

اپیدمیولوژی، اتیولوژی و بررسی یافته‌های بالینی سردرد در مراجعان به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان فاطمیه سمنان، شهریور - آبان ۱۳۷۵

دکتر مجید غفارپور، دانشیار بخش بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمدحسین حریرچیان، استادیار بخش بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران
نسیم نادری

Epidemiology, Etiology and Study of Clinical Findings of Headache ABSTRACT

In a cross-sectional epidemiological study of headache disorders in neurology clinic of Fatemeh hospital of Semnan (August 22- November 20, 1996), information on types of headaches, quality, severity, location, duration, frequency, precipitating factors, age of onset, influence of menstruation and pregnancy, positive familial history, use of oral contraceptive pills and other epidemiological factors including socioeconomic and age/sex composition was collected. The presence of any types of headaches was asceratined by a clinical interview and examination using the operational diagnostic criteria of the International Headaches Society. The prevalence of migraine and tension type headache was also analysed in relation to variables of life style (physical activity and sleep pattern) and associated signs and symptoms (nausea, vomiting, photophobia and phonophobia). In this study migraine and tension headache were also compared in variable aspects with each other.

1. Headache was more prevalent in women than men ($\frac{F}{M} = \frac{3}{1}$)
2. The most common types of headache included: tension type headache (41.4%), migraine (31.2%) and unclassified headaches (17.2%).
3. Migraine and T.T.H were more prevalent in early adult life and middle ages.
4. In both migraine and tension type headache the time profiles (duration, frequency, age of onset), quality and location were like that noted in textbook and previous studies.
5. In both migraine and tension type headache the most conspicuous precipitating factor was stress and mental tension and frequent headaches were accompanied with psychiatric problems (e.g depression and or anxiety).
6. Nausea, vomiting, phonophobia and photophobia were the most common associated symptoms in both of them.
7. Positive familial history and aggrevation of headache in perimenstual period were more commonly seen in patients with migraine than tension type headache.

In conclusion using the operational diagnostic criteria of International Headache Society in clinical practice, treating, teaching, clinical and epidemiological research is very useful and must also be applied for Iranian patients.

Key Words: Headache; Migraine; Tension Headache; Epidemiology

چکیده

مقدمه

در یک مطالعه اپیدمیولوژیک مقطعی، در مورد اختلالات سردردی در درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان فاطمیه سمنان از اول شهریور ماه لغایت پایان آبان ۱۳۷۵، اطلاعات در مورد انواع سردرد، کیفیت، شدت، مکان، مدت، فرکانس، عوامل مستعدکننده، سن شروع، تأثیر قاعدگی و حاملگی، سابقه خانوادگی مثبت، استفاده از قرص ضدبارداری و سایر موارد اپیدمیولوژیک نظیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سنی - جنسی بیماران جمع‌آوری شد.

وجود هر نوع سردرد با مصاحبه بالینی و آزمون توسط معیار تشخیصی عملی انجمن بین‌المللی سردرد تأیید شد. همچنین شیوع میگرن و سردرد تنشی در ارتباط با موارد متغیری از عادات زندگی (مثل فعالیت بدنی و الگوی خواب) و علائم و نشانه‌های همراه (تهوع، استفراغ، ترس از نور و صدا)، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در این مطالعه همچنین میگرن و سردرد تنشی از جنبه‌های مختلف با هم مقایسه شدند:

۱- سردرد در خانمها نسبت به آقایان شایع‌تر بود (نسبت زن به مرد = سه به یک).
 ۲- شایعترین انواع سردرد عبارت بودند از: سردرد تنشی (۴۱/۴٪)، میگرن (۳۱/۲٪) و سردردهای طبقه‌بندی نشده (۱۷/۲٪).
 ۳- بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی، به ترتیب بیشتر در سنین جوانی و میان‌سالی قرار داشتند.

۴- در هر دو (میگرن و سردرد تنشی) پروفایل زمانی (مدت، فرکانس و سن شروع)، کیفیت و مکان سردرد، مشابه آنچه در کتب مرجع و سایر مطالعات ذکر شده بدست آمد (۲۰۱).

۵- در هر دو نوع سردرد مهمترین عامل مستعدکننده، استرس و تنش روحی بوده و سردردهای مکرر همراه با مشکلات روانپزشکی از قبیل افسردگی و یا اضطراب بودند.

۶- تهوع، استفراغ، ترس از صدا و نور شایعترین علائم همراه در هر دو نوع سردرد بودند.

