

頭痛電子報 第261期

發行人：台灣頭痛學會 發刊日期：2026 年 11 月

【本期內容】2026 年台灣頭痛學會偏頭痛預防指引更新重點

臺北榮民總醫院神經內科 吳致緯醫師 P2

各位頭痛醫學界的先進及同好大家好

今年的頭痛學會年度研討會已於上個月初落幕，本次會議一樣也是充滿了許多精彩的學術演講。會議中也介紹了剛出版以及即將出版的 2026 年偏頭痛治療指引更新(急性治療指引已刊登，預防治療部分也即將刊登)。本期電子報由甫卸任的學會秘書長，目前正在美國進修的北榮神經內科吳致緯主治醫師為大家回顧年會中關於偏頭痛藥物預防療指引更新部分的精彩內容，讓大家先睹為快，也請大家期待指引的正式刊登。

年會中也產生了第八屆的理監事團隊，並由臺北榮民總醫院一般神經內科王嚴鋒主任接任新任理事長。相信新的團隊一定能為學會帶來新的動能，也請各位讀者繼續關心頭痛學會，並分享頭痛相關活動的資訊給其他有興趣的醫療照顧專業工作者。

電子報主編： 臺北榮民總醫院 梁仁峯醫師

2026 年台灣頭痛學會偏頭痛預防指引更新重點

臺北榮民總醫院神經內科 吳致緯醫師

2022 年台灣頭痛學會指引首次針對 CGRP 單株抗體提供完整的本土治療建議，然而隨著口服 CGRP 受體拮抗劑 gepants 引進，以及更多臨床試驗與真實世界證據累積，台灣頭痛學會針對 CGRP 治療部分，統整這幾年之最新進展，更新進一步調整治療指引，並擴大適用族群與療效評估的範圍，在本期電子報，我將把 2026 年新指引之更新部分做一個簡要整理，介紹相較 2022 年的主要改變。

1. 預防治療啟動條件的調整

新版指引保留每月頭痛至少 4 天的評估門檻，並延續其他適用情境，包括急性治療及生活型態調整後仍有明顯失能、急性藥物無效或有禁忌、急性藥物過度使用，以及特定複雜型偏頭痛。然而，根據各國近期新指引之趨勢，我們在 2026 年的指引，**新增「病人偏好與共享決策」**，當醫師與病人在充分討論預期效益與風險後，認為及早預防符合個人需求，即可考慮啟動治療。這使治療決策更能反映病人的生活負擔與期待，而不只取決於發作天數。

2. CGRP 標靶治療成為第一線用藥

2022 年台灣頭痛學會治療指引首次介紹 CGRP 單株抗體的使用。然而，當時在陣發性偏頭痛，CGRP 單株抗體被列為第二線治療用藥，而當時 CGRP 單株抗體雖然列為慢性偏頭痛之第二線預防用藥，但是指引也同時介紹健保事前審查之條件，包括慢性偏頭痛及三種傳統預防藥物治療失敗，其中須包含 topiramate。

2026 年指引納入近年關於 CGRP 標靶治療啟動時機的重要研究。APPRAISE 研究，納入 621 位曾有一至兩種預防治療失敗的陣發性偏頭痛病人，比較 erenumab 與傳統口服預防藥物之療效。[1] 一年後，完成原分派治療且第 12 個月每月偏頭痛天數減少至少 50% 的病人比例，erenumab 組與傳統口服預防藥物組分別為 56.2% 與 16.8%（p<0.001）。；因不良事件停藥的比例則為 2.9% 與 23.3%，這個研究的結論，認為較早使用 erenumab 在療效與治療持續性上的優勢。[1] 德國關於健保給付政策之真實世界研究，亦提供更直接的支持。2022 年 10 月，德國 CGRP 單株抗體之給付門檻由至少四種預防藥物失敗（慢性偏頭痛需要五種），放寬為至少一種。新政策實行後，接受 erenumab 治療第 9 至 12 週達到每月頭痛天數減少至少 50% 的比例，高於舊政策族群（63.5% 對 37.7%；p<0.001）。[2]

綜合上述研究與累積的療效及安全性證據，2026 新指引將 CGRP 標靶治療列為陣發性與慢性偏頭痛的第一線預防選項，不再將多種預防藥物無效或是有副作用，視為臨床使用的必要前提。

