● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم، شمارهٔ ۲ (پی‌درپی۱٤)، صفحه ۲٦ الی ۲۹، بهار ۱۳۸۱

همپوشانی سردردهای اولیه (بیرجند، ۱۳۷۹)

دکتر کاویان قندهاری *

استادیار گروه بیماریهای مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

سابقه و هدف: همپوشانی سردردهای اولیه ناشایع نبوده و منجر به بروز مشکلاتی در تشخیص صحیح و درمان مؤثر سردرد می‌شود.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی آینده‌نگر طی سال ۱۳۷۹ در یک درمانگاه سردرد در شهر بیرجند انجام شد . تشخیص سردرد توسط متخصص مغز و اعصاب و بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد بوده و تمامی بیماران حداقل سه نوبت ویزیت و پیگیری شدند. مقایسه آماری همپوشانی سردردهای میگرنی و تنشی در دو جنس با استفاده از آزمون کای دو بوده و $p<0/05$ بعنوان تفاوت معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵۳۱ بیمار (۳۹۵ زن و ۱۳٦ مرد) بررسی شدند. همپوشانی زیر گونه‌های میگرن در ٤۰/۷٪ زنان و ۳۲/۱٪ مردان میگرنی مشاهده شد. همچنین همپوشانی سردرد تنشی نیز در ۳۰٪ زنان و ۱۸/٦٪ مردان میگرنی وجود داشت که تفاوت معنی‌داری نداشتند. یک نفر از ۵ مرد مبتلا به سردرد خوشه‌ای دچار نورآلژی تری‌ژمینال شده و یک نفر از ۲ زن، مبتلا به درد مزمن و گاهگاهی نیمه سر مبتلا به میگرن بود.

نتیجه‌گیری: همپوشانی سردردهای اولیه پدیده‌ای شایع بوده و تفاوت آماری معنی‌داری بین دو جنس در این زمینه وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: *سردرد، میگرن، همپوشانی، تداخل.*

مقدمه

در دهه گذشته معیارهای تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد پیشرفت شگرفی در تحقیقات بالینی سردرد ایجاد کرد. این معیارها بالینی بوده و در کلینیک بیماریهای اعصاب قابل استفاده‌اند (۲و۱). تفکیک بالینی سردردهای اولیه مانند میگرن، تنشی، خوشه‌ای و درد مزمن و گاهگاهی نیمه سر باارزش می‌باشد، زیرا درمان هر یک متفاوت بوده و در صورت تشخیص غلط سردرد، درمان آن نیز مؤثر نخواهد بود(۱). یکی از مشکلات تشخیصی سردرد همپوشانی و تداخل انواع سردردهای اولیه است زیرا بی‌توجهی به این همپوشانی منجر به درمان غیر مؤثر سردرد می‌شود. گروهی از متخصصین سردرد معتقدند که تمام سردردهای اولیه در یک طیف قرار دارند(۳). در یک سوی این طیف سردرد تنشی، میگرن بدون اورا و میگرن با اورا است، در انتهای دیگر این طیف سردرد خوشه‌ای جای می‌گیرد که شدیدترین نوع سردردهای اولیه است. بروز حملات میگرن بدون اورا در بیمارانی که مبتلا به حملات میگرن با اورا هستند شایع بوده (۱) ولی این همپوشانی منجر به کاهش تأثیر دارو درمانی در بیماران نمی‌شود. مطالعات بالینی قبلی بیانگر شایع بودن سردردهای تنشی در مبتلایان به میگرن می‌باشد(۱). همراهی سردرد خوشه‌ای و نورآلژی تری‌ژمینال، سندرم خوشه ـ تیک نامیده می‌شود(۴). تداخل بالینی، درد مزمن و گاهگاهی نیمه سر با سردرد خوشه‌ای، میگرن(۵) و نورآلژی تری‌ژمینال نیز دیده شده است(۶). در این مطالعه بالینی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.2.5.3]

تداخل و همپوشانی انواع سردردهای اولیه شامل سردرد تنشی میگرن با و بدون اورا ، سردرد خوشه‌ای و درد مزمن و گاهگاهی نیمه سر در بیماران مراجعه کننده به یک کلینیک تخصصی سردرد در دوره یکساله بررسی شده‌اند.

