



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینه تشخیص و مدیریت سردرد در بالین

مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب ایران

با همکاری:

دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه



سازمان اسناد و کتابخانه ملی
جمهوری اسلامی ایران



بسم الله الرحمن الرحيم

عنوان و نام پدیدآور

: راهنمای بالینی تشخیص و مدیریت سردرد در بالغین/تالیف مرکز تحقیقات بیماریهای مغز و اعصاب ایران با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه ؛ به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت.

مشخصات نشر

: تهران: نشر پونه، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری

: ۲۰ص.

شابک

: 978-600-6681-30-6

وضعیت فهرست نویسی

: فیا

موضوع

: سردرد

موضوع

: سردرد -- تشخیص

شناسه افزوده

: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. مرکز تحقیقات بیماریهای مغز و اعصاب ایران

شناسه افزوده

: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

شناسه افزوده

: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. معاونت بهداشت

رده بندی کنگره

: RC۳۹۲/ر۲۵ ۱۳۹۳

رده بندی دیویی

: ۶۱۶/۸۴۹۱

شماره کتابشناسی ملی

: ۳۵۸۴۸۱۴



خ طالقانی شرقی - خ جهان- ساختمان پونه - شماره ۶ - طبقه سوم - تلفن ۷۷۶۰۵۷۹۸

نام کتاب: راهنمای بالینی تشخیص و مدیریت سردرد در بالغین

تالیف: مرکز تحقیقات بیماریهای مغز و اعصاب ایران با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه (به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت)

ناشر: پونه

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ جلد

مدیر هنری: علی منتشری

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: معلی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۶۸۱-۳۰-۶

قیمت: رایگان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینه تشخیصی و مدیریت سردرد در بالغین

مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب ایران

با همکاری:

دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه



۱۰	مقدمه
۱۱	متدولوژی
۱۲	هدف اصلی
۱۳	جمعیت هدف
۱۴	کاربران هدف راهنما
۱۵	جدول سطح شواهد
۱۶	توصیه‌های کلیدی
۱۷	ارزیابی
۱۸	بررسی‌ها
۱۹	سر درد اولیه
۲۰	میگرن
۲۱	سر درد تنشی
۲۲	سر درد اتونومیک تری ژمینال
۲۳	حمله جدید سر درد روزانه مقاوم
۲۴	سر درد ثانویه
۲۵	علائم هشدار
۲۶	سر درد برق آسا
۲۷	سر درد سرویکولوژیک
۲۸	فشار بالای داخل جمجمه‌ای (ICP)
۲۹	آرتريت تمپورال
۳۰	گلوکوم زاویه بسته
۳۱	مسمومیت با منوکسیدکربن
۳۲	بررسی‌ها
۳۳	درمان میگرن
۳۴	پیشگیری دارویی
۳۵	سر درد تنشی
۳۶	پروفیلاکسی دارویی
۳۷	درمان
۳۸	بارداری، پیشگیری از بارداری، قاعدگی و منوپوز

تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی بیش از یک دهه است که به عنوان ابزاری مهم برای افزایش کیفیت خدمات درمانی و سلامت عمومی در کشور مطرح و پیگیری شده است. برنامه‌های متعدد کشوری، برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همین‌طور سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی درمان (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) بر این ضرورت تأکید کرده‌اند. در پاسخ، بخش‌های مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راهنمای بالینی متعددی در سطوح مختلف و برای مخاطبان مختلف تدوین کرده‌اند که برخی در عمل نیز به کار گرفته شده‌اند. ولی هنوز نیاز نظام سلامت به این مکتوب‌های ارزشمند کامل پاسخ داده نشده است.

تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد علمی که بتواند نیازهای واقعی کشوری با درآمد متوسط مثل جمهوری اسلامی ایران را پاسخ بدهد با دو دشواری مهم روبه‌رو است. نخست آنکه بسیاری شواهد علمی اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات مختلف از مطالعات کشورهای پردرآمد به دست آمده‌اند. چنین مطالعاتی هر چند می‌توانند کمک فراوانی به کشور کنند، لزوماً پاسخگوی پرسش‌های مرتبط با شرایط کشور نیستند. دشواری مهم دیگر هزینه و زمان‌بر بودن تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد است که البته نیازمند تخصص‌های مختلف فنی و همکاری میان گروه‌های متفاوت بالینی است.^۱ در نتیجه لازم است موضوع راهنماهای بالینی به درستی انتخاب، و روش‌های معتبری در تدوین راهنماها به‌کارگرفته شوند که هزینه کمتری از نظر نیروی انسانی و زمان اجرا داشته باشند. به خصوص به‌کارگیری روش‌های معتبری برای سازگارسازی راهنماهای معتبری که دیگران برای کشور و شرایط خودشان تدوین کرده‌اند ضرورت می‌یابد.^۲

