



PŘI MIGRÉNĚ

Autor: PharmDr. Jana Chrastinová, Lékárna - Poliklinika Tachov
Oponent: MUDr. Martin Krobot, Slezská nemocnice Opava,
oddělení neurologie

Odpovědný člen redakční rady:
PharmDr. Ivana Sokolová,
Lékárna Modrá hvězda, Bílovec

OBSAH

1. ÚVOD
 2. PATOFYZIOLOGIE MIGRÉNY
 3. PRŮBĚH MIGRÉNY
 4. CO MŮŽE PACIENT OČEKÁVAT OD KONZULTACE
 5. CÍLENÉ DOTAZY NA PACIENTA BĚHEM KONZULTACE
 6. MĚŘENÍ
 7. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ
 8. TERAPIE
 9. LÁTKY ZHORŠUJÍCÍ MIGRÉNU
 10. ODESLÁNÍ K LÉKAŘI
 11. SHRNUTÍ KONZULTACE
- KONTAKTY
DOPORUČENÁ LITERATURA A SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ
PŘÍLOHA Č.1: DOTAZNÍK MIDAS

Bolesti hlavy se dělí na:

1. **primární** – migréna, tenzní bolest hlavy, clusterová bolest a chronická paroxysmální hemikranie a dále různé bolesti hlavy bez současně přítomné strukturální léze.
2. **sekundární** – bolest hlavy v souvislosti s úrazem hlavy, bolest spojená s cévním onemocněním (subarachnoidální krvácení, cév. mozkové příhody), bolest spojená s nevasculárním intrakraniálním onemocněním, bolest způsobená farmakologicky účinnými látkami nebo jejich vynecháním, bolest spojená s infekcí mimo mozek, bolest spojená s poruchami metabolismu, bolest spojená s onemocněním lebky, krku, očí, uší, sinusů, zubů atd. (např. cervikogenní bolesti hlavy), neuralgie, bolesti nervových kmenů a deafferentní bolesti.¹⁶

1. ÚVOD

Migréna je charakterizována jako život neohrožující převážně jednostranná občasná bolest hlavy střední nebo velké intenzity, trvající obvykle 4–72 hodin. Bývá pulsujícího charakteru, je provázená nauzeou až zvracením, citlivostí na světlo, pachy a zvuky. Zhoršuje se tělesnou námahou a při atace migrény není člověk schopen vykonávat své běžné aktivity. Některým záchvatům předchází aura (u 15–20 % nemocných). Jedná se např. o světelné záblesky, skotomy (výpadky zorného pole), brnění, hemiparézy, poruchy řeči nebo jejich kombinace. Aura je charakterizována postupným rozvojem symptomů, žádný symptom netrvá déle než 60 minut. Bolest hlavy se objevuje do 60 minut po auře (může ale začít i před aurou nebo současně s ní).⁷ Mezi záchvaty se pacient cítí naprosto zdrav.⁹ Migrénou trpí např. ve Velké Británii až 10 % populace, ženy více (3:1). Nejčastěji se objevuje před 30. rokem věku.³ Začátek migrény po 40. roce věku je vzácný, ne však nemožný.

2. PATOFYZIOLOGIE MIGRÉNY:

Migréna je primárně neurogenním dějem, řadí se mezi kanálopatie.⁸ Přítomností spouštěčů se aktivuje generátor migrény v mozgovém kmeni, který způsobí snížení regionálního prokrvení v mozgovém kmeni. Tam, kde dojde ke kritickému snížení prokrvení, vznikne aura. Dále dochází k dilataci extracerebrálních tepen a anastomóz a současně k aktivaci trigemino – vaskulárního systému. Tím dojde k uvolnění neuropeptidů a k aktivaci oxidu dusnatého. To způsobí pokles perivaskulárního serotoninu, akceleruje vasodilataci a vznik sterilního neurogenního zánětu, který projikuje bolest do 1. větve trigeminu.²

