

# 頭痛電子報第 107 期

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

發刊日期：民國 102 年 6 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 II-----許家瑜醫師  
研討會訊息-----北區頭痛讀書會  
中區衛教種子教師培訓營基礎課程

---

本期內容繼續由許家瑜醫師介紹「頑固型偏頭痛 (Refractory Migraine) 的診斷」part II，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：

北區2013年第一次頭痛讀書會，將於**7月6日(六)**在台北老爺大飯店舉行，詳細議程如後，會議不須報名，歡迎前往參加。

「頭痛衛教種子教師培訓營初階課程(中區)」將於**7月14日(日)**在台中沙鹿光田醫院舉辦。本活動訊息公布後，報名人數踴躍，截至目前為止已超過**150**名學員報名，受限於場地及兼顧教學品質，將不再受理報名，謝謝會員們協助宣傳。另因恐座位及講義等不足，不建議未報名者直接前往。

頭痛學會今年的年會及學術討論會預計將於**11月9-10日(六、日)**在台南成大會館舉行，會議主題是 *Light to Headache* 主要探討光、生理節律與各種頭痛，以及頭痛的最新進展，會中將邀請到去年ARCH的遺珠Rami Burstein教授擔任keynote speaker，和國內相關學界的專家來演講，在南臺灣陽光普照的城市舉辦。敬請各位會員預先規劃好您的行事曆，一起來探究頭痛醫學，讓更多的頭痛患者能走出黑暗，看見曙光，再次領受生命的光與熱。

台灣頭痛學會敬啟

---

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

作者：雲林長庚醫院 許家瑜醫師

### 2010 年 Silberstein 等人提出的分級標準（Silberstein criteria）<sup>12</sup>（表二）

既然因應不同的目的應該使用不同的篩選標準，Silberstein 等人想出為「頑固程度」分級的方法，以下是他們提出的分級標準：

#### 1. 使用急性緩解藥物無效的分級標準：

- (1) 第一級（輕度）：使用兩種不同類別的非特異性止痛藥物（例如 NSAID 類、複合型止痛藥）無效。
- (2) 第二級（中度）：除上述條件外，使用翠普登或麥角胺（包含雙氫麥角胺）藥物仍無效；若患者有使用翠普登及麥角胺的禁忌症，則必須使用口服多巴胺拮抗劑或針劑型 NSAID 仍無效。
- (3) 第三級（重度）：除以上條件外，使用適當劑量的口服或針劑型鴉片類止痛藥、或針劑型多巴胺拮抗劑、或類固醇仍無效。

#### 2. 使用預防藥物無效的分級標準：

預防藥物定義為以下幾種：(a) 交感神經阻斷劑；(b) 三環抗憂鬱劑；(c) 鈣離子通道阻斷劑（Verapamil 或 Flunarizine）；(d) Sodium valproate；(e) Topiramate；(f) 合併使用兩種機轉不同的藥物，並至少包含一種(a)~(e)中的藥物；(g) Gabapentin；(h) 經過一個以上的隨機實驗證實有效的治療；(i) NSAID 類止痛藥；(j) 代謝增進劑（Vit B2 or Co-Q10）。

- (1) 第一級（輕度）：使用一種預防藥物無效。
- (2) 第二級（中度）：使用二種預防藥物無效，其中一種必須為(a)~(f)。
- (3) 第三級（重度）：使用三種預防藥物無效，其中二種必須為(a)~(f)。
- (4) 第四級（極重度）：除上述條件外，病患接受輸液治療（infusion therapy）、或住院治療、或藥物過度使用的患者接受去毒性治療（detoxification therapy）無效。

#### 3. 治療無效的定義：

- (1) 陣發性偏頭痛：頭痛日數減少不到 50%。
  - (2) 慢性偏頭痛：頭痛日數減少不到 30%。
  - (3) 頭痛日數的定義：該日頭痛大於 4 小時，且最痛時頭痛強度至少是中度以上。
- 關於此分級標準在不同目的下的使用方法，Silberstein 等人也提出了建議<sup>12</sup>：

	急性治療	預防治療	失能程度
考慮轉介給專家	中度以上	輕度以上	輕度以上
建議轉介給專家	中度以上	中度以上	中度以上
建議住院		重度以上	中度以上
急性治療試驗（低風險）	中度以下		輕度以上
急性治療試驗（中度風險）	重度		中度以上
預防治療試驗（低風險）		重度以下	輕度以上
預防治療試驗或手術（中度風險）		重度以上	中度以上
顱內手術（高度風險）		極重度	重度

