

گزارش مورد

گزارش یک مورد سردرد سرویکوژنیک

دکتر اصغر اکبری*^۱، دکتر محمد افشار^۲، حسام مودی^۳

۱- استادیار گروه فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. ۲- دانشیار گروه علوم تشریح، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند.

۳- کارشناس فیزیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.

چکیده

سردرد سرویکوژنیک (Cervicogenic Headache) سندرم درد مزمن نیمه سر است که منشأ آن ستون فقرات گردن یا بافت نرم اطراف آن می باشد. این نوع سردرد اختلال نسبتاً شایعی است که از آن چشم پوشی می شود. دلیل کافی برای این اختلال وجود داشته و علائم تشخیصی موجود کافی هستند. هدف از گزارش این مورد تشریح نگرش مداخله ای شامل روش های ریلیز (Release) و انرژی ماهیچه ای برای بیماری با سردرد سرویکوژنیک بود. معاینه های بالینی وجود نقاط ماشه ای میوفاشیال (Myofascial trigger point) را در عضلات تراپزیوس، استرنوکلایدوماستوئید و ارکتورهای (Erectors) فوقانی ستون فقرات گردن نشان داد. کاهش دامنه حرکات روتیشن (Rotation) و فلکشن (Flexion) مشهود بود. بعد از سه جلسه درمان درد بیمار کاملاً از بین رفت. نتایج حاکی از تشخیص و درمان صحیح سردرد سرویکوژنیک بود.

کلید واژه ها: سردرد سرویکوژنیک، ریلیز، انرژی ماهیچه ای، نقاط ماشه ای

* نویسنده مسؤل: دکتر اصغر اکبری، پست الکترونیکی: akbari_as@yahoo.com

نشانی: زاهدان، خیابان آیت الله کفعمی، آزمایشگاه مرکزی رزمجو مقدم، گروه فیزیوتراپی، تلفن: ۳۲۵۴۲۰۷ (۰۵۴۱)، نمابر: ۳۲۵۴۲۰۷

وصول مقاله: ۸۷/۷/۱۳، اصلاح نهایی: ۸۷/۸/۲۷، پذیرش مقاله: ۸۷/۹/۱۶

مقدمه

نقاط ماشه‌ای میوفاشیال مکانیسم مهمی در ایجاد سردرد سرویکوژنیک هستند و در چنین بیمارانی اختلال عملکرد گردن رایج است (۱). انسدادهای تکراری عصب پس‌سری بزرگ و ریشه‌های دوم و سوم گردن در درمان سردرد موثر هستند و بیمار پس از انسداد هر دو عصب بهبود یافته است (۲). به علاوه گردن نقش مهم ولی فراموش شده‌ای در بروز سردردهای بالغین دارد (۳). مشخص نمودن اختلال عصبی-عضلانی و اسکلتی گردن، تشخیص سردردهای مرتبط با آنها و انتخاب درمان‌های دستی مناسب برای درمان این اختلال‌ها از جمله موارد مهم هستند (۲). انجمن بین‌المللی سردرد و گروه مطالعات بین‌المللی در مورد سردرد سرویکوژنیک (CHISG) (Cervicogenic Headache International Study Group) هر یک ضوابط متفاوتی را برای تشخیص این نوع سردرد ارائه نموده‌اند (۳). با معاینه دستی تشخیص سردرد سرویکوژنیک از دیگر سردردها با حساسیت ۸۰ درصد امکان‌پذیر است (۲). حملات سردرد سرویکوژنیک ممکن است؛ مشابه سردردهای میگرنی یا تنشی باشد که آنها نیز در ناحیه پس‌سری هم حس می‌شوند (۴). مهم‌ترین جنبه تمایز این نوع سردرد ایجاد درد به دنبال پاسچرها و حرکات گردن و یا فشار انگشت می‌باشد (۵).

سردرد سرویکوژنیک با سه علامت زیر تشخیص داده می‌شود (۶-۸):

الف) سردرد یک‌طرفه که با حرکات سر و گردن یا پاسچر شروع می‌شود.

ب) سردرد یک‌طرفه که با فشار روی گردن شروع می‌شود.

ج) سردرد یک‌طرفه که به گردن، شانه و بازوی همان طرف منتشر می‌شود.

