

مقایسه اثرات درمانی سوماتریتان با آلکالوئیدهای ارگوت در فاز حاد

بیماری، در میگرن کلاسیک و معمولی

دکتر مهرداد مزده^۱، دکتر منصور نظری^۲

^۱نویسنده مسئول: استادیار بیماریهای مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی همدان Email:mehrdokhtmazdeh@yahoo.com

^۲استادیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی همدان

چکیده

زمینه و هدف: میگرن از انواع سر درد های مزمن و شایع می باشد و از درمانهای مهمی که برای بهبودی حمله حاد میگرن توصیه شده، سوماتریتان و آلکالوئیدهای ارگوت می باشد با توجه به عوارض آلکالوئیدهای ارگوت مانند تهوع، استفراغ و بی اشتها و انقباضات عروق محیطی و سر درد و محدودیت مصرف دارو و محدودیت سنی بیماران در استفاده از آن با مشکلاتی مواجه می شوند. از طرفی سوماتریتان به صورت رژیم تک دارویی مورد استفاده قرار می گیرند ولی آلکالوئیدهای ارگوت باید به همراه متوکلوپرامید جهت رفع تهوع ناشی از مصرف دارو و همچنین در فاز حاد سردرد میگرنی مورد استفاده قرار گیرد. لذا مطالعه حاضر به مقایسه اثر بخشی دو دسته دارویی پرداخته تا استفاده از آن در صورت اثر بخشی مثبت به نفع سوماتریتان توصیه شود.

روش کار: محدوده سنی بیماران ۲۰-۴۰ سال بود که طبق معیارهای IHS مبتلا به میگرن کلاسیک و معمولی بودند. به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. یک گروه (۳۶ نفر) با سوماتریتان و گروه دیگر (۳۹ نفر) با ترکیب داروی دی هیدروارگوتامین و متوکلوپرامید در فاز حاد بیماری تحت درمان قرار گرفتند، و اثر بخشی درمان به وسیله سه معیار شدت، طول مدت و فرکانس حملات مورد بررسی قرار گرفت. پس از درمان در دو گروه با استفاده از آزمون مجذور خی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: از لحاظ شدت حملات سردرد، طول مدت سردرد و فرکانس حملات پس از درمان تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت و نتیجه درمانی در هر دو گروه یکسان بود.

نتیجه گیری: از آنجا که تفاوت آماری معنی داری بین تأثیر دو دسته دارویی روی شدت حملات، طول مدت سر درد و فرکانس حملات در مبتلایان به میگرن کلاسیک و معمولی وجود ندارد میتوان از هر دو شیوه درمانی بهره گرفت اما با توجه به عوارض آلکالوئیدهای ارگوت مانند تهوع که لازم است به همراه متوکلوپرامید مصرف شود، انقباضات عروقی که ممکن است به گانگرن اندامها منتهی شود، ایجاد سر درد القایی و مجاز نبودن بیشتر از ۶ میلی گرم ارگوتامین در هفته و محدودیت سنی در مصرف آن، سوماتریتان به عنوان رژیم تک دارویی توصیه می شود.

واژه های کلیدی: سردرد، میگرن، آلکالوئیدهای ارگوت، سوماتریتان

پذیرش: ۸۷/۴/۲۵

دریافت: ۸۶/۳/۱۹

مقدمه

۲۵٪ موارد در دهه نخست، ۵۵٪ تا ۲۰ سالگی و بیشتر از ۹۰٪ موارد قبل از ۴۰ سالگی آغاز می گردند. اکثر مبتلایان (۹۰٪ موارد) دارای سابقه خانوادگی میگرن هستند. بعد از بلوغ میگرن در خانمها شایعتر است. قبل از بلوغ اندکی در پسر بچه ها شایعتر از دختر بچه ها

سردرد میگرنی هفتمین علت شایع مراجعه به پزشک می باشد و از انواع سردرد های مزمن به شمار می آید. شروع میگرن در اوایل زندگی است. حدود

می باشد. شیوع میگرن در خانم ها حدود ۲۰٪ و در آقایان حدود ۶٪ است. میگرن با سردرد یک طرفه ضربان دار متوسط تا شدید مشخص می شود، که در صورت عدم درمان چهار ساعت تا سه روز به طول می انجامد. حمله میگرنی می تواند با تهوع، حساسیت به نور (فتوفوبی) یا صدا (فونوفوبی) همراهی داشته باشد. استفراغ به ندرت وجود دارد [۲،۱].

