

 北京名医世纪传媒

神经内科常见疾病 诊断与治疗

主 编/曾昭龙 陈文明

SHENJING NEIKE CHANGJIAN JIBING
ZHENDUAN YU ZHILIAO

中原出版传媒集团
中原传媒股份公司

 河南科学技术出版社

神经内科常见疾病诊断与治疗

SHENJING NEIKE CHANGJIAN JIBING ZHENDUAN YU ZHILIAO

主 编	曾昭龙	陈文明		
副主编	王展航	钟水生	胡湘蜀	胡运新
	廖华印	卢健军	李 波	
编著者	(以姓氏笔画为序)			
	王玉周	王展航	卢健军	叶锦龙
	包泽岩	匡祖颖	刘志红	闫 丽
	李 花	李 波	李志刚	杨 慧
	吴明秀	张 玮	张佩琪	陈文明
	陈炳光	欧阳梅	罗旌攀	金 洋
	胡全喜	胡运新	胡琼力	胡湘蜀
	钟 钧	钟水生	费凌霄	柴 英
	徐 炎	郭馨文	唐晓梅	董晓立
	曾昭龙	温友禄	温金峰	廖华印
	廖硕希	潘梦秋		

河南科学技术出版社
• 郑州 •

内容提要

本书由神经内科专家编写,作者参考国内外最新文献,结合自己丰富的临床实践和教学经验,较详细地介绍了神经内科常见疾病的诊断与治疗技术。全书共 13 章,包括头痛、眩晕及相关疾病、脑血管疾病、中枢神经感染性及脱髓性疾病、痴呆、运动障碍、遗传变性、癫痫、脊髓疾病、周围神经病、神经肌肉疾病、神经症性障碍等。每种疾病概述其病因病理,详述诊断、治疗和临床体会。本书内容丰富,阐述简明,实用性强,适合神经内科医生和基层医务人员阅读参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

神经内科常见疾病诊断与治疗/曾昭龙, 陈文明主编. — 郑州: 河南科学技术出版社, 2018. 4

ISBN 978-7-5349-9141-7

I. ①神… II. ①曾… ②陈… III. ①神经系统疾病—常见病—诊疗 IV. ①R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 038522 号

出版发行: 河南科学技术出版社

北京名医世纪文化传媒有限公司

地址: 北京市丰台区丰台北路 18 号院 3 号楼 511 室 邮编: 100073

电话: 010-53556511 010-53556508

策划编辑: 杨磊石

文字编辑: 陈 鹏

责任审读: 杜云祥 周晓洲

责任校对: 龚利霞

封面设计: 吴朝洪

版式设计: 王新红

责任印制: 陈震财

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 全国新华书店、医学书店、网店

幅面尺寸: 185 mm×260 mm

印张: 17.25 字数: 400 千字

版 次: 2018 年 4 月第 1 版

2018 年 4 月第 1 次印刷

定 价: 88.00 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与出版社联系并调换

序

随着神经影像、基因检测等技术的飞速发展,神经系统疾病的诊疗水平得到空前的提升。由于神经系统解剖的复杂性、致病因素和病情种类的多样性,以及人类社会环境的变迁、神经系统疾病谱系的变化,神经系统疾病的诊疗依然存在着相当大的难度。这就需要医师们时刻以患者为中心,在临床实践中努力学习、刻苦钻研、善于总结,不断提升自己的诊疗水平,最大限度地解除患者的痛苦。

广东三九脑科医院作为一家脑病专科医院,建院 24 年以来,所服务的病人来自全国乃至东南亚、非洲、东欧等地,其疾病的疑难复杂性给医师们提出了严峻的挑战,客观上也为医师们提供了宝贵的临床实践与积累机会。《神经内科常见疾病诊断与治疗》一书的编写,正是他(她)们长期临床工作的经验积累和总结。与别的神经专科著作有所不同之处在于,本书更加突出临床实用性,每一章节中“临床体会”部分是作者们根据自己的诊疗心得写出来的,确实难能可贵,值得读者们去借鉴。因此,本书定会给广大基层医师、年轻的神经病学专科医师带来很好的参考和指导作用。

“宝剑锋从磨砺出,梅花香自苦寒来”。医学作为一种集科学和人文为一体的非常特别的专业,需要长期的经验积累和总结,也需要不断地求真与创新。让我们将现代科学技术、人文关怀和长期的临床经验三者有机结合,更好地为广大患者服务。也真诚地希望广东三九脑科医院的同行们继续努力,再创辉煌!

南方医科大学专家组成员

2017 年 8 月 1 日于广州

田时雨

注:田时雨系中央首长保健医师,国家卫生部《中国医药卫生科技成果鉴定专家名录》库专家,资深教授,羊城十大名医,《神经病诊断学》主编,获得全军医学终身成就奖、享受国务院政府特殊津贴。)

前 言

20 世纪以来神经病学作为医学科学的一个重要分支得到了飞速的发展,神经内科也已经成为各级综合医院的重要学科之一,作为神经内科医师如何从当今这个科技与知识爆炸式增长的时代获取有用的医疗信息,使自己能够快速成长为一名合格的专科医师,需要自己不断地去学习、去实践、去总结。

