

## مقایسه خصوصیات سردرد میگرنی قبل و در دوران بارداری در خانم های مراجعه کننده به

### زایشگاه و بخش زنان بیمارستان 22 بهمن در سال 1391

محسن مهدی نژاد کاشانی، محیا حسینی

#### چکیده

مقدمه: میگرن در جمعیت عمومی شایع می باشد. حملات میگرن در طول بارداری نسبت به قبل از بارداری سیر نزولی و کاهش می دارد. هدف ما از این مطالعه بررسی خصوصیات سردرد میگرنی قبل از بارداری و در دوران بارداری می باشد.

روش کار: بر اساس این هدف یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی بر روی 200 خانم باردار مبتلا به میگرن که از 2 روز قبل از زایمان و تا 7 روز بعد از زایمان به بیمارستان مراجعه نموده اند صورت گرفت و از نظر وجود میگرن با یا بدون اورا بر طبق معیارهای انجمن بین المللی سردرد در دوران قبل از بارداری و در حین بارداری مورد ارزیابی قرار گرفتند. سن، شغل، تحصیلات، سن بارداری، تعداد بارداری، سابقه خانوادگی میگرن، وجود میگرن در قاعدگی و تغییرات میگرن از نظر نوع، فرکانس، شدت و مدت سردرد میگرنی در سه ماهه اول، دوم و سوم را مشخص نموده و تغییرات شدت، فرکانس و مدت سردرد را در سه ماهه های اول، دوم و سوم بارداری مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: در مورد فرکانس سردرد، فرکانس کمتر از یکبار در هفته، قبل از بارداری، سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری به ترتیب از 36٪، 45٪، 68٪ و 78٪ افزایش یافته است و فرکانس بیشتر از یکبار در هفته، قبل از بارداری، سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری به ترتیب از 64٪، 55٪، 32٪ و 22٪ تقلیل یافته است.

در مورد تغییرات شدت سردرد قبل و در طی ماههای بارداری به طوری که درصد سردردهای خفیف قبل از بارداری، سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری به ترتیب عبارتند از: 14٪، 16٪، 21٪ و 34٪ و در تمام

ماهها روندی کاهشی داشته است. همین نسبت ها برای درصد سردردهای متوسط به صورت 53٪، 38٪، 43٪، 31٪ و در تمام ماهها به جز 3 ماهه دوم بارداری در حال کاهش است. روندکاهشی سردردهای شدید هم از 14٪ به 8٪ در انتهای سه ماهه سوم بارداری رسیده است. بیشترین کاهشهای شدت سردرد مربوط به 3 ماهه آخر بارداری نسبت به قبل از بارداری است.

در مورد مدت سردرد، سردردهای 4 ساعت تا 1 روزه از 36٪ در قبل از بارداری به 38٪ در 3 ماهه سوم بارداری رسیده است. که البته در 3 ماهه اول و دوم بارداری روندی کاهشی داشته است. سردردهای 1 تا 2 روزه در 3 ماهه اول بارداری (48٪) نسبت به قبل از بارداری 5٪ افزایش داشته سپس با کاهش 13٪ در 3 ماهه دوم روبرو شده ایم و در نهایت تعداد سردردهای 1 تا 2 روزه در 3 ماهه سوم به 39٪ رسیده است. سردردهای 2 تا 3 روزه نیز در 3 ماهه سوم بارداری 19٪ کاهش نسبت به 3 ماهه دوم، 3٪ افزایش نسبت به 3 ماهه اول و 2٪ افزایش نسبت به قبل از بارداری داشته است.

نتیجه گیری: : فرکانس سردرد ، شدت سردرد و مدت سردرد در طول بارداری به ویژه در سه ماهه سوم بارداری نسبت به قبل از بارداری کاهش می یابد و اکثر خانم های بارداری که از میگرن قبل از بارداری رنج می برند در طول بارداری بهبود می یابند.

واژگان کلیدی: میگرن بدون اورا، میگرن با اورا، حاملگی

## مقدمه

اختلالات سردرد به دو دسته عمده سردرد های اولیه و سردرد های ثانویه تقسیم بندی میشوند، سردرد های ثانویه دارای علل قابل شناسایی مثل عفونت، تومورهای مغزی و سکتة هستند. سردردهای اولیه علل

آشکاری ندارند. در سردردهای اولیه، سردردهای تیپ تنشی شایعترین ترین فرم سردرد در مطالعه جمعیتی است(1).

اما میگرن در بین بیمارانی که در طی مراقبت های مدیکال هستند شایع است. مهم ترین اشکال میگرن، میگرن بدون اورا و با اورا است (1).

