



داء الشقيقة Migraine

مخطط المحاضرة
❖ تعريف الشقيقة
▪ الشقيقة بدون أورة (الشقيقة الشائعة)
▪ الشقيقة مع أورة
❖ الآلية الامراضية للشقيقة
❖ معدل الحدوث والتشخيص
❖ الأدوية المستعملة لعلاج الشقيقة
▪ أدوية نوبة الشقيقة
• الأدوية غير النوعية
• الأدوية النوعية للشقيقة
• الأدوية المساعدة
▪ أدوية المعالجة الوقائية ما بين نوب الشقيقة
❖ التحسين العلاجي: التأثيرات الجانبية - مضادات الاستطباب - التداخلات الدوائية
❖ كيفية معالجة الشقيقة
▪ المعالجة الوقائية غير الدوائية
▪ المعالجة الدوائية لنوبة الشقيقة
• الخطط العلاجية لمعالجة نوبة الشقيقة
✓الخطة حسب الفعالية الدوائية
✓الخطة حسب شدة النوبة
✓الخطة المشتركة
▪ المعالجة الدوائية الوقائية ما بين نوب الشقيقة
• فعالية المعالجة الدوائية الوقائية ما بين نوب الشقيقة
• معايير إعطاء المعالجة الدوائية الوقائية ما بين النوب
• الخطة العلاجية للمعالجة الدوائية الوقائية ما بين النوب
❖ كيفية إعطاء الدواء
▪ أثناء معالجة نوبة الشقيقة
▪ أثناء المعالجة الوقائية ما بين نوب الشقيقة
❖ الشقيقة عند الأطفال
❖ الشقيقة عند المرأة الحامل
❖ الصداع الناتج عن سوء الاستعمال الدوائي
❖ نصائح لمريض الشقيقة



داء الشقيقة Migraine

تعريف الشقيقة

الشقيقة: ألم رأسي (صداع) مزمن، اشتدائي، يتظاهر بنوبات ألمية تفصل بينها فترات راحة خالية من الصداع. يختلف تواتر وشدة وتظاهرات هذه النوبات بشكل كبير من مريض إلى آخر وحتى عند المريض نفسه من نوبة إلى أخرى.

الاشكال السريرية للشقيقة:

تصنّف المنظمه العالميه للألام الرأس (I.H.S. International headache society) الشقيقة في ست أنماط مختلفة أكثرها شيوعاً هي الشقيقة بدون أورة والشقيقة مع أورة

1- الشقيقه بدون أورة: (الشقيقه الشائعة) migraine without aura

تشاهد عند 70 – 90 % من مرضى الشقيقه. تتظاهر بالألم في الراس مسبقاً- بحوالي عدة ساعات- بأعراض منبئة تسمى "prodromes" يميزها المريض بسرعة و تختلف من مريض إلى آخر ولكنها ثابتة نسبياً عند المريض نفسه، منها الاحساس بالتعب والنعاس، شعور بالجوع، أو اضطراب بالمزاج

قد تتنوع التظاهرات السريرية لهذه النوبه ولكن هناك بعض الأعراض الثابتة:

■ ألم راس (صداع) يبدأ ويتطور تدريجيا و بشكل سريع و تتراوح مدته ما بين 4-72 ساعه.

● يتميز هذا الصداع باثنين على الاقل من الميزات التاليه:

- صدغي أو حجاجي، نابض (يتوافق مع النبض)

- وحيد الجانب

- متوسط الى شديد

- يتزايد مع الجهد الفيزيائي

■ و يترافق هذا الالم غالبا مع واحد على الاقل من الأعراض التاليه:

- غثيان و/ أو اقياء

- رهاب من الضوء أو الضجة أو الرائحة

تنتهي نوبة الشقيقه عادة بطور من النوم المتفاوت المدة، يستيقظ بعده المريض مع إحساس بتعب كبير وبعض المرضى يشكون من بعض اللآلام المتبقية مثل الآلام العضلية أو من فقدان الشهية.

2- الشقيقه مع أورة migraine with aura

أقل انتشاراً وتشاهد عند حوالي 10 – 30 % من المرضى. في هذه الحاله يكون الصداع مسبقاً أو مترافقا مع ما يسمى "الأورة" الأورة: هي مجموعة أعراض ناتجة عن خلل عصبي مؤقت وعكوس ويحدث تراجع هذه الأعراض خلال أقل من ساعة سابقاً أو مترافقاً مع بدء الألم .

● تختلف أعراض الأورة من شخص إلى آخر وتشمل حسب الترتيب الأكثر انتشاراً:

1- اضطرابات في الرؤية (الشقيقه العينية) و تتظاهر بـ:



- بقع سوداء: منطقه ضمن حقل الرؤيا تكون فيها الرؤيه غير واضحه أو معدومه
-هالات أو بقع متوهجة: بقع مضيئة محاطة بخط متعرج لا يميز من خلالها الشخص أي شئ
- 2- اضطرابات حسية: تشوش في الاحساس مع تنميل وخدر يبدأ في إصبع أو عدة أصابع وينتشر تدريجيا باتجاه اليد حتى يصل إلى الوجه
- 3- اضطرابات كلاميه نادرة : صعوبة في التعبير و/أو الفهم الشفهي أو الكتابي
- 4- اضطرابات حركيه نادره جداً: ضعف عضلي أو انعدام الحركة في نصف الجسم
- التظاهرات الأخرى مشابهه للشقيقة الشائعة ولكن الصداع يدوم لفترة أقصر، عادة من 6 – 8 ساعات، وقد تكون النوبه بدون صداع
- ملاحظة: يمكن أن يحدث عند المريض نفسه نوبات شقيقة مع أورة أو بدون أورة

الآلية الامراضية للشقيقة:

مازالت الآلية الامراضية للشقيقة غير مفهومة تماما ولكن هناك بعض النظريات المقترحة وأحدثها تلك التي تفترض أن الشقيقة: عبارة عن اضطراب عصبي وعائي يعبر عنه بمفهوم (العتبة الشقيقة)، وتقول هذه النظرية أن: بدء نوبة الشقيقة ينتج عن حساسية زائدة عند مرضى الشقيقة (عتبة شقيقة منخفضة) تجاه المحرضات الداخلية (النتيجة عن النظم الحيوية) أو الخارجية (الضغط النفسي stress، الضوء، الخ.....)

