

Päänsärkypotilas päivystyspoliklinikassa

Päänsärky on yleinen ja lähes aina hyvänlaatuinen oire, joka kuitenkin joskus kätkee taakseen vakavan sairauden. Päivystäjän ensisijainen tehtävä on selvittää, onko päänsäryn taustalla tila, jonka nopeaan diagnoosiin perustuva syynmukainen hoito voi estää kuoleman tai pysyvän vammautumisen. Vaarallisten päänsärkyjen erottaminen vaarattomista on vaikeaa, koska oireet voivat olla päällekkäisiä. Diagnostiikka alkaa luokittelusta primaareihin päänsärkyoireyhtymiin (migreeni, tensio- ja sarjoittainen päänsärky) ja taustasairaudesta johtuviin sekundaarisiin päänsärkyihin. Pieni osa sekundaarisista päänsäryistä on välittömästi henkeä uhkaavia. Näistä tärkein on lukinkalvonalainen vuoto, SAV. Se on usein tunnistettavissa pelkästä anamneesista. Vaarallisiin päänsärkyihin liittyy muutama helposti muistettava varoitusmerkki: äkillinen alku, elämän ensimmäinen tai pahin päänsärky, tajunnan häiriö päänsäryn yhteydessä, alku yli 50 vuoden iässä, päänsäryn paheneminen makuuasennossa, päänsärkyyn liittyvä neurologinen puutosoire tai papillaturvotus.

Hätätilanteet pyritään tunnistamaan jo mahdollisen hätäpuhelunaikaisen riskinarvion ja tätä seuraavan ensihoidon tutkimuksen perusteella, jolloin potilas ohjautuu ennakoituihin hoitoihin vaativin valmiuksin sairaalan päivystyspoliklinikkaan.

Primaaristen päänsärkyjen tunnistaminen on tärkeä osa sekundaaristen päänsärkyjen erotusdiagnoosiin. Toisaalta primaaristen päänsärkyjen hoito on diagnoosikohtaista, minkä vuoksi niiden oikea diagnoosi on on-

nistuneen hoidon kannalta oleellista. Vaarattomille päänsäryille tunnusomaisia piirteitä on **TAULUKOSSA 1**.

Epidemiologiaa

Päänsärky on tavallisin yleislääkärin tai neurologin kohtaama uusi neurologinen oire. Noin pari prosenttia päivystyskäynneistä johtuu päänsärystä (1). Sairastuvuus yleisimpään tensiopäänsäryyn eliniän aikana on miehillä 70 % ja naisilla 90 %, migreeniin vastaavasti 10 ja 25 %. Tavallisin sekundaarisen päänsäryn aiheuttaja on yleisinfektio (60 %). Nenän sivuontelotulehdus oirehtii päänsäryinä jossain elämän vaiheessa 15 %:lla ihmisistä. Sairastuvuus ei-verisuoniperäisiin kallonsisäisiin päänsärkyihin on alle 5 %, verisuoniperäisiin noin prosentti, SAV:hen alle prosentti ja aivokasvaimiin on alle 0,1 % (2).

Kivun patofysiologiasta

Kipuaistimuksen syntymekanismin karkea ymmärtäminen auttaa primaaristen ja sekundaaristen päänsärkyjen erotusdiagnoosiin ja hälytysmerkkien muistamisessa.

Itse aivoissa ei ole kipureseptoreita, mutta niitä on lähes kaikissa kallon alueen kudoksissa, verisuonissa, aivokalvoissa, lihaksissa kallon päällä, kallon onteloiden epiteeleissä ja luukalvoissa. Sekundaarisessa päänsäryssä kipureseptorit reagoivat paineesta aiheutuvaan venytykseen (kovankalvon alainen vuoto, aivokasvain), kemialliseen ärsytykseen (SAV), tulehdukseen (aivokalvotulehdus, yleisinfektio) tai kudosaivovaurioon (trauma)

TAULUKKO 1. Päänsärkypotilaan anamneesissa ja statusessa ilmeneviä löydöksiä, jotka viittaavat pienen riskin päänsärkyyn.

| Anamneesi |
|--|
| Primaariseen päänsärkyyn sopivat oireet |
| Potilaalla on ollut samantyyppisiä päänsärkyjä aiemmin |
| Ei neurologisia puutosoireita (migreeniauraa lukuun ottamatta) |
| Särky pahenee vähitellen päivän mittaan ja helpottaa yöllä |
| Alku alle 30 vuoden iässä |
| Status |
| Ei neurologista statuspoikkeavuutta |
| Ei papillaturvotusta eikä meningismisiä |

aktivoiden pään alueen kipua välittävän kolmoishermon (nervus trigeminus) (3).