میگرن یکی از شایعترین بیماری های نورولوژیک در میان زنان است، و نسبت زنان به مردان 3-4 : 1 است. شیوع بیماری در زنان از 4٪ قبل از بلوغ به 25٪ در دوران باروری تغییر می یابد، و در دوران پری مونوپوز و پست مونوپوز کاهش می یابد (2). آنچه که معلوم است این است که میگرن در طول سن باروری خانمها تحت تاثیر تغییرات سیکلیک هورمونهای جنسی است، که به طور عمده در سیکل قاعدگی اتفاق می افتد. تغییرات در میگرن می تواند مکرراً در مدت حاملگی، شیردهی و مصرف روشهای پیشگیری از بارداری ایجاد شود. محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان تاثیرات هورمونی را به طور پیوسته در سیکل قاعدگی تنظیم می کند و به نظر می رسد کاهش ناگهانی در استروژن نقش کلیدی در ایجاد میگرنهای قاعدگی دارد. به علت همین تغییرات سیکل هورمون استروژن در خانمهایی که از قرصهای پیشگیری از بارداری مصرف می کنند و یا بعد از زایمان اتفاق می افتد افزایش حملات میگرن به وجود می آید (3). در مدت حاملگی، در بیشتر زنان شدت میگرن کاهش می یابد، و افزایش بهبودی در ابتدای سه ماهه سوم داریم (4). یکی از علل قابل توضیح این است که در سه ماهه اول بارداری سطح استروژن بالا می رود و این تمایل افزایش سطح هورمون به طور ثابت در سه ماهه دوم و سوم بارداری نیز خواهد بود (3).

میگرن به طور شگفت آوری غیرقابل تشخیص و غیرقابل شناسایی در جهان باقی مانده است. در آمریکا 50٪ مردم یا بیشتر به علت عدم تشخیص درست از میگرن رنج می برند. تظاهر میگرن، سردردی است که معمولاً یک طرفه است و بیشتر اوقات کیفیتی ضربانی دارد؛ اغلب با تهوع، استفراغ، فونوفوبی (صوت هراسی)،

نورهراسی و بی حالی همراه است. در بیش از نیمی از بیماران، علایم بدی که خلق، اشتها و یا شناخت فرد را تحت تأثیر قرار می دهند، به چشم می خورد. اورای بینائی یا سایر اوراهای نورولوژیک در 15-20% بیماران دیده می شوند. دوسوم تا سه چهارم موارد میگرن در زنان اتفاق می افتد؛ شروع بیماری در مراحل اولیه عمر حدود 25% در اولین دهه، 55% تا سن 20 سالگی و بیش از 90% قبل از 40 سالگی روی می دهد. در اغلب موارد، سابقه فامیلی میگرن وجود دارد(5).

همچنین بیشتر کسانی که به میگرن دچار هستند، دچار حمله‌های پی در پی سردرد برای مدت چندین سال می‌باشند. سر درد میگرن بیشتر به گونه تپش دار (ضربان دار) بوده اغلب با تهوع و اختلالات بینایی همراه است. گر چه بیشتر موارد میگرن می‌تواند شدید باشد ولی گاه سردرد میگرن خفیف است. گاهی هم در نواحی گردن این درد تشدید که با تکان دادن سر درد بیشتر میشود. دردهای میگرنی برای کسانی که ابتدا میگرن میگیرند همراه با تهوع هست اما در مراحل بعدی که سردرد تکرار شود افراد کمتر تهوع میگیرند. میگرن معمولا در ابتدای صبح و یا قبل از ان شروع میشود.

هنوز چرایی ایجاد این سردرد مشخص نشده است. درد میگرن در اثر تورم رگهای خونی و اعصاب اطراف مغز ایجاد می‌شود. به نظر می‌آید یک ماده شیمیایی موجود در مغز به نام سروتونین نقش اصلی را در این بیماری داشته باشد. البته برخی پژوهش‌های تازه نشان داده‌است نقص ژنتیکی می‌تواند در بروز این بیماری نقش داشته باشد. پژوهشگران ژن معیوبی را در بین گروهی از بیماران میگرنی یافتند که می‌تواند علت اصلی دردهای میگرنی باشد. البته گفته میشود در اثر افزایش مایع میان سلولی در خون و به هم خوردن نظم فیزیولوژی در نواحی سر و گردن این درد ایجاد میشود. مدتی طول میکشد تا این مایع جذب بدن و یا از نواحی سر در کل اندام خونی پخش گردد در این صورت مقدار فشار در نواحی سر و گردن کاهش و بدنبال ان درد میگرنی هم کم کم کاهش می یابد (1).

## روش تحقیق

در این مطالعه ی توصیفی تحلیلی مقطعی که به طور گذشته نگر تعداد 200 نفر از خانم هایی را که از 2 روز قبل از زایمان و تا 7 روز بعد از زایمان به بیمارستان مراجعه کردند، به صورت نمونه گیری آسان وارد مطالعه کرده و از نظر وجود میگرن با یا بدون او را بر طبق معیارهای انجمن بین المللی سردرد در دوران قبل از بارداری و در حین بارداری ارزیابی کردیم (18). از خانم های مور مطالعه با پرسشنامه و مصاحبه رودرو اطلاعات سن، شغل، تحصیلات، سن بارداری، تعداد بارداری، سابقه خانوادگی میگرن، وجود میگرن در قاعدگی و تغییرات میگرن از نظر نوع، فرکانس، شدت و مدت سردرد میگرنی در سه ماهه اول، دوم و سوم و تغییرات شدت، فرکانس و مدت سردرد را در سه ماهه های اول، دوم و سوم بارداری بررسی شده است.

