



医患对话

头痛





明明白白看病·医患对话丛书

41

医患对话

头痛

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室

组织编写

科学普及出版社

·北京·

图书在版编目(CIP)数据

医患对话·头痛/孙秀巧,王铭维编著. —北京:科学普及出版社, 2003.

(明明白白看病·医患对话丛书)

ISBN 7-110-05692-9

I. 医... II. ①孙... ②王... III. 头痛-防治-普及读物 IV. R4-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 008923 号

科学普及出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码 100081

电话:62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京三木印刷有限责任公司印刷

开本:787 毫米×1092 毫米 1/32 印张:1 字数:22 千字

2003 年 5 月第 1 版 2003 年 5 月第 1 次印刷

印数:1~5000 册 定价:3.00 元

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、
脱页者,本社发行部负责调换)

明明白白看病·医患对话丛书

编委会

顾主	问主	曹荣桂	迟宝兰	李士					
副主	任主	于宗河	赵淳						
主副	任主	陈春林	李恩	武广华					
主副	任主	于宗河	宋振义	刘建新	宋光耀				
委	任主	李慎廉							
		(按姓氏笔画排序)							
		于宗河	王正义	王西成	王国兴	王继法			
		马番宏	叶任高	孙建德	李玉光	李连荣			
		李金福	李恩	李继光	李道章	李慎廉			
		李镜波	朱耀明	刘玉成	刘世培	刘兵			
		刘学光	刘运祥	刘建新	刘冠贤	刘彬			
		许凤	江观玉	杜永成	苏汝好	杨秉辉			
		陈孝文	陈春林	陈海涛	宋光耀	宋博			
		宋宣	宋振义	欧石生	张阳德	苗志敏			
		范国元	林金队	武广华	周玉皎	郑树森			
		姜恒丽	郎鸿志	赵升阳	赵建成	赵淳			
		贺孟泉	郭长水	殷光中	高东宸	高岩			
		寇志泰	康永军	黄卫东	黄光英	黄建辉			
		曹月敏	崔耀武	彭彦辉	傅梧	湛忠友			
		韩子刚	董先雨	管惟苓	管伟立	戴建平			
		孙秀巧	王铭维						
		李卫雨							

本册编著
特约编辑

策划 许英 林培
责任校对 凌红霞

责任编辑 高纺云
责任印制 王沛



头痛病是怎样得的



● 颅脑的结构和功能是怎样的

我们知道头在人体的最上面,我们的一切想法和行动都听从大脑的指挥。人的头颅是由很多块扁平骨构成的一个圆形骨腔,称为颅腔。颅腔由外向内分别覆盖着头皮、皮下组织、帽状筋膜、血管、神经及紧贴颅骨表面的骨膜,这些结构统称为软组织。颅腔内有脑膜、脑组织、血管及神经。脑膜由外向内分为硬脑膜(紧贴颅骨内面、质地较硬),蛛网膜及软脑膜(紧贴脑表面、质地柔软)。在蛛网膜与软脑膜之间有一个腔隙,称蛛网膜下腔,其间充满对大脑起保护作用的脑脊液。脑组织又分大脑、小脑和脑干,大小脑之间由小脑幕分开。脑干外形像一个细长的小葫芦;穿过小脑幕裂孔与大小脑相连,向下延续与脊髓相连,是传导信息的神经纤维和一些神经中枢集中之处,是脑组织中最重要的一部分,颅腔底部有数个大小、形态不同的骨孔,内有神经、血管通过,使全身



与大脑相连。

● 什么是头痛病

头痛一般是指头颅上半部,即眉毛以上至枕下部为止这一范围内的疼痛。但在临床上,头痛与面部疼痛往往同时存在,不易截然分开。头痛是临床最常见的症状之一,几乎每个人一生中都有不同程度的头痛体验。头痛的程度轻重不一,持续时间长短不同,疼痛的性质和发作的频度各异,因而对病人造成的危害性也各不相同。