مجموعه حاضری، که یک جلد آن اکنون در برابر شما است، گامی در این راستا است. این مجموعه نتیجه تلاش همکاران اینجانب در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه و مراکز مختلف تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در طول دو سال گذشته است که در دوران مدیریت آقایان دکتر فرید ابوالحسنی و دکتر علیرضا دلاوری آغاز شده و اکنون منتشر می‌شوند. هدف این راهنماها تهیه مجموعه‌ای مبتنی بر شواهد از راهنماهای بالینی برای پزشکان خانواده و عمومی است. البته محتوای این راهنماها می‌تواند برای متخصصان پزشکی، دانشجویان دوره‌های عمومی و تخصصی و همین‌طور همکاران بالینی و نظام سلامت غیرپزشک نیز مفید و ارزشمند باشد و در عین حال آگاهی عمومی جامعه را در زمینه روش‌های درست تشخیص، درمان و مدیریت بیماری‌ها افزایش دهد.

افزایش کیفیت خدمات تنها با انتشار راهنماهای بالینی رخ نمی‌دهد. بدون استفاده از آنها در بالین بیمار و در تشخیص و درمان بیماری، راهنماها تأثیری بر ارتقای خدمات نخواهند داشت. مطالعه‌ی در سال ۱۳۹۰ در تهران نشان داد که فقط حدود یک سوم پزشکان شهر تهران با راهنماهای بالینی آشنایی داشتند.^۳ بدون برنامه‌ریزی مدون در به‌کارگیری راهنماها و اجرای مداخلات مختلف آموزشی، مدیریتی و اجتماعی، تأثیر آنها بر افزایش کیفیت محدود خواهد ماند. تجربه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در به‌کارگیری راهنماهای بالینی درمان دیابت در درمانگاه‌های سرپایی ویژه در شبکه‌های بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر نمونه‌ای موفق از کاربرد راهنماهای بالینی در بهبود مراقبت و درمان و ارتقای سلامت بیماران است.

وظیفه دارم از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این مجموعه تلاش کرده‌اند، به خصوص همکاران ارجمند آقای دکتر سیدرضا مجدزاده و خانم‌ها دکتر آزاده سیاری فرد و دکتر لاله قدیریان از دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، آقای دکتر امید خیرخواه و خانم شیما لشگری از معاونت بهداشت، تمامی نویسندگان راهنماها و دیگر همکاران و مسئولان صمیمانه سپاسگزاری کنم و برای همه ایشان و شما خوانندگان گرامی آرزوی توفیق و بهروزی دارم.

دکتر آرش رشیدیان

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

1- Rashidian A. [Adapting valid clinical guidelines for use in primary care in low and middle income countries](#). *Primary Care Respiratory Journal* 2008; 17(3):136-7.

2- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. [Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores](#). *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012, 18(3):676-681.

3- Mounesan L, Nedjat S, Majdzadeh R, Rashidian A, Gholami J. [Only one third of Tehran's physicians are familiar with 'Evidence-based clinical guidelines'](#). *International Journal of Preventive Medicine* 2013 4(3): 349-57.

پیشگفتار

توجه به طبابت مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنماهای بالینی در کشور علاوه بر ارتقای کیفیت ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران، در کاهش هزینه‌ها نیز موثر خواهد بود. برای رسیدن به این اهداف، طبابت باید بر اساس يك شیوه استاندارد و کارآمد، در سراسر کشور قابل اجرا باشد تا بر اساس چک لیست‌های استاندارد بتوان اقدامات انجام شده را ارزیابی نمود. با توجه به جایگاه پزشک خانواده به عنوان بازوی مهم گروه ارائه دهندگان خدمات بالینی در نظام سلامت، تولید راهنماهای بالینی برای این گروه گامی اساسی و موثر در خدمت رسانی به بیماران به شمار می‌رود.

بنابراین پیرو اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درخواست دانشگاه علوم پزشکی تهران مبنی بر تهیه و تولید راهنماهای بالینی بومی و مبتنی بر شواهد برای پزشک خانواده، مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به بومی سازی راهنمای بالینی تشخیص و مدیریت سردرد در بالغین نمود. برای تهیه این مستند از راهنماهای معتبر بالینی موجود در دنیا استفاده شده است. همچنین تلاش گردید تا برای استفاده از نظرات، توصیه‌ها و راهنمایی‌های صاحب‌نظران در جهت بومی‌سازی آن، پیش‌نویس اولیه راهنمای بالینی تشخیص و مدیریت سردرد در بالغین در اختیار گروه‌های مختلف ذینفع در سراسر کشور قرار گیرد.

