

神经精神疾病诊断思路和临床基本功

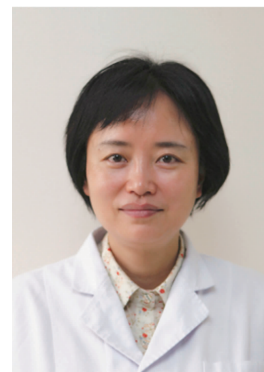
DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.002799

头痛的诊断思路与方法： 《国际头痛分类第三版》的应用

周冀英¹, 贺 维²

(1. 重庆医科大学附属第一医院神经内科, 重庆 400016;

2. 重庆医科大学附属第一医院第一分院神经内科, 重庆 400015)



【摘要】头痛是临床上最常见的主诉症状之一,临床表现复杂,病因多样,正确的诊断思路和方法十分重要。要掌握头痛的诊断分类,识别常见头痛疾病的临床特点,临床实践中首先要进行详细的病史询问,了解头痛的发作性质和类型、持续时间、伴随症状及相关病史;其次应进行相关的体格检查和针对性辅助检查,不加选择的辅助检查并无助于诊断。本文结合《国际头痛分类第三版》的诊断标准,阐述如何通过病史询问、体格检查和辅助检查建立头痛疾病的诊断思路。

【关键词】头痛;诊断;分类**【中图分类号】**R741.041**【文献标志码】**A**【收稿日期】**2021-02-03

The clinic reasoning of headache: application of *The International Classification of Headache Disorders 3rd Edition*

Zhou Jiying¹, He Wei²

(1. Department of Neurology, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University; 2. Department of Neurology, The First Branch of The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University)

【Abstract】Headache is one of the most common clinical complaints, with complex clinical manifestations and diverse causes. Correct clinical reasoning and methods are very important. Therefore, it is necessary to grasp the diagnostic classification of headaches and identify the clinical characteristics of common headache diseases. Firstly, a detailed medical history inquiry is required to understand the nature and type of headache, duration, accompanying symptoms and related medical history in clinical practice. Secondly, relevant physical examinations and targeted auxiliary examinations should be carried out, and indiscriminate auxiliary examinations can't contribute to diagnosis. Based on the above process, the etiological diagnosis of different headache diseases can be completed. This article intends to combine the diagnostic criteria of *The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition* to explain how to make a diagnosis of headache diseases through medical history inquiry, physical examination and auxiliary examinations.

【Key words】headache; diagnosis; classification

作者简介:周冀英,博士,教授,博导,重庆医科大学附属第一医院神经内科主任医师,现任重庆医科大学附属第一医院科研处处长。中国医师协会神经内科分会常务委员、中国偏头痛指南专家组成员、重庆市头痛防治学会会长,《Headache》、《中国疼痛医学杂志》等杂志编委和审稿专家。主持国家自然科学基金 5 项,重庆市各级项目 10 余项。获得四川省科技进步一等奖 1 项、重庆市科技进步二等奖 1 项、中国中西医结合学会科学技术奖三等奖 1 项、重庆市卫生局医学科技成果一等奖 1 项。2016 年获得“重庆市有突出贡献的中青年专家”人才称号。以通信作者在头痛领域国际标志性杂志 *Cephalalgia*、*Headache* 等期刊上发表论文 30 余篇。研究方向:头痛及眩晕疾病的发病机制、诊断和治疗。Email: zheadache@163.com。

基金项目:国家自然科学基金面上资助项目(编号:81971063)。**优先出版:** <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20210513.1403.004.html>

(2021-05-14)

头痛是临床上最为常见的主诉症状之一,全球患病率高。它可能源于某种原发的头痛病,也可能是多种疾病的临床表现,不同病因导致其治疗与预后截然不同。有的继发性头痛还可能涉及多学科,甚至掩盖其病因疾病的特征性症状,导致其他专科医生未能重视或识别。大多数头痛疾病的诊断主要依靠临床表现而非辅助检查。因此,很大部分患者未能得到准确和及时的诊断,从而接受不必要的检查和无效的治疗。

国际头痛学会于 2018 年颁布了第三版《头痛疾病的国际分类》(*The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition, ICHD-III*)^[1]。该分类和诊断标准对主要的头痛疾病类型给出了描述性的定义和操作性强的诊断标准,目前在国际上被广泛接受,成为头痛疾病分类和诊断的国际规范。本

