مقاله پژوهشی

سردرد مزمن به دنبال ضربه به سر: مشکل پزشکی– مشکل قانونی

دکتر محمود رضا آذر پژوه * - دکتر نغمه مخبر ** - دکتر حمید محبتی ***

* متخصص مغز و اعصاب، استادیار مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بخش مغز و اعصاب بیمارستان قائم (عج)
** متخصص روانپزشکی، استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان ابن سینا
*** متخصص پزشکی قانونی، اداره کل پزشکی قانونی خراسان رضوی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مقاله بررسی تظاهرات بالینی و علل سردرد مزمن بدنبال ضربه به سر می‌باشد. علت، نحوه درمان و جنبه‌های قانونی این نوع سردرد هنوز مشخص نیست. برخی مطالعات بر جنبه‌های روانپزشکی در ایجاد این سردرد اشاره کرده، ولی مطالعات دیگر اساس جسمانی را پذیرفته‌اند. این مطالعه با توجه به پیچیدگی‌های بالینی و مشکلات قانونی حاصله و با عنایت به شیوع زیاد ضربات سر در ایران و همچنین محدود بودن مطالعات بالینی در این زمینه انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه طی مدت حدود ۲/۵ سال در درمانگاه‌های مغز و اعصاب و روانپزشکی بیمارستان‌های قائم و ابن‌سینا مشهد انجام شد. بیماران شامل افراد با شکایت ضربه به سر و سردرد بودند و براساس معیارهای انجمن بین المللی سردرد - ویرایش دوم - تشخیص سردرد مزمن بدنبال ضربه مطرح شده بود.

یافته ها: در بررسی انجام شده ۷۹ بیمار معیارهای سردرد مزمن بدنبال ضربه سر را داشتند. ٥٦٪ بیماران زن بودند و سن متوسط بیماران در زمان مراجعه ۳۲ سال بود. سردرد رابطه معکوس با شدت ضربه داشت. ٦٢ بیمار جهت پیگیری طولانی مراجعه کردند. ٥٥٪ این افراد پاسخ درمانی خوبی نداشتند و در نهایت حاضر به پیگیری تکمیلی نشدند. ۱۰ بیمار از طرف مراجع ذیصلاح قانونی معرفی شده بودند که در ٤ نفر معیارهای سردرد مزمن به دنبال ضربه وجود داشت.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نتایج مشابه با سایر مطالعات انجام گرفته در این زمینه را نشان داد. سردرد به دنبال ضربه به سر در اکثر موارد با ضربه شدید همراه نبود؛ و به نظر می‌رسد آسیب درحد میکروسکوپی و روابط بین سلولی ایجاد شده بود. تعیین جایگاه‌های علمی و از طرف دیگر ضوابط قانونی دراین نوع سردرد مهم و انجام کارآزمایشی بالینی توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: سردرد، سردرد مزمن به دنبال ضربه به سر، آسیب ناشی از ضربه به سر

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۳/۲۹ تأیید مقاله: ۱۳۸۷/۳/۶

نویسنده پاسخگو: مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان قائم (عج)، بخش اعصاب r_azarpazhooh@yahoo.com

مقدمه

سردرد یکی از شایع‌ترین شکایت‌ها در پزشکی و همچنین شایع‌ترین شکایت بیماران پس از ضربه سر می‌باشد. شیوع سردرد بدنبال ضربه در مطالعات مختلف و بسته به زمان و مدت پیگیری متفاوت بوده است. ۳۰ تا ۹۰٪ بیماران بدنبال آسیب ناشی از ضربه به سر دچار سردرد می‌شوند (۴-۱). طبق طبقه‌بندی بین‌المللی سردرد - ویرایش دوم، سال ۲۰۰۴ - سردرد به دنبال ضربه باید حداقل یک هفته پس از ضربه شروع شود. در صورتی که علایم بیش از ۳ ماه پایدار بماند تشخیص سردرد مزمن پس از ضربه مطرح می‌گردد. در صورتی که علایم بیش از ۶ ماه باقی بماند، بیماری ناتوانگر و گاه پایدار می‌گردد (۹-۵).

