·方　案　与　建　议·

头痛问诊要领中国专家建议(2025版)☆

中国医师协会神经内科医师分会头痛与感觉障碍学组
广东省脑科学应用学会脑与疼痛管理分会

【摘要】头痛是常见的神经系统病症之一,不仅严重影响患者的健康和生活质量,而且可以是某些严重疾病的预警信号。对头痛患者行全面细致的问诊是鉴别原发性与继发性头痛的重要前提,更是对头痛进行精准诊断和治疗的基石。然而,目前我国尚缺乏针对头痛问诊要领的临床指导性建议,故本专家组通过全面复习国内外相关文献,结合临床工作实际经验,总结并提出头痛问诊的建议。本建议涵盖针对初诊头痛患者的9大问题,梳理继发性头痛的"红旗征",并提出儿童青少年及老年人群的差异化问诊策略,可作为头痛临床诊疗工作中的参考。

【关键词】头痛　问诊　原发性头痛　继发性头痛　专家建议
【中图分类号】R741　　【文献标识码】A

Chinese expert consensus on key points of headache history-taking (2025). *Headache and Sensory Disorders Group, Neurologist Branch of Chinese Medical Doctor Association; Brain Science and Pain Management Branch of Guangdong Brain Science Application Association. YU Shengyuan, Department of Neurology, Chinese PLA General Hospital*, Beijing 100853, China. *CHEN Xiaochun, Department of Neurology, Fujian Medical University Union Hospital*, Fuzhou 350001, China. *ZENG Jinsheng, Department of Neurology, The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, No. 58 Zhongshan Road 2*, Guangzhou, 510080, China. Tel: 020-87755766.

【**Abstract**】Headache is one of the common neurological conditions, which not only seriously affects the patient's health and quality of life, but can also be a warning sign of serious diseases. Comprehensive and detailed history-taking of headache patients is an important prerequisite for identifying primary and secondary headaches, and is the cornerstone for accurate diagnosis and treatment of headache. However, there is currently a lack of clinical guidance in China regarding the key points of headache history-taking. Therefore, this expert panel has conducted a thorough review of relevant domestic and international literature and combined it with practical clinical experience to standardize the key contents and methods of headache history-taking. This consensus outlines 9 key points for the initial evaluation of headache patients, summarizes the "red flags" indicative of secondary headache, and proposes differentiated consultation strategies for children, adolescents and the elderly, which can be used as a reference in the clinical diagnosis and management of headache.

【**Keywords**】Headache　History-taking　Primary headache　Secondary headache　Expert consensus

doi:10.3969/j.issn.1002-0152.2025.05.001

☆ 广东省神经系统疾病临床医学研究中心(编号:2020B1111170002);广东省神经疾病早期干预及功能修复研究国际科技合作基地(编号:2020A0505020004);广州市重大疑难(罕见)疾病项目——肌无力诊疗中心(编号:2024MDRD02);广东省神经系统重大疾病诊治工程技术研究中心;广东省神经系统重大疾病诊治转化医学创新平台;广州市神经系统重大疾病临床医学研究与转化中心项目

执笔者:廖松洁(中山大学附属第一医院),安佳琪(中山大学附属第一医院),董钊(中国人民解放军总医院),王永刚(首都医科大学附属北京天坛医院)

通信作者:于生元,中国人民解放军总医院,北京 100853,E-mail:yusy1963@126.com;陈晓春,福建医科大学附属协和医院神经内科,福州 350001,Email:chenxc998@fjmu.edu.cn;曾进胜,中山大学附属第一医院神经科,广州 510080,E-mail:zengjs@pub.guangdong.gd.cn

头痛是指分布于眉弓、耳廓上部与枕外隆突连线以上部位的疼痛，是常见的神经系统临床表现之一，根据病因可分为原发性头痛（如偏头痛和紧张型头痛等）和继发性头痛（如脑膜炎和颅内出血引起的头痛，缘于精神疾病的头痛等）[1-2]。2022年全球疾病负担研究显示，头痛年患病率可达52.0%，每天有15.8%的人群在经历头痛[3]。慢性头痛常伴有失眠、抑郁和焦虑等情绪障碍，严重影响患者的生活质量和工作效率。另外，头痛还可以是某些严重疾病的预警信号。

头痛病因复杂多样，且多数缺乏特异性的体征、生物学标志或影像学表现，容易被误诊和漏诊。因此，头痛的诊断、分型及分期主要依赖于病史采集。全面、细致的问诊是准确诊断头痛的前提，也是为头痛患者制定治疗策略的重要基础。目前，我国尚无针对头痛问诊的行业专家建议，在一定程度上制约了头痛诊疗水平的提高。为此，专家组通过复习最新国内外相关文献，并结合中国的原发性头痛指南和国际头痛疾病分类第3版诊断标准，对头痛问诊提出专家建议。本专家建议突出头痛规范化问诊的重要性，以期能够适用于神经科和相关学科医师，作为头痛诊疗工作中的参考。

1 初诊头痛患者的问诊

对初诊头痛患者的问诊，应细致和全面，涵盖头痛的各个方面，并确保患者感到被理解和重视。问诊时，通过温和的语气和提出开放性的问题，帮助患者放松，在建立信任的同时获取患者的头痛发生和演变过程，以及既往史、家族史和个人史等信息。建议遵循开放性问题与精确追问相结合、分层引导提问等方法，启发患者准确回忆和描述头痛信息。同时，尤其重视任何可能危及生命的病因，如脑肿瘤、颅内出血或颅内感染等。通过以下问题询问，可较全面地了解患者头痛的基本情况，从而提高诊断准确性和治疗安全性。问诊过程中如果发现提示原发性头痛的“绿旗征（green flags）”（表1）和高度提示继发性头痛的“红旗征（red flags）”（表2）应予特别关注[4-5]。

