

頭痛通訊第六期

發刊日期：每月月初

發行人：頭痛學組

【本期內容】

一個美國醫師對歐洲頭痛療法的看法……………轉載自 ACHE 頭痛通訊
頭痛看板……………轉載自 ACHE 頭痛通訊
叢發性頭痛症狀劇烈 誤診率高……………轉載自 2 月 21 自由時報
近期活動

感謝美國頭痛教育委員會（A C H E，American Council For Headache Education）同意本學組將其通訊內容翻譯成中文並轉載於頭痛通訊。A C H E 頭痛通訊在美國主要對象是一般民眾，但相信對於台灣的醫師和病人也很有幫助，因此在往後幾期將陸續刊出給大家參閱。同時感謝台北榮總神經內科洪珮華醫師翻譯本期文章。

另外，叢發性頭痛可說是許多人的夢魘，若經由適當預防治療，通常可獲得有效控制，然而其誤診率卻偏高，所以本期通訊特別轉載 2 月份自由時報專訪台北榮總王署君醫師所刊載之叢發性頭痛相關報導，供大家參考。

頭痛學組第一次 ICHD II 中譯研討會議已於 3 月 7 日召開，目前進展順利，並擬於 5 月召開第二次會議。部分常見藥物目前尚無中文譯名，希望能透過這次翻譯討論，給予其統一中文譯名，例如，Triptan 將以「翠普登」作為其譯名，進而讓一般大眾也能熟悉此類藥物。

3 月 28 日於高雄所舉辦的 2004 頭痛研討會已圓滿落幕，感謝座長、演講者及所有與會者的支持，本學組下次頭痛研討會預定於 9 月 19 日上午於台北舉行，屆時希望大家能繼續不吝給予指教。

一個美國醫師對歐洲頭痛療法的看法

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：台北榮總神經內科洪珮華醫師

大約在一年前，我想就這個主題寫篇文章，但是在找尋資料時發現沒有相關資料。顯然以前並沒有人就不同國家間的頭痛治療作過比較。直到我參加了 2000 年在倫敦舉行的世界頭痛大會以後，才開始動筆寫這篇文章。

在這個大會上，有來自 46 個國家的 500 個專業人士參與。在會議的空檔，我在會場到處尋找可以訪問的對象。最後我打算把焦點放在西歐國家，因為與東歐及亞洲人士溝通時，遇到相當大的困難，所以也許在 2001 年之後，再來寫關於東歐的文章。

就讓我從英國開始吧。有超過 400 位來自英國的醫師參加這個會議。其中又以英格蘭佔大多數，所以這裡就併在一起討論。

英國採行的是公醫制度(National health system)。在這個制度之外，另有一些私人看診醫生存在。在倫敦有條知名的哈利街，(一流醫生的居住處)，在那裡可以得到較快速但較昂貴的醫療服務。在英國的頭痛病人，通常會先看公醫制度的醫生，假如狀況較複雜，再轉給專科醫師看。這時問題就來了，轉診通常要等待很久，可能得花上一年時間，才能等到專科醫師看診或安排常規的手術。這點在我還沒踏上這塊土地時，就聽過這樣的抱怨了。在航空旅程中，有位與會者告訴我，她已經等待某個照會等了一年多了。而令人驚訝的是，因為這情形在英國可預計的，所以她似乎也認了。除非你有大把銀子可以到哈利街求診，否則就只好繼續等待。

在英國，除非你有醫療保險或社會福利，否則處方費要花 6 英鎊(相當於 8.5 元美金)。即使是由專科醫師來看診，處方也是由一般科醫師開立。假如 6 英鎊可以買到翠普登(triptan)類的藥物也不錯，可惜事實上，這類藥要花 100 英鎊才能買到。

德國採行的是私人保險制度，這和美國有部份雷同，不同之處在於德國每個人都有醫療保險。有三大主要的保險公司提供一般的醫療，而在這些醫療之外的較昂貴或複雜項目則由另外一些公司來負責承保。

