

Huvudvärk, akut hos vuxna. Utredning vid SÄS

Förändringar sedan föregående version

Förtydligande kring utredning av sinustrombos samt subaraknoidalblödning

Sammanfattning

Rutinen beskriver utredning och handläggning av huvudvärk vid framför allt akutmottagningen på Södra Älvsborgs Sjukhus, med korta beskrivningar kring bakomliggande tillstånd.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Bakgrund och syfte	2
Förutsättningar.....	2
”Varningsklockor”	2
Utförande.....	2
Bakomliggande orsaker till huvudvärk samt handläggning	2
Arbetsgrupp	11
Källförteckning	11

Bakgrund och syfte

Syftet med detta styrdokument är att bidra till en god handläggning av huvudvärk vid akutmottagning.

Förutsättningar

”Varningsklockor”

Följande typer av huvudvärk måste alltid utredas akut/subakut [1]:

- Urakut debut av huvudvärk
- Medvetandepåverkan i samband med huvudvärk.
- Neurologiska bortfall och/eller synpåverkan i samband med huvudvärk.
- Infektionstecken associerat med huvudvärk.
- Krampanfall, förstagångs i samband med huvudvärk.
- Personlighetsförändring i samband med huvudvärk.
- Nyttillkommen eller förändrad huvudvärk hos patient redan diagnosticerad med primär huvudvärk.
- Nydebuterad huvudvärk som ej viker efter ett par dagar, utan successivt förvärras.
- Huvudvärk som förvärras vid valsalmöv.

CT-undersökning kan ej alltid utesluta allvarlig genes till huvudvärk.

Anamnes samt status är avgörande för vidare handläggning.

Utförande

Bakomliggande orsaker till huvudvärk samt handläggning

Subaraknoidalblödning [2]

Orsak

Brustet blodkärl i subaraknoidalrummet.

Riskfaktorer

Hypertoni, Rökning, Hereditet.

Symtom

Ofta plötsligt debuterande, kraftig huvudvärk. Beskrivs ofta som värsta tänkbara huvudvärk, men man bör även vara vaksam på denna diagnos vid mindre uttalad huvudvärk med akut debut. Sådant insjuknande **ska** handläggas som subaraknoidalblödning med utredning enligt sådan, tills diagnos är utesluten eller bekräftad.

I samband med insjuknande kan det även förekomma medvetandeförlust, kräkning, fokala neurologiska bortfall. Efter några timmar senare kan även meningitretning tillkomma.

Diagnostik

- **Akut CT hjärna**

Om CT hjärna utförd **upp till sex timmar** efter **säker** symtomdebut, samt granskad av radiolog med god vana att bedöma sådan undersökning. Finns enligt utlåtande då inga radiologiska hållpunkter för subaraknoidalblödning kan diagnosen avskrivas. Detta under förutsättningar att patienten **inte** har några fokalneurologiska bortfall eller medvetandesänkning [3].

Om CT utförts senare än sex timmar efter insjuknandet, eller av annan orsak inte kan utesluta förekomst av färsk blödning, ska lumbalpunktion genomföras på akutmottagningen, för att säkert utesluta/bekräfta subaraknoidalblödning. Vid stabil patient ska minst sex timmar ha förflutit från symtomdebut till lumbalpunktion.

Genomför CT angiografi för att bedöma förekomst av aneurysm eller annan blödningskälla vid **initial** radiologisk undersökning – om inga klara hinder för detta finns.

Normal CT-angiografi utesluter i de flesta fall behandlingskrävande blödningskälla, men inte subaraknoidalblödning i sig.

1. Lumbalpunktion vid misstänkt subaraknoidalblödning

Vid diagnostisk osäkerhet och man behöver komplettera med lumbalpunktion i diagnostiken, ska denna genomföras minst sex timmar, men helst nio timmar från symtomdebut.

Klassiskt fynd vid denna undersökning, är att man noterar ökat öppningstryck (<20 cm/H₂O definieras vanligen som normalt öppningstryck. Öppningstryck tas i liggande position).

Man kan även notera rödtonad (hallonfärgad) likvor, som **inte** klarnar upp längre fram i undersökningen. Vid stickblödning minskar denna rödaktiga ton successivt.

Vid lumbalpunktion, ska minst cellräkning, albumin och spektrofotometri - Csv-csv (abs 415 nm) analyseras. Om möjligt bör även 1-2 extra rör med 3-4 ml likvor vardera säkras för eventuella tillkommande frågeställningar och analyser.