میگرن بدون اورا (معمولی) به طور اپی زودیک رخ می دهد و با اختلال فوکال مغزی یا ساقه مغزی همراه نیست. اکثر بیماران یک فاز پروردرومال را تجربه می کنند که با تغییر در خلق یا سطح انرژی به صورت سرخوشی (euphoria) یا افسردگی مشخص می شود. خمیازه کشیدن، تشنگی یا افزایش میل به غذا ممکن است وجود داشته باشد. حمله میگرنی ممکن است بیمار را از خواب بیدار کند ولی معمولاً وقتی بیمار از خواب بیدار شود، درد شروع می شود. در این مرحله سردرد یک طرفه در ناحیه سوپرا ارییتال می باشد ولی ممکن است در تمام سر احساس شود. با مانور والسالوا، فعالیت و پائین آوردن سر، سر درد ضربان دارتر می شود و با رفتن به اتاق تاریک کمتر می شود. حساسیت به بو (اوسموفوبیا) و بی اشتیایی ممکن است به همراه سردرد میگرنی باشد که حتی از تهوع هم شایعتر است. تاری دید در تمامی انواع میگرن شایع است. در میگرن با اورا (میگرن کلاسیک) اختلال بینایی، حسی، موتور، اختلال تکلم یا علایم فوکال مغزی وجود دارد. میگرن با اورا حدود ۱۵٪ میگرنها را شامل می شود. اختلال بینایی شایعتر می باشد که به صورت هاله درخشان نور سفید یا رنگی در یک نیمه میدان بینایی رؤیت می شود. ممکن است به صورت خطوط زیگزاگ fortification spectrum، اسکوتوم منفی یا مثبت باشد. فوتوپسی نیز از جمله اختلالات بینایی در میگرن با اورا به شمار می آید [۲].

پاتوژنز میگرن هنوز به درستی شناخته نشده است. اتساع شریانهای اسکالپ جمجمه باعث افزایش جریان خون اسکالپ می شود مطالعات با گزنون رادیواکتیو نشان داده است که جریان خون مناطقی از کورتکس

طی میگرن با اورا کاهش می یابد. انقباض عروق مغزی در طی اورا و افزایش جریان خون کاروتید خارجی در طی فاز سر درد وجود دارد. در طی حمله میگرن، سروتونین پلاسما افزایش می یابد. سروتونین باعث انقباض شریانهای بزرگ و اتساع شریانچه هاومویرگها میشود و مهمترین نوروترانسمیتر در پاتوژنز میگرن است.

ارگوتامین و سوماترپیتان فعالیتهای TNC (trigeminal nucleus caudalis) را مهار می کنند که نقش مهمی در پایان دادن به حمله میگرنی دارند [۲]. عملکرد ترکیبات ارگوت پیچیده می باشد زیرا هم وازوکانستریکتور و هم وازودیلاتور هستند، تأثیر آنها به دوز مصرفی و تون فاز استراحت عروق هدف بستگی دارد. عروق کاروتید خارجی به وسیله ترکیبات ارگوت منقبض می شوند و شواهدی وجود ندارد که عروق کاروتید داخلی به همین صورت تحت تأثیر باشند. ترکیبات ارگوت از طریق تأثیرات آگونیستی روی گیرنده 5-HT در میگرن عمل می کنند. به خاطر سر درد ناشی از دارو، اگر بیشتر از ۶ میلی گرم در هفته ارگوتامین لازم شد، باید از ترکیبات دیگر استفاده کرد. در افراد بالای ۴۰ سال و در بیماری عروق محیطی و پر فشاری خون، ارگوتامین باید با احتیاط مصرف شود و در بیماری عروق کرونر و خانم های حامله مصرف ارگوتامین کنترااندیکه است. وقتی تهوع و استفراغ استفاده از داروهای خوراکی رامحدود سازد، دی هیدروارگوتامین تزریقی و اینترانازال کمک کننده است. وقتی سایر داروها غیر مؤثر باشند استفاده از دی هیدروارگوتامین تزریقی توصیه می شود. اگرچه تأثیر دی هیدروارگوتامین آهسته تر از سوماترپیتان است ولی بعد از ۲ ساعت تأثیر مشابهی دارد و همچنین سردرد عود کمتری در ۲۴ ساعت اول خواهد داشت. تهوع عارضه شایعی برای ترکیبات ارگوت است و توصیه می شود که در ترکیب با داروی ضد تهوع استفاده شود. لازم به ذکر است که دی هیدروارگوتامین به صورت قرص ۲/۵ میلی گرم موجود می باشد [۲،۱].

