

顏面部疼痛為門診常見的臨床問題。有趣的是，病人除了在神經科，往往也會在牙科、耳鼻喉科、家醫科，甚至是疼痛科求診。在耳鼻喉科做過鼻竇內視鏡檢查，或是在牙科做過拔牙處置、根管治療的病人仍抱怨疼痛而被轉介到神經科，在神經科看過不像是三叉神經痛的問題，又被轉診回牙科。

在此以在成大醫院門診、急診、或是住院過的病人，整理出 3 個特殊案例，提供給大家臨床診治的參考。

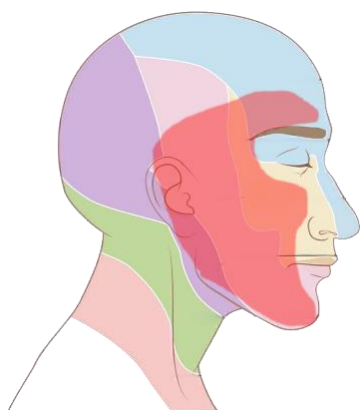
案例一

這是一位 65 歲的男性，主訴是半年來漸進式的顏面右側前額與鼻竇區的刺痛感。

該個案於此次住院前數周，新診斷右上肺葉的肺腺癌，且已經有淋巴結轉移，因此臨床分期為第四期肺癌。

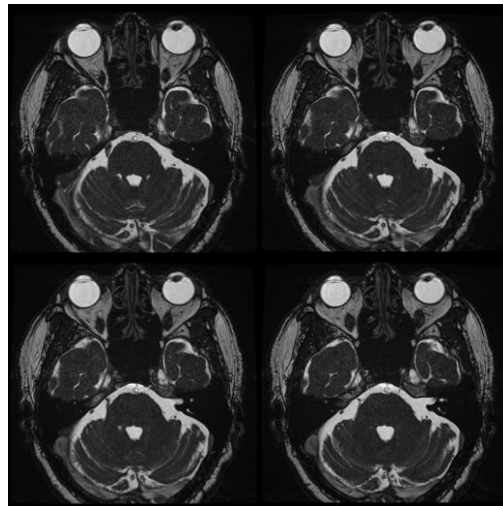
病人從半年前發病時，一開始的症狀為右耳疼痛，疼痛感為持續性的刺痛感，並無搏動感或是爆裂性疼痛。有時候疼痛會輻射到同側下巴的區域。每次持續時間從 2~3 個小時左右到痛一整天不等。且平均一天會痛個 2 到 3 次。且病人自述在右側躺的情況下，若是臉頰或是耳朵受到重壓的時候，疼痛會有加劇的現象。

在發病後第三個月左右，疼痛區域從耳朵蔓延到了右鼻竇區及前額區。在發病後第四個月，疼痛進一步蔓延到了右側下巴。疼痛的嚴重程度與頻率大致相同。此外，疼痛時偶會合併噁心嘔吐的症狀。



圖一：案例一之顏面疼痛分布範圍示意圖

在後續的頭部磁振造影檢查中，我們發現了病人於右側三叉神經與前下小腦動脈出現了神經-血管壓迫的證據。以臨床上來說，儘管病人的疼痛或多或少與神經壓迫有關聯，但是仍無法解釋病人的所有症狀。



圖二：案例一之頭部磁振造影

根據病人的病史以及腦部影像，往往會想到三叉神經痛的診斷，但是有幾種情況不符合，包含如下：病人每次疼痛的時間較長，並非典型三叉神經痛的持續時間；此外病人疼痛的範圍超過了三叉神經的支配範圍，也沒有典型的無害刺激會誘發疼痛發作的現象，此乃非典型的顏面區域疼痛。不應該透過最後的腦部影像，去導果為因地去給予病人診斷。

