

امروزه ۱۰ تا ۲۰ درصد از مردم درگیر بیماری میگرن هستند، بیماری که به شدت کیفیت زندگی را کاهش می دهد و فرد را از فعالیت بهینه می اندازد، تا حدی که سازمان بهداشت جهانی میگرن را بین بیشترین بیماری های ناتوان کننده (disabling) دسته بندی می کند.

بیماری میگرن یکی از علل شایع بروز سردرد های مکرر است. بیش از دو سوم بیماران یا به پزشک مراجعه نمی کنند، و یا مراجعات خود را قطع می کنند. به همین دلیل، این بیماری اغلب تشخیص داده نشده و یا به خوبی درمان نمی شود.

این بیماری در زنان بیشتر شیوع دارد (تقریباً ۳ برابر)، در حالی که در سنین زیر ۱۲ سال، پسران بیشتر دچار این مشکل می شوند.

اما اصلاً میگرن چیست؟

سردرد های مکرری که اغلب یک طرف سر را درگیر می کند و با بی اشتها، تهوع و استفراغ همراه است. درد میگرن نبض دار است، و به حدی شدید است که عملکرد فرد را مختل می کند. سردردها می تواند از لحاظ شدت، فرکانس (دفعات حمله در روز) و استمرار در بین بیماران مختلف بسیار متفاوت باشد. حساسیت به نور و صدا نیز از دیگر علائم میگرن است.

طبقه بندی میگرن

میگرن می تواند به سه شکل بروز کند:

۱. میگرن کلاسیک: همراه با مقدمه (aura)
۲. میگرن متداول: بدون مقدمه (۸۰-۹۰٪ بیماران)
۳. میگرن پیچیده: علاوه بر میگرن نوع دیگری از سردرد- مثل سردرد خوشه ای یا کششی- نیز هم زمان بروز می کند.

منظور از مقدمه یا aura حالتی است که قبل از سردرد در برخی افراد بروز می کند و به عنوان یک هشدار و زنگ خطر می تواند از شروع سردرد در ساعات آتی خبر دهد. دیدن جرقه یا لکه های سیاه، حساسیت به نور و صدا، تهوع و علائمی از این قبیل از جمله حالات aura هستند. همان طور که ذکر شد اغلب بیماران این مقدمه را تجربه نمی کنند.

عواملی که می تواند موجب آغاز سردرد میگرنی شوند:

- برخی غذاها مثل ادویه جات
- به هم خوردن الگوی خواب
- تغییرات هورمونی (مثل دوره ماهانه در زنان)
- داروها (مثل فلوکستین در هفته های اول درمان)
- فعالیت فیزیکی
- محرک بینایی، شنوایی و حتی چشایی
- تغییرات دما
- گرسنگی
- عوامل روانی

علت بروز میگرن چیست؟

ظاهراً همه بر این توافق دارند که علت اصلی درد اتساع عروق داخل جمجمه است. در تئوری های اولیه این فرض مطرح بود که اتساع عروق، به دنبال یک انقباض اولیه و برای جبران آن حاصل می شود. این انقباض موجب بروز مقدمه میگرن و اتساع موجب بروز درد می شود.

تئوری جدید تر به نقش سروتونین می پردازد، و بیان می دارد که کاهش سروتونین به بروز میگرن منجر می شود. با دانستن این نکته که گیرنده های خاص سروتونین روی عروق مغز وجود دارند می توان این طور گفت که اعصاب مغز در کنترل قطر عروق مغزی نقش دارند و اختلال در عملکرد اعصاب (کاهش سروتونین) عامل بروز میگرن است. به نظر می رسد در این روند عصب سه قلو (trigeminal) نقش اصلی را ایفا می کند.

در این مسیر، ۳ گیرنده را باید به خاطر سپرد:

۱. $5HT_{1B}$: با تحریک این گیرنده انقباض عروق صورت می گیرد، پس می تواند به عنوان هدف درمان پس از شروع سردرد مدنظر باشد.
۲. $5HT_{1D}$: رهایش نوروپپتیدهایی را که موجب التهاب و انقباض عروق سردرد می شوند از عصب سه قلو مهار می کند. بنابراین تحریک این گیرنده نیز یکی از اهداف درمان است
۳. $5HT_2$: گیرنده پس سیناپسی است. مهار این گیرنده در پیش گیری از میگرن موثر است. از جمله داروهای معروف و موثر بر این گیرنده سیپروهپتادین است.