الأعراض المنبئة تنتج عن تغيرات في نشاط الهيبتوتالاموس تحت تأثير المحرضات المذكورة سابقاً وهكذا فإن المراحل الإراضية لنوبة الشقيقة تتضمن:

- 1- تحريض الجمل العصبية في جذع الدماغ مما يسبب إفراز للنور ادرينالين والذي يقود بدوره إلى تجمع الصفائح الدموية ومن ثم إفراز السيروتونين من هذه الصفائح
- 2- تقبض بعض الشرايين الدماغية تحت تأثير السيروتونين المتحرر مما يسبب فقدان ترويه موضعه ومؤقته مسؤولة عن أعراض الأورة المشاهده عند بعض المرضى
- 3- هبوط فجائي في التركيز السيتوبلاسمي للسيروتونين بسبب تخريبه السريع والشديد
- 4- تحريض العصب مثلث التوائم مؤدياً إلى تحرر ببتيدات عصبية neuropeptides التهابية (الماده P Substance P)، ال (Calcitonin Gene Related Peptide : CGRP) مسبباً تفاعلاً التهابياً في السحايا (الأم الجافية) مترافقا مع تمدد وعائي وتسرب للبلاسما خارج الأوعية مسؤول بدوره عن تحريض مستقبلات ألمية محيطية بالأوعية

معدل الحدوث:

الشقيقة مرض شائع يتراوح معدل حدوثها ما بين 12 – 15 % من السكان. يمكن أن تحدث عند مختلف الفئات العمريه ولكن بنسب متفاوتة (5 – 10 % عند الاطفال مثلا). تشاهد النسبه العظمى عند البالغين بعمر ما بين 30-40 عام، والنساء أكثر إصابة من الرجال بحوالي ثلاث مرات

التشخيص:

- يعتمد تشخيص الشقيقة على استجواب المريض وعلى الفحص السريري ويهدف إلى كشف حدوث الصداع المميز للشقيقة (نوبات تفصلها فترات غياب للألم (فترات حرة) وينصح باعتماد معايير منظمه آلام الرأس العالميه لوضع التشخيص
- يجب أن يركز الفحص السريري واستجواب المريض على:



- البحث عن وجود صداع توتري (Tension headache) مترافق بشكل متكرر مع الشقيقة أو صداع ناتج عن سوء استعمال بعض الادوية
- تقييم تاريخ المرض (منذ متى ؟)
- تحديد وجود عوامل محرضة لنوبات الشقيقة
- البحث عن سوابق عائلية
- ليس هناك ضروره لاجراء فحوص أخرى من أجل تشخيص الشقيقه مثل ال Scanner وال MRI : Magnetic Resonance Imaging إلا في حالة الآلام الرأسية الشديدة جداً والمترافقة مع وضع سريري غير معتاد
- تعتبر شدة المرض وأثاره المهنية والاجتماعية أحد العوامل الهامة في وضع وتقييم الخطه العلاجيه ولذلك ينصح المرضى عادة بحمل مفكره يسجلون فيها تاريخ النوبات، شدتها، مدتها، والأدوية المستعملة ومدى تأثيرها. تساعد هذه المعلومات على تقييم العطاله التي تسببها الشقيقه وأيضا تقييم فعالية المعالجة

الأدوية المستعملة لعلاج الشقيقة:

تقسم الأدوية المستعملة لعلاج الشقيقه إلى مجموعتين رئيسيتين:

- 1- أدوية النوبة
- 2- أدوية المعالجة الوقائية ما بين النوب

أولا – الأدوية المستعملة في معالجة نوبة الشقيقة:

تقسم هذه الأدوية إلى:

- 1- أدوية غير نوعية: مثل المسكنات المحيطيه ومضادات الالتهاب اللاستيرويديه
- 2- أدوية نوعيه (خاصة بالشقيقة): مثل مشتقات قلويدات فطر مهماز الشيلم ومقلدات مستقبلات السيروتونين 5HT1B/D (التريبتان)

1- الأدوية غير النوعيه :

أ- المسكنات : تشمل المسكنات المستعملة لمعالجه الشقيقه:

- حمض الاسيتيل ساليسيليك (الاسبرين) : له تأثير مضاد التهاب ، مسكن ، خافض حراره ومضاد لتجمع الصفائح الدمويه

- الباراسيتامول: له تأثير مسكن وخافض حراره فقط

- آلية تأثير هذه الأدوية في الشقيقه غير معروفة

- تستخدم أيضاً بعض المشاركات مثل :

- أسبرين + ميتوكلوبراميد (مضاد إقياء) بهدف خفض الاضطرابات الهضمية وزيادة التوافر الحيوي للأسبرين
- مسكنات مركزيه (كودئين او ديكسترو بروبوكسيفن) + مسكنات محيطيه : مثال باراسيتامول + كودئين أو باراسيتامول + ديكسترو بروبوكسيفن



- ب- مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية (NSAIDs : non steroidal anti-inflammatory drugs): مثل الـ ibuprofene ، الـ naproxene ، الـ diclofenac ، والـ ketprofene
- تمارس مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية تأثيراً مسكناً محيطياً، وتمنع تحرر السيروتونين من الصفائح، ولها أيضاً تأثير مضاد للالتهاب المفترض أن يكون مترافقاً مع الشقيقة
- تتميز هذه الأدوية بتوفرها بعدة أشكال صيدلانية منها التحاميل مما يسمح باستعمالها في حال وجود غثيان أو إقياءات تمنع إعطاء الدواء بالطريق الفموي
- 2- الأدوية النوعية الخاصة بالشقيقة:
- أ- مشتقات قلويدات فطر مهماز الشيلم: يتوفر منها مركبان: الارغوتامين ergotamine (قليل الاستعمال بسبب تأثيراته الجانبية) والدي هيدرو ارغوتامين (DHE:Dihydroergotamine)

• الارغوتامين

- يسبب الارغوتامين تقبض وعائي محيطي عام ولكنه يسبب خاصة تقبض وعائي لشرابيين الرأس مسؤول عن تأثيره المضاد للشقيقة
- آلية تأثيره معقدة :- مقلد دوباميني
- حاصر مستقبلات سيروتونين 5HT2
- مقلد ألفا أدريناليني (بالجرعات العالية)
- امتصاصه سريع في الامعاء
- توافره الحيوي ضعيف نسبياً (60 %) ولكنه يزداد عند مشاركته مع الكافئين
- اطراحه بطيء نسبياً (العمر النصف حوالي 20 ساعة) ويتم بشكل رئيسي عن طريق الاستقلاب الكبدي وتطرح مستقبلاته فيما بعد في الصفراء والبراز
- اطراحه الكبدي مصدر لبعض التداخلات الدوائية ومضادات الاستطباب

• الدي هيدرو ارغوتامين

- خصائصه الفارماكولوجية مشابهة للارغوتامين مع تأثير مقبض وعائي محيطي أقل
- توافره الحيوي مرتفع بعد إعطائه عن طريق الأنف أو بالطريق الحقني وهي الطرق المستعملة في معالجه نوبة الشقيقة
- يتم اطراحه أيضاً عن طريق الاستقلاب الكبدي ولذلك فإن هناك خطورة حدوث تداخلات دوائيه

