

# میگرن در زنان

دکتر پریسا گازرانی

مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## مقدمه

ظاهر شود ولی اغلب مبتلایان در سنین بلوغ هستند. بروز میگرن از ۳ درصد در سن ۷ سالگی به ۹ درصد در سن ۱۵ سالگی افزایش می‌یابد. در زنان میگرن معمولاً قبل از قاعدگی بروز نمی‌کند و بیشترین وقوع آن در دهه‌های دوم و سوم و معمولاً با اولین دوره قاعدگی آغاز می‌گردد. گزارش شده است که حدود ۳۰ درصد زنان ۲۱ تا ۳۴ ساله در غرب به سردرد میگرنی مبتلا می‌باشند.

میگرن سردردی بسیار شایع و گهگیر است که در ۱۸ درصد زنان بروز می‌کند، در حالی که میزان شیوع آن در کودکان و مردان به ترتیب ۴ و ۶ درصد گزارش شده است. سه برابر بودن میزان بروز میگرن در زنان نسبت به مردان، نشان دهنده نقش هورمون‌های جنسی و تغییرات آنها در زنان در ارتباط با بروز میگرن است. میگرن در زنان تحت تاثیر تغییرات هورمونی در دوران‌های پیش از قاعدگی، قاعدگی، کاربرد قرص‌های خوراکی ضد بارداری، حاملگی و یائسگی قرار می‌گیرد. لذا کنترل موفقیت‌آمیز میگرن در زنان نیازمند درک اثرات ناشی از تغییرات میزان هورمون‌های جنسی بر الگوی سردرد است.

## دوران قاعدگی

حملات میگرنی در دوران قاعدگی در ۶۰ درصد زنان رخ می‌دهد که MM (menstrual migraine) نامیده می‌شود و در ۱۴ درصد آن MM حقیقی است یعنی حملات میگرنی قبل، در حین و یا پس از دوران قاعدگی رخ می‌دهد که احتمالاً به واسطه کاهش سطح سرمی استروژن است. میگرنی که پیش از قاعدگی بروز می‌کند،

## دوران پیش از قاعدگی

با وجودی که میگرن در هر سنی می‌تواند



ممکن است که به عنوان بخشی از نشانه‌های سندرم پیش از قاعدگی (PMS) در نظر گرفته شود که شامل تهوع، تحریک پذیری، تغییر در رفتار و تورم و سخت شدن سینه‌ها می‌باشد. میگرنی که در دوران قاعدگی بروز می‌کند، اغلب به واسطه درد شکمی ناشی از انقباض است.

### کاربرد قرص‌های خوراکی ضد بارداری

Bicker staff از نخستین کسانی بود که به تغییر در علائم میگرن در مصرف کنندگان جوان قرص‌های پیشگیری از بارداری که در آن زمان حاوی مقادیر زیادی استروژن بود، پی برد. این مصرف کنندگان به علت ابتلا به عارضه عروقی مغز مراجعه کرده بودند. قرص‌های مخلوط پیشگیری از بارداری به لحاظ دارا بودن استروژن می‌تواند باعث تغییرات پروترومبوتیک خفیف در خون گردد. این اثر به ویژه در زنان سیگاری بسیار مشهود است (چون مصرف سیگار مکانیسم جبرانی افزایش عمل فیبرینولیز را محدود می‌سازد). بنابراین در مصرف کننده سیگار ممکن است یک ایسکمی گذرا (در ضمن یک حمله میگرن) به ایسکمی تبدیل گردد. یعنی حادثه عروقی مغز در اثر ترومبوز به وجود آید. به منظور احتراز از بروز این خطر لازم است روش پیشگیری مناسب برای مصرف کننده به دقت انتخاب شود و در کلیه مواردی که ضرورت ایجاب می‌کند، به تغییر روش پیشگیری از بارداری مانند قرص‌های پروژسترونی تنها و یا پروژسترون‌های طولی‌اثر تزریقی مانند مدروکسی پروژسترون

اقدام نمود.

قرص‌های خوراکی ضد بارداری ممکن است باعث ایجاد میگرن، تغییر الگوی آن و در موارد نادر، تخفیف سردرد گردند. قرص‌های خوراکی ضد بارداری می‌توانند باعث تحریک اولین حمله میگرنی به ویژه در زنانی که دارای سابقه فامیلی از میگرن هستند، گردد و در زنان مبتلا به میگرن باعث تشدید سردرد شود. مطالعات کنترل شده نشان داده‌اند که در مقایسه با دارونما، قرص‌های خوراکی ضد بارداری، اثری در تکرر سردرد نداشته‌اند.