از روش‌های انرژی ماهیچه‌ای به‌عنوان یک روش درمانی موثر و ایمن در درمان سردردهای سرویکوژنیک نام برده شده؛ ولی در مورد استفاده از آنها گزارشی نشده است (۹). هدف از این مقاله گزارش یک مورد سردرد سرویکوژنیک بود که با استفاده از روش‌های انرژی ماهیچه‌ای و ریلیز میوفاشیال درمان گردید.

شرح بیماری

بیمار مردی ۴۰ ساله، ساکن زاهدان و متاهل بود. شغل او به‌گونه‌ای بود که به اجبار در طول روز زمان زیادی گردش در وضعیت فلکشن قرار می‌گرفت. تا یک ماه قبل از مراجعه مشکلی از نظر سلامتی نداشت. علائم بیماری در ابتدا به صورت سردردهای دوطرفه در ناحیه پس‌سری شروع شده بود. سردرد محدود به ناحیه پس‌سر بود و فقط در طی کار روزانه (به علت حرکات گردن و یا پاسچر بد) و بعد از آن افزایش یافته و با استراحت تسکین پیدا می‌کرد. در طی چند روز شدت درد در ناحیه پس‌سر، گردن، شانه و بازو افزایش یافت و در زمان استراحت نیز فروکش نمی‌کرد و به حدی رسید که حتی شب‌ها نیز او را از خواب بیدار می‌کرد. هیچ علامت دیگری جز درد در مدت یک ماه نداشت. با افزایش شدت درد و با توجه به صرف زمان زیاد برای مطالعه و با احتمال این که ممکن است؛ مشکل بینایی سبب سردرد شده باشد؛ به متخصص چشم مراجعه نمود. در معاینه کاهش دید تایید و برای بیمار عینک تجویز شد. استفاده از عینک سبب بهبود دید گردید؛ ولی سردرد بیمار علی‌رغم ۱۵ روز استفاده مداوم از عینک همچنان شدید و در مواردی غیرقابل تحمل بود.

بیمار یک ماه پس از شروع سردرد با تشخیص درد گردن توسط ارتوپد به کلینیک فیزیوتراپی ارجاع و پس از گرفتن تاریخچه تحت معاینه قرار گرفت. معاینه بالینی اولیه نشان داد که سر در راستای تنه نبوده و نسبت به تنه جلوتر است. برآمدگی زائده شوکی مهره ۷ گردن نیز واضح بود. شانه گرد مشهود، سطح شانه‌ها یکسان و لوردوز گردن طبیعی بود. کلیشه‌های رادیوگرافی رخ، نیم‌رخ و مایل طبیعی بود. در لمس بافت نرم اطراف شانه نقاط ماشه‌ای میوفاشیال متعددی پیدا شد. سه نقطه در عضله استرنوکلایدوماستوئید راست، ۲ نقطه در عضله استرنوکلایدوماستوئید چپ، دو نقطه در عضلات تراپیز فوقانی و ارکتورهای گردن در هر دو طرف راست و چپ لمس شد. دامنه حرکات روتیشن، فلکشن-اکستنشن و فلکشن طرفی گردن کم شده بود. در انتهای دامنه‌های حرکتی تست فشار سبب افزایش درد می‌گردید. قدرت تمام عضلات دور گردن (با استفاده از آزمون دستی

بود. دامنه گشت بین فلکشن و اکستنشن قبل از درمان ۳۰ درجه کم شده بود. دامنه گشت بعد از درمان ۹۰ درجه بود. دامنه حرکت فلکشن طرفی اکتیو و پاسیو به سمت راست قبل از درمان ۱۰ درجه و سمت چپ ۱۵ درجه کم شده بود. این دامنه‌ها بعد از درمان ۴۵ درجه شدند. شدت درد بیمار با مقیاس VAS قبل از درمان و در طی تمام حرکات ۱۰ بود. در مراجعه دوم شدت درد به ۶ رسیده بود. بعد از سه جلسه درمان شدت درد صفر شد. پیگیری یک ماهه به فواصل ده روز پایایی نتایج را نشان داد. لازم به ذکر است که بیمار در مدت درمان فقط با روش‌های ریلیز میوفاشیال درمان شده و داروی خاصی دریافت نکرد.

