

頭 痛

高雄長庚神經內科 李蓉蓉/ 張文能

學習目標：

頭痛為臨床醫療上最常聽見的主訴，為一高盛行率卻容易被忽視之疾病，常常無法得到正確診斷及治療。在畢業後一般內科的訓練中，需具備能力辨識出可能有危險徵兆的頭痛臨床表現、熟練與頭痛相關的神經檢查能力，以及幾種常見之頭痛類型的知識與處理準則。

教學大綱：

根據國際頭痛疾病分類第三版(The International Classification of Headache Disorders, ICHD-3)，頭痛可先簡易分為原發性頭痛、次發性頭痛、疼痛性顱神經病變、其他顏面痛和其他頭痛。以原發性頭痛部分，又分為偏頭痛(migraine)、緊縮性頭痛(tension-type headache)、三叉自律神經頭痛(trigeminal autonomic cephalalgias)與其他原發性頭痛(other primary headache disorders)。

在臨床上，有時會遇到一些患者的頭痛是具有一些危險徵兆的，背後暗示著患者可能有一個緊急且影響生命安全的狀況，例如顱內具有體積之病兆、腦血管問題、中樞感染、代謝問題或是系統性疾病等等。當遇到這些徵兆時，必須考慮神經影像及其他更深入的檢查，如腦脊髓的分析等等。及時且正確地分辨出這些情況對於挽救病患性命極為關鍵。簡易記憶這些危險徵兆的口訣為SNOOP，分別代表意義如下：

S- Systemic symptoms, illness, or conditions. 例如發燒、體重減輕、癌症、懷

孕或是免疫不全之狀態。

N- Neurologic symptoms or abnormal signs. 例如意識不清、局部神經症狀、癲癇或視乳突水腫等。

O- Onset is new or sudden. 意指年齡大於40歲以上，或是雷擊式突然產生的劇烈頭痛。

O- Other associated conditions or features. 例如頭部外傷、使用非法藥物、使睡眠中斷的頭痛、在Valsalva maneuvers後會加重的頭痛或是在咳嗽、運動或性行為後會加劇的頭痛。

P- Previous headache history with headache progression or change in attack frequency, severity, or clinical features. 頭痛型態突然的改變也可能代表背後新的問題產生。

除了這些簡單的口訣，合併某些徵兆可能代表頭痛為一個次發性的來源。例如看見光線外圍有光暈可能暗示急性青光眼；合併雙顳側視野缺損可能為視神經之壓迫如腦下垂體腫瘤等；躺姿與坐姿比較起來更惡化的頭痛需考慮顱內高壓的情況等等。

在於這些有局部神經學症狀、隨著運動惡化的頭痛、合併眼眶周圍雜音、年齡超過40歲新發生的頭痛、頭痛症狀近期有顯著改變或是在治療後仍持續惡化的頭痛患者身上，影像檢查的安排常常是必要的。而若是非急性且反覆發作的頭痛患者，若頭痛符合偏頭痛或緊縮型頭痛的診斷，且頭痛的特徵近期內無變化，同時神經學檢查為正常時，影像檢查通常為非必要。

對頭痛相關的病史詢問部分，除了澄清頭痛的特徵(如疼痛的特性、疼痛的區域、疼痛的嚴重程度、頭痛發作的時間性、發作持續的時間等)、發作的頻率之外，尚須詢問發作時合併的症狀(如有無前兆、有無特定的誘發加重或緩解因子、有無噁心嘔吐、有無畏光或怕吵、有無合併結膜充血、流鼻水、單側潮紅盜汗等)。

偏頭痛(migraine)於台灣的盛行率約為 4-15%，在男女比例上以女性居多，其臨床表現多為陣發性發作，以單側發作為主，疼痛特性為搏動性，容易因為光刺激、聲音及日常活動而使疼痛加重。大部分偏頭痛會有噁心、嘔吐、畏光、怕吵等合併症狀。有些女性偏頭痛週期會與月經週期相關。偏頭痛算是嚴重的頭痛，且常常影響到工作及日常生活。15%的偏頭痛發作時患者會有局部神經症狀，最常見的是視覺異常。偏頭痛目前最被接受的成因及解釋是由於腦部受到不同原因的刺激(包含 藥物、食品、失眠、其他誘因等)，造成興奮性物質的釋放(例如 substance-P、CGRP、glutamate)與血漿外滲(plasma extravasation)，而這些興奮物質刺激到三叉神經核傳導的路徑，同時傳導至孤獨核(solitary nucleus)→翼腭神經節(pterygopalatine ganglion)→血管擴張→造成局部血管擴張，引起血流變化，而產生頭痛、噁心嘔吐、倦怠疲勞等症狀。於周邊造成血管擴張或收縮，於中樞則造成下視丘、腦幹興奮傳遞或抑制消失。但是從早期的顱外血管擴張理論、到皮質抑制傳遞(cortical spreading depression, CSD)、到目前混合神經血管性學說或中樞興奮性假說，仍無法完全涵蓋偏頭痛的多變面貌。在急性治療方面，輕至中度頭痛，可使用止痛劑(NSAID、阿斯匹靈、普拿疼等)，不論口服或注射皆可。對於急性頭痛的緩解，止吐劑如 metoclopramide，止暈劑如 prochlorperazine，其肌肉或靜脈注射效果優於口服。而中至重度頭痛，以使用專一性強的 triptan 類藥物為優先。由於其為選擇性血清素 1b/1d 的促動藥物，少副作用且對於搏動性疼痛效果好，因此建議及早給藥，但不適用於預兆期前。在預防治療方面，當病人有以下情形時：(a)每月偏頭痛發作超過 4 次以上；(b)急性治療藥物治療失敗或使用禁忌者；(c)過度使用急性緩解藥物(>10 天/月)；(d)特殊形式偏頭痛發作，如偏癱性偏頭痛(hemiplegic migraine)、基底型偏頭痛(basilar migraine)、過長預兆期(prolonged aura)、或偏頭痛腦梗塞(migraine stroke)等；及(e)偏頭痛之發作嚴重到影響病人生活品質等，便需要考慮預防性治療。預防性藥物以乙型阻斷劑(beta-blocker)之 propranolol (20-160mg)最為有效。三環抗鬱劑 amitriptyline(15-150mg)，神經穩定劑 divalproex sodium

(250-1000mg)，topiramate (50- 200mg)，可為優先推薦等級。另外肉毒桿菌素的注射亦為慢性偏頭痛治療的新選擇。

緊縮型頭痛(tension type headache)多發生在頭顱的兩側，也可能遍及整個頭部，以緊縮地被帶子綁著脹痛感為主，很少有噁心、嘔吐、畏光、怕吵等合併症狀。叢發性頭痛(cluster headache)較好發於男性，發生時間有季節性。疼痛位置通常在臉部上方，眼眶周圍，以眼窩為中心及太陽穴附近，是尖銳，針刺的疼痛感，病人可能形容像燒紅的鐵鉗刺進眼睛或如刀割般的劇烈疼痛，常見的自主性神經症狀為單側流眼淚或流鼻水或是單側臉盜汗。

頭痛的診斷常仰賴精確的問診，隨著不同種類的頭痛，其對應的治療方式亦大相逕庭。故在一般醫學教育的訓練過程中，頭痛的問診技巧與基礎頭痛知識是一項重要的學習目標。

引用與參考文獻：

Evaluation of headache in adults. UpToDate

國際頭痛疾病分類 第三版 中文版

非急性頭痛之神經影像檢查準則 台灣頭痛學會治療準則小組

台灣醫界 2012, Vol.55, No.12