一般來說，在德國等待轉診的時間要比英國少的多。專科醫師看診過後提供專業意見，之後再把病人轉回給基層醫師照顧及追蹤。不過我曾經和一個從美國移居德國的病人談過，他告訴我在一些不同於在大會上得到的訊息。他說德國醫師對於另類療法很有興趣，或是對於採取不治療的方法，所以他只好又回到美國找我開立翠普登(triptan)及 amitryptiline。不過從這些軼事，我無法得出具體結論。

在荷蘭，有公醫制度，也有一部份的私人保險提供較好的照護。假如年收入超過一定程度(大約相當每年美金 40000 元)，就要有私人保險。一般說來，頭痛民眾會先找一般科醫師求助，如果有必要，才會轉診至專科醫師處。轉診等待時間最多幾個月，還不算太久。處方費可以由公醫制度支付。我的訪談者描述，城市人總是急著看醫生，而鄉下人則慢慢來。我必須承認我遇到的荷蘭人都十分有趣，所以我花了許多額外的時間去了解這個小國家。這也是參加國際會議的樂趣之一。

我的義大利朋友告訴我，他們也有公醫制度。當我詢問他對這個制度的看法時，他回答：「我們沒有想那麼多，不過在義大利，與政府有關的組織一向不討人喜歡。」顯然他們的公醫制度被蒙上政治色彩。在義大利，頭痛病患會先找家庭醫師。令人訝異的是，目前義大利仍有到府看急症病患的服務。在藥物方面，公醫制度可支付不同比例的部分費用。翠普登(triptan)可以給付 50%的費用。

在丹麥，公醫系統分成兩種保險制度：基本的與包羅範圍較廣的。90%的頭痛病人，先去找家庭醫師，如果必要，再由專科醫師支援。藥費可以作為每年的保費扣除額，不過轉診及安排手術也因為等待時間太久，而為人詬病。

瑞典和挪威都是同時有公醫以及私人保險制度。同樣的，也是由基層醫師轉給專科醫師，不過在這些國家等待轉診時間較短。

總結來說，西歐方面的頭痛醫療是靠公醫制度及一部份的私人保險。似乎越小的國家滿意度越高，而抱怨最多的是英國人。歐洲制度的好處是，頭痛患者有相當多管道及資源可求助，而且藥價尚稱合理。缺點則是缺乏專科醫師照顧，對於嚴重頭痛產生的一些問題較不熟悉。

在美國，嚴重的問題在於那些未保險的人以及藥價的花費。然而，我們有較多對頭痛專精的醫師。不管在大西洋的哪一岸，嚴重頭痛都是被低估且未被適當治療的問題。在頭痛大會上，雖然用的是不同的語言，陳述的卻是這個相同的問題。頭痛大會就是要看到我們自己的缺點，並逐步去解決。

- R.S. Singer, MD. Northwest Headache Clinic. Kirkland, WA

頭痛看板

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：台北榮總神經內科洪珮華醫師

- 根據 Neurology 在 2000 年 11 月 28 日的一篇文章，婦女朋友在生理期間的頭兩天發生無預兆偏頭痛的機會是平常日子的兩倍。這個研究的參與者來自一般民眾，而不是特地從頭痛治療機構找來的。總共有 81 位仍有月經且罹患偏頭痛的婦女參與為時 98 天的研究，她們在研究期間每天紀錄頭痛情形並記下月經期間。這個實驗同時也發現在月經來潮之前兩天偏頭痛發生機會較高，在排卵期前後發生機會較低。這個研究證實了長久以來頭痛專科醫師和病人相信生理週期前後偏頭痛發生機會較高的想法。不過這時發生的偏頭痛在嚴重度上除了生理期的頭兩天會稍微嚴重一點，並不是特別厲害。(W. F. Stewart, R. B. Lipton, E. Chee, J. Sawyer, and S. D. Silberstein Menstrual cycle and headache in a population sample of migraineurs. Neurology, Nov 2000; 55: 1517 - 1523.)