برای درمان نقاط ماشه‌ای میوفاشیال، علاوه بر درمان آنها، بایستی مکانیسم‌های زمینه‌ای ایجادکننده مشخص و تصحیح شوند. در این بیمار کوتاهی‌های عضلانی ناشی از نقاط ماشه‌ای شناسایی شد و پس از ریلیز نقاط، کوتاهی‌ها با روش‌های انرژی ماهیچه‌ای درمان شدند (۱۰ و ۱۱). در این روش‌ها از دو اصل فیزیولوژیکی استفاده می‌شود. اصل ریلکسشن بعد از انقباض ایزومتریک کاهش تون متعاقب انجام دوره‌های کوتاه مدت انقباض ایزومتریک در یک عضله یا گروه عضلانی است. در این روش انقباض مداوم عضله سبب فعال شدن ارگان‌های تاندونی گلژی می‌شود. به خاطر پاسخ گلژی به چنین انقباضی، عضله و تاندون مهار شده و در یک طول جدید قرار می‌گیرند. اصل دیگر که استفاده شد، مهار متقابل بود. یعنی اگر عضله‌ای منقبض شود؛ آنتاگونیست آن به صورت اتوماتیک مهار می‌شود. بنابراین مکانیسم مهار متقابل پاسخ فیزیولوژیک آنتاگونیست عضله‌ای است که به صورت ایزومتریک منقبض شده است (۱۱). زمان انقباض ایزومتریک در طی هر دو روش ۶ ثانیه است. انقباض در طول کوتاه‌تر از دامنه محدود شده آغاز و در حرکت سوم به دامنه محدود می‌رسیم. میزان تلاش ارادی بیمار ۲۰ درصد حداکثر قدرت او است و بیمار در کشش بعد از انقباض مشارکت فعال دارد. عضله استرنوکلایدوماستوئید هر طرف سبب چرخش سر به سمت مقابل شده و آنتاگونیست چرخاننده‌ها و عضله طرف دیگر است. وجود نقاط ماشه‌ای در این عضله سبب محدودیت دامنه حرکتی شده و در نتیجه پاسجرهای غیرطبیعی ایجاد

قدرت) به خصوص عضلات درگیر طبیعی بود. حرکات مفصل شانه (اندازه‌گیری با گونیامتر معمولی) کامل و بدون درد بودند. تست‌های نورولوژیک گردن، کمپرسن و دیسترکشن (Compression and Distraction)، سبب افزایش یا کاهش درد نشدند. درد راجعه به هیچ کدام از اندام‌های فوقانی وجود نداشت.

بیمار با تشخیص سردرد سرویکوژنیک تحت درمان با روش‌های ریلیز میوفاشیال و انرژی ماهیچه‌ای قرار گرفت. در روش‌های ریلیز میوفاشیال بافت‌های آسیب‌دیده را از سد مقاومت دور نموده و آنها را به سمت وضعیت راحت حرکت می‌دهیم و در نهایت از فشار ایسکمیک روی نقاط ماشه‌ای استفاده می‌کنیم (۱۰). اصل اساسی در روش‌های انرژی ماهیچه‌ای، استفاده از توان ذاتی عضلات برای بهره بردن از تاثیرهای مختلف روش‌ها است (۱۱). در جلسه اول، ابتدا نقاط ماشه‌ای در عضلات استرنوکلایدوماستوئید راست و چپ، عضلات تراپیز فوقانی و ارتکوره‌های گردن در هر دو طرف راست و چپ هر کدام ۳ بار با روش‌های ریلیز میوفاشیال درمان شدند (۱۰). هر بار به مدت ۲۰ ثانیه فشار ایسکمیک بر روی نقاط ماشه‌ای این عضلات و به دنبال آن انقباض ایزومتریک عضلات تحت درمان به مدت ۶ ثانیه انجام شد. سپس هر کدام از عضلات درگیر ۳ بار با استفاده از اصل ریلکسشن بعد از انقباض ایزومتریک (Post isometric relaxation) و ۳ بار با استفاده از اصل مکانیسم مهار متقابل (Reciprocal inhibition) با روش‌های انرژی ماهیچه‌ای درمان شدند (۱۱).

