

# باغچه خندان

طبابت هنراست،

هنرناهنکی قلب و اندیشه



سرشناسه	فاطمه، محجوب، ۱۳۷۰ -
عنوان و نام پدیدآور	سردرد ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه محجوب
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	21ج: مصور، جدول، نمودار؛ ۲۹x۲۲ س.م، ۳۱۰ص
شابک	ریال ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۴۲-۹
مدیر برنامه ریزی و تولید	الله شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب: <b>Continuum-Neuro-ophthalmology 2024</b>
موضوع	<b>Approach to Vision Loss Ocular Imaging and Electrophysiology Optic Neuropathies Optic Neuritis Papilledema Approach to Diplopia Supranuclear Disorders of Eye Movements Nystagmus and Saccadic Intrusions Disorders of the Pupil Disorders of Higher-order Visual Function Symptomatic Treatment of Neuro-ophthalmic Visual Disturbances</b>
شناسه افزوده	روپر، آلن، ۱۹۵۰ - م. Ropper, Allan H.
شناسه افزوده	ساموئلز، 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

عنوان کتاب: سردرد	چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b>
<b>Continuum-Neuro-ophthalmology 2024</b>	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه محجوب	تیراژ: ۱۰۰ جلد
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۴۲-۹
صفحه آرا: <b>رزیدنت یار-مبینا شرفلی</b>	بهاء: ریال
طراح و گرافیسیت: <b>رزیدنت یار-مهرداد فیضی</b>	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنجوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۲۱، ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۲۱، ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۲۱

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# سر درد

Continuum-Neuro-ophthalmology 2024

## ترجمه و تلخیص

دکتر فاطمه محجوب

۱۰ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران







سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبمٹ نورولوژی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مبامٹ و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مبامٹ پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم





نورولوژی از جمله رشته‌هایی است که تلفیق دانش پایه، مهارت بالینی و تصمیم‌گیری دقیق در آن نقشی اساسی دارد. رزیدنت‌های نورولوژی در طول دوره آموزشی خود با حجم گسترده‌ای از اطلاعات نظری و پالاش‌های عملی مواجه هستند و دسترسی به منابعی که بتواند این مسیر را سافتمند و کاربردی کند، اهمیت فراوانی دارد.

کتاب حاضر ترجمه‌ای از یکی از منابع معتبر و به‌روز در موزه نورولوژی است که با رویکردی آموزشی، منظم و مبتنی بر شواهد علمی تدوین شده و می‌تواند به‌عنوان راهنمایی کاربردی برای رزیدنت‌های نورولوژی مورد استفاده قرار گیرد. انتصاب این کتاب با هدف فراهم کردن منبعی قابل اتکا برای یادگیری مفاهیم کلیدی، مرور مباحث مهم و آمادگی برای تصمیم‌گیری‌های بالینی صورت گرفته است.

در ترجمه حاضر تلاش شده است ضمن حفظ امانت علمی متن اصلی، مطالب به زبانی روان و قابل فهم برای مخاطب فارسی‌زبان ارائه شود و از به‌کارگیری معادل‌های پذیرفته‌شده و رایج در آموزش نورولوژی استفاده گردد. امید است این اثر بتواند در کنار سایر منابع آموزشی، پاسفگوی بخشی از نیازهای آموزشی رزیدنت‌ها و پزشکان علاقه‌مند به نورولوژی باشد.

در پایان، از تمامی اساتید و همکارانی که با آموزش و راهنمایی‌های خود در مسیر مرفه‌ای اینجانب نقش داشته‌اند قدردانی می‌کنم و امیدوارم این کتاب مورد استفاده مفید مخاطبان قرار گیرد.

با احترام

دکتر فاطمه محبوب



## فهرست مطالب



مقاله اول: رویکرد به بیمار مبتلا به سردرد	۱۱
مقاله دوم: پاتوفیزیولوژی میگرن	۴۳
مقاله سوم: درمان حاد میگرن	۶۱
مقاله چهارم: درمان پیشگیرانه میگرن	۸۵
مقاله پنجم: سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو (MOH)	۱۰۵
مقاله ششم: سردرد خوشه‌ای، SUNA و SUNCT	۱۱۹
مقاله هفتم: سردرد پس از تروما (Posttraumatic Headache)	۱۴۵
مقاله هشتم: سردرد روزانه مداوم جدید (New Daily Persistent Headache)	۱۵۷
مقاله نهم: سردرد در کودکان و نوجوانان	۱۶۹
مقاله دهم: نورالژی‌های کرانیال	۲۰۷
مقاله یازدهم: اختلالات سردرد پاسخ‌دهنده به ایندومتاسین	۲۲۵



## رویکرد به بیمار مبتلا به سردرد

### مقدمه

طب سردرد به شدت بر شرح حال بیمار متکی است، شاید بیش از هر زمینه دیگری در نورولوژی. در حالی که تست‌های آزمایشگاهی و مطالعات تصویربرداری در تشخیص اختلال سردرد ثانویه کمک کننده هستند، تمام اختلالات سردرد عمدتاً از طریق شرح حال تشخیص داده می‌شوند. برخلاف سایر بیماری‌های نورولوژیک، تشخیص برخی شرایط سردرد به هیچ آزمایش دیگری فراتر از شرح حال و تأیید اینکه معاینه نورولوژیک هیچ ناهنجاری نگران کننده‌ای را نشان نمی‌دهد، نیاز ندارد.

