

سرردهای اولیه: طبقه‌بندی و تشخیص

دکتر عباس قربانی*، دکتر احمد چیت‌ساز**

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۲۰

* دانشیار گروه بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
** دانشیار گروه بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۲۹

گروه‌های هدف:

پزشکان عمومی، متخصصین داخلی، متخصصین داخلی اعصاب، جراحی اعصاب، روان‌پزشکان، متخصصین اطفال، پرستاران و دانشجویان رشته‌های مربوط

چکیده

اهداف آموزشی:

فراگیر در پایان مطالعه این خودآموز باید بتواند:

- ۱- تعریف سرردهای اولیه را بداند.
- ۲- طبقه‌بندی و چگونگی تمایز سرردهای اولیه و ثانویه را بداند.
- ۳- خصوصیات بالینی هر کدام از سرردهای اولیه را تشخیص دهد.
- ۴- از استفاده از آزمایش‌های پاراکلینیکی غیر ضروری اجتناب نماید.
- ۵- از تأثیر سردرد اولیه در ایجاد ناتوانی در بیمار آگاهی یابد.

۱۱: تعداد صفحات:

۴: تعداد جدول‌ها:

-: تعداد نمودارها:

۴۶: تعداد منابع:

دکتر عباس قربانی، متخصص داخلی اعصاب، دانشیار گروه بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

آدرس نویسنده مسؤل:

E-mail: ghorbani@med.mui.ac.ir

مقدمه

سر دردهای اولیه به گروهی از سردردها اطلاق می‌شود که پس از معاینه و بررسی‌های بالینی و آزمایشگاهی، علت پزشکی مشخصی برای آن‌ها یافت نشود.

تشخیص به موقع و سریع این نوع سردردها می‌تواند یک عامل بسیار مهم در جهت درمان سردرد تلقی شود. با توجه به این مسأله که علل متعددی برای سردرد ذکر شده است، تشخیص افتراقی آن می‌تواند در گام برداشتن به سوی یک تشخیص صحیح و درمان موفقیت‌آمیز مؤثر باشد. آگاهی از طبقه‌بندی قابل قبول در سطح جهان و یادگیری اجزای مختلف این طبقه‌بندی پزشکی را در جهت تشخیص قابل قبول راهنمایی می‌نماید (۱-۲).

طبقه‌بندی: به طور کلی سردردها به دو گروه اولیه و ثانویه قابل تقسیم می‌باشند و هر کدام از این دو گروه خود به اجزای تخصصی‌تری قابل تفکیک هستند. سردردهای اولیه که بیماری‌های زمینه‌ای در آن‌ها یافت نمی‌شوند شامل میگرن، سردرد تنشی و سردردهای کوتاه مدت می‌باشند.

سردردهای ثانویه که می‌توان علت آن‌ها را به شرایط بیماری‌زا نسبت داد شامل سردردهای ناشی از عفونت، بدخیمی‌ها، علل عروقی، دارویی یا ایدیوپاتیک می‌باشند. نکته‌ی قابل توجه این است که قسمت عمده‌ای از بیماران با سردرد اولیه به ندرت ممکن است علت سردرد آن‌ها ثانویه باشد (۳-۵).

تا کنون طبقه‌بندی‌های متعددی برای سردردهای اولیه ارائه شده است که معتبرترین آن‌ها در سال ۱۹۸۸ توسط انجمن بین‌المللی سردرد (IHS) یا (International Headache Society) منتشر گردید که در طول سال‌های بعد در این طبقه‌بندی اصلاحاتی داده شد؛ به نحوی که در حال حاضر نه تنها رئیس مطالب

این طبقه‌بندی در معرض قضاوت همه‌ی صاحب‌نظران قرار گرفته است بلکه زیر شاخه‌های این طبقه‌بندی به طور مفصل توضیح داده شده است (۶).

انواع سردردهای اولیه:

۱- میگرن سردردی مزمن و دوره‌ای است که هر چند وقت یک‌بار عود می‌نماید. بررسی ده ساله‌ی این نوع سردرد نشان می‌دهد که میزان شیوع آن در تمام جهان یکسان نیست؛ به طوری که ۱۸ درصد خانم‌ها و ۶ درصد مردان از ایالات متحده‌ی آمریکا به میگرن مبتلا هستند، در حالی که این آمار در کشور هلند در مورد مبتلا به میگرن برابر ۱۰ الی ۱۲ درصد در مردان و ۱۵ الی ۱۸ درصد در زنان می‌باشد. نکته‌ی قابل ذکر این است که بسیاری از بیماران میگرنی به مراکز درمانی و یا پزشکان مراجعه ننموده، تشخیص میگرن در آن‌ها داده نمی‌شود. یک آمار منتشر شده از آمریکا نشان می‌دهد که فقط در ۴۸ درصد بیماران با میگرن، تشخیص توسط پزشک و در بقیه‌ی موارد تشخیص توسط خود بیمار و از روی اطلاعات به دست آمده از روزنامه‌ها و مجلات و سایر منابع گذاشته می‌شود (۷-۸).

