بررسی شیوع سردرد های حاد و رعدآسا و علل مرتبط با آن در بیمارستان توحید سنندج در سال93 - 92

ابراهیم قادری[1]، پیام خماند[2]، بهروز احسن[3]، آرام حمزه پور[4]

1. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

2. استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (مولف مسوول) ،تلفن ثابت:087-33286112 Paykhon@yahoo.com

3. استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

4. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: 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. این مطالعه با هدف شناخت میزان شیوع سردرد های برق آسا و علل آن در سنندج صورت گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تمامی بیماران با شک به سردرد های حاد و ناگهانی در طی سالهای 1393-1392 که در اورژانس بیمارستان توحید سنندج بستری شده بودند، با روش سرشماری بررسی شدند. پس از جمع‌آوری داده ها از پرونده بیماران و نیز پرسشنامه با استفاده از آمارهای توصیفی، توصیف داده‌ها انجام شد. با استفاده از نرم افزار SPSS و تستهای آماری تی، کای دو، فیشر و رگرسیون لجستیک تحلیل انجام گردید.

یافته‌ها: از نظر محل سردرد، تعداد 43 نفر (36/1%) سردرد در ناحیه فرونتال و 24 نفر (20/2%) سردرد در تمام سر داشتند. تعداد 58 نفر (48/7%) بطورکلی دارای ضایعه فضاگیر مغزی بودند. تعداد 47 (39/5%) نفر دارای سردرد رعدآسا بودند. در کل افراد دارای سردرد شدید، تعداد 30 نفر (25/2%) خونریزی زیر عنکبوتیه (SAH) داشتند که شیوع آن در گروه دارای سردرد رعدآسا بالا بود (57/4%). نتیجه رگرسیون لجستیک نشان داد که شروع سردرد زیر یک هفته شانس داشتن ضایعه مغزی را 11/657 برابر (p=0/027)، تشدید سردرد با سرفه یا عطسه حدود 42 برابر (p=0/006) و عدم وجود سابقه قبلی سردرد نیز شانس داشتن ضایعه را حدود 5/6 برابر بیشتر خواهد کرد (p=0/052).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، شروع سردرد زیر یک هفته و تشدید سردرد با سرفه، عطسه و عدم وجود سابقه قبلی، با شانس بیشتر ضایعه فضاگیرمغزی (منظور: تومور، خونریزی تحت عنکبوتیه و پارانشیمال و...) همراهند. SAH و مننژیت به ترتیب دو علت عمده سردرد رعدآسا بودند. برغم بسیاری مطالعات که میگرن را شایعترین علت سردرد رعدآسا میدانند، در بخش اورژانس خونریزیهای اینتراکرانیال شامل: SAH و ICH، مجموعا علت شایعتری بودند. لذا بیماران با سردرد رعدآسا باید مورد توجه بیشتر برای علت زمینه ای قرار بگیرند.

کلیدواژه‌ها: سردرد رعدآسا، اتیولوژی، سردرد حاد، خونریزی تحت عنکبوتیه، میگرن، خونریزی داخل مغز.

وصول مقاله :93/11/15 اصلاحیه نهایی:94/7/12 پذیرش:94/7/12

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

مقدمه

سردردیکی 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 (1). شیوع سردرد در طول عمر در مردان 93% و در زنان تا 99% گزارش شده است (2). در بررسی دیگری سردرد مزمن روزانه (عصبی) که حداقل 15 روز در طول یک ماه و یا بمدت بیش از 3 ماه تداوم داشته باشد در 4% جمعیت بالغین دیده شده است (3). شیوع انواع سردرد در جوامع مختلف متفاوت است. در جوامع غربی میگرن و سردرد های عصبی (تنشی) شیوع بالاتری دارند در حالی که در جوامع شرقی بخصوص در چین این سردرد ها شیوع کمتری داشته که ممکن است به علت تفاوت های فرهنگی در این جوامع باشد (4). در مسئله تحمل درد و به ویژه سردرد عوامل مختلفی مانند عوامل فرهنگی، نژادی و روانشناختی دخالت دارند (11-5). میزان شیوع و انواع سردرد های اولیه و ثانویه و خصوصیات بالینی آنها توسط انجمن های بین المللی سردرد شرح داده شده است (13و12).

