

• 临床研究 •

330 例颈源性头痛临床特征回顾性分析

李石良¹, 韩峰², 张辰宇³

(1.中日友好医院针灸科,北京 100029;2.北京中医药大学 2007 级研究生;3.河北省隆化县中医院)

【摘要】目的:通过颈源性头痛患者临床特征的总结,进一步完善诊断标准。**方法:**对 2008 年 10 月至 2009 年 6 月以头痛为第一主诉的 448 例患者按照改进的颈源性头痛诊断标准进行筛选,符合诊断标准者 399 例,其中 330 例资料完整,男 97 例,女 233 例;年龄 14~76 岁,平均 46.1 岁;病程 0.33~50 年,平均 13.4 年。详细记录患者的年龄、性别、职业、头痛特点,查找压痛点位置及出现放散痛的范围等,并进行分析归纳。**结果:**颈源性头痛占头痛患者的比例为 89.1%(399/448);男女之比为 1:2.4;78.8%(260 例)的患者年龄在 21~60 岁,尤以 41~50 岁居多;97.3%(321 例)的患者头痛呈阵发性,只有 2.7%(9 例)的患者呈持续性。多数患者的头痛性质呈胀痛(181 例,占 54.8%)或跳痛(135 例,占 40.9%),这两种性质的疼痛可能并存,其他类型的疼痛均为少数。多数患者的头痛部位为枕部、头顶、颞部,约 1/3 可波及到前额、眼眶、或眼球,极少数波及到耳、鼻翼及鼻梁等处。76.4%(252 例)的患者为全头痛或双侧头痛,只有 12.1%(40 例)为单侧头痛。几乎所有患者均有枕神经卡压表现,其中 73.3%(242 例)为枕大、小神经混合受累;82.7%(273 例)的患者枕部受到按压时出现向头部的放散痛。**结论:**①颈源性头痛占头痛患者比例较高;②现有诊断标准尚不完善,有必要改进;③按压颈枕部特定位置出现放散痛是其重要的诊断依据。

【关键词】 头痛; 颈椎; 诊断; 疼痛测定

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2010.03.019

Study on diagnostic criteria of cervicogenic headache: a report of retrospective analysis on 330 cases LI Shi-liang*, HAN Feng, ZHANG Chen-yu. *Department of Acupuncture, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China

ABSTRACT Objective: To improve the diagnostic criteria of cervicogenic headache by summary the clinical features of cervicogenic headache in patients. **Methods:** Among 448 patients with the chief complaint of headache for the first visit from October 2008 to June 2009, 399 cases meet the diagnostic criteria, 330 cases were diagnosed as cervicogenic headache. There were 97 males and 233 females, ranging in age from 14 to 76 years, with an average of 46.1 years. The duration of the disease ranged from 0.33 to 50 years, with an average of 13.4 years. The gender, age, occupation, headache characteristics of the patients were recorded, and the tenderness point position and the range of diffuse pain were summarized for analysis. **Results:** There were 89.1% headache patients were cervicogenic headache, the male to female ratio was 1:2.4, 78.8% (260 cases) patients aged 21 to 60 years old, especially those 41 to 50 years old was the majority. There were 97.3% (321 cases) patients with paroxysmal headache, and only 2.7% (9 cases) patients had persistent headache. Majority patients had swelling pain (181 cases, accounting for 54.8%) or pulsatile pain (135 cases, accounting for 40.9%). Above two types pain may coexist, and other types were few. The position of headache concentrated at occiput, corona capitis and tempus, and could spread to the forehead, fossa orbitalis, or eye (about 1/3 patients), very few spread to the ears, nasal wing or bridge of the nose, etc. There were 76.4% (252 cases) patients with full or bilateral headache, and only 12.1% (40 cases) with unilateral headache. Almost all the patients had symptoms of occipital nerve entrapment, among which about 73.3% (242 cases) patients had greater and lesser occipital large involved. There were 82.7% (273 cases) patients showing radiating pain by pressing the special point of occiput. **Conclusion:** ①Cervicogenic headache patients accounted for a higher proportion; ②The existing diagnostic criteria is not perfect, and need to be improved; ③Radiating pain occurred when pressing the specific location is an important diagnosis criteria.

