

مقایسه اثربخشی آموزش آرامسازی عضلانی و دارودرمانی با آمی تریپ تیلین در درمان سردرد تنشی

رضا باقریان سرارودی

چکیده مقاله

مقدمه. سردرد یکی از شایعترین علل مراجعه بیماران به پزشک و سردرد تنشی شایعترین سردرد است. در مورد اثر بخشی روشهای گوناگون درمان سردرد تنشی اختلاف نظر وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش، دارو درمانی با آمی تریپ تیلین و آرامسازی انجام گرفته است.

روشها. نمونه مورد مطالعه ۱۲ بیمار بالغ اند که به صورت تصادفی از بین مراجعین با شکایت سردرد با شرط داشتن ملاکهای تشخیصی سردرد تنشی انتخاب گردیدند. بیماران در دو گروه به مدت ۸ هفته و شدت سردرد با استفاده از روزنگار سردرد توسط بیمار و یکی از نزدیکان وی قبل و بعد از درمان ارزیابی گردید. همچنین تست افسردگی یک و معیار سنجش اضطراب زونگ جهت بررسی سطح افسردگی و اضطراب بیماران مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج. در این مطالعه نمرات درصد بهبودی در گروه آموزش آرامسازی ۷۰/۵ و در گروه درمان دارویی ۳۱/۶ به دست آمده است. تفاوت دو میانگین از لحاظ). آماری معنادار می باشد ($P < 0/01$). همچنین میانگین نمرات درصد کاهش اوج سردرد در گروه آموزش آرامسازی ۵۱٪ و در گروه درمان دارویی ۲۳/۸٪ می باشد. مقایسه این دو میانگین تفاوت معناداری از نظر آماری نشان می دهد ($P < 0/01$) معهداً مقایسه میانگین دو گروه در مقیاس مطابقت دیداری تفاوت معناداری نشان نمی دهد. توزیع بیماران در سطوح مختلف بهبودی در دو گروه تفاوت معنادار دارند $P < 0/05$.

بحث. به طور کلی نتایج این مطالعه بیانگر اثر بخشی بیشتر روش آرامسازی در مقایسه با دارودرمانی در درمان سردرد تنشی بود. بسیاری از مطالعات دیگر بر اثر بخشی بیشتر روش آرامسازی در مقایسه با سایر روشهای درمانی تأکید کرده اند ولی پاره ای مطالعات نیز هیچ گونه تفاوتی را بین روش دارو درمانی و آرامسازی نشان نداده اند. معهداً با توجه به خصوصیات فرهنگی اجتماعی بیماران ما با اعتقاد بیشتر آنها به درمان طبی در مقایسه با درمان روانشناختی نتایج به دست آمده از مطالعات حاضر قابل توجه می باشد.

● واژه های کلیدی: سردرد تنشی، آرامسازی عضلانی، آمی تریپ تیلین

مقدمه

در بین انواع مختلف سردرد احتمالاً سردرد تنشی شایعترین نوع می باشد. احتمال بروز سردرد تنشی در طول عمر ۷۸ درصد می باشد. اگر چه نقش عوامل روانشناختی به خصوص استرسها را در ایجاد این سردرد بسیار مهم

می دانند ولی تاکنون علت اصلی بروز این سردردها معلوم نشده است. همین مسئله موجب گردیده است که در مورد روشهای درمان این نوع سردرد نیز نظرات مختلفی وجود داشته باشد (۱ و ۲ و ۳). پاره ای از محققین عمدتاً بر روشهای درمان طبی و داروئی تأکید دارند و گروهی نیز روشهایی مانند روان درمانی، بیوفیدبک، آرامسازی عضلانی و غیره را در درمان سردرد تنشی مؤثرتر می دانند (۴ و ۵ و ۶).

از نظر پاره ای از محققین درد ناشی از انقباض فزاینده و مداوم عضلات ناحیه سرو گردن می باشد. پیدایش درد خوب موجب تشدید تنش عضلانی این ناحیه شده و این سیکل معیوب مکرراً ادامه می یابد. در واقع هدف اصلی روشهای درمانی متکی بر آرامسازی، رفع تنش عضلات و شکستن این چرخه می باشد. (۷ و ۸).

از سوی دیگر گروهی بر استفاده از داروها به خصوص داروهای ضد افسردگی در درمان سردرد تنشی تأکید دارند. عده ای تأثیرات این داروها را مستقل از اثر ضد افسردگی آنها می دانند و گروهی نیز تأثیرات ضد اضطراب و ضد افسردگی این داروها را در این زمینه مؤثر می دانند (۱). با توجه به محدود بودن مطالعاتی که روشهای دارویی و غیر دارویی را با هم مقایسه کرده اند و همچنین نتایج متفاوت و بعضاً ضد و نقیص این تحقیقات (۴ و ۷) پژوهش حاضر جهت بررسی اثرات درمانی دو روش استفاده از آرامسازی و آمی تریپ تیلین انجام شده است.