در برخورد اولیه با بیماران مبتلا به میگرن، به طور معمول دو فرم بالینی جلب توجه می‌نماید، میگرن با اورا (Aura) و میگرن بدون اورا. در حالت میگرن با اورا یکی از علایم زیر اغلب قبل از سردرد دیده می‌شود:

- علایم بینایی شامل لکه تاریک، جرقه نورانی، خطوط زیگ زاگ و تصاویر تغییر فرم داده شده
- ضعف حرکتی
- علایم حسی: خواب‌رفتگی و حس سوزن سوزن شدن
- اختلال تکلم

همراه است و همه‌ی معیارهای میگردن را ارایه نمی‌دهد، به عنوان سردرد تنشی درمان می‌شود و یا در موردی که سردرد همراه با آبریزش از بینی و احتقان باشد به عنوان سینوزیت تشخیص داده و درمان می‌شود؛ در حالی که تشخیص این دو نوع سردرد در واقع همان میگردن می‌باشد (۱۰-۱۲).

در تشخیص میگردن، پزشک نباید به یک علامت از میگردن توجه کند؛ به طور مثال اگر به یک طرفه بودن سردرد توجه شود و معیار تشخیص قرار گیرد در ۳۱ درصد موارد تشخیص نادرست داده می‌شود. در صورتی که اگر به علامت استفراغ به عنوان معیار میگردن توجه شود در بیش از ۵۰ درصد موارد خطا حاصل می‌گردد. از طرف دیگر بسیاری از بیماران با سردرد تنشی، سردرد ناشی از استرس و یا سردرد سینوزیتی هر کدام دارای نشانه‌هایی از میگردن می‌باشند. در مطالعه‌ای که در رابطه با وجود سردرد سینوزیتی که توسط بیمار گزارش شده بود، بررسی‌های نهایی نشان داد که ۶۳ درصد آن‌ها در برگیرنده‌ی علائم میگردن بدون اورا بوده است.

- علائم ساقه مغزی شامل دوبینی، عدم تعادل و سرگیجه
شرط لازم جهت تشخیص اورا قابل برگشت بودن آن می‌باشد. این علائم ۵ الی ۲۰ دقیقه طول می‌کشد و ممکن است تا ۶۰ دقیقه ادامه یابد. جدول شماره ۱ بر مبنای طبقه‌بندی IHS به بیان خصوصیات بالینی میگردن با اورا می‌پردازد؛ هر چند اورا اغلب قبل از سردرد ظاهر می‌شود ولی گاه در جریان سردرد رخ می‌دهد، برخی از موارد اورا بدون سردرد می‌باشد (۹).

در فرم میگردن بدون اورا در شروع سردرد بیمار تجربه‌ای از اورا ندارد، بنابراین جهت تشخیص آن بایستی مجموعه‌ی علائم بالینی را جهت تأیید وجود این نوع سردرد در نظر گرفت که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

نکته‌ی قابل ذکر این است که با وجود معیارهای ارایه شده توسط IHS، پزشکان در تشخیص میگردن دچار مشکل می‌شوند، چرا که معیارهای IHS در برگیرنده‌ی همه‌ی علائم نیست؛ به عنوان مثال، در حالتی که حملات سردرد میگردنی با درد شانه و گردن

جدول ۱. خصوصیات بالینی میگردن با اورا

A	حداقل دو حمله سردرد در برگیرنده معیارهای B
B	اورا شامل یکی از موارد زیر بدون ضعف حرکتی - علائم بینایی که کاملاً قابل برگشت می‌باشد، شامل علائم مثبت (نورهای سوسوزنده، لکه‌های بینایی، خطوط) و علائم منفی (از بین رفتن قدرت بینایی) - علائم حسی که کاملاً قابل برگشت نمی‌باشد، شامل علائم مثبت (حس سوزن سوزن شدن) و علائم منفی (خواب رفتگی) - اختلال تکلم که کاملاً بهبود می‌یابد.
C	- حداقل یکی از علائم زیر: اختلال میدان بینایی به صورت نیمه بینایی و یا علائم حسی یک‌طرفه
D	- حداقل یک اورا که از ۵ دقیقه یا طولانی‌تر ادامه یابد و یا چند اورا به طور پیوسته ظاهر شود و بیش از ۵ دقیقه به طول به انجامد. سردردی که با معیارهای میگردن بدون اورا مطابقت داشته باشد که در جریان اورا یا در طول ۶۰ دقیقه بعد از شروع اورا پدید آید.

