

Cephalalgia

An International Journal of Headache

The International Classification of Headache Disorders

2nd edition

國際頭痛疾病分類
中文版第二版

台灣神經學學會 頭痛學組譯

2004年8月

目 錄

第一版 第一版中文版序	4
第二版 第二版中文版序	5
第二版 第一版前言	7
第二版 第二版前言	8
翻譯授權書	9
中文版第二版 翻譯人員名單	10
英文版第二版 工作小組名單	11
分類介紹	13
如何使用這分類	15
頭痛分類與國際衛生組織 ICD-10NA 分類碼對照表	17
一、原發性頭痛 (The primary headache)	24
1. 偏頭痛 (Migraine)	25
2. 緊縮型頭痛 (Tension-type headache)	38
3. 叢發性頭痛與其他三叉自律神經頭痛 (Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias)	45
4. 其他原發性頭痛 (Other primary headaches)	50
二、次發性頭痛 (The secondary headaches)	56
次發性頭痛介紹 (Introduction)	57
5. 歸因於頭部及頸部外傷之頭痛 (Headache attributed to head and/or neck trauma)	58
6. 歸因於顱部或頸部血管疾患之頭痛 (Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder)	64
7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 (Headache attributed to non-vascular intracranial disorder)	76
8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛 (Headache attributed to a substance or its withdrawal)	86

9. 歸因於感染之頭痛 (Headache attributed to infection)	100
10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛 (Headache attributed to disturbance of homoeostasis)	105
11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其他面部或 顱部結構疾患之頭痛或顏面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures)	112
12. 歸因於精神疾患之頭痛 (Headache attributed to psychiatric disorder)	119
三. 顱神經痛、中樞和原發性顏面痛和其他頭痛 (Cranial neuralgias, central and primary facial pain and other headaches)	122
13. 顱神經痛和中樞性顏面痛 (Cranial neuralgias and central causes of facial pain)	123
14. 其他頭痛、顱部神經痛、中樞或原發性顏面痛 (Other headache, cranial neuralgia, central or primary facial pain)	133
附錄	134
名詞定義	145
索引	147

國際頭痛疾病分類第一版 中文版序

頭痛可以說是最常見的症狀之一，不只是在神經科醫師的門診，在一般醫師的日常診療中也經常會遇到主訴頭痛的病人。頭痛只是症狀，導致頭痛的原因很多，病情的輕重緩急也不一。有些頭痛可能潛伏嚴重之疾病，須立即治療；有些頭痛雖不至於致命，但易影響生活，沒有正確診斷，僅靠服藥、打針雖能暫時減除疼痛，但終非正當之治療方式。頭痛的正確診斷，端賴可靠的病史，而頭痛患者的描述卻也形形色色，千奇百怪，更令診斷困難。有一可遵循的分類與診斷基準必可減少許多無謂的困擾。

本人於1991年9月參加加拿大溫哥華世界神經學聯盟代表會議時，曾有機會與國際分類小組主席丹麥籍的Jes Olesen 教授會面，他戮力於國際性統一的頭痛分類基準，並提及1988年國際頭痛學會訂定之「頭痛、顱神經痛及顏面痛之分類與診斷基準」已有歐洲各種語文及日文之翻譯本，而佔全世界四分之一人口的中國人，卻尚無中文之版本。他希望本人能幫助他將之翻譯為中文，廣為流傳。當時本人深感榮幸，也認為此項工作意義非凡。回國後便著手計畫，邀請台北市立陽明醫院神經科李克怡主任與新光吳火獅紀念醫院神經科陳威宏醫師兩位參與翻譯。

本書之目的在分類及定義頭痛之診斷基準，故竭力避免籠統與含混之詞語，甚至不憚厭煩，寧可多著筆墨，務必清晰與信實，而診斷名稱也力求簡短。翻譯中的另一個困難是中文的醫學專有名詞未統一，我們儘量採用醫學詞典既有之譯名，也力求前後一致。另外值得一提的是tension headache過去常翻成緊張性頭痛，此次國際頭痛分類改為tension-type headache，我們也將統一改稱為緊縮型頭痛，俾能求得與原分類之精神相符。翻譯期間由於各人工作繁忙，聯繫亦不易，使整個翻譯工作費時經年才告完成。本次翻譯中無論在頭痛的新知識與概念皆收穫良多，也希望本書完成後國內醫師在診療時能習慣使用，未來對國人在頭痛方面之研究能有所貢獻。

本書之完成，首先感激Olesen教授一再鼓勵與催促，1992年2月18日Olesen教授正式授權中文之翻譯(授權書見另頁)，並於1992年6月30日親寫中文版之前言。陳醫師對整個翻譯、版面之處理、校對、索引、字彙等方面下了相當大的功夫，對於他的努力本人特別致謝。本書之付梓承中華民國神經學學會理監事會同意，並由瑞士山德士大藥廠台灣分公司慷慨贊助全部出版經費，本人亦在此表示衷心感謝。

洪祖培

1993年7月 於台北市

國際頭痛疾病分類第二版 中文版序

「國際頭痛疾病分類」自1988年公告後，經過漫漫的15年，終於改版了。英文版於2003年9月於羅馬舉行國際頭痛學會年會時公佈，而正式的文字版本則於2004年發表於*Cephalalgia*雜誌上。台灣神經學學會頭痛學組經過了數個月的努力，終於於2004年6月將中文翻譯版本完成。

比起第一版，中英文版相差5年之久，此次中文版和英文版發行的時間差距明顯縮短，這是因為這份中文版的翻譯是許多人的心力結晶，投入的人力比起第一版時只有洪祖培教授、陳威宏醫師和李克怡醫師三人多的多。事實上，決定要翻譯中文版的時間，是在羅馬參加會議，看到英文版的第一眼時就決定了。雖然比起日文版於2004年3月就完成了，還是有些差距，但是我們仍然為完成這項艱鉅的工作深感欣慰。

「國際頭痛疾病分類」對頭痛醫學帶來極大的影響，這本以症狀學為主的分類標準，將頭痛分門別類，促成頭痛醫學在臨床工作與研究上之診斷標準化，並得以順利進入實證醫學。我們可以大膽的說，只要都是依據此分類標準，在美國或是在台灣診斷的偏頭痛就應該沒有太大差異。事實上，先前的研究也證實此分類的「普世價值」，所以臨床藥物試驗與流行病學的結果在世界各國差異很小。因此台灣偏頭痛的盛行率，如依循此診斷基準，已證實並不是如以前所認為的是一種少見的疾病。

而為何要翻譯「國際頭痛疾病分類」的中文版呢？我們也知道在台灣許多醫師習慣讀原文書，英文能力也很不錯。但是基於頭痛此學門於台灣並未得到應有的重視，病人並未接受到最先進的診斷和治療，如果台灣當地的醫師和其他醫療相關人員，甚至是病人和家屬等，能用自己的語言來讀這厚厚的分類手冊，相信對台灣頭痛醫學的發展是有莫大裨益的。因此我們召集了全國十四位神經科醫師與一位精神科醫師共同參與這項工作。大家於繁忙的臨床和研究工作之餘，用一股傻勁投入中文翻譯的工作。

首先是台南新樓醫院王博仁醫師帶領他們醫院的秘書陳玉青、蔡雯麗、周惠雯、郭卓瑜小姐和蔡俊謹醫師等人先將英文版翻譯成中文初稿，他們也不辱使

命於2004年2月完成此工作。之後我們於2004年3月召開第一次中文版翻譯大會，每章由兩位醫師一組來共同負責，一人為第一譯者先行校閱初稿，完成後再由第二位醫師校正有無錯誤之處。每四章有一總負責人，再一次校閱有無錯誤之處。在大家的通力合作下，很順利的我們於預計的六週內完成此項工作。之後於2004年5月召開第二次會議，會中大家針對一些翻譯上有疑問之處提出討論，並取得共識。最後在盧相如醫師、傅中玲醫師和我再將文中一些格式和用法不一致之處加以整合和統一，完成了最後的版本，並於2004年6月於網站上公佈一個月，接受來自各界之指教和建議，才有了大家手上這份「國際頭痛疾病分類」中文版。

在這段期間，也要特別謝謝我們兩位助理曾慧芬小姐和蔡韋德先生於文書和行政事務上的鼎力相助，相信許多參與翻譯的醫師們，對於他們的催稿能力應是沒齒難忘。同時也要謝謝荷商葛蘭素史克藥廠對兩次會議的贊助，和美商默沙東藥廠對印刷上的贊助。沒有這麼多人的協助，這份工作是無法如此順利的完成的。

在翻譯的過程中，許多事是令我十分難忘的。於第一次會議時，陳威宏醫師娓娓道來他於第一版翻譯時和洪教授相處的點點滴滴，令人十分動容。在當時並無今日的如此方便的電腦文書處理工具，陳醫師每週抽出一個下午和洪教授討論翻譯內容，並親自打字，時間長達半年之久。陳醫師能投入第一版和第二版的工作，代表的是這份翻譯工作的一份傳承。我們也於第二版的翻譯工作時，找了一些住院醫師們參與，他們代表的是新一代的神經科醫師，也深切期盼他們當中有人能如陳醫師一般，參與未來第三版的翻譯工作，將這份工作一代接著一代一直傳承下去。

我們於翻譯過程中，也深刻的體會到莫非定律上「凡事只要有可能出錯的，便一定會出錯」，這似乎成了顛仆不變的真理。也十分同意英文版的前言中所言，「當要使用這分類時，問題就會浮現出來」。在校正的過程中，即使我們已校閱了許多次，仍不斷發現錯誤。關於此點，我們十分戒慎惶恐，也深盼大家一起來找出錯誤之處，使我們於再版印刷時改進。

於此次翻譯，我們深深感覺醫學中文文化的緩慢，許多專有名詞不是找不到相對應的中文，就是可能有好多種翻譯。我們儘量以最多人使用為原則，希望未來至少可促成頭痛專有名詞的統一。在少數情況，當大家腦力激盪之時，有好的點子浮現，如visual analogue scale (VAS) 翻譯為「目測類比量表」，即比目前較常用的「視覺類比量表」來的貼切，因此我們便採用了前者。當然為方便了解與使用，有些翻譯後面仍保留英文於括弧中。此外，我們也嘗試解決了一直以來的困擾，即“triptan” 這個字的中文翻譯。我們找到了一個音意上均算滿意的翻譯「翠普登」，一來這三個字十分中性，無立刻任何引起特殊聯想的可能，二來「普」與坊間常用的止痛藥「普拿疼」相同，因此暗涵止痛藥之意，而「登」也有治療成功之意涵。而其他人名和特定藥物名稱，則維持英文不做翻譯。也希望此譯名能為大家所接受，並能加以普及。然而我們亦知語文向來自有其優勝劣敗、汰舊換新的機制，好的譯名自會留存，而不好的譯名則會在時間的洪流中消逝。

在付出心力翻譯的同時，我也深感收穫良多。在追求「信達雅」的翻譯過程，我們不斷的「咬文嚼字」，在字字句句仔細加以琢磨之際，我發現自己的英文在不知不覺中進步了。我也比以往更熟練的以中文來作頭痛的演說，和解釋病情。這些應該是「邊際效應」吧。在這裡還有一個心得和大家分享，那就是這本「國際頭痛疾病分類」手冊，不僅只用於分類，它其實是一本很棒的頭痛教科書。如果你有興趣讀完全冊，相信對頭痛的知識，必然增進不少。

翻譯此份頭痛分類，最大的目的還是希望能普及台灣的頭痛醫學教育，研究和臨床工作。如能藉此份小小的翻譯工作拋磚引玉，促使更多的人投入頭痛的工作，則將是台灣頭痛病人之福，也是我終身的願望。

台灣神經學學會 頭痛學組 召集人
王署君
2004年8月

第一版的前言 (1988)

本文件是許多心力的結晶。這份工作進行了約三年左右，參與的人員除了委員會的委員外，更包含了其他十二個次委員會的成員。所有委員會與次委員會的工作是開誠佈公的，過程中的文件，任何有興趣的人均可取閱。我們在一九八七年三月舉辦為期兩天的頭痛分類會議，開放給任何有興趣的人士參與。在一九八七年九月於佛羅倫斯舉行的第三屆國際頭痛大會的尾聲時，我們於一個公開會議上公佈並討論這套分類。接著在一九八八年二月二十及二十一日在美國聖地牙哥舉行最後一次公開會議，同時讓委員會及與會者一起參與討論。

雖然經過許多努力，錯誤還是無可避免。當要使用這分類時，問題就會浮現出來，而這些錯誤應在未來的版本中加以修訂。要指出的是，其實文件中很多

部分是根據委員會的專家經驗而來的，並沒有足夠的文獻支持。雖然如此，我們預期本書所發表的操作型診斷基準應會在未來幾年內讓疾病分類及流行病學研究更加的蓬勃。

我們希望研究頭痛的科學家們積極的測試並改進這套分類。歡迎各位將意見、爭論及抽印本送給委員會的主席。我們預計在1993年推出第二版的分類。希望修訂版能建立在新的證據上。

國際頭痛學會認為頭痛疾患之分類及診斷基準是非常重要的。雖此文件需要進一步的測試及修改，我們還是建議將這套分類立即用於科學研究上。不僅是臨床藥物試驗，並包括生化及生理學的研究。

James W Lance
國際頭痛學會 會長

Jes Olesen
頭痛分類委員會 主席

第二版前言

醫界通常對疾病的分類及診斷基準持懷疑的態度，而且可能不會廣泛採用。我們對於第一版的「國際頭痛疾病分類」被如此廣為接受感到驚喜。當發表後幾乎世界各地就立刻利用它來做科學研究。許多翠普登 (triptan) 的試驗就使用此基準來診斷病人。此分類的原則也的確慢慢地改變了臨床執業。許多在分類原發性頭痛不需要的問題已不再於臨床訪談時問及，相反的，新的基準，如身體活動是否加劇頭痛，則漸漸於每日執業中使用。此分類被譯成二十種以上的語言，所以世界上大部分的醫師都可使用。

當出版第一版時，我們預估第二版的「國際頭痛疾病分類」在五年內會出現，因為大部分第一版內容是基於專家意見而非已發表的文獻。但我們提出第二版卻整整經過了十五年，這麼長時間的等待是有以下許多好的理由。如對於第一版的批評很有限，所以改版的需求並沒有那麼殷切。對於不同頭痛提供良好的臨床特徵描述之分類研究，發表緩慢，而且仍不足以支持一完全基於實證的分類。另外第一版的英文版廣為流傳到全世界，並翻譯成其他語言也花了比預期更長的時間。雖然緩慢，但是對於改版有益的建言卻仍逐漸累積，同時流行病學及分類學的知識也增加了一個可以開始第二版工作的地步。

如同第一版，這次的改版我也因身為主席之便，指派了一些次委員會的委員。雖然第一版的參與人員居功甚偉，我仍希望有大量新面孔加入以取代原有的委員，其用意是讓下一代的研究人員有充分代表性。所以留任的委員只包括了Giuseppe Nappi, James W Lance和我。我們的留任是要確保延續性。對於如何指派新成員，我考慮的是個人的適任性。來自世界不同地區的代表以及對第一版有好的批評論點的人士也希望網羅，我很欣慰這樣的召募原則是成功的。每一個委員都積極參與且敢說敢言。我們尊重第一版分類委員會所付出極大的努力，所以第二版的委員們對於分類的任一層面都有公開的辯論。由於工作繁雜瑣碎及

大量討論後的成果，第二版比我們任何人預期多花了很多時間。每套基準、每個數字及每個字都經過仔細推敲斟酌，所以此版之出版花費了相當大的努力與思考。雖然無法容納所有委員的意見，但每一個委員對此分類都有相當的影響力。

對醫學界任何一個領域，一個大家都可接受且在世界上能廣泛使用的分類是很重要的。特別頭痛是一個新興的研究領域，很多人對頭痛疾患又有許多的偏見。所以，我們認為與頭痛相關的大眾，特別是頭痛研究學者支持使用第二版「國際頭痛疾病分類」尤其重要。所有期刊皆不該發表未使用或未檢視此分類或相關診斷基準的頭痛相關論文。相反的，我們並不希望將頭痛的研究限制在此嚴格框架中，反而強力呼籲全世界頭痛研究學者能以科學方法來審視此第二版分類。為了刺激此類研究，我們將一些較罕見且尚待確認的疾病列在附錄中。我們同時也提出一些替代基準，用與正式的基準測試比較。

我衷心期望第二版的「國際頭痛疾病分類」能讓世界各地與頭痛有關的人能欣然接受，且比第一版翻譯成更多的語言。另外，我也希望它能成為全世界頭痛分類及診斷之教學根據，並藉以對病人提供更好處置。國際頭痛學會努力改善全世界對於頭痛的診斷，治療與照顧。它也盡力對頭痛病人去污名化，並讓大眾認知頭痛是一種對於病人、家屬和社會都造成極大負擔的神經生物疾患。為了達此目的，研究人員、臨床醫師及頭痛病人均應使用相同的診斷系統，且此系統應力求精確。從第一版公佈後，大家朝此共識邁進已大有進展。希望第二版更能提供世界各地對頭痛病人分類、診斷及治療的一致性。

Jes Olesen

頭痛分類次委員會 主席
國際頭痛學會

翻譯授權書

Dear Professor Wang:

I am pleased to inform you that Professor Olesen has reviewed the materials you so kindly sent, and sends his permission for your group to translate the ICHD-II into Chinese as the Second Taiwan Edition.

Do you have plans for the printing and distribution of the document? As you know, our publisher is Blackwell Publishing. In ordinary circumstances, our preference would be for Blackwell to do the printing and distribution. However, we do realize that in many countries (likely Taiwan as well) the printing can be done much less expensively locally. IHS is happy for this to occur in circumstances where there is no commercial interest. However, if you are to work with a local publisher with a commercial interest, IHS would charge a royalty fee to the local publisher in keeping with fairness and copyright law. But I suspect that you are wishing to simply translate and distribute this as widely as possible in the name of medical education – not with the intent of another publisher making money from your time and efforts!

But for the record, would you please let me know what arrangements you have made in Taiwan for printing and distribution.

Many thanks,
Valerie South

PS – I would appreciate receiving a few copies for our archives when your project is complete, please!!

Address:

208 Lexington Road

Oakville, Ontario

L6H 6L6

CANADA

中文版第二版 翻譯人員名單

分類介紹

如何使用這分類	楊智超 王署君
1. 偏頭痛 (Migraine)	傅中玲 王署君
2. 緊縮型頭痛 (Tension-type headache)	王博仁 周啟庠
3. 叢發性頭痛與其他三叉自律神經頭痛 (Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias)	陳威宏 陳韋達
4. 其他原發性頭痛 (Other primary headaches)	林奕夫 王署君
次發性頭痛介紹(Introduction)	陳威宏 李詩應
5. 歸因於頭部及頸部外傷之頭痛 (Headache attributed to head and/or neck trauma)	周啟庠 王博仁
6. 歸因於顱部或頸部血管疾患之頭痛 (Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder)	許立奇 陳世彬
7. 歸因於非血管顱內疾患之頭痛 (Headache attributed to non-vascular intracranial disorder)	阮相國 陳韋達
8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛 (Headache attributed to a substance or its withdrawal)	王署君 傅中玲
9. 歸因於感染之頭痛 (Headache attributed to infection)	陳世彬 許立奇
10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛 (Headache attributed to disturbance of homeostasis)	李詩應 陳威宏
11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其他面部或 顱部結構疾患之頭痛或顏面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures)	陳韋達 盧相如
12. 歸因於精神疾患之頭痛 (Headache attributed to psychiatric disorder)	莊凱迪 傅中玲
13. 顱神經痛和中樞性顏面痛 (Cranial neuralgias and central causes of facial pain)	羅榮昇 楊智超
14. 其他頭痛、顱部神經痛、中樞或原發性顏面痛 (Other headache, cranial neuralgia, central or primary facial pain)	楊智超 羅榮昇
附錄	同各章負責人
名詞定義	王博仁 傅中玲 王署君

英文版第二版 工作小組名單

1. *Working group on Migraine:*

RB Lipton, USA (Chairman); R Daroff, USA; J Haan, The Netherlands; H Massiou, France; J Olesen, Denmark; J Pascual, Spain; BK Rasmussen, Denmark; SD Silberstein, USA; S Solomon, USA; TJ Steiner, UK; D Symon, UK; P Winner, USA.

Advisors: MK Eriksen, Denmark; P Goadsby, UK; S Graff-Radford, USA; JW Lance, Australia; LL Thomsen, Denmark.

2. *Working group on Tension-Type Headache:*

J Schoenen, Belgium (Chairman); EA MacGregor, UK; K Holroyd, USA; R Jensen, Denmark; N Mathew, USA; J Olesen, Denmark; T Paiva, Portugal; R Pothmann, Germany; P Sandor, Switzerland; G Sandrini, Italy.

3. *Working group on Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalalgias:*

P Goadsby, UK (Chairman); F Antonaci, Italy; A Bahra, UK; D Dodick, USA; MS Matharu, UK; A May, Germany; J Olesen, Denmark; L Newman, USA; J Pareja, Spain; D Rothner, USA; M-B Russell, Denmark; M Vincent, Brazil; E Waldenlind, Sweden.

Advisor: CJ Boes, USA.

4. *Working group on Other Primary Headaches:*

G Nappi, Italy (Chairman); P Goadsby, UK; JW Lance, Australia; PO Lundberg, Sweden; IP Martins, Portugal; J Olesen, Denmark; JA Pareja, Spain; NH Raskin, USA; G Sandrini, Italy; TJ Steiner, UK; A Straube, Germany.

Advisors: L Bonamico, Argentina; S Evers, Germany.

5. *Working group on Headache Attributed to Head and/or Neck Trauma:*

M Lainez, Spain (Chairman); R Agosti, Switzerland; F Antonaci, Italy; D Dodick, USA; R Evans, USA; A Mosek, Israel; R Nelson, Canada; D Obelieniene, Lithuania; N Ramadan, USA; J Pascual, Spain; P Sandor, Switzerland.

6. *Working group on Headache Attributed to Cranial or Cervical Vascular Disorder:*

M-G Bousser, France (Chairman); J-P Castel, France; A Ducros, France; J Ferro, Portugal; S Kittner, USA; H Mattle, Switzerland; J Olesen, Denmark; S Solomon, USA.

7. *Working group on Headache Attributed to Non-Vascular Intracranial Disorder:*

H-C Diener, Germany (Chairman); M-G Bousser, France; D Dodick, USA; A Dowson, UK; P Drummond, Australia; J Gladstein, USA; A Mosek, Israel; R Nelson, Canada; J Olesen, Denmark; N Ramadan, USA; K Ravishankar, India; P Sandor, Switzerland; SD Silberstein, USA; J Swanson, USA; F Taylor, USA; L Watkins, UK.

8. *Working group on Headache Attributed to a Substance or its Withdrawal:*

S Silberstein, USA (Chairman); H-C Diener, Germany; M Ferrari, The Netherlands; J Olesen, Denmark; JM Pereira Monteiro, Portugal; J Saper, USA; F Sheftell, USA; P Tfelt-Hansen, Denmark; WB Young, USA.

9. *Working group on Headache Attributed to Infection:*

F Sakai, Japan (Chairman); M De Marinis, Italy; A Pradalier, France; D Russell, Norway; N USA. Advisor: E Schmutzhard, Austria.

10. *Working group on Headache Attributed to Disorder of Homeostasis:*

D Dodick, USA (Chairman); W Becker, Canada; G Bussone, Italy; D Capobianco, USA; FM Cutrer, USA; J Edmeads, Canada; A Kuritzky, Israel; J Olesen, Denmark; A Purdy, Canada; P Spira, Australia.

11. *Working group on Headache or Facial Pain Attributed to Disorder of Cranium, Neck, Eyes, Ears, Nose, Sinuses, Teeth, Mouth or Other Facial or Cranial Structures:*

H Gobel, Germany (Chairman); M Bakke, Denmark; RW Baloh, USA; N Bogduk, Australia; RB Daroff, USA; S Graff-Radford, USA; J Olesen, Denmark; D Soyka, Germany. Advisors: H Blumenthal, USA; G Deuschl, Germany; HL Levine, USA; NT Mathew, USA.

12. Working group on Headache Attributed to Psychiatric Disorder:

MB First, USA (Chairman); RM Agosti, Switzerland; S Baskin, USA; N Breslau, USA; V Guidetti, Italy; J Olesen, Denmark; F Sheftell, USA.

13. Working group on Cranial Neuralgias and Central Causes of Facial Pain:

J Lance, Australia (Chairman); D Bowsher, UK; KL Casey, USA; J Olesen, Denmark; T Staehelin-Jensen, Denmark; A Zagami, Australia.

14. Working group on Other Headache, Cranial Neuralgia and Central or Primary Facial Pain:

D Dodick, USA (Chairman); J Olesen, Denmark.

分類介紹

第二版的「國際頭痛疾病分類」與第一版相同，是想同時適用於研究及臨床執業。研究若不遵循此分類就不可能會被國際期刊接受，但同時此分類對臨床醫師也很重要。大部份對於頭痛有實證的治療都使用第一版的「國際頭痛疾病分類」。因為第二版對於幾種原發性頭痛的分類及診斷之重要原則並無改變，所以使用第一版所獲得許多的實證成果，在使用第二版的診斷大多數仍是有效的。所以當你找尋使用翠普登可能有效的病人，你就必須依此分類之預兆偏頭痛及無預兆偏頭痛的診斷基準來診斷你的病人。

對於頭痛病人的診斷及治療有興趣的醫師，第二版「國際頭痛疾病分類」可能是唯一最重要的一份文獻。通常研究者與臨床醫師間有極大的鴻溝。許多人建議應有兩套分類，一套研究使用，另一套臨床使用。但是如有兩套分類，從研究分類所獲得的一些成果就很難應用到臨床。所以疾病分類專家都同意分類只能有一個，而在不同專業使用上有不同的等級。

解決此問題，本分類系統是承用第一版層級式分類 (hierarchical classification)，這一點第二版「國際頭痛疾病分類」並未改變。所有的頭痛都分到幾個群組，而每個群組再進一步的細分成一、二或三個層級，即是頭痛型 (types)、亞型 (subtypes) 及亞式 (sub-forms)。舉例來說，1 偏頭痛 這一類就包括了頭痛型 (偏頭痛) 和偏頭痛亞型，像1.2 預兆偏頭痛 就是下一級的分類 (第二個數字)。預兆偏頭痛再分成亞式，如1.2.1 典型預兆偏頭痛性頭痛。執業的家醫科醫師可能只需要診斷到第一層級—偏頭痛—就好，以期能選擇急性治療。但是當鑑別診斷有問題時，例如當沒有頭痛時，這時就要鑑別預兆偏頭痛與其它會引起類似症狀的疾患，這時登錄到第二或第三層級就會有必要。執業的神經科醫師及頭痛專家通常可精確的診斷到預兆偏頭痛的亞式，即第三階層。這套系統被證實在全世界各地對於不同層次的醫療體系都有用處。

分類就是要決定那些診斷實體 (diagnostic entities) 是需要被確認的，而且如何將它們排列出有意義的方式。為了要達到此一目的，就必須蒐集各種可得的證據，包括臨床描述、病人世代縱向追蹤研究、流行病學、治療結果、基因學、神經影像與病生理學之證據。這在第一版「國際頭痛疾病分類」就做到了，而第二版也重複此做法。所幸大的改變並不需要，但是仍有許多重要的小地方，因為新證據的出現而做了改變。因此，我們新加了1.5.1 慢性偏頭痛 這個新診斷於一群少見的病人，他們符合一個月有十五天或以上偏頭痛，且無藥物過度使用的診斷基準。所有次發性頭。

痛在這版中都稱為「歸因於」某一疾患，而在第一版中只用較不精準的名詞，即「相關於」某一疾患。頭痛與這些潛在性疾患的因果關係在大部份的情況是充分證實的，所以我們才有把握去加強此一用語。

對於精神科的疾病而言，沒有理由另眼對待，應與其他會引起次發性頭痛的病因一視同仁。所以我們加了新的第12章歸因於精神疾患之頭痛。但是因為闡述此一領域的研究很少，所以這一章很短。在附錄中的相對部份則較為詳盡，而且我們也希望對於精神疾病與頭痛的關係能有更多的研究。

所有因感染而引起的頭痛都放在第9章歸因於感染之頭痛。然而，前一版將顱內感染放在顱內疾患的章節中。另外加了新的一章，第10章歸因於體內恆定疾患之頭痛。一些新的頭痛如4.5 睡眠頭痛及4.6 原發性雷擊頭痛，4.7 持續性半邊頭痛 也都加了進去，而13.17 眼肌麻痺“偏頭痛”已從第一章 偏頭痛 移到第十三章 顱神經痛及中樞神經性顏面痛。

另外在數字編碼部份，WHO ICD-10NA (國際疾病分類第十版，神經疾患群) 的編碼也會列出(在括號中)，因為日常執業慣用這種編碼來分類。其實第二版的「國際頭痛疾病分類」比WHO的分類在許多地方來得更詳細。所以有些較細的亞型可能不在ICD-10NA的系統中，不過最合適的ICD-10NA編碼都列在ICHD-II的編碼後面。

在第二版的「國際頭痛疾病分類」的各章中，其基本結構與第一版相同。每一章，該章分類會先列出來，接著是前言，然後不同的頭痛會依分類順序循序列出。每一主要疾病，我們也會列出舊稱，且指出相關但登錄他處的特定疾患。然後我們會以簡短的描述來定義這個疾患。接著我們列出明確的診斷基準。最後我們列出一些說明，及在每一章結尾列出重要的參考文獻。

明確的診斷基準需要一些說明。之前我們稱為操作型診斷基準 (operational diagnostic criteria)，但「操作型」的意思並不是大家都能了解的。「明確的」表示是「不含糊，精確且儘可能有極少的解釋空間」。換句話說，此目標就是將基準清楚列出，讓世界各地不同的醫師都能以相同的方法使用。一些有解釋空間的辭彙像「有時」、「時常」、「通常」則儘量避免。

病人必須符合所列出A、B、C、D等全部基準。要符合一項基準必須具備特定的條件，如「下列四項特徵中具備二項」等。這樣的系統第一版中就已使

用，且證明是可靠且可重複的。

我們發現第一版在所有機構都可使用，從一般人群之流行病學研究到第三級頭痛轉診中心都可適用。對於第一版及其明確診斷基準的確認，在翠普登的研究就可看出。在不同國家之治療成功率都是相同的，這表示病人之診斷確立是相同的。另外像注射型 Sumatriptan 的高成功率，至少在病生理學及藥理學的觀點來說，這群診斷為預兆偏頭痛及無預兆偏頭痛的病人是具有很高同質性的。基於此點及許多其他的理由，我們對於偏頭痛的診斷基準只做了小部份改變。

分類及診斷基準可以從病因或是描述性的觀點，而後者可以是症候群或以症狀為主的描述。第一版及第二版的「國際頭痛疾病分類」對於次發性頭痛主要以病因為主要分類依據，而原發性頭痛主要以症狀描述為依據。如果要考慮進去頭痛症候群的病程進展，則必須有非常多和診斷相關的資訊，例如這讓我們可預測某病人特定的病程。然而事實上原發性頭痛症候群的病程進展是無法預測的。有些病人會惡化而症狀變成慢性，有些病人症狀會緩解，更有些病人的症狀會維持穩定數十年。

未來的重要目標是希望能提供預後因子及其他特徵，能用來分類偏頭痛及緊縮性頭痛的亞型。以前 3.1.2 慢性叢發性頭痛 可再分為自始即為慢性 (chronic from onset) 及由陣發性演變而來 (evolving from episodic)，但是後來發現有一部份慢性叢發性頭痛的病人，反而會變回 3.1.1 陣發性叢發性頭痛。所以很多不同的病程進展型態都可能互相交錯。由 Bille 等人對偏頭痛的縱向研究也發現是如此。同上述理由，所以目前病程進展的病史尚未拿來作為分類的依據，這唯有等更大更好對偏頭痛病程演變的研究出現後才可實現。

如同第一版，第二版的「國際頭痛疾病分類」之分類都是根據病人的頭痛症狀學。臨床使用時，對於藥物臨床試驗及病生理學的研究而言，符合某一分類通常表示病人在過去的一年中具有這種頭痛，而將來也會持續發作這種頭痛。對於其它研究，如基因研究就比較著重病人的終身病史。因此假如一個病人在二十年前有過偏頭痛發作，但後來就沒有再發作，則在基因的研究中，此病人仍屬於偏頭痛的表現型 (phenotype)。這些原則造成一個病人可能在某個時期有一種診斷，而在幾年之後又有另一種診斷。有必要的話，某些病人可能會有一種以上的頭痛診斷，甚至二種或二種以上的偏頭痛診斷。

到目前為止，只有二種偏頭痛的基因被發現。這

在一種罕見的疾患 1.2.4 家族性偏癱偏頭痛 中一半的病人會發現。所以基因學在第二版的「國際頭痛疾病分類」中並無顯著影響。然而，預期在未來十年內偏頭痛基因學將會更明朗。這個領域的進步無疑地會大大改變我們分類頭痛的方法，不過目前還不能確定如何變化。某些單一基因疾病實體可能將被發現，這樣一來以臨床定義之表現型就明顯成為異質性的 (heterogeneous)。相反的，同一基因的不同突變會導致不同的表現形式，如同在家族性偏癱偏頭痛之近期研究就是一例。所以偏頭痛的基因學可能會十分複雜，而我們的臨床執業和也許一些研究將繼續以臨床診斷為主。

疾病的分類與診斷基準應該是可靠、正確且廣泛性的 (exhaustive)。幸好，如前部分已討論過的，第一版的「國際頭痛疾病分類」已具相當高的信度與效度。同時它也在數個人口為基礎 (population-based) 及頭痛門診的研究中證明它的廣泛性。我們相信第二版會更可靠、正確與廣泛。而這一個信念需要將來的研究來支持或否定。

如何使用這分類

這份內容龐大的分類文件不是用來背的。就算是「頭痛分類次委員會」的成員也無法全部記起來。這是一份需要一次又一次不斷查看的文件。如此一來，你將很快知道1.1 無預兆偏頭痛、1.2 預兆偏頭痛、2 緊縮型頭痛的主要亞型，3.1 叢發性頭痛和另外一些頭痛之診斷基準。其它的頭痛則有需要時再去查閱即可。臨床執業上對於明顯的偏頭痛或緊縮型頭痛大概不需此分類就能診斷，但對於診斷上較不能確定的個案，這分類就會派上用場。對於研究而言，本分類是絕對必要的，無論是藥物試驗或病生理或生化學的研究，收案的每個病人都必需符合一套診斷基準。

1. 這分類是分層級的，所以你必须決定診斷要做到多仔細的程度，層次可能從一位數到四位數。首先先大概決定病人屬於那一群的頭痛。例如它是屬於 1 偏頭痛 2 緊縮型頭痛 還是 3 叢發性頭痛及其它 三又自律神經頭痛？然後再取得資料，以作更詳細的診斷。至於要多仔細就要看目的。一般執業上通常只需要用到一或二位數的診斷，而頭痛專家執業或頭痛中心則宜用三或四位數的層次。
2. 病人之診斷是根據現在或過去一年內的頭痛表現型為準。但若為了基因或其它用途，則用終生的發生情形。
3. 病人每一種不同的頭痛，都必須分別診斷與登錄。所以，頭痛中心的一個嚴重病人可能有三個診斷與登錄：1.1 無預兆偏頭痛 1.2 經常陣發性緊縮型頭痛及8.2 藥物過度使用頭痛。
4. 當一個病人有一種以上之頭痛診斷時，這些診斷應以對病人之重要性來排列。
5. 當一位特別病人的頭痛符合二種明確診斷基準時，則需藉由其他資訊來判斷那一種診斷才是正確或是較可能的診斷。這可能必須考慮縱向頭痛病史（頭痛如何開始？）、家族史、藥效、與月經週期的關係、年齡、性別及其它的特徵，符合如 1 偏頭痛 2 緊縮型頭痛 或 3 叢發性頭痛及其他三又自律神經頭痛 或其任一亞型之診斷基準，總是勝過符合各群中「可能(probable)」的診斷基準，而這種「可能」分類通常列在各章所有診斷基準的最後。換句話說，當一個病人的頭痛同時符合1.6 可能偏頭痛及2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 基準時，就必須以後者來登錄。然而，永遠要考慮到病人可能某幾次頭痛發作符合一套基準，而其他發作又符合另一

套。這種情況下，兩種診斷並存且都要登錄。

6. 要得到一個特定的診斷，病人通常需要經歷一最少次數(或天數)的頭痛發作。這些數字在頭痛型、亞型或亞式之明確診斷基準中都會規定。另外，頭痛必須符合一定數量之必要項目，這些項目分別以字母為首如A、B、C等列出。有些字母為首只是單項性(monothetic)，即陳述單一必備條件，而其他字母為首的，則為多項性(polythetic)，例如需要列出的四個特徵中的任二項。

7. 對於某些頭痛疾患整套之明確診斷基準，只提供一到二位數。第三到第四位數的診斷基準必須先符合基準A，即符合第一及/或第二位數之基準，且更進一步在從B開始的基準中明列需要符合之特定基準。
8. 一些原發性頭痛病人之頻率從每天發作到每一至二年一次都有。發作的嚴重度也不同。第二版「國際頭痛疾病分類」無法將頻率及嚴重度再編碼，但建議另外再以文字描述頻率及嚴重度。
9. 原發性或次發性頭痛或二者皆是：當一個新頭痛首次發生時，時間點上又與另一已知會造成頭痛之疾患密切關連者，將其登錄為由某一致病原因引發之次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛、緊縮型頭痛、叢發性頭痛或三又自律神經頭痛之特點的頭痛。

如果既存在之原發性頭痛的惡化，在時間點上與另一已知會造成頭痛之疾患密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為既存在之原發性頭痛，或診斷有兩種頭痛，即原發性頭痛與歸因於某疾患引起的次發性頭痛。支持加上次發性頭痛診斷的因素為：與導致頭痛之疾患十分密切的時間點關連、原發性頭痛有明顯惡化、有充分證據去解釋該疾患能使原發性頭痛惡化，和最後，當該假定之疾患緩解後，頭痛進步或消失。

10. 許多符合某一明確診斷基準的病人，也具有相似但不完全吻合診斷基準的頭痛發作。這可能是因為經過治療，無法正確回想症狀或其它因素。所以要求病人描述一典型未經治療或療效不佳時的頭痛發作，要確定已獲取充足的資訊可用來診斷。然後在描述發作頻率時，這些較不典型的發作也要加入。
11. 當一個病人被懷疑有一種以上的頭痛時，強力推薦病人要填寫一份診斷式頭痛日誌，並紀錄每次頭痛的重要特徵，頭痛日誌有助於診斷的正確性，且對用藥提供更精確判斷。日誌也可對兩種或兩種以上不同的頭痛型或亞型加以量化。最後，它可以教導

病人如何區分不同的頭痛，如區分無預兆偏頭痛及陣發性緊縮型頭痛。

12. 在次發性頭痛的各章中，最常見且最充分確立的疾患及其基準才會被提出。然而，在很多章，例如 9. *歸因於感染之頭痛*，因為可能的病因幾乎是無盡的，為避免此名單太冗長，只有最重要的病因才被提到。較少見的病因則放到 9.2.3 *歸因於其它全身性感染之頭痛*。相同方法也用在其它次發性頭痛的章節。
13. 大多數次發性頭痛的最後一個基準就是引發頭痛的病因解除(經治療或自行緩解)後一特定時間內，頭痛改善或緩解。符合此基準是確認因果關係很重要的部份。不過我們常常須在治療前或治療中療效未明時就作診斷。這種情況我們就把它放在 *可能歸因於(該疾患)之頭痛*。當治療結果確定後，診斷變成 *歸因於(該疾患)之頭痛*，或假如基準不能符合，診斷就須改變。
14. 少數案例，如外傷後頭痛就是一好的例子，它確實會出現慢性頭痛亞式。這種案例，其開始發生的急性頭痛可能會持續，所以其因果關係就很難以頭痛的持續期間，與病因之發生和緩解之關係來確立。最後一項基準變成可以用來區分急性與慢性的頭痛亞式，即規定在病因發生，緩解或治癒後三個月以內頭痛緩解(為急性亞式)，或超過三個月頭痛仍持續(為慢性亞式)。病程的進展，診斷可能在三個月後變成 *歸因於(該疾患)之慢性頭痛*。例如，5.1 *急性外傷後頭痛* 變成 5.2 *慢性外傷後頭痛*。

這些診斷因為證據不足以證實該頭痛類型的存在，所以列在附錄中。它們通常並不使用，但可用來刺激研究較佳因果關係之基準。

頭痛分類與國際衛生組織ICD-10NA 分類碼對照表

IHS ICHD-II code	WHO ICD-10NA code	Diagnosis [and aetiological ICD-10 code for secondary headache disorders]
1.	[G43]	Migraine
1.1	[G43.0]	Migraine without aura
1.2	[G43.1]	Migraine with aura
1.2.1	[G43.10]	Typical aura with migraine headache
1.2.2	[G43.10]	Typical aura with non-migraine headache
1.2.3	[G43.104]	Typical aura without headache
1.2.4	[G43.105]	Familial hemiplegic migraine (FHM)
1.2.5	[G43.105]	Sporadic hemiplegic migraine
1.2.6	[G43.103]	Basilar-type migraine
1.3	[G43.82]	Childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine
1.3.1	[G43.82]	Cyclical vomiting
1.3.2	[G43.820]	Abdominal migraine
1.3.3	[G43.821]	Benign paroxysmal vertigo of childhood
1.4	[G43.81]	Retinal migraine
1.5	[G43.3]	Complications of migraine
1.5.1	[G43.3]	Chronic migraine
1.5.2	[G43.2]	Status migrainosus
1.5.3	[G43.3]	Persistent aura without infarction
1.5.4	[G43.3]	Migrainous infarction
1.5.5	[G43.3] + [G40.x or G41.x] ¹	Migraine-triggered seizure
1.6	[G43.83]	Probable migraine
1.6.1	[G43.83]	Probable migraine without aura
1.6.2	[G43.83]	Probable migraine with aura
1.6.5	[G43.83]	Probable chronic migraine
2.	[G44.2]	Tension-type headache (TTH)
2.1	[G44.2]	Infrequent episodic tension-type headache
2.1.1	[G44.20]	Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness
2.1.2	[G44.21]	Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
2.2	[G44.2]	Frequent episodic tension-type headache
2.2.1	[G44.20]	Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness
2.2.2	[G44.21]	Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
2.3	[G44.2]	Chronic tension-type headache
2.3.1	[G44.22]	Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness
2.3.2	[G44.23]	Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
2.4	[G44.28]	Probable tension-type headache

¹The additional code specifies the type of seizure.

- 2.4.1 [G44.28] Probable infrequent episodic tension-type headache
- 2.4.2 [G44.28] Probable frequent episodic tension-type headache
- 2.4.3 [G44.28] Probable chronic tension-type headache

- 3. [G44.0] Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias**
- 3.1 [G44.0] Cluster headache
 - 3.1.1 [G44.01] Episodic cluster headache
 - 3.1.2 [G44.02] Chronic cluster headache
- 3.2 [G44.03] Paroxysmal hemicrania
 - 3.2.1 [G44.03] Episodic paroxysmal hemicrania
 - 3.2.2 [G44.03] Chronic paroxysmal hemicrania (CPH)
- 3.3 [G44.08] Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)
- 3.4 [G44.08] Probable trigeminal autonomic cephalalgia
 - 3.4.1 [G44.08] Probable cluster headache
 - 3.4.2 [G44.08] Probable paroxysmal hemicrania
 - 3.4.3 [G44.08] Probable SUNCT

- 4. [G44.80] Other primary headaches**
- 4.1 [G44.800] Primary stabbing headache
- 4.2 [G44.803] Primary cough headache
- 4.3 [G44.804] Primary exertional headache
- 4.4 [G44.805] Primary headache associated with sexual activity
 - 4.4.1 [G44.805] Preorgasmic headache
 - 4.4.2 [G44.805] Orgasmic headache
- 4.5 [G44.80] Hypnic headache
- 4.6 [G44.80] Primary thunderclap headache
- 4.7 [G44.80] Hemicrania continua
- 4.8 [G44.2] New daily-persistent headache (NDPH)

- 5. [G44.88] Headache attributed to head and/or neck trauma**
- 5.1 [G44.880] Acute post-traumatic headache
 - 5.1.1 [G44.880] Acute post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury [S06]
 - 5.1.2 [G44.880] Acute post-traumatic headache attributed to mild head injury [S09.9]
- 5.2 [G44.3] Chronic post-traumatic headache
 - 5.2.1 [G44.30] Chronic post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury [S06]
 - 5.2.2 [G44.31] Chronic post-traumatic headache attributed to mild head injury [S09.9]
- 5.3 [G44.841] Acute headache attributed to whiplash injury [S13.4]
- 5.4 [G44.841] Chronic headache attributed to whiplash injury [S13.4]
- 5.5 [G44.88] Headache attributed to traumatic intracranial haematoma
 - 5.5.1 [G44.88] Headache attributed to epidural haematoma [S06.4]
 - 5.5.2 [G44.88] Headache attributed to subdural haematoma [S06.5]
- 5.6 [G44.88] Headache attributed to other head and/or neck trauma [S06]
 - 5.6.1 [G44.88] Acute headache attributed to other head and/or neck trauma [S06]
 - 5.6.2 [G44.88] Chronic headache attributed to other head and/or neck trauma [S06]

- 5.7 [G44.88] Post-craniotomy headache
- 5.7.1 [G44.880] Acute post-craniotomy headache
- 5.7.2 [G44.30] Chronic post-craniotomy headache
- 6. [G44.81] Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder**
- 6.1 [G44.810] Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack
- 6.1.1 [G44.810] Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction) [I63]
- 6.1.2 [G44.810] Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA) [G45]
- 6.2 [G44.810] Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage [I62]
- 6.2.1 [G44.810] Headache attributed to intracerebral haemorrhage [I61]
- 6.2.2 [G44.810] Headache attributed to subarachnoid haemorrhage (SAH) [I60]
- 6.3 [G44.811] Headache attributed to unruptured vascular malformation [Q28]
- 6.3.1 [G44.811] Headache attributed to saccular aneurysm [Q28.3]
- 6.3.2 [G44.811] Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM) [Q28.2]
- 6.3.3 [G44.811] Headache attributed to dural arteriovenous ?stula [I67.1]
- 6.3.4 [G44.811] Headache attributed to cavernous angioma [D18.0]
- 6.3.5 [G44.811] Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome) [Q85.8]
- 6.4 [G44.812] Headache attributed to arteritis [M31]
- 6.4.1 [G44.812] Headache attributed to giant cell arteritis (GCA) [M31.6]
- 6.4.2 [G44.812] Headache attributed to primary central nervous system (CNS) angiitis [I67.7]
- 6.4.3 [G44.812] Headache attributed to secondary central nervous system (CNS) angiitis [I68.2]
- 6.5 [G44.810] Carotid or vertebral artery pain [I63.0, I63.2, I65.0, I65.2 or I67.0]
- 6.5.1 [G44.810] Headache or facial or neck pain attributed to arterial dissection [I67.0]
- 6.5.2 [G44.814] Post-endarterectomy headache [I97.8]
- 6.5.3 [G44.810] Carotid angioplasty headache
- 6.5.4 [G44.810] Headache attributed to intracranial endovascular procedures
- 6.5.5 [G44.810] Angiography headache
- 6.6 [G44.810] Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT) [I63.6]
- 6.7 [G44.81] Headache attributed to other intracranial vascular disorder
- 6.7.1 [G44.81] Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL) [I67.8]
- 6.7.2 [G44.81] Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)[G31.81]
- 6.7.3 [G44.81] Headache attributed to benign angiopathy of the central nervous system [I99]
- 6.7.4 [G44.81] Headache attributed to pituitary apoplexy [E23.6]
- 7. [G44.82] Headache attributed to non-vascular intracranial disorder**
- 7.1 [G44.820] Headache attributed to high cerebrospinal fluid pressure
- 7.1.1 [G44.820] Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH) [G93.2]
- 7.1.2 [G44.820] Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes
- 7.1.3 [G44.820] Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus [G91.8]
- 7.2 [G44.820] Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure
- 7.2.1 [G44.820] Post-dural puncture headache [G97.0]
- 7.2.2 [G44.820] CSF fistula headache [G96.0]

7.2.3	[G44.820]	Headache attributed to spontaneous (or idiopathic) low CSF pressure
7.3	[G44.82]	Headache attributed to non-infectious inflammatory disease
7.3.1	[G44.823]	Headache attributed to neurosarcoidosis [D86.8]
7.3.2	[G44.823]	Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis [code to specify aetiology]
7.3.3	[G44.823]	Headache attributed to other non-infectious inflammatory disease [code to specify aetiology]
7.3.4	[G44.82]	Headache attributed to lymphocytic hypophysitis [E23.6]
7.4	[G44.822]	Headache attributed to intracranial neoplasm [C00-D48]
7.4.1		caused by neoplasm [code to specify neoplasm]
7.4.2	[G44.822]	Headache attributed directly to neoplasm [code to specify neoplasm]
7.4.3	[G44.822]	Headache attributed to carcinomatous meningitis [C79.3]
7.4.4	[G44.822]	Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion [E23.0]
7.5	[G44.824]	Headache attributed to intrathecal injection [G97.8]
7.6	[G44.82]	Headache attributed to epileptic seizure [G40.x or G41.x to specify seizure type]
7.6.1	[G44.82]	Hemicrania epileptica [G40.x or G41.x to specify seizure type]
7.6.2	[G44.82]	Post-seizure headache [G40.x or G41.x to specify seizure type]
7.7	[G44.82]	Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1) [Q07.0]
7.8	[G44.82]	Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
7.9	[G44.82]	Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder
8.	[G44.4 or G44.83]	Headache attributed to a substance² or its withdrawal
8.1	[G44.40]	Headache induced by acute substance use or exposure
8.1.1	[G44.400]	Nitric oxide (NO) donor-induced headache [X44]
8.1.1.1	[G44.400]	Immediate NO donor-induced headache [X44]
8.1.1.2	[G44.400]	Delayed NO donor-headache [X44]
8.1.2	[G44.40]	Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache [X44]
8.1.3	[G44.402]	Carbon monoxide-induced headache [X47]
8.1.4	[G44.83]	Alcohol-induced headache [F10]
8.1.4.1	[G44.83]	Immediate alcohol-induced headache [F10]
8.1.4.2	[G44.83]	Delayed alcohol-induced headache [F10]
8.1.5	[G44.4]	Headache induced by food components and additives
8.1.5.1	[G44.401]	Monosodium glutamate-induced headache [X44]
8.1.6	[G44.83]	Cocaine-induced headache [F14]
8.1.7	[G44.83]	Cannabis-induced headache [F12]
8.1.8	[G44.40]	Histamine-induced headache [X44]

²In ICD-10 substances are classified according to the presence or absence of a dependence-producing property. Headaches associated with psychoactive substances (dependence-producing) are classified in G44.83 with an additional code to indicate the nature of the disorder related to the substance use: eg, intoxication (F1x.0), dependence (F1x.2), withdrawal (F1x.3), etc. The 3rd character can be used to indicate the specific substance involved: eg, F10 for alcohol, F15 for caffeine, etc. Abuse of non-dependence-producing substances is classified in F55, with a 4th character to indicate the substance: eg, F55.2 abuse of analgesics. Headaches related to non-dependence-producing substances are classified in G44.4.

- 8.1.8.1 [G44.40] Immediate histamine-induced headache [X44]
- 8.1.8.2 [G44.40] Delayed histamine-induced headache [X44]
- 8.1.9 [G44.40] Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache [X44]
- 8.1.9.1 [G44.40] Immediate CGRP-induced headache [X44]
- 8.1.9.2 [G44.40] Delayed CGRP-induced headache [X44]
- 8.1.10 [G44.41] Headache as an acute adverse event attributed to medication used or other indications [code to specify substance]
- 8.1.11 [G44.4 or G44.83] Headache induced by other acute substance use or exposure [code to specify substance]
- 8.2 [G44.41 or G44.83] Medication-overuse headache (MOH)
- 8.2.1 [G44.411] Ergotamine-overuse headache [Y52.5]
- 8.2.2 [G44.41] Triptan-overuse headache
- 8.2.3 [G44.410] Analgesic-overuse headache [F55.2]
- 8.2.4 [G44.83] Opioid-overuse headache [F11.2]
- 8.2.5 [G44.410] Combination medication-overuse headache [F55.2]
- 8.2.6 [G44.410] Headache attributed to other medication overuse [code to specify substance]
- 8.2.7 [G44.41 or G44.83] Probable medication-overuse headache [code to specify substance]
- 8.3 [G44.4] Headache as an adverse event attributed to chronic medication [code to specify substance]
- 8.3.1 [G44.418] Exogenous hormone-induced headache [Y42.4]
- 8.4 [G44.83] Headache attributed to substance withdrawal
- 8.4.1 [G44.83] Caffeine-withdrawal headache [F15.3]
- 8.4.2 [G44.83] Opioid-withdrawal headache [F11.3]
- 8.4.3 [G44.83] Oestrogen-withdrawal headache [Y42.4]
- 8.4.4 [G44.83] Headache attributed to withdrawal from chronic use of othersubstances [code to specify substance]
- 9. Headache attributed to infection**
- 9.1 [G44.821] Headache attributed to intracranial infection [G00-G09]
- 9.1.1 [G44.821] Headache attributed to bacterial meningitis [G00.9]
- 9.1.2 [G44.821] Headache attributed to lymphocytic meningitis [G03.9]
- 9.1.3 [G44.821] Headache attributed to encephalitis [G04.9]
- 9.1.4 [G44.821] Headache attributed to brain abscess [G06.0]
- 9.1.5 [G44.821] Headache attributed to subdural empyema [G06.2]
- 9.2 [G44.881] Headache attributed to systemic infection [A00-B97]
- 9.2.1 [G44.881] Headache attributed to systemic bacterial infection [code to specify aetiology]
- 9.2.2 [G44.881] Headache attributed to systemic viral infection [code to specify aetiology]
- 9.2.3 [G44.881] Headache attributed to other systemic infection [code to specify aetiology]
- 9.3 [G44.821] Headache attributed to HIV/AIDS [B22]
- 9.4 [G44.821 or G44.881] Chronic post-infection headache [code to specify aetiology]
- 9.4.1 [G44.821] Chronic post-bacterial meningitis headache [G00.9]
- 10. Headache attributed to disorder of homoeostasis**
- 10.1 [G44.882] Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia

- 10.1.1 [G44.882] High-altitude headache [W94]
- 10.1.2 [G44.882] Diving headache
- 10.1.3 [G44.882] Sleep apnoea headache [G47.3]
- 10.2 [G44.882] Dialysis headache [Y84.1]
- 10.3 [G44.813] Headache attributed to arterial hypertension [I10]
 - 10.3.1 [G44.813] Headache attributed to phaeochromocytoma [D35.0 (benign) or C74.1 (malignant)]
 - 10.3.2 [G44.813] Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy [I10]
 - 10.3.3 [G44.813] Headache attributed to hypertensive encephalopathy [I67.4]
 - 10.3.4 [G44.813] Headache attributed to pre-eclampsia [O13-O14]
 - 10.3.5 [G44.813] Headache attributed to eclampsia [O15]
 - 10.3.6 [G44.813] Headache attributed to acute pressor response to an exogenous agent [code to specify aetiology]
- 10.4 [G44.882] Headache attributed to hypothyroidism [E03.9]
- 10.5 [G44.882] Headache attributed to fasting [T73.0]
- 10.6 [G44.882] Cardiac cephalalgia [code to specify aetiology]
- 10.7 [G44.882] Headache attributed to other disorder of homeostasis [code to specify aetiology]

- 11. [G44.84] Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures**
 - 11.1 [G44.840] Headache attributed to disorder of cranial bone [M80-M89.8]
 - 11.2 [G44.841] Headache attributed to disorder of neck [M99]
 - 11.2.1 [G44.841] Cervicogenic headache [M99]
 - 11.2.2 [G44.842] Headache attributed to retropharyngeal tendonitis [M79.8]
 - 11.2.3 [G44.841] Headache attributed to craniocervical dystonia [G24]
 - 11.3 [G44.843] Headache attributed to disorder of eyes
 - 11.3.1 [G44.843] Headache attributed to acute glaucoma [H40]
 - 11.3.2 [G44.843] Headache attributed to refractive errors [H52]
 - 11.3.3 [G44.843] Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or manifest squint) [H50.3-H50.5]
 - 11.3.4 [G44.843] Headache attributed to ocular inflammatory disorder [code to specify aetiology]
 - 11.4 [G44.844] Headache attributed to disorder of ears [H60-H95]
 - 11.5 [G44.845] Headache attributed to rhinosinusitis [J01]
 - 11.6 [G44.846] Headache attributed to disorder of teeth, jaws or related structures [K00 K14]
 - 11.7 [G44.846] Headache or facial pain attributed to temporomandibular joint (TMJ) disorder [K07.6]
 - 11.8 [G44.84] Headache attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structures [code to specify aetiology]

- 12. [R51] Headache attributed to psychiatric disorder**
 - 12.1 [R51] Headache attributed to somatisation disorder [F45.0]
 - 12.2 [R51] Headache attributed to psychotic disorder [code to specify aetiology]

- 13. [G44.847, G44.848 or G44.85] Cranial neuralgias and central causes of facial pain**

- 13.1 [G44.847] Trigeminal neuralgia
- 13.1.1 [G44.847] Classical trigeminal neuralgia [G50.00]
- 13.1.2 [G44.847] Symptomatic trigeminal neuralgia [G53.80] + [code to specify aetiology]
- 13.2 [G44.847] Glossopharyngeal neuralgia
- 13.2.1 [G44.847] Classical glossopharyngeal neuralgia [G52.10]
- 13.2.2 [G44.847] Symptomatic glossopharyngeal neuralgia [G53.830] + [code to specify aetiology]
- 13.3 [G44.847] Nervus intermedius neuralgia [G51.80]
- 13.4 [G44.847] Superior laryngeal neuralgia [G52.20]
- 13.5 [G44.847] Nasociliary neuralgia [G52.80]
- 13.6 [G44.847] Supraorbital neuralgia [G52.80]
- 13.7 [G44.847] Other terminal branch neuralgias [G52.80]
- 13.8 [G44.847] Occipital neuralgia [G52.80]
- 13.9 [G44.851] Neck-tongue syndrome
- 13.10 [G44.801] External compression headache
- 13.11 [G44.802] Cold-stimulus headache
- 13.11.1 [G44.8020] Headache attributed to external application of a cold stimulus
- 13.11.2 [G44.8021] Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus
- 13.12 [G44.848] Constant pain caused by compression, irritation or distortion of cranial nerves or upper cervical roots by structural lesions [G53.8] + [code to specify aetiology]
- 13.13 [G44.848] Optic neuritis [H46]
- 13.14 [G44.848] Ocular diabetic neuropathy [E10-E14]
- 13.15 [G44.881 or G44.847] Head or facial pain attributed to herpes zoster
- 13.15.1 [G44.881] Head or facial pain attributed to acute herpes zoster [B02.2]
- 13.15.2 [G44.847] Post-herpetic neuralgia [B02.2]
- 13.16 [G44.850] Tolosa-Hunt syndrome
- 13.17 [G43.80] Ophthalmoplegic 'migraine'
- 13.18 [G44.810 or G44.847] Central causes of facial pain
- 13.18.1 [G44.847] Anaesthesia dolorosa [G52.800] + [code to specify aetiology]
- 13.18.2 [G44.810] Central post-stroke pain [G46.21]
- 13.18.3 [G44.847] Facial pain attributed to multiple sclerosis [G35]
- 13.18.4 [G44.847] Persistent idiopathic facial pain [G50.1]
- 13.18.5 [G44.847] Burning mouth syndrome [code to specify aetiology]
- 13.19 [G44.847] Other cranial neuralgia or other centrally mediated facial pain [code to specify aetiology]
- 14. [R51] Other headache, cranial neuralgia, central or primary facial pain**
- 14.1 [R51] Headache not elsewhere classified
- 14.2 [R51] Headache unspecified

Part one

一、原發性頭痛

Part one :The primary headaches

偏頭痛

(Migraine)

緊縮型頭痛

(Tension-type headache)

叢發性頭痛與其他三叉自律神經頭痛

(Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias)

其他原發性頭痛

(Other primary headaches)

1. 偏頭痛 (Migraine)

傅中玲 王署君 譯

-
- 1.1 無預兆偏頭痛 (Migraine without aura)
 - 1.2 預兆偏頭痛 (Migraine with aura)
 - 1.2.1 典型預兆偏頭痛性頭痛(Typical aura with migraine headache)
 - 1.2.2 典型預兆非偏頭痛性頭痛(Typical aura with non-migraine headache)
 - 1.2.3 不伴隨頭痛之典型預兆(Typical aura without headache)
 - 1.2.4 家族性偏癱偏頭痛(Familial hemiplegic migraine)
 - 1.2.5 散發性偏癱偏頭痛(Sporadic hemiplegic migraine)
 - 1.2.6 基底型偏頭痛(Basilar-type migraine)
 - 1.3 通常為偏頭痛前驅之孩童週期性症候群(Childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine)
 - 1.3.1 週期性嘔吐 (Cyclical vomiting)
 - 1.3.2 腹部偏頭痛 (Abdominal migraine)
 - 1.3.3 良性孩童期發作性眩暈(Benign paroxysmal vertigo of childhood)
 - 1.4 視網膜偏頭痛 (Retinal migraine)
 - 1.5 偏頭痛併發症 (Complications of migraine)
 - 1.5.1 慢性偏頭痛 (Chronic migraine)
 - 1.5.2 偏頭痛重積狀態 (Status migrainosus)
 - 1.5.3 無梗塞之持續性預兆(Persistent aura without infarction)
 - 1.5.4 偏頭痛腦梗塞 (Migrainous infarction)
 - 1.5.5 偏頭痛引發之癲癇發作(Migraine-triggered seizure)
 - 1.6 可能偏頭痛 (Probable migraine)
 - 1.6.1 可能無預兆偏頭痛(Probable migraine without aura)
 - 1.6.2 可能預兆偏頭痛 (Probable migraine with aura)
 - 1.6.5 可能慢性偏頭痛 (Probable chronic migraine)
-

登錄他處：

由其他疾患引發類似偏頭痛的頭痛 (症狀性偏頭痛)，需登錄該疾患之代碼。

一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個具有偏頭痛特點的頭痛首次發生時，時間點上又與另一已知會造成頭痛的疾患有密切關連者，將其登錄為歸因於該致痛疾患所引發的次發性頭痛。如果既存在之偏頭痛惡化，在時間點上與另一已知會造成頭痛的疾患密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可診斷為偏頭痛，或診斷有兩種頭痛，即偏頭痛與因另一疾患所引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與該疾患有十分密切的時間點關連、偏頭痛明顯惡化、有充分證據證實該疾患能造成或惡化偏頭痛，且當該疾患恢復後，偏頭痛緩解。

前言：

偏頭痛是一種常見，會造成失能的原發性頭痛疾病。流行病學研究已證實它的高盛行率和其對社會經濟及個人的高度衝擊。世界衛生組織對全球所有會造成失能疾病之排名，偏頭痛現在位居第19名。

偏頭痛可分為兩個主要亞型。1.1 無預兆偏頭痛是一種有特定特徵的頭痛及伴隨症狀的臨床症候群。1.2 預兆偏頭痛的主要特徵為通常在頭痛之前或有時在頭痛時，產生局部神經學症狀。部份病人也會經歷頭痛前幾小時或幾日之前驅期 (premonitory phase)，和頭痛之後的緩解期。前驅期和緩解期症狀包括活力亢進或低下、憂鬱、嗜好某些特別食物、反覆打呵欠，和有些病人所報告的其他較不典型的症狀。如病人不只符合一種偏頭痛亞型的基準，所有亞型皆應列入診斷和登錄。舉例來說，一個病人常常有預兆偏頭痛發作，但是有時也有無預兆偏頭痛發作，則應登錄為1.2 預兆偏頭痛和1.1 無預兆偏頭痛。

1.1 無預兆偏頭痛 Migraine without aura

舊稱：

尋常偏頭痛 (common migraine)、簡單半邊頭痛 (hemiplegia simplex)

描述：

反覆發生的頭痛，每次持續4-72小時。典型頭痛特徵為單側，搏動性，頭痛程度中或重度，日常活動會加劇頭痛，常伴隨噁心及/或畏光及怕吵。

診斷基準：

- A. 至少有5次 (註1) 能符合基準B-D的發作
- B. 頭痛發作持續4-72小時 (未經治療或治療無效) (註2,3,4)
- C. 頭痛至少具下列二項特徵：
 - 1. 單側 (註5,6)

2. 搏動性 (註7)
 3. 疼痛程度中或重度
 4. 日常活動會使頭痛加劇或避免此類活動 (如走路或爬樓梯)
- D. 頭痛發作時至少有下列一項：
1. 噁心及/或嘔吐
 2. 畏光及怕吵 (註8)
- E. 非歸因於其他疾患 (註9)

註記：

1. 要區分1.1 無預兆偏頭痛與2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 有時相當困難，因此需至少5次發作。若病人符合了1.1無預兆偏頭痛 基準，但頭痛發作次數少於5次，則應登錄為1.6.1可能無預兆偏頭痛。
2. 如病人於偏頭痛發作時入睡，醒來後偏頭痛消失，則頭痛發作時間計算到醒來時間為止。
3. 孩童發作可持續1-72小時 (然而孩童未治療頭痛時間少於2小時，需有前瞻性日誌研究來加強佐證)
4. 如果每月頭痛發作 ≥ 15 日，且 > 3 個月，應登錄為1.1無預兆偏頭痛及1.5.1慢性偏頭痛。
5. 幼童的偏頭痛常是雙側；於青少年後期或成人初期，成人模式之單側痛才逐漸顯現。
6. 偏頭痛通常位於額顳部。無論是單或雙側，發生在孩童的枕部頭痛很罕見，診斷上要小心；很多病例是構性病變所造成。
7. 搏動性指撲通撲通的跳或隨心跳改變。
8. 幼童的畏光與怕吵症狀，可由他們的行為來推斷。
9. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存在，但偏頭痛首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

說明：

1.1 無預兆偏頭痛 是偏頭痛最常見的亞型。它的平均發作頻率較高，而且通常對失能的影響比1.2 預兆偏頭痛 更大。

無預兆偏頭痛常與月經有密切關係。與第一版的「國際頭痛疾病分類」不同，本版列出A1.1.1 純月經偏頭痛 以及A1.1.2 與月經相關偏頭痛 基準，只不過是列在附錄中，因為目前尚無法確認這些是獨特之疾病實體。

在沒有藥物過度使用時，非常頻繁的偏頭痛發作，現在歸類為1.5.1 慢性偏頭痛。無預兆偏頭痛是

最容易隨著頻繁使用症狀治療藥物而加劇的疾患，結果衍生出一種新的頭痛，登錄為8.2 藥物過度使用頭痛。

無預兆頭痛發作時，局部腦血流並沒有顯示皮質傳播性抑制 (cortical spreading depression)，然而疼痛活化可引起腦幹與皮質血流改變。這與預兆偏頭痛特定的病理機轉—傳播性腦缺血不同。因此，無預兆偏頭痛與傳播性抑制現象無關。可是傳遞訊息的分子一氧化氮 (NO) 與calcitonin-gene-related peptide (CGRP) 卻明確相關。雖然此病先前被認為主要是血管性，但在過去幾十年間，血管周圍神經末梢敏感化 (sensitization) 及發作源於中樞神經系統的重要性已漸漸受到注意。同時，在這個系統中偏頭痛的疼痛傳遞迴路，與神經傳導的幾個方面已經確知。翠普登 (triptans)，一類屬於5HT_{1B/D} 接受器促進劑的藥物，對此有重大貢獻。這類藥物因其對接受器有高度專一性，在頭痛急性發作時療效顯著，它們的作用機轉提供了偏頭痛機轉的全新觀點。現在很清楚，無預兆頭痛是一種神經生物學的疾患，而現今臨床與基礎神經科學加速增進我們對偏頭痛機轉的知識。

1.2 預兆偏頭痛 Migraine with aura

舊稱：

典型偏頭痛 (classic or classical migraine)、眼、偏麻、偏癱或失語偏頭痛 (ophthalmic、hemiparaesthetic, hemiplegic or aphasic migraine)、附屬偏頭痛 (migraine accompagnee)、複雜偏頭痛 (complicated migraine)

登錄他處：

13.17 眼肌麻痺”偏頭痛”

描述：

反覆發生可逆的局部神經學症狀，通常在5-20分鐘內逐漸產生，持續不超過60分鐘。具無預兆偏頭痛特徵的頭痛，通常在預兆症狀後發生。少數情況下，跟隨的頭痛沒有偏頭痛特徵，甚或完全沒有頭痛。

診斷基準：

- A. 至少2次能符合基準B的發作
- B. 偏頭痛預兆符合1.2.1-1.2.6中某亞式的基準B及C
- C. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可

能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

說明：

預兆是發生在偏頭痛頭痛開始時或不久之前的神經症狀複合體 (complex)。大部份偏頭痛病人只有無預兆頭痛發作。許多有預兆偏頭痛發作的病人，也有無預兆發作 (登錄為1.2預兆偏頭痛及1.1無預兆偏頭痛)。

在有預兆或無預兆偏頭痛發作前數小時到1-2日，可出現前驅症狀 (premonitory symptoms)。前驅症狀包括疲倦、注意力難以集中、頸部僵硬、對光或聲音敏感、噁心、視覺模糊、打呵欠及臉色蒼白等不同症狀組合。最好避免使用「前兆 (prodrome)」及「警告症狀 (warning symptoms)」這些詞彙，因為它們常被誤用來涵括「預兆」。

大部份的偏頭痛預兆常會伴隨符合1.1 無預兆偏頭痛基準的頭痛，因此1.2.1 典型預兆偏頭痛性頭痛在以下單獨列出。偏頭痛預兆有時也伴隨不符合1.1 無預兆偏頭痛基準的頭痛。有些情況下，偏頭痛預兆並沒有出現頭痛。這2種亞式目前已清楚區別。有類似特點的預兆也曾曾在其他清楚定義的頭痛類型中被報告過，包括叢發性頭痛；預兆與頭痛之間的關係並未完全了解。

在預兆症狀出現之前或同時，與臨床患部相對應及通常包含更廣一點區域的大腦皮質的局部腦血流量會減少。血流減少通常始於腦部後方且朝前方傳播，通常比腦缺血之閾值為高。一至數小時後，該處逐漸變為充血區。Leão氏皮質傳播性抑制現象被認為與之有關。

系統性研究顯示許多有視覺預兆的病人偶有肢體症狀。相反地，有肢體症狀的病人幾乎都有視覺預兆。因此視覺預兆偏頭痛及偏麻偏頭痛之區別可能只是人為，因而在本次分類上並未區隔。有肢體無力症狀的病人，因為顯性遺傳型式 (1.2.4 家族性偏癱偏頭痛) 及臨床差異，所以另外歸類。預兆偏頭痛和家族性偏癱偏頭痛之基因關係尚未被確立。

以前定義的症候群延長預兆偏頭痛和急性預兆偏頭痛已不再使用。大多數有此類發作的病人也具有其他符合1.2預兆偏頭痛中的任何一亞式基準的發作，應該要登錄為該診斷。剩下的則應登錄為1.6.2可能預兆偏頭痛，並在括弧中詳列非典型的特徵 (延長預兆或急性預兆)

1.2.1 典型預兆偏頭痛性頭痛 Typical aura with migraine headache

描述：

典型預兆包括視覺及/或感覺及/或語言症狀。預兆為逐漸發生，持續時間不超過一小時，混合了正向與負向特徵及完全可逆性，並且伴隨符合1.1無預兆偏頭痛基準的頭痛。

診斷基準：

A. 至少有2次符合基準B-D的發作

B. 預兆至少包括下列一項，但無肢體無力：

1. 完全逆視覺症狀，包括正向特徵 (如：閃爍的光、點或線) 及/或負向特徵 (即視力喪失)
2. 完全可逆感覺症狀，包括正向特徵 (即針刺感) 及/或負向特徵 (即麻木感)
3. 完全可逆失語性語言障礙

C. 至少具下列2項：

1. 同名側的視覺症狀 (註1) 及/或單側感覺症狀
2. 至少一種預兆症狀在 ≥ 5 分鐘逐漸產生，及/或不同預兆症狀，在 ≥ 5 分鐘相繼發生
3. 每一種症狀持續 ≥ 5 及 ≤ 60 分鐘

D. 符合1.1 無預兆偏頭痛基準B-D的頭痛，在預兆同時或預兆之後的60分鐘內發生

E. 非歸因於其他疾患 (註2)

註記：

1. 可能發生中央視力喪失或模糊。
2. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存在，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

說明：

這是最常見的、伴隨預兆的偏頭痛症候群，經過詳細病史即可做診斷，雖然在極少的情況下仍有次發性類似疾患 (secondary mimics)，包括頸動脈剝離、動靜脈畸形與癲癇發作。

視覺預兆是最常見的預兆型態，通常表現為有如中世紀城堡周圍閃輝暗點 (fortification spectrum)，也就是由注視點產生之字形影像，逐漸向右或向左擴散，成為有稜角、閃爍金邊且往外凸出的形狀，隨後有不同程度的絕對或相對暗點。有些病例是無正向特徵的暗點，常以為是急性發作，但經仔細觀察，通常是逐漸擴大。其次較常見的為針刺般的感覺異常，慢慢由一

點逐漸擴及一側身體及臉部之部份或全部。麻木感可接著發生，但也可以是唯一症狀。較少見之預兆症狀是言語障礙，通常為失語性，但時常難以分類。如預兆中包括肢體無力，則登錄為1.2.4 家族性偏癱偏頭痛 或1.2.5 散發性偏癱偏頭痛。

預兆症狀通常一個接著一個發生，由視覺開始，接著是感覺症狀及失語症；但也有相反或其他順序。病人常覺得他們的症狀難以描述，因此應教導病人如何將症狀發生的時間及經過記錄下來。經過如此前瞻性的觀察，可使臨床影像變得鮮明。常見的錯誤包括頭痛的單側性報告有錯誤，逐漸發作說成忽然發作，同名側偏盲以為是單眼視覺障礙，預兆持續時間不正確，以及誤認感覺消失為無力等。初診後，利用預兆日記可確認診斷。

1.2.2 典型預兆非偏頭痛性頭痛 Typical aura with non-migraine headache

描述：

包括有視覺及/或感覺及/或語言症狀。預兆為逐漸發生，持續時間不超過一小時，混合了正向與負向特徵及完全可逆性，並且伴隨不符合1.1 無預兆偏頭痛 基準的頭痛。

診斷基準：

- A. 至少有2次符合基準B-D的發作
- B. 預兆至少包括下列一項，但無肢體無力：
 1. 完全可逆視覺症狀，包括正向特徵（如：閃爍的光、點或線）及/或負向特徵（即視力喪失）
 2. 完全可逆感覺症狀，包括正向特徵（即針刺感）及/或負向特徵（即麻木感）
 3. 完全可逆失語性語言障礙
- C. 至少具下列2項：
 1. 同名側的視覺症狀（註1）及/或單側感覺症狀
 2. 至少一種預兆症狀在 ≥ 5 分鐘逐漸產生，及/或不同預兆症狀，在 ≥ 5 分鐘相繼發生
 3. 每一種症狀持續 ≥ 5 及 ≤ 60 分鐘
- D. 不符合1.1 無預兆偏頭痛 基準B-D的頭痛，在預兆同時或預兆後的60分鐘內發生
- E. 非歸因於其他疾患（註2）

註記：

1. 可能發生中央視力喪失或模糊。
2. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或

這疾患雖存在，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

說明：

在無符合1.1 無預兆偏頭痛 基準的頭痛時，準確診斷預兆與鑑別其他可能為嚴重疾病（如：暫時性腦缺血）的發作症狀，變得更加重要。

1.2.3 不伴隨頭痛之典型預兆 Typical aura without headache

描述：

典型預兆包括有視覺和/或感覺和/或語言症狀。預兆為逐漸發生，持續時間不超過一小時，混合了正向與負向特徵及完全可逆性，並且不伴隨頭痛。

診斷基準：

- A. 至少有2次符合基準B-D的發作
- B. 預兆至少包括下列一項，但無肢體無力：
 1. 完全可逆視覺症狀，包括正向特徵（如：閃爍的光、點或線）及/或負向特徵（即視力喪失）
 2. 完全可逆感覺症狀，包括正向特徵（即針刺感）及/或負向特徵（即麻木感）
 3. 完全可逆失語性語言障礙
- C. 至少具下列2項：
 1. 同名側的視覺症狀（註1）及/或單側感覺症狀
 2. 至少一種預兆症狀在 ≥ 5 分鐘逐漸產生，及/或不同預兆症狀，在 ≥ 5 分鐘相繼發生
 3. 每一種症狀持續 ≥ 5 和 ≤ 60 分鐘
- D. 在預兆同時或預兆後的60分鐘內無頭痛發生
- E. 非歸因於其他疾患（註2）

註記：

1. 可能發生中央視力喪失或模糊。
2. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存在，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

說明：

有些病人在典型預兆後每次都接著偏頭痛性頭痛發作，但除此之外，很多病人在預兆發作之後，可能接著非偏頭痛性頭痛或甚至沒有頭痛。少數的病人僅僅只有1.2.3 不伴隨頭痛之典型預兆，但更普遍的是，當患有1.2.1 典型預兆偏頭痛性頭痛 的病人年齡漸長時，即使預兆仍然持續，他們的頭痛可能失去偏

頭痛的特性，或完全沒有頭痛。有些人，主要是男性，從一開始就是1.2.3 不伴隨頭痛之典型預兆。

在無符合1.1 無預兆偏頭痛 基準的頭痛時，準確診斷預兆與鑑別其他可能為嚴重疾病 (如：暫時性腦缺血) 的發作症狀，變得更加重要。要區別這些須做診察。特別是年過40歲才出現預兆，以負向特徵 (如：偏盲症) 為主，或當預兆延長或非常短，應先排除其他原因。

1.2.4 家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine (FHM)

描述：

偏頭痛預兆包括肢體無力，而且其一等或二等親中，至少一人有包括肢體無力之偏頭痛預兆。

診斷基準：

A. 至少有2次符合基準B-D的發作

B. 預兆包含完全可逆的肢體無力，和至少下列一項：

1. 完全可逆視覺症狀，包括正向特徵 (如：閃爍的光、點或線) 及/或負向特徵 (即視力喪失)
2. 完全可逆感覺症狀，包括正向特徵 (即針刺感) 及/或負向特徵 (即麻木感)
3. 完全可逆失語性語言障礙

C. 至少具下列2項：

1. 至少一種預兆症狀在 ≥ 5 分鐘逐漸產生，及/或不同預兆症狀，在 ≥ 5 分鐘相繼發生
2. 每一種症狀持續 ≥ 5 分鐘及 < 24 小時
3. 符合1.1 無預兆偏頭痛 基準B-D的頭痛，在預兆時或預兆後的60分鐘內發生

D. 其一等或二等親屬中，至少有一人符合基準A-E的發作

E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存在，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

說明：

要區分肢體無力與感覺喪失有時會有困難。

新的遺傳學研究結果使我們能比以前更準確的定義家族性偏癱偏頭痛 (FHM)。1.2.4 家族性偏癱偏頭痛 中一些特定的基因亞型已被發現：家族性偏癱偏頭

痛第一型 (FHM1) 於第19染色體上CACNA1A3基因有突變，而家族性偏癱偏頭痛第二型 (FHM2) 則在第1染色體上ATP1A2基因發生突變。如果已作基因測試，基因的亞型應詳列在括弧內。

除了典型預兆症狀外，FHM1時常伴隨基底型症狀，而頭痛總是會出現。FHM1發作時，可能會產生意識障礙 (有時會昏迷)、發燒、腦脊髓液白血球增生與意識混亂。輕微的頭部外傷可能誘發FHM1。約50%FHM1家庭，在與偏頭痛發作無關的情形下，產生慢性漸進性小腦運動失調。

FHM1常被誤診為癲癇，導致治療失敗。

1.2.5 散發性偏癱偏頭痛 Sporadic hemiplegic migraine

描述：

偏頭痛預兆包括肢體無力，但其一等或二等親中並無包括肢體無力之預兆。

診斷基準：

A. 至少有2次符合基準B-D的發作

B. 預兆包含完全可逆的肢體無力，和至少下列一項：

1. 完全可逆視覺症狀，包括正向特徵 (如：閃爍的光、點或線) 及/或負向特徵 (即視力喪失)
2. 完全可逆感覺症狀，包括正向特徵 (即針刺感) 及/或負向特徵 (即麻木感)
3. 完全可逆失語性語言障礙

C. 至少具下列2項：

1. 至少一種預兆症狀在 ≥ 5 分鐘逐漸產生，及/或不同預兆症狀，在 ≥ 5 分鐘相繼發生
2. 每一種症狀持續 ≥ 5 分鐘及 < 24 小時
3. 符合1.1 無預兆偏頭痛 基準B-D的頭痛，在預兆同時或預兆後的60分鐘內發生

D. 在一等或二等親中沒有符合基準A-E的發作

E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存在，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

說明：

流行病學研究顯示散發性病例的盛行率與家族性差不多；發作時與1.2.4 家族性偏癱偏頭痛有相同的

臨床特徵。

散發性病例一定需要神經影像與其他檢查來排除其他原因。為了要排除假性偏頭痛併有暫時性腦神經症狀和淋巴球增多這個疾病，需作腰椎穿刺。這種疾病多發生在男性而且常伴隨暫時性偏癱與失語症。

1.2.6 基底型偏頭痛 Basilar-type migraine

舊稱：

基底動脈偏頭痛 (Basilar artery migraine)、基底偏頭痛 (basilar migraine)

描述：

偏頭痛之預兆明顯地源自腦幹及/或兩邊大腦半球，但不會有肢體無力。

診斷基準：

- A. 至少有2次符合基準B-D的發作
- B. 預兆至少包括下列兩項完全可逆的症狀，但沒有肢體無力：
 1. 構音障礙
 2. 眩暈
 3. 耳鳴
 4. 聽力障礙 (hypacusia)
 5. 複視
 6. 在雙眼的鼻側及顛側視野同時產生視覺症狀
 7. 運動失調
 8. 意識障礙
 9. 同時兩側感覺異常
- C. 至少具下列一項：
 1. 至少一種預兆症狀在 ≥ 5 分鐘逐漸產生，及/或不同預兆症狀，在 ≥ 5 分鐘相繼發生
 2. 每一種症狀持續 ≥ 5 及 ≤ 60 分鐘
- D. 符合1.1無預兆偏頭痛 基準B-D的頭痛，在預兆時或預兆後的60分鐘內發生
- E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存在，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

說明：

基底型偏頭痛發作最常見於年青成人。許多病人

基底型與典型預兆偏頭痛混合發作 (兩者疾患皆登錄)。

如果有肢體無力症狀，則登錄為1.2.4 家族性偏癱偏頭痛 或1.2.5 散發性偏癱偏頭痛。百分之六十1.2.4 家族性偏癱偏頭痛 的病人有基底型症狀。因此，應該只在沒有肢體無力症狀的情形下，才可診斷為1.2.6 基底型偏頭痛。

許多列於基準B的症狀，因常發生於焦慮及換氣過度，而易被人誤解。

由於並不確定是否影響到基底動脈領域 (即亦可能是兩側大腦障礙)，因此目前用基底型偏頭痛來取代原來的基底動脈偏頭痛 或基底偏頭痛。

1.3 通常為偏頭痛前驅之孩童週期性症候群 Childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine

1.3.1 週期性嘔吐 Cyclical vomiting

描述：

反覆陣發性的嘔吐及嚴重噁心發作，於個別病人常有其固定模式的發作。發作時常伴隨臉色蒼白及嗜睡。於兩次發作間，症狀會完全消失。

診斷基準：

- A. 至少有5次符合基準B-D的發作
- B. 陣發性發作的嚴重噁心及嘔吐，個別病人常有固定模式的發作，持續1個小時到5日
- C. 發作時，1個小時內嘔吐至少4次，至少持續1個小時
- D. 於兩次發作間，症狀會完全消失
- E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 特別是病史與理學檢查並沒有顯示胃腸疾病的徵候。

說明：

週期性嘔吐是一種孩童時期陣發性自行緩解 (self-limiting) 的情況，在兩次發作之間是完全正常的。在第一版的「國際頭痛疾病分類」中並未將此列入孩童週期性症候群。此症候群的臨床特徵與偏頭痛相關症狀類似。過去幾年來，多方面研究顯示週期性嘔吐與偏頭痛有關。

1.3.2 腹部偏頭痛 Abdominal migraine

描述：

一種原因不明主要發生於孩童的復發性疾患，特徵為陣發性持續1至72小時的腹部正中疼痛；兩次發作間是正常的。疼痛程度是中到重度，並伴隨血管運動 (vasomotor) 症狀、噁心及嘔吐。

診斷基準：

- A. 至少有5次符合基準B-D的發作
- B. 腹部疼痛持續1至72小時 (未經治療或治療失敗)
- C. 腹部疼痛包括下列所有特徵：
 - 1. 位於腹部中線，肚臍周圍或難以定位
 - 2. 鈍痛或“就是痛”
 - 3. 中或重度
- D. 腹痛時至少下列2項發生：
 - 1. 食慾不振
 - 2. 噁心
 - 3. 嘔吐
 - 4. 臉色蒼白
- E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

- 1. 特別是病史與理學檢查沒有顯示胃腸或腎臟疾病的徵候，或此類疾病經適當診察已排除。

說明：

疼痛程度已嚴重到足以影響正常日常活動。

孩童對分辨食慾不振或噁心可能有困難。臉色蒼白常會伴隨黑眼帶。在少數病人中，臉潮紅是血管運動症狀的主要特徵。

大部分有腹部偏頭痛的孩童在日後會產生偏頭痛。

1.3.3 良性孩童期發作性眩暈 Benign paroxysmal vertigo of childhood

描述：

此項可能為異質性疾患，特徵是在健康孩童反覆發作、無預警的、短暫、陣發性眩暈並會自行緩解。

診斷基準：

- A. 至少有5次符合基準B的發作
- B. 多次無預警嚴重陣發性眩暈 (註1)，但數分鐘或小時後便自行緩解。
- C. 在不發作時，神經學檢查、聽力及前庭功能檢查皆正常

D. 腦電圖正常

註記：

- 1. 常伴隨眼震或嘔吐；有些發作會有單側搏動性頭痛

1.4 視網膜偏頭痛 Retinal migraine

描述：

重覆發生單眼視覺障礙，包括閃爍、暗點或失明，並伴隨偏頭痛。

診斷基準：

- A. 至少有2次符合基準B及C的發作
- B. 可完全恢復之單眼正向或負向視覺症狀 (如：閃爍、暗點或失明)，經由發作時檢查或 (在適當的指示下) 由患者描繪發作時的單眼視野缺陷來確定
- C. 有符合1.1 無預兆偏頭痛 基準B-D的頭痛，開始於視覺症狀產生時或過後的60分鐘內發生
- D. 無發作時眼科檢查正常
- E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

適當的診察以排除其他暫時性單眼失明的原因。

說明：

有些病人抱怨自己有單眼視覺障礙，但其實是偏盲症。曾報告有些病人不發生頭痛，但如此即無法確認其偏頭痛本質。應排除其他會引起暫時性單眼失明的原因 (黑矇症 (amaurosis fugax))，如視神經病變或頸動脈剝離。

1.5 偏頭痛併發症 Complications of migraine

說明：

之前的偏頭痛亞型與併發症應分別登錄。

1.5.1 慢性偏頭痛 Chronic migraine

描述：

在沒有藥物過度使用的情況下，偏頭痛頭痛發作的頻率，持續3個月以上，每月多達15日或超過。

診斷基準：

- A. 頭痛符合1.1 無預兆偏頭痛 的基準C及D，每月 \geq 15日，已 $>$ 3個月
- B. 非歸因於其他疾患 (註1,2)

註記：

1. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存在，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。
2. 如有藥物過度使用的情形，而且符合8.2 藥物過度使用頭痛中任一亞式的基準B，非等到停止藥物使用2個月後，狀況沒有改善時，才可確定符合1.5.1 慢性偏頭痛中的基準B(參見『說明』)。

說明：

大部份慢性偏頭痛的病例是由1.1 無預兆偏頭痛開始。因此，可將慢性化當作陣發性偏頭痛的併發症。

當慢性化形成時，頭痛陣發性發作的表現有消失的傾向，但並未被清楚證明，這情況一定發生。

當藥物過度使用時(即符合8.2 藥物過度使用頭痛中任一亞式的基準B)，這是最可能造成慢性症狀的原因。因此，這類病人登錄的預設原則為之前的偏頭痛亞型(通常為1.1 無預兆偏頭痛)，加上1.6.5 可能慢性偏頭痛以及8.2.7 可能藥物過度使用頭痛。當這些基準在停止藥物過度使用2個月後仍符合時，應該診斷為1.5.1 慢性偏頭痛及之前的偏頭痛亞型，而摒棄8.2.7 可能藥物過度使用頭痛。如停藥後2個月之內情形有改善，不再符合時，則登錄為8.2 藥物過度使用頭痛以及之前的偏頭痛亞型，而摒棄1.6.5 可能慢性偏頭痛。

這些基準需進一步研究。

1.5.2 偏頭痛重積狀態 Status migrainosus

描述：

一種使人極度失能的偏頭痛發作持續超過72個小時。

診斷基準：

- A. 該次發作在一個1.1 無預兆偏頭痛的病人，除了發作時間外，皆符合以前的典型發作
- B. 頭痛下列兩項特徵皆吻合：
 1. 不間斷持續超過72小時
 2. 重度頭痛
- C. 非歸因於其他疾患

說明：

頭痛因睡眠而中斷，和藥物使用而產生短暫緩解

並不算數。重積狀態通常可能因藥物過度使用造成，則應登錄該項。非使人極度失能的發作持續超過72小時，但除此外均符合診斷基準，則應登錄為1.6.1 可能無預兆偏頭痛。

1.5.3 無梗塞之持續性預兆 Persistent aura without infarction

描述：

預兆症狀持續超過一星期，但無放射線影像證實有梗塞。

診斷基準：

- A. 該次發作在一個1.2 預兆偏頭痛的病人，除了一或多種預兆症狀持續 >1星期外，和以前的發作相同
- B. 非歸因於其他疾患

說明：

持續預兆症狀雖罕見，但已被充分證實。它們通常為雙側，而且可能持續數月或數年之久。雖然acetazolamide及valproic acid對幾個病人有幫助，但可靠有效的治療仍未知。

必須以擴散磁共振造影排除後大腦白質病變。也必須用磁共振造影排除1.5.4 偏頭痛腦梗塞。

1.5.4 偏頭痛腦梗塞 Migrainous infarction

描述：

一種或以上的偏頭痛預兆症狀，在與其症狀一致之區域產生缺血性腦病變，經由神經影像證實。

診斷基準：

- A. 該次發作在一個1.2 預兆偏頭痛的病人，除了一或多種預兆症狀持續 >60分鐘外，皆符合以前的典型發作
- B. 神經影像證實在相關位置出現缺血性梗塞
- C. 非歸因於其他疾患

說明：

偏頭痛病人發生缺血性中風可分類為：偏頭痛合併有其他原因引發之腦梗塞；其他原因之腦梗塞，其症狀類似預兆偏頭痛；或在典型預兆偏頭痛發作當中發生腦梗塞。只有最後一種符合1.5.4 偏頭痛腦梗塞。

好幾個研究已証實在45歲以下之女性，偏頭痛會增加腦中風之風險，但在男性及老婦人尚無結論。

1.5.5 偏頭痛引發之癲癇發作 Migraine-triggered seizure

說明：

由偏頭痛預兆誘發的癲癇發作。

診斷基準：

A. 偏頭痛符合1.2 預兆偏頭痛之基準

B. 癲癇發作符合癲癇發作診斷基準之一型，並在偏頭痛預兆發作中或發作後一小時內發生

說明：

偏頭痛及癲癇是發作性腦疾患的典型例子。類似偏頭痛的頭痛，常在癲癇發作之後產生，有時則是偏頭痛發作當中或過後發生癲癇發作。這個現象有時候稱之為偏癲癇 (migralepsy)；在預兆偏頭痛的病人曾被描述過。

1.6 可能偏頭痛 Probable migraine

舊稱：

類偏頭痛疾患 (Migrainous disorder)

登錄他處：

由其他疾患併發類似偏頭痛的頭痛(症狀性偏頭痛)，需登錄該疾患之代碼。

描述：

發作及/或頭痛除一項特徵外，便符合上述一種疾病的全部基準 (1.6.3 可能通常為偏頭痛前驅之孩童週期性症候群和1.6.4 可能視網膜偏頭痛，目前尚未被承認)。

1.6.1 可能無預兆偏頭痛 Probable migraine without aura

診斷基準：

A. 尚差其中任何一項，就完全符合1.1 無預兆偏頭痛基準A-D

B. 非歸因於其他疾患

說明：

如病人符合1.5.1 慢性偏頭痛 或1.5.2 偏頭痛重積狀態的基準，就不可登錄為1.6.1 可能無預兆偏頭痛。

1.6.2 可能預兆偏頭痛 Probable migraine with aura

診斷基準：

A. 尚差其中任何一項，就完全符合1.2 預兆偏頭痛 或

它的任一亞式的基準A-D

B. 非歸因於其他疾患

1.6.5 可能慢性偏頭痛 Probable chronic migraine

診斷基準：

A. 頭痛符合1.1 無預兆偏頭痛的基準C及D，每月 \geq 15日，已 $>$ 3個月

B. 非歸因於其他疾患 (註1)，但現在或過去的2個月中，有藥物過度使用的情形，符合8.2 藥物過度使用頭痛中任一亞式的基準B

註記：

1. 病史、理學、及神經學檢查不符合第5至12群所列任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除，或這疾患雖存在，但偏頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。

加劇因素

偏頭痛可能會因為一些因素而加劇。當病人已符合偏頭痛診斷基準時，發作的程度與頻率在相對而言長期的(通常是數星期或數月)情況下，會因特定因素而增加。常報告的加劇因素包括：心理社會壓力、頻繁的攝取含酒精飲料及其他的環境因素。

誘因(促發因素)

誘因增加偏頭痛病人短期內(通常 $<$ 48小時)偏頭痛發作的機率。雖然一些誘因已由流行病學(例如：月經)或臨床試驗(例如：巧克力、阿斯巴甜代糖)好好研究過，但是個案的因果關係卻難以確認。

重要文獻

1. Migraine in general

Bille B. Migraine in childhood and its prognosis. cephalalgia 1991; 1:71 - 5.

