Thursday, August 18, 2011
9:41 AM

عنوان مقاله:
بررسی سردرد در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان قائم (عج)

مؤلفین
دکتر محسن فروغی‌پور
استادیار نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر محمودرضا آذرپژوه
استادیار نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر محمدباقر رضیئی
دانشیار گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر محمد فرجی
دانشیار جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر فریبرز رضایی‌طلب
دستیار تخصصی نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر سهیلا صابری پزشک عمومی

مقدمه

سردرد از روزگاران قدیم یکی ازمشکلات انسانها بوده است. هر انسانی در طول زندگی حداقل یک بار به سردرد مبتلا شده است. بررسی و درمان سردرد یکی از مشکلات علم پزشکی است که با وجود گذشت سالیان متمادی از تشخیص و درمان انواع آن، هنوز بسیاری از بیماران را رنج می‌دهد (۱۲).

گرچه به‌نظر می‌رسد که تشخیص سردرد بسیار آسان باشد، ولی در بررسی‌های دقیق مشخص می‌شود که یک عامل مهم سرگردان‌شدن بیماران به‌مدت طولانی و عدم پاسخ به درمانهای گوناگون، اشکال در تشخیص نوع سردرد و درمان مناسب آن بوده است. (۸ و ۳ و ۲). در این مطالعه سعی شده است که مشکلات موجود در تشخیص علت سردردها، و عوامل مؤثر در بروز و یا تشدید سردردها مورد بررسی قرار گیرد.

روش مطالعه

در این بررسی توصیفی مقطعی بیمارانی که به‌دلیل مشکلات سردرد به درمانگاه یا اورژانس اعصاب بیمارستان قائم (عج) مراجعه کرده‌اند در مقطع زمانی خرداد ۱۳۸۰ الی اردیبهشت ۱۳۸۲ مورد مطالعه قرار گرفتند، مشروط بر این‌که شرائط لازم برای ورود به مطالعه را داشته باشند.

معیارهای لازم برای ورود به مطالعه

۱. علت مراجعه بیمار سردرد باشد.
۲. اطلاعات به‌دست آمده از بیمارکه در فرمهای مربوطه ثبت می‌شود، کامل باشد.
۳. اطلاعات ارائه شده توسط بیماری قابل اعتماد باشد.
۴. بیمار آزمایشات درخواستی را انجام دهد.
۵. تشخیص نوع سردرد قطعی باشد.
۶. رضایت بیمار جلب شده باشد.

تشخیص نوع سردرد، با اخذ شرح حال، معاینه بالینی سیستمیک و عصبی و در صورت لزوم معاینه چشم، گوش و حلق و بینی، دهان و دندان و نیز بررسی‌های فرابالینی مناسب، به‌دست آمده است. بررسی‌های فرابالینی مورد استفاده عبارت بودند از: سیتی اسکن مغز، رادیوگرافی ساده جمجمه، رادیوگرافی ساده سینوسها، سیتی اسکن سینوس‌ها، MRI مغز، بررسی خون محیطی و یا بررسی مایع مغزی نخاعی که هر یک بسته به موارد خاص انجام شده است.

در این مطالعه ۵۳۷ بیمار بررسی شدند که در نهایت ۴۲۳ بیمار که واجد شرایط فوق بودند وارد مطالعه شدند و براساس کلیه اطلاعات، متغیرهای سن، جنس، سابقه خانوادگی، نحوه سیر بالینی، مکان سردرد، کیفیت آن، علائم همراه، عوامل تشدیدکننده و بهبوددهندهٔ سردرد بررسی شدند و یافته‌های بالینی درصورتی لزوم توسط بررسی‌های فرابالینی مورد تأیید قرار گرفتند. درنهایت اطلاعات به‌دست آمده در نرم‌افزار آماری SPSS ذخیره گردید و نتایج توسط روش آماری chi-square مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج به‌دست آمده برحسب بررسی‌های انجام شده به‌صورت زیر بوده است:

