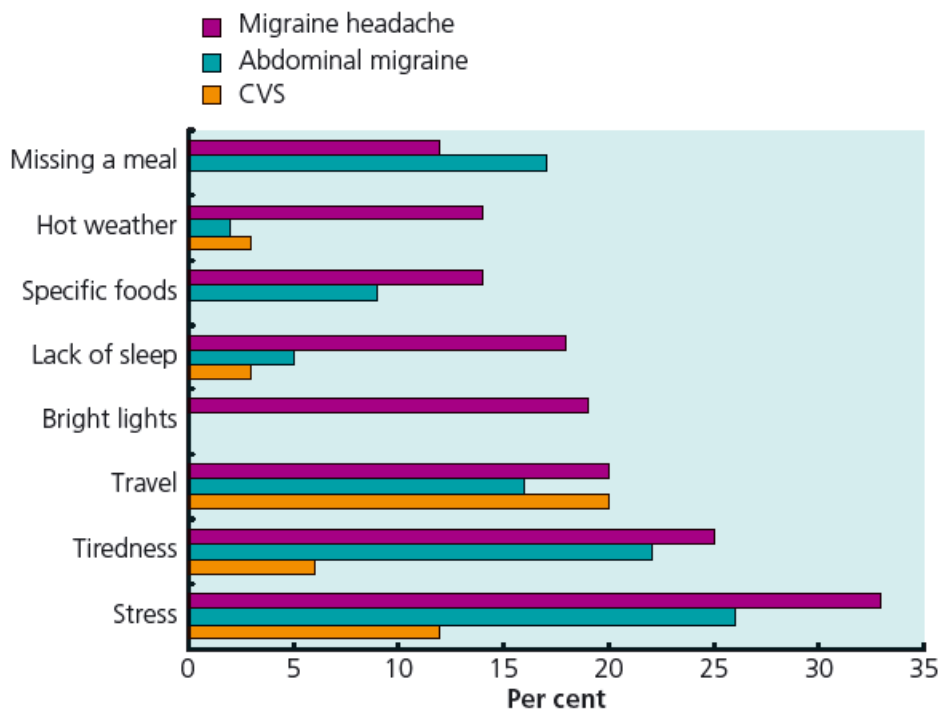




شکل ۷,۵ عوامل محرک شایع در میگرن، میگرن شکم و CVS

Source: Abu-Arafah I. Russell G. Prevalence and clinical features of abdominal migraine compared with those of migraine headache. Arch Dis Child 1995; 72(5): 413-17.

کیس ۲

میگرن شکمی اختلالی شایع است که حدود ۴ درصد از دانش آموزان مدرسه‌ای را با شدت و تعداد حملات متغیر درگیر می‌کند. این بیماری در گروه‌های سنی جوان با میانگین سن شروع هشت سالگی ایجاد می‌شود. بسیاری از کودکان یا سردرد میگرنی دارند، یا سابقه‌ی خانوادگی میگرن دارند یا در بزرگسالی دچار رشد میگرن می‌شوند.

مدیریت

مدیریت BPTI

در هنگام تشخیص، والدین باید در مورد خوش‌خیم بودن وضعیت و بهبودی کامل در طی دوره ۲-۳ ساله اطمینان خاطر پیدا کنند. هیچ درمان خاصی لازم یا مؤثر نیست.

مدیریت CVS

مدیریت اپیزودهای حاد باید هرچه سریعتر پس از شروع علائم و قبل از شروع استفراغ آغاز شود. علائم اولیه‌ی رنگ‌پریدگی، بی‌حالی و حالت تهوع باید کودک و والدین را نسبت به نیاز به درمان اولیه آگاه کند. این فرصت به کودکان داده می‌شود که دراز بکشند و استراحت کنند، مقدار کم و مکرر مایعات به آنها داده می‌شود و در مراحل اولیه داروهای Anti-Emetic برای آنها تجویز می‌شود. ثابت شده است که اندانسترون خوراکی ملت فورمولار مؤثر است. اگر داروهای خوراکی را تحمل نکند، ممکن است راه‌های دیگری برای تجویز داروها لازم باشد. پیشگیری از کم‌آبی بدن یک هدف مهم است. چنانچه جایگزینی مایعات خوراکی با شکست روبه‌رو شود، بستری در بیمارستان برای معالجه به صورت داخل وریدی گزینه مناسبی است. هر کودک مبتلا به CVS باید برنامه‌ی درمانی داشته باشد که توسط والدین، پزشک عمومی و متخصص اطفال بیمارستان برای مدیریت حملات حاد تأیید شده باشد.

