



اصول مدیریت سردرد در خانم‌های باردار

دکتر محمود بیگلر^۱، دکتر هستی فتوگرافی^۲

۱. گروه شیمی دارویی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. مرکز داروپزشکی ۱۳ آبان

آگاه کرد و سطح توقعات ایشان از درمان را تا حد امکان به واقعیت نزدیک کرد. هر چند در صورتی که خود مادر تمایل به استفاده از درمان‌های ضدسردرد قوی داشته باشد، پزشکان ضمن توضیح خطرات و آسیب‌های احتمالی این درمان برای او و فرزندش، نمی‌توانند مانع دسترسی او به درمان شوند. در روند انتخاب دارو برای بیماران باردار، باید از داروهایی که اثرات تراژوژنیسیته دارند، باعث انقباض عروق می‌شوند یا انقباضات رحمی را

یکی از اختلالات شایع بارداری که اغلب در سه ماهه اول بیمار را درگیر می‌کند، مشکل سردرد است. به‌طور معمول با گذشت زمان شدت و دفعات این سردردها کمتر می‌شود. هرچند این سردردها می‌توانند برای مادر آزارنده باشند، اما هیچ آسیبی به جنین نمی‌زنند.

در روند درمان سردرد خانم‌های باردار لازم است که این بیماران را نسبت به محدودیت‌های دارودرمانی در دوره بارداری

در هر یک از انواع سردرد ذکر شده است. یکی از مهم‌ترین مراحل در مدیریت سردرد در خانم‌های باردار، افتراق انواع سردرد از مشکل پره‌اکلامسی می‌باشد.

بیماران مبتلا به پره‌اکلامسی: درمان قطعی مادران مبتلا به پره‌اکلامسی، زایمان است. بدین ترتیب، از پیشروی بیماری و آسیب به مادر و جنین جلوگیری می‌شود. در این بیماران، درمان‌های ضد فشار خون باید در اسرع وقت برای بیمار شروع شود تا از بروز سکت‌های مغزی پیشگیری گردد. جهت پیشگیری از حملات تشنج ناشی از اکلامسی، منیزیم سولفات برای بیمار در نظر گرفته می‌شود. در درمان سردرد ناشی از پره‌اکلامسی انتخاب اصلی داروی استامینوفن است.

سردردهای میگرنی

میگرن در عمده موارد به صورت یک طرفه بروز می‌کند و ماهیت ضربان‌دار دارد.

تحریک می‌کنند، اجتناب کرد. سایر داروهای ضد سردرد با همان اولویت‌بندی که برای بیماران غیرباردار مورد استفاده قرار می‌گیرند، در خانم‌های باردار هم قابل استفاده هستند. در انتخاب داروی سردرد برای خانم‌های باردار، موارد زیر باید مد نظر قرار گیرند:

۱. سابقه دارویی بیمار و اثربخشی/عدم اثربخشی داروها در کنترل سردردها
 ۲. بیماری‌های زمینه‌ای مادر باردار
 ۳. سن بارداری (در سه ماهه اول اعضای اصلی جنین در حال ساخته شدن هستند، از این رو، خطر تراتوژنیسته بالاتر است).
 ۴. ایمنی دارو برای جنین
 ۵. انتخاب دارویی با دوز و دفعات مصرف حداقلی
- انواع مختلفی از سردرد با ریشه‌ها و علت‌های زمینه‌ای کاملاً متفاوت می‌توانند خانم‌های باردار را درگیر کنند. شایع‌ترین نوع سردرد در بین خانم‌های باردار سردردهای میگرنی است. در شکل (۱)، محل‌های درگیر



شکل ۱- محل‌های درگیر در هر یک از انواع سردرد

نظر می‌رسد شیردهی به ثبات سطوح خونی استروژن کمک می‌کند و از این طریق به کاهش علائم یاری می‌رساند.

