

# 頭痛通訊第九期

發刊日期：每月月初

發行人：頭痛學組

## 【本期內容】

偏頭痛和眩暈……………轉載自 ACHE 頭痛通訊。王凱震譯  
「劃時代頭痛研究」(Landmark study) 的結果

……………轉載自 ACHE 頭痛通訊。王凱震譯  
近期活動

---

本期內容轉載自 ACHE 頭痛通訊，由台北榮總神經內科王凱震醫師翻譯，一篇探討偏頭痛和眩暈的關聯性及治療。另一篇介紹「劃時代頭痛研究」的結果，幫助了解醫師及病人對於頭痛的診斷之差別，進而對病人的頭痛有更正確的診斷。台灣偏頭痛病人其實並不在少數，但常被診斷為緊縮型頭痛，此現象與「劃時代頭痛研究」的結果不謀而合，希望本篇文章能帶給大家一些啟發。

頭痛學組目前正籌備學組網站，希望能提供一個頭痛資訊的溝通平台，網址將於下期通訊中公佈。國際頭痛分類 ICHD II 中文版定於 7 月正式出版，並郵寄給各位神經科醫師。若您的服務單位及地址已有變動，敬請儘快與本學組聯絡，以利寄送作業。

隨函亦檢附醫師頭痛調查問卷，此問卷目的在了解國內神經科醫師對頭痛之看法，並作為頭痛繼續教育改進之參考。煩請各位醫師能撥冗協助填寫，您可使用本期頭痛通訊所附加檔案，以郵寄或電子郵件方式回覆；或是當您收到 ICHD II 時，請以回郵信封寄回。衷心感謝您的支持！

頭痛學組聯絡方式：

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

E-MAIL：johnson8@ms63.hinet.net

地址：112 台北市北投區石牌路二段 201 號中正樓 16 樓神經內科 448-1 室

## 偏頭痛和眩暈

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：台北榮總神經內科王凱震醫師

對不同的人而言，頭昏是不同的狀態，譬如說，頭重腳輕或是一陣暈眩的感覺，或是一陣飄飄然的感覺。「頭暈」常被病人用來形容眩暈，眩暈是一種環境在旋轉的錯覺，當身體缺乏了協調以及平衡性就會造成這一系列的症狀。

偏頭痛的病人相對一般大眾，特別容易合併眩暈，這篇文章將會探討眩暈和頭痛的關聯性，以及偏頭痛的病人合併眩暈的治療。

### 頭暈和偏頭痛的關係？

頭暈、眩暈可能是單純偏頭痛的症狀或是偏頭痛合併平衡感覺障礙。一項研究顯示百分之三十八頭暈門診的病人合併有偏頭痛的病史，而許多偏頭痛的成年病人暈車的發生比例，就好像小朋友暈車發生率一樣高。事實上，一些研究顯示，小孩子合併經常性頭暈發作，將來成人時期比較容易偏頭痛。作者詢問診間偏頭痛的初診病人的孩童時期病史時，發現大部份的偏頭痛的患者小時候發生暈車的比率很高。偏頭痛的成人，也比較容易發生暈車的情形。事實上，偏頭痛的病人在偏頭痛發生之前、之後以及頭痛發作當時通常都會有頭昏或暈眩的情形。甚至對於一些病人來說，暈眩也可能只是偏頭痛發作的唯一症狀，這種發作可以被認定為是「不頭痛的偏頭痛」，或是「偏頭痛沒有頭痛」，所以偏頭痛和眩暈是有關連的。

### 為什麼偏頭痛和眩暈是有關連的？

偏頭痛被認為是一種腦部對環境以及壓力的反應障礙。容易偏頭痛的腦子，在腦部化學和功能反應與一般腦子是不同的，這種不同的化學反應，讓偏頭痛的腦子對於壓力以及周遭環境的刺激特別敏感，但是，這一種敏感性閥值會因人而異，這也就是為什麼偏頭痛和眩暈會陣發性的發生。

