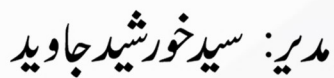


BULLETIN FEBRUARY 2023
ENGLISH & URDU



مدیر اعلیٰ: ڈاکٹر اختر فرید صدیقی

(MBBS, F.C.P.S - Psychiatry)

نگراں: ڈاکٹر سید مبین اختر (MBBS, (Diplomate of the American Board of Psychiatry & Neurology)

DR MUBIN AKHTAR HOSPITAL



مبین ہاوس منشیات ہسپتال

زیر نگرانی ڈاکٹر سید مبین اختر

نشہ چھوڑنا اہم ہے مگر نشہ چھوڑے رکھنا زیادہ اہمیت رکھتا ہے

مبین ہاوس پاکستان کا وہ واحد ادارہ ہے جہاں نشہ چھوڑنے کے ساتھ ساتھ نشہ چھوڑے رکھنے کی تربیت دی جاتی ہے، علاج کا بنیادی مقصد مریض کے اندر وہ مذہبی، نفسیاتی، اور سماجی تبدیلیاں پیدا کرنی ہیں جس کے ذریعے وہ نا صرف نشہ کو چھوڑ سکے بلکہ اپنی بقایا زندگی نشہ سے پاک رہ کر گزار سکے۔

- ☆ صرف ان مریضوں کو داخل کیا جاتا ہے جو منشیات چھوڑنے کے لئے رضامند ہوں۔
- (جو رضامند نہ ہوں ان کو نفسیاتی شعبے میں داخل کیا جاتا ہے)
- ☆ مریضوں کا علاج ڈاکٹر سید مبین اختر اور دوسرے ماہر معالجین کی نگرانی میں ہوتا ہے۔
- ☆ علاج کیلئے مستند ادویات کا استعمال ہے جس سے مریض کو نشہ چھوڑنے میں کوئی تکلیف نہیں اٹھانی پرتی ہے۔
- ☆ باقاعدہ طور پر دینی تعلیمات اور نماز کا اہتمام۔
- ☆ باقاعدہ مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو۔ (Psychotherapy)
- ☆ ہپنوسس (Hypnosis) کی مشق کرائی جاتی ہے تاکہ کسی وقت طلب ہو تو اس کو قابو کر سکیں۔
- ☆ مریض کی ذہنی و نفسیاتی تربیت جس کے ذریعے مریض کو آئندہ زندگی میں نشہ چھوڑے رکھنا ممکن ہو۔
- ☆ ہسپتال سے رخصت کے بعد بیرونی مریض کے طور پر ہفتہ وار مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو کا تسلسل۔
- ☆ ہسپتال سے رخصت کے بعد مریض کی دینی جماعت میں شمولیت، تاکہ ان لوگوں کی صحبت سے چھٹکارا مل سکے جو نشے میں مبتلا ہوتے ہیں۔
- ☆ باقاعدہ طور پر مریض کے گھر والوں سے رابطہ اور ان کے ساتھ مشاورت۔
- ☆ مریضوں کے لئے تفریح کا باقاعدہ انتظام۔
- ☆ وسیع صحن (LAWN) جہاں مریضوں کو کھیل کود کا انتظام ہے۔

﴿یہ وہ طریقہ کار ہے جو مبین ہاوس کو دوسرے سب منشیات کے اداروں سے مختلف بناتا ہے﴾

تحقیقی مضامین کا ماہانہ رسالہ کراچی نفسیاتی ہسپتال

تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض کے ترجمہ کے حوالے سے
جو ماہرین دلچسپی رکھتے ہیں

اور اچھے طریقے سے انگلش سے اردو ترجمہ کر سکتے ہیں



ہمیں اپنی ترجمے کی تجاویز ضرور بھیجیں۔





ڈاکٹر مبین اختر ہسپتال

صحت بڑی نعمت ہے۔

نفسیاتی / ذہنی امراض کو گھر والوں اور معاشرے پر بوجھ سمجھا جاتا ہے۔
انہیں دوبارہ اپنی زندگی میں واپس لانا صدقہ جاریہ ہے۔

ڈاکٹر سید مبین اختر کے علاوہ پاکستان کے
اعلیٰ سند یافتہ کئی ماہرین ہیں۔

اس کارِ خیر میں ڈاکٹر مبین اختر ہسپتال کا ساتھ دیں۔

ڈاکٹر سید مبین اختر ٹرسٹ میں جمع کروائیں۔



FOR DONATION

Title : SYED MUBIN AKHTAR / KAUSAR PARVEEN

Meezan Bank Ltd. Account # : 0131-0100002099

IBAN : PK95 MEZN 0001 3101 0000 2099

(4)



111-760-760



0344-2645552



kph.org.pk



www.kph.org.pk

فہرست مضامین

صفحات ماہانہ

صفحات سالانہ

:

63

5- ہسپتال میں نفسیاتی مریضوں کے لئے ہنگامی طرز کی منصوبہ بندی اور نفسیاتی صحت کی فراہمی میں تسلسل کی عدم موجودگی

(HOSPITAL-BASED PSYCHIATRIC EMERGENCY PROGRAMS: THE MISSING LINK FOR MENTAL HEALTH SYSTEMS)

74

16- سردرد (Migraine) کی تشخیص اور علاج کے دس اقدامات

(DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF MIGRAINE IN TEN STEPS)

132

74- معاشرے کے رہنماؤں کا حال

.....☆☆☆☆☆☆.....

ہسپتال میں نفسیاتی مریضوں کے لئے ہنگامی طرز کی منصوبہ بندی اور نفسیاتی صحت کی فراہمی میں تسلسل کی عدم موجودگی

سائیکاٹرسٹ ٹائمز

Scott Zeller, MD

Link: <https://www.psychiatrictimes.com/view/hospital-based-psychiatric-emergency-programs-missing-link-mental-health-systems>

منصوبہ برائے علاقائی ادارے جن میں ہنگامی علاج کے لیے سہولیات میسر نہیں ہے۔

☆ وہ مریض جو مشتعل اور پر تشدد ہیں۔

☆ ایسے مریض جو پہلے تشدد اور جارحیت کا ارتکاب کر چکے ہوں۔

☆ ایسے مریض جن میں علامات شدید ہوں جیسے کہ Psychosis یا خراج کو قابو رکھنے کا فقدان۔

☆ ایسے مریض جن کو خودکشی کے خیالات آتے ہوں یا پھر موجودہ حالات میں خودکشی کی کوشش کر چکے ہوں۔

☆ مریض جو نشہ کرتے ہوں یا شراب کا استعمال کرتے ہیں۔

☆ وہ مریض جن میں نشہ یا شراب کے چھوڑنے کے بعد علامات ہوں۔

ملک بھر میں ذہنی مریض کو چند گھنٹوں یا دنوں کے لیے ہنگامی وارڈ میں داخلے کا مسئلہ گھمبیر ہوتا جا رہا ہے۔ عموماً جب معالج یہ تعین کر لیتا ہے کہ مریض مزید ذہنی علاج کی ضرورت ہے تو واحد چارہ یہ ہی ہوتا ہے کہ مریض کو نفسیاتی ہسپتال میں داخل کر دیا جائے۔

بد قسمتی سے کچھ ہی علاقوں میں ہنگامی طور پر نفسیاتی مریضوں کے لیے داخلے کی سہولت ہوتی ہے۔ خاص طور پر پچھلے دس سال پہلے سے بھی امریکہ میں طرز عمل کے واقعات اور اس کے نتیجے میں (ED) ہنگامی شعبے میں داخل ہونے والوں کی تعداد پر

آٹھ مریضوں میں سے ایک کی ضرورت ہے۔ جس کے نتیجے میں ہنگامی شعبے میں مریض ایک کمرے تک محدود ہو جاتا ہے جس کی نگرانی کے لیے محافظ موجود ہوتا ہے یا پھر ہسپتال میں کہیں بندھا ہوا ہوتا ہے اور داخلے کے انتظار میں ہوتا ہے۔ اکثر ہنگامی شعبے میں داخل مریضوں کو بہت کم یا کوئی نفسیاتی علاج میسر نہیں ہوتا ہے۔ تاہم سکون دینے والی ادویات دے دی جاتی ہیں۔ افسوس کے ساتھ ستم ظریفی یہ ہے شدید نفسیاتی مریضوں کو موجودہ ذہنی صحت کے اداروں میں شاز و نادر ہی علاج مہیا کیا جاتا ہے۔

خوش قسمتی سے ہمارے پاس تصدیق شدہ حل موجود ہے جو اس جلد کو پُر کر سکتا ہے۔ یہ بروقت، ہمدردانہ، تکلیف سے واقفیت رکھنے والے افراد پر مشتمل ہو سکتا ہے۔ یہ منصوبے کم خرچوں پر چلائے جاسکتے ہیں۔ اس میں ایسے علاج بھی موجود ہیں جس میں علاج کے ذریعے بہتری کے مثبت امکانات ہیں۔ اس منصوبے کے ذریعے ذہنی صحت کے موجودہ نظام پر خرچ ہونے والے اربوں ڈالر کی بچت ہو سکتی ہے۔ اس طریقہ کار میں ہسپتال کے ہنگامی شعبے (ED) میں مریض کی نفسیاتی صحت کو بحال کیا جاسکتا ہے۔ اس طرح داخل مریض کے خرچے میں نمایاں کمی کی جاسکتی ہے۔

جن ہسپتال میں ہنگامی طور پر شدید نفسیاتی مریضوں کا علاج کیا جاتا ہے۔ وہ (PES,s) ہنگامی بنیادوں پر شدید نفسیاتی مریض کے لیے علاج کی سہولتی ادارے بھی کہلاتے ہیں۔ اس کے علاوہ CPEP، CDU اور Empath Units کی سہولتیں بھی موجود ہیں۔ ان مندرجہ بالا اداروں کے اقدامات کے نتیجے میں 24 گھنٹے کے اندر شدید نفسیاتی مریض میں 75% بہتری آ جاتی ہے۔ اس طرح کے شعبے نفسیاتی علامات کو جلد ہی کم کرنے میں کامیاب ہو جاتے ہیں۔ یہ طریقہ کار روایتی علاج سے کہیں زیادہ بہتر ہے۔

یہ مضمون تین حصوں کا سلسلہ ہے جس میں ہسپتال میں ہنگامی شعبے کے طریقہ علاج اور علاقائی ادارے، شدید نفسیاتی علامات کے ساتھ مریضوں کے علاج میں فرق بتائیں گے یعنی دیکھا جائے گا کہ یہ طریقہ کار داخل مریضوں کی سہولیات اور علاقائی ذہنی صحت کے اداروں کے درمیان کا خلا کیسے پُر کر سکتا ہے۔ دوسرے حصے میں ہم جدید ہنگامی مدد کے طریقہ کار کا متاثر کن نتائج سے موازنہ کریں گے اور آخری حصے میں ہسپتالوں کے نفسیاتی ہنگامی شعبوں میں خرچے کے واپسی کے پیچیدہ نظام پر نظر ڈالیں گے ایسی تجاویز دی جائیں گی جو کہ ان مسائل کو حل کر سکیں۔

نفسیاتی ایمرجنسی ہسپتال اور سانچے کو نمٹنے کے لیے مقامی اداروں کا فرق

سانچے سے نمٹنے کے لیے بنائے گئے مقامی اداروں میں تیزی سے اضافہ ہو رہا ہے۔ یہ ذہنی امراض کے ادارے افراد کے رویوں میں بگاڑ کی نشاندہی کرتے ہیں جو کہ ذہنی صحت کے حوالے سے نہایت اہم ہیں۔ ان کی مرکزی توجہ صحتیابی اور بہتری کی طرف ہوتی ہے۔ یہ ادارے افراد کو کئی مشکل حالات جیسے ذہنی دباؤ اور دائمی ذہنی بیماری کو مزید بگڑنے سے بچاؤ میں مدد کرتے ہیں۔ ان اداروں میں کوئی بھی فرد کسی وقت بھی آ سکتا ہے۔ ان میں کسی سانچے میں رکاوٹ یا اس سے بگڑتے ہوئی صورتحال پر کنٹرول کرنا، مقامی سطح پر قدرے کم شدت کی علامات کا علاج کرنے میں ان اداروں کا اہم کردار ہے۔ یہ ادارے ہسپتال سے دور بنائے جاتے ہیں۔ یہ زیادہ تر ذہنی صحت کے اداروں اور ذہنی صحت کی سہولیات فراہم کرنے والے اداروں کے قریب واقع ہوتے ہیں۔

ان اداروں میں عموماً ماہر نفسیات اور ماہر سماجی مسائل موجود ہوتے ہیں جو لوگوں کی تربیت اور مشاورت کرتے ہیں اس کے ساتھ ہی محفوظ اور حوصلہ افزائی کا ماحول دیتے ہیں۔ ماہر ذہنی امراض اور ذہنی صحت کی تربیت والی معاون معالجین بھی کبھی موجود ہو سکتے ہیں لیکن وہ محدود وقت کے لیے میسر ہوتے ہیں۔

ان اداروں میں زیادہ تر مریض اپنی مرضی سے آتے ہیں یا پھر پولیس والے لاتے ہیں۔ ہر مریض کا مکمل ذہنی اور معاشرتی بگاڑ کی تفصیلی معلومات حاصل کی جاتی ہے اور پھر کسی متعلقہ ماہرین کے پاس رجوع کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ کچھ ادارے رات بھر یہ سہولیات دیتے ہیں۔

حالانکہ یہ ادارے اپنی افادیت رکھتے ہیں لیکن ان کے پاس خطرناک اور شدت علامات والے مریضوں کے لیے تیار نہیں ہوتے۔ ان اداروں میں شدید جارحانہ مریض، اپنے آپ کو نقصان پہنچانے والے، غیر اختیاری رویوں اور نشہ کے ساتھ ذہنی بیمار مریضوں کے لیے سہولیات نہیں ہوتیں۔ ایسے افراد جو کہ ذہنی طور پر بیمار ہوں یا ان میں کچھ علامات موجود

ہوں، ان کو ہسپتال کے ہنگامی ذہنی شعبے (ED) میں بھیج دیا جاتا ہے یا پھر پولیس ان کو عام ہسپتال میں ہنگامی طور پر لے جاتی ہے۔ کئی اداروں میں شدید بیمار مریضوں کے لیے تشخیص معیار موجود ہوتا ہے جو کہ واضح طور پر ہسپتال کے ہنگامی شعبے یا 911 پر رابطہ کرنے کا فیصلہ کرتا ہے۔

یہ نکتہ اہم ہے کہ تشدد اور خودکشی والے مریضوں کو مقامی صحت کے اداروں میں نہیں بھیجا جاتا، چنانچہ وہ ہسپتال میں پہنچ جاتے ہیں۔ یہ ادارے کسی بحران سے نمٹنے کے لیے عمدہ کردار ادا کرتے ہیں، لیکن ان کا اثر پر تشدد مریضوں پر کوئی خاص نہیں ہے۔ اس کی مثال ایسی ہے جیسے کہ پر تشدد اور خطرناک مریضوں کو معالج کے کلینک میں لایا جائے یا پھر دل کے دورے پڑنے والے یا خطرناک حادثے میں مبتلا مریضوں کو کلینک بھیج دیا جائے۔

بعض ذہنی بحران میں مبتلا افراد کے لیے مفید ہیں۔ لیکن بلا ارادہ غیر حقیقی توقعات کی اُمید کرنے لگتے ہیں۔ مقامی اور صوبائی ذہنی صحت کو چلانے والے افراد بلا تصدیق فرض کر لیتے ہیں کہ ان اداروں کی وجہ سے ذہنی بیمار مریضوں کو ہسپتال کے ہنگامی شعبے میں داخلے میں کمی ہو سکتی ہے اور وہ سمجھتے ہیں کہ یہ ادارے ہسپتال پر بوجھ کم کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ حالانکہ یہ تصور اداروں کے لیے صحیح نہیں ہے۔ افسوس کے ساتھ یہ اندازہ لگانے میں ناکام ہو جاتے ہیں کہ شدید، خطرناک اور غیر متوقع جارحیت والے مریضوں کو ہنگامی شعبے میں فوری علاج کی سخت ضرورت ہوتی ہے۔

ان حالات میں ہسپتال میں ذہنی صحت کے ہنگامی شعبے کی ضرورت واضح ہو جاتی ہے۔ یہ ہنگامی شعبے شدید اور جان کو خطرے میں ڈالے مریضوں کے لحاظ سے بنائی جاتی ہے۔ ایسے ہسپتال میں صحتی اداروں کے مقابلے میں کہیں زیادہ مریضوں کا علاج ہوتا ہے لیکن جیسا کہ عام طور پر شدید نفسیاتی مریضوں کو داخل کر کے وارڈ بھیج دیا جائے۔ اس کے بجائے ذہنی صحت کے ہنگامی شعبے میں فوری تشخیص کے بعد جلدی علاج شروع کر دیا جاتا ہے۔ ان کا مقصد مریضوں کو فوری طور پر سکون کر دیتا ہے۔ یہ صورتحال بہتر ہونے کے بعد ان کو گھر بھیج دیا جاتا ہے یا پھر ہلکی پابندی پر مبنی اداروں کے طرف بھیج دیا جاتا ہے۔ یہ سہولت شہر اور گاؤں میں موجود ہے۔ یہ طریقہ کار کافی موثر ہے۔ جن ہسپتال میں ذہنی صحت کے ہنگامی شعبے موجود ہیں۔ ان میں عموماً 70% سے 80% کامیابی سے مستحکم ہو جاتے ہیں۔ جس کی وجہ سے وہ گھر جاسکتے ہیں اور ان کو 24 گھنٹے کے مدت میں بیرونی مریض کی حیثیت سے ماہر ذہنی امراض کو دکھانے کی ہدایت دی جاتی ہے۔

نفسیاتی مریضوں کو عام ہسپتال کے ہنگامی شعبے میں لانے کے بجائے ان ہسپتالوں میں جانا بہتر ہے جہاں ذہنی صحت کے لیے الگ ہنگامی شعبہ موجود ہو۔ عام ہسپتال کے ہنگامی شعبے میں یہ نہیں ہوگا کہ دے کے مریض کو دے کے شعبے میں بھیج دیا جائے بلکہ اس کے سانس کے بحال ہونے تک اس کو ہنگامی شعبے میں رکھا جائے گا۔ اسی طرح ذہنی بیمار مریضوں میں شدید علامت والے افراد کو بھی ذہنی ہنگامی شعبے میں رہ کر ان کی حالت بحال کرنی چاہیے۔

ہسپتال میں موجود ذہنی ہنگامی شعبہ کا مقصد فوری طور پر طبیعت بحال کرنے کی سہولت ہوتی ہے۔ یہ امریکہ کے ایک قانون (EMTALA) کے عین مطابق ہے۔ جس میں نفسیاتی بیماریوں کی فوری طور پر نشاندہی کی جائے اور ان کے علامات میں بہتری لائی جائے۔ حقیقت یہ ہے کہ ذہنی صحت کے ادارے اور نفسیاتی ہنگامی شعبے ایک دوسرے کے تعاون سے مریضوں کے ٹھیک ہونے کے امکانات زیادہ ہیں۔

ایک رائے یہ بھی ہے کہ ہسپتال ہنگامی طور پر مریض کا علاج کریں جبکہ ذہنی صحت کے ادارے مریض کی تندرستی اور صحتیابی پر توجہ دے۔ لیکن اس طریقہ کار کی اس وقت ضرورت نہیں رہتی جبکہ ہسپتالوں میں ذہنی صحت کا ایک ہنگامی شعبہ موجود ہو۔ کئی نفسیاتی ہنگامی شعبوں میں ایک نیا طریقہ کار EMPATH کے نام سے کام کر رہا ہے۔ یہ مریض کی بہتری اور صحتمندی لانے کے مقصد کے ساتھ طبی علاج کو ملا کہ ایک جگہ مہیا کرتا ہے۔ تاکہ دونوں مختلف طریقہ کار کی افادیت حاصل ہو۔ اس نتیجے میں ذہنی مریض کو ہمدردانہ، پرسکون اور گھر سے ملتا جلتا ماحول ملتا ہے اور ساتھ میں اس کا فوری علاج کر کے معاملات بہتر کیے جاسکتے ہیں۔ یہ تصور بغیر کسی رکاوٹ کے علاج میں تسلسل کو ممکن بنا سکتا ہے۔ جس میں ذہنی صحت کے اداروں کا آپس میں تعاون ہو۔

یہ بات واضح ہے کہ جو مریض شدید ذہنی مرض کی علامات میں مبتلا ہو، اس کو بروقت ذہنی علاج کا علاج میسر ہو۔ اس صحتی نظام میں دونوں مقامی صحتی ادارے اور ہسپتال کے ذہنی صحت کے ہنگامی شعبوں میں ساتھ مل کر کام کرنے کی اہمیت ہو۔



HOSPITAL-BASED PSYCHIATRIC EMERGENCY PROGRAMS: THE MISSING LINK FOR MENTAL HEALTH SYSTEMS

By Scott Zeller, MD

Psychiatric Times

Link: <https://www.psychiatrictimes.com/view/hospital-based-psychiatric-emergency-programs-missing-link-mental-health-systems>

TABLE. Common exclusion criteria for community crisis centers

- Patients who are currently agitated/aggressive
- Patients with history of violence/ aggression
- Patients with profound symptoms of psychosis/disorganization
- Patients with severe suicidal ideation or a serious suicide attempt in the current episode
- Patients with active substance/ alcohol intoxication
- Patients in active substance/ alcohol withdrawal
- Patients on involuntary status Patients with active criminal charges Patients with glucose abnormalities/need for insulin

Boarding of psychiatric patients in medical emergency departments (EDs) for hours or even days is a serious issue plaguing hospitals across the country. Typically, the emergency physician has determined that the patient needs further psychiatric care. However, the sole option available is usually admission to an inpatient psychiatric facility.

