

ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و بالینی سردرد میگرنی در بیماران کلینیک نورولوژی بیمارستان الزهراء (س) اصفهان

فروید آقاپور زنگنه^۱، دکتر احمد چیت ساز^۲، دکتر محمدرضا نجفی^۳، دکتر رسول نوروزی^۳

چکیده

مقدمه: میگرن یکی از بیماری‌های به نسبت شایع و ناتوان‌کننده محسوب می‌گردد. نظر به تفاوت‌های جغرافیایی در اپیدمیولوژی آن و در راستای بهبود مراقبت از مبتلایان، این مطالعه به منظور ارزیابی خصوصیات اپیدمیولوژیک و ویژگی‌های بالینی سردرد میگرنی در شهرستان اصفهان انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه به روش مقطعی و توصیفی در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ به مدت ۹ ماه در کلینیک نورولوژی بیمارستان الزهراء (س) اصفهان انجام شد. از یک پرسش‌نامه‌ی پایا و روا برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و ویژگی‌های بالینی سردرد استفاده گردید. از بین بیماران مراجعه‌کننده با شکایت سردرد، مبتلایان به میگرن طبق معیار انجمن بین‌المللی سردرد (International headache society یا IHS) جهت پر کردن پرسش‌نامه انتخاب شدند.

یافته‌ها: از بین ۷۶۴ بیمار مراجعه‌کننده با سردرد، ۸۴ نفر (۱۱ درصد) مبتلا به سردرد میگرنی بودند، که از ۵۹/۵ درصد آن‌ها زن و ۴۰/۵ درصد آن‌ها مرد بودند. سن متوسط بیماران مبتلا به میگرن ۳۱/۳ سال بود و ۶۰/۷ درصد آن‌ها متأهل بودند. شایع‌ترین محرک‌های سردرد میگرن شامل استرس (۷۳/۸ درصد)، اختلالات خواب (۶۱/۹ درصد) و خستگی (۵۹/۵ درصد) بودند. میانگین تعداد حملات سردرد در ماه ۸/۲ حمله بود و میانگین طول مدت هر حمله‌ی سردرد، ۱۴/۲ ساعت بود. پر مصرف‌ترین مسکن در زمان حملات سردرد، ایبوپروفن گزارش شده بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، میگرن بیشتر در زنان گروه سنی ۲۵-۳۴ سال که ازدواج کرده‌اند، دیده می‌شود. ویژگی‌های بالینی سردرد میگرنی در بیماران ما تا حدود زیادی مشابه با معیارهای بین‌المللی IHS بود.

واژگان کلیدی: میگرن، اپیدمیولوژی، سردرد

مقدمه

(فونوفوبی) همراهی دارد. در ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد همراه با اورا است. دو سوم تا سه چهارم از موارد میگرن در زنان اتفاق می‌افتد (۴-۵). میگرن با درد قابل توجه، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی و کارایی فردی در سنین اوج بهره‌وری (۲۵-۳۴ سالگی) همراه است؛ از این رو پیش‌گیری و درمان آن یک موضوع مهم در سلامت عمومی جامعه است (۶). با وجود شیوع بالای میگرن در جمعیت، هنوز

سردرد از شایع‌ترین عللی است که باعث مراجعه‌ی بیماران به پزشکان می‌گردد (۱). میگرن دومین علت شایع سردرد (بعد از سردرد Tension) است که حدود ۱۵ درصد زنان و ۶ درصد مردان را گرفتار می‌کند (۲-۳). میگرن سردردی دوره‌ای و با عودهای مکرر است که اغلب یک طرفه با کیفیت ضربان‌دار است و با حالت تهوع و گریز از نور (فتوفوبی) و گریز از صدا

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای به شماره ۳۸۹۱۴۱۵ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

^۱ دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ دانشیار، گروه داخلی مغز و اعصاب، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دستیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب اصفهان، گروه داخلی مغز و اعصاب، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: dr.noruzi@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤو: دکتر رسول نوروزی

وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و شغل) فرد جمع‌آوری شد. قسمت دوم مربوط به ویژگی‌های بالینی سررد شامل فرکانس حملات سررد (تعداد سررد در ماه)، عوامل محرک سررد (Triggers)، عوامل تخفیف دهنده (مانند خواب و استراحت، دوری از نور و صدا و مصرف مسکن)، زمان وقوع سررد (صبح، ظهر، عصر و شب)، طول حملات سررد (بر حسب ساعت)، علایم همراه سررد، محل درد، شدت سررد بر حسب مقیاس VAS (Visual analogue scale) که از ۰ تا ۱۰ نمره داده می‌شود (۹) و نوع و میزان مصرف مسکن در زمان حملات بود. استرس، خستگی، نورهای شدید، اختلالات خواب (کم خوابی یا پر خوابی)، بوهای تند و زننده و مصرف قرص‌های خوراکی ضد بارداری و قاعدگی، عوامل محرک سررد بودند.

همچنین جهت ارزیابی میزان ناتوانی ناشی از میگرن، پرسشنامه‌ی بین‌المللی MIDAS که اعتبار عملی آن مورد تأیید است، استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی استفاده و نتایج به صورت میانگین و انحراف معیار و درصد بیان شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ (version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد.

یافته‌ها

از بین ۷۶۴ بیمار مبتلا به سررد که تحت بررسی قرار گرفتند، ۸۴ نفر بر اساس معیارهای ICH-II (International Classification of headache disorders, second edition) تشخیص قطعی میگرن داشتند که شیوع این بیماری در جمعیت تحت پژوهش، ۱۱ درصد بود.

۵۹/۵ درصد افراد مبتلا به میگرن زن و ۴۰/۵

ناتوانی‌های حاصل از آن در اصفهان در دست نیست و لزوم انجام مطالعاتی با استفاده از معیارهای انجمن بین‌المللی سررد (International headache society یا IHS) (۷) به منظور دستیابی به تصویری کلی از بیماری در ارتباط با ویژگی‌های اپیدمیولوژیک مبتلایان، فرکانس حملات سررد، علایم همراه، عوامل محرک (Trigger factor) و ناتوانی‌های حاصل از آن را پررنگ می‌نماید.

هدف این مطالعه، تعیین و توصیف ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی در بیماران مبتلا به میگرن بود که می‌تواند در بهبود مراقبت از آنان و پیش‌گیری و درمان، نقش بسزایی را ایفا کند.

روش‌ها

این مطالعه به روش مقطعی و توصیفی در مدت ۹ ماه طی نیمه‌ی دوم سال ۱۳۸۹ و نیمه‌ی اول ۱۳۹۰ در درمانگاه نورولوژی بیمارستان الزهرا (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در شهر اصفهان انجام شد.

از بین مراجعه‌کنندگان با شکایت سررد، پس از اخذ شرح حال و معاینه بالینی توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، بیمارانی که طبق معیارهای IHS (۷)، مبتلا به میگرن بودند، جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند. به تمامی آنان اطلاعات کافی در زمینه‌ی پژوهش داده شد و رضایت آگاهانه‌ی کتبی نیز اخذ گردید.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات بیماران، از یک پرسش‌نامه‌ی کامل و دارای اعتبار علمی (پایایی و روایی) که شامل پرسش‌نامه‌ی MIDAS (Migraine disability assessment) (۸) نیز بود، استفاده گردید. پرسش‌نامه‌ی مذکور حاوی ۲ بخش بود. در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس،

(Trigger factor) به ترتیب شیوع عبارت از استرس (۷۳/۸ درصد)، اختلالات خواب (کم خوابی یا پر خوابی) (۶۱/۹ درصد)، خستگی (۵۹/۵ درصد)، گرسنگی (۵۳/۶ درصد) و هوای گرم (۴۵/۲ درصد) بود. دوری از نور و صدا (۷۶ درصد)، خوابیدن (۶۹ درصد)، استراحت (۶۶ درصد) و استفاده از مسکن‌ها (۵۷ درصد) شایع‌ترین عوامل تخفیف دهنده‌ی سردرد بودند.

