

Review

Association of serum homocysteine levels with migraine and effects of vitamin supplementations on it: Review of current evidences

Omid Sadeghi¹, Azam Arsanjani Shirazi², Hamid Rasad³, Naseh Pahlavani³, Mahdieh Bagheri Bidakhavidi⁴, Masoud Rezaie⁵, Morteza Nasiri^{6*}

1. Ph.D. Candidate of Nutrition, Department of Community Nutrition, School of Nutritional Sciences and Dietetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. MSc of Midwifery, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Dezful Islamic Azad University, Khuzestan, Iran.

3. MSc of Nutrition, Food Security Research Center and Department of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. BSc Student of Nutrition, Department of Nutrition, School of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

5. MSc of Nursing Education, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

6. MSc of Nursing Education, Department of Operating Room Technology, School of Paramedicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

*. Corresponding Author: E-mail: Mortezasasiri.or87@yahoo.com

(Received 13 January 2016; Accepted 28 October 2016)

Abstract

Homocysteine is a sulfur-containing amino acid, which is derived from demethylation of methionine. Current evidences have shown that elevated serum levels of homocysteine can lead to migraine, and exacerbate the severity and frequency of migraine attacks. Some investigations have indicated that vitamin supplementations with vitamin B₆, B₉ and B₁₂ can decrease serum levels of homocysteine, and be effective in alleviating of severity and frequency of migraine attacks. So, this study aimed to review evidences on association of serum homocysteine levels with migraine and effects of vitamin supplementations with vitamin B₆, B₉ and B₁₂ on it. This review was done by searching on PubMed, Scopus, Science Direct and Web of Science by entering migraine, headache, homocysteine, vitamin B₆, vitamin B₉, folic acid and “vitamin B₁₂ as keywords. In this study, clinical trial, cross-sectional, retrospective and prospective studies which were published during 2000 to 2015 were reviewed. We included studies that were diagnosed migraine based on international headache society criteria and were done on human, and excluded non-English language articles and studies that investigated pulsating headaches as the main aim. In most evaluated studies, homocysteine levels were significantly higher in patients with migraine, especially migraine with aura, compared to control group and healthy subjects. Vitamin supplementations with B₆, B₉ and B₁₂ decreased the homocysteine levels, severity attacks and its related disabilities; however, results on frequency of migraine attacks were inconsistent. Based on results, it seems that low levels of homocysteine with vitamin supplementations with B₆, B₉ and B₁₂ can decrease severity and disabilities of migraine, although more studies are suggested due to few studies in this regard.

Keywords: Migraine, Headache, Homocysteine, Vitamin B₆, Vitamin B₉, Folic acid, Vitamin B₁₂.

ClinExc 2016; 5(1): 65-75 (Persian).

ارتباط بین سطح سرمی هموسیستین و میگرن و تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌ها بر روی آن: مروری بر شواهد موجود

امید صادقی^۱، مینا ارسنجانی شیرازی^۲، حمید رسد^۳، ناصر پهلوانی^۳، مهدیه باقری بیداخویدی^۴، مسعود رضایی^۵، مرتضی نصیری^{۶*}

چکیده

هموسیستین یک آمینواسید سولفوردار می‌باشد که به‌عنوان یک حد واسط در متابولیسم متیونین عمل می‌کند. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که افزایش سطح سرمی هموسیستین می‌تواند منجر به میگرن و تشدید شدت و فرکانس حملات این بیماری شود. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند که مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ می‌تواند به کاهش غلظت هموسیستین سرم منجر شود و در کاهش شدت و فرکانس حملات میگرن مؤثر باشد. هدف از مطالعه‌ی حاضر، مروری بر مطالعات انجام‌شده در زمینه ارتباط سطح سرمی هموسیستین با میگرن و تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ بر این ارتباط می‌باشد. این مطالعه مروری با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، Science Direct و Web of Science و با استفاده از کلیدواژه‌های: Homocysteine، Headache، Migraine، Vitamin B₆، Vitamin B₉، folic acid و Vitamin B₁₂ صورت گرفت. در این مقاله مطالعات کارآزمایی بالینی، مقطعی، آینده‌نگر و گذشته‌نگر انتشار یافته بین سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعاتی که میگرن را با معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد تشخیص داده و بر روی انسان انجام شده بودند وارد مطالعه شده و مقالاتی که به زبان غیرانگلیسی بودند و مطالعاتی که هدف اصلی آن‌ها سردرد تنشی بود، از مطالعه خارج شدند. در بیشتر مطالعات بررسی شده، سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن به‌ویژه میگرن با اورا به‌طور معناداری بیشتر از افراد سالم و کنترل بوده است. مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ باعث کاهش سطح هموسیستین، شدت حملات میگرن و ناتوانی‌های ناشی از آن شده است، اگرچه یافته‌ها در مورد فرکانس حملات میگرن متناقض بود. براساس نتایج، به نظر می‌رسد که کاهش غلظت هموسیستین با مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ باعث کاهش شدت حملات میگرن و ناتوانی‌های ناشی از آن می‌شود، با این وجود به دلیل مطالعات اندکی که در این زمینه صورت گرفته است انجام مطالعات بیشتر پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: میگرن، سردرد، هموسیستین، ویتامین B₆، ویتامین B₉، فولیک اسید، ویتامین B₁₂.