Kallon sisäisestä prosessista aiheutuva kohonnut kallonsisäinen paine aiheuttaa tyypillisesti päänsärkyä, joka helpottaa pystyasennossa ja pahenee makuulla. Oire voi jopa pakottaa potilaan nukkumaan puoli-istuvassa asennossa. Tämä asentoriippuvuus johtuu siitä, että elimistössä oleva neste hakeutuu painovoiman ohjaamana makuuasennossa suljettua tilaa edustavaan kalloon, jonka sisällä paine nousee. Selitys on sama kuin toisessa suljetun ontelon sairaudessa, välikorvatulehduksessa. Paineen vaikutus ilmenee usein myös ponnistaessa tai yskäistessä, jolloin yläonttolaskimon vastapaineen hetkellisesti kasvaessa kallon sisäinen paine nousee ja päänsärky pahenee. Tällaista päänsärkyä on joskus kutsuttu ”maligniksi päänsäryksi”, ja se on viitteellinen kallonsisäiselle prosessille. Tosin ponnistus aiheuttaa kivun lisääntymistä myös migreenikohtauksen aikana, eikä ilmiö tässä yhteydessä viittaa kallonsisäisen paineen nousuun.

Kolmoishermon osallisena myös primarisissa päänsäryissä, mutta kivun syntymekanismi on hienovaraisempi. Migreenin ja jaksoittaisen päänsäryn uskotaan alkavan aivojen syvien osien tumakkeiden toimintahäiriönä.

392 Migreenissä tämä johtaa neuroeptidivälit-

TAULUKKO 2. Päänsärkypotilaan anamneesissa ja statusessa ilmeneviä hälytysmerkkejä, jotka viittaavat henkeä uhkaaviin sairaustiloihin.

| Anamneesi |
|--|
| Räjähtävä alku |
| ”Ensimmäinen” tai ”elämän pahin” päänsärky |
| Neurologinen puutosoire jossain vaiheessa (ei migreeniauraa) |
| Tajunnan menetys tai -häiriö jossain vaiheessa |
| Särky pahenee ponnistuksessa tai makuulla |
| Alku yli 50 vuoden iässä |
| Status |
| Neurologinen statuspoikkeavuus (ei migreeniauraa) |
| Staasipapilla tai meningismi |
| Sepsiksen oireet (sokki, petekiat) |

täjäaineiden pääsyyn verisuonien seinämästä aivokalvoille, kipureseptoreiden aktivoitumiseen ja kivun välittymiseen kolmoishermon kautta aivokuorelle ja kipuaistimukseen (4). Jaksottaisessa päänsäryssä on lisäksi parasympaattinen toimintahäiriö. Jännityspäänsäryssäkin neurologinen toimintahäiriö saattaa olla ensisijainen ja johtaa niskan ja kallon lihastonuksen nousuun ja kipureseptoreiden aktivoitumisen kautta tyypilliseen kipusäteilyyn ohimoille.

Anamneesi

Tarina on tärkein. ”Kuuntele potilasta – hän kertoo sinulle sairauden” (5). Haastattelun perusteella syntyy käsitys diagnoosista. Säryn luonne, ainutkertaisuus tai toistuvuus, alku, oireen kehitys ja liitännäisoreet ovat avainkohtia.

Räjähtävä päänsärky, jossa kipu saavuttaa maksiminsa enintään minuuteissa, on yhdessä tapauksessa kolmesta vakavan sairauden oire (TAULUKKO 2).

On oleellista selvittää, esiintyykö viitteitä sekundaarisesta päänsärystä. Migreeniaurana ei tule pitää oiretta, jollaista potilaan migreeniin ei ole aiemmin liittynyt tai joka on kestänyt yli 60 minuuttia (6). Esitietojen jäädessä sekundaaristen päänsärkyjen ja vaarallisten

päänsärkyjen varoitusmerkkien suhteen negatiiviseksi kartoituksessa siirrytään primaaristen päänsärkyjen oireiden hakemiseen. **TAULUKOSSA 3** on kysymyksiä, jotka auttavat päänsärlyn erotusdiagnoosissa.