معمول‌ترین زمان رخداد سردرد در شبانه روز، عصرها (در ۵۴/۸ درصد موارد) گزارش شده بود. شایع‌ترین علایم همراه سردرد، گیجی (۷۶ درصد)، اختلالات بینایی (۶۹ درصد) و تهوع (۴۲ درصد) بودند و بیشترین محلی از سر که درد در آن ایجاد می‌شد، سمت راست (در ۴۰ درصد بیماران) بود.

میانگین شدت سردردها (بر اساس VAS)، ۷/۲ بود. کمترین شدت گزارش شده ۴ و بیشترین آن ۱۰ بود. میزان مصرف مسکن در حملات سردرد، به طور متوسط ۱۰/۲ قرص در ماه و بیشترین مسکن‌های مصرفی ایبوپروفن و استامینوفن بود (به ترتیب شیوع مصرف). (مصرف).

میانگین نمره‌ی ناتوانی (MIDAS)، ۲۱/۶ بود که کمترین آن ۶ و بیشترین آن ۴۵ بود.

جدول ۲، ویژگی‌های بالینی سردرد را در بیماران مورد مطالعه نشان می‌دهد.

بحث

میگرن به هر دو فرم اپیزودیک و مزمن آن، یک بیماری ناتوان کننده به حساب می‌آید که حدود ۱۴ درصد جمعیت را درست در سنین حداکثر کارایی مبتلا می‌کند (۱۱-۱۰).

درصد آن‌ها مرد بودند. میانگین سنی کلی ۳۱/۳ سال بود و محدوده‌ی سنی آن‌ها بین ۲۰ تا ۴۹ سال بود. میانگین سن بیماران هنگام شروع سردردهای میگرنی ۲۴/۸ سال بوده است (بین ۱۷ تا ۴۲ سالگی).

۶۰/۷ درصد شرکت کنندگان متأهل بودند و ۵۰ درصد بیماران دارای تحصیلات دیپلم و ۴۳ درصد هم تحصیلات دانشگاهی داشتند.

جدول ۱ شاخص‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	آمار
سن (سال)*	۳۱/۳ ± ۷/۷
سن هنگام شروع میگرن (سال)*	۲۴/۸ ± ۶/۲
جنس**	مرد ۴۰/۵ زن ۵۹/۵
وضعیت تأهل**	مجرد ۳۹/۳ متأهل ۶۰/۷
سطح تحصیلات**	ابتدایی ۴/۸ دبیرستان ۲/۴ دیپلم ۵۰ تحصیلات دانشگاهی ۴۲/۹
شغل**	دانشجو ۹/۵ کارمند ۱۶/۷ شغل آزاد ۳۳/۳ خانه‌دار ۴۰/۵

*: انحراف معیار ± میانگین
**: درصد

اکثر بیماران (۷۳/۸ درصد) دارای میگرن بدون اورا (Common migraine) و ۲/۲۶ درصد مبتلا به میگرن با اورا (Classic migraine) بودند.

میانگین فرکانس حملات سردرد، ۸/۹ حمله در ماه بود که متوسط طول هر حمله نیز ۱۴/۲ ساعت بود (طول حملات گزارش شده بین حداقل ۴ ساعت تا حداکثر ۲۴ ساعت بود).

مهم‌ترین عوامل محرک سردرد در بیماران

سردرد میگرن امروزه توسط سازمان بهداشت جهانی در رتبه‌ی نوزدهم بیماری‌هایی قرار گرفته است که باعث ناتوانی می‌شوند (۱۲). در این میان، میگرن مزمن به مراتب از فرم اپیزودیک (حمله‌ای) آن ناخوشی بیشتری را در جمعیت مبتلایان ایجاد می‌کند (۱۳).

بر طبق یافته‌های این پژوهش شیوع میگرن در جمعیت تحت بررسی ۱۱ درصد بود که با سایر مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده در نقاط دیگر ایران (۱۴-۱۵) و سایر کشورهای خاورمیانه و جهان هم‌خوانی داشت (۱۶-۱۸).