جدول ۲. خصوصیات بالینی میگردن بدون اورا

توصیف بالینی سردرد (حداقل دو علامت)	علائم بالینی (حداقل یک علامت)
یک‌طرفه - ضربان‌دار	تهوع یا استفراغ
متوسط تا شدید	فتوفوبی - فتوفوبی
تشدید سردرد با فعالیت‌های روزمره‌ی فیزیکی	
حداقل پنج حمله باید بروز نماید و هیچ‌گونه نشانه‌ای از سردرد ثانویه دیده نشود، مدت سردرد ۲۴ الی ۷۲ ساعت	

سر درد تنشی Tension-Type Headache

سر درد تنشی به میزان ۳۰ تا ۸۰ درصد در بین افراد جامعه دیده می‌شود. در مقایسه با میگرن این نوع سر درد با شدت کمتر، دو طرفه و غیر ضربان‌دار است. سر درد تنشی با فعالیت فیزیکی تشدید نمی‌یابد. علائمی همچون تهوع و استفراغ، فتوفوبی یا فنوفوبی، به ندرت در سر درد تنشی دیده می‌شود. به علاوه ۲۵ درصد از بیماران با این نوع سر درد از میگرن هم رنج می‌برند و از طرف دیگر ۶۲ درصد بیماران با سر درد میگرنی همراه با سر درد تنشی می‌باشند. ذکر این نکته قابل اهمیت است که هر گاه میگرن و سر درد تنشی با هم دیده شوند، یک زنجیره‌ی ممتد و غیر قابل تفکیک در بیمار ایجاد می‌نمایند و پزشک را جهت رسیدن به تشخیص صحیح با مشکل مواجه می‌سازند. جدول ۳ خصوصیات سر درد تنشی را نشان می‌دهد (۱۱-۱۳).

بیش از ۱۰ حمله‌ی سر درد بدون علائم همراه سر دردهای ثانویه با تعداد حملات کمتر از ۱۵ روز در ماه سر درد تنشی حاد و با تعداد حملات بیش از ۱۵ روز در ماه، به عنوان سر درد تنشی مزمن تلقی می‌گردد.

IHS در سال ۲۰۰۴ تشخیص سر درد تنشی بدون علائم همراه دیگر، به غیر از فتوفوبی یا فنوفوبی را مطرح نمود. بنابراین چنین به نظر می‌رسد که سر دردها طیف وسیعی را تشکیل می‌دهند که میگرن و سر درد تنشی در دو انتهای این طیف قرار دارند و بین این دو موارد مشترک را می‌توان مشاهده نمود (۱۸-۱۴).

Stang در یک مطالعه، تشخیص سر درد میگرنی که توسط پزشکان عمومی داده شده بود را بررسی و ذکر نمود که در ۵۵ درصد مورد تشخیص نوع سر درد صحیح نیست. بر مبنای این گزارش در بیمارانی که تشخیص صحیح داده شده بود بیش از ۵۰ درصد موارد، توأم بودن میگرن و سر درد تنشی سبب اشتباه در تشخیص گردیده بود (۱۳).

در گزارش Lipton در رابطه با تشخیص صحیح میگرن توسط پزشکان عمومی، چنین ذکر شده است که سه علامت شامل ناتوانی در انجام امور روزانه، تهوع و عدم تحمل به نور بایستی در نظر گرفته شود و به عنوان مبنای تشخیص میگرن در برخورد اولیه با بیمار مد نظر قرار گیرد. میزان حساسیت و اختصاصی بودن این سه علامت با بیماری‌های دیگر از قبیل افسردگی و کانسر پروستات (اندازه‌گیری Prostate-specific Antigen یا PSA) مقایسه گردید و چنین به اثبات رسید که سه علامت میگرن با یافتن علائم افسردگی یا PSA قابل مقایسه و هماهنگ می‌باشد (۴).

پزشکان در موقع تشخیص میگرن باید این مطلب را مورد توجه قرار دهند که میگرن با بیماری‌های دیگری از قبیل اختلالات روانی و اضطراب ممکن است همراه باشد. به علاوه وقوع استروک، صرع یا ترمور، نارسایی دریچه‌ی میترا و بیماری رینود در بیماران میگرنی در مقایسه با بیماران غیر میگرنی با شیوع بیشتری رخ می‌دهد (۱۲).

جدول ۳. خصوصیات بالینی سر درد تنشی

توصیف بالینی (دو مورد)	علائم همراه (یک مورد)
کیفیت درد فشارنده و احساس سفتی در اطراف جمجمه	بدون تهوع و استفراغ
شدت خفیف و متوسط	فتوفوبی یا فنوفوبی (یکی از این دو)
دو طرفه	
عدم تشدید با فعالیت فیزیکی	

جدول ۴. سردردهای کوتاه‌مدت اولیه

همراه با پدیده اتونومیک مختصر یا بدون آن	همراه با پدیده اتونومیک
نورالژی تری ژومو	Cluster Headachr
Idiopathic stabbing Headache	Paroxysmal Hemicrania
Cough Headache	Short-lasting unilateral Neuralgiform
Benign Exertional Headache	Headache Attack with conjunctival
Headache Associated with sexual activity	injection and Tearing (SUNCT)
Hypnic Headache	

می‌گردد (۲۲).

