

خصوصیات بالینی و علل سردرد در افراد مراجعه کننده به درمانگاه نورولوژی در شهرستان بابل (۸۳-۱۳۷۴)

علیجان احمدی آهنگر^{۱*}، سیدرضا حسینی^۲

۱- استادیار گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: سردردها از شایع ترین علل مراجعه بیماران به پزشکان می باشند و هزینه های زیادی را نیز در جوامع به خود اختصاص می دهند. این مطالعه به منظور تعیین علل و خصوصیات بالینی سردردها در بابل انجام شد.

مواد و روشها: در یک مطالعه توصیفی- مقطعی ده ساله، خصوصیات بالینی و جنبه های اپیدمیولوژیک کلیه بیماران مراجعه کننده به علت سردرد در درمانگاه نورولوژی مورد بررسی قرار گرفت. بیماران با علائم سردرد، که بیماری های مغزی و یا داخلی و سیستمیک شناخته شده ای داشتند از مطالعه خارج شدند و مواردی که در مراجعه اخیر علت مشخصی برای سردرد آنها وجود نداشت وارد مطالعه گشتند.

یافته ها: در بین ۴۸۷۵۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه نورولوژی، ۲۵۸۱۰ بیمار (۵۲/۹۴٪) به دلیل سردرد مراجعه کرده بودند. ۵۲۶۹ بیمار (۲۶/۵۵٪) در محدوده سنی ۳۹-۳۰ سال قرار داشتند که بیشترین گروه سنی را تشکیل می دادند. سردرد در جنس مؤنث (۶۱/۱۹٪) شایع تر از جنس مذکر و شغل اکثر بیماران خانه دار (۳۱/۱۴٪) و یا کارمند (۲۱/۴۲٪) بوده است. شایع ترین علل سردرد، عصبی و میگرنی بودند. عوامل تحریک کننده بروز سردرد در سردردهای اولیه، استرس، بی خوابی و برخی عادات غذایی خاص بوده و در موارد سردردهای اولیه قبل از هر گونه مراجعه به پزشک از داروهای مسکن زیاد استفاده می شد (۷۲٪)، که احتمالاً به علت سهولت دست یابی به داروهای مسکن و جدی نگرفتن سردرد توسط بیماران بود. در حالیکه سردرد های عصبی در ۴۹/۲۸٪ و سردرد های میگرنی در ۲۵/۷۶٪ بیشترین موارد را تشکیل می دادند ولی در تشخیص اولیه، این موارد به ترتیب شامل ۱۵/۸۴٪ و ۱۰/۸۶٪ بوده است.

نتیجه گیری: این مطالعه نشانگر شیوع بالای سردردهای عصبی و میگرنی و نیز مصرف زیاد و خودسرانه داروهای مسکن توسط بیماران جهت تسکین سردرد می باشد.

واژه های کلیدی: سردرد عصبی، میگرن، سینوزیت.

مقدمه

دیگری سردرد مزمن روزانه (عصبی) که حداقل ۱۵ روز در طول یک ماه ادامه داشته باشد در ۴٪ جمعیت بالغین دیده شده است (۳). شیوع انواع سردرد در جوامع مختلف متفاوت است. در جوامع غربی میگرن و سردردهای عصبی شیوع بالاتری دارند در حالیکه در جوامع شرقی

سردرد یکی از شایع ترین علل مراجعه بیماران به پزشکان می باشد و اغلب افراد جامعه حداقل یک بار حمله سردرد شدید را در طول عمر خود تجربه کرده اند (۱). شیوع سردرد در طول عمر مردان ۹۳٪ و در زنان تا ۹۹٪ گزارش شده است (۲). در بررسی

