

头痛门诊病历书写规范：泛长三角专家建议(2025)

谢亚男¹, 李芸¹, 张清秀², 赵红如³, 刘恺鸣⁴, 桂韦⁵, 渠文生⁶, 方堃^{1,7}, 董强^{1,7,8,9}

[¹复旦大学附属华山医院, 上海 200040; ²南京大学医学院附属鼓楼医院, 南京 210008; ³苏州大学附属第一医院, 苏州 215006; ⁴浙江大学医学院附属第二医院, 杭州 310003; ⁵中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院), 合肥 230001; ⁶华中科技大学同济医学院附属同济医院, 武汉 430030; ⁷上海市神经内科临床质量控制中心, 上海 200040; ⁸国家神经疾病医学中心(华山), 上海 200040; ⁹脑功能与脑疾病全国重点实验室/脑科学前沿科学中心, 上海 200040]

摘要 头痛是神经内科门诊最常见的症状之一, 规范头痛门诊病历书写, 有利于提高病史采集质量, 优化诊断流程, 减少误诊和漏诊, 同时为数字化医疗转型提供高质量的数据基础。本建议根据目前头痛相关指南规范了头痛门诊病历的书写内容, 并提供了头痛初次就诊、常见原发性头痛复诊的门诊病历范例, 为临床医生提供参考。

关键词 头痛; 门诊病历; 病历书写; 管理规范; 质量控制; 专家建议

Medical Record Documentation Standards for Headache Clinics: Recommendations from the Pan-Yangtze River Delta Expert Group (2025) XIE Ya-nan¹, LI Yun¹, ZHANG Qing-xiu², ZHAO Hong-ru³, LIU Kai-ming⁴, GIU Wei⁵, QU Wen-sheng⁶, FANG Kun^{1,7}, DONG Qiang^{1,7,8,9} ¹Huashan Hospital, Fudan University, Shanghai 200040, China; ²Nanjing Tower Hospital, the Affiliated Hospital of Medical School, Nanjing University, Nanjing 210008, China; ³The First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou 215006, China; ⁴The Second Affiliated Hospital of Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310003, China; ⁵The First Affiliated Hospital of USTC, Division of Life Sciences and Medicine, University of Science and Technology of China, Hefei 230001, China; ⁶Tongji Hospital, Tongji Medical College of Huazhong University of Science & Technology, Wuhan 430030, China; ⁷Shanghai Municipal Center for Clinical Quality Control in Neurology, Shanghai 200040, China; ⁸Department of Neurology and National Center for Neurological Disorders, Huashan Hospital, Shanghai 200040, China; ⁹State Key Laboratory of Brain Function and Disorders and MOE Frontiers Center for Brain Science, Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai 200040, China

ABSTRACT Headache is one of the most common symptoms in neurology outpatient clinics. Standardizing the documentation of headache outpatient medical records helps improve the quality of medical history collection, optimize diagnostic processes, reduce misdiagnosis and missed diagnosis, and provides a high-quality data foundation for digital healthcare transformation. This recommendation

[文章编号] 1008-0678(2025)04-0361-06

[中图分类号] R741.041

[文献标识码] A

[基金项目] 超大城市慢病综合防治示范推广研究(编号: 2024ZD0524201); 卒中全流程医疗数据闭环管理建设项目(编号: SHDC22023221); 浙江省“尖兵领雁”研发攻关计划(编号: 2024C03007)。

[执笔作者] 谢亚男, 博士, 主治医师, 主要从事脑血管病的临床和医疗质量控制研究。

[通信作者] 方堃, E-mail:fangkun@huashan.org.cn; 董强, E-mail:dong_qiang@fudan.edu.cn

standardizes the content of headache outpatient medical records based on the current headache-related guidelines, and provides templates for initial visits and follow-ups of common primary headaches, serving as a references for clinicians.