### Silberstein criteria 的優缺點<sup>13</sup>

1. 對於「治療無效」有提出明確的定義，可以提高診斷的可信度，但同時增加了診斷的困難度。臨床醫師必須詳細瞭解病患的頭痛天數、時間和強度，若是病患無法提供詳細的頭痛日記，診斷會相對困難。
2. 「分級」的概念相當具有吸引力，但 Silberstein 等人選擇把急性治療、預防治療和失能狀況分別分級，使得這個診斷標準非常複雜。好處是各種不同的研究都可以篩選出適合的族群（例如急性治療的研究可以參考急性治療的分級，預防治療的研究可以參考預防治療的分級）；缺點是使用在臨床上會較不方便。
3. 輕度預防治療無效定義為「使用任一種預防藥物無效」，也就是只用 NSAID 止痛藥或代謝增進物無效也都算是輕度預防治療無效，有些人認為意義不大。
4. 此診斷標準沒有考慮藥物過度使用的因素。

### 2012 年 Robbins 提出的「頑固評分量表」(refractory rating scale)<sup>14</sup> (表三)

為頑固程度分級的概念是很好的，但有人也想出不同的分級方法，例如 Robbins 為頑固型慢性偏頭痛設計的「頑固評分量表」，評分內容包括：

- 使用預防藥物無效（2 分）；
- 使用急性緩解藥物無效（2 分）；
- 慢性偏頭痛病史超過 10 年（1 分）；
- 平均每個月頭痛大於 25 天（1 分）；
- 合併有兩種以上的相關內科疾病：包含腸躁症、纖維肌痛症、顫顫關節疾患、慢性骨盆腔疼痛、膀胱疼痛症候群、慢性疲勞（1 分）；
- 有精神科的共病症：包含嚴重的情感性疾患、或任何人格疾患（1 分）；
- 有失能狀況：中度或重度失能超過六個月（1 分）；
- 有藥物過度使用頭痛（1 分）；

總分是 2-10 分，2 分最輕微，10 分最嚴重；再把頑固程度分成「輕度頑固」（2-4 分）、「中度頑固」（5-7 分）、「重度頑固」（8-10 分）三個等級。設計頑固評分量表的作者在他的論文裡有詳細的說明他選擇這些評分項目的理由<sup>14</sup>，有興趣的讀者可以再深入研究。

這個評分量表的特色是把慢性偏頭痛的病史長短、頭痛頻率、及內科和精神科的共病症都納入考量；內科和精神科的共病症有可能和偏頭痛有相似的病理機轉，也會增加治療偏頭痛的難度和複雜性。該作者嘗試以此量表分析了 129 個患者，發現以這個評分量表評定的「重度頑固」患者，其生活品質及疼痛程度確實較「輕度頑固」患者嚴重；且經過十年的追蹤治療，「重度頑固」患者的生活品質和疼痛程度仍落後「輕度頑固」患者。不過，此量表只是一個初步的嘗試，其效度還未確定，也還需要更多的研究和修改以使量表更加完善。

### 頑固型偏頭痛的流行病學<sup>15</sup>

2008 年 RHSIS criteria 發表後，有一間頭痛門診立即分析了該門診 2008 年十月到 2009 年十月這一年內的所有頭痛初診病患（共 370 位）：偏頭痛佔了 46.4%，慢

性偏頭痛 5.4%，而根據 RHSIS criteria 診斷的頑固型偏頭痛佔了 5.1%。頑固型偏頭痛的特徵為：女性較多（57.9%）；大多為慢性偏頭痛（78.9%）；其中 36.8% 的人有藥物過度使用（MOH）的情形；所有患者的 MIDAS 都大於 21 分，代表嚴重失能，平均 MIDAS 高達 96 分！其中 R-CM 的患者失能狀況較 RM 患者嚴重，合併有 MOH 的患者失能狀況又較沒有 MOH 的患者嚴重（也就是 MIDAS：RM < RM+MOH < R-CM < R-CM+MOH）。由這篇研究可知，在一個頭痛門診裡，頑固型偏頭痛並不少見，而且確實對患者造成嚴重的生活失能。

## 結語

一個好的診斷標準可以讓頑固型偏頭痛的患者得到更多的重視和關注，也可以讓相關研究事半功倍。現今的診斷標準（RHSIS criteria）是許多專家學者集思廣益的成果，分級診斷標準或頑固評分量表更為頑固型偏頭痛的診斷提供更大的彈性。這些診斷標準都需要各位醫師在臨床上或研究上的實地測試，提供寶貴的經驗與靈感，才能讓診斷準則更貼近臨床所需要。