روشها

۱۲ بیمار مبتلا به سردرد تنشی مزمن از طرف روانپزشکان و نورولوژیستها به کلینیک محل اجرای پژوهش معرفی شدند. بیماران ارجاع شده مجدداً توسط روانپزشک همکار طرح پژوهش و براساس مصاحبه و ارزیابی رفتاری روانشناختی مورد بررسی قرار گرفتند. بیمارانی که سردرد آنها از نوع سردرد تنشی تشخیص داده شد، به صورت تصادفی در دو گروه قرار داده شدند. تعداد ۵ نفر از بیماران درمان را ادامه ندادند لذا بیماران جدید به همان ترتیب تصادفی در گروهها جایگزین شدند.

شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از ملاکهای سردرد تنشی براساس معیارهای انجمن بین المللی سردرد، نداشتن اضطراب و افسردگی قابل توجه براساس آزمونهای بک و زونگ (۹ و ۱۰)، سابقه حداقل یکسال و تجزیه حداقل هفته ای سه روز سردرد.

نشان داد که تفاوت معنی دار بین دو گروه وجود دارد ($P < 0/01$). معیاد در مقیاس مطابقت دیداری میانگین نمرات بدست آمده در گروه آرامسازی ۷۰ و در گروه درمان دارویی ۵۱/۱۷ بود که تفاوت معنی داری را نشان نداد. در تحلیل توزیع بیماران دو گروه در سطوح بهبودی معنادار است ($P < 0/01$).

بحث

در مجموع نتایج این مطالعه بیانگر مؤثرتر بودن روش آموزش آرامسازی در مقایسه با استفاده از آمی تریپتیلین در درمان سردرد تنشی می‌باشد. اکثر مطالعات قبلی تأثیرات دو روش آرامسازی عضلانی و دارو درمانی را به صورت مجزا مورد بررسی قرار دادند. اثر بخشی آمی تریپتیلین و سایر داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای به طور مجزا در درمان سردرد تنشی و حتی بسیاری از انواع دیگر سردرد که به درمانهای دیگر پاسخ نداده‌اند در مطالعات مختلف تایید شده است. دوز مؤثر این دارو در این موارد از ۱۰ تا ۱۵۰ میلی گرم متفاوت بوده است (۱۱ و ۱۲ و ۱۳). تنها مطالعه در دسترس مانند مطالعه کنونی که در آن صرفاً اثر آمی تریپتیلین با روش آرامسازی مقایسه گردیده است نتایج مشابهی با مطالعه فعلی داشته است (۴). در این مطالعه میزان بهبودی حاصل در روش آرامسازی براساس نمرات درصد بهبودی ۷۰/۵ درصد و براساس نمرات کاهش اوج سردرد ۵۱ درصد می‌باشد. در مطالعه هالروید و همکاران میزان درصد بهبودی ۵۶ درصد با روش آرامسازی بوده است همچنین در این مطالعه میزان بهبودی با درمان دارویی (آمی تریپتیلین) ۳۱/۶ درصد و براساس نمرات کاهش اوج سردرد ۲۲/۸ درصد است. میزان بهبودی به درمان دارویی در مطالعه هالروید ۳۷ درصد بوده است. نتایج تحلیل توزیع بیماران در سطوح مختلف بهبودی بیانگر اثر بخشی بیشتر روش آرامسازی می‌باشد.

در یک مطالعه دیگر هالروید و همکاران اثر بخشی دارو درمانی با ضد افسردگی سه حلقه‌ای (آمی تریپتیلین و نوروتریپتیلین) را با روشهای کنترل استرس (آرامسازی و مواجهه شناختی) و روش ترکیبی مورد مقایسه قرار داده‌اند. نتایج این مطالعه بیانگر اثر بخشی معنادار این روشها در مقایسه با پلاسبو بوده است (۱۴). همچنین این نتایج نشان داده است که گرچه سرعت پاسخ به درمان در بیمارانی که دارو درمانی می‌شوند نسبت به بیمارانی که از روشهای غیر دارویی استفاده کرده‌اند بیشتر بوده است اما اثر بخشی روش دارویی در مقایسه با روش غیر دارویی تفاوت معناداری ندارد. در مجموعه نتایج آنها نشان داده است که استفاده از روشهای ترکیبی (دارو درمانی توأم با روش کنترل استرس) تأثیرات بیشتر در کاهش سردردهای تنشی مزمن داشته است تا استفاده از هر یک از آنها به تنهایی (۱۴).

