



## 頭痛電子報 第142期

發行人：台灣頭痛學會

發刊日期：民國 105 年 5 月

### 【本期內容】

好發於老年期之頭痛	2
<b>HOT</b> 2016 春季 頭痛研討會 (5/29 北區) (6/12 南區)	
Uncommon but Interesting Headache Syndrome	7
IHS Education Committee List of Educational Activities for 2016	10

各位頭痛學會的會員大家好：

本期頭痛電子報的主題是：好發於老年期之頭痛。根據台北榮總在金門做的調查發現，老年人一年的頭痛盛行率接近四成。年輕時常出現的偏頭痛和其他原發性頭痛，常隨著年齡增加而日趨緩和，然而，次發性頭痛的發生機率卻反之增加，比例可高達 1/3。台北榮總神經內科廖翊筑醫師特別針對好發於老年期的原發性頭痛 (如睡眠頭痛)、次發性頭痛 (如歸因於巨細胞動脈炎之頭痛) 與神經痛 (如三叉神經痛)，擇一為各位溫故知新。巧合的是，主編在看完本文之後，門診就發現一位頭痛的老先生是罕見的巨細胞動脈炎。持續兩週的惱人頭痛，一天之內就被類固醇完全緩解而眉開眼笑。溫故知新，果然好處多多！  
電子報主編：陳韋達醫師

### 秘書處報告：

1. 春季頭痛研討會將於5月29日 (北區 新光醫院) 6/12 (南區 新樓醫院) 舉行，今年大會主題Uncommon but Interesting Headache Syndrome，詳情請見p. 5~7，報名請填妥表格後email至學會信箱[taiwan.head@msa.hinet.net](mailto:taiwan.head@msa.hinet.net)。

台灣頭痛學會 敬啟

# 好發於老年期之頭痛

臺北榮民總醫院神經醫學中心神經內科

廖翊筑 醫師

大部分的原發性頭痛(偏頭痛, 緊縮型頭痛, 叢發型頭痛)鮮少到老年才初次發作, 老人家如果出現新型態的頭痛, 應優先考慮次發性頭痛, 如腦瘤、中風、感染、藥物誘發等。有少數的頭痛特別好發於 50 歲以上的老人, 包括睡眠頭痛 (Hypnic headache)、歸因於巨細胞動脈炎之頭痛 (Headache attributed to giant cell arteritis (GCA))、三叉神經痛(trigeminal neuralgia), 本文將簡介此三種頭痛之特性、診斷要訣及治療建議。

## 睡眠頭痛

睡眠頭痛 (Hypnic headache) 屬於原發性頭痛, 是很罕見的頭痛類型, 截至目前文獻約只有 250 例成人個案及 5 件兒童病例報導, 睡眠頭痛九成以上都發生於 50 歲以上的人, 頭痛無固定特徵, 以雙側鈍痛較多, 最重要的特徵是僅發生在睡眠時, 清醒時不會發作; 根據統計, 五成的睡眠頭痛發生在半夜 2 點到 4 點間<sup>1</sup>, 發作時病患多半會起床活動(如吃東西、閱讀、看電視), 與一般偏頭痛病患發作時傾向安靜倒臥休息不同, 也與叢發型頭痛病患發作時會焦躁不安走動(restless)不同; 按 ICHD-3beta 版診斷基準規定, 睡眠頭痛發作時間在醒來後還需持續超過 15 分鐘, 最長可達 4 小時, 頭痛持續 2-3 小時居多<sup>1</sup>; 睡眠頭痛發作頻繁, 常是每晚發作, 根據統計, 平均患者每月會發作 20 次以上<sup>1</sup>, 因此 ICHD-3beta 版診斷基準規定, 睡眠頭痛發作次數為: 每月發作  $\geq 10$  次, 且  $> 3$  個月。