از بین شرکت کنندگان در پژوهش ۵۹/۵ درصد بیماران زن و ۴۰/۵ درصد مرد بودند که نشان از شیوع بیشتر میگرن در زنان دارد و این یافته نیز در موافقت با سایر مطالعات است (۱۹).

اکثر شرکت کنندگان متأهل بودند (۶۰/۷ درصد) و قریب به اتفاق آن‌ها (۹۲/۲ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. حدود ۵۰ درصد شاغل و ۴۰ درصد خانه‌دار بودند. یافته‌های دموگرافیک این مطالعه با سایر مطالعات هم‌خوانی داشت (۲۰-۲۱).

در این پژوهش، میزان ابتلا به میگرن بدون اورا بیش از میگرن با اورا بود. اکثر بیماران دارای سردردهای یک طرفه بودند (بیشتر در سمت راست) که با ماهیت میگرن هم‌خوانی داشت. شدت سردردها نیز متوسط تا شدید گزارش شد. متوسط مدت سردرد ۱۴/۲ ساعت بود و در اکثر مواقع، میگرن در عصر شروع می‌شد. این نتایج نیز با سایر مطالعات در زمینه ویژگی‌های بالینی سردرد میگرنی هم‌خوانی داشت (۲۲-۲۴).

استرس، اختلالات خواب، خستگی، گرسنگی و گرما شایع‌ترین محرک‌های سردرد در مطالعه‌ی ما بودند.

در مطالعه‌ی Kelman، شایع‌ترین محرک‌های

جدول ۲. ویژگی‌های بالینی سردرد در افراد مورد مطالعه

متغیر	آمار
فرکانس حملات سردرد (تعداد در ماه)*	۸/۹ ± ۳/۵
طول حملات سردرد (ساعت)*	۱۴/۲ ± ۴/۵
شدت سردرد (VAS)*	۷/۲ ± ۱/۸
ناتوانی ناشی از سردرد (MIDAS)*	۲۱/۶ ± ۹/۹
نوع میگرن**	میگرن بدون اورا ۷۳/۸ میگرن با اورا ۲۶/۲
محل سردرد**	سمت راست ۴۰ سمت چپ ۲۸ دو طرفه یا ژنرالیزه ۹ سمت خاصی ندارد ۹ ناحیه‌ی فرونتال (فرق سر) ۱۱
زمان وقوع سردرد**	صبح ۴/۸ ظهر ۴/۸ عصر ۵۴/۸ شب ۲۶/۲ زمان خاصی ندارد ۹/۵
علائم همراه سردرد**	گیجی ۷۶ اختلالات بینایی ۶۹ تهوع ۴۲ گریز از نور ۳۳ سایر موارد ۹
عوامل محرک سردرد**	استرس ۷۳/۸ اختلالات خواب ۶۱/۹ خستگی ۵۹/۵ گرسنگی ۵۳/۶ گرما ۴۵/۲ غذا ۴۵/۵ نورهای زننده ۳۲ عطر و بو ۲۵ دوری از نور و صدا ۷۶ خوابیدن ۶۹ استراحت کردن ۶۶ استفاده از مسکن ۵۷
مسکن‌های مصرفی**	ایبوپروفن ۹۷ استامینوفن ۶۹ آسپرین ۲/۴ سایر مسکن‌ها ۳

** درصد

* انحراف معیار ± میانگین

MIDAS: Migraine Disability Assessment
VAS: Visual analogue scale

گروه سنی ۲۵-۳۴ سال که سنین اوج بهره‌وری کاری فرد می‌باشد، شایع‌تر است و عواملی نظیر استرس، کم خوابی یا پر خوابی و خستگی می‌توانند محرک حمله‌های سررد باشند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ویژگی‌های بالینی سررد میگرنی در بیماران ما تا حدود زیادی مطابق با معیارهای بین‌المللی IHS می‌باشد. توجه به این عوامل و سایر خصوصیات سررد می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران و ارتقای روند پیش‌گیری و درمان میگرن کمک کننده باشد.