三叉神經痛的背後原因有一部份是因為，神經本身受鄰近血管壓迫所致，為了探討影像對於此種情形的診斷率，我們查閱了文獻。其中的幾篇論文^{1,2,3}提到：

- (1) 高達 90%的健康個體可在磁振造影中檢測到三叉神經與血管的壓迫現象，因此臨床醫師不應將其用作三叉神經痛的診斷標準。
- (2) 牙周炎是論文中提到，最常被誤診為三叉神經痛的疾病
- (3) 可用於區分三叉神經痛，以及牙痛的臨床線索為誘發疼痛的因素。若為牙齒相關問題，誘發疼痛的因素，通常是冷熱等溫度刺激、攝入甜食、或是牙齒的敲擊或是外在碰觸壓力。

結合以上，我們推測案例一於後續追蹤中，可以針對牙齒做重要檢查。可惜的是畢竟該案例尚有肺癌的問題，但是他拒絕接受腰椎穿刺，因此無法完全排除

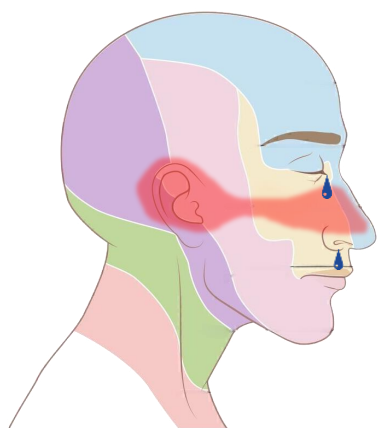
發炎或是感染相關的頭痛原因。

案例二

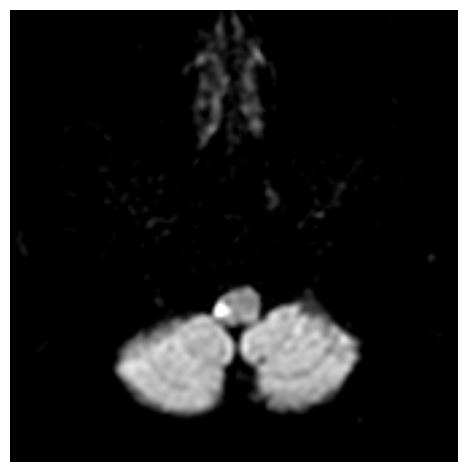
這是一位 68 歲的女性，主訴為兩周以來的右側鼻翼區以及右耳後區疼痛。該個案為由頭部深處，往表淺處蔓延，痛至鼻翼與耳朵的抽痛感。此外痛感持續不間斷，躺下去休息的時候會大幅改善，並且會隨著日常活動又逐漸惡化。一開始前幾天的疼痛指數不高，因此尚可忍受，但是第二周開始因為疼痛加劇、並且有頭暈噁心症狀，病人漸漸變得幾乎無法下床，甚至開始合併流鼻水以及流眼淚的情況，因此前去就醫。

一開始病人去耳鼻喉科就診，纖維內視鏡並無看到明顯異常。後來因為症狀持續，被轉介到神經科門診，並安排住院檢查。於神經學檢查中，發現右側眼瞼下垂及瞳孔縮小，為右眼的 Horner syndrome。此外也發現有軀幹和肢體共濟失調(appendicular ataxia and truncal ataxia)的情況。

根據診斷流程⁴，該個案的診斷會偏向三叉自律神經痛(Trigeminal autonomic cephalalgias)⁵，並且以持續時間來區分，會算是 Hemicrania continua (持續性半邊頭痛)。只是病人沒有典型的躁動感，整體持續時間尚未持續到 3 個月或是 1 年以上。因為藥物因素病人並無使用 Indomethacin，因此結論該個案診斷為「極可能三叉自律神經頭痛(Probable trigeminal autonomic cephalalgias)」。



圖三：案例二之顏面疼痛分布範圍示意圖



圖四：右側延髓中風

根據上述診斷，我們幫病人安排了頭部磁振造影，發現病人有右外側延髓梗塞性腦中風。我們回顧了過往文獻，發現在延髓中風以顏面疼痛作為第一症狀表現已有許多個案報告的紀錄^{6,7,8}。這一類的病人和典型的 Trigeminal autonomic cephalalgias 相較起來比較不一樣的地方在於，會有延髓中風的神經學症狀，包含 horner syndrome、facial hypoesthesia, limbs ataxia、facial palsy、dysarthria、gait disturbance 等問題。此外臨床上遇到懷疑 TAC(Trigeminal autonomic cephalalgias)的病人，也建議安排腦部的影像學檢查，排除結構性異常。

