

头痛眩晕



主编/苏维霞

常见病对证自疗丛书

以往出版的有关慢性病的图书，大多是单纯的西医诊疗技术或中医验方罗列，而本丛书则加强了中西医对比与结合的内容。细致地讲解了西医怎样看待疾病以及怎样通过药物或其他疗法进行治疗；中医如何看待同一个疾病以及怎样治疗，两者有什么区别，如何选择，如何结合运用。

10.41

人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

头痛眩晕对证自疗 / 苏维霞主编. —北京: 人民军医出版社, 2010.2

ISBN 978-7-5091-3416-0

I. ①头… II. ①苏… III. ①头痛—中医治疗法②眩晕—中医治疗法 IV. ①R277.710.41②R255.305

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 000196 号

策划编辑: 张伏震 文字编辑: 蒲晓锋 责任审读: 李 晨

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8725

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 京南印刷厂 装订: 桃园装订有限公司

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 16.5 字数: 236 千字

版、印次: 2010 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~4500

定价: 35.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

髓。中医治病注重“病”的异同，同时更加重视的是“证”的异同。实践中一种病的证型可分为多种，而一种证型往往变化多端。譬如“糖尿病”，中医学根据患者的不同表现，辨证为阴虚、气阴两虚、虚热、上中下三消等证型分治，以期合理、精确地控制病情和症状，改善患者生存状态。常见的对糖尿病验方简单罗列，而不分型阐述的做法，无疑是不足取的，甚至会迷惑误导患者，以致适得其反。鉴于此，本丛书在编著过程中对分型辨治尽可能细致深入地作出阐述。

综上所述，为了便于医师及患者了解某种疾病的中医辨证、治疗全貌，本丛书以某种常见病为一册，详细介绍了中西医治疗的异同，并收集了近年来中医名家的辨治理论和临床分证辨治医案。全书论理周详、医案分型全面，相信能对您的治疗和学术有所帮助。

患者朋友如运用本书中的治疗方法，请在医师的指导下进行！

编 者

2010年1月



第 1 章 偏头痛的西医诊疗 1

- 一、偏头痛的病因病机 1
- 二、偏头痛类型及临床表现 6
- 三、偏头痛的诊断与鉴别诊断 10
- 四、偏头痛的治疗 12

第 2 章 其他头痛与眩晕诊疗 22

第一节 头痛 22

- 一、三叉神经痛 22
- 二、紧张性（精神性）头痛 26
- 三、颅脑创伤后头痛 30
- 四、老年人头痛 33

第二节 眩晕 34

- 一、概述 35
- 二、梅尼埃病 38
- 三、良性阵发性体位性眩晕 42
- 四、颈性眩晕 43
- 五、药物性眩晕 43
- 六、前庭神经元炎 44
- 七、中枢性眩晕 45

第3章 如何选择中西医49

第一节 中西医诊疗模式的不同 49

- 一、西医学与中医学的区别 49
- 二、西医的诊疗模式 52
- 三、中医的诊疗模式 54
- 四、看西医还是看中医 58

第二节 中医的人体观与诊疗技术 67

- 一、脏腑体系 67
- 二、经络体系 69
- 三、辨证论治 71
- 四、四诊 75
- 五、方药 78
- 六、针灸 82

第4章 头痛眩晕中医诊疗84

第一节 病机与辨证分型 84

- 一、头痛 84
- 二、眩晕 88

第二节 不同证型方药指导 91

- 一、头痛 91
- 二、眩晕 104

第5章 名医临证心得111

第一节 头痛111

- 杜雨茂临证心得111
- 关幼波临证心得112
- 裴正学临证心得112
- 蒋庆雨临证心得113



刘洪禄临证心得	114
史载祥临证心得	116
王新陆临证心得	117
熊继柏临证心得	119
蔡友敬临证心得	121
刘渡舟临证心得	121
陶根鱼临证心得	122
王宝亮临证心得	123
倪宗珈临证心得	124
第二节 眩晕	125
崔玉衡临证心得	125
顾仁樾临证心得	127
金怀增临证心得	129
路志正临证心得	130
马智临证心得	131
陶根鱼临证心得	133
王裕颐临证心得	134
易希园临证心得	135
李鲤临证心得	136
王法德临证心得	136
第 6 章 辨证分型治疗验案	138
第一节 偏头痛	138
一、风寒入络	138
二、风热入络	145
三、风火头痛	146
四、痰湿中阻	149
五、痰郁化热	152
六、瘀血阻络	154