Blau JN. Migraine prodromes separated from the aura: complete migraine. BMJ 1980; 281:658 - 60.

Diener HC, Tfelt-Hansen P. Headaches associated with chronic use of substances. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds). The Headaches. New York, Haven Press; 1993: pp. 721 - 7.

Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine - current understanding and treatment. New Engl J Med 2002; 346:257 - 70.

Lance JW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. A prospective survey of 500 patients. Arch Neurol 1966; 15:356 - 61.

Olesen J, Lipton RB. Migraine classification and diagnosis. International Headache Society criteria. Neurology 1994; 44(Suppl 4):6 - 10.

Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995; 15:45 – 68.

1.1 Migraine without aura

Bille B. A 40-year follow-up of school children with migraine. *Cephalalgia* 1997; 17:488 – 91.

Friedman AP, Storch TJC, Merritt HH. Migraine and tension headaches. A clinical study of 2000 cases. *Neurology* 1954; 4:773 – 8.

Guidetti V, Galli F. Evolution of headache in childhood and adolescence: an 8-year follow-up. *Cephalalgia*. 1998; 18:449 – 54.

Lance JW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. *Arch Neurol* 1966; 15:356 – 61.

Lewis DW, Ashwal S, Dahl G et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2002; 59:490 – 8.

Maytal J, Young M, Shechter A et al. Pediatric migraine and the International Headache Society (IHS) criteria. *Neurology* 1997; 48:602 – 7.

Olesen J. Some clinical features of the acute migraine attack. An analysis of 750 patients. *Headache* 1978; 18:268 – 71.

Olesen J, Lipton RB. Migraine classification and diagnosis. International Headache Society criteria. *Neurology* 1994; 44(Suppl 4):6 – 10.

Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991; 11:129 – 34.

Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M et al. Interrelations between migraine and tension-type headache in the general population. *Arch Neurol* 1992; 49:914 – 8.

Rothner AD, Winner P. Headaches in children and adolescents. In Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. *Wolff's Headache and other Head Pain*. New York, Oxford University Press 2001: pp. 539 – 61.

Silberstein SD, Lipton RB. Overview of diagnosis and treatment of migraine. *Neurology* 1994; 44(Suppl 7):6 – 16.

Silberstein SD. Migraine symptoms: results of a survey of self-reported migraineurs. *Headache* 1995; 35:387 – 96.

Solomon S. Migraine diagnosis and clinical symptomatology. *Headache* 1994; 34:S8 – 12.

1.2 Migraine with aura

Blau JN. Migraine prodromes separated from the aura: complete migraine. *BMJ* 1980; 281:658 – 60.

Blau JN. Resolution of migraine attacks: sleep and the recovery phase. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1982; 45:223 – 6.

Diamond S, Freitag FG, Prager J et al. Olfactory aura in migraine. *N Engl J Med* 1985; 312:1390 – 1.

Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine – current understanding and treatment. *N Engl J Med* 2002; 346:257 – 70.

Goadsby PJ. Migraine, aura, and cortical spreading depression: why are we still talking about it? *Ann Neurol* 2001; 49:4 – 6.

Jensen K, Tfelt-Hansen P, Lauritzen M, Olesen J. Classic migraine, a prospective recording of symptoms. *Acta Neurol Scand* 1986; 73:359 – 62.

Lauritzen M. Pathophysiology of the migraine aura. The spreading depression theory. *Brain* 1994; 117:199 – 210.

Leao AA. Spreading depression of activity in cerebral cortex. *J Neurophysiol* 1944; 7:359 – 90.

Manzoni G, Farina S, Lanfranchi M et al. Classic migraine: clinical findings in 164 patients. *Eur Neurol* 1985; 24:163 – 9.

Olesen J, Friberg L, Olsen TS et al. Timing and topography of cerebral blood flow, aura, and headache during migraine attacks. *Ann Neurol* 1990; 28:791 – 8.

Podoll K, Robinson D. Illusory splitting as visual aura symptom in migraine. *Cephalalgia* 2000; 20:228 – 32.

Queiroz LP, Rapoport AM, Weeks RE et al. Characteristics of migraine visual aura. *Headache* 1997; 37:137 – 41.

Rasmussen BK, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia* 1992; 12:221 – 8.

Russell MB, Iversen HK, Olesen J. Improved description of the migraine aura by a diagnostic aura diary. *Cephalalgia* 1994; 14:107 – 17.

Russel MB, Olesen J. A nosographic analysis of the migraine aura in a general population. *Brain* 1996; 119:355 – 61.

Selby G, Lance JW. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headaches. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23:23 – 32.

Silberstein SD, Young WB. Migraine aura and prodrome. *Semin Neurol* 1995; 15:175 – 82.

1.2.2 Typical aura with non-migraine headache

Matharu MJ, Goadsby PJ. Post-traumatic chronic paroxysmal hemicrania (CPH) with aura. *Neurology* 2001; 56:273 – 5.

Peres MF, Siow HC, Rozen TD. Hemicrania continua with aura. *Cephalalgia* 2002; 22:246 – 8.

Silberstein SD, Niknam R, Rozen TD et al. Cluster headache with aura. *Neurology* 2000; 54:219 – 21.

1.2.3 Typical aura without headache

Evans RW, Tietjen GE. Migrainous aura versus transient ischemic attack in an elderly migraineur. *Headache* 2001; 41:201 – 3.

Fisher CM. Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. *Can J Neurol Sci* 1980; 7:9 – 17.

Lipton RB, Pfeffer D, Newman LC et al. Headaches in the elderly. *J Pain Symptom Manage* 1993; 8:87 – 97.

Russell MB, Olesen J. A nosographic analysis of the migraine aura in a general population. *Brain* 1996; 119:355 – 61.

Whitty CVM. Migraine without headache. *Lancet* 1967; ii:283 – 85.

Willey RG. The scintillating scotoma without headache. *Ann Ophthalmol* 1979; 11:581 – 5.

Ziegler DK, Hanassein RS. Specific headache phenomena: their frequency and coincidence. *Headache* 1990; 30:152 – 60.

1.2.4 Familial hemiplegic migraine, and

1.2.5 Sporadic hemiplegic migraine

Carrera P, Stenirri S, Ferrari M et al. Familial hemiplegic migraine: a ion channel disorder. *Brain Res Bull* 2001, 56:239 – 41.

De Fusco M, Marconi R, Silvestri L et al. Haploinsufficiency of ATP1A2 encoding the Na/K pump $\alpha 2$ subunit associated with familial hemiplegic migraine type 2. *Nat Genet* 2003; advance online publication.

Ducros A, Denier C, Joutel A et al. The clinical spectrum of familial hemiplegic migraine associated with mutations in a neuronal calcium channel. *N Engl J Med* 2001, 345:17 – 24.

Gomez-Aranda F, Canadillas F, Marti-Masso JF et al. Pseudomigraine with temporary neurological symptoms and lymphocytic pleocytosis. A report of 50 cases. *Brain* 1997; 120:1105 – 13.

Haan J, Terwindt GM, Ferrari MD. Genetics of migraine. *Neurol Clin* 1997; 15:43 – 60.

Kors EE, Terwindt GM, Vermeulen FL, Fitzsimons RB, Jardine PE, Heywood P, Love S, van den Maagdenberg AM, Haan J, Frants RR, Ferrari MD. Delayed cerebral edema and fatal coma after minor head trauma: role of the CACNA1A calcium channel subunit gene and relationship with familial hemiplegic migraine. *Ann Neurol* 2001; 49:753 – 60.

Ophoff RA, Terwindt GM, Vergouwe MN et al. Familial hemiplegic migraine and episodic ataxia type-2 are caused by mutations in the Ca²⁺ channel gene CACNL1A4. *Cell* 1996; 87:543 – 52.

Ophoff RA, Terwindt GM, Vergouwe MN et al. Wolff Award 1997. Involvement of a Ca²⁺ channel gene in familial hemiplegic migraine and migraine with and without aura. *Dutch Migraine Genetics Research Group. Headache* 1997; 37:479 – 85.

Stahelin-Jensen T, Olivarius B, Kraft M, Hansen H. Familial hemiplegic migraine. A reappraisal and long-term followup study. *Cephalalgia* 1981; 1:33 – 9.

Thomsen LL, Ostergaard E, Olesen J, Russell MB. Evidence for a separate type of migraine with aura: Sporadic hemiplegic migraine. *Neurology* 2003; 60:595 – 601.

Thomsen LL, Eriksen MK, Roemer SF et al. A populationbased study of familial hemiplegic migraine suggests revised diagnostic criteria. *Brain* 2002; 125:1379 – 91.

1.2.6 Basilar-type migraine

Bickerstaff ER. Basilar artery migraine. *Lancet* 1967; i:1517.

Diamond S. Basilar artery migraine. A commonly misdiagnosed disorder. *Postgrad Med* 1987; 81:45 – 6.

Erdemoglu AK. Psychogenic basilar migraine. *Neurology* 1996;

47:302 – 3.

Kuhn WF, Kuhn SC, Daylida L. Basilar migraine. *Eur J Emerg Med* 1997; 4:33 – 8.

Muellbacher W, Mamoli B. Prolonged impaired consciousness in basilar artery migraine. *Headache* 1994; 34:282 – 5.

Panayiotopoulos CP. Basilar migraine. *Neurology* 1991; 41:1707.

Sturzenegger MH, Meienberg O. Basilar artery migraine: a follow-up study of 82 cases. *Headache* 1985; 25:408 – 15.

Sudo K, Tashiro K. Psychogenic basilar migraine. *Neurology* 1996; 46:1786 – 7.

Swanson JW, Vick NA. Basilar artery migraine. *Neurology* 1978; 28:782 – 6.

Thomsen LL, Eriksen MK, Roemer SF, Andersen I, Olesen J, Russell MB. A population-based study of familial hemiplegic migraine suggests revised diagnostic criteria. *Brain* 2002; 125:1379 – 91.

1.3.1 Cyclical vomiting

Fleisher DR. Cyclic vomiting syndrome and migraine. *J Pediatr* 1999; 134:533 – 5.

Haan J, Kors EE, Ferrari MD. Familial cyclic vomiting syndrome [In Process Citation]. *Cephalalgia* 2002; 22:552 – 4.

Li BU. Cyclic vomiting syndrome: age-old syndrome and new insights. *Semin Pediatr Neurol* 2001; 8:13 – 21.

Rashed H, Abell TL, Familoni BO et al. Autonomic function in cyclic vomiting syndrome and classic migraine. *Dig Dis Sci* 1999; 44(8 Suppl):74S – 78S.

Welch KM. Scientific basis of migraine: speculation on the relationship to cyclic vomiting. *Dig Dis Sci* 1999; 44(8 Suppl):26 – 30.

1.3.2 Abdominal migraine

Abu-Arafeh I, Russel G. Prevalence and clinical features of abdominal migraine compared with those of migraine headache. *Arch Dis Child* 1995; 72:413 – 7.

Al-Twajiri WA, Shevell MI. Pediatric migraine equivalents: occurrence and clinical features in practice. *Pediatr Neurol* 2002; 26:365 – 8.

Dignan F, Abu-Arafeh I, Russell G. The prognosis of childhood abdominal migraine. *Arch Dis Child* 2001; 84:415 – 8.

Farquar HA. Abdominal migraine in children. *BMJ* 1956; i:1082 – 5.

Russell G, Abu-Arafeh I, Symon DN. Abdominal migraine: evidence for existence and treatment options. *Paediatr Drugs* 2002; 4:1 – 8.

1.3.3 Benign paroxysmal vertigo of childhood

Drigo P, Carli G, Laverda AM. Benign paroxysmal vertigo of childhood. *Brain Dev (Netherlands)* 2001; 23:38 – 41.

Dunn DW, Snyder CH. Benign paroxysmal vertigo of childhood. *Am J Dis Child* 1976; 130:1099 – 100.

Fenichel GM. Migraine as a cause of benign paroxysmal vertigo of childhood. *J Pediatr* 1967; 71:114 – 5.

1.4 Retinal migraine

- Carroll D. Retinal migraine. *Headache* 1970; 10:9 – 13.
- Chronicle EP, Mulleners WM. Visual system dysfunction in migraine: a review of clinical and psychophysical findings. *Cephalalgia* 1996; 16:525 – 35.
- Hedges TR. Isolated ophthalmic migraine in the differential diagnosis of cerebro-ocular ischemia. *Stroke* 1976; 7:379 – 81.
- Martin TJ, Corbett JJ. Disorders of the eye. In Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. *Wolff's Headache and other Head Pain*. New York, Oxford University Press; 2001:459 – 74.
- Troost T, Zagami AS. Ophthalmoplegic migraine and retinal migraine. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The Headaches*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000: pp 511 – 6.

1.5.1 Chronic migraine

- Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ. Chronic daily headache in a tertiary care population: correlation between the International Headache Society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache. *Cephalalgia* 2002; 22:432 – 8.
- Diamond S. A view of chronic daily headache. *Headache Quarterly* 2000; 11:177.
- Mathew NT, Stubits E, Nigam MR. Transformation of migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache*. 1982; 22:66 – 8.
- Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformed or evolutive migraine. *Headache* 1987; 27:102 – 6.
- Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998; 38:497 – 506.
- Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996; 47:871 – 5.
- Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew N. Classification of daily and near-daily headaches in the headache clinic. Proposed revision to the International Headache Society Criteria. In: Olesen J. *Frontiers in Headache Research*, vol 4: *Headache Classification and Epidemiology*. New York: Raven Press, 1994: pp 117 – 26.
- Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1994; 34:1 – 7.
- Stewart WF, Scher AI, Lipton RB. Stressful life events and risk of chronic daily headache: results from the frequent headache epidemiology study. *Cephalalgia* 2001; 21:279.

1.5.2 Status migrainosus

- Couch JR, Diamond S. Status migrainosus. Causative and therapeutic aspects. *Headache* 1983; 23:94 – 101.
- Raskin NH. Treatment of status migrainosus: the American experience. *Headache* 1990; 30(Suppl 2):550 – 3.

1.5.3 Persistent aura without infarction

- Ambrosini A, de Noordhout AM, Schoenen J. Neuromuscular transmission in migraine patients with prolonged aura. *Acta Neurol Belg* 2001; 101:166 – 70.
- Bento MS, Esperanca P. Migraine with prolonged aura. *Headache* 2000; 40:52 – 3.
- Evans RW, Lay CL. A persistent migraine aura. *Headache* 2000; 40:696 – 8.
- Haan J, Sluis P, Sluis IH, Ferrari MD. Acetazolamide treatment for migraine aura status. *Neurology* 2000; 55:1588 – 9.
- Haas DC. Prolonged migraine aura status. *Ann Neurol* 1982; 11:197 – 9.
- Liu GT, Schatz NJ, Galetta SK et al. Persistent positive visual phenomena in migraine. *Neurology* 1995; 45:664 – 8.
- Luda E, Bo E, Sicuro L et al. Sustained visual aura: a totally new variation of migraine. *Headache* 1991; 31:582 – 3.
- Rothrock JF. Successful treatment of persistent migraine aura with divalproex sodium. *Neurology* 1997; 48:261 – 2.
- Smith M, Cros D, Sheen V. Hyperperfusion with vasogenic leakage by fMRI in migraine with prolonged aura. *Neurology* 2002; 58:1308 – 10.

1.5.4 Migrainous infarction

- Boussier MG, Conard J, Kittner S et al. Recommendations on the risk of ischaemic stroke associated with use of combined oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives & Hormone Replacement Therapy. *Cephalalgia* 2000; 20:155 – 6.
- Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ* 1999; 318:13 – 8.
- Connor CCR. Complicated migraine. A study of permanent neurological and visual defects. *Lancet* 1962; ii:1072 – 5.
- MacGregor EA, Guillebaud J. Combined oral contraceptives, migraine and ischaemic stroke. Clinical and Scientific Committee of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care and the Family Planning Association. *Br J Fam Plann* 1998; 24:55 – 60.
- Olesen J, Friberg L, Olsen TS, Andersen AR, Lassen NA, Hansen PE et al. Ischaemia-induced (symptomatic) migraine attacks may be more frequent than migraine-induced ischaemic insults. *Brain* 1993; 116:187 – 202.
- Rothrock JF, Walicke P, Swenson MR et al. Migrainous stroke. *Arch Neurol* 1988; 45:63 – 7.
- Tietjen GE. The relationship of migraine and stroke. *Neuroepidemiology* 2000; 19:13 – 9.
- Tzourio C, Kittner SJ, Boussier MG et al. Migraine and stroke in young women. *Cephalalgia* 2000; 20:190 – 9.

1.5.5 Migraine-triggered seizure

Friedenberg S, Dodick DW. Migraine-associated seizure: a case of reversible MRI abnormalities and persistent nondominant hemisphere syndrome. *Headache* 2000; 40:487 – 90.

Marks DA, Ehrenberg BL. Migraine-related seizures in adults with epilepsy, with EEG correlation. *Neurology*. 1993; 43:2476 – 83.

Ter Berg HW. Migraine-associated seizure: a case of reversible MRI abnormalities and persistent nondominant hemisphere syndrome. *Headache* 2001; 41:326 – 8.

Velioglu SK, Ozmenoglu M. Migraine-related seizures in an epileptic population. *Cephalalgia* 1999; 19:797 – 801.

1.6 Probable migraine

Granella F, Alessandro RD, Manzoni GC et al. International Headache Society classification: interobserver reliability in the diagnosis of primary headaches. *Cephalalgia* 1994; 14:16 – 20.

Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL et al. Diagnosis of migraine: empirical analysis of a large clinical sample of atypical migraine (IHS 1.7) patients and proposed revision of the IHS criteria. *Cephalalgia* 2001, 21:584 – 95.

Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991; 11:129 – 34.

Russell MB, Olesen J. Migrainous disorder and its relation to migraine without aura and migraine with aura. A genetic epidemiological study. *Cephalalgia* 1996; 16:431 – 5.

2. 緊縮型頭痛 Tension-type headache (TTH)

王博仁 周啟序 譯

-
- 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 (Infrequent episodic tension-type headache)
 - 2.1.1 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 (Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness)
 - 2.1.2 不常發陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 (Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness)
 - 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛 (Frequent episodic tension-type headache)
 - 2.2.1 經常陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 (Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness)
 - 2.2.2 經常陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 (Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness)
 - 2.3 慢性緊縮型頭痛 (Chronic tension-type headache)
 - 2.3.1 慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 (Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness)
 - 2.3.2 慢性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 (Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness)
 - 2.4 可能緊縮型頭痛 (Probable tension-type headache)
 - 2.4.1 可能不常發陣發性緊縮型頭痛 (Probable infrequent episodic tension-type headache)
 - 2.4.2 可能經常陣發性緊縮型頭痛 (Probable frequent episodic tension-type headache)
 - 2.4.3 可能慢性緊縮型頭痛 (Probable chronic tension-type headache)
-

舊稱：

緊張性頭痛 (tension headache)、肌肉收縮性頭痛 (muscle contraction headache)、心理肌因性頭痛 (psychomyogenic headache)、壓力性頭痛 (stress headache)、尋常性頭痛 (ordinary headache)、本態性頭痛 (essential headache)、不明原因之頭痛 (idiopathic headache) 及心因性頭痛 (psychogenic headache)

登錄他處：

歸因於其他疾患的類似緊縮型頭痛 (Tension-type-like

headache) 需登錄於該疾患的代碼。

一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個具緊縮型頭痛特徵的頭痛首次發生時，時間點上又與另一已知會造成頭痛的疾患密切關連者，將其登錄為歸因於該疾患所引發的次發性頭痛。如果既存在之緊縮型頭痛惡化，在時間點上與另一已知會造成頭痛的疾患密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為緊縮型頭痛，或診斷為兩種頭痛，即緊縮型頭痛與另一疾患所引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與該疾患有十分密切的時間點關聯、緊縮型頭痛有明顯惡化、有充分證據證實該疾患能造成或惡化緊縮型頭痛、且最後，當該疾患恢復後緊縮型頭痛改善或緩解。

前言：

緊縮型頭痛為最常見的原發性頭痛：不同研究顯示一般人口之終身盛行率從30%到78%。

儘管它具有最高度的社經影響力之事實，它同時也是最缺乏研究的原發性頭痛。

雖然此型頭痛以前被認為主要是心因性的，但自第一版「國際頭痛疾患分類」頒布後，許多隨後進行研究極力建議至少在較嚴重的亞型，緊縮型頭痛是有其神經生物學基礎。

在第一版頭痛分類中，緊縮型頭痛分為陣發性與慢性兩種，已經被證實極為有用。慢性亞型是一種會大幅降低生活品質並造成高度失能的嚴重疾病。目前此版本已決定將陣發性緊縮型頭痛再分為頭痛發作次數少於每個月1次的**不常發 (infrequent)**亞型和**經常 (frequent)**亞型。不常發亞型對個人的影響很小，不值得醫療專業太多注意。然而，經常性頭痛病人可遭受到相當程度的失能，且有時需要昂貴和預防性的藥物。當然，慢性亞型總是伴隨病人失能及高額的個人和社經成本。

第一版曾武斷地把病人分為具和不具顱周肌肉疾患兩型種。雖然這已被證實是一種有效的分類法，但是唯一真正有用的區分特徵是觸診時的壓痛感，而不是如第一版所建議的從體表肌電圖(surface EMG)或壓力測痛儀(pressure algometry)所得的證據。因此，我們現在只使用觸診，最好是控壓式的觸診來分類緊縮型頭痛的三種亞型。

緊縮型頭痛的確切機轉目前不明。周邊疼痛機轉極可能在2.1 **不常發陣發性緊縮型頭痛**和2.2 **經常陣發性緊縮型頭痛**扮演一定角色，然而，中樞疼痛機轉在2.3 **慢性緊縮型頭痛**則扮演重要角色。本此分類

次委員會鼓勵從事更多緊縮型頭痛的病理生理學機轉和治療之研究。

我們有理由相信，藉由第一版訂定的診斷基準，登錄在陣發性緊縮型頭痛的病人中包含了一些輕微型的無預兆偏頭痛病人，而登錄在慢性緊縮型頭痛的病人中也包含了一些慢性偏頭痛病人。臨床經驗也傾向這種懷疑，尤其是有些病人也有偏頭痛的發作而有些病人也能出現典型偏頭痛的病理生理學特徵 (Schoenen et al., 1987) 在本分類次委員裏，嘗試將第二版緊縮型頭痛的診斷基準訂得更嚴謹，希望把表現型類似緊縮型頭痛的偏頭痛病人排除在外。然而，這樣可能會降低基準的敏感性，且並無證據顯示這樣的改變帶來好處。因此，雖然無法達成共識，但在附錄中則提供了一個新且較嚴謹的A2 緊縮型頭痛 診斷基準。本分類次委員會，建議去比較依據明確基準 (explicit criteria) 而診斷的病人和其他依據附錄基準而診斷的病人。這不僅適用於臨床特徵，也適用於病理生理學機轉及治療反應。

2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 Infrequent episodic tension-type headache

描述：

不常發之頭痛發作，每次持續數分鐘至數日。典型之頭痛為雙側，壓迫或緊縮性，程度輕到中度，且日常活動不會加劇頭痛。無噁心之現象，但可以有畏光或怕吵。

診斷基準：

- A. 至少有十次能符合基準B-D之發作，且發作平均每月<1日（每年<12日）
- B. 頭痛持續30分鐘至7日
- C. 頭痛至少具下列二項特徵：
 - 1. 雙側
 - 2. 壓迫/緊縮性（非搏動性）
 - 3. 程度輕或中度
 - 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 下列兩項皆符合：
 - 1. 無噁心或嘔吐（可有食慾不振）
 - 2. 最多只有畏光或怕吵其中一項症狀
- E. 非歸因於其他疾患（註1）

註記：

- 1. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷

疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除。或這疾患雖存在，但頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。

2.1.1 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 的基準A-E
- B. 觸診會增加顱周壓痛

2.1.2 不常發陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 的基準A-E
- B. 顱周壓痛不會增加

說明：

緊縮型頭痛病人，最重大的異常發現是藉由觸診增加的顱周壓痛。隨著頭痛強度和頻率的增加，壓痛會增加，且於真正頭痛發作時會更加強。因肌電圖和壓力測痛儀的診斷價值有限，因此第二版已將這些記載刪除。顱周壓痛容易經由食指和中指在額肌，顳肌，嚼肌，翼狀肌 (pterygoid)，胸鎖乳突肌(sternocleidomastoid)，夾肌(splenius)和斜方肌(trapezius)的小幅度旋轉移動和施力按壓(使用觸診器輔助(palpometer)更佳)的觸診方式查覺。在每一肌肉的局部壓痛程度以0-3分計算，全部加總起來可成為個人的總壓痛指數 (total tenderness score)。已證明使用一個可以控壓的對壓力敏感之儀器，可使臨床檢查更正確且可被重覆 (reproducible)。然而，因一般臨床醫師大多沒有這種儀器，所以建議臨床醫師只要使用傳統的觸診檢查法。

觸診是治療方針的有效指引，也可以增加病情解釋上的價值和可信賴度。

2.2 經常陣發性緊縮型頭痛 Frequent episodic tension-type headache

描述：

經常之頭痛發作，每次持續數分鐘至數日。典型之頭痛為雙側，壓迫或緊縮性，程度輕到中度，且日

常活動不會加劇頭痛。無噁心之現象，但可以有畏光或怕吵。

診斷基準：

- A. 至少有十次能符合基準B-D之發作，且發作平均每月 ≥ 1 日但 < 15 日，已至少三個月（每年 ≥ 12 日且 < 180 日）。
- B. 頭痛持續30分鐘至7日
- C. 頭痛至少具下列二項特徵：
 1. 雙側
 2. 壓迫/緊縮性（非搏動性）
 3. 程度輕或中度
 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 下列兩項皆符合：
 1. 無噁心或嘔吐（可能有食慾不振）
 2. 最多只有畏光或怕吵其中一項症狀
- E. 非歸因於其他疾患（註1）

註記：

- 1. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除。或這疾患雖存在，但緊縮型頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。

說明：

經常性緊縮型頭痛常常與無預兆偏頭痛同時存在。在偏頭痛病人身上並存的緊縮型頭痛，最好以診斷式頭痛日誌確認出來。因治療偏頭痛與緊縮型頭痛的方式相當不同，而且為了選擇正確的治療方式並避免造成藥物過度使用頭痛，教育病人區別這兩種頭痛是很重要的。

2.2.1 經常陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合2.2 經常陣發性緊縮型頭痛的基準A-E
- B. 觸診會增加顱周壓痛

2.2.2 經常陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合2.2 經常陣發性緊縮型頭痛的基準A-E
- B. 顱周壓痛不會增加

2.3 慢性緊縮型頭痛Chronic tension-type headache

登錄他處：

4.8 新發生每日持續性頭痛

描述：

此疾患是由陣發性緊縮型頭痛演變而來，每日或非常頻繁的發作，每次持續數分鐘至數日。典型之頭痛為雙側，壓迫或緊縮性，程度輕到中度，不因日常活動而加劇。可能有輕度噁心、畏光或怕吵。

診斷基準：

- A. 頭痛平均發作每月 ≥ 15 日，已 > 3 個月（每年 ≥ 180 日）且符合基準B-D（註1）
- B. 頭痛持續數小時或可能持續不斷
- C. 頭痛至少合併下列二項特徵：
 1. 雙側
 2. 壓迫/緊縮性（非搏動性）
 3. 程度輕或中度
 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 符合下列兩項：
 1. 最多只有畏光、怕吵或輕度噁心其中一項症狀
 2. 無中或重度噁心也無嘔吐
- E. 非歸因於其他疾患（註2,3）

註記：

- 1. 2.3慢性緊縮型頭痛是長時間由陣發性緊縮型頭痛演變而來；若頭痛符合這些基準A-E，且明確地於第一次發生後 < 3 日內，頭痛即每日發作且無緩解，則登錄為4.8新發生每日持續性頭痛。當開始發作的情形不記得或不確定時，則登錄為2.3慢性緊縮型頭痛。
- 2. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除。或這疾患雖存在，但緊縮型頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。
- 3. 當有藥物過度使用並符合8.2 藥物過度使用頭痛中任何亞式的基準B，尚不能確定是否會符合基準E，

需等到停止藥物2個月後仍未獲得改善時才能確定。(請見說明)。

說明：

「國際頭痛疾病分類」第二版中所加入的1.5.1 慢性偏頭痛，產生了一個鑑別此頭痛和 2.3 慢性緊縮型頭痛診斷的問題。兩種診斷皆要求1個月至少有15日的頭痛(分別符合偏頭痛或緊縮型頭痛基準)。因此，理論上一個病人可以同時符合這兩種診斷。非常少數的病人每月有15或更多日的頭痛且皆符合1.5.1 慢性偏頭痛和2.3 慢性緊縮型頭痛的診斷基準。當四項頭痛特徵中有兩項(且只有兩項)且伴隨著輕度噁心就有可能如此。在這些罕見的病例中，其他不在原來明確診斷基準中的臨床證據應被列入考慮，且臨床醫師應依據最好的診斷選擇。當不確定多少次頭痛的發作符合此套或其他套頭痛的基準時，極力建議使用前瞻性的診斷性式頭痛日誌。

在許多不確定的病例中有藥物過度使用的情形。若符合8.2 藥物過度使用頭痛中的任何亞式之基準B時，就預設登錄為2.4.3 可能慢性緊縮型頭痛加上8.2.7 可能藥物過度使用頭痛。當藥物過度使用的情形停止2個月後仍然符合這些基準時，就應診斷為2.3 慢性緊縮型頭痛，此時8.2.7 可能藥物過度使用頭痛的診斷應被排除。假如在2個月內的任何時候因為頭痛病情獲得改善且不再符合這些基準時，就應診斷為8.2 藥物過度使用頭痛，此時2.4.3 可能慢性緊縮型頭痛的診斷應被排除。

應切記有些慢性緊縮型頭痛的病人，如果有嚴重的頭痛，會產生類似偏頭痛(migrainelike)的特徵；相反地，有些偏頭痛病人則產生愈來愈頻繁類似緊縮型之區間頭痛(tension-type-like interval headaches)，然而此現象的本質至今還不清楚。

2.3.1 慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛符合2.3慢性緊縮型頭痛基準A-E
- B. 觸診會增加顱周壓痛

2.3.2 慢性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛符合2.3慢性緊縮型頭痛基準A-E
- B. 顱周壓痛不會增加

2.4 可能緊縮型頭痛 Probable tension-type headache

說明：

符合這些基準其中一套的病人也許亦符合1.6 可能偏頭痛中一個亞式的基準。在這些病例中，應使用其他可得到的資料來決定那一種診斷較可能。

2.4.1 可能不常發陣發性緊縮型頭痛 Probable infrequent episodic tension-type

診斷基準：

- A. 尚差其中任何一項，發作就完全符合2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛基準A-D
- B. 不符合1.1 無預兆偏頭痛的發作
- C. 非歸因於其他疾患

2.4.2 可能經常陣發性緊縮型頭痛 Probable frequent episodic tension-type headache

診斷基準：

- A. 尚差其中任何一項，發作就完全符合2.2 經常陣發性緊縮型頭痛基準A-D
- B. 不符合1.1 無預兆偏頭痛的發作
- C. 非歸因於其他疾患

2.4.3 可能慢性緊縮型頭痛 Probable chronic tension-type headache

診斷基準：

- A. 頭痛平均發作每月 ≥ 15 日已 > 3 個月(每年 ≥ 180 日)，且符合基準B-D
- B. 頭痛持續數小時或可能持續不斷
- C. 頭痛至少具下列二項特徵：
 1. 雙側
 2. 壓迫/緊縮性(非搏動性)
 3. 程度輕或中度
 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 符合下列兩項：
 1. 最多只有畏光、怕吵或輕度噁心其中一項症狀
 2. 無中或重度噁心也無嘔吐
- E. 非歸因於其他疾患，但現在或曾在最近2個月內有藥物過度使用符合8.2 藥物過度使用頭痛之任何亞式之基準B

重要文獻及參考資料

- Ad hoc committee on classification of headache. Classification of headache. *JAMA* 1962; 179:127 – 8.
- Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies. *Clin J Pain* 1993; 9:174 – 82.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Ekman R, Olesen J. Plasma levels of substance P, neuropeptide Y and vasoactive intestinal polypeptide in patients with chronic tension-type headache. *Pain* 1999; 83:541 – 7.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Nitric oxide-induced headache in patients with chronic tension-type headache. *Brain* 2000; 23:1830 – 7.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Sakai F, Olesen J. Muscle hardness in patients with chronic tension-type headache: relation to actual headache state. *Pain* 1999; 79:201 – 5.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Sakai F, Olesen J. Possible mechanisms of glyceryl trinitrate induced headache in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000; 20:919 – 24.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Schifter S, Janssen-Olesen I, Olesen J. Plasma levels of calcitonin gene-related peptide in chronic tension-type headache. *Neurology* 2000; 55:1335 – 9.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Schifter S, Janssen-Olesen I, Olesen J. Calcitonin gene-related peptide (CGRP) in chronic tension-type headache. *Adv Stud Med* 2001; 1:54 – 5.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Schifter S, Olesen J. Evidence for increased plasma levels of calcitonin gene-related peptide in migraine outside of attacks. *Pain* 2000; 86:133 – 8.
- Ashina M, Lassen LH, Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Effect of inhibition of nitric oxide synthase on chronic tension-type headache: a randomised crossover trial. *Lancet* 1999; 353:287 – 9.
- Ashina M, Lassen LH, Bendtsen L, Jensen R, Sakai F, Olesen J. Possible mechanisms of action of nitric oxide synthase inhibitors in chronic tension-type headache. *Brain* 1999; 122:1629 – 35.
- Ashina M, Stalknecht B, Bendtsen L et al. In vivo evidence of altered skeletal muscle blood flow in chronic tension-type headache. *Brain* 2002; 125:320 – 6.
- Bach F, Langemark M, Secher NH, Olesen J. Plasma and cerebrospinal fluid b-endorphin in chronic tension-type headache. *Pain* 1992; 51:163 – 8.
- Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache – possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia* 2000; 20:486 – 508.
- Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000; 20:603 – 10.
- Bendtsen L, Jensen R, Brennum J, Arendt-Nielsen L, Olesen J. Exteroceptive suppression of temporal muscle activity is normal in chronic tension-type headache and not related to actual headache state. *Cephalalgia* 1996; 16:251 – 6.
- Bendtsen L, Jensen R, Jensen NK, Olesen J. Pressure-controlled palpation: a new technique which increases the reliability of manual palpation. *Cephalalgia* 1995; 15:205 – 10.
- Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Decreased pain detection and tolerance thresholds in chronic tension-type headache. *Arch Neurol* 1996; 53:373 – 6.
- Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Qualitatively altered nociception in chronic myofascial pain. *Pain* 1996; 65:259 – 64.
- Bovim G. Cervicogenic headache, migraine and tension headache. Pressure pain thresholds measurements. *Pain* 1992; 51:169 – 73.
- Clark GT, Sakai S, Merrill R, Flack VF, McCreary C. Crosscorrelation between stress, pain, physical activity, and temporalis muscle EMG in tension-type headache. *Cephalalgia* 1995; 15:511 – 8.
- Diehr P, Wood RW, Barr V, Wolcott B, Slay L, Tompkins RK. Acute headaches: presenting symptoms and diagnostic rules to identify patients with tension and migraine headache. *J Chron Dis* 1981; 34:147 – 58.
- Drummond PD. Scalp tenderness and sensitivity to pain in migraine and tension headache. *Headache* 1987; 27:45 – 50.
- Friedman AP. Characteristics of tension-type headache. A profile of 1420 cases. *Psychosomatics* 1979; 20:451 – 61.
- Friedman AP, von Storch TJC, Merritt HH. Migraine and tension headaches: a clinical study of two thousand cases. *Neurology* 1954; 4:773 – 8.
- Gobel H, Petersen-Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1994; 14:97 – 106.
- Gobel H, Weigle L, Kropp P, Soyka D. Pain sensitivity and pain reactivity of pericranial muscles in migraine and tension-type headache. *Cephalalgia* 1992; 12:142 – 51.
- Hatch JP, Moore PJ, Cyr-Provost M, Boutros NN, Seleshi E, Borchering S. The use of electromyography and muscle palpation in the diagnosis of tension-type headache with and without pericranial muscle involvement. *Pain* 1992; 49:175 – 8.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and Diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8(suppl 7):1 – 96.
- Jensen K. Quantification of tenderness by palpation and use of pressure algometer. *Adv Pain Res Ther* 1990; 17:165 – 81.
- Jensen R. Mechanisms of spontaneous tension-type headaches: an analysis of tenderness, pain thresholds and EMG. *Pain* 1996; 64:251 – 6.
- Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: a review of epidemiological and experimental studies. *Cephalalgia* 1999; 19:602 – 21.
- Jensen R. The tension-type headache alternative. Peripheral pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia* 1999; 19(suppl 25):9 – 10.
- Jensen R. Tension-type headache. *Cur Treat Opt Neurol* 2001; 3:169 – 80.
- Jensen R. Mechanisms of tension-type headache. *Cephalalgia* 2001; 21:786 – 9.
- Jensen R. Chronic tension-type headache. *Adv Stud Med* 2001; 1(11):449 – 50.

- Jensen R, Bendtsen L, Olesen J. Muscular factors are of importance in tension-type headache. *Headache* 1998; 38:10 - 17.
- Jensen R, Fuglsang-Frederiksen A. Quantitative surface EMG of pericranial muscles. Relation to age and sex in a general population. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1994; 93:175 - 83.
- Jensen R, Fuglsang-Frederiksen A, Olesen J. Quantitative surface EMG of pericranial muscles in headache. A population study. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1994; 93:335 - 44.
- Jensen R, Olesen J. Initiating mechanisms of experimentally induced tension-type headache. *Cephalalgia* 1996; 16:175 - 82.
- Jensen R, Olesen J. Tension-type headache: an update on mechanisms and treatment. *Cur Opin Neurol* 2000; 13:285 - 9.
- Jensen R, Rasmussen BK. Muscular disorders in tension-type headache. *Cephalalgia* 1996; 16:97 - 103.
- Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Lous I, Olesen J. Cephalic muscle tenderness and pressure pain threshold in a general population. *Pain* 1992; 48:197 - 203.
- Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Olesen J. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. *Pain* 1993; 52:193 - 9.
- Kunkel RS. Diagnosis and treatment of muscle contraction (tension-type) headaches. *Med Clin North Am* 1991; 75:595 - 603.
- Langemark M, Bach FW, Ekman R, Olesen J. Increased cerebrospinal fluid met-enkephalin immunoreactivity in patients with chronic tension-type headache. *Pain* 1995; 63:103 - 7.
- Langemark M, Bach FW, Jensen TS, Olesen J. Decreased nociceptive flexion reflex threshold in chronic tension-type headache. *Arch Neurol* 1993; 50:1061 - 4.
- Langemark M, Jensen K. Myofascial mechanisms of pain. In: Olesen J, Edvinson EL (Eds). *Basic Mechanisms of Headache*. Elsevier, Amsterdam 1988, 331 - 341.
- Langemark M, Jensen K, Jensen TS, Olesen J. Pressure pain thresholds and thermal nociceptive thresholds in chronic tension-type headache. *Pain* 1989; 38:203 - 10.
- Langemark M, Jensen K, Olesen J. Temporal muscle blood flow in chronic tension-type headache. *Arch Neurol* 1990; 47:654 - 8.
- Langemark M, Olesen J. Pericranial tenderness in tension headache. *Cephalalgia* 1987; 7:249 - 55.
- Langemark M, Olesen J, Poulsen DL, Bech P. Clinical characteristics of patients with tension-type headache. *Headache* 1988; 28:590 - 6.
- Lipchik GL, Holroyd KA, France CR, Kvaal SA, Segal D, Cordingley GE, Rokicki LA, McCool HR. Central and peripheral mechanisms in chronic tension-type headache. *Pain* 1996; 64:467 - 75.
- Lipton RB, Schwartz BS, Stewart WF. Epidemiology of tension-type headache. *Cephalalgia* 1997; 17:233.
- Lous I, Olesen J. Evaluation of pericranial tenderness and oral function in patients with common migraine, muscle contraction headache and combination headache. *Pain* 1982; 12:385 - 93.
- Marcus DA. Serotonin and its role in headache pathogenesis and treatment. *Clin J Pain* 1993; 9:159 - 67.
- Martin PR, Mathews AM. Tension headaches: psychosociological investigation and treatment. *J Psychosom Res* 1978; 22:389 - 99.
- Mennel J. Myofascial trigger points as a cause of headaches. *J Manipulative Physiol Therap* 1989; 12:308 - 13.
- Mense S. Nociception from skeletal muscle in relation to clinical muscle pain. *Pain* 1993; 54:241 - 89.
- Olesen J. Clinical and pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by integration of vascular, supraspinal and myofascial inputs. *Pain* 1991; 46:125 - 32.
- Olesen J, Jensen R. Getting away from simple muscle contraction as a mechanism of tension-type headache. *Pain* 1991; 46:123 - 4.
- Östergaard S, Russell MB, Bendtsen L, Olesen J. Increased familial risk of chronic tension-type headache. *BMJ* 1997; 314:1092 - 3.
- Passchier J, Van der Helm-Hylkema H, Orlebeke JF. Psychophysiological characteristics of migraine and tension headache patients. Differential effects of sex and pain state. *Headache* 1984; 24:131 - 9.
- Peterson AL, Talcott GW, Kelleher WJ, Haddock CK. Site specificity of pain and tension in tension-type headaches. *Headache* 1995; 35:89 - 92.
- Pikoff H. Is the muscular model of headache still viable? A review of conflicting data. *Headache* 1984; 24:186 - 98.
- Quinter JL, Cohen ML. Referred pain of peripheral nerve origin: An alternative to the myofascial pain construct. *Clin J Pain* 1994; 10:243 - 51.
- Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain* 1993; 53:65 - 72.
- Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. A population-based analysis of the criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991; 11:129 - 34.
- Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. *Headache* 1991; 31:290 - 5.
- Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46:443 - 6.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population. A prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:1147 - 57.
- Sakai F, Ebihara S, Akiyama M, Horikawa M. Pericranial muscle hardness in tension-type headache. A non-invasive measurement method and its clinical application. *Brain* 1995; 118:523 - 31.
- Sandrini G, Antonaci F, Pucci E, Bono G, Nappi G. Comparative study with EMG, pressure algometry and manual palpation in tension-type headache and migraine. *Cephalalgia* 1994; 14:451 - 7.
- Sandrini G, Ruiz L, Alfonsi E, Cravera, Nappi G. Antinociceptive system in primary headache disorders: A neurophysiological approach. In: Nappi G et al.(Eds.) *Headache and Depression: Serotonin pathways as a com-*

- mon clue. Raven Press, New York 1991; pp 67 - 78.
- Simons DG. Clinical and etiological update of myofascial pain from trigger points. *J Musculoskeletal Pain* 1996; 4:93 - 121.
- Schoenen J, Bottin D, Hardy F, Gerard P. Cephalic and extra-cephalic pressure pain thresholds in chronic tension-type headache. *Pain* 1991; 47:145 - 9.
- Schoenen J, Gerard P, De Pasqua V, Juprelle M. EMG activity in pericranial muscles during postural variation and mental activity in healthy volunteers and patients with chronic tension-type headache. *Headache* 1991; 31:321 - 4.
- Schoenen J, Gerard P, De Pasqua V, Sianard-Gainko J. Multiple clinical and paraclinical analyses of chronic tension-type headache associated or unassociated with disorder of pericranial muscles. *Cephalalgia* 1991; 11:135 - 9.
- Schoenen J, Jamart B, Gerard P, Lenarduzzi P, Delwaide PJ. Exteroceptive suppression of temporalis muscle activity in chronic headache. *Neurology* 1987; 37:1834 - 6.
- Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Clinical features of chronic daily headache. *Headache* 1992; 32:325 - 9.
- Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Williams & Wilkins, Baltimore 1983.
- Ulrich V, Russel MB, Jensen R, Olesen J. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in nonmigraineurs: a population-based study. *Pain* 1996; 67:501 - 6.
- Wang W, Schoenen J. Reduction of temporalis exteroceptive suppression by peripheral electrical stimulation in migraine and tension-type headaches. *Pain* 1994; 59:327 - 34.
- Zwart JA, Sand T. Exteroceptive suppression of temporalis muscle activity: a blind study of tension-type headache, migraine and cervicogenic headache. *Headache* 1995; 5:338 - 43.

3. 叢發性頭痛及其他三叉自律神經頭痛 (Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalgias)

陳威宏 陳韋達 譯

3.1 叢發性頭痛 (Cluster headache)

3.1.1 陣發叢發性頭痛 (Episodic cluster headache)

3.1.2 慢性叢發性頭痛 (Chronic cluster headache)

3.2 發作性半邊頭痛 (Paroxysmal hemicrania)

3.2.1 陣發發作性半邊頭痛 (Episodic paroxysmal hemicrania)

3.2.2 慢性發作性半邊頭痛 (CPH) (Chronic paroxysmal hemicrania (CPH))

3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚 (SUNCT) (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tear- ing (SUNCT))

3.4 可能三叉自律神經頭痛 (Probable trigeminal auto- nomic cephalgia)

3.4.1 可能叢發性頭痛 (Probable cluster headache)

3.4.2 可能發作性半邊頭痛 (Probable paroxysmal hemicrania)

3.4.3 可能短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血
及流淚 (SUNCT) (Probable SUNCT)

登錄他處：

4.7 持續性半邊頭痛

一般說明

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個具有三叉自律神經頭痛 (TAC) 特徵之頭痛，其首次發生在時間點上與另一已知會導致頭痛的疾患密切相關，依該疾患登錄在次發性頭痛。當一既存在之TAC惡化與另一已知會導致頭痛的疾患在發生的時間點上有密切相關，則有兩種可能性且需要加以判斷。患者可以只診斷為TAC，或診斷為兩種頭痛，即TAC及與其他疾患導致之次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與該疾患密切的時間點關連、TAC有明顯惡化、有充分證據顯示該疾患可以導致或加劇TAC，和最後，當該疾患解除後，TAC改善或緩解。

前言

三叉自律神經頭痛同時有頭痛的臨床特徵及明顯的顱部副交感神經症狀。實驗及人體功能影像顯示這

些症候群會活化正常人體之三叉神經副交感神經反射，伴隨次發性顱部交感神經功能異常。

持續性半邊頭痛之顱部自律神經症狀較不一定，故將其歸於4.其他原發性頭痛。

3.1 叢發性頭痛 Cluster headache

舊稱：

睫狀體神經痛 (Ciliary neuralgia)、頭部肢端紅痛病 (erythro-melalgia of the head)、Bing氏面部紅痛病 (erythroprosopalgia of Bing)、半邊頭痛血管麻痺 (hemicrania angiparalytica)、慢性神經痛性半邊頭痛 (hemicrania neuralgiformis chronica)、組織胺頭痛 (histaminic cephalgia)、Horton氏頭痛 (Horton's headache)、Harris-Horton氏病 (Harris-Horton's disease)、(Harris氏)類偏頭痛之神經痛 (migrainous neuralgia (of Harris))、(Gardner氏)岩部神經痛 (petrosal neuralgia (of Gardner))。

登錄他處：

症狀性叢發性頭痛登錄於其潛在的致因性疾患。

描述：

嚴格固定為單側發作之劇痛，位於眼眶、上眼眶、顱部、或上述部位之任何組合，持續15至180分鐘，發作頻率為每二日一次至每日八次。發作時伴隨下列一種或一種以上之症狀且位於同側：結膜充血、流淚、鼻腔充血、流鼻水、前額及臉部出汗、瞳孔縮小、眼皮下垂、眼皮水腫。大部份病人在發作時會不安或躁動。

診斷基準：

- A. 至少有5次符合基準B-D之發作
- B. 位於單側眼眶、上眼眶及/或顱部重度或極重度疼痛，如不治療可持續15至180分鐘 (註1)
- C. 頭痛時至少伴隨下列一項：
 1. 同側結膜充血及/或流淚
 2. 同側鼻腔充血及/或流鼻水
 3. 同側眼皮水腫
 4. 同側前額及臉部出汗
 5. 同側瞳孔縮小及/或眼皮下垂
 6. 不安的感覺或躁動
- D. 發作頻率為每二日一次至每日八次 (註2)
- E. 非歸因於其他疾患 (註3)

註記：

1. 叢發性頭痛部份發作期間 (但不到一半的時間) 可能較無劇痛及/或持續時間較短或較長。
2. 叢發性頭痛部份發作期間 (但不到一半的時間) 可能發作較不頻繁。
3. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之任一項疾患；或病史及/或理學及/或神經學檢查雖然懷疑這些疾患的可能性，但經適當診查後已經排除，或這些疾患雖存在，但叢發性頭痛首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。

說明：

急性發作包括後下視丘灰質的活化。約5%的叢發性頭痛病人可能是遺傳(顯性遺傳)

通常一連串之發作(叢發期 cluster periods) 持續數週或數月，並間隔數月或數年之緩解期。但是約有10%至15%的病人產生無緩解的慢性症狀。

在大規模良好的追蹤研究中發現，27%的病人只出現單次叢發期。上述應被登錄於3.1 叢發性頭痛。

於叢發期及在慢性亞型，頭痛規則發生，而且可被酒精、組織胺或硝化甘油所引發。疼痛主要位於眼眶、上眼眶、顳部、或上述部位之任何組合，但也可能擴展到頭的其他部位。在個別的叢發期，疼痛幾乎固定復發於同一側。最嚴重發作時，疼痛程度難耐，病人通常無法躺下，而有四處踱步的典型表現。

發病年齡通常為20至40歲。男性的盛行率較高，是女性的3至4倍，原因不明。

叢發性頭痛合併三叉神經痛(叢發性頭痛--痛性抽搐症候群(cluster-tic syndrome))：

有些病人同時被描述有3.1 叢發性頭痛及13.1 三叉神經痛，則應該同時給兩種診斷。會有這樣觀察，其重要性是若要让病人完全沒有頭痛，兩種病情皆需治療。

3.1.1 陣發叢發性頭痛 Episodic cluster headache

描述：

叢發性頭痛發作週期為期7日至1年，其中間隔至少一個月的無痛期。

診斷基準：

- A. 發作符合3.1 叢發性頭痛 基準A-E
- B. 至少有兩次叢發期，為時7-365日(註1)，其中間隔 \geq 1個月無痛的緩解期。

註記：

1. 叢發期通常持續2週至3個月之間。

說明：

在本第二版中，緩解期增長為最少1個月。

3.1.2 慢性叢發性頭痛 Chronic cluster headache

描述：

叢發性頭痛發作超過1年而無緩解，或緩解期持續短於1個月。

診斷基準：

- A. 發作符合3.1 叢發性頭痛 基準A-E
- B. 反覆發作 $>$ 1年而無緩解期，或緩解期持續 $<$ 1個月

說明：

慢性叢發性頭痛可從首次頭痛就發生(舊稱為原發性慢性叢發性頭痛(primary chronic cluster headache))或從陣發亞型演變而來(舊稱為次發性慢性叢發性頭痛(secondary chronic cluster headache))。有些病人可能從慢性轉變為陣發叢發性頭痛。

3.2 發作性半邊頭痛 Paroxysmal hemicrania

描述：

發作時疼痛特徵、伴隨症狀及徵候與叢發性頭痛相似，但持續時間較短，且較頻繁，多見於女性，使用indomethacin絕對有效。

診斷基準：

- A. 至少有過20次符合基準B-D發作
- B. 位於單側之眼眶、上眼眶或顳部之重度疼痛發作，持續2-30分鐘
- C 頭痛至少伴隨下列一項：
 1. 同側結膜充血及/或流淚
 2. 同側鼻腔充血及/或流鼻水
 3. 同側眼皮水腫
 4. 同側前額及臉部出汗
 5. 同側瞳孔縮小及/或眼皮下垂
- D. 一半以上時間之發作頻率為每日5次以上，雖然發作期低於此頻率亦可發生
- E. 治療劑量之indomethacin(註1)可完全預防發作
- F. 非歸因於其他疾患(註2)

註記：

1. 為了排除不完全反應，每天應使用口服或塞劑 indomethacin $\geq 150\text{mg}$ ，或注射 $\geq 100\text{mg}$ ，但在維持期時較少的劑量就足夠了。
2. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之一項疾患；或病史及/或理學及/或神經學檢查雖然懷疑這些疾患的可能性，但經適當診查後已經排除，或這些疾患雖存在，但發作性半邊頭痛首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。

說明：

無男性好發情形。雖然曾有兒童期發作的案例，但發作通常在成年期。

在第一版中，所有發作性半邊頭痛都稱為慢性發作性半邊頭痛。現已累積足夠的臨床證據，可以將發作性半邊頭痛如同叢發性頭痛的分類，區分出陣發亞型。

發作性半邊頭痛合併三叉神經痛 (慢性發作性半邊頭痛--痛性抽搐症候群 (CPH-tic syndrome))：

同時符合3.2發作性半邊頭痛及13.1三叉神經痛的基準的病人應給兩種診斷。會有這樣觀察，其重要性是兩種病情皆需治療。此關連性之病理生理學的意義尚未確認。

3.2.1 陣發發作性半邊頭痛 Episodic paroxysmal hemicrania

描述：

發作性半邊頭痛的發作期持續7日至1年，其中間隔至少1個月的無痛期。

診斷基準：

- A. 發作符合3.2發作性半邊頭痛基準A-F
- B. 至少兩次發作週期為期7-365日，其中間隔至少1個月無痛的緩解期。

3.2.2 慢性發作性半邊頭痛(CPH) Chronic paroxysmal hemicrania (CPH)

描述：

發作性半邊頭痛的發作持續1年以上且無緩解，或緩解期小於1個月。

診斷基準：

- A. 發作符合3.2發作性半邊頭痛基準A-F
- B. 反覆發作 >1 年而無緩解期或緩解期 <1 個月

3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚(SUNCT) Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing(SUNCT)

描述：

此症候群的特徵是短暫之單側疼痛發作，持續時間比任何其他TAC更短，且常伴隨同側眼睛有明顯流淚及發紅。

診斷基準：

- A. 至少有過20次符合基準B-D之發作
- B. 位於眼眶、上眼眶或顳部刺痛或搏動性疼痛，持續5至240秒
- C. 疼痛伴隨同側結膜充血及流淚
- D. 發作頻率每日3至200次
- E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之一項疾患；或病史及/或理學及/或神經學檢查雖然懷疑這些疾患的可能性，但經適當診查後已經排除，或這些疾患雖存在，但SUNCT首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。

說明：

這個症候群在第一版「國際頭痛疾病分類」出版之後才被報告，在最近十年內已被確認。

可看到病人只有結膜充血或流淚，或其他顳部自律神經症狀，如鼻腔充血、流鼻水或眼皮水腫。3.3 **SUNCT** 可以是於附錄中描述的A3.3短暫單側神經痛性頭痛發作併顳部自律神經症狀(SUNA)之亞式。

文獻中指出症狀最常類似3.3 **SUNCT** 的疾患是位於後顳窩或侵犯腦下垂體的病變。

SUNCT合併三叉神經痛：

有些病人被描述同時重疊出現3.3 **SUNCT** 與13.1三叉神經痛的症狀。這些病人應給兩種診斷。臨床上很難區分。

3.4 可能三叉自律神經頭痛 Probable trigeminal autonomic cephalgia

描述：

頭痛發作被認為是三叉自律神經頭痛的一個亞型，但又不完全符合上述任一亞型的診斷基準。

診斷基準：

- A. 尚差其中任何一項，就完全符合三叉自律神經頭痛任一亞型之特定基準
- B. 非歸因於其他疾患

說明：

病人之典型發作次數不夠或不符合其他一項基準，可登錄在3.4可能三叉自律神經頭痛或其中一亞型。

3.4.1可能叢發性頭痛 Probable cluster headache

診斷基準：

- A. 尚差其中任何一項，就完全符合3.1叢發性頭痛基準A-D
- B. 非歸因於其它疾患

3.4.2 可能發作性半邊頭痛 Probable paroxysmal hemicrania

診斷基準：

- A.尚差其中任何一項，就完全符合3.2發作性半邊頭痛之基準A-E
- B. 非歸因於其他疾患

3.4.3 可能短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚 Probable short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing

診斷基準：

- A. 尚差其中任何一項，就完全符合3.3短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚(SUNCT)之基準A-D。
- B. 非歸因於其他疾患

參考資料

General

Goadsby PJ. Pathophysiology of cluster headache: a trigeminal autonomic cephalgia. *Lancet Neurology* 2002; 1:37 - 43.
Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with

autonomic features, including new cases. *Brain* 1997; 120:193 - 209.

May A, Goadsby PJ. The trigeminovascular system in humans: pathophysiological implications for primary headache syndromes of the neural influences on the cerebral circulation. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism* 1999; 19:115 - 27.

3.1 Cluster headache

Alberca R, Ochoa JJ. Cluster tic syndrome. *Neurology* 1994; 44:996 - 9.

Bahra A, May A, Goadsby PJ. Diagnostic patterns in cluster headache. In: Olesen J, Goadsby PJ, editors. *Cluster Headache and Related Conditions*. Oxford: Oxford University Press 1999: pp. 61 - 65.

Bahra A, May A, Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study in 230 patients with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58:354 - 61.

Bing R. Uber traumatische Erythromelalgie und Erthroprosopalgie. *Nervenarzt* 1930; 3:506 - 12.

de Fine Olivarius B. Hemicrania neuralgiformis chronica (Chronic migrainous neuralgia). Quoted by Sjaastad O, ed. *Proceedings of the Scandinavian Migraine Society Annual Meeting 1971*: p. 8.

Ekbom K. Ergotamine tartrate orally in Horton's 'histaminic cephalgia' (also called Harris' s ciliary neuralgia). *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1947; 46:106.

Ekbom K. Nitroglycerin as a provocative agent in cluster headache. *Archives of Neurology* 1968; 19:487 - 93.

Eulenbergh A. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. 2nd edn. Berlin: Hirschwald 1878.

Harris W. Ciliary (migrainous) neuralgia and its treatment. *British Medical Journal* 1936; 1:457 - 60.

Horton BT. Histaminic cephalgia. *Lancet* 1952; ii:92 - 8.

Kudrow L. *Cluster headache: Mechanisms and Management*. Oxford: Oxford University Press 1980.

Manzoni GC. Gender ratio of cluster headache over the years: a possible role of changes in lifestyle. *Cephalalgia* 1998; 18:138 - 42.

Manzoni GC, Micieli G, Granella F, Tassorelli C, Zanferrari C, Cavallini A. Cluster headache-course over ten years in 189 patients. *Cephalalgia* 1991; 11:169 - 74.

Manzoni GC, Terzano M, Bono G, Micieli G, Martucci N, Nappi G. Cluster headache - clinical findings in 180 patients. *Cephalalgia* 1983; 3:21 - 30.

May A, Bahra A, Buchel C, Frackowiak RSJ, Goadsby PJ. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet* 1998; 351:275 - 8.

Mulleners WM, Verhagen WIM. Cluster-tic syndrome. *Neurology* 1996; 47:302.

Pascual J, Berciano J. Relief of cluster-tic syndrome by the combination of lithium and carbamazepine. *Cephalalgia* 1993; 13:205 - 6.

Romberg MH. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*. Berlin: Dunker 1840.

Russell MB, Andersson PG, Thomsen LL, Iselius L. Cluster headache is an autosomal dominantly inherited disorder in some families: a complex segregation analysis. *Journal of*

- Medical Genetics 1995; 32:954 - 6.
- Sjostrand C, Waldenlind E, Ekblom K. A follow up study of 60 patients after an assumed first period of cluster headache. *Cephalalgia* 2000; 20:653 - 7.
- Sluder G. The syndrome of sphenopalatine ganglion neurosis. *American Journal of Medicine* 1910; 140:868 - 78.
- Solomon S, Apfelbaum RI, Guglielmo KM. The cluster-tic syndrome and its surgical therapy. *Cephalalgia* 1985; 5:83 - 9.
- Torelli P, Cologno D, Cademartiri C, Manzoni GC. Application of the International Headache Society classification criteria in 652 cluster headache patients. *Cephalalgia* 2001; 21:145 - 50.
- Vail HH. Vidian neuralgia. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1932; 41:837 - 56.
- Watson P, Evans R. Cluster-tic syndrome. *Headache* 1985; 25:123 - 6.
- ### 3.2 Paroxysmal hemicrania
- Antonaci F, Pareja JA, Caminero AB, Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua. Parenteral indomethacin: the 'Indotest'. *Headache* 1998; 38:122 - 8.
- Antonaci F, Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania (CPH): a review of the clinical manifestations. *Headache* 1989; 29:648 - 56.
- Broske D, Lenn NJ, Cantos E. Chronic paroxysmal hemicrania in a young child: possible relation to ipsilateral occipital infarction. *Journal of Child Neurology* 1993; 8:235 - 6.
- Caminero AB, Pareja JA, Dobato JL. Chronic paroxysmal hemicrania-tic syndrome. *Cephalalgia* 1998; 18:159 - 61.
- Hannerz J. The second case of chronic paroxysmal hemicrania-tic syndrome [Editorial Comment]. *Cephalalgia* 1998; 18:124.
- Kudrow DB, Kudrow L. Successful aspirin prophylaxis in a child with chronic paroxysmal hemicrania. *Headache* 1989; 29:280 - 1.
- Sjaastad O, Dale I. Evidence for a new (?) treatable headache entity. *Headache* 1974; 14:105 - 108.
- Zukerman E, Peres MFP, Kaup AO, Monzillo PH, Costa AR. Chronic paroxysmal hemicrania-tic syndrome. *Neurology* 2000; 54:1524 - 6.
- ### 3.3 SUNCT
- Benoliel R, Sharav Y. Trigeminal neuralgia with lacrimation or SUNCT syndrome? *Cephalalgia* 1998; 18:85 - 90.
- Bouhassira D, Attal N, Esteve M, Chauvin M. SUNCT syndrome. A case of transformation from trigeminal neuralgia. *Cephalalgia* 1994; 14:168 - 70.
- Bussone G, Leone M, Volta GD, Strada L, Gasparotti R. Shortlasting unilateral neuralgiform headache attacks with tearing and conjunctival injection: the first symptomatic case. *Cephalalgia* 1991; 11:123 - 7.
- De Benedittis G. SUNCT syndrome associated with cavernous angioma of the brain stem. *Cephalalgia* 1996; 16:503 - 6.
- Ferrari MD, Haan J, van Seters AP. Bromocriptine-induced trigeminal neuralgia attacks in a patient with pituitary tumor. *Neurology* 1988; 38:1482 - 4.
- Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic features, including new cases. *Brain* 1997; 120:193 - 209.
- Goadsby PJ, Matharu MS, Boes CJ. SUNCT syndrome or trigeminal neuralgia with lacrimation. *Cephalalgia* 2001; 21:82 - 3.
- Levy MJ, Matharu MS, Goadsby PJ. Prolactinomas, dopamine agonist and headache: two case reports. *European Journal of Neurology* 2003; 10:169 - 74.
- Massiou H, Launay JM, Levy C, El Amran M, Emperauger B, Bousser M-G. SUNCT syndrome in two patients with prolactinomas and bromocriptine-induced attacks. *Neurology* 2002; 58:1698 - 9.
- Matharu MS, Levy MJ, Merry RT, Goadsby PJ. SUNCT syndrome secondary to prolactinoma. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2003; in press.
- Morales F, Mostacero E, Marta J, Sanchez S. Vascular malformation of the cerebellopontine angle associated with SUNCT syndrome. *Cephalalgia* 1994; 14:301 - 2.
- Moris G, Ribacoba R, Solar DN, Vidal JA. SUNCT syndrome and seborrheic dermatitis associated with cranesynostosis. *Cephalalgia* 2001; 21:157 - 9.
- Pareja JA, Sjaastad O. SUNCT syndrome. A clinical review. *Headache* 1997; 37:195 - 202.
- Penart A, Firth M, Bowen JRC. Short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing (SUNCT) following presumed dorsolateral brainstem infarction. *Cephalalgia* 2001; 21:236 - 9.
- Sjaastad O, Saunte C, Salvesen R, Fredriksen TA, Seim A, Roe OD et al. Shortlasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tearing, sweating, and rhinorrhea. *Cephalalgia* 1989; 9:147 - 56.
- ter Berg HWM, Goadsby PJ. Significance of atypical presentation of symptomatic SUNCT: a case report. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2001; 70:244 - 46.

4. 其他原發性頭痛 (Other primary headaches)

林奕夫 王署君 譯

-
- 4.1 原發性刺戳性頭痛 (Primary stabbing headache)
 - 4.2 原發性咳嗽頭痛 (Primary cough headache)
 - 4.3 原發性運動頭痛 (Primary exertional headache)
 - 4.4 原發性性行為相關之頭痛 (Primary headache associated with sexual activity)
 - 4.4.1 高潮前頭痛 (Preorgasmic headache)
 - 4.4.2 高潮頭痛 (Orgasmic headache)
 - 4.5 睡眠頭痛 (Hypnic headache)
 - 4.6 原發性雷擊頭痛 (Primary thunderclap headache)
 - 4.7 持續性半邊頭痛 (Hemicrania continua)
 - 4.8 新發生每日持續性頭痛 (New daily-persistent headache) (NDPH)
-

一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新的頭痛首次發生時，時間點上又與另一疾患有密切關連者，將其登錄為歸因於該疾患引發的次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛或其他原發性頭痛特點的頭痛。如果既存在之原發性頭痛的惡化，在時間點上與該疾患密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為既存在的原發性頭痛或診斷有兩種頭痛，即原發性頭痛與歸因於該疾患引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與該疾患有十分密切的時間點關連、既存在之頭痛明顯惡化、有充分證據去證實該疾患能造成或惡化原發性頭痛，且最後，當該疾患恢復後頭痛改善或緩解。

前言

本章包括了在臨床上不同性質的頭痛。這些頭痛型態的致病機轉仍了解很少，甚至連治療方法都是依據臨床經驗或無控制組的臨床試驗。

包括在本章內的數種頭痛疾患可能為症狀性的，需要影像以及/或其他適當的檢查來仔細評估。

某些頭痛的發病可能是急性的，尤其是4.6 原發性雷擊頭痛，所以病人通常直接送往急診部。對這些病例來說，適當且完整的檢查(特別是神經影像)是必須的。

本章亦包括了一些臨床疾病實體，例如4.1原發性刺戳性頭痛及4.5 睡眠頭痛(後者為近來才有描述)，它們大多數為原發性。

4.1 原發性刺戳性頭痛 Primary stabbing headache

舊稱：

冰錐痛(Ice-pick pains)、刺戳反彈痛(jabs and jolts)、週期性眼性疼痛(ophthalmodynia periodica)

描述：

頭部的瞬間與局部刺戳痛，其為自發性且疼痛處下方構造或顱神經無器質性病變。

診斷基準：

- A. 頭痛發生如同單一或連續的戳刺，且符合基準B-D
- B. 疼痛感主要或完全集中在三叉神經的第一分支分布區(眼窩、顳部及頂部)
- C. 刺痛持續最多數秒，以一天內一至很多次之不規則頻率復發
- D. 無伴隨症狀
- E. 非歸因於其它疾患(註1)

註記：

1. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除。或這疾患雖存在，但疼痛之首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。

說明：

一份敘述性研究報告顯示，80%的刺戳痛持續3秒或更短；刺戳痛連續復發數天的例子則很少見，但也有重積狀態(status)持續一星期的描述。

刺戳痛處可能從一處移動至另一處，可在同側也可以到對側頭部。當刺戳痛完全只侷限於一個部位時，必定要排除是否在此疼痛部位及受影響的顱神經分佈的部位有結構變化。

刺戳性頭痛通常較易在偏頭痛(約40%)或叢發性頭痛(約30%)的病人產生，並發作於病人頭痛習慣性發生的那一側。某些無控制組的研究報告indomethacin有正面的效果，但有其他研究只發現部份或無效果。

4.2 原發性咳嗽頭痛 Primary cough headache

舊稱：

良性咳嗽頭痛(Benign cough headache)、Valsalva氏操作頭痛(Valsalva-manoeuvre headache)

描述:

在沒有任何顱內疾患下，頭痛經由咳嗽或用力而引起。

診斷基準：

- A. 頭痛符合基準B及C
- B. 突然發生，持續時間從一秒到30分鐘
- C. 因咳嗽、用力 (straining) 及/或Valsalva氏操作引發頭痛，且只發生在上述這些情況時
- D. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

- 1. 有40%的咳嗽頭痛病例為症狀性的，當中大部份為Arnold-Chiari氏畸形第一型。其餘報告為症狀性咳嗽頭痛的原因包括頸動脈或脊椎基底疾患及腦血管動脈瘤。神經影像診斷在鑑別次發性咳嗽頭痛與4.2原發性咳嗽頭痛時扮演重要角色。

說明：

原發性咳嗽頭痛通常為雙側，且主要發生在40歲以上的病人。通常indomethacin治療原發性咳嗽頭痛是有效的，但亦有一些報告症狀性個案對此藥物也有效。

4.3 原發性運動頭痛 Primary exertional headache

舊稱：

良性運動頭痛(Benign exertional headache)

登錄他處：

運動引發之偏頭痛依據所屬之亞型登錄在1. 偏頭痛之內。

描述：

任何形式之運動所促發之頭痛。諸如“舉重者頭痛”(weight-lifters' headache)的亞式已被確認。

診斷基準：

- A. 搏動性頭痛符合基準B及C
- B. 持續5分鐘至48小時
- C. 因運動引發，且只發生在運動時或運動後
- D. 非歸因於其它疾患 (註1)

註記：

- 1. 此頭痛類型初次發作時，必須排除蜘蛛網膜下腔出血及動脈剝離。

說明：

原發性運動頭痛在熱天或高海拔處尤其容易發生；曾有報告一些病人以服用ergotamine tartrate來預防。Indomethacin對大部份的病人有效。發生在舉重者的頭痛被認為是4.3原發性運動頭痛的亞式；基於其突發特性與推測之機轉，該頭痛可能與4.2原發性咳嗽頭痛有更多的相似點。

4.4 原發性性行為相關之頭痛 Primary headache associated with sexual activity

舊稱：

良性性行為頭痛(Benign sex headache)、交合頭痛(coital cephalalgia)、良性血管性性行為頭痛(benign vascular sexual headache)、性行為頭痛(sexual headache)

描述：

在沒有任何顱內疾病下，因性行為引起的頭痛，通常在性興奮增加時，開始兩側頭部鈍痛，並在高潮時突然變為劇烈。

4.4.1 高潮前頭痛 Preorgasmic headache

診斷基準：

- A. 頭部與頸部的鈍痛且合併感受到頸部及/或下顎肌肉收縮，且符合基準B
- B. 性行為時發作，並隨性興奮而增強
- C. 非歸因於其它疾患

4.4.2 高潮頭痛 Orgasmic headache

登錄他處：

類似低腦壓造成的姿勢性頭痛亦有報告會在性交後產生。此頭痛應登錄為7.2.3歸因於自發性(或原因不明的)腦脊髓液低壓之頭痛，此乃因腦脊髓液滲漏造成。

診斷基準：

- A. 突發嚴重(“爆炸般”)頭痛符合基準B
- B. 在性高潮時發作
- C. 非歸因於其它疾患 (註1)

註記：

1. 若高潮頭痛初次發作，必須要排除一些情況如蜘蛛網膜下腔出血及動脈剝離。

說明：

4.4 原發性性行為相關之頭痛、4.3 原發性運動頭痛與偏頭痛之間的關連可在約50%的病例中發現。有2種亞型頭痛（鈍痛型 (dull type) 與爆炸型 (explosive type) 頭痛）被包括在第一版「國際頭痛疾病分類」。自那時起便沒有特別的研究調查來釐清該兩者是否為不同的疾病實體。大部份發表的性行為頭痛報告只報告爆炸型（“血管型 (vascular type)”）頭痛。鈍痛型可能為緊縮型頭痛的一亞型，但並無證據證明此一假說。現階段沒有原發性性行為頭痛發作時間的確切資料，但通常認為可持續1分鐘至3小時。

4.5 睡眠頭痛 Hypnic headache

舊稱：

睡眠頭痛症候群(Hypnic headache syndrome)、**“鬧鐘”**頭痛(‘alarm clock’ headache)

描述：

鈍痛型頭痛，且病人總是從睡眠中痛醒。

診斷基準：

- A. 頭痛為鈍痛，符合基準B-D
- B. 只有在睡眠中產生，並使病人醒來
- C. 至少具下列兩項特徵：
 1. 每個月內發作>15次
 2. 醒來後持續≥15分鐘
 3. 首次發作在50歲之後
- D. 無自主神經系統的症狀，且下列症狀最多不超過一項：噁心、畏光或怕吵
- E. 非歸因於其它疾患 (註1)

註記：

1. 應排除顱內疾患。為有效處理病人，辨別該頭痛與三叉自律神經頭痛 (trigeminal autonomic cephalalgias) 是必要的。

說明：

睡眠頭痛的疼痛通常為輕至中度，但約有20%的病人報告有重度疼痛。約三分之二的病例為雙側的疼痛。發作通常持續15至180分鐘，但亦有持續更久的例子。有些病例報告咖啡因與鋰鹽為有效療法。

4.6 原發性雷擊頭痛 Primary thunderclap headache

舊稱：

良性雷擊頭痛(Benign thunderclap headache)

登錄他處：

4.2 原發性咳嗽頭痛，4.3 原發性運動頭痛及4.4 原發性性行為相關之頭痛皆可呈現如雷擊頭痛，但應登錄為其原來之各類型頭痛而非4.6 原發性雷擊頭痛。

描述：

突發的劇烈強度頭痛，如同破裂之腦血管動脈瘤頭痛。

診斷基準：

- A. 嚴重頭疼痛，符合基準B及C
- B. 下列兩項特徵皆符合：
 1. 突發，<1分鐘便可達到最嚴重強度
 2. 持續1小時至10天
- C. 接下來的幾個星期或幾個月並無規律的復發 (註1)
- D. 非歸因於其它疾患 (註2)

註記：

1. 在頭痛開始發作的一個星期內可能再復發。
2. 必須是正常的腦脊髓液與正常的腦影像檢查。

說明：

證明雷擊頭痛為原發性的證據是不足的：尋找發病原因必需是緊急且詳盡的。雷擊頭痛常與嚴重的血管性顱內疾病有關連，尤其是蜘蛛網膜下腔出血：必須要排除蜘蛛網膜下腔出血及其他原因如腦出血、大腦靜脈栓塞、未破裂之血管畸形(多數為動脈瘤)、動脈剝離(顱內及顱外)、中樞神經系統血管炎(CNS angiitis)、可逆性中樞神經系統血管病變及腦下垂體中風(pituitary apoplexy)。其他會引起雷擊頭痛的器質性原因為第三腦室膠體囊腫、腦脊髓液低壓以及(尤其是氣壓性創傷的)急性鼻竇炎。只有在排除所有器質性成因後，才可診斷為4.6原發性雷擊頭痛。

4.7 持續性半邊頭痛 Hemicrania continua

描述：

持續性嚴格固定之單側頭痛，且對indomethacin有效

診斷基準：

- A. 頭痛持續>3個月，符合基準B-D
- B. 符合下列所有特徵：
 - 1. 不換邊的單側疼痛
 - 2. 每天且持續，沒有無痛期
 - 3. 中度疼痛，但可加劇至重度
- C. 在加劇期間至少會有下列一項在疼痛相同側的自主神經徵候：
 - 1. 結膜充血及/或流淚
 - 2. 鼻腔充血及/或流鼻水
 - 3. 眼皮下垂及/或瞳孔縮小
- D. 對治療劑量之indomethacin可完全緩解
- E. 非歸因於其它疾患 (註1)

註記：

- 1. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之任何一項疾患，或病史與/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診查已經排除。或這疾患雖存在，但疼痛之首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。

說明：

持續性半邊頭痛通常不緩解，但仍有很少數緩解病例的報告。此頭痛類型是否可依其病史長度及持續情形再加以分類，尚未確定。

4.8 新發生每日持續性頭痛 New daily-persistent headache (NDPH)

舊稱：

新發慢性頭痛 (De novo chronic headache)；急性發作之慢性頭痛 (chronic headache with acute onset)

描述：

從開始發作，很快地 (至多三天) 頭痛即每日發作且沒有緩解。典型的疼痛為雙側、壓迫或緊縮性，且程度輕至中度。可能會畏光、怕吵或輕度噁心。

診斷基準：

- A. 頭痛持續>3個月，符合基準B-D
- B. 頭痛從開始發生或發生後<3日內，即每日發作且無緩解 (註1)

C. 至少有下列兩項疼痛特徵：

- 1. 雙側
- 2. 壓迫/緊縮性 (非搏動性)
- 3. 程度輕或中度
- 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇

D. 下列兩項皆符合

- 1. 最多只有畏光、怕吵或輕度噁心其中一項症狀
- 2. 無中或重度噁心，也無嘔吐

E. 非歸因於其它疾患 (註2)

註記：

- 1. 頭痛從開始發作就可能未得到緩解，或非常快速發展成持續且未緩解的疼痛。這樣的發作或快速發展必須靠病人清楚的記憶及明確的描述。若非如此，則登錄為2.3 慢性緊縮型頭痛。
- 2. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之任何一項疾患 (包括8.2 藥物過度使用頭痛 及其亞式)；或病史及/或理學及/或神經學檢查雖然懷疑這疾患的可能性，但經適當診察後已經排除；或這疾患雖存在，但頭痛首次發生與該疾患並無時間點上密切關連。

說明：

此第二版分類確認4.8 新發生每日持續性頭痛為一種疾病實體，並將它與2.3 慢性緊縮型頭痛分開。雖然它與緊縮型頭痛有許多相似之處，但其獨特處是頭痛為每日且從或幾乎從發作時刻起就未緩解，典型病人以前無頭痛病史。要下4.8 新發生每日持續性頭痛的診斷，需對發作之起始有清楚的記憶。

新發生每日持續性頭痛之頭痛，可表現出偏頭痛或緊縮型頭痛的伴隨症狀。次發性頭痛如低腦脊髓液容量 (low CSF volume) 頭痛，腦脊髓液高壓頭痛，外傷後頭痛，及歸因於感染 (尤指病毒) 之頭痛，應經適當診查後予以排除。若最近2個月內有藥物過度使用，符合8.2 藥物過度使用頭痛 任何亞式之診斷基準B，其規則為登錄在任何既存在之原發性頭痛加上8.2.7 可能藥物過度使用頭痛，而非4.8 新發生每日持續性頭痛。新發生每日持續性頭痛可有以下兩種亞式：一為自我緩解亞式，典型為在數月內無治療下即自行緩解；另一為頑性亞式，對積極的治療計劃有抵抗性。本次委員會目的在激勵對這個疾病更多的臨床特徵及病理生理學研究，尤其是比較4.8 新發生每日持續性頭痛與2.3 慢性緊縮型頭痛。

重要文獻

4.1 Primary stabbing headache

- Ammache Z, Graber M, Davis P. Idiopathic stabbing headache associated with mononuclear visual loss. *Arch Neurol* 2000; 57:745 - 6.
- Dangond F, Spierings EL. Idiopathic stabbing headaches lasting a few seconds. *Headache* 1993; 33:257 - 8.
- Martins IP, Parreira B, Costa I. Extratrigeminal ice-pick status. *Headache* 1995; 35:107 - 10.
- Pareja JA, Kruszewski P, Caminero AB. SUNCT syndrome versus idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). *Cephalalgia* 1999; 19(Suppl 25):46 - 8.
- Pareja JA, Ruiz J, de Isla C, al-Sabbab H, Espejo J. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). *Cephalalgia* 1996; 16:93 - 6.
- Sjaastad O, Batnes J, Haugen S. The Vaga Study: an outline of the design. *Cephalalgia* 1999; 19(Suppl 25):24 - 30.
- Soriani G, Battistella PA, Arnaldi C, De Carlo L, Cemetti R, Corra S, Tosato G. Juvenile idiopathic stabbing headache. *Headache* 1996; 36:565 - 7.

