

现代国际治疗学系列



最新临床 头痛治疗学

ADVANCED THERAPY OF HEADACHE

主编: Alan M. Rapoport, MD [美]

Fred D. Sheftell, MD [美]

R. Allan Purdy, MD [加拿大]

主译: 龙洁

中国协和医科大学出版社

现代国际治疗学系列

最新临床头痛治疗学

Advanced Therapy of Headache

主编: Alan M. Rapoport, MD(美)
Fred D. Sheftell, MD(美)
R. Allan Purdy, MD(加拿大)

主译: 龙 洁

译者: (按姓氏笔画为序)

马锐华	龙 洁	刘永珍
张葆樽	李军杰	李 金
陆菁菁	范吉平	谢颖珍

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

最新临床头痛治疗学 / Alan M. Rapoport, MD(美), Fred D. Sheftell, MD(美), R. Allan Purdy, MD(加拿大)主编 龙洁主译. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2003.5

(现代国际治疗学系列)

ISBN 7-81072-297-2

I. 头… II. 龙… III. 头痛-治疗 IV. R741.041

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 025228 号

著作权合同登记图字: 01-2001-5535 号

最新临床头痛治疗学

主 编: Alan M. Rapoport, MD (美)
Fred D. Sheftell, MD (美)
R. Allan Purdy, MD (加拿大)

主 译: 龙 洁

责任编辑: 赵伯仁 张俊敏

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 787 × 1092 毫米 1/16 开

印 张: 18.5

字 数: 452 千字

版 次: 2003 年 7 月第一版 2003 年 7 月第一次印刷

印 数: 1—3000

定 价: 51.00 元

ISBN 7-81072-297-2/R·292

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

序 言

这是一本独特的关于头痛的书。

在 50 多年前我刚刚从事医学工作的时候，头痛被认为是一种不体面的事。因为人们普遍认为，偏头痛患者都是神经质的，紧张型头痛患者很脆弱，而且如果患者主诉头痛继发于工作或交通意外时，常被认为是受金钱利益的驱使。只有在证实颅内肿瘤或硬膜下血肿的情况下，才把头痛归因于器质性病变。头痛专科医师被医学同行们认为是怪人，甚至根本就不是“真正的”医师。

Harold Wolff 编著的《头痛和其他头部的疼痛》的出版彻底改变了这一现状。这本书写得非常好，它引导读者们初窥头痛的门径，并以严谨的研究确保其科学性。本书的许多作者都是在阅读了 Wolff 的这本书后，才开始对头痛感兴趣的。从此，随着头痛专题研究的深入，相关的著作也迅猛增加。现在，市面上有关头痛的书籍已经大量地出版（其中有许多都是由本书的作者们所编著的），而且所有的内科学或神经病学专业教科书都至少有一章是专门介绍头痛的。

那么，我们还需要其他头痛的书籍——特别是本书吗？

回答是肯定的。本书与众不同，正如书名所示《最新临床头痛治疗学》，它既不适用于初学者，也不是摆在书架上的备用参考书。正相反，本书的目的在于通过经验丰富的头痛专科医师对具体病例的概述，为同行们提供复杂或难治性头痛的治疗建议。但是，这并不是说这些病例都非常少见。事实上，它们非常常见。然而，由于许多新药的涌现（如在诊断偏头痛时），或者由于缺乏对病因学的了解和有效的治疗（如在诊断慢性每日头痛时），所以难以正确诊断。

本书的这种病例报告形式相对适用于专业读者。早期，我们可以通过学习标准的教科书获得大部分的知识。然后，可以阅读一些有关新进展或满足好奇心的书籍。但是，大部分的经验最终还是来源于自己或其他同行们的病例。不管是自己的“经验”，还是别人的“教训”，这种学习效果都非常深刻。我们应当吸收并消化这些知识，真正把它们变成自己的经验。

几乎所有有关头痛的重要问题均在本书中加以阐述，而且每一章中，均有该章作者的独特风格。当他们的观点较多地代表个人看法时，则在编者按语中被本书编辑加以评论。

William Osler 曾经说过：“医学教育其实源于患者，长于患者，终于患者。”另外，Osler 还有一句名言：“不看书而只看病人就像在海上没有罗盘；不看病人而只看书就根本没有到海上。”所以，让我们轻松地走进头痛的海洋，扬帆出海，开始探索头痛新知的航海旅程。

John Edmeads 博士

前 言

临床病例是医师之间进行交流的工具，而且已被时间验证是一种学习和传播临床医学知识的最重要的途径。今天，在循证医学时代，出版一本以临床病例为基础的关于头痛的书，看来似乎有些过时。然而应该认识到，头痛治疗领域中，通过具体头痛病例向专家学习如何诊断和治疗各种不同类型头痛的思路（包括各种罕见和少见的头痛），是十分有意义的。

