

تشخیص میگرن و درمان آن

دکتر علیمیراد سالار تاش *

مجله نظام پزشکی

سال سوم ، شماره ۳ ، صفحه ۱۳۵۲-۲۰۷

مقدمه:

درمان مؤثر میگرن به شناسایی چهار نوع مختلف آن و تشخیص افتراقی آنها از حمله‌های شبه میگرنی بستگی دارد. درمان اختصاصی باید در هر بیمار متفاوت و با شدت و مدت حمله تناسب داشته باشد.

درمان شامل دو نوع اختصاصی و علامتی است.

داروهای مؤثر برای درمان میگرن خیلی کم‌اند، اما اثر قطعی در برطرف کردن حمله بیماری دارند و استعمال مکرر و مداوم آنها عوارض جدی بیمار خواهد آورد.

در این مقاله بر علائم اختصاصی انواع مختلف میگرن ، یا بهتر بگوییم تظاهرات مختلف بیماری میگرن ، تکیه کرده و در جهت درمان میگرن توضیحات بیشتری داده خواهد شد.

تعریف میگرن .

تعریف میگرن بوسیله Ad. Hoc. Committee در سال ۱۹۶۲ در National Institute of Neurological Diseases and Blindness ، با اختلاف خیلی جزئی که Gowers در ۸۰ سال قبل تعریف کرده ، چنین است:

«میگرن عبارت است از حمله‌های ناراحت کننده عصبی که سردرد رکن اصلی آنرا تشکیل میدهد».

درد :

درد از علائم مهم و دائمی میگرن و اغلب با دیگر علائم که عبارتند از تهوع ، استفراغ و مخصوصاً ناراحتی‌های بینایی همراه است (۲۰۱).

Ad. Hoc Committee سردرد میگرنی را بچهار دسته مختلف تقسیم کرده است:

۱- میگرن کلاسیک: Classic Migraine که عبارت است از سردرد عروقی همراه با علائم خبر کننده (Prodromes) زودگذر بینایی ، حسی و حرکتی.

۲- میگرن معمولی: Common Migraine که عبارت است از سردرد عروقی که فاقد علائم برجسته قبل از حمله است و ممکن است يك طرفی یا دوطرفی باشد.

۳- سردرد خوشه‌ای: Cluster Headache که اغلب يك طرفه است و همراه با سرخ شدن صورت در همان طرف و عرق کردن و افزایش ترشحات بینی (Rhinorrhea) و ازدیاد ترشح اشک همراه می باشد.

سردردهای خوشه‌ای اغلب مختصر و ممکن است در يك روز چندین مرتبه ظاهر کند و از دیگر سردردها با دوران تسکین طولانی خود تشخیص داده می شود، بدین ترتیب که چندین حمله در يك روز بروز میکند اما فواصل حملات اصلی طولانی تر از دیگر سردردها می باشد.

۴- میگرن همی پلژیک و افتالهوپلژیک Hemiplegic and Ophthalmoplegic Migraine سردردهای عروقی است که عامل محرك آن حسی و حرکتی است و بعد از دوران حمله هم ادامه خواهند داشت.

Graham به انواع مختلف حملات میگرن نزد يك بیمار وهم چنین به سابقه خانوادگی انواع میگرن در اعضای مختلف يك خانواده که همگی به يك داروی مشخص جواب میدادند اشاره می کند.

در نوشیدن الکل، هیجان و یا واکنش‌های آلرژیک تأثیر بسزایی در شروع حملات سخت و مکرر دارند.

در بیماران که به افسردگی (Depression) دچارند اغلب حملات خیلی شدید دیده میشود و میگرن این بیماران اغلب به داروهای ضد افسردگی (antidepressant) جواب میدهد.

درمان حمله حاد میگرن: گرچه داروهای اختصاصی مثل ارگو-تامین تارترات Ergotamine tartrate® (Gynergen) و داروهای غیر اختصاصی مانند انواع مسکن‌ها می‌توانند تا حدی حملات حاد را کنترل نمایند اما درمان با ارگوتامین تارترات خیلی بیشتر موثر است.

الکالوئیدهای ارگو ضد درد و مسکن نیستند اما کلید موفقیت آنها در مهار میگرن به علت اثر آنها روی عضلات صاف می‌باشد. الکالوئیدهای ارگو هم‌چنین اثر ضد سروتونین دارند Antiserotonin یعنی خاصیت سروتونین را از بین خواهند برد. این داروها فقط در مورد درمان میگرن مورد استعمال دارند و به هیچ وجه در سایر سردردها نباید تجویز گردند.