4.2 Primary cough headache

- Calandre L, Hernandez-Lain A, Lopez-Valdes E. Benign Valsalva's maneuver-related headache: an MRI study of six cases. *Headache* 1996; 36:251 - 3.
- Ertsey C, Jelencsik I. Cough headache associated with Chiari type-I malformation: responsiveness to indomethacin. *Cephalalgia* 2000; 20:518 - 20.
- Pascual J, Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches that start in elderly people. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57:1255 - 7.
- Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vazquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional, and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46:1520 - 4.
- Perini F, Toso V. Benign cough 'cluster' headache. *Cephalalgia* 1998; 18:493 - 4.
- Raskin NH. The cough headache syndrome: treatment. *Neurology* 1995; 45:1784.
- Smith WS, Messing RO. Cerebral aneurysm presenting as cough headache. *Headache* 1993; 33:203 - 4.

4.3 Primary exertional headache

- Edis RH, Silbert PL. Sequential benign sexual headache and exertional headache (letter). *Lancet* 1988; 30: 993.
- Green MW. A spectrum of exertional headaches. *Headache* 2001; 4:1085 - 92.
- Heckmann JG, Hilz MJ, Muck-Weymann M, Neundorfer B. Benign exertional headache/benign sexual headache: a disorder of myogenic cerebrovascular autoregulation? *Headache* 1997; 37:597 - 8.
- Lance JW, Lambros J. Unilateral exertional headache as a symptom of cardiac ischemia. *Headache* 1998; 38:315 - 6.
- Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, Leckie RS, Ribeiro S, Newman LC, Greenberg MA. Cardiac cephalgia: a treatable form of exertional headache. *Neurology* 1997; 49:813 - 6.
- Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vazquez-Barquero A,

Berciano J. Cough, exertional, and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46:1520 - 4.

- Silbert PL, Edis RH, Stewart-Wynne EG, Gubbay SS. Benign vascular sexual headache and exertional headache: interrelationships and long term prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54:417 - 21.

4.4 Primary headache associated with sexual activity

- D'Andrea G, Granella F, Verdelli F. Migraine with aura triggered by orgasm. *Cephalalgia* 2002; 22:485 - 6.
- Jacome DE. Masturbatory-orgasmic extracephalic pain. *Headache* 1998; 38:138 - 41.
- Kumar KL, Reuler JB. Uncommon headaches: diagnosis and treatment. *J Gen Int Med* 1993; 8:333 - 41.
- Lance JW. Headaches related to sexual activity. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1976; 39:1226—30.
- Lundberg PO, Osterman PO. Intercourse and headache. In: Genazzani AR, Nappi G, Facchinetti F, Martignoni E (eds). *Pain and reproduction*. Parthenon Publishing 1988: pp 149 - 53.
- Maliszewski M, Diamond S, Freitag FG. Sexual headache occurring in cluster headache patients. *Clinical J Pain* 1989; 5:45 - 7.
- Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vazquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional, and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46: 1520 - 4.
- Robbins L. Masturbatory-orgasmic extracephalic pain. *Headache* 1994; 34:214 - 16.

4.5 Hypnic headache

- Arjona JA, Jimenez-Jimenez FJ, Vela-Bueno A, Tallon-Barranco A. Hypnic Headache associated with stage 3 slow wave sleep. *Headache* 2000; 40:753 - 4.
- Bruni O, Galli F, Guidetti V. Sleep hygiene and migraine in children and adolescents. *Cephalalgia* 1999; 19(Suppl 25):57 - 9.
- Centonze V, D' Amico D, Usai S, Causarano V, Bassi A, Bussone G. First Italian case of hypnic headache, with literature review and discussion of nosology. *Cephalalgia* 2001; 21:71 - 4.
- Dodick DW. Polysomnography in hypnic headache syndrome. *Headache* 2000; 40:748 - 52.
- Dodick DW, Jones JM, Capobianco DJ. Hypnic headache: another indomethacin-responsive headache syndrome? *Headache* 2000; 40:830 - 5.
- Dodick DW, Mosek AC, Campbell IK. The hypnic ('alarm clock') headache syndrome. *Cephalalgia* 1998; 18:152 - 6.
- Ghiotto N, Sances G, Di Lorenzo G, Trucco M, Loi M, Sandrini G, Nappi G. Report of eight new cases of hypnic headache and a mini-review of the literature. *Funct Neurol* 2002; 17:211 - 9.
- Gould JD, Silberstein SD. Unilateral hypnic headache: a case study. *Neurology* 1997; 49:1749 - 51.
- Ivanez V, Soler R, Barreiro P. Hypnic headache syndrome: a

case with good response to indomethacin. *Cephalalgia* 1998; 18:225 – 6.

Martins IP, Gouveia RG. Hypnic headache and travel across time zones: a case report. *Cephalalgia* 2001; 21:928 – 31.

Morales-Asin F, Mauri JA, Iniguez C, Espada F, Mostacero E. The hypnic headache syndrome: report of three new cases. *Cephalalgia* 1998; 18:157 – 8.

Newman LC, Lipton RB, Solomon S. The hypnic headache syndrome: a benign headache disorder of the elderly. *Neurology* 1990; 40:1904 – 5.

Raskin NH. The hypnic headache syndrome. *Headache* 1988; 28:534 – 6.

Ravishankar K. Hypnic headache syndrome. *Cephalalgia* 1998; 18:358 – 9.

4.6 Primary thunderclap headache

Bassi P, Bandera R, Loiero M, Tognoni G, Mangoni A. Warning signs in subarachnoid hemorrhage: a cooperative study. *Acta Neurol Scand* 1991; 84:277 – 81.

Dodick DW, Brown RD, Britton JW, Huston J. Nonaneurysmal thunderclap headache with diffuse, multifocal, segmental and reversible vasospasm. *Cephalalgia* 1999; 19:118 – 23.

Garg RK. Recurrent thunderclap headache associated with reversible vasospasm causing stroke. *Cephalalgia* 2001; 21:78 – 9.

Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, Hillman J, Johansson G, Johansson I. Sudden onset headache: a prospective study of features incidence and causes. *Cephalalgia* 2002; 22:354 – 60.

Linn FHH, Rinkel GJE, Algra A, van Gijn J. Headache characteristics in subarachnoid haemorrhage and benign thunderclap headache. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1998; 65:791 – 3.

Linn FHH, Rinkel GJE, Algra A, van Gijn J. Follow-up of idiopathic thunderclap headache in general practice. *J Neurol* 1999; 246:946 – 8.

Linn FHH, Wijdicks EFM. Causes and management of thunderclap headache: a comprehensive review. *The Neurologist* 2002; 8:279 – 89.

Markus HS. Aprospective follow-up of thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1991; 54:1117 – 25.

Maurino J, Saposnik G, Lepera S, Rey RC, Sica RE. Multiple simultaneous intracerebral haemorrhages. *Arch Neurol* 2001; 58:629 – 32.

Nowak DA, Rodiek SO, Henneken S, Zinner J, Schreiner R, Fuchs H-H, Topka H. Reversible segmental cerebral vasoconstriction (Call-Fleming syndrome): are calcium channel inhibitors a potential treatment option? *Cephalalgia* 2003; 23:218 – 22.

Sturm JW, Macdonell RAL. Recurrent thunderclap headache associated with reversible intracerebral vasospasm causing stroke. *Cephalalgia* 2000; 20:132 – 5.

Slivka A, Philbrook B. Clinical and angiographic features of thunderclap headache. *Headache* 1995; 35:1 – 6.

Wijdicks EFM, Kerkhoff H, van Gijn J. Cerebral vasospasm and unruptured aneurysm in thunderclap headache. *Lancet* 1988; ii:1020.

Witham TF, Kaufmann AM. Unruptured cerebral aneurysm producing a thunderclap headache. *Am J Emergency Med* 2000; 1:88 – 90.

4.7 Hemicrania continua

Antonaci F, Pareja JA, Caminero AB, Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua: anaesthetic blockades of pericranial nerves. *Funct Neurol* 1997; 1:11 – 5.

Antonaci F, Pareja JA, Caminero AB, Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua. Parenteral indomethacin: the 'Indotest'. *Headache* 1998; 8:235 – 6.

Bordini C, Antonaci F, Stovner LJ, Schrader H, Sjaastad O. 'Hemicrania continua': a clinical review. *Headache* 1991; 31: 20 – 6.

Newman LC, Lipton RB, Solomon S. Hemicrania continua: ten new cases and a review of the literature. *Neurology* 1994; 44:2111 – 4.

Pareja J, Antonaci F, Vincent M. The hemicrania continua diagnosis. *Cephalalgia* 2002; 7:563 – 4.

Pareja J, Vincent M, Antonaci F, Sjaastad O. Hemicrania continua: diagnostic criteria and nosologic status. *Cephalalgia* 2001; 9:874 – 7.

Sjaastad O, Antonaci F. Chronic paroxysmal hemicrania (CPH) and hemicrania continua: transition from one stage to another. *Headache* 1993; 33:551 – 4.

Sjaastad O, Antonaci F. Apiroxicam derivative partly effective in chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua. *Headache* 1995; 35:549 – 50.

Sjaastad O, Spierings EL. Hemicrania continua: another headache absolutely responsive to indomethacin. *Cephalalgia* 1984; 4:65 – 70.

4.8 New daily-persistent headache

Evans RW, Rozen TD. Etiology and treatment of new daily persistent headache. *Headache* 2001; 4:830 – 2.

Goadsby PJ, Boes C. New daily persistent headache. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2002; 72(Suppl 2):ii6 – ii9.

Li D, Rozen TD. The clinical characterisation of new daily persistent headache. *Cephalalgia* 2002; 22:66 – 9.

Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near daily headaches: proposed revisions to the IHS-criteria. *Headache* 1994; 34:1 – 7.

Part two

二、次發性頭痛

Part two :The secondary headaches

歸因於頭部及頸部外傷之頭痛

(Headache attributed to head and neck trauma)

歸因於顱部或頸部血管疾患之頭痛

(Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder)

歸因於非血管性顱內疾患之頭痛

(Headache attributed to non-vascular intracranial disorder)

歸因於物質或物質戒斷之頭痛

(Headache attributed to a substance or its withdrawal)

歸因於感染之頭痛

(Headache attributed to infection)

歸因於體內恆定疾患之頭痛

(Headache attributed to disturbance of homeostasis)

歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其他面部或顱部結構疾患之頭痛
或顏面痛

**(Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears,
nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures)**

歸因於精神疾患之頭痛

(Headache attributed to psychiatric disorder)

次發性頭痛介紹

陳威宏 李詩應 譯

當病人發生首次頭痛，或有新的頭痛型態，且同時有腦瘤形成，就可直接斷定是腫瘤引發之次發性頭痛。這種病人只要給一種頭痛診斷，即**7.4 歸因於顱內腫瘤之頭痛**，即使這個頭痛症狀表現像偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛。換句話說，新發生頭痛（*de novo headache*）合併其他認定會引發頭痛的疾患，都診斷為次發性。

這種情況又不同於當病人原先就有的原發性頭痛之惡化，在時間點上與另一種疾患的發生有密切關連。在第一版的「國際頭痛疾病分類」中，經過多次討論後，結論只有新的頭痛才可以被認為是次發性。然而在編輯第二版的過程中，明顯地發現這樣的結論造成某些無法令人接受的情況。比如一位病人一生中有10次偏頭痛發作，但頭部外傷後，卻開始每星期2次偏頭痛發作，且因而造成失能，這又該如何呢？根據第一版的系統，這位病人只能有偏頭痛的診斷。另一個例子是一位緊縮型頭痛病人，他的頭痛惡化與腦瘤有關，雖然頭痛仍維持相同特徵。以前是無法下**7.4 歸因於顱內腫瘤之頭痛**的診斷。最後，過去無法做出藥物過度使用頭痛的診斷，因為這都是原發性頭痛（通常是偏頭痛）加劇，所以只能維持原有的診斷。

基於上述之理由，我們引進一種新的診斷及登錄方法，若原發性頭痛顯著惡化，在時間點上與另一種已證實會導致頭痛的疾患密切關連，現在這些病人可以有兩個診斷：原發性頭痛及次發性頭痛。理論上這個新系統比舊版更開放解讀空間，然而事實上，當舊系統導致不合理診斷時，從來就沒有人會去遵循它。對於病人的原發性頭痛因其他疾患而惡化，新系統的難題在於決定是否只用原發性的診斷或另外加上次發性頭痛的診斷。支持使用兩個診斷的理由如下：時間點上有非常密切關連、原發性頭痛明顯惡化、有其他證據顯示另一疾患會使原發性頭痛惡化、當它治癒或緩解後，頭痛緩解。

在第一版的「國際頭痛疾病分類」中，次發性頭痛的診斷基準差異很大，且常常未提供頭痛特徵的資料。在第二版中已決定將次發性頭痛診斷基準的格式標準化，並且盡可能提供更多頭痛特徵。因此診斷基準有下列配置：

次發性頭痛之診斷基準：

- A. 頭痛具下列一項或更多（列出）特徵（註1, 2），且符合基準C及D
- B. 證明有另一種已知會引發頭痛的疾患

C. 頭痛的發生與該疾患時間點上的密切關連及/或證實有致病關係

D. 會導致頭痛的疾患治療成功或自然緩解後，頭痛在3個月內大大減少或緩解（有些疾患的時間可能較短）
（註3）

註記：

1. 大部份次發性頭痛其頭痛特徵於學術論文中描述很少。即使有完整的描述，通常也很少具有診斷之重要特徵。因此，標準化基準中的診斷基準A對於建立致病性通常助益不大。但是基準B, C及D對於建立致病原因通常很有效益。這使得使用基準A不只用來界定頭痛特徵，也有助於儘可能告知目前對此頭痛的了解，或顯示我們所知是如何的少。這就是為什麼現在基準A格式內可以陳述一些特徵。期望這樣可以激發出更多對次發性頭痛特徵的研究，如此，對大部份這類頭痛，基準A可以有更清楚的定義。
2. 若對該頭痛一無所知，就聲明「無已知典型特徵」。
3. 基準D無法每次都被確認，有些推測的致因疾患無法治療或不會緩解。這些案例可能就以「經適當診察而排除其他致因」來代替基準D。

在許多案例中，追蹤的時間不夠或必須在緩解預期所需的時間之前下診斷。大部份這類案例的頭痛應登錄為**可能歸因於「該疾患」之頭痛**：一旦符合基準D，才能完全證實一個明確的關係。特別是在既存在之原發性頭痛因其他疾患而惡化的情況。例如，絕大部份符合**1.5.1 慢性偏頭痛**基準的病人是過度使用藥物，且停止過度使用藥物後，頭痛會改善。過度使用之藥物停用前，這類病人登錄的預設原則為之前的偏頭痛亞型（通常為**1.1 無預兆偏頭痛**），加上**1.6.5 可能慢性偏頭痛**以及**8.2.7 可能藥物過度使用頭痛**。若過度使用之藥物已停用，而病人在2個月內未改善，不符合**8.2 藥物過度使用頭痛**之基準D，則應摒棄這個診斷，而支持**1.5.1 慢性偏頭痛**。同樣的規則適用在過度使用藥物的病人，但其他方面符合**2.3 慢性緊縮型頭痛**的基準。

大部份案例中，基準D對在治癒、自然緩解或移除預設病因後，其頭痛改善有時間的限制。通常為3個月，但在某些次發性頭痛會更短些。若超過3個月（或較短的時間限制）頭痛依然持續，就該懷疑頭痛是否確實次發於所預設病因。常常觀察到超過3個月，次發性頭痛仍然持續，但他們大部份是具未經科學證實的病因。這些個案已含括在附錄中的**歸因於「某特定疾患」之慢性頭痛**。

5. 歸因於頭部及/或頸部外傷之頭痛 (Headache attributed to head and/or neck trauma)

周啟庠 王博仁 譯

-
- 5.1 急性外傷後頭痛 (Acute post-traumatic headache)
 - 5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性外傷後頭痛
(Acute post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury)
 - 5.1.2 歸因於輕度頭部外傷之急性外傷後頭痛
(Acute post-traumatic headache attributed to mild head injury)
 - 5.2 慢性外傷後頭痛 (Chronic post-traumatic headache)
 - 5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之慢性外傷後頭痛
(Chronic post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury)
 - 5.2.2 歸因於輕度頭部外傷之慢性外傷後頭痛
(Chronic post-traumatic headache attributed to mild head injury)
 - 5.3 歸因於頸部甩傷之急性頭痛 (Acute headache attributed to whiplash injury)
 - 5.4 歸因於頸部甩傷之慢性頭痛 (Chronic headache attributed to whiplash injury)
 - 5.5 歸因於外傷性顱內血腫之頭痛 (Headache attributed to traumatic intracranial aematoma)
 - 5.5.1 歸因於硬腦膜外血腫之頭痛 (Headache attributed to epidural haematoma)
 - 5.5.2 歸因於硬腦膜下血腫之頭痛 (Headache attributed to subdural haematoma)
 - 5.6 歸因於其他頭部及/或頸部外傷之頭痛 (Headache attributed to other head and/or neck trauma)
 - 5.6.1 歸因於其他頭部及/或頸部外傷之急性頭痛
(Acute headache attributed to other head and/or neck trauma)
 - 5.6.2 歸因於其他頭部及/或頸部外傷之慢性頭痛
(Chronic headache attributed to other head and/or neck trauma)
 - 5.7 顱骨切開術後頭痛 (Post-craniotomy headache)
 - 5.7.1 顱骨切開術後急性頭痛 (Acute post-craniotomy headache)
 - 5.7.2 顱骨切開術後慢性頭痛 (Chronic post-craniotomy headache)
-

一般說明

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新頭痛首次發生時，時間點上又與已知的
外傷有密切關連者，將其登錄為歸因於該外傷引發的
次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛、緊
縮型頭痛或叢發性頭痛特點的頭痛。如果既存在之原
發性頭痛的惡化，在時間點上與外傷有密切關連，則
有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為既
存在之原發性頭痛或診斷有兩種頭痛，即原發性頭痛
與歸因於外傷引起的頭痛。支持加上後者診斷的因素
為：與外傷發生有十分密切的時間點關連、既存在之
頭痛有明顯惡化、有充分證據顯示這種特別的外傷能
使原發性頭痛惡化，和最後，當外傷恢復後，頭痛進
步。

確定，可能或慢性？

在許多次發性頭痛的案例中，只有在有效治療或
病因自然緩解後，頭痛在特定的時間內解除或有明顯
改善，診斷才可確定。在這些病例中，時間點的關連
是該疾患引發頭痛的必要證據。

因外傷引起的次發性頭痛就不是如此：因果關係
是建立在頭痛發生和外傷在時間點上密切關連，但是
眾所周知外傷發生後頭痛常是持續的。當此情況發
生，例如於頭部外傷後，就診斷為5.2 慢性外傷後頭
痛。直到足夠恢復的時間已到之前，只要符合基準，
診斷5.1 急性外傷後頭痛 即可確定。這同樣適用於頸
部甩傷 (whiplash injury) 後。目前無可能歸因於頭部及
/或頸部外傷的頭痛 之診斷選項。

前言

頭痛是一可能發生在頭、頸或腦部外傷後的症
狀。肇因於頭部外傷的頭痛經常伴有其他症狀，如頭
暈、注意力難集中、神經質、人格改變和失眠。此群
症狀已知為外傷後症候群 (post-traumatic syndrome)，
頭痛又是其中最明顯的症狀。

頭部外傷後可能發生不同類型的頭痛，而且可能
和原發性頭痛十分類似— 最常見的是緊縮型頭痛，超
過80%的病人是此類。在某些病例中，可能會引發典
型預兆或無預兆偏頭痛，而少數病人也被報告有類似
叢發性頭痛的症候群。

當外傷發生後，頭痛立刻或者在發生後前幾日內
產生，頭痛和頭部或頸部外傷的關係很容易建立。然
而，當外傷後數星期或甚至數月後頭痛才產生，尤其
是當大多數的這些頭痛有緊縮型頭痛的型態時，而此
型頭痛的盛行率於全部人口中非常高，就很難認定。
這種遲發型的外傷後頭痛曾在臨床經驗中報告，但是

還未經由病例-控制組研究證實。

在頭部外傷或頸部甩傷後，已確認有危險因子會造成預後不良。女性於外傷後頭痛的風險較高，且隨著年齡的增加，恢復的速度較慢，也較不完全。機械因子如頭部撞擊的位置—旋轉(rotated)或傾斜(inclined)—會增加外傷後頭痛的風險。外傷的嚴重程度和外傷後症候群的嚴重程度之間的關係仍未確定。雖然還有一些爭議性的資料，大多數的研究顯示當頭部外傷較嚴重時，外傷後的頭痛較少發生。然而，在某些非常輕微的外傷病例中，頭部及/或頸部外傷和頭痛之間的因果關係是很難去建立的。

關於訴訟在外傷後引發持續頭痛之角色仍在討論中，某些研究顯示在沒有賠償金的國家，意外受害者之頭痛較少。5.2 慢性外傷後頭痛和5.4 歸因於頸部甩傷後之慢性頭痛常為外傷後症候群之一部分，而其器質性與精神社會因素間的複雜關係很難去評估。

5.1 急性外傷後頭痛 Acute post-traumatic headache

5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性外傷後頭痛 Acute post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 頭部外傷至少具下列其中一項：
 - 1. 意識喪失>30分鐘
 - 2. Glasgow昏迷指數(GCS)<13
 - 3. 外傷後記憶喪失>48小時
 - 4. 影像檢查顯示有外傷性腦部病變(大腦血腫，大腦內及/或蜘蛛網膜下腔出血，腦挫傷及/或頭顱骨骨折)
- C. 頭痛在頭部外傷後或恢復意識後7日內發生
- D. 有下列任何一項：
 - 1. 頭痛在頭部外傷後3個月內緩解
 - 2. 頭痛持續，但自頭部外傷尚未滿3個月

5.1.2 歸因於輕度頭部外傷之急性外傷後頭痛 Acute post-traumatic headache attributed to mild head injury

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 頭部外傷具下列全部項目：
 - 1. 無意識喪失，或意識喪失<30分鐘

2. Glasgow昏迷指數(GCS)≥13

3. 症狀及/或徵候診斷為腦震盪

C. 頭痛在頭部外傷後7日內發生

D. 有下列任何一項：

- 1. 頭痛在頭部外傷後3個月內緩解
- 2. 頭痛持續，但自頭部外傷尚未滿3個月

說明：

輕度頭部外傷可能會引起一個認知、行為、意識異常和昏迷指數≥13的複合症狀群。神經學檢查，神經影像(電腦斷層掃描，磁共振造影)，腦波，誘發電位，腦脊髓液檢查，前庭功能檢查和神經心理學檢查，可能有也可能沒有異常。並無證據顯示這些檢查中任何一項的異常會改變預後或者有助於治療。對正有外傷後頭痛的病人，這些並不應作為例行檢查。應就個案逐一考慮，或因研究目的才進行這些檢查。

5.2 慢性外傷後頭痛 Chronic post-traumatic headache

說明

慢性外傷後頭痛經常是外傷後症候群的一部分，其中包含了多種症狀如平衡障礙、注意力不集中、工作能力衰退、易怒、沮喪、睡眠障礙等等。慢性外傷後頭痛的病程和法律程序和解之間的關係還未清楚地建立，但重要的是需謹慎地評估病人，是否他們可能是裝病(malingering)及/或為得到更多的賠償金。

5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之慢性外傷後頭痛 Chronic post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 頭部外傷至少具下列其中一項：
 - 1. 意識喪失>30分鐘
 - 2. Glasgow昏迷指數(GCS)<13
 - 3. 外傷後記憶喪失>48小時
 - 4. 影像檢查顯示有外傷性腦部病變(大腦血腫，大腦內及/或蜘蛛網膜下腔出血，腦挫傷及/或頭顱骨骨折)
- C. 頭痛在頭部外傷後或頭部外傷恢復意識後7日內發生
- D. 頭部外傷後頭痛持續>3個月

5.2.2 歸因於輕度頭部外傷之慢性外傷後頭痛 Chronic post-traumatic headache attributed to mild head injury

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 頭部外傷具下列全部項目：
 1. 無意識喪失，或意識喪失 < 30分鐘
 2. Glasgow昏迷指數 (GCS) ≥ 13
 3. 症狀及/或徵候診斷為腦震盪
- C. 頭痛在頭部外傷後7日內發生
- D. 頭部外傷後頭痛持續 > 3個月

說明：

輕度頭部外傷可能引起一個認知、行為、意識異常和昏迷指數 ≥ 13 的複合症狀群。神經學檢查，神經影像(電腦斷層掃描, 磁振造影)，腦波，誘發電位，腦脊髓液檢查，前庭功能檢查和神經心理學檢查，可能有也可能沒有異常。並無證據顯示這些檢查中任何一項的異常會改變預後或者對治療有所幫助。對於目前有外傷後頭痛的患者，這些並不應作為例行檢查。應就個案逐一考慮，或因研究目的才進行這些檢查。

5.3 歸因於頸部甩傷之急性頭痛 Acute headache attributed to whiplash injury

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 有頸部甩傷病史(突然並重大 (significant) 的頸部加速/減速動作)，當時並伴隨頸部疼痛
- C. 頭痛在頸部甩傷後的7日內發生
- D. 有下列任何一項：
 1. 頭痛在頸部甩傷後的3個月內緩解
 2. 頭痛持續，但自頸部甩傷尚未滿3個月

說明：

“頸部甩傷”一詞指的是突然的頸部加速及/或減速動作(大多數病例是由車禍造成)。臨床表現包括與頸部有關的症狀與徵候，以及頸部以外身體障礙、神經感覺障礙、行為障礙及認知障礙與情感性疾患。它們在外觀、表現及進展模式等方面，會隨著時間而有很大變動。頭痛在頸部甩傷後症候群中是很常見的。魁北克頸部甩傷相關疾患任務小組 (The Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders) 已提出了對前瞻性研究有幫助的5種類別的分類方式。在不同的國家，頸部甩傷後症候群的發生率有明顯不同，這可能與對於賠償金的預期相關。

5.4 歸因於頸部甩傷之慢性頭痛 Chronic headache attributed to whiplash injury

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，及符合基準C及D
- B. 有頸部甩傷的病史(突然並重大 (significant) 的頸部加速/減速動作)，當時並伴隨頸部疼痛
- C. 頭痛在頸部甩傷後的7日內發生
- D. 頸部甩傷後頭痛持續 > 3個月

說明：

慢性頸部甩傷後頭痛常是外傷後症候群的一部份。並無有力的證據證明正在進行訴訟且賠償金未定與頭痛的延長有關。重要的是需謹慎地評估病人，是否他們可能是裝病及/或為得到更多的賠償金。

5.5 歸因於外傷性顱內血腫之頭痛 Headache attributed to traumatic intracranial haematoma

登錄他處：

頭痛歸因於外傷性腦內及/或蜘蛛網膜下腔出血或由外傷性大腦內血腫，登錄為 5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性外傷後頭痛 或 5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之慢性外傷後頭痛。

5.5.1 歸因於硬腦膜外血腫之頭痛 Headache attributed to epidural haematoma

診斷基準：

- A. 急性頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 神經影像檢查證實有硬腦膜外血腫
- C. 頭痛在血腫形成後數分鐘到24小時內發生
- D. 有下列任何一項：
 1. 頭痛於血腫清除後3個月內緩解
 2. 頭痛持續，但血腫清除尚未滿3個月

說明：

硬腦膜外血腫在頭部外傷發生的幾個小時之內產生，可能為中度 (moderate) 頭部外傷。硬腦膜外血腫總伴隨神經學局部徵候 (focal signs) 及意識障礙。緊急的手術是必要的。

5.5.2 歸因於硬腦膜下血腫之頭痛 Headache attributed to subdural haematoma

診斷基準：

- A. 急性或漸進性的頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 神經影像證實有硬腦膜下血腫
- C. 頭痛在血腫形成後24-72小時內發生
- D. 有下列任何一項：
 - 1. 頭痛於血腫清除後3個月內緩解
 - 2. 頭痛持續，但血腫清除尚未滿3個月

說明：

不同型態的硬腦膜下血腫應根據它們的時間特性來區別。急性和亞急性的血腫通常發生在明顯頭部外傷後，頭痛很常見(11%~53%的病例)，但卻常因神經學局部徵候及意識障礙而被忽略。於慢性硬腦膜下血腫，頭痛更為常見(高達81%)，並且雖然只是中度頭痛，卻是主要的症狀。由於導致頭痛的頭部外傷常很輕微，而可能被病人忘記，因此診斷上可能會有困難。如老年病人有漸進性的頭痛，特別是有些認知障礙及/或輕微的神經學局部徵候，應將慢性硬膜下血腫列入考慮。

雙側硬腦膜下血腫可能為腦脊髓液低壓造成的併發症。由這些疾患引起的頭痛皆登錄在此處。此類病例中，頭痛開始時是姿態性的，之後仍是以姿態性為主或變成持續性的。

5.6 歸因於其他頭部及/或頸部外傷之頭痛 Headache attributed to other head and/or neck trauma

5.6.1 歸因於其他頭部及/或頸部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to other head and/or neck trauma

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 證實有一種前述未提及的頭部及/或頸部外傷
- C. 頭痛的發生和頭部或/及頸部外傷，在時間點上密切關連，及/或有其他證據確立其因果關係
- D. 有下列任何一項：
 - 1. 頭痛於頭部及/或頸部外傷後3個月內消失
 - 2. 頭痛持續，但頭部及/或頸部外傷尚未滿3個月

5.6.2 歸因於其他頭部及/或頸部外傷之慢性頭痛 Chronic headache attributed to other head and/or neck trauma

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 證實有一種前述未提及的頭部及/或頸部外傷
- C. 頭痛的發生和頭部或/及頸部外傷，在時間點上密切相關，及/或有其他證據確立其因果關係
- D. 頭部及/或頸部外傷後頭痛持續>3個月

5.7 顱骨切開術後頭痛 Post-craniotomy headache

5.7.1 急性顱骨切開術後頭痛 Acute post-craniotomy headache

診斷基準：

- A. 不同強度的頭痛，在顱骨切開的部位最厲害，符合基準C及D
- B. 不是因頭部外傷(註1)而施行顱骨切開術
- C. 頭痛在顱骨切開術後7日內發生
- D. 有下列任何一項：
 - 1. 頭痛於顱骨切開術後3個月內消失
 - 2. 頭痛持續，但顱骨切開術尚未滿3個月

註記：

- 1. 當顱骨切開術是因頭部外傷而施行時，登錄為5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性外傷後頭痛。

5.7.2 慢性顱骨切開術後頭痛 Chronic post-craniotomy headache

診斷基準：

- A. 不同強度的頭痛，尤以在顱骨切開的部位最厲害，符合基準C及D
- B. 不是因頭部外傷(註1)而施行顱骨切開術
- C. 頭痛在顱骨切開術後7日內發生
- D. 顱骨切開術後頭痛持續>3個月

註記：

- 1. 當顱骨切開術是因頭部外傷而施行時，登錄為5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之慢性外傷後頭痛。

說明：

高達80%的病人在顱骨切開術後，即刻產生手術後頭痛，但大多數病人在7日內頭痛就消失。少於1/4的病人產生與外科手術有關連持續性(>3個月)頭痛。後顱窩手術，特別是為聽神經瘤(acoustic neuromas)所作的枕骨下顱骨切開術，更可能與顱骨切開術後的頭痛有關。

顱骨切開術後慢性頭痛的病理機轉並不清楚，但有可能與腦膜發炎、神經嵌制(nerve entrapment)、肌肉黏在硬膜上或其他的機轉有關。手術步驟的修正，包括骨成形性的頭顱造形術(osteoplastic cranioplasty)，來防止肌肉或筋膜黏連於其下的硬腦膜上，或許可以減少顱骨切開術後頭痛的發生率。

重要文獻

5.1, 5.2 Acute and chronic post-traumatic headache

- Branca B, Giordani B, Lutz T, Saper JR. Self-report of cognition and objective test performance in posttraumatic headache. *Headache* 1996; 36:300 - 6.
- Duckro PN, Chibnall JT, Tomazic TJ. Anger, depression, and disability: a path analysis of relationships in a sample of chronic posttraumatic headache patients. *Headache* 1995; 35:7 - 9.
- Editorial. Definition of mild traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1993; 6:86 - 7.
- Elkind AH. Headache and head trauma. *Clin J Pain* 1989; 5:77 - 87.
- Evans RW. Some observations on whiplash injuries. *Neurol Clin* 1992; 10:975 - 98.
- Gfeller JD, Chibnall JT, Duckro PN. Postconcussion symptoms and cognitive functioning in posttraumatic headache patients. *Headache* 1994; 34:503 - 7.
- Gilkey SJ, Ramadan NM, Aurora TK, Welch KM. Cerebral blood flow in chronic posttraumatic headache. *Headache* 1997; 37:583 - 7.
- Haas DC. Chronic posttraumatic headaches classified and compared with natural headaches. *Cephalalgia* 1996; 16:486 - 93.
- Hachinski VV. Posttraumatic headache. *Arch Neurol* 2000; 57:1780.
- Jimenez MD. Cefalea postraumatica. In: Cefaleas secundarias. F. Titus. C. Targa, JM Lainez, eds. Ediciones Ergon. Madrid. 1995: pp 17 - 36.
- Keidel M, Ramadan N. Acute posttraumatic headache. In: The Headaches. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds). Lippincott & Wilkins. Philadelphia 2000: pp 765 - 70.
- Kelly JP, Rosenberg JH. Diagnosis and management of concussion in sports. *Neurology* 1997; 48:575 - 80.
- Landy PJB. Neurological sequelae of minor head and neck injuries. *Injury* 1998; 29:129 - 206.
- Lanzi G, Balottin U, Borgatti R, De Agostini G, Pezzota S, Spanu G. Late post-traumatic headache in pediatric age. *Cephalalgia* 1985; 5:211 - 5.

- Martelli MF, Grayson RL, Zasler ND. Posttraumatic headache: neuropsychological and psychological effects and treatment implications. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14:49 - 69.
- Packard RC. Epidemiology and pathogenesis of posttraumatic headache. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14:9 - 21.
- Packard RC. Treatment of chronic daily posttraumatic headache with divalproex sodium. *Headache* 2000; 40:736 - 9.
- Packard RC, Ham LP. Posttraumatic headache: determining chronicity. *Headache* 1993; 33:133 - 4.
- Packard RC, Ham LP. Pathogenesis of posttraumatic headache and migraine: a common headache pathway? *Headache* 1997; 37:142 - 52.
- Packard RC, Weaver R, Ham LP. Cognitive symptoms in patients with posttraumatic headache. *Headache* 1993; 33:365 - 8.
- Ramadan N, Keidel M. Chronic posttraumatic headache. In: The Headaches. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds). Lippincott & Wilkins. Philadelphia 2000: pp 771 - 80.
- Weiss HD, Stern BJ, Goldberg J. Posttraumatic migraine: chronic migraine precipitated by minor head and neck trauma. *Headache* 1991; 31:451 - 6.
- Yagamuchi M. Incidence of headache and severity of head injury. *Headache* 1992; 32:427 - 31.
- Zasler ND. Posttraumatic headache: caveats and controversies. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14:1 - 8.

5.3, 5.4 Acute and chronic headache attributed to whiplash injury

- Bono G, Antonaci F, Ghirmai S, D'Angelo F, Berger M, Nappi G. Whiplash injuries: clinical picture and diagnosis workup. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18(S19):S23 - S28.
- Borchgrevink GE, Kaasa A, McDonagh D, Stiles TC, Haraldseth O, Lereim I. Acute treatment of whiplash neck sprain injuries. A randomized trial of treatment during the first 14 days after a car accident. *Spine* 1998; 23:25 - 31.
- Cassidy J (ed). Scientific Monograph of the Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders: redefining 'whiplash' and its management. *Spine* 1995; 20:S8.
- Cassidy JD, Carrol LJ, Cote P, Lemstra M, Berglund A, Nygren A. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *N Engl J Med* 2000; 342:1179 - 86.
- Cote P, Cassidy JD, Carroll L. Is a lifetime history of neck injury in a traffic collision associated with prevalent neck pain, headache and depressive symptomatology? *Accid Anal Prev* 2000; 32:151 - 9.
- Evans RW. Some observations on whiplash injuries. *Neurol Clin* 1992; 10:975 - 98.
- Evans RW, Evans RI, Sharp MJ. The physician survey on the postconcussion and whiplash syndromes. *Headache* 1994; 34:268 - 74.
- Hagstrom Y, Carlsson J. Prolonged functional impairments after whiplash injury. *Scand J Rehabil Med* 1996; 28:139 - 46.
- Karlsborg M, Smed A, Jespersen H, Stephensen S, Cortsen M, Jennum P, Herning M, Korfitsen E, Werdelin L. A prospective study of 39 patients with whiplash injury. *Acta Neurol Scand*

- 1997; 95:65 – 72.
- Keidel M, Rieschke P, Stude P, Eisentraut R, van Schayck R, Diener H. Antinociceptive reflex alteration in acute posttraumatic headache following whiplash injury. *Pain* 2001; 92:319 – 26.
- Kolbinson DA, Epstein JB, Burgess JA. Temporomandibular disorders, headaches, and neck pain following motor vehicle accidents and the effect of litigation: review of the literature. *J Orofac Pain* 1996; 10:101 – 25.
- Magnusson T. Extracervical symptoms after whiplash trauma. *Cephalalgia* 1994; 14:223 – 7.
- Obelieniene D, Bovim G, Schrader H, Surkiene D, Mickeviciene D, Miseviciene I, Sand T. Headache after whiplash: a historical cohort study outside the medico-legal context. *Cephalalgia* 1998; 18:559 – 64.
- Obelieniene D, Schrader H, Bovim G, Miseviciene I, Sand T. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1999; 66:279 – 83.
- Pettersson K, Hildingsson C, Toolanen G, Fagerlund M, Bjornebrink J. MRI and neurology in acute whiplash trauma. No correlation in prospective examination of 39 cases. *Acta Orthop Scand* 1994; 65:525 – 8.
- Radanov BP, Sturzenegger M, Di Stefano G, Schnidrig A, Aljinovic M. Factors influencing recovery from headache after common whiplash. *BMJ* 1993; 307:652 – 5.
- Radanov BP, Begre S, Sturzenegger M, Augustiny KF. Course of psychological variables in whiplash injury – a 2-year follow-up with age, gender and education pair-matched patients. *Pain* 1996; 64:429 – 34.
- Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Mickeviciene D, Miseviciene I, Sand T. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996; 347:1207 – 11.
- Sturzenegger M, Radanov BP, Di Stefano G. The effect of accident mechanisms and initial findings on the long-term course of whiplash injury. *J Neurol* 1995; 242:443 – 9.
- Wallis BJ, Lord SM, Barnsley L, Bogduk N. The psychological profiles of patients with whiplash-associated headache. *Cephalalgia* 1998; 18:101 – 5.
- ### 5.7 Post-craniotomy headache
- Feghali JG, Elowitz EH. Split calvarial graft cranioplasty for the prevention of headache after retrosigmoid resection of acoustic neuromas. *Laryngoscope*. 1998; 108:1450 – 2.
- Ferber J, Juniewicz H, Glogowska E, Wronski J, Abraszko R, Mierzwa J. Tramadol for postoperative analgesia in intracranial surgery. Its effect on ICP and CPP. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2000; 34(6 Suppl):70 – 9.
- Fetterman BL, Lanman TH, House JW. Relief of headache by cranioplasty after skull base surgery. *Skull Base Surg* 1997; 7:1 – 4.
- Hanson MB, Glasscock ME, Brandes JL, Jackson CG. Medical treatment of headache after suboccipital acoustic tumour removal. *Laryngoscope* 1998; 108:1111 – 4.
- Hagell P. Postoperative pain control after craniotomy. *J Neuroscience Nursing* 1999; 31:47 – 9.
- Harner SG, Beatty CW, Ebersold MJ. Headache after acoustic neuroma excision. *Am J Otol* 1993; 14:552 – 5.
- Harner SG, Beatty CW, Ebersold MJ. Impact of cranioplasty on headache after acoustic neuroma removal. *Neurosurgery* 1995; 36:1097 – 9.
- Jackler R, Pitts L. Acoustic neuroma. *Neurosurg Clin North Am* 1990; 1:199 – 223.
- Kaur A, Selwa L, Fromes G, Ross DA. Persistent headache after supratentorial craniotomy. *Neurosurgery* 2000; 47:633 – 6.
- Koperer H, Deinsberger W, Jodicke A, Boker DK. Postoperative headache after suboccipital approach: craniotomy versus craniectomy. *Minimally Invasive Neurosurgery* 1999; 42:175 – 8.
- Leith BA. Pharmacological management of pain after intracranial surgery. *J Neurosci Nursing* 1998; 30:220 – 4.
- Leith BA. Pain assessment and management. *Axone* 1999; 21:4 – 9.
- Lovely TJ, Lowry DW, Jannetta PJ. Functional outcome and the effect of cranioplasty after retromastoid craniectomy for microvascular decompression. *Surg-Neurol* 1999; 51:191 – 7.
- Mosek AC, Dodick DW, Ebersold MJ, Swanson JW. Headache after resection of acoustic neuroma. *Headache* 1999; 39:89 – 94.
- Nguyen A, Girard F, Boudreault D, Fugere F, Ruel M, Moumdjian R, Bouthilier A, Caron JL, Bojanowski MW and Girard DC. Scalp nerve blocks decrease the severity of pain after craniotomy. *Anesthesia & Analgesia* 2001; 93:1272 – 6.
- Parving A, Mirko T, Thomsen J, Moller H, Buchwald C. Some aspect of life after surgery for acoustic neuroma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 118:1061 – 4.
- Pedrosa CA, Ahern DK, McKenna MJ, Ojemann RG, Aquadro MA. Determinants and impact of headache after acoustic neuroma surgery. *Am J Otol*. 1994; 15:793 – 7.
- Schessel DA, Nedzelski JM, Rowed D, Feghali JG. Pain after surgery for acoustic neuroma. *Otolaryngol Head Neck surgery* 1992; 107:424 – 9.
- Schessel DA, Rowed D, Nedzelski JM, Feghali JG. Postoperative pain following excision of acoustic neuroma by the suboccipital approach: observations of possible cause and potential amelioration. *Am J Otol* 1993; 14:491 – 4.
- Soumekh B, Levine SC, Haines SJ, Wulf JA. Retrospective study of postcraniotomy headaches in suboccipital approach: diagnosis and management. *Am J Otol* 1996; 17:617 – 9.
- Tanskanen P, Kytta J, Randell T. Patient-controlled analgesia with oxycodone in the treatment of postcraniotomy pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43:42 – 5.
- Vijayan N. Postoperative headache in acoustic neuroma. *Headache* 1995; 35:98 – 100.
- Wazen JJ, Sisti M and Lam SM. Cranioplasty in acoustic neuroma surgery. *Laryngoscope* 2000; 110:1294 – 7.
- Weigand DA, Ojemann RG, Fickel V. Surgical treatment of acoustic neuroma (vestibular schwannoma) in the United States: Report of the acoustic neuroma registry. *Laryngoscope* 1996; 106:58 – 66.
- Wiegand DA, Fickel V. Acoustic neuroma – the patient's perspective: subjective assessment of symptoms, diagnosis, therapy, and outcome in 541 patients. *Laryngoscope* 1989; 99:179 – 87.

6. 歸因於頭、頸部血管性疾患之頭痛 (Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder)

許立奇 陳世彬 譯

-
- 6.1 歸因於缺血性中風或暫時性腦缺血之頭痛 (Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack)
 - 6.1.1 歸因於缺血性中風 (腦梗塞) 之頭痛 (Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction))
 - 6.1.2 歸因於暫時性腦缺血(TIA)之頭痛 (Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA))
 - 6.2 歸因於非外傷性顱內出血之頭痛 (Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage)
 - 6.2.1 歸因於腦出血之頭痛 (Headache attributed to intracerebral haemorrhage)
 - 6.2.2 歸因於蜘蛛網膜下腔出血(SAH)之頭痛 (Headache attributed to subarachnoid haemorrhage (SAH))
 - 6.3 歸因於未破裂之血管畸形之頭痛 (Headache attributed to unruptured vascular malformation)
 - 6.3.1 歸因於囊形動脈瘤之頭痛 (Headache attributed to saccular aneurysm)
 - 6.3.2 歸因於動靜脈畸形 (AVM) 之頭痛 (Headache attributed to arteriovenous malformation(AVM))
 - 6.3.3 歸因於硬膜動靜脈瘻管之頭痛 (Headache attributed to dural arteriovenous fistula)
 - 6.3.4 歸因於海綿狀血管瘤之頭痛 (Headache attributed to cavernous angiomas)
 - 6.3.5 歸因於腦三叉神經或軟腦膜血管瘤病 (Sturge Weber氏症候群) 之頭痛(Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome))
 - 6.4 歸因於動脈炎之頭痛 (Headache attributed to arteritis)
 - 6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎 (GCA) 之頭痛 (Headache attributed to giant cell arteritis (GCA))
 - 6.4.2 歸因於原發性中樞神經系統 (CNS) 血管炎之頭痛 (Headache attributed to primary central nervous system (CNS) angiitis)
 - 6.4.3 歸因於次發性中樞神經系統 (CNS) 血管炎之頭痛 (Headache attributed to secondary central nervous system (CNS) angiitis)

- 6.5 歸因於頸動脈或脊椎動脈痛之疼痛 (Carotid or vertebral artery pain)
 - 6.5.1 歸因於動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛 (Headache or facial or neck pain attributed to arterial dissection)
 - 6.5.2 動脈內膜切除術後頭痛 (Post-endarterectomy headache)
 - 6.5.3 頸動脈血管成型術後頭痛 (Carotid angioplasty headache)
 - 6.5.4 歸因於顱內血管內手術之頭痛 (Headache attributed to intracranial endovascular procedures)
 - 6.5.5 血管造影頭痛 (Angiography headache)
 - 6.6 歸因於大腦靜脈栓塞 (CVT) 之頭痛 (Headache attributed to cerebral venous thrombosis CVT))
 - 6.7 歸因於其他顱內血管性疾患之頭痛 (Headache attributed to other intracranial vascular disorder)
 - 6.7.1 大腦體染色體顯性動脈病變併有皮質下梗塞及白質腦病變 (CADASIL) (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL))
 - 6.7.2 粒線體腦病變，乳酸中毒及類中風發作 (MELAS) (Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS))
 - 6.7.3 歸因於中樞神經系統之良性血管病變之頭痛 (Headache attributed to benign angiopathy of the central nervous system)
 - 6.7.4 歸因於腦下垂體中風之頭痛 (Headache attributed to pituitary apoplexy)
-

一般說明

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新的頭痛首次發生時，時間點上又與血管性疾患密切關連者，將其登錄為歸因於血管性疾患引發的次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛特點的頭痛。如果既存在之原發性頭痛的惡化，在時間點上與血管性疾患密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為既存在之原發性頭痛或診斷有兩種頭痛，即原發性頭痛與歸因於血管性疾患引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與血管性疾患十分密切的時間關連、既存在之頭痛有明顯的惡化、有充分證據去解釋血管性疾患能使原發性頭痛惡化和最後，當血管性疾患急性期過後，頭痛改善。

確定、可能或慢性的？

只有疾病發生之後或急性期過後的一特定時間內，頭痛緩解或有明顯改善，歸因於血管性疾患之頭痛的診斷通常才可確定。當個案與上述不符，或特定時間尚未過去，通常會用可能歸因於血管性疾患之頭痛的診斷。此外，當頭痛在三個月後沒有緩解或明顯改善時，則診斷為A6.8 慢性血管性疾患後頭痛。因為這些頭痛的文獻不足，因此只在附錄中被提及，尚需研究來確立其因果關係之較佳診斷標準。

前言

頭痛與大多數下列血管性疾患的因果關係是很容易診斷的，因為頭痛的表現為急性且有神經學徵候，並常常迅速緩解。因此，頭痛和這些神經學徵候在時間點上的密切關連，就成為建立因果關係的關鍵。

在許多狀況如缺血性或出血性中風，頭痛常常因為局部徵候或意識障礙而被忽略。其他如蜘蛛網膜下腔出血，頭痛則通常是最明顯的症狀。在一些可同時引發頭痛及中風的狀況如動脈剝離，大腦靜脈栓塞，巨細胞動脈炎及中樞神經系統血管炎等，頭痛常是一個最起始的警兆。因此，確認出頭痛與這些疾患的關連，以便正確診斷潛在的血管疾患，同時及早開始適當的治療，進而避免可能的嚴重神經學後遺症是很重要的。

這些狀況可能發生在一些之前便有任何一型原發性頭痛的病人。一個指向有潛在血管性狀況的線索即是新的頭痛，通常是突發的，且病人從未經歷過的。舉凡有上述狀況發生，就該緊急檢視是否有血管性疾患。

所有列於此處之血管性疾患，診斷基準須包括任何可能性：

- A. 頭痛具一項 (或多項) 已記載的特徵 (如有任何已知特徵)，且符合基準C及D
- B. 符合該血管性疾患的主要診斷基準
- C. 在時間點上與該血管性疾患密切相關，及/或有其他證據確立其與該血管性疾患之因果關係
- D. 在血管性疾患緩解或過了急性期之後，頭痛在一段特定時間內 (註1) 改善或消失

註記：

1. 歸因於某些血管性疾患之頭痛，基準D則不適用，因為沒有足夠的資料去限定頭痛改善或消失所需的時間。

6.1 歸因於缺血性中風或暫時性腦缺血之頭痛 Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack

6.1.1 歸因於缺血性中風 (腦梗塞) 之頭痛 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)

診斷基準：

- A. 任何新發生的急性頭痛，符合基準C
- B. 神經學徵候及/或神經影像上證實有一最近的缺血性中風
- C. 頭痛與缺血性中風的徵候或其他證據同時發生，或是在時間點上密切關連

說明：

缺血性中風的頭痛是伴隨著局部神經學徵候或是意識的改變，因此，通常都易與原發性頭痛作出鑑別。它的嚴重程度通常是中度且沒什麼特定的特徵。

缺血性中風的個案有17-34% 併有頭痛，且較常見於基底動脈領域，而非頸動脈領域之中風。除了極少見於小洞梗塞，或是極常見於動脈剝離外，頭痛用以確定中風的病因並無太大的臨床價值。

6.1.2 歸因於暫時性腦缺血 (TIA) 之頭痛 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA)

診斷基準：

- A. 任何新發生的急性頭痛，符合基準C及D
- B. 因缺血引起的局部神經缺損持續 < 24小時
- C. 局部缺損發作同時併有頭痛
- D. 頭痛在24小時內緩解

說明：

雖然比較常見於基底動脈領域而非頸動脈領域的暫時性腦缺血，頭痛很少是暫時性腦缺血的一明顯症狀。要區別暫時性腦缺血併有頭痛與預兆偏頭痛的發作可能特別困難。發作的模式是很重要的：局部缺損在暫時性腦缺血典型的是突然發生，偏頭痛預兆則較為漸進性的。更進一步地分析，正向現象 (如閃爍暗點) 在偏頭痛預兆遠較暫時性腦缺血常見，而負向現象則在暫時性腦缺血較常見。

6.2 歸因於非外傷性顱內出血之頭痛 Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage

登錄他處：

歸因於外傷性腦出血或蜘蛛網膜下腔出血，或是外傷性腦血腫的頭痛是登錄在5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性外傷後頭痛 或5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之慢性外傷後頭痛。

歸因於外傷性硬腦膜外血腫的頭痛登錄在5.5.1 歸因於硬腦膜外血腫之頭痛；歸因於外傷性硬腦膜下血腫的頭痛登錄在5.5.2 歸因於硬腦膜下血腫之頭痛。

6.2.1 歸因於腦出血之頭痛 Headache attributed to intracerebral haemorrhage

診斷基準：

- A. 任何新發生的急性頭痛，符合基準C
- B. 神經學徵候或神經影像上證實有最近非外傷性腦出血
- C. 頭痛與腦出血同時發生，或在時間點上密切關連

說明：

「腦內」(intracerebral) 在本文中包含「小腦內」(intracerebellar) 的涵義。

頭痛在出血性中風比缺血性中風較常見且更嚴重。通常它會因為局部神經缺損或昏迷而被忽略，但是它也可能是需緊急外科減壓手術之小腦出血的顯著且早期特徵。

6.2.1 歸因於腦出血之頭痛 常是因為蜘蛛網膜下腔的血液及局部壓迫所致，而不是顱內高壓造成。它也偶爾會以雷擊頭痛 (thunderclap headache) 來呈現

6.2.2 歸因於蜘蛛網膜下腔出血 (SAH) 之頭痛 Headache attributed to subarachnoid haemorrhage (SAH)

診斷基準：

- A. 突然發作的重度頭痛，符合基準C及D
- B. 神經影像 (CT或MRI T2或 flair) 或腦脊髓液檢查證實有非外傷性蜘蛛網膜下腔出血，可能有也可能沒有其他臨床徵候。
- C. 頭痛與出血同時發作
- D. 頭痛在一個月之內緩解

說明：

蜘蛛網膜下腔出血可說是目前所知突然發作，嚴重且使人失去行為能力的頭痛 (雷擊頭痛) 之最常見原因，且是一種很嚴重的狀況 (50%的病人在SAH後死亡，且常都是到院前死亡，倖存者則有50%會變成殘障)。

排除外傷後，80%的個案是肇因於囊形動脈瘤破裂。

SAH引起的頭痛通常是單側發作，且併有噁心、嘔吐、意識障礙、後頸僵硬、偶爾會有發燒及心律不整。然而，它也有可能沒那麼嚴重且沒什麼伴隨的徵候。突然發作是一關鍵特徵。任一個病人有突然發作的頭痛或雷擊頭痛都應該評估是否是SAH。診斷可用沒有對比劑的CT scan或MRI (flair sequences) 來作確認，在24小時內其敏感性可達90%以上。如果神經影像上沒有發現，模稜兩可或技術不足，則應考慮腰椎穿刺。

蜘蛛網膜下出血是神經外科急症。

6.3 歸因於未破裂之血管畸形之頭痛 Headache attributed to unruptured vascular malformation

登錄他處：

歸因於破裂血管畸形之頭痛是登錄在6.2.1 歸因於腦出血之頭痛 或6.2.2 歸因於蜘蛛網膜下腔出血之頭痛

6.3.1 歸因於囊形動脈瘤之頭痛 Headache attributed to saccular aneurysm

診斷基準：

- A. 任何新發生的急性頭痛，包括雷擊頭痛及/或疼痛性第三腦神經麻痺，符合基準C及D
- B. 神經影像上證實有囊形動脈瘤
- C. 證實囊形動脈瘤是致病原因
- D. 頭痛在72小時內緩解
- E. 經適當診察已排除蜘蛛網膜下腔出血、腦出血及其他造成頭痛的病因

說明：

在未破裂之腦血管動脈瘤的病人中，大約有18%會有頭痛。

這類頭痛通常沒有特定的特徵。然而，約有50%的病人在未發生動脈瘤引起的SAH前，即有雷擊頭痛。雖然雷擊頭痛在沒有血管畸形的情況下也可能發生，應該用一些適當的非侵入性的檢查 (如MRA或CT血管造影) 來尋找這類畸形，而在有疑問的個案，則用一般傳統的血管造影。有一種典型的「警訊式疼痛」(‘warning pain’) (顯示是動脈瘤即將破裂或逐漸變大) 是一種急性第三腦神經麻痺併有眼窩後疼痛及瞳孔放大，這表示在大腦後交通動脈或頸動脈末端有動脈瘤。

6.3.2 歸因於動靜脈畸形 (AVM) 之頭痛 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM)

診斷基準：

- A. 任何新發生的急性頭痛，符合基準C及D
- B. 神經影像證實有動靜脈畸形
- C. 證實動靜脈畸形是致病原因
- D. 頭痛在72小時內緩解
- E. 經適當診察已排除蜘蛛網膜下腔出血、腦出血及其他造成頭痛的病因

說明：

曾有個案報告動靜脈畸形與幾種頭痛有關連，如叢發性頭痛、慢性發作性半邊頭痛(CPH)、短暫持續單側神經痛性頭痛併結膜充血或流淚(SUNCT)，但這些個案有非典型的特徵。當這些頭痛為典型發作時，就沒有好的證據支持動靜脈畸形和這些原發性頭痛間的關連性。

在動靜脈畸形的女性病人中，約有高達58% 會有預兆偏頭痛。支持此項因果關係的證據在於動靜脈畸形的患側與頭痛或預兆的患側有極高的相關性。因此，有一極力建議是動靜脈畸形會引起預兆偏頭痛(症狀性偏頭痛)。但也有大規模的動靜脈畸形調查研究指出比起出血、癲癇或者是局部缺損，偏頭痛其實是很少見的表現症狀。

6.3.3 歸因於硬腦膜動靜脈瘻管之頭痛 Headache attributed to dural arterio-venous fistula

診斷基準：

- A. 任何新發生的急性頭痛，符合基準C
- B. 神經影像證實有硬腦膜動靜脈瘻管
- C. 證實瘻管是致病原因
- D. 經適當的診察已排除蜘蛛網膜下腔出血、腦出血及其他造成頭痛的病因

說明：

針對硬腦膜動靜脈瘻管與頭痛的關連之研究尚缺乏。出現的症狀可能是會疼痛之搏動性耳鳴 (pulsatile tinnitus)，或者是頭痛伴隨著其他因靜脈回流減少或靜脈竇栓塞引起的顱內高壓之其他徵候。頸動脈-海綿竇瘻管可能以出現疼痛性眼肌痲痺 (painful ophthalmoplegia) 來表現。

6.3.4 歸因於海綿狀血管瘤之頭痛 Headache attributed to cavernous angioma

登錄他處：

歸因於海綿狀血管瘤引起的腦出血或癲癇發作之頭痛，登錄在6.2.1 歸因於腦出血之頭痛或7.6 歸因於癲癇之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何新發生的急性頭痛，符合基準C
- B. 神經影像證實有海綿狀血管瘤
- C. 證實海綿狀血管瘤是致病原因
- D. 經適當的診察已排除蜘蛛網膜下腔出血、腦出血及其他造成頭痛的病因

說明：

對海綿狀血管瘤的確認已因MRI而增加。但是卻缺乏頭痛與這些畸形彼此關連之好的研究。頭痛常常是海綿狀血管瘤引起的腦出血或癲癇的後遺症，故應登錄腦出血或癲癇上。

6.3.5 歸因於腦三叉神經或軟腦膜血管瘤病(Sturge Weber氏症候群) 之頭痛 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)

診斷基準：

- A. 任何新發生的急性頭痛，符合基準C
- B. 顏面血管瘤、癲癇、及在神經影像證實有與顏面血管瘤同側之腦膜血管瘤
- C. 證實血管瘤是致病原因
- D. 經適當診察後，已排除其他造成頭痛的病因

說明

頭痛是這類狀況常見的報告，但缺乏正式文獻證實。一些零星個案顯示腦三叉神經或軟腦膜血管瘤病可能是症狀性偏頭痛的一種原因，特別是有延長預兆的發作(可能是與慢性血量減少有關)。

6.4 歸因於動脈炎之頭痛 Headache attributed to arteritis

6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛 Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)

舊稱：

顳動脈炎(Temporal arteritis)、Horton氏病(Horton's disease)

診斷基準：

- A. 任何新發生持續性的頭痛，符合基準C及D

- B. 至少符合下列一項：
1. 頭皮動脈腫脹壓痛併有紅血球沉降速率 (ESR) 及/或C反應蛋白(CRP) 上升
 2. 經顱動脈切片檢查證實為巨細胞動脈炎
- C. 頭痛發生與巨細胞動脈炎之其他症狀或徵候時間點上密切關連
- D. 經高劑量類固醇治療後，頭痛在三日內緩解或大幅改善

說明：

在所有動脈炎及膠原血管疾病中，巨細胞動脈炎是最明顯與頭痛相關的疾病 (它是導因於頭部動脈的發炎，大多是外頸動脈分支) 下列幾點應該強調：

- 頭痛特徵和GCA其他的伴隨症狀 (風濕性多發肌痛症 (polymyalgia rheumatica)、下顎跛痛 (jaw claudication)) 的變化性很大，所以任何在60歲以上有最近持續性頭痛的發作應該考慮GCA，且應進行適當的診察。
- 最近反覆發生與頭痛伴隨的黑矇症 (amaurosis fugax) 非常有可能是GCA，也應積極作緊急的診察。
- 因前側缺血性視神經病變 (anterior ischaemic optic neuropathy) 引起的失明是最主要的危險，這是可透過立即給予類固醇治療來預防。
- 從一眼失明到另一眼失明的時間間隔通常小於一週，
- 通常也會有腦部缺血或失智症的危險。
- 組織學檢查中發現，某些區域之顱動脈似乎不被侵犯 (跳躍式病變 (skip lesions))，因此需有一系列連續的切片檢查。
- 顱動脈的都卜勒超音波掃描可以看到動脈壁的增厚 (軸切面有如一個光環 (halo))，有助於選擇切片的位置。

6.4.2 歸因於原發性中樞神經系統(CNS)血管炎之頭痛 Headache attributed to primary central nervous system (CNS) angiitis

舊稱：

局限的中樞神經系統血管炎 (Isolated CNS angiitis)、肉芽腫中樞神經系統血管炎 (granulomatous CNS angiitis)

診斷基準：

- A. 任何新發作持續性頭痛，符合基準D及E
- B. 任一型的腦徵候 (如中風、癲癇、認知或意識異常)
- C. 缺乏全身性動脈炎之情況下，經腦或腦膜切片證實

- 有或在血管造影的徵候懷疑有中樞神經系統血管炎
- D. 頭痛發生與腦徵候時間點上密切關連
 - E. 在類固醇及/或免疫抑制治療下，頭痛在一個月內改善

說明：

頭痛是中樞神經系統血管炎中主要的症狀 (不論是原發性或次發性)。根據診斷工具的不同 (如血管造影或組織學)，50-80%之病例有頭痛表現。但因其缺乏特定的特徵，所以幾乎不具診斷價值，除非併有如局部缺損、癲癇、認知改變或意識異常等其他徵候。然而，若無頭痛及腦脊髓液白血球增生，就不太可能診斷為中樞神經系統血管炎。

頭痛的病理機轉是多重的：發炎、中風 (缺血性或出血性)、顱內壓上升及/或SAH。治療效果也不比6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎之頭痛顯著。組織學上證實之原發性中樞神經系統血管炎仍是一種嚴重且致死並不少見的狀況。

6.4.3 歸因於次發性中樞神經系統 (CNS)血管炎之頭痛 Headache attributed to secondary central nervous system (CNS) angiitis

診斷基準：

- A. 任何新發作持續性頭痛，符合基準D及E
- B. 任一型的腦徵候 (如中風、癲癇、認知或意識異常)
- C. 證實有全身性動脈炎
- D. 頭痛發生與腦徵候時間點上密切關連
- E. 在類固醇及/或免疫抑制治療下，頭痛一個月內改善

說明：

頭痛是中樞神經系統血管炎主要的症狀 (不論是原發性或次發性)。根據診斷工具的不同 (如血管造影或組織學)，50-80%之病例有頭痛表現。但因其缺乏特定的特徵，所以幾乎不具診斷價值，除非併有如局部缺損、癲癇、認知改變或意識異常等其他徵候。然而，若無頭痛及腦脊髓液白血球增多，就不太可能診斷為中樞神經系統血管炎。

診斷上的困難有兩方面：1) 要在本身已有許多狀況會導致血管炎的病人身上診斷中樞神經系統血管炎；2) 在有中樞神經系統血管炎的病人身上找尋潛在的狀況，如發炎、感染、惡性腫瘤、毒物。

頭痛的病理機轉是多重的：發炎、中風 (缺血性或出血性)、顱內壓上升及/或蜘蛛網膜下腔出血。

6.5 頸動脈或脊椎動脈疼痛 Carotid or vertebral artery pain

6.5.1 歸因於動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛 Headache or facial or neck pain attributed to arterial dissection

診斷基準：

- A. 任何急性新的頭痛、顏面或頸部疼痛，可能有也可能沒有其他神經學症狀或徵候，且符合基準C及D
- B. 經適當血管及/或神經影像檢查後，證實血管剝離
- C. 疼痛發生與血管剝離時間點上密切關連，且發生於同側
- D. 疼痛在一個月內緩解

說明：

頭痛可能有也可能沒有合併頸部疼痛可以是頸動脈剝離的唯一症狀。它是目前為止最常見的症狀 (佔55-100%的個案)，也是最常見的起始症狀 (佔33-86%的個案)。

頭痛和臉部及頸部疼痛通常是單側的 (與剝離的動脈同側)，嚴重且持續 (平均達四日)。然而，它沒有一個特定形態，偶爾也會因與其他頭痛類似而嚴重誤導，如像偏頭痛、叢發性頭痛、原發性雷擊頭痛及SAH (特別是顱內脊椎動脈剝離本身便會以SAH表現)。常見的伴隨徵候還有：腦或視網膜缺血性的徵候，及局部徵候。疼痛的Horner氏症候群或突然發生的疼痛性耳鳴則高度懷疑是頸動脈剝離。

頭痛通常是表現在缺血性徵候發生之前，因此需早期診斷及治療。診斷是根據都卜勒超音波掃描，MRI、MRA及/或螺旋CT及在有疑問的個案上，用傳統的血管造影來確認。通常需要多種檢查來診斷，因為任何一種都有可能正常。目前在治療上一直都沒有隨機試驗研究，但卻有一個共識即偏好用heparin接著用warfarin，用三至六個月，依動脈復原的情況來決定。

6.5.2 動脈內膜切除術後頭痛 Post-endarterectomy headache

診斷基準：

- A. 急性頭痛，具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 整個頭輕微疼痛
 - 2. 單側，類叢發性疼痛，一日一或二次持續2-3小時的發作
 - 3. 單側搏動性重度疼痛
- B. 接受過頸動脈內膜切除術
- C. 頭痛在手術後一週內發生，而且沒有剝離現象

D. 頭痛在手術後一個月內緩解

說明：

頸動脈內膜切除術後有三種亞式的頭痛被描述。最常見 (高達60%的個案) 的是單純的整個頭輕微痛，發生在手術後的前幾日。它是一種良性且自限的狀況。第二種 (報告中高達38%個案) 是單側類似叢發性疼痛，一般發作持續2-3小時，一日一或二次。它多半會在術後二週緩解。第三種是少見的過渡灌注症候群 (hyperperfusion syndrome) 的一部分，且併有單側搏動性嚴重的疼痛，發作在手術後三日之後。它通常約在手術後第七日血壓上升及癲癇或神經學缺損發生前產生。緊急治療是必須的，因為這些症狀都是腦出血的前兆。

6.5.3 頸動脈血管成型術後頭痛 Carotid angioplasty headache

診斷基準：

- A. 任何急性新發生的頭痛，符合基準C及D
- B. 接受過「顱外」或「顱內」血管成型術
- C. 頭痛在血管成型術當中或術後一週內發生，而且沒有剝離現象
- D. 頭痛在一個月內緩解

說明：

經皮經血管腔血管成型術 (PTA) 和支架置放術對照手術目前正在進行隨機臨床試驗。在頭痛的資料上仍很缺乏，一些大型的頸動脈PTA研究中也沒有提及頭痛。在一個小型53個病人的研究中，在用氣球擴張過程中頸部疼痛有51%，頭痛則是於33%的病人發生。且多半是在氣球消氣後幾秒鐘內就消失。

屬於過渡灌注症候群一部分的頭痛 (參見6.5.2 動脈內膜切除術後頭痛)，也曾在頸動脈PTA後被報告過。

6.5.4 歸因於顱內血管內操作之頭痛 Headache attributed to intracranial endovascular procedures

診斷基準：

- A. 突然發生，單側重度局部性頭痛，且符合基準C及D
- B. 接受過顱內血管成型術或栓塞術
- C. 頭痛在操作過程幾秒內產生
- D. 頭痛在操作過程結束後24小時內緩解

說明：

一種很特定亞式的頭痛被報告過，它是在動靜脈

畸形或動脈瘤經氣球擴張或栓塞後發生。它是一種突然發生的嚴重疼痛，且局限在與牽涉到的動脈有關之特定區域，發生在操作過程幾秒內，且很快就消失。

6.5.5 血管造影頭痛 Angiography headache

診斷基準：

- A. 急性頭痛，至少具下列一項特徵，且符合基準C及D
 - 1. 整個頭燒灼式重度疼痛
 - 2. 在有偏頭痛的病人發作有偏頭痛特徵的頭痛
- B. 接受過動脈內頸動脈或脊椎動脈血管造影
- C. 頭痛在血管造影當中發生
- D. 頭痛在72小時內緩解

說明：

頸動脈內或脊椎動脈內注射對比劑引起具燒灼感的整個頭嚴重疼痛，此頭痛會自動緩解。這種注射也會引起有偏頭痛的病人偏頭痛發作。這裡應同時登錄在1 偏頭痛 (放在合適的亞型) 及6.5.5 血管造影頭痛。

6.6 歸因於大腦靜脈栓塞 (CVT) 之頭痛 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT)

診斷基準：

- A. 任何新的頭痛，可能有也可能沒有神經徵候，符合基準C及D
- B. 神經影像證實有大腦靜脈栓塞
- C. 頭痛 (及若有神經學徵候) 發作與大腦靜脈栓塞時間點上密切關連
- D. 經適當治療後，頭痛在一個月內緩解

說明：

頭痛可說是CVT最常見的症狀 (出現在80-90%個案)，也是最常見的起始症狀。它沒有特定的特徵。最常有的是整個頭、漸進性嚴重的痛且伴隨其他顱內高壓徵候。它可以是單側、突然發作，但有時候會因與其他頭痛類似而嚴重誤導，如像偏頭痛、原發性雷擊頭痛、腦脊髓液低壓或SAH (它也可能是原因)。頭痛可能是CVT唯一的現象，但有超過90%個案的頭痛是伴隨局部徵候 (神經缺損或癲癇) 及/或顱內高壓的徵候、亞急性腦病變或海綿狀竇症候群。

在沒有特定的特徵下，任何最近發生持續性頭痛都應該提高警覺，特別是出現了一些潛在性趨血栓形成的症狀 (prothrombotic condition)。診斷是根據神經影

像檢查結果 (MRI加上MRA或CT加上CT血管造影或在有疑問的個案進行動脈內血管造影)。治療應儘早開始，且包括症狀治療、heparin及加上後續至少六個月的口服抗凝血劑及當有適應症時，治療潛在的病因。

6.7 歸因於其他顱內血管性疾患之頭痛 Headache attributed to other intracranial vascular disorder

6.7.1 大腦體染色體顯性動脈病變併有皮質下梗塞及白質腦病變 (CADASIL) Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)

診斷基準：

- A. 預兆偏頭痛發作，可能有也可能沒有其他神經學徵候
- B. 在MRI T2WI上有典型白質變化
- C. 由皮膚切片證據或基因測定 (Notch 3突變) 確認診斷

說明：

CADASIL是一種最近才被認定的體染色體顯性 (也有些散發個案) 腦部小動脈疾病，臨床上的特徵是復發的小型深部梗塞、皮質下失智症 (subcortical dementia)、情緒障礙及預兆偏頭痛。

預兆偏頭痛出現在1/3的個案，在這些個案中，通常也是這類疾病最早出現的症狀，出現的平均年齡是30歲，約是在缺血性中風發作前15年，及死亡前20-30年出現。除了有較不常見的延長預兆外，發作通常是典型的1.2 預兆偏頭痛。

MRI於T2WI上總是有明顯白質變化的異常。這種疾病牽涉到小動脈血管中膜 (media) 的平滑肌細胞，是由Notch 3基因突變引起。診斷是根據簡單的皮膚切片及Notch 3抗體的免疫染色。

CADASIL是一種研究預兆偏頭痛的病理生理及其與缺血性中風之間關連一很好的模型。

6.7.2 粒線體腦病變、乳酸中毒及類中風發作 (MELAS) Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)

診斷基準：

- A. 預兆或無預兆偏頭痛發作

B. 類中風發作及癲癇

C. 基因異常 (在tRNA Leu基因裡有粒線體DNA3243點突變或其他DNA MELAS點突變)

說明：

偏頭痛發作在MELAS是很常見的。因而出現一個假設，認為粒線體突變可能在預兆偏頭痛扮演某種角色，但3243突變在兩組患有預兆偏頭痛的個案中並未被偵測到。其他未被偵測到的突變可能在偏頭痛及缺血性中風扮演某種角色，因為偏頭痛發作，特別是預兆偏頭痛，在其他粒線體異常疾患也會發生。

6.7.3 歸因於中樞神經系統之良性（或可逆性）血管病變之頭痛 Headache attributed to benign (or reversible) angiopathy of the central nervous system

診斷基準：

- A. 整個頭、突然或漸進發作的嚴重的痛，可能有也可能沒有局部神經缺損及/或癲癇，且符合基準C及D
- B. 在血管造影有“串珠狀”(‘strings and beads’)外觀，且經適當診察後已排除是蜘蛛網膜下腔出血
- C. 具有下列一或二項：
 - 1. 頭痛與神經學缺損及/或癲癇同時發生
 - 2. 因頭痛的關係作血管造影而發現“串珠狀”外觀
- D. 頭痛 (及若有神經學缺損) 在二個月內自動緩解

說明：

這是一個不太被了解的狀況，在臨床上的特色為一種嚴重的整個頭痛，有幾種發作的模式：可能是像SAH一樣的突然發作，也可能是在幾小時內快速地進展，或慢慢地在幾日裡進展。它是雷擊頭痛被確認病因中的其中一種。它可能是這種狀況的唯一症狀，但通常伴隨有忽好忽壞的局部神經學缺損，有時伴隨癲癇。根據定義，在血管造影上有異常的交替性節狀動脈收縮及擴張。

有一些病因已被證實：最清楚確認的是產後血管病變，有些產後血管病變個案與使用bromocriptine有關。這個疾病在不治療下，可於1-2個月內自行痊癒，動脈異常也會消失，但在診斷上，卻與原發性中樞神經系統血管炎難以區分，有時會給予一段時間的類固醇。

6.7.4 歸因於腦下垂體中風之頭痛 Headache attributed to pituitary apoplexy

診斷基準：

- A. 重度急性眼窩後、額部或整個頭痛，伴有下列至少一項，及符合基準C及D

- 1. 噁心及嘔吐
- 2. 發燒
- 3. 意識程度下降
- 4. 腦下垂體功能低下
- 5. 低血壓
- 6. 眼肌麻痺或視力障礙

- B. 神經影像證實有急性出血性腦下垂體梗塞
- C. 頭痛與急性出血性腦下垂體梗塞同時發生
- D. 頭痛與其他症狀及/或徵候在一個月內緩解

說明：

這種少見的臨床症候群是一種急性、有生命危險的狀況，它的特徵是腦下垂體自發性出血性梗塞。它是導致雷擊頭痛病因的其中一種。

在偵測蝶鞍內病變上，磁振造影比電腦斷層掃描更為敏感。

重要文獻

6.1.1 Headache attributed to ischaemic stroke

- Ferro JM, Melo TP, Oliveira V, Salgado AV, Crespo M, Canhao P, Pinto AN. A multivariate study of headache associated with ischemic stroke. *Headache* 1995; 35:315 - 9.
- Fisher CM. Headache in acute cerebrovascular disease. In: Vinken PH, Bruyn GW eds. *Headache and cranial neuralgias. Handbook of clinical neurology.* Amsterdam; Elsevier 1968; 5:124 - 56.
- Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg D. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36: 1445 - 50.
- Portenoy RK, Abissi CJ, Lipton RB, Berger AR, Mebler MF, Baglivo J, Solomon S. Headache in cerebrovascular disease. *Stroke* 1984; 15:1009 - 12.

6.1.2 Headache attributed to transient ischaemic attack

- Caplan LR. Migraine and vertebrobasilar ischemia. *Neurology* 1991; 41:55 - 61.
- Ferro JM, Costa I, Melo TP, Canhao P, Oliveira V, Salgado AV, Crespo M, Pinto AN. Headache associated with transient ischemic attacks. *Headache* 1995; 35:544 - 8.
- Fisher CM. Migraine accompaniments versus arteriosclerotic ischemia. *Trans Am Neurol Assoc* 1968; 93:211 - 3.
- Fisher CM. Cerebral ischemia: less familiar types. *Clin Neurosurg* 1971; 18:267 - 336.
- Fisher CM. Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. *Can J Med Sci* 1980; 7:9 - 17.
- Martsen BH, Sorensen PS, Marquardsen J. Transient ischemic attacks in young patients: a thromboembolic or migrainous manifestation? A ten-year follow-up of 46 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1990; 53:1029 - 33.

6.2.1 Headache attributed to intracerebral haemorrhage

- Ferro JM, Melo TP, Guerreiro M. Headaches in intracerebral hemorrhage survivors. *Neurology* 1998; 50:203 – 7.
- Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg P. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36:1445 – 0.
- Jensen TS, Gorelick PB. Headache associated with stroke and intracranial hematoma. In: *The Headaches*. 2nd edition. J Olesen, P Telt-Hansen, KMA Welch eds. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2000, pp 781 – 7.
- Melo TP, Pinto AN, Ferro JM. Headache in intracerebral hematomas. *Neurology* 1996; 47:494 – 500.
- Schuaib A, Metz L, and Hing T. Migraine and intra-cerebral hemorrhage. *Cephalalgia* 1989; 9:59 – 61.

6.2.2 Headache attributed to subarachnoid haemorrhage

- Bassi P, Bandera R, Loiero M, Togoni G, Mangoni. Warning signs in subarachnoid hemorrhage: a cooperative study. *Acta Neurol Scand* 1991; 84:277 – 81.
- Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *NEJM* 2000; 342:29 – 36.
- Evans RW. Diagnostic testing for the evaluation of headaches. *Neurology Clinics* 1996; 14:1 – 26.
- Linn FHH, Rinkel GJE, Algra A, van Gijn J. Headache characteristics in subarachnoid haemorrhage and benign thunderclap headache. *J Neurol Neurosurg Psych* 1998; 65: 791 – 3.
- Mayberg MR, Batjer HH, Dacey R, Diringer M, Haley EC, Heros RC, Sternau LL, Torner J, Adams HP, Feinberg W, Thies W. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke* 1994; 25:2315 – 28.
- Ramirez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, Johnston KL, Cipolle RJ, Barber DL. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol* 1997; 54:1506 – 9.
- Seymour JJ, Moscati RM, Jehle DV. Response of headaches to non-narcotic analgesics resulting in missed intracranial hemorrhage. *Am J Emerg Med* 1995; 13:43 – 5.
- Sidman R, Vconnolly E, Lemke T. Subarachnoid hemorrhage diagnosis: lumbar puncture is still needed when the computed tomography scan is normal. *Acad Emerg Med* 1996; 3:827 – 31.
- Van der Wee N, Rinkel GJE, Hasan D, van Gijn J. Detection of subarachnoid hemorrhage on early CT: is lumbar puncture still needed after a negative scan? *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1995; 58:357 – 9.
- Verweij RD, Wijdicks EFM, van Gijn J. Warning headache in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. A case control study. *Arch Neurol* 1988; 45:1019 – 20.
- Weir B. Diagnostic aspects of SAH. In: Weir B. *Subarachnoid hemorrhage: causes and cures*. New York: Oxford University Press 1998, pp 144 – 76.