با این حال معتقدیم که این راهنمای بالینی، خالی از اشکال نبوده و کوشش خواهد شد. در به‌روزرسانی‌های بعدی اشکالات موجود شناسایی و اصلاح گردد. در اینجا لازم است از حمایت‌های مقام محترم ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر باقر لاریجانی و معاون محترم بهداشت وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر دلاوری و همچنین جناب آقای دکتر جعفریان، ریاست محترم دانشگاه و جناب آقای دکتر رشیدیان، معاون محترم بهداشت دانشگاه قدردانی نماییم.

همچنین از زحمات کلیه دست‌اندرکاران تولید و انتشار این راهنما تشکر نموده و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این مجموعه یاری خواهند نمود، سپاسگزاری می‌نماییم.

دکتر مجید غفارپور

رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب

کمیته مطالعه و تدوین راهنمای بالینی تشخیص و مدیریت تشنج در بالغین:

۱. دکتر عباس تفاعری، استادیار نورولوژی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۲. دکتر مژده قبابی، دانشیار نورولوژی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۳. دکتر مجید غفارپور، استاد نورولوژی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۴. دکتر محمدحسین حریرچیان، استاد نورولوژی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۵. دکتر وجیهه آقاملایی، متخصص نورولوژی
۶. دکتر هدی قدمی، پزشک عمومی پژوهشی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۷. بهاره پورقاز، کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب

کمیته مدیریت دانش راهنماهای بالینی پزشک خانواده:

۱. دکتر رضا مجد زاده، استاد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۲. دکتر آزاده سیاری فرد، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۳. دکتر لاله قدیریان، متخصص پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۴. دکتر لیلا حق جو، پزشک عمومی، MPH، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۵. لیلا مونسان، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۶. دکتر فاطمه رجبی، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۷. سمانه عروجی، کارشناس IT، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

کمیته اجرایی برنامه ریزی، نشر و ویرایش نهایی:

۱. دکتر امید خیرخواه، پزشک عمومی، MPH، معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه
۲. دکتر سعید تأملی، پزشک عمومی، MPH، معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه
۳. شیما لشگری، کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، معاونت بهداشت دانشگاه

مقدمه

سردرد یکی از شایع ترین علل مراجعه بیماران به پزشکان می باشد و اغلب افراد جامعه حداقل یک بار حمله سردرد شدید را در طول عمر خود تجربه کرده اند. شیوع سردرد در طول عمر مردان ۹۳٪ و در زنان تا ۹۹٪ گزارش شده است.

در بررسی دیگری سردرد مزمن روزانه (عصبی) که حداقل ۱۵ روز در طول یک ماه ادامه داشته باشد در ۴٪ جمعیت بالغین دیده شده است. شیوع انواع سردرد در جوامع مختلف متفاوت است. در جوامع غربی میگرن و سردردهای عصبی شیوع بالاتری دارند در حالیکه در جوامع شرقی شیوع کمتری داشته که ممکن است بعلت تفاوت های فرهنگی در این جوامع باشد.

سردرد یک بیماری شایع است به طوریکه حدود ۴,۴٪ مشاوره ها در مراقبت های اولیه و حدود ۳۰٪ مشاوره های تخصصی مغزو اعصاب را به خود اختصاص داده است. اختلالات سردرد معمولا بصورت اولیه یا ثانویه طبقه بندی می شوند و این طبقه بندی ها نیز به انواع خاصی از سردردها دسته بندی می شوند. اختلالات سردرد اولیه با پاتولوژی زمینه ای ارتباطی ندارد و شامل میگرن، نوع تنشی و سردرد خوشه ای می باشد. اختلالات سردرد ثانویه به یک وضعیت پاتولوژی زمینه ای نسبت داده شده و شامل هرنوع سردردهای عفونی، نئوپلاستیک، عروقی و یا ناشی از داروها می باشند.

این راهنمای بالینی شامل توصیه هایی در مورد تشخیص و مدیریت سردرد در بالغین می باشد که بر اساس مدارکی از بهترین مطالعات تنظیم شده است. طبقه بندی بین المللی اختلالات سردرد شامل بیش از ۲۰۰ نوع سردرد بوده و بررسی جامع همه این انواع فراتر از محدوده این راهنما می باشد. این راهنما بیشتر بر سردردهای اولیه شایع مانند میگرن و سردرد تنشی، متمرکز بوده و علائم خطر سردردهای ثانویه را مشخص کرده است.

متدولوژی

هدف اصلی

هدف اصلی این راهنمای بالینی ارائه توصیه های لازم جهت آشنایی با تشخیص و مدیریت سردرد بالغین می باشد.

جمعیت هدف

- بزرگسالان (≤ ۱۶ سال)

کاربران هدف راهنما

- پزشکان خانواده شامل سطح اول ارائه خدمات در پزشک خانواده شهری
- پزشکان عمومی

گایدلاین مرجع جهت بومی سازی راهنمای بالینی حاضر:

Diagnosis and management of headache in adults A national clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network

این راهنما بر اساس شواهد موجود در سال ۱۳۹۲ تدوین شده است و لازم است ۳ سال بعد (۱۳۹۵) جستجوی مجدد منابع و بازنگری آن انجام گیرد.

