

# 頭痛電子報第五十期

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

發刊日期：97 年 1、2 月春節版

發行人：台灣頭痛學會

## 【本期內容】

老年人頭痛.....大甲光田醫院楊鈞百醫師

藥品訊息

研討會訊息.....3 月 09 日台北

3 月 15 日台中

3 月 22 日台南



**春節腳步將近，新的一年，祝福大家新年快樂！萬事如意！**

今年三月份台灣頭痛學會將於北中南各舉辦一場春季頭痛研討會，歡迎大家共同參與。北區為三月九日在台北晶華酒店，中區是三月十五日於台中裕元花園酒店，南區於三月二十二日在台南長榮桂冠酒店舉行，詳細內容請參照本期研討會訊息。有興趣參加敬請填妥報名表回傳至本會。

「偏頭痛預防療法準則」初稿目前刊登於頭痛學會網站，將於近期定稿，歡迎大家給予指教，有任何意見皆可傳至學會的信箱：[taiwan.head@msa.hinet.net](mailto:taiwan.head@msa.hinet.net)。

## 老年人頭痛

作者：大甲光田醫院醫院神經內科楊鈞百醫師

年老常被視為萬病的根源，但這句話用在頭痛上似乎不是那麼貼切。根據一項統計數據顯示，年齡在 21 歲到 34 歲的女性和男性，有頭痛的比率分別為 92% 和 74%，到了 55 歲至 74 歲，分別降至 66% 和 53%，而 75 歲以上，降得更低，分別掉到 55% 和 22%。所以隨著年齡增加，有些頭痛會減少，或以某種形式繼續存在，但是也有些頭痛卻好發於老年人身上。對老年人而言，比較重要的是次發性頭痛，因為可能引起次發性頭痛的疾病機率增加。另外由於老年人新陳代謝減慢，加上慢性疾病越來越多，對於頭痛藥物上的選擇，必須做更謹慎的考量。同時頭痛也可能是來自藥物的副作用，這些情況使老年的頭痛有別於其他年齡層，也使老年人頭痛的治療較複雜。

### 1. 老年人的原發性頭痛

對於頭痛而言，我們定義的老年人是大於 50 歲的人，有別於其他疾病對老年人的定義，此因大部分原發性頭痛都發生在 50 歲以前，例如偏頭痛從青少年或 20 歲左右開始發作，叢發性頭痛大概發生在 20、30 歲左右，緊縮型頭痛則可發生在任何年紀。所以當一個從來沒有頭痛過的人，在 50 歲以後發生頭痛，或者頭痛型態跟以前不一樣，都該警覺頭痛也許是身體某些疾病在作祟所致。以下我們針對比較重要的原發性頭痛做討論。

## 偏頭痛

一般人到了 50 歲還沒有偏頭痛的話，則往後發生偏頭痛的機率非常低，約只有 1-3% 的人在 50 歲以後才開始發生偏頭痛。老年人偏頭痛的盛行率約 3-11%，且隨著年紀的增長而減少，男女的比率約 1：2，這和年輕人或成年人男女比率 1：3 不太一樣。另外很多偏頭痛患者到了 40 多歲，頭痛發生的頻率開始減少，疼痛程度開始減輕，預兆也較少出現。有些人年輕時頭痛前會出現預兆，到了老的時候預兆雖然繼續存在，但頭痛卻沒有隨之而來，Fisher 將此稱為 *late-life migraine accompaniments* (老年偏頭痛相關症狀)。國際頭痛疾病分類第二版將此稱作 *Typical aura without headache* (不伴隨頭痛之典型預兆)，在這種情況之下，可能會被當作暫時性腦缺血 (*Transient ischemic attack*)。那如何鑑別診斷呢？有人認為當發作次數頻繁，發作時間小於 10 分鐘，且以感覺障礙為主，可能不是暫時性腦缺血，而是 *Typical aura without headache* 的機率較高，反之若 40 歲以後才出現預兆，且以負向特徵為主 (如偏盲症)，或當預兆延長或非常短，應先排除其他的原因。老化的另一個好處是由偏頭痛引起的失能、噁心、不舒服會越來越輕，雖然偏頭痛的預兆和一些不是伴隨頭痛出現的症狀會隨著年紀而更常出現。

