临床研究 文章编号:0253-3626(2009)04-0490-04

病史特征在偏头痛诊断中的价值分析

刘博文,周冀英,谭 戈,毛元潮
（重庆医科大学附属第一医院神经内科,重庆 400016）

【摘 要】目的:分析研究偏头痛患者的病史,找出具有较高诊断或鉴别诊断价值的病史特征,以提高偏头痛的诊断效率。方法:本研究选取原发性头痛患者 250 例(其中偏头痛患者 117 例),对每个病例进行详细的病史采集,统计分析每个病史特征的独立诊断价值。结果:综合考虑灵敏度和特异度,在我们所考察的各病史特征中,对诊断偏头痛价值较高的依次为:头痛因躯体活动加重、搏动性、劳动力下降、畏声、恶心、畏光、单侧性。结论:明确各种病史特征对诊断偏头痛的特异度和灵敏度,有助于提高偏头痛的临床识别率,减少漏诊和误诊。

【关键词】偏头痛;病史特征;诊断
【中国图书分类法分类号】R747.2 【文献标识码】A 【收稿日期】2008-10-31

The diagnostic value of historical features in migraine

LIU Bo-wen, et al
(*Department of Neurology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To study the history of migraineurs, and find out the historical features which have higher value in migraine diagnosis and differential diagnosis. *Method*: 250 patients who have primary headache were chosen in this study (include 117 migraineurs), each patient, s history was taked in detail, then each historical feature, s diagnostic value were analysised using statistic method. *Results*: In all the historical features that we studied pain exacerbated by activity, pain throbbing, disability, phonophobia, nausea, photophobia, pain on oneside, all have high sensitivity and high specificity. *Conclusion*: Known the sensitivity and specificity of each historical features, can help us to diagnose migraine rapidly and accurately.

【Key words】Migraine; Historical features; Diagnose

与其他原发性头痛一样,偏头痛的诊断主要依靠病史[1,2]。国际头痛疾病分类(The International Classification of Headache Disorder^{2nd} Edition, ICHD-Ⅱ)即是根据头痛的持续时间、部位、疼痛性质、伴随症状等病史要素的特征对头痛进行分类的[2]。偏头痛的病史特征包括搏动性、单侧性、中或重度、恶心、呕吐、畏光、畏声、头痛因躯体活动加重、先兆等等[3]。然而同一偏头痛患者不可能同时具有偏头痛所有的病史特征,ICHD 也并未罗列出偏头痛所有的病史特征。加上临床工作中难以获得足够详细准确的病史,各头痛之间又具有许多相似的临床表现,ICHD 在临床的运用受到许多限制[4,5]。临床医生常常只能根据患者有限的几个病史特征进行诊断,而 ICHD 并未具体指出各种病史特征的诊断或鉴别诊断价值[4,5]。因此,明确各种病史特征对偏头痛的诊断或排除诊断的价值,可以帮助临床医生更方便更准确地诊断偏头痛。

国外,Silberstein、Lipton、Smetana 等在综述文献、研究偏头痛标识(ID Migraine)、以及开发偏头痛问卷等工作中对偏头痛的各种病史特征进行了研究[4,6,7],这些研究有相似的发现,然而也因研究对象、研究方法和目的不同而呈现出一定的差异[8-10]。而国内并未见类似的研究报道。本研究在中国人中前瞻性研究偏头痛患者的病史特征与诊断的关系,以确定各种病史特征独立的诊断或鉴别诊断价值。

作者介绍:刘博文(1979-),男,硕士,
研究方向:头痛的基础与临床。
通讯作者:周冀英,女,教授,E-mail:zhoujiying@vip.sina.com。
基金项目:重庆市教委科学技术研究项目(KJ080324)。

1 对象与方法

1.1 对象

研究对象随机选自重庆医科大学附属第一医院神内科门诊头痛患者，共纳入原发性头痛病例 250 例，年龄在 14 岁到 64 岁之间（31 ± 6），其中偏头痛 117 例，其他原发性头痛 133 例。要求口语及书面交流无明显障碍，排除继发性头痛。

