

头痛头晕 诊断治疗学

Diagnoses and Management
for Headache and Dizziness

主编 李建章
姚淑芬

中国医药科技出版社

R 47.041
132

Y 190/28

头痛头晕诊断治疗学

Diagnoses and Management for Headache and Dizziness

主 编 李建章 姚淑芬

副主编 刘合玉 娄季宇 杨 斌

编 委 贾振武 赵光纪 赵天军 郑化卿

叶桂梅 张 鹏 张俊家 王国钦

于帮海 李雁青 庞聪玲 宋健友

中国医药科技出版社

登记证号:(京)075 号

内 容 提 要

本书为头痛、头晕诊断治疗专著,作者以临床经验及参考国内外大量文献为基础,第一次按国际头痛分类法系统地介绍了各种头痛病症,并对头晕的解剖生理基础及各种病症作了详述。全书分两篇,头痛篇共15章,其中对偏头痛叙述达10余万字;头晕篇共13章,其中对血管性头晕叙述达4万字。本书重点突出,内容丰富、新颖、有理论、有研究方向,有实际病例,深入浅出,可供神经内外科、内科、儿科、眼、耳鼻喉、口腔科各级医师学习参考。

头痛头晕诊断治疗学

李建章 姚淑芬 主编

中国医药科技出版社 出版

(北京西直门外北礼士路甲38号)

(邮政编码 100810)

焦作日报印刷厂 印刷

全国各地新华书店 经销

开本 787×1092mm¹/16 印张 21.5

字数 475 千字 印数 1—3000

1993年9月第1版 1993年9月第1次印刷

ISBN 7-5067-0986-4/R·0875

精装 定价:19.80 元

平装 定价:18.00 元



部分作者合影

从左向右

前排:宋健友 姚淑芬 赵光纪 李建章 张 鹏 贾振武

后排:庞聪玲 杨 斌 娄季宇 刘合玉 王国钦 李雁青

前 言

头痛、头晕常见且复杂，有的是一独立疾病，有的则是躯体疾病的信号，是一兼症，涉及各个学科。扩大对头痛、头晕认识的知识领域，是正确诊治的关键。目前部分医师对头痛、头晕缺乏全面、系统的认识，知识观念陈旧，专业书籍缺乏，阻碍了对其诊治和研究的发展。为此，作者积 30 多年临床工作经验和国内外研究精髓，花费几年时间写成这本书。全书 47 万余字，头痛首次采用最新国际分类法编写，条理清楚，纲目分明，既便于医师系统、全面分析认识，又利于国际交流。对头痛、头晕疾病按疾病单元撰写，保持了疾病的系统性；在内容上，既有实践病例示范，又有最新理论研究成果，如在偏头痛中，写了三叉神经血管假说；5-羟色胺的中枢控制作用；采用 PET、SPECT 研究偏头痛过程中血流变化；Sumatriptan 治疗偏头痛的效果及机理等，有关偏头痛的合并症，在其他书中很少提及，本书也作了较详细叙述。对在多学科疾病中的头痛、头晕兼症，按其在疾病中的发生机率、特点、头痛头晕与原发病的关系等作了叙述，给读者以明确的警戒信号。在书中还写进了一些少见的，较新的疾病单元，如良性性活动头痛，良性费力性头痛，Eagle 氏综合征，颅外颈内动脉剥离性头痛，单独性头晕等，对无头痛性偏头痛也作了较全面叙述，艾滋病头痛也收容在内。总之，内容丰富、新颖，条理性强；理论结合实际，实用性强。本书读者面广，它不仅是神经内外科、内科（尤其是基层、厂矿广大医务工作者）医师的实用工具书，也是儿科、眼、耳鼻喉、口腔科医师及医学生的参考、学习用书。

头痛、头晕涉及面广，为我们知识水平远不能及，加之写作能力有限，缺点、错误敬请批评指正。

本书在写作过程中，得到中国人民解放军 301 医院匡培根教授的指导与教诲，受益非浅。另外本书还得到佳业集团有限公司董事长胡葆森的帮助，均深表感谢。

编者

1993 年 9 月于郑州

目 录

第一篇 头痛

第一章 头痛概论	(1)
第一节 头痛的流行病学	(1)
第二节 头痛的解剖学基础	(2)
第三节 头痛发生原理	(6)
第四节 头痛的诊断	(7)
第二章 偏头痛	(10)
第一节 偏头痛的流行病学	(10)
第二节 偏头痛的发病机理	(12)
第三节 偏头痛的血管病理	(33)
第四节 偏头痛的临床表现	(35)
第五节 偏头痛的辅助检查及实验研究	(51)
第六节 偏头痛的合并症	(54)
第七节 偏头痛的诊断和鉴别诊断	(58)
第八节 偏头痛的治疗	(63)
第九节 偏头痛的预后	(87)
第十节 偏头痛的预防	(88)
第三章 紧张性头痛	(90)
第一节 发病机理	(90)
第二节 临床表现	(92)
第三节 鉴别诊断	(94)
第四节 实验室检查	(95)
第五节 治疗	(96)
第四章 丛集性头痛	(99)
第一节 发病机理	(99)
第二节 临床特点	(101)