Fortsatt handläggning

Vid bekräftad subaraknoidalblödning:

1. Kontakta röntgen för länkning av CT-bilder.
2. Kontakta neurokirurgjour, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU).
3. Om ej gjort, genomför CT angiografi.

Sinustrombos [4]

Orsak

Venös trombos intrakraniellt.

Riskfaktorer

Känd koagulationsrubbing, graviditet, post partum, Östrogen-innehållande p-piller, malignitet, systemiskt inflammatoriska tillstånd.

Symtom

Huvudvärk (>90 %) är vanligaste debutsymtom, oftast succesivt ökande över timmar till dagar, men kan i vissa fall vara urakut som vid subaraknoidalblödning.

Även fokalneurologiska bortfall samt krampanfall är vanliga symtom i akutskedet.

Diagnostik

CT hjärna venografi ska göras med frågeställning sinustrombos. Observera att en normal CT hjärna utan kontrast, eller kontrastförstärkt CT utan venografi, **inte** kan utesluta sinustrombos.

OBS: D-dimer ska inte vara del i diagnostiken för att vare sig bekräfta eller utesluta tillståndet

Fortsatt handläggning

Vid icke-stabil patient med tilltagande neurologiska bortfall: Kontakt med strokebakjour, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, för vidare handläggning.

Vid stabil patient:

- Om inga kontraindikationer föreligger; ge fulldos lågmolekylärt heparin (fragmin) enligt trombosriktlinjer. 200 E/kg/dygn (upp till 180 kg).
- Inläggning på strokeavdelning.

Bakteriell meningit (meningit)

För info avseende denna del, hänvisas till sjukhusövergripande riktlinje [Bakteriell meningit - akut handläggning och behandling av vuxna vid SÄS](#).

Virusencefalit (encefalit)

För info avseende denna del, hänvisas till sjukhusövergripande rutin [Encefalit, infektiös. Akut utredning av vuxna, SÄS](#).

Tumör [5]

Symtom

Ofta konstant molande huvudvärk. Huvudvärken tenderar att förvärras över tid. Förvärras ofta i samband med hostning eller krystning. Isolerad huvudvärk som symtom är ovanligt. Kommer oftast tillsammans med andra neurologiska bortfall eller personlighetsförändring.

Krampanfall är ofta debutsymtom.

Diagnostik

Indikation för akut utredning bedöms vara huvudvärk och avvikande neurologiskt status, alternativt kramper eller personlighetsförändring.

Radiologisk undersökning för diagnos. Vid stark misstanke och inga kontraindikationer, gör CT hjärna med kontrast som initial undersökning.

Vidare handläggning

Kortisonbehandling med Betametason 0,5 mg.

Dag 1-2 16 tabletter 2 gånger dagligen

Därefter fortsatt nedtrappning från avdelning.

I tillägg kan man överväga PPI-behandling samt Zopiklon för att kupera biverkningar av den höga Betametasondosen.

Om misstanke om nyupptäckt **primär** hjärntumör, inläggning på neurologiavdelning. Om radiologisk misstanke om inklämning, akut kontakt med neurokirurg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Karotis / vertebralisdissektion [6]

Orsak

Ruptur av tunica intima i artären, skapar falsk lumen. Ofta sekundärt till manipulation av nacken.

Symtom

Kraftig huvudvärk/nackvärk, svår och ihållande lokaliserad till samma sida som dissektionen.

Kan även ge symtom av stroke/TIA i området för vilken denna artär försörjer.

Ibland kan även Horners syndrom (ptos, mios, enoftalmus, anhidros) ses.

Diagnostik

CT angiografi i artärfas för att se om tecken till halskärlsdissektion föreligger.

Vidare handläggning

Kontakt med neurolog.

Akut obstruktiv hydrocefalus [7]

Orsak

Hinder som obstruerar flöde av likvor.

Symtom

Huvudvärksattacker. Värken kan triggas av kroppsändringar, samt valsavmanöver. Kräkningar, medvetande- samt synpåverkan är vanliga i tillägg till huvudvärk.

Diagnostik

Erhålls oftast med CT hjärna.

Vidare handläggning

Kontakt med neurokirurg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Jättecellsarterit (Temporalisarterit) [8]

Orsak

Inflammation i extrakraniella artärer, ibland också i aortabågen och dess avgående grenar. Tillståndet förekommer inte hos patienter under 50 år och frekvensen ökar med stigande ålder.

