

Başağrısı ile Mücadelede Seçilen İlaç-Dışı Tedavi Yöntemleri

H. Macit SELEKLER *, Başak GÜRPINAR **, Hüsnü EFENDİ ***

ÖZET

Migren ve gerilim tipi başağrıları farklı patofizyolojilere sahiptirler. bu başağrıların atakları olmalarından dolayı, atak sırasında ortaya çıkan semptomları hafifletmek için hastalar tarafından uygulanan yöntemler de farklılık gösterir. Bu çalışmada 108 migrenli, 65 kronik migrenöz tipte başağrılı, 32 episodik gerilim tipi başağrısı ve 21 kronik gerilim tipi başağrısı bulunan hastanın ağrı ile mücadelede seçtikleri yöntemler araştırılmıştır. Karanlık, sessizlik, başa bası ve başa sıcak uygulamak migrenli ve kronik tipte migrenöz başağrısı olan hastalarda sıklıkla kullanılan yöntemlerdi. Başa soğuk uygulamak ise gerilim tipi başağrısı olan hastalarda daha sıklıkla tercih edilen bir yöntemdi. Ağrı sırasında uzanmak ve masaj, tüm gruplarda benzer oranlarda görülmekteydi. Uyumak ve kusmayı uyarmak ise migren'e özgü ağrı ile mücadele yöntemleri idi.

Anahtar kelimeler: Migren, gerilim başağrısı, ağrı ile mücadele

Düşünen Adam; 2003, 16(3): 165-168

SUMMARY

Migraine and tension-type headaches have different pathophysiologicals. Patients' methods for relieving symptoms that arise during these attacks differ as well. This study consisted of 108 migraine, 65 chronic migrainous-type headache, 32 episodic tension-type headache and 21 chronic tension-type headache patients whose methods of coping with pain were investigated. Darkness, silence, applying pressure to head and applying heat to head were more frequent methods in migraine and chronic migrainous-type headache patients. Applying cold to head was the more frequent method in patients with tension-type headaches. Lying and massage during the attack were the methods that were preferred in similar ratios among headache groups. Sleeping and provoked vomiting were specific coping methods in migraine patients.

Key words: Migraine, tension-type headache, coping with pain

GİRİŞ

Migrenli hastalar çoğunlukla akut atak sırasında karanlık ve sessiz bir ortamda dinlenmeyi, eğer mümkünse uyumayı tercih ederler (1). Başağrısı akut atağı sırasında ise, baş'a bası, sıcak veya soğuk uygulaması ve masaj ağrıyı çekenler tarafından uygulanan yöntemleridir (2,3). Bu çalışmada, migren ve gerilim başağrısı kronikleşmiş hastaların, episodik tarzda

migren ve gerilim başağrısı olan hastalara göre, ağrı ile mücadelede ne gibi farklı yöntemler uyguladıkları araştırıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji A.D. "Başağrısı Polikliniği"ne 1.5.2001- 1.5.2002 tarihleri arasında başvuran, primer tipte başağrısı bulunan

hastalar çalışma kapsamına alındı. Sınıflandırma için "Uluslararası Baş ağrısı Derneği" (IHS) 'nin "migren", "episodik gerilim-tipi baş ağrısı" (EGTBA) ve "kronik gerilim-tipi baş ağrısı" (KGTB) kriterleri kullanıldı⁽⁴⁾. IHS migren kriterlerinden (1.1 kod numaralı) A,C,D,E kriterlerine uyan ancak, ayda 15'ten fazla ağrılı günü bulunan hastaların B kriteri üst sınırı (72 saat) aşması nedeniyle, bu hastalar "kronik migrenöz tipte baş ağrılı" (KMTBA) olarak gruplandırıldılar. "Uluslararası Baş ağrısı Derneği" kriterlerine göre "5-11" olarak kodlandırılan sekonder baş ağrılarında şüphe duyulması halinde, uygun laboratuvar yöntemleri ile sekonder nedenler dışlandı.