از این رو توصیه می‌شود مطالعات توصیفی بیشتر با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر و طبق معیارهای تشخیصی IHS در زمینه‌ی شیوع میگرن، سیر پیشرفت به سمت مزمن شدن و یا بهبود آن و سایر مشخصه‌های بالینی بیماری انجام شود تا اطلاعات مفید و ارزشمندی که تشخیص و درمان بهتر این بیماری را میسر سازد، به دست بیاید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می‌دانند از تمام شرکت کنندگان در پژوهش و همچنین آقای دکتر تذهیبی جهت انجام امور آماری این طرح، تشکر نمایند.

References

1. Neil H. Migraine and other headaches. In: Lewis P, Rowland LP, editors. Merritt's Neurology. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 983-5.
2. Goadsby PJ, Raskin NH. Headache. In: Fauci AS, Longo DL, Jameson JL, Kasper DL, Hauser SL, et.al, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 95-106.
3. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology 2007; 68(5): 343-9.
4. Simon RP, Greenberg DA, Aminoff MJ. Clinical Neurology. 7th ed. New York: Mcgraw-Hill; 2009.
5. Andreoli TE, Carpenter CJ, Griggs RC, Benjamin IJ. Essentials of Medicin. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2007.
6. D'Amico D, Tepper SJ. Prophylaxis of migraine: general principles and patient acceptance. Neuropsychiatr Dis Treat 2008; 4(6): 1155-67.
7. Headache classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia 2004; 24(Suppl 1): 9-160.
8. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer

میگرن استرس (۸۰ درصد)، گرسنگی (۵۷/۳ درصد) و اختلالات خواب (۵۰ درصد) ذکر شد (۲۵).

Robbins نیز از استرس (۶۲ درصد)، آب و هوا (۴۳ درصد) و گرسنگی (۴۰ درصد) به عنوان مهم‌ترین محرک‌های سررد میگرن یاد کرد (۲۶). فاکتورهای دیگر نظیر غذاها، نور شدید، بوها و برخی داروها نیز به درجات مختلف در سایر مطالعات، به عنوان محرک‌های میگرن مطرح شده‌اند (۲۷-۲۸).

شرکت کنندگان در پژوهش، مهم‌ترین علایم همراه سررد را به ترتیب شیوع گیجی، اختلالات بینایی و تهوع ذکر کردند و دوری از نور و صدا و خواب شایع‌ترین عوامل تخفیف سررد بودند.

بر طبق یافته‌های این پژوهش مشخص شد که متوسط مصرف مسکن ۱۰/۲۴ قرص در ماه بود و در این میان، ایبوپروفن (۹۷ درصد موارد) و استامینوفن (۶۹ درصد موارد) پر مصرف‌ترین داروها بودند. این یافته‌ها در مطابقت با مطالعه‌ی Scher و همکاران بود که ایبوپروفن و استامینوفن را شایع‌ترین مسکن‌های مصرفی معرفی کردند و نشان دادند که مصرف ایبوپروفن دارای اثر محافظتی در برابر تبدیل میگرن حمله‌ای به میگرن مزمن است (۲۹).

