

شیوع سردرد سرویکوژنیک و عوامل همراه در مبتلایان به سردرد مزمن

دکتر عالیا صابری (MD)^۱ - دکتر بابک بخشایش اقبالی (MD)^۱ - دکتر احسان کاظم نژاد (PhD)^۲ - دکتر مظفر حسینی نژاد (MD)^۱ - فرناز مهدوی (MD)^۳ (Stu)

* نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات ترومای جاده‌ای، بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: hosseininezhadm@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۳/۰۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۷/۰۸

چکیده

مقدمه: سردرد سرویکوژنیک نوعی سردرد مزمن است که از ساختارهای استخوانی یا بافت نرم گردن منشأ می‌گیرد و به صورت سردرد یک طرفه‌ای در ناحیه پس سری شناسایی می‌شود که از ساعت‌ها تا هفته‌ها به طول می‌انجامد و می‌تواند به نواحی پیشانی-گیجگاهی و اطراف چشم منتشر شود. آمار دقیقی از شیوع و عوامل مرتبط با سردرد سرویکوژنیک در استان گیلان وجود ندارد.

هدف: شیوع سردرد سرویکوژنیک و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به سردرد مزمن

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی پرونده بیماران که از ابتدای سال ۱۳۸۹ تا شهریور ۱۳۹۱ با شکایت سردرد مزمن به درمانگاه‌های تخصصی نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی گیلان مراجعه کرده بودند بررسی شد. اطلاعات آنها وارد فرم مخصوص اطلاعات شده و فراوانی نسبی سردرد سرویکوژنیک در میان آنها تعیین شد. برای تشخیص سردرد سرویکوژنیک از معیارهای تیم فرامرزی سردرد سرویکوژنیک استفاده شد. و آزمون‌های آماری Fisher's Exact test و Chi Square Independent t-Test و نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ جهت آنالیز داده‌ها به کار رفت.

نتایج: از ۱۷۴ بیمار دچار سردرد مزمن، ۶۹ نفر دچار سردرد سرویکوژنیک بودند (۳۹/۷٪). میانگین سن کل بیماران $40 \pm 13/8$ سالگی و در سردردهای سرویکوژنیک $46/5 \pm 14/4$ سالگی و در سردردهای غیر سرویکوژنیک $36/2 \pm 11/7$ سال بود ($P=0/001$). توزیع جنسی در هر دو گروه تقریباً یکسان بود. میانگین مدت سردرد سرویکوژنیک $34/5 \pm 21/9$ ساعت در هر دوره از سردرد بود. ۹۵/۷٪ این افراد درد گردن داشتند.

نتیجه‌گیری: سردرد سرویکوژنیک شیوع نسبتاً بالایی در سردردهای مزمن داشته اما در بیشتر موارد از نظر دور می‌ماند در حالی که تشخیص و درمان زودهنگام آن می‌تواند دوره‌ی درمانی پرهزینه و ناتوانی را کاهش دهد.

کلید واژه‌ها: سردرد ناشی از مشکلات گردن / سردرد - علت‌شناسی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و سوم شماره ۸۹، صفحات: ۷۵-۸۲

مقدمه

بافت‌های ماهیچه‌ای اسکلتی که به وسیله‌ی اعصاب گردنی عصب دهی شده‌اند ایجاد می‌شود و به صورت دردی یک طرفه متمایز می‌شود. مدت درد از ساعت‌ها تا هفته‌ها متغیر بوده و عمدتاً ملایم و متوسط است که معمولاً از ناحیه پس سری شروع شده و به نواحی پیشانی-گیجگاهی و اطراف چشم منتشر می‌شود. (۳، ۴، ۸) افتراق آن از سردردهای دیگر با الگوی علائم همراه با یافته‌های معاینه بالینی امکان‌پذیر است. (۶) معیارهای تشخیصی برای آن معرفی شده اما گاهی افتراق آن از سردردهای اولیه مثل میگرن، تنش و سردرد یک طرفه مداوم HC (Hemicrania Continua) دشوار است. (۳)

سردرد مزمن، عبارت است از سردردی که بیشتر از ۱۵ روز در ماه و به مدت بیش از ۳ ماه وجود داشته باشد. (۱) ۴۰٪ بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سردرد از سردرد مزمن شاکی هستند. (۵) انواع معمول شامل میگرن، سردرد تنشی و سردرد سرویکوژنیک می‌باشند (۲). نوع آخر آن سردردی است که از اختلال عملکرد ساختار عضلانی-اسکلتی یا رگ‌های گردن منشأ بگیرد و ۱۵-۲۰٪ تمام موارد سردردهای مزمن را شامل می‌شود. (۳-۷) و ۵۰٪ این سردرد که نخستین بار در سال ۱۹۸۳ توسط دکتر جاستاد معرفی شد درد راجعه‌ی است که توسط سر دریافت می‌شود و از طریق