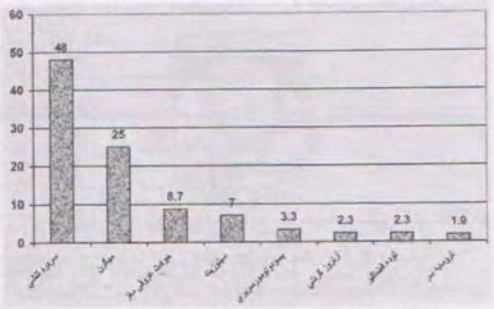
۱. جنس

اکثر بیماران در این مطالعه زن بودند یعنی ۳۰۱ نفر یا ۷۱٪کل بیماران، به‌طوری که نسبت زن به مرد $\frac{2.44}{1}$ بوده است.

۲. انواع سردرد

درصد فراوانی انواع مختلف سردردکه در مطالعه ما به‌دست آمد در نمودار زیر آورده شده است.

این بررسی مشخص نمود که میانگین سنی در کل بیماران ۳۵ سال است، که این عدد در مرد و زن یکسان می‌باشد. در بین انواع مختلف سردرد و به تفکیک جنسیت، در مردان حداقل میانگین سنی مربوط به سردردهای سینوزیتی است (۱۷ سال) و پس از آن به‌ترتیب میگرن کلاسیک (۲۲ سال)، و ضایعات فضا گیر مغزی (۲۶ سال) است و حداکثر میانگین سنی در مردان در آرتروز گردنی است (۵۶ سال). در زنان



نمودار ۱-۱ نمودار درصد توزیع فراوانی انواع سردردها.

حداقل میانگین سنی درمیگرن کلاسیک است (۱۹ سال) و پس از آن در پسودوتومور سربری است (۲۹ سال) و حداکثر میانگین سنی همانند مردان در آرتروزگردنی است (۶۴ سال).

۳. مکان سردرد

به‌طورکلی درد در میگرن در یک طرف برتری دارد، که در این مطالعه میگرن کلاسیک، در ۲۹٪ یک طرفه و در ۷۰٪ دوطرفه با برتری در یک طرف بود. موارد بسیار اندکی شدت سردرد در دو طرف سر مشابه بوده است.

در میگرن بدون اورا ۳۴٪ یک طرفه، ۳۸٪ دوطرفه با برتری در یک طرف و ۲۷٪ کاملاً دوطرفه بوده است. سردرد تنشی در ۷۶٪ مواردد‌وطرفه است. سردرد ناشی از سینوزیت در ۷۷٪ موارد دوطرفه یا برتری در یک طرف و در بقیه موارد دو طرفه بوده است و هیچ‌گاه کاملاً یک‌طرفه نبوده است.

در ضایعات فضاگیر مغزی سردرد اکثراً دوطرفه بوده و در ۲۰٪ موارد در مراحل ابتدایی یک طرفه بوده است که آن هم بعداً دوطرفه شده است. در سایر انواع سردرد، درد دوطرفه بوده است.

همچنین از نظر موضع درد در جمجمه، طبق این بررسی، در بیماران میگرنی درد بیشتر در شقیقه‌هاست (۳۹٪)، در سینوزیت، درد بیشتر در صورت، پیشانی و پشت چشم‌ها است؛ در سردرد تنشی، بیشتر دور سر است (۷۰٪). در آرتروزگردنی پشت سر (۵۰٪) و در بقیه اکثراً در تمام سر احساس می‌شود.

۴. تداوم سردرد

درد در همه انواع سردرد، بیشتر مداوم بوده است، ولی در میگرن اکثراً دوره‌ای بوده (۷۳٪) و تنها در ۲۷٪ موارد دائمی بوده است.

۵. کیفیت سردرد

از نظر کیفیت درد، سه حالت اصلی وجود داشت: ضربان‌دار، فشارنده، سوزشی، ولی حالات ترکیبی آنها نیز دیده شده است.

درد ضرباندار در ۸۴٪ افراد مبتلا با میگرن و در ۳۰٪ افراد مبتلا به سردردهای تنشی و در ۲۰٪ بیماران مبتلا به سینوزیت وجود داشت. سردردهای فشارنده در ۷۰٪ بیماران با سینوزیت و ۳۵٪ بیماران مبتلا به سردردهای تنشی دیده شد.

