

Original Article

Gastric Corporal Headache Measures in Iranian Traditional Medicine and Investigating Related Evidences in Conventional Medicine

Majid Soltanpour Gharibdousti¹, Siamak Afshin-Majd², Ali Davati³, Elham Emaratkar^{4*}

1. MD, Ph.D. Student, Department of Iranian Traditional Medicine, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.
2. MD, Associate professor, Department of Neurology, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.
3. MD, Ph.D., Associate professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.
4. MD, Ph.D., Assistant Professor, Department of Iranian Traditional Medicine, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: e.emaratkar@gmail.com

Received: 22 Jan 2018 Accepted: 2 Jun 2018

Abstract

Background and Aim: Headache has a high prevalence. Iranian Traditional medicine is a valuable treasure of the knowledge and experience of our country's scientists and it contains valuable solutions in the field of lifestyle modification for the treatment of diseases called science of Tadabir. The aim of the study was to identify gastric headache managements, what one of the of headache types mentioned in the books of hokama.

Material and Methods: This study has been conducted as library method.

Findings: Recommended strategies of the Iranian traditional Medicine and the scientific evidences of Conventional medicine in the field of headache management were collected and topics were classified in the six necessary principles (setteye zarurieh) are described and presented.

Conclusion: Some of the Gastric corporate headache measures, in Iranian Traditional medicine approved by conventional medicine practice. Iranian Traditional medicine has valuable doctrines and strategies for healthy lifestyle and nutrition, in the case of all diseases, especially gastric corporate headache. Use of these measures can be useful in preventing, treating or reducing the number of headache attacks, reducing the duration of headaches, reducing the severity of headaches, and improving the quality of life of patients with headache and paying attention to these strategies will reduce direct and indirect costs of primary headaches.

Keywords: Headache; Stomach; Gastric Corporate Headache; Setteye Zarurieh; Iranian Traditional Medicine

Please cite this article as: Soltanpour Gharibdousti M, Afshin-Majd S, Davati A, Emaratkar E. Gastric Corporal Headache Measures in Iranian Traditional Medicine and Investigating Related Evidences in Conventional Medicine. *Med Hist J* 2018; 10(35): 49-68.

تدابیر سردرد مشارکتی معده در مکتب طب سنتی ایران و بررسی شواهد مرتبط در طب رایج

مجید سلطانیپور غریبدوستی^۱، سیامک افشین مجد^۲، علی دواتی^۳، الهام عمارتکار^{۴*}

۱. دستیار تخصصی طب سنتی ایران، گروه طب سنتی ایرانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. دانشیار نورولوژی، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. دانشیار بهداشت و پزشکی اجتماعی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۴. استادیار طب سنتی ایران، گروه طب سنتی ایرانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسؤول) Email: e.emaratkar@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: سردرد شیوع بالایی دارد. مکتب طب سنتی ایران، گنجینه ارزشمندی از دانش و تجربیات دانشمندان کشورمان می‌باشد و حاوی راه‌کارهای ارزشمندی در حوزه اصلاح سبک زندگی جهت درمان بیماری‌ها به نام علم تدابیر است. هدف مطالعه شناسایی تدابیر سردرد مشارکتی معده، از انواع سردردهای مطرح‌شده در کتب حکما می‌باشد.

مواد و روش‌ها: تحقیق به صورت کتابخانه‌ای انجام گرفته و با بررسی کتب معتبر مکتب طب ایرانی و نیز بررسی مقالات پزشکی و کتب معتبر مرتبط طب رایج، یافته‌ها گزارش شده‌اند.

یافته‌ها: تدابیر سردرد مشارکتی معده در طب ایرانی در شش سرفصل اصلی شامل هوا، خوردن و آشامیدن، حرکت و سکون، خواب و بیداری، احتباس و استفراغ، رویکردهای روانی عنوان شدند و با یافته‌های طب رایج مقایسه گردیدند.

نتیجه‌گیری: تدابیر سردرد مشارکتی معده در مکتب ایرانی به نحوی مورد تأیید علم روز پزشکی نیز می‌باشد و استفاده از این تدابیر می‌تواند در پیشگیری، درمان یا کاهش تعداد حملات سردرد، کاهش طول مدت سردرد، کاهش شدت سردرد، افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سردرد مفید باشد و در نهایت باعث کاهش هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم انواع سردردهای اولیه گردد.

واژگان کلیدی: سردرد؛ معده؛ سردرد مشارکتی معده؛ سته ضروریه؛ طب ایرانی

مقدمه

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت به مجموعه تمامی علوم و تجربیات نظری و عملی شامل کلیه اقدامات بهداشتی، رویکردها، اطلاعات و باورهایی که به اشکال مختلف دارویی و غیر دارویی برای حفظ سلامتی و همچنین پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها به کار می‌روند و به صورت نوشتاری یا گفتاری از نسلی به نسل دیگر در یک منطقه جغرافیایی انتقال می‌یابند و همچنین قابلیت روزآمد شدن با حفظ چارچوب‌های اساسی را دارا می‌باشند، طب سنتی گفته می‌شود (۱-۲). سردردها سومین عامل ناتوانی در دنیا هستند (۳). سردرد یک معضل مهم در بهداشت عمومی است و یک بار بزرگ برای فرد، سیستم مراقبت‌های بهداشتی و جامعه است (۴). سردرد علامتی بسیار شایع است که تقریباً همه افراد در زمانی از زندگی خود دچار آن می‌شوند. تخمین زده می‌شود که نزدیک به نیمی از جمعیت بزرگسال جهان، مبتلا به بیماری فعال سردرد باشند (۵-۶). داروهای متعددی برای پیشگیری از وقوع سردردهای اولیه مورد استفاده قرار می‌گیرند که شامل بتابلوکرها، داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای، کلسیم بلوکرها، انتاگونست‌های سروتونین و... می‌باشند. داروها دارای عوارض جانبی بالقوه و کنتراندیکاسیون‌های خاص مصرف می‌باشند، از طرف دیگر در صورت وجود بیماری همراه دیگر می‌توانند در روند درمانی بیمار و یا رژیم دارویی خاص آن بیماری تداخل ایجاد کنند و یا کارایی کافی برای درمان لازم را نداشته باشند و در نتیجه تمایل بیمار به پذیرش رژیم دارویی را کاهش دهند. از این رو استفاده از روش‌های جایگزین در پیشگیری و درمان سردردهای اولیه مورد توجه قرار گرفته‌اند (۷). طبق برنامه راهبردی ده ساله سازمان بهداشت جهانی از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۳، در مورد طب سنتی، این سازمان استفاده از مکاتب درمانی مکمل، جایگزین و بومی را به کلیه کشورها توصیه نموده است (۱). مکتب فضیلت‌گرای طب سنتی ایران که از این پس با نام طب ایرانی از آن یاد می‌کنیم، از کهن‌ترین مکاتب طبی است که بیش از هزاران سال قدمت دارد و اهمیت قدمتش در این است که راه‌کارهای بهداشتی و درمانی آن به طور مسلسل در قرون متمادی و توسط طبیبان

دانشمند، ارزیابی و کارایی آن‌ها بارها تأیید شده است و با افزوده شدن تجارب جدید بر دانش گذشتگان پیشرفت و ویرایشی مداوم داشته است و در حال حاضر، اسناد مکتوب و شناخته شده‌ای از آن‌ها در دسترس می‌باشد. در مکتب طب ایرانی، ضمن تقسیم‌بندی انواع سردرد، راه‌کارهای پیشگیری و درمان نیز مطرح شده که از آن میان، اولویت روش‌های درمانی، به کارگیری اصول اصلاح شیوه زندگی است که اصطلاحاً به آن تدابیر گفته می‌شود (۸). امروزه در طب رایج نیز پیشگیری بر درمان مقدم است. راه‌کارهای پیشگیری و مدیریت بیماری در طب ایرانی در قالب شش سرفصل اصلی که به نام سته ضروریه یا شش اصل ضروری برای حفظ سلامتی، شامل هوا، خوردن و آشامیدن، خواب و بیداری، حرکت و سکون، احتباس و استفراغ (حفظ مواد لازم برای بدن و پاکسازی از مواد غیر ضروری یا مضر)، رویکردهای روانی مطرح می‌شوند، بر این اساس برای یافتن تدابیر بیماری سردرد مشارکتی معده موارد ذکر شده را مورد بررسی قرار دادیم تا راه‌کارهایی ایمن‌تر، قابل قبول‌تر، با حداقل عوارض جانبی را بیابیم تا باعث بهبود و یا کاهش سردرد، تقدم پیشگیری بر درمان و ارتقای تندرستی شود، البته این نوع مطالعات در طب ایرانی در بیماری‌های دیگر نیز انجام شده است (۹-۱۰). طبق دیدگاه حکما و طبیبان مکتب طب ایرانی از میان تدابیر در درمان بیماران، اصلاح تغذیه یا تدابیر غذایی دارای اولویت است. «رازی» این مضمون را این‌طور بیان می‌نماید: «مَهْمَا قَدَرْتَ ان تُعَالِجِ بِالْأَعْذِیةِ فَلَا تُعَالِجِ بِالْأَدْوِیةِ وَ... مَهْمَا قَدَرْتَ ان تُعَالِجِ بِالْأَدْوِیةِ الْمَفْرَدَةِ فَلَا تُعَالِجِ بِالْأَدْوِیةِ الْمَرْکِبَةِ؛ در درمان هرگاه می‌توانی از غذا استفاده نمایی از دارو استفاده نکن و تا امکان استفاده از داروهای مفردة وجود دارد از داروهای ترکیبی استفاده نکن» (۱۱). با در نظر گرفتن این‌که در تدابیر کلی سردرد در پزشکی کهن ایرانی، حذف و غذاهای نفخ‌آور که اصطلاحاً نفاخات و مواد بخارزا که اصطلاحاً مبخرات نامیده می‌شوند، از درمان‌های اصلی و مشترک همه سردردها می‌باشد (۸)، به این تدبیر یا راه‌کار در سرفصل خوردن و آشامیدن بیش از سایر راه‌کارها پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک بررسی مروری کتابخانه‌ای است و به صورت هدف‌دار به بررسی اهم منابع مکتب طب ایرانی در زمینه تدابیر سردرد مشارکتی معده می‌پردازد. این کتب شامل «الحاوی» و «المنصوری فی الطب» تألیف «ابوبکر محمد رازی» (قرن ۳) «هدایه‌المعلمین» تألیف «ربیع بن احمد اخوینی بخاری» (قرن ۴)، «کامل الصناعه الطبیه» تألیف «علی بن عباس مجوسی اهوازی» (قرن ۴)، «القانون فی الطب» تألیف «ابن سینا» (قرن ۴ و ۵)، «ذخیره خوارزمشاهی و اغراض‌الطبیه» تألیف «سیداسماعیل جرجانی» (قرن ۵ و ۶)، «الأسباب و العلامات» تألیف «نجیب‌الدین سمرقندی» (قرن ۷)، «شرح قانون» تألیف «ابن نفیس قرشی» (قرن ۷)، «شرح الأسباب و العلامات» تألیف «نفیس بن عوض کرمانی» (قرن ۸)، «خلاصه التجارب» تألیف «بهاء‌الدوله رازی» (قرن ۱۰)، «طب اکبری» تألیف «علی‌اکبر ارزانی» (قرن ۱۲)، «خلاصه الحکمه» تألیف «سیدمحمدحسین عقیلی علوی شیرازی» (قرن ۱۲) و «اکسیر اعظم» تألیف «محمداعظم‌خان چشتی» (قرن ۱۳) می‌باشند. ضمناً برای پژوهش‌های طب سنتی، شامل جستجوی ساده و پیشرفته کلمه و عبارت در متن کامل ۹۰۶ عنوان کتاب و رساله طبی در ۱۲۰۰ جزء، به زبان فارسی، عربی، اردو و انگلیسی، از نرم‌افزار کتابخانه جامع طب محصول مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی استفاده شد. در بررسی منابع طب رایج از کتاب اصول نورولوژی آدامز و ویکتور *Adam's and Victor's Principles of Neurology* ویرایش ۱۰، کتاب نورولوژی مریت *Merritt Neurology* ویرایش ۱۳، موتور جستجوی محلی نظیر سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران *IranDoc*، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی *SID*، کتابخانه مجلس شورای اسلامی، راهنمای مقالات علوم پزشکی ایران *Iran Medex*، بانک اطلاعات نشریات کشور *Magiran* و بین‌المللی نظیر *Pro Quest*، *PubMed*، *Scopus Database Science* و *Elsevier* جهت یافتن مقالات، کتاب‌ها و مجلات علمی و تخصصی مرتبط استفاده شد. محدودیت‌ها و مشکلات پژوهش شامل پراکندگی