به کار برده شود. زیرا داروهای نظیر ارگوتامین C و کومپاند جهت شروع اثر باید قبل از شروع حمله سردرد مورد مصرف قرار گیرند، و اکثر بیماران قادر به دسترسی این قرص ها قبل از شروع سردرد نیستند. اما در رابطه با داروهای نظیر ¹DHE و سوماتریپتان در فاز شروع سردرد نیز می توان از نتایج درمانی آن بهره برد. از آنجا که هزینه تحمیل شده در طول دوره درمان دو گروه دارویی تریپتان و آلکالوئیدهای ارگوت متفاوت می باشد برخی از بیماران ترجیح می دهند که داروی ارزان تر را خریداری نمایند. مقایسه اثر بخشی دو دسته دارویی فوق، می تواند در تصمیم گیری نهایی برای شروع یکی از دو دسته دارویی در درمان میگرن کمک موثری کند.

روش کار

برای انجام مطالعه کلیه بیمارانی که معیارهای تشخیصی میگرن کلاسیک و معمولی طبق انجمن بین-المللی سر درد IHS² را دارا بودند و جهت درمان فاز حاد بیماری به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان مراجعه کرده بودند، انتخاب شده و در کارآزمایی بالینی تصادفی شده، وارد دو گروه درمانی مورد مطالعه شدند.

بیماران گروه سنی ۴۰-۲۰ سال انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند در یک گروه جهت کنترل حملات حاد بیماری از سوماتریپتان ۱۰۰ میلی گرم خوراکی تا دو نوبت و به فاصله دو ساعت استفاده شد، در گروه دوم از ترکیب قرص دی هیدرو ارگوتامین ۲/۵ میلی گرمی و متوکلوپرامید ۱۰ میلی گرمی تا دو نوبت و به فاصله دو ساعت استفاده شد. پس از ۶ - ۴ هفته اثر بخشی درمان ها به وسیله سه معیار شدت حملات، طول مدت حملات و فرکانس حملات بررسی شد. شدت حملات بر اساس visual analogue scale به سه دسته خفیف، متوسط و شدید تقسیم شد [۶]. به این صورت که یک خط کش از صفر تا