睡眠頭痛成因不明, 因具”鬧鐘”般在晚上固定時間發作的特性, 被認為跟下視丘功能失調有關, 功能性腦部核磁共振研究結果顯示此類病患的 posterior hypothalamus 整體灰質體積較正常人減少<sup>2</sup>, 間接支持「下視丘與睡眠頭痛病生理機轉有關」理論。睡眠頭痛與睡眠呼吸暫停症候群(sleep apnea)無關<sup>3</sup>, 雖然此類病患有較高機

率在睡眠多項生理檢查(polysomnography(PSG))呈現輕度的睡眠呼吸暫停現象(apnea-hypopnea index AHI = 5-15)，但因睡眠頭痛好發於老年族群，而老年族群有較高比例會有輕度睡眠呼吸暫停現象，並非專屬於睡眠頭痛病患所有，因此睡眠頭痛病患如果沒有白天嗜睡、清晨頭痛、白天清醒時頭痛等現象，不需安排睡眠多項生理檢查。相反地，建議此類病患初次診斷均需進行腦部核磁共振檢查，排除次發性頭痛(如後顱窩腦瘤、腦中風)；均需進行 24 小時血壓監測以排除夜間高血壓；需詳細回顧用藥史排除藥物引發之頭痛(如 dipyridamole、nitrate 類藥物)、排除藥物過度使用頭痛(medication overuse headache(MOH))因半夜沒吃藥而引發反彈痛等。

睡眠頭痛急性治療 3 優先建議喝一杯濃咖啡或服用含咖啡因的止痛藥(如普拿疼加強錠 acetaminophen + caffeine)，咖啡因對睡眠頭痛治療效果極佳，令人意外的是，偏頭痛的急性治療藥物如翠普登(Triptans)或麥角鹼類藥物對於睡眠頭痛治療效果不彰，此病對叢發型頭痛的急性治療(吸純氧)也無效。睡眠頭痛預防性藥物以鋰鹽為一線建議 3，睡前使用 lithium 150mg-600 mg (相當於 0.5-2 顆鋰鹽藥物)多半會達到滿意的治療效果，並建議用藥後規律追蹤鋰鹽的藥物濃度。對於腎功能不佳、心臟功能不佳或有甲狀腺低下的病患，使用鋰鹽需特別小心；如治療效果仍不滿意，二線治療藥物可考慮睡前使用 indomethacin 25mg-75mg，但需小心腸胃副作用。

### 歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛

此頭痛好發於 50 歲以上的人，年齡越長發生率越高，女性發病率為男性 3 倍，巨細胞動脈炎並不常見，發生率每十萬人口僅 12-17 人 4，亞裔族群發生機率僅歐美族裔三分之一，在臨床診療上並不常見。巨細胞動脈炎有幾個鼎鼎大名的特徵，包括複視、視力模糊、血管阻塞(posterior ciliary artery occlusion)而引發前缺血性視神經病變(anterior ischemic optic neuropathy (AION))造成視盲，關節疼痛、頭皮壓痛、顱動脈壓痛及搏動減弱(pulseless)、顎關節咬合疼痛導致咀嚼暫停(jaw claudication)，發燒及全身無力虛弱等。一半以上的巨細胞動脈炎病患會併發風濕性多肌痛(Polymyalgia rheumatica)4，其特徵為對稱性關節炎，好發於肩胛關節及股骨關節等肢體近端大關節。

巨細胞動脈炎是一種自體免疫疾病，喜好侵犯中、大型動脈包括：主動脈分支如胸主動脈(thoracic aorta)、鎖骨下動脈、總頸動脈及外頸動脈，發炎反應會造成血管內皮細胞增生而引發血管內膜中層增厚、血管阻塞，侵犯到外頸動脈的分支-- 顳動脈(temporal artery)時會出現血管壓痛、搏動減弱(pulseless)<sup>4</sup>；這些血管發炎阻塞現象可以利用頸動脈超音波偵測，也可利用細切的核磁共振影像偵測，有研究顯示<sup>5</sup>，利用 Fat-saturated T1WI spin-echo MRI 加上顯影劑注射輔助，診斷巨細胞動脈炎的敏感度可達 78.4%，準確率可達 90.4%，證實可利用頸動脈超音波或腦部核磁共振檢查來輔助臨床診斷。

