

关于偏头痛对患者影响的评价工具

吕华燕¹ 综述 周冀英² 审校

1. 金华中心医院麻醉科, 浙江省金华市 324000

2. 重庆医科大学附属第一医院神经内科, 重庆市 400016

摘要:偏头痛使患者的生活质量显著下降, 衡量偏头痛对患者影响的评价工具在临床上具有实用价值。关于偏头痛影响的评价工具分为生活质量量表及残疾程度相关量表, 在众多的量表中, 研究偏头痛患者的生活质量时, SF-36 量表及偏头痛特异生活质量问卷可作为首选; 研究偏头痛相关残疾程度时, 偏头痛残疾程度评估问卷 (MIDAS) 可作为首选。

关键词:偏头痛; 生活质量; 问卷调查

关于疾病对患者健康、生活、工作等影响的评价是医学研究的重要部分, 对公共卫生政策、资源分布及治疗方案有重要的指导作用。评估疾病对患者影响的程度需要合适的、有效的评价工具。在临床工作中, 偏头痛患病率高达 6% ~ 18%, 发病年龄集中在最有生产力的年龄段, 25 ~ 55 岁^[1], 偏头痛发作时疼痛剧烈, 影响病人的工作、学习及人际交往, 被世界卫生组织认为是前 20 位的致残性疾病之一。对偏头痛这种疾病而言, 其症状是一种主观的感觉, 缺乏客观体征及特异的辅助检查, 且不会增加死亡率, 致使临床医生缺乏客观的标准去评价头痛对病人的影响、病情的转变及治疗的疗效, 因而需要研发合适的工具去衡量偏头痛病人的功能状态、健康情况及治疗效果。近十多年来, 衡量偏头痛影响的评价工具的研发及修订是临床工作中的一大热点, 现就目前国际上偏头痛对病人生活质量的影响、偏头痛相关残疾程度普适性和专用量表的主要内容及其心理测量学性能作简要介绍。

1 偏头痛患者生活质量的评价工具

1974 年, 世界卫生组织将健康定义为: 一种身体、精神和社会活动的良好的状态, 而不仅仅是无病或虚弱。生活质量是在上述概念的基础上构建的, 包括能力 (日常生活能力、工作能力、智力)、情感状态、对疾病的认识、疾病相关问题 (包括疾病的疼痛、并发症、治疗的副作用)。生活质量能反映多维的健康状况。生活质量评定工具能评估患者多个领域的“健康”状况, 包括疾病或治疗对身

体、心理和社会功能的影响。根据最近偏头痛患者生活质量评定工具分类法, 分为一般和特异生活质量量表。

1.1 简明健康调查量表-36 (SF-36 量表)

SF-36 量表 (MOS 36-item Short Form Health Survey) 是在美国的医疗结局问卷基础上研制的简明健康调查问卷, 该量表含有 8 个维度即生理功能、社会功能、生理功能角色限制、因心理问题角色限制、心理健康、精力或活力、躯体疼痛和总体健康, 共 36 条项目。它适用于一般人群的生命质量测量、临床试验及研究、卫生政策评价等, 是目前应用最广泛的一般生活质量量表, 也是最早被应用于头痛领域的评价头痛患者生命质量情况的量表。

用 SF-36 比较偏头痛病人与正常人的生活质量情况, 发现偏头痛患者在各维度的得分均较正常人明显降低; 用 SF-36 评价偏头痛病人与骨关节炎病人、糖尿病病人、哮喘及抑郁症病人的生活质量, 发现偏头痛病人在社会功能、生理功能角色限制、躯体疼痛及心理健康等维度的得分更低^[3]。Wang 等^[4]运用 SF-36 及抑郁焦虑量表对 901 例头痛患者进行了调查, 研究对象在生理功能角色限制、躯体疼痛及心理健康三个维度得分下降最明显, 与之前的研究基本吻合, 并发现 SF-36 得分与头痛程度、头痛频率及抑郁焦虑评分明显相关, 慢性偏头痛患者较慢性紧张性头痛患者生活质量下降更加明显。偏头痛患者生活质量下降不依赖于精神共患病, 但是偏头痛患者合并抑郁焦虑疾病时, 其生

基金项目:重庆市教委科学技术研究项目 (KJ080324)

收稿日期:2010-09-15; **修回日期:**2010-11-22

作者简介:吕华燕 (1984-), 女, 临床医学七年制研究生, 主要从事疼痛方面的研究。

通讯作者:周冀英 (1965-), 女, 神经内科博士, 教授, 主要从事头痛及脑血管疾病方面的研究。

活质量下降更加明显^[5]。近年来,在偏头痛生活质量研究中,SF-36 量表仍发挥着重要的作用^[2]。

SF-36 量表在国内被广泛用于各系统疾病的生存质量评估,也经过了信度、效度检验。在偏头痛领域,用 SF-36 量表对偏头痛患者进行生存质量的评估也有少量报道^[22]。