جدول سطح شواهد

A	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1 ⁺⁺ , and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting principally of studies rated as 1 ⁺ , directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2 ⁺⁺ , directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1 ⁺⁺ or 1 ⁺
C	A body of evidence including studies rated as 2 ⁺ , directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2 ⁺⁺
D	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2 ⁺

LEVELS OF EVIDENCE

1 ⁺⁺	High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1 ⁺	Well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
1 ⁻	Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias
2 ⁺⁺	High quality systematic reviews of case control or cohort studies High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
2 ⁺	Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
2 ⁻	Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytic studies, eg case reports, case series
4	Expert opinion

توصیه‌های کلیدی

- پیشنهادات زیر توسط گروه تدوین راهنما مطرح شده است که از نظر بالینی بسیار حائز اهمیت می‌باشد. این موارد شامل توصیه‌های کلینیکی می‌باشد که جهت انجام، باید اولویت بندی شوند.
- بیمارانی که با حملات مکرر سردرد شدید ناتوان کننده همراه با تهوع و حساسیت به نور، مراجعه می‌کنند و معاینات عصبی نرمال دارند، باید از نظر میگرن بررسی شوند.
- بیمارانی که با سردرد مراجعه می‌کنند و علائم هشدار سردردهای ثانویه را دارند، جهت بررسی‌های بیشتر باید به سطوح تخصصی بالاتر ارجاع داده شوند.
- بیشتر بیماران، دچار سردرد اولیه بوده و اقدامات بیشتری نیاز ندارند. علائم هشدار مشخص می‌کنند که کدامیک از بیماران مراجعه کننده با سردرد ثانویه نیاز به بررسی بیشتری دارند.
- بیمارانی که با اولین حمله سردرد برق آسا مراجعه می‌کنند جهت انجام اقدامات تخصصی باید سریعاً به بیمارستان ارجاع شوند.
- سردرد برق آسا یک اورژانس پزشکی است و ممکن است بدلیل خونریزی ساب آراکنوئید ایجاد شده باشد.
- در همه بیماران بالای پنجاه سال که با حمله جدید سردرد یا تغییر نوع سردرد مراجعه می‌کنند، باید آرتریت تمپورال بررسی شود.
- آرتریت تمپورال به دلیل عوارض احتمالی بینایی، نورولوژیکی و دسترسی به درمان‌های موثر یک اورژانس پزشکی است.

ارزیابی

برای تشخیص و مدیریت سردرد، پزشکان باید از پرسشنامه‌های ارزیابی مناسب استفاده کنند و به سابقه سردرد توجه داشته باشند.

بررسی‌ها

- تصویربرداری‌های نورولوژی در بیمارانی که سابقه واضحی از میگرن داشته و علائم هشدار سردردهای ثانویه را ندارند و معاینه عصبی نرمال دارند اندیکاسیون ندارد.
- در بیمارانی که با سردرد برق آسا مراجعه کرده‌اند باید هرچه زودتر و ترجیحاً در ۱۲ ساعت اول CT اسکن مغز انجام شود.
- بیمارانی که با سردرد برق آسا مراجعه کرده و CT نرمال دارند باید LP شوند.
- LP را باید بعد از ۱۲ ساعت از شروع سردرد انجام داد.

سردرد اولیه

میگرن

میگرن شایع‌ترین اختلال سردرد اولیه شدید بوده و میزان شیوع جهانی آن در مردان ۱۰٪ و در زنان ۲۲٪ می‌باشد.

ویژگی‌های سردرد میگرنی:

- یکطرفه
 - ضرباندار
 - از چند دقیقه تا چند ساعت طول می‌کشد.
 - شدت متوسط تا شدید دارد.
 - با تهوع یا استفراغ و یا حساسیت به نور و یا حساسیت به صدا همراه است.
 - ناتوانی
 - با فعالیت‌های فیزیکی معمول تشدید می‌یابد.
- میگرن با توجه به وجود یا عدم وجود اورا طبقه بندی می‌شود یک اورای تپیک شامل علائم بینایی و یا حسی و یا گفتاری دیس‌فازیک برگشت پذیر می‌باشد. علائم ممکن است مثبت (برای مثال جرقه‌های نورانی، نقاط، خطوط زیگ زاگ، احساس سوزن سوزن شدن) و یا منفی (برای مثال از دست دادن بینایی و بی حسی) باشد. علائم معمولاً طی بیش از ۵ دقیقه پیشرفت کرده و طی ۶۰ دقیقه بهبود می‌یابد. بیمارانی که با الگوی حملات مکرر سردرد شدید یا ناتوان کننده همراه تهوع و حساسیت به نور مراجعه می‌کنند و معاینات نورولوژیک نرمال دارند باید از نظر میگرن بررسی شوند.