Tab.1 Green flags suggesting a primary headache

表1 提示原发性头痛的绿旗征

1. 头痛在儿童时期就已经存在
2. 存在头痛完全缓解的间歇期
3. 头痛与月经周期有关
4. 直系亲属有相同类型的头痛

注：已有原发性头痛不是排除继发性头痛的充分条件。

Tab.2 Red flags suggesting a secondary headache

表2 提示继发性头痛的红旗征

症状或体征	可能相关的继发性头痛
1. 全身症状（包括发热）	感染或非血管性颅内疾病
2. 肿瘤病史	颅内肿瘤，转移性肿瘤
3. 局灶性或全面性神经功能缺失（包括意识水平下降）	血管性和非血管性颅内疾病（脑膜炎、脑炎等）
4. 头痛突然发作	蛛网膜下腔出血和其他颅内或颈部血管疾病
5. 年龄大（50岁以上）初发头痛	颅内或颈部血管疾病、肿瘤和其他非血管性颅内疾病
6. 头痛模式变化	颅内血管性和非血管性颅内疾病（如肿瘤等）
7. 体位性头痛	颅内高压或低压
8. 打喷嚏、咳嗽或运动诱发头痛	颅内血管性和非血管性颅内疾病（如颅内压改变等）
9. 视乳头水肿	肿瘤及其他引起颅内高压的疾病
10. 进行性加重的头痛	肿瘤及其他非血管性颅内疾病
11. 妊娠或产褥期	颅内或颈部血管疾病（脑静脉窦血栓形成等）、高血压相关疾病（如子痫前期）、甲状腺功能减退等
12. 眼痛伴自主神经症状	后颅窝病变、垂体或海绵窦病变、Tolosa-Hunt综合征和眼科疾病等
13. 外伤后头痛	硬膜下血肿和其他血管疾病
14. 免疫障碍性疾病	机会性颅内感染
15. 过度使用止痛药或新药物引发头痛	药物过度使用性头痛、药物不耐受

问题1：头痛多长时间了？是否突然发生？是否持续不停？

要领：①病程和起病方式；②是否新发头痛；③是否持续性头痛。

明确头痛初始发病时间有助于确定头痛的病程。在儿童期或青少年期有过类似的头痛，并且呈良性复发性病程，往往提示原发性头痛，可能是偏头痛或紧张型头痛等。对于新发、突发的剧烈头痛，或无间歇期的持续性、进行性加重的头痛，或高

龄患者首发头痛，均需警惕继发性头痛[5]。若患者能清晰记住首发头痛的日期，且头痛持续超过3个月，排除继发性头痛后，提示为新发每日持续性头痛[2]。

问题2：头痛每次发作持续多久？间隔多久再发？一天中什么时候出现？

要领：①发作持续时间；②头痛频率；③发作的昼夜差异及与睡眠的关系。

不同类型头痛发作的持续时间不同。原发性头痛中，未经止痛治疗的成年人偏头痛发作持续4~72 h，紧张型头痛30 min~7 d，丛集性头痛15~180 min。

头痛频率指一定时间内头痛发作的频次，有助于确定头痛发作的模式（即发作性、慢性还是丛集性，图1），也有助于一些原发性头痛的完整诊断。例如，慢性偏头痛的诊断要求患者每个月头痛天数≥15 d，其中偏头痛发作≥8 d，病程持续>3个月；偶发性紧张型头痛平均每月发作<1 d且每年<12 d，频发性紧张型头痛平均每月发作1~14 d且每年≥12 d但<180 d且持续>3个月，慢性紧张型头痛则平均每月发作≥15 d且持续>3个月或每年≥180 d。当怀疑丛集性头痛发作时，可询问：“您的头痛是否密集发作一段时间后很久不再发作？”“头痛的这一段时间可以持续多少天？完全好了以后多久再发？”

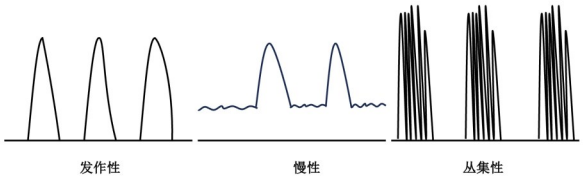


Fig.1　Headache attack pattern
图1　头痛发作模式示意图

同时，需注意头痛是否在一天中的特定时间出现、是否有昼夜变化、是否夜间比白天更严重、是否在睡眠中痛醒等。某些头痛，如睡眠性头痛，仅在夜间睡眠中出现；而某些头痛则在早晨醒来时发生，对于此类情况，应首先排除继发性头痛，如继发于睡眠呼吸暂停的头痛等。有些头痛有季节性或特定时间段发作的特征，如丛集性头痛的发作具有一定季节和昼夜节律，春、秋季多发，夏季发作最少，且常在午睡后或夜间发作。

问题3：头痛主要在哪个位置？属于哪种性质的痛？有多严重？

要领：①头痛的部位；②头痛的性质；③严重程度与行为反应。

不同类型的头痛在累及部位方面具有不同的特征。偏头痛多发生在颞部、额部和顶部，单侧或双侧，也可从单侧开始逐渐扩展为全头痛，或双侧交替出现[6-7]；紧张型头痛多为双侧枕部和颞部，亦可为单侧头痛[8]；丛集性头痛则为刻板的单侧眶、眶上与颞部（三叉神经第一支支配区域）[9-11]；缘于精神疾病的头痛，其疼痛部位多变，可呈游走性。对于头痛伴颈部、肩部或手臂疼痛或麻木的患者，应排查颈源性头痛。问诊时，可让患者用手指圈画出头痛的部位、范围和扩散的区域。但应注意不能仅依据头痛部位进行诊断，例如后枕颈部头痛也可见于偏头痛、紧张型头痛、颈源性头痛和源于高血压的头痛等。

头痛的性质多样，通常可描述为搏动性、压迫性、紧箍样、牵扯样、针刺样、刀割样、锤击样、闪电样和炸裂样，或胀痛、隐痛、钻痛等。为了让患者描述准确，可向患者举例甚至加入肢体语言提示进行询问。偏头痛多表现为搏动样疼痛或胀痛等，疼痛程度逐渐加重至顶峰，之后逐渐缓解。紧张型头痛可为压迫性或紧箍样，或者不具备鲜明的特征。丛集性头痛常表现为迅速达到高峰的钻痛或刺痛，缓解过程也较快[9-10]。当头痛为霹雳样，即突然出现、1 min内达高峰的剧烈头痛，首先应考虑颅内血管性疾病等所致继发性头痛，排除之后才能考虑其他原发性头痛类型。