روش‌های تصویربرداری مغزی (ام آر آی و یا سی‌تی‌اسکن)، الکتروآنسفالوگرافی، تست‌های آزمایشگاهی و پونکسیون لومبرو یا مشاوره با متخصصین مختلف رشته‌های پزشکی جهت تأیید تشخیص علل سردرد استفاده می‌شد. علل سردرد با توجه به تقسیم‌بندی انجمن بین‌المللی سردرد (IHS) International Headache Society تعیین و به دودسته کلی سردردهای اولیه و ثانویه تقسیم می‌شدند (۱۲). برای هر بیمار پرونده‌ای که شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنس، شغل (بر اساس مشاغل بیماران مورد مطالعه) بصورت خانه‌دار (برای بیماران مؤنث)، کارمند، مشاغل آزاد، بیکار، بازنشسته، دانشجو بود تشکیل می‌شد. تشخیص اولیه علت سردرد توسط اولین پزشک معالج (غیرنورولوژیست) و تشخیص نهایی علت سردرد توسط نورولوژیست بر اساس معیارهای (IHS)، داده می‌شد. عوامل تحریک‌کننده و برانگیزاننده سردردهای اولیه (استرس، خستگی، بیخوابی، تغییرات هورمونی و سیکل ماهانه در خانمها، گرسنگی و عادات تغذیه‌ای، بدون علت واضح و مشخص)، نوع و میزان مصرف داروهای مسکن خودسرانه توسط بیمار و نحوه تهیه آن (از داروخانه، بستگان، دوستان و یا همکاران) نیز مشخص گردید. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از بین ۴۸۷۵۰ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه نورولوژی، تعداد ۲۵۸۱۰ نفر (۵۲/۹۴٪) دچار سردرد بودند. محدوده سنی اکثر بیماران (۲۶/۵۴٪) بین ۳۰-۳۹ سال بوده است (نمودار ۱). تعداد ۱۲۱۴۵ نفر (۶۱/۱۹٪) از بیماران زن و تعداد ۷۷۰۰ نفر (۳۸/۸۱٪) مرد بوده‌اند. فراوانی علت سردرد در این بیماران به ترتیب سردردهای عصبی به تعداد ۹۷۸۴ نفر (۴۹/۲۸٪) و میگرن با ۵۱۱۴ نفر (۲۵/۷۶٪) بود. در بیشتر این بیماران در اولین مراجعه پزشکی سینوزیت و بیماریهای چشمی بعنوان شایع‌ترین علل سردرد تشخیص داده شده بودند (نمودار ۲).

۶۱۸۰ نفر (۳۱/۱۴٪) بیماران (مؤنث) خانه دار، ۴۲۵۴ (۲۱/۴۳٪) کارمند، ۹۴۳ (۴/۷۵٪) دانشجو، ۳۵۳ (۱/۷۷٪) مشاغل آزاد، ۲۴۱ (۱/۲۱٪) بیکار و ۱۷۴ (۰/۸۷٪) بازنشسته بودند. ۲۸۶۵ نفر (۳۷/۲٪) بیماران (مذکر) کارمند، ۱۸۵۳ (۹/۳۳٪) مشاغل آزاد، ۱۴۵۳

بخصوص در چین این سردردها شیوع کمتری داشته که ممکن است بعلافتفاوتهای فرهنگی در این جوامع باشد (۴). در مسئله تحمل درد و به ویژه سردرد عوامل مختلفی مانند عوامل فرهنگی، نژادی و روانشناختی دخالت دارند (۱۱-۵). میزان شیوع و انواع سردردهای اولیه و ثانویه و خصوصیات بالینی آنها توسط انجمن‌های بین‌المللی سردرد شرح داده شده است (۱۲ و ۱۳).

اصولاً به مقوله سردرد از آن جهت که در اکثر موارد خودبخود بهبود یافته و باعث مرگ و میر هم نمی‌شود اهمیت زیادی نمی‌دهند. در واقع سردردها به علت ایجاد اختلال در انجام کارهای روزمره، پائین آوردن بازده کاری افراد و مصرف خودسرانه داروهای مسکن جهت تسکین آن بسیار مهم است. با توجه به شیوع زیاد سردردهای اولیه اهمیت اقتصادی و اجتماعی این سردردها بیشتر مشخص می‌شود (۱۴ و ۱۵). در یک مطالعه از دست رفتن ۸۲۰ روز کار فعال در مورد مبتلایان به سردردهای عصبی و ۲۷۰ روز کار فعال در مورد بیماران با سردردهای میگرنی در ۱۰۰۰ بیمار در طول یک سال گزارش شده است (۱۶).

در مطالعه دیگری در حدود ۶۱۱ میلیون پوند خسارت مالی در انگلستان و ۱۳ میلیارد دلار در آمریکا در طول یکسال به علت این سردردها وجود داشته است (۱۷). با توجه به این موارد و اهمیت مسئله سردرد، داشتن اطلاعات اپیدمیولوژیک و خصوصیات بالینی سردردها در پیشگیری و درمان آنها اهمیت زیادی دارد.

