

頭痛電子報 第169期

發行人：台灣頭痛學會

發刊日期：民國 107 年 10 月

【本期內容】

2018 全球頭痛病患之溫哥華宣言 - 施景森醫師 P2

HOT 【2018 年 11 月 17-18 日 頭痛學術研討會暨第五屆第二次會員大會 P18

★★提醒兩天會議地點不同★★

11/17：地點:台北國賓大飯店 12 樓_樓外樓

11/18：台北集思交通部國際會議中心_3F 國際會議廳

各位頭痛學會的會員大家好:

2017 年 9 月世界頭痛年會在加拿大溫哥華舉行，來自世界各地的頭痛專家、病患代表、藥商，科學家和監管機構齊聚一堂，大家討論多項議題並訂立了一些目標與努力方向，最後成立一個新組織-國際頭痛協會全球病患推動聯盟 (IHS-GPAC) 並於 2018 年發表了這篇全球頭痛病患之溫哥華宣言，為全球頭痛病患發聲並為未來頭痛的發展訂立目標，為使會員先睹為快，頭痛電子報在神經學會理事長王署君教授與頭痛學會理事長林高章主任的一聲令下，戮力把內容翻譯成中文，因時間匆促且編輯才疏學淺，難免在翻譯上有疏漏之處，懇請大家見諒，但仍希望這篇文章能帶給會員們一些裨益。

電子報主編：施景森醫師

本次電子報由施景森主任主筆，對於溫哥華宣言做很詳盡的翻譯，謝謝景森！

由於本文不容易翻譯，為了讓大家快速瀏覽譯文全文，在簡易瀏覽一遍後，

針對部分敝口用語稍加修正外，其餘均照景森翻譯以饗讀者。雖然有些地方須多看幾遍才能了解意涵，但瑕不掩瑜，翻譯和原文並無太大差異..！（附上原文供參考）

目前國際上針對頭痛教育，已經不侷限於頭痛專家了，因此在本次年會(11/17-18)完成後，我們將依照王署君名譽理事長的建議，將舉辦一系列頭痛教育，對象包含住院醫師或神經科非頭痛專家...，屆時再請大家多多指教支持，鼓勵同好一起來，為了病人大家一起來學習！

再次謝謝景森這次很辛苦的翻譯，我們到時候會請他幫忙開第一砲授課，談談"溫哥華宣言"-全球頭痛病患推展的意義...。

敬請期待！謝謝大家

理事長 林高章敬上

秘書處報告：

- 1.【2018 頭痛學術研討會暨第五屆第二次會員大會】將於 **11/17-18**(六、日) 在台北舉行 (兩天會議地點不同；**11/17 地點: 台北國賓大飯店 12 樓_樓外樓**，**11/18：台北集思交通部國際會議中心_3F 國際會議廳**)，星期六晚上 18:00 將於台北國賓大飯店舉辦晚宴，今年晚宴菜色非常豐富，由主廚幫忙挑選(會員免費、非會員及眷屬酌收費用 800 元/人，於當天繳交)，週日午餐亦將由學會提供。
2. 此次會議主題是 **New Era for Migraine Headache and Pain Management** 主要探討偏頭痛的最新進展和治療，偏頭痛和腦中風的相關議題，會中將邀請到哈佛醫學院 **Cenk Ayata** 教授和國內相關學界的專家來演講。敬請各位會員預先規劃好您的行事曆，一起來參與年度盛會，享受知識的饗宴。

台灣頭痛學會 敬邀

2018 全球頭痛病患之溫哥華宣言

高雄榮民總醫院 神經內科 施景森醫師

摘要：頭痛疾病屬於全球三種最常見的內科疾病之一，並貢獻幾占神經系統疾病負擔的 20%。雖然反復發作的頭痛症狀及經歷往往是高度個人化的，但患者較不偏好以治療指引來處理他們的頭痛。

方法：2017 年 9 月，召開了第一次全球病患推展的高峰會，將病患、疾病推動者、患者權益組織、醫療保健專業人員、藥商、科學家和監管機構聚集在一起去推進全球受頭痛影響病患的重要問題。

結果：報告和討論涉及多個議題，例如改善獲取適當醫療照護的機會；納入疾病推動者和患者權益組織的見解；善用健康領導者和神經組織的眼光、經驗和影響；提高監管機構在疾病推展時所扮演角色之認知。與會者一致認為，了解和促進全球、區域和地區頭痛病患的關注，如同去除對頭痛汙名化的挑戰是一樣的重要。同時也同意那些罹患嚴重性、復發型或致殘性頭痛病患應該可以獲得有保障性的醫療照護；醫療保健人員應該接受頭痛醫療的適當訓練；全球應建立基準，以便對頭痛病患進行正確診斷和使用實證等級的治療；對於頭痛病患所偏好的面向，提供關於諮詢、診斷和治療的資訊。