3. 正式納入口服 gepants

Gepants 是小分子 CGRP 受體拮抗劑，2026 年指引正式將 gepants 納入偏頭痛預防治療，為病人提供口服的 CGRP 標靶治療選項。Rimegepant 除了具備急性治療之療效證據外，亦有在偏頭痛預防之隨機對照試驗，其收案標準為頭痛頻率每月 4-18 天偏頭痛的病患，共納入 747 位病人，給予 rimegepant 75 mg 隔日服用一次，治療 12 週後，第 9 至 12 週的每月偏頭痛天數較起始減少 4.3 天，安慰劑組則減少 3.5 天（p=0.0099），兩組不良事件發生率皆約 36%。[3] 此外，rimegepant 另有困難治療族群（difficult-to-treat）之雙盲測試證明其療效，然而其受試族群仍為陣發性偏頭痛病人。[4] 由於研究收案病人以陣發性偏頭痛為主，因此美國 FDA 給予其預防治療之適應症僅包括陣發性偏頭痛。

Atogepant 則具有陣發性與慢性偏頭痛的試驗證據。ADVANCE 試驗顯示，陣發性偏頭痛病人每日使用 10、30 或 60 mg，於 12 週治療期間，每月偏頭痛天數分別減少 3.7、3.9 與 4.2 天，均優於安慰劑的 2.5 天（皆 p<0.001）。[5] PROGRESS 試驗進一步證實其對慢性偏頭痛的療效：每日一次 60 mg 組的每月偏頭痛天數減少 6.9 天，安慰劑組減少 5.1 天（p=0.0009），常見不良反應為便秘與噁心。[6] ELEVATE 為困難治療（difficult-to-treat）之陣發性偏頭痛患者之雙盲對照研究，亦證明 atogepant 對此族群之療效。[7]

依據相關證據，新版指引建議 rimegepant 75mg QOD 可用於陣發性偏頭痛，以及 atogepant 60mg QD 可用於陣發性與慢性偏頭痛預防，且皆可以作為第一線用藥。

4. 追蹤方式與停藥時機

目前在臨床上，每月偏頭痛天數減少至少 50%，仍是常用的治療反應指標。然而，對慢性或困難治療型偏頭痛，我們認為頭痛天數減少至少 30% 具備臨床意義，也應該作為合理的評估指標。此外，新版的台灣頭痛學會治療指引，進一步採納 International Headache Society 於 2025 年提出的四層級疾病控制概念，以每月偏頭痛或中重度頭痛為評量標準，分為無發作（每月頭痛天數 0 天）、最佳控制（<4 天）、部分控制（4-6 天）與控制不足（>6 天）。[8]

此外，新指引也提供相關臨床證據，強調 CGRP 標靶治療的長期療效與安全性。此外，部分接受 CGRP 單株抗體或是 gepant 的病人，可能需要持續治療大於 3 個月，甚至 6～12 個月才達到明顯療效反應，因此不宜只依單一時間點判定治療失敗。[9] 綜合以上，我們建議無論是陣發性與慢性偏頭痛，CGRP 標靶治療可持續至 12 個月，避免過早或不必要的中斷。

5. 更新孕期與哺乳期的證據及風險評估

台灣頭痛學會之 2022 年治療指引，是首個將孕期、哺乳兩階段分別撰寫推薦建議之治療指引。2026 年指引擴充了懷孕與哺乳期間使用 CGRP 標靶治療的討論，也納入先前未涵蓋的 gepants。從動物模型觀之，拮抗 CGRP 或其受體，可能影響胎盤血流，造成胎兒出生體重過低或死亡率上升。VigiBase® 孕期藥物安全監測資料沒有發現 CGRP 標靶治療（包括 CGRP 單株抗體與 gepants）較 triptans 有較高的不良妊娠結果通報訊號，[10] 但這不等同已證實安全，仍須考量暴露資料有限、低報及混雜因素。Gepants 的半衰期較短，也不能直接推論其孕期使用較安全。

哺乳期間，單株抗體因分子量較大，理論上進入乳汁及被嬰兒全身吸收的程度可能較低，因此 International Headache Society 建議如果要使用 CGRP 標靶治療，可以謹慎考慮在生產兩星期後使用 CGRP 單株抗體。[11] Gepant 由於是小分子，進入母乳機會較高，較為不推薦使用。然而兩類藥物的臨床安全性資料仍不足。新版建議優先考慮替代的預防治療，並對計畫懷孕者提前討論治療安排，在可行情況下於受孕前完成適當的預防療程。

