

頭痛電子報第十五期

頭痛網站：<http://www.taiwanheadache.com.tw>

發刊日期：94 年 1 月

發行人：頭痛學組

【本期內容】

淺談國際頭痛疾病分類.....廖翊筑醫師

職場中的偏頭痛：衝擊與希望.....轉載自 ACHE 頭痛通訊。阮相國譯

又是嶄新的一年，頭痛學組感謝大家的支持，並祝福各位事事如意，有個美好的 2005 年！

國際頭痛疾病分類中文版第二版出版後已陸續寄發給各神經科醫師，相信許多醫師都已讀過這本手冊，這本手冊不僅只用於分類，同時也是一本很棒的頭痛診斷教科書。若您還沒有時間詳讀，就由義大醫院廖翊筑醫師為大家作導讀，希望讓大家對於第二版有個大致的輪廓與了解。

另一篇轉譯自美國 ACHE 頭痛通訊，介紹偏頭痛對職場所帶來的影響及改進方案。其實頭痛是一種對病人、雇主和社會都成負擔的神經疾患，雖然偏頭痛患者表面看起來並無殘障，但實際上能工作能力的發揮卻可能受限，因此如何尋求一套符合雇主及員工需求的方案，提供一個健康具生產力的工作環境，幫助偏頭痛患者發揮所長，則是職場的重要課題。

淺談國際頭痛疾病分類

作者：廖翊筑醫師（義大醫院神經內科）

「國際頭痛疾病分類」(International Classification of Headache Disorders, ICHD)第一版是在 1988 年公布，第二版於 2003 年國際頭痛學會年會時通過共識，2004 年同樣刊登於 *Cephalalgia* 雜誌。中文版的翻譯，第一版於 1993 年在洪祖培教授的領軍下完成，第二版的中文版，在台灣神經學學會頭痛學組的亟力催生下，於 2004 年 8 月完成。中文版的「國際頭痛疾病分類」非常詳盡易讀，相信許多醫師在收到中文版時，都已先睹為快；又或者許多前輩，早已在今年年初 *Cephalalgia* 雜誌刊出時，仔細閱讀過原文的「國際頭痛疾病分類」第二版，實在無需我這個初學者在這多餘地重述內容；可是如果您還沒有足夠時間把新版的「國際頭痛疾病分類」細看一回，就由我來作個簡單的導讀，和諸位報告兩個版

本的差異。

承襲第一版的分類系統，第二版也是使用層級式分類(hierarchical classification)，也就是先分類成**偏頭痛**、**緊縮型頭痛**等頭痛型(type)，每種頭痛型再細分為各個亞型(subtype)，比如說偏頭痛分為**無預兆偏頭痛**和**預兆偏頭痛**等亞型，再把**預兆偏頭痛**往下細分為幾種亞式(subforms)，這就是層級式分類的概念。

以頭痛型(type)來看，新舊版本的第一處不同是多增添了第 12 章—**歸因於精神疾患之頭痛**，原來舊版本的第 12 章—**顱神經痛、神經幹痛及感覺截斷後疼痛**則順延至第 13 章；另外是，次發性頭痛，在舊版本是用相關於(associated with)這個詞，新版本則一律改用歸因於(attributed to)某一疾患這個較明確的詞，比方說第五章原來是**與頭部外傷有關之頭痛**，新版本則改為**歸因於頭部及頸部外傷之頭痛**。

