

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN ĐOÁN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU MIGRAINE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Minh Đức¹, Trần Nguyễn Uyên Dung¹,
Võ Phạm Thùy Linh¹, Lý Thị Kim Ngân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Migraine là một trong những rối loạn đau đầu nguyên phát thường gặp nhất, gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và khả năng lao động. Việc nhận diện các đặc điểm lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị dự phòng có ý nghĩa quan trọng trong tối ưu hóa chiến lược điều trị.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dân số, lâm sàng, bệnh lý kèm theo, hiệu quả điều trị ngừa cơn đau đầu, khảo sát mối liên quan giữa bệnh kèm theo và các yếu tố này, đồng thời xác định các yếu tố tiên đoán đáp ứng điều trị ngừa cơn ở bệnh nhân Migraine tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 38 ± 17 , nữ giới chiếm 79,4% (tỷ lệ nữ/nam = 3,8/1). Đặc điểm lâm sàng thường gặp gồm đau một bên (59,1%), tính chất đau kiểu mạch đập (49,4%) và cường độ đau trung bình (65,9%). Buồn nôn là triệu chứng kèm theo phổ biến nhất (53,3%). Các bệnh kèm theo thường gặp gồm rối loạn giấc ngủ (23,3%) và rối loạn lo âu (15,1%). Thuốc dự phòng được sử dụng nhiều nhất là Topiramate (72,9%). Tỷ lệ đáp ứng điều trị khá – tốt đạt 87,3%. Flunarizine cho tỷ lệ đáp ứng khá/tốt cao nhất (72,0%). Các bệnh kèm theo liên quan có ý nghĩa thống kê với cường độ đau nặng, kiểu đau không điển hình và sự hiện diện của các triệu chứng cảm giác. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy trầm cảm (OR = 0,07), rối loạn lo âu (OR = 0,36) và các triệu chứng buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng và sợ âm thanh là các yếu tố tiên đoán độc lập liên quan đến đáp ứng điều trị kém.

Kết luận: Migraine biểu hiện với đặc điểm lâm sàng đa dạng và thường đi kèm các rối loạn tâm thần. Các bệnh kèm theo này có ảnh hưởng đáng kể đến đáp ứng điều trị dự phòng, do đó cần được đánh giá và quản lý toàn diện trong thực hành lâm sàng.

Nơi tiến hành và báo cáo công trình nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM

Từ khóa: Đau đầu Migraine, đặc điểm lâm sàng, bệnh kèm theo, đáp ứng điều trị.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND PREDICTIVE FACTORS OF TREATMENT RESPONSE IN MIGRAINE HEADACHE AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

Background: Migraine is a common primary headache disorder that significantly affects quality of life and work productivity. Identifying clinical features and factors associated with treatment response is essential for optimizing preventive therapy.

Objectives: To describe demographic and clinical characteristics, comorbid conditions, and the effectiveness of preventive migraine treatment; to examine the associations between comorbidities and these factors; and to identify predictors of response to preventive therapy in patients with migraine at Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City.

Results: The mean age was 38 ± 17 years, with a female predominance (79.4%). Unilateral headache (59.1%), pulsating pain (49.4%), and moderate intensity (65.9%) were the most common clinical features. Nausea was the most frequent associated symptom (53.3%). Sleep disorders (23.3%) and anxiety disorders (15.1%) were the most common comorbidities. Topiramate was the most frequently prescribed preventive medication (72.9%). Overall,

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Đức
Email: minhducdongthap@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 14/7/2026
Ngày duyệt bài: 5/8/2026

87.3% of patients achieved fair-to-good treatment response. Flunarizine demonstrated the highest rate of good/fair response (72.0%). Comorbid conditions were significantly associated with severe pain intensity, atypical pain characteristics, and the presence of sensory symptoms. Multivariate logistic regression identified depression (OR = 0.07), anxiety (OR = 0.36), nausea, vomiting, photophobia, and phonophobia as independent predictors of poor treatment response.

Conclusion: Migraine exhibits heterogeneous clinical manifestations and is frequently associated with psychiatric comorbidities. These comorbidities may substantially affect the response to preventive therapy and should therefore be carefully evaluated and comprehensively managed in clinical practice.