سوماتریپتان به طور اختصاصی روی گیرنده های 5-HT اثر می کنند. تحریک گیرنده های 5-HT_{1B} باعث انقباض عروق کرانیال و مهار آزاد سازی نوروپپتیدهای حسی از آورانه های تری ژمینال پری واسکولار می شود. سیستم اعصاب مرکزی به سوماتریپتان نسبتاً نفوذ ناپذیر است از این رو بیشترین عملکرد آن روی عروق خوراکی، اینترانازال و تزریق زیر جلدی استفاده می شود. هفت نوع تریپتان موجود است و تمام انواع آن، تأثیر مفیدی روی تهوع، فوتوفوبی و فونوفوبی دارند و باعث می شوند که بیمار به عملکرد طبیعی خود باز گردد [۵]. در ایران سوماتریپتان به صورت قرص ۱۰۰ میلی گرمی موجود است و تهیه آن راحت می باشد. در تعداد اندکی از بیماران با مصرف سوماتریپتان احساس ناخوشایند سنگینی یا فشار روی گردن و قفسه سینه ایجاد می شود. که به ندرت از چند دقیقه بیشتر می شود و با تغییرات ECG یا شواهد دیگری مبنی بر ایسکمی میوکارد همراهی ندارد. به هر حال به علت آن که سوماتریپتان در دیامتر شریان کرونر تغییراتی ایجاد می کند و باعث کاهش آن می شود باید در بیمارانی که ریسک فاکتورهای مهمی برای بیماری عروق کرونر دارند با احتیاط مصرف شود، و در بیماران با هر سابقه ای از بیماری عروق کرونر تجویز نشود. در بیماران با فشار خون بالای درمان نشده یا آنهایی که ترکیبات ارگوت مصرف می کنند و در طی حاملگی و شیر دهی و در میگرن بازیرلر یا همی پلژیک نباید سوماتریپتان تجویز شود. عوارض جانبی تمام تریپتانها مشابه سوماتریپتان می باشد. در صورت استفاده از سوماتریپتان استفاده از نوع دیگر تریپتان یا هر ترکیب ارگوتامین در طی ۲۴ ساعت بعدی ممنوع است. به علت تشدید عوارض جانبی احتمالی سوماتریپتان تجویز سوماتریپتان زیر جلدی در طی فاز اورا موثر نمی باشد.

در صورتی که سر درد در بیماران مبتلا به میگرن کلاسیک و معمولی شروع شده باشد جهت درمان بهتر است دی هیدروارگوتامین و یا دارویی از دسته تریپتان

1 Dihydroergotamin

2 International Headache Society

بیمارانی که سایر علل سردرد از جمله علل سیستمیک در آنها رد شده بود. ۶- بیمارانی که بیماری همراه دیگری نداشتند.

بیمارانی که تمایلی به ادامه همکاری نداشتند، بیمارانی که دچار عوارض جانبی داروها شدند و بیمارانی که دستورات پزشک را رعایت نکردند، از مطالعه خارج شدند.

یافته ها

در این مطالعه ۷۵ بیمار مبتلا به میگرن کلاسیک و معمولی که در فاز حاد بیماری به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان سینا همدان در سال ۱۳۸۵ مراجعه نمودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۲ بیمار ۱۶٪ مرد و ۶۳ بیمار ۸۴٪ زن بودند، و ۴۴ بیمار ۵۸/۷٪ مبتلا به میگرن کلاسیک و ۳۱ بیمار ۴۱/۳٪ مبتلا به میگرن معمولی بودند، و تمام بیماران در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۳۹ بیمار دی هیدروارگوتامین به همراه متوکلوپرامید (گروه یک) و ۳۶ بیمار داروی سوماتریپتان (گروه دو) دریافت کردند.

در گروه یک قبل از درمان شدت حملات سر درد در ۱۱ بیمار ۲۸/۲٪ در حد متوسط بود و ۲۸ بیمار ۷۱/۸٪ سر دردی در حد شدید داشتند و در گروه دو قبل از درمان شدت حملات سر درد در یک بیمار ۲/۸٪ متوسط بود و ۳۵ بیمار ۹۷/۲٪ سر دردی شدید داشتند.

در گروه یک قبل از درمان طول مدت سر درد در ۱۱ بیمار ۲۸/۲٪ کمتر از ۲۴ ساعت بود و ۲۸ بیمار ۷۱/۸٪ سر دردی بیشتر از ۲۴ ساعت داشتند، و در گروه دو قبل از درمان طول مدت سر درد در ۸ بیمار ۲۲/۲٪ کمتر از ۲۴ ساعت بود و ۲۸ بیمار ۷۷/۸٪ سر دردی بیشتر از ۲۴ ساعت داشتند.