۱. گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه آمار حیاتی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران ۷۵

می‌ماند، بر آن شدیم که به بررسی فراوانی این نوع سردرد در بیماران دچار سردرد مزمن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی گیلان پرداخته و تا آنجا که شدنی است، عوامل موثر در ابتلای به این بیماری نظیر شغل بیمار، سن، جنس و... را شناسایی کنیم.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی، بیمارانی که از ابتدای سال ۱۳۸۹ تا شهریور ۱۳۹۱ با شکایت سردرد مزمن (سردردی که بیشتر از ۱۵ روز در ماه بیش از ۳ ماه وجود داشته باشد) به کلینیک تخصصی امام رضا(ع) در بیمارستان پورسینا و کلینیک تخصصی - فوق تخصصی بعثت مراجعه کرده بودند وارد شدند و پرونده‌هایشان مطالعه و بازبینی و اطلاعات وارد فرم مخصوص آن شد اطلاعات برخی پرونده‌ها کامل نبود که از مطالعه حذف شدند. بیمارانی که نشانه‌هایشان دال بر ضایعه موضعی مغزی بود، وارد مطالعه نشدند. طبق معیارهای تیم بین‌المللی سردرد سرویکوژنیک، بیمارانی که درد متوسط تا شدید، غیرضربان‌دار، یک طرفه، با شروع از گردن، فواصل نامنظم شروع درد، پیوسته و نوسان‌دار، به دنبال حرکت گردن یا فشار خارجی، همراه با نشانه‌های ابتلای گردن مانند محدودیت در حرکت آن، درد یک طرفه گردن یا سرشانه با ماهیت غیررادیکولار یا درد یکطرفه‌ی بازو با ماهیت رادیکولار داشتند دچار سردرد سرویکوژنیک تلقی شده و اطلاعات آنان به صورت مفصل‌تر در فرم مربوطه وارد شد. این اطلاعات شامل سن (سال)، جنس (زن/مرد)، شغل، مدت سردرد در هر اپی‌زود (ساعت)، علایم همراه (تهوع، سرگیجه، تاری دید یک طرفه، فتوفوبی و فونوفوبی، سختی در بلع و ادم اطراف چشم) بودند. تمام بیماران تنها توسط یک نورولوژیست (ع-ص) ویزیت و معاینه شدند.

در نهایت در توصیف و تحلیل داده‌ها از جدول فراوانی و آزمون‌های Chi Square، Independent t-Test و Fisher's Exact test در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

درد گردن و حساس شدن ماهیچه‌های گردنی نشانه‌های ثابت و شایع اختلال سردردهای اولیه هستند. سردرد سرویکوژنیک در صورتی که تشخیص داده نشد می‌تواند اختلال دردناک پیچیده‌ی مقاوم به درمان شود. (۳) اشخاص دچار این نوع سردرد عموماً وضعیت سر رو به جلو دارند، که به نظر می‌رسد با سطوح نابجای فعالیت مجموعه سرویکوتوراسیک مرتبط باشد. (۹و۸)

هسته تری ژمینوسرویکال ناحیه‌ای در نخاع گردنی فوقانی است که رشته‌های حسی عصب‌تری ژمینال با ریشه‌های حسی گردنی فوقانی تداخل عمل پیدا می‌کند. این همگرایی عملکردی منجر به انتشار احساس دردناک دوطرفه بین گردن و محدوده درک حسی تری ژمینال در صورت می‌شود. همچنین، همگرایی عملکردی بین ریشه‌های حسی - حرکتی عصب ۱۱ و ریشه‌های گردنی فوقانی وجود دارد که در نهایت به راه‌های نزولی عصب‌تری ژمینال می‌پیوندد که این نیز ممکن است علت دیگری برای انتشار درد گردن به سر باشد. (۳)

تاکنون پیشرفت‌های چشمگیری در تشخیص و درمان این نوع سردرد بدست آمده‌است. (۱۰و۸) امروزه معیار تشخیصی این نوع سردرد که توسط تیم مطالعات فرامرزی سردرد سرویکوژنیک تعریف شده، بیش از سایر سنج‌ها کار برد.