Symtom

- Subakut debuterande huvudvärk, ofta en ytlig smärta med skalpömhet.
- Tuggclaudicatio.
- Ofta ömhet över engagerat kärl.
- Allmänna inflammationssymtom som matleda, feber, trötthet, viktnedgång är vanligt.

Viktigt att notera eventuella synengagemang. Dimsyn, synfältsbortfall eller amaurosis fugax.

Diagnostik

Anamnes, kliniska fynd. SR samt CRP – Dock observation för att enstaka procent av individerna med jättecellsarterit har ett normalt SR.

Fortsatt handläggning

Handläggning enligt intern rutin [Kortisonbehandling vid jättecellsarterit och polymyalgia reumatika](#) inom VO neurologi, rehabilitering och nära vård.

Trigeminusneuralgi [9]

Symtom

Återkommande skarp huggande smärta, attackvis i nervus trigeminus utbredningsområde. Denna smärta intensifieras vid beröring området under smärtperiod.

Smärtan framkallar ofta en reflexmässig muskelspasm i samma ansiktshalva som smärtan föreligger.

Smärtan återkommer ofta i samband med födointag, tal, tvätt av ansikte, tandborstning, exponering värme/kyla.

Diagnostik

Diagnosen är baserad på symtom, ovan nämnda, över nervus trigeminus utbredningsområde. Vid klassisk trigeminusneuralgi ska man inte finna något neurologiskt avvikande.

Behandling

Karbamazepin hjälper effektivt i de flesta fall. Effekt ses inom 2-3 dygn.

Riktlinjer för blodkoncentration ligger inom samma intervall som vid epilepsi.

Äldre patienter är känsliga för biverkningar av medicinen, varför en startdos på 100-200 mg av Karbamazepin i depotberedning rekommenderas.

Ökningstakten kan vara 100 mg med 2-3 dagars mellanrum.

Fortsatt utredning

Vidare utredning enbart aktuellt vid neurologiska bortfall i nervus trigeminus, eller annan kranialnerv.

Vid nydebuterad typisk trigeminusneuralgi, kontakt med neurolog för diskussion om vidare handläggning samt remiss till vårdcentralen för uppföljning.

Vid atypisk debut/ung ålder (under 40 år), Remiss till neurologimottagningen.

Klusterhuvudvärk (Hortons huvudvärk) [10]

Riskfaktorer

- Manligt kön
- Vid debut, ålder 20-40 år

Symtom

Plötsligt debuterande smärta, främst lokaliserat bakom ögat. Känsla av att någon "satt en kniv i ögat". Sitter i mellan 15-180 minuter. Ofta upp till 8 gånger dagligen (vanligast 2-3 episoder). Detta återkommer ofta med regelbundenhet.

Smärteepisoderna kommer i kluster. I samband med detta noteras autonoma

symtom ipsilateralt som smärtan, såsom ptos, mios, nästäppa och rinnande näsa.

Diagnos

Baserad på diagnoskriterier. Vid förstagångsinsjuknande rekommenderas radiologisk undersökning för att utesluta bakomliggande neurologisk orsak. Genomför CT-hjärna akut samt ställningstagande till MR-hjärna subakut.

Viktigt att utesluta annan allvarlig genes till patientens huvudvärk.

Vidare handläggning

Kring akut behandling var god se rekommendationer från svenska huvudvärkssällskapet:

<https://huvudvarkssallskapet.se/trigeminoautonoma-cefalalgier-1-klusterhuvudvark/>

Migrän [11]

Riskfaktorer

- Hereditet
- Vid debut – ung patient

Symtom

Ofta ensidig huvudvärk, dock kan den även vara dubbelsidig. Karaktären av huvudvärken är oftast huggande, pulserande värk. Smärtan ökar ofta i intensitet inom några timmar. När smärtan nått maximal intensitet är det även vanligt med illamående och kräkningar.

Symtomen sitter i mellan 4 timmar upp till 72 timmar.

15 % av patienterna med migrän upplever aura i samband med huvudvärk, oftast inför huvudvärkens debut.

Auran är oftast synpåverkan i form av flimmerskotom och andra enklare synhallucinationer.

Aura i ovanligare former kan uttrycka sig som domningskänsla, dysartri samt spridande pareser, kommer successivt.

Diagnos

Oftast är migränen känd sedan tidigare. I de fallen behövs ingen vidare diagnosticering om patienten känner igen sina symtom.

