# تشخیص میگرن و درمان آن

مجله نظام پزشکی
سال سوم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۰۷، ۱۳۵۲

دکتر علیمراد سالارتاش *

**مقدمه:**

درمان مؤثر میگرن به‌شناسائی چهارنوع مختلف آن و تشخیص افتراقی‌آنها ازحمله‌های شبه میگرنی بستگی دارد.

درمان اختصاصی باید درهر بیمار متفاوت و با شدت ومدت حمله تناسب داشته باشد .

درمان شامل دونوع اختصاصی و علامتی است.

داروهای‌مؤثر برای درمان میگرن خیلی‌کم‌اند، اما اثرقطعی در برطرف‌کردن حمله بیماری دارند واستعمال مکرر و مداوم‌آنها عوارض جدی ببار خواهدآورد.

در این مقاله برعلائم اختصاصی انواع مختلف میگرن ، یا بهتر بگوئیم تظاهرات مختلف بیماری میگرن ، تکیه‌کرده ودر جهت درمان میگرن توضیحات بیشتری داده خواهد شد .

**تعریف میگرن .**

تعریف‌میگرن‌بوسیله Ad. Hoc. Committee درسال۱۹۶۲در National Institute of Neurological Diseases and Blindness، بااختلاف خیلی‌جزئی که Gowers در ۸۰سال قبل تعریف‌کرده، چنین است:

«میگرن عبارت است ازحمله‌های ناراحت‌کننده عصبی‌که سردرد رکن اصلی آنرا تشکیل میدهد».

**درد :**

درد از علائم مهم و دائمی میگرن و اغلب بـا دیگر علائم که عبارتنداز تهوع ، استفراغ ومخصوصاً ناراحتی‌های بینائی‌همراه است (۱و۲).

Ad. Hoc Committee سردرد میگرنی رابچهار دسته‌مختلف تقسیم کرده است:

**۱ـ میگرن‌کلاسیك:** Classic Migraine که عبارت است‌ازسردرد عروقی‌همراه باعلائم خبرکنندهٔ (Prodromes) زودگذربینائی، حسی و حرکتی.

**۲ـ میگرن معمولی:** Common Migraine که عبارت است از سردرد عروقی‌که فاقد علائم برجسته قبل از حمله است و ممکن است یك طرفی یا دوطرفی باشد.

**۳ـ سردرد خوشه‌ای:** Cluster Headache که اغلب یك طرفه است و همراه با سرخ شدن صورت در همانطرف و عرق کردن و افزایش ترشحات بینی (Rhinorrhea) و ازدیاد ترشح اشك همراه می‌باشد.

سردردهای خـوشه‌ای اغلـب مختصر و ممکن است در یك روز چندین مـرتبه تظاهرکند و از دیگر سردردها با دوران تسکین طولانی خود تشخیص داده می‌شود، بدین ترتیب که چندین‌حمله در یك‌روز بروزمیکند امافواصل حملات اصلی‌طولانی‌تر ازدیگر سردردها می‌باشد.

**۴ ـ میگرن همی پلژیك و افتالموپلـژیك** Hemiplegic and Ophtalmoplegic Migraine سردردهای عروقی‌است‌که عامل محرك‌آن حسی وحرکتی است و بعد از دوران حمله هـم ادامه خواهند داشت.

Graham بهانواع مختلف‌حملات میگرن‌نزد یك‌بیمار وهم‌چنین به‌سابقه خانوادگی انواع میگرن در اعضای مختلف یك‌خانواده که همگی به یك داروی مشخص جواب میدادند اشاره می‌کند.

* 1213 Court Street Utica, N. Y. 13502. U. S. A.

علائم خبر کننده باید بطور معمولی با اختلال بینائی (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 چشم‌خواهیم برد. درابتدا بیمار متوجه‌یك منطقه‌کوچك تار (لك) یا منطقه‌کوچك‌کدر 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 اشکال‌تکلم یکی از نایاب‌ترین علائم خبر کننده است.

سردرد معمولا در تعقیب علامت خبره‌کننده ظاهر میشود و معمولا با عاملی‌که سبب اتساع عروق در شاخهٔ شریان کاروتید خارجی گردیده همراه است. این‌مرحله از سردرد ضربان دارد و یك طرفه می‌باشد ، در این موقع پوست سر تحت فشار است یعنی بیمار احساس‌می‌کندکه سرش را ازهمه طرف فشار میدهند. در این مرحله سردرد شدید و عمومی است ، یعنی تمام سر درد می‌کند. در بعضی از بیماران سر درد چندین روز ادامه خواهد داشت.

سردرد همراه باانقباض‌عضلانی(Contraction)، بوسیله دردناحیه پشت‌گردن واکسی‌پی‌تال تشخیص داده میشود و اغلب در آخر حملات میگرن مشاهده میگردد.