سردرد سوزشی در بیماران مبتلا به سردرد ناشی از ترومای سر ۲۵٪، آرتروزگردنی ۲۰٪، حوادث عروقی مغز ۱۱٪ و در سردردهای تنشی ۵٪ دیده شد. کمترین میزان شیوع سردردهای سوزشی در بیماران مبتلا به میگرن وجود داشت (۰/۹ درصد).

۶. عوامل بهبوددهنده

نتایج مربوط به بررسی عوامل بهبوددهندهٔ سردردها در کل و تفکیک نوع آن در جدول صفحه بعد آورده شده است.

جدول مربوط به عوامل بهبوددهنده سردرد.

	استراحت	دارو	تاریکی	سکوت	فشار بر جمجمه
کل سردردها	٪۶۷	٪۶۵	٪۴۳	٪۵۵	٪۴۳
میگرن کلاسیک	٪۵۳	۵۰	٪۶۵	٪۵۳	٪۸۸
میگرن شایع	٪۸۰	٪۷۷	٪۸۴	٪۸۷	٪۶۸
پسودوتومورسربری	٪۵۷	٪۴۳	٪۷	٪۳۵	٪۷
حوادث عروقی مغز	٪۶۲	٪۳۰	٪۴۳	٪۴۹	٪۱۶
سردرد تنشی	٪۶۹	٪۵۰	٪۳۳	٪۵۳	٪۴۱
سینوزیت	٪۴۰	٪۷۰	٪۱۰	٪۱۰	٪۳۷
آرتروزگردنی	٪۸۰	٪۳۰	۰	٪۱۰	٪۱۰
تروما به سر	٪۶۳	٪۷۵	٪۵۰	٪۴۵	۰
توده فضاگیر	٪۵۰	٪۴۰	٪۳۰	٪۵۰	٪۲۰

۷. عوامل تشدیدکننده

در این تحقیق نقش عوامل تشدیدکنندهٔ سردرد نیز بررسی شد. شایعترین عامل تشدیدکننده استرس بود (۷۱٪)، و پس از آن به‌ترتیب: بی‌خوابی، سروصدا، حرکت‌کردن، خم‌شدن به جلو و آفتاب قرار داشت. کمترین تأثیر مربوط به خوردن غذاهای خاص بود (۱۰٪).

در میگرن با اورا (کلاسیک) آفتاب مهمترین عامل تشدید سردرد بود (۹۴٪) در میگرن بدون اورا استرس (۸۶٪) و در سینوزیت سرما (۸۰٪) مهمترین عوامل تشدیدکنندهٔ درد بوده‌اند. شایعترین عامل تشدیدکننده سردرد تنشی، استرس (۸۵٪) و پس از آن به‌ترتیب بی‌خوابی، سروصدا و نور آفتاب بود.

۸. علائم همراه

بررسی علائم همراه در سردرد نشان داد که حالت تهوع به‌عنوان شایعترین علامت همراه، در ۵۹٪ کل سردردها وجود داشت و سپس ترس از صدا[1] (در ۵۸٪ موارد) و ترس از نور[2] (در ۵۲٪ موارد) بود. سایر علائم همراه به‌ترتیب شیوع عبارت‌اند از: استفراغ - سرگیجه - تاری دید - رنگ پریدگی، تاکیکاردی، گرفتگی بینی، تنفس بدبود و تب بوده است.

در آرتروز گردنی، علائم همراه بارزی به‌دست نیامد و تنها ۳۰٪ بیماران ترس از نور و ۲۰٪ سرگیجه داشتند.

بحث و نتیجه گیری

شناسایی سردرد و درمان صحیح آن از وظایف کلیه پزشکان عمومی و بخشهای تخصصی به‌ویژه داخلی، گوش و حلق و بینی، روان پزشکی و مغز و اعصاب می‌باشد. مطابق معیارهای انجمن جهانی سردرد، تشخیص صحیح انواع سردرد، بر پایه شرح حالو معاینات بالینی مقدور شده و روشهای فرابالینی به‌عنوان معیارهای تکمیلی مدنظر قرار می‌گیرد مطالعه ما در جهت نیل به اهداف فوق صورت گرفته است. لازم به ذکر است که ما مطالعه مشابهی را در مجلات و منابع فارسی ندیدیم.