در توصیف داده ها از جدول ها و شاخص های آماری مناسب مانند میانگین، انحراف معیار و محدوده تغییرات استفاده شده است. برای درک بهتر متغیرهای عددی پیوسته (با مقیاس نسبتی) نیز از نمودارهای آماری مانند نمودار جعبه ای استفاده شده است. برای توضیح متغیرهای کیفی نیز از نمودارهای آماری مانند نمودار دایره ای یا میله ای استفاده شده است. در تحلیل داده های با مقیاس کیفی ترتیبی از آزمون های ویلکاکسون (با تصحیح بن فرونی) و فریدمن استفاده شده است. هم چنین برای بررسی تاثیر متغیرهای مستقل روی متغیر وابسته نیز از تحلیل GEE با مدل رگرسیون لجستیک استفاده شده است. نرم افزار مورد استفاده در این پژوهش IBM SPSS 21.0 بوده و سطح معناداری کمتر از 5٪ در نظر گرفته شده است.

## نتایج

این مطالعه بر روی 200 خانم باردار مراجعه کننده به زایشگاه و بخش زنان بیمارستان 22 بهمن در سال 1391 انجام گرفت و در مورد مقایسه خصوصیات سردرد میگرنی قبل و در دوران بارداری مورد بررسی قرار گرفتند.

میانگین سنی مادران مورد بررسی  $26/3 \pm 4/8$  سال است. هم چنین جوان ترین مادر در پژوهش 17 سال و مسن ترین 42 سال داشته است. تراکم سنی مادران بین 20 تا 30 سال بوده و دو نفر از نمونه که سن 42 سال داشته اند به عنوان داده پرت نشان داده شده است.

در مطالعه حاضر در مجموع تعداد 200 فرد شرکت داشته اند. از 200 نفر 42 نفر (21٪) کارمند، 30 نفر (15٪) شغل آزاد و بیشترین افراد با 128 نفر فراوانی (64٪) خانه دار بوده اند.

از 200 نفر 22 نفر (11٪) بیسواد، 34 نفر (17٪) فوق دیپلم و بالاتر و بیشترین افراد با 144 نفر فراوانی (72٪) تحصیلات دیپلم و کمتر داشته اند. از بین تمام افراد 77٪ (154 نفر) میگرد بدون اورا و 23٪ (46 نفر) میگرد اورا داشته اند. از بین 200 نفر فرد حاضر در مطالعه 22٪ (1) بارداری، 49٪ (دو) بارداری، 20٪ (سه) بارداری و 9٪ (چهار) بارداری داشته اند. 66٪ (132 نفر) افراد بررسی شده، سابقه خانوادگی میگرد داشته و 34٪ (68 نفر) سابقه خانوادگی میگرد نداشته اند.

در این مطالعه از بین 200 فرد شرکت کننده 61٪ (122 نفر) سابقه میگرد فقط هنگام قاعدگی داشته و 39٪ (78 نفر) سابقه میگرد هنگام قاعدگی و غیر از زمان قاعدگی داشته اند.

3 ماهه سوم بارداری		3 ماهه دوم بارداری		3 ماهه اول بارداری		قبل از بارداری		فرکانس سردرد
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
78٪	156	68٪	136	45٪	90	36٪	72	کمتر از 1 بار در هفته
22٪	44	32٪	64	55٪	110	64٪	128	بیشتر از 1 بار در هفته
Chi-square=83/15 p-value= 0/000**								مقدار آماره کی دو آزمون فریدمن و مقدار احتمال آن

نمودار تغییرات فرکانس سردرد را قبل و در طی ماههای بارداری نشان می دهد. همانطور که ملاحظه می شود تعداد حملات سردرد بیشتر از 1 بار در هفته قبل از بارداری که 64٪ بوده است، به 22٪ در سه ماهه سوم بارداری کاهش یافته است. هم چنین تعداد حملات سردرد کمتر از 1 بار در هفته قبل از بارداری 36٪ بوده است که با 42٪ افزایش، به 78٪ در انتهای بارداری رسیده است. همچنین با توجه به مقدار احتمال آزمون فریدمن برای متغیرهای ترتیبی وابسته نتیجه گرفته می شود که روند تغییرات فرکانس سردرد در طی مطالعه معنادار بوده است. ( $p < 0/05$ )

نتایج آزمون فریدمن نشان داد که فرکانس سردرد در طول مطالعه تغییرات معناداری را داشته است، حال با استفاده از آزمون ویلکاکسون در پی بررسی معناداری تغییرات 2 به 2 زمانی با تصحیح بونفرونی هستیم. در نتیجه سطح معناداری به صورت ( $\alpha = \frac{0.05}{6}$ ) یعنی  $\alpha = 0.008$  خواهد بود. با در نظر گرفتن این سطح معناداری تغییرات فرکانس در : 1- 3 ماهه دوم بارداری نسبت به قبل از بارداری 2- 3 ماهه سوم بارداری نسبت به قبل از بارداری 3- 3 ماهه دوم بارداری نسبت به 3 ماهه اول 4- 3 ماهه سوم بارداری نسبت به 3 ماهه اول معنادار است. ( $p < 0/008$ )

