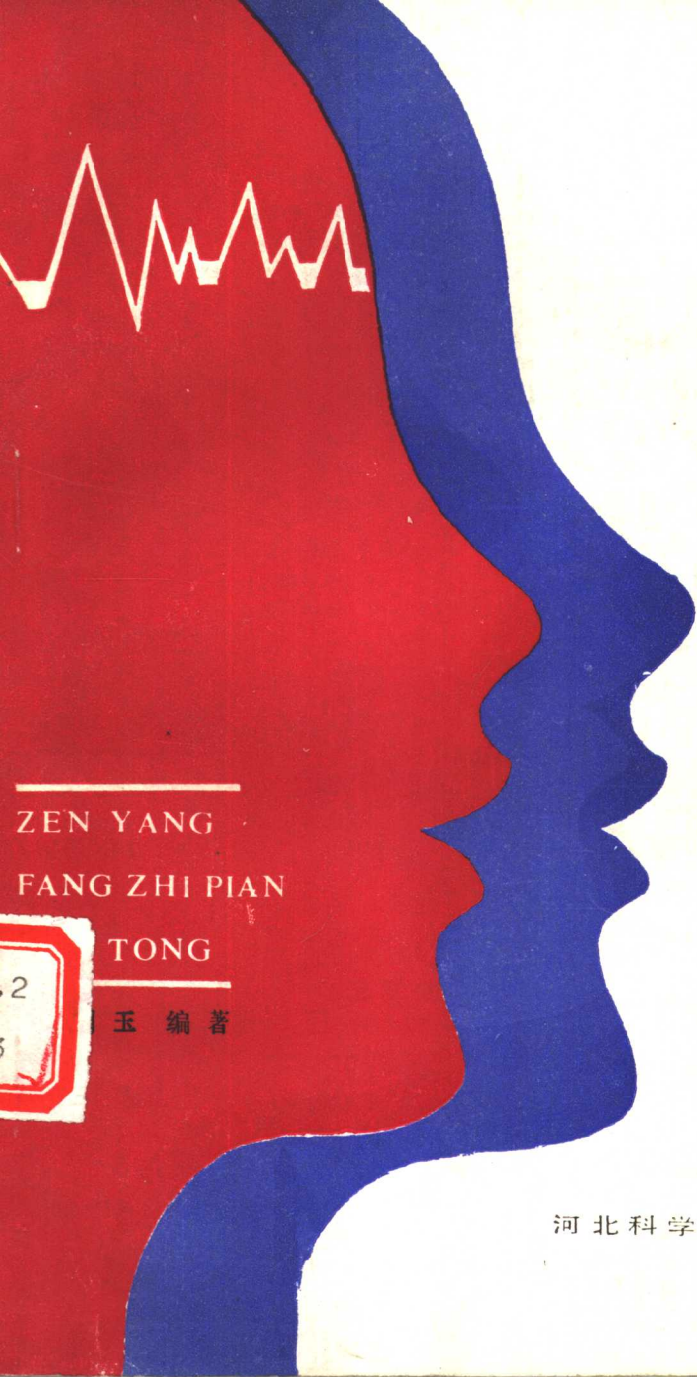


怎样防治偏头痛



ZEN YANG

FANG ZHI PIAN

TONG

玉 编 著

河北科学技术出版社

16003

怎样防治偏头痛

赵明玉 编著

河北科学技术出版社

怎样防治偏头痛

赵明玉 编著

河北科学技术出版社出版 (石家庄市北马路45号)

河北省文联印刷厂印刷 河北省新华书店发行

787×1092毫米 1/32 2.5印张47,000字 1988年12月第1版
1988年12月第1次印刷 印数: 1—13,800 定价: 0.85元

ISBN 7-5375-0134-3/R·24

序

偏头痛是神经科的主要疾病之一，由于其病程长，又常疼痛剧烈，发作不易控制，使患者极其痛苦，精神与工作深受影响，是医学上亟待解决的一项课题。但许多医务工作者对本病还缺乏全面了解，在临床治疗工作中常常感到困难。赵明玉医师有志于对本病进行研究，并撰写成内容丰富的图书，颇有意义。本书的出版对指导广大医务工作者防治偏头痛将有很大帮助。我们应该感谢作者为大家付出的辛勤劳动，同时也希望我们大家携起手来，共同努力，为进一步防治偏头痛疾病贡献出自己的力量。