6.3.1 Headache attributed to saccular aneurysm

- Day JW, Raskin NH. Thunderclap headache: symptom of unruptured cerebral aneurysm. *Lancet* 1986; 2:1247 – 8.
- Linn FHH, Wijdicks EFM, van der Graaf Y, Weerdesteyn-van Vliet FAC, Bartelds A, van Gijn J. Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Lancet* 1994; 344:590 – 3.
- Markus HS. Aprospective follow-up of thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psych* 1991; 54:1117 – 25.
- Mas JL, Baron JC, Bousser MG, Chiras J. Stroke, migraine and intracranial aneurysm: a case report. *Stroke* 1986; 17:1019 – 21.
- Ostergard JR, Ramadan N. Unruptured vascular malformations and subarachnoid hemorrhage. In *The Headaches* 2nd edition. J Olesen, P Tfelt-Hansen, KMAWelch eds. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2000: pp 789 – 96.
- Raps EC, Rogers JD, Galetta DL, Solomon RA, Lennihan L, Klebanoff LM, Fink ME. The clinical spectrum of unruptured intracranial aneurysms. *Arch Neurol* 1993; 50:265 – 8.
- Schievink WI. Intracranial aneurysms. *NEJM* 1997; 336:28 – 40.
- Wijdicks EFM, Kerckhoff H, van Gijn J. Long-term follow-up of 71 patients with thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *Lancet* 1988; ii:68 – 70.

6.3.2 Headache attributed to arteriovenous malformation

- Bruyn GW. Intracranial arteriovenous malformation and migraine. *Cephalalgia* 1984; 4:191 – 207.
- Haas DC. Arteriovenous malformations and migraine: case reports and an analysis of the relationship. *Headache* 1991; 31:509 – 13.
- Troost BT, Mark LE, Maroon JC. Resolution of classic migraine after removal of an occipital lobe AVM. *Ann Neurol* 1979; 5:199 – 201.

6.3.3 Headache attributed to dural arterio-venous fistula

- Malek AM, Halbach VV, Dowd CF, Higashida RT. Diagnosis and treatment of dural arteriovenous fistulas. *Neuroimaging Clin N Am* 1998; 8:445 – 68.

6.3.4 Headache attributed to cavernous angioma

- De Benedittis G. SUNCT syndrome associated with cavernous angioma of the brain stem. *Cephalalgia* 1996; 16:503 – 6.
- Epstein MA, Beerman PH, Schut L. Cavernous angioma presenting as atypical facial and head pain. *J Child Neurol* 1990; 5:27 – 30.
- Robinson JR, Awad IA, Little JR. Natural history of the cavernous angioma. *J Neurosurg* 1991; 75:709 – 14.

6.3.5 Headache attributed to encephalotrigeminal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)

- Chabriat H, Pappata S, Traykov L, Kurtz A, Bousser MG. Angiomatose de Sturge Weber responsable d' une hemiplegia sans infarctus cerebral en fin de grossesse. *Rev Neurol*

(Paris) 1996; 152:536 – 41.

Klapper J. Headache in Sturge-Weber syndrome. *Headache* 1994; 34:521 – 2.

6.4.1 Headache attributed to giant cell arteritis

Caselli RJ, Hunder GG. Neurologic aspects of giant cell (temporal) arteritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1993; 19:941 – 53.

Hunder GG. Giant cell (temporal) arteritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16:399 – 409.

Lee AG, Brazis PW. Temporal arteritis: a clinical approach. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:1364 – 70.

Solomon S, Cappa KG. The headache of temporal arteritis. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35:163 – 5.

Swannell AJ. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: diagnosis and management. *BMJ* 1997; 314:1329 – 32.

Thielen KR, Wydicks EFM, Nichols DA. Giant cell (temporal) arteritis: involvement of the vertebral and internal carotid arteries. *Mayo Clin Proc* 1998; 73:444 – 6.

6.4.2 Headache attributed to Primary CNS angiitis and 6.4.3 Headache attributed to Secondary CNS angiitis

Calabrese LH, Furlan AH, Gragg LA, Ropos TH. Primary angiitis of the central nervous system: diagnostic criteria and clinical approach. *Cleve J Med* 1992; 59:293 – 306.

Calabrese LH, Duna GF, Lie JT. Vasculitis in the central nervous system; *Arthritis Rheum* 1997; 40:1189 – 201.

Chu CT, Gray L, Goldstein LB, Hulette CM. Diagnosis of intracranial vasculitis: a multidisciplinary approach. *J Neuropath Exp Neurol* 1998; 57:30 – 8.

Hankey GJ. Necrotizing and granulomatous angiitis of the CNS. In *Cerebrovascular disease. Pathophysiology, diagnosis and management*, vol 2. MD Ginsberg, J Bogousslavsky eds. New York: Blackwell Science 1998: 1647 – 83.

Harris KG, Tran DD, Sickels WJ, Cornell SH, Yuh WTC. Diagnosing intracranial vasculitis: the roles of MR and angiography. *Am J Neuroradiol* 1994; 15:317 – 30.

Kumar R, Wijdicks EFM, Brown RD, Parisi JE, Hammond CA. Isolated angiitis of the CNS presenting as subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psych* 1997; 62:649 – 51.

Lie JT. Primary (granulomatous) angiitis of the central nervous system: a clinicopathologic analysis of 15 new cases and a review of the literature. *Hum Pathol* 1992; 23:164 – 71.

Moore PM. Vasculitis of the central nervous system. *Semin Neurol* 1994; 14: 313 – 9.

Savage COS, Harper L, Cockwell P, Adu D, Howie AJ. ABC of arterial and vascular disease: vasculitis. *BMJ* 2000; 320:1325 – 8.

6.5.1 Arterial dissection

Biousse V, D'Anglejan-Chatillon J, Massiou H, Bousser MG. Head pain in non traumatic artery dissection: a series of 65 patients. *Cephalalgia* 1994; 14:33 – 6.

Biousse V, D'Anglejan-Chatillon J, Touboul PJ, Amarenco P, Bousser MG. Time course of symptoms in extracranial carotid artery dissections. A series of 80 patients. *Stroke*

1995; 26:235 – 9.

Biousse V, Woimant F, Amarenco P, Touboul PJ, Bousser MG. Pain as the only manifestation of extracranial internal carotid artery dissection. *Cephalalgia* 1992; 12:314 – 7.

D'Anglejan Chatillon J, Ribeiro V, Mas JL, Youl BD, Bousser MG. Migraine – a risk factor for dissection of cervical arteries. *Headache* 1989; 29:560 – 1.

De la Sayette V, Leproux F, Letellier Ph. Cervical cord and dorsal medullary infarction presenting with retro-orbital pain. *Neurology* 1999; 53:632 – 4.

Duyff RF, Snidjers CJ, Vanneste JAL. Spontaneous bilateral internal carotid artery dissection and migraine: a potential diagnostic delay. *Headache* 1997; 37:109 – 12.

Fisher CM. The headache and pain of spontaneous carotid dissection. *Headache* 1982; 22:60 – 5.

Guillon B, Biousse V, Massiou H, Bousser MG. Orbital pain as an isolated sign of internal carotid artery dissection. A diagnostic pitfall. *Cephalalgia* 1998; 18:222 – 4.

Guillon B, Levy C, Bousser MG. Internal carotid artery dissection: an update. *J Neurol Sci* 1998; 153:146 – 58.

Nakatomi H, Nagata K, Kawamoto S, Shiokawa Y. Ruptured dissecting aneurysm as a cause of subarachnoid hemorrhage of unverified etiology. *Stroke* 1997; 28:1278 – 82.

Ramadan NM, Tietjen GE, Levine SR, Welch KMA. Scintillating scotomata associated with internal carotid artery dissection: report of three cases. *Neurology* 1991; 41:1084 – 7.

Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. *Neurology* 1995; 45:1517 – 22.

Sturzenegger M. Headache and neck pain. The warning symptoms of vertebral artery dissection. *Headache* 1994; 34:187 – 93.

6.5.2 Post-endarterectomy headache

Breen JC, Caplan LR, DeWitt LD, Belkin M, Mackey WC, Donnell TP. Brain edema after carotid surgery. *Neurology* 1996; 46:175 – 81.

De Marinis M, Zaccaria A, Faraglia V, Fiorani P, Maira G, Agnoli A. Post endarterectomy headache and the role of the oculo-sympathetic system. *J Neurol Neurosurg Psych* 1991; 54:314 – 7.

Ille O, Woimant F, Pruna A, Corabianu O, Idatte JM, Hagenau M. Hypertensive encephalopathy after bilateral carotid endarterectomy. *Stroke* 1995; 26:488 – 91.

Leviton A, Caplan L, Salzman E. Severe headache after carotid endarterectomy. *Headache* 1975; 15:207 – 9.

Tehindranarivelo A, Lutz G, Petitjean C, Bousser MG. Headache following carotid endarterectomy: a prospective study. *Cephalalgia* 1991; 11(suppl 11):353.

6.5.3 Carotid angioplasty headache

Dietrich EB, Ndiaye M, Reid DB. Stenting in the carotid artery. Experience in 110 patients. *J Endovasc Surg* 1996; 3:42 – 62.

Gil-Peralta A, Mayol A, Gonzalez Marcos JR, Gonzalez A, Ruano J, Boza F, Duran F. Percutaneous transluminal angioplasty of the symptomatic atherosclerotic carotid arteries; Results, complications and follow-up. *Stroke* 1996; 27: 2271 – 3.

- McCabe DJH, Brown MM, Clifton A. Fatal cerebral reperfusion hemorrhage after carotid stenting. *Stroke* 1999; 30:2483 - 6.
- Munari LM, Belloni G, Moschini L, Mauro A, Pezzuoli G, Porta M. Carotid pain during percutaneous angioplasty. Pathophysiology and clinical features. *Cephalalgia* 1994; 14:127 - 31.
- Schooser BG, Heesen C, Eckert B, Thie A. Cerebral hyperperfusion injury after percutaneous transluminal angioplasty of extracranial arteries. *J Neurol* 1997; 244:101 - 4.

6.5.4 Headache attributed to intracranial endovascular procedures

- Martins IP, Baeta E, Paiva T, Campos J, Gomes L. Headaches during intracranial endovascular procedures: a possible model for vascular headache. *Headache* 1993; 23:227 - 33.
- Nichols FT, Mawad M, Mohr JP, Hilal S, Adams RJ. Focal headache during balloon inflation in the vertebral and basilar arteries. *Headache* 1993; 33:87 - 9.
- Nichols FT, Mawad M, Mohr JP, Stein B, Hilal S, Michelsen WJ. Focal headache during balloon inflation in the internal carotid and middle cerebral arteries. *Stroke* 1990; 21:555 - 9.

6.5.5 Angiography headache

- Shuaib A, Hachinski VC. Migraine and the risks from angiography. *Arch Neurol* 1988; 45:911 - 2.

6.6 Headache attributed to cerebral venous thrombosis

- Aidi S, Chaunu MP, Biousse V, Bousser MG. Changing pattern of headache pointing to cerebral venous thrombosis after lumbar puncture and intra venous high dose corticosteroids. *Headache* 1999; 39:559 - 64.
- Ameri A, Bousser MG. Cerebral venous thrombosis. *Neurologic Clinics* 1992; 10:87 - 111.
- Biousse V, Ameri A, Bousser MG. Isolated intracranial hypertension as the only sign of cerebral venous thrombosis. *Neurology* 1999; 53:1537 - 42.
- Bousser MG, Ross Russell R. Cerebral venous thrombosis. Major problems in neurology, vol 1. London: Saunders 1997.
- Crassard I, Biousse V, Bousser MG, Meyer B, Marsot-Dupuch K. Hearing loss and headache revealing lateral sinus thrombosis in a patient with Factor V Leiden mutation. *Stroke* 1997; 28:876 - 7.
- De Bruijn SFTM, Stam J, Kappelle LJ for CVST study group. Thunderclap headache as first symptom of cerebral venous sinus thrombosis. *Lancet* 1996; 348:1623 - 5.
- Leker RR, Steiner I. Features of dural sinus thrombosis simulating pseudotumor cerebri. *Eur J Neurol* 1999; 6:601 - 4.
- Newman DS, Levine SR, Curtis VL, Welch KMA. Migraine like visual phenomena associated with cerebral venous thrombosis. *Headache* 1989; 29:82 - 5.
- Tehindrazanarivelo AD, Evrard S, Schaison M, Mas JL, Dormont D, Bousser MG. Prospective study of cerebral sinus venous thrombosis in patients presenting with benign intracranial hypertension. *Cerebrovasc Dis* 1992; 2:22 - 7.

6.7.1 CADASIL

- Chabriat H, Tournier-Lasserre E, Vahedi K, Leys D, Joutel A, Nibbio A, Escailla JP, Iba-Zizen MT, Bracard S, Tehindrazanarivelo A, Gastaut JL, Bousser MG. Autosomal dominant migraine with MRI white matter abnormalities mapping to the CADASIL locus. *Neurology* 1995; 45:1086 - 91.
- Chabriat H, Vahedi K, Iba-Zizen MT, Joutel A, Nibbio A, Nagy TG, Krebs MO, Julien J, Dubois B, Ducrocq X, Levasseur M, Homeyer P, Mas JL, Lyon-Caen O, Tournier-Lasserre E, Bousser MG. Clinical spectrum of CADASIL: a study of 7 families. *Lancet* 1995; 346:934 - 9.
- Joutel A, Corpechot C, Ducros A, Katayoun V, Chabriat H, Mouton P, Alamowitch S, Domenga V, Cecillion M, Marechal E, Maciazek J, Vayssiere C, Cruaud C, Cabanis EA, Ruchoux MM, Weissenbach J, Bacxh JF, Bousser MG, Tournier-Lasserre E. 'Notch 3' mutations in CADASIL, a hereditary adult-onset condition causing stroke and dementia. *Nature* 1996; 383:707 - 10.
- Verin M, Rolland Y, Landgraf F, Chabriat H, Bompais B, Michel A, Vahedi K, Martinet JP, Tournier-Lasserre E, Lemaitre MH, Edan G. New phenotype of the cerebral autosomal dominant arteriopathy mapped to chromosome 19 migraine as the prominent clinical feature. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1995; 59:579 - 85.

6.7.2 MELAS

- Klopstock A, May P, Siebel E, Papagiannuli E, Diener NC, Heichmann H. Mitochondrial DNA in migraine with aura. *Neurology* 1996; 46:1735 - 8.
- Koo B, Becker L, Chuang S, Merante F, Robinson BH, Mac Gregor D, Tein I, Ho VB, McGreal DA, Wherrett JR, Logan WJ. Mitochondrial encephalomyopathy, lactic acidosis, stroke-like episodes (MELAS): clinical, radiological, pathological and genetic observations. *Ann Neurol* 1993; 34:25 - 32.
- Ojaimi J, Katsabanis S, Bower S, Quigley A, Byrne E. Mitochondrial DNA in stroke and migraine with aura. *Cerebrovasc Dis* 1998; 8:102 - 6.
- Pavakis SG, Phillips PC, Di Mauro S, De Vivo DC, Rowland P. Mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis and stroke-like episodes: a distinct clinical syndrome. *Ann Neurol* 1984; 16:481 - 8.

6.7.3 Headache attributed to benign angiopathy of the CNS

- Call GK, Fleming MC, Sealfon S, Levine H, Kistler JP, Fisher CM. Reversible cerebral segmental vasoconstriction. *Stroke* 1988; 19:1159 - 70.
- Dodick DW, Brown RD, Britton JW, Huston J. Non aneurysmal thunderclap headache with diffuse, multifocal segmental and reversible vasospasm. *Cephalalgia* 1999; 19:118 - 213.
- Lee KY, Sohn YH, Kim SH, Sunwoo IN. Basilar artery vasospasm in postpartum cerebral angiopathy. *Neurology* 2000; 54:2003 - 5.
- McCull GJ, Fraser K. Pheochromocytoma and pseudovasculitis. *J Rheumatol* 1995; 22:1441 - 2.
- Razavi M, Bendixen B, Maley JE, Schoaib M, Zargarian M, Razavi B, Adams HP. CNS pseudovasculitis in a patient with pheochromocytoma. *Neurology* 1999; 52:1088 - 90.

Serdaru M, Chiras J, Cujas M, Lhermitte F. Isolated benign cerebral vasculitis or migrainous vasospasm? *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1984; 47:73 - 6.

6.7.4 Headache attributed to pituitary apoplexy

Carral F. Pituitary apoplexy. *Arch Neurol* 2001; 58:1143 - 4.

Chakeres DW, Curtin A, Ford G. Magnetic resonance imaging of pituitary and parasellar abnormalities. *Radiol Clin North Am* 1989; 27:265 - 81.

Da Motta LA, de Mello PA, de Lacerda CM, Neto AP, Da Motta LD, Filho MF. Pituitary apoplexy. Clinical course, endocrine evaluations and treatment analysis. *J Neurosurg Sci* 1991; 43:25 - 36.

Dodick DW, Wijdicks EFM. Pituitary apoplexy presenting as thunderclap headache. *Neurology* 1998; 50:1510 - 1.

Hernandez A, Angeles Del Real M, Aguirre M, Vaamonde J, Gudin M, Ibanez R. Pituitary apoplexy: a transient benign presentation mimicking with subarachnoid hemorrhage with negative angiography. *Eur J Neurol* 1998; 5:499 - 501.

Lee CC, Cho AS, Carter WA. Emergency department presentation of pituitary apoplexy. *Am J Emerg Med* 2000; 18: 328 - 31.

McFadzean RM, Doyle D, Rampling R, Teasdale E, Teasdale G. Pituitary apoplexy and its effect on vision. *Neurosurgery* 1991; 29:669 - 75.

7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 (Headache attributed to non-vascular intracranial disorder)

阮相國 陳韋達 譯

-
- 7.1 歸因於腦脊髓液高壓之頭痛 (Headache attributed to high cerebrospinal fluid pressure)
 - 7.1.1 歸因於原因不明顱內高壓之頭痛 (IIH) (Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH))
 - 7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛 (Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes)
 - 7.1.3 歸因於水腦引起顱內高壓之頭痛 (Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus)
 - 7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛 (Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure)
 - 7.2.1 硬腦膜穿刺後頭痛 (Post-dural puncture headache)
 - 7.2.2 腦脊髓液瘻管頭痛 (CSF fistula headache)
 - 7.2.3 歸因於自發性 (或原因不明) 腦脊髓液低壓之頭痛 (Headache attributed to spontaneous (or idiopathic) low CSF pressure)
 - 7.3 歸因於非感染性發炎疾患之頭痛 (Headache attributed to non-infectious inflammatory disease)
 - 7.3.1 歸因於神經類肉瘤病之頭痛 (Headache attributed to neurosarcoidosis)
 - 7.3.2 歸因於無菌性 (非感染性) 腦膜炎之頭痛 (Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis)
 - 7.3.3 歸因於其他非感染性發炎疾病之頭痛 (Headache attributed to other non-infectious inflammatory disease)
 - 7.3.4 歸因於淋巴球腦下垂體炎之頭痛 (Headache attributed to lymphocytic hypophysitis)
 - 7.4 歸因於顱內腫瘤之頭痛 (Headache attributed to intracranial neoplasm)
 - 7.4.1 歸因於腫瘤引起顱內壓升高或水腦之頭痛 (Headache attributed to increased intracranial pressure or hydrocephalus caused by neoplasm)
 - 7.4.2 歸因於直接與腫瘤有關之頭痛 (Headache attributed directly to neoplasm)

- 7.4.3 歸因於癌性腦膜炎之頭痛 (Headache attributed to carcinomatous meningitis)
 - 7.4.4 歸因於下視丘或腦下垂體的過度分泌或分泌不足之頭痛 (Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion)
 - 7.5 歸因於脊髓腔內注射之頭痛 (Headache attributed to intrathecal injection)
 - 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛 (Headache attributed to epileptic seizure)
 - 7.6.1 癲癇性半邊頭痛 (Hemicrania epileptica)
 - 7.6.2 癲癇發作後頭痛 (Post-seizure headache)
 - 7.7 歸因於Chiari氏畸形第一型(CM1)之頭痛 (Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1))
 - 7.8 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL) (Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL))
 - 7.9 歸因於其他非血管性顱內疾患之頭痛 (Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder)
-

一般說明

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新的頭痛首次發生時，時間點上又與非血管性顱內疾患有密切關連者，將其登錄為歸因於非血管性顱內疾患引發的次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛的特點的頭痛。如果既存在之原發性頭痛的惡化，在時間點上與非血管性顱內疾患有密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為既存在之原發性頭痛或診斷有兩種頭痛即原發性頭痛與歸因於非血管性顱內疾患引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與非血管性顱內疾患有十分密切的時間點關連、既存在之頭痛有明顯惡化、有充分證據去解釋非血管性顱內疾患能使原發性頭痛惡化，和最後，當非血管性顱內疾患恢復後，頭痛改善或緩解。

確定，可能或慢性？

只有在有效治療或病因自然緩解後，頭痛解除或有明顯改善，通常歸因於非血管性顱內疾患之頭痛的診斷才可確定。如果顱內疾患不能有效治療或自然緩解，或是時間不夠而無法確知時，通常就會用可能歸因於非血管性顱內疾患之頭痛的診斷。此外，當病因疾患已被有效治療或自然緩解後，頭痛在三個月後沒有緩解或明顯改善時，則診斷為A7.10 慢性顱內疾患後頭痛。因為這些頭痛的文獻不足，因此只在附錄中被提及，尚需研究來確立其因果關係之較佳診斷基準。

前言

這一章是討論歸因於顱內壓改變的頭痛。不論是增加或降低腦脊髓液的壓力均會引起頭痛。此處尚提及及其他頭痛的成因：非感染性發炎疾患、顱內腫瘤、癲癇，一些罕見的情況如脊髓腔內注射及Chiari氏畸型第一型和其他非血管性顱內疾患。

相較於原發性頭痛，這類頭痛少有流行病學的研究。治療的控制型臨床試驗幾乎闕如。

頭痛若在顱內疾患治療成功或自然緩解後仍持續超過一個月，通常是牽涉到其他機轉。在顱內疾患治療後或消失後>三個月的慢性頭痛被定義在附錄中以利研究。這些頭痛存在，但缺乏研究，加入附錄是為了刺激更進一步的研究這些頭痛和它們的機轉。

7.1 歸因於腦脊髓液高壓之頭痛 Headache attributed to high cerebrospinal fluid pressure

登錄他處：

7.4.1 歸因於腫瘤引起顱內壓升高或水腦之頭痛

7.1.1 歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH) Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)

舊稱：

良性顱內高壓 (Benign intracranial hypertension) (BIH)、假性腦瘤 (pseudotumor cerebri)、腦膜水腫 (meningeal hydrops)、漿液性腦膜炎 (serous meningitis)

診斷基準：

A. 進行性頭痛至少具一項下列特徵，且符合基準C及D：

1. 每日出現
2. 整個頭 (diffuse) 及/或持續 (非搏動性) 疼痛
3. 因咳嗽或用力會加劇

B. 顱內高壓符合下列基準：

1. 意識清楚的病人，在神經學檢查上可以是正常或表現出任何下列異常：
 - a) 視乳頭水腫
 - b) 盲點擴大
 - c) 視野缺損 (未治療則惡化)
 - d) 第六腦神經麻痺
2. 腦脊髓液壓力增加 (在非肥胖者>200mm H₂O；在肥胖者>250mm H₂O) 是採臥姿經腰椎穿刺來測量，或是由硬腦膜外或腦室內的壓力偵測
3. 腦脊髓液化學 (低腦脊髓液蛋白質是可被接受的) 及細胞檢查正常

4. 經適當診察已排除顱內疾病 (包括靜脈竇栓塞)

5. 無代謝、中毒或賀爾蒙原因導致之顱內高壓

C. 頭痛發生與顱內壓上升時間點上密切關連

D. 抽出腦脊髓液使壓力下降至120-170mm H₂O後，頭痛改善，且在顱內壓持續保持正常72小時內頭痛緩解

說明：

原因不明顱內高壓 (IIH) 最常見於年輕肥胖女性。

雖然絕大部分IIH的病人有視乳頭水腫，未合併視乳頭水腫的情形亦可見到。其他IIH的症狀或徵候包括顱內雜音、耳鳴、瞬間視野蒙蔽 (transient visual obscurations) 及複視。

7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes

登錄他處：

歸因於頭部外傷、血管性疾患或顱內感染引起顱內壓升高之頭痛被登錄在有任一上述疾病出現處。歸因於藥物副作用引起之顱內壓升高之頭痛登錄在8.3 歸因於慢性藥物不良反應之頭痛。

診斷基準：

A. 頭痛至少具一項下列特徵，且符合基準C及D：

1. 每日發作
2. 整個頭 (diffuse) 及/或持續 (非搏動性) 疼痛
3. 咳嗽或用力會使頭痛加劇

B. 顱內高壓符合下列基準：

1. 意識清楚的病人，在神經學檢查上可以是正常或表現出任何下列異常：
 - a) 視乳頭水腫
 - b) 盲點擴大
 - c) 視野缺損 (未治療則惡化)
 - d) 第六腦神經麻痺
2. 腦脊髓液壓力增加 (在非肥胖者>200mm H₂O；在肥胖者>250mm H₂O) 是採臥姿經腰椎穿刺來測量，或是由硬腦膜上或腦室內的壓力偵測
3. 腦脊髓液化學 (低腦脊髓液蛋白質是可被接受的) 及細胞檢查正常

4. 經適當診察已排除顱內疾病 (包括靜脈竇栓塞)
- C. 頭痛在一些會增高腦脊髓液壓力的內分泌疾患、維生素A過多症(hypervitaminosis A)或服用某些物質(非藥物)數週或數月後發生
- D. 頭痛在病因去除後三個月內緩解

說明：

常壓性水腦症 (Normal pressure hydrocephalus) 不會導致頭痛。

7.1.3 歸因於水腦引起顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列兩項特徵，及符合基準C及D：
1. 整個頭 (diffuse) 疼痛
 2. 早晨較嚴重
 3. 在類似Valsalva氏 (Valsalva-like) 操作後惡化
 4. 伴隨嘔吐
 5. 伴隨視乳頭水腫、第六腦神經麻痺、意識狀態改變、步態不穩及/或頭圍增加 (孩童小於5歲者)
- B. 高壓水腦符合下列基準：
1. 神經影像發現腦室擴大
 2. 在非肥胖者顱內壓 > 200mm H₂O 或在肥胖者 > 250mm H₂O
 3. 無其他導致腦脊髓液壓力增加的顱內疾患
- C. 頭痛發生與腦脊髓液壓力上升時間點上密切關連
- D. 頭痛在腦脊髓液壓力正常後72小時內緩解

7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure

7.2.1 硬腦膜穿刺或腰椎穿刺後頭痛 Post-dural (post-lumbar) puncture headache

診斷基準：

- A. 頭痛在坐起或站立後15分鐘內惡化，躺下後15分鐘內改善，並至少具下列一項，且符合基準C及D：
1. 頸部僵硬
 2. 耳鳴
 3. 聽力障礙
 4. 畏光
 5. 噁心
- B. 作過硬腦膜穿刺

C. 頭痛在硬腦膜穿刺後五日內發生

D. 頭痛在下列任一情況緩解 (註1)：

1. 一星期內自然緩解
2. 經有效治療脊髓液滲漏後 (通常是由硬腦膜外血液貼片 (epidural blood patch)) 48小時內緩解

註記：

1. 95% 的個案是如此表現。但當頭痛持續時，因果關係存疑。

7.2.2 腦脊髓液瘻管頭痛 CSF fistula headache

診斷基準：

- A. 頭痛在坐起或站立後15分鐘內惡化，躺下後15分鐘內改善，並至少具下列一項，且符合基準C及D：
1. 頸部僵硬
 2. 耳鳴
 3. 聽力障礙
 4. 畏光
 5. 噁心
- B. 一已知操作(procedure) 或外傷造成持續性腦脊髓液滲漏，並至少具下列一項：
1. MRI有腦脊髓液低壓的證據 (如：硬腦膜對比增強)
 2. 傳統脊髓攝影、CT脊髓攝影、或腦池攝影術證實有腦脊髓液滲漏
 3. 在坐姿，腦脊髓液起始壓力 < 60mm H₂O
- C. 頭痛發生與腦脊髓液滲漏時間點上密切關連
- D. 頭痛在腦脊髓液滲漏封住後七日內緩解

7.2.3 歸因於自發性 (或原因不明) 腦脊髓液低壓之頭痛 Headache attributed to spontaneous (or idiopathic) low CSF pressure

舊稱：

自發性顱內低壓 (spontaneous intracranial hypotension)、原發性顱內低壓 (primary intracranial hypotension)、低腦脊髓液容量頭痛 (low CSF-volume headache)、慢性腦脊髓液不足頭痛 (hypoliquorrhoeic headache)

診斷基準：

- A. 整個頭(diffuse)及/或鈍痛，在坐起或站立後15分鐘內惡化，至少具下列一項，且符合基準D：
1. 頸部僵硬
 2. 耳鳴
 3. 聽力障礙

4. 畏光

5. 噁心

B. 至少具下列一項：

1. MRI有腦脊髓液低壓的證據（如：硬腦膜對比增強）

2. 傳統脊髓攝影、CT脊髓攝影、或腦池攝影術證實有腦脊髓液滲漏

3. 在坐姿，腦脊髓液起始壓力 < 60mm H₂O

C. 無硬腦膜穿刺或導致腦脊髓液瘻管病因等病史

D. 頭痛在硬腦膜外血液貼片後72小時內緩解

說明：

潛在的疾患可能是低腦脊髓液容量 (low CSF volume)。通常有顱內壓輕微上升 (如猛力咳嗽) 的病史。其他個案曾有氣壓驟降之經驗。與腦脊髓液低壓類似的姿勢性頭痛也曾報告發生於性交後。這類頭痛應登錄在此，因為它導因於腦脊髓液滲漏。

許多有自發性腦脊髓液低壓引起之頭痛病人對於硬腦膜外血液貼片、硬腦膜外生理食鹽水灌注或藥物治療，如咖啡因靜脈注射、傳統止痛劑效果良好。有些病人的頭痛會自動緩解，有些則在初次治療成功後復發。有些個案報告有硬腦膜袖型膨出 (dural sleeve herniation)，特別是在胸椎，並已手術成功治療。

在一些有MRI有陽性徵候 (positive signs) (如腦膜對比增強) 的病人應該避免硬腦膜穿刺。

7.3 歸因於非感染性發炎疾患之頭痛 Headache attributed to non-infectious inflammatory disease

7.3.1 歸因於神經類肉瘤病之頭痛 Headache attributed to neurosarcoidosis

診斷基準：

A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D

B. 證實有神經類肉瘤病 (註1)

C. 頭痛發作與神經類肉瘤病有時間點上關連

D. 成功治療神經類肉瘤病後，頭痛在三個月內緩解

註記：

1. 證實有神經類肉瘤病，包括：腦神經病變、在MRI有顱內佔位性病變、無菌性腦膜炎及/或腦室周圍的局部發炎病變及均勻對比增強的腫塊病變，且經切片確認為非乾酪性肉芽瘤。

7.3.2 歸因於無菌性 (非感染性) 腦膜炎之頭痛

Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis

診斷基準：

A. 整個頭 (diffuse) 痛，符合基準D

B. 腦脊髓液檢查在無感染性病原存在下，呈現淋巴球增生，蛋白質稍微上升及正常葡萄糖值

C. 使用下列任何一項：Ibuprofen，免疫球蛋白，penicillin或trimethoprim，脊髓腔內注射或噴藥

D. 頭痛在移除這些導致不適物質後，三個月內緩解

7.3.3 歸因於其他非感染性發炎疾患之頭痛

Headache attributed to other non-infectious inflammatory disease

診斷基準：

A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D

B. 證實有一與頭痛有關之發炎疾患 (註1)

C. 頭痛發生與發炎疾患時間點上密切關連

D. 頭痛在發炎疾患成功治療後三個月內緩解

註記：

1. 頭痛可與下列有關，但通常不是一個表現或主要的症狀：急性去髓鞘腦脊髓炎 (ADEM)，全身性紅斑性狼瘡 (SLE)，貝賽特氏 (Behcet's) 症候群，抗磷脂抗體症候群 (anti-phospholipid antibody syndrome)，Vogt-Koyanagi-Harada氏症候群。

7.3.4 歸因於淋巴球腦下垂體炎之頭痛 Headache attributed to lymphocytic hypophysitis

診斷基準：

A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C

B. 腦下垂體功能低下符合下列基準：

1. MRI顯示腦下垂體對稱變大及均勻對比增強

2. 切片確認淋巴球腦下垂體炎

C. 頭痛發作與腦下垂體功能低下時間點上密切關連

說明：

淋巴球腦下垂體炎常伴隨高泌乳激素血症 (50% 個案) 或抗腦下垂體細胞質液蛋白 (hypophyseal cytosol protein) 的自體抗體 (20%)。

此疾患典型發生於懷孕末期或分娩後，但亦可發生於男性。

7.4 歸因於顱內腫瘤之頭痛 Headache attributed to intracranial neoplasm

7.4.1 歸因於腫瘤引起之顱內壓升高或水腦之頭痛 Headache attributed to increased intracranial pressure or hydrocephalus caused by neoplasm

診斷基準：

- A. 整個頭 (diffuse) 非搏動性頭痛，至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 1. 合併噁心及/或嘔吐
 2. 頭痛因身體活動及/或一些已知會導致顱內壓升高的身體動作 (如Valsalva氏操作，咳嗽或打噴嚏) 而惡化
 3. 頭痛表現如突然發作 (註1)
- B. 經CT或MRI證實有佔位性顱內腫瘤並因此導致水腦 (註2)
- C. 頭痛發生及/或惡化與水腦時間點上密切關連
- D. 腫瘤經手術移除或體積減小後，頭痛在七日內改善

註記：

1. 頭痛發生可以是突發 (雷擊頭痛)，且在此病例伴隨意識喪失。
2. 如第三腦室的膠狀囊腫 (colloid cyst)。

7.4.2 歸因於直接與腫瘤有關之頭痛 Headache attributed directly to neoplasm

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 1. 漸進的
 2. 局部的
 3. 早晨較嚴重
 4. 咳嗽或身體前彎會加劇
- B. 影像呈現顱內腫瘤
- C. 頭痛發生與腫瘤於時間點 (和經常在空間) 上有關連
- D. 腫瘤經手術移除或體積減小後，或經類固醇治療後，頭痛在七日內緩解

7.4.3 歸因於癌性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to carcinomatous meningitis

診斷基準：

- A. 整個 (diffuse) 或局部頭痛，符合基準C
- B. 經 (多次) 腦脊髓液檢查及/或MRI硬腦膜對比增強證實有癌性腦膜炎
- C. 頭痛隨病程進展而發生及/或惡化

說明：

脊髓腔內化學療法或類固醇治療後，頭痛可能暫時改善。

7.4.4 歸因於下視丘或腦下垂體分泌過多或不足之頭痛 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion

診斷基準：

- A. 雙側，額顳部及/或眼眶後頭痛，符合基準C及D
- B. 至少具下列一項：
 1. 泌乳激素、生長激素 (GH) 及促腎上腺皮質分泌激素 (ACTH) 分泌過多，並伴隨有小於10mm的微小腺瘤 (microadenomas)
 2. 與下視丘腫瘤伴隨之體溫調節異常、異常情緒狀態、口渴及食慾改變、意識狀態改變
- C. 頭痛在內分泌異常時發生
- D. 經手術切除或特定的、有效的藥物治療後，頭痛在3個月內緩解

7.5 歸因於脊髓腔內注射之頭痛 Headache attributed to intrathecal injection

診斷基準：

- A. 在臥姿時仍持續的整個頭 (diffuse) 痛，且符合基準C及D
- B. 曾接受脊髓腔內注射
- C. 頭痛在脊髓腔內注射後4小時內發生
- D. 頭痛在14日內緩解 (註1)

註記：

1. 若頭痛持續超過14日，則可能的診斷是7.2.2 腦脊髓液瘻管頭痛。

7.6 歸因於癲癇發作之頭痛 Headache attributed to epileptic seizure

說明：

偏頭痛與癲癇的關連是複雜及雙向的。可能有一些遺傳及/或環境的危險因子使這兩類疾患的神經興奮增加或使發作閾值降低。偏頭痛和癲癇亦可在彼此互無致病關連的情況下共存。偏頭痛和癲癇可以是某種腦疾患 (如MELAS) 的共病症 (co-morbid)，而在病人身上間隔許久先後發作。偏頭痛在某些型式的癲癇，如良性枕葉癲癇 (benign occipital epilepsy)，或良性

rolandic癲癇及大腦皮質網狀癲癇併失神發作 (cortico-epilepsy with absence seizures) 等，發生率偏高。此外，動靜脈畸形等結構性病變，其臨床特徵可以是預兆偏頭痛，以及經常伴隨頭痛的癲癇發作。最後，已有報導癲癇發作在偏頭痛預兆出現時或在預兆後隨即發生。**偏癲癇(Migralepsy)** 一詞是指介於偏頭痛預兆及頭痛期之間所發生的癲癇發作。癲癇發作易受外在及內在誘發因子影響，所以沒有理由其不能被偏頭痛引發之皮質改變而影響。然而，儘管偏頭痛及癲癇是最常見的腦部疾患，這種個案卻極為稀少，僅有零星報告。根據最近的回顧，這些大部份是真性枕葉癲癇發作而表現類似偏頭痛預兆。例如，Lennox和Lennox等 (1960) 的3個“偏癲癇”病人中，有2位似乎是合併視幻覺的症狀性及原因不明枕葉癲癇。

7.6.1 癲癇性半邊頭痛 Hemicrania epileptica

診斷基準：

- A. 頭痛持續從數秒到數分鐘，具偏頭痛特徵，符合基準C及D
- B. 病人正在發作局部癲癇
- C. 頭痛與癲癇發作同時出現，且與發作放電同側
- D. 癲癇發作後頭痛立刻緩解

說明：

以同步、同側併偏頭痛特徵之頭痛作為癲癇發作之表現，已被發現，即使罕見。診斷須同時頭痛發作，且經腦波證實有癲癇發作放電 (ictal discharge)。

7.6.2 癲癇發作後頭痛 Post-ictal headache

診斷基準：

- A. 頭痛具緊縮型特徵，或在偏頭痛病人具偏頭痛特徵，且符合基準C及D
- B. 病人曾有局部或全身性的癲癇發作
- C. 頭痛在癲癇發作3小時內發生
- D. 頭痛在癲癇發作後72小時內緩解

說明：

具偏頭痛特徵的癲癇發作後頭痛，是癲癇發作放電後已被確認的後果。癲癇發作後頭痛常與偏頭痛難以區別，且伴隨噁心和嘔吐。不論有無偏頭痛的家族史，這種頭痛同樣常見。其他與偏頭痛類似的是，有些病人在視幻覺結束3-15分鐘後，開始出現癲癇發作後頭痛 (且視覺發作(visual seizures)時間越長，頭痛時間越長越嚴重)。雖有報告症狀性癲癇的病人有類似的癲癇發作後頭痛，但仍以原因不明枕葉癲癇的病人為主。這可能是因為枕葉之癲癇發作放電，經三叉血管

或腦幹機轉誘發了真正的偏頭痛。

一個針對100位癲癇病人的研究顯示，51位有癲癇發作後頭痛，且大多數持續6-72小時。相較於小發作而言，大發作較常伴隨癲癇發作後頭痛。在這一組中，有九位病人另有偏頭痛，且其中八位可因癲癇發作引起典型即使是輕微的偏頭痛。43例無偏頭痛的病人，其癲癇發作後頭痛伴隨嘔吐的有11例，畏光的有14例，而嘔吐併畏光的有4例。此外，咳嗽、彎身和頭部突然移動會使癲癇發作後頭痛加劇，睡覺可使癲癇發作後頭痛緩解。由此清楚可見，50%的癲癇病人其發作誘發了一個類似偏頭痛頭痛期的症候群。

7.7 歸因於Chiari氏畸形第一型之頭痛 (CM1) Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)

診斷基準：

A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準D：

- 1. 由咳嗽及/或Valsalva氏操作引發
- 2. 漫長(數小時至數日)的枕部及/或枕部下的頭痛
- 3. 伴隨腦幹、小腦及/或頸椎功能不全的症狀及/或徵候

B. 小腦扁桃體疝脫 (cerebellar tonsillar herniation) 定義為具下列顱頸MRI之一項：

- 1. 小腦扁桃體尾部下垂 (caudal descent) ≥ 5 公釐
- 2. 小腦扁桃體尾部下垂 ≥ 3 公釐，加上至少下列一項顯示顱頸接合處蜘蛛膜下腔擁擠：
 - a) 壓迫小腦後面及側面之腦脊髓液腔
 - b) 降低上枕骨 (supraocciput) 高度
 - c) 增加天幕 (tentorium) 斜度 (slope)
 - d) 延髓扭曲

C. 根據至少下列二項而證實有後顱窩之功能失調：

- 1. 耳神經學症狀及/或徵候 (如頭暈，不平衡，耳壓變動感、聽力障礙或聽覺過敏、眩暈、向下眼震 (down-beat nystagmus)、視覺振動 (oscillopsia))
- 2. 瞬間視覺症狀 (閃光幻視 (spark photopsias)，視力模糊，複視或瞬間視野缺損)
- 3. 證實有頸脊髓、腦幹或下顱神經相關之臨床徵候，或有運動失調或測距困難 (dysmetria)

D. Chiari氏畸形治療成功後，三個月內頭痛緩解

說明：

除了發作的時間可能較長(幾分鐘而非幾秒)，此種頭痛常被描述類似原發性咳嗽頭痛。

頭痛是Chiari氏畸形第一型 (CM1) 最常見的症

狀，但病人可能有局部前庭一眼 (74%個案)、下顱神經、腦幹、小腦 (50%) 功能失調及/或導因於脊髓空洞症 (syringomyelia) 之脊髓 (66%) 功能失調。雖然目前無特定基準去描述歸因於CM1之頭痛特徵，但在手術治療前，應嚴格符合上述臨床與放射學上的基準。然而，這些基準有待確立，且在未來版本的「國際頭痛疾病分類」中難免仍會有改變。有長期手術治療結果之前瞻性研究是必要的。

7.8 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症 (HaNDL) Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)

舊稱：

偏頭痛併腦脊髓液白血球增生症 (migraine with cerebrospinal pleocytosis)；假性偏頭痛併淋巴球增生症 (pseudomigraine with lymphocytic pleocytosis)

診斷基準：

- A. 陣發性中或重度頭痛，在完全緩解前會持續數小時，且符合基準C及D
 - B. 腦脊髓液白血球增生以淋巴球為主 (> 15 cells/ml)，而且神經影像、腦脊髓液培養及其他病因之檢驗都正常
 - C. 陣發之頭痛會伴隨或緊跟著暫時性神經學缺損後出現，且其開始與腦脊髓液白血球增生有密切的時間點上關連
 - D. 陣發性頭痛及神經學缺損會在 < 三個月內復發
- 說明：

此症候群首先由Bartleson等提出 (1981)，他們在文獻上描述其為合併腦脊髓液白血球增生之偏頭痛及暫時神經學症狀併淋巴血球增生之假性偏頭痛。臨床表現為1至>20次個別之陣發性神經學缺損合併或隨後發生中至重度之頭痛。大部份的發作持續數小時。其神經學表現可影響大腦半球及/或腦幹/小腦，最常見的是感覺症狀 (佔報告病例中78%)，失語 (66%) 及運動缺損 (56%)。類偏頭痛預兆的視覺症狀則相對地較不常見 (18%)。有些人主訴有類似典型偏頭痛預兆之“行進式 (march)” 症狀。病人在發作期外是無症狀的。

除了腦脊髓液淋巴球增生 (10-760 cells/ml) 外，> 90%的個案有腦脊髓液總蛋白質增加 (20-250mg/dl)，> 50%的個案腦脊髓液起始壓力在100-400mm H₂O。視乳頭水腫偶爾出現。常規CT及MRI掃描 (有或無靜

脈注射對比劑) 及血管攝影幾乎都是正常。微生物學的檢查都一致性是正常。EEG及SPECT掃描可能顯現與局部神經缺損相符之局部異常區域。

腦脊髓液的白血球增生在重複採樣後最後會正常。雖然沒有大型、系統性的長期追蹤研究報告，但似乎有些罹患此症候群的病人會復發。大部份患此症候群的病人先前沒有偏頭痛的病史。臨床醫師必須考慮其他有類似臨床特徵的診斷，包括家族性偏癱偏頭痛、神經波雷耳氏弧菌病 (neuroborreliosis)、神經梅毒、神經布氏桿菌病 (neurobrucellosis)、黴漿菌、腦膜炎、肉芽腫性及腫瘤性蜘蛛網膜炎、腦炎及中樞神經系統血管炎。

7.9 歸因於其他非血管性顱內疾患之頭痛 Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder

診斷基準：

- A. 頭痛至少具一項下列特徵，且符合基準C及D：
 1. 每日發生
 2. 整個頭 (diffuse) 疼痛
 3. 因Valsalva氏操作而加劇
- B. 證實有不同於以上所描述之顱內疾患
- C. 頭痛之發生在時間點上與該顱內疾患密切相關
- D. 在顱內疾患治療或自然緩解後三個月內，頭痛緩解

重要文獻及參考資料

7.1 Headache attributed to high cerebrospinal fluid pressure

- Corbett JJ, Mehta MP. Cerebrospinal fluid pressure in normal obese subjects and patients with pseudotumor cerebri. *Neurology* 1983; 33:1386 - 88.
- Corbett JJ, Nerad JA, Tse DT, Anderson RL. Results of optic nerve sheath fenestration for pseudotumor cerebri. The lateral orbitotomy approach. *Arch Ophthalmol* 1988; 106:1391 - 7.
- Corbett JJ, Thompson HS. The rational management of idiopathic intracranial hypertension. *Arch Neurol* 1989; 46:1049 - 51.
- Digre KB, Corbett JJ. Pseudotumor cerebri in men. *Arch Neurol* 1988; 45:866 - 72.
- Durcan FJ, Corbett JJ, Wall M. The incidence of pseudotumor cerebri: population studies in Iowa and Louisiana. *Arch Neurol* 1988; 45:875 - 7.
- Eggenberger ER, Miller NR, Vitale S. Lumboperitoneal shunt for the treatment of pseudotumor cerebri. *Neurology* 1996; 46:1524 - 30.
- Fishman RA. *Cerebrospinal fluid in diseases of the nervous system*, WB Saunders Company, Philadelphia. 1992.
- Gamache FW, Patterson RH, Alksne JF. Headache associated

- with changes in intracranial pressure. In Wolff's headache and other head pain, (Dalessio DJ, ed.) Oxford University Press, New York. 1987; pp. 352 - 5.
- Gardner K, Cox T, Digre K. Idiopathic intracranial hypertension associated with tetracycline use in fraternal twins: case report and review. *Neurology* 1995; 45:6 - 10.
- Giuseffi V, Wall M, Siegal PZ, Rojas PB. Symptoms and disease associations in idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri): A case control study. *Neurology* 1991; 41:239 - 44.
- Griffin JP. A review of the literature on benign intracranial hypertension. *Adverse Drug React Toxicol Rev* 1992; 11:41 - 58.
- Johnson LN, Krohel GB, Madsen RW, March GA. The role of weight loss and acetazolamide in the treatment of idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri). *Ophthalmol* 1998; 105:2313 - 7.
- Johnston I, Paterson A. Benign intracranial hypertension II. CSF pressure and circulation. *Brain* 1974; 97:301 - 12.
- Karahalios DG, ReKate HL, Khayata MH, Apostolides PJ. Elevated intracranial venous pressure as a universal mechanism in pseudotumor cerebri of varying etiologies. *Neurology* 1996; 46:198 - 202.
- Kelman SE, Heaps R, Wolf A, Elman MJ. Optic nerve decompression surgery improves visual function in patients with pseudotumor cerebri. *Neurosurg* 1992; 30:391 - 5.
- Keltner J. Optic nerve sheath decompression: how does it work? Has its time come? *Arch Ophthalmol* 1988; 106:1378 - 83.
- Konomi H, Imai M, Nihei K, Kamoshita S, Tada H. Indomethacin causing pseudotumor cerebri in Bartter's syndrome. *N Eng J Med* 1978; 298:855.
- Kupersmith MJ, Gamell L, Turbin R, Peck V, Spiegel P, Wall M. Effects of weight loss on the course of idiopathic intracranial hypertension in women. *Neurology* 1998; 50:1094 - 8.
- Marcelis J, Silberstein SD. Idiopathic intracranial hypertension without papilledema. *Arch Neurol* 1991; 48:392 - 9.
- Mathew NT, Ravinshankar K, Sanin LC. Coexistence of migraine and idiopathic intracranial hypertension without papilledema. *Neurology* 1996; 46:1226 - 30.
- Nicolas J, Ramadan NM. Idiopathic intracranial hypertension. In: *Neurobase*. La Jolla: Arbor Pubs 1998.
- Radhkrishnan K, Ahlskog JE, Cross SA, Kurland LT, O' Fallon WM. Idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri). Descriptive epidemiology in Rochester, Minnesota, 1976 to 1990. *Arch Neurol* 1993; 50:78 - 80.
- Ramadan NM. Headache related to increased intracranial pressure and intracranial hypotension. *Curr Opin Neurol* 1996; 9:214 - 8.
- Sergott RC, Savino PJ, Bosley TM. Modified optic nerve sheath decompression provides long-term visual improvement for pseudotumor cerebri. *Arch Ophthalmol* 1988; 106:1384 - 90.
- Spector RH, Carlisle J. Pseudotumor cerebri caused by a synthetic vitamin A preparation. *Neurology* 1984; 34:1509 - 11.
- Spence JD, Amacher AL, Willis NR. Benign intracranial hypertension without papilledema: role of 24 hour cerebrospinal fluid pressure monitoring in diagnosis and management. *Neurosurgery* 1980; 7:326 - 36.
- Sugerman HJ, Felton WL, Sismanis A, Kellum JM, DeMaria EJ, and Sugerman EL. Gastric surgery for pseudotumor cerebri associated with severe obesity. *Ann Surg* 1999; 229:634 - 40.
- Wall M. The headache profile of idiopathic intracranial hypertension. *Cephalalgia* 1990; 10:331 - 5.
- Wall M. Idiopathic intracranial hypertension. *Neurol Clin* 1991; 9:73 - 95.
- Wall M, George D. Idiopathic intracranial hypertension. *Brain* 1991; 114:155 - 80.
- Wall M, George D. Idiopathic intracranial hypertension: a prospective study of 50 patients. *Brain* 1991; 114:155 - 80.
- Wall M, White WN. Asymmetric papilledema in idiopathic intracranial hypertension: prospective interocular comparison of sensory visual function. *Inv Ophthalmol Vis Sci* 1998; 39:134 - 42.
- Wang SJ, Silberstein SD, Patterson S, Young WB. Idiopathic intracranial hypertension without papilledema: A casecontrol study in a headache center. *Neurology* 1998; 51:245 - 9.
- Weisberg LA. Benign intracranial hypertension. *Medicine* 1975; 54:197 - 207.
- ### 7.2.1 Post-dural (post-lumbar) puncture headache
- Bruera OC, Bonamico L, Giglio JA, Sinay V, Leston JA, Figuerola M de L. Intracranial hypotension: the non specific nature of MRI findings. *Headache* 2000; 40:848 - 52.
- Camann WR, Murray S, Mushlin PS, Lambert DH. Effects of oral caffeine on postural puncture headache. A doubleblind, placebo-controlled trial. *Anesth Analg* 1990; 70:181 - 4.
- Christoforidis GA, Mehta BA, Landi JL, Czarnecki EJ, Piaskowski RA. Spontaneous intracranial hypotension: report of four cases and review of the literature. *Neuroradiology* 1998; 40:636 - 43.
- Chung SJ, Kim JS, Lee M. Syndrome of cerebral fluid hypovolemia. Clinical and imaging features and outcome. *Neurology* 2000; 55:1321 - 7.
- Connelly NR, Parker RK, Rahimi A, Gibson CS. Sumatriptan in patients in postdural puncture headache. *Headache* 2000; 40:316 - 9.
- Dieterich M, Brandt T. Is obligatory bed rest after lumbar puncture obsolete. *Europ Arch Psychiatr Neurol Sci* 1985; 235:71 - 5.
- Evans RW, Armon C, Frohman EM, Goodin GS. Assessment: prevention of post-lumbar puncture headaches. Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55:909 - 14.
- Fischman RA, Dillon WP. Dural enhancement and cerebral displacement secondary to intracranial hypotension. *Neurology* 1993; 43:609 - 11.
- Flaatten H, Krakenes J, Vedeler C. Post-dural puncture related complications after diagnostic lumbar puncture, myelography and spinal anaesthesia. *Acta Neurol Scand* 1998; 98:445 - 51.
- Hochman S, Naidich TP, Kobetz SA, Fernandez-Maitin A. Spontaneous intracranial hypotension with pachymeningeal enhancement on MRI. *Neurology* 1992; 42:1628 - 30.
- Kovanen J, Sulkava R. Duration of postural headache after

- lumbar puncture: effect of needle size. *Headache* 1986; 26: 224 - 6.
- Levine DN, Rapalino O. The pathophysiology of lumbar puncture headache. *J Neurol Sci* 2001; 192:1 - 8.
- Mokri B, Atkinson JLD, Piepgras DG. Absent headache despite CSF volume depletion (intracranial hypotension). *Neurology* 2000; 55:1722 - 4.
- Mokri B, Maher CO, Sencavoka D. Spontaneous CSF leaks: underlying disorder of connective tissue. *Neurology* 2002; 58:814 - 6.
- Mokri B, Parisi JE, Scheithauer BW, Piepgras DG, Miller GM. Meningeal biopsy in intracranial hypotension: Menigeal enhancement on MRI. *Neurology* 1995; 45:1801 - 7.
- Mokri B, Posner JB. Spontaneous intracranial hypotension. The broadening spectrum of CSF leaks. *Neurology* 2000; 55:1771 - 2.
- Mokri B. Spontaneous cerebrospinal fluid leaks: from intracranial hypotension to cerebrospinal fluid hypovolemia - evolution of a concept. *Mayo Clin Proc* 1999; 74:1113 - 23.
- Morrow JI. Failure of oblique needle insertion to prevent postlumbar puncture headache. *Arch Neurol* 1987; 44:795 - 5.
- O' Carroll CP, Brant-Zawadzki M. The syndrome of spontaneous intracranial hypotension. *Cephalalgia* 1999; 19:80 - 7.
- Olsen KS. Epidural blood patch in the treatment of postlumbar puncture headache. *Pain* 1987; 30:293 - 301.
- Rabin B, Roychowdhury S, Meyer JR, Cohen BA, LaPat KD, Russel EJ. Spontaneous intracranial hypotension: spinal MRI findings. *AJNR Am J Neuroradiol* 1998; 19:1034 - 9.
- Rando TA, Fishman RA. Spontaneous intracranial hypotension: report of two cases and review of the literature. *Neurology* 1992; 42:481 - 7.
- Raskin NH. Lumbar puncture headache: a review. *Headache* 1990; 30:197 - 200.
- Schievink WI, Morreale VM, Atkinson JLD, Meyer FB, Piepgras DG, Ebersold MJ. Surgical treatment of spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks. *J Neurosurg* 1998; 88:243 - 6.
- Schwalbe SS, Schiffmiller MW, Marx GF. Theophylline for post-dural puncture headache. *Anaesthesiology* 1991; 75:A1081.
- Sencavoka D, Mokri B, McClelland RL. The efficacy of epidural blood patch in spontaneous CSF leaks. *Neurology* 2001; 57:1921 - 3.
- Strupp M, Brandt T, Muller A. Incidence of post-lumbar puncture syndrome reduced by reinserting the stylet: a randomized prospective study of 600 patients. *J Neurol* 1998; 245:589 - 92.
- Thomas SR, Jamieson DRS, Muir KW. Randomised controlled trial of atraumatic versus standard needles for diagnostic lumbar puncture. *BMJ* 2000; 321:986 - 90.
- Vilming ST, Ellertsen B, Troland K, Schrader H, Monstad I. MMPI profiles in post-lumbar puncture headache. *Acta Neurol Scand* 1997; 95:184 - 8.
- Vilming ST, Kloster R. Post-lumbar puncture headache: clinical features and suggestions for diagnostic criteria. *Cephalalgia* 1997; 17:778 - 84.
- Vilming ST, Kloster R. The time course of post-lumbar puncture headache. *Headache* 1998; 18:97 - 100.
- 7.3.1 Headache attributed to neurosarcoidosis,
- 7.3.2 Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis
- Ainiala H, Loukkoa J, Peltola J, Korpela Migraine, Hietaharju A. The prevalence of neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus. *Neurology* 2001; 57:496 - 500.
- Al-Fahad SA, Al-Araji AH. Neuro-Behcet' s disease in Iraq: a study of 40 patients. *J Neurol Sci* 1999; 170:105 - 11.
- Bachmeyer C, de la Blanchardiere A, Lepercq J, Dhote R, Gateau G, Detilleux M, Tournaire M, Christoforov B. Recurring episodes of meningitis (Mollaret' s meningitis) with one showing an association with herpes simplex virus type 2. *J Infect* 1996; 32:247 - 8.
- Bakheit AM, Kennedy PG, Graham DI, More JR. Idiopathic granulomatous meningitis. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1989; 52:1286 - 9.
- Bartleson JD, Swanson JW, Whisnant JP. A migrainous syndrome with cerebrospinal fluid pleocytosis. *Neurology* 1981; 31:1257 - 62.
- Berg MJ, Williams LS. The transient syndrome of headache with neurologic deficits and CSF lymphocytosis. *Neurology* 1995; 45:1648 - 54.
- Brey RL, Gharavi AE, Lockshin MD. Neurologic complications of antiphospholipid antibodies. *Rheum Dis Clin North Am* 1993; 19:833 - 50.
- Cooper SD, Brady MB, Williams JP, Pilgreen KL, Harp DL, Weissmann JR. Neurosarcoidosis: evaluation using computed tomography and magnetic resonance imaging. *J Comput Tomogr* 1988; 12:96 - 9.
- Cohen BA, Rowley AH, Long CM. Herpes simplex type 2 in a patient with Mollaret' s meningitis: demonstration by polymerase chain reaction. *Ann Neurol* 1994; 35:112 - 6.
- Chapelon C, Ziza JM, Piette JC, Levy Y, Raguin G, Wechsler B et al. Neurosarcoidosis: signs, course and treatment in 35 confirmed cases. *Medicine (Baltimore)* 1990; 69:261 - 76.
- Farah, Al-Shubaili A, Montaser A, Hussein JM, Malaviya AN, Mukhtar M, Al-Shayeb A, Khuraibet AJ, Khan R, Trontelj JV. Behcet' s syndrome: a report of 41 patients with emphasis on neurological manifestations. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1998; 64:382 - 4.
- Glanz BI, Venkatesan A, Schur PH, Lew RA, Khoshbin S. Prevalence of migraine in patients with systemic lupus erythematosus. *Headache* 2001; 41:285 - 9.
- Gullapalli D, Phillips LH 2nd. Neurologic manifestations of sarcoidosis. *Neurol Clin* 2002; 20:59 - 83.
- Hollinger P, Sturzenegger M, Mathis J, Schroth G, Hess CW. Acute disseminated encephalomyelitis in adults: a reappraisal of clinical CSF, EEG and MRI findings. *J Neurol* 2002; 249:320 - 9.
- Jensenius M, Myrvang B, Storvold G, Bucher A, Hellum KB, Bruu AI. Herpes simplex virus type 2 DNA detected in cerebrospinal fluid of 9 patients with Mollaret' s meningitis. *Acta Neurol Scand* 1998; 98:209 - 12.
- Meng MV, St Lezin M. Trimethoprim-sulfamethoxazole induced recurrent aseptic meningitis. *J Urol* 2000; 164: 1664 - 5.
- Moris G, Garcia-Monco JC. The challenge of drug-induced aseptic meningitis. *Arch Intern Med* 1999; 159:1185 - 94.
- Nicolas J, Ramadan NM. Idiopathic intracranial hypertension. In: *Neurobase*. La Jolla: Arbor Pubs 1998.
- Nowak DA, Widenka DC. Neurosarcoidosis: a review of its

- intracranial manifestation. *J Neurol* 2001; 248:363 – 72.
- Omdal R, Waterloo K, Koldingsnes W, Husby G, Mellgren SI. Somatic and psychological features of headache in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2001; 28:772 – 9.
- Schwarz S, Mohr A, Knauth M, Wildemann B, Storch-Hagenlocher B. Acute disseminated encephalomyelitis; a follow-up study of 40 adult patients. *Neurology* 2001; 56:1313 – 8.
- Seaton France AJ. Recurrent aseptic meningitis following non-steroidal anti-inflammatory drugs – a reminder. *Postgrad Med J* 1999; 75:771 – 2.
- Sharma OP. Neurosarcoidosis. *Chest* 1991; 100:301 – 2.
- Sharma OP. Neurosarcoidosis: a personal perspective based on the study of 37 patient. *Chest* 1997; 112:220 – 8.
- Stamboulis E, Spengos M, Rombos A, Haidemenos A. Aseptic inflammatory meningeal reaction manifesting as a migrainous syndrome. *Headache* 1987; 27:439 – 41.
- Sylaja PN, Cherian PJ, Das CK, Raddhakrishnan W, Radhakrishnan K. Idiopathic hypertrophic cranial pachymeningitis. *Neurol India* 2002; 50:53 – 9.
- Tselis A. Acute disseminated encephalomyelitis. *Curr Treat Options Neurol* 2001; 3:537 – 42.
- Vinas FC, Rengachary S. Diagnosis and management of neurosarcoidosis. *J Clin Neurosci* 2001; 8:505 – 13.
- Von Storch TJC, Merritt HH. The cerebrospinal fluid during and between attacks of migraine headaches. *Am J Med Sci* 1935; 190:226 – 31.
- Walker A, Tyor W. Neurosarcoidosis. *Curr Treat Options Neurol* 2001; 3:529 – 35.

7.6 Headache attributed to epileptic seizure

- Bernasconi A, Andermann F, Bernasconi N, Reutens DC, Dubeau F. Lateralizing value of peri-ictal headache: A study of 100 patients with partial epilepsy. *Neurology* 2000; 56:130 – 2.
- Isler H, Wieser HG, Egli M. Hemicrania epileptica: synchronous ipsilateral ictal headache with migraine features. In: Andermann F, Lugaresi E, eds. *Migraine and epilepsy*. Boston, MA: Butterworth 1987; pp. 249 – 63.
- Laplante P, Saint-Hilaire JM, Bouvier G. Headache as an epileptic manifestation. *Neurology* 1983; 33:1493 – 5.
- Leniger T, Isbruch K, Von den Driesch S, Diener HC, Hufnagel A. Seizure-associated headache in epilepsy. *Epilepsia* 2001; 42:1176 – 9.
- Lennox WG, Lennox MA. *Epilepsy and related disorders*. Boston: Little Brown 1960.
- Marks DA, Ehrenberg BL. Migraine-related seizures in adults with epilepsy, with EEG correlation. *Neurology* 1993; 43:2476 – 83.
- Panayiotopoulos CP, Ahmed Sharoqi I, Agathonikou A. Occipital seizures imitating migraine aura. *J R Soc Med* 1997; 90:255 – 7.
- Schon F, Blau JN. Post-epileptic headache and migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1987; 50:1148 – 52.
- Sturzenegger MH, Meienberg O. Basilar artery migraine: a follow-up study of 82 cases. *Headache* 1985; 25:408 – 15.
- Terzano MG, Parrino L, Pietrini V et al. Migraine-epilepsy syndrome: intercalated seizures in benign occipital epilepsy. In: Andermann F, Beaumanoir A, Mira L, eds. *Occipital seizures and epilepsies in children*. London: John Libbey 1993; pp. 93 – 9.
- Young GB, Blume WT. Painful epileptic seizures. *Brain* 1983; 106:537 – 54.

7.7 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)

- Milhorat TH, Chou MW, Trinidad EM et al. Chiari I malformation redefined: clinical and radiographic findings for 364 symptomatic patients. *Neurosurgery* 1999; 44:1005 – 17.
- Nohria V, Oakes WJ. Chiari I malformation: a review of 43 patients. *Pediatr Neurosurg* 1990 – 91; 16:222 – 7.
- Nohria V, Oakes WJ. Chiari headaches. *Neurology* 1993; 43:1272.
- Pascual J, Iglesias F, Oterino A et al. Cough, exertional, and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46:1520 – 4.
- Pascual J, Oterino A, Berciano J. Headache in type I Chiari malformation. *Neurology* 1992; 42:1519 – 21.
- Stovner LJ. Headache associated with the Chiari malformation. *Headache* 1993; 33:175 – 81.

7.8 Syndrome of transient headache and neurologic deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis

- Bartleson JD, Swanson JW, Whisnant JP. A migrainous syndrome with cerebrospinal fluid pleocytosis. *Neurology* 1981; 31:1257 – 62.
- Berg MJ, Williams LS. The transient syndrome of headache with neurologic deficits and CSF lymphocytosis (review). *Neurology* 1995; 45:1648 – 54.
- Gomez-Aranda F, Canadillas F, Marti-Masso JF, Diez-Tejedor E et al. Pseudomigraine with temporary neurological symptoms and lymphocytic pleocytosis: A report of fifty cases. *Brain* 1997; 120:1105 – 13.

8. 歸因於物質或戒斷之頭痛 (Headache attributed to a substance or its withdrawal)

王署君 傅中玲 譯

-
- 8.1 急性物質使用或接觸引發之頭痛 (Headache induced by acute substance use or exposure)
 - 8.1.1 一氧化氮釋出物引發之頭痛 (Nitric oxide (NO) donor-induced headache)
 - 8.1.1.1 一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛 (Immediate NO donor-induced headache)
 - 8.1.1.2 一氧化氮釋出物引發之延遲型頭痛 (Delayed NO donor-headache)
 - 8.1.2 Phosphodiesterase (PDE)抑制劑引發之頭痛 (Phosphodiesterase (PDE) inhibitor induced headache)
 - 8.1.3 一氧化碳引發之頭痛 (Carbon monoxide-induced headache)
 - 8.1.4 酒精引發之頭痛 (Alcohol-induced headache)
 - 8.1.4.1 酒精引發之立即型頭痛 (Immediate alcohol-induced headache)
 - 8.1.4.2 酒精引發之延遲型頭痛 (Delayed alcohol-induced headache)
 - 8.1.5 食品成分及添加物引發之頭痛 (Headache induced by food components and additives)
 - 8.1.5.1 味精(麩酸鈉)引發之頭痛 (Monosodium glutamate-induced headache)
 - 8.1.6 古柯鹼引發之頭痛 (Cocaine-induced headache)
 - 8.1.7 大麻引發之頭痛 (Cannabis-induced headache)
 - 8.1.8 組織胺引發之頭痛 (Histamine-induced headache)
 - 8.1.8.1 組織胺引發之立即型頭痛 (Immediate histamine-induced headache)
 - 8.1.8.2 組織胺引發之延遲型頭痛 (Delayed histamine-induced headache)
 - 8.1.9 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)引發之頭痛 (Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache)
 - 8.1.9.1 CGRP引發之立即型頭痛 (Immediate CGRP-induced headache)
 - 8.1.9.2 CGRP引發之延遲型頭痛 (Delayed CGRP-induced headache)
 - 8.1.10 歸因於治療其他適應症使用之藥物急性不良反應頭痛 (Headache as an acute adverse

- event attributed to medication used for other indications)
 - 8.1.1.1 其他急性物質使用或接觸引發之頭痛 (Headache induced by other acute substance use or exposure)
 - 8.2 藥物過度使用頭痛(MOH) (Medication-overuse headache (MOH))
 - 8.2.1 麥角胺過度使用頭痛 (Ergotamine-overuse headache)
 - 8.2.2 翠普登過度使用頭痛 (Triptan-overuse headache)
 - 8.2.3 止痛藥過度使用頭痛 (Analgesic-overuse headache)
 - 8.2.4 鴉片類過度使用頭痛 (Opioid-overuse headache)
 - 8.2.5 複合藥物過度使用頭痛 (Combination medication-overuse headache)
 - 8.2.6 其他藥物過度使用頭痛 (Headache attributed to other medication overuse)
 - 8.2.7 可能藥物過度使用頭痛 (Probable medication-overuse headache)
 - 8.3 歸因於慢性藥物不良反應之頭痛 (Headache as an adverse event attributed to chronic medication)
 - 8.3.1 外因性荷爾蒙引發之頭痛 (Exogenous hormone-induced headache)
 - 8.4 歸因於物質戒斷之頭痛 (Headache attributed to substance withdrawal)
 - 8.4.1 咖啡因戒斷之頭痛 (Caffeine-withdrawal headache)
 - 8.4.2 鴉片類戒斷之頭痛 (Opioid-withdrawal headache)
 - 8.4.3 雌激素戒斷之頭痛 (Oestrogen-withdrawal headache)
 - 8.4.4 歸因於其他物質慢性使用後戒斷之頭痛 (Headache attributed to withdrawal from chronic use of other substances)
-

登錄他處：

7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓頭痛；7.3.2 歸因於無菌性(非感染性)腦膜炎之頭痛；10.3.6 歸因於外因物質所致急性升壓反應之頭痛。

一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新的頭痛首次發生時，時間點上又與物質接觸

有密切關連者，將其登錄為歸因於物質引發的次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛特點的頭痛。如果既存在之原發性頭痛的惡化，在時間點上與物質接觸有密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為既存在之原發性頭痛或診斷有兩種頭痛，即原發性頭痛與歸因於物質引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與物質接觸有十分密切的時間關連、既存在的頭痛有明顯惡化、有充分證據去解釋物質能使原發性頭痛惡化，和最後當物質作用消失後，頭痛改善或緩解。

確定，可能或慢性？

只有在不再接觸物質後，頭痛解除或有明顯改善，通常歸因於該物質之頭痛診斷才可確定。當停止接觸物質3個月後，頭痛未緩解或明顯改善時，可考慮診斷為附錄中A8.5 慢性物質接觸後之頭痛。但是上述頭痛尚未經文獻確立，診斷基準僅供於研究。在8.2 藥物過度使用頭痛之特例，規定停止藥物過度使用2個月後，頭痛必須改善，才能確立診斷。停止過度使用藥物之前或停止過度使用藥物2個月內，頭痛改善與否仍未知時，診斷為8.2.7 可能藥物過度使用頭痛。若停止過度使用後2個月內，未見改善，就放棄此診斷。

前言

偏頭痛病人在生理或可能心理上對各種內在及外在刺激過度反應。曾有報導指出，酒精、食物、食品添加物、攝取及戒斷化學物質及藥物，對較敏感的人會誘發偏頭痛發生。這種關連通常來自臨床經驗及藥物不良反應報告。

這些刺激與頭痛有關的事實並不能證實其因果關係或排除考慮其他病因的需要。因為這些情況常常發生，頭痛與物質接觸的關連可能僅是巧合。頭痛可以只是隨機發生。頭痛可以是全身性疾病的一個症狀，用來治療的藥物亦可能與頭痛有關。在急性偏頭痛藥物試驗時，頭痛及其伴隨症狀，仍被列為藥物不良反應，即使它是所治疾患的一個症狀而非治療結果。有些疾患可能使病人易產生與物質有關之頭痛。單單藥物或該疾患無法產生頭痛。使用非固醇抗發炎藥物可在較敏感者引發無菌性腦膜炎，進而產生頭痛。

最後，某些急性或慢性物質接觸已證實與頭痛相關。

8.1 急性物質使用或接觸引發之頭痛 Headache induced by acute substance use or exposure

登錄他處

10.3.6 歸因於外因物質所致急性升壓反應之頭痛

前言

這群頭痛疾患可能是由下列三種因素引起：1)毒性物質產生不想要的效果；2)一般治療使用的物質所產生不想要的效果；3)實驗性研究。

由毒性反應(如一氧化碳)所產生的頭痛無法藉實驗來研究。實際接觸與頭痛兩者間的因果關係，就必須藉臨床案例意外使用此物質或試圖自殺者來加以證實。

許多藥物記載有頭痛的副作用，但這通常是頭痛的高盛行率所致。只有在經由雙盲控制試驗，試驗藥物投與後，頭痛發生比例較安慰劑高，才能認定頭痛為真正副作用。雙盲的設計也可用於實驗性測試藥效與頭痛之關連性。在某些案例，如一氧化氮釋出物，其研究讓我們對原發性頭痛中神經傳導物質機轉之影響，有更深一層的了解。一些物質像一氧化氮釋出物及組織胺，對正常的自願者及偏頭痛病人會引發立即型頭痛。但現已明瞭，自原發性頭痛病人的血液中清除此誘發物質一到幾個小時之後，也會產生延遲型頭痛。

了解某些臨床上使用的物質可能導致頭痛反應很重要，如此才能將藥物反應標記清楚。一般來說，偏頭痛病人比一般人更易產生這些頭痛，對慢性緊縮型頭痛、陣發性緊縮型頭痛及在叢發期的叢發性頭痛病人來說也是一樣的。

大部份人大量飲酒後產生的頭痛，可能反而有正面作用，因頭痛可避免過度飲酒。

酒精及二硫龍(disulfiram)同時服用可能導致頭痛，而單獨使用時則不會。

8.1.1 一氧化氮釋出物引發之頭痛 Nitric oxide (NO) donor-induced headache

8.1.1.1 一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛 Immediate NO donor-induced headache

舊稱：

硝化甘油頭痛(Nitroglycerine headache)、炸藥頭痛(dynamite headache)、熱狗頭痛(hot dog headache)

診斷基準：

A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：

1. 雙側
2. 額顳部
3. 搏動性
4. 因身體活動而加劇

B. 一氧化氮釋出物之吸收

C. 一氧化氮釋出物吸收後，10分鐘內產生頭痛

D. 一氧化氮釋出停止後，1小時內頭痛緩解

8.1.1.2 一氧化氮釋出物引發之延遲型頭痛 Delayed NO donor-induced headache

診斷基準：

A. 在有原發性頭痛患者，其頭痛有原發性頭痛的特徵（註1），及符合基準C及D

B. 一氧化氮釋出物之吸收

C. 一氧化氮自血液中清除後（註2），頭痛產生

D. 單次接觸後，72小時內頭痛緩解

註記：

1. 一般人很少產生一氧化氮釋出物引發之延遲型頭痛，而偏頭痛病人會發作無預兆偏頭痛，緊縮型頭痛病人發作緊縮型頭痛，而叢發性頭痛病人發作叢發性頭痛。
2. 偏頭痛及緊縮型頭痛平均在5至6個小時後發生，叢發性頭痛典型於1至2小時後發生。

說明：

典型的頭痛發生於雙側，搏動性，並在額顳部。

所有一氧化氮釋出物（如amyl nitrate, erythryl tetranitrate, glyceryl trinitrate [GTN], isosorbide mono- or dinitrate, sodium nitroprusside, mannitol hexanitrate, pentaerythryl tetranitrate）皆能引發這種亞型的頭痛，特別偏頭痛病人。GTN是研究最完整之物質。GTN確實會使大多數正常人產生頭痛，而在偏頭痛病人引發的立即頭痛也比非偏頭痛病人劇烈。GTN也能使偏頭痛病人產生符合診斷基準1.1 無預兆偏頭痛之延遲型頭痛，即使病人的自發性偏頭痛發作是有預兆的亦然。在慢性緊縮型頭痛病人，GTN也發現會引發有緊縮型頭痛特徵之延遲型頭痛。但對於陣發性緊縮型頭痛病人來說，GTN是否有相同的效果就不得而知。叢發性頭痛病人於叢發期外，不會產生延遲型頭痛，但在叢發期，GTN確實會在攝取1至2小時之後，導致叢發性頭痛發作。偏頭痛或緊縮型頭痛病人產生延遲型頭痛時間不一，但平均在接觸後5至6小時後發作。

因治療使用硝化甘油 (nitroglycerine) 及其他一氧化氮釋出物會產生頭痛副作用，已廣為人知。慢性使用者，一星期內會產生耐藥性，大部份病人因GTN引起的頭痛也會在此時消失。間斷使用，頭痛仍會持續，可能太嚴重而危及使用一氧化氮釋出物來治療心絞痛。然而，大部份心臟病病人為男性及中年以上的人，這或許可解釋這問題影響並沒有很大。其他一氧化氮釋出物的研究少很多，但目前證據顯示它們也可能產生頭痛。Isosorbide mononitrate在一正式的雙盲安慰劑控制研究顯示，其引發比GTN長很多的頭痛，主要是因其較慢釋出一氧化氮之故。

8.1.2 Phosphodiesterase (PDE) 抑制劑引發之頭痛 (PDE) inhibitor-induced headache

診斷基準：

A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：

1. 雙側
2. 額顳部
3. 搏動性
4. 因身體活動而加劇

B. 給予單一劑量PDE抑制劑

C. 服用PDE抑制劑5小時內，產生頭痛

D. 72小時內頭痛緩解

說明：

PDE是包含一大群會代謝cyclic nucleotides (cGMP及cAMP) 的不同酵素。當PDE被抑制時，cGMP及/或cAMP的濃度就會增加。在這個群組中，只有PDE-5抑制劑sildenafil及dipyridamole兩化合物正式被研究過。這種頭痛是單相的，與GTN所引發的頭痛不同。PDE在正常自願者所引發頭痛有緊縮型頭痛的特徵，但在偏頭痛病人則引發無預兆偏頭痛特徵的頭痛。在sildenafil臨床試驗中，頭痛已知是它的副作用，但最近實驗研究顯示，sildenafil於大部份年輕人，尤其是女性，會產生頭痛副作用，在偏頭痛病人常會引發偏頭痛發作。應警告偏頭痛病人此副作用。

8.1.3 一氧化碳引發之頭痛 Carbon monoxide-induced headache

舊稱：

倉儲工人頭痛 (Warehouse workers' headache)

診斷基準：

A. 雙側及/或持續性頭痛，特性及程度可與一氧化碳中毒的嚴重度相關（註1），符合基準C及D

- B. 一氧化碳之暴露
- C. 暴露12小時內頭痛發作
- D. 除去一氧化碳後72小時內，頭痛緩解

註記：

1. 典型：一氧化碳血紅素 (carboxyhaemoglobin) 值在10至20%間，輕度頭痛，無腸胃或神經症狀；一氧化碳血紅素值在20至30%間，中度搏動性頭痛及易怒；一氧化碳血紅素值在30至40%間，重度頭痛伴隨噁心、嘔吐及視力模糊。

說明：

當一氧化碳血紅素值 > 40% 時，因患者意識障礙，頭痛通常不會成為主訴。

一氧化碳中毒對頭痛的長期影響尚未有好的研究。致因資料證實有慢性中毒後頭痛的可能。

8.1.4 酒精引發之頭痛 Alcohol-induced headache

8.1.4.1 酒精引發之立即型頭痛 Immediate alcohol-induced headache

舊稱：

雞尾酒頭痛(Cocktail headache)

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 雙側
 - 2. 額顳部
 - 3. 搏動性
 - 4. 因身體活動而加劇
- B. 攝取含酒精飲料(註1)
- C. 攝取含酒精飲料3小時內產生頭痛
- D. 72小時內頭痛緩解

註記：

1. 目前並未確定產生頭痛之有效劑量。

說明：

有些人是受酒精或含酒精飲料的直接影響而產生頭痛。但是這比酒精引發之延遲型頭痛少很多。

8.1.4.2 酒精引發之延遲型頭痛 Delayed alcohol-induced headache

舊稱：

宿醉頭痛(Hangover headache)

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 雙側
 - 2. 額顳部
 - 3. 搏動性
 - 4. 因身體活動而加劇
- B. 偏頭痛病人攝取中等量的含酒精飲料，或非偏頭痛病人攝取足以中毒的酒精量
- C. 血液中酒精濃度減退或降至零後產生頭痛
- D. 72小時內頭痛緩解

說明：

這是最常見的頭痛類型之一。目前不清楚，除了酒精外，是否含酒精飲料中其他成份亦扮演一角色。同樣不清楚是否其機轉為毒性作用之延遲反應，或與形成一氧化氮釋出物引發之延遲型頭痛的機轉相似。

經確定診斷的頭痛病人與無頭痛的人對宿醉頭痛的感受性比較，尚未確定。偏頭痛病人攝取中等量的含酒精飲料，隔天偏頭痛可能發作，但非偏頭痛病人通常需要攝取大量含酒精飲料才會產生8.1.4.2 酒精引發之延遲型頭痛。

8.1.5 食品成分及添加物引發之頭痛 Headache induced by food components and additives

舊稱：

飲食頭痛(Dietary headache)

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 雙側
 - 2. 額顳部
 - 3. 搏動性
 - 4. 因身體活動而加劇
- B. 攝取最低量食品成份或添加物(註1)
- C. 物質攝取後12小時內，產生頭痛
- D. 單次攝取後72小時內，頭痛緩解

註記：

1. 苯氨基丙酸 (phenylethylamine)、酪胺酸 (tyramine) 及阿斯巴甜被認為是致因，但他們會引發頭痛的可能性尚未充分證實。

8.1.5.1 味精(麩酸鈉)引發之頭痛 Monosodium glutamate-induced headache

舊稱：

中國餐館症候群(Chinese restaurant syndrome)

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 雙側
 2. 額顳部
 3. 因身體活動而加劇
- B. 攝取味精(麩酸鈉)(MSG)
- C. 攝取味精後，1小時內產生頭痛
- D. 單次攝取味精後，72小時內頭痛緩解

說明：

味精引發之典型頭痛是鈍痛、或具灼熱感且非搏動性，但在偏頭痛病人可能會有搏動性。

此症候群常伴隨其他症狀，包括胸部壓迫感，顏面壓迫及/或緊張，胸、頸或肩膀有灼熱感，臉潮紅，頭暈及腹部不舒服。

8.1.6 古柯鹼引發之頭痛 Cocaine-induced headache

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 雙側
 2. 額顳部
 3. 搏動性
 4. 因身體活動而加劇
- B. 使用古柯鹼
- C. 使用古柯鹼後，1小時內產生頭痛
- D. 單次使用古柯鹼後，72小時內頭痛緩解

說明：

有報導指出使用古柯鹼會產生頭痛的副作用。古柯鹼使用後立即或一個小時內產生頭痛，相當常見，除非病人同時發生中風或暫時性腦缺血，通常並不伴隨其他症狀。

8.1.7 大麻引發之頭痛 Cannabis-induced headache

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 雙側
 2. 刺戳般或搏動性
 3. 頭部有壓迫感
- B. 使用大麻
- C. 使用大麻後，12小時內產生頭痛
- D. 單次使用大麻後，72小時內頭痛緩解

說明：

據報導使用大麻會導致頭痛，伴隨口乾、感覺異常、溫熱感覺、及結膜發紅。

8.1.8 組織胺引發之頭痛 Histamine-induced headache

說明：

組織胺在非頭痛病人會導致立即型頭痛，在偏頭痛病人則導致立即及延遲型頭痛。後者符合1.1 無預兆偏頭痛的基準。目前已研究組織胺無論經由靜脈、皮膚或吸入等途徑都會產生頭痛。機轉主要是藉由H1受器，因為mepyramine幾乎可以完全阻斷它。

8.1.8.1 組織胺引發之立即型頭痛 Immediate histamine-induced headache

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 雙側
 2. 額顳部
 3. 搏動性
 4. 因身體活動而加劇
- B. 吸收組織胺
- C. 吸收組織胺後，10分鐘內產生頭痛
- D. 停止吸收組織胺後，1小時內頭痛緩解

8.1.8.2 組織胺引發之延遲型頭痛 Delayed histamine-induced headache

診斷基準：

- A. 原發性頭痛病人，其頭痛有原發性頭痛之特徵(註1)，且符合基準C及D
- B. 組織胺之吸收
- C. 自血液中清除組織胺後，頭痛發作(註2)
- D. 單次接觸後，72小時內頭痛緩解

註記：

1. 一般人很少產生組織胺引發之延遲型頭痛，但偏頭痛病人會發作無預兆偏頭痛，緊縮型頭痛病人發作緊縮型頭痛，而叢發性頭痛病人發作叢發性頭痛。
2. 偏頭痛及緊縮型頭痛通常在5至6小時後發生，叢發性頭痛典型於1至2小時後發生。

8.1.9 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)

引發之頭痛 Calcitonin gene-related peptide(CGRP)-induced headache

說明：

目前只有一個雙盲控制試驗研究CGRP引發頭痛的特質。然而CGRP導致立即型頭痛卻不容置疑。十人中有三人會有延遲型偏頭痛發作。最近，研究顯示一種CGRP拮抗劑對偏頭痛急性治療有效。