文结合 ICHD-Ⅲ 分类诊断,阐述如何通过病史询问、体格检查和辅助检查,识别原发性和继发性头痛,最终完成头痛的病因诊断。

1 头痛疾病的诊断分类

1988 年,国际头痛学会(Headache Classification Committee of the International Headache Society, IHS)颁布了第 1 版“头痛疾病的国际分类”(ICHD-Ⅰ),包括头痛、神经痛及面痛的分类和诊断标准,为世界卫生组织所采用^[1]。2004 年 IHS 又推出了第 2 版“头痛疾病的国际分类”(ICHD-Ⅱ)^[2]。ICHD-Ⅱ 保留了 ICHD-Ⅰ 的基本架构,将头痛明确分为 3 类:①原发性头痛;②继发性头痛;③颅神经痛、中枢和原发性面痛以及其他类型头痛。将 ICHD-Ⅰ 中“不与结构性器质性病变相关的头痛”命名更改为“其他原发性头痛”;将持续偏侧头痛归入其他原发性头痛;并增加偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛和其他三叉自主神经性头痛分类下的几个亚型。经过近 15 年的检验与发展,IHS 又于 2018 年推出了第 3 版“头痛疾病的国际分类”(ICHD-Ⅲ)。ICHD-Ⅲ 大的分类与 ICHD-Ⅱ 基本相同,但将丛集性头痛合并在三叉神经自主神经性头痛大类中,并在原发性头痛的分类亚型中做了更多细化。

由此,ICHD-Ⅲ 中头痛疾病分为 3 大组:①原发性头痛;②继发性头痛;③痛性颅神经病变和其他面痛及其他类型头痛。原发性头痛包括偏头痛、紧张型头痛、三叉自主神经性头痛及其他原发性头痛 4 部分。每一种原发性头痛可以看作具有某种发病机制的、独立的头痛病。而继发性头痛的分类命名为“缘于”某种疾病的头痛,表示继发性头痛只是某种疾病的一个症状。因此,原发性头痛的分类是以临床表现为依据,而继发性头痛的分类是以其病因为依据^[4]。

2 头痛疾病的诊断流程

2.1 病史询问

详细的病史采集对明确头痛类型的诊断十分重要,对病史的把握可使体格检查更有针对性,并确定是否需要影像学或其他进一步的检查。头痛的病史采集包括起病年龄、发作形式(包括诱因、前驱症状、起病方式、发展过程、加重或缓解因素)、痛的特征(部位、性质、疼痛程度、频率、持续时间、伴随症状)、既往史及基础疾病(是否有伴随疾病、近期是否有创伤、当前的用药情况)、生活工作习惯(睡眠、运动、体质量、工作或生活方式的变化、避孕方式的改变、月经周期和外源性激素的影响)和家族史。特别需要注意的是,在症状不典型的原发性头痛临床诊断中,阳性家族史常能给出重要提示。

2.2 体格检查

体格检查包括一般情况检查和神经系统检查。一般情况

检查中需要注意生命体征(体温、血压、脉搏)、疾病面容、意识水平、头颈部外伤表现、颞动脉搏动异常或压痛、下颌关节触诊、颈肩部肌肉触诊等。神经系统检查中需仔细排查是否有任何新发的局灶或非局灶性神经系统体征,特别注意颅神经检查、眼底检查、脑膜刺激征检查以及运动、反射、小脑和感觉检查的对称性等。

多数主诉头痛的患者体格检查和神经系统检查完全正常。但一些原发性头痛类型可能有特定的异常表现。部分偏头痛和紧张型头痛的患者可能会有颅周肌肉压痛^[5]。由于三叉神经血管系统外周或中枢敏化,偏头痛患者可能出现皮肤痛觉过敏和触诱发痛^[6]。以丛集性头痛为代表的三叉神经自主神经性头痛在体格检查时可能发现自主神经激活的表现^[7]。体格检查时发现其他异常,则应怀疑有继发性头痛疾病。

