

بررسی شیوع سردرد های حاد و رعدآسا و علل مرتبط با آن در بیمارستان توحید

سنندج در سال 92-93

ابراهیم قادری¹، پیام خماند²، بهروز احسن³، آرام حمزه پور⁴

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. (مؤلف 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 1392-1393 که در اورژانس بیمارستان توحید سنندج بستری شده بودند، با روش سرشماری بررسی شدند. پس از جمع آوری داده ها از پرونده بیماران و نیز پرسشنامه با استفاده از آمارهای توصیفی، توصیف داده ها انجام شد. با استفاده از نرم افزار SPSS و تستهای آماری تی، کای دو، فیشر و رگرسیون لجستیک تحلیل انجام گردید.

یافته ها: 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%) بطور کلی دارای ضایعه فضاگیر مغزی بودند. تعداد 47 نفر (39/5%) 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 ($p=0/052$).

نتیجه گیری: طبق نتایج این مطالعه، شروع سردرد زیر یک هفته و تشدید سردرد با سرفه، عطسه و عدم وجود سابقه قبلی، با شانس بیشتر ضایعه فضاگیر مغزی (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 اینتراکرانیاال شامل: SAH و ICH، مجموعاً علت شایعتری بودند. لذا بیماران با سردرد رعدآسا باید مورد توجه بیشتر برای علت زمینه ای قرار بگیرند.

کلیدواژه ها: 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

مقدمه

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 (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 (13 و 12).

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 (15 و 14). این نوع سردرد می تواند نشان دهنده ی تعدادی از مشکلات پزشکی باشد که مهمترین آنها خونریزی زیر عنكبوتیه (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 عنكبوتیه (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)، سکتة 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 (25 و 24) لذا به نظر می رسد، آشنایی بیشتر پزشکان معالج با معیارهای 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 رعد آسا 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 (مهر 91- 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 رعد آسا که ظرف چند ثانیه تا چند دقیقه شروع و به اوج خود رسیدند، جزء مطالعه قرار گرفتند.

شد. همچنين براي بررسي تفاوت ميانگين هاي متغيرهاي كمي در دو گروه داراي اتيوولوژي مشخص با بيماران ايديوپاتيک از تست تي مستقل استفاده شد. در نهايت از تحليل با رگرسيون لجستيك براي تعيين فاکتورهاي پيش بيني کننده داشتن اتيوولوژي مشخص براي بيماري، استفاده شد.

يافته ها

ويژگي هاي دموگرافيك و تشخيص نهايي بيماري در جداول 1 و 2 ارائه شده اند. تعداد 119 بيمار با ميانگين سني $43 \pm 2/12$ سال بررسي شدند كه تعداد 68 نفر (57/1%) مرد بودند. شايعترين نوع سردرد حاد از نظر زمان شروع، سردردهاي با شروع كمتر از يك هفته بود كه تعداد 86 نفر (72/2%) را شامل شد. از نظر نحوه شروع سردرد، تعداد 47 نفر (39/5%) داراي سردرد رعدآسا بودند. تعداد 60 نفر (50/4%) داراي سردرد دو طرفه بودند. همچنين تعداد 23 نفر (19/3%) داراي سابقه قبلي سردرد و تعداد 6 نفر (5%) سابقه خانوادگي تومور مغزي داشتند.

در بدو مراجعه، پس از مراجعه اوليه به پرونده بيماران در اورژانس، براي اين بيماران پرسشنامه اي تكميل گرديد كه در آن اطلاعات دموگرافيك، متغيرهاي مختلف مثل: محل سردرد، كيفي (داشتن يا نداشتن سردرد رعدآسا)، زمينه اي، و... برطبق پرسشنامه و همچنين علايم و نشانه هاي بيماري ثبت مي شد. سپس در بخش اورژانس بستري و درمانهاي لازم اوليه انجام شد. نهايتاً بيمار توسط يك نفر نورولوژيست بررسي شد. روشهاي بررسي شامل: اخذ شرح حال، معاينه فيزيكي، Neuro Imaging (شامل Brain CT scan و Brain MRI, MRV) و در صورت لزوم انجام L.P بود. نتايج همه تستها در پرسشنامه فرد درج گرديد. اتيوولوژي بيماري بر اساس نظر نورولوژيست و گزارش راديولوژيست و بر اساس بررسي هاي انجام شده مشخص شد. تشخيص مننژيت بر اساس معيارهاي باليني و L.P بود. در موارد عدم رضاييت و يا عدم امكان L.P تشخيص براساس بالين و مشاوره عفوني انجام شد.