再細看每一種頭痛型(type)的診斷基準和亞型(subtype)，在新舊版本有何差異。列在「國際頭痛疾病分類」第一章的，想當然爾就是**偏頭痛**了，在舊版本中，**眼肌麻痺偏頭痛**(ophthalmoplegic migraine)是列在偏頭痛的亞型中，但在新版本，則將這一型的頭痛併入第 13 章—**顱神經痛和中樞性顏面痛**，主要是因為過去的研究發現，**眼肌麻痺偏頭痛**的頭痛型態，較少有噁心、嘔吐等偏頭痛特質，且大部份是先發生頭痛，再出現**眼肌麻痺**，不同於一般的**預兆偏頭痛**，是先出現預兆之後，才有頭痛；由此看來，**眼肌麻痺偏頭痛**不像偏頭痛，反而比較常是動眼神經的神經病變，因此重新歸類於**顱神經痛**之中。另外須注意的是，舊版本中的預兆包括：視覺症狀、感覺症狀和肢體無力，但新版本把肢體無力排除，一旦病人出現肢體無力，就不再歸類於**預兆偏頭痛**，而是依家族史的有無，歸入**家族性偏癱偏頭痛**或**散發性偏癱偏頭痛**(Familial or Sporadic hemiplegic migraine)。另外過去當住院醫師時，常常被電到的**延長預兆偏頭痛**(migraine with prolonged aura，預兆大於 60 分鐘)和**急性預兆偏頭痛**(migraine with acute-onset aura，預兆小於 5 分鐘)，在新版本已經被刪除，在晨會中因為答不出這兩個診斷基準，而被電得金光閃閃的情景，也就只成陳年追憶了。

在**緊縮型頭痛**這一章，大致分類是延襲舊版本，分為**陣發性緊縮型頭痛**和**慢性緊縮型頭痛**(Episodic or Chronic tension-type headache, ETTH and CTTH)，但新版本將**陣發性緊縮型頭痛**再細分為**不常發**和**經常陣發性緊縮型頭痛**(infrequent or frequent ETTH)，也許臨床上，會讓醫師對疾病的嚴重程度有不同的印象、想法。另一個改變則是，不再要求以肌電圖或壓力測痛儀來診斷病人是否有顱周壓痛，只要藉由觸診會增加顱周壓痛，就可歸類為**緊縮型頭痛合併顱周壓痛**，畢竟臨床上，大概很少有醫師會以肌電圖來診斷病人是否有顱周壓痛。

第三章的**叢發性頭痛及其他三叉自律神經頭痛**，新舊版本不同處，第一是在舊版本只有**慢性發作性半邊頭痛**(chronic paroxysmal hemicrania)，而新版本則多加入了**陣發發作性半邊頭痛**(episodic paroxysmal hemicrania)；第二、新加入了**短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚**(SUNCT)這個診斷；第三是將**陣發叢發性頭痛**和**慢性叢發性頭痛**的無痛

期，由 14 天延長為一個月，無痛期超過一個月為前者，小於一個月的為後者。

在第四章**其他原發性頭痛**新加入了**睡眠頭痛**、**原發性雷擊頭痛**、**持續性半邊頭痛**、**新發生每日持續性頭痛**。加入**新發生每日持續性頭痛**(New daily-persistent headache)最主要的用意是希望和**慢性緊縮型頭痛**分開，前者是一開始就是每天持續的頭痛，從未緩解；病人過去也無頭痛病史，且應該先排除其他病因造成的次發性頭痛，或是**藥物過度使用頭痛**。另外是關於**性交頭痛**這個亞型，過去又分為鈍痛型、爆痛型、姿位型等三種亞式，但事實上，臨床上大部份會報導或診斷的**性交頭痛**，絕大多數是爆痛型，所以新版本已經摒棄這種分法，改名為**原發性性行為相關之頭痛**(Primary headache associated with sexual activity)，並分為**高潮前頭痛**和**高潮頭痛**兩種亞式。

由第五章之後屬於次發性頭痛，在診斷原則上和第一版有很大的改變；在舊版中，如果和過去的頭痛型態雷同，只是原有的頭痛惡化，就算發現次發性的原因，如腦瘤或感染，仍舊先歸類在原先的頭痛診斷，如**偏頭痛**或**緊縮型頭痛**；只有在出現新類型的頭痛時，才歸為次發性頭痛。但在第二版已經改為兩個診斷並列的方式；也就是說，只要原發性頭痛的惡化，在時間點上和另一種已證實會導致頭痛的疾患有密切相關，就可以把兩個診斷並列，換言之，病人可同時有原發性頭痛及次發性頭痛兩個診斷。此外在第一版和第二版相隔的這十五年間，有許多新的頭痛形態在文獻中被報告討論，因此新版本多添加了許多新的頭痛亞型；此外，對於一些過去已知的頭痛型也有更多的瞭解，所以新版本對這些次發性頭痛的描述和診斷基準也遠比第一版詳盡。

