

# سر درد مزمن روزانه

دکتر پریسا گزرائی

مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

CDH را تشکیل می‌دهد. دو نوع بالینی مختلف از CDH شناخته و توصیف شده است:

■ آنهایی که با سختی ماهیچه‌های اطراف جمجمه و یا افزایش میزان الکترومیوگرام (EMG) در ارتباط هستند.

■ آنهایی که با سخت شدن و انقباض ماهیچه‌های اطراف جمجمه ارتباط نداشته و EMG طبیعی دارند.

در گروه مرتبط با اختلالات عضلانی، عضلات گردنی هم علاوه بر ماهیچه‌های اطراف جمجمه، انقباض‌هایی را نشان می‌دهند. در این دسته، انقباض عضله‌های اطراف مهره‌های قفسه

سر درد مزمن روزانه (CDH) از شایع‌ترین سر دردها است. اگر چه میزان واقعی شیوع آن مشخص نیست، آمار نشان می‌دهند که در حدود ۴۰ درصد بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های سردرد، در گروه CDH طبقه‌بندی می‌شوند.

بر اساس تظاهرات بالینی، انواع مختلفی از CDH تشخیص داده شده است (جدول ۱).

## سر درد کششی مزمن

### Chronic Tension Headache (CTH)

سر درد کششی مزمن، بخش عمده‌ای از

#### جدول ۱

1. Chronic tension - type (CTH)
2. Migraine, chronic tension-type headache complex
a. Transformed migraine
Drug-induced
Non-drug-induced
b. Evolved from tension-type
Drug-induced
Non-drug-induced
3. New daily persistent headache (NDPH)
4. Post - traumatic headache

سینه و ناحیه کمری هم وجود دارد و نشان دهندۀ یک مشکل عمومی عضلانی در آنها است. این نوع سردردها اغلب به صورت منتشر و گاهی یک طرفه، همراه با احساس فشار و انقباض و از نظر شدت خفیف تا متوسط می‌باشند.

بخش‌های خلفی سر و گردن در اکثر افراد درگیر می‌شود و نور ترسی، صداترسی یا تهوع خفیف در مواردی بروز می‌کند ولی استفراغ به ندرت روی می‌دهد. شدت این نوع سردرد با دفعات تکرار آن رابطه مستقیم دارد و CTH گهگیر شدیدتر می‌گردد.

شیوع CTH در مردان تا ۲۰ درصد و در زنان تا ۵ درصد برآورد شده است.

کمپلکس میگرن، سردرد کششی مزمن (Migraine, Chronic tension-type headache complex)

شکل اغلب بیماران دچار CDH، وجود میگرن و سردرد کششی مزمن با هم است. در این نوع سردرد مزمن روزانه، تظاهرات مشترکی از میگرن و سردرد کششی مزمن مشاهده می‌گردد. تعداد اندکی (۱۵-۳ درصد) از بیماران مبتلا به کمپلکس میگرن - سردرد کششی مزمن، افرادی هستند که در ابتدا مبتلا به سردرد کششی گهگیر بوده‌اند.

### میگرن تغییر شکل یافته

#### Transformed migraine (TM)

عبارت «میگرن تغییر شکل یافته» اولین بار در سال ۱۹۸۷ توسط Mathew و همکارانش برای توصیف یک حالت سردرد روزانه یا تقریباً روزانه که در تعداد زیادی از مبتلایان به CDH دیده می‌شد، به کار رفت.

بیماران دارای سابقه حملات میگرنی گهگیر با یا بدون حالت aura هستند که در سنین ۱۳ تا ۱۹ سالگی آغاز می‌شود و در نهایت به صورت حملات مکرر بروز می‌کند.

این دسته از بیماران در بین حملات میگرنی خود دچار سردردهای کششی می‌شوند که اغلب تکرارپذیر هستند و منجر به یک حالت سردرد روزانه یا تقریباً روزانه می‌گردند. بعضی بیماران هم یک روز از میگرن و روز بعد از یک سردرد کششی رنج می‌برند.