丁铭臣 1987年2月

于北京第二医学院附属宣武医院

前 言

偏头痛是常见病多发病之一，男女老少均可患病。未曾罹患感冒者不少，但未体会到头痛者却不甚多，而头痛中偏头痛又属伯仲，美国因此病造成的经济损失每年高达5.12~9亿美元，我国情况亦不亚于欧美国家。随着工业生产的发展，城乡差别的缩小，生活节奏逐渐变快，预测本病发病率还会升高。

偏头痛虽是发作性疾病，但由于发作频繁，头痛又常剧烈，给病人带来很大痛苦，严重地影响了人们的工作和休息。十几年来，我们探讨了偏头痛的病因、机制和治疗，从中得到一些经验和体会，编写了这本既适合医务人员又适合广大群众阅读的小册子。

本书初稿写成，经湖南医学院王洪林教授、北京宣武医院丁铭臣教授、河北中医学院李清文讲师审阅，提出不少宝贵意见，在此一并表示感谢。由于笔者水平有限，错误在所难免，请广大读者批评指正。

编著者 1987年8月

目 录

现代医学与祖国医学对偏头痛的认识.....	(1)
颅脑部位与痛觉有关的组织解剖.....	(4)
头部痛觉组织.....	(9)
病因.....	(12)
发病机制.....	(15)
病理生理.....	(20)
生化改变.....	(22)
临床表现.....	(26)
并发症.....	(33)
诊断.....	(35)
鉴别诊断.....	(39)
预后.....	(42)
预防.....	(43)
治疗.....	(46)
附：典型病例.....	(69)

现代医学与祖国医学对偏头痛的认识

偏头痛无论在我国还是在西方国家均属古老疾病之一。在西方文献中，半侧头痛一词据说是古罗马著名医师格来恩首先创用，以后衍用起来的。1790年提绍特详细地描述了本病的症状；1873年利维宁又对偏头痛作了系统描述；1888年英国神经病学家高沃斯对偏头痛作了定义性描述。偏头痛是一种以发作性神经障碍为特征的疾患，其最恒定的表现之一就是头痛，头痛可能单独呈现，也有时伴有恶心，呕吐，并以某种感觉障碍特别是视觉障碍为先兆。这些症状常为一侧性的，正因为有此特征，所以这种头痛才被如此命名……。可见100多年前此病的三大特征已被描述出来。1939年郝特恩提出血管性头痛（组织胺头痛）的原因和治疗。

本世纪50年代美国神经病学家伏瑞曼恩提出该病诊断标准：反复发作的跳动性一侧头痛；发作中有恶心、呕吐和情绪易激惹；头痛发作前有视觉紊乱等先兆；有阳性家族史；发作时伴神经和血管运动功能紊乱；能被麦角胺缓解；有求全、固执等特殊的人格特征。这7条提的很好，但每一病人不一定7条都具备。至少具备几条，哪几条是必备的没有说明。

1962年美国学者提出头痛分类。将偏头痛型血管性头痛下定义如下：反复发作性头痛，其强度、频率和持续时间差异很大，发作起始为一侧性，常伴有厌食、恶心、呕吐；有的在发作前或发作时出现感觉、运动和情绪紊乱；常呈家族性。

1972年，偏头痛国际协会对以上定义又补充指出，所有上述特征并非必须表现于每个病人的每一次发作中。

1982年和1984年，我国对6城市和22省区的偏头痛作了流行病学调查，其结果在临床表现中述及。

祖国医学对偏头痛的认识，从经络学上看，手三阳经、足三阳经及督脉均循行于头部，且手三阳经和督脉均终于头部，足三阳经始于头部，故有头为诸阳之会，清阳之府之称。内伤和外感均可由于邪扰清窍而发生头痛。五脏六腑之精华，皆上注于头，人体脏腑与体表由十二经脉勾通相连，脏与脏、腑与腑、脏腑之间密切相关，所以六淫外侵，五脏内变都可导致头痛发生。