تصویربرداری تشخیصی مانند MRI، CT، X-ray و میلوگرافی نمی‌توانند تشخیص سردرد سرویکوژنیک را تأیید کنند، اما، قادر به حمایت از آن تشخیص هستند. تصویربرداری غالباً برای جستجوی سایر علل ثانویه درد مفید هستند (۱۱و۳)

مطالعات فراوانی در بخش‌های گوناگون دنیا انجام شده است که به بررسی فراوانی انواع سردردها و هم‌چنین سردرد سرویکوژنیک پرداخته‌اند. با توجه به اهمیت تاثیر منفی این سردردها بر کیفیت زندگی افراد، مصرف بالای مسکن‌های مختلف برای کنترل آنها، افزایش ساعت غیبت از کار و صدمه‌های انسانی و اقتصادی و نیز با توجه به این نکته مهم که به نظر می‌رسد این نوع سردرد به‌رغم شیوع بالا، مورد اغماض قرار گرفته و اغلب به عنوان سردردهای تنش یا میگرنی درمان نادرست می‌شود و به احتمال زیاد بی پاسخ

نتایج

در این بررسی ۱۷۴ بیمار دچار سردرد مزمن از نظر ویژگی‌ها و متغیرهای مطالعه بررسی شدند. میانگین سنی بیماران برابر ۴۰±۱۳/۸ ساله (در محدوده سنی ۱۳ تا ۷۶ سالگی) بود.

فراوانی نسبی سردرد سرویکوژنیک در مبتلایان به سردرد مزمن ۳۹/۷٪ بود و این نسبت در تعمیم به جامعه مورد مطالعه، براساس حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ بین ۳۲/۴٪ تا ۴۷/۰٪ بود. فراوانی میگرن مزمن ۳۶/۸٪، تنشی مزمن ۱۷/۲٪ و بقیه موارد شامل سردردهای مزمن، روزانه و تشخیص داده نشده بودند.

میانگین سن در سردردهای سرویکوژنیک (۶۷/۵±۱۴/۴ سال) حدود ۱۰ سال بیش از سردرد مزمن غیرسرویکوژنیک (۳۶/۲±۱۱/۷ سال) بود و تفاوت معنی‌داری بین ۲ گروه وجود داشت. (P=۰/۰۰۰۱)

جدول ۱: فراوانی بیماری‌های زمینه‌ای در بیماران دچار سردردهای مزمن

متغیرها	نوع سردرد مزمن		سطح معنی‌داری
	غیرسرویکوژنیک	سرویکوژنیک	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
فشار خون	۸ (۷/۶)	۱۱ (۱۵/۹)	۰/۰۸۵
دیابت	۸ (۷/۶)	۵ (۷/۲)	۰/۹۲۷
دیس لیپیدمی	۱۰ (۹/۵)	۵ (۷/۲)	۰/۶۰۱
سابقه ضربه به گردن	۲ (۱/۹)	۲ (۲/۹)	۰/۶۶۹

توزیع جنسی دو نوع سردرد سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک کم‌وبیش یکسان و فراوانی سردردهای سرویکوژنیک در زنان، برابر ۴۰/۶٪ و در مردان ۳۵/۵٪ بود، که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار نبود (P=۰/۶)

توزیع فراوانی بیماری‌های زمینه‌ای در بیماران دچار سردردهای مزمن سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک تقریباً یکسان بود و تفاوت معنی‌داری از نظر هر یک از بیماری‌های زمینه‌ای بین سردردهای سرویکوژنیک و سردردهای غیرسرویکوژنیک وجود نداشت. (جدول ۱)

معاینه نورولوژی در تمام بیماران طبیعی بود.

توزیع فراوانی محل سردرد در بیماران دچار سردردهای مزمن سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک از لحاظ آماری متفاوت بود

(P < ۰/۰۰۰۱) (جدول ۲)

جدول ۲. فراوانی محل‌های سردرد در بیماران دچار سردردهای مزمن سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک

محل سردرد	نوع سردرد مزمن		سطح معنی‌داری
	غیر سرویکوژنیک	سرویکوژنیک	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
گیجگاهی	۳۶ (۳۴/۳)	۲ (۲/۹)	< ۰/۰۰۰۱
پیشانی	۶ (۵/۷)	۰ (۰/۰)	
پس سری	۲۱ (۲۰/۰)	۵۷ (۸۲/۶)	
آهیانه‌ای	۸ (۷/۶)	۰ (۰/۰)	
پس سری و گیجگاهی	۴ (۳/۸)	۱ (۱/۴)	
آهیانه‌ای و پس سری	۴ (۳/۸)	۵ (۷/۲)	
کل سر	۲۶ (۲۴/۸)	۴ (۵/۸)	

توزیع فراوانی سمت سردرد در بیماران دچار سردردهای مزمن سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک از لحاظ آماری تفاوت داشت (P < ۰/۰۰۰۱) (جدول ۳)

