

## 老年头痛的分型及治疗现状

刘芙伶<sup>1</sup> 王恩龙<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>辽宁中医药大学, 沈阳 110847; <sup>2</sup>辽宁中医药大学附属医院, 沈阳 110032

**[摘要]** 头痛是常见的神经系统症状, 其反复发作的特点严重影响了老年患者的生活质量。老年患者由于自身基础病等特点, 在头痛的管理策略上与中青年人群有所不同。本文拟对老年患者中常见的原发性头痛和继发性头痛的分型和治疗策略作一综述, 为安全、有效和系统地诊治老年头痛提供理论基础。

**[关键词]** 老年人; 原发性头痛; 继发性头痛; 诊断; 治疗

doi: 10.3969/j.issn.1674-7593.2024.01.021

### Advances in the Diagnosis and Treatment of Headache Among the Elderly Population

Liu Fuling<sup>1</sup>, Wang Enlong<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847; <sup>2</sup>Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032

\* Corresponding author: Wang Enlong, email: pat999@sohu.com

**[Abstract]** Headache stands out as one of the prevalent symptoms affecting the nervous system, significantly impacting the quality of life, particularly in elderly individuals. The recurrent nature of headaches poses a substantial challenge for the well-being of the elderly, and the management of head pain in this demographic requires a distinctive approach owing to their underlying health conditions and unique characteristics. This article endeavors to comprehensively review both primary and secondary headaches commonly observed in elderly patients. Additionally, it delves into the diagnostic methodologies and treatment strategies specific to this age group. The overarching objective is to establish a theoretical foundation for the secure, efficacious, and systematic diagnosis and management of headaches in the elderly, thus contributing to improved overall patient care.

**[Key words]** Elderly; Primary headache; Secondary headache; Diagnosis; Treatment

头痛是最常见的神经系统症状之一, 可分为原发性头痛和继发性头痛两类, 原发性头痛又可以分为紧张型头痛 (Tension-type headache, TTH)、偏头痛等, 其迁延反复等特点, 为患者带来很大痛苦<sup>[1]</sup>。一项基于大样本的流行病学调查显示, 65 岁以上的老年人 TTH、偏头痛的患病率分别为 44.5% 和 11.0%<sup>[2]</sup>。

相对于中青年患者, 原发性头痛的老年患者多为年轻时起病, 继发性头痛的概率也远高于中青年患者<sup>[3]</sup>。在诊断、治疗及药物过度使用等均是临床中亟待解决的问题<sup>[4]</sup>。本文对老年头痛的分型及治疗的研究进展作一综述, 为诊治老年头痛提供理论依据。

#### 1 老年头痛的类型

##### 1.1 原发性头痛

**1.1.1 TTH** TTH 是老年人新发头痛的最常见类型。特点是轻中度压迫或紧箍样的频繁双侧头痛, 通常不伴有畏光、恶心, 发病高峰期为 30~40 岁,

终生患病率为 78%<sup>[5]</sup>。尽管大部分原发性头痛的发病率随着年龄增大而降低, 但在部分针对老年人的流行病学调查中, 随着年龄增长, TTH 的患病率可能保持稳定甚至增加<sup>[5-6]</sup>。在 65 岁以上的老年人群中更为常见<sup>[7]</sup>。老年人发生慢性 TTH 的危险因素与年轻人相似, 包括镇痛药的过度使用、抑郁和合并疼痛综合征等<sup>[8]</sup>。老年 TTH 症状与中青年类似, 主要症状不会随着年龄增长而变化, 由于 TTH 严重程度较低、致残率较小, 临床中对 TTH 的关注较少, 导致脑血管病、肿瘤等较严重的继发性头痛被误诊为 TTH, 尤其是当患者有 TTH 反复发作病史时, 误诊率会更高。因此, 如何安全有效地治疗老年 TTH 是一个亟待研究的问题。

**1.1.2 偏头痛** 偏头痛以偏侧中重度搏动样疼痛为主, 伴畏光、恶心, 反复发作。尽管偏头痛患病率与发病率随着年龄增长而逐步下降, 但仍是 65 岁以上老年人第二大常见的原发性头痛<sup>[9]</sup>。老年男性偏头痛大多为年轻时起病, 随着年龄增长, 疼痛

