

頭痛電子報第 106 期

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

發刊日期：民國 102 年 5 月

發行人：台灣頭痛學會

【本期內容】

**頑固型偏頭痛 (Refractory Migraine) 的診斷：Part I-----許家瑜醫師
研討會訊息-----中區頭痛讀書會
中區衛教種子教師培訓營基礎課程**

本期內容由許家瑜醫師提供，介紹「頑固型偏頭痛(Refractory Migraine)的診斷」。本文分成part I及part II；本期內容先介紹part I，part II將在下期頭痛電子報刊出。希望大家對頑固型偏頭痛的診斷，有更進一步的了解。

電子報主編：楊鈞百醫師

秘書處報告：

中區頭痛讀書會將在**5月26日**舉辦，地點在台中永豐棧酒店，詳細議程如後，不須報名，請直接前往參加。

「頭痛衛教種子教師培訓營初階課程(中區)」將於**7月14日**在台中沙鹿光田醫院舉辦。這是一個讓一般醫療從業人員可以接觸頭痛醫學的入門機會，歡迎會員協助廣為周知，介紹適合的對象參加。課程採收費制，早鳥優惠每人200元，會員免費，即刻加入會員也可免費參加，如果超過早鳥期限，則會員與非會員均收費300元，請留意報名時間，名額上限為150人。目前所有學分申請已經完成，包括醫事倫理、一般醫師、護理師(士)、專科護理師和神經科、家醫科等專科醫學會，詳細請參閱研討會訊息。報名網址 <http://goo.gl/mqz6H> 或上學會網站首頁之連結。另外因有一些非醫療從業人員也上網報名，在此提醒，這個活動屬於專業課程，並不適合一般民眾，請會員幫忙提醒。學會日後或可考慮舉辦一般民眾的衛教課程，屆時再歡迎一般民眾參加。

頭痛學會今年的年會及學術討論會預計將於**11月9-10日**在台南市成大會館舉行，並將邀請到去年ARCH的遺珠Rami Burstein教授擔任keynote speaker，敬請各位會員預先規劃好您的行事曆。

台灣頭痛學會敬啟

頑固型偏頭痛 (Refractory Migraine) 的診斷：Part I

作者：雲林長庚醫院 許家瑜醫師

前言

原發性頭痛在成年人是非常普遍的問題，其中緊張型頭痛是最常見的，在成年人的盛行率約 40%，而偏頭痛及慢性偏頭痛的盛行率分別約為 10-15% 及 2%¹，雖然盛行率不及緊張型頭痛，偏頭痛對患者的生活品質所造成的衝擊卻遠大於緊張型頭痛，不同偏頭痛患者的頭痛嚴重度和造成的失能程度也有很大的差異性。相信各位醫師在臨床上一定曾經遇過某些病患，即使已經根據治療指引嘗試了多種治療方法，病患仍舊為偏頭痛所苦；這些治療效果不好的患者，就是我們今天要討論的「頑固型偏頭痛」。在過去的文獻裡，「頑固型偏頭痛」較常被使用的名稱是「intractable migraine」或「refractory migraine」，牛津字典裡「intractable」的意義是「很難對付的」(hard to solve or deal with)，而「refractory」的意義是「治療無效的」(not yielding to treatment)，根據美國頭痛協會的建議，「refractory migraine」是較貼切的用法²。