### میگرن و حاملگی

میگرن ممکن است برای اولین بار در دوران بارداری رخ دهد و یا میگرنی که از قبل وجود داشته است، به ویژه در سه ماهه اول بارداری تشدید شود. وقتی میگرن در دوران بارداری شدیدتر، بهبود ناپذیرتر و گاهی همراه تهوع و استفراغ و دهیدراته شدن احتمالی مادر شود، خطر آن برای جنین بیشتر از خطر احتمالی داروهای به کار رفته در درمان مادر خواهد بود. ولی در اکثر زنان میگرن با حاملگی بهتر می‌شود. در بعضی زنان هم هیچ گونه تغییری در الگوی سردرد در این دوران رخ نمی‌دهد.

### میگرن و یائسگی

شیوع میگرن با افزایش سن کاهش می‌یابد. Hockaday, Whitley در یک پیگیری طولانی نشان دادند که با گذشت زمان حملات سردرد در ۴۹ درصد بیماران کاهش یافته و در ۳۰ درصد موارد کاملاً متوقف گشته است و تنها در ۴ درصد بیماران بدتر شده است. در غرب تنها ۱۰

درصد زنان بالای ۷۵ سال مبتلا هستند.

میگرن در دوران یائسگی می‌تواند شدیدتر شود و علت، استفاده از درمان جایگزینی استروژن برای نشانه‌های یائسگی (مانند گر گرفتگی) است که کنترل سردرد را مشکل می‌کند. کاهش دوز استروژن و یا تغییر آن به نوعی دیگر به میزان قابل توجهی سردرد را کاهش می‌دهد. تغییر فرم تجویز از شکل ناپیوسته به شکل پیوسته، ممکن است بسیار موثر باشد به ویژه اگر سردرد وابسته به قطع استروژن باشد. ترکیبات استروژنی مانند پچ‌های استرادیول و یا فرآورده‌های کاشتنی هم مفیدند.

### درمان

کنترل میگرن یا با درمان حملات حاد آن و یا با پیشگیری از آن امکان‌پذیر است. در درمان حملات میگرنی حاد، داروها پس از شروع سردرد تجویز می‌شوند تا باعث کاهش شدت و مدت زمان حمله گردند. درمان پیشگیرانه برای کاهش تعداد و شدت حملات طراحی می‌گردند. این نوع درمان می‌تواند با اجتناب از عوامل شناخته شده محرک میگرن و یا با استفاده از دارو درمانی باشد.

لازم است بیماران یادداشتهی روزانه تهیه نمایند تا بتوانند رابطه بین محرک‌های سردرد با سردرد را دریابند. محرک‌هایی مانند قاعدگی، ورزش، غذاهای ویژه، مونوسدیم گلوتمات و نیترات‌ها. این یادداشت‌ها به اثبات رابطه میگرن و دوران قاعدگی (که سردرد قبل، حین و یا بعد از خونریزی رخ می‌دهد) هم کمک خواهند نمود. همچنین این قبیل اطلاعات در تصمیم‌گیری در انتخاب نوع درمان نیز مفید می‌باشند.

دارو درمانی برای درمان حملات حاد سردرد و نشانه‌های وابسته به آن، باید هر چه سریع‌تر پس از شروع حملات آغاز گردد. مسکن‌های ساده، مسکن‌های مخدر قوی‌تر، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، دی‌هیدروارگوتامین، ارگوتامین و سوماتریپتان داروهایی هستند که به کار برده می‌شوند. نشانه‌های وابسته به میگرن هم از قبیل تهوع و استفراغ می‌توانند مانند خود سردرد، غیر قابل تحمل و ناتوان کننده باشند، از این رو داروهای ضد تهوع در درمان این قبیل نشانه‌ها و حتی برای بهبود کار دستگاه گوارش که به واسطه تنگی یا اتساع دچار اختلال شده، مفید خواهند بود.

درمان پیشگیرانه در مواردی که کار برده می‌شود که بیمار به ۲ یا ۳ حمله در ماه دچار شود که برای مدت سه روز یا بیشتر طول می‌کشد و یا مواردی که حملات سردردی ناتوان کننده می‌باشند و به ویژه همراه با اختلال تکلم و فلج نیمی از بدن هستند و یا زمانی که درمان حملات حاد میگرنی، بی‌فایده، دارای منع مصرف و یا همراه با عوارض جانبی غیر قابل تحمل و قابل توجه است.