Roli hrají i genetické faktory, bylo prokázáno, že u určitého typu migrény dochází ke změnám na chromozomální úrovni.⁸

3. PRŮBĚH MIGRÉNY:

Většinou můžeme rozlišit tři fáze záchvatu: prodromální příznaky, algickou fázi a období pozáchvatové. Prodromální příznaky záchvatům předcházejí o několik hodin až 2 dny. Nejčastější jsou psychické příznaky (změny nálady, ospalost, podrážděnost), jindy vegetativní (změna chuti k jídlu, žízeň, suchost v ústech), méně často sensorické (např. zvýšená vnímavost na hluk, pachy, atd). V pozáchvatovém období většinou pacienti usínají.

Některé zevní a vnitřní podněty mohou vyprovokovat vznik migrenózních záchvatů, nazýváme je spouštěče. Mohou se měnit s věkem pacienta:

- specifické potraviny (hlavně s obsahem tyraminu – červené víno, sýry, čokoláda, káva, čaj, dále alkohol, citrusy, sladké zákusky, glutaman sodný)
- nedostatečná strava (nedostatečný pitný režim, vynechání nebo opoždění pravidelného jídla, nepřiměřené množství)
- změny spánkového režimu (nedostatek nebo přemíra spánku např. o víkendu)
- jiné bolesti v oblasti hlavy a krku (oko, dutiny, zuby, čelist, krční páteř)
- vliv prostředí (jasná a kmitající světla, fyzická námaha, cestování, změny počasí, silné pachy)
- emoční spouštěče (stres, úzkost ale i pozitivní očekávání)
- hormonální změny u žen (gravidita, menstruace, užívání antikoncepce nebo HRT)

4. CO MŮŽE PACIENT OČEKÁVAT OD KONZULTACE:

- informace o tom, jak se odlišuje migréna od ostatních bolestí hlavy
- jaké záznamy si vést o záchvatech – migrénový deník (zaznamenat alespoň 5 po sobě jdoucích záchvatů - datum, denní doba, den v týdnu, jak záchvat začal, co ho vyvolalo, jak dlouho trval, jaká byla léčba, jak dlouho trvala a s jakým úspěchem, jak záchvat skončil a kdy)
- jak rozpoznat blížící se záchvat, jak omezit vliv a počet spouštěčů
- jak zmírnit potíže při probíhajícím záchvatu
- co může použít k samoléčbě – nefarmakologické a farmakologické
- kdy navštívit lékaře (bolesti jsou časté a těžké, akutní lék funguje nedostatečně nebo působí vedlejší účinky)

5. CÍLENÉ DOTAZY NA PACIENTA BĚHEM KONZULTACE:

- věk pacienta
- povolání (vliv stresové zátěže)
- kdy se potíže objevily poprvé, jak časté jsou záchvaty, jejich intervaly
- kolik spouštěčů potřebuje pro vyvolání záchvatu a jaké jsou
- byl-li pacient u lékaře, jaké další léky užívá (u žen antikoncepce, HRT¹¹)
- léčí-li se pacient sám, jakou používá farmakologickou léčbu a jakou nefarmakologickou
- co předchází záchvatu, jak probíhá, co pacientovi ulevuje, jak záchvat končí
- jsou-li záchvaty častější a bolest silnější (odeslat k lékaři)
- je-li výskyt migrény ještě u jiného rodinného příslušníka

Dotazy doporučuji formulovat pacientovi přístupnou formou, seznámit ho např. i s dotazníkem MIDAS, který lékař používá k hodnocení intenzity migrény² a vysvětlit mu, že tyto informace budou důležité i pro návštěvu lékaře, stejně jako informace o prodělaných úrazech hlavy, či dalších chorobách.

6. MĚŘENÍ:

V lékárně připadá v úvahu měření krevního tlaku, při vysokém TK doporučit návštěvu lékaře.

7. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ:

- naučit se rozpoznávat prodromy, neboť těchto příznaků si častěji všimne spíše okolí pacienta, než včas pacient sám.
- omezit spouštěče, které můžeme sami ovlivnit (např. doba a druhy jídel, pitný režim, odpočinek spánků, fyzická zátěž)
- mít všude s sebou jednu dávku akutního léku jako psychologickou podporu a tím odstranit emoční vypětí, že pacient zůstane bez pomoci
- ještě před vznikem nauzey zkusit něco sníst, neboť s plnějším žaludkem emeze není tak namáhavá
- při záchvatu na šíji a zadní část hlavy dát studený či teplý obklad dle snášenlivosti pacienta, na oči chladnou masku, na spánky použít např. chladivou mast, jít do temné, tiché místnosti, lehnout si nebo sednout do příjemné polohy, uvolnit stisk zubů, zkusit uvolnit celé tělo a pokusit se usnout
- v období mimo záchvaty se informovat o relaxačních technikách a naučit se uvolňovat svaly celého těla

8. TERAPIE:

Akutní léčba migrény:

Při lehkých a méně častých migrenózních záchvatech použijeme klasická analgetika jako paracetamol 750–1000 mg nebo kyselinu acetylsalicylovou 750–1000 mg.¹ Výhodný je rychlý nástup účinku effervescentní formy, při nevolnosti je vhodnější forma rektální. Pro potenciaci účinku je možná kombinace acetylsalicylové kyseliny nebo paracetamolu a kofeinu, pokud ovšem kofein není zrovna jedním ze spouštěčů záchvatu. Kombinovaným směsím analgetik je vhodné se vyhnout. Z nesteroidních antiflogistik můžeme použít ibuprofen 400–600 mg, diklofenak 50 mg nebo naproxen 500–1000 mg. Druhou volbu představují nimesulid 100 mg a metamizol 1000 mg.¹³ Tyto léky nedokáží potlačit průvodní jevy záchvatu a odstraní pouze bolest.¹ Opioidní analgetika používáme zcela výjimečně u obzvláště krutých bolestí.

U pacientů s **nauzeou** je vhodné podat zároveň s analgetikem i antiemetikum. Jednak proto, že zvracení často doprovází vlastní migrenózní záchvat, ale také proto, že při migrenózním záchvatu je značně omezeno vyprazdňování žaludku a tím snížena absorpce léků. Mezi nejčastěji používaná antiemetika patří thiethylperazin. Velmi vhodná jsou antiemetika ze skupiny prokinetik (metoclopramid, domperidon), která upravují motilitu a urychlují vyprazdňování trávicího traktu a tím i vstřebávání analgetika. Jako antiemetika mohou být použity i přípravky určené k léčbě kinetóz (moxastin teoklát), alternativně i rostlinné přípravky s obsahem zázvoru.

Pacienta, který chce užívat doplňky stravy jako extrakt z Řimbaby obecné (Pyrethrum parthenium) 250–500 mg standardizovaného extraktu s obsahem min. 0,7 % partenolidů denně dlouhodobě, je nutno upozornit, že se nesmí kombinovat s léky ovlivňujícími krevní srážlivost, není určen pro těhotné a kojící ženy. Přínosem jsou rovněž rostlinná sedativa s obsahem meduňky, kozlíku, mučenky. Přípravkům s obsahem třezalky je vhodné se vyhnout z důvodu častých kontraindikací s ostatními léčivy.

U těhotných žen bývá vhodné místo analgetik použít v akutní fázi homeopatika, např. Belladonna a uplatnit všechny nefarmakologické metody. Naštěstí se migréna obvykle významně lepší v 2. polovině těhotenství (až 75 % pacientek).

