

頭痛電子報第六十九期

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

發刊日期：98年11月

發行人：台灣頭痛學會

【本期內容】

叢發性頭痛……………李垂勳醫師

本期內容介紹「叢發性頭痛」，由東港安泰醫院李垂勳醫師提供。叢發性頭痛雖然罕見，卻是所有頭痛中最劇烈的一種，所幸目前針對叢發性頭痛的治療已有大幅改進，只要對症下藥，儘量避開頭痛誘發因素，一般預後效果都不錯。此病的發作症狀獨特且容易辨識，卻因較為罕見，反而經常被誤診，希望藉由本文介紹，可以讓大家更為了解叢發性頭痛的症狀與治療。

今年的大會已於10月圓滿落幕，感謝所有會員與非會員的熱烈支持和參與。明年首先登場的是「第五屆中區頭痛專家讀書會」，時間暫訂為1月24日；緊接著將於3月起陸續在北中南舉辦春季頭痛研討會，待詳細議程及地點確認後，再以電子郵件通知，並公佈於頭痛學會網站，屆時歡迎大家參加指教。

叢發性頭痛

作者：東港安泰醫院 李垂勳醫師

叢發性頭痛（cluster headache）屬於原發性頭痛，病患的頭痛程度非常劇烈，有人形容其疼痛程度更勝於生產時的疼痛，並且，這些頭痛常聚集於某些特別時節接連發生，經常讓病患苦不堪言。

叢發性頭痛的發病年齡通常為20至40歲，比偏頭痛病患的發病年齡晚了約10年。盛行率小於1%，男性較容易發生叢發性頭痛，是女性的3至7倍，但此比例有逐年遞減的趨勢，也就是女性病人數逐年增加。臨床上的症狀除單側嚴重頭痛外，還有一些比較特別的地方，就是會伴隨頭痛同側的自主神經症狀，如結膜充血、眼皮下垂。於最初病程發生時，病患會有連續數週或數月的叢發性頭痛發作，稱作**叢發期**（cluster periods），大部分病患的叢發期發生於固定的某些時節或月份，其他時間則完全不會有叢發性頭痛的發作，這段無頭痛期，稱為**緩解期**（remission periods）。約27%的病人只出現單次叢發期，若兩次叢發期間隔1個月以上的緩解期，則稱作「陣發叢發性頭痛（episodic cluster headache）」。相對地，有些患者隨著病程之進行，叢發期會逐漸增長，也就是緩解期可能會逐年縮短，若少於1個月時，或是叢發期超過一年，就稱為慢性叢發性頭痛（chronic cluster headache）。國外研究發現陣發叢發性頭痛佔叢發性頭痛病患的85%，而慢性叢發性頭痛約佔百分之15%。然而根據台北榮總與台南新樓醫院的研究，慢性叢發性頭痛在台灣非常非常少見，可能不到百分之一。

診斷上，依據國際頭痛疾病分類第二版（The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition, ICHD-II），叢發性頭痛的診斷基準如下：

- A. 至少有5次符合基準B-D之發作
- B. 位於單側眼眶、上眼眶及/或顳部重度或極重度疼痛，如不治療可持續15至180 分鐘
- C. 頭痛時至少伴隨下列一項：
 - 1. 同側結膜充血及/或流淚
 - 2. 同側鼻腔充血及/或流鼻水
 - 3. 同側眼皮水腫
 - 4. 同側前額及臉部出汗
 - 5. 同側瞳孔縮小及/或眼皮下垂
 - 6. 不安的感覺或躁動
- D. 發作頻率為每二日一次至每日八次
- E. 非歸因於其他疾患

根據過去的文獻，叢發性頭痛發作的次數約每日三次，每次70-90分鐘左右，叢發期為10-11週，緩解期為21-23週，伴隨的症狀以流淚或鼻腔充血、流鼻水佔多數（各約80%）。從國外的文獻得知，叢發期較常出現於1月及7月（約在冬至與夏至之後），較少出現於4月及10月（日光節約時間提早1小時以及恢復標準時間）。而台灣也有相關之研究發表，其結果顯示，3月及12月最易發生叢發性頭痛，而1月份最少，但是，若以光照時間長短作比較，發現頭痛發作的人數與光照時間成反比，也就是光照時間愈長，叢發性頭痛發作的病人數量愈少。