KEY WORDS headache; outpatient medical records; medical record; management standards; quality control; expert advice

头痛是神经科门诊常见的症状之一,包括原发性头痛和继发性头痛。临床上原发性头痛的鉴别困难,继发性头痛病因复杂,诊断存在很高的误诊、漏诊率^[1]。门诊病历是诊断思路的体现,也是医疗质量监控的重要依据之一。然而,目前头痛门诊病历书写存在诸多不规范现象,如主诉描述不清晰、现病史缺少头痛特征和警示征的描述、体格检查缺如或不全面、诊断不规范等,导致误诊、漏诊风险增加。

医疗质量控制是提升头痛诊疗水平的关键环节。规范的病历书写不仅是疾病诊断的基础,也是医疗质量评估的重要依据。随着国家及地区数字化医疗转型的推进,电子病历系统的普及对病历书写的规范性和结构化提出了更高的要求^[2,3]。数字化医疗要求病历数据标准化、可追溯,以便于大数据分析和人工智能辅助诊断的应用。

国内外头痛病史书写存在显著差异。国外头痛诊疗中心的头痛病历撰写多遵循国际头痛协会(International Headache Society, HIS)发布的“国际头痛疾病分类”第三版(The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, ICHD-3)标准^[4],病史采集系统化、结构化,注重危险信号识别和病因分层诊断。而国内大部分医疗机构仍沿用传统病史书写模式,缺乏对头痛特征、伴随症状及危险信号的详细记录,导致诊断依据不足、病史数据可追溯性差。

为此,制定头痛门诊病历书写规范的专家建议具有重要临床意义。通过统一书写标准,提升病史采集质量,优化诊断流程,减少误诊和漏诊,同时为数字化医疗转型提供高质量的数据基础。本建议旨在结合国内外最新指南和临床实践^[5-22],提出符合中国国情的头痛门诊病历书写规范,主要讨论头痛初诊病历和常见原发性头痛的门诊复诊病历的书写规范,为临床医生提供参考。

1 头痛初诊病历书写内容规范

门诊初次接诊的头痛患者,根据中国原发性头痛及继发性头痛疾病相关指南推荐意见,结合ICHD-3诊断标准^[4]及国家卫健委“病历书写基本规范(2010版)”^[2]、“电子病历应用管理规范(2017版试行)”^[3],建议头痛初次就诊门诊病历应包含以下内容。

1.1 主诉 建议描述头痛的主要特征(如部位、性质、发作形式,等)和持续时间。

1.2 现病史 详细描述头痛特征、伴随症状、继发性头痛危险信号评估、头痛诱因、用药史及疗效,等。

1.2.1 头痛特征 包括①部位:单侧或双侧,额部、颞部、顶部、枕部,等。②性质:血管搏动性,压迫感,紧箍感,胀痛,钝痛,放电样,针刺样,抽痛,放射性,肌肉牵拉感,等。③强度:使用疼痛评分量表[如视觉模拟评分量表(VAS)、数字评定量表(NRS)],记录最严重的头痛分值和通常头痛分值。④时间进程:起病时间、起病形式(急性、亚急性、慢性、进展性、复发性、阵发性,等)、每次发作的时长(以未服药干预或干预不成功的情况为主,可补充服药后情况);有无节律特征(昼夜节律、季节节律)、有无时间规律(中午或午后发作,等)。⑤发作频率:每月发作天数,频率低的可以描述为每年发作天数。⑥加重/缓解因素:如活动、体位变化、光线、声音刺激、休息或服药,等。

1.2.2 伴随症状 包括①全身系统症状:如恶心、呕吐、发热、体重下降、疲劳,等。②神经系统缺损症状:如视觉异常、言语障碍、肢体无力,等;自主神经症状:如头痛同侧流泪流涕、鼻塞、结膜充血、眼睑下垂,等。

1.2.3 继发性头痛危险信号评估^[23] 包括①全身性症状,如合并发热、颈强直、意识水平下降;②肿瘤或艾滋病病史者出现的新发头痛;③伴有视盘水

肿、神经系统局灶症状和体征(除典型的视觉、感觉先兆外)或弥漫性脑病(如认知损害、意识改变及精神行为异常);④突然发生的、迅速达到高峰的剧烈头痛;⑤年龄>50岁的新发头痛;⑥头痛性质在短时期内发生变化;⑦头痛与体位变化相关(如直立性头痛);⑧Valsalva动作(如打喷嚏、咳嗽或运动,等)诱发的头痛;⑨持续加重和不典型表现的头痛;⑩妊娠或产褥期;⑪伴眼痛及自主神经功能症状;⑫外伤后头痛;⑬过度使用止痛药物或头痛发作前使用的新药物。

1.2.4 头痛诱因和前驱症状 包括:①饮食(如乙醇、咖啡因、巧克力,等);②环境因素(如强光、噪音、天气变化,等);③生活方式(如睡眠不足、压力、体力活动,等);④女性患者的经期;⑤前驱症状(疲乏、打哈欠、厌食、肌肉酸痛,等)。