۷- سابقه خانوادگی مثبت و تشدید سردرد در دوره حول و حوش قاعدگی بطور شایع‌تر در بیماران میگرنی دیده شد. استفاده از معیارهای تشخیصی عملی انجمن بین‌المللی سردرد در کار بالینی طب، درمان، تدریس و مطالعات اپیدمیولوژیک و بالینی بسیار مفید بوده و باید در مورد بیماران ایرانی نیز استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: سردرد؛ میگرن؛ سردرد تنشی؛ اپیدمیولوژی

سردرد، شایعترین سندرم درد در انسان است، از این رو درمانگاههای مخصوص سردرد در هر مرکز طبی ایجاد شده است بطور متوسط ۵۰-۴۰٪ ساکنین دنیا مبتلا به سردرد بوده و در طی ۵۰ سال گذشته اهمیت قابل ملاحظه آن، باعث انجام مطالعات وسیع در زمینه سردرد علل، عوارض و درمان آن شده است و معلوم شده که سردرد تأثیر بسزایی در روند اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد.

در ارزیابی سردرد توجه به کیفیت، شدت، موقعیت، مدت، فرکانس، موارد ایجادکننده، بدترکننده یا تخفیف دهنده آن حائز اهمیت است.

مهمترین موضوع این است که سردرد ضریبان‌دار است یا نه، که مشخص‌کننده حساسیت عروقی است. اندکسهای مفید جهت تعیین شدت درد، قابلیت ناتوان کردن فرد از کارهای روزمره، بخصوص در افرادی که بیماری زمینه‌ای ندارند و قابلیت بیدار کردن بیمار از خواب، یا جلوگیری از خوابیدن است.

یافته‌های مربوط به موقعیت سردرد بنظر مفیدتر می‌رسد، برای مثال ضایعات حفره خلفی، درد در ناحیه Occipitonuchal ایجاد می‌نماید و اگر ضایعه یکطرفه باشد درد در همان سمت ضایعه خواهد بود. ضایعات سؤیراتنتوریال، دردهای فرونتوتمپورال و در سمت ضایعه ایجاد می‌کنند. البته مکان سردرد می‌تواند همراه‌کننده باشد، درد در نواحی پیشانی می‌تواند ناشی از ضایعات و مکانیسمهایی چون گلوکوم، سینوزیت، ترومبوز شریان بازیلار، فشار روی چادرینه مخچه یا افزایش فشار داخلی جمجمه باشد (۳،۲،۱).

معیارهای تشخیصی میگرن شایع (IHS)

الف) حداقل ۵ حمله با مشخصات ب تا د

ب) طول مدت (Duration) ۴ تا ۷۲ ساعت

ج) سردرد حداقل ۲ مشخصه از ۴ مشخصه زیر را دارا باشد:

۱- یکطرفه

۲- ضریان‌دار

۳- شدت متوسط یا شدید که مانع فعالیت روزمره شود.

۴- با راه رفتن یا انجام فعالیت‌های روزمره بدتر شود.

د) حداقل یکی از علائم زیر در طی حمله:

۱- تهوع و یا استفراغ ۲- فتوفوبی و فنوفوبی

ه) حداقل یکی از موارد زیر وجود داشته باشد:

۱) تاریخچه معاینات بالینی و عصبی اختلالات موجود در کد

۵ به بعد جدول طبقه‌بندی را نشان ندهد.

۲) در صورت مثبت بودن حالت اول، با بررسی دقیق مثل

تصویربرداری رد شود.

۳) چنین اختلالاتی وجود داشته باشند، ولی حمله میگرن برای

اولین بار به دنبال این اختلالات نباشد.

۶- میوز

۷- پتوز

۸- ادم پلک

(د) فرکانس حمله از یک تا هشت بار در روز

معیارهای تشخیصی chronic paroxysmal hemicrania

(الف) حداقل ۵۰ حمله قبلی با مشخصات ب تا هـ

(ب) حمله شدید درد یکطرفه ارییتال، سوپراارییتال و یا تمپورال همیشه در یک طرف، که ۲ تا ۴۵ دقیقه طول می‌کشد.

(ج) فرکانس حمله بیشتر از ۵ بار در روز برای بیش از نیمی از موارد (پریودهایی که فرکانس کمتر باشد نیز می‌تواند داشته باشد).

(د) درد با حداقل یکی از علائم یا نشانه‌های زیر در همان طرف درد همراه باشد:

۱- احتقان ملتحمه

۲- اشک ریزش

۳- احتقان بینی

۴- آبریزش از بینی

۵- پتوز

۶- ادم پلک.