در گروه یک قبل از درمان فرکانس حملات سر درد در ۲ بیمار ۵/۱٪ یک بار در ماه بود، در ۸ بیمار ۲۰/۵٪ ۳-۲ بار در ماه، در ۱۲ بیمار ۳۰/۸٪ ۸-۴ بار در ماه و در ۱۱ بیمار ۲۸/۲٪ ۱۶-۹ بار در ماه بود و

ده مدرج شد، صفر بدون درد و ده حداکثر شدت درد تعریف شد. بیماران قبل از ارزیابی با این خط کش آشنا شده و درد خود را به صورت عدد بیان می کردند. عدد صفر تا سه سر درد خفیف، عدد چهار تا هفت سر درد متوسط و عدد هشت تا ده به صورت سر درد شدید تعریف شد. طول مدت حملات به صورت کمتر از ۲۴ ساعت و بیشتر از ۲۴ ساعت مورد بررسی قرار گرفت. فرکانس حملات به صورت تعداد حملات در هفته و تعداد حملات در ماه ارزیابی شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود:

بیمارانی که ریسک فاکتور بیماری ایسکمیک قلبی نداشته باشند (هایپر لیپیدمی، هایپرتانسیون)

بیمارانی که حداقل یک ویژگی از سه ویژگی زیر را داشته باشند: بیمارانی که شدت سر درد آنان متوسط یا شدید باشد. بیمارانی که فرکانس حملات میگرن آنها بیشتر از ۳-۲ بار در ماه باشد. بیمارانی که طول مدت سر درد آنها بیشتر از ۲۴ ساعت باشد. بیمارانی که در طی ۲۴ ساعت قبل آلکالوئیدهای ارگوت و یا سوماتریپتان مصرف نکرده باشند. بیماران حامله و شیرده نباشند. بیمارانی که سایر علل سر درد از جمله علل سیستمیک در آنها رد شده باشد. بیمارانی که بیماری همراه دیگری نداشته باشند.

بیمارانی که تمایلی به ادامه همکاری نداشتند، بیمارانی که دچار عوارض جانبی داروها شدند و بیمارانی که دستورات پزشک را رعایت نکردند از مطالعه کنار گذاشته شدند.

در این مطالعه مجموعاً ۷۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. استخراج اطلاعات به روش ماشینی توسط نرم افزار آماری SPSS-10 انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر است:

۱- بیمارانی که ریسک فاکتور بیماری ایسکمیک قلبی نداشتند. ۲- بیمارانی که شدت سر درد آنها متوسط یا شدید بود یا فرکانس حملات سر درد آنها بیشتر از ۳-۲ بار در ماه بود یا طول مدت سر درد در آنها بیشتر از ۲۴ ساعت بود. ۳- بیمارانی که در طی ۲۴ ساعت قبل آلکالوئیدهای ارگوت یا سوماتریپتان مصرف نکرده بودند. ۴- بیمارانی که حامله یا شیرده نبودند. ۵-

شدت درد بیماران وجود داشت. اما این موضوع خطائی در آنالیز داده ها و نتایج به دست آمده ایجاد نمی کند زیرا شدت سر درد پس از درمان، مورد آنالیز قرار گرفت و به کاهش دردی که هر بیمار ذکر می کرد اعتماد شد. در مورد مقایسه تاثیر دو گروه دارویی روی شدت سردرد (P:%986) بر روی طول مدت سردرد (P:%813) و روی فرکانس حملات سردرد (P:%946) این نتیجه حاصل شد که تفاوت معنی داری در سطح ۵٪ بین دو شیوه درمانی وجود ندارد.

بحث

در اکثر مطالعات منتشر شده این نتیجه گزارش شده است که سوماتریپتان نسبت به آلکالوئیدهای ارگوت اثر بخشی بهتری در بیماران مبتلا به میگرن دارند.

۶ بیمار ۱۵/۴٪ حداقل ۱۷ بار در ماه دچار سر درد می شدند. در گروه دو قبل از درمان فرکانس حملات سر درد در یک بیمار ۲/۸٪ یک بار در ماه بود، در ۸ بیمار ۲۲/۲٪، ۳-۲ بار در ماه بود، در ۱۲ بیمار ۳۳/۳٪، ۸-۷ بار در ماه بود، در ۸ بیمار ۲۲/۲٪ ۱۶-۹ بار در ماه بود، و ۷ بیمار ۱۹/۴٪ حداقل ۱۷ بار در ماه دچار سر درد می شدند.