头痛主要是因为痛觉敏感组织受刺激造成的。痛觉敏感组织包括颅内外血管、神经、硬脑膜、头皮、皮下组织、帽状腱膜、颅底部的骨膜、头面部和颈部肌肉,面部有丰富神经末梢的地方如鼻腔、副鼻窦黏膜、外耳、中耳、牙髓。刺激因素包括物理的、化学的和机械的。凡是能引起颅内外血管扩张、牵拉、扭曲;脑膜、神经受刺激;颅内压增高和降低的因素都可引起头痛。

● 常见病因

头痛是一种常见的症状,颅内的、颅外的、头部的、全身的、机能的、器质性的各种原因的病变都会引起头痛,常见原因有以下几点。

▲ 全身性疾病

△急性全身性感染:如流感、伤寒、普通感冒。

△慢性全身性疾病:如高血压、尿毒症等。

△中毒:煤气中毒、急性酒精中毒(俗称醉酒)等。

▲ 头部病变

△颅内的病变。

(1) 感染:如脑炎、脑膜炎、脑膜脑炎、脑脓肿等。

(2) 外伤:脑挫伤、硬膜外血肿、硬膜下血肿。



(3) 血管性疾病:急性脑血管意外(中风)、动脉瘤、动脉炎、偏头痛等。

(4) 神经痛:当颅神经和颈神经受压迫或受炎症影响时可引起这种疼痛,如三叉神经痛、枕神经痛。

(5) 占位性病变:颅内长了肿瘤或出血。

(6) 腰椎穿刺后、癫痫发作后的头痛。

△ 颅外病变。

(1) 头皮组织、肌肉、血管、颅骨骨膜的感染、外伤肿瘤、破坏或压迫等,如头皮长疖子、头皮破损等。

(2) 眼、耳、鼻、副鼻窦、牙齿、颈部等处的病变,如青光眼、副鼻窦炎、中耳炎、龋齿及上述部位的肿瘤、外伤等。





(3) 颈部疾病:颈椎病、颈部炎症、外伤以及由于情绪紧张、职业特殊姿势(如看书时间过长、文秘工作)等因素所造成的颈肌持续收缩等。

△机能性疾病和精神性疾病引起的头痛,主要是精神紧张或情绪激动引起的头痛,如神经官能症、癔病或抑郁症等引起的头痛。

● 头痛的性质、部位和程度

头痛的部位、性质、程度和疼痛持续时间对头痛的病因诊断非常关键。

▲ 头痛的性质

△胀痛。表现为持续性全头痛,病人常说自己的头好像要炸开一样的胀着痛,可同时有头昏、头沉重感。如高血压性头痛、神经性头痛、头部外伤后头痛。

△钝痛。通常是一种持续性的疼痛感觉,可以是胀痛、紧压痛等的综合性感觉,常见于慢性病所引起的头痛。

△触电样(电击样)痛。剧烈、短促、尖锐的疼痛,好像被电打了一下的那种感觉,持续数秒到数分钟不等,常频繁发作。多见于各种神经痛,如三叉神经痛、枕神经痛、舌咽神经痛。

△搏动性痛(跳痛)。是指一种与心跳和脉搏的节律一致的一跳一跳的头痛,可轻可重,最常见于血管性头痛、高血压病,其他还可见于喝酒、煤气中毒、中暑、发热等。

△紧箍性痛。常被病人形容为自己的头像被什么东西箍紧了一样,此症状常见于肌紧张性头痛。

△刀割样痛。是一种尖锐的、连续的、剧烈的疼痛,就像皮肤被刀子割那样的感觉,常见于蛛网膜下腔出血和各种急性脑膜炎。



△炸裂样头痛。头像要炸开一样,见于急性高颅压,如高血压脑病。

▲ 头痛部位与病因的关系

头痛的部位和头痛的原因关系密切,一般来说颅外病变引起的头痛常与病灶所在的部位一致,或在病灶附近,如枕大神经痛的疾病部位在枕后头皮,呈刺痛,电样痛,相当于枕骨下的“风池”穴位处,可向上放射,加压可使疼痛明显加剧。三叉神经为一根神经分成三根大的分支神经而得名,眼支在前额部,上颌支在面颊部,下颌支在下颌部。三叉神经痛多表现为下颌支疼痛,局限在一侧,副鼻窦病变引起的头痛在前额部。血管性头痛常见于两侧或单侧太阳穴处的跳痛或紧压痛,丛集样头痛在一侧眼窝、前额、上额部。青光眼引起的头痛多位于眼周围或眼眶部。肌紧张性头痛位于后枕部。