在用藥方面，老年人常有心血管、腦血管或周邊血管的疾病，所以在服用麥角胺 (*ergots*)、*dihydroergotamine*、或是翠普登 (*triptan*) 類的藥物是禁忌。使用三環抗憂鬱藥物作為頭痛預防治療用藥，需特別注意像嗜睡、尿滯留等副作用，使用一般的 *NSAID* 也要注意腸胃及腎功能惡化的問題。有文獻指出當老年人的偏頭痛伴隨高血壓時，可能會使偏頭痛變得較難治療。但如果老年人有缺血性心臟病，其本身並不會惡化偏頭痛。有一種罕見頭痛稱作 *cardiac cephalalgia* (心源性頭痛)，頭痛與急性心肌缺血會同時發生。有趣的是，這種頭痛反而會因病人服用硝化甘油而緩解，這和很多心絞痛的患者服用硝化甘油，反而會誘發類似偏頭痛不太一樣。

## 緊縮型頭痛

和偏頭痛一樣，隨著年紀的增長，緊縮型頭痛會減少，但不像偏頭痛減少的那麼多。盛行率約在 35 到 44.5%，也是女生比男生多。有研究指出這種頭痛是老年人最常見的頭痛。很多老年人緊縮型頭痛是年輕時候就有，但 50 歲以後首次發生緊縮型頭痛的約佔 10%，而且可能是憂鬱症的一種身體表現，不管有無伴隨憂鬱症的緊縮型頭痛，三環抗憂鬱藥物是很好的選擇，但用在老年人身上要特別小心。

## 叢發性頭痛

這種最令人痛苦的頭痛，最常發生於 20 到 50 歲。大部份的人會隨著年紀的增長而逐漸消

失，但少數的人過了 50 歲以後仍可能接受這種頭痛折磨，甚至發展出較慢性的型態。雖然罕見，叢發性頭痛也可能首次發生在老年人。在頭痛發作時，翠普登類可能是口服藥物當中最有效的，但要用在老人家要先排除那些高血壓控制不佳、冠狀動脈病變（心絞痛）的情況。另外吸高流量 100%的純氧也是另一項安全的選擇。在預防用藥方面，對於老年人 verapamil 是相對比較安全的，但是需定期做心電圖追蹤。

### 慢性每日頭痛

慢性每日頭痛常與藥物過度使用、憂鬱症、焦慮症、急性腸躁症(irritable bowel syndrome)和纖維肌痛症(fibromyalgia)有關，其中又以慢性偏頭痛與慢性緊縮型頭痛佔最多，且其盛行率並不隨著年紀的增長而減少。台灣地區一項研究指出，老人的慢性每日頭痛若沒有經過有效的治療，在追蹤 2 年及 4 年後仍有 2/3 的老人家持續存在慢性每日頭痛。雖然至今沒有針對老人家慢性每日頭痛治療的準則，但一般認為儘早戒掉過度使用的止痛劑及儘快使用預防性藥物是很重要的。

### 其他老年人的原發性頭痛

在原發性頭痛中，以睡眠頭痛(hypnic headache)平均發生年齡約 63 歲及 SUNCT syndrome(short lasting unilateral, neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing) (短暫單側神經痛性頭痛發作合併結膜充血及流淚)通常在 50 歲以後發生最特別。

### 睡眠頭痛 Hypnic headache

睡眠頭痛，是一種少見的和睡眠有關的頭痛。患者第一次發作多是超過 50 歲的中老年人，從睡眠中因頭痛醒過來，且只在睡眠中發作，通常頭痛的程度是中等到嚴重程度的兩側性鈍痛，痛醒後至少持續 15 分鐘以上，有時會像偏頭痛一樣伴隨噁心感，但不會有流淚，流鼻水等自主神經症狀，這和叢發性頭痛不同。另外還有一點與偏頭痛和叢發性頭痛相當不一樣的地方，在於偏頭痛與叢發性頭痛雖然也可能使人從睡夢中醒過來，但不會只發生在夜間。大部分的病患其頭痛的頻率都相當頻繁，其中不乏每夜都痛醒者。在做出睡眠頭痛的診斷前，通常需將次發性頭痛中，會造成夜間頭痛的原因排除才行，如顫動脈炎、腦瘤、硬腦膜下血腫、或睡眠中止症候群。在睡前來點咖啡因，可預防睡眠頭痛發生。治療包括鋰鹽或 indomethacin、褪黑激素等不同的藥物組合來預防頭痛。目前雖然並無定論何種藥物的組合是較為有效，但是以鋰鹽治療最普遍。

