

頭痛電子報第八十期

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

發刊日期：99 年 12 月

發行人：台灣頭痛學會

【本期內容】

頸動脈剝離與頭痛-----許永居醫師
研討會訊息-----2011/1/16 第七屆中區頭痛專家讀書會

台灣頭痛學會 2010 學術研討會暨第二屆第三次會員大會已於 12 月 11-12 日圓滿結束，感謝各位會員及非會員的熱烈參與及支持。明年預定於 10 月 15-16 日於台大國際會議中心舉行第三屆第一次會員大會暨理監事選舉，有意擔任理監事或有推薦人選之會員敬請與秘書處聯絡。新的一年即將來臨，在此預祝大家新年快樂、平安順心！



【年會會場】



【與外賓 Werner J. Becker 合影】

明年仍將陸續舉辦頭痛研討會及頭痛專家讀書會，希望透過學術交流，能對頭痛治療有所裨益。首先登場為「**第七屆頭痛專家讀書會**」，時間為 100 年 1 月 16 日（星期日）下午 15:30~18:30，地點為台中永豐棧酒店 3F 牛津廳。歡迎有興趣之醫師參加指教，詳細節目表敬請參照研討會訊息。

頭痛是頸動脈剝離的剛開始之明顯症狀，若無法即早診斷，之後可能會有延遲性的中風。本期內容由嘉義基督教醫院許永居醫師所提供，主要介紹自發性的內頸動脈與椎動脈剝離，探討其產生之頭痛症狀、鑑別診斷及治療和預後。

頸動脈剝離與頭痛

作者：嘉義基督教醫院神經內科 許永居醫師

一、引言

頸動脈剝離是一種罕見且極富有診斷挑戰性的疾病，根據美國及法國以社區流行病學調

查顯示，每十萬人中只有 2.5-3.0 人罹患此病。雖然如此，因為發病者以年輕人居多，所以在年輕型腦中風占了很重要的角色，有 15-20% 是由頸動脈剝離所引起的。

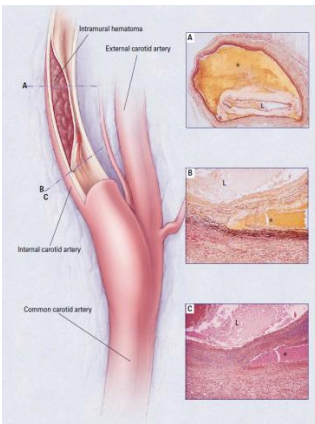
最常見頸部血管剝離的位置，是在內頸動脈（internal carotid artery）與椎動脈（vertebral artery）。以發生的機會來看，又以內頸動脈的機會較高。另外還有非頸部的血管剝離，如顱內血管剝離，會造成嚴重的中風，死亡率極高。若為主動脈剝離而造成中風或合併急性心肌梗塞，目前是施打血栓溶解劑的禁忌症。其原因可以分成外傷，遺傳性的結締組織疾病（hereditary connective tissue disease），或是自發性。

頭痛往往是頸動脈剝離的首發明顯的症狀，若無法即早診斷，病人之後會有延遲性的中風（delayed stroke）的可能性。本篇討論的重點，將放在自發性的內頸動脈與椎動脈剝離，討論其產生的頭痛有何特色及要如何鑑別診斷。

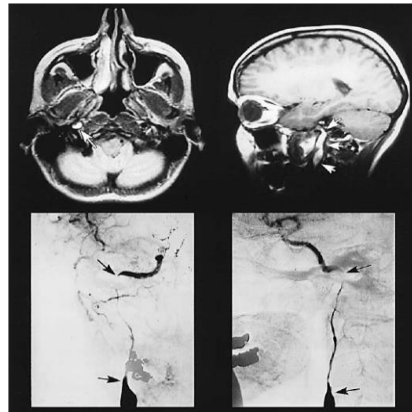
二、致病機轉

致病的原因，乃血管內膜破裂以至於內膜間血塊堆積，有時會使血管形成雙管徑（double lumen）或是偽血管瘤（pseudoaneurysm）（見圖一及圖二，摘自 reference2）。內膜破裂一旦形成，將使管徑狹窄而後方血管呈現低灌注，再者，剝離後方處易形成血栓（thromboembolism），若漂落下來則塞住後面的血管；這兩個因素皆會導致中風。