Status

Yleisstatus, auskultaatio ja vatsan palpaatio saattavat antaa viitteen esimerkiksi infektiosairaudesta. Infektio-oireiselta on syytä tutkia ylähengitystiet ja tehdä nenän sivuonteloiden provokaatiotestit sekä tarkastella iho petekioiden varalta. Hemodynamiikka kertoo elimistön homeostaasista ja mahdollisten kompensatiomekanismien käynnistymisestä sen järkkyyssä. Verenpaine on kallon sisäisissä prosesseissa usein koholla. Päänsärkypotilaan neurologinen status on useimmiten normaali. Tämän toteaminen kunnollisella tutkimuksella on ehdottoman tärkeää, koska migreeniauraa lukuun ottamatta neurologinen statuspoikkeavuus on vahva viite elimellisestä kallosisäisestä päänsärlyn syytä (7).

Silmänpohjien tarkastelu tehdään kaikille. Papillaturvotus kertoo aivopaineen noususta ja edellyttää aina päivystyksellistä arviota erikoissairaanhoidossa. Aivokalvojen ärsytyksestä esimerkiksi niiden välissä olevan verestä tai infektiosta johtuva niskajäykkyys eli meningismi tutkitaan. Mikäli potilaalla on meningismi, Lasèguen testin tulos on alle 90 astetta ja potilas kykenee taivuttamaan leukaa rintalastaan.

Nenän sivuonteloiden provokaatiotestit, ohimovaltimoiden palpaatio sekä silmän palpaatioarkuuden tutkiminen tai silmänpaineen mittaaminen tulevat kyseeseen oireen luonteen ja muiden kliinisten löydösten perusteella.

Sekundaariset päänsäryt

SAV:lle on luonteenomaista räjähtävä, silmänräpäyksessä tai joskus minuuteissa täyteen voimakkuuteensa kehittyvä ”elämän kovin” tai ”ei koskaan tällaista” -päänsärky. Muita oireita ovat oksentelu, valonarkuus,

TAULUKKO 3. Kysymyksiä, jotka auttavat nykyisen oireen laadun selvittämisessä.

| | |
|----------------------------|--|
| Alku | Momentaarinen (SAV, migreeni), asteittainen (tensio) |
| Kesto | Akuutti (SAV, aivokalvotulehdus, migreeni), krooninen (tensio) |
| Oireen kehitys | Etenevä (kallonsisäinen prosessi), samanlaisena jatkuva, fluktuoiva (tensio) |
| Toistuvuus | Aiempiä jaksoja (tensio, migreeni), ainutkertainen (kallonsisäinen prosessi) |
| Provosoivat tekijät | Ponnistus, makuuasento (tilaa vievä prosessi), ulkoinen ärsyke (neuralgia) |
| Edeltävä tapahtuma | Infektio-oireisto (aivokalvotulehdus), trauma (subduraalihakematooma), lannepisto (postpunktioaalinen) |
| Luonne | Jyskyttävä (migreeni), tasainen (tensio), sähköiskumainen (neuralgia) |
| Lokalisatio | Paikallinen (neuralgia), toispuolinen (migreeni), koko pää (tensio) |
| Vuorokaudenaika | Aamuyöllä herättävä (tilaa vievä prosessi), iltaa kohti paheneva (tensio) |
| Pareesioire | Suonitusalueelta toiselle vaeltava (migreeni), konstantti tai etenevä (AVH) |
| Liitännäis-oire | Keinuttava huimaus (tensio), ärsykeherkkyys (migreeni) |

tajunnan häiriöt, toispuolihalvaus ja aivorunko-oireet. Massiivinen SAV johtaa nopeasti syvään tajuttomuuteen. Meningismi kehittyi muutamassa tunnissa eikä yleensä ole todettavissa syvästi tajuttomalta. Silmänpohjissa voidaan havaita liekkimäisiä verenvuotoja ja staasipapilla. Kuolleisuus on tehokkaasta hoidosta huolimatta 35–50 %. Massiivista SAV:ta edeltää kuitenkin 20–60 % tapauksista päiviä tai muutamia viikkoja aiemmin niin sanottu varoitusvuoto. Tässä aneurysmasta vuotanut verimäärä on varsinaista vuotoa pienempi ja oireet vähemmän kohtalokkaita (8). Potilaat saattavat hakeutua hoitoon viivästetysti päänsärlyn jatkuessa ja mahdollisesti provosoituessa ponnistuksessa. Aivojen TT tunnistaa tuoreen SAV:n 12 tunnin aikaikkunassa 98–100 % todennäköisyydellä, mutta herkkyys pienenee tämän jälkeen (9).