بحث

بررسی دامنه حرکات اکتیو و پاسیو نشان داد که میزان روتیشن پاسیو به سمت چپ قبل از درمان ۲۵ درجه و اکتیو به همان سمت ۳۵ درجه کم شده است. همچنین میزان روتیشن پاسیو به سمت راست قبل از درمان ۲۰ درجه و اکتیو به همان سمت ۲۵ درجه کم شده بود. میزان روتیشن پاسیو و اکتیو به هر دو سمت بعد از درمان ۶۰ درجه بود. محدودیت حرکت فلکشن اکتیو نیز سبب شده بود که در فلکشن کامل فاصله ۲ سانتی متری بین چانه و سینه ایجاد شود. این فاصله بعد از درمان وجود نداشت. دامنه فلکشن پاسیو با درد تقریباً کامل

سه ناحیه باشند؛ در کاهش سردرد و بهبود عملکرد بیمار موثر خواهند بود (۱۳). همچنین گزارش شده که تزریق بوتولینیم توکسین نوع A (Botulinum toxin type A) نیز می‌تواند عامل موثری در درمان سردرد سرویکوژنیک باشد (۱۴ و ۱۵).

نتیجه‌گیری

نتیجه گزارش از کاربرد روش‌های انرژی ماهیچه‌ای و ریلیز نقاط ماشه‌ای در درمان سردردهای سرویکوژنیک حمایت می‌کند.

تشکر و قدردانی

از همکاران گروه فیزیوتراپی به خاطر مساعدت در گزارش این مورد سپاسگزاریم.

خواهد شد (۱۲). لذا منطقی است برای بیماران که به علت سردرد مراجعه می‌کنند؛ نکات کلینیکی ساده ولی مهم همچون محدودیت حرکات مورد توجه قرار گیرند. علاوه بر این، نتیجه گزارش از کاربرد روش‌های انرژی ماهیچه‌ای و ریلیز نقاط ماشه‌ای در درمان سردردهای سرویکوژنیک حمایت می‌کند. Jaeger معتقد است که درمان‌های محافظه کارانه با بهبود عملکرد گردن سبب کاهش فرکانس و شدت سردرد سرویکوژنیک می‌شوند (۱). McDonnell با درمان یک مورد سردرد سرویکوژنیک نشان داد که مداخله‌هایی که شامل تغییر در راستای گردن، اسکاپولاتوراسیک (Scapulothoracic) و کمر همراه با آموزش تمرین‌های اکتیو برای اصلاح اختلال‌های حرکتی این

References

- 1) Jaeger B. Are "cervicogenic" headaches due to myofascial pain and cervical spine dysfunction? *Cephalalgia*. 1989;9(3):157-164.
- 2) Zito G, Jull G, Story I. Clinical tests of musculoskeletal dysfunction in the diagnosis of cervicogenic headache. *Man Ther*. 2006;11(2):118-129.
- 3) Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. *Headache*. 1990;30(11):725-726.
- 4) Pöllmann W, Keidel M, Pfaffenrath V. [Headache and the cervical spine. A critical review] *Nervenarzt*. 1996;67(10):821-836. [Article in German]
- 5) Vincent MB, Luna RA. Cervicogenic headache: a comparison with migraine and tension-type headache. *Cephalalgia*. 1999;19 Suppl 25:6-11.
- 6) Leone M, D'Amico D, Grazi L, Attanasio A, Bussone G. Cervicogenic headache: a critical review of the current diagnostic criteria. *Pain*. 1998;78(1):1-5.
- 7) Vincent M, Bovim G. [Cervicogenic headache: report of a case] *Arq Neuropsiquiatr*. 1991;49(1):95-101. [Article in Portuguese]
- 8) Pöllmann W, Keidel M, Pfaffenrath V. Headache and the cervical spine: a critical review. *Cephalalgia*. 1997;17(8):801-816.
- 9) Grimshaw DN. Cervicogenic headache: manual and manipulative therapies. *Curr Pain Headache Rep*. 2001;5(4):369-375.
- 10) Chaitow L. Positional release techniques. 1st. New York: Churchill Livingstone. 1999; pp:101-106.
- 11) Chaitow L. Muscle energy techniques. 2nd. New York: Churchill Livingstone. 2001; pp:122-130.
- 12) Gerwin RD. Myofascial pain and fibromyalgia: Diagnosis and treatment. *J Back Musculoskeletal Rehabil*. 1998;11(3): 175-181.
- 13) McDonnell MK, Sahrman SA, Van Dillen L. A specific exercise program and modification of postural alignment for treatment of cervicogenic headache: a case report. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35(1):3-15.
- 14) Martelletti P, van Suijlekom H. Cervicogenic headache: practical approaches to therapy. *CNS Drugs*. 2004;18(12):793-805.
- 15) Hobson DE, Gladish DF. Botulinum toxin injection for cervicogenic headache. *Headache*. 1997;37(4):253-255.