1.2.5 用药史及疗效 包括①是否使用过镇痛药物:如药物的种类、剂量、每月使用的天数及疗效;②是否使用过预防性治疗药物:如药物的种类、剂量、治疗时间及疗效。

对于疑似原发性头痛的患者,门诊非头痛专科临床医生可使用偏头痛快速筛查问卷(The Identification of Migraine, ID Migraine)行偏头痛筛查。筛查阳性患者问诊及病历书写要点为:①头痛发作持续时间是否为4~72 h;②头痛性质是否以单侧搏动性疼痛为主;③头痛程度是否达到中-重度;④日常活动是否加重头痛;⑤伴随症状是否有恶心、呕吐及畏光、畏声;⑥头痛前有无先兆症状(尤其是视觉先兆);⑦头痛的发作频率;⑧对偏头痛特异性治疗药物的疗效;⑨药物使用情况。根据以上结果,鉴别诊断偏头痛亚型及是否存在药物过度使用性头痛。ID Migraine筛查阴性,疑似紧张型头痛的患者,门诊病历书写的要点为:①头痛发作的持续时间是否在30 min至7 d,每月头痛天数是否超过1 d;②是否为轻-中度头痛;③是否为双侧压迫性或紧箍样头痛;④日常活动对头痛是否有影响;⑤是否伴恶心、呕吐和畏光、畏声;⑥头痛发作频率;⑦有无焦虑抑郁睡眠障碍等共病;⑧体格检查中有无颅周压痛。

1.3 既往史、个人史和家族史 重点包括:①既往肿瘤史;②既往高血压病病史,有无脑动脉瘤、脑动静脉畸形,有无家族性脑血管病病史;③近期头

面部感染史(如鼻窦炎、中耳炎及口腔感染,等);④头部创伤史;⑤妊娠史(女性患者);⑥类似头痛的家族史;⑦与月经周期相关的头痛应当记录月经时间。

1.4 体格检查 头痛相关体格检查应包含以下内容。

1.4.1 一般检查 生命体征、视诊(如扁桃体肿大、牙龈红肿)、头颈部触诊(鼻窦部及颞下颌关节区压痛、肌紧张)、听诊(眼眶及颞区的血管杂音)。

1.4.2 神经系统体格检查 意识状态、精神状态、脑神经检查、脑膜刺激征、感觉运动检查。

1.4.3 眼科检查 眼底(有无视乳头水肿)、视力、视野、眼压、屈光状态,等。

1.5 辅助检查 询问并记录患者已有的检查结果,重点记录以下检查结果,用于原发性与继发性头痛的鉴别诊断。

1.5.1 血液学和脑脊液检查 血常规、C反应蛋白(鉴别颅内感染/炎症)、红细胞沉降率、D-二聚体(鉴别颅内静脉窦血栓性疾病)、肿瘤坏死因子 α (tumor necrosis factor α , TNF- α)。对于伴颅内压增高且已行腰椎穿刺术的患者,应记录颅内压力,以及脑脊液常规、生化、细胞学和病原体等相关检查结果。

1.5.2 影像学检查 详细记录既往头痛相关影像检查结果,如头颅CT、头颅CTA、头颅MRI,等。

1.6 初步诊断 根据问诊和体格检查,结合患者已有的辅助检查结果,判断患者为原发性抑或继发性头痛。可参考“成人原发性头痛的规范化管理:泛长三角头痛诊疗专家建议(2024)”头痛诊疗流程^[12]。

如考虑原发性头痛,应根据国际头痛分类 ICHD-3^[4]诊断标准,鉴别诊断偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛、其他类型原发性头痛,以及是否存在药物过度使用性头痛。如考虑继发性头痛,需写明原发疾病的初步印象。

1.7 处理 门诊诊疗意见应包含患者教育、急性期治疗和预防性治疗的内容,伴焦虑抑郁的患者需要更好的医患沟通,提高患者依从性。具体包括:①如头痛诊断未能完全明确,建议完善相关检查,进一步明确诊断;②根据病史诊断为原发性头痛,处理意见主要包括患者教育、记录头痛日记、急性期治疗、预防性治疗及非药物治疗;③对于继发性

头痛,建议完善进一步检查明确病因,针对病因行下一步诊疗方案;④对于突发头痛伴随神经功能缺损、意识改变或认知损害、有外伤史、合并癫痫等,应建议患者及时急诊就诊,尽早完善相关检验检查,以免延误诊疗。

