



سرشناسه	نجفی، محمدامین، ۱۳۷۲-
عنوان و نام پدیدآور	سردردهای سوماتیک، سردرد و کمر درد / ترجمه و خلاصه به همراه سوالات ۱۴۰۲ ارتقا و مورد تخصصی ترجمه و تلخیص: دکتر محمدامین نجفی، تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات نشر	۳۵۴ ص.: مصور، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).
مشخصات ظاهری	978-622-404-037-4
شابک	فیبا
وضعیت فهرست نویسی	کتاب حاضر برگرفته از کتاب:
یادداشت	Adam's 2023, Merritt's 2021, DeMyer's 2017, Preston & Shapiro /2020, Karl E . Misulii/ 2022
موضوع	عصب‌شناسی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Neurology -- Examinations, questions, etc. پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Medicine -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	روپر، آلن، ۱۹۵۰ - م. Ropper, Allan H.
شناسه افزوده	سامولنز، مارتین ا.، ۱۹۴۵ - م. Samuels, Martin A.
شناسه افزوده	کلاین، جاشوا Klein, Joshua
رده بندی کنگره	RC۳۵۶
رده بندی دیویی	۸۰۰۷۶/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۱۳۴۸۰۹
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

سردردهای سوماتیک، سردرد و کمر درد (ترجمه و خلاصه به همراه سوالات ۱۴۰۲ چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار	ارتقا و مورد تخصصی)
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳	ترجمه و تلخیص: دکتر محمدامین نجفی
تیراژ: ۲۰ جلد	ناشر: انتشارات کاردیا
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۳۷-۴	صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم
بهاء: ۸۸۵,۰۰۰ تومان	طراح و گرافیک: رزیدنت یار

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

سردهای سوماتیک، سردرد و کمر درد

خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردهای ۱۴۰۲

ترجمه و تلخیص

دکتر محمد امین نجفی

رتبه برتر آزمون بوردهای تخصصی نورولوژی ۱۴۰۲



فهرست مطالب

درد و اختلالات حس های سوماتیک

- فصل ۷ آدامز: آناتومی و فیزیولوژی درد ۹
- فصل ۷ آدامز: جنبه های کلینیکال و سایکولوژیکال درد ۲۱
- فصل ۷ آدامز: درمان درد ۳۳
- فصل ۸ مریت: نکات کلی ۳۹
- فصل ۷ آدامز / فصل ۵۸ مریت: Reflex Sympathetic Dystrophy & Causalgia ۴۱
- فصل ۵۹ مریت: درد نوروپاتیک ۵۳
- خلاصه در خلاصه ۶۳
- جداول و شکل ها ۶۹
- فصل ۸ آدامز: اختلالات حسی سوماتیک غیر دردناک ۷۵
- خلاصه در خلاصه ۱۰۷
- جداول و شکل ها ۱۱۳
- فصل ۹ آدامز / فصول مریت: سردرد و سایر دردهای کرانیوفاشیال ۱۱۵
- فصل ۹ آدامز / فصول مریت: میگرن ۱۲۵
- فصل ۹ آدامز / فصول مریت: پاتوژنز میگرن ۱۳۵
- فصل ۹ آدامز / فصول مریت: درمان میگرن ۱۴۳
- فصل ۹ آدامز / فصول مریت: سردردهای TAC ۱۶۵