بخش‌های مختلف تدابیر، سته ضروریه در کتب مختلف و گاهی در دسترس نبودن نسخه چاپی از یک منبع مانند کتاب معالجات حکیم عقیلی خراسانی و یا ناخوانابودن نسخه خطی بودند.

یافته‌ها

۱- صداع و سردرد مشارکتی معده در طب ایرانی

شیخ‌الرئیس بوعلی سینا در کتاب قانون در طب، سلامتی را ساختاری می‌داند که در آن بدن انسان از نظر مزاج و ترکیب به گونه‌ای باشد که تمامی افعال آن صحیح و سالم باشد و بیماری را در بدن انسان ضد سلامت تعریف می‌کند. ایشان درد را احساس ناسازگار معرفی می‌نماید. در منابع پزشکی کهن ایران واژه «صداع» به معنی سردرد و اختصاصاً درد در اعضای سر می‌باشد و تقسیم‌بندی و نام‌گذاری انواع سردرد بر اساس تلفیقی از معیارهایی مانند عامل ایجادکننده، عضو مسبب و محل درد بیان شده است (۱۲-۱۳). در توضیح درد در اعضای سر، علت درد هر سبب داخلی و یا خارج بدنی است که در نهایت باعث تغییر مزاج، تفرق اتصال آگستگی بافتی یا عضوی^[۱] و یا ترکیبی از هر دو گردد و اعضای سر را مو، پوست سر، غشای پوشاننده جمجمه، جمجمه، غشاهای پوشاننده مغز، بافت مغز، عروق و اعصاب مغز ذکر کرده‌اند (۱۴). نکته قابل ذکر دیگر این است که اعضای سر محل بروز درد هستند و الزاماً در همه موارد منشأ درد نمی‌باشند، زیرا گاهی سردرد به علت مشارکت مغز با سایر اعضای بدن ایجاد می‌شود (۱۵). سردرد بر اساس عضو مسبب درد، به دو دسته اصلی تقسیم می‌شود: اول سردرد اصلی که عامل ایجادکننده درد در سیستم عصبی مرکزی و عروق و اعصاب و عضلات آن وجود دارد؛ دوم سردرد مشارکتی که سردرد به علت وجود بیماری در اندامی دیگر (معده، کبد، رحم و...) یا کل بدن (سردرد ناشی از تب) ایجاد شده است و عامل ایجادکننده درد به دلیل وجود ارتباطات ساختمانی یا عملکردی بین مغز و سایر اعضای بدن باعث بروز سردرد می‌گردد (۸). عضوی که بیشتر از هر عضو مشترک با مغز، مغز را دچار درد و بیماری می‌کند، معده است. به عنوان مثال می‌توان به صرع مشارکت

۲- سته ضروریه یا شش اصل ضروری برای زندگانی سالم در مکتب طب ایرانی، حفظ سلامت و تندرستی، در درجه اول اهمیت وظیفه پزشک قرار دارد و درمان بیماری وظیفه بعدی است. سالم بودن نیز همانند بیمار شدن نیاز به علل و عواملی دارد که تحت عنوان سته ضروریه یا شش اصل ضروری برای زندگانی سالم، شامل هوا، خوردن و آشامیدن، حرکت و سکون، خواب و بیداری، احتباس و استفراغ، رویکردهای روانی در آموزه‌های طب ایرانی مورد بحث قرار گرفته‌اند. در کنار این‌ها، امور دیگری نیز به عنوان امور غیر ضروریه، مانند حمام، جماع و... مطرح شده‌اند. در شیوه زندگی مدرن نیز موضوعات جدیدی مربوط به فناوری‌های نوین نظیر توجه به آثار امواج الکترومغناطیسی، اشعه‌های رادیواکتیو و... مطرح شده‌اند که توجه به اصول بهداشتی در مورد آن‌ها نیز ضروری به نظر می‌رسد (۲۱). از اهداف مهم در مدیریت بیماری هر فرد مبتلا به سردرد اولیه، طرح‌ریزی تدابیر در جهت پیشگیری از وقوع حمله میگرنی یا کاهش تعداد، مدت و شدت حملات میگرن و یا حتی پاسخ‌دهی بهتر به اقدامات و درمان‌های پیشگیری و داروهای مرحله حاد و نهایتاً بهبود کیفیت زندگی است. در حالت ایده‌آل، انتخاب استراتژی پیشگیرانه و درمانی، باید با شرایط اختصاصی فرد بیمار مطابقت داشته باشد. از آنجا که سرفصل متناظر با بیماری سردرد مشارکتی معده در آخرین طبقه‌بندی معتبر، یعنی در ویرایش سوم تقسیم بندی انواع سردرد انجمن بین‌المللی سردرد، موسوم به ICHD-3 beta (۲۲) وجود ندارد و سردرد مشارکتی معده در زمره سردردهای اولیه، که هنوز علت دقیق‌شان مشخص نشده است، در طب رایج مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، بر آن شدیم که شواهد پیشگیری در طب رایج را از نیز از میان تدابیر سردردهای اولیه ذکر نماییم.

۱-۲- آب و هوا: از دیدگاه مکتب طب ایرانی، هوا، بدن موجودات را احاطه کرده است و بدن برای ایجاد تعادل در حرارت قلب و معتدل نگهداشتن روح حیوانی بدان نیاز دارد. کیفیت هوا به سبب اختلاف فصل‌ها و نواحی، وزش بادهای مختلف، و همجواری با کوه‌ها و خاک‌ها و دریا‌های مختلف تغییر می‌کند (۲۱). چیزهای خوشبو (عطرپیه) معده را به

معدی نیز اشاره کرد که این نوع صرع به علت مشکلات معده بروز می‌کند و با درمان آن می‌توان به کنترل تشنج پرداخت. در طب ایرانی در صرع مشارکتی معده، درمان بر روی معده متمرکز است و به تقویت مغز نیز توجه شده است (۱۶).

شیخ‌الرئیس می‌گوید که سردرد ناشی از مشارکت دو قسم، مطلق و نامطلق دارد. مقصود از مشارکت مطلق آن است که از اندامی که با مغز مشارکت دارد، هیچ ماده‌ای از اندام مشارک به دماغ نفوذ نمی‌کند. صداع ناشی از کزاز و اعیا از این نوع است. منظور از مشارکت غیر مطلق آن است که از اندام مشارک ماده‌ای از جنس چهار خلط و یا ماده لطیف، یعنی ریح و بخار به دماغ نفوذ نماید، مثل وقتی که اورام حجاب به دماغ سرایت کرده و موجب سردرد می‌گردد یا از بخار و ریح مثل صداع مشارکتی معده ناشی از صعود ابخره باشد (۴۲). سردرد مشارکتی معده، یعنی سردردی که علت ایجاد آن، اختلالات ناحیه سر و گردن نمی‌باشد، بلکه ثانویه بودن ایجاد سردرد به وجود مشکلات معده می‌باشد. در این نوع سردرد اختلالات عملکرد معده و بیماری‌های آن موجب ایجاد حس درد در سر می‌شود. درمان این نوع سردرد وابستگی کامل به درمان اختلالات معده دارد. با توجه به این‌که در طبقه‌بندی انجمن بین‌المللی سردرد (IHS)، این نوع سردرد مطرح نشده است، عملاً در طبقه‌بندی جزء سردردهای اولیه قرار می‌گیرد (۱۷-۱۸). از مشخصات سردرد مشارکتی معده زوال بیماری در عضو اصلی (معده)، باعث زوال بیماری در عضو مشارک (مغز) می‌شود. تخفیف مرض در عضو اصلی (معده)، باعث تخفیف مرض در عضو مشارک (مغز) می‌شود. تشدید مرض در عضو اصلی (معده)، باعث تشدید مرض در عضو مشارک (مغز) می‌شود. باقی‌ماندن مرض در عضو اصلی (معده)، باعث باقی‌بودن مرض در عضو مشارک (مغز) می‌شود. بیماری عضو اصلی (معده)، باعث بیماری عضو مشارک (مغز) می‌شود. ظهور ضرر و اعراض در عضو اصلی (معده) مقدم و در عضو شرکی (مغز) موخر است (۸، ۱۵-۱۴، ۲۰-۱۹).