2 头痛复诊病历书写内容规范

针对常见原发性头痛(如偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛)复诊的患者,门诊问诊和病历书写的要点主要为本次就诊的主要原因、头痛发作的频次、药物使用情况及疗效和头痛日记记录情况。原发性头痛患者常存在焦虑、抑郁、睡眠障碍等,建议使用病例健康问卷-9(The Patient Health Questionnaire, PHQ-9)、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)、广泛性焦虑自评量表-7(Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)、匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)量表等评估患者共病情况;使用头痛影响测评量表-6(Headache Impact Test-6, HIT-6)评估头痛的影响;使用偏头痛失能程度评估问卷(Migraine Disability Assessment Questionnaire, MIDAS)评估偏头痛患者失能程度;有助于对患者的病情和治疗效果进行评估。

原发性头痛可存在多种类型头痛共同存在的情况,对于每一种头痛的形式均应描述和诊断,并按影响程度进行排序,建议诊断到ICHD-3的第二层分级^[3]。

3 结构化电子病案的推荐

随着医疗机构临床诊疗工作量的显著增加,以往抽查病案评审作为医疗质量管理的主要手段显然已经不合时宜。近年来,中国医疗质量安全改进目标,全面提升医疗质量行动对急性脑梗死提出了明确的关键质量指标。基于电子病案的全面推进,急性脑梗死医疗质量管理已通过规范住院病历书写内容,构建细化的结构化电子病案^[24],转向探索基于大数据的关键质量指标考核。

头痛作为神经科常见症状,相关疾病的诊疗质量存在显著差异,既往诊治不规范,消耗了大量医疗资源。落实头痛门诊病历书写规范,将有助于规范头痛诊疗思路、提升诊疗水平;推动头痛门诊结构化电子病案,将有助于医疗质量控制机构和部门全面开展针对头痛门诊诊疗质量控制的管理。

4 结语

头痛作为跨学科常见症状,规范化的病历书写是提升诊疗同质化、保障患者安全及医疗质量评估的重要基础之一。本建议系统梳理头痛门诊病历的核心要素,明确主诉特征化、现病史时序化、查体专科化、诊断标准化的书写原则,并推荐采用门诊结构化电子病史模板,通过标准化字段减少信息遗漏,提升数据可追溯性与科研价值;针对偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛等常见头痛类型,提供规范化病史范例,助力ICHD-3诊断标准^[4]在神经内科医生诊疗过程中的落地应用。

本建议呼吁各级医疗机构积极推进电子病历系统升级,开展规范化病历书写培训,并通过多学科协作完善头痛专病数据库建设。未来结合人工智能辅助诊断技术迭代,推动头痛诊疗从经验驱动向数据驱动转型,最终实现精准医疗与患者获益的最大化。

附录

范例1 头痛首诊考虑继发性头痛的门诊病历(撰写人:桂韦)。

主诉 反复左颞部搏动性疼痛2年余,加重伴呕吐1 d。

现病史 患者女性,2年前无明显诱因下出现左侧颞部头痛,阵发性,每次持续12 h至3 d,平均每月发作1~2次,疼痛程度VAS 8分,有畏光、畏声,严重时伴恶心、呕吐,日常活动后加重,自觉对生活影响较大。吹风、受凉、工作压力大时可诱发,休息或使用止痛药(布洛芬等)后缓解,每周服药<2 d,发作间期无特殊不适,头痛与体位改变及经期无关。曾在附近医院完善头颅MRI检查未见明显异常,未予正规治疗。1 d前患者再发头痛,与以往头痛不同,此次为全头胀痛,VAS 10分,平躺时加重,站立时减轻,咳嗽时头痛程度加重,否认发热及肢体乏力等,自服布洛芬2粒,头痛症状无改善,且程度持续加重,伴恶心、呕吐、视物模糊。

既往史 否认既往肿瘤史;否认高血压病病史,否认脑动脉瘤、脑动静脉畸形;无家族性脑血管病史;否认近期头面部感染史;否认近期头部创伤;否认妊娠史,2个月前停经,末次月经2025年1月3日;否认过敏史,否认手术史。

体格检查 血压133/75 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),脉搏82次/分,体温36.4℃,呼吸16次/分。神清,焦