結論：基於該小組對這些議題的共識，發表了一系列的聲明，它們被收集且發表在這裏，統稱為“2018 全球頭痛病患之溫哥華宣言”。

前言：

世界衛生組織估計三個全世界最普遍的神經系統疾病分別是緊縮型頭痛（15 億），偏頭痛（9.588 億），和藥物過度使用性頭痛（5850 萬）。這三種疾病約佔全球神經系統負擔的 17%，總體而言偏頭痛是第二大會造成失能的疾病（1,2）。叢發性頭痛，通常被認為是最痛的原發性頭痛徵候（3-6），會造成 80% 的患者失能（7），而患有此病的患者在獲得正確的診斷之前，通常需等待數年並諮詢過很多醫療專家（8,9）。對於多數原發性頭痛的病患來說，很多種治療方法被證明有效，但接受頭痛醫學訓練的醫療人員仍然有限，診斷準確性也不一致，並且使用實證等級治療方式仍然不足（8-11）。

在臨床實務上，對於慢性疾病如偏頭痛和叢發性頭痛等疾病的處理仍然備受挑戰，

因為病患的接受度、堅持、偏好以及對治療的反應仍然存在高度變異 (12)。此外，對大部分病患的預後、過程和其他照顧模式的評估仍然是有限的 (13)。因此，當病患經歷反覆頭痛的狀況，其症狀往往相當具個人化的，且隨著時間而有動態性的變化 (14)。實證治療方法應該是是非個人的，而是根據眾人反應的可能性作出歸納，有固定的目標值，或許不符合病患偏好，低估病患對非醫學治療介入的價值-例如使用團體支持療法 (12,15)。一個經過多重審查的臨床治療指引文獻回顧發現，不到 5% 的教科書和參考文獻討論到病患的偏好 (16)，而用來治療原發性頭痛的多個治療指引比例也同樣很低 (<5%) (17-23)。頭痛指引缺乏對病患在乎事情的凸顯，可能有助於解釋為何醫療專業人士往往低估病患對於非藥物治療的重視-例如在回答有關病情的問題，教育關於罹疾和教導如何去面對或預防發作等 (24)。然而什麼是大多數病人容易忽視的事情？過低比例著重於病患的偏好，可能導致頭痛患者中有相當大比例 (~33%) 報告對治療不滿 (25,26)。儘管在治療指引中給予了有限的關注，了解到病患的偏好因素，讓病患增加選擇合適治療的能力 (27)，之前常被臨床研究人員、醫生、製藥廠商、和監管機構所認定是不相干的 (12)。

2017 年 9 月，第一次全球病患高峰會在加拿大溫哥華召開，病患對疾病汙名化的看法，對疾病的認識和對頭痛疾病的處理方式應該直接從病患及推動聯盟那裡獲得。此次會議由國際頭痛學會主辦與安排，由當時的會長 David Dodick 主持，全球病患的高峰會匯集了來自世界各地的病患領袖、患者權益組織、領頭的醫療組織、神經和疼痛組織、醫療專業人士、製藥廠商、科學家和監管機構，目的是了解和推動對頭痛病患的重要議題。提出與討論的主題，包括改善獲得適當醫療照顧的機會，納入來自世界各地的疾病推動者和患者聯盟組織的見解，利用領頭之醫療和神經組織的經驗和影響，同時提高監管機構在疾病推展扮演角色之認知。高峰會的主要成果包括一般宣言如下：

- 了解和促進全球、區域和地區對患有頭痛人們的關注，如同去除對頭痛汙名化的挑戰是一樣重要的。
- 所有患有頭痛的患者都應該可靠地獲得有保障的醫療。
- 所有醫療保健專業人員都應該有權接受頭痛醫療的適當訓練
- 一個全球的基準應建立以確保對所有罹患頭痛的病患得到一個正確的診斷和

使用具有實證等級的治療。

- 提供關於頭痛的諮詢，診斷和治療的資訊和病患報告的預後（例如生活品質、對治療的滿意度..）。

此外，會議同意該小組發展並推動一系列共識聲明（表 1）。這反映了高峰會參與者的優先事項和為未來製定的推動目標。這些共識的說明和簡要討論陳述如下：

表 1. 溫哥華宣言 2018 年的共識聲明和宣傳需求

聲明	關鍵宣傳需求
1. 一個新組織 - 國際頭痛協會全球病患推動聯盟 (IHS-GPAC)，應該被成立以了解和促進全球，區域和地方對有復發型頭痛疾病人們得關注	<ul style="list-style-type: none"> ● 成立 IHS-GPAC 指導委員會 ● 制定全球藍圖 ● 確定測試計劃的國家/地區
2. IHS-GPAC 的主要目的是去除政策制定者和一般民眾間的頭痛情況，這個目標應該普遍推廣在 IHS-GPAC 的計畫中	<ul style="list-style-type: none"> ● 有病患及其家屬處於非常明顯的領導階層 ● 促進旨在理解頭痛病患污名的研究，提供能成功減輕污名的策略 ● 確認並支持個人和團體去建立地方、區域和國家層級的積極行政推行組織
3. 患有頭痛的人應該有機會接受充分的醫療照顧，提供諮詢的地區醫療保健人員需接受過頭痛醫學的教育或訓練，且能提供正確的診斷和有實證的治療	<ul style="list-style-type: none"> ● 擴大對受過充分訓練的初級保健提供者和專家的精進，特別是透過使用新技術 ● 教育病患並訓練醫療保健專業人員、社會和社區衛生工作者、治療師和精神領袖有關適當的照護 ● 規範缺乏證據支持的治療方法
4. 頭痛醫學訓練應該融入所有醫學院和畢業後醫學教育課程	<ul style="list-style-type: none"> ● 對現有計劃進行全球調查 ● 確定如何適應區域和國家需求
5. 區域和當地合作夥伴應該努力建立一個常規和標準化收集有關諮詢、診斷和治療頭痛的數據，特	<ul style="list-style-type: none"> ● 確定研究夥伴 ● 讓患者參與製定研究的議程 ● 確認且連接現有的數據庫

