

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2016.10.001

· 指南与规范 ·

# 中国偏头痛防治指南

中华医学会疼痛学分会头面痛学组  
中国医师协会神经内科医师分会 疼痛和感觉障碍专委会

## 一、背景概述

偏头痛是一种常见的慢性神经血管性疾病，其病情特征为反复发作、一侧或双侧搏动性的剧烈头痛且多发生于偏侧头部，可合并自主神经系统功能障碍如恶心、呕吐、畏光和畏声等症状，约 1/3 的偏头痛患者在发病前可出现神经系统先兆症状<sup>[1]</sup>。我国偏头痛的患病率为 9.3%，女性与男性之比约为 3:1<sup>[2]</sup>。2015 年 Lancet 杂志发表的世界卫生组织 (WHO) 2013 年全球疾病负担调查的研究结果表明，偏头痛为人类第三位常见疾病，按失能所致生命年损失 (years of life lost to disability, YLDs) 计算，偏头痛为第六位致残性疾病<sup>[3]</sup>。偏头痛除疾病本身可造成损害外，还可以导致脑白质病变、认知功能下降、后循环无症状性脑梗死等<sup>[4]</sup>。此外，偏头痛还可与多种诸如焦虑、抑郁的疾病共患<sup>[5]</sup>。

根据我国偏头痛诊疗现状的研究，我国目前对偏头痛患者的治疗仍然存在很大不足，主要体现在预防性治疗不充分，患者就诊率不高，以及镇痛药物过

度使用等<sup>[6]</sup>，为进一步指导和规范我国广大医师对偏头痛的治疗，中华医学会疼痛学分会头面痛学组、中国医师协会神经内科医师分会疼痛和感觉障碍专委会制订了本指南，适用于神经科、全科、普通内科及疼痛科医师。

本指南的制订遵循循证医学原则。鉴于国际头痛协会 (International Headache Society, IHS) 的分类诊断标准为 1988 年首次颁布，1990 年前后在我国推广，故确定检索 1988 年后发表的国外文献和 1990 年后发表的国内文献。通过对设计合理、具有价值的研究文献进行总结分析，按照评估、制订与评价推荐的分级 (The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE) 的要求将证据质量分为 4 级 (见表 1)，在此基础上经专家讨论给出 2 级推荐意见 (见表 2)。

2013 年国际头痛协会 IHS 发表的国际头痛疾患分类 (International Classification of Headache Disorders, ICHD) 目前已出版第三版试用版，即 ICHD-3<sup>[7]</sup>。

表 1 证据质量分级

证据级别	证据质量
I 级证据 (高质量证据)	未来研究几乎不可能改变现有疗效评价结果的可信度
II 级证据 (中等质量证据)	未来研究可能对现有疗效评估有重要影响
III 级证据 (低质量证据)	未来研究很有可能对现有疗效评估有重要影响，改变评估结果可信度的可能性较大
IV 级证据 (极低质量证据)	任何疗效的评估都很不确定

表 2 推荐意见分级

推荐级别	说明
A 级推荐 (强推荐)	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利，多数患者适用于推荐方案，仅少数患者不适合；对于临床医师，大多数应该采取该推荐方案
B 级推荐 (弱推荐)	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当。部分患者会选择使用推荐方案，但还有很多人不会，对于临床医师，需认识到不同患者可能适用不同的方法，应该与患者就证据以及他们的意愿进行讨论，帮助他们做出决定

### 参加中国偏头痛防治指南制定专家组名单 (按姓氏笔画排序)：

于生元 (中国人民解放军总医院)、于挺敏 (吉林大学第二医院)、万琪 (江苏省人民医院)、王贺波 (河北省人民医院)、冯加纯 (吉林大学第一附属医院)、乔向阳 (上海华山医院)、刘若卓 (中国人民解放军总医院)、李明欣 (山东大学齐鲁医院)、李焰生 (上海仁济医院)、杨晓苏 (中南大学湘雅医院)、何俐 (四川大学华西医院)、陈春富 (山东省立医院)、范文辉 (第三军医大学西南医院)、罗国刚 (西安交通大学医学院第一附属医院)、周冀英 (重庆医科大学附属第一医院)、徐江涛 (中国人民解放军兰州军区乌鲁木齐总医院)、董钊 (中国人民解放军总医院)