سردرد خوشه‌ای یا سردرد کلاستر (Cluster headache)
این نوع سردرد از سایر سردردهای اولیه شدیدتر است و آمار دقیقی که بتواند شیوع آن را مشخص کند، در دست نیست. با این حال ۰/۲۴ درصد جمعیت را شامل می‌شود. این مورد در مردان شایع‌تر از زنان بوده، به صورت سردرد یک طرفه اغلب در اطراف حدقه‌ی چشم همراه با قرمزی و آبریزش چشم و احتقان بینی و گاه سندرم هورنر (پتوز و میوز) ظاهر می‌شود. مدت زمان سردرد کمتر از ۳ ساعت طول می‌کشد و به طور معمول در هر شبانه روز، یک الی دو بار عود می‌نماید. این حملات ۱۲-۶ هفته ادامه می‌یابد؛ سپس دوره‌ی بدون درد که ممکن است یک الی چند سال طول بکشد، رخ می‌دهد (۲۳-۲۴).

پاروکسیسمال همی‌کرانیا (Paroxysmal Hemicrania)

این سردرد شبیه به سردرد کلاستر می‌باشد، با این تفاوت که تعداد دفعات آن بیشتر و مدت درد کوتاهتر است. مدت حملات سردرد ۲ الی ۴۵ دقیقه و به طور معمول ۱۰ الی ۳۰ دقیقه طول می‌کشد. همراه با حملات سردرد، حداقل یکی از پدیده‌های اتونومیک زیر باید دیده شود: احتقان و قرمزی چشم، اشک ریزش، گرفتگی و احتقان بینی، آبریزش از بینی، افتادگی و ادم پلک (۲۶-۲۵، ۱۸). دفعات پیدایش سردرد بین ۱ الی ۴۰ بار گزارش شده است. بر خلاف سردرد کلاستر ظهور علائم در شب یا روز یکسان است این نوع سردرد به ایندومتاسین پاسخ

سردردهای کوتاه‌مدت یا سفالژیای تری ژومو-اتونوم (TACS) Trigeminal-Autonomic cephalgias

این گروه از جمله سردردهای اولیه می‌باشند که با خصوصیات زیر مشخص می‌گردند:

- سردرد یک طرفه در قلمروی عصب سه قلو
- فعالیت سیستم اتونومیک به صورت یک طرفه
- این گروه شامل سردرد خوشه‌ای (کلاستر)، پاروکسیسمال همی‌کرانیا (Paroxysmal Hemicrania)، همی‌کرانیا کانتی‌نوا (Hemicrania continua) و سندرم SUNCT یا همان Short-lasting unilateral Neuralgiform Headache Attack with conjunctival injection and Tearing می‌باشد.

ذکر این نکته حایز اهمیت است که سردردهای TACS می‌تواند به صورت ثانویه نیز دیده شود. به عبارت دیگر در موقع تشخیص TACS به صورت اولیه بایستی علل ثانویه را مد نظر قرار داد.

جدول ۴ طبقه‌بندی سردردهای اولیه به صورت کوتاه‌مدت را نشان می‌دهد (۲۱-۱۹).

با توجه به جدول ۴ چنین به نظر می‌رسد که سردردهای کوتاه مدت دارای علل متعدد می‌باشند که بر حسب پدیده‌ی اتونومیک (آبریزش از بینی همراه با احتقان مجرای بینی، قرمزی چشم، سندرم هورنر) دسته‌بندی می‌گردند. ذکر این نکته لازم است که سردردهای کوتاه‌مدت در مقایسه با سردردهای میگرنی و تنشی به طور معمول کمتر از ۳ ساعت به طول می‌انجامند که در زیر خلاصه‌ای از هر کدام ذکر

چشمگیر می‌دهد (۲۸-۲۷).

Hemicrania continua باعث می‌شود این نوع سردرد از زیر مجموعه سردردهای کوتاه‌مدت خارج و در گروه دیگری از طبقه‌بندی سردردهای اولیه تحت عنوان Other Primary Headache لیست شود. این گروه شامل موارد زیر می‌باشد:

- 1- Primary stabbing Headache
- 2- Primary caught Headache
- 3- Primary Exertional Headache
- 4- Primary Headache Associated with Sexual Activity
 - A- Preorgasmic Headache
 - B- Orgasmic Headache
- 5- Hypnic Headache
- 6- Primary thunderclap
- 7- Hemicrania continua
- 8- New - daily persistent Headache (NDPH)

نظر به این که بحث درباره‌ی هر کدام از سردردهای فوق از ظرفیت این مقاله خارج می‌باشد، توجه فراگیران را به رفرنس‌های شماره‌ی ۲۹ الی ۳۱ جلب می‌نمایم. سردردهای مزمن: به طور کلی ۴ الی ۵ درصد بیماران به صورت سردرد مزمن مراجعه می‌نمایند. این بیماران بیش از ۱۵ روز در ماه از سردرد رنج می‌برند. IHS این گونه سردردها را به صورت زیر طبقه‌بندی می‌نماید:

۱- میگرن مزمن

۲- سردرد تنشی مزمن

۳- New-daily persistent Headache

۴- Hemicrania continua

۵- سردرد راجعه بدون مصرف بیش از حد مسکن

سردرد بدون وقفه یا New daily persistent که طی آن سردرد بدون وقفه حداقل در طول سه ماه گذشته در تاریخچه‌ی بیمار وجود داشته باشد. سردرد دو طرفه از نوع فشارنده با شدت ضعیف و متوسط که ممکن است، فتوفوبی یا فنوفوبی و یا تهوع همراه داشته باشد. با توجه

به این مطلب، این نوع سردرد شبیه به سردرد تنشی است و در موقع تشخیص باید به مدت ادامه‌ی سردرد در تاریخچه‌ی بیمار توجه نمود (۳۴-۳۱).

