

頭痛電子報第六十八期

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

發刊日期：98 年 9 月
發行人：台灣頭痛學會

【本期內容】

頸因性頭痛.....許永居醫師

研討會訊息

「第十四屆南區頭痛讀書會」將於 98 年 10 月 11 日(星期日)在高雄蓮潭國際會館舉行，誠摯邀請大家參加指教。

2009 年學術專題研討會暨第二屆第二次會員大會謹訂於 98 年 10 月 25 日星期日，假台北福華文教會館前瞻廳舉行。10 月 24 日星期六於同地點另有一場會前會，誠摯歡迎各位貴賓、會員蒞臨指導，共襄盛舉。本次年會邀請到幾位重要的外賓演講。第一位是法國知名頭痛專家 Anne Ducros 教授，Ducros 教授同時也是基因和中風領域的著名團隊成員之一，她於 genetic study of familial hemiplegia migraine, CADASIL and reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) 領域有不少重要研究，如發表 familial hemiplegia migraine 基因研究結果於新英格蘭雜誌。此次除了介紹「家族性偏癱偏頭痛」外，Anne Ducros 亦將在會前會中演講「法國可逆性腦部血管收縮症候群研究」，而台北榮總頭痛團隊的陳世彬醫師，會向大家報告台灣可逆性腦部血管收縮症候群的研究的結果。另外，大陸知名的頭痛研究學者—中國人民解放軍總醫院的于生元教授，將為大家介紹偏頭痛的動物實驗。台灣大學復健學系的王淑芬教授，將演講「頭痛病人下枕骨肌肉痛的物理治療」。同時還有許多頭痛相關課題，相信這些精心安排的議題，能讓各位對頭痛的臨床與基礎研究，有更進一步的認識與啟發。歡迎大家踴躍參加，節目表請參照研討會訊息，有興趣參加者敬請填妥報名表回傳。

本期電子報內容由嘉義基督教醫院神經科許永居醫師提供，詳細介紹「頸因性頭痛」之臨床症狀、診斷、致病機轉及治療。頸因性頭痛在臨床上屬於常見但易被忽視的疾病，可能是因為容易與偏頭痛或其他外傷引起的頭痛甚至骨刺混淆，臨床上也有不少爭議，如 2009 年費城的世界頭痛年會就有一項議程是辯論頸因性頭痛是否存在。2004 年出版的國際頭痛疾病分類第二版給了「頸因性頭痛」一個獨立的診斷分類，若遇到頭痛主訴是從頸部引起的病人時，應該留意是否為頸因性頭痛診斷之可能性。

頸因性頭痛

作者：嘉義基督教醫院神經內科 許永居醫師

一、引言

頸因性頭痛，顧名思義，乃是由頸部的病灶所引起的頭痛。這種說法源自於 1926 年的 Barré，他認為頸部是最靠近腦部的身體結構，於是大膽的假設頸部的病灶可以造成頭痛，甚至頭暈。之後有人提出頸部關節炎或是椎間盤突出，容易造成這種頭痛。但是又有人說根本沒有這種頭痛，認為頸因性頭痛只不過是一種偏頭痛的變異型，稱之為「頸性偏頭痛(cervical migraine)」。也有人認為這種病人常常合併肩頸酸痛，可視為「頸部的緊縮型頭痛」。這種爭論從 1949 年到 1990 年持續不止。期間，又因神經解剖學之進步，新的診斷紛紛出現，如「枕神經痛(occipital neuralgia)」、「頸舌症候群(Neck-tongue syndrome)」，以及各式各樣的個案報告，及個人見解提出的名詞，如「脊椎性頭痛(vertebrogenic or spondylotic headache)」，更混亂了頸因性頭痛的定義。終於，在 1983 年，由 Sjaastad 提出一個較為統一的說法，他正式用「頸因性頭痛(Cervicogenic headache)」來形容這樣的頭痛，並依此做了較大規模的研究，發現其實這樣的頭痛是有一些一致的特色的；這樣的說法引起頭痛國際分類的注意，開始成立一個「與頸部疾病相關之頭痛」的分類。在 Sjasstad 所帶領「頸因性頭痛國際研究團隊(Cervicogenic Headache-International Study Group，簡稱 CEH-ISG)」鍥而不捨的研究後，緊接在 1990 年提出頸因性頭痛診斷的基本準則，並於 1998 年提出更精密的診斷準則。期間，有人主張若神經阻斷術有效且有明確病灶者，可以開刀改善。如今 2004 年頭痛國際分類正式有定義及自己的角色；以下會逐一介紹。