اکثریت قریب به اتفاق بیماران مبتلا به سردرد که در محیط سرپایی ویزیت می‌شوند، دارای یک اختلال سردرد اولیه هستند که اغلب میگردن است. با این حال، جنبه‌های خاصی از شرح حال و معاینه، احتمال وجود یک علت ثانویه را مطرح می‌کنند. بنابراین، یک رویکرد سیستماتیک در ارزیابی بیماران مبتلا به سردرد، همراه با هوشیاری نسبت به اتیولوژی‌های (علل) نگران کننده، حیاتی است.

متخصصان سردرد معمولاً حداقل ۳۰ تا ۴۰ دقیقه را در طول ویزیت اولیه سرپایی صرف گرفتن شرح حال می‌کنند. تصور انجام این کار، به‌ویژه در یک مطب شلوغ با محدودیت‌های زمانی، دلهره‌آور است. علاوه بر این، حجم اطلاعاتی که فرد نیاز دارد برای برخی اختلالات پیچیده سردرد به دست آورد، می‌تواند طاقت‌فرسا به نظر برسد. گرفتن شرح حال سردرد به همان اندازه که یک مهارت است، یک هنر نیز می‌باشد؛ توانایی ارتباط با بیمار و دریافت اطلاعات لازم از طریق مکالمه، با تمرین و تجربه بهبود می‌یابد.

این مقاله بر رویکردی منطقی و سیستماتیک برای گرفتن شرح حال سردرد در بزرگسالان در محیط سرپایی، سوالات کلیدی برای پرسیدن هنگام شک به تشخیص‌های خاص، و ابزارها و تکنیک‌هایی برای ادغام پیش از ویزیت جهت کارآمدتر و پربارتر کردن برخورد بالینی تمرکز دارد.

داشتن پیش‌زمینه‌ای از دانش درباره معیارهای تشخیصی سردردهای شایع (مانند نوع تنشی، میگرن، سردرد خوشه‌ای) به هدایت مصاحبه کمک می‌کند (مورد ۱-۱). طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد، ویرایش سوم (ICHD-3)، معیارهای تشخیصی اختلالات اولیه و ثانویه را با ساختاری فرمول‌بندی شده برای هر دو نوع شرح می‌دهد. در حالی که ارزیابی بالینی بیمار مبتلا به سردرد گاهی نیازمند تست‌های «رد کننده» برای کنار گذاشتن اختلال ثانویه است، تشخیص اختلالات سردرد اولیه عمدتاً بر اساس شرح حال استوار است:



- تعداد اپیزودها در طول عمر که برای تشخیص اختلال سردرد مورد نیاز است
  - حداقل ویژگی‌های مورد نیاز سردرد
  - حداقل الزامات برای علائم همراه (مانند فوتوفوبیا، تهوع، ویژگی‌های اتونوم تری‌ژمینال)
  - قابل انتساب به اختلال دیگری در ICHD-3 نباشد
- توجه داشته باشید که تشخیص اختلال، همان تشخیص فنوتیپ سردرد نیست. یک حمله واحد می‌گرن بدون اورا («شما یک می‌گرن داشتید») معیارهای ابتلا به این اختلال را، که نیازمند حداقل پنج حمله در طول عمر است («شما بیماری می‌گرن دارید»)، برآورده نمی‌کند.
- سردردهای ثانویه نیز دارای ساختار تشخیصی مشترکی هستند:
- بیمار سردرد دارد (که ممکن است بیشتر توضیح داده شود)
  - یک علت ثانویه تشخیص داده شده است (مانند اختلال فشار داخل جمجمه، خونریزی ساب‌آراکنوئید، تومور، عفونت، وضعیت التهابی)
  - یک رابطه زمانی بین شروع سردرد و تشخیص ثانویه وجود دارد
  - سردرد با درمان علت زمینه‌ای، بهبود می‌یابد یا برطرف می‌شود
- به خاطر داشته باشید که ICHD-3 برای تشخیص سردرد طراحی شده است، نه وضعیت زمینه‌ای. بسیاری از معیارهای سردرد ثانویه، جزئیات مربوط به معاینه یا تست‌های تشخیصی مورد نیاز برای رسیدن به تشخیص علت را مشخص نمی‌کنند.
- نیازی به حفظ کردن ICHD-3 (که به صورت آنلاین در [ichd-3.org](http://ichd-3.org) موجود است) نیست، اما آشنایی با شایع‌ترین اختلالات سردرد اولیه (مانند سردرد تنشی، می‌گرن با و بدون اورا، سردرد خوشه‌ای) و آگاهی از پرچم‌های قرمز (Red flags) برای شک به علت ثانویه، اهمیت دارد.

### نکته کلیدی

- اختلالات سردرد اولیه شایع‌ترین انواع مواجه شده در محیط سرپایی هستند. دانش پایه درباره معیارهای طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد، ویرایش سوم (ICHD-3) برای شایع‌ترین انواع سردرد، به هدایت مسیر پرسشگری در طول مصاحبه کمک می‌کند.