اما در این بین، بعضی از سردرد های حاد مانند سردردهای رعد آسا (Thunderclap headache) جزء موارد اورژانسی محسوب شده و مراجعه به پزشک امری ضروری به نظر می رسد. سردرد رعد آسا سردردی است که شدید و ناگهانی شروع می شود که بین چند ثانیه تا چند دقیقه طول می کشد تا به حداکثر شدت خود برسد و امکان دارد تا چند روز به همین شدت باقی بماند (15و14). این نوع سردرد می تواند نشان دهنده ی تعدادی از مشکلات پزشکی باشد که مهمترین آنها خونریزی زیر عنکبوتیه (subarachnoid hemorrhage) می باشد که بالقوه کشنده است. تحقیقات بیشتر برای شناسایی علل زمینه ای این نوع سردرد ها در حال انجام است (14).

سردرد رعد آسا می تواند توسط تعدادی از علل اولیه از قبیل خونریزی زیر عنکبوتیه (subarachnoid hemorrhage)، ترومبوز سینوس های وریدی مغز (Cerebral venous sinus thrombosis) (1)، دایسکشن(قطع یا پارگی) شریانهای گردنی، فشارخون بالای اورژانسی(Hypertensive emergency)، افت فشار خودبخودی داخل جمجمه (Spontaneous intracranial hypotension)، سکته مغزی (Stroke)، سردردهای میگرنی، سردردهای کلاستر، سردردهای وابسته به فعالیت جنسی (orgasmic headache) و برخی علل نادرتر باشد (23-16).

اطلاعات چندانی در مورد این نوع سردردها و نوع تشخیص آنها در جامعه ما خصوصا در کردستان و شهرستان سنندج وجود ندارد. همچنین مطالعات محدودی در ایران انجام شده است (25و24) لذا به نظر می رسد، آشنایی بیشتر پزشکان معالج با معیار های تشخیصی انجمن های بین المللی سردرد و آشنایی بیشتر با آمارهای علل واقعی سردرد در جامعه ما خصوصا سردردهای حاد که از اورژانسهای نورولوژی هستند، می تواند در تشخیص صحیح علل واقعی سردرد راه گشا باشد (24). بنابراین این طرح با هدف بررسی علل سردردهای حاد از جمله سردردهای رعدآسا در مراجعین به بخش اورژانس توحید سنندج در سال 92- 91 طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد و نمونه گیری به روش سرشماری بود که همه بیماران مبتلا به سردردهای حاد و ناگهانی (رعد آسا) مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان توحید سنندج در مدت یک سال (مهر91-شهریور 92) که حدود 119 نفر بودند در این دوره زمانی مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران توسط پزشکان یا مراجعه مستقیم خود بیماران ابتدا توسط پزشک اورژانس تحت بررسی اولیه قرار گرفتند و از آنها شرح حال لازم اخذ گردید و سردردهای حاد که اخیرا شروع و یا سردردهای رعدآسا که ظرف چند ثانیه تا چند دقیقه شروع و به اوج خود رسیدند، جزء مطالعه قرار گرفتند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

در بدو مراجعه، پس از مراجعه اولیه به پرونده بیماران در اورژانس، برای این بیماران پرسشنامه ای تکمیل گردید که در آن اطلاعات دموگرافیک، متغیرهای مختلف مثل: محل سردرد، کیفی (داشتن یا نداشتن سردرد رعدآسا)، زمینه ای، و... برطبق پرسشنامه و همچنین علایم و نشانه های بیماری ثبت می شد. سپس در بخش اورژانس بستری و درمانهای لازم اولیه انجام شد. نهایتا" بیمار توسط یک نفر نورولوژیست بررسی شد. روشهای بررسی شامل: اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی، Neuro Imaging (شامل Brain CT scan و Brain MRI, MRV) و در صورت لزوم انجام L.P بود. نتایج همه تستها در پرسشنامه فرد درج گردید. اتیولوژی بیماری بر اساس نظر نورولوژیست و گزارش رادیولوژیست و بر اساس بررسی های انجام شده مشخص شد. تشخیص مننژیت بر اساس معیارهای بالینی و L.P بود. در موارد عدم رضایت و یا عدم امکان L.P تشخیص براساس بالین و مشاوره عفونی انجام شد.