目前，已有太多的关于头痛的教科书出版，但是尚无一本对于头痛治疗描述得如此详尽的书，也没有一本将如此众多头痛专家各自独特的智慧集中在一起的书，而他们这些独自的智慧是在治疗各种不同类型的头痛中显现出来的。本书以一种完全不同的风格呈献给读者，展现在读者面前的是代表每一种头痛类型和病因的各种临床病例。然后，向读者提出几个预先设定的问题，这些问题可以从所给病史中得出答案；也可以是启发读者在初次接触到这样一个病例时应思考些什么？而后，作者对应如何诊断和治疗该病例进行论述，阐明治疗策略，并适时地加以解释。最后，作者对该病例中的重点问题进行总结或对诊断要点进行概括。同时，结合有价值的参考文献对此类型的头痛进行综述。以这种方式，读者通常很容易地将自己在医疗实践中遇到过的类似病例与作者提供的病例很好地结合在一起。并且由于作者给予读者的知识融会贯通于整个病例中，因此读者可以以该病例作为诊断、治疗同类病例的模式。只要有可能，作者都会引用最新的医学知识和循证治疗的资料，对他们的病例进行讨论。读者在本书中不仅学到了治疗头痛的科学，而且学会了治疗头痛的艺术。

本书采用临床病例讨论并加以编者按语进行评述的形式，目的是期望在头痛治疗进展的领域中，读者能获得更多的有价值的信息。这种从病人身上获取知识的方法是永久的真理。让我们引用1928年 William Osler 先生的话说：“学生的学习，起始于病人，继续于病人，结束于病人，而书本和文献则是用以达到学习目的的工具和手段。”我们希望本书的读者能喜爱这本书，更重要的一点在于希望本书所提供的知识能对医师有所帮助，并通过他们的治疗使广大头痛患者受益。

R. Allan Purdy, MD
Alan M. Rapoport, MD
Fred D. Sheftell, MD
1998年10月

译者的话

头痛是一个常见的症候。对于医务工作者来讲，很少有未曾接待过头痛患者的医师，对于一个成年人来讲，很少有未曾体验过头痛的人，尤其是面对着当今科技高度发展、竞争日益激烈的社会，头痛患者日益增多。头痛将成为人类更常见的症候，成为更主要的社会问题。头痛的病因和种类是多种多样的。你面对的患者可能是由于工作、心理压力所造成的对任何药物治疗都无效的“顽固性头痛”；也可能在一个患者身上同时有数种类型的头痛；还可能在看似一般的头痛背后隐藏着致命的病因，如颅内炎症、脑瘤、脑血管病、寄生虫病、药物依赖，等等。作为一名医生，面对着各种各样的头痛患者可能会感到困惑，乃至棘手。

本书是一本关于头痛的书，但又不是是一本一般性描述头痛的书。本书的编辑与作者均是经验丰富的头痛专家，多年来从事头痛的临床与科研工作。其中不乏世界级的著名头痛专家，他们发起、组织、起草并完成了国际头痛分类这一有重要历史意义的工作，从此将世界各国的头痛临床与科研工作纳入到统一标准。对头痛的临床实践与科研工作起到巨大的推动作用。本书分两大部分，第一部分论述各种非结构性头痛，第二部分论述各种结构性头痛（继发性头痛）。对任何一种类型头痛的论述均从一个临床上真实的病例入手，做简要病史报告后，提出几个关键性问题请你（读者）思考，在思考的基础上一步一步地引导着你进行诊断和鉴别诊断的分析，制定出治疗方案，并对治疗的成功与失败进行剖析，如果需要还会告诉你为什么和怎样进一步修改治疗方案。讨论后对每一种类型的头痛均有总结性概括，提出许多新的见解，澄清模糊观念。其可贵之处还在于本书作者们不但报告了头痛诊治中成功的经验，而且报告了失败的教训。这种科学、严谨、求实的精神，以及学者风范是值得我们学习的。阅读本书时，读者犹如在一位经验丰富的老师指导下，面对着一位具体患者，在询问病史、在查体、在聆听专家的讲课、思考着他向你提出的问题，并与他进行着深刻的讨论与交流。因此，本书内容的生动是别开生面的。在充满对头痛临床与科研工作浓厚的兴趣中，专家们带领你走进并游览了头痛诊治的大世界，使你增长了知识，拓宽了思路。面对一个复杂的头痛患者，你可能不再为诊治感到茫然与困惑，而会感到心中有数，充满信心。

看到此书后，我便决心将它翻译成中文，以此奉献给我的医学同道，希望能对他们的工作有一些帮助。本人也将为此感到欣慰。本译文不足之处在所难免，敬请读者谅解并提出宝贵意见。