第三节 丛集性头痛的治疗·····	(103)
第五章 与结构性疾患无关的杂类头痛·····	(105)
第一节 自发性刀刺样头痛·····	(105)
第二节 外部压迫性头痛·····	(105)
第三节 冷刺激头痛·····	(105)
第四节 良性咳嗽引起的头痛·····	(106)
第五节 良性用力引起的头痛·····	(106)
第六节 性活动头痛·····	(107)
第六章 与头颅外伤有关的头痛·····	(109)
第一节 急性颅脑外伤后头痛·····	(109)
第二节 慢性颅脑外伤后头痛·····	(110)
第七章 与脑血管病有关的头痛·····	(116)
第一节 急性缺血性脑血管病的头痛·····	(116)
第二节 颅内血肿·····	(117)
第三节 蛛网膜下腔出血·····	(119)
第四节 未破裂的血管畸形·····	(120)
第五节 脑动脉炎·····	(122)
第六节 颈动脉或椎动脉痛·····	(123)
第七节 颅内静脉血栓形成·····	(126)
第八节 高血压性头痛·····	(126)
第九节 脑供血不足·····	(128)
第八章 与非血管性颅内疾患有关的头痛·····	(129)
第一节 颅内压增高头痛综合征·····	(129)
第二节 良性颅内压增高征·····	(130)
第三节 高压性脑积水·····	(133)
第四节 低颅内压头痛综合征·····	(133)
第五节 颅内感染·····	(138)
第六节 颅内结节病·····	(142)
第七节 脑肿瘤·····	(142)
第八节 与其他颅内疾病有关的头痛·····	(145)
第九章 与某些物质或某些物质戒断有关的头痛·····	(147)
第一节 硝酸盐及亚硝酸盐引起的头痛(热狗头痛)·····	(147)
第二节 谷氨酸单钠引起的头痛(中国餐馆综合征)·····	(147)

第三节	一氧化碳中毒性头痛	(147)
第四节	急性酒精中毒引起的头痛 (宿醉头痛)	(147)
第五节	慢性酒精中毒引起的头痛	(148)
第六节	其他物质引起的头痛	(148)
第七节	药物戒断引起的头痛	(149)
第八节	口服避孕药引起的头痛	(149)
第九节	吸烟性头痛	(149)
第十章	与非头部感染有关的头痛	(151)
第一节	艾滋病的头痛	(151)
第二节	感冒综合征	(151)
第三节	细菌感染引起的头痛	(152)
第四节	脑膜白血病	(152)
第十一章	与代谢性疾病有关的头痛	(154)
第一节	缺氧头痛	(154)
第二节	高碳酸血症	(155)
第三节	血糖改变与头痛	(155)
第四节	人工透析引起的头痛	(155)
第五节	更年期综合征	(156)
第十二章	与头颅、颈部、眼、鼻、副鼻窦、牙齿、口腔或其他面部、头颅结构有关的头痛	(157)
第一节	头颅疾病引起的头痛	(157)
第二节	颈性头痛	(158)
第三节	眼部疾病引起的头痛	(160)
第四节	耳病伴随的头痛	(162)
第五节	鼻、副鼻窦疾病伴有的头痛	(163)
第六节	咽、喉疾病伴随的头痛	(168)
第七节	口腔疾病引起的头痛	(169)
第八节	颞颌关节痛 (Costen's 综合征)	(171)
第十三章	颅神经痛、神经干痛或传入性痛	(172)
第一节	带状疱疹	(172)
第二节	Tolosa-Hunt 综合征	(172)
第三节	颈-舌综合征	(175)
第四节	三叉神经痛	(175)

第五节 舌咽神经痛·····	(189)
第六节 中间神经痛·····	(192)
第七节 喉上神经痛·····	(192)
第八节 枕神经痛·····	(193)
第九节 非典型面痛·····	(196)
第十节 急性面神经炎·····	(196)
第十一节 中枢性头面痛·····	(196)
第十四章 不能分类的头痛·····	(197)
第一节 精神性头痛·····	(197)
第二节 饥饿性头痛·····	(198)
第三节 夜游症与头痛·····	(198)
第四节 A 型性格引起的头痛 ·····	(199)
第五节 头痛型癫痫·····	(199)
第六节 癫痫后头痛·····	(200)
第七节 慢性疲劳综合征·····	(200)
第十五章 祖国医学对头痛的辨证治疗·····	(201)
附录一 头痛的国际分类法 (1988 年) ·····	(204)
附录二 颅脑痛、颜面痛、颈痛国际诊断标准 (摘要) ·····	(207)