【圖一】



【圖二】



至於甚麼原因造成自發性的頸部血管剝離呢？有做整脊造成的，過度伸展或是扭轉脖子的運動造成的，或是某些較激烈的運動。曾一度有感冒容易血管剝離的說法，但後來統計起來是與季節（秋季）較有關。另外，有偏頭痛病史，也是血管剝離的危險因子。血管攝影檢查統計起來，非病灶處的血管都沒有明顯的血管硬化，且頸動脈與主動脈剝離不同的是，病人往往沒有高血壓的病史。

三、臨床症狀及診斷

典型的發作模式是先疼痛，數日後發生中風，期間有可能有或沒有伴隨局部神經學症狀；疼痛可以是單獨的頭痛，也有的是頭痛合併頸痛甚至臉痛，隨著影像學的發達，發現

有些病人甚至只有疼痛，而沒有中風或是其他局部神經學症狀。內頸動脈及椎動脈剝離的症狀不同，以下分別介紹：

A) 內頸動脈 (Internal Carotid Artery) 剝離：

典型的三重徵：1) 疼痛、2) Horner 症狀、3) 中風或視網膜缺氧。小於 1/3 的病人三者皆有，所以臨床上若具備其中兩個症狀就應該高度懷疑。以下逐一介紹。

1) 疼痛：

典型的頭痛出現在多於 2/3 的血管剝離患者身上，大都痛在額顳處，發作形態是漸漸發生的居多，且之後為持續痛或是抽痛，但也有像雷擊頭痛一樣的個案報導。25%的病人會有脖子痛，且痛在旁邊偏前側，有 10% 的疼痛表現只有脖子痛，若與頭痛一起出現，有時會被診斷成蜘蛛網膜下腔出血。50%的病人會出現同側的臉或是眼睛痛。

2) Horner 症狀：

因為支配臉部汗腺的交感神經是沿外頸動脈而上，所以若內頸動脈剝離，約有不到一半的病人會出現瞳孔縮小及眼瞼下垂，卻不會有臉部無汗 (facial anhidrosis) 的症狀，所以特稱為部分 Horner 徵候群 (partial Horner syndrome)。有 10% 的病人臨床症狀只有單獨的 Horner sign。

此外，有 12% 的病人出現腦神經麻痺症狀 (cranial nerve palsy)，最常見的為味覺喪失 (dysgeusia) 及疼痛性的耳鳴。

3) 延遲性中風 (Delayed stroke) 或視網膜缺氧 (retinal ischemia)：

中風前多半先會出現暫時性腦缺血或是黑矇症 (amaurosis fugax)，中風在核磁共振上多呈現腦栓塞的形態 (embolic pattern)。中風在血管剝離患者內佔 50-95%，如此懸殊的統計數字，是因近年來影像學的進步，所以偵測出較多以疼痛為單獨表現的個案，所以中風的比例下降。

B) 椎動脈 (Vertebral Artery) 剝離

主要是先有逐漸發生的枕部頭痛 (66%)，有時會雙側，同頸動脈剝離，頭痛乃持續或是抽痛；多伴隨後頸的疼痛 (50%)，很容易被誤認為肌肉或是骨頭關節的疼痛。中風方面最典型的表現為 Wallenberg's 徵候，有時造成頸椎 C5-6 的缺氧，而造成臨床上類似頸椎神經根的病變。

如果臨床懷疑頸動脈剝離，最重要的檢查是血管攝影 (MR、CT 或是 conventional angiography)，做頸部血管超音波也對內頸動脈剝離的診斷有幫助。在臨床的實務上，有時病人懷疑年輕型中風是血管剝離所引起，只做腦部核磁共振加血管攝影 (Brain MRI+MRA) 是不夠的，應該要再勾選頸動脈的視窗，才能照到剝離的部位。