U perimenstruační migrény lze použít tzv. subakutní profylaxi nesteroidními antiflogistiky (pouze po dobu 3 až 7 dní v určitém úseku menstruačního cyklu), která redukuje tvorbu prostaglandinů naproxen 2x denně 500 mg, indometacin v čípcích, nimesulid s rychlým nástupem účinku a nižším výskytem gastropatií). Acetylsalicylová kyselina je méně vhodná vzhledem k možnosti intenzivnějšího krvácení. Frovatriptan podaný 1. den očekávaného záchvatu menstruační migrény a následující 2 dny v dávce 2,5 mg 3 následující cykly za sebou snížil počet těžkých záchvatů migrény o 67 %. Zkouší se i hormonální profylaktická léčba menstruační migrény, která by udržela stabilní vysokou hladinu estrogenů pomocí náplastí nebo gelu s obsahem estradiolu nebo při používání hormonální antikoncepce přechod ze sekvenčního na kontinuální podávání. Naopak menstruační migrény ovlivnitelné snížením hladiny estrogenů se mohou omezit podáváním danazolu, tamoxifenu nebo bromokryptinu.¹¹

Trvá-li záchvat migrény nepřetržitě déle než 3 dny, jedná se již o komplikaci nazývanou status migrenosus. Ten obvykle vyžaduje hospitalizaci pacienta a intenzivní léčbu.

Je potřeba pacientům zdůraznit, že nevyhledání odborného lékaře neurologa při častých záchvatech může vést k nadužívání analgetik a vzniku závislosti, zvláště u kombinovaných analgetik s obsahem kodeinu či MS připravovaných směsí s obsahem ergotaminu, barbiturátů a benzodiazepinů.

V současnosti je u těžších forem migrény volena lékařem kauzální léčba pomocí triptanů,¹ podaných v prvních chvílích záchvatu.¹² Triptany se nepodávají preventivně pro možnost vzniku chronické každodenní bolesti hlavy při jejich častém nadměrném používání (více než 10 tablet měsíčně).

PŘEHLED TRIPTANŮ

účinná látka:	jednotl. dávka: [mg]	biol. dostupnost: [%]	biol. poločas eliminace: [hod.]	max. plazmat. konc.: [hod.]	komentář:
Sumatriptan	50 a 100	14	2	2	nejužívanější, zlatý standard
Eletriptan	40 a 80	50	4–5	1,4–1,8	nejúčinnější, nejvíce NÚ
Zolmitriptan	2,5 a 5	40	3	1,8–2,8	účinnost jako Eletriptan, lehké a střední záchvaty
Naratriptan	2,5	63–74	5–6,3	1,5–3	dobrá snášenlivost, velmi málo NÚ, záchvaty mírné a střední
Frovatriptan	2,5	30	26	2,5–3	zvýš. selektivita pro cerebrální cévy oproti koronární cirkulaci
Rizatriptan	5 a 10	40	2	1	v ČR se nepředepisuje
Almotriptan	12,5				v ČR není registrován

Pacienta je při léčbě triptany nutno upozornit na včasnost užití, dostatečnou jednorázovou dávku a průvodní vedlejší účinky (např. stísněnost na hrudi, parestezie). Pacienty s aurou je nutné dále upozornit, aby triptan užíli až po odeznění příznaků aury. Triptany tlumí nejen bolest, ale i doprovodné vegetativní příznaky (na rozdíl od běžných analgetik či ergotaminových preparátů).

Kontraindikací použití triptanů je např. ischemická choroba srdeční, významné arytmie, cévní mozková příhoda v anamnéze, závažná hypertenze nebo jaterní léze, dětský věk, věk nad 65 let a pro nedostatek informací gravidita a laktace. Je kontraindikováno podání s inhibitory MAO. Preparáty s obsahem triptanů nelze kombinovat s přípravky obsahující ergotamin, odstup je nutný alespoň 24 hod., u déle působících i více, aby nedošlo ke kumulaci vasokonstrikčního efektu (zejména v koronárním řečišti).¹⁰

Profylaxe migrény:

Tato léčba je zahajována u pacientů, kteří mívají více jak 3 záchvaty migrény měsíčně, mají prolongované (48 hodin a déle trvající) či na akutní terapii refrakterní ataky a hrozí-li riziko nadužívání analgetik s rozvojem lékově navozené bolesti hlavy.¹³