主译者 龙洁

2003年3月

目 录

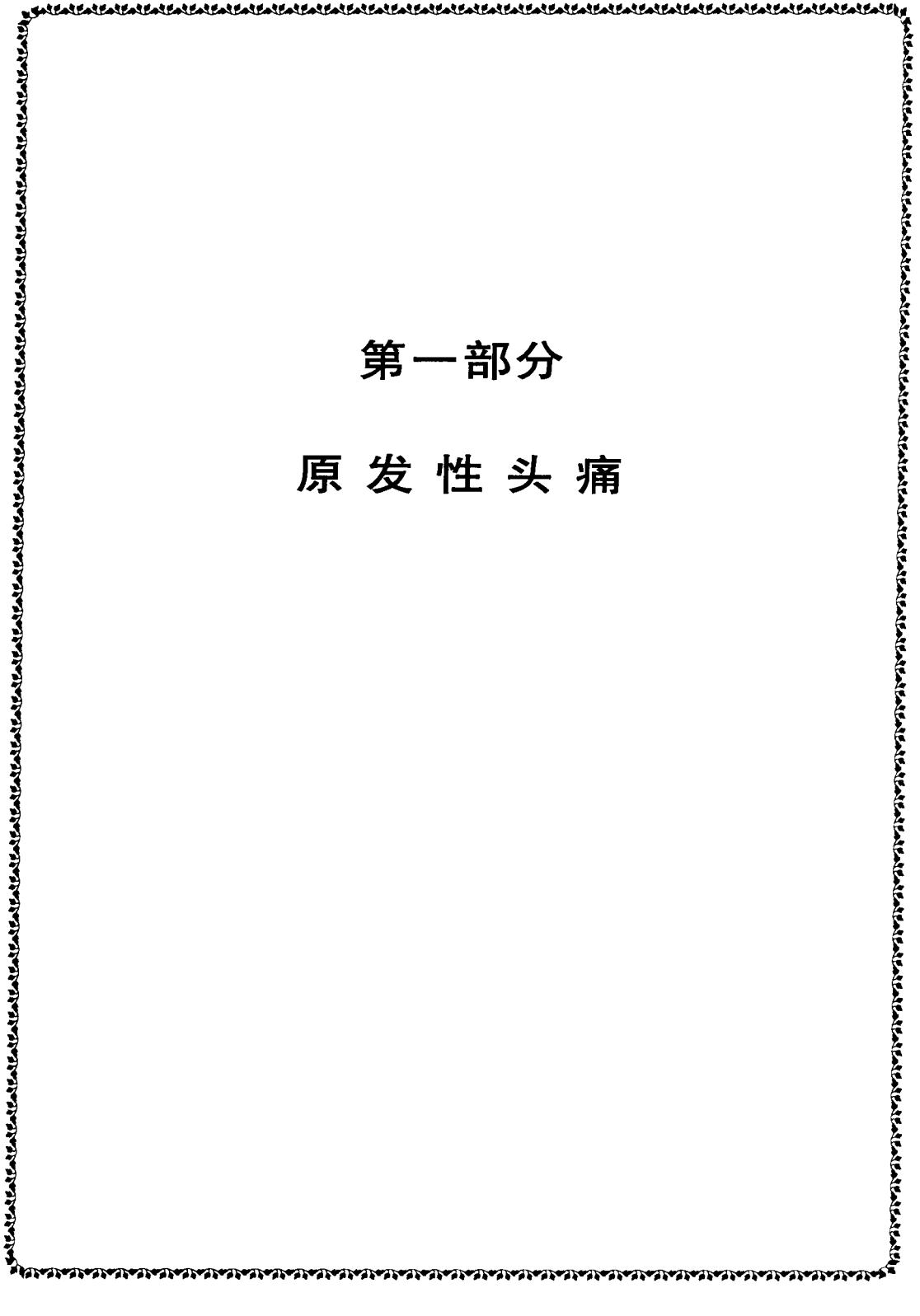
第一部分：原发性头痛

第 1 章	发作性头痛的女性患者	(3)
第 2 章	伴有视觉症状的头痛患者	(11)
第 3 章	儿时起反复头痛的患者	(15)
第 4 章	丧失活动能力性头痛的小女孩	(22)
第 5 章	不知如何用药的女性患者	(28)
第 6 章	头痛与月经有关的女性患者	(33)
第 7 章	手、面麻木的女性头痛患者	(38)
第 8 章	绝经相关性头痛的 2 例女性患者	(44)
第 9 章	伴有关节炎和高血压的头痛患者	(52)
第 10 章	短暂性无力的偏头痛患者	(57)
第 11 章	有头痛和抑郁症的患者	(62)
第 12 章	急诊患者：病例 1	(69)
第 13 章	每日头痛的男性患者	(77)
第 14 章	严重顽固性头痛的男性患者	(82)
第 15 章	持续头痛的男性患者	(88)
第 16 章	每日头痛的女性患者	(94)
第 17 章	每日持续性头痛的女性患者	(99)
第 18 章	拒绝药物治疗的头痛患者	(102)
第 19 章	慢性每日头痛的少年	(107)
第 20 章	咳嗽伴头痛的男性患者	(111)
第 21 章	突然头痛反复发作的男性患者	(113)
第 22 章	“凿冰样”头痛的患者	(116)
第 23 章	持续头痛的女性患者	(120)
第 24 章	短暂持续性单侧头痛和自主神经症状的女性患者	(124)