مواد و روشها

در این مطالعه آینده‌نگر تمامی مبتلایان به سردرد که از فروردین تا آذر ۱۳۷۹ به کلینیک تخصصی سردرد مراجعه نمودند مورد بررسی قرار گرفتند. مراجعه بیماران و تجویز دارو ماهیانه بوده و افرادی که کمتر از ۳ نوبت به درمانگاه مراجعه داشتند از مطالعه حذف شدند. ضمناً تا ۳ ماه پس از اتمام مدت بیماریابی، پیگیری و بررسی بیماران ادامه یافت. تشخیص سردردهای اولیه بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد (۲و۱) و بشرح زیر بود:

میگرن بدون‌اورا (۲و۱): حداقل ۵ حمله سردرد با شرایط: الف) هر حمله سردرد بدون درمان و یا با درمان ناموفق ۴ تا ۷۲ ساعت ادامه دارد. ب) سردرد حداقل دو مورد از ویژگیهای زیر را دارد : ۱ـ درد نیمه سر ۲ـ ضرباندار ۳ـ مانع از فعالیتهای روزمره ۴ـ تشدید سردرد با تحرک بیمار ج) حداقل یک گروه از علائم تهوع و استفراغ، حساسیت به نور و صدا در بیمار وجود دارد.

میگرن با اورا: حداقل در دو حمله میگرن سه شرط از موارد زیر وجود دارد: ۱ـ یک یا چند علامت قابل برگشت اورا ۲ـ مدت اورا حداقل ۴ دقیقه ۳ـ مدت اورا حداکثر ۶۰ دقیقه ۴ـ سردرد همزمان، یا قبل از شروع اورا و یا بعد از اورا دارد.

سردرد تنشی (۱،۲): حداقل ۱۰ حمله سردرد واجد شرایط: الف) مدت سردرد از ۳۰ دقیقه تا ۷ روز است ب) درد حداقل دو مورد از ویژگیهای زیر را دارد: ۱ـ درد فشارنده و بدون ضربان است ۲ـ درد شدید نیست ۳ـ سردرد دو طرفه است۴ـ تحرک بیمار سردرد را تشدید نمی‌کند ج) تهوع و استفراغ در زمان سردرد ندارد د) حساسیت همزمان به نور و صدا ندارد.

سردرد خوشه‌ای(۲و۱) : حداقل ۵ حمله سردرد واجد شرایط: الف) درد شدید و یکطرفه داخل یا بالای حدقه چشم یا شقیقه که بدون درمان ۱۵ تا ۱۸۰ دقیقه ادامه دارد ب) حداقل یکی از نشانه‌های قرمزی ملتحمه، اشک ریزش، آبریزش از بینی، احتقان بینی، تنگی مردمک و افتادگی پلک در منطقه طرف درد وجود داشته باشد ج) تواتر حملات سردرد از ۱ حمله یک روز در میان تا ۸ حمله در روز است.

درد مزمن و گاهگاهی نیمه سر (۲و۱): حداقل ۵۰ حمله سردرد واجد شرایط: الف) درد شدید و یکطرفه در داخل یا بالای حدقه چشم یا در شقیقه بمدت ۲ تا ۴۵ دقیقه دارد. ب) تواتر حملات سردرد بیش از ۵ حمله در روز است. ج) حداقل یکی از علائم قرمزی ملتحمه، اشک ریزش، احتقان بینی، آبریزش از بینی و افتادگی پلک در طرف درد وجود داشته باشد. د) سردرد بیمار به ایندومتاسین پاسخ درمانی قطعی میدهد.

تداخل سردردهای اولیه به صورتهای زیر در نظر گرفته شد:

۱ـ بیمارانی که در طول مدت بررسی حملات سردردشان تغییر ماهیت می‌دهد. مثلاً چند ماه مبتلا به سردرد تنشی بوده و پس از آن حملات میگرن در ایشان بروز می‌کند و سردردهای تنشی محو می‌شوند.

۲ـ بیمارانی که در طی مدت مطالعه انواع مختلفی از سردرد را دارند. مثلاً در یک هفته یک دوره سردرد تنشی و دو حمله میگرن را تجربه می‌کنند. در مقایسه تأثیر جنسیت بر همپوشانی انواع سردردهای اولیه از آزمون آماری Chi- Square استفاده شده و $p<0/05$ بعنوان سطح معنی‌داری آزمون درنظرگرفته شد.