(ه) پاسخ قطعی به درمان با ایندومتاسین ۱۵۰ mg/d یا کمتر

بنابراین با توجه به شیوع بالای این شکایت در بین مردم، تأثیراتش در وضعیت زندگی و اینکه بررسی عوامل ایجادکننده سردرد و توصیف کامل بیماری از نظر همه‌گیرشناسی و علائم بالینی، می‌تواند در یافتن یک راه ارزیابی صحیح برای سردرد کمک‌کننده باشد و نیز با توجه به اینکه سردرد علامت شروع بسیاری از بیماریهای مخاطره‌آمیز بوده و ارزیابی صحیح و دقیق برای تشخیص این بیماریها لازم است، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای در سطح Pilot در درمانگاه نورولوژی بیمارستان فاطمیه سمنان انجام داده و توصیف کاملی از انواع سردرد از نظر اپیدمیولوژی، مشخصات، علائم بالینی همراه و فاکتورهای دخیل در ایجاد سردرد داشته باشیم، تا علاوه بر پیشنهاد یک راه ارزیابی صحیح برای بیماران سردرد، به عنوان پیش‌درآمدی جهت تحقیقات وسیعتر بعدی مورد استفاده قرار گیرد.

روش و مواد

مطالعه، یک مطالعه مقطعی بود که در بیمارستان فاطمیه سمنان در بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان فاطمیه انجام گرفت. نمونه پژوهش را افراد با شکایت سردرد تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش آسان و به صورت Consecutive به مدت ۳ ماه، از شهریور لغایت آبان‌ماه ۱۳۷۵

معیارهای تشخیص میگرن کلاسیک (IHS)(۱)

(الف) حداقل ۲ حمله با مشخصات (ب)

(ب) حداقل ۳ تا ۴ حالت زیر:

۱- یک یا تعداد بیشتری aura که کاملاً برگشت‌پذیر بوده ناشی از اختلال عمل کورتکس و ساقه مغز باشند.

۲- حداقل یک سمپتوم aura تدریجاً ایجاد شود، بیشتر از ۴ دقیقه طول بکشد و یا ۲ یا تعداد بیشتری aura وجود داشته باشد.

۳- هیچ کدام از انواع aura بیشتر از ۶۰ دقیقه طول نکشد (در صورتی که بیش از یک aura وجود داشته باشد بطور نسبی مدت هر کدام بیشتر خواهد شد).

۴- سردردی که به دنبال aura ایجاد می‌شود با فاصله کمتر از ۶۰ دقیقه واقع شود (حتی ممکن است قبل یا در حین aura ایجاد شود).

(ج) مثل معیارهای «ه» در میگرن شایع

معیارهای تشخیص سردرد تنشی حاد(۱)

(الف) حداقل ۱۰ حمله قبلی سردرد با معیارهای ب تا د

(مدت سردرد کمتر از ۱۸۰ روز در سال یا ۱۵ روز در ماه)

(ب) مدت زمان هر حمله ۳۰ دقیقه تا ۷ روز

(ج) حداقل دو مشخصه زیر:

۱- غیرضرباندار و کیفیت فشارنده

۲- شدت متوسط تا خفیف

۳- دوطرفه

۴- عدم تشدید با فعالیت

(د) هر دو مورد زیر:

۱- تهوع و استفراغ وجود نداشته باشد.

۲- فتوفوبی و فونوفوبی وجود نداشته باشد (یا فقط یکی وجود داشته باشد).

(ه) مثل معیارهای «ه» در میگرن بدون aura

معیارهای تشخیصی سردرد خوشه‌ای (IHS)(۱)

(الف) حداقل ۵ حمله قبلی با مشخصات ب تا د

(ب) درد شدید یکطرفه ارییتال، سوپراارییتال و یا تمپورال که بدون درمان، ۱۵ تا ۱۸۰ دقیقه طول می‌کشد.

(ج) سردرد با حداقل یکی از نشانه‌های زیر همراه است که الزاماً در همان طرف درد قرار دارند:

۱- احتقان ملتحمه

۲- اشک ریزش

۳- احتقان بینی

۴- آبریزش از بینی

۵- تعریق پیشانی و صورت

جدول ۱- توزیع فراوانی سردرد برحسب طبقه‌بندی IHS

کدهای طبقه‌بندی IHS		زن		مرد		جمع کل	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۳۷	۲۶/۸	۹	۱۸/۷	۴۶	۲۴/۷	
۲	۴۹	۳۵/۵	۱۱	۲۲/۹	۶۰	۳۲/۳	
۳	۱	۰/۷	۱	۲/۱	۲	۱/۱	
۴	۲	۱/۴	۲	۴/۲	۴	۲/۲	
۵	۱۰	۷/۲	۲	۴/۲	۱۲	۶/۵	
۶	۶	۴/۳	۳	۶/۳	۹	۴/۸	
۷	-	-	-	-	-	-	
۸	۱۸	۱۳/۰۴	۱۴	۲۹/۲	۳۲	۱۷/۲	
۱+۲	۷	۵/۰۷	۲	۴/۱	۹	۴/۹	
۱+۴	۳	۲/۲	-	-	۳	۱/۶	
۲+۴	۲	۱/۴	۲	۴/۲	۴	۲/۲	
۲+۵	۲	۱/۴	-	-	۲	۱/۱	
۲+۶	۱	۰/۷	۱	۲/۱	۲	۱/۱	
جمع کل	۱۳۸	۷۴/۲	۴۸	۲۵/۸	۱۸۶	۱۰۰/۱	

نیامد ($P = ۰/۲۱$)، اما اختلاف نسبت همین دو گروه در مورد سردرد تنشی تفاوت معنی‌داری بود ($P = ۰/۰۴$).

(۴) در مورد عوامل آغازکننده و تشدیدکننده سردرد، استرس در هر دو گروه سردرد، شایعترین عامل آغازکننده یا تشدیدکننده حمله سردرد بود. لازم به ذکر است که مقصود از استرس، انواع استرسهای روحی یا جسمی (فیزیکی) بوده و ملاک، گفته خود بیمار در نظر گرفته شد. افسردگی و اضطراب به عنوان ریسک فاکتورهای مهم سردرد بصورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت و یافته‌ها نشان دادند که میزان افسردگی (چه خفیف و چه شدید) در میگرن ($۰/۳۴/۵$) از سردرد تنشی ($۰/۲۳/۴$) بیشتر نمی‌باشد ($P = ۰/۰۸$). در مورد اختلالات اضطرابی در میگرن ($۰/۴۸/۳$) و سردرد تنشی ($۰/۴۱/۶$)، این دو نسبت نیز طبق آزمون اختلاف نسبتها، تفاوت معنی‌دار نداشتند ($P = ۰/۲۲$). اما نکته قابل توجه این است که فرکانس بالای سردرد (بیش از سه بار در ماه) در مورد هر دو نوع سردرد، با وجود مشکلات روانپزشکی مثل افسردگی و اضطراب همراه بوده و درصد بی‌شماری از بیماران، بخصوص آن دسته که طول مدت ابتلای بالایی داشتند (بالای ۵ سال)، دچار چنین مشکلاتی بودند ($P < ۰/۰۵$).

انجام شده است. به این ترتیب، که با استفاده از پرسشنامه از بیماران مصاحبه به عمل آمده سپس کلیه بیماران، مورد معاینه کامل بالینی و عصبی قرار گرفته و آزمایشات و تصویربرداریهایی لازم درخواست شده، تشخیص هر بیمار بر اساس معیارهای تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد گذاشته شد.

نتایج

در طی ۳ ماه، ۷۷۳ بیمار به درمانگاه نورولوژی بیمارستان فاطمیه مراجعه کردند که از این تعداد ۴۵۱ بیمار برای اولین بار مراجعه نموده و ۱۸۶ نفر، شکایت سردرد را برای اولین بار داشتند ($۰/۴۱/۲۴$). ۱۳۸ نفر بیماران، زن بودند ($۰/۷۴/۲$)، در نتیجه نسبت زن به مرد در کل سردردها، تقریباً ۳ به ۱ بود. جدول ۱ نمایانگر انواع سردرد تشخیص داده شده در مراجعان به درمانگاه نورولوژی بیمارستان فاطمیه سمنان، بر اساس جدول طبقه‌بندی IHS است. به علت اینکه این طبقه‌بندی، سردردها را طبقه‌بندی می‌کند نه بیماران را، بر اساس معیارهای تشخیصی، ممکن است یک فرد از دو نوع سردرد جداگانه با مشخصات جدا تاریخچه دهد. بنابراین، برخی بیماران دو نوع سردرد داشتند. همانطور که انتظار می‌رفت، سردردهای اولیه یا ایدیوپاتیک، شایعترین نوع سردردها را تشکیل می‌دادند که از آن بین، سردرد تنشی ($۰/۴۱/۴$) و میگرن ($۰/۳۱/۲$) شایعترین سردردها را تشکیل دادند. بنابراین بحث عمده روی این دو مورد و مقایسه بین آنها خواهد بود:

(۱) هر دو سردرد در خانمها بیشتر بودند.

(۲) پروفایل زمانی در میگرن و سردرد تنشی در مقایسه با هم در جدول ۲ آمده است.