Unfortunately, few regions have enough inpatient psychiatric beds to meet the needs of a system predicated on admitting the majority of ED patients, especially since, in the past decade, behavioral health patients have risen to become one in every eight cases in EDs in the US.¹ As a result, psychiatric patients can end up confined indefinitely in small ED quarters with a sitter or

security guard, or restrained to a gurney in a back hallway, while they await admission. Many of these boarded patients receive little or no psychiatric treatment beyond sedation. Thus, sadly, the most highly acute patients in a mental health system are often ironically the most underserved.

Fortunately, we now have an evidence-based solution that can fill this glaring gap in the psychiatric care continuum: hospital-based psychiatric EDs. These timely, compassionate, trauma-informed, and cost-effective programs have the potential to not only dramatically improve treatment options, but also save behavioral health systems millions of dollars annually by stabilizing patients in the emergency setting, and thus avoiding costly inpatient admissions.

Hospital-based psychiatric EDs are also known as Psychiatric Emergency Services (PESs), Comprehensive Psychiatric Emergency Programs (CPEPs), Clinical Decision Units (CDUs) or, more recently, EmPATH Units (Emergency Psychiatry Assessment, Treatment and Healing Units). Psychiatric EDs have been shown to stabilize over 75% of high-acuity psychiatric outpatients within 24 hours.² These units provide far faster relief from distressing mental health symptoms than traditional treatment pathways while preserving inpatient psychiatric beds for patients who truly have no alternative.

This article, the first of a three-part series, describes how hospital-based psychiatric EDs differ from community-based crisis centers. Also explored is how these centers can serve as the missing link in comprehensive behavioral health systems while complementing both inpatient and community services. The second installment will highlight innovative psychiatric ED programs around the nation and their impressive outcomes and metrics. And in the final

installment, the perplexing reimbursement issues facing psychiatric EDs will be discussed with strategies to overcome them suggested.

Differentiating hospital-based psychiatric EDs from community crisis centers

Community-based crisis centers have burgeoned in recent years and have been a valuable addition to the spectrum of behavioral health services. Typically basing their approach on a Wellness and Recovery model, they can help many people through difficult life events, stressful situations, and decompensations of chronic psychiatric illnesses. Also known as drop-in or walk-in services, crisis intervention or diversion, community subacute crisis stabilization units, and psychiatric urgent care, these welcoming facilities are typically located away from hospitals-often near public services and mental health clinics.

Community crisis centers are most commonly staffed by therapists and social workers trained to counsel individuals while providing a safe and supportive environment. Psychiatrists or psychiatric nurse practitioners may also be available, though their hours are usually limited.

Most community crisis center patients self-present or are escorted voluntarily to the clinic by case managers, mobile crisis personnel, or police officers. Each patient typically receives a thorough psychosocial assessment and referrals to follow-up care. Some clinics also provide overnight crisis stabilization services. Yet while community-based programs provide many benefits, they are usually not equipped to care for patients with serious or dangerous psychiatric

conditions. These centers commonly have a long list of exclusion criteria such as acute aggression, danger to self, involuntary status, or comorbid substance abuse disorders (Table). Both current and prospective patients who display these criteria are typically directed to hospital EDs or transported there by law enforcement or emergency medical services; indeed, many centers have required treatment algorithms for high-acuity patients that clearly end in "send to hospital emergency department or call 911."

It is worth noting that these types of patients who would be excluded from community crisis centers likely make up a large percentage of the high-acuity individuals who end up boarding in EDs awaiting inpatient care. So, while community crisis centers can do fantastic work, they might have a negligible effect on ED utilization involving patients with high-acuity psychiatric conditions. In fact, expecting these organizations to handle the most acute psychiatric patients would be like expecting a private doctor's office to treat heart attacks and severe car accidents.

Through no fault of their own, some community crisis centers have become victims of unrealistic expectations. State and county behavioral health leaders might assume that by creating these centers they will dramatically reduce the number of psychiatric patients presenting to EDs-and therefore put a dent in ED boarding. This is not only unfair to the centers, it also sadly underestimates how serious, debilitating, life-threatening, and unpredictable the emergency symptoms of severe mental illness can be, and how these require an elevated level of care.

This is where hospital-based psychiatric EDs fit in. Because emergency

psychiatry programs are designed to work with highly acute individuals, they can typically accept the lion's share of patients who would be excluded from community crisis centers. But rather than board patients for admission as would traditional medical EDs, hospital-based psychiatric EDs quickly assess and initiate prompt treatment, with a goal of stabilization in the emergency setting, and discharge to home or other less-restrictive levels of care rather than inpatient admission. And indeed, across many different locations and care models-rural and urban, academic and municipal-psychiatric EDs have proved very effective. The great majority of psychiatric ED patients in programs around the country, typically 70% to 80% or even higher, successfully stabilize and return home or to outpatient dispositions in less than 24 hours.³

Treating high-acuity patients in psychiatric EDs rather than boarding them in general EDs just makes sense. Psychiatric cases are the only class of patients seen in EDs for whom the default treatment plan has traditionally been inpatient admission. An ED would not, for example, hold a patient having an asthma attack for transfer to an "inpatient asthma bed"; instead, they would treat the patient's breathing difficulties as soon as possible. Psychiatric emergency patients are also experiencing urgent distress and deserve that same rapid approach.

Initiating prompt emergency care is exactly what the psychiatric EDs do. This is also completely consistent with the federal Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) governing hospitals that considers high-acuity psychiatric emergencies to be equivalent legally to medical emergencies,

deserving the same immediate attempts to evaluate and stabilize. Meanwhile, patients who may benefit most from community crisis centers might be unlikely to require the high-acuity approach of the emergency psychiatry sites and would perhaps be reluctant to go to hospital EDs in the first place-so these programs can optimally work together in an almost completely complementary way, which would rarely be redundant.

One historic distinction has been the idea that hospitals use the medical model while community crisis centers are more wellness and recovery focused, but this does not have to be the case when a hospital-based psychiatric emergency program is part of the system. Many psychiatric EDs-particularly newer designs like EmPATH Units-blend the wellness and recovery model with the medical model, hoping to bring the best of both approaches, where appropriate, to the unique challenges of high-acuity patients. The result is a supportive, calming, and homelike environment where patients can also receive the specialized medical attention and intervention needed. There is thus potential for a seamless continuity of care philosophy connecting hospital-based psychiatric EDs and community crisis clinics.

It is clear that to provide every patient experiencing acute psychiatric symptoms with timely, individualized, and an appropriate level of care, and to minimize ED boarding, mental health systems should endeavor to support both community crisis centers and hospital-based psychiatric EDs.



سر درد (Migraine) کی تشخیص اور علاج کے دس اقدامات

Link: <https://www.nature.com/articles/s41582-021-00509-5>

ANNA K. EIGENBRODT AND COLLEAGUES

Nature Reviews Neurology

شدید سر درد (Migraine) جو کسی اور بیماری کی وجہ سے نہیں ہو رہے ہوں (Primary) اور مریضوں کو کسی کام کے قابل نہ چھوڑے۔ یہ بیماری اگر ایک سال تک یا اس سے زیادہ موجود رہے۔ چنانچہ آبادی کی 15% فیصد اس بیماری میں مبتلا ہے۔ Global Burden Of Disease Study کی تحقیق کے مطابق Migraine Disease دنیا کی دوسری بڑی اعصابی بیماری ہے۔ اس کی وجہ سے انسان کے کام کرنے کی اہلیت کم یا رُک جاتی ہے۔ یہ علامات تمام اعصابی بیماریوں کے منفی اثرات کو ملا کر بھی یہ سب سے زیادہ موجود ہے۔

Migraine سر میں بار بار درد کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ دوسری علامات بھی ہوتی ہیں۔ تقریباً ایک تہائی Migraine میں مبتلا ہونے والے افراد کا سر درد کبھی یا ہر دفعہ کسی اعصابی نظام میں عارضی مسئلے کے واقع ہونے سے فوراً پہلے یا پھر ساتھ میں ہوتی ہیں۔ اس کو AURA بھی کہتے ہیں۔ جو کہ ایک مختلف قسم کے احساس کی طرح ہوتا ہے۔ کچھ لوگوں میں اس کے شدید سر درد، دائمی سر درد میں بدل جاتے ہیں، جس کی وجہ سے یہ شدید درد بار بار ہونے لگتے ہیں۔ زیادہ تر یہ خیال کیا جاتا کہ شدید سر درد کی شروعات، دماغ کے (Peripheral) یعنی بیرونی حصے میں کسی وجہ سے اور Central Activation یعنی دماغ کے مرکزی حصے کے متحرک ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ بھی ہو سکتی ہے کہ یہ Triegminovascular نظام میں کسی قسم کا اثر ڈالتا ہے۔

شدید سر درد کے لیے دونوں عارضی اور لمبے عرصے کی دوائیاں موجود ہیں۔ اس کے علاوہ اور بھی کئی علاج میسر ہیں۔ باوجود یہ کہ ہمارے پاس علاج کے کئی طریقے موجود ہیں، لیکن نتیجہ تسلی بخش نہیں ہے۔ غلط تشخیص اور علاج کی فراہمی نہ ہونا ایک اہم عوامی صحت کے لیے لمحہ فکر یہ ہے۔ یورپ میں تحقیق سے پتہ چلا کہ شدید سر درد میں صرف 14-2% پہلے سے بچاؤ کے لیے دوائیاں دی گئیں۔ یہ خبر آنے والے خطرے کی نشاندہی کرتا ہے۔ اس کے لیے ایک جامع طریقہ کار کی ضرورت ہے جو کہ تحقیق پر مبنی ہو۔

شدید سردرد (Migraine) کے لیے ہم دس اقدامات وضع کیے گئے ہیں جو کہ تمام ماہرین کے باہم اتفاق سے بنائے گئے ہیں۔ ان اقدامات کو مرتب کرنے کے لیے DHS (Danish Headache Society) اور EHE یعنی (European Headache Federation of Neurology) شامل ہیں۔ ان اقدامات کا مقصد یہ ہے کہ عمومی معالج (General Practitioner) کو معلومات، تشخیص کرنے کا طریقہ اور اس علاج کو برقرار رکھنے کا قوت فیصلہ کرنے میں فراہم کی جائیں۔ جس میں اعصابی اور سردرد کے ماہرین شامل ہیں۔

طریقہ کار: DHS اور ان کی نمائندگی کرنے والے اداروں نے شدید سردرد کے مریضوں کی تشخیص اور علاج کے لیے (European Consensus Statement) یعنی یورپ میں سردرد کے تشخیص اور علاج کے سلسلے میں اتفاق رائے سے ایک بیان جاری کیا ہے۔ اس بیان میں تشخیص اور علاج کے لیے دس ضروری اقدامات بتائے گئے ہیں۔ ہر ایک قدم (Steps) کے لیے مختلف تحقیقات کا جائزہ لے کر اپریل 2021 میں بنائے گئیں یہ معلومات PUBMED سے لی گئی تھیں۔ ہم نے کمپیوٹر میں شدید سردرد (Migraine) کے ساتھ "علاج"، "تشخیص"، "مشاورت" (Therapy)، "نتائج" علاج کرنے کے بعد صحت مند ہونے کا امکان "جیسی اصطلاحات کمپیوٹر میں درج کیں۔ ہم نے انگریزی کے علاوہ دوسری زبانوں کی تحقیقات کو شامل نہیں کیا، ایسی بھی تحریریں شامل کیں جو کہ Migraine کے متعلق مفید معلومات فراہم کر رہے تھے۔ یہ سارا مواد اکٹھا کرنے کا مقصد یہ تھا کہ یہ معلومات عمومی معالجین (General Practitioners)، اعصابی معالجین (Neurologists) اور سردرد کے ماہرین تک رسائی ممکن ہو سکے۔

اقدام نمبر 1: شدید سردرد کی تشخیص کب کی جائے۔

ICD-3 میں سردرد کا مرض تین مختلف حصوں میں بٹا ہوا ہے۔

(1) شدید سردرد بغیر "احساس" (Migraine without Aura)

(2) شدید سردرد کے ساتھ احساس کی موجودگی (Migraine w / Aura)

(3) دائمی شدید سردرد (Chronic Migraine)

یہ مندرجہ بالا علامات شدید سردرد کی تشخیص کے لیے ضروری ہیں۔

شدید درد بغیر حساسیت (Migraine without Aura)

سر درد کی موجودگی 4 سے 72 گھنٹے تک رہ سکتی ہے۔ عمومی طور پر اس کی علامات یہ ہیں کہ سر کے ایک طرف درد ہونا، درد کا آنا اور جانا محسوس ہونا (Pulsating Quality) درد کی درمیانی سے لے کر شدت سے ہونا اور روزانہ کے معاملات کو انجام دینے میں مشکلات کا سامنا کرنا ہے۔ تاہم جسمانی سرگرمیوں سے سر کے یکطرفہ حصے میں درد بھی ہو سکتا ہے۔ ایک آبادی پر مبنی تحقیق میں یہ معلوم ہوا کہ 40% افراد سر کے دونوں سر درد کی شکایت کرتے ہیں۔ شدید سر درد سے فوراً پہلے عمومی طور پر سر درد کے ساتھ یاسیت، جماہیاں آنا، تھکن اور مخصوص کھانوں کی طلب ہوتی ہے۔ سر درد کے ٹھیک ہونے کے بعد یہ علامات 48 گھنٹوں تک رہ سکتی ہیں۔ جس میں اکثر تھکن، توجہ کی کمی اور گردن کا اکثر اوشال ہے۔

مخصوص احساس کے ساتھ سر میں شدید درد (Migraine with Aura)

شدید سر درد کے مریضوں میں ایک تہائی افراد کو درد پہلے (مخصوص احساس) سے محسوس کر لیتے ہیں۔ یہ احساس ہر بار درد کے وقت محسوس ہوتا ہے یا پھر سر درد سے کچھ لمحے پہلے ہوتا ہے۔ اس احساس کو بنیادی طور پر عارضی اعصابی علامت کے طور پر جانا جاتا ہے۔ یہ "احساس" درد سے فوراً پہلے یا پھر درد کے ساتھ بھی دونوں صورتوں میں ہو سکتا ہے۔ 90% سے زیادہ شدید درد کے مریضوں کو یہ مخصوص احساس نظر بھی آتا ہے۔ اس علامت کو Fortification Spectra کہا جاتا ہے۔ یہ بصری احساس کی علامت 31% مریضوں میں دیکھی گئی ہیں۔ جس میں بصری طور پر روشنی کا چمکنا، سُرسُری محسوس ہونا اور سوئی کی طرح کی چھن بنیادی علامات ہیں۔ یہ علامات بڑھ کر چہرے اور بازوؤں تک بھی جاسکتی ہیں۔

کچھ غیر معمولی علامات میں زبان کے اعصاب میں کمزوری (Aphasic)، جس کی وجہ سے بولنے میں مشکل ہوتی ہے، اس کے علاوہ چکر، جسم کے کچھ اعضاء میں کمزوری اور ایک آنکھ سے دیکھنے میں مشکلات ہیں۔ مخصوص احساس کی علامت جسم میں عارضی خون کی روانی میں رکاوٹ (TIA) جیسی علامات بھی پیدا کر سکتی ہیں، جیسے سینے میں درد، بھاری پن، بے چینی، جسم کا سن ہونا شامل ہے۔

لیکن ان دو بیماریوں کی ان علامات کے فرق کو جانچا جاسکتا ہے اگر احساس کم سے زیادہ بڑھتا جائے (Over 5 min) اور 5 منٹ یا اس کے برابر یا اس سے وقت محسوس ہو سکتی ہیں۔ جبکہ TIA میں یہ علامات اچانک شروع

ہو جاتی ہیں۔

اتفاق رائے سے دیا گیا بیان

قابل ذکر بات یہ ہے کہ شدید سردرد میں "احساس" (AURA) اور بغیر اس علامات کے درد دونوں ایک ساتھ ہو سکتی ہیں۔ بعض مریض کو سر میں "درد سے پہلے احساسیت" محسوس نہیں ہوتی۔ بحر حال ہر حال میں یہ ضروری ہے کہ شدید سردرد کے اقسام (Migraine) کی صحیح تشخیص کی جائے۔

دائمی شدید سردرد (Chronic Migraine)

دائمی درد کا مطلب یہ ہے کہ ایک مہینہ میں 15 یا اس سے زیادہ مرتبہ درد ہوا ہو۔ یہ حالت مستقل کم از کم 3 مہینے تک جاری رہے۔ ICHD-3 کے مطابق شدید سردرد (Migraine) کی تشخیص کا معیار 8 دن یا اس سے زیادہ درد ہوتا ہے۔
دائمی سردرد ایک مستقل علامت نہیں ہے۔ کیونکہ وقفے سے سردرد کی یہ علامات واپس بھی آ سکتی ہیں۔ اسی طرح دوسری طرح کے شدید درد (Migraine) دائمی درد میں ڈھل سکتی ہے۔

شدید سردرد کی خاندانی معلومات:

شدید سردرد میں جینیاتی کردار بہت اہم ہے۔ اگر قریبی خون کے رشتوں میں یہ بیماری پائی جاتی ہو تو قومی امکان ہے کہ آئندہ نسل میں یہ بیماری منتقل ہو جائے۔ لہذا خاندانی معلومات انتہائی اہم ہے۔ یہ معلومات مریضوں کے لیے مثبت ثابت ہوتے ہیں۔ اس کا زیادہ امکان ہوتا ہے کہ کچھ مریض معلومات نہیں دے پاتے ہیں۔

سفارشات:

☆ ان افراد میں شدید سردرد کے ساتھ مخصوص حساسیت (Aura) کے ساتھ یا اس کے بغیر بار بار معمولی سے لے کر شدت سے درد ہوتا ہے۔ ان کو شدید سردرد (Migraine) تشخیص کیا جاسکتا ہے۔ خاص طور پر درد جب نبض کی دھڑکن کی طرح آتا جاتا رہے اور سر کے ایک جانب درد ہو رہا ہو۔ اس کے ساتھ تیز روشنی سے آنکھوں میں تکلیف یا دباؤ، شور سے مستقل یا غیر معمولی طور پر بُرا لگنا، متلی اور الٹیاں ہو سکتی ہیں۔

☆ شدید سردرد میں حساسیت (Aura) کے علامات بھی ہوتے ہیں۔ یہ سردرد کے دورے بار بار ہوتے ہیں۔ لیکن بصری حساسیت (Visual Disturbance) اور جسم کے سن ہونے کی علامات شاذ و نادر ہیں۔

☆ دائمی شدید سردرد کی تشخیص کے لیے 15 یا اس سے زیادہ تعداد میں ہونے کی صورت میں دائمی شدید سردرد تشخیص کرنا چاہیے۔

☆ خاندان میں اگر شدید سردرد کی موجودگی ہے تو فوراً درد کی تشخیص کی جاسکتی ہے۔ عام طور پر اس کی علامات بلوغت کے وقت سے شروع ہو سکتی ہیں۔

شدید سردرد کی تشخیص:

تفصیلی طبی معلومات تشخیص کے لیے بہت اہم ہے۔ کئی تحقیقات کی اشاعت سے پتہ چلتا ہے کہ ماضی اور حال کی تمام معلومات دراصل صحیح تشخیص کی جانچ کا اصول ہے۔ معیار ICHD-3 کے مطابق جانچنا چاہیے۔ جسمانی طبی معائنہ اور خون کے ٹیسٹ یا ایکسرے یا الٹراساؤنڈ وغیرہ کرانے سے کبھی کبھار سردرد کی دوسری وجوہات کا پتہ لگایا جاسکتا ہے۔

مریض کے بارے میں مکمل معلومات:

شدید سردرد کی تشخیص کے لیے مریض سے تفصیلی معلومات لینا ضروری ہے۔ کم از کم سردرد کی شروعات، ان کا دورانیہ، تعداد، درد کی قسم، خصوصیات، سردرد کی جگہ، وجوہات، ٹھیک ہونے کے عوامل کی معلومات ہونی چاہیے۔ ان کے ساتھ روشنی سے حساسیت، آواز سے غیر معمولی تکلیف، متلی اور الٹی بھی ہو سکتی ہے۔ یہ بھی دیکھنا چاہیے کہ حساسیت (Aura) کے ساتھ درد شروع ہوتا ہے کہ نہیں۔ یہ بھی معلوم ہونا چاہیے کہ ماضی میں کون سی ادویات استعمال کی گئیں۔ دوائیاں عارضی درد کے لیے دی گئیں یا دائمی درد کے لیے تھیں۔ یہ تمام معلومات ICHD-3 کے معیار کے مطابق تشخیص کرنے میں مدد دیتی ہے۔

تشخیص کا معیار:

ICHD-3 کے معیار کے مطابق جو کہ "عالمی سردرد انجمن" نے متعین کی تھیں۔ ہر طبی معلومات، شدید سردرد کی اقسام کی تشخیص میں مدد دیتی ہیں۔ معیار کے مطابق علامات کو بار یک بنی سے مطالعہ کرنے کو ترجیح دی جاتی ہے۔ اسی لیے

شدید سردرد کی تشخیص کے لیے اضافی معیار فراہم کئے گئے ہیں۔ جس میں وہ سردرد ہے جو تشخیص کے معیار پر پورا نہیں اترتے ہیں۔ اس لیے تشخیص پر غور کیا جاتا ہے جب تک ان علامات کی صحیح طور پر تصدیق نہیں کر لی جاتی۔

تشخیص کے لیے امدادی طریقہ کار:

ایسے کارآمد طریقے بھی ہیں جو دوائیوں کے ساتھ مدد کر سکتے ہیں۔ جس میں ایک طریقہ یہ ہے کہ مریض روزانہ اپنے سردرد کی شدت اور دوسری اہم معلومات کو روزانہ لکھے۔ روزانہ کی تفصیلی معلومات سے سردرد کی خصوصیات اور اوقات سے تشخیص بہتر ہو سکتی ہے ان کیلینڈر میں سردرد کی تعداد، شدت اور سردرد سے متعلق دوسری علامات ہونی چاہئے۔ ان میں عارضی سردرد اور اس سے بچاؤ کے لیے ادویات کی تفصیل ہوتی ہے۔ یہ بھی معلوم کرنا ضروری ہے کہ خواتین کو حیض کے دوران سردرد کے دورے پڑتے ہیں کہ نہیں۔

