

تشخیص میگرن و درمان آن

جله نظام پزشکی

سال سوم ، شماره ۳ ، صفحه ۱۳۵۲-۲۰۷

* دکتر علیراد سالارتاش

مقاله:

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 دونوع اختصاصی و علامتی است.

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

در این مقاله بر عالم 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، بالاختلاف خیلی جزئی که Gowers در ۸۰ سال قبل

تعریف کرده، چنین است:

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

درد:

درد از عالم مهم و دائمی میگرن و اغلب با دیگر عالم که عبارتند از تهوع، استفراغ و مخصوصاً ناراحتی‌های بینائی همراه است (۲۵۱).

۱- میگرن کلاسیک: Classic Migraine که عبارت است از سر درد تقسیم کرده است:

۱-۱ میگرن عروقی همراه با عالم خبر کننده (Prodromes) زود گذر بینائی، حسی و حرکتی.

۱-۲ میگرن معهولی: Common Migraine که عبارت است از سر درد عروقی که فاقد عالم بر جسته قبل از حمله است و ممکن است یک طرفی یا دوطرفی باشد.

۱-۳ سر درد خوشای: Cluster Headache که اغلب یک طرفه است و همراه با سرخ شدن صورت در همانطرف و عرق کردن و افزایش ترشحات بینی (Rhinorrhea) و ازدیاد ترشح اشک همراه می‌باشد.

۱-۴ سر دردهای خوشای اغلب مختصر و ممکن است در یک روز چندین مرتبه ظاهر کند و از دیگر سر دردها با دوران تسكین طولانی خود تشخیص داده می‌شود، بدین ترتیب که چندین حمله در یک روز بروز می‌کند اما فواصل حملات اصلی طولانی تر از دیگر سر دردها می‌باشد.

۱-۵ میگرن همی پلزیک و افتاده پلزیک Hemiplegic and Ophtalmoplegic Migraine عامل محرك آن حسی و حرکتی است و بعد از دوران حمله هم ادامه خواهد داشت.

۱-۶ میگرن بدانواع مختلف حملات میگرن تزدیک بیمار و همچنین بسایر خانوادگی انواع میگرن در اعضای مختلف یک خانواده که همگی به یک داروی مشخص جواب میدادند اشاره می‌کند.

در نوشیدن الکل، هیجان و یا واکنش‌های آرژیک تأثیر بسزائی در شروع حملات سخت و مکرر دارند.

در بیمارانی که به افسردگی (Depression) دچار اند اغلب حملات خیلی شدید دیده می‌شود و میگرن این بیماران اغلب بهداروهای ضد افسردگی (antidepressant) جواب میدهد.

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

الکل‌ویدهای ارگو ضد درد و مسکن نیستند اما کلاید موفقت است آنها در مهار میگرن بعده است اثراً آنها روی عضلات صاف می‌باشد. علاوه بر این اثراً آنها در مهار میگرن مفیدند. این داروهای 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 میدهدند. در این مرحله سردرد شدید و عمومی است، یعنی تمام سر دردهای این مرحله از بیماران سر درد چندین روز ادامه خواهد داشت.

سردرد همراه با تنپاش عضلانی (Contraction)، بوسیله دردناکی پشت گردن و اکسیپیتال تشخیص داده می‌شود و اغلب در آخر حملات میگرن مشاهده می‌گردد. شناختن این دوره برای تشخیص و درمان، اهمیت فوق العاده دارد. شناختن انواع مختلف دوره‌های میگرن درمان مؤثر را بیان می‌دهد و همچنین گرفتن شرح حال دقیق از بیمار، سر درد میگرن را از دیگر سردردها تشخیص خواهد داد.

گرچه داروهای اختصاصی مؤثر ترند و مخصوصاً قبل از شروع حملات میگرن تأثیر بسزائی دارند اما در انتهای حملات داروهای ضد درد غیراختصاصی (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 محركهای خارجی و داخلی است که باعث ایجاد حملات میگرن می‌گردند. این تغییرات بطور کلی با سابقه بعضی از بیماران جور در می‌آید اما هنوز ثابت نشده است.

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

علائم خبر کننده باید بطور معمولی با اختلال بینایی (Scotoma) و جرقه زدن همراه باشد اما وقتیکه سردرد وجود ندارد علامت خبر 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 بود. در ابتدا بیمار متوجه یک منطقه کوچک تار (لک) یا منطقه کوچک کدر در وسط ناحیه میدان بینایی 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 علائم خبر کننده است.

سردرد عمده‌ولا در تعقیب علامت خبر کننده ظاهر می‌شود و عمولاً با عاملی که سبب اتساع عروق در شاخه شریان کارو تید 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 میدهدند. در این مرحله سردرد شدید و عمومی است، یعنی تمام سر دردهای این مرحله از بیماران سر درد چندین روز ادامه خواهد داشت.