داروها از میان یکی از گروه‌های داروهای پیشگیری کننده (مسدودهای گیرنده B<sub>2</sub>، مهارگران کانال‌های کلسیمی، داروهای ضد افسردگی و یا داروهای ضد سروتونین) بر اساس مشخصات فردی بیمار انتخاب می‌گردد. درمان پیشگیرانه باید با دوزهای پایین شروع شده و به آهستگی افزایش داده شود. در نظر گرفتن یک دوره مناسب برای بروز اثرات درمانی لازم است زیرا یک اشتباه رایج که اغلب

منجر به شکست دارو درمانی می‌گردد، تغییر بسیار سریع یک عامل دارویی با عامل دیگر است.

### درمان میگرن قاعدگی (MM)

MM غالباً به درمان پاسخ خوبی نمی‌دهد. زنان مبتلا به MM منحصراً و یا غالباً می‌توانند داروهای پیشگیری کننده را در حوالی دوران قاعدگی خود به کار برند. استفاده از مکمل‌های حاوی منیزیم پیش از شروع خونریزی، ممکن است موثر باشد. NSAIDs (داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی)، ۱ تا ۲ روز قبل از شروع دوره قاعدگی تجویز می‌شوند که به پیشگیری از سردرد و کرامپ‌های قاعدگی کمک می‌کند. درمان معمول ولی احتمالاً بی‌فایده، شامل دیورتیک‌ها و ویتامین‌هاست.

اگر حملات شدید MM را نتوان با NSAIDها کنترل کرد، ارگوتامین، دی‌هیدروارگوتامین، سوماتریپتان و یا مسکن‌ها همراه با نارکوتیک‌ها و یا هورمون درمانی توصیه می‌شود. از آنجایی که کاهش در میزان استروژن در طول نیمه دوم سیکل قاعدگی، احتمالاً یک عامل محرک است، جایگزینی استروژن برای پیشگیری از میگرن مفید واقع می‌شود. پچ‌های پوستی استرادیول، سطح خونی ثابتی از استروژن ایجاد می‌نمایند و احتمالاً به کنترل MM کمک زیادی می‌کنند. این داروها باید چند روز پیش از شروع قاعدگی به کار روند و در دوران خونریزی استفاده از آنها ادامه یابد.

### درمان میگرن در حاملگی

در اینجا باید به تاثیر داروها بر جنین و اثر

خود سردرد میگرنی بر آن توجه زیادی معطوف شود. تقریباً اغلب داروها از سه جفت می‌گذرند و بالقوه دارای اثرات سوء بر جنین‌اند. مطالعاتی که به روشنی سلامت هر دارویی را در دوران بارداری اثبات کنند، وجود ندارد زیرا اغلب داروها به طور معمول بر روی حیوانات آزمایش می‌شوند تا اثرات تراژدی‌سبب آنها مشخص گردد ولی این یافته‌ها نمی‌تواند همیشه قابل تعمیم به انسان‌ها باشد. بنابراین به خاطر احتمال وجود خطر برای جنین و نوزاد، دارو درمانی در دوران حاملگی باید شدیداً محدود باشد و درمان زن باردار مبتلا به میگرن محافظه کارانه باشد. به ویژه باید در نظر گرفت که میگرن اغلب با حاملگی بهتر می‌شود. بسیاری از زنان سردرد خود را با این اطمینان و با استفاده از روش‌های غیر فارماکولوژیکی مانند استفاده از یخ، ماساژ دادن و روش‌های بیوفیدبکی، کنترل می‌کنند. اما اگر میگرن تشدید شود و همراه با تهوع، استفراغ شدید و دهیدراته شدن احتمالی گردد، باید خطر احتمالی دارو درمانی در مادر را به خطر اثرات و عوارض سردرد بر جنین ترجیح داد.

### منابع:

- ۱- محمدزاده، ز. میگرن و قرص‌های هورمونی مخلوط پیشگیری از بارداری، مجله ماهنامه دارویی رازی، ۱۳۷۲؛ ۵(۵): ۲۵-۲۱.
2. Alder G, Rogers A. The new war against migraine, society and the arts. Newsweek. 1999; 42 - 50.
3. Whitly CWM, Hockaday JM. Migraine: a follow up study of 92 patient. Br Med J. 1986; 1: 735 - 36.
4. Silberstein S. Migraine and women. Orgyn magazine on women and health. 1997; 8: 7 - 9.
5. Cherpelli JLD, Nagae poetscher LM, Souza AMMH. Migraine in childhood and adolescence. Cephalalgia. 1998; 18: 333 - 41.