△ 通讯作者 于生元 yusy1963@126.com

ICHD-3 对偏头痛的诊断和分类做出了明确界定, 该诊断标准同时也给出了中文翻译版 (<https://www.ichd-3.org/ichd-3-beta-translations>)。

## 二、偏头痛的急性期治疗和预防治疗

### (一) 防治原则

1. 基本原则 ①积极开展患者教育; ②充分利用各种非药物干预手段, 包括按摩、理疗、生物反馈治疗、认知行为治疗和针灸等; ③药物治疗包括头痛发作期治疗和头痛间歇期预防性治疗, 注意循证地使用。

2. 患者教育 偏头痛是目前无法根治但可以有效控制的疾患, 应该积极地开展各种形式的患者教育, 以帮助其确立科学和理性的防治观念与目标; 应教育患者保持健康的生活方式, 学会寻找并注意避免各种头痛诱发因素; 应教育并鼓励患者记头痛日记, 对帮助诊断和评估预防治疗效果有重要意义。

3. 非药物预防 识别和避免偏头痛诱发因素很重要。逐步放松训练、生物反馈、音乐疗法及应对应激的认知行为治疗对患者均有益。

4. 头痛门诊(中心)的建立及转诊 国际已有的成熟经验及我国初步的经验均提示建立头痛门诊(中心)能显著提高对偏头痛的诊治水平, 有益于开展大规模的临床研究, 也有益于建立头痛专业队伍。将诊治不够理想的患者及时转诊到头痛门诊(中心), 可极大地减少偏头痛的危害、减少医疗资源的浪费。

### (二) 急性期药物治疗

1. 治疗目的 快速, 持续镇痛, 减少头痛再发生, 恢复患者的正常生活状态<sup>[8]</sup>。

2. 常用的偏头痛发作期治疗有效性标准 ①2 h 后无痛; ②2 h 后疼痛改善, 由中重度疼痛转为轻度或无痛(或 VAS 下降 50% 以上); ③疗效具有可重复性, 3 次发作中有 2 次以上有效; ④在治疗成功后的 24 h 内无头痛再发生或无需再次服药<sup>[8]</sup>。

#### 3. 急性期药物评价及推荐

非处方药(非特异性药物)(见表 3)

##### (1) 对乙酰氨基酚<sup>[9]</sup>

对乙酰氨基酚剂型有口服剂(片剂、混悬液、混悬滴剂)、肛门栓剂及注射液多种, 可满足不同患者人群的需求。本药可用于对阿司匹林或其他非甾体抗炎药(NSAIDs)过敏、不耐受或不适于应用者, 3 个月以上婴儿及儿童也可应用。

##### (2) 布洛芬<sup>[10]</sup>

可用于 6 个月以上的儿童。

##### (3) 萘普生<sup>[11]</sup>

萘普生有口服剂、肛门栓剂及注射液。口服: 250 ~ 1000 mg, 直肠给药: 1 次 250 mg, 静脉给药: 275 mg, 可用于 6 岁以上或体重 25 kg 以上的儿童。