۱۶۷	فصل ۹ آدامز / فصول مریت: سردرد کلاستر
۱۷۵	فصل ۹ آدامز / فصول مریت: پاروکسیسمال همی کرانیا
۱۷۹	فصل ۹ آدامز / فصول مریت: SUNA & SUNCT
۱۸۳	فصل ۹ آدامز / فصول مریت: Hemicrania Continua
۱۸۵	فصل ۹ آدامز / فصول مریت: سردردهای تنشن
۱۸۹	فصل ۹ آدامز / فصول مریت: سردردهای مرتبط با وقایع تحریک کننده و شرایط مدیکال
	فصل ۹ آدامز / فصول مریت: سردرد و سایر دردهای کرانیوفاسیال با بیماری
۱۹۱	سایکولوژیک
۲۳۱	فصل ۵۷ مریت: Facial pain disorders and painful cranial neuralgias
۲۳۹	فصل ۹ مریت: سردرد
۲۴۷	خلاصه در خلاصه
۲۶۷	جداول و شکل‌ها
۲۷۳	فصل ۱۰ آدامز: درد کمر، گردن، اندام‌ها
۳۱۳	فصل ۱۱۳ مریت: بیماری‌های دیسک بین مهره‌ای - رادیکولوپاتی‌ها
۳۲۱	فصل ۱۱۴ مریت: Cervical and lumbar spinal stenosis
۳۲۷	خلاصه در خلاصه
۳۳۵	جداول و شکل‌ها
۳۴۹	سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد

آناتومی و فیزیولوژی درد

فصل ۷ آدامز

Adam's 7

آدامز: درد و اختلالات حسی های سوماتیک

(این فصل با توجه به اینکه در آدامز به مبامت پایه بیش از حد پرداخته شده و از طرفی سوالات زیادی هم طرح نمی‌شود، تا حد امکان خلاصه شده و به صورت نکته وار ذکر شده است، در صورت تمایل به مطالعه این فصل به صورت کامل و دقیق مراجعه به رفرانس توصیه می‌شود)

رسپتورهای درد و مسیرهای آوران پریفرال:

دو نوع نورون درد را انتقال می‌دهند:

- (۱) C: این نورونها: ظریف - غیرمیلینه - هدایت آهسته ← درد مبهم - سوزشی - و کمتر لوکالیزه را منتقل می‌کنند. هر مدالیتیه حسی اگر به حد کافی شدید باشد، باعث درد می‌شود.
- (۲) Aδ: این نورونها: کوچک - کم میلینه - هدایت سریع تر ← درد شارپ - خنجری و تیز را منتقل می‌کنند. - این دو فیبر با سلول‌های شوان پوشیده شده‌اند و میلین ندارند یا میلین اندک است.
- سه نوع رسپتور داریم: (۱) mechanoreceptor ← رسپتور مکانیکی است و با نورونهای Aδ و C انتقال پیام می‌دهد.

(۲) thermoreceptor ← رسپتور حرارت برای حرارت‌های بی‌ضرر است و با نورونهای

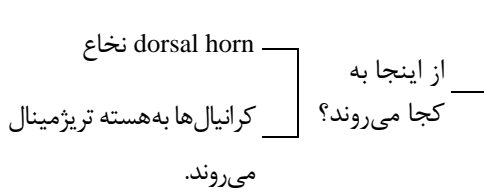
Aδ و C انتقال پیام می‌دهد.

(۳) nociceptor ← رسپتوری است که با حرارت زیاد تحریک می‌شود و انتقال پیام

فقط توسط فیبر C



- اجسام سلولی فیبرهای C و Aδ در کجا هستند؟ dorsal root ganglion



به این جدول مهم از کتاب آدامز دقت کنید:

Table 7-1

CLASSIFICATION AND FUNCTION OF SENSORY PERIPHERAL NERVE FIBER TYPES AND SYMPTOMS ASSOCIATED WITH THEIR DYSFUNCTION (SEE ALSO TABLE 8-1)

FIBER TYPE	ALTERNATIVE DESIGNATION	FIBER DIAMETER (mm)	CONDUCTION VELOCITY (m/s)	FUNCTION AND SYMPTOMS OF DYSFUNCTION
Large, heavily myelinated				
A- α and - β	II	5-20	30-70	Touch, pressure
Small, thinly myelinated				
A- γ	Ia	3-6	15-30	Spindle afferents
A- δ	III	2-5	12-30	Pain and temperature, somatic touch (sharp, lancinating, prickly pain)
B		1-3	3-15	Visceral and autonomic afferents
Small, unmyelinated				
C	IV	0.3-1.1	0.5-2	Slow pain and temperature (dull, burning, poorly localized pain)

نکته: آوران‌های درد عمدتاً بخش لترال root را اشغال می‌کنند.