ارگوتامین و تریپتان ها به طور کلی از آگونیست های $5HT_{1B}$ و $5HT_{1D}$ محسوب می شوند.

تشخیص میگرن:

تشخیص فقط بر اساس معاینات بالینی انجام می پذیرد. یعنی گفته های مریض از حالت و ویژگی های سردرد و عوامل موثر در شروع. استفاده از سی تی اسکن ، ام آر آی و گرفتن نوار مغزی فقط برای تشخیص این است که علت سردرد تومور یا چیز دیگری نیست.

اهداف درمان در طولانی مدت:

- کاهش دفعات و شدت حمله های میگرنی
- کنترل بیماری با یک دارو و یک دوز خاص
- آموزش و توانمندسازی بیمار برای کنترل بیماری
- افزایش کیفیت زندگی بیمار

درمان میگرن:

روش های غیردارویی از قبیل شناخت عوامل سردرد، آرامش و حذف محرک های روانی در درمان میگرن بسیار موثرند. اما به هر حال اغلب ناچاریم به سراغ دارودرمانی نیز برویم. دارودرمانی به دو شکل انجام می گیرد:

- Abortive: الان سردرد بیمار شروع شده و باید به درمان آن بپردازیم.
- Preventive: درمان پیشگیرانه. البته منظور این نیست که فرد به طور متداول دارو مصرف کند تا به سردرد مبتلا نشود، بلکه هنگامی که با مشاهده علائم مقدمه یا علائم دیگر (مثل برخورد با محرک ها) احتمال شروع سردرد را می دهد، از این داروها استفاده می کند.

در ادامه راجع به داروها به تفصیل صحبت خواهیم کرد، اما فقط به عنوان یک نمای کلی بد نیست بدانیم:

در میگرن های خفیف:

- ضد درد های ساده
- NSAIDs
- Metoclopramide (برای کاهش تهوع و افزایش جذب دارو)

در میگرن های به نسبت شدید:

- NSAIDs
- ارگوتامین خوراکی
- Sumpatriptan (Imitrex), oral or intranasal
- Zolmitriptan (Zomig), oral
- Naratriptan (Amerge), oral
- Rizatriptan (Maxalt), oral
- DHE, intranasal (دی هیدروارگوتامین)
- Metoclopramide

این ها به ترتیب امتحان می شوند و به نسبت عدم جواب دهی سراغ دراوهای قوی تر می رویم.

میگرن شدید:

- Ergotamine + ضد تهوع (هر دو به صورت شیاف تجویز می شوند چرا که گاهی تهوع فرد به حدی شدید است که از رسیدن دارو به روده و جذب آن نمی توان مطمئن بود)
- Sumatriptan (خوراکی، نازال - که در ایران نداریم - یا تزریق زیرجلدی)
- Zolmitriptan, oral
- Naratriptan, oral
- Rizatriptan, oral
- DHE, intramuscular or intranasal

میگرن های بسیار شدید:

- Ketorolac (Toradol), IM (معادل دیکلوفناک تزریقی است)
- DHE + Metoclopramide (both IV)
- آنتاگونیست های دوپامین (خصوصن کلرپرومازین)
- اپیوئیدها

Ref: . M. Lister, *Fundamentals of Operating Systems* (Springer-Verlag, New York, ed. 3, 1984), pp. 7-11. [third edition]

2. J. B. Carroll, Ed., *Language, Thought and Reality, Selected Writings of Benjamin Lee Whorf* (MIT Press, Cambridge, MA, 1956).

3. R. Davis, J. King, in *Machine Intelligence*, E. Acock, D. Michie, Eds. (Wiley, New York, 1976), vol. 8, chap. 3. [use short form of publisher name, not "John Wiley & Sons"]

4. D. Curtis *et al.*, in *Clinical Neurology of Development*, B. Walters, Ed. (Oxford Univ. Press, New York, 1983),