##### (4) 双氯芬酸<sup>[12]</sup>

双氯芬酸有口服剂、肛门栓剂及注射液。口服吸收迅速且完全, 起效较快, 最好于饭前吞服。服

表 3 成人急性偏头痛发作非处方镇痛药物推荐

药物	推荐剂量 /mg	每日最大剂量 /mg	证据级别	推荐强度	注意事项	
COX-2 抑制剂	对乙酰氨基酚	1000	4000	I	A	注意事项
NSAIDs	布洛芬	200 ~ 800	1200	I	A	使用说明书推荐剂量, 避免大剂量使用 不良反应: 长期使用主要有胃肠道反应及出血危险
	阿司匹林	300 ~ 1000	4000	I	A	禁忌证: 对本药或同类药过敏者、活动性溃疡、血友病或血小板减少症、哮喘、出血体质者, 孕妇及哺乳期妇女
	萘普生	250 ~ 1000	1000	II	A	同布洛芬和阿司匹林, 2 岁以下儿童禁用
	双氯芬酸	50 ~ 100	150	II	A	不良反应主要有胃肠道反应、肝损伤及粒细胞减少等
复合制剂	对乙酰氨基酚 / 阿司匹林 / 咖啡因	250 / 200 ~ 250 / 50	2 片	I	A	同阿司匹林和对乙酰氨基酚
	止呕剂	甲氧氯普胺	10-20 口服 20 直肠	不超过 0.5 mg/kg	I	B
			10 肌注或静脉注射	不超过 0.5 mg/kg	II	
其他药物	多潘立酮	20 ~ 30 口服	80	I	B	不良反应: 同甲氧氯普胺 禁忌证: <10 岁儿童
	安乃近	1000 口服 1000 静脉	3000		B	粒细胞缺乏症风险 低血压风险
	安替比林	1000 口服	4000		B	肝功能及肾功能衰竭者慎用
	托芬那酸	200 口服	400		B	胃肠道不良反应, 出血风险

用胶囊起效更快，且胶囊疗效优于片剂。双氯芬酸治疗偏头痛急性发作可有效改善疼痛及相关症状（I级证据），但应注意肝损伤及粒细胞减少等不良反应。

(5) 阿司匹林<sup>[13]</sup>

阿司匹林的剂型有口服剂、肛门栓剂及注射制剂。泡腾片是近年来开发应用的一种新型片剂，每片 0.3 g 或 0.5 g，服用时放入温水 150 ~ 250 ml 中溶化后饮下，特别适用于儿童、老年人以及吞服药丸困难的患者。阿司匹林赖氨酸盐（赖安匹林），可用于静脉或肌内注射，每次 0.9 ~ 1.8 g。10 岁以上的儿童可单用阿司匹林或与甲氧氯普胺合用。

(6) 复方制剂<sup>[14]</sup>

常用复方制剂包括阿司匹林、对乙酰氨基酚及咖啡因的复方制剂，对乙酰氨基酚与咖啡因的复方制剂，双氯酚酸与咖啡因的复方制剂。其中合用的咖啡因可抑制磷酸二酯酶，减少 cAMP 的分解破坏，使细胞内的 cAMP 增加，从而发挥广泛的药理作用，包括收缩脑血管减轻其搏动幅度，加强镇痛药的疗效等。要注意，合用的咖啡因会增加药物依赖、成瘾及药物过量性头痛的危险。

(7) 其他药物

甲氧氯普胺、多潘立酮等止吐和促进胃动力药物不仅能治疗伴随症状，还有利于其他药物的吸收和头痛的治疗。

苯二氮草类、巴比妥类镇静剂可促使镇静、入

睡，促进头痛消失。因镇静剂有成瘾性，故仅适用于其他药物治疗无效的严重患者。

阿片类药物有成瘾性，可导致药物过量性头痛并诱发对其他药物的耐药性，故不予常规推荐。仅适用于其他药物治疗无效的严重头痛者，在权衡利弊后使用。肠外阿片类药物，如布托啡诺，可作为偏头痛发作的应急药物，即刻镇痛效果好（III级证据）。

处方药（见表 4）

(1) 曲坦 (triptan) 类药物

曲坦类药物为 5-羟色胺 1B/1D 受体激动剂，能特异地治疗偏头痛的头痛。目前国内有舒马曲普坦、佐米曲普坦和利扎曲坦，那拉曲坦、阿莫曲坦、依来曲坦和夫罗曲坦国内尚未上市。曲坦类药物在头痛期的任何时间应用均有效，但越早应用效果越好。出于安全考虑，不主张在先兆期使用。与麦角类药物相比，曲坦类治疗 24 小时内头痛复发率高 (15% ~ 40%)，但如果首次应用有效，复发后再用仍有效，如首次无效，则改变剂型或剂量可能有效。患者对一种曲坦类无效，仍可能对另一种有效。

舒马曲普坦<sup>[15]</sup>有口服剂（片剂、速释剂）、皮下注射剂、鼻喷剂及肛门栓剂，其中 100 mg 片剂是所有曲坦类的疗效参照标准。皮下注射舒马曲普坦 6 mg，10 分钟起效，2 小时头痛缓解率达 80%。