祖国医学对偏头痛早有记载。《内经素问·平人氣象论》有头痛记载：“寸口之脉中手短者，曰头痛”，但无治则。明朝名医张景岳对头痛治疗叙述较详细，《景岳全书》中记有：“凡诊头痛者，当先审久暂，次辨表里。盖暂痛者，必因邪气，久病者必兼元气以暂病容之则有表邪者，此风寒外袭于经也，治宜疏散，最忌清降；有里邪者，此三阳之火炽于内也，治宜清降，最忌疏散，此治邪之法也。其有久病者则或发或愈，或以表虚者微感则发，或以阳盛者微热则发……，所以暂病者，当重邪气，久病者当重元气，此固其大纲也”。

偏头痛多认为与少阳经有关，一般为肝阳头痛。肝虚痰火郁结或肝血不足，阴不敛阳，肝阳上亢，肝火引动心火，故而出现头痛、心烦、恶心、呕吐等症状。元朝名医朱震亨之《丹溪心法》有偏头痛记载：偏头痛指头风之痛，在一侧者又名偏头风。偏头痛其病变部位多在颞部或头角；或左或右；或左右移换，有连目痛或久痛损目者，有恶心、呕吐

者，兼症不一，多因肝虚痰火郁结所致。治宜祛风通络，舒肝豁痰，补肝养血，滋阴潜阳诸法。可用清空羔，都梁丸，天麻钩藤饮等。本病可分为5种类型：

一、风寒型：一侧或两侧，或左右交替发作，遇风寒即发或加重，平素畏寒喜暖，舌淡苔薄白，脉沉弦，或沉细。

二、风热型：遇热或日晒即发，夏季重于冬季，舌质红、苔黄，脉多弦数。

三、痰热型：头痛发作昏蒙沉重，常伴恶心、呕吐、口流痰涎，周身沉重无力，舌淡苔白腻，脉弦滑。

四、血瘀型：常因心情不畅诱发，痛时血管怒张，痛如锥刺，或呈跳动样，女性患者多在行经前发作或加剧，舌质暗紫，或有瘀斑，脉弦。

五、肝旺型：常因精神紧张、暴怒、肝郁化火诱发，口苦舌红，脉弦或脉数有力。

偏头痛发作常与情绪有关，祖国医学有记载，如人有五脏化五气，以生喜、怒、悲、忧、恐。情志波动，每易影响机体，导致脏腑经络发生病变，都可直接或间接影响头部发生头痛。

从以上祖国医学对偏头痛的认识中可以看出，祖国医学对偏头痛病因、症状、临床分型及治疗早有详尽描述。并注意到情绪在发病中的重要作用。治疗方剂很多，收效良好，临床经验告诉我们，很多偏头痛病人经中医辨证论治收到很好的效果，我们体会到伴有神经衰弱和植物神经紊乱的病人，中西药并用比单用西药治疗效果显著得多。

颅脑部位与痛觉有关的组织解剖

一、神经：第5、7、9、10对颅神经、颈神经、头皮感觉神经与痛觉关系最大，现分述如下：

（一）颅神经：

1. 三叉神经：是运动和感觉的混合神经，管理头面部包括眼眶、鼻腔、口腔的感觉及咀嚼肌的运动。它在头面的分布见图1。三叉神经从桥脑中部的腹外侧面走出，运动根较小，感觉根较大。

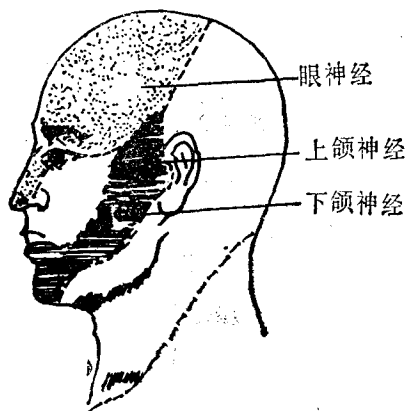


图1 三叉神经在头面部的分部

三叉神经根感觉纤维由半月神经节发出。半月神经节位于颞骨岩部尖端的三叉神经节压迹上，其上覆盖着硬脑膜，内面邻颈内动脉和海绵窦的后部，下面紧靠运动根和岩浅大神经。半月神经节约离颅外侧面4.5~5.0厘米，相当于耳屏前1厘米

上方处。三叉神经的感觉纤维中枢突聚成三叉神经感觉根，在岩上窦上方和小脑幕的下方向后内进入桥脑，终止于脑干的三叉神经感觉主核和三叉神经脊髓束核。三叉神经感觉纤维的周围突分成3支，即眼支、上颌支和下颌支。