第五章—**歸因於頭部及頸部外傷之頭痛**，仍舊是分為**急性及慢性外傷後頭痛**，但新版本中更精細的分出**中或重度頭部外傷之外傷後頭痛**和**輕度頭部外傷之外傷後頭痛**，不再使用過去的分法—有無明確之頭部外傷事實及可證實之徵候。而且急性和慢性的時間分野，也由過去的「在外傷後 14 天內發生，在外傷後 8 週內消失」，改為「在外傷後 7 天內發生，三個月內緩解」。此外新版本摒棄了以臨床神經學檢查、頭顱 X 光、神經影像學、誘發電位、脊髓液、前庭功能、與神經心理學檢查做為診斷基準，畢竟這些檢查可以提供的可用資訊很少，並且也無法預測預後。有三個亞型是在新版本才加入第五章，它們分別是**歸因於頸部用傷之頭痛**、**歸因於外傷性顱內血腫之頭痛**、**顱骨切開術後頭痛**。

第六章增加的亞型及亞式也很多，在**歸因於未破裂之血管畸形之頭痛**這一亞型，就一口氣多了**歸因於硬膜動靜脈瘻管**(dural arteriovenous fistula)、**歸因於海綿狀血管瘤**(cavernous angioma)、及**歸因於 Sturge Weber 氏症候群之頭痛**等三種；而且因為血管成形術及血管栓塞術等新科技的蓬勃發展，在**歸因於頸動脈或脊椎動脈痛之疼痛**這一亞型之下，除了舊有的**動脈剝離造成之顏面、頸部疼痛**，又多了**動脈內膜切除術後頭痛**、**頸動脈血管成形術後頭痛**、**顱內血管內手術之頭痛**及**血管造影頭痛**。相反的，原來在舊版本列在第六章的**動脈高壓**(包括嗜鉻細胞瘤、惡性高血壓、子癲前症及子癲症)，因為反而和體內恆定較能互相呼應，在第二版被挪到第十章—**歸因於體內恆定疾患之頭痛**。

第七章—**歸因於非血管性顱內疾患之頭痛**，一樣是多加入了數種新的頭痛亞型，為

了避免文章流於記流水帳，叨叨絮絮不斷，惹人厭，我想就將這些新的內容留待諸位自己閱讀，直接跳入第八章。第八章最常被使用到的診斷，應該是**藥物過度使用頭痛** (Medication-overuse headache)，和舊版一樣，所謂藥物過度使用造成的頭痛，是定義在每月頭痛大於 15 天，且已經使用藥物超過三個月；但不同的是，不再以藥物的劑量做為診斷基準，而是強調使用的天數；比方說，舊版是定義每月使用大於 50g 阿司匹靈或等值的鎮痛藥，為**濫用止痛藥引發之頭痛**；但新版不問劑量，只問是否使用大於等於 15 天且超過三個月之久，並且應在戒斷藥物的兩個月內緩解或恢復原來的頭痛模式。(記得嗎？舊版是戒斷藥物的一個月內頭痛消失。這又是新舊版本的一個小差異。)