佐米曲普坦<sup>[16]</sup>有 2.5 mg 和 5 mg 的口服和鼻喷

表 4 成人急性偏头痛发作处方药推荐

药物	推荐剂量 /mg	每日最大剂量 /mg	证据级别	推荐等级	注意事项
曲坦类	舒马曲普坦 25,50,100 (口服,包括速释剂)	300	I	A	不良反应: 疲劳、恶心、头痛、头晕、眩晕、嗜睡、骨痛、胸痛、无力、口干、呕吐、感觉异常、胃肠道反应、精神异常、神经系统疾病等 严重不良事件: 心肌梗死、心律失常、卒中 禁忌证: 未控制的高血压、冠心病、Raynaud 病、缺血性卒中史、妊娠、哺乳、严重肝肾功能不全、18 岁以下和 65 岁以上者
	25(栓剂)	40			
	10, 20(鼻腔喷剂)	12			
	佐米曲普坦 2.5, 5(口服,包括崩解剂,鼻腔喷剂)	10	I	A	
	那拉曲坦 2.5(口服)	5	I	A	
	利扎曲坦 5, 10(口服)	20	I	A	
	阿莫曲坦 12.5(口服)	25	I	A	
依来曲坦 20,40(口服)	80	I	A		
夫罗曲坦 2.5(口服)	7.5	I	A		
麦角胺类	酒石酸麦角胺 2(口服)			B	禁忌证: 妊娠、哺乳期、12 岁以下儿童、控制不良的高血压、冠心病、心绞痛、心肌梗死、雷诺综合征、周围血管粥样硬化性疾病、TIA 或卒中、严重肝、肾功能不全、存在多种血管危险因素 不良反应: 恶心、呕吐、眩晕、嗜睡、胸痛、焦虑、感觉异常、精神萎靡和麦角胺类中毒 禁忌证: 心血管和脑血管病、Raynaud 病、高血压、肾功能不全、妊娠期、哺乳期等
	双氢麦角胺 2(口服或肛栓)	2		B	
	麦角胺咖啡因 1-2 片	6 片	II	B	
降钙素基因相关肽受体拮抗剂	Telcagepant (MK0974) 300(口服)		I	B	恶心、呕吐、头晕、眼花、嗜睡、口干、疲劳无力、感觉异常、胸闷不适等

剂。药物亲脂性,可透过血脑屏障,生物利用度高。口服 40 ~ 60 分钟后起效,鼻喷剂比口服剂起效快。

利扎曲坦<sup>[17]</sup>有 5 mg 和 10 mg 的普通和糯米纸囊口服剂型。推荐 10 mg 为起始剂量,若头痛持续,2 小时后可重复一次。口服作用快速,头痛消失与疗效维持在所有曲坦类药物中最显著,头痛复发率较舒马曲普坦、佐米曲普坦和那拉曲坦低。

#### (2) 麦角胺类药物<sup>[18]</sup>

麦角胺类药物治疗偏头痛急性发作的历史很长,但判断其疗效的随机对照试验却不多。试验多使用麦角胺咖啡因合剂(分别 2 mg 和 200 mg 或 1 mg 和 100 mg 合剂)。与曲坦的对比观察证实其疗效不及曲坦类。麦角胺具有药物半衰期长、头痛的复发率低的优势,适用于发作持续时间长的患者。另外,极小量的麦角胺类即可迅速导致药物过量性头痛,因此应限制药物的使用频度,不推荐常规使用。

#### (3) 降钙素基因相关肽(CGRP)受体拮抗剂<sup>[19]</sup>

CGRP 受体拮抗剂(gepant 类药物)通过将扩张的脑膜动脉恢复至正常而减轻偏头痛症状,且该过程不导致血管收缩。部分对曲坦类无效或者对曲坦类不能耐受的患者可能对 gepant 类药物有良好的反应。

#### (4) 复方制剂

麦角胺咖啡因合剂可治疗某些中重度的偏头痛发作(III级证据)。要注意合用的咖啡因会增加药物依赖、成瘾及药物过量性头痛的危险。

#### 4. 选药原则

应根据头痛的严重程度、伴随症状、既往用药情况及患者的个体情况而定。药物选择的方法有:①分层法:基于头痛程度、功能受损程度及之前对药物的反应选药。②阶梯疗法:每次头痛发作时均首先给予非特异性药物治疗,如治疗失败再给予特异性药物治疗。分层法治疗组不良反应稍高于阶梯法,但不良反应均较轻,仅表现为乏力、头晕、感觉异常等常见的曲坦类药物不良反应。