نتایج بدست آمده از مقیاس مطابقت دیداری نشان داد که اثر بخشی دو روش درمان با هم تفاوت معناداری ندارد. باید توجه نمود که نمرات حاصل از این مقیاس از ارزیابی ذهنی فرد نزدیک به بیمار بدست آمده است. بدیهی است چنین ارزیابی‌هایی نمی‌توانند از دقت کافی برخوردار باشند و در

کلیه بیمارانی که خصوصیتی از سایر انواع سردرد مانند سردردهای عروقی یا ضربه به سر و موارد دیگر را داشتند از مطالعه حذف گردیدند. با در نظر گرفتن موارد فوق تعداد ۱۲ بیمار انتخاب شدند که ۷ نفر آنها مذکر، ۵ نفر مؤنث، همچنین ۸ نفر متأهل و ۴ نفر مجرد بودند. میانگین سن بیماران ۲۷/۷ و میانگین تحصیلی آنها ۹۰/۸ سال تحصیلی بود. دامنه تحصیلات آنها را تحصیلات ابتدایی تا دانشگاهی را شامل می‌شد.

از بیماران خواسته شد که حتی الامکان تا انجام مطالعه از هرگونه خود درمانی و استفاده نابجا از داروهای مسکن و غیره خودداری نمایند. در این پژوهش برای اندازه‌گیری سردرد از روزنگار خودسنج سردرد استفاده گردید (۴ و ۵). این مقیاس در اختیار بیمار قرار گرفت و از وی خواسته شد روزانه چهار نوبت هنگام صبحانه، نهار، عصر و زمان خواب میزان سردرد خود را روی این درد و شدت آن در روزنگار سردرد (Headache daily) به آنها آموزش داده شد. در این روزنگار شاخص سردرد، اوج سردرد و روزهای بدون درد به مدت دو هفته ثبت می‌گردد. پس از دو هفته بیماران به صورت تصادفی در یکی از دو گروه آزمایشی قرار گرفتند. گروه اول طی ۸ هفته تحت آموزش آرامسازی عضلانی به روش اشتاین و بوکوویک با تمرین در منزل قرار گرفتند. هر هفته ۲ جلسه آموزش آرامسازی و هر جلسه به مدت ۴۰ دقیقه اجرا می‌شد و سپس با استفاده از مقیاس آرامش رفتاری شلینگ (Schilling RBS) میزان پیشرفت آموزش آرامسازی توسط درمانگر نظارت می‌گردید. گروه دوم به مدت ۸ هفته درمان با آمی تریپتیلین به میزان ۲۵ تا ۷۵ میلی گرم روزانه قرار گرفتند.

جهت ارزیابی دقیق‌تر میزان بهبودی سردرد علاوه بر روزنگار سردرد از مقیاس مطابقت دیداری بلانچارد (Belanchard Visual analog Scale) که توسط یکی از نزدیکان بیمار تکمیل می‌شد استفاده گردید. برای حمایت از نتایج، پس از درمان از یکی از نزدیکان بیمار که باوی زندگی می‌کند خواسته شد در مورد میزان بهبودی بیمار به طور کلی اظهار نظر نماید و قضاوت خود در مورد میزان بهبودی بیمار بطور مستقل و بدون مشورت و بحث با بیمار با گذاشتن علامت روی مقیاس نشان دهد. نتایج به دست آمده با استفاده از t -test، آزمون مجذور کای و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

تجزیه و تحلیل آماری داده‌های حاصل از خصوصیات دموگرافیک، میزان پایه شاخصهای سردرد، طول مدت ابتلاء به سردرد و میزان افسردگی و اضطراب تفاوت معنی داری بین دو گروه را نشان نداد.

میانگین نمرات درصد بهبودی براساس شاخص اصلی سردرد در گروه آموزش آرامسازی ۷۰/۵ و گروه آمی تریپتیلین ۳۱/۶ بود. مقایسه دو میانگین با t -test تفاوت معناداری از لحاظ آماری بین دو گروه نشان داد ($P < 0.01$) میانگین نمرات درصد کاهش اوج سردرد در گروه آرامسازی عضلانی ۵۱ و در گروه آمی تریپتیلین ۲۲/۸ بود. مقایسه این دو میانگین

مقایسه با شاخصهای قبلی سردرد از ارزش و پایایی کمتر برخوردار است. معیاد این مقیاس جهت حمایت از نتایج اصلی و همچنین به عنوان مکمل سایر ارزیابی‌ها مورد استفاده قرار گرفت و نتایج آن شاخص اصلی بهبودی نمی‌باشد. مطالعات دیگری از اثر بخشی روشهای آرامسازی و بیوفیدبک را در سردرد تنشی و حتی در انواع دیگر سردرد از جمله سردرد پس از ضربه مورد بررسی قرار داده‌اند (۱۵، ۱۶).

