

# 頭痛電子報 第128期

台灣頭痛學會網站:<http://www.taiwanheadache.com.tw/>

發行人：台灣頭痛學會

發刊日期：民國 104 年 3 月

## 【本期內容】

- **春季頭痛研討會隆重登場！**北區 2015 年 4 月 19 日 南區 5 月 3 日 p.9
- **關於 ICHD-3(beta)的幾點問題** p.2
- **The American Headache Society's 57<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting 18—21 June, 2015** p.13
- **IHC late breaking abstract submission 3—18 March, 2015** p.14

各位頭痛學會的會員大家好：

國際頭痛疾病分類(International Classification of Headache Disorders, ICHD) 於 1988 年初版問世，2004 年改版，已被翻譯成世界多國語言，且為學界廣泛採用。2013 年，在眾所期待之下，第三版 ICHD 的測試版 (ICHD-3 beta) 發表。雖然 ICHD-3 beta 集結眾多專家意見，仍有一些問題存在。連任三屆分類委員會主席的 Olesen，曾於去年的 Cephalalgia 期刊，為文指出這些亟待解決的部分，期待在 2016 年 ICHD-3 正式出版前，能解決部分問題（不然就只能留待十到十五年後的 ICHD-4 了）。本期頭痛電子報感謝學會前任祕書長與現任理事黃子洲醫師，將本文精闢的翻譯與會員朋友分享，絕對值得一讀！

電子報主編：陳韋達醫師

## 秘書處報告：

- **春季頭痛研討會隆重登場！**北區 2015 年 4 月 19 日 南區 2015 年 5 月 3 日，現已接受報名！即日起至 4 月 12 日 24:00 截止（北區）。4 月 26 日 24:00 截止（南區）
- 偏頭痛病友會 成立大會 已於 3/7 假奇美醫學中心舉行。
- 17<sup>th</sup> IHC 世界頭痛大會 late breaking abstract 至 March 18, 2015 為截止，還剩幾天！請大家把握機會！
- The American Headache Society's 57<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting 18—21 June, 2015 現已接受報名

台灣頭痛學會 敬啟

## 關於 ICHD-3(beta)的幾點問題

活水神經內科診所 黃子洲 翻譯改寫

原始文章：

Problem areas in the International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition (beta)  
*Cephalalgia* 2014, Vol. 34(14) 1193–1199

前言：

國際頭痛疾病分類(International Classification of Headache Disorders, ICHD) 於 1988 年出版，其後於 2004 年及 2013 年出版第二和第三 beta 版，被翻譯成世界上許多的主要語言，且被廣泛採用。ICHD 的每個版本都有超過一百位專家集思廣益，費時三年而成。頭痛分類已經逐漸成為頭痛學的新分支，第三版 ICHD 也因此得以參考許多良好的研究。

ICHD 雖然集結眾人之力，仍有一些問題有待解決。連任三屆分類委員會主席的 Olesen，於本文提出一些亟待重視解決的部分。ICHD-3 現為 beta 版，正式版將在 2016 年出版，若無法在那之前解決這些問題，就只能留待 ICHD-4 的時候再解決了。

### 偏頭痛(Migraine)

一個存在已久的問題是，偏頭痛患者的頭痛發作卻只符合緊縮型頭痛(Tension-type headache)而不符合偏頭痛的診斷基準。先前曾使用 interval headache 來描述這類頭痛，但越來越多的證據顯示：這些頭痛常常是(但不一定都是)輕微的偏頭痛發作。依照分類標準的規則，診斷偏頭痛必須有五次的發作完全符合診斷基準，否則仍不能算，這可能只能等偏頭痛有生物標記(biomarker)後才能最終解決。同樣的，病人可能沒辦法完全符合偏頭痛的診斷基準，但符合極可能偏頭痛(probable migraine)和緊縮型頭痛的基準。現行的規則是確定診斷優先於極可能診斷，所以應診斷為緊縮