為什麼我們需要頑固型偏頭痛的定義和診斷標準²？

有以下原因：

1. 幫助臨床醫師辨認出頑固型偏頭痛的患者，可以幫助患者得到更合適的治療：就好比糖尿病的治療，針對糖化血色素小於 9%、9-12%、或大於 12% 的患者，我們一開始就會選擇不同的治療組合。有些醫師認為偏頭痛的治療也應該要「分層治療」，而不是對所有的患者施予一樣的治療流程。例如 Lipton et al 曾建議以偏頭痛失能評估問卷 (MIDAS) 的等級來做急性治療的分層³；Sapar et al 認為只用 MIDAS 來分層還不夠，應該把頭痛型態、頻率、藥物使用情況等等都列入分層的考量⁴。頑固型偏頭痛代表了一種較難以治療的頭痛層級，一個好的診斷標準可以幫助臨床醫師辨認出這些不容易治療的患者，並及早提供他們更積極的治療或轉介給更專門的醫師處理。
2. 診斷標準可以讓我們更加了解頑固型偏頭痛的疾病特徵、治療方式和未來的治療需求：美國頭痛協會曾經詢問會員們：「頑固型偏頭痛的盛行率大約多少？」，而會員們的回答從小於 5% 到大於 30% 都有，可見大家對頑固型偏頭痛的了解有很大的分歧。一個統一的定義可以幫助我們對頑固型偏頭痛進行流行病學和疾病特徵的研究，有助於瞭解目前治療的現況，和找出最佳的治療模式。
3. 找出使偏頭痛惡化成頑固型偏頭痛的風險因子：偏頭痛雖然有一些已知的風險因子，但這些風險因子是否會誘發頑固型偏頭痛的發生還不得而知，此外，目前並沒有找到可以預測偏頭痛惡化的生物指標。把頑固型偏頭痛的患者獨立出來，或許比較容易找出與偏頭痛惡化有關的生物指標，而這些生物指標，將有助於開發更好的偏頭痛治療藥物。
4. 診斷標準可以作為未來新的治療試驗的受試者納入標準：其實過去幾年已經有不少關於頑固型偏頭痛的新治療的研究⁵⁻⁸，然而不同的研究對所謂「頑固型偏頭痛」的定義都不盡相同，因此，不同研究之間難以互相比較或進行統和分析，臨床醫師也很難篩選合適的病患來嘗試這些治療，一個統一的診斷標準將可以作為未來新治療試驗的納入標準之參考。

2006 年 Goadsby 等人草擬的診斷準則⁹

Goadsby 等人曾於 2006 年提議為頑固型頭痛訂定診斷準則，他們認為頑固型頭痛就是「根據治療準則的合適的治療，卻治療失敗」的頭痛，因此草擬了診斷準則的大綱如下：

1. 定義「合適的治療」：合適的劑量、合適的治療期、並考慮是否有藥物過度使用的情形。
2. 定義「治療失敗」：沒有（或令人不滿意的）治療效果、無法忍受的副作用、或有使用藥物的禁忌症。
3. 針對頑固型偏頭痛，以下預防藥物應該嘗試超過四種以上（其中三種必須為(1)~(4)）：
 - (1). 交感神經阻斷劑（Beta-blockers）
 - (2). 抗癲癇藥物（Anticonvulsants）
 - (3). 鈣離子通道阻斷劑（Calcium channel blockers）
 - (4). 三環抗憂鬱劑（Tricyclic antidepressants）
 - (5). 其他有經過隨機實驗證實有效的預防藥物
 - (6). 止痛劑（NSAID 類）
 - (7). 代謝增進劑（Vit B2 or Co-Q10）

這份診斷準則在當時已經算是非常完整且具有前瞻性的，但仍有一些缺點：他們沒有把急性治療藥物列入診斷要件中；而預防性藥物必須嘗試超過四種以上，會使臨床醫師不容易診斷頑固型偏頭痛；頭痛對病患造成的失能狀況也沒有被考慮進去。

2008 年 Schulman 等人提出的診斷準則（RHSIS criteria）¹⁰

（表一）

美國頭痛協會的「頑固型頭痛特別研究小組」(Refractory Headache Special Interest Section, RHSIS) 於 2006 年寄出一份網路問卷給 1261 個會員，收集他們對「頑固型偏頭痛」(refractory migraine, RM) 及「頑固型慢性偏頭痛」(refractory chronic migraine, R-CM) 的看法，包括頭痛頻率、嚴重程度、對藥物的反應等等，一共有 220 個會員回應了這份問卷；接著這個小組的成員開了一個會議，根據網路調查結果、文獻資料收集、及與會專家們的討論，初步擬定了 RM 及 R-CM 的診斷準則。內容如下：