داده های تحقیق وارد نرم افزار spss نسخه 20 شد. سپس فراوانیها و درصدها و همچنین میانگین ها و انحراف معیارها محاسبه شدند. برای بررسی رابطه بین متغیرهای کیفی مطالعه با یافتن اتیولوژی بیماری از تست کای دو و فیشر استفاده شد. همچنین برای بررسی تفاوت میانگین های متغیرهای کمی در دو گروه دارای اتیولوژی مشخص با بیماران ایدیوپاتیک از تست تی مستقل استفاده شد. در نهایت از تحلیل با رگرسیون لجستیک برای تعیین فاکتورهای پیش بینی کننده داشتن اتیولوژی مشخص برای بیماری، استفاده شد.

یافته ها

ویژگی های دموگرافیک و تشخیص نهایی بیماری در جداول 2و1 ارائه شده اند. تعداد 119 بیمار با میانگین سنی 43±2/12 سال بررسی شدند که تعداد 68 نفر (57/1%) مرد بودند. شایعترین نوع سردرد حاد از نظر زمان شروع، سردردهای با شروع کمتر از یک هفته بود که تعداد 86 نفر (72/2%) را شامل شد. از نظر نحوه شروع سردرد ، تعداد 47 نفر (39/5%) دارای سردرد رعدآسا بودند تعداد 60 نفر (50/4%) دارای سردرد دو طرفه بودند. همچنین تعداد 23 نفر (19/3%) دارای سابقه قبلی سردرد و تعداد 6 نفر (5%) سابقه خانوادگی تومور مغزی داشتند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

جدول1) توزیع فراوانی متغیرهای مختلف در افراد مورد مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
شغل	خانه دار	32	26/9
	بیکار	1	0/8
	دانشجو	16	13/4
	آزاد	45	37/8
	کارمند	25	21
	مجموع	119	100
محل اصلی سردرد	تمام سر	24	20/2
	فرونتال	43	36/1
	تمپورال	22	18/5
	اکسی پیتال	23	19/3
	گونه ها و بالای چشم ها	4	3/4
	فرونتال- اکسی پیتال	1	0/8
	تمپورال - اکسی پیتال	2	1/7
	مجموع	119	100
فعالیت تشدید کننده	بدون فعالیت	3	2/5
	فعالیت کاری	71	59/7
	مسائل روحی و هیجانات	13	10/9
	علل دیگر	32	26/9
	مجموع	119	100
سابقه عمل جراحی	سابقه بیهوشی نخاعی	1	0/8
	LP قبلی	7	5/9
	سایر	3	2/5
	مجموع	11	9/2
	هیچکدام	108	90/8
سابقه مصرف دارو	بله	75	63
اقدامات پاراکلینیکی	سی تی اسکن مغز	107	89/9
	بدون بررسی تشخیصی	12	10/1
	LP(علاوه برسی تی اسکن)	7	5/9
	MRIوMRV(علاوه برسی تی اسکن	5	4/2
	مجموع (توضیح:بیماران با انجام MRI,LP عملا مواردی بودند که قبل از آن تحت سی تی اسکن قرارگرفته بودند وبررسی تکمیلی برایشان انجام شد)	107/119	89/9/ 100%

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

جدول 2) توزیع فراوانی تشخیص نهایی بیماری در افراد مورد مطالعه

تشخیص نهایی	سردرد غیر رعدآسا	سردرد رعدآسا	فراوانی کل	درصد از کل
میگرن	12 (%16/7)	3 (%6/4)	15	12/6
خونریزی زیر عنکبوتیه	3 (%4/2)	27 (%57/4)	30	25/2
سینوزیت حاد	2 (%2/8)	1 (%2/1)	3	2/5
مننژیت	2 (%2/8)	5 (%10/6)	7	5/9
تومور	8 (%11/1)	3 (%6/4)	11	9/2
TIA(Transient Ischemic Attack)	1 (%1/4)	1 (%2/1)	2	1/7
گلوکوم حاد	2 (%2/8)	0	2	1/7
فشارخون بالای اورژانسی	12 (%16/7)	0	12	10/1
خونریزی داخل مغزی	13 (%18/1)	2 (%4/3)	15	12/6
سردرد بعد ازLP	1 (%1/4)	2 (%4/3)	3	2/5
سردرد بعد از تشنج	8 (%11/1)	0	8	6/7
سردرد تنشی	8 (%11/1)	1	9	7/6
ترومبوز سینوس وریدی	0	2 (%4/3)	2	1/7