سردرد به دنبال ضربه سر اغلب به طور خود بخودی بهبود می‌یابد اما در تعداد کمی از بیماران منجر به درد پایدار و گاه ناتوان‌کننده می‌شود. آرا و عقاید در مورد نحوه ایجاد و علت شناسی سردرد به دنبال ضربه مختلف است (۱۳-۱۰). بحث زیادی در مورد جنبه‌های جسمانی و یا روانپزشکی این سردرد وجود دارد اما به نظر می‌رسد

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

اساس جسمانی بیشتر محتمل باشد (۱۷-۱۴). در سردردهای مزمن به دنبال ضربه به سر درمان دشوار است. مطالعات در مورد نحوه درمان این سردرد محدود بوده و درمان به صورت گروهی توصیه می‌شود (۱۸). با در نظر گرفتن بحث انجام شده نه تنها این نوع سردرد با مشکلات زیاد برای بیمار و خانواده وی همراه می‌شود بلکه گاه با پیچیدگی‌های قانونی زیاد نیز همراه است که پاسخ‌دهی علمی و قانونی را دشوار می‌سازد. شیوع زیاد تصادفات در ایران و همچنین ضربات وارد به سر در دعواهای خانوادگی یا نزاع‌های خیابانی عامل دیگر تشدید این معضل می‌باشد. این مطالعه جهت مشخص کردن شاخص‌های بالینی، عوامل ایجادکننده و در نهایت نتیجه و فرجام بالینی سردرد مزمن به دنبال ضربه به سر طراحی شد. مطالعات انجام شده در این مورد تاکنون بسیار محدود بود است، از طرف دیگر مشخص کردن هر چه بهتر این نوع سردرد می‌تواند روشنگر جنبه های علمی و قانونی، هر دو باشد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت آینده‌نگر طی دی ماه ۱۳۸۳ تا فروردین ۱۳۸۶ در درمانگاه‌های مغز و اعصاب و روانپزشکی بیمارستان‌های قائم (عج) و ابن سینای دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. جهت تشخیص سر درد مزمن بدنبال ضربه از معیار انجمن بین‌المللی - سردرد - ویرایش دوم - استفاده شد.

معیارهای انجمن بین المللی سردرد - ویرایش دوم - در تشخیص سردرد مزمن به دنبال ضربه شامل موارد زیر است:

الف) سر درد اخیر که کمتر از ۷ روز پس از ضربه ایجاد شود یا بیش از ۳ ماه پس از ضربه سر یا پس از کسب هوشیاری و حافظه رخ دهد.

ب) سر درد مزمن بدنبال ضربه متوسط یا شدید با حداقل یکی از موارد زیر :

۱ - فقدان هوشیاری بیشتر از ۳۰ دقیقه

۲ - معیاراغما گلاسکو (GCS) کمتر از ۱۳

۳ - فراموشی (Amnesia) به دنبال ضربه بیشتر از ۴۸ ساعت

۴ - تصویر برداری اولیه موید ضایعه مغزی مانند خونریزی مغزی، کوفتگی مغزی (Contusion) و یا شکستگی جمجمه باشد.

ج) سردرد مزمن بدنبال ضربه سر خفیف باید تمام موارد زیر را دارا باشد:

۱ - فقدان اختلال هوشیاری یا اختلال هوشیاری کمتر یا مساوی ۳۰ دقیقه

۲ - معیار اغمای گلاسکو بیشتر یا مساوی ۱۳

۳ - وجود علایم یا نشانه‌های تکان مغزی (Concussion)

بیماران به صورت شخصی یا با معرفی از طرف پزشکی قانونی استان جهت بررسی سردرد مراجعه داشتند. شرح حال کامل بالینی توسط یک متخصص مغز و اعصاب و یک روانپزشک گرفته شد و در صورت تأیید هر دو متخصص تشخیص قطعی گردید.

در تکمیل پرسشنامه موارد سن، جنس، وضعیت اجتماعی اقتصادی (براساس احساس بیمار از شرایط خود)، شرح حال سردرد قبل از ضربه، نحوه ضربه به سر، طبقه‌بندی ضربه به سر، شاخص‌های درد شامل کیفیت، شدت، مکان، عوامل افزایش‌دهنده و کاهش‌دهنده، سیر زمانی، نوع داروهای مصرفی، علایم و شکایت همراه مانند سرگیجه، خستگی، اختلال خواب، شکایات روانپزشکی مهم شامل بی‌قراری، اضطراب، پرخاشگری افسردگی و بی‌ثباتی هیجانی مد نظر قرار گرفت. مصاحبه نیمه ساختاری روانپزشکی جهت تعیین هدف اولیه و ثانویه انجام شد.