药物使用应在头痛的早期足量使用,延迟使用可使疗效下降、头痛复发及不良反应的比例增高。有严重的恶心和呕吐时,应选择胃肠外给药。甲氧氯普胺、多潘立酮等止吐和促进胃动力药物不仅能治疗伴随症状,还有利于其他药物的吸收和头痛的治疗。

不同曲坦类药物在疗效及耐受性方面略有差异。对某一个体患者而言,一种曲坦无效,可能另一曲坦有效;一次无效,可能另一次发作有效。由于曲坦类药物疗效和安全性优于麦角类,故麦角类

药物仅作为二线选择。麦角类有作用持续时间长、头痛复发率低的特点,故适于发作时间长或经常复发的患者。

为预防药物过量性头痛,单纯 NSAIDs 制剂的使用在 1 个月内不能超过 15 天,麦角碱类、曲坦类、NSAIDs 复合制剂则不超过 10 天。

#### (三) 预防性药物治疗

##### 1. 预防性治疗目的

对患者进行预防性治疗的目的是降低发作频率、减轻发作程度、减少失能、增加急性发作期治疗的疗效<sup>[8]</sup>。

##### 2. 预防性治疗有效性指标

预防性治疗的有效性指标包括偏头痛发作频率、头痛持续时间、头痛程度、头痛的功能损害程度及急性期对治疗的反应。

##### 3. 预防性药物治疗指征

通常,偏头痛致使存在以下情况应考虑预防性治疗:①患者的生活质量、工作和学业严重受损(需根据患者本人判断);②每月发作频率 2 次以上;③急性期药物治疗无效或患者无法耐受;④存在频繁、长时间或令患者极度不适的先兆,或为偏头痛性脑梗死、偏瘫性偏头痛、伴有脑干先兆偏头痛亚型等;⑤连续 2 个月,每月使用急性期治疗 6 ~ 8 次以上。⑥偏头痛发作持续 72 h 以上等<sup>[8]</sup>。

##### 4. 预防性治疗药物评价及推荐

非处方药(见表 5)

##### (1) NSAIDs

阿司匹林对偏头痛预防治疗的研究结果不一。两项大型队列研究发现每日 200 ~ 300 mg 的阿司匹林可降低偏头痛发作的频率。阿司匹林与有确定疗效药物的对比试验显示其效果相当或较差,而在与安慰剂的对照试验中却从未被证实有效。

##### (2) 其他药物

大剂量核黄素(每日 400 mg)及辅酶 Q10 的对照试验结果显示有效。口服镁盐的结果矛盾,1 项结果阴性,另 1 项结果为阳性。2015 年国外发表的最新一项随机、双盲、安慰剂对照多中心研究表明,含有核黄素、辅酶 Q10、镁盐复方制剂对预防偏头痛发作有效,减少偏头痛发作频率<sup>[20]</sup>。

处方药

##### (1) 钙离子拮抗剂

非特异性钙离子拮抗剂氟桂利嗪对偏头痛的预防性治疗证据充足。研究表明,氟桂利嗪预防性治疗 4 周末、8 周末及 12 周末与治疗前相比,头痛程度明显减轻(均  $P < 0.05$ ),头痛频率明显减少(均

表 5 偏头痛预防性治疗非处方药物推荐

药物	每日剂量 /mg	推荐级别	不良反应	禁忌证
<b>非甾体抗炎药</b>				
萘普生	500 ~ 1000	B	主要为胃肠道不良反应及出血危险	对本药或同类药过敏者、活动性溃疡、血友病或血小板减少症、哮喘、出血体质、孕妇及哺乳期妇女
阿司匹林	300	B	同萘普生	同萘普生
<b>其他药物</b>				
镁盐	24 mmol	B	潮红、出汗、口干，用量过大导致镁蓄积可出现感觉反应迟钝，膝腱反射消失、重度肾功能不全、心肌损害、心脏传导阻滞者呼吸抑制、心律失常、心脏停搏	
核黄素	400	B	过敏反应	对本药过敏者
辅酶 Q10	300	B	胃部不适、食欲减退、恶心、腹泻、心悸，偶见皮疹	对本品过敏者