ب - مقلدات مستقبلات السيروتونين 5HT 1B/D أو التريبتان Triptans :

- من مركبات هذه المجموعة :
- Sumatriptan , Zolmitriptan , naratriptan , eletriptan , almotriptan, Frovatriptan,Rizatriptan
- تملك هذه المركبات صيغته كيميائية حاوية على نواة الاندول وقريبه من صيغة السيروتونين
- تعتبر هذه المركبات مقلدات إنتقائية لمستقبلات السيروتونين 5HT1B/D الوعائية وتسبب تقبضاً وعائياً للأوعية الدماغية للأمام الجافية



- تقول الفرضيات الحديثة أن هذه المركبات تعمل عن طريق منع تحرر الببتيدات العصبية الالتهابية (المادة Substance P (P) وال Calcitonin Gene Related Peptide : CGRP)
- تتراوح جرعاتها العلاجية الفعالة من 2.5 ملغ لـ Zolmitriptan إلى 100 ملغ بالنسبة لـ Sumatriptan
- تمتص هذه المركبات بسرعة بعد إعطائها الفموي أو الأنفي ولكنها تختلف في توافرها الحيوي الذي يتراوح من 15% (ضعيف) بالنسبة لـ Sumatriptan إلى 20% لـ Frovatriptan، 40% لـ Zolmitriptan، 45-50% Rizatriptan، 50% لـ eletriptan، ليصل إلى 60% لـ naratriptan و 70% لـ almotriptan
- تختلف هذه المركبات بطرق أطراحتها ولكن بشكل عام أطراحتها سريع وعمرها النصفى يتراوح من ساعتين بالنسبة لـ Zolmitriptan وال Sumatriptan إلى 6 ساعات بالنسبة لـ almotriptan
- يتم طرح الـ Zolmitriptan وال Sumatriptan وال eletriptan بشكل رئيسي عن طريق الاستقلاب الكبدي بينما يطرح الـ naratriptan و almotriptan بنسبة 70% بشكل غير متغير (غير مستقلب) بالطريق الكلوي والطريق الصفراوي مناصفة.
- يملك Rizatriptan زمن بدء التأثير الأسرع (10 دقائق)، ويستعمل بحذر في القصور الكلوي والكبدي (إطراح: 82% كلوي، 12% في البراز)، بينما يكون ضبط الجرعات الـ Frovatriptan غير ضروري في حال القصور الكلوي وفي القصور الكبدي الخفيف إلى المتوسط، لكن فعاليته غير مؤكدة في حال القصور الكبدي الشديد، ويؤثر على عدم عودة الصداع خلال 24 ساعة

أدوية حديثة للشقيقة

- مقلدات مستقبلات السيروتونين $5HT1F$

Serotonin 5 HT1F agonists (ditans), ex: lasmitan

- مثبطات مستقبلات الـ CGRP

Calcitonin gene related peptide (CGRP) receptor antagonists مثبطات مستقبلات الـ CGRP

ex: remigepant, ubrogepant

الأدوية المساعدة

- ليس لهذه الأدوية تأثيراً على نوبة الشقيقة ولكنها تعطى بالمشاركة مع مضادات الشقيقة من أجل معالجة بعض الأعراض المرافقه للصداع ومنها
- مضادات الإقياء: مثل الميتوكلوبراميد، الدومبيريدون، وتعطى من أجل تخفيف الغثيان والإقياءات وتحسين امتصاص العناصر الفعالة
 - حالات القلق المتنوعة: بنزوديازيبينات (ديازيبام، كلونازيبام)

ثانياً: أدوية المعالجة الوقائية ما بين نوب الشقيقة: تشمل هذه الأدوية :

- حاصرات بيتا β -blockers
- مضادات السيروتونين المشتقة والغير مشتقة من فطر الشيلم
- حاصرات الكلس calcium antagonists : Verapamil – Flunarizin
- حاصرات الفا α -blockers : indoramine
- مضادات الصرع antiepileptic : topirmate ، valproate of sodium (depakine) وال gabapentine
- مضادات الاكتئاب antidepressors : amitryptiline



1- حاصرات بيتا : وتتضمن

- البروبرانولول propranolol : يعتبر الدواء المرجعي الحاصل مع الميتوبرولول metoprolol على السماح بالتسويق من اجل هذا الاستطباب علما ان هناك حاصرات أخرى أظهرت فعاليتها مثل

اللاتينولول والتيمولول

ما زالت آلية تأثير هذه الأدوية في الشقيقة غير معروفة تماما ولكن بعض الفرضيات المقترحة تتضمن تقبض وعائي ناتج عن حصر مستقبلات بيتا بالاضافة إلى تأثير حال عصبي، والبروبرانولول يملك أيضا تأثير مضاد للسيروتونين - البروبرانولول والميتوبرولول: لهما خصائص حركية دوائيه متقاربة:

يتم امتصاصهما بشكل سريع وكبير ولكن توافرهما الحيوي ضعيف بسبب تعرضهما لتأثير المرور الكبدي الأول يتم اطراحهما بشكل رئيسي عن طريق الاستقلاب الكبد (العمر النصف 4 ساعات)، ويعطي استقلاب البروبرانولول مستقلب هيدروكسيي يملك بعض الفعالية كحاصر بيتا -اللاتينولول والتيمولول:

يتم امتصاصهما بسرعة من الامعاء، توافرهما الحيوي هو 50% و 75% على الترتيب

يتم اطراحهما بشكل رئيسي بالطريق الكلوي وعمرهما النصف 9 ساعات بالنسبة للاتينولول و 4 ساعات بالنسبة للتيمولول - كل حاصرات بيتا المذكوره تعبر الحاجز المشيمي وتم العثور عليها في الحليب -2 مضادات السيروتونين:

- ديهيدروارغوتامين: يستعمل في المعالجه الوقائيه مابين نوب الشقيقة بشكل أساسي عن طريق الفم حيث يكون توافره الحيوي اقل (حوالي 30%)

- اوكزيتورون Oxetorone : حال عصبي خفيف ولديه تاثير مضاد هيستاميني H1 ، حال الفا ادريناليني، و مضاد سيروتونيني

- بيزوتيفن Pizotifene: مشتق ثلاثي الحلقة كان يستعمل في البدايه كمضاد اكتئاب ويملك خصائص مضاد هيستاميني ، مضاد استيل كولين ، مضاد سيروتونيني على مستوى الأوعية الدماغيه والصفائح الدموية