سردرد تنشی

سردرد تنشی شایع‌ترین اختلال سردرد اولیه است. سردردی غالباً دو طرفه که بصورت احساس فشار یا یک باند سفت دور سر بیان می‌شود. شدت خفیف تا متوسط داشته و در طول روز ثابت یا نوساندار است. بطور عموم همراه تهوع نیست و بشدت میگرن حساسیت به نور و صدا ندارد. در بیمارانی که با سردرد دو طرفه مراجعه می‌کنند که ناتوان کننده نیست و معاینه نورولوژیکی نیز نرمال است باید تشخیص سردرد تنشی را در نظر گرفت.

سردرد اتونومیک تری ژمینال

- سردردی است که بصورت دردهای ناگهانی، برق‌آسا و خنجری در حوزه یکی از سه شاخه عصب پنجم (چشمی، ماگزیلاری یا مندیبولار) حس می‌شود. این درد با تحریک حسی منطقه درگیر تشدید و تحریک می‌شود.

- در بیمارانی که با سردردهای مکرر، کوتاه و یکطرفه مراجعه می‌کنند، باید سردردهای اتونومیک تری ژمینال را در نظر داشت.
- بیمارانی که با اولین حمله سردرد مشکوک به سردردهای اتونومیک تری ژمینال مراجعه می‌کنند باید جهت ارزیابی‌های تخصصی ارجاع شوند.

حمله جدید سردرد روزانه مقاوم

- در بیمارانی که با سردرد مقاوم روزانه مراجعه می‌کنند، جهت بررسی‌های تخصصی باید ارجاع را در نظر گرفت.

سردرد ثانویه

سردرد ثانویه (برای مثال سردردهایی که بععلل دیگر ایجاد شده‌اند) باید در بیمارانی که با اولین حمله سردرد مراجعه کرده‌اند و یا دچار تغییر نوع سردرد شده‌اند، درنظر گرفته شود.

علائم هشدار

- حمله جدید سردرد و یا تغییر تیپ سردرد در بیماران بالای پنجاه سال
- سردرد برق‌آسا: سریعاً به حداکثر درد میرسد (چندثانیه تا ۵ دقیقه)
- علائم فوکال نورولوژیک (برای مثال ضعف اندام، اورا >۵ دقیقه یا <۱ ساعت)
- علائم غیرفوکال نورولوژیک (بعنوان مثال اختلال شناختی)
- تغییر در فرکانس سردرد، ویژگی‌ها و علائم همراه
- معاینات نورولوژیک غیرطبیعی
- سردردی که با تغییر وضعیت تغییر کند
- سردردی که بیمار را از خواب بیدار کند
- سردردی که با فعالیت فیزیکی و مانوروالسالوا تشدید یابد (برای مثال سرفه، خندیدن، زورزدن)
- بیمارانی که علائم خطر ترومبوز سینوس وریدی دارند.
- لنگش فک و یا اختلال بینایی
- سفتی گردن
- تب
- حمله جدید سردرد در بیمارانی که سابقه عفونت ویروسی نقص ایمنی انسان (HIV) دارند.
- حمله جدید سردرد در بیمارانی که سابقه سرطان دارند.

بیمارانی که با سردرد و علائم هشدار سردردهای ثانویه مراجعه می‌کنند باید جهت ارزیابی‌های بیشتر به سطوح تخصصی بالاتر ارجاع شوند.

بیمارانی که با اولین حمله سردرد و یا تغییر نوع سردرد مراجعه می‌کنند باید مورد معاینه کامل نورولوژیک قرار گیرند (از جمله فوندوسکوپي و اندازه گیری فشارخون).

معاینه نورولوژیکی در بیمارانی که با اولین حمله سردرد مراجعه می‌کنند باید شامل موارد زیر باشد:

- فوندوسکوپي
- ارزیابی اعصاب کرانیال به خصوص مردمک‌ها، میدان بینایی، حرکات چشم‌ها، حس و حرکت صورت و عملکرد بولبار (کام نرم، حرکت زبان)
- عملکرد پلانتار (کف پایي)
- ارزیابی راه رفتن (GAIT) از جمله راه رفتن پاشنه - پنجه

سردرد برق آسا

بیمارانی که با اولین حمله سردرد برق آسا مراجعه می‌کنند جهت بررسی‌های تخصصی باید سریعاً به بیمارستان ارجاع شوند.