型頭痛。在偏頭痛沒有生物標記前，這可能是最好的方法了。

1.2.2 腦幹預兆型頭痛(Migraine with brain stem aura)可能會列入太多病人，但神經學家們普遍認為這個診斷非常少見。另一個問題是腦幹預兆型頭痛和 A1.6.6 前庭偏頭痛(Vestibular migraine，收錄在附錄內)。毫無疑問的，許多頭痛患者將會同時符合這兩個診斷基準，這是不合理的。一種頭痛診斷應只佔有分類中的一個位置。確定的視網膜偏頭痛(Retinal migraine)曾在 1988 和 2004 年被發表，但是並沒有任何一篇文章可以明確合理地證明視網膜偏頭痛的存在。如果沒有更多能證明這一種偏頭痛存在的研究，這個分類應當刪除或是移到附錄。慢性偏頭痛被移到偏頭痛的主要分類，並有明確的分類基準。但是很明顯的，這個基準是人為且專斷的。偏頭痛的嚴重度應該是連續性的。像緊縮型頭痛在 ICHD-1 時就被同樣武斷的分類為陣發性和慢性，後來事實證明這樣的作法是有用的。慢性偏頭痛即是如此，如 botulinum A 的研究證明對於慢性偏頭痛的效果而對陣發性偏頭痛無效，即是一例。未來的研究可以聚焦在慢性和陣發性偏頭痛的分別。這樣的基準其實完全是由專家決定，在缺乏生物標記、影像檢查甚至基因的差異或其他驗證因子的情況下，實際測試(field testing)是不容易的，但是仍然應該嘗試。

### **緊縮型頭痛、頸因性頭痛(Cervicogenic headache)和顳顎疾患 (Temporomandibular disorder, TMD)**

緊縮型頭痛是最常見的頭痛，它的診斷基準在這三版以來都不曾改變。最大的問題是，相較之下(按：相較於偏頭痛)它是一個沒有特徵的頭痛，沒有生物標記可以協助診斷，只有少數研究是針對緊縮型頭痛設計，也沒有任何單一藥物可用於緊縮型頭痛的預防。它的診斷基準是開放的，基本上是描述一個沒有偏頭痛特徵，又沒有其他已知的病因的頭痛。它被細分成兩類，一類是有顳周肌肉壓痛，一類沒有，壓痛的位置多在咀嚼肌和頸部肌肉或是這些肌肉的肌腱。頸因性頭痛也是一個沒有特徵的頭痛，被認為是來自於頸部疾患，其診斷基準之一，是頸部神經阻斷術有效，但肌痛點阻斷也對偏頭痛或緊縮型頭痛有效。在附言中也提到，這個頭痛會固定於單側，但是緊縮型頭痛有時也只在單側。另外還提到，指壓頸部肌肉或頸部動作

可以誘發頭痛，但這又是緊縮型頭痛的典型表現。附言中也指出，如果頸部肌筋膜炎是頭痛的原因，那可能應該歸類為緊縮型頭痛。不過，在附錄中卻出現一個歸因於頸部肌筋膜炎的頸因性頭痛。因此，若病人有頸部肌肉的壓痛，他無疑將被同時歸類在頸因性頭痛和緊縮型頭痛。分類標準應該盡量避免同一頭痛卻符合兩種不同類型的診斷基準。

歸因於顛顎疾患之頭痛是另一個更大的問題，它也是無特徵的頭痛，診斷證據只需要時間上的關聯即可，但這是非常不容易界定的。基本的特徵為頭痛來自過度的頸部主動或被動活動，及/或因為壓力在於顛顎關節及其周邊肌肉。其中對顛顎疾患並沒有定義，如此僅需在相關咀嚼肌肉有壓痛便可診斷。在附言中雖有提到如果顛顎疾患不能確定，應診斷為緊縮型頭痛，不可否認，這中間有相當大的重疊，診斷基準無法分辨緊縮型頭痛和歸因於顛顎疾患之頭痛，一個緊縮型頭痛患者若有咀嚼肌肉壓痛，會被牙科醫師診斷為歸因於顛顎疾患之頭痛而被神經科醫師診斷為緊縮型頭痛。

其實這些問題目前應能解決，但仍有不少反面意見。Olesen 個人認為，在 ICHD-3beta 中，頸因性頭痛和 TMD 的診斷基準太過鬆散，應該要有確定的實質異常在頸部或顛顎關節才能下診斷，而不是只有肌筋膜炎壓痛就成立。照 Olesen 建議的規則，只要有肌筋膜炎壓痛和活動受限等的頭痛，都先歸類到緊縮型頭痛。這樣不論是內科或牙科醫師診斷，病人都只會有一個診斷。接著，再去細分緊縮型頭痛的壓痛是在咀嚼肌、頸部，或是廣泛性壓痛或根本沒有壓痛。TMD 還有一個問題，大多數的病人是感受到臉部或是下巴關節痛，但完全不會頭痛，且會合併咀嚼肌和內翼狀肌的壓痛，這些病人只需診斷為顛顎疾患而不是因顛顎疾患引起之頭痛。