颅内病变引起的头痛则与病变部位不一定符合。颅内感染(脑炎、脑膜炎)多为全头痛,神经性头痛在头顶部多见。

一般而言,疼痛的症状反反复复发作数年甚至几十年基本不变的,多为良性血管性或神经性头痛。如果头痛性质随病情不断演变,程度逐渐加重,则预示病情在发展,常见于颅内器质性病变,如脑肿瘤、脑血管病、颅内感染等。

▲ 头痛的程度

一般分为三类。

△轻度头痛。头痛程度较轻,可以忍受,不伴恶心、呕吐,不影响日常生活,对一般的止痛剂有效。如眼源性、鼻源性、齿源性头痛。

△中度头痛。头痛较重,伴恶心、呕吐,可影响到日常生活,需用强效止痛剂才能制止头痛,如紧张性头痛、脑肿瘤早期,脑外伤后疼痛。



△重度头痛。头痛剧烈,伴恶心、呕吐,头痛的发作使病人难以忍受,严重影响正常的工作和生活。如蛛网膜下腔出血、高血压脑病、脑肿瘤晚期、脑膜炎、偏头痛、丛集性头痛、三叉神经痛。

● 常见头痛病的表现

▲ 偏头痛

多见于女性,常在青春期起病,有时可呈现周期性发作。头痛发作通常是在白天,也可于夜间在睡眠中醒后发生,头痛的部位有一半以上局限于头一侧,1/4左右的病人表现为全头痛。约一半的病人每次头痛部位都可有变化,但严重的头痛发作总是累及同一侧;另一半的病人头痛固定在一侧,少数表现为枕部和头顶部疼痛。

头痛发作逐渐加重,数分钟到1~2个小时头痛达高峰,持续数个小时至几天,头痛逐渐减弱到消失。轻度和中度头痛的性质是钝痛,当达到严重头痛时则变为搏动性或敲打性,有些人表现为刺痛,常呈钉样或针扎样,活动头部、咳嗽、打喷嚏等可使头痛加剧,卧床休息可使头痛减轻,短时睡眠可使头痛完全消失。常伴随恶心,有时怕光,病人主诉常见暗点、闪光。

偏头痛根据发作形式可分为:普通型偏头痛、典型偏头痛、特殊类型偏头痛(包括眼肌瘫痪型偏头痛、偏瘫型偏头痛、癫痫性偏头痛、基底动脉型偏头痛)。

△普通偏头痛。又叫没有先兆的偏头痛。是临床上常见的一种,占偏头痛的57%~85%。它与典型偏头痛的不同之处在于没有明显的先兆,而且发作持续时间要比典型偏头痛的发作持续时间长,可历时数小时至数日,但头痛的程度较轻,一般较少影响到日常生活和工作。头痛的部位、性质、伴随症



状与典型偏头痛差不多。但诱发发作的因素多,如疲劳、月经来潮、发热、精神紧张、烦躁、郁闷、吹冷风等可使血管扩张而诱发头痛。

△典型偏头痛。占偏头痛的10%,又叫有先兆的偏头痛。它最显著的特点就是头痛发作之前有先兆症状,最常见的是视幻觉症状,如畏光、闪光、黑矇、暗点等,还有视物变形、复视、视物倾斜等。另外还可有手足麻木、无力、言语困难、情绪烦躁等先兆。先兆持续数分钟到数十分钟后会自然消失,随之头痛开始。

