

头 痛

上田英雄
武内重五郎
丰仓康夫

原著

高 肇 昌
陈 詒

译
审校

淮阴市卫生局

一九八四年六月

头 痛

上 田 英 雄

武内重五郎

丰 仓 康 夫

原著

高 肇 昌

陈 詒

译

审校

淮 阴 市 卫 生 局

一 九 八 四 年 六 月

序 言

头痛是最多见的临床症状之一，几乎每个人均有过头痛的经验。头痛的鉴别诊断牵涉面广，包括内、外、五官、妇产、神经、精神各科专业。虽然官能性及其他非器质性头痛在我国各地医院门诊上占多数，但它又可为一些严重疾病的主要或唯一表现，如脑瘤、结脑、颅内出血等，稍有疏忽或检查遗漏就会延误治疗，甚至影响病人生命。即使在头痛的一般对症治疗方面医务人员也常感到困难。

淮阴市立第二人民医院高肇昌副院长，作为脑外科医生，多年以来对头痛的研究甚有心得。70年代后期已译过两册头痛专集，受到欢迎。此次费时两载翻译上田英雄等所著《头痛》一书内部发行，此书内容丰富全面，在外文头痛专著中是最好的一本。由于我们水平所限，以及原书是资本主义国家书刊，有些问题的提法不一定合乎我国国情，尚希读者有分析地吸取其有用的部分，并对译文及书中缺点及错误提出批评指正。

陈 詒

于南京神经精神病学研究所

一九八四、元、

目 录

第一篇 头痛的分类和原因

第一章 头痛的分类和原因	1
第一节 头痛的定义.....	1
第二节 头痛的发生率.....	1
第三节 颅内外痛觉感受部位.....	2
一、头颅的痛觉感受部位.....	2
二、颅内的痛觉感受部位.....	3
第四节 疼痛刺激的发生.....	4
第五节 疼痛的传导.....	6
第六节 慢性头痛.....	8
一、血管性头痛.....	8
二、肌收缩性头痛.....	13
三、神经痛.....	15
四、由于精神病学原因的头痛.....	15
第七节 慢性头痛症的背景.....	16
一、遗传的因素.....	16
二、偏头痛和癫痫的近似性.....	16
三、癫痫性头痛.....	17
四、内分泌障碍.....	19
五、变态反应.....	21
第八节 继发性头痛.....	22

一、颅内占位性病变·····	22
二、脑血管障碍伴头痛·····	24
三、低颅压性头痛·····	25
四、头部外伤后遗症的头痛·····	26

第二篇 头痛的鉴别诊断

第二章 头痛的鉴别诊断 ·····	27
第一节 视诊·····	28
第二节 要急救诊疗或住院详细检查的·····	28
第三节 慢性头痛·····	34
第四节 问诊·····	40
第五节 现病史·····	47

第三篇 各种疾病与头痛

第三章 偏头痛型血管性头痛 ·····	54
第一节 偏头痛型血管性头痛及其分类·····	54
第二节 偏头痛·····	56
一、性别与频度·····	56
二、发病年龄与根据年龄的推移·····	60
三、遗传性与体质·····	61
四、性格与社会的心理背景·····	63
五、诱发因素·····	65
六、临床特点·····	67
七、各型偏头痛·····	72
八、病理生理·····	78

九、治疗	81
第三节 丛集性头痛	84
一、历史	84
二、频度	86
三、性别与发病年龄	86
四、遗传与体质	87
五、发作的方式与持续时间	87
六、发作的临床特征	88
七、病理生理	88
八、治疗	89
第四章 高血压性头痛及其处理	91
第一节 高血压的自觉症状	91
第二节 高血压患者的头痛	93
第三节 特发性高血压时的头痛	98
一、头痛的频度	98
二、头痛的性质	100
三、高血压的程度与头痛	100
第四节 高血压性头痛的发生机制	103
一、非偏头痛型血管性头痛	103
二、牵引性头痛	104
(一) 恶性高血压的头痛	104
(二) 高血压性脑病的头痛	105
三、肌收缩性头痛或心因性头痛	106
第五节 高血压性头痛的治疗	107
第五章 脑血管障碍(特别是蛛网膜下腔出血头痛 的临床)	109
第一节 脑血管障碍时头痛的发生机制	109