第二篇 头晕

第一章 概述·····	(226)
第二章 头晕的解剖、生理学基础·····	(228)
第一节 前庭系统的解剖·····	(228)
第二节 前庭系统的生理·····	(232)
第三章 头晕的病因、病理和临床表现·····	(235)
第一节 头晕的病因和病理·····	(235)
第二节 头晕的临床表现·····	(236)
第三节 头晕的辅助检查·····	(238)
第四章 耳源性头晕·····	(242)
第一节 美尼尔氏病·····	(242)
第二节 迷路炎·····	(250)
第三节 前庭神经元炎·····	(251)
第四节 良性发作性位置性眩晕·····	(253)

第五节 耳硬化症性眩晕·····	(257)
第五章 血管性头晕·····	(259)
第一节 概述·····	(259)
第二节 脑血管疾病性头晕·····	(262)
第三节 颈部血管性头晕·····	(269)
第四节 心血管病性头晕·····	(273)
第六章 眩晕性癫痫·····	(280)
第七章 眼源性头晕·····	(283)
第八章 晕动病·····	(288)
第九章 颅脑外伤性头晕·····	(293)
第十章 颈性头晕·····	(300)
第十一章 药物性头晕·····	(306)
第一节 引起头晕的药物·····	(306)
第二节 药物致晕的机理·····	(307)
第三节 临床表现·····	(310)
第四节 药物性头晕的防治·····	(313)
第十二章 其他躯体疾患性头晕·····	(315)
第一节 植物神经功能紊乱·····	(315)
第二节 神经症·····	(316)
第三节 内分泌系及代谢疾病·····	(316)
第四节 炎症、肿瘤、变性及其他疾患·····	(317)
第十三章 头晕的诊断思路和对症治疗·····	(320)
第一节 头晕的诊断思路·····	(320)
第二节 头晕的对症治疗·····	(321)
主要参考文献·····	(324)

第一章 头痛概论

头痛在广义上指头面部疼痛,狭义上仅指颅上半部,即眉弓以上至枕下部为止范围内的疼痛,本书所指的头痛为前者。

第一节 头痛的流行病学

头痛是个常见症状,它可以是单一疾病,也可以是躯体某些器质性疾病的信号或并发症,本病虽常见,但对其流行病学研究较少,一般认为在人的一生中,没有经受过头痛的人是很少的。Ogden 在 1952 年调查 4 634 例健康人,64.8%的人有过头痛,其中 18%曾因头痛就诊。Tunis 等 1953 年作了同样调查,结果 70%的人在某个时期有过头痛,10%~12%的成人曾因头痛就诊。Waters 等 1971 年报告,人们终生有一次或一次以上头痛者约占 94.2%,其中男性为 90.8%,女性为 95.3%。另有报告 1 年内有一次或一次以上头痛者男为 72%~90%,女为 76%~98%,而一个月期间头痛者男占 37%~75%,女占 60%~88%,女性比男性发病率高,而且头痛频率随年龄增长,男性渐减少,女性有所增加。Bille 在 1962 年报告 1085 名 7 岁学龄儿童中 39%有过头痛体验。Oster 和 Nielsen 报告在 2178 名学龄儿童中 20.6%有过头痛。1955 年芬兰 Sillanpää 在 Uppsala 作了一组调查,7~15 岁的 8993 个学龄儿童中头痛类型及发生的百分率见图 1—1—1。以头痛为主诉主动就诊人数,占每年综合门诊就诊者的 43.2%,居门诊主诉症状中第七位。当然还有相当大一部分头痛病人,因医疗条件、头痛程度、经济状况等种种原因没有就诊。另据报道,在美国每年有

1600 万病人因头痛就诊。在英、美国家男女头痛患者就诊率占 54%。

瑞典 18 岁以上男性头痛者就诊率占 31.8%。Maekush 等报告,在一年内因患一次或一次以上头痛就诊率男占 14.6%,女占 28%,有偏头痛症状者就诊率更高。另据十万框架人群中万人以上样本数流行病学调查,在一年内有一次或一次以上头痛患者,但没有就診治疗的,男性约占 85%,女性占 72%。一般认为男女患者为头痛求医治疗的比率随年龄增长而增加,其中女性增长显著,男性次之。男性头痛求医治疗的,以受教育少者多,女性则相反。结婚或离婚的头痛患者比未婚者就診治疗的多。