1.2 偏头痛特异生活质量问卷 (Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire, MSQ)

SF-36 量表作为一种普适性量表,其在比较不同疾病之间生活质量情况时具有优势,但是对评价特定疾病导致的独特的健康受限或缺陷,对评价长期治疗的疗效,对比较不同治疗手段间的疗效及对评价不同病程中病人生活质量变化时灵敏度较低^[3],疾病特异生活质量问卷可以弥补上述的不足。

最早 Jhingran 等^[6]研发了偏头痛特异生活质量问卷(版本 1.0)用于衡量偏头痛所致的生活质量下降的程度,包含功能限制、功能丧失及情感方面等三个维度,共 16 个条目,该问卷反应的是过去四周偏头痛患者生活质量情况。之后不断有研究者对上述问卷进行检验及修订。目前偏头痛特异生活质量问卷的最新版本是 2.1 版本,共有 14 个条目,其总分范围是 14~84 分,得分越高说明生活质量损害越重。

Martin 等^[7]对该版本进行了检验,该量表的内部一致系数在 0.86~0.96 之间,各维度的相关系数在 0.57~0.63,各维度不同条目之间可以直接相加,不用使用权重。偏头痛特异生活质量问卷与 SF-36 问卷及偏头痛症状间有中等程度的相关。Cole 等^[8]在预防性治疗的偏头痛患者中对 MSQ 量表三个维度的准确度、稳定性、有效性及内部一致性进行检验,显示 MSQ 量表上述特性良好,适合临床使用,在治疗疗效的评价上 MSQ 较 SF-36 更敏感。Ohbu 等^[9]将 MSQ 问卷引进至日本,日文版的 MSQ 亦具有良好的信度、效度及灵敏度。Blumenfeld 等^[24]对来自八个国家的发作性偏头痛及慢性偏头痛患者进行生活质量比较时就是用的 MSQ2.1。目前国内尚无相关研究。

2 偏头痛相关残疾程度评估问卷

WHO 关于残疾的定义是指由于疾病的影响使患者工作、学习能力或社会角色等受到不同程度的限制。偏头痛发作时疼痛剧烈,影响病人的工作、学习及人际交往,WHO 将慢性偏头痛与痴呆、四肢瘫痪和严重精神病并列为人类四大致残性疾病。

偏头痛相关残疾程度评估问卷与生活质量量表有相似的地方,也有不同的地方,生活质量量表能反应一段时间内病人的总体健康情况,包括疾病发作时的以及发作间期的健康情况,反映病人多维的健康状况,包括能力、情感状态、对疾病的认识、疾病相关问题(包括疾病的疼痛、并发症、治疗的副作用)。而偏头痛相关残疾程度评估问卷注重疾病发作时对病人的影响,主要反映患者工作、学习能力或社会角色限制的程度^[10]。

运用偏头痛相关残疾程度评估问卷评价偏头痛患者的残疾程度能反映偏头痛的严重程度,至今为止世界上已发明多种量表进行偏头痛的残疾程度的评估,但是目前标准尚未统一。目前临床上比较常用的偏头痛相关残疾程度评估问卷为偏头痛工作及生产力下降程度问卷(Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire, MWPLQ)、偏头痛残疾程度评估问卷(Migraine Disability Assessment Score questionnaire, MIDAS)、偏头痛影响问卷(Headache Impact Test, HIT)。

2.1 偏头痛工作及生产力下降程度问卷 (MW-PLQ)

近年来偏头痛所导致的社会经济负担受到很大的关注,大多数研究较一致地认为偏头痛所导致的社会经济负担中 80%~90% 是由于偏头痛导致旷工或工作效率下降所致,有很多不同的工具用于衡量由于偏头痛所致的旷工及工作效率下降,但这些工具的有效性尚待进一步研究。Lerner 等^[11]研制了偏头痛工作及生产力损失问卷(MWPLQ)用于评价偏头痛及治疗的不良反应对有偿工作的影响,问卷包括由于偏头痛导致的缺勤时间及工作效率下降程度两部分,共 28 个问题,条目比较全面且精炼。之后,Davies 等^[12]对上述量表进行了检验,其 Cronbach's 系数在 0.80~0.95 之间,量表与偏头痛的严重程度之间有很好的相关性,量表对不同治疗疗效的偏头痛组具有很好的区分作用。但是该量表存在以下不足:①只评价了偏头痛对有偿工作的影响,该量表对部分人群不适用。②只衡量了每次偏头痛发作时所致的缺勤时间,偏头痛每次发作都不一样,发作频率亦随病情变化发生变化,故该量表存在一定的局限性。③该量表对偏头痛所致的工作效率下降主要评价了工作效率下降的程度,不能对偏头痛所致的工作效率下降时间作概括。关于此量表,目前国内亦无相关研究。