شناختن این دوره برای تشخیص‌ودرمان، اهمیت فوق‌العاده‌دارد. شناختن انواع مختلف دوره‌های میگرن درمان مؤثر را بما یاد میدهد و همچنین گرفتن شرح حال دقیق از بیمار ، سر درد میگرنی را ازدیگر سردردها تشخیص خواهد داد.

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

Graham عقیده داردکه میگرن یك مرض‌غیرارثی‌است وعلت‌آن محرکهای خارجی و داخلی است‌که باعث ایجاد حملات‌میگرن میگردند. این تفسیر بطورکلی با سابقه بعضی از بیماران جور در میآید اما هنوز ثابت نشده است.

بعضی ازبیماران فقط یك حمله‌اتفاقی دارندکه بهیچ‌وجه باعوامل خارجی و داخلی بستگی‌ندارد، گرچه بعد از شوکهای روانی ، تغییردوران‌قاعدگی به‌یائسگی، تغییرعوامل‌هورمونی، زیاده‌روی در نوشیدن‌الکل، هیجان و یا واکنش‌های‌آلرژیك تأثیر بسزائی درشروع حملات سخت و مکرر دارند.

دربیمارانی‌که به‌افسردگی (Depression) دچاراند اغلب‌حملات خیلی شدید دیده میشود و میگرن این بیماران اغلب به‌داروهای ضدافسردگی (antidepressant) جواب میدهد.

**درمان حمله حاد میگرن:** گرچه‌داروهای اختصاصی مثل‌ارگوتامین‌تارترات Ergotamine tartrate ® (Gynergen)ودارو‌های 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 به‌علت اثرآنها روی عضلات صاف می‌باشد. الکالوئیدهای‌ارگوهم‌چنین‌اثرضدسروتونین‌دارندAntiserotonin یعنی خاصیت سروتونین را ازبین خواهند برد. این داروها فقط در مورد درمان میگرن مورد استعمال دارند وبهیچ‌وجه درسایر سردردها نباید تجویز گردند.

Ergotamine tartrate از راه خوراکی، تزریق داخل عضلانی و از راه رکتوم و بخور تجویز میگردد. اما موفقیت درمان رابطه مستقیم با تجویز فوری بعدازآغاز حمله دارد. درمواردی که درمان بدون نتیجه بوده است اکثراً یا درمان دیر شروع شده و یا اینکه مقدار دارو کافی نبوده است . توضیح آنکه الکالوئیدهای ارگو بطور غیر منظم ازراه هاضمه جذب میگردد. مقدار تجویز ارگوتامین تارترات از راه دهان یا زیر زبان ۲تا۴ میلیگرم درشروع حمله سردرداست‌که بعداً هر یك‌ساعت ۲ میلیگرم دیگر داده می‌شود، تاجمعاً به۱۰میلی‌گرم‌برسد. از راه رکتوم ۲ تا ۴ میلی‌گرم در اولین وهله تجویز، و یکساعت بعد تکرار میگردد. از راه تزریقی $\frac{1}{2}$ میلی‌گرم در آغاز حمله‌ودر ۴۵دقیقه بعد درصورت‌لزوم تکرارمیشود. ازراه‌بخور(Aerosol) ۰/۳۶میلی‌گرم هر۵دقیقه برای‌یك‌دوره بخوروتا۶مرتبه دریك دوره حمله تکرار میشود. ارگوتامین تارترات اغلب با ترکیبی ازکافئین و مسکن‌ها و داروی ضد استفراغ تجویز میگردد.

تهوع، استفراغ و درد جلوی قلب ازعوارض الکالوئیدهای ارگو می‌باشدکه‌خطرناك نیستند وباتغییرمقدار دارو وتغییرراه‌تجویز، میشودآنها راکاهش داد.

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

ارگوتیسم یك عارضهٔ غیر عادی میگرن می‌باشد و خیلی بندرت مشاهده گردیده است. علت‌آن‌است‌که حملات میگرن ازیکدیگر