別強調於病患報告的處置療效，疾病特有的生活品質和滿意度的系統	● 準備研究方案
--------------------------------	----------

1. 一個新組織 - 國際頭痛協會全球病患推動聯盟 (IHS-GPAC)，應該被成立以了解和促進全球，區域和地方對有復發型頭痛疾病人們的關注

其他疾病，如腦中風 (28-30)，建立和定期修訂全球基準，有助於提高照護水平並將注意力集中在患者的優先事項上。高峰會的與會者同意仿效這種模式且成立了全球患者推動聯盟 (IHS-GPAC) 包括了範圍廣泛的利益相關者參與，其中包括患者組織和推動者、國家和全球健康、神經系統、疼痛和頭痛學會，監管機構和製藥廠商出席高峰會，以及健康技術評估員和消費者。有人提出 IHS-GPAC 的運作方法應該是表現像是一個策略中心，為地區分支機構提供願景和宣傳工具，同時制定有影響力的地區具體戰略和戰術，衡量進展並分享最佳臨床經驗，並調整全球合作

者的成功故事，以適應地區的環境和需求。IHS-GPAC 的最初目標應該是建立一個行政管理組織和執行機構去發展一個可以當作區域和國家伙伴實施頭痛宣導的全球策略藍圖。高峰會與會者同意 IHS-GPAC 的消息傳遞應該是簡單和相關的，也許引用靈感來自以前成功的宣傳創意（例如愛滋病患者 = 權利；乳癌患者 = 女性；自閉症患者 = 家庭）。

在 IHS-GPAC 同意下提供的創意必須是經過 the American Academy of Neurology, the World Health Organization (WHO), the World Federation of Neurology, and the Alliance for Headache Disorders Advocacy 等組織，以及成功的患者組織（例如 Migraine Association of Ireland, European Headache Alliance, American Migraine Foundation）和個人推動者所發展出的最佳執行宣傳創意。WHO 的組織和運作策略-全球努力的目標是提供一般性的治療規範，區域的重心則著重於提供服務和公益事業，以及支持國家修正治療規範和服務各會員國根據各國相關背景作符合實際的修改-使其成為一個有用的模型。WHO 正在努力以整個系統，整個政府，整個社會的處理方式以達到永續發展的新目標；此外，利益相關者的參與至關重要，包括與當地患者團體建立夥伴關係分享信息、提供每日的互動，以及支持並提供類似“實驗室”的小型試點計畫和想法等。只要有可能，在區域和國家的工作層級應該包括有來自衛福部、監管機構、製造商和消費者的代表一起合作，他們應該被視為合作夥伴，促進患者對決策過程、臨床研究和無人監督機關的興趣。

2. IHS-GPAC 的主要目的是去除政策制定者和一般民眾間的頭痛情況，這個目標應該普遍推廣在 IHS-GPAC 的計畫中

頭痛的污名直接造成病患和照護人員不必要的負擔，且造成全世界長期缺乏縮短頭痛的研究並限制獲得最佳照護的資源。證據顯示頭痛病患受到醫療保健專業人士的污名，認為他們是一個無嚴重疾病的藥物濫用者，他們的家人和朋友無法了解他們的痛苦，老師、雇主和保險公司相信頭痛不應導致工作能力下降或缺席，政策制定者始終提供不足的資金於能使他們獲得受益治療的研究（31）。如上結果所言，IHS-GPAC 應該努力教育病患和向病患保證，患有頭痛症狀不是造成羞恥或孤立的原因，且應與有類似情況的其他人有重要的聯繫。一個強大的全球推動者網站會

持續促進長期的關注，隨時面對他們的即時需要且成功地幫助他們處理疾病。罹有復發性頭痛症的病患，特別是來自欠缺社區服務的病患，應該讓他們感受到享有充分的權力，不僅讓他們敢公開承認疾病，也要求公平地獲得最好的治療。與此同時，政策制定者應該始終如一地認為頭痛症的影響是廣泛、深遠，並值得持續和有意義的支持。