虑面容，双侧视乳头水肿，眼球活动正常，余脑神经查体未见明显异常，颈强3指，克氏征和布氏征均阴性，四肢运动、感觉检查未见异常。

辅助检查 无。

初步诊断 ①颅内压增高(疑诊)；②无先兆偏头痛。

处理 ①建议住院治疗；②建议尽快完善血液学检验及头颅影像学检查排除其他器质性头痛(如颅内占位、静脉窦血栓、静脉窦狭窄、硬膜外/下血肿、特发性颅内压增高，等)，必要时腰椎穿刺脑脊液检查；③妇产科会诊明确有无妊娠。

范例2 头痛首诊考虑偏头痛的门诊病历(撰写人：赵红如)。

主诉 间断头痛8年。

现病史 8年来反复发作性头痛，额颞部为主，单侧或双侧，胀痛或跳痛，NRS评分6分，严重时8分，发作前有眼前闪光，15~30 min后闪光消失，随后头痛，伴畏声、畏光，偶有恶心、呕吐，无流泪，无鼻塞流涕，无肢体麻木、无力。弯腰或蹲下站立后加重，睡觉、按摩后可缓解。每月发作2~3次，多于吹风、闷热、劳累或情绪激动后发作，每次持续时间数小时至1 d左右，与月经无关。发作时服用布洛芬可减轻疼痛；曾规律服用盐酸氟桂利嗪3个月，发作频次有减少，后停用。平时不喝咖啡、奶茶。

既往史 否认既往肿瘤史；否认高血压病病史；否认脑血管病病史；否认近期头面部感染史；否认近期头部创伤；否认过敏史；否认手术史；否认妊娠史；否认偏头痛家族史。

体格检查 神清，精神可，语利，四肢肌力5级，颈软，克氏征阴性。

辅助检查 无。

初步诊断 有先兆偏头痛。

处理 ①提倡健康的生活方式，规律作息，健康饮食，适当运动，避免烟酒，保持心情愉悦，记录头痛日记。②头痛发作急性期可使用CGRP受体拮抗剂、曲普坦类药物或对乙酰氨基酚/非甾体抗炎药物(nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)，建议头痛初期立即使用。避免使用的药物：如阿片类、巴比妥类以及安乃近等；避免止痛药物过度使用(NSAIDs、对乙酰氨基酚服用平均每周不超过2~3 d，每月不超过10 d；复方止痛药物和曲普坦类药物服用每周不超过2 d，每月不超过8 d，避免先兆期使

用曲普坦类药物)。③建议启动预防性治疗。④头痛门诊定期随访，如疼痛性质、频率、程度变化，立即来院就诊。

范例3 偏头痛复诊的门诊病历(撰写人：张清秀)。

主诉 反复发作性头痛20年，频发2个月。

现病史 患者20年前出现头痛(首发年龄18岁)，呈发作性，头痛部位主要为偏侧前额部和后枕部，性质为胀痛和搏动性，VAS评分6分，无先兆，每次发作持续时间1~2 d，每1~2个月发作1次。2个月前开始发作频繁，发作频率4次/月，既往曾服用氟桂利嗪和丙戊酸钠等药物预防治疗，因服药后困倦影响工作效率，不能耐受；予瑞美吉泮预防治疗，急性发作期服用琥珀酸舒马曲普坦，嘱治疗1个月后复诊。治疗1个月期间，发作次数0次/月；急性期药物使用频率0次/月；预防治疗启动后未再发头痛，遂16 d后自行降低服药频率，并于23 d后自行停药至复诊。治疗期间患者进行生活方式调整，戒烟酒，慢跑。未记录头痛日记。

既往史 高血压病病史3年，服用苯磺酸氨氯地平，血压控制在120~130/70~80 mmHg。否认既往肿瘤史；否认近期头面部感染史；否认近期头部创伤；否认妊娠史；否认过敏史，否认手术史。婚育无殊。家族史无殊。

体格检查 血压110/70 mmHg，神清，语利，颅周神经和肌肉压痛(-)。

辅助检查 无。

初步诊断 ①无先兆偏头痛；②高血压1级低危。

处理 ①规范记录头痛日记；②继续保持健康的生活方式，规律作息，健康饮食，避免烟酒，保持心情愉悦；继续保持慢跑，每次30~40 min，3~4次/周；③预防治疗应规范治疗至少3个月，建议继续瑞美吉泮预防治疗2个月，服药期间避孕；④2个月门诊复诊；如发作次数增加或出现头晕等症状，及时线上或线下复诊。