از نظر محل سردرد، تعداد 43 نفر (36/1%) سردرد در ناحیه فرونتال و 24 نفر (20/2%) سردرد در تمام سر داشتند. تعداد 71 نفر (59/7%) با فعالیت کاری سردردشان افزایش یافته بود. در 107 نفر (89/9%) سی تی اسکن مغز انجام شده بود. در کل افراد دارای سردرد شدید، تعداد 30 نفر (25/2%) خونریزی زیر عنکبوتیه داشتند که شیوع آن در گروه دارای سردرد رعدآسا بسیار بالا بود (57/4%). همچنین فراوانی مننژیت نیز در گروه دارای سردرد رعدآسا بیشتر بود (جدول 2). میانگین سن بیماران مبتلا به سردرد رعدآسا 39/7±8/2 سال و افراد مبتلا به سردرد غیر رعدآسا 45/2±13/8 سال بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری داشتند (p=0/008).

تعداد 58 نفر (48/7%) بطورکلی دارای ضایعه فضاگیر مغزی (شامل: تومور، خونریزی تحت عنکبوتیه، خونریزی پارانشیمال و...) بودند. بین وجود ضایعه فضاگیر با جنس (p=0/57)، محل سکونت (p=1) و شکل سردرد (p=0/57) رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد. ولی رابطه معنی دار آماری بین وجود ضایعه فضاگیر با مدت زمان سردرد (p=0/002)، نحوه شروع سردرد (p=0/004)، سابقه سردرد (p=0/0001)، سابقه خانوادگی تومور مغزی (p=0/01)، بدتر شدن سردرد هنگام سرفه یا عطسه یا تغییر وضعیت سر (p=0/04) و سن (p=0/008) مشاهده شد. همچنین 33 نفر (70/2%) از مبتلایان به سردرد رعدآسا دارای ضایعه فضاگیر بودند و این ضایعات در افراد غیر مبتلا به سردرد رعدآسا در 25 مورد (34/7%) مشاهده شد (p < 0/001) (جدول 3).

نتیجه رگرسیون لجستیک با کنترل سن و ناگهانی بودن سردرد، نشان داد که شروع سردرد زیر یک هفته شانس داشتن ضایعه را 11/657 برابر (p=0/027) و تشدید سردرد با سرفه یا عطسه شانس داشتن ضایعه را حدود 42 برابر (p=0/006) بیشتر میکند. همچنین عدم وجود سابقه قبلی سردرد نیز شانس داشتن ضایعه را حدود 5/6 برابر بیشتر خواهد کرد (p=0/052) (جدول 4).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

جدول 3) مقایسه ضایعه فضاگیر بر حسب متغیرهای مهم مورد مطالعه

	متغیر	ضایعه فضاگیر		جمع	سطح معنی داری
		ندارد	دارد		
جنسیت	مرد	33(%54/1)	35(%60/3)	68	0/57
	زن	28(%45/9)	23(%39/7)	51	
محل سکونت	شهر	55(%90/2)	53(%91/4)	108	1
	روستا	6(%9/8)	5(%8/6)	11	
مدت زمان سردرد	چند ساعت تا کمتر از یک هفته	35(%57/4)	51(%87/9)	86	0/002
	یک ماه اخیر	19(%31/1)	4(%6/9)	23	
	6 ماه اخیر یا بیشتر	7(%11/5)	3(%5/2)	10	
نحوه شروع سردرد	سریع (در حد چند ساعت)	21(%34/4)	14(%24/1)	35	0/004
	تدریجی (در حد روز)	26(%42/6)	11(%19)	37	
	ناگهانی (در حد دقیقه)	14(%23)	33(%56/9)	47	
شکل سردرد	یک طرفه	21(%34/4)	19(%32/8)	40	0/85
	دوطرفه	30(%49/2)	30(%51/7)	60	
	ضرباندار	7(%11/5)	5(%8/6)	12	
	ثابت	3(%4/9)	4(%6/9)	7	
سابقه سردرد	بله	21(%34/4)	2(%3/4)	23	0/0001
	خیر	40(%65/6)	56(%96/6)	96	
سابقه خانوادگی تومور مغزی	بله	0	6(%10/3)	6	0/01
	خیر	61(%100)	52(%89/7)	113	
بدتر شدن سردرد هنگام سرفه یا عطسه یا تغییر وضعیت سر	بله	2(%3/3)	8(%13/8)	10	0/04
	خیر	59(%96/7)	50(%86/2)	109	
سن	کمتر از 40 سال	42(%68/9)	26(%44/8)	68	0/008
	مساوی و بیشتر از 40 سال	19(%31/1)	32(%55/2)	51	
نوع سردرد از نظر رعدآسا بودن	بله	14(%29/8)	33(%70/2)	47	< 0/001
	خیر	47(%65/3)	25(%34/7)	72	