第二节 脑血管障碍时头痛的临床	112
第三节 蛛网膜下腔出血	115
一、蛛网膜下腔出血的原因	115
二、蛛网膜下腔出血的临床症状	117
三、蛛网膜下腔出血的头痛	118
四、蛛网膜下腔出血与反复发作性头痛	125
五、蛛网膜下腔出血的头痛与脑脊液改变	126
六、脑动脉瘤、脑动静脉畸形之外原因引起的 蛛网膜下腔出血	128
(一) 脑底部异常血管网病	128
(二) 高血压性脑出血引起的脑膜出血	129
七、蛛网膜下腔出血时头痛的处理	129
第四节 其他脑血管障碍引起的急性头痛	130
一、小脑出血	130
二、大脑后动脉闭塞	131
第五节 脑血管障碍时急性头痛的鉴别要点	132
第六章 脑膜炎(静脉窦炎)的头痛	134
第一节 脑膜炎与静脉窦炎	134
一、硬膜外脓肿	134
二、硬膜下脓肿	134
三、血栓性静脉窦炎	138
四、脑膜炎	138
第二节 疼痛,特别是头痛	140
一、颅内痛觉感受器的分布	141
二、病变的部位和头痛的部位	141
三、脑膜炎的头病的性质	142
第三节 脑膜炎病例头痛的治疗	143

一、隔离	144
二、脑压增高与脑水肿	144
三、抽搐发作	145
五、关于腰椎穿刺	145
五、抗生素疗法	145
六、病毒性脑膜炎时的头痛	148
第七章 脑瘤与头痛	149
第一节 颅内压增高状态时的头痛	150
一、关于颅内压增高的概念	150
二、颅内压增高状态与头痛的关连性	152
第二节 脑瘤与头痛	154
一、疼痛来源的颅内组织	154
二、脑瘤头痛的原因及机制	156
三、脑瘤时头痛的频度和经过	157
四、脑瘤头痛的性质	160
五、脑瘤的头痛部位	163
(一) 文献	163
(二) 没有颅内压增高的脑瘤所见头痛是由 于对邻近部位牵引所致吗?	164
(三) 对远隔组织的牵引性头痛	166
(四) 脑瘤与颠簸性头痛	168
第八章 三叉神经痛、舌咽神经痛及其它	169
第一节 三叉神经痛	170
一、颜面的感觉支配	170
二、脑膜和动脉的感觉支配	170
三、特发性三叉神经痛	171
四、症状性三叉神经痛	171

五、非三叉神经性的症状性面部痛·····	176
六、头颅、面部的血管运动痛·····	176
七、非典型的面部痛——面部的交感神经痛·····	178
第二节 舌咽神经痛·····	179
第三节 治疗·····	180
一、特发性三叉神经痛·····	180
二、血管运动痛·····	182
三、交感神经痛·····	182
第九章 眼科疾病（青光眼等）的头痛 ·····	183
第一节 伴眼症状的中枢神经系统疾病引起的头痛·····	184
一、典型的偏头痛·····	185
二、颞动脉炎·····	186
三、眼肌麻痹性偏头痛·····	187
四、三叉神经痛·····	188
第二节 眼科疾病产生的头痛·····	189
一、有器质性眼科疾病伴有的头痛·····	189
二、伴发于功能性眼科疾病的头痛·····	196
第十章 耳鼻咽喉科范围的头痛 ·····	204
第一节 耳鼻咽喉科疾病与头痛·····	205
一、耳疾患起因的头痛·····	205
二、因鼻和副鼻窦疾病引起的头痛·····	210
三、由于咽、喉疾病引起的头痛·····	211
第二节 放射痛、神经痛形式的头痛·····	212
一、向耳部的放射痛·····	212
二、颈部疾病放射痛形式的头痛·····	212
三、神经痛形式的头痛·····	214
第三节 心身医学所见的头痛·····	215