### مورد ۱-۱

خانمی ۵۱ ساله با شکایت اصلی «می‌گرن چشمی» در کلینیک ویزیت شد. سردردهای او در اواسط دهه بیست سالگی شروع شده بود و با گذشت زمان تغییری نکرده بود. سردردها منحصراً در داخل و اطراف چشم راست او قرار داشتند. او درد را به صورت فشاری توصیف می‌کرد، «انگار کسی دارد چشمم را به بیرون فشار می‌دهد»، که در عرض ۲۰ دقیقه از شروع، به اوج درد طاقت‌فرسایی می‌رسید. علائم همراه شامل فوتوفوبیا (نورهراسی - که در چشم راست بیشتر بود)، تهوع،



استفراغ، پرخونی ملتحمه (قرمزی چشم) در همان طرف و آبریزش بینی بود. دراز کشیدن کمکی نمی‌کرد و او معمولاً روی صندلی می‌نشست و مشت خود را به داخل حفره چشمش فشار می‌داد. سوماتریپتان ۱۰۰ میلی‌گرم خوراکی تأثیر کمی داشت. سردردها دو تا سه بار در هفته رخ می‌دادند و در مجموع ۵ ساعت طول می‌کشیدند و هیچ دردی در فواصل بین حملات (اینتریکتال) وجود نداشت. سردردها گاهی اوقات او را بین ساعت ۲:۰۰ تا ۵:۳۰ بامداد از خواب بیدار می‌کردند، اما الگوی ثابت شبانه‌روزی (سیرکادین) وجود نداشت. الکل باعث تحریک سردردها می‌شد، بنابراین او نوشیدن الکل را متوقف کرده بود.

او دچار هیپرکلسترولمی بود که به خوبی کنترل شده بود و مشکل پزشکی دیگری نداشت. او هرگز سیگار نکشیده بود. پرسش سردردهای مشابهی داشت اما سابقه خانوادگی دیگری از سردرد وجود نداشت. داروهای او شامل مولتی‌ویتامین، مکمل ویتامین D، آتورواستاتین روزانه و سوماتریپتان ۱۰۰ میلی‌گرم خوراکی در صورت نیاز بود. درمان‌های حاد قبلی شامل ترکیب بوتالبتال، التریپتان، ایبوپروفن، ناپروکسن و فرمولاسیون ترکیبی استامینوفن، آسپرین و کافئین بود که همگی بی‌تأثیر بودند. داروهای پیشگیرانه قبلی شامل توپیرامات ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه (که باعث اختلال شناختی شده بود)، نورتریپتیلین ۱۰ میلی‌گرم (که بیش از حد خواب‌آور بود و امکان افزایش دوز وجود نداشت)، سدیم والپروات (که بی‌تأثیر بود و به دلیل افزایش وزن قطع شد) و انابوتولینوم توکسین A (بوتاکس) بود که همگی بی‌تأثیر بودند. پرسش‌های بیشتر نشان داد که شدیدترین درد به مدت ۲.۵ ساعت طول می‌کشید و درد باقی‌مانده برای ۱.۵ ساعت دیگر ادامه داشت. وراپامیل ۸۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای پیشگیری شروع شد و به تدریج به ۱۶۰ میلی‌گرم دو بار در روز افزایش یافت که با بهبودی همراه بود، اما یبوست غیرقابل تحملی ایجاد کرد. تزریق زیرجلدی گالکانیزوماب (Galcanezumab) ۳۰۰ میلی‌گرم ماهانه (توسط خود بیمار) شروع شد که منجر به کاهش چشمگیر در فرکانس و شدت سردرد او گردید، بنابراین وراپامیل به تدریج کاهش یافت و قطع گردید. اسپری بینی زولمیتریپتان ۵ میلی‌گرم در شروع سردردها باعث قطع آن‌ها می‌شد.

### تفسیر

این مورد نشان می‌دهد که چگونه دریافت اطلاعات دقیق در مورد الگوی درد سردرد (شدت و مدت زمان) می‌تواند منجر به تشخیص دقیق در بیماری شود که سردردهای او قبلاً به اشتباه میگرن تشخیص داده شده و در نتیجه به‌طور ناکارآمد درمان شده بود. سردردهای بیمار ویژگی‌های هر دو نوع میگرن و سردرد خوشه‌ای را داشت و او معیارهای تشخیصی «طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد، ویرایش سوم» را برای سردرد خوشه‌ای برآورده می‌کرد. بیماران مبتلا به سردرد خوشه‌ای نیز ممکن است ویژگی‌های «میگرنی» مانند تهوع، استفراغ و فوتوفوبیا داشته باشند.

### انجام مصاحبه

بهترین نتایج زمانی حاصل می‌شود که سردردهای بیمار تنها موضوع مورد بحث در طول ویزیت باشد. اگر بیماری اتفاقاً اشاره کند که سردرد دارد در حالی که آن‌ها در حال خارج شدن از اتاق پس از ویزیت برای مشکلی دیگر هستند، ویزیت



جداگانه‌ای را برای بحث در مورد سردردهایشان برنامه‌ریزی کنید. به این ترتیب، بیمار می‌تواند اطلاعات خود را آماده و سازماندهی کند، شما زمان کافی برای پرداختن به مشکل خواهید داشت، و این پیام را منتقل می‌کند که سردردهای آن‌ها جدی گرفته می‌شود.