۱. دانشجوی دکتری تغذیه، گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۲. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول، خوزستان، ایران.
 ۳. کارشناس ارشد تغذیه، مرکز تحقیقات امنیت غذایی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۴. دانشجوی کارشناسی تغذیه، گروه تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
 ۵. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۶. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه تکنولوژی اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
- * نویسنده مسئول: گروه تکنولوژی اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
- E-mail: Mortezaasiri.or87@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۷

مقدمه

نتایج برخی از مطالعات اخیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ ممکن است با کاهش سطح هموسیستین بر علائم میگرن تأثیر داشته باشد و با توجه به این که در بررسی صورت گرفته توسط محقق، مطالعه جامعی به بررسی سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن و تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های ذکر شده بر روی سطح هموسیستین و همچنین علائم بیماری پرداخته است، هدف مطالعه حاضر مروری بر مطالعات انجام‌شده در زمینه ارتباط سطح سرمی هموسیستین با میگرن و تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ بر این ارتباط می‌باشد.

روش بررسی

این مقاله مروری با جستجو در بانک‌های معتبر علمی چون PubMed، Science Direct، Scopus و Web of Science و با استفاده از کلیدواژه‌های: migraine، vitamin B₉، vitamin B₆ و homocysteine، headache، vitamin B₁₂ و folic acid از بین مقالات منتشرشده در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا آوریل ۲۰۱۵ استخراج گردید. در این مطالعه، مطالعات کارآزمایی بالینی، مقطعی و همچنین مطالعات آینده‌نگر و گذشته‌نگر مورد بررسی قرار گرفت. ارتباط موضوعی مطالعات با بررسی عنوان و خلاصه‌ی مقاله ارزیابی شد. مطالعاتی که میگرن را با معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد^۱ تشخیص داده بودند و همچنین مطالعاتی که بر روی انسان انجام‌شده بود به‌عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. مطالعاتی که هدف اصلی آن‌ها سردرد تنشی بود و یا بر روی کودکان، نوجوانان و حیوانات انجام‌شده بود، از مطالعه خارج شدند. همچنین مقالاتی که به زبان غیر انگلیسی نگاشته شده بودند از مطالعه حذف شدند. در کل ۸۶ مقاله یافت شد که پس از مقایسه قرار دادن یافته‌های بازیافت شده از بانک‌های مذکور، ۴۱ مقاله به علت تکراری بودن موضوع^۲ کنار گذاشته شد. از مقالات باقیمانده، ۲۲ مقاله

هموسیستین یک آمینو اسید سولفوردار می‌باشد که به‌عنوان یک حد واسط در متابولیسم متیونین عمل می‌کند (۱). غلظت طبیعی هموسیستین سرم در انسان ۵-۱۵ میکرومول بر لیتر است و در صورتی که غلظت آن ۵ میکرومول بر لیتر از حالت طبیعی افزایش یابد، هیپرهموسیستینمی رخ می‌دهد (۲). سطح بالای هموسیستین در خون با افزایش بیومارکرهای التهابی می‌تواند منجر به آسیب‌های عروقی مانند ترومبوز (۳) و آترواسکلروزیس (۴) و بیماری‌های ایسکمیک مانند انفارکتوس میوکارد (۵،۶) و سکته مغزی ایسکمیک (۷) شود. همچنین، هیپرهموسیستینمی می‌تواند در ایجاد آلزایمر و اختلالات شناختی دوره سالمندی مانند دمانس (۸) و ناهنجاری‌های تولدی در زنان باردار (۹) نقش داشته باشد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که هموسیستین بالای خون می‌تواند با میگرن به‌ویژه میگرن با اورا نیز ارتباط داشته باشد، اگرچه آمار دقیقی از سطح این آمینو اسید در بیماران میگرنی گزارش نشده است (۱۰-۱۳). به نظر می‌رسد که هموسیستین از طریق تغییر در آستانه‌ی درد، باعث شروع حملات میگرنی می‌شود و از این طریق باعث افزایش شدت و فرکانس حملات میگرن می‌گردد (۱۴).

هیپرهموسیستینمی در بیماران میگرنی می‌تواند به علت کمبود بعضی از میکرونوترینت‌ها مثل ویتامین B₆ (پیریدوکسین)، B₉ (فولیک اسید) و B₁₂ (کوبالامین) رخ دهد (۱۰). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند که مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ می‌تواند به کاهش غلظت هموسیستین خون منجر شود و در کاهش شدت و فرکانس حملات میگرن و ناتوانی‌های ناشی از آن مؤثر باشد (۱۵،۱۶)؛ درحالی‌که نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهند که مکمل‌های ذکر شده منجر به کاهش سطح هموسیستین و شدت و طول حملات میگرن و ناتوانی‌های ناشی از آن می‌شوند اما هیچ ارتباطی با فرکانس حملات میگرن ندارند (۱۳،۱۷). از آنجا که بر اساس

