

ZALECENIA/OMÓWIENIA

# Rozpoznanie migreny bez aury według aktualnej III Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy

*Diagnostic criteria for migraine without aura according  
to International Classification of Headache Disorders*

Mariusz Siemiński

*Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Gdański Uniwersytet Medyczny*

W pierwszym tegorocznym numerze czasopisma „Cephalalgia” członkowie Komitetu Klasyfikacyjnego Międzynarodowego Towarzystwa Bólu Głowy (IHS, *International Headache Society*) opublikowali aktualną, trzecią wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ICHD-3, *International Classification of Headache Disorders*). Poniżej zaprezentowano kryteria diagnostyczne migreny (kod ICHD-3: 1.1) bez aury pochodzące z tego dokumentu.

Kryteria rozpoznania migreny bez aury są następujące [1]:

- A. Przynajmniej pięć ataków w ciągu życia, spełniających warunki B–D.
- B. Ból głowy trwający od 4 do 72 godzin (przy braku leczenia lub przy nieskutecznej terapii).
- C. Ból głowy charakteryzuje się przynajmniej dwoma z poniższych cech:
  1. Jednostronna lokalizacja bólu.
  2. Ból o pulsującym charakterze.
  3. Ból o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim.
  4. Nasilający się pod wpływem zwykłej aktywności fizycznej (np. chodzenie, wchodzenie po schodach) lub powodujący unikanie takiej aktywności.

---

**Adres korespondencyjny:**

Dr hab. n. med. Mariusz Siemiński  
Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej,  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Smoluchowskiego 17, 80–214 Gdańsk  
e-mail: msiem@wp.pl

- D. Podczas bólu głowy występuje przynajmniej jeden z poniższych objawów:
1. Nudności lub wymioty.
  2. Fotofobia lub fonofobia.
- E. Ból nie spełnia kryteriów innego rozpoznania z klasyfikacji ICHD-3.

Rozpoznanie typu bólu głowy po jednym lub dwóch epizodach może być trudne. Dlatego autorzy klasyfikacji sformułowali warunek wystąpienia przynajmniej pięciu ataków bólu głowy w życiu. U osoby z mniej niż pięcioma atakami bólu głowy należy ustalić rozpoznanie o kodzie ICHD-3 1.5.1: prawdopodobna migrena bez aury. Autorzy klasyfikacji zwracają uwagę na dwa fakty związane z oznaczaniem czasu trwania bólu głowy:

- jeżeli pacjent w trakcie bólu głowy zasypia i budzi się bez dolegliwości, czas ataku liczy się od początku bólu do wybudzenia;
- u dzieci i młodzieży atak migreny może trwać od 2 do 72 godzin.

Lokalizacji bólu nie uwzględniono w kryteriach rozpoznania migreny. Ból najczęściej jest umiejscowiony jednostronnie, w okolicach czołowej bądź skroniowej. Należy także pamiętać, że jakkolwiek występowanie objawów autonomicznych w przebiegu bólu głowy silnie sugeruje rozpoznanie jednego z typów trójdzielnych autonomicznych bólów głowy (np. napadowej hemikranii), to symptomy takie mogą współwystępować z bólem migrenowym.

W kryteriach rozpoznania nie ujęto także objawów poprzedzających atak migreny i pojawiających się po ataku. Trzeba mieć na względzie, że u większości chorych w ciągu dni lub godzin poprzedzających atak migreny mogą wystąpić uczucie zmęczenia, zaburzenia koncentracji, ból lub uczucie sztywności karku, ziewanie, zblednięcie powłok, nudności bądź zaburzenia widzenia. Podobne objawy pojawiają się w ciągu 48 godzin po ataku migreny, jako faza postdromalna. Zjawiska te są częste u chorych, ale na tyle niecharakterystyczne, że nie ujęto ich w kryteriach diagnostycznych. Niemniej zebranie informacji na temat dolegliwości poprzedzających atak bólu głowy (w większej skali czasu niż minuty przed rozpoczęciem ataku) może pomóc w diagnostyce różnicowej bólu głowy.

U części kobiet obserwuje się ataki migreny mające związek z cyklem miesięcznym. Przebiegają one bez aury, są dłuższe i cięższe niż ataki występujące poza menstruacją. Związek migreny z cyklem miesięcznym nie jest na tyle silny, by stał się elementem kryteriów rozpoznania migreny. Autorzy klasyfikacji proponują rozpoznanie A1.1.1 – czysta migrena menstruacyjna bez aury, lub A1.1.2 – migrena bez aury związana z menstruacją.

## Piśmiennictwo

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38: 1–211.