### مهارت‌های ارتباطی و بین‌فردی

مصاحبه مؤثر، مهارت‌های ارتباطی و بین‌فردی را تلفیق می‌کند. مهارت‌های ارتباطی قابل عملیاتی‌سازی هستند، و از این رو پرسشنامه‌های کامپیوتری و اپلیکیشن‌های هوش مصنوعی می‌توانند با قابلیت اطمینان خوبی شرح‌حال بگیرند، تشخیص دهند و درمان توصیه کنند. مصاحبه‌های ساختاریافته می‌توانند به تشخیص انواع شایع سردرد مزمن و رد علل ثانویه کمک کنند. از سوی دیگر، عملیاتی کردن مهارت‌های بین‌فردی یا «ویژگی‌های انسان‌دوستانه» دشوارتر است زیرا شامل روابط می‌شوند. سازه‌های مهم برای مهارت‌های بین‌فردی مؤثر شامل نشان دادن احترام به بیمار، حضور کامل و توجه از طریق نشانه‌های کلامی و غیرکلامی علاقه، و نشان دادن همدلی و توجه واقعی است. گوش دادن فعال تکنیکی است که بر بیمار تمرکز دارد. این شامل گوش دادن و درک محتوای کلامی بیمار، تفسیر پیام‌های غیرکلامی (مانند وضعیت بدن، حالات چهره، لحن، پاسخ‌های قابل مشاهده)، در نظر گرفتن عوامل اجتماعی اقتصادی (مانند باورهای فرهنگی، دسترسی به حمایت دیگران)، و گوش دادن با همدلی است. تکرار آنچه بیمار منتقل کرده است به بازتاب همدلی کمک می‌کند (مثلاً، «میگرن‌های شما واقعاً بر زندگی‌تان تأثیر می‌گذارد. باعث می‌شود سر کار نروید، شغل‌تان در خطر است و نمی‌توانید برنامه‌ریزی کنید»).

### گرفتن شرح‌حال

«مطالعه ارتباطات میگرن آمریکا» نشان داد که سوالات باز (Open-ended) تمایل دارند بیشترین اطلاعات را در طول مصاحبه، به‌ویژه در مورد اختلال عملکرد، به دست دهند. با این حال، رویکرد بیمار به روایت داستان ممکن است کاملاً متفاوت از فرآیندهای فکری ساختاریافته‌ی مصاحبه‌کننده باشد. مصاحبه‌کننده برای تشخیص نیاز به دانستن جنبه‌های خاصی از سردرد دارد، در حالی که بیمار اغلب می‌خواهد تأثیر سردرد بر زندگی خود را بیان کند و ممکن است توجه زیادی به جزئیات آنچه در طول حمله سردرد تجربه می‌کند، نکرده باشد.

**نگرانی اصلی که شما را به اینجا کشانده چیست؟** نگرانی اصلی، تشخیص ارجاعی نیست، بلکه کلمات خود بیمار است. «دکتر XYZ مرا به اینجا ارجاع داد» یک نگرانی اصلی نیست.

همانند یک رمان یا نمایشنامه، جمله آغازین مهم است. از تحلیلی تا عمیق، معمولی یا احساسی، شما در ده کلمه یا کمتر متوجه می‌شوید که بیمار از چه جایگاهی می‌آید. برخی بیماران به دنبال تشخیص هستند، در حالی که برخی دیگر به دنبال علت‌شناسی (اتیلولوژی)، پیش‌آگهی، درمان مؤثرتر، یا صرفاً کسی هستند که گوش دهد و آن‌ها را جدی بگیرد.