七、肝阳（火）上亢	159
八、气血不足	166
九、血虚肝旺	169
十、阳虚寒盛	172
十一、肝肾亏虚	174
十二、清阳不升	178
十三、阳明热结	180
第二节 三叉神经痛	182
一、风寒袭络	182
二、风热袭络	187
三、痰浊阻滞	189
四、肝阳（火）上亢	192
五、肝胃郁热	201
六、其他证候	203
第三节 外伤性头痛	206
一、瘀血阻络	206
二、肝肾亏虚	208
三、其他证候	210
第四节 梅尼埃病	212
一、痰湿中阻	212
二、痰火上扰	218
三、痰瘀阻络	220
四、水饮上泛	222
五、肝阳（火）上亢	227
六、肝风痰浊	230
七、气血不足	234
八、肝肾阴虚	237
九、其他证候	242

第五节 缺血性眩晕	243	• 目 录
一、气血不足	243	
二、清阳不升	246	
三、其他证候	248	
参考文献	250	

第1章 偏头痛的西医诊疗

一、偏头痛的病因病机

(一) 偏头痛的危险因素

偏头痛是以一侧头痛为主的搏动性头痛疾病,呈间断性反复发作,多发生在青春期(11~17岁),45岁以后发病较少。本病可发生在任何年龄,一般人群发生率为15%~19%。女性偏头痛发生率较高,其患病率为23%~24%,男性为15%~20%,女:男为3:2~4:1。儿童中偏头痛的发生率约占4%。1982年Kuitzke报道,美国偏头痛患病率为2000/10万人口,年发病率为250/10万人口。我国上海等城市调查偏头痛患病率为540/10万人口,年发病率为21/10万人口,较之国外报道的明显偏低。

各类偏头痛所占比例分别为:先兆偏头痛占44.15%,无先兆的偏头痛(普通偏头痛)为54.55%,丛集性偏头痛约占0.82%,基底动脉性偏头痛为0.12%等。婴幼儿偏头痛患者以眼肌麻痹性偏头痛为多见,幼儿期以消化道症状的普通偏头痛为常见,学龄儿童则以有视觉症状的典型先兆偏头痛为多见。

偏头痛的危险因素包括以下几方面:①年龄、性别。女性发病率高于男性,男性发病平均年龄在25~29岁,女性为30~34岁。②职业。脑力劳动者要远远高于体力劳动者。③饮食。过量饮酒是导致偏头痛的危险因素之一。④环境与情绪。气候变化、情绪紧张、抑郁、焦虑等均可诱发偏头痛。⑤其他。睡眠不足、月经期、贫血及慢性疾病等,也是导致偏头痛的重要因素。

(二) 发病机制

偏头痛的发病机制较为复杂,目前尚存在许多争议。自从Wolff(1938)

提出偏头痛发作的血管源性假说后，此学说持续主宰医学界 40 多年。此学说虽不能被有力的实验结果所证实，但亦没有人能够完全将其推翻。直到新的检测技术出现，脑的局部血流量能够测定以后，血管源性假说的理论才受到动摇，人们又重新估价之前的 Living（1873）的神经元性假说，并得到了普遍的支持。现今，为大家较为认同的机制主要有血管源性假说（又称之为 Wolff 血管学说）及神经元学说。

1. 血管源性假说 Wolff 是第一个对偏头痛用科学的方法进行临床和实验研究的人。他得到的结论是，头痛发作前颅内动脉收缩，产生皮质缺血，出现视觉障碍等先兆症状，接着颈外动脉系统扩张而引起较重的头痛。组织内的血管周围的血管活性多肽和刺激性的无菌性炎症，均可使头痛加剧。