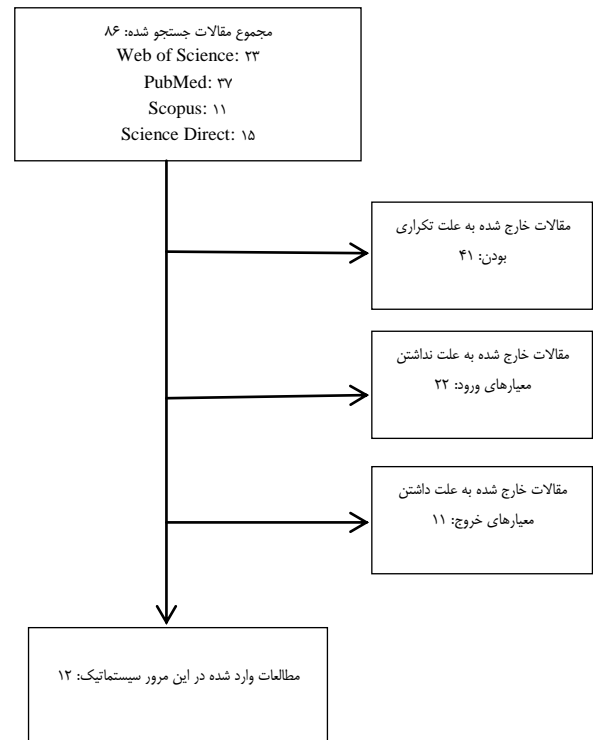
¹. International headache society: IHS

². Duplication

به‌طور معناداری بیشتر از افراد سالم بوده است (۱۹، ۱۲-۱۸). در یک مطالعه در سال ۲۰۱۳، Bahadir و همکاران ۱۵۰ بیمار میگرنی (۷۲ نفر با اورا و ۷۸ نفر بدون اورا) را با ۱۰۷ فرد سالم مورد مقایسه قرار دادند. در این مطالعه، سطح سرمی هموسیستئین در بیماران مبتلا به میگرن با اورا، بدون اورا و افراد سالم به ترتیب ۱۵/۳۸، ۱۴/۹۹ و ۱۳/۵۷ میکرومول بر لیتر بود و نتایج نشان داد که سطح سرمی هموسیستئین در بیماران میگرنی به‌خصوص میگرن با اورا، به‌طور معناداری بالاتر از افراد سالم می‌باشد (۱۹). در مطالعه‌ای دیگر که توسط Oterino و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام شد، مشخص شد که سطح پلاسمایی هموسیستئین در بیماران مبتلا به میگرن با اورا نسبت به میگرن بدون اورا و گروه کنترل به‌طور معناداری بالاتر بوده است، درحالی‌که این سطح پلاسمایی در بیماران مبتلا به میگرن بدون اورا نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت. در این مطالعه، سطح هموسیستئین بالای ۱۲ میکرومول بر لیتر باعث افزایش دو برابری و سطح بالای ۱۵ میکرومول بر لیتر آن باعث افزایش شش برابری در بروز میگرن با اورا شد (۱۸). در مطالعه‌ای دیگر که توسط Moschiano و همکاران در سال ۲۰۰۸ بر روی ۲۵۸ نفر (۱۳۶ نفر بیمار مبتلا به میگرن با اورا و ۱۱۷ نفر سالم) انجام شد، نتایج نشان داد که میانگین سطح هموسیستئین پلازما در افراد میگرنی (۱۲/۳۱ میکرومول بر لیتر) به‌طور معناداری بالاتر از افراد سالم (۹/۸۶ میکرومول بر لیتر) بوده است و بروز هیپرهموسیستئینمی در بیماران مبتلا به میگرن با اورا بیشتر از افراد سالم گزارش گردید (۱۲).

از مجموع ۹ مطالعه، در ۳ مطالعه (۲۰-۲۲) که تقسیم‌بندی نوع میگرن صورت نگرفته بود نتایج نشان داد که سطح سرمی هموسیستئین در بیماران مبتلا به میگرن به‌طور معناداری بیشتر از افراد سالم بوده است و ۳ مطالعه (۲۳-۲۵) نشان دادند که بین سطحی سرمی هموسیستئین افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم اختلاف آماری معناداری وجود نداشته است. در مطالعه Hering-Hanit و همکاران که بر روی ۷۸ بیمار مبتلا به میگرن و ۱۲۶ فرد سالم در سال ۲۰۰۱

پس از بررسی عنوان و چکیده به علت نداشتن معیارهای ورود حذف شدند. از مجموع مقالات باقیمانده که به‌طور دقیق مطالعه شدند، ۱۱ مقاله به علت داشتن معیارهای خروج (بررسی سردرد تنشی به‌عنوان هدف اصلی: ۶ مقاله، بررسی نوجوانان و حیوانات به‌عنوان حجم نمونه: ۵ مقاله) از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۹ مقاله در زمینه سطح هموسیستئین در بیماران مبتلا به میگرن و ۳ مطالعه در خصوص تأثیر مکمل‌های یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ بر سطح هموسیستئین و علائم میگرن که دارای طراحی مناسب و اطلاعات مورد اطمینان بودند برای این مقاله مروری انتخاب شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند (شکل شماره ۱).