**در مورد سردردهای تان به من بگویید.** برخی بیماران مطمئن نیستند هنگام توصیف تاریخچه سردرد خود از کجا شروع کنند. از آنجا که ما به سیر سردردها در طول زمان علاقه‌مندیم، از آن‌ها بخواهید از ابتدا شروع کنند. (این نویسنده همچنین این درخواست را با این جمله دنبال می‌کند: «احتمالاً در نقطه‌ای حرف شما را قطع خواهم کرد. لطفاً ناراحت نشوید؛ قصد بی‌ادبی ندارم.») بسیاری از بزرگسالانی که به دنبال مراقبت هستند، سردردهایشان از کودکی شروع شده است. آن‌ها ممکن است جزئیات را به خاطر نبرند اما اکثرشان می‌توانند به یاد بیاورند فرکانس تقریبی سردردها؛ اینکه آیا علائم هشداردهنده‌ای داشته‌اند، نیاز به دراز کشیدن در اتاقی تاریک و ساکت داشته‌اند، تهوع و استفراغ را تجربه کرده‌اند، مدرسه یا رویدادها را از دست داده‌اند، یا زودتر مدرسه را ترک کرده یا به اتاق بهداشت رفته‌اند؛ مدت زمان سردردها؛ و اینکه چگونه سردردهایشان را درمان می‌کردند. شما ممکن است بتوانید محل و کیفیت درد (مثلاً مبهم، ضربان‌دار، خنجری) را تعیین کنید. خانم‌ها معمولاً می‌توانند به یاد بیاورند که آیا رابطه‌ای با اولین قاعدگی، دوره‌های قاعدگی یا بارداری وجود داشته است یا خیر. اگر اطلاعات به صورت خودبه‌خود بیان نشد، صرفاً آنچه را که باید بدانید بپرسید. گام بعدی این است که بفهمیم در طول زمان چه اتفاقی افتاده است. آیا سردردها از نظر ماهیت، مدت، شدت یا فرکانس تغییر کرده‌اند؟ معمولاً بیمار پاسخ می‌دهد که «بدتر شدند». یک راه برای تشخیص اینکه آیا این بدتر شدن، تشدید همان سردرد اولیه بوده است این است که بپرسید: «آیا همان سردرد بود ولی با صدای بلندتر (تشدید شده)، یا یک سردرد کاملاً متفاوت؟» در آن مقطع، سوالات دقیق‌تر می‌توانند دقیقاً مشخص کنند چه چیزی تغییر کرده است. برخی افراد بیش از یک نوع سردرد دارند و هر کدام باید جداگانه توصیف شوند. آن‌ها ممکن است روی آن‌ها نام بگذارند (چه تشخیص درست باشد چه نباشد، مثلاً میگرن، سردرد استرسی، سردرد چشمی، سردرد خنجری)، و استفاده از اصطلاحات خود بیمار یا شماره‌گذاری آن‌ها (مثلاً سردرد شماره یک، سردرد شماره دو) به متمرکز شدن مصاحبه کمک می‌کند (مورد ۱-۱). از بیمار بخواهید شدیدترین، ناتوان‌کننده‌ترین، نگران‌کننده‌ترین یا آزاردهنده‌ترین نوع سردرد در آن موقعیت‌ها را اولویت‌بندی کند. هنگام گرفتن شرح حال یک حمله سردرد، من مفید می‌دانم که از بیمار بخواهم: «یک سردرد تپیک را از شروع تا پایان برایم تعریف کنید؛ هر چیزی را که در طول یک حمله تجربه می‌کنید توصیف کنید.» بررسی تمام آن‌ها ممکن است بیش از یک ویزیت زمان ببرد. این فرصتی است برای دریافت جزئیات مربوط به زمان‌بندی جنبه‌های مختلف فنوتیپ سردرد. ویژگی‌های خاصی از سردرد به تشخیص کمک می‌کنند، از جمله سن در هنگام شروع، سیگنال‌های هشداردهنده (پرودروم یا اورا)، محل درد، ماهیت درد، آهنگ پیشرفت درد و زمان رسیدن به اوج شدت، الگوی شبانه‌روزی (مثلاً بیدار کردن بیمار از خواب در زمانی خاص، حضور سردرد بلافاصله پس از بیداری، وقوع در زمان‌های خاصی از روز)، علائم همراه، عوامل تشدیدکننده یا تسکین‌دهنده، احساس آن‌ها پس از برطرف شدن درد، و اینکه سردرد چگونه بر توانایی عملکرد آن‌ها تأثیر می‌گذارد. علاوه بر دانستن در مورد زمان‌های بد، در مورد زمان‌های خوب هم بپرسید: «چند وقت یک‌بار کاملاً بدون سردرد هستید؟»



ممکن است شگفت‌آور باشد که بفهمید یک بیمار همیشه مقداری سردرد دارد اما می‌تواند با آن به عملکرد خود ادامه دهد یا حتی موارد خفیف‌تر را نادیده بگیرد.

**آیا قبل از شروع درد، هیچ هشداری دریافت می‌کنید که دارید دچار سردرد می‌شوید؟** این سوال به پرودروم (Prodrome) و اورا (Aura) می‌پردازد. پرودروم ممکن است تا ۴۸ ساعت قبل از شروع درد میگرن رخ دهد. بیماران ممکن است حتی متوجه نشوند که علائم پرودروم را تجربه می‌کنند یا اینکه آن‌ها به میگرن مربوط هستند؛ علائم پرودروم اغلب به اشتباه به عنوان تریگر (عوامل محرک) تفسیر می‌شوند. سوالات خاص بپرسید، و در مورد خمیازه‌های غیرقابل کنترل، تغییر در خلق‌وخو، خستگی، اختلال عملکرد شناختی، هوس‌های غذایی، تشنگی یا ادرار بیش از حد، یا درد گردن پرس‌وجو کنید. زمانی که علائم همراه میگرن (یعنی تهوع، فوتوفوبیا و اسموفوبیا) قبل از شروع اورا یا سردرد آغاز شوند، پرودرومال در نظر گرفته می‌شوند. اورا یک علامت گذرای ناشی از مغز است که به‌طور معمول قبل از سردرد می‌آید اما ممکن است در طول فاز سردرد، پس از سردرد، یا به عنوان یک رخداد ایزوله رخ دهد. اورا در تقریباً ۳۰٪ از بیماران مبتلا به میگرن رخ می‌دهد.

و گاهی اوقات با سردرد خوشه‌ای رخ می‌دهد. اورای تیپیک، بینایی، سوماتوسنسوری، یا اثرگذار بر تکلم و زبان است که ۵ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد. تظاهرات اورا شامل جرقه‌های نورانی، خطوط زیگزاگ درخشان با یا بدون ناحیه محصور اسکوتوم، درخشش‌ها، نقاط، همی‌آنوپیی همانم، دید تونلی، متامورفوزیسی، از دست دادن گذرای بینایی، سایر مشکلات بینایی، آفازی، بی‌حسی، پارستزی، فانتوسمی، توهمات شنوایی، ضعف، عدم تعادل، سرگیجه، دوبینی، تغییر سطح هوشیاری، سندرم آلیس در سرزمین عجایب (یعنی تغییر در ادراک بینایی که با تصاویر تحریف‌شده از بدن، محیط بیرونی یا هر دو مشخص می‌شود) و سایر علائم نورولوژیک است. علائم متعدد اورا معمولاً به‌جای شروع همزمان، پشت سر هم رخ می‌دهند، که آن‌ها را از حمله ایسکمیک گذرا (TIA) یا سکته مغزی متمایز می‌کند.

