

# THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHE DISORDERS

3rd edition (beta)

國際頭痛疾病分類

第三版(beta) 中文版

# 目錄

---

前言.....	3
中文版序一.....	4
中文版序二.....	5
英文版工作小組名單.....	6
中文版翻譯小組名單.....	8
如何使用本分類.....	9
分類編碼及診斷列表.....	11
<b>一 原發性頭痛(The primary headaches)</b> .....	23
1 偏頭痛(Migraine) .....	24
2 緊縮型頭痛(Tension-type headache) .....	34
3 三叉自律神經頭痛(Trigeminal autonomic cephalalgias) .....	38
4 其他原發性頭痛疾病(Other primary headache disorders) .....	43
<b>二 次發性頭痛(The secondary headaches)</b> .....	51
次發性頭痛介紹.....	52
5 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛 (Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck) .....	53
6 歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛 (Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder) .....	58
7 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 (Headache attributed to non-vascular intracranial disorder) .....	71
8 歸因於物質或物質戒斷之頭痛 (Headache attributed to a substance or its withdrawal) .....	81
9 歸因於感染之頭痛(Headache attributed to infection) .....	92
10 歸因於體內恆定疾患之頭痛(Headache attributed to disorder of homoeostasis)...	99
11 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或 其它顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure) .....	106
12 歸因於精神疾患之頭痛(Headache attributed to psychiatric disorder) .....	113
<b>三 疼痛性顱神經病變、其他顏面痛和其他頭痛         (Painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches)</b> .....	116
13 疼痛性顱神經病變和其他顏面痛 (Painful cranial neuropathies and other facial pains) .....	117
14 其他頭痛疾病(Other headache disorders) .....	126
附錄.....	127

# 前言

在前兩版非常成功的國際頭痛疾病分類(ICHD)之後，第三版也接近完成。分類委員會的成員經過三年的辛勞努力，終於完成了第三版的 beta 版。大部分的成員擔任某一章節的主席，並有許多的其他專家共同協助。在這一版中，我們可以有實證來佐證分類，不像之前的版本，多只依靠專家的意見。我們也盡量保守，只修改有明確實證支持修改的部分，或是修訂非常顯而易見有問題的部分。

這也是第一次我們先公布 beta 版而非最終版，主要的理由是希望能和世界衛生組織(WHO)下一版的國際疾病分類，即第十一版(ICD-11)同步。這個疾病分類比較進步，我們不只在裡面替頭痛做了很好的表述，也能確定 ICD-11 和 ICHD-3 診斷的一致性。而 ICD-11 已經進入實測階段，我想 ICHD-3 也應該如此。這樣的測試可以發現並校正一些錯誤，也可以廣納國際頭痛學會(IHS)所有會員的意見。

ICD-11 的診斷碼還要兩三年才能最後確認，ICHD-3 剛好可以將這些碼和我們自己的作整合。WHO 的 ICD-11 代碼將被各衛生主管單位使用作為疾病的官方代碼，在申報給付的時候使用，我們必須確保這些代碼正確可用。

我們在當期的 Cephalalgia 發行後很快地在 IHS 的網站上公布了 ICHD-3，實測將持續兩到三年，小幅度

的修正同時對於 ICHD-3 和 ICD-11 都是必要的，以確保兩者一致。到時，我們才會在 Cephalalgia 上公布最終版的 ICHD-3。

ICHD-3 beta 版只有發行英文版，但是只要能接受在前言所述的條件，我們歡迎全世界任何人把它小心翻譯成自己的語言。最終版的 ICHD-3 應該要被翻譯成越多種語言越好，就像第一和第二版 ICHD 一樣。也因為我們預期，最終版和 beta 版將會十分相似，所以翻譯工作應該可以立即開始，即使日後因實測而有所改變，翻譯版也應可很容易修訂。

臨床醫師和研究者應立即開始使用 ICHD-3 beta，相較於 ICHD-2，有許多進步，繼續使用 ICHD-2 做科學研究是無益的。我們鼓勵讀者仔細研讀 ICHD-3beta，並記錄下可能發現前後不一致的矛盾點，建議或評論可以直接寄給各章節的負責人而不是給我，他們的名字和 email 都已附在工作小組的名單內，可在本書中或是在 IHS 的網站上找到。

Jes Olesen

頭痛分類委員會 主席  
國際頭痛學會

# 中文版序一

終於出來了。

大家期待已久的 ICHD-3 beta 中文翻譯版終於出來了。

我們延續翻譯第二版的作法，每章由兩位醫師共同來負責。第一位醫師先作初步翻譯，完成後再由第二位醫師校閱，看看有無錯誤疏漏之處。不斷的書信往返和馬拉松式共識會議後完成初稿。最後再由秘書處整理校稿及排版，並送所有負責醫師審慎的再次校閱。在大家的通力合作下，終於出爐了。我們要為所有對此翻譯工作的每一位朋友致上最高的敬意。尤其是特別感謝最後作整理的子洲、翊筑及總督導的中玲。往往為了幾個字句，經常看到他們在半夜裡不停的信件溝通，足見其用心之仔細與積極。

為了將來能與 ICD-11 作很好的整合，ICHD-3 先釋出 beta 版供大家試用並提供修改意見。目前的版本雖屬測試版，但是將來的完整版預計應該不會改變很多。我們起先也曾經考慮過和對岸一起翻譯中文版的可能。然而畢竟用字遣詞，兩岸仍有諸多差異，而且要聚集開會也很不容易。所以我們決定先把適合本土使用的繁體中文版先翻譯出來，並且著重在各種頭痛分類的診斷條文。

頭痛是一個高盛行率、影響深遠卻常被輕忽、沒有被正確診斷與處置的疾患。要讓全民來重視頭痛這個課題，就不是只有關心頭痛的醫師需要熟悉頭痛診斷。所有的醫護團隊，或病友本身，如果都能瞭解頭痛診斷，即便是有個初步概念，對於頭痛的處理應該會有很大的幫助。甚至學校或社會上，如果能有普及的頭痛教育，那就形同全民監控頭痛，大家也較能免於頭痛之苦。中文化的分類及診斷標準的重要，就不言而喻了。