Keywords: Migraine headache; clinical characteristics; comorbidities; treatment response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Migraine là một trong những thể đau đầu nguyên phát thường gặp, là nguyên nhân hàng đầu gây suy giảm chức năng và giảm chất lượng cuộc sống, đặc biệt ở nhóm tuổi lao động. Sinh lý bệnh của Migraine phức tạp, liên quan đến hệ trigeminovascular và các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin và peptide liên quan gen calcitonin (CGRP) [1],[4]. Biểu hiện lâm sàng đa dạng khiến việc chẩn đoán và điều trị trong thực hành lâm sàng còn nhiều thách thức. Tại Việt Nam, các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị Migraine tại cơ sở chuyên khoa vẫn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị dự phòng ở bệnh nhân Migraine.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đến

khám tại Phòng khám Nội Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM vì đau đầu migraine từ tháng 6/2025 đến 12/2025, thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Được chẩn đoán đau đầu migraine theo tiêu chuẩn ICHD-3.

- Đến khám và điều trị tại phòng khám Nội Thần Kinh bệnh viện Đa khoa Tâm Anh trong thời gian từ tháng 06 năm 2025 đến hết tháng 12 năm 2025.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đau đầu thứ phát hoặc không phải đau đầu Migraine.

- Không khảo sát MRI não hoặc MRI não bất thường.

Cỡ mẫu: n=403

Cách thức thực hiện và thu thập số liệu:

Người bệnh đến khám tại Phòng khám Nội Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM vì đau đầu Migraine từ tháng 06/2025 đến 12/2025, thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu viên thu thập dữ liệu theo phiếu thu thập số liệu bao gồm đặc điểm dân số (tuổi, giới), đặc điểm lâm sàng (thời gian mắc bệnh, vị trí đau, cường độ, tính chất và thời gian cơn đau, triệu chứng kèm theo, tần suất cơn), bệnh kèm theo (rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ - theo tiêu chuẩn DSM-5), thuốc ngừa cơn và hiệu quả điều trị (theo Đồng thuận của Hiệp hội Đau đầu Hoa Kỳ (AHS) năm 2021 và 2024 [1],[3]). Dữ liệu được mã hóa và lưu trữ bằng phần mềm Excel.

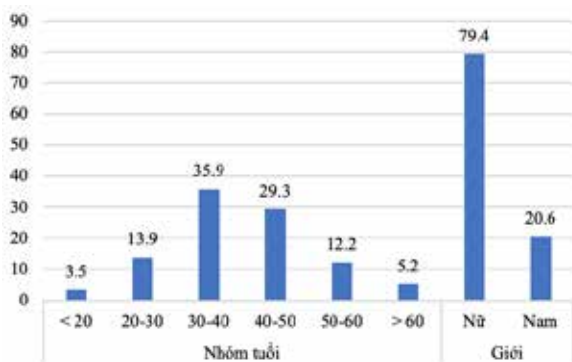
Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê R (version 3.6.1). Các biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; các biến định tính bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh các biến định tính sử dụng phép kiểm χ^2 hoặc Fisher; các biến định lượng sử dụng phép kiểm t hoặc Mann–Whitney khi phân phối không chuẩn. Mọi liên quan giữa các yếu tố được đánh giá bằng hồi quy logistic đối với biến phụ thuộc nhị giá.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm dân số học, lâm sàng, các bệnh lý kèm theo và hiệu quả điều trị ngừa cơn ở bệnh nhân đau đầu Migraine

- Đặc điểm dân số học

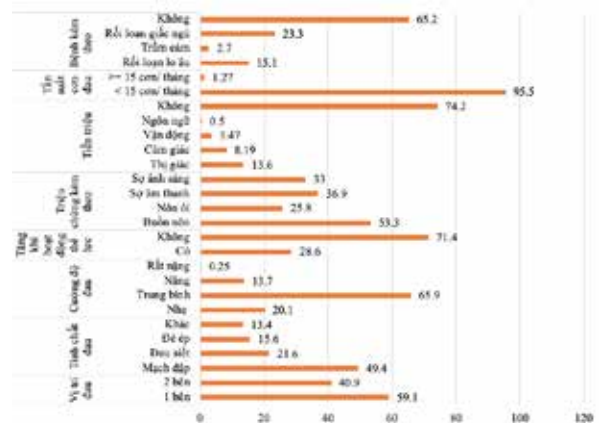


Biểu đồ 1 Phân bố theo nhóm tuổi và giới tính

Sau khi thu thập cỡ mẫu $n=403$, nghiên cứu thu được các kết quả sau:

Tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là 38 ± 17 . Tỷ lệ nhóm tuổi từ 30-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,9%. Thường gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ 3.8:1.