درمان پیشگیرانه، از جمله پیزوتیفن، آمیتريپتیلین یا اریترومايسين، ممکن است در کودکانی که اپیزودهای مکرر دارند و نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند ضروری باشد. تشویق به داشتن یک شیوه‌ی زندگی سالم با وعده‌های غذایی منظم، خواب منظم و ورزش منظم می‌تواند به کاهش تعداد حملات کمک کند.

مدیریت میگرن شکمی

هدف از مدیریت میگرن شکمی، ارزیابی کامل کودک، حذف سایر علل ارگانیک قابل درمان مربوط به درد مکرر شکم و جلب اعتماد کودک و والدین است که نگرانی‌های آنها جدی گرفته شود و به درستی رسیدگی گردد. گاهی اوقات، توضیح و اطمینان مجدد ممکن است تنها درمان لازم باشد. چنین توضیحی باید با جستجوی کامل در مورد عوامل محرک قابل اجتناب، مانند استرس، مسافرت، خشکی دهان یا روزه‌داری به مدت طولانی، عادات خواب نامنظم، قرار گرفتن در معرض چراغ‌های درخشان یا کم سو و با حالت پرپر زدن و ورزش، انجام شود (شکل ۵-۷).

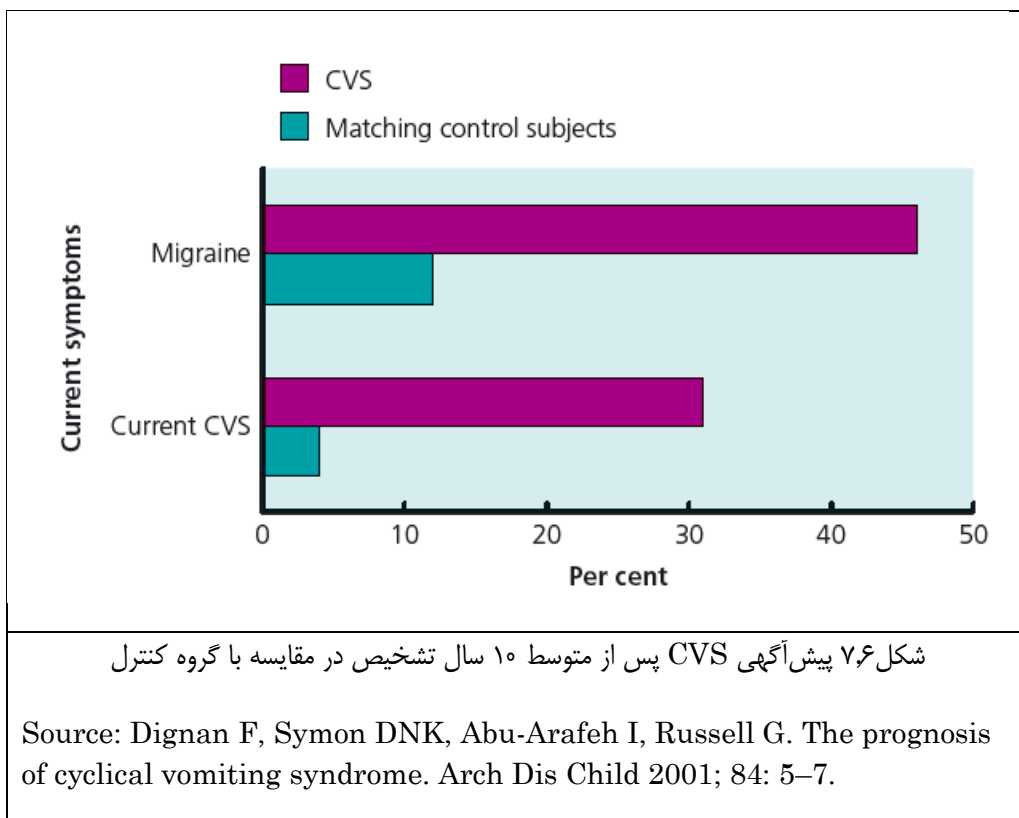
استراحت و خواب معمولاً در کاهش شدت حمله کمک می‌کند. غالباً بی‌اشتهایی، حالت تهوع و/یا استفراغ در حملات حاد مانع از دارو درمانی می‌شود، اما مسکن‌های ساده خوراکی با یا بدون متوکلوپرامید یا دومپریدون قابل آزمایش است. دوز کلی داده شده باید کنترل شود تا از اثرات سمی ناشی از جذب ناگهانی در پایان حمله جلوگیری شود. شیاف‌های ضد درد و/یا Anti-Emetic نیز مفید هستند.