تجزیه و تحلیل داده های مطالعه با استفاده از آزمون χ^2 - square انجام شد. شدت حملات، طول مدت و فرکانس حملات سر درد در دو گروه پس از درمان مورد آنالیز قرار گرفت. توزیع فراوانی طول مدت و فرکانس حملات سر درد بیماران مورد مطالعه قبل از درمان در دو گروه تقریباً یکسان بود ولی توزیع فراوانی شدت سر درد بیماران مورد مطالعه قبل از درمان در دو گروه یکسان نبود و این به خاطر نسبی

جدول ۱. مقایسه شدت سردرد در بیماران مورد مطالعه پس از درمان

p=۰/۹۷۶ df=۲	سردرد شدید		سردرد متوسط		سردرد خفیف		بدون درد		شدت درد پس از درمان نوع دارو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	۱۲/۸	۵	۲/۶	۱	۳۵/۹	۱۴	۴۸/۷	۱۹	
	۱۱/۱	۴	۲/۸	۱	۳۳/۳	۱۲	۵۲/۸	۱۹	سوماتریپتان

با توجه به آزمون χ^2 تفاوت معنی داری بین دو دسته دارویی از نظر اثر بخشی روی شدت سردرد مشاهده نگردید. (P>0/05)

جدول ۲. مقایسه طول مدت سردرد در بیماران مورد مطالعه پس از درمان

p=۰/۸۱۳ df=۲	بیشتر از ۲۴ ساعت		کمتر از ۲۴ ساعت		بدون درد		طول مدت سردرد پس از درمان نوع دارو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	۱۲/۸	۵	۳۸/۵	۱۵	۴۸/۷	۱۹	
	۸/۳	۳	۳۸/۹	۱۴	۵۲/۸	۱۹	سوماتریپتان

با توجه به آزمون χ^2 تفاوت معنی داری بین دو دسته دارویی از نظر اثر بخشی روی طول مدت سردرد مشاهده نگردید. (P>0/05)

جدول ۳. مقایسه فرکانس حملات سردرد در بیماران مورد مطالعه پس از درمان

p=۰/۹۴۶ df=۴	۱۷ بار در ماه		۸-۴ بار در ماه		۳-۲ بار در ماه		یک بار در ماه		بدون درد		فرکانس حملات پس از درمان نوع دارو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	۲/۶	۱	۱۷/۹	۷	۷/۷	۳	۲۳/۱	۹	۴۸/۷	۱۹	
	۵/۶	۲	۱۶/۷	۶	۵/۶	۲	۱۹/۴	۷	۵۲/۸	۱۹	سوماتریپتان

با توجه به آزمون χ^2 تفاوت معنی داری بین دو دسته دارویی از نظر اثر بخشی روی فرکانس حملات سردرد مشاهده نگردید. (P>0/05)

بیماران قادر به دسترسی این قرص ها قبل از شروع سردرد نیستند. اما در رابطه با داروهای نظیر DHE و سوماتریپتان در فاز شروع سردرد نیز می توان از نتایج درمانی آن بهره برد.

نتیجه گیری

تأثیر دو دسته دارویی (تریپتانها و آلکالوئیدهای آرگوت) بر روی شدت و فرکانس و طول مدت سردرد در درمان فاز حاد بیماران مبتلا به میگرن کلاسیک و معمولی تفاوت آماری معنی داری ندارد.