- متيل سيرجيد methylsergide : قلويد مشتق من فطر الشيلم يملك خصائص قويه مضادة للسيروتونين على مستوى المستقبلات 5HT2، يمتص الميتيل سيرجيد بسرعة بعد اعطائه الفموي ولكن توافره الحيوي ضعيف (10-15%) بسبب التأثير الكبير للمرور الكبدي الأول ويطرح بسرعة عن طريق الاستقلاب الكبدي ليعطي مشتق مزروع المتيل يبدي بعض الفعالية المضادة للسيروتونين

3- حاصرات الكلس : فير اباميل، فلوناريزين

قد يعود تأثيرهما المضاد للشقيقة إلى منع دخول الكالسيوم إلى الخلايا العضليه الملساء للاوعية الدماغيه أو إلى تغييرات في نشاط النواقل العصبية

4- حاصرات ألفا : اندورامين

قد يعمل عن طريق حصر مستقبلات ألفا الوعائيه ذات التأثير المقبض الوعائي

5- مضادات الصرع : توبرامات ، فالبروات الصوديوم ، غابابنتين

- التوبرامات مرخص للاستعمال في المعالجه الوقائيه للشقيقة ولكن آلية تأثيره ليست معروفة ، من الفرضيات المقترحة خفض تحريض الجملة العصبية

6- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة : اميتريبتيلين، كلوميبرامين



التأثيرات الجانبية ومضادات الاستطباب

1- التأثيرات الجانبية لأدوية نوبة الشقيقة:

تستعمل أدوية نوبة الشقيقة عادة لفترة قصيرة ولكنها مع ذلك يمكن أن تسبب بعض الآثار الجانبية والتي يمكن أن تصنف في المجموعات التالية:

1- التفاعلات التحسسية: تشاهد خاصة مع المسكنات المحيطية مثل الاسبرين، ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية ويمكن أن تكون خطيرة في بعض الحالات. يمنع استعمال هذه الأدوية عند المرضى الذين لديهم قصص تحسس سابقة على هذه الأدوية.

2- الاضطرابات الهضمية: تشاهد خاصة مع مشتقات قلويدات فطر الشيلم، الاسبرين، ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية. هذه الاضطرابات هي غالباً غير خطيرة مثل الالم المعدي، الغثيان، الإقياء. لذلك لا تعتبر هذه الاضطرابات كمضاد استطباب ولكن يمكن أن تفاقم الاعراض المرافقه لنوبة الشقيقة. الاسبرين ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية قد تسبب تأثيرات جانبية خطيرة: القرحة المعدية او النزف الهضمي التي يمكن أن يكون سبباً لاعتبارها كمضاد استطباب عند المرضى الذين لديهم امراض نزفيه أو قرحات معدية - عفجية

3- التأثيرات الجانبية الناتجة عن ظاهرة التقبض الوعائي: تشاهد عادة مع مقلدات مستقبلات السيروتونين 5HT1B/D

(التربتان) ومشتقات قلويدات فطر الشيلم

- التأثيرات المشاهدة مع التريبتان هي غالباً غير خطيرة وتتضمن:

• متلازمة التريبتان:

- احساس الرأس الفارغ، نعاس، دوار

- احساس بالتنميل

- ارتفاع مؤقت للتوتر الشرياني

- تشنجات اكليلية وألام صدرية قد تكون مخيفة ولكنها استثنائية

• صداع مزمن: في حال الاستعمال اليومي للدواء

- نتيجة هذه التأثيرات فإن التريبتان يعتبر مضاد استطباب في الحالات التالية:

• علة اكليلية

• ارتفاع توتر شرياني غير مسيطر عليه

• سوابق حوادث وعائية دماغية

- استعمال مشتقات قلويدات فطر مهماز الشيلم قد يؤدي إلى تأثيرين جانبيين رئيسيين:

• الـ Ergotisme: عبارة عن تقبض وعائي محيطي معمم يتظاهر سريراً بتشوش الاحساس في الاطراف مع تناقص في النبض

قد يؤدي إلى الغرغرينا في اصابع اليدين او الرجلين. لا يظهر هذا الاختلاط إلا في حال تجاوز الجرعات العظمى أو في حال التداخلات الدوائية (مع الماكروليدات مثلاً)

• حالة الألم الشقيقي: تتظاهر بتفاقم شديد بحالة المريض مع تسارع في النوبات الشقيقيه. تلاحظ هذه الحالة عند سوء استعمال مشتقات قلويدات فطر مهماز الشيلم وقد تقود إلى عناد على المعالجه.



يفرض هذان الاختلاطان: احترام الخطه العلاجية، الجرعة العظمى ، تواتر اخذ الدواء و الانتباه الى مضادات الاستطباب

وأهمها:

- أمراض شريانية انسدادية
- قصور اكليلي
- ارتفاع التوتر الشرياني
- قصور كبدي شديد
- المشاركة مع الماكروليدات

ثانيا – التأثيرات الجانبية في حال المعالجه الوقائية مابين نوب الشقيقة:

تعتمد التأثيرات الجانبية ومضادات الاستطباب في هذه الحالة على الصنف الدوائي المستخدم و أهمها:

1- حاصرات بيتا يمكن أن تسبب بعض الاختلاطات الحميدة مثل التعب أو الوهن، الأرق بطئ قلب غير عرضي والتي قد تكون مزعجه عند بعض المرضى (الشباب، الرياضيين)، وبعض الاختلاطات الأكثر خطورة ولكنها نادرة : نوبات ربو ، متلازمة رينو (Raynaud Syndrome) (تقبض وعائي محيطي)

2- مشتقات قلويدات فطر الشيلم: يمكن أن تستعمل بالطريق الفموي للوقاية من نوب الشقيقه وقد تؤدي إلى :

- اضطرابات هضمية حميدة : غثيان، إقياء والتي يمكن تخفيفها بأخذ هذه المركبات خلال الوجبة
- الديو هيدروارغوتامين ذو تحمل جيد

- الميثيل سرجيد أقل تحملا وقد يؤدي إلى زيادة الوزن ويعرض المريض إلى تأثير جانبي خطير هو التليف المحيط بالبريتوان retroperitoneal fibrosis

3- مضادات السيروتونين الأخرى: الاوكزيتورون والبيزوتيفين تؤدي بشكل أساسي إلى تأثيرات جانبية مركزيه : تعب ، نعاس

4- الاندورامين ذو خصائص مضاده للهيستامين يمكن أن يسبب النعاس وجفاف مخاطية الفم ولكن هذا التأثيرات مؤقتة وعرضيه بشكل عام

5- فالبروات الصوديوم: غثيان ، رجفان ، سقوط الشعر ، زيادة الوزن

من الجدير بالذكر أن زيادة الوزن هو تأثير جانبي ملاحظ مع العديد من الأدوية الوقائية للشقيقة وقد يكون سبباً لرفض المعالجه عند العديد من المرضى