九成以上的巨細胞動脈炎患者發炎指數(ESR)會超過 50 mm/h，30-60% 病患的 ESR 更超過 100 mm/h<sup>6</sup>，ESR 是很重要的診斷依據。根據 1990 年美國風濕學會提出的診斷基準，以下五項如符合三項以上，即可診斷為巨細胞動脈炎(GCA)：(1)發病年齡 50 歲以上，(2)新發生的頭痛，(3)顳動脈有壓痛或搏動減弱，(4) ESR  $\geq$  50 mm/h，(5) 動脈病理切片符合動脈炎特徵，有單核細胞浸潤或肉芽腫性發炎

(granulomatous inflammation)，常觀察到巨細胞浸潤。按 ICHD-3beta 版診斷基準，要診斷「歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛」需先確診病患罹患巨細胞動脈炎，觀察到頭痛在時序上與巨細胞動脈炎的症狀或發病時間密切相關，頭痛惡化程度與巨細胞動脈炎惡化同步；使用高劑量類固醇後，3 天內頭痛明顯改善或緩解，合併有頭痛與頭皮壓痛及/或顎關節咬合疼痛導致咀嚼暫停，符合以上幾項特徵即可診斷。

巨細胞動脈炎治療首重免疫療法<sup>4</sup>，一般病患以每日 40-60 mg 口服類固醇(prednisolone)治療，如果合併有眼睛症狀(如暫時性黑矇或 AION 風險時)，可考慮先使用高劑量類固醇靜脈注射，建議劑量為 500-1000 mg methylprednisolone 連續靜脈注射 3 日，之後再換成口服類固醇，使用數周後逐漸遞減劑量，一般需持續用藥 2-5 年，完全痊癒後可停藥。為預防動脈炎引發的缺血性病變，如果無特別禁忌症，也建議合併抗血小板藥物使用。

### 三叉神經痛

三叉神經痛(trigeminal neuralgia)在臨床上很常見，也是一種好發於中老年人的頭痛疾患，疼痛的特徵似電擊，抽痛，刺戳或尖銳性，一次僅持續數秒-2 分鐘，一般

不會是持續性的疼痛，但有一半的病患但感覺到輕微的持續性背景痛。三叉神經痛會反覆發作，且常因臉部患側無害的(innocuous)刺激而誘發，如吃飯、說話或刷牙都可能誘發疼痛發作，三叉神經痛分布在第二分支(V2)或第三分支(V3)居多，按照 ICHD-3beta 版診斷基準，三叉神經痛分為：(1)典型三叉神經痛(classical trigeminal neuralgia)，80-90%因血管壓迫三叉神經所導致，(2)疼痛性三叉神經病變(painful trigeminal neuropathy)，又稱症狀性三叉神經痛，是因急性帶狀皰疹侵犯三叉神經引發、或次發於皰疹後神經痛、腫瘤、外傷或多發性硬化斑塊侵犯三叉神經根等疾病。

典型的三叉神經痛在腦部核磁共振上會偵測到上小腦動脈(superior cerebellar artery)橫越三叉神經進入腦幹區段 7，其病生理機轉被認為是因動脈搏動而引發神經 ephaptic transmission，雖然腦部核磁共振有血管壓迫神經證據，但不是所有病患都需進行神經血管減壓術，典型的三叉神經痛一線治療建議以藥物為先，治療無效才考慮轉介至神經外科進行減壓手術。治療藥物最有效為 carbamazepine 或新一代的 oxcarbamazepine，其次可考慮 baclofen 或 lamotrigine，第三線治療建議才是其他癲癇藥物(如 levetiracetam、gabapentin、新一代的 pregabalin 等)。手術治療目前選項很多，傳統的神經血管減壓術因需進行開顱手術，較不受歡迎；新一代的經皮神經阻斷技術(percutaneous rhizotomies) 8 包括：(1)機械性--用氣球擴張術破壞三叉神經半月神經節(Gasserian ganglion)、(2)化學性--注射甘油破壞三叉神經節、(3)物理性--利用經皮低溫高頻熱凝療法(radiofrequency thermo-coagulation therapy)破壞三叉神經節等，此三種經皮微創術式均有九成以上療效 8，且副作用輕微，大多數神經外科醫師均傾向推薦進行此類新治療方式，唯一缺點是三年後治療效果遞減，可能需再次進行手術。