第二部分：罕见的继发的头痛

第 25 章	变换头痛类型的患者	(133)
第 26 章	伴有月经异常的头痛患者	(137)
第 27 章	头痛进行性加重的男性患者	(144)
第 28 章	急诊患者：病例 2	(148)
第 29 章	7 位患者 7 种头痛	(155)

第 30 章	产后头痛的女性患者	(165)
第 31 章	急性严重头痛的女性患者	(174)
第 32 章	头痛伴发热的男性患者	(178)
第 33 章	非特异性头痛伴短暂性视觉障碍的女性患者	(182)
第 34 章	头后部及颈部疼痛的 2 例患者	(186)
第 35 章	腰穿后头痛的女性患者	(191)
第 36 章	跌倒后头痛的男性患者	(195)
第 37 章	患同一感染的 2 例头痛患者	(203)
第 38 章	伴磨牙症的头痛患者	(207)
第 39 章	伴全身症状的 2 位头痛患者	(218)
第 40 章	原因不明的面部疼痛妇女	(229)
第 41 章	右上面部疼痛的女性患者	(235)
第 42 章	伴颈部疼痛的头痛患者	(241)
第 43 章	头、面部疼痛的老年男性患者	(247)
第 44 章	偏头痛消失的品酒专家	(251)
第 45 章	罕见的家族性头痛患者	(256)
第 46 章	一例罕见头痛患者的有趣缓解	(264)
第 47 章	头痛伴巨响的 2 例女性患者	(267)
第 48 章	枕部头痛伴急性神经功能缺损的女性患者	(270)
附录 (每章患者的诊断)		(274)
英汉名词对照		(277)



第一部分

原发性头痛

原 书空白

第1章 发作性头痛的女性患者

Randall Berliner, MD

Richard B. Lipton, MD

一、病史

患者，女性，40岁，偶发头痛10年。有时头痛每月发作6次，也可以数月没有发作。患者主诉头痛为轻中度的紧压或挤压样疼痛，以后枕部和前额两侧为主。单用止痛药即可使头痛在1小时内缓解，但如果不处理，头痛可以持续8个小时。有时头痛在当天复发，或次日快睡醒时复发。头痛不会使患者从睡梦中痛醒。否认伴有视觉、运动或感觉障碍，无恶心、呕吐和畏光。大的声响可以诱发头痛。食物或月经不会诱发头痛，但在工作或精神压力下，头痛发作的频率会增加，且程度加重。

近3个月来，患者的头痛次数增多。最近1个月平均每周头痛2次，每次持续24小时。疼痛的方式同前，仅有频率和程度上的加重。服用布洛芬治疗，4~8片（200mg），每周2天。由于担心头痛加重和止痛药过量而来就诊。

患者结婚14年，育有2个孩子，分别是10岁和7岁。在办公室工作，有时工作压力比较大。尽管患者非常喜欢她的工作，但是最近她的上司变得乖僻和严厉，她完全不知道工作还有什么希望，而且经常考虑辞职。她之所以到现在还没有辞职是因为希望情况可以好转。她说：“另外，我很需要钱。”

最近，患者感到有些抑郁，但不是一直这样。睡眠一般很好，但有时因焦虑而难以入睡。食欲有轻度减退，在过去3个月中，由于压力大，体重减少了10磅。否认有性欲改变。比平时易激惹，而且感到非常困扰。前几个月中，焦虑使她不能专心工作，但否认工作中或家庭里有工作质量的下降。患者最大的压力是工作和家庭财务问题。夫妻关系良好，丈夫是她的支柱。

患者喝酒约每周2次，每次一杯或两杯葡萄酒，不吸毒。最近的饮酒习惯无改变。否认有其他疾病，未曾往精神科就诊。

一般检查正常。血压130/80mmHg，脉搏82次/分，节律整齐。精神状态检查提示有些焦虑，是一个精神正常的“疲惫”女人，表现为轻度烦躁不安。除了颞部和颈椎椎旁肌有轻度压痛外，神经系统检查正常。

二、问题

1. 这例女性患者头痛和其他症状的鉴别诊断是什么？
2. 患者的情绪压力和头痛之间的关系如何？
3. 你考虑应进行哪些进一步的检查来明确诊断？
4. 怎样处理患者的头痛？

5. 在评价和处理过程中, 你将请哪些科室会诊或作哪些辅助检查?