التداخلات الدوائية:

يعرض استعمال أدوية نوبة الشقيقه إلى العديد من التداخلات الدوائية التي يجب معرفتها نظراً لنتائجها المحتملة وأهمها:

- تداخلات أدوية نوبة الشقيقه فيما بينها: مثال مشتقات قلويدات فطر مهماز الشيلم مع التريبنتان (ما عدا الناراتريبتان) . بشكل عام يجب الانتظار حوالي 24 ساعة قبل إعطاء التريبنتان بعد مشتقات قلويدات فطر مهماز الشيلم أو ست ساعات في حال العكس.
- تداخلات أدوية الوقاية المعطاة بين النوب مع أدوية النوبه مثال مشتقات قلويدات فطر مهماز الشيلم أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مع التريبنتان (ما عدا الناراتريبتان)
- تداخلات أدوية نوبة الشقيقه مع أدوية أخرى مختلفة مثل مشتقات قلويدات فطر مهماز الشيلم مع الماكروليدات والتريبنتان مع المثبطات الانتقائية لعودة التقاط السيروتونين (مضادات اكتئاب، مثال الفلوكسيبتين)



كيفية معالجة الشقيقة:

تعتمد معالجة الشقيقة على ثلاثة طرق متكامله

- 1- المعالجه الوقائية غير الدوائية
- 2- المعالجه الدوائية للنوبة الشقيقة
- 3- المعالجه الوقائية الدوائية ما بين النوب

أولاً – المعالجه الوقائية غير الدوائية:

تهدف هذه المعالجه إلى تخفيف شدة وتواتر النوبات ويجب أن ينصح بها لكل مريض وتقوم على:

- تجنب العوامل أو الظروف المحرضه لنوبة الشقيقة: من هذه العوامل والتي تكون عادة معروفه بشكل جيد من قبل المريض نفسه:
 - عوامل غذائية: الكحول، الشوكولا
 - عوامل هرمونية: الدورة الشهرية عند النساء، مانعات الحمل الفمويه
 - عوامل حسية: الضوء، الروائح
 - ظروف الضغط النفسي: stress أو احيانا الراحة والاسترخاء (شقيقة نهاية الاسبوع)
 - عوامل أقل شيوعاً: النوم الطويل، هبوط السكر
- الاقتراح على مريض الشقيقة تقنيات الاسترخاء وتدير الضغط النفسي: التنويم المغناطيسي، Biofeedback، المعالجة المائية (thalassotherapy) التي يمكن أن تساعدهم على تخفيف تواتر النوبات

ثانياً – المعالجه الدوائية لنوبة الشقيقة:

تهدف هذه المعالجه إلى إزالة الصداع والأعراض المرافقه له أو على الأقل تخفيف مدة و/ أو شدة النوبه والسماح للمريض باستعادة نشاطه

تطبق هذه المعالجه لوحدها أو بالمشاركة مع المعالجه الوقائية بين النوب

هناك أربع مجموعات دوائية تستعمل في معالجة النوبه الشقيقه (مشروحة سابقا بتفصيل اكبر)

- 1- المسكنات
- 2- مضادات الالتهاب الغير ستروئيديه
- 3- مشتقات قلويدات فطر الشيلم
- 4- محفزات او مقلدات المستقبلات السيروتونينية 5HT1B/D (ال triptans)

تؤثر معظم هذه الأدوية على مستوى تسكين الصداع فقط ولذلك فانها تتطلب المشاركة مع أدوية مساعده من أجل معالجه الأعراض المرافقه مثل الغثيان والاقياء

يجب أن يعتمد اختيار أدوية النوبة على المعايير التالية: الفعالية، عدم وجود مضادات استطباب، و التحمل الجيد للدواء ويجب أن يتم اختيار الدواء وجرعته بشكل فردي و خاص بكل مريض

■ فعالية المعالجه الدوائية لنوبة الشقيقة:

تم تقييم فعالية المعالجه الدوائية لنوبة الشقيقة عادة اعتماداً على قدرتها على معالجه الصداع ولكن أيضاً (حسب بعض التجارب السريرية) القدره على معالجه الاعراض المرافقه (الغثيان والاقياء)



المعياران المستخدمان لتقييم القدرة على معالجة الصداع هما:

1- الحصول على استجابة جزئية: تخفيف الصداع

2- الحصول على استجابة كاملة: زوال كلي للصداع

بشكل عام في التجارب السريرية يتم التقييم بعد ساعتين من إعطاء الدواء ولكن يمكن أن يتابع حتى 24 ساعة من أجل تقييم الفعالية في منع عودة الصداع

يجب الاخذ بعين الاعتبار تأثير الـ placebo والذي يعتبر ذو أهميه خاصة حيث أن 20 – 30 % من المرضى يتحسن وضعهم تحت تأثير الـ placebo

أمثله عن فعالية الادوية المستعملة لعلاج النوبة: (للإطلاع)

• إعطاء 1000 ملغ من الباراسيتامول يؤدي الى تخفيف الصداع عند 50-55 % من المرضى وزواله عند 22 % من المرضى بينما الجرعات الاقل (500 ملغ) فليس لها تأثير ذو أهمية

• الأسبرين، مع أو بدون المشاركة مع الميتوكلوبراميد، يؤدي الى تخفيف الصداع عند 57 % من المرضى بعد ساعتين من الاعطاء

• مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية: نابروكسين (بجرعة 750 – 1250 ملغ)، كيتوبروفين (بجرعة 100ملغ)، ايبوبروفين (بجرعة 200 – 400 ملغ)، ديكلوفيناك (بجرعة 50-100 ملغ) تخفف الصداع بشكل جيد بعد ساعتين من اخذ الدواء وتزداد هذه الفعاليه عند اعطائهم بالطريق العضلي (IM) حيث لوحظ التحسن عند 85 – 90 % من المرضى

• الارغوتامين و الذي هيدروارغوتامين بالطريق الفموي: يؤديان إلى زوال الصداع عند 60-70 % من المرضى بعد ساعتين من أخذ الدواء. لكن يبقى استعمال الارغوتامين محدوداً بسبب تحمله القليل عند المرضى، بينما الذي هيدروارغوتامين بالطريق الانفي يعتبر ذو تأثير سريع وجيد التحمل وحاليا يتم استبدال قلويدات فطر الشيلم بالتريبتان.