支持血管源性假说的依据主要有如下一些方面：①临床上偏头痛的疼痛性质是搏动性和跳动性的。②疼痛部位具有多样性，但疼痛位置与三叉神经的解剖部位不一致，而与颈外动脉在面部和头部的分支相吻合，说明了疼痛是血管源性的。③压迫颈动脉可使偏头痛发作暂时得到缓解。④应用 α 肾上腺素能阻断药（如麦角胺类）能使疼痛缓解，使用血管扩张药（如乙醇、亚硝酸盐等）能使其头痛症状恶化。麦角胺类可使偏头痛发作的先兆期延长，亚硝酸盐可使先兆现象消失。所有这些都支持颅内动脉收缩是偏头痛发作的第一期，而颅外动脉扩张则是偏头痛发作的第二期。⑤初期测定局部脑血流量的实验研究发现，典型偏头痛患者先兆期出现脑血流量（CBF）减少，以后发生脑部充血，CBF 增加，明显地支持了血管源性假说。

2. 相应的发作过程 偏头痛患者的血管，尤其是脑血管，易受身体内及环境变化的影响而发生调节功能失常，引起偏头痛。根据血管舒缩障碍理论，偏头痛发作过程可分为 3 期。

（1）头痛发作的早期：主要表现为一根或是多根脑内动脉痉挛，引起局部脑缺血，从而出现先兆症状。研究发现，在前驱期，头颅两侧的局部脑血流量（rCBF）减少。由于痉挛血管的部位不同，而出现相应脑缺血区域的症状。

（2）头痛发作期：主要为颅外动脉继颅内动脉痉挛后出现反应性扩张，动脉的张力低，引起充血性高灌注而产生头痛。测量发现，此期 rCBF 增加。颅外动脉扩张可伴有颅内动脉的舒缩失调，因而可出现搏动性头痛。

(3) 头痛后期：主要表现为动脉壁水肿，血管狭窄，头痛失去搏动而变成持续性痛。此期的头痛本质上是混合性头痛。

3. 血管源性假说不可解释的现象

(1) 普通偏头痛：用 Wolff 的典型偏头痛假说难以解释普通偏头痛。后者并非以大脑局灶性症状起病，而是以不明显的一般感觉症状起病，如疲劳、打呵欠及情绪不稳等。许多研究者报道，普通偏头痛发作时 CBF 增加并持续到发作后 48h。但 CBF 的增加是适度的，发作初期未见局灶性低灌注现象。为阐明这一问题，Olesen 对 12 例普通偏头痛发作 7h 内、治疗后和终止 7 天的 rCBF 进行检测，利用 ^{137}Xe 吸入法结合快速旋转式断层摄影测定 rCBF，发现偏头痛发作期无局部或普遍的 CBF 异常。在发作期、治疗后和非发作期的 rCBF 无异常。为发现亚临床早期脑缺血，有人对红葡萄酒或食物诱发的偏头痛进行了研究，结果发现，发作时 rCBF 普遍轻度增加，但发作前无局部或普遍性 CBF 减少。

偏头痛发作的主要诱因是情绪不稳和紧张，其精神因素起很大的作用，住院患者不需特殊治疗症状便可减轻。药物治疗似乎支持偏头痛发作的血管机制，例如发作时麦角胺有效，心得安和钙通道阻断药对预防有效。但麦角胺对动脉收缩作用起效缓慢，可能比它对偏头痛的起效还慢。

(2) 典型偏头痛：初期的 rCBF 测定技术使 Wolff 的经典假说获得支持，发现典型偏头痛先兆期 rCBF 减少，基本上部位与症状一致。但随着高度空间分辨力设备的应用，对大量病人的反复测定，其结果就不同了。典型偏头痛发作时 rCBF 的断层测定表明，枕叶血流量也可累及脑的较前部分。血流异常改变仅限于大脑皮质，而在脑深部结构的血流多为正常。此外，先兆症状消失后灌注不足仍持续数小时或持续于发作之期。晚期出现延迟性灌注过度（反应性充血）。灌注过度与头痛之间似乎无关。有更多的证据似乎否定大脑动脉痉挛的假说。