شکل ۱: فلوجارت جستجوی مقالات

یافته‌ها و بحث

بررسی سطح سرمی هموسیستئین در بیماران مبتلا به میگرن

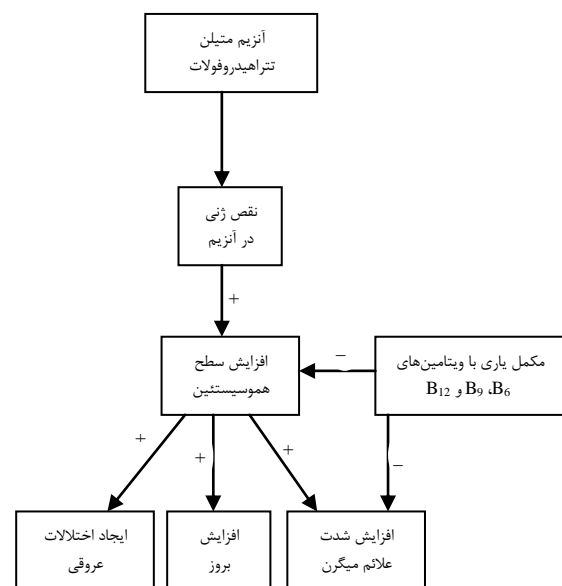
از ۹ مطالعه بررسی‌شده در این زمینه، ۳ مطالعه که نوع میگرن را تقسیم‌بندی نموده بودند نشان دادند که سطح سرمی هموسیستئین در بیماران مبتلا به میگرن با اورا

مطالعات نشان دادند که وراثت می‌تواند نقش زیادی در بروز بیماری میگرن داشته باشد (۲۶). میگرن با بسیاری از جهش‌های ژنتیکی از جمله جهش در ژن آنزیم متیلن تترا هیدروفولات ردوکتاز مرتبط می‌باشد، به طوری که ثابت شده است نقص در این آنزیم و یا جهش در ژن آن یک ریسک فاکتور در بروز میگرن به ویژه میگرن با اورا می‌باشد (۲۷). آنزیم متیلن تترا هیدروفولات ردوکتاز در تبدیل ۱۰،۵ متیلن تتراهیدروفولات به ۵ متیلن- تتراهیدروفولات نقش دارد که ۵ متیلن تترا هیدروفولات یک عامل ضروری در تبدیل هموسیستین به متیونین از طریق آنزیم متیونین سنتاز می‌باشد (۲۸)؛ بنابراین، جهش در ژن آنزیم متیلن تتراهیدروفولات ردوکتاز می‌تواند در بروز هیپرهموسیستینمی در بیماران میگرنی از نوع اورا نقش داشته باشد.

هموسیستین ممکن است از طریق آسیب به عروق مغزی، باعث ایجاد ترومبوز و کاهش جریان خون در مغز شود که این کاهش جریان خون می‌تواند منجر به تولید یک موج دپلاریزاسیون منتشر در قشر مغز شده و باعث شروع حملات میگرنی شود (۲۹). همچنین کاهش جریان خون می‌تواند منجر به کاهش انتقال اکسیژن به مغز شود که این حالت نیز به عنوان تحریک کننده در شروع حملات میگرنی عمل می‌کند (۱۷). هموسیستین از طریق آسیب به عروق مغزی ممکن است منجر به کاهش ترشح نیتریک اکساید از دیواره عروق شود که این کاهش منجر به عملکرد غیرطبیعی دیواره عروق شده و باعث تغییر در خواص انعقادی خون و کاهش جریان خون در مغز می‌شود (۳۰). این مکانیسم ممکن است در شروع و همچنین حفظ حملات میگرنی نقش داشته باشد (۳۲-۳۱).

افزایش سطح هموسیستین در خون می‌تواند باعث تغییر در آستانه‌ی درد شود. بیماری میگرن یک بیماری عروقی می‌باشد و تحریک عروق می‌تواند سبب تحریک بیماری و شروع حملات میگرنی شود و از طرفی سطح بالای هموسیستین سبب اختلالات عروقی زیادی در طولانی مدت می‌شود (۵)؛ بنابراین سطح بالای هموسیستین از طریق تحریک یا ایجاد اختلال در عروق می‌تواند

انجام شد، سطح سرمی هموسیستین در مردان و زنان میگرنی به ترتیب ۸/۳۴ و ۴/۹۷ میکرومول بر لیتر گزارش گردید، در حالی که این میزان در مردان و زنان سالم به ترتیب ۸/۳۱ و ۷/۶۷ میکرومول بر لیتر بود. براساس نتایج این مطالعه هیچ تفاوت معنی‌داری بین سطح سرمی هموسیستین در بیماران میگرنی و گروه کنترل وجود نداشت، اگرچه سطح هموسیستین در زنان سالم بیشتر از زنان میگرنی بود (۲۳). در مطالعه دیگر که توسط Tietjen و همکاران در سال ۲۰۰۹ بر روی ۱۲۵ زن مبتلا به میگرن و ۵۰ فرد سالم انجام شد، مشخص گردید که سطح سرمی هموسیستین در بیماران میگرنی و افراد سالم به ترتیب ۶/۴۶ و ۶/۳۳ میکرومول بر لیتر بوده و تفاوت معناداری بین افراد میگرنی و سالم از لحاظ سطح هموسیستین گزارش نشد (۲۴). همچنین، نتایج مطالعه Kurth و همکاران در سال ۲۰۰۸، تفاوت معناداری بین سطح سرمی هموسیستین بیماران میگرنی و افراد سالم نشان ندادند (۲۵). خلاصه از مطالعات بررسی شده در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. در بیشتر مطالعات بررسی شده، سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن به ویژه میگرن با اورا به طور معناداری بیشتر از افراد سالم و کنترل بوده است. مکانیسم‌های احتمالی تأثیر هموسیستین در بروز میگرن متفاوت گزارش شده است (شکل شماره ۲).