三、病例讨论

本例患者具有一些发作性紧张型头痛 (episodic tension - type headache, ETTH) 的典型特点。主诉双侧发作性的轻中度疼痛, 不伴有畏光; 符合国际头痛协会 (IHS) 中的 ETTH 诊断标准 (表 1-1)。像许多 ETTH 患者一样, 本例患者尽管头痛多年, 但是一直没有就医。直到最近, 用过量的止痛药仍不能控制头痛, 用药剂量不断增加, 使患者不得不前来就诊。大概有 40% 的人符合 IHS 中 ETTH 的诊断标准。许多人直到头痛频繁、劳动能力丧失或难以用非处方药控制时, 才来就诊。

患者无恶心、呕吐, 无先兆 (视觉、感觉或运动障碍), 无食物或激素诱发 (这经常是偏头痛的典型表现)。缺乏丛集性头痛的单侧头痛、同侧自主神经功能障碍和周期性发作的特点。确实, 头痛自身是相当难以描述的。本例患者每次疼痛发作的部位不断地改变, 符合典型的紧张型头痛特点。主要诱因是压力。有厌声, 大的声响会加剧头痛, 但否认有畏光。尽管畏光和厌声是偏头痛的特征, 但是它们中的任何一个都可以出现在 ETTH, 只是二者不可以同时出现。由于先兆、恶心、呕吐的存在, 或者合并畏光、厌声妨碍了诊断, 因此, 紧张型头痛包括诊断和排除诊断, 在诊断中包括了各种疼痛特点的特殊组合。

表 1-1 IHS 中的 ETTH 标准

-
- A. 以前至少有 10 次符合以下 B-D 标准的头痛发作。天数 < 180 天/年 (< 15 天/月)
 - B. 头痛持续时间 30 分钟至 7 天
 - C. 至少有以下 2 个疼痛特点:
 - 1. 呈压迫或紧缩性疼痛 (非搏动样)
 - 2. 轻或中等强度 (可以减少, 但不会中止活动)
 - 3. 疼痛部位为双侧
 - 4. 爬楼梯或类似的活动后疼痛不会加重
 - D. 以下两者均有:
 - 1. 没有恶心或呕吐 (可以有厌食)
 - 2. 无畏光和厌声, 二者中可有其中一项
 - E. 至少有以下 1 项:
 - 1. 病史、一般检查和神经系统检查没有提示有列在 5~11 类中的任何一种疾病
 - 2. 病史和/或一般检查和/或神经系统检查提示异常, 但是经适当的检查而被排除
 - 3. 存在 5~11 类中的疾病, 但是紧张型头痛的首次发作与该病无密切的时间联系
-

患者是否需要其他辅助检查, 以除外其他继发性病因呢? 事实上, 头痛本身的特点是不会改变的。普通的神经系统检查和一般检查不能发现更严重的疾病。然而, 发作频率和强度不断加重是一种“头痛警报”。原发性或转移性脑肿瘤最容易出现类似进展性 ETTH 的头痛。如果脑内有个大的病灶而神经系统检查正常, 那么那个大病灶很可能在“静区”。脑“静区”是指局部神经功能缺损相对较少的脑区, 例如右额或右颞、大脑半球内裂、小脑、位于轴外

部位的脑膜瘤和硬膜下血肿。尽管有可能没有大的病灶，但是仍需要进行头 CT 或 MRI 检查，以明确过去 2 个月中进展性头痛的性质。正常的 MRI 检查结果不仅使医师放心，而且也会使患者放心。另外，还对患者的焦虑有一定的治疗价值。

患者近期的精神压力与头痛之间的关系非常复杂。压力可以加重 ETT、偏头痛和许多其他内科疾病。患者还有许多表现提示有重度抑郁的可能。美国精神病学协会制定的诊断和统计手册第 IV 版（DSM - IV）中的抑郁症诊断标准，要求 9 个症状中必须有 5 个才能达到严重程度界限，而且这些症状必须至少持续 2 周。本例女性患者主诉抑郁，同时还有睡眠、食欲和注意力集中的障碍。这些症状的合并存在提示医师应注意患者是否存在有更严重的精神疾病，需要医师评价患者有无焦虑、自主神经功能紊乱或自杀观念的存在。头痛是抑郁症常见的躯体症状。如果怀疑有重度抑郁，就应该请精神科医师会诊。如果证实有抑郁，则先治疗抑郁症可能是一种有效的头痛治疗方法。另外，重度抑郁本身就可以使患者致残，甚至自杀而威胁生命。