一、紧张性头痛·····	216
二、抑郁性头痛·····	217
三、心因性头痛·····	218
四、疑病性头痛·····	219
五、与头痛有关系的多次手术·····	220
六、与乱用药物有关的头痛·····	222
第十一章 妇产科的头痛·····	223
第一节 妊娠中毒症与头痛·····	223
一、子痫前驱症状·····	223
二、妊娠中毒症后遗症·····	225
第二节 植物神经功能失调与头痛·····	226
一、植物神经功能失调·····	226
二、头痛的发生频度·····	227
三、临床特征与诊断方法·····	227
四、鉴别诊断·····	229
五、治疗·····	230
第三节 痛经与头痛·····	231
一、痛经·····	231
二、头痛的发生频度·····	231
三、临床特征与诊断方法·····	232
四、鉴别诊断·····	233
五、治疗·····	234
第四节 心因性不定主诉综合征·····	234
一、心因性不定主诉综合征·····	234
二、头痛的发生频度·····	235
三、临床的特征与诊断的方法·····	235
四、鉴别诊断·····	237

五、治疗·····	237
-----------	-----

第四篇 治疗

第十二章 慢性头痛的药物疗法·····	241
第一节 慢性头痛的治疗·····	244
第二节 各种慢性头痛的临床特征与治疗·····	248
一、原发性慢性头痛·····	248
二、继发性慢性头痛·····	260
第十三章 在疼痛门诊的头痛治疗·····	269
第一节 疼痛门诊的治疗方法·····	270
第二节 神经封闭的基础·····	274
一、封闭用的必要器械·····	274
二、封闭用的药物·····	275
第三节 神经封闭的实际操作·····	279
第四节 神经封闭的合并症及其处理·····	281
第五节 各种头痛的治疗·····	284
第六七 各种神经封闭的方法·····	290

附:

 头痛的鉴别诊断 1

 头痛的鉴别诊断 2

了4,634例健康人,64.8%有过头痛,而其中的18%曾因头痛就诊。另外,Tunis等在1953年作了同样的调查,结果为约70%的人在某个时期有过头痛,10—12%的成人曾因头痛就医。

日本对头痛的流行病学调查报告不少,如调查内科门诊和住院病人,以头痛主诉来院的人数报告为12—15%。

第三节 颅内外的痛觉感受部位

在讨论头痛的发生机制与病理之前,必须了解颅内外的痛觉感受部位。

一、头颅的痛觉感受部位。

头皮有疼痛感觉,然而,头皮的痛如前所述,是一种局限性的浅在性痛,不伴放射痛,即不是深部痛,所以因头皮原因引起的疼痛不是真正的头痛感觉,患者自己常能区别。

头颅的肌膜和肌肉有痛觉,尤其颞肌、枕肌常常为头痛的发生根源。

头颅的动脉因机械刺激而感到疼痛,颞浅动脉、眶上动脉、滑车上动脉、上颌动脉、枕动脉等,是血管性头痛的来源,临床上很重要。即多由于这些动脉壁的扩张延伸而引起头痛,压迫该动脉或颈总动脉时,头痛可以消失或减弱。颅动脉炎也可成为头痛的原因。

头颅的静脉痛觉迟钝。

头颅的末梢神经痛觉敏锐,临床上以枕大、枕小神经、耳大神经、眶上神经、滑车上神经为重要。

颅骨骨膜的痛觉感受性因部位而程度不同,头颅穹窿部几乎没有痛觉,颅底部有痛觉。

颅骨、板障静脉、导静脉等痛觉缺如。

二、颅内的痛觉感受部位

Wolff 利用在局麻下开颅的机会，对颅内组织行机械的刺激、电刺激等来研究患者自觉疼痛的程度、部位等，根据实验中所获得的结果，得出了疼痛受体的真正分布，再同临床比较是否符合，概述如下。