第九章—**歸因於感染之頭痛**，最重要的變化是把顱內感染放回這一大類之下，在舊版，顱內感染是屬於第七章—**與非血管性顱內疾患有關之頭痛**，現在則不分顱內或全身性的感染，都稱為**歸因於感染之頭痛**。第十章舊名為**與代謝性疾患有關之頭痛**，在新版更名為**歸因於體內恆定疾患之頭痛** (Headache attributed to disorder of homeostasis)，似乎更能貼切的反映被歸類在這章的**缺氧及高碳酸血症之頭痛**、**透析頭痛**。有趣的是，在這一章中新加入了三種亞型：**歸因於甲狀腺低能症之頭痛**、**歸因於斷食之頭痛**、**心源性頭痛**，都是蠻少被提到的頭痛類型。

新加入的**歸因於精神疾患之頭痛**是第二版獨有的，列入第十二章。歸因於精神疾患之頭痛，只分為**歸因於體化症之頭痛** (Headache attributed to somatisation disorder) 及**歸因於精神病性疾患的頭痛** (Headache attributed to psychotic disorder)，但須提醒大家的是，絕大多數和精神疾患一起發生的頭痛，兩者並無因果關係，而代表了共病性，所以不應過份濫用這個診斷；還是應該同時診斷病患有原發性頭痛及共病的精神疾患，舉例而言，是同時有**緊縮型頭痛**和**泛焦慮症**；只有某些病例，其頭痛只在精神疾患的發病期間才有，則應該把診斷歸入**歸因於精神疾患之頭痛**這一章。

第十三章有兩項重要的變化，一是不再用**不明原因**和**續發性**來區分**三叉神經痛**及**舌咽神經痛**，新版本改用**典型**和**症狀性** (classical or symptomatic) 來區分，只要有典型病史就可以歸類為前者，就算之後在手術中發現有血管瘤壓迫神經，也不用更改診斷，依舊屬於**典型三叉神經痛**或**典型舌咽神經痛**，只有發現的不是血管瘤，而是神經瘤或其它非血管壓迫的病變，才歸類為**症狀性三叉神經痛**或**症狀性舌咽神經痛**。另一項改變是將**冷刺激頭痛**和**外在壓迫性頭痛**由第四章—**其他原發性頭痛**，挪到這一章來，改列為**顱神經痛**和**中樞性顏面痛**的一員。

不論是中文版或英文版的「國際頭痛疾病分類」都長達一百五十頁以上，要一口氣讀完還真不是件容易的事，而且有些診斷基準在新舊版本雖然大原則類似，但時間的長短或各個細項變化也蠻複雜的，要想完全記憶或瞭若指掌，我想就算是參與第二版編寫的委員，也有點困難。所以在英文版第二版中，作者給我們的良心的建議是—「這份內容龐大的分類文件不是用來背的，這是一份須要一次又一次不斷查看的文件。」相信看到此處，你會和我一樣有一種如釋重負的安心感；就讓我們經由反覆的查看，從臨床應用來熟悉這些頭痛的診斷基準吧。

職場中的偏頭痛：衝擊與希望

作者：Richard B. Lipton, MD

本文經同意轉譯自美國頭痛教育委員會頭痛通訊 (Headache Newsletter of the American Council For Headache Education) 譯者：台北榮總神經內科阮相國醫師

頭痛，特別是偏頭痛，對個人工作生產力的影響是眾所皆知的。可以分為幾類：

- 曠職或長期缺席(absenteeism)
- 生產力因疾病而下降，有時稱之為超時工作(presenteeism)
- 工作範疇低於個人工作能力，稱之為高材低就(underemployment)。可以是因為疾病本身使個人降低工作機會或是為了因應疾病而故意作的決定。(偏頭痛雖然被認為是高材低用的原因之一，但未被証實)。
- 失業。依頭痛患者失能程度前四分之一和後四分之一的人相比，失業率相差四倍 (20% vs. 5%)。另外，頭痛相關的失能，預期失業的來臨。

有充份的證據顯示偏頭痛導致生產力喪失。一份由社區中偏頭痛患者的日記研究(diary study)顯示，在三個月中有百分之六十九的偏頭痛患者經歷工作效率降低。當人們在偏頭痛時工作，生產力下降百分之四十一。更有甚者，百分之七十五的失產力喪失是由百分之四十的偏頭痛患者而來。而因偏頭痛所喪失的時間被轉換成經濟字眼，則被假定是個人該時間的薪資。這種說法雖對個人而言可能低估或高估，其不失為一個良好的指標。