进一步评估发现患者有短暂或一过性的情绪不稳，无自杀观念。睡眠和食欲障碍可能是由患者的压力和对生活状况的担心引起的症状。这可能是指 DSM-IV 中的“调节障碍”。调节障碍一般不需要抗抑郁治疗。短期的抗焦虑和/或安眠药治疗对一些病人可能有效，但不是必要的。会谈、生物反馈疗法或放松技巧训练是控制压力的最有效选择。本例患者要求学习放松的技巧，于是给予她相应的指导和家庭用的录音带。

本例患者的头痛治疗包括预防性头痛治疗，如每日口服预防药物，常适用于因头痛而劳动能力丧失的患者，每月至少 3 天以上。如果患者有重度抑郁，三环类抗抑郁药（如去甲替林或阿米替林）和 5-羟色胺再摄取抑制剂（如帕罗西汀、氟西汀、氟伏沙明或舍曲林）可能会是最好的选择。由于本例患者的头痛没有造成劳动能力的丧失，而且精神压力是一种诱因，所以笔者选择用顿挫疗法控制头痛，试图减少诱发和加重因素（如压力）。尽管布洛芬是一种有效的顿挫治疗药物，但笔者还是将药物换为萘普生钠 375mg q8h，必要时。因为笔者希望利用萘普生钠半衰期长的特点，预防头痛复发。通过放松训练、反复保证和有效的急性治疗，患者头痛的频率和强度减少了，避免了止痛药的使用。就诊后 3 个月，患者每个月仍有 1~2 次头痛，但是可以用萘普生钠较好地控制。睡眠、食欲和注意力障碍也都减轻了。

四、处理策略

1. 确定正确的诊断。
2. 排除合并的内科、神经科或精神科疾病。
3. 帮助患者学习如何较好地处理生活中的压力，尽可能进行生物反馈和/或放松技巧的治疗训练。
4. 如果头痛打乱了患者的生活方式，或导致频繁使用止痛药，就应当考虑使用预防性药物。
5. 开始有效的急性治疗。

五、病例总结

1. 本患者患有发作性紧张型头痛，近来头痛频率和程度加重，可能是生活中压力增加

的结果。

2. 必须注意是否合并有重度抑郁。

3. 医师与患者进行交谈,以决定是否开始预防性药物治疗、生物反馈治疗或放松训练是否就已经足够。

4. 反复向患者说明头痛不是由其他什么更严重的疾病引起,将有助于减轻压力。

六、发作性紧张型头痛的概述

(一) 介绍

笔者已经讨论了一个非常典型的 ETTH 病例,现在对该病的特点作进一步详细的说明。笔者首先讨论 ETTH 的分类、诊断以及流行病学,然后是 ETTH 的处理,包括一般原则、急性、预防性和非药物性治疗。

(二) ETTH 的分类和诊断

最初,根据发作频率的不同,IHS 标准将紧张型头痛主要分两型。每月发作少于 15 天、每年少于 180 天的是 ETTH。每年发作多于 180 天的类似患者则是慢性紧张型头痛。头痛持续时间可从 30 分钟至 7 天不等。诊断要求患者在一生中至少有 10 次发作。头痛的特点是双侧轻中度的压痛。因为 IHS 定义的 4 条疼痛特点中要求仅有 2 条符合即可诊断,所以头痛可以是单侧的。尽管单有畏光或厌声也可以符合诊断,但是一般都无畏光或厌声。ETTH 可以有厌食,但没有恶心或呕吐。

与偏头痛不同,ETTH 的诱发因素很少,食物不会引起头痛。实际上,最常见的诱因是情绪压力。偏头痛患者发作时经常需要在安静和黑暗的屋内休息,并且影响日常生活活动,而发作性紧张型头痛患者通常不会这样。

IHS 又将发作性紧张型头痛分为伴有和不伴有颅周肌肉触痛的两个类型。或者进一步按病因学分类,如口下颌功能紊乱、心理社会压力、抑郁、焦虑、止痛药过量(反跳)、肌肉压迫和妄想性(精神性)头痛。尽管缺乏科学证据,但是这种分类可能会促进对这些疾病的深入研究。

在诊断 ETTH 前,必须除外其他继发性头痛,特别是导致颅内压增高的疾病,如较大的占位或假脑瘤,它们可以产生类似 ETTH 的头痛(Forsyth 和 Posner, 1993)。如果是新发头痛、出现新的头痛类型或头痛的方式发生实质性的改变,医师们应当警惕有继发性头痛综合征的可能。

脑肿瘤头痛常与 ETTH 类似,表现为双侧钝痛或压痛(Forsyth 和 Posner, 1993),有时会出现肿瘤侧加重。原发性颅内压增高(脑假瘤)引起的头痛也可以和 ETTH 类似,可表现为全脑或单侧头痛。许多良性颅内压增高患者曾出现过一过性视物模糊、盲点扩大和周边视野缩窄,其危险因素有女性、肥胖、长期应用维生素和药物。根据头痛病史和视盘水肿,应怀疑存在良性颅内压增高,常规神经影像学检查和腰穿脑脊液压力高于 200mmH₂O 可以明确诊断。

