

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2022.06.016

• 临床病例报告 •

心源性头痛 1 例 \*

张灿文 唐 琴 周国庆 牛敬忠 张颜波<sup>△</sup>  
(山东第一医科大学第二附属医院神经内科, 泰安 271000)

心源性头痛是由潜在的冠状动脉(冠脉)病变所致, 表现为劳力性头痛或不伴胸部症状的罕见疾病。1997 年, 由 Lipton 等<sup>[1]</sup>首次提出了“cardiac cephalgia”(心源性头痛)一词来定义此类头痛。心源性头痛发病率低, 常常缺乏典型的心绞痛表现, 并可能与其他原因导致的头痛难以鉴别, 导致误诊率极高, 从而影响病人的预后。本文报道 1 例以头痛为首发症状的急性非 ST 段抬高型心肌梗死的病例, 总结其诊疗经验, 旨在提高临床医师对该疾病的认识, 减少误诊, 缩短诊断时间, 提高诊断准确率。

1. 病例资料

病例: 男性, 74 岁, 因“突发头痛 2 天, 加重 2 小时”来诊。病人于 2 天前无明显诱因出现头痛, 以左侧颞部胀痛为主, 呈持续性, 无恶心、呕吐, 无心慌、胸闷及胸痛, 无肢体疼痛及放射痛等不适。入院前 2 小时, 病人头痛加重(疼痛评分 6 分), 伴恶心, 未诉其他不适, 就诊我院神经内科门诊, 以“头痛原因待查”收入院。既往否认头痛病史, 否认脑梗死、冠心病、高血压等病史。查体: 血压 115/73 mmHg, 神经系统查体未见明显异常, 心界不大, 心率每分钟 56 次, 心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。头颅 CT 示: 脑内散在缺血灶(见图 1)。血常规、肝肾功、无机离子、凝血分析、血脂血糖、甲功 5 项、肿瘤标志物未见异常。入院第 1 天心肌酶、心肌肌钙蛋白升高(见表 1)。

表 1 相关生化检查结果

| 检查时间       | 名称     | 结果      | 参考范围   | 单位    |
|------------|--------|---------|--------|-------|
| 2020-04-06 | 心肌肌钙蛋白 | 4.719 ↑ | 0-0.1  | ng/ml |
| 2020-04-06 | 肌酸激酶   | 648 ↑   | 50-310 | U/L   |
| 2020-04-06 | 肌酸酶同工酶 | 132 ↑   | 0-25   | U/L   |
| 2020-04-08 | 心肌肌钙蛋白 | 1.132 ↑ | 0-0.1  | ng/ml |
| 2020-04-08 | 肌酸激酶   | 289     | 50-310 | U/L   |
| 2020-04-08 | 肌酸酶同工酶 | 19      | 0-25   | U/L   |

心电图: 窦性心律、ST-T 改变。入院第 3 天复查心肌肌钙蛋白、心肌酶降低(见表 1)。冠状动脉造影: 回旋支近中段弥漫狭窄, 最重处达 80%, 前向血流 TIMI 3 级; 右冠脉近端节段狭窄 90%, 前向血流 TIMI 3 级(见图 2)。该病人给予抗血小板聚集、调脂、扩冠等药物治疗, 左冠回旋支远端植入 Firebird2 支架 1 枚, 右冠脉近端植入 Nano 支架 1 枚(见图 3)。术后病人头痛症状明显减轻(疼痛评分 3), 出院时病人头痛症状完全缓解(疼痛评分 0 分), 随访半年, 病人未再头痛。

2. 讨论

2018 年, 国际头痛协会(International Headache Society, IHS)发表了 ICHD-3 版, 明确提出了心源性头痛的诊断标准<sup>[2]</sup>。虽然, 心源性头痛的诊断标准已明确提出, 但其与多种原发性、继发性头痛都有相似或重叠的临床表现, 临床上诊断该病仍较为困难。本例病人发病之初仅表现为头痛, 无任何心慌、胸闷及胸痛等心脏病症状, 心电图未见明显 ST 段改变, 头颅 CT 表现为脑内缺血灶, 被误诊为脑血管病。因此, 神经内科医师以及心内科医师对鉴别神经源性疾病导致的头痛以及心肌缺血导致的头痛至关重要。当头痛病人就诊时, 临床医师首先需要熟知常见的导致头痛的器质性疾病, 如脑出血、高血压脑病、颅内肿瘤、静脉窦血栓、脑炎等<sup>[3,4]</sup>。当常见的继发原因被排除, 头痛特点又不典型时, 心源性头痛就容易被漏诊或延误诊断, 然而心肌缺血一旦延误治疗可造成致命威胁。Auer 等<sup>[5]</sup>报道了 1 例 47 岁男性病人, 头痛 1 周末予重视, 加重 2 小时就诊, 常规心电图检查时突发心室颤动, 抢救无效死亡。因此评估心血管危险因素(高龄、高脂血症、高血压、糖尿病、心脏病既往史或家族史)尤为重要。通常年龄 > 50 岁新发作的持续时间较短的中重度头痛, 同时伴有 1 个或多个心血管危险因素的病人, 临床上应高度怀疑心源性头痛可能。

\* 基金项目: 山东省自然科学基金联合专项(ZR2015HL041); 山东省医药卫生科技发展计划(2014WS0506); 泰山医学院高层次培育课题(2016GCC02); 泰安市科技创新发展项目(2021NS174)  
<sup>△</sup> 通信作者 张颜波