Hemicrania continua سردرد دایمی است که در یک طرفه جمع‌مه متمرکز است و همراه با پدیده‌ی اتونومیک شبیه به سردرد خوشه‌ای است. این سردرد حداقل سه ماه بایستی در تاریخچه‌ی بیمار وجود داشته باشد و به ایندومتاسین پاسخ مناسب می‌دهد (۳۲).

در اولین مصاحبه با بیماری که از سردرد شکایت دارد، چگونه باید تشخیص را تعیین نمود:

تشخیص نوع سردرد بایستی بر پایه‌ی علایم ارایه شده توسط IHS صورت گیرد.

گرفتن شرح حال و تشخیص سردرد اولیه: البته در موقعی که بیمار مراجعه می‌نماید به طور معمول بدون سردرد است و بنابراین نیاز است که علایم در موقع سردرد نیز ارزیابی شود. چهار سؤال زیر بایستی در برخورد با بیماری پاسخ داده شود:

۱- تا چه اندازه سردرد بر روی زندگی فرد تأثیر گذاشته است؟

هرگاه سردرد تکرار شود و بتواند ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره، شغلی و اجتماعی ایجاد کند، بایستی به فکر وجود میگرن باشیم. وجود ناتوانی این مسأله را مطرح می‌سازد که پزشک باید تدابیری را جهت پیشگیری مد نظر قرار دهد.

۲- تکرار حملات سردرد چه میزان است؟

در صورتی که سردرد به طور مرتب تکرار شود، این فرض مطرح می‌شود که میگرن یا سردرد تنشی به طرف مزمن شدن سوق پیدا نموده و یا بیمار مصرف بیش از حد مسکن داشته است.

۳- آیا در طول شش ماه گذشته الگوی سردرد تغییر

یافته است؟

در صورتی که جواب مثبت داده شود، نشانه‌ای از خطرناک بودن علت سردرد می‌باشد که در اصطلاح علائم Red flags خوانده می‌شود. این علائم شامل موارد زیر می‌باشد (۳۶-۳۵):

۱. سردرد جدید همراه با فرم بالینی خاص
۲. سردرد رعدآسا که طی آن سردرد در طول چند ثانیه به اوج رسیده، بهبودی آن در طول ساعت‌ها و یا روزها ادامه داشته باشد.
۳. علائم موضوعی عصبی (حرکتی، ادم پایی، اختلال حافظه، اختلال حسی)
۴. تغییر فرم نوع سردرد
۵. سردرد بعد از ۵۰ سالگی

۶. سردرد همراه با علائم غیر عصبی (کاهش وزن، تب و لنگیدن فک موقع جویدن)

۴- چه مدت و به چه میزان از دارو استفاده شده است؟

به طور معمول بیمار نایستی بیش از دو روز در هفته مسکن مصرف کرده باشد. ۲ الی ۴ ساعت بعد از مصرف مسکن باید سردرد فروکش نموده، بیمار قادر به ادامه‌ی فعالیت روزانه باشد. در صورتی که چنین نتیجه‌ای حاصل نشده باشد، باید داروی بیمار تعویض گردد.

هرگاه بیمار بیش از حد دارو مصرف نماید، خود عامل مهمی در تکرار حملات سردرد محسوب می‌گردد به همین جهت بیمار باید از نظر خود درمانی با مسکن ارزیابی گردد (۳۹-۳۷).

علائمی که باعث تسلی پزشک و بیمار شده، خیال را آسوده می‌نماید:

در موقع گرفتن شرح حال گاه به بیمارانی برخورد می‌نماییم که از نظر تاریخچه با داشتن سابقه‌ی فامیلی،

پیدایش سردرد همراه با قاعدگی و همراه شدن با اورا تشخیص را بیشتر به طرف میگرن سوق می‌دهند ولی در پاره‌ای از موارد علائم بالینی با معیارهای IHS مطابقت نمی‌کند. با این حال این بیماران بایستی علائم حیاتی و معاینه‌ی طبیعی داشته باشند تا بتوان سردرد اولیه را مطرح نمود. به هر حال برخی از مواردی که باعث آسودگی پزشک در تأیید تشخیص است که عبارتند از:

- ۱- سابقه‌ی فامیلی مثبت در خانواده
- ۲- سردرد مربوط به قاعدگی
- ۳- همراه بودن با اورا
- ۴- سردرد که برای مدت طولانی و ثابت ادامه داشته است