- Đặc điểm lâm sàng và bệnh kèm theo ở bệnh nhân đau đầu Migraine

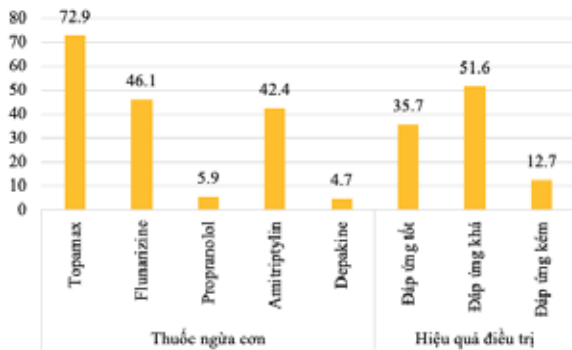


Biểu đồ 2 Các đặc điểm lâm sàng và bệnh kèm theo trong đau đầu Migraine

Các đặc điểm lâm sàng trong nghiên cứu tương đối điển hình của migraine. Đau một bên chiếm 59,1%, đau kiểu mạch đập chiếm 49,4%, và cường độ đau mức trung bình–nặng chiếm 79,6%. Buồn nôn là triệu chứng kèm theo thường gặp nhất (53,3%), tiếp theo là nôn (25,8%), sợ âm thanh (36,9%) và sợ ánh sáng (33%). Tỷ lệ migraine mạn tính là 1,27%. Thời gian trung bình mỗi cơn đau khoảng 2 giờ. Các bệnh kèm theo thường gặp gồm rối loạn giấc ngủ (23,3%) và rối loạn lo âu (15,1%), trong khi trầm cảm chiếm tỷ lệ thấp (2,7%).

Điều trị ngừa cơn đau đầu Migraine

- Thuốc ngừa cơn và hiệu quả đáp ứng thuốc ngừa cơn đau đầu Migraine



Topamax là thuốc ngừa cơn thường được dùng nhiều nhất với tỉ lệ 72,9%.

Đa số đáp ứng thuốc ngừa cơn ở mức khá – tốt với tỉ lệ 87,3%.

- Mối liên quan giữa thuốc và hiệu quả điều trị ngừa cơn

Biểu đồ 3. Tỉ lệ thuốc ngừa cơn và hiệu quả đáp ứng thuốc ngừa cơn đau đầu Migraine

Loại thuốc	Tỉ lệ Tốt/Khá	Tỉ lệ Kém	So sánh với nhóm còn lại (p)
Flunarizine	72,0%	28,0%	0,0008
Propranolol	79,2%	20,8%	0,065
Topamax	63,9%	36,1%	0,204
Depakine	57,9%	42,1%	0,764
Amitriptylin	42,7%	57,3%	< 0,0001

Flunarizine cho thấy tỷ lệ đáp ứng Tốt/Khá đạt 72,0%; Amitriptylin có tỷ lệ đáp ứng kém lên tới 57,3%.

Mối liên quan giữa bệnh kèm theo và đặc điểm dân số học, lâm sàng, hiệu quả điều trị ngừa cơn đau đầu Migraine

Biến số phân tích	Phân nhóm	Tổng số ca (n)	Số ca có bệnh kèm (n)	Tỉ lệ (%)	Giá trị p
Giới tính	Nam	83	28	33.7%	p = 0.825
	Nữ	320	112	35.0%	
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	70	22	31.4%	p = 0.043
	30 - 50 tuổi	263	98	37.3%	
	> 50 tuổi	70	20	28.6%	
Vị trí đau	1 bên	238	74	31.1%	p = 0.048
	2 bên	165	66	40.0%	
Kiểu đau	Mạch đập	199	58	29.1%	p = 0.012
	Đau siết/Đè ép	150	62	41.3%	
	Khác	54	20	37.0%	

Biến số phân tích	Phân nhóm	Tổng số ca (n)	Số ca có bệnh kèm (n)	Tỉ lệ (%)	Giá trị p
Cường độ đau	Nhẹ	81	14	17.3%	p < 0.001
	Trung bình	266	82	30.8%	
	Nặng/Rất nặng	56	44	78.6%	
Triệu chứng kèm theo	Buồn nôn	215	72	33.5%	p = 0.612
	Nôn ói	104	41	39.4%	p = 0.154
	Sợ âm thanh	149	68	45.6%	p = 0.002
	Sợ ánh sáng	133	62	46.6%	p = 0.001
Hiệu quả điều trị	Tốt/Khá	273	61	22.3%	p < 0.0001
	Kém	130	79	60.8%	