### 短暫單側神經痛性頭痛發作合併結膜充血及流淚 SUNCT (short lasting unilateral, neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing)

SUNCT 是一個很少見的頭痛，屬於三叉自律神經痛的一種，以男性為主，每次發作數秒鐘(5-240 sec)，每小時發作好幾次(每日 3-200 次)，且伴隨同側自主神經症狀如同側結膜充血及流淚，中到重程度的刺痛或搏動性疼痛，必須和老年人常發生的三叉神經痛做區別。SUNCT 和三叉神經痛不同的是，其疼痛一定是在三叉神經的第一支，而三叉神經痛較常發生於第二或第三支。治療對某些抗癲癇藥物如 lamotrigine 或 gabapentin 可能有效，但對

indomethacin 無效。

## 2. 老年人的次發性頭痛

在兒童和年輕成人中，原發性頭痛佔所有頭痛的 90% 以上，但對於 50 歲以上的人，比率降到 66%，而次發性比率則增加高達 1/3 左右。只要找出原因對症下藥，這些老年人的頭痛有很多都是可以被診斷且有效治療的。以下我們針對比較重要的次發性頭痛做討論。

### 腦血管疾病

頭痛的表現通常是急性的，臨床上有時會伴有局部神經學徵候或症狀，也因為如此在某些情況下如缺血性或出血腦中風，頭痛常常因為局部神經學徵候或意識障礙，加上頭痛常常迅速緩解，而使頭痛本身容易被忽略。但像蜘蛛膜下腔出血，頭痛通常是最明顯的症狀，甚至常被比喻做雷擊疼痛。而在某些血管疾病，如大腦靜脈栓塞、頸動脈剝離、顱動脈炎，頭痛常是一個最起始的警訊。以上這些血管性疾病可能發生在之前就有任何一種原發性頭痛的老年人，所以，年過 50 歲，一旦出現新的頭痛或平常的頭痛模式出現變化，加上有潛在性血管性的線索，就該緊急檢視是否有血管性疾患。

### 顱內疾患

隨者年紀的增長，一些顱內的疾病如原發性或轉移性腦瘤、水腦症、慢性硬腦膜下出血等比例便會升高。而這些頭痛的發生可能是以非常緩慢或沒有特別的形式出現，一開始也不見得伴隨有神經學徵候或症狀，雖然這些疾病是引起老人家頭痛相當少見的原因，但忽略了任何一種，都可能導致生命危險的後果。尤其有一種情況大家要特別小心，乃是老人跌倒後出現的頭痛。老年人摔倒之後，家人、甚至醫生都常常會專注於骨折的診治，而忽略了頭痛的症狀。實際上，老年人摔倒造成的腦出血，並不少見。隨著年齡增加，血管會變脆弱，因此跌倒，甚至只是咳嗽或打噴嚏就可能造成血管破裂引起硬腦膜下血腫而引起頭痛、頭暈或意識不清。這些症狀可能在一星期或十天之後才會慢慢被發現。在臨床上不要因為沒有跌倒的病史就忽略了硬腦膜下血腫的可能性，因這些血腫甚至可以是自然發生的。

### 老年人頸、顎、頷與眼的情況

持續的鈍痛，特別是在枕部、後頸部，都有可能是頸椎退化(cervical spondylosis)所致。此乃頸椎軟骨和骨頭異常磨損，及神經根受壓迫造成的異狀。老化是這種情況的最大危險因子。X 光顯示，到了 60 歲，有 70% 的婦女和 85% 的男性會出現頸椎退化的現象，甚至有人認為年過 50 歲的 x 光片上幾乎都可看見頸椎退化的現象。問題是大規模的控制型研究顯示，此種頸椎退化的現象在沒有頭痛的人亦同樣可見，甚至有人認為其實出現在頸椎退化病人的頭痛其實是緊縮型頭痛，但不管究竟是何者，治療都是以緩解疼痛為主。