یافته‌ها

طی مدت یاد شده از بین تمام بیماران مراجعه کننده با سردرد، ۹۷ بیمار با توجه به سابقه ضربه به سر وارد مطالعه شدند. از این میان، ۱۸ بیمار با توجه به فاصله کم زمانی به دنبال ضربه، از مطالعه حذف شدند. در نهایت ۴۴ زن و ۳۵ مرد مورد بررسی کامل قرار گرفتند. شاخصه های دموگرافیک بیماران درجدول ۱ خلاصه شده است.

چنانچه در جدول ۱ مشخص شده است ۵۶٪ بیماران زن و ۳۴٪ مرد بودند. سابقه خانوادگی سردرد در ۲۱ نفر (۲۷٪) و سابقه قبلی سردرد ۸ نفر (۱۰٪) وجود داشت. تمام بیماران سابقه ضربه سر را ذکر می‌کردند. سابقه ضربه خفیف در ۷۵٪ موارد وجود داشت. تصادف

جدول ۱ - شاخصه های دموگرافیک بیماران با سردرد مزمن بدنبال ضربه

شاخصه		تعداد	درصد
جنس	مؤنث	۴۴	٪ ۵۶
	مذکر	۳۵	٪ ۳۴
متوسط سن بیمار		۳۲	—
وضعیت اجتماعی - اقتصادی	بیش از حد کافی	۱۰	٪ ۱۳
	در حد کافی	۳۴	٪ ۴۳
	کمتر از کافی	۳۵	٪ ۳۴
سابقه سردرد قبلی		۸	٪ ۱۰
ضربه سر متوسط تا شدید		۱۷	٪ ۲۵
ضربه سر خفیف		۶۲	٪ ۷۵

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

با اتومبیل با ۱۳ (۱۶٪)، نزاع و ضربه مستقیم به سر با ۱۷ (۲۱٪)، دعوای خانوادگی و ضربه مستقیم به سر با ۲۵ (۳۲٪)، سقوط با ۲ (۳٪)، تصادف راکب یا راننده موتور سیکلت با ۲۲ مورد (۲۸٪) عوامل اصلی ضربه بودند.

تظاهرات بالینی سردرد در جدول ۲ خلاصه شده است. ۳۹ بیمار (۴۹٪) سابقه مصرف بی رویه مسکن با حداقل ۳ داروی ضددرد ضدالتهابی غیراستروئیدی در روز را ذکر می‌کردند. ۲ بیمار سابقه سوء مصرف مواد مخدر را ذکر می‌کردند و کاهش سردرد را علت اصلی مصرف مخدر می‌دانستند. با قطع مصرف مسکن شدت سردرد در ۹ بیمار (۲۳٪) کاهش بارز یافت یا سردرد به طور کامل قطع شد.

علایم بالینی دیگر بجز سردرد شامل شکایت از سرگیجه (سیاه و تاریک رفتن چشم)، اختلال در خواب ۱۲ مورد (۱۵٪)، خستگی-پذیری ۱۸ مورد (۲۳٪)، اختلال در تمرکز یا حافظه ۱۴ مورد (۱۸٪)، افسردگی ۱۳ مورد (۱۶٪) و اضطراب ۲۵ مورد (۳۲٪) بود.

۶۲ بیمار جهت پیگیری طولانی مدت مراجعه و روند درمان را کامل نمودند. ۶ بیمار (۱۰٪) بهبودی خودبخودی، ۹ بیمار (۱۴٪) کاهش بارز سردرد بدنبال قطع مصرف بی‌رویه مسکن و ۸ بیمار (۱۳٪) کاهش سردرد را بدنبال درمان مشترک روان درمانی با یا بدون درمان داروی سه حلقه‌ای ضدافسردگی (یا داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین) ذکر کردند. ۳۴ بیمار (۵۵٪) پاسخ درمانی مناسب به روش-های فوق نداده و در نهایت حاضر به ادامه درمان و توصیه‌های دیگر درمانی نشدند.

۱۰ بیمار با شکایت سردرد از طرف مراکز ذیصلاح قانونی استان به گروه معرفی شده بودند که ۴ نفر معیارهای سردرد مزمن پس از ضربه را تکمیل کردند. این افراد جهت ادامه پیگیری به پزشکی قانونی معرفی شدند.