4. 神经功能障碍 用神经性功能紊乱解释偏头痛并不是一个新理论，一百多年前就已由 Living 提出，并得到 Gowers 的支持。近年来，很多人在临床上支持神经元观点，并提出偏头痛是原发性神经性紊乱伴有继发性血管运动改变的假说。

现今，神经元学说越来越受到重视。但是此学说仅仅建立在对临床症状

的观察基础上，尚缺乏充分的实验基础。此学说认为，偏头痛中出现的血管运动障碍是继发于神经紊乱的，初始发作原因仍属神经性功能障碍。临床的证据表现在：①偏头痛发作过程中有许多自主神经功能障碍症状，如前驱期及头痛发作期可出现瞳孔散大、脸色苍白、心动过速、呼吸急促、胃肠功能改变等多种症状。②偏头痛病人有血管运动调节障碍，如通过体位改变可诱发症状性、短暂性脑缺血发作，提示颅脑血管床调节有损害，还有心血管反射性反应试验异常。许多学者发现，在偏头痛的前驱期及头痛期，交感神经的功能是低下的，因此形成了一种失神经症状，使脑血管敏感性增高。另有部分患者偏头痛发作规律与月经有关，月经受下丘脑-垂体-卵巢轴调节，这说明自主神经的高级中枢——下丘脑也参与了偏头痛的发作。③偏头痛由精神刺激、饥饿或进食延迟、失眠，以及外界的声、光刺激等诱发发作。而发作前可有行为改变、体温变化、情绪不稳等，并且睡眠能使偏头痛发作缓解，这些均属神经元症状，与神经功能变化密切相关。④部分病人容易发生自发性刺戳痛，如冰淇淋头痛提示偏头痛患者的头痛控制系统有缺陷。Leao 提出，偏头痛的发作与高层扩散、抑制有直接的关系，神经症状是由于扩散、抑制后，大脑皮质的神经元出现延迟抑制所致。在占主要地位的血管舒缩理论难于解释时，人们越来越多地倾向支持偏头痛的病因可能与神经功能障碍有关。

5. 其他学说补充 头痛的发病机制有很多假说，虽然目前临床以血管源性和神经元性机制为主流，但仍有很多的问题用这两种学说无法得到圆满的解释。而且，头痛的诱因与影响因素非常复杂。因此，也不断有其他的理论设想被提出来，有些则有比较重要的参考价值，比如心理行为理论。

（1）头痛的致病因素

①物理因素：颅内外血管、肌肉、神经等组织受到的物理损伤，如颅内外病变以及颈椎病等引起血管移位、血管扩张、神经损伤等，均可引起头痛；而眼、耳、鼻、鼻旁窦、牙齿、颈部等处的病变，可扩散或反射到头面部，产生牵涉性头痛。

②生化因素：如去甲肾上腺素、5-HT、缓激肽、前列腺素等在反复发作性偏头痛患者血液内的明显变化，提示这些化学物质在偏头痛的发病中起到很重要的作用。

③内分泌因素：偏头痛多见于女性，初次发病常在青春期，而且有月经期好发、妊娠期缓解、更年期停止的倾向。紧张性头痛在月经期、更年期往往加重。对更年期头痛者使用雄激素、雌二醇后，可以使其发作停止。若在静脉内注射前列腺素，也可引起剧烈的头痛。