Normaaliksi jääneen TT:n jälkeen on syytä tehdä aivo-selkäydinnestetutkimus. Tuoreessa SAV:ssa neste on tasaisen punaista ja sisältää runsaasti punasoluja. Niiden hajotessa

YDINASIAT

- » Vaaralliset päänsäryn syyt ovat harvinaisia.
- » Äkisti alkaneeseen tai makuuasennossa pahenevaan päänsärkyyn tulee kiinnittää erityistä huomiota.
- » SAV:n tuntee anamneesista.
- » Bakteeriaivokalvotulehduksessa on toimittava nopeasti.

aivo-selkäydinnesteessä havaitaan hemoglobiinin hajoamistuotteita, joista bilirubiini on tärkein. Tämä varma merkki tapahtuneesta vuodosta on havaittavissa viikkojen ajan silmämääräisestikin aivo-selkäydinnesteen kaltaisena värinä ja on varmennettavissa spektrofotometrillä (9).

Vuodon poissulku aivo-selkäydinnestetutkimuksella muuttuu epävarmaksi oireiston kestätyä yli kuukauden, jolloin aneurysman etsiminen esimerkiksi magneettiangiografialla voi olla perusteltua. Hoito on komplikaatioiden, kuten verisuonispasmeista johtuvien infarktien ehkäisyä ja sekundaaripreventiota. Angiografia vuotoapaikan löytämiseksi, sulkemiseksi ja uuden vuodon estämiseksi tehdään ensimmäisenä tai toisena vuorokautena. Aneurysma voidaan hyödyttää angiografian yhteydessä viemällä sen sisään platinalankaa tai mikäli tämä ei ole mahdollista, useimmiten ligeerata avoleikkauksessa. Mikäli aneurysmaa ei löydy, angiografia uusitaan muutaman vuorokauden kuluttua.

Noin 25 % räjähtävistä päänsäryistä edustaa SAV:ta. Tavallisin erotusdiagnostinen oire on yhdyntä- tai ponnistuspäänsärky. Tämä erittäin voimakas päänsärky tulee nopeasti orgasmin aikana, hieman ennen sitä tai sen jälkeen. Se voi tulla myös muun ponnistuksen yhteydessä. Särlyn patogeneesiä ei tunneta. Särkykohtaus saattaa jäädä yksittäiseksi tai alttius sille voi jatkua muutaman viikon. Sen

kliininen erottaminen SAV:sta on mahdollista. Riittää kun SAV suljetaan varmuudella pois kerran. Indometasiini 50–75 mg suun kautta otettuna ennen altistusta saattaa ehkäistä päänsäryn.

Aivoverenvuodon ja aivoinfarktin alkuun liittyy usein päänsärkyä, mutta johto-oire on yleensä halvaus. Kaulavaltimon repeämä eli karotidissekoituma saattaa ilmetä toispuoleisena selvimmin ohimon tai silmän seudussa, harvoin kaulalla tuntuvana kipuna tai pulsovana särkynä. Potilaalla voi ilmetä saman puoleisia silmän näönmenetyksiä (amaurosis fugax) ja Hornerin syndrooma (mioosi, luomen laskeuma). Vammaa ei välttämättä ole osoitettavissa. Jatkuva Hornerin syndrooma ja päänsärky edellyttävät päivystysluntoista verisuonten kuvantamista esimerkiksi TT-angiografialla (sarjoittaisen päänsäryn kohtausittainen oireisto ei viittaa dissektoitumaan, eikä kuvauksia tarvita). Potilas antikoaguloidaan, ja sitä jatketaan, kunnes suoni on parantunut tai pysyvästi tukkeutunut, jolloin se ei enää lähetä verihyytymiä aivoverenkiertoon. Ensimmäinen kontrollikuvaus suoritetaan kuuden kuukauden kuluttua. Nikamavaltimon repeämän oireena on usein rotatoivan vamman jälkeen ilmenevä niskan kipu ja mahdolliset takakierron TIA:t tai infarkti. Diagnoosi ja hoito tapahtuvat kuten karotidissektoitumassa. Dissektoituma ei ole este liuotushoidolle.