Bệnh kèm theo thường gặp ở nhóm tuổi 30-50 tuổi, thường gặp hơn ở nhóm bệnh nhân có cường độ đau nặng, đặc điểm đau không điển hình (đau hai bên, đau kiểu siết – đè ép), có tiền triệu và có các triệu chứng cảm giác kèm theo (sợ ánh sáng, sợ âm thanh), liên quan đáp ứng kém với điều trị.

Các yếu tố tiên đoán đáp ứng điều trị đau đầu Migraine theo mô hình hồi quy đa biến

Biến	Beta	p	OR	KTC 95% (OR)
Trầm cảm	-2.694	0.00008	0.0676	0.0178 – 0.2569
Nôn ói	-0.943	0.00146	0.386	0.218 – 0.696
Rối loạn lo âu	-1.033	0.00172	0.356	0.187 – 0.679
Buồn nôn	-0.914	0.00180	0.401	0.226 – 0.712
Sợ ánh sáng	-0.876	0.00264	0.416	0.235 – 0.737
Sợ âm thanh	-0.664	0.02158	0.515	0.292 – 0.907
Tuổi	-0.0177	0.09043	0.983	0.963 – 1.003
Giới	-0.454	0.12623	0.635	0.355 – 1.136
Amitriptylin	0.376	0.14021	1.456	0.884 – 2.398
Flunarizine	0.373	0.14312	1.453	0.881 – 2.395

Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định các rối loạn tâm thần đi kèm (rối loạn lo âu, trầm cảm) và các triệu chứng lâm sàng đặc trưng của Migraine (buồn nôn, nôn ói, sợ ánh sáng, sợ âm thanh) là những yếu tố tiên đoán độc lập làm giảm khả năng đáp ứng với điều trị ngừa cơn. Trong đó, trầm cảm là yếu tố có ảnh hưởng bất lợi rõ rệt nhất đến hiệu quả điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số học, lâm sàng, các bệnh lý kèm theo và hiệu quả điều trị ngừa cơn ở bệnh nhân đau đầu Migraine

Kết quả nghiên cứu ghi nhận độ tuổi trung bình của mẫu là 38, trong đó nhóm tuổi từ 30 đến 40 chiếm tỷ lệ cao nhất và có sự ưu thế ở giới nữ. Đặc điểm này hoàn toàn tương đồng với các dữ liệu dịch tễ học về bệnh lý migraine đã được công bố trong các công trình nghiên cứu trước đây [6]. Sự tập trung của bệnh trong giai đoạn từ 30 đến 40 tuổi có thể liên quan đến tỷ lệ phơi nhiễm cao với các yếu tố khởi phát đặc trưng của lực lượng lao động trong độ tuổi này, bao gồm áp lực tâm lý - xã hội, căng thẳng nghề nghiệp và tình trạng rối loạn tiến trình giấc ngủ.

Sự khác biệt về giới tính trong cơ chế bệnh sinh của migraine chủ yếu được giải thích bởi vai trò điều hòa sinh học của các hormon sinh dục nữ, đặc biệt là sự biến động nội tiết tố của estrogen. Bên cạnh đó, các yếu tố về mặt tâm lý - xã hội, xu hướng tiếp cận các dịch vụ y tế khác nhau cũng làm tăng tỷ lệ phát hiện và chẩn đoán bệnh ở nữ giới [7].

Các biểu hiện lâm sàng thu được từ mẫu nghiên cứu phản ánh cấu trúc triệu chứng điển hình của bệnh lý migraine. Về mặt sinh lý bệnh, các biểu hiện này được khởi phát bởi sự hoạt hóa hệ thống sinh ba - mạch máu (trigeminovascular system), dẫn đến hiện tượng phóng thích các peptide giãn mạch và tiền viêm, trong đó peptide liên quan đến gen calcitonin (CGRP) đóng vai trò trung tâm. Sự gia tăng nồng độ CGRP tại chỗ gây ra tình trạng giãn mạch màng não và kích phát quá trình viêm thần kinh vô khuẩn (neurogenic inflammation).