$P < 0.05$ ) [21,22]。

多项尼莫地平预防偏头痛的研究，结果均未能显示其疗效优于安慰剂，不值得推荐 [22]。

(2) 抗癫痫药物

托吡酯是已获得研究证据支持的抗癫痫药物，对发作性及慢性偏头痛有效，并可能对药物过量性头痛有效。多项研究支持不同剂量托吡酯 (50 ~ 200 mg/d) 预防偏头痛的有效性 [23]。

双丙戊酸钠 / 丙戊酸钠对偏头痛预防有效，但长期使用需定时检测血常规、肝功能和淀粉酶。对女性患者需注意体重增加及卵巢功能异常 (如多囊卵巢综合征) [24]。

加巴喷丁近 10 年预防治疗偏头痛的研究较少。

(3)  $\beta$  受体阻断剂

$\beta$  受体阻滞剂在偏头痛预防性治疗方面效果明确，有多项随机对照试验结果支持。其中证据最为充足的是普萘洛尔和美托洛尔。另外，比索洛尔、噻吗洛尔和阿替洛尔可能有效，但证据质量不高。 $\beta$  受体阻滞剂的禁忌证包括反应性呼吸道疾病、糖尿病、体位性低血压及心率减慢的某些心脏疾病。不适于运动员，可发生运动耐量减低。有情感障碍患者在使用  $\beta$  受体阻滞剂可能会发生心境低落、甚至自杀倾向。

(4) 抗抑郁药 [23]

在抗抑郁药物中，阿米替林和文拉法辛预防偏头痛的有效性已获得证实，另外最新研究发现，阿米替林在感觉神经元离子通道中具有阻断作用，为其在偏头痛中的应用提供了更为合理的理论依据 [24, 25]。阿米替林尤其适用于合并有紧张型头痛或抑郁状态的患者，主要不良反应为镇静。文拉法辛疗效与阿米替林类似，但不良反应更少。

(5) 其他药物

抗高血压药物赖诺普利及坎地沙坦各有一项对照试验结果显示对偏头痛预防治疗有效，但仍需进一步证实。

5. 预防性治疗药物推荐 (见表 6)

6. 预防性治疗药物选择和使用原则

医师在使用预防性治疗药物之前须与患者进行充分的沟通，根据患者的个体情况进行选择，注意药物的治疗效果与不良反应，同时注意患者的共病、与其他药物的相互作用、每日用药次数及经济情况。通常首先考虑证据确切的一线药物，若一线药物治疗失败、存在禁忌证或患者存在以二、三线药物可同时治疗的合并症时，方才考虑使用二线或三线药物。避免使用患者其他疾病的禁忌药，及可能加重偏头痛发作的治疗其他疾病的药物。长效制剂可增加患者的顺应性。

药物治疗应小剂量单药开始，缓慢加量至合适剂量，同时注意副作用。对每种药物给予足够的观察期以判断疗效，一般观察期为 4 ~ 8 周。患者需要记头痛日记来评估治疗效果。有效的预防性治疗需要持续约 6 个月，之后可缓慢减量或停药。若发作再次频繁，可重新使用原先有效的药物。若预防性治疗无效，且患者没有明显的不良反应，可增加药物剂量；否则，应换用第二种预防性治疗药物。若数次单药治疗无效，才考虑联合治疗，也应从小剂量开始。

(四) 其他 (替代) 治疗

1. 中医治疗 (中药、针灸、推拿)

偏头痛属于中医“头风”、“脑风”等范畴，中医药治疗偏头痛已有几千年历史，积累了不少临床经验。长期以来，中药治疗偏头痛的安全性已经得到了广泛地认同，针对疗效的随机对照研究也有所开展，如都梁软胶囊 [26]。一项 Meta 分析表明，