8.1.9.1 *CGRP* 引發之立即型頭痛 Immediate CGRP-induced headache

診斷基準：

A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：

1. 雙側
2. 額顳部
3. 搏動性
4. 因身體活動而加劇

B. 吸收CGRP

C. 吸收CGRP後，10分鐘內產生頭痛

D. 停止吸收CGRP後，1小時內頭痛緩解

8.1.9.2 *CGRP* 引發之延遲型頭痛 Delayed CGRP-induced headache

診斷基準：

A. 原發性頭痛病人，其頭痛有原發性頭痛之特徵(註1)，且符合基準C及D

B. CGRP之吸收

C. 自血液中清除CGRP後，頭痛發作(註2)

D. 灌注CGRP後，72小時內頭痛緩解

註記：

1. 一般人很少發作CGRP引發之延遲型頭痛，但是偏頭痛病人會發作無預兆偏頭痛，緊縮型頭痛病人發作緊縮型頭痛，而叢發性頭痛病人發作叢發性頭痛。
2. 偏頭痛與緊縮型頭痛通常在5至6小時後發生，叢發性頭痛典型於1至2小時後發生。

8.1.10 歸因於治療其他適應症使用之藥物急性不良反應頭痛 Headache as an acute adverse event attributed to medication used for other indications

診斷基準：

A. 頭痛符合基準C及D

B. 治療頭痛以外其他適應症之藥物

C. 後數分鐘至數小時之內頭痛發作

D. 使用後72小時內頭痛緩解

說明：

很多藥物曾報告使用後產生頭痛。以下是最常被認為之誘發藥物：atropine, digitalis, disulfiram, hydralazine, imipramine, nicotine, nifedipine, nimodipine。附錄(表一)中有一更長的藥物名單可供查閱。

文獻上對此頭痛的特徵未有明確界定，大部份頭痛的特徵為鈍痛、持續、整個頭、中到重度。

8.1.11 其他急性物質使用或接觸引發之頭痛 Headache induced by other acute substance use or exposure

診斷基準：

A. 頭痛符合基準C及D

B. 使用或急性接觸上述以外之物質

C. 或接觸物質後，12小時內產生頭痛

D. 使用或接觸物質後，72小時內頭痛緩解

說明：

很多有機及無機物質曾報告在接觸後產生頭痛。以下是最常見的誘發物質：

無機化合物：arsenic, borate, bromate, chlorate, copper, iodine, lead, lithium, mercury, tolazoline hydrochloride。

有機化合物：alcohols (long-chain), aniline, balsam, camphor, carbon disulfide, carbon tetrachloride, clordecane, EDTA, heptachlor, hydrogen sulfide, kerosene, methyl alcohol, methyl bromide, methyl chloride, methyl iodine, naphthalene, organophosphorous compounds (parathion, pyrethrum)。

文獻上對此頭痛的特徵未有明確界定，大部份頭痛的特徵為鈍痛、整個頭、持續、中到重度。

8.2 藥物過度使用頭痛 (MOH) Medication-overuse headache (MOH)

舊稱：

反彈頭痛 (Rebound headache)、藥物引發之頭痛 (drug-induced headache)、藥物誤用之頭痛 (medication-misuse headache)

前言

本節與下一節闡述與慢性物質使用及接觸有關之頭痛疾患。

藥物過度使用頭痛是較敏感病人與過度使用治療性藥劑的相互作用。最佳例子是過度使用症狀性頭痛治療藥物使易於頭痛(headache-prone)病人產生頭痛。

目前為止，過度使用症狀性偏頭痛藥物及/或止痛藥，是導致每個月 ≥ 15 天發生似偏頭痛之頭痛及每個月 ≥ 15 天發生混合似偏頭痛及似緊縮型頭痛之頭痛的情形最常見的原因。一般而言，過度使用的定義是以每月治療天數為主。關鍵是治療必須頻繁且規則，即每週數天。舉例來說，假如診斷基準為每個月 ≥ 10 天，意即每星期就有2至3天治療。部份病人在長期沒有服藥的情況下連續治療數天，不太可能產生藥物過度使用頭痛。

慢性緊縮型頭痛較少與藥物過度使用有關，但是陣發性緊縮型頭痛常因止痛藥過度使用而成為慢性頭痛，特別是頭痛中心病人。

對於有存在之原發性頭痛的病人產生新型頭痛，或在藥物過度使用期間其偏頭痛或緊縮型頭痛明顯惡化，應同時給原有頭痛及8.2 藥物過度使用頭痛的診斷。再者，與藥物過度使用有關的頭痛常有獨特的模式轉移，即使在同一天內，從似偏頭痛特徵變為緊縮型頭痛特徵(即一種新型頭痛)。

藥物過度使用頭痛的診斷在臨床上特別重要，因為病人在過度使用急性藥物時，很少對預防性藥物有反應。

8.2.1 麥角胺過度使用頭痛 Ergotamine-overuse headache

診斷基準：

- A. 每月頭痛 > 15 天，至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 雙側
 2. 壓迫/緊縮性
 3. 輕或中度
- B. 每月規則服用麥角胺 ≥ 10 天，已 ≥ 3 個月
- C. 麥角胺過度使用期間頭痛發生或明顯惡化
- D. 麥角胺中斷後，頭痛在2個月內緩解或回復原來模式

說明：

麥角鹼的生體可用率 (bioavailability) 變化大，所以無法定義最低劑量。

8.2.2 翠普登過度使用頭痛 Triptan-overuse headache

診斷基準：

- A. 每月頭痛 > 15 天，至少具下列一項特徵，及符合基

準C及D：

1. 主要為單側
 2. 搏動性
 3. 中或重度
 4. 日常活動會使頭痛加劇或避免此類活動(如走路或爬樓梯)
 5. 伴隨下列症狀至少一項：
 - a) 噁心及/或嘔吐
 - b) 畏光及怕吵
- B. 每月規則服用翠普登(任何劑型) ≥ 10 天，已 ≥ 3 個月
- C. 翠普登過度使用期間，頭痛頻率明顯增加
- D. 翠普登中斷後，頭痛在2個月內緩解或回復原來模式

說明：

翠普登過度使用，可能使偏頭痛發生頻率增至慢性偏頭痛的頻率。證據顯示翠普登過度使用比麥角胺過度使用更快產生此型頭痛。

8.2.3 止痛藥過度使用頭痛 Analgesic-overuse headache

診斷基準：

- A. 每月頭痛 > 15 天，至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 雙側
 2. 壓迫/緊縮(非搏動)性
 3. 輕或中度
- B. 每月服用單純止痛藥 (simple analgesics) ≥ 15 天(註1)，已 > 3 個月
- C. 止痛藥過度使用期間頭痛發生或明顯惡化
- D. 止痛藥中斷後頭痛在2個月內緩解或回復原來模式

註記：

1. 每月使用 ≥ 15 天才會引發止痛藥過度使用頭痛，而非使用 ≥ 10 天，這僅是專家意見，並未有正式證據。

8.2.4 鴉片類過度使用頭痛 Opioid-overuse headache

診斷基準：

- A. 每月頭痛 > 15 天，符合基準C及D
- B. 每月服用鴉片類 ≥ 10 天，已 > 3 個月
- C. 鴉片類過度使用期間，頭痛發生或明顯惡化
- D. 鴉片類中斷後，頭痛在2個月內緩解或回復原來模式

說明：

前瞻性的研究指出，過度使用鴉片類之病人，在戒斷治療後，復發率最高。

8.2.5 複合藥物過度使用頭痛 Combination medication-overuse headache

診斷基準：

- A. 每月頭痛 > 15天，至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 雙側
 - 2. 壓迫/緊縮 (非搏動) 性
 - 3. 輕或中度
- B. 每月服用複合藥物 (註1) ≥ 10天，已 > 3個月
- C. 複合藥物過度使用期間，頭痛發生或明顯惡化
- D. 複合藥物中斷後，頭痛在2個月內緩解或回復原來模式

註記：

- 1. 複合藥物一般是指含有單純止痛藥加上鴉片類、butalbital及/或咖啡因。

8.2.6 其他藥物過度使用頭痛 Headache attributed to other medication overuse

診斷基準：

- A. 每月頭痛發生 > 15天，符合基準C及D
- B. 規則過度使用 (註1) 一種藥物 (非上述藥物) > 3個月
- C. 藥物過度使用期間，頭痛發生或明顯惡化
- D. 藥物中斷後，頭痛在2個月內緩解或回復原來模式

註記：

- 1. 過度使用的每月治療天數可能依據藥物特性而有不同定義。

8.2.7 可能藥物過度使用頭痛 Probable medication-overuse headache

診斷基準：

- A. 頭痛符合上述8.2.1至8.2.6任何一個亞式的基準A-C
- B. 有下列任何一項：
 - 1. 過度使用的藥物尚未戒斷
 - 2. 停止過度使用藥物不滿2個月，且頭痛尚未緩解或回復原來模式

說明：

8.2.7 可能藥物過度使用頭痛 的可登錄之亞式為8.2.7.1 可能麥角胺過度使用頭痛、8.2.7.2 可能翠

普登過度使用頭痛、8.2.7.3 可能止痛藥過度使用頭痛、8.2.7.4 可能鴉片類過度使用頭痛、8.2.7.5 可能複合藥物過度使用頭痛、及8.2.7.6 可能其他藥物過度使用頭痛。

許多病人符合8.2.7 可能藥物過度使用頭痛的診斷基準，同時也符合1.6.5 可能慢性偏頭痛或2.4.3 可能慢性緊縮型頭痛的診斷基準。過度使用的藥物戒斷後，因果關係確立前，這兩種類型都應被登錄。有1.6.5 可能慢性偏頭痛的病人應另外登錄先前的偏頭痛亞型 (通常為1.1 無預兆偏頭痛)。

8.3 歸因於慢性藥物不良反應之頭痛 Headache as an adverse event attributed to chronic medication

診斷基準：

- A. 每月頭痛 > 15天，符合基準C及D
- B. 任何治療其他適應症的慢性藥物 (註1)
- C. 用藥期間頭痛發生
- D. 藥物 (註2) 中斷後頭痛緩解

註記：

- 1. 劑量及期間依據藥物而有不同的定義。
- 2. 緩解的時間將依藥物而異，但可能達數月。

說明：

頭痛可因直接藥理作用而發生，如血管收縮產生惡性高血壓及頭痛，或因次發作用發生頭痛，如藥物引發的顱內高壓。後者為長期使用anabolic steroids, amiodarone, lithium carbonate, nalidixic acid, thyroid hormone replacement, tetracycline或minocycline所確認的一種併發症。

8.3.1 外因性荷爾蒙引發之頭痛 Exogenous hormone-induced headache

診斷基準：

- A. 頭痛或偏頭痛符合基準C及D
- B. 規則使用外因性荷爾蒙
- C. 頭痛或偏頭痛在開始使用外因性荷爾蒙3個月內發生或明顯惡化
- D. 外因性荷爾蒙完全中斷後3個月內，頭痛或偏頭痛緩解或回復原來模式

說明：

規則使用外因性荷爾蒙，典型如避孕藥或荷爾蒙替代療法，會伴隨新的頭痛或偏頭痛或增加其頻率。

當一位女性同時有與外因性雌激素戒斷有關的頭痛或偏頭痛，8.3.1 外因性荷爾蒙引發之頭痛與8.4.3 雌激素戒斷之頭痛皆需登錄。

8.4 歸因於物質戒斷之頭痛 Headache attributed to substance withdrawal

8.4.1 咖啡因戒斷之頭痛 Caffeine-withdrawal headache

診斷基準：

- A. 雙側及/或搏動性頭痛，符合基準C及D
- B. 每天消耗咖啡因 ≥ 200 公克 > 2 個星期後，被中斷或延遲服用
- C. 最後一次攝取咖啡因後24小時內頭痛發作，並在攝取100公克咖啡因後1小時內頭痛緩解
- D. 咖啡因完全戒斷後，7天內頭痛緩解

8.4.2 鴉片類戒斷之頭痛 Opioid-withdrawal hadache

診斷基準：

- A. 雙側及/或搏動性頭痛，符合基準C及D
- B. 每日攝取鴉片類 > 3 個月後中斷
- C. 最後一次攝取鴉片類後，24小時內頭痛發作
- D. 鴉片類完全戒斷後，7天內頭痛緩解

8.4.3 雌激素戒斷之頭痛 Oestrogen-withdrawal hadache

診斷基準：

- A. 頭痛或偏頭痛符合基準C及D
- B. 每日使用外因性雌激素 ≥ 3 個星期後被中斷
- C. 最後一次使用雌激素之後5天內頭痛或偏頭痛發作
- D. 頭痛或偏頭痛在3天內緩解

說明：

外因性雌激素使用一段時間後戒斷 (如服用複合式避孕藥的停藥期間或是荷爾蒙替代療法使用之後) 可以引發頭痛及/或偏頭痛。

8.4.4 歸因於其他物質慢性使用後戒斷之頭痛 Headache attributed to withdrawal from chronic use of other substances

診斷基準：

- A. 雙側及/或搏動性頭痛，符合診斷基準C及D
- B. 每日攝取上述以外的一種物質 > 3 個月後中斷
- C. 頭痛發生在時間點上與物質戒斷相關
- D. 戒斷後3個月內頭痛緩解

說明：

有人提出下列物質的戒斷可能會導致頭痛，但尚未有足夠的證據：類固醇、三環抗鬱劑、選擇性血清素再回收抑制劑 (SSRIs)、非固醇抗發炎藥 (NSAIDs)。

重要文獻

8.1 Headache induced by acute substance use or exposure

- Altura BM, Altura BT, Gebrewold A. Alcohol induced spasm of cerebral blood vessels. *J Mental Sci* 2000; 104:972 - 99.
- Armstrong PJ, Bersten A. Normeperidine toxicity. *Anesth Analg* 1986; 65:536 - 8.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Nitric oxide-induced headache in patients with chronic tension-type headache. *Brain* 2000; 123:1830 - 7.
- Askew GL, Finelli L, Genese CA, Sorhage FE, Sosin DM, Spitalny KC. Bouillabaisse: an outbreak of methemoglobinemia in New Jersey in 1992. *Pediatrics* 1994; 94:381 - 4.
- Askmark H, Lundberg PO, Olsson S. Drug related headache. *Headache* 1989; 29:441 - 4.
- Atkins FM. A critical evaluation of clinical trials in adverse reactions to foods in adults. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 78:174 - 82.
- Beck HG, Schulze WH, Suter GM. Carbon monoxide - a domestic hazard. *JAMA* 1940; 115:1.
- Bonnet GF, Nepveux P. Migraine due to tyramine. *Sem Hop* 1971; 47:2441 - 5.
- Brewerton TD, Murphy DL, Lesem MD, Brandt HA, Jimerson DC. Headache responses following m-chlorophenylpiperazine in bulimics and controls. *Headache* 1992; 32:217 - 22.
- Catalano G, Catalano MC, Rodriguez R. Dystonia associated with crack cocaine use. *South Med J* 1997; 90:1050 - 2.
- Cleophas TJ, Niemeyer MG, vanderWall EE, vanderMeulen J. Nitrate-induced headache in patients with stable angina pectoris: beneficial effect of starting on a low dose. *Angiology* 1996; 47:679 - 85.
- Council of Scientific Affairs. Aspartame: review of safety issues. *JAMA* 1985; 254:400 - 2.
- Cregler LL, Mark H. Medical complications of cocaine abuse. *N Engl J Med* 1986; 315:1495 - 501.
- Dhopes V, Maany I, Herring C. The relationship of cocaine to headache in polysubstance abusers. *Headache* 1991; 31:17 - 9.
- Dhuna A, Pascual-Leone A, Belgrade M. Cocaine-related vascular headaches. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1991; 54:803 - 6.
- De Marinis M, Janiri L, Agnoli A. Headache in the use and withdrawal of opiates and other associated substances of abuse.

- Headache 1991; 31:159 – 63.
- Ekbom K. Nitroglycerin as a provocative agent in cluster headache. *Arch Neurol* 1968; 19:487 – 93.
- el-Mallakh RS. Marijuana and migraine. *Headache* 1987; 27:442 – 3.
- el-Mallakh RS, Kranzler HR, Kamanitz JR. Headaches and psychoactive substance use. *Headache* 1991; 31:584 – 7.
- Forbes HS, Cobb S, Fremont-smith F. Cerebral edema and headache following carbon monoxide asphyxia. *Arch Neurol Psychiatr* 1924; 11:164.
- Gawin FH. Cocaine addiction: psychology and neurophysiology. *Science* 1991; 251:1580 – 6.
- Ghose K, Carrol JD. Mechanisms of tyramine-induced migraine: similarities with dopamine and interactions with disulfiram and propranolol. *Neuropsychobiol* 1984; 12:122 – 6.
- Gordon CR, Mankuta D, Shupak A, Spitzer O, Doweck I. Recurrent classic migraine attacks following transdermal scopolamine intoxication. *Headache* 1991; 31:172 – 4.
- Gore ME, Salmon PR. Chinese restaurant syndrome: fact or fiction. *Lancet* 1980; 318:251 – 2.
- Hanington E, Harper AM. The role of tyramine in the etiology of migraine and related studies on the cerebral and intracerebral circulations. *Headache* 1968; 8:84 – 97.
- Hansen HJ, Drewes VM. The nitroglycerine ointment test – a double-blind examination. *Dan Med Bull* 1970; 7:226 – 9.
- Heckerling PS, Leikin JB, Maturen A, Perkins JT. Predictors of occult carbon monoxide poisoning in patients with headache and dizziness. *Ann Int Med* 1987; 107:174 – 6.
- Henderson WR, Raskin NH. 'Hot dog' headache: individual susceptibility to nitrite. *Lancet* 1972; ii:1162 – 3.
- Hirsch AR, Rankin KM, Panelli PP. Trichloroethylene exposure and headache. *Headache Quarterly* 1996; 7:126 – 38.
- Horowitz LD, Herman MV, Gorlin R. Clinical response to nitroglycerine as a diagnostic test for coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1972; 29:149 – 53.
- Iversen HK, Nielsen TM, Olesen J, Tfelt-Hansen P. Intravenous nitroglycerin as an experimental model of vascular headache. *Basic characteristics. Pain* 1989; 38:17 – 24.
- Kenney RA, Tidball CS. Human susceptibility to oral monosodium 1-glutamate. *Am J Clin Nutr* 1972; 25:140 – 6.
- Kerr GR, Lee MW, elLozy M, McGandy R, Stare F. Prevalence of the 'Chinese restaurant syndrome'. *J Am Diet Assoc* 1979; 75:29 – 33.
- Krabbe AA, Olesen J. Headache provocation by continuous intravenous infusion of histamine, clinical results and receptor mechanisms. *Pain* 1980; 8:253 – 9.
- Larkin JM, Brahos GJ, Moylin JA. Treatment of carbon monoxide poisoning: prognostic factors. *J Trauma* 1976; 16:111.
- Lassen LH, Thomsen LL, Olesen J. Histamine induces migraine via the H receptor. Support for the NO-hypothesis of migraine. *Neuroreport* 1995; 6: 1475 – 9.
- Leon AS, Hunninghake DB, Bell C, Rassin DK, Tephly TR. Safety of long-term doses of aspartame. *Arch Int Med* 1989; 149:2318 – 24.
- Leone M, Attanasio A, Croci D, Filippini G, D' Amico D, Grazzi L, Nespolo A, Bussone G. The serotonergic agent mchlorophenylpiperazine induced migraine attacks: a controlled study. *Neurology* 2000; 55:136 – 9.
- Levine SR, Brust JC, Futrell N, et al. Cerebrovascular complications of the use of the crack form of alkaloidal cocaine. *N Engl J Med* 1990; 323:699 – 704.
- Lipton RB, Kwong CM, Solomon S. Headaches in hospitalized cocaine users. *Headache* 1989; 29:225 – 8.
- Lowenstein DH, Massa SM, Rowbotham MC et al. Acute neurologic and psychiatric complications associated with cocaine abuse. *Am J Med* 1987; 83:841 – 6.
- Luthy J, Schlatter C. Biogenic amines in food: effects of histamine, tyramine and phenylethylamine in the human. *Z Lebensm Unters Forsch* 1983; 177:439 – 43.
- McCullock J, Harper AM. Phenylethylamine and the cerebral circulation. In *Current concepts in migraine research* (McCullock J, Harper AM, eds.). Raven Press, New York. 1978, pp.85 – 8.
- Meigs JL, Hughes JP. Acute carbon monoxide poisoning: an analysis of 105 cases. *AMA Arch Ind Hygiene Occupat Med* 1952; 6:344 – 56.
- Merkel PA, Koroshetz WJ, Irizarry MC, Cudkovicz ME. Cocaine-associated cerebral vasculitis. *Semin Arthritis Rheum* 1995; 25:172 – 83.
- Merrit JE, Williams PB. Vasospasm contributes to monosodium glutamate-induced headache. *Headache* 1990; 30:575 – 80.
- Mitchell JD. Clinical neurotoxicology: an introduction. In *Handbook of Clinical Neurology* (DeWolff FA, ed.). Elsevier Science, 1995, pp. 1 – 22.
- Moffet AM, Swash M, Scott DF. Effect of chocolate in migraine: a double-blind study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1974; 37:445 – 8.
- Monteiro JM. Headache associated with single use of substances. In *The headaches* (Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds.). Raven Press, Limited, New York. 1993, pp. 715 – 20.
- Monteiro JM, Dahlof CG. Single use of substances. In *The Headaches* (Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, eds.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2000, pp. 861 – 9.
- Murphree AB, Greenberg LA, Carrol RB. Neuropharmacologic effects of substances other than ethanol in alcoholic beverages. *Fed Proc* 1967; 26:1468 – 73.
- Norton S. Toxicology of the central nervous system. In *Toxicology* (Casarett LJ, Doult J, eds.). MacMillan, New York. 1975, pp. 1019 – 35.
- Ogata S, Hosoi T, Saji H. Studies on acute alcohol intoxication. *Japanese Journal of Studies of Alcohol* 1966; 1:67 – 79.
- Peters GA. Migraine: diagnosis and treatment with emphasis on the migraine-tension headache, provocative tests and use of rectal suppositories. *Proc Mayo Clin* 1953; 28:673 – 86.
- Reif-Lehrer L. A questionnaire study of the prevalence of Chinese restaurant syndrome. *Fed Proc* 1977; 36:1617 – 23.
- Sabatini U, Rascol O, Rascol A, Montastruc JL. Migraine attacks induced by subcutaneous apomorphine in two migrainous Parkinsonian patients. *Clin Neuropharmacol* 1990; 13:264 – 7.
- Satel SL, Gawin FH. Migraine-like headache and cocaine use. *JAMA* 1989; 261:2995 – 6.

- Schamburg HH, Byck R, Gerstl R, Mashman JH. Monosodium L-glutamate: its pharmacology and role in the Chinese restaurant syndrome. *Science* 1969; 163:826 – 8.
- Scher W, Scher BM. A possible role for nitric oxide in glutamate (MSG)-induced Chinese restaurant syndrome, glutamate induced asthma, 'hot-dog headache', pugilistic Alzheimer's disease, and other disorders. *Med Hypotheses* 1992; 38:185 – 8.
- Schiffmann SS, Buckley CE, Sampson HA et al. Aspartame and susceptibility to headache. *N Engl J Med* 1987; 317:1181 – 5.
- Schnitker MT, Schnitker MA. Clinical notes, suggestions and new instruments. *JAMA* 1947; 135:89.
- Schwartz AM. The cause, relief and prevention of headache arising from contact with dynamite. *N Engl J Med* 1946; 235:541 – 4.
- Scopp AL. MSG and hydrolyzed vegetable protein induced headache review and case studies. *Headache* 1991; 31:107 – 10.
- Seltzer S. Foods and drug combinations, responsible for head and neck pain. *Cephalalgia* 1982; 2:111 – 24.
- Shaw SW, Johnson RH, Keogh HG. Oral tyramine in dietary migraine sufferers. In *Current concepts in migraine research* (Shaw SW, Johnson RH, Keogh HG, eds.). Raven Press, New York. 1978, pp. 31 – 9.
- Shively M, Riegel B. Effect of nitroglycerin ointment placement on headache and flushing in health subjects. *Int J Nurs Stud* 1991; 28:153 – 61.
- Sicuteri F, Bene ED, Poggioni M, Bonazzi A. Unmasking latent dynoception in healthy subjects. *Headache* 1987; 27:180 – 5.
- Smith I, Kellow AH, Hanington E. Clinical and biochemical correlation between tyramine and migraine headache. *Headache* 1970; 10:43 – 52.
- Tarasoff L, Kelly MF. Monosodium L-glutamate: a doubleblind study and review. *Food Chem Toxicol* 1993; 31:1019 – 35.
- Thomsen LL, Kruse C, Iversen HK, Olesen J. A Nitric oxide donor triggers genuine migraine attacks. *Eur J Neurol* 1994; 1:71 – 80.
- Towers CV, Pircon RA, Nageotte MP, Porto M, Garite TJ. Cocaine intoxication presenting as preeclampsia and eclampsia. *Ob Gyn* 1993; 81:545 – 7.
- Trelles L, Jeri R. Central nervous system stimulants: cocaine, amphetamine, nicotine. In *Handbook of clinical neurology* (DeWolff FA, ed.). New York: Elsevier Science, 1995, pp. 251 – 7.
- Wallgreen H, Barry A. Drug actions in relation to alcohol effects. In: *Action of alcohol*. New York: Elsevier, 1970, pp. 621 – 714.
- Wilson J. Cyanogenic glycosides. Ch. 3 in *Handbook of clinical neurology*, vol. 65 (DeWolff FA, ed.). New York: Elsevier Science, 1995, pp. 25 – 34.
- Varon J, Marik PE, Fromm RE, Gueler A. Carbon Monoxide Poisoning: a review for clinicians. *J Emerg Med* 1999; 17:87 – 93.
- Yang WH, Drouin MA, Herbert M, Mao Y, Kursh J. The monosodium glutamate symptom complex: assessment in a double blind, placebo controlled, randomized study. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99:757 – 62.

8.2 Medication-overuse headache

- Ala-Hurula V, Myllyla V, Hokkanen E. Ergotamine abuse: results of ergotamine discontinuation with special reference to the plasma concentrations. *Cephalalgia* 1982; 2:189 – 95.
- Ala-Hurula V, Myllyla V, Hokkanen E, Tokola O. Tolfenamic acid and ergotamine abuse. *Headache* 1981; 21:240 – 2.
- Allgulander C. History and current status of sedative-hypnotic drug use and abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73:465 – 78.
- Andersson PG. Ergotamine headache. *Headache* 1975; 15:118 – 21.
- Baar HA. Treatment for headache: a four-step standardized withdrawal program for analgesic abusers. *Pain Clin* 1990; 3:173 – 7 (Abstract).
- Bennett WM, DeBroe ME. Analgesic nephropathy: a preventable renal disease. *N Eng J Med* 1989; 320:1269 – 71.
- Bowdler I, Killian J, Gansslen-Blumberg S. The association between analgesic abuse and headache – coincidental or causal. *Headache* 1988; 28:494.
- Braithwaite RA. The toxicity of tricyclic and newer antidepressants. In *Handbook of Clinical Neurology* (DeWolff FA, ed.). New York: Elsevier Science, 1995, pp. 311 – 20.
- Brust JC. Opiate addiction and toxicity. Ch. 16 in *Handbook of clinical neurology*, vol. 65 (DeWolff FA, ed.). New York: Elsevier Science, 1995, pp. 356 – 61.
- Catarci T, Fiacco F, Argentino C. Ergotamine-induced headache can be sustained by sumatriptan daily intake. *Cephalalgia* 1994; 14:374 – 5.
- Centonze V, Polite BM, diBari M, Caporaletti P, Albano O. Vascular injuries in ergotamine abuse: a case report. *Funct Neurol* 1993; 8:265 – 70.
- Dalquen P, Fasel J, Mihatsch MJ, Rist M, Rutishauser G. Phenacetinabusus IV. Sind zytologische harnuntersuchungen in der tumorvorsorge bei phenacetinabusern erfolgversprechend und anwendbar. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1980; 110:302 – 6.
- DeBroe ME, Elseviers MM. Analgesic nephropathy – still a problem? *Nephron* 1993; 64:505 – 13.
- deMarinis M, Janiri L, Agnoli A. Headache in the use and withdrawal of opiates and other associated substances of abuse. *Headache* 1991; 31:159 – 63.
- Diamond S, Dalessio DJ. Drug abuse in headache. In *The practicing physician's approach to headache* (Diamond S, Dalessio DJ, eds.). Williams & Wilkins, Baltimore. 1982, pp. 114 – 21.
- Dichgans J, Diener HC. Clinical manifestations of excessive use of analgesic medication. In *Drug – induced headache* (Diener HC, Wilkinson M, eds.). Springer-Verlag, Berlin. 1988, pp. 8 – 15.
- Dichgans J, Diener HD, Gerber WD et al. Analgetikainduzierter dauerkopfschmerz. *Dtsch Med Wschr* 1984, 109:369 – 73.
- Diener HC. A personal view of the classification and definition of drug dependence headache. *Cephalalgia* 1993; 13:68 – 71.
- Diener HC, Dahlof CG. Headache associated with chronic use of substances. In *The headaches* (Olesen J, Tfelt-Hansen P,

- Welch KMA, eds.). Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia. 1999, pp. 871 – 8.
- Diener HC, Dichgans J, Scholz E, Geiselhart S, Gerber WD, Bille A. Analgesic-induced chronic headache: long-term results of withdrawal therapy. *J Neurol* 1989; 236:9 – 14.
- Diener HC, Haab J, Peters C, Ried S, Dichgans J, Pilgrim A. Subcutaneous sumatriptan in the treatment of headache during withdrawal from drug-induced headache. *Headache* 1991; 31:205 – 9.
- Diener HC, Pfaffenrath V, Soyka D, Gerber WD. Therapie des medikamenten-induzierten dauerkopfschmerzes. *Munch Med Wschr* 1992; 134:159 – 62.
- Diener HC, Tfelt-Hansen P. Headache associated with chronic use of substances. In *The headaches* (Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds.). Raven press LTD, New York. 1993, pp. 721 – 7.
- Dige-Petersen H, Lassen NA, Noer J, Toennesen KH, Olesen J. Subclinical ergotism. *Lancet* 1977; i:65 – 6.
- Drucker P, Tepper S. Daily sumatriptan for detoxification from rebound. *Headache* 1998; 38:687 – 90.
- Dubach UC, Rosner B, Pfister E. Epidemiologic study of abuse of analgesics containing phenacetin. Renal morbidity and mortality (1968 – 1979). *N Engl J Med* 1983; 308:357 – 62.
- Elkind AH. Drug abuse in headache patients. *Clin J Pain* 1989; 5:111 – 20.
- Elkind AH. Drug abuse and headache. *Med Clin N Am* 1991; 75:717 – 32.
- Evers S, Gralow I, Bauer B, Suhr B, Buchheister A, Husstedt IW, Ringelstein EB. Sumatriptan and ergotamine overuse and drug-induced headache: a clinicoepidemiologic study. *Clin Neuropharmacol* 1999; 22:201 – 6.
- Fanciullaci M, Alessandri M, Pietrini U, Briccolani-Bandini E, Beatrice S. Long-term ergotamine abuse: effect on adrenergically induced mydriasis. *Clin Pharm Ther* 1992; 51:302 – 7.
- Fincham JE. Over-the-counter drug use and misuse by the ambulatory elderly: a review of the literature. *J Ger Drug Ther* 1987; 1:3 – 21.
- Fincham RW, Perdue Z, Dunn VD. Bilateral focal cortical atrophy and chronic ergotamine abuse. *Neurology* 1985; 35:720 – 2.
- Fisher CM. Analgesic rebound headache refuted. *Headache* 1988; 28:666.
- Friedman AP, Brazil P, vonStorch TJ. Ergotamine tolerance in patients with migraine. *JAMA* 1955; 157:881 – 4.
- Gaist D, Hallas J, Sindrup SH, Gram LF. Is overuse of sumatriptan a problem? A population-based study. *Eur J Clin Pharmacol* 1996; 50:161 – 5.
- Gaist D, Tsiropoulos I, Sindrup SH, Hallas J, Rasmussen BK, Kragstrup J. Inappropriate use of sumatriptan: population based register and interview study. *Br J Med* 1998; 316:1352 – 3.
- Granella F, Farina S, Malferrari G, Manzoni GC. Drug abuse in chronic headache: a clinicoepidemiologic study. *Cephalgia* 1987; 7:15 – 9.
- Gutzwiler F, Zemp E. Der analgetikakonsum in der bevölkerung und socioökonomische aspekte des analgetikaabusus. In *Das analgetikasyndrom* (Mihatsch MJ, ed.). Thieme, Stuttgart. 1986, pp. 197 – 205.
- Hering R, Steiner TJ. Abrupt outpatient withdrawal from medication in analgesic-abusing migraineurs. *Lancet* 1991; 337:1442 – 3.
- Hokkanen E, Waltimo O, Kallanranta T. Toxic effects of ergotamine used for migraine. *Headache* 1978; 18:95 – 8.
- Horowski R, Ziegler A. Possible pharmacological mechanisms of chronic abuse of analgesics and other antimigraine drugs. In *Drug-induced headache* (Diener HC, Wilkinson M, eds.). Springer-Verlag, Berlin. 1988, pp. 95 – 104.
- Horton BT, Peters GA. Clinical manifestations of excessive use of ergotamine preparations and management of withdrawal effect: report of 52 cases. *Headache* 1963; 3:214 – 26.
- Isler H. Migraine treatment as a cause of chronic migraine. In *Advances in migraine research and therapy* (Rose FC, ed.). Raven Press, New York. 1982, pp. 159 – 64.
- Jaffe JH. Drug addiction and drug abuse. In *The pharmacological basis of therapeutics* (Gilman AG, Rall TW, Nies AS, Taylor P, eds.). Pergamon Press, New York. 1985, pp. 522 – 73.
- Katsarava Z, Fritsche G, Muessig M, Diener HC, Limmroth V. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headache drugs. *Neurology* 2001; 57:1694 – 8.
- Kaube H, May A, Diener HC, Pfaffenrath V. Sumatriptan misuse in daily chronic headache. *Br Med J* 1994; 308:1573.
- Kielholz P, Ladewig D. Probleme des medikamentenmißbrauches. *Schweiz Arztezeitung* 1981; 62:2866 – 9.
- Klapper JA. Rebound headache: definition, symptomatology, treatment, and prevention. *Headache Quarterly* 1992; 3:398 – 402.
- Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998; 76:417 – 26.
- Kudrow L. Paradoxical effects of frequent analgesic use. *Adv Neurol* 1982; 33:335 – 41.
- Lader M. Hypnotics and sedatives. In *Handbook of clinical neurology* (DeWolff FA, ed.). New York: Elsevier Science, 1995, pp. 329 – 55.
- Lance F, Parkes C, Wilkinson M. Does analgesic abuse cause headache de novo? *Headache* 1988; 28:61 – 2.
- Lance JW. A concept of migraine and the search for the ideal headache drug. *Headache* 1990; 30:17 – 23.
- Limmroth V, Kazarawa S, Fritsche G, Diener HC. Headache after frequent use of new 5-HT agonists zolmitriptan and naratriptan. *Lancet* 1999; 353:378.
- Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, Przywara S, Diener HC. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002; 59:1011 – 14.
- Lucas RN, Falkowski W. Ergotamine and methysergide abuse in patients with migraine. *Br J Psychiatry* 1973; 122:199 – 203.
- Ludolph AC, Husstedt IW, Schlake HP, Grotemeyer KH, Brune GG. Chronic ergotamine abuse: evidence of functional impairment of long ascending spinal tracts. *Eur Neurol* 1988; 28:311 – 6.

- MacGregor EA, Vorah C, Wilkinson M. Analgesic use: a study of treatments used by patients for migraine prior to attending the City of London migraine clinic. *Headache* 1990; 30:634 - 8.
- Manzoni GC, Micieli G, Granella F, Sandrini G, Zanferrari C, Nappi G. Therapeutic approach to drug abuse in headache patients. In *Drug-induced headache* (Diener HC, Wilkinson M, eds.). Springer-Verlag, Berlin. 1988, pp. 143 - 9.
- Marks V. Reactive (rebound) hypoglycemia. In *Hypoglycemia* (Marks V, Rose CF, eds.). Blackwell, Oxford. 1981, pp. 179 - 217.
- Mathew NT. Amelioration of ergotamine withdrawal symptoms with naproxen. *Headache* 1987; 27:130 - 3.
- Mathew NT, Kurman R, Perez F. Drug induced refractory headache - clinical features and management. *Headache* 1990; 30:634 - 8.
- Michultka DM, Blanchard EB, Appelbaum KA, Jaccard J, Dentinger MP. The refractory headache patient-2. High medication consumption (analgesic rebound) headache. *Behav Res Ther* 1989; 27:411 - 20.
- Micieli G, Manzoni GC, Granella F, Martignoni E, Malferrari G, Nappi G. Clinical and epidemiological observations on drug abuse in headache patients. In *Drug-Induced Headache* (Diener HC, Wilkinson M, eds.). Springer-Verlag, Berlin. 1988, pp. 20 - 8.
- Nicolodi M, DelBianco PL, Sicuteri F. The way to serotonergic use and abuse in migraine. *Int J Clin Pharmacol Res* 1997; 17:79 - 84.
- Page H. Rebound headache from ergotamine withdrawal. *JAMA* 1981; 246:719.
- Peters G, Horton BT. Headache: with special reference to the excessive use of ergotamine preparations and withdrawal effects. *Proc Mayo Clin* 1951; 26:153 - 61.
- Pini LA, Trenti T. Case report: does chronic use of sumatriptan induce dependence? *Headache* 1994; 34:600 - 1.
- Pradalier A, Dry S, Baron JF. Céphalée induite par l'abus de tartrate d'ergotamine chez les migraineux. *Concours Med* 1984; 106:106 - 10.
- Rahman A, Segasothy M, Samad SA, Zulfiqar A, Rani M. Analgesic use and chronic renal disease in patients with headache. *Headache* 1993; 33:442 - 5.
- Rapoport A, Stang P, Gutterman DL, Cady R, Markley H, Weeks R, Saiers J, Fox AW. Analgesic rebound headache in clinical practice: data from a physician survey. *Headache* 1996; 36:14 - 9.
- Rapoport AM. Analgesic rebound headache. *Headache* 1988; 28:662 - 5.
- Rapoport AM, Weeks RE. Characteristics and treatment of analgesic rebound headache. In *Drug-induced headache* (Diener HC, Wilkinson M, eds.). Springer-Verlag, Berlin. 1988, pp. 162 - 7.
- Roswell AR, Neylan C, Wilkinson M. Ergotamine induced headache in migrainous patients. *Headache* 1973; 13:65 - 7.
- Sandler DP, Smith JC, Weinberg CR, Buckalew VM, Dennis VW, Blythe WB, Burgess WP. Analgesic use and chronic renal disease. *N Engl J Med* 1989; 320:1238 - 43.
- Saper JR. Drug abuse among headache patients. In *Headache disorders* (Saper JR, ed.). PSG Publishers, Boston. 1983, pp. 263 - 78.
- Saper JR. Drug overuse among patients with headache. *Neurol Clin* 1983; 1:465 - 77.
- Saper JR. Daily chronic headaches. *Neurol Clin N Amer* 1990; 8:891 - 902.
- Saper JR, Jones JM. Ergotamine tartrate dependency: features and possible mechanisms. *Clin Neuropharmacol* 1986; 9:244 - 56.
- Schnider P, Aull S, Baumgartner C et al. Long-term outcome of patients with headache and drug abuse after inpatient withdrawal: five-year followup. *Cephalalgia* 1996; 16:481 - 5.
- Schnider P, Aull S, Feucht M. Use and abuse of analgesics in tension-type headache. *Cephalalgia* 1994; 14:162 - 7.
- Schnider P, Maly J, Grunberger J, Aull S, Zeiler K, Wessely P. Improvement of decreased critical flicker frequency in headache patients with drug abuse after successful withdrawal. *Headache* 1995; 35:269 - 72.
- Schoenen J, Lenarduzzi P, Sianard-Gainko J. Chronic headaches associated with analgesics and/or ergotamine abuse: a clinical survey of 434 consecutive outpatients. In *New advances in headache research* (Rose FD, ed.). Smith-Gordon, London. 1989, pp. 29 - 43.
- Seller EM, Busto UE, Kaplan HL, Somer G, Baylon GJ. Comparative abuse liability of codeine and naratriptan. *Clin Pharmacol Ther* 1998; 63:121.
- Shakir RA. Vitamin toxicity. In *Handbook of clinical neurology*, vol. 65 (DeWolff FA, ed.). New York: Elsevier Science, 1995, pp. 567 - 76.
- Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache. In *Headache* (Goadsby PJ, Silberstein SD, eds.). Butterworth-Heinemann, Newton. 1997, pp. 201 - 25.
- Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near daily headaches: proposed revisions to the IHS classification. *Headache* 1994; 34:1 - 7.
- Silberstein SD, Silberstein JR. Chronic daily headache: prognosis following inpatient treatment with repetitive IV DHE. *Headache* 1992; 32:439 - 45.
- Stewart JH. Analgesic abuse and renal failure in Australia. *Kidney International* 1978; 13:72 - 8.
- Sullivan JT, Sellers EM. Treatment of the barbiturate abstinence syndrome. *Med J Aust* 1986; 145:456 - 8.
- Taschner KL, Wiesbeck GA. Psychiatric aspects of drug addiction of the barbiturate-alcohol type. In *Drug-induced headache* (Diener HC, Wilkinson M, eds.). Berlin, Springer-Verlag. 1988, pp. 80 - 4.
- Tfelt-Hansen P. Ergotamine headache. In *Updating in headache* (Pfaffenrath V, Lundberg P, Sjaastad O, eds.). Springer, Berlin. 1985, pp. 169 - 72.
- Tfelt-Hansen P. The effect of ergotamine on the arterial system in man. *Acta Pharmacol Toxicol* 1986; 59:1 - 29.
- Tfelt-Hansen P, Krabbe AA. Ergotamine. Do patients benefit from withdrawal? *Cephalalgia* 1981; 1:29 - 32.
- Tfelt-Hansen P, Olesen J. Arterial response to ergotamine tartrate in abusing and non-abusing migraine patients. *Acta Physiol Scand* 1981; 48:69 - 72.
- Tfelt-Hansen P, Paalzow L. Intramuscular ergotamine: plasma levels and dynamic activity. *Clin Pharmacol Ther* 1985; 37:29 - 35.
- Tfelt-Hansen P, Saxena PR, Ferrari MD. Ergot alkaloids. In *Handbook of clinical neurology* (DeWolff FA, ed.). New York: Elsevier Science. 1995, pp. 61 - 7.
- Timings PL, Richens A. Neurotoxicology of antiepileptic drugs. In *Handbook of clinical neurology* (DeWolff FA, ed.).

- New York: Elsevier Science. 1995, pp. 495 - 513.
- Vasconcellos E, Pina-Garza JE, Millan EJ, Warner JS. Analgesic rebound headache in children and adolescents. *J Child Neurol* 1998; 13:443 - 7.
- Verhoeff NP, Visser WH, Ferrari MD, Saxena PR, vonRoyen EA. Dopamine D2 receptor imaging with 123-I-iodobenzamide SPECT in migraine patients abusing ergotamine: does ergotamine cross the blood brain barrier. *Cephalalgia* 1993; 13:325 - 9.
- VonKorff M, Galer BS, Stang P. Chronic use of symptomatic headache medications. *Pain* 1995; 62:179 - 86.
- Walker J, Parisi S, Olive D. Analgesic rebound headache: experience in a community hospital. *Southern Med J* 1993;86:1202 - 5.
- Warner JS. Rebound headaches: a review. *Headache Quarterly* 1999; 10:207 - 19.
- Zed PJ, Loewen PS, Robinson G. Medication-induced headache: overview and systematic review of therapeutic approaches. *Ann Pharmacother* 1999; 33:61 - 72.
- Ziegler DK. Opiate and opioid use in patients with refractory headache. *Cephalalgia* 2000; 14:5 - 10.
- Silverman K, Evans SM, Strain EC, Griffiths RR. Withdrawal syndrome after the double-blind cessation of caffeine consumption. *N Eng J Med* 1992; 327:1109 - 14.
- Somerville B. Estrogen withdrawal migraine. *Neurology* 1975; 25:239 - 50.
- vanDusseldorp M, Katan MB. Headache caused by caffeine withdrawal among moderate coffee drinkers switched from ordinary to decaffeinated coffee: a 12 week double blind trial. *Br Med J* 1990; 300:1558 - 9.
- White BC, Lincoln CA, Pearce NW, Reeb R, Vaida C. Anxiety and muscle tension as consequence of caffeine withdrawal. *Science* 1980; 209:1547 - 8.

8.3 Headache as an adverse event attributed to chronic medication

- Dalton K. Migraine and oral contraceptives. *Headache* 1976; 15: 247 - 51.
- de Lignieres B, Silberstein SD. Pharmacodynamics of oestrogens and progestagens. *Cephalalgia* 2000; 20:200 - 7.
- Magos AL, Brewster E, Singh R, O' Dowd T, Brincat M, Studd JWW. The effects of norethisterone in postmenopausal women on oestrogen replacement therapy: a model for the premenstrual syndrome. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93:1290 - 6.
- Nappi RE, Cagnacci A, Granella F, Piccinini F, Polatti F, Facchinetti F. Course of primary headaches during hormone replacement therapy. *Maturitas* 2001; 38:157 - 63.
- Silberstein SD. Hormone-related headache. *M Clin N Am* 2001; 85:1017 - 35.
- Silberstein SD, de Lignieres B. Migraine, menopause and hormonal replacement therapy. *Cephalalgia* 2000; 20:214 - 2.

8.4 Headache attributed to substance withdrawal

- Abbott PJ. Caffeine: a toxicological overview. *Med J Aust* 1986; 145:518 - 21.
- Baumgartner GR, Rowen RC. Transdermal clonidine versus chlorthalidopoxide in alcohol withdrawal: a randomized, controlled clinical trial. *South Med J* 1991; 84:312 - 21.
- Dalessio DJ. (1980). Wolff's headache and other head pain, Oxford University Press, Oxford.
- Epstein MT, Hockaday JM, Hockaday TDR. Migraine and reproductive hormones through the menstrual cycle. *Lancet* 1975; i:543 - 8.
- Greden JF, Fontaine M, Lubetsky M, Chamberlin K. Anxiety and depression associated with caffeineism among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatr* 1978; 135:963 - 6.
- Laska EM, Sunshine A, Mueller F, Elvers WB, Siegel C, Rubin A. Caffeine as an analgesic adjuvant. *JAMA* 1984; 251:1711 - 8.
- Lichten E, Lichten J, Whitty A, Pieper D. The confirmation of a biochemical marker for women's hormonal migraine: the depo-oestradiol challenge test. *Headache* 1996; 36: 367 - 71.
- Raskin NH, Appenzeller O. *Headache*, Saunders, Philadelphia. 1980.

9. 歸因於感染之頭痛 (Headache attributed to infection)

陳世彬 許立奇 譯

9.1 歸因於顱內感染之頭痛 (Headache attributed to intracranial infection)

9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎之頭痛 (Headache attributed to bacterial meningitis)

9.1.2 歸因於淋巴球性腦膜炎之頭痛 (Headache attributed to lymphocytic meningitis)

9.1.3 歸因於腦炎之頭痛 (Headache attributed to encephalitis)

9.1.4 歸因於腦膿瘍之頭痛 (Headache attributed to brain abscess)

9.1.5 歸因於硬腦膜下膿瘍之頭痛 (Headache attributed to subdural empyema)

9.2 歸因於全身性感染之頭痛 (Headache attributed to systemic infection)

9.2.1 歸因於全身性細菌感染之頭痛 (Headache attributed to systemic bacterial infection)

9.2.2 歸因於全身性病毒感染之頭痛 (Headache attributed to systemic viral infection)

9.2.3 歸因於其他全身性感染之頭痛 (Headache attributed to other systemic infection)

9.3 歸因於人類免疫缺乏病毒(HIV)/後天性免疫不全症候群(愛滋病)(AIDS) 之頭痛 (Headache attributed to HIV/AIDS)

9.4 慢性感染後頭痛 (Chronic post-infection headache)

9.4.1 慢性細菌性腦膜炎後頭痛 (Chronic post-bacterial meningitis headache)

登錄他處：

歸因於頭部顱外感染 (例如耳、眼、及鼻竇感染) 之頭痛登錄為第11群 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口、其他面部或顱構造之頭痛或顏面痛的亞型。

一般說明

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新的頭痛首次發生時，時間點上又與感染有密切關連者，將其登錄為歸因於感染引發的次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛特點的頭痛。

如果既存在之原發性頭痛的惡化，在時間點上與感染有密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判

斷。病人可以診斷為既存在之原發性頭痛或診斷有兩種頭痛即原發性頭痛與歸因於感染引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與感染有十分密切的時間關連、既存在的頭痛有明顯的惡化、有充分證據去解釋感染能使原發性頭痛惡化和最後，當感染恢復後，頭痛改善或緩解。

確定,可能或慢性？

只有在感染有效治療或病因自然緩解後，頭痛解除或有明顯改善，歸因於感染之頭痛的診斷通常才可確定。如果感染不能有效地治療或自然緩解，或是時間不夠而無法確知時，通常就會用可能歸因於感染之頭痛的診斷。

但9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎之頭痛則非如此，這種頭痛被認定為可能會變成慢性。當感染原有效地治療或自然緩解，但頭痛持續三個月以上，診斷就改為9.4.1 慢性細菌性腦膜炎後頭痛。

在其他情況，當感染已消除，但是頭痛在三個月後沒有緩解或明顯改善時，也許應考慮診斷為A9.4.2 慢性非細菌性感染後頭痛。因為這些頭痛的文獻不足，因此只在附錄中被提及，尚需研究來確立其因果關係之較佳診斷基準。

前言

頭痛是全身性病毒感染如流行性感冒常見的伴隨症狀。它也常見於敗血症，而較少見於伴隨其他全身性感染。

頭痛常是顱內感染第一個且最常見的症狀。當產生一個新型的頭痛，是整個頭、搏動性和伴隨有全身不適及/或發燒時，應特別注意顱內感染，即使沒有頸部僵硬的情形。不幸的是，目前對於與顱內感染相關的頭痛並無好的前瞻性研究，也尚未能在所有病例中為這些頭痛的亞型建立精準的診斷基準。

9.1 歸因於顱內感染之頭痛 Headache attributed to intracranial infection

9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to bacterial meningitis

診斷基準：

A.頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D:

1. 整個頭痛
2. 強度增加至重度
3. 伴隨噁心、畏光及/或怕吵

- B. 腦脊髓液檢驗證實有細菌性腦膜炎
- C. 腦膜炎期間發生頭痛
- D. 有下列任何一項：
 - 1. 腦膜炎解除後三個月內，頭痛緩解
 - 2. 雖然頭痛持續，但腦膜炎解除還不到三個月

說明：

頭痛是細菌性腦膜炎最常見且可能是第一個症狀。頭痛是腦膜炎候群 (meningeal syndrome) 或腦膜炎 (meningism) 的主要症狀，通常包括有頭痛、頸部僵硬和畏光。

許多的微生物都可能造成原發性或次發性腦膜炎。細菌感染直接刺激位於腦膜的感覺末端而造成頭痛。細菌產物 (毒素)、發炎介體例如緩激素 (bradykinin)、前列腺素和細胞激素 (cytokines) 及其他因發炎而釋放的物質，不只直接造成疼痛，並引起疼痛敏感和神經肽之釋放。

當三個月後頭痛持續，則登錄為9.4.1慢性細菌性腦膜炎後頭痛。

9.1.2 歸因於淋巴球性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to lymphocytic meningitis

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 急性發作
 - 2. 重度頭痛
 - 3. 伴隨後頸僵硬、發燒、噁心、畏光及/或怕吵
- B. 腦脊髓液檢驗顯示淋巴球增生、蛋白質稍微增加和葡萄糖正常 (註1)
- C. 頭痛發生和腦膜炎時間點上密切關連
- D. 頭痛在感染治療成功或自然緩解後，三個月內緩解 (註2)

註記：

- 1. 病毒、疏螺旋體屬 (borrelia)、李士德菌屬 (listeria)、黴菌、結核病或其他感染原可以經由適當的方法辨識
- 2. 頭痛通常一星期內緩解

說明：

頭痛、發燒、畏光和後頸僵硬是淋巴球性或非細菌性腦膜炎的主要症狀，而且頭痛在整個疾病過程可能一直都是主要症狀。

頭痛可在顱內感染，也可於全身性發炎時發生。全身性發炎伴隨頭痛，但此徵候並不表示這就是腦膜

炎或腦炎，所以淋巴球性腦膜炎的診斷必須由腦脊髓液檢查來確定。

在所有病毒原因中，腸病毒佔了大部分。單純性疱疹、腺病毒、腮腺炎和其他病毒也可能是原因。

9.1.3 歸因於腦炎之頭痛 Headache attributed to encephalitis

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 整個頭痛
 - 2. 強度增加至重度
 - 3. 伴隨噁心、畏光或怕吵
- B. 有急性腦炎之神經學症狀和徵候，並經腦波、腦脊髓液檢驗、神經影像及/或其他實驗室檢查確定診斷 (註1)
- C. 腦炎期間發生頭痛
- D. 頭痛在感染治療成功或自然緩解後，三個月內緩解

註記：

- 1. 聚合酶連鎖反應檢驗 (PCR) 方法給予特定診斷

說明：

頭痛的原因包括腦膜刺激和顱內壓增高。頭痛也可能是對感染原所製造的有毒物質之全身性反應。頭痛可能發生在腦炎早期且可能是唯一的臨床症狀。

單純性疱疹病毒 (Herpes simplex virus)、蟲媒病毒 (arbovirus) 和腮腺炎是已知造成腦炎的原因。除了單純性疱疹腦炎 (其中95%的例子可經PCR證實)，致病的病毒在腦炎病例中被確認的病例不到一半。

9.1.4 歸因於腦膿瘍之頭痛 Headache attributed to brain abscess

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 兩側
 - 2. 持續痛
 - 3. 強度漸增為中或重度
 - 4. 因用力而加劇
 - 5. 伴隨噁心
- B. 神經影像及/或實驗室檢查證實有腦膿瘍
- C. 頭痛發生於感染活躍期
- D. 頭痛在膿瘍治療成功後三個月內緩解

說明：

直接壓迫和刺激腦膜或動脈結構以及顱內壓增高

是造成頭痛的機轉。

最常造成腦膿瘍的微生物包括鏈球菌、葡萄球菌、擬桿菌屬 (bacteroides) 和腸菌屬 (enterobacter)。前驅因素 (predisposing factors) 包括鼻竇、耳、上下顎、牙和肺的感染。

9.1.5 歸因於硬腦膜下膿瘍之頭痛 Headache attributed to subdural empyema

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 單側或一側嚴重許多
 2. 伴隨顱骨壓痛
 3. 伴隨發燒
 4. 伴隨頸部僵硬
- B. 神經影像及/或實驗室檢查證實有硬腦膜下膿瘍
- C. 頭痛發生於感染活躍期，且局限於膿瘍處或於膿瘍處最痛
- D. 頭痛在膿瘍治療成功後三個月內緩解

說明：

頭痛起因於腦膜刺激、顱內壓增高及/或發燒。

硬腦膜下膿瘍時常因鼻竇炎或中耳炎而引起。也可能是腦膜炎的併發症。最好的早期診斷工具是電腦斷層或磁共振造影。

9.2 歸因於全身性感染之頭痛 Headache attributed to systemic infection

登錄他處：

歸因於伴隨全身性感染之腦膜炎或腦炎的頭痛應該被登錄在 9.1 歸因於顱內感染之頭痛。

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 整個頭痛
 2. 強度增強為中或重度
 3. 伴隨發燒、全身乏力或其他全身性感染症狀
- B. 證實有全身性感染
- C. 頭痛發生在全身性感染時期
- D. 頭痛在感染經有效治療後72小時內緩解

說明：

全身性感染的頭痛通常是相當不引人注意的症狀，而且對診斷無幫助。這些情況大部份以發燒、全身乏力和全身性症狀為主。不過，某些全身性感染，

特別是流行性感冒 (influenza)，頭痛是一顯著症狀且伴隨發燒和其他症狀。其他病例中，全身性感染伴隨腦膜炎或腦炎，則頭痛應依據這些疾病而登錄。

全身性感染是否會合併有頭痛的變異性極大，這顯示頭痛不是單純藉由發燒發生。導致頭痛的機制包括微生物自身的直接影響。在感染疾病中，頭痛常和發燒是同時存在，而且可能取決於發燒，但是頭痛也會在沒有發燒的情況下發生。有無發燒也許可用在頭痛鑑別分類上。但發燒造成頭痛的原因目前尚未釐清。一些感染性微生物會釋放物質影響腦幹核而導致頭痛，或是內毒素會活化可誘發的一氧化氮合成酶產生一氧化氮。這些機制的確切本質仍待研究。

9.2.1 歸因於全身性細菌感染之頭痛 Headache attributed to systemic bacterial infection

診斷基準：

- A. 符合 9.2 歸因於全身性感染之頭痛基準
- B. 實驗室檢查顯示發炎反應並確認出該微生物 (細菌)

說明：

某些感染原對中樞神經系統有特殊的趨性 (tropism)。它們可能藉由釋放毒素，活化腦幹核而引發頭痛機制。

9.2.2 歸因於全身性病毒感染之頭痛 Headache attributed to systemic viral infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.2 歸因於全身性感染基準
- B. 臨床及實驗室檢查 (血清學及/或 PCR) 診斷為病毒感染

9.2.3 歸因於其他全身性感染之頭痛 Headache attributed to other systemic infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.2 歸因於全身性感染基準
- B. 臨床及實驗室檢查 (血清學、顯微鏡檢、培養或由 PCR) 診斷為非細菌或病毒感染

9.3 歸因於人類免疫缺乏病毒 (HIV)/後天性免疫不全症候群 (愛滋病) (AIDS) 之頭痛 Headache attributed to HIV/AIDS

登錄他處：

歸因於特定併發感染(supervening infection)之頭痛依該感染登錄。

診斷基準：

- A. 頭痛之發作、位置和強度有各種不同的形式(註1)，符合基準C及D
- B. 確定有HIV感染及/或診斷為AIDS，及由神經影像、腦脊髓液檢查、腦波及/或實驗室檢查發現有可能導致頭痛的HIV/AIDS相關的病理生理學(註2)
- C. 頭痛發生和HIV/AIDS相關的病理生理學時間點上有密切關連
- D. 頭痛在感染解除後，三個月內緩解

註記：

- 1. HIV感染的頭痛是鈍痛及兩側頭痛。其他方面，頭痛的發作、位置和強度依所出現的HIV/AIDS相關情況(像是腦膜炎、腦炎或全身性感染)而異。
- 2. 見說明

說明：

兩側頭之鈍痛可能是HIV感染症狀學的一部份。頭痛可能可歸因於HIV感染時的無菌性腦膜炎(但不完全是在AIDS階段)，和因伺機性感染的次發性腦膜炎或腦炎或腫瘤(最常出現在AIDS階段)。在HIV/AIDS最常見的顱內感染是弓漿蟲病(toxoplasmosis)和隱球菌腦膜炎。

發生在有HIV/AIDS的病人身上，但其頭痛可歸因於特定併發感染，則依該感染登錄。

9.4 慢性感染後頭痛 Chronic post-infection headache

9.4.1 慢性細菌性腦膜炎後頭痛 Chronic post-bacterial meningitis headache

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D:
 - 1. 整個頭持續痛
 - 2. 伴隨頭暈
 - 3. 伴隨注意力難以集中及/或記憶喪失
- B. 腦脊髓液檢查或神經影像證實之前有顱內細菌性感染
- C. 頭痛直接延續自9.1.1歸因於細菌性腦膜炎之頭痛
- D. 頭痛在感染緩解後持續>三個月

說明：

一研究報告有32%的細菌性腦膜炎生還者會有持續性頭痛(Bohr et al., 1983)。

目前尚未證實在其他感染後有持續性頭痛，但基準A9.4.2慢性非細菌性感染後頭痛仍列在附錄內。仍需進一步研究。

重要文獻及參考資料

9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis

- Drexler ED. Severe headache: when to worry, what to do. *Postgrad Med* 1990; 87:164 - 70, 173 - 80.
- Francke E. The many causes of meningitis. *Postgrad Med* 1987; 82:175 - 8, 181 - 3, 187 - 8.
- Gedde-Dahl TW, Lettenstrom GS, Bovre K. Coverage for meningococcal disease in the Norwegian morbidity and mortality statistics. *NIPH Ann* 1980; 3(2):31 - 5.
- Jones HR, Siekert RG. Neurological manifestation of infective endocarditis. *Brain* 1989; 112:1295 - 315.
- Tonjum T, Nilsson F, Bruun JH, Hanebeg B. The early phase of meningococcal disease. *NIPH Ann* 1983; 6:175 - 81.
- Zhang SR, Zhang YS, Zhao XD. Tuberculous meningitis with hydrocephalus: a clinical and CT study. *Chung Hua Nei Ko Tsa Chih* 1989; 28:202 - 4.

9.1.2 Headache attributed to lymphocytic meningitis

- Cochius JI, Burns RJ, Willoughby JO. CNS cryptococcosis: unusual aspects. *Clin Exp Neurol* 1989; 26:183 - 91.
- Dalton M, Newton RW. Aseptic meningitis. *Dev Med Child Neurol* 1991; 33:446 - 58.
- Gomez-Arada F, Canadillas F, Marti-Masso FJ et al. Pseudomigraine with temporary neurological symptoms and lymphocytic pleocytosis. *Brain* 1997; 120:1105 - 13.
- Mak SC, Jeng JE, Jong JY, Chiang CH, Chou LC. Clinical observations and virological study of aseptic meningitis in the Kaohsiung area. *Taiwan I Hsueh Hui Twa Chih* 1990; 89:868 - 72.
- Pachner AR, Steere AC. Neurological findings of Lyme disease. *Yale Biol Med* 1984; 57:481 - 3.
- Pachner AR, Steere AC. The triad of neurologic manifestations of Lyme disease: meningitis, cranial neuritis, and radiculoneuritis. *Neurology* 1985; 35:47 - 53.
- Singer JI, Maur PR, Riley JP, Smith PB. Management of central nervous system infections during an epidemic of enteroviral aseptic meningitis. *J Pediatr* 1980; 96:559 - 63.

9.1.3 Headache attributed to encephalitis

- Brooks RG, Licitra CM, Peacock MG. Encephalitis caused by *Coxiella burnetii*. *Ann Neurol* 1986; 20:91 - 3.
- Davis LE, McLaren LC. Relapsing herpes simplex encephalitis following antiviral therapy. *Ann Neurol* 1983; 13:192 - 5.
- Domachowske JB, Cunningham CK, Cummings DL, Crosley CJ, Hannan WP, Weiner LB. Acute manifestations and neurologic sequelae of Epstein-Barr virus encephalitis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15:871 - 5.

- Kennedy PG. Retrospective analysis of 46 cases of simplex encephalitis seen in Glasgow between 1962 and 1985. *OJM* 1988; 86:533 – 40.
- Kennedy PG, Adams IH, Graham DI, Clements GB. A clinicopathological study of herpes simplex encephalitis. *Neuropathol Appl Neurobiol* 1998; 14:395 – 415.
- Poneprasert B. Japanese encephalitis in children in northern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1989; 20:599 – 603.
- Saged JI, Weinstein Mo, Miller DC. Chronic encephalitis possibly due to herpes simplex virus: two cases. *Neurology* 1985; 35:1470 – 2.

9.1.4 Headache attributed to brain abscess

- Chalstrey S, Pfeleiderer AG, Moffat DA. Persisting incidence and mortality of sinogenic cerebral abscess: a continuing reflection of late clinical diagnosis. *J R Soc Med* 1991; 84:193 – 5.
- Chun CH, Johnson JD, Hofstetter M, Raff MJ. Brain abscess: a study of 45 consecutive cases. *Medicine* 1986; 65:415 – 31.
- Harris LF, Maccubbin DA, Triplett JN, Haws FB. Brain abscess: recent experience at a community hospital. *South Med J* 1985; 78:704 – 7.
- Kulay A, Ozatik N, Topucu I. Otogenic intracranial abscesses. *Acta Neurochir (Wien)* 1990; 107:140 – 6.
- Yen PT, Chan ST, Huang TS. Brain abscess: with special reference to otolaryngologic sources of infection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113:15 – 22.

9.1.5 Headache attributed to subdural empyema

- Hodges J, Anslow P, Gillet G. Subdural empyema: continuing diagnostic problems in the CT scan era. *QJM* 1986; 59:387 – 93.
- McIntyre PB, Lavercombe PS, Kemp RJ, McCormack JG. Subdural and epidural empyema: diagnostic and therapeutic problems. *Med J Aust* 1991; 154:653 – 7.
- Sellik JA. Epidural abscess and subdural empyema. *J Am Osteopath Assoc* 1989; 89:806 – 10.

9.2 Headache attributed to systemic infection

- De Marinis M, Welch KM. Headache associated with non-cephalic infections: classification and mechanisms. *Cephalgia* 1992; 12:197 – 201.

9.3 Headache attributed to HIV/AIDS

- Brew BJ, Miller J. Human immunodeficiency virus-related headache. *Neurology* 1993; 43:1098 – 100.
- Denning DW. The neurological features of HIV infection. *Biomed Pharmacother* 1988; 42:11 – 4.
- Evers S, Wibbeke B, Reichelt D, Suhr B, Brilla R, Husstedt IW. The impact of HIV infection on primary headache. Unexpected findings from retrospective, cross-sectional, and prospective analyses. *Pain* 2000; 85:191 – 200.
- Hollander H, Strimgari S. Human immunodeficiency virus-associated meningitis. Clinical course and correlations. *Am J Med* 1987; 83:813 – 6.
- Rinaldi R, Manfredi R, Azzimondi G et al. Recurrent 'migrainelike' episodes in patients with HIV disease.

Headache 1007; 37:443 – 8.

- Weinke T, Rogler G, Sixt C et al. Cryptococcosis in AIDS patients: observations concerning CNS involvement. *J Neurol* 1989; 236:38 – 42.

9.4 Chronic post infection headache

- Bohr V, Hansen B, Kjersén H, Rasmussen N, Johnsen N, Kristensen HS, Jessen O. Sequelae from bacterial meningitis and their relation to the clinical condition during acute illness, based on 667 questionnaire returns. Part II of a three part series. *J Infect* 1983; 7:102 – 10.

10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛 (Headache attributed to disorder of homeostasis)

李詩應 陳威宏 譯

-
- 10.1 歸因於缺氧及/或高碳酸血症之頭痛 (Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia)
 - 10.1.1 高海拔頭痛 (High-altitude headache)
 - 10.1.2 潛水頭痛 (Diving headache)
 - 10.1.3 睡眠呼吸中止症頭痛 (Sleep apnoea headache)
 - 10.2 透析頭痛 (Dialysis headache)
 - 10.3 歸因於動脈高血壓之頭痛 (Headache attributed to arterial hypertension)
 - 10.3.1 歸因於嗜鉻細胞瘤之頭痛 (Headache attributed to pheochromocytoma)
 - 10.3.2 歸因於無高血壓性腦病變之高血壓危症頭痛 (Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy)
 - 10.3.3 歸因於高血壓性腦病變之頭痛 (Headache attributed to hypertensive encephalopathy)
 - 10.3.4 歸因於子癇前症之頭痛 (Headache attributed to pre-eclampsia)
 - 10.3.5 歸因於子癇症之頭痛 (Headache attributed to eclampsia)
 - 10.3.6 歸因於外因物質所致急性升壓反應之頭痛 (Headache attributed to acute pressor response to an exogenous agent)
 - 10.4 歸因於甲狀腺低能症之頭痛 (Headache attributed to hypothyroidism)
 - 10.5 歸因於斷食之頭痛 (Headache attributed to fasting)
 - 10.6 心源性頭痛 (Cardiac cephalgia)
 - 10.7 歸因於其他體內恆定疾患之頭痛 (Headache attributed to other disorder of homeostasis)
-

登錄他處：

- 7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛

一般說明

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新的頭痛首次發生時，時間點上又與體內恆定疾患密切關連者，將其登錄為歸因於此疾患引發的次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛特點的頭痛。如果既存

在之原發性頭痛的惡化，在時間點上與體內恆定疾患密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為既存在之原發性頭痛，或診斷有兩種頭痛，即原發性頭痛與歸因於體內恆定疾患恆定疾患引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與體內恆定疾患之疾患十分密切的時間點關連，既存在的頭痛有明顯惡化，有充分證據顯示體內恆定疾患能使原發性頭痛惡化，和最後當體內恆定疾患恢復後，頭痛改善或緩解。

確定，可能或慢性？

只有在有效治療或病因自然緩解後，頭痛解除或有明顯改善，通常歸因於體內恆定疾患之頭痛的診斷才可確定。如果該疾患不能有效治療或自然緩解，或是時間不夠而無法確知時，通常就會用可能歸因於體內恆定疾患之頭痛的診斷。

當體內恆定疾患已有效治療或自然緩解後，頭痛在三個月後沒有緩解或明顯改善時，則另行診斷為A10.8 慢性體內恆定疾患後頭痛。因為這些頭痛的文獻不足，因此只在附錄中被提及，尚需研究來確立其因果關係之較佳診斷標準。

前言

此處描述的頭痛疾患以前診斷為——與代謝或全身疾病有關之頭痛。但是，歸因於體內恆定疾患之頭痛似乎較能精確地擷取這類頭痛疾患的真實性。血壓顯著失調和心肌缺血造成的頭痛現在都包括在本章節。此外，動脈血液氣體的改變、透析之體液容積失調和內分泌功能異常等影響各種器官之體內恆定疾患，都包括在此。歸因於斷食之頭痛也包括在內。

10.1 歸因於缺氧及/或高碳酸血症之頭痛 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia

說明：

頭痛發生在急性缺氧 ($\text{PaO}_2 < 70\text{mmHg}$) 後24小時內，或於 PaO_2 持續維持或低於前值之慢性缺氧的病人發生。

通常很難區別是缺氧或是高碳酸血症的結果。

10.1.1 高海拔頭痛 High-altitude headache

診斷基準：

A. 頭痛至少具下列兩項特徵，且符合基準C及D：

1. 兩側

2. 額部或額顳部
 3. 鈍痛或緊縮性
 4. 輕或中度
 5. 因運動 (exertion)、活動 (movement)、出力 (straining)、咳嗽或彎腰而加劇
- B. 登高超過海拔2500公尺
- C. 頭痛在登高後24小時內發生
- D. 頭痛在下山後8小時內緩解

說明：

頭痛是常見的登高併發症，80%以上的病例會發生。10.1.1 高海拔頭痛 似乎與個人以前的頭痛病史無關，雖然偏頭痛的病人可能形容其頭痛與他們典型的偏頭痛發作相似，但較嚴重。

急性高山症 (acute mountain sickness, AMS) 包含至少中度的頭痛伴隨噁心、食慾不振、疲倦、頭暈或睡眠障礙等症狀中之一項或一項以上。乙醯唑胺 (Acetazolamide) (125毫克，每天二或三次) 可降低對急性高山症的感受性 (susceptibility)。預防性策略包括在高海拔從事激烈運動前要有兩天先適應環境，避免攝取酒精及充分補充水份。大部分高海拔頭痛對普通的止痛藥有效，例如乙醯胺酚 (paracetamol) (acetaminophen) 或 ibuprofen。

10.1.2 潛水頭痛 Diving headache

登錄他處：

因為潛水誘發之1. 偏頭痛、2. 緊縮型頭痛、4.3 原發性運動頭痛、11.2.1 頸因性頭痛、13.6 眼眶上神經痛、13.10 外在壓迫性頭痛和13.11 冷刺激頭痛須登錄於各該疾患

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 潛水至深度10公尺以下
- C. 頭痛發生在潛水時，並在無潛水夫病 (decompression illness) 的情況下，伴隨至少下列一項的二氧化碳中毒症狀：
1. 頭暈
 2. 神智混亂
 3. 呼吸困難
 4. 面潮紅的感覺
 5. 動作失調 (motor incoordination)
- D. 頭痛在給予100% 氧氣治療後，一小時內緩解

說明：

高碳酸血症 (動脈的 $PCO_2 > 50\text{mmHg}$) 已知會造成腦血管平滑肌鬆弛並導致血管擴張和顱內壓增加。有些證據顯示無缺氧情況下的高碳酸血症伴隨頭痛。歸因於高碳酸血症之頭痛的最佳臨床例證發生在潛水員身上。潛水員會因錯誤地想節省空氣，故意間歇性屏住呼吸 (減少呼吸次數)，或在通過船骸與洞窟等狹窄通道時，使呼吸變淺以減少身體浮力變動，可能造成二氧化碳累積。當潛水衣太緊或浮力調整背心 (buoyancy compensator jacket) 限制胸廓擴張時，潛水員可能會無意識地換氣不足，或是當換氣並不足以因應體力活動時也會。激烈的運動會使二氧化碳產生率增加超過10倍以上，造成血中二氧化碳濃度瞬間上升超過60mmHg。潛水頭痛通常在潛水之減壓期或浮出水面時加劇。

輕微非特定性頭痛在有潛水夫病的潛水員身上也常見，可能伴隨肌肉骨骼痛，在較嚴重的病例，會合併局部神經學及/或呼吸症狀，意識喪失及/或認知障礙。

潛水員的頭痛也可能是因為一氧化碳中毒所造成，在很罕見的情況下，因進氣系統放置不當，潛水員的壓縮空氣供應被燃燒引擎 (combustion-engine) 廢氣污染所致。這樣的頭痛則登錄在8.1.3 一氧化碳引發之頭痛。偏頭痛、緊縮型頭痛、原發性運動頭痛、頸因性頭痛、眼眶上神經痛、外在壓迫性頭痛和冷刺激頭痛可能發生在潛水時，在這些例子中，潛水應該被視為促發因素而不是原因。

10.1.3 睡眠呼吸中止症頭痛 Sleep apnoea headache

診斷基準：

- A. 反覆發作之頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
1. 每月發生 > 15天
 2. 兩側，緊縮性且不伴隨噁心、畏光或怕吵
 3. 每次頭痛在30分鐘內緩解
- B. 由整夜的睡眠多項生理檢查儀 (polysomnography) 證明是睡眠呼吸中止症 (呼吸障礙指數 (Respiratory Disturbance Index) ≥ 5)。
- C. 頭痛出現在剛睡醒時
- D. 有效的睡眠呼吸中止症治療後，頭痛在72小時內消失，且不再發生。

說明：

雖然睡眠呼吸中止症的病人比一般人較常出現早晨頭痛，但是出現在剛睡醒時的頭痛是一種非特定性的症狀，可發生在很多原發性和次發性頭痛疾患、其

他與睡眠有關的呼吸疾患 (例如Pickwickian氏症候群、慢性阻塞性肺疾患)，及其他原發性睡眠疾患如睡眠中周期性腳動症(periodic leg movements of sleep)。10.1.3 睡眠呼吸中止症頭痛的明確診斷需要整夜的睡眠多項生理檢查儀。

目前尚未明確知道10.1.3 睡眠呼吸中止症頭痛的機轉是否和缺氧、高碳酸血症或睡眠失調有關。

10.2 透析頭痛 Dialysis headache

診斷基準：

- A. 至少有三次的急性頭痛發作符合基準C及D
- B. 病人正接受血液透析
- C. 頭痛至少於血液透析的一半次數中發生
- D. 頭痛在每次血液透析後72小時內緩解及/或在成功地移植後完全消失

說明：

頭痛發作通常伴隨低血壓和透析不平衡症候群(dialysis disequilibrium syndrome)。不平衡症候群會由頭痛開始，接下來發展成意識不清，最後昏迷，可能有也可能沒有抽搐發作。此症候群比較罕見，且可能經由改變透析參數來預防。

由於咖啡因可迅速被透析去除，若頭痛發生在習慣大量攝取咖啡因的病人應考慮8.4.1 咖啡因戒斷之頭痛。

10.3 歸因於動脈高血壓之頭痛 Headache attributed to arterial hypertension

說明：

輕度 (140 - 159/90 - 99 mmHg) 或中度 (160 - 179/100 - 109 mmHg) 慢性動脈高血壓不會引起頭痛。中度高血壓是否易 (predispose) 造成頭痛仍有爭議，但是很少證據證明是如此。輕度和中度高血壓病人的移動式血壓監視器並沒有顯示出在24小時內的血壓變動和頭痛與否之間有令人信服的關係。

10.3.1 歸因於嗜鉻細胞瘤之頭痛 Headache attributed to pheochromocytoma

診斷基準：

- A. 頭痛間歇性個別發作，伴隨至少下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 出汗

- 2. 心悸
- 3. 焦慮
- 4. 蒼白

- B. 由生化檢查、影像及/或手術證實是嗜鉻細胞瘤
- C. 頭痛於血壓突然升高時同時發生
- D. 頭痛於血壓正常後一小時內緩解或顯著進步

說明：

51-80%的嗜鉻細胞瘤病人會有發作性頭痛。通常為重度，位於額部或枕部，一般描述為搏動性或持續性。此種頭痛的一個重要特點為發作時間短：50%的病人<15分鐘，70%的病人<1小時。其他特點包括恐懼不安及/或焦慮，時常伴隨有將死的感覺、顫抖、視覺障礙、腹痛或胸痛、噁心、嘔吐和偶爾伴隨有感覺異常。發作時臉部可能變蒼白或潮紅。

靠著兒茶酚胺 (catecholamine) 或兒茶酚胺代謝產物排泄增加可確立診斷，且當病人是血壓高或有症狀時，單次24小時尿液樣本收集分析也能可靠證實。

當出現高血壓性腦病變，頭痛須登錄為10.3.3 歸因於高血壓性腦病變之頭痛。當尚未診斷為嗜鉻細胞瘤，且無高血壓性腦病變時，病患可符合10.3.2 歸因於無高血壓性腦病變之高血壓危症頭痛之診斷基準。

10.3.2 歸因於無高血壓性腦病變之高血壓危症頭痛 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 - 1. 兩側
 - 2. 搏動性
 - 3. 因身體活動而促發
- B. 高血壓危症定義為發作性 (paroxysmal) 收縮壓上升 (至 > 160 mmHg) 及/或舒張壓上升 (至 > 120mmHg)，但是沒有高血壓性腦病變的臨床特徵
- C. 頭痛發生在高血壓危症時期
- D. 頭痛在血壓正常後一小時內緩解
- E. 經適當診察已排除血管昇壓 (vasopressor) 毒素或藥物為致因

說明：

發作性高血壓的發生可能因壓力感受器反射 (baroreceptor reflexes) 失常 (頸動脈內膜切除術後或頸部放射照射後)，或發生於腸道親鉻細胞瘤 (enterochromaffin cell tumours) 之病人。

10.3.3 歸因於高血壓性腦病變之頭痛 Headache attributed to hypertensive encephalopathy

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 1. 整個頭痛
 2. 搏動性
 3. 因身體活動而加劇
- B. 持續性血壓升高至 $>160/100$ mmHg，至少具下列兩項特徵：
 1. 混亂
 2. 意識程度低下
 3. 視覺障礙(不同於那些典型偏頭痛預兆)包括失明
 4. 癲癇發作
- C. 頭痛發生在時間點上與血壓升高密切關連
- D. 頭痛在有效治療並控制高血壓後，三個月內緩解
- E. 其他造成此神經學症狀的原因已被排除

說明：

高血壓性腦病變被認為是發生在血壓上升時，腦血管的代償性緊縮無法再阻止大腦血液過度灌注(hyperperfusion)。當正常的腦血流主動調控(autoregulation)作用被擊潰，內皮滲透性增加，進而發生腦水腫。磁共振影中，在頂枕葉的白質特別顯著。

雖然發生在慢性動脈高血壓病人的高血壓性腦病變，通常會伴隨舒張壓 >120 mmHg及第三或第四級高血壓性視網膜病變(Keith-Wagner氏分類)，但是平常血壓正常者即使血壓只到 $160/100$ mmHg也會產生腦病變徵候。臨床上不見得會同時出現高血壓性視網膜病變。

任何造成高血壓的原因，包括嗜鉻細胞瘤和血管昇壓毒素的攝取，都會導致高血壓性腦病變。

10.3.4 歸因於子癇前症之頭痛 Headache attributed to pre-eclampsia

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 1. 兩側
 2. 搏動性
 3. 因身體活動而加劇
- B. 懷孕或產褥期(puerperium)(產後7天內)，且符合下列兩項子癇前症之定義：
 1. 兩次量血壓證實為高血壓 ($>140/90$ mmHg)，中間至少間隔4小時
 2. 24小時尿蛋白排出量 >0.3 公克
- C. 在血壓高的時期發生頭痛

- D. 頭痛在高血壓有效治療後，7天內緩解
- E. 經適當的診察已排除血管昇壓毒素、藥物或嗜鉻細胞瘤為致因

說明：

胎盤顯然為子癇前症發生的要素。子癇前症是表現多樣化的多重系統疾患。除了高血壓和蛋白尿，組織水腫、血小板減少症和肝功能異常也會發生。子癇前症顯然包括強烈的母體發炎反應，伴隨廣泛的免疫系統活動。

10.3.5 歸因於子癇症之頭痛 Headache attributed to eclampsia

診斷基準：

- A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：
 1. 兩側
 2. 搏動性
 3. 因身體活動而加劇
- B. 懷孕或產褥期(產後4週內)，且符合全部下列子癇症之定義：
 1. 兩次量血壓證實為高血壓 ($>140/90$ mmHg)，中間至少間隔4小時
 2. 24小時尿蛋白排出量 >0.3 公克
 3. 已發作一次癲癇
- C. 在血壓高的時期發生頭痛
- D. 頭痛在高血壓有效治療後7天內緩解
- E. 經適當的診察已排除血管昇壓毒素、藥物或嗜鉻細胞瘤為致因
- F. 已排除腦中風

說明：

病例報告指出子癇症可發生在產褥期和懷孕期間。

10.3.6 歸因於外因物質所致急性升壓反應之頭痛 Headache attributed to acute pressor response to an exogenous agent

登錄他處：

8.1.6 古柯鹼引發之頭痛

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 曾施與或攝取特定的物質(agent)或毒素，並造成血壓急性上升
- C. 頭痛發生在時間點上與血壓急性上升有密切關連
- D. 頭痛在血壓正常後24小時內緩解

E. 沒有其他明顯頭痛機轉

說明：

除了古柯鹼，能造成血壓急性升高的物質 (agents) 包括擬交感神經藥物和安非他命，和與酪胺酸 (tyramine) 的食物交互作用的單胺氧化酶抑制劑 (monoamine oxidase inhibitor)。

對血壓要升到多高才會造成頭痛並沒有足夠的證據以建立基準，而且這也是因人而異。基準D是武斷的，但是把它列入能增加診斷基準的特異性 (specificity)。

10.4 歸因於甲狀腺低能症之頭痛 Headache attributed to hypothyroidism

診斷基準：

A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：

1. 兩側
2. 非搏動性
3. 連續的

B. 經適當診察證實是甲狀腺低能症

C. 頭痛在甲狀腺低能症的其他症狀變為明顯後，2個月內發生

D. 頭痛在甲狀腺低能症有效治療後，2個月內緩解

說明：

估計將近30% 的甲狀腺低能症病人有頭痛。它的機轉不明。女性佔多數且通常在孩童時期有偏頭痛病史。歸因於甲狀腺低能症之頭痛，並不伴隨噁心或嘔吐。

10.5 歸因於斷食之頭痛 Headache attributed to fasting

登錄他處：

起因於低血糖症的偏頭痛登錄在1. 偏頭痛 下之亞型，並考慮低血糖症為其促發因素。

診斷基準：

A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：

1. 額部
2. 整個頭痛
3. 非搏動性
4. 輕或中度

B. 病人已斷食 > 16小時

C. 頭痛發生在斷食時

D. 頭痛在進食後72小時內緩解

說明：

因斷食造成的頭痛顯著地較常發生在以前就有頭痛的病人身上。發生在之前就有偏頭痛病史者，其頭痛可與1.1 無預兆偏頭痛相似。

斷食時間越長，造成因斷食所導致的頭痛的可能性就越大。

與斷食有關之頭痛似乎與睡眠長短、咖啡因戒斷或低血糖症無關。雖然頭痛可發生在有低血糖症引發的大腦失能時，但是沒有決定性的證據來支持此因果關係。斷食性頭痛可能發生在沒有低血糖症的狀況，胰島素誘發的低血糖症不會使有偏頭痛的人促發頭痛，有症狀的低血糖症急診病人並不會主訴頭痛。如果真有一個因果關係存在，則需要有良好的控制型的研究來證實。

10.6 心源性頭痛 Cardiac cephalgia

診斷基準：

A. 頭痛，可能是重度，因用力而加劇並伴隨噁心，且符合基準C及D

B. 發生急性心肌缺血

C. 頭痛與急性心肌缺血同時發生

D. 以藥物有效治療心肌缺血或冠狀血管再通後，頭痛緩解且不再發生

說明：

診斷必須包括在運動心電圖或核醫運動試驗 (nuclear cardiac stress testing) 時，仔細證實同時發生頭痛和心臟缺血。無法確認並正確診斷10.6 心源性頭痛會造成嚴重後果。因此，分辨此疾患和1.1 無預兆偏頭痛是極為重要的，特別是血管收縮劑 (例如翠普登、麥角鹼) 被用來治療偏頭痛，但是對缺血性心臟病的病人卻是禁忌。此兩種疾患皆會造成伴隨噁心的嚴重頭痛，且兩種疾患皆會因用力引發。心絞痛治療藥物如硝化甘油會引起類似偏頭痛的頭痛。

10.7 歸因於其他體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to other disorder of homeostasis

診斷基準：

A. 頭痛符合基準C及D

B. 證實有一非上述之其他體內恆定疾患

- C. 頭痛於疾患發作的2個月內發生，且其他證據證明此疾患會造成頭痛
- D. 頭痛在該體內恆定疾患解除後，3個月內緩解

重要文獻

10.1.1 High-altitude headache; 10.1.3 Sleep apnoea headache

- Aldrich MS, Chauncey JB. Are morning headaches part of obstructive sleep apnea syndrome? *Arch Intern Med* 1990; 150:1265 - 7.
- Appenzeller O. Altitude Headache. *Headache* 1972; 12:126 - 9.
- Ginsberg MD. Carbon monoxide intoxication: clinical features, neuropathology and mechanisms of injury. *J Toxicol Clin Toxicol* 1985; 23:281 - 8.
- Heckerling PS, Leikiin JB, Maturen A, Perkins JT. Predictors of occult carbon monoxide poisoning in patients with headache and dizziness. *Ann Intern Med* 1987; 107:174 - 6.
- Jozefowicz RF. Neurologic manifestations of pulmonary disease. *Neurologic Clinics* 1989; 7:605 - 16.
- Lipton RB, Mazer C, Newman LC, Solomon S. Sumatriptan relieves migraine-like headaches associated with carbon monoxide exposure. *Headache* 1997; 37:392 - 5.
- Loh NK, Dinner DS, Foldvary DO, Skobieranda F, Yew WW. Do patients with obstructive sleep apnea wake up with headaches? *Arch Intern Med* 1999; 159:1765 - 8.
- Poceta JS, Dalessio DJ. Identification and treatment of sleep apnea in patients with chronic headache. *Headache* 1995; 35:586 - 9.
- Porcelli J, Gugelchuk G. A trek to the top: A review of acute mountain sickness. *J Amer Osteopath Assoc* 1995; 95:718 - 20.
- Silber E, Sonnenberg P, Collier DJ, Pollard A, Murdoch DR, Goadsby PJ. Clinical features of headache at altitude: a prospective study. *Neurology* 2003; 60:1167 - 71.