Key words Headache; Cervical vertebrae; Diagnosis; Pain measurement

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2010, 23(3): 208-211 www.zggszz.com

头痛是临床常见的证候之一,其分类繁多,发生机制各不相同,其中,颈源性头痛是较为多见的一种

类型,文献报道其在人群中的发病率为 1%~18%^[1],但其在头痛患者中的比例尚未见报道。此种头痛在影像学检查方面常无阳性表现,曾被称为“偏头痛”、“神经性头痛”、“血管神经性头痛”等。自 1983 年以

通讯作者:李石良 Tel:010-84205344 E-mail:ZRLISHILIANG@163.com

来,国内外学者对本病虽有所认识,但在诊断标准方面尚不统一,而且,笔者认为现有的各个不同的诊断标准均未重视枕神经卡压表现对于颈源性头痛的诊断价值,在准确地反映颈源性头痛的临床特征方面有所欠缺,这将在一定程度上影响临床医师对该病的诊断。笔者经过对 448 例头痛患者的临床分析,提出了改进的诊断标准,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 全部病例均来自中日友好医院针灸科门诊,均以头痛为第一主诉,时间为 2008 年 10 月至 2009 年 6 月,共 448 例,诊断为颈源性头痛者 399 例,其中,资料齐全者 330 例。330 例颈源性头痛患者中,男 97 例,女 233 例;年龄 14~76 岁,平均 46.1 岁。其中 10~20 岁 8 例,21~30 岁 30 例,31~40 岁 65 例,41~50 岁 105 例,51~60 岁 90 例,61~70 岁 25 例,70 岁以上 7 例。病程 0.33~50 年,平均 13.4 年。

1.2 方法

本文所采用的颈源性头痛诊断标准系 Sjaastad 于 1990 年提出的诊断标准^[2]的基础上增加枕神经卡压的证据。

1.2.1 Sjaastad 于 1990 年提出的颈源性头痛诊断标准 ①间歇性或持续性头痛(初起多呈单侧)同时伴有同侧颈枕部或(及)肩部疼痛酸困、僵硬等症状。②颈部肌肉紧张,压痛明显,C₂横突压痛阳性,并向同侧头部放射。③引颈试验阳性。④枕大神经阻滞疼痛减轻。⑤X 线片可见上位颈椎(C₁-C₂)移位,齿状突轴心偏移,生理性前凸消失、变直,甚至反张,颈椎骨质增生等征象。⑥排除颅脑器质性疾病、五官科疾病、颈部肿瘤、结核等引起的头痛。

1.2.2 判断枕神经卡压的依据^[3] ①枕大神经卡压:下列两点压痛或同时出现向头部的放散痛。a.枕骨粗隆与乳突连线的内 1/3 处;b.C₂棘突与乳突尖连线的中点。②枕小神经卡压:乳突后缘压痛或同时出现向同侧头部的放散痛。③耳大神经卡压:乳突尖下缘及胸锁乳突肌后缘中点压痛或出现向同侧耳廓的放散痛。

1.3 分析项目 颈源性头痛在头痛患者中的比例;头痛发作特征、性质、部位、发病侧别及受累神经;枕部按压致放散痛出现的比例;女性患者头痛与经期的关系;职业因素、家族史、既往误诊率;寰枕间隙狭窄或消失出现率。

2 结果

2.1 颈源性头痛在头痛患者中的比例 按上述诊断标准诊断为颈源性头痛者 399 例,占全部头痛患者的 89.1%。

2.2 头痛发作特征 330 例患者中,9 例呈持续性发作,占 2.7%;321 例呈阵发性发作,占 97.3%。

2.3 头痛性质 330 例中,胀痛 181 例,占 54.8%;跳痛 135 例,占 40.9%;针刺样 36 例,占 10.9%;钝痛 19 例,占 5.7%;紧箍感 22 例,占 6.7%;烧灼样 11 例,占 3.3%;重压感 11 例,占 3.3%;刀割样 4 例,占 1.2%;爆炸感 2 例,占 0.6%;撕裂样疼痛 1 例,占 0.3%;放射感 5 例,占 1.5%;描述不清 13 例,占 3.9%。