به نظر می‌رسد خطر برخی از مشکلات از جمله پره‌اکلامسی، زایمان زودرس، اختلالات خلقی پیش از زایمان و وزن کم نوزاد هنگام تولد در اثر ابتلای مادر به میگرن بیشتر می‌شود. البته، شایان ذکر است که شواهد نشان می‌دهد احتمال بروز پره‌اکلامسی در بیماران مبتلا به میگرن با او را بیشتر از بیمارانی است که او را تجربه نمی‌کنند.

درمان سردرد میگرنی

اقدامات غیردارویی: استراحت، مصرف مایعات کافی، اجتناب از گرستگی برای مدت طولانی و خواب کافی از بروز حملات میگرن پیشگیری کرده و شدت حملات را کاهش می‌دهد.

اقدامات دارویی: درمان سردردهای میگرنی در دوره بارداری کمی متفاوت از رژیم درمانی روتین میگرن است. درمان در خانم‌های باردار با استامینوفن شروع شده و در صورتی که در عرض چند روز، اثرات دارو دیده نشود، داروهای بعدی به ترتیب زیر مورد استفاده قرار خواهند گرفت. شایان ذکر است که استفاده از ارگوتامین مطلقاً در بارداری ممنوع است. چرا که باعث انقباضات رحمی هیپرتونیک و اسپاسم عروق تغذیه‌کننده جنین می‌شود.

خط اول درمان: استامینوفن به تنهایی یا در کنار سایر داروها
۱۰۰۰ میلی‌گرم استامینوفن می‌تواند بدون

در کنار سردرد، بیماران مبتلا به میگرن ممکن است تهوع، استفراغ، حساسیت به نور و صدا در تاریکی. علائم میگرن معمولاً به دنبال استرس، محرک‌های بینایی، تغییرات آب‌وهوایی، روزه‌داری و فستینگ، اختلالات خواب و برخی انواع غذاها مانند غذاهای حاوی نیترات تحریک یا تشدید می‌شود. به‌طور معمول، شیوع میگرن در خانم‌های جوان و در سنین بارداری بالاتر است. حدود ۲ درصد از خانم‌ها، اولین حمله میگرنی خود را در دوره بارداری‌شان تجربه می‌کنند. شروع میگرن در سه ماهه اول بارداری شایع‌تر است.

برای افتراق میگرن بارداری از سردردهای ناشی از پره‌اکلامسی، مواردی مثل فشار خون بیمار، دفع پروتئین در ادرار، آزمایشات (پلاکت، کراتینین و عملکرد کبد)، سن بارداری و سابقه علائم مشابه پیش از بارداری باید بررسی شود. بروز میگرن با نوسانات غلظت سرمی استروژن در ارتباط است. حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد بیمارانی که پیش از بارداری مبتلا به میگرن بوده‌اند، در طول بارداری علائم کمتری تجربه می‌کنند، در ۵ درصد موارد علائم تشدید می‌شود و در سایرین شدت علائم هیچ تغییری نمی‌کند. بهبود علائم طی بارداری، معمولاً در خانم‌هایی اتفاق می‌افتد که میگرن وابسته به قاعدگی یا میگرن بدون او را داشتند. در این خانم‌ها معمولاً بعد از زایمان علائم عود می‌کند (افزایش دفعات یا شدت سردردها). عود علائم در خانم‌هایی که شیردهی دارند، کمتر اتفاق می‌افتد. به

ایجاد عارضه جانبی برای مادر یا جنین، درمان موثری برای سردرد میگرنی در دوره بارداری باشد. در صورت عدم اثربخشی این درمان، می‌توان ۱۰ میلی‌گرم متوکلوپرامید را در کنار استامینوفن مصرف کرد تا اثربخشی دارو را بالا ببرد. در بیمارانی که به این درمان هم جواب ندهند، استامینوفن کدیین برای بیمار در نظر گرفته می‌شود. فرمولاسیون ترکیبی بوتالیتال + استامینوفن + کافئین هم جز گزینه‌های درمانی مادران باردار است که در بازار دارویی ایران موجود نمی‌باشد. برای پیشگیری از بروز سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو^۱ (MOH)، کدیین بیشتر از ۹ روز در ماه نباید مصرف شود. علاوه بر این، مصرف این دوره در اواخر بارداری ممکن است با خطر بروز سندروم قطع اوپیوئیدها در نوزاد همراه باشد. پس از این رو، کدیین در هفته‌های آخر بارداری انتخاب منطقی نیست. در خصوص ایمنی مصرف کوتاه مدت اوپیوئیدها در سه ماهه اول بارداری، اطلاعات جامعی در دست نیست. به نظر می‌رسد این مواجهه ممکن است سبب ناهنجاری سیستم عصبی جنین شود.