Hastalar standard bir form ile, yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği ile değerlendirildi. Baş ağrısı atağı sırasında hastaların, baş ağrısına karşı, ilaç kullanmak dışında, kendi kendilerine uyguladıkları yöntemler sorgulandı.

108 hasta migren, 65 hasta KMTBA, 32 hasta EGTBA, 21 hasta KGTBA olarak sınıflandırıldı. Baş ağrısı semptomlarını dindirmeyi amaçlayan fiziksel yöntemler hastaların öykülerinde belirttikleri üzere 9 ana kategoriye ayrıldı (uzanma, karanlık, sessizlik, uyku, başa soğuk uygulama, başa sıcak uygulama, başa bası uygulama, masaj, provoke kusmak). Tanı grupları arasında 9 ana kategoride belirtilen bu yöntemleri "ne oranda" uyguladıkları araştırıldı.

İstatistiksel analizlerde yaş nümerik bir değişken olarak belirlenirken; cinsiyet, tanı ve hastaların baş ağrısı sırasında seçtikleri mücadele yöntemleri kategorik değişkenler olarak belirlendi. Nümerik değişken olan yaşın; ortalaması, standart sapması, maksimum ve minimum değerleri hesaplandı. Kategorik değişkenlerin, migren, KMTBA, EGTBA ve KGTBA grupları arasındaki dağılımı Pearson ki-kare ile test edildi. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlendi. İstatistiksel analizler SPSS (statistical package for the social sciences) version. 10 ile yapıldı.

BULGULAR

Toplam 227 hastanın 181'i kadın, 46'sı erkekti. Tüm grubun yaş ortalaması 39.08 ± 12.52 olup; minimum 19, maksimum 78 idi. Migrenli hastaların yaş ortalaması 38.34 ± 11.13 , KMTBA'lı hastaların 38.56 ± 12.56 , EGTBA'lı hastaların 42.71 ± 15.36 , KGTBA'lı hasta-

ların 39.19 ± 14.51 olarak hesaplandı.

Migrenli hastalarda baş ağrısı ile mücadelede uzanmak % 46.3 oranı ile tercih edilirken, bu yöntem KMTBA olan hastalarda % 49.2, EGTBA ve KGTBA gruplarında ise sırasıyla % 37.5 ve % 33.3 oranında kullanılıyordu (Pearson $\chi^2=2.42$; $p>0.05$).

Baş ağrısı sırasında karanlık ortam arayışı migrenli ve KMTBA olanlarda % 21.4 oranında iken, gerilim tipi baş ağrısı bulunan hastalarda % 7.5 idi (Pearson $\chi^2=5.233$; $p<0.05$). Benzer şekilde baş ağrısı sırasında sessiz ortam isteyen hastaların oranı migren ve KMTBA grubunda % 27.2 iken, bu oran gerilim tipi baş ağrısı bulunan hastalarda % 1.9 idi (Pearson $\chi^2=15.501$; $p<0.05$).

Ağrı ile mücadelede, migrenli hastalar daha fazla oranda uykuyu seçerken (% 37.0), KMTBA olan hastalarda bu oran % 20 idi (Pearson $\chi^2=4.77$; $p<0.05$). EGTBA'lı hastalarda ise ağrı sırasında uykuya duyulan ihtiyaç % 12.5 olarak tespit edildi (Pearson $\chi^2=6.896$; $p<0.05$). KGTBA grubunda ise uykuya olan ihtiyaç, migren grubuna göre daha düşük (% 23.8) oranda olmakla beraber, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Pearson $\chi^2=1.354$; $p>0.05$).

Ağrıyı dindirmek amacıyla, EGTBA ve KGTBA gruplarındaki hastalar % 28.3 oranında soğuk uygulama yaparken, migren ve KMTBA gruplarında bu yöntem % 13.9 oranında kullanılıyordu (Pearson $\chi^2=5.196$; $p<0.05$). Sıcak uygulama ise migren ve KMTBA'lı hastalarda % 5.2 oranında iken, episodik tipte baş ağrısı olan hastalarda bu yöntem hiç başvurulmuyordu.