شکل شماره ۲: دیاگرام ارتباط هموسیستین با میگرن و تأثیر مکمل یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ بر روی آن

علاوه بر افزایش بروز بیماری در افراد، میزان بروز حملات آن را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۳۳-۳۴)؛ بنابراین، این اثر هموسیستئین می‌تواند شروع حملات میگرن و همچنین شدت حملات را تحت تأثیر قرار دهد.

تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ بر سطح سرمی هموسیستئین و علائم میگرن

از ۳ مطالعه بررسی شد در این زمینه، ۲ مطالعه (۱۷،۱۵) به بررسی تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ و یک مطالعه (۳۵) تنها تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین B₆ را بررسی نموده است. در یک کارآزمایی بالینی که بر روی ۵۲ بیمار مبتلا به میگرن با او را انجام شد و افراد طی ۶ ماه تحت مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆ (۲۵ میلی‌گرم)، B₉ (۲ میلی‌گرم) و B₁₂ (۴۰۰ میکروگرم) قرار گرفتند، نتایج نشان داد که پس از ۶ ماه مکمل‌یاری سطح هموسیستئین از ۱۰/۸ میکرومول بر لیتر به ۶/۵ میکرومول بر لیتر کاهش یافته است که این کاهش از لحاظ آماری در مقایسه با گروه کنترل معنادار بود. همچنین شدت حملات میگرن از امتیاز ۶ به امتیاز ۴/۵ و فرکانس حملات میگرن از ۴ بار در ماه به یک‌بار در ماه کاهش یافت که هر دو در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار بودند. به‌علاوه، این مطالعه نشان داد که مکمل‌یاری با ویتامین‌های ذکر شده می‌تواند ناتوانی‌های ناشی از میگرن را به‌طور قابل‌توجهی کاهش دهد (۱۵). در مطالعه‌ی مشابه دیگر که تأثیر ۶ ماه مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆ (۲۵ میلی‌گرم)، B₉ (۲ میلی‌گرم) و B₁₂ (۴۰۰ میکروگرم) بر روی ۲۰۶ زن مبتلا به میگرن با او را مورد بررسی قرار گرفت، نتایج حاکی از این است که در گروه مداخله سطح هموسیستئین از ۱۱/۵ میکرومول بر لیتر به ۹/۲ میکرومول بر لیتر و شدت حملات میگرن از امتیاز ۷ به امتیاز ۶ کاهش یافت که هر دو از لحاظ آماری در مقایسه با گروه کنترل معنادار بودند. با این وجود، فرکانس حملات میگرن در طول مداخله کاهش معناداری نشان نداد (۱۷). در مطالعه دیگری که بر روی ۶۶ بیمار مبتلا به میگرن در سال ۲۰۱۵ انجام شد، تأثیر مصرف روزانه مکمل‌یاری با ویتامین B₆

به‌تنهایی (۸۰ میلی‌گرم) به مدت ۱۲ هفته بر شدت، فرکانس و طول مدت حملات میگرن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که حملات میگرن از امتیاز ۷/۵ به امتیاز ۵ و طول مدت حملات از ۲۳ ساعت به ۱۵ ساعت کاهش یافت که هر دو در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار بودند. با این وجود، در این مطالعه مکمل‌یاری تأثیری بر فرکانس حملات میگرن نداشت (۹). خلاصه از مطالعات بررسی شده در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

مطالعات بررسی شده نشان می‌دهند که مکمل‌یاری با ویتامین‌های کاهش‌دهنده سطح هموسیستئین ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ نه تنها منجر به کاهش سطح هموسیستئین در بیماران میگرنی شده‌اند، بلکه علائم میگرن از جمله شدت و ناتوانی‌های ناشی از آن را نیز کاهش داده‌اند (۳۵، ۱۷، ۱۵). البته یافته‌ها در مورد کاهش فرکانس حملات میگرن در اثر کاهش سطح هموسیستئین و مکمل‌های یاری متناقض می‌باشد و یک مطالعه این تأثیر را نشان نداد (۱۷). به نظر می‌رسد ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ از طریق افزایش فعالیت آنزیم‌های درگیر در متابولیسم هموسیستئین، می‌توانند منجر به کاهش غلظت این اسید آمینه در خون شوند (شکل شماره ۲). همچنین در مطالعات اخیر نشان داده شده است که سطح برخی از میکرونوترینت‌ها (از جمله فولات) که در متابولیسم هموسیستئین نقش دارند، در بیماران میگرنی کمتر از حد معمول می‌باشد (۱۷). بنابراین، به نظر می‌رسد مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ با توجه به این که مصرف معمول آن‌ها عوارض جانبی خاصی ندارد می‌تواند برای بیماران میگرنی به‌خصوص بیماران مبتلا به میگرن با او را مفید باشد.

نتیجه‌گیری

میگرن به‌خصوص میگرن با او را با سطح بالای هموسیستئین سرم مرتبط می‌باشد. مصرف مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₉ و B₁₂ می‌تواند علاوه بر کاهش غلظت هموسیستئین در بیماران میگرنی، سبب کاهش

علائم این بیماری از جمله شدت و ناتوانی‌های ناشی از آن شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان محترم مرکز امنیت غذایی دانشکده تغذیه و علوم غذایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان کمال سپاسگزاری را داریم.