## 參考文獻

1. Liang JF, Wang SJ. Hypnic headache: a review of clinical features, therapeutic options and outcomes. *Cephalalgia*. Sep 2014;34(10):795-805.
2. Holle D, Naegel S, Krebs S, et al. Hypothalamic gray matter volume loss in hypnic headache. *Ann. Neurol*. Mar 2011;69(3):533-539.
3. Holle D, Naegel S, Obermann M. Hypnic headache. *Cephalalgia*. Dec 2013;33(16):1349-1357.
4. Salvarani C, Pipitone N, Versari A, Hunder GG. Clinical features of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *Nat Rev Rheumatol*. Sep 2012;8(9):509-521.
5. Klink T, Geiger J, Both M, et al. Giant cell arteritis: diagnostic accuracy of MR imaging of superficial cranial arteries in initial diagnosis-results from a multicenter trial. *Radiology*. Dec 2014;273(3):844-852.
6. Neshar G. The diagnosis and classification of giant cell arteritis. *J. Autoimmun*. Feb-Mar 2014;48-49:73-75.
7. Hughes MA, Frederickson AM, Branstetter BF, Zhu X, Sekula RF, Jr. MRI of the Trigeminal Nerve in Patients With Trigeminal Neuralgia Secondary to Vascular Compression. *AJR Am. J. Roentgenol*. Mar 2016;206(3):595-600.
8. Cheng JS, Lim DA, Chang EF, Barbaro NM. A review of percutaneous treatments for trigeminal neuralgia. *Neurosurgery*. Mar 2014;10 Suppl 1:25-33; discussion 33.

## 2016 年春季 北區頭痛研討會 (Uncommon but Interesting Headache Syndrome)

**時間**：2016 年 5 月 29 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
09:00 ~ 09:20	<i>Opening Remarks</i>	陳威宏 理事長	
09:20 ~ 10:00	Primary stabbing headache	傅中玲 教授	陳榮基 教授
10:00 ~ 10:40	Cold-stimulus headache	盧相如 醫師	邱浩彰 教授
10:40 ~ 11:00	<i>Coffee Break</i>		
11:00 ~ 11:40	Bathing headache	廖翊筑 醫師	羅榮昇 教授
11:40 ~ 12:20	Nummular headache	陳偉熹 醫師	王署君 教授
12:20 ~ 13:30	<i>Lunch</i>		
13:30 ~ 14:10	Rhinogenic headache	黃啟哲 醫師	葉篤學 主任
14:10 ~ 14:50	Hypnic headache	梁仁峰 醫師	林高章 主任
14:50 ~ 15:30	Case quiz		陳威宏 理事長

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

## 2016 年春季 南區頭痛研討會 (Uncommon but Interesting Headache Syndrome)

時間：2016 年 6 月 12 日 ( 星期日 )

地點：台南新樓醫院 門診( 南棟)大樓六樓第一教室

台南市東區東門路一段 57 號

時間	題目	講師	座長
09:00 ~ 09:20	<i>Opening Remarks</i>		陳威宏理事長
09:20 ~ 10:00	Primary stabbing headache	嘉基 許永居醫師	新樓 陳滄山醫師
10:00 ~ 10:40	Nummular headache	高醫 盧相如醫師	奇美 林高章醫師
10:40 ~ 11:00	<i>Coffee Break</i>		
11:10 ~ 11:50	Cough headache	成大 蘇慧真醫師	成大 蔡景仁醫師
11:50 ~ 12:30	Exercise headache	光田 楊鈞百醫師	長庚 葉篤學醫師
12:30 ~ 13:40	<i>Lunch</i>		
13:40 ~ 14:20	Hypnic headache	高醫 徐崇堯醫師	北榮 傅中玲醫師
14:20 ~ 15:00	High-altitude headache	亞東 賴資賢醫師	彰基 陳彥宇醫師
15:00 ~ 15:30	Case quiz	活水 黃子洲醫師	活水 王博仁醫師