مقایسه متغیر فرکانس سردرد بین دو نوع میگرن اورا و بدون اورا در زمانهای مختلف (قبل از بارداری و در طی بارداری) نشان داد از مقادیر احتمال حاصل از آزمون من-ویتنی نتیجه گرفته می شود که فقط در مورد فرکانس سردرد قبل از بارداری بین میگرن اورا و بدون اورا تفاوت معنادار آماری وجود دارد. ( $p < 0/05$ ) از آنجایی که متغیر وابسته از نوع ترتیبی بوده و هدف بررسی تاثیر متغیرهای مستقل مورد نظر روی تغییرات متغیر وابسته است از تحلیل GEE (معادله برآورد تعمیم یافته) با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک استفاده می کنیم. مقادیر احتمالات نشان می دهد، هیچ یک از متغیرها تاثیر معناداری روی تغییرات فرکانس سردرد در طی بارداری نداشته اند. ( $P < 0/05$ )

شدت سردرد		قبل از بارداری		3 ماهه اول بارداری		3 ماهه دوم بارداری		3 ماهه سوم بارداری	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خفیف		28	14٪	32	16٪	42	21٪	68	34٪

خفیف تا متوسط	18	9%	20	10%	12	6%	26	13%
متوسط	106	53%	76	38%	86	43%	62	31%
متوسط تا شدید	20	10%	50	25%	42	21%	28	14%
شدید	28	14%	22	11%	18	9%	16	8%
مقدار آماره کی دو آزمون فریدمن و مقدار احتمال آن	<p>Chi-square= 32/7</p> <p>p-value = 0/000**</p>							

جدول تغییرات شدت سردرد را قبل و در طی ماههای بارداری نشان می دهد. با توجه به جدول 4-13، درصد سردردهای خفیف قبل از بارداری، 3 ماهه اول بارداری، 3 ماهه دوم بارداری و سه ماهه سوم بارداری به ترتیب عبارتند از: 14٪، 16٪، 21٪ و 34٪ و در تمام ماهها روندی کاهشی داشته است. همین نسبت ها برای درصد سردردهای متوسط به صورت 53٪، 38٪، 43٪، 31٪ و در تمام ماهها به جز 3 ماهه دوم بارداری در حال کاهش است. روندکاهشی سردردهای شدید هم از 14٪ به 8٪ در انتهای سه ماهه سوم بارداری رسیده است. بیشترین کاهشهای شدت سردرد مربوط به 3 ماهه آخر بارداری نسبت به قبل از بارداری است. همچنین با توجه به مقدار احتمال آزمون فریدمن نتیجه گرفته می شود که روند تغییرات شدت سردرد در طی مطالعه معنادار بوده است. ( $p < 0/05$ )

با استفاده از آزمون ویلکاکسون به بررسی معناداری تغییرات 2 به 2 زمانی متغیر شدت سردرد با تصحیح بونفرونی می پردازیم. در نتیجه سطح معناداری به صورت ( $\alpha = \frac{0.05}{6}$ ) یعنی  $\alpha = 0.008$  خواهد بود. با در نظر گرفتن این سطح معناداری تغییرات: 1- 3 ماهه سوم بارداری نسبت به قبل از بارداری 2- 3 ماهه سوم بارداری نسبت به 3 ماهه اول 3- 3 ماهه سوم بارداری نسبت به 3 ماهه دوم معنادار است. ( $p < 0/008$ ) از آنجایی که متغیر وابسته از نوع ترتیبی بوده و هدف بررسی تاثیر متغیرهای مستقل مورد نظر روی تغییرات متغیر وابسته است از تحلیل GEE (معادله برآورد تعمیم یافته) با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک استفاده می کنیم. انطور که مقادیر احتمالات نشان می دهد، نوع میگرن، تحصیلات، تعداد بارداری، سابقه خانوادگی



میگرن و سابقه میگرن قاعدگی تاثیر معناداری روی تغییرات شدت سردرد در طی بارداری داشته اند.  
( $P < 0/05$ ).

بحث:

سردرد یکی از مشکلات شایع جامعه امروزی است که باعث از کار افتادگی بسیاری از بیماران می شود. تظاهر میگرن، سردردی است که معمولاً یک طرفه است و بیشتر اوقات کیفیتی ضربانی دارد؛ اغلب با تهوع، استفراغ، فونوفوبی (صورت هراسی)، نورهراسی و بی حالی همراه است. در بیش از نیمی از بیماران، علایم بدی که خلق، اشتها و یا شناخت فرد را تحت تأثیر قرار می دهند، به چشم می خورد. اورای بینائی یا سایر اوراهای نورولوژیک در 15-20% بیماران دیده می شوند. دوسوم تا سه چهارم موارد میگرن در زنان اتفاق می افتد؛ شروع بیماری در مراحل اولیه عمر - حدود 25% در اولین دهه، 55% تا سن 20 سالگی و بیش از 90% قبل از 40 سالگی روی می دهد. در اغلب موارد، سابقه فامیلی میگرن وجود دارد. (5)