10.1.2 Diving headache

- Cheshire WP, Ott MC Jr. Headache in divers. *Headache* 2001; 41:235 - 47.
- Edmonds RC, Greene ER, Schoene RB et al. Diving and sub-aquatic medicine. 3rd Ed. Oxford: Butterworth-Heinemann;1992: pp 404 - 6.
- Sliwka U, Kransney JA, Simon SG et al. Effects of sustained low-level elevations of carbon dioxide on cerebral blood flow and autoregulation of the intracerebral arteries in humans. *Aviat Space Environ Med* 1998; 69:299 - 306.

10.2 Dialysis headache

- Antoniazzi AL, Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Headache associated with dialysis. The IHS criteria revisited. *Cephalgia* 2003; 23:146 - 9.
- Jameson MD, Wiegmann TB. Principles, uses, and complications of hemodialysis. *Medical Clinics of North America* 1990; 74:945 - 60.

10.3 Headache attributed to arterial hypertension

- Dodick DW. Recurrent short-lasting headache associated with

paroxysmal hypertension: a clonidine-responsive syndrome. *Cephalgia* 2000; 20:509 - 14.

- Gus M, Fuchs FD, Pimentel M, Rosa D, Melo AG, Moreira LB. Behavior of ambulatory blood pressure surrounding episodes of headache in mildly hypertensive patients. *Arch Intern Med* 2001; 161:252 - 5.
- Kruszewski P, Bieniaszewski L, Neubauer J, Krupa-Wojciechowska B. Headache in patients with mild to moderate hypertension is generally not associated with simultaneous blood pressure elevation. *J Hypertension* 2000; 18:437 - 44.
- Lance JW, Hinterberger H. Symptom of pheochromocytoma with particular reference to headache, correlated with catecholamine production. *Arch Neurol* 1976; 33:281 - 8.
- Land SH, Donovan T. Pre-eclampsia and eclampsia headache: classification recommendation [letter]. *Cephalgia* 1999; 19:67 - 9.
- Loh KC, Shlossberg AH, Abbott EC, Salisbury SR, Tan MH. Pheochromocytoma: a ten-year survey. *Quart J Med* 1997; 90:51 - 60.
- Mannelli M, Ianni L, Cilotti A, Conti A. Pheochromocytoma in Italy: A multicentric retrospective study. *Eur J Endocrinol* 1999; 141:619 - 624.
- Thomas JE, Rooke ED, Kvale WF. The neurologists experience with pheochromocytoma. *JAMA* 1966; 197:754 - 58.
- Vaughan CJ, Delanty N. Hypertensive emergencies. *Lancet* 2000; 356:411 - 17.
- Walker JJ. Pre-eclampsia. *Lancet* 2000; 356:1260 - 65.
- Weiss NS. Relation of high blood pressure to headache, epis-taxis, and selected other symptoms. The United States Health Examination Survey of Adults. *N Engl J Med*. 1972; 287:631 - 3.
- Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. *Hypertension* 1996; 27:144 - 7.

10.4 Headache attributed to hypothyroidism

- Airaghi L, Catania A. Endocrine headache. In: Seminars in headache management. Neuroendocrinological aspects of headache, vol 4, number 4. B.C.Decker Inc, 1999: pp 1 - 15.
- Amy JR. Tests of thyroid function in chronic headache patients. *Headache* 1987; 27:351 - 3.
- Arafah BM, Prunty D, Ybarra J, Hlavin ML, Selman WR. The dominant role of increased intrasellar pressure in the pathogenesis hypopituitarism, hyperprolactinemia, and headache in patients with pituitary adenomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:1789 - 93.
- Fenichel NM. Chronic headache due to masked hypothyroidism. *Ann Intern Med* 1948; 29:456 - 60.
- Moreau T. Headache in hypothyroidism. Prevalence and outcome under thyroid hormone therapy. *Cephalgia* 1988; 18:687 - 9.

10.5 Headache attributed to fasting

- Dalton K. Food intake prior to migraine attacks. Study of 2,313 spontaneous attacks. *Headache* 1975; 15:188 - 93.

- Dexter JD, Roberts J, Byer JA. The five hour glucose tolerance test and effect of low sucrose diet in migraine. *Headache* 1978; 18:91 - 4.
- Malouf R, Brust JCM. Hypoglycemia: causes, neurological manifestations, and outcome. *Ann Neurol* 1985; 17:421 - 30.
- Mosek AC, Korczyn AD. Yom Kippur Headache. *Neurology* 1995;45:1953 - 5.
- Pearce J. Insulin induced hypoglycaemia in migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1971; 34:154 - 6.
- Service FJ. Hypoglycemic disorders. In: Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC, eds. *Cecil's textbook of medicine*, 18th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1992:1310 - 7.

10.6 Cardiac cephalgia

- Blacky RA, Rittlemeyer JT, Wallace MR. Headache angina. *Am J Cardiol* 1987; 60:730.
- Bowen J, Oppenheimer G. Headache as a presentation of angina: reproduction of symptoms during angioplasty. *Headache* 1993; 33:238 - 239.
- Fleetcroft R, Maddocks JL. Headache due to ischaemic heart disease. *J R Soc Med* 1985; 78:676.
- Grace A, Horgan J, Breathnach K, Staunton H. Anginal headache and its basis. *Cephalalgia* 1997; 17:195 - 6.
- Lefkowitz D, Biller J. Bregmatic headache as a manifestation of myocardial ischemia. *Arch Neurol* 1982; 39:130.
- Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, Leckie RS, Ribeiro S, Newman LC, Greenberg MA. Cardiac cephalgia: a treatable form of exertional headache. *Neurology* 1997; 49:813 - 6.
- Vernay D, Deffond D, Fraysse P, Dordain G. Walk headache: an unusual manifestation of ischemic heart disease. *Headache* 1989; 29:350 - 1.

11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其它顏面或顱部結構疾患之頭痛或顏面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures)

陳韋達 盧相如 譯

-
- 11.1 歸因於顱骨疾患之頭痛 (Headache attributed to disorder of cranial bone)
- 11.2 歸因於頸疾患之頭痛 (Headache attributed to disorder of neck)
- 11.2.1 頸因性頭痛 (Cervicogenic headache)
- 11.2.2 歸因於咽後部肌腱炎之頭痛 (Headache attributed to retropharyngeal tendonitis)
- 11.2.3 歸因於顱頸肌張力異常症之頭痛 (Headache attributed to craniocervical dystonia)
- 11.3 歸因於眼疾患之頭痛 (Headache attributed to disorder of eyes)
- 11.3.1 歸因於急性青光眼之頭痛 (Headache attributed to acute glaucoma)
- 11.3.2 歸因於屈光異常之頭痛 (Headache attributed to refractive errors)
- 11.3.3 歸因於隱斜視或顯斜視 (潛伏或顯現斜視) 之頭痛 (Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or manifest squint))
- 11.3.4 歸因於眼部發炎疾患之頭痛 (Headache attributed to ocular inflammatory disorder)
- 11.4 歸因於耳疾患之頭痛 (Headache attributed to disorder of ears)
- 11.5 歸因於鼻炎鼻竇炎之頭痛 (Headache attributed to rhinosinusitis)
- 11.6 歸因於牙、顎或相關結構疾患之頭痛 (Headache attributed to disorder of teeth, jaws or related structures)
- 11.7 歸因於顱頷關節疾患之頭痛或顏面痛 (Headache or facial pain attributed to temporomandibular joint (TMJ) disorder)
- 11.8 歸因於其他頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其他顏面或頸部結構之頭痛 (Headache attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures)
-

登錄他處：

起因於頭或頸部外傷之頭痛，歸類在5.歸因於頭部及/或頸部外傷之頭痛。神經痛性頭痛(neuralgiform headaches)，歸類在13.顱神經痛和中樞性顏面痛。

一般說明

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新的頭痛首次發生時，時間點上又與某一顱頸疾患密切關連，將其登錄為歸因於該疾患所引起的次發性頭痛。這點也適用於一些即使具有偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛特點的頭痛。如果既存在之原發性頭痛之惡化，在時間點上與某一顱頸疾患密切關連，則有兩種可能性，且需加以判斷。病人可診斷為既存在之原發性頭痛，或診斷有兩種頭痛，即原發性頭痛與歸因於顱頸疾患的頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與該顱頸疾患十分密切的時間點關連、既存在的頭痛有明顯惡化、有充分證據去解釋該顱頸疾患能使原發性頭痛惡化，以及最後，當顱頸疾患恢復後，頭痛改善或緩解。

確定、可能或慢性？

當顱頸疾患有效治療或自然緩解後，頭痛也隨之消失或大幅改善，歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其它顏面或顱部結構疾患之頭痛或顏面痛 的診斷通常才可確定。如果該疾患不能有效治療或自然緩解，或是時間不夠而無法確知時，通常就會用可能歸因於[某一]顱頸疾患之頭痛的診斷。

如果顱頸疾患可有效治療或自然緩解，但頭痛未能在三個月後緩解或明顯改善，則此持續性的頭痛另有原因。不過，在附錄A11.9 顱頸疾患後之慢性頭痛描述此種慢性頭痛。符合這些基準的頭痛的確存在，但是很少被探討，列於附錄的目的，在於促進未來有關此類頭痛及其機轉之研究。

前言

頸椎及頭、頸其他結構的疾患，常被視為頭痛最常見的原因，因為許多頭痛發作始於頸、後頸或枕部，或頭痛就是位於此處。再者，頸椎退化在絕大多數年過四十的人的身上幾乎都可見到。若依疼痛部位和X光檢查發現退化來推斷，頸椎應是頭痛最常見的原因。但是大規模的控制型研究顯示，此種退化現象在沒有頭痛的人亦同樣常見。因此，脊柱關節退化症(spondylosis) 或骨發育不良症(osteochondrosis) 不能視為頭痛的原因。類似情況亦適用在其他常見的疾患如：慢性鼻竇炎、顱頷關節疾患和眼睛屈光異常。

若無特定基準，任何一種頭痛皆可歸類為歸因於頭

顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其它顏面或顱部結構疾患之頭痛，而此一問題存在久矣。由於這類頭痛的表現不夠獨特，單以條列頭痛症狀方式來定義它們是不夠的。本章列出基準的目的，不在於描述所有可能的頭痛亞式，而是在頭痛及顏面痛和顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其它顏面或顱部結構疾患之間，建立特定的因果關係。因此，針對本章所描述之頸因性頭痛及其他原因的頭痛，訂定出嚴謹、特定的操作型基準，有其必要。我們在此不考慮未經證實或品質待查的診斷檢查。此修訂基準的目的，在於促使未來發展出可信、有效的操作型檢查，以建立頭痛與顱頸疾患之間的特定因果關係，目前這類資料仍十分有限。

首次納入此類頭痛的疾患有11.2.3歸因於顱頸肌張力異常症之頭痛和11.3.4歸因於眼部發炎疾患之頭痛。

11.1 歸因於顱骨疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of cranial bone

診斷基準：

- A. 頭或臉的一處或多處疼痛，符合基準C及D
- B. 經臨床、實驗室及/或影像證明，顱骨內有一已知或普遍認為頭痛確切致因的病變(註1)
- C. 疼痛發生在時間點上與骨病變密切關連，且在骨病變處最痛
- D. 疼痛在骨病變有效治療後三個月內緩解

註記：

1. 大部分顱骨疾患(例如先天異常、骨折、腫瘤、轉移)通常不會伴隨頭痛。重要的例外有骨髓炎、多發性骨髓細胞瘤和Paget氏病。頭痛也可能起因於乳突病變和顱骨岩部炎(petrositis)。

11.2 歸因於頸疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of neck

說明：

歸因於頸疾患之頭痛，卻不符合11.2.1 頸因性頭痛、11.2.2 歸因於咽後部肌腱炎之頭痛或 11.2.3 歸因於顱頸肌張力異常症之頭痛任一基準者，則該頭痛尚未被充分證實。

11.2.1 頸因性頭痛 Cervicogenic headache

舊稱：

頸性頭痛 (Cervical headache)

登錄他處：

與頸部之肌筋膜壓痛點有關之頭痛，登錄為2.1.1 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛，2.2.1 經常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛，或2.3.1 慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛。

診斷基準：

- A. 源自頸而表現在頭及/或臉一處或多處的疼痛，符合基準C及D
- B. 經臨床、實驗室及/或影像證明，有一已知是或普遍認為頭痛確切致因的頸椎或頸部軟組織疾患或病變(註1)
- C. 依據至少下列一項，證實該疼痛可歸因於頸疾患或病變：
 1. 臨床徵候顯示，疼痛來自頸部(註2)
 2. 在安慰劑或其他合適的控制型試驗下，對頸部結構或其支配神經施行診斷性神經阻斷後，可解除頭痛(註3)
- D. 疼痛在致病疾患或病變有效治療後三個月內緩解

註記：

1. 頸椎上半部的腫瘤、骨折、感染和類風濕性關節炎尚未被正式認為引起頭痛的原因，但是如果個案證實如此時，則被接受為確實致因。頸脊柱關節退化症和骨發育不良症則不接受為符合基準B之有效病因。當肌筋膜的壓痛點為頭痛的原因時，頭痛應登錄在2. 緊縮型頭痛。
2. 符合基準C1的臨床徵候，必須具備信度和效度。未來目標在於找出可信、有效的操作型檢查。臨床特徵如頸部疼痛、頸局部壓痛、頸外傷病史、疼痛因機械性因素惡化、單側性、合併肩痛、頸活動範圍減少、發作始於後頸、噁心、嘔吐、畏光等等，並非頸因性頭痛所獨有。這些可能是頸因性頭痛的特徵，但是它們無法用來確立疾患和頭痛來源間的因果關係。
3. 頭痛解除係指頭痛完全消失，即目測類比量表(visual analogue scale, VAS) 評為零分。雖然如此，只要疼痛減輕的程度 $\geq 90\%$ ，直到滿分100的目測類比量表評分 < 5 ，則可接受為符合基準C2。

11.2.2 歸因於咽後部肌腱炎之頭痛 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis

診斷基準：

- A. 頸背單側或雙側非搏動性疼痛，擴散到頭的後面或整個頭部，且符合基準C及D
- B. 在頸椎第一至第四節間，脊椎前軟組織腫脹，於成人厚度>7mm (可能需要特殊的X光技術)
- C. 當頭向後仰時，疼痛嚴重加劇
- D. 疼痛在以建議劑量之非類固醇抗炎藥物治療後，兩星期內緩解

說明：

體溫和紅血球沉降速率 (ESR) 通常都會升高。雖然頸部後仰最常使疼痛加劇，轉頭和吞嚥也經常如此。第一至三節的頸椎橫突通常會有壓痛。

在某些病例中，可由腫脹的脊椎前軟組織抽吸出不定形的鈣化物質。電腦斷層檢查最能看出脊椎前軟組織的細微鈣化。

頸動脈上半部的剝離應排除。

11.2.3 歸因於顱頸肌張力異常症之頭痛 Headache attributed to craniocervical dystonia

診斷基準：

- A. 頸部痙攣、緊縮或疼痛感，擴散到頭的後面或整個頭部，且符合基準C及D
- B. 肌肉過度活躍，導致頭頸部運動異常或不正常姿勢
- C. 依據下列至少一項，證明此疼痛可歸因於肌肉過度活躍：
 - 1. 臨床徵候顯示痛源來自於過度活躍的肌肉 (例如疼痛因肌肉收縮、運動、固定姿勢或外來壓力而促發或加劇)
 - 2. 疼痛和肌肉過度活躍同時發生
- D. 疼痛在致病疾患治療成功後，三個月內緩解

說明：

會伴隨疼痛之頭及頸部局部肌張力異常症有：咽肌張力異常症 (pharyngeal dystonia)、痙攣性斜頸症 (spasmodic torticollis)、頷肌張力異常症 (mandibular dystonia)、舌肌張力異常症 (lingual dystonia)，以及合併顱部和頸部的肌張力異常症 (節部(segmental) 顱頸肌張力異常症)。疼痛是由局部收縮和次發性變化引起。

11.3 歸因於眼疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of eyes

11.3.1 歸因於急性青光眼之頭痛 Headache

attributed to acute glaucoma

診斷基準：

- A. 眼球內、眼球後或眼球上方的疼痛，符合基準C及D
- B. 眼壓上升，至少具下列一項：
 - 1. 結膜充血
 - 2. 角膜混濁
 - 3. 視覺障礙
- C. 疼痛和青光眼同時發生
- D. 疼痛在青光眼有效治療後，72小時內緩解

11.3.2 歸因於屈光異常之頭痛 Headache attributed to refractive errors

診斷基準：

- A. 反覆發作輕度頭痛、位於前額和眼睛，符合基準C及D
- B. 未經矯正或矯正錯誤的屈光異常 (例如遠視、散光、老花眼、配戴不正確的眼鏡)
- C. 頭痛和眼痛首次發生，與屈光異常在時間點上密切關連，剛睡醒時不痛，但在某距離或角度致使視力不佳的情形下長時間用眼，會使疼痛加劇
- D. 頭痛和眼痛在屈光異常完全矯正後七天內緩解，且不再復發

11.3.3 歸因於隱斜視或顯斜視 (潛伏或顯現斜視) 之頭痛 Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or manifest squint)

診斷基準：

- A. 反覆發作、非搏動性、輕至中度的額部頭痛，符合基準C及D
- B. 證實有隱斜視或顯斜視，且至少具下列一項：
 - 1. 間歇性視力模糊或複視
 - 2. 由近看遠物體時，焦距調整有困難，或反之亦然
- C. 至少有下列一項：
 - 1. 在用眼期間頭痛產生或惡化，特別是在耗費眼力時
 - 2. 閉上一眼時，頭痛緩解或有改善
- D. 頭痛在視力適當矯正後七天內緩解，且不再復發

11.3.4 歸因於眼部發炎疾患之頭痛 Headache attributed to ocular inflammatory disorder

診斷基準：

- A. 眼球內、眼球後或眼球周圍的疼痛，符合基準C及D
- B. 經適當診察後診斷為眼部發炎
- C. 頭痛發生在發炎時期
- D. 頭痛在發炎疾患解除後七天內緩解

說明：

眼部發炎有很多形式，且有多種分類方法：依部位(例如虹膜炎、睫狀體炎、脈絡膜炎)、依病程(急性、亞急性、慢性)、依可能病因(內因性或外因性的感染原、與水晶體有關的、外傷性的)或依發炎型式(肉芽腫的、非肉芽腫的)。

11.4 歸因於耳疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of ears

登錄他處：

歸因於聽神經瘤之頭痛登錄在 7.4.2 直接歸因於腫瘤之頭痛。頭痛歸因於非耳部病變所造成的耳部牽連痛，係依照原病變的位置及/或特性來登錄。

診斷基準：

- A. 頭痛伴隨耳痛，且符合基準C及D
- B. 經適當診察後，診斷為耳部結構性病變
- C. 頭痛和耳痛的發生，在時間點上和耳部結構性病變有密切關連
- D. 頭痛和耳痛於結構性病變緩解或治療成功後，同時緩解

說明：

目前並無證據顯示，耳部病變可引起頭痛而不合併耳痛。耳廓、外耳道、鼓膜或中耳的結構性病變，可引起原發性耳痛伴隨頭痛。

然而，在所有的耳痛病例中，大約只有50%是源自於外耳或中耳的結構性病變。在此範圍外的疾患，可能因疼痛擴散到耳部而產生耳部牽連痛。第五、七、九、十顱神經的感覺纖維分佈在耳廓、外耳道、鼓膜及中耳。因上述的理由，這些神經支配區域的遠端結構性病變，會產生耳部牽連痛。由於這些並不是耳部疾患，因此根據病變的位置及/或特性，將它們登錄於他處。

11.5 歸因於鼻炎鼻竇炎之頭痛 Headache attributed to rhinosinusitis

登錄他處：

「鼻竇頭痛」

診斷基準：

- A. 額部頭痛伴隨顏面、耳朵或牙齒的一處或多處疼痛，且符合基準C及D

- B. 經臨床、鼻內視鏡、電腦斷層及/或磁共振造影及/或實驗室檢查，證實有急性鼻炎鼻竇炎，或慢性鼻炎鼻竇炎之急性發作(註1,2)
- C. 頭痛及顏面痛，與鼻炎鼻竇炎的發生或急性惡化同時出現
- D. 在急性鼻炎鼻竇炎及/或慢性鼻炎鼻竇炎之急性發作緩解或治療成功後七天內，頭痛及/或顏面痛緩解

註記：

- 1. 臨床證據可包括鼻腔化膿、鼻塞、嗅覺遲鈍/嗅覺缺失及/或發燒。
- 2. 慢性鼻竇炎除非復發成急性期，否則尚未確認為頭痛或顏面痛的原因。

說明：

另有某些狀況常認為會引發頭痛，但尚未充分證實其為頭痛的原因。這些包括鼻中隔彎曲、鼻甲肥大、竇膜萎縮和黏膜接觸。其中最後一項，其定義見附錄 A11.5.1 黏膜接觸點頭痛。

因為頭痛位置類似，所以偏頭痛和緊縮型頭痛時常與11.5 歸因於鼻炎鼻竇炎之頭痛相混淆。有些頭痛病人會有1.1 無預兆偏頭痛的所有特徵，再加上臨床特徵如顏面痛、鼻腔充血、以及因氣候改變而誘發頭痛。這些病人都沒有膿鼻涕或其他急性鼻炎鼻竇炎的診斷特徵。因此，有必要將區別11.5 歸因於鼻炎鼻竇炎之頭痛和所謂的「鼻竇頭痛」，後者是一個常用但不具特定性的診斷，大部份這類病例符合1.1 無預兆偏頭痛的基準，只不過頭痛伴隨顯著的鼻內自主神經系統症狀，或因鼻內狀況改變而誘發。

11.6 歸因於牙、顎或相關結構疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of teeth, jaws or related structures

診斷基準：

- A. 頭痛伴隨牙及/或顎痛，且符合基準C及D
- B. 證實有牙、顎或相關結構的疾患
- C. 頭痛和牙及/或顎疼痛的發生，在時間點上和該疾患密切關連
- D. 頭痛和牙及/或顎疼痛在疾患治療成功後，三個月內緩解

說明：

牙齒疾患通常造成牙痛及/或顏面痛，造成頭痛則罕見。反之，源自牙的疼痛卻可牽連而造成整個頭痛。最常引起頭痛的原因是牙周炎(periodontitis)或牙

冠周圍炎 (pericoronitis)，這是因為部份長出的下智齒附近有感染或外傷性刺激所致。

11.7 歸因於顳頷關節疾患之頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to temporomandibular joint (TMJ) disorder

診斷基準：

- A. 反覆發作的頭及/或顏面一或多處疼痛，符合基準C及D
- B. X光、磁振造影及/或骨閃爍造影術證實有顳頷關節疾患
- C. 依據下列至少一項，證明該疼痛可歸因於顳頷關節疾患：
 1. 疼痛因為顎運動及/或咀嚼堅硬食物而誘發
 2. 顎張開範圍減少或不規則
 3. 顎運動時，顳頷關節的一側或兩側有雜聲
 4. 一側或兩側的顳頷關節之關節滑液囊有壓痛
- D. 頭痛在顳頷關節疾患治療成功後，三個月內緩解，且不再復發

說明：

來自顳頷關節或相關組織的疼痛相當常見。此類疼痛可由所謂的顳頷關節疾患 (例如軟骨移位、退化性關節炎、關節過度活動症) 或類風濕性關節炎所引起，並可能伴隨肌筋膜疼痛及頭痛。

11.8 歸因於其他頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其他顏面或頸部結構之頭痛 Headache attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structures

診斷基準：

- A. 頭痛，可能伴隨也可能不伴隨臉部一或多處的疼痛，符合基準C及D
- B. 證據顯示有一並非本章之前所描述的其他頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其他顏面或頸部結構之疾患
- C. 頭痛發生在時間點上，與頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其他顏面或頸部結構之疾患密切關連，或有其他證據證實有因果關係存在
- D. 頭痛在該疾患治療成功後，三個月內緩解

重要文獻

11.1 Headache attributed to disorder of cranial

bone

- Bhatoe HS, Deshpande GU. Primary cranial Ewing's sarcoma. *Br J Neurosurg* 1998; 12:165 - 9.
- Hayashi T, Kuroshima Y, Yoshida K, Kawase T, Ikeda E, Mukai M. Primary osteosarcoma of the sphenoid bone with extensive periosteal extension - case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2000; 40:419 - 22.
- Scherer A, Engelbrecht V, Nawatny J, Messing-Junger M, Reifenberger G, Modder U. MRI of the cerebellopontine angle in patients with cleidocranial dysostosis. *Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr* 2001; 173:315 - 8.

11.2 Headache attributed to disorder of neck

- Antonaci F, Fredriksen TA, Sjaastad O. Cervicogenic headache: clinical presentation, diagnostic criteria, and differential diagnosis. *Curr Pain Headache Rep* 2001; 5:387 - 92.
- Antonaci F, Ghirmai S, Bono G, Sandrini G, Nappi G. Cervicogenic headache: evaluation of the original diagnostic criteria. *Cephalalgia* 2001; 21:573 - 83.
- Bogduk N, Corrigan B, Kelly P, Schneider G, Farr R. Cervical Headache. *Med J Aust* 1985; 143:202 - 207.
- Bogduk N. Cervicogenic headache: anatomic basis and pathophysiologic mechanisms. *Curr Pain Headache Rep* 2001; 5:382 - 6.
- Bogduk N. Headache and the neck. In: Goadsby PJ, Silberstein SD (eds): *Headache*. Boston, Butterworth-Heinemann, 1997, pp. 369 - 381.
- Fredriksen TA, Sjaastad O. Cervicogenic headache: current concepts of pathogenesis related to anatomical structure. *Clin Exp Rheumatol* 2000;18(2 Suppl 19):S16 - 8.
- Gobel H, Edmeads JG. Disorders of the skull and cervical spine. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The Headaches*. 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2000: pp. 891 - 898.
- Gobel H. Die Kopfschmerzen. Ursachen, Mechanismen, Diagnostik und Therapie in der Praxis. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest; 1997: pp. 1 - 901.
- Lance JW, Anthony M. Neck-tongue syndrome on sudden turning of the head. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1980; 43:97 - 101.
- Leone M, D' Amico D, Grazi L, Attanasia A, Bussone G. Cervicogenic headache: a critical review of the current diagnostic criteria. *Pain* 1998; 78:1 - 5.
- Leone M, D' Amico D, Moschiano F, Farinotti M, Fillipini G, Bussone G. Possible identification of cervicogenic headache among patients with migraine: an analysis of 374 headaches. *Headache* 1995, 35:461 - 4.
- Lord S, Barnsley L, Wallis B, Bogduk N. Third occipital headache: a prevalence study. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1994, 57:1187 - 90.
- Lord SM, Bogduk N. The cervical synovial joints as sources of post-traumatic headache. *J Musculoskel Pain* 1996, 4:81 - 94.
- Poughias L, Kruszewski P, Inan L. Cervicogenic headache: a clinical review with special emphasis on therapy. *Funct Neurol* 1997; 12:305 - 17.

Sjaastad O, Fredriksen TA, Stolt-Nielsen A, Salvesen R, Jansen J, Pareja JA, Sjaastad O, Fredriksen TA. Cervicogenic headache: the importance of sticking to the criteria. *Funct Neurol* 2002; 17:35 – 6.

11.2.2 Retropharyngeal tendonitis

Eastwood JD, Hudgins PA, Malone D. Retropharyngeal effusion in acute calcific prevertebral tendonitis: diagnosis with CT and MR imaging. *Am J Neuroradiol* 1998; 19:1789 – 92.

Ekbom K, Torhall J, Anell K, Traff J. Magnetic resonance imaging in retropharyngeal tendonitis. *Cephalalgia* 1994; 14:266 – 9.

Pearce JM. Longus cervicis colli ‘myositis’ (syn: retropharyngeal tendonitis). *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1996; 61:324 – 9.

Sarkozi J, Fam AG. Acute calcific retropharyngeal tendonitis: an unusual cause of neck pain. *Arthritis Rheum* 1984; 27:708 – 10.

11.2.3 Craniocervical dystonia

Csala B, Deuschl G. Craniocervical dystonia. Pragmatic general concept or nosologic entity? *Nervenarzt* 1994; 65:75 – 94.

Friedman J, Standaert DG. Dystonia and its disorders. *Neurol Clin* 2001; 19:681 – 705.

Gobel H, Deuschl G. Dauerkontraktionen kranialer oder zervikaler Muskeln. *Munchener Medizinische Wochenschrift* 1997; 139:456 – 8.

Gobel H, Heinze A, Heinze-Kuhn K, Austermann K. Botulinum toxin A in the treatment of headache syndromes and pericranial pain syndromes. *Pain* 2001; 91:195 – 9.

Markham CH. The dystonias. *Curr Opin Neurol Neurosurg* 1992; 5:301 – 7.

11.3 Headache attributed to disorder of eyes

Daroff RB. Ocular causes of headache. *Headache* 1998; 38:661 – 7.

Daum KM, Good G, Tijerina L. Symptoms in video display terminal operators and the presence of small refractive errors. *J Am Optom Assoc* 1988; 59:691 – 7.

Gerling J, Janknecht P, Kommerell G. Orbital pain in optic neuritis and anterior ischemic optic neuropathy. *Neuro-Ophthalmology* 1998; 19:93 – 99.

Gobel H, Martin TJ. Ocular disorders. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The Headaches*. 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2000: pp. 899 – 904.

Gordon GE, Chronicle EP, Rolan P. Why do we still not know whether refractive error causes headaches? Towards a framework for evidence based practice. *Ophthalmic Physiol Opt* 2001; 21:45 – 50.

Lewis J, Fourman S. Subacute angle-closure glaucoma as a cause of headache in the presence of a white eye. *Headache* 1998; 38:684 – 6.

McCluskey PJ, Lightman S, Watson PG et al. Posterior scleritis. Clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients. *Ophthalmology* 1999; 106:2380 – 6.

11.4 Headache attributed to disorder of ears; 11.5 Headache attributed to rhinosinusitis

Abu-Bakra M, Jones NS. Prevalence of nasal mucosal contact points in patients with facial pain compared with patients without facial pain. *J Laryngol Otol* 2001; 115:629 – 32.

Blumenthal HJ. Headache and sinus disease. *Headache* 2001; 41:883 – 8.

Boes CJ, Swanson JW, Dodick DW. Chronic paroxysmal hemicrania presenting as otalgia with a sensation of external acoustic meatus obstruction: two cases and a pathophysiologic hypothesis. *Headache* 1998; 38:787 – 91.

Close LG, Aviv J. Headaches and disease of the nose and paranasal sinuses. *Semin Neurol* 1997; 17:351 – 4.

De Vuyst D, De Schepper AM, Parizel PM. Chronic cocaine abuse. *JBR-BTR* 2001; 84:60.

Gobel H, Baloh RW. Disorders of ear, nose, and sinus. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The Headaches*. 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2000: pp. 905 – 12.

Kenny TJ, Duncavage J, Bracikowski J, Yildirim A, Murray JJ, Tanner SB. Prospective analysis of sinus symptoms and correlation with paranasal computed tomography scan. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 125:40 – 3.

Lam DK, Lawrence HP, Tenenbaum HC. Aural symptoms in temporomandibular disorder patients attending a craniofacial pain unit. *J Orofac Pain* 2001; 15:146 – 57.

Lanza DC, Kennedy DW. Adult rhinosinusitis defined. Report of the Rhinosinusitis Task Force Committee of the American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117:S1 – S7.

Levine HL. Patients with headache and visual disturbance: a differentiation between migraine and sinus headache. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126:234 – 35.

Murphy E, Merrill RL. Non-odontogenic toothache. *J Ir Dent Assoc* 2001; 47(2):46 – 58.

Pinto A, De Rossi SS, McQuone S, Sollecito TP. Nasal mucosal headache presenting as orofacial pain: a review of the literature and a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92:180 – 3.

Sandstrom M, Wilen J, Oftedal G, Hansson Mild K. Mobile phone use and subjective symptoms. Comparison of symptoms experienced by users of analogue and digital mobile phones. *Occup Med (Lond)* 2001; 51:25 – 35.

Seiden AM, Martin VT. Headache and the frontal sinus. *Otolaryngol Clin North Am* 2001; 34:227 – 41.

Sydbom A, Blomberg A, Parnia S, Stenfors N, Sandstrom T, Dahlen SE. Health effects of diesel exhaust emissions. *Eur Respir J* 2001; 17:733 – 46.

Tosun F, Gerek M, Ozkaptan Y. Nasal surgery for contact point headaches. *Headache* 2000; 40:237 – 40.

West B, Jones NS. Endoscopy-negative, computed tomography-negative facial pain in a nasal clinic. *Laryngoscope* 2001; 111(4 Pt 1):581 – 6.

11.6 Headache attributed to disorder of teeth, jaws or related structures

Allen DT, Voytovich MC, Allen JC. Painful chewing and blind

- ness: signs and symptoms of temporal arteritis. *J Am Dent Assoc.* 2000; 131:1738 - 41.
- Ciancaglini R, Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent* 2001; 29:93 - 8.
- Egermark I, Carlsson GE, Magnusson T. A 20-year longitudinal study of subjective symptoms of temporomandibular disorders from childhood to adulthood. *Acta Odontol Scand* 2001; 59:40 - 8.
- Epstein JB, Caldwell J, Black G. The utility of panoramic imaging of the temporomandibular joint in patients with temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92:236 - 9.
- Henrikson T, Ekberg EC, Nilner M. Symptoms and signs of temporomandibular disorders in girls with normal occlusion and Class II malocclusion. *Acta Odontol Scand* 1997; 55:229 - 35.
- Ivanhoe CB, Lai JM, Francisco GE. Bruxism after brain injury: successful treatment with botulinum toxin-A. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78:1272 - 3.
- Kirveskari P. Prediction of demand for treatment of temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2001; 28:572 - 5.
- Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain* 2000; 14:310 - 9.
- Marcusson A, List T, Paulin G, Dworkin S. Temporomandibular disorders in adults with repaired cleft lip and palate: a comparison with controls. *EOS* 2001; 23:193 - 204.
- Sonnesen L, Bakke M, Solow B. Malocclusion traits and symptoms and signs of temporomandibular disorders in children with severe malocclusion. *Eur J Orthod* 1998; 20:543 - 59.

11.7 Temporomandibular joint disorder

- List T, Wahlund K, Larsson B. Psychosocial functioning and dental factors in adolescents with temporomandibular disorders: a case-control study. *J Orofac Pain* 2001; 15:218 - 27.
- Ciancaglini R, Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent* 2001; 29:93 - 8.
- Molina OF, dos Santos Junior J, Nelson SJ, Nowlin T. Profile of TMD and Bruxer compared to TMD and nonbruxer patients regarding chief complaint, previous consultations, modes of therapy, and chronicity. *Cranio* 2000; 18:205 - 19.
- Ogus H. Degenerative disease of the temporomandibular joint and pain-dysfunction syndrome. *J Roy Soc Med* 1978; 71:748 - 54.
- Jacome D. Primary yawning headache. *Cephalalgia* 2001; 21:697 - 9.

12. 歸因於精神疾患之頭痛 (Headache attribute to psychiatric disorder)

莊凱迪 傅中玲 譯

12.1 歸因於體化症之頭痛 Headache attribute to somatisation disorder

12.2 歸因於精神病性疾患之頭痛 Headache attribute to psychotic disorder

登錄他處：

歸因於物質依賴、濫用或戒斷之頭痛，歸因於急性中毒之頭痛和歸因於藥物過度使用頭痛都登錄在8. *歸因於物質或戒斷之頭痛*

一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個新頭痛首次發生，在時間點上又與某一精神疾患的發生有密切關連者，則將其登錄為歸因於此一精神疾患所引發的次發性頭痛。這點也適用於具有偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛的特點的頭痛。如果既存在之原發性頭痛的惡化，在時間點上與精神疾患密切關連，則有兩種可能性，且需要加以判斷。病人可以診斷為既存在之原發性頭痛或診斷為有兩種頭痛一即原發性頭痛與歸因於精神疾患引起的次發性頭痛。支持加上後者診斷的因素為：與精神疾患有很密切的時間關聯性、既存在的頭痛有明顯的惡化、有充分證據去解釋精神疾患能使原發性頭痛惡化和最終，當精神疾患恢復後，頭痛改善或緩解。

確定，可能或慢性？

歸因於精神疾患之頭痛 通常只有在此精神疾患經有效治療或自然緩解之後，此頭痛便緩解或有明顯改善，才能變成確定的診斷。如果此疾患不能經有效治療或是無法主動緩解或是無足夠時間等待此疾患自行消失，通常就會採用 *可能歸因於精神疾患之頭痛* 的診斷。

歸因於精神疾患的慢性頭痛和在精神疾患緩解後仍持續的頭痛尚未被描述過。

前言：

整體而言，僅有極為有限的證據支持精神疾患可以造成頭痛。因此，在此一診斷分類中的類別只包括以頭痛作為此精神疾患之症狀表現的一些罕見病例(例如一個妄想有金屬盤偷偷插入頭中的病人報告說他

患有與此相關的頭痛，或是以頭痛作為表現症狀之一的體化症)。在絕大部分和精神疾患一起發生的頭痛，二者之間並無因果的關係，而是代表了共病性 (comorbidity) (或許反映出二者有共同的生物原因)。有多種精神疾患曾有報告會與頭痛併發，包括重鬱症、輕鬱症、恐慌症、泛焦慮症、類身體疾患和適應障礙症。在這種情況下，應同時診斷有原發性的頭痛和共病的精神疾患。

然而，臨床經驗顯示，有一些病例的頭痛僅只發生在一些常見的精神疾患，像重鬱症、恐慌症、泛焦慮症和未分化之類身體疾患的發病期間之內，這些頭痛可能最好視為歸因於這些精神疾患。為了鼓勵在這領域更進一步地研究，歸因於這些精神疾患之頭痛診斷基準已經列在附錄內。

頭痛診斷應該提醒臨床醫生高度懷疑病人是否亦患有重鬱症、恐慌症和泛焦慮症，反之亦然。不僅如此，更有證據指出，出現共病的精神疾患，可藉由增加頭痛頻率及嚴重度及降低治療效果，使得偏頭痛及/或緊縮型頭痛的病程惡化。因此，為了對頭痛有適當處置，應該特別注重發現並且治療任何共病於頭痛的精神狀況。在孩童和青少年，原發性頭痛疾患(偏頭痛、陣發性緊縮型頭痛以及特別是慢性緊縮型頭痛)時常和精神疾患共病地呈現在一起。考慮到這些精神疾患對兒童頭痛的預後及失能有負面影響，臨床醫師應該努力檢查兒童頭痛病人是否患有睡眠疾患、分離焦慮症、懼學症、適應障礙症以及其他疾患通常首先發生在嬰兒期、兒童期或青少年的精神疾患(尤其是注意力缺損/過度活動疾患 (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD)，行為疾患、學習障礙、遺尿症 (enuresis)、遺便症 (encopresis)、抽搐症 (tic)，並且一旦發現便應積極治療。

為了確定頭痛是否為歸因於精神疾患之頭痛，很明顯的，首先重要的是要確定是否有精神疾患伴隨頭痛出現。在理想的狀況中，應該要對病人實施精神疾患的評估看是否有精神疾患發生。最低的限度，很重要的，至少應該詢問一些常見的共病的精神症狀，如泛焦慮症、恐慌發作和憂鬱。

12.1 歸因於體化症之頭痛 Headache attributed to somatisation disorder

診斷基準：

A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C

B. 有符合DSM-IV診斷基準的體化症

- 病人在病史中有很多身體症狀於30歲以前開始，且發生超過數年的時間，導致病人尋求治療且/或

導致病人在社會、職業或其他重要領域的功能有重大障礙

2. 至少包含四種疼痛症狀、兩種非疼痛胃腸症狀、一種性功能或生殖系統症狀及一種偽神經學 (pseudoneurological) 的症狀
3. 這些症狀經過適當診察後，仍無法以既知的一般身體疾病解釋，或是無法歸因於物質或藥物直接造成的效應，或是雖有一相關身體疾病，但是病人的不適或障礙超過病史、身體檢查或是實驗室檢驗所預期的程度

C. 頭痛非歸因於其他疾患

說明：

體化症如同在DSM-IV所定義的，是一種多症狀的疾患，其特性為多重反覆發生的疼痛和腸胃、性功能和偽神經學症狀，持續數年且在三十歲之前發病。在定義上，這些症狀被認為是類身體 (somatoform) 的，也就是說，這些身體症狀會讓人以為是身體疾病或是物質的直接效應造成的，但是事實上它們卻不是這些狀況可以完全解釋的。在美國發現此病好發在女性，終生盛行率為2.0%，女性/男性比率大約10：1。在其他文化 (如希臘或波多黎各) 女男比率則沒有那麼大。

應該要注意的是DSM-IV要求的症狀是相當多的：病人一生中至少要出現過八個類身體症狀，每個都嚴重到導致病人需要尋求醫療協助或服用藥物 (使用處方或非處方用藥)，或足以影響個人的功能 (例如造成工作需要請假)。DSM-IV已設定如此高的門檻，目的是要減少假陽性，特別是原因不明的症狀，實際上卻是尚未被診斷出的多變性疾患綜合症的一部份，例如多發性硬化症或全身性紅斑性狼瘡。在DSM-IV中，少於八項症狀的類身體疾患被歸類為未分化類身體疾患 (Undifferentiated somatoform disorder)。因為這仍然是一個困難且不確定的診斷，我們只將A12.6歸因於未分化類身體疾患之頭痛列在附錄內。

為了確定頭痛是否為體化症所表現症狀的一部份，詢問病患是否有多種身體症狀的病史是很重要的，因為病患可能一次只專注到一個症狀。請考慮以下病例的情節 (Yutzky, 2003)：

一位35歲女性出現極強烈的頭痛症狀，每天都有「像是一把刀從頭的背後刺進眼睛」的頭痛以及其他各種的頭痛。在內科或神經學檢查無法對她的任何一種頭痛解釋其病因後，注意過去症狀的病史就很重要。在這個病例中，這位女性有其他疼痛的病史，包括有時候會與噁心及嘔吐伴隨的腹部疼痛，一段時間的便秘以及

隨後伴隨的腹瀉，造成了病人接受許多有關膽囊和消化性潰瘍疾病的檢診，卻沒有任何明顯發現，以及「我所有的關節」都在痛，但是特別是在她的膝蓋和背更嚴重。據她所述在27歲時她已被診斷為退化性關節炎，但是至今都還沒有發現任何關節變形。病人從初經起就有月經的問題，月經會帶來使她需要臥床的疼痛，以及多量經血伴隨「大塊藍色血塊」，直到兩年前33歲時病人接受子宮切除後才緩解。她是四個孩子的媽媽，長期有性方面的問題，包括性交疼痛。她被告知有「子宮傾斜」。終其一生她少有性高潮，而且無法享受性生活已經「好幾年」了。她說有陣發性視力模糊，伴隨著眼前有「斑點」，導致她停止工作，有時她會一陣陣聽不到任何聲音，「像是有人用雙手摀住我的耳朵」，她也敘述有幾段時間她的身體會有無法控制的發抖，並且有一種身體失去控制的感覺，也因此而接受癲癇的檢診。有時她會害怕她患有嚴重的身體疾病，但是「就我已做過的檢查來看，我相信他們早該發現問題了」。

從整個病史來看，很顯然的頭痛是一個較全面症候群中的一部份。這位女士在30歲之前就已經有許多身體上的症狀，這些症狀無法以醫學原理來解釋，但是卻嚴重到足以使她要去就醫並影響她的各種器官系統，因此她符合DSM-IV診斷基準的體化症 (即：至少四種疼痛症狀 [頭痛、腹痛、背痛和膝蓋痛]，至少兩種不痛的胃腸症狀 [噁心、嘔吐、腹瀉和便秘]，至少一種性或生殖系統症狀 [性交疼痛、經血過量、缺少性歡愉] 和至少一種偽神經學症狀 [聽覺受阻、無法控制的顫抖、視力模糊、視野有斑點])。因此，她的頭痛可以正確地診斷為12.1歸因於體化症之頭痛。

12.2 歸因於精神病性疾患之頭痛 Headache attributed to psychotic disorder

舊稱：

妄想型頭痛 (Delusional headache)

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C-E
- B. 妄想信念 (delusional belief)，相信有頭痛存在及/或有造成頭痛的病因存在的妄想 (註1)，發生在病人患有符合DSM-IV診斷基準的妄想症，精神分裂症、伴有精神症特徵的重鬱症發作、伴有精神症特徵的狂躁症或其他精神病性疾患的情況中

- C. 頭痛只發生在有妄想之時
- D. 當妄想解除時，頭痛緩解
- E. 頭痛非歸因於其他疾患

and Sons 2003: pp. 1419 – 20.

註記：

1. 例如：一個符合DSM-IV診斷基準身體型妄想症的病人，有錯誤的信念認為他或她有腦瘤或顱內腫塊造成了頭痛。

說明：

如同DSM-IV所定義，妄想是錯誤的固著信念，儘管已明顯證實為非，仍以不正確的推論斷然堅持。妄想，就像任何斷然堅持的信念，可以關於任何事情。在12.2歸因於精神病性疾患之頭痛中，其妄想和頭痛發生特別有關。在有些例子中，妄想可能牽涉到自己患有嚴重身體疾病(如：腦瘤)並且造成頭痛的錯誤信念，儘管合格的專家已經反覆證實此疾患並不存在。在其他病例中，妄想的內容可能較為怪異，例如：妄想有一發射器被植入頭內，而且這個發射器就是造成頭痛的原因。

很明顯的妄想性頭痛相當罕見，目前沒有關於這個狀況的經驗資料。

重要文獻及參考資料

- Curioso EP, Young WB, Shecter AL, Kaiser R. Psychiatric comorbidity predicts outcome in chronic daily headache patients. *Neurology* 1999; 52 (Suppl 2): A471.
- Canestri P, Galli F, Guidetti V, Tomaciello A. Chronic Daily Headache in children and adolescents: a two years followup. *Cephalalgia* 2001; 21:288.
- Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, Napoli L, Giannantoni AS, Bruni O, Trillo S. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia* 1998; 18:455 – 62.
- Lake A. Behavioral and nonpharmacologic treatments of headache. *Med Clin North Am* 2001; 85:1055 – 75.
- Marazzitti D, Toni C, Pedri S, Bonucelli U et al. Prevalence of headache syndromes in panic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14:247 – 251.
- Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999; 19:211 – 217.
- Pakalnis A, Greenberg G, Drake ME, Paolich J. Pediatric migraine prophylaxis with divalproex. *J Child Neurol* 2001;16:731 – 4.
- Radat F, Sakh D, Lutz G, el Amrani M, Ferreri M, Bousser MG. Psychiatric comorbidity is related to headache induced by chronic substance use in migraineurs. *Headache* 1999; 39:477 – 80.
- Radat F. Psychopathology and headache. *Rev Neurol* 2000; 156 (Suppl 4):4S62 – 7.
- Yutzy S. Somatoform disorders. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA. *Psychiatry*, 2nd ed. Chichester: John Wiley

Part three

三、顱神經痛、中樞和原發性顏面痛和其他頭痛

**Part three : Cranial neuralgias, central and
primary facial pain and other headaches**

13. 顱神經痛和中樞性顏面痛 (Cranial neuralgias and central causes of facial pain)

羅榮昇 楊智超 譯

-
- 13.1 三叉神經痛 (Trigeminal neuralgia)
 - 13.1.1 典型三叉神經痛 (Classical trigeminal neuralgia)
 - 13.1.2 症狀性三叉神經痛 (Symptomatic trigeminal neuralgia)
 - 13.2 舌咽神經痛 (Glossopharyngeal neuralgia)
 - 13.2.1 典型舌咽神經痛 (Classical glossopharyngeal neuralgia)
 - 13.2.2 症狀性舌咽神經痛 (Symptomatic glossopharyngeal neuralgia)
 - 13.3 中間神經痛 (Nervus intermedius neuralgia)
 - 13.4 喉上神經痛 (Superior laryngeal neuralgia)
 - 13.5 鼻睫神經痛 (Nasociliary neuralgia)
 - 13.6 眼眶上神經痛 (Supraorbital neuralgia)
 - 13.7 其他末支神經痛 (Other terminal branch neuralgias)
 - 13.8 枕神經痛 (Occipital neuralgia)
 - 13.9 頸舌症候群 (Neck-tongue syndrome)
 - 13.10 外在壓迫性頭痛 (External compression headache)
 - 13.11 冷刺激頭痛 (Cold-stimulus headache)
 - 13.11.1 歸因於外在冷刺激之頭痛 (Headache attributed to external application of a cold stimulus)
 - 13.11.2 歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛 (Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus)
 - 13.12 因結構病變導致顱神經或上頸神經根壓迫、刺激或扭曲而造成的持續性疼痛 (Constant pain caused by compression, irritation or distortion of cranial nerves or upper cervical roots by structural lesions)
 - 13.13 視神經炎 (Optic neuritis)
 - 13.14 糖尿病眼部神經病變 (Ocular diabetic neuropathy)
 - 13.15 歸因於帶狀疱疹之頭部或顏面痛 (Head or facial pain attributed to herpes zoster)
 - 13.15.1 歸因於急性帶狀疱疹之頭部或顏面痛 (Head or facial pain attributed to acute herpes zoster)
 - 13.15.2 疱疹後神經痛 (Post-herpetic neuralgia)
 - 13.16 Tolosa-Hunt氏症候群 (Tolosa-Hunt syndrome)

- 13.17 眼肌麻痺“偏頭痛”(Ophthalmoplegic ‘migraine’)
 - 13.18 中樞性顏面痛 (Central causes of facial pain)
 - 13.18.1 痛性麻木 (Anaesthesia dolorosa)
 - 13.18.2 中風後中樞性疼痛 (Central post-stroke pain)
 - 13.18.3 歸因於多發性硬化症之顏面痛 (Facial pain attributed to multiple sclerosis)
 - 13.18.4 持續原因不明的顏面痛 (Persistent idiopathic facial pain)
 - 13.18.5 口部灼熱症候群 (Burning mouth syndrome)
 - 13.19 其他顱神經痛或其他中樞性顏面痛 (Other cranial neuralgia or other centrally mediated facial pain)
-

前言

頭和頸部的疼痛由三叉、中間、舌咽和迷走神經和源自上頸神經根的枕神經所傳入。這些神經受到壓迫、扭曲、冷刺激或其他形式的刺激，或是這些神經中樞傳導路徑病變造成在其神經支配區域感到刺戳或持續性疼痛。

有些可能原因明確，例如帶狀疱疹感染或影像證實之結構異常，但在某些病例中，它們可能是無顯著原因的神經疼痛。

三叉和舌咽神經痛常出現用詞的問題。當手術時發現疼痛是來自神經被血管環壓迫時，此神經痛嚴格的應被歸於次發性。因為很多病人沒有手術，所以仍不確定他們是原發性或次發性神經痛。基於這個理由，那些有典型病史的病人我們就用**典型**這個名詞而非**原發性**，即使壓迫的血管源隨後可在它的療程中被發現。次發性這個名詞保留給那些證實有神經瘤或類似病變的病人。

另一個難題是過去被稱為**非典型顏面痛**的狀況(一個不恰當的名詞，因為有很多個案具有共同的特性)。某些個案在臉部、牙齒或牙齦手術或受傷後產生，顯示有感染或外傷的可能性。直到對此狀況有更多的了解，稱為**持續原因不明的顏面痛**似乎較一非肯定名稱為佳。

13.1 三叉神經痛 Trigeminal neuralgia

舊稱：
痛性抽搐 (Tic douloureux)

13.1.1 典型三叉神經痛 Classical trigeminal neuralgia

描述：

三叉神經痛是一單側疾患，有短暫電擊似疼痛的特

性，疼痛突然發生和停止，局限在三叉神經的一支或一支以上分支的支配區。常因輕微刺激而引發疼痛，例如洗臉、刮鬍子、抽煙、說話及/或刷牙(誘因)，且經常自然發生。鼻與唇皺襞的小區域及/或下巴可能特別容易誘發疼痛(誘發區(trigger area))。疼痛緩解時間通常不定。

診斷基準：

- A. 發作性 (paroxysmal) 疼痛發作，持續由不到一秒到兩分鐘，影響三叉神經一支或一支以上分支的支配區，且符合基準B及C
- B. 疼痛至少具下列一項特徵：
 1. 劇烈、尖銳、表淺或刺戳痛
 2. 於誘發區引發或由誘因引發
- C. 就個別病人而言，疼痛的發作型態是固定 (stereotyped) 的
- D. 沒有神經功能缺損的臨床證據
- E. 非歸因於其他疾患

說明：

典型三叉神經痛常發生於第二或第三分支，造成臉頰或下巴疼痛。不到5%的病人發生於第一分支。疼痛絕不會橫跨過對側，但極少數會發生兩側疼痛，一旦發生，中樞性原因如多發性硬化症就必須被考慮。不發作時，病人通常無症狀，但是持續性不明顯的背景痛 (background pain) 會在某些長期病例中發生。疼痛發作後通常有一段不反應期，在此時期，疼痛不會被誘發。某些病例中，疼痛發作會由三叉神經區外的身體感覺刺激所誘發，例如一個肢體，或是其他感覺刺激如強光、噪音或味道。

疼痛時常引發受影響的一側的臉部肌肉痙攣 (痛性抽搐(tic douloureux))。

隨著後顛窩開顛探察和磁振造影的實施頻率增加，很多，可能是大部份的病人已被證明三叉神經根被扭曲或異位的血管所壓迫。至少在初期，藥物治療通常對典型三叉神經痛有效。

13.1.2 症狀性三叉神經痛 Symptomatic trigeminal neuralgia

描述：

與13.1.1 典型三叉神經痛 的疼痛無法區別，證實由非血管壓迫的其他結構性病變所引起

診斷基準：

- A. 發作性疼痛發作，持續由不到一秒到兩分鐘，影響

三叉神經一支或一支以上分支的支配區，且符合基準B及C

B. 疼痛至少具下列一項特徵：

1. 劇烈、尖銳、表淺或刺戳痛
2. 於誘發區引發或由誘因引發

C. 就個別病人而言，疼痛的發作型態是固定的

D. 特殊診察及/或後顛窩開顛探查證實由非血管壓迫的病變造成

說明：

在與疼痛相對應的三叉神經分支的支配區可能有感覺受損。不像13.1.1 典型三叉神經痛，13.1.2 症狀性三叉神經痛發作後不會有不反應期。

13.2 舌咽神經痛 Glossopharyngeal neuralgia

13.2.1 典型舌咽神經痛 Classical glossopharyngeal neuralgia

描述：

舌咽神經痛為位於耳內、舌根、扁桃腺窩或下顎彎角處的一種劇烈、短暫的刺戳痛。因此疼痛感覺位在迷走神經的耳和咽分支，及舌咽神經之支配區域。常因吞嚥、說話及咳嗽引發，並且一如三叉神經痛會緩解與復發。

診斷基準：

- A. 發作性顏面痛，發作持續由不到一秒到兩分鐘，且符合基準B及C
- B. 疼痛具下列所有特徵：
 1. 單側
 2. 分佈在舌後、扁桃腺窩、咽喉、和下顎彎角及/或耳內等
 3. 尖銳、刺戳和重度痛
 4. 吞嚥、咀嚼、說話、咳嗽及/或打哈欠會引發疼痛
- C. 就個別病人而言，疼痛的發作型態是固定的
- D. 沒有神經功能缺損的臨床證據
- E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 由病史、理學檢查及/或特殊診察已排除其他原因。

13.2.2 症狀性舌咽神經痛 Symptomatic glossopharyngeal neuralgia

描述：

疼痛如13.2.1 典型舌咽神經痛，但是發作之間可有持續痛，且在舌咽神經支配區可能會有感覺障礙。

診斷基準：

A. 發作性顏面痛，持續由不到一秒到兩分鐘，陣痛間可能有可能沒有持續痛，且符合基準B及C

B. 疼痛具下列所有特徵：

1. 單側
2. 分佈在舌後、扁桃腺窩、咽喉、和下顎彎角及/或耳內等
3. 尖銳、刺戳和重度
4. 吞嚥、咀嚼、說話、咳嗽及/或打哈欠會加重疼痛

C. 就個別病人而言，疼痛的發作型態是固定的

D. 特殊診察及/或手術證實引起疼痛之致病病變

13.3 中間神經痛 Nervus intermedius neuralgia

描述：

一種罕見的疾患，以耳道深部的短暫發作性疼痛為特點。

診斷基準：

A. 位於耳朵深部的間發性發作痛，持續數秒到數分鐘

B. 存在一誘發區位於外耳道後壁

C. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 病史、理學檢查和特殊診察已排除其他原因，特別是結構性病變。

說明：

有時疼痛可伴隨流淚、流口水及/或味覺障礙，常和帶狀疱疹相關連。因中間神經在疼痛區分佈很稀疏，有些病人會有以耳痛表現之舌咽神經痛之變型。

13.4 喉上神經痛 Superior laryngeal neuralgia

描述：

一種罕見的疾患，以喉嚨外側、顎下區及耳朵下方的劇烈疼痛為特徵，會因吞嚥、喊叫或轉頭而促發。

診斷基準：

A. 位於喉嚨、顎下區及/或耳朵下方的發作性痛，持續數秒或數分鐘，且符合基準B-D

B. 吞嚥、用力出聲或轉頭會引發發作性疼痛

C. 存在一誘發點位於喉嚨的外側，下甲狀腺膜之上

D. 以局部麻醉阻斷可使疼痛情況緩解，且切斷喉上神經可將其治癒

E. 非歸因於其他疾患 (註1)

註記：

1. 病史、理學檢查和特殊診察已排除其他原因，特別是結構性病變。

13.5 鼻睫神經痛 Nasociliary neuralgia

舊稱：

Charlin氏神經痛 (Charlin's neuralgia)

描述：

一個罕見的情況，觸摸鼻孔外部產生割裂痛 (lancinating pain)傳到額部內側 (medial frontal region)。

診斷基準：

A. 單側鼻部持續數秒到數小時之刺戳痛，向上傳到額部內側，且符合基準B及C

B. 疼痛因觸摸同側鼻孔的外側所促發

C. 疼痛可以藉鼻睫神經麻醉阻斷或切除，或在患側鼻孔以給予古柯鹼而解除

13.6 眼眶上神經痛 Supraorbital neuralgia

描述：

一種罕見的疾患，特徵為眼眶上神經分佈的眼眶上切跡 (supraorbital notch) 部位和前額內側部位疼痛。

診斷基準：

A. 眼眶上神經分佈的眼眶上切跡部位和前額內側部位的陣發性或持續性疼痛

B. 眼眶上切跡部位神經有壓痛

C. 以局部麻醉阻斷或切除眼眶上神經，疼痛可解除

13.7 其他末支神經痛 Other terminal branch neuralgias

描述：

非鼻睫和眼眶上神經之三叉神經末梢分支的損傷或壓迫，引發分支神經分佈區疼痛。例如眼眶下神經痛 (infraorbital nerves)、舌神經痛 (lingual nerves)、上齒齦神經痛 (alveolar nerves) 和頰神經痛 (mental nerves)。

診斷基準：

- A. 疼痛位於非鼻睫或眼眶上神經之三叉神經末梢分支支配區
- B. 患部神經有壓痛
- C. 以局部麻醉阻斷神經或切除神經可解除疼痛

說明：

附錄中記載的A13.7.1錢幣狀頭痛可能是一種局限的三叉神經末梢分支神經痛。

13.8 枕神經痛 Occipital neuralgia

描述：

枕神經痛為分佈在大枕 (greater occipital nerve) 或小枕神經 (lesser occipital nerve) 或第三枕神經 (third occipital nerve) 支配區的一種發作性刺戳痛，有時在患部有感覺減退或感覺異常的現象。患部神經常伴隨有壓痛。

診斷基準：

- A. 在大枕或小枕神經的分配區及/或第三枕神經的發作性刺戳痛，陣痛間可能有可能沒有持續疼痛
- B. 患部神經有壓痛
- C. 以局部麻醉阻斷神經，可暫時止痛

說明：

枕神經痛必須與來自寰樞關節 (atlantoaxial joint)、上椎骨關節突關節 (upper zygapophyseal joint) 或頸部肌肉或其附著處的壓痛誘發點的枕部牽連痛鑑別。

13.9 頸舌症候群 Neck-tongue syndrome

描述：

枕骨部或上頸部突發疼痛，伴隨同一側的舌頭有不正常的感覺。

診斷基準：

- A. 疼痛持續數秒或數分鐘，位在舌神經和第二頸神經根分佈區域，同時可能有也可能沒有感覺異常，且符合診斷基準B及C
- B. 疼痛是急性發作
- C. 疼痛通常會因突然轉頭而促發

說明：

舌頭的本體感覺纖維 (proprioceptive fibres) 經由第二頸神經背根，通過舌神經與舌下神經間及舌下神經和第二頸神經根間，進入中樞神經系統。臨床與手術時都有證據顯示頸部突然旋轉，特別在寰樞關節半脫臼 (subluxation) 時，會傷及第二頸神經根。同側舌頭感覺異常可能是麻木、感覺異常或不自主運動的感覺。

13.10 外在壓迫性頭痛 External compression headache

描述：

因施壓連續刺激表皮神經引起的頭痛，例如頭綁帶子、戴緊帽子、或游泳時戴的護目鏡等。

診斷基準：

- A. 頭痛具下列所有特徵，且符合基準C及D：
 1. 非搏動性
 2. 數分鐘間頭痛漸強
 3. 無伴隨症狀
- B. 在前額或頭皮有連續外施壓力
- C. 頭痛在施壓中產生，並在施壓力處頭痛最劇烈
- D. 頭痛在壓力解除後緩解

說明：

如果外力壓迫刺激過久，會導致更嚴重類似偏頭痛的頭痛。

13.11 冷刺激頭痛 Cold-stimulus headache

13.11.1 歸因於外在冷刺激之頭痛 Headache attributed to external application of a cold stimulus

描述：

無保護之頭部接觸到如非常冷的氣候或潛入冷水之低溫環境，導致整個頭痛。

診斷基準：

- A. 整個頭及/或非搏動性頭痛，符合基準C及D：
- B. 頭部有外在冷刺激
- C. 頭痛發生在冷刺激時
- D. 頭痛在冷刺激去除後緩解

13.11.2 歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus

舊稱：

冰淇淋頭痛 (Ice-cream headache)

描述：

易感者 (susceptible individuals) 在有冰冷物質 (固體、液體或氣體) 通過上顎 (palate) 及/或後咽喉壁所引發短暫、可能是重度的疼痛。

診斷基準：

- A. 急性前額 (註1) 非搏動性頭痛，符合基準C及D
- B. 因食用冷食物或飲料或吸入冷空氣造成上顎及/或後咽喉壁的冷刺激
- C. 頭痛於冷刺激後立即發生，且只發生於冷刺激後
- D. 頭痛在去除冷刺激後，五分鐘內緩解

註記：

- 1. 對偏頭痛病人而言，通常頭痛位於平常偏頭痛之部位。

13.12 因結構病變導致顱神經或上頸神經根壓迫、刺激或扭曲而造成的持續性疼痛 Constant pain caused by compression, irritation or distortion of cranial nerves or upper cervical roots by structural lesions

描述：

在頭及/或頸傳達痛覺的神經傳入纖維受病變直接壓迫所產生持續頭痛或顏面痛。該神經支配區可發現感覺缺損。

診斷基準：

- A. 顱感覺神經支配區有持續及/或刺戳痛，符合基準C及D
- B. 證實該顱神經受壓迫、刺激或扭曲
- C. 疼痛和壓迫、刺激或扭曲同時發生，且部位一致
- D. 壓迫、刺激或扭曲的原因去除後，疼痛緩解

說明：

結構病變可能是佔位 (space-occupying) 病變 (例如腫瘤或動脈瘤) 或侷限於正常解剖界限內 (例如：顱骨骨髓炎)。如果沒有感覺缺損或無法由影像檢查得到證實，此診斷就要懷疑。

耳或顱側周圍顏面痛可因肺癌侵襲迷走神經造成。

13.13 視神經炎 Optic neuritis

描述：

視神經脫髓鞘導致單或雙眼後疼痛，伴隨中心視力受損。

診斷基準：

- A. 一眼或雙眼後的鈍痛，因眼睛移動而加重，且符合基準C及D
- B. 因中心或中心旁視野缺損，造成視力受損
- C. 疼痛與視力受損的發生相隔 < 四星期 (註1)
- D. 疼痛在四星期內緩解
- E. 已排除壓迫性病變

註記：

- 1. 疼痛發生於視力受損前 < 四星期內。這段期間，若不符合基準B，則診斷為可能視神經炎。

說明：

視力通常在四星期內改善。

眼神經炎常是多發性硬化症的一種表現。

13.14 糖尿病眼部神經病變 Ocular diabetic neuropathy

描述：

糖尿病病人眼和前額周圍的疼痛，伴隨一或多條眼顱神經麻痺 (通常為第三顱神經)。

診斷基準：

- A. 疼痛發生在糖尿病病人的單眼周圍，在數小時內逐漸發生
- B. 第三顱神經麻痺 (通常不影響瞳孔功能) 及/或第四或第六顱神經麻痺
- C. 神經病變發生在疼痛開始後七天內 (註1)
- D. 非歸因於其他疾患

註記：

- 1. 疼痛發生在神經病變徵候前 < 七日內，在此期間，若不符合基準B，則診斷為可能糖尿病眼部神經病變

13.15 歸因於帶狀疱疹之頭或顏面痛 Head or facial pain attributed to herpes zoster

13.15.1 歸因於急性帶狀疱疹之頭痛或顏面痛 Head or facial pain attributed to acute herpes zoster

描述：

帶狀疱疹引起之頭痛或顏面痛。

診斷基準：

- A. 頭痛或顏面痛發生在某一神經或其分支分佈區，且符合基準C及D
- B. 疱疹發生在該神經支配區
- C. 疼痛在疱疹發疹前<七天內(註1)發生
- D. 疼痛在三個月內緩解

註記：

- 1. 疼痛在疱疹出現前<七天內發生，在此期間，若不符合基準B，則診斷為可能歸因於急性帶狀疱疹之頭痛或顏面痛。

說明：

10~15% 的帶狀疱疹病人會侵犯三叉神經節，單單眼分支就佔其中的80%。帶狀疱疹也可侵犯及膝神經節 (geniculate ganglion) 造成外耳道的發疹。某些病人也會侵犯軟顎或上頸神經根支配區。

眼部疱疹(Ophthalmic herpes) 會伴隨第三、四及/或六顱神經麻痺；膝神經節疱疹伴隨顏面神經麻痺及/或聽覺症狀。10% 的淋巴瘤病人和25% 的Hodgkin氏病人會發生帶狀疱疹。

13.15.2 疱疹後神經痛 Post-herpetic neuralgia

描述：

帶狀疱疹發生後≥三個月，顏面痛持續或復發。

診斷基準：

- A. 頭痛或顏面痛發生在某一神經分佈或其神經分支分佈區，且符合基準C及D
- B. 疱疹發生在該神經支配區
- C. 疼痛在疱疹發疹出現前<七天內發生
- D. 三個月後疼痛持續

說明：

疱疹後神經痛多半是年齡增長後得帶狀疱疹的後遺症，超過60歲的病人有50% 會得到此症。感覺遲鈍或痛覺過敏及/或異質性疼痛 (allodynia) 通常會出現在受影響神經的支配區域。

13.16 Tolosa-Hunt氏症候群 Tolosa-Hunt syndrome

描述：

陣發性眼窩痛，伴隨第三、四及/或六顱神經中一或多條麻痺，通常可自行緩解，但容易再復發和緩解。

診斷基準：

- A. 一次或多次單側眼眶疼痛發作，如果沒有治療，會持續數星期
- B. 第三、四及/或第六顱神經麻痺及/或磁振造影或切片檢驗證實有肉芽瘤
- C. 麻痺可以和疼痛同時發生或在疼痛發作後兩星期內發生
- D. 疼痛和麻痺在腎上腺皮質素適當治療後72小時內緩解
- E. 適當診察後已排除其他原因(註1)

註記：

- 1. 痛性眼肌麻痺 (painful ophthalmoplegia) 的其他原因包括腫瘤、血管炎、基底腦膜炎、類肉瘤病、糖尿病和眼肌麻痺”偏頭痛”。

說明：

有些病例報告Tolosa-Hunt氏症候群會波及三叉神經 (常為第一分支)、視神經、顏面神經或聽神經。偶爾也會影響瞳孔之交感神經。

有些活體切片檢查可發現此症是海綿竇、上眼窩裂或眼窩的肉芽瘤造成。

仔細的追蹤是必要的，以便排除疼痛性眼肌麻痺 (painful ophthalmoplegia) 的其他可能原因。

13.17 眼肌麻痺“偏頭痛”Ophthalmoplegic ‘migraine’

描述：

有偏頭痛特徵且伴隨一或多條眼顱神經麻痺 (通常是第三神經) 之反覆發作頭痛。除了受影響神經有磁振造影變化外，並沒有其他已證實的顱內病變。

診斷基準：

- A. 至少兩次發作符合基準B
- B. 似偏頭痛的頭痛於一開始或於發生四天內伴隨一或多條之第三、第四及/或第六顱神經麻痺
- C. 經適當診察已排除蝶鞍旁、眼眶裂隙和後顱窩病變

說明：

這種情況相當罕見。13.17 眼肌麻痺“偏頭痛”不可能是偏頭痛的變型，因為頭痛通常持續一星期或更久，且從頭痛發生到眼肌麻痺發生有多達四天的潛伏期。此外，某些病例的磁振造影發現，受影響腦池部位的顱神經有gadolinium 對比增強，顯示其為一復發性脫髓鞘神經病變 (recurrent demyelinating neuropathy)。

13.18 中樞性顏面痛 Central causes of facial pain

13.18.1 痛性麻木 Anaesthesia dolorosa

描述：

三叉神經或它的其中一支或枕神經支配區的持續和疼痛性麻木或感覺遲鈍。

診斷基準：

- A. 三叉神經的其中一或多分支或枕神經的支配區有持續疼痛和感覺異常
- B. 在受影響的區域針刺的感覺減低，有時會有其他感覺喪失
- C. 該神經或其中樞連結處有病變

說明：

痛性麻木通常與手術造成枕神經或三叉神經節受傷相關連，最常因13.1.1 典型三叉神經痛 給予神經根切斷術 (rhizotomy) 或加熱凝固治療 (thermocoagulation) 後引發。

13.18.2 中風後中樞性疼痛 Central post-stroke pain

描述：

單側疼痛和感覺異常伴隨感覺受損，包括臉的一部分或整個臉，並非三叉神經病變可說明的。歸因於三叉視丘神經束 (quintothalamic (trigeminothalamic))、視丘或視丘皮質投射(thalamocortical projection) 的病變。症狀影響包括患側或對側的軀幹及/或四肢。

診斷基準：

- A. 臉部一半有疼痛和感覺異常，伴隨針刺、溫覺及/或觸覺喪失，且符合基準C及D
- B. 具有下列一或二項：
 - 1. 有突然發生可能是血管病變(中風)的病史
 - 2. 電腦斷層或磁振造影證實在相關區域有血管病變

C. 中風後六個月內發生疼痛和感覺異常

D. 無法以三叉神經病變解釋

說明：

隨視丘病變產生的顏面痛是單側症候群 (hemisindrome) 的一部分。在外側延髓病變，單側顏面疼痛可以是單獨發生，但較常伴隨對側身體感覺異常 (crossed hemidysaesthesia)。

疼痛和感覺異常通常是持續性的。

13.18.3 歸因於多發性硬化症之顏面痛 Facial pain attributed to multiple sclerosis

登錄他處：

歸因於多發性硬化症所產生眼神經炎之疼痛則被登錄於13.13 視神經炎。

描述：

歸因於三叉神經中樞連接的脫髓鞘病變之單側或雙側顏面痛，可能有可能沒有感覺異常，通常會反覆緩解及復發。

診斷基準：

- A. 臉的一側或雙側疼痛，可能有也可能沒有感覺異常
- B. 證實病人有多發性硬化症
- C. 疼痛和感覺異常的發生，在時間點上與橋腦或三叉視丘神經束的脫髓鞘病變密切關連，且經磁振造影證實
- D. 已排除其他原因

說明：

疼痛可以是痛性抽搐般 (tic-like)，如同13.1 三叉神經痛，或是連續痛。三叉神經痛發生在年輕人或先影響一側，接著再影響另一側，便應懷疑有多發性硬化症。

13.18.4 持續原因不明的顏面痛 Persistent idiopathic facial pain

舊稱：

非典型顏面痛 (Atypical facial pain)

描述：

沒有上述顱神經痛特徵，且不能歸因於其他疾患的持續性顏面痛。

診斷基準：

- A. 每天出現臉部疼痛，持續整天或幾乎一整天，符合

基準B及C

- B. 疼痛開始發作時位於單側臉部之侷限區域 (註1) ，位置深且難以定位
- C. 疼痛不伴隨感覺喪失或其他身體徵候
- D. 臉部或上下顎骨X光診察未發現任何相關異常

註記：

1. 疼痛通常發生在鼻唇皺襞或下巴的一側，可擴散到上下顎或臉和頸的一個較大區域。

說明：

疼痛可因臉、牙齒或牙齦手術或受傷引發，但疼痛持續而沒有任何局部致病原因。

肺痛侵襲迷走神經的牽連痛，在未檢查出來前，也可能會先發生同側耳或顳側周圍的顏面痛。

非典型牙痛 是被用在拔牙後牙齒或齒槽 (tooth socket) 內的連續性疼痛，且沒有任何確切的牙科致因。

13.18.5 口部灼熱症候群 **Burning mouth syndrome**

描述：

沒有醫學或牙科病因之口內灼熱感。

診斷基準：

- A. 每天皆有口腔疼痛，持續幾乎一整天
- B. 口腔黏膜表面正常
- C. 已排除局部和全身性疾病

說明：

疼痛可以只在舌部 (舌痛)。可能有自覺口乾、感覺異常和味覺改變等伴隨症狀。

13.19 其他顳神經痛或其他中樞性顏面痛 **Other cranial neuralgia or other centrally mediated facial pain**

Vail氏翼管 (Vidian) 神經痛和Sluder氏蝶顎 (sphenopalatine) 神經痛尚未被充分證實。Eagle氏症候群 (Montalbeti et al., 1995) 是否為特定疾病實體尚待澄清。

重要文獻及參考資料

13.1 Trigeminal neuralgia

- Barker FG II, Jannetta PJ, Bissonette DJ, Larkins MV, Jho HD. The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. *N Engl J Med* 1997; 334:1077 – 83.
- Taha JM, Tew JM Jr. Treatment of trigeminal neuralgia by percutaneous radiofrequency rhizotomy. *Neurosurgery Clinics of North America* 1997; 8:31 – 9.
- Terrence CF, Jensen TS. Trigeminal neuralgia and other facial neuralgias. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA eds *The Headaches*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2000: 929 – 38.
- Zakrzewska JM. Trigeminal neuralgia. In: Zakrzewska JM, Harrison SD, eds. *Assessment and management of orofacial pain. Pain Research and Clinical Management*, Amsterdam, Elsevier 2002; 14:263 – 366.

13.2 Glossopharyngeal neuralgia

- Ekbom KA, Westerberg CE. Carbamazepine in glossopharyngeal neuralgia. *Arch Neurol* 1966; 14:595 – 6.
- Laha RK, Jannetta PJ. Glossopharyngeal neuralgia. *J Neurosurg* 1977; 47:316 – 20.
- Minagor A, Sheremata WA. Glossopharyngeal neuralgia and MS. *Neurology* 2000; 54:1368 – 70.
- Rushton JG, Stevens JC, Miller RH. Glossopharyngeal (vagoglossopharyngeal) neuralgia. A study of 217 cases. *Arch Neurol* 1981; 38:201 – 5.

13.3 Nervus intermedius neuralgia

- Bruyn GW. Nervus intermedius neuralgia (Hunt). In: Rose FC ed *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4(48):487 – 94.

13.4 Superior laryngeal neuralgia

- Bruyn GW. Superior laryngeal neuralgia. In: Rose FC ed. *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4(48):495 – 500.

13.5 Nasociliary neuralgia

- Bruyn GW. Charlin' s neuralgia. In: Rose FC ed. *Headache. Handbook of Clinical Neurology*, Amsterdam: Elsevier 1986; 4(48):483 – 6.

13.6 Supraorbital neuralgia

- Sjaastad O, Stolt-Nielsen A, Pareja JA, Vincent M. Supraorbital neuralgia. The clinical manifestation and a possible therapeutic approach. *Headache* 1999; 39:204 – 12.

13.7 Infraorbital neuralgia

- de Vries N, Smelt WL. Local anaesthetic block of posttraumatic neuralgia of the infraorbital nerve. *Rhinology* 1990; 28:103 – 106.

13.8 Occipital neuralgia

- Bogduk N. Greater occipital neuralgia. In: Long DM ed. *Current Therapy in Neurological Surgery*. Toronto, Philadelphia: BC

Decker Inc 1985: 175 – 180.

Hammond SR, Danta A. Occipital neuralgia. *Clin Exp Neurol* 1978; 15:258 – 270.

13.9 Neck-tongue syndrome

Bertoft ES, Westerberg CE. Further observations on the neck-tongue syndrome. *Cephalalgia* 1985; 5(Suppl 3):312 – 3.

Bogduk N. An anatomical explanation for the neck-tongue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1981; 44:202 – 8.

Lance JW, Anthony M. Neck-tongue syndrome on sudden turning of the head. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1980; 43:97 – 101.

13.10 External compression headache

Pestronk A, Pestronk S. Goggle migraine. *N Engl J Med* 1983; 308:226.

13.11 Cold stimulus headache

Drummond PD, Lance JW. Neurovascular disturbances in headache patients. *Clin Exp Neurol* 1984; 20:93 – 9.

Odell-Smith R. Ice cream headache. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1968; 5:188 – 91.

Raskin NH. Ice cream, ice-pick and chemical headaches. In: Rose FC ed *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4(48):441 – 8.

Raskin NH, Knittle SC. Ice cream headache and orthostatic symptoms in patients with migraine. *Headache* 1976; 16:222 – 5.

Wolf S, Hardy JD. Studies on pain. Observations on pain due to local cooling and on factors involved in the ‘cold pressor’ effect. *J Clin Invest* 1941; 20:521 – 33.

13.12 Constant pain caused by compression, irritation or distortion of cranial nerves

Adams RD, Victor M, Ropper AH. *Principles of Neurology* 6th ed. New York: McGraw-Hill 1997: pp. 187 – 193, 1370 – 85.

Capobianco DJ. Facial pain as a symptom of nonmetastatic lung cancer. *Headache* 1995; 35:581 – 5.

Dalessio DJ ed. *Wolff’s Headache and other head pain*. 6th edn New York: Oxford University Press 1993:345 – 64.

Mokri B. Raeder’s paratrigeminal syndrome. *Arch Neurol* 1982; 39:395 – 99.

Schoenen J, Broux R, Moonen G. Unilateral facial pain as the first symptom of lung cancer: are there diagnostic clues? *Cephalalgia* 1992; 12:178 – 9.

13.13 Optic neuritis

Adams RD, Victor M, Ropper AH. *Principles of Neurology* 6th edn. New York, McGraw-Hill 1997: pp. 910 – 11.

Kaufman DI, Trobe JD, Eggenberger ER, Whitaker JN. Practice parameter: the role of corticosteroids in the management of acute monosymptomatic optic neuritis. *Neurology* 2000; 54:2039 – 44.

Shults WT. Diseases of the visual pathways I. In Swash M, Oxbury J, eds. *Clinical Neurology*. Edinburgh, Churchill Livingstone 1991:410 – 13.

13.14 Ocular diabetic neuropathy

Kennard C. Disorders of eye movements I. In Swash M, Oxbury J, eds. *Clinical Neurology*. Edinburgh. Churchill Livingstone 1991: pp. 446 – 7.

13.15 Head or facial pain attributed to herpes zoster

Bowsher D. The management of postherpetic neuralgia. *Postgrad Med J* 1997; 73:623 – 9.

Dworkin RH, Portenoy RK. Pain and its persistence in herpes zoster. *Pain* 1996; 67:241 – 52.

Ragozzino MW, Melton LJ, Kerland LT, Chu CP, Perry HO. Population-based study of Herpes Zoster and its sequelae. *Medicine* 1982; 61:310 – 6.

13.16 Tolosa-Hunt syndrome

de Arcaya AA, Cerezal L, Canga A, Polo JM, Berciano J, Pascual J. Neuroimaging diagnosis of Tolosa-Hunt syndrome. MRI contribution. *Headache* 1999; 39:321 – 5.

Forderreuther S, Straube A. The criteria of the International Headache Society for Tolosa-Hunt syndrome need to be revised. *J Neurol* 1999; 246:371 – 7.

Goadsby PJ, Lance JW. Clinicopathological correlation in a case of painful ophthalmoplegia: Tolosa-Hunt syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1989; 52:1290 – 3.

Hannerz J. Pain characteristics of painful ophthalmoplegia (the Tolosa-Hunt syndrome). *Cephalalgia* 1985; 5:103 – 6.

Hunt WE. Tolosa-Hunt syndrome: one cause of painful ophthalmoplegia. *J Neurosurg* 1976; 44:544 – 9.

Tolosa E. Periarteritic lesions of the carotid siphon with the clinical features of a carotid infraclinoidal aneurysm. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1954; 17:300 – 2.

13.17 Ophthalmoplegic ‘migraine’

Lance JW, Zagami AS. Ophthalmoplegic migraine: a recurrent demyelinating neuropathy? *Cephalalgia* 2001; 21:84 – 9.

Mark AS, Casselman J, Brown D, Sanchez J, Kolsky M, Larsen TC III, Lavin P, Ferraraccio B. Ophthalmoplegic migraine: reversible enhancement and thickening of the cisternal segment of the oculomotor nerve on contrast-enhanced MR images. *Am J Neuroradiol* 1998; 19:1887 – 91.

13.18.1 Anaesthesia dolorosa

Illingworth R. Trigeminal neuralgia: surgical aspects. In: Rose RD ed *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4 (48):449 – 58.