許多研究已經量化偏頭痛所造成的經濟負擔，這些數字十分重要，因其提供疾病影響的評估及治療的潛在效益。最佳的預估指出，偏頭痛造成美國雇主一年美金一百三十億的生產力喪失。而最大部份的喪失，不是在於曠職，而是在工作中生產力的下降。推論下來，職場上對偏頭痛的治療計畫，也許可以有成本效益地減少疾病的負擔。既然目前偏頭痛的治療成本為美金二十億，所獲得的生產力，大可抵消所增加的醫療花費。另外，所減少的痛苦是無法測量的。

現有的證據也認為，應治療偏頭痛在職場或其他地方所造成的失能。預防性治療減少頭痛的日數，進而改善職場的生產力。急性治療緩解頭痛並回復功能。一研究顯示，治療的效益隨疾病的嚴重度而增加。在一般治療下喪失四個工時的病人，在使用英明格(一種專門治療偏頭病的藥，屬於翠普登類藥物)後可增加二個工時。喪失八個工時的病人，甚至可因英明格增加六個工時。最近研究顯示，Eletriptan(另一種翠普登類藥物)，更能將工時喪失由四小時減少到二個半小時。

雇主愈來愈了解，投資健康具生產力的環境是合理的。依員工所有可能帶入工作的健康問題，理想的目標是那些常見、花費大、可被診斷及治療的病。偏頭痛清楚地符合

這條件（表一）。

職場上施行偏頭痛負擔減輕計畫需包含四項要點：

1. **員工教育**：幫助員工發現頭痛，了解頭痛對人生的影響，及結果改善的機會。
2. **自我處理**：辨別及避免頭痛誘因，規律的運動及睡眠，及認知行為治療。
3. **急性治療**：包括處方及非處方藥物。
4. **預防治療**：多數為處方藥物。

最近十年來的研究已對偏頭痛治療的改進及設計一套能幫助偏頭痛患者突破困難以獲得更成功治療有相當的進步。然而，轉化研究至臨床實用，特別是符合雇主與員工的實際需求，仍有一定程度的相隔。員工們可成為聯盟，為更好的頭痛治療奮鬥。

【表一：偏頭痛適用於職場改進方案】

評斷準則	偏頭痛的評估
必須是工作族群中常見的情形	約 17% 女性、6% 男性受偏頭痛影響，盛行於生產力最高的年齡。
必須造成大量生產力及相關成本的損失	偏頭痛發作頻繁（約每月一次），平均每週造成 1.5 工時的損失，相當於每年 130 億美元（美國）
備而不用與接受治療仍有一段間隙	偏頭痛診斷與治療的不足已被証實，即便是因偏頭痛而失能者亦如此。
有效及符合成本效益的改進方案可以填補此間隙	已有完整的教育及行為治療方針，病人能由系統化的教育而獲利。雖然每人對治療的反應不一，但已有多種急性及預防性的治療，可以有效地減少頭痛的頻率、對工作能力的衝擊及生產力的降低。
成功的方案必須適用於雇主及雇員	研究中
治療計畫所獲得的利益（所謂生產力損失的減少）必須超過各項所增加的支出	研究中

本通訊以電子郵件方式寄發，有興趣繼續獲得本通訊者敬請告知電子郵件信箱，若有相關研討會資訊，我們將會通知您；若您不希望繼續收到本通訊，也敬請回覆 Email 告知。本園地公開，竭誠歡迎所有相關醫學著述、病例討論、文獻推介、研討會講座等投稿。感謝您的支持！

頭痛學組聯絡方式：TEL：(02) 28712121*3249 (02) 28762522 FAX：(02) 28765215

E-MAIL：johnson8@ms63.hinet.net