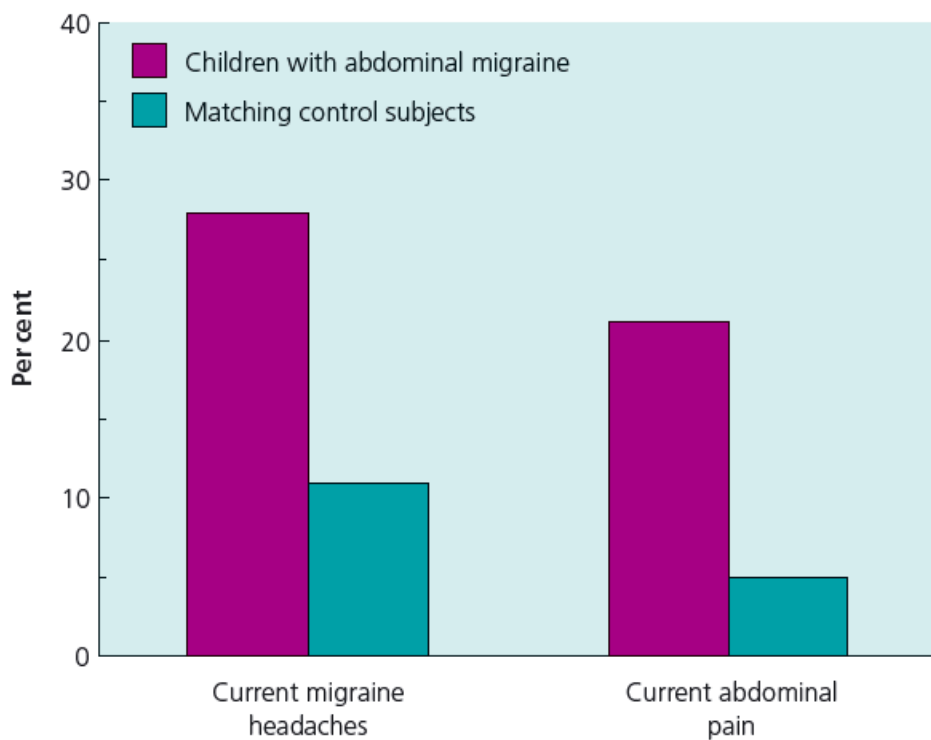
مدیریت رژیم غذایی ممکن است یک استراتژی جایگزین غیردارویی باشد، اما موفقیت کمی دارد، و ممکن است شامل اجتناب از غذاهای سرشار از آمین‌ها یا گزانتین‌ها به همراه هر نوع غذایی که خانواده مشکوک‌اند که با استفاده از آنها حملات شروع می‌شوند، باشد.

داروهای پیشگیری‌کننده نقش محدودی در مدیریت میگرن شکمی دارد. این محدودیت در کودکانی است که به اقدامات غیردارویی پاسخ نداده و علائم بر زندگی آنها تأثیر منفی می‌گذارد. حمایت محدود برای استفاده از پیزوتیفن در یک کارآزمایی بالینی دو سویه کور با کنترل دارونما وجود دارد، اما سایر داروهای مانند پروپرانولول و سیپروهپتادین نیز ممکن است مورد استفاده قرار گیرند.