④神经、精神因素：主要由于内在或外界环境的各种刺激，使患者产生紧张、忧虑、焦急等神经、精神的变化而发生头痛。

（2）影响头痛的主观因素

①人格因素：一般来讲，性格外向的人对疼痛的耐受性要小于性格内向的人。

②注意力的集中或分散：在日常生活中，疼痛可因为注意力集中于其他工作或娱乐而被减轻。实验表明，疼痛的冲动可因应用其他刺激而改变或减弱。

③对疼痛的态度：有人比较了战伤士兵与一般患者外伤所需要的麻醉药用量。结果发现，前者虽创伤范围大，但所需要的麻醉药量相对较少；后者属小伤痛疾病，而需要的麻醉药量却要大，认为这与对疼痛的态度不同有关。

④情绪的影响：Bronzo 用辐射法研究情绪与痛阈的关系，发现焦虑不安的患者其痛阈值较低，且痛觉感受性增强。

⑤既往经验和对疼痛的感受：除了极少数先天性痛觉缺失的患者外，过去的生活经历、疼痛的经验以及对疼痛的理解、感受等，都与疼痛的反应程度有关。

⑥精神异常与疼痛：有精神分裂症、神经官能症、精神抑郁症的患者，常伴有不自主的疼痛症状。据某治疗中心的调查表明，精神抑郁症患者诉头痛的占 40%，腰背痛的占 62%，关节痛的占 56%，认为这种没有躯体器质性病变的心因性疼痛不属于感觉范围，而是一种复杂的心理状态。

（3）影响头痛的客观因素

①环境的变化：在昼夜不同的时间内，夜间疼痛常常加重。充满噪声的环境或强烈的光线照射，都可以影响患者对疼痛的感受和定位。

②社会与文化背景：每个人所受教育程度和文化水平的不同，对疼痛的耐受性和反应亦不相同。

③性别：一般认为，疼痛在男性的耐受性要明显大于女性。

④年龄：随着年龄的增长，人们对疼痛的耐受性呈抛物线样变化，以中年人对疼痛的耐受性最强。

⑤暗示疗法作用：临床上医生对某些剧烈疼痛的患者利用暗示、催眠或安慰剂等进行治疗，也可产生镇痛的作用。

(4) 心理行为理论的补充：对于头痛机制，大部分理论都是解释身体组织的外周神经和中枢神经受损所致疼痛的机制。然而近年来，没有器质性病变或组织损害的慢性疼痛病例也在不断增加，称之为“心源性疼痛”。此种疼痛在精神病人，尤其是癔症（歇斯底里症）患者中发病率最高，而在抑郁症中发病率较低。这些患者对疼痛的描述与那些由于躯体疾病所引起的表现相同。

精神病学与心理学的研究提示，学习、人格、文化、心理在疼痛和疼痛表现方面起着重要的作用。根据这些新知识，人们提出了一些假说，试图对无明显病理改变的慢性疼痛作出解释。现已公认，急性和慢性疼痛在病因学、发病机制、病理生理学、诊断和治疗方面存在着很大的差异。就慢性疼痛而言，疼痛本身就是一种疾病。以往有关疼痛的研究集中于分析皮肤痛的外周和中枢的传导机制，而忽略了其他疼痛的作用。近年来人们开始用新的方法和手段，从神经生理、神经病理、神经内分泌、受体分子生物学、精神心理和行为学等方面对疼痛机制进行深入的研究，以期对疼痛做更全面、更合理的解释，从而推动了疼痛治疗学的发展，这无疑已造福于人类。

二、偏头痛类型及临床表现

偏头痛发作时症状是多样性的，前次发作和后一次发作的形式往往不一致，可能出现或多或少的变化。因此，有人主张以每次发作形式作出分型，这样便于使病情与分型相结合。

(一) 有先兆的偏头痛（典型偏头痛）

1. 有典型先兆的偏头痛 典型先兆性偏头痛占偏头痛的 5%~10%，以青年及成年期较多，儿童期较少。女性发生率较高，占典型偏头痛的 2/3 或 3/4。典型先兆性偏头痛主要特点是有明确的视觉性前驱症状，所以又称眼型偏头痛。此病的主要症状为：