了解头痛发作的严重程度和行为反应有助于揭示疾病特征。偏头痛多为中重度疼痛，患者一般喜欢安静、避免光亮环境，活动减少甚至躺卧、思睡；紧张型头痛多为轻中度疼痛，患者可能更愿意做一些事情或者运动以减轻头痛，可询问患者：“您

头痛时，出去散步或者做点别的事情转移注意力，会不会减轻头痛？”丛集性头痛为重度至极重度疼痛，患者多表现为焦躁不安或来回踱步。视觉模拟评分表（visual analog scales，VAS）或数字评分表（numerical rating scale，NRS）（图2、3）有助于量化头痛的严重程度。

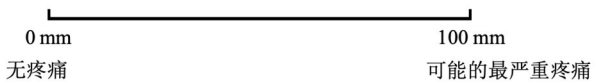
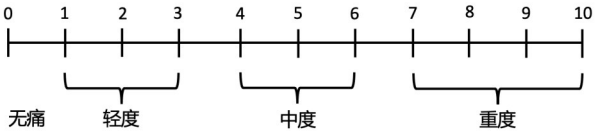


Fig.2 Visual analog scales (VAS)

图2 视觉模拟评分法 注：在100 mm长的水平线上，0 mm=无疼痛，100 mm=最严重疼痛。患者在直线上做一记号，从起点至记号处的距离即为量化的疼痛程度。



Tab.3 Numerical rating scale (NRS)

图3 数字评定量表

头痛可以导致患者的失能，如偏头痛患者头痛时注意力、判断力和工作效率可有下降，工作、学习、社交、娱乐等活动明显受限。可采用偏头痛失能量表（migraine disability assessment，MIDAS；表3）对偏头痛所致失能程度进行量化评估，以利于随访观察和疗效评估[12]。还可采用头痛影响测试量表-6（headache impact test-6，HIT6；表4）对各种类型的头痛进行失能评估[13]。需注意，合并焦虑和强迫障碍的患者往往夸大疼痛，从而给出较高的疼痛及失能评分，应谨慎判断。另外，头痛的严重程度并不能区分原发性与继发性头痛。

问题4：头痛发作有无先兆？发作时还伴随哪些症状？先兆或伴随症状持续多久？

要领：①头痛先兆；②伴随症状的类型；③先兆和伴随症状的持续时间。

先兆是一种逐渐出现、扩散和消失，并且完全可逆的局灶性神经功能障碍，可按脑皮质功能代表区的结构顺序逐步发生，以视觉先兆最为常见，约占90%，也可以同时或依次出现感觉、言语和/或运动障碍等症状，脑干先兆还可出现复视、眩晕、耳鸣、意识障碍、共济失调等[14-15]。我国约14%偏头痛患者在发作前或发作时出现先兆[6]，其特点是症状累及范围逐渐扩大，在几分钟内逐步进展，至少有一个阳性症状（如闪光、针刺感）。可以提问：“在头痛发生前或头痛时，您的眼睛看东西与平时有没

Tab.3 Migraine disability assessment (MIDAS)

表3 偏头痛失能量表

MIDAS问卷
这些问题用于确定您的评分，并将其匹配到失能等级
1. 在过去3个月中，您因头痛而缺席工作或上学的天数是_____
2. 在过去3个月中，您的工作或学习效率因头痛而降低一半或更多的天数是（不包括在问题1中缺席的天数）_____
3. 在过去3个月中，您因头痛而没有做家务的天数是_____
4. 在过去3个月中，您在家务工作中因头痛而降低一半或更多效率的天数是（不包括在问题3中未进行家务的天数）_____
5. 在过去3个月中，您因头痛而错过家庭、社交或休闲活动的天数是_____
A. 在过去3个月中，您有头痛的天数是_____
B. 以0到10表示头痛程度，平均来说，这些头痛的严重程度是多少？（0=完全不痛，10=痛到极限）_____

注：把问题1~5答案的相应得分累加，得分越高说明头痛对您生活的影响程度越大。I级0~5分，较少或无失能；II级6~10分，轻度失能；III级11~20分，中度失能；IV级≥21分，重度失能。

Tab.4 Headache impact test-6 (HIT6)

表4 头痛影响测试量表-6

该问卷用于表达您头痛的感受以及头痛对您生活的负面影响				
1. 当您头痛时，剧烈疼痛发生的频率？				
从不	很少	有时	经常	总是
2. 头痛是否经常造成您的日常活动能力受限，如家务劳动、工作、上学、社交活动能力？				
从不	很少	有时	经常	总是
3. 当您头痛时，是否常希望能躺下休息？				
从不	很少	有时	经常	总是
4. 在过去4周中，您是否常因头痛感到疲劳，在工作或日常活动中力不从心？				
从不	很少	有时	经常	总是
5. 在过去4周中，您是否常因头痛感到厌烦和不安？				
从不	很少	有时	经常	总是
6. 在过去4周中，您是否常因头痛而无法专注于工作或日常活动？				
从不	很少	有时	经常	总是

注：“从不”6分，“很少”8分，“有时”10分，“经常”11分，“总是”13分。把所有答案的相应得分累加，得分越高说明头痛对您生活的影响程度越大。1级<50分，较少或无影响；2级50~55分，中度影响；3级56~59分，明显影响；4级≥60分，严重影响。

有不一样，有眼前闪光、肢体麻木、无力或讲话不清楚等其他情况吗？”需要注意的是，当出现先兆不伴随头痛、先兆首次发生在40岁之后、仅有阴性症状如偏盲、先兆较短（<5 min）或较长（>60 min）时，应首先排除继发性头痛的可能[2]。另外，卒中、短暂性脑缺血发作、脑静脉血栓形成以及癫痫等疾病的部分症状，可能与偏头痛先兆类似，应注意鉴别。

