

TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC BÀU BÀNG

BẢNG TIN THÔNG TIN THUỐC

SỐ 03/2026 • DÀNH CHO NHÂN VIÊN Y TẾ

CẬP NHẬT DỰ PHÒNG ĐAU NỬA ĐẦU BẰNG THUỐC Ở NGƯỜI LỚN

Tóm tắt các điểm thực hành từ hướng dẫn AAN/AHS cập nhật

THÔNG ĐIỆP CHÍNH

Cân nhắc điều trị dự phòng khi người bệnh có ≥ 4 ngày đau nửa đầu/tháng, ≥ 4 ngày đau đầu mức độ vừa-nặng/tháng, hoặc suy giảm chức năng đáng kể. Lựa chọn thuốc cân cá thể hóa và cùng người bệnh ra quyết định.

1. Khi nào nên khởi trị dự phòng?

- Thông báo cho tất cả người bệnh đau nửa đầu rằng có các biện pháp dự phòng hiệu quả.
- Đề nghị điều trị dự phòng khi có ít nhất 4 ngày đau nửa đầu/tháng, ít nhất 4 ngày đau đầu mức độ vừa-nặng/tháng, hoặc suy giảm chức năng đáng kể.
- Trước khi chọn thuốc, rà soát bệnh nội khoa/tâm thần, thuốc đang dùng, chống chỉ định, nguy cơ tác dụng không mong muốn, khả năng chi trả và ưu tiên đường uống hay tiêm.

2. Lựa chọn điều trị theo thể bệnh

Tình huống	Lựa chọn có bằng chứng tin cậy cao/trung bình	Điểm thực hành
Đau nửa đầu từng đợt	Atogepant; eptinezumab; erenumab; fremanezumab; galcanezumab; propranolol; topiramate; valproate.	Ưu tiên hiệu quả, đồng thời cân nhắc dung nạp, chống chỉ định, chi phí và khả năng tiếp cận.
Đau nửa đầu mạn tính	Atogepant; eptinezumab; erenumab; fremanezumab; galcanezumab; onabotulinumtoxinA; topiramate; valproate.	OnabotulinumtoxinA cần thời gian đánh giá đáp ứng dài hơn.
Lo ngại dung nạp	Thuốc tác động CGRP; thêm onabotulinumtoxinA ở thể mạn tính.	Theo dõi ADR và tương tác; không chỉ chọn theo hiệu quả.
Lo ngại chi phí	Cân nhắc lựa chọn chi phí thấp hơn phù hợp danh mục và quyền lợi BHYT.	Trao đổi rõ với người bệnh về khả năng tiếp cận và tuân thủ.
Không đáp ứng lựa chọn ưu tiên	Có thể cân nhắc amitriptyline, flunarizine, metoprolol, pizotifen, rimegepant hoặc telmisartan ở thể từng đợt.	Mức độ tin cậy bằng chứng thấp hơn; cá thể hóa quyết định.

LƯU Ý

Danh sách trên là lựa chọn dựa trên bằng chứng của hướng dẫn, không thay thế phác đồ bệnh viện, tờ hướng dẫn sử dụng, đánh giá lâm sàng và khả năng cung ứng tại Việt Nam.

3. Nhóm người bệnh cần đặc biệt thận trọng

Thai kỳ và người có khả năng mang thai

- Tư vấn nguy cơ đối với thai nhi trước khi điều trị; nếu có thể, tránh valproate/divalproex và topiramate do nguy cơ gây hại thai.
- Trong thai kỳ hoặc khi chuẩn bị mang thai, tối ưu biện pháp không dùng thuốc: can thiệp hành vi, tập thể dục, chăm cứu và quản lý yếu tố khởi phát.
- Nếu bắt buộc dùng thuốc, phải thảo luận lợi ích - nguy cơ, lựa chọn thay thế và dùng tổng lượng thuốc thấp nhất vẫn kiểm soát được bệnh.
- Nifedipine có thể được cân nhắc; metoprolol, propranolol hoặc onabotulinumtoxinA chỉ sau khi đánh giá kỹ lợi ích - nguy cơ và dữ liệu hiện có.

Cho con bú

- Tư vấn rằng thuốc có thể bài tiết vào sữa ở mức độ khác nhau; tra cứu nguồn chuyên biệt như LactMed trước khi quyết định.

Người cao tuổi

- Đánh giá bệnh mạch máu, chức năng gan/thận, tương tác thuốc, nguy cơ an thần, lú lẫn và hạ huyết áp tư thế.
- Ưu tiên khởi liều thấp khi phù hợp; thận trọng thuốc kháng cholinergic ở nam giới có nguy cơ bí tiểu.

Các cảnh báo liên quan giới tính/sinh sản

- Valproate có thể làm tăng nguy cơ hội chứng buồng trứng đa nang; cần tư vấn trước điều trị.
- Topiramate trên 200 mg/ngày có thể làm giảm hiệu quả tránh thai nội tiết; cần tư vấn biện pháp tránh thai phù hợp.