نتیجه

علائم پرئودیک دوران کودکی یک اختلال بسیار شدید در اوایل کودکی هستند. سن اوج شروع BPTI ۱۸ ماهگی، BPV ۲-۳ سالگی، CVS ۵ سالگی و میگرن شکمی ۱۰ سالگی است. BPTI تا سه سالگی کاملاً برطرف می‌شود و BPV تا پنج سالگی برطرف می‌گردد. CVS و میگرن شکمی ممکن است در سنین بزرگسالی ادامه یابند و تقریباً نیمی از بیماران در اواخر کودکی و در بزرگسالی از سرردهای میگرنی رنج می‌برند (شکل ۶-۷ و ۷-۷).





شکل ۷،۷ پیش‌آگهی میگرن شکمی بعد از متوسط ۱۰ سال تشخیص در مقابل شاهد

Source: Dignan F, Abu-Arafah I, Russell G. The prognosis of childhood abdominal migraine. Arch Dis Child 2001; 84: 415–18.

مطالعه‌ی بیشتر

1-Gottschling, Sven, Sascha Meyer, Inessa Gribova, Ludwig Distler, Jens Berrang, Ludwig Gortner, Norbert Graf, and M Ghiath Shamdeen. 2008. 'Laser acupuncture in children with headache: a double-blind, randomized, bicenter, placebo-controlled trial', PAIN®, 137: 405-12.

این مقاله‌ی RCT به بررسی تأثیر لیزر آکوپانکچر در کودکان دچار سردرد پرداخته است. در این مطالعه ۴۳ کودک زیر ۱۷ سال مبتلا به میگرن یا سردرد تنشی، در دو گروه لیزر آکوپانکچر (۲۲ نفر) و پلاسبو (۲۱ نفر) قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که لیزر آکوپانکچر اثرات ماندگاری بر روی تعداد دفعات سردرد و شدت آن دارد و خوبی این روش این است که تقریباً عاری از عوارض جانبی می‌باشد.

2-Powers, Scott W, Susmita M Kashikar-Zuck, Janelle R Allen, Susan L LeCates, Shalonda K Slater, Marium Zafar, Marielle A Kabbouche, Hope L O'Brien, Chad E Shenk, and Joseph R Rausch. 2013. 'Cognitive behavioral therapy plus amitriptyline for chronic migraine in children and adolescents: a randomized clinical trial', Jama, 310: 2622-30.

این مقاله RCT به بررسی تأثیر درمان رفتاری شناختی (CBT) به همراه مصرف آمی‌تریپتیلین در کودکان و نوجوانان با سردرد میگرنی مزمن پرداخته است. در این مطالعه ۱۳۵ نفر با محدوده سنی ۱۷-۱۰ سال با عارضه‌ی میگرن مزمن، در دو گروه CBT همراه با آمی‌تریپتیلین (۶۴) و Headache education همراه با آمی‌تریپتیلین (۷۱) قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که گروهی که از CBT به همراه آمی‌تریپتیلین استفاده کردند نسبت به گروه دوم کاهش بیشتری در تعداد روزهای همراه با سردرد و ناتوانی ناشی از میگرن داشتند.

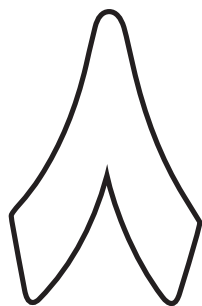
1-Abu-Arafeh I, Russell G. Prevalence and clinical features of abdominal migraine compared with those of migraine headache. Arch Dis Child 1995; 72: 413-17.

2-Dignan F, Abu-Arafeh I, Russell G. The prognosis of childhood abdominal migraine. Arch Dis Child 2001; 84: 415-18.

3-Dignan F, Symon DNK, Abu-Arafeh I, Russell G. The prognosis of cyclical vomiting syndrome. Arch Dis Child 2001; 84: 55-7.

4-Russell G, Abu-Arafeh I. Childhood syndromes related to migraine. In Childhood Headache, Clinics in Developmental Medicine. Ed I Abu-Arafeh. London: MacKeith Press, 2002: 66-95.

5-Symon DN, Russell G. Double-blind placebo-controlled trial of pizotifen syrup in the treatment of abdominal migraine. Arch Dis Child 1995; 72: 48-50.