آجکل برقیاتی آلوں کی ایجاد کی وجہ سے سردرد کے روزنامے بنانے میں بہت بہتری آئی ہے۔ ان آلات سے تفصیلی معلومات ملتی ہیں جو بعض دفعہ مریض کے ذرائع سے نہیں مل پاتیں۔ مریضوں کے لیے روزانہ ڈائری لکھنا بھی ان کے لیے ممکن نہیں ہوتا، مثال کے طور پر ایک آبادی پر تحقیقات کرنے سے معلوم ہوا کہ شرکاء میں سے صرف 46% نے ڈائری روزانہ کی بنیاد پر لکھیں۔

تشخیص میں CT Scan، MRI اور الٹراساؤنڈ کے ذریعے مستند معلومات مل سکتی ہیں۔ سردرد کے لیے سوالنامے بھی موجود ہیں جس سے اس بیماری کی تشخیص میں آسانی ہو جاتی ہے۔ مثبت بات یہ ہے کہ یہ کئی زبانوں میں دستیاب ہے۔

مریضوں کی مختلف بیماریوں کی تشخیص:

Differential Diagnosis کا مطلب ہے جب معالج مریض کی علامات دیکھ کر ایک سے زیادہ تشخیص کر لیتا ہے۔ اس میں Migraine کے علاوہ دوسری قسم کے سردرد تشخیص ہو سکتے ہیں۔ کچھ ابتدائی سردرد ہوتے ہیں اور ثانوی سردرد کی حیثیت کے ہوتے ہیں بہترین علاج اور مریض کو صحتیاب رکھنے کے لیے ابتدائی سردرد اور کئی اور اقسام میں کامیابی سے فرق کرنا ہی بیماری کی روک تھام میں کارگر ہوتی ہے۔ ثانوی سردرد کو تشخیص کرنا بہت ضروری ہے کیونکہ یہ علامات، زندگی کے لیے خطرناک اور بعض پریشان کن مرضی سے Meningitis and Subarachnoid Haemorrhage ہونے

کے بھی امکانات ہیں۔

ذہنی تناؤ والے سردرد (THT) ایسے اچانک اور شدید سردرد (Paroxysmal) ایک عام آبادی میں عام طور پر واقع ہوتے رہتے ہیں۔ ذہنی تناؤ والے سردرد کی علامات Migraine جیسے نہیں ہوتے۔ یہ سر کے دونوں جانب ہوتے ہیں۔ یہ ہلکے سے درمیانہ درد ہے جس میں اچانک اور کھینچاؤ والا درد ہوتا ہے۔ یہ درد کسی معمول کے مطابق کام کرنے کی وجہ سے نہیں ہوتا۔ کئی قسم کے سردرد ایک ساتھ ہونے کے امکانات بہت کم ہوتے ہیں جو کہ ایک عام آبادی میں تقریباً 0.1% تک ہوتی ہے۔ یعنی اس کا تناسب بہت کم ہے۔ اس کی نمایاں خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ یہ درد بار بار ہوتے ہیں لیکن تھوڑے وقت کے لیے رہتے ہیں یا پھر یہ درد کبھی سر کے ایک جانب ہو سکتا ہے۔ جن میں انتہائی شدت کا درد بھی ہو سکتا ہے اس کے علاوہ سر کا درد (Ipsilateral cranial Autonomic Systems) طرز کے علامات بھی ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر Juncival injection (یعنی آنکھ کے پردے اور سامنے کے ڈلے میں دیا جانے والا انجکشن)، Lacrimation (یعنی آنسو سے متعلق بیماریاں) یا پھر Nasal Congestion بھی ایک وجہ ہو سکتی ہے۔

دوائی کے استعمال کی زیادتی سے (MOH) درد دائمی شدید درد کی علامات ہوتی ہے۔ یہ علامات جب ظاہر ہوتی ہیں جب درد کے لیے مختصر عرصے کے لیے درد کو ٹھیک کرنے والی ادویات کا زیادہ استعمال کیا جائے۔ یہ دونوں سردرد کی اقسام اکٹھی بھی ہونے لگتی ہیں۔ کچھ ایسے سردرد بھی ہوتے ہیں جن کی علامات Migraine سے ملتی جلتی ہیں۔ لیکن کچھ مخصوص علامات اور شہادت پیدا کر دیتی ہے۔ Red Flag کے معنی طبی اصطلاح میں خطرے کا نشان بیان کیا جاتا ہے۔ اس میں چمک کے ساتھ سردرد (Thunder Clap) غیر معمولی حساسیت (Aura) اور سر پر چوٹ لگنے سے بھی ہو سکتی ہے۔ کچھ علامات جس میں طبی معائنے کے دوران بخار کی نامعلوم وجہ، یادداشت میں خرابی اور دماغ کی مخصوص جگہ پر اعصابی خرابی (Focal Neurological symptoms) بھی وجہ ہو سکتی ہے۔ ان پر خطر علامات کے لیے مزید تحقیقات کرنے کی ضرورت ہے۔ ان تحقیقات میں Neuroimaging خون کے ٹیسٹ اور Lumbar Puncture بھی شامل ہیں۔

Neuroimaging کی اہمیت:

یہ ٹیسٹ اس وجہ سے کیا جاتا ہے کہ جب کوئی غیر معمولی علامت ہو جس وجہ سے کی بیماری کی موجودگی یا غیر موجودگی کی نشاندہی ہوتی ہو۔ کیونکہ Migraine کے لیے یہ ٹیسٹ نہ صرف نادر ہے بلکہ اس کے نقصانات بھی ہیں۔ اس میں تا

بکاری توانائی کے ذریعے مالیکیول سے الیکٹرون نکال دیئے جاتے ہیں (Ionizing Radiation)۔ MRI کو CT یہ فوقیت دی جاتی ہے۔ کیونکہ اس کی تصویر کا معیار بہتر ہے بلکہ Ionizing Radiation کا خطرہ بھی نہیں رہتا۔ MRI غیر اہم اعصابی بیماریوں کی نشاندہی کر سکتا ہے۔ مثال کے طور پر Arachnoid Cysts White Matter Lesions اور Meningiomas وغیرہ۔ جس کی وجہ سے مریض بلاوجہ پریشان ہو جاتا ہے اور غیر ضروری ٹیسٹ ہوتے رہتے ہیں۔

تجاویز:

ICHD-3 کے مقرر کردہ معیار کے مطابق تفصیلی علامات معلوم کریں۔

تصدیق شدہ تشخیص کے طریقے پر عمل کریں جیسے سر درد کے لیے روزانہ ڈائری بنانا، Three-Item Screening سوالنامہ کا استعمال۔

ایسی علامات پر توجہ دیں جو ایک سے زیادہ بیماری کا نتیجہ ہو۔ اس کے ساتھ بنیادی یا ثانوی سر درد کی موجودگی ہو۔ Neuro Imaging (دماغ کی تصویر کشی) صرف اس صورت میں کریں جب ثانوی سر درد کا خدشہ ہو۔

معلومات دنیا اور مریض پر خصوصی توجہ:

Migraine کے علاج کے دوران مریض کو انفرادی طور پر توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ اگر مریض کے علامات کی تفصیلات معلوم نہیں ہوں گی تو علاج کے نتائج بہت اچھے نہیں نظر آئیں گے۔

وضاحت، یقین دہانی اور مقاصد:

مریض کو تسلی اور اطمینان دلانا علاج کا اہم حصہ ہے۔ زیادہ تر سر درد کے مریض کم از کم ایک بات کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ غیر حقیقی توقعات ہوتی ہیں جو مریض کے علاج میں رکاوٹ ہوتی ہے ایک عام تصور یہ ہے کہ Migraine کی ادویات لینے سے یہ بیماری مکمل ٹھیک ہو جاتی ہے۔ معالجین کو صحیح صورتحال بتانی چاہیے لیکن ضرورت سے زیادہ منفی معلومات دینے کی ضروری نہیں ہے۔ ایک حقیقی مقصد کی طرف توجہ دینی چاہیے جس میں مریض کو اپنے سر درد کو قابو میں رکھنے کی اہلیت ہو جائے اور سر درد کو کم کرنے میں کامیابی ہو۔ اس طرح سر درد کی وجہ سے بیماری میں کمی (یعنی متواتر درد میں کمی، دورانیے

میں کمی اور شدت میں کمی) ہو سکے۔ کوشش کرنی چاہیے کہ مریض کو اپنے معمول کے کام کاج میں رکاوٹ نہ ہو۔

دوائی کی عدم پابندی بھی موثر علاج میں رکاوٹ ہے۔ معالجین کو اس بات کی وضاحت کرنی چاہیے کہ موثر علاج کے ذریعے بیماری پر قابو پانے کے لیے کیا اقدام ضروری ہیں۔ Migraine کے متعلق معلومات بھی دینی چاہئیں۔ اس کے ساتھ ٹھیک سے دوائی لینے کے فائدے، اور ممکنہ مضر اثرات کا علم دیں۔ ضرورت سے زیادہ ادویات لینے کے نقصان بھی علم میں لانے چاہئیں۔ عموماً یہ معلومات دینے کے لیے کافی وقت درکار ہوتا ہے۔ جو کہ معالجین کو میسر نہیں ہوتا۔ اس کے متبادل آپ ان کو معلوماتی کتابچے دے سکتے ہیں، جس سے مریض کو اپنی بیماری سے متعلق معلومات فراہم ہو سکیں۔

بیماری کی پیش گوئی اور محرکات:

مقبول خیال کے برعکس سردرد کے محرکات کو زیادہ توجہ دی جاتی ہے۔ لیکن خواتین کے حیض کے وجہ سے سردرد کی شکایت اس اصول سے مشنشی ہے۔ سردرد ہونے سے پہلے کی علامات عام طور پر معلوم ہوتی ہیں۔ بحر حال مرض میں شدت کو اس کی وجوہات کو آپس میں ملانا نہیں چاہیے۔ شدید سردرد جو کہ معمول کے کام میں رکاوٹ ڈالتا ہو اور سردرد کی ممکنہ وجوہات مثلاً نیند میں خرابی، جسمانی مسائل اور تناؤ دونوں کو الگ دیکھنا چاہیے۔ باوجود یہ کہ اگر سردرد کی وجہ سے معمولات میں رکاوٹ اور درد سے پہلے ہونے والی علامات کی شناخت بھی کر لی جائے تو پھر بھی دوائی کی پابندی کے ساتھ مکمل صحتیابی کا امکان کم ہے۔ مثال کے طور پر روزانہ کے معمولات میں صحت مند تبدیلیاں ان مریضوں میں افاقہ کر سکتی ہیں جن کی نیند خراب اور جسمانی صحت ٹھیک نہ ہو۔

انفرادی مشاورت:

Migraine کو بہتر کرنے کے لیے موثر طریقے موجود ہیں۔ یہ دونوں عارضی اور درد کے روک تھام میں مدد دے سکتے ہیں۔ اس کے مقاصد یہ ہوتے ہیں کہ مریض کا انفرادی طور پر علاج کیا جائے۔ جس کے موثر نتائج حاصل ہو سکیں۔ سردرد کی صورت میں ہونے والی علامات کی وجوہات پر توجہ دیں۔ یہ ذہن میں رکھیں کہ یہ درد کی وجوہات عام طور پر واضح ہوتی ہیں۔ اصولوں کے تحت اس پروگرام کو بہترین نتائج کے لیے استعمال کریں۔

4۔ فوری علاج۔ فوری علاج کی درجہ بندی

اول (First Line)، ثانوی (Second Line) اور تیسرے درجے کے لحاظ سے کی جاتی ہے۔ اس میں اضافی درجہ

بندیاں کی جاسکتی ہیں۔ اس کے لیے بھی اوپر دیئے گئے طریقہ کار پر عمل کریں۔ Step طریقہ علاج کی سفارشات نیچے درج کر دی گئیں ہیں۔ ادویات کا چناؤ کا دار و مدار موثر ہونے، دوائی سے منفی علامات نہ ہونے، تحفظ، قیمت اور دکانوں میں آسانی سے دستیاب ہونے پر ہے۔

پہلی دی جانے والی ادویات: فوری طور پر سردرد کو ٹھیک کرنے کے لیے دنیا بھر میں کئی ادویات موجود ہیں۔ سب سے زیادہ موثر دوائیوں میں NSAIDs شامل ہیں اور تحقیقات سے ثابت ادویات میں Ibuprofen, Acetylsalicylic Acid اور Diclofenac Potassium ابتدائی علاج کے لیے استعمال ہوتی ہے۔ Paracetamol کے اثرات کم ہیں۔ صرف ان لوگوں کو دینی چاہئیں جن کو NSAIDs موافق نہیں آتیں۔

ثانوی ادویات: جن افراد کو مندرجہ بالا ادویات سے درد ٹھیک نہ ہو تو ان کو Triptan تجویز کرنی چاہئے۔ تمام اقسام کی Triptans تصدیق شدہ افادیت رکھتی ہیں۔ ہر ملک میں اس کی دستیابی اور رسائی مختلف ہے۔ Triptan اگر درد شروع ہونے پر فوراً لے لی جائے تو بہت موثر رہتی ہے۔ جبکہ سردرد ابھی ہلکا ہو۔ البتہ درد سے پہلے حساسیت (Aura) کے دوران یہ دوا لینے کے بارے میں کوئی تحقیق نہیں ہے۔ اگر ایک قسم کی Triptan غیر موثر ہو تو دوسری قسم کی Triptan اثر کر سکتی ہے۔ اگر ہر قسم کی Triptan کا اثر نہ ہو تو انجکشن کے ذریعے جلد میں Sumatriptan سے فائدہ ہو جاتا ہے۔

بعض مریضوں کو بہتری آ جانے کے بعد بھی بار بار شدید سردرد کا مسئلہ ہو سکتا ہے۔ جس کا مطلب ہوتا ہے کہ سردرد کے علاج کے ذریعے ٹھیک ہونے کے بعد 48 گھنٹے میں علامات واپس آ جاتی ہیں، دوبارہ سردرد کی صورت میں Triptan سے علاج دہرایا جاتا ہے یا پھر اس کے ساتھ تیزی سے اثر کرنے والی ادویات جیسا کہ Ibuprofen, Naproxen sodium یا lysine یا پھر Diclofenac Potassium دی جاسکتی ہیں۔ مریض کو یہ بات بتانا ضروری ہے کہ ان ادویات سے سردرد سے مکمل صحتیابی کا امکان نہیں ہوتا۔ ان کے زیادہ استعمال سے MOH کا خطرہ ہوتا ہے۔ (MOH کے معنی بار بار دوائیوں سے سر میں درد ہونا)۔

تیسرے درجے کی ادویات:

اگر تین مسلسل درد کے دورے تمام اقسام کی Triptan دینے کے باوجود ٹھیک نہ ہوں یا وہ علامت جو اس بات کی نشاندہی کرتی ہوں کہ موجودہ طریقہ علاج کو آیا جاری رکھنا چاہئے یا موقوف کر دینا چاہئے۔ ان کی متبادل موجود

ہیں۔ Ditans اور Gepants دی جاسکتی ہیں مگر یہ آسانی سے دستیاب نہیں ہیں۔

اضافی ادویات:

وہ مریض جن کو سردرد کے ساتھ متلی اور الٹی بھی ہوتی ہوں ان کو Domperidone اور Metoclopramid بھی ساتھ دی جاتی ہے۔

کچھ قسم کی ادویات سے اجتناب کرنا۔

منہ کے ذریعے Ergotalkaloids بالکل اثر نہیں کرتیں اور ذہریلی بھی ہو سکتی ہیں۔ ان کو Triptan کے متبادل کے طور پر استعمال نہیں کرنا چاہیئے۔ Opoids اور Barbiturates کا استعمال قابل اعتراض ہے، ان دونوں ادویات کے بُرے اثرات ہوتے ہیں اور ان کی عادت پڑ جاتی ہے۔ اس لیے ان ادویات کو استعمال کرنے سے احتراز کرنا چاہیئے۔

سفارشات:

شدید سردرد میں فوری اثر کرنے والی ادویات سے ابتدا کریں۔

☆ شدید سردرد سے بچنے کے لیے علامات کے شروع ہوتے ہی فوراً دوا لے لیں۔ اس طریقہ علاج کا جب ہی فائدہ ہوتا ہے جب بروقت اور درست خوراک ہو۔

☆ مریضوں کو معلومات دیں کہ شدید سردرد میں دوائی بار بار لینے سے MOH یعنی ادویات کے زیادہ استعمال سے سردرد کا خطرہ ہے۔

☆ ابتدائی علاج NSAIDS سے شروع کریں۔

☆ Triptan سے علاج ابتدائی علاج کے ناکام ہونے کی صورت میں شروع کریں۔

5 : بچاؤ کے لیے علاج کی اقسام

ابتداء اور اختتام میں داخل مریضوں، جن کو شدید سردرد (Migraine) کی شکایت ہو، اپنی روزمرہ کی معاملات کو

برقرار نہ رکھ سکیں تو ان کے لیے سردرد سے بچاؤ کے ادویات سے علاج پر غور کرنا چاہیے۔ عام طور پر جن مریضوں کو سردرد کے بچاؤ (Preventive) کے لیے علاج کے باوجود مہینے میں ایک یا دو دن تک خاصا درد ہوتا ہے۔ البتہ یہ کوئی قطعی بات نہیں ہے۔ درد کی کثرت کے ساتھ معالجین کو درد کی شدت اور اس کے دورانیے (خواتین میں حیض کے دوران سردرد لمبے عرصے کے لیے ہوتے ہیں) اور سردرد کے ساتھ کام وغیرہ کرنے کی یا اہلیت بھی ایک توجہ چاہتی ہے۔ بعض دفعہ فوری اثر کرنے والی ادویات کے زیادہ استعمال سے بھی ثانوی (بچاؤ والی ادویات) استعمال کرنی پڑتی ہیں۔

بچاؤ والی دوائیوں کے اثرات جلدی کم ہی ظاہر ہوتے ہیں، کئی ہفتے یا مہینوں کے بعد افادیت ظاہر ہوتی ہے۔ اس لیے مریض کی مشاورت کرتے رہنا چاہیے تاکہ دوائی پابندی سے لیں۔ اگر دو سے تین مہینے بعد بھی اثر نہ ہو تو کوئی متبادل دوا سوچنی چاہیے۔ اس کے لیے (Monoclonal Antibody) کا علاج شروع کر دیں اور 2 سے 3 مہینے بعد اس کی افادیت دیکھیں۔ مگر Onabotulinumtoxin A کی افادیت 6 سے 9 مہینے بعد دیکھنی چاہیے۔ درد سے بچاؤ کے لیے علاج میں ناکامی کا مطلب یہ نہیں ہے کہ دوسری ادویات نہیں دی جاسکتی۔ وہ الگ بات ہے کہ مریض دوائی میں پابندی نہ برقرار رکھے۔ لیکن اس کے لیے مریض کو آسان اوقات میں دوا دی جائے (جیسے ایک گولی ایک دن میں) روک تھام کرنے والی ادویات سے اگر مریض 6 سے 12 مہینے تک صحتیاب رہتا ہے تو ادویات آہستہ کم کرنے پر غور کیا جاسکتا ہے۔ دوائی روکنے سے معلوم ہو جاتا کہ سردرد کے بچاؤ کے لیے دوائی کی اب ضرورت نہیں رہی ہے۔ اس کا فائدہ یہ بھی ہوتا ہے کہ خواہ مخواہ ادویات نہیں دینی پڑتیں اور فوری اثر کرنے والی ادویات سے ہی درد قابو میں آ جاتا ہے۔ سردرد کا شمار کرنے کے لیے فیصد کے ذریعے سے روزانہ یا ماہانہ بنیاد پر شرح معلوم کی جائے۔ اس میں درمیانے سے لے کر شدید درد کو بھی شامل کیا جاسکتا ہے۔ بحر حال علاج حقیقت پسندانہ ہونا چاہیے اور ہر فرد کی انفرادی علامات کو سامنے رکھتے ہوئے علاج ہونا چاہیے۔

علاج کا موجودہ معیار:

جیسا کہ فوری اثر کرنے والی ادویات ابتدائی، ثانوی اور تیسرے درجے کی بنیاد پر دی جاتی ہے لیکن دوائی کا انتخاب اور اس کے دینے کے طریقے مقامی معالجین کے ہی فیصلے سے دی جاتی ہیں۔ جس میں کئی عناصر مثلاً دوائی کی دستیابی، قیمت اور حکومت کی جانب سے ادائیگی وغیرہ شامل ہیں۔

ابتدائی ادویات Beta Blockers ہوتی ہیں۔ Topiramate، Propranolol، Metoprolol Atenolol اور Candesartan وغیرہ۔ اگر یہ ناکام ہو جائیں تو Amitriptyline، Flunazirine اور Sodium Valproate دی جاتی ہے۔ اگرچہ Sodium Valproate خواتین کے لیے تجویز نہیں کی جانی چاہیے۔ جس کی وجہ سے خواتین کے شدید سر درد کی دوائی محدود ہو جاتی ہیں۔ تیسرے درجے کی ادویات چار CGRP ہیں جن میں مندرجہ ذیل ادویات شامل ہیں۔

- 1- Monoclonal Antibodies Evenamab
- 2- Fremane Zumab
- 3- Galcane Zumab
- 4- Eptine Zumab

یہ وہ ادویات ہیں جس میں جسم میں موجود جراثیم کو تلف کرنے کی اہلیت ہوتی ہے (Antobodies)۔ یہ ادویات چند سالوں سے شدید سر درد کے لیے منظور ہو چکی ہیں۔ یورپ میں ان ادویات میں کچھ ضابطے اور پابندیاں لگائی گئی ہیں۔ یہ اسی وقت دی جاتی ہیں جب علاج کے لیے سارے علاج ناکام ہو گئے ہوں۔