头痛一般在头一侧的颞部(太阳穴外)眼眶或前额部出现搏动性跳痛、钻痛,也可以表现为钝痛和刺痛。可仅局限于额颞部,也可扩展为半个头或全头痛,在1小时左右达高峰,然后转为持续性疼痛,较剧烈,病人常伴有恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗,全身不适,不少病人在这时需要睡觉,而且往往在睡觉醒来时头痛症状已缓解或完全消失。

△偏瘫型偏头痛。此型临床少见。指偏头痛发作时伴有肢体活动障碍。瘫痪可在先兆头痛之前,也可与头痛同时发生。每次发作偏瘫可以转换,瘫痪无固定性。每次发作的偏瘫持续时间可由数小时至数日不等,随后可完全恢复。偏瘫表现有多种多样,可以为一侧嘴歪,一个肢体瘫痪或一侧上、下肢瘫痪,且常伴有感觉不灵和语言含糊不清。但检查脑CT或脑磁共振都没有异常发现。这点可与肿瘤、脑血栓、脑出血相区别。

△眼肌麻痹型偏头痛。此型临床少见,指头痛发作同时出现眼肌功能障碍,如一侧上眼皮下垂,眼球不能转动,出现复视,有时两眼瞳孔不一样大。眼肌麻痹通常是可治的,眼肌功能可完全恢复。但应该注意伴眼肌麻痹的偏头痛多为器质



性病变引起,如颅底动脉瘤、海绵窦内肿瘤、颈内动脉炎等。如为此型偏头痛,应进行颅脑CT、磁共振及磁共振血管成像检查。

△基底动脉型偏头痛。这种偏头痛也属于有先兆的偏头痛。但这种偏头痛的先兆不是视幻觉,而是发作性短暂的眩晕(天旋地转感),站立不稳、眼前发黑、发音困难,伴有恶心、呕吐等症状,持续10~30分钟后逐渐消失,随后头部、后枕部出现搏动性跳痛、钝痛,可持续数小时,直至病人入睡为止,睡醒后头痛常已缓解或消失。

▲ 丛集性头痛

是指在一段时间内头痛连续发作,每日可有多次发作性头痛,可连续发作数天、数周或数月不等。丛集性头痛与偏头痛的不同之处是,丛集性头痛中年起病,男性多见,男性比女性多3.6倍,常在夜间睡眠中或午间休息时出现头痛,持续30分钟至2小时。疼痛多固定在一侧眼部、颞部,并向周围扩散。每次发作绝大多数在同一侧,只极少数变化到另一侧或双侧都痛。头痛剧烈难忍,呈刀割样、撕裂样、针刺样或烧灼样,使人难以忍受。病人常像发疯一样地来回走动、哭泣、叫喊,甚至以头撞墙。头痛同时出现头痛侧眼睛流泪、眼球发红、鼻子不通气、流鼻涕等。有些病人出现头痛侧眼睛变小,瞳孔(黑眼珠)缩小,出汗减少,这叫Hoenor征。

8

以上发作多连续出现2~8周,甚至更长时间,半数病人每天发作1次,也可达8~10次/日,发作时间基本固定,每天同一时间发作。这种发作常与某种食物有关,如牛奶、奶酪制品、咖啡、浓茶、巧克力、蛋类等。因此,这类病人平时应注意找出诱发头痛的食品,尽量避免吃这些食品。



▲ 紧张性头痛

是头痛中常见的一种类型,是由头部与颈部肌肉持久收缩引起的。紧张性头痛病人时常诉两额部与后枕、颈项部疼痛,是一种持续性钝痛。病人也常描述头部有紧箍感。一般病人在晨起醒来时或起床后不久就感到头部不适,头痛强度可以逐渐加重或整天维持不变。与血管性头痛的间歇发作相对照,紧张性头痛的持续性是很突出的,病人时常声称他的头痛许多年来从未缓解过。