- فیبرهای C در داخل spinal cord باندل مجزایی تشکیل می‌دهند به نام ← **Lissauer tract** (عمدتاً یک مسیر درد است) ← قطع کردن این تراکت ایجاد آنالژزی سگمنتال یک طرفه می‌کند.
- این تراکت همچنین حاوی فیبرهای propriospinal هم می‌باشد.

*** دقت کنید: Lissauer حاوی (۱) فیبرهای C (۲) فیبرهای propriospinal**

ازین جدول این نکات فراموش نشود:

- توزیع درماتومیک فیبرهای درد:

T1-T4 ← مسیر حسی مهمی برای قلب و ریه

T6-8 ← ارگان‌های فوقانی شکم

توراسیک تحتانی + لومبار فوقانی ← ارگان‌های تحتانی شکم

S2-4 ← مثانه - رکتوم

درمان درد

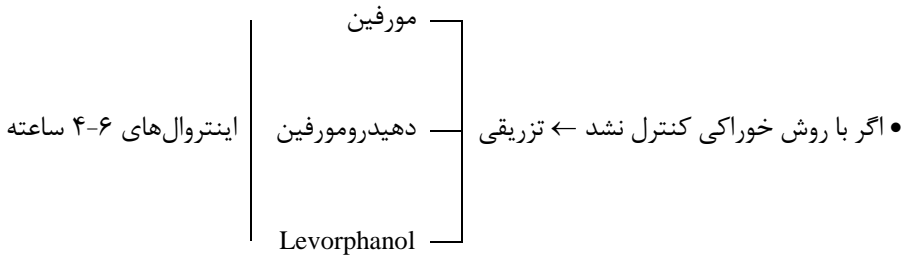
فصل ۷ آدامز

Adam's 7

درمان درد:

(۱) نارکوتیک‌ها (اپیوئیدها و اپیات‌ها):

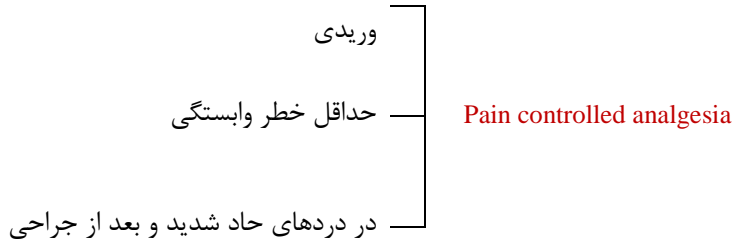
- در موارد مزمن داروی خوراکی اپیوم ارجح است
 - مصرف راحت‌تر از روش تزریقی
 - عوارض جانبی کمتری دارد: به جز: تهوع - استفراغ
 - هیدروکودون - اکسی کودون: ارجح



- اگر تزریق طولانی مدت اپیوم‌ها لازم شود ←
- دوز مطلوب باید ثابت باشد و در اینتروال‌های منظم داده شود.
 - * با این روش ← اعتیاد نادر
- در چه کسانی اعتیاد رخ می‌دهد؟ (۱) سابقه قبلی اعتیاد
 - (۲) سابقه الکلیسم
 - (۳) دپرشن
 - (۴) اختلال شخصیتی



اجازه دادن به بیمار برای تعیین دوز و فرکانس مدیکیشن



در درد مزمنی که چند قسمت بدن را درگیر کرده (مثلاً متاستاز) بهتر است از چه رژیم برای درد استفاده شود؟

نارکوتیک + بقیه ضد درد ها خصوصا:

- ASA
- استامینوفن
- BZD

• پیچهای ترانس درمال فنتانیل:

- طی ۲۴-۷۲ hr درد را بهبود می بخشد.
- در چه مواردی مفید است؟
 - تهاجم تومور به شبکه براکیال و لومبوساکرال
 - نوروپاتی های دردناک ← DM / آمیلوئیدوز
- جایگزین پیچ ترانس درمال چیست؟ مورفین طولانی اثر

داروهای مکمل برای درد:

نکته: SSRI فایده ندارد.