داده هاي تحقيق وارد نرم افزار SPSS نسخه 20 شد. سپس فراوانيها و درصدها و همچنين ميانگين ها و انحراف معيارها محاسبه شدند. براي بررسي رابطه بين متغيرهاي كيفي مطالعه با يافتن اتيوولوژي بيماري از تست كاي دو و فيشر استفاده

جدول 1) 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 |
| | تمام سر | 24 | 20/2 |
| محل اصلی سردرد | 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 |
| | بدون فعالیت | 3 | 2/5 |
| | فعالیت کاری | 71 | 59/7 |
| | مسائل روحی و هیجانات | 13 | 10/9 |
| فعالیت تشدید کننده | علل دیگر | 32 | 26/9 |
| | مجموع | 119 | 100 |
| | 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 |
| | سی تی اسکن مغز | 107 | 89/9 |
| | بدون بررسی تشخیصی | 12 | 10/1 |
| | LP(علاوه بررسی تی اسکن) | 7 | 5/9 |
| اقدامات پاراکلینیکی | MRI و MRV(علاوه بررسی تی اسکن) | 5 | 4/2 |
| | مجموع | 107/119 | 89/9/ 100% |
| | (توضیح: بیماران با انجام MRI, LP عملا مواردی بودند که قبل از آن تحت سی تی اسکن قرار گرفته بودند و بررسی تکمیلی برایشان انجام شد) | | |

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 |
| (Ischemic Attack) Transient TIA | 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 از LP | 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 |

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).

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 $39/7 \pm 8/2$ سال و افراد مبتلا به سردرد غیر رعدآسا $45/2 \pm 13/8$ 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 ($p=0/57$)

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) | 68 | 0/57 |
| | زن | 28(45/9) | 51 | |
| محل سکونت | شهر | 55(90/2) | 108 | 1 |
| | روستا | 6(9/8) | 11 | |
| مدت زمان سردرد | چند ساعت تا کمتر از یک هفته | 35(57/4) | 86 | 0/002 |
| | یک ماه اخیر | 19(31/1) | 23 | |
| | 6 ماه اخیر یا بیشتر | 7(11/5) | 10 | |
| نحوه شروع سردرد | سریع (در حد چند ساعت) | 21(34/4) | 35 | 0/004 |
| | تدریجی (در حد روز) | 26(42/6) | 37 | |
| | ناگهانی (در حد دقیقه) | 14(23) | 47 | |
| شکل سردرد | یک طرفه | 21(34/4) | 40 | 0/85 |
| | دوطرفه | 30(49/2) | 60 | |
| | ضرباندار | 7(11/5) | 12 | |
| | ثابت | 3(4/9) | 7 | |
| سابقه سردرد | بله | 21(34/4) | 23 | 0/0001 |
| | خیر | 40(65/6) | 96 | |
| سابقه خانوادگی تومور مغزی | بله | 0 | 6 | 0/01 |
| | خیر | 61(100) | 113 | |
| بدتر شدن سردرد هنگام سرفه یا عطسه یا تغییر وضعیت سر | بله | 2(3/3) | 10 | 0/04 |
| | خیر | 59(96/7) | 109 | |
| سن | کمتر از 40 سال | 42(68/9) | 68 | 0/008 |
| | مساوی و بیشتر از 40 سال | 19(31/1) | 51 | |
| نوع سردرد از نظر رعدآسا بودن | بله | 14(29/8) | 47 | < 0/001 |
| | خیر | 47(65/3) | 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 / حد بالا |
| 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 |

بحث

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 آزمایش CSF 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 (19-22). 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 رعد آسا 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 $43 \pm 12/2$ سال بود. در صورتی که در مطالعه انجام شده توسط رزازیان و همکاران در کرمانشاه $50/7 \pm 19/8$ سال، در مطالعه قربانی و همکاران و در مطالعه Schievink WI و همکاران محدوده سنی 24-45 سال بود (26 و 25 و 23). 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

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، منژیت و میگرن به ترتیب سه علت عمده سردرد رعد آسا 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 عنكبوتیه (subarachnoid hemorrhage) با شیوع 15-25% (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 (16-23).

در مطالعه ویجدیگر (WIJICKS) و همکاران تاکید شده معمولا سردرد رعد آسا 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

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 همورژی 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 (22 و 25). 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 تا حدودی 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 (18 و 25). 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 (22 و 25). در این مطالعه بیشتر افراد شروع سردرد به صورت ناگهانی (39/5 درصد) داشتند. در حالی که در مطالعه انجام شده توسط Linn و Wijdicks برخی از بیماران دارای حملات سردرد رعدآسای عودکننده بودند (21 و 12). در مطالعه ما تعداد 27 نفر از افراد دارای سردرد رعدآسا (57/4%) SAH داشتند در حالیکه در مطالعات دیگر شیوع خونریزی ساب آراکنوئید بعنوان علت سردرد تاندرکلاپ در ده تا شصت درصد بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بوده است (26 و 27).

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 ICH و SAH به میگرن در مقایسه با سایر مطالعات و نیز در مراجعین اورژانس باشد. همچنین سردردهای ناشی از سینوزیت،

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. ضمناً 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 اینتراکرانیا ل 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 سندیج کمال تشکر را دارند. ضمناً این مقاله منتج از پایان نامه آقای دکتر آرام حمزه پور می باشد.

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. ضمناً 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).

References:

- Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998; 279:381-3.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Gupta VK. Chronic daily headache with analgesic overuse: Epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004; 63: 1341.
- 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.
- 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.
- Kaniecki RG. Migraine and tension-type headache. An assessment of challenges in diagnosis. *Neurology* 2002; 58: S15-20.

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, Boussier 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.