▲ 颅脑外伤性头痛

颅脑外伤是一种常见的外伤。高处坠下、硬物碰撞(如头部碰到墙,或用硬的物体击打头部)、失足跌倒、交通事故、房屋倒塌等均可造成颅脑损伤。颅脑损伤引起头痛的病因复杂,涉及到器质性因素和社会心理因素。器质性因素有头颈部软组织损伤、颅骨骨折、颅内血肿、颅内压力的增高与降低、颈枕部损伤导致该部肌肉持续收缩等。心理因素包括外伤时的刺激和事后产生的气愤、恐惧等不良情绪,久而久之形成心理状态的紊乱和不平衡,致使出现头痛、失眠等症状。此类病人在受伤时多数都清醒或仅有短暂的意识丧失,但头痛的程度与伤势不成正比,说明其发病机制是精神心理因素的作用。

临床上分急性脑外伤性头痛和慢性脑外伤性头痛。急性脑外伤后头痛包括脑震荡和脑挫伤。前者指外伤后到脑机能紊乱,可有一过性昏迷、意识模糊、记忆力下降,但神经系统检查、头部CT及脑脊液检查均无异常发现。这种头痛可局限受伤部位或全头痛,性质呈胀痛、钝痛或胀闷感。头部活动或体位改变、吵闹、情绪不佳时可使头痛加重,一般1~2周内头痛逐渐减轻或消失。



脑挫伤指头外伤后除大脑功能发生改变外,还有脑组织水肿、出血、撕裂,多数伴有外伤后蛛网膜下腔出血。头部CT检查可见颅内血肿、颅骨骨折等征象。病人在受伤后出现较长时间的昏迷,持续时间可达数小时、数天、数周甚至数月不等,甚至在恢复后出现剧烈头痛、恶心、呕吐,可同时出现偏瘫、失语、抽搐发作。

慢性脑外伤后头痛是指脑外伤后再次出现头痛或脑外伤后头痛一度减轻又逐渐加重。多由于脑外伤后形成的硬膜下血肿所致,发生率一般为0.5%~1%,以男性多见。头痛的程度轻重不一,可有一定的波动性,但多逐渐加重,头痛位于额颞部或全头部。头痛剧烈时伴恶心、呕吐,并常有头昏、失眠、健忘、注意力不集中、情绪不稳定等神经官能症表现。血肿较大的病人,可压迫脑实质出现肢体瘫痪、感觉障碍、失语等并发症,严重者再次出现抽搐、昏迷。表现为昏迷——清醒——再昏迷的“三部曲”病程经过。有一些病人,特别是老年人,脑外伤后症状轻微,很久后发生硬膜下血肿,应予注意,头部CT可见颅骨内板下新月状低密度影。

▲ 头痛性癫痫

为癫痫的一种特殊类型。老百姓将癫痫叫做“羊癫疯”,是指发作时突然倒地、四肢抽搐、口吐白沫、眼睛上吊、昏迷不醒。而头痛型癫痫发作时突然出现剧烈的头痛,呈周期性反复发作,头痛的形式固定,一般在前额部、颞部、枕部,性质多为跳痛、胀痛、刺痛或烧灼痛。头痛持续10分钟至半小时,极少数在1小时以上。多在5~25岁发病,经常是说痛就痛,头痛病发作时双手抱头、脸色发白、头上冒冷汗,但10多分钟后头痛消失,病人可入睡或继续玩耍。查脑电图可有癫痫波。



诊断头痛病需要做哪些检查



● 必要的体格检查

一个头痛病人到医院后,医生会详细询问病史,包括头痛的时间、疼痛的部位、性质(怎么个痛法如搏动性、胀痛、跳痛等)、持续时间,伴随的其他症状,如发热、流脓鼻涕、咳嗽、流眼泪、眼睛痛、肢体的活动情况等,并根据病人提供的情况进行一些体格检查和仪器检测。所以,到医院之前要了解自己的病情,给医生正确资料,这样就可以节约时间和避免做一些不必要的检查。