表 6 偏头痛预防性治疗处方药物推荐

药物	每日剂量/ mg	推荐级别	不良反应	禁忌症
<b>钙离子拮抗剂</b>				
氟桂利嗪	5 ~ 10	A	常见:嗜睡、体重增加;少见:抑郁、锥体外系症状	抑郁、锥体外系症状
<b>抗癫痫药</b>				
丙戊酸	500 ~ 1800	A	恶心、体重增加、嗜睡、震颤、脱发、肝功能异常	肝病
托吡酯	25 ~ 100	A	共济失调、嗜睡、认知和语言障碍、感觉异常、体重减轻	对有效成分或磺胺过敏
加巴喷丁	1200 ~ 2400	B	恶心、呕吐、抽搐、嗜睡、共济失调、眩晕	加巴喷丁过敏
<b>β 受体阻滞剂</b>				
美托洛尔	50 ~ 200	A	常见:心动过缓、低血压、嗜睡、无力、运动耐量降低;	
普萘洛尔	40 ~ 240	A	少见:失眠、噩梦、阳痿、抑郁、低血糖	哮喘、心衰、房室传导阻滞、心动过缓;慎用于使用胰岛素或降糖药者
比索洛尔	5 ~ 10	B		
<b>抗抑郁药</b>				
阿米替林	25 ~ 75	B	口干、嗜睡、体重增加	青光眼、前列腺增生
<b>其他药物</b>				
坎地沙坦	16	B	血管性水肿、晕厥和意识丧失、急性肾功能衰竭、血钾升高、肝功能恶化或黄疸、粒细胞减少、横纹肌溶解	对本药或同类药过敏者、严重肝、肾功能不全或胆汁淤滞患者、孕妇或有妊娠可能的妇女
赖诺普利	20	B	咳嗽、头昏、头痛、心悸、乏力	对本药或其他同类药物过敏、高钾血症、双侧肾动脉狭窄、孤立肾有肾动脉狭窄者、妊娠中期或末期3个月

头痛宁可以有效治疗偏头痛，比西药单纯治疗效果更好，与西药合用可能取得更好的效果<sup>[27]</sup>。针灸治疗偏头痛，一般应在疼痛发作之初、痛势未甚时及时治疗，效果往往更佳。对反复发作的患者应根据病情制订治疗计划，按疗程治疗。推拿对偏头痛有一定疗效。头部和颈项部的不同穴位推拿按摩常常可以缓解疼痛。

2. 心理治疗和物理治疗

偏头痛的心理治疗主要基于行为治疗，包括放松、生物反馈及认知治疗。放松疗法主要目的为降低身体各种系统的激活及促进身体放松。生物反馈是使患者能明确清醒地感受，从而清醒地控制及改变到其身体功能。通过使用各种仪器，感受衡量肌张力（肌电图生物反馈疗法）、皮肤电阻（电皮生物反馈疗法）或周围体温（温度生物反馈疗法）来测量、放大并反馈躯体信息给患者，从而达成由生物反馈促进的放松。认知疗法通过指导患者更好地处理与头痛相关的应激反应及其他伴随心理疾患来治疗反复发作的头痛。

通常在以下情况可考虑行为治疗：①患者希望获得非药物治疗；②患者不能耐受药物治疗或者有药物禁忌证；③药物治疗无效或效果较差；④妊娠、准备妊娠或哺乳期；⑤频繁或较大剂量使用镇痛剂

或其他急性期治疗药物；⑥具有明显的生活应激事件或患者缺乏合适的应激处理能力。

3. 外科治疗

有研究提示卵圆孔未闭 (PFO) 与伴有先兆的偏头痛之间存在关联。偏头痛患者经皮 PFO 封堵手术对偏头痛预防发作的疗效存在争议。神经阻滞疗法治疗偏头痛已受到临床关注。

参 考 文 献

- [1] 王丹, 于生元. 雌激素对偏头痛影响的研究. 中国现代药物学, 2015, 9(5): 251 ~ 253.
- [2] 于生元. 从宏观到微观认识头痛. 中国疼痛医学杂志, 2014; 20(1):2 ~ 4.
- [3] Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990~2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet, 2015, 386(9995):743 ~ 800.
- [4] 林燕, 张文, 武陈涛. 偏头痛患者脑血管病一级预防证据评价. 中国现代神经疾病杂志, 2015, 15(1): 33 ~ 38.
- [5] 罗国刚, 马玉青, 苟静. 偏头痛患者伴发焦虑抑郁及功能残疾的临床研究. 中国神经精神疾病杂志,