جدول ۳. فراوانی سمت سردرد در بیماران دچار سردردهای مزمن

سمت سردرد	نوع سردرد مزمن		سطح معنی‌داری
	غیرسرویکوژنیک	سرویکوژنیک	
	تعداد (درصد در نوع سردرد)	تعداد (درصد در نوع سردرد)	
یک طرفه	۳۸ (۳۶/۲)	۶۱ (۸۸/۴)	۰/۰۰۰۱
دو طرفه	۴۱ (۳۹/۰)	۵ (۷/۲)	
نامشخص	۲۶ (۲۴/۸)	۳ (۴/۳)	

جدول ۴. توزیع فراوانی علائم در سردرد مزمن سرویکوژنی و

متغیرها	نوع سردرد مزمن		سطح معنی‌داری
	غیرسرویکوژنیک	سرویکوژنیک	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
درد گردن	۳۲ (۳۰/۵)	۶۶ (۹۵/۷)	۰/۰۰۰۱
ضرباندار	۷۱ (۶۷/۶)	۵ (۷/۲)	۰/۰۰۰۱
تهوع	۷۸ (۷۴/۳)	۲۹ (۴۲/۰)	۰/۰۰۰۱
استفراغ	۳۱ (۲۹/۵)	۱۱ (۱۵/۹)	۰/۰۴۱
نور هراسی	۶۶ (۶۲/۹)	۱۱ (۱۵/۹)	۰/۰۰۰۱
صدا هراسی	۶۶ (۶۲/۹)	۱۲ (۱۷/۴)	۰/۰۰۰۱
سرگیجه	۴ (۳/۸)	۳ (۴/۳)	۰/۸۶۰
تاری دید	۲ (۱/۹)	۰ (۰/۰)	۰/۲۴۹

سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک از لحاظ علائم همراه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. تنها توزیع فراوانی سرگیجه، تاری دید و ادم دور چشم در دو نوع سردرد مورد بررسی یکسان بود و از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار نداشت. اختلال بلع نیز در هیچ‌کدام از بیماران وجود نداشت.

توزیع فراوانی داروهای مصرفی در بیماران دچار سردردهای مزمن سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک از لحاظ آماری تفاوت داشت. ($P < 0/0001$)

جدول ۴ توزیع فراوانی علائم همراه را در بیماران دچار سردردهای مزمن سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک نشان می‌دهد. براساس اطلاعات این جدول بین سردردهای

جدول ۵. توزیع فراوانی شغل در سردرد مزمن سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک

فرآوانی	نوع سردرد مزمن		جمع	سطح معنی‌داری
	غیرسرویکوژنیک	سرویکوژنیک		
خانه‌دار	تعداد	۸۵	۵۴	۱۳۹
	% در شغل	۶۱/۲	۳۸/۸	۱۰۰/۰
کشاورز	تعداد	۳	۶	۹
	% در شغل	۳۳/۳	۶۶/۷	۱۰۰/۰
دانش‌آموز	تعداد	۲	۱	۳
	% در شغل	۶۶/۷	۳۳/۳	۱۰۰/۰
آزاد	تعداد	۳	۱	۴
	% در شغل	۷۵/۰	۲۵/۰	۱۰۰/۰
کارمند	تعداد	۲	۲	۴
	% در شغل	۵۰/۰	۵۰/۰	۱۰۰/۰
نامعلوم	تعداد	۱۰	۵	۱۵
	% در شغل	۶۶/۷	۳۳/۳	۱۰۰/۰
کل	تعداد	۱۰۵	۶۹	۱۷۴
	% در شغل	۶۰/۳	۳۹/۷	۱۰۰/۰

توزیع فراوانی سردرد مزمن سرویکوژنیک بر حسب نوع شغل، حتی به تفکیک جنس با توجه به تفاوت شغلی زنان و مردان از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (جدول ۷-۵)

در این بررسی میانگین مدت سردرد در هر حمله سردرد، در سردردهای غیرسرویکوژنیک $27/2 \pm 35/0$ ساعت و در سردردهای سرویکوژنیک $21/9 \pm 34/5$ ساعت بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P = 0/908$).