۵- معاینه‌ی فیزیکی و عصبی نرمال
آزمایش‌های رایج به منظور تشخیص سردرد:

تست‌های آزمایشگاهی: فرمول شمارش، تست‌های بیوشیمیایی و کامل ادرار به طور معمول ارزش زیادی ندارند. تست‌های کبدی در صورتی که بیمار دارو مصرف می‌کند، گاه جهت مشخص نمودن بیماری کبدی مفید است (سدیم والپروات). گاه در جریان سردردهای ثانوی اختلال آندوکربن دیده می‌شود (تومورهیپوفیز، تومور تیروئید) و با آزمایش غددی می‌توان به تشخیص مناسب نزدیک شد. بعد از ۵۰ سالگی برای بیماری که سردرد دارد اندازه‌گیری سرعت رسوب، تست بسیار مفیدی خواهد بود (۴۰).

تصویربرداری:

انجام سی‌تی اسکن و MRI در تأیید سردردهای ثانوی مفید می‌باشد. البته MRI به جهت بهتر نشان دادن ضایعات زیر چادرینه مخچه بر سی‌تی اسکن ارجح است.

پیشنهاد شده است که در سردردهای اولیه به صورت

روتین نباید از این روش‌های تصویربرداری استفاده نمود. در تشخیص میگرن در صورتی که سردرد همراه علائم عصبی یا تشنج باشد و یا در تاریخچه، تغییر الگوی سردرد دیده شود، تصویربرداری توصیه می‌شود.

پونکسیون لومبر در موارد زیر توصیه شده است (۴۳-۴۱، ۵):

۱. منتزیت

۲. خونریزی ساب آراکنوئید

۳. متاستاز کارسینوماتوز

۴. پسودوتومورسری

۵. آنسفالیت

۶. بیماری‌های سیستمیک (لوپوس و سارکوئیدوز)

در صورتی که خونریزی ساب آراکنوئید وجود داشته باشد، سی‌تی اسکن بدون تزریق ماده‌ی حاجب در ۱۰ درصد موارد قادر به مشخص نمودن خونریزی نمی‌باشد و در این موارد از پونکسیون لومبر باید کمک گرفت (۴۴).

چه موقع بیمار با سردرد را به مراکز درمانی مجهز معرفی می‌نماییم؟

به طور معمول، در موارد زیر باید ارجاع بیمار به مراکز درمانی مجهز با حضور پزشکان و کادر درمانی آگاه به تشخیص و درمان سردرد صورت گیرد (۴۶-۴۵):

۱- مشخص نبودن نوع سردرد

۲- ناتوانی در درمان سردرد

۳- مشکوک بودن به وجود سردرد ثانویه

۴- سردرد ناشی از مصرف زیاد از حد دارو

۵- دلگرمی و مطمئن نمودن بیمار

نتیجه‌گیری: آن چه از مطالعات متعدد بر می‌آید این که درصد قابل توجهی از شکایت بیماران به علت سردرد از نوع اولیه است که هیچ‌گونه آزمایش بالینی مفیدی

برای آن وجود ندارد. به عبارت دیگر شرح حال و معاینه بخش قابل توجهی از تشخیص را در بر می‌گیرد. بنابراین پزشک باید در شناخت و درمان سردرد از آگاهی برخوردار باشد تا بیمار به او اطمینان نماید. عدم اطمینان به تشخیص پزشک سبب می‌شود که بیمار جهت تشخیص قاطع‌تر به پزشکان دیگر و مراکز درمانی مجهزتری مراجعه کند و این خود سبب صرف وقت و هزینه خواهد شد. از طرف دیگر هر چند در موقع مصاحبه با بیمار، ممکن است نوع سردرد تشخیص داده شود. با این حال توصیه شده است که از بیمار معاینه عمومی و عصبی به عمل آید؛ چرا که این مسأله به نوبه‌ی خود موجب جلب اطمینان بیمار به پزشک می‌گردد. در صورتی که تشخیص نوع سردرد برای پزشک امکان‌پذیر نباشد، درمان بدون هدف، به خصوص تجویز مسکن‌ها، در بسیاری از موارد قادر به درمان سردرد نبوده، سردرد را به طرف مزمن شدن سوق می‌دهد. بنابراین تا مشخص نبودن نوع سردرد از درمان خودداری شود.

در پاره‌ای از موارد استفاده از تصویربرداری جهت اطمینان دادن به بیمار بسیار مفید خواهد بود و این امر توسط مراکز درمانی معتبر دنیا نیز پیشنهاد می‌شود.

قابل ذکر است که هر گاه پزشک از تعیین نوع سردرد مطمئن شد و با بررسی‌های لازم وجود سردرد ثانویه را کنار گذاشت، لازم است بیمار را از خوش‌خیم بودن سردرد آگاه سازد؛ چرا که بیمار پیوسته در جستجوی پاسخ این سؤال است که در پشت پرده علتی همچون ضایعات فضاگیر وجود نداشته باشد.