流行病學上，平均盛行率(Prevalence)0.7~13.8%，診斷的定義不同，統計結果差異甚大。一般族群的盛行率是 0.4-2.5%，但在慢性頭痛的患者族群裡可以見到 15-20%的盛行率。平均發作年齡是 42.9 歲，女性居多(男女比例約 1:4)。

二、臨床症狀及診斷

Sjasstad 曾提出一個典型個案：50 歲女性，在 25-47 歲間有慢性偏頭痛，表現為單側或雙側搏動性，合併噁心的情形，於月經逐漸停止後，偏頭痛自動好轉且幾乎不發作。不幸在 49 歲時，也就是一年前因為意外而撞傷脖子，起初只有輕微酸痛，但近半年來越來越痛，從右側枕部難以形容的劇痛會牽連到右顳部，且動到脖子就會引起劇痛，痛的特質並非是搏動性，但痛起來甚至比之前的頭痛還痛。疼痛仍會引起噁心及畏光，但之前吃了有效的 ergotamine 無法減緩現在的頭痛。

因為這個個案，他認為頸因性頭痛乃有別偏頭痛，進而蒐集類似相關有頸椎疾病的病患，特別是外傷的患者，整理出 CEH-ISG 在 1990 提出的診斷準則，可以說是很生動的描述的頸因性頭痛：

1. 單側且固定一邊的頭痛
2. 頭痛跟頸部有密切相關，表現在以下三點：
 - a) 頸部運動或是維持某特定姿勢而引發的頭痛，且每次頭痛的特質幾乎都相似；按壓同側的頭頸上部可以引發頭痛
 - b) 同側的肩頸部甚至手臂會隱隱作痛，但是痛的感覺非是像神經根所引起的疼痛

(radicular pain)

3. 頸部的關節活動度(range of motion, ROM)受限
4. 做診斷性的頸部神經阻斷術可緩解疼痛

其後在 1998 年，Sjasstad 根據追蹤之前的病人，做了更精密的描述：

1. 疼痛源自於頸部(常由頸部痛至單側額部或顳部)，常常是中至重度的疼痛，不會抽痛，持續時間及病程則不一定，可以是陣發性，也可以時好時壞，或是持續性的疼痛
2. 對 indomethacin, ergotamine, 及 sumatriptan 的反應均有限
3. 中年女性居多，且常有頸部外傷病史
4. 可稍微或中等程度的伴隨以下症狀：噁心，怕光或怕吵，頭昏，同側視力模糊或眼窩腫脹，甚至吞嚥困難

根據之前 Sjasstad 的描述再配合現今分類的架構、影像學的發展，2004 年出版的國際頭痛疾病分類第二版給了頸因性頭痛一個獨立的地位：

11.2.1 頸因性頭痛

- A. 源自頸而表現在頭及/或臉一處或多處的疼痛，符合基準 C 及 D
 - B. 經臨床，實驗室，及/或影像證明，有一已知或是普遍認定為頭痛確切致因的頸椎或是頸部軟組織疾患或病變
 - C. 依據至少下列一項，證實該頭痛可歸因於頸疾患或病變：
 1. 臨床徵候顯示，疼痛來自頸部
 2. 在安慰劑或其他合適的控制型試驗下，對頸部結構或其支配神經施行診斷性神經阻斷後，可解除頭痛
 - D. 疼痛在致病疾患或病變有效治療後三個月緩解
-