### 三叉自律神經頭痛(Trigeminal autonomic cephalgias)

這一章近年來沒有什麼大變動，一個持續未解的問題是「慢性」(chronic)一詞的使用。在 ICHD-2，「慢性」有三種意義：在慢性偏頭痛、慢性緊縮型頭痛指的是頻繁發作；在慢性叢發性頭痛指的是沒有緩解期的頭痛；在慢性次發性頭痛指的是頭痛在病因發生後持續超過三個月。ICHD-3 beta 編輯時，找不到更好的字眼可以取

代用於慢性偏頭痛和慢性緊縮型頭痛，所以這些字仍然持續使用。慢性次發性頭痛則改以持續性(persistent)次發性頭痛稱呼。至於叢發性頭痛，目前作者們仍建議沿用「慢性」一字。雖然「緩解」(remitting)和「無緩解」(non-remitting)叢發性頭痛曾被提出，且應該是更好的選擇，但反對意見認為慢性叢發性頭痛一詞已經深植人心，不應更動。Olesen 認為，這個理由實在不成理由，就像過去習用多年的尋常偏頭痛(common migraine)現在也被無預兆偏頭痛(migraine without aura)取代。另一個問題是叢發性頭痛的診斷基準從未被實際測試過，不但太過冗長，且可能列入過多的特徵。如果能有良好的實際測試，便有可能精簡診斷基準而不影響敏感度和準確度。短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚(SUNCT)是非常少見的疾病種類，短暫單側神經痛性頭痛發作併顱部自律神經症狀(SUNA)包括了 SUNCT，也僅略微較多，曾有提議刪除 SUNCT 但未被接受，非常少的神經學家知道且接受這兩者的不同，但最近有報告指出這兩者應為同一種連續疾患，因此實際測試並簡化這分類似乎是可能的。

### 其他原發性頭痛疾患(Other primary headache disorders)

此章節應是根據臨床試驗來修改基準的最佳典範，(此章節的負責人是王署君教授)，現存和替代用的基準皆經過許多病人的實際測試而修正，因此可以提高基準的敏感度和準確度。但因欠缺其他驗證方式，Olesen 覺得這樣的「monothetic」會是一個問題，這指的是只需一項特徵且必需符合才可下診斷；相較於此，polythetic 的診斷基準可能只需符合四項中的兩項，或三項中的一項，好處是可以網羅各種可能的證據，即使這種特徵只存在於半數的病人。舉例如 4.9 睡眠頭痛基準 A，理想應該要求特定的發作次數，現在只要求反覆發作，基準 C 需要每月十次以上且大於 3 個月。但有些典型發作每個月不到十次，或只有連續兩個月。基準 D 需要醒來後發作時間持續 $\geq 15$  分鐘且可長達 4 小時，有些病人的頭痛卻可能持續更長的時間。基準也要求不能有顱自律神經的症狀或躁動不安，但有些病人可能就有躁動不安。這個問題似乎可以用「極可能」的診斷群來解決，就是只差一項基準其他均符合。但是基準應該盡量減少被列在極可能診斷的病人數目。如前所提，目前的基準

已經跨出了很大一步了，但如果能多用 polythetic 的話，可能進步會更大。觀察用 polythetic 基準大量收錄睡眠頭痛或其他原發性頭痛病人的研究是很有趣的。新發生每日持續性頭痛(NDPH)的基準沒有「無已知造成頭痛的原因」這句，因為這是只用於排除次發性病因的最後基準。

### **歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛(Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck)**

這分類的第一項「歸因於頭部外傷之急性頭痛」，實在太冗長笨拙，可能導致醫師沿用舊分類的「急性外傷後頭痛」；此外，這個冗長的診斷應該有更精確的描述。要解決診斷過於冗長的問題，縮寫似乎是可行的辦法，在其他專科常用，頭痛分類委員會應考慮統一制定縮寫，而且最好是具可讀性的縮寫。

本章節所欠缺的，是歸因於不明顯頭部外傷的頭痛，這裡不是在討論輕度的頭部傷害，而是不明顯的外傷，例如站起來時頭部撞到櫃子，或是出入門時撞到門框，或是類似這種不可能造成任何損傷的力量的傷害，這類病人該如何分類？唯一可能或許是把他們歸類到新發生每日持續性頭痛 (NDPH) 而忽略外傷。但是如果有個明確的頭痛前因，NDPH 的診斷就不能成立，因此 Olesen 認為以後應該把歸因於不明顯頭部外傷的頭痛列入第五章。