Ergotamine tartrate از راه خوراکی، تزریقی داخل عضلانی و از راه رکتوم و بخور تجویز میگردد. اما موفقیت درمان رابطه مستقیم با تجویز فوری بعد از آغاز حمله دارد. در مواردی که درمان بدون نتیجه بوده است اکثراً یا سه درمان دیر شروع شده و یا اینکه مقدار دارو کافی نبوده است. توضیح آنکه الکالوئیدهای ارگو بطور غیر منظم از راه هاضمه جذب میگردد. مقدار تجویز ارگوتامین تارترات از راه دهان یا زیر زبان ۲ تا ۴ میلی‌گرم در شروع حمله سردرد است که بعداً هر یک ساعت ۲ میلی‌گرم دیگر داده می‌شود، تا جمعاً به ۱۰ میلی‌گرم برسد. از راه رکتوم ۲ تا ۴ میلی‌گرم در اولین وهله تجویز، و یکساعت بعد تکرار میگردد. از راه تزریقی $\frac{1}{4}$ میلی‌گرم در آغاز حمله و در ۴۵ دقیقه بعد در صورت لزوم تکرار میشود. از راه بخور (Aerosol) ۰/۳۶ میلی‌گرم هر ۵ دقیقه برای یک دوره بخور و تا ۶ مرتبه در یک دوره حمله تکرار میشود. ارگوتامین تارترات اغلب با ترکیبی از کافئین و مسکن‌ها و داروی ضد استفراغ تجویز میگردد.

تهوع، استفراغ و درد جلوی قلب از عوارض الکالوئیدهای ارگو می‌باشد که خطر ناک نیستند و با تغییر مقدار دارو و تغییر راه تجویز، میشود آنها را کاهش داد.

عوارض شدید ارگوتامین تارترات نایاب است و با تجویز زیاده از حد دارو اتفاق می‌افتد.

ارگو تسم یک عارضه غیر عادی میگرن می‌باشد و خیلی بندرت مشاهده گردیده است. علت آن است که حملات میگرن از یکدیگر

علامت خیر کننده باید بطور معمولی با اختلال بینائی (Scotoma) و جرقه زدن همراه باشد اما وقتیکه سردرد وجود ندارد علامت خیر کننده اغلب فراموش میشود و با حملات زودگذر کم خونی مغز (Ischemic) اشتباه میگردد ولی در بیشتر موارد با گرفتن شرح حال دقیق بیمار پی بعلت جرقه زدن‌های چشم خواهیم برد. در ابتدا بیمار متوجه یک منطقه کوچک تار (لك) یا منطقه کوچک کدر در وسط ناحیه میدان بینائی خود میگردد، سپس سوسو زدن یا (Flikering) بطور مارپیچ ظاهر و در مدت چند دقیقه به اطراف میدان دید پخش میشود و در حدود ۱۵ تا ۳۰ دقیقه ادامه دارد. پارستزی و اشکال تکلم یکی از نایاب‌ترین علامت خیر کننده است.

سردرد معمولاً در تعقیب علامت خیره کننده ظاهر میشود و معمولاً با عاملی که سبب اتساع عروق در شاخه شریان کاروتید خارجی گردیده همراه است. این مرحله از سردرد ضربان دارد و یک طرفه می‌باشد، در این موقع پوست سر تحت فشار است یعنی بیمار احساس می‌کند که سرش را از همه طرف فشار میدهند. در این مرحله سردرد شدید و عمده‌ی است، یعنی تمام سر درد می‌کند. در بعضی از بیماران سر درد چندین روز ادامه خواهد داشت.

سردرد همراه با انقباض عضلانی (Contraction)، بوسیله درد ناحیه پشت گردن و اکسی‌پی‌تال تشخیص داده میشود و اغلب در آخر حملات میگرن مشاهده میگردد.

شناختن این دوره برای تشخیص و درمان، اهمیت فوق‌العاده دارد. شناختن انواع مختلف دوره‌های میگرن درمان مؤثر را بما یاد میدهد و هم‌چنین گرفتن شرح حال دقیق از بیمار، سردرد میگرنی را از دیگر سردردها تشخیص خواهد داد.

گرچه داروهای اختصاصی مؤثرتراند و مخصوصاً قبل از شروع حملات میگرنی تأثیر بسزایی دارند اما در انتهای حملات داروهای ضد درد غیر اختصاصی (Non Specific Analgesic) همراه با یک داروی شل کننده عضلانی (Muscle Relaxant) خیلی مناسب‌تر خواهد بود.