سردرد سرویکوژنیک

در همه بیمارانی که با سردرد مراجعه می‌کنند باید معاینه گردن انجام شود که شامل ارزیابی‌های زیر می‌باشد:

- وضعیت قرارگیری گردن
- محدوده حرکتی
- تون عضلانی
- تندرست عضلانی

فشار بالای داخل جمجمه ای (ICP)

- سردردی که با ICP بالا مرتبط باشد با دراز کشیدن تشدید می‌یابد و ممکن است بیمار را از خواب بیدار کند. همچنین ممکن است با مانو والسالوا (برای مثال سرفه، خندیدن، زورزدن)، فعالیت جنسی و یا فعالیت‌های فیزیکی تشدید یابد.
- بیمارانی که با سردرد و علائم فشار بالای داخل جمجمه ای مراجعه می‌کنند باید سریعاً جهت ارزیابی به سطوح تخصصی بالاتر ارجاع شوند.
- بیمارانی که با سردرد و علائم عفونت CNS مراجعه می‌کنند باید سریعاً جهت ارزیابی تخصصی ارجاع شوند.

آرتريت تمپورال

- در هر بیمار بالای پنجاه سال که با اولین حمله سردرد و یا تغییرنوع سردرد مراجعه میکند باید آرتريت تمپورال بررسی شود.
- بیماران با علائم مطرح کننده آرتريت تمپورال جهت ارزیابی های تخصصی باید سریعاً ارجاع داده شوند.

گلوکوم زاویه بسته

- در بیمارانی که با سردرد همراه با چشم قرمز و علائم بینایی یک طرفه و یا هاله بینی مراجعه می کنند باید گلوکوم زاویه بسته بررسی شود.
- گلوکوم زاویه بسته یک اورژانس چشم پزشکی است.

مسمومیت با منوکسید کربن

علائم مسمومیت با منوکسید کربن شامل سردرد، تهوع، استفراغ، سرگیجه، ضعف عضلانی و تاری دید می باشد.

بررسی ها

■ تصویربرداری نورولوژیکی

تصویربرداری نورولوژیکی در بیمارانی که سابقه مشخصی از میگرن دارند، علائم هشدار سردردهای ثانویه را ندارند و معاینه نورولوژیکی آنها نرمال است، اندیکاسیون ندارد.

پزشکان درخواست کننده تصویربرداری نورولوژیکی باید آگاه باشند که MRI, CT هر دو می توانند باعث شناسایی ناهنجاری های اتفاقی شوند که ممکن است منجر به ایجاد اضطراب و مشکلات عملکردی و اخلاقی، در فرد گردد.

CT مغز باید در بیماران مبتلا به سردرد که علائم نورولوژیکی غیرطبیعی دارند انجام شود، مگر اینکه بر اساس سابقه بالینی انجام MRI اندیکاسیون داشته باشد.

در بیماران مبتلا به سردرد برق آسا، باید سریعاً و ترجیحاً در ۱۲ ساعت اول پس از حمله، CT مغز بدون تزریق انجام شود.

■ MRI

- MRI مغز باید در بیماران مبتلا به سردرد خوشه ای، سردرد یکطرفه (همی کرانیال) حمله ای یا SUNCT (حملات سردرد یکطرفه کوتاه مدت همراه احتقان ملتحمه و اشک ریزش) انجام شود.
- MRI مغز باید در بیماران مبتلا به سردرد که سردرد شان با سرفه کردن تشدید می یابد، انجام شود.
- تمام بیماران مشکوک به سردرد ناشی از فشار پایین باید جهت انجام اقدامات و بررسی های لازم ارجاع داده شوند.

■ ESR, CRP و ویسکوزیته پلاسما در آرتریت تمپورال

ESR یا CRP (برای به حداکثر رساندن حساسیت و ویژگی ترجیحا ترکیبی از هردو) باید در بیماران مشکوک به آرتریت تمپورال اندازه گیری شود.

درمان میگرن

■ درمان فاز حاد

- پزشکان باید در نظر داشته باشند که درمان استاندارد در یک بیمار ممکن است با همه حملات سازگار نباشد. برای درمان حملات مقاوم باید یک راهبرد مناسب تنظیم و برنامه ریزی شود.
- در هنگام شروع درمان فاز حاد میگرن باید در مورد خطرات سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو به بیماران توضیحاتی داده شود.
- آسپرین ۹۰۰ میلی گرم برای درمان فاز حاد میگرن، با هر شدتی توصیه می شود.
- ایبوپروفن ۴۰۰ میلی گرم برای درمان فاز حاد بیماران مبتلا به میگرن توصیه می شود.
- NSAIDهای دیگر (دیکلوفناک، ناپروکسن) نیز می تواند در درمان حاد میگرن مورد استفاده قرار گیرند.
- پاراستامول ۱۰۰۰ میلی گرم بعنوان درمان در بیماران مبتلا به میگرن با شدت خفیف تا متوسط توصیه می شود.
- تریپتان های خوراکی برای درمان فاز حاد با هر شدتی در بیمارانی که به ضد دردهای ساده پاسخ نداده اند، توصیه می شود.
- در بین تریپتان های خوراکی ریزاتریپتان ۱۰mg در فاز حاد میگرن ارجحیت دارد.
- تریپتان ها باید بلافاصله پس از شروع سردرد مصرف شوند.
- ترکیبی از سوما تریپتان ۵۰-۱۰۰ mg و ناپروکسن سدیم ۵۰۰mg ممکن است در فاز حاد میگرن بخصوص در حملات طول کشنده و تکرار شونده کمک کننده باشند.