• التريبتان بشكل عام تؤدي إلى تخفيف أو زوال الصداع عند 65 – 70 % من المرضى بعد ساعتين من اخذ الدواء. لا تختلف فعالية وتحمل هذه المركبات كثيرا عند اعطائها بالجرعات المناسبة بينما طريقة إعطاء الدواء لها تأثير على فعاليته، مثلا الاعطاء بالطريق الحقني لـ 6 ملغ من السوماتريبتان يعطي فعالية تفوق فعاليته بالطريق الانفي (spray بخاخ) والذي بدوره له تأثير أكبر قليلا من الطريق الفموي

تعتبر عودة الصداع من المشاكل الهامة التي تعترض تدبير نوبة الشقيقة، وتم دراسة هذه النقطة في التجارب السريرية باستخدام التريبتان. لوحظ أن نسبة المرضى المعالجين بشكل فعال بعد 24 ساعه من اعطاء التريبتان تتراوح بين 30-40 % مهما كان المركب المستعمل. فقط الناراتريبتان بجرعة 5 ملغ ابدأً بفعالية أكبر قليلاً من الجدير بالذكر ان بعض مركبات التريبتان تبدي فعاليه حتى على مستوى الاعراض المرافقه

■ الخطط العلاجية لمعالجة نوبة الشقيقة

هناك ثلاث خطط مختلفة لمعالجة نوبة الشقيقة

1- حسب درجة الفعالية الدوائية

2- حسب شدة النوبة

3- الخطة المشتركة



1- الخطة العلاجية حسب درجة الفعالية الدوائية: (بغض النظر عن شدة النوبة)

- الخيار الأول: استعمال الأدوية الأقل فعالية ولكنها أقل تكلفة: الباراسيتامول، أو الأسبرين، أو مضادات الالتهاب اللاستيرويدية

- الخيار الثاني: استعمال التريبتان في حال عدم فاعلية أدوية الخط الأول

2- الخطة العلاجية حسب شدة النوبة:

- في حال نوبة خفيفة: استعمال الباراسيتامول، أو الأسبرين، أو الNSAIDS

- في حال نوبة متوسطة إلى شديدة: ينصح باستعمال التريبتان مباشرة

3- الخطة المشتركة: هي الخطة الأكثر منطقية، يعتمد اختيار الدواء على التاريخ الدوائي للمريض وخاصة فعالية ومدى تحمل الأدوية المستخدمة لديه سابقاً:

- في حال كان المريض معالج سابقاً بشكل فعال و مع تحمل جيد بالأدوية غير النوعية: اسبيرين، باراسيتامول، أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ينصح بعدم تغيير المعالجة

- في حال كان المريض معالج سابقاً بشكل فعال و مع تحمل جيد بالارغوتامين أو التريبتان وفي حال غياب الحاجة لزيادة الجرعة أو عدم وجود مضاد استطباب جديد ينصح بعدم تغيير المعالجة

- في حال عدم استجابة المريض بشكل جيد على المعالجة المستخدمة سابقاً أو كان تحمله للدواء غير جيد يجب الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- اذا كان المريض معالجا فقط بالأدوية غير النوعية: يصف الطبيب التريبتان وينصح المريض بالبدا بمسكن أو مضاد التهاب لا ستيروئيدي وفي حال عدم الاستجابة يأخذ التريبتان

- اذا كان المريض معالجا بالارغوتامين او الادي هيدروارغوتامين يقترح اعطاء التريبتان مباشرة

- اذا كان المريض معالجا سابقا بالتريبتان:

- من الضروري اختبار فعالية التريبتان في ثلاث نوبات مختلفة حتى تتمكن من الحكم على فعاليته حيث أنه يمكن للمريض

غير المستجيب في المرة الاولى أن يستجيب في المرة الثانية

- في حال عدم الفعالية فإن إعادة إعطاء جرعة ثانية من التريبتان نادراً ما يعطي تحسناً إضافياً وفي هذه الحالة يفضل

تغيير طريقة الاعطاء (مثلا الطريق الفموي أو تحت الجلد بالنسبة للسوماتريبتان). يقترح أحيانا استعمال مركب آخر من مركبات التريبتان حيث ان المريض غير المستجيب على أحد المركبات قد يستجيب على الآخر

- بالنهاية فأن بعض المشاركات الدوائية يمكن أن تحسن الفعالية العلاجية، مثلا مشاركة التريبتان مع مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية عند المرضى ذوي النوبات المتميزة بصداع توتري أو مشاركة التريبتان مع ميتوكلوبراميد عند أولئك الذين يعانون

من الغثيان والإقياء

ثالثا- المعالجة الدوائية الوقائية ما بين النوب:

الهدف الرئيسي لهذه المعالجة هو تخفيف تواتر النوبات ولكن أيضاً يمكن أن تساهم في تخفيف شدة النوبة وتحسين

الاستجابة على أدوية معالجة النوبة أو حتى تخفيف الحساسية تجاه العوامل المحرضة للنوبة



■ فعالية المعالجه الدوائية الوقائية ما بين النوب

في التجارب السريرية يعتبر الدواء فعالا في حال قدرته على تخفيف تواتر النوبات عند المريض بمعدل 50% على الاقل. اعتماداً على هذا المعيار فإن نسبة المرضى المستجيبين لهذه المعالجة لا يتجاوز 50% وكل الأدوية المستعملة (مذكورة سابقا) أبدت فعالية

مقاربة (ما عدا الديهيدروارغوتامين والاندورامين فهما اقل فعالة). هناك فقط الميتيل سيرجيد لديه فعالية أكثر قليلاً ولكن مشكلة عدم تحمله ادت الى اقتصار استعماله على الحالات المعندة على الأدوية الاخرى.

■ معايير إعطاء المعالجة الوقائية بين النوب

يجب أن يناقش قرار إعطاء معالجة وقائية بين النوب حسب حالة كل مريض لوحده مع الأخذ بعين الاعتبار:

- معيار شدة المرض ومدى تأثيره على حياة المريض: يتم إعطاء معالجة وقائية بين النوب للمرضى الذين تشكل عندهم

نوبات الشقيقة ازعاجاً واضحاً بسبب تواترها أو شدتها الكبيرين (2-3 نوب/شهر، نوب معندة على المعالجة)

- ينصح بإعطاء المعالجة الوقائية بين النوب أيضاً عند المرضى الذين استهلكوا خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة 6 – 8

مرات أدوية لمعالجة النوبة حتى ولو كانت هذه الأدوية فعالة وذلك لتجنب سوء استعمال هذه الأدوية

- معايير متعلقة بالمعالجة نفسها بما يخص

- وصفها لفترة طويلة (عدة أشهر) وتأثيراتها الجانبية

- الفعالية النسبية لهذه المعالجة والتي تخفف جزئياً تواتر النوب وليس لديها إلا تأثير خفيف غالباً على شدة النوبة

■ الخطه العلاجيه للمعالجة الدوائية الوقائية ما بين النوب

يجب أن تبدأ المعالجه بدواء واحد بالطريق الفموي وزيادة الجرعه بشكل تدريجي حتى الوصول إلى الجرعة الفعالة وجيدة التحمل