Aivojen laskimosinustromboosin johto-oire on päänsärky. Se muistuttaa aivokasvaimessa usein esiintyvää päänsärkyä ja pahentuu makuuasennossa ja ponnistuksessa herättäen aamuyöllä. Noin 10 %:ssa se alkaa räjähtävänä kuten SAV:ssa. Kouristelua ilmenee lähes puolella. Halvausoireet ovat mahdollisia. Staasipapilla todetaan alle puolella potilasta. Lähes kaikki yleissairaudet, kuivuminen, lapsivuodeaika, infektio ja perinnölliset sekä hankitut hyyytymisjärjestelmän häiriöt altistavat sinustromboosille. Sinustromboosin oirekuva ei ole spesifinen ja sopii useisiin kallon-sisäisiin prosesseihin. Oireiston ainutkertaisuus, päänsärlyn usein posturaalinen luonne ja mahdolliset puutosoireet kuitenkin johtavat

yleensä melko nopeasti joko aivojen TT:hen ja TT-angiografiaan tai magneettikuvaukseen, jotka ovat diagnostisia.

Aivokasvainpotilailla esiintyy yleisesti makuuasennossa tai ponnistuksessa provosoituvaa päänsärkyä. Papillaturvotus on tällöin tavallinen. Usein päivystykseen tulon syy on kuitenkin kouristelu tai kognitiivinen oireisto, kuten hidastuminen tai sekavuus tai muu neurologinen puutosoireisto.

Bakteeriaivokalvotulehduksessa korkea kuume, meningismi, niskajäykkyys, pahoinvointi, tajunnan tilan lasku ja usein yleisinfektioon viittaava hemodynamiikka herättävät yleensä ensihoidon tai lähettävän tahon epäilyn infektiosta. Meningokokkiin viittaavia petekkioita kannattaa hakea taivealueilta. Potilas kokee vointinsa usein poikkeuksellisen huonoksi. Eräs kollega löysi bakteeriaivokalvotulehduksen 160:n influenssaa sairastavan varusmiehen joukosta yhden heistä kerrottua olevansa ”sairaampi kuin koskaan ennen”. Nopea hoito on hengen pelastava. Oleellista on ennakoilmoitus, nopein mahdollinen siirto ja vastaanottavan sairaalan valmiustilan nosto, välitön tutkimus ja näytteiden otto. Pisaraeristystä noudatetaan tutkimuksen ja hoidon aikana. Staasipapilla ei ole aivo-selkäydinsetutkimuksen vasta-aihe. Jos neste on silmämääräisesti sameaa, potilaille annetaan kortikosteroidibolus ja aloitetaan mikrobilääkitys. Periaatteessa kortikosteroidiboluksen voi antaa jo lähettävässä yksikössä. Mahdollisimman lyhyt viive mikrobilääkkeen aloitukseen korreloi hyvään ennusteeseen. Hoito kannattaa herkästi toteuttaa aluksi teho-osastolla, koska hyytymisjärjestelmän häiriöt ja hemodynaamiset ongelmat ovat varteenotettavia ja saattavat ilmetä pian lääkkeen aloittamisen jälkeen.

Virusaivokalvotulehduksessa oireet ovat samantapaisia kuin bakteerisessakin mutta potilaat ovat hyväkuntoisia eikä tajunnan tilan laskua esiinny. Nämä potilaat paranevat poikkeuksetta itsestään parissa viikossa. Mikäli tajunnan tilan häiriöt, kognitiiviset oireet tai kouristelu dominoivat, kyseessä on enkefaliitti ja mikrobilääkkeiden on katettava her-

pesryhmän virukset ja mahdollisesti listeria. Hoito kohdennetaan lopullisesti aivo-selkäydinestenyäytteen tuloksen perusteella.