دوائی کے بغیر علاج:

کئی طریقہ علاج ہیں جو ادویات کے ساتھ کئے جاسکتے ہیں یا کوئی ایسی صورتحال ہو جس میں دوائی نہ دی جاسکتی ہو۔ کچھ تحقیقات میں آلہ (Non- Invasive Neuro Module Atory Devices) اس کے ساتھ Biobehavioral Therapy، اور Acupuncture بھی ہیں۔ جسمانی ورزش سے علاج کے کوئی ثبوت موجود نہیں ہیں۔ ریڑھ کی مہروں میں حرکت کے ذریعے علاج اور غذائی طریقے سے علاج کے طریقے بھی موجود ہیں۔ ہم ان کی مندرجہ بالا علاج کی توثیق نہیں کرتے۔ اسی طرح افراد Melatonin، Magnesium اور Riboflavin کا استعمال کرتے ہیں۔ اس کے اثرات کے محدود ثبوت موجود ہیں۔ لیکن معالجین اس کا استعمال بہت کم کرتے ہیں۔

سفارشات:

جن مریضوں میں شدید سر درد ایک مہینے میں (> 2) دویا اس سے زیادہ درد ہوتا ہو تو ان کے لیے بھی روک تھام

کرنے والی (Preventive) ادویات دینے پر غور کیا جاسکتا ہے۔

☆ Beta Blocker کا بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ (جیسے کہ Atenolol، Bisoprolol، Metoprolol،

یا پھر Propranolol)، مزید ادویات میں Topiramate یا Candesartan بھی شامل ہیں۔

☆ دوسرے یا ثانوی درجے کی صورت میں Flunarizine، Amitriptyline اور صرف مردوں کے لیے

Sodium Valproate موجود ہیں۔

☆ تیسرے درجے کی ادویات CGRP (Monoclonal Antibodies) کے بارے میں غور کیا جاسکتا ہے۔

☆ Neuromodulatory سے متعلق آلات، Bio-Behavioral Therapy اور Acupuncture

دوائیوں کے ساتھ کی جاسکتی ہیں۔ کوئی دوا فائدہ نہ ہونے کی صورت میں صرف نئے طریقوں کو استعمال کر کے دیکھا جاسکتا ہے۔

6. آبادی کے مخصوص افراد کے لیے علاج:

معمر افراد: اکثر عمر کے بڑھنے کے ساتھ شدید سردرد ٹھیک ہو جاتا ہے۔ لیکن ثانوی درجے کے درد کا امکان ہے۔ پچاس سال کی عمر کے بعد درجہ چھٹی ہوئی بیماریوں کی علامات بھی ہو سکتی ہیں جن افراد کا سر کا درد جوانی سے لے کر بڑھاپے تک برقرار رہا ہے ان کے علاج میں کوئی فرق نہیں کیا جاتا۔ معمر افراد میں علاج کے طریقہ کار بہت کم موجود ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ نامعلوم امراض کی بھی موجودگی کی تحقیق کر لی جائے۔ اس کے ساتھ کسی دوائی کے مضر اثرات پر بھی نظر رکھی جائے۔ معمر افراد میں برے اثرات کا زیادہ امکان ہے۔ عام طور پر Triptan نہیں دی جاتی کیونکہ اس میں دل کے امراض پیدا ہونے کا خدشہ ہوتا ہے۔ معمر افراد کے سردرد کے علاج کے ساتھ ان کا پابندی سے فشار خون پر نظر رکھنی چاہیے۔

نو عمر اور جوان افراد:

شدید سردرد بچوں میں عام ہے اور بلوغت کی عمر میں زیادہ ہو سکتا ہے۔ ان کی تشخیص بھی بنیادی طور پر سرگزشت

(Medical History) کے ذریعے کی جاتی ہے البتہ اس کے طریقہ کار تھوڑا مختلف ہے۔ کم عمر افراد میں سردرد کم وقت کے لیے ہوتا ہے، عام طور پر پورے سر میں درد ہوتا ہے، درد کی نوعیت لہروں کی صورت میں ہوتی ہے اور پیٹ میں مختلف مسائل کے بھی زیادہ امکانات ہوتے ہیں۔ بچوں کے مقابلے میں والدین زیادہ تفصیلی معلومات دیتے ہیں۔ بچوں کے طرز زندگی کی بھی آگاہی ہو سکتی ہے۔ بچوں اور نوجوانوں میں رشتہ دار اور معلم سے بھی فائدہ اٹھایا جاسکتا ہے۔ کم دورانیے کے درد میں اگر آرام ہی کر لیا جائے تو بعض اوقات مسئلہ حل ہو جاتا ہے۔ ابتدائی مرحلے میں Ibuprofen کو ترجیح دی جاتی ہے۔ دوائی کی مقدار بچے کے وزن کے مطابق دی جاتی ہے۔ Domperidone متلی کے لیے 12-17 عمر کے بچوں کو دی جاسکتی ہے۔ لیکن متلی ہونے سے پہلے بچاؤ کی صورت میں دوا کا خاص فائدہ نہیں ہے۔

بچوں اور نوجوانوں میں جعلی دوائی (Placebo) کے مقابلے میں اصل دوائی کی تحقیق پر Placebo کا شمار زیادہ معلوم ہوا ہے۔ جس کی وجہ سے دوائی کے ذریعے علاج کوئی خاص بہتری نہیں لاتا۔ اور شاید یہ ہی وجہ ہے کہ بچوں میں Triptan کا فائدہ نظر نہیں آتا۔ 12-17 سال کے بچوں میں شدید درد کے لیے NSAIDs اور Triptans منظور ہو چکی ہیں۔ کچھ ثبوت ایسے بھی ملے ہیں کہ Nasal Spray والی ادویات جس میں Sumatriptan اور Zolmitriptan موثر ہیں۔ اگر فوری اثر کرنے والی ادویات کا فائدہ نہ ہو تو سردرد کے ماہرین کے پاس بھیج دیں۔

حاملہ اور دودہ پلانے والی خواتین:

حمل کے دوران اکثر خواتین کے سردرد میں کمی آ جاتی ہے۔ اگر علاج جاری رکھا جائے تو بچے کے لیے مضر اثرات ہو سکتے ہیں لہذا بہت سوچ سمجھ کہ فیصلہ کرنا چاہیے۔ حاملہ خاتون کو سردرد کی صورت میں ابتدائی طور پر Paracetamol فوری درد کے لیے دی جاتی ہے۔ NSAID's صرف 3 سے 6 مہینے کے حمل میں دی جاسکتی ہے۔ Triptans ماہرین کے رائے سے سخت نگرانی میں دی جاسکتی ہے۔ کیونکہ اس مسئلے کی معلومات کی کوئی معلومات میسر نہیں ہیں۔ اس دوائی کے محفوظ ہونے کا ڈیٹا محدود اور Postmarketing کے ذریعے سے لیا گیا ہے۔ زیادہ تر ڈیٹا Sumatriptan کے استعمال کے حوالے سے موجود ہے۔ حمل کے دوران سردرد کے ساتھ متلی کی صورت میں Metoclopramide دی جاتی ہے۔ درد سے بچاؤ کی ادویات سے حمل کے دوران پرہیز کرنا چاہیے کیونکہ اس کے بچوں پر مضر اثرات ہو سکتے ہیں۔ اگر حاملہ خاتون کو شدید اور غیر فعال کرنے والے درد کے لمبے دورانیہ ہوں تو سب سے قدرے محفوظ دوائی Propranolol دی جاتی ہے اور اگر کسی وجہ

سے یہ دوا نہ دی جاسکے تو پھر Amyline بہتر ہے۔ دونوں دوائیاں ماہرین کی سخت نگرانی میں دینا چاہیے اور مسلسل بچے کی نگہداشت رہے۔

Candesartan، Topiramate اور Sodium Valproate بچے کی نشوونما میں سنگین نقصان پہنچا سکتی ہے۔ بچے کی پیدائش کے بعد بھی یہ ادویات ماں کا دودھ پینے والے بچوں کے لیے مضر ہوتا ہے۔ فوری آرام کے لیے Paracetamol کو ترجیح دی جاتی ہے۔ جبکہ Ibuprofen اور Sumatriptan بھی قدرے محفوظ ہیں۔ اگر سر درد سے بچاؤ کے لیے دوا دینی ہو تو Propranolol کا انتخاب کیا جاتا ہے کیونکہ اس کے محفوظ ہونے کا ڈیٹا موجود ہے۔ دوسری تحقیقات میں حاملہ اور دودھ پلانے والی خواتین کے علاج کی تفصیلات موجود ہے۔

حیض سے متصل شدید سردرد:

8% خواتین کو حیض کی وجہ سے شدید درد کی علامات ہوتی ہیں۔ ان کو Menstrual Migraines کہا جاتا ہے۔ اگر فوری اثر کرنے والی ادویات سے افاقہ نہیں ہو تو سردرد کے بچاؤ اور روک تھام والی ادویات دی جاتی ہیں۔ اس طریقہ کار میں روزانہ زیادہ مدت تک تاثیر رکھنے والی ادویات Naroxen یا پھر Triptan بھی دی جاتی ہے۔ یہ دوائی 5 دن کے لیے دی جاتی ہے جس میں شروع میں ممکنہ حیض کی تاریخوں سے 2 دن پہلے دی جاتی ہیں۔ کچھ خواتین کو حیض میں مسلسل سر درد بغیر حساسیت (AURA) کے ہو رہا ہو تو مستقل طور پر دوائی دی جاتی ہے۔ ساتھ میں مانع حمل ادویات سے بھی افاقہ ہوتا ہے، جن کو سردرد حساسیت (AURA) کی علامات کے ساتھ ہوں چاہے اس کا تعلق حیض سے ہی کیوں نہ ہو۔ اگر غیر موافق علامات ظاہر ہو تو علاج روک دینا چاہیے۔ اس کی ایک غیر موافق علامت Stroke بھی ہو سکتا ہے۔

سفارشات:

جن داخل مریضوں میں سردرد کافی عمر میں شروع ہو تو ہمیشہ دوسری وجوہات کا سراغ لگانا چاہیے۔ ☆ مصر افراد میں ثانوی درجے کے سردرد کی علامت کا زیادہ امکان ہے دوسری بیماریوں کی موجودگی اور بعض ادویات کے مضر اثرات بھی ساتھ ہوتی ہیں۔

☆ بچوں اور بلوغت میں سردرد آرام کرنے سے عموماً ٹھیک ہو جاتا ہے۔ اگر افاقہ نہ ہو تو فوری آرام کے لیے Ibuprofen اور سردرد سے بچاؤ کے لیے Amitiptyline، Propranolol یا Tipiromate دی جاتی

ہے۔

☆ حاملہ اور دودھ پلانے والی خواتین میں فوری اثر کے لیے اور بچاؤ کے لیے دونوں صورتوں میں Paracetamol سب سے زیادہ محفوظ ہیں۔

☆ حیض کی وجہ سے شدید سر درد میں بچاؤ اور روک تھام کے لیے علاج کرنا چاہیے۔ جس میں لمبے دورانیے تک اثر رکھنے والی NSAIDs یا Triptan دینی چاہیے۔

علاج کے بعد فائدہ نہ ہونے کی صورت میں یا آرام نہ ہونے کے باوجود مسلسل دوائی کی پابندی سے علاج کرنے میں آسانی ہوتی ہے۔ علاج شروع کرنے کے 2 سے 3 مہینے کے بعد بہتری اور تشخیص پر غور کر لیا جائے۔ پھر اس کے بعد علاج 6 مہینے تک جاری رہ سکتا ہے۔ علاج کے ذریعے بہتری کی جائزہ میں اس کے موثر، بہتری، مضر اثرات اور پابندی سے دوائی لینے کے عوامل موجود ہونے چاہئیں۔

بیماری میں بہتری ہونے کے علامات میں جلدی جلدی شدید درد، زیادہ شدت اور سر درد کی وجہ سے معمول کے کام میں رکاوٹ کو دیکھا جاتا ہے۔ سر درد کی تشخیص کو مہینے میں دنوں کے حساب سے دیکھا جاتا ہے۔ درد کی شدت کو عموماً سر میں درد کی علامات کے ذریعے بتایا جاتا ہے لیکن لوگ خود سے اپنے کاموں یا روزانہ زندگی میں مشکلات نہیں بتا پاتے۔ اس نکتے کو بھی علیحدہ سے دیکھنے کی ضرورت ہے۔ سر درد کے روزانہ کیلینڈر بنانے کے بے حد فوادر ہی اور اس میں بہت کم وقت لگتا ہے اگر صرف سر درد والے دن کی تاریخیں بھی لکھ دی جائیں تو وہ بہت معلوم فراہم کرتی ہیں۔ اس لیے کیلینڈر فوری درد کی دوائیوں کے اثرات کا بھی تعین کر سکتی ہے۔ Migraine کے جانچنے کے لئے 4-MTOQ نامی سوالنامہ خود سے بھرا جاسکتا ہے۔ یہ بھی فوری اثر کرنے والی ادویات کے اثرات جانچنے میں مدد دیتا ہے۔ اس کے علاوہ 8 سوالوں پر تشکیل ایک سوالنامہ جو کہ HURT کے نام سے مشہور ہے۔

علاج میں ناکامی کی وجوہات:

کسی بھی علاج میں ناکامی کا اعتراف کرنے سے پہلے یہ انتہائی اہم ہے کہ اس کی تمام ممکنہ، دوسری وجوہات کو اچھی طرح جانچ لیا جائے۔ بعض اوقات ظاہری علامات آسانی سے حل بھی ہو جاتی ہیں۔ اکثر ناکامی مریض کی دوائیاں پابندی نہ

کرنے اور ادویات کی درست مقدار میں درستگی نہ ہونے کی وجہ سے بھی ہوتی ہے۔

بعض افراد کو زیادہ مقدار کی ادویات سے مسئلہ حل ہو جاتا ہے جبکہ دوسروں کو کم مقدار کی ادویات سے بہتری ہو جاتی ہے اور وہ مضر اثرات سے بھی بچ جاتے ہیں۔ جب فوری اثر کرنے والی ادویات ناکام ہو جائے تو اس کی متبادل کا اوپر ذکر کیا گیا ہے۔

اقدام نمبر 4 اور 5:

اگر علاج کے تمام کوشش پر بھی مریض صحت مند نہ ہو رہا ہو تو تشخیص کی دوبارہ سے تعین کریں اور اعصابی ماہرین کی طرف مشورے کے لیے بھیج دیں۔

ماہرین کی طرف مشورہ کے لیے بھیجنا: 90% افراد جو شدید درد کے لیے کلینک آتے ہیں ان کا تشخیص اور علاج جنرل فزیشن کو ہی کرنا چاہئے۔

ماہرین کے پاس اسی وقت بھیجیں جس میں کم تعداد میں مریض جس کی تشخیص پیچیدہ ہو جائے یا پھر دوسری بیماریاں بھی ساتھ چل رہی ہوں۔ سردرد کے ماہرین کے پاس زیادہ تجربہ ہوتا ہے جس میں بروقت کئی بیماریوں کا ایک ساتھ علاج کرنے کے مزید قابل ہوتے ہیں۔ ماہرین کی تعداد کم ہے اور اس کے مالی اخراجات بھی زیادہ ہوتے ہیں۔

سفارشات:

☆ 2 سے 3 مہینے کے علاج کے بعد اس کا اثر دیکھ لیں ورنہ علاج کے طریقے میں تبدیلی کی جاسکتی ہیں۔ پھر بعد میں 6 سے 12 ماہ تک نظر رکھی جاسکتی ہے۔

☆ علاج کے موثر نظر آنے کے طریقوں میں یہ دیکھے کہ درد کی تعداد، شدت اور سردرد کی وجہ سے معمولات میں رکاوٹ ہو رہی ہے۔

☆ جب نتائج زیادہ اچھے نہ ہوں تو تشخیص پر دوبارہ نظر ثانی کر لیں۔ اس کے مطابق ادویات کی مقدار منتخب کریں

اور پابندی سے دوا کھانے کی مشاورت کریں۔

☆ اگر ساری ترکیبیں ناکام ہو جائیں تو تشخیص پر نظر ثانی کرنی ہوگی اور اعصابی ماہرین کے پاس مشورے کے لیے مریض کو بھیج دیا جائے۔

7. پیچیدگیوں پر نظر رکھنا:

ضرورت سے زیادہ ادویات (MOH) سے دائمی شدید سر درد کی بیماری ہو جاتی ہے۔ اس کی علامات میں ایک مہینے میں 15 یا اس سے زیادہ درد کے دورے پڑتے ہیں۔ یہ درد مختلف انداز سے بڑھتا جاتا ہے جس میں پہلے ہی سے فوری اثر کرنے والی ادویات غیر ضروری زیادہ لے لی ہوتی ہیں۔ Migraine کے مریضوں میں دو تہائی (2/3) وہ مریض ہوتے ہیں جو پہلے ہی MOH میں مبتلا ہوں۔ مگر یہ معلومات بہت محدود ہیں اور اس کی شرح کافی کم ہے۔ MOH کے لیے غیر ضروری دوائیوں کو چھڑانا عام طور پر علاج تصور کیا جاتا ہے۔ ماہرین کی رائے یہ ہے کہ فوری طور پر دوائی بند کر دینی چاہیے۔ کیونکہ آہستہ کم کرنے کی کوئی افادیت نہیں ہے مگر وہ OPIODS کی ادویات نہ ہوں۔ MOH کا علاج معالجین اپنے کلینک میں با آسانی کر سکتے ہیں۔ لیکن اگر نشہ آور ادویات جیسے کہ Opoids ہو تو مریض کو ماہرین کی طرف بھیج دیں۔

دوائی فوری بند کرنے سے حالت پہلے خراب ہوتی ہے پھر بہتر ہو جاتی ہے۔ درد سے بچاؤ کے لیے ادویات یا دوسرے طریقہ جو کہ پہلے سے سر درد کو روکنے میں کامیاب ہو، اس کے ساتھ فوری اثر کرنے والی دوائیوں کو آہستہ آہستہ بند کیا جاسکتا ہے۔ اگر سر درد واپس آجائیں تو بھی یہی طریقہ مناسب رہتا ہے۔

شدید دائمی درد:

ایک اندازہ یہ ہے کہ ایک سال میں 3% مریض ایسے ہوتے ہیں جو بار بار درد میں مبتلا ہوتے ہیں۔ جو بار بار درد میں مبتلا ہوتے ہیں اور بعد میں دائمی شدید درد کے مریض بن جاتے ہیں۔ ان اندازوں پر اعتبار کرنا مشکل ہے کیونکہ دائمی شدید سر درد کے ساتھ اکثر MOH (غیر ضروری ادویات کا زیادہ استعمال) کی بیماری بھی چل رہی ہوتی ہے۔ کچھ ایسے عوامل بھی ہوتے ہیں جن کو سر درد ہونے کے زیادہ خطرے ہوتے ہیں۔ جیسے خواتین، جلدی جلدی سر درد، علاج میں لاپرواہی، غیر ضروری ادویات کا زیادہ استعمال، اور اس کے ساتھ ہی دوسری بیماریوں کی موجودگی ہے۔ ان متعلقہ بیماریوں میں یاسیت، گھبراہٹ اور موٹاپا بھی شامل ہے۔ ان عوامل کی نشاندہی کے بعد اچھا علاج کیا جاسکتا ہے اور سر درد کو دائمی درد بننے سے بچایا جاسکتا ہے۔

ایک بار اگر دائمی شدید درد کی ابتدا ہو جائے تو اس کا علاج کافی مشکل اور پیچیدہ ہو جاتا ہے اور اعصابی ماہرین سے مشورے کے لئے بھیج دینا چاہیے۔ دائمی شدید سردرد کے مریضوں کو اپنی طرز زندگی بہتر کرنے میں مدد دینی چاہیے۔ انہیں قابل عمل مشورے دینے چاہئیں۔ دائمی شدید سردرد کے لیے ثبوت موجود ہیں کہ Topiramate، Onabotulinumtoxin A یا CGRP، Monoclonal Antibodies کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

Topiramate کم قیمت کی وجہ سے پہلا انتخاب ہوتا ہے۔ Onabotulinumtoxin A اور CGRP Antibodies پر کافی ضابطے اور قواعد لگائے گئے ہیں جس کی وجہ سے آسانی سے دستیاب نہیں ہیں۔ یہ علاج جب ہی کیا جاتا ہے کہ جب درد سے بچاؤ کی دو تین دوائیوں کا اثر نہ ہو۔ یہ بھی ایک حقیقت ہے کہ Topiramate وہ واحد دوا ہے جس کے استعمال کے حق میں تحقیقاتی ثبوت موجود ہیں۔ اس کے علاوہ تین ادویات جو CGRP Antibodies کہلاتی ہیں۔

ERENUMAB ☆

FREMANEZUMAB ☆

GALCANEZUMAD ☆ شامل ہیں۔

یہ مندرجہ بالا ادویات دی جاسکتی ہیں جب 2 سے 3 سردرد سے بچاؤ کی ادویات ناکام ہو جائیں۔ بے ترتیب یا منضبط تحقیقات سے مستند معلومات نہیں ملی ہیں جو سردرد کے لیے Amitriptyline، Candesartan، Beta Blockers یا Amitriptyline کو دائمی شدید درد کے علاج کے لیے حمایت کرتی ہوں۔ جبکہ ان کا معالجین عام استعمال کرتے ہیں۔

سفارشات:

مریضوں کو اس بات کی معلومات فراہم کریں کہ غیر ضروری طور پر زیادہ سردرد کی ادویات لینے سے (MOH) بھی ہونے کا خدشہ ہوتا ہے۔