我们将临床上常见的神经内科疾病编辑成册,编写时力求做到“简明扼要、突出重点”,强调临床的实用性。对临床诊断与治疗部分阐述得相对详细,对于概述、病因病机等内容力求简明,对临床有指导意义的内容以“临床体会”的形式单独列出。这其中既有我们自己的经验和体会,也借鉴了其他专家的临床经验,同时参考了相关的专家共识或指南。由于篇幅的限制,对于药物的作用机制及不良反应很少提及,临床使用时应加以注意。书中列出的有些疾病在基层医院可能很少见到,但在我们脑病专科医院会经常面对,对于这些疾病我们也将其收录于书中,以便读者能够更好地认识和查阅。本书主要面向从事临床一线工作的神经内科医师、全科医师和即将步入临床工作的医学生,对非神经专科医师也具有一定的参考价值。

我们在编写过程中,参考了许多相关专著及文献,借鉴了许多专家的知识 and 经验,书中没有一一列出,在此向相关的作者和专家致歉并表示衷心的感谢!虽然我们竭尽全力,但书中的内容仍存在某些不足和纰漏,欢迎大家给予批评指正。

编 者

2017 年 8 月于广州

目 录

第 1 章 头痛	(1)
第一节 偏头痛	(3)
第二节 紧张性头痛	(7)
第三节 丛集性头痛	(9)
第四节 药物过度使用性头痛	(11)
第五节 低颅压性头痛	(13)
第 2 章 眩晕	(15)
第一节 梅尼埃病	(18)
第二节 良性阵发性位置性眩晕	(22)
第三节 前庭神经炎	(27)
第四节 前庭性偏头痛	(28)
第五节 前庭阵发症	(30)
第六节 持续性姿势-知觉性头晕综合征	(31)
第七节 后循环动脉疾病导致的眩晕	(32)
第 3 章 脑血管疾病	(35)
第一节 短暂性脑缺血发作	(37)
第二节 脑梗死	(40)
第三节 脑出血	(48)
第四节 蛛网膜下腔出血	(52)
第五节 颅底静脉窦及脑静脉窦血栓形成	(57)
第六节 脑底异常血管网病	(61)
第七节 脑淀粉样血管病	(63)
第八节 皮质下动脉硬化性脑病	(65)
第九节 伴有皮质下梗死和白质脑病的常染色体显性遗传性脑动脉病	(68)
第十节 高血压脑病	(70)
第 4 章 中枢神经系统感染性疾病	(74)
第一节 单纯疱疹病毒性脑炎	(75)
第二节 病毒性脑膜炎	(78)
第三节 结核性脑膜炎	(80)
第四节 新型隐球菌性脑膜脑炎	(84)
第五节 化脓性脑膜脑炎	(87)
第六节 脑囊虫病	(89)

第七节 神经梅毒	(92)
第八节 抗 NMDA 受体脑炎	(94)
第 5 章 中枢神经脱髓鞘性疾病	(98)
第一节 多发性硬化	(99)
第二节 视神经脊髓炎	(107)
第三节 急性播散性脑脊髓炎	(114)
第四节 渗透性脱髓鞘综合征	(118)
第五节 脱髓鞘性假瘤	(120)
第 6 章 痴呆	(124)
第一节 阿尔茨海默病	(125)
第二节 额颞叶痴呆	(128)
第三节 路易体痴呆	(131)
第四节 血管性痴呆	(133)
第 7 章 运动障碍性疾病	(137)
第一节 帕金森病	(138)
第二节 肝豆状核变性	(146)
第三节 小舞蹈病	(150)
第四节 肌张力障碍	(151)
第五节 特发性震颤	(154)
第六节 抽动秽语综合征	(156)
第七节 迟发性运动障碍	(158)
第 8 章 遗传变性疾病	(160)
第一节 运动神经元病	(161)
第二节 多系统萎缩	(163)
第三节 脊髓小脑性共济失调	(167)
第四节 遗传性痉挛性截瘫	(168)
第五节 结节性硬化症	(170)
第 9 章 癫痫	(173)
第一节 癫痫的分类	(173)
第二节 癫痫的诊断	(175)
第三节 癫痫的药物治疗	(178)
第四节 癫痫持续状态及治疗原则	(183)
第五节 热性惊厥的诊断及治疗	(186)
第六节 常见癫痫综合征的诊断及治疗	(187)
第 10 章 脊髓疾病	(200)
第一节 急性脊髓炎	(202)
第二节 脊髓空洞症	(204)
第三节 脊髓压迫症	(206)
第四节 脊髓亚急性联合变性	(209)

第五节	脊髓血管病	(211)
第六节	脊髓蛛网膜炎	(213)
第 11 章	周围神经疾病	(216)
第一节	急性炎症性脱髓鞘性多发神经病	(217)
第二节	慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(220)
第三节	特发性面神经麻痹	(223)
第四节	面肌痉挛	(225)
第五节	三叉神经痛	(226)
第六节	带状疱疹后神经痛	(228)
第七节	舌咽神经痛	(230)
第八节	多发性周围神经病	(232)
第 12 章	神经肌肉接头和肌肉疾病	(234)
第一节	重症肌无力	(235)
第二节	周期性麻痹	(240)
第三节	多发性肌炎和皮肌炎	(241)
第四节	进行性肌营养不良	(244)
第五节	强直性肌营养不良	(246)
第六节	线粒体脑肌病	(248)
第 13 章	神经症性障碍	(253)
第一节	抑郁障碍	(254)
第二节	焦虑症	(257)
第三节	躯体形式障碍	(260)
第四节	强迫症	(263)
第五节	失眠	(266)