\* 通讯作者: 王恩龙, 电子邮箱 pat999@sohu.com

程度及持续时间有所减轻,但更可能进展为双侧疼痛,恶心呕吐、畏光畏声等伴随症状有不同程度的减少,心慌、出汗、口干等自主神经症状可能加重<sup>[4]</sup>。这些特点在老年女性偏头痛中则完全相反,疼痛、搏动感、畏光畏声等症状随着年龄增长而增加,发病率更高<sup>[10]</sup>。此外,老年偏头痛急性发作时更易伴发颈部疼痛,感觉、言语、视觉障碍等,极易与短暂性脑缺血发作混淆<sup>[2]</sup>。其反复发作可能会加重卒中的风险<sup>[10]</sup>。与认知障碍或记忆力减退等也有潜在联系<sup>[11]</sup>。

**1.1.3 睡眠性头痛** 睡眠性头痛是一种主要见于老年人的罕见原发性头痛,其特点是仅在夜间睡眠期间周期性出现,频繁反复发作。起病年龄在58岁左右,多见于老年女性,平均持续约90 min,严重影响睡眠<sup>[12]</sup>。下丘脑后部灰质神经元的丢失与功能障碍可能是其潜在病因,主要治疗方法为咖啡因摄入配合镇痛药物<sup>[13]</sup>。

**1.1.4 其他原发性头痛** 三叉神经自主神经性头痛以相对较短的单侧三叉神经VI分布区疼痛发作为主,通常分布在眼支,常伴流泪、结膜充血等同侧自主神经症状,可能与家族遗传因素有关<sup>[14]</sup>。原发性咳嗽性头痛由长期咳嗽诱发,发病年龄 $\geq 60$ 岁<sup>[9]</sup>。发病率约为18%,严重程度与咳嗽频率相关,但也与老年人后颅窝病变等有潜在关联<sup>[15]</sup>。此外,老年患者因慢性疼痛长期滥用镇痛药物导致的药物过度使用性头痛也是常见的原发性头痛<sup>[16]</sup>。

## 1.2 继发性头痛

**1.2.1 巨细胞动脉炎导致的头痛** 巨细胞动脉炎(Giant cell arteritis, GCA)也称为颞动脉炎,是存在于中大型血管的系统性血管炎,在老年人中发病率较高<sup>[9]</sup>。GCA的典型表现之一是颅脑缺血引起的头痛或头皮压痛,与TTH的疼痛性质相似,可伴有一过性黑矇、下颌跛行(咀嚼时咀嚼肌疼痛)、风湿性多肌痛和视觉症状<sup>[17]</sup>。GCA的发病高峰期约为65~75岁,不但因头痛影响生活质量,还可加重主动脉瘤、主动脉夹层等血管并发症的风险,增加了老年人死亡率和相关并发症的发生率<sup>[18]</sup>。在对老年新发头痛患者进行检查时,颞动脉异常以及红细胞沉降率异常时均可考虑GCA,并可以通过颞动脉切片活检进一步明确诊断。采用皮质类固醇药物可有效缓解GCA<sup>[1,17]</sup>。

**1.2.2 脑血管病导致的头痛** 除常见的缺血性卒中,脑出血、蛛网膜下腔出血、颈动脉夹层、脑静脉窦血栓等均可表现为头痛<sup>[19]</sup>。头痛不但是脑血管病发作前的预警信号,也是脑血管病恢复期常见的后遗症,还可能是潜在的诱发脑血管病的因素。突然的剧烈头痛往往是各类脑血管病急性发作的唯一症状<sup>[19]</sup>。此类急性头痛大多起病突然或逐

渐加重,表现为类似TTH的非特异性头痛,也有部分患者表现为偏头痛,蛛网膜下腔出血导致的头痛常被描述为“生命中最严重的头痛”<sup>[20]</sup>。因此,当老年人突然出现无明显诱因的剧烈头痛时,首先警惕脑血管病,及时进行诊断和鉴别诊断。

除急性期以外,约6%~44%的缺血性卒中患者在恢复期会出现类似TTH的头痛症状<sup>[20]</sup>。一项前瞻性研究显示,随访的缺血性卒中患者有51%出现了慢性期头痛,症状类似TTH,而部分卒中前有偏头痛病史的患者在卒中后转变为TTH<sup>[21]</sup>。与急性期的头痛相比,缺血性卒中恢复期的头痛程度较轻,大多数在3个月内逐渐缓解,但部分患者存在镇痛药物滥用的问题<sup>[22]</sup>。综上所述,头痛不仅是脑血管病的“哨兵”和常见后遗症,两者之间还存在复杂的调节作用。