污名的概念應該盡可能納入 IHS-GPAC 的編程，以了解因這種致殘性頭痛病症對於病患在不同社會間因污名化態度所表現的形式、規模和有害的後遺症可能存在顯著差異。最大可能成功的機會是 IHS-GPAC 推動者應該有病患及其家屬處於非常明顯的領導階層，具有醫療保健的專業人士、監管人員、消費者、政府官員、醫療技術評估機構、專業社團、推行組織和行業等明確腳色，可就當地的動態情況和個別計畫的目標作決定。此外，IHS-GPAC 應該促進旨在理解和定義因文化差異所形成頭痛病患污名的研究，提供能成功減輕污名的策略，最終改善病患的照顧。IHS-GPAC 也必須承認對頭痛病症個人，在政府和公共政策上顯示有結構性的污名、在工作職業時法規和正式條文上有歧視、否定他們獲得適當的醫療保健、限制相關研究也限制他們在事業上和生活中的機會。因此，IHS-GPAC 應該確認並支持個人和團體去建立地方、區域和國家層級的積極行政推行組織去應付患有頭痛病症人們所遭逢的歧視。

3. 患有頭痛症的人應該有機會接受充分的醫療照顧，提供諮詢的地區醫療保健人員需接受過頭痛醫學的教育或訓練且能提供正確的診斷和有實證的治療

缺乏一般神經科醫師，尤其是專門於頭痛醫學的，在美國 (32)、歐洲 (33-36) 與絕大多數發展中國家 (37,38) 是一個日益嚴重的問題，讓許多患有原發性頭痛病患未被診斷出來且接受到次級的照護 (39,40)。歐洲頭痛聯盟進行的一項調查顯示在法國，德國，愛爾蘭，意大利，荷蘭，西班牙，瑞典和英國的頭痛病患通常會遇到幾年的延遲才會獲得正確診斷；確認其他研究 (8,9)，許多病患對他們狀況的處理仍然感到不滿，治療效果差和困難與醫療保健專家接近與溝通是主要原因 (41)。在美國，每個頭痛專家有超過 8 萬多位偏頭痛病患，以及由 United Council Neurologic Subspecialties 所認證的頭痛專家數量不足以滿足美國病患的需求 (32) -預計到 2025 年會出現嚴重的照護障礙 (42)。以在撒哈拉

以南非洲的 17 個國家為例，預估每百萬人平均有 0.6 名神經科醫師 (38)。偏頭痛與其他原發性頭痛疾病是被低度重視且未被確認，且大多數的偏頭痛病患求助於草藥或傳統治療師 (43)。

IHS-GPAC 推行的全球目標應該是為了促進獲得充分培訓的醫療保健供應者;早期且準確診斷頭痛病症;給予經過實證的急性和預防性治療;整合非藥物療法 (例如，認知、行為和放鬆治療，其他如輔助性，整體性和傳統醫學等) ;注意包括飲食、運動和睡覺等因素，這些會影響各種疾病的健康預後，包括頭痛病症;而且有意提供病患和醫療保健專業人士獲得更多資訊與教育，以幫助他們了解問題的範圍，定義和廣泛傳播簡單和共享的照顧模式，不因地理上、財務上和時間上的障礙，增加可用性的專業頭痛中心和專家來提供照顧，透過使用一些技術 (例如電子郵件諮詢，安全短信，遠距醫療等) (44)，且提高對頭痛病症和病患的認識和關心，讓政策制定者能高度重視 (41)。應積極啟動衛生政策且經由對疾病認識、監控、初期和持續性照顧，且透過相互學習促進健康素養和疾病處理的病患同儕團體來建立社會支持以促進整合服務的發展。在發展中國家，於社區層面上建議改善早期頭痛的處理，訓練與研究則重在設施層面上，有關城市居民的健康生活方式改變則有助於降低疾病的負擔與改善年輕與逐漸茁壯人口的生產力 (45)，這可能需要訓練社會和社區中的健康工作者、治療師和精神領袖，以及調整沒有實證的治療來支持他們的應用。而這些基準可能在世界許多地方都是夢寐以求的 (甚至在能提供專業照護的已開發國家也是如此)，病患推動者應該敦促決策者採納並有意義地採取行動努力去實現。

4. 頭痛醫學訓練應該融入所有醫學院和畢業後醫學教育課程

醫學院很少提供頭痛醫學選修課程，有興趣於頭痛醫學的學術型神經科醫師花費大部分的時間在臨床工作—只有少於 25% 的時間用於研究或教學 (46)。結果醫學生平均僅得到一個 1 小時的臨床前和 2 小時的臨床頭痛教學。神經科住院醫師準備的程度也是幾乎和他們一樣，他們也是獲得平均 3 個小時的頭痛教學指導 (46)。在頭痛醫學的專業人士，只有 1.3% 的人在醫學院期間接觸過頭痛中心 (32)。由於經由臨床結果學習是最佳的訓練—內科治療的實證率低 (10,11) 是確定的，因此可以理解絕大多數 (82.4%) 目前正從事於頭痛醫學工作的人強烈同

意需要對所有專科的臨床醫師改善其頭痛教育 (32) 。教育的題目是有關於大多數神經科住院醫師都自覺尚未準備好且希望能得到更多廣泛訓練的，而非他們目前所接受的-包括步驟的流程和練習如何處理 (47) 。鑑於頭痛症狀經常容易重疊，有分別原發性與次發性頭痛，與對一些潛在危及生命的次發性頭痛有特別且具成本效益的診斷評估的能力，在訓練計畫中是至關重要的。此外，讓醫師能允許病患在面對作決定與照顧計劃過程時，能依據其自身喜好的這種基本交流與人際溝通技能的訓練是需要的。醫護人員需要學習賦予患者權力去談談什麼事情對他們來說是最重要的技能，以便他們能夠轉化內心的想法成為可表達的訊息，以促進他們能分享為何作此決定。