①眼前出现闪光幻觉，光斑有的形成一定形状，有的无特定形状。出现

的彩色性闪光、波浪线、斑点或星星等幻觉，常在视野的中心部位，有时扩散到整个视野。多数患者系双侧发作。

②视野改变、视力丧失通常由两颞侧开始并缓慢进展，部分累及两鼻侧视野而呈全盲，也有患者由中心暗点逐渐扩展达整个视野。在黑朦的区域内常出现锯齿状闪光图案，称为闪耀的暗点。视野缺失常是短暂的，个别病例视野缺失可成为永久性的。在罕见的患者中可出现周边视野缺损，而保留“望远镜”型的中心视野。

③视觉感知障碍，视物变形、视物显小症、视物显大症、视物倾斜、视物倒置，复视或多视症，对物体运动、距离、颜色及形状认知障碍或错乱。视觉前驱症状常出现在头痛发作的前几分钟，历时几分钟或几十分钟，当其消退后头痛便根据不同血管的受累部位开始发作。如颈动脉受累时，其疼痛位于颞部或眼上部；椎-基底动脉受累时，其疼痛多位于枕中部；椎动脉受累时，其疼痛位于一侧乳突或颈部。但大多数仍是在前头部、颞部或眼眶周围区域，而且50%以上的患者为偏侧性疼痛。也有的为两侧痛或两侧交替痛，两侧疼痛亦可有不同表现。

④疼痛的性质是以跳动或同步搏动为特征，个别为压迫性痛或刺痛、胀痛、钻痛。疼痛开始后逐渐加重，剧痛者令人难以忍受，痛苦异常，伴烦躁不安。疼痛高峰常在1~2h出现，并持续数小时或十几小时。

⑤头痛发作时常伴有各种各样的自主神经功能紊乱症状，如恶心、呕吐、腹泻、大汗、心动过速、面色苍白或发红，颞动脉有触痛、压痛、扩张和搏动明显。压迫颈动脉或颞动脉时，动脉和静脉扩张减轻，头痛也相应减轻。这也是血管性头痛的明显特点。

2. 家族性偏瘫性偏头痛 是以偏瘫为主要伴随体征的一类偏头痛。患者既往有反复发作的其他类型偏头痛史，偏瘫症状可在偏头痛发作的某次或某几次发作中伴随存在，在儿童期较多见。作为前驱期的一个症状，偏瘫多在头痛30min前开始，也可于头痛期发生。在每次发作中，偏瘫可为同一侧，也可为不同侧，偏瘫持续几小时、几天甚至几周。偏瘫多数发生在头痛的对侧，表现为中枢性面瘫、单瘫、偏瘫、腱反射异常和出现病理反射。患者除有肢体运动无力外，50%以上伴有发音困难和失语，约1/3的患者伴有感觉障碍，儿童可伴发惊厥。关于偏头痛伴随偏瘫的原因目前尚不很清楚，有人

认为系脑血流量减少所致，而有人则提出系脑水肿引起，但都缺乏令人信服的证据。

3. 基底动脉性偏头痛 是突然发作的一种短暂性视觉障碍，伴有眩晕、步态不稳性共济失调、发音困难、肢体感觉异常和伴随呕吐的枕部搏动性头痛，多见于青年女性的月经期。基底动脉性偏头痛的诊断依据是：①有明显发作性头痛或偏头痛家族史；②基底动脉供血范围内的反复性一过性神经功能障碍；③头痛以枕部为主，也可位于双额、双颞侧，一侧头痛较少见，通常全部为搏动性头痛。

4. 有偏头痛先兆 指具有各种偏头痛先兆者。它可以是偏头痛发作的唯一形式，也可以在偏头痛发作过程中，某次或数次表现为此型发作。本型的共同特点是阵发性反复出现，用治疗头痛的方法可终止发作。其主要表现有以胃肠道症状为突出表现的发作，如周期性呕吐，良性发作性眩晕等。常表现有视觉先兆的发作，神经、精神症状，发作性心绞痛、心悸、胸痛等。此类型表现多见于儿童，在男孩中约占 60%。