بررسی ما مؤید آن بود که سردرد به‌طورکلی در زنان شایعتر از مردان است، با نسبت $\frac{2.44}{1}$، به خصوص در سردرد میگرنی و تنشی و تومور کاذب مغزی[3]؛ این شیوع واضح‌تر بود. اما سردرد ناشی از ضربهٔ سر، آرتروز گردن و حوادث عروقی مغزی و سینوزیت در مردان بیشتر بود، که این امر مطابق با آمارهای ذکر شده در مطالعات قبلی است (۱۳ و ۱۱ و ۷ و ۱). در مطالعه ما سردرد ناشی از ضایعات فضا گیر در دو جنس برابر بوده است.

در مجموع چون شیوع سردرد میگرنی و تنشی بیشتر می‌باشد، زنان مبتلا به سردرد، درصد بالاتری (۷۱٪) را تشکیل داده‌اند. البته در مطالعه ما، همان‌طور که در جدول شماره یک نشان داده شد شیوع سردرد تنشی ۴۸٪ بوده است، درحالی‌که در مطالعات قبلی ۶۰-۵۰٪ ذکر شده است (۱۳ و ۱۲ و ۴). احتمالاً علت تفاوت فوق این حقیقت است که بسیاری از کسانی که سردرد تنشی دارند به‌طور سرپایی به کلینیکهای خصوصی مراجعه کرده و کمتر به بیمارستان ارجاع می‌شوند. همچنین در این مطالعه شیوع میگرن ۲۵٪ بوده درحالی‌که در مطالعات دیگر حدود ۲۰-۱۵٪ گزارش شده است (۱۴ و ۱۱). احتمالاً علت این تفاوت، وجود بیماران میگرنی است که از درمانهای سرپایی نتیجه نگرفته و جهت درمانهای اورژانسی و تزریقی به بیمارستان قائم مراجعه کرده‌اند. در مجموع حدود ۹۰٪ سردردها شامل چهارنوع: سردرد تنشی، میگرن، سینوزیت و ضایعات عروقی بوده است و سایر علل تنها ۱۰٪ موارد را تشکیل داده‌اند.

سردردهای یک طرفه تنها در میگرن و به خصوص میگرن با اورا و نیز مواردی در سینوزیت مشاهده شده است و در سایر انواع دیده نشده است که این مسئله منطبق بر مطالعات قبلی است (۱۴ و ۱۳ و ۱۱). نکته قابل توجه این‌است‌که سردرد ناشی از سینوزیت نیز اغلب دوطرفه بوده است و اگر یک طرفه بوده اکثراً در طرف مقابل هم تاحدودی درد وجود داشته و هیچ‌گاه در سینوزیت سردرد کاملاً یک طرفه وجود نداشته است که این پدیده به‌علت انتقال درد ازطریق مسیرهای عصبی در نخاع گردنی است. در سینوزیت درد بیشتر در صورت و بینی است و گاهی به‌صورت سردرد می‌باشد. در سینوزیت حاد علاوه بر دردسر و یا صورت علائمی دیگری همچون تب، سرماسرماشدن، گرفتگی بینی، تنفس بدبو و تورم اطراف چشم هم ممکن‌است دیده شود که اغلب با ترشحات چرکی همراه است. در سینوزیتهای مزمن درد علامت اصلی بوده و شدت آن کمتر از سینوزیت حاد است و علائم همراه کمتر دیده می‌شود (۹ و ۱۵).