- 2012, 38(8): 477 ~ 480.
- [6] Liu R, Yu S, He M, *et al.* Health-care utilization for primary headache disorders in China: a population-based door-to-door survey. *J Headache Pain*, 2013, 14(1): 47.
- [7] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 629 ~ 808.
- [8] 于生元, 陈敏. 成人偏头痛的药物治疗策略. *中国新药杂志*, 2014, 23(14):1631 ~ 1636.
- [9] Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 30(4): CD008040.
- [10] Rabbie R, Derry S, Moore RA. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 30(4): CD008039.
- [11] Law S, Derry S, Moore RA. Naproxen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 20(10): CD009455.
- [12] Derry S, Rabbie R, Moore RA. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 30(4): CD008783.
- [13] Kirthi V, Derry S, Moore RA. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 30(4):CD008041.
- [14] Goldstein J, Silberstein SD, Saper JR, *et al.* Acetaminophen, aspirin, and caffeine in combination versus ibuprofen for acute migraine: results from a multicenter, double-blind, randomized, parallel-group, single-dose, placebo-controlled study. *Headache*, 2006, 46(3): 444 ~ 453.
- [15] Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (oral route of administration) for acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, 15(2): CD008615.
- [16] Bird S, Derry S, Moore RA. Zolmitriptan for acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 21(5):CD008616.
- [17] 韩喜梅, 毛西京, 满玉红, 等. 曲坦类药物对偏头痛疗效及副作用 Meta 分析. *中国疼痛学杂志*, 2012; 18(2): 86 ~ 91.
- [18] 董晗, 谷峰. 头部刺血疗法联合麦角胺咖啡因治疗偏头痛随机平行对照研究. *实用中医内科杂志*, 2013, 3: 130 ~ 132.
- [19] Cui XP, Ye JX, Lin H, *et al.* Efficacy, safety, and tolerability of telcagepant in the treatment of acute migraine: a meta-analysis. *Pain Pract*, 2015, 15(2):124 ~ 131.
- [20] Gaul C, Diener HC, Danesch U. Migravent® Study Group. Improvement of migraine symptoms with a proprietary supplement containing riboflavin, magnesium and Q10: a randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. *J Headache Pain*, 2015, 16(1): 516.
- [21] 于生元, 董钊, 李焰生, 等. 盐酸氟桂利嗪预防治疗偏头痛的疗效和安全性. *中国疼痛医学杂志*, 2007, 13(4):199 ~ 201.
- [22] Thomas M, Behari M, Ahuja GK. Flunarizine in Migraine Prophylaxis: An Indian Trial. *Headache*, 1991, 31:613 ~ 615.
- [23] Silberstein SD, Holland S, Freitag F, *et al.* Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults. *Neurology*, 2012, 78 (17):1346~ 1353.
- [24] Liang J, Liu X, Yu S, *et al.* Blockade of Nav1.8 currents in nociceptive trigeminal neurons contributes to anti-trigemino-vascular nociceptive effect of amitriptyline. *Neuromolecular Med*, 2014, 16(2):308 ~ 321.
- [25] Liang J, Liu X, Zheng J, *et al.* Effect of amitriptyline on tetrodotoxin-resistant Nav1.9 currents in nociceptive trigeminal neurons. *Mol Pain*, 2013, 22(9):31.
- [26] Yu S, Hu Y, Wan Q, *et al.* A Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of Duliang Soft Capsule in Patients with Chronic Daily Headache. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015:694061.
- [27] 谭华威, 毛善平, 胡荣华, 等. 头痛宁治疗偏头痛效果及安全性的 Meta 分析. *中国医药导报*, 2014, 30: 65 ~ 69.

《中国疼痛医学杂志》编辑部, 北京海淀区学院路 38 号, 100191

电话: 010-82801712; 传真: 010-82801705

邮箱: pain1712@126.com

投稿请登录: <http://casp.ijournals.cn> 在线投稿

QQ 群: 222950859 微信公众平台微信号: pain1712