第 1 章

头 痛

头痛是指头颅上半部(眉弓、耳郭上部、枕外隆突连线以上)的疼痛,是内科疾病中一种最常见的症状。它既可以是单一疾病,也可以是躯体某些器质性疾病的信号或并发症。临床上通常将其分为原发性头痛和继发性头痛,本章主要讨论的是原发性头痛。

一、解剖学基础

头痛是由于头颅的疼痛感受器受到某些致病因素(物理的或化学的)刺激产生异常神经冲动,经痛觉传导通路到达大脑皮质进行分析产生痛觉(精神性头痛纯系患者的主观体验属例外),头颅的各种组织结构因含痛觉感受器多少和性质不同,有些组织对痛觉敏感,有的不敏感。

1. 颅外对疼痛敏感的结构

(1)颅外动脉:额动脉和眶上动脉、颞浅动脉、耳后动脉和枕动脉。这些动脉对扩张、牵拉、扭曲极为敏感,这是血管性头痛的主要原因。

(2)颅外肌肉:颞肌、项部深层的半棘肌、头最长肌、颞最长肌及枕下肌肉、项部中层的头夹肌和颈夹肌、浅部的斜方肌、肩胛提肌和菱形肌;这些肌肉的持续收缩和血流受阻引起代谢产物堆积并释放致痛物质而产生疼痛。

(3)颅外末梢神经:常见为滑车神经、眶上神经、耳颞神经、枕大神经、枕小神经和耳

大神经,若受到刺激,可产生深部放射痛。

(4)头颅骨膜:颅底骨膜对疼痛敏感。

2. 颅内对疼痛敏感的结构

(1)血管:主要是脑膜动脉、脑底动脉环、大部分静脉窦及皮质静脉。

(2)脑膜:颅前、后凹及脑膜中动脉周围硬膜有痛感,小脑幕上痛感明显。

(3)神经:主要为三叉神经、面神经、舌咽神经及迷走神经、颈1~3脊神经的分支。

二、病因和发病机制

【病因】引起头痛的病因很多,临床上通常分为原发性和继发性两类。前者不能归因于某一确切的病因,称之为原发性头痛,常见的有偏头痛、紧张性头痛等;后者病因可涉及各种颅内病变如脑血管疾病、颅内感染、颅脑外伤,全身性疾病如发热、内环境紊乱以及滥用精神活性药物等。

【发病机制】由于病因不同,其发病机制也不一样。

1. 血管病变:①血管被牵拉、伸展、挤压、移位;②动脉扩张;③静脉扩张;④血管炎症。

2. 脑膜受刺激。

3. 肌肉病变。

4. 神经病变。

5. 血管活性物质对组织的刺激。

6. 中枢神经系统的异常放电。

三、诊断思路

1. 病史采集

- (1) 头痛的发生速度。
- (2) 头痛的部位。
- (3) 头痛发生的时间和持续时间。
- (4) 头痛的程度。
- (5) 头痛的性质。
- (6) 头痛的伴随症状。
- (7) 头痛诱发、加重及缓解因素。
- (8) 头痛的周期性。
- (9) 头痛是首发症状还是在某个疾病过程中出现的。
- (10) 是否有高血压病，严重的心、肾、肝疾病，有无糖尿病、甲状腺功能亢进等内分泌疾病。

2. 体格检查 临床检查时，除了注意神经系统检查外，还必须同时注意一般体格检查。

3. 辅助检查

- (1) 影像学检查：头颅 CT 或 MR, DR 颈椎片。
- (2) 脑电图。
- (3) 脑血流图。
- (4) 心理评估。
- (5) 脑脊液检查。

4. 诊断要点 对于原发性头痛患者除心理评估可能出现异常外，其他检查一般无特殊诊断意义，进行辅助检查的目的是为了

排除其他疾病引起的头痛。

(1) 排除全身性疾病引起的头痛

- ① 心血管系统疾病：如高血压、高血压脑病。
- ② 急性感染性疾病：如细菌、病毒及寄生虫感染，尤其伴发热时常出现头痛。
- ③ 血液病：贫血、白血病等，尤其是白血病侵及脑膜或合并颅内出血时。
- ④ 内分泌及代谢性疾病。
- ⑤ 变态反应性疾病。
- ⑥ 外源性中毒。
- ⑦ 物理因素。

(2) 排除眼、耳、鼻、咽喉及口腔等引起的头痛

- ① 眼源性：如屈光不正、青光眼、斜视等。
- ② 耳源性：如急性及慢性化脓性中耳炎等。
- ③ 鼻源性：急慢性鼻炎、鼻窦炎、鼻中甲肥大或偏曲等。
- ④ 咽喉源性：急慢性喉炎、鼻咽癌转移。
- ⑤ 口腔、颌面部疾病：牙髓炎、颞颌关节疾病等。

(3) 排除颅内器质性病变引起的头痛

- ① 颅内感染。
- ② 颅内占位病变。
- ③ 颅脑外伤。
- ④ 脱髓鞘病变。

5. 头痛的诊断流程(图 1-1)