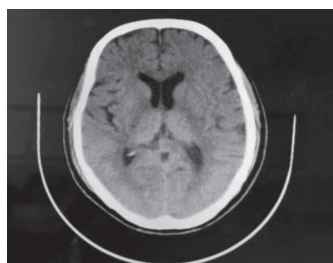


图1 左侧基底节区散在缺血灶

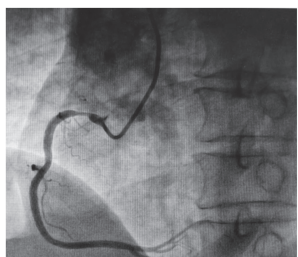


图2 右冠脉近端节段狭窄90%

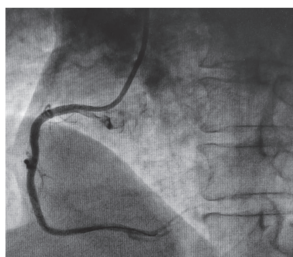


图3 右冠脉近端植入Nano支架1枚术后

一旦考虑到心源性头痛可能，首先应完善心电图检查，但常规心电图的阳性率只有65%左右。此时可行运动负荷试验，往往可以证实头痛发作和急性心肌缺血发生具有密切关系。此外，心肌酶、心肌肌钙蛋白等心肌损伤标志物也是一种评估手段<sup>[6,7]</sup>。冠脉造影是确诊心源性头痛、证实冠脉病变的金标准，并能进一步指导血管介入或冠脉旁路移植术治疗。Mathew等<sup>[8]</sup>报道了1例病人被诊断为偏头痛7年，却依旧反复剧烈头痛，常规心电图、颅磁共振、腰椎穿刺均显示正常，直至运动负荷试验发现阳性改变，冠状动脉造影显示左前降支狭窄，才最终诊断为心源性头痛。血管化术后病人头痛得以彻底或部分缓解则更加支持心源性头痛的诊断<sup>[9]</sup>。

以头痛为主要症状的急性冠脉综合征具体发生机制尚未完全明确。研究表明，较为公认的心源性头痛的发生机制主要有以下几种：①心源性头痛与肩背部疼痛有共同神经传导通路<sup>[1,6,10-12]</sup>；②颅内压增高<sup>[1,6,11,12]</sup>；③神经化学物质远程调控<sup>[1,6,10-12]</sup>；④血管收缩假说<sup>[13]</sup>。特别是第一种假说得到绝大部分学者的认可。当然，有关心源性头痛的确切机制有待进一步研究。

头痛作为神经系统疾患常见症状也可以是心肌缺血的唯一临床表现。同时，糖尿病病人出现无痛性心肌梗死发生率较高，其原因可能与糖尿病伴自主神经病变有关，神经纤维数量明显减少，减弱或中断了痛觉冲动的传导。糖尿病病人分布在心肌中的植物神经、脊髓旁交感神经节发生病变，表现为节段性的神经脱髓鞘，神经纤维有破碎现象等。由

于糖尿病性自主神经病变所致神经纤维呈念珠菌状增厚和断裂，心肌的自主神经传出纤维中所含纤维数量减少，故而无痛性心肌梗死在糖尿病病人中多见。牢牢掌握心源性头痛的发病特点，及时完善心血管风险评估，对心源性头痛的早期诊断至关重要，同时也能大大减少急性冠脉综合征的严重后果。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, *et al.* Cardiac cephalgia: a treatable form of exertional headache[J]. *Neurology*, 1997, 49(3):813-816.
- [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] Broner S, Lay C, Newman LD, *et al.* Thunderclap headache as the presenting symptom of myocardial infarction[J]. *Headache*, 2007, 47(5):724-725.
- [4] Dalzell JR, Jackson ce, Robertson ke, *et al.* A case of the heart ruling the head: acute myocardial infarction presenting with thunderclap headache[J]. *Resuscitation*, 2009, 80(5):608-609.
- [5] Auer J, Berent R, Lassnig E, *et al.* Headache as a manifestation of fatal myocardial infarction [J]. *Neurol Sci*, 2001, 22(5):395-397.
- [6] Huang CC, Liao PC. Heart attack causes head-ache-cardiac cephalgia[J]. *Acta Cardiol Sin*, 2016, 32(2):239-242.
- [7] Chatzizisis YS, Saravakos P, Boufidou A, *et al.* Acute myocardial infarction manifested with headache[J]. *Open Cardiovasc Med J*, 2010, 4:148-150.
- [8] Mathew PG, Boes CJ, Garza I. A tale of two systems: cardiac cephalgia vs migrainous thoracalgia[J]. *Headache*, 2015, 55(2):310-312.
- [9] Yang Y, Jeong D, Jin DG, *et al.* A case of cardiac cephalgia showing reversible coronary vasospasm on coronary angiogram[J]. *J Clin Neural*, 2010, 6(2):99-101.
- [10] Shankar A, Allan CL, Smyth D, *et al.* Cardiac cephalgia: a diagnostic headache[J]. *Intern Med J*, 2016, 46(10):1219-1221.
- [11] Asvestas D, Vlachos K, Salachas A, *et al.* Headache: an unusual presentation of acute myocardial infarction[J]. *World J Cardiol*, 2014, 6(6):514-516.
- [12] Korantzopoulos P, Karanikis P, Pappa E, *et al.* Acute non-ST-elevation myocardial infarction presented as occipital headache with impaired level of consciousness-a case report[J]. *Angiology*, 2005, 56(5):627-630.
- [13] Wang M, Wang L, Liu C, *et al.* Cardiac cephalgia: one case with cortical hypoperfusion in headaches and literature review[J]. *J Headache Pain*, 2017, 18(1):1-8.