已核准的教育計劃需被認可的合作機關發展與提供，他們應該根據醫學生以及那些研究生和繼續醫學教育的人來量身定作。偏頭痛的計劃編程也應針對初級保健提供者，包括兒科醫生和藥劑師，如偏頭痛影響高至 10% 的所有學齡兒童和青少年，因此這些醫療專業人士經常需與年輕患者和父母接觸 (48,49) 。教育課程應鼓勵提供綜合服務，包括使用慣用的藥物 (適當調節有效性和安全性) ，生活方式的改變，以及認知、行為和以正念為基礎的方法。在叢發性頭痛方面，教育計劃應針對一般神經科醫師，初級照護醫師，耳鼻喉科醫師，和牙醫師 (9) 。新計劃編程的內容應補足暨有的計劃內容，例如那些目前由國際頭痛學會及其國家的附屬成員，居於領導地位的神經組織，頭痛學術計畫和如果有可能利用網路平台的優勢 (例如在線上，社交媒體，智能手機) 等所提供的內容 (38) 。

5. 區域和當地合作夥伴應該努力建立一個常規和標準化收集有關諮詢、診斷和治療頭痛的數據，特別強調於病患報告的處置療效，疾病特有的生活品質和滿意度的系統

患者登錄-組織系統是使用觀察方式對於罹有一個特定疾病或狀況的病患使用預定的以科學、臨床或政策為目的來收集統一的數據 (包括臨床和其他) -產生有高價值的實證預後與病患偏好數據，提供一系列的重要好處，主要是因為他們涉及很大量且異質性的研究人群，他們能提供“真實世界”的資訊。登錄資料已經顯示可以改善一系列疾病狀態的病患照顧，包括膀胱的囊性纖維化，糖尿病，心臟疾病和癌症 (50-53) 。對於頭痛病症，經由吸引患者以符合研究的議程和流程且連接結

果給予現有的數據庫（例如國家健康保險和病患健康紀錄系統）。結果分析可以作為重要工具去幫助研究人員、政策制定者和醫療專業人士與病患一起努力改善病患照顧。美國偏頭痛研究登錄即是一個最先進、規模最大、前瞻性的縱向研究計畫，旨在收集現實世界數據，包括生物學樣本、電子健康檔案、每天的頭痛日誌、病患報告的預後、診斷測試的結果、影像研究和病患問卷調查。提高全球對偏頭痛的認識，更加地了解病患的需求並推動有目標性的研究，IHS-GPAC應該與美國偏頭痛基金會和國際頭痛學會合作將目前的新想法去擴大到主動加入國際偏頭痛研究登錄。表2中顯示了登錄表的建議重點。這些和其他研究計劃的領導人和指導委員會的新想法應該會吸引各級患者。

產生真實世界證據的病患登記處其資訊來自各種來源，包括病患產生的數據和電子健康記錄，可以補充相關使用的傳統證據生成的策略，潛在的利益或風險，以及各種治療和管理策略的比較效果。他們可以促進臨床醫生和患者共同決策 - 不可或缺是以患者為中心的照護政策。共同決策是過程中病患和臨床醫生協同合作以製定一個照護計畫，該計畫是根據患者的偏好、價值和目標且平衡過其期望的預後和潛在風險後最佳的可用證據和臨床經驗。共享決策建立彼此的信任而且可以增進病患的遵從性、忠誠度和預後。

結論

經過匯集病患、領導人和多樣化的利益相關者，全球病患推展高峰會得到了激勵去建立一個推動頭痛的全球活動。IHS-GPAC的形成並對“溫哥華宣言”中所陳述目標的追求所建立的基準，將促進疾病的認識和政策的發展以改善全球頭痛病症的診斷和照護。

表 2. 國際偏頭痛研究登錄處收集的數據

諮詢	<ul style="list-style-type: none">• 表現原發性頭痛症的總病例比例 (偏頭痛、叢發性、緊張型頭痛)• 表現次發性頭痛症的總病例比例• 最初諮詢醫療保健專業人員的型式
診斷	<ul style="list-style-type: none">• 所有病患和所有頭痛診斷，按年齡，性別，頭痛類型和亞型分類• 患有復發性頭痛的家庭成員的比例• 使用的診斷分類和有效的診斷工具• 目前處方和非處方藥物的使用
治療	<ul style="list-style-type: none">• 接受實證藥物治療的病患比例<ul style="list-style-type: none">• 急性• 預防性• 使用非藥物的方法和設備
效果	<ul style="list-style-type: none">• 有緩解/無疼痛和相關症狀的病患比例• 隨著時間疾病進展和緩解的病患比例• 隨著時間頭痛頻率、持續時間和嚴重程度的變化• 隨著時間功能性障礙的變化
疾病特有的	<ul style="list-style-type: none">• 功能性致殘病患的比例
生活品質	<ul style="list-style-type: none">• 受僱病患比例 (至少兼職)• 在家庭，學校或工作中能夠/不能進行日常活動的病患比例
滿意	<ul style="list-style-type: none">• 病患和醫護人員對於內科照護和治療預後感到滿意的比例• 病患和醫護人員對教育，訓練和支持感到滿意的比例

參考資料

1. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol* 2017; 16: 877–897.