MOH کی وجہ سے بار بار ہونے والے سردرد کو قابو لانے کے لیے مریضوں کو سمجھائے کہ درد میں فوری اثر دکھانے والی ادویات چھوڑنی پڑیں گی جس میں یکدم ادویات بند کرنا بہتر طریقہ ہے۔

بار بار سردرد کو دائمی شدید سردرد میں تبدیل ہونے کے تمام علامات پر توجہ رکھیں اور اس کا علاج کر کے اس کا خطرہ کم کرنے کی کوشش کریں۔

دائمی شدید درد کے مریضوں کو اعصابی ماہرین کے پاس مشورے کے لیے بھیج دیں۔

اگر MOH کی علامات نہ ہوں تو تحقیقات سے توثیق شدہ ادویات میں Onabotulinumtoxin A، Topiramate اور CGRP Monoclonal Antibodies سے علاج کیا جاسکتا ہے۔

9. دوسری بیماریوں کی نشاندہی اور علاج:

شدید سردرد (Migraine) کا تعلق گھبراہٹ، یاسیت، نیند میں خرابی اور دائمی درد سے ہے۔ (جس میں کمر اور گردن کا درد شامل ہے) یہ علامات دائمی سردرد کے مریضوں میں زیادہ پائے جاتے ہیں۔ موٹا پا بھی دائمی سردرد میں اضافہ کر سکتا ہے۔ ان علامات کو تشخیص کا حصہ بنانا چاہیئے۔ حساسیت (Aura) کے ساتھ سردرد دو خواتین کے دل کی بیماری کی علامات ہو سکتا ہے۔

سردرد کے ساتھ دوسری بیماریوں کی موجودگی کی نشاندہی نہایت ضروری ہے۔ اس کے بل بوتے پر ادویات دینے کا فیصلہ ہوتا ہے مثال کے طور پر Topiramate ان لوگوں کو دی جاسکتی ہیں جو موٹاپے کا شکار ہوں کیونکہ یہ دوا وزن کم کرنے میں مدد کر سکتی ہے۔ یاسیت یا نیند کی خرابی کے علامات مریضوں کو Amitriptyline فائدہ پہنچاتی ہے۔ دوسری چھپی بیماریوں کی تشخیص ضروری ہے۔ کیونکہ Migraine کے علاوہ دوسری بیماریاں بھی مشترکہ علامات پیدا کر سکتی ہیں۔

سفارشات:

یہ ضروری ہے کہ دوسری بیماریوں کی بھی نشاندہی ہوتا کہ سردرد کی علامات کا ٹھیک علاج کیا جاسکے۔
علاج کو ضرورت کے لحاظ سے تبدیل کریں اور ادویات کے آپس میں ملنے کے مضر اثرات پر توجہ رکھیں۔

10) لمبی مدت کے لیے سردرد کی روک تھام:

لمبی مدت کے لیے Migraine کو قابو میں رکھنا بھی اولین معالجین کی ذمہ داری ہوتی ہے۔ اعصابی ماہرین سے

مشورے کے بعد جب مریض واپس آئے تو اس کے علاج کے منصوبے اور علاج کے طریقہ کار کا دونوں معالجین کا آپس میں رابطہ ہونا ضروری ہے تاکہ علاج مناسب طور پر کیا جاسکے۔ عام معالج دوبارہ علاج جاری رکھ سکتے ہیں جبکہ ماہرین کے علاج کے 6 مہینے کے بعد تک افاقہ رہے۔ اور اس کے علاوہ ادویات کے مضر اثرات بھی نظر نہ آرہے ہوں۔

بنیادی یا اولین معالجین کا اصل مقصد علامات پر کنٹرول رکھنا اور ادویات کے ذریعے مثبت نتائج حاصل کرنا ہے ماہرین اور معالجین دونوں کو مریض کے علامات میں تبدیلی کو بروقت توجہ دینی چاہیئے۔ بار بار صحت مند مریض کو بلانے سے احتراز کریں اور دوا کا نسخہ لکھنے کے لیے بلا کر حالات معلوم کر لیں۔ معالجین کو اس بیماری کی معلومات فراہم کرنے پر توجہ دینی ہوتی ہے تاکہ مریض کو اپنی بیماری کا شعور ہو۔ اس طرح مریض کو یہ اندازہ رہے گا کہ کب معالج کے پاس جانے کی ضرورت ہے۔

سفارشات:

اول معالجین کو سردرد والوں کی لمبے مدت کی بیماری کا علاج کرنا چاہیئے۔ تاکہ درد کو دور رکھا جاسکے اور کسی بھی تبدیلی پر فوراً تحقیق کر لی جائے۔

ماہرین کے مشورے کے بعد معالج کے پاس آ کر نیا طریقہ علاج شروع کرنے کا باضابطہ انتظام ضروری ہے۔ مریض ماہرین کے علاج سے اگر 6 مہینے تک ٹھیک رہے تو معالجین کی طرف واپس بھیج دیا جائے اور مضر اثرات پر نظر رکھی جائے۔

اختتام:

Migraine ایک عام اعصابی بیماری ہے جو اکثر لوگوں میں پائی جاتی ہے جو کہ تمام دنیا کے لیے ایک مسئلہ ہے۔ باوجودیکہ تشخیص کا ہمہ گیر معیار موجود ہے اور کئی اقسام کی ادویات بھی ہیں لیکن ان سب کے نتائج حوصلہ افزا نہیں ہیں۔ یورپ میں اتفاق رائے رکھنے والے ماہرین کے گروہ نے عمومی طور پر عالمی علاج کے لیے مشورے جاری کیئے ہیں۔ ساتھ ہی تشخیص اور علاج کے بھی ہدایات دی ہیں۔ یہ سفارشات، اشاعت شدہ ثبوت اور ماہرین کی رائے پر مشتمل ہے۔ ان معلومات میں اضافہ کیا جائے گا جب کوئی معلومات یا علاج کے نئے طریقے سامنے آئیں گے۔



DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF MIGRAINE

IN TEN STEPS

Link: <https://www.nature.com/articles/s41582-021-00509-5>

ANNA K. EIGENBRODT AND COLLEAGUES

Nature Reviews Neurology

ABSTRACT

Migraine is a disabling primary headache disorder that directly affects more than one billion people worldwide. Despite its widespread prevalence, migraine remains under-diagnosed and under-treated. To support clinical decision-making, we convened a European panel of experts to develop a ten-step approach to the diagnosis and management of migraine. Each step was established by expert consensus and supported by a review of current literature, and the Consensus Statement is endorsed by the European Headache Federation and the European Academy of Neurology. In this Consensus Statement, we introduce typical clinical features, diagnostic criteria and differential diagnoses of migraine. We then emphasize the value of patient centricity and patient education to ensure treatment adherence and satisfaction with care provision. Further, we outline best practices for acute and preventive treatment of migraine in various patient populations, including adults, children and adolescents, pregnant and breastfeeding women, and older people. In addition, we provide recommendations for evaluating treatment response and managing treatment failure. Lastly, we discuss the management of complications and comorbidities as well as the importance of planning long-term follow-up.

INTRODUCTION

Migraine is a highly disabling primary headache disorder with a 1-year prevalence of ~15% in the general population. According to the Global Burden of Disease Study, migraine is the second most prevalent neurological disorder worldwide and is responsible for more disability than all other neurological disorders combined.

Migraine manifests clinically as recurrent attacks of headache with a range of accompanying symptoms. In approximately one third of individuals with migraine, headache is sometimes or always preceded or accompanied by transient neurological disturbances, referred to as migraine aura. Furthermore, a minority of those affected develop chronic migraine, in which attacks become highly frequent. The pathogenesis of migraine is widely believed to involve peripheral and central activation of the trigeminovascular system, and cortical spreading depression is thought to be the underlying neurophysiological substrate of migraine aura. However, much remains unknown about specific pathogenic processes and few mechanism-based treatment options currently exist.

Treatments for migraine include acute and preventive medications and a range of non-pharmacological therapies. Despite these treatment options and the comprehensive diagnostic criteria, clinical care remains suboptimal - misdiagnosis and under-treatment of migraine are substantial public health challenges. Population-based data from Europe indicate that preventive medication for migraine is used by only 2-14% of eligible individuals, an alarming finding that calls for global action. A comprehensive approach is

needed to facilitate accurate diagnosis and evidence-based management.

In this Consensus Statement, we provide a ten-step approach to the diagnosis and management of migraine (Fig. 1). Development of this approach was initiated by the Danish Headache Society, and the Consensus Statement is endorsed by the European Headache Federation (EHF) and the European Academy of Neurology (EAN). The aim of the approach is to support care and clinical decision-making by primary care practitioners, neurologists and headache specialists alike.

Fig. 1: Ten-step approach to the diagnosis and management of migraine.

Diagnosis

1 When to suspect migraine

- Recurrent headache of moderate to severe intensity
- Visual aura
- Family history of migraine
- Onset of symptoms at or around puberty

2 Diagnosis of migraine

- Record medical history
- Apply diagnostic criteria
- Consider differential diagnoses
- Examine patient to exclude other causes
- Use neuroimaging only when a secondary headache disorder is suspected

3 Patient centricity and education

- Provide appropriate reassurance
- Agree on realistic objectives
- Identify predisposing and/or trigger factors
- Follow strategy to individualize therapy according to symptoms and needs

Acute and preventative treatment

4 Acute treatment

First-line medication

- NSAIDs (acetylsalicylic acid, ibuprofen or diclofenac potassium)

Second-line medication

- Triptans
- When triptans provide insufficient pain relief, combine with fast-acting NSAIDs

Third-line medication

- Ditans
- Gepants

Adjunct medications for nausea and/or vomiting

- Prokinetic antiemetics (domperidone or metoclopramide)

5 Preventative treatment

- Recommended for patients adversely affected on ≥ 2 days per month despite optimized acute therapy

First-line medication

- Beta blockers (propranolol, metoprolol, atenolol, bisoprolol)
- Topiramate
- Candesartan

Second-line medication

- Flunarizine
- Amitriptyline
- Sodium valproate^a

Third-line medication

- CGRP monoclonal antibodies^b

6 Managing migraine in special populations

Older people

- Secondary headache, comorbidities and adverse events are all more likely
- Poor evidence base for all drugs in this age group

Children and adolescents

- Be aware that presentation can differ from migraine in adults
- Parents and schools have important roles in the management of young children
- Bed rest alone can be sufficient
- Use ibuprofen for acute treatment and propranolol, amitriptyline or topiramate for prevention

Women who are pregnant or breastfeeding

- Use paracetamol for acute treatment
- Avoid preventive treatment if possible

Women with menstrual migraine

- Perimenstrual preventive therapy with long-acting NSAID or triptan

Clinical management and follow-up

1. Evaluation of treatment response and management of failure

- Use headache calendars
- Assess effectiveness and adverse events
- When outcomes are suboptimal, review diagnosis, treatment strategy, dosing and adherence
- When treatment fails, re-evaluate before changing
- Referral to specialist care should be reserved for patients whose condition is diagnostically challenging, difficult to treat or complicated by comorbidities

2. Managing complications

- Discourage medication overuse and recognize and stop established medication overuse to prevent MOH
- For MOH, withdraw overused medication, preferably abruptly
- Specialist referral is indicated for patients with chronic migraine
- Use preventive treatment for chronic migraine: topiramate, onabotulinumtoxinA or CGRP monoclonal antibodies^b

3. Recognizing and managing comorbidities

- Identify comorbid conditions
- Select drugs and adjust their use according to comorbidities present
- Alleviate comorbidities if possible to improve outcome

4. Planning long-term follow-up

- Manage migraine long-term in primary care
- Repatriate patients from specialist care in a timely manner and with a comprehensive treatment plan
- Maintain stability of effective treatment in primary care and react to change

CGRP, calcitonin gene-related peptide; MOH, medication overuse headache; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug. ^aSodium valproate is absolutely contraindicated in women of childbearing potential. ^bCGRP monoclonal antibodies target CGRP or its receptor.

METHODS

The Danish Headache Society and its representatives (A.K.E., H.A., H.W.S. and M.Ashina) conceived a European Consensus Statement on the diagnosis and clinical management of migraine. A formal proposal, including a suggested list of authors, was prepared and submitted to the Board of Directors of the EHF, the Chairs of the EAN Headache Panel and the Chair of the EAN Scientific Committee. The proposal was approved by unanimous decision and a European expert panel was convened to develop this Consensus Statement. Three authors (H.A., T.J.S. and M.Ashina) identified the ten most important steps in diagnosis and management of migraine

through email correspondence. Once these steps were agreed, seven authors (A.K.E., H.A., S.K., H.-C.D., H.W.S., T.J.S. and M.Ashina) wrote the initial draft.

For each of the ten steps, a structured literature search was performed in April 2021 using the PubMed database. We searched for "migraine" in combination with the terms "diagnosis", "treatment", "therapies", "treatment outcome" or "prognosis". We excluded publications written in a language other than English. We also selected additional articles deemed relevant from a search of the reference lists of the originally identified articles. The content was targeted towards a broad readership of primary care practitioners, neurologists and headache specialists.

In continuous email correspondence, all authors reviewed the initial draft and contributed to all subsequent drafts. Whenever possible, recommendations were based on interpretation of findings from systematic reviews and meta-analyses, relying on expert opinion only when scientific evidence was limited or unavailable. The views of each author were taken fully into consideration and revisions were made until unanimous consensus was reached. Four rounds of review were required to establish consensus.

STEP 1: WHEN TO SUSPECT MIGRAINE

In the third edition of the International Classification of Headache Disorders (ICHD-3), migraine is classified into three main types: migraine without aura, migraine with aura, and chronic migraine. The clinical characteristics of each must be considered to ensure an accurate diagnosis.

MIGRAINE WITHOUT AURA

Migraine without aura is characterized by recurrent headache attacks that last 4-72 h. Typical features of an attack include a unilateral location, pulsating quality, moderate or severe pain intensity, and aggravation by routine physical activity. However, bilateral pain is not uncommon; population-based data indicate that ~40% of individuals with migraine report bilateral pain during attacks. The most common associated symptoms are photophobia, phonophobia, nausea and vomiting. Before the onset of pain, prodromal symptoms can include a depressed mood, yawning, fatigue and cravings for specific foods. After resolution of the headache, postdromal symptoms can last up to 48 h and often include tiredness, concentration difficulties and neck stiffness.

MIGRAINE WITH AURA

Approximately one third of individuals with migraine experience aura, either with every attack or with some attacks. Aura is defined as transient focal neurological symptoms that usually precede, but sometimes accompany, the headache phase of a migraine attack. In >90% of affected individuals, aura manifests visually, classically as fortification spectra. Sensory symptoms occur in ~31% of affected individuals and are usually experienced as predominantly unilateral paraesthesia (pins and needles and/or numbness) that spreads gradually in the face or arm.

Less common aura symptoms include aphasic speech disturbance, brainstem symptoms (such as dysarthria and vertigo), motor weakness (in hemiplegic migraine) and retinal symptoms (for example, repeated monocular visual

disturbances). Aura symptoms can be similar to those of transient ischaemic attacks (TIA), but can be differentiated on the basis that aura symptoms often spread gradually (over 5 min) and occur in succession, whereas symptoms of a TIA have a sudden, simultaneous onset.

Notably, migraine with aura and migraine without aura can coexist. Many individuals with migraine with aura also experience attacks that are not preceded by aura. In such cases, migraine with aura and migraine without aura should both be diagnosed.

CHRONIC MIGRAINE

Chronic migraine is defined as 15 headache days per month for >3 months and fulfilment of ICHD-3 criteria for migraine on ≥8 days per month. Chronic migraine is not a static entity and reversion to episodic migraine is not unusual. Similarly, retransformation to chronic migraine can subsequently occur.

FAMILY HISTORY OF MIGRAINE

Migraine has a strong genetic component and its prevalence is higher among people with directly affected first-degree relatives than among the general population. Family history is, therefore, an important part of the medical history and is often positive in patients with migraine, although it might be under-reported by patients.

RECOMMENDATIONS

- Suspect migraine without aura in a person with recurrent moderate to severe headache, particularly if pain is unilateral and/or pulsating, and when the person has accompanying symptoms such as photophobia, phonophobia, nausea and/or vomiting.

- Suspect migraine with aura in a person with the symptoms above and recurrent, short-lasting visual and/or hemisensory disturbances.
- Suspect chronic migraine in a person with 15 headache days per month.
- Suspicion of migraine should be strengthened by a family history of migraine and if onset of symptoms is at or around puberty.

STEP 2: DIAGNOSIS OF MIGRAINE

The medical history is the mainstay of migraine diagnosis; with the assistance of a range of published aids (see the section Diagnostic aids), a full history should enable systematic application of the criteria set out in the ICHD-3. Physical examination is most often confirmatory and further investigations (for example, neuroimaging, blood samples or lumbar puncture) are occasionally required to confirm or reject suspicions of secondary causes for headache.

MEDICAL HISTORY

An adequate medical history must include at least the following: age at onset of headache; duration of headache episodes; frequency of headache episodes; pain characteristics (for example, location, quality, severity, aggravating factors and relieving factors); accompanying symptoms (for example, photophobia, phonophobia, nausea and vomiting); aura symptoms (if any); and history of acute and preventive medication use. All are essential for the application of the ICHD-3 criteria.

DIAGNOSTIC CRITERIA

The ICHD-3 criteria (Box 1), which were developed by the International Headache Society, set out the clinical features that establish the diagnosis of migraine and its types and subtypes. These criteria prioritize specificity over

sensitivity, so an additional set of criteria are given for a diagnosis of probable migraine, which is defined as "migraine-like attacks missing one of the features required to fulfil all criteria for a type or subtype of migraine". Probable migraine is a diagnosis pending confirmation during early follow-up.

Box 1 ICHD-3 diagnostic criteria for primary headache disorders

MIGRAINE WITHOUT AURA

1. 1.

At least five attacks that fulfil criteria 2-5

2. 2.

Headache attacks that last 4-72 h when untreated or unsuccessfully treated

3. 3.

Headache has at least two of the following four characteristics:

- o unilateral location
- o pulsating quality
- o moderate or severe pain intensity
- o aggravation by, or causing avoidance of, routine physical activity (for example, walking or climbing stairs)

1. 4.

At least one of the following during the headache:

- o nausea and/or vomiting
- o photophobia and phonophobia

2. 5.

Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

Migraine with aura

1. 1.

At least two attacks that fulfil criteria 2 and 3

2. 2.

One or more of the following fully reversible aura symptoms:

- o visual
- o sensory
- o speech and/or language
- o motor
- o brainstem
- o retinal

1. 3.

At least three of the following six characteristics:

- o at least one aura symptom spreads gradually over 5 min
- o two or more aura symptoms occur in succession
- o each individual aura symptom lasts 5-60 min
- o at least one aura symptom is unilateral
- o at least one aura symptom is positive
- o the aura is accompanied with or followed by headache within 60 min

2. 4.

Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

Chronic migraine

1. 1.

Headache (migraine-like or tension-type-like) on ≥ 15 days/month for >3 months that fulfil criteria 2 and 3

2. 2.

Attacks occur in an individual who has had at least five attacks that fulfil the criteria for migraine without aura and/or for migraine with aura

3. 3.

On 8 days/month for >3 months, any of the following criteria are met:

- o criteria 3 and 4 for migraine without aura
- o criteria 2 and 3 for migraine with aura
- o believed by the patient to be migraine at onset and relieved by a

triptan

or ergot derivative

1. 4.

Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

Medication-overuse headache

1. 1.

Headache on ?15 days/month in an individual with a pre-existing headache disorder

2. 2.

Regular overuse for >3 months of one or more drugs that can be taken for acute and/or symptomatic treatment of headache (regular intake of one or more non-opioid analgesics on ?15 days/month for ?3 months or any other acute medication or combination of medications on ?10 days/month for 3 months)

3. 3.

Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

DIAGNOSTIC AIDS

Headache diaries are useful diagnostic aids that can also be used to re-evaluate the diagnosis whenever needed (Box 2). Daily diary entries record information on the pattern and frequency of headaches and its accompanying symptoms (for example, nausea, photophobia and phonophobia), as well as use of acute medications (Box 2). Diaries should not be conflated with headache calendars, which typically include less information but are useful in the follow-up assessment of patients. Headache calendars should be used to

record, at minimum, the frequency of migraine, the frequency and intensity of headaches, and headache-related events, such as acute and preventive medication use and menstruation (Box).

The emergence and refinement of electronic headache diaries and calendars are important developments, as these are likely to facilitate acquisition of more detailed information without markedly compromising compliance. Compliance with headache diaries can be an issue, particularly in primary care; for example, in one population-based study of patients who reported frequent headaches, only 46% of participants completed the study.

Diagnosis of migraine can also be facilitated by use of screening instruments that evaluate whether a patient's clinical features suggest migraine (Box). After use of such screening instruments, diagnosis should be confirmed by a review of the medical history and/or use of a diagnostic headache diary. Validated screening instruments include the three-item ID-Migraine questionnaire and the five-item Migraine Screen Questionnaire (MS-Q). The ID-Migraine questionnaire has a sensitivity of 0.81, a specificity of 0.75 and a positive predictive value of 0.93 when compared with ICHD-based diagnosis by a headache specialist. The MS-Q instrument has a sensitivity of 0.93, a specificity of 0.81 and a positive predictive value of 0.83 (ref.). Both instruments have been translated and validated for use in several languages.

Box 2 Diagnostic aids and screening tools

Headache diary

Headache diaries are useful diagnostic aids and can also, if needed, assist with re-evaluation of diagnosis at follow-ups (see Related links for an example headache diary).

Headache calendar

Headache calendars are useful in follow-ups for recording the temporal occurrence of headaches and related events, such as menstruation (see Related links for an example headache calendar).

Three-item Identify Migraine questionnaire

The three-item Identify Migraine (ID-Migraine) questionnaire identifies individuals who are likely to have migraine on the basis of their answers to three questions regarding headache-associated nausea, photophobia and disability.

Migraine Screen Questionnaire

The Migraine Screen Questionnaire (MS-Q), like ID-Migraine, is designed to screen patients for migraine but includes five questions regarding headache frequency, intensity and length, headache associated nausea, photophobia and phonophobia, and disability.