(1) 眼支: 从半月神经节前内部发出, 约长2.5厘米, 贴于海绵窦的外侧壁向前穿行, 位于动眼神经和滑车神经的下方, 在接近穿过眶上裂时分成泪腺神经、额神经和鼻睫神经, 分别支配其相应的器官或结构。眼神经还有交通支到达动眼、滑车和外展神经并发出返回支分布到小脑幕。

(2) 上颌支: 起自半月神经节中部, 沿海绵窦的外侧壁水平向前经圆孔抵达鼻腭窝的上部, 于腭骨眶突后面和上颌骨上端后部斜向外, 经眶下裂入眶, 再行于眶下沟, 眶下管中, 出眶下孔到达面部分布到鼻外侧、上唇、下脸部、颊部皮肤和粘膜, 并同面神经的分支吻合。上颌神经在颅内的分支称脑膜神经, 是由上颌神经的近半月节处分出, 随硬脑膜中动脉前分支到颅中窝的硬脑膜。

(3) 下颌支: 下颌支离神经节后进入卵圆孔, 在此处离面部皮肤约4厘米(下颌颈稍前方), 下颌支的内侧面发出棘孔神经和到翼内肌的神经。棘孔神经伴随硬脑膜中动脉经棘孔入颅腔, 在颅内分前后两支, 伴同硬脑膜中动脉主干支配脑膜。其中后支还发出小支到乳突小房, 前支则同上颌神经的脑膜支相交通。下颌支是三叉神经最大的一支, 分布到下颌、牙齿和牙龈、颞部、耳前部的粘膜及咀嚼肌。

2. 面神经: 面神经属混合神经, 由感觉运动和内脏纤维组成, 感觉根又称中间神经, 其细胞体位于膝神经节内, 中枢突止于孤束核, 周围突达舌前2/3, 软腭(味觉)和外耳皮肤, 为躯体传入神经。

也有人认为面部的深感觉(即深部的压痛觉, 深部触觉定位及位置觉), 是由面神经的某些纤维传导的, 另外面神经的分支岩浅大神经与硬脑膜中动脉有联系。

面神经的运动纤维起始于桥脑被盖部的面神经核，支配面部表情肌、颈阔肌、镫骨肌、二腹肌后腹和茎突舌骨肌。

面神经的副交感节前纤维来自上涎核，其节后纤维分布于泪腺、颌下腺、舌下腺及鼻腭粘膜腺。

3. 舌咽神经：舌咽神经是混合神经，含有感觉、运动、副交感纤维。感觉纤维的细胞体位于上神经节和岩神经节内，其中枢突在脑干的孤束核，周围突到舌后部、咽部、扁桃体、咽鼓管、鼓室等处的粘膜和颈动脉窦、颈动脉球的感受器及管理舌后1/3的味觉。运动纤维起始于脑干内的疑核，支配茎突咽肌。副交感节前纤维起始于涎核，在耳神经节交换神经元后到达腮腺，控制腮腺的分泌。

舌咽神经从延髓上部的橄榄与绳状体之间走出脑干，在迷走神经和副神经的前方，穿出颈静脉孔离开颅腔，向前行于颈内静脉和颈内动脉之间，在茎突深处，茎突咽肌的后面下行，发出分支到该肌，并穿过咽上缩肌的下部到达扁桃体、咽和舌后的粘膜。

4. 迷走神经：迷走神经也是混合神经，含有感觉、运动、副交感纤维。感觉纤维的细胞体位于颈静脉孔内的颈静脉神经节和颈静脉孔下部的结状神经节内，中枢突在脑干的孤束核和三叉神经脊髓束核，周围突分布到颈部、胸腹腔脏器、外耳道的皮肤、脑膜等处。运动纤维起始于脑干的疑核，支配软腭、咽喉部的肌肉。副交感节前纤维由迷走神经背核发出，支配颈部、胸腹部内脏平滑肌、心肌和腺体的活动。