خوبی تقویت می‌کند و چیزهای بدبو باعث تقطیع و کاهش قوت می‌شوند. از تدابیر کلی تقویت معده در افراد دچار سردرد مشارکتی معده کم کردن غذا و استفاده از غذاهای سریع‌الهضم به خصوص در فصل تابستان است، زیرا در اثر فعل طبیعت برای مقابله با گرمای محیط و خنک شدن بدن، حرارت به سمت خارج بدن میل می‌کند، لذا داخل بدن از جمله دستگاه گوارش به ویژه معده به طور نسبی سرد می‌شود، پس معده و بالطبع بدن بیشتر از مبردات یا سردی‌زاها آسیب می‌بینند.

از دیدگاه طب رایج نیز بین شدت دردی که توسط بیماران گزارش شده است و تغییرات آب و هوایی ارتباط وجود دارد. یک محیط کم فشار، با تشدید فعالیت سمپاتیک، موجب درد می‌شود که به نوبه خود سبب ایجاد انقباض عروقی موضعی و ایسکمی می‌شود. دمای پایین از طریق مکانیسم‌هایی که هنوز مشخص نیست که شامل افزایش فشار خون، ضربان قلب و سطح نورآدرنالین درد را افزایش می‌دهد. محیط سرد نیز ممکن است باعث آزاد شدن واسطه‌های شیمیایی محیطی شود، در نتیجه باعث ایجاد انقباض عروقی، ایسکمی موضعی و تسهیل انتشار مواد دردزا توسط سلول‌های غیر عصبی گردد (۲۳).

اکسیژن نورموباریک Normobaric Oxygen Therapy (NBOT) در برابر اکسیژن هایپرباریک Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) در پیشگیری و درمان میگرن مؤثرتر بوده است (۲۴). فشار اتمسفری کم (۲۵)، بالابودن دمای هوا یا هوای گرم (۲۶)، آلودگی هوا (۲۷)، بادهای گرم (۲۸)، تغییر فصل به خصوص تغییر فصل به بهار (۲۹) نیز از علل محرک شروع میگرن می‌باشند.

۲-۲- خوردنی‌ها و آشامیدنی‌ها: غذاها اهمیت خاصی

در حفظ سلامتی انسان دارند. از طرفی نیاز به غذا یک نیاز دائمی است تا آنچه را که به وسیله اسباب درونی و بیرونی بدن به تحلیل می‌رود، جایگزین نماید و از سوئی دیگر هر نوع خوردنی با مزاج مخصوص خود می‌تواند بر مزاج بدن انسان اثر بگذارد. از دیدگاه طب ایرانی، انسان‌ها با یکدیگر تفاوت مزاجی و ساختاری دارند. بنابراین لازم است پزشک بر اساس تشخیص مزاج و توجه کامل به ویژگی‌های ساختاری هر فرد

برای وی تدبیر غذایی مناسب و تدابیر دیگر را تجویز نماید. غذاها علاوه بر این که ماده مصرفی سوخت و ساز بدن هستند، با توجه به کیفیت مزاجی خود بر اعضای مختلف بدن اثرات مثبت یا منفی به جای می‌گذارند و جسم و روان شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهند. محمد بن زکریای رازی و بسیاری از حکما، اولین و مهم‌ترین تدبیر درمانی در بیماران را اصلاح یا تجویز رژیم غذایی می‌دانسته‌اند. بسیاری از اصول ضروری برای تندرستی مانند تغییرات فصلی درجه حرارت و آلودگی هوا، خارج از اراده و خواست فرد می‌باشد، ولی مصرف غذا تا حد بسیار زیادی قابل برنامه‌ریزی است (۲۱). از تدابیر کلی سردرد در آموزه‌های طب ایرانی، حذف غذاهای نفخ‌آور که اصطلاحاً نفاخات و مواد بخارزا که اصطلاحاً مبخرات نامیده می‌شوند، از درمان‌های اصلی و مشترک همه سردردها می‌باشد (۸)، با بررسی هدف‌دار اهم منابع اصلی طب ایرانی در علم معالجات (۸، ۱۵-۱۴، ۲۰-۱۹) و در علم مفردات (۳۲-۳۰) لیست این مواد غذایی در جداول ۱، ۲، ۳ استخراج و ثبت شد. در تهیه لیست نهایی غذاهای نفاخ، از مواد غذایی امروزی نیز در مطالعات طب جدید نیز استفاده و در جدول ۴ ثبت گردید (۳۳).

با توجه به این که در تحقیقات روز دنیا نیز برخی از مواد به عنوان مواد غذایی نفاخ شناسایی شده‌اند، در مطالعه آقای جان پن در سال ۲۰۱۳، به مواد غذایی بسیار تخمیرپذیر حاوی Fermentable Oligosaccharides (FODMAP) (Disaccharides Monosaccharides Polyols) مواد تخمیرپذیر الیگو، دی و مونوساکارید و پلی‌آل اشاره شده است که در ایجاد نفخ مؤثرند. این مواد غذایی به صورت جدول ۵ ارائه شده است (۳۴).

در مطالعه دیگری که توسط Carvalho و همکارانش در سال ۲۰۰۸ بر روی علائم گوارشی، الگوهای غذاخوردن، فرکانس و اندازه وعده‌های غذایی در بیماران سوء هاضمه عملکردی انجام شد، بیماران علائم خود را مرتبط با مصرف انواع مواد غذایی و گروه‌های غذایی، از جمله غذاهای چرب، کربوهیدرات، قهوه، نوشابه‌های گازدار و برخی میوه‌ها و سبزیجات بیان کردند.

در این مطالعه نوشابه های گازدار، پیاز، حبوبات و موز مواد نفاخ معرفی شدند (۳۵)، آن ها نیز به لیست پرهیزها اضافه گردیدند. لیست مواد غذایی ممنوعه به صورت زیر در قالب گروه های شش گروه غذایی تدوین شد:

- ۱- گروه نان و غلات: نان جو؛
- ۲- گروه میوه و سبزیجات: انگور تازه چیده شده، خربزه، گلابی، به، سیب، موز، انجیر تازه چیده شده، خرما، تازه، خیار، کاهو، کدو، کلم، کلم قمری، سیر خام، پیاز خام، بادمجان، قارچ، شلغم، ترب، زردک، سبزی شاهی، ریحان، تره، شنبلیله، شوید، کرفس، اسفناج، خرفه، کاسنی؛
- ۳- گروه گوشت: گوشت گاو، گاو میش، شتر؛
- ۴- گروه شیر و لبنیات: ماست، دوغ، بستنی؛
- ۵- گروه مغزها، دانه ها و حبوبات: باقلا، عدس، لوبیا، نخود، لپه، کنجد، کبر، گردو، پسته، خردل، فلفل، شاهدانه؛
- ۶- گروه متفرقه: سس فلفل و سس خردل، نوشابه های گازدار، مشروبات الکلی.

ضمناً از دیدگاه طب رایج نیز مهم ترین مواد موجود در غذا که می تواند باعث تحریک سردرد شوند، عبارتند از: نیتريت ها و نیترات ها (سوسیس، گوشت و ماهی نمک سود و دودی شده)، مونوسدیم گلوآمات (غذاهای بسته بندی و کنسرو شده)، آسپارتام (شیرین کننده مصنوعی)، تیرامین (پنیر کهنه)، کافئین (قهوه، چای و کاکائو)، الکل (۳۶). در بیماران میگرنی دارای بیماری روده تحریک پذیر، حذف غذاهای خاصی، باعث کاهش قابل توجهی در نفاخ بیماران و فرکانس، مدت، شدت و کیفیت سردرد و تأثیر مثبت آن بر کیفیت زندگی بیماران شد (۳۷). در بیماران مبتلا به میگرن همراه با و بدون سندرم متابولیک غذای چرب، پیاز، پیازچه و ادویه جات به ترتیب بیشترین مواد غذایی محرک سردرد بوده اند (۳۸). با بررسی تأثیر برنامه پرهیز غذایی بر حسب ایمونوگلوبین جی در بیماران میگرنی مبتلا به بیماری روده تحریک پذیر، بیشترین حساسیت های غذایی به ترتیب مربوط به آجیل و مغزها، نان گندم، ادویه جات، ماهی و غذاهای دریایی، نشاسته، شیر گاو، پنیر، مرکبات (پرتقال، لیمو، گوجه فرنگی)، موز، شکر، تخم مرغ، حبوبات، قارچ بود. حذف مواد غذایی بر اساس

آنتی بادی های IgG در بیماران مبتلا به میگرن که از IBS همراه با آن رنج می برند، باعث کاهش قابل توجهی در نفاخ بیماران و فرکانس، مدت، شدت و کیفیت سردرد و تأثیر مثبت آن بر کیفیت زندگی بیماران و نیز صرفه جویی در هزینه های سیستم مراقبت های بهداشتی می گردد (۳۷). در مکتب طب ایرانی به تقلیل غذا برای درمان سردردها به جز سردردهای گرم اشاره شده است (۱۴)، تحقیقات نوین نیز تأیید می کنند که کاهش وزنی که منجر به کاهش توده چربی شود، در بهبود سردرد مؤثر است (۴۱-۳۹)، در حالی که ارتباط بین چاقی و فراوانی میگرن به طور مداوم ثابت شده است و چاقی به عنوان یک عامل خطر برای پیشرفت بیماری میگرن اپی زودیک به مزمن محسوب می شود، البته ارتباط بین چاقی و شیوع میگرن هنوز مورد بحث است و به نظر می رسد وابسته به جنس و سن، با بیشترین اثرات سازگار در زنان کم تر از ۵۵ ساله باشد (۴۲). فراوانی حمله، شدت و ویژگی های بالینی میگرن با چاقی و شاخص توده بدنی بالا ارتباط دارد و ارتباط معنی داری بین شاخص های BMI بالا برای ناتوانی، نورهراسی Photophobia و صداهراسی Phonophobia نشان داده شده است (۴۳). کاهش وزن در افراد چاق اثرات مثبت قابل توجهی در بهبود چاقی و بهبود سردرد دارد. وزن اولیه و میزان کاهش وزن ممکن است برای پزشکان، جهت پیش بینی نتایج میگرن مفید باشد (۴۰). در میان بیماران میگرنی ایرانی، شاخص های چاقی مرکزی با شدت و فراوانی حملات میگرنی ارتباط مثبت داشته است، اما با طول مدت حملات ارتباطی نداشت. کاهش وزن ممکن است ویژگی های حملات میگرن را کاهش دهد (۴۴). رفتارهای غذایی، در مدیریت سردرد باید مورد توجه قرار گیرد. عادات غذا خوردن منظم می تواند به کاهش وقوع سردرد منجر شود، اگرچه هیچ رابطه علت و معلولی نمی توان برقرار نمود، اما نتایج نشان می دهد که تحقیق بیشتر به مکانیسم های ارتباط بین رفتارهای تغذیه ای و کیفیت سردرد ضروری است (۴۵). مطالعه ای در سال ۲۰۱۴، با عنوان اثر جویدن بیش از حد آدامس، در فرکانس سردرد و شدت آن در میان نوجوانان، روی ۳۰ بیمار میگرنی انجام شد، نشان داد که جویدن بیش از حد آدامس در روز با میگرن مزمن ارتباط