Differential diagnoses

Differential diagnoses for migraine include other primary headache disorders (Table 1) and some secondary headache disorders (Table 2). Distinction from other primary headache disorders is a prerequisite for successful management, whereas distinction from secondary headache disorders is crucial because some of these disorders are serious and potentially life-threatening (for example, meningitis and subarachnoid haemorrhage) (Table 2).

Table 1 Characteristics of primary headache disorders

Headache disorder	Headache duration	Headache location	Pain intensity	Pain characteristics	Accompanying symptoms	Routine physical activity
Migraine	4–72 h	Usually unilateral	Usually moderate or severe	Usually pulsating	Photophobia, phonophobia, nausea, vomiting	Often aggravated by routine physical activity
Tension-type headache	Hours to days or unremitting	Usually bilateral or circumferential	Usually mild or moderate	Usually pressing or tightening	Often none; sometimes photophobia or phonophobia (but not both); sometimes mild nausea in chronic tension-type headache	Not aggravated by routine physical activity
Cluster headache	15–180 min	Strictly unilateral and orbital, supraorbital, and/or temporal	Severe or very severe	Overwhelming	Ipsilateral to the headache: cranial autonomic symptoms, such as conjunctival injection, lacrimation, and nasal congestion	Restlessness or agitation

Table 2 Red flags associated with secondary headaches

When to look	Red flag	Indication
Patient history	Thunderclap headache	Subarachnoid haemorrhage
	Atypical aura	Transient ischaemic attack, stroke, epilepsy, arteriovenous malformations
	Head trauma	Subdural haematoma
	Progressive headache	Intracranial space-occupying lesion
	Headache aggravated by postures or manoeuvres that raise intracranial pressure	Intracranial hypertension or hypotension
	Headache brought on by sneezing, coughing or exercise	Intracranial space-occupying lesion
	Headache associated with weight loss and/or change in memory or personality	Suggests secondary headache
Physical examination	Headache onset at >50 years of age	Suggests secondary headache; consider temporal arteritis
	Unexplained fever	Meningitis
	Neck stiffness	Meningitis, subarachnoid haemorrhage
	Focal neurological symptoms	Suggests secondary headache
	Weight loss	Suggests secondary headache
	Impaired memory and/or altered consciousness or personality	Suggests secondary headache

Tension-type headache (TTH) is the only other paroxysmal headache disorder that is prevalent in the general population. TTH lacks the symptoms that accompany migraine and usually involves bilateral, mild to moderate pain with a pressing or tightening quality that is not aggravated by routine physical activity, (Table 1).

Cluster headache is a much less prevalent primary headache disorder that affects ~0.1% of the general population. Its features are highly characteristic and include frequently recurrent but short-lasting attacks (15-180 min) of strictly unilateral headache of severe or very severe intensity. The head pain is accompanied by ipsilateral cranial autonomic symptoms, such as conjunctival injection, lacrimation and nasal congestion (Table 1).

Medication-overuse headache (MOH) is a secondary headache disorder that is an important differential diagnosis for chronic migraine (Box 1). This disorder commonly develops from overuse of acute medication to treat migraine attacks, so the two disorders are often conflated (see Step 8 for more on MOH).

Some other secondary headache disorders can present with features that suggest migraine, but specific red flags should create suspicion (Table 2). Red flags in the medical history include thunderclap headache, atypical aura and head trauma. Red flags in the physical examination include unexplained fever, impaired memory and focal neurological symptoms (Table 2). These red flags are indications for further investigation, such as neuroimaging, blood samples or lumbar puncture.

Need for neuroimaging

The only role for neuroimaging in the diagnosis of headache is to confirm or exclude causes of secondary headache that are suspected on the basis of red flags in the medical history and/or physical examination. Otherwise, neuroimaging is not only rarely necessary in the diagnostic work-up of migraine but can be harmful, as it can involve exposure to ionizing radiation.

When needed for investigation of possible secondary headache disorders, MRI is preferred to CT, as it offers a higher resolution and does not involve exposure to ionizing radiation. However, MRI can reveal clinically insignificant abnormalities (for example, white matter lesions, arachnoid cysts and meningiomas), which can alarm the patient and lead to further unnecessary testing.

Recommendations

- Take a careful medical history, applying the ICHD-3 criteria.
- Use validated diagnostic aids and screening tools, such as headache diaries, the three-item ID-Migraine questionnaire and the five-item Migraine Screen Questionnaire.
- Consider differential diagnoses, including other primary headache disorders and secondary headache disorders.
- Use neuroimaging only when a secondary headache disorder is suspected.

Step 3: Education and patient centricity

Patient centricity and education have important roles in the management of migraine. Indeed, optimal outcomes are unlikely when these aspects are not given sufficient attention.

Explanation, reassurance and objectives

Patient satisfaction is a key management outcome and treatment success depends on it but most people with migraine report at least one perceived unmet treatment need. Unrealistic expectations constitute a major obstacle to achieving patient satisfaction - a common misconception among patients is that effective treatment means cure of their migraine. Clinicians must therefore disabuse patients of this belief without being overly negative. A realistic objective is a return of control from the disease to the patient with treatment

that mitigates attack-related disability (by reducing attack frequency, attack duration and/or pain intensity) to an extent that the patient can continue with life with as little hindrance as possible.

Non-adherence is also an obstacle to effective treatment and requires management. Education is the solution - clinicians must explain to the patient both the disease and the principles of managing it effectively, including instruction on the correct use of medication, potential adverse effects and what to do about them, and the importance of avoiding medication overuse. Such education can require time that is not available, but freely available patient information leaflets can support patient education.

Predisposing factors and triggers

Contrary to popular belief, predisposing and trigger factors are of limited importance in migraine, and their role is often overemphasized. An important exception is menstruation, as some women's migraine attacks are exclusively or frequently menstruation-related. True trigger factors are often self-evident. Moreover, aggravating factors should not be conflated with predisposing factors. The former worsen headache during migraine attacks (for example, physical activity), whereas predisposing factors increase susceptibility to the development of a migraine attack (for example, poor sleep quality, poor physical fitness or stress).

Nevertheless, if predisposing and trigger factors can be correctly identified and subsequently avoided (which is often not possible), some headache control might be achievable without further intervention. For instance, lifestyle changes can benefit patients with poor sleep quality or physical fitness, though

any changes should not result in unnecessary avoidance behaviour, which can itself damage quality of life.

Individualized therapy

Multiple effective acute and preventive therapies are available for migraine. When selecting from these therapies, the objective is that each patient receives the therapy that provides the best personal outcome. Unfortunately, no a priori basis for selection currently exists, at least for acute therapy. Optimal individualized therapy is therefore currently best achieved with a stepped care approach, set out in detail in Step 4.

Recommendations

- Provide every patient with a full explanation of migraine as a disease and of the principles of its management.
- Consider predisposing and trigger factors, but keep in mind that true trigger factors are often self-evident.
- Adhere to the principles of stepped care to achieve optimal individualized therapy (see Step 4).

Step 4: Acute treatment

Acute treatments can be classified as first-line, second-line, third-line and adjunct (Table 3), and should be used in a stepped care approach (Fig. 2). Our recommendations for each line of treatment are outlined below. The medications at each stage were selected on the basis of efficacy, tolerability, safety, cost and availability.

Table 3 Acute migraine treatment

Drug class	Drug	Dosage and route	Contraindications
First-line medication			
NSAIDs	Acetylsalicylic acid	900–1,000 mg oral	Gastrointestinal bleeding, heart failure
	Ibuprofen	400–600 mg oral	
	Diclofenac potassium	50 mg oral (soluble)	
Other simple analgesics (if NSAIDs are contraindicated)	Paracetamol	1,000 mg oral	Hepatic disease, renal failure
Antiemetics (when necessary)	Domperidone	10 mg oral or suppository	Gastrointestinal bleeding, epilepsy, renal failure, cardiac arrhythmia
	Metoclopramide	10 mg oral	Parkinson disease, epilepsy, mechanical ileus
Second-line medication			
Triptans	Sumatriptan	50 or 100 mg oral or 6 mg subcutaneous or 10 or 20 mg intranasal	Cardiovascular or cerebrovascular disease, uncontrolled hypertension, hemiplegic migraine, migraine with brainstem aura
	Zolmitriptan	2.5 or 5 mg oral or 5 mg intranasal	
	Almotriptan	12.5 mg oral	
	Eletriptan	20, 40 or 80 mg oral	
	Frovatriptan	2.5 mg oral	
	Naratriptan	2.5 mg oral	
	Rizatriptan	10 mg oral tablet (5 mg if treated with propranolol) or 10 mg mouth-dispersible wafers	
Third-line medication			
Gepants	Ubrogepant	50, 100 mg oral	Co-administration with strong CYP3A4 inhibitors
	Rimegepant	75 mg oral	Hypersensitivity, hepatic impairment
Ditans	Lasmiditan	50, 100 or 200 mg oral	Pregnancy, concomitant use with drugs that are P-glycoprotein substrates

Fig. 2: Stepped care across migraine attacks.

Preventive therapy, in addition, may be indicated at any stage. In general, initiation of preventive therapy is indicated in patients who are adversely affected on ≥ 2 days per month despite acute treatment optimized according to the stepped care approach. NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug.

First-line medication

Over-the-counter analgesics are used worldwide for acute migraine treatment. Those with proven efficacy include non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), and the strongest evidence supports use of acetylsalicylic acid, ibuprofen and diclofenac potassium as first-line medications. Paracetamol has less efficacy and should be used only in those who are intolerant of NSAIDs.

Second-line medication

Patients for whom over-the-counter analgesics provide inadequate headache relief should be offered a triptan. All triptans have well-documented effectiveness, but availability of and access to each vary between countries. Triptans are most effective when taken early in an attack, when the headache is still mild. However, no evidence supports the use of triptans during the aura phase of a migraine attack. If one triptan is ineffective, others might still provide relief. When all other triptans have failed or in patients who rapidly reach peak headache intensity or cannot take oral triptans because of vomiting, sumatriptan by subcutaneous injection can be useful.

Some patients can experience relapses, which are defined as a return of symptoms within 48 h after apparently successful treatment. Upon relapse, patients can repeat their triptan treatment or combine the triptan with simultaneous intake of fast-acting formulations of naproxen sodium, ibuprofen lysine or diclofenac potassium. However, patients should be informed that repeating the treatment does not preclude further relapses and ultimately increases the risk of developing MOH.

Third-line medication

If all available triptans fail after an adequate trial period (no or insufficient therapeutic response in at least three consecutive attacks) or their use is contraindicated, alternatives are currently limited. Ditans or gepants could be used, but their availability is currently very limited. Lasmiditan is the only ditan approved for acute treatment of migraine, and ubrogepant and rimegepant are the only gepants approved. Indirect comparison of data from randomized controlled trials suggests that the efficacy of lasmiditan is comparable to that of triptans, but its use is associated with temporary driving impairment, which is likely to discourage widespread use. Individuals who take lasmiditan might be unable to self-assess their driving competence and should not operate machinery for at least 8 h after intake.

Adjunct medication

For patients who experience nausea and/or vomiting during migraine attacks, prokinetic antiemetics such as domperidone and metoclopramide are useful oral adjuncts.

Medications to avoid

Oral ergot alkaloids are poorly effective and potentially toxic, and should not be used as a substitute for triptans. The efficacy of opioids and barbiturates is questionable, and both are associated with considerable adverse effects and the risk of dependency. All of these medications should, therefore, be avoided for the acute treatment of migraine.

Recommendations

- Offer acute medication to everyone who experiences migraine attacks.
- Advise use of acute medications early in the headache phase of the

attack, as effectiveness depends on timely use with the correct dose.

- Advise patients that frequent, repeated use of acute medication risks development of MOH.
- Use NSAIDs (acetylsalicylic acid, ibuprofen or diclofenac potassium) as first-line medication.
- Use triptans as second-line medication.
- Consider combining triptans with fast-acting NSAIDs to avert recurrent relapse.
- Consider ditans and gepants as third-line medications.
- Use prokinetic antiemetics (domperidone or metoclopramide) as adjunct oral medications for nausea and/or vomiting.
- Avoid oral ergot alkaloids, opioids and barbiturates.

Step 5: Preventive treatment

Initiation and termination

In patients whose migraine continues to impair their quality of life despite optimized acute therapy, additional preventive therapy should be considered (Table 4). In practice, patients who are considered for preventive treatment remain adversely affected on at least 2 days per month, although this should not be regarded as an absolute rule. Aside from migraine frequency, clinicians should always consider factors such as the severity of attacks, the duration of attacks (for example, menstruation-related attacks tend to last longer) and migraine-related disability. A further indication for preventive therapy is overuse of acute medication.

Table 4 Preventive migraine treatment

Drug class	Drug	Dosage and route	Contraindications
First-line medication			
Beta blockers	Atenolol	25–100 mg oral twice daily	Asthma, cardiac failure, Raynaud disease, atrioventricular block, depression
	Bisoprolol	5–10 mg oral once daily	
	Metoprolol	50–100 mg oral twice daily or 200 mg modified-release oral once daily	
	Propranolol	80–160 mg oral once or twice daily in long-acting formulations	
Angiotensin II-receptor blocker	Candesartan	16–32 mg oral per day	Co-administration of aliskiren
Anticonvulsant	Topiramate	50–100 mg oral daily	Nephrolithiasis, pregnancy, lactation, glaucoma
Second-line medication			
Tricyclic antidepressant	Amitriptyline	10–100 mg oral at night	Age <6 years, heart failure, co-administration with monoamine oxidase inhibitors and SSRIs, glaucoma
Calcium antagonist	Flunarizine	5–10 mg oral once daily	Parkinsonism, depression
Anticonvulsant	Sodium valproate ^a	600–1,500 mg oral once daily	Liver disease, thrombocytopenia, female and of childbearing potential
Third-line medication			
Botulinum toxin	OnabotulinumtoxinA	155–195 units to 31–39 sites every 12 weeks	Infection at injection site
	Erenumab	70 or 140 mg subcutaneous once monthly	Hypersensitivity Not recommended in patients with a history of stroke, subarachnoid haemorrhage, coronary heart disease, inflammatory bowel disease, chronic obstructive pulmonary disease or impaired wound healing
Calcitonin gene-related peptide monoclonal antibodies	Fremanezumab	225 mg subcutaneous once monthly or 675 mg subcutaneous once quarterly	
	Galcanezumab	240 mg subcutaneous, then 120 mg subcutaneous once monthly	
	Eptinezumab	100 or 300 mg intravenous quarterly	

SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor. ^aSodium valproate is absolutely contraindicated in women of childbearing potential.

Efficacy of preventive therapy is rarely observed immediately. Only after several weeks or months can efficacy be ascertained, so patients should be discouraged from abandoning the treatment in these early stages on the grounds of apparent inefficacy. If a therapeutic dose of an oral preventive medication is ineffective after 2-3 months, an alternative should be tried. For monoclonal antibody treatments that target calcitonin gene-related peptide (CGRP) or its receptor, efficacy should be assessed only after 3-6 months. For onabotulinumtoxinA, efficacy should be assessed after 6-9 months.

Failure of one preventive treatment does not predict failure of treatment with other drug classes, except when failure is due to poor adherence. Treatment adherence is often very poor but can be improved by simplified dosing schedules (once daily or less). For most preventive medications, clinical

experience suggests that pausing can be considered when treatment has been successful for 6-12 months. The purpose of pausing is to ascertain whether preventive treatment can be stopped, which minimizes the risk of unnecessary drug exposure and allows some patients to manage their migraine with acute medications only. A useful measure to quantify the degree of preventive treatment success is to calculate the percentage reduction in monthly migraine days or monthly headache days of moderate-to-severe intensity. However, a pragmatic approach is needed and clinicians should decide to pause preventive therapy on a case-by-case basis.

Current standard of care

As for acute medications, preventive treatments can be classified as first-line, second-line and third-line options (Table 4). However, choice of medication and the order of use depend on local practice guidelines and local availability, costs and reimbursement policies.

First-line medications are beta blockers without intrinsic sympathomimetic activity (atenolol, bisoprolol, metoprolol or propranolol), topiramate and candesartan. If these fail, second-line medications include flunarizine, amitriptyline and sodium valproate, although valproate is strictly contraindicated in women of childbearing potential, which greatly limits its utility in migraine. Third-line medications are the four CGRP monoclonal antibodies erenumab, fremanezumab, galcanezumab and eptinezumab. These antibodies have been approved for the preventive treatment of migraine in the past few years. In Europe, regulatory restrictions limit their use to patients in whom other preventive drugs have failed or are contraindicated.

Non-pharmacological therapies

A range of non-pharmacological preventive therapies can be used either as adjuncts to acute and preventive medications or instead of them if medication use is contraindicated. Some evidence supports the use of non-invasive neuromodulatory devices, biobehavioural therapy and acupuncture, although a study of acupuncture indicated that it is not superior to sham acupuncture. Contrary to popular belief, little to no evidence exists for physical therapy, spinal manipulation and dietary approaches. We make no recommendations about other therapeutic options, such as melatonin, magnesium and riboflavin, as limited evidence for their efficacy is available and their use in clinical practice is limited.

Recommendations

- Consider preventive treatment in patients who are adversely affected by migraine on 2 days per month despite optimized acute treatment.
- Use beta blockers (atenolol, bisoprolol, metoprolol or propranolol), topiramate or candesartan as first-line medications.
- Use flunarizine, amitriptyline or (in men) sodium valproate as second-line medications.
- Consider CGRP monoclonal antibodies as third-line medications.
- Consider neuromodulatory devices, biobehavioural therapy and acupuncture as adjuncts to acute and preventive medication or as stand-alone preventive treatment when medication is contraindicated.

Step 6: Managing migraine in special populations

Older people

Migraine often remits with older age whereas the incidence of many secondary headaches increases. Onset of apparent migraine after the age of 50 years

should, therefore, arouse suspicion of an underlying cause. In individuals whose migraine persists from earlier life into later years, clinical management often remains unchanged in practice. Little formal evidence is available with respect to therapeutic approaches in older people with migraine.

Nonetheless, known and possible unknown comorbidities need to be considered, as well as harm that might be caused by drug-specific adverse effects, to which older people are generally more susceptible. For instance, use of triptans in older people is often advised against owing to the relatively high likelihood that these patients have cardiovascular disease and/or cardiovascular risk factors. However, no robust evidence supports an increased risk of cerebrovascular or cardiovascular events in older people owing to triptan use per se. Nonetheless, clinicians are advised to regularly monitor blood pressure in older patients with migraine who use triptans, in addition to periodical assessment of cardiovascular risk factors.

Children and adolescents

Migraine is common among children and its prevalence increases in adolescence. As in adults, diagnosis is primarily based on the medical history, although the criteria are slightly different - the duration of migraine attacks can be 2 to 72 h. The clinical features of migraine in children and adolescents also differ somewhat from those in adults - the attacks are often shorter, the headache is more often bilateral and less often pulsating, and gastrointestinal disturbances are commonly prominent. Descriptions of these features might be more reliably provided by parents than children, and parents will also provide a better account of lifestyle factors that might need to be addressed.

In children and young adolescents, clinical management usually requires active help from family members and teachers, so education of both is necessary. Bed-rest alone might suffice in children with attacks that have a short duration. When needed, ibuprofen is recommended as first-line medication, at a dose appropriate for body weight. Domperidone can be used for nausea in adolescents aged 12-17 years, although oral administration is unlikely to prevent vomiting.

The evidence base for medication therapy in children and adolescents is confounded by a high placebo response in clinical trials. As a consequence, the apparent therapeutic gain is low, and this effect probably explains why a benefit of triptans has not been demonstrated in children. For adolescents aged 12-17 years, multiple NSAIDs and triptans have been approved for acute treatment of migraine, and some evidence indicates that nasal spray formulations of sumatriptan and zolmitriptan are the most effective. If acute medication provides insufficient pain relief, referral to specialist care is indicated. In practice, propranolol, amitriptyline and topiramate are used for preventive treatment, although their effectiveness in children and adolescents has not been proven in clinical trials.

Pregnant and breastfeeding women

Migraine often remits during pregnancy, but if treatment is continued, the potential for harm to the fetus demands special consideration. Despite relatively poor efficacy, paracetamol should be used as the first-line medication for acute treatment of migraine in pregnancy; NSAIDs can be used only during the second trimester. Triptans should be used only under the strict

supervision of a specialist, as the safety data available are limited and originate from post-marketing surveillance; most data relate to the use of sumatriptan. For nausea associated with migraine in pregnancy, metoclopramide can be used.

Preventive migraine medications are best avoided during pregnancy owing to the potential for fetal harm. However, if preventive therapy is considered clinically indicated because of frequent and disabling migraine attacks, the best available safety data support the use of propranolol or, if propranolol is contraindicated, amitriptyline. Both should be used under specialist supervision to adequately monitor any potential fetal harm. Topiramate, candesartan and sodium valproate are contraindicated; sodium valproate is known to be teratogenic, so must not be used, and the use of topiramate and candesartan is associated with adverse effects on the fetus.

Migraine medication therapy in the post-partum period also requires caution because of potential risks to the infant. Paracetamol is the preferred acute medication, although ibuprofen and sumatriptan are also considered safe. If preventive medication is required, propranolol is the recommended first choice as it has the best safety profile. Pharmacological treatments for migraine during pregnancy and breastfeeding have been reviewed in more detail elsewhere.

Women with menstrual migraine

Approximately 8% of women with migraine experience migraine attacks that are exclusively related to their menstruation, referred to as pure menstrual migraine. If optimized acute medication therapy does not suffice for these

patients, initiation of perimenstrual preventive treatment should be considered. This approach typically involves daily intake of a long-acting NSAID (for example, naproxen) or triptan (for example, frovatriptan or naratriptan) for 5 days, beginning 2 days before the expected first day of menstruation. Some women with pure menstrual migraine without aura benefit from continuous use (that is, without a break) of combined hormonal contraceptives. By contrast, combined hormonal contraceptives are contraindicated in women with migraine with aura regardless of any association with their menstrual cycle, owing to an associated increase in the risk of stroke.