Ziegler 等将头痛分为 10 级,1 级头痛最轻,10 级最重。女性少年时头痛平均为 4.7 级,青年以后为 5.1 级,而男性头痛程度与年龄关系差异不大。头痛强度在 6 级或 6 级以上者男性占 25.6%,女性占 32.5%,在 9 到 10 级者男占 3.2%,女占 5.4%,平均在每个年龄组女性均比男性头痛程度重,且持续时间也长。女性随年龄增长头痛渐明显,男性无大变化。据大样本调查,一个月內每次头痛持续 6h 以上者,男为 19.3%,女为 27.6%。在一个月內的头痛期中,因头痛影响每天全部或部分工作、学习时间者,男占 8%,

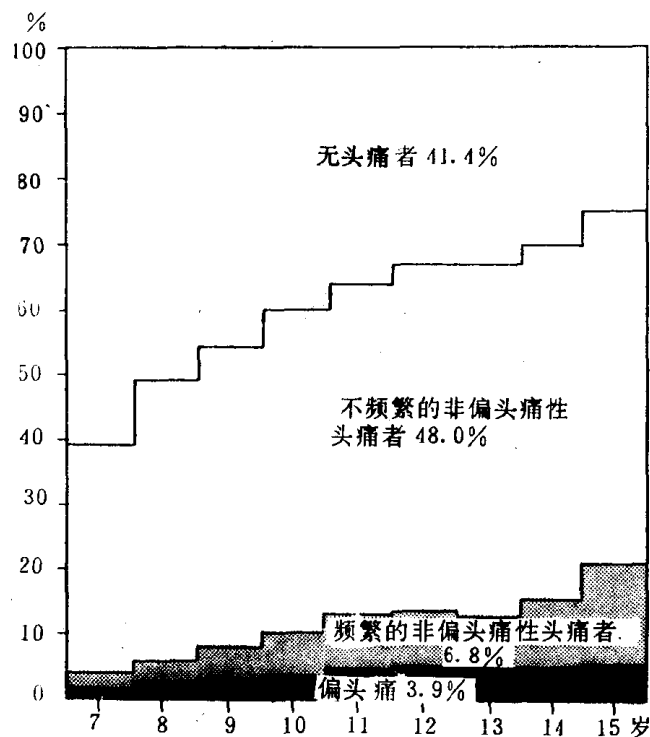


图 1—1—1 在 Uppsala, 7~15 岁 8993 例学龄儿童中头痛的类型和百分率

女占 14%。在终生有一次或一次以上因头痛完全丧失一切生活能力的, 男占 40.9%, 女占 50.2%。Maekush 等报告, 青年女性中, 15.5% 患者有严重的足以影响每日活动的头痛发作。英国在校学龄儿童中, 男 57%、女孩 67% 因头痛而缺席。

据统计, 大约 11% 的男性, 14% 的女性因头痛就诊眼科, 尤其伴有视觉症状者。

壮年或老年头痛者有 10.9% 男性, 10.2% 女性看与头痛伴发症状有关的专科, 因头痛看耳、鼻、喉科者, 女性多于男性, 少年头痛看神经科男比女多, 男女头痛病人随年龄增长看神经科者渐多, 高龄男性头痛者就诊按摩或理疗科者也较多, 在急诊科就诊的头痛病人男比女多。

第二节 头痛的解剖学基础

大多数头痛是由于头颅的疼痛感受器受到某种致痛因素 (物理性的或化学性的) 刺激, 产生异常神经冲动, 经痛觉传导通路到大脑皮层, 进行分析, 产生痛觉 (精神性头痛纯系病人的主观体验, 属例外情况)。头颅的各种组织结构因含痛觉感受器多少和性质不同, 因而有些组织对疼痛

敏感, 有些组织则不敏感。

一、颅外对疼痛敏感的结构

头皮和面部的所有结构对疼痛刺激都是敏感的, 如头皮、皮下组织、肌肉、帽状腱膜、骨膜、血管、各关节面、眼眶内容物、鼻腔与副鼻窦粘膜、外耳及中耳、牙齿、末梢神经等, 其中以动脉最敏感。