根據上面的介紹，再來看〈國際頭痛疾患分類第二版〉對頸動脈剝離所致頭痛的準則：

6.5.1 歸因於動脈剝離之頭痛、顏面、或頸部之疼痛 headache or facial or neck pain attributed to arterial dissection

診斷基準：

- A. 任何急性心的頭痛、顏面或是頸部疼痛，可能有或是沒有其他神經學症狀或徵候，且符合標準 C 及 D
- B. 經過血管及／或神經影像檢查後，證實血管剝離
- C. 疼痛發生與血管剝離時間點上密切關聯，且發生於同側
- D. 疼痛在一個月內緩解

四、鑑別診斷

頸動脈剝離所引起的頭痛，主要與偏頭痛、叢發性頭痛、頸因性頭痛、原發性雷擊頭痛做鑑別診斷。以下作個別介紹：

a) 偏頭痛：

據統計有 1/4 的頸動脈剝離的患者以前曾有偏頭痛的病史，這比例遠超過一般族群患有偏頭痛的比例 (10-12%)，所以偏頭痛的病史視為是頸動脈剝離的危險因子之一。頸動脈剝離的患者多為年輕族群，且合併單側的嚴重的頭痛，若為內頸動脈剝離，其頭痛的位置在額顳處，且可能有黑矇症，會很像偏頭痛合併視覺預兆，這類病人很有可能會頭暈合併噁心。病人多半不會馬上中風，若以頭痛為主訴來到門診，檢查眼底跟神經學檢查都可以是正常，確實很容易診斷為偏頭痛。

很多論文提到病人會抱怨：「這次頭痛與之前不同 (uniqueness)」，但是並無統計顯示究竟是如何不同。筆者統計多份個案報告發現，此類病患與偏頭痛的病患最大的差異，就是脖子會有頸部血管按壓的疼痛 (Carotidynia)，甚至有病人的脖子會痛到無法讓醫師碰觸或轉動脖子，這種按壓痛或是頸部比頭還痛，也許就暗示著自發性頸動脈剝離的診斷。

另外若出現臉痛或是 Horner 徵候、其他腦神經麻痺症狀有時候輕微 (如單側味覺喪失)，當然也要小心。

b) 叢發性頭痛：

主要與內頸動脈剝離做鑑別，病人呈現的 Horner 徵候群、頭痛甚至痛到眼睛裡，容易乍看之下以為是叢發性頭痛；但內頸動脈剝離的病人疼痛則是持續且不會有像鬧鐘一樣的模式，仔細詢問病程就可以與之區分。

c) 頸因性頭痛：

椎動脈剝離病患會呈現脖子延伸至後腦之疼痛，若為單側發作則很類似頸因性頭痛；但是第 68 期的頭痛電子報曾介紹過，頸因性頭痛多為慢性且有脖子轉動受限症狀，某個轉頭姿勢就會引發頭痛，這樣的特徵在一般情況並不難區分兩者。然而，頸部外傷之患者，如車禍導致甩鞭症 (whiplash injury)，或是慢性頸因性頭痛而剛好接受整脊治療

(chiropractic)，主訴原本脖子僵硬痛更嚴重，甚至合併一邊手腳麻木，在這種情況下要區分兩者不易，這類患者應做頸部的核磁共振加血管攝影檢查。

d) 原發性雷擊性頭痛：

雖然典型的表現是逐漸疼痛，但仍有 14-20%左右的頸動脈剝離患者會呈現突發性的劇痛，就會符合雷擊性頭痛的診斷標準，加上脖子的疼痛可能被診斷為蜘蛛腦膜下腔出血。一般可用脊椎穿刺檢查做鑑別診斷，若臨床無法排除頸動脈剝離，建議做傳統的血管攝影檢查。

五、治療及預後

傳統治療以抗凝血劑優先，甚至在急性期先用肝素（heparin）施打數日，再換成口服的抗凝血劑（coumadin），三至六個月後追蹤血管攝影，若有進步再改成阿斯匹靈（aspirin）。但是 2003 年 Cochrane review 發現在共 26 個研究的大規模分析顯示，對於頸動脈剝離的治療，直接用阿斯匹靈與先用抗凝血劑的這兩組間，治療效果並沒有顯著的差異。自從有低分子量肝素（enoxeparin）上市後，臨床上醫師直覺會用它來取代傳統的肝素治療，但還缺乏大規模實證醫學的資料。