Các tín hiệu hướng tâm truyền cảm giác đau từ ngoại vi theo sợi thần kinh sinh ba về hệ thần kinh trung ương, làm biến đổi cấu trúc hoạt động điện học của các nơ-ron tại thân não và đồi thị. Đồng thời, quá trình này làm suy giảm chức năng của các con đường ức chế đau hệ thống đi xuống từ vỏ não và thân não, từ đó làm hạ thấp ngưỡng chịu đau và khuếch đại cảm giác đau của bệnh nhân [3].

Nghiên cứu ghi nhận thời gian diễn tiến của mỗi cơn đau tương đối ngắn. Kết quả này có thể liên quan trực tiếp đến hành vi can thiệp sớm bằng thuốc cắt cơn ngay khi khởi phát triệu chứng, giúp ngăn chặn sự lan tràn của pha đau và hạn chế hiện tượng mãn cảm hóa hệ thần kinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ Migraine mạn tính chỉ chiếm 1.27%. Tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Sự khác nhau này có thể do nhiều nguyên nhân. Việc áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán chặt chẽ theo phân loại quốc tế có thể làm giảm số trường hợp được xếp vào nhóm migraine mạn tính, đặc biệt trong các nghiên cứu dựa trên khai thác bệnh sử hoặc dữ liệu cắt ngang. Đặc điểm dân số nghiên cứu cũng đóng vai trò quan trọng. Nhiều nghiên cứu báo cáo tỷ lệ migraine mạn tính cao hơn thường được thực hiện trên dân số cộng đồng lớn hoặc tại các trung tâm chuyên khoa đau đầu, nơi tập trung nhiều bệnh nhân có triệu chứng nặng, kéo dài và thất bại với điều trị. Ngược lại, mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thể bao gồm tỷ lệ cao bệnh nhân migraine từng cơn hoặc mới mắc, làm giảm tỷ lệ migraine mạn tính được ghi nhận. Ngoài ra, yếu tố địa lý, văn hóa và hành vi tìm kiếm chăm sóc y tế cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả. Tại các quốc gia đang phát triển, bệnh nhân có xu

hướng ít tái khám định kỳ, dẫn đến khả năng chưa được theo dõi đủ lâu để xác định tiến triển sang migraine mạn tính

Ngoài ra, các yếu tố như trình độ nhận thức, các yếu tố văn hóa hành vi và thói quen tìm kiếm sự chăm sóc y tế cũng có tác động tích cực đến việc phát hiện sớm, theo dõi và quản lý bệnh một cách hiệu quả, góp phần giảm thiểu nguy cơ lạm dụng thuốc hoặc kháng điều trị [5].

Rối loạn giấc ngủ và rối loạn lo âu là hai bệnh kèm theo thường gặp trong nghiên cứu. Các rối loạn này được cho là có liên quan đến sự rối loạn điều hòa của các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin và melatonin, vốn đóng vai trò quan trọng trong cơ chế sinh bệnh học của migraine. Do đó, việc sàng lọc và điều trị các rối loạn tâm thần và giấc ngủ có thể góp phần cải thiện hiệu quả kiểm soát migraine [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Topamax là thuốc dự phòng migraine được sử dụng phổ biến nhất. Hiện có ít nghiên cứu báo cáo trực tiếp tỷ lệ sử dụng từng thuốc trong điều trị dự phòng migraine, tuy nhiên các khảo sát thực hành lâm sàng cho thấy xu hướng lựa chọn thuốc có thể khác nhau giữa các khu vực. Tỷ lệ đáp ứng điều trị khá – tốt trong nghiên cứu tương đối cao và phù hợp với các nghiên cứu quốc tế. Kết quả này có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như mức độ nặng ban đầu của bệnh, thời gian mắc bệnh, sự hiện diện của các bệnh kèm theo và mức độ tuân thủ điều trị [8].

Mối liên quan giữa bệnh kèm theo và đặc điểm dân số học, lâm sàng, hiệu quả điều trị ngừa cơn đau đầu Migraine

Các bệnh kèm theo được ghi nhận nhiều

hơn ở nhóm bệnh nhân có cường độ đau nặng, đặc điểm đau không điển hình và có các triệu chứng cảm giác kèm theo như sợ ánh sáng và sợ âm thanh. Nhóm bệnh nhân này cũng có tỷ lệ đáp ứng điều trị kém cao hơn. Kết quả này cho thấy các bệnh kèm theo có thể đóng vai trò quan trọng trong diễn tiến bệnh và cần được đánh giá đầy đủ trong quá trình điều trị migraine.

