

## میگرن شایع: سردرد با منشأ عروقی یا عضلانی

- دکتر شهین جعفری
- دکتر رامین حکیمی

### چکیده

دردهای میگرنی از شایع ترین انواع سردرد می باشد که به دو گروه اصلی میگرن کلاسیک و میگرن شایع تقسیم بندی می شود. این دو گروه با توجه به وجود علائم نرولوژیک پیش آگهی دهنده (Aura) در میگرن کلاسیک و عدم وجود آن در میگرن عمومی از یکدیگر تشخیص داده می شوند.

هرچند که منشأ اصلی ایجاد آن را وضعیت ناپایدار عروق اطراف جمجمه (Pericranial) در زمان بروز حمله میگرن می دانند ولی مطالعات اخیر تأثیر بسیار خوب درمان اختلالات مفصلی - عضلانی دستگاه جوته در بهبودی مبتلایان به میگرن شایع را نشان داده است که این خود نشان دهنده دخالت عوامل عضلانی در ایجاد میگرن شایع می باشد. به همین دلیل بررسی کامل دستگاه جوته و برطرف کردن مشکلات فکی عضلانی به عنوان روش درمانی مناسب در افراد مبتلا به میگرن شایع توصیه می شود. بنا به تعریف میگرن عبارت از حملات عودکننده سردرد در طیف وسیعی از نظر شدت مدت و تعداد حملات است. سردرد عموماً یکطرفه بوده و غالباً همراه بابی اشتها و تهوع و در مواردی استفراغ و در تعدادی از بیماران همراه با اختلالات، آشکار حسی، حرکتی یا خلقی می باشد. (۱)

### مقدمه:

پس از سردردهای تنشی (Tension Headache)، میگرن شایع ترین نوع سردرد است. شیوع آن در جامعه حدود ۲۰ درصد ذکر شده است. نسبت ابتلا در زنان به مردان از ۳ تا ۴ گزارش شده است. شروع بیماری غالباً در دهه های دوم و سوم زندگی می باشد. (۲۳)

بر اساس نظریه کلاسیک پاتوفیزیولوژی سردردهای میگرنی مبتنی بر وضعیت ناپایدار عروق اطراف جمجمه و انقباض این عروق در مرحله قبل از شروع سردرد (Prodromal Phase) و انبساط عروق و واکنش آماسی استریل ناشی از آن در هنگام بروز سردرد است. (۱۴)

عوامل شیمیایی و سلولی متعدد از جمله سروتونین، پروستاگلاندین، مونوآمینو اکسیداز (MAO)، هیستامین، پرولاکتین، برادی کینین، نوراپی نفرین، اسیدگاما آمینو بوتیریک (GABA)، آندورفین ها و پلاکتها را در ایجاد تغییرات عروقی و واکنش آماسی ناشی از آن دخیل می دانند که از این میان بیشترین

نقش به سروتونین نسبت داده می شود. (۱۴)

### اختلال فکی - عضلانی در مبتلایان به میگرن

ارتباط مشخص این میگرن و اسپاسم عضلات اطراف جمجمه Pericranial muscles نشان داده شده است. (۵، ۷، ۲۵، ۲۶، ۲۷). افزایش فعالیت الکتریکی عضلات پری کرانیال در زمان وقوع حملات میگرن شایع نسبت به گروه کنترل در بررسی های الکترومیوگرافیک مشاهده می شود. (۱۴-۳)

Tefell Hansen و همکارانش پس از مشخص کردن نقاط دردناک (Tender Spots) در عضلات سر و گردن بیماران مبتلا به میگرن شایع گزارش کرده اند که با تزریق ارتشاحی محلول بیحسی موضعی (Lidocaine) و یا سرم فیزیولوژی در این نقاط، سردرد و حالت تهوع که از علائم اصلی میگرن می باشد در زمانی حدود ۹۰ دقیقه تسکین پیدا کرده و یا کاملاً از بین می روند که در مقایسه با زمان لازم برای تسکین این علائم

\* استادیار دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* \* مربی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

گزارش شده است (۱۳).

Ahlin و Atkins، Splint Therapy را روش مناسبی در تشخیص و درمان سردردهای مربوط به اختلال فکی توصیه می‌کنند. (۲).