2. World Health Organization. Global Health Estimates 2015: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva, 2016. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html. (2016, accessed 30 March, 2018).
3. Rozen TD. Cluster headache as the result of secondhand cigarette smoke exposure during childhood. *Headache* 2010; 50: 130–132.
4. Bahra A, May A and Goadsby PJ. Cluster headache: A prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58: 354–361.
5. Halker R, Vargas B and Dodick DW. Cluster headache: Diagnosis and treatment. *Semin Neurol* 2010; 30: 175–185.
6. Ashkenazi A and Schwedt T. Cluster headache – acute and prophylactic therapy. *Headache* 2011; 51: 272–286.
7. van Kleef M, Lataster A, Narouze S, et al. Evidence-based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. 2. Cluster headache. *Pain Pract* 2009; 9: 435–442.
8. Bahra A and Goadsby PJ. Diagnostic delays and mismanagement in cluster headache. *Acta Neurol Scand* 2004; 109: 175–179.
9. Voiticovschi-Iosob C, Allena M, De Cillis I, et al. Diagnostic and therapeutic errors in cluster headache: A hospital-based study. *J Headache Pain* 2014; 15: 56.
10. Lipton RB, Serrano D, Holland S, et al. Barriers to the diagnosis and treatment of migraine: Effects of sex, income, and headache features. *Headache* 2013; 53: 81–92.
11. Dodick DW, Loder EW, Manack Adams A, et al. Assessing barriers to chronic migraine consultation, diagnosis, and treatment: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study. *Headache* 2016; 56: 821–834.
12. Addario BJ, Fadich A, Fox J, et al. Patient value: Perspectives from the advocacy community. *Health Expect* 2018; 21: 57–63.

13. Porter ME, Larsson S and Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. *N Engl J Med* 2016; 374: 504–506.
14. Serrano D, Lipton RB, Scher AI, et al. Fluctuations in episodic and chronic migraine status over the course of 1 year: Implications for diagnosis, treatment and clinical trial design. *J Headache Pain* 2017; 18: 101.
15. Lee YK, Low WY and Ng CJ. Exploring patient values in medical decision making: A qualitative study. *PloS One* 2013; 8: e80051.
16. Chong CA, Chen IJ, Naglie G, et al. How well do guidelines incorporate evidence on patient preferences? *J Gen Intern Med* 2009; 24: 977–982.
17. Tfelt-Hansen P, Pascual J, Ramadan N, et al. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: Third edition. A guide for investigators. *Cephalalgia* 2012; 32: 6–38.
18. Pringsheim T, Davenport W, Mackie G, et al. Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can J Neurol Sci* 2012; 39: S1–S59.
19. Silberstein SD, Holland S, Freitag F, et al. Evidencebased guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology* 2012; 78: 1337–1345.
20. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, et al. Revised French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children. *J Headache Pain* 2014; 15: 2.
21. National Institute for Health and Care Excellence. Headaches in over 12s: Diagnosis and management (CG150). Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>. (published 2012, updated 2015, accessed March 30, 2018).
22. Robbins MS, Starling AJ, Pringsheim TM, et al. Treatment of cluster headache: The American Headache Society evidence-based guidelines. *Headache* 2016; 56: 1093–1106.
23. May A, Leone M, Afra J, et al. EFNS guidelines on the treatment of cluster

headache and other trigeminalautonomic cephalalgias. *Eur J Neurol* 2006; 13: 1066–1077.

24. Lipton RB and Stewart WF. Acute migraine therapy: Do doctors understand what patients with migraine want from therapy? *Headache* 1999; 39: S20–S26.

25. Lipton RB, Buse DC, Serrano D, et al. Examination of unmet treatment needs among persons with episodic migraine: Results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache* 2013; 53: 1300–1311.

26. Malik SN, Hopkins M, Young WB, et al. Acute migraine treatment: Patterns of use and satisfaction in a clinical population. *Headache* 2006; 46: 773–780.

27. Peres MF, Silberstein S, Moreira F, et al. Patients' preference for migraine preventive therapy. *Headache* 2007; 47: 540–545.

28. Aboderin I and Venables G. Stroke management in Europe. Pan European consensus meeting on stroke management. *J Intern Med* 1996; 240: 173–180.

29. Norrving B. The 2006 Helsingborg Consensus Conference on European Stroke Strategies: Summary of conference proceedings and background to the 2nd Helsingborg Declaration. *Int J Stroke* 2007; 2: 139–143.

30. Kjellstrom T, Norrving B and Shatchkute A. Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. *Cerebrovasc Dis* 2007; 23: 231–241.