主辦單位：台灣頭痛學會、台灣神經學會、新樓醫院



## 2016 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 5/1 (日) 「中區頭痛研討會」

2.  參加 5/29 (日) 「北區頭痛研討會」

3.  參加 6/12 (日) 「南區頭痛研討會」

4.  午餐： 葷食  素食

## IHS Education Committee List of Educational activities for 2016

(further details may also be found at the [IHS webpage](#))

### 1. The International Headache Academy

The International Headache Academy (iHEAD – IHA in North America) was established to provide a platform for developing the next generation of headache specialists. The programme of the academy includes plenary sessions, as well as practical workshops and interactive masterclasses. Features of the academy include presentations and debate on hot topics in headache management, as well as practical masterclasses. A key feature of the academies is practical, hands-on learning; workshop sessions are focused on developing leadership skills, including setting up clinical trials, presentation skills and publishing work. Delegates of the academies, comprising the next generation of headache specialists from the region, are carefully selected by the Scientific Steering Committee collaborating with the IHS Juniors Committee and regional National Societies.

### 2. IHS Headache Trainee Program 2016

This project aims at funding physicians from developing countries or countries in transition to visit a specialized headache institution abroad for 8-12 weeks and actively increase knowledge on headache disorders and specialized headache management. It is also intended to spread this knowledge to their home countries without headache infrastructure or expertise. After a clinical training period of up to 12 weeks at a headache centre abroad the award holder is encouraged to return to his/her country of origin in order to apply the acquired knowledge, thus contributing to the advance of patient management locally. One Headache Trainee will be funded for 2016.

### 3. IHS Visiting Professor Program 2016

Visiting Professors is an initiative of the IHS Education committee with the aim to send headache specialists as representatives of IHS to attend regional meetings, or teach at a headache centre, in countries that might need or want increased headache education and motivation and where, without financial support, attendance of an international specialist would not be possible. IHS will fund two headache specialists (one senior, one junior) to teach at a national or regional meeting/congress. The host country can select a topic and suggest at least three specialists who will fit in with their program. For 2016, visiting professors for up to 4 regional meetings will be supported.

### 4. The Headache Master Schools.

These have taken place in Brazil, Japan, India and recently in China. They usually consist of learning modules on line before the meeting, a pretest of knowledge, an onsite

program with an IHS and local faculty and attendees from the sponsoring countries, and a post test. Proposals come from countries that want these schools and must include a budget and interaction with IHS Board and the Education Committee. A further school is proposed for Latin America in 2017.

#### 5. The IHS Learning center

Located within the IHS website, the [Learning Center](#) contains useful services, such as access to the Slide Library, containing an expanding collection of downloadable slide decks contributed by major headache specialists worldwide, to the Reading Library, that allows access for reading or downloading books and chapters written by eminent headache specialists worldwide, the Poster Library containing pdfs of posters presented at previous IHCs, and to the IHS Core Curriculum for Neurologists.

#### 6. New Educational Opportunities

At a retreat of the Board it was suggested we find some educational offering for our members in the off year from our biannual congresses. Dr. Purdy in conjunction with Dr. Dodick proposed to the board that a course on secondary headaches be held at the European Headache and Migraine Trust International Congress (EHMTIC) in Glasgow Scotland this September. Working in conjunction with the British Association for the Study of Headache (BASH), a course has been approved by the SPC of EHMTIC. This one-day course will consist of cases and interaction around secondary headaches, which we hope will satisfy repeated request from our members for such a course. The faculty for this course will consist of members of the IHS and BASH.

---

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/>