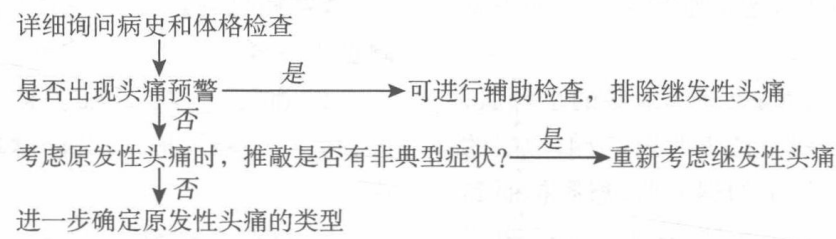


图 1-1 头痛诊断流程

(曾昭龙)

第一节 偏 头 痛

偏头痛是一种慢性发作性神经血管疾病,以发作性、偏侧、搏动样头痛为主要临床特征。严重的偏头痛被世界卫生组织定为最致残的慢性疾病之一,类同于痴呆、四肢瘫痪和严重精神疾病。最新流行病学调查显示:在我国18—65岁人口中,偏头痛的发病率为9.3%,男孩的发病率与女孩相同,都是6%,但随着年龄的增长,女性的偏头痛发病率会逐渐增高,男:女=1:3。

【病因和发病机制】

1. 病因 目前偏头痛的发病原因并不完全清楚,但从临床上观察,许多因素可促使其诱发。

(1)激素性:月经、排卵、口服避孕药、激素替代。

(2)食物性:乙醇、亚硝酸盐(腌制食品)、谷氨酸钠(味精等)、阿司帕坦、巧克力、奶酪、饮食不规律。

(3)心理性:精神紧张、焦虑、抑郁。

(4)环境性:强光、日晒、噪声、气味、天气变化、高海拔。

(5)睡眠相关性:缺少睡眠、过多睡眠。

(6)药物性:硝酸甘油、组胺、雌激素、雷尼替丁、利血平等。

(7)其他:头部外伤、强体力劳动、疲劳。

2. 发病机制

(1)血管学说:认为血管先收缩,如眼动脉收缩造成视觉先兆如偏盲、闪光等,继之血管剧烈扩张,血流瘀滞而头痛,2~4小时后恢复正常。

(2)神经学说:认为脑功能紊乱始于枕叶,以2~3mm/min的速度向前推进并蔓延及全头部,借此解释视觉先兆和头痛,称为扩散性皮质抑制现象。

(3)神经源性炎症反应学说:认为不明原因的刺激物刺激三叉神经,使三叉神经末端

释放化学特质如P物质,导致局部炎症反应和血管舒张,激发头痛。

(4)血管神经联合学说:认为各种不同刺激物可影响皮质、丘脑、下丘脑,然后刺激脑干。脑干的兴奋导致皮质功能改变,出现先兆症状,然后引起血管扩张,刺激三叉神经,使神经末端产生局部炎症反应;另一方面促使血小板释放5-羟色胺(5-HT),促使5-HT浓度下降,抗疼痛的作用减弱,导致头痛加重。

【诊断与鉴别诊断】

1. 临床表现 典型的偏头痛病人将经历下列四个阶段。

(1)前驱症状:在偏头痛发作前一天或数天患者会有一些异常现象,如畏光、怕声、情绪不稳定、困倦、水肿等。

(2)先兆症状:主要是视觉症状(如眼前闪光、冒金星、视野缺损等)、感觉症状(如针刺感、麻木感等)、语言功能障碍。持续时间约数分钟至1小时。有少许患者只有先兆而不头痛。

(3)头痛症状:剧烈头痛,头痛多位于一侧,呈搏动感,逐渐蔓延及全头部,伴恶心、呕吐、畏光、怕声,持续时间4~72小时。

(4)后遗症状:发作终止后,患者感到疲劳、无力、食欲差,1~2天后好转或消失。

2. 辅助检查 所有的检查对单纯的偏头痛患者无诊断价值,检查的目的是为了排除其他引起头痛的疾病,可根据患者的情况,选择进行头颅CT、MR及脑电图、脑脊液等检查。

3. 诊断要点 偏头痛的诊断主要根据患者的病史、临床表现(包括头痛的部位、性质、程度、持续时间、伴随症状、先兆表现和活动的影晌)、家族史、神经系统检查及相关检查结果进行综合判断,必须排除继发性头痛

和其他类型的原发性头痛。目前偏头痛的诊断主要根据国际头痛协会制订的《国际头痛疾患分类第3版(试用版),2013》的诊断标准进行分类和诊断。

(1)无先兆偏头痛(普通型偏头痛,单纯型偏头痛)

①至少有5次发作符合下述2~4项标准。

②头痛发作持续时间4~72小时(未经治疗或治疗无效者)。

③头痛至少具有下列特点中的两项:a. 局限于单侧;b. 搏动性;c. 程度为中度或重度;d. 日常体力活动(如走路或爬楼梯)会加重头痛或头痛时避免此类活动。

④头痛期至少具有下列中的一项:a. 恶心和(或)呕吐;b. 畏光和怕声。

⑤不能归因于其他疾病。

(2)有先兆偏头痛(典型偏头痛,复杂型偏头痛)