یافته‌ها

در مدت مطالعه ۹۸۶ نفر با سردرد به درمانگاه مراجعه نمودند که از این گروه ۲۰۳ نفر مبتلا به سردردهای ثانویه (سردرد بعد از ضربه ، سینوزیت، تومور و ...) و ۷۸۳ نفر مبتلا به انواع سردردهای اولیه بودند. از این گروه ۲۵۲ نفر به دلیل مراجعه ناکافی به درمانگاه از گروه مطالعه حذف شدند و ۵۳۱ نفر شامل ۳۹۵ زن و ۱۳۶ مرد از نظر همپوشانی سردردهای اولیه مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۱ تعداد و فراوانی نسبی کلی بیماران مبتلا به انواع خالص و ترکیبی سردردهای اولیه مورد مطالعه را با تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. همپوشانی میگرن با و بدون اورا در ۴۰/۷٪ زنان و ۳۲/۱٪ مردان میگرنی وجود داشت که تفاوت آن معنی‌دار نیست. بطور کلی در ۳۰٪ زنان و ۱۸/۶٪ مردان مبتلا به میگرن همپوشانی با سردرد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.2.5.3]

تنشی دیده شد. که تفاوت آن از نظر جنسیت معنی‌دار نیست. در مدت مطالعه ۵ مورد سردرد خوشه‌ای دیده شد که همگی مرد بوده و در یک مورد با نورآلژی تری‌ژمینال همپوشانی داشت. ۲ بیمار زن مبتلا به درد مزمن و گاهگاهی نیمه سر بوده که یکی از آن دو به حملات میگرن بدون اورا نیز دچار می‌شد.

جدول۱. توزیع فراوانی انواع سردردهای اولیه در ۵۳۱ بیمار مورد مطالعه (بیرجند، ۱۳۷۹)

انواع سردرد	زن تعداد (درصد)	مرد تعداد (درصد)
سردرد تنشی	۱۸۲(٤٦)	۸۱ (۵۹/۵)
میگرن بدون اورا	٤٦(۱۱/٦)	۱۹(۱۳/۹)
میگرن با اورا	٦٦(۱٦/۷)	۱۷(۱۲/۵)
میگرن با اورا+ بدون اورا	۳۹(۹/۹)	٦(٤/٤)
میگرن با اورا+سردردتنشی	۲۳(۵/۸)	۲(۱/۵)
میگرن‌بدون اورا+سردردتنشی	۱۵(۳/۸)	۳(۲/۲)
میگرن‌با اورا+بدون‌اورا+س.تنشی	۲۲(۵/٦)	۳(۲/۲)
دردهای مزمن‌وگاهگاهی نیمه‌سر	۱(۰/۲۵)	۰(۰)
درد مزمن گاهگاهی نیمه‌سر+ میگرن بدون اورا	۱(۰/۲۵)	۰(۰)
سردرد و خوشه‌ای	۰(۰)	۵(۳/۷)

بحث

در این مطالعه شایع بودن همپوشانی انواع میگرن در گروه مشابه یافته‌های تحقیقات بالینی قبلی در این زمینه بوده (۸و۷) و از جذابیت‌های بالینی میگرن می‌باشد. در این موارد شروع تعدادی از حملات سردرد با کاهش موضعی و گسترش‌یابنده متابولیسم قشر مغزی همراه است که منشاء اورا میباشد و در پاره‌ای از حملات سردرد میگرنی نیز تغییرات فوق ایجاد نشده و تنها سردرد، تهوع و سایر علائم میگرن بروز می‌کند(۹).

همپوشانی قابل توجه میگرن و سردرد تنشی در بیماران مورد مطالعه نیز مشابه نتایج تحقیقات دیگران است(۸). اولسن برای توضیح همپوشانی میگرن و سردرد تنشی معتقد است که قسمتی از فیبرهای عصبی هدایت کننده درد با منشاء عروق جمجمه در محل نرون‌های هسته دمی تری‌ژمنیال در ساقه مغز تقارب می‌یابند و این تقارب در تالاموس و مراکز عصبی بالاتر ادامه دارد(۳). در این حالت یک رگبار ایمپالس عصبی ورودی دردناک از عضلات سر و صورت می‌تواند منجر به تحریک نرونهایی شود که فیبرهای عصبی آنها به عروق جمجمه و قشر مغز منتهی می‌شوند. بنابراین سردرد تنشی می‌تواند منجر به سردرد میگرنی شود. از سوی دیگر افزایش ایمپالس‌های ورودی از عروق جمجمه و قشر مغز در بیماران میگرنی می‌تواند منجر به حساس‌ترشدن نرونهایی در ساقه مغز شود که گیرنده ایمپالس‌های ورودی از عضلات سر و صورت هستند و آنگاه سردرد میگرنی می‌تواند همراه با سردرد تنشی شود.