1.2 研究方法及过程

第一步，采用格式化的方式对每一例患者分别进行详细的病史采集。所用表格是在参考《头痛诊疗手册》中“表 1-3 头痛病史要素”自行设计而成[3]。其内容包括：性别、年龄等一般项目，发病年龄、发作频率、持续时间等时间描述，疼痛部位、性质、程度等头痛特征，相关的症状和体征，加重或诱发因素，缓解因素，睡眠、工作生活状况、家族史等其他项目。

第二步，患者接受神内科专家面对面询问，专家根据询问结果结合前面采集的病史对患者作出诊断。所用诊断标准为 ICHD-Ⅱ。

1.3 统计分析

采用 SPSS13.0 统计软件包进行处理，计算每种病史特征的灵敏度（Se）、特异度（Sp）、Youden 指数（Yd）、阳性预测值（PPV）、阴性预测值（NPV）、优势比（OR）。某种病史特征的“灵敏度”和“特异度”是在把每一项病史特征的有无视为一个诊断试验，进行计算的。灵敏度在这里定义为在确诊偏头痛的患者中出现该种病史特征的患者所占百分比，特异度在这里指在未诊断偏头痛的患者中未出现该种病史特征的患者所占百分比[4]。所用金标准为专家根据 ICHD-Ⅱ对患者的诊断。

2 结 果

我们对头痛诱因、头痛部位、疼痛性质、伴随症状、先兆、家族史、头痛的影响 7 个方面常见的 24 个病史特征的诊断价值进行了统计分析，计算了每个病史特征的灵敏度（Se）、特异度（Sp）、Youden 指数（Yd）、阳性预测值（PPV）、阴性预测值（NPV）、优势比（OR）。

2.1 头痛诱因

本研究统计了偏头痛常见的诱发因素，如食物（包括酒类）、环境（声、光、气味等）、感冒、情绪波动及睡眠、月经周期，见表 1。

2.2 头痛部位

本研究将头痛的部位分为枕部、顶部、额部、颞部、全头部，另外还单独统计了单侧头痛的情况，如表 2。

2.3 疼痛性质

本研究统计了偏头痛常见的疼痛性质，如搏动性（包括跳痛、勃动样、脉搏样、敲击样等）、胀痛、紧箍样或压迫样、牵扯样或闪击样。见表 3。

2.4 伴随症状

偏头痛常见的伴随症状包括恶心、呕吐、畏光、畏声等，其诊断价值如表 4。

2.5 其他病史特征

由统计结果我们可以看出，对诊断偏头痛灵敏度较高的指标依次是：头痛因躯体活动加重（75.21%）、搏动性（70.94%）、恶心（58.12%）、畏声（58.12%）、单侧性（57.26%）、劳动力下降（56.41%）。对诊断偏头痛具有较高特异度的病史特征依次是：先兆（100%）、呕吐（98.5%）、与月经周期相关（97.03%）、畏光（96.99%）、头痛可由食物诱发（96.24%）、疲乏感（95.49%）、劳动力下降（93.23%）。

综合考虑灵敏度和特异度，我们可以得到各种病史特征对诊断偏头痛的价值，见如图 1。

反映诊断价值的另一个重要指标是阳性预测值，在我们所考察的各病史特征中，阳性预测值较高的依次是：呕吐（0.939 4）、畏光（0.927 3）、劳动力下降（0.880 0）、搏动性（0.821 8）、疲乏感（0.812 5）、畏声（0.809 5）、头痛因躯体活动加重（0.8073）、月经

表 1 头痛诱因的诊断价值

诱因	M*	QT**	Se	Sp	Yd	PPV	NPV	OR
食物	8	5	0.068 4	0.962 4	0.030 8	0.615 4	0.540 1	1.878 9
环境	30	20	0.256 4	0.849 6	0.106 0	0.600 0	0.565 0	1.948 3
感冒	27	44	0.230 8	0.669 2	-0.100 0	0.380 3	0.497 2	0.606 8
情绪或睡眠	48	68	0.410 3	0.488 7	-0.101 0	0.413 8	0.485 1	0.665 0
月经***	9	3	0.095 7	0.970 3	0.066 0	0.750 0	0.535 5	3.458 8