顱顎關節或相關組織造成的疼痛，也是老人家頭痛的可能原因之一。此乃下顎骨和顱顎關節有問題，使疼痛和痠痛由顱顎關節擴散出來。關節炎、關節受傷、緊張壓力大、或假牙不合等都可能是原因。尤其容易發生在那些沒有牙齒，導致下巴失去正常角度的老人身上，

其特徵乃是頭痛伴隨顳顎酸痛或耳前方鈍痛，及張嘴時發生卡卡或磨擦聲。

青光眼患者大部分年過 50，可區分成數種型態，但全部都會造成眼壓上升，以致損壞視神經。急性隅角閉鎖性青光眼通常是指一隻眼睛突然劇痛，可能演變成廣泛性頭痛，也會有眼睛紅的現象，通常疼痛在青光眼有效治療後 72 小時內緩解。

### 藥物引起的頭痛與藥物濫用造成的頭痛

很多老人家常見的疾病或所需的藥物，像一些心血管藥物(nitrates，isosorbide，persantin，aggrenox，digoxin)、抗生素(trimethoprim-sulfamethoxazole，tetracyclines)、中樞神經用藥(BZD，hypnotics，alcohol，caffeine，levodopa，amantadine)、腸胃用藥(ranitidine，cimetidine，nexium，Takepron，Losec)，賀爾蒙(estrogen)泌尿科用藥(Viagra，Cialis，Levitra)及治療氣喘(theophylline，aminophylline，pseudoephedrine)、憂鬱症(Trazodone，wellbutrin，seroxat，Luvox)和癌症(taxoxifen，cyclophosphamide)的藥物，也可能造成輕度到中度的頭痛，且可能以各種型態的頭痛出現。由於會引起頭痛的藥物實在是太多，所以最好的方法是那些不是很必要用的藥物儘量不要使用。另外像酗酒、酒精戒斷或成癮、和使用非法藥物如古柯鹼，也會引起頭痛。止痛藥使用過量，尤其是合併使用咖啡因的藥物如市售的感冒糖漿等，會造成藥物過度使用頭痛。老年人藥物過度使用的頭痛約佔 1-1.7%，而且研究顯示藥物過度使用可能是造成日後慢性每日頭痛的預後不好的原因，若不戒除過度使用的藥物，即使使用預防性藥物也可能無法達到其治療的效果。

### 顱神經痛和中樞性顏面痛

老人家的神經痛以三叉神經痛及帶狀皰疹後神經痛最常見。

#### 三叉神經痛

三叉神經痛主要發生在 50 歲以後，典型的三叉神經痛發生於第二或第三分支，造成臉頰或下巴疼痛。很多人會誤以為是牙痛而去看牙醫，疼痛可能持續幾秒到 2 分鐘，常因說話(下顎開闔)、刷牙、刮鬍子、化妝或其他臉部刺激所引發。疼痛不會跨到對側，通常是三叉神經根被扭曲或異位的血管所壓迫，少數起源於多發性硬化症或腫瘤等中樞性病兆。當疼痛是兩側性的，則中樞性的原因要被強烈懷疑。

#### 帶狀皰疹後神經痛

帶狀皰疹後神經痛，也是另一種隨著年齡增長而較常發生的神經痛。並非有帶狀皰疹的人都會有帶狀皰疹後神經痛，但老年人比較容易罹患。超過 60 歲的人有 50%會得到這個病。此病是因過去的水痘病毒，在神經細胞內再度受到活化所引起。感覺遲鈍或過度痛感(hyperalgesia)痛覺過敏或異感痛(allodynia)通常會出現在受影響的神經支配區域內。

### 精神共病症(psychiatric comorbidity)

憂鬱症呈現的症狀可分成兩部份：身體和情緒的症狀。老年人常常以身體症狀如頭痛、身

體酸痛、頭暈、胸悶、腸胃不適來取代情緒的不舒服，且常作為看病的主訴。因此當老年人抱怨頭痛時，不要忽略可能是憂鬱症的一種表現。另外研究顯示：老年人如果有經常性頭痛、比較嚴重的頭痛、或在過去一年中有偏頭痛、慢性緊縮型頭痛，有比較高的機率會有憂鬱症。此外除了憂鬱症外，像焦慮症或睡眠障礙也常伴隨著偏頭痛，因此在治療老年人時，如果患者經常有頭痛的抱怨，不要忘了去詢問憂鬱症狀。小心謹慎的選擇抗憂鬱劑也很重要。