(۳) شاخصهای اپیدمیولوژیکی چون شغل و میزان درآمد نیز مورد توجه بودند، ولی در مورد شغل به علت اینکه عده کثیری از بیماران را خانمها تشکیل داده و ۹۲٪ این خانمها خانه‌دار بودند، امکان تعیین تنوع شغلی بطور دقیق وجود نداشت. به دلیل اینکه بیماران از وضعیت اقتصادی خود اطلاع دقیقی نمی‌دادند، این موضوع نیز مورد بررسی دقیق قرار نگرفت. اما در مورد وضعیت روانی - اجتماعی (Psychosocial) بیماران، سعی بر تخمین این وضعیت بر اساس میزان تحصیلات بیماران شد، بدین ترتیب که اگر مقطع سیکل به عنوان یک سطح متوسط سواد در نظر گرفته شود، در مورد میگرن $۰/۴۶/۵$ افراد سطح سواد زیر مقطع سیکل داشتند و هیچ اختلاف معنی‌داری بین گروه زیر سیکل و بالای آن بدست

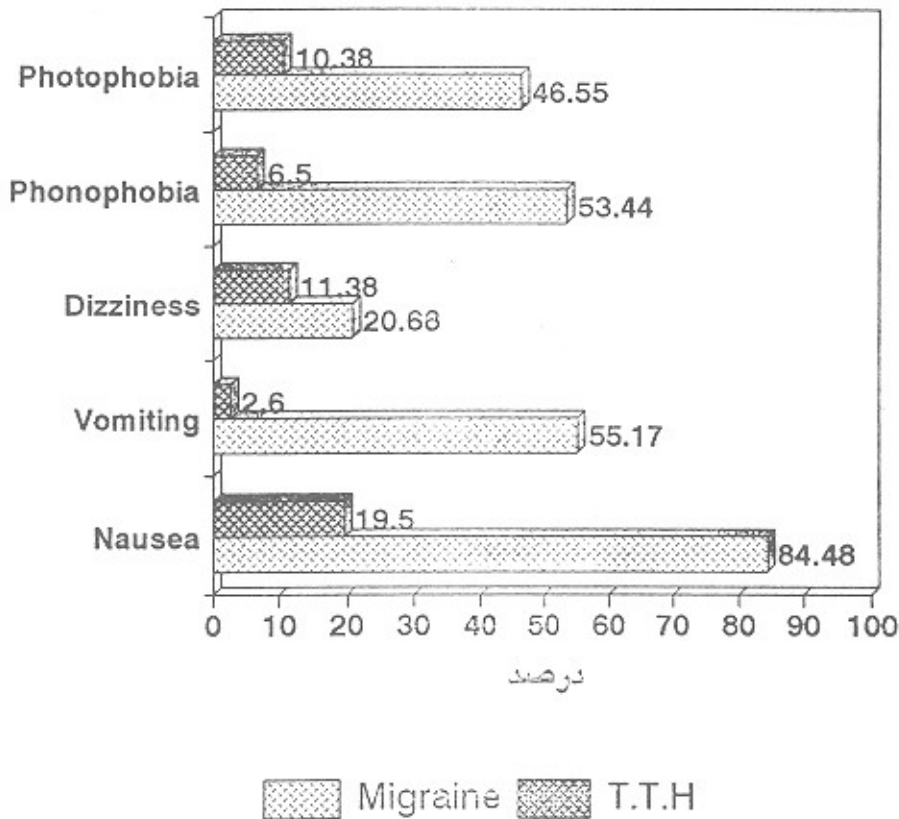
جدول ۲- پروفایل زمانی در میگرن و سردرد تنشی

Type of Headache	Time profile	Duration	Mean of Age of onset	Mean of Age	Mean of Frequency
Migraine		۱۲-۲۴ hr	۲۲-۲۹ y	۲۸-۳۶ y	۳-۶ Mon
T.T.H		۱۲-۲۴ hr	۱۲-۴۰ y	۲۸-۳۴ y	۳-۷ Mon

عامل تشدید کننده بعدی که با شیوع نسبتاً زیادی در خانمها مبتلا به سردرد مشاهده شد، قاعدگی بود. در ۵۰٪ خانمهای مبتلا به میگرن، شدت سردرد در زمان قاعدگی بیشتر بوده و این نسبت در سردرد تنشی، ۲۳/۳٪ بدست آمد. عوامل تخفیف دهنده در هر دو نوع سردرد به ترتیب شیوع عبارت بودند از: خواب و استراحت و مصرف مسکن.