بنابراین طبق یافته‌های ما، میگرن در زنان و در

- J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 2000; 88(1): 41-52.
9. Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. *Emerg Med J* 2001; 18(3): 205-7.
 10. Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27(3): 193-210.
 11. Merikangas KR, Cui L, Richardson AK, Isler H, Khoromi S, Nakamura E, et al. Magnitude, impact, and stability of primary headache subtypes: 30 year prospective Swiss cohort study. *BMJ* 2011; 343: d5076.
 12. World Health Organization. Headache disorders. [Online]. 2004. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
 13. Bigal ME, Serrano D, Reed M, Lipton RB. Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology* 2008; 71(8): 559-66.
 14. Nadery T, Hamzei Moghaddam A, Bahram Pour A. Prevalence of Migraine and it's Related Factors in Female Students with Premenstrual Syndrome. *J Kordestan Uni Med Sci* 2000; 5(17): 18-21.
 15. Ayatollahi SMT, Cheraghian B. An Epidemiologic model for risk factors of migraine and tension type headaches among primary school teachers of Shiraz 2003. *J Kerman Uni Med Sci* 2005; 12(2): 85-92.
 16. Kececi H, Dener S. Epidemiological and clinical characteristics of migraine in Sivas, Turkey. *Headache* 2002; 42(4): 275-80.
 17. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002; 58(6): 885-94.
 18. Karli N, Akis N, Zarifoglu M, Akgöz S, Irgil E, Ayvacioglu U, et al. Headache prevalence in adolescents aged 12 to 17: a student-based epidemiological study in Bursa. *Headache* 2006; 46(4): 649-55.
 19. Lipton RB, Bigal ME. The epidemiology of migraine. *Am J Med* 2005; 118(Suppl 1): 3S-10S.
 20. Le H, Tfelt-Hansen P, Skytthe A, Kyvik KO, Olesen J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *J Headache Pain* 2011; 12(2): 157-72.
 21. Katsarava Z, Buse DC, Manack AN, Lipton RB. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2012; 16(1): 86-92.
 22. Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen, Welch KMA. *The Headache*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
 23. Beckmann YY, Secil Y, Kendir AI, Basoglu M. Chronic migraine: a prospective descriptive clinical study in a headache center population. *Pain Pract* 2009; 9(5): 380-4.
 24. Ayatollahi SMT, Borhani Haghghi A, Sahebi L. Epidemiologic and clinical characteristics of Migraine and Tension - Type Headaches among Hospitals staffs of Shiraz. *Acta Med Iran* 2009; 47(2): 115-20.
 25. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 2007; 27(5): 394-402.
 26. Robbins L. Precipitating factors in migraine: a retrospective review of 494 patients. *Headache* 1994; 34(4): 214-6.
 27. Abel H. Migraine headaches: diagnosis and management. *Optometry* 2009; 80(3): 138-48.
 28. American Academy of Neurology. *Foods and factors that may trigger headache*. 2008.
 29. Scher AI, Lipton RB, Stewart WF, Bigal M. Patterns of medication use by chronic and episodic headache sufferers in the general population: results from the frequent headache epidemiology study. *Cephalalgia* 2010; 30(3): 321-8.

Epidemiologic and Clinical Characteristics of Migraine Headaches: A Descriptive Study in Isfahan, Iran

Foroud Aghapour Zangeneh¹, Ahmad Chitsaz MD², Mohammad Reza Najafi MD²,
Rasul Norouzi MD³

Abstract

Background: Migraine is one of the most disabling disorders. Considering geographical differences in reported epidemiology and lack of data in our city, the aim of the present study was to describe the natural history of migraine headaches in Isfahan, Iran.

Methods: This descriptive study was conducted in the neurology clinic of Isfahan University of Medical Sciences (Isfahan, Iran) during 2011. A questionnaire containing validated questions was designed to obtain data about the demographic and headache characteristics. Among the patients presented with headache, subjects with confirmed diagnosis of migraine (based on the criteria of the International Headache Society) were selected to fill out the questionnaires.

Findings: Among 764 patients with the complaint of headache, 84 (11%) subjects were confirmed to have migraine headaches. Of the 84 patients, 59.5% were women and 40.5% were men. Their mean age was 31.3 years old and 60.7% were married. The most common migraine triggers were stress (73.8%), sleep disturbances (61.9%), and fatigue (59.5%). The mean frequency of headaches was 8.2 attacks per month with an average duration of 14.2 hours per attack. Ibuprofen was the most common used analgesic.

Conclusion: According to the results of our study, migraine is more prevalent in married women aging 25 to 34 years old. Clinical characteristics of migraine headaches in our patient were nearly compatible with the International Headache Society criteria.

Keywords: Migraine, Epidemiology, Headache

*This paper derived from a medical doctorate thesis No.389415 in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Student of Medicine, School of Medicine And Student Research committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Associate Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Resident, Isfahan Neurosciences Research Center, Department of Neurology, Student Research committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Rasul Norouzi MD, Email: dr.norouzi@gmail.com