جدول شماره ۱: مطالعات بررسی شده در زمینه سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن

ماخذ	سن (رنج یا میانگین)	حجم نمونه	سال انتشار	طراحی مطالعه	توضیح مطالعه	نتایج حاصل شده
Bahadir و همکاران (۱۹)	۱۸-۶۰	۱۵۰ بیمار میگرنی و ۱۰۷ فرد سالم	۲۰۱۳	مورد شاهد	بررسی سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن و مقایسه آن با گروه کنترل	سطح پلاسمایی هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن به طور معنی‌داری بالاتر از افراد سالم بود.
Gavvani و همکاران (۲۰)	۲۸ ± ۹	۶۵ بیمار میگرنی و ۶۲ فرد سالم	۲۰۱۲	مورد شاهد	بررسی سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن و مقایسه آن با گروه کنترل	سطح پلاسمایی هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن به طور معنی‌داری بالاتر از افراد سالم بود.
Oterino و همکاران (۱۸)	۲۰-۶۰	۱۱۹ بیمار مبتلا به میگرن بدون اورا، ۲۲۸ بیمار مبتلا به میگرن با اورا و ۳۱۰ فرد سالم	۲۰۰۹	مورد شاهد	بررسی سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن با اورا و میگرن بدون اورا و مقایسه آن‌ها با گروه کنترل	سطح پلاسمایی هموسیستین در میگرن با اورا نسبت به میگرن بدون اورا و افراد سالم به طور معنی‌داری بالاتر بود. سطح پلاسمایی هموسیستین در میگرن بدون اورا نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت.
Tietjen و همکاران (۲۴)	۲۵-۵۰	۱۲۵ زن مبتلا به میگرن و ۵۰ فرد سالم	۲۰۰۹	مورد شاهد	بررسی سطح هموسیستین در زنان مبتلا به میگرن و مقایسه آن با گروه کنترل	هیچ تفاوت معنی‌داری بین سطح سرمی هموسیستین در زنان میگرنی در مقایسه با گروه کنترل وجود نداشت.
İpçioğlu و همکاران (۲۲)	۲۰-۵۰	۵۰ زن مبتلا به میگرن و ۴۶ زن سالم	۲۰۰۸	مورد شاهد	بررسی سطح هموسیستین در زنان مبتلا به میگرن و مقایسه آن با گروه کنترل	سطح پلاسمایی هموسیستین در زنان مبتلا به میگرن به طور معنی‌داری بالاتر از زنان سالم بود.
Kurth و همکاران (۲۴)	≥ ۴۵	۲۲۵۳۹ زن مبتلا به میگرن و ۵۰۸۷ زن سالم	۲۰۰۸	مورد شاهد	بررسی سطح هموسیستین در زنان مبتلا به میگرن و مقایسه آن با گروه کنترل	هیچ تفاوت معنی‌داری بین سطح سرمی هموسیستین در زنان میگرنی در مقایسه با گروه کنترل وجود نداشت.
Moschiano و همکاران (۱۲)	۱۴-۶۱	۱۳۶ بیمار مبتلا به میگرن با اورا و ۱۱۷ فرد سالم	۲۰۰۸	مورد شاهد	بررسی سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن با اورا و مقایسه آن با گروه کنترل	سطح پلاسمایی هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن با اورا به طور معنی‌داری بالاتر از افراد سالم بود.
Pan و همکاران (۲۱)	۲۵-۵۰	۲۸ بیمار میگرنی و ۴۰ فرد سالم	۲۰۰۴	مورد شاهد	بررسی سطح هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن و مقایسه آن با گروه کنترل	سطح پلاسمایی هموسیستین در بیماران مبتلا به میگرن به طور معنی‌داری بالاتر از افراد سالم بود.
Hering-Hanit و همکاران (۲۳)	۱۸-۶۵	۷۸ بیمار مبتلا به میگرن و ۱۲۶ فرد سالم	۲۰۰۱	مورد شاهد	مقایسه سطح سرمی هموسیستین در بیماران میگرنی با گروه کنترل	هیچ تفاوت معنی‌داری بین سطح سرمی هموسیستین در بیماران میگرنی و گروه کنترل وجود نداشت.

جدول شماره ۲: مطالعات بررسی شده در زمینه تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های B₆، B₁₂ و فولیک اسید بر سطح هموسیستین و علائم میگرن

ماخذ	سن	حجم نمونه	سال انتشار	طراحی مطالعه	توضیح مطالعه	نتایج حاصل شده
Sadeghi و همکاران (۳۵)	۳۰-۶۵	۶۶ بیمار مبتلا به میگرن با اورا	۲۰۱۵	کارآزمایی بالینی تصادفی دو سو کور	بررسی تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین B ₆ بر علائم میگرن در بیماران میگرنی طی ۱۲ هفته	در انتهای مطالعه، شدت و طول مدت حملات میگرنی به طور معناداری کاهش یافت، اما تغییر معناداری در فرکانس حملات میگرن مشاهده نشد.
Menon و همکاران (۱۷)	۱۸-۶۰	۲۰۶ بیمار به میگرن با اورا	۲۰۱۲	کارآزمایی بالینی تصادفی دو سو کور	بررسی تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های B ₆ و B ₁₂ و فولیک اسید بر سطح پلاسمایی هموسیستین و علائم میگرن در زنان طی ۶ ماه	در انتهای مطالعه، سطح پلاسمایی هموسیستین نسبت به ابتدای مطالعه به طور معنی‌داری کاهش یافت. همچنین شدت و ناتوانی‌های میگرن نیز در انتهای مطالعه کاهش معنی‌داری پیدا کرد، اما فرکانس سردرد تغییر معنی‌داری پیدا نکرد.
Lea و همکاران (۱۵)	≥ ۲۰	۵۲ بیمار مبتلا به میگرن با اورا	۲۰۰۹	کارآزمایی بالینی تصادفی دو سو کور	بررسی تأثیر مکمل‌یاری با ویتامین‌های B ₆ و B ₁₂ و فولیک اسید بر سطح پلاسمایی هموسیستین و علائم میگرن در طول ۶ ماه	در انتهای مطالعه، سطح پلاسمایی هموسیستین نسبت به ابتدای مطالعه به طور معنی‌داری کاهش یافت. همچنین شدت، فرکانس و ناتوانی‌های میگرن نیز در انتهای مطالعه کاهش معنی‌داری پیدا کرد.