به‌طور معمول، دوز کافئین در مسکن‌های مجاز در دوره بارداری بین ۴۰ تا ۵۰ میلی‌گرم است. به نظر می‌رسد اگر مجموع کافئین مصرفی خانم باردار در طول روز (غذایی و دارویی) کمتر از ۲۰۰ میلی‌گرم باشد، مشکلی در روند بارداری ایجاد نمی‌شود.

خط دوم درمان: آسپیرین و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی

آسپیرین و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) مثل ناپروکسن، ایبوپروفن، دیکلوفناک و کتورولاک (حتی تزریقی وریدی) خط دوم درمان به حساب می‌آید. برخی از مشاهدات حاکی از این است که مصرف این دسته داروها در سه ماهه اول بارداری خطر سقط‌های زود هنگام و ناهنجاری‌های مادرزادی را بالا می‌برد. سه ماهه دوم بارداری پیش از هفته بیستم ایمن‌ترین زمان برای مصرف آسپیرین و NSAIDs است. بین هفته ۲۰ تا ۳۰ بارداری، مصرف این داروها ممکن است با اختلالات کلیوی در جنین از جمله لیگوهایدروآمینوز مرتبط باشد. هر چند استفاده در مصرف کمتر از ۲ روز احتمال چنین عوارضی مطرح نیست. از هفته ۳۰ بارداری به بعد، مصرف بیش از ۴۸ ساعت این داروها توصیه نمی‌شود، چرا که احتمال ناهنجاری‌هایی از قبیل باز ماندن شریان جنین (ductus arteriosus)، فشار خون ریوی مقاوم به درمان در نوزاد، لیگوهایدرومینوز، انتروکولیت نکروزان، اختلالات کلیوی و خون‌ریزی داخل جمجمه‌ای را افزایش می‌دهد.

خط سوم درمان: سایر داروها

اوپیوئیدها: اوپیوئیدهایی مثل اوکسی کدون و متادون به‌عنوان خط سوم درمان میگرن در خانم‌های باردار شناخته می‌شوند. در صورتی که بیمار نیاز به استفاده از داروهای این دسته داشته باشد، داروها باید با کمترین دوز و برای کوتاه‌ترین زمان ممکن تجویز شوند تا خطر وابستگی مادر و بروز سندروم قطع در نوزاد

که بیمار دچار استفراغ می‌شود، استفاده از اندانسترون (۴ تا ۸ میلی‌گرم خوراکی یا تزریقی) بلامانع است.

دارودرمانی میگرن مقاوم به درمان

خط اول: درمان ایده‌آل برای موارد شدید و مقاوم به درمان میگرن در بارداری، ترکیبی از مایع‌درمانی تزریقی، داروی ضدتهوع و یک اویپوئید تزریقی است.

خط دوم: خط دوم درمان شامل درمان ترکیبی تریپتان در کنار دروپریدول (۲/۵ میلی‌گرم تزریق وریدی هر ۳۰ دقیقه یک بار تا حداکثر ۳ مرتبه) می‌باشد. مشکل این روش درمانی، خطر بروز عوارض اکستراپیرامیدال است. دروپریدول احتمال بروز اختلالات ریتم قلب (QTc Prolongation) در مادر را افزایش می‌دهد.