## 結論

老年患者的頭痛，雖然仍以原發性的頭痛居多，但次發性頭痛不可忽視。因此，在下原發性頭痛的診斷前，要特別小心。凡無過去病史、頭痛型態或嚴重度不同以往、或合併局部神經學症狀等，均應仔細排除各種次發型頭痛的可能成因。在次發性頭痛的成因當中，與藥物直接或間接相關者佔了最重要的角色。前者如服用硝化甘油等心血管用藥而造成頭痛；後者則如止痛藥過度使用所造成的「藥物過度使用頭痛」。另外，老年人常因其他疾病常需規則服用多種藥物，除了藥物交互作用外，不良反應的產生，也要格外小心，例如：NSAID 的腎毒性、腸胃不適、止吐藥的嗜睡與巴金森氏症狀、翠普登或麥角胺對心血管系統的不良反應等等。綜上所述，針對老年人頭痛的診斷與治療必須做更全方位的考量，才能更有效的治療頭痛的發生。

## 藥品訊息

偏頭痛止痛藥品 Imigran 鼻噴劑的健保增修規定於今年一月一日起實施，內容如下，同時檢附臺大醫院藥事通訊關於該藥品之使用需知，提供作參考。

### Sumatriptan

#### Imigran® Nasal Spray 英明格® 鼻用噴液劑使用需知

本文援用於國立臺灣大學附設醫院藥事通訊

編撰者：陳昭廷藥師、蘇錦玲組長

#### 成分及性狀

Sumatriptan鼻用噴液劑為單一使用劑量的裝置，內含20毫克sumatriptan/0.1毫升之水性緩衝溶液，該溶液具有特殊的味道。

#### 藥理作用

Sumatriptan為作用於血管之選擇性5-HT type 1-like受體致效劑(主要為5-HT1D及5-HT1B)，目前推論的機轉為促使腦部血管收縮，同時抑制中樞神經性發炎之反應，進而抑制偏頭痛發生的機率。

#### 藥物動力學

本品經鼻腔給藥後可被快速吸收，生體可用率約為17%，投藥約30分鐘後可以緩解偏頭痛。主要經由肝臟單胺氧化酶-A (MAOA)代謝，排除半衰期約為2小時。

## 適應症

有先兆或無先兆偏頭痛發作之急性緩解，僅適用於有明確診斷之偏頭痛。

## 不良反應

在建議劑量下使用sumatriptan鼻噴液劑，最常見的副作用包括：味覺異常、噁心嘔吐、鼻腔或咽喉刺激等。由於部份藥品可能進入中樞神經，致使患者可能出現感覺異常、暈眩、嗜睡、頭痛、疲倦等不良反應。對於有心血管病史之患者，引發胸痛、心肌梗塞等嚴重副作用雖不及口服劑型來得高，但仍須謹慎使用。

## 注意事項

1. 本藥僅適用於確診之偏頭痛患者，但不適用於偏癱性或基底性之偏頭痛。亦不宜用於預防偏頭痛之發作。
2. 對於肝腎功能不佳、有癲癇病史者，使用本藥須特別小心。
3. 缺血性心臟疾病、腦血管疾病、周邊血管疾病、伴隨未妥善控制之高血壓、嚴重肝功能異常等患者，均應儘量避免使用本劑。
4. 使用本品可能出現嗜睡、暈眩的副作用，開車或操作機器應特別小心。

## 禁忌

1. 禁用於對本藥過敏者。
2. 不可併用麥角製劑或5-HT 致效劑（5-HT agonist）併服。
3. 停用單胺氧化酶抑制劑（MAOI）類抗憂鬱藥2週內，不得使用本劑。

## 交互作用

1. 單胺氧化酶(MAOI)抑制劑：併用會導致sumatriptan在體內的代謝變慢，排除半衰期增長，可能造成高血壓、高體溫、痙攣、精神狀態改變。
2. 麥角生物鹼製劑（ergot alkaloids）：麥角生物鹼本身具有血管收縮的藥理特性，併用將會延長血管痙攣的反應及時間，二者不建議於24小時內併用。
3. 血清素再吸收抑制劑（SSRI）：併用將產生過度的5-HT症候群，導致虛弱、過度反射及協調功能喪失等。雖然僅有少數案例報告，仍須謹慎使用。

