

# 頭痛電子報 第132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 7 月

## 【本期內容】

- 咳嗽頭痛 p.2
- 2015 年第二次北區頭痛讀書會 p.6
- 2015 年第二次中區頭痛讀書會 p.6

各位頭痛學會的會員大家好：

本期頭痛電子報，由成大蘇慧真醫師提供。蘇醫師曾在門診收治一位中年男性，以咳嗽頭痛持續五個月來表現，神經學檢查正常。轉到急診 MRI 的結果發現腦內一巨大的 arachnoid cyst。相關影像結果刊載於去年十二月的臺灣神經學雜誌，令人印象深刻。本期電子報，特邀蘇醫師與大家分享「咳嗽頭痛」的文獻回顧與診斷要領。各位頭痛學界的朋友們，別忘了影像檢查對咳嗽頭痛的重要性。

電子報主編：陳韋達醫師

## 秘書處報告：

1. 2015 年第二次北區，中區頭痛讀書會將於 8 月 9 日 (星期日)舉行
2. 為慶祝頭痛學會成立10週年，擬擴大募集會員，凡於104年加入頭痛學會，住院醫師、護理人員、在學醫師(包括碩博士生)之會員入會費由1000元減至500元，歡迎新生代踴躍參加。
3. 歡迎會員回家方案，大幅放寬會員資格回復之規定，連續兩年未繳會費遭停止會員資格之會員，於104年內補上前一年與本年度會費(共1000元)，即可恢復會籍。

台灣頭痛學會 敬啟

## 咳嗽頭痛

蘇慧真醫師

成大醫院神經部

### 前言

咳嗽頭痛 (Cough headache) 是一種較少見的頭痛，盛行率只有 1%，好發在四十歲以上族群。顧名思義是在咳嗽時發生的頭痛。除了咳嗽之外，也可以在非常短暫的、單一次或連續的 Valsalva 氏操作 (Valsalva maneuver) (如用力擤鼻涕、用力解便、甚至大笑) 被誘發。類似的狀況也可能在性行為或運動等激烈活動後誘發頭痛，因此以前稱為 Valsalva 操作頭痛 (Valsalva-related headache) [1]。咳嗽頭痛最早是在西元 1932 年由 Tinel 提出。到 1956 年，Symonds 敘述 27 位因 Valsalva 氏操作引發頭痛的病人，其中 21 位病人接受腦部電腦斷層檢查並未發現有顱內病灶，此為原發性咳嗽頭痛重要的里程碑。其他六位病人，三位診斷為 Paget's disease，一位是聽神經瘤，一位是後顱窩腦膜瘤，一位是中腦囊腫 [2]。在這 21 位原發性咳嗽頭痛的病人中，18 位為男性，平均年齡 55 歲，這些病人描述的頭痛是雙側性，時間持續 2-10 分鐘。之後，1968 年，Rooke 描述了 93 位類似症狀的病人，但部分病人是因為運動導致頭痛，而非咳嗽。到了 1999 年至 2009 年間，陸續有學者收集數十病例作系統性的病例報告，並分析咳嗽頭痛的臨床特性與特殊表現。接下來就詳細為大家介紹。

### 定義及臨床表現

#### 原發性咳嗽頭痛

咳嗽頭痛分為原發性和次發性，其中有 40% 為次發性。原發性咳嗽頭痛舊稱為良性咳嗽頭痛 (Benign cough headache) 或 Valsalva 氏操作頭痛 (Valsalva-maneuver headache)，男性較常發生，頭痛的位置通常為雙側，在數秒鐘之內疼痛達到最頂峰。在頭痛國際疾病分類第三版 (ICHD-3) 定義為：在沒有任何顱內疾患，且沒有過長時間的運動下 (必須與運動頭痛區分)，頭痛因咳嗽或其他 Valsalva 氏操作 (用力) 而引起。診斷標準包括：

- A. 至少兩次頭痛符合 B-D 之標準，
- B. 因咳嗽，閉氣用力及/或 Valsalva 氏操作引發的頭痛，且只發生在上述情形，
- C. 突然發生，
- D. 持續 1 秒至 2 小時，
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。

而噁心、嘔吐、流淚、流鼻水、結膜充血或怕光怕吵等症狀在原發性咳嗽頭痛較少見。

## 次發性咳嗽頭痛

次發性咳嗽頭痛的症狀表現與原發性可能有所不同，疼痛的部位和時間長短較不一致，可能持續 10 秒至 30 分鐘不等，頭痛的強度也比原發性來得強。但根據陳炳錕醫師分析國內 83 位咳嗽頭痛的病人發現，89.2%為原發性，10.8%為次發性；而原發和次發性兩群病人，頭痛性質、持續時間、頻率、強度、位置都沒有顯著性差異 [3]。

根據研究，有 65%次發性咳嗽頭痛導因自第一型 Chiari 畸形 (Chiari malformation type I)，15%為後顱窩病灶或基底動脈疾患 (上述兩者之盛行率在西方國家較多)，更少數可能發現有硬腦膜下出血、腦部腫瘤轉移、顱內動脈血管瘤、或自發性顱內低壓 [4]。因此，腦部影像學檢查在咳嗽頭痛的診斷佔有重要的角色。Pascual et al 發現甚至有些病人在頭痛發生長期追蹤 1-5 年之後才出現後顱窩病灶和神經學表現 [5]。