(۱) TCA: با دوز معادل ۷۵-۱۲۵ آمی تریپتیلین - ایمی پرامین - doxepin

بازجذب سروتونین را بلوک می کنند ← تسهیل عملکرد سیستم ایپات اینترنسیک

(۲) ضد تشنج ها: ← مکانیسم: بلوک کانال سدیمی آکسون ها

اختلالات حسی سوماتیک غیر دردناک

فصل ۸ آدامز

Adam's 8

(این فصل با توجه به اینکه در آدامز به مباحث پایه بیش از حد پرداخته شده و از طرفی سوالات زیادی هم طرح نمی‌شود، تا حد امکان خلاصه شده و به صورت نکته وار ذکر شده است، در صورت تمایل به مطالعه این فصل به صورت کامل و دقیق مراجعه به رفرانس توصیه می‌شود)

exteroceptor	انتقال حس سطحی	• رسپتورهای حسی ۲ نوع اند
proprioceptor	انتقال حس عمقی	

مکانورسپتورهای پوستی:

اختصاصیت این‌ها نسبی است و از نظر مورفولوژی هم به راحتی از هم قابل افتراق نیستند.

- * مایسنر ← لمس (اسم‌ها مشابه)
- * مرکل ← فشار
- * رافینی ← کشش پوستی - گرما
- * پاچینی ← ویبریشن - خارش

رسپتورهای عضله و مفصل:

- * دوک اینترافیوزال ← با کشش و سرعت انقباض عضله تحریک می‌شود.
- * گلژی ← با تغییر طول عضله تحریک می‌شود ← گفتیم locomotion
- * کپسول مفصلی ← جهت حرکت مفصل آن را تحریک می‌کند.



* پایانه‌های عصبی آزاد ← درد را کتوجه می‌شوند. (naked)

رسپتورهای سرما و گرما:

Kraus ← سرما

کیفیت احساس بستگی دارد به ← نوع فیبر فعال شده

شدت احساس بستگی دارد به ← فرکانس تحریک و تعداد واحدهای حسی تحریک شده

ویژگی دیگر پایانه‌های حسی ← آداپتیشن متغیر آن‌ها به تحریکات مداوم است.

گفتیم: حس درد آداپته نمی‌شود.

low threshold ← پاسخ به نیروهای ضعیف و غیرمهلک

adapt آهسته: مرکل - رافینی

adapt سریع: مایسنر - پاچینی

high threshold ← nociceptive

نوع دیگر تقسیم‌بندی فیبرها

— دلتا A و C: low / high thresh: Aβ

سردرد و سایر دردهای کرانیوفاشیال

فصل ۹ آدامز / فصول مریت

Adam's 9 / Merrit

در رابطه با شرح حال و معاینات در بیمار سردرد به این نکات توجه کنید:

گوشی روی اسکالپ ← اگر بروئی شنیدیم به نفع AVM بزرگ است.

در بیمار سردردی لمس در معاینه چه کمکی می‌کند؟

- شریان تندر یا برجسته تمپورال ← GCA
- تندر نس در نواحی زیر ممکن است دیده شود:
 - متاستازهای کرانیال
 - سینوس‌های ملتهب پارانازال
 - عصب اکسیپیتال تندر

محدودیت فلکشن گردن در بیماری که مننژیت علت سردرد است.

• لوکیشن سردرد در شرح حال دقت شود ←

یک طرفه ← $\frac{2}{3}$ موارد میگرن

درد لوکالیزه در محل رگ ← GCA

پیشانی، ماگزایلا، اطراف چشم ← سینوس‌ها، دندان‌ها، چشم‌ها، مهره‌های فوقانی سرویکال

اینتراکرانیال پوستریور فوسا ← درد اکسیپیتونوکال

سوپراتنتوریل ← درد فرونتوتمپورال

درد فرونتال ← گلوکوم / سینوزیت / ترومبوز ورتبرال و بازیلا / \uparrow ICP / فشار روی تنتوریوم