2.4 头痛部位 330 例中疼痛部位:枕部 213 例,占 64.5%;头顶 152 例,占 46.1%;颞部 229 例,占 69.4%;前额 124 例,占 37.6%;眼眶 129 例,占 39.1%;眼球 86 例,占 26.1%;耳部 9 例,占 2.7%;鼻翼 6 例,占 1.8%;鼻梁 1 例,占 0.3%。

2.5 发病侧别 330 例中,双侧头痛或全头痛 252 例,占 76.4%;单发右侧偏头痛 40 例,占 12.1%;单发左侧偏头痛 38 例,占 11.5%。

2.6 受累神经 330 例中,枕大、小神经混合受累 242 例,占 73.3%;单发枕大神经受累 79 例,占 23.9%;单发枕小神经受累 7 例,占 2.1%;单发耳大神经受累 2 例,占 0.6%。

2.7 枕部按压致放散痛出现的比例 330 例中,有放散痛 273 例,占 82.7%;无放散痛 57 例,占 17.3%。

2.8 女性患者头痛与经期的关系 在全部 233 例女性患者中,26 例主诉经期或前后头痛加重(但头痛的出现不仅限于经期),占 11.2%;其余 207 例与经期无关,占 88.8%。

2.9 职业因素 330 例中,长期从事需要维持低头姿势的工作或需要使用电脑者 110 例,占 33.3%。

2.10 家族史 330 例中有家族头痛病史者 64 例,占 19.4%;无家族头痛病史者 266 例,占 80.6%。

2.11 既往误诊率 330 例中,既往诊断为“血管神经性头痛”67 例,占 20.3%;诊为“偏头痛”13 例,占 3.9%;诊为“抑郁状态”2 例,占 0.6%;诊为“紧张性头痛”者 2 例,占 0.6%;诊为“血管痉挛”者 2 例,占 0.6%;诊为“脑供血不足”者 2 例,占 0.6%;诊为“颈椎病”者 1 例,占 0.3%;其他 241 例无明确诊断,占 73.0%。

2.12 寰枕间隙狭窄或消失出现率 330 例中,颈椎 X 线影像学检查(过屈位)发现寰枕间隙狭窄 39 例,占 11.8%;寰枕间隙消失 24 例,占 7.2%;其他 267 例寰枕间隙正常,占 81%。

3 讨论

3.1 颈源性头痛的发病率 关于颈源性头痛在人群中的发病率,国外文献报道为 1%~18%,而国内文献报道的差异更大,为 0.4%~80%,这与研究方法不

同及所依据的诊断标准不同有关^[1]。而关于颈源性头痛在所有头痛患者中所占的比例,目前尚未见报道。本研究的结果显示,这一比例高达 89.1%,亟需引起高度重视。

3.2 颈源性头痛的病理机制与诊断标准 “颈源性头痛(cervicogenic headache)”的概念是 Sjaastad 等^[4]1983 年提出的,是指由颈椎和(或)颈部软组织的器质性或功能性病损所引起的以慢性、单侧头部疼痛为主要临床表现的一组综合征。其发生的原因可能是颈枕部单一或多种组织结构的异常。由于脊柱组织的紧密性及其神经分布的丰富和重叠,难以区分明确的致痛组织^[5]。上颈段、中颈段甚至下颈段或肩部的病变均可引起颈源性头痛^[6]。无论是机械刺激、炎性刺激或颈部肌肉的痉挛等因素,当对颈神经或交感神经构成影响时都有可能引发头痛症状。所以,“枕神经痛”、“枕大神经卡压综合征”、“枕小神经卡压综合征”、“耳大神经卡压综合征”等疾病都应该属于颈源性头痛的范畴。关于颈源性头痛的性质,以 Bogduk^[7]为代表的学者认为是一种牵涉痛,并以会聚理论来解释其发生机制:高位颈神经(枕大、枕小和耳大神经分属第二及第三颈神经)所支配的结构发生病损而引起高位颈神经伤害性感觉信息的传入,通过高位颈神经传入纤维之间以及高位颈神经与三叉神经传入纤维之间在中枢(三叉神经脊束核)的会聚,使中枢对伤害性信息的传入来源的判断出现错误所致。国内董福慧等^[3]同期进行了类似的研究,于 2002 年提出“枕神经卡压综合征(包括枕大神经卡压综合征、枕小神经卡压综合征、耳大神经卡压综合征)”这一病名,强调枕、颈部皮神经的物理卡压是引起头痛的原因之一。笔者认为,从病理机制上来看,应该属于颈源性疾病的范畴。