## 機轉

原發性咳嗽頭痛的病生理原因至今仍未確定，但大多認為是在咳嗽動作時腹壓增加，隨之也導致大腦靜脈壓增加而造成頭痛 [6]。在最早 1956 年，Symonds 即提出在咳嗽時，因顱內靜脈擴張造成顱內壓上升，並拉扯顱內對痛覺有感受性 (pain-sensitive) 的構造，如硬膜或血管，而導致疼痛的發生 [2]。Williams 則提出另外一個假設，認為咳嗽頭痛的發生是因為「craniospinal pressure dissociation」[7]。他為每個病人坐姿測量顱內和腰椎的腦脊髓液壓力，發現在咳嗽後，會有一段時期腰椎的壓力比顱內高，隨後顱內的壓力會超過腰椎。之後因腦脊髓液流動造成的壓力差，造成「craniospinal pressure dissociation」。

也有研究認為，在正常的時候這些病人的腦壓可能是正常的，但在咳嗽或 Valsalva 氏操作時，其腦壓變化就成為引發頭痛的重要關鍵。而有顱內病灶的次發性咳嗽頭痛病人，其基本腦壓值就比一般人高，咳嗽瞬間的腦壓突昇亦可導致頭痛。因此，運動、解便、提重物等強度不高但較持久的 Valsalva 氏操作，容易使腦壓達到疼痛的閾值而產生頭痛。此外，大腦靜脈狹窄 (cerebral vein stenosis)、後顱窩阻塞造成腦脊髓液流動受阻等也是咳嗽頭痛的可能機轉。

Raskin 因使用 dihydroergotamine 成功治癒病人，因此認為「unstable serotonergic neurotransmission」可能也是咳嗽頭痛的成因。他同時提出咳嗽頭痛來自顱內對腦壓改變有感受性之痛覺受器的假說。陳炳錕醫師則提出咳嗽時腦脊髓液體積增加導致「craniospinal pressure dissociation」的觀點 [3]。Pascual et al 指出 ACEI 可能是咳嗽頭痛的誘發因子，在他們的研究中，有 25% 的病人因 ACEI 誘發頭痛，而且停止使用 ACEI 之後頭痛可以不藥而癒。

## 診斷及鑑別診斷

許多頭痛疾患都可因咳嗽而誘發或加重，需逐一鑑別診斷，包括原發或次發咳嗽頭痛、運動頭痛、原發性顱內高壓導致頭痛、偏頭痛和叢發性頭痛等，如表一所示。除了誘發因子，頭痛性質、強度、位置等都是臨床需詳加詢問的相關病史。Pascual et al 將 72 位原發性及次發性咳嗽和運動頭痛病人的特色整理，如表二所示

，可見並無法從臨床症狀確定最後診斷。因此咳嗽頭痛的病人，必須接受腦部影像學檢查如 CT 或 MRI，排除顱內病灶，同時也建議進行 MRA 檢查以排除血管瘤的可能。

	原發性咳嗽頭痛	次發性咳嗽頭痛	原發性運動頭痛	次發性運動頭痛
人數	13	17	16	12
年齡	16±11	39±14	24±11	42±14
性別(男性比例%)	77%	59%	88%	43%
每次發作時間	數秒至 30 分鐘	數秒至數天	數分鐘至兩天	一天至一個月
頭痛頻率	一天一至數次	一天一至數次	一天至半個月一次	不定
頭痛發作時間(persistence)	2-24 個月	持續	15 天至 10 年	一天至一個月
雙側頭痛的比例(%)	92%	94%	56%	100%
頭痛性質(quality)	尖銳、刺痛	叢發性、刺痛	搏動性	爆炸性、搏動性
其他表現	無	後顱窩症狀	嘔吐、怕光	噁心嘔吐
診斷	原發性	Chiari I 畸形	原發性	蜘蛛網膜下腔出血
有效治療	Indomethacin 75mg/day	手術	Ergotamine, propranolol	依診斷治療

## 治療及預後

首先，必須先處理可能造成咳嗽的主因。目前並無大規模長時間追蹤的研究討論原發性咳嗽頭痛的治療準則，大部分的病患似乎在四年的病程之後會逐漸緩解。在急性疼痛處置方面，也因頭痛持續時間不長，病人的忍受度相對比較高，並沒有較大型的研究證據。有一些小型的雙盲試驗提出 indomethacin 50mg tid 對於急性疼痛有幫助，但實際使用劑量及頻次及治療時間仍須依照臨床上病人的反應作調整。在前述之本土研究中，原發性咳嗽頭痛的病人對於 indomethacin 的反應比次發性來得好 (72.7% vs. 37.5%,  $p=0.046$ )。此外也發現輕中度疼痛及年齡小於五十歲之病患對於治療反應較佳。經過長期追蹤，高達 83.9% 原發性咳嗽頭痛的病人可以完全改善 (2)，一年的復發率也只有 8.3%。其他藥物如 acetazolamide 和 methysergide 也都有報告對咳嗽頭痛之療效。臺北榮總曾報告以 acetazolamide 1125-2000mg/day 可完全緩解咳嗽頭痛 [8]。有人嘗試使用腦脊髓液引流(CSF drainage)的方法在對藥物反應不佳的病人似乎也有效果。至於次發性咳嗽頭痛的治療，必須依影像學檢查的結果加以診斷及處理，才能有效改善頭痛的發生。根據 Pascual et al 統計結果，次發性頭痛的患者對 indomethacin 並無治療反應 [5]。