خط سوم:

مینیزیم سولفات: یکی از درمان‌هایی که در موارد مقاوم به درمان میگرن مورد استفاده قرار می‌گیرد، استفاده از مینیزیم سولفات (۱ تا ۴ گرم تزریق وریدی در عرض ۱۵ الی ۳۰ دقیقه) است. در ایمنی این دارو در دوره بارداری شکی وجود ندارد، اما شواهد محکمی اثربخشی آن را تایید نکرده‌اند.

گلوکوکورتیکوئیدها: در موارد مقاوم به درمان، پردنیزولون (۲۰ میلی‌گرم خوراکی ۴ بار در روز برای ۲ روز) یکی از گزینه‌های درمانی است چون روی جنین تأثیری ندارد،

به حداقل برسد. استفاده از این دسته دارویی منجر به تشدید تهوع، استفراغ و یبوست دوران بارداری می‌شود. علاوه بر این، شواهد اندکی در خصوص ارتباط اویپوئیدها با ناهنجاری‌های سیستم عصبی جنین مطرح شده است.

تریپتان‌ها: در بیماران مبتلا به میگرن متوسط تا شدید که به درمان‌های اولیه پاسخ نمی‌دهند، ممکن است استفاده از مسکن‌های دسته تریپتان‌ها مد نظر قرار گیرد. در این دسته، سوماتریپتان و ریزاتریپتان بیشتر مورد استفاده واقع می‌شوند. بررسی‌های انجام شده حاکی از این است که مصرف تریپتان‌ها با ناهنجاری‌های مادرزادی و زایمان زودرس ارتباطی ندارد، اما ممکن است خطر سقط‌های زود هنگام را افزایش دهد.

بسیاری از خانم‌های باردار مبتلا به میگرن، دچار تهوع‌های شدید می‌شوند. داروهای انتخابی برای کنترل تهوع و استفراغ ناشی از میگرن در خانم‌های باردار به شرح زیر است:

مکلیزین: ۲۵ میلی‌گرم خوراکی (در بازار دارویی ایران موجود نمی‌باشد).

دیفن‌هیدرامین: ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم خوراکی یا ۱۰ تا ۵۰ میلی‌گرم تزریقی

پرومتازین: ۱۲/۵ تا ۲۵ میلی‌گرم خوراکی

یا تزریق عضلانی استفاده از متوکلوپرامید (۱۰ میلی‌گرم خوراکی یا تزریقی)، کلپرومازین (۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم تزریقی) و در موارد شدید یا مواردی

دسته TCAs قرار می‌گیرد، از طریق چند مکانیسم مثل آنتاگونیسم گیرنده‌های آلفا آدرنرژیک، آنتاگونیسم سروتونین، آنتاگونیسم هیستامین و اثرات ضداضطرابی با میگرن مقاوم به درمان مبارزه می‌کند.

گاباپنتین: به جز در سه ماهه اول بارداری، گاباپنتین یکی از گزینه‌ها برای پیشگیری از میگرن مقاوم به درمان است و بر خلاف والپروات اثرات تراتوژنیک ندارد.

یک مطالعه case series اثر استفاده از بوتاکس (OnabotulinumtoxinA) در ۴۵ خانم باردار بررسی کرده است. در این مطالعه، پیامد منفی به دنبال استفاده از بوتاکس گزارش نشد. بعضی از مقالات استفاده از بعضی مکمل‌ها مثل منیزیم (۴۰۰ تا ۸۰۰ میلی‌گرم) و ریبوفلاوین (۴۰۰ میلی‌گرم) را توصیه می‌کنند. هر چند شواهد علمی کافی برای اثبات این ادعاها وجود ندارد.

سردرد تنشی

شایع‌ترین نوع سردردها، سردردهای تنشی هستند که به صورت احساس درد و فشار در اطراف سر تجربه می‌شود. از آن‌جایی که بروز این سردرد تحت تاثیر تغییرات هورمونی نیست، شیوع این نوع سردرد در دوره بارداری بیشتر نمی‌شود. برخی از محققان عقیده دارند ابتلا به سردرد تنشی در دوره بارداری خطر زایمان زودرس را بالا می‌برد، هر چند این ادعا هنوز به‌طور قطعی ثابت نشده است.