迷走神经的根在舌咽神经根的下方走出脑干，在颈静脉孔处，走在由硬脑膜及蛛网膜形成的鞘内，在颈静脉孔中迷

走神经有膨大的颈神经节和节状神经节，出颅后垂直向下行于颈内静脉和颈内、颈总动脉之间，向下直达胸腔、腹腔，支配颈部、胸腔、腹腔脏器的感觉和运动。

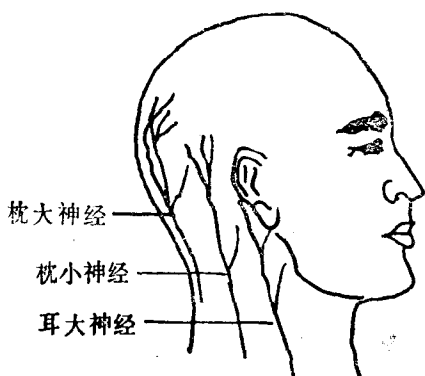


图2 枕大、枕小、耳大神经

(二) 颈神经:

第1、2、3对颈神经，在颅内分布于后颅窝前面的硬脑膜，在颅外分布于头后部，在这里形成枕大神经、枕小神经、及耳大神经，见图2。

1. 枕大神经:

主要由颈2的后支构成，其次是颈3的一部分。

它沿夹肌浅面、斜方肌深面斜向后上方行走，在斜方肌起点近上项线处穿出，分布于人字缝附近的顶枕部皮肤。

枕大神经在临床上较重要，枕大神经痛是一种常见的疾病。

2. 枕小神经: 主要由颈2分出，其次则由颈3前支构成。沿胸锁乳突肌后缘向后上方行走，分布于枕部和耳廓背面上1/3处的皮肤。

3. 耳大神经: 由颈2和颈3部分组成，沿胸锁乳突肌表面向后上方行走，分布于耳廓及周围皮肤。

(三) 头皮感觉神经: 额肌、枕肌、耳部周围肌是面神经分布区域。额部皮肤主要由三叉神经第1支——眼神经的眶上神经分布。颞部皮肤主要由三叉神经第3支——下颌神

经的耳颞神经分布。耳廓后面皮肤由颈丛分支耳大神经分布。枕部皮肤由颈2神经的后支枕大神经和颈丛的分支枕小神经分布。枕大神经投影在枕外凸隆下2厘米，距中线2~4厘米处，穿出斜方肌腱，分布于枕部大部皮肤。

二、硬脑膜：硬脑膜是由厚而坚、弹性小的两层胶元组织构成，两层胶元组织中间有硬脑膜窦。如上矢状窦、下矢状窦、直窦、横窦等。硬脑膜向里形成脑的皱裂间隔，如大脑镰、小脑幕、小脑镰、鞍隔等。

硬脑膜的血液供应主要来自脑膜中动脉的分支——脑膜前动脉、脑膜后动脉。其次是枕动脉的脑膜支、咽升动脉的脑膜支、椎动脉的脑膜支。

硬脑膜的神经一般随动脉平行走，所以头痛与脑血管有密切关系。硬脑膜的感觉神经有三叉神经各分支、迷走神经、舌咽神经的分支及第1、2、3对颈神经。此外，硬脑膜还有交感神经的节后纤维，属血管运动纤维，当受刺激时易引起脑膜血管收缩，最终导致舒缩功能障碍而发生头痛。

三、脑膜中动脉：脑膜中动脉发自上颌动脉，走行于下



图3 脑膜中动脉走行

颌韧带与翼外肌之间被耳颞神经包绕，穿过棘孔入颅腔，沿颞鳞内面前进分成前后两大支。前支：向前外经蝶骨大翼至顶骨前下角的动脉沟内，分成数支，有的分支达颅顶和枕部。后支：沿颞鳞后走行，

在顶骨后下角的前方，至顶骨和枕骨范围内分布于颅骨后部的硬脑膜上。自前支或后支发出，或前、后支各发出一支动脉，称顶孔支，此动脉向后行至顶骨内面。此外，脑膜中动脉在颅腔内发出许多小分支到三叉神经半月神经节和三叉神经根、面神经和鼓室、颞窝、泪腺等，见图3。

头痛觉组织

发源于颅内的头痛，基本上为静脉窦的牵引移位，动脉的牵引、膨胀、扩张、炎症刺激、或几种因素同时存在。但颅内组织并不都对痛觉敏感，如脑实质和大脑凸面的软脑膜就不敏感。