Pagni CA. Central and painful anaesthesia. Pathophysiology and treatment of sensory deprivation syndromes due to central and peripheral nervous system lesions. *Progr Neurol Surg* 1977; 2:132 – 257.

13.18.2 Central post-stroke pain

Bowsher D. Central pain: clinical and physiological characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1996; 61:62 – 9.

Bowsher D, Leijon G, Thuomas KA. Central poststroke pain. Correlation of MRI with clinical pain characteristics and sensory abnormalities. *Neurology* 1998; 51:1352 – 8.

Fitzek S, Baumgartner U, Fitzek C et al. Mechanisms and

Predictors of chronic facial pain in lateral medullary infarction. *Ann Neurol* 2001; 49:493 – 500.

13.18.3 Facial pain attributed to multiple sclerosis

Jensen TS, Rasmussen P, Reske-Nielsen E. Association of trigeminal neuralgia with multiple sclerosis: clinical pathological features. *Acta Neurol Scand* 1982; 65:182 – 9.

13.18.4 Persistent idiopathic facial pain

Boivie J, Casey KL. Central pain in the face and head. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA eds. *The Headaches*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins 2000:939 – 45.

Gouda JJ, Brown JA. Atypical facial pain and other pain syndromes. *Differential diagnosis and treatment. Neurosurgery Clinics of North America* 1997; 1:87 – 99.

Harrison SD. Atypical facial pain and atypical odontalgia in Zakrzewska JM, Harrison SD, eds. *Assessment and management of orofacial pain. Pain Research and Clinical Management*, Amsterdam: Elsevier 2002; 14:251 – 62.

13.18.5 Burning mouth syndrome

Zakrzewska J. Burning mouth. In Zakrzewska JM, Harrison SD, eds. *Assessment and management of orofacial pain. Pain Research and Clinical Management. Amsterdam. Elsevier* 2002; 14:367 – 80.

13.19 Other cranial neuralgia or other centrally mediated facial pain

Montalbetti L, Ferrandi D, Pergami P, Savoldi F. Elongated styloid process and Eagle's syndrome. *Cephalalgia* 1995; 15:80 – 93.

14. 其他頭痛、顱部神經痛、中樞或原發性顏面痛 (Other headache, cranial neuralgia, central or primary facial pain)

楊智超 羅榮昇 譯

14.1 不屬於現存分類的頭痛 (Headache not elsewhere classified)

14.2 特性不明的頭痛 (Headache unspecified)

前言

為了讓此分類涵蓋更完全，在許多頭痛的項目後，就有一個次分類別 (subcategory) 來容納只差一項就可符合某一疾患基準的情況。然而仍有許多頭痛無法符合現存各章所述，因為這些頭痛是首次被描述或是單純因為沒有足夠的資料來判斷。本章主要用於歸類這些頭痛型或亞型。

14.1 不屬於現存分類的頭痛 Headache not elsewhere classified

舊稱：

無法分類的頭痛 (Headache not classifiable)

診斷基準：

- A. 頭痛具獨特分類的特徵，顯示它是一獨特的診斷實體
- B. 不符合任何上述頭痛疾患的基準

說明：

一些新的頭痛實體已經在第一版「國際頭痛疾病分類」和第二版發表之間被描述。將來勢必有更多獨特的頭痛實體被描述出來。直到確定分類之前，這樣的頭痛可登錄為14.1不屬於現存分類的頭痛。

14.2 特性不明的頭痛 Headache unspecified

舊稱：

無法分類的頭痛 (Headache not classifiable)

診斷基準：

- A. 現有或曾經有過的頭痛
- B. 資料不足以分類該頭痛於本分類之任一層級

說明：

很顯然地，有很多病人必須在資料很有限的情況下作診斷，我們只能說他們現有或曾有頭痛，但無法去區分頭痛類型。這些病人就登錄為 14.2 特性不明的頭痛。然而，這個分類不應在可獲得資料的情況下，作為不願去取得頭痛詳細資料的藉口。它只有在病人死亡、無法溝通或無法得到資料時使用。

附錄 (Appendix)

各章負責人 譯

簡介

在第一版的「國際頭痛疾病分類」內並沒有附錄。我們希望這次加入的附錄能用在幾方面。

附錄最主要的目的是要展現數個新的疾病實體的研究基準，它們尚未有足夠的研究來證實其效度。然而，在頭痛分類次委員會 (Headache Classification Subcommittee) 專家的經驗及各種性質的文獻皆顯示，相信有數種診斷實體應 (diagnostic entities) 是真實存在的，但在被正式接受之前，必須有更進一步的科學證據。因此，可預期在下次改版時，有數個目前被歸類在附錄的疾病，將被移到分類標準的主體部分是的。

在一些部份，我們針對了分類主體部分中的一些疾患診斷基準，提供替代方案。同樣的，這是由於臨床經驗及相當數量的文獻發表，證實這可能是個好主意，但次委員會認為尚未有足夠的證據足以更改主要分類。無預兆偏頭痛伴隨症狀便是很好的例子。在附錄中的替代診斷基準D雖然比較容易理解及運用，但卻未有足夠證據來確認其效度。

最後，附錄也是第一步用來排除因傳統而納入第一版的一些診斷實體，因為未有足夠文獻證實該疾患。

A1. 偏頭痛 Migraine

A1.1 無預兆偏頭痛 Migraine without aura

替代診斷基準:

- A. 至少有5次符合基準B-D的發作
- B. 頭痛發作持續4-72小時 (未經治療或治療無效者)
- C. 頭痛至少具下列二項特徵：
 - 1. 單側
 - 2. 搏動性
 - 3. 疼痛程度中或重度
 - 4. 日常活動會使頭痛加劇或避免此類活動 (如走路或爬樓梯)
- D. 當頭痛發作時至少有下列兩項：
 - 1. 噁心
 - 2. 嘔吐
 - 3. 畏光
 - 4. 怕吵
 - 5. 嗅覺敏感
- E. 非歸因於其他疾患

說明：

只有基準D與分類主體部分不同。雖然此替代基

準看似比較容易理解及運用，但未有足夠證據來確認其效度。

A1.1.1 純月經無預兆偏頭痛 Pure menstrual migraine without aura

診斷基準：

- A. 仍有月經的女性，發作符合1.1 無預兆偏頭痛基準
- B. 發作只在月經 (註1) 第一日的前後加減2日 (即，-2日到+3日) (註2)；三次月經週期至少需兩次有發作，週期的其餘時間沒有發作

註記：(中文翻譯，將原文中註1及註2順序倒置)

- 1. 依照此分類的目的，月經是指由於正常月經週期，或在服用綜合型口服避孕藥及週期性荷爾蒙替代治療時，當外因性黃體素戒斷，所造成的子宮內膜出血。
- 2. 月經來的第一日為“第1日”，前一日為“第-1日”；沒有“第0日”。

A1.1.2 與月經相關無預兆偏頭痛 Menstrually-related migraine without aura

診斷基準：

- A. 仍有月經的女性，發作符合1.1 無預兆偏頭痛基準
- B. 發作在月經 (註1) 第一日的前後加減2日 (即，-2日到+3日) (註2)；三次月經週期至少需兩次有發作，週期的其餘時間也有發作

註記：(中文翻譯，將原文中註1及註2順序倒置)

- 1. 依照此分類的目的，月經是指由於正常月經週期，或在服用綜合型口服避孕藥及週期性荷爾蒙替代治療時，當外因性黃體素戒斷，所造成的子宮內膜出血。
- 2. 月經來的第一日為“第1日”，前一日為“第-1日”；沒有“第0日”。

A1.1.3 非月經相關無預兆偏頭痛 Non-menstrual migraine without aura

診斷基準：

- A. 仍有月經的女性，發作符合1.1 無預兆偏頭痛基準
- B. 發作與月經 (註1) 無關

註記：

- 1. 也就是不符合A1.1.1 純月經無預兆偏頭痛 或A1.1.2 與月經相關無預兆偏頭痛的基準 B。

說明：

無預兆偏頭痛的次分類只限用於仍有月經的女性。

區分A1.1.1 純月經無預兆偏頭痛和A1.1.2與月經相關無預兆偏頭痛的重要性在於荷爾蒙預防法對於純月經偏頭痛較可能有效。由於很多女性會過度報告頭痛發作與月經的關聯性，因此最少要有3次前瞻性月經週期的記錄來佐證。

月經頭痛發作通常是無預兆偏頭痛。同時有預兆偏頭痛與無預兆偏頭痛的女性，其預兆偏頭痛與月經並無關連。

在正常月經週期，或外因性黃體素戒斷（如綜合型口服避孕藥及週期性荷爾蒙替代治療）都引起子宮內膜出血，但這兩者導致偏頭痛的機轉可能不同。舉例來說，內因性的月經週期是下視丘-腦下垂體-卵巢軸內的複雜荷爾蒙變化導致排卵後才產生的，而排卵可由綜合型口服避孕藥而抑制。因此研究時應區分這些亞群，對不同亞群的處置策略也可能不同。

至少對於某些女性來說，雖然週期中其他荷爾蒙與生化改變也可能有關聯，有證據顯示月經偏頭痛發作是由於雌激素戒斷造成。若純月經偏頭痛或與月經相關偏頭痛被認定為與外因性雌激素戒斷有關，則同時登錄為A.1.1.1純月經無預兆偏頭痛或A1.1.2與月經相關無預兆偏頭痛，及8.4.3雌激素戒斷之頭痛。

A1.2.7 偏頭痛預兆重積狀態 Migraine aura status

診斷基準：

- A. 偏頭痛預兆符合1.2 預兆偏頭痛 或它的任一亞型的預兆基準
- B. 至少每日2個預兆，連續持續 ≥ 5 日

A1.3.4 孩童期交互偏癱 Alternating hemiplegia of childhood

描述：

嬰兒期發作兩側交互偏癱，伴隨進行性腦病變、其他陣發性現象及智能障礙。

診斷基準：

- A. 反覆發作的偏癱，在身體的左右兩邊交替發作
- B. 在年齡18個月以前發病
- C. 至少一種其他陣發性現象會伴隨偏癱或單獨發作，如強直發作、張力異常姿勢、舞蹈徐動症、眼震或其他眼球運動異常、自主神經異常
- D. 證實有心智及/或神經學缺損
- E. 非歸因於其他疾患

說明：

這是一種包含神經退化性疾病的多樣狀況。其與偏頭痛之關係乃是基於臨床觀察，但無法排除它是一種罕見之癲癇發作。

A1.3.5 良性發作性斜頸 Benign paroxysmal torticollis

描述：

反覆發作頭部歪向一邊，或許還有些微轉動，症狀會自然緩解。此種狀況發生在嬰兒與一歲內發病的幼童。可能會演變成1.3.3 良性孩童期發作性暈眩或1.2 預兆偏頭痛，或消失不再有進一步症狀。

診斷基準：

- A. 在幼童身上的陣發性發作，符合以下所有特徵及基準B：
 - 1. 頭部歪向一邊（並非總是在同側），可伴隨或沒有些微轉動
 - 2. 持續數分鐘到數日
 - 3. 症狀自然緩解，但有每月復發的傾向
- B. 發作期間，下列一項或多項的症狀與/或徵兆：
 - 1. 臉色蒼白
 - 2. 躁動
 - 3. 乏力
 - 4. 嘔吐
 - 5. 運動失調（註1）
- C. 非發作期間的神經學檢查正常
- D. 非歸因於其他疾患

註記：

- 1. 運動失調較常發生在罹病年齡較大的孩童身上。

說明：

在發作期間，孩童的頭部可以回轉到一般正常位置：或許有些阻力，但是可以克服的。

A1.3.5 良性發作性斜頸 可能會演變為1.3.3 良性孩童期發作性暈眩或1.2 預兆偏頭痛（尤其是1.2.6 基底型偏頭痛）。

這些觀察須經病人日記、結構性會談、和縱斷性資料收集來加以証實。鑑別診斷包括胃食道逆流、不明原因之扭轉性肌張力異常症（idiopathic torsional dystonia）以及複雜性局部型癲癇，可是需特別注意後顛窩與顛頸交接處之先天或後天病變也可造成斜頸。

重要文獻

- MacGregor EA, Chia H, Vohrah RC, Wilkinson M. Migraine and menstruation: a pilot study. *Cephalalgia* 1990; 10:305 - 10.
- MacGregor EA. 'Menstrual' migraine: towards a definition. *Cephalalgia* 1996; 16:11 - 21.
- Somerville B. The role of estradiol withdrawal in the etiology of menstrual migraine. *Neurology* 1972; 22:355 - 65.

A2. 緊縮型頭痛 Tension-type headache

說明：

下列的替代性基準可能可以用在A2.1不常發陣發性緊縮型頭痛，A2.2經常陣發性緊縮型頭痛和A2.3慢性緊縮型頭痛上。它們定義緊縮型頭痛的核心症狀。換句話說，這些基準特異性(specific)高但是敏感性(sensitivity)低。

替代性診斷基準：

- A. 發作，或頭痛符合〔2.1不常發陣發性緊縮型頭痛，2.2經常陣發性緊縮型頭痛和2.3慢性緊縮型頭痛三種頭痛中任何一種〕之基準A及下列基準B-D
- B. 頭痛持續30分鐘至7日
- C. 至少具下列三項疼痛特徵：
 1. 雙側
 2. 壓迫/緊縮性(非搏動性)
 3. 程度輕或中度
 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 無噁心(可能有食慾不振)、嘔吐、畏光或怕吵
- E. 非歸因於其他疾患(註1,2)

註記：

1. 病史、理學及神經學檢查不符合第5至12群所列之任一項疾患，或病史及/或理學及/或神經學檢查雖懷疑有這疾患之可能性，但經適當診察已經排除。或這疾患雖存在，但頭痛之首次發生與該疾患並無時間點上之密切關連。
2. 在A2.3慢性緊縮型頭痛病例中有藥物過度使用且符合8.2藥物過度使用頭痛中之任一亞式之基準B時，並不知是否會符合基準E，需等到停止服用藥物2個月後仍未獲得改善時才能確定(請見說明)。

說明：

在許多不確定的慢性緊縮型頭痛病例中，會有藥物過度使用的情形。若符合對8.2藥物過度使用頭痛中的任何亞式之基準B時，登錄的預設原則為2.4.3可能慢性緊縮型頭痛加上8.2.7可能藥物過度使用頭痛。當藥物過度使用的情形停止2個月後，仍然符合這些基準A-E時，就應診斷為A2.3慢性緊縮型頭痛，此時8.2.7可能藥物過度使用頭痛的診斷必需被排除。另一方面，假如在2個月內的任何時候因為停止藥物過度使用，而使頭痛病情獲得改善，不再符合這些基準時，就應診斷為8.2藥物過度使用頭痛，此時

2.4.3可能慢性緊縮型頭痛的診斷必需被排除。

A3. 叢發性頭痛及其他三叉自律神經頭痛 Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias

A3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作併顱部自律神經症狀 (SUNA) Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with cranial Autonomic symptoms (SUNA)

說明：

目前3.3短暫單側神經痛性頭痛發作併眼結膜充血及流淚(SUNCT)的分類有一些值得注意的問題。第一、此疾病名稱意指所有病人必須有結膜充血及流淚。這並不是本次委員會委員們共同的臨床經驗。3.3SUNCT有可能是較廣意疾病的A3.3SUNA中的一個亞型。這項提議需要確認。第二、發作時的疼痛難以與影響眼部分支(ophthalmic division)的13.1三叉神經痛區分。有個建議的區別方法是A3.3SUNA缺少表皮刺激的不反應期。第三、3.3SUNCT的發作頻率基準容許變動範圍太大反而沒有幫助。既然發作通常至少是每日性，簡化頻率所需條件可能更有用。

下列提出A3.3SUNA(當作3.3SUNCT之替代)的基準是以研究為目的，需再測試。顱部自律神經症狀之特徵必須明顯到可與眼部分支三叉神經痛作區別。

診斷基準：

- A. 至少有過20次符合基準B-E之發作
- B. 位於單側眼眶、上眼眶或顱部刺戳般或搏動性疼痛發作，持續2秒至10分鐘
- C. 疼痛伴隨下列其中一項：
 1. 眼結膜充血及/或流淚
 2. 鼻腔充血及/或流鼻水
 3. 眼皮水腫
- D. 一半以上時間之發作頻率為每日 ≥ 1 次
- E. 自誘發區誘發發作後沒有不反應期
- F. 非歸因於其他疾患

A3.3.1 陣發性短暫單側神經痛性頭痛發作併顱部自律神經症狀 Episodic SUNA

描述：

SUNA發作期為7天至1年，中間無痛期至少1個月或更久。

診斷基準：

- A. 發作符合A.3.3 *SUNA* 之基準A-F
- B. 至少2次發作期(若無治療)為7天至1年，且其中間隔無痛緩解期 \geq 1個月

A3.3.2 慢性SUNA Chronic SUNA

描述：

SUNA發作超過一年而無緩解，或緩解期少於一個月。

診斷基準：

- A. 發作符合A.3.3 *SUNA*之基準A-F
- B. 發作復發 $>$ 一年而無緩解，或緩解期 $<$ 一個月

重要文獻

- Goadsby PJ, Matharu MS, Boes CJ. SUNCT syndrome or trigeminal neuralgia with lacrimation. *Cephalalgia* 2001; 21:82 - 83.
- Sjaastad O, Kruszewski P. Trigeminal neuralgia and 'SUNCT' syndrome: similarities and differences in the clinical picture. An overview. *Functional Neurology* 1992; 7:103 - 107.
- Sjaastad O, Pareja JA, Zukerman E, Jansen J, Kruszewski P. Trigeminal neuralgia. Clinical manifestations of first division involvement. *Headache* 1997; 37:346 - 357.

A6. 歸因於頭、頸部血管性疾患之頭痛 Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

A6.5.6 頸動脈疼痛 Carotidynia

頸動脈疼痛已從主要診斷分類移至附錄中，因為有許多文獻報告顯示它並不是一種疾病，而是一種症候群，涵蓋許多種頸動脈區的疼痛。特別是在第一版「國際頭痛疾病分類」中提到：持續 $<$ 2星期頸部疼痛伴有頸動脈分支處的觸診壓痛 (tenderness to palpation)，可能是肇因於頸動脈剝離 (應登錄在6.5.1 歸因於動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛)。有些最近發表的頸動脈疼痛個案可在MRI發現有症狀動脈周圍組織異常的現象 (在T1WI有中度的訊號 (intermediate signal)及在gadolinium注射後有不明顯之環狀對比增強(masked ring enhancement))。除非這項發現的特異性已經被確認，頸動脈疼痛最好還是先認定為一種症候群，而非一疾病實體。

A6.8 慢性血管疾患後之頭痛 Chronic post-vascular disorder headache

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 曾有一已經有效治療或已自行緩解的血管疾患存在
- C. 頭痛被歸因於該血管疾患
- D. 該血管疾患經有效治療或自然緩解後，頭痛持續 $>$ 三個月

重要文獻

- Biousse V, Bousser MG. The myth of carotidynia. *Neurology* 1994; 44:993 - 5.
- Burton BS, Syms MJ, Petermann GW, Burgess LPA. MR imaging of patients with carotidynia. *AJNR* 2000; 21:766 - 9.
- Fay T. Atypical neuralgia. *Arch Neurol Psychiat* 1927; 18:309 - 15.
- Forwith KD, Tami TA. Carotidynia: symptom or diagnosis? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 7:150 - 4.
- Hill LM, Hastings G. Carotidynia: a pain syndrome. *J Fam Pract* 1994; 39:71 - 5.

A7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

A 7.9.1 放射線手術後頭痛 Post-radiosurgery headache

診斷基準：

- A. 廣泛(diffuse)及/或整個(holocranial)頭痛，符合基準C及D
- B. 曾接受過腦的放射線手術
- C. 頭痛在放射線手術後七日內發作
- D. 頭痛在放射線手術後三個月內緩解

說明：

放射線手術後新發生 (de novo) 頭痛雖曾被提及，但大多數的研究都沒有提供頭痛臨床特徵的詳細描述，也不清楚這些頭痛是代表潛在頭痛疾患之惡化或出現新的頭痛。在沒有過去頭痛病史的個案，頭痛症候群持續時間短，術後一年以上才發生，且類似偏頭痛或雷擊頭痛。因此，頭痛和之前的放射線手術間的關連性仍高度存疑。放射線手術後是否會出現獨特的頭痛疾患？若會，這種頭痛與接受照射的病變種類和位置及/或施行的劑量和範圍有何關連？這些問題尚需謹慎的控制前瞻性研究來解答。

A7.9.2 電痙攣療法後頭痛 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 曾接受過電痙攣療法 (ECT)
- C. 頭痛在電痙攣療法後四小時內發生，且至少在50%的治療會發生
- D. 頭痛在電痙攣療法後，72小時內消失

說明：

清楚描述電痙攣療法相關之頭痛十分稀少。目前的資料尚不足以給予電痙攣療法後頭痛操作型定義。

有一些病例報告電痙攣療法後頭痛的特徵。Hawken等人(2001)報告一個病人每次電痙攣療法後，每二至三日會有輕微偏頭痛發作，每七至十日會有較嚴重偏頭痛（這些症狀符合1.1 非預兆偏頭痛診斷基準）。頭痛在電痙攣療法停止後意識回復時，立即發生。在六次頭痛中，有一次伴隨噁心，但偏頭痛其他症狀在這報告中未被提到。頭痛對sumatriptan沒有反應，但於propranolol及naproxen併用時可緩解，且似乎可在電痙攣療法施行前用propranolol來預防。De Battista及Mueller (1995) 提到一個病人電痙攣療法後，有嚴重單側頭痛發作，且伴隨噁心/嘔吐及畏光。病人曾有類似的頭痛病史，只是程度較輕。預防性給予sumatriptan似乎可預防頭痛，但預防性給予beta-blockers則無效。Ghonaime等人 (1999) 報告五個在電痙攣療法停止後馬上發生頭痛的病人。每位個案的頭痛是嚴重、雙側（其中兩個有搏動性），但未提及其他偏頭痛症狀。一些其他的研究通訊 (letters) 或病例報告曾提到在有偏頭痛病史的病人，因電痙攣療法促使嚴重頭痛的發作（伴隨一些偏頭痛、或類似偏頭痛的症狀）(如 Folkerts, 1995; Oms et al., 1998)。Markowitz 等人 (2001) 報告13例在電痙攣療法後，發作中或重度的頭痛，六人伴隨畏光，四人怕吵，三人有噁心，一人有嘔吐。除了一人外，所有人的頭痛在使用鼻噴劑sumatriptan 20mg後，1.5小時內減輕。

A7.10 慢性顱內疾患後頭痛 Chronic post-intracranial disorder headache

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 有一經有效治療或已自動緩解的顱內疾患
- C. 頭痛已歸因於該顱內疾患
- D. 經有效治療或自然緩解該顱內疾患後，頭痛持續>3個月

重要文獻及參考資料

A7.9.1 Post-radiosurgery headache

Kondziolka D, Lundsford LD, Flickinger JC. Gamma knife stereotactic radiosurgery for cerebral vascular malformations. In: Alexander E III, Loeffler JS, Lundsford LD eds. Stereotactic Radiosurgery. New York: McGraw Hill Inc 1993: pp. 136 - 145.

Lundsford LD, Flickinger JC, Coffee RJ. Stereotactic gamma knife radiosurgery. Initial North American experience in 207 patients. Arch Neurol 1990; 47:169 - 75.

Rozen TD, Swanson JW. Post-gamma knife headache: A new headache syndrome? Headache 1997; 37:180 - 3.

A7.9.2 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache

DeBattista C, Mueller K. Sumatriptan prophylaxis for postelectroconvulsive therapy headaches. Headache 1995; 35:502 - 3.

Folkerts H. Migraine after electroconvulsive therapy. Convulsive Therapy 1995; 11:212 - 5.

Ghonaime EA, Craig WF, White PF. The use of percutaneous electrical nerve stimulation (PENS) for treating ECT induced headaches. Headache 1999; 39:502 - 5.

Hawken ER, Delva NJ, Lawson JS. Successful use of propranolol in migraine associated with electroconvulsive therapy. Headache 2001; 41:92 - 6.

Markowitz JS, Kellner CH, DeVane CL, Beale MD, Folk J, Burns C, Liston HL. Intranasal sumatriptan in post-ECT headache: results of an open-label trial. Journal of ECT 2001; 17:280 - 3.

Oms A, Miro E, Rojo JE. Sumatriptan was effective in electroconvulsive therapy (ECT) headache. Anesthesiology 1998; 89:1291 - 2.

Weiner SJ, Ward TN, Ravaris CL. Headache and electroconvulsive therapy. Headache 1994; 34:155 - 9.

A8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛

Headache attributed to a substance or its withdrawal

8.1.10 歸因於治療其他適應症使用之藥物急性不良反應頭痛 Headache as an acute adverse event

attributed to medication used for other indications

表1列舉曾報告於治療期間會引發頭痛的藥物。

A8.5 慢性物質接觸後之頭痛 Chronic post-substance exposure headache

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 曾接觸某物質，且已停止
- C. 頭痛已歸因於接觸該物質
- D. 停止接觸該物質後，頭痛持續>3個月

表1.可能引發頭痛或使既存在的頭痛惡化之藥物

Acetazolamide	Codeine	Interferons	Ondansetron
Ajmaline	Didanosine	Isoniazid	Paroxetine
Amantadine	Dihydralazine	Meprobamate	Pentoxifylline
Antihistaminics	Dihydroergotamine	Methaqualone	Perhexiline
Barbiturates	Dipyridamole	Metronidazole	Primidone
Beta-interferon	Disopyramide	Morphine and derivatives	Prostacyclines
Bromocriptine	Disulfiram	Nalidixic acid	Ranitidine
Caffeine	Ergotamine	Nifedipine	Rifampicin
Calcium antagonists	Etofibrate	Nitrofurantoin	Sildenafil
Carbimazol	Gestagens	Nitrates	Theophylline and derivatives
Chinidine	Glycosides	Non-steroidal anti-inflammatory drugs	Thiamazole
Chloroquine	Griseofulvin	Octreotide	Trimethoprim + sulfamethoxazole
Cimetidine	Guanethidine	Oestrogens	Triptans
Clofibrate	Immunoglobulins	Omeprazole	Vitamin A

A9. 歸因於感染之頭痛 Headache attributed to infection

A9.1.6 歸因於佔位性顱內感染病變或寄生蟲感染之頭痛 Headache attributed to space-occupying intracranial infectious lesion or infestation

說明：

有些頭痛是由非腦膿瘍或硬腦膜下膿瘍之佔位性 (space-occupying) 顱內感染病變所造成。因其病理生理學是多樣的，且分類這些頭痛的系統性研究尚不足夠，因此將暫時性的診斷基準放在附錄。

診斷基準：

A. 頭痛至少具下列一項特徵，且符合基準C及D：

1. 整個頭持續痛
2. 因用力而加劇
3. 伴隨噁心及/或局部神經學症狀及/或徵候

B. 神經影像及/或實驗室診察發現有佔位性顱內感染病變或寄生蟲感染的證據

C. 頭痛發生在佔位性顱內感染或寄生蟲感染時

D. 頭痛在病變治療成功後，三個月內 (註1) 緩解

註記：

1. 頭痛通常在一個月內緩解。

說明：

因佔位效應直接導致顱內壓升高及/或刺激腦膜或動脈結構，是造成此頭痛亞型的機轉。

最常見的佔位肉芽腫或囊腫性中樞神經系統疾患之致病體有分枝桿菌、黴菌 (如新型隱球菌和其他)、弓漿蟲、自由生活之阿米巴屬、條蟲 (例如豬肉囊蟲 (*Cysticercus cellulosae*)、腦多頭囊蟲 (*Coenurus cerebralis*)、幼條蟲種 (*Sparganum species*)、線蟲 (例如犬蛔蟲 (*Toxocara canis*)、淋巴絲蟲 (*lymphatic filariae*)、旋盤尾絲蟲 (*Onchocerca volvulus*)、海獸胃線蟲屬 (*Anisakis species*)和吸蟲 (trematodes) (例如血吸蟲屬 (*Schistosoma species*))，特別是日本血吸蟲屬 (*Schistosoma japonicum*)和肺吸蟲屬 (*Paragonimus species*))

A9.1.7 歸因於顱內寄生蟲感染之頭痛 Headache attributed to intracranial parasitic infestation

登錄他處：

歸因於病變之佔位性而非顱內寄生蟲感染之直接影響的頭痛，可被登錄在A9.1.6 歸因於佔位性顱內感染病變或寄生蟲感染之頭痛。

說明：

寄生蟲感染的特點分為急性和慢性階段。急性階段的頭痛通常是因為腦膜炎，慢性階段的頭痛被認為

是因為腦炎性變化或次發於神經精神狀態之惡化。由於尚缺乏這些疾患所引起的頭痛之系統性研究，診斷基準只能以極為不確定的方式被提出。

診斷基準：

- A. 頭痛具下列任一項特徵，可能有或可能沒有局部神經學症狀及/或徵候，且符合基準C及D：
1. 急性發作之頭痛，與 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎之頭痛相似
 2. 頭痛之發作較不明顯，且有慢性腦膜腦炎 (meningoencephalitis) 特徵
- B. 腦脊髓液檢查、血清學及/或神經影像證實有顱內寄生蟲感染
- C. 頭痛發生在寄生蟲感染時期
- D. 頭痛在寄生蟲感染治療成功後，三個月內緩解

說明：

頭痛是顱內寄生蟲感染常見且常是第一個症狀。有許多種的寄生蟲體會直接或間接感染中樞神經系統。然而 *Trypanosoma cruzi* (美洲錐蟲病，查加斯 (Chagas) 疾病) 會造成急性腦膜炎，而 *T. brucei gambiense* (西非錐蟲病，甘比亞睡眠病 (Gambian sleeping sickness)) 和 *T. brucei rhodesiense* (東非錐蟲病，東非睡眠病) 會造成慢性腦膜腦炎。

好發因素包括暴露在寄生蟲盛行的熱帶及/或亞熱帶地區，及一些少數情況，如免疫力減弱狀態。

A9.4.2 慢性非細菌性感染後頭痛 Chronic post-non-bacterial infection headache

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 已有非細菌性感染，但已有效治療或自然緩解
- C. 頭痛已歸因於該感染
- D. 感染經有效治療或自然緩解後，頭痛持續 > 三個月

說明：

歸因於非細菌性感染之慢性頭痛的證據很少。需要更多的研究。

重要文獻

Westerink MA, Amsterdam D, Petell RJ, Stram MN, Apricella MA. Septicemia due to DF-2. Cause of a false-positive cryptococcal latex agglutination result. *Am J Med* 1987; 83:155 - 8.

A10. 歸因於體內恆定疾患之頭Headache attributed to disorder of homeostasis

A10.7.1 歸因於其他代謝或全身性疾患之頭痛

Headache attributed to other metabolic or systemic disorders

歸因於下列疾患之頭痛尚未被充分證實：貧血、高碳酸血症 (hypercapnia)、腎上腺皮質功能不全 (adrenocortical insufficiency)、礦物皮質功能不全 (mineralocorticoid deficiency)、高醛固酮症 (hyperaldosteronism)、紅血球過多症 (polycythaemia)、高血粘稠度症候群 (hyperviscosity syndrome)、栓塞性血小板減少性紫斑病 (thrombotic thrombocytopenic purpura)、血漿分離術 (plasmapheresis)、抗心磷脂抗體症候群 (anticardiolipin antibody syndrome)、Cushing 氏病、低鈉血症 (hyponatraemia)、甲狀腺功能亢進症、高血糖症、高鈣血症 (hypercalcaemia)、全身性紅斑性狼瘡、慢性疲勞症候群 (chronic fatigue syndrome)、纖維肌痛症 (fibromyalgia)。需要控制良好之前瞻性研究來更清楚地定義與這些疾患有關的頭痛之發生率與特徵。每個病例中，只有在病人符合該類疾患之已確立的診斷基準時才該被評估。

A10.8 慢性體內恆定疾患後頭痛 Chronic post-homeostasis disorder headache

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 曾有體內恆定疾患，但已被有效治療或已自然緩解
- C. 頭痛已歸因於該體內恆定疾患
- D. 該體內恆定疾患經治療或緩解後，頭痛持續 > 三個月

說明：

有些病人在體內恆定疾患緩解後仍有持續性頭痛。這類頭痛從未成為系統性研究的主題。

A11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其它顏面或顱部結構疾患之頭痛或顏面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures)

A11.5.1 黏膜接觸點頭痛 Mucosal contact point headache

診斷基準：

- A. 眼眶周圍及內眼眥或顳額部位 (medial canthal or temporozygomatic regions) 的間歇性疼痛，且符合基準C及D
- B. 經臨床、鼻內視鏡與及/或電腦斷層檢查，證實有黏膜接觸點，但無急性鼻炎鼻竇炎
- C. 依據下列至少一項，證明此疼痛可歸因於黏膜接觸：
 - 1. 當病人交替改變直立及平躺姿勢時，疼痛會因重力改變黏膜的充血狀態而跟著變化
 - 2. 在安慰劑或其他控制型試驗下，於中鼻甲使用診斷性局部麻醉藥品，可使疼痛在5分鐘內消失 (註1)
- D. 頭痛於手術移除黏膜接觸點後7日內緩解，且不再復發

註記：

- 1. 疼痛解除係指疼痛完全消失，即目測類比量表 (visual analogue scale, VAS) 評分為零。

說明：

A11.5.1 黏膜接觸點頭痛是新列入的頭痛分類，證據仍有限。因此建議使用上述基準挑選病人來進行控制型臨床試驗，以確立此疾病。

A11.9 顱頸疾患後之慢性頭痛

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C及D
- B. 某顱頸疾患曾經存在，但已經有效治療或已自然緩解
- C. 頭痛歸因於該顱頸疾患
- D. 在該顱頸疾患已有效治療或自然緩解後，頭痛持續 >3個月

A12. 歸因於精神疾患之頭痛 Headache attributed to psychiatric disorder

頭痛常伴隨各種精神疾患一起發生，然而此一相關性是否為因果關係，以及若有因果關係，何者為因何者為果，仍然是尚待研究的主題。在這段附錄之中我們提供了一些建議的診斷基準，以對某些精神疾患與頭痛間可能有的因果關係做進一步的研究。我們並不建議將它們例行的用在臨床執業中，來描述頭痛與精神疾患兩者之相關性。在大部分的病例中，頭痛和這些精神疾患的相關，乃是反應出它們兩者有共同潛在的危險因子或是病因。

請注意，當作出下列任一診斷時，務必要確定此一頭痛僅只出現在此精神疾病的患病期間。這代表著該頭痛僅只發生在此一精神疾患發病之時。因此，例如在有分離焦慮疾患的小孩，只有當頭痛單單只發生在真正或瀕臨分離情況之時，才可將此一頭痛歸因於分離焦慮疾患。同樣的，在一個患有恐慌症的成人，只有當頭痛單單只發生在恐慌發作之時，作為恐慌發作的症狀之一，這樣的頭痛才可被歸因於恐慌症。

A12.3 歸因於重鬱症之頭痛 Headache attributed to major depressive disorder

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C-E
- B. 有符合DSM-IV診斷基準的重鬱症：
 - 1. 有一或多次發作，每次發作之中有連續兩星期至少具有下列五項的症狀：
 - a) 心情抑鬱
 - b) 興趣或樂趣明顯減少
 - c) 體重或食慾改變
 - d) 失眠或是睡眠過度
 - e) 精神動作激躁或是遲滯
 - f) 疲勞或是活力喪失
 - g) 無價值感或是過度或不當的罪惡感
 - h) 難以專心或猶豫不決
 - i) 重覆出現死亡想法、自殺的念頭、計劃或企圖
 - 2. 從來沒有任何狂躁症或輕躁症發作的發生
 - 3. 無法以傷慟 (bereavement) 解釋，且不是起因於身體疾病或是物質的直接生理反應
- C. 此頭痛僅只發生在重鬱發生之時
- D. 重鬱症完全解除後，頭痛在三個月內緩解或大有改善
- E. 頭痛非歸因於其他疾患

說明：

既然三環抗鬱劑能有效治療某些頭痛類型，所以當重鬱症在用三環抗鬱劑以外的其他抗鬱劑治療下改善，較易顯示此頭痛乃導因於精神疾病

A12.4 歸因於恐慌症之頭痛 Headache attributed to panic disorder

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C-E
- B. 有符合DSM-IV基準的恐慌症：
 - 1. 重複出現無預期之恐慌發作，接著有至少一個月的擔心再度發作，或擔心發作之含意，或是因發作而有行為改變。
 - 2. 恐慌發作的定義為：一段明確陣發之極度害怕或不適，其中突然發生下列症狀之中至少四項，且在10分鐘內達到頂點：
 - a) 心悸
 - b) 大聲的心臟跳動或是加快的心跳速度
 - c) 流汗、顫抖或發抖
 - d) 呼吸急促或是喘不過氣的感覺
 - e) 窒息、胸部的痛或不適感
 - f) 噁心或腹痛
 - g) 感覺頭暈、不平穩、頭輕飄感或昏倒
 - h) 脫離現實感或脫離自我感
 - i) 害怕失控或發瘋
 - j) 害怕死亡
 - k) 感覺異常
 - l) 寒慄或熱潮紅
 - 3. 恐慌發作不是起因於身體疾患或是物質的生理反應
- C. 此頭痛僅只發生在恐慌發作之時
- D. 恐慌症解除後，頭痛緩解且不再復發
- E. 頭痛非歸因於其他疾患

A12.5 歸因於泛焦慮症之頭痛 Headache attributed to generalised anxiety disorder

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C-E
- B. 有符合DSM-IV診斷基準的泛焦慮症：
 - 1. 至少六個月以上的期間，在多數的日子裡，對於許多的事件或活動有過度焦慮和擔憂，而且病人對此情況感到難以掌控
 - 2. 至少伴隨有下列六項中的三項：

- a) 坐立不安或緊繃難耐或焦躁
- b) 容易疲勞
- c) 注意力難以集中或腦中一片空白
- d) 煩躁易怒
- e) 肌肉緊繃
- f) 睡眠障礙

- 3. 並非僅僅發生在情緒疾患 (mood disorder) 期間
- 4. 不是起因於身體疾患或是物質的直接生理反應

- C. 此頭痛僅只發生在泛焦慮症發生之時
- D. 泛焦慮症解除後，頭痛緩解且不再復發
- E. 頭痛非歸因於其他疾患

A12.6 歸因於未分化類身體疾患之頭痛 Headache attributed to undifferentiated somatoform disorder

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C-E
- B. 除頭痛之外，尚有符合DSM-IV診斷基準 未分化類身體疾患 定義的一個類身體症狀出現：
 - 1. 除了頭痛外，還有其他身體症狀，經適當診察後，仍無法以一般醫學解釋，或是無法歸因於身體疾病或是物質或藥物直接造成之效應，或是雖有一相關的身體疾患，但是其不適或是障礙超過病人的病史、身體檢查及/或實驗室檢驗所預期。
 - 2. 此身體症狀及頭痛造成病人的痛苦或障礙，且持續至少六個月
- C. 此頭痛僅只發生在有該其他身體症狀之時
- D. 未分化類身體疾患解除後，頭痛即緩解
- E. 頭痛非歸因於其他疾患

A12.7 歸因於社交恐懼症之頭痛 Headache attributed to social phobia

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C-E
- B. 有符合DSM-IV診斷基準的社交恐懼症：
 - 1. 明顯且持續的對包括學校內的各種社交或是需要表現的場合感到害怕，在這些場合中病人會接觸到不熟的人或是可能被其他人審視，且病人會害怕出糗或做出尷尬的事情。
 - 2. 病人會避免社交場合或是很痛苦的忍受
 - 3. 此畏懼是病人痛苦的來源或造成病人社交或職業功能的障礙
- C. 頭痛僅只發生在社交恐懼症之時

- D. 社交恐懼症解除後，頭痛即緩解
- E. 頭痛非歸因於其他疾患

A12.8 歸因於分離焦慮疾患之頭痛 Headache attributed to separation anxiety disorder

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C-E
- B. 有分離焦慮疾患，至少符合以下DSM-IV診斷基準中之三項，持續≥六個月且在18歲前發作：
 1. 當發生或預期會發生離開家或是與主要依附對象分離時，病人會重複產生過度的痛苦
 2. 持續且過度的憂慮可能會失去主要依附對象或是擔心可能的危害降臨主要依附對象身上
 3. 持續且過度憂慮會有不幸的事情導致病人和主要依附對象分離 (例如迷路或被綁架)
 4. 因害怕分離，而持續的排斥或拒絕上學或是到其他地方
 5. 持續且過度的害怕或排斥獨自一人、或是處在沒有主要依附對象在的家中、或是處在沒有重要的成人伴隨的地方
 6. 持續排斥或是拒絕沒有主要依附對象在附近而去睡覺、或是離家睡覺
 7. 重覆作關於分離的噩夢
 8. 當病人發生或是預期會發生與主要依附對象分離的時候，會重覆出現身體症狀 (如頭痛、胃痛、噁心或嘔吐)
- C. 頭痛僅只發生在分離焦慮疾患之時
- D. 分離焦慮疾患解除後，頭痛緩解
- E. 頭痛非歸因於其他疾患

A12.9 歸因於創傷後壓力疾患之頭痛 Headache attributed to post-traumatic stress disorder

診斷基準：

- A. 頭痛，無已知典型特徵，符合基準C-E：
- B. 有符合DSM-IV診斷基準的創傷後壓力疾患：
 1. 病人曾經接觸到符合以下兩點的創傷事件：
 - a) 病人經歷、目睹或面對真實的或脅迫的死亡或嚴重傷害，或是恐嚇到自身或他人身體完整性的事件
 - b) 病人的反應包括強烈害怕、無助或恐懼
 2. 此創傷至少以下列方式之一持續的重覆經歷：
 - a) 對此事件有重複且侵入性的痛苦回憶，包括

影像、思想或感覺

- b) 重複出現關於此事件的痛苦夢境
 - c) 以彷彿創傷事件正在復發的情況中行動或感覺 (包括重新經歷的感覺、錯覺、幻覺和解離性閃回症狀，包含在剛睡醒或喝醉時發生的經歷)
 - d) 接觸到象徵或是類似此創傷事件的各種內在或外在的提示時會有強烈的心理痛苦
 - e) 接觸到象徵或是類似此創傷事件的各種內在或外在的提示時會造成生理的反應
3. 持續避免與創傷有關的刺激和全面性的 (在創傷前沒有的) 反應遲鈍，至少符合下列三項：
 - a) 努力避免有關此創傷事件的思想、情感或談話
 - b) 努力避免會引發回想起此創傷的活動、地點或是人員
 - c) 無法回想起此創傷的重要部分
 - d) 對重要活動的興趣或是參與度明顯降低
 - e) 感覺隔閡疏離或是與他人疏遠
 - f) 情緒受限 (例如無法有愛的感覺)
 - g) 感覺未來受限 (例如對工作、婚姻、孩子或人生無期待)
 4. 持續的高度警覺症狀 (在外傷前沒有)，至少符合下列兩項：
 - a) 難以入眠或維持睡眠
 - b) 煩躁易怒或是脾氣發作
 - c) 難以專心
 - d) 過度警戒
 - e) 誇張的驚嚇反應
 5. B2, B3和B4症狀已持續 > 一個月
- C. 頭痛僅只發生在創傷後壓力疾患時
 - D. 創傷後壓力疾患解除後，頭痛緩解
 - E. 頭痛非歸因於其他疾患

A13. 顱神經痛和中樞性顏面痛 Cranial neuralgias and central causes of facial pain

A13.7.1 錢幣狀頭痛 Nummular headache

舊稱：

錢幣形頭痛 (Coin-shaped cephalgia)

描述：

無任何潛在性結構病變下，侷限於頭部一小範圍的疼痛。

診斷基準：

- A. 輕到中度頭痛，符合基準B和C：
- B. 疼痛感覺典型只在直徑2至6公分圓形或橢圓形的範圍
- C. 疼痛是慢性，是連續性或是由長達數星期到數月之自然緩解所間斷
- D. 非歸因於其他疾患

說明：

女性稍多一點。

錢幣狀頭痛可能是一種局限的三叉神經末支神經痛。

疼痛區域可位在頭部任何地方，但時常在頂部。疼痛保持侷限在相同的症狀區，不會因為時間而改變形狀或大小。基本疼痛 (baseline pain) 之外，有時會加上持續數秒，或是10分鐘到2小時逐漸加劇的割裂疼痛 (lancinating exacerbations)。症狀期時或症狀期之間，受影響的區域會出現感覺遲鈍、感覺異常、麻木、壓痛及/或不適的多種組合。

觀察到38%的病患會有自然緩解期，但在幾星期或幾個月後，又回到連續性疼痛。

重要文獻

Pareja JA, Caminero AB, Serra J, Barriga FJ, Dobato JL, Baron M, Vela L, Sanchez del Rio M. Numular headache: a coin-shaped cephalgia. *Neurology* 2002; 58:1678 - 9.

名詞定義

Definition of Terms

王博仁 傅中玲 王署君 譯

伴隨症狀 **Accompanying symptoms:**

通常為伴隨頭痛而非發生於頭痛前或後的症狀。例如在偏頭痛中，最常見的為噁心、嘔吐、畏光和怕吵；而嗅覺敏感 (osmophobia)、腹瀉、和其他症狀較少發生。

食慾不振 **Anorexia:**

沒有食慾和輕度討厭食物。

頭痛 (或疼痛) 發作 **Attack of headache (or pain):**

頭痛 (或疼痛) 由發生，維持某一程度達數分鐘到72小時，之後減弱直到完全消失。

預兆 **Aura:**

預兆偏頭痛發作的初期症狀，此乃局部腦功能異常的表現。預兆通常發生於頭痛前，持續20至30分鐘。參見：局部症狀 focal symptoms、前兆 prodrome、前驅症狀 premonitory symptoms 和警告症狀 warning symptoms

慢性 **Chronic:**

在疼痛名詞中，慢性表示持續超過三個月之久。在頭痛名詞中，它也有次發性頭痛疾患之涵義。原發性頭痛疾患較常是陣發性 (參照下文)，而慢性則用在超過3個月期間，當頭痛發作 (參照前文) 的天數比不發作的天數還多時。三叉自律神經頭痛則為例外，在這些疾患中，除非疾患持續超過一年還未緩解，不使用慢性。

時間點上密切關連 **Close tempo-**

ral relation:

此詞被用於描述器質性疾患和頭痛間的關係。對可能有因果關係之急性發作疾患，也許已知其特定時間點的關連，但研究常常並不充分。慢性疾患的時間點關連與因果關係通常很難以確定。

叢發性頭痛發作 **Cluster headache attack:**

一次持續15至180分鐘之連續疼痛發作。

叢發期 **Cluster period:**

叢發性頭痛規則性地發作，且至少每隔一天發作一次的期間。

叢發性頭痛緩解期 **Cluster remission period:**

叢發性頭痛不再自然發作且不會被酒精或硝化甘油引發的期間。必須無發作期間超過一個月，才認定為緩解期。

發作時期 **Duration of attack:**

符合某種特定頭痛型或亞型的基準，一次頭痛 (或疼痛) 發作 (參照前文)，從開始到結束的時間。偏頭痛或叢發性頭痛發作後，可能有低度、非搏動性、無伴隨症狀的頭痛持續，但這不是發作的一部分，且不包含在發作時間內。如果病人頭痛發作時入睡，且睡醒時頭痛緩解，則發作時間要算至睡醒時。如果偏頭痛發作經藥物有效緩解，但48小時內症狀復發，這可能為同一次頭痛發作的復發或是另一新的發作。須要加以判斷來作辨別 (參見發作頻率)。

陣發性 **Episodic:**

頭痛 (或疼痛) 發作 (參照前文) 之復發和緩解，可以規則性或非規則性，發作時間亦可固定性或多變性。經過長期使用，在陣發叢發

性頭痛此詞已有特別的意義，意發性頭痛緩解期 (參照前文) 之間的叢發期頭痛發作，而不是單次發作。相似的用法已在發作性半邊頭痛被採納。

顏面痛 **Facial pain:**

眼眶耳孔基線 (orbitomeatal line) 以下，脖子以上和耳朵以前之疼痛。

局部症狀 **Focal symptoms:**

局部腦 (通常是大腦) 障礙的症狀，例如發生在偏頭痛預兆。

中世紀城堡周圍閃輝暗點

Fortification spectrum:

偏頭痛典型之視覺預兆，為有稜角、多星狀逐漸擴散之視幻覺。

發作頻率 **Frequency of attacks:**

每一時期 (通常為一個月) 頭痛 (或疼痛) 發作 (參照前文) 的頻率。偏頭痛發作以藥物有效緩解後，48小時內可能會復發。國際頭痛學會之偏頭痛控制性藥物試驗準則第二版建議一個實用的解決辦法，特別是在用前一個月的頭痛日誌登錄區別各次發作時，須有完全不痛的一整天才能算作是個別發作。

頭痛 **Headache:**

位於眼眶耳孔基線以上之疼痛。

頭痛天數 **Headache days:**

一段觀察時間內 (通常是一個月) 有頭痛的日數，不論是一天的任何時間或是一整天。

隱斜視 **Heterophoria:**

隱性斜視。

顯斜視 **Heterotropia:**

顯性斜視。

疼痛程度 Intensity of pain:

疼痛等級通常依其對功能影響之程度表示，且記錄為四等級：0表示無疼痛；1表示輕度疼痛，不影響其平常活動；2表示中度疼痛，限制但不全面阻止其平常活動；3表示重度疼痛，阻止其所有活動。也可用目測類比量表 (visual analogue scale) 表示。

割裂 Lancinating:

沿神經根或神經的一種短暫、電擊似的感覺。

神經影像 Neuroimaging:

腦部之電腦斷層攝影、磁振造影、正子斷層造影、單光子射出斷層造影或閃爍造影術 (scintigraphy)。

新的頭痛 New headache:

病人以前未曾有過之任何頭痛類型。

尚未充分證實 Not sufficiently validated:

根據次委員會的經驗及/或文獻中尚有爭論，確認為診斷實體仍可疑。

後頸部 Nuchal region:

上頸部之背(後)側，包括頸肌於顱骨的附著區域。

顱周肌肉 Pericranial muscles:

頸肌、嚼肌、表情和言語之顏面肌和內耳肌肉(鼓膜張肌 (tensor tympani)，鐙骨肌(stapedius))。

怕吵 Phonophobia:

對聲音敏感，通常會造成迴避。

畏光 Photophobia:

對光敏感，通常會造成迴避。

前驅症狀 Premonitory symptoms:

偏頭痛發作2至48小時之前及示警症狀，發生在預兆偏頭痛的預兆前和無預兆偏頭痛之疼痛前。常見的前驅症狀有：疲倦、亢奮、鬱悶、不尋常的饑餓感、嗜食某些食物。

壓迫/緊縮性 Pressing/tightening:

持續性的疼痛，通常比喻做繞在頭上的鐵箍。

壓力測痛儀 Pressure algometer:

測量導致疼痛之壓力的可偵測閾值 (detection threshold) 或容忍閾值 (tolerance threshold) 的儀器。

舊稱 Previously used term:

之前已被使用的診斷名詞，與分類名詞 (classified term) 具相似或相同的意義，或是已納入此分類名詞。舊稱通常含意不清及/或在不同國家有不同用法。

前兆 Prodrome:

這名詞以前曾被賦予不同的意義，大多當作是前驅症狀 premonitory symptoms 之同義詞。將來應避免。

搏動 Pulsating:

隨心跳改變；撲通撲通的跳。

牽連痛 Referred pain:

在引起疼痛認知感 (nociception) 以外之另一區域所感覺到的痛感。

屈光異常 Refraction error:

近視、遠視或亂視。

閃爍現象 Scintillation:

亮光，強度波動變化，約每秒8~10週率的視幻覺。此為典型的偏頭痛預兆。

視野缺損 Scotoma:

單或雙眼的部分視野缺失。視野缺損可能是絕對(看不見)或相對的(視野遮蔽 (obscured vision) 或視力減退)。

刺戳痛 Stab of pain:

持續一分鐘或更短(通常是一秒或更短)的突然性疼痛。

物質 Substance:

藥物、化學品、酒、揮發性物質等。

閃光暗點 Teichopsia:

與中世紀城堡周圍閃輝暗點 (fortification spectrum) (參照前文) 同義。

壓痛 Tenderness:

施壓導致的不舒服或疼痛感覺，通常這樣的壓力不致於引起此種感覺。

搏動性，撲通撲通的跳 Throbbing:

與搏動(參照前文) 同義。

單側 Unilateral:

右側或左側，不會越過中線。單側頭痛，不見得是指整個頭的右或左側，可以只是額部、顳部或枕部。用在偏頭痛預兆之感覺或運動障礙時，它包含了完全或部分半邊分佈。

血管攣縮 Vasospasm:

動脈或小動脈收縮到達組織灌流減少的程度。

警告症狀 Warning symptoms:

預兆或前驅症狀的舊稱，因此含意不清。不宜使用。

之字形線條 Zig zag line:

與中世紀城堡周圍閃輝暗點 (for-

Index

Chinese

A

5HT1B/D receptor agonists
 5HT1B/D 接受器促進劑 26

Abdominal migraine
 腹部偏頭痛 17,25,31,35

Accompanying symptoms
 伴隨症狀 50,126,134,145,

Acoustic neuroma
 聽神經瘤 62-3,115

Acute adverse event attributed to medication used for other indications
 治療其他適應症使用之藥物急性不良反應 20,86,91,139

Acute frontal non-pulsatile headache
 急性額部非搏動性頭痛 127

Acute glaucoma
 急性青光眼 22,112,114

Acute headache attributed to whiplash injury
 歸因於頸部甩傷之急性頭痛 18,58,60

Acute post-craniotomy headache
 顱骨切開術後急性頭痛 18,58,61

Acute post-traumatic headache
 急性外傷後頭痛 16,18,58-9,62-3,65

Acute post-traumatic headache attributed to mild head injury
 歸因於輕度頭部外傷之急性外傷後頭痛 18,58-9,62

Acute post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury
 歸因於中或重度頭部外傷之急性外傷後頭痛 18,58-9,62,66

Acute pressor response to an exogenous agent
 外因物質所致急性升壓反應之頭痛 21,86-7,105,109

Acute substance use or exposure
 急性物質使用或接觸 20,86-7,91,95

Acute-onset aura
 急性發作預兆 27

Acute-onset headache
 急性頭痛 60

Alarm clock headache, see Hypnic headache
 鬧鐘頭痛，參見睡眠頭痛

Alcohol-induced headache
 酒精引發之頭痛 20,86,89

Alternating hemiplegia of childhood
 孩童期交互偏癱 135

Amaurosis fugax
 黑矇症 31,68

Anaesthesia dolorosa
 痛性麻木 23,123,129,131

Analgesic-overuse headache
 止痛藥過度使用頭痛 20,86,92

Angiography headache
 血管造影頭痛 19,64,70,74

Anorexia
 食慾不振 31,39-40,106,136,145

Aphasic migraine, see Migraine with aura
 失語偏頭痛，參見預兆偏頭痛

Arnold-Chiari malformation type I
 Arnold-Chiari 氏畸形第一型 51

Arterial dissection
 動脈剝離 19,51-2,64-5,69,73,137

Arterial hypertension
 動脈高血壓 22,105,107-8,110

Arteriovenous malformation (AVM)
 動靜脈畸形(AVM) 19,28,64,67,70,72,81

Arteritis
 動脈炎 19,64-5,67-8,73,118

Aseptic (non-infectious) meningitis
 無菌性（非感染性）腦膜炎 20,76,79,84,87

Ataxia
 運動失調 30,35,81,135

Attack of headache (or pain)
 頭痛(或疼痛)發作 145

Attacks without aura
 無預兆頭痛發作 25-7

Atypical facial pain, see Persistent idiopathic facial pain
 非典型顏面痛，參見持續不明原因顏面痛

Atypical odontalgia
 非典型牙痛 130,132

Aura
 預兆 13-7,25-34,36,39,41,54,58,65,67,70-1,74,81-2,85,88,90-1,93,109-10,115,134,135,138,145-6

B

Bacterial meningitis
 細菌性腦膜炎 21,100-1,103-4,140

Basilar artery migraine, see Basilar-type migraine
 基底動脈偏頭痛，參見基底型偏頭痛

Basilar migraine, see Basilar-type migraine
 基底偏頭痛，參見基底型偏頭痛

Basilar-type migraine
 基底型偏頭痛 17,25,30,35,135

Benign angiopathy of the central nervous system
 中樞神經系統之良性血管病變 19,64

Benign cough headache, see Primary cough headache
 良性咳嗽頭痛，參見原發性咳嗽頭痛

Benign exertional headache, see Primary exertional headache
 良性運動頭痛，參見原發性運動頭痛

Benign intracranial hypertension (BIH), see Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
 良性顱內高壓(BIH)，參見歸因於不明原因顱內高壓之頭痛 (IIH)

Benign paroxysmal torticollis
 良性發作性斜頸 135

Benign paroxysmal vertigo of childhood
 良性孩童期發作性暈眩 17,25,31,35,135

Benign sex headache, see Primary headache associated with sexual activity

良性性交頭痛，參見原發性性行為相關之頭痛
 Benign thunderclap headache, see Primary thunderclap headache
 良性雷擊頭痛，參見原發性雷擊頭痛
 Benign vascular sexual headache, see Primary headache associated with sexual activity
 良性血管性性行為頭痛，參見原發性性行為相關之頭痛

Blurred vision

視力模糊 27,89,114,120

Brain abscess

腦膿瘍 21,100-2,104,139

Burning mouth syndrome

口部灼熱症候群 23,123,130,132

C

Caffeine-withdrawal headache

咖啡因戒斷之頭痛 21,86,94,107

Calcitonin gene-related peptide (CGRP)

-induced headache

Calcitonin gene-related peptide (CGRP)

引發之頭痛 21,26,42,86,91

Cannabis-induced headache

大麻引發之頭痛 20,86,90

Carbon monoxide-induced headache

一氧化碳引發之頭痛 20,86,88

Carcinomatous meningitis

癌性腦膜炎 20,76,80

Cardiac cephalgia

心源性頭痛 22,105,109,111

Carotid angioplasty headache

頸動脈血管成型術後頭痛 19,64,69,73

Carotid dissection

頸動脈剝離 28,69,73,114,137

Carotid or vertebral artery pain

頸動脈或脊椎動脈痛之疼痛 19,64,69

Cavernous angioma

海綿狀血管瘤 19,49,64,67,72

Central causes of facial pain

中樞性顏面痛 3,12,22-3,123,129,143

Central or primary facial pain

中樞或原發性顏面痛 3,12,23,133

Central post-stroke pain

中風後中樞性疼痛 23,123,129,131

Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)

大腦體染色體顯性動脈病變伴有皮質下梗塞及白質腦病變(CADASIL) 19,64,70,74

Cerebral venous thrombosis (CVT)

大腦靜脈栓塞 19,52,64-5,70,74

Cervical headache, see Cervicogenic headache

頸部頭痛，參見頸因性頭痛

Cervicogenic headache

頸因性頭痛 22,42,44,106,112-4,117

Charlin's neuralgia, see Nasociliary neuralgia

Charlin氏神經痛，參見鼻睫神經痛

Chiari malformation type I (CM1)

Chiari氏畸形第一型(CM1) 20,51,76,81,85

Childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine

通常為偏頭痛前驅之孩童週期性症候群 17,25,30,33

Children

孩童 26,30-1,34-5,54,78,85,99,103-4,118,121,135

Chinese restaurant syndrome, see Monosodium glutamate-induced headache

中國餐館症候群，參見味精(麩酸鈉)引發之頭痛

Chronic

慢性 13-4,16-8,21,25-6,30-4,36,38,40-9,53-5,58-62,64-5,67,76-7,86-9,92-5,97-101,103-5,107-8,110-3,115,117-21,132,136-41,144-5

Chronic cluster headache

慢性叢發性頭痛 14,18,45-6

Chronic from onset

自始即為慢性 14

Chronic headache attributed to other head and/or neck trauma

歸因於頭部及/或頸部外傷之慢性頭痛 18,58,61

Chronic headache attributed to whiplash injury

歸因於頸部甩傷之慢性頭痛 18,58,60,62

Chronic headache with acute onset, see New daily-persistent headache

急性發作之慢性頭痛，參見新發生每日持續性頭痛

Chronic migraine

慢性偏頭痛 13,17,25-6,31-3,36,39,41,57,62,93

Chronic paroxysmal hemicrania (CPH)

慢性發作性半邊頭痛 18,34,45,47,49,55,67,117

Chronic post-bacterial meningitis headache

慢性細菌性腦膜炎後頭痛 21,100-1,103

Chronic post-craniocervical disorder headache

顱頸疾患後之慢性頭痛 112,141

Chronic post-craniotomy headache

頭顱切開術後之慢性頭痛 19,58,61

Chronic post-homoeostasis disorder headache

慢性體內恆定疾患後頭痛 105,140

Chronic post-infection headache

慢性感染後頭痛 21,100,103

Chronic post-intoxication headache

慢性中毒後頭痛 89

Chronic post-intracranial disorder headache

慢性顱內疾患後頭痛 76,138

Chronic post-non-bacterial infection headache

慢性非細菌性感染後頭痛 100,103,140

Chronic post-substance exposure headache

慢性物質接觸後之頭痛 87,138

Chronic post-traumatic headache

慢性外傷後頭痛 16,18,58-62,66

Chronic post-traumatic headache attributed to mild head injury

歸因於輕度頭部外傷之慢性外傷後頭痛 18,58,60

Chronic post-traumatic headache attributed to

moderate or severe head injury
歸因於中或重度頭部外傷之慢性外傷後頭痛 18,58-9,61-2,65

Chronic post-vascular disorder headache
慢性血管疾患後的頭痛 137

Chronic post-whiplash injury headache
頸部甩傷後之慢性頭痛 59,60

Chronic tension-type headache
慢性緊縮型頭痛 17-8,38,40-3,53,57,87-8,92-3,95,113,119,136

Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness
慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 17,38,41,113

Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
慢性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 17,38,41

Classic or classical migraine, see Migraine with aura
典型偏頭痛，參見預兆偏頭痛

Classical glossopharyngeal neuralgia
典型舌咽神經痛 23,123-4

Classical trigeminal neuralgia
典型三叉神經痛 23,123-4,129

Close temporal relation
時間點上密切關連 15,25-30,32-3,38-41,45-7,50,53,57,58,61,64-6,68-70,76-80,82-3,86-94,100-1,103,105,108-9,112-6,119,129,136,145

Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalgias
叢發性頭痛及其他三叉自律神經頭痛 2,11,15,18,24,45,136

Cluster headache attack
叢發性頭痛發作 46,49,88,91,145

Cluster period
叢發期 46,87-8,145

Cluster remission period
叢發性頭痛緩解期 145

Cocaine-induced headache
古柯鹼引發之頭痛 20,86,90,108

Cocktail headache, see Alcohol-induced headache
雞尾酒頭痛，參見酒精引發之頭痛

Coin-shaped cephalgia, see Nummular headache
錢幣形頭痛，參見錢幣狀頭痛

Coital cephalgia, see Primary headache associated with sexual activity
交合頭痛，參見原發性性行為相關之頭痛

Cold-stimulus headache
冷刺激頭痛 126,131

Combination medication-overuse headache
複合藥物過度使用頭痛 20,86,93

Common migraine, see Migraine without aura
尋常偏頭痛，參見無預兆偏頭痛

Complicated migraine, see Migraine with aura
複雜偏頭痛，參見預兆偏頭痛

Complications of migraine
偏頭痛併發症 17,25,31

Constant pain caused by compression, irritation or distortion of cranial nerves or upper cervical

roots by structural lesions
因結構病變導致顱神經或上頸神經根壓迫、刺激或扭曲而造成的持續性疼痛 22,123,127

Cortical spreading depression of Leao
Leao氏皮質傳播性抑制 27

Cranial bone
顱骨 21,113,116,127

Cranial neuralgias and central causes of facial pain
顱神經痛和中樞性顏面痛 3,12,22,112,123,143

Cranial or cervical vascular disorder
頭、頸部血管性疾患 2,10,18,56,137

Cranio-cervical dystonia
顱頸肌張力異常症 22,112-4,117

Cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structures
頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其它顏面或頸部結構 3,12-3,22,56,100,112-3,116

CSF fistula headache
腦脊髓液瘻管頭痛 19,76,78,80

CSF hypotension
腦脊髓液低壓 53,61,70

CSF pleocytosis
腦脊髓液白血球增生 29,68,82

Cyclical vomiting
週期性嘔吐 17,25,30,35

D

De novo chronic headache, see New daily-persistent headache (NDPH)
新發慢性頭痛，參見新發生每日持續性頭痛(NDPH)

De novo headache
新發生頭痛 57,137

Delayed alcohol-induced headache
酒精引發之延遲型頭痛 20,86,89

Delayed CGRP-induced headache
CGRP引發之延遲型頭痛 20,86,91

Delayed histamine-induced headache
組織胺引發之延遲型頭痛 20,86,90

Delayed NO donor-induced headache
一氧化氮引發之延遲型頭痛 20,86,88

Diagnostic headache diary
診斷式頭痛日誌 16,40-1

Dialysis headache
透析頭痛 22,105,107,110

Dietary headache, see Head induced by food components and additives
飲食頭痛，參見食品成分及添加物引發之頭痛

Difficulty in concentrating
注意力難以集中 27,58,103

Diplopia
複視 30,77,81,115

Disorder of ears
耳疾患 22,112,115,117

Diving headache

潛水頭痛 22,105-6,110
Drug-induced headache, see Medication-overuse headache (MOH)
藥物引發之頭痛，參見藥物過度使用頭痛(MOH)
Dull type
鈍痛型 52
Dural arterio-venous fistula
硬腦膜動靜脈瘻管 19,64,67,72
Dural arteriovenous fistula
硬腦膜動靜脈瘻管 67,72
Duration of attack
發作時期 145
Dynamite headache, see Immediate NO donor-induced headache
炸藥頭痛，參見一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛
Dysaesthesia
感覺異常 126,130,142
Dysphasic
失語性 27-9

E

Eagle's syndrome
Eagle氏症候群 130,132
Ears
耳 3,11,22,56,82,100,102,112-3,115-7,120,124-5,127,130,141,146
East African sleeping sickness
東非睡眠病 140
East African trypanosomiasis
東非錐蟲病 140
Eclampsia
子癇症 22,96,105,108,110
Empyema
膿瘍 21,100,102,104,139
Encephalitis
腦炎 21,83,100-4,140
Endocrine disorder
內分泌疾患 78
Enlarged blind spot
盲點擴大 77
Enterochromaffin cell tumours
腸道親鉻細胞瘤 107
Enuresis
遺尿症 119
Epidural haematoma
硬腦膜外血腫 18,58,60
Epilepsy
癲癇 25,33,37,67,80-1,85,135
Epileptic seizure
癲癇發作 20,67,76,81,85
Episodic
陣發性 14,15,26,30-2,35,38-41,45-7,87-8,92,113,119,136,145
Episodic cluster headache

陣發叢發性頭痛 14,18,45,145
Episodic migraine
陣發性偏頭痛 32
Episodic orbital pain
陣發性眼窩痛 128
Episodic paroxysmal hemicrania
陣發發作性半邊頭痛 18,45,47
Episodic SUNA
陣發性SUNA 136
Episodic tension-type headache
陣發性緊縮型頭痛 15-8,26,38-41,87-8,92,113,136
Ergotamine-overuse headache
麥角胺過度使用頭痛 21,86,92-3
Ergots
麥角鹼 92,98,109
Erythrocyte sedimentation rate (ESR)
紅血球沉降速率(ESR) 68,114
Erythro-melalgia of the head, see Cluster headache
頭部肢端紅痛病，參見叢發性頭痛
Erythroprosopalgia of Bing, see Cluster headache
Bing氏面部紅痛病，參見叢發性頭痛
Essential headache, see Tension-type headache (TTH)
本態性頭痛，參見緊縮型頭痛(TTH)
Evolving from episodic
由陣發性演變而來 14,40
Exercise-induced migraine
運動引發之偏頭痛 51
Exogenous hormone-induced headache
外因性荷爾蒙引發之頭痛 21,86,93
Explosive headache
爆炸般頭痛 51
Explosive type headache
爆炸型頭痛 52
External application of a cold stimulus
外在冷刺激 23,123,126
External compression headache
外在壓迫性頭痛 23,123,126,131
Eyelid oedema
眼皮水腫 45-7,136
Eye
眼 3,11,22,31,36,47,56,68,100,112-7,120,127,129,131,141,146

F

Facial angioma
顏面血管瘤 67
Facial or neck pain attributed to arterial dissection
歸因於動脈剝離的頭痛或臉部、頸部之疼痛 19,64,69,137
Facial pain
顏面痛 3,12-3,21-3,42,56,69,100,112-3,115-8,122-3,125,127-33,141,143,145
Facial pain attributed to multiple sclerosis
歸因於多發性硬化症之顏面痛 23,123,129,132
Familial hemiplegic migraine (FHM)

- 家族性偏癱偏頭痛 14,17,25,28-30,35,83
- Fasting
 - 斷食 22,105,109,111
- Fatigue
 - 疲倦 27,106,140,142,146
- Fibromyalgia
 - 纖維肌痛症 140
- Flickering lights, spots or lines
 - 閃爍的光、點或線 27-29
- Focal cerebral dysfunction
 - 局部腦功能異常 145
- Focal deficits
 - 局部缺損 65,67,68
- Focal dystonias
 - 局部肌張力異常症 114
- Focal symptoms
 - 局部症狀 145
- Food components and additives
 - 食品成分及添加物 20,86,89
- Forehead and facial sweating
 - 前額及臉部出汗 45-6
- Foreshortened future
 - 未來受限 143
- Fortification spectrum
 - 中世紀城堡周圍閃輝暗點 27,145-6
- Frequency of attacks
 - 發作頻率 33,145
- Frequent episodic tension-type headache
 - 經常陣發性緊縮型頭痛 15,18,26,38-41,113,136
- Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness
 - 經常陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 17,38,40,113
- Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
 - 經常陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 17,38,40
- Fully reversible dysphasic speech disturbance
 - 完全可逆失語性語言障礙 27-9

G

- Gambian sleeping sickness
 - 甘比亞睡眠病 140
- Gastro-oesophageal reflux
 - 胃食道逆流 135
- Generalised anxiety disorder
 - 泛性焦慮症 119,142
- Genetic relationship
 - 基因關係 27
- Giant cell arteritis (GCA)
 - 巨細胞動脈炎(GCA) 19,64,67-8,73
- Glasgow Coma Scale (GCS)
 - Glasgow昏迷指數(GCS) 59-60
- Glaucoma
 - 青光眼 112,114,117
- Glossodynia

- 舌痛 130
- Glossopharyngeal neuralgia
 - 舌咽神經痛 23,123-5,130

H

- Haematoma
 - 血腫 18,58-61,65
- Haemodialysis
 - 血液透析 107
- Haemorrhage
 - 出血 19,51-2,55,59-60,64-7,69,71-3
- Hangover headache, see Delayed alcohol-induced headache
 - 宿醉頭痛，參見酒精引發之頭痛
- Harris-Horton's disease, see Cluster headache
 - Harris-Horton氏病，參見叢發性頭痛
- Head and neck trauma
 - 頭部及頸部外傷 56,62
- Head and/or neck trauma
 - 頭部及/或頸部外傷 3,11,18,58-9,61-2,112
- Head and/or neck trauma, acute headache
 - 頭部及/或頸部外傷，急性頭痛 58,61
- Head and/or neck trauma, chronic headache
 - 頭部及/或頸部外傷，慢性頭痛 58,61
- Headache
 - 頭痛 1-146
- Headache as an adverse event attributed to chronic medication
 - 歸因於慢性藥物不良反應之頭痛 21,77,86,93,99
- Headache days
 - 頭痛天數 145
- Headache not classifiable, see Headache not elsewhere specified; Headache unspecified
 - 無法分類的頭痛，參見不屬於現存分類的頭痛；特性不明的頭痛
- Headache not elsewhere classified
 - 不屬於現存分類的頭痛 23,133
- Headache syndromes
 - 頭痛症候群 14,48,52,54-5,117,121,138
- Headache unspecified
 - 特性不明的頭痛 23,133
- Hemianopia
 - 偏盲 29,31
- Hemicrania angioparalytica, see Cluster headache
 - 半邊頭痛血管麻痺，參見叢發性頭痛
- Hemicrania continua
 - 持續性半邊頭痛 13,18,34,45,50,53,55
- Hemicrania epileptica
 - 癲癇性半邊頭痛 20,76,81,85
- Hemicrania neuralgiformis chronica, see Cluster headache
 - 慢性神經痛性半邊頭痛，參見叢發性頭痛
- Hemicrania simplex, see Migraine without aura
 - 簡單半邊頭痛，參見無預兆偏頭痛
- Hemicranium

- 半邊頭痛 50
- Hemidistrudition
- 半邊分佈 146
- Hemiparaesthetic migraine
- 偏麻偏頭痛 27
- Hemiparaesthetic, see Migraine with aura
- 偏麻性，參見預兆偏頭痛
- Hemiplegia
- 偏癱 135
- Hemiplegic migraine, see Migraine with aura
- 偏癱偏頭痛，參見預兆偏頭痛
- Hemisynndrome
- 單側症候群 129
- Herpes simplex virus
- 單純性疱疹病毒 84,101,104
- Heterophoria
- 隱斜視 22,112,114,145
- Heterotropia
- 顯斜視 22,112,114,145
- High-altitude headache
- 高海拔頭痛 22,105-6,110
- Histamine-induced headache
- 組織胺引發之頭痛 20,86,90
- Histaminic cephalalgia, see Cluster headache
- 組織胺頭痛，參見叢發性頭痛
- HIV/AIDS
- 人類免疫缺乏病毒(HIV)/後天性免疫不全症候群(愛滋病)(AIDS) 21,100,102-3
- Hodgkin's disease
- Hodgkin氏病 128
- Horner's syndrome
- Horner氏症候群 69
- Homeostasis
- 體內恆定 3,11,13,22,56,105,109,140
- Homonymous visual symptoms
- 同名側的視覺症狀 27-8
- Hormone replacement therapy
- 荷爾蒙替代療法 36,94,99,135
- Horton's disease, see Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)
- Horton氏病，參見歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛
- Horton's headache, see Cluster headache
- Horton氏頭痛，參見叢發性頭痛
- Hot dog headache, see Immediate NO donor-induced headache
- 熱狗頭痛，參見一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛
- Hot flushes
- 熱潮紅 142
- Human trigeminal-parasympathetic reflex
- 人體之三叉神經副交感神經反射 45
- Hypacusia
- 聽力障礙 30,78,81
- Hypaesthesia
- 感覺遲鈍 129,144
- Hyperacusia
- 聽覺過敏 81
- Hyperaemia
- 充血 27
- Hyperaldosteronism
- 高醛固酮症 140
- Hyperalgesia
- 痛覺過敏 128
- Hypercalcaemia
- 高鈣血症 140
- Hypercapnia
- 高碳酸血症 21,105-7,140
- Hyperglycaemia
- 高血糖症 140
- Hypermetropia
- 遠視 146
- Hyperopia
- 遠視 114
- Hyperperfusion syndrome
- 過度灌注症候群 69
- Hyperprolactinaemia
- 高泌乳激素血症 79
- Hypersomnia
- 睡眠過度 141
- Hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy
- 無高血壓性腦病變之高血壓危症 22,105,107
- Hypertensive encephalopathy
- 高血壓性腦病變 22,74,105,107-8
- Hypertensive retinopathy (Keith-Wagner classification)
- 高血壓性視網膜病(Keith-Wagner氏分類) 108
- Hyperthyroidism
- 甲狀腺機能亢進症 140
- Hypervigilance
- 過度警戒 143
- Hyperviscosity syndrome
- 高血粘度症候群 140
- Hypervitaminosis A
- 維生素A過多症 78
- Hypnic headache
- 睡眠頭痛 13,18,50,52,54-5
- Hypnic headache syndrome, see Hypnic headache
- 睡眠頭痛症候群，參見睡眠頭痛
- Hypoglycaemia
- 低血糖症 109-10
- Hypoglycaemia-induced brain dysfunction
- 低血糖症引發的大腦失能 109
- Hypoglycaemia-induced migraine
- 低血糖引發之偏頭痛 109
- Hypoliqorrhoeic headache, see Headache attributed to spontaneous (or idiopathic) low CSF pressure
- 慢性腦脊髓液不足頭痛，參見歸因於自發性(或病因不明)腦脊髓液低壓之頭痛

- Hyponatraemia**
低鈉血症 140
- Hypophyseal cytosol protein**
腦下垂體細胞質液蛋白 79
- Hypopituitarism**
腦下垂體功能低下 71,79,110
- Hyposmia**
嗅覺遲鈍 115
- Hypotension**
低(血)壓 52,61,71,78,83-4,107
- Hypothyroidism**
甲狀腺低能症 22,105,109,110
- Hypoxia**
缺氧 21,105-7
-
- I**
- Ice-cream headache, see Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus**
冰淇淋頭痛，參見歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛
- Ice-pick pains, see Primary stabbing headache**
冰錐痛，參見原發性刺戳性頭痛
- Ictal discharge**
發作放電 81
- Ictal manifestation**
發作之表現 81
- Idiopathic headache, see Tension-type headache (TTH)**
不明原因之頭痛，參見緊縮型頭痛(TTH)
- Idiopathic intracranial hypertension (IIH)**
原因不明顱內高壓(IIH) 19,76-7,82
- Idiopathic torsional dystonia**
不明原因之扭轉性肌張力異常症 135
- Immediate alcohol-induced headache**
酒精引發之立即型頭痛 20,86,89
- Immediate CGRP-induced headache**
CGRP引發之立即型頭痛 21,86,91
- Immediate histamine-induced headache**
組織胺引發之立即型頭痛 20,86,90
- Immediate NO donor-induced headache**
一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛 20,86-7
- Increased intracranial pressure or hydrocephalus caused by neoplasm**
腫瘤引起顱內壓升高或水腦 20,76-7,80
- Infection**
感染 3,11,13,16,21,53,56,77,100-03,113,116,123,139-40
- Influenza**
流行性感冒 100,102
- Infraorbital neuralgia**
眼眶下神經痛 130
- Infrequent episodic tension-type headache**
不常發陣發性緊縮型頭痛 15,17,26,38-9,41,113,136
- Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness**
不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 17,38-9,113
- Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness**
不常發陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 17,38-9
- Ingestion or inhalation of a cold stimulus**
食用或吸入冷刺激物之頭痛 22,123,126
- Insomnia**
失眠 58,141
- Insulin-induced hypoglycaemia**
胰島素引發之低血糖症 109
- Intensity of pain**
疼痛程度 46,145
- Intracerebral haemorrhage**
腦出血 19,52,55,64,66-7,72
- Intracranial hypertension**
顱內高壓 66-7,70,74,76-8,82-4,93,105
- Intracranial hypertension secondary to hydrocephalus**
水腦引起顱內高壓 19,76,78
- Intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes**
歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛 19,76-7,86,105
- Intracranial infection**
顱內感染 13,21,77,100-2,139
- Intracranial neoplasm**
顱內腫瘤 20,57,76,80
- Intracranial noises**
顱內雜音 77
- Intracranial parasitic infestation**
顱內寄生蟲感染 139
- Intracranial vascular disorder**
顱內血管疾患 19,64,70
- Intrathecal chemotherapy**
脊髓腔內化學療法 80
- Intrathecal injection**
脊髓腔內注射 20,77,79-80
- Ipsilateral conjunctival injection**
同側結膜充血 45-7
- Ipsilateral eye**
同側眼 46
- Ipsilateral eyelid oedema**
同側眼皮水腫 45-6
- Ipsilateral nasal congestion**
同側鼻腔充血 45-6
- Irritability**
易怒 59,89,135,142-3
- Ischaemic heart disease**
缺血性心臟疾病 109
- Ischaemic infarction**
缺血性梗塞 32
- Ischaemic stroke (cerebral infarction)**
缺血性中風(腦梗塞) 19,64-5
- Ischaemic stroke or transient ischaemic attack**
缺血性中風或暫時性腦缺血 19,64-5
- Ischaemic threshold**
腦缺血之閾值 27
- Isolated CNS angiitis, see Headache attributed to**

primary central nervous system (CNS) angitis

局限的中樞神經系統血管炎，參見原發性
中樞神經系統血管炎

J

Jabs and jolts, see Primary stabbing headache

刺戳痛，參見原發性刺戳性頭痛

Jaw claudication

下顎跛痛 68

Joint hypermobility

關節過度活動症 116

K

Kinking

扭曲 81

L

Lacrimation

流淚 45,47-8,53,125,136

Lancinating

割裂 125,145-6

Latent strabismus

隱性斜視 145

Late-onset post-traumatic headaches

遲發型外傷後頭痛 58

Learning disorder

學習障礙 119

Leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)

軟腦膜血管瘤病 (Sturge Weber氏症候群) 19,64,67

Leukoencephalopathy

白質腦病變 19,32,64,70

Light-headedness

頭暈 106

Lingual dystonia

舌肌張力異常症 114

Listeria

李士德菌屬 101

Loss of vision

視力喪失 27-9

Low cerebrospinal fluid pressure

腦脊髓液低壓 19,76,78

Low CSF-volume headache, see Headache

attributed to spontaneous (or idiopathic)

low CSF pressure

低腦脊髓液容量頭痛，參見歸因於自發性
(或原因不明)腦脊髓液低壓之頭痛

Lymphocytic hypophysitis

淋巴球腦下垂體炎 20,76,79

Lymphocytic meningitis

淋巴球性腦膜炎 21,100-1,103

Lymphocytic pleocytosis, see Syndrome of transient

Headache and Neurological Deficits with
cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)

淋巴球增生，參見短暫頭痛及神經缺損症候群
併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)

M

Major depressive disorder

重鬱症 119,141-2

Malaise

乏力 102,135

Malignant hypertension

惡性高血壓 96

Mandibular dystonia

頷肌張力異常症 114

Manic or hypomanic episodes

狂躁症或輕躁症發作 141

Manifest strabismus

顯性斜視 145

Mastoid

乳突 113

Medication-misuse headache, see Medicati

on-overuse headache (MOH)

藥物誤用之頭痛，參見藥物過度使用頭痛(MOH)

Medication-overuse headache (MOH)

藥物過度使用頭痛(MOH) 15,21,26,32-3,40-1,53,57,86,
92-3,96,136

Meningeal angioma

腦膜血管瘤 67

Meningeal hydrops, see Headache attributed

to idiopathic intracranial hypertension (IIH)

腦膜水腫，參見歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH)

Meningitis, see Headache attributed to idiopathic

intracranial hypertension (IIH)

腦膜炎，參見歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH)

Meningoencephalitis

腦膜腦炎 140

Menstrual migraine

月經偏頭痛 26,134-5

Menstrual relationship

月經關係 15,26,134

Menstrually-related migraine

與月經相關偏頭痛 26,134-5

Messenger molecules nitric oxide (NO)