最後，在此經費籌募不易的時代，仍有一些廠商不計回報，願意來支持我們作這深俱意義的事情，令人感動。我們也在此特別致謝。

台灣頭痛學會 理事長

王博仁

2014 年 10 月

## 中文版序二

自從上一版的 ICHD-2，又過了十年了，其中還經過一次小改版，比較第一和第二版間隔了十五年，明顯縮短許多，可見頭痛醫學的發展蓬勃，大量的新實證使得診斷基準必須時時更新。而能有大量新實證的出現，也是有賴於之前 ICHD 的出版，讓頭痛學界能有共通的語言，可以進行許多的臨床研究。尤其 ICHD 的架構是採操作型方式定義，對於不常從事學術研究的臨床醫師，也能有效的協助辨認出各式頭痛，對其日常執業有直接的助益。有鑑於此，全書的中文文化以求普及是必要的。

因此，當 ICHD-3 全文出版時，台灣頭痛學會即著手翻譯事宜，期間雖因打算兩岸合作共同翻譯而有所延宕，幸而仍能在英文版發表之後一年完成。身為 ICHD-3 分類委員會的台灣代表，我接受了學會委派的任務負責中文版的翻譯事宜。在傅中玲醫師的協助之下，我們組成了二十五人的翻譯小組，開始長達四個月的漫長工程。雖然有 ICHD-2 的前稿可循，但須一一比對字句是否有改變，又須校正過時用語，其實仍是艱辛的工作，更難的是必須整合大家的用語，以求全文一致。所幸時代科技的進步，群組通訊軟體和電子郵件的發達，讓我們散居全台各地的小組成員可以緊密聯繫，一

有問題拋入雲端立可獲得即時討論，省卻以往必須多次面對面討論的實體會議。雖然如此，我們仍然在最後整合時舉辦了一次長達九小時不休息的馬拉松會議，完稿前又再經過幾位成員的全文校正，終能完成。

但我們相信即使在如此嚴謹的過程中，仍會有一些錯誤或是不周全，一如我們在地毯式閱讀原文之後，也幫 ICHD-3 英文版挑出了少許錯誤，這些將有賴於出版後各位讀者的協助與指教。

如同我在第二版序文所說的，普及台灣的頭痛醫學教育，研究和臨床工作，促使更多的人投入頭痛的工作，是台灣頭痛病人之福，也是我終身的願望。希望本書的完成能夠對這個目標的達成有所貢獻。

台灣頭痛學會 名譽理事長

ICHD-3 中文翻譯小組

王署君

2014 年 10 月

## 第一次頭痛分類委員會

### Jes Olesen, Denmark (主席)

André Bes, France  
Robert Kunkel, USA  
James W Lance, Australia  
Giuseppe Nappi, Italy  
Volker Pfaffenrath, Germany  
Frank Clifford Rose, United Kingdom  
Bruce S Schoenberg, USA  
Dieter Soyka, Germany  
Peer Tfelt-Hansen, Denmark (秘書)  
K Michael A Welch, USA  
Marica Wilkinson, United Kingdom

## 第二次頭痛分類委員會

### Jes Olesen, Denmark (主席)

Marie-Germaine Bousser, France  
Hans-Christoph Diener, Germany  
David Dodick, United States of America  
Michael First, United States of America  
Peter J Goadsby, United Kingdom  
Hartmut Göbel, Germany  
Miguel JA Lainez, Spain  
James W Lance, Australia  
Richard B Lipton, United States of America  
Giuseppe Nappi, Italy  
Fumihiko Sakai, Japan  
Jean Schoenen, Belgium  
Stephen D Silberstein, United States of America  
Timothy J Steiner, United Kingdom (秘書)

## 第三次頭痛分類委員會

### Jes Olesen, Denmark (主席)

Lars Bendtsen, Denmark  
David Dodick, United States of America  
Anne Ducros, France  
Stefan Evers, Germany  
Michael First, United States of America  
Peter J Goadsby, United States of America  
Andrew Hershey, United States of America  
Zaza Katsarava, Germany  
Morris Levin, United States of America  
Julio Pascual, Spain  
Michael B Russell, Norway  
Todd Schwedt, United States of America  
Timothy J Steiner, United Kingdom (秘書)  
Cristina Tassorelli, Italy  
Gisela M Terwindt, The Netherlands  
Maurice Vincent, Brazil  
Shuu-Jiun Wang, Taiwan

## 第三次頭痛分類工作小組成員名單

偏頭痛工作小組(Migraine) :

### J Olesen, Denmark (主席)

(jes.olesen@regionh.dk)  
S Evers, Germany; A Charles, USA; A. Hershey, USA;  
R Lipton, USA; M First, USA; H Bolay, Turkey; M  
Lantéri-Minet, France; EA MacGregor, UK; T  
Takeshima, Japan; HW Schytz, Denmark.

緊縮型頭痛工作小組(Tension-type headache) :

### L Bendtsen, Denmark (主席)

(lars.bendtsen@regionh.dk)  
S Ashina, USA; MT Goicochea, Argentina; K Hirata,  
Japan; K Holroyd, USA; C Lampl, Austria; RB Lipton,  
USA; DD Mitsikostas, Greece; J Schoenen, Belgium.

三叉自律神經頭痛工作小組(Trigeminal autonomic  
cephalgias) :

### P Goadsby, USA (主席)

(peter.goadsby@ucsf.edu)  
C Boes, USA; C Bordini, Brazil; E Cittadini, UK; A  
Cohen, UK; M Leone, Italy; A May, Germany; L  
Newman, USA; J Pareja, Spain; J-W Park, South Korea;  
T Rozen, USA; E Waldenlind, Sweden.

其他原發性頭痛疾病工作小組(Other primary headache  
disorders) :

### S-J Wang, Taiwan (主席)

(sjwang@vghtpe.gov.tw)  
A Ducros, France; S Evers, Germany; J-L Fuh, Taiwan;  
A Ozge, Turkey; JA Pareja, Spain; J Pascual, Spain; M  
Peres, Brazil; W Young, USA; S-Y Yu, China.

歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛工作小組  
(Headache attributed to trauma or injury to the head  
and/or neck) :

### T Schwedt, USA (主席)

(Schwedt.Todd@mayo.edu)  
I Abu-Arafeh, UK; J Gladstone, Canada; S-J Huang,  
Taiwan; R Jensen, Denmark; JMA Lainez, Spain; D  
Obelieniene, Lithuania; P Sandor, Switzerland; AI  
Scher, USA.

歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛工作小組(Headache  
attributed to cranial or cervical vascular disorder) :

### A Ducros, France (主席)

(anne.ducros@lrb.aphp.fr)  
M Arnold, Switzerland; M Dichgans, Germany; E  
Houdart, France; J Ferro, Portugal; E Leroux, Canada;  
Y-S Li, China; A Singhal, USA; G Tietjen, USA.

歸因於非血管性顱內疾患之頭痛工作小組(Headache  
attributed to non-vascular intracranial disorder) :

### DW Dodick, USA (主席)

(Dodick.David@mayo.edu)  
S Evers, Germany; D Friedman, USA; S Kirby, Canada;  
B Mokri, USA; J Pascual (Spain); M Peres, Brazil; A  
Purdy, Canada; K Ravishankar, India; P Sandor,

Switzerland; W Schievink, USA; R Stark, Australia; F Taylor, USA.

歸因於物質或物質戒斷之頭痛工作小組(Headache attributed to a substance or its withdrawal) :

**MB Russell, Norway (主席)**

(m.b.russell@medisin.uio.no)

L Bendtsen, Denmark; J-L Fuh, Taiwan; Z Katsarava, Germany; AV Krymchantowski, Brazil; M Leone, Italy; K Ravishankar, India; A Tugrul, Turkey; NJ Wiendels, The Netherlands.

歸因於感染之頭痛工作小組(Headache attributed to infection) :

**C Tassorelli, Italy (主席)**

(crisrina.tassorelli@mondino.it)

E Marchioni, Italy; V Osipova, Russia; K Ravishankar, India; L Savi, Italy; F Sakai, Japan; JR Berger, (USA).

歸因於體內恆定疾患之頭痛工作小組(Headache attributed to disorder of homeostasis) :

**J Pascual, Spain (主席)**

(juliopascualgomez@gmail.com)

M Bigal, Brazil; C Bordini, Brazil; J González Menacho, Spain; F Mainardi, Italy; A Ozge, Turkey; J Pereira- Monteiro, Portugal; M Serrano-Duenãs, Ecuador.

歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其它顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛工作小組(Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure) :

**M Levin, USA (主席)**

(mo.levin@hitchcock.org)

R Cady, USA; C Fernandez de las Penãs, Spain; D Friedman, USA; V Guidetti, Italy; J Lance, Australia; P Svensson, Denmark.

歸因於精神疾患之頭痛工作小組(Headache attributed to psychiatric disorder) :

**M Vincent, Brazil (主席)**

(maurice.vincent@me.com)

M First, USA; E Loder, USA; AE Lake III, USA; F Radat, France; JI Escobar, USA.

疼痛性顱神經病變和其他顏面痛工作小組(Painful cranial neuropathies and other facial pains) :

**Z Katsarava, Germany(主席)**

(zaza.katsarava@uni-due.de)

R Benoliel, Israel; C Sommer, Germany; A Woda, France; J Zakrzewska UK; V Aggarwal, UK; L Bonamico, Argentina; D Ettlin, USA; S Graff-Radford, USA; J-P Goulet, Canada; S Jääskeläinen, Finland; V Limmroth, Germany; A Michelotti, Italy; D Nixdorf, USA; M Obermann, Germany; R Ohrbach, USA; J Pereira-Monteiro, Portugal; P Pionchon, France; T Renton, UK; S De Siqueira, Brazil; C Wöber- Bingöl, Austria.

附錄疾病及準則工作小組(Appendix disorders and criteria) :

**GM Terwindt, The Netherlands (主席)**

(G.M.Terwindt@lumc.nl)

**致謝：**

隸屬國際頭痛學會(IHS)的頭痛分類委員會的所有工作，在財務上獨家受到國際頭痛學會的支持，*國際頭痛疾病分類第三版(ICHD-3)*沒有任何商業的贊助者。

特別感謝 Timothy Steiner 的協助，第一，為了他身為分類委員會名譽秘書所做出的努力，其次，為了他對原稿編輯所付出的辛苦。

## 第三版中文版翻譯小組名單

1	偏頭痛(Migraine).....	黃子洲	王署君
2	緊縮型頭痛(Tension-type headache) .....	周啟庠	王博仁
3	三叉自律神經頭痛(Trigeminal autonomic cephalalgias).....	陳韋達	陳威宏
4	其他原發性頭痛疾病(Other primary headache disorders) .....	劉虹余	王署君
5	歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛 (Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck) .....	許永居	林高章
6	歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛 (Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder) .....	陳炳錕	傅中玲
7	歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 (Headache attributed to non-vascular intracranial disorder) .....	楊鈞百	盧相如
8	歸因於物質或物質戒斷之頭痛 (Headache attributed to a substance or its withdrawal) .....	廖翊筑	傅中玲
9	歸因於感染之頭痛(Headache attributed to infection) .....	陳世彬	葉篤學
10	歸因於體內恆定疾患之頭痛 (Headache attributed to disorder of homeostasis) .....	王嚴鋒	吳進安
11	歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或 其它顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure) .....	陳彥宇	蔡景仁
12	歸因於精神疾患之頭痛 (Headache attributed to psychiatric disorder) .....	莊凱迪	
13	疼痛性顱神經病變和其他顏面痛 (Painful cranial neuropathies and other facial pains) .....	朱俊哲	陳錫銘
14	其他頭痛疾病(Other headache disorders) .....	施景森	李連輝
	附錄.....	各章負責人	



## 如何使用本分類

這份內容龐大的分類文件不是用來背的。就算是「分類委員會」的成員也無法全部記起來。這是一份需要一次又一次不斷查看的文件。如此一來，你將很快知道 1.1 無預兆偏頭痛、1.2 預兆偏頭痛、2 緊縮型頭痛的主要亞型，3.1 叢發性頭痛和另外一些頭痛之診斷基準。其它的頭痛則有需要時再去查閱即可。臨床執業上對於明顯的偏頭痛或緊縮型頭痛大概不需此分類就能診斷，但對於診斷上較不能確定的個案，這分類就會派上用場。對於研究而言，本分類是絕對必要的，無論是藥物試驗或病生理或生化學的研究，收案的每個病人都必需符合一套診斷基準。