پیشنهادات

بیمارانی که دی هیدروارگوتامین مصرف می کنند دچار تهوع و عارضه گوارشی می شوند که اغلب با مصرف قرص متوکلوپرامید همراه است، و همچنین محدودیت مصرف برای افراد بالای ۶۰ سال و نیز عارضه انقباضات عروقی که ممکن است به گانگرن اندام ها منتهی شود را دارا می باشد، از طرفی سردرد القایی ایجاد شده توسط آلکالوئیدهای آرگوت و اینکه بیشتر از ۶ میلی گرم ارگوتامین در هفته مجاز نمی باشد، برای بیماران در رابطه با مصرف دی هیدروارگوتامین مشکلاتی ایجاد نموده است، توصیه می شود که سوماتریپتان به عنوان رژیم تک دارویی استفاده شود. در ضمن پیشنهاد می شود که مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر انجام شود.

مطالعات محققان نشان داد که سوماتریپتانی خوراکی در درمان حمله حاد میگرنی نسبت به ارگوتامین C اثر بخشی بیشتری دارد [۷].

طی یک مطالعه ای منتشر شد که سوماتریپتان در حمله حاد میگرنی موثر تر از ارگوتامین C می باشد [۸].

محققان در تحقیقی اعلام کردند که هر چند آلکالوئیدهای آرگوت به عنوان درمان اختصاصی خط اول میگرن در دسترس می باشد ولی با ورود سوماتریپتان استفاده از آنها کمتر شده است و تأثیر ارگوتامین نسبت به ۱۰۰ میلی گرم سوماتریپتان کمتر می باشد [۹].

در بررسی دیگری نشان داده شد که دی هیدروارگوتامین به علت سردرد القاء شده (Drug induced headache) نباید روزانه استفاده شود و نسبت به سوماتریپتان اثر بخشی کمتری دارد [۱۰].

در مطالعه حاضر این نتیجه حاصل شد که اختلاف آماری معنی داری در تأثیر دو دسته دارویی فوق روی فرکانس حملات سردرد، طول مدت حملات و شدت حملات در فاز حاد مبتلایان به میگرن کلاسیک و معمولی وجود ندارد، لذا وقتی سردرد در بیماران مبتلا به میگرن کلاسیک و معمولی شروع شده باشد، بهتر است جهت درمان دی هیدروارگوتامین و یا دارویی از دسته سوماتریپتان به کار برده شود زیرا داروهای نظیر ارگوتامین C و کومپاند جهت شروع اثر باید قبل از شروع حملات سردرد مورد مصرف قرار گیرند، و اکثر

References

- 1- Michael J, Aminoff M, David A, Greenberg D, Roger P, Simon. Clinical Neurology. 6th ed: McGraw-Hill companies, united states of America, 2005; 85-92
- 2- Bradley W, Daroff R, Fenichel G, Jankvic J. Neurology in clinical practice.vol2, fourth edition, Butterworth Heinemann, Philadelphia, 2004: 2072-90.
- 3- Diener HC, McHarg A. Pharmacology and efficacy of eletriptan for the treatment of migraine attacks. Int J Clin Pract. 2000 Dec; 54(10): 670-4.
- 4- Farkkila M, Kallela M. Eletriptan review. Expert Opin Pharmacother. 2005 Apr; 6(4):625-30.
- 5- Evans R, Ninan T, Mathew N. Handbook of Headache. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000; p23-24.
- 6- Lisa M, Bonsall RN, William J. Professionals Handbook of drug therapy. Spring House, Pennsylvania, 2001; p29.

- 7- Diener HC, Jansen JP, Reches A, Pascual J, Pitei D, Steiner TJ. Efficacy, tolerability and safety of oral eletriptan and ergotamine plus caffeine (Cafergot) in the acute treatment of migraine: a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison. *Eur Neurol.* 2002; 47(2):99-107.
- 8- Zhang L, Hay JW. Cost-effectiveness analysis of rizatriptan and sumatriptan versus Cafergot in the acute treatment of migraine. *CNS Drugs.* 2005; 19(7):635-42.
- 9- Bigal ME, Tepper SJ. Ergotamine and dihydroergotamine: a review. *Curr Pain Headache Rep.* 2003 Feb; 7(1):55-62.
- 10- Tfelt-Hansen P. Ergotamine, dihydroergotamine: current uses and problems. *Curr Med Res Opin.* 2001; 17 Suppl 1:s30-4.