Baş bası uygulamak, migren ve KMTBA gruplarındaki hastalarda, EGTBA ve KGTBA gruplarındaki hastalara göre daha çok tercih edilen bir yöntemdi (sırasıyla % 17.9 ve % 5.7). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Pearson $\chi^2=3.859$; $p<0.05$).

Baş ve boyun bölgesindeki kaslarına masaj yaptırmaya ihtiyacı duyan hastaların oranı EGTBA ve migren gruplarında birbirine yakındı (sırasıyla % 13.0, % 15.6). Bu benzer oranlar KMTBA ve KGTBA bulunan gruplarda da elde edildi (% 1.5 ve % 4.8). Oranlar arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu (Pearson $\chi^2=0.097$; $p>0.05$).

Tablo 1. Tanı grupları ve uygulanan ilaç-dışı tedavi yöntemleri.

Uygulanan Yöntemler	Migren (n=108)	KMTBA (n=65)	EGTBA (n=32)	KGTBA (n=21)
1 Uzanmak	50 (% 46.3)	32 (% 49.2)	12 (% 37.5)	7 (% 3.3)
2 Uyumak	40 (% 37)	13 (% 20)	4 (% 12.5)	5 (% 23.8)
3 Karanlık	22 (% 20.4)	15 (% 23.1)	1 (% 3.1)	3 (% 14.3)
4 Sessizlik	29 (% 26.4)	18 (% 27.7)	0 (% 0)	0 (% 4.8)
5 Başa bası uygulamak	17 (% 15.7)	14 (% 21.5)	3 (% 9.4)	0 (% 0)
6 Başa soğuk uygulamak	15 (% 13.9)	9 (% 13.8)	10 (% 31.3)	5 (% 23.8)
7 Başa sıcak uygulamak	7 (% 6.5)	2 (% 3.1)	0 (% 0)	0 (% 0)
8 Masaj	14 (% 13.0)	1 (% 1.5)	5 (% 15.6)	1 (% 4.5)
9 Kusmak	4 (% 3.7)	0 (% 0)	0 (% 0)	0 (% 0)

Uyararak kusma ağrı ile mücadelede, migrenli hastaların % 3.7'sinde uygulanan bir yöntemi ve migrenliler dışındaki hiçbir grup bu yöntemi kullanmıyordu.

Hastaların 9 ana kategorideki yöntemleri ne sıklıkla uyguladıkları Tablo 1'de verilmiştir.

TARTIŞMA

Migren atağı sırasında hastaların dinlenme, eğer mümkünse uyuma isteği atağın şiddetlenmesini önlemek veya sonlanmasını sağlamak amacı ile sıklıkla uyguladıkları yöntemlerdir (1). Atak sırasındaki fotofobi veya fonofobi nedeniyle hastalar karanlık ve sessiz ortamları tercih ederler (5). Özellikle çocuklarda, kusma; atağın sonlandırılmasında oldukça etkindir (6).

Migren'in kronikleşme sürecinde, atakların sıklığı artarken ağrı şiddeti azalır; fotofobi, fonofobi ve kusma gibi semptomların sıklığı ve şiddeti azalır (7). Gerilim baş ağrılarındaki ağrı hafif veya orta derecede olup; şiddetli değildir. Günlük aktiviteleri etkileyebilir ancak tamamıyla engellemez (4).

İncelediğimiz dört grupta da "uzanma", birbirine yakın oranda baş ağrısı ile mücadelede seçilen bir yöntemdi. Ancak uyku migrenli hastalarda, KMTBA'lı ve EGTBA'lı hastalara göre daha fazla oranda tercih ediliyordu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Bu farkın nedeni, migrenli hastaların KMTBA'lı ve EGTBA'lı hastalara göre daha şiddetli ağrı yaşamaları olabilir. Uzanmaya göre uyku ihtiyacı, migrenli hastalar için baş ağrısı ile mücadelede daha özgün bir yöntem gibi görünmektedir. Migrenli hastalarda atağın önüne geçmek için duyulan uyku ihtiyacı, KGTBA'lı hastalara göre daha fazla oranda olsa

da, istatistiksel bir anlamlılık tespit edilememiştir. Bunun sebebi, KGTBA grubundaki hasta sayısının azlığı olabilir.