جدول ۶. توزیع فراوانی نوع سردرد مزمن سرویکوژنی و غیرسرویکوژنی بر حسب نوع شغل در مردان

شغل	نوع سردرد مزمن				سطح معنی‌داری
	غیرسرویکوژنیک	سرویکوژنیک	آزاد	کارمند	
نوع سردرد مزمن	تعداد	۳	۳	۱۴	۲۰
	% در شغل	۲۴/۹	۷۵/۰	۷۰/۰	۴۶/۵
سرویکوژنیک	تعداد	۴	۱	۶	۱۱
	% در شغل	۵۷/۱	۲۵/۰	۳۰/۰	۳۵/۵
کل	تعداد	۷	۴	۲۰	۳۱
	% در شغل	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

جدول ۷. توزیع فراوانی نوع سردرد مزمن سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک بر حسب نوع شغل در زنان

نوع سردرد مزمن	تعداد	شغل		کل	سطح معنی داری
		شاغل	خانه دار		
غیرسرویکوژنیک	تعداد	۴	۸۱	۸۵	۰/۱۶۷
	% در شغل	۴۰/۰	۶۰/۹	۵۹/۴	
سرویکوژنیک	تعداد	۶	۵۲	۵۸	
	% در شغل	۶۰/۰	۳۹/۱	۴۰/۶	
کل	تعداد	۱۰	۱۳۳	۱۴۳	
	% در شغل	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	

بحث و نتیجه گیری

میزان بالای این سردرد باشد. هم چنین، در مطالعه‌ای دیگر توسط نیلسون در سال ۱۹۹۵، در یک جمعیت تصادفی شامل گروهی ۵۷ نفری با نسبت سنی ۲۰-۵۹ سالگی ۵٪ روز در ماه شیوع سردرد سرویکوژنیک به میزان ۱۷/۸٪ محاسبه شد. هم چنین، در نتیجه نهایی این مطالعه شیوع سردرد سرویکوژنیک مشابه میگرن بود (۱۶) که در مطالعه‌ی ما هم فراوانی سردرد میگرنی (۳۶/۷۸٪) و سردرد سرویکوژنیک (۳۷/۳۶٪) تقریباً مشابه بدست آمد و تفاوت مقادیر ما با مقادیر این مطالعه به این دلیل است که فراوانی‌ها در مطالعه ما در جمعیت بیماران سردرد مزمن که بیش از ۱۵ روز در ماه سردرد داشتند محاسبه شده است لذا با توجه به کمتر شدن جمعیت مورد مطالعه، نسبت‌ها بیشتر می‌شود.

در مطالعه ما، میانگین سنی بیماران $40 \pm 13/8$ ساله و در مبتلایان سردردهای سرویکوژنیک ($46/5 \pm 14/4$) سالگی با اختلاف حدود ۱۰ سال بیش از مبتلایان سردردهای غیر سرویکوژنیک ($36/2 \pm 11/7$) ساله بود که تفاوت معنی داری بین ۲ گروه وجود داشت ($P=0/0001$) و این تفاوت احتمالاً به این دلیل است که با افزایش سن میزان آسیب‌های گردنی که باعث درد می‌شوند افزایش و میزان سردردهای میگرنی و تنشی که عمده سردردهای غیرسرویکوژنیک هستند کاهش می‌یابند. توزیع جنسی در هر دو نوع سردرد سرویکوژنیک و غیرسرویکوژنیک تقریباً یکسان بود. در مطالعه ون سولکم در سال ۲۰۰۳ سن میانگین مبتلایان $42/9$ سالگی بود که کم و بیش نزدیک به مطالعه ما، اما شیوع آن در زنان ۴ برابر مردان بود که با مطالعه ما بسیار تفاوت داشت (۱۳) برای میزان سردردهای سرویکوژنیک در زنان و مردان در جمعیت مطالعه شاید به این دلیل باشد که زنان و مردان این جامعه پا

سردرد سرویکوژنیک نوع نسبتاً رایجی از سردردهای مزمن است که اغلب یا شناسایی نمی‌شود یا این که به درستی تشخیص داده نمی‌شود و تظاهر علائم پیچیده‌ی آن می‌تواند شبیه اختلال سردردهای اولیه از قبیل میگرن یا سردرد تنشی باشد. تشخیص و درمان زودهنگام آن با روش‌های جامع و برنامه‌ی درمانی پی‌درپی و منظم می‌تواند به طور معنی داری دوره‌ی درمانی پرهزینه و ناتوانی را کاهش دهد که اغلب با این اختلال چالش برانگیز همراهند. (۳) در این مطالعه فراوانی نسبی سردرد سرویکوژنیک و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به سردرد مزمن تعیین و بررسی شد.