### نکات کلیدی

- ارتباط خوب و مهارت‌های بین‌فردی، همراه با گوش دادن فعال و آگاهی از نشانه‌های غیرکلامی، به مکالمه‌ای همدلانه و دلسوزانه با بیمارانی که تحت ارزیابی سردرد هستند، کمک می‌کند.
- در حالی که سوالات بسته برای تشخیص سردرد ضروری هستند، «مطالعه ارتباطات میگرن آمریکا» نشان داد که سوالات باز اغلب از نظر زمانی کارآمدتر بودند و اطلاعات حیاتی در مورد ناتوانی ارائه می‌کردند.
- هنگام ارزیابی بیماران مبتلا به سردرد، تعیین نگرانی اصلی، صحنه را آماده می‌کند و فوراً مصاحبه‌کننده را از اهداف بیمار آگاه می‌سازد.



## بیاید در مورد چگونگی شروع درد سرتان صحبت کنیم. درد ابتدا در کجا قرار دارد؟ آیا بخش می‌شود یا حرکت می‌کند؟

میگرن اغلب از گردن شروع می‌شود و به سمت جلو گسترش می‌یابد. به‌طور جایگزین، ممکن است در یک طرف سر، اطراف چشم یا ناحیه سینوس شروع شود. گاهی اوقات در یک طرف آغاز شده و بعداً به طرف مقابل سر حرکت می‌کند یا دوطرفه می‌شود. در حالی که معیارهای تشخیصی میگرن شامل یک‌طرفه بودن است، حدود ۴۰٪ از بزرگسالان و اکثر کودکان درد دوطرفه دارند. برخلاف سایر انواع سردردها، محل درد ممکن است از یک حمله تا حمله دیگر در یک فرد متفاوت باشد.

سفالالژی‌های تری‌ژمینال اتونومیک (TACS) تقریباً همیشه در اطراف یک چشم متمرکز هستند. درد سردرد خوشه‌ای ممکن است اوربیتالیا رترو-اوربیتال باشد و گیجگاه، پیشانی، فک یا صورت همان طرف را درگیر کند. بیماران اغلب به ناحیه خاصی از درد اشاره می‌کنند. سردرد تنشی (Tension-type) تقریباً همیشه دوطرفه است، گاهی اوقات نواری شکل است، اما لزومی ندارد که کل سر را درگیر کند. بیماران مبتلا به سردرد نومولار یک ناحیه گرد یا بیضی با حدود کاملاً مشخص را روی سر ترسیم می‌کنند تا محل درد را نشان دهند.

اگر سردرد یک‌طرفه است، از بیمار بپرسید: «آیا سردردهای شما همیشه در یک طرف سرتان هستند؟» درد سر در افراد مبتلا به درد میگرنی یک‌طرفه، معمولاً به‌طور غیرقابل پیش‌بینی در هر یک از طرفین سر رخ می‌دهد، اما برخی افراد حملاتی دارند که همیشه در یک طرف سر اتفاق می‌افتد. در طول یک دوره از سردرد خوشه‌ای و در سایر سفالالژی‌های تری‌ژمینال اتونومیک، درد «ساید-لاک» (Side-locked) است، یعنی همیشه در همان طرف رخ می‌دهد. همی‌کرانیا کانتینوا (Hemicrania continua) بنا به تعریف ساید-لاک است، اگرچه درد ممکن است تمام آن نیمه سر را در بر گیرد (مورد ۱-۲). یک سردرد ساید-لاک جدیدالاحداث (De novo) ممکن است نشان‌دهنده یک اختلال سردرد ثانویه مانند یک فرآیند ساختاری داخل جمجمه، آرتریت سلول غول‌پیکر، یا اختلال فشار CSF باشد.

### درد را چگونه توصیف می‌کنید؟ چه حسی دارد؟

گاهی اوقات برای این سوال نیاز به راهنمایی است، مانند ضربان‌دار، کوبنده، تیز، خنجری، تیرکشنده، مبهم دردناک، فشارنده، یا سوزش. گاهی اوقات این سوال نتیجه معکوس می‌دهد و بیمار با صفاتی که شدت درد را توصیف می‌کنند یا با یک عدد در مقیاس درد پاسخ می‌دهد، که در این صورت می‌توانید یا آن‌ها را دوباره هدایت کنید یا به سوال در مورد شدت درد بپردازید.

درد ضربان‌دار و کوبنده مشخصه میگرن است. با این حال، درد میگرن می‌تواند مداوم، مبهم، یا خنجری باشد. سردرد تنشی به‌صورت فشارنده، مبهم، یا فشرده‌کننده است، مثل پوشیدن کلاه یا هدبندی که خیلی تنگ است. سردرد خوشه‌ای



به صورت خنجری، سوراخ‌کننده، مثل سیخ داغ، چاقومانند، یا دریل‌مانند توصیف می‌شود، «انگار کسی یخ‌شکنی را در چشمم فرو کرده است.»