فصل

سردرد نوجوانی

فصل هشتم: سردرد نوجوانی

نویسنده: Ishaq Abu-Arafeh

مترجم: فیزیوتراپیست فاطمه تقی جراح

نگاه اجمالی

- سردرد در نوجوانان شایع است.
- میگرن و سردرد تنشی، شایع‌ترین علل سردرد در نوجوانان هستند.
- سردردهای میکس می‌تواند تشخیص و درمان را به اشتباه بیندازد.
- سوابق قبلی سردرد در تشخیص نوع سردرد کمک کننده است.
- فاکتورهای هیجانی و روان‌شناختی، نقش مهمی در سردرد روزانه‌ی نوجوانان دارند و باید در ارزیابی و درمان مورد توجه قرار گیرند.
- سردرد، تأثیر واضحی بر تحصیلات و زندگی دارد.
- اگر شرح‌حال، مشخص و معاینات نرمال باشد، به ندرت نیاز به بررسی‌های پاراکلینیک است.
- توضیح دادن تشخیص و آگاهی دادن به نوجوان و خانواده، باعث می‌شود که بهتر به توصیه‌ها و به درمان عمل کنند.
- درمان باید به پروفایل (خصوصیات) سردرد مختص شود.

تاریخچه بیمار

دختری با دو نوع مختلف سردرد

امی یک دختر ۱۴ ساله است که با شکایت سردرد به کلینیک مراجعه کرده است و بخاطر عقب افتادن از مدرسه نگران است. امی با مادر و خواهر کوچکترش (۱۱ ساله) زندگی می‌کند. والدینش دو سال پیش از هم جدا شده‌اند و امی و خواهرش هر دوهفته یکبار، آخر هفته را با پدرشان و همسرش می‌گذرانند.

تاریخچه

بیمار چه تعداد سردرد متفاوت را تجربه کرده است

امی دو نوع سردرد را شرح می‌دهد. نوع یک بد است! در اکثر موارد با بی‌اشتهایی، حالت تهوع، فوتوفوبیا (نورگریزی)، فونوفوبیا (صداگریزی) و رنگ‌پریدگی همراه است، از طرفی کمتر از نیمی از حمله‌ها با استفراغ همراه است. نوع ۲ چندان بد نیست. حالت تهوع یا استفراغ وجود ندارد و هیچ حساسیتی نسبت به نور و صدا وجود ندارد. بخصوص اینکه، او می‌تواند وعده‌های معمول غذایی را بخورد.

پرسی در مورد زمان

امی از سه سال پیش سردرد دارد. او هر ماه یک یا دوبار دچار سردرد نوع یک می‌شود. شدت سردردش در طول ۶ دقیقه افزایش می‌یابد و هر حمله ۱۲ تا ۲۴ ساعت بطول می‌انجامد. سردرد نوع ۲، تقریباً هر روز هفته رخ می‌دهد، و هر حمله ۲ تا ۳ ساعت طول می‌کشد.

پرسی در مورد ماهیت سردرد

در نوع یک، درد ماهیت ضربانی دارد، که حداکثر شدت آن اطراف پیشانی و یک سمت سر می‌باشد. امی نوع ۲ سردرد را بعنوان دردی در اطراف سر شرح می‌دهد.

پرسی در مورد علت سردرد

علائم هشدار شناخته شده یا فاکتورهای تشدیدکننده‌ای وجود ندارند.

پرسی در مورد واکنش به سردرد

با سردرد نوع ۱ امی قادر به هیچ فعالیتی نیست و مجبور است دراز بکشد. او بعد از استراحت و خوابیدن احساس بهتری دارد. پاراستامول کمی کمک کننده است اما کدئین در کاهش علائمش مؤثرتر بوده است.

نوع ۲ سردرد با استراحت کاهش می‌یابد اما امی فقط گاهی مواقع برای این نوع سردرد از پاراستامول استفاده می‌کند. این سردردها بر توانایی تمرکز بر کارهای مدرسه تأثیر گذاشته است و او اغلب در خانه می‌ماند.