این مطالعه نشان داد که از ۱۷۴ بیمار سردرد مزمن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۳۹/۷٪ بر اساس معیارهای تیم بین‌المللی سردرد سرویکوژنیک، دچار این نوع سردرد شناخته شدند که به نظر نسبت بالایی از سردردهای مزمن را شامل شده است. در مطالعه توسط هالدمن در سال ۲۰۰۱ شیوع سردرد سرویکوژنیک در جمعیت عمومی بین ۰/۴٪ تا ۲/۵٪ و در یک کلینیک درد شیوع آن تا حدود بالای ۲۰٪ سردردهای مزمن محاسبه شده است (۱۲). که میزان بالاتر فراوانی نسبی در مطالعه‌ی ما نسبت به این مطالعه شاید به دلیل توجه بیشتر به علائم سردرد سرویکوژنیک بوده است. از طرفی با توجه به این که منطقه مورد مطالعه منطقه‌ای روستایی و کشاورزی بود و اکثر مراجعان شکایت از دردهای اسکلتی-عضلانی دارند و در کلینیک مورد مطالعه نیز بیشتر بیماران با مشکل اسکلتی-عضلانی به درمانگاه‌های اورتوپدی و جراحی اعصاب مراجعه می‌کنند می‌تواند دلیلی دیگر برای

داشت که مشابه سایر مطالعات بود. نظیر مطالعه‌ای که توسط زیتو و همکاران در سال ۲۰۰۶ در استرالیا انجام شد که در آن ۲۷ بیمار دچار سردرد سرویکوژنیک، ۲۵ بیمار دچار میگرن همراه با اختطار اولیه (aura) و ۲۵ نفر در گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. مقایسه نشان داد که در گروه مبتلایان به سردرد سرویکوژنیک، محدوده‌ی فلکسیون و اکستنسین، نسبت به دو گروه دیگر، محدودتر ($P=0/048$) هم‌چنین، اختلال عملکرد دردناک گردن و سفتی عضلات اطراف این ناحیه در این گروه بالاتر بود ($P<0/05$). در این مطالعه سردردهای غیرسرویکوژنی در مقایسه با سردرد سرویکوژنی بیشتر ضرباندار و همراه با تهوع و استفراغ و نورهراسی و صداهراسی بودند که از لحاظ آماری معنی‌دار بود ولی سایر علائم از قبیل سرگیجه، تاری دید، اختلال بلع و ادم اطراف چشم از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار نداشت (۷). با توجه به مطالعه‌ی بیوندی و همکاران سردرد سرویکوژنی می‌تواند مشابه سایر سردردها با این علائم همراه باشد یا نباشد. (۳) به طور کلی در سردرد سرویکوژنی نشانه‌ها و علائم اتونوم مانند نورهراسی و صداهراسی، تهوع، استفراغ، ادم دور چشم یک‌طرفه، کمتر رایج هستند و برخی از آنها از قبیل استفراغ به‌طور واضح نسبت به سردردهای میگرنی کمتر شایع‌اند. در مطالعه وینگن و استونر با القای نور و صدا آستانه‌ی ناراحتی و درد را در بیماران دچار سردرد تنشی و سردرد سرویکوژنی و یک گروه شاهد بدون سردرد اندازه‌گیری کردند. گرچه هر دو گروه به نور و صدا حساس بودند در مقایسه با گروه شاهد تفاوتی بدست نیامد، منتها بیماران دچار سردرد سرویکوژنیک نورهراسی بیشتری را در سمت علامت‌دار نسبت به سمت بدون علامت نشان دادند. در صورتی که چنین تفاوتی در سردرد تنشی و سایر سردردهای یک‌طرفه یافت نشد (۱۷و۱۸).

مدت سردرد سرویکوژنیک در مطالعه‌ی ما ۳۵ ساعت بود که با توجه به مطالعه‌ی مایکل مور این مدت می‌تواند از ساعت‌ها تا هفته‌ها متغیر باشد. (۴)

تفاوت توزیع فراوانی داروهای مصرفی بررسی شده در سردردهای غیرسرویکوژنیک با سردرد سرویکوژنیک معنی‌دار و مصرف داروهای NSAID و مسکن‌ها در سردرد

به پای هم در مشاغلی نظیر کشاورزی کار می‌کنند که زمینه‌ساز مهمی در ایجاد مشکلات گردنی و بروز این نوع سردرد می‌باشد.

ارتباطی بین سردرد سرویکوژنی با بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل دیابت، پرفشاری خون شریانی، دیس لیپیدمی و بیماری‌های نورولوژی از لحاظ آماری یافت نشد، البته انتظار هم نمی‌رود که این بیماری‌ها در مبتلایان به سردرد سرویکوژنیک بیشتر باشند اما در سردردهای غیرسرویکوژنیک هم برتری وجود نداشت.