Fotofobi ve fonofobi semptomlarının atak sırasında beraberce bulunması migren için özgün olup, gerilim tipi baş ağrılarında fotofobi veya fonofobi eşlik edebilir (4,8). Migren ve KMTBA'lı hastalar ile, EGTBA'lı ve KGTBA'lı hastalar iki ayrı grup halinde değerlendirildiğinde, hastalarda ağrı sırasında karanlık (fotofobi) ve sessiz ortam (fonofobi) arayışı ayrı ayrı araştırılınca; her ikisinin oranı da migren ve KMTBA grubunda daha fazla idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Buradan şu sonuç çıkarılabilir: migren ve KMTBA olan hastalarda fotofobi ve/veya fonofobi semptomlarına daha sık rastlanır veya gerilim tipi baş ağrılarında eşlik eden fotofobi veya fonofobi'nin şiddeti daha azdır (9,10).

Ağrı sırasında baş'a lokal tedavi uygulanması antik yöntemlerdir. Baş'ı bağlamak yolu ile bası uygulanması, Sümerler ve Eski Mısır'da kullanılan bir yöntemdi. Blau ve Dexter, parmak veya kafa çevresine sarılarak şişirilen tansiyon aleti manşonu ile sağlanan bası neticesinde, skalp dolaşımının bloke edilmesiyle 50 migrenli hasta arasından 28'inin ağrılarının hafiflediğini bildirmişlerdir. Drummond ve Lance, 66 migrenli hastanın 3'te 1'inin ağrısının temporal artere bası ile azaldığını (2); Vijayan ise Velcro kemeri ve bu kemerde bulunan lokal bası uygulayan kauçuk diskler yardımı ile 23 migrenli hastasının %87'sinin ağrısının hafiflediğini bildirmiştir (2,11). Muhtemelen skalpa bası, genişleyen ağrılı ekstrakranial damarların kompresyonu veya "karşı irritasyon" yaratması sonucunda etkili olmaktadır (2).

Migrenli ve KMTBA'lı hastalar ağrı sırasında % 17.9

oranında başlarına bası uygularken, bu oran gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda % 5.7 idi ($p<0.05$). Bu yöntemin episodik gerilim baş ağrılı hastalarda da kullanılması, ekstrakranial vasküler kopartmana etki yanında "karşı irritasyon" ile de fayda sağladığını düşündürmektedir. Bu durumda migren ve KMTBA'lı hastaların bazılarında ağrıya kas kontraksiyonunun da eşlik edebileceğini düşünecek olursak, başa bası uygulamak bu hastalarda hem vasküler kopartmana etki hem de karşı irritasyon yolu ile ikili etki göstermektedir.

Baş bölgesine soğuk veya sıcak uygulanması da antik bir yöntemdir. Soğuk teorik olarak etkisini dilate damarları daraltarak ve ağrı liflerinin duyarlılığını azaltarak gösterir. Shetfield ve ark. künt ve şiddetli olmayan baş ağrıların soğuk uygulamasına daha iyi cevap verdiğini bildirmişlerdir (2). İncelediğimiz seride baş bölgesine soğuk uygulamasının gerilim tipi baş ağrılı hastalarda, migren ve KMTBA olan hastalara oranla daha sık uygulanan bir yöntem olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmamızda ağrıyı hafifletmek amacıyla başa soğuk uygulama gerilim tipi baş ağrılı hastalar için özgün bir yöntem olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu Shetfield ve ark.'larının görüşünü desteklemektedir.