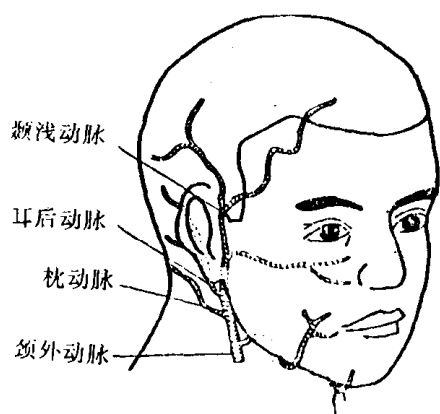


图 1—1—2 易致头痛的颅外动脉

(一) 颅外动脉

头面部分布有丰富的动脉，前额部有发源于颈内动脉的额动脉和眶上动脉，颞部和枕部有来自颈外动脉的颞浅动脉，耳后动脉及枕动脉（图 1—1—2）。这些血管

对扩张、牵拉、扭曲极为敏感，其中尤以颞浅动脉、耳后动脉、枕动脉最敏感，任何原因引起该动脉的扩张、牵拉、扭曲，均能造成其所在部位的搏动性疼痛，这是血管源性头痛的重要原因。颅外静脉与同名动脉伴行，对痛觉迟钝。

(二) 颅外肌肉

经常造成头痛的肌肉有：位于头两侧颞窝的颞肌，项部深层的半棘肌、头最长肌、颈最长肌、颈肋肌及枕下肌群（头上斜肌、头后大直肌、头后小直肌、头下斜肌），项部中层的头夹肌和颈夹肌，浅层的斜方肌，肩胛提肌和菱形肌等（图 1—1—3）。这些肌肉的持续收缩和血流受阻，引起代谢产物堆积，释放“致痛物质”而产生疼痛。