ضد تهوع

- ترکیبی از آسپرین و متوکلوپرامید می تواند در درمان بیماران مبتلا به حملات حاد میگرن مورد استفاده قرار گیرد.
- ترکیبات ثابت ضد درد و ضد تهوع می تواند در درمان بیماران مبتلا به حملات حاد میگرن مورد استفاده قرار گیرد.
- متوکلوپرامید وریدی می تواند در درمان بیمار مبتلا به فاز حاد میگرن مورد استفاده قرار گیرد.

ارگوتامین

- ارگوتامین در بیماران مبتلا به میگرن حاد توصیه نمی شود.
- ضد دردهای اپیوئیدی نباید بطور روتین در درمان بیماران مبتلا به میگرن حاد استفاده شوند، زیرا ممکن است منجر به ایجاد سردردهای ناشی از مصرف بیش از حد دارو گردند.

پیشگیری دارویی

در کنار درمان پیشگیرانه میگرن بیماران باید به درمان‌های دارویی مناسب جهت حملات حاد میگرن نیز دسترسی داشته باشند.

یک راهنمای پیشنهادی استفاده از پروفیلاکسی در جدول زیر مشخص شده است:

- پروپرانولول ۲۴۰-۸۰ میلی گرم، روزانه بعنوان خط اول درمان برای پروفیلاکسی بیماران مبتلا به میگرن توصیه می‌شود.
- تیمولول، آتنولول، نادلول و متوپرولول می‌توانند بعنوان جایگزین پروپرانولول در پروفیلاکسی بیماران مبتلا به میگرن مورد استفاده قرار گیرد.

داروهای ضد تشنج

- در بیماران مبتلا به میگرن دوره‌ای و میگرن مزمن، توپیرامات ۵۰-۲۰۰ mg روزانه برای کاهش فرکانس و شدت سردرد توصیه می‌شود.
- در بیماران مبتلا به میگرن دوره ای، سدیم والپروات ۸۰۰-۱۵۰۰ mg روزانه برای کاهش فرکانس و شدت سردرد توصیه می‌شود.
- در بیماران مبتلا به میگرن دوره ای و میگرن مزمن، برای کاهش فرکانس سردرد می‌توان از گاباپنتین ۱۲۰۰-۲۴۰۰ mg استفاده کرد.

داروهای ضد افسردگی

- SSRI ها در پروفیلاکسی میگرن توصیه نمی‌شود.
- آمی تریپتیلین ۲۵-۱۵۰ mg روزانه برای بیمارانی که نیاز به پروفیلاکسی میگرن دارند، توصیه می‌شود.
- ونلافاکسین ۷۵-۱۵۰ mg روزانه یک جایگزین مناسب برای ضد افسردگی‌های سه حلقه ای برای پروفیلاکسی میگرن می‌باشد.

درمان‌های دیگر

- پیزوتیفن ارزش محدودی در پروفیلاکسی میگرن دارد.
- متی‌سرژید فقط باید زیر نظر متخصص مورد استفاده قرار گیرد.
- توکسین بوتولینوم A برای درمان پروفیلاکتیک میگرن توصیه نمی‌شود.

سردرد تنشی

درمان حاد

- آسپرین و پاراستامول برای درمان فاز حاد در بیماران مبتلا به سردرد تنشی توصیه می‌شوند.

داروی پیشگیری کننده	استفاده با احتیاط (فهرست کامل نیست)	ممکن است در این بیماران ارجح باشد
بتابلوکرها	آسم	اضطراب همراه
	دیابت	
	برادی کاردی	
	بیماری عروق محیطی	
	افسردگی همراه	
سه حلقه ای ها	گلوکوم زاویه بسته	افسردگی همراه
		سردرد تنشی همراه
		اختلالات خواب
توپیرامات	سنگ کلیه	چاقی همراه
	گلوکوم زاویه بسته	
	بارداری	
والپروات	چاقی	افسردگی همراه
	بیماری کبدی	
	بارداری	

پروپیلوکسی دارویی

داروهای ضد فشارخون

فشارخون بالا معمولاً باعث ایجاد سردرد نمی شود هرچند درمان های پایین آورنده فشارخون ++۲ می تواند میزان سردرد را کاهش دهد. یک بررسی متاآنالیز نشان داده است که آنتاگونیست گیرنده آنژیوتانسین II فرکانس سردرد ۱- را کاهش می دهند.