2.3 辅助检查

影像学检查多用于继发性头痛病因的筛查,具体的检查部位(头、颈、面、鼻窦、颅神经)根据临床情况而定。大多数原发性头痛的患者不需要影像学检查来诊断,比如偏头痛发作模式稳定、神经系统检查正常的患者。但近期有新情况,如头痛模式改变、伴随其他表现、出现新的体征时,需要进行影像学检查^[8]。需要提到的是,影像学检查可能会意外发现其他与头痛无关的病灶,如血管病变、小肿瘤、钙化灶等^[9]。三叉神经痛、鼻窦和一些牙源性疾病(如牙髓炎、异位牙)也可表现为单纯头痛和面部头痛,通常需针对关注部位的影像学检查(血管神经成像、鼻窦 CT、鼻内镜和牙 X 线片)。考虑脑静脉窦血栓形成时应行磁共振静脉成像。临床上怀疑头痛由感染、炎症或肿瘤引起,或考虑蛛网膜下腔出血但头颅 CT 阴性时,应行腰椎穿刺抽取脑脊液检测。颞动脉炎的患者实验室检查可见红细胞沉降率和(或)血清 C 反应蛋白升高,但金标准是颞动脉活检^[10]。

3 原发性头痛的诊断

原发性头痛的患者中,90%的患者为偏头痛和紧张型头痛^[11]。在头痛门诊、神经内科门诊或三级医疗中心,偏头痛都是最常见的诊断。紧张型头痛是基于人群研究中最常见的头痛类型,但从头痛门诊的数据来看,在就诊的人群中并不常见,究其原因可能与其疼痛程度对日常生活影响较小,头痛时无呕吐等伴随症状相关。在三叉神经自主神经性头痛中,丛集性头痛是最重要的。因为丛集性头痛程度剧烈,患者通常会积极就诊,但其人群发病率较低(<1%),故在门诊患者中也是一个不常见的诊断^[12]。由于丛集性头痛的发作呈明显的季节性,发作高峰一般在春季(3、4 月份)和秋季(9、10 月份),因此,季节性也是丛集性头痛的就诊特点^[13]。

ICHD-Ⅲ 中列出了这些原发性头痛的诊断标准,熟悉后不难鉴别。需要强调的是,原发性头痛的诊断标准第一条往

往要求有一个反复发作的病史,而最后一条都提到需要排除 ICHD-III 中的其他诊断^[14]。具体的特征中,偏头痛常常是但并不总是单侧;常呈跳动性或搏动性;发作时伴随症状可能包括恶心、呕吐、畏光、畏声等非疼痛症状;头痛在活动后加重。偏头痛作为就诊人群最常见的头痛,但患者得到诊断的比率却并不理想。为了使更多的患者得到诊断,目前已经提出一些筛查诊断的工具,如 ID Migraine 问卷(the identification of Migraine)^[15]。这个筛查使用 3 个问题来快速识别偏头痛患者:在过去 3 个月内,你是否在头痛时出现以下情况? ①畏光(photophobia)——是否怕光(比没有头痛时严重很多)? ②致残(incapacity)——头痛是否限制了工作、学习或做其他所需事情的能力且这种状况持续至少 1 d? ③恶心(nausea)——是否感到恶心或胃部不适? 如果上述 3 个问题中患者有 2 个肯定回答,则 ID Migraine 筛查结果为阳性。研究显示, ID Migraine 筛查的敏感性为 84%,特异性为 76%,且其用于排除偏头痛的效用高于诊断偏头痛的效用, ID Migraine 阳性可将预测概率从 59%增加到 84%,而其阴性可将预测概率降低到 23%^[16]。这些结果提示在临床运用中,对于 ID Migraine 阳性的患者可以开始偏头痛特异性药物治疗,并监测治疗反应,如果治疗无效,患者需要进一步评估。而对于 ID Migraine 阴性的患者,需考虑其他诊断。该筛查的效用在国内患者中还有待进一步评估。在 ICHD-III 中,紧张型头痛的定义是一种双侧、非搏动样、轻或中度的头痛。它没有其他特异性的伴随症状,可以伴或不伴颅周肌肉压痛^[17]。由于紧张型头痛的临床特征模糊,所以诊断应更谨慎,充分排除可能的继发病因。丛集性头痛是三叉神经自主神经性头痛这一大类头痛病中最常见的头痛,它的特征常是严格的单侧头痛,程度剧烈,伴随与疼痛侧同侧的自主神经症状,如结膜充血、流泪、鼻塞、流涕、前额和面部出汗、瞳孔缩小、上睑下垂、眼睑水肿。这类头痛的典型特点是患者常表现为躁动不安。丛集性头痛有时可能与危及生命的继发性头痛相混淆,因为部分丛集性头痛患者的疼痛可在数分钟内达到痛的最大峰值(类似霹雳样头痛),但它的持续时间较短,一般为 15~180 min,并且病史中常能问出明显的丛集期(发作期)。在丛集期,患者的发作频率可能为 1~8 次/d,丛集期可持续 7 d 至 12 个月;而不在丛集期时,患者通常无症状^[18]。需要注意的是,由于解剖通路的影响,周围病灶、炎症或其他原因刺激蝶腭神经节,会引起模仿三叉神经自主神经性头痛特点的头痛,临床上应特别注意排查继发病因^[19]。