①至少符合无先兆头痛2~4项特征的2次发作。

②先兆至少有下列一种表现,没有运动无力症状:a. 完全可逆的视觉症状:包括阳性症状(如闪烁的光、点、线)及(或)阴性症状(如视觉丧失)。b. 完全可逆的感觉症状:包括阳性症状(如针刺感)及(或)阴性症状(如麻木感)。c. 完全可逆的语言功能障碍。

③至少满足下列的两项:a. 同向视觉症状及(或)单侧感觉症状;b. 至少一个先兆症状逐渐发展的过程 ≥ 5 分钟,和(或)不同先兆症状接连发生,过程 ≥ 5 分钟;c. 每个症状持续5~60分钟。

④在先兆症状同时或在先兆发生后60分钟内出现头痛,头痛符合无先兆偏头痛标准2~4项。

⑤不能归因于其他疾病。

(3)慢性偏头痛

①每个月头痛 ≥ 15 天,持续3个月以上。

②平均持续时间超过每次4小时(未治疗)。

③至少符合以下1项:a. 符合国际头痛协会(IHS)诊断的偏头痛病史;b. 典型偏头痛特征弱化或消失但发作频率增加超过3个月;c. 期间有符合IHS诊断标准的偏头痛发作。

④不符合新发每日头痛或持续偏侧头痛的诊断。

⑤除外其他原因引起的头痛。

(4)特殊类型的偏头痛

①偏瘫型偏头痛:多在儿童期发病,成年后停止;偏瘫可单独发生,也可伴有偏侧麻木、失语;偏头痛消退后可持续10分钟至数周不等。有家族型和散发型。

②基底型偏头痛:儿童和青春期女性发病较多,先兆症状为完全可逆的视觉症状(如闪光、暗点)、脑干症状(如眩晕、复视、眼球震颤、共济失调、黑矇),也可出现意识模糊和跌倒发作;先兆症状持续20~30分钟后出现枕部搏动性疼痛,常伴有恶心和呕吐。

③前庭性偏头痛:具有前庭性眩晕的症状和偏头痛的发作特点,反复出现发作性的眩晕、恶心呕吐,持续5分钟至72小时,可伴有畏光、畏声等类似于偏头痛的伴随症状,且对于抗偏头痛药物有良好反应。

④偏头痛持续状态:偏头痛发作时间持续72小时以上,但期间可有短于4小时的缓解期。

4. 鉴别诊断

(1)丛集性头痛:头痛部位多为一侧眼眶或球后、额颞部,头痛性质多为发作性、剧烈样疼痛,常伴有同侧结膜充血、流泪、流涕和霍纳(Horner)征,不伴恶心、呕吐。发作频率为隔日1次至每日8次,每次持续时间15分钟至3小时。男女比为9:1。

(2)紧张性头痛:头痛部位多在双侧颞部、枕部、额顶部和(或)全头部,可扩展至颈、肩、背部;头痛性质多呈紧缩性、压迫性;程度

为轻至中度,可呈发作性或持续性;多伴有焦虑、抑郁表现。

(3)症状性偏头痛:临床上也可表现为类似偏头痛性质的头痛,可伴有恶心、呕吐,但无典型的偏头痛发作过程。大部分病例可有局灶性神经功能缺失或刺激症状,头颅影像学检查可显示病灶。同时注意排除高血压。

【治疗】 由于偏头痛具有反复发作的特点,因此平时生活调理及保健非常重要:保持健康的生活方式;寻找并避免各种诱因(如饮酒、晒太阳等);充分利用非药物干预手段(按摩、理疗、生物反馈、认知行为治疗和针灸等);对于发作频繁或疼痛剧烈的患者需要进行药物干预,包括急性期治疗和预防治疗。

1. 急性期的治疗 急性发作期治疗的目的是迅速缓解疼痛、消除伴随症状及恢复病人的功能,常用的药物如下。

(1)非甾体消炎药:主要用于轻至中度头痛患者及对这类药物反应好的患者。

阿司匹林(ASA):500mg,口服,每日1~3次。

布洛芬:200~300mg,口服,每日1~2次。

萘普生:250~500mg,口服,每日1~3次。

对乙酰氨基酚:500mg,口服,每日1~2次。

复方阿司匹林片(ASA250mg+对乙酰氨基酚200~250mg+咖啡因50mg):1片,口服,每日1~3次。

(2)麦角胺制剂:主要用于单用镇痛药不能较好缓解头痛或有明显不良反应的中、重度偏头痛患者。

甲磺酸双氢麦角碱:1~2mg,口服,每日3次。

麦角胺:首剂2mg,口服,如未缓解,继以每半小时1mg给药;最大剂量:24小时6mg,每周10mg。

(3)曲坦类:为5-羟色胺(5-HT)受体激

动药,已有7种曲坦类药物用于临床,如舒马普坦、佐米普坦、依来曲普坦、利扎曲普坦、那拉曲普坦、氟伐曲坦(夫罗曲坦)、阿莫曲坦。目前我国市场有舒马普坦、佐米普坦、利扎曲普坦。对中、重度偏头痛有良好的疗效,耐受性良好。