عموماً افراد دچار میگرن تغییر شکل یافته، در مقایسه با دیگر اشکال سردردهای مزمن روزانه به ویژه CTH از نظر سابقه خانوادگی، نشانه‌های عصبی و گوارشی، تشدید در زمان قاعدگی و بهبود در زمان بارداری، نسبت شیوع بالاتری را نشان می‌دهند.

در میگرن‌های تغییر شکل یافته، سردردهای شدید در ۵۸ درصد بیماران یک طرفه است و در ۵۴ درصد آنان در ناحیه پیشانی و یا پیشانی - گیجگاهی ظاهر می‌شوند.

### سردرد مزمن روزانه جدید

#### New daily persistent headache (NDPH)

این نوع سردرد در بیمارانی که هیچ نوع سابقه قبلی از سردرد میگرنی یا کششی ندارند و هیچ نشانه‌ای از ضربه، ضایعه و یا استرس روانی در آنها وجود ندارد، بروز می‌کند. ویروس اپشتین بار باعث ایجاد تغییراتی در سیستم ایمنی می‌شود و به عنوان یک عامل اتیولوژیک مهم می‌تواند عمل کند. این نوع سردرد یک حالت خود محدود شونده دارد ولی بیمارانی هم هستند که در ادامه مبتلا به آن، دچار

سر درد مزمن روزانه طولانی مدت می‌گردند.

### سر درد ایجاد شده با دارو (Drug induced headache)

مشاهدات بالینی نشان داده‌اند که برخی داروهای به کار گرفته شده برای رهایی از سر درد، ممکن است باعث بقا و تداوم آن گردند و این حالت اغلب در صورتی اتفاق می‌افتد که مقادیر بیش از حد از آنها مورد استفاده قرار گیرد.

دو نوع اصلی از سر دردهای ایجاد شده با دارو وجود دارد که در نتیجه مصرف بیش از حد داروهای تسکین دهنده سر درد به وجود می‌آیند:

- سر دردهای راجعه با داروهای ضد درد
- سر دردهای راجعه با ارگوتامین

#### سر دردهای راجعه با داروهای ضد درد

این واقعیت که ضد دردها ممکن است تمایل ایجاد سر درد و یا تبدیل سر دردهای ساده به مزمن را افزایش دهند، در اوایل دهه ۱۹۸۰ مطرح گردید. Kudrow اثرات معکوس کاربرد مکرر داروهای ضد درد را در ۲۰۰ بیمار مبتلا به سر درد روزانه بررسی کرد و دریافت که در مصرف کنندگان بیش از حد داروهای ضد درد، اگر کاربرد این داروها ادامه می‌یافت، فقط در ۳۰ درصد بهبودی متوسط به وجود می‌آمد، در حالی که در توقف درمان با ضد دردها، ۷۲ درصد بهبودی مشاهده می‌گردد.

Isler، ۲۲۵ بیمار مبتلا به میگرن را که بیش از حد از داروهای ضد درد استفاده می‌کردند (بیش از ۳۰ قرص در ماه) مورد بررسی قرار داد و دریافت که این دسته از بیماران نسبت به افرادی

که کمتر از ۳۰ قرص مصرف می‌کردند، دو برابر بیشتر به سر درد دچار می‌شوند و نتیجه گرفت که سر دردهای مزمن آنها نتیجه مستقیم کاربرد بیش از حد داروهای است که به هدف بهبود کامل استفاده می‌کنند.

سر دردهای راجعه با داروهای ضد درد، به صورت یک چرخه منظم خود ادامه یابنده سر درد - درمان ظاهر می‌شوند. این نوع سر دردها با کوچکترین فعالیت بدنی یا ذهنی تسریع و تشدید می‌گردد. گاهی تظاهراتی شبیه سر دردهای میگرنی و یا سر دردهای کششی از خود نشان می‌دهند که تشخیص را مشکل می‌سازد.