一、颅内痛觉敏感组织：脑底动脉环的大血管和它的主要分支（大脑前、中、后动脉）及其上的软脑膜，见图4。

脑膜中动脉、大静脉窦、硬脑膜（前后颅底），见图

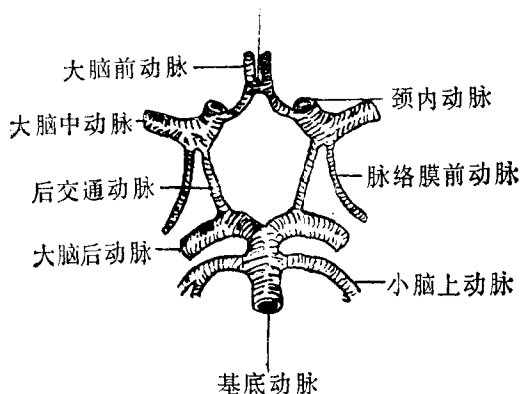


图4 颅底动脉环和它的主要分支

5。

颅神经有第5、7、9、10对颅神经和第1、2、3对颈神经，见图6、图2。

二、颅外痛觉组织：颅外痛觉组织包括皮肤、肌肉、韧带、动脉、帽状腱膜及骨膜都具有或多或少的痛觉敏感性，尤

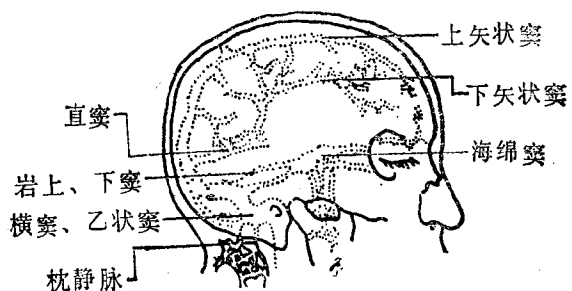


图5 颅内大静脉窦

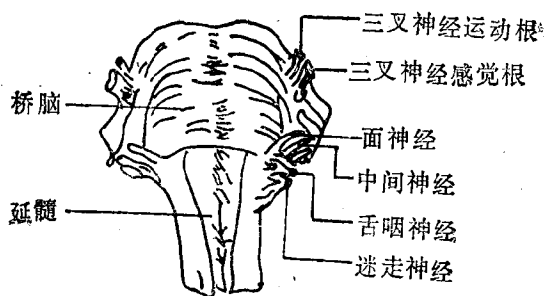


图6 第5、7、9、10对颅神经

以动脉最为敏感，见图7。

三、颅外痛觉的神经分布：头前部的痛觉是由三叉神经的眶上支及耳颞神经传入。后头部的痛觉由第1、2、3对颈神经的枕大神经、枕小神经（第1颈神经发育甚小）及耳大神经传入。面部、眼、鼻腔、副鼻窦、口腔的痛觉是由三叉神经的第1支（眼支）、第2支（上颌支）、第3支（下颌支）传入。软腭、扁桃体、咽部、舌后部、耳咽管、鼓室主要痛觉是由舌咽神经传入。外耳道及一部分耳廓痛觉主要为面神经及迷走神经传入。刺激颅外组织所产生的头痛多在刺激部位，但枕骨的韧带、肌肉、腱膜引起的头痛常在颈部。

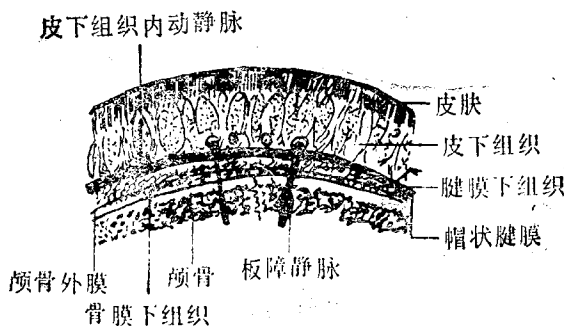


图7 颅外组织及痛觉结构

四、颅内痛觉的神经分布：小脑幕上的部分由第5对颅神经分支（棘神经、小脑幕神经、脑膜神经）传入痛觉，所产生的头痛多在两耳垂平面以前部分，即额、颞、顶区内。小脑幕下的组织由第9、10对颅神经传入，所产生的头