۶) در مورد شدت سردرد، ملاک شدید بودن سردرد را، قابلیت بیدار کردن فرد از خواب و ناتوانی از انجام کارهای روزمره قرار دادیم. اکثر سردردهای میگرنی بر این اساس شدت متوسط تا شدید داشته و سردردهای تنشی شدت خفیف تا متوسط خواهند داشت. در بیماران مبتلا به میگرن، در این تحقیق در ۶۳/۸٪ موارد سردرد مانع

نمودار ۱- مقایسه شیوع علائم بالینی در میگرن و سردرد تنشی



فعالیت روزمره می‌شد، در حالیکه همین آمار در مورد مبتلایان به سردرد تنشی ۱۰/۴٪ محاسبه شد. در ارتباط با بیدار کردن فرد از خواب، در میگرن ۳۹/۷٪ و در سردرد تنشی ۷/۸٪ بیماران با شروع سردرد از خواب بیدار شده و قابلیت خوابیدن از ایشان سلب می‌شد، که این دو نسبت نیز تفاوت آماری واضحی با هم داشتند ($P < 0/001$).

۷) ۳۶/۲٪ از بیماران میگرنی، سابقه خانوادگی مثبت میگرن را ذکر می‌کردند. این آمار در مورد سردرد تنشی، ۱۱/۷٪ محاسبه شد.

۸) علائم همراه سردردهای میگرنی و تنشی در مقایسه با هم در نمودار (۱) آمده است.

۹) آندوکاسیونهای Imaging در بیماران مورد مطالعه این مقاله

- ۱) سردرد مقاوم به درمان
 - ۲) سردرد میگرنی که همیشه در یک طرف احساس می‌شود.
 - ۳) معاینه عصبی غیرطبیعی
 - ۴) تغییر ناگهانی در شدت و فرکانس سردرد
- بر اساس این اندیکاسیونها، ۸ نفر از افراد مبتلا به میگرن و ۵ نفر از افراد مبتلا به T.T.H نیاز به تصویربرداری پیدا کردند که از این تعداد، ۴ نفر مراجعه مجدد نداشتند و مابقی افراد CT scan طبیعی داشتند. نکته قابل توجه در این مطالعه، مراجعات قبلی بیماران بود. حدود ۶۰٪ افراد قبلاً به پزشک مراجعه کرده بودند و در مورد ۶۰٪ شکست تشخیص درمانی صورت گرفته بود و ۳۵٪ از بیماران سی‌تی‌اسکن بدون ماده حاجب و بدون اندیکاسیون داشتند.

بحث و نتیجه گیری

($P < 0/001$). همچنین بیشتر بودن سابقه خانوادگی مثبت در بیماران مبتلا به میگرن، گویای تأثیر بیشتر جنبه‌های وراثتی و فامیلی در این نوع سردرد خواهد بود.

۵) با توجه به اینکه تشخیص بالینی سردرد تنشی بر اساس تظاهرات منفی است (که در معیارهای تشخیص IHS ذکر شده است)، مثل فقدان علائم مشخص کننده سایر انواع ایدیوپاتیک یا علامت‌دار سردرد، شامل عدم یکطرفه بودن، عدم ضربان، عدم وجود علائم همراه نظیر تهوع، استفراغ، فتوفوبی و فونوفوبی، می‌توان بر اساس مطالعه اخیر نتیجه گرفت که تعدادی از بیماران مبتلا به سردرد تنشی علائم غیرتیبیک دارند؛ ولی چنانچه در مقایسه با میگرن در نظر گرفته شوند از شیوع بالایی برخوردار نخواهند بود.

۶) تشخیص اختلالات سردردی در این مطالعه بر اساس معیارهای تشخیصی انجمن بین‌المللی سردرد بود که دو مقدمه همین مقاله آمده است. با توجه به یافته‌های بدست آمده از سردردهای میگرن و تنشی و مقایسه هر یک از موارد معیار تشخیصی IHS برای این دو نوع سردرد، می‌توان دریافت که این معیارهای تشخیصی بیشتر اختصاصی هستند تا اینکه از حساسیت بالایی برخوردار باشند، ولی بدلیل اینکه سردردها را طبقه‌بندی می‌کنند نه بیماران را، با توجه به علائم همراه و مشخصات حمله‌های سردرد می‌توان براحتی از این معیارها جهت تشخیص استفاده کرد، حتی اگر بیمار ۲ تا ۳ نوع سردرد با هم داشته باشد. می‌توان با استفاده از سایر جنبه‌های مطرح شده در هر نوع سردرد، بجز آن دسته که در معیارهای تشخیصی IHS آمده است، نظیر سابقه خانوادگی، بدتر شدن سردرد در اوقات قاعدگی در خانمها و ... به تشخیص صحیح و نهایی نزدیکتر شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در برخورد با بیماران با شکایت سردرد حتماً از این معیارها جهت تشخیص استفاده شود، چون می‌توان روش مناسبی جهت درمان بیماران برگزید و در صورتی که به موارد متعددی که قبلاً به پزشک مراجعه کرده و در مورد آنها شکست تشخیص درمانی صورت گرفته است، توجه شود لزوم استفاده از یک معیار تشخیصی واحد جهت تشخیص انواع اختلالات سردردی، بخصوص انواع اولیه آن توسط پزشکان و دانشجویان پزشکی مشخص می‌شود.