میگرن معمولی فاقد اورای کلاسیک است، دو طرفه و در اطراف حدقه بوده و در طبابت بالینی روزمره بیشتر مشاهده می شود. ممکن است کیفیت درد به صورت ضربانی (کوبنده) توصیف شود. تهوع، استفراغ، و نورهراسی از علایم شایع می باشند. تا هنگامی که درد وجود دارد، انقباض عضلات گردنی می تواند همراه دیگر نشانه ها باشد. در جریان حمله، معمولاً حساسیت جمجمه وجود دارد. در صورت عدم درمان، سردرد 4-72 ساعت طول می کشد. اغلب استفراغ می تواند به سردرد خاتمه دهد. (5)

شیوع بیماری در زنان از 4% قبل از بلوغ به 25% در دوران باروری تغییر می یابد، و در دوران پری مونوپوز و پست مونوپوز کاهش می یابد. (5) آنچه که معلوم است این است که میگرن در طول سن باروری خانمها تحت تاثیر تغییرات سیکلیک هورمونهای جنسی است، که به طور عمده در سیکل قاعدگی اتفاق می افتد. تغییرات در میگرن می تواند مکرراً در مدت حاملگی، شیردهی و مصرف روشهای پیشگیری از بارداری ایجاد شود. محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان تاثیرات هورمونی را به طور پیوسته در سیکل قاعدگی تنظیم

می کند و به نظر می رسد کاهش ناگهانی در استروژن نقش کلیدی در ایجاد میگرهای قاعدگی دارد. به علت همین تغییرات سیکل هورمون استروژن در خانمهایی که از قرصهای پیشگیری از بارداری مصرف می کنند و یا بعد از زایمان اتفاق می افتد افزایش حملات میگرن به وجود می آید. (3) در مدت حاملگی، در بیشتر زنان شدت میگرن کاهش می یابد، و افزایش بهبودی در ابتدای سه ماهه سوم داریم. (4) یکی از علل قابل توضیح این است که در سه ماهه اول بارداری سطح استروژن بالا می رود و این تمایل افزایش سطح هورمون به طور ثابت در سه ماهه دوم و سوم بارداری نیز خواهد بود. (3)

در این مطالعه تفکیک نتایج بر اساس سن، شغل، تحصیلات، سن بارداری، تعداد بارداری، سابقه خانوادگی میگرن، وجود میگرن در قاعدگی و تغییرات میگرن از نظر نوع، فرکانس، شدت و مدت سردرد میگرنی در سه ماهه اول، دوم و سوم را مشخص نموده و تغییرات شدت، فرکانس و مدت سردرد را در سه ماهه های اول، دوم و سوم بارداری مورد بررسی قرار گرفت.

مطالعه ما بر روی 200 خانم باردار می باشد که میانگین سنی مادران مورد بررسی در این مطالعه  $26/3 \pm 4/8$  سال است. هم چنین جوان ترین مادر در پژوهش 17 سال و مسن ترین 42 سال داشته است و تراکم سنی مادران بین 20 تا 30 سال می باشد.

از نظر شغل 42 نفر (21٪) کارمند، 30 نفر (15٪) شغل آزاد و بیشترین افراد با 128 نفر فراوانی (64٪) خانه دار بوده اند.

از نظر تحصیلات 22 نفر (11٪) بیسواد، 34 نفر (17٪) فوق دیپلم و بالاتر و بیشترین افراد با 144 نفر فراوانی (72٪) تحصیلات دیپلم و کمتر داشته اند.

از نظر نوع میگرن 77٪ (154 نفر) میگرن بدون اورا و 23٪ (46 نفر) میگرن اورا داشته اند.

از نظر تعداد بارداری 22٪ (1) بارداری، 49٪ (دو) بارداری، 20٪ (سه) بارداری و 9٪ (چهار) بارداری داشته اند.

از نظر سابقه خانوادگی میگرن 66٪ (132 نفر) سابقه خانوادگی میگرن داشته و 34٪ (68 نفر) سابقه خانوادگی میگرن نداشته اند.

از نظر سابقه میگرن قاعدگی 61٪ (122 نفر) سابقه میگرن فقط هنگام قاعدگی داشته و 39٪ (78 نفر) سابقه میگرن هنگام قاعدگی و غیر از زمان قاعدگی داشته اند.

در مطالعه ای که توسط Digre KB در 2013 Jun در آمریکا انجام گرفت نشان می دهد که سردرد یک علامت شایع در خانم های باردار است. اگرچه سردردها در خانم ها به فرم اولیه (میگرن- سردرد تنشی) دیده می شود، عوارض در حاملگی در سردردهای ثانویه وجود دارد. سردرد یکی از نشانه های شایع افزایش فشارخون ایدوپاتیکی، اکلاپسی، سندرم تغییر ناپذیر عروق مغزی می باشد. میگرن در دوران بارداری می تواند بهبود یابد یا بدتر شود، اما حاملگی منجر به کاهش فرکوئنسی و شدت می شود. اگرچه باید از درمان سردرد در دوران بارداری جلوگیری کرد، ولی در موارد شدید و مواردی که باعث ناتوانایی های خاصی شده باشد می توان به طور صحیح درمان کرد. انتخاب یک درمان مناسب برای میگرن و سردرد در دوران بارداری کار حساسی است (14).