*M：偏头痛（下同）；**QT：其他原发性头痛（下同）；***：按女性人数统计

表 2　头痛部位的诊断价值

部位	M	QT	Se	Sp	Yd	PPV	NPV	OR
枕部	12	45	0.102 6	0.661 7	-0.235 7	0.210 5	0.456 0	0.223 5
顶部	12	18	0.102 6	0.864 7	-0.032 7	0.400 0	0.522 7	0.730 2
额部	29	15	0.247 9	0.887 2	0.135 1	0.659 1	0.572 8	2.592 4
颞部	48	35	0.410 3	0.736 8	0.147 1	0.578 3	0.586 8	1.947 8
全头部	16	20	0.136 8	0.849 6	-0.013 6	0.444 4	0.528 0	0.895 0
单侧性	67	31	0.572 6	0.766 9	0.339 5	0.683 7	0.671 1	4.409 0

表 3　疼痛性质的诊断价值

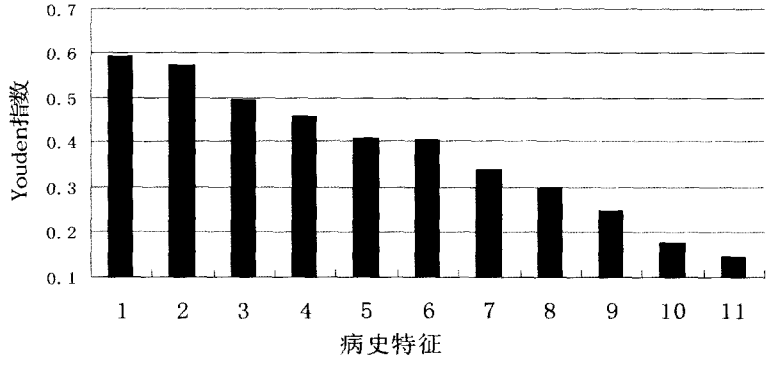
性质	M	QT	Se	Sp	Yd	PPV	NPV	OR
搏动性	83	18	0.709 4	0.864 6	0.574 0	0.821 8	0.771 8	15.596 4
持续胀痛	64	33	0.547 0	0.751 9	0.298 9	0.659 8	0.653 6	3.659 2
紧箍样或								
压迫样	8	63	0.068 4	0.526 3	-0.405 3	0.112 7	0.391 1	0.081 5
扯样或								
闪击样	4	27	0.034 2	0.797 0	-0.168 8	0.129 0	0.484 0	0.139 0

表 4　头痛伴随症状的诊断价值

症状或先兆	M	QT	Se	Sp	Yd	PPV	NPV	OR
恶心	68	23	0.581 2	0.827 1	0.408 3	0.747 3	0.691 8	6.637 1
呕吐	31	2	0.265 0	0.985 0	0.250 0	0.939 4	0.603 7	23.610 5
畏光	51	4	0.435 9	0.969 9	0.405 8	0.927 3	0.661 5	24.920 5
畏声	68	16	0.581 2	0.879 7	0.460 9	0.809 5	0.750 0	10.148 0
疲乏感	26	6	0.222 2	0.954 9	0.177 1	0.812 5	0.582 6	6.047 6
头痛因躯体								
活动加重	88	21	0.752 1	0.842 1	0.5942	0.807 3	0.794 3	16.183 9

表 5　其他病史特征的诊断价值

病史特征	M	QT	Se	Sp	Yd	PPV	NPV	OR
家族史	34	30	0.290 6	0.774 4	0.065 0	0.566 7	0.553 8	1.406 4
先兆	13	0	0.111 1	1.000 0	0.111 1	1.000 0	0.561 2	---
劳动力下降	66	9	0.564 1	0.932 3	0.496 4	0.880 0	0.708 6	17.830 0



1. 头痛因躯体活动加重；2. 搏动性；3. 劳动力下降；4. 畏声；5. 恶心；6. 畏光；7. 单侧性；8. 胀痛；9. 呕吐；10. 疲乏感；11. 头痛位于颞部

图 1　偏头痛病史特征 Youden 指数图

(0.750 0)、恶心(0.747 3)、单侧性(0.683 7)。

3 讨 论

在病史要素的各个方面偏头痛有其自身的特征，比如偏头痛的疼痛性质多为搏动性，偏头痛还常伴有恶心、畏光等。这些病史特征是诊断偏头痛的主要依据，甚至是唯一线索[1,2]。然而就某个具体患者而言，并不一定具有所有这些特征。而且临床医生也很难全面详细地了解患者所有的病史特征，在繁忙的临床工作中往往只能依靠患者有限的几个头痛特征进行诊断。因此，明确哪些病史特征对诊断偏头痛的价值较高，哪些对诊断意义较小，哪些病史特征具有较高的灵敏度，哪些又具有较高的特异度，对诊断或排除诊断偏头痛将十分有用。