اما متابولیت‌های دگزامتازون و بتامتازون از جفت عبور کرده و براساس بعضی مقالات، در سه ماهه اول بارداری، ممکن است جنین را در معرض شکاف کامی قرار بدهد.

درمان‌های پیشگیرانه سردرد میگرنی:

در بیماری‌هایی که از حملات مکرر میگرن رنج می‌برند، استفاده از درمان‌های پیشگیرانه ممکن است کمک‌کننده باشد.

خط اول: بهترین گزینه‌ها برای درمان پروفیلاکتیک در بارداری، داروهای مهارکننده کانال کلسیم (CCB) و مسددهای بتا هستند. شایان ذکر است که مسددهای بتا از جمله پروپرانولول، متوپرولول و آنتولول اثرات تراتوژنسیته ندارند، اما در صورت مصرف طولانی‌مدت ممکن است باعث بروز برادیکاردی، سرکوب تنفسی گذرا و محدودیت رشد در جنین شوند. عارضه کاهش رشد بیشتر با داروی آنتولول گزارش شده است. از بین داروهای CCB، گزینه انتخابی داروی وراپامیل است هر چند سایر CCBs کوتاه و بلند اثر هم در دوره بارداری قابل استفاده هستند.

خط دوم: در صورتی که داروهای خط اول برای رفع مشکل بیمار کافی نباشد، می‌توان از داروهای ضدافسردگی یا گاباپنتین استفاده نمود. دوز پایین داروهای ضدافسردگی مانند ونلافاکسین و ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای (TCAs) می‌توانند در موارد مقاوم به درمان، به خصوص در صورتی که مادر بیماری زمینه‌ای اعصاب و روان داشته باشد، تجویز شوند. میرتازپین که از نظر فارماکولوژیک در

دارودرمانی

خط اول و دوم درمان: به دلیل دوره زمانی کوتاه حملات سردرد خوشه‌ای درمان ویژه‌ای برای فاز حاد این بیماری در نظر گرفته نمی‌شود. معمولاً اکسیژن رسانی به بیمار و استفاده از تریپتان‌ها به ویژه سوماتریپتان است.

استفاده از لیدوکائین موضعی: اگر این درمان‌ها پاسخ‌گو نباشد، می‌توان یک تکه پنبه را به 0.5% سی سی لیدوکائین ۴ درصد آغشته نبوده و در داخل سوراخ بینی قرار داد. شواهد بالینی حاکی از آن است که این درمان با اثرات تراژوژن و عوارض ناخواسته برای جنین همراه نیست.

هرچند استفاده از ارگوتامین می‌تواند به کاهش علایم سردردهای خوشه‌ای در بارداری کمک کند، اما استفاده از این دارو در دوره بارداری اکیدا ممنوع است. این دارو باعث اسپاسم عروق تغذیه‌کننده جنین و انقباضات رحمی نابه‌جا می‌شود. پس از زایمان، استفاده از این دارو در مادرانی که شیردهی ندارند، مانعی ندارد، به شرط این که بیمار منع یا احتیاط مصرفی برای دریافت ارگوتامین نداشته باشد. موارد ممنوعیت مصرف ارگوتامین عبارتند از: فشار خون بالا، مصرف همزمان داروهای مهارکننده پروتئاز، استفاده از آزول‌های ضدقارچ و تعدادی از ماکرولیدها) به علت اطلاعات محدود در خصوص استفاده از ارگوتامین در شیردهی و پتانسیل آسیب‌رسانی این دارو به شیرخوار، خانم‌های شیرده مجاز به استفاده از این دارو نیستند.

خط اول و دوم درمان: خط اول درمان استفاده از استامینوفن و خط دوم استفاده کوتاه مدت از NSAIDs است. خطر استفاده از NSAIDs در هفته‌های مختلف بارداری متفاوت است و در قسمت سردردهای میگرنی توضیح داده شده است.