### نکات کلیدی

- یکی از مفیدترین سوالاتی که می‌توان در طول ارزیابی سردرد پرسید این است: «هر چند وقت یک‌بار احساس می‌کنید کاملاً سرحال و بدون سردرد هستید؟»
- علائم پروردرومال سردرد اغلب به اشتباه به عنوان تریگر تفسیر می‌شوند.
- هنگامی که به میگرن فکر می‌کنید، در مورد «علائم هشداردهنده» خاص، مانند تظاهرات پروردروم و اورا سوال کنید.
- سردردهای سایه-لاک (که اکیداً یک‌طرفه هستند) ممکن است در میگرن و سردرد خوشه‌ای رخ دهند، اما گاهی اوقات نشان‌دهنده یک علت ثانویه نگران‌کننده‌تر هستند.

### درد هنگام شروع چقدر شدید است و چقدر شدید می‌شود؟ چقدر طول می‌کشد تا درد به اوج شدت خود

**برسد؟** سوالات مربوط به شدت برای تشخیص و درمان مفید هستند. میگرن به‌طور مشخص با درد خفیفی شروع می‌شود که به تدریج بر شدت آن افزوده می‌شود. زمان رسیدن به اوج شدت کاملاً متغیر است و این جنبه از پیشرفت درد هنگام انتخاب استراتژی درمان حاد بسیار مهم است. اگر درد در طول چندین ساعت اوج می‌گیرد، درمان‌های حاد خوراکی گزینه ارجح هستند، زیرا اگر در اوایل دوره مصرف شوند، زمان کافی برای جذب سیستمیک وجود دارد. بیمارانی که دردی را تجربه می‌کنند که در عرض ۳۰ دقیقه به اوج شدت می‌رسد، در صورتی که درمان خوراکی سریع‌الاثربی تأثیر باشد، ممکن است به درمان حاد غیرخوراکی نیاز داشته باشند مانند استنشاق (اکسیژن برای سردرد خوشه‌ای)، تزریق زیرجلدی، و تجویز داخل بینی.

سردرد خوشه‌ای و همی‌کرانیای پاروکسیسمال اپیزودیک و مزمن معمولاً در عرض چند دقیقه به اوج شدت می‌رسند. بنابراین، زمان کافی برای اثرگذاری عوامل خوراکی وجود ندارد و از سایر روش‌های تجویز استفاده می‌شود، مانند شدت درد میگرن متغیر است اما به‌طور کلی در مقایسه با درد خفیف تا متوسط در سردرد تنشی، متوسط تا شدید است. درد شدید تا بسیار شدید مشخصه سردرد خوشه‌ای و همی‌کرانیای پاروکسیسمال است؛ اکثر بیماران اظهار می‌کنند که این بدترین دردی است که تا به حال تجربه کرده‌اند و برخی بیماران افکار خودکشی را در طول حمله گزارش می‌دهند.

دردی که فوراً با اوج شدت شروع می‌شود، سردرد صاعقه‌ای (Thunderclap headache) نامیده می‌شود. در حالی که سردرد صاعقه‌ای ممکن است یک اختلال سردرد اولیه باشد، نگرانی را برای یک سردرد ثانویه، به‌ویژه به عنوان یک سردرد جدیدالاحداث، برمی‌انگیزد. شرایطی که باعث ایجاد سردرد صاعقه‌ای می‌شوند عبارتند از سندرم انقباض عروقی



برگشت‌پذیر مغزی، خونریزی زیرعنکبوتیه، مننژیت، و افت فشار داخل جمجمه‌ای خودبه‌خودی. بنابراین، سردرد صاعقه‌ای اولیه یک تشخیص با رد سایر علل (Diagnosis of exclusion) است که نیاز به تصویربرداری مغز و عروق مغزی دارد.

## مورد ۲-۱

یک خانم ۲۴ ساله برای ارزیابی سردردهای راجعه که قبلاً به عنوان میگرن مزمن تشخیص داده شده بودند و به درمان‌های اولیه پاسخ نداده بودند، به کلینیک مراجعه کرد. سردردهای او همیشه سمت چپ بود و ۱۶ روز در ماه رخ می‌داد. هیچ پرودوم یا اورایی وجود نداشت. او درد متوسط تا شدیدی را توصیف می‌کرد که با فوتوفوبیا، فونوفوبیا، اسموفوبیا، تهوع و بدتر شدن با فعالیت همراه بود. کیفیت درد ضربان‌دار بود و در عرض ۲ ساعت از شروع به اوج شدت می‌رسید. زولمیتریپتان شدت درد را کاهش می‌داد و سردردها در ۸ تا ۱۰ ساعت برطرف می‌شدند، همراه با خستگی باقیمانده در روز بعد. بنابراین، هر حمله او را برای ۲ روز ناتوان می‌کرد و او اغلب به همین خاطر غیبت از کار داشت. درمان‌های پیشگیرانه قبلی همگی بی‌تأثیر بودند، از جمله آمی‌تریپتیلین ۷۵ میلی‌گرم روزانه، نورتریپتیلین ۵۰ میلی‌گرم روزانه، توپیرامات ۱۵۰ میلی‌گرم روزانه، پروپرانولول ۱۶۰ میلی‌گرم روزانه و اوناتولینوم‌توکسین A. معاینه نورولوژیک و MRI مغز او نرمال بود. ارنوماب (Erenumab) ۱۴۰ میلی‌گرم تزریق زیرجلدی ماهانه توسط خود بیمار تجویز شد.