معمولاً نشانه‌هایی هم چون ضعف، تهوع، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، اختلال در حافظه، تمرکز ذهنی و اختلالات رفتاری از قبیل افسردگی و تحریک‌پذیری عصبی بروز می‌کند. این افراد اغلب در به خواب رفتن و در خواب ماندن دچار مشکل می‌شوند و در زمان برخاستن از خواب دچار سر درد شدیدی می‌شوند. این حالات باز هم بیمار را به مصرف بیشتر داروهای ضد درد راغب می‌کند و چرخه تکرار می‌گردد.

ایجاد حالت تحمل به دلیل افزایش تدریجی دفعات مصرف دارو و میزان آن در بیماران اغلب منجر به مصرف بیش از حد ضد دردها می‌گردد. گاهی ترس از گرفتار شدن به سر درد شدید یا طولانی شدن آن، بیمار را به مصرف داروهای ضد درد حتی قبل از شروع حملات واقعی سر درد می‌کشاند که البته این عکس‌العمل بیمار قابل انتقاد نیست، زیرا راهی قابل اعتماد برای این که بتوان پیش بینی نمود که کدام یک از

سر-ردهای خفیف به یک سردرد شدید منجر می‌گردند. وجود ندارد.

قطع ناگهانی داروهای ضد درد ممکن است باعث افزایش شدت سردرد، همراه با حالت تهوع، گرغپ‌های شکمی، اسهال، بی‌قراری و بی‌خوابی و اختلالات ذهنی شود. حتی در بعضی موارد تشنج هم بروز می‌کند.

افزایش شدت سردرد از ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از قطع دارو شروع شده و در بیشتر موارد طی ۲ روز فروکش می‌کند. پس از این دوره اغلب نشانه‌ها کاهش می‌یابد، تعداد دفعات سردرد و شدت آن کم شده، تحریک‌پذیری، افسردگی و لتارژی بهبود می‌یابد.

### سردرد راجعه با ارگوتامین

در سال ۱۹۵۵، Lipmann تشخیص داد که سردرد عودکننده با ارگوتامین، سردردی معمولاً ثابت، روزانه و شدید است که در نتیجه مصرف طولانی مدت مشتقات ارگوتامین ایجاد می‌شود. در حالت طبیعی، میگرن به ندرت بیش از ۱ تا ۲ بار در هفته (و معمولاً به میزان قابل ملاحظه‌ای کمتر) اتفاق می‌افتد. سردرد راجعه با ارگوتامین بسامدی غیر طبیعی دارد و معمولاً روزانه یا تقریباً روزانه ظاهر می‌شود.

قطع ارگوتامین بدون تغییر تدریجی در دوز آن نیز به یک سردرد قابل پیش‌بینی تاخیری تضعیف‌کننده منجر می‌شود که به حالت تهوع، استفراغ، گاهی اسهال و دیگر اختلالات بدنی و روانی همراه است. بی‌قراری و بی‌خوابی شایع نیست. این نوع سردرد ناشی از قطع دارو، معمولاً ۷۲ ساعت پس از قطع دارو آغاز می‌شود

و ۷۲ ساعت پس از شروع سردرد ادامه می‌یابد.

### درمان

اصول اساسی درمان سردرد مزمن روزانه

عبارتند از:

- ۱- قطع دارو-درمانی‌های مداخله‌کننده.
- ۲- تلاش برای قطع چرخه سردرد مداوم با عوامل فارماکولوژیک از قبیل تزریق داخل وریدی دی‌هیدروارگوتامین یا تزریق زیرجلدی سوماتوتریپتان.
- ۳- شروع دارو-درمانی پیش‌گیری‌کننده.
- ۴- درمان بیوفیدبک، مشورت‌های روانی، تمرینات ورزشی، برقراری رژیم‌های مناسب درمانی.
- ۵- پیوستگی و تداوم مراقبت.

### قطع ترکیب ضد درد، مخدر، ارگوتامین

اگر بیمار بستری باشد، قطع دارو درمانی مداخله‌گر می‌تواند به طور ناگهانی انجام شود. البته انتظار بروز واکنش‌های سندرم قطع می‌رود. سندرم قطع با نشانه‌هایی چون سردرد شدید، بی‌قراری، بی‌خوابی و تعریق بیش از حد و اسهال همراه است. این عوارض با مصرف برچسب‌های پوستی کلونیدین بهبود می‌یابند. اگر بیمار سرپایی است نباید قطع ناگهانی صورت گیرد، بلکه کاهش تدریجی دوز دارو درخواست می‌شود.