當偏頭痛的病人給予平衡功能的測試，通常測試的結果會較一般正常人顯示異常的比例較高。這個觀察也就証明了容易偏頭痛的腦子，對於環境的刺激敏感（譬如說亮光、天氣改變或是香味）增加，產生症狀包括頭痛，頭暈、噁心、眩光、皮膚敏感度增加。

最近的研究顯示頭痛和眩暈可能有另外一個基因上的關連性，有一型的平衡障礙--陣發性運動失調（**episodic ataxia**）和家族性偏癱偏頭痛（**familial hemiplegia migraine**）兩者的基因突變位置是一樣的。這個突變的基因影響控制細胞膜上鈣離子通道的離子進出，而讓高濃度的鈣離子進入細胞過度表現。我們可以假設這兩種疾病相似的基因變化，可以提供一個可能的解釋為什麼偏頭痛病人比較容易暈車。

### 治療

目前對於眩暈以及偏頭痛沒有特別的治療。然而有些藥物可以預防偏頭痛或是眩暈的發生。譬如說，鈣離子阻斷劑（如 **verapamil**）和利尿劑 **acetazolamide** 可以控制陣發性運動失調的症狀，這兩種藥對偏頭痛也都有一定程度的幫助。另

外，一些神經調節劑，譬如說，抗癲癇藥對偏頭痛及眩暈也都有幫助，這些藥減低了腦子對環境刺激的敏感度。Sodium divalproex (Depakote®)(註1)、gabapentin (Neurontin®)、topiramate (Topmax®) 也對偏頭痛的預防有一定的效果。作者個人認為以上這些藥對於嚴重的眩暈或是偏頭痛合併頭昏的病人都是特別有效的。

對於偏頭痛合併頭暈以及偏頭痛不合併頭暈的病人，治療選擇處方是相同。但是對於偏頭痛合併眩暈的病人則不應於發作時使用翠普登 (triptans)，因為這種頭痛有時可能是基底型頭痛 (basilar migraine) (註2)。

偏頭痛性眩暈不合併頭痛，或是偏頭痛不合併頭痛可以選擇的治療，包括有神經調節劑、鈣離子阻斷劑 (註3) 或是乙型阻斷劑 (如 propranolol)。

Sheena K, Aurora, MD, Swedish Neuroscience Institute, Seattle, WA.

#### 【附註】

1. divalproex sodium (Depakote®) 目前台灣無此藥，類似藥物為 valproic acid (Depakine®)。
2. 基底型頭痛的確於偏頭痛伴隨眩暈病人應列入鑑別診斷，但是基底型頭痛十分罕見，在台灣有過度診斷的現象。第二版【國際頭痛疾病分類】之基底型頭痛診斷基準如下：
  - A. 至少有2次符合基準B-D的發作；
  - B. 預兆至少包括下列兩項完全可逆的症狀，但沒有肢體無力：構音障礙、眩暈、耳鳴、聽力障礙、複視、在雙眼的鼻側及顛側視野同時產生視覺症狀、運動失調、意識障礙、同時兩側感覺異常；
  - C. 至少具下列一項：(1) 至少一種預兆症狀在≥5分鐘逐漸產生，及/或不同預兆症狀，在≥5分鐘相繼發生 (2) 每一種症狀持續≥5及≤60分鐘；
  - D. 符合1.1無預兆偏頭痛 基準B-D的頭痛，在預兆時或預兆後的60分鐘內發生；E. 非歸因於其他疾患。診斷時須符合以上基準，如病人並不吻合基底型頭痛診斷基準，triptan仍可使用。
3. 在台灣可使用的鈣離子阻斷劑中，flunarizine (Sibelium®) 也可考慮使用。因此藥在歐洲，加拿大有上市，但是美國沒有，因此 本文作者並未提及此藥。