جدول 4): بررسی ارتباط متغیرهای مختلف با داشتن ضایعه در مغز

متغیر	ضریب بتا	خطای استاندارد	مقدار Wald	درجه آزادی	سطح معنی داری	نسبت شانس	حدود اطمینان 95% نسبت شانس	
							حد پایین	حدبالا
گروه سنی (بزرگتر از 40 سال)	0/640	0/468	1/870	1	0/172	1/9	0/758	4/741
مدت شروع سردرد (یک هفته و کمتر)	2/456	1/109	4/907	1	0/027	11/657	1/327	102/403
نوع سردرد (ناگهانی)	0/710	0/704	1/015	1	0/314	2/033	0/511	8/088
عدم وجود سابقه سردرد مشابه	1/730	0/890	3/778	1	0/052	5/639	0/986	32/256
تشدید سردرد با سرفه و عطسه	3/751	1/364	7/562	1	0/006	42/564	2/937	616/767

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، سردرد حاد در چند ساعت تا کمتر از یک هفته، سردرد ناگهانی در حد دقیقه، نداشتن سابقه قبلی چنین سردردهای شدید، سابقه خانوادگی تومور مغزی، بدتر شدن سردرد با سرفه یا عطسه و سن مساوی و بیشتر از 40 سال میتواند نشانگر خوبی برای غربالگر از نظر وجود ضایعه فضاگیر مغزی باشد، ولی فقط شروع سردرد زیر یک هفته و تشدید سردرد با سرفه یا عطسه و عدم وجود سابقه قبلی چنین سردردی، با شانس بیشتر ضایعه فضاگیر همراه هستند. همچنین SAH، مننژیت و میگرن به ترتیب سه علت عمده سردرد رعدآسا بودند. SAH ، ICH و میگرن به ترتیب سه علت عمده سردرد در بیماران مراجعه کننده به اورژانس بودند.

سردرد رعد آسا می تواند توسط تعدادی از علل اولیه از قبیل خونریزی زیر عنکبوتیه (subarachnoid hemorrhage) با شیوع 25-15% (1)، ترومبوز سینوس های وریدی مغز (Cerebral venous sinus thrombosis) با شیوع 10/2%، دایسکشن (قطع یا پارگی) شریانهای گردنی، فشارخون بالای اورژانسی (Hypertensive emergency)، افت فشار خودبخودی داخل جمجمه (Spontaneous intracranial hypotension)، سکته مغزی (Stroke) و سایر علل کمتر شایع از جمله Reversible Cerebral Vasoconstrictive Syndrom، ایجاد میشود (23-16).

در مطالعه ویجدیکز (WIJDICKS) و همکاران تاکید شده معمولا سردرد رعدآسا ماهیت خوش خیم دارد و در 71 بیمار مبتلا طی 3 سال هیچ ضایعه جدی عروقی یافت نشد و به همین دلیل این فرمهای ایدیوپاتیک شکلی از میگرن تلقی میشوند (18). در یک مطالعه به صورت گذشته نگر، در 7 بیمار از 111 بیمار با علامت آنوریسم کیسه ای پاره نشده، شواهدی از سردرد رعد آسا را گزارش داده بودند (16). در یک مطالعه گذشته نگر دیگری 562 بیمار با ارائه سردردهای شدید و ناگهانی مراجعه کرده بودند که سی تی اسکن (CT) و CSF آنها نرمال بود. آنوریسم مغزی در 52 بیمار (9/3%) یافت شد. در 46 بیمار که تحت جراحی قرار گرفته بودند 8 بیمار (1/4%) نشت جزئی (minor leak) داشتند (17). در یک مطالعه آینده نگر، 71 بیمار با سردرد رعد آسا و CT منفی و آزمایشCSF منفی به مدت 3/5 سال مورد بررسی و پیگیری قرار گرفتند. هیچکدام از بیماران خونریزی ساب آراکنوئید را در طول پیگیری نداشتند اگر چه 27% از این بیماران سردردهای مشابهی را قبل و یا بعد از رویداد اول تجربه کرده بودند (18). بطور مشابه در سایر مطالعات نیز، سردرد رعد آسای عود کننده را در 44-8% از بیماران بعد از اولین مراجعه گزارش کرده بودند (22-19). این نشان می دهد سردرد رعد آسا ممکن است منحصر به فرد و یا عود کننده باشد. در مطالعه ای دیگر که بر روی 28 بیمار با افت فشار داخل جمجمه ای خودبخود (SIH) ثانویه به نشت CSF از ستون فقرات انجام شد دریافتند که 4 بیمار از 28 بیمار (14%) با سردرد رعد آسا مراجعه کرده بودند (23).