جدول ۲ - تظاهرات بالینی سردرد مزمن بدنبال ضربه

نوع سردرد	تعداد (٪)	مصرف بی رویه مسکن تعداد(٪)
سردرد متناوب تنشی	۲۲ (۲۸ ٪)	۵ (۲۳ ٪)
سردرد مزمن تنشی	۲۱ (۲۷ ٪)	۱۷ (۴۱ ٪)
میگرن بدون اورا	۳ (۴ ٪)	۱ (۳۳ ٪)
سردرد متناوب تنشی با میگرن	۱۸ (۲۳ ٪)	۱۰ (۵۶ ٪)
سردرد مزمن تنشی با میگرن	۱۲ (۱۵ ٪)	۶ (۵۰ ٪)
غیر قابل طبقه بندی	۳ (۴ ٪)	۱ (۳۳ ٪)

بحث

مطالعات انجام شده در ارتباط با سردرد مزمن به دنبال ضربه، محدود می‌باشد. طی مدت بررسی، ۷۸ بیماربا الگوی شاخص سردرد مزمن به دنبال ضربه مراجعه نمودند. مشابه مطالعات قبلی تظاهرات بالینی سردرد مشابه سردردهای اولیه رایج (تنشی - میگرنی) و یا ترکیب آنها بود (۱۹، ۱۸). علل ایجادکننده ضربه در مطالعات انجام شده متفاوت بوده است (۲۰) و عامل قطعی ایجاد کننده سردرد هنوز مشخص نمی‌باشد. در مطالعه ما، مشابه مطالعات دیگر، شدت ضربه رابطه معکوس با پیدایش سردرد مزمن به دنبال ضربه داشت (۲۱-۱۹). لذا به نظر می‌رسد در پیدایش این سردرد آسیب‌های ساختمانی شاخص نقش بارزی نداشته باشد و احتمالاً آسیب در سطوح میکروسکوپی و یا ارتباطات سلولی منجر به پیدایش سردرد می‌گردد. نقش مصرف بی‌رویه مسکن در ایجاد سردرد راجعه در مطالعات زیادی به اثبات رسیده است (۵). قطع مصرف مسکن در مطالعه ما منجر به کاهش بارز سردرد در برخی از بیماران شد.

درمان سردرد مزمن به دنبال ضربه دشوار می‌باشد. بخشی از این مشکل ناشی از عدم شناخت علت بیماری است (۲۱). در مطالعه انجام شده ۶۲ بیمار حاضر به پیگیری طولانی مدت شدند. در این بین ۵۵٪ به درمان پاسخ مناسب نداده و در نهایت پیگیری را قطع نمودند. آمار حاصله مشابه سایر مطالعات بوده و مؤید پیچیدگی این کسالت می‌باشد.

تعیین جایگاه قانونی آسیب و ارتباط بین ضربه با پیدایش سردرد دشوار و چالش‌برانگیز است. در بررسی انجام شده تصادفات اتومبیل-موتور سیکلت در ۴۴٪ موارد وجود داشت. نزاع خانوادگی از علل مهم ایجاد سردرد بوده و در این موارد ضربه در اکثر موارد به ناحیه سر و گردن و گاه تکرارشونده بوده است. مطابق قوانین پزشکی قانونی، مصدومینی که از سردرد متعاقب ضربه سر در زمینه صدمه جسمانی مغزی (نظیر خونریزی، کوفتگی مغز) شکایت داشته باشند؛ یا سردرد همراه با سرگیجه، تحریک‌پذیری و حساسیت به سر و صدا باشد؛ یا شرح حال ضربه جدی به سر با افت هوشیاری، وبا تشنج وجود داشته باشد؛ ارتباط علت معلولی از لحاظ قانونی مورد قبول قرار گرفته و تعیین خسارت (دیه یا ارش) می‌گردد. در صورتی که سردرد، یکی از تظاهرات همراه با بیماری‌های دیگر مانند «اختلال اضطرابی مرتبط با ضربه» باشد خسارت جهت اختلال زمینه‌ای تعلق می‌گیرد، در غیر این صورت سردرد یک نشانه تلقی می‌گردد و گرچه نیازمند درمان و مداخلات پزشکی است لیکن مشمول تعیین ارش و دیه نخواهد بود. بررسی موارد قانونی یاد شده با نتایج مطالعات ما و سایر مطالعات نشان دهنده چالش در تصمیم‌گیری و نیاز جدی به بازنگری موارد قانونی است چرا که در بسیاری از موارد سابقه ضربه شدید وجود ندارد و از طرف دیگر علایم همراه یاد شده تنها در تعداد کمی وجود داشتند یا کاملاً غیر اختصاصی بودند.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

مطالعه انجام شده دارای محدودیت‌های خاصی بود. امکان بررسی دقیق صفات و یا اختلالات شخصیت به ویژه شخصیت قبل از ضربه دشوار بود و لذا تعیین رابطه این موارد با ضربه اخیر غیر ممکن بود. با توجه به جنبه‌های قانونی اثبات وجود هدف ثانویه دشوار بود. متأسفانه هنوز هیچ روش درمانی واحدی جهت درمان این نوع سردرد مشخص نشده است، لذا نحوه درمان تنها بر اساس تجارب پژوهشگران بود. پژوهش در درمانگاه بالغین انجام شد، لذا شیوع سردرد در کودکان مشخص نشد.