舒马普坦:首剂50~100mg,间隔2小时以上可重复用药,最大剂量24小时300mg。

利扎曲普坦:首剂5~10mg,间隔2小时以上可重复用药,最大剂量24小时20~30mg,肝肾功能损害者用量减半。

佐米普坦:首剂2.5mg,间隔2小时以上可重复用药,最大剂量24小时15mg,肝肾功能损害者最大剂量2.5mg。

(4)阿片类镇痛药:用于频繁头痛发作、顽固性经期偏头痛、单纯镇痛药无法解除的头痛及对麦角胺和舒马普坦禁忌或不能耐受者,可单独使用或与镇痛药联用。

曲马多:首剂50~100mg,维持剂量:50~100mg,每日3~4次。

可待因:每次15~30mg,每日30~90mg,极量:0.25g。

(5)止吐药物:主要用于头痛时伴有频繁呕吐者。

甲氧氯普胺(胃复安):10mg,口服或肌肉注射,必要时可重复。

多潘立酮(吗丁啉):10mg,口服,每日3次,饭前半小时服。

2. 预防治疗 并不是所有的偏头痛患者都需要预防性治疗,当患者出现下列情况时需要考虑进行预防性治疗:①近3个月内平均每个月发作2次或头痛超过4天;②急性期治疗无效或有禁忌证无法治疗;③每周至少使用镇痛药物2次以上;④特殊类型的偏头痛;⑤患者的倾向;⑥月经性偏头痛。常用于预防性治疗的药物主要有以下几类。

(1)钙通道拮抗药

盐酸氟桂利嗪:每次5~10mg,睡前服。

盐酸洛美利嗪:每次5~10mg,口服,每

日 2 次。

(2) 抗癫痫药

丙戊酸钠片：每次 0.2~0.4g，口服，每日 2~3 次。

丙戊酸镁缓释片：每次 0.25~0.5g，口服，每日 2 次。

托吡酯(妥泰)：25mg，口服，每晚 1 次；7 天后 25mg，口服，每日 2 次；最大剂量每日 200mg。

加巴喷丁片：0.3~0.6g，口服，每日 2~3 次。

(3) β -肾上腺素受体阻滞药

普萘洛尔(心得安)：20~40mg，口服，每日 2~3 次。

美托洛尔(倍他乐克)：50~100mg，口服，每日 2 次。

比索洛尔：5~10mg，口服，每日 1 次。

(4) 三环类抗抑郁药、选择性 5-HT 再摄取抑制药

阿米替林片：25mg，口服，每晚 1 次，逐渐加至 75mg，最大剂量 225mg。

帕罗西汀片：20~60mg，口服，每日 1 次。

舍曲林片：50~200mg，口服，每日 1 次。

西酞普兰片：20~60mg，口服，每日 1 次。

安非他酮片：75mg，口服，每日 1~3 次，然后根据病情适当增减，一天总量不超过 450mg。

文拉法辛胶囊：75mg，口服，每日 1 次，最大剂量不超过 225mg。

3. 偏头痛持续状态的治疗

(1) 丙戊酸钠持续静脉滴注：先以丙戊酸钠 500mg 加 0.9% 氯化钠 100ml 持续静脉滴注(时间不少于 15 分钟)，30 分钟后无缓解或疼痛未减轻达 50% 以上，则追加丙戊酸钠剂量，最大不超过 1200mg。

(2) 激素的应用：地塞米松 20mg 加 5%

葡萄糖 500ml 静脉滴注，每日 1 次。

(3) 镇痛药物使用：布桂嗪(强痛定)、哌替啶(杜冷丁)等。

(4) 对症治疗：如镇静药、止吐药的应用。

【临床体会】

1. 国际头痛协会已对偏头痛的病名进行了规范，以前一些不规范的病名不再使用：如血管神经性头痛、血管性头痛、神经性头痛、原发性头痛等。

2. 并不是所有的偏头痛患者的发病部位为一侧头部，从临床观察看，约有 40% 的患者表现为双侧或其他部位如枕部、头顶、前额等。

3. 在偏头痛的预防治疗中，以普萘洛尔、丙戊酸钠(镁)、阿米替林、氟桂利嗪应用最为广泛，且经临床证实有较好的疗效。

4. 偏头痛的预防性治疗应从小剂量开始，逐渐达到有效剂量，达到有效剂量后要维持治疗 3~6 个月；如一种药物治疗效果欠佳时可考虑 2~3 种药物联合应用。

5. 已肯定无预防治疗偏头痛作用的药物：尼莫地平、卡马西平、苯妥英钠、维拉帕米(异搏定)、吲哚美辛(消炎痛)、麦角胺。

6. 曲坦类药与非甾体抗炎药对偏头痛的镇痛效果相似，但曲坦类药物对于非甾体抗炎药无效的偏头痛患者仍有 60% 左右有效。

7. 对于药物治疗无效的偏头痛患者可考虑外科干预：如颞浅动脉结扎术、微血管减压术、星状神经节阻滞等。

8. 偏头痛发作时偶然服用镇痛药是可取的，切忌长期、大量使用镇痛药，避免出现药物过度使用性头痛及胃黏膜损害。

9. 偏头痛患者大多数预后良好，且随着年龄的增长头痛会逐渐减缓，极少数患者需长期服用预防性药物。偏头痛患者如果长期得不到有效控制可增加脑卒中的风险。

(曾昭龙)