- 根據 Lancet 在 2000 年 11 月 11 日的文章，右心至左心分流(cardiac right to left shunt)與預兆型偏頭痛可能有直接關聯。心內分流是因為心壁上缺損，而導致血流行進路徑改變。右心至左心分流與增加腦中風的危險性相關。為了研究右心至左心分流與偏頭痛之關係為何，研究者調查了 37 位接受分流手術的患者。其中的 21 位曾有偏頭痛的病史，且其中 10 位在開完刀後症狀消失，另外 8 位在發作頻率及嚴重度都有改善。所以他們得到一個結論，一部分患有嚴重偏頭痛的人有一個大的右心至左心分流，而這些人的頭痛可以在手術解決分流後而得到改善，但是目前我們並沒有數據顯示有多少偏頭痛患者患有右心至左心分流。(Wilmsurst PT, Nightingale S, Walsh KP, Morrison WL. Effect on migraine of closure of cardiac right-to-left shunts to prevent recurrence of decompression illness or stroke or for haemodynamic reasons. Lancet. 2000; 356(9242): 1648-51.)

- 根據在薩爾瓦多舉辦的巴西第十九屆神經科會議中發表的一個小規模研究，偏頭痛的預防用藥在某些小孩身上的投予操之過急。在第一次看診時，若根據他們敘述的發作次數來判斷，有 93% 的小孩被認為需要使用預防藥物。但假如不立刻採取治療步驟，而是先教導他紀錄頭痛日誌及用藥情形，在四星期後的回診發現，被認為需要預防用藥的只剩 42%。頭痛日誌可以看出有些告訴你一個月發作二十幾次的小孩，實際上一個月只發作一次。這可能是因為他們高估了頭痛的次數，或者是因為有人關注他的頭痛問題，所以即使未治療也有安慰劑的效果。

- 根據在 2000 年十月的 Headache 上的病例報告，睡眠性頭痛有時與睡眠性疾患有關。睡眠性頭痛是一種只發生在睡眠中的罕見頭痛，常常是在老人家身上發生。這篇文章提出兩個病例，是以睡眠多功能測量儀監測病患睡眠，藉以研究睡眠哪一期及睡眠品質與頭痛的關係。其中一個病人被診斷出有嚴重的睡眠中止症候群，而他的頭痛在給予外加氧氣治療後完全消失。另一個病患則發現其睡眠品質相當差，而頭痛可由給予睡前 6mg 的褪黑激素而達到預防效果。四個病患中的兩個，頭痛與快速動眼期或慢波睡眠的起始相關。另一個病人在睡眠監視期間並沒有頭痛發生或睡眠異常。(Dodick DW. Polysomnography in hypnic headache syndrome. Headache. 2000; 40(9):748-52.)

- 有一個稱為 brain matters 的新網址 www.thebrainmatters.org 提供對於腦部疾患，包括慢性頭痛，有問題的人查詢資訊。這個網頁上敘述了七個患有不同種類神經科疾病的患者的故事，分別是偏頭痛，癲癇，多發性硬化症，阿茲海默失智症以及中風。有六十個病患支持團體結合起來要使社會大眾重視神經科疾病對於個人及社會的影響 同時讓病患和他的家屬知道要到哪裡尋求幫忙和有關資訊。

叢發性頭痛症狀劇烈 誤診率高

經同意轉載自 2 月 21 日自由時報

〔自由時報記者王昶閔／台北報導〕叢發性頭痛也被稱為「自殺性頭痛」，是最叫人「頭痛」的一種類型，患者平均要八年多的時間，才會被正確診斷出病因。醫師指出，「預防治療」比「急性治療」更為重要，平時更要遠離喝酒、登山等誘發因子，才能避免發作。

「頭痛要人命」不全然言過其實。一種「叢發性頭痛」症狀劇烈，是各類頭痛之最，早年甚至有人痛到自殺身亡。若以國外千分之三盛行率推估，台灣約有六萬名患者，但台灣一項最新調查發現，此症錯誤診斷率極高，平均八年才找出病因。