جلب اعتماد بیمار گام مهمی جهت درمان محسوب می‌شود و سرانجام ذکر این مطلب حایز اهمیت است که با توجه به حجم عظیمی از اطلاعات علمی جهت

مطلب از خود نشان دهند و علاوه بر افزایش اطلاعات خود، آن را با دانسته‌های علمی روز هماهنگ سازند.

تشخیص و درمان سردرد پزشکان و کادر درمانی، شایسته است که همت قابل توجهی در یادگیری این

References

1. Granello F, D'Alessandro R, Manzoni GC, Cerbo R, Colucci D'Amato C, Pini LA, et al. International Headache Society classification: interobserver reliability in the diagnosis of primary headaches. *Cephalalgia* 1994; 14(1): 16-20.
2. David W, Dodick MD. Diagnosing headache: clinical clues and clinical rules. *Adv Stud Med* 2003; 3(2): 87-92.
3. Morris L. Classification of primary headaches: concepts and controversies. *Continuum-minneapolis* 2006; 12(6): 32-51.
4. Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, Silberstein SD, Olesen J. Classification of primary headaches. *Neurology* 2004; 63(3): 427-35.
5. Evans RW. Diagnostic testing and secondary causes of headache. *Continuum-minneapolis* 2006; 12(6): 213-34.
6. International Headache Society. Headache classification subcommittee. The international classification of headache disorders. 2nd ed. London: Blackwell Pub; 2004. p. 9-160.
7. Olesen J, Lipton RB. Headache classification update 2004. *Curr Opin Neurol* 2004; 17(3): 275-82.
8. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Prognosis of migraine and tension-type headache: a population-based follow-up study. *Neurology* 2005; 65(4): 580-5.
9. Martin V, Elkind A. Diagnosis and classification of primary headache disorders. In: Mishkin B, Solomon GD, Editors. Standards of care for headache diagnosis and treatment. Chicago: National Headache Foundation; 1996. p. 4-18.
10. Kari E, DelGaudio JM. Treatment of sinus headache as migraine: the diagnostic utility of triptans. *Laryngoscope* 2008; 118(12): 2235-9.
11. Sandrini G, Tassorelli C, Ghiotto N, Nappi G. Uncommon primary headaches. *Curr Opin Neurol* 2006; 19(3): 299-304.
12. Scher AI, Midgette LA, Lipton RB. Risk factors for headache chronification. *Headache* 2008; 48(1): 16-25.
13. Stang PE, von Korff M. The diagnosis of headache in primary care: factors in the agreement of clinical and standardized diagnoses. *Headach* 1994; 34(3): 138-42.
14. Bendtsen L, Jensen R. Tension-type headache: the most common, but also the most neglected, headache disorder. *Curr Opin Neurol* 2006; 19(3): 305-9.
15. Kalaydjian A, Merikangas K. Physical and mental comorbidity of headache in a nationally representative sample of US adults. *Psychosom Med* 2008; 70(7): 773-80.
16. Burns B, Watkins L, Goadsby PJ. Treatment of intractable chronic cluster headache by occipital nerve stimulation in 14 patients. *Neurology* 2009; 72(4): 341-5.
17. Coupe C, Torelli P, Fuglsang-Frederiksen A, Andersen KV, Jensen R. Myofascial trigger points are very prevalent in patients with chronic tension-type headache: a double-blinded controlled study. *Clin J Pain* 2007; 23(1): 23-7.
18. Dodick D, Saper J. Cluster and chronic daily headache. *Neurology* 2003; 60(7): S31-S37.
19. Goadsby PJ. Short-lasting primary headaches: focus on trigeminal automatic cephalgias and indomethacin-sensitive headaches. *Curr Opin Neurol* 1999; 12(3): 273-7.
20. Matharu MS, Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalgias. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72(Suppl 2): ii19-ii26.
21. Thomsen LL, Olesen J. Nitric oxide in primary headaches. *Curr Opin Neurol* 2001; 14(3): 315-21.
22. Matharu MS, Boes CJ, Goadsby PJ. Management of trigeminal autonomic cephalgias and hemicrania continua. *Drugs* 2003; 63(16): 1637-77.
23. MCGeney BE. Cluster headache pharmacotherapy. *American Journal of Therapeutics* 2005; 12(4): 351-8.
24. May A, Leone M. Update on cluster headache. *Curr Opin Neurol* 2003; 16(3): 333-40.
25. Peres MF, Masruha MR, Young WB. Side-shifting hemicrania continua with aura (migraine with aura with autonomic symptoms responsive to indomethacin?). *Cephalalgia* 2006; 26(8): 917-9.
26. Rozen TD. Melatonin responsive hemicrania continua. *Headache* 2006; 46(7): 1203-4.
27. Trucco M, Mainardi F, Maggioni F, Badino R, Zanchin G. Chronic paroxysmal hemicrania, hemicrania continua and SUNCT syndrome in association with other pathologies: a review. *Cephalalgia* 2004; 24(3): 173-84.
28. Bigal ME, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD. Hemicrania continua: comparison between two different classification systems. *Cephalalgia* 2002; 22(3): 242-5.