مواد و روشها

این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی بر روی ۴۸۷۵۰ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه خصوصی نورولوژی در طی ۱۰ سال (۸۳-۱۳۷۴) در شهرستان بابل، با جمعیتی در حدود ۵۵۰/۰۰۰ نفر (براساس آخرین سرشماری)، انجام شده است. تعداد ۲۵۸۱۰ نفر با شکایت سردرد مراجعه نمودند که از بین آنها مواردی که بدلیل بیماریهای مغزی، بیماریهای داخلی و سیستمیک که عمدتاً شامل ضایعات متابولیک مانند بیماریهای کلیوی، کبدی، غدد داخلی و بیماریهای نسج همبند، واسکولیتها و بیماریهای عفونی بودند از مطالعه خارج و بقیه وارد این مطالعه شدند. گرفتن شرح حال و معاینات طبی توسط نورولوژیست انجام شد و در صورت لزوم از

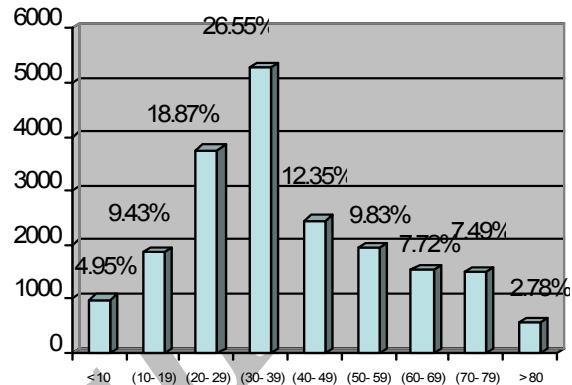
برانگیزاننده سردرد وجود داشته‌اند، مثلا در بیشتر مواردی که توأم با استرس بوده اند بی خوابی هم داشته اند.

بیشتر بیماران (۷۲٪) با سردردهای اولیه (عصبی، میگرنی، کلاستر) قبل از هر گونه مراجعه پزشکی از داروهای مسکن استفاده می‌کردند. بیشترین داروی مورد استفاده قرص سرماخوردگی بزرگسالان (۳۷/۷٪) بود و پس از آن به ترتیب از قرص استامینوفن کدئین (۱۸٪)، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی بخصوص بروفن (۹/۲٪)، ترکیبات ارگوتامین (۴٪) و انواع مسکن‌ها و داروهای متفرقه (۳٪) استفاده می‌شد. در این بیماران از داروهای گروه تریپتانها و یا آرام‌بخش‌ها و یا داروهای نورولپتیک به ندرت استفاده شده بود. منابع تهیه دارو توسط این بیماران قبل از اولین مراجعه به پزشک، در ۲۳/۲٪ موارد توصیه از داروخانه، در ۲۱/۸۲٪ توصیه از افراد خانواده، در ۱۰/۹۶٪ توصیه از بستگان، در ۸/۳٪ از طرف دوستان و در ۷/۶۷٪ از سوی همکاران بوده است. ۴۶۳۴ نفر (۳۱/۱٪) بیشتر از ۱۰ قرص در هفته مصرف می‌کردند و ۳۶۵۳ بیمار (۲۴/۵۲٪) هفته‌ای ۶-۱۰ قرص، ۱۱۹۷ بیمار (۸٪) هفته‌ای ۴-۶ قرص و ۱۲۳۷ بیمار (۸/۳٪) هفته‌ای یک یا دو قرص مسکن مصرف می‌کرده‌اند.