لازم به ذکر است که براساس تجربیات بالینی بیماران از نظر استعداد یادگیری و مهارت آرامسازی عضلانی با هم تفاوت دارند و این خود یکی از محدودیتهای پژوهش‌هایی از این قبیل است. از سوی دیگر دیدگاه خاصی که از نظر فرهنگی در بیماران ایرانی نسبت به روشهای درمان غیر دارویی وجود دارد نیز می‌تواند عامل دیگری در ایجاد تورش در نتایج اینگونه مطالعات باشد و شاید پاسخ کمتر به آمی تریپتیلین در مطالعه حاضر در

مقایسه با برخی مطالعاتی که صرفاً آمی تریپتیلین برای درمان سردرد تنشی استفاده کرده‌اند به همین علت باشد (۴ و ۱۷). یکی از مهمترین محدودیتهای مطالعه حاضر حجم نمونه است که با توجه به حساسیت خاصی که آموزش روش آرامسازی از نظر زمان و دقت دارد امکان ورود تعداد بیشتر بیمار در این مطالعه نبود. از طرفی کمتر بودن تعداد بیماران امکان ارزیابی دقیق‌تر بیماران را از نظر توصیه‌های پزشکی و سایر موارد می‌دهد. علیهذا در پاره‌ای موارد که بنا به دلایلی از جمله عوارض و محدودیتهای خاصی امکان استفاده از دارو درمانی در مبتلایان به سردرد تنشی وجود ندارد (مانند زنان باردار) اینگونه روشها می‌توانند جایگزین بسیار خوبی باشد (۱۸). پیشنهاد می‌شود مطالعاتی به صورت روشهای درمانی ترکیبی نیز انجام شود و ترکیب روش دارو درمانی و درمان غیر دارویی با هر یک از این روشها به تنهایی مورد بررسی قرار گیرد.

مراجع

- 1- Gary W. *The headache handbook* 1999. 45-99.
- 2- Schwartz BS et al: *Epidemiology of tension type headache JAMA*. 1998. 279: 381-383.
- 3- Randolph W-Ninan T. *Handbook of headache* , 2000. 61-65.
- 4- Holroyed KA, Nash J.M. *A comparison of pharmacological and nonpharmacological therapies for chronic tension headache. Journal of consulting and clinical psychology* , 1991, 59: 387-393.
- 5- Andrasik F, Blanchard E.B. *Biofeedback and relaxation training for chronic headache, Journal of consulting and clinical psychology*. 1984, 25: 605-615.
- 6- Blanchard E.B., Appelbanm K.A. *Placebo controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and relaxation combined with cognitive therapy in treatment of tension headache, Journal of consulting and clinical psychology*. 1990 , 85: 210-215.
- 7- Ashburn M.A *The mangement of pain*. 1998 , 149-252.
- 8- Honorio T. Benzon et al. *Essentiof pain medicine*. 1999,120.
- 9- Beck AT., steer RA Garin MG. *psychometric properties of the beck depression inventory cline pyschol Rev* 1989 , 8 : 77.
- 10- Zung WWK, *A self Rating Anxiety Scale*. Arch Gen psychiatry 1956 , 12: 63.
- 11- Bendtsen L; Jensen R. *Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension- type headache. Cephalgia* 2000 . 20(6): 603-10.
- 12- Hershey AD; powers SW; Benti AL; Degrauw TJ. *Effectiveness of Amitriptyline in the prophylactic management of childhood headaches Headache* 2000 , 40(7): 539-49.
- 13- West B; Jones NS. *Endoscopy - negative, computed tomography negative facial pain in a nasal. Larynog scope* 2001, 111 (4pt1): 581-6.
- 14- Horoyd KA; O'Domell FJ; Stensland M; Lipchik GL, Crodingely GE; Carlson BW. *Management of chornic tension - type headache with tricycline antidepressant medication. stress mangment therapy , and their combination: a randomized controlled trial*. 2001 , 285 (17): 2208-15.
- 15- Ham LP; Packard RC. *A retrospective follow - up study of biofeedback- self - Regule*. 1996 , 21(2) :93-104.
- 16- Blachard E. B. et al. *Migrain and tension headache: A meta analytic review. Behavior therapy* . 1980, 11: 613-631.
- 17- Pfaffenarth v. Diener H. *Effectiveness of and tolerance of amitriptylme ic chronic tension headache Nervats* 1994, 114-20.
- 18- Schffr L; Marcus DA; Turk DC. *Maintenance of effects in the nonmedical treatment of headaches during pregnancy . Headache* 1996. 35(5): 285-90.