به هرحال یک طرفه‌بودن، معیاری ارزشمند برای تشخیص میگرن در منابع پزشکی است (۱۲ و ۱۱ و ۱۰). همچنین دوره‌ای‌بودن درد در میگرن یافته‌ای برجسته بوده است. همچنان‌که به‌عنوان یک اصل در تشخیص این نوع سردرد ذکر شده است، لازم به ذکر است که در سایر انواع سردرد نیز در درصد اندکی از موارد، سردرد به‌صورت دوره‌ای بوده است، به جز سردرد ناشی از حوادث عروقی مغز که در تمام موارد دائمی بوده است.

کیفیت ضربان‌داربودن سردرد یافته‌ای شایع در میگرن بوده است و در هیچ نوع دیگری، تا این حد ضرباندار بودن واضح و برجسته نبوده است. به طوری که در منابع پزشکی نیز به‌عنوان یکی از معیارهای اصلی تشخیص میگرن ذکر شده است (۱۴ و ۱۳ و ۹). هرچند در ۳۰٪ موارد سردرد تنشی و ۲۰٪ موارد سینوزیستها نیز کیفیت ضرباندار در دوره‌هایی از بیماری وجود داشته است.

علایم همراه مهم در سردرد بررسی شد که تهوع، ترس از نور و صدا بیشترین پدیده‌های بالینی همراه با انواع سردرد بودند و تاکیکاردی کمترین علامت همراه درکل سردردها بوده است. نکته جالب در این‌جا، همراهی علائم (سیستم خودکار) یعنی تعریق و تاکیکاردی و رنگ پریدگی با سردرد میگرنی بود. همچنین در مطالعه ما همراهی ترس از صدا در ۳۰٪ و سرگیجه در ۲۰٪ سردردهای ناشی از آرتروز گردن مشاهده شد و این نکته قابل توجهی است که در مطالعات قبلی ذکر نشده

1. phonophobia
2. photophobia
3. pseudotumorcerebri

است. پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آینده به همراهی این دو مسئله و علت آن بیشتر پرداخته شود.

همچنان‌که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود، در میگرن به خصوص میگرن بااورا فشار روی جمجمه و در درجه بعدی تاریکی و سکوت مهمترین عوامل بهبوددهندهٔ درد بوده‌اند. در سردرد تنشی، استراحت؛ در سینوزیت مصرف دارو اصلی‌ترین نقش را در درمان درد داشته‌اند. در میگرن بدون اورا، سکوت و پس از آن استراحت مهمترین عوامل تسکین‌دهنده بوده‌اند. در مجموع استراحت مهمترین عامل بهبوددهنده درد در کل سردردها بوده و پس از آن مصرف دارو قرار داشته است. نکاتی که کمابیش در مطالعات قبلی به آنها اشاره شده است (۱۳ و ۱۲ و ۴ و ۱).

بررسی عوامل تشدیدکنندهٔ درد، نشان داد که استرس مهمترین عامل تشدیدکننده در کل سردردها بوده، هرچند در میگرن با اورا آفتاب و در سینوزیت، سرما نقش اول را داشته‌اند و در سودوتومور سربری، ضایعات فضاگیر و حوادث عروقی مغز، مانور والسالوا و عطسه و سرفه تشدیدکننده‌های عمدهٔ درد بودند.

لازم به ذکر است که شناخت عوامل تشدیدکننده و بهبوددهندهٔ سردرد و تفاوتهای آنها در هر بیمار مبتلا به سردرد، روش ارزشمندی جهت پی‌گیری و درمان بیماران با سردردهای مزمن است، لذا پیشنهاد می‌گردد برای کلیه بیماران، تقویمی شامل شرح حال حملات سردرد تهیه و با بررسی دراز مدت آن، عوامل تشدیدکننده و تخفیف‌دهنده و نیز علائم همراه شناسایی شوند تا در جهت کاهش رنج بیماران مبتلا به سردرد و بهبود عملکرد اجتماعی آنان که طیف بزرگی از جامعه را تشکیل می‌دهند، گام مؤثری برداشته شود.