درد پری اوربیتال و سوپرا اوربیتال ← دایسکشن بخش سرویکال ICA



درد لوکالیزه ورتکس یا بای پرییتال
 درگیری سینوس اسفنوئید، اتموئید
 ترومبوز سینوس ساژیتال فوقانی

به پترن زمانی بروز سردردها در شرح حال دقت کنید، مثلا:

کلاستر ← ۱-۲ h بعد از خوابیدن یا در زمان‌های مشخص طی روز / تکرار طی چند هفته تا ماه‌ها
تومورهای اینتراکرانیال ← هر زمانی از شبانه روز / خواب را مختل می‌کند.
ضایعات پوستریور فوسا ← صبح هنگام بیدار شدن تشدید می‌شود.

ارتباط سردرد با بعضی حوادث مهم است:

- catamenial migraine ← قبل قاعدگی
- در صورتی که سردرد با حرکت ناگهانی سر یا با سرفه و زور زدن تشدید یابد، یک منشأ اینتراکرانیال مطرح می‌شود.
- سردرد میگرنی اغلب چند ساعت یا یک روز بعد از فعالیت شدید و استرس روی می‌دهد ← **let down weekend migraine / migraine**
- درد هنگام شانه کردن مو ← **آلودینیا**: در میگرن رایج است ولی می‌تواند علامتی از GCA باشد.
- **نکته مهم**: نیتروگلیسیرین، دی پیریدامول، مونوسدیم گلوتامات ← داروهایی هستند که باعث سردرد می‌شوند.

• ساختارهای حساس به درد کرانیال

* بسیاری از ساختارهای آراکنوئید، پارانشیم مغز، اپاندیم، شبکه کوروئید ← فاقد حساسیت به درد هستند.

ابتدا طبق رفرنس آدامز:

(۱) شریانهای حساس به درد:

a. شریان‌های اکستراکرانیال

درمان میگرن

فصل ۹ آدامز / فصول مریت

Adam's 9 / Merrit

درمان میگرن:

انواع درمان: ۱. دارویی و ۲. لایف استایل

انواع مراحل درمان: حمله حاد و پیشگیری

نکته مهم: خط اول درمان اصلاح لایف استایل است

(۱) درمان حمله حاد میگرن:

زمان شروع درمان حمله میگرن ← هنگام اورا یا در very onset سردرد می‌باشد.

پاسخ درمانی به یک NSAID با یک nsaid دیگر ممکن است متفاوت باشد.

هدف این است دارو در شروع سردرد به غلظت بالای خود رسیده باشد.

در حملات خفیف: ASA - NSAID - استامینوفن



• مصرف این داروها بعد از اورا یا در شروع سردرد ایده‌آل است.

• در بیماران با اورای بینایی ← تزریق آگونیست سروتونین به صورت S/C با شروع سردرد توصیه می‌شود

(بیمار باید صبر کند تا سردرد شروع شود).



جمله کتاب: Patients with visual aura should be advised to wait until headache begin to self administer S/C serotonin agonists

(۱) تریپتانها:

- سوماتریپتان:
 - S/C: ۴-۶ mg
 - Oral: دوز اپتیموم: ۵۰
 - دوز ماکزیمم: ۱۰۰
 - دوز ماکزیمم روزانه: ۲۰۰
 - Nasal: ۲۰ mg هر پاف
 - علائم همراه سردرد مثل N/V، فونوفوبی و فوتوفوبی را کاهش می دهد.
 - سوما ← S/C ← ۸۰-۵۰ درصد مؤثر است
 - زولمی تریپتان:
 - Oral: اپتیموم: ۲/۵
 - max: ۵
 - max daily: ۱۰
 - اثربخشی معادل سوما
 - ریزاتریپتان:
 - Oral: اپتیموم: ۱۰
 - max: ۱۰
 - max daily: ۳۰
 - اثربخشی بالاتر از بقیه : (ریزا و اله تریپتان)
 - در صورت لزوم طی ۲ ساعت می توان تکرار کرد.
- زمان لازم برای بهبود سردرد با ترکیبات خوراکی، طولانی تر از S/C و Nasal است.
- در صورتی که یک کدام بی فایده باشد می توان داروی دیگر و یا شیوه استعمال دیگری را به کار برد.
- Eletriptan ← اثربخشی معادل ریزا (اثربخشی بالاتر بقیه)
- Almotriptan ← اثربخشی معادل سوما / تحمل بهتر