References

- Sadeghi O, Maghsoudi Z, Nasiri M, Khorvash F, Ghiasvand R, Askari Gh. Association between abdominal obesity indicators and serum levels of homocysteine in migraine patients: a cross-sectional study. *Jentashapir J Health Res.* 2014;5(6):e26653.
- Sadeghi O, Askari Gh, Maghsoudi Z, Nasiri M, Khorvash F, Ghiasvand R. Association of general obesity with hyperhomocysteinemia in patients with migraine. *Jundishapur J Chronic Dis Care.* 2015;4(1):e26596.
- Ghaznavi H, Soheili Z, Samiei S, Soltanpour MS. Role of hyperhomocysteinemia and methylene tetrahydrofolate reductase C677T polymorphism in idiopathic portal vein thrombosis. *Vasc Specialist Int.* 2016; 32(1):6-10.
- McCully KS. Homocysteine and the pathogenesis of atherosclerosis. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2015;8(2):211-219.
- Ganguly P, Alam SF. Role of homocysteine in the development of cardiovascular disease. *Nutr J.* 2015;14:6.
- Maldonado C, Soni CV, Todnem ND, Pushpakumar S, Rosenberger D, Givvimani S, et al. Hyperhomocysteinemia and sudden cardiac death: potential arrhythmogenic mechanisms. *Curr Vasc Pharmacol.* 2010;8(1):64-74.
- Kumral E, Saruhan G, Aktert D, Orman M. Association of hyperhomocysteinemia with stroke recurrence after initial stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2016;25(8):2047-2054.
- Hainsworth AH, Yeo NE, Weekman EM, Wilcock DM. Homocysteine, hyperhomocysteinemia and vascular contributions to cognitive impairment and dementia(VCID). *Biochim Biophys Acta.* 2016;1862(5):1008-1017.
- Marseglia LM, Nicotera A, Salpietro V, Giaimo E, Cardile G, Bonsignore M, et al. Hyperhomocysteinemia and MTHFR polymorphisms as antenatal risk factors of white matter abnormalities in two cohorts of late preterm and full term newborns. *Oxid Med Cell Longev.* 2015;2015:543134.
- Lippi G, Mattiuzzi C, Meschi T, Cervellin G, Borghi L. Homocysteine and migraine. A narrative review. *Clin Chim Acta.* 2014;433:5-11.
- Cupini LM, Stipa E. Migraine aura status and hyperhomocysteinemia. *Cephalalgia.* 2007;27(7):847-849.
- Moschiano F, D'Amico D, Usai S, Grazi L, Di Stefano M, Ciusani E, et al. Homocysteine plasma levels in patients with migraine with aura. *Neurol Sci.* 2008;29: 173-175.
- Sadeghi O, Maghsoudi Z, Askari G, Khorvash F, Feizi A. Association between serum levels of homocysteine with characteristics of migraine attacks in migraine with aura. *J Res Med Sci.* 2014;19(11):1041-1045.
- Sadeghi O, Maghsoudi Z, Nasiri M, Khorvash F, Askari G. The association between anthropometric measurements and homocysteine levels. *Iranian J of Nutr Sci Food Tech.* 2014;9(3):45-52.
- Lea R, Colson N, Quinlan S, Macmillan J, Griffiths L. The effects of vitamin supplementation and MTHFR(C677T) genotype on homocysteine-lowering and migraine disability. *Pharmacogenet Genomics.* 2009;19:422-428.
- Di Rosa G, Attina S, Spano M, Ingegneri G, Sgro DL, Pustorino G, et al. Efficacy of folic acid in children with migraine, hyperhomocysteinemia and MTHFR polymorphisms. *Headache* 2007;47:1342-1344.
- Menon S, Lea RA, Roy B, Hanna M, Wee S, Haupt LM, et al. Genotypes of the MTHFR C677T and MTRR A66G genes act independently to reduce migraine disability in response to vitamin supplementation. *Pharmacogenet Genomics.* 2012; 22:741-749.
- Oterino A, Toriello M, Valle N, Castillo J, Alonso-Arranz A, Bravo Y, et al. The relationship between homocysteine and genes of folate-related enzymes in migraine patients. *Headache.* 2010; 50:99-168.
- Bahadir A, Eroz R, Dikici S. Investigation of MTHFR C677T gene polymorphism, biochemical and clinical parameters in Turkish migraine patients: association with allodynia and fatigue. *Cell Mol Neurobiol.* 2013;33:1055-1063.
- Gavvani SC, Hoseinian MM. Comparative study on homocysteine levels in migraine patients and normal