فاصله دارند و داروکمتر بطور مداوم مصرف میشود.
درمان سردردهای مزمن غیرمیگرنی با ارگوتامین تارتـرات عوارض سخت و جدی ببار خواهدآورد.
بعقیده Bickerstaff (۱۰)، ارگوتامین تارترات مخصوصاً در بیمارانی که سردرد خوشه‌ای‌دارند و در دسته‌بندی انواع مختلف میگرن ذکر گردید، خیلی مؤثر است.
Bickerstaff چندین‌مورد بیماران‌را بوسیله‌آئروسول‌ارگوتامین تارترات درمان کرده است.
در۱۹۵۹ Bickerstaff(۱۰)ودر۱۹۶۵ Symonds(۹) گزارش دادندکه باتزریق ۰/۲۵ میلی گرم ارگوتامین تارترات ۳مرتبه در روز ۸۰ تا ۹۰درصد بیمارانی که چندین حمله مکرروسخت سردرد خوشه‌ای در یك روز داشته‌اند بطور موفقیت آمیز درمان شده‌اند.
از تجویز الکالوئیدهای ارگو برای زنان آبستن و بیمارانی که دچاد عوارض عروقی و ازدیاد فشار خون و نارسائی کبد و کلیه هستند باید خودداری شود.
درمورد حملات میگرن‌که گاهگاه اتفاق می‌افتد اغلب داروهای غیراختصاصی‌ضددردمثل‌سالیسیلات‌وپروپوکسی‌فن Propoxyphene هیدروکلراید واسید مفنامیك Mefenamic Acid ودربقیه‌موارد کدئین Codeine یا مپریدین Meperidine لزوم پیدا می‌کنند و تا اندازه‌ای موثرمی‌باشند. اما ازتجویز داروهای ضددرد مخدر (Narcotic) در سر دردهای مکرر باید اجتناب‌کرد.

**درمان پیش‌گیری میگرن :** ( Prophylactic Treatment ).
ثابت‌شده‌است که۵هیدروکسی‌تریپ‌تامین 5Hydroxytryptamine (Serotonin) دربروزحملات‌میگرن تأثیربسزائی‌دارد، بنابراین داروهای ضدسروتونین دردرمان‌میگرن‌تجویرمیشود، بشرح‌زیر :

**متی‌سرژید :**
Methysergide (Sansert R) فقط از وازوکـونستریکسیون جلوگیری‌نمی‌کندبلکه‌ازفشار سروتونین‌جلوگیری‌بعمل‌می‌آورد واثردیگرآن روی‌عضلات صاف‌است وبهمین‌مناسبت درجلوگیری از میگرن مؤثر است. نخستین بار در ۱۹۵۹ Sicuteri (۱۲)، مؤثر بودن‌آنرا ثابت‌کرد.
مشاهدات متعددی وجود داردکه نشان می‌دهد اساساً متی‌سرژید درمیگرن‌کلاسیك ۶۰ درصد ودرسردرد خوشه‌ای ۷۰درصد موارد مؤثراست.
مقدار متی‌سرژید برای سردرد حاد ۴ الی۸ میلیگرم روزانه‌است و دارو باید فقط در بیمارانی مصرف شودکه بیشتر از یك حمله سردرد میگرنی در هفته دارند.

**عوارض متی سرژید :** تهوع ، استفراغ، اسهـال ، بی‌خوابی ، سرگیجه، عدم تعادل وچرت زدن می‌باشندکه باکم‌کردن مقدار دارو این عوارض از بین خواهند رفت ودر صورتیکه بیمار در مدت سه هفته بهبود پیدا نکرد بایـد دارو قطع شود . عوارض خطرناك دارو دربیمارانی مشاهده میشودکه دارو را برای مدتی بیشتر از ۶ ماه مصرف کرده باشند.

فیبروز رترو پریتونیال ، Retroperitoneal Fibrosis یکی از عوارض خطرناك و جدی دارو می‌باشد که بوسیله پیلوگرافی داخل وریدی علائم زودرس فیبروز را قبل از ظاهر شـدن علائم جدی فیبروز ازقبیل‌احساس‌ضعف، کم شدن وزن، درد ناحیه پشت وکمر، تب‌بمقدارکم ودرپهلو، آشکارمی‌کند. درمان بامتی‌سرژید باید هر ۶ ماه یك بار بمدت ۳۰ الی ۶۰ روز قطع گردد اما بدبختانه قطع دارو با برگشت مجدد سردرد همراه است.

فیبـروز رتروپریتونیال ، در صورتیکـه دارو را قطع کنیم بسرعت از بین خواهد رفت . از عوارض خیلی نایـاب اما سخت متی‌سرژیدMethysergide فیبروز ریه است که گاهگاهی بافیبروز دریچه‌های قلب همراه است و از عـوارض عروقی متی سرژیـد لنگیـدن (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 گرددکه مرتب با طبیب خود در تماس باشند.

**سایپروهپتادین هیدروکلراید**
Cyproheptadine Hydrochloride
**یا پری‌آکتین‌هیدروکلراید** Periactine Hydrochloride
اثرآن در روی هیستامین و سروتونین خیلـی زیاد است و بطور کلی ۴۵ درصد از بیماران دچار میگرن با تجویـز ایـن دارو بهبـود می‌یابند . مقدار تجویـز دارو ۴ الی ۸ میلی گرم ۳ مرتبـه 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 بـاشد و بعقیده George N. ابتدا بایـد سایپروهپتادین را تجویزکرد و اگر مؤثرنشد متی‌سرژیدتجویز گردد. عوارض جانبی سایپروهپتادین عبارتند ازخواب‌آلودگی و چرت زدن‌که بعد از چندروز بر طرف میگردد.

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: 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.