1. 這分類是分層級的，所以你必须決定診斷要做到多仔細的程度，層次可能從 1 位數到 5 位數。首先先大概決定病人屬於那一群的頭痛。例如它是屬於 1 偏頭痛 2 緊縮型頭痛還是 3 三叉自律神經頭痛？然後再取得資料，以作更詳細的診斷。至於要多仔細就要看目的。一般執業上通常只需要用到 1 或 2 位數的診斷，而頭痛專家執業或頭痛中心則宜用 4 或 5 位數的層次。
2. 在大部分的使用目的，病人之診斷是根據現在或過去 1 年內的頭痛表現型為準。但若為了基因或其他用途，則採用終生的發生情形。
3. 病人每一種不同的頭痛型(type)、亞型(subtype)或亞式(subform)，都必須分別診斷與登錄(coding)。所以，頭痛中心的一個嚴重病人可能有三個診斷與登錄：1.1 無預兆偏頭痛、1.2 經常陣發性緊縮型頭痛及 8.2 藥物過度使用頭痛。
4. 當一個病人有一種以上之頭痛診斷時，這些診斷應以對病人的重要性來排列。
5. 當一位特別病人的頭痛符合二種明確診斷基準時，則需藉由其他資訊來判斷那一種診斷才是正確或是較可能的診斷。這可能必須考慮縱向頭痛病史(頭痛如何開始?)、家族史、藥效、與月經週

期的關係、年齡、性別及其它的特徵。符合如 1 偏頭痛、2 緊縮型頭痛或 3 三叉自律神經頭痛或其任一亞型之診斷基準，總是優先於符合各群中”極可能(probable)”的診斷基準，而這種”極可能”分類通常列在各章所有診斷基準的最後。換句話說，當一個病人的頭痛同時符合 1.5 極可能偏頭痛及 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛基準時，就必須以後者來登錄。然而，永遠要考慮到病人可能某幾次頭痛發作符合一套基準，而其他發作又符合另一套。這種情況下，兩種診斷並存且都要登錄。

6. 要得到一個特定的診斷，病人通常需要經歷一最少次數(或天數)的頭痛發作。這些數字在頭痛型、亞型或亞式之明確診斷基準中都會規定。另外，頭痛必須符合一定數量之必要項目，這些項目分別以字母為首如 A、B、C 等列出。有些字母為首只是單項性(monothetic)，即陳述單一必備條件，而其他字母為首的，則為多項性(polythetic)，例如需要列出的四個特徵中的任二項。
7. 對於某些頭痛疾患整套之明確診斷基準，只提供 1 到 2 位數。第 3 到第 4 位數的診斷基準必須先符合基準 A，即符合第 1 及/或第 2 位數之基準，且更進一步在從 B 開始的基準中明列需要符合之特定基準。
8. 一些原發性頭痛病人之頻率從每天發作到每 1 至 2 年 1 次都有。發作的嚴重度也不同。ICHD-3 beta 並未將頻率及嚴重度再編碼，但建議另外再以文字描述頻率及嚴重度。
9. 原發性或次發性頭痛或兩者皆是：當新頭痛首次發作時，時序上和另一已知會造成頭痛的疾患密切相關或符合另一致病疾患的診斷基準，則此新頭痛登錄為歸因於該疾患引起之次發性頭痛，即使這個頭痛的特徵符合原發性頭痛(偏頭痛、緊縮型頭痛、叢發性頭痛或其他三叉自律神經頭痛之

一)，仍然登錄為次發性頭痛。當既存之原發性頭痛演變為慢性時，時序上和另一致病疾患密切相關，則原發性和次發性頭痛的診斷必需同時給予。當既存之原發性頭痛明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，時序上和此類致病疾患密切相關，在有良好證據顯示該疾患會造成頭痛的情況下，原發性和次發性頭痛的診斷必需同時給予。

10. 每一個頭痛疾患的最後一個基準都是“沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷”。考慮其他可能的診斷(即鑑別診斷)是臨床診斷過程中的常規。當頭痛看起來符合某一特定頭痛疾患的診斷基準時，這最後一項基準是在提醒永遠需要考慮是否還有其他診斷更能解釋此頭痛。

特別是在評估頭痛是原發還是次發時，有可能使頭痛因果倒置。例如，頭痛和急性缺血性中風在發生時序上密切相關，不一定是中風導致頭痛發作，也有可能頭痛是中風的因(如動脈剝離)。

11. 許多符合某一明確診斷基準的病人，也具有相似但不完全吻合診斷基準的頭痛發作。這可能是因為治療的結果、無法正確回想症狀或其它因素。所以要求病人描述一典型未經治療或療效不佳時的頭痛發作，要確定已獲取充足的資訊可用來診斷。然後在描述發作頻率時，這些較不典型的發作也要加入。
12. 當一個病人被懷疑有一種以上的頭痛型或亞型時，強力推薦病人要填寫一份診斷式頭痛日誌，並記錄每次頭痛的重要特徵，頭痛日誌有助於診斷的正確性，且對用藥提供更精確判斷。日誌也可對兩種或兩種以上不同的頭痛型或亞型加以量化。最後，它可以教導病人如何區分不同的頭痛，如區分無預兆偏頭痛及陣發性緊縮型頭痛。
13. 在次發性頭痛的各章中，最常見且最充分確立的疾患及其基準才會被提出。然而，在很多章，例如 9. 歸因於感染之頭痛，因為可能的病因幾乎是

無盡的，為避免此名單太冗長，只有最重要的病因才被提到。較少見的病因則放到 9.2.3 歸因於其它全身性感染之頭痛。相同方法也用在其它次發性頭痛的章節。

14. 次發性頭痛的診斷基準已經不再要求原發致病疾患緩解或明顯進步後才能下診斷，ICHD-3 beta 可以在原發疾患出現時或診斷確定後即可下診斷。基準 A 描述頭痛的存在；基準 B 描述致病疾患存在；基準 C 描述因果關係的證據。急性狀況時，頭痛發病和可能致病疾患的發病時序上密切相關，已足以建立因果關係；在較不急性的狀況，通常需要較多因果關係的證據。所有的個案，最後一個基準：“沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷”都必須考慮作為檢查。