這樣的定義，算是很主觀的區分了引言中所介紹各家診斷渾沌不明的狀況：

1. 若發現頸椎上半部的腫瘤，骨折，感染，或類風濕性關節炎尚未被直接認定為引起頭痛的原因，只能算是高度懷疑，還需要臨床症狀吻合。頸椎柱關節退化症或骨發育不良症則不_不接受為符合基準 B 之有效病因。頸椎退化在 40 歲以上的患者是很常見的 X 光表現，但實際上只有很少數的頸椎退化患者有頭痛，因此定義單純的頸椎退化不符合診斷要件。
2. 與頸部筋膜壓痛點有關之頭痛，必須登錄為緊縮型頭痛。
3. 頸因性頭痛在分類中被歸為次發性頭痛。
4. 頸部甩傷後頭痛(headache attributed to whiplash injury)被定義為 5.3-5.4；而其他枕神經痛則被歸為 13.8，頸舌症候群則登錄為 13.9。

按照以上的診斷準則，其實與 CEH-ISG 所提出的不大相同。如頸部的壓痛，在 CEH-ISG 的準則是可以允許的，但若照國際頭痛分類，則會被歸為緊縮型頭痛。另外，在 CEH-ISG 的準則中，沒有提到影像或實驗學的結果，而是單純根據症狀來做精細的描述。若依循國際頭痛分類的標準，有懷疑頸因性頭痛的患者，應當要接受頸部 X 光而且往往都要進一步

的核磁共振檢查。此外，雙方都有把診斷性神經阻斷當作重要的診斷依據。

三、致病機轉

醫學進展史上是先觀察到這種臨床表現不同的新頭痛，且可以用開刀治療，再回頭來解釋這種頸因性頭痛的成因。要構成這樣的頭痛，需成立下三點：

1. 有個刺激的原因：

舉凡上半段頸椎本身，或其血管、肌肉、韌帶、神經根的疾患，如之前提到的影響上半段頸椎的腫瘤，骨折，或風濕性關節炎都是可以接受的原因。值得注意的是，有些病人雖臨床表現為頸因性頭痛，但他並沒有外傷甚至頸部核磁共振檢查都正常，此類病人的致病基轉目前認為是中樞神經敏感化(central sensitization)所致。

2. 接受刺激的構造：不外乎以下三支神經

寰椎-枕骨關節(Atlanto-occipital joint): C0/C1→ 發出 C1 神經

寰椎-軸椎關節(Atlanto-axial joint): C1/C2→ 發出 C2 神經

小面關節(Zygapophysial/facet joint): 通常是 C2/C3→發出 C3 神經

大、小枕神經傳入 C2 及 C3，也是扮演重要的角色。所以有些廣義的頸因性頭痛是把枕神經痛(occipital neuralgia)算進去的。附上詳細的神經表皮分布區(dermatome)以利臨床症狀對照。

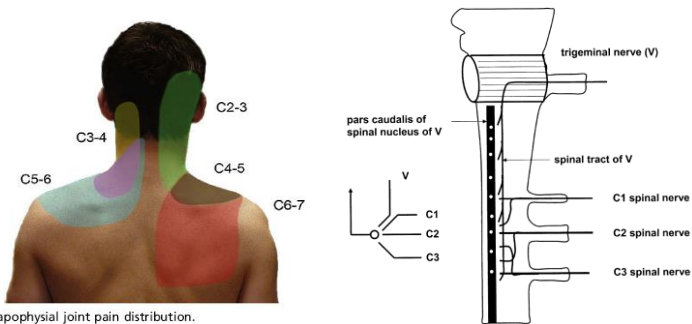


Fig. 2. Cervical zygapophysial joint pain distribution.

3. 傳遞刺激的途徑：

見右圖。由 C1-3 的刺激傳入腦幹後，藉由三叉神經核脊髓徑路(Spinal tract of trigeminal nucleus) 或是所謂三叉神經頸部複合神經核 (trigemincervical complex)過中線傳入對側大腦。因為這樣的途徑，所以造成的病灶必須是高位頸椎病變(high cervical spine lesions)。

四、鑑別診斷

依據 Sjasstad 的描述，這是一種脖子痛及頭痛息息相關的病。其實臨床上見到從脖子痛到後腦甚至額顳部的頭痛，均痛在同一側，動到脖子或是特定維持一姿勢可以引發，伴隨同側肩頸甚至手臂的不舒服感，以及頸部僵硬轉動脖子會有所限制，就要想到頸因性頭痛的診斷。這時自然還要加問是否有頸部受傷的病史。至於痛起來的性質及長短，因隨病人而異，所以不是診斷上的重點。