1. volba – betablokátory (metoprolol, propranolol), antiepileptika (valproát, topiramát), blokátory kalciových kanálů (flunarizin, verapamil, cinarizin)
2. volba – antidepressiva (zejména amitriptylin ze skupiny tricyklických antidepressiv, dále fluoxetin, citalopram, sertralin ze skupiny SSRI), myorelaxancia (tizanidin), NSAID (naproxen, indometacin, ketoprofen, kys. tolfenamová - v současnosti není k dispozici)¹⁵
3. volba – lisinopril, gabapentin, extrakty z Gingko biloba¹³, magnesium laktát – vhodný u těhotných (bylo prokázáno, že u migreniků v průběhu záchvatu i mimo něj bývá nedostatek hořčíku), antagonisté serotoninu (pizotifen)

Léky podáváme ve stoupajících dávkách až do dávky efektivní. Kritériem efektu je redukce počtu záchvatů a jejich intenzity o 50 nebo více procent. Aby se efekt léčby projevil, měla by léčba trvat nejméně 2 – 3 měsíce, obvykle 6 – 12 měsíců a poté pozvolna vysazujeme.

9. LÁTKY ZHORŠUJÍCÍ MIGRÉNU:

U migreniků může záchvat vyvolat podání donorů dusíku (glyceroltrinitrát, isosorbid mononitrát atd.), inhibitory fosfodiesterázy (sildenafil, vardenafil, tadalafil, dipyridamol-preparát Aggrenox), histamin, pilokarpin, chlorochin, atropin, digitalis, disulfiram, hydralazin, imipramin, nifedipin, nimodipin, interferon, modafinil, citalopram (hlavně u starších osob), estrogeny (vysoká i nízká hladina způsobená podáváním nebo náhlým vynecháním HRT nebo hormonální antikoncepce).

Z návykových látek kokain, kanabinoidy, alkohol, nikotin. Záchvat může vyvolat i náhlé vysazení dlouhodobě podávaných léčiv jako kofein, opioidy (podávané pro jiné onemocnění), již zmíněné estrogeny, kortikosteroidy, tricyklická antidepressiva, SSRI, nesteroidní antirevmatika.

Z ostatních látek to může být intoxikace CO, dále anorganické sloučeniny s obsahem As, B, Br, Cl, I, Pb, Li, Hg, z organických - vyšší alkoholy, anilin, peruánský balzám, kafr, sirouhlík, EDTA, methylhalogenidy, naftalen, organofosfáty, insekticidy ze skupiny pyrethrinů, a také např. letecké palivo kerosin.¹⁴

Bolest hlavy může vyvolat i abúzus ergotaminu (v dávce 0,5 mg per rectum nebo 1 mg p.o. dvakrát týdně a více), triptanů při použití více než 3 dny v týdnu, analgetik a nesteroidních antiflogistik (např. ASA 1000 mg 5 dní v týdnu, u kombinovaných analgetik více jak 3 tablety denně 3 dny v týdnu), opioidů podávaných z důvodu jiného onemocnění (1 tableta denně více než 2 dny v týdnu).¹⁵ Chronická každodenní bolest hlavy vzniká asi v 60% z migrény a je nazývána transformovanou migrénou a asi z 30% z tenzní cefaley, která se z epizodické mění v chronickou a posléze v každodenní.¹⁶

Nejčastěji nadužívanými léčivy v terapii migrény v České republice jsou sumatriptan, ibuprofen, eletriptan, ergotaminové preparáty a kombinovaná analgetika.¹⁷

10. ODESLÁNÍ K LÉKAŘI:

- jestliže bolest nastoupila náhle, zvláště po 50. roce věku pacienta, bolest po fyzické námaze či sexu
- pacient trpí vysokým krevním tlakem, je dekompenzován, či dosud neléčen
- záchvaty bolesti se zintenzivňují a intervaly mezi nimi se zkracují
- pacient má pochybnost o příčině bolesti (prodělaný úraz hlavy či páteře)
- jestliže pacient užívá často analgetika a hrozí riziko vzniku závislosti
- pokud jsou přítomny i jiné na první pohled patrné neurologické příznaky