▲ 常规检测项目

△测量血压。正常安静状态下血压为90~139/60~89毫米汞柱,收缩压(高压)超过140毫米汞柱,舒张压(低压)超过90毫米汞柱即可谓高血压。血压过高或血压突然升高可引起



头痛。凡血压低于90/60~50 毫米汞柱称低血压。低血压引起脑供血不足也可致头痛头晕。血压变化可受多种因素影响,所以在量血压前不要情绪激动、紧张,半小时内禁烟,在安静环境下休息5~10 分钟再测,以免血压不准。

△脉搏。正常成人脉搏规则,频率为60~100次/分,平时多在70~80 次/分。如心率超过100次/分称心动过速,低于60次/分为心动过缓。心率过快、过慢、心律失常(心跳不规则、早搏、房颤)都可引起脑供血不足致头痛。

△体温。正常腋下温度为36~37℃,超过正常为发热。体温升高可引起脑血管扩张,脑血流量增多而引发头痛。

△医生会给病人检查眼睛、鼻子、咽、喉、耳、副鼻窦,可发现由头部器官病变引起的头痛。有时会用手指轻压眼球,用手电筒的光照射瞳孔,观察有无青光眼。

△12对颅神经检测。12对颅神经为支配面部感觉和运动的神经,可通过皱额、眼球转动、闭眼、呲牙、伸舌头检查这些神经的功能。这些检查要求病人做很好的配合,这种检查可大致确定脑内病变部位。

△用眼底镜看眼底。医生会和你面对面用特殊的仪器(叫眼底镜)来看眼底的改变,如发现眼底出血、视乳头水肿,提示头痛与颅高压有关。

通过问病史和查肢体肌力、颈部的软硬度,看头痛是否与中风有关。

● 基本的辅助检查

一般的体格检查通常只能为医生提供一些头痛定位诊断方面的信息。定性诊断需要做一些辅助检查,尤其是对一些机能性头痛的诊断,医生往往是比较慎重的。通常要做一些检查,用以排除器质性病变引起的头痛,以免发生由误诊



误治导致延误病情的后果。检查方法如下。

▲ 实验室检查

△血、尿常规。血常规可以发现有无感染、贫血。成年男性血红蛋白120~160克/升,女性110~150克/升,低于正常值为贫血,严重贫血可引起头痛。白细胞数成人 $(4\sim 10)\times 10^9$ /升。

△血生化检测。电解质、血糖、血脂,适于中老年人,看有无糖尿病、脑动脉硬化引起的头痛。

△腰椎穿刺简称“腰穿”,是腰部蛛网膜下腔穿刺术的简称。医生用一个特殊的腰穿针从腰部椎骨之间的间隙中进针,一直插到脊椎椎管内蛛网膜下腔中,穿刺成功后脑脊液就会从针尾自动流出。正常脑脊液为无色透明,像水一样。正常脑脊液有一定压力,侧卧位时进行测定,成人为80~180厘米水柱或流出滴速40~60滴/分。压力低于80厘米水柱为低颅压,高于200厘米水柱为高颅压。高颅压和低颅压均可引起头痛。高颅压的头痛平卧时重,站立位时减轻;而低颅压的头痛则相反,平卧时无头痛或头痛减轻,站立位时明显加重。病人不敢直腰,喜欢低着头,严重时像个大虾一样。腰穿除了测压外,还要看颜色的变化及成分的改变。如果脑脊液从无色透明变为红色或血性,见于蛛网膜下腔出血、脑出血,黄色见于陈旧性蛛网膜下腔出血、脑出血或脑膜炎等。成分改变包括蛋白质、葡萄糖、氯化物、细胞数的变化,必要时还可进行病毒检查、免疫学检查。

▲ 神经影像学检查

包括颅骨X线片、CT、磁共振成像(MRI)、磁共振血管成像(MRA)、数字减影血管造影(DSA)。神经影像学检查除数字减影血管造影外多是无创检查,病人容易接受。它是看颅脑结构变化的,对头痛病人应该有选择地进行。