专家组成员(按姓氏拼音顺序排序)

蔡 斌	福建医科大学附属第一医院
董 强	复旦大学附属华山医院
方 堃	复旦大学附属华山医院
桂 韦	中国科学技术大学附属第一医院
洪海波	上海卒中学会
景抗震	南京大学医学院附属鼓楼医院

李翔 复旦大学附属华山医院
 李芸 复旦大学附属华山医院
 刘春风 苏州大学附属第二医院
 刘恺鸣 浙江大学医学院附属第二医院
 楼敏 浙江大学医学院附属第二医院
 罗本燕 浙江大学医学院附属第一医院
 毛成洁 苏州大学附属第二医院
 潘胜东 浙江大学医学院附属第二医院
 渠文生 华中科技大学同济医学院附属同济医院
 童秋玲 温州医科大学附属第一医院
 汪凯 安徽医科大学第一附属医院
 汪昕 复旦大学附属中山医院
 汪敬业 安徽医科大学第一附属医院
 王伟 华中科技大学同济医学院附属同济医院
 王爱华 山东省千佛山医院
 谢亚男 复旦大学附属华山医院
 徐运 南京大学医学院附属鼓楼医院
 叶钦勇 福建医科大学附属协和医院
 张宝荣 浙江大学医学院附属第二医院
 张清秀 南京大学医学院附属鼓楼医院
 赵红如 苏州大学附属第一医院
 朱遂强 华中科技大学同济医学院附属同济医院

参考文献

[1] Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, et al. Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors, and biannual follow-up[J]. *Neurology*, 2000, 54(2): 314-319

[2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会办公厅. 电子病历系统功能规范(卫医政发(2010)11号)[EB/OL]. <https://www.nhc.gov.cn/bgt/s10696/201002/8cd7d4d70f4b42da839d2428dcbf723c.shtml>, 2010-1-22/2025-06-03

[3] 中华人民共和国国家卫生计生委办公厅. 关于印发电子病历应用管理规范(试行)的通知(国卫办医发(2017)8号)[EB/OL]. <https://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8553/201702/ebe31b47c1ea4bcafed973fb8806992c.shtml>, 2017-2-15/2025-06-03

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

[5] 中华医学会神经病学分会. 中国偏头痛防治指南[J]. *中华神经科杂志*, 2016, 49(7): 514-525

[6] Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy[J]. *Neurology*, 2007, 68(5): 343-349

[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

[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

[10] 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

[11] 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

[12] 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, 于生元. 中国偏头痛急性期治疗指南(第一版)[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2024, 30(10): 721-734

[13] 泛长三角头痛诊疗专家团队, 毛成洁, 赵红如, 等. 成人原发性头痛的规范化管理:泛长三角头痛诊疗专家建议(2024)[J]. *中国临床神经科学*, 2024, 32(6): 601-619

[14] Puledda F, Sacco S, Diener HC, et al. International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine[J]. *Cephalalgia*, 2024, 44(8): 3331024241252666

[15] Puledda F, Sacco S, Diener HC, et al. International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine[J]. *Cephalalgia*, 2024, 44(9): 3331024241269735

[16] Charles AC, Digre KB, Goadsby PJ, et al. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update [J]. *Headache*, 2024, 64(4): 333-341

[17] Schytz HW, Amin FM, Jensen RH, et al. Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 3rd edition, 2020[J]. *J Headache Pain*, 2021, 22(1): 22

[18] Eigenbrodt AK, Ashina H, Khan S, et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps [J]. *Nat Rev Neurol*, 2021, 17(8): 501-514

[19] Ailani J, Burch RC, Robbins MS. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice [J]. *Headache*, 2021, 61(7): 1021-1039

[20] Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition) : on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache[J]. *J Headache Pain*, 2019, 20(1): 57

[21] Robbins MS, Starling AJ, Pringsheim TM, et al. Treatment of Cluster Headache: The American Headache Society Evidence-Based Guidelines[J]. *Headache*, 2016, 56(7): 1093-1106

[22] Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force[J]. *Eur J Neurol*, 2010, 17(11): 1318-1325

[23] Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list[J]. *Neurology*, 2019, 92(3): 134-144

[24] 董强, 刘建民. 临床研究专病结构化数据集—脑卒中[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023

(2025-06-03收稿 2025-06-27修回)