4. Bệnh đồng mắc: tận dụng hay tránh tác dụng của thuốc

Bệnh/đặc điểm kèm theo	Gợi ý cân nhắc	Theo dõi trọng tâm
Tăng huyết áp chưa điều trị	Enalapril, nifedipine hoặc telmisartan có thể là lựa chọn tác động đồng thời hai bệnh.	Huyết áp, dung nạp, chống chỉ định.
Đau xơ cơ	Amitriptyline có thể hữu ích khi đồng thời cần cải thiện giấc ngủ/đau.	An thần, kháng cholinergic, nguy cơ té ngã.
BMI tăng	Topiramate có thể phù hợp nếu cần thuốc dự phòng đường uống.	Cân nặng, nhận thức, nguy cơ sỏi thận và nguy cơ thai kỳ.
Bệnh nội khoa/tâm thần khác	Quyết định dùng một thuốc cho hai tình trạng hoặc điều trị riêng biệt.	Hiệu quả từng mục tiêu và ADR để điều chỉnh.

5. Phòng ngừa lạm dụng thuốc điều trị cấp

NGŨỜNG CẢNH BÁO

Lạm dụng thuốc được mô tả là dùng thuốc đặc hiệu điều trị cơn đau nửa đầu >9 ngày/tháng hoặc thuốc giảm đau không đặc hiệu >14 ngày/tháng.

- Chỉ định dự phòng cho người bệnh đáp ứng tiêu chí lạm dụng thuốc hoặc đau đầu do lạm dụng thuốc.
- Ưu tiên các biện pháp có bằng chứng trong nhóm này: kháng thể đơn dòng CGRP, atogepant, onabotulinumtoxinA và topiramate.
- Khi phối hợp thuốc dự phòng và thuốc điều trị cơn, phải rà soát tương tác và tác dụng không mong muốn cộng gộp.
- Dữ liệu còn hạn chế ở người lạm dụng opioid hoặc thuốc chứa barbiturat; cần thận trọng khi ngoại suy.

6. Theo dõi, đánh giá và điều chỉnh

Trước điều trị	8-12 tuần	12-24 tuần	Sau ≥6 tháng
Ghi nhận số ngày đau đầu/tháng, mức độ, ảnh hưởng chức năng, thuốc điều trị cơn và mục tiêu cá nhân.	Đánh giá khi đã đạt liều khuyến cáo mà người bệnh dung nạp. Tối ưu liều nếu đáp ứng chưa đủ. OnabotulinumtoxinA: đánh giá khoảng 24 tuần.	Nếu kết quả chưa tối ưu, cùng người bệnh quyết định đổi thuốc; kiểm tra tuân thủ và yếu tố khởi phát trước khi kết luận thất bại.	Có thể thảo luận giảm/ngừng thuốc sau khi cân nhắc lợi ích - nguy cơ; theo dõi nguy cơ đau đầu tái tăng.

Đánh giá đáp ứng nên bao gồm

- Tần suất và mức độ đau nửa đầu; triệu chứng đi kèm; chất lượng cuộc sống và khả năng hoạt động.
- Số ngày sử dụng thuốc điều trị cơn và nguy cơ lạm dụng thuốc.
- Công cụ nhất quán qua các lần khám: nhật ký đau đầu, HIT-6 hoặc MIDAS.
- ADR thường gặp, ADR nghiêm trọng/đe dọa tính mạng, tương tác thuốc và mức độ tuân thủ.

NGUYÊN TẮC AN TOÀN

Tư vấn tác dụng không mong muốn trước khi kê đơn và theo dõi định kỳ. Khi ADR không dung nạp được, cân nhắc giảm liều hoặc chuyển lựa chọn khác; không ngừng đột ngột khi thuốc cần giảm liều từ từ.

7. Checklist nhanh tại điểm kê đơn

- ☐ Đã xác định số ngày đau nửa đầu/đau đầu mỗi tháng và mức suy giảm chức năng.
- ☐ Đã rà soát thuốc đang dùng, bệnh đồng mắc, chống chỉ định, thai kỳ/cho con bú.
- ☐ Đã hỏi ưu tiên của người bệnh, khả năng chi trả và đường dùng.
- ☐ Đã thống nhất mục tiêu, thời điểm đánh giá và cách ghi nhật ký đau đầu.
- ☐ Đã tư vấn ADR, tương tác, nguy cơ lạm dụng thuốc điều trị cơn và dấu hiệu cần tái khám.
- ☐ Đã lập kế hoạch xử trí nếu không đáp ứng hoặc không dung nạp.

Tài liệu tham khảo

1. Potrebic S, Tanveer S, Becker WJ, et al. Pharmacologic treatment for migraine prevention in adults: practice guideline recommendations report of the AAN Guideline Subcommittee and the American Headache Society. Headache. Published online 31/08/2026. doi:10.1111/head.70199.

2. Khaja H. AAN and AHS update guidance on pharmacologic migraine prevention. Neurology Advisor. 04/09/2026.

PHẠM VI SỬ DỤNG

Tài liệu này phục vụ cập nhật chuyên môn nội bộ, không thay thế hướng dẫn chẩn đoán - điều trị, phác đồ bệnh viện, tờ hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc quyết định lâm sàng cho từng người bệnh.