### **歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛(Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder)**

這是一個範圍很廣泛，很深入的章節，包括了許多重要的頭痛診斷。但它和其他幾個次發性頭痛的章節一樣，只有很少量的研究可以佐證或是實際測試這些頭痛。最近一個小型研究顯示：在動脈剝離後，相當多的人會感受到持續達三個月的頭痛，不能確定這是否也是可列入這一章節的新診斷。一個怪異的頭痛診斷是極可能歸因於可逆性腦血管收縮症候群(probable RCVS)。一般通則應該是儘量不要有極可能診斷列在次發性頭痛，所以這個不該有的例外應當要移除。

### **歸因於非血管性顱內疾患之頭痛(Headache attributed to non-vascular**

---

**intracranial disorder)**

這是個重要的章節，涵蓋許多重要頭痛，但仍與其他次發性頭痛的章節一樣，大多數的診斷都沒有被前瞻性研究測試過，應當要有大型的研究，以標準方法去收集病人資料來驗證現有或替代診斷。對於不完全符合現存基準的病人也應被研究分析，來確定基準是否需要調整而不影響準確度。對部分頭痛這或許不重要，但如歸因於 Chiari 氏畸形第一型(CM1)之頭痛，許多病人開刀的原因是為了頭痛，但是頭痛是否真的來自 Chiari 氏畸形或開刀能否改善此病人的頭痛目前未定。

**歸因於物質或物質戒斷之頭痛(Headache attributed to a substance or its withdrawal)**

這裡有新的藥物過度使用頭痛(MOH)基準。以往認為頭痛會因藥物過度使用而誘發或惡化，也可因停止藥物過度使用而消失或改善，但大部分的病例不易建立兩者時間上的關聯，而且也無法確認原發性頭痛因藥物過度使用而惡化的情形必定可因不再過度使用而逆轉回復。新版的基準單純要求原發性頭痛的病人急性藥物使用超過可被接受的範圍，如此可大幅提升 MOH 的診斷率。Olesen 認為，新版基準務實地解決了到底 MOH 要算原發性或次發性的問題，因為 MOH 必須同時有原發性頭痛的診斷。

**歸因於感染和體內恆定疾患之頭痛(Headache attributed to infection and disorder of homeostasis)**

這兩章沒有什麼大問題，除了大家都有的共同問題，沒有夠多前瞻性的科學研究，特別是腦膜炎後的持續性頭痛。

---

**歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛和歸因於精神疾患之頭痛(Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure and Headache attributed to psychiatric disorder)**

如前所述，這部分的問題在於頸因性頭痛和 TMD，此外，沒有足夠的科學資料驗證(validation)這部分的診斷基準。對於歸因於精神疾患之頭痛更是如此，從 ICHD-2 以來幾乎沒有任何資料去辨識驗證這些診斷。

**疼痛性顱神經病變和其他顏面痛(Painful cranial neuropathies and other facial pains)**

這一章的標題有一點點突兀，因為我們講的是頭痛分類，可能疼痛性顱神經痛和其他顏面痛會好一點。三叉神經痛的診斷已經被國際頭痛學會和國際疼痛研究學會(IASP)所精心修改過，13.1.1 典型三叉神經痛的基準目前非常準確，但可能不夠敏感。新的基準是由專家意見整合而成，但前瞻性大量的測試仍是必須的，本章節其他分類大都較為罕見，沒有什麼大問題，最後第 14 章其他頭痛疾患(Other headache disorders)也是如此，純粹囊括不屬於現存分類之頭痛和特性不明之頭痛。

結論

頭痛分類仍在不斷修正中，即使已經經過 25 年以及三個版本的 ICHD，持續進步仍是可能的。Olesen 在此篇文章中提出一些矛盾，並指出研究數量仍嫌不足，尤其是次發性頭痛。希望這篇文章可以刺激一些實地測試的研究並趕上 ICHD-3 最終版本的發行。否則，就只能等 10 到 15 年後的第四版 ICHD 了。