Recommendations

- In patients with apparent late-onset migraine, suspect an underlying cause.
- In older people, consider the higher risks of secondary headache, comorbidities and adverse events with older age.
- In children and adolescents with migraine, bed rest alone might suffice; if not, use ibuprofen for acute treatment and propranolol, amitriptyline or topiramate for prevention.
- In pregnant or breastfeeding women, use paracetamol for acute treatment and avoid preventive medication whenever possible.
- In women with menstrual migraine, consider perimenstrual preventive therapy with a long-acting NSAID or triptan.

Step 7: Follow-up, treatment response and failure

Active follow-up is the only appropriate means of determining outcome and provides the opportunity to review both diagnosis and treatment strategies. The response to treatment should be evaluated within 2-3 months after initiation or a change in treatment, and regularly thereafter, though not necessarily at short intervals (for example, 6-12 months). Evaluation of treatment responses should include a review of effectiveness, adverse events

and adherence.

Key outcome measures for effectiveness are attack frequency, attack severity and migraine-related disability. Attack frequency is usually measured in headache or migraine days per month. Severity is usually expressed as pain intensity rather than functional consequence, which should be separately assessed. Headache calendars are extremely useful for capturing these measures and require little time commitment if completed only on symptomatic days. In addition, headache calendars are valuable for monitoring acute medication use. At follow-up assessments, the self-administered Migraine Treatment Optimization Questionnaire (mTOQ-4) can be used to evaluate the effectiveness of acute medications, whereas the self-completed eight-item HURT questionnaire (Headache Under-Response to Treatment) can be used to assess the effectiveness of an intervention and generates suggestions for changes to improve effectiveness (Box 3).

Box 3 Tools for evaluation of treatment response

HURT questionnaire

The Headache Under-Response to Treatment (HURT) questionnaire is an eight-item, self-administered questionnaire developed specifically to guide follow-up in primary care. The questionnaire assesses treatment outcome in several domains, and responses are coupled to suggested changes in management. It has been validated for clinical use in English and Arabic and is available online in 12 languages (see Related links for where to access the HURT questionnaire).

mTOQ-4

The Migraine Treatment Optimization Questionnaire (mTOQ-4) is a self-administered questionnaire that can be used to assess acute treatment, including treatment efficacy. This questionnaire has been validated for use in primary care and used in several studies to assess treatment outcomes.

When treatment fails

A conclusion that treatment has failed should be made with caution and must always be preceded by a thorough review of the underlying reasons. In some cases, apparent failures might be remediable, such as when failure is due to poor adherence or suboptimal dosing. Whereas some patients benefit from higher doses, others might benefit from lower doses that have fewer adverse effects and therefore improve adherence. Alternatives when first-line medications fail are outlined above (see Step 4 and Step 5). If all treatments fail, the diagnosis should be questioned and specialist referral is indicated.

When specialist referral is needed

Approximately 90% of people who seek professional care for migraine should be treated in primary care. Referral to specialist care should be reserved for the minority of patients whose condition is diagnostically challenging, difficult to treat or complicated by comorbidities. Specialist care provides access to greater expertise maintained by experience and to multidisciplinary care. However, specialist capacity is limited and the cost is much higher.

Recommendations

- Evaluate treatment responses shortly after initiation (after 2-3 months) or a change of treatment and regularly thereafter (every 6-12 months).
- Evaluate the effectiveness of treatment by assessing attack frequency, attack severity and migraine-related disability.
- When outcomes are suboptimal, review the diagnosis, treatment strategy, dosing and adherence.
- If all treatment fails, question the diagnosis and consider specialist referral.

Step 8: Managing complications

Medication overuse headache

MOH is a chronic headache disorder characterized by headache on 15 days

per month. It develops over a variable period of time in patients with a pre-existing headache disorder as a result of regular overuse of acute or symptomatic headache medication. Patients with migraine account for approximately two thirds of all cases of MOH, although this estimate is based on limited evidence and might be too low.

Withdrawal of the overused medication is the necessary and only remedy for MOH. Expert consensus is that abrupt withdrawal is preferable to slow withdrawal, except for opioids. This process can be managed in primary care unless addictive drugs, such as opioids, are involved. Patient education is a key component of the clinical management of MOH, as withdrawal is usually followed by worsening before recovery. Preventive therapy (pharmacological and/or non-pharmacological) appropriate to the antecedent headache can be started in parallel with acute medication withdrawal or upon re-emergence of the headache disorder, although this topic remains a subject of debate.

Transformation to chronic migraine

Some estimates suggest that up to 3% of patients with episodic migraine experience transformation to chronic migraine each year. The reliability of such estimates is uncertain because chronic migraine is often conflated with MOH, but transformation to chronic migraine does occur. Recognized risk factors include female sex, a high headache frequency, inadequate treatment, overuse of acute medications and a range of comorbidities, including depression, anxiety and obesity. Recognition of these risk factors is part of good clinical management, as their modification can prevent transformation.

Once chronic migraine has developed, its management is challenging and referral to specialist care is usually necessary. If MOH, which frequently causes symptoms that suggest chronic migraine, can be ruled out, then a preventive treatment should be established. Individuals with chronic migraine should also be educated on the modifiable risk factors for chronic migraine so that they can make lifestyle changes that might help.

Preventive medications for which evidence supports effectiveness in chronic migraine include topiramate, onabotulinumtoxinA and CGRP monoclonal antibodies. Topiramate is the drug of first choice owing to its much lower cost. Regulatory restrictions generally limit the use of onabotulinumtoxinA and CGRP antibodies to patients in whom two or three other preventive medications have failed, despite the fact that topiramate is the only other treatment with evidence supporting its use. Three CGRP antibodies (erenumab, fremanezumab and galcanezumab) have been proven to be beneficial for patients in whom at least two other preventive medications have failed. As in episodic migraine, the choice of preventive medication and their order of use depends on local practice guidelines, availability, cost and reimbursement policies. No robust data from random controlled trials support the use of beta blockers, candesartan or amitriptyline for the preventive treatment of chronic migraine, although they are commonly used in clinical practice.

Recommendations

- Educate patients with migraine about the risk of MOH with frequent overuse of acute medication.
- Manage established MOH by explanation and withdrawal of the overused medication; abrupt withdrawal is preferred, except for opioids.

- Recognize and, when possible, modify risk factors for the transformation of episodic migraine to chronic migraine.
- Refer patients with chronic migraine to specialist care.
- Once MOH is ruled out, initiate preventive medication therapy for chronic migraine; evidence-based treatment options are topiramate, onabotulinumtoxinA and CGRP monoclonal antibodies.

Step 9: Recognizing and managing comorbidities

Migraine is associated with anxiety, depression, sleep disturbances and chronic pain conditions (for example, neck and lower back pain). These associations are more pronounced in people with chronic migraine than in those with episodic migraine. Obesity is also an important risk factor for transformation from episodic migraine to chronic migraine and should be accounted for in the clinical evaluation. Furthermore, migraine with aura has been associated with cardiovascular events in women.

Recognition of comorbid conditions in migraine is important because they can influence drug choice. For example, topiramate is the preferred treatment for patients with obesity owing to its association with weight loss. For patients with depression or sleep disturbances, amitriptyline is most likely to be of benefit. Recognition of comorbidities is also important because their alleviation can improve treatment outcomes for migraine, and vice versa.

Recommendations

- Ensure that comorbidities are identified in patients with migraine, as they can affect treatment choice and outcomes.
- Adjust treatments accordingly and consider possible interactions between drug-related adverse effects and the patient's comorbidity profile.

Step 10: Long-term follow-up

Long-term management of migraine should be the responsibility of primary care. Referral from specialist care back to primary care should be timely, coordinated with the general practitioner and accompanied by a comprehensive treatment plan that includes recommendations for re-evaluation and steps to be taken for each of the likely outcomes. In general, timely return to primary care can be made once the patient experiences sustained efficacy with preventive therapy for up to 6 months with no substantial treatment-related adverse effects.

In primary care, the main goal of follow-up is to maintain stability of adequate outcomes, whether achieved in primary or specialist care, and to react appropriately to any change that might call for review. Neither purpose requires regular routine contact, which should, therefore, be avoided unless necessary in the context of repeat prescriptions. Instead, primary care physicians should emphasize patient education and self-efficacy with respect to judging when a return visit is necessary.

Recommendations

- Primary care should be responsible for the long-term management of patients with migraine, maintaining stability and reacting to change.
- Referral from specialist back to primary care should be timely and accompanied by a comprehensive treatment plan.
- The patient can be referred back to primary care once sustained efficacy with preventive therapy for up to 6 months is obtained with no substantial treatment-related adverse effects.

Conclusions

Migraine is a ubiquitous neurological disorder that adds substantially to the global burden of disease. Despite the existence of comprehensive diagnostic criteria and a multitude of therapeutic options, diagnosis and clinical management of migraine remain suboptimal worldwide. This Consensus Statement was developed by experts from Europe to provide generally applicable recommendations for the diagnosis and management of migraine and to promote best clinical practices. The recommendations are based on published evidence and expert opinion, and will be updated when new information and treatments emerge.



معاشرے کے رہنماؤں کا حال

شاہنواز فاروقی

جسارت

ہمارے معاشرے کے بہت سے المیوں میں سے ایک المیہ یہ ہے کہ جنہیں خود تعلیم و تربیت کی ضرورت ہے وہ معاشرے کی تعلیم و تربیت کے کام پر لگے ہوئے ہیں اور جنہیں خود رہنمائی کی ضرورت ہے وہ معاشرے کی روحانی، اخلاقی، علمی اور سیاسی قیادت کر رہے ہیں۔ اس سلسلے میں سب سے برا حال علمی قیادت کرنے والوں کا ہے۔

اسلامی معاشرے میں استاد سے بلند مرتبہ کا تصور محال ہے اس لیے کہ رسول اکرمؐ نے خود کو معلم قرار دیا ہے۔ اس کے معنی یہ ہیں کہ تعلیم کے شعبے سے وابستہ لوگ رسول اکرمؐ کے راستے پر چلنے والے ہیں۔ رسول اکرمؐ نے فرمایا ہے کہ جب اہل دنیا اس دنیا سے رخصت ہوتے ہیں تو وہ اپنے پیچھے دولت اور جائیداد چھوڑ کر چلے جاتے ہیں وہی ان کے وارثوں میں تقسیم ہوتی ہے لیکن انبیاء کا ورثہ علم ہے جب کوئی نبی دنیا سے رخصت ہوتا ہے تو وہ اپنے پیچھے علم کو ورثے کے طور پر چھوڑ کر جاتا ہے۔ اس کے معنی یہ ہوئے کہ علم کے شعبے سے وابستہ تمام لوگ رسول اکرمؐ کے ورثے کے امین ہیں۔ ایک زمانہ تھا کہ طلبہ والدین کے بعد سب سے زیادہ محبت اپنے اساتذہ سے کرتے تھے۔ محمد حسن عسکری اردو ادب کے سب سے بڑے نقاد ہیں۔ ان کا علم قاموسی یا Encyclopedic ہے۔ تہذیبوں کا جیسا علم عسکری صاحب کے پاس ہے ویسا علم شاید ہی کسی کے پاس ہو۔ لیکن عسکری جب تک زندہ رہے اپنی اہلیت و صلاحیت کو اپنے اساتذہ سے منسوب کرتے رہے۔ عسکری صاحب کو اپنے استاد فراق گورکھ پوری اور دیب صاحب سے ایسی محبت تھی کہ وہ ساری زندگی ان کا ذکر کرتے رہے۔ انہوں نے فراق کی شاعری کی غیر معمولی تعریف کی ہے۔ انہیں فراق جدید غزل کی سب سے توانا آواز نظر آتے تھے۔ سلیم احمد عسکری صاحب کے شاگرد تھے۔ وہ جب تک زندہ رہے عسکری عسکری کرتے رہے۔ انہوں نے ایک جگہ لکھا ہے کہ میں عسکری کے بغیر وہ نہیں ہو سکتا تھا جو میں ہوں۔ سلیم احمد کے بقول عسکری نے سلیم احمد کو جتنا متاثر کیا اتنا اثر تو سلیم احمد پر ان کے والد کا بھی نہیں تھا۔ سلیم احمد عسکری صاحب کو حقیقی معنوں میں شہر علم سمجھتے تھے۔ ان کے نزدیک عسکری کی تحریریں دراصل عسکری نگر کی تاریخ یا عسکری نگر کی جھلکیاں تھیں۔ محمد حسن عسکری کا انتقال ہوا تو پی ٹی وی پر عسکری صاحب کے حوالے سے تعزیتی پروگرام ہوا۔

سلیم احمد پروگرام میں مقرر کے طور پر موجود تھے۔ انہوں نے عسکری صاحب کا ذکر کیا تو اسکرین پر ہی رو دیے۔ سلیم احمد نے خود سراج منیر اور احمد جاوید جیسے شاگرد پیدا کیے۔ سراج منیر کا خیال تھا کہ اقبال نے جس سطح کا کام شاعری اور قرۃ العین حیدر نے ناول میں کیا ہے سلیم احمد نے ویسا ہی کام اپنی تنقید میں کیا ہے۔ سلیم احمد کے مجموعے چراغ نیم شب میں سراج منیر کا مضمون سلیم احمد پر اب تک لکھے گئے مضامین میں سب سے اچھا مضمون ہے۔ احمد جاوید کا سلیم احمد سے یہ تعلق ہے کہ آپ ان کے پاس بیٹھیں تو گفتگو خواہ کسی موضوع پر ہو رہی ہو وہ کہیں نہ کہیں سے سلیم احمد کا ذکر شروع کر دیتے ہیں۔ وہ سلیم احمد کو مفکر شاعر کہتے ہیں۔ انہوں نے کہیں سلیم احمد کے حوالے سے یہ شعر لکھا ہوا ہے۔

تجھہ دیکھنے کو ملی تھیں یہ آنکھیں

تجھہ چاہنے کو ملا تھا مجھہ دل

ظاہر ہے کہ یہ صرف عسکری، سلیم احمد، سراج منیر اور احمد جاوید کی کہانی نہیں ہے۔ ایک زمانہ ایسا تھا کہ اچھے اساتذہ اسکول میں بھی موجود تھے۔ کالج میں بھی دستیاب تھے۔ یونیورسٹی میں بھی مہیا تھے۔

بد قسمتی سے ہمارے زمانے تک آتے آتے صورت حال بدل چکی تھی۔ ہم نے 1982ء میں میٹرک کیا۔ کہنے کو ہمارے اسکول کا نام اشاعت القرآن گورنمنٹ بوائز اسکول تھا مگر پورے اسکول میں قرآن کا جاننے والا کیا اپنے مضمون کا ماہر بھی موجود نہ تھا۔ میٹرک میں پانچ ماہ تک ہمیں ریاضی پڑھانے والا استاد ہی موجود نہ تھا۔ پھر ایک صاحب کہیں سے لائے گئے، مگر بد قسمتی سے ان کا لہجہ اتنا پشتو زدہ تھا کہ ان کی کوئی بات طالب علموں کو سمجھ میں نہیں آئی تھی۔ باقی مضامین کی تدریس کا حال بھی پتلا تھا۔ اکثر اساتذہ قصے اور کہانیوں سنا کر اپنے وقت پورا کرتے۔ میٹرک کا نتیجہ آیا تو اکثر طلبہ فیصل ہو گئے۔ ہم نے میٹرک میں 64.44 فی صد نمبر حاصل کیے۔ سندھی میں ہم نے 75 میں سے 69 اور ریاضی میں 100 میں سے 75 نمبر حاصل کیے۔ ہم اپنی مارکس شیٹ لینے کے لیے اسکول پہنچے تو ہماری ملاقات سر عمر سے ہو گئی۔ وہ ہمیں جنرل سائنس پڑھایا کرتے تھے۔ کہنے لگے جانے سے پہلے اپنی مارکس شیٹ مجھے ضرور دکھانا۔ ہم نے اپنی مارکس شیٹ انہیں دکھائی تو کہنے لگے اس مارکس شیٹ میں جو کچھ ہے تمہاری اپنی محنت اور اہلیت ہے اس میں اسکول کا کوئی کردار نہیں۔

ہم نے انٹر پریمر کمارس کالج ناظم آباد سے کیا۔ پریمر اس وقت کراچی کا دوسرا اچھا کمارس کالج تھا۔ لیکن اس کے باوجود کالج کے اساتذہ کا حال ناگفتہ بہ تھا۔ ہم انٹر کے پہلے سال میں تھے کہ سلیم احمد کا شعری مجموعہ اکائی شائع ہوا۔ ہم نے وہ مجموعہ ایک دن میں پڑھ ڈالا۔ ہمیں مجموعے کی ہر چیز اچھی لگی البتہ سلیم احمد کی ایک نظم ”چاند پر نہ جاؤ“ بار بار کی کوشش کے باوجود ہماری سمجھ میں نہ آئی۔ اچانک ہمیں خیال آیا کہ کیوں نہ ہم اپنے اردو کے استاد سے استفادہ کریں۔ ہم نظم لے کر اردو کے استاد کے پاس پہنچے اور ہم نے کہا کہ سر ذرا یہ نظم ہمیں سمجھا دیجیے۔ انہوں نے نظم پڑھی، کہنے لگے کل آنا۔ کل بات ہوگی۔ ہم اگلے دن پہنچے تو کہنے لگے بھئی میں مصروفیت کے وجہ سے نظم پر غور نہ کر سکا۔ چنانچہ آپ کل آجائیے۔ ہم اگلے دن پہنچے تو کہنے لگے، بھائی مسئلہ یہ ہے کہ سلیم احمد ایک جدید شاعر ہیں، ان کی یہ نظم بھی جدید ہے اور جدید شاعری میں ابہام بہت ہوتا ہے۔ ہم نے کہا سر آپ کی تو پوری زندگی ادب پڑھتے اور ادب پڑھاتے ہوئے بسر ہو گئی۔ آپ اس نظم کا مفہوم نہیں بتائیں گے تو کون بتائے گا۔ کہنے لگے میاں ہماری طرف سے تو معذرت ہے۔ بہتر ہے کہ آپ کسی نقاد سے رابطہ کریں۔ انٹر کے دوسرے سال میں پہنچے تو کالج کے سالانہ میگزین کی اشاعت کا اعلان ہوا۔ اس میگزین کے لیے طلبہ سے بھی تخلیقات طلب کی گئی تھیں۔ ہم اپنی دو غزلیں اور ایک نظم لے کر میگزین کے انچارج سرسعد کے پاس پہنچے۔ انہوں نے ہماری غزلیں پڑھیں تو کہنے لگے یہ غزلیں اتنی معیاری ہیں کہ ہرگز آپ کی نہیں ہو سکتیں۔ البتہ آپ کی نظم شائع ہو سکتی ہے۔ ہم نے کہا سر اس کی بھی ضرورت نہیں۔ کہنے لگے طالب علموں کی حوصلہ افزائی ہمارا کام ہے نظم کو شائع ہونے دیں۔

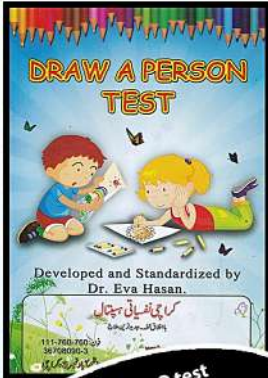
ہمارا 1984ء میں جامعہ کراچی کے شعبہ صحافت میں داخلہ ہوا تو ہمیں لگا اب ہم علم کے دریا تک ضرور پہنچیں گے اور اپنی علمی پیاس بجھائیں گے۔ ہمیں اس وقت ایسا محسوس ہوتا تھا جیسے کوئی خزانہ ہمارے ہاتھ آ گیا ہے مگر ہماری امید کو مایوسی اور خوشی کو غم میں بدلنے میں زیادہ وقت نہیں لگا۔ ہمیں یونیورسٹی کے پہلے ہی سمسٹر میں معلوم ہو گیا کہ یونیورسٹی کی فضا اسکول اور کالج کی فضا سے زیادہ مختلف نہیں۔ اہم بات یہ ہے کہ جامعہ کراچی اس وقت ملک کی سب سے اچھی جامعہ تھی مگر جامعہ کے کسی کلاس روم میں مکالمہ موجود نہ تھا۔ اساتذہ طلبہ کے سوالات اور ان کی جانب سے کی جانے والی بحث کو پسند نہیں کرتے تھے۔ بی اے آنرز میں ہمارے پاس ذیلی مضمون کے طور پر سیاسیات کا مضمون بھی تھا۔ اس کے استاد کا وتیرہ تھا کہ وہ کلاس میں ہمیشہ دس پندرہ منٹ تاخیر سے کرتے۔ پھر وہ آٹھ دس منٹ حاضری لینے میں گزار دیتے۔ جو وقت باقی رہ جاتا اس میں وہ پڑھاتے۔ وہ اس زمانے میں مارکسٹ تھے۔ چنانچہ کلاس میں مارکسزم پڑھانے کا مرحلہ آیا تو وہ نہ صرف یہ کہ وقت پر آ گئے