硬脑膜，在穹窿部除了硬膜动脉 5 毫米以内的部分与静脉窦边缘部有痛觉外几乎没有痛觉。上矢状窦的前 1/3 感觉迟钝、越是向后感受性就越大。颅前窝底部有痛觉，其中以筛板处为最敏感，蝶骨嵴、鞍背比筛板处迟钝。眼眶上面有痛觉，但迟钝。颅中窝底部感觉迟钝，除了沿着脑膜中动脉及其分支 2 毫米以内的部分外几乎没有疼痛感觉，蝶鞍隔膜有痛觉。颅后窝的横窦、乙状窦及枕窦的边缘部有痛觉，小脑半球被覆部分没有疼痛感觉。围绕枕大孔的颅后窝部有痛觉。大脑镰与下矢状窦感受性低，小脑幕上面有痛觉，下面迟钝。

硬膜动脉比硬膜痛觉敏感，一直到末梢都有感觉，特别是脑膜中动脉最敏感。

脑动脉中，脑底的动脉主干有疼痛的感受性。颈内动脉有疼痛感。大脑前动脉，从起始部到胼胝体膝部，大脑中动脉，从起始部最多在 1—2 公分内有疼痛感受性。关于基底动脉，实验还没有，故不明瞭。

脑静脉中，大脑中静脉连接海绵窦的 3—4 公分和回流至上矢状窦，在接近矢状窦数毫米的大脑上静脉有痛觉外，多数皮层静脉没有感受性。关于深部大静脉，不明瞭。

在蛛网膜，脑底的大血管周围痛觉敏感。

脑实质、室管膜、脉络丛没有痛觉。

颅内的三叉神经、中间神经、吞咽神经、迷走神经、第二和第三颈神经有痛觉。

由此可见，颅内疼痛感受部位仅限于一部分组织，而没有疼痛感觉的占大部分。

而且，颅内的感觉感受部位，对所有的刺均引起痛，不存在其他的感觉。

第四节 疼痛刺激的发生

在上面所述的痛觉感受器受到各种刺激后即出现头痛。作为病理的疼痛刺激，可分为以下几种。

一、颅组织

- (一) 动脉的扩张
- (二) 肌肉的持续收缩
- (三) 动脉炎
- (四) 神经炎及其它的神经刺激
- (五) 其他

二、颅内组织

- (一) 牵引、压迫等的机械性刺激
- (二) 动脉扩张
- (三) 炎症

这些病理的大部分是由于局部的循环障碍、代谢障碍、炎症因素、化学因素所引起。头颅肌肉的持续收缩能引起头痛，这是大家所熟知的，这与间歇性跛行所引起的疼痛即缺血情况下的肌肉运动产生的疼痛是有共同机制的。自Lewis, Pickering, Rothschild (1929) 提出了致痛物质，即P物质的名称以来，又发现了多种致痛物质。

另外，已明瞭大血管是由植物神经支配，末梢微循环是血管活性物质所调节。

由炎症产生的致痛物质或血管活性物质等对组织的刺激形成痛觉刺激而引起头痛的现象已经明了。

在偏头痛发作时，血管壁、血管周围组织有致痛物质游离，发生局部炎症。Chapman 等（1960）认为偏头痛发作时，在疼痛与水肿部位有多肽的蓄积，称为神经激肽（neurokinin），在偏头痛发作的高峰，神经激肽能使血管壁发生局限性无菌性炎症，这时头痛就变成了非搏动性的，这时有血管收缩作用的酒石酸麦角胺也不能抑制。Sicuteri 等认为激肽原（Kininogen）在动脉血内比静脉血数值高，在毛细血管激肽原被消耗，在毛细血管床激肽活性降低系统起体内自稳作用。

颈内动脉注入 250—500 毫克的缓激肽后 20—50 秒钟内在该侧的下颌、颜面、眼眶、颞部出现强烈的疼痛。Erspamer 发现 5—羟色胺，1965 年 Curran 等报告偏头痛发作时，血中 5—羟色胺急剧减少，其与头痛的关系引起注意。