头痛发作时的伴随症状常是鉴别原发性与继发性头痛的重要依据之一，也有助于判断原发性头痛的类型。偏头痛的发作过程包括前驱期、先兆期、头痛期和后续期，在前驱期可出现注意力不集中、情绪低落、疲倦、颈部僵硬疼痛、打哈欠、食欲增加等；头痛期常伴随胃肠道症状（如恶心、呕吐等）、感觉超敏症状（如畏光、畏声、嗅觉敏感、皮肤超敏等）、前庭功能障碍（如眩晕等），在后续期可有疲劳、厌食、沮丧、迟钝等表现。患者不一定主动提供厌恶光亮和声音等信息，所以需要针对性提问，例如：“您头痛时，喜欢安静的环境还是热闹的环境？喜欢明亮的环境还是昏暗的环境？或者不同环境有没有区别？”丛集性头痛等三叉神经自主神经性头痛伴同侧面部自主神经症状（如流泪、眼睑下垂、结膜充血、流涕、鼻塞等）。需要注意，如果头痛伴随的胃肠道症状或前庭功能障碍持续时间过长，应注意鉴别继发性头痛。

问题5：头痛在什么情况下出现？什么情况下加重？什么情况下可减轻？

要领：①诱发头痛的因素；②使头痛加重的因素；③使头痛缓解的因素。

头痛的诱发因素对头痛诊断也有一定的提示作用。偏头痛易受环境、饮食、激素、睡眠、情绪和体力活动等多种因素的影响，睡眠不足、月经期、饮酒或食用巧克力等可诱导发作，女性患者对诱因更为敏感[16-18]。对气味敏感或与月经周期相关的头痛，可提示原发性头痛[19-20]。部分丛集性头痛患者可被饮酒诱发[21]。一些特殊类型的原发性头痛，在特定场景发作，例如原发性咳嗽性头痛、原发性劳力性头痛、性活动相关的头痛、冷刺激性头痛、外部压力性头痛、睡眠性头痛等。

在加重和缓解因素方面，偏头痛患者头痛时喜欢在安静、光线暗的环境中休息，且可能在睡醒后症状缓解。如果患者头痛的加重和缓解与Valsalva动作（咳嗽、大笑、打喷嚏等）、体位和运动有关，需要警惕一些继发性头痛，如颅内压异常所致头痛。

问题6：头痛间歇期健康状态如何？近期头痛是否发生变化？是否还有间歇期？

要领：①间歇期工作生活；②头痛近期变化；③头痛慢性化。

发作性的原发性头痛患者在间歇期工作生活正常。如果头痛没有明显发作间期，首先应注意是否为颅内严重病变等所致继发性头痛。当然，如果头痛诱因控制不好、止痛药物使用不当、伴情绪及睡眠障碍时，发作性的原发性头痛可逐渐慢性化，甚至无间歇期。对于病程较长的头痛患者，需要详细了解头痛近期是否发生了变化，包括部位、性质、严重程度、伴随症状、持续时间和发作频率等，以及是否出现了新的诱发因素。这些信息的询问有助于判断患者是否出现新的头痛类型，患者可同时有不同类型的原发性头痛如偏头痛和丛集性头痛、偏头痛和紧张型头痛，也可同时有原发性头痛和继发性头痛，如偏头痛或紧张型头痛和药物过度使用性头痛[22-27]。

问题7：本次就诊前做过哪些检查？用过哪些药物？接受过哪些非药物治疗？

要领：①头痛相关辅助检查结果；②止痛药使用详情或物质依赖；③其他药物使用情况及非药物治疗。

头痛相关辅助检查包括血压测量、常规血液学检查、脑电生理检查、脑血流和颅脑影像学检查等。但反对过度、重复、无目的检查，不建议对无先兆偏头痛患者常规筛查卵圆孔未闭。如果患者近期相关检查结果正常，则提示原发性头痛可能性大，但一些类型的继发性头痛，如缘于精神障碍的头痛、药物过度使用性头痛等，则只能依据病史进行鉴别。

用于头痛急性期治疗的多种药物，包括单一成分非甾体类抗炎药（如阿司匹林、塞来昔布、双氯酚酸钠等）、含咖啡因复方止痛药物（如去痛片、脑清片、头痛粉、酚咖片等）、曲普坦类药物和阿片类药物（如吗啡、可待因、羟考酮等）等。止痛药有过度使用、成瘾或导致原发性头痛慢性化的风险[28]。偏头痛是药物过度使用性头痛最常见的原发性头痛类型[29]。因此，须详细询问患者所服用的药物名称、剂量以及每月服药天数。同时，还需询问“近期是否使用新的药物”，以此鉴别药物所致头痛不良反应。一氧化氮供体（如硝酸甘油、单硝酸异山梨酯等）、磷酸二酯酶抑制剂（如西洛他唑、氨茶碱、罂粟碱、西地那非等）、升压药、钙通道拮抗剂（如硝苯地平、氨氯地平、尼莫地平等）、组胺受体拮抗剂（如西咪替丁、氯雷他定等）、外源性激素（如皮质类固醇、雌激素等）等，是常见可引起头痛的药物。

同时，还应注意询问偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛等原发性头痛的预防性用药和非药物治疗情况，包括药物名称、剂量、频率和疗效，以及重复经颅磁刺激、远隔电神经调节、迷走神经刺激、针灸、认知行为治疗等非药物治疗的选择和疗效。

问题8：平时睡眠怎么样？头痛对睡眠有影响吗？情绪状况如何？

要领：①平时睡眠状况；②头痛对睡眠的影响；③共病焦虑或抑郁症状。

睡眠或情绪障碍均可成为不同类型头痛的诱发因素；头痛也可以导致睡眠障碍或焦虑、抑郁，进而导致头痛加重。当头痛伴有明显的焦虑、抑郁等表现时，需要注意头痛是否情绪障碍性疾病的表现之一。对于睡眠、焦虑或抑郁情绪的评估，可以采用相关量表，如匹兹堡睡眠评分、汉密尔顿抑郁及焦虑量表、抑郁及焦虑自评量表等。

问题9：既往有什么疾病？有什么特殊嗜好？直系亲属是否有类似头痛？

要领：①既往史；②个人史；③家族史。

了解患者既往病史是标准问诊的必要部分，有助于全面了解患者的病情，并排除可能的继发性原因。个人史方面，了解是否有长期摄入咖啡的习惯，帮助判断患者是否存在咖啡因戒断相关头痛，可以询问患者“是否不喝咖啡后就会头痛”。