Các yếu tố tiên đoán đáp ứng điều trị đau đầu Migraine theo mô hình hồi quy đa biến

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các rối loạn tâm thần kèm theo (lo âu, trầm cảm) và các triệu chứng lâm sàng đặc trưng của migraine (buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng, sợ âm thanh) là những yếu tố tiên đoán độc lập liên quan đến đáp ứng điều trị dự phòng kém. Trong đó, trầm cảm có ảnh hưởng bất lợi rõ rệt nhất, tương tự kết quả của và Ashina và cộng sự [2]. Cơ chế có thể liên quan đến rối loạn điều hòa các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin, noradrenalin và dopamine, đồng thời trầm cảm cũng làm giảm tuân thủ điều trị và làm tăng nguy cơ migraine mạn tính. Mặc dù, ước lượng OR của trầm cảm rất mạnh ($OR = 0,07$) nhưng khoảng tin cậy rộng ($0,018-0,257$) do số ca trầm cảm nhỏ ($\sim 2,7\%$), nên ước lượng kém ổn định. Mặc dù phân tích đơn biến ghi nhận flunarizine liên quan với tỷ lệ đáp ứng tốt cao hơn, mối liên quan này không còn ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến, cho thấy hiệu quả điều trị dự phòng có thể chịu ảnh hưởng chủ yếu bởi các đặc điểm nền của người bệnh hơn là lựa chọn thuốc. Do đó, khi chỉ định flunarizine cho bệnh nhân có rối loạn tâm thần đồng mắc, đặc biệt là trầm cảm, cần cân nhắc thận trọng.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Đau đầu Migraine thường gặp ở nhóm tuổi 30–40 và chủ yếu ở nữ giới, với các đặc điểm lâm sàng phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán Migraine. Rối loạn giấc ngủ và rối loạn lo âu là các bệnh kèm theo thường gặp, đặc biệt ở bệnh nhân có cường độ đau nặng, đặc điểm đau không điển hình hoặc có các triệu chứng kèm theo như sợ ánh sáng và sợ âm thanh. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các rối loạn tâm thần đi kèm (lo âu, trầm cảm) cùng với các triệu chứng lâm sàng đặc trưng của Migraine (buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng, sợ âm thanh) là những yếu tố tiên đoán độc lập liên quan đến khả năng đáp ứng kém với điều trị ngừa cơn. Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá bệnh nhân Migraine cần được thực hiện toàn diện, bao gồm không chỉ các đặc điểm của cơn đau mà còn sàng lọc các rối loạn tâm thần và rối loạn giấc ngủ đi kèm. Điều này có thể góp phần xây dựng chiến lược điều trị cá thể hóa, cải thiện hiệu quả kiểm soát cơn đau và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. Mặt khác, cần can thiệp sớm bằng thuốc cắt cơn để kiểm soát cơn đau, hạn chế nguy cơ tái phát, hạn chế tiến triển mạn tính, từ đó tăng hiệu quả điều trị và giảm thiểu gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe cũng như phát triển kinh tế - xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ailani J, Burch RC, Robbins MS;** Board of Directors of the American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*. 2021;61(7):1021-1039.
2. **Ashina M., Hansen J. M., Do T. P. et al**, 2019, 'Migraine and the trigeminovascular system—40 years and counting', *The Lancet Neurology*, 18, 8, 795-804
3. **Buse D. C.**, 2023, 'Psychiatric comorbidities of migraine and their impact on treatment outcomes', *J Neurol*, 260(8), 1960–1969.
4. **Charles AC, Digre KB, Goadsby PJ, Robbins MS, Hershey A;** on behalf of the American Headache Society. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update. *Headache*. 2024;64(4):333-341.
5. **Iyengar S., Johnson K. W. and Ossipov M. H. et al**, 2019, 'CGRP and the trigeminal system in migraine', *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(5), 659-681.
6. **Lipton R. B.**, 2011, 'Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy', *Neurology*.
7. **Park J.H., Lee H.J. and Kim J.W. et al**, 2021, 'Prescription patterns for migraine prophylaxis in Korea: a real-world practice analysis', *Korean J Clin Pharmacol.*, 31(1), 35–44.
8. **Vos T., Lim S. S. and Abbafati C. et al**, 2020, 'GBD 2019 diseases and injuries collaborators', *Global burden of*, 369, 1990-2019.