### شکستن چرخه سردرد

یک راه، تزریق مکرر دی‌هیدروارگوتامین داخل وریدی است. برخلاف ارگوتامین، دی‌هیدروارگوتامین سردرد راجعه ایجاد

نمی‌کند، بنابراین می‌تواند با تزریق‌های مکرر در ۴۸-۷۲ ساعت جایگزین آن گردد.

اثرات جانبی دی‌هیدروارگوتامین، کاربرد آن را محدود می‌سازد، بروز پا درد، کرامپ، حالت تهوع شدید و استفراغ - علی‌رغم کاربرد متوکلوپیرامید و یا فنوتیازین - از عوارض جانبی شایع آن است.

در دو گروه از افراد دی‌هیدروارگوتامین نباید تجویز گردد:

■ بیماران مبتلا به میگرن با aura طولانی (میگرن پیچیده) و یا افرادی که میگرن مکرر با aura دارند.

■ افراد دارای عوامل خطر حمله قلبی، بیماری‌های عروقی، دیابت، هیپرلیپیدمی، سیگاری‌های حرفه‌ای، بیماری از دیاد فشارخون و افرادی که تیترا آنتی‌بادی کاردیولیپین آنها مثبت است.

راه دیگر برای شکستن چرخه سردرد، استفاده از سوماتوتریپتان زیرجلدی است. سوماتوتریپتان می‌تواند به صورت مکرر بدون عارضه جانبی مهمی داده شود. این دارو عاری از عوارض جانبی دی‌هیدروارگوتامین - از قبیل تهوع و استفراغ است. به نظر می‌رسد که خود سوماتوتریپتان باعث بهبود حالت تهوع و استفراغ هم می‌شود. در به کار بردن هم باید به سوماتوتریپتان بیماران در معرض خطر حمله قلبی و یا بیماری‌های عروقی توجه کرد.

### پیش‌گیری از سردرد مزمن روزانه

دارو درمانی پیش‌گیرانه هم ممکن است دارای اثرات جانبی باشد ولی باید فواید آن را سنجید و به کار برد.

اصول کلی درمان با عوامل پیش‌گیری کننده عبارتند از:

۱ - توضیح اثرات جانبی در مقایسه با سودمندی‌های بالقوه دارو برای بیمار، پیش از شروع دارو - درمانی.

۲ - قطع کاربرد مداوم یک داروی ضد درد یا ارگوتامین که با عوامل پیش‌گیری کننده تداخل دارند و اثرات آنها را خنثی می‌کنند.

۳ - شروع دارو درمانی با دوزهای پایین و افزایش تدریجی آن بسته به توانایی بیمار در تحمل دارو و اثرات جانبی آن.

۴ - ادامه دارو درمانی برای یک دوره قابل قبول (۶ هفته تا ۳ ماه)، زیرا اکثر داروهایی که در درمان پیش‌گیرانه به کار می‌روند یک زمان تاخیری شناخته شده پیش از بروز اثرات مفید درمانی‌شان دارند.

۵ - قطع دارو - درمانی پیش‌گیری کننده در یک دوره چند روزه به منظور جلوگیری از اثرات قطع ناگهانی.

دارو درمانی متداول در درمان پیش‌گیرانه در جدول [۲] آرایه شده است.

### درمان‌های غیر دارویی

همراه بودن دارو - درمانی با روش‌های غیرفارماکولوژیک در بیماران مبتلا به سردردهای مزمن از اهمیت بالایی برخوردار است. عوامل تحریک و تشدید کننده سردرد باید مورد شناسایی قرار گیرند و از آنها اجتناب شود.

عوامل احتمالی درگیر در ایجاد CDH از سردردهای گهگیر در جدول [۲] آرایه گردیده‌اند.