سردرد همراه با تنپاش عضلانی (Contraction)، بوسیله دردناکی پشت گردن و اکسیپیتال تشخیص داده می‌شود و اغلب در آخر حملات میگرن مشاهده می‌گردد. شناختن این دوره برای تشخیص و درمان، اهمیت فوق العاده دارد. شناختن انواع مختلف دوره‌های میگرن درمان مؤثر را بیان می‌دهد و همچنین گرفتن شرح حال دقیق از بیمار، سر درد میگرن را از دیگر سردردها تشخیص خواهد داد.

گرچه داروهای اختصاصی مؤثر ترند و مخصوصاً قبل از شروع حملات میگرن تأثیر بسزائی دارند اما در انتهای حملات داروهای ضد درد غیراختصاصی (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 محركهای خارجی و داخلی است که باعث ایجاد حملات میگرن می‌گردند. این تغییرات بطور کلی با سابقه بعضی از بیماران جور در می‌آید اما هنوز ثابت نشده است.

بعضی از بیماران فقط یک حمله اتفاقی دارند که بهیچ وجه باعوامل خارجی و داخلی بستگی ندارد، گرچه بعد از شوکهای روانی، تغییر دوران قاعدگی به یا اسکن، 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 ، بی خوابی ، سرگیجه ، عدم تعادل و چرت زدن می باشد که با کم کردن مقدار دارو این عوارض از بین خواهد 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 رتروپریتونیال ، Retroperitoneal Fibrosis یکی از عوارض خطرناک و جدی دارو می باشد که بواسیله پبلوگرافی داخل ویدی 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 پهلو ، آشکارا می کند. درمان باعثی سرژید باید هر ۶ ماه یک بار بمدت ۳۰ الی ۶۰ روز قطع گردد اما بدینسانه قطع دارو با برگشت مجدد سردرد همراه است.

فیبروز رتروپریتونیال ، در صورتیکه دارو را قطع کنیم بسرعت از بین خواهد رفت . از عوارض خیلی نایاب اما سخت متی سرژید Methysergide فیبروز ریه است که گاهگاهی با فیبروز دریجه های قلب همراه است و از عوارض عروقی متی سرژید Leriche لنگیکیدن (Cludication) و حتی سندروم لریش 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

با پری آکتین هیدروکلراید Peractine 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 می یابند . مقدار تجویز دارو ۴ الی ۸ میلی گرم ۳ منتبه 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. Sicuteri (۱۲) میگرن کلاسیک ۶ درصد و در سردرد خواهای ۷۰ درصد موارد مؤثر است. عوارض جانبی سایپروهپتادین عبارتند از خواب آسودگی و چرت زدن که بعد از چند روز بر طرف میگردند.

فالسله دارند و دارو کمتر بطور مداوم مصرف میشود.

درمان سردردهای مزمن غیرمیگرنی با ارگوتامین تارترات عوارض سخت و جدی بیار خواهد آورد.

بعقیده Bickerstaff (۱۰) ، ارگوتامین تارترات مخصوصاً در بیمارانی که سردرد خواهای دارند و در دسته بندی انواع مختلف میگرن ذکر گردید ، خیلی مؤثر است. Bickerstaff چندین مورد بیماران را بواسیله آئروسوال ارگوتامین تارترات درمان کرده است.

Bickerstaff (۱۰) و در ۱۹۶۵ (Symonds) 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 شده اند. در یک روز داشته اند بطور موقت آمیز درمان شده اند.

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

در مورد حملات میگرن که گاهگاه اتفاق می افتد اغلب داروهای غیر انتصاصی ضد درد مدل سالیسیلات و پروپوکسیفن Propoxyphene و میدروکلراید و اسید مفنامیک Mefenamic Acid و در بقیه موارد کدئین Codeine یا پریدین Meperidine لزوم پیدا می کند و تا اندازه ای موثر می باشند. اما از تجویز داروهای ضد درد مخدر (Narcotic) در سردردهای مکرر باید اجتناب کرد.

درمان پیش گیری میگرن : (Prophylactic Treatment) ثابت شده است که هیدروکسیترپتامین ۵ Hydroxytryptamine (Serotonin) در بروز حملات میگرن تأثیر بسزائی دارد، بنابراین داروهای ضد سر و تو نین در درمان میگرن تجویز میشود، بشرح زیر :

متی سرژید :

Sansert R) Methysergide فقط از وازوک و نستریکسیون جلوگیری نمی کند بلکه از فشار سروتونین جلوگیری بعمل می آورد 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 آن را ثابت کرد.

مشاهدات متعددی وجود دارد که نشان می دهد اساساً متی سرژید در میگرن کلاسیک ۶ درصد و در سردرد خواهای ۷۰ درصد موارد مؤثر است.

مقدار متی سرژید برای سردرد حدود ۴ الی ۸ میلی گرم 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. IIL 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- Sicuteli 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: Methyser gide. 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 wiht 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.