Lapeer پیشنهاد می‌کند که از Splint Therapy می‌توان به عنوان روش درمانی مناسب برای میگرن شایع استفاده کرد. (۱۴)

### بحث و نتیجه گیری:

اختلافات مشخص کلینیکی بین میگرن شایع و میگرن کلاسیک از قبیل عدم وجود علائم پیش آگهی دهنده عصبی (Aura) در میگرن شایع، شیوع بیشتر میگرن شایع (۸۵٪) در مقایسه با میگرن کلاسیک (۱۰٪)، عدم وجود تغییرات مشخص عروقی در میگرن شایع و اختلاف در تعداد و شدت حملات و علائم همراه سردرد باعث شده که برخی از محققین برای این دو عارضه، ماهیت جداگانه در نظر بگیرند (۲۹،۲۴،۱۹). هرچند که شیوع بیشتر میگرن شایع در مبتلایان به میگرن کلاسیک مبین وجود ارتباط بین آنهاست ولی تفاوت‌های پاتوفیزیولوژیک مشخص بین این دو عارضه، بررسی جداگانه آنها را ایجاب می‌کند (۲۲). براساس مطالعات انجام شده میگرن کلاسیک را می‌توان سردرد عروقی حقیقی به حساب آورد، ولی یافته‌های اخیر در باره تغییرات مشخص فعالیت الکتریکی عضلات سروگردن در زمان حمله میگرن شایع باعث شده تا عده‌ای از محققین آن را سردرد با منشأ عضلانی در نظر بگیرند (۱۵،۵،۱۹،۲۱،۲۲،۲۴،۲۵). براین اساس و با توجه به پاسخگوئی خوب بیماران مبتلا به میگرن شایع به درمان‌های اکلوزال توصیه می‌شود که در این بیماران فعالیت فکی - عضلانی دستگاه جوینده مورد بررسی کامل قرار گرفته و در صورت وجود اختلال در عملکرد آن جهت درمان مناسب اقدام شود.

پس از تجویز داروهای رایج در درمان میگرن (حدود چهار تا شش ساعت) خیلی کمتر است. با توجه به اینکه استفاده از محلول لیدوکائین یا سرم فیزیولوژی تغییری در نتیجه حاصله ایجاد نمی‌کند می‌توان تحریک این نقاط بوسیله سوزن را عامل اصلی تسکین بیمار دانست. (۲۵) تحقیقات دیگری نیز وجود نقاط دردناک در عضلات Muscle Tenderness را در زمان حمله سردرد نشان می‌دهد. (۲۴،۱۶،۱۵،۷،۶).

گزارش شده است که عادات‌های مختلف دهانی از قبیل جویدن لب و گونه و فشردن دندانها روی هم، حرکت دادن فک به سمت جلو و یا تکیه دادن چانه روی دستها در مبتلایان به میگرن شایع شیوع بیشتری دارد (۲۰،۲۰،۱۶) و باید به این نکته توجه داشت که این عادات از عوامل اتیولوژیک اختلال عملکرد دستگاه جوینده می‌باشند (۲۴). از طرف دیگر دیده شده که در افراد مبتلا به سردردهای میگرنی، اختلال فکی شیوع زیادی دارد. خستگی عضلانی در عضلات جوینده و صداهاى مفصل گیجگاهی - فکی بیشترین علائم یافت شده در این بیماران است. (۱۵،۸،۷،۴).

### اثر درمان اختلاف فکی در کاهش سردرد

Magnusson کاهش تعداد و شدت حملات سردرد در اثر درمان Functional بصورت ترکیبی از ورزش درمانی، Splint Therapy و اصلاح اکلوژن را نشان داده است. در ۷۰٪ از بیماران مورد مطالعه توسط وی کاهش تعداد حملات و در ۴۲٪ کاهش شدت درد دیده شد. این نتایج پس از ۲/۵ سال کاهش پیدا نکرده بود. (۱۸،۱۷).

Forssell اثر درمان اکلوزال در بیماران مبتلا به انواع مختلف سردرد را مورد مطالعه قرار داده و کاهش تعداد و شدت حملات سردرد در این بیماران را نشان داده است. (۱۲،۱۱،۱۰،۹)

استفاده از Splint Therapy به تنهایی نیز توسط محققین متعددی به عنوان روش درمانی مناسب در تسکین سردرد توصیه شده است. (۱۴،۱۳،۲).