وجود دارد (۴۶). درمان کمبود ریزمغذی‌هایی نظیر آهن با تجویز داروی آهن، می‌تواند بخشی از تدابیر درمانی رایج در بیماران مبتلا به میگرن باشد که هم‌زمان دچار کم‌خونی فقر آهن هم هستند (۴۷). استفاده از مکمل ویتامین D در بیماران مبتلا به میگرن می‌تواند در کاهش فرکانس حملات سردرد مؤثر باشد (۴۸). نامنی غذایی (عدم دسترسی به مواد غذایی در کمیت و کیفیت مناسب) در میان افراد میگرنی در کانادا شایع است (۴۹).

تحقیقی جهت بررسی عوامل تسریع‌کننده میگرن در برزیل، بر روی دویست بیمار میگرنی در سال ۲۰۰۸ انجام شد. ۶۴٪ بیماران ارتباطی بین یک عامل محرک تغذیه‌ای و ۶۳/۵ درصد بیماران ارتباطی بین گرسنگی و میگرن گزارش نمودند (۵۰).

۳-۲- خواب و بیداری: علت خواب، وجود رطوبت

معتدل در مغز است که اعصاب را سست و راه‌های عصبی و روح نفسانی را غلیظ می‌کند. بدین سبب روح نفسانی در مسالک اعصاب نفوذ نمی‌کند و در حس‌های ظاهری سکون پدید می‌آید و موجب بی‌حرکتی (به جز حرکت تنفسی و قلبی و اعمال هضمی) می‌شود. طیبیان، بیداری را به حرکت و خواب را به سکون تشبیه کرده‌اند. خواب تمامی اعمال طبیعی شامل هضم، متابولیسم و دفع سموم را بهبود می‌بخشد و قوای مغزی را تقویت می‌کند و موجب تجدید قوای اندام‌های مختلف و ترمیم بافت‌های صدمه‌دیده و به طور کلی بازگرداندن سلامتی به بدن می‌گردد. معمولاً خواب افراد دارای مزاج سرد و تر، و گرم و تر بیشتر است، ولی افراد دارای مزاج سرد و خشک، و گرم و خشک با خواب کم‌تر انرژی لازم را به دست می‌آورند. در بدن یک شخص گرم و خشک یک دوره خواب طولانی با ایجاد سردی و رطوبت به کاهش حرارت زائد کمک می‌نماید. برعکس پرخوابی در شخص سرد و تر باعث افزایش سردی و رطوبت بدن می‌شود. بیداری، ظاهر بدن را گرم و باطن بدن را سرد می‌کند، در حالی که خواب، ظاهر تن را سرد، ولی باطن تن را گرم می‌کند، در نتیجه خون متوجه قسمت احشا می‌شود و اعمال دستگاه گوارش مثل هضم و جذب به بهترین وجه انجام می‌شود. از طرف دیگر، خواب

کوتاه، باطن بدن را تر یا مرطوب می‌کند و اگر طولانی باشد، سبب خشکی بدن می‌گردد، زیرا در اثر طولانی‌شدن خواب، حرارت غریزی پس از فارغ‌شدن از هضم غذا، به تحلیل روح و رطوبات درونی می‌پردازد و موجب خشکی بدن می‌شود، پس هم کم‌خوابی و هم خواب بیش از اندازه مضر است و بهترین حالت خواب معتدل است. اگر کسی بیش از اندازه بخوابد، کم‌کم برخی از اعمالش مختل و دچار ضعف می‌شود، حافظه وی افت می‌کند، مزاجش سرد و بیماری‌های مفصلی و بلغمی در او زیاد می‌شود (۲۱). بیداری اگر بافراط انجامد ضعیف‌کننده دماغ است و ضعف دماغ، در بروز سردرد تأثیر دارد (۵۱). خوابیدن قبل از گذشتن غذا از فم معده موجب ماندن غذا در معده، هضم نامناسب غذا، نفخ، کسالت، درد شکم، بلغم زیاد اطراف دهان، ایجاد کابوس، اضطراب و... می‌شود. بین خواب و زمان صرف غذا باید فاصله مناسبی وجود داشته باشد. در نهایت باعث ضعف معده می‌شوند و ضعف معده در افراد دچار سردرد مشارکتی معده، در بروز سردرد مؤثر خواهد بود.

از دیدگاه طب رایج نیز بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات سردرد، هم‌زمان مشکلات خواب نیز دارند (۵۲). شکایات خواب با فراوانی بیشتری در میان میگرن مزمن نسبت به میگرن‌های اپیزودیک رخ می‌دهد (۵۳). بی‌خوابی شایع‌ترین اختلال خواب در میان افراد مبتلا به سردرد مزمن است (۵۴). اختلالات خواب، خصوصاً خواب ناکافی در بیماران میگرنی شایع است (۵۵-۵۶). اختلالات خواب باعث افزایش حساسیت آستانه تحریک‌پذیری گیرنده‌های درد و پاسخ‌های دردآور می‌شوند. اختلالات خواب و اختلالات سردرد، ساختارهای مغزی و مکانیسم‌های بیماری‌زایی مشترکی با هم سهیم هستند (۵۷). کیفیت خواب ضعیف به طور عمده به صورت دوره تأخیر خواب طولانی، اختلال عملکرد روزانه، احساس کیفیت کم خواب و مدت زمان کوتاه خواب بیان شده است. عوامل اصلی که کیفیت خواب ضعیف را پیش‌بینی می‌کنند، شامل تاریخچه میگرن و همراهی با اضطراب و افسردگی است. علاوه بر این‌ها، بسیاری از مبتلایان به میگرن کیفیت بد خواب خود را درمان نمی‌کنند (۵۸). ممکن است که افزایش شیوع مشکلات خواب در بیماران میگرنی به علت همراهی اضطراب

و افسردگی باشد، اما مطالعات نشان می‌دهند که ارتباط بین مشکلات خواب و میگرن که فقط با ابتلای هم‌زمان به اختلالات اضطرابی یا افسردگی توضیح داده نمی‌شود، بلکه مشکلات خواب باید در میان افراد مبتلا به میگرن به طور مستقل مورد ارزیابی قرار گیرد (۵۹). بیماران مبتلا به میگرن اغلب از خواب آلودگی شکایت می‌کنند، یک مشکل که در طی حمله و در خارج از آن رخ می‌دهد و ممکن است کیفیت زندگی را مختل کند و می‌تواند منجر به موقعیت‌های بالقوه مضر شود. یافته‌های حاصل از یک مطالعه کنترل‌نشده نشان می‌دهد که درصد بالایی از مبتلایان به میگرن دچار خواب آلودگی روزانه (Excessive Daytime Sleepiness) EDS می‌شوند (۶۰).

۴-۲- حرکت و سکون بدنی: حرکت برای تندرستی

انسان ضروری می‌باشد و استراحت و سکون پس از آن نیز برای تمدد قوا، بسیار لازم است. تمامی حرکات، با افزایش حرارت، موجب کاهش رطوبت بدن می‌گردند. استراحت، رطوبت بدن را باز می‌گرداند و قوای لازم را برای حرکات بعدی فراهم می‌آورد. حرکت بیش از حد با ایجاد حرارت زائد، رطوبات بدن را کاهش می‌دهد، فعالیت کم نیز موجب افزایش تری و سردی بدن و بروز بیماری‌های بلغمی (به ویژه در مفاصل) می‌گردد. جماع نیز از حرکات محسوب می‌شود که افراط در آن سبب خشکی بدن و کاهش حرارت غریزی و در نتیجه سردی بدن می‌گردد (۲۱). دلک به معنی مشت و مال بدن، در حقیقت نوعی از ورزش یا ریاضت است و موجب بهبود بعضی بیماری‌ها می‌شود. دلک ورزشی است که فرد دیگری، انسان را حرکت می‌دهد. دلک با تحلیل‌بردن باد یا نفخ موجود در عضو و نیز جذب ماده از قسمت‌های فوقانی بدن به قسمت‌های پایین‌تر بدن، هم در تقویت معده و هم در تقویت دماغ و در مجموع در بهبود سردرد مشارکتی معده بسیار مفید است. با دلک اطراف، یعنی مالش دست‌ها و پاها و در نتیجه گرم‌شدن آن، ماده موجب سردرد از سر به سوی اطراف نزول می‌نماید.