TABLE 56.6 Clinical Features of the Trigeminal Autonomic Cephalalgias

	Cluster Headache	Paroxysmal Hemicrania	SUNCT/SUNA
Gender pain	M > F	F = M	F ~ M
Type	Stabbing, boring	Throbbing, boring, stabbing	Burning, stabbing, sharp
Severity	Excruciating	Excruciating	Severe to excruciating
Site	Orbit, temple	Orbit, temple	Periorbital
Attack frequency	1/alternate day to 8/d	1-20/d (>5/d for more than half the time)	3-200/d
Duration of attack	15-180 min	2-30 min	5-240 s
Autonomic features	Yes	Yes	Yes (prominent conjunctival injection and lacrimation) ^a
Migrainous features ^b	Yes	Yes	Yes
Alcohol trigger	Yes	No	No
Cutaneous triggers	No	No	Yes
Indomethacin effect	—	Yes ^c	—
Abortive treatment	Sumatriptan injection or nasal spray Zolmitriptan nasal spray Oxygen Noninvasive vagus nerve stimulation	No effective treatment	Lidocaine (IV)
Preventive treatment	Verapamil Lithium Galcanezumab	Indomethacin	Lamotrigine Topiramate Gabapentin



Imaging هیپوفیز و حفره خلفی
تست عملکردی هیپوفیز

• بیماران با TAC

سردرد یک طرفه + علائم اتونوم همان سمت

• مواردی از درد پاروکسیسمال پشت چشم، بینی، فک فوقانی، ناحیه گیجگاه واریان‌هایی از کلاستر هستند.

حملات کوتاه مدت سردرد در V1 + علائم اتونوم + بیش از ۱ بار در روز + یک طرفه

• نورالژی‌ها از چه جهت اهمیت دارند؟ فرکانس بالای ضایعات اینتراکرانیال
۴ نوع هستند:

(۱) کلاستر

(۲) پاروکسیسمال همی کرانیا

(۳) همی کرانیا کانتینوا

(۴) SUNCT و SUNA

DDx ها ← (۱) نورالژی تریژمینال

(۲) hypnic headache

(۳) primary stabbing

سردرد و سایر دردهای کرائیوفاسیال با بیماری سایکولوژیک

فصل ۹ آدامز / فصول مریت

Adam's 9 / Merrit

سردرد و سایر دردهای کرائیوفاسیال با بیماری سایکولوژیک:

سایکوتیک:

شایع‌ترین علت سردرد ژنرالیزه پایدار افسردگی و اضطراب خفیف است. (با برطرف شدن علائم سایکوتیک سردرد برطرف می‌شود).
پایداری درد علی‌رغم هرگونه درمان
نیبود علائم دیگر بیماریها
وجود سایر تظاهرات سایکولوژیک
• معمولاً می‌گرن اختلال زمینه‌ای است.

سردرد پست تروماتیک:

بیش از ۳ ماه بعد از تروما (• ماه‌ها تا سال‌ها بعد ضربه ادامه دارد).
تصویربرداری معمولاً نرمال است.
سردرد: شدید، مزمن، مداوم یا متناوب / چندین روز یا تا هفته‌ها طول کشیده (مریت: ماه‌ها تا سال‌ها)
• حادثه تروماتیک که منتهی درگیر شود ← سال‌ها ادامه دارد.
• همراه با سردرد ← dizziness / vertigo / اختلال حافظه
• مدت ← چند m - w - سال