11. SHRNUÍ KONZULTACE:

- S pacientem rozebereme pomocí cílených dotazů charakter a intenzitu záchvatu, doporučíme mu jak si vést migrénový deník, aby mohl informovat lékaře. Upozorníme, že v současnosti neexistuje žádné laboratorní vyšetření, které migrénu prokáže, proto je důležitý podrobný odběr anamnézy. Doporučíme režimová opatření a nefarmakologickou léčbu. Informujeme o vhodné OTC farmakologické léčbě a v případě zjištění závažných okolností odešleme k lékaři.
- U pacienta, který již navštívil lékaře se ubezpečíme, že porozuměl způsobu lékařem navržené léčby a odpovíme na dotazy, týkající se užívání předepsaných léčiv, dávkování, doby užití, zkontrolujeme interakce s ostatními léčivy, která pacient užívá.
- Vhodné je pacientovi objasnit, co v příbalovém letáku je v jeho případě důležité a co podružné, abychom zajistili dobrou compliance.
- Pacientovi, u kterého se nedaří migrénové záchvaty uspokojivě zvládat, je potřeba vysvětlit, že pro úspěch léčby je potřebné návštěvy lékaře opakovat i několikrát, než se podaří migrénu dostat pod kontrolu.

Reakce na léčbu je u každého pacienta přísně individuální a téměř každý migrenik si během trvání své nemoci vypracuje způsob, jak se s chorobou vyrovnává a jaké léky používá. Úkolem farmaceuta je přispět k co nejlepší informovanosti pacienta o možnostech léčby, event. o rizicích, kdy se pacient může nesprávnou a nekontrolovanou léčbou dopracovat k zhoršení svého zdravotního stavu nebo k závislosti. Pochopení těchto informací je dobré si zpětným dotazováním ověřovat zvláště u pacientů, kteří se s migrénou potýkají dlouhodobě a dávají najevo, že vše znají. Zkušenost z praxe potvrzuje, že vždy se najde problém, na který by pacient rád znal odpověď, ale nikdy se přímo nezeptal z různých důvodů.

KONTAKTY

Na webových stránkách www.czech-hs.cz jsou aktualizována Certifikovaná centra pro diagnózu a léčbu bolestí hlavy

DOPORUČENÁ LITERATURA A SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ:

1. Farmakoterapeutické informace č. 11 a 12, 2004
2. Mastík J. Migréna – nová mezinárodní klasifikace a moderní léčebné postupy Neurologie pro praxi č. 2, 2004, 79–83
3. Wilkinson M., MacGregor Anne. Migréna a jiné bolesti hlavy, Grada Publishing 2001; 496s
4. Kozák J., Rokyta R., Neradilek F. Chronická bolest www.e-uni.cz/review
5. Waberžinek G. Migréna – diagnostika a léčba. Praha Triton 2003; 158s.
6. Mastík J. Migréna Praha Maxdorf 2007; 104s.
7. Medová E. Migréna – diagnostika a akutní terapie záchvatů, Neurologie pro praxi 4, 2004, 222–225
8. Piřhová B. Novšie aspekty v etiopatogenéze migrény, Neurologie pro praxi 4, 2005, 208–209
9. Waberžinek G. Léčba migrény – současné trendy, Praktické lékařství 2, 2005, 71–74
10. Malý J., Rudolf K., Vlček J. Pacienti s migrenózními bolestmi v lékárně, Praktické lékařství 4, 2007, 173
11. Mastík J. Léčba menstruační a perimenstruační migrény Neurologie pro praxi č. 9 (6), 2008, 356–359
12. Mastík J. Specifická léčba migrény, Interní medicína pro praxi 2007, 4:188–191
13. Niedermayerová I. Farmakologická léčba bolestí hlavy, Medicína pro praxi 2008, 5 (1):41–44
14. Opavský J. Bolesti hlavy vyvolané farmakologicky účinnými látkami nebo jejich vysazením, Klin. Farmakol. Farm. 2006, 20:30–35
15. Niedermayerová I. Chronická denní bolest hlavy, diagnostika a léčba, Neurol. Pro praxi, 2007, 1:35–38
16. Dočekal P. Bolesti hlavy, diferenciální diagnostika a možnosti terapie, http://www.edukafarm.cz/clanek_tisk.php?id=135
17. Marková J. Diagnostika a léčba bolestí hlavy v České republice, Neurologie pro praxi 2009, 10 (3)