若有些病人並不具備全部的特色，或是疼痛的位置模稜兩可，則需作鑑別診斷。依其劇烈疼痛的模式，及伴隨噁心畏光怕吵等相關症狀，首先要鑑別診斷的是發生在枕部的偏頭痛。以下將以表格方式做其比較：

	頸因性頭痛	枕部偏頭痛
性別	女性居多	女性居多
發生年齡	>40 歲	較年輕
視覺症狀	同側一眼模糊 較不嚴重 時間程序上與頭痛較難釐清	一側視野模糊 常同時合併正向症狀如鋸齒狀 線條或閃光 會隨頭痛而擴散範圍 時間持續一小時且與頭痛一起 發生(即視覺預兆 visual aura)
同側性	固定同一側	可以轉換邊或同時兩邊疼痛
噁心	+	++
外傷病史	++	+
Ergot/Triptan	幾乎沒效	非常有效
NSAID	幾乎沒效	有效

若從總是固定一側的嚴重頭痛(side-locking headache)這個特色切入，就要考慮鑑別診斷慢性發作性半邊頭痛(chronic paroxysmal hemicrania, CPH)及持續性半邊頭痛(hemicrania continua, HC)，甚至叢發性頭痛(cluster headache)。因為頸因性頭痛也會有些許交感神經症狀，CPH 及 HC 有時較難鑑別診斷。此時可以嘗試用 indomethacin 治療，若頸因性頭痛則效果不彰，反之若為後兩者應有絕對的治療反應。

該類患者往往都有外傷病史，則要考慮外傷後頭痛(post-traumatic headache)及頸動脈剝離(cervical arterial dissection)。外傷後頭痛又可以分成急性跟慢性，不論何者均在外傷後七天內發生，且以頭痛為主而不是脖子痛。頸動脈最常剝離的血管是內頸動脈或椎動脈，其中以椎動脈剝離的頭痛較與頸因性頭痛的位置相似，也是一側的頸部連接枕部疼痛，疼痛通常在撞傷後 24 小時之內發生，且會在 2-4 天後才出現輕微的神經學症狀，如小腦或是 Wallenberg's 徵候，這種情形是頸因性頭痛所沒有的。

五、治療

此類病人治療相當不易，目前治療主流以多方向為主：復健或整脊，配合一些藥物，甚至很痛的時候可以做神經阻斷術；若有潛伏的病因則需根治。若為外傷引起且核磁共振有明確病灶壓迫神經，則可以考慮手術治療。因目前有神經痛及周邊/中樞敏感化的致病機轉概念，或許難治的病患也可以嘗試用肉毒桿菌治療。

六、結語

頸因性頭痛應該是在慢性頭痛中常見，但是在臨床上易被忽視的疾病。原因可能是名詞上與偏頭痛的混淆，與其他外傷引起的頭痛甚至骨刺混淆，醫師缺乏此種疾病的診斷概念，或診斷性神經阻斷術不易施行。其實頸因性頭痛是一種很有特色的頭痛，大家在遇到主訴從後頸引起的頭痛的患者，在進行問診或是檢查時，心中應該存有這樣的鑑別診斷。至於致病機轉方面，尤其是無外傷病史且核磁共振正常卻患有頸因性頭痛的真正原因，則需更進一步的研究。

七、參考資料

1. 國際頭痛疾病分類中文版第二版，2004
2. The Craniocervical Syndrome- Mechanisms, Assessment and Treatment 2001; Ch1-7
3. Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, et al. "Cervicogenic" headache: A hypothesis. Cephalalgia 1983;3:249-256
4. Edmards J, The cervical spine and headache. Neurology 1988;38:1874-1878
5. Nicholas U. Mechanical neck pain and cervicogenic headache. Neurosurgery 2007; 60:S1 21-27
6. Scott H, Simon D. Cervicogenic headache: a critical review. The spine journal 2001;1:31-46
7. Nikolia B. The neck and headache. Neurol Clin N Am 2004;22:151-157
8. Silbert PL. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. Neurology 1995;45:1517-1522

研討會訊息

★第十四屆南區頭痛讀書會

時間：2009年10月11日(星期日)15:00~18:00

地點：高雄蓮潭國際會館(高雄市左營區崇德路801號電話:07-3413333)