خلاصه

هدف: بررسی علل سردرد در بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس و درمانگاه اعصاب بیمارستان قائم (عج) از خرداد ۱۳۸۰ تا اردیبهشت ۱۳۸۲.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، بیمارانی که به‌علت سردرد به بیمارستان قائم (عج) مشهد مراجعه کرده بودند، در یک برههٔ دو ساله تحت بررسی بالینی و تشخیصی قرار گرفتند. روش بررسی شامل اخذ شرح حال - معاینه بالینی و بررسی‌های فرابالینی لازم و تکمیل پرسشنامه برای هر بیمار بود.

نتایج: در این مطالعه ۴۲۳ بیمار بررسی شدند. نتایج به‌دست آمده نشانگر این بود که اکثر بیماران مؤنث (۷۱٪) بوده و نسبت زن به مرد ۲/۴۴ به ۱ بود. میانگین سنی بیماران مورد بررسی ۳۵ سال بوده و در بین مردان، حداقل میانگین سنی مربوط به سینوزیت (۱۷ سال) و در بین زنان مربوط به میگرن کلاسیک (۱۹ سال) بوده است. در هر دو جنس بیشترین میانگین سنی مربوط به آرتروز گردنی بود. سردردهای عصبی (تنشی) شایعترین سردرد بوده و به دنبال آن سردردهای میگرنی قرار دارد. فراوانترین اختلال همراه سردرد، در مجموع ترس از صدا، ترس از نور و حالت تهوع بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نشان داده شده است که استرس مهمترین عامل تشدیدکنندهٔ همهٔ انواع سردردها است و استراحت مهمترین عامل تسکین‌دهنده آنها بوده است.

واژه‌های کلیدی: سردرد - استرس - میگرن

References

1. Durcan FJ, Carbett, JJ, Wall M. The incidence of pseudotumor cerebri: Population studies in Iowa and louisiana. Arh Neural 1998; 45:875.
2. Jensen P, Paiva T. Symptomatology of episodic tension-type headache. In: olsen J, Tfelt P, Welch A, cditors. The headaches. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. P.606.
3. Johnson I, Parston A. Benign intracranial hypertension: CSF pressure and circulation. Brain 1974; 97:301.
4. Johnson RT, Griffin JW. Mc Artur JC. Current therapy in neurologic diseases. 6nd ed. NewYork: Mosby;2002. P: 82-78.
5. Lance JW. Migraine. In: Swash M, Oxbury J, editors. Clinical neurology. Edinburgh: churchill Livingstone; 1991. P. 340-341.

6. Manning SG. Medical management of infections and inflammatorydiseases. In: Cummings CW, editor. Otolaryngology head & neck surgery. 3nd ed. Baltimore: Mosby; 1998. P. 1143.
7. Martin TJ, Corbertt JJ. Pseudotumor cerebri. In: Youmans JR, editor. Neurological surgery. 4nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996. P. 2992.
8. Monginii F. Headache and Facial pain. New York: Thieme; 1992. P. 176-188.
9. Randal LS, Mannix LK, Adelman JU, Efficacy of topiramate in migraine prophylaxis: A retrospective chart analysis. Headache 2002; 42: 804-809.
10. Raskin NH. Migraine and other headaches. In: Rowland LP, editor. Merritt's textbook of neurology. 10nd ed. Baltimore: Williams and wilkins; 2000. P. 837-8.
11. Schoenen J, Sandor PS. Headache. In: Wall PD, Melzack R, editors. Textbook of pan. 4nd ed. Edinburgh: churchill Livingstone; 1999. P. 762-765.
12. Silberstein SD, Stiles A. Young WB, etal. An atlas of headache. London: partenon; 2002. P. 17-60.
13. Swanson JW, Dodick DW. Headache and other craniofacial pain. In: bradly WG, Daroff RB, Fenichel GM, editors. Neurology in clinical practice. 3nd ed. Boston: Butterworth Heinemann; 2000. P. 1845-6.
14. Victor M, Ropper A, editors. Adams and victor's principles of neurology. 7nd ed. New York: Mc Graw-Hill; 2001. P. 175-199.
15. Wald ER. Rhinitis and acute and chronic sinusitis. In: Bluestone CD, Stool SE, Kenna MA, editors. Pediatric otolaryngology. 3nd ed. Philadelphia: W.B. saunders. P. 846-856.