Silberstein 综述了大量的文献后发现偏头痛各种症状的出现频率存在巨大差异[6]。例如恶心的出现频率为 53%~100%，呕吐为 47%~62%，畏光为 49%~100%，畏声为 61%~100%。Lipton 等的研究提示[7]：中到重度的疼痛、搏动性、劳动力下降及畏声对诊断偏头痛具有较高的灵敏度，而恶心、视觉先兆、畏光具有较高的特异度。而 Smetana 等研究发现[4]：恶心、畏光、畏声、头痛因躯体活动加重对诊断偏头痛具有较高的灵敏度和特异度。这些研究因研究方法、种族及文化的不同，其结果出现一定差异。本研究首次在中国人中研究偏头痛患者的病史特征与诊断的关系，得到了一些有意义的结果。

从本研究结果来看，对诊断偏头痛特异性较高的病史特征依次为：先兆、呕吐、月经(诱发)、畏光、食物(诱发)，其特异度分别为：100%、98.5%、97.03%、96.99%、96.24%。然而其灵敏度较低，分别为：11.11%、26.5%、9.57%、43.59%、6.84%。就敏感性而言，头痛因躯体活动加重、搏动性、恶心、畏声、单侧性、劳动力下降，具有较高的灵敏度，分别为：75.21%、70.94%、58.12%、58.12%、57.26%、56.41%。综合考虑灵敏度和特异度，即 Youden 指数，诊断价值较高的病史特征依次为：头痛因躯体活动加重、搏动性、劳动力下降、畏声、恶心、畏光、单侧性、胀痛、呕吐、疲乏感、头痛位于颞部。具有较高阳性预测值的依次为：呕吐、畏光、劳动力下降、搏动性、疲乏感、畏声、头痛因躯体活动加重、月经、恶心、单侧性。

结论：本研究首次在国内探讨了偏头痛病史特征与其诊断的关系，体现了中国人偏头痛的特点，为临床医生提供了一些有意义的参考，也为偏头痛问卷的建立提供了依据。然而，如何提高偏头痛的诊断率，减少漏诊和误诊，至今仍是各国学者竞相探讨的课题，其研究任重而道远。

参 考 文 献

[1] 吴 江.神经病学[M].北京：人民卫生出版社，2005.51.

[2] International headache society classification subcommittee.The international classification of headache disorders[2nd] edition[J]. Cephalalgia, 2004,24(1): 1-160.

[3] 伦道夫，埃文斯 W，尼南 T 马修.头痛诊疗手册[M].北京：科学出版社，2007.1-157.

[4] Gerald W S. The diagnostic value of historical features in primary he-adache syndromes[J]. Arch Intern Med,2000,160:2729-2737.

[5] Pryse-Phillips W,Aubé M,Gawel M,et al. A headache diagnosis project[J]. Headache,2002,42:728-737.

[6] Silberstein S D. Migraine symptoms:results of a survey of self-reported migrai- neurs[J]. Headache,1995,35:387-396.

[7] Lipton R B,Dodick D,Sadovsky R.A self administered screener formigraine in primary care:The ID migraine validation study[J]. Neurology,2003,61(3):375-382.

[8] Maizels M,Burchette R. Rapid and sensitive paradigm for screening patie-nts with headache in primary care settings[J]. Headache,2003,43: 441-450.

[9] Cady R,Borchert L D,Spalding W,et al. Simple and efficient rec-ognition of migraine with 3-question headache screen[J]. Headache, 2004,44:323-327.

[10] Miguel J A L,Manuel D Javier R,et al. Development and validation of the mig raine screen questionnaire(MS-Q)[J]. Headache,2005,45: 1328-1338.

[11] Kwong W J,Pathak. Validation of the eleven-point pain scale in the measurement of migraine headache pain[J]. Cephalalgia,2007,27(4): 336-342.

[12] British association for the study of headache,Guidelines for All healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, Tension-Type,Cluster and Medication-Overuse Headache,3rd edition [M].18 January 2007.available at www.bash.aog.uk.

（责任编辑：冉明会）