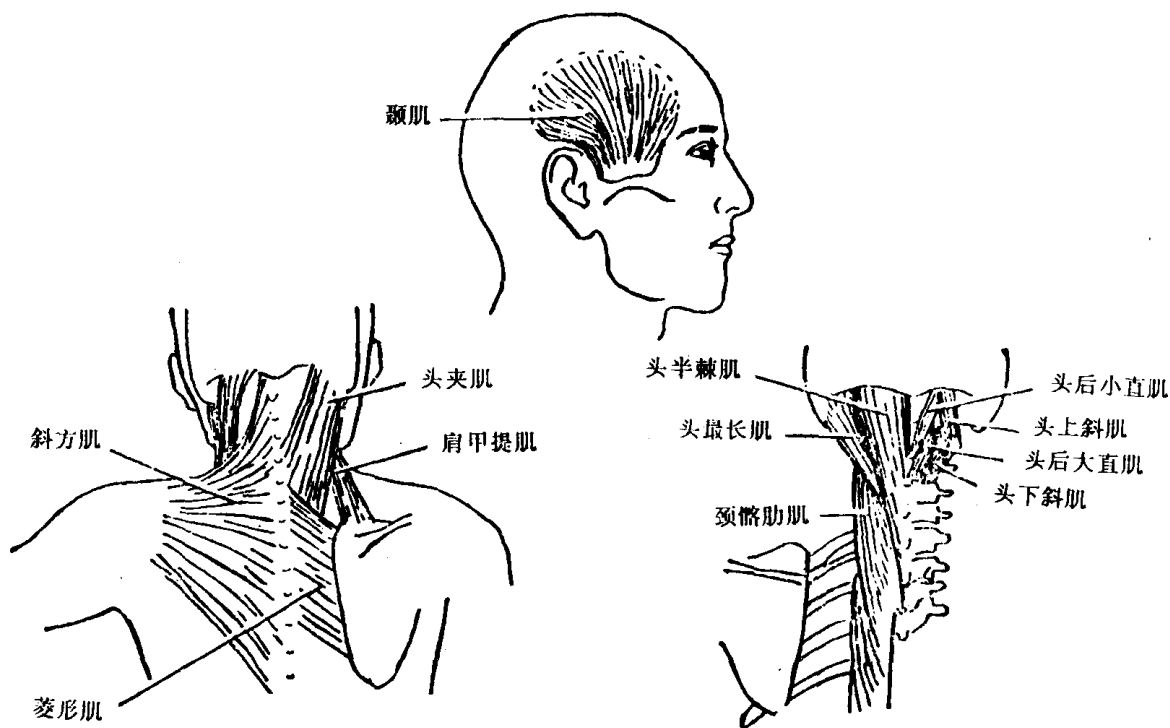


图 1—1—3 经常造成头痛的肌肉

(三) 颅外末梢神经

常引起头痛的神经有额部的滑车上神经和眶上神经（为三叉神经第一支分支），

颞部的耳颞神经（属三叉神经第三支）顶枕部有枕大、枕小神经和耳大神经（都是脊神经颈丛的分支）（图 1—1—4）。它们对

疼痛都很敏感，若受到刺激可产生深部放射痛。当然末梢神经引起的头痛并不单纯是神经放射痛，因为长期的疼痛可引起颅

外肌肉的持续收缩，引起“继发性紧张性头痛”。

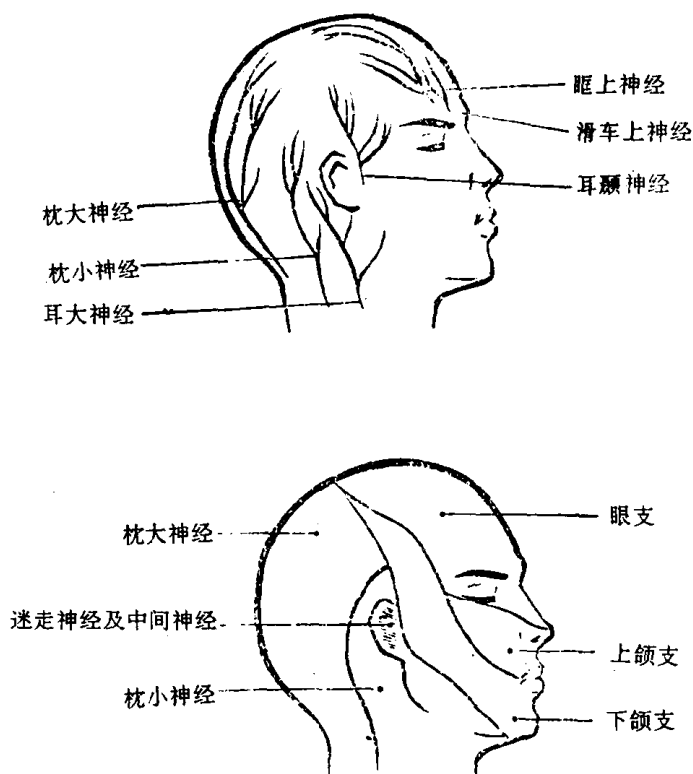


图 1—1—4 颅外组织的感觉神经

(四) 头颅骨膜

其所造成的头痛因部位而异，头顶部骨膜几乎无痛感，而颅底部骨膜对疼痛敏感。

二、颅内对疼痛敏感的结构

(一) 血管

主要是脑膜动脉（其中以硬脑膜中动脉最敏感），脑底动脉环及其连接的脑动脉近端部分（大脑前动脉从起始部至膝部，大脑中动脉从起始部起 1~2cm 内），大部分静脉窦及其与引流静脉相连接处数毫米

内，皮质静脉。

(二) 脑膜

硬脑膜对疼痛的敏感程度因部位而异。颅顶部硬膜动脉两旁 5cm 以内的部分和静脉窦边缘部分痛觉敏感，硬脑膜形成的上矢状窦前部痛觉迟钝，愈向后痛觉愈敏感；前颅凹底硬膜以嗅球窝处最敏感，次为蝶骨小翼上面和蝶鞍背部；中颅凹硬膜仅在沿着硬脑膜中动脉及其分支的两旁 2mm 以内部分和蝶鞍隔膜部分痛觉比较敏感；后颅凹底部沿横窦，乙状窦两旁的

硬膜痛觉较敏感，枕骨大孔与后颅凹底相连处有痛感，小脑幕上面有痛感而下面痛感甚差，大脑镰和下矢状窦痛感低。脑底大血管周围的蛛网膜及软脑膜有痛感。其他如颅骨、脑实质、室管膜、脉络丛、大部分软脑膜、蛛网膜及部分硬脑膜对痛觉均不敏感。前颅凹硬膜的疼痛体表投影部位是在眼眶周围，中颅凹疼痛向眶后及颞部放射，后颅凹的疼痛向耳后及枕部放射（图 1—1—5）。