در مطالعه ای که توسط Menon R و همکارانش در سال 2008 در آمریکا انجام گرفت نشان می دهد، بسیاری از خانم هایی که از میگرن و سردرد تنشی رنج می برند در طول بارداری، فرکانس سردرد بهتر شده است. به طور خلاصه این مقاله به 3 اصل استوار است: 1- تاریخچه ای از سردردهای اولیه که شامل میگرن، سردرد تنش و کلاستر در مدت حاملگی و نحوه برخورد با عوارض و نتایج حاصله از آن 2- اصول تراپوتیک و استراتژی های برخورد با سردردها در بارداری و 3- بحث در مورد علل سردردهای ثانویه و تشخیص و ارزیابی سردردهای تازه ایجاد شده در طول بارداری. به طور کلی سردردهای اولیه به خصوص سردرد تنشی و میگرن در طول بارداری بهبود می یابد. هرچند که بهبود فرکانس سردرد متغیر است. چرا که پاتوفیزیولوژی در میگرن و سردرد تنشی چندان مشخص نیست و این باعث محدود شدن در بهبودی می شود (13).

در مطالعه ای که توسط Waldmiro A و همکارانش در سال 2011 در برزیل، بر روی 686 خانم باردار که در اولین هفته بعد از زایمان مراجعه نموده اند، انجام دادند، 266 نفر از آن ها از میگرن قبل از حاملگی رنج می بردند. در 35/4٪، 76/8٪، 79/3٪ افرادی که از میگرن بدون اورا رنج می برند و 20/7٪، 58/6٪، 65/5٪ افرادی که از میگرن با اورا رنج می برند، به ترتیب در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری، بهبودی پیدا کردند. از لحاظ آماری تفاوت شاخصی بین سه ماهه اول در مقایسه با سه ماهه دوم و سوم بارداری وجود دارد (10).

در مطالعه ای که توسط Nappi RE و همکارانش در سال 2011 در کشور ایتالیا انجام گرفت نشان می دهد که در بین سردرد های اولیه، میگرن به شدت تحت تأثیر هورمون های تخمدانی قرار می گیرد. میگرن بدون اورا (MO) از افزایش استروژن ها در حاملگی و فقدان هورمون های های فومیکولی سود می برد. در حالی که میگرن با اورا (MA) ویژگی های متمایزی را ارائه می دهد. در واقع، مستندهای بسیاری از بهبودی خانم های باردار را در طول بارداری با میگرن بدون اورا وجود دارد و تنها اقلیتی از زنان باردار در سه ماهه سوم رنج می برند. از طرف دیگر، تعدادی از خانم ها با میگرن با اورا از بهبودی یا رمیشن گزارش شده است و اوراهای جدید باید در دوران بارداری بررسی شوند. به نظر می رسد مقاوم بودن میگرن در بارداری باعث تأثیر در نوزاد می شود و مطالعات زیادی، رابطه بین میگرن و افزایش ریسک در پیشرفت فشار خون در بارداری / پره اکلامپسی و سایر عوارض عروقی را نشان می دهد (17).

در مطالعه ای که توسط Gianni Allais و همکارانش در سال 2013 در ایتالیا انجام گرفت نشان دهنده آن است که میگرن تمایل به بهتر شدن در طول بارداری در بیشتر مبتلایان به میگرن دارد. از تمام خانم هایی که در این مطالعه شرکت کردند خواستار پاسخ به سؤال هایی از تاریخچه حاملگی و سردرد شدند. از 1018 خانم که در مطالعه قرار گرفتند تنها 775 نفر کرایتری ها را داشتند که از این میان 195 نفر (25/2٪) تنها سردرد قبل از بارداری داشتند، 425 نفر (54/8٪) سردرد در دوران قبل از بارداری و هم در دوران بارداری

داشتند و 155 نفر (20٪) سردرد تنها در دوران بارداری داشتند. خانم هایی که از سردرد قبل و یا در دوران بارداری رنج می برند، به احتمال زیاد سردردهای میگرنی دارند. از میان 620 خانم که از سردردهای قبل از بارداری رنج می بردند، 375 نفر (60/5٪) بهبود یافتند، 195 نفر (31/5٪) بیماری به طور کامل تخفیف پیدا کرده و 180 نفر (29٪) فرکانس کاهش پیدا کرده است (16).

در مطالعه ما نیز اختلاف آماری معنی داری در تغییرات فرکانس سردرد قبل و در طی ماههای بارداری نشان می دهد. به طوری که تعداد حملات سردرد بیشتر از 1 بار در هفته قبل از بارداری که 64٪ بوده است، به 22٪ در سه ماهه سوم بارداری کاهش یافته است. هم چنین تعداد حملات سردرد کمتر از 1 بار در هفته قبل از بارداری 36٪ بوده است که با 42٪ افزایش، به 78٪ در انتهای بارداری رسیده است. این نتیجه مطالعه ما همسو با سایر مطالعات انجام شده می باشد. ( $p < 0/05$ )