部分原发性头痛有家族遗传倾向。偏头痛的遗传率大约30%~60%[30-31]，主要为多基因模式，可为多个基因变异累积的结果，仅少数为单基因遗传模式，例如家族性偏瘫型偏头痛[32]。偏头痛患者直系亲属的患病风险比普通人群高2~3倍，如果患者是有先兆偏头痛、发病早、发作频率和疼痛评分高，那么遗传风险更高[32]；约2/3的偏瘫型偏头痛患者至少有1位一级或二级亲属患有偏瘫型偏头痛[33]。同时，有研究[11]表明中国人群丛集性头痛的家族史阳性率为6.9%。另外，一些遗传性疾病可以出现反复的伴或不伴先兆的偏头痛样发作，如伴皮质下梗死和白质脑病的常染色体显性遗传性脑动脉病（cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy，CADASIL）、线粒体脑肌病伴乳酸酸中毒和卒中样发作（mitochondrial encephalopathy with lactic acidosis and stroke-like episodes，MELAS）等[2]。

2 继发性头痛问诊要点

由已知或潜在疾病所导致的头痛称为继发性头痛，其病因众多，有时缺乏特异性临床表现，可参考表2中列举的继发性头痛“红旗征”[5]。诊断原发性头痛之前应排除继发性头痛，在问询上述问题的过程中，需关注以下要点。

2.1 起病和病程变化 如果患者的头痛为新发或突发、霹雳样发作，或有史以来最严重的头痛，应警惕继发性头痛。此类情况常见于头颈部血管疾病，如蛛网膜下腔出血、动脉夹层、脑静脉血栓、可逆性脑血管收缩综合征和高血压危象等。少数情况下，垂体性卒中、胶样囊肿、蝶窦炎或特发性颅内高压也可表现为急性发作性头痛。当患者的头痛进行性加重，或头痛模式发生变化时，亦需警惕继发性头痛或出现新的头痛类型。

2.2 年龄及妊娠 当患者首发头痛的年龄超过50

岁或小于5岁[34-36]时，继发性头痛风险高。对于育龄女性患者，需关注是否处于妊娠、产褥期或正使用避孕药物，这些状态下的激素水平变化可导致内环境、凝血功能等改变，发生头痛须考虑脑静脉血栓的可能，妊娠期还需考虑妊娠高血压的可能。由于偏头痛发作多于妊娠期缓解，偏头痛患者如在妊娠期出现与以往不同特征的头痛，仍应高度警惕继发性头痛。

2.3 伴随症状 伴随症状是识别继发性头痛的重要线索。除了开放式提问，还可针对性询问患者是否存在系统性症状如发热，局灶性症状如感觉或运动障碍、言语或视物改变、精神行为异常，以及意识障碍、痫性发作等。各种疾病所致颅内病变均可为头痛的潜在病因。当头痛伴喷射性呕吐、血压高甚至意识障碍时，警惕颅内高压；当头痛伴搏动性耳鸣或脑鸣时，警惕血管性疾病，如硬脑膜动静脉瘘、动静脉畸形、静脉窦血栓，以及特发性颅内高压或其他导致颈静脉回流障碍的疾病；当头痛伴面部出汗异常、眼红、流泪、鼻塞或流涕等自主神经症状时，应首先排除自主神经异常的继发性因素，例如鞍区、眼眶、鼻窦内炎症、感染、肿瘤等，之后才能考虑三叉神经自主神经性头痛。

2.4 诱发和加重、缓解因素 询问头痛与Valsalva动作、运动、体位变化以及睡眠的关系至关重要。颅内压异常所致头痛可被Valsalva动作诱发或加重，并受到体位的影响：直立时加重、平卧时缓解的头痛与低颅压有关，而平卧时头痛加重则可能与颅内高压相关[5]。体力活动诱发的头痛，需注意是否与卒中、高血压、蛛网膜下腔出血和可逆性脑血管收缩综合征等相关。睡眠中痛醒或者醒后头痛，需怀疑阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、控制不良的高血压、颅内压升高等情况。此外，还应注意询问患者是否有近期头颈部创伤或精神应激病史。

2.5 不典型的临床表现 当临床症状类似某种原发性头痛但表现不典型时，应更详细问诊以寻找继发性头痛的线索。例如，对于类似丛集性头痛的患者，若为首次起病或者缺乏丛集期规律，需排除可致类似丛集性头痛样表现的各种疾病，如颅内肿瘤，颈动脉夹层，垂体、海绵窦或眼眶病变，以及副鼻窦真菌感染、青光眼等。

2.6 既往病史和物质、药物使用情况 既往有肿瘤、免疫力低下（如获得性免疫缺陷综合征）、出血倾向、心血管病、精神障碍等疾病，均可为头痛的继发性因素。对于表现为偏头痛的患者，若有卒中、痴呆等家族史，应排除遗传性疾病，如1/3的CADASIL患者早期可表现为有先兆的偏头痛样发作，头痛随着脑梗死、情绪及认知障碍的出现而逐渐缓解或消失；MELAS患者可表现有或无先兆的偏头痛样发作，头痛出现于神经功能障碍之前或伴随发生[2]。还需要询问物质、药物使用情况，以鉴别药物过度使用性头痛、酒精诱发的头痛、咖啡因戒断性头痛等，以及药物直接导致的头痛不良反应（详见上述问题7）。

3 特殊人群头痛问诊要领

3.1 儿童及青少年 要领：①更亲切耐心，配合肢体语言；②重视监护人提供的行为改变信息；③儿童青少年偏头痛的特点。

头痛是儿童和青少年最常见的慢性疼痛[37]，又以偏头痛和紧张型头痛最常见[38]。对于儿童及青少年头痛的问诊，医师尤其须耐心，并适当配合手势等肢体语言，帮助其理解医师需了解的头痛特征。建议采用面部表情疼痛评估法（facial pain scale，FPS），并询问患者头痛发作时上学是否需要请假，以客观反映头痛的严重程度。由于儿童常难以准确描述病情，病史采集经常依赖于监护人提供的信息，应包括头痛的频率、持续时间、诱发因素、发作期间的行为变化等方面，其中行为学变化还能帮助判断患儿头痛是否真实存在。另外，儿童青少年学习压力急剧增加，压力可成为头痛的诱因甚至病因，需格外关注患儿心理健康。