Graham عقیده دارد که میگرن یک مرض غیر ارثی است و علت آن محرک‌های خارجی و داخلی است که باعث ایجاد حملات میگرن میگردد. این تفسیر بطور کلی با سابقه بعضی از بیماران جور در می‌آید اما هنوز ثابت نشده است.

بعضی از بیماران فقط یک حمله اتفاقی دارند که به هیچ وجه با عوامل خارجی و داخلی بستگی ندارد، گرچه بعد از شوک‌های روانی، تغییر دوران قاعدگی به بی‌انسجی، تغییر عوامل هورمونی، زیاده روی

و دارو باید فقط در بیمارانی مصرف شود که بیشتر از یک حمله سردرد میگرنی در هفته دارند.

عوارض متی سرژید: تهوع، استفراغ، اسهال، بی‌خوابی، سرگیجه، عدم تعادل و چرت زدن می‌باشند که با کم کردن مقدار دارو این عوارض از بین خواهند رفت و در صورتیکه بیمار در مدت سه هفته بهبود پیدا نکرد باید دارو قطع شود. عوارض خطرناک دارو در بیمارانی مشاهده میشود که دارو را برای مدتی بیشتر از ۶ ماه مصرف کرده باشند.

فیبروز رترو پریتونئال، Retroperitoneal Fibrosis یکی از عوارض خطرناک و جدی دارو می‌باشد که بوسیله پیلوگرافی داخل وریدی علائم زودرس فیبروز را قبل از ظاهر شدن علائم جدی فیبروز از قبیل احساس ضعف، کم شدن وزن، درد ناحیه پشت و کمر، تب بمقدار کم و در پیلو، آشکاری کند. درمان با متی سرژید باید هر ۶ ماه یک بار بمدت ۳۰ الی ۶۰ روز قطع گردد اما بدبختانه قطع دارو با برگشت مجدد سردرد همراه است.

فیبروز رترو پریتونئال، در صورتیکه دارو را قطع کنیم سرعت از بین خواهد رفت. از عوارض خیلی نایاب اما سخت متی سرژید Methysergide فیبروز ریه است که گاهگاهی با فیبروز درجه‌های قلب همراه است و از عوارض عروقی متی سرژید لنکیمدن (Cludication) و حتی سندروم لریش Leriche Syndrome ذکر شده است که Graham در ۱۹۶۶ برای نخستین مرتبه این عوارض را گزارش داد (۱۴).

با توجه به عوارض بالا متی سرژید فقط در بیمارانی باید تجویز گردد که مرتب با طبیب خود در تماس باشند.

سایپروهپتادین هیدروکلراید

Cyproheptadine Hydrochloride

یا پزی آکتین هیدروکلراید Periactine Hydrochloride اثر آن در روی هیستامین و سروتونین خیلی زیاد است و بطور کلی ۴۵ درصد از بیماران دچار میگرن با تجویز این دارو بهبود می‌یابند. مقدار تجویز دارو ۴ الی ۸ میلی گرم ۳ مرتبه در روز است و مانند متی سرژید این دارو در موارد پیش‌گیری مصرف میشود و بنظر میرسد که عوارض جانبی آن کمتر از متی سرژید باشد و بعقیده George N. ابتدا باید سایپروهپتادین را تجویز کرد و اگر مؤثر نشد متی سرژید تجویز گردد. عوارض جانبی سایپروهپتادین عبارتند از خواب‌آلودگی و چرت زدن که بعد از چند روز بر طرف میگردد.

فاصله دارند و دارو کمتر بطور مداوم مصرف میشود.

درمان سردردهای مزمن غیر میگرنی با ارگوتامین تارترات عوارض سخت و جدی بیمار خواهد آورد.

بعقیده Bickerstaff (۱۰)، ارگوتامین تارترات مخصوصاً در بیمارانی که سردرد خوشه‌ای دارند و در دسته‌بندی انواع مختلف میگرن ذکر گردید، خیلی مؤثر است.

Bickerstaff چندین مورد بیمارانی را بوسیله آئرسول ارگوتامین تارترات درمان کرده است.

در ۱۹۵۹ Bickerstaff (۱۰) و در ۱۹۶۵ Symonds (۹) گزارش دادند که با تزریق ۲۵ / ۰ میلی گرم ارگوتامین تارترات ۳ مرتبه در روز ۸۰ تا ۹۰ درصد بیمارانی که چندین حمله مکرر و سخت سردرد خوشه‌ای در یک روز داشته‌اند بطور موفقیت آمیز درمان شده‌اند.