در این مطالعه که بر روی 119 فرد مراجعه کننده به اورژانس توحید به علت سردردهای رعدآسا انجام شد متغیرها از لحاظ سن، جنسیت، محل سکونت و طول مدت سردرد با وجود ضایعه مغزی مقایسه شدند و بر اساس نتایج تفاوت معنی دار آماری در این مقایسه ها مشاهده شد.

در مطالعه ما میانگین سن 43±12/2 سال بود. در صورتی که در مطالعه انجام شده توسط رزازیان و همکاران در کرمانشاه 50/7±19/8 سال، در مطالعه قربانی وهمکاران و در مطالعه Schievink WI و همکاران محدوده سنی 45-24 سال بود (26و25و23). در مطالعه ما 55/2% از افرادی دارای ضایعه فضاگیر سن 40 سال و بیشتر داشتند در صورتی که این گروه سنی (سن 40 سال و بالاتر) 31% از افراد بدون ضایعه را تشکیل میداد (P=0/008). در سایر مطالعات به این موضوع اشاره ای نشده و تفاوت سنی ارزیابی نشده بود که

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

این یافته میتواند نشاندهنده اهمیت سردرد رعد آسا در سنین بالای 40 سال باشد.

در مطالعه ما بین افرادی که شروع سردرد آنها طی یک هفته اخیر و افرادی که 6 ماه اخیر و بیشتر بوده است از لحاظ ضایعه فضاگیر ارتباط معنادار آماری دیده شد و با توجه به اینکه سردرد با شروع ناگهانی یکی از حالاتی است که گاهی نشاندهنده یک هموراژی ساب آراکنوئید تهدیدکننده حیات است، اما در سایر مطالعات به مدت زمان شروع سردرد اشاره نشده بود و این نکته نیز یک یافته جدید است.

در مطالعه ما بیشتر افراد مرد (57/1 درصد) بودند در حالی که در مطالعه Lanltblom این نسبت 1/12 به 1، و در مطالعه استفان (Stefan)، 1/9 به 1 بود و در مطالعه رزازیان 58/3 درصد زن و 41/7 درصد مرد بودند (25و22). بین مطالعات مختلف تفاوتهایی در جنسیت وجود دارد ولی میتواند ناشی از تفاوت در مراجعه افراد باشد. بررسی ارتباط بین جنسیت و ضایعه مغزی نیاز به انجام مطالعات کوهورت دارد.

در مطالعه کنونی بیشترین اقدام پاراکلینیکی انجام شده برای بیماران Brain CT (89/9 درصد) بوده است که تاحدودی با اقدام پاراکلینیکی انجام شده در مطالعه رزازیان در کرمانشاه نزدیکی داشته است که در آن مطالعه هم برای 95/8 درصد بیماران سی تی اسکن انجام شده بود (25).

در این مطالعه تشخیص نهایی در 25/2 درصد افراد SAH و 12/6 درصد میگرن بود و این نتیجه مشابه نتیجه مطالعه رزازیان بود که در مطالعه آنها برای 14/6 درصد بیماران تشخیص میگرن داده شد و همگی سابقه قبلی از میگرن داشته اند. در مقالات به این نکته اشاره شده است که crash migraine در بیماران با سابقه میگرن وجود دارد که خود در بردارنده یک شباهت قابل توجه با سردرد تاندرکلاپ ایدیوپاتیک است. لذا با توجه به شباهت بسیار زیاد این دو وضعیت ممکن است میگرن در این بیماران همان سردرد تاندرکلاپ اولیه باشد (25و18). در این مطالعه همچنین 7/6 درصد سردرد تنشی، 6/7 درصد سردرد بعد از تشنج داشتند که این مطلب با مطالعه لانلتبلوم (Lanltblom) و مطالعه انجام شده توسط رزازیان و همکاران در کرمانشاه تا حدودی همخوانی دارد (25و22).