## 劑量及用法

症狀開始時，於單一鼻孔使用一次劑量，症狀如未緩解，至少隔2小時再使用第2次劑量。24小時內，不可使用超過2個劑量（40毫克）。

## 儲存

2-30 °C，避光儲存。

## 參考資料

1. McEvoy GK, ed. AHFS: Drug Information. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists; 2006.
2. Klasco RK (Ed): DRUGDEX System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol. 129, expires 9/2006).
3. The circular from the manufacturer of Imigran Nasal

---

### 「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

#### 第2章 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

發文日期：中華民國 96 年 12 月 14 日

發文字號：健保藥字第 0960034385 號

（自 97 年 1 月 1 日起實施）

修正後給付規定	原給付規定
<p>2.3.1. sumatriptan succinate (如 Imigran)： (88/9/1、93/8/1、94/11/1、<u>97/1/1</u>)</p> <p>1. 限成人符合國際頭痛協會(International Headache Society)一九八八年訂定的「偏頭痛」診斷標準者：</p> <p>(1)至少有五次能符合(2)至(4)項的發作。</p> <p>(2)頭痛發作持續四至七十二小時。</p> <p>(3)頭痛至少具下列二項特徵：</p> <p>I 單側</p> <p>II 搏動性</p> <p>III 程度中等或重度(日常生活受限制甚或禁絕)</p> <p>IV 上下樓梯或類似之日常活動會使頭痛加劇</p> <p>(4)當頭痛發作時至少有下列一情形：</p>	<p>2.3.1. sumatriptan succinate (如 Imigran)： (88/9/1、93/8/1、94/11/1)</p> <p>1. 限成人符合國際頭痛協會(International Headache Society)一九八八年訂定的「偏頭痛」診斷標準者：</p> <p>(1)至少有五次能符合(2)至(4)項的發作。</p> <p>(2)頭痛發作持續四至七十二小時。</p> <p>(3)頭痛至少具下列二項特徵：</p> <p>I 單側</p> <p>II 搏動性</p> <p>III 程度中等或重度(日常生活受限制甚或禁絕)</p> <p>IV 上下樓梯或類似之日常活動會使頭痛加劇</p> <p>(4)當頭痛發作時至少有下列一情形：</p>

<p>I 噁心或嘔吐 II 畏光及怕吵</p> <p>2. 偏頭痛之發作嚴重影響日常生活(無法工作或作家事)者。</p> <p>3. 經使用其他藥物無效者。</p> <p>4. 每月限用四次，且</p> <p>(1)口服劑型藥品每次用量不超過 100 mg，每月不超過 400 mg。</p> <p>(2)鼻噴劑型藥品每次用量不超過 20 mg，每月不超過 80 mg。(93/8/1、94/11/1、97/1/1)</p> <p>5. 不得同時處方含有 ergotamine 製劑或其衍生物類藥物。</p> <p>6. 不得作為預防性使用。</p> <p>7. 不得使用於曾患有心肌梗塞、缺血性心臟病、Prinzmetal 氏狹心症、冠狀血管痙攣者及高血壓未受控制的患者。</p>	<p>I 噁心或嘔吐 II 畏光及怕吵</p> <p>2. 偏頭痛之發作嚴重影響日常生活(無法工作或作家事)者。</p> <p>3. 經使用其他藥物無效者。</p> <p>4. 每月限用四次，每次用量不超過 100 mg，每月不超過 400 mg。(93/8/1、94/11/1)</p> <p>5. 不得同時處方含有 ergotamine 製劑或其衍生物類藥物。</p> <p>6. 不得作為預防性使用。</p> <p>7. 不得使用於曾患有心肌梗塞、缺血性心臟病、Prinzmetal 氏狹心症、冠狀血管痙攣者及高血壓未受控制的患者。</p>
---	---

備註：劃線部份為新修訂之規定。

## 研討會訊息

### 北區春季頭痛研討會

#### Main theme: Headache in Special Populations

時間：97 年 3 月 9 日 (星期日) 9:25~15:10

地點：台北晶華酒店三樓 宴會 A 廳

神經專科醫師繼續教育學分：10

家庭醫學醫學繼續教育學分：4

時間	內容	演講者	主持人
09:10~09:25	報到		
09:25 ~ 09:30	Opening	吳進安主任(陽明大學)	
09:30 ~ 10:05	Headache in Women	陳韋達醫師 (台北榮民總醫院)	傅中玲醫師 (台北榮民總醫院)
10:05 ~ 10:40	Headache in the Elderly	賴資賢醫師 (員山榮民醫院)	陳錫銘醫師 (東元醫院)