- peoples. *Ann Biol Res.* 2012;3:1804-1807.
21. Pan Y. Change and significance of plasma homocysteine in patients with migraine. *Chin J Clin Rehabil.* 2004;8:92-93.
 22. Ipçioğlu OM, Özcan Ö, Gültepe M, Tekeli H, Şenol M. Functional vitamin B12 deficiency represented by elevated urine methylmalonic acid levels in patients with migraine. *Turk J Med Sci.* 2008;38:409-414.
 23. Hering-Hanit R, Friedman Z, Schlesinger I, Ellis M. Evidence for activation of the coagulation system in migraine with aura. *Cephalalgia.* 2001;21:137-139.
 24. Tietjen GE, Herial NA, White L, Utley C, Kosmyna JM, Khuder SA. Migraine and biomarkers of endothelial activation in young women. *Stroke.* 2009;40:2977-82.
 25. Kurth T, Ridker PM, Buring JE. Migraine and biomarkers of cardiovascular disease in women. *Cephalalgia* 2008;28:49-56.
 26. Ophoff RA, Terwindt GM, Vergouwe MN, Frants RR, Ferrari MD. Familial hemiplegic migraine: involvement of a calcium neuronal channel. *Neurologia.* 1997;12:31-37.
 27. Rubino E, Ferrero M, Rainero I, Binello E, Vaula G, Pinessi L. Association of the C677T polymorphism in the MTHFR gene with migraine: a meta-analysis. *Cephalalgia.* 2009;29:818-825.
 28. Rozen R. Genetic predisposition to hyperhomocysteinemia: deficiency of methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR). *Thromb Haemost.* 1997;78:523-526.
 29. Goadsby PJ. Current concepts of the pathophysiology of migraine. *Neurol Clin.* 1997;15:27-42.
 30. Stamler JS, Osborne JA, Jaraki O, Rabbani LE, Mullins M, Singel D, et al. Adverse vascular effects of homocysteine are modulated by endothelium-derived relaxing factor and related oxides of nitrogen. *J Clin Invest.* 1993;91:308-318.
 31. Cooke JP, Tsao PS. Is NO an endogenous antiatherogenic molecule? *Arterioscler Thromb.* 1994;14:653-655.
 32. Lentz SR, Sobey CG, Piegors DJ, Bhopatkar MY, Faraci FM, Malinow MR, et al. Vascular dysfunction in monkeys with diet-induced hyperhomocyst(e)inemia. *J Clin Invest.* 1996;98:24-29.
 33. Bautista LE, Arenas IA, Penuela A, Martinez LX. Total plasma homocysteine level and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Clin Epidemiol.* 2002;55:882-887.
 34. Casas JP, Bautista LE, Smeeth L, Sharma P, Hingorani AD. Homocysteine and stroke: evidence on a causal link from mendelian randomisation. *Lancet.* 2005;365:224-232.
 35. Sadeghi O, Nasiri M, Maghsoudi Z, Pahlavani N, Rezaie M, Askari G. Effects of pyridoxine supplementation on severity, frequency and duration of migraine attacks in migraine patients with aura: A double-blind randomized clinical trial study in Iran. *Iran J Neurol.* 2015;14:74-80.

سؤالات

۱- هموسیستئین به عنوان یک حد واسط در متابولیسم کدام یک از آمینواسیدهای زیر نقش دارد؟

الف) متیونین

ب) آلانین

ج) گلوتامین

د) فنیل آلانین

۲- غلظت طبیعی هموسیستئین سرم در انسان کدام مقدار (میکرومول بر لیتر) ذیل می باشد؟

الف) ۵-۱۵

ب) ۱۵-۲۰

ج) ۵-۱۰

د) ۲۰-۳۰

۳- هیپره‌موسیستئینی زمانی اتفاق می افتد که غلظت هموسیستئین (میکرومول بر لیتر) از حالت طبیعی

افزایش یابد.

الف) ۲۰

ب) ۱۵

ج) ۱۰

د) ۵

۴- کدام ویتامین سطح هموسیستئین را کاهش نمی دهد؟

الف) B₆

ب) فولات

ج) B₁₂

د) D

۵- هموسیستئین از چه طریقی می تواند سبب شروع حملات میگرنی شود؟

الف) تغییر در آستانه درد

ب) ترومبوز

ج) کاهش فولات

د) هیچکدام

۶- سطح بالای هموسیستئین با کدام نوع میگرن بیشتر ارتباط دارد؟

الف) میگرن کلاسیک

ب) میگرن با اورا

ج) میگرن بدون اورا

د) سردرد تنشی

۷- سطح هموسیستین بالای ۱۵، بروز میگرن با او را چند برابر افزایش می دهد؟

الف) ۲

ب) ۴

ج) ۶

د) ۸

۸- نقص در ژن آنزیم MTHFR سبب افزایش کدام فاکتور خونی می شود؟

الف) متیل مالونیک اسید

ب) هموسیستین

ج) سروتونین

د) متیونین

۹- هموسیستین از طریق کاهش کدام ماده سبب اختلال عروقی می شود؟

الف) اندوتلین

ب) سروتونین

ج) ماده P

د) نیتریک اکساید

۱۰- سطح بالای هموسیستین در خون با افزایش بیومارکرهای التهابی منجر به کدام یک از اختلالات زیر نمی شود؟

الف) ترومبوز

ب) آترواسکلروزیس

ج) سکته مغزی ایسکمیک

د) آلزایمر