در این مطالعه بیشتر افراد شروع سردرد به صورت ناگهانی (39/5 درصد) داشتند. در حالی که در مطالعه انجام شده توسط Linn وWijdicks برخی از بیماران دارای حملات سردرد رعدآسای عودکننده بودند (21و12). در مطالعه ما تعداد 27 نفر از افراد دارای سردرد رعدآسا (57/4%) SAH داشتند در حالیکه در مطالعات دیگر شیوع خونریزی ساب آراکنویید بعنوان علت سردرد تاندرکلاپ در ده تا شصت درصد بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بوده است (27و26).

ترومبوز سینوس ورید مغزی به عنوان علت اصلی سردرد تاندرکلاپ با شیوع 1/7 درصد در مطالعه ما بدست آمد. در مطالعات دیگر چنین درصد شیوعی را گزارش نکرده اند و در مطالعه لانلتبلوم (Lanltblom) ترومبوز سینوس وریدی و ادم مغزی 0/7 درصد بود (22).

هرچند بسیاری معتقدند سردردهای رعدآسا معمولا خوش خیم هستند و سردردهای میگرنی معمولا شایعترین علت این نوع از سردردها محسوب می شوند (18)، اما در بیماران مورد مطالعه ما در اورژانس، شایعترین علت سردردهای رعدآسا خونریزی تحت عنکبوتیه (SAH) بود. خونریزی داخل مغزی (ICH) و میگرن در رتبه دوم بودند. لذا برخلاف تصور که میگرن بطور کلی علت شایعی برای سردرد رعدآسا است اما ICH, SAH باهم علل شایعتر و در ضمن مهمتری برای این نوع سردرد دست کم در مراجعین اورژانس باید تلقی شوند.

ضمنا با توجه به اینکه 38% بیماران سابقه فشارخون بالا داشته اند و نسبت بالای 57% جنس مذکر نسبت مونث احتمالا توجیه کننده نسبت بالای ضایعات مغزی مثل ICHو SAH به میگرن در مقایسه با سایر مطالعات و نیز در مراجعین اورژانس باشد. همچنین سردردهای ناشی از سینوزیت،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

تومور، سردرد بعد LP و مننژیت و سردرد تنشی از نادر مواردی بودند که بصورت سردرد رعدآسا تظاهر کردند و این مطالعه تاکید دارد موارد فوق ممکن است در نزد درمانگران اورژانس فراموش شود و لازم به تاکید است که این موارد در تشخیص افتراقی ها مورد توجه قرار گیرد. ضمنا شروع سردرد زیر یک هفته، شانس داشتن ضایعه مغزی را 11/6 برابر و تشدید سردرد با سرفه یا عطسه شانس داشتن ضایعه را حدود 42 برابر بیشتر میکند. همچنین عدم وجود سابقه قبلی سردرد نیز شانس داشتن ضایعه را حدود 5/6 برابر بیشتر خواهد کرد ولی تکرار سردرد رعد آسای مشابه، موید خوش خیم بودن خواهد بود.

از طرفی برای تشخیص بعضی موارد مثل سایر علل کمتر شایع از جمله Reversible Cerebral Vasoconstrictive Syndrom، نیاز به آنژیوگرافی بود که جزء محدودیت کار ما بود. در پایان لازم بذکر است در آخرین مطالعه سیستماتیک انجام شده در خصوص علل سردردهای حاد و ناگهانی (سردردهای رعدآسا)، 119 علت را بعنوان عامل ایجاد مطرح که 46 مورد از آنها در مقالات مروری آکادمیک به آنها اشاره نمی شود (28).