預後方面，無論是頭痛及中風，隨著血管內膜血塊的吸收，都會於一至數週內有很好的改善，即便有血管瘤形成也很少真的破裂。雖然預後良好，急性期統計仍有 1-5%的死亡率，僅有 1-2%的頸動脈剝離患者會復發再次剝離，而這類病人往往是有遺傳性結締組織疾病的病人。大於 75% 早先有偏頭痛病史的患者，隨著這次的剝離反而頭痛在發病過急性期後改善。

六、結語

頸動脈剝離雖罕見，卻是年輕中風常見的原因。自發性頸動脈剝離真實的成因還不明。臨床上會先以疼痛來表現，此時要與偏頭痛區分確實困難，頸部血管壓痛或是頸痛明顯，或是自己抱怨與之前偏頭痛發作不同的病人，可能都要將頸動脈剝離列入鑑別診斷。之前較大規模的頸動脈剝離研究，都將重點放在中風治療及預後，因此對於頭痛著墨甚少，這方面值得大家研究。

其治療可以使用抗凝血劑或是阿斯匹靈，雖然診斷不易，但預後無論是中風或是頭痛雙方面均很好，在 3-6 個月後要再追蹤血管攝影檢查，絕大多數的病人不會復發。

七、參考資料

1. 國際頭痛疾病分類中文版第二版，2004
2. Schievink WI. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. N Engl J Med 2001; 344 (12) :

898-906

- Stephanie D, Didier L. Cervical-artery dissection: predisposing factors, diagnosis, and outcome. *Lancet Neurol* 2009;8: 668-78
- Jensen MB, Chacon MR, Aleu A. Cervicocerebral artery dissection. *The Neurologist* 2008;14: 5-6
- Ansari SA, Parmar H, Ibrahim M, etc. Cervical dissections: diagnosis, management, and endovascular treatment. *Neuroimag Clin N AM* 2009; 19: 257-270
- Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissection. *Neurology* 1995; 45: 1517-1522
- Campos CR, Calderaro M, Scaff M, etc. Primary headache and painful spontaneous cervical artery dissection. *J Headache Pain* 2007; 8: 180-184
- Biousse V, Woimant F, Amarenco P, etc. Pain as the only manifestation of internal carotid artery dissection. *Cephalalgia* 1992; 12: 314-317

研討會訊息

★第七屆頭痛專家讀書會

時間：100年1月16日（星期日）下午 15:30~18:30

地點：台中永豐棧酒店 3F 牛津廳

地址：台中市西屯區台中港路二段9號

服務電話：04-2326-8008

時間	主題	主講人	
15:30~15:35	Opening	光田醫院 楊鈞百 醫師	
15:35~16:20	CGRP in Migraine	高雄市立小港醫院 盧相如 醫師	主持人 台南活水神經內科診所 王博仁院長
16:20~17:05	Pharmacotherapy in chronic Migraine	台中澄清醫院 謝良博 醫師	
17:05~17:50	Apply " n of 1 trial " in your clinical practice	台南新樓醫院 謝鎮陽 醫師	
17:50~18:20	Discussion	All	
18:20~18:30	Closing	台北榮民總醫院 王署君 教授	

主辦單位：台灣頭痛學會 Taiwan Headache Society

協辦單位：葛蘭素史克藥廠

若您將撥冗參與，敬請事先向報名或回傳以下報名回條：

第七屆頭痛專家讀書會報名表

服務單位:	科別:
姓名:	晚餐: <input type="checkbox"/> 參加 <input type="checkbox"/> 不參加
聯絡方式: (電話或電子郵件)	

請將以上參與內容於 100 年 1 月 14 日前，傳真至 02-23120812，陳怡樺 小姐收
或傳真至(02)28765215 台灣頭痛學會秘書處

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

<http://www.taiwanheadache.com.tw/>