15. 少數次發性頭痛，如 5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛就是一好例子，它確實會出現持續性頭痛亞式，也就是，頭痛起初是因為其他致病疾患造成，但是該疾患已經緩解而頭痛並未緩解。在這種個案，若經過一定時間(如此案例為 3 個月)，診斷將從急性亞式(如 5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛)改變為持續性亞式(5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛)。因果關係的證據有賴於早先已建立符合急性亞式的診斷基準，並且存在一樣不變的頭痛。

這些診斷大部分因為證據不足以證實該頭痛類型的存在，所以列在附錄中。它們通常並不使用，但可用來刺激研究較佳因果關係之基準。

16. 附錄是為了研究用，它可幫助臨床科學家去研究單獨存在的疾病實體，以供日後納入(或是在有些案例是排除於)此分類的主體。大部分於附錄的診斷和診斷基準都是新的或是主體內基準的替代基準，有些則是舊的疾病實體卻尚未被足夠的驗證；如果證據仍未出現，這些有可能在下一版的 ICHD 被刪除。

# 分類

- ICHD-3 編碼 診斷**
- 1. 偏頭痛 Migraine**
- 1.1 無預兆偏頭痛 Migraine without aura
- 1.2 預兆偏頭痛 Migraine with aura
- 1.2.1 典型預兆偏頭痛 Migraine with typical aura
- 1.2.1.1 典型預兆頭痛 Typical aura with headache
- 1.2.1.2 不伴隨頭痛之典型預兆 Typical aura without headache
- 1.2.2 腦幹預兆偏頭痛 Migraine with brainstem aura
- 1.2.3 偏癱偏頭痛 Hemiplegic migraine
- 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine (FHM)
- 1.2.3.1.1 第一型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)
- 1.2.3.1.2 第二型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)
- 1.2.3.1.3 第三型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)
- 1.2.3.1.4 其他型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine, other loci
- 1.2.3.2 散發性偏癱偏頭痛 Sporadic hemiplegic migraine
- 1.2.4 視網膜偏頭痛 Retinal migraine
- 1.3 慢性偏頭痛 Chronic migraine
- 1.4 偏頭痛併發症 Complications of migraine
- 1.4.1 偏頭痛重積狀態 Status migrainosus
- 1.4.2 無梗塞之持續預兆 Persistent aura without infarction
- 1.4.3 偏頭痛腦梗塞 Migrainous infarction
- 1.4.4 偏頭痛預兆引發之癲癇發作 Migraine aura-triggered seizure
- 1.5 極可能偏頭痛 Probable migraine
- 1.5.1 極可能無預兆偏頭痛 Probable migraine without aura
- 1.5.2 極可能預兆偏頭痛 Probable migraine with aura
- 1.6 可能與偏頭痛相關之陣發性症候群 Episodic syndromes that may be associated with migraine
- 1.6.1 反覆性胃腸障礙 Recurrent gastrointestinal disturbance
- 1.6.1.1 週期性嘔吐症候群 Cyclical vomiting syndrome
- 1.6.1.2 腹部偏頭痛 Abdominal migraine
- 1.6.2 良性發作性眩暈 Benign paroxysmal vertigo
- 1.6.3 良性發作性斜頸 Benign paroxysmal torticollis
- 2. 緊縮型頭痛 Tension-type headache(TTH)**
- 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 Infrequent episodic tension-type headache
- 2.1.1 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness
- 2.1.2 不常發陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
- 2.2 經常發陣發性緊縮型頭痛 Frequent episodic tension-type headache
- 2.2.1 經常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

- 2.2.2 經常陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
- 2.3 慢性緊縮型頭痛 Chronic tension-type headache
  - 2.3.1 慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness
  - 2.3.2 慢性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
- 2.4 極可能緊縮型頭痛 Probable tension-type headache
  - 2.4.1 極可能不常發陣發性緊縮型頭痛 Probable infrequent episodic tension-type headache
  - 2.4.2 極可能經常陣發性緊縮型頭痛 Probable frequent episodic tension-type headache
  - 2.4.3 極可能慢性緊縮型頭痛 Probable chronic tension-type headache
- 3. 三叉自律神經頭痛 Trigeminal autonomic cephalalgias**
  - 3.1 叢發性頭痛 Cluster headache
    - 3.1.1 陣發叢發性頭痛 Episodic cluster headache
    - 3.1.2 慢性叢發性頭痛 Chronic cluster headache
  - 3.2 發作性半邊頭痛 Paroxysmal hemicrania
    - 3.2.1 陣發發作性半邊頭痛 Episodic paroxysmal hemicrania
    - 3.2.2 慢性發作性半邊頭痛 Chronic paroxysmal hemicrania (CPH)
  - 3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks
    - 3.3.1 短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)
      - 3.3.1.1 陣發性 SUNCT Episodic SUNCT
      - 3.3.1.2 慢性 SUNCT Chronic SUNCT
    - 3.3.2 短暫單側神經痛性頭痛發作併顱部自律神經症狀 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)
      - 3.3.2.1 陣發性 SUNA Episodic SUNA
      - 3.3.2.2 慢性 SUNA Chronic SUNA
  - 3.4 持續性半邊頭痛 Hemicrania continua
    - 3.4.1 持續性半邊頭痛，緩解亞型 Hemicrania continua, remitting subtype
    - 3.4.2 持續性半邊頭痛，無緩解亞型 Hemicrania continua, unremitting subtype
  - 3.5 極可能三叉自律神經頭痛 Probable trigeminal autonomic cephalalgia
    - 3.5.1 極可能叢發性頭痛 Probable cluster headache
    - 3.5.2 極可能發作性半邊頭痛 Probable paroxysmal hemicrania
    - 3.5.3 極可能短暫單側神經痛性頭痛發作 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks
    - 3.5.4 極可能持續性半邊頭痛 Probable hemicrania continua
- 4. 其他原發性頭痛疾病 Other primary headache disorders**
  - 4.1 原發性咳嗽頭痛 Primary cough headache
    - 4.1.1 極可能原發性咳嗽頭痛 Probable primary cough headache
  - 4.2 原發性運動頭痛 Primary exercise headache
    - 4.2.1 極可能原發性運動頭痛 Probable primary exercise headache
  - 4.3 原發性性行為相關之頭痛 Primary headache associated with sexual activity
    - 4.3.1 極可能原發性性行為相關之頭痛 Probable primary headache associated with sexual activity