原发性头痛主要依靠详细病史进行诊断,影像学检查仅作为少数患者鉴别诊断的排除性工具,绝大多数患者不需要进一步检查。满足以下特征的患者被认为存在严重头痛基础病因的可能性较低:年龄≤50 岁;原发性头痛的典型特征;既往类似的头痛病史;无异常的神经系统表现;无头痛模式的改变;无高危伴随疾病;无新的疾病或检查异常发现^[20-21]。

4 继发性头痛的诊断

对继发性头痛患者的诊疗,最重要的是及时识别需要紧急处理的危及生命的头痛^[22-23]。例如,突发的霹雳样头痛(疼痛发作在 1 min 内达到痛的最大峰值)常提示蛛网膜下腔出血及其他脑血管意外;急性或亚急性颈痛或头痛伴 Horner 综合征和(或)神经功能障碍常见于颈动脉夹层或椎动脉夹层患者(引起缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作);头痛伴发热、意识改变提示中枢神经系统感染;头痛伴发热、颈强以及出现眼部症状、耳鸣、听力减退提示无菌性脑膜炎(小柳原田综合征);头痛伴全面性或局灶性神经功能障碍、视乳头水肿、恶性呕吐时提示颅内压升高;头痛伴眼部或视觉的症状(如伴眶周疼痛或眼肌麻痹)提示海绵窦血栓形成或动静脉畸形,或者累及眼眶的肿瘤、炎症;伴一侧瞳孔散大提示后交通动脉瘤;伴虹视需考虑闭角型青光眼;伴视野缺损提示存在视觉传导通路的损害(脑血管意外、垂体肿瘤);严重单侧视力丧失提示视神经炎;头痛伴有一氧化碳接触史的,需考虑一氧化碳诱发的头痛,其头痛程度与一氧化碳暴露浓度相关。

临床上推荐使用 SNNOP10 法记忆的危險征象可以较全面地排查可能缘于占位性病变或血管疾病、感染、代谢紊乱或全身性疾病的头痛^[24]:全身性症状(systemic)(包括发热)、肿瘤史(neoplasm)、神经功能障碍(neurologic)(包括意识下降)、突然发作(onset)、发病年龄较大(older)(>50 岁)、头痛模式改变或近期新发头痛(pattern)、体位性头痛(positional)、打喷嚏、咳嗽或运动诱发头痛(precipitated)、视乳头水肿(papilledema)、进行性头痛(progressive)和不典型表现、妊娠(pregnancy)或产褥期、眼痛(painful)伴自主神经症状、创伤后头痛发作(post-traumatic)、免疫系统病变(pathology)(如 HIV 感染)、镇痛药过度使用(painkiller)或新使用某药时发生头痛。出现上述危险征象的任何一种都需要进一步检查。

排除危及生命的继发性头痛。对于考虑其他原因所致的头痛,需要根据头痛的部位、性质、伴随症状及其他特点进一步寻找病因。继发性头痛的病因诊断需要证实原发疾病与引起头痛症状的因果关系。例如,一种从来没有过的头痛与可引起这种头痛的疾病在时间上存在密切的相关性;或者原有的原发性头痛模式发生明显改变,如持续时间延长、程度加重、性质改变,这种变化与引起这种头痛的疾病在发生的时间上存在密切的相关性。另外,在原发疾病治愈或缓解后,这种头痛或原发性头痛的变化也随之缓解。

5 小结

在头痛的诊断过程中,应将患者病史作为最主要的诊断依据,首先判断头痛是原发性还是继发性,若考虑继发性头

痛应确定病因是否危急,并及时行影像学或其他检查。符合原发性头痛典型特征的,如首次发病年龄较小、既往有类似头痛病史、本次头痛性质无变化、无异常或新发的神经系统症状、无其他高危病史或检查异常,无须进一步行影像学检查。