## 結論

原發性咳嗽頭痛好發於四十歲以上的男性，是一個相對良性的病程，大多在一年半至兩年會改善或痊癒，復發率也低。雖然至今一直有研究收集大量的咳嗽頭痛病人，並設法將原發性和次發性這兩群病人作臨床上的比較，但結論莫衷一是。因此

，臨床表徵、神經學檢查或治療反應無法鑑別原發或次發性咳嗽頭痛，唯有神經影像學檢查才是咳嗽頭痛診斷的重要依據。建議所有咳嗽頭痛的病人都應接受神經影像檢查。

【表一：以咳嗽為誘發或加重因子的原發性和次發性頭痛】

疾病類型	頭痛特色	咳嗽誘發	其他誘發因子	咳嗽加重	其他加重因子
原發性咳嗽頭痛	尖銳、刺痛	++	Valsalva 操作	否	無
次發性咳嗽頭痛	多樣性	++	Valsalva 操作	否	無
原因不明顱內高壓之頭痛	非搏動性	+	Valsalva 操作	+	Valsalva 操作或姿勢改變
癲癇發作後頭痛	緊繃感或搏動性	-	癲癇發作	+	彎腰或猛然頭部動作
歸因於 Chiari 畸形之頭痛	多樣性	+	Valsalva 操作	+	無
高海拔頭痛	悶脹緊繃感	-	>2500 公尺高度	+	運動或彎腰
偏頭痛	搏動性	-		+	活動、彎腰
緊縮型頭痛	緊繃感	-		+	壓力、疲勞
叢發性頭痛	尖銳感	+	酒精	否	無

References :

1. Cordenier A, De Hertogh W, De Keyser J, Versijpt J. Headache associated with cough: a review. *The Journal of Headache and Pain* 2013;14:42.
2. Symonds C. Cough headache. *Brain* 1956;79:557-68.
3. Chen PK, Fuh JL, Wang SJ. Cough headache: a study of 83 consecutive patients. *Cephalalgia* 2009; 29(10):1079-1085.
4. Michael Cutrer, Justin DeLange. Cough, exercise and sex headaches. *Neurol Clin* 32 (2014):433-450.
5. Pascual J, Gonzalez-Mandly A, Martin R, et al. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: a prospective etiological and clinical study. *J Headache Pain* 2008;9:259-66.
6. Boes CJ, Matharu MS, Goadsby PJ. Benign cough headache. *Cephalalgia* 2002; 22:772-9.
7. Williams B. Cough headache due to craniospinal pressure dissociation. *Arch Neurol* 1980; 37:226-30
8. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR (2000) Benign cough headache is responsive to acetazolamide. *Neurology* 55(1):149-150

## 2015 年第二次北區頭痛讀書會

時間：2015 年 8 月 9 日 (星期日) 上午 9:00-12:20

地點：台北喜來登 B2 祿廳

時間	講題	講者	座長
09:00-09:10	報到		
09:10-09:15	Opening	王署君 醫師	
09:15-09:55	Case sharing	王署君 醫師	王署君 醫師
09:55-10:35	Fibromyalgia update	陳韋達 醫師	吳進安 醫師
10:35-10:55	休息時間		
10:55-11:35	RLS gene in migraine	廖翊筑 醫師	傅中玲 醫師
11:35-12:15	Q&A	王署君醫師、吳進安醫師、傅中玲醫師、陳威宏醫師、陳韋達醫師、廖翊筑醫師	
12:15-12:20	Closing	陳威宏 醫師	

主辦單位: 台灣頭痛學會 協辦: 台灣神經學會、輝瑞大藥廠

## 2015 年第二次中區頭痛讀書會

時間：2015 年 8 月 9 日 (星期日) 下午 14:40-18:20

地點：台中亞緻大飯店 27F Room1

時間	講題	講者	座長
14:40-15:00	報到		
15:00-15:05	Opening	陳彥宇醫師	
15:05-15:45	Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension	陳炳錕醫師	王署君醫師
15:45-16:25	Psychiatric comorbidity of migraine	許永居醫師	
16:25-16:45	休息時間		
16:45-17:25	Treatment of migraine during pregnancy and breastfeeding	賴建旭醫師	陳威宏醫師
17:25-18:15	Q&A	陳彥宇醫師、陳炳錕醫師、許永居醫師、賴建旭醫師、王署君醫師、陳威宏醫師	
18:15-18:20	Closing	陳威宏醫師	

主辦單位: 台灣頭痛學會 協辦: 台灣神經學會、輝瑞大藥廠

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/>

---