雖然叢發性頭痛的致病機轉目前仍不甚清楚，不過，有些學者利用功能性影像檢查系統，他們發現叢發性頭痛病患，其急性發作與後下視丘灰質（posterior hypothalamic gray matter）的活化有關。臨床上，對於難治療的叢發性頭痛病患，利用深腦刺激器（deep brain stimulation）作用於病患的下視丘，可以有效地緩解其症狀。這些證據似乎說明下視丘與叢發性頭痛的發生有密切關係；然而，也有其他證據顯示，後下視丘的活化與不同形式的疼痛發生也有相關性，而非專一於叢發性頭痛。刺激後下視丘的一些神經核（如：medial preoptic nucleus, medial and lateral hypothalamus, paraventricular nucleus）會降低脊髓神經元對疼痛刺激的反應，因此，有部分學者認為後下視丘活化可能只是複雜的叢發性頭痛致病機轉之其中一環。另外，有一神經傳遞物質稱為orexin，它參與腦內控制睡眠覺醒系統，自主神經控制系統，及疼痛調節系統，所以，有些學者認為orexin可能也與叢發性頭痛的致病機轉有關。

治療方面，應該要先避免叢發性頭痛的誘發因子，如：酒、含硝化甘油及組織胺的藥物或食品、揮發性物質（如：溶劑、油性顏料）、午睡、抽菸、體溫上升、情緒問題等；治療方式可以分為兩個階段：急性期治療與預防性治療。急性期治療的目的，就是希望能盡快緩解病患的頭痛，方法包括：

- 1. 100%純氧吸入：約有6成病患可於30分鐘內緩解頭痛，此方法使用上是相對安全的，幾乎沒有副作用，所以，即使一天內使用多次，對病患也無害，但是，較不方便之處是器材設備的準備，所以，不太適合病患自己於醫院以外的環境使用。

2. 翠普登 (triptans)：不同的給藥途徑有不同的效果，舉例來說，sumatriptan皮下注射15分鐘後，約5-6成的頭痛病患可達到完全無痛的效果，88%的病患有顯著的改善，是效果最佳的給藥途徑，如果使用鼻噴劑，47%病患於30分鐘後達到完全無頭痛，57%的病患有顯著改善。
3. Lidocaine：以lidocaine水劑滴入頭痛同側的鼻腔，約有三分之一的病患可獲得頭痛緩解。

預防性治療主要是希望能減少頭痛發生的頻率及嚴重度，避免急性治療藥物的使用過量，預防性治療藥物在叢發期開始時就需盡快開始服用，又可分為transitional prophylaxis (或short-term prevention) 及maintenance prophylaxis (或long-term prevention)：

1. transitional prophylaxis：以類固醇為主，藥物使用約維持2-3週，之後再逐漸減少劑量，目的是等待maintenance prophylaxis藥物發揮其療效。
2. maintenance prophylaxis：以Verapamil為首選治療藥物，使用上需注意病患的心跳及血壓的變化，其他如：lithium, methysergide, topiramate, valproate等。也有文獻指出具有療效；對於藥物治療效果差的病患，可以考慮做大枕神經阻斷術 (greater occipital nerve block)，枕神經電刺激 (occipital nerve stimulation)，或放置深腦刺激器 (Deep brain stimulation) 於下視丘來治療頭痛發作。

雖然叢發性頭痛的疼痛程度十分嚴重，病患也飽受此頭痛折磨，不過，隨著致病機轉的研究，加上有愈來愈多的治療方式可提供選擇、誘發因子的避免、適當藥物的使用，再加上病患與醫師的配合，相信必能改善病患的生活品質。

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