本篇文章的臨床應用

基底/腦幹預兆被過度診斷

緊縮型頭痛基準非常寬鬆

頸因性和 TMD 頭痛診斷有部分重疊

三叉神經痛診斷基準不夠敏感



## 2015 年春季頭痛研討會 『 Update in Migraine Management 』

### 北區

時間：104 年 4 月 19 日（日）

地點：台北新光吳火獅紀念醫院第一會議室（台北市士林區文昌路 95 號）

對象：會員、對此課程有興趣之醫護人員。

議程：請見 p. 10。

費用：台灣頭痛學會與台灣神經學會會員：免費

非會員：150 元（現場繳交）。

學分：神經內科 5 點

### 南區

時間：104 年 5 月 3 日（日）

地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院第一講堂（高雄市三民區十全一路 100 號）

對象：會員、對此課程有興趣之醫醫護人員。

議程：請見 p.11。

費用：台灣頭痛學會與台灣神經學會會員：免費

非會員：150 元（現場繳交）。

學分：神經內科 5 點

### 報名方式：

即日起至 4 月 12 日 24:00 截止（北區）。4 月 26 日 24:00 截止（南區）

採通訊報名，會員及非會員請務必事先報名，請填妥報名表（p.12）後，e-mail 或傳真至台灣頭痛學會秘書處，完成報名手續。

網址：[www.taiwanheadache.com.tw](http://www.taiwanheadache.com.tw)

傳真：(02) 28344906

電子郵件：[taiwan.head@msa.hinet.net](mailto:taiwan.head@msa.hinet.net)

## 2015 年春季 北區頭痛研討會

**時間**：2015 年 4 月 19 日 ( 星期日 )

**地點**：台北新光吳火獅紀念醫院第一會議室 ( 台北市士林區文昌路 95 號 )

時間	題目	講師	座長
<b>09:00 ~ 09:10</b>	<b><i>Opening Remarks</i></b>		陳威宏 理事 長
09:10 ~ 10:00	<b>Update in Migraine Diagnosis &amp; pathophysiology</b>	陳世彬 醫師	洪祖培 教授
10:00 ~ 10:50	<b>Migraine Treatment Guideline</b>	陳韋達 醫師	陳威宏 理事 長
<b>10:50 ~ 11:10</b>	<b><i>Coffee Break</i></b>		
11:10 ~ 11:50	<b>Role of Imaging in Primary Headache</b>	陳彥宇 醫師	王署君 教授
11:50 ~ 12:30	<b>Persistent idiopathic facial pain</b>	葉宏軒 醫師	吳進安 院長
<b>12:30 ~ 13:30</b>	<b><i>Lunch</i></b>		
13:30 ~ 14:10	<b>Botulinum toxin treatment for Migraine</b>	王巖鋒 醫師	傅中玲 教授
14:10 ~ 14:50	<b>Surgical treatment for Migraine</b>	陳柵君 醫師	邱浩彰 副院 長
14:50 ~ 15:30	<b>Unsuspected secondary headache scenarios</b>	施景森 醫師	王博仁 院長

**主辦單位**：台灣頭痛學會、台灣神經學會

**協辦單位**：新光吳火獅紀念醫院

## 2015 年春季 南區頭痛研討會

**時間**：2015 年 5 月 3 日 ( 星期日 )

**地點**：高雄醫學大學附設中和紀念醫院第一講堂 ( 高雄市三民區十全一路 100 號 )

時間	題目	講師	座長
<b>09:00 ~ 09:10</b>	<b>Opening Remarks</b>		劉景寬 校長
09:10 ~ 10:00	<b>Update in Migraine Diagnosis &amp; pathophysiology</b>	盧相如 醫師	劉景寬 校長
10:00 ~ 10:50	<b>Migraine Treatment Guideline</b>	陳炳錕 醫師	王署君 教授
<b>10:50 ~ 11:10</b>	<b>Coffee Break</b>		
11:10 ~ 11:50	<b>Role of Imaging in Primary Headache</b>	黃子洲 醫師	陳威宏 理事 長
11:50 ~ 12:30	<b>The role of thalamus in migraine pathogenesis</b>	賴冠霖 醫師	傅中玲 教授
<b>12:30 ~ 13:30</b>	<b>Lunch</b>		
13:30 ~ 14:10	<b>Botulinum toxin treatment for Migraine</b>	王思菁 醫師	王博仁 院長
14:10 ~ 14:50	<b>Neuromodulation in Headache management</b>	劉子洋 醫師	林高章 主任
14:50 ~ 15:30	<b>Unsuspected secondary headache scenarios</b>	賴資賢 醫師	蔡景仁 教授