時間	題目	主講人
15:00~15:30	Registration	
15:30~16:00	Botulinum toxin treatment for chronic migraine	楊鈞百醫師 (大甲光田醫院)
16:10-16:40	cognitive behavioral treatment of headache	楊聖珊醫師 (屏東基督教醫院)
16:40~17:00	Coffee break	
17:00~17:30	Nerve stimulation and nerve block in headache	盧相如醫師 (高雄醫學大學附設醫院)
17:30~17:50	Discussion and Closing	盧相如醫師 (高雄醫學大學附設醫院)
18:00	Dinner	

★2009 年學術專題研討會暨第二屆第二次會員大會

頭痛基礎臨床大融合 Headache studies: from bench to bedside

【會前會】

時間：2009 年 10 月 24 日(星期六) PM 16:00 ~ PM 17:50

地點：台北福華文教會館一樓前瞻廳（台北市新生南路三段 30 號）

神經專科繼續教育積分：1.8

家庭醫學繼續教育積分：2

精神專科繼續教育積分：

疼痛醫學繼續教育積分：4

16:00 ~ 16:05	Opening Remarks 歡迎辭	王署君 理事長 (陽明大學)
座長：王署君 理事長(陽明大學)		
16:05 ~ 16:45	Reversible cerebral vasoconstriction syndrome studies in France 法國可逆性腦部血管收縮症候群研究	Prof. Anne Ducros (Hopital Lariboisiere, Paris, France)
16:45 ~ 17:25	Reversible cerebral vasoconstriction syndrome studies in Taiwan 台灣可逆性腦部血管收縮症候群研究	陳世彬 醫師 (台北榮民總醫院)
17:25 ~ 17:45	Questions and Answers 問題與討論	全體
17:45 ~ 17:50	Closing Remarks 閉幕辭	王署君 理事長 (陽明大學)
18:15 ~ 20:30	Banquet 晚宴	全體

【2009 年學術專題研討會暨第二屆第二次會員大會】

時間：2009 年 10 月 25 日(星期日) AM 09:30 ~ PM 16:00

地點：台北福華文教會館一樓前瞻廳（台北市新生南路三段 30 號）

神經專科繼續教育積分：4

家庭醫學繼續教育積分：5

精神專科繼續教育積分：

疼痛醫學繼續教育積分：4

時間	題目	主講人	座長
09:30~09:40	Opening Remarks 開幕辭	王署君 理事長 (陽明大學)	
09:40~10:10	Physical therapy for referred pain from suboccipital muscles among headache patients 頭痛病人下枕骨肌肉痛的物理治療	王淑芬 教授 (台灣大學)	孫維仁 教授 (台大醫院)
10:10~10:50	Familial hemiplegic migraine 家族性偏癱偏頭痛	Prof. Anne Ducros (Hopital Lariboisiere, Paris, France)	王署君 理事長 (陽明大學)
10:50~11:10	<i>Refreshment Break</i> 中場休息		
11:10~11:40	Animal study of migraine 偏頭痛動物實驗	于生元 教授 (中國人民解放軍總醫院)	王署君 理事長 (陽明大學)

11:40~12:10	Complications of low pressure headache 低腦壓頭痛併發症	王嚴鋒醫師 (台北榮民總醫院)	傅中玲 教授 (台北榮民總醫院)
12:10~13:45	<i>Lunch Break</i> 午餐		
13:45~14:15	Chronic daily headaches in adolescents 青少年慢性每日頭痛	王署君 教授 (陽明大學)	吳進安副院長 (關渡醫院)
14:15~14:45	Update of migraine treatment 偏頭痛治療新知	盧相如 醫師 (高雄醫學大學附設醫院)	王博仁 院長 (台南活水診所)
14:45~15:15	Case studies and discussion I 病例討論 I	陳盈助 醫師 (潭子慈濟醫院)	蔡景仁教授 (成大醫院)
15:15~15:45	Case studies and discussion II 病例討論 II	黃子洲 醫師 (台南活水診所)	陳威宏 主任 (新光醫院)
15:45~15:55	第二屆第二次會員大會	台灣頭痛學會會員	
15:55~16:00	Closing Remarks 閉幕辭	王署君 理事長 (陽明大學)	

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