（二）没有先兆的偏头痛

没有先兆的偏头痛又称普通型偏头痛，是偏头痛最常见的一种。其先兆期多不明显。在头痛发作前数小时或数天可有一些非特异性前驱症状，包括精神障碍、胃肠道症状及躯体平衡改变等。头痛可表现为单侧或双侧的额、颞部的发作性、搏动样疼痛。它有着典型偏头痛的呕吐、头痛等许多症状。另外它还具有一些特点：①在偏头痛中最常见；②与典型偏头痛区别是没有明确的前驱症状；③诱发因素相对明确，多在易引起血管扩张的时候发作，如身体疲劳，黎明前，月经来潮前，饮酒、洗澡、发热、空腹时，疼痛多为突然发作；④与典型先兆性偏头痛比较，其发作持续时间长、疼痛广泛但程度较轻。

（三）眼肌麻痹型偏头痛

眼肌麻痹型偏头痛是指周期性反复发作，伴有一根或多根眼球神经麻痹的头痛，疼痛呈非搏动性眶部或眶周围疼痛，并放射到偏侧面部，常伴有恶心、呕吐，症状持续数日。眼肌麻痹与头痛并存，或在头痛缓解后仍持续一段时间。此症状首先出现一侧性上睑下垂，在几个小时以内可呈现第Ⅲ对脑神经完全麻痹，有时出现瞳孔散大，偶可累及第Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ对脑神经。通常

头痛后眼肌麻痹可恢复，但多次发作之后眼外肌可持续瘫痪。

本病发作大多是少年儿童，在婴儿期亦有此报道。成人可在40~50岁出现第一次眼肌麻痹。基于本病累及动眼神经及三叉神经眼支，常提示病变的解剖部位可能在海绵窦，部分病人颈内动脉血管造影还显示海绵窦段狭窄，用去甲肾上腺素可缩短眼肌麻痹时间，推测可能有颈内动脉的扩张或血管壁的水肿。另外，从理论上推测，滋养血管的供血障碍也能引起脑神经的本身缺血并导致神经麻痹。

1960年Walsh及Doborty提出对本病的诊断标准，一直沿用至今：①多在儿童及青少年期起病；②有进行性加重的偏头痛；③眼肌麻痹通常发生在偏头痛侧；④除头痛及眼肌麻痹外，无其他全身症状；⑤颈动脉造影、CT扫描、手术或尸检，可排除其他原因引起的痛性眼肌麻痹。

（四）视网膜性偏头痛

指偏头痛发作与视网膜血管病合并存在。有些偏头痛患者有暂时或永久性视觉障碍，是由于视网膜动脉缺血所引起，即由视网膜中央动脉或某一支动脉发生血栓形成，或反复发作的视网膜缺血导致一侧或两侧视神经萎缩、视网膜玻璃体出血的一类头痛。

（五）精神错乱型偏头痛

本型是偏头痛的一个变异型，多在5~16岁发病，伴有急性偏头痛发作，临床表现为兴奋、激动、坐立不安、恐惧感、定向力障碍、记忆力障碍，并有逆行性遗忘、反应迟钝、意识障碍，偶呈木僵状态。此型偏头痛的发生机制，可能为血管收缩或其通透性增加，血脑屏障功能受到破坏所致。研究发现，在间脑、网状结构及边缘系统等部位，有明显的局限性水肿而致脑功能紊乱。

（六）经期偏头痛

本型偏头痛是与卵巢功能周期变化有关的一种特殊类型的偏头痛，属于妇女的常见病、多发病。女性头痛与月经周期有关者达60%以上，在17、18世纪称为“子宫性偏头痛”。临床上主要根据发作者所具有的偏头痛的特点，偏头痛发作的既往史、家族史和发作规律性与月经有无关系进行诊断。头痛常发生在月经前1周或月经期1周内，经期后的发作者较少（约占15%）。

本型头痛根据发作前有无先兆又分为典型先兆偏头痛和普通偏头痛，以