۷) نکته مورد توجه دیگر در این تحقیق مواردی از سردرد بود که طبق معیارهای تشخیصی IHS جزء هیچیک از موارد ۷ گانه اول قرار نگرفته و بنابراین تحت عنوان سردردهای طبقه‌بندی نشده در کد ۸ این جدول قرار گرفتند. این مطالعه نشان داد که زیادتی از این

مطالعات مختلفی در سطح دنیا در مورد اپیدمیولوژی سردرد تا بحال صورت گرفته است و چنانچه به نتایج آنها توجه کنیم، درخواهیم یافت که شایعترین سردردها، الگوی ایجاد آنها و علائم همراهشان در تمام نقاط تقریباً مشابه است؛ به این ترتیب که میگرن و سردرد تنشی، شایعترین انواع سردرد در تمام دنیا می‌باشند ولی نسبت شیوع این دو نوع سردرد در مناطق مختلف با هم متفاوت است. در مطالعه مشابهی که در کشور کانادا (۲۴) انجام شده بود نسبت شیوع سردرد میگرنی و تنشی ۵۷٪ و در مطالعه حاضر نسبت شیوع دو سردرد ۷۵٪ بدست آمد، یعنی می‌توان چنین برداشت کرد که اگرچه شایعترین سردردها، میگرن و سردرد تنشی هستند ولی به یک نسبت در کلیه جوامع دیده نمی‌شوند و این اختلاف نسبت شیوع دو نوع سردرد شاید با مسائل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ژنتیکی ارتباط داشته باشد.

به صورت خلاصه در مورد تحقیق حاضر نکات زیر قابل ذکر است: ۱) همانطور که ذکر شد تعداد موارد سردرد همانند آنچه در کتب مرجع و سایر مقالات ذکر شده است، در زنان بیش از مردان می‌باشد که می‌تواند تا حدی مؤید نقش هورمونهای زنانه در پاتوژنز انواع شایع سردرد باشد، ولی توجه به شیوع سردرد در ایام قاعدگی، گویای این مطلب خواهد بود که احتمالاً تأثیر هورمونهای زنانه در پاتوژنز و ایجاد سردردهای میگرنی، بیش از سردرد تنشی است و بدین ترتیب لزوم مطالعه در مورد نقش دقیق هورمونهای جنسی در فیزیوپاتولوژی میگرن مشخص خواهد شد.

۲) سن شروع سردرد در بیماران مبتلا به میگرن بیشتر در سنین جوانی (زیر ۳۵ سال، ۸۶/۲٪ در میگرن و ۵۲٪ در سردرد تنشی) و سن شروع سردرد در سردرد تنشی عمدتاً در سنین میانسالی و بعد از آن خواهد بود. (سال $35 > 48$ ٪ در مقابل ۱۳/۸٪ در میگرن) ($P < 0/001$)، که این مؤید مطالعات قبلی است که عنوان می‌دارند، سردرد تنشی در سنین بالاتری نسبت به میگرن مشاهده می‌شود و در مطالعه حاضر نیز میانگین سنی بیماران سردرد تنشی بطور متوسط، ۶ سال بالاتر از میگرن بود.

۳) وضعیت Psychosocial بیماران، با توجه به سطح سواد آنها، تا حدی مشخص کننده ارتباط سردرد تنشی با مسائل روانی - اجتماعی خواهد بود.

۴) مقایسه شدت سردرد در دو نوع میگرن و سردرد تنشی نشان داد که شدت سردردهای میگرنی بیشتر از سردرد تنشی است

توجیحاً انجام سی تی اسکن با ماده حاجب در صورت وجود اندیکاسیون و عدم امکان انجام هر دو نوع سی تی اسکن (با ماده حاجب و بدون آن).

۳) پیگیری مناسب و مستمر بیماران جهت تعیین مناسبترین روش درمانی در هر بیمار و عدم درمان علامتی بیماران (طبیعی بودن سی تی اسکن دلیل بر عدم وجود ضایعه نبوده و بیمار باید به دقت پیگیری شود).