31. Young WB. The stigma of migraine. *Pract Neurol* 2018; February: 23–26.

32. Minen MT, Monteith T, Strauss LD, et al. New investigator and trainee task force survey on the recruitment and retention of headache specialists. *Headache* 2015; 55: 1092–1101.

33. Martelletti P, Haimanot RT, Lainez MJ, et al. The Global Campaign (GC) to Reduce the Burden of Headache Worldwide. The International Team for Specialist Education (ITSE). *J Headache Pain* 2005; 6: 261–263.

34. Martelletti P. Headache medicine: Academic teaching in Europe. The Sapienza University Master's Degree. *Headache* 2007; 47: 1224–1225.

(author reply 1225–1227).

35. Jensen R, Mitsikostas DD, Valade D, et al. Guidelines for the organization of headache education in Europe: The headache school II. *J Headache Pain* 2010; 11: 161–165.
36. Martelletti P, Birbeck GL, Katsarava Z, et al. The Global Burden of Disease survey 2010, Lifting The Burden and thinking outside-the-box on headache disorders. *J Headache Pain* 2013; 14: 13.
37. Woldeamanuel YW. Headache in resource-limited settings. *Curr Pain Headache Rep* 2017; 21: 51.
38. Mateen FJ, Clark SJ, Borzello M, et al. Neurology training in sub-Saharan Africa: A survey of people in training from 19 countries. *Ann Neurol* 2016; 79: 871–881.
39. Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen R, et al. The Global Campaign, World Health Organization and Lifting The Burden: Collaboration in action. *J Headache Pain* 2011; 12: 273–274.
40. Steiner TJ, Antonaci F, Jensen R, et al. Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. *J Headache Pain* 2011; 12: 419–426.
41. Tassorelli C, Farm I, Kettinen H, et al. Access to care – an unmet need in headache management? *J Headache Pain* 2014; 15: 20.
42. Bradley WG. Neurology in the next two decades: Report of the Workforce Task Force of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 54: 787–789.
43. Haimanot RT. Burden of headache in Africa. *J Headache Pain* 2003; 4: S47–S54.
44. Kirsh SR, Ho PM and Aron DC. Providing specialty consultant expertise to primary care: An expanding spectrum of modalities. *Mayo Clin Proc* 2014; 89: 1416–1426.
45. Woldeamanuel YW, Andreou AP and Cowan RP. Prevalence of migraine headache and its weight on neurological burden in Africa: A 43-year

- systematic review and meta-analysis of community-based studies. *J Neurol Sci* 2014; 342: 1–15.
46. Finkel AG. American academic headache specialists in neurology: Practice characteristics and culture. *Cephalalgia* 2004; 24: 522–527.
47. Jordan JT, Mayans D, Schneider L, et al. Education research: Neurology resident education: Trending skills, confidence, and professional preparation. *Neurology* 2016; 86: e112–e117.
48. Gibbs TS, Fleischer AB Jr, Feldman SR, et al. Health care utilization in patients with migraine: Demographics and patterns of care in the ambulatory setting. *Headache* 2003; 43: 330–335.
49. Latinovic R, Gulliford M and Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: Consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 385–387.
50. Pollard C, Bailey KA, Petite T, et al. Electronic patient registries improve diabetes care and clinical outcomes in rural community health centers. *J Rural Health* 2009; 25: 77–84.
51. Gliklich RE, Dreyer NA and Leavy MB (eds). *Registries for evaluating patient outcomes: A user's guide* (Internet). 3rd edition. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK208619/> (2014, accessed 30 March 2018).
52. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: Rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J* 2005; 149: 209–216.
53. National Cancer Institute. National and state cancer registries, [http://epi.grants.cancer.gov/registries.html#nci\(1992\)](http://epi.grants.cancer.gov/registries.html#nci(1992)), accessed 30 March 2018).

2018 New Era for Migraine Headache and Pain Management

台灣頭痛學會年度學術研討會 暨第五屆第二次會員大會



報名方式

- QR Code條碼或線上報名: <https://goo.gl/qvg1XU>
- 傳真報名: 06-281-6161 ● 信箱報名: taiwan.head@msa.hinet.net
- 電話報名: 06-281-2811 分機 57192 黃月玲小姐 / 分機 57421 李瑞琦秘書



報名 QR Code

* 兩天的會議地點不同

2018年11月17日 台北國賓大飯店12樓_樓外樓			
時間	題目	演講者	座長
14:30 - 15:00	Registration 報到		
15:00-15:05	Opening Remarks 歡迎辭	林高章 理事長	
15:05-15:45	Update pharmacological migraine treatment: Comprehensive review	台北榮總 王嚴鋒 醫師	台北開源 吳進安 教授
15:45-16:25	Recent advances in migraine neuroimaging	台北三總 楊富吉 醫師	林口長庚 羅榮昇 教授
16:25-17:15	Spreading depression theory of migraine	Prof. Cenk Ayata Harvard Medical School	台北榮總 陳世彬 教授
17:15-17:40	Panel Discussion	王習君 教授 神經學會理事長	