1. 原始診斷（Primary diagnosis）：病患的頭痛特徵必須符合 ICHD-2 裡「偏頭痛」或「慢性偏頭痛」的診斷準則。
2. 「頑固型」的定義：頭痛經過適當治療，排除可控制的誘發因子，並改善生活型態後，仍對病患的生活品質或功能造成影響。細節如下：
 - (1) 頭痛頻率：頭痛頻率沒有硬性規定，因為有些病患雖然頭痛發作頻率不高，但藥物治療對其頭痛的緩解及預防效果不佳，頭痛仍對病患的生活品質造成影響，這類病患仍可以算是困難治療的病患。
 - (2) 何謂「適當治療」？
 - # 必須包含急性治療藥物及預防藥物。
 - # 以下四大類預防藥物必須使用超過兩類以上（單獨使用或合併使用皆

可)：(a) 交感神經阻斷劑；(b) 抗癲癇藥物；(c) 三環抗憂鬱劑；(d) 鈣離子通道阻斷劑。

必須嘗試過以下兩類急性治療藥物（除非有絕對禁忌症而不適用）：(a) 翠普登和雙氫麥角胺（dihydroergotamine）的鼻噴劑型或注射型；(b) NSAID 或複合型止痛藥。

行爲治療並沒有被包含在「適當治療」的定義之中：雖然有些行爲治療也有實證醫學證明能改善偏頭痛，但行爲治療並不那麼普及，爲了提高診斷準則的可用性，行爲治療並沒有被納入診斷要件中。

3. 以上治療必需在最佳劑量或最大可容忍劑量下**治療兩個月以上**。
4. 需附帶說明是否有「藥物過度使用」（根據 ICHD-2 診斷準則）：要不要排除「藥物過度使用頭痛」在與會專家間也引起了一陣討論，理想的狀況是應該排除藥物過度使用頭痛，因爲在 ICHD-2，「慢性偏頭痛」與「藥物過度使用頭痛」必須記錄成兩個診斷碼。然而，在某些開發程度較低的國家，要排除藥物過度使用頭痛會有困難；而且，一個病患確實有可能同時有頑固型偏頭痛和藥物過度使用頭痛，例如：一個患者把過度使用的藥物停止後，他的頭痛還是很難治療，所以患者又開始過度使用止痛藥。但是，要在完全戒斷過度使用的藥物再來下診斷，有實務上的困難；因此，專家們決定不硬性排除藥物過度使用的病患，但由於戒斷藥物過度使用是頭痛治療一個很重要的觀念，所以美國頭痛協會仍建議要附加說明是否有藥物過度使用的情形。
5. 需附帶說明是否有造成「顯著的失能」：此處的「失能」是以 MIDAS 作評估，若分數超過 11 分（含），則可註記爲「合併顯著的失能」。

表一：2008 年 Schulman 等人提出的診斷準則（RHSIS criteria）

準則	定義
原始診斷	A. ICDH-2 所定義的偏頭痛或慢性偏頭痛
頑固型	B. 頭痛經過適當的急性及預防性治療，排除可控制的誘發因子，並改善生活型態後，仍對病患的生活品質或功能造成影響。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 以下四大類預防藥物單獨或合併使用至少兩類以上仍治療失敗： <ol style="list-style-type: none"> a. 交感神經阻斷劑； b. 抗癲癇藥物； c. 三環抗憂鬱劑； d. 鈣離子通道阻斷劑 2. 使用過下列的急性治療藥物仍治療失敗（除非因禁忌症而無法使用）： <ol style="list-style-type: none"> a. 翠普登和雙氫麥角胺的鼻噴劑型或注射劑型 b. NSAID 類藥物或複合型止痛藥
適當的治療期	以上治療必須在最佳劑量或最大可忍受劑量下給予至少兩個月，除非因爲副作用而提早停止。
附加條件	有沒有藥物過度使用（根據 ICDH-2 的定義） 有沒有顯著的失能（定義爲 MIDAS 分數 11 分以上）