- 4.4 原發性雷擊頭痛 Primary thunderclap headache
- 4.5 冷刺激頭痛 Cold-stimulus headache
  - 4.5.1 歸因於外在冷刺激之頭痛 Headache attributed to external application of a cold stimulus
  - 4.5.2 歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus
  - 4.5.3 極可能冷刺激頭痛 Probable cold-stimulus headache
    - 4.5.3.1 極可能歸因於外在冷刺激之頭痛 Headache probably attributed to external application of a cold stimulus
    - 4.5.3.2 極可能歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛 Headache probably attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus
- 4.6 外在壓力性頭痛 External-pressure headache
  - 4.6.1 外在壓迫性頭痛 External-compression headache
  - 4.6.2 外在牽引性頭痛 External-traction headache
  - 4.6.3 極可能外在壓力性頭痛 Probable external-pressure headache
    - 4.6.3.1 極可能外在壓迫性頭痛 Probable external-compression headache
    - 4.6.3.2 極可能外在牽引性頭痛 Probable external-traction headache
- 4.7 原發性刺戳性頭痛 Primary stabbing headache
  - 4.7.1 極可能原發性刺戳性頭痛 Probable primary stabbing headache
- 4.8 錢幣狀頭痛 Nummular headache
  - 4.8.1 極可能錢幣狀頭痛 Probable nummular headache
- 4.9 睡眠頭痛 Hypnic headache
  - 4.9.1 極可能睡眠頭痛 Probable hypnic headache
- 4.10 新發生每日持續性頭痛 New daily persistent headache (NDPH)
  - 4.10.1 極可能新發生每日持續性頭痛 Probable new daily persistent headache
- 5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛 Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck**
  - 5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to traumatic injury to the head
    - 5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head
    - 5.1.2 歸因於輕度頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to mild traumatic injury to the head
  - 5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head
    - 5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head
    - 5.2.2 歸因於輕度頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head
  - 5.3 歸因於頭頸部鞭甩傷之急性頭痛 Acute headache attributed to whiplash injury
  - 5.4 歸因於頭頸部鞭甩傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to whiplash injury
  - 5.5 歸因於顱骨切開術之急性頭痛 Acute headache attributed to craniotomy
  - 5.6 歸因於顱骨切開術之持續性頭痛 Persistent headache attributed to craniotomy
- 6. 歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛 Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder**
  - 6.1 歸因於缺血性中風或暫時性腦缺血之頭痛 Headache attributed to ischaemic stroke or transient

ischaemic attack

- 6.1.1 歸因於缺血性中風(腦梗塞)之頭痛 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)
- 6.1.2 歸因於暫時性腦缺血(TIA)之頭痛 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA)
- 6.2 歸因於非外傷性顱內出血之頭痛 Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage
  - 6.2.1 歸因於非外傷性腦出血之頭痛 Headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage
  - 6.2.2 歸因於非外傷性蜘蛛網膜下腔出血(SAH)之頭痛 Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH)
  - 6.2.3 歸因於非外傷性硬腦膜下腔出血(ASDH)之頭痛 Headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH)
- 6.3 歸因於未破裂之血管畸形之頭痛 Headache attributed to unruptured vascular malformation
  - 6.3.1 歸因於未破裂之囊形動脈瘤之頭痛 Headache attributed to unruptured saccular aneurysm
  - 6.3.2 歸因於動靜脈畸形(AVM)之頭痛 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM)
  - 6.3.3 歸因於硬膜動靜脈瘻管(DAVF)之頭痛 Headache attributed to dural arteriovenous fistula (DAVF)
  - 6.3.4 歸因於海綿狀血管瘤之頭痛 Headache attributed to cavernous angioma
  - 6.3.5 歸因於腦三叉神經或軟腦膜血管瘤病 (Sturge Weber 氏症候群)之頭痛 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)
- 6.4 歸因於動脈炎之頭痛 Headache attributed to arteritis
  - 6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛 Headache attributed to giant cell arteritis(GCA)
  - 6.4.2 歸因於原發性中樞神經系統血管炎(PACNS)之頭痛 Headache attributed to primary angiitis of the central nervous system (PACNS)
  - 6.4.3 歸因於次發性中樞神經系統血管炎(SACNS)之頭痛 Headache attributed to secondary angiitis of the central nervous system (SACNS)
- 6.5 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈疾患之頭痛 Headache attributed to cervical carotid or vertebral artery disorder
  - 6.5.1 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛 Headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery dissection
  - 6.5.2 動脈內膜切除術後頭痛 Post-endarterectomy headache
  - 6.5.3 歸因於頸動脈或脊椎動脈血管成型術後頭痛 Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty
- 6.6 歸因於大腦靜脈栓塞(CVT)之頭痛 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT)
- 6.7 歸因於其他急性顱內動脈疾患之頭痛 Headache attributed to other acute intracranial arterial disorder
  - 6.7.1 歸因於顱內血管內手術之頭痛 Headache attributed to an intracranial endovascular procedure
  - 6.7.2 血管造影頭痛 Angiography headache
  - 6.7.3 歸因於可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)之頭痛 Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)
    - 6.7.3.1 極可能歸因於可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)之頭痛 Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)
  - 6.7.4 歸因於顱內動脈剝離之頭痛 Headache attributed to intracranial arterial dissection
- 6.8 歸因於遺傳性血管病變之頭痛 Headache attributed to genetic vasculopathy
  - 6.8.1 大腦體染色體顯性動脈病變併皮質下梗塞及白質腦病變(CADASIL) Cerebral Autosomal

- Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)
- 6.8.2 粒線體腦病變，乳酸中毒及類中風發作(MELAS) Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)
- 6.8.3 歸因於其他遺傳性血管病變之頭痛 Headache attributed to another genetic vasculopathy
- 6.9 歸因於腦下垂體中風之頭痛 Headache attributed to pituitary apoplexy
- 7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 Headache attributed to non-vascular intracranial disorder**
- 7.1 歸因於腦脊髓液壓力增加之頭痛 Headache attributed to increased cerebrospinal fluid pressure
- 7.1.1 歸因於原因不明顱內高壓之頭痛 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
- 7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes
- 7.1.3 歸因於水腦引起顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus
- 7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure
- 7.2.1 硬膜穿刺後頭痛 Post-dural puncture headache
- 7.2.2 腦脊髓液瘻管頭痛 CSF fistula headache
- 7.2.3 歸因於自發性顱內低壓之頭痛 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension
- 7.3 歸因於非感染性發炎顱內疾病之頭痛 Headache attributed to non-infectious inflammatory intracranial disease
- 7.3.1 歸因於神經類肉瘤病之頭痛 Headache attributed to neurosarcoidosis
- 7.3.2 歸因於無菌性(非感染性)腦膜炎之頭痛 Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis
- 7.3.3 歸因於其他非感染性發炎疾病之頭痛 Headache attributed to other non-infectious inflammatory intracranial disease
- 7.3.4 歸因於淋巴球腦下垂體炎之頭痛 Headache attributed to lymphocytic hypophysitis
- 7.3.5 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症 (HaNDL) Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
- 7.4 歸因於顱內腫瘤病變之頭痛 Headache attributed to intracranial neoplasia
- 7.4.1 歸因於顱內腫瘤之頭痛 Headache attributed to intracranial neoplasm
- 7.4.1.1 歸因於第三腦室膠狀囊腫之頭痛 Headache attributed to colloid cyst of the third ventricle
- 7.4.2 歸因於癌性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to carcinomatous meningitis
- 7.4.3 歸因於下視丘或腦下垂體過度分泌或分泌不足之頭痛 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion
- 7.5 歸因於脊髓腔內注射之頭痛 Headache attributed to intrathecal injection
- 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛 Headache attributed to epileptic seizure
- 7.6.1 癲癇性半邊頭痛 Hemicrania epileptica
- 7.6.2 癲癇發作後頭痛 Post-ictal headache
- 7.7 歸因於 Chiari 氏畸形第一型(CM1)之頭痛 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)
- 7.8 歸因於其他非血管性顱內疾患之頭痛 Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder

- 8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛 Headache attributed to a substance or its withdrawal**
- 8.1 歸因於物質使用或暴露之頭痛 Headache attributed to use of or exposure to a substance
- 8.1.1 一氧化氮釋出物引發之頭痛 Nitric oxide (NO) donor-induced headache
- 8.1.1.1 一氧化氮釋出物引發之立即性頭痛 Immediate NO donor-induced headache
- 8.1.1.2 一氧化氮釋出物引發之延遲性頭痛 Delayed NO donor-induced headache
- 8.1.2 Phosphodiesterase (PDE)抑制劑引發之頭痛 Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache
- 8.1.3 一氧化碳引發之頭痛 Carbon monoxide (CO)-induced headache
- 8.1.4 酒精引發之頭痛 Alcohol-induced headache
- 8.1.4.1 酒精引發之立即性頭痛 Immediate alcohol-induced headache
- 8.1.4.2 酒精引發之延遲性頭痛 Delayed alcohol-induced headache
- 8.1.5 食品及/或其添加物引發之頭痛 Headache induced by food and/or additive
- 8.1.5.1 味精(麩酸鈉，MSG)引發之頭痛 Monosodium glutamate (MSG)-induced headache
- 8.1.6 古柯鹼引發之頭痛 Cocaine-induced headache
- 8.1.7 組織胺引發之頭痛 Histamine-induced headache
- 8.1.7.1 組織胺引發之立即性頭痛 Immediate histamine-induced headache
- 8.1.7.2 組織胺引發之延遲性頭痛 Delayed histamine-induced headache
- 8.1.8 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)引發之頭痛 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache
- 8.1.8.1 CGRP 引發之立即性頭痛 Immediate CGRP-induced headache
- 8.1.8.2 CGRP 引發之延遲性頭痛 Delayed CGRP-induced headache
- 8.1.9 歸因於外源性急性升壓物質之頭痛 Headache attributed to exogenous acute pressor agent
- 8.1.10 歸因於治療其他非頭痛適應症、偶而使用藥物引發之頭痛 Headache attributed to occasional use of non-headache medication
- 8.1.11 歸因於治療其他非頭痛適應症、長期使用藥物引發之頭痛 Headache attributed to long-term use of non-headache medication
- 8.1.12 歸因於外源性荷爾蒙之頭痛 Headache attributed to exogenous hormone
- 8.1.13 歸因於其他物質使用或暴露之頭痛 Headache attributed to use of or exposure to other substance
- 8.2 藥物過度使用頭痛(MOH) Medication-overuse headache (MOH)
- 8.2.1 麥角胺過度使用頭痛 Ergotamine-overuse headache
- 8.2.2 翠普登過度使用頭痛 Triptan-overuse headache
- 8.2.3 單純止痛藥過度使用頭痛 Simple analgesic-overuse headache
- 8.2.3.1 對乙醯氨基酚類過度使用頭痛. Paracetamol (acetaminophen)-overuse headache
- 8.2.3.2 阿斯匹林(乙醯水楊酸)過度使用頭痛 Acetylsalicylic acid-overuse headache
- 8.2.3.3 其他非類固醇抗發炎藥物過度使用頭痛 Other non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-overuse headache
- 8.2.4 鴉片類過度使用頭痛 Opioid-overuse headache
- 8.2.5 複合止痛藥物過度使用頭痛 Combination-analgesic-overuse headache
- 8.2.6 歸因於多重種類藥物、而非單一藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused
- 8.2.7 歸因於未經證實、多重種類藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to