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این مطالعه، شروع سردرد زیر یک هفته و تشدید سردرد با سرفه، عطسه و عدم وجود سابقه قبلی چنین سردردی، با شانس بیشتر ضایعه فضاگیر همراهند. ضمنا شانس همراهی ضایعه فضاگیر برای افراد بالای 40 سال در صورت داشتن سردرد رعدآسا بالا خواهد بود. SAH، مننژیت و میگرن به ترتیب سه علت عمده سردرد رعدآسا بودند. برغم بسیاری مطالعات که میگرن را شایعترین علت سردرد رعدآسا میدانند، در بخش اورژانس خونریزیهای اینتراکرانیال شامل: SAH و ICH، علت شایعتری بودند. لذا بیماران با سردرد رعد آسا باید مورد توجه بیشتری برای علت زمینه ای قرار بگیرند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از بیماران، پرسنل محترم اورژانس و بخش بایگانی بیمارستان توحید سنندج کمال تشکر را دارند. ضمنا این مقاله منتج از پایان نامه آقای دکتر آرام حمزه پور می باشد.

References:

1. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-typeheadache. JAMA 1998; 279:381-3.
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: 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: 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: 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: 433-9.
6. Gupta VK. Chronic daily headache with analgesic overuse: Epidemiology and impact on quality of life. Neurology 2004; 63: 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: 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: 149-56.
9. Kaniecki RG. Migraine and tension-type headache. An assessment of challenges in diagnosis. Neurology 2002; 58: S15–20.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]

10. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache are separate disorders. Cephalalgia 1996; 16: 217–20. discussion 223.
11. Leston JA. Migraine and tension-type headache are not separate disorders. Cephalalgia 1996; 16: 220–2.
12. Headache classification committee of the international headache society. Classification of headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8: 1–96.
13. Olesen J, Bousser M, Diener H. The international classification of headache disorders. Cephalalgia 2004; 24 : 1-160.
14. Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache.The Lancet Neurology 2006; 5 : 621–31.
15. Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. Ann Emerg Med 2008; 52: 407–36.
16. Raps EC, Rogers JD, Galetta SL,Solomon R.A, Lennihan L, Klebanoff M, Fink E, et al. The clinical spectrum of unruptured intracranial aneurysms. Arch Neurol 1993; 50:265–8.
17. Takeuchi T, Kasahara E, Iwasaki M, Higuchi M,; Kojima S. Necessity for searching for cerebral aneurysm in thunderclap headache patients who show no evidence of subarachnoid hemorrhage: Investigation of eight minor leak cases on operation. No Shinkei Geka 1996; 24:437–41. (In Japanese)
18. Wijdicks EFM, Kerkhoff H, Van Gijn. Long term follow up of 71 patients with thunderclap headache mimicking subarachnoid hemorrhage. Lancet 1988; 2:68-70
19. Harling DW, Peatfield RC, Van Hille PT, Abbott R.J. Thunderclap headache: is it migraine? Cephalalgia 1989;9:87 –90.
20. Markus HS. A prospective follow up of thunderclap headache mimicking subarachnoid hemorrhage. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1991; 54: 1117–1118
21. Linn FHH, Rinkel GJE, Algra A, Van Gijn. Follow up of idiopathic thunderclap headache in general practice. J Neurol 1999; 246:946–8.
22. Landtblom AM, Boivie J, Fridriksson S, Hillman J,Johansson G,Johansson I, et al. Thunderclap headache: final results from a prospective study of consecutive cases. Acta Neurol Scand 1996;167:23–4.
23. Schievink WI, Wijdicks EFM, Meyer FM, Eelco F.M,Fredric B, S, Volker K.H,et al. Spontaneous intracranial hypotension mimicking aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Neurosurgery 2001; 48:513–17.
24. Ahmadi ahangar A,Hoseini S R.Clinical features & etiologies of headache in patients referring to neurology clinic of Babol. Journal of Babol University of Medical sciences, 2006; 8,7:37-42
25. Razazian N, Baziar M, Tavakolian M, BahramiGhiasabadi S, Hadadian M. Descriptive investigation of causes of thunderclap headache in patients at Imam-Reza Hospital in Kermanshah from 2009 to 2011. Sci J Kurd Univ Med Sci 2013; 18:106-113.
26. Ghorbani A, Shishegar M, Tavoosi A, Rezaei Jouzadani S. Distributive frequency of thunderclap headache causes based on history taking, physical examination, brain CT scan, Lumbar Puncture, MRA, MRI and cerebral angiography. Journal of Research in Medical Sciences. jun.2014;19:85-90
27. Dodick DW.Thunder clap headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 72:6-11
28. Emma Devenney, Hazel Nazel Neale, Raebrum B Forbes. A systematic review of causes of sudden and severe headache (thunderclap headache).The Journal of Headache and Pain 2014; 15:49.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-14]

[DOI: 10.22102/20.5.11]