1983 年以来,国际上出现了不同的关于颈源性头痛的诊断标准,其中包括影响较大的 Sjaastad 领导的颈源性头痛国际研究组及国际头痛协会的诊断标准,两个组织所提出的诊断标准则都分别还有 1990、1998 年和 1988、2004 年两个版本,这些版本的内容都有一定差别,在把握诊断标准上主要侧重于患者自觉症状。国内董福慧等^[3]所提出的枕神经卡压综合征的诊断标准则侧重于体征的把握。笔者认为从临床实践来看,对上述不同诊断标准应综合掌握,才能全面反映颈源性头痛的特征,故提出本文的诊断标准。

3.3 颈源性头痛的临床特征分析

3.3.1 易发人群 本组 330 患者,女性患者居多,其原因尚不清楚。患者的年龄跨度为 14~76 岁,尤以

41~50 岁居多。这个年龄段的人群正值工作负担最重的时期,易对健康造成损害。在本文统计的职业因素中,33.3%的患者(110 例)有长期从事低头位性质的工作(如流水线装配工等)或长时间使用电脑史,此类工作容易导致枕颈部软组织的积累性损伤,进而引发枕神经卡压而患病,说明颈源性头痛有其易发人群。

3.3.2 临床表现特征 ①在症状表现方面,97.3%的患者头痛呈阵发性,只有 2.7%的患者呈持续性,说明受累神经受到卡压刺激的现象可能是活动性的,当神经收到卡压刺激时即引发头痛,否则头痛就会消失。本组患者常见的诱发因素有颈部活动、天气变化以及情绪刺激等,这些因素都有可能引起枕颈部软组织张力的瞬时变化从而使相关神经受到卡压,说明此类头痛呈阵发性有其合理性。②关于头痛的性质,本组多数患者呈胀痛(占 54.8%)或搏动性疼痛(跳痛)(占 40.9%),这两种性质的疼痛可能并存,其他类型的疼痛均为少数。相对于以往文献中所称的“非撕裂样疼痛”、“钝痛”等,这种描述为更多患者所主诉,也更便于临床医生把握。③关于头痛部位,多数患者表现为枕部(64.5%)、头顶(46.1%)、颞部(69.4%),约 1/3 的患者疼痛可波及到前额(37.6%)、眼眶(39.1%)或眼球(26.1%),还有极少数患者波及到耳(2.7%)、鼻翼(1.8%)及鼻梁(0.3%)等处,表明此类牵涉痛的范围比较广泛。④在发病侧别及范围方面,本组大多数患者(76.4%)表现为全头痛或双侧头痛,只有 1/10(左右两侧分别为 11.5%和 12.1%)的患者表现为单侧偏头痛。这一结果不同于 Sjaastad 等^[4]的认识(强调单侧头痛且不向对侧转移),而与国际头痛协会所主张的颈源性头痛诊断标准^[1]一致(不强调头痛侧别)。从枕部压痛的情况来看,几乎所有患者(99.9%)均有枕神经卡压表现,说明枕神经卡压这一病理因素在颈源性头痛的发病中极为重要,临床治疗时如重视此因素可能提高疗效。其中,73.3%为枕大、小神经混合受累,约 1/4(23.9%)为单发枕大神经受累,少数为单发枕小神经受累(2.1%)。耳大神经受累极少(0.6%),此结果支持董福慧等^[3]此前的结论。在 330 例中,有 273 例(82.7%)在枕部存在明显压痛的同时出现了向枕、头顶、颞、额、眼等区域的放散痛,这种放散痛可表现为在按压枕部相关位置时即出现,也可能表现为延迟出现(即在按压持续超过约 10 s 后放散痛才出现),只有 17.3%的患者(57 例)仅有压痛而无放散痛出现,说明放散痛对于诊断颈源性头痛具有重要价值。关于放散痛出现的机制目前尚不清楚。