50 岁以后头痛者应与巨细胞动脉炎(GCA)相鉴别。尽管头痛的典型部位都在颞部,但是形式完全不同。如果怀疑有 GCA,行诊断性颞动脉活检,还要有 Westergren 法红细胞沉降率增高。

（三）ETTH 的流行病学以及与偏头痛的关系

约 90% 的人曾经有一次或多次头痛发作，但是约有 40% 的人符合 IHS 中 ETTH 的诊断标准（Schwartz 等，1998）。偏头痛好发于女性，而与之相比，ETTH 患者中，女性发病率仅略高于男性。偏头痛的流行与社会经济学状况呈负相关，即收入和教育水平越低的人群，偏头痛的发生率就越高；而 ETTH 的流行与社会经济学状况呈正相关，也就是说，随着教育程度的升高，ETTH 的发病增多。

这些流行病学的对比说明，偏头痛和发作性紧张型头痛是两种明显不同的疾病。尽管 IHS 标准中清楚地区分了这两种疾病，但是许多头痛专家认为二者是一个严重程度连续谱的两个极端。这一连续谱有时是指紧张型血管性头痛谱；先兆性偏头痛（典型偏头痛）是连续谱的最严重端，而发作性紧张型头痛是连续谱的最轻端。笔者相信 IHS 对于区分紧张型头痛和偏头痛的标准是正确的。

（四）处理原则

发作性紧张型头痛的药物治疗分为急性治疗和预防性治疗。当需要减少个体发作时，给予急性治疗。不管是否有头痛发作都每日给药，以防止头痛，此疗法是预防性治疗。紧张型头痛人群很少每日给予预防性治疗。笔者通常对每月头痛发作至少 3 天的患者才采取预防性治疗，这些患者的头痛已经严重影响了他们的活动能力和社会交往功能。许多患者头痛的频率和严重程度还不足以采取预防性治疗。对于发作频率增加、急性治疗疗效差、有禁忌证或副作用的患者，也可用预防性治疗。预防性治疗对于治疗或防止止痛药反跳性头痛是有效的。

（五）ETTH 的急性期药物治疗

发作性紧张型头痛的治疗主要是临时使用止痛药，各种常用药物见表 1-2。这些药物包括非甾体类抗炎药（NSAID）、对乙酰氨基酚、水杨酸盐、肌肉松弛剂和药物合剂。这种类型的头痛很少需要使用阿片类药物来控制。常用的 NSAID 有萘普生钠、布洛芬和酮洛芬。另外，还有一些新的作用时间更长的药物，如 oxaprozin 和 nabumetone，这些药物对头痛持续时间长或一天中需要反复使用止痛药的患者特别有帮助。阿司匹林或对乙酰氨基酚经常与咖啡因、巴比妥类（如布他比妥）或阿片类（如可待因）药物合用。药物合剂可能非常有效，但是必须注意防止药物过量。巴比妥类和阿片类药物的镇静作用非常明显，可以造成患者劳动能力的丧失，对头痛程度不太严重患者来说，使用此类药物的副作用要超过其治疗效果。此外，这些药物可以形成依赖，如果过量应用可引起反跳性头痛。异美汀是一种具有收缩头部血管作用的拟交感神经胺，它可以与氯醛比林（有轻度的镇静作用）和对乙酰氨基酚合用。尽管这一合剂没有显示比单用异美汀更有效，但是它在一定程度上可以减少镇静作用，对某些患者特别有效。

如果头痛伴明显的焦虑，在对患者进行仔细筛选后的少数情况下，方可加用苯二氮草类药物。后者能帮助患者放松，加强止痛药的作用，但会出现药物耐受、心理或精神依赖，所以对患者必须进行严格的选择和监测。对于不能耐受 NSAID 的患者，有时可以应用肌肉松弛剂，其有效性与是否存在颅骨膜肌触痛的联系尚不清楚（编者注：含布他比妥的药物有助于减少焦虑，但有时因此而过量使用）。