از دیدگاه طب رایج نیز ورزش‌های هوایی میزان جریان خون مغز را افزایش می‌دهند. طی مطالعات متعددی، ورزش

به عنوان عامل پیشگیری و درمان میگرن مطرح شده است. تمرینات هوازی باعث کاهش معنی‌داری در شاخص‌های سردرد میگرنی می‌شود (۶۲-۶۱). اشتغال به ورزش منظم به طور مداوم به عنوان مداخله‌ای برای مدیریت و پیشگیری از میگرن توصیه می‌شود. ماساژدرمانی، درمان غیر دارویی برای افراد مبتلا به میگرن را فراهم می‌کند (۶۴-۶۳). بیماران یک پروتکل ماساژ ۴۵ دقیقه‌ای که به طور خاص برای درمان میگرن، با استفاده از شبکه عصبی-عضلانی (Neuromuscular) و نقاط ماشه‌ای واقع در پشت، شانه، گردن و سر دریافت می‌کنند. ماساژدرمانی تأثیر مثبتی بر بهبود استرس داشت. در طول جلسات، ماساژ باعث کاهش حالت اضطراب، ضربان قلب و کورتیزول بزاقی شد. مبتلایان به میگرن که ماساژدرمانی دریافت کردند، بهبودی بیشتری در فرکانس حملات میگرنی و کیفیت خواب نشان دادند (۶۵). روش ماساژ درمانی درناژ لنفاتیک Lymphatic Drainage یا LD در نواحی صورت، سر و گردن که شامل شامل ماساژ بافت نرم از مسیرهای تخلیه در هر دو طرف سر و در نواحی ورید ژوگولار و نواحی ورید مهره‌ای است و نیز ماساژ سنتی استاندارد Traditional Massage یا TM شامل ماساژ بافت عمقی بدون فشار به نقاط ماشه‌ای در عضلات پس سری جمجمه، عضلات ستون فقرات گردن و عضلات پشت در هر دو طرف، باعث کاهش قابل توجه در فرکانس حمله‌های میگرنی می‌شوند (۶۶). در مورد رابطه فعالیت جنسی و سردرد میگرنی یافته‌ها ضد و نقیض است. بیشترین همراهی یا Comorbidity در رابطه سردردهای اولیه بین میگرن و فعالیت جنسی وجود دارد (۶۷). سردرد مرتبط با فعالیت جنسی یک اختلال سردرد شناخته شده است. در مقابل، بعضی از موارد گزارش شده در مقالات نشان می‌دهد که فعالیت جنسی در طی حمله سردرد میگرنی یا خوشه‌ای ممکن است درد را در حداقل برخی از بیماران را از بین ببرد. در یک مطالعه مشاهده‌ای در سال ۲۰۱۳ میان بیماران کلینیک در مورد سردرد ثانویه انجام شد، پرسشنامه‌ای به ۸۰۰ بیمار انتخاب نشده میگرن و ۲۰۰ بیمار مبتلا به سردرد خوشه‌ای فرستاده شد. از ایشان درباره تجربه فعالیت جنسی در طی یک حمله سردرد و تأثیر آن بر شدت

سردرد سؤال شد. در کل ۳۸٪ از بیماران مبتلا به میگرن و ۴۸٪ بیماران مبتلا به سردرد خوشه ای پاسخ دادند. در میگرن، ۳۴٪ از بیماران تجربه فعالیت جنسی در طول حمله داشتند؛ ۶۰٪ از این بیماران بهبودی در حمله میگرن خود را گزارش دادند (۷۰٪ از آن‌ها به طور متوسط تا تسکین کامل گزارش دادند) و ۳۳٪ گزارش بدتر شدن دادند. در سردرد خوشه‌ای، ۳۱٪ از بیماران تجربه فعالیت جنسی در طول حمله داشتند؛ ۳۷٪ از این بیماران، بهبودی در مورد سردرد خوشه‌ای خود را گزارش نمودند (۹۱٪ از آن‌ها به طور متوسط تا بهبود کامل گزارش دادند) و ۵۰٪ گزارش از بدتر شدن دادند. برخی از بیماران، به ویژه بیماران مبتلا به میگرن مرد، حتی از فعالیت جنسی به عنوان یک ابزار درمانی استفاده می‌کردند. اکثر بیماران مبتلا به سردرد میگرنی یا خوشه‌ای، در طول حملات سردرد فعالیت جنسی ندارند. با این حال، این یافته‌ها نشان‌دهنده این است که فعالیت جنسی می‌تواند به کاهش بخشی یا کامل سردرد در برخی از میگرن و چند بیمار مبتلا به سردرد خوشه منجر شود (۶۸).

۵-۲- احتباس و استفراغ: استفراغ از ریشه فراغت

می‌باشد و در طب به معنی پالایش و تخلیه بدن از مواد زائد و غیر طبیعی است. به عبارت دیگر، استفراغ، یعنی زدودن سموم و مواد زائد که در هر یک از مراحل چهارگانه هضم و متابولیسم مواد غذایی ایجاد می‌شود. استفراغ یا به طور طبیعی مانند دفع گازهای سمی از ریه طی بازدم، دفع مدفوع و ادرار و عرق، عادت ماهیانه، عطسه، سکسکه، دفع باد، دفع ترشحات از گوشه چشم (که هنگام بیدار شدن از خواب صبحگاهی مشهود است)، ترشح شیر، ترشحات واژن و دفع منی در بدن اتفاق می‌افتد و یا استفراغ درمانی که توسط پزشک انجام می‌گردد. در صورتی که مواد زائد و سموم در بدن تجمع یابند و قوای طبیعی بدن نتوانند به طور کافی آن‌ها را دفع نمایند و در اینجا طبیعت نیاز به کمک طبیب دارد. طبیب با استفاده از یکی از روش‌های استفراغ طبیی مانند ایجاد اسهال، تعریق، افزایش ادرار، فصد، حجامت، سونا و... به یاری طبیعت می‌شتابد و به سیر طبیعی دفع مواد زائد و سموم کمک می‌کند.

احتباس به مفهوم نگه‌داشتن به اندازه مواد مورد نیاز و ضروری برای بدن است. ضرورت نیاز به احتباس مواد از آن جهت است که از سوپی بدن انسان به طور دائمی در حال تحلیل مواد درونی است و از طرفی امکان استفاده و خوردن همیشگی برای انسان وجود ندارد، پس باید مواد غذایی ضروری در بدن نگهداشته شوند.

پدیده‌های احتباس و استفراغ دو پدیده متضاد هستند و تعادل عملکرد آن‌ها ضامن سلامتی می‌باشد. گاهی قوه تدبیرکننده بدن به صورت طبیعی موجب اسهال می‌شود و مواد زائد را از طریق دستگاه گوارش دفع می‌کند و سپس خود آن را برطرف می‌کند و یا گاهی حجم ادرار را کم یا زیاد می‌کند (۲۱).

مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد، در بعضی از افراد مبتلا به میگرن دچار یبوست، فرایند زورزدن به منظور انجام عمل دفع، بروز میگرن را تسهیل می‌کند (۶۹). ارتباط سردرد میگرنی و چاقی بیشتر در زنان سن باروری دیده می‌شود، جنسیت و سن در این ارتباط مهم است (۴۲). از دیدگاه طب رایج نیز بین کم‌خونی فقر آهن و بیماری میگرنی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، وجود اضطراب و افسردگی تأثیر مهمی بر وجود میگرن در بیماران کم‌خونی فقر آهن دارد (۷۱-۷۰). میگرن قاعدگی (Menstrual Migraine) به میگرن قاعدگی خالص (Menstrual Pure Migraine) و میگرن وابسته به قاعدگی (Menstrually Related Migraine) تقسیم می‌شود. حملات میگرن قاعدگی خالص تنها با قاعدگی رخ می‌دهد و ۱٪ میگرن، شیوع دارد. میگرن وابسته به قاعدگی ۶-۷ درصد شیوع دارد و هم در دوران قاعدگی و هم در طول بقیه چرخه رخ می‌دهد. برخی محققین سردردهای میگرنی را که در فاصله دو روز مانده به شروع خونریزی ماهانه تا روز سوم به طور منظم هر ماه تکرار می‌شوند، سردرد قاعدگی واقعی می‌نامند. علت این نوع میگرن پایین افتادن سطح استروژن قبل از خونریزی می‌باشد (۷۲). سردردی که از ۷ روز مانده به قاعدگی تا ۳ روز قبل از آغاز خونریزی‌های ماهانه در برخی زنان دیده می‌شود، به طور قطعی میگرن محسوب نمی‌شود و احتمالاً جزئی از سندرم پیش از قاعدگی است. این سندرم

از تغییرات ناشی از پاسخ روانشناختی به استرسورها حاصل شود. استرس عاملی است که اغلب توسط افراد مبتلا به میگرن به عنوان عاملی برای حملات آن‌ها فهرست می‌شود، اما علاوه بر این شواهدی وجود دارد که استرس می‌تواند کمک به آغاز میگرن در افراد مستعد ابتلا به اختلال شود. همچنین می‌تواند باعث مزمن شدن میگرن شود. حملات میگرن خود می‌تواند به عنوان یک عامل استرس‌زا عمل کند و به این ترتیب به طور بالقوه منجر به یک سیکل معیوب از افزایش فراوانی میگرن می‌شود. از آنجایی که عامل مهم تعامل استرس و میگرن، مثل واکنش فرد نسبت به استرس‌زها، به جای خود عوامل استرس‌زا، دستیابی به مهارت‌های مدیریت استرس مؤثر، می‌تواند تأثیرات استرس‌زا را در افراد مبتلا به میگرن کاهش دهد (۷۶-۷۸). اهمیت این موضوع به این سبب است که طبق آمار رسمی در سراسر جهان از هر سه نفر، یک نفر از یکی از مشکلات روحی رنج می‌برد (۷۹). آموزش برنامه خود مراقبتی بر اساس «الگوی خود مراقبتی اورم» بر پایه نیازهای خود مراقبتی بیماران موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن می‌شود (۸۰).

در اینجا باید متذکر شد که رویکردهای دیگری نیز وجود دارد که شامل موارد کلی بالا نیستند، به عنوان مثال استفاده از دفترچه خاطرات سردرد گوشی هوشمند یک ابزار مؤثر برای ارزیابی عوامل محرک میگرن است. سردرد با عوامل آغازگر ماشه‌ای شدت یا شاخص‌های ارزیابی میگرنی شدیدتری دارد. نوع آغازگر ماشه‌ای و حضور داروهای پیشگیرانه بر ویژگی‌های سردرد تأثیر می‌گذارد (۸۱). فرضیات مختلفی در مورد مکانیسم بیماری‌زایی سردردهای اولیه به خصوص میگرن، به عنوان عوامل مرتبط با علل معدی و دستگاه گوارش پیشنهاد شده است و بر اساس آن‌ها، روش‌های درمانی گوناگون برای این اختلال به کار گرفته می‌شود (۸۲)، از جمله این عوامل که با هم نیز ارتباط دارند، می‌توان به واکنش ایمونولوژیک (۸۳)، آلرژی غذایی (۸۴)، استرس اکسیداتیو (۸۵)، حساسیت متابولیک ژنتیکی و اپی‌ژنتیکی (۸۶)، اختلال در محور دو طرفه مغز - روده (The Gut-Brain Axis) (۸۷)، التهاب (۸۶) و... اشاره نمود. ساختار سیستم عصبی روده‌ای (سیستم عصبی

علائم دیگری نیز دارد که شامل خستگی، تحریک‌پذیری یا افسردگی، خلق بی‌ثبات، تغییرات اشتها، حساسیت و درد سینه‌ها و سردرد می‌باشند (۷۳). به طور کلی میگرن مزمن احتمالاً بیشتر از میگرن اپیزودیک همراه با اختلالات چرخه قاعدگی است. دیسمنوره بر سردرد حساس به قاعدگی بدون تأثیر است (۷۴). میگرن قاعدگی با کم‌خونی فقر آهن ارتباط دارد (۷۵).