第二节 紧张性头痛

紧张性头痛是神经内科门诊中最为常见的疾病,占头痛门诊患者的40%左右,高于偏头痛。主要表现为慢性头部紧束样或压迫样疼痛,多为双侧或整个头部,常伴有焦虑、烦躁、失眠等症状。其并非是一种单一疾病,而是由多种因素导致的一组临床综合征。虽然其不是一种致命性的头痛,但由于头痛发生的频率高,常常给患者带来很大的痛苦,影响患者的生活质量,导致工作效率低下。

【病因和发病机制】

1. 病因 常见的原因:头、颈、肩部姿势不良引起的后枕部和肩部肌肉收缩;休息时间不够和睡眠不足;精神心理紧张而导致的精神压力甚至焦虑或抑郁;颞颌关节功能紊乱;镇痛药物的过量或滥用等。

2. 发病机制 目前紧张性头痛的发病机制并不十分清楚,可能与下列假说或机制有关:心理机制学说;肌肉收缩机制;中枢机制;肌筋膜机制;免疫机制;血管因素;血小板因素;遗传因素。由于紧张性头痛并不是一种疾病,而是各种原因引起的一组临床综合征,因此没有一种机制可以完全解释患者的发病机制,需根据每个患者的发病情况而定,每个患者可能与其中一种或多种机制有关。

【诊断与鉴别诊断】

1. 临床表现

(1)多数患者为两侧头痛,多为两颞侧、后枕部、头顶部或全头部疼痛。检查时发现后颈部、肩部肌肉有压痛点,有时可以摸到一个或多个硬结,这说明颈肌处于紧张收缩状态。

(2)头痛性质为钝痛、胀痛、压迫感、麻木感或束带样紧箍感。

(3)头痛强度为轻至中度,很少因头痛而卧床不起或影响日常生活。

(4)头痛连绵不断,很多患者的症状可回

溯到10~20年前。

(5)虽整日头痛,但一日之内头痛可逐渐增强和逐渐减轻。

(6)常因看书学习、生气、失眠、焦虑或忧郁、月经来潮、围绝经期等因素使紧张性头痛阵发性加剧,许多患者因此不能看书、写字、操作电脑。

2. 辅助检查

(1)脑部CT或MRI检查,以便排除颅内肿瘤、炎性脱髓鞘、寄生虫感染等疾病。

(2)脑脊液检查,以排除颅内感染性疾病。

(3)眼科特殊检查,以排除青光眼、屈光不正及其他眼部疾病。

(4)经颅多普勒检查,以了解患者血管功能及血流情况。

(5)心理相关量表测试,以进一步了解患者是否存在明显的抑郁、焦虑等情况。

根据患者的情况选择,并不是每个患者都需要进行上述检查。

3. 诊断要点 根据国际头痛协会制订的《国际头痛疾患分类第3版(试用版),2013》的诊断标准进行分类和诊断。

(1)偶发阵发性紧张性头痛诊断标准

①至少10次符合标准②~④的发作,平均每个月<1天(每年<12天)。

②持续30分钟至7天。

③下列4项特征中至少有2项:a. 双侧分布;b. 性质为压迫性或紧箍性(非搏动性);c. 程度轻到中度;d. 走路或登楼等一般躯体活动不会加重头痛。

④符合以下2项:无恶心或呕吐;畏光或怕声。

⑤没有另一个ICHD-3的头痛疾病诊断能更好地解释。

(2)频繁阵发性紧张性头痛诊断标准

①至少 10 次符合标准②~④的发作,平均每个月 1~14 天,超过 3 个月(每年 ≥ 12 天,但 < 180 天)。

②持续 30 分钟至 7 天。

③下列 4 项特征中至少有 2 项:a. 双侧分布;b. 性质为压迫性或紧箍性(非搏动性);c. 轻到中度程度;d. 走路或登楼等一般躯体活动不会加重头痛。

④符合以下 2 项:a. 无恶心或呕吐;b. 畏光或怕声中不超过 1 个。

⑤没有另一个 ICHD-3 的头痛疾病诊断能更好地解释。

(3)慢性紧张性头痛诊断标准

①头痛符合诊断标准②~④,平均每个月 ≥ 15 天(每年 ≥ 180 天)3 个月以上。

②持续 30 分钟至 7 天。

③下列 4 项特征中至少 2 项:a. 双侧分布;b. 性质为压迫性或紧箍性(非搏动性);c. 程度轻到中度;d. 走路或登楼等一般躯体活动不会加重头痛。

④符合以下 2 项:a. 无恶心或呕吐;b. 畏光或怕声中不超过 1 个。

⑤没有另一个 ICHD-3 的头痛疾患诊断能更好地解释。

(4)很可能的紧张性头痛的诊断标准:仅 1 项不满足上述紧张性头痛及其亚型的标准,且不符合其他头痛疾患的诊断标准。

4. 鉴别诊断

(1)与偏头痛及丛集性头痛的鉴别(见偏头痛的鉴别诊断)。

(2)与颈源性头痛的鉴别:颈源性头痛主要表现为枕部、耳后部、耳下部、颈部闷胀不适或酸痛感,疼痛部位可扩展到前额、颞部、顶部,有的可同时出现同侧肩背上肢疼痛。检查可发现在耳下方颈椎旁及乳突下后方有明显压痛。病程较长者可有颈后部、颞部、顶部、枕部压痛点。部分患者压顶试验和托头试验可阳性。但也有患者无明显体征。X 线检查可见不同程度的颈椎退行性改变,有的