در مطالعه ما نیز اختلاف آماری معنی داری در تغییرات شدت سردرد قبل و در طی ماههای بارداری نشان می دهد. به طوری که درصد سردردهای خفیف قبل از بارداری، 3 ماهه اول بارداری، 3 ماهه دوم بارداری و سه ماهه سوم بارداری به ترتیب عبارتند از: 14٪، 16٪، 21٪ و 34٪ و در تمام ماهها روندی کاهشی داشته است. همین نسبت ها برای درصد سردردهای متوسط به صورت 53٪، 38٪، 43٪، 31٪ و در تمام ماهها به جز 3 ماهه دوم بارداری در حال کاهش است. روند کاهشی سردردهای شدید هم از 14٪ به 8٪ در انتهای سه ماهه سوم بارداری رسیده است. بیشترین کاهشهای شدت سردرد مربوط به 3 ماهه آخر بارداری نسبت به قبل از بارداری است. که این نتیجه مطالعه ما همسو با سایر مطالعات انجام شده می باشد. ( $p < 0/05$ )

در مطالعه ما نیز اختلاف آماری معنی داری در مدت سردرد در طی دوران بارداری نشان می دهد. اگرچه مدت سردرد روندی کاملاً صعودی یا نزولی (برخلاف آنچه در مورد فرکانس دیده شد) ندارند و بنا به زمانهای بارداری متغیر هستند. سردردهای 4 ساعت تا 1 روزه از 36٪ در قبل از بارداری به 38٪ در 3 ماهه سوم بارداری رسیده است. که البته در 3 ماهه اول و دوم بارداری روندی کاهشی داشته است. سردردهای 1

تا 2 روزه در 3 ماهه اول بارداری (48٪) نسبت به قبل از بارداری 5٪ افزایش داشته سپس با کاهش 13٪ در 3 ماهه دوم روبرو شده ایم و در نهایت تعداد سردردهای 1 تا 2 روزه در 3 ماهه سوم به 39٪ رسیده است. سردردهای 2 تا 3 روزه نیز در 3 ماهه سوم بارداری 19٪ کاهش نسبت به 3 ماهه دوم، 3٪ افزایش نسبت به 3 ماهه اول و 2٪ افزایش نسبت به قبل از بارداری داشته است. که این نتیجه مطالعه ما همسو با سایر مطالعات انجام شده می باشد. ( $p < 0/05$ )

از نظر مقایسه تغییرات میگرن از نظر نوع، فرکانس، شدت و مدت سردرد میگرنی در سه ماهه اول، دوم و سوم نتایج زیر به دست آمده است:

فقط در مورد فرکانس سردرد قبل از بارداری بین میگرن اورا و بدون اورا تفاوت معنادار آماری وجود دارد. ( $p < 0/05$ ). فقط در مورد شدت سردرد در 3 ماهه اول بارداری بین میگرن اورا و بدون اورا تفاوت معنادار آماری وجود دارد. ( $p < 0/05$ ). فقط در مورد مدت سردرد 3 ماهه دوم بارداری بین میگرن اورا و بدون اورا تفاوت معنادار آماری دارد. ( $p < 0/05$ ). از نظر مقایسه متغیرهای سن، شغل، تحصیلات، سن بارداری، تعداد بارداری، سابقه خانوادگی میگرن، وجود میگرن در قاعدگی و نوع میگرن نتایج زیر به دست آمده است:

هیچ یک از متغیرها تاثیر معناداری روی تغییرات فرکانس سردرد در طی بارداری نداشته اند. ( $P < 0/05$ ) نوع میگرن، تحصیلات، تعداد بارداری، سابقه خانوادگی میگرن و سابقه میگرن قاعدگی تاثیر معناداری روی تغییرات شدت سردرد در طی بارداری داشته اند. ( $P < 0/05$ ). شغل و تعداد بارداری، تاثیر معناداری روی تغییرات مدت سردرد در طی بارداری داشته اند. ( $P < 0/05$ )

## نتیجه گیری

در مطالعه ما که بر روی 200 خانم های مراجعه کننده به زایشگاه و بخش زنان بیمارستان 22 بهمن در سال 1391 انجام گرفت می توان نتیجه گرفت که نتایج ما همسو با سایر مطالعات انجام شده است به طوری که

فرکانس و شدت سردرد در طول سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری سیر نزولی و کاهشی داشته است و اکثر خانمهای باردار در طول بارداری به خصوص در سه ماهه سوم بارداری بهبود می یابند. اگرچه در مورد مدت سردرد روندی کاملاً صعودی یا نزولی (برخلاف آنچه در مورد فرکانس دیده شد) ندارند و بنا به زمانهای بارداری متغیر هستند ولی از نظر آماری اختلاف معناداری در طول باردای نشان می دهد که می توان نتیجه گرفت مدت سردرد نیز در طول بارداری کاهش می یابد.