Lance 报告在偏头痛的前驱期 5—羟色胺从血小板中游离出来，血中 5—羟色胺浓度暂时增高，到头痛发作后以 5—羟色胺吡啶醋酸形状排泄至尿中，血中 5—羟色胺的浓度急剧降低。游离的 5—羟色胺主要在毛细血管床和静脉床，使毛细血管的通透性增加。

偏头痛发作时，前驱期 5—羟色胺如何从血小板中游离还不明白，近年来有用使 5—羟色胺从组织贮留部发生游离作用的酪氨酸口服，或摄取含酪氨酸较多的食品，如巧克力、奶酪等，诱发偏头痛发作的报告。

偏头痛外对其他头痛，检查血管活性物质、致痛物质、

其他代谢物质，在探明头痛本质上也是非常重要的。

第五节 疼痛的传导

疼痛的刺激，被各种末梢受体接受，神经冲动由痛觉传导路传到中泓。参与传导的神经，在颅外有三叉神经、上部颈神经、舌咽神经、迷走神经的一部分。

在颅内痛觉的传导，是与三叉神经、舌咽神经、迷走神经、第2和第3颈神经、动脉周围的交感神经丛有关系。但是，它的神经支配复杂，而且假如是放射痛的头痛，头痛部位与痛觉刺激部位并不一致。

幕上的硬脑膜和硬膜动脉的痛觉感受部位，由三叉神经的分支支配。特别是痛觉敏感的硬膜中动脉，从三叉神经的第三支分出棘神经或从第二支分出脑膜中神经分布外，还有许多从三叉神经来的细小分枝。所以，幕上肿瘤等引起的头痛，多数在额部、颞部、与眼眶等。

额前窝底部的刺激，由分布于硬膜前动脉、筛动脉硬膜支的三叉神经第一支即眼神经支配，故引起眼眶上方和外侧部的放射痛。如象垂体腺瘤时，因刺激鞍隔，可出现眼眶后部的疼痛。

小脑幕广泛分布着幕神经(nervus, tentorii)，从三叉神经第一支分出，与滑车神经靠近，进入小脑幕的二层结构间，向后方呈扁状分布到横窦、大脑镰后部、上矢状窦后部、皮质静脉等。为此，小脑幕上面、横窦上面、上矢状窦后部的刺激，被三叉神经第一支投射，发生眼眶、额、颞部的疼痛。

颅内颈内动脉，大脑前动脉、大脑中动脉和大脑后动脉

起始部的痛觉，是向眼眶周围、额、颞部投射。它的传导与三叉神经和动脉周围交感神经丛有关。

从第二、第三颈神经来的硬膜升支，入颅内走向本侧，支配枕大孔附近的硬膜、斜坡、椎动脉和硬膜后动脉。在小脑桥脑角部听神经瘤的早期，由于肿瘤在这个部位刺激了第二、第三颈神经，疼痛投射到患者同侧枕下部。

另外，横窦、枕窦下部、乙状窦、直窦下面的痛觉中舌咽神经和迷走神经传导。

由颅内的痛觉刺激引起的头痛，还不能用以上的部位特征来判断。一般来说，幕上的痛觉刺激，是在头顶、外耳孔垂直连线的前方出现头痛，而幕下的痛觉刺激，在它的后方出现头痛（图1）。

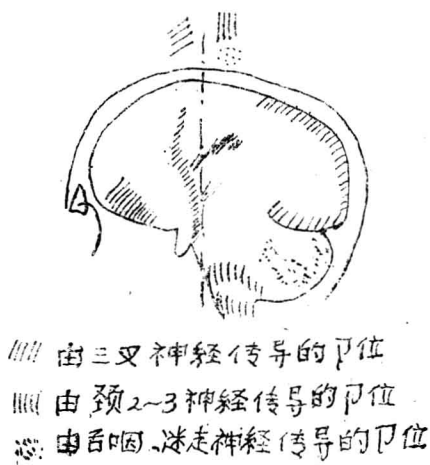


图1 由颅内痛觉刺激引起的头痛所在部位，点线之前是幕上病变的投射痛，后方表示幕下

头颅的深部痛与上述的颅内情况相比，痛觉感受部位与