خط سوم: اگر رژیم درمانی تک دارویی برای بیمار پاسخ‌گو نباشد، ترکیب ۵۰۰ میلی‌گرم استامینوفن و ۱۰۰ میلی‌گرم کافئین به صورت خوراکی گزینه مناسبی است.

در مواردی که درمان‌های بالا موثر واقع نمی‌شود یا منع مصرف دارد، استفاده از کدیین هم مجاز است. احتیاط‌های مربوط به استفاده از کدیین در قسمت سردرد میگرن بیان شده است.

سردرد خوشه‌ای

سردرد خوشه‌ای نوعی سردرد است که به‌طور ناگهانی آغاز شده، به اوج می‌رسد و رو به بدتر شدن می‌رود. این سردرد معمولاً یک طرفه است و گاهی اوقات با علایمی مثل درد چشم‌ها، گرفتگی بینی، تعریق صورت، اشک‌ریزش و تورم پلک‌ها همراه است. معمولاً شیوع و شدت سردردهای خوشه‌ای در دوره بارداری تفاوت پیدا نمی‌کند. برخی از مطالعات ادعا می‌کنند این نوع سردردها در دوره بارداری رو به بهبود می‌روند.

درمان‌های پیشگیرانه

خط اول: در مواردی که خانم باردار کاندید دریافت درمان پیشگیرانه سردرد باشد، بهترین گزینه‌ها وراپامیل و گلوکوکورتیکوئیدها هستند.

وراپامیل CCB انتخابی دوره بارداری است، چرا که ایمنی و تحمل‌پذیری قابل قبولی در خانم‌های باردار دارد. به‌طور معمول، این دارو با دوز روزانه ۲۴۰ میلی‌گرم (در سه دوز منقسم) شروع می‌شود. وضعیت اکثر بیماران با دوز ۲۴۰ تا ۳۲۰ میلی‌گرم در روز کنترل می‌شود. در برخی موارد، لازم است دوز روزانه تا ۹۶۰ میلی‌گرم در روز بالا برده شود. براساس گزارشات موجود، استفاده از این دارو با ناهنجاری‌های جنینی در ارتباط نبوده است.

گزینه بعدی در پیشگیری از سردرد خوشه‌ای خانم‌های باردار، داروی پردنیزولون با دوز ۲۰ میلی‌گرم ۴ بار در روز برای مدت دو روز می‌باشد. به نظر می‌رسد این دارو روی جنین تاثیر منفی نداشته باشد. دگزامتازون و بتامتازون، با توجه به متابولیت‌هایشان که از جفت عبور می‌کنند، گزینه‌های مناسبی برای دوره بارداری نیستند.

خط دوم درمان: بعد از پایان سه ماهه اول بارداری، لیتیم و توپیرامات جزء گزینه‌های درمان پروفیلاکتیک سردرد خوشه‌ای هستند. در صورت مصرف لیتیم

در سه ماهه اول، جنین در معرض بروز ناهنجاری Ebstein قرار می‌گیرد. Ebstein یک ناهنجاری قلبی مادرزادی نادر است که در آن دریچه سه‌لته قلب به درستی تشکیل نشده و در نتیجه، دهلیز و بطن راست ساختار طبیعی ندارند. ساختار غیرطبیعی این دریچه سبب می‌شود که دریچه به درستی بسته نشود و نوزاد دچار آریتمی‌های قلبی شود. علاوه‌براین، احتمال بروز علائم سمیت لیتیم در نوزادانی که مادرشان در سه ماهه سوم از لیتیم استفاده کرده، وجود دارد (شکل ۲).