توزیع سردردهای سرویکوژنیک برحسب سمت سردرد و محل آن با سردردهای غیرسرویکوژنیک متفاوت و از لحاظ آماری معنی‌دار بود و ملاحظه شد که سردردهای سرویکوژنیک بیشتر در نواحی پس‌سری و آهیانه‌ای بروز می‌کند که با معیارهای تیم مطالعاتی سردرد سرویکوژنیک هم‌خوانی دارد (۳) و سردردهای غیرسرویکوژنیک نیز بیشتر در نواحی گیجگاهی و پیشانی هستند. معمولاً در میگرن درد به لوکالیزه شدن در ناحیه قدامی بویژه در آغاز گرایش دارد. هم‌چنین سردردهای تنشی معمولاً منتشر هستند (۱۰) در صورتی که سردرد سرویکوژنیک معمولاً از ناحیه پس‌سری شروع می‌شود. (۳) هم‌چنین، در مطالعه ما سردردهای سرویکوژنیک بیشتر یک‌طرفه بودند اما سردردهای غیرسرویکوژنیک میزان یک‌طرفه یا دو‌طرفه بودن تقریباً یکسان داشته و با توجه به این‌که سردردهای اخیر شامل چندین نوع سردرد شوند، یک‌طرفه یا دو‌طرفه بودن آن بستگی به زیرگروه سردرد خواهد داشت. براساس مطالعه جاستاد یک معیار قطعی برای سردرد سرویکوژنیک یک‌طرفه بودن آن است که البته در ۱۰-۲۰٪ سردردهای میگرنی و ۷-۱۲٪ سردردهای نوع تنشی هم یافت می‌شود (۱۰) با در نظر گرفتن این‌که درد در سردردهای سرویکوژنیک تغییر سمت نمی‌دهد در حالی‌که در سردردهای میگرنی و تنشی احتمال تغییر سمت سردرد وجود دارد.

در این مطالعه تفاوت توزیع فراوانی بیشتر علائم بررسی شده در سردردهای مزمن سرویکوژنیک با غیرسرویکوژنیک معنی‌دار بود. درد گردن در افراد دچار سردرد سرویکوژنیک با شیوع ۹۵/۷٪ نسبت به سردرد غیرسرویکوژنیک چیرگی

توجه به همپوشانی این سردرد با سایر سردردها باشد و تشخیص و درمان زودهنگام آن با روش‌های جامع و برنامه‌ی درمانی پی‌درپی و منظم می‌تواند دوره‌ی درمانی پرهزینه و بروز ناتوانی که اغلب با این اختلال چالش برانگیز همراه است را کاهش دهد.

این مقاله با استفاده از داده‌های یک پایان‌نامه در دانشگاه علوم پزشکی گیلان به نگارش درآمده‌است.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

سرویکوژنیک بیشتر بود اما در مطالعه‌ی بیوندی در سال ۲۰۰۴ اشاره شد که داروهای مصرفی در سردرد سرویکوژنیک شامل همان فهرست داروهای مصرفی در پیشگیری از درد یا تسکین درد میگرن و سایر نوروپاتی‌ها می‌تواند باشد لیکن مصرف NSAID در این بیماران بیشتر است که بایستی مصرف این داروها اداره شود زیرا مورد مصرف نابجا قرار می‌گیرند(۳).

با توجه به شیوع بالای سردرد سرویکوژنیک در این مطالعه به نظر می‌رسد که نیاز به توجه بیشتر برای تشخیص درست و