与成人相比，儿童及青少年偏头痛在发作的持续时间、部位、伴随症状以及家族史（约70%有家族史）等方面均有所不同[39]。儿童及青少年的头痛持

续时间可较短，未经干预的头痛持续时间为2~72 h，头痛后睡眠的时间也应计算在内[2]。头痛部位多为双侧额颞部或不明确的部位，罕见于枕部。伴随症状可不典型，例如感觉不适、轻微的光敏感或食欲减退，恶心或呕吐等，对特殊气味的恐惧也较为常见[40-41]。疲劳、饥饿、面色苍白、头晕和眩晕等前驱期症状更为常见，在儿童和青少年的发生率分别达67%和85%[42]。可采用儿童版偏头痛失能量表(pediatric migraine disability assessment，Ped-MIDAS)评估头痛所致失能(表5)。注意询问儿童和青少年的饮食习惯，过量摄入巧克力、奶酪、含咖啡因的饮料以及含有谷氨酸钠的快餐，已被广泛证实是头痛加重的因素[43]。学龄前儿童可表现为与偏头痛相关的周期性综合征，包括良性阵发性眩晕、周期性呕吐综合征、腹型偏头痛以及良性阵发性斜颈等[44]，学龄期后偏头痛明显增多。

Tab.5 Pediatric migraine disability assessment (Ped-MIDAS)

表5 儿童版偏头痛失能量表

这些问题用于确定您的评分，并将其匹配到失能等级
1. 在过去3个月中，您因头痛而不能上学的全天天数是_____
2. 在过去3个月中，您因头痛而不能上学的半天(包括几小时)天数(不包括在问题1中全天的天数)是_____
3. 在过去3个月中，您因头痛在学校只能发挥不到一半的学习能力天数(不包括前两个问题中的天数)是_____
4. 您在家因头痛不能做事(例如家务、作业等)的天数是_____
5. 您因头痛而无法参加其他活动(例如玩、外出、体育运动等)的天数是_____
6. 您参加了这一些活动，但因头痛活动能力不足一半的天数(不包括问题5中的天数)是_____

注：总分0~10分为很少或无失能，11~30分为轻度失能，31~50分为中度失能，>50分为严重失能。

3.2 老年人群 要领：①痛觉敏感性下降；②高度警惕继发性头痛；③老年原发性头痛的特征。

老年人具有疾病多、用药多的特点，问诊时应注意仔细、耐心地问询起病年龄、伴随症状、用药情况，以及头痛演变过程等。老年人继发性头痛患病率较高，病因多样，包括缺血性或出血性脑血管病、肿瘤、感染、代谢异常、青光眼、药物过度使用等。老年人对疼痛感受的敏感性下降，头痛的评估难度增大，并且药物过度使用的风险增加，进而容易导致头痛慢性化。在临床上，即便是认知功能正常的老年人，常用的VAS评分失败率也明显增高，而NRS(图3)和词语等级量表(verbal rating scale，VRS；表6)对于老年人相对更适用[45]。

Tab.6 Verbal rating scale (VRS)

表6 口头评定量表

0	1	2	3	4	6
无痛	轻度不适	不适	比较疼痛/难受	非常疼痛	疼痛到极点

在老年原发性头痛中，紧张型头痛最为常见，其患病率随着年龄增长而增加，而偏头痛则随着年龄增长而明显减少。65岁以上的老年人紧张型头痛和偏头痛的患病率分别为44.5%和11.0%[46-47]。老年人的偏头痛发作，其疼痛强度和发作频率降低，易由单侧变为双侧，恶心、呕吐、畏光和畏声等伴随症状可减轻[48-49]。有先兆偏头痛的患者步入老年后，不伴头痛的先兆发作增多，大约50%的先兆发作后并不出现头痛。这可能提示，三叉神经血管系统的炎症反应随年龄增长倾向于减弱，但皮质扩散抑制仍然保留[48, 50]，需与短暂性脑缺血发作等疾病进行鉴别。

4 展望

在头痛的诊断和治疗过程中，首先应全面获取病史。这不仅有助于鉴别继发性和原发性头痛，准确识别原发性头痛的类型，如偏头痛、紧张型头痛或丛集性头痛，还能帮助发现潜在的诱因，例如生活方式、饮食习惯及心理因素等。此外，通过病史询问，医师能够评估头痛的严重程度、发作频率、持续时间、伴随症状及其对患者日常生活的影响，可以为制定个体化的治疗方案提供重要依据。因此，病史采集时，医师必须保持亲切、耐心和细致，认真倾听患者的主诉，鼓励他们详细描述头痛的性质、强度和发作模式。同时，也应细致询问相关症状，包括伴随的恶心、呕吐、畏光或畏声等表现。同时关注患者的既往史、个人史、家族史和用药情况，特别注意排除可能的继发性头痛，及时进行必要的辅助检查以利于鉴别诊断。还应注意的是，重视定期

随访患者，挖掘头痛病史，并依治疗效果动态评估病情，及时调整治疗方案。虽然，目前人工智能在头痛医疗实践中已经展示很好的应用前景，有望成为高效的辅助工具，但它需要前期大量学习，以准确、全面地获取患者信息为前提，因此并不能替代医师获取病史和专业综合判断的能力。总之，全面细致的病史采集不仅能为头痛患者的长期管理提供重要基础，也能够提升患者对治疗的满意度。

声明：本建议由中国医师协会与广东省脑科学应用学会脑与疼痛管理分会共同制定，结合了来自全国多家医院专家的意见，但不代表中国医师协会与广东省脑科学应用学会脑与疼痛管理分会所有成员和专家的观点。本建议不可避免地存在一些不足之处，我们诚挚欢迎使用者提供宝贵意见，以便持续改进。此外我们郑重声明，本建议中的观点不得用于商业推广和宣传。