Příloha č.1: Dotazník MIDAS

DOTAZNÍK MIDAS

Tento dotazník slouží ke zjištění závažnosti Vašich bolestí hlavy a výsledek umožňuje zahájení pro Vás co neúčinnější léčby. Přečtěte si prosím, pozorně následující otázky týkající se výskytu všech bolestí hlavy, které jste prodělal/a v poslední 3 měsících. Svou odpověď vyznačte do předtištěných políček umístěných vpravo od otázky. V případě, že jste činnost uvedenou v otázkách v posledních 3 měsících nevykonával/a, uveďte do políček vpravo nulu.

Po vyplnění dotazníku spočítejte celkový počet dnů z odpovědí na otázky 1–5 a запиšte jej do kolonky CELKOVÉ SKÓRE (Otázky A a B se nazahrnují do součtu)

Otázka číslo:	Znění otázky:	Počet dnů																						
1	Kolik dnů v posledních 3 měsících jste z důvodů bolesti hlavy nebyl/a v práci či ve škole?																							
2	Kolik dnů v posledních 3 měsících byla vaše aktivita v práci nebo ve škole snížena na polovinu nebo méně z důvodu bolesti hlavy? (Nezapočítávejte dny, které jste uvedl/a v předchozí otázce číslo 1).																							
3	Kolik dnů v posledních 3 měsících jste nebyl/a schopen/na vykonávat domácí práce z důvodu bolesti hlavy.																							
4	Kolik dnů v posledních 3 měsících byla Vaše aktivita v domácnosti snížena na polovinu nebo méně z důvodu bolesti hlavy? (Nezapočítávejte dny, které jste uvedl/a v předchozí otázce číslo 3).																							
5	Kolik dnů v posledních 3 měsících jste nebyl/a schopen/na rodinných, společenských nebo s volným časem spojených aktivit z důvodu bolesti hlavy?																							
Celkové skóre:																								
A	Kolik dnů v posledních 3 měsících jste měl/a bolesti hlavy? (Pokud bolesti trvaly déle než jeden den, započítejte každý den zvlášť)																							
B	Ve škále 1–10 zaškrtněte, jak silné v průměru Vaše bolesti hlavy byly a do políček vpravo запиšte výsledek hodnocení. (0 = žádná bolest, 10 = nejsilnější možné bolesti)																							
		<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10											
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10														
Jeli Vaše celkové skóre vyšší než 5, obraťte se na svého ošetřujícího lékaře, Vyplněný dotazník vemte pak s sebou.																								

Hodnocení MIDAS dotazníku

Součet dnů z otázek 1 – 5 udává stupeň závažnosti migrény

Závažnost migrény	Skóre	Omezení klienta
Stupeň I.	0–5	Mírné nebo žádné omezení
Stupeň II.	6–10	Mírné omezení
Stupeň III.	11–20	Středně těžké omezení
Stupeň IV.	21 a více	Těžké omezení

LITERATURA:

Strnadová Martina, Dudová Milena, Loudová Miloslava – Bolest hlavy se zaměřením na migrénu z pohledu sestry, Sestra 2003, vol. XIII, no. 4, p. 17, ISSN 1210-0404.