有 RHSIS criteria 就足夠了嗎？

在 RHSIS criteria 發表過後，美國頭痛協會又寄出一份問卷來詢問大家對這個診斷標準的滿意度，絕大多數人相當肯定這個診斷標準，但仍有一些小細節較引起爭論¹¹：

1. 關於預防藥物的數量比較引起爭議，RHSIS criteria 定義預防藥物嘗試兩種以上無效就可以算是頑固型偏頭痛，立意點是希望一般的臨床醫師可以更快做出頑固型偏頭痛的診斷，並儘速把病患轉診到較專門的醫院，若把診斷門檻拉高成三種或四種藥物，有可能會使基層醫師在不斷嘗試藥物的過程中，延誤了病患的轉診時機。但在這份問卷調查裡，仍有 43%的人認為應該把預防藥物的門檻拉高為三種或四種以上無效，才算治療失敗。
2. 有 44%的人認為這個診斷準則不適合用來篩選準備接受侵入性治療（例如放顱內刺激器）的病患。

雖然 91%的人同意一個統一的診斷標準確實是有必要的，然而，當目的不同時，大家對診斷標準的要求也會有所不同；若目的是為了使困難治療的患者可以更快接受更積極的治療或轉介給更專門的醫師，則診斷標準應該放寬一點，使患者可以及早得到適切的治療；若目的是為了篩選接受侵入性治療的病患，則診斷標準應該嚴格一點，以免患者承受不必要的手術風險。一個統一的診斷標準似乎無法滿足所有的目的，這樣的矛盾有什麼方法可以解套嗎？

Reference

1. Lipton RB, Bigal ME. Toward an epidemiology of refractory migraine: current knowledge and issues for future research. *Headache* 2008;48:791-798.
2. Schulman EA, Brahin EJ. Refractory headache: historical perspective, need, and purposes for an operational definition. *Headache* 2008;48:770-777.
3. Lipton RB, Silberstein SD. The role of headache-related disability in migraine management: implications for headache treatment guidelines. *Neurology* 2001;56:S35-42.
4. Saper J, Lake A, 3rd, Lipton R. Staging headache cases: reconciling the complexity of a case with the required intensity of treatment. *Headache* 2007;47:90-93.
5. Behin F, Behin B, Bigal ME, Lipton RB. Surgical treatment of patients with refractory migraine headaches and intranasal contact points. *Cephalalgia* 2005;25:439-443.
6. Bigal M, Rapoport A, Sheftell F, Tepper D, Tepper S. Memantine in the

- preventive treatment of refractory migraine. *Headache* 2008;48:1337-1342.
7. Dowson A, Mullen MJ, Peatfield R, et al. Migraine Intervention With STARFlex Technology (MIST) trial: a prospective, multicenter, double-blind, sham-controlled trial to evaluate the effectiveness of patent foramen ovale closure with STARFlex septal repair implant to resolve refractory migraine headache. *Circulation* 2008;117:1397-1404.
 8. Saper JR, Dodick DW, Silberstein SD, McCarville S, Sun M, Goadsby PJ. Occipital nerve stimulation for the treatment of intractable chronic migraine headache: ONSTIM feasibility study. *Cephalalgia* 2011;31:271-285.
 9. Goadsby PJ, Schoenen J, Ferrari MD, Silberstein SD, Dodick D. Towards a definition of intractable headache for use in clinical practice and trials. *Cephalalgia* 2006;26:1168-1170.
 10. Schulman EA, Lake AE, 3rd, Goadsby PJ, et al. Defining refractory migraine and refractory chronic migraine: proposed criteria from the Refractory Headache Special Interest Section of the American Headache Society. *Headache* 2008;48:778-782.
 11. Schulman EA, Peterlin BL, Lake AE, 3rd, et al. Defining refractory migraine: results of the RHSIS Survey of American Headache Society members. *Headache* 2009;49:509-518.