استفاده از توپیرامات در سه ماهه اول بارداری با بروز شکاف کام و لب نوزاد همراه باشد. به‌طور معمول بسته شدن سقف دهان و تشکیل لب جنین تا پایان هفته ۱۰ بارداری ادامه خواهد داشت. بنابراین، خانم‌های باردار پس از گذشت ۱۰ هفته و ترجیحاً پس از شروع سه ماهه دوم مجاز به استفاده از داروی توپیرامات هستند. هر چند مصرف توپیرامات طی بارداری ممکن است منجر به کمبود وزن نوزاد به هنگام تولد بشود.

خط سوم درمان: سومین خط درمان پیشگیرانه سردرد خوشه‌ای در بارداری شامل پیزوتیفن، گاباپنتین، ملاتونین و فرم داخل بینی کاپسایسین می‌باشد. اطلاعات در خصوص استفاده از این داروها در بارداری بسیار محدود است. استفاده

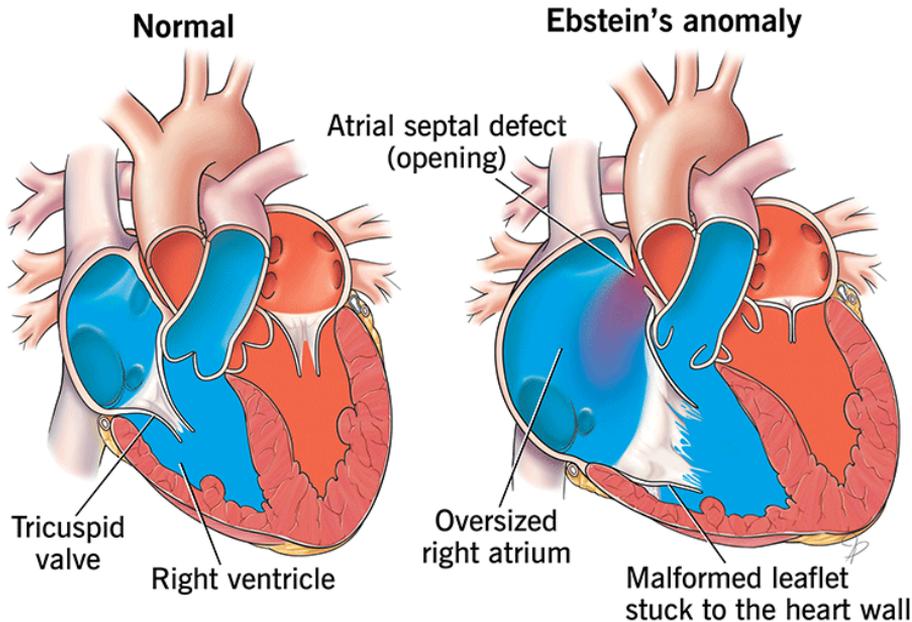
شیرخوار می‌شود. مصرف کدیین ممکن است با سرکوب سیستم تنفسی در نوزاد همراه باشد. انجمن بیماری‌های زنان در آمریکا توصیه کرده که از شیردهی ۸ تا ۱۲ ساعت بعد از مصرف سوماتریتان اجتناب شود. البته، بعد از مصرف سایر تریپتان‌ها تا ۲۴ ساعت شیردهی ممنوع است. مصرف فرآورده‌های حاوی اویپویدها و آلکالوئیدهای ارگوت در دوره شیردهی ممنوع است.

از دو داروی اول، در سه ماهه اول بارداری، مطلقاً ممنوع است.

توصیه‌هایی در مورد داروهای مورد استفاده در دوره شیردهی:

داروهایی که در شیر مادر ترشح می‌شوند، مناسب استفاده در مادران شیرده نیستند. به‌عنوان مثال، مصرف ارگوتامین ممکن است سبب استفراغ، اسهال، ضعف و ناپایداری فشار خون در

Ebstein's anomaly



Cleveland Clinic ©2023

شکل ۲- ناهنجاری Ebstein

زیر نویس

1. Medication Overuse Headache

منابع

Libook.xyz. (2025). Login. [online] Available at: https://www.uptodate-com.libook.xyz/contents/headache-during-pregnancy-and-postpartum?search=headache%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 [Accessed 20 May 2025].