参与讨论专家组成员（按姓氏拼音排序）：

安佳琪（中山大学附属第一医院）、陈春富（山东省立医院）、董钊（中国人民解放军总医院）、李焰生（上海交通大学医学院附属仁济医院）、廖松洁（中山大学附属第一医院）、刘恺鸣（浙江大学医学院附属第二医院）、刘若卓（中国人民解放军总医院）、罗国刚（西安交通大学第一附属医院）、渠文生（华中科技大学同济医学院附属同济医院）、王贺波（河北省人民医院）、王小娟（广州市第一人民医院）、王永刚（首都医科大学附属北京天坛医院）、肖哲曼（武汉大学人民医院）、于生元（中国人民解放军总医院）、曾进胜（中山大学附属第一医院）、周冀英（重庆医科大学附属第一医院）。

编写委员会专家组成员（按姓氏拼音排序）：

安星凯（厦门大学附属第一医院）、蔡海燕（宁夏回族自治区人民医院）、陈建军（丽水市中心医院）、陈莉（广西医科大学第一附属医院）、陈敏（郑州大学第一附属医院）、董铭（吉林大学第一医院）、冯建利（山东省第二人民医院）、谷文萍（中南大学湘雅医院）、桂韦（安徽省立医院）、郭淮莲（北京大学人民医院）、何俐（四川大学华西医院）、何秋（辽宁省人民医院）、何旭英（广东省第二人民医院）、冀雅彬（南方医科大学南方医院）、江名芳（内蒙古医科大学附属医院）、蒋仙国（上海交通大学医学院附属仁济医院）、黎佳思（上海长海医院）、李海燕（中山大学附属第三医院）、李磊（哈尔滨医科大学附属第二医院）、李丽（晋城大医院）、李明欣（山东大学齐鲁医院）、李现亮（广州医科大学附属第二医院）、李岩（温州医科大学附属第二医院）、林健雯（中山大学附属第一医院）、刘爱群（广东药科大学附属第一医院）、满玉红（吉林大学第二医院）、梅利（西宁市第一人民医院）、邱树卫（南京鼓楼医院）、尚文锦（中山大学附属第一医院）、沈航（北京协和医院）、唐宁（云南省第一人民医院）、万东君（解放军联勤保障部队第940医院）、汪敬业（安徽医科大学第一附属医院）、王丹（北部战区总医院）、王谨（浙江大学医学院附属邵逸夫医院）、王哲（大连医科大学附属第一医院）、魏慧星（福建医科大学附属第一医院）、肖颂华（中山大学孙逸仙纪念医院）、徐隋意（山西医科大学第一医院）、燕兰云（江苏省人民医院）、姚源蓉（贵州省人民医院）、叶红（首都医科大学宣武医院）、袁学谦（郑州市第二人民医院）、张慧萍（郑州市第一人民医院）、张洁（中南大学湘雅二医院）、张亮（青岛大学附属医院）、张玉虎（广东省人民医院）、赵红玲（大连市中心医院）、钟水生（广东三九脑科医院）、周道友（广东省中医院）、朱青（华中科技大学同济医学院附属协和医院）。

参 考 文 献

[1] World Health Organization. Migraine and other headache disorders[EB/OL]. [2024-03-06]. https://www. who. int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders.

[2] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition[J]. Cephalalgia, 2018, 38(1): 1-211.

[3] STOVNER L J, HAGEN K, LINDE M, et al. The global prevalence of headache: An update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates[J]. J Headache Pain, 2022, 23(1): 34.

[4] POHL H, DO T P, GARCIA-AZORIN D, et al. Green Flags and

headache: A concept study using the Delphi method[J]. Headache, 2021, 61(2): 300-309.

[5] DO T P, REMMERS A, SCHYTZ H W, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list[J]. Neurology, 2019, 92(3): 134-144.

[6] 中国医师协会神经内科医师分会, 中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专业委员会. 中国偏头痛诊治指南(2022版)[J]. 中国疼痛医学杂志, 2022, 28(12): 881-898.

[7] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会头痛协作组. 中国偏头痛诊断与治疗指南(中华医学会神经病学分会第一版)[J]. 中华神经科杂志, 2023, 56(6): 591-613.

[8] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会头痛协作组. 中国紧张型头痛诊断与治疗指南(中华医学会神经病学分会第一版)[J]. 中华神经科杂志, 2023, 56(6): 614-625.

[9] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会头痛协作组. 中国丛集性头痛诊断与治疗指南(中华医学会神经病学分会第一版)[J]. 中华神经科杂志, 2023, 56(6): 626-636.

[10] 中国医师协会神经内科医师分会疼痛与感觉障碍学组, 中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专委会. 中国丛集性头痛诊治指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2022, 28(9): 641-653.

[11] ZHANG S, XU S, CHEN C, et al. Profile of Chinese Cluster Headache Register Individual Study (CHRIS): Clinical characteristics, diagnosis and treatment status data of 816 patients in China[J]. Cephalalgia, 2024, 44(3): 3331024241235193.

[12] STEWART W F, LIPTON R B, DOWSON A J, et al. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability[J]. Neurology, 2001, 56(6 Suppl 1): S20-S28.

[13] KOSINSKI M, BAYLISS M S, BJORNER J B, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6[J]. Qual Life Res, 2003, 12(8): 963-974.

[14] LUCAS C. Migraine with aura[J]. Rev Neurol (Paris), 2021, 177(7): 779-784.

[15] SHANKAR KIKKERI N, NAGALLI S. Migraine With Aura[M]. StatPearls. Treasure Island (FL) with ineligible companies. Disclosure: Shivaraj Nagalli declares no relevant financial relationships with ineligible companies. 2024.

[16] IBA C, OHTANI S, LEE M J, et al. Migraine triggers in Asian countries: A narrative review[J]. Front Neurol, 2023, 14: 1169795.

[17] TAI M S, YET S X E, LIM T C, et al. Geographical Differences in Trigger Factors of Tension-Type Headaches and Migraines[J]. Curr Pain Headache Rep, 2019, 23(2): 12.

[18] COHEN F, BOBKER S. From diet to disasters, lifestyle factors can affect headaches and migraine[J]. Headache, 2023, 63(6): 712-713.

[19] VERHAGEN I E, VAN DER AREND B W H, VAN CASTEREN D S, et al. Sex differences in migraine attack characteristics: A longitudinal E-diary study[J]. Headache, 2023, 63(3): 333-341.