- unverified overuse of multiple drug classes
- 8.2.8 歸因於其他藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to other medication
- 8.3 歸因於物質戒斷之頭痛 Headache attributed to substance withdrawal
  - 8.3.1 咖啡因戒斷之頭痛 Caffeine-withdrawal headache
  - 8.3.2 鴉片類戒斷之頭痛 Opioid-withdrawal headache
  - 8.3.3 雌激素戒斷之頭痛 Oestrogen-withdrawal headache
  - 8.3.4 歸因於其他物質慢性使用後戒斷之頭痛 Headache attributed to withdrawal from chronic use of other substance
- 9. 歸因於感染之頭痛 (Headache attributed to infection)**
  - 9.1 歸因於顱內感染之頭痛 Headache attributed to intracranial infection
    - 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis
      - 9.1.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之急性頭痛 Acute headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis
      - 9.1.1.2 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之慢性頭痛 Chronic headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis
      - 9.1.1.3 歸因於過去細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoencephalitis
    - 9.1.2 歸因於病毒性腦膜炎或腦炎之頭痛 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis
      - 9.1.2.1 歸因於病毒性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to viral meningitis
      - 9.1.2.2 歸因於病毒性腦炎之頭痛 Headache attributed to viral encephalitis
    - 9.1.3 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之頭痛 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection
      - 9.1.3.1 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之急性頭痛 Acute headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection
      - 9.1.3.2 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection
    - 9.1.4 歸因於腦膿瘍之頭痛 Headache attributed to brain abscess
    - 9.1.5 歸因於硬腦膜下膿腫之頭痛 Headache attributed to subdural empyema
  - 9.2 歸因於全身性感染之頭痛 Headache attributed to systemic infection
    - 9.2.1 歸因於全身性細菌感染之頭痛 Headache attributed to systemic bacterial infection
      - 9.2.1.1 歸因於全身性細菌感染之急性頭痛 Acute headache attributed to systemic bacterial infection
      - 9.2.1.2 歸因於全身性細菌感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to systemic bacterial infection
    - 9.2.2 歸因於全身性病毒感染之頭痛 Headache attributed to systemic viral infection
      - 9.2.2.1 歸因於全身性病毒感染之急性頭痛 Acute headache attributed to systemic viral infection
      - 9.2.2.2 歸因於全身性病毒感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to systemic viral infection
    - 9.2.3 歸因於其他全身性感染之頭痛 Headache attributed to other systemic infection
      - 9.2.3.1 歸因於其他全身性感染之急性頭痛 Acute headache attributed to other systemic infection
      - 9.2.3.2 歸因於其他全身性感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to other systemic infection
- 10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of homeostasis**
  - 10.1 歸因於缺氧及/或高碳酸血症之頭痛 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia

- 10.1.1 高海拔頭痛 High-altitude headache
- 10.1.2 歸因於搭機旅行之頭痛 Headache attributed to aeroplane travel
- 10.1.3 潛水頭痛 Diving headache
- 10.1.4 睡眠呼吸中止症頭痛 Sleep apnoea headache
- 10.2 透析頭痛 Dialysis headache
- 10.3 歸因於動脈高血壓之頭痛 Headache attributed to arterial hypertension
  - 10.3.1 歸因於嗜鉻細胞瘤之頭痛 Headache attributed to pheochromocytoma
  - 10.3.2 歸因於無高血壓性腦病變之高血壓危症頭痛 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy
  - 10.3.3 歸因於高血壓性腦病變之頭痛 Headache attributed to hypertensive encephalopathy
  - 10.3.4 歸因於子癇前症或子癇症之頭痛 Headache attributed to pre-eclampsia or eclampsia
  - 10.3.5 歸因於自律神經反射異常之頭痛 Headache attributed to autonomic dysreflexia
- 10.4 歸因於甲狀腺功能低下症之頭痛 Headache attributed to hypothyroidism
- 10.5 歸因於斷食之頭痛 Headache attributed to fasting
- 10.6 心源性頭痛 Cardiac cephalgia
- 10.7 歸因於其他體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to other disorder of homeostasis
- 11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure**
  - 11.1 歸因於顱骨疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of cranial bone
  - 11.2 歸因於頸部疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the neck
    - 11.2.1 頸因性頭痛 Cervicogenic headache
    - 11.2.2 歸因於咽後部肌腱炎之頭痛 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis
    - 11.2.3 歸因於顱頸肌張力異常之頭痛 Headache attributed to craniocervical dystonia
  - 11.3 歸因於眼疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the eyes
    - 11.3.1 歸因於急性青光眼之頭痛 Headache attributed to acute glaucoma
    - 11.3.2 歸因於屈光異常之頭痛 Headache attributed to refractive error
    - 11.3.3 歸因於隱斜視或斜視之頭痛 Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or persistent squint)
    - 11.3.4 歸因於眼部發炎疾患之頭痛 Headache attributed to ocular inflammatory disorder
    - 11.3.5 歸因於眼上斜肌滑車發炎之頭痛 Headache attributed to trochleitis
  - 11.4 歸因於耳疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the ears
  - 11.5 歸因於鼻或副鼻竇疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses
    - 11.5.1 歸因於急性鼻炎鼻竇炎之頭痛 Headache attributed to acute rhinosinusitis
    - 11.5.2 歸因於慢性或復發性鼻炎鼻竇炎之頭痛 Headache attributed to chronic or recurring rhinosinusitis
  - 11.6 歸因於牙齒或顎部疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the teeth or jaw
  - 11.7 歸因於顱顎疾患之頭痛 Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD)
  - 11.8 歸因於莖突舌骨韌帶發炎之頭痛或顏面痛 Head or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament
  - 11.9 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構之其他疾患的頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose,

sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

## 12. 歸因於精神疾患之頭痛 Headache attributed to psychiatric disorder

12.1 歸因於體化症之頭痛 Headache attributed to somatization disorder

12.2 歸因於妄想之頭痛 Headache attributed to psychotic disorder

## 13. 疼痛性顱神經病變和其他顏面痛 Painful cranial neuropathies and other facial pains

13.1 三叉神經痛 Trigeminal neuralgia

13.1.1 典型三叉神經痛 Classical trigeminal neuralgia

13.1.1.1 典型三叉神經痛,單純發作性 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal

13.1.1.2 典型三叉神經痛並伴隨持續性顏面痛 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain

13.1.2 疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy

13.1.2.1 歸因於急性帶狀皰疹之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster

13.1.2.2 皰疹後三叉神經病變 Post-herpetic trigeminal neuropathy

13.1.2.3 外傷後疼痛性三叉神經病變 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy

13.1.2.4 歸因於多發性硬化症斑塊之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque

13.1.2.5 歸因於佔位性病灶之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion

13.1.2.6 歸因於其他疾患之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to other disorder

13.2 舌咽神經痛 Glossopharyngeal neuralgia

13.3 中間神經(顏面神經)痛 Nervus intermedius (facial nerve) neuralgia

13.3.1 典型中間神經痛 Classical nervus intermedius neuralgia

13.3.2 歸因於帶狀皰疹之中間神經病變 Nervus intermedius neuropathy attributed to Herpes zoster

13.4 枕神經痛 Occipital neuralgia

13.5 視神經炎 Optic neuritis

13.6 歸因於缺血性動眼