### References:

1. Richard B. Lipton, Marcelo E. Bigal. Migraine and other Headache Disorders. 1<sup>st</sup> ed. New York: Taylor & Franics Group; 2006.p.23.
2. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease and the need for preventive therapy. Neurology. 2007;68:343-349.
3. Zacur HA. Hormonal changes throughout life in women. Headache. 2006;46 (Suppl):S50-S55.
4. Sances G, Granella F, Nappi RE, et al. Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study. Cephalalgia. 2003;23:197-205.
5. Roger Simon, David Greenberg, Michael Aminof. Clinical Neurology. 7<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2009.p.107-117.
6. Malene Kirchmann Eriksen, Jes Oslén. Migraine With Aura. Richard B. Lipton, Marcelo E. Bigal. Migraine and other Headache Disorders. 1<sup>st</sup> ed. New York: Taylor & Franics Group; 2006.p.189-191.
7. Fred Sheftell, Roger Cady. Migraine Without Aura. Richard B. Lipton, Marcelo E. Bigal. Migraine and other Headache Disorders. 1<sup>st</sup> ed. New York: Taylor & Franics Group; 2006.p.173-176.
8. Robert A. Davidoff. Migraine Manifestations, Pathogenesis, and Management. 1<sup>st</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2002.p.136.

9. Robert A. Davidoff. Migraine Manifestations, Pathogenesis, and Management. 1<sup>st</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2002.p.454.
10. Waldmiro A, Vilneide M, Maria de F, José Natal F. Course of migraine during pregnancy among migraine sufferers before pregnancy. Arq Neuropsiquiatr.2011;69(4):613-619.
11. [Wainscott G](#), [Sullivan FM](#), [Volans GN](#), [Wilkinson M](#). The outcome of pregnancy in women suffering from migraine. Postgraduate Medical Journal .1978 ;54, 98-102.
12. [Cripe SM](#), [Sanchez S](#), [Lam N](#), [Sanchez E](#), [Ojeda N](#), [Tacuri S](#), [Segura C](#), [Williams MA](#). Depressive Symptoms and Migraine Comorbidity among Pregnant Peruvian Women. National Institutes Of Health.2010; 122(1-2): 149–153.
13. Menon R, Bushnell CD. Headache and pregnancy. Neurologist. 2008 Mar;14(2):108-19.
14. Digre KB. Headaches during pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2013 Jun;56(2):317-29.
15. MacGregor EA. Headache in pregnancy. Neurol Clin. 2012 Aug;30(3):835-66.
16. Gianni Allais, Sara Rolando , Cristina De Lorenzo, Gian Camillo Manzoni ,Paolo Messina , Chiara Benedetto ‘ et al. Migraine and pregnancy. Neurol Sci. 2013;34 (Suppl 1):S93–S99
17. [Nappi RE](#), [Albani F](#), [Sances G](#), [Terreno E](#), [Brambilla E](#), [Polatti F](#). Headaches during pregnancy. [Curr Pain Headache Rep](#). 2011 Aug;15(4):289-94.
18. Olesen J. The international classification of headache disorders‘ 2<sup>nd</sup> ed. Cephalalgia .2004;24:1-151.

**Abstract:**

**Background:** Migraine is widespread in population. The attack of migraine decrease in the period of pregnancy in comparison with before pregnancy. In



this investigation, we study the features of migraine before and during the pregnancy.

**Methods:** This analytical-descriptive study was carried out on 200 pregnant women with migraines who come to hospital two days before or seven days after childbirth, we check them with the standards of international group of headache before and during the pregnancy. We survey some characters in the first, the second, and the third month of pregnancy. These characters consist of age, occupation, education, the age of pregnancy, the number of pregnancy, the background of family about migraine, being of migraine during the Fluor. Also we characterize the variation of migraine about type, the frequency, the intensity and time of migraine in the first, the second, and the third month of pregnancy, and we study the variation of intensity, frequency and the period of headache in the first, the second, and the third month of pregnancy.

**Findings:** : About the frequency of headaches, Frequency of less than once per week before pregnancy, first trimester pregnancy, second and third, respectively 36%, 45%, 68%, 78% Increased and Frequency of more than once per week before pregnancy, first trimester pregnancy, second and third, respectively 64%, 55%, 32%, 22% Has been reduced. Changes in headache intensity before and during pregnancy so that the percent Of mild headaches before pregnancy, first trimester pregnancy, second and third, respectively 14%, 16%, 21%, 34% Has been reduced . The same ratio for the average headache for the percentage of 53%, 38%, 43%, 31%, and in all months except third trimester is reduced severe headaches from 14% to 8% at the end of the third trimester of pregnancy has been reduced. Most reductions in headache severity of the last third months of pregnancy than before pregnancy. About time headaches, headaches 4 hours to 1 day before pregnancy to 38% from 36% in the third trimester of pregnancy has been reduced . of course in first and second trimester pregnancy has been reduced. Headaches 1 to 2 days in third months of pregnancy (48%) 5% increase compared to pre-pregnancy then decline 13%

in third months have been the end of the third quarter headaches 1 to 2 days 3 to 39 % is reached.

Headaches 2 to 3 days in the third trimester of pregnancy, 19% lower than the third trimester , an increase of 3% and 2% over the last third months of pregnancy.

**Conclusion:** Headache frequency, headache intensity and duration of headaches during pregnancy, especially during the third trimester of pregnancy reduced compared to before pregnancy. And many pregnant women suffer from migraines before pregnancy, recover during pregnancy.

**Keywords:** Migraine without Aura, Migraine with Aura, pregnancy