後續住院期間，除了給予抗血小板藥物，針對顏面疼痛的問題，也給予 Pregabalin 予以控制，病人服藥後疼痛情形得到了良好的控制。

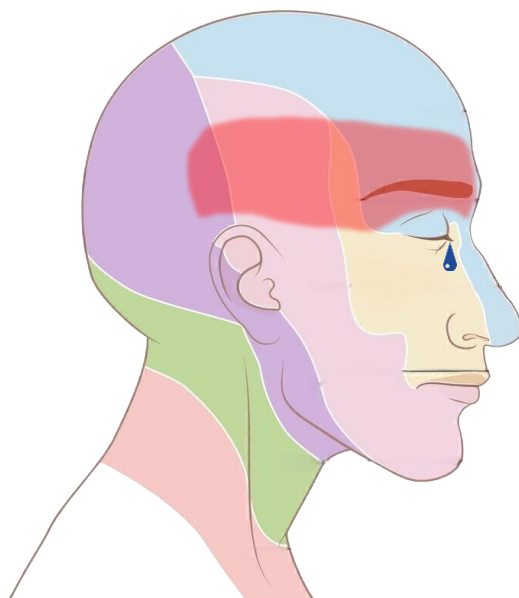
案例三

這是一位 36 歲的男性，主訴為一周來的右邊太陽穴、右前額區，以及右眼會有流眼淚的現象。

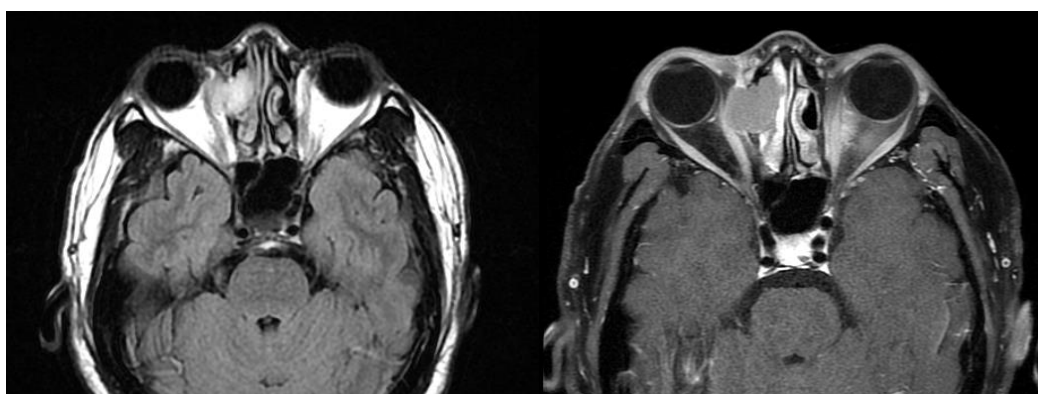
病人的過去病史主要是 10 多年前曾因為雙側慢性鼻竇炎，接受功能性內視鏡鼻竇手術。術後並無後遺症殘存。一開始的頭痛症狀為從右側前額部蔓延至右邊太陽穴附近，並且是以刺痛感為主。頭痛症狀會持續一整天，並無反覆發作的現象，碰觸到該部位會惡化疼痛的問題。此外也有合併流眼淚以及右眼紅腫的情形。在最後幾天，出現右眼眼瞼下垂的現象。

症狀發生之後，病人前往耳鼻喉科就醫，當時內視鏡並無發現明顯異常。頭部 X 光也無異常，最初被診斷為眼睛周遭的蜂窩性組織炎。但是在服用抗生素之後，症狀並無改善。病人又改掛神經科門診，神經學檢查發現右側眼瞼下垂，後續被轉急診做腦部影像檢查，發現是右側額竇之黏液囊腫，並因為右側篩骨紙板的破損，進而侵犯右眼內直肌。