2.2 偏头痛残疾程度评估问卷 (MIDAS)

偏头痛残疾程度评估问卷 (MIDAS) 是由 Stewart 等^[13] 在头痛影响问卷的基础上发展来的, 头痛影响问卷用于评估头痛所致的工作、家务劳动及活动的的能力下降程度, 但因其计算公式复杂以及结果表达不够直观而不适合自评或初级医疗评估。MIDAS 问卷主要包含五个问题, 分别为过去 3 个月内因偏头痛所致病休、工作/学习效率下降一半以上、放弃家务劳动、家务劳动效率减少一半以上及放弃家庭/社会活动的时间, MIDAS 问卷具有很好的重测信度、内部一致信度及效度, 且与头痛日记及临床医师的判断之间也具有很好的相关性^[10]。MIDAS 评分的计算为前 5 个问题的总和, 分数范围为 0 ~ 27 分。根据 MIDAS 问卷评分可将其残疾程度分为 4 级: 0 ~ 5 分为 I 级, 残疾程度为轻微; 6 ~ 10 分为 II 级, 残疾程度轻度; 11 ~ 20 分为 III 级, 残疾程度中度; > 21 分为 IV 级, 残疾程度为重度。Fuh 等^[14] 分析 MIDAS 问卷与 SF-36 问卷之间的关系, 发现 MIDAS 问卷与 SF-36 问卷中等

程度相关 (相关系数 r 在 0.30 ~ 0.53 之间, 典型相关系数为 0.707 及 0.572), 但是 MIDAS 问卷与 SF-36 问卷分别衡量了头痛对患者不同方面的影响, 具有不同的临床意义及社会价值^[2]。MIDAS 问卷不涉及患者心理健康方面的影响, 故在临床使用中, 将 MIDAS 问卷与心理学相关问卷联合使用, 可以更全面地衡量头痛的影响。

偏头痛是残疾程度很高的疾病之一, 衡量偏头痛病人的残疾程度是临床医师决定治疗需要及方案的基础, MIDAS 就是作为这样的一种简便的工具。从问卷最早被研制至今, 已经被广泛应用于临床, 目前有英语、意大利语、日语、土耳其语、法语、中文等多种语言版本^[10, 15-18], 各版本均进行了信度、效度检验, 显示各版本的信度及效度在可接受及良好的范围内, 是临床中衡量头痛严重程度的最合适量表之一 (见表 1)。Blumenfeld 等^[23] 对来自 8 个国家的发作性偏头痛及慢性偏头痛患者进行头痛相关残疾程度比较时就是用的 MIDAS。目前国内关于 MIDAS 量表的相关研究工作尚处于起步阶段。

表 1 MIDAS 各语言版本的信度、效度检验

版本	国家	人群	重测信度	内部一致性 Cronbach' α	效度
英语	美国	M、C	0.67 ~ 0.84	0.83	区分及标准效度好
意大利语	意大利	MO	0.77	0.7	/
日语	日本	PH	0.59 ~ 0.83	/	标准效度好
土耳其语	土耳其	M	0.83 ~ 0.90	0.87	标准效度可
中文	中国台湾	M	0.67	0.79	标准效度可
法文	法国	PH	0.66 ~ 0.83	/	区分效度可
土耳其语	土耳其	TTH	0.71 ~ 0.91	0.82	标准效度可

注: M 为偏头痛患者; C 为正常人; MO 为无先兆偏头痛患者; PH 为原发性头痛患者; TTH 为紧张性头痛患者。

2.3 头痛影响测试卷 (HIT-6)

头痛影响测试卷是在 MIDAS 问卷之后由 Kosinski 等^[19] 发明的, 并在 1103 个头痛患者中进行检验, 其内部一致性、效度及信度分别为 0.89、0.82 及 0.80。HIT 问卷包括 6 个条目, 分别衡量了头痛的 6 个方面影响, 即疼痛程度、角色限制、活力、社会功能丧失、情感及社会功能部分受损。问卷用“从来没有、很少时间、有时候、经常及总是”5 种答案来回答上述问题。HIT-6 问卷计分相对比较复杂。HIT-6 问卷反映的是过去 4 周头痛对患者的影响情况。目前 HIT 问卷共有 28 种语言版本^[20]。De Diego 等^[21] 运用 HIT 在法国 49 个经过专门培训的初级诊所进行调查, 所调查的偏头痛患者的平均 HIT 得分为 59.1 ± 8.8 , 其中 50% 患者 HIT