Sekundaaristen päänsärkyjen hoito on syynmukainen. Oireenmukaisena hoitona voidaan käyttää parenteraalisesti annosteltavia opiaatteja. Ennen TT:tä tai magneettikuvausta kannattaa herkästi antaa sentraalisesti vaikuttavaa pahoinvointilääkettä, kuten ondansetronia. Osa levottomista tai korkean aspiraatoriskin potilaista saattaa tarvita yleisanestesiaa neuroradiologista kuvausta varten.

Sekundaarisen päänsäryn neurologisten syiden tunnistaminen on tärkeää. On kuitenkin muistettava, että yleisin sekundaarisen päänsäryn syy, yleisinfektio, on ei-neurologinen. Samoin useat muut melko tavalliset päivystyksellistä diagnostiikkaa vaativat sairaudet, kuten nenän sivuontelotulehdus, silmänpainetauti tai ohimovaltimotulehdus. Näiden kohdalla hyvä anamneesi ja status johtavat usein diagnoosiin ilman laajaa neurologisten sairauksien poissulkua.

Primaariset päänsäryt

Vuosien aikana ilmennyt kohtauksittainen tai jaksottainen oireisto sopii primaariseen päänsärkyyn. Aurattomassakin migreenissä on useimmiten tunnistettavissa tyypillinen oireiden kulku, ennako-oireet, ärtyneisyys, makean nälkä, jota seuraa usein nopeasti alkava, toispuoleinen tai jyskyttävä kova päänsärky, ärsykeherkkyys tai pahoinvointi ja uneliaisuus sekä usein toistaitoisuus vielä säryn jo ohituttua. Migreeniaura on joko näköhäiriö, tai todetaan oireiden järjestys, siten että näköhäiriötä seuraa esimerkiksi puheen tuoton häiriö tai raajan parestesia edellisen aurooireen väistyessä. Migreeniauran näköhäiriö on harvoin pelkästään näkökentän menetys. Useimmiten toisessa näkökentässä on näkökenttäpuutoksen lisäksi valoilmioita, jotka saattavat muodostaa sahalaitamaisen kuvion (10). Sisäänpäin aukeava väreilevä, laajeneva C-kirjain toisessa näkökentässä on migreenil-

le tyypillinen. Monet migreenin alatyypit, kuten hemipleeginen, retinaalinen, oftalmopleginen ja basilaarimigreeni ovat harvinaisia, eikä niiden tunnistaminen ensimmäisen kohtauksen yhteydessä pelkän kliinisen kuvan perusteella ilman kuvantamistutkimuksia (ai-voverenkiertohäiriön poissulku) ei useinkaan ole mahdollista. Kohtauksen aikana potilas ei usein pysty nielemään lääkkeitä. Nopeasti peräsuolen kautta tai laskimoon annettu tulehduskipulääke tai triptaani ihon alle aut-

Migreenikohtauksen aikana potilas ei usein pysty nielemään lääkkeitä

tavat yleensä. Kohtauksen pitkittyttä näiden teho heikkenee. Säryn kestänyt 72 tuntia (status migraenosus) maassamme käytetään laajalti Färkkilän tippaa hieman eri variaatioina, esimerkiksi 1 000 ml NaCl 0,9 %, 500 mg hydrokortisonia ja 100 mg indometasinia 12 tunnin infuusiona. Rauhallinen huone ja nesteytys ovat tärkeitä. Opiaateilla ei ole sijaa migreenin- tai minkään muunkaan primaarin päänsäryn hoidossa.

Jännityspäänsärky ei ole akuutti sairaus, mutta pitkittyessään se tuo potilaan usein tuskaantuneena ja itkuisena päivystyspoliklinikkaan. Särky on saattanut jatkua viikkoja, jopa kuukausia, tuntuen pantamaisena pään ympärillä. Oire helpottaa yleensä nukkumaan mennessä, alkaa aamupäivän aikana ja pahenee iltaa kohti. Potilaat kokevat vaihtelevasti näön sumeutta ja keinuttavaa huimausta. Monesti voidaan todeta niskalihasten palpaatioarkuus, kaulan sivutaivutusten liikerajoitus ja kiputuntemus taivutussuuntaa vastakkaisella puolella. Rombergin kokeessa potilas saattaa huojua kaikkiin suuntiin, kaatumatta kuitenkaan toistuvasti mihinkään suuntaan. Muilta osin neurologinen status on normaali. Tulehduskipulääke saattaa auttaa tilapäisesti mutta pahentaa tilannetta pitkällä aikavälillä. Amitriptyliini 25–50 mg lihasrelaksantin kanssa suun kautta ja mahdollisuus nukahtaa hetken esimerkiksi tarkkailuosastolla auttaa osaa potilaista. Ko-

tiin kirjoitettu amitriptyliini pienellä annoksella korjaa usein häiriintynyttä unirytmia ja lievittää oireita. Sairauden hoito on kuitenkin omaehtoinen liikunta venyttelyineen.