表 1-2 发作性紧张型头痛的急性治疗

药 物	剂 量
单纯止痛药	
乙酰水杨酸	650 ~ 1000mg q4 ~ 6h
胆碱三水杨酸镁	1500mg bid
对乙酰氨基酚	650 ~ 1000mg q4 ~ 6h
非甾体类抗炎药	
萘普生钠	250 ~ 550mg q4 ~ 6h (最大量 1100mg/d)
布洛芬	400 ~ 800mg q4 ~ 6h
酮洛芬	50 ~ 75mg q4 ~ 6h
酮咯酸 (ketorolac)	负荷量 60mg 后, 30mg q6h 10mg 口服 tid, 最大量 3 天
恶丙嗪 (oxaprozin)	1200mg/d
萘丁美酮 (nabumetone)	1000 ~ 1500mg/d
其他药物和止痛药合剂	
乙酰水杨酸 + 对乙酰氨基酚 + 咖啡因	2 片 q6h
异美汀 + 对乙酰氨基酚 + 氯醛比林	开始 2 片, 然后 1 片 qh 直到 5 片/天
布他比妥 + 咖啡因 + 对乙酰氨基酚/乙酰水杨酸	1 ~ 2 片 q4h
曲马多	50 ~ 100mg q4 ~ 6h
阿片类	
可待因	15 ~ 60mg q4 ~ 6h
氧可酮 + 对乙酰氨基酚/乙酰水杨酸	1 ~ 2 片 q4 ~ 6h (可以引起过度镇静)

(六) ETTH 的预防性治疗

有时 ETTH 患者需要进行预防性治疗。ETTH 的预防性药物包括抗抑郁药 (表 1-3)、 β -阻滞剂、钙通道阻滞剂和抗癫痫药。根据合并症选择药物, 例如合并重度抑郁或睡眠障碍者给予抗抑郁药; 高血压患者用 β -阻滞剂或钙通道阻滞剂; 对难治病例, 可以几种药物合用。抗抑郁药有时可与 β -阻滞剂或钙通道阻滞剂合用。

(七) ETTH 的非药物治疗

行为疗法是发作性紧张型头痛的有效辅助治疗, 它包括放松技巧、生物反馈训练和应激处理。研究表明这些行为疗法可以使紧张型头痛全面性减轻。如果医师认为患者的高水平应激影响了放松和生物反馈治疗的效果, 则可用认知行为治疗来帮助患者改变其生活方式, 把应激减少到可控水平。联合应用认知行为治疗、生物反馈或放松疗法可以取得更好的疗效。过度的紧张或焦虑可以是严重精神疾病的一种征象, 而对上述治疗无效, 这时需要请精神科会诊。

如果口下颌功能失调 (OMD) 是使患者头痛加重的原因, 就需要请口腔科会诊。IHS 中的 OMD 标准需要符合下列特点中的 3 点以上:

1. 下颌活动时, 颞下颌关节弹响;
2. 下颌活动受限或不能;
3. 下颌关节疼痛;

4. 张口困难;
5. 牙关紧闭;
6. 咬牙或磨牙;
7. 其他口功能异常(咬舌、咬唇或咬颊)。

治疗包括行为改变、扩展和加强练习以及夹板疗法。还可以用扳机点注射和止痛药。有些病例可以采用手术治疗,特别是保守治疗无效时。

表 1-3 抗抑郁药在治疗发作性紧张型头痛中的应用

药物名称	剂 量
三环类抗抑郁药	
去甲替林	10 ~ 150mg/d
阿米替林	10 ~ 150mg/d
去郁敏	25 ~ 200mg/d
丙米噻	75 ~ 150mg/d
多塞平	10 ~ 150mg/d
选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂	
氟西汀	10 ~ 80mg/d
氟伏沙明	50 ~ 300mg/d (每次 100mg 分次服用)
舍曲林	25 ~ 200mg/d
帕罗西汀	10 ~ 50mg/d
其他抗抑郁药	
万拉法新	25 ~ 375mg/d (分次服用)
nefazodone	75 ~ 600mg/d (分次服用)
mirtazapine	15 ~ 45mg/d (可能有较强的镇静作用)

总之,治疗紧张型头痛要求全面地评估是否有合并症加重头痛。在急性治疗期间,对症治疗可作为止痛治疗的辅助治疗。

参 考 文 献

- Couch JR, Miceli G. Prophylactic pharmacotherapy. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches. New York: Raven Press; 1993. p. 537-42.
- Forsyth PA, Posner JB. Headaches in patients with brain tumors: a study of 111 patients. Neurology 1993;43: 1678-83.
- Graff-Radford SB, Forssell H. Oromandibular treatment. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches. New York: Raven Press; 1993. p. 527-30.
- Holroyd K. Psychological and behavioral techniques. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches. New York: Raven Press; 1993. p. 515-20.
- Jensen R, Olesen J. Oromandibular dysfunction. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches. New York: Raven Press; 1993. p. 479-82.
- Jensen R, Paiva T. Episodic tension-type headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches. New York: Raven Press; 1993. p. 497-502.
- Mathew N. Acute pharmacotherapy. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches. New York: Raven Press; 1993. p. 531-6.
- Olesen J. Tension-type headache: an introduction. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches. New York: Raven Press; 1993. p. 437-8.
- Saper JR, Silberstein SD, Gordon CD, Hamel RL. Handbook of headache management: a practical guide to diagnosis and treatment of head, neck, and facial pain. Baltimore