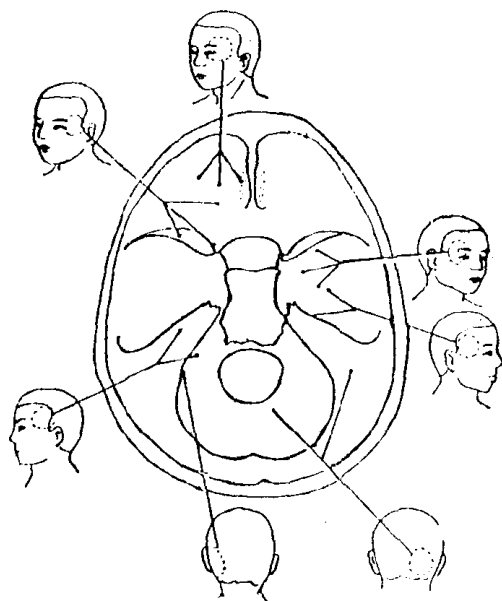


图 1—1—5 颅底硬膜疼痛向头部放射的部位

（三）神经

主要是三叉、面、舌咽及迷走神经，颈 1~3 脊神经的分支。

头面部的痛觉是由三叉神经，面神经的中间神经、舌咽神经、迷走神经及颈 1~3 神经传导的。此外，交感神经与头面部的痛觉传导也有一定关系。

1、传导颅外组织的感觉神经 前头部的感觉是由三叉神经的眶上神经、滑车上神经及耳颞神经传导，其余面部，眼、鼻腔、副鼻窦、口腔的感觉是由三叉神经的

第 1~3 支传导。后头部的感觉是由第 1~3 对颈神经（第 1 颈神经的后根常发育甚小）的枕大神经，枕小神经及耳大神经传导。咽喉部（软腭、扁桃体、咽部、舌后部、耳咽管、鼓室等处）的感觉由舌咽、迷走神经传导。外耳道及一部分耳廓的感觉由面神经的中间神经及迷走神经传导（图 1—1—4）。

2、传导颅内组织的感觉神经 小脑幕以上由三叉神经传导，其第一支发出的神经分支分布于小脑幕上面，大脑镰、幕上的静脉窦及其主要分支，前颅窝的硬脑膜及血管上；第二、三支发出的神经分支沿硬脑膜中动脉分布于中颅窝，大脑凸面的硬脑膜及血管上；小脑幕以下的感觉由舌咽、迷走及颈 1~3 神经传导，其中舌咽、迷走神经分布于小脑幕下面及后颅凹后面的硬脑膜，颈 1~3 对神经分布于后颅凹前面的硬脑膜。

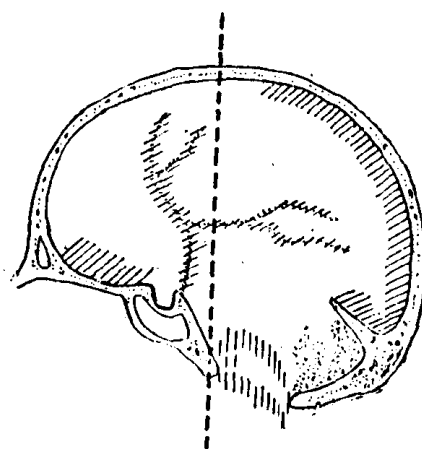


图 1—1—6 由头颅内刺激引起的头痛出现部位示意图

幕上的痛觉刺激投射到虚线的前方
幕下的痛觉刺激投射到虚线的后方

3、颅内外的植物神经分布 由颈8及第1~3对胸神经来的交感神经进入星状神经节后，一部分沿椎动脉入后颅窝，另一部分上行至颈上神经节，然后沿颈内外动脉前进，广泛分布于颅内外，兴奋时具有收缩血管作用；副交感神经来自面神经的中间神经及迷走神经，兴奋时具有扩张血管作用。收缩及扩张血管均可引起头痛。

颅外组织引起的疼痛常是局限的，多在受刺激点或其神经分布区内（但也可有

较大范围的扩散）。颅内组织引起的疼痛往往与受刺激的部位不一致，刺激小脑幕上疼痛敏感结构产生的疼痛多反映在额、颞部及前顶部，刺激小脑幕下疼痛敏感结构产生的疼痛反映在后头部（枕部、枕下部及上颈部）（图1—1—6），但由于三叉神经在颅内有广泛的神经联系，易于直接或间接受累，或通过延髓与脊髓内三叉神经核的反射作用，幕下刺激病变也可反映为前头部疼痛。

第三节 头痛发生原理

头面部疼痛敏感组织本身病变或其受其他多种因素刺激时，均可引起各种各样的头痛。

一、血管病变

（一）血管被牵拉伸展、挤压移位

见于颅内各种性质的占位病变，各种原因的颅高压、脑出血等，因血管受牵伸、推压产生头痛。

（二）动脉扩张

各种原因引起颅内外动脉扩张时，因血流冲击松弛的血管壁，刺激痛觉神经末梢或使血管壁发生震动而致头痛，见于偏头痛、发烧、低氧、低血糖、一氧化碳中毒、酒精中毒，使用扩血管剂，急性突发性高血压，癫痫大发作后等。