傳遞訊息的分子一氧化氮(NO) 26

Metastases

轉移 113

Migraine accompagnee, see Migraine with aura

附屬偏頭痛，參見預兆偏頭痛

Migraine aura status

偏頭痛預兆重積狀態 36,135

Migraine in general

偏頭痛總論 33

Migraine with acute-onset aura

急性預兆偏頭痛 27

Migraine with aura

預兆偏頭痛 13,15,17,25-7,29-30,32-6,54,65,67,70-1,74,81,
134-5,145-6

Migraine with cerebrospinal pleocytosis, see

Syndrome of transient Headache and

- Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
偏頭痛併腦脊髓白血球增生症，參見短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)
- Migraine with prolonged aura
延長預兆偏頭痛 27,36
- Migraine without aura
無預兆偏頭痛 13,15-7,25-34,36,39-41,57,88,90-1,93,109-10,116,134-5,138,146
- Migraine-triggered seizure
偏頭痛引發之癲癇發作 17,25,33,37
- Migraineur
偏頭痛病人 34,39-41,44,87-91,97,121
- Migrainous disorder, see Probable migraine
類偏頭痛疾患，參見可能偏頭痛
- Migrainous infarction
偏頭痛腦梗塞 17,25,32,36
- Migrainous neuralgia (of Harris), see Cluster headache
(Harris氏)類偏頭痛之神經痛，參見叢發性頭痛
- Migralepsy
偏癲癇 33,81
- Mild nausea
輕度噁心 40-1,53
- Miosis
瞳孔縮小 45-6,53
- Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)
粒線體腦病變，乳酸中毒及類中風發作(MELAS) 19,64,70,74
- Monocular visual disturbance
單眼視覺障礙 28,31
- Monosodium glutamate-induced headache
味精(麩酸鈉)引發之頭痛 20,86,89,95
- Monothetic
單項性 15
- Motor weakness
肢體無力 27-30
- Mucosal contact point headache
黏膜接觸點頭痛 115,141
- Multiple myeloma
多發性骨髓細胞瘤 113
- Multiple sclerosis
多發性硬化症 23,123-4,127,129-30,132
- Muscle contraction headache, see Probable chronic tension-type headache
肌肉收縮性頭痛，參見可能慢性緊縮型頭痛
- Myofascial pain and headache
肌筋膜疼痛及頭痛 116
- Myopia
近視 146
- N**
- Nasal congestion
鼻腔充血 45-7,53,116,136
- Nasociliary neuralgia
鼻睫神經痛 23,123,125,130
- Nausea or abdominal distress
噁心或腹痛 142
- Neck stiffness
頸部僵硬 27,78,101
- Neck-tongue syndrome
頸舌症候群 23,117,123,126,131
- Nematodes
線蟲 139
- Neoplasm
腫瘤 20,57,76-7,80,103,115
- Neoplastic arachnoiditis encephalitis
腫瘤性蜘蛛網膜炎、腦炎 82
- Nervus intermedius neuralgia
中間神經痛 22,123,125,130
- Neuralgic pain
神經疼痛 123
- Neuralgiform headache
神經痛性頭痛 18,45,47-9,67,112,136
- Neuroborreliosis
神經波雷耳氏弧菌病 82
- Neurobrucellosis
神經布氏桿菌病 82
- Neuroimaging
神經影像 13,30,32,50-1,60-1,65-7,69-72,78,101-3,131,139-40,146
- Neurological symptoms
神經學症狀 26,35,69,81,85,89,101,103,108,120,139-40
- Neuroma
神經瘤 62-3,115,123
- Neuropathy
神經病變 23,31,68,117,123,127,129,131
- Neurosarcoidosis
神經類肉瘤病 20,76,79,84
- Neurosyphilis
神經梅毒 82
- New daily-persistent headache (NDPH)
新發生每日持續性頭痛(NDPH) 18,40,50,53,55
- New headache
新的頭痛 16,26,50,57,58,64-5,69-70,76,86,100,105,112,119,133,138,146
- Nitric oxide (NO) donor-induced headache
一氧化氮(NO)釋出物引發之頭痛 20,86-7
- Nitroglycerine headache, see Immediate NO donor-induced headache
硝化甘油頭痛，參見一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛
- Nociception
痛感 42-3,146
- Non-caseating granulomas
非乾酪性肉芽瘤 79
- Non-infectious inflammatory disease
非感染性發炎疾患 20,76,79
- Non-menstrual migraine without aura

非月經相關無預兆偏頭痛 134
 Non-traumatic intracranial haemorrhage
 非外傷性顱內出血 19,64-5
 Non-traumatic subarachnoid haemorrhage with or
 without other clinical signs
 非外傷性蜘蛛網膜下腔出血，可能有也可能沒有
 其他臨床徵候 66
 Non-vascular intracranial disorder
 非血管性顱內疾患 2,11,19-20,56,76,82,137
 Not sufficiently validated
 尚未充分證實 89,113,115,130,140,146
 Nuchal onset
 發作始於後頸 113
 Nuchal region
 後頸部 146
 Nuchal rigidity
 後頸僵硬 66,101
 Numbness
 麻木感 27-9,126
 Nummular headache
 錢幣狀頭痛 126,143
 Nystagmus
 眼震 31,81,135

O

Obtundation
 意識不清 107
 Occipital headache
 枕部頭痛 26,116
 Occipital neuralgia
 枕神經痛 23,123,126,130
 Ocular diabetic neuropathy
 糖尿病眼部神經病變 23,123,127,131
 Ocular inflammatory disorder
 眼部發炎疾患 22,112-3,114
 Ocular motor abnormalities
 眼球運動異常 135
 Oestrogen-withdrawal headache
 雌激素戒斷之頭痛 21,86,94,135
 One side of the body and face
 一側身體及臉部 28
 Operational diagnostic criteria
 操作型診斷基準 7,13
 Ophthalmic division trigeminal neuralgia
 眼部分支三叉神經痛 136
 Ophthalmic migraine, see Migraine with aura
 眼偏頭痛，參見預兆偏頭痛
 Ophthalmic, see Migraine with aura
 眼，參見預兆偏頭痛
 Ophthalmodynia periodica, see Primary
 stabbing headache
 週期性眼性疼痛，參見原發性刺戳性頭痛
 Ophthalmoplegia
 眼肌麻痺 13,23,26,36,67,71,123,128-9,131

Ophthalmoplegic migraine
 眼肌麻痺偏頭痛 13,23,26,36,123,128-9,131
 Opioid-overuse headache
 鴉片類過度使用頭痛 21,86,93
 Opioid-withdrawal headache
 鴉片類戒斷之頭痛 21,86,94
 Optic neuritis
 視神經炎 23,117,123,127,129,131
 Orgasmic headache
 高潮頭痛 18,50-2
 Oscillopsia
 視覺振動 81
 Osmophobia
 嗅覺敏感 134,145
 Osteoarthritis
 退化性關節炎 116
 Osteochondrosis
 骨發育不良症 112
 Osteomyelitis
 骨髓炎 113,127
 Otalgia
 耳痛 115,117,125
 Other acute substance use or exposure
 其他急性物質使用或接觸 21,86,91
 Other cranial neuralgia or other centrally
 mediated facial pain
 其他顱神經痛或其他中樞性顏面痛 23,123,130,132
 Other medication overuse
 其他藥物過度使用 21,86,93
 Other non-infectious inflammatory disease
 其他非感染性發炎疾患 20,76,79
 Other systemic infection
 其他全身性感染 16,21,100,102
 Other terminal branch neuralgias
 其他末支神經痛 23,123,125

P

Pachymeningeal enhancement
 硬腦膜對比增強 78,79,83
 Paediatric headache
 兒童頭痛 119
 Paget's disease
 Paget氏病 113
 Painful tinnitus
 疼痛性耳鳴 69
 Pallor
 蒼白 27,30-31,107,135
 Palpitations
 心悸 107,142
 Panic disorder
 恐慌症 119,121,141-2
 Papilloedema
 視乳頭水腫 77-8,82
 Paraesthesia

- 感覺異常 27,30,90,107,126,129,130,142,144
- Paresis
- 癱瘓 127-9
- Paroxysmal attacks
- 發作性發作 123-5
- Paroxysmal brain disorders
- 發作性腦疾患 33
- Paroxysmal headache
- 發作性頭痛 107
- Paroxysmal hemicrania
- 發作性半邊頭痛 18.34.45-9,55,67,117.145
- Paroxysmal hemicrania with coexistent trigeminal neuralgia (CPH-tic syndrome)
- 發作性半邊頭痛合併三叉神經痛 (CPH-tic 症候群) 47,49
- Paroxysmal hypertension
- 發作性高血壓 107,110
- Paroxysms
- 發作性 124-6
- Pathognomonic spreading oligoemia of migraine with aura
- 預兆偏頭痛特定的病理機轉-傳播性腦缺血 26
- Percutaneous transluminal angioplasty (PTA)
- 經皮經血管腔血管成型術(PTA) 69,73
- Pericoronitis
- 牙冠周圍炎 116
- Pericranial muscles
- 顱周肌肉 38,42-3,146
- Pericranial tenderness
- 顱周壓痛 17,38-41,43,113
- Periodontitis
- 牙周炎 115
- Peripheral pain mechanisms
- 周邊疼痛機轉 38
- Persistent aura without infarction
- 無梗塞之持續性預兆 17,25,32,36
- Persistent idiopathic facial pain
- 持續原因不明的顏面痛 23,123,129,132
- Petrosal neuralgia (of Gardner), see Cluster headache
- (Gardner氏)岩部神經痛, 參見叢發性頭痛
- Petrositis
- 顱骨岩部炎 113
- Phaeochromocytoma
- 嗜鉻細胞瘤 22,105,107-8,110
- Pharyngeal dystonia
- 咽肌張力異常症 114
- Phonophobia
- 怕吵 25-6,39-41,52-3,92,100-1,106,134,136,145-6
- Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache
- Phosphodiesterase (PDE)抑制劑引發之頭痛 20,86,88
- Photophobia
- 畏光 25-6,39-40,42,52-3,78,81,92,100-1,106,114,134,136,138,145-6
- Pickwickian syndrome
- Pickwickian氏症候群 107
- Pin-prick
- 針刺 129
- Pins and needles
- 針刺感 27-9
- Pituitary apoplexy
- 腦下垂體中風 19,52,64,71,75
- Plasmapheresis-induced headache
- 血漿分離術引發之頭痛 140
- Polycythaemia
- 紅血球過多症 140
- Polymyalgia rheumatica
- 風濕性多發肌痛症 68,73
- Polythetic
- 多項性 15
- Post-craniotomy headache
- 顱骨切開術後之頭痛 19,58,61-3
- Post-dural puncture headache
- 硬腦膜穿刺後頭痛 19,76,78,83-4
- Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache
- 電痙攣療法後頭痛 138
- Post-endarterectomy headache
- 動脈內膜切除術後頭痛 19, 64,69,73
- Posterior fossa dysfunction
- 後顱窩之功能失調 81
- Posterior hypothalamic grey matter
- 後下視丘灰質 46
- Post-herpetic neuralgia
- 疱疹後神經痛 23,123,128
- Post-ictal headache
- 癲癇發作後頭痛 81
- Post-partum angiopathy
- 產後血管病變 71
- Post-radiosurgery headache
- 放射線手術後頭痛 137-8
- Post-seizure headache
- 癲癇後頭痛 20,76
- Post-traumatic amnesia
- 外傷後記憶喪失 59
- Post-traumatic headache
- 外傷後頭痛 16,18,54,58-63,66,116
- Post-traumatic stress disorder
- 創傷後壓力疾患 143
- Post-traumatic syndrome
- 外傷後症候群 58-60
- Postural headache
- 姿勢性頭痛 51,79,83
- Post-whiplash syndrome
- 頸部甩傷後症候群 60
- Pounding heart or accelerated heart rate
- 大聲的心臟跳動或是加快的心跳速度 142
- Pre-eclampsia
- 子癇前症 22,96,105,108,110
- Pre-existing primary headache
- 既存在之原發性頭痛 16,50,54,57-8,64,76,86,92,100,105,112,119

- Premonitory symptoms
前驅症狀 27,145-6
- Preorgasmic headache
高潮前頭痛 18,50-1
- Presbyopia
老花眼 114
- Pressing/tightening
壓迫/緊縮性 39-41,53,92,93,136,146
- Pressure algometer
壓力測痛儀 43,146
- Pressure-induced pain
壓力引發之疼痛 146
- Previously used term
舊稱 14,25-6,30,33,38,45,50,51-3,67-8,77-8,82,87-9,92,113,120,123,125,127,129,133,143,146
- Primary chronic cluster headache
原發性慢性叢發性頭痛 46
- Primary CNS angiitis
原發性中樞神經系統血管炎 68,71,73
- Primary cough headache
原發性咳嗽頭痛 18,50-2,54,81
- Primary exertional headache
原發性運動頭痛 18,50-2,54,106
- Primary headache associated with sexual activity
原發性性行為相關之頭痛 18,50-2,54
- Primary headache syndromes
原發性頭痛症候群 14,48
- Primary intracranial hypotension, see Headache attributed to spontaneous (or idiopathic) low CSF pressure
原發性顱內低壓，參見歸因於自發性（或原因不明）腦脊髓液低壓之頭痛
- Primary otalgia
原發性耳痛 115
- Primary stabbing headache
原發性刺戳性頭痛 18,50,54
- Primary thunderclap headache
原發性雷擊頭痛 13,18,50,52,55,69-70
- Probable analgesic-overuse headache
可能止痛藥過度使用頭痛 93
- Probable childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine
可能通常為偏頭痛前驅之孩童週期性症候群 33
- Probable chronic migraine
可能慢性偏頭痛 17,25,32-3,57,93
- Probable chronic tension-type headache
可能慢性緊縮型頭痛 18,38,41,93,136
- Probable cluster headache
可能叢發性頭痛 18,45,48
- Probable ergotamine-overuse headache
可能麥角胺過度使用頭痛 93
- Probable frequent episodic tension-type headache
可能經常陣發性緊縮型頭痛 18,38,41
- Probable infrequent episodic tension-type headache
可能不常發陣發性緊縮型頭痛 18,38,41
- Probable medication-overuse headache
可能藥物過度使用頭痛 21,32,41,53,57,86,93,136
- Probable migraine
可能偏頭痛 15,17,25-7,32-3,36,41
- Probable migraine with aura
可能預兆偏頭痛 17,25,27,33
- Probable migraine without aura
可能無預兆偏頭痛 17,25-6,32-3
- Probable ocular diabetic neuropathy
可能糖尿病眼部神經病變 127
- Probable opioid-overuse headache
可能鴉片類過度使用頭痛 93
- Probable optic neuritis
可能視神經炎 127
- Probable paroxysmal hemicrania
可能發作性半邊頭痛 18,45,48
- Probable retinal migraine
可能視網膜偏頭痛 33
- Probable SUNCT
可能SUNCT 18,45
- Probable tension-type headache
可能緊縮型頭痛 17,38,41
- Probable trigeminal autonomic Cephalalgia
可能三叉自律神經頭痛 18,45,48
- Probable triptan-overuse headache
可能翠普登過度使用頭痛 93
- Prodrome
前兆 27,33-4,145-6
- Progressive encephalopathy
進行性腦病變 135
- Prolonged aura
延長預兆 27,36,67,70
- Proteinuria
蛋白尿 108
- Pseudomigraine, see Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
假性偏頭痛，參見短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)
- Pseudotumor cerebri, see Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
假性腦瘤，參見歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH)
- Psychiatric disorder
精神疾患 3,10,12,13,22,56,119,141
- Psychogenic headache, see Tension-type headache (TTH)
心因性頭痛，參見緊縮型頭痛
- Psychomotor agitation
精神動作激躁 141
- Psychomyogenic headache, see Tension-type headache (TTH)
心理肌因性頭痛，參見緊縮型頭痛
- Psychotic disorder

精神病性疾患 22,119-21

Ptosis
眼皮下垂 45-6,53

Puerperium
產褥期 108

Pulsatile tinnitus
搏動性耳鳴 67

Pulsating
搏動 25-6,47,51,69,87,88-92,94,100,107-8,134,136,138,146

Pulsating quality
搏動性 25,87-92,108-9,134

Pure menstrual migraine
純月經偏頭痛 26,135

Pure menstrual migraine without aura
純月經無預兆偏頭痛 134-5

R

Raised CSF pressure headache
腦脊髓液高壓頭痛 53

Rebound headache, see Medication-overuse headache (MOH)
反彈頭痛，參見藥物過度使用頭痛(MOH)

Recurrent headache disorder
反覆發生的頭痛 25

Referred otalgia
耳部牽連痛 115

Referred pain
牽連痛 43,115,130,146

Refraction error
屈光異常 146

Refractive errors
屈光異常 22,112,114,117

Regional cerebral blood flow
局部腦血流 26-7

Retardation
遲滯 141

Retinal migraine
視網膜偏頭痛 17,25,31,33,36

Retro-orbital headache
眼眶後頭痛 80

Retropharyngeal tendonitis
咽後部肌腱炎 22,112-3,117

Reversible benign CNS angiopathy
可逆良性中樞神經系統血管病變 52

Reversible focal neurological symptoms
可逆的局部神經學症狀 26

Rheumatoid arthritis
類風濕性關節炎 113,116

Rhinorrhoea
流鼻水 45-7,53,136

Rhinosinusitis
鼻炎鼻竇炎 22,112,115-7,141

Ruptured cerebral aneurysm
破裂之腦血管動脈瘤 52,55,66,72

S

Saccular aneurysm
囊形動脈瘤 19,64,66,72

Sarcoid
類肉瘤病 20,76,79,84-5,128

Schizophrenia
精神分裂症 120

School phobia
懼學症 119

Scintigraphy
閃爍造影術 116,146

Scintillating scotoma
閃爍暗點 35,65,73

Scintillation
閃爍現象 31,146

Scotoma
視野缺損 27,31,35,65,73,127,146

Scotomata
暗點 31,73

Secondary chronic cluster headache
次發性慢性叢發性頭痛 46

Secondary CNS angiitis
次發性中樞神經系統血管炎 68,73

Secondary cough headache
次發性咳嗽頭痛 51

Secondary headaches
次發性頭痛 2,13-4,16,53,56-7

Segmental Craniocervical dystonia
節部顱頸肌張力異常症 114

Seizure
癲癇發作 17,20,25,28,33,36,67-71,76,81,85,107-9,121

Sensitivity to light or sound
對光或聲音敏感 27

Sensory disturbances
感覺異常 27

Separation-anxiety disorder
分離焦慮疾患 119,141,143

Sepsis
敗血症 100

Serous meningitis, see Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
漿液性腦膜炎，參見歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH)

Sexual headache, see Primary headache associated with sexual activity
性行為頭痛，參見原發性性行為相關之頭痛

Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)
短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚 (SUNCT) 18, 45,47-8

Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with cranial Autonomic symptoms (SUNA)
短暫單側神經痛性頭痛發作併顱部自律神經症狀 (SUNA) 47,136-7

Sinus headaches

- 鼻竇頭痛 115-7
- Sinus thrombosis
 - 靜脈竇栓塞 67,74,77
- Sinusitis
 - 鼻竇炎 52,102,112,115
- Sleep apnoea
 - 睡眠呼吸中止症 21,105-7,110
- Sleep apnoea headache
 - 睡眠呼吸中止症頭痛 21,105-7,110
- Sleep disorder
 - 睡眠疾患 107,119
- Sleep disturbance
 - 睡眠障礙 59,106,142
- Sleep-related respiratory disorders
 - 與睡眠有關的呼吸疾患 107
- Sluder's neuralgia, see Cluster headache
 - Sluder氏神經痛，參見叢發性頭痛
- Sluder's sphenopalatine neuralgia
 - Sluder氏蝶顎神經痛 130
- Small artery disease
 - 小動脈疾病 70
- Social phobia
 - 社交恐懼症 142
- Somatisation disorder
 - 體化症 22,119-20
- Somatoform
 - 類身體 120-1,142
- Somatoform disorders
 - 類身體疾患 119-21,148
- Spark photopsias
 - 閃光幻視 81
- Spasmodic torticollis
 - 痙攣性斜頸症 114
- Speech symptoms
 - 語言症狀 27-8
- Sphenopalatine neuralgia, see Cluster headache
 - 蝶顎神經痛，參見叢發性頭痛
- Spondylosis
 - 脊柱關節退化症 112,113
- Spontaneous haemorrhagic infarction
 - 自發性出血性梗塞 71
- Spontaneous intracranial hypotension, see Headache attributed to spontaneous (or idiopathic) low CSF pressure
 - 自發性顱內低壓，參見歸因於自發性（或原因不明）腦脊髓液低壓之頭痛
- Sporadic hemiplegic migraine
 - 散發性偏癱偏頭痛 17,25,28-30,35
- Stab of pain
 - 刺戳痛 50,146
- Startle response
 - 驚嚇反應 143
- Status migrainosus
 - 偏頭痛重積狀態 17,25,32-3,36
- Stomach-aches
 - 胃痛 143
- Stress headache, see Tension-type headache (TTH)
 - 壓力性頭痛，參見緊縮型頭痛(TTH)
- Strings and beads
 - 串珠狀 71
- Subacute encephalopathy or cavernous sinus syndrome
 - 亞急性腦病變或海綿狀竇症候群 70
- Subacute haematomas
 - 亞急性的血腫 61
- Subarachnoid haemorrhage (SAH)
 - 蜘蛛網膜下腔出血(SAH) 19,51-2,55,59-60,64-7,69-73
- Subcortical dementia
 - 皮質下失智症 70
- Subdural empyema
 - 硬腦膜下膿瘍 21,100,102,104,139
- Subdural haematoma
 - 硬腦膜下血腫 18,58,61,66
- Substance
 - 物質 2,11,20-1,33,42,56,78-9,86,88-9,91,94-7,99,101-2,119-20,121,138,141-2,146
- Substance withdrawal
 - 物質戒斷 21,86,94,99
- Sumatriptan
 - 注射型 14,83,96-8,110,138
- SUNCT with coexistent trigeminal neuralgia
 - SUNCT合併三叉神經痛 47
- Superior laryngeal neuralgia
 - 喉上神經痛 22,123,125,130
- Supraorbital neuralgia
 - 眼眶上神經痛 22,106,123,125,131
- Symptomatic and idiopathic occipital epilepsy
 - 症狀性及原因不明枕葉癲癇 81
- Symptomatic cluster headache
 - 症狀性叢發性頭痛 45
- Symptomatic cough headache
 - 症狀性咳嗽頭痛 51
- Symptomatic glossopharyngeal neuralgia
 - 症狀性舌咽神經痛 23,123-4
- Symptomatic hypoglycaemia
 - 症狀性低血糖症 109
- Symptomatic migraine
 - 症狀性偏頭痛 25,33,67,92
- Symptomatic trigeminal neuralgia
 - 症狀性三叉神經痛 23,123-4
- Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
 - 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症 (HaNDL) 20,76,82
- Syringomyelia
 - 脊髓空洞症 82
- Systemic arteritis

全身性動脈炎 68
Systemic bacterial infection
全身性細菌感染 21,100,102
Systemic disease
全身性疾病 87,105,130
Systemic infection
全身性感染 21,100,102-4
Systemic lupus erythematosus (SLE)
全身性紅斑性狼瘡 79,84-5,120,140
Systemic viral infection
全身性病毒感染 21,100,103

T

Teeth, jaws or related structures
牙、顎或相關結構 22,112,115-7
Teichopsia
閃光暗點 146
Temporal arteritis, see Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)
顳動脈炎，參見歸因於巨細胞動脈炎（GCA）之頭痛
Temporal pain
顳部疼痛 45-6
Temporomandibular joint disorder
顳頷關節疾患 22,112,116,118
Tenderness
壓痛 38-43,102,113,116,125-6,137,144
Tension headache, see Tension-type headache (TTH)
緊張性頭痛，參見緊縮型頭痛(TTH)
Tension-type headache (TTH)
緊縮型頭痛(TTH) 2,11,14,15-8,24,26,34,38-44,52-4,57-8,64,76,81,86-7,88,91-3,95,98,100,105-6,112-3,116,119,136
Terminal branch neuralgia
末支神經痛 23,123,125,144
Throbbing
搏動性，撲通撲通的跳 26,31,146
Thrombocytopenia
血小板減少症 108
Thrombotic thrombocytopenic purpura
栓塞性血小板減少性紫斑病 140
Thunderclap headache
雷擊頭痛 13,18,50,55,66,69-72,74-5,80
Tic douloureux, see Trigeminal neuralgia
痛性抽搐，參見三叉神經痛
Tic, see Trigeminal neuralgia
抽搐痛，參見三叉神經痛
Tinnitus
耳鳴 30,67,69,77-8
Tissue oedema
組織水腫 108
Tolosa-Hunt syndrome
Tolosa-Hunt氏症候群 23,123,128,131
Tonic spells
強直發作 135
Torticollis

斜頸 114,135
Toxoplasmosis
弓漿蟲病 103
Transient and localised stabs of pain
瞬間與局部刺戳痛 50
Transient hemiparesis
暫時性偏癱 30
Transient ischaemic attack (TIA)
暫時性腦缺血(TIA) 19,29,64-5,71
Transient monocular blindness
暫時性單眼失明 31
Transient visual obscurations
瞬間視野蒙蔽 77
Traumatic brain lesion
外傷性腦部病變 59-60
Traumatic epidural haematoma
外傷性硬腦膜外血腫 65
Traumatic intracranial haematoma
外傷性顱內血腫 18,58,60
Trematodes
吸蟲 139
Trigeminal autonomic cephalgia (TAC)
三叉自律神經頭痛 (TAC) 2,11,15-6,18,24,45,48,52,136,145
Trigeminal neuralgia
三叉神經痛 22,46-9,123-4,129-32,136-7
Triptan
翠普登 8,13-4,20,26,86,92-3,97,110,139
Triptan-overuse headache
翠普登過度使用頭痛 21,86,92-3
Typical aura with migraine headache
典型預兆偏頭痛性頭痛 13,17,25,27-8
Typical aura with non-migraine headache
典型預兆非偏頭痛性頭痛 17,25,28,34
Typical aura without headache
不伴隨頭痛之典型預兆 17,25,29,34

U

Undifferentiated somatoform disorder
未分化類身體疾患 119-20
Unilateral
單側 18,25-8,31,45-9,53-5,66-7,69-70,92,102,114,123-5,128-9,131,134,136,138,146
Unilateral neuralgiform headache
單側神經痛性頭痛 18,45,47-9,67,136
Unilateral sensory symptoms
單側感覺症狀 27-8
Unruptured vascular malformation
未破裂之血管畸形 19,52,64,66,72

V

Vail's Vidian neuralgia
Vail氏翼管神經痛 130
Valsalva manoeuvre
Valsalva氏操作 51,78,83
Valsalva- manoeuvre headache, see Primary

cough headache

Valsalva氏操作頭痛，參見原發性咳嗽頭痛

Vascular disorder

血管性疾患 2,11,19,56,64-5,70,77,137

Vascular intracranial disorders

血管性顱內疾患 52,76

Vasculitis

血管炎 73,75,83,95,128

Vasospasm

血管攣縮 55,74,95,146

Venous sinus thrombosis

靜脈竇栓塞 74,77

Vertebral artery pain

脊椎動脈痛 19,64,69

Vertigo

眩暈 17,25,31,35,81,135

Vidian neuralgia, see Cluster headache

翼管神經痛，參見叢發性頭痛

Visual analogue scale (VAS)

目測類比量表(VAS) 113,141,146

Visual aura

視覺預兆 27-8,34,36,145

Visual blurring

視力模糊 81

Visual field defect

視野缺損 77

Vogt-Koyanagi-Harada syndrome

Vogt-Koyanagi-Harada氏症候群 79

W

Warehouse workers' headache, see Carbon

monoxide-induced headache

倉儲工人頭痛，參見一氧化碳引發之頭痛

Warning symptoms

警告症狀 27,73,145-6

Weight-lifters' headache

舉重者頭痛 51

Whiplash injury

頸部甩傷 18,58-60,62-3

Withdrawal from chronic use of other substances

其他物質慢性使用後戒斷 21,86,94

Z

Zig zag line

之字形線條 146

一劃

- 一氧化氮(NO)釋出物引發之頭痛
Nitric oxide (NO) donor-induced headache 20,86-7
- 一氧化氮引發之延遲型頭痛
Delayed NO donor-induced headache 20,86,88
- 一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛
Immediate NO donor-induced headache 20,86-7
- 一氧化碳引發之頭痛
Carbon monoxide-induced headache 20,86,88
- 一側身體及臉部
One side of the body and face 28

二劃

- 人類免疫缺乏病毒(HIV)/後天性免疫不全
症候群 (愛滋病) (AIDS)
HIV/AIDS 21,100,102-3
- 人體之三叉神經副交感神經反射
Human trigeminal-parasympathetic reflex 45

三劃

- 三叉自律神經頭痛(TAC)
Trigeminal autonomic cephalalgia (TAC) 2,11,15-6,18,24,45,48,52,136,145
- 三叉神經痛
Trigeminal neuralgia 22,46-9,123-4,129-32,136-7
- 下顎跛痛
Jaw claudication 68
- 口部灼熱症候群
Burning mouth syndrome 23,123,130,132
- 大麻引發之頭痛
Cannabis-induced headache 20,86,90
- 大腦靜脈栓塞
Cerebral venous thrombosis (CVT) 19,52,64-5,70,74
- 大腦體染色體顯性動脈病變併有皮質下梗塞
及白質腦病變(CADASIL)
Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with
Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy
(CADASIL) 19,64,70,74
- 大聲的心臟跳動或是加快的心跳速度
Pounding heart or accelerated heart rate 142
- 子癇前症
Pre-eclampsia 21,96,105,108,111
- 子癇症
Eclampsia 22,96,105,108,110
- 小動脈疾病
Small artery disease 70
- 弓漿蟲病
Toxoplasmosis 103
- 之字形線條
Zig zag line 146

四劃

- 不伴隨頭痛之典型預兆
Typical aura without headache 17,25,29,34

- 不明原因之扭轉性肌張力異常症
Idiopathic torsional dystonia 135
- 不明原因之頭痛，參見緊縮型頭痛(TTH)
"Idiopathic headache, see Tension-type
headache (TTH)"
- 不常發陣發性緊縮型頭痛
Infrequent episodic tension-type headache 15,17,26,38-9,41,113,136
- 不常發陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛
Infrequent episodic tension-type headache
not associated with pericranial tenderness 17,38-9
- 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛
Infrequent episodic tension-type headache
associated with pericranial tenderness 17,38-9,113
- 不屬於現存分類的頭痛
Headache not elsewhere classified 23,133
- 中世紀城堡周圍閃輝暗點
Fortification spectrum 27,145-6
- 中風後中樞性疼痛
Central post-stroke pain 23,123,129,131
- 中國餐館症候群，參見味精(麩酸鈉)引發之頭痛
"Chinese restaurant syndrome, see Monosodium
glutamate-induced headache"
- 中間神經痛
Nervus intermedius neuralgia 22,123,125,130
- 中樞性顏面痛
Central causes of facial pain 3,12,22-3,123,129,143
- 中樞或原發性顏面痛
Central or primary facial pain 3,12,23,133
- 中樞神經系統之良性血管病變
Benign angiopathy of the central nervous system 19,64
- 內分泌疾患
Endocrine disorder 78
- 分離焦慮疾患
Separation-anxiety disorder 119,141,143
- 反彈頭痛，參見藥物過度使用頭痛(MOH)
"Rebound headache, see Medication-overuse
headache (MOH)"
- 反覆發生的頭痛
Recurrent headache disorder 25
- 心因性頭痛，參見緊縮型頭痛
"Psychogenic headache, see Tension-type
headache (TTH)"
- 心悸
Palpitations 107,142
- 心理肌因性頭痛，參見緊縮型頭痛
"Psychomyogenic headache, see Tension-type
headache (TTH)"
- 心源性頭痛
Cardiac cephalalgia 22,105,109,111
- 月經偏頭痛
Menstrual migraine 26,134-5
- 月經關係
Menstrual relationship 15,26,134
- 止痛藥過度使用頭痛

- Analgesic-overuse headache 20,86,92
- 水腦引起顱內高壓
Intracranial hypertension secondary to hydrocephalus 19,76,78
- 牙、顎或相關結構
"Teeth, jaws or related structures" 22,112,115,117
- 牙周炎
Periodontitis 115
- 牙冠周圍炎
Pericoronitis 116
- 乏力
Malaise 102,135
- 五劃
- 出血
Haemorrhage 19,51-2,56,59-60,64-7,69,71-3
- 半邊分佈
Hemidistribution 146
- 半邊頭痛
Hemicranium 50
- 半邊頭痛血管麻痺，參見叢發性頭痛
"Hemicrania angiotropic, see Cluster headache"
- 可能SUNCT
Probable SUNCT 18,45
- 可能三叉自律神經頭痛
Probable trigeminal autonomic Cephalgia 18,45,48
- 可能不常發陣發性緊縮型頭痛
Probable infrequent episodic tension-type headache 18,38,41
- 可能止痛藥過度使用頭痛
Probable analgesic-overuse headache 93
- 可能偏頭痛
Probable migraine 15,17,25-7,32-3,36,41
- 可能通常為偏頭痛前驅之孩童週期性症候群
Probable childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine 33
- 可能麥角胺過度使用頭痛
Probable ergotamine-overuse headache 93
- 可能無預兆偏頭痛
Probable migraine without aura 17,25-6,32-3
- 可能發作性半邊頭痛
Probable paroxysmal hemicrania 18,45,48
- 可能視神經炎
Probable optic neuritis 127
- 可能視網膜偏頭痛
Probable retinal migraine 33
- 可能經常陣發性緊縮型頭痛
Probable frequent episodic tension-type headache 18,38,41
- 可能預兆偏頭痛
Probable migraine with aura 17,25,27,33
- 可能慢性偏頭痛
Probable chronic migraine 17,25,32-3,57,93
- 可能慢性緊縮型頭痛
Probable chronic tension-type headache 18,38,41,93,136
- 可能緊縮型頭痛
Probable tension-type headache 17,38,41
- 可能翠普登過度使用頭痛
Probable triptan-overuse headache 93
- 可能鴉片類過度使用頭痛
Probable opioid-overuse headache 93
- 可能糖尿病眼部神經病變
Probable ocular diabetic neuropathy 127
- 可能叢發性頭痛
Probable cluster headache 18,45,48
- 可能藥物過度使用頭痛
Probable medication-overuse headache 21,32,41,53,57,86,93,136
- 可逆良性中樞神經系統血管病變
Reversible benign CNS angiopathy 52
- 可逆的局部神經學症狀
Reversible focal neurological symptoms 26
- 古柯鹼引發之頭痛
Cocaine-induced headache 20,86,90,108
- 外因性荷爾蒙引發之頭痛
Exogenous hormone-induced headache 21,86,93
- 外因物質所致急性升壓反應之頭痛
Acute pressor response to an exogenous agent 21,86-7,105,109
- 外在冷刺激
External application of a cold stimulus 23,123,126
- 外在壓迫性頭痛
External compression headache 23,123,126,131
- 外傷性硬腦膜外血腫
Traumatic epidural haematoma 65
- 外傷性腦部病變
Traumatic brain lesion 59-60
- 外傷性顱內血腫
Traumatic intracranial haematoma 18,58,60
- 外傷後症候群
Post-traumatic syndrome 58-60
- 外傷後記憶喪失
Post-traumatic amnesia 59
- 外傷後頭痛
Post-traumatic headache 16,18,58-63,66,116
- 失眠
Insomnia 58,141
- 失語性
Dysphasic 27-9
- 失語偏頭痛，參見預兆偏頭痛
"Aphasic migraine, see Migraine with aura"
- 巨細胞動脈炎(GCA)
Giant cell arteritis (GCA) 19,64,67-8,73
- 本態性頭痛，參見緊縮型頭痛(TTH)
"Essential headache, see Tension-type headache (TTH)"
- 未分化類身體疾患
Undifferentiated somatoform disorder 119-20
- 未來受限

- Foreshortened future 143
- 未破裂之血管畸形
Unruptured vascular malformation 19,52,64,66,72
- 末支神經痛
Terminal branch neuralgia 22,123,125,144
- 甘比亞睡眠病
Gambian sleeping sickness 140
- 由陣發性演變而來
Evolving from episodic 14,40
- 甲狀腺機能亢進症
Hyperthyroidism 140
- 甲狀腺低能症
Hypothyroidism 22,105,109,110
- 白質腦病變
Leukoencephalopathy 19,32,64,70
- 皮質下失智症
Subcortical dementia 70
- 目測類比量表(VAS)
Visual analogue scale (VAS) 113,141,146
- 六劃**
- 充血
Hyperaemia 27
- 交合頭痛，參見原發性性行為相關之頭痛
"Coital cephalalgia, see Primary headache associated with sexual activity"
- 全身性紅斑性狼瘡
Systemic lupus erythematosus (SLE) 79,84-5,120,140
- 全身性疾病
Systemic disease 87,105,130
- 全身性病毒感染
Systemic viral infection 21,100,103
- 全身性動脈炎
Systemic arteritis 68
- 全身性細菌感染
Systemic bacterial infection 21,100,102
- 全身性感染
Systemic infection 21,100,102-4
- 冰淇淋頭痛，參見歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛
"Ice-cream headache, see Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus"
- 冰錐痛，參見原發性刺戳性頭痛
"Ice-pick pains, see Primary stabbing headache"
- 同名側的視覺症狀
Homonymous visual symptoms 27-8
- 同側眼
Ipsilateral eye 46
- 同側眼皮水腫
Ipsilateral eyelid oedema 45-6
- 同側結膜充血
Ipsilateral conjunctival injection 45-6
- 同側鼻腔充血
Ipsilateral nasal congestion 45-6
- 因結構病變導致顱神經或上頸神經根壓迫、刺激或扭曲而造成的持續性疼痛
"Constant pain caused by compression, irritation or distortion of cranial nerves or upper cervical roots by structural lesions" 23,123,127
- 多發性骨髓細胞瘤
Multiple myeloma 113
- 多發性硬化症
Multiple sclerosis 23,123-4,127,129,132
- 多項性
Polythetic 15
- 次發性中樞神經系統血管炎
Secondary CNS angiitis 68,73
- 次發性咳嗽頭痛
Secondary cough headache 51
- 次發性慢性叢發性頭痛
Secondary chronic cluster headache 46
- 次發性頭痛
Secondary headaches 2,13-4,16,53,56-7
- 老花眼
Presbyopia 114
- 耳
Ears 3,11,22,54,82,100,102,112-3,115-7,120,124-5,127,130,141,146
- 耳疾患
Disorder of ears 22,112,115,117
- 耳部牽連痛
Referred otalgia 115
- 耳痛
Oalgia 115,117,125
- 耳鳴
Tinnitus 30,67,69,77-8
- 肌肉收縮性頭痛，參見可能慢性緊縮型頭痛
"Muscle contraction headache, see Probable chronic tension-type headache"
- 肌筋膜疼痛及頭痛
Myofascial pain and headache 116
- 自始即為慢性
Chronic from onset 14
- 自發性出血性梗塞
Spontaneous haemorrhagic infarction 71
- 自發性顱內低壓，參見歸因於自發性（或原因不明）腦脊髓液低壓之頭痛
"Spontaneous intracranial hypotension, see Headache attributed to spontaneous (or idiopathic) low CSF pressure"
- 舌肌張力異常症
Lingual dystonia 114
- 舌咽神經痛
Glossopharyngeal neuralgia 23,123-5,130
- 舌痛
Glossodynia 130
- 血小板減少症
Thrombocytopenia 108
- 血液透析
Haemodialysis 107

血腫

Haematoma 18,58-61,65

血管性疾患

Vascular disorder 2,11,18-9,56,64-5,70,77,137

血管性顱內疾患

Vascular intracranial disorders 52,76

血管炎

Vasculitis 73,75,83,95,128

血管造影頭痛

Angiography headache 19,64,70,74

血管攣縮

Vasospasm 55,74,95,146

血漿分離術引發之頭痛

Plasmapheresis-induced headache 140

七劃

串珠狀

Strings and beads 71

伴隨症狀

Accompanying symptoms 50,126,134,145

泛焦慮症

Generalised anxiety disorder 119,142

低(血)壓

Hypotension 52,61,71,78,83-4

低血糖引發之偏頭痛

Hypoglycaemia-induced migraine 109

低血糖症

Hypoglycaemia 109-10

低血糖症引發的大腦失能

Hypoglycaemia-induced brain dysfunction 109

低鈉血症

Hyponatraemia 140

低腦脊髓液容量頭痛，參見歸因於自發性

(或原因不明)腦脊髓液低壓之頭痛

"Low CSF-volume headache, see Headache attributed to spontaneous (or idiopathic) low CSF pressure"

冷刺激頭痛

Cold-stimulus headache 126,131

吸蟲

Trematodes 139

完全可逆失語性語言障礙

Fully reversible dysphasic speech disturbance 27-9

局限的中樞神經系統血管炎，參見原發性中樞

神經系統血管炎

"Isolated CNS angitis, see Headache attributed to primary central nervous system (CNS) angitis"

局部肌張力異常症

Focal dystonias 114

局部症狀

Focal symptoms 145

局部缺損

Focal deficits 65-8

局部腦功能異常

Focal cerebral dysfunction 145

局部腦血流

Regional cerebral blood flow 26-7

扭曲

Kinking 81

李士德菌屬

Listeria 101

狂躁症或輕躁症發作

Manic or hypomanic episodes 141

良性血管性性行為頭痛，參見原發性性行為相關之頭痛

"Benign vascular sexual headache, see Primary headache associated with sexual activity"

良性交頭痛，參見原發性性行為相關之頭痛

"Benign sex headache, see Primary headache associated with sexual activity"

良性咳嗽頭痛，參見原發性咳嗽頭痛

"Benign cough headache, see Primary cough headache"

良性孩童期發作性暈眩

Benign paroxysmal vertigo of childhood 17,25,31,35,135

良性發作性斜頸

Benign paroxysmal torticollis 135

良性運動頭痛，參見原發性運動頭痛

"Benign exertional headache, see Primary exertional headache"

良性雷擊頭痛，參見原發性雷擊頭痛

"Benign thunderclap headache, see Primary thunderclap headache"

良性顱內高壓(BIH)，參見歸因於不明原因顱內

高壓之頭痛 (IIH)

Benign intracranial hypertension (BIH), see Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)

乳突

Mastoid 113

亞急性的血腫

Subacute haematomas 61

亞急性腦病變或海綿狀竇症候群

Subacute encephalopathy or cavernous sinus syndrome 70

兒童頭痛

Paediatric headache 119

其他末支神經痛

Other terminal branch neuralgias 23,123,125

其他全身性感染

Other systemic infection 16,21,100,102

其他物質慢性使用後戒斷

Withdrawal from chronic use of other substances 21,86,94

其他非感染性發炎疾患

Other non-infectious inflammatory disease 20,76,79

其他急性物質使用或接觸

Other acute substance use or exposure 21,86,91

其他藥物過度使用

Other medication overuse 21,86,93

其他顱神經痛或其他中樞性顏面痛

Other cranial neuralgia or other centrally mediated facial pain 23,123,130,132

八劃

典型三叉神經痛

Classical trigeminal neuralgia 23,123-4,129

典型舌咽神經痛

Classical glossopharyngeal neuralgia 23,123-4

典型偏頭痛，參見預兆偏頭痛

"Classic or classical migraine, see
Migraine with aura"

典型預兆非偏頭痛性頭痛

Typical aura with non-migraine headache 17,25,28,34

典型預兆偏頭痛性頭痛

Typical aura with migraine headache 13,17,25,27-8

刺戳痛

Stab of pain 146

刺戳痛，參見原發性刺戳性頭痛

"Jabs and jolts, see Primary stabbing headache"

味精(麩酸鈉)引發之頭痛

Monosodium glutamate-induced headache 20,86,89,95

咖啡因戒斷之頭痛

Caffeine-withdrawal headache 21,86,94,107

周邊疼痛機轉

Peripheral pain mechanisms 38

尚未充分證實

Not sufficiently validated 89,113,115,130,140,146

屈光異常

Refraction error 146

屈光異常

Refractive errors 22,112,114,117

延長預兆

Prolonged aura 27,36,67,70

延長預兆偏頭痛

Migraine with prolonged aura 27,36

怕吵

Phonophobia 25-6,39-41,52-3,92,100-1,106,134,136,145-6

性行為頭痛，參見原發性性行為相關之頭痛

"Sexual headache, see Primary headache
associated with sexual activity"

抽搐痛，參見三叉神經痛

"Tic, see Trigeminal neuralgia"

放射線手術後頭痛

Post-radiosurgery headache 137-8

易怒

Irritability 59,89,135,142-3

枕神經痛

Occipital neuralgia 23,123,126,130

東非睡眠病

East African sleeping sickness 140

東非錐蟲病

East African trypanosomiasis 140

注意力難以集中

Difficulty in concentrating 27,58,103

治療其他適應症使用之藥物急性不良反應

Acute adverse event attributed to medication
used for other indications 20,86,91,139

物質

Substance 2,11,20-1,33,42,56,78-9,86,88-9,91,94-7,99
101-2,119-20,121,138,141-2

物質戒斷

Substance withdrawal 21,86,94,99

盲點擴大

Enlarged blind spot 77

社交恐懼症

Social phobia 142

肢體無力

Motor weakness 27-30

近視

Myopia 146

附屬偏頭痛，參見預兆偏頭痛

"Migraine accompanee, see Migraine with aura"

青光眼

Glaucoma 112,114,117

非月經相關無預兆偏頭痛

Non-menstrual migraine without aura 134

非外傷性蜘蛛網膜下腔出血，可能有也可能

沒有其他臨床徵候

Non-traumatic subarachnoid haemorrhage
with or without other clinical signs 66

非外傷性顱內出血

Non-traumatic intracranial haemorrhage 19,64-5

非血管性顱內疾患

Non-vascular intracranial disorder 2,11,19-20,56,76,82,137

非典型牙痛

Atypical odontalgia 130,132

非典型顏面痛，參見持續不明原因顏面痛

"Atypical facial pain, see Persistent idiopathic
facial pain"

非乾酪性肉芽瘤

Non-caseating granulomas 79

非感染性發炎疾患

Non-infectious inflammatory disease 20,76,79

九劃

前兆

Prodrome 27,33-4,145-6

前額及臉部出汗

Forehead and facial sweating 45,46

前驅症狀

Premonitory symptoms 27,145-6

咽肌張力異常症

Pharyngeal dystonia 114

咽後部肌腱炎

Retropharyngeal tendonitis 22,112-3,117

姿勢性頭痛

Postural headache 51,79,83

孩童

Children 26,30-1,34-5,54,78,85,99,103-4,118,121,135

孩童期交互偏癱
Alternating hemiplegia of childhood 135

後下視丘灰質
Posterior hypothalamic grey matter 46

後頸部
Nuchal region 146

後頸僵硬
Nuchal rigidity 66,101

後顱窩之功能失調
Posterior fossa dysfunction 81

急性外傷後頭痛
Acute post-traumatic headache 16,18,58-9,62-3,65

急性物質使用或接觸
Acute substance use or exposure 20,86-7,91,95

急性青光眼
Acute glaucoma 22,112,114

急性發作之慢性頭痛，參見新發生每日持續性頭痛
"Chronic headache with acute onset, see
New daily-persistent headache"

急性發作預兆
Acute-onset aura 27

急性預兆偏頭痛
Migraine with acute-onset aura 27

急性頭痛
Acute-onset headache 60

急性額部非搏動性頭痛
Acute frontal non-pulsatile headache 127

持續性半邊頭痛
Hemicrania continua 13,18,34,45,50,53,55

持續原因不明的顏面痛
Persistent idiopathic facial pain 23,123,129,132

炸藥頭痛，參見一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛
"Dynamite headache, see Immediate NO
donor-induced headache"

畏光
Photophobia 25-6,39-40,42,52-3,78,81,92,100-1,106
114,134,136,138,145-6

紅血球沉降速率(ESR)
Erythrocyte sedimentation rate (ESR) 68,114

紅血球過多症
Polycythaemia 140

胃食道逆流
Gastro-oesophageal reflux 135

胃痛
Stomach-aches 143

重鬱症
Major depressive disorder 119,141-2

風濕性多發肌痛症
Polymyalgia rheumatica 68,73

食用或吸入冷刺激物之頭痛
Ingestion or inhalation of a cold stimulus 22,123,126

食品成分及添加物
Food components and additives 20,86,89

食慾不振

Anorexia 31,39-40,106,136,145

十劃

陣發性

Episodic 14,15,17-8,26,30-2,35,38-41,45-7,87-8,92,113,119
136,145

陣發性SUNA

Episodic SUNA 136

陣發性偏頭痛

Episodic migraine 32

陣發性眼窩痛

Episodic orbital pain 128

陣發性緊縮型頭痛

Episodic tension-type headache 15-8,26,38-41,87-8,92,113,136

陣發發作性半邊頭痛

Episodic paroxysmal hemicrania 18,45,47

陣發叢發性頭痛

Episodic cluster headache 14,18,45-6,145

疱疹後神經痛

Post-herpetic neuralgia 23,123,128

既存在之原發性頭痛

Pre-existing primary headache 16,50,54,57-8,64,76,86,92,
100,105,112,119

流行性感冒

Influenza 100,102

流淚

Lacrimation 45,47-8,53,125,136

流鼻水

Rhinorrhoea 45-7,53,136

倉儲工人頭痛，參見一氧化碳引發之頭痛

"Warehouse workers' headache, see
Carbon monoxide-induced headache"

原因不明顱內高壓(IIH)

Idiopathic intracranial hypertension (IIH) 19,76-7,82

原發性中樞神經系統血管炎

Primary CNS angiitis 68,71,73

原發性耳痛

Primary otalgia 115

原發性刺戳性頭痛

Primary stabbing headache 18,50,54

原發性性行為相關之頭痛

Primary headache associated with sexual activity 18,50-52,54

原發性咳嗽頭痛

Primary cough headache 18,50-2,54,81

原發性運動頭痛

Primary exertional headache 18,50-2,54,106

原發性雷擊頭痛

Primary thunderclap headache 13,18,50,52,55,69-70

原發性慢性叢發性頭痛

Primary chronic cluster headache 46

原發性頭痛症候群

Primary headache syndromes 14,48

原發性顱內低壓，參見歸因於自發性（或原因不明）

腦脊髓液低壓之頭痛

- Primary intracranial hypotension, see
Headache attributed to spontaneous
(or idiopathic) low CSF pressure
- 家族性偏癱偏頭痛
Familial hemiplegic migraine (FHM) 14,17,25,28-30,35,83
- 恐慌症
Panic disorder 119,121,141-2
- 時間點上密切關連
Close temporal relation
15,25-30,32-3,38-41,45-7,50,53,57,58,61,64-6,68-70,76-80,
82-3,86-94,100-1,103,105,108-9,112-6,119,129,136,145
- 栓塞性血小板減少性紫斑病
Thrombotic thrombocytopenic purpura 140
- 特性不明的頭痛
Headache unspecified 23,133
- 症狀性三叉神經痛
Symptomatic trigeminal neuralgia 22,123-4
- 症狀性及原因不明枕葉癲癇
Symptomatic and idiopathic occipital epilepsy 81
- 症狀性舌咽神經痛
Symptomatic glossopharyngeal neuralgia 23,123-4
- 症狀性低血糖症
Symptomatic hypoglycaemia 109
- 症狀性咳嗽頭痛
Symptomatic cough headache 51
- 症狀性偏頭痛
Symptomatic migraine 25,33,67,92
- 症狀性叢發性頭痛
Symptomatic cluster headache 45
- 疲倦
Fatigue 27,106,140,142,146
- 疼痛性耳鳴
Painful tinnitus 69
- 疼痛程度
Intensity of pain 46,145
- 眩暈
Vertigo 17,25,31,35,81,135
- 破裂之腦血管動脈瘤
Ruptured cerebral aneurysm 52,55,66,72
- 神經布氏桿菌病
Neurobrucellosis 82
- 神經波雷耳氏弧菌病
Neuroborreliosis 82
- 神經病變
Neuropathy 23,31,68,117,123,127,129,131
- 神經疼痛
Neuralgic pain 123
- 神經梅毒
Neurosyphilis 82
- 神經痛性頭痛
Neuralgiform headache 18,45,47-9,67,112,136
- 神經影像
Neuroimaging 13,30,32,50-1,60-1,65-7,69-71,72-8,
101-3,131,139-40,146
- 神經瘤
Neuroma 62-3,115,123
- 神經學症狀
Neurological symptoms 26,35,69,81,85,89,101,103,108,
120,139-40
- 神經類肉瘤病
Neurosarcoidosis 20,76,79,84
- 純月經偏頭痛
Pure menstrual migraine 26,135
- 純月經無預兆偏頭痛
Pure menstrual migraine without aura 134-5
- 缺血性中風 (腦梗塞)
Ischaemic stroke (cerebral infarction) 19,64-5
- 缺血性中風或暫時性腦缺血
Ischaemic stroke or transient ischaemic attack 19,64-5
- 缺血性心臟疾病
Ischaemic heart disease 109
- 缺血性梗塞
Ischaemic infarction 32
- 缺氧
Hypoxia 21,105-7
- 胰島素引發之低血糖症
Insulin-induced hypoglycaemia 109
- 脊柱關節退化症
Spondylosis 112-3
- 脊椎動脈痛
Vertebral artery pain 19,64,69
- 脊髓空洞症
Syringomyelia 82
- 脊髓腔內化學療法
Intrathecal chemotherapy 80
- 脊髓腔內注射
Intrathecal injection 20,77,79-80
- 退化性關節炎
Osteoarthritis 116
- 酒精引發之立即型頭痛
Immediate alcohol-induced headache 20,86,89
- 酒精引發之延遲型頭痛
Delayed alcohol-induced headache 20,89-9
- 酒精引發之頭痛
Alcohol-induced headache 20,86,89
- 針刺
Pin-prick 129
- 針刺感
Pins and needles 27-30
- 閃光幻視
Spark photopsias 82
- 閃光暗點
Teichopsia 146
- 閃爍的光、點或線
Flickering lights, spots or lines 27-30
- 閃爍現象
Scintillation 31,146
- 閃爍造影術

- Scintigraphy 116,146
- 閃爍暗點
Scintillating scotoma 35,65,73
- 骨發育不良症
Osteochondrosis 112
- 骨髓炎
Osteomyelitis 113,127
- 高血粘度症候群
Hyperviscosity syndrome 140
- 高血糖症
Hyperglycaemia 140
- 高血壓性視網膜病 (Keith-Wagner氏分類)
Hypertensive retinopathy (Keith-Wagner classification) 108
- 高血壓性腦病變
Hypertensive encephalopathy 22,74,105,107-8
- 高泌乳激素血症
Hyperprolactinaemia 79
- 高海拔頭痛
High-altitude headache 22,105-6,110
- 高鈣血症
Hypercalcaemia 140
- 高碳酸血症
Hypercapnia 21,105-7,140
- 高潮前頭痛
Preorgasmic headache 18,50-1
- 高潮頭痛
Orgasmic headache 18,50-2
- 高醛固酮症
Hyperaldosteronism 140
- 海綿狀血管瘤
Cavernous angioma 19,49,64,67,72
- 十一劃**
- 假性偏頭痛，參見短暫頭痛及神經缺損症候群
併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)
Pseudomigraine, see Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
- 假性腦瘤，參見歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH)
Pseudotumor cerebri, see Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
- 偏盲
Hemianopia 29,31
- 偏麻性，參見預兆偏頭痛
Hemiparaesthetic, see Migraine with aura
- 偏麻偏頭痛
Hemiparaesthetic migraine 27
- 偏頭痛引發之癲癇發作
Migraine-triggered seizure 17,25,33,37
- 偏頭痛併發症
Complications of migraine 17,25,31
- 偏頭痛併腦脊髓白血球增生症，參見短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)
- Migraine with cerebrospinal pleocytosis, see Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
- 偏頭痛重積狀態
Status migrainosus 17,25,32-3,36
- 偏頭痛病人
Migraineur 34,39-41,44,87-91,97,121
- 偏頭痛腦梗塞
Migrainous infarction 17,25,32,36
- 偏頭痛預兆重積狀態
Migraine aura status 36,135
- 偏頭痛總論
Migraine in general 33
- 偏癱
Hemiplegia 135
- 偏癱偏頭痛，參見預兆偏頭痛
Hemiplegic migraine, see Migraine with aura
- 偏癱癇
Migralepsy 33,81
- 動脈內膜切除術後頭痛
Post-endarterectomy headache 19,64,69,73
- 動脈炎
Arteritis 19,64-5,67-8,73,118
- 動脈剝離
Arterial dissection 19,51-2,64-5,69,73,137
- 動脈高血壓
Arterial hypertension 22,105,107-8,110
- 動靜脈畸形(AVM)
Arteriovenous malformation (AVM) 19,28,64,67,70,72,81
- 基因關係
Genetic relationship 27
- 基底型偏頭痛
Basilar-type migraine 17,25,30,35,135
- 基底偏頭痛，參見基底型偏頭痛
Basilar migraine, see Basilar-type migraine
- 基底動脈偏頭痛，參見基底型偏頭痛
Basilar artery migraine, see Basilar-type migraine
- 宿醉頭痛，參見酒精引發之頭痛
Hangover headache, see Delayed alcohol-induced headache
- 強直發作
Tonic spells 135
- 敗血症
Sepsis 100
- 斜頸
Torticollis 114,135
- 淋巴球性腦膜炎
Lymphocytic meningitis 21,100-1,103
- 淋巴球腦下垂體炎
Lymphocytic hypophysitis 20,76,79
- 淋巴球增生，參見短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)
Lymphocytic pleocytosis, see Syndrome of transient Headache and Neurological

- Deficits with cerebrospinal fluid
- Lymphocytosis (HaNDL)
- 牽連痛
 - Referred pain 43,115,130,146
- 產後血管病變
 - Post-partum angiopathy 71
- 產褥期
 - Puerperium 108
- 眼
 - Eye 3,11,22,31,36,47,56,68,100,112-7,120,127,129,131,141,146
 - 眼，參見預兆偏頭痛
 - Ophthalmic, see Migraine with aura
 - 眼皮下垂
 - Ptosis 45-6
 - 眼皮水腫
 - Eyelid oedema 45-7,136
 - 眼肌麻痺偏頭痛
 - Ophthalmoplegic migraine 13,23,26,36,123,128-9,131
 - 眼肌麻痺
 - Ophthalmoplegia 13,23,26,36,67,71,123,128-9,131
 - 眼偏頭痛，參見預兆偏頭痛
 - Ophthalmic migraine, see Migraine with aura
 - 眼球運動異常
 - Ocular motor abnormalities 135
 - 眼眶下神經痛
 - Infraorbital neuralgia 130
 - 眼眶上神經痛
 - Supraorbital neuralgia 22,106,123,125,131
 - 眼眶後頭痛
 - Retro-orbital headache 80
 - 眼部分支三叉神經痛
 - Ophthalmic division trigeminal neuralgia 136
 - 眼部發炎疾患
 - Ocular inflammatory disorder 22,112-3,114
 - 眼震
 - Nystagmus 31,81,135
 - 粒線體腦病變，乳酸中毒及類中風發作(MELAS)
 - Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS) 19,64,70,74
 - 細菌性腦膜炎
 - Bacterial meningitis 21,100-1,103-4,140
 - 組織水腫
 - Tissue oedema 108
 - 組織胺引發之立即型頭痛
 - Immediate histamine-induced headache 20,86,90
 - 組織胺引發之延遲型頭痛
 - Delayed histamine-induced headache 20,86,90
 - 組織胺引發之頭痛
 - Histamine-induced headache 20,86,90
 - 組織胺頭痛，參見叢發性頭痛
 - Histaminic cephalalgia, see Cluster headache
 - 荷爾蒙替代療法
 - Hormone replacement therapy 36,94,99,135
- 蛋白尿
 - Proteinuria 108
- 軟腦膜血管瘤病 (Sturge Weber氏症候群)
 - Leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome) 19,64,67
- 通常為偏頭痛前驅之孩童週期性症候群
 - Childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine 17,25,30,33
- 十二劃**
- 透析頭痛
 - Dialysis headache 22,105,107,110
- 麥角胺過度使用頭痛
 - Ergotamine-overuse headache 21,86,92-3
- 麥角鹼
 - Ergots 92,98,109
- 麻木感
 - Numbness 27-9,126
- 發作之表現
 - Ictal manifestation 81
- 發作始於後頸
 - Nuchal onset 113
- 發作性
 - Paroxysms 124-6
- 發作性半邊頭痛
 - Paroxysmal hemicrania 18,34,45-9,55,67,117,145
- 發作性半邊頭痛合併三叉神經痛 (CPH-tic 症候群)
 - Paroxysmal hemicrania with coexistent trigeminal neuralgia (CPH-tic syndrome) 47,49
- 發作性高血壓
 - Paroxysmal hypertension 107,110
- 發作性發作
 - Paroxysmal attacks 123-5
- 發作性腦疾患
 - Paroxysmal brain disorders 33
- 發作性頭痛
 - Paroxysmal headache 107
- 發作放電
 - Ictal discharge 81
- 發作時期
 - Duration of attack 145
- 發作頻率
 - Frequency of attacks 33,145
- 割裂
 - Lancinating 125,146
- 創傷後壓力疾患
 - Post-traumatic stress disorder 143
- 單純性疱疹病毒
 - Herpes simplex virus 84,101,104
- 單側
 - Unilateral 18,25-9,31,45-9,53-5,66-7,69-70,92,102,114,123-5,128-9,131,134,136,138,146
- 單側症候群
 - Hemisynndrome 129
- 單側神經痛性頭痛

- Unilateral neuralgiform headache 18,45,47-9,67,136
- 單側感覺症狀
Unilateral sensory symptoms 27-8
- 單眼視覺障礙
Monocular visual disturbance 28,31
- 單項性
Monothetic 15
- 喉上神經痛
Superior laryngeal neuralgia 22,123,125,130
- 尋常偏頭痛，參見無預兆偏頭痛
Common migraine, see Migraine without aura
- 惡性高血壓
Malignant hypertension 96
- 散發性偏癱偏頭痛
Sporadic hemiplegic migraine 17,25,28-30,35
- 無法分類的頭痛，參見不屬於現存分類的頭痛；
特性不明的頭痛
Headache not classifiable, see Headache not elsewhere specified; Headache unspecified
- 無高血壓性腦病變之高血壓危症
Hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy 22,105,107
- 無梗塞之持續性預兆
Persistent aura without infarction 17,25,32,36
- 無菌性（非感染性）腦膜炎
Aseptic (non-infectious) meningitis 20,76,79,84,87
- 無預兆偏頭痛
Migraine without aura 13,15-7,25-34,36,39-41,57,88,90-1, 93,109-10,116,134-5,138,146
- 無預兆發作
Attacks without aura 25-7
- 痛性抽搐，參見三叉神經痛
Tic douloureux, see Trigeminal neuralgia
- 痛性麻木
Anaesthesia dolorosa 23,123,129,131
- 痛感
Nociception 42-3,146
- 痛覺過敏
Hyperalgesia 128
- 痙攣性斜頸症
Spasmodic torticollis 114
- 短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚(SUNCT)
Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT) 18,45,47-8
- 短暫單側神經痛性頭痛發作併顱部自律神經症狀(SUNA)
Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with cranial Autonomic symptoms (SUNA) 47,136-7
- 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液
淋巴球增生症(HaNDL)
Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL) 20,76,82
- 硝化甘油頭痛，參見一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛
Nitroglycerine headache, see Immediate NO donor-induced headache
- 硬腦膜下血腫
Subdural haematoma 18,58,61,66
- 硬腦膜下膿瘍
Subdural empyema 21,100,102,104,139
- 硬腦膜外血腫
Epidural haematoma 18,58,60
- 硬腦膜穿刺後頭痛
Post-dural puncture headache 19,76,78,83-4
- 硬腦膜動靜脈瘻管
Dural arteriovenous fistula 67,72
- 硬腦膜動靜脈瘻管
Dural arterio-venous fistula 19,64,67,72
- 硬腦膜對比增強
Pachymeningeal enhancement 78,79,83
- 視力喪失
Loss of vision 27-9
- 視力模糊
Blurred vision 27,89,114,120
- 視力模糊
Visual blurring 81
- 視乳頭水腫
Papilloedema 77-8,82
- 視神經炎
Optic neuritis 23,117,123,127,129,131
- 視野缺損
Scotoma 27,31,35,65,73,127,146
- 視野缺損
Visual field defect 77
- 視網膜偏頭痛
Retinal migraine 17,25,31,33,36
- 視覺振動
Oscillopsia 81
- 視覺預兆
Visual aura 27-8,34,36,145
- 診斷式頭痛日誌
Diagnostic headache diary 16,40-1
- 週期性眼性疼痛，參見原發性刺戳性頭痛
Ophthalmodynia periodica, see Primary stabbing headache
- 週期性嘔吐
Cyclical vomiting 17,25,30,35
- 進行性腦病變
Progressive encephalopathy 135
- 飲食頭痛，參見食品成分及添加物引發之頭痛
Dietary headache, see Head induced by food components and additives
- 黑矇症
Amaurosis fugax 31,68
- 鈍痛型
Dull type 52

十三劃

- 傳遞訊息的分子一氧化氮(NO)
Messenger molecules nitric oxide (NO) 26

- 嗜鉻細胞瘤
Phaeochromocytoma 22,105,107-8,110
- 嗅覺敏感
Osmophobia 134,145
- 嗅覺遲鈍
Hyposmia 115
- 意識不清
Obtundation 107
- 感染
Infection 3,11,13,16,21,53,56,77,100-3,113,116,123,139,40
- 感覺異常
Dysaesthesia 126,130,142
- 感覺異常
Paraesthesia 27,30,90,107,126,129,130,142,144
- 感覺異常
Sensory disturbances 27
- 感覺遲鈍
Hypaesthesia 129,144
- 搏動
Pulsating 25-6,47,51,69,87,88-92,94,100,107-8,134,136,138,146
- 搏動性
Pulsating quality 25,87-92,108-9,134
- 搏動性，撲通撲通的跳
Throbbing 26,31,146
- 搏動性耳鳴
Pulsatile tinnitus 67
- 新的頭痛
New headache 16,26,50,57,58,64-5,69-70,76,86,100,105,112,119,133,138,146
- 新發生每日持續性頭痛(NDPH)
New daily-persistent headache (NDPH) 18,40,50,53,55
- 新發生頭痛
De novo headache 57,137
- 新發慢性頭痛，參見新發生每日持續性頭痛(NDPH)
De novo chronic headache, see New daily-persistent headache (NDPH)
- 暗點
Scotomata 31,73
- 癱瘓
Paresis 127-9
- 節部顱頸肌張力異常症
Segmental Craniocervical dystonia 114
- 經皮經血管腔血管成型術(PTA)
Percutaneous transluminal angioplasty (PTA) 69,73
- 經常陣發性緊縮型頭痛
Frequent episodic tension-type headache 15,18,26,38-41,113,136
- 經常陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛
Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness 17,38,40
- 經常陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛
Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness 17,38,40,113
- 腸道親鉻細胞瘤
Enterochromaffin cell tumours 107
- 腫瘤
Neoplasm 20,57,76-7,80,103,115
- 腫瘤引起顱內壓升高或水腦
Increased intracranial pressure or hydrocephalus caused by neoplasm 20,76-7,80
- 腫瘤性蜘蛛網膜炎、腦炎
Neoplastic arachnoiditis encephalitis 82
- 腹部偏頭痛
Abdominal migraine 17,25
- 腦下垂體中風
Pituitary apoplexy 19,52,64,71,75
- 腦下垂體功能低下
Hypopituitarism 71,79,110
- 腦下垂體細胞質液蛋白
Hypophyseal cytosol protein 79
- 腦出血
Intracerebral haemorrhage 19,52,55,64,66-7,72
- 腦炎
Encephalitis 21,83,100-4,140
- 腦缺血之閾值
Ischaemic threshold 27
- 腦脊髓液瘻管頭痛
CSF fistula headache 19,76,78,80
- 腦脊髓液白血球增生
CSF pleocytosis 29,68,82
- 腦脊髓液低壓
Low cerebrospinal fluid pressure 19,76,78
- 腦脊髓液低壓
CSF hypotension 53,61,70
- 腦脊髓液高壓頭痛
Raised CSF pressure headache 53
- 腦膜水腫，參見歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH)
Meningeal hydrops, see Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
- 腦膜血管瘤
Meningeal angioma 67
- 腦膜炎，參見歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH)
Meningitis, see Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
- 腦膜腦炎
Meningoencephalitis 140
- 腦膿瘍
Brain abscess 21,100-2,104,139
- 運動引發之偏頭痛
Exercise-induced migraine 51
- 運動失調
Ataxia 30,35,81,135
- 過度警戒
Hypervigilance 143
- 過度灌注症候群
Hyperperfusion syndrome 69
- 雷擊頭痛
Thunderclap headache 13,18,50,52,55,66,69-72,74-5,80
- 電痙攣療法後頭痛

Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache 138

預兆

Aura 13-7,25-34,36,39,41,54,58,65,67,70-1,74,
81-2,85,88,90-1,93,109-10,115,134,135,138,145-6

預兆偏頭痛

Migraine with aura 13,15,17,25-7,29-30,32-6,54,65,67,70-1,
74,81,134-5,145-6,26

預兆偏頭痛特定的病理機轉-傳播性腦缺血

Pathognomonic spreading oligaemia of
migraine with aura 26

十四劃

鼻炎鼻竇炎

Rhinosinusitis 22,112,115-7,141

鼻腔充血

Nasal congestion 45-7,53,116,136

鼻睫神經痛

Nasociliary neuralgia 23,123,125,130

鼻竇炎

Sinusitis 52,102,112,115

鼻竇頭痛

Sinus headaches 115,117

對光或聲音敏感

Sensitivity to light or sound 27

慢性

Chronic 13-41,16-8,21,25-6,30,31-49,53-5,58-62,64-5,67,
76-7,86-9,92-5,97-101,103-5,107-8,110-3,115,117-21,132

慢性中毒後頭痛

Chronic post-intoxication headache 89

慢性外傷後頭痛

Chronic post-traumatic headache 16,18,58-62,66

慢性血管疾患後的頭痛

Chronic post-vascular disorder headache 137

慢性物質接觸後之頭痛

Chronic post-substance exposure headache 87,138

慢性非細菌性感染後頭痛

Chronic post-non-bacterial infection headache 100,103,140

慢性神經痛性半邊頭痛，參見叢發性頭痛

Hemicrania neuralgiformis chronica, see
Cluster headache

慢性偏頭痛

Chronic migraine 13,17,25-6,31-3,36,39,41,57,62,93

慢性細菌性腦膜炎後頭痛

Chronic post-bacterial meningitis headache 21,100-1,103

慢性發作性半邊頭痛

Chronic paroxysmal hemicrania (CPH) 18,34,45,47,49,55,67,117

慢性感染後頭痛

Chronic post-infection headache 21,100,103

慢性腦脊髓液不足頭痛，參見歸因於自發性

(或病因不明)腦脊髓液低壓之頭痛
"Hypoliqorrhoeic headache, see Headache
attributed to spontaneous (or idiopathic) low
CSF pressure"

慢性緊縮型頭痛

Chronic tension-type headache 17-8,38,40-3,53-4,57,87-8,
92-3,95,113,119,136

慢性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛

Chronic tension-type headache not associated
with pericranial tenderness 17,38,41,113

慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛

Chronic tension-type headache associated
with pericranial tenderness 17,38,41,113

慢性叢發性頭痛

Chronic cluster headache 14,18,45-6

慢性體內恆定疾患後頭痛

Chronic post-homeostasis disorder headache 105,140

慢性顱內疾患後頭痛

Chronic post-intracranial disorder headache 76,138

睡眠呼吸中止症

Sleep apnoea 21,105-7,110

睡眠呼吸中止症頭痛

Sleep apnoea headache 21,105-7,110

睡眠疾患

Sleep disorder 107,119

睡眠過度

Hypersomnia 141

睡眠障礙

Sleep disturbance 59,106,142

睡眠頭痛

Hypnic headache 13,18,50,52,54-5

睡眠頭痛症候群，參見睡眠頭痛

Hypnic headache syndrome, see Hypnic headache

精神分裂症

Schizophrenia 120

精神疾患

Psychiatric disorder 3,10,13,22,56,119,141

精神病性疾患

Psychotic disorder 22,119-21

精神動作激躁

Psychomotor agitation 141

維生素A過多症

Hypervitaminosis A 78

翠普登

Triptan 8,13-4,20,26,86,92-3,97,110,139

翠普登過度使用頭痛

Triptan-overuse headache 21,86,92-3

與月經相關偏頭痛

Menstrually-related migraine 26,134-5

與睡眠有關的呼吸疾患

Sleep-related respiratory disorders 107

蒼白

Pallor 27,30-1,107,135

蜘蛛網膜下腔出血(SAH)

Subarachnoid haemorrhage (SAH) 19,51-2,55,59-60,64-7
69-73

語言症狀

Speech symptoms 27-8

輕度噁心

Mild nausea 40-2,53

- 遠視
Hypermetropia 146
- 遠視
Hyperopia 114
- 複合藥物過度使用頭痛
Combination medication-overuse headache 20,86,93
- 複視
Diplopia 30,77,81,115
- 複雜偏頭痛，參見預兆偏頭痛
Complicated migraine, see Migraine with aura
- 緊張性頭痛，參見緊縮型頭痛(TTH)
Tension headache, see Tension-type headache (TTH)
- 緊縮型頭痛(TTH)
Tension-type headache (TTH) 2,11,14,15-8,24,26,34,38-44,52-4,57-8,64,76,81,86-7,88,91-3,95,98,100,105-6,112-3,116,119,136
- 雌激素戒斷之頭痛
Oestrogen-withdrawal headache 21,86,94,135
- 暫時性偏癱
Transient hemiparesis 30
- 暫時性單眼失明
Transient monocular blindness 31
- 暫時性腦缺血(TIA)
Transient ischaemic attack (TIA) 19,29,64-5,71
- 漿液性腦膜炎，參見歸因於原因不明顱內高壓之頭痛(IIH)
Serous meningitis, see Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
- 十五劃**
- 潛水頭痛
Diving headache 22,105-6,110
- 熱狗頭痛，參見一氧化氮釋出物引發之立即型頭痛
Hot dog headache, see Immediate NO donor-induced headache
- 熱潮紅
Hot flushes 142
- 線蟲
Nematodes 139
- 蝶顎神經痛，參見叢發性頭痛
Sphenopalatine neuralgia, see Cluster headache
- 頷肌張力異常症
Mandibular dystonia 114
- 鬧鐘頭痛，參見睡眠頭痛
Alarm clock headache, see Hypnic headache
- 鴉片類戒斷之頭痛
Opioid-withdrawal headache 21,86,94
- 鴉片類過度使用頭痛
Opioid-overuse headache 21,86,93
- 學習障礙
Learning disorder 119
- 操作型診斷基準
Operational diagnostic criteria 7,13
- 糖尿病眼部神經病變
Ocular diabetic neuropathy 23,123,127,131
- 遲發型外傷後頭痛
Late-onset post-traumatic headaches 58
- 遲滯
Retardation 141
- 遺尿症
Enuresis 119
- 十六劃**
- 錢幣形頭痛，參見錢幣狀頭痛
Coin-shaped cephalgia, see Nummular headache
- 錢幣狀頭痛
Nummular headache 126,143
- 靜脈竇栓塞
Sinus thrombosis 67,74,77
- 靜脈竇栓塞
Venous sinus thrombosis 74,77
- 頸因性頭痛
Cervicogenic headache 22,42,44,106,112-7,117
- 頸舌症候群
Neck-tongue syndrome 23,117,123,126,131
- 頸動脈血管成型術後頭痛
Carotid angioplasty headache 19,64,69,73
- 頸動脈或脊椎動脈痛之疼痛
Carotid or vertebral artery pain 19,64,69
- 頸動脈剝離
Carotid dissection 28,69,73,114,137
- 頸部甩傷
Whiplash injury 18,58-60,62-3
- 頸部甩傷後之慢性頭痛
Chronic post-whiplash injury headache 59,60
- 頸部甩傷後症候群
Post-whiplash syndrome 60
- 頸部僵硬
Neck stiffness 27,78,101
- 頸部頭痛，參見頸因性頭痛
Cervical headache, see Cervicogenic headache
- 頭、頸部血管性疾患
Cranial or cervical vascular disorder 2,10,18,56,137
- 頭部及/或頸部外傷
Head and/or neck trauma 3,11,18,58-9,61-2,112
- 頭部及/或頸部外傷，急性頭痛
Head and/or neck trauma, acute headache 58,61
- 頭部及/或頸部外傷，慢性頭痛
Head and/or neck trauma, chronic headache 58,61
- 頭部及頸部外傷
Head and neck trauma 58,62
- 頭部肢端紅痛病，參見叢發性頭痛
Erythro-melalgia of the head, see Cluster headache
- 頭痛
Headache 1-146
- 頭痛(或疼痛)發作
Attack of headache (or pain) 145
- 頭痛天數
Headache days 145
- 頭痛症候群

Headache syndromes 14,48,52,54-5,117,121,138

頭暈

Light-headedness 106

頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或

其它顏面或頸部結構

Cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structures 3,12-3,21-2,56,100,112-3,116

顱骨切開術後之慢性頭痛

Chronic post-craniotomy headache 19,58,61

噁心或腹痛

Nausea or abdominal distress 142

壓力引發之疼痛

Pressure-induced pain 146

壓力性頭痛，參見緊縮型頭痛(TTH)

Stress headache, see Tension-type headache (TTH)

壓力測痛儀

Pressure algometer 43,146

壓迫/緊縮性

Pressing/tightening 39-41,53,92,93,136,146

壓痛

Tenderness 38-43,102,113,116,125-6,137,144

癌性腦膜炎

Carcinomatous meningitis 20,76,80

瞳孔縮小

Miosis 45-6,53

翼管神經痛，參見叢發性頭痛

Vidian neuralgia, see Cluster headache

膿瘍

Empyema 21,100,102,104,139

舉重者頭痛

Weight-lifters' headache 51

隱性斜視

Latent strabismus 145

隱斜視

Heterophoria 22,112,114,145

黏膜接觸點頭痛

Mucosal contact point headache 115,141

叢發性頭痛及其他三叉自律神經頭痛

Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias 2,11,15,18,24,45,136

叢發性頭痛發作

Cluster headache attack 46,49,88,91,145

叢發性頭痛緩解期

Cluster remission period 145

叢發期

Cluster period 46,87-8,145

簡單半邊頭痛，參見無預兆偏頭痛

"Hemicrania simplex, see Migraine without aura"

舊稱

Previously used term 14,25-6,30,33,38,45,50-3,67-8,77-8, 82,87-9,92,113,120,123,125,127,129,133,143,146

關節過度活動症

Joint hypermobility 116

瞬間視野蒙蔽

Transient visual obscurations 77

瞬間與局部刺戳痛

Transient and localised stabs of pain 50

歸因於中或重度頭部外傷之急性外傷後頭痛

Acute post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury 18,58-9,61-2,65

歸因於中或重度頭部外傷之慢性外傷後頭痛

Chronic post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury 18,58,60

歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛

Intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes 19

歸因於多發性硬化症之顏面痛

Facial pain attributed to multiple sclerosis 23,123,129,132

歸因於動脈剝離的頭痛或臉部、頸部之疼痛

Facial or neck pain attributed to arterial dissection 19,64,69,137

歸因於慢性藥物不良反應之頭痛

Headache as an adverse event attributed to chronic medication 21,77,86,93,99

歸因於輕度頭部外傷之急性外傷後頭痛

Acute post-traumatic headache attributed to mild head injury 18,58-9,62

歸因於輕度頭部外傷之慢性外傷後頭痛

Chronic post-traumatic headache attributed to mild head injury 18,58,60

歸因於頸部甩傷之急性頭痛

Acute headache attributed to whiplash injury 18,58,60

歸因於頸部甩傷之慢性頭痛

Chronic headache attributed to whiplash injury 18,58,60,62

歸因於頭部及/或頭部外傷之慢性頭痛

Chronic headache attributed to other head and/or neck trauma 18,58,61

轉移

Metastases 113

雞尾酒頭痛，參見酒精引發之頭痛

"Cocktail headache, see Alcohol-induced headache"

顏面血管瘤

Facial angioma 67

顏面痛

Facial pain 3,12-3,21-3,42,56,69,100,112-3,115-8,122-3, 125,127-33,141,143,145

斷食

Fasting 22,105,109,111

爆炸型頭痛

Explosive type headache 52

爆炸般頭痛

Explosive headache 52

藥物引發之頭痛，參見藥物過度使用頭痛(MOH)

Drug-induced headache, see Medication-overuse headache (MOH)

藥物過度使用頭痛(MOH)

Medication-overuse headache (MOH) 15,21,26,32-3,40-1,

- 53,57,86,92-3,96,136
- 藥物誤用之頭痛，參見藥物過度使用頭痛(MOH)
Medication-misuse headache, see
Medication-overuse headache (MOH)
- 類肉瘤病
Sarcoid 20,76,79,84-5,128
- 類身體
Somatoform 120-1,142
- 類身體疾患
Somatoform disorders 119,121,148
- 類風濕性關節炎
Rheumatoid arthritis 113,116
- 類偏頭痛疾患，參見可能偏頭痛
Migrainous disorder, see Probable migraine
- 警告症狀
Warning symptoms 27,73,145-6
- 懼學症
School phobia 119,
- 囊形動脈瘤
Saccular aneurysm 19,64,66,72
- 聽力障礙
Hypacusia 30,78,81
- 聽神經瘤
Acoustic neuroma 62-3,115
- 聽覺過敏
Hyperacusia 81
- 纖維肌痛症
Fibromyalgia 140
- 顯性斜視
Manifest strabismus 145
- 顯斜視
Heterotropia 22,112,114,145
- 驚嚇反應
Startle response 143
- 體內恆定
Homoeostasis 3,11,13,22,56,105,109,140
- 體化症
Somatisation disorder 22,119-20
- 癲癇
Epilepsy 25,33,37,67,80-1,85,135
- 癲癇性半邊頭痛
Hemicrania epileptica 20,76,81,85
- 癲癇後頭痛
Post-seizure headache 20,76
- 癲癇發作
Epileptic seizure 20,67,76,81,85
- 癲癇發作
Seizure 17,20,25,28,33,36,57-71,76,81,85,107-9,121
- 癲癇發作後頭痛
Post-ictal headache 81
- 顱內血管疾患
Intracranial vascular disorder 19,64,70
- 顱內高壓
Intracranial hypertension 66-7,70,74,76-8,82-4,86,93,105
- 顱內寄生蟲感染
Intracranial parasitic infestation 139
- 顱內感染
Intracranial infection 13,21,77,100-2,139
- 顱內腫瘤
Intracranial neoplasm 20,57,76,80
- 顱內雜音
Intracranial noises 77
- 顱周肌肉
Pericranial muscles 38,42-3,146
- 顱周壓痛
Pericranial tenderness 17,38-41,43,113
- 顱神經痛和中樞性顏面痛
Cranial neuralgias and central causes
of facial pain 3,12,22,112,123,143
- 顱骨
Cranial bone 22,113,116,127
- 顱骨切開術後之頭痛
Post-craniotomy headache 19,58,61-3
- 顱骨切開術後急性頭痛
Acute post-craniotomy headache 18,58,61
- 顱頸肌張力異常症
Cranio-cervical dystonia 22,112-4,117
- 顱頸疾患後之慢性頭痛
Chronic post-cranio-cervical disorder headache 112,141
- 顱骨岩部炎
Petrositis 113
- 顱動脈炎，參見歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛
Temporal arteritis, see Headache attributed
to giant cell arteritis (GCA)
- 顱部疼痛
Temporal pain 45-6
- 顱頷關節疾患
Temporomandibular joint disorder 22,112,116,118
- (Gardner氏)岩部神經痛，參見叢發性頭痛
Petrosal neuralgia (of Gardner), see
Cluster headache
- (Harris氏)類偏頭痛之神經痛，參見叢發性頭痛
Migrainous neuralgia (of Harris), see
Cluster headache
- 5HT_{1B/D}接受器促進劑
5HT_{1B/D} receptor agonists 26
- Arnold-Chiari氏畸形第一型
Arnold-Chiari malformation type I 51
- Bing氏面部紅痛病，參見叢發性頭痛
Erythroprosopalgia of Bing, see Cluster
headache
- Calcitonin gene-related peptide (CGRP)引發之頭痛
Calcitonin gene-related peptide
(CGRP)-induced headache 21,26,42,86,91
- CGRP引發之立即型頭痛
Immediate CGRP-induced headache 21,86,91
- CGRP引發之延遲型頭痛
Delayed CGRP-induced headache 20,86,91

- Charlin氏神經痛，參見鼻睫神經痛
 - Charlin's neuralgia, see Nasociliary neuralgia
- Chiari氏畸形第一型(CM1)
 - Chiari malformation type I (CM1) 20,51,76,81,85
- Eagle氏症候群
 - Eagle's syndrome 130,132
- Glasgow昏迷指數(GCS)
 - Glasgow Coma Scale (GCS) 59-60
- Harris-Horton氏病，參見叢發性頭痛
 - Harris-Horton's disease, see Cluster headache
- Hodgkin氏病
 - Hodgkin's disease 128
- Horner氏症候群
 - Horner's syndrome 69
- Horton氏病，參見歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛
 - Horton's disease, see Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)
- Horton氏頭痛，參見叢發性頭痛
 - Horton's headache, see Cluster headache
- Leao氏皮質傳播性抑制
 - Cortical spreading depression of Leao 27
- Paget氏病
 - Paget's disease 113
- Phosphodiesterase (PDE)抑制劑引發之頭痛
 - Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache 20,86,88
- Pickwickian氏症候群
 - Pickwickian syndrome 107
- Sluder氏神經痛，參見叢發性頭痛
 - "Sluder's neuralgia, see Cluster headache"
- Sluder氏蝶顎神經痛
 - Sluder's sphenopalatine neuralgia 130
- SUNCT合併三叉神經痛
 - SUNCT with coexistent trigeminal neuralgia 47
- Tolosa-Hunt氏症候群
 - Tolosa-Hunt syndrome 23,123,128,131
- Vail氏翼管神經痛
 - Vail's Vidian neuralgia 130
- Valsalva氏操作
 - Valsalva manoeuvre 50,78,83
- Valsalva氏操作頭痛，參見原發性咳嗽頭痛
 - Valsalva- manoeuvre headache, see Primary cough headache
- Vogt-Koyanagi-Harada氏症候群
 - Vogt-Koyanagi-Harada syndrome 79