منابع

1. Boes CJ, Capobianco DJ, Cutrer FM, et al. Headache and Other Craniofacial Pain. In Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, et al. Neurology in Clinical Practice. 5th ed. London; Butterworth Heinemann, 2008: 2026-2042.
2. Haas M, Spegman A, Peterson D, Aickin M, Vavrek D. Dose response and efficacy of spinal manipulation for chronic cervicogenic headache: a pilot randomized controlled trial. *The Spine Journal* 2010; 10(2): 117-128
3. Biondi D, Cervicogenic Headache: A Review of Diagnostic and Treatment Strategies. *J Am Osteopath Assoc* 2005; 105 (4) suppl 16- 22S.
4. Moore M. Upper Crossed Syndrome and its Relationship to Cervicogenic Headache. *J of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2004; 27(6): 414-420.
5. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, et al. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998; 38:497-506.
6. Hall T, Robinson K. The Flexion- Rotation test and Active Cervical Mobility: a Comparative Measurement Study in Cervicogenic Headache. *J of Manual Therapy* 2004; 9: 197-202.
7. Zito G, Gull G, Story L. Clinical tests of Musculoskeletal Dysfunction in the Diagnosis of Cervicogenic Headache. *J of Manual Therapy* 2006; 11:118-129.
8. Eldrige L, Russell J. Effectiveness of Cervical Spine Manipulation and Prescribed Exercise in Reduction of Cervicogenic Headache Pain and Frequency. *Int J of Osteopathic Medicine* 2005; 8:106-113.
9. Janda V. Muscles and Motor Control in Cervicogenic Disorders: Assessment and Management. *Physical Therapy of the Cervical and Thoracic Spine*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994: 195-216.
10. Chou LH, Lenrow DA. Cervicogenic headache. A Review Article. *Pain Physician* 2002; 5; 215-225.
11. Fredriksen TA, Fougner R, Tangerud A, et al. Cervicogenic Head Radiological Investigations Concerning Head/neck. *Cephalalgia* 1989; 9:139-146.
12. Haldeman S, Dagenais S. Cervicogenic Headaches: a Critical Review. *Spine J* 2001; 1(1):31-46.
13. Van Suijlekom HA, Lame I, Stomp-van den Berg SG, et al. Quality of Life of Patients with Cervicogenic Headache: a Comparison with Control Subjects and Patients with Migraine or Tension-Type Headache. *Headache* 2003; 43:1034-41.
14. Martelletti P, van Suijlekom H. Cervicogenic Headache: Practical Approaches to Therapy. *CNS Drugs* 2004; 18 17: 793-805.
15. Sjaastad O, Bakketeig LS. Prevalence of Cervicogenic Headache: Vågå study of Headache Epidemiology. *Acta Neurol Scand*. 2008; 117(3):173-80
16. Nilsson N. The prevalence of Cervicogenic Headache in a Random Population Sample of 20-59 year olds. *Spine* 1995; 20 17: 1884-8.
17. Fabio Antonaci F, Fredriksen TA, Sjaastad O, Cervicogenic Headache: Clinical Presentation, Diagnostic Criteria, and Differential Diagnosis. *Current Pain and Headache Reports* 2001; (5):387-392.
18. Vingen VJ, Stovner LJ Photophobia and Phonophobia in Tension -type Headache and Cervicogenic Headache. *Cephalgia* 1998, 18:313-318.

Prevalence of Cervicogenic Headache and Associated Factors among the Patients with Chronic Headache

Saberi A. (MD)¹- Bakhshayesh Eghbali B. (MD)¹- Kazemnezhad E.(PhD)²- *Hosseininezhad M.(MD)¹- Mahdavi F.(MD Stu)³

*Corresponding Address: Road Trauma Centre, Poursina Hospital, Rasht, Iran

Email: hosseininezhadm@gmail.com

Received: 25 May/2013 Accepted: 30 Sep/2013

Abstract

Introduction: Cervicogenic headache is a kind of chronic headache that originates from the bony structures or soft tissues of the neck and is characterized by unilateral headache and lasts from hours to weeks, which can spread to the fronto-temporal and preorbital areas. So far, there has been no exact statistics of prevalence of the cervicogenic headache in Guilan Province.

Objective: To determination the relative frequency of cervicogenic headache and its relative factors among patients with chronic headache

Materials and Methods: In this descriptive study, the patients' files, referred to Neurology clinic of Guilan University of Medical Sciences from March 2010 until September 2012 with complaints of chronic headache, were assessed. We used cervicogenic headache international study group diagnostic criteria for diagnosis of cervicogenic headache. The data were recorded in the special form of information and the relative frequency of cervicogenic headache was determined among them. Independent t-Test, Chi Square and Fisher's Exact test in SPSS software version 18, were used to analyze data.

Results: Among 174 patients with chronic headache, a total of 69 patients were identified with cervicogenic headache (39.7%). The mean age of all patients was 40±13.8 years, those with cervicogenic headache were 14.4±46.5 years and those with non-cervicogenic headache were 36.2±11.7years old (P= 0.0001). Gender distribution was similar in both groups. The mean of headache duration was 34.5±21.9 hours in each episode of headache. As revealed, 95.7% of the patients with cervicogenic headache had neck pain.

Conclusion: Cervicogenic headache is prevalent among chronic headaches, but it is almost always ignored whereas early diagnosis and treatment can reduce the expensive course of treatment and disability that accompanies this challenging disorder.

Conflict of interest: non declared

Key words: Headache- Etiology/ Cervicogenic headache

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 89, Pages: 74-82

Please cite this article as: Saberi A, Bakhshayesh Eghbali B, Kazemnezhad E, Hosseininezhad M, Mahdavi F. Prevalence of Cervicogenic Headache and Associated Factors among the Patients with Chronic Headache. J of Guilan University of Med Sci 2014; 23 (89) :74 82. [Text in Persian]

1. Neurology department, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2. Biostatistic department, Faculty of Nursery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3. Faculty of nursery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Rasht, Iran