（三）静脉扩张

腰穿或腰麻后，由于脑脊液流出多或反射性脑脊液生成减少，颅内压降低，以及肺气肿、心功能不全时，可使颅内静脉窦和静脉扩张、牵引产生头痛。

（四）血管炎症

如颞动脉炎、静脉窦炎、各种脉管炎等。

（五）其它

有人认为蛛网膜下腔出血等时，血

浆中的游离肽和血小板破坏后释放出的5-羟色胺，刺激颅内小血管收缩或痉挛产生头痛。

血管改变产生的头痛是血管性头痛及牵引性头痛的主要原因。

二、脑膜受刺激

脑膜本身炎症或炎性渗出物、出血性疾病的血液等刺激脑膜，脑水肿、颅高压牵拉脑膜，均可引起头痛。

三、肌肉病变

额、颞、枕、颈后，头顶和肩胛部诸肌由于各种原因，如精神神经因素、职业、慢性炎症、外伤、劳损或邻近病变刺激而发生收缩引起紧张性头痛。Lewis指出骨骼肌持续收缩2分钟，肌肉即可出现自发痛，当肌肉持续收缩一定时间后，即是引起收缩的原因已消失，但头痛→肌收缩→头痛程序而引起的过度防御反应仍存在，自动的肌收缩可持续下去，使头痛迁延不愈。肌收缩造成的肌肉缺血状态，使乳酸、缓激肽、5-羟色胺、钾离子、P-物质等致痛物质游离蓄积，在头痛中也起重要作用，形成恶性循环。

四、神经病变

含有痛觉纤维的颅神经、颈神经，由

于本身病变或受邻近组织病变刺激、压迫、牵引时可产生神经痛，如三叉神经痛、枕神经痛。

五、血管活性物质

血管活性物质或“致痛物质”对组织的刺激，在众多头痛发生中，如偏头痛、紧张性头痛，丛集性头痛，某些器质性头痛甚至在精神性头痛中均起重要作用。已知的有乙酰胆碱、5-羟色胺、缓激肽、脑啡肽、 β -内啡肽、前列腺素、钾离子、氢离子及一些酸性代谢产物等，可刺激血管或神经末梢感受器，引起兴奋，发放冲动，由传入神经传入，经脊髓，三叉丘系，传至中央后回而引起疼痛。如颈内动脉注入250~500mg 缓激肽后20~50min内，即可出现该例下颌、颜面、眼眶、颞部剧烈

疼痛。

六、功能性或精神性头痛

如神经官能症、癔病或抑郁症等，患者大脑皮层功能减弱，痛阈降低，对疼痛的感受性增高而产生头痛。这种头痛纯系主观感觉体验，是精神障碍以头痛形式反映出来，并无真正的痛觉刺激病灶。

七、中枢神经系统的异常放电

这主要指头痛型癫痫，该型疼痛不是疼痛敏感组织被刺激，而是中枢神经系统异常放电导致以头痛为主的癫痫发作。据报告在171例癫痫患者的家族中，有癫痫的占14%，有偏头痛的占60.8%，说明偏头痛与癫痫的近似性或其间存在着共同的背景。

第四节 头痛的诊断

头痛是个常见症状，病因复杂，涉及多种疾病。因此，在头痛的诊断及鉴别诊断中，详细的问诊是特别重要的，病史采集是头痛鉴别诊断的第一步。在询问病史时同时注意观察病人的表情和举止行动，以判断患者是否可能有全身疾病。在此基础上应进行详细的临床检查，包括一般体格检查，神经系统检查，精神检查，五官检查，实验室检查也是必要的，如脑电图、脑脊液、CT、核磁共振、脑血管造影或数字减影血管造影、肝肾功能及代谢检查等，但这些应视病人的具体情况及需要来定，不应盲目的乱检查，增加病人的负担。在头痛的病史采集及体检中，以下几点应特别注意。

一、头痛发生的速度

急性头痛常见于：头部外伤，蛛网膜下腔出血、脑出血、高血压脑病、急性青光眼、急性脑膜炎、腰穿后头痛等；亚急

性头痛：颅内占位性病变、慢性脑膜炎、硬膜下血肿等；慢性头痛：肌紧张性头痛、鼻窦炎、颈椎病变、神经官能症等；复发性头痛：偏头痛、丛集性头痛、高血压，复发性脑膜炎、癫痫等。

二、头痛的部位

头痛的部位对病灶诊断仅有参考价值。一般颅外病变头痛部位多与病灶一致或位于病灶附近，如青光眼引起的头痛多位于眼的周围或眼上部。头颅深部病变或颅内病变，其疼痛部位与病变部位不一定符合，但疼痛多向病变同侧放射，如天幕上肿瘤在未发生颅高压前，其疼痛多向同侧额部与颞部放射，后颅凹的肿瘤疼痛多位于枕部，脑脓肿的头痛大多位于病灶侧。急性感染性疾病（颅内或颅外）所致的头痛多为全头痛，呈弥漫性。颈部剧烈疼痛伴颈部强直者多见于蛛网膜下腔出血、脑膜炎、急性颈肌炎等（表1—1—1）。