得分 > 60, 表示患者受偏头痛的影响极大。

HIT 问卷及 MIDAS 问卷都是临床上比较常用的、衡量头痛相关残疾程度的简明的问卷, 2 个问卷间的皮尔逊相关系数是 0.42 ~ 0.59^[17], 2 个问卷之间的相关性较低, 不能互换使用, 作为门诊随访病人的问卷, MIDAS 比 HIT-6 更适合, HIT-6 问卷为一种半开放的问卷, 在网站上使用十分广泛。

3 小结

理想的偏头痛影响评价工具应满足正确性、使用的广泛性和量表内容的特异性。生活质量应能反映多维的健康状况, 至少包括由疾病或治疗引起的生理、心理和社会效应。SF-36 量表作为一种普适性量表, 被广泛应用于评价各种疾病的生活质量情况, 但是对评价特定疾病导致的独特的健康受限

或缺陷,对评价长期治疗的疗效时灵敏度较低,偏头痛特异生活质量问卷(MSQ)可以弥补上述的不足。偏头痛相关残疾程度评估问卷主要评价偏头痛患者的失能程度来反映偏头痛的严重程度,使得临床医生重视偏头痛导致的功能限制问题,使医患沟通更加全面有效,并对偏头痛的治疗有重要的指导作用,偏头痛残疾程度评估问卷(MIDAS)可作为首选,其他的偏头痛相关残疾程度评定工具,都推荐作为次选。我们也建议同时使用生活质量量表和偏头痛残疾程度评估问卷。

参 考 文 献

- [1] Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache*, 2001, 41(7): 646-657.
- [2] Leonardi M, Raggi A, Bussone G, et al. Health-Related Quality of Life, Disability and Severity of Disease in Patients With Migraine Attending to a Specialty Headache Center. *Headache*, 2010, 10(1): 1526-1536.
- [3] Terwindt GM, Ferrari MD, Tjhuis M, et al. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. *Neurology*, 2000, 55(5): 624-629.
- [4] Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, et al. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain*, 2001, 89(2-3): 285-292.
- [5] Brna P, Gordon K, Dooley J. Canadian adolescents with migraine: impaired health-related quality of life. *J Child Neurol*, 2008, 23(1): 39-43.
- [6] Jhingran P, Osterhaus JT, Miller DW, et al. Development and validation of the Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire. *Headache*, 1998, 38(4): 295-302.
- [7] Martin BC, Pathak DS, Sharfman MI, et al. Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). *Headache*, 2000, 40(3): 204-215.
- [8] Cole JC, Lin P, Rupnow MF. Validation of the Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire version 2.1 (MSQ v. 2.1) for patients undergoing prophylactic migraine treatment. *Qual Life Res*, 2007, 16(7): 1231-1237.
- [9] Ohbu S, Igarashi H, Okayasu H, et al. Development and testing of the Japanese version of the migraine-specific quality of life instrument. *Qual Life Res*, 2004, 13(8): 1489-1493.
- [10] Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, et al. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*, 2001, 56(6 Suppl 1): S20-S28.
- [11] Lerner DJ, Amick BR, Malspeis S, et al. The migraine work and productivity loss questionnaire: concepts and design. *Qual Life Res*, 1999, 8(8): 699-710.
- [12] Davies GM, Santanello N, Gerth W, et al. Validation of a migraine work and productivity loss questionnaire for use in migraine studies. *Cephalalgia*, 1999, 19(5): 497-502.
- [13] Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, et al. Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia*, 1999, 19(2): 107-114, 74.
- [14] Fuh JL, Wang SJ. Comparison of Short Form-36 and Migraine Disability Assessment questionnaire in patients with migraine. *Clin J Pain*, 2006, 22(6): 564-568.
- [15] Iigaya M, Sakai F, Kolodner KB, et al. Reliability and validity of the Japanese Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. *Headache*, 2003, 43(4): 343-352.
- [16] Ertas M, Siva A, Dalkara T, et al. Validity and reliability of the Turkish Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*, 2004, 44(8): 786-793.
- [17] Magnoux E, Freeman MA, Zlotnik G. MIDAS and HIT-6 French translation: reliability and correlation between tests. *Cephalalgia*, 2008, 28(1): 26-34.
- [18] D'Amico D, Mosconi P, Genco S, et al. The Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire: translation and reliability of the Italian version. *Cephalalgia*, 2001, 21(10): 947-952.
- [19] Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res*, 2003, 12(8): 963-974.
- [20] Gandek B, Alacoque J, Uzun V, et al. Translating the Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries: methodological and conceptual issues. *Qual Life Res*, 2003, 12(8): 975-979.
- [21] De Diego EV, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia*, 2005, 25(3): 184-190.
- [22] 许贤平,杨晓苏,杨期东,等. SF-36 中文版对偏头痛患者生存质量的调查. *中国疼痛医学杂志*, 2009, 15(3): 132-136.
- [23] Blumenfeld A, Varon S, Wilcox TK, et al. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: Results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Cephalalgia*, 2010, 2(2): 101-109.