10:40 ~ 11:00	Break		
11:00 ~ 11:35	Pediatric headache	范碧娟醫師(臺大醫院)	陳威宏醫師 (新光醫院)
11:35 ~ 12:10	Migraine equivalents	陳世彬 (桃園榮民醫院)	林日暉 (為恭醫院)
12:10 ~ 13:30	Lunch		
13:30 ~ 14:05	Migraine preventive guideline	陳彥宇醫師 (彰化基督教醫院)	劉秀枝主任 (台北榮民總醫院)
14:05 ~ 15:05	Case presentation & discussion	王博仁醫師(活水診所) 陳炳錕醫師(林新醫院)	盧相如醫師 (高雄醫學大學)
15:05 ~ 15:10	閉幕致詞	王署君醫師 (陽明大學)	

主辦單位：台灣頭痛學會

協辦單位：楊森大藥廠

## 中區春季頭痛研討會

### 2008 Olympics in Headache

時間：97年3月15日(星期六) 14:45~18:30

地點：台中裕元花園酒店4樓溫莎廣場

神經專科醫師繼續教育學分：10

家庭醫學醫學繼續教育學分：3

時間	內容	演講者	主持人
14:45~14:55	報到		
14:55 ~ 15:00	Opening	台灣頭痛學會 王署君理事長	
15:00 ~ 15:50	<u>Dysgnosis</u> of symptoms	慈濟醫院台中分院 陳盈助醫師	慈濟醫院台中分院 傅進華主任
15:50 ~ 16:40	Dysautonomia of pathogenesis	沙鹿光田醫院 楊鈞百醫師	台中中國醫藥大學 附設醫院 劉崇祥主任
16:40 ~ 17:00	Break		
17:00 ~ 17:50	Dysdoses of therapy	彰化基督教醫院 陳彥宇醫師	彰化基督教醫院 巫錫霖主任

17:50 ~ 18:20	Cases of acute treatment	林新醫院 陳炳錕醫師	台中澄清醫院 葉守正主任
18:20 ~ 18:30	Closing	台灣頭痛學會 王署君理事長	

主辦單位：台灣頭痛學會

協辦單位：荷商葛蘭素史克藥廠

## 南區春季頭痛研討會

### Main theme: Migraine and stroke

時間：97年3月22日（星期六）14:45~18:20

地點：台南長榮桂冠酒店3樓嘉賓二廳

神經專科醫師繼續教育學分：10

家庭醫學醫學繼續教育學分：3

時間	內容	演講者	主持人
14:45~15:00	報到		
15:00 ~ 15:10	Opening	王博仁醫師 (活水神經內科診所)	
15:10 ~ 15:40	Epidemiological evidence of migraine as a risk for stroke	柯德鑫主任 (奇美醫院神經內科)	陳偉熹主任 (高雄長庚神經內科)
15:40 ~ 16:10	Migraine-related stroke: image evidence	俞芹英教授 (成大醫院放射科部)	
16:10 ~ 16:40	Is there a pathophysiological link between migraine and stroke	蔡景仁教授 (成大醫院神經科部)	
16:40 ~ 17:00	Break		
17:00 ~ 17:30	Management of migraine in patients with risk of stroke	王博仁醫師 (活水神經內科診所)	盧玉強主任 (高雄榮總神經內科)
17:30 ~ 18:00	Taiwan guidelines for the acute treatment of migraine	盧相如醫師 (高醫神經內科)	

18:00 ~ 18:20	Panel discussion / Closing	王署君理事長 (台灣頭痛學會)
---------------	----------------------------	--------------------

主辦單位：台灣頭痛學會      協辦單位：荷商葛蘭素史克藥廠

本電子報以電子郵件方式寄發，有興趣繼續獲得本電子報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電子報，也敬請回覆 e-mail 告知。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。敬請不吝指教，感謝您的支持！

台灣頭痛學會聯絡方式：TEL：(02) 28712121\*3031    FAX：(02) 28765215  
E-MAIL：taiwan.head@msa.hinet.net