داروهای ضد افسردگی

- ضد افسردگی های سه حلقه ای بخصوص آمی تریپتیلین ۲۵-۲۵۰ میلیگرم روزانه بعنوان داروی پروپیلوکسی انتخابی در بیمار مبتلا به سردرد تنشی مزمن توصیه می شود.
- توکسین بوتولینوم A در درمان پیشگیرانه در سردرد تنشی مزمن توصیه نمی شود.

سردرد اتونومیک تری ژمینال

- تزریق زیرجلدی ۶mg سوماتریپتان بعنوان داروی انتخابی اول برای تسکین حملات حاد سردرد خوشه ای توصیه می شود.
- سوماتریپتان یا زولمی تریپتان نازال برای درمان حملات حاد سردرد خوشه ای در بیمارانی که سوماتریپتان زیر جلدی را تحمل نمی کنند، توصیه می شود.
- اکسیژن ۱۰۰٪ (۷-۱۲ لیتر در دقیقه) باید در درمان حملات حاد بیماران مبتلا به سردرد خوشه ای در نظر گرفته شود.

پروfilaکسی دارویی

وراپامیل ۲۴۰-۹۶۰ mg برای پروfilaکسی سردرد خوشه‌ای توصیه می‌شود.

سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو

سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو، باید در همه بیماران که با سردرد روزانه مزمن مراجعه می‌کنند، رد شود (سردرد ≤ 15 روز / بیش از سه ماه).

پزشکان باید آگاه باشند که همه بیماران که تحت درمان دارویی جهت سردردهای حاد و یا سردردهای علامت دار هستند در خطر ابتلا به سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو قرار دارند. بیماران مبتلا به میگرن، سردردهای مکرر، مصرف کننده‌های داروهای اپیوئیدی و کسانی که بیش از حد از تریپتان‌ها استفاده می‌کنند در بالاترین خطر ابتلا قرار دارند.

هنگام تشخیص سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو، همراهی اختلالات روانپزشکی و وابستگی دارویی را باید در نظر داشت. بیماران مبتلا به سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو که با اختلالات روانی و یا وابستگی به دارو همراه می‌باشند، باید بطور مستقل درمان شوند. ارجاع به یک روانپزشک یا روانشناس بالینی باید در نظر گرفته شود.

درمان

- بیماران مبتلا به سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارویی که در اثر اپیوئیدها و ضد دردهای حاوی اپیوئید ایجاد شده است باید جهت خروج تدریجی داروها تحت نظر قرار گیرند.
- در صورتیکه بعد از درمان علامتی و خروج داروها، سردرد همچنان ادامه یابد، عوامل پروfilaکسیک ممکن است موثر بوده و باید در نظر گرفته شود.
- در بیماران مبتلا به سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو، توپیرامات ممکن است به منظور کاهش تعداد روزهای سردرد در نظر گرفته شود.

بارداری، پیشگیری از بارداری، قاعدگی و منوپوز

- پاراستامول ۱۰۰۰ mg بعنوان داروی انتخابی در بارداری در همه بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی که نیاز به ضد درد دارند می‌باشد.
- در صورتیکه پاراستامول اثر ضد دردی کافی را فراهم نکند، آسپرین ۳۰۰ mg یا ایبوپروفن ۴۰۰ mg می‌تواند در سه ماه دوم و سوم بارداری مورد استفاده قرار گیرد.

- زنان مبتلا به میگرن همراه او را نباید از کنتراستپتوهای خوراکی ترکیبی استفاده کنند.
- بیماران مبتلا به میگرن بدون او را که سن بالای ۳۵ سال دارند نباید از کنتراستپتوهای خوراکی ترکیبی استفاده کنند.
- بیماران مبتلا به میگرن حاد زمان قاعدگی می‌توانند با مفنمیک اسید یا ترکیبی از پاراستامول، آسپرین و کافئین درمان شوند.
- سوماتریتان، زول تریپتان و ریزاتریتان برای درمان فازحاد بیماران مبتلا به میگرن زمان قاعدگی توصیه می‌شود.
- NSAIDs بعنوان پروفیلاکسی و درمان میگرن در زمان قاعدگی توصیه می‌شوند.
- درمان جایگزین هورمونی (HRT) را می‌توان برای زنان منوپوز و پره منوپوز مبتلا به میگرن تجویز کرد. در تجویز استروژن باید دوز حداقل درنظر گرفته شود.
- در صورتیکه بیماری که تحت درمان HRT می‌باشد، دچار تشدید سردردهای میگرنی شد، HRT باید بعنوان یک علت احتمالی درنظر گرفته شود.
- در صورتی که بیماری که تحت درمان HRT خوراکی می‌باشد، دچار تشدید سردردهای میگرنی شود باید برای وی HRT ترانس درمال درنظر گرفته شود.