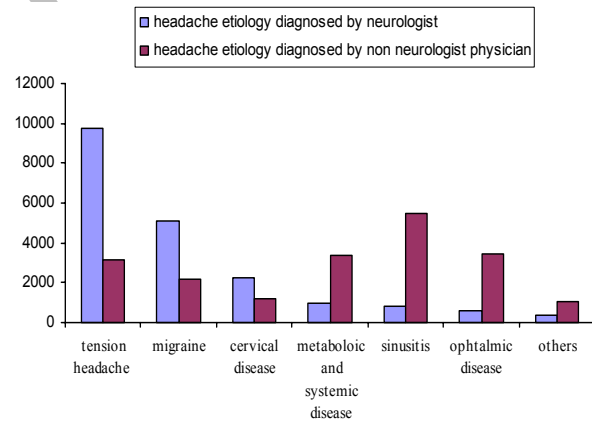
بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه شیوع سردرد در بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه نورولوژی ۵۲/۹۴٪ بدست آمد. در تمام بررسی‌ها نتایج مطالعات انجام شده در مورد سردرد بالا بوده است (۱۸ و ۴ و ۲). در این مطالعه محدوده سنی بیماران بین ۳۰-۴۰ سال بود که با مطالعات دیگر منطبق می‌باشد (۱۹ و ۱). در بررسی حاضر تعداد بیماران مؤنث بیشتر از مذکر بود. در دیگر مطالعات معمولا سردردها در زنها بیشتر از مردان گزارش شده است (۳ و ۱۶ و ۲۰). بطور کلی سندرم‌ها و بیماریهای دردناک در زنها شایع‌تر می‌باشد (۲۱). مطالعات انجام شده در خارج از ایالات متحده آمریکا ارتباط بین شرایط اقتصادی و اجتماعی و شیوع سردردها تأیید نشده است (۲۲). در بررسی حاضر بالا بودن شیوع سردرد در زنها کارمند با در نظر گرفتن این واقعیت که تعداد خانم‌های کارمند در جمعیت مورد نظر نسبت به خانم‌های خانه‌دار خیلی کمتر می‌باشد، نشان‌دهنده تأثیر خستگی و

بیکار، ۱۱۵۸ (۵/۸۳٪) دانشجو و ۳۷۱ (۱/۸۶٪) بازنشسته بودند.



نمودار ۱. توزیع فراوانی و درصد بیماران با علائم سردرد برحسب سن در بابل (۸۳-۱۳۷۴)



نمودار ۲. مقایسه فراوانی و درصد انواع علل سردرد در بیماران با تشخیص نورولوژیست و پزشکان غیر نورولوژیست

از ۱۴۸۹۸ بیمار با تشخیص سردرد اولیه، استرس به ویژه مشکلات خانوادگی و مسائل اقتصادی مهم‌ترین عامل برانگیزاننده سردرد بوده است (۴۶٪). مسائل تغذیه‌ای (۱۸/۵۳٪) و اختلالات خواب (۱۷/۳۵٪) بقیه این عوامل را تشکیل می‌دادند و در ۱۸/۰۳٪ از بیماران هیچ‌گونه عامل خاصی بعنوان محرک و برانگیزاننده بروز سردرد یافت نشده بود. البته در بسیاری از مواردی که عوامل برانگیزاننده وجود داشته است دو یا چند عامل به عنوان عوامل

به اقدامات تشخیصی و توصیه‌های درمانی غیرلازم خواهد شد. البته تشخیص نادرست اولیه علل سردرد در مطالعات دیگر هم گزارش شده است (۲۷-۲۹ و ۷).

در این مطالعه، استرس به عنوان شایع‌ترین عامل برانگیزاننده سردردهای اولیه بوده است که منطبق با گزارشات دیگر در این زمینه می‌باشد (۳۰ و ۳۱). میزان مصرف داروهای مسکن در مطالعه حاضر بسیار بالا بوده و ۷۲٪ بیماران با سردردهای اولیه را شامل می‌شد که بالاتر از دیگر گزارشات می‌باشد (۷ و ۳۲). قرص سرماخوردگی بزرگسالان و قرص استامینوفن کدئین نیز بیشترین داروهای مورد استفاده بوده‌اند هم چنین مطالعه‌ای در دانمارک نشان داد که آسپیرین و پاراستامول بیشترین داروهای مورد استفاده بوده‌اند (۱۶). بررسی دیگری در بین دانشجویان، استامینوفن و مفنامیک اسید از داروهای شایع مورد استفاده گزارش شده است (۳۳).

این یافته‌ها نشان می‌دهد که سردرد یک معضل پزشکی در منطقه ما می‌باشد و عوارض فردی و اجتماعی گوناگونی دارد و باید توجه بیشتری در زمینه پیشگیری اولیه، تشخیص و درمان آن صورت گیرد. این یافته‌ها همچنین نشانگر آن است که بین تشخیص اولیه و تشخیص واقعی علل سردرد، در منطقه ما همخوانی چندانی وجود ندارد و به نظر می‌رسد، آشنائی بیشتر پزشکان معالج اولیه با معیارهای تشخیصی انجمن‌های بین‌المللی سردرد و نیز آشنائی بیشتر با آمارهای علل واقعی سردرد در جامعه ما می‌تواند در تشخیص صحیح علل واقعی سردرد راه گشا باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری خانم سلیمانپان و خانم آقاجانی در انجام این مطالعه تقدیر و تشکر می‌شود.