2018年11月17日 台北國賓大飯店12樓_樓外樓	
18:00	晚宴

2018年11月18日 台北集思交通部國際會議中心_3F 國際會議廳			
時間	題目	演講者	座長
09:00-09:20	Registration 報到		
09:20-09:30	Opening Remarks 歡迎辭	林高章 理事長	
09:30-10:20	The link between migraine and stroke: clinical and experimental insights	Prof. Cenk Ayata Harvard Medical School	台北榮總 王習君 教授
10:20-11:00	Anti-CGRP in migraine : mechanism and management	台北亞東 賴寶賢 主任	林口長庚 黃錦章 教授
11:00-11:20	Coffee Break 中場休息		
11:20-11:50	Migraine and stroke : Taiwan data	台中博智診所 陳炳龍 院長	台北榮總 傅中玲 教授
11:50-12:20	Patent foramen ovale : stroke and migraine	台南成大 宋碧嬋 醫師	台南活水診所 王博仁 院長
12:20-12:40	第五屆第二次會員大會		
12:40-13:10	Lunch 午餐		
13:10-13:40	The association between fibromyalgia and migraine	台中光田 楊鈞百 主任	台北新光 陳威宏 主任
13:40-14:10	Peripheral/cranial neuropathy and migraine: Is there any association	高雄醫大 盧相如 主任	台北榮總 陳章達 教授
14:10-14:40	Onabotulinumtoxin A and pharmacological management in chronic migraine	嘉基 許永居 主任	台北醫大 葉馬學 主任
14:40-15:10	Vestibular migraine : Update review and practice	台南活水診所 黃子洲 副院長	台南奇美 林高章 教授
15:10-15:30	Brief Synopsis and Discussion	王習君 教授 神經學會理事長	
15:30	Closing Remarks 閉幕致辭	林高章 理事長	

 主辦單位: 台灣頭痛學會、台灣神經學會、
 學分申請: 台灣神經學會。

 協辦單位: 台灣諾華股份有限公司、和安藥業股份有限公司、裕利醫藥股份有限公司、
 台灣愛力根藥品股份有限公司、緯瑞大藥廠股份有限公司。

【交通資訊】 **提醒:兩天會議地點不同**

<p>11/17(六)台北國賓大飯店 12樓_樓外樓 (台北市中山北路二段 63 號)</p>  <p>大眾運輸</p> <p>高鐵：搭計程車到飯店，約 10 分鐘；或是走路到位於 B1 的台北捷運台北車站搭台北捷運淡水線（朝北通往淡水），只要兩站，在雙連站下車，走 1 號出口步行約 5 分鐘，即可抵達飯店</p> <p>捷運：台北捷運搭至雙連站，從雙連站步行到台北國賓大飯店，約 5 分鐘，走 1 號出口，沿著民生西路，往中山北路的方向走，穿過過中山北路，右轉並繼續沿著中山北路走，即可抵達飯店</p>	<p>11/18(日)台北集思交通部國際會議中心 3F 國際會議中心 (台北市杭州南路一段 24 號)</p>  <p>新運城【樓門診】1、2號出口(此為最近捷運站)： 延寧信義路過金山南路後繼續往前走，看到杭州南路右轉，請至杭州南路上會議中心正門進入，總步行約 8-10 分鐘。</p> <p>板南線【錦華寺】5號出口： 延寧忠孝東路至杭州南路右轉，請至杭州南路上會議中心正門進入，總步行約 10-15 分鐘。</p> <p>淡水線【台大附設】2號出口： 直行至中山南路右轉，沿中山南路直行後仁愛路左轉至仁愛及杭州南路交叉口，請至杭州南路上會議中心正門進入，總步行約 13 分鐘。</p> <p>新店線【中正紀念堂】5號出口： 步行約 15-20 分鐘。</p> <p>公車：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 仁愛路紹興路口(往市政府)：665、37、261、263、270、621、630、651 ● 仁愛路杭州路口(往台北車站)：37、261、263、270、621、630、651、665 ● 仁愛路杭州路口：249、253、297 ● 信義杭州路口(往台北車站)：0東、20、22、38、204、信義幹線、信義新幹線、1503 ● 金楓支中：38、237、2021、249、253、297 ● 仁愛路二段：214、248、606、214、內科通勤2、內科通勤3 ● 信義杭州路口(往101)：0東、20、22、204、670、671、信義幹線、信義新幹線、1503 <p>國道一號：廣山交流道下，轉建國高架道路南行至仁愛路出口，下階後右轉直行左側，續行仁愛路至二段左轉紹興南街，再左轉信義路，再行左轉杭州南路，可看到「亞洋停車場」於左側。</p> <p>國道三號：台北聯絡道下半交流道，直行辛亥路，再轉羅斯福路三段右轉，直行至羅斯福路及杭州南路右轉，直行過信義路後左轉，可看到「亞洋停車場」入口。</p> <p>停車場資訊</p> <p>亞洋停車場：(02)2321-4575 每小時40元，自第五小時起-第十二小時止收費200元。</p>
--	--

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 李瑞琦 會址: 台南市永康區中華路901號-全人醫療科辦公室

TEL : 06-2812811轉 57192或57421 FAX:06-2816161

E-mail : taiwan.head@msa.hinet.net

學會網頁 : <http://www.taiwanheadache.com.tw/>