وضعیت سلامت در بین حمله‌ها

جدا از سردرد، حالش خوب است و بیماری دیگری ندارد.

ارزیابی

چک کردن فشارخون و فوندوسکوپی در هر بیمار با تظاهر سردرد، اجباری است. اندازه‌گیری دور سر هم باید مورد توجه قرار گیرد.

در مورد امی، معاینات فیزیکی و نورولوژیکی، نرمال بود. اگرچه برای تأیید این مسئله، معاینات باید در تاریخ دیگری تکرار شود.

ارزیابی دقیق و رد کردن اختلالات اساسی مثل تومور مغزی، این اطمینان را به نوجوان و والدینش می‌دهد که دکتر، شکایتشان را جدی گرفته است.

بررسی‌های پاراکلینیک

سی‌تی‌اسکن یا ام‌آر‌آی معمولاً لازم نیست مگر اینکه ویژگی‌هایی دال بر بیماری‌های ارگانیک وجود داشته باشد (جدول ۱-۸). اگر نسبت به یافته‌های فیزیکی، شکی وجود داشته باشد و یا علایم ناپایدار و منقطع باشند، باید آستانه‌ی کوتاه‌تری برای تصویربرداری عصبی در نظر گرفت.

اندازه‌گیری فشار مایع مغزی-نخاعی (CSF) به ندرت نیاز است، اما برای تشخیص فشار بالای داخل جمجمه‌ای ایدیوپاتیک (بدون علت) که با اختلال زمینه‌ای مشهودی همراه باشد، و در صورت وجود تورم مردمک و ام‌آر‌آی نرمال، اندازه‌گیری فشار CSF ضروریست.

تشخیص

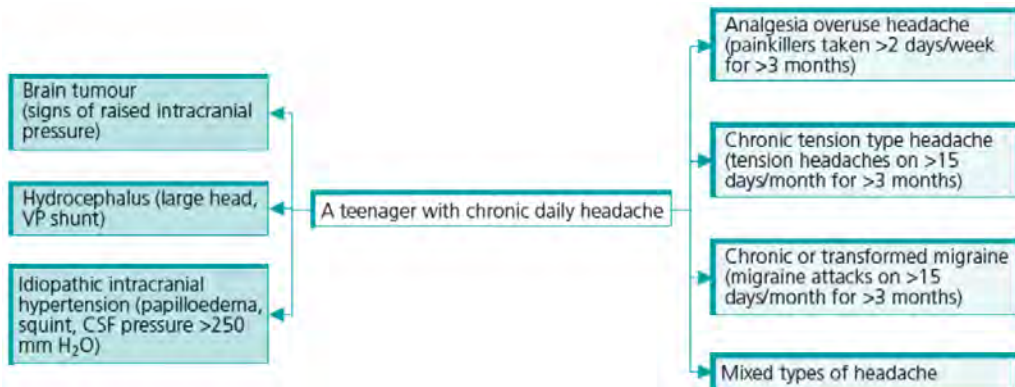
تشخیص افتراقی

امی درگیر سردرد مزمنی (به مدت ۳ سال) است که تقریباً هر روز برایش رخ می‌دهد. اولویت پزشک متخصص، رد کردن احتمال منشأ ارگانی است. در ارزیابی اولیه، باید همه‌ی تشخیص‌های احتمالی سردرد مزمن روزانه، مورد توجه قرار بگیرد (شکل ۱-۸).

با توجه به حال عمومی نرمال و عدم وجود علائم دیگری که نشان دهنده‌ی فشار داخل جمجمه‌ای بالا یا اختلال مخچه‌ای باشد، و همچنین بخاطر بهبود کامل علائم در بین حمله‌ها و معاینات فیزیکی و نورولوژیکی نرمال، احتمال اینکه منشأ سردرد این کودک تومور مغزی باشد، بسیار ضعیف است.