سردردی که بلافاصله بعد تروما داریم چه عللی دارد؟

افزایش ICP

کانتوزن مغزی

لاسرسیون اسکالپ

سردرد عمقی / مبهم / پایدار / یک طرفه

• SDH مزمن

همراهی با خواب‌آلودگی، confusion، همی پارزی نوسان‌دار

• SDH حاد ← تشدید درد با دراز کشیدن یا خم کردن سر به یک سمت (پوزیشنال)

• هماتوم‌های تنتوریال ← درد در چشم

به طور تیپیک فرکانس و شدت سردرد در عرض چند هفته یا چند ماه زیاد می‌شود ← SDH

• سندرم post concussion ← post traumatic nervous instability

سردرد مزمن / dizziness / خستگی‌پذیری / بی‌خوابی / تحریک‌پذیر / عدم تمرکز

تقلید سندرم سردرد تنشنی

سردرد پایدار بیش از ۳ ماه

درمان: ساپورتیو / داروی ضد اضطراب و ضد افسردگی / اطمینان‌بخشی

• درد یا تندرns شارپ در محل اسکار یک لاسراسیون قدیمی یا انسیزیون جراحی ←

• نورالژی تروماتیک یا نوروما

• درمان: تزریق مکرر S/C بی‌حس کننده‌های موضعی (پروکائین ۰.۱٪)

این کار یک تست تشخیصی هم محسوب می‌شود.

• آسیب whiplash گردن ←

• درد رترواوریکولار یا اکسیپیتال یک طرفه یا دوطرفه

• بعد از ضربه به سر یا گردن باید به فکر دیسکشن ICA باشیم.

آسیب به سر ← نوروسرجری - دندانپزشکی - گوش - بینی - گلو و ...

• به دنبال

عفونت ویروسی ← مننژیت ویرال / بیماری flu like

سر درد

فصل ۹ مریت

Merrit 9

این فصل شامل دو قسمت است

- (۱) نکاتی در مورد علائم خطر در سردردها
 - (۲) ابتدا نکاتی پیرامون همه سردردها
 - (۳) استاتوس میگرن (نکات آدامز هم در این جا آورده شده)
- نکات این فصل را خوب به خاطر بسپارید:

(۱) علائم خطر قرمز سردرد: (red flag)

SNOOP

TABLE 9.1 “Red Flags” When Evaluating Headache Symptoms^a

Systemic	Systemic signs/symptoms: fever, night sweats, weight loss; new headache during pregnancy or postpartum; and comorbid systemic disease (eg, HIV, malignancy)
Neurologic symptoms/signs	Change in mental status; alteration of consciousness; seizure; papilledema, ataxia, focal exam findings sensation; headache induced by Valsalva maneuvers (bending, lifting, cough, sneezing)
Older	Onset after age 50 years
Onset	Abrupt, sudden, “thunderclap”
Pattern change	Change in frequency, severity, or clinical features of the attack from previous headache history; subacute worsening over days/weeks or accelerating pattern

Abbreviation: HIV, human immunodeficiency virus.

^aAdapted from Silberstein SD, Lipton RB, Dodick D, et al. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. 8th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2008.



وجود این معیارها بیان کننده علل احتمالی خطرناک و ثانویه سردرد است و می بایست بررسی شود.

(۲) علایم سبز سردرد:

این معیارها به نفع وجود سردرد اولیه است و به آن green flag گفته می شود:

۲ معیار:

۱. **PIN**: nausea + inability to function + photophobia

وجود دو تا از این ۳ تا ۸۴ درصد حساسیت و ۷۶ درصد اختصاصیت برای تشخیص میگرن دارد.

۲. **POUND**: disability + N/V + unilateral + one day duration (4-72 hr) + pulsatile

۴ تا از ۵ ← میگرن

• بیمار stable که کرایتریای میگرن را دارد نیاز به imaging نیست.

• در صورت دسترسی به MRI ← CT لازم نیست به جز در موارد اورژانس.

(۳) نکاتی از سایر سردردها:

• **تومور مغزی** ←

۳۰ درصد بیماران تومور مغزی ← سردرد
۱ درصد این بیماران سردرد تنها علامت است.