Yüzeysel sıcak uygulama deri ve 2-3 cm derinliğe kadar subkutanöz ısıyı artırır. Yüzeysel kan akımının artmasının, alttaki eklemlerde soğumaya neden olarak ağrının azalmasına yol açtığı düşünülmektedir (3). Bu yöntem grubumuzdaki migrenli ve KMTBA olan hastaların % 5.2'si tarafından uygulanırken, gerilim tipi baş ağrısı olan hastalar tarafından hiç uygulanmayan bir yöntemdir. Sıcak uygulamanın etki mekanizması hipotezinin vasküler kaynaklı olduğu göz önüne alınırsa, bu yöntemin daha sıklıkla migrenli ve KMTBA olan hastalar tarafından kullanılması doğal görünmektedir.

Masaj'ın yüzyıllar boyunca çeşitli kültürler tarafından kullanıldığını görmekteyiz. Etki mekanizması net olarak tanımlanamasa da; kas spazmını azalttığı, belki de kas içiği stimülasyonu ile kaslarda refleks gevşemeyi sağladığı düşünülmektedir. Baş dokusunun masajı ile, plazma β -endorfinlerinin arttığı da gösterilmiştir. Vurma şeklinde yapılan masajın kasları yumuşattığı ve gevşettiği, bası ile yapılan masajın ise, kasları gevşettiği, ödemi azalttığı, doku adhez-

yonlarını azalttığı varsayılmaktadır (3). Serimizde migren ve episodik gerilim baş ağrısında masajın aynı oranda tercih edilen yöntem olduğunu görmekteyiz.

Uyarılmış kusma ise sadece migren hastalarında bir yöntem olarak kullanılıyordu. Bunun sebebi, kusmanın migren'e ait bir özellik olması (4) ve migren ağrısı kronikleşenlerde kusmanın sıklığının azalması gibi görünmektedir (7).

İncelediğimiz grup içinde, hastalar ağrılarını dindirmek amacıyla reel yöntemler yanında, baş bölgesine soğuk veya sıcak uygulaması, masaj gibi bilimsel etkinliği gösterilmemiş yöntemler ve başa bası uygulamak gibi hakkında yeterli derecede bilgi birikimi bulunmayan metodlar ile de ağrıları ile mücadele etmektedirler. Bunlar içinde en ilgi çekici olanı, episodik gerilim baş ağrısı olan hastaların "soğuk uygulama"nın ağrılarını dindirmek amacı ile seçtikleri ilk yöntem olmasıdır.

Baş'a bası, soğuk/sıcak uygulanması ve masaj antik yöntemler olup; bugün de uygulanmaktadır. Francis Bacon'ın dediği gibi "hükmedemediğimiz doğa kurallarına baş eğmeliyiz" (12).

KAYNAKLAR

1. Lance JW, Goadsby PJ: Mechanism and Management of Headache. 6th edition. Butterworth-Heinemann, Oxford, p.9-16, 1998.
2. Edmeads JG: Unconventional Treatments for Migraine. The Headaches. 2nd. Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p.379-383, 2000.
3. Carlsson JY, Jensen R: Physiotherapy of Tension-Type Headache. The Headaches. 2nd. Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p. 651-656, 2000.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 8, suppl. 7, 1988.
5. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ: Headache in Clinical Practice. Oxford: Isis Medical Media, p.61-90, 1998.
6. Zagami AS, Rasmussen BK: Symptomatology of migraine without aura. The Headaches. 2nd. Edition. Lippincott Williams & Wilkins, p.337-343, 2000.
7. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ: Headache in Clinical Practice. Oxford: Isis Medical Media, p.101-114.
8. Blau JN: Diagnosing migraine: are the criteria valid or invalid? Cephalalgia 13 (suppl 12): 21-4, 1993.
9. Sjaastad O, Stovner JL: The IHS classification for common migraine. Is it ideal? Headache 33:372-375, 1993.
10. Iversen HK, Langemark M, Andersson PG, et al: Clinical characteristics of migraine and episodic tension type headache in relation to old and new diagnostic criteria. Headache 30: 514-519, 1990.
11. Vijayan N: Head Band for Migraine Headache Relief. Headache 33:40-42, 1993.
12. Blau JN: A note on migraineurs' postures during attack. Headache 33:501-501, 1993.