از تجویز الکلوئیدهای ارگو برای زنان آبستن و بیمارانی که دچار عوارض عروقی و ازدیاد فشار خون و نارسائی کبد و کلیه هستند باید خودداری شود.

در مورد حملات میگرن که گاهگاه اتفاق می‌افتد اغلب داروهای غیر اختصاصی ضد درد مثل سالیسیلات و پروپوفنوکسی فن Propoxyphene هیدروکلراید و اسید مفنمیک Mefenamic Acid و در بقیه موارد کدئین Codeine یا مپریدین Meperidine لزوم پیدا می‌کنند و تا اندازه‌ای مؤثر می‌باشند. اما از تجویز داروهای ضد درد مخدر (Narcotic) در سردردهای مکرر باید اجتناب کرد.

درمان پیش‌گیری میگرن: (Prophylactic Treatment). ثابت شده است که ۵ هیدروکسی تریپتامین 5-Hydroxytryptamine (Serotonin) در بروز حملات میگرن تأثیر بسزائی دارد، بنابراین داروهای ضد سروتونین در درمان میگرن تجویز میشود، بشرح زیر: متی سرژید:

Methysergide (Sansert R) فقط از وازوکونستریکسیون جلوگیری نمی‌کند بلکه از فشار سروتونین جلوگیری بعمل می‌آورد و اثر دیگر آن روی عضلات صاف است و بهمین مناسبت در جلوگیری از میگرن مؤثر است. نخستین بار در ۱۹۵۹ Sicuteri (۱۲)، مؤثر بودن آنرا ثابت کرد.

مشاهدات متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد اساساً متی سرژید در میگرن کلاسیک ۶۰ درصد و در سردرد خوشه‌ای ۷۰ درصد موارد مؤثر است.

مقدار متی سرژید برای سردرد حاد ۴ الی ۸ میلی‌گرم روزانه است

REFERENCES :

- 1- Ad Hoc Committee for Classification of Headache: A classification of headache . Neurology 12 : 378-380, May, 1962.
- 2- Gowers WR: A Manual of Diseases of the Nervous System, Ed. 2. London, J. & A. Churchill Ltd, 1893 Vol 2, P. 836.
- 3- Graham JR: Migraine: Clinical aspects, In Vinken PJ, Bruyn GW (Editors): Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam, North Holland Publishing, 1968, Vol 5, P. 45.
- 4- Wolff HG: Headache and Other Head Pain. Ed 2. New York, Oxford University Press, Inc. 1964.
- 5- Aring CG: The migrainous scintillating scotoma. JAMA. 220: 519 - 522, 24. Apr. 1972.
- 6- Graham JR: The treatment of migraine: Mich Med. 64: 650-654, Sept. 1965.
- 7- Elkind AH, Friedman AP: Review of headache. III. NY State J. Med. 64: 552- 559, Sept 1965.
- 8- Bickerstaff ER: Cluster headaches. In Vinken, Bruyn (Editors), 3 p III.
- 9- Symonds CP: A Particular Variety of headache Brain 79 : 217 - 232, June 1965.
- 10- Bickerstaff ER: The Periodic migrainous neuralgia of Wilfred Harris. Lancet 1: 1069 - 1071, May 1959.
- 11- Curran DA, Hinterberger H, Lance JW: Total Plasma Serotonin, 5 - hydroxyindoleacetic acid and P - hydroxy - m - methoxymandelic acid excretion in normal and migrainous subjects. Brain 88:997-1010, Dec 1965.
- 12- Sicuteri F: Prophylactic and therapeutic Properties of L- methyl-lysergic acid butanolamide in migraine. Int Arch Allergy Appl. Immunol. 15. 300-307, 1959.
- 13- Curran DA, Hinterberger H, Lance JW: Methysergide. In Friedman AP (Editor): Research and Clinical Studies in Headache. Baltimore, The Williams & Wilkins Company, Vol 1. PP 74 - 116.
- 14- Graham JR, Suby HI, Le Compte PR, et al : Fibrotic disorders associated with methysergide therapy for headache. N Engl J. Med. 274: 359 - 368. 17, Feb 1966.
- 15- Lance JW, Anthony M, Somerville B: Comparative trial of serotonin antagonists in the management of migraine. Br. Med. J. 2 : 327- 330, May 1970.