6. 首次納入兒童與青少年的 CGRP 治療選項

2026 年指引首次納入兒童偏頭痛的 CGRP 標靶預防建議。SPACE 隨機對照試驗顯示，每月給予 fremanezumab 皮下注射（ <45 公斤使用 120 mg，≥45 公斤才使用 225 mg），在三個月後，可降低兒童及青少年陣發性偏頭痛之每月偏頭痛天數，並提高至少 50% 的治療反應率。[12] 然而，同一試驗之兒童與青少年慢性偏頭痛之隨機對照試驗，並沒有做出顯著優於對照組之結果（慢性偏頭痛部分之數據未正式發表於醫學期刊）。因此，本指引對 6 至 17 歲、體重≥45 公斤的陣發性偏頭痛病人，建議可使用 fremanezumab 225mg 皮下注射治療，為此族群增加治療選項。然而，長期療效與安全性仍需持續追蹤。

結語

2026 年台灣偏頭痛預防指引，我們納入最新臨床證據，將 CGRP 標靶治療前移至陣發與慢性偏頭痛之第一線治療，並且新增口服 gepant 選項。此外，我們也建議及早啟動 CGRP

標靶治療，並且建議治療持續 12 個月，避免不必要的中斷影響頭痛控制。

參考資料：

1. Pozo-Rosich P, Dolezil D, Paemeleire K, et al. Early Use of Erenumab vs Nonspecific Oral Migraine Preventives: The APPRAISE Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology* 2024; **81**(5): 461-70.
2. Hong JB, Lange KS, Fitzek M, et al. Impact of a reimbursement policy change on treatment with erenumab in migraine - a real-world experience from Germany. *The journal of headache and pain* 2023; **24**(1): 144.
3. Croop R, Lipton RB, Kudrow D, et al. Oral rimegepant for preventive treatment of migraine: a phase 2/3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet (London, England)* 2021; **397**(10268): 51-60.
4. Pozo-Rosich P, López JAG, Lisewski P, et al. A phase 4, randomized, double-blind, placebo-controlled trial evaluating the efficacy and tolerability of rimegepant for the prevention of episodic migraine in adults with a history of inadequate response to traditional oral preventive medications. *Cephalalgia : an international journal of headache* 2025; **45**(11): 3331024251391378.
5. Ailani J, Lipton RB, Goadsby PJ, et al. Atogepant for the Preventive Treatment of Migraine. *The New England journal of medicine* 2021; **385**(8): 695-706.
6. Pozo-Rosich P, Ailani J, Ashina M, et al. Atogepant for the preventive treatment of chronic migraine (PROGRESS): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet (London, England)* 2023; **402**(10404): 775-85.
7. Tassorelli C, Nagy K, Pozo-Rosich P, et al. Safety and efficacy of atogepant for the preventive treatment of episodic migraine in adults for whom conventional oral preventive treatments have failed (ELEVATE): a randomised, placebo-controlled, phase 3b trial. *The Lancet Neurology* 2024; **23**(4): 382-92.
8. Sacco S, Ashina M, Diener H-C, et al. Setting higher standards for migraine prevention: A position statement of the International Headache Society. *Cephalalgia : an international journal of headache* 2025; **45**(2): 03331024251320608.
9. Barbanti P, Aurilia C, Egeo G, et al. Ultra-late response (> 24 weeks) to anti-CGRP monoclonal antibodies in migraine: a multicenter, prospective, observational study. *Journal of neurology* 2024; **271**(5): 2434-43.

10. Noseda R, Bedussi F, Gobbi C, Ceschi A, Zecca C. Calcitonin gene-related peptide antagonists in pregnancy: a disproportionality analysis in VigiBase(®). *The journal of headache and pain* 2024; **25**(1): 10.
11. Puledda F, Sacco S, Diener H-C, et al. International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine. *Cephalalgia : an international journal of headache* 2024; **44**(9): 03331024241269735.
12. Hershey AD, Szperka CL, Barbanti P, et al. Fremanezumab in Children and Adolescents with Episodic Migraine. *The New England journal of medicine* 2026; **394**(3): 243-52.

本電子報以電子郵件方式寄發內容包括台灣頭痛學會的會員通知事項,及頭痛相關文章。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，稿酬從優。敬請不吝指教， 感謝您的支持！

聯絡人：秘書 何沛儒
會址：台北市北投區石牌路二段201號中正16樓神經內科438室
TEL：0919-607-076、02-28712121 轉 86756
E-mail：headache.tw@gmail.com
學會網頁：https://taiwanheadache.org.tw/