3.4 对颈源性头痛的诊断存在问题及展望 从本组 330 例患者的病史来看,绝大多数因未得到正确的诊断而延误了治疗,本组病程最长者甚至达 50 年,足以说明问题。其中约 1/4 的患者分别被诊断为血管神经性头痛(20.3%)和偏头痛(3.9%),还有一些患者被冠以“抑郁状态”、“紧张性头痛”、“血管痉挛”、“脑供血不足”等病名,而更多的患者(73%)则未得到任何明确的诊断,说明目前临床上对颈源性头痛仍存在严重的认识不足,需要引起有关学科的重视。

另外,一些似是而非的问题往往可能因传统认识而左右医生的临床判断,例如,本组中 19.4%有家族头痛病史,但这并不一定说明该病与遗传有关,而是可能源自家庭成员之间相似的生活环境及生活习惯。11.2%的女性患者头痛在经期发作或加重(但不限于经期发作),而部分女性患者在妊娠期间头痛不发作,这可能是雌激素水平的变化(经期雌激素水平下降,而妊娠期雌激素活性可超过妊娠前的 30 倍,孕 38~40 周时甚至是非孕期的 1 000 倍^[8])影响痛阈所致。有研究证实,疼痛阈值与血清雌激素水平两者间呈正相关关系^[9]。而从发病机制而言,这部分女性患者头痛的根本原因还是其枕颈部的病变,不能单纯以调经论治。总之需要对病史予以客观分析、综合

判断,不可以偏概全。

本项研究还发现,部分患者的颈椎 X 线片(过屈位)显示寰枕间隙消失或狭窄(分别为 7.2%和 11.8%),如何评价其临床意义尚有待探讨。

本病的治疗手段虽有很多,但从远期疗效来看,针刀闭合性手术显示出一定的优势,值得认真研究。

参考文献

[1] 姜磊,于生元. 颈源性头痛. 中国疼痛医学杂志,2006,12(3): 175-178.
 [2] 罗芳,王云珍,李淑琴. 不同药物行神经阻滞治疗颈源性头痛疗效比较. 中国康复理论与实践,2008,14(6):504-505.
 [3] 董福慧,郭振芳,张春美,等. 皮神经卡压综合征. 北京:北京科学技术出版社,2002. 100-107.
 [4] Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, et al. "Cervicogenic" headache. An hypothesis. Cephalalgia, 1983, 3(4):249-256.
 [5] Bogduk N. The innervation of the lumbar spine. Spine, 1983, 8(3): 286-293.
 [6] 冯金升,李义凯,邹建荣,等. 颈源性头痛的诊断和治疗. 中国脊柱脊髓杂志,2001,10(1):45-46.
 [7] Bogduk N. Cervicogenic headache: anatomic basis and pathophysiologic mechanisms. Curr Pain Headache Rep, 2001, 5(4):382-386.
 [8] 姚泰. 人体生理学. 北京:人民卫生出版社,2001. 913-927.
 [9] Iwasaki H, Namiki A. A review of pregnancy-induced analgesia. Masui, 1997, 46(5):598-606.

(收稿日期:2009-12-23 本文编辑:王宏)

宁波市第六医院骨科招收进修医生通知

宁波市第六医院骨科是宁波市医疗卫生重点学科,由创伤骨科、关节外科、脊柱外科和小儿骨科 4 个亚学科组成。核定床位 264 张,实际开放床位 300 张。年门诊量 10 万余人次,年住院 8 000 余人次,年手术量逾 7 000 台。为了增强骨科业务交流,宁波市第六医院骨科诚邀进修医生,以达到经验分享、互相促进、共同提高的目的。进修条件:有医师执业证书和工作单位。有意者请同以下两位人士联系:

宁波市第六医院 科教科 魏素华。电话:0574-87996165。邮编:315040。

宁波市第六医院 骨科 章军辉。电话:18906627811。邮编:315040。