Viktigt att utesluta annan allvarlig genes till patientens huvudvärk.

Vidare handläggning

Kring akut behandling, var god se rekommendationer från svenska huvudvärkssällskapet.

<https://huvudvarkssallskapet.se/migran/>

Huvudvärk av spänningstyp [12]

Riskfaktorer

Fysisk och psykosocial stress.

Symtom

Pressande, tryckande eller bandformad i karaktär med mild till måttlig intensitet, i de flesta fallen lokaliserat till båda halvor av huvudet och ofta långdragen. Vaknar vanligen inte av huvudvärk. Inget avvikande vid neurologiskt status. Startar ofta på förmiddagen för att därefter successivt öka under dagen. Oftast är patienten inte ljus- eller ljudkänslig. Huvudvärken kan ofta vara associerad med yrsel, främst av gungande karaktär, blir inte värre av fysisk ansträngning.

Diagnos

Baseras på symtom. På akutmottagning ska mer allvarlig genes till patientens besvär uteslutas.

Vidare handläggning

Fortsatt uppföljning inom primärvård.

Läkemedelsinducerad huvudvärk [13]

Orsak

Huvudvärk hos personer med tidigare huvudvärksdiagnos, med överanvändning av analgetika. Läkemedelsöveranvändning definieras som ≥ 10 dagar/månad med ergotaminpreparat, triptaner eller opioider, alt ≥ 15 dagar/mån av enklare analgetika (paracetamol, ASA, NSAID) under minst 3 månader.

Patofysiologi ej klarlagd.

Symtom

Huvudvärken liknar ofta den primära huvudvärken patienten har.

Diagnos

Baserad på typisk anamnes samt symtom.

Vidare handläggning

Utsättning av läkemedel akut och/eller successivt via vårdcentral.

Arbetsgrupp

För innehållet svarar

Markus Karlander, specialistläkare, neurologi, neuro- och rehabiliteringsenheten/VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Remissinstanser (utgåva 1)

Verksamhetschefer SÄS

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

Huvudvärk, migrän, klusterhuvudvärk, neurologi, smärta, smärtutredning, smärtbehandling, läkemedelsbehandling

Källförteckning

1. Linde M. Internetmedicin - Huvudvärk, primär utredning.
2. Andersson T. Internetmedicin - Subaraknoidalblödning.
3. Perry JJ, Sivilotti MLA, Emond M, et al. Prospective Implementation of the Ottawa Subarachnoid Hemorrhage Rule and 6-Hour Computed Tomography Rule. *Stroke* 2020;51(2):424-430, doi:10.1161/STROKEAHA.119.026969
4. Lindgren ET, Turgut Jood, Katarina Internetmedicin - Sinustrombos (Central ventrombos).
5. Mathiesen TS, Mikael Peredo, Inti Harvey. Internetmedicin - Hjärntumörer.

6. Andsberg GKO, Evelina Ramgren, Birgitta. Internetmedicin - Cervikal dissektion, spontan.
7. Vedung FV, Johan Fahlström, Andreas. Internetmedicin - Hydrocefalus, icke-kommunicerande.
8. Knight A. Internetmedicin - Jättecellsarterit (GCA).
9. Linde M. Internetmedicin - Trigeminusneuralgi.
10. Steinberg AT, Melissa. Svenska Huvudvärkssällskapet - Klusterhuvudvärk.
11. Linde M. Svenska Huvudvärkssällskapet - Migrän.
12. Waldenlind E. Svenska Huvudvärkssällskapet - Spänningshuvudvärk.
13. Steinberg A. Svenska Huvudvärkssällskapet - Läkemedelöveranvändnings huvudvärk.

Länkförteckning

- Bakteriell meningit - akut handläggning och behandling av vuxna vid SÄS. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS
<https://hittadokument.vgregion.se/sas>
- Encefalit, infektiös. Akut utredning av vuxna, SÄS. Sjukhusövergripande rutin, SÄS
<https://hittadokument.vgregion.se/sas>
- Kortisonbehandling vid jättecellsarterit och polymyalgia reumatika. Intern rutin inom enheten neuro- och rehabilitering, VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS
<https://hittadokument.vgregion.se/sas>

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Markus Karlander, (marka217),
Specialistläkare

Granskad av: Markus Karlander, (marka217), Specialistläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-95

Version: 4.0

Giltig från: 2026-01-20

Giltig till: 2028-01-20