[20] SENG E K, MARTIN P R, HOULE T T. Lifestyle factors and migraine[J]. Lancet Neurol, 2022, 21(10): 911-921.

[21] MAY A, SCHWEDT T J, Magis D, et al. Cluster headache[J]. Nat Rev Dis Primers, 2018, 4: 18006.

[22] SONG T J, LEE M J, CHOI Y J, et al. Differences in Characteristics and Comorbidity of Cluster Headache According to the Presence of Migraine[J]. J Clin Neurol, 2019, 15(3): 334-338.

[23] VOLLESEN A L, BENEMEI S, CORTESE F, et al. Migraine and cluster headache-the common link[J]. J Headache Pain, 2018, 19(1): 89.

[24] GOSALIA H, MORENO-AJONA D, GOADSBY P J. Medication-overuse headache: A narrative review[J]. J Headache Pain, 2024, 25(1): 89.

[25] SCHANKIN C J, STRAUBE A. Secondary headaches: Secondary or still primary? [J]. J Headache Pain, 2012, 13(4): 263-270.

[26] LYNGBERG A C, RASMUSSEN B K, JORGENSEN T, et al. Prognosis of migraine and tension-type headache: A population-based follow-up study[J]. Neurology, 2005, 65(4): 580-585.

[27] ASHINA S, MITSIKOSTAS D D, LEE M J, et al. Tension-type headache[J]. Nat Rev Dis Primers, 2021, 7(1): 24.

[28] KRYMCHANTOWSKI A V, JEVOUX C C, Krymchantowski A G, et al. Medication overuse headache: An overview of clinical aspects, mechanisms, and treatments[J]. Expert Rev Neurother, 2020, 20(6): 591-600.

[29] 刘颖璐, 董钊, 王贺波, 等. 中国药物过度使用性头痛诊治指南(第一版)[J]. 中国疼痛医学杂志, 2024, 30(12): 881-896.

[30] POLDERMAN T J, BENYAMIN B, DE LEEUW C A, et al. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies[J]. Nat Genet, 2015, 47(7): 702-709.

[31] SUTHERLAND H G, ALBURY C L, GRIFFITHS L R. Advances in genetics of migraine[J]. J Headache Pain, 2019, 20(1): 72.

[32] GRANGEON L, LANGE K S, WALISZEWSKA-PROSOL M, et al. Genetics of migraine: where are we now?[J]. J Headache Pain, 2023, 24(1): 12.

[33] RUSSELL M B, DUCROS A. Sporadic and familial hemiplegic migraine: Pathophysiological mechanisms, clinical characteristics, diagnosis, and management[J]. Lancet Neurol, 2011, 10(5): 457-470.

[34] KIM S. Pediatric headache: A narrative review[J]. J Yeungnam

Med Sci, 2022, 39(4): 278-284.

[35] OZGE A, TERMINE C, ANTONACI F, et al. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: Diagnosis[J]. J Headache Pain, 2011, 12(1): 13-23.

[36] SZPERKA C. Headache in Children and Adolescents[J]. Continuum (Minneap Minn), 2021, 27(3): 703-731.

[37] CHAMBERS C T, DOL J, TUTELMAN P R, et al. The prevalence of chronic pain in children and adolescents: A systematic review update and meta-analysis[J]. Pain, 2024, 165(10): 2215-2234.

[38] ONOFRI A, PENSATO U, ROSIGNOLI C, et al. Primary headache epidemiology in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis[J]. J Headache Pain, 2023, 24(1): 8.

[39] STRAUBE A, ANDREOU A. Primary headaches during lifespan [J]. J Headache Pain, 2019, 20(1): 35.

[40] ABU-ARAFEH I, CALLAGHAN M. Short migraine attacks of less than 2 h duration in children and adolescents[J]. Cephalalgia, 2004, 24(5): 333-338.

[41] ZANCHIN G, FUCCARO M, Battistella P, et al. A lost track in ICHD 3 beta: A comprehensive review on osmophobia[J]. Cephalalgia, 2018, 38(2): 340-352.

[42] KARSAN N, PRABHAKAR P, GOADSBY P J. Premonitory Symptoms of Migraine in Childhood and Adolescence[J]. Curr Pain Headache Rep, 2017, 21(7): 34.

[43] MILLICHAP J G, YEE M M. The diet factor in pediatric and adolescent migraine[J]. Pediatr Neurol, 2003, 28(1): 9-15.

[44] ALBERS L, VON KRIES R, STRAUBE A, et al. Do pre-school episodic syndromes predict migraine in primary school children? A retrospective cohort study on health care data[J]. Cephalalgia, 2019, 39(4): 497-503.

[45] HERR K A, SPRATT K, MOBILY P R, et al. Pain intensity assessment in older adults: Use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults[J]. Clin J Pain, 2004, 20(4): 207-219.

[46] PRENCIPE M, CASINI A R, FERRETTI C, et al. Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2001, 70(3): 377-381.

[47] CRYSTAL S C, GROSBERG B M. Tension-type headache in the elderly[J]. Curr Pain Headache Rep, 2009, 13(6): 474-478.

[48] STARLING A J. Diagnosis and Management of Headache in Older Adults[J]. Mayo Clin Proc, 2018, 93(2): 252-262.

[49] RIGGINS N, EHRLICH A. Episodic Migraine and Older Adults [J]. Curr Pain Headache Rep, 2022, 26(4): 331-335.

[50] DELARUELLE Z, IVANOVA T A, KHAN S, et al. Male and female sex hormones in primary headaches[J]. J Headache Pain, 2018, 19(1): 117.

（收稿日期：2025-04-22　录用日期：2025-05-27）

（责任编辑：李　立）

欢迎关注《中国神经精神疾病杂志》微信公众号。我刊已于2014年1月开通微信公众号“中国神经精神疾病杂志”，欢迎关注！打开微信扫描下方二维码，或在微信“添加朋友”中查找“nervousmental”，即可关注。我刊将在此平台定时推送近期杂志刊出的文章，您也可以查看近年杂志目录、我刊举办会议和继续教育等信息。