## جدول ۲

Analgesic ergotamine overuse
Abnormal personality profile including depression stress
Traumatic life events
Hypertension
Nonheadache medications including sex hormones

## جدول ۳

<b>Beta-Adrenergic Blocking Agents</b> Propranolol Propranolol long-acting Nadolol Timolol Metoprolol Pindolol Atenolol	<b>Anticonvulsants</b> Valproate Hydantoin
<b>Antidepressants</b> Tricyclic antidepressants Amitriptyline Doxepin Imipramine Desipramine	<b>Alpha adrenergic Agonist</b> Clonidine
<b>Monoamine oxidase inhibitors</b> Phenelzin Isocarboxazid	
<b>Calcium channel blockers</b> Verapamil Flunarizine Diltiazem Nicardipine Nimodipine	
<b>Serotonin Antagonists</b> Methysergide Cyproheptadine Pizotifen	

## استفاده از رژیم‌های درمانی مناسب

در حدود ۲۰ درصد از بیماران مبتلا، عواملی در رژیم غذایی خود دارند که باعث تشدید حملات سردرد آنان می‌شود. هیپوگلیسمی یا کاهش قند خون هم می‌تواند حملات سردردی را در افرادی که مستعد ابتلا به میگرن هستند، افزایش دهد.

## بررسی روش زندگی

بیماران مبتلا به میگرن اگر روش متداول زندگی خود را تغییر دهند، دچار تشدید سردرد خواهند شد. خواب بیش از حد و یا کمتر از میزان معمول که به آن عادت نداشته باشند، هم ممکن است باعث ایجاد سردرد گردد.

## تغییرات زیاد در زمان بندی فعالیت‌های

روزانه هم باعث تشدید سردرد می‌شود. تمرکز طولانی مدت بر یک موضوع بدون وقفه و استراحت، نور و تهویه نامناسب محل کار هم از عوامل دیگری است که بر ایجاد تشدید سردرد موثر است و باید از آنها دوری کرد.

## فعالیت‌های ورزشی

برای افرادی که دچار سردردهای مزمن عودکننده‌اند، فعالیت‌های ورزشی، به خصوص ورزش‌های بدن سازی سبک توصیه می‌شوند که باید تمرین‌های آن به طور منظم ادامه یابد. فعالیت‌های ورزشی سبب تمدد اعصاب شده، تون سیستم سمپاتیک را کاهش می‌دهد و فشارخون را پایین می‌آورد و سبب کنترل سردرد می‌گردد.

## درمان بیوفیدبک

استفاده از Relaxation exercise و روش‌های بیوفیدبک برای بیماران مبتلا به سردردهای عود کننده بسیار مفید است.

## ■ مشاوره‌های رفتاری و روان درمانی

مشاوره‌های رفتاری و روان درمانی در بعضی بیماران، به ویژه آنهایی که سردردهای مکرر دارند و دچار اضطراب و استرس بیش از حد و افسردگی هستند، لازم است. محیط خانوادگی و دیگر عوامل روانی-اجتماعی ممکن است در تشدید و تسریع سردرد در برخی بیماران مهم باشد. این عوامل باید در مورد هر شخصی به صورت جداگانه شناسایی و به طور اختصاصی مداوا گردد.

## منابع:

1. Manzoni GC, Zanferari C, Verri AP, Granella F, Nappi G. Clinical features of daily chronic headache and its different subtypes. *Cephalalgia*. 1991; 7(suppl 6): 169 - 170.
2. Solomon S, Lipton RE, Newman LC. Clinical features of chronic daily headache. *Headache*. 1992; 32: 325 - 329.
3. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll P, Olesen J. Interrelations between migraine and tension-type headache in the general population. *Arch Neurol*. 1992; 49: 914 - 918.
4. Mathew NT, Kurman R, Perez F. Drug - induced refractory headache: clinical features and management. *Headache*. 1990; 30: 634 - 638.
5. Mathew NT, Sabiha S. Valproate in the treatment of persistent chronic daily headache. An open study. *Headache*. 1991; 31: 71 - 74.