透過腦部影像發現，我們接著會診了耳鼻喉科，隨即讓病人接受緊急內視鏡鼻竇手術，並進行修補。同時在眼科的紀錄之下，發現術前病人的眼壓偏高 (IOP:28mmH₂O)，推測此乃導致病人會有流淚的症狀。術後病人疼痛改善，也不會有流淚水的情形。




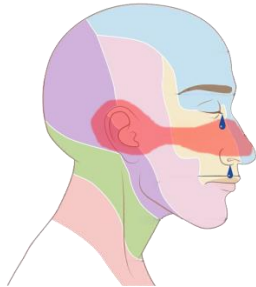
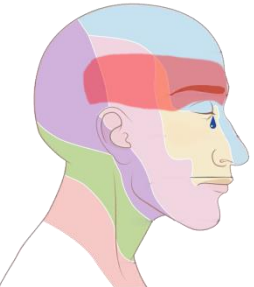
圖五: 案例三之顏面疼痛分布範圍示



透過回顧文獻，有不少的案例報告紀錄⁹了在前額竇(Prefrontal sinus)的疾病，包含腫瘤、感染等等，因為侵犯鄰近結構，同時合併了眼睛的神經學症狀。由於往往非內科藥物可以完善處理的狀況，因此若合併上述症狀，建議盡快安排影像學檢查排除會有需要手術介入的背後病因。

結語

藉由上述三個案例比較，顏面部疼痛除了神經科，亦有可能合併牙科、耳鼻喉科的問題。詢問臨床病史，以及察覺非典型的症狀或神經學檢查，方能不遺漏重要的鑑別診斷。

Case	1. 65yr male	2. 68yr female	3. 36yr male
Location			
Onset	Chronic progressive for 0.5 year	Subacute progressive for 2 weeks	Subacute for 1 week
Duration	2hrs to all day	Persistent	Persistent
Characteristic	Tingling sensation	Stabbing, radiating from deep site	Tingling or pressure-like
Associated symptoms	Pressure stimulation	Rhinorrhea Lacrimation Swelling	Tactile stimulation Lacrimation Swelling (orbital)
NE	Nil	Horner syndrome Ataxia	Partial ptosis
Diagnosis	AICA* microvascular	Lateral medulla	Frontal mucocele

	compression	infarction	with orbital compression
--	-------------	------------	-----------------------------

*AICA: Anterior inferior cerebellar artery

參考資料:

1. Hannan C, Shoakazemi A, Quigley G. Microvascular Decompression for Trigeminal Neuralgia: A regional unit's experience. *Ulster Med J.* 2018 Jan;87(1):30-33. Epub 2018 Jan 31.
2. Maarbjerg, S Wolfram, F, Gozalov, A, Olesen, J, Bendtsen, L. Significance of neurovascular contact in classical trigeminal neuralgia. *Brain* 2015;138:311–9
3. Forssell H, Alstergren P, Bakke M, Bjørnland T, Jääskeäinen SK. Persistent facial pain conditions. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2016; 126: 36-42.
4. Prakash S, Rathore C. Side-locked headaches: an algorithm-based approach. *J Headache Pain.* 2016 Dec;17(1):95.
5. 台灣頭痛學會 Taiwan Headache Society 國際頭痛疾病分類第三版中文版
6. Ravichandran A, Elsayed KS, Yacoub HA. Central Pain Mimicking Trigeminal Neuralgia as a Result of Lateral Medullary Ischemic Stroke. *Case Rep Neurol Med.* 2019 Oct 27;2019:4235724
7. Ordás CM, Cuadrado ML, Simal P, Barahona R, Casas J, Matías-Guiu Antem J, Porta-Etessam J. Wallenberg's syndrome and symptomatic trigeminal neuralgia. *J Headache Pain.* 2011 Jun;12(3):377-80
8. Jaimes A, García-Sáez R, Gutiérrez-Viedma Á, Cuadrado M-L. Case report: Wallenberg's syndrome, a possible cause of symptomatic epicrania fugax. *Cephalalgia.* 2018;38(6):1203-1206
9. Lee, C. J., Chen, M. K., & Chen, S. N. (2007). Giant Frontal Sinus Mucocele Presented with Globe Ptosis and Diplopia. *台灣耳鼻喉頭頸外科雜誌*, 42(2), 59-63