## 『劃時代頭痛研究』(Landmark study) 的結果

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：台北榮總神經內科王凱震醫師

當病人因為頭痛而去看醫生的時候，最可能頭痛的診斷是什麼呢？

當病人因為頭痛而去看醫生的時候，最可能頭痛的診斷是什麼呢？

這並不是一種笨問題，因為很多醫生在病人抱怨頭痛就診時，通常都沒有辦法給病人一個很確定的診斷，或者是模糊的診斷為緊縮型頭痛。但是真的大部份頭痛的病人，都是因為緊縮性頭痛發作就診嗎？還是有可能是其它的頭痛診斷嗎？病

人如何診斷自己是哪一種類型的頭痛呢？那醫生又通常如何診斷頭痛？最常見在診間的頭痛診斷又是那一型呢？

為了回答以上這些問題？一組醫師在全世界的頭痛門診作了一個研究，研究的對象是陣發性頭痛病人，排除每日頭痛，幾乎每日頭痛的病人，以及每月頭痛天數超過十五天以上的病人都不在研究對象之內。

這項『劃時代頭痛研究』對象包括 14 個國家，128 個頭痛中心，1,203 個病人的頭痛自我診斷以及醫師經過病史詢問，詳細檢查之後所給予的頭痛初診斷。

之後，請每個病人詳實紀錄六次頭痛發作的頭痛日記，專家根據頭痛日記的記錄，依據國際頭痛學會的診斷標準，每一次發作均給一個特定的診斷。研究最後的結果顯示，頭痛的診斷通常是無法憑一次門診即診斷出來，需要依據頭痛日記的紀錄，才可給予正確的診斷。換句話說，正確診斷一個頭痛病人，應該要依據他的頭痛日記來診斷。

### 第一線的醫生如何診斷頭痛嗎？

有趣的一點，當一位第一線的醫生診斷偏頭痛的時候，他的診斷準確率達到百分之九十八。

反過來說，當醫生診斷為「非偏頭痛的頭痛」，也就是「緊縮型」或「壓力型頭痛」時，這組的百分之八十二的病人，在經過專家依據病史頭痛日記記錄所給予的診斷卻是偏頭痛型的頭痛。也就是說，大部分所給予「非偏頭痛的頭痛」的診斷是錯的。換句話說，當病人因頭痛就診，通常是都是偏頭痛發作。而每四個偏頭痛的病人，就有一位被診斷錯誤。

頭痛病人因頭痛就醫的症狀都是很嚴重的，因此這個研究也包涵了頭痛嚴重程度的問題調查。從這些問題研究結果中顯示出，當這些病人因為頭痛去門診就醫的時候，通常都是一個很嚴重的頭痛。請記住，這是一個平均值的情形，也就是表示說平均每個人因頭痛接受第一線的醫生診療的時候，最常發生的頭痛通常是偏頭痛，而且這個偏頭痛對生活都有一個嚴重的影響。更重要的是，偏頭痛藥物治療偏頭痛的效果良好，然而這個研究中百分之七十五的病人，通常都沒有真正接受到偏頭痛藥物的治療，例如翠普登（triptan）。

那為什麼病人會得到錯誤的診斷呢？這群偏頭痛的病人，一開始被診斷為偏頭痛，以及另一組並不是被診斷為偏頭痛的病人，這兩組發作的嚴重程度（91%都是中度至重度的頭痛發作）及頻率並無差異。那是什麼原因讓醫生在這兩個組會有不同的診斷？通常是因為病人本身的認定，引導醫生而有不同的診斷。也就是說，當病人告訴醫生說，他是偏頭痛發作的時候，醫生會診斷為偏頭痛；反過來，當病人說這是非偏頭痛的頭痛，醫生通常也就診斷為非偏頭痛的頭痛。醫生的確聽進了病人所說的話。

## 病人通常如何診斷自己是哪一種類型的頭痛呢？

根據頭痛日記最後調查，當病人診斷自己已有偏頭痛的時候，根據他們的頭痛日記顯示的結果，百分之九十五是正確的；反過來，當病人診斷自己「非偏頭痛的頭痛」，百分之八十六卻是偏頭痛。也就是說，醫生聽到病人說自己是偏頭痛，則有很大的可能是偏頭痛發作。當病人認為自己不是偏頭痛卻也仍有很高的比例是偏頭痛。