**1.2.3 颈源性头痛** 老年人群颈椎间盘进展性的病变增加了颈源性头痛的风险,伴或不伴颈部疼痛,表现为单侧头痛的同时伴有局灶性压痛或颈椎活动时疼痛加重,部分患者可伴有心悸、失眠、出汗等自主神经症状<sup>[1]</sup>。常被误诊为TTH,但经颈椎影像检查可明确颈椎原发病灶。

**1.2.4 肿瘤导致的头痛** 大约50%的颅内肿瘤患者会出现头痛,但只有17%的患者的症状符合脑肿瘤头痛的经典描述,即晨起严重并伴有恶心或呕吐<sup>[23]</sup>。脑肿瘤引发的头痛很少单独出现疼痛,往往伴有癫痫发作、恶心呕吐、性格改变、视乳头水肿等其他神经系统体征和症状,头痛程度一般并不剧烈,通常为双侧或单侧头痛(与脑肿瘤同侧),发病程度与肿瘤进展有关<sup>[24]</sup>。基于患者脑肿瘤的颅内定位不同,其头痛程度也有所差异。脑肿瘤导致的头痛大多起病隐匿,不易诊断,尤其在有其他类型头痛病史的患者中容易被忽视。因此需仔细评估老年人基线头痛的变化,如果头痛更频繁、更严重或与癫痫发作、精神状态改变或偏瘫等神经系统体征和症状相关,则需进一步检查以评估头痛的继发性原因<sup>[3]</sup>。

**1.2.5 心源性头痛** 心源性头痛是指发生在心肌缺血期间的偏头痛样头痛,大多可因运动加重,服硝酸甘油可缓解<sup>[1]</sup>。表现为颞额部的搏动样头痛,伴有恶心、出汗等,随着心肌缺血的缓解可在30 min内症状减轻<sup>[25]</sup>。心源性头痛是心肌缺血的预警指标,当患者出现运动后头痛且无法用其他病因解释时可考虑心源性头痛,但诊断较为困难,需在跑步机或心脏压力测试期间仔细记录。

**1.2.6 其他继发性头痛** 自发性低颅压多为脑脊液渗漏所引起,典型表现是头痛程度随体位改变而变化,颅脑核磁共振显示的弥漫性硬脑膜增厚和增强可辅助诊断。睡眠呼吸暂停综合征引起的头痛常

见于60岁以上老年人<sup>[26]</sup>。积极采取手术等方法治疗原发病可有效改善此类头痛。

## 2 老年头痛的治疗

### 2.1 总体治疗原则

总体治疗原则应遵循相关临床指南。对于继发性头痛,应在诊断明确后及时针对原发疾病进行治疗,并采用适当镇痛药物控制头痛发作。对于原发性头痛,则应分为急性期治疗和预防性治疗,分别控制急性期发作程度和减少头痛发作频率<sup>[27]</sup>。在选择药物时,还应考虑到老年人群的安全剂量以及不良反应,并注意所选择药物对基础疾病的潜在影响,因为外周和中枢神经系统的变化使得老年人在应用处方药后更易产生副作用。老年人疼痛调节系统的适应性变化及认知障碍等因素,都给老年头痛的疼痛管理带来了挑战。除此之外,随着我们国家对于中医的大力扶持以及发展,中医治疗老年头痛的方法不断增多,疗效显著。

### 2.2 老年头痛的西医治疗策略

对于大多数的原发性头痛,以对乙酰氨基酚为代表的简单镇痛药和布洛芬等非甾体抗炎药是急性期治疗的第一选择,但长期服用该类药物会增加肝、肾、心脑血管和肠道并发症的风险。此外,老年人外周伤害感受器功能逐渐退化,使得这一类外周镇痛抗炎药物的作用效果减弱。因此,应谨慎使用,如长期服用,应密切监测肝肾功能及血压。

阿片类药物和巴比妥类药物常被用于偏头痛的急性治疗,但其过度使用是偏头痛从发作性转变为慢性的主要原因之一<sup>[28]</sup>。抗抑郁药物可以通过调节脑干疼痛通路和阻断多种神经递质的再摄取,预防头痛,但同时具有抗胆碱能作用,可导致认知功能障碍、镇静和体位性低血压,在改善慢性头痛的同时增加老年人跌倒的风险<sup>[29]</sup>。此外,可选择的药物还包括抗多巴胺能止吐药、咖啡因、抗癫痫药物、 $\beta$ 受体阻断剂等,但均应根据疼痛情况和老年人基础疾病灵活调整用药策略。