بیمار ۶ هفته بعد برای پیگیری مراجعه کرد و هیچ تغییری در سردرد خود گزارش نکرد. او که مقداری تحقیق آنلاین انجام داده بود، پرسید: «آیا ممکن است من همی‌کرانیا کانتینوا داشته باشم؟» بازبینی یادداشت ویزیت اولیه او هیچ اشاره‌ای به درد اینترایکتال نشان نداد. با این حال، پرس‌وجوی بیشتر آشکار کرد که او درد مداوم گیجگاهی سمت چپ داشت که معمولاً خفیف بود و می‌توانست با وجود آن عملکرد خود را حفظ کند. تمام درد او پس از شروع درمان با ایندومتاسین ۵۰ میلی‌گرم ۳ بار در روز برطرف شد. پس از چند ماه، دوز دارو کاهش یافت اما سردردهای او با دوز ۲۵ میلی‌گرم ۳ بار در روز بازگشتند. او پس از آن روی ایندومتاسین ۱۰۰ میلی‌گرم باقی ماند، بدون عود سردرد یا عوارض جانبی.

## توضیح (COMMENT)

این مورد بر اهمیت پرسیدن در مورد روزهای کاملاً بدون سردرد، به‌ویژه در فردی با سردردهای یک‌طرفه ثابت (ساید-لاک)، تأکید می‌کند. اگرچه قبلاً تشخیص میگرن مزمن داده شده بود، بیمار مبتلا به همی‌کرانیا کانتینوا بود که به ایندومتاسین پاسخ داد.

**آیا سردردهای شما در زمان خاصی از شبانه روز رخ می‌دهند؟ آیا آنها شما را از خواب بیدار می‌کنند؟ آیا**

**هنگام بیدار شدن وجود دارند؟**

سردردهایی که بیمار را از خواب بیدار می‌کنند باید از بیدار شدن در طول شب به دلایل دیگر و متوجه شدن وجود سردرد، تمایز داده شوند. برخی بیماران در تشخیص این تفاوت مشکل دارند. اگر بیمار بیدار شدن شبانه دارد یا صبح با



سردرد بیدار می‌شود، توجه به شدت درد، اینکه آیا قبلاً به اوج شدت رسیده است یا خیر، و اینکه آیا سایر علائم (مانند تهوع، استفراغ، اشک‌ریزش، آبریزش بینی) در آن زمان حضور دارند، مفید است.

این سوالات هم در تشخیص و هم در درمان کمک‌کننده هستند. دوره‌های مکرر بیدار شدن شبانه می‌تواند نشانه‌ای از سردردهای ثانویه، به‌ویژه اختلالات خواب، مصرف بیش از حد داروهای حاد (زمانی که اثر دارو در طول خواب از بین می‌رود)، بیماری انسدادی مزمن ریوی، فشار خون شبانه، یا تومورهای مغزی باشد. با این حال، بیدار شدن شبانه همچنین در اختلالات سردرد اولیه از جمله میگرن، سردرد خوشه‌ای، سردرد هیپنیک (Hypnic headache) و همی‌کرانیای پاروکسیسمال رخ می‌دهد. تناوب شبانه‌روزی یکی از ویژگی‌های سردرد خوشه‌ای است. میگرن نیز ممکن است تمایل شبانه‌روزی نشان دهد، زیرا شایع‌ترین زمان برای تجربه میگرن هنگام بیدار شدن در صبح است.

**آیا علائم دیگری از یک اختلال سردرد اولیه وجود دارد؟** علائم همراه انواع مختلف شرایط سردرد گاهی اوقات منجر به ناتوانی بیشتری نسبت به خودِ درد سر می‌شوند (که به عنوان *آزاردهنده‌ترین علائم* شناخته می‌شوند). فوتوفوبیا شایع‌ترین علامت همراه در ایالات متحده است. سایر موارد شامل فونوفوبیا، اسموفوبیا، تهوع، استفراغ، اسهال، علائم اورا در طول سردرد، و ویژگی‌های تری‌ژمینال اتونومیک زیر هستند:

- پتوز
- اشک‌ریزش
- پرخونی ملتحمه
- گرفتگی بینی یا آبریزش بینی
- میوز
- پری گوش
- رنگ‌پریدگی صورت، گرگرفتگی، تعریق
- گوش قرمز (ممکن است جدا از سردرد رخ دهد)

عبارات پیشنهادی برای پرسیدن سوالات در مورد برخی از علائم همراه در جدول ۱-۱ ذکر شده است. از بیمار بپرسید که آیا در طول حمله از ظاهر خود عکس گرفته است یا خیر. اگر نه، درخواست کنید که در یک اپیزود آینده این کار را انجام دهند.

اگرچه علائم اتونومیک تری‌ژمینال نشان‌دهنده یک سفالالژی اتونومیک تری‌ژمینال (Trigeminal Autonomic Cephalalgia) هستند، اما ممکن است در میگرن نیز رخ دهند. حضور آنها در میگرن اغلب کمتر از سفالالژی‌های اتونومیک تری‌ژمینال بارز است (مثلاً آبریزش خفیف چشم‌ها به جای اشک‌هایی که از صورت جاری می‌شوند) و اغلب دوطرفه هستند. سردردهای همراه با گرفتگی بینی یا آبریزش بینی ممکن است به اشتباه به عنوان مشکلات مربوط به سینوس تفسیر شوند؛ چنین سردردهایی معمولاً یا میگرن هستند یا سردرد خوشه‌ای. علائم همراه را می‌توان در کودکان یا بزرگسالانی که قادر به بیان این جزئیات نیستند، استنتاج کرد.