۶-۲- اعراض نفسانی یا رویکردهای روانی: حالات

روانی یا اعراض نفسانی مهم‌ترین نقش را در حفظ سلامتی و درمان بیماری بر عهده دارند، زیرا به سرعت، قوا و افعال را تحت تأثیر قرار می‌دهند، در حالی که موارد دیگر از سته ضروریه برای اثربخشی احتیاج به زمان دارند. مزاج انسان به شدت از حالات روانی تأثیر می‌پذیرد؛ برخی از این حالات با سرعت بسیار زیاد و برخی با سرعت کم‌تر مزاج انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، به عنوان مثال خشم، حرارت را به طور ناگهانی به بیرون می‌راند، در حالی که لذت، حرارت را کم‌کم به بیرون می‌راند. ترس، حرارت را به طور ناگهانی به داخل می‌راند (چهره سفید می‌شود)، ولی اندوه، حرارت را کم‌کم به داخل رانده، در درازمدت موجب بیماری‌های سودایی می‌شود. کیفیت شش حالت روانی مهم شامل خشم: گرم و خشک، هیجان: گرم و خشک، نگرانی: گرم و تر، ترس: سرد و تر، افسردگی: سرد و خشک، غم: سرد و خشک می‌باشد. کسی که ضروریات شش‌گانه دیگر را به خوبی تدبیر کند، ولی بسیار زودخشم یا بسیار بی‌خیال و خونسرد باشد، نمی‌تواند به تندرستی کامل دست یابد. تسلط بر حالات نفسانی و واکنش معقول در برابر پیشامدها خیلی مهم است. پزشک نیز باید سودها و زیان‌های حالات روانی گوناگون مانند غم و شادی، ترس و خشم و... را بشناسد تا بتواند با همه نیرو با بیماری‌ها مبارزه کند و سلامت را به فرد بازگرداند (۲۱).

از دیدگاه طب رایج نیز راه‌های متعددی وجود دارد که ممکن است استرس با میگرن در افراد مبتلا به حملات میگرنی تعامل داشته باشد. این تعاملات ممکن است از تغییرات بیوشیمیایی مربوط به پاسخ فیزیولوژیکی استرس باشد، به عنوان مثال انتشار هورمون آزادکننده کورتیکوتروفین

تدریج کنار گذاشته شود و رفتارهای سلامت‌محور و خودمراقبتی آگاهانه جایگزین آن‌ها گردد. در مجموع شایسته است اولویت ارائه خدمات در سیستم‌های بهداشتی درمانی، برای مبتلایان به سردرد، درمان‌های غیر دارویی شامل اصلاح تغذیه و شیوه زندگی باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکتری رشته طب ایرانی (پروپوزال مصوب معاونت پژوهشی) دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد می‌باشد. همچنین بدین‌وسیله از تمامی نویسندگان به خصوص از کارشناسان و اعضای گروه طب ایرانی و دانشکده پزشکی تشکر و قدردانی می‌شود.

آنتریک) ارتباط ساختاری و عملکردی زیادی با نخاع و مغز دارد، به طوری که گستردگی ساختاری و عملکردی آن باعث شده است که نام مغز دوم را به آن نسبت دهند (۸۸). مطالعات نشان داده است که آستانه احساس ناراحتی بعد از غذا (Discomfort Threshold) DTh در افراد مبتلا به سردردهای مرتبط با سوء هاضمه، پایین‌تر از داوطلبان عادی و بیماران مبتلا به سردرد بدون مشکل گوارشی است (۸۹). در ضمن سردرد اولیه میگرن شیوع بسیار بیشتری در مبتلایان به اختلالات عملکردی دستگاه گوارش دارد (۹۰). در قسمت‌های مرکزی دستگاه عصبی یافته‌های تصویربرداری عملکردی نقش احتمالی قسمت پشت - جانبی پل مغز در ایجاد حملات میگرنی را نشان می‌دهد، در حالی که نقش هیپوتالاموس در سردرد خوشه‌ای بیشتر ثابت است.

نتیجه‌گیری

سردردهای اولیه که هنوز علت مشخص شده و قطعی ندارند، هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم زیادی دارند و با تغذیه و شیوه زندگی ارتباط دارند. سردرد مشارکتی معده تشریح‌شده در طب ایرانی در زمره سردردهای اولیه قرار می‌گیرد. طب ایرانی دارای آموزه‌ها و راه‌کارهای ارزشمندی برای شیوه زندگی و تغذیه سالم، در مورد همه بیماری‌ها، به ویژه سردردهای اولیه است. بعضی از آن‌ها با روش‌های تحقیقاتی پزشکی رایج مورد بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن‌ها ثابت شده است. توجه ویژه به این راه‌کارهای مفید به منظور کاهش هزینه‌های سردردهای اولیه برای سیستم بهداشتی درمانی کشورها با پیشگیری و درمان این بیماری یا برای افزایش پاسخ‌دهی به داروها یا اجتناب از مصرف نابجای مسکن‌ها یا کاهش تعداد و دوز داروهای مورد نیاز و بالطبع کاهش بروز عوارض ناشی از مصرف دارو، افزایش کیفیت سطح زندگی، کاهش هزینه‌های مادی و غیر مادی برای فرد بیمار می‌باشد. اطبا و بیماران بهتر است بر اصلاح شیوه زندگی در ابعاد مختلف مانند تغذیه، استراحت و تحرک بدنی، خواب و استراحت، رویکردهای روانی... توجه و تأکید بیشتری نمایند و با بررسی شیوه زندگی افراد بیمار، رفتارها و عادات غلط به

جدول ۲: اغذیه نفاخ در کتاب تحفه المومنین و مخزن الادویه

مفرد	توضیح	عبارت کتاب
باقلی		مورث نفاخ
بسر، غوره خرما		مولد نفاخ
حمص، نخود		مولد نفاخ
آب نیشکر، قصب السكر		مورث و مولد نفاخ
سلت، جو برهنه، جو گندم		مولد نفاخ
سویق، آرد جمیع ماکولات یا بوداده آن‌ها		مولد نفاخ
کدو، قرع	اقسام کدو	مولد نفاخ
کمثری، امرو	گلابی	مولد نفاخ
مصل، قراقروط		مولد نفاخ
ادرک، آلوچه سلطانی (نارس آن)	نارس او	نفاخ
اراقو، در میان گندم و عدس، سیهک		نفاخ
بلوط		نفاخ
جزر، زردک	جرم او	نفاخ
جمیز، نوعی از انجیر، تین احمر		نفاخ
جوزابه، اماخ		نفاخ
حرفش، کنگر		نفاخ
حنطه، گندم	پخته او	نفاخ
نان جو		نفاخ
خلر		نفاخ
خمر	تازه آن	نفاخ
خندروس، ذرت مکه، حنطه رومیه		نفاخ
خوخ، شفتالو، هلو		نفاخ
رطبه، اسپست، باغی تازه، یونجه		نفاخ
رمان، انار		نفاخ
سلق، چغندر	مائیت آن	نفاخ
ماءالشعیر		نفاخ
شلغم		نفاخ
عدس	به غیر سرکه پخته شده	نفاخ
عسل خام		نفاخ
عنان	اکثار او	نفاخ
قلقاس		نفاخ
کرفس	تازه او	نفاخ
کراث، گندنا، تره		نفاخ
لوبیا		نفاخ
ماش	از سایر حبوب کم نفاخ تر	نفاخ
مشمش، زردآلو		نفاخ
نبیذ ذرت و ارزن و جو		نفاخ
نبیذ الفواکه		نفاخ

جدول ۳: اغذیه مبخر (بخارزا) در ذیل مبحث معالجات سردرد مشارکتی معده

سیب، گردو، خرما
سیر، پیاز، بادمجان، قارچ، شلغم، ترب، کلم، قنبیط، زردک،
سبزی شاهی، ریحان، تره، شنبلیله، شوید، کرفس
مشروبات الکلی
باقلا، عدس، لوبیا
پنیر
گوشت گاو، گاو میش، شتر
خردل، فلفل، شاهدانه

جدول ۴: اغذیه نفاخ در ذیل مبحث معالجات سردرد مشارکتی معده (بادزا)

ماست
لوبیا، باقلا، عدس، نخود، کبر، کنجد
خیار، انگور تازه چیده شده، خربزه، سیب، انجیر تازه چیده شده، گلابی، به
سبزی های بارد (خیار، کاهو، خرفه، اسفناج، کدو، خرفه، گشنیز، کاسنی)
کرفس

جدول ۵: اغذیه مبخر و نفاخ در ذیل مبحث معالجات سردرد مشارکتی معده

خیار، کاهو، کدو، انگور تازه چیده شده، خربزه، انجیر تازه چیده شده، گلابی، به، سیب، گردو، خرما
سیر، پیاز، بادمجان، قارچ، شلغم، ترب، کلم، قنبیط، زردک
سبزی شاهی، ریحان، تره، شنبلیله، شوید، کرفس و سبزی های بارد (اسفناج، خرفه، گشنیز، کاسنی)
شراب نبیذ (شراب خرما و یا کشمش)
باقلا، عدس، لوبیا، نخود، کبر، کنجد
ماست، پنیر
گوشت گاو، گاو میش، شتر
خردل، فلفل، شاهدانه