### 2.3 老年头痛的中医治疗策略

中医将头痛归于“头风”“头痛”,按照病因将其分为外感和内伤两大类。中医在治疗头痛方面除了根据病因进行辨证论治,主要以祛风止痛、活血化瘀为主要的治疗方法,治疗方剂以川芎茶调散、大秦芩汤等为主,常用的中药也主要包括防风、川芎、葛根、红花等,以达到祛风止痛的作用<sup>[30]</sup>。除此之外,还可以通过针刺、艾灸、推拿、电针、穴位注射等有效缓解症状。常用的针刺方法主要包括常规针刺、火针、头针、排针、腹部针刺、刺络放血等。艾灸治疗则主要包括温针灸、热敏灸以及百会压灸等。应根据患者的年龄、体质进行穴位选取,如在进行针刺时,由于青年患者体质

较老年人强,常通过泻法进行针刺,而老年人除去泻法还需根据体质强弱适当地为其搭配保健穴位如足三里、气海、血海等补益气血,且操作时间较青年人长才能够达到理想的治疗效果<sup>[31]</sup>。利用推拿手法放松头、颈、肩等部位的肌肉也可治疗老年头痛,应用“一指禅”手法,对斜方肌、胸锁乳突肌、头夹肌等弹拨,缓解局部肌肉痉挛,还可以通过其他手法如拿法、滚法以及捏法等手法上的配合以加强疗效,对颈椎进行一定程度的复位,有效改善脑部血流,不仅能够缓解头痛症状,还能够消除紧张心理,提高就医的依从性。

## 3 展望

综上所述,老年头痛综合情况更为复杂,存在继发性疾病的风险更高,临床药物选择与应用也有较多限制,这都给明确诊断和有效治疗带来了挑战。对于老年头痛,详细的病史询问和各项检查是有必要的,在排除脑血管病、肿瘤等危重疾病的前提下合理选择药物,并在用药过程中密切监测各项指标,日益完善老年头痛的分型以及诊治手段。目前对于老年头痛大样本、高质量的临床研究仍然较少,仍需要更多的针对老年人的临床证据和药理学研究为老年头痛的管理提供更多依据。

## 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] Wijeratne T, Tang HM, Crewther D, et al. Prevalence of migraine in the elderly: a narrated review [J]. *Neuroepidemiology*, 2019, 52 (1-2): 104-110.
- [3] Sharma TL. Common primary and secondary causes of headache in the elderly [J]. *Headache*, 2018, 58 (3): 479-484.
- [4] Starling AJ. Diagnosis and management of headache in older adults [J]. *Mayo Clin Proc*, 2018, 93 (2): 252-262.
- [5] Crystal SC, Grosberg BM. Tension-type headache in the elderly [J]. *Curr Pain Headache Rep*, 2009, 13 (6): 474-478.
- [6] Benseñor IM, Lotufo PA, Goulart AC, et al. The prevalence of headache among elderly in a low-income area of São Paulo, Brazil [J]. *Cephalalgia*, 2008, 28 (4): 329-333.
- [7] Song TJ, Kim YJ, Kim BK, et al. Characteristics of elderly-onset ( $\geq 65$  years) headache diagnosed using the international classification of headache disorders, third edition beta version [J]. *J Clin Neurol*, 2016, 12 (4): 419-425.