## 緊縮型頭痛和偏頭痛

一般大部份的沒有去就醫的頭痛，通常都是緊縮型頭痛。緊縮型的頭痛就是沒有偏頭痛的特徵，這種頭痛通常是位在頭的兩邊，輕度到中度，非搏動性，也不會因為日常活動而加劇頭痛，不會合併有噁心、嘔吐、怕光。緊縮型頭痛，也並不會對日常生活上造成不方便，病人通常不會有太多的抱怨。有一位醫師 Richard Lipton 和他的同事做了一項研究，在一般民眾裡隨機找一位有頭痛的患者診斷自己頭痛，當自我診斷為偏頭痛時，這種診斷正確率只有百分之三十三%。這是因為大部份一般大眾的頭痛患者都是緊縮型頭痛，也從來不會因為這個頭痛而去看醫生，也不抱怨頭痛。

所以回到一開始我們談『劃時代頭痛研究』的結論，頭痛的病人會去看醫生的，通常這個頭痛的診斷應該是偏頭痛。這種陣發性對日常生活、工作造成困擾的頭痛，也就是表示有比較大的可能性是「偏頭痛型的頭痛」。這種診斷準確率高達百分之九十四，而這種在診間所抱怨的頭痛，跟我們一般在大街上碰到的頭痛是不一樣的，也就表示是說診間的頭痛大部份是偏頭痛，至於在街上通常都是一個緊縮型頭痛。

## 結論：

從這個研究，給我們得到一個很重要的結論：

第一點，當病人因為陣發性頭痛來就醫的時候（頭痛的型態是非常固定的，而且神經醫學檢查是正常的）。這通常都是一個「偏頭痛型的頭痛」（大約百分之九十四的診斷率）。

第二點，當病人自己告訴醫生，他是一位偏頭痛患者的時候，的確有很大的可能是「偏頭痛型的頭痛」（百分之九十九點五診斷正確率）。

第三點，當病人在診間告訴醫生說，他不是偏頭痛型的頭痛的時候，他仍舊有百分之八十六的可能性是偏頭痛的患者，若頭痛日記能詳實的記錄頭痛的症狀、嚴重程度，可能會對這病人的頭痛有更正確的診斷，提供更有效的治療。

--Stewart J, Tepper; MD. The New England Center for Headache. Stamford , CT.

## 近期活動

### 台北 2004 頭痛研討會

主辦單位：台灣神經學學會頭痛學組

時間：9月26日（週日）上午9:00~12:30

地點：台北圓山大飯店地下二樓福全廳

台灣神經學學會專科醫師繼續教育學分：10分

開場致辭：蔡清標 理事長

座長：王署君 醫師

09:00~09:40      Update on cluster headache  
傅中玲 醫師  
台北榮民總醫院 神經內科

09:40~10:20      Pathophysiology of tension-type headache  
陳威宏 醫師  
新光吳火獅紀念醫院 神經科

**10:20~10:45      *Coffee Break***

座長：蔡清標 理事長

10:45~11:25      Nonpharmacological treatment of headache  
李連輝 醫師  
高雄長庚紀念醫院 神經內科一科

11:25~12:05      Migrainous infarction  
王署君 醫師  
台北榮民總醫院 神經內科

12:05~12:30      Case demonstration  
王博仁 醫師  
台南新樓醫院 神經內科

為方便統計人數，煩請有興趣參加者於 **9/23** 前填妥所附報名表並傳給頭痛學組，歡迎撥冗蒞臨指教！謝謝！

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。感謝您的支持！

頭痛學組聯絡方式：

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

E-MAIL:johnson8@ms63.hinet.net

地址：112 台北市北投區石牌路二段 201 號中正樓 16 樓神經內科 448-1 室