主辦單位：台灣頭痛學會、台灣神經學會

協辦單位：高雄醫學大學

## 2015 春季頭痛研討會報名表

姓名：

聯絡電話/手機：

e-mail：

服務醫院：\_\_\_\_\_ 服務單位：

聯絡地址：

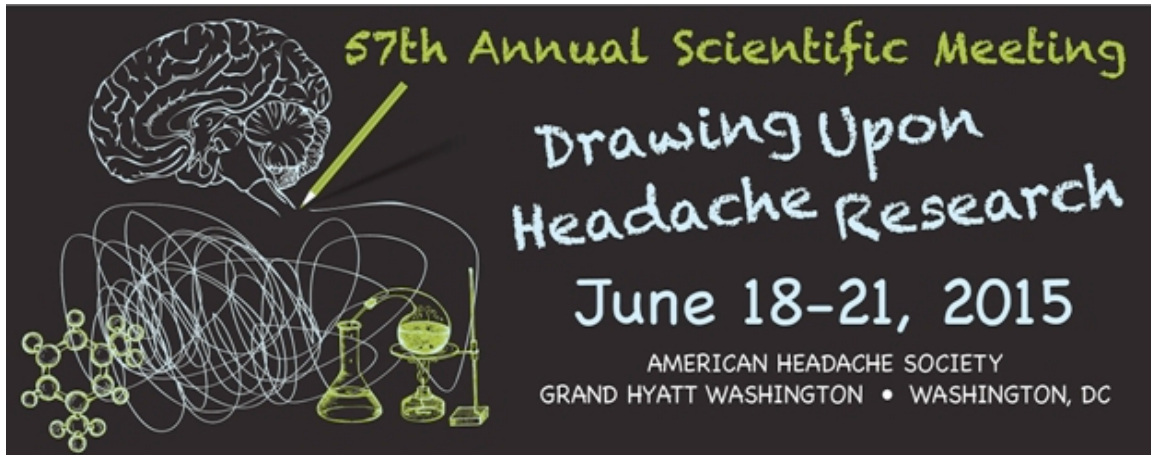
會員： 頭痛學會會員  神經學會會員  非會員

1.  參加 4/19 (日) 「北區頭痛研討會」

2.  參加 5/3 (日) 「南區頭痛研討會」

3.  午餐： 葷食  素食

# Registration is Open!



It's time to make your plans to attend the American Headache Society's 57th Annual Scientific Meeting which will be held **June 18-21, 2015** at the Grand Hyatt Washington in Washington, DC. **Registration** is now open and the hotel is accepting **reservations**.

The 57th Annual Scientific Meeting will include sessions on:

- *Emerging Science in Headache Medicine*
  - *Migraine and Pain: Scientific Advances*
  
  - *Clinical Issues in Pediatric Headache*
  - *Neuromodulation Symposium*
  - *Pan American/Asian Symposium*
  - *Award Lectures*
  - *Scientific Paper Presentations*
  - *Fellows Presentations*
  - *Poster Presentations*
- and much more.....

The following Pre-meeting Courses are being offered:

- *UCNS Refresher Course*
- *NIH Forum: The Future of Headache Research - Panel Discussion presented by the AHS New Investigators and Trainee Section*

**Members receive complimentary registration for a Pre-meeting Course!**

We hope you will join us for an excellent program, as well as networking and exhibits.

Cordially,

AHS Scientific Program Committee



## Submit a Late Breaking Abstract to IHC 2015

<http://www.ihc2015.com/submit-your-abstract/abstract-submission>

17<sup>th</sup> IHC 世界頭痛大會 late breaking abstract 至 **March 18, 2015** 截止，  
還剩幾天！請大家把握機會！

---

本電子報以電子郵件方式寄發內容包括台灣頭痛學會的會員通知事項,及頭痛相關文章。本園地公開，竭誠歡迎所有頭痛相關醫學著述、病例討論、文獻推介、研討會講座等投稿，稿酬從優。敬請不吝指教，感謝您的支持！

聯絡人:秘書 陳雅惠 會址:台北市士林區文昌路95號B4神經科辦公室 TEL:02-28332211轉2598 FAX:02-28344906

E-MAIL:[taiwan.head@msa.hinet.net](mailto:taiwan.head@msa.hinet.net) <http://www.taiwanheadache.com.tw/>