中區頭痛讀書會



親愛的醫師 您好:

很榮幸能邀請您參加"中區頭痛專家讀書會"(會議議程如下表)

衷心地期盼透過本次學術會議的交流，對於頭痛之治療能有所裨益。

竭誠地邀請您，並感謝您的支持!

請直接前往參加，不須報名。

祝 醫 安

時間：102年5月26日(星期日)上午9:30~12:30

地點：台中 永豐棧酒店 3f 牛津廳

地址：台中市西屯區台中港路二段9號

服務電話：04-232 6-8088

9:30~9:35	Opening	光田醫院 楊鈞百 醫師	
9:35~10:20	Fasting headache	台大醫院雲林分院 方楨文 醫師	主持人 台北 榮民總醫院 王署君 主任
10:20~11:05	Mitochondrial dysfunction and migraine	三軍總醫院 徐昌鴻 醫師	
11:05~11:50	Migraine triggers	嘉義基督教醫院 許永居 醫師	
11:50~12:20	Discussion	All	
12:20~12:30	Closing	台灣頭痛學會 王博仁 理事長	

主辦單位：台灣頭痛學會 Taiwan Headache Society

協辦單位：葛蘭素史克藥廠

台灣頭痛學會頭痛衛教種子教師培訓營基礎課程

時間：2013年7月14日(星期日) 8:00~17:00

地點：光田醫院第二醫療大樓 8 樓:國際會議廳(台中市沙鹿區沙田路 117 號)

附註：報名費用 200~300 元，名額上限 150 人。請上網報名 <http://goo.gl/mqz6H>

時間	課程名稱	講師	主持人
08:00~08:25	報到		主持人
08:25~08:30	歡迎詞	王博仁理事長(頭痛學會)	
08:30~09:05	頭痛的分類與相關檢查	許永居醫師(嘉基醫院神經科)	
09:05~09:40	偏頭痛的診斷	盧相如醫師(高醫大附醫神經科)	台北榮總 王署君 主任
09:40~10:15	偏頭痛的治療	陳盈助醫師(台中慈濟神經科)	
10:15~10:30	休息		
10:30~11:05	緊縮型頭痛的診斷與治療	孔勝琳醫師(中山醫院神經科)	奇美醫院 林高章 主任
11:05~11:40	叢發性頭痛的診斷與治療	陳炳錕醫師(林新醫院神經科)	
11:40~12:15	(止痛)藥物過度使用的處置	陳彥宇醫師(彰基神經科)	
12:15~12:20	討論		
12:20~13:00	午餐/休息		
13:00~13:35	其他特殊的頭痛	謝鎮陽醫師(新樓醫院神經科)	光田醫院 孫明輝 主任
13:35~14:10	頭痛的認知行為治療	謝文傑心理師(清濱精神專科醫院)	
14:10~14:45	頭痛的飲食指導	陳淑娟營養師(活水神經內科診所)	
14:45~15:00	休息		
15:00~15:35	頭痛與兩性	廖翊筑醫師(台中榮總神經科)	光田醫院 楊鈞百 醫師
15:35~16:10	頭痛治療的倫理議題	葉芳枝副主任(光田醫院護理部)	
16:10~16:45	頭痛知識大百科	楊鈞百醫師(光田醫院神經科)	
16:45~16:55	討論		
16:55~17:00	閉幕詞	王博仁院長(活水神經內科診所)	
17:00~	發給完訓證書、賦歸		

本課程再教育積分：

醫事倫理：**0.7 分**

執業執照：西醫師 **7.7 分**，護理師(士) **7.7 分**

專業證照：專科護理師 **7.7 分**

專科醫學會教育積分：神經科 **7.25 點**，家醫科 **8 點**

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

聯絡人：秘書 王宣婷

會址：台南市安南區安和路一段 40 號

TEL：06-2810700、06-2810701 FAX：06-2810702

E-MAIL：taiwan.head@msa.hinet.net

<http://www.taiwanheadache.com.tw/>