Sarjoittainen päänsärky, eli Hortonin neuralgia ilmenee silmän tai ohimon seudussa tuntuvana 15–180 minuutin kestoisena sietämättömän kovana kipuna (sitä kutsutaan tämän vuoksi myös ”itsemurhapäänsärkyksi”). Samanaikaisesti ilmenee tavallisesti potilaankin havaitsemia saman puolen parasympaattisen aktiviteetin aiheuttamia oireita, kuten mioosi, luomen laskeuma, sidekalvojen veresitys ja kyynel- sekä sieraimen vuoto. Päänsärky ilmenee yhden tai useampia kertoja vuorokaudessa, joskus kellontarkasti samaan aikaan – usein aamuyöllä. Haastattelussa tulee esiin mahdollisesti aikaisempia viikkojen kestoisia samanlaisia särkyjaksoja. Tulehduskipulääkkeistä ei ole apua. Sataprosenttisen hapen hengittäminen maskilla 7–10 l/min 15 min voi auttaa. Samoin sumatriptaani 6 mg pistettynä ihon alle. Kipusarjan voi saada katkaistuksi kortikosteroidikuurilla, tarvittaessa prednisoloni 60–100 mg/vrk mahasuojalääkkeen kanssa, ja purkaen asteittain kolmessa viikossa ja aloittamalla mahdollisesti samalla estolääke kuten verapamiili.

Kolmoishermostosärky voi olla myös sekundaarista ja esimerkiksi MS-taudin oire. Kipu ei ole luonteeltaan särkyä, vaan kolmoishermon yhden tai useamman haaran alueella tuntuva neuralgia, sähköiskumainen, lyhytkestoinen, tuikkaava kova kipu. Se provosoituu ärsykkeestä kuten puhumisesta, ihon koskettamisesta, tuulesta, kylmästä, syömisestä tai juomisesta. Oire voi ilmetä satoja kertoja päivässä. Se ei yleensä ole provosoitavissa (trigattavissa) ärsykkeellä välittömästi edellisen kipuaistimuksen jälkeen. Mistään kipulääkkeistä ei ole apua. Hoitoon käytetään karbamatsepiinia suurentaen hitaasti annosta jopa 1 200 mg:aan vuorokaudessa. Veren kuvan, natriumtason ja maksa-arvojen seuranta toteutetaan aluksi kuukauden välein myöhemmin harventaen. Päivystystilanteessa vaihtoehtona on fosfenytoiinikyllästys.

Lopuksi

Valtaosa päivystyksen päänsäryistä on potilaalle ehkä hyvinkin kiusallisia mutta vaarattomia primaarisia päänsärkyjä. Nopeatahtinen päivystysdiagnoosi edellyttää näiden primaaristen päänsärkyjen tuntemista. Sekundaaristen eli syyn mukaista hoitoa edellyttävien päänsärkyjen joukossa voi olla muutama kuolemaan johtava, ja niiden löytäminen on yksi päivystäjän päätehtävistä. Kivun syntymekanismin tunteminen auttaa sen tulkitsemisessa ja taustalla mahdollisesti olevan syyn tunnistamisessa. Muutama varoitusmerkki tulee muistaa (TAULUKKO 1). SAV-potilas voi

olla ällistyttävän hyväkuntoinen. Diagnoosi on tällöin uskallettava löytää tarinasta – räjähtävästä päänsäryn alusta. Bakteeriaivokalvotulehduksen tuntee infektio-oireista, meningismistä ja potilaan usein huonosta kunnosta. Makuuasennossa ja ponnistuksessa provosoitava päänsärky viittaa kallon sisälle, samoin neurologinen puutosoire. Luota muistilistoihin, mutta luota myös vaistoosi. ■