29. Pareja JA, Antonaci F, Vincent M. The hemicrania continua diagnosis. *Cephalalgia* 2001; 21(10): 940-6.
30. Boes CJ, Swanson JW. Paroxysmal hemicrania, SUNCT, and hemicrania continua. *Semin Neurol* 2006; 26(2): 260-70.
31. Lagares A, Gomez PA, Perez-Nunez A, Lobato RD, Ramos A. Short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing syndrome treated with microvascular decompression of the trigeminal nerve: case report. *Neurosurgery* 2005; 56(2): E413.
32. Goadsby PJ, Cittadini E, Burns B, Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: diagnostic and therapeutic developments. *Curr Opin Neurol* 2008; 21(3): 323-30.
33. Bigal ME, Lipton RB, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD. Primary chronic daily headache and its subtypes in adolescents and adults. *Neurology* 2004; 63(5): 843-7.
34. Katsarava Z, Limmroth V, Finke M, Diener HC, Fritsche G. Rates and predictors for relapse in medication overuse headache: a 1-year prospective study. *Neurology* 2003; 60(10): 1682-3.
35. Davies MB. How do I diagnose headache? *J R Coll Physicians Edinb* 2006; 36(4): 336-42.
36. Sobri M, Lamont AC, Alias NA, Win MN. Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *Br J Radiol* 2003; 76(908): 532-5.
37. Newman LC, Newman EB. Rebound abdominal pain: noncephalic pain in abdominal migraine is exacerbated by medication overuse. *Headache* 2008; 48(6): 959-61.
38. Ferrari A, Savino G, Gallesi D, Pinetti D, Bertolini A, Sances G, et al. Effect of overuse of the antimigraine combination of indomethacin, prochlorperazine and caffeine (IPC) on the disposition of its components in chronic headache patients. *Pharmacol Res* 2006; 54(2): 142-9.
39. Couch JR. Rebound-withdrawal headache (medication overuse headache). *Curr Treat Options Neurol* 2006; 8(1): 11-9.
40. Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2008; 52(4): 407-36.
41. Grimaldi D, Cevoli S, Cortelli P. Headache in the emergency department. How to handle the problem? *Neurol Sci* 2008; 29(Suppl 1): S103-S106.
42. Mechtler LL. Neuro-Imaging of Headaches. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology. Neuroimaging* 2008; 14(4): 94-117.
43. Appendix D (Use of Neuroimaging in Treating Headache). *Continuum: Lifelong Learning in Neurology* 1995; 1(5): 144-6.
44. May A. The role of imaging in the pathophysiology and diagnosis of headache. *Curr Opin Neurol* 2005; 18(3): 293-7.
45. Lipton RB, Silberstein SD, Saper JR, Bigal ME, Goadsby PJ. Why headache treatment fails. *Neurology* 2003; 60(7): 1064-70.
46. Hu XH, O'Donnell F, Kunkel RS, Gerard G, Markson LE, Berger ML. Survey of migraineurs referred to headache specialists: care, satisfaction, and outcomes. *Neurology* 2000; 55(1): 141-3.

پرسش‌ها جهت کسب امتیاز بازآموزی

- ۱- در ارتباط با Aura در سردردها، کدام گزینه صحیح نیست؟
- الف- گاهی بدون سردرد رخ می‌دهد ب- ممکن است به صورت اختلال تکلم بروز کند
ج- گاهی تا یک ساعت ادامه می‌یابد د- در سردرد تنشی به صورت دو بینی و سرگیجه ظاهر می‌شود
- ۲- جهت دوری از خطای تشخیصی و گذاشتن تشخیص صحیح سردرد میگرنی علایم زیر به جز یک مورد بایستی مد نظر قرار گیرند.
- الف- ناتوانی در انجام امور روزانه ب- یک طرفه بودن سردرد
ج- تهوع د- عدم تحمل به نور
- ۳- علایم زیر بیشتر مطرح‌کننده‌ی سردرد تنشی بوده، آن را از سردرد میگرنی مجزا می‌نمایند به استثنای یک مورد؟
- الف- شدت کمتر و دو طرفه بودن ب- غیرضربان دار بودن
ج- تهوع، گریز از نور، صدا و بو د- عدم تشدید با فعالیت فیزیکی
- ۴- فعالیت سیستم اتونوم به صورت یک طرفه در سردردهای زیر دیده می‌شود به غیر از یک مورد؟
- الف- Cluster ب- SUNCT
ج- Paroxysmal Hemicrania د- Trigeminal Neuralgia
- ۵- علایم زیر جزء Red Flags و حاکی از خطرناک بودن سردرد هستند به غیر از یک مورد؟
- الف- تغییر الگوی سردرد ب- سردرد همراه علایم فوکال عصبی
ج- شروع سردرد برای اولین بار پس از ۵۰ سالگی د- منوپوزال میگرن