台灣台北榮民總醫院神經內科醫師王署君表示，叢發性頭痛有「自殺性頭痛」之稱，是所有頭痛類型中，症狀最劇烈的一種。根據台北榮總與台南新樓醫院一項最新調查研究顯示，患者要被正確診斷出病因，平均竟要八年又一個多月之久。

該研究將被刊登在國際知名「頭痛」醫學期刊，研究者之一的王署君表示，叢發性頭痛的症狀十分獨特，只要看過就很難忘記，但因常被忽略，診斷過此病的醫師並不多，神經科醫師如此，更別說其他專科，也因此患者經常一再被誤診，最常被誤認為偏頭痛，不少人做了不必要的電腦斷層或核磁共振檢查，甚至鼻竇或鼻中隔手術，當然是毫無幫助。

叢發性頭痛發作時極為痛苦。榮總一位男性內科醫師也是患者之一，他在二十歲那年冬至首度發病，發作時頭痛欲裂、半邊臉部潮紅、單眼淚流不止、倒地呻吟，有時甚至嘔吐到幾乎昏厥。

此後每年都會在固定月份發作，每天一到兩個小時之久，期間長達一個月。在手術檯上、急救病人時也曾幾度發作，讓他生活、工作受到極大困擾，不過在不發病的月份，卻完全沒有頭痛。

王署君指出，這類疼痛非常劇烈，有些人一天發作甚至達八次之多，且在固定時間發作，如早晨或入睡後一、二小時。絕大多數以單邊為主，最常發生於單側眼窩後面，有時在眼窩上方或同側的太陽穴，有病人形容發作時眼睛痛如刀割。

由於此症病灶可能在腦部下視丘，因此患者亦常伴隨自主神經症狀，包括眼睛紅、單眼流淚、流鼻水、臉部冒汗、瞳孔收縮、眼皮下垂、臉部腫脹等。部份患者會坐立不安，甚至會走來走去，成為獨特的症狀之一。

而研究也發現，叢發性頭痛的發作可能與日照時數有關，王署君指出，叢發性頭痛最常發生在季節變換時，又以十二月與三月最多，因而近來門診患者有明顯增加趨勢，不過一問之下，患者大多早就罹患頭痛多年，卻始終找不出正確病因，因而不斷輾轉求醫。

此外，不同於其他類型的頭痛，叢發性頭痛發生以男性居多，台灣患者男女比例是六比一，調查中發現，吸菸可能是重要因素，患者中男性有七成九、女性有三成六曾經或正在吸菸，女性病患有逐年增加趨勢，可能與女性吸菸人口增加有關。

王署君表示，叢發性頭痛雖然疼痛難忍，但只要尋求神經科醫師協助，並不難診斷，且大多能有效治療。

頭痛發作時的「急性治療」可用純氧、麥角胺、英明格等藥物，不過發作前的「預防治療」更為重要，至少要持續服藥至頭痛症狀完全消失兩週以上才逐漸減藥，可用的藥物包括類固醇、鈣離子阻斷劑、鋰鹽等，副作用少，且多半在一週內就能見效。

此外，在發作期宜避免喝酒、飛行與登山等一些誘發因子，頭痛才不會突然降臨。

近期活動

◎Multi-disciplinary Approach to Pain

主辦單位：中華民國疼痛醫學會及中國醫藥大學附設醫院麻醉部

時間：4月10~11日(週六、日)

地點：僑園大飯店

其中頭痛相關演講議題的時間是4月11日(週日)上午，議程如下：

Time	Topic	Speaker
10:10-10:50	Menstrual Migraine	王署君
11:30-12:10	Chronic Daily Headache & Medication Overuse Headache	傅中玲

※詳情請洽中華民國疼痛醫學會

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。

頭痛學組聯絡方式：

TEL:(02)28712121*3249 (02)28762522 FAX:(02)28765215

E-MAIL:johnson8@ms63.hinet.net