当存在多个头痛诊断时,应根据所诊断头痛对患者影响程度的大小排序,关注患者最受困扰的头痛类型。当患者的头痛表现同时符合 2 种头痛诊断的诊断标准时,应通过获取其他信息来甄别哪一个更正确或可能的诊断(头痛病史、家族史、药物疗效、与月经的关系、年龄、性别及其他信息)。值得注意的是,2020 年国际头痛协会在新发表的 ICHD-4 alpha 中对发作性偏头痛做了定义,即对于一个原发性头痛患者,在过去的 3 个月中,每个月发生的头痛少于 15 d,而只有一些天数(some days)发作的头痛符合偏头痛特征时,仍然应诊断为发作性偏头痛^[25]。

当新出现的头痛与某个可以导致头痛的疾病有时间相关性或符合该疾病导致头痛的其他标准时,即使该头痛表现符合原发性头痛(偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛或其他三叉神经自主神经性头痛),应该诊断为缘于该疾病的继发性头痛。需要强调的是,继发性头痛可以模仿所有类型原发性头痛的特点。

参 考 文 献

- [1] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition[J]. Cephalalgia, 2018, 38(1): 1–211.
- [2] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders[J]. Cephalalgia, 1988, 8(S7): 1–96.
- [3] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition[J]. Cephalalgia, 2004, 24(S1): 9–160.
- [4] 中华医学会神经病学分会. 头痛分类和诊断专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2007, 40(7): 493–495.
- [5] Luedtke K, Boissonnault W, Caspersen N, et al. International consensus on the most useful physical examination tests used by physiotherapists for patients with headache: a Delphi study[J]. Man Ther, 2016, 23(3): 17–24.
- [6] Bernstein C, Burstein R. Sensitization of the trigeminovascular pathway: perspective and implications to migraine pathophysiology[J]. J Clin Neurol, 2012, 8(2): 89–99.
- [7] May A, Schwedt TJ, Magis D, et al. Cluster headache[J]. Nat Rev Dis Primers, 2018, 1(4): 18006.
- [8] Goadsby PJ. To scan or not to scan in headache[J]. BMJ, 2004, 329(7464): 469–470.
- [9] Vernooij MW, Ikram MA, Tanghe HL, et al. Incidental findings on brain MRI in the general population[J]. N Engl J Med, 2007, 357(18): 1821–1828.
- [10] Hale N, Paauw DS. Diagnosis and treatment of headache in the ambulatory care setting: a review of classic presentations and new considerations in diagnosis and management[J]. Med Clin North Am, 2014, 98(3): 505–527.
- [11] GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016[J]. Lancet Neurol, 2017, 17(11): 954–976.
- [12] Russell MB. Epidemiology and genetics of cluster headache[J]. Lancet Neurol, 2004, 3(5): 279.
- [13] Naber WC, Fronczek R, Haan J, et al. The biological clock in cluster headache: a review and hypothesis[J]. Cephalalgia, 2019, 39(14): 1855–1866.
- [14] 偏头痛诊断与防治专家共识组. 偏头痛诊断与防治专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(8): 694–696.
- [15] Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, et al. A self-administered screener for migraine in primary care: the ID migraine validation study[J]. Neurology, 2003, 61(3): 375–82.
- [16] Cousins G, Hijazze S, Van De Laar F A, et al. Diagnostic accuracy of the ID Migraine: a systematic review and Meta-analysis[J]. Headache, 2011, 51(7): 1140–1148.
- [17] 紧张型头痛诊疗专家共识组. 紧张型头痛诊疗专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2007, 40(7): 496–497.
- [18] May A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management[J]. Lancet, 2005, 366(9488): 843–855.
- [19] He W, Zhang YX, Long T, et al. Sphenopalatine neuralgia: an independent neuralgia entity. Pooled analysis of a case series and literature review[J]. Headache, 2019, 59(3): 358–370.
- [20] American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache[J]. Ann Emerg Med, 2002, 39(1): 108–122.
- [21] Hainer BL, Matheson EM. Approach to acute headache in adults[J]. Am Fam Physician, 2013, 87(10): 682–687.
- [22] Filler L, Akhter M, Nimlos P. Evaluation and management of the emergency department headache[J]. Semin Neurol, 2019, 39(1): 20–26.
- [23] Godwin SA, Cherkas DS, Panagos PD, et al. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache[J]. Ann Emerg Med, 2019, 74(4): e41–e74.
- [24] Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list[J]. Neurology, 2019, 92(3): 134–144.
- [25] Goadsby PJ, Evers S. International classification of headache disorders: ICHD-4 alpha[J]. Cephalalgia, 2020, 40(9): 887–888.

(责任编辑:冉明会)