موارد الزام تصویربرداری عصبی در کودکان مبتلا به سردرد مزمن (جعبه ۱-۸)

- ویژگی‌های اختلال مخچه‌ای
آتاکسی
نیستاگموس
لرزش موقع انجام حرکات ارادی
- ویژگی‌های افزایش فشار داخل جمجمه‌ای
ادم مردمک
استفراغ شبانه یا بامدادی
سر بزرگ
- نقص‌های نورولوژیکی جدید شامل لوچی
- تشنج بویژه موضعی
- تغییر شخصیتی
- افت درسی بدون توجیه خاص



تشخیص‌های افتراقی سردرد روزانه مزمن در یک نوجوان (شکل ۱-۸)

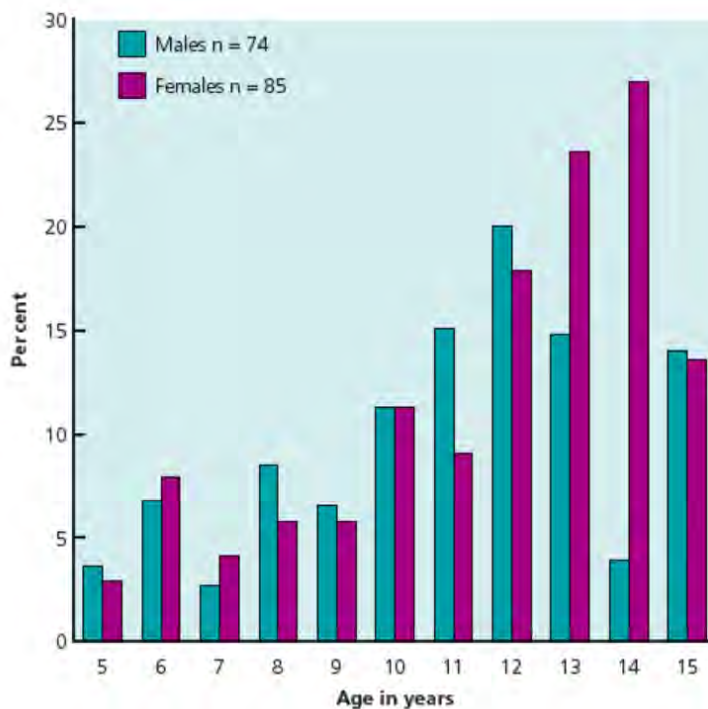
طبق شکل ۱-۸ اگر نوجوانی مبتلا به سردرد مزمن روزانه باشد، تشخیص‌های افتراقی آن می‌تواند:

- تومور مغزی (علائم افزایش فشار داخل جمجمه‌ای)، هیدروسفالی (سر بزرگ، وجود VP shunt)، فشار بالای داخل جمجمه‌ای بدون علت شناخته شده (ادم مردمک، لوچی، فشار $CSF > 250 \text{ mm H}_2\text{O}$)
- سردرد ناشی از مصرف مسکن (مصرف مسکن بیش از دو روز در هفته به مدت بیشتر از ۳ ماه)، سردرد تنشی مزمن (سردردهای تنشی بیش از ۱۵ روز در ماه به مدت بیشتر از ۳ ماه)، میگرن مزمن یا انتقالی (حملات میگرن بیشتر از ۱۵ روز در ماه به مدت بیش از ۳ ماه)، ترکیبی از انواع سردردها

با توجه به ماهیت منقطع حملات سردرد، عدم وجود نقص در میدان بینایی و یا لوچی که اخیراً رخ داده باشد (فلج عصب زوج ۶)، همچنین عدم وجود ادم مردمک و فاکتورهای خطر دیگر، احتمال اینکه این سردرد ناشی از افزایش فشار داخل جمجمه‌ای ایدیوپاتیک باشد، بسیار بعید است.

آنالیز همه‌ی علائم و یادداشت‌های ثبت شده، به تشخیص ماهیت حملات مختلف سردرد که در روزهای مختلف در طول یک دوره‌ی زمانی رخ می‌دهند، کمک می‌کند (جعبه ۲-۸).

میگرن، محتمل‌ترین تشخیص برای سردرد نوع ۱ است (جعبه ۲-۸) و نسبت ابتلا در کودکان دانش آموز حدود ۱ از ۱۰ و در دختران نوجوان ۱ از ۵ است (شکل ۲-۸).



شیوع میگرن بین کودکان مدرسه‌ای (شکل ۲-۸)

Source: adapted from Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. BMJ 1994; 309: 765-9.