表二：2010 年 Silberstein 等人提出的分級標準（Silberstein criteria）

急性治療無效	
第一級（輕度）	使用兩種不同類別的 <u>非特異性止痛藥物</u> （例如 NSAID 類、複合型止痛藥）無效。
第二級（中度）	1. 除上述條件，使用 <u>翠普登或麥角胺類</u> （包含雙氫麥角胺）藥物仍無效。 2. 若患者有翠普登及麥角胺類藥物使用上的禁忌症，則必須使用 <u>口服多巴胺拮抗劑或針劑型 NSAID</u> 仍無效
第三級（重度）	除以上條件外，使用 <u>口服或針劑型鴉片類止痛藥、或針劑型多巴胺拮抗劑、或類固醇</u> 仍無效。
預防治療無效	預防藥物包含： (a) 交感神經阻斷劑； (b) 三環抗憂鬱劑； (c) 鈣離子通道阻斷劑 Verapamil 或 Flunarizine； (d) Sodium valproate； (e) Topiramate； (f) 合併使用兩種機轉不同的藥物，其中一種必須為(a)~(e)中的藥物 (g) Gabapentin； (h) 經過一個以上的隨機實驗證實有效的治療； (i) NSAID 類止痛藥； (j) 代謝增進劑（例如 Vit B2 或 Co-Q10）
第一級（輕度）	使用一種預防藥物無效
第二級（中度）	使用二種預防藥物無效，其中一種必須為(a)~(f)
第三級（重度）	使用三種預防藥物無效，其中二種必須為(a)~(f)
第四級（極重度）	除上述條件外，病患接受 <u>輸液治療、或住院治療、或藥物過度使用的患者接受去毒性治療</u> 無效。

表三：頑固評分量表

評分項目	分數
使用預防藥物無效（根據 RHSIS 和 Silberstein 的定義）	2
使用急性緩解藥物無效（根據 RHSIS 和 Silberstein 的定義）	2
慢性偏頭痛（根據 ICDH-2 定義）超過十年	1
每個月頭痛大於 25 天（平均）	1
合併以下相關內科疾病兩種以上：腸躁症、纖維肌痛症、顳顎關節疾患、慢性骨盆腔疼痛、膀胱疼痛症候群、慢性疲勞（以上疾病的診斷需符合各學會制定的診斷準則）	1
有以下精神科共病症：嚴重情感性疾患、或任何人格疾患（根據 DSM-IV 的定義）	1
失能：中度或重度失能至少六個月	1
藥物過度使用（根據 ICDH-2 定義）	1
總分：2-10 分；輕度為 2-4 分，中度為 5-7 分，重度為 8-10 分。	

## 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.
  12. Silberstein SD, Dodick DW, Pearlman S. Defining the pharmacologically intractable headache for clinical trials and clinical practice. *Headache* 2010;50:1499-1506.
  13. Schulman EA, Lipton R, Peterlin BL, Levin M, Grosberg BM. Commentary from the Refractory Headache Special Interest Section on defining the pharmacologically intractable headache for clinical trials and clinical practice. *Headache* 2010;50:1637-1639.
  14. Robbins L. Refractory chronic migraine: long-term follow-up using a refractory rating scale. *J Headache Pain* 2012;13:225-229.
  15. Irimia P, Palma JA, Fernandez-Torron R, Martinez-Vila E. Refractory migraine in a headache clinic population. *BMC Neurol* 2011;11:94.

# 北區頭痛讀書會



親愛的醫師 您好:

很榮幸能邀請您參加"北區頭痛讀書會"(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7月6日(星期六) 15:30~18:40

地點：老爺大飯店 B1 會議廳(台北市中山北路二段 37 之一號)

時間	主題	演講者	座長
15:30~15:40	簽到		
15:40~15:50	Opening	王署君醫師 陽明大學	
16:00~16:40	Allodynia in migraine patients : 偏頭痛病人的異質性疼痛	高琦涵醫師 台北榮民總醫院	吳進安醫師 關渡醫院
16:40~17:20	Acupuncture for migraine treatment: Clinical and Scientific Highlights	楊鈞百醫師 光田醫院	傅中玲醫師 台北榮民總醫院
17:20~17:30	Q & A		
17:30~17:40	Break		
17:40~18:20	Migraine and epilepsy	陳律安醫師 馬偕醫院	傅中玲醫師 台北榮民總醫院
18:20~18:30	Q&A		
18:30~18:40	Discussion & Closing	王署君醫師 陽明大學	

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。**已額滿截止報名**

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		



# Light to Headache

2013.11.09-10

台南成大會館

---

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](mailto:taiwan.head@msa.hinet.net)

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