جدول ۶: وضعیت FODMAP مواد غذایی

نوع مواد غذایی	FODMAP زیاد	FODMAP کم
شیر	شیر: گاو، گوسفند، بز، سویا سوپ خامه‌ای با شیر شیری که به وسیله تبخیر غلیظ شده است شیر تغلیظ شده شیرین	شیر: بادام، نارگیل، فندق، برنج شیر گاو لاکتوز آزاد بستنی لاکتوز آزاد
ماست	ماست شیر گاو ماست سویا	ماست شیر نارگیل
پنیر	نوعی پنیر دلمه شده پنیر ریکوتا پنیر ماسکارپونه	پنیر: پنیر چدار، سوئیس، پنیر بری، پنیر آبی، موتزارلا، پارمسان، پنیر فتا بیش از ۲ قاشق غذاخوری پنیر ریکوتا یا نوعی پنیر دلمه شده پنیر بدون لاکتوز
چاشنی مبتنی بر لبنی	خامه ترش خامه	کره پنیر خامه‌ای
دسر های لبنی	دسرهای لبنی بستنی ماست منجمد بستنی میوه	دسر شربت مانند از میوه‌های حاوی FODMAP
میوه	سیب، گلابی گیلاس، تمشک سیاه، تمشک قرمز هندوانه شلیل، هلو سفید، زردآلو، آلو هلو سیاه آلو انبه، پاپایا خرمالو میوه پرتقال میوه کنسرو شده بخش‌های بزرگی از هر میوه	موز زغال اخته، توت‌فرنگی طالی، عسلک گریپ فروت، لیمو، لیموترش انگور کیوی آناناس ریواس Tangelos (نوعی پرتقال تامسون) کم‌تر از یک چهارم آووکادو کم‌تر از یک قاشق غذاخوری میوه‌های خشک شده مصرف میوه رسیده. میوه کم‌تر رسیده شامل فروکتوز بیشتر
سبزیجات	کنگر فرنگی مارچوبه نخود فرنگی کلم پیازها موسیر تره‌فرنگی پیاز و پودر سیر و نمک سیر گل کلم	بوک چوی، جوانه لوبیا فلفل دلمه‌ای قرمز کاهو، اسفناج هویج‌ها پیاز، پیاز بهار خیار بادمجان لوبیا سبز گوجه‌فرنگی سیب‌زمینی

<p>روغن سیر شاه بلوط آب کم تر از یک گیاه کرفس کم تر از نصف فنجان سیب زمینی شیرین، کلم بروکلی جوانه‌ها</p>	<p>قارچ کدو حلوائی فلفل سبز</p>	
<p>برنج قهوه‌ای جو دو سر، سبوس جو دو سر کوبینوا ذرت فاقد گلوتن نان، غلات، پاستا و کراکر بدون عسل آب سیب و گلابی، آگاو</p>	<p>گندم چاودار مقادیر جو بزرگ اسپلت</p>	دانه‌ها
<p>توفو بادام زمینی کم تر از ثلث فنجان نخود سبز</p>	<p>انواع نخود، حمص (نخود زرد معمول) لوبیا قرمز، لوبیا پخته شیر سویا عدس</p>	حبوبات
<p>یک‌دوم قاشق غذاخوری بادام، گردو، دانه کاج، گردو، دانه آفتابگردان، دانه کنجد</p>	<p>پسته</p>	آجیل و دانه‌ها
<p>قندها گلوکز، ساکارز شربت افراي خالص آسپارتام</p>	<p>عسل آگاو شربت ذرت با فروکتوز بالا سوربیتول، مانیتول، زایلیتول، مالتیتول</p>	جایگزین‌های شکر
	<p>اینولین فروکتوز الیگوساکاریدها قند الکل‌ها ریشه کاسنی</p>	مواد افزودنی
<p>شراب، آبجو ودکا، جین</p>	<p>رام</p>	الکل
<p>ماهی، مرغ، بوقلمون، تخم مرغ، گوشت</p>		مواد غذایی غنی از پروتئین

References

1. Qi Z, Kelley E. The WHO traditional medicine strategy 2014-2023: A perspective. *Science* 2014; 346(6216): S5-S6.
2. Ghaffari F, Naseri M, Khodadoust M. Traditional Iranian Medicine and the need for its revival and development. *Teb Va Tazkieh* 2010; 19(3): 63-71.
3. Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen RH, Katsarava Z, Stovner LJ, Martelletti P. Headache disorders are third cause of disability worldwide. *J Headache Pain* 2015; 16(1): 58.
4. Peng KP, Wang SJ. Epidemiology of headache disorders in the Asia-pacific region. *Headache* 2014; 54(4): 610-618.
5. Robbins MS, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol* 2010; 30(2): 107-119.
6. Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL. Bradley's Neurology in Clinical Practice E-Book. 7th ed. Elsevier; 2015. Vol.2.
7. Mohammadtaheri F, Gheysari R, Akhlaghdost M. The effectiveness of oral peppermint extract on migraine. *Anesthesiology and Pain* 2017; 7(2): 1-12.
8. Avicenna. The canon of medicine (Al-Qanon fi al-Tibb). Beirut: Dar Ihyaa al-Turaath al-Arabi Institute; 2005. Vol.1 p.112, 142, 155, 230, 234, 243, 306-307; Vol.2 p.214-215, 226, 230-231, 234, 246; Vol.3 p.107, 143. [Arabic]
9. Araj Khodaei M, Ghaffari F, Emadi F, Emaratkar E, Alijaniha F, Noorbala AA, et al. Healthy lifestyle in Prevention and Treatment of Depression from the View of Iranian Traditional Medicine. *Medical History Journal* 2017; 9(30): 169-192.
10. Darvish-Mofrad-Kashani Z, Zafarghandi N, Raisi F, Aliasl J, Mokaberinejad R, Emaratkar E, et al. A review of sexual health opinion from the perspective of iranian traditional medicine. *Medical History Journal* 2016; 8(27): 73-90.
11. Iskandar AZ, Rhazes' K. Al-Murshid aw al-Fusul (The Guide or Aphorisms), with Texts Selected from his Medical Writings. *Revue de l'Institut des Manuscrits Arabes* 1416; 7(1): 93.
12. Heravi M. Bahr al-Jawaher. Qom: Jalaluddin Publications; 2008. p.125. [Arabic]
13. Azdi A. Ketab al-Ma. Tehran: Iran University of Medical Sciences, Institute of history of Medicine studies and Islamic medicine; 2008. Vol.2 p.759. [Persian]
14. Cheshti MA. Exir-e Azam (Azam's Elixir). Tehran: Iran University of Medical Science, Institute for Islamic and Complementary Medicine; 2007. Vol.1 p.28-29, 39, 60-61; Vol.3 p.297. [Persian]
15. Kermani N. Sharh al-Asbab & al-Alamat [Eaxplanation of Etiologies And Symptoms]. Qom: Institue of Revival of Innate Medicine, Jalal-al-Din Publication; 2008. Vol.1 p.7-53. [Arabic]
16. Ahmadbegi S, Jafarian A, Aliasl J, Vaezi S. Review of Gastric Shared Epilepsy in Iranian Traditional Medicine. *Medical History Journal* 2014; 6(19): 139-152.
17. Fazljou SMB, Keshavarz M, Togha M. Participatory Gastric Headache in the Iranian Traditional Medicine. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine* 2011; 1(4): 383-290.
18. Fazljou SM, Togha M, Ghabili K, Alizadeh M, Keshavarz M. In commemorating one thousandth anniversary of the Avicenna's Canon of Medicine: gastric headache, a forgotten clinical entity from the medieval Persia. *Acta Med Iran* 2013; 51(5): 279-283.
19. Arzani MA. Teb-e-Akbari [Akbari's Medicine]. Edited by Ehya Teb e Tabiee O. Tehran: Jalaleddin Press; 2008. Vol.1 p.19, 78, 95, 339, 406, 495, 548, 553; Vol.2 p.737. [Persian]
20. Aghili SMH. Moalejat-e Aghili. Tehran: Institute of Meical History, Islamic Medicine and Complementary Medicine; 2008. p.39, 63-64, 76. [Persian]
21. Naseri M, Rezazadeh H, Chupani Anushirvani MR. Morory Bar Kolyat Teb Sonati. Tehran: Traditional Medicine Publication; 2011. p.61-78. [Persian]
22. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629-808.
23. Cioffi I, Farella M, Chiodini P, Ammendola L, Capuozzo R, Klain C, et al. Effect of weather on temporal pain patterns in patients with temporomandibular disorders and migraine. *Journal of Oral Rehabilitation* 2017; 44(5): 333-339.
24. Bennett MH, French C, Schnabel A, Wasiaik J, Kranke P, Weibel S. Normobaric and hyperbaric oxygen therapy for the treatment and prevention of migraine and cluster headache. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 12: Cd005219.
25. Bolay H, Rapoport A. Does low atmospheric pressure independently trigger migraine? *Headache* 2011; 51(9): 1426-1430.

26. Prince PB, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ, Bigal ME. The effect of weather on headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2004; 44(6): 596-602.
27. Mukamal KJ, Wellenius GA, Suh HH, Mittleman MA. Weather and air pollution as triggers of severe headaches. *Neurology* 2009; 72(10): 922-927.
28. Cooke L, Rose M, Becker W. Chinook winds and migraine headache. *Neurology* 2000; 54(2): 302-307.
29. Brewerton TD, George MS. A study of the seasonal variation of migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 1990; 30(8): 511-513.
30. Momen Tonekaboni SM. Tohfato-Momenin (Tohfehe-Hakim Momen). Qom: Noore Vahy; 2011. [Persian]
31. Rhazes (Razi MZ). Mansuri-fi-Teb [Liber al-Mansuri] Trans. Into Persian by Zaker ME. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Press; 2008. Vol.1 p.162. [Persian]
32. Aghili M. Makhzan al-Advia. Edited by Rahimi R, Shams Ardekani MR, Farjadmand F. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009.
33. Nejatbakhsh F. Compilation of principles of nutrition in disease based on principles of Iranian traditional medicine [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences school of Iranian Traditional Medicine; 2013. p.671-672, 720, 762.
34. Pen J. Diet in the etiology and management of functional dyspepsia. *Dyspepsia-Advances in Understanding and Management* 2013; Doi: 10.5772/57138.
35. Carvalho RV, Lorena SL, Almeida JR, Mesquita MA. Food intolerance, diet composition and eating patterns in functional dyspepsia patients. *Dig Dis Sci* 2010; 55(1): 60-65.
36. Sun-Edelstein C, Mauskop A. Foods and supplements in the management of migraine headaches. *The Clinical Journal of Pain* 2009; 25(5): 446-452.
37. Aydinlar EI, Dikmen PY, Tiftikci A, Saruc M, Aksu M, Gunsoy HG, et al. IgG-based elimination diet in migraine plus irritable bowel syndrome. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2013; 53(3): 514-525.
38. Saadatnia M, Javanmard SH, Amini L, Salmasi M. Comparison of the Severity, Duration and Frequency of Headaches between Migraine Patients with and without Metabolic Syndrome. *Journal of Isfahan Medical School* 2012; 30(210): 1-9.
39. Bond DS, O'Leary KC, Thomas JG, Lipton RB, Papandonatos GD, Roth J, et al. Can weight loss improve migraine headaches in obese women? Rationale and design of the Women's Health and Migraine (WHAM) randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials* 2013; 35(1): 133-144.
40. Verrotti A, Agostinelli S, D'Egidio C, Di Fonzo A, Carotenuto M, Parisi P, et al. Impact of a weight loss program on migraine in obese adolescents. *Eur J Neurol* 2013; 20(2): 394-397.
41. Laino D, Vitaliti G, Parisi P, Pavone P, Verrotti A, Lubrano R, et al. Headache, migraine and obesity: an overview on plausible links. *J Biol Regul Homeost Agents* 2016; 30(2): 333-338.
42. Pavlovic JM, Vieira JR, Lipton RB, Bond DS. Association Between Obesity and Migraine in Women. *Curr Pain Headache Rep* 2017; 21(10): 41.
43. Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB. Obesity and migraine: a population study. *Neurology* 2006; 66(4): 545-550.
44. Sadeghi O, Askari G, Maghsoudi Z, Ghiasvand R, Khorvash F. The association between abdominal obesity and characteristics of migraine attacks in Iranian adults. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2016; 21(3): 271-277.
45. Turner DP, Smitherman TA, Penzien DB, Porter JA, Martin VT, Houle TT. Nighttime snacking, stress, and migraine activity. *Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia* 2014; 21(4): 638-643.
46. Watemberg N, Matar M, Har-Gil M, Mahajnah M. The influence of excessive chewing gum use on headache frequency and severity among adolescents. *Pediatric Neurology* 2014; 50(1): 69-72.
47. Gholamreza-Mirzaee M, Kheiri S, Khosravi S, Khoshdel A, Keyvani Z, Amini Z. Iron therapy and migraine headache. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2012; 13(6): 56-62.
48. Mottaghi T, Khorvash F, Askari G, Ghiasvand R. Effect of vitamin D supplementation on symptoms and C-reactive protein among patients with migraine. *Koomesh* 2015; 16(2): 207-212.
49. Dooley JM, Gordon KE, Kuhle S. Food insecurity and migraine in Canada. *Cephalalgia* 2015; 36(10): 936-942.

