

## PIORUNUJĄCY BÓL GŁOWY I INNE OSTRE BÓLE GŁOWY

Wśród stanów nagłych w neurologii ważne miejsce zajmują gwałtownie pojawiające się silne bóle głowy. Duża różnorodność chorób, które mogą być ich przyczyną, sprawia, że w proces diagnostyczny włączani są także lekarze innych specjalności. Dynamika obrazu klinicznego zmusza lekarza zarówno do intensywnej diagnostyki, jak i terapii. Pojawienie się takiego bólu po raz pierwszy wiąże się dodatkowo z nasilonym lękiem o własne zdrowie. Głównym celem postępowania jest wykluczenie objawowego charakteru dolegliwości, a zwłaszcza krwawienia podpajęczynówkowego, schorzenia, które bezpośrednio zagraża życiu. Odnotowuje się je u około 20% pacjentów przyjmowanych do szpitala z powodu nagłego, silnego bólu głowy. Pierwsze przypadki chorych z samoistnym, nagłym, ostrym bólem głowy, przypominające w obrazie klinicznym krwotok podpajęczynówkowy, opisali Prusiński i wsp. w 1976 r. Sprawa wydaje się tym ważniejsza, że u 12% pacjentów z krwawieniem podpajęczynówkowym w badaniu przedmiotowym nie stwierdza się zmian. U niektórych osób w wywiadzie chorobowym odnotowuje się występowanie od lat samoistnych bólów głowy.

W 1986 r., obserwując jedną z chorych, Day i Raskin zwrócili uwagę, że gwałtowny ból głowy rozwijający się w ciągu kilku sekund może być związany z występowaniem niepękniętego tętniaka naczyń mózgowych, któremu towarzyszy odcinkowy skurcz tętnic. Z uwagi na specyficzny charakter bólu określili go mianem *thunderclap headache*. Polski termin – „piorunujący ból głowy” – zaproponował Prusiński.

Kryteria diagnostyczne piorunującego bólu głowy przedstawiono w tabeli 38. Rozpoznanie tego typu bólu głowy uwarunkowane jest brakiem innych schorzeń mogących być jego przyczyną. W bada-

niach diagnostycznych, a zwłaszcza w badaniu przy użyciu tomografii komputerowej i punkcji lędźwiowej, nie stwierdza się wewnątrzczaszkowego procesu chorobowego, zaś tylko u części chorych badania angiograficzne uwidaczniają odcinkowe obkurczenie światła naczynia. Związek pomiędzy piorunującym bólem głowy a tętniakiem, przy braku objawów krwawienia podpajęczynówkowego w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego i badaniu neuroobrazowym, uznawany jest przez niektórych autorów za wątpliwy. Odcinkowe obkurczenie naczyń mózgowych może występować w samoistnych bólach głowy, w tym także w migrenie. Wyniki badań prospektywnych 71 chorych z piorunującym bólem głowy, z prawidłowym wynikiem badania przedmiotowego, płynu mózgowo-rdzeniowego oraz badania tomograficznego mózgu, w okresie trzech i pół roku u żadnego z nich nie wykazały wystąpienia krwawienia podpajęczynówkowego. Z tego powodu niektórzy autorzy nie zalecają w takich przypadkach badania arteriograficznego.

Przyczyna powstawania tego typu bólu głowy nie jest znana. Przypuszcza się, że u podłoża leży nieprawidłowa reakcja naczyń mózgowych na uwalnianie w nadmiarze do krwiobiegu katecholaminy. Taki ból może pojawić się tylko raz w życiu lub też występować okresowo. Nawrotowe piorunujące bóle głowy stwierdza się u 8-44% chorych, przemawiają one za łagodnym charakterem schorzenia.

**Tabela 38.** Kryteria diagnostyczne samoistnego piorunującego bólu głowy (wg klasyfikacji IHS, 2004)

- A. Silny ból głowy spełniający kryteria B-C
- B. Obydwie następujące cechy:
  - a) szybkie narastanie bólu, osiągającego maksymalne natężenie w czasie krótszym niż 1 min
  - b) ból głowy trwa od 1 godziny do 10 dni
- C. Ból głowy nie nawraca regularnie w ciągu kolejnych tygodni lub miesięcy
- D. Nie ma innych wykładników chorobowych

W przebiegu samoistnego piorunującego bólu głowy mogą pojawić się przemijające objawy neurologiczne. U blisko połowy chorych z łagodnym piorunującym bólem głowy w wywiadzie odnotowuje się