از سوی دیگر تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که افسردگی و اضطراب در سردرد تنشی و میگرن شایع بوده و احتمالاً تأثیر اتیولوژیک در بروز این دو نوع سردرد دارند(۱۰و۱). گرچه تفاوت آماری معنی‌داری در همپوشانی انواع سردرد بین دو جنس دیده نشد ولی تحلیل آماری نشان می‌دهد که با افزایش تعداد بیماران مورد مطالعه این تفاوت در مورد همپوشانی میگرن و سردرد تنشی می‌توانست معنی‌دار شود.

در مورد همپوشانی سردردهای خوشه‌ای، میگرنی، درد مزمن و گاهگاهی نیمه سر باید به این نکته توجه نمود که اختلال کارکرد سیستم اعصاب اتونوم در همه آنها وجود داشته و از علل زمینه‌ساز سردردهای فوق می‌باشد.

بنابراین اختلال عملکردی فوق می‌تواند به اشکال مختلفی بروز نموده و منجر به همپوشانی این سردردها شود(۱۴-۱۲). از طرفی سردردهای فوق در زمره سردردهای عروقی هستند و کاهش سرعت جریان خون عروق مغز در بروز این سردردها توسط فن آوری داپلر ترانس کرانیال مشاهده شده (۱۶و۱۵) که می‌تواند توجیهی برای آن باشد.

همپوشانی سردردهای اولیه بویژه میگرن با اورا و بدون اورا با یکدیگر و با سردرد تنشی، یافته‌های بالینی شایعی بوده و دلایل پاتوفیزیولوژیک دارد و این همپوشانی در تشخیص و درمان سردرد باید مورد توجه قرار گیرد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.2.5.3]

منابع

۱. قندهاری ک. سردرد ، تشخیص و درمان ، مشهد ، جهاد دانشگاهی مشهد ۱۳۷۹؛ ص: ۲۲-۱۱، ۸-٦۱.

2. International committee for classification of headache, IHS descriptions and diagnostic criteria, Cephalagia 1997; 17(19): 9-32.

3. Olesen J. The Headaches, 2nd ed, Williams Wilkins Ltd 2000; pp: 224-5.

4. Rasmussen BK, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population, J Clin Epidemiol 1991; 44: 1147-57.

۵. قندهاری، ک، یک مورد سندروم خوشه ـ تیک، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۳۷۹؛ (۲و۱)۵ : ۹-٤٦.

6. Pareja J. Chronic paroxysmal hemicrania coexisting with migraine. Headache 1992; 32: 77-8.

7. Hannerz J. Trigeminal neuralgia with chronic paroxysmal hemicrania. Cephalalgia 1993;13:361-4.

8. Ziegler Ok, Hassannien RS. Specific headache phenomena: Their frequency and coincidence. Headache 1990; 30: 152-6.

9. Edvinsson L. Migraine headache pathophysiology, 1st ed, Martin Dunitz Ltd 1999; pp: 81-90.

10. Sternberg EM, Gold PW. The stress response and the regulation of inflammatory disease. Ann Intern Med 1992; 117: 854-66.

11. Dawans A, Schoenen J. Correlative study of psychopathological features and temporalis second exteroceptive silent period in chronic tension type headache. Cephalagia 1991; 11(11): 310-30.

12. Rubin LS, Graham D. Autonomic nervous system dysfunction in common migraine. Headache 1985; 25: 40-8.

13. Drummond PD. Autonomic disturbances in cluster headache. Brain 1998; 111: 119-20.

14. Goadsby PJ, Edvinsson L. Neuropeptide changes in a case of chronic paroxysmal hemicrania, Evidence for trigemino parasympathetic activation. Cephalgia 1996; 16:448-50.

15. Chroth G, Gerber WD. Ultrasonic doppler flow in migraine and cluster headache. Headache 1995; 12: 23-5.

16. Shen JM. Transcranial doppler sonography in chronic paroxysmal hemicrania. Headache 1993; 33: 92-6.

*** آدرس نویسنده مسئول: خراسان، بیرجند، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بخش مغز و اعصاب، تلفن: ۲۲۲۲۳۰۰-۰٥٦۱.**

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.2.5.3]