可见颈椎间孔狭窄,椎体前后缘增生或棘突增宽变厚,棘上韧带钙化。少数患者 CT 或 MRI 检查可见颈椎间盘突出。而紧张性头痛患者多数为两侧头痛,以两颞侧、头顶部或全头部疼痛。头痛常伴有头部压迫感、麻木感或束带样紧箍感。但许多患者常两者合并存在。

【治疗】

1. 非药物治疗 包括心理治疗、物理松弛治疗、针灸推拿治疗、生物反馈治疗等。同时保证正常睡眠。

2. 药物治疗

(1)镇痛药:对于轻至中度的头痛患者一般有很好的镇痛效果;对于某些严重的头痛患者仍然有效。但应注意避免频繁、大量使用,同时注意对胃肠功能的损害。常用的药物如下。

罗通定(颅痛定):30~60mg,口服,每日 1~3 次。

阿司匹林(ASA):500mg,口服,每日 1~3 次。

布洛芬:200~300mg,口服,每日 1~2 次。

萘普生:250~500mg,口服,每日 1~3 次。

对乙酰氨基酚:500mg,口服,每日 1~2 次。

复方阿司匹林(ASA250mg + 对乙酰氨基酚 200~250mg + 咖啡因 50mg):1 片,口服,每日 1~3 次。

(2)肌肉松弛药:主要用于颅周和面部肌肉收缩的患者,或联合非药物治疗方法。

盐酸乙哌立松:50 mg,口服,每日 2~3 次。

盐酸替扎尼定:1~2mg,口服,每日 2~3 次。

巴氯芬:5~10mg,口服,每日 1~3 次。

(3)抗抑郁药:常用于合并有抑郁或焦虑的患者。

阿米替林:25mg,口服,每晚1次,逐渐加至75mg,最大剂量225mg。

帕罗西汀:20~60mg,口服,每日1次。

舍曲林:50~200mg,口服,每日1次。

西酞普兰:20~60mg,口服,每日1次。

安非他酮:75mg,口服,每日1~3次,然后根据病情适当增减,一天总量不超过450mg。

文拉法辛:75mg,口服,每日1次,最大剂量不超过225mg。

(4)丙戊酸盐:对紧张性头痛也有较好的预防作用。

丙戊酸钠片:每次0.2~0.4g,口服,每日2~3次。

丙戊酸镁缓释片:每次0.25~0.5g,口服,每日2次。

(5)苯二氮草类:具有镇静、催眠、抗焦虑、松弛肌肉、抗惊厥等多重作用,只能短时间使用,避免滥用,以防成瘾。

阿普唑仑:0.4~0.8mg,口服,每晚1次。

左匹克隆:7.5~15mg,口服,每晚1次。

(6)A型肉毒素:适用于口服药物无效或不能耐受的顽固性头痛患者,根据患者情况选择剂量及注射点。

(7)中药:目前广泛用于紧张性头痛的治疗,可根据患者的情况,辨证选择中药汤剂或中成药。

【临床体会】

1. 绝大部分紧张性头痛患者存在心理

障碍的因素,有些是因,有些则是果。因此紧张性头痛患者特别要关注心理的变化,心理相关测试和心理治疗是必要的。

2. 频繁阵发性紧张性头痛常常与无先兆性偏头痛同时存在。当头痛符合很可能的偏头痛及紧张性头痛的诊断标准时,应诊断为紧张性头痛(或符合标准的亚型),其原则就是确定性诊断胜于很可能的诊断。

3. 当头痛符合很可能的偏头痛和很可能的紧张性头痛时,则诊断为前者,一般的等级原则是将偏头痛及其亚型置于紧张性头痛及其亚型之前。

4. 对于偶发性紧张性头痛患者在头痛发作时服用简单的镇痛药即可,而对于频发性慢性紧张性头痛患者则需预防治疗。

5. 在临床上尽量采用非药物治疗,对非药物治疗效果差的患者则加用药物治疗,一般以肌肉松弛药为主,根据患者的情况再加用抗抑郁药或抗焦虑药,避免长期使用镇痛药。阿片类镇痛药不推荐用于紧张性头痛。对于口服药物无效或不能耐受的顽固性头痛患者,可考虑使用A型肉毒素治疗。

6. 一般来说,紧张性头痛只要自我调节得当和通过药物治疗,症状会得到较好的控制,绝大部分患者预后良好,确有极少数患者停药后会出现头痛,需要长期服用药物维持治疗。只要把药物剂量控制好,不会再对身体造成明显的危害。

(曾昭龙 吴明秀)

第三节 丛集性头痛

丛集性头痛(CH)是一种反复发作的一侧性的剧烈头痛,主要发生于眶、眶上、颞部,持续时间为15~180分钟,频率从隔日1次到每日8次,持续时间为数周至数月。疼痛时伴有同侧结膜充血、流泪、鼻塞、流涕、前额和面部出汗、瞳孔缩小、上睑下垂和(或)眼睑

水肿,伴或不伴不安或躁动。本病好发于20~40岁的青壮年男性,男女比例为(5~8):1。该病虽然十分罕见,但发作期间患者的痛苦甚至比分娩、骨折或肾结石的痛苦更甚。

【病因和发病机制】 总的来说,该病的病因及发病机制均不十分清楚。目前普遍认