۴) وارد کردن Psychic headache به عنوان یکی از علل سردرد اولیه در سیستم طبقه بندی IHS و توجه به وجود این نوع سردرد در بیمارانی که سردرد در ایشان از الگوی خاصی پیروی نکرده ولی بدنبال یک مشکل عمده روانپزشکی می باشند.

سردردها به دنبال یک مشکل جدی روانپزشکی ایجاد شده اند و بنابراین می توان تشخیص دیگری را که در کدهای طبقه بندی IHS قرار نداشته و در کتب نورولوژی به آن مختصراً اشاره شده است یعنی Psychic headache را برای این بیماران در نظر گرفت.

پیشنهادات

- ۱) استفاده از معیارهای تشخیصی IHS در تشخیص سردرد مراجعان به درمانگاهها و تدریس این معیارها جهت دانشجویان پزشکی و تأکید بر استفاده از آن.
- ۲) دقت بر علائم بیمار و معاینه عصبی دقیق بیمار مبتلا به سردرد، توجه به اندیکاسیونهای انجام تصویربرداری در این بیماران و

منابع

- 1- Patrick D. Wall: Roland Melzack, Textbook of pain, 3th edition, churchil livingstone 1994: 495-521.
- 2- Raymond D.Adams; Maurice Victor. Principles of Neurology, 15th edition, McGrow Hill Inc 1993: 148-170.
- 3- Lewis P.Rowland. Merritt's Textbook of Neurology, 9th edition, williams and wilkins 1995: 44-48, 773-780.
- 4- Isselbacher, Braunwald, et al. Harrison's Textbook of Internal Medicine, 13th edition, McGrow Hill Inc 1994: 65-72.
- 5- Behrman; Kliegman - Nelson Essentials of Pediatrics, 2th edition, WB Saunders 1994: 678-679.
- 6- Randio TA; Fishman RA. Spontaneous Intracranial Hypertension. Neurology 1992, 42: 481-487.
- 7- Woodhouse - A; Drummond - PD. Mechanisms of increased sensitivity to noise and light in Migraine. Cephalalgia 1993; 13(7): 417-21.
- 8- Ottman - R; et al. Validity of family history data on severe headaches and Migraine. Neurology 1993; 43(10): 1954-60.
- 9- Munoz-M; et al. prevalence of headache in French department. Headache 1993; 33(10): 521-3.
- 10- Stewart WF; Lipton RB. Prevalence of Migraine in USA, JAMA 1992; 267: 64-69.
- 11- Chu ML; et al. Headache in children younger than 7 years old. Archives of Neurology 1991; 49: 79-82.
- 12- Granella F; et al. Migraine without aura: a clinical epidemiology study in 1300 women. Headache 1993; 33(7): 385-9.
- 13- J-A-Leston. Migraine and T.T.H are not separate disorders. Cephalalgia 1996; 16: 220-23.
- 14- B.K Rasmussen. Migraine and T.T.H are separate disorders. Cephalalgia 1996; 16: 217-19.
- 15- Schoenen- J; et al. ES2 activity in patient with chronic headache. Headache 1993; 33(1): 3-17.
- 16- Massimo Boini; et al. T.T.H: psychosomatic clinical assessment and treatment. Psychoather Psychosom 1994; 61: 41-64.
- 17- Chen-JH; et al. Etiological classification of chronic headaches in children and their EEG patterns. Acta Pediatr-sin 1994; 35(5): 397-406.
- 18- Krame - U; et al. The value of EEG in children with chronic headache. Brain Dev 1994; 16(4): 304-8.
- 19- Dumas-MD; et al. CT scan evaluation of patients with chronic headache, Can-Med-ASSOG-J 1994; 151(10): 1447-52.
- 20- Aromaa-M; et al. Prevalence of frequent headache. Cephalalgia 1993; 13(3): 330-7.
- 21- Silberstein SD; Lipton RB. Epidemiology of Migraine. Neuro epidemiology 1993; 12(3): 179-94.
- 22- Sjaastod-O; et al. Common Migrane. Funct-Neurol 1993; 8(1): 27-32.
- 23- L.C Sanin; et al. IHS headache classification as applied to a headache clinic population. Cephalalgia 1994; 14: 443-6.
- 24- Edemads-J; et al. Impact of Migrane and T.T.H on life style: Canadian population survey. Can-J-Neurol-Sci 1993; 20(2): 131-7.
- 25- Kaplan; Sadock. Synopsis of psychiatry, 7th edition, williams and wilkins, 1994.