- الخيار الأول نظراً لعدم وجود اختلاف في الفعالية بين الأدوية المستعملة عادة يجب تفضيل الأدوية الحاصلة على الترخيص

بالاستعمال لهذا الاستطباب مع الاخذ بعين الاعتبار الوضع العام للمريض، مثلاً حاصر بيتا يمكن أن يكون مفضلاً عند مريض يعاني

من ارتفاع التوتر الشرياني بينما قد يكون مزعجاً عند شخص رياضي ذو مستوى عالي حتى أنه قد يفاقم مرض آخر لديه (الربو مثلاً)

- عند الاختيار يجب الاخذ بعين الاعتبار مضادات الاستطباب، التأثيرات الجانبية التداخلات الدوائية مع الأدوية الاخرى

- بالنسبة لكل مريض من الصعب التنبؤ بالدواء الذي سيكون أكثر فعالية وأكثر تحملاً عند هذا المريض ولذلك قد نضطر أحياناً إلى

تجريب عدة أدوية قبل أن نصل إلى الدواء الأكثر فعالية

- مع الأخذ بعين الاعتبار التوازن: فائدة / خطورة فإن:

● الخيار الأول للمعالجة يتم عادة باستخدام حاصري بيتا أو الاوكزيتورون

● الخيار الثاني يمكن استعمال: مضادات السيروتونين (بيزوتيفن)، مضادات الصرع (توبيرامات، فالبروات الصوديوم،

غابابنتين)، مضادات الاكتئاب (اميتريبتيلين)، حاصرات الكلس (فلوناريزين)

- الفلوناريزين: ذو فعالية مشابهة لحاصرات بيتا ولكن تأثيره لا يظهر إلا بعد عدة أشهر من الاستعمال

- مضادات الصرع تعتبر أيضاً بديل علاجي وخاصة التوبيرامات الحاصل على ترخيص للاستعمال بهذا الاستطباب

- الاميتريبتيلين مضاد اكتئاب أيضاً فعال في المعالجة الوقائية ما بين نوب الشقيقة وخاصة عند الاشخاص الذين لديهم صداع توتري

ويستخدم أيضاً لمعالجة المرضى الذين يعانون مما يسمى (حالة الالم الشقيقي)



- ملاحظة: النابروكسين (مضاد التهاب لستيرويدي): ذو فعالية للوقاية من نوب الشقيقة وخاصة النوب التي تسبق الدورة الشهرية ويجب أن يقتصر استعماله للوقاية على مدى قصير نظراً لسوء تحمله الهضمي (آثار جانبية هضمية)
- الديهيدروارغوتامين بالرغم من ان فعاليته ليست مثبته فانه يستعمل بشكل متكرر وذلك بسبب تحمله الجيد
- الميثيل سرجيد مضاد سيروتونيني ذو تأثير جيد للمعالجة الوقائية ما بين نوب الشقيقة ولكن نظراً لتأثيراته الجانبية والتي تكون أحياناً خطيرة فإنه يستخدم كخيار ثالث في الوقاية من نوب الشقيقة المقاومة وغير المستجيبة على الأدوية الأخرى
- يتم تقييم فعالية الأدوية الوقائية بعد الاستعمال لفترة طويلة نسبياً، عادة بعد 2-3 أشهر، وإن استعمال مفكره من أجل المتابعه يملؤها المريض يساعد على التقييم
- يعتبر الدواء فعالاً في حال كان قادراً على تخفيض تواتر النوبات بمعدل 50 % على الأقل ولكن يمكن الأخذ بعين الاعتبار معايير أخرى مثل شدة ومدة النوب المتبقية ومدى الحاجة إلى استهلاك أدوية لمعالجة النوبة
- في حال كانت المعالجة فعالة يتابع استخدام الدواء لمدة 6 – 9 اشهر على الأقل ويتم بعدها الايقاف بشكل تدريجي مع تخفيض خفيف للجرعات
- في حال كانت المعالجة غير فعالة أو غير فعالة بشكل كاف فإن الإمكانية الأولى – في حال عدم وجود مضاد استطباب – هو زيادة الجرعة وفي حال عدم الحصول على تأثير نلجأ إلى تغيير الدواء واستعمال دواء اخر مع مراعاة التاريخ الدوائي للمريض
- من الجدير بالذكر أن عدم فعالية أحد حاصرات بيتا لا يمنع كون حاصر بيتا آخر فعال
- المشاركه الدوائية لم تظهر فعالية أفضل للوقاية من الشقيقة وفي حال اللجوء إليها فإنه يجب اختيار كل دواء لوحده بشكل مسبق ومن الضروري تخفيف جرعتهما عند المشاركة
- بالنهاية في حال الفشل المتكرر يجب أن يتأكد الطبيب من التزام المريض بأخذ الدواء والبحث عن إمكانية سوء استعمال الدواء من قبل المريض

كيفية اعطاء الدواء بالشكل الامثل

1- أثناء معالجة نوبة الشقيقة :

- يعتمد تدبير نوبة الشقيقة عادة على استخدام الأدوية بالطريق غير الوعائي (فموي – أنفي – شرعي)
- قد يستخدم الطريق الحقني كخط علاج ثاني في حال استعمال الديهيدروارغوتامين (IM, IV, SC) والسوماتريبتان (SC)
- يجب أن يتم إعطاء الدواء أبكر ما يمكن منذ بدء ظهور الأعراض للحصول على فعالية عظمى ولكن التريبتان يجب ألا تعطى خلال طور الأورة خوفاً من مفاومة هذه الظاهرة
- في حال فشل المعالجة بالجرعة الأولى يمكن إعطاء جرعة ثانية بفترة متقاربة من أغلب الأدوية ولكن مع احترام الجرعة العظمى اليومية وخاصة بالنسبة للأدوية المسببة لتأثيرات جانبية خطيرة (مثل مشتقات فلويدات فطر الشيلم)

2- أثناء المعالجة الوقائية ما بين النوب :

- تتم هذه المعالجه حصراً بالطريق الفموي
- بشكل عام يجب ان تبدأ المعالجة بجرعات متزايدة حتى الوصول إلى أفضل توازن ممكن بين الفعالية والتحمل
- يكون الإعطاء بشكل عام يومي لكل الأدوية باستثناء الميثيل سرجيد والذي يستلزم نافذة علاجية من شهر إلى شهرين كل ست أشهر وذلك بهدف الحد من ظهور التأثيرات الجانبية (retroperitoneal fibrosis) وإجراء مراقبه بيولوجية للمريض. كل تغيير في سرعة التثفل او نسبة الكرياتينين في الدم يلزم الايقاف الفوري للدواء



حالات خاصة:

• الشقيقة عند الاطفال

- تعتبر الشقيقة ألم الراس الأساسي (الاولي) الاكثر تكراراً عند الاطفال ويتراوح معدل حدوثها من 5 – 10 %
- تختلف الاعراض السريرية عن تلك المشاهدة عند البالغين حيث تكون النوب أقصر بشكل عام والصداع ثنائي الجانب مع أعراض هضمية مهمة
- يعتمد التشخيص بشكل رئيسي على الوضع السريري وعلى تطبيق معايير المنظمة العالمية للآلام الراس للشقيقة المحتملة بدون أورة (نمط 6) (وجود كل المعايير التشخيصية باستثناء واحد منها)
- تبقى إمكانيات المعالجه محدودة حيث أن من مضادات استطباب معظم الأدوية استعمالها عند الاطفال (مثال: السوماتريبتان لا يستعمل تحت 12 سنة او تحت 18 سنة لمركبات التريبتان الأخرى)

معالجه نوبة الشقيقة عند الاطفال :

- الخيار الاول:- الباراسيتامول مهما كان عمر الطفل

- مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية:

- ايبوبروفين بجرعة 10 ملغ / كغ اعتباراً من عمر 6 اشهر

-ديكلوفيناك والنابروكسين اعتباراً من عمر 6 سنوات

- الخيار الثاني: يمكن اللجوء إلى السوماتريبتان بالطريق الأنفي عند الاطفال فوق 12 سنه كخط معالجه ثانية في حال فشل أدوية الخط الأول

المعالجه الوقائية ما بين نوب الشقيقة عند الأطفال:

- يجب أن تكون غير دوائية قبل كل شيء ، فقد بينت التجارب السريرية أن المعالجات السلوكية والادراكية وتقنيات الاسترخاء هي أكثر فعالية من حاصرات بيتا ولذلك فإن اللجوء إلى استعمال أدوية الوقاية لا يتم الا في حال فشل المعالجة غير الدوائية
- هناك القليل من التجارب السريرية لتقييم فعالية أدوية المعالجة الوقائية عند الأطفال ولذلك نلجأ عادة إلى الخطة العلاجية المستعملة عند البالغين مع الأخذ بعين الاعتبار مضادات الاستطباب المتعلقة بالعمر واستعمال أصغر جرعه ممكنه من الدواء

• الشقيقة عند المرأة الحامل

- الحمل هو مضاد استطباب لمعظم الأدوية المستعمله لعلاج الشقيقة مما يحد بشكل كبير الخيارات العلاجية
- الخيار الأول: الباراسيتامول هو الدواء المستعمل لمعالجة النوب الشقيقه أثناء الحمل نظراً لتحمله الجيد
- الخيار الثاني: في حال فشل الباراسيتامول يمكن استعمال مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية(ولكن ليس في الثلث الاخير من الحمل)
- المعالجه الوقائية بين النوب يجب أن تكون محدودة قدر الامكان ونادراً ما تكون ضرورية نظراً لتحسن الملحوظ للشقيقة خلال الحمل ويفضل اللجوء إلى الطرق غير الدوائية للمعالجة
- يبقى وصف حاصريبيتا ممكناً

• الصداع الناتج عن سوء استعمال الادوية

- قد يقود سوء استعمال أدوية الشقيقة خلال نوبة الشقيقة إلى ما يسمى صداع مزمن ناتج عن سوء الاستعمال الدوائي
- تعرف المنظمة العالمية للآلام الراس الصداع المزمن الناتج عن سوء الاستعمال الدوائي بأربع معايير تشخيصية:



- صداع مستمر لأكثر من 15 يوم في الشهر
- مترافق مع سوء استعمال دوائي منذ أكثر من ثلاثة أشهر لأدوية الشقيقة
- يتفاقم الصداع في حال زيادة استعمال الدواء
- تحسن المريض بعد إيقاف الدواء
- تعتمد معالجة هذا الصداع على إيقاف الدواء المسبب ولكن ليس هناك طريقه محددة لهذا الايقاف وينصح بإعطاء مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقة خلال فترة الايقاف علماً أن هذه الطريقة ليست مطبقة دائماً

نصائح لمريض الشقيقة:

هناك العديد من النصائح التي يجب أن يعطيها الصيدلاني إلى مريض الشقيقة لتدبير نوبة الشقيقة بالإضافة إلى النصائح المقدمة من قبل الطبيب:

- طرق علاجه غير دوائية للوقاية من نوب الشقيقة: وتتميز بفعاليتها وبالغياب شبه الكامل للتأثيرات الجانبية وتتضمن:
 - تجنب الظروف والعوامل المحرصة لنوبة الشقيقة
 - الانتباه للنظام الغذائي
 - الممارسة الدورية للرياضة
 - يعتبر الجانب النفسي مهم جداً بالنسبة لمريض الشقيقة والضغط النفسي (Stress) هو عامل يؤدي إلى مفاومة المرض ولذلك فان بعض التقنيات السلوكية يجب أن تقترح من أجل تجنب ظهور النوبة مثل الاسترخاء وال biofeedback، التنويم المغناطيسي، المعالجة المائية
- بعض الممارسات البسيطة التي تساهم بتدبير نوبة الشقيقة وتخفيف أو حتى إزالة الأعراض:
 - الراحة في السرير ضمن جو معتم وصامت
 - فترات من النوم القصير
 - ضغط الصدغ أو وضع ماء بارد على الوجه
- تتضمن النصائح أيضاً حسن استعمال الدواء ولذلك فإن الصيدلاني يجب أن ينبه المريض إلى:
 - ضرورة احترام الجرعات العظمى من الأدوية المستعملة في معالجة النوبة خاصة بالنسبة لمشتقات قلويدات فطر الشيلم والتريبتان
 - خطورة النعاس أو الدوار عند استعمال التريبتان، الاوكزيتورون، البيزوتيفين، الفلوناريزين، الاندورامين
 - خطورة ازدياد الوزن مع بعض الأدوية أو بالعكس نقصان الوزن مع التوبرامات
 - خطورة الصداع المزمن المتعلقة بسوء استخدام دواء النوبة مع كل الأدوية بشكل عام
 - ضرورة التخفيف التدريجي للجرعة الدوائية حتى توقف المعالجة طويلة الامد خاصة حاصرات بيتا والميتيل سرجيد (باستثناء حالة التأثيرات الجانبية الخطيرة)
 - وجود العديد من التداخلات الدوائية التي يجب تجنبها خاصة مع أدوية معالجة النوبة الشقيقة
 - تتضمن النصائح أيضاً طريقة أخذ الدواء: أخذ مشتقات قلويدات فطر الشيلم خلال الوجبة في حال المعالجة طويلة الامد من أجل الحد من الاضطرابات الهضمية.