- [8] Li XY, Yang CH, Lv JJ, et al. Global, regional, and national epidemiology of migraine and tension-type headache in youths and young adults aged 15–39 years from 1990 to 2019: findings from the global burden of disease study 2019 [J]. *J Headache Pain*, 2023, 24 (1): 126.
- [9] Kaniecki RG. Headache in the elderly [J]. *Handb Clin Neurol*, 2019, 167: 511–528.
- [10] Riggins N, Ehrlich A. Episodic migraine and older adults [J]. *Curr Pain Headache Rep*, 2022, 26 (4): 331–335.
- [11] Feleppa M, Fucci S, Bigal ME. Primary headaches in an elderly population seeking medical care for cognitive decline [J]. *Headache*, 2017, 57 (2): 209–216.
- [12] Silva-Néto RP, Santos P, Peres M. Hypnic headache: a review of 348 cases published from 1988 to 2018 [J]. *J Neurol Sci*, 2019, 401: 103–109.
- [13] Lindner D, Scheffler A, Nsaka M, et al. Hypnic headache – What do we know in 2022 [J]. *Cephalalgia*, 2023, 43 (3): 3331024221148659.
- [14] Taga A, Russo M. Trigeminal autonomic cephalalgias: spectrum or continuum Insights from a family [J]. *Neurol Sci*, 2019, 40 (Suppl 1): 195–196.
- [15] Cordenier A, De Hertogh W, De Keyser J, et al. Headache associated with cough: a review [J]. *J Headache Pain*, 2013, 14 (1): 42.
- [16] Katsuki M, Kawahara J, Matsumori Y, et al. Questionnaire-based survey during COVID-19 vaccination on the prevalence of elderly's migraine, chronic daily headache, and medication-overuse headache in one Japanese city – Itoigawa Hisui study [J]. *J Clin Med*, 2022, 11 (16). doi: 10.3390/jcm11164707.
- [17] Castañeda S, Prieto-Peña D, Vicente-Rabaneda EF, et al. Advances in the treatment of giant cell arteritis [J]. *J Clin Med*, 2022, 11 (6): 1588.
- [18] Zulfiqar AA, Richard M, Arndt C, et al. Giant cell arteritis in the elderly [J]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2022, 20 (3): 293–302.
- [19] Rothrock JF, Diener HC. Headache secondary to cerebrovascular disease [J]. *Cephalalgia*, 2021, 41 (4): 479–492.
- [20] Harriott AM, Karakaya F, Ayata C. Headache after ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis [J]. *Neurology*, 2020, 94 (1): e75–e86.
- [21] Carvalho Dias M, Martins T, Basílio G, et al. Headache at the chronic stage of ischemic stroke [J]. *Headache*, 2020, 60 (3): 607–614.
- [22] Lebedeva ER, Ushenin AV, Gurary NM, et al. Persistent headache after first-ever ischemic stroke: clinical characteristics and factors associated with its development [J]. *J Headache Pain*, 2022, 23 (1): 103.
- [23] McCullagh K, Castillo M, Zamora C. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder: neoplasms, infections, and substance abuse [J]. *Neurol Clin*, 2022, 40 (3): 531–546.
- [24] Hadidchi S, Surento W, Lerner A, et al. Headache and brain tumor [J]. *Neuroimaging Clin N Am*, 2019, 29 (2): 291–300.
- [25] Xu J, Mao N, Wang C, et al. Clinical analysis of 30 cases of cardiac cephalalgia [J]. *Cephalalgia*, 2022, 42 (9): 926–932.
- [26] Iannella G, Magliulo G, Greco A, et al. Obstructive sleep apnea syndrome: from symptoms to treatment [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19 (4). doi: 10.3390/ijerph19042459.
- [27] Friedman SA, Masters-Israilov A, Robbins MS. Secondary headache disorders: approach, workup, and special considerations for select populations [J]. *Semin Neurol*, 2022, 42 (4): 418–427.
- [28] Dees B, Coleman-Jackson R, Hershey LA. Managing migraine and other headache syndromes in those over 50 [J]. *Maturitas*, 2013, 76 (3): 243–246.
- [29] Ön BI, Vidal X, Berger U, et al. Antidepressant use and stroke or mortality risk in the elderly [J]. *Eur J Neurol*, 2022, 29 (2): 469–477.
- [30] 李代均, 王新志. 《医方类聚·诸风门》治疗头痛方剂的用药规律分析 [J]. *中医药导报*, 2023, 29 (7): 7–12.
- Li DJ, Wang XZ. Analysis of the medication rules of headache prescription in yifang leiju · zhufengmen [J]. *Guid J Tradit Chin Med Pharm*, 2023, 29 (7): 7–12.
- [31] 胡晶琳, 王喜臣, 陈新华, 等. 中医外治法治疗紧张型头痛的研究进展 [J]. *长春中医药大学学报*, 2023, 39 (8): 935–939.
- Hu JL, Wang XC, Chen XH, et al. Research progress in the treatment of tension-type headache with external therapy of traditional Chinese medicine [J]. *J Changchun Univ Chin Med*, 2023, 39 (8): 935–939.