• **به نفع ضایعه داخل کرانیال** ←

MRI ± GAD

- تغییر در پترن سردردها
- تشدید با والسالوا
- بیداری از خواب

سردرد در ۸۰ درصد

• **SDH**

نسبت به SAH شروع آهسته تر

درد کمر، گردن، اندامها

فصل ۱۰ آدامز

Adam's 10

درد کمر، گردن، اندامها

آناتومی و فیزیولوژی:

- عصب‌دهی ساختارهای ورتبرال و پاراورتبرال توسط شاخه‌های منژیال اعصاب اسپاینال صورت می‌گیرد
- به این شاخه چه می‌گویند؟ **recurrent meningeal nerve = sinuvertebral**
- منشأ این شاخه از انشعابات خلفی اعصاب اسپاینال دیستال به DRG می‌باشد.
- این شاخه از طریق **intervertebral foramen** وارد کانال اسپاینال می‌شود.
- **خود اسپاینال کورد** فاقد حساسیت به درد است.
- فیبرهای حسی از مفاصل لومبوساکرال و ساکروایلیاک از طریق L5 و S1 وارد اسپاینال کورد می‌شوند.
- تغییرات وابسته به سن در ساختارهای اسپاینال عبارتند از:
 - دژنریشن دیسک‌های بین مهره‌ای و لیگامان‌ها
 - دیسک دهیدره - نازک - شکننده ← ↓ سیگنال T2 در نوکلئوس پولیپوزوس
- **عللی که باعث کلاپس مهره می‌شود:**
 - (۱) تنگی کانال نخاعی (۲) استئوپروز
 - **ستون فقرات از دو قسمت تشکیل شده:**
 - **Ant:** جسم مهره - دیسک مهره - لیگامان طولی قدامی و خلفی
 - **Post:** پدیکل - لامینا ← در بر گرفتن کانال اسپاینال
 - **در مورد زوائد استخوانی مهره‌ها:**
 - (۱) محل اتصال عضلات پاراورتبرال
 - (۲) توسط لیگامان‌ها به هم متصل می‌شوند



a. مهم‌ترین لیگامان ligamentum flavum ← سطح و نترال المان‌های خلفی

b. PLL ← دقیقاً در مقابل lig. flavum است (یعنی دورسال اجسام مهره)

• **لترال رسی** ← محل شایع گیر افتادن ریشه‌ها توسط دیسک هر نیه و زوائد استخوانی

درد در پایین کمر و پاها به چه انواعی است؟

انواع درد: (۱) لوکال (۲) ارجاعی (۳) رادیکولار (۴) ثانویه به اسپاسم عضلانی

(۱) درد لوکال:

به علت هر پروسه پاتولوژیکی که باعث درگیری ساختارهای حاوی پایانه حسی بشود.

← مثال: (۱) پریوست استخوان

(۲) کپسول مفصلی

(۳) آنولوس فیبروزوس

(۴) لیگامان‌ها

تخریب نوکلئوس پولپوزوس به تنهایی درد کمی ایجاد می‌کند (حتی ایجاد نمی‌کند) اما تخریب آنولوس فیبروزوس درد قابل توجه دارد.

(۲) درد ارجاعی:

• از اسپاین به ویسرا یا برعکس.

• درد ارجاعی از ساختارهای تحتانی کمر به زیر زانوها انتشار نمی‌یابد و با تغییر نورولوژیک همراه نیست.

• شدت درد ارجاعی به موازات درد لوکال است.

• مانورهایی که درد لوکال را تغییر می‌دهند، اثر مشابهی روی درد ارجاعی دارند.

• انتقال درد از ویسرا به لومبار ← معمولاً با فعالیت آن عضو و گاهی پوسچور ایستاده یا سوپاین تعدیل می‌شود ← با حرکت ارتباط کمی دارد.

مهم:

در مورد درد ارجاعی خیلی مهم: شدت درد متناسب با درد لوکال است یعنی اگر درد لوکال تغییر کرد

درد ارجاعی هم تغییر میکند.