Okesen و Kemper تأثیر یک دوره درمان چهار هفته‌ای با Occlusal Splints را در تسکین و از بین بردن حملات سردرد نشان داده‌اند، در افراد مورد مطالعه در ۶۳/۶ درصد کاهش تعداد حملات و در ۳۰ درصد بهبودی کامل

## REFERENCES

1. Ad Hoc Committee on classification of Headache: Classification of headaches. JAMA 179:717-718,1962
2. Ablin J.H., Atkins G.: A screening procedure for differentiating Temporomandibular Joint related headache. Headache 24:216-221,1984
3. Bakal D.A., Kaganov J.S. : Muscle contraction and Migraine headache: psychophysiological comparison. Headache 17:208 - 214, 1977
4. Dawson P. E. : Evaluation, Diagnosis and treatment of occlusal problems pp. 30-33. Mosby, St Louis 1974, 407 pp.
5. Featherstone H. J. : Migraine and Muscle contraction headache: a continuum. Headache 25: 19:-198, 1985
6. Forssell H., Kangasniemi p.: Mandibular dysfunction in patients with muscle contraction headache. proc. Finn. Dent. Soc. 80: 211-216, 1984
7. Forssell H., Kangasniemi P.: Mandibular dysfunction in patients with migraine. proc. Finn. Dent. Soc. 80:217-222,1984
8. forsseii H., Kangasnieme p.: Correlation of the frequency and intensity of headache to mandibular dysfunction in headache patients. proc. Finn. Dent. Soc 80: 223-226, 1984
9. Forssell H.: Mandibular dysfunction and headache (Thesis). Turku, Finland, University of Turku, 1985.
10. Forssell H., Kirveskari P., Kangasniemi P. : The effect of occlusal adjustment on mandibular dysfunction: A double blind study. Acta Odont. Scan. 44: 63 - 9, 1986
11. Forssoli H., Kirveskari P., Kangasniemi P.: Changes in headache after treatment of Mandibular dysfunction. Cephalalgia 5:229- 236, 1985
12. Forssell H., Kirveskari P., Kangasniemi P.: Response to occlusal treatment in headache patients previously received mock occlusal adjustment. Acta odont. Scand. 45:77 - 80, 1987
13. Kemper J.T., Okeson J.p. : Craniomandibular disorders and headache. J. prosthodont. Dent. 49: 702-705,1983
14. Lapeer G.L.: Reduction of the painful sequelae of migraine headache by use of the occlusal diagnostic splint: An hypothesis. Cranio. 6:82-86, 1988
15. Lous I., olesen J. : Evaluation of pericranial muscle tenderness and oral function in patients with common migraine, muscle contraction headache and combination headache. pain 12:385-393, 1982
16. Magnusson T., Carlsson G.E.: Recurrent headache in relation to temporomandibular joint pain - dysfunction. Acta odontol. Scand. 36: 333 - 338, 1978
17. Magnusson T., Carlsson G.E.: Changes in recurrent headaches and mandibular dysfunction after various types of dental treatment. Acta Odontol. Scand. 38:311-320,1980
18. Magnusson T., Carlsson G. E. : A 2½ Year follow - UP of changes in headache and mandibular dysfunction after stomatognathic treatment. J. prosthodont. Dent. 49: 398 - 402, 1983
19. Manzoni G.C. et, al. : Classic and common migraine: Suggestive clinical evidence of two separate entities. functional Neurology 1: 112 - 122, 1986

20. Moss R.h, puff M.H., Sturgis E.T. : Oral behavioral patterns in facial pain. headache and non - heodache populations. Behav, Ther. 22: 683-687, 1984
21. Moss R. A. : A structural imbalance/Muscuair hyperactivity interactional theory of common migraine pain. Cranio. 6: 89, 1988
22. Olesen J.: Are classical and common mlgraine different entlties ? (Roply to Paper by wilkinson M., Blau J.N.) Headache 25:213,1985
23. Rose F.C.: "Ciinlcal characterisation of migraino" in : Oiosen J. , Edvinsson L.: Basic Mecanisms of headache. Elsevier B. V., Amsterdam, 1988 492 PP.
24. Rufr G. A., Moss R.A., Lombardo T. W.: Common migialne: a rovlow and proposnl for a non - vascular aetioiogy. J. Oral Rohabil. 13: 499 - 508, 1986
25. Tfalt - Hansen p., Lous I., Oleson J. : prevalence and significanco of muscie tenderness dur ing common migraine attacks. Headache 21:49 - 54,1981
26. Van Boxtel A., Goudswaard p., Jansson K.: Absolute and proportional rosting EMG levels in muscie contraction and migraine headache patients. Headache 23:215-22, 1983
27. Van Boxtel A., Goudswaard P.: Absolute and proportional resting EMG levels in chronic headache patlents in relation to the state of headache. Headache 24: 259 - 262, 1984
28. Villarosa G.A., Moss R. A. : Oral behavioral patterns as factors contributing the developement of head and facial pain. J. prosthet. Dent. 54: 427-430, 1985
29. Olesen J. al al. : Spreading cerebral oligemla in classical and normal corobinl blood flow in common migraine. Headache 22:242- 1982