50. Fukui PT, Goncalves TR, Strabelli CG, Lucchino NM, Matos FC, Santos JP, et al. Trigger factors in migraine patients. *Arq Neuropsiquiatr* 2008; 66(3): 494-499.
51. Mohammad Ibn Abdullah Ibn Obeidullah Ibn Mahmud. Khani's Masterpiece (Tohfeh Khani) Tehran: Research Institute for Islamic and Complementary Medicine; 2005. p.43. [Persian]
52. Freedom T, Evans RW. Headache and sleep. *Headache* 2013; 53(8): 1358-1366.
53. Kelman L, Rains JC. Headache and sleep: examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. *Headache* 2005; 45(7): 904-910.
54. Verma R, Nagar KK, Garg RK, Uniyal R, Sharma PK, Pandey S. Study of Sleep Disorders and Polysomnographic Evaluation among Primary Chronic Daily Headache Patients. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 2016; 7(5): S72-S75.
55. Kim J, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Insufficient sleep is prevalent among migraineurs: a population-based study. *The Journal of Headache and Pain* 2017;18(1): 50.
56. Evdokimova EM, Shagbazyan AE, Tabeeva GR. [Migraine and sleep]. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii Imeni SS Korsakova* 2017; 117(11): 146-152.
57. Fernandez-de-Las-Penas C, Fernandez-Munoz JJ, Palacios-Cena M, Paras-Bravo P, Cigaran-Mendez M, Navarro-Pardo E. Sleep disturbances in tension-type headache and migraine. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders* 2018; 11: 1-6.
58. Zhu Z, Fan XP, Li XL, Tan G, Chen LX, Zhou JY. Prevalence and predictive factors for poor sleep quality among migraineurs in a tertiary hospital headache clinic. *Acta Neurologica Belgica* 2013; 113(3): 229-235.
59. Vgontzas A, Cui L, Merikangas KR. Are sleep difficulties associated with migraine attributable to anxiety and depression? *Headache* 2008; 48(10): 1451-1459.
60. Barbanti P, Fabbrini G, Aurilia C, Vanacore N, Cruccu G. A case-control study on excessive daytime sleepiness in episodic migraine. *Cephalalgia* 2007; 27(10): 1115-1119.
61. Pairo Z, Parnow A, Sari-aslani P, Eslami R. Effect of Moderate Intensity Aerobic Exercise on Migraine Headache Indexes and Quality of Life Improvement in Women with Migraine. *The Horizon of Medical Sciences* 2016; 22(4): 291-297.
62. Abdi A, Parnow A, Azizi M. Effect of Eight Weeks High Intensity Aerobic Training on Migraine Headache Indicators. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences* 2014; 20(3): 133-138.
63. Chaibi A, Tuchin PJ, Russell MB. Manual therapies for migraine: a systematic review. *The Journal of Headache and Pain* 2011; 12(2): 127-133.
64. Hernandez-Reif M, Dieter J, Field T, Swerdlow B, Diego M. Migraine headaches are reduced by massage therapy. *International Journal of Neuroscience* 1998; 96(1-2): 1-11.
65. Lawler SP, Cameron LD. A randomized, controlled trial of massage therapy as a treatment for migraine. *Annals of Behavioral Medicine* 2006; 32(1): 50-59.
66. Happe S, Peikert A, Siegert R, Evers S. Erratum to: The efficacy of lymphatic drainage and traditional massage in the prophylaxis of migraine: a randomized, controlled parallel group study. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology* 2016; 37(10): 1732-1753.
67. Frese A, Eikermann A, Frese K, Schwaag S, Husstedt IW, Evers S. Headache associated with sexual activity: Demography, clinical features and comorbidity. *Neurology* 2003; 61(6): 796-800.
68. Hambach A, Evers S, Summ O, Husstedt IW, Frese A. The impact of sexual activity on idiopathic headaches: an observational study. *Cephalalgia* 2013; 33(6): 384-389.
69. Gupta V. Constipation-related migraine is linked to the effect of the Valsalva maneuver on the eye: A case report and a mechanistic review. *Webmed Central Neurology* 2010; 1(12): 1-7.
70. Keivani Z, Mirzaei M, Mahmoudzadeh M, Etemadifar S, Avijgan M, Rafieian M. The Relationship between Migraine Headache and Iron Deficiency Anemia in Patients Referred To Neurology Clinic of Shahrekord University of Medical Sciences. *Iran Journal of Nursing* 2010; 23(64): 37-43.
71. Pamuk GE, Top MS, Uyanik MS, Koker H, Akker M, Ak R, et al. Is iron-deficiency anemia associated with migraine? Is there a role for anxiety and depression? *Wiener Klinische Wochenschrift* 2016; 128(Suppl 8): 576-580.

72. Maasumi K, Tepper SJ, Kriegler JS. Menstrual Migraine and Treatment Options: Review. *Headache* 2017; 57(2): 194-208.
73. Sundic A, Zidverc-Trajkovic J, Vujovic S, Sternic N. Perimenstrual headache: migraine without aura or premenstrual syndrome symptom? *Vojnosanitetski Pregled Military-Medical and Pharmaceutical Review* 2010; 67(12): 969-976.
74. Spierings EL, Padamsee A. Menstrual-Cycle and Menstruation Disorders in Episodic vs Chronic Migraine: An Exploratory Study. *Pain Medicine (Malden, Mass)* 2015; 16(7): 1426-1432.
75. Gur-Ozmen S, Karahan-Ozcan R. Iron Deficiency Anemia Is Associated with Menstrual Migraine: A Case-Control Study. *Pain Medicine (Malden, Mass)* 2016; 17(3): 596-605.
76. Sauro KM, Becker WJ. The stress and migraine interaction. *Headache* 2009; 49(9): 1378-1386.
77. Peterlin BL, Tietjen GE, Brandes JL, Rubin SM, Drexler E, Lidicker JR, et al. Posttraumatic stress disorder in migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2009; 49(4): 541-551.
78. Wacogne C, Lacoste J, Guillibert E, Hugues F, Le Jeune C. Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia* 2003; 23(6): 451-455.
79. Organization WH. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO* 2000; 78(4): 413-426.
80. Omatreza S, Moshtagh Eshgh Z, Eshagh M, Hekmatafshar M, Naieni M. Effect of educational program based on " Orem Self Care Model" on quality of life in patients with migraine. *Journal of Health Promotion Management* 2014; 3(1): 7-13.
81. Park JW, Chu MK, Kim JM, Park SG, Cho SJ. Analysis of Trigger Factors in Episodic Migraineurs Using a Smartphone Headache Diary Applications. *PloS One* 2016; 11(2): e0149577.
82. Pietrobon D, Moskowitz MA. Pathophysiology of migraine. *Annual Review of Physiology* 2013; 75: 365-391.
83. Okragly AJ, Morin SM, DeRosa D, Martin AP, Johnson KW, Johnson MP, et al. Human mast cells release the migraine-inducing factor pituitary adenylate cyclase-activating polypeptide (PACAP). *Cephalalgia* 2017; 38(9): 1564-1574.
84. Alpay K, Ertas M, Orhan EK, Ustay DK, Lieners C, Baykan B. Diet restriction in migraine, based on IgG against foods: a clinical double-blind, randomised, cross-over trial. *Cephalalgia* 2010; 30(7): 829-837.
85. Borkum JM. Migraine Triggers and Oxidative Stress: A Narrative Review and Synthesis. *Headache* 2016; 56(1): 12-35.
86. Alam R, Abdolmaleky HM, Zhou JR. Microbiome, inflammation, epigenetic alterations and mental diseases. *American Journal of Medical Genetics Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics* 2017; 174(6): 651-660.
87. Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann Gastroenterol* 2015; 28(2): 203-209.
88. Korn LE. The Second Brain: Trust Your Gut.
89. Pucci E, Di Stefano M, Miceli E, Corazza GR, Sandrini G, Nappi G. Patients with headache and functional dyspepsia present meal-induced hypersensitivity of the stomach. *The Journal of Headache and Pain* 2005; 6(4): 223-226.
90. Kurth T, Holtmann G, Neufang-Hüber J, Gerken G, Diener H. Prevalence of unexplained upper abdominal symptoms in patients with migraine. *Cephalalgia* 2006; 26(5): 506-510.