نتیجه گیری

سردرد به دنبال ضربه یک اختلال رایج در مراجعین به درمانگاه-های پزشکی و مراجع قانونی می‌باشد. به کارگیری یک روش ثابت شده مانند معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد می‌تواند در تشخیص و طبقه‌بندی هرچه بهتر این اختلال مفید باشد. انجام مطالعات وسیع و کارآزمایی‌های بالینی از اولویت‌های پژوهش بالینی در زمینه سردرد می‌باشد. از طرف دیگر بازنگری در قوانین جاری و مطالعات وسیع‌تر جهت تعیین جنبه‌های مختلف قانونی این نوع سردرد می‌تواند راه-گشای تصمیم‌گیری قانونی دقیق‌تر باشد.

تقدیر و تشکر

لازم می‌دانیم از همکاری درمانگاه‌های اعصاب و روانپزشکی بیمارستان‌های قائم (عج) و ابن سینا و اداره کل پزشکی قانونی خراسان رضوی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشته اند، تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

1- Nicholson K, Martelli MF. The problem of pain. J Head Trauma Rehabil. 2004; 19: 2–9.

2- Gfeller JD, Chibnall JT, Duckro PN. Postconcussion symptoms and cognitive functioning in post-traumatic headache patients. Headache. 1994; 34: 503–7.

3- Solomon S. Post-traumatic headache. Med Clin North Am. 2001; 85: 987–96, vii–viii.

4- Walker WC, Seel RT, Curtiss G, Warden DL. Headache after moderate and severe traumatic brain injury: a longitudinal analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2005; 86: 1793–1800.

5- Baandrup L, Jensen R. Chronic post-traumatic headache—a clinical analysis in relation to the International Headache Classification. 2nd Edition. Cephalalgia. 2005; 25: 132–8.

6- Packard RC, Ham LP. Post-traumatic headache: determining chronicity. Headache. 1993; 33: 133–4.

7- Packard RC. Post-traumatic headache: permanency and relationship to legal settlement. Headache. 1992; 32: 496–500.

8- Walker WC. Pain pathoetiology after TBI: neural and nonneural mechanisms. J Head Trauma Rehabil. 2004; 19: 72–81.

9- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders- 2nd ed. Cephalalgia. 2004; 24 Suppl 1:1–159.

10- Keidel M, Ramadan NM. Acute Post-traumatic Headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The Headaches. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2000: 765–70.

11- Keidel M, Ramadan NM. Chronic Post-traumatic Headache.In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors.The Headaches. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2000, 771–80.

12- Jacobson RR. The post–concussional syndrome: physiogenesis, psychogenesis and malingering. An integrative model. J Psychosom Res. 1995; 39: 675–93.

13- Packard RC. Treatment of Chronic Daily Post-traumatic Headache with Divalproex Sodium. Headache. 2000; 40: 736–9.

14- Cartlidge NEF, Shaw DA. Head Injury. London: W. B. Saunders; 1981: 95–115.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

15- Hachinski V. Post-traumatic Headache. Arch Neurol. 2000; 57: 1780.

16- Packard RC. Post-traumatic Headache. Semin Neurol. 1994; 14: 40–5.

17- Medina JL. Efficacy of an Individualized outpatient program in the treatment of chronic post-traumatic headache. Headache. 1992; 32:180–3.

18- Lane JC, Arciniegas DB. Post-traumatic Headache. Curr Treat Options Neurol. 2002 January; 4: 89–104.

19- Haas DC. Chronic post-traumatic headaches classified and compared with natural headaches. Cephalalgia. 1996; 16: 486–93.

20- Lew HL, Lin P-H. Characteristics and treatment of headache after traumatic brain injury. Am J Phys Med Rehabil. 2006; 85: 619–627.

21- Jensen OK, Nielsen FF. The influence of sex and pretraumatic headache on the incidence and severity of headache after head injury. Cephalalgia. 1990; 10: 285–93.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]