استرس ناشی از محیط کار بر افزایش شیوع سردرد در آنها می‌باشد. لازم به ذکر است که بیشتر خانم‌های کارمند در جمعیت مورد بررسی در عین حال خانه‌دار هم بوده‌اند. در این مطالعه شیوع بالای سردرد در مردان کارمند می‌تواند ناشی از تأثیر شرایط محیط کار بر میزان شیوع سردرد در آنها باشد. البته تعداد مردان کارمند نیز در بررسی حاضر بالا نبود. سردردهای عصبی بالاترین شیوع را در بین موارد سردردها داشته و پس از آن نیز انواع مختلف سردردهای میگرنی بیشترین شیوع را داشته‌اند. اگرچه در اکثر مطالعات اپیدمیولوژی سردردهای اولیه (عصبی و میگرنی) از شایع‌ترین علل سردرد در جوامع بود، ولی سردردهای عصبی نسبت به سردردهای میگرنی در کل جامعه شایع‌تر هستند، اما سردردهای میگرنی در بین بیمارانی که بعلت سردرد مراجعه می‌کنند متداول تر می‌باشند (۲۳). بالا بودن میزان شیوع سردردهای عصبی در بین مراجعین با علامت سردرد در این مطالعه با گزارشات دیگری که از مناطق مشرق زمین گزارش شده است منطبق می‌باشد (۱۹). البته باید در نظر داشت که افتراق دقیق انواع سردردهای میگرنی و سردردهای عصبی بر مبنای معیار IHS گاهی مشکل می‌باشد و بسیاری از بیماران با سردردهای میگرنی ممکن است در طول زمان تبدیل به انواعی از سردردهای عصبی شوند (۲۴-۲۶).

در مطالعه حاضر تشخیص اولیه علت سردرد مراجعین به درمانگاه نورولوژی توسط اولین پزشکان معالج (غیرنورولوژیست) به ترتیب سینوزیت، بیماریهای چشمی، بوده است که با تشخیص واقعی و ثابت شده در این مطالعه منطبق نبوده است، شاید این مسئله به این دلیل باشد که بسیاری از پزشکان غیرنورولوژیست با معیارهای بین‌المللی تشخیص علل سردرد آشنائی ندارند و از این معیارها جهت تشخیص علل سردرد استفاده نمی‌کنند که خود منجر

References

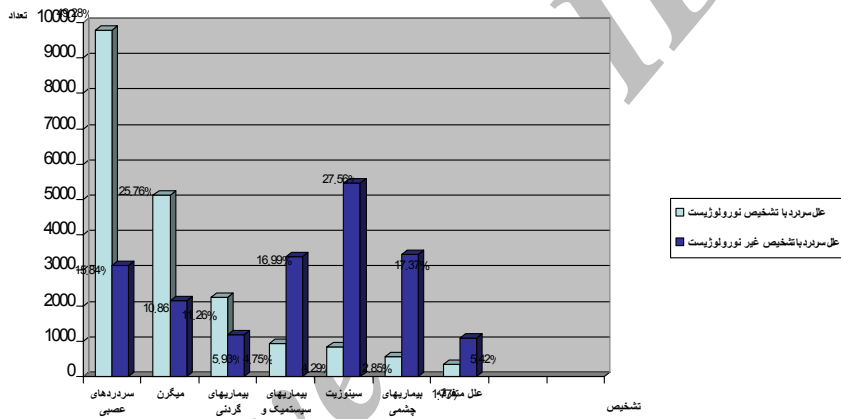
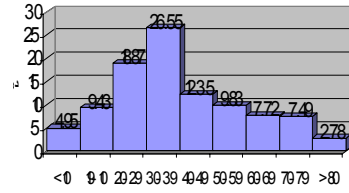
1. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA 1998; 279(5): 381-3.