بلکہ انہوں نے حاضری لینے سے بھی صاف انکار کر دیا۔ انہوں نے چار کلاسوں میں جم کر مارکسزم پڑھایا۔ چوتھے روز انہوں نے طلبہ سے کہا کہ کوئی سوال ہو تو پیش کیا جائے۔ کلاس میں سناٹا چھا گیا۔ وہ ہماری طرف دیکھ کر کہنے لگے آج تو فاروقی صاحب بھی سوال نہیں کر رہے۔ ہم نے کہا سوال تو ہے کہنے لگے پیش فرمائیے۔ ہم نے کہا آپ نے مارکس کے بارے میں سب کچھ بتا دیا مگر یہ نہیں بتایا کہ مارکس مذہب کے بارے میں کیا کہتا ہے؟ کہنے لگے آپ بتا دیجیے۔ ہم نے کہا کہ مارکس مذہب کو عوام کی افیون کہتا ہے اس لیے اس کی فکر کسی مذہبی معاشرے کے لیے قابل قبول نہیں ہو سکتی مگر آپ نے مارکس کی فکر کے اس پہلو کا ذکر ہی نہیں کیا۔ ہماری بات سن کر استاد مکرم ناراض ہو گئے۔ کہنے لگے آپ مجھ پر بددیانتی کا الزام لگا رہے ہیں بہتر ہے کہ آپ میری کلاس سے نکل جائیں۔ ہم نے عرض کیا کہ ہم نے کوئی بدتمیزی نہیں کی ہے۔ ایک علمی بات کی ہے۔ ہمارے سوال کا استاد مکرم نے اتنا برا منایا کہ انہوں نے ہمیں کبھی اپنے پرچے میں 70 سے زیادہ مارکس نہیں دیے۔

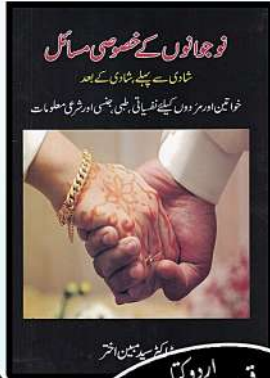
ہمیں ایم اے میں کراچی یونیورسٹی کی لائبریری پر ایک خبر بنانے کا اسائنمنٹ ملا تو جامعہ کراچی کے کتب خانے کے نگران کے اس انکشاف نے ہمیں حیرت زدہ کر دیا کہ جامعہ کے 70 فی صد اساتذہ لائبریری آتے ہی نہیں۔ انہوں نے کہا کہ دس سے پندرہ فی صد اساتذہ لائبریری آتے ہیں چار پانچ کتب جاری کراتے ہیں اور پھر ایک ایک سال تک نہیں لوٹاتے۔ کتب خانے کے نگراں نے بتایا کہ جامعہ کے دس فی صد اساتذہ ایسے ہیں جو پابندی سے لائبریری آتے ہیں۔ کتب جاری کراتے ہیں اور انہیں پڑھ کر جلد ہی لوٹا دیتے ہیں۔ اور یہ نئی کتب لے جاتے ہیں۔ صحافیوں کو صاحب علم سمجھا جاتا ہے مگر 80 فی صد سے زیادہ صحافی پورا اخبار نہیں پڑھتے۔ اخبارات میں شائع ہونے والے کالموں کا یہ حال ہے کہ 99 فی صد کالم جاری سیاست سے متعلق ہوتے ہیں۔ کالموں میں اب ادب، فلسفہ، عمرانیات، نفسیات، تاریخ اور تہذیب زیر بحث ہی نہیں آتے۔ اسکولوں، کالجوں اور یونیورسٹیوں کی طرح دینی مدارس کا حال بھی پتلا ہے۔ ان مدارس میں بھی تخلیقی ذہن موجود نہیں۔ ہم گزشتہ 25 سال سے مدارس کے نگرانوں یا اساتذہ سے ملتے ہیں تو ان سے یہ ضرور پوچھتے ہیں کہ آپ کے تخصص کے طلبہ نے قرآن، حدیث، فقہ، سیرت یا اسلامی فکر پر کوئی کتاب کوئی اعلیٰ درجے کا مقالہ لکھا ہے یا نہیں؟ ہر بار ہمیں یہی جواب ملتا ہے کہ کسی نے نہ کتاب لکھی نہ مقالہ تحریر کیا۔



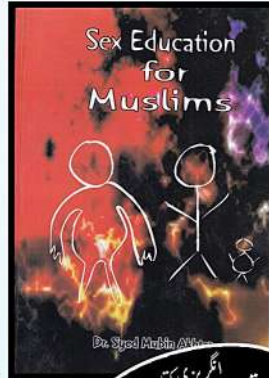
Books for Sale



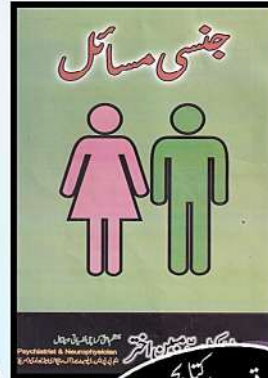
Pakistani I.Q test
Standardized in Pakistan
قیمت 5000 روپے



اردو کتاب
قیمت 500 روپے



انگریزی کتاب
قیمت 500 روپے



کتابچہ
قیمت 50 روپے



اردو کتاب
قیمت 70 روپے

کتابوں کا مختصر تعارف

Sex Education for Muslims

The Quran and Hadees provide guidance in all affairs of life. It is imperative for a Muslim to study the Quran and Hadees, Understand them, and make these principles a part of the daily life. The most important human relationship is that of marriage. It is through this institution that the procreation and training of the human race comes about. So, it's no wonder that the Quran and Hadees give us important guidance on this matter. But it is unfortunate that our authors, teachers and imams avoid this topic in their discourses due to a false sense of embarrassment. Moreover, most of them are not well versed in the field of medicine and psychology. Therefore, it's only people who have knowledge of both religion as well as medicine who should come forward to speak and write on the subject. We have included in this book all passages referring to sexual matters from the Quran, Hadees and Fiqh. These passages provide guidance to married as well as unmarried youngsters. If one reads this matter it would be easier to maintain proper physical and sexual health, along with an enjoyable marital life. The reading of this matter as well as using it in one's life will be considered equal to worship.

جنسی مسائل

لڑکیوں سے جوانی تک کی عمر ایسی ہے جس کے دوران جنسی اعضاء میں کافی تبدیلی آتی ہے۔ اس لئے نوجوانوں کو یہ پریشانی لاحق ہوتی ہے کہ تبدیلیاں فطری ہیں یا کسی بیماری کا مظہر ہیں۔ اتنی بات بتانے کے لئے ہمارے معاشرے میں کوئی تیار نہیں ہوتا۔ نہ والدین اور اساتذہ اور نہ دوسرے ذرائع ابلاغ یہ سچی کرتے ہیں۔ اس کے بارے میں مستند کتابیں بھی موجود نہیں ہیں بلکہ اگر غلطی سے کوئی لڑکا یا لڑکی اس موضوع پر کوئی بات کر بیٹھے تو وہ سخت بدن تقدیر بنتا ہے۔ اس لئے ان سب چیزوں کو دیکھتے ہوئے ڈاکٹر سید مبین اختر نے یہ کتاب تیار کیا ہے جس میں جنسی مسائل کے حوالے سے قرآن و حدیث کی روشنی میں بنیادی مسائل کا حل تجویز کیا ہے۔

انگریزوں کا ہندوستان پر ظلم و ستم اور قتل و غارت

انگریزوں نے تاجر کے روپ میں ہندوستان آکر مسلم فرماؤں سے پورا ملک چھین لیا اور پھر شدید ظلم و ستم کیا، مگر ہم لوگ اکثر اس سے نا بلند ہیں، بلکہ اکثر لوگ تو ان کی تعریف و توصیف کرتے ہیں۔ امریکہ اور اسٹریلیا میں ان لوگوں نے جا کر قدیم آبادی کو تقریباً نیست و نابود کر دیا مگر ہندوستان میں بھی تباہی، بربادی اور ظلم و ستم کی ایک داستان رقم کر دی۔ یہ کتاب زیادہ تر مولانا حسین احمد مدنی (برطانوی سراج نے ہمیں کیسے لوٹا) اور (Hunter-The Indian Muslim) کی کتابوں سے ماخوذ ہے۔ جن لوگوں کی مزید تفصیلات درکار ہوں ان کو کتابوں کا مطالعہ ضرور کرنا چاہئے۔

مختصر کتابچہ برائے جنسی مسائل | قیمت 50 روپے

Author: **Dr. Syed Mubin Akhter**

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office

Nazimabad no 3,

Karachi

Phone: (021) 111-760-760

0336-7760760

Landhi

Al syed Center, Quaidabad

(Opp. Swidish Institute)

Phone: 35016532

Mubin House

Addiction Ward

B-58, Block - B North

Nazimabad Karachi

Phone: 36646944 / 36670414

We can also send these books by VPP.

نوجوانوں کے خصوصی مسائل

﴿ مختصر تعارف ﴾

مسلمانوں کے لئے جنسی تعلیم

قرآن مجید اور حدیث زندگی کے تمام امور میں رہنمائی فراہم کرتے ہیں۔ ایک مسلمان کے لئے لازم ہے کہ وہ قرآن و حدیث کا مطالعہ کرے، انکو سمجھے، اور ان اصولوں کے تحت اپنی روزمرہ کی زندگی گزارے۔ سب سے اہم انسانی رشتہ شادی کا ہے۔ اس کے ذریعہ ہی نسل انسان کی پیدائش اور تربیت سامنے آتی ہے، لہذا اس میں کوئی شک و شبہ کی بات نہیں کہ قرآن حدیث سے ہمیں اس معاملے میں اہم رہنمائی ملتی ہے۔ لیکن بد قسمتی کی بات ہے کہ ہمارے مصنفین، اساتذہ اور عالم، شرمندگی کے غلط احساس کی وجہ سے، مباحثوں میں اس موضوع سے اجتناب کرتے ہیں۔ مزید یہ کہ ان میں سے بیشتر طب اور نفسیات پر عبور نہیں رکھتے ہیں۔ لہذا ان ہی لوگوں کو جو مذہب کے ساتھ ساتھ علاج معالجے کے بارے میں بھی جانتے ہیں اس موضوع پر بولنے اور لکھنے کے لئے آگے آنا چاہئے۔ ہم نے اس کتاب میں قرآن، حدیث اور فقہ سے جنسی امور کے حوالے سے تمام حوالوں کو شامل کیا ہے۔ یہ حصے شادی شدہ اور غیر شادی شدہ نوجوانوں کے لئے رہنمائی فراہم کرتے ہیں، جن کو پڑھ کر وہ خوشگوار ازدواجی زندگی کے ساتھ ساتھ مناسب جسمانی اور جنسی صحت کو برقرار رکھ سکتے ہیں۔ ان کو پڑھنا اور اپنی زندگی میں اپنانا عبادت ہے۔

Author: **Dr. Syed Mubin Akhter**

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office
Nazimabad no 3,
Karachi
Phone: (021) 111-760-760
0336-7760760

Landhi
Al syed Center, Quaidabad
(Opp. Swidish Institute)
Phone: 35016532

Mubin House
Addiction Ward
B-58, Block - B North
Nazimabad Karachi
Phone: 36646944 / 36670414

We can also send these books by VPP.

For I.Q

DRAW A PERSON TEST

**The only IQ test
standardized in Pakistan.**



پاکستان میں پہلی دفعہ بچوں کی ذہانت (I.Q) کو جانچنے کے حوالے سے نفسیاتی ٹیسٹ متعارف کیا جا رہا ہے۔ پاکستان میں بچوں کی ذہانت جانچنے کے لئے ابھی تک کوئی ٹیسٹ موجود نہیں تھا جو کہ ہمارے اپنے بچوں کے اعداد و شمار جمع کر کے بنایا گیا ہو۔ ابھی تک ہم دوسرے ملکوں میں استعمال کئے جانے والے ذہانت کے ٹیسٹ استعمال کرتے رہے ہیں جو کہ ان کے حالات اور معاشرے کے حوالے سے ترتیب دیئے گئے ہیں۔ ان ملکوں کے حالات اور سماجی اقدار ہمارے سماجی حالات سے یکسر مختلف ہیں جس کی وجہ موجودہ ذہانت کے آزمائشی ٹیسٹ (I.Q Test) ہمارے بچوں کی ذہانت کو صحیح طرح نہیں جانچ سکتے ہیں۔

اس ضرورت کو سامنے رکھتے ہوئے ملک کی مشہور ماہر نفسیات ایوا حسن (مرحومہ) نے اپنے صلاحیتوں کو بروکار لاتے ہوئے اس ذہانت کے آزمائش کو مقامی سطح پر اپنے ملک کے بچوں پر کام کر کے اس آزمائشی ٹیسٹ کو پاکستان میں رہنے والے (7 سے 12) سال کے بچوں پر استعمال کرنے کے قابل بنایا۔

کراچی نفسیاتی ہسپتال جو کہ گزشتہ 52 سالوں سے علم و ادب، تحقیق و تربیت کے حوالے سے کام کر رہا ہے، ڈاکٹر سید مبین اختر کی سربراہی میں جو کہ اس ملک کے ایک مشہور ماہر ذہنی امراض ہیں نے ڈاکٹر ایوا حسن (مرحومہ) کی اس کاوش کو کتابی شکل میں لا کر عوام الناس کی خدمت کے لئے لوگوں کے استعمال اور بچوں کی ذہانت معلوم کرنے کے لئے پیش کر رہا ہے۔

یہ ٹیسٹ پروفیسر محمد اقبال آفریدی کی زیر نگرانی میں تیار کیا گیا ہے۔

Author: Dr. Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office
Nazimabad no 3,
karachi
Phone: (021) 111-760-760
0336-7760760

Quaidabad
Al syed Center,
(Opp. Swidish Institute)
Phone: 35016532

Mubin House
Addiction Ward
B-58, Block - B North
Nazimabad Karachi
Phone: 36646944 / 36670414

We can also send these books by VPP.

PSYCHIATRIST REQUIRED

"Psychiatrist required for Karachi Psychiatric Hospital" (Pakistan)

- * Diplomat of the American Board of Psychiatry
- * DPM, MCPS or FCPS

Qualification	Pay Scale	
	6 Hours	8 Hours
F.C.P.S	150,000	200,000
F.C.P.S -I	60,000	80,000
M.C.P.S	90,000	120,000
D.P.M	75,000	100,000

Send C.V to:

Dr. Syed Mubin Akhtar (Psychiatrist & Neurophysician)
Chairman KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

Address:

Nazimabad No.3 Karachi, Pakistan

E-mail: mubin@kph.org.pk

Phone No: (021) 111-760-760 / 0336-7760760

K.P.H. ECT MACHINE MODEL NO. 3000

New Improved Model



Rs. 70,000/=

With 5 year full warranty and after sale services.

Designed & Manufactured By

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

NAZIMABAD NO. 3, KARACHI-PAKISTAN PHONE: 021-111-760-760
0336-7760760

Website: www.kph.org.pk Email: support@kph.org.pk

This is being assembled and used in our hospital since 1970 as well as JPMC and psychiatrists in other cities i.e

Sindh	: Karachi, Sukkar, Nawabshah
Balochistan	: Quetta
Pukhtoon Khuwah	: Peshawar, D.I Khan, Mardan, Mansehra, Kohat
Punjab	: Lahore, Gujranwala, Sarghodka, Faisalabad, Rahimyar Khan, Sialkot
Foreign	: Sudan (Khurtum)

It has been found to be very efficient and useful. We offer this machine to other doctors on a very low price and give hundred percent guarantee for parts and labour for a period of five years.

FIVE YEARS Guarantee, and in addition the price paid will be completely refunded if the buyer is not satisfied for any reason whatsoever and sends it back within one month of purchase.

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL KARACHI ADDICTION HOSPITAL



Established in 1970

Modern Treatment With Loving Care

با اخلاق عملہ - جدید ترین علاج

Main Branch

Nazimabad # 3, Karachi

Phone # 111-760-760
0336-7760760

Other Branches

- **Male Ward:** G/18, Block-B, North Nazimabad, Karachi
- **Quaidabad (Landhi):** Alsied Center (Opp. Swedish Institute)
- **Karachi Addiction Hospital:**
Mubin House, Block B, North Nazimabad, Karachi

E-mail: support@kph.org.pk

Skype I.D: [online@kph.org.pk](https://www.skype.com/en/contacts/online/kph.org.pk)

Visit our website: <www.kph.org.pk>

MESSAGE FOR PSYCHIATRISTS

Karachi Psychiatric Hospital was established in 1970 in Karachi. It is not only a hospital but an institute which promotes awareness about mental disorders in patients as well as in the general public. Nowadays it has several branches in Nazimabad, North Nazimabad, and in Quaidabad. In addition to this there is a separate hospital for addiction by the name of **Karachi Addiction Hospital**.

We offer our facilities to all Psychiatrists for the indoor treatment of their patients under their own care.

Indoor services include:

- 24 hours well trained staff, available round the clock, including Sundays & Holidays.
- Well trained Psychiatrists, Psychologists, Social Workers, Recreation & Islamic Therapists who will carry out your instructions for the treatment of your patient.
- An Anesthetist and a Consultant Physician are also available.
- The patient admitted by you will be considered yours forever. If your patient by chance comes directly to the hospital, you will be informed to get your treatment instructions, and consultation fee will be paid to you.
- The hospital will pay consultation fee DAILY to the psychiatrist as follows:

Rs 700/=	<i>Semi Private Room Private Room</i>
Rs 600/=	<i>General Ward</i>
Rs 500/=	<i>Charitable Ward (Ibn-e-Sina)</i>

The hospital publishes a monthly journal in its website by the name 'The Karachi Psychiatric Hospital Bulletin' with latest Psychiatric researches. We also conduct monthly meetings of our hospital psychiatrists in which all the psychiatrists in the city are welcome to participate.

Assuring you of our best services.

General Manager

Contact # 0336-7760760

111-760-760

Email: support@kph.org.pk



Our Professional Staff for Patient Care

❖ Doctors:

1. **Dr. Syed Mubin Akhtar**
MBBS. (Diplomate American Board of
Psychiatry & Neurology)
2. **Dr. Akhtar Fareed Siddiqui**
MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
3. **Dr. Zain Yousuf**
MBBS, M.C.P.S (Psychiatry)
4. **Dr. Zeenatullah**
MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
5. **Dr. Javed Sheikh**
MBBS, DPM (Psychiatry)
6. **Dr. Syed Abdurrehman**
MBBS, IMM (Psychiatrist)
7. **Dr. Sadiq Mohiuddin**
MBBS
8. **Mr. Habib Baig**
Medical Supervisor
9. **Dr. Ashfaque**
MBBS
10. **Dr. Salim Ahmed**
MBBS
11. **Dr. Sumiya Jibran**
MBBS
12. **Dr. Areeb**
MBBS
13. **Dr. Miraj-uddin Siddiqui**
MBBS

❖ Psychologists:

1. **Syed Haider Ali (Director)**
MA (Psychology)
2. **Shoaib Ahmed**
MA (Psychology), DCP (KU)
3. **Syed Khurshed Javaid**
General Manager
M.A (Psychology), CASAC (USA)
4. **Farzana Shafi**
M.S.C(Psychology), PMD (KU)
5. **Qurat-ul-ain Choudhary**
M.S.C(Psychology)
6. **Zubaida Sarwar**
M.A (Psychology)
7. **Muhammad Sufyan Anees**
M.S.C(Psychology)

8. **Rano Irfan**

M.S (Psychology)

9. **Madiha Obaid**

M.S.C (Psychology)

10. **Danish Rasheed**

M.S. (Psychology)

11. **Naveeda Naz**

M.S.C (Psychology)

12. **Rabia Tabassum**

M.Phil.

13. **Shafiullah**

M.Phil.

14. **Abdul Basit**

M.A (Psychology)

❖ Social Therapists

1. **Kausar Mubin Akhtar**

M.A (Social Work), Director Administration

2. **Roohi Afroz**

M.A (Social Work)

3. **Mehnaz Nawab**

M.A (Social Work)

4. **Mohammad Ibrahim**

M.A (Social Work)

5. **Syeda Mehjabeen Akhtar**

B.S (USA)

6. **Muhammad Ibrahim Essa**

M.A (Social Work)/ Manger

❖ Research Advisor

Prof. Dr. Mohammad Iqbal Afridi
MRC Psych, FRC Psych

❖ Medical Specialist:

Dr. Afzal Qasim. F.C.P.S

Associate Prof. D.U.H.S

❖ Anesthetists:

❖ **Dr. Vikram**

Anesthetist,
Benazir Shaheed Hospital
Trauma Centre, Karachi
Dr. Shafiq-ur-Rehman

C

Chronic Migraine 77

E

EMTALA 67

EMPATH 67

M

Migraine 74

N

Neuroimaging 80

P

Psychosis 63

T

Testosterone 1

V

Venous Thrombosis 1

VTE 1

م

محبانِ اسلام 39

مسلم تاریخ 42

مردانہ ہارمونز 1

مالچو لیا 8

مجرم 14

معاشرے 132

ن

نفسیاتی مریضوں 63

نفسیاتی صحت 63

نفسیاتی ایمرجنسی 65

ہ

ہنگامی طرز 63

47

زیادتی

س

سقوط ڈھاکہ 42

سردرد 74

ش

شرمیلا بوس 42

شدید درد 76

ع

علمی رجحان 48

علاج 74

ف

فون 14

ق

قتل 47

گ

گھریلو تشدد 14

ا

المیہ 42

ب

بگلدیش 39

بنگالی عورتوں 47

بھارتی صحافی 47

بنگالیوں 47

بالغ افراد 8

پ

پاکستان 39

پاکستانی معاشرے 48

ت

تشدد 8

تشخیص 74

خ

خطرناک 48

خون جمنے کی بیماری 1

ر

رہنماؤں کا حال 132

ز

Addiction Ward Patient's Counseling



بمقام: مبین ہاوس (کراچی منشیات ہسپتال)

ہفتہ وار فیس بک پر معلوماتی سوال و جواب

ہر سنیچر - وقت: دوپہر 1 سے 2 بجے

LIVE
SESSION

Dr. Syed Mubin Akhtar

MBBS - Diplomate of the American Board of Psychiatry and Neurology

Chairman - Karachi Psychiatric Hospital - Mubin Akhtar Hospital

Supervisor - Research Bulletin, Karachi Psychiatric Hospital

<https://www.facebook.com/kph.org.pk/videos/312223014026451>

f kph.org.pk

بمقام: ڈاکٹر مبین اختر ہسپتال