JYRKI OLLIKAINEN, LL, neurologian erikoislääkäri,
AVH-yksikön vastuulääkäri
TAYS, neuroalat ja kuntoutus

SIDONNAISUUDET

Jyrki Ollikainen: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Kallela M. Akuutti päänsärky. Suom Lääkäril 2008;63: 3179–83.
2. Cortelli P, Cevoli S, Nonino F, ym. Evidence-based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. Headache 2004; 44:587–95.
3. Haanpää M, Kauppila T, Eklund M, ym. Krooninen päänsärky [verkkodokumentti]. FACULTAS toimintakyvyn arviointi 2008 [päivitetty 19.3.2008]. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fa00020.
4. Haanpää M. Sarjoittainen päänsärky ja trigeminusneuralgia. Suom Lääkäril 2008;63:3185–9.
5. Corpus Hippocraticum. Kirjoitettu tai käännetty vuosien 430 eaa. ja 200 jaa. välissä
6. Hainer BL, Matheson EM. Approach to acute headache in adults. Am Fam Physician 2013;87:682–7.
7. Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? JAMA 2006;296:1274–83.
8. Lindsberg P, Uotila L. Lukinkalvon-

alaisen verenvuodon ja varoitusvuodon likvoriagnostiikka. Duodecim 2009; 125:2677–85.

9. Bederson JB, Connolly ES Jr, Batier HH, ym. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 2009;40:994–1025.

10. Kallela M, Lindsberg P. Miten erotan migreeniauran TIA-kohtauksesta? Duodecim 2012;128:971–7.

Summary

Headache patient at the emergency call service

Headache is a common symptom, sometimes concealing a severe illness. It is the primary task of the doctor on call to find out whether the headache is a symptom of serious incidence needing diagnosis urgently to prevent death or permanent disability. Dangerous headaches are associated with easily remembered warning signs: sudden onset, the first or worst headache in life, disturbance of consciousness in connection with the headache, onset at age over 50, worsening of headache in the lying position, a neurological deficit associated with the headache, or papilledema.

Migränistä eli hemikraniasta.

Kirj. E. Therman.

(Pidetty esitelmänä Duodecimin vuosijuhlissa, 18. XI. 04.)

Arvoisat naiset ja miehet! Aikomukseni on hetkiseksi kiinnittää Teidän huomiotanne tautiin, jota kutsutaan *migräniksi eli hemikraniaksi*. — Usein kuulee siitä joka-päiväisessä elämässä puhuttavan, mutta monessa tapauksessa tarkoitetaan sillä vaan tilapäistä pääkipua ja pahoinvointia. Se johtunee osaksi tietämättömyydestä osaksi siitä, että migräni-nimitys kuuluu hienommalta ja tekee taudin intressanttimmaksi. Sillä onhan tunnettu asia, että migräni löytää useimmat uhrinsa ylhäisempien piirien naismaailmassa.

Olen vakuutettu, että läsnäolijat ovat selvillä mitä tällä taudilla ymmärretään, mutta kaikeksi varmuudeksi esitän sen tunnusmerkit pääpiirteissään. Se tunnetaan aika-ajoinn ilmaantuvista ankaroista pääkipukohtauksistaan, jotka tavallisesti kohtaavat vaan toista puolta. Ne alkavat useimmiten ilman tiettyä syytä, kestävät muutamia tunteja tai jonkun päivän ja päättyvät kivun korkeammalleen nouseva oksennuksilla. Kohtauksien edellä käy yleisen pahoinvoinnin ohella kiihoitussymptomeja eri aistimista (aura), kuten korvien suhinaa, värähtelemistä ja näköhäiriöitä silmissä, puutumista ja pistelemistä jäsenissä y. m. s. Paitsi kuvotusta ja oksennusta esiintyy kohtauksien aikana väliin myös pyöräytystä ja puhehäiriöitä. Kohtauksien päätyttyä tuntee potilas pian ohimenevää heikkoutta ja väsymystä. Väliaikoina on hän useimmissa tapauksissa terve. Tällainen on taudin tyypillinen kulku, mutta paitsi näitä symptomeja löytyy vielä muita, joitten esiintyminen osottaa taudin olevan vakavampaa laatua ja väliin ovat ne merkinä siitä, että migräni on symptomaattinen eikä idiopaattinen.