2. Kernick D. An introduction to the basic principles of health economics for those involved in the development and delivery of headache care. *Cephalalgia* 2005; 25(9): 709-14.
3. Lanteri Minet M, Auray JP, El Hasnaoui A. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain* 2003; 102(1-2): 143-9.
4. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Incidence of primary headache: A Danish epidemiologic follow-up study. *Am J Epidemiol* 2005; 161(11): 1066-73.
5. Litcher Kelly L, Stone AA, Broderick JE, Schwartz JE. Associations among pain intensity, sensory characteristics, affective qualities, and activity limitations in patients with chronic pain: a momentary, within-person perspective. *J Pain* 2004; 5(8): 433-9.
6. Gupta VK. Chronic daily headache with analgesic overuse: Epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004; 63(7): 1341.
7. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Stovner LJ, Holmen J. Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. *Neurology* 2004; 62(9): 1540-4.
8. Niere K, Jerak A. Measurement of headache frequency, intensity and duration: comparison of patient report by questionnaire and headache diary. *Physiother Res Int* 2004; 9(4): 149-56.
9. Kaniecki RG. Migraine and tension-type headache. An assessment of challenges in diagnosis. *Neurology* 2002; 58 (suppl 6): S15-20.
10. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache are separate disorders. *Cephalalgia* 1996; 16(4): 217-20.
11. Leston JA. Migraine and tension-type headache are not separate disorders. *Cephalalgia* 1996; 16(4): 220-2.
12. Headache classification committee of the international headache society. Classification of headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8(suppl 7): 1-96.
13. Olesen J, Bousser M, Diener H. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (suppl 1): 1-160.
14. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001; 21(7): 774-7.
15. Schwartz BS, Stewart WF, Lipton RB. Lost workdays and decreased work effectiveness associated with headache in the workplace. *J Occup Environ Med* 1997; 39(4): 320-7.
16. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46(4): 443-6.
17. Kernick D. An introduction to the basic principles of health economics for those involved in the development and delivery of headache care. *Cephalalgia* 2005; 25(9): 709-14.
18. Jensen R, Olesen J. Tension-type headache: an update on mechanisms and treatment. *Curr Opin Neurol* 2000; 13(3): 285-9.
19. Okuma H, Kitagawa Y. Epidemiology of headache [article in Japanese]. *Nippon Rinsho* 2005; 63(10): 1705-11.

20. Jimenez Caballero PE. Analysis of the headaches treated in emergency neurology departments [Article in Spanish]: *Rev Neurol* 2005; 40(11): 648-51.
21. Picavet H, Schouten J. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalence, consequences and risk groups, the DMC3-study. *Pain* 2003; 102(1-2): 167-78.
22. Lipton RB, Stewart WF, Scher AI. Epidemiology and economic impact of migraine. *Curr Med Res Opin* 2001; 17(suppl 1): S4-12.
23. Lipton RB, Bigal ME. The epidemiology of migraine. *Am J Med* 2005; 118(suppl 1): 3-10.
24. Leston JA. Migraine and tension-type headache are not separate disorders. *Cephalalgia* 1996; 16(4): 220-2.
25. Kaniecki RG. Migraine and tension-type headache: An assessment of challenges in diagnosis 2002; 58(9 suppl 6): S15-20.
26. Lipton RB, Pan J. Is migraine a progressive brain disease? *JAMA* 2004; 291(4): 493-4.
27. Cady RK, Schreiber CP. Sinus headache or migraine? Considerations in making a differential diagnosis. *Neurology* 2002; 58(9 suppl 6): S10-14.
28. Lipton RB, Stewart WF, Liberman JN. Self-awareness of migraine: interpreting the labels that headache sufferers apply to their headaches. *Neurology* 2002; 58(9 suppl 6): S21-6.
29. Evans RW, Wheeler SD. Pseudosinus headaches: Misdiagnosis of migraine by migraineurs and physicians. *Headache* 2003; 43(9): 1010-12.
30. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain* 1993; 53(1): 65-72.
31. Fernandez E, Sheffield J. Descriptive features and causal attributions of headache in an Australian community. *Headache* 1996; 36(4): 246-50.
32. Diener HC, Tfelt Hansen P. Headache associated with chronic use of substance, In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The headaches*, 1st ed, New York, Raven Press 1993; pp: 721-7.
33. Deleu D, Khan MA, Humaidan H, Al Mantheri Z, Al Hashami S. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students in Oman. *Headache* 2001; 41(8): 798-804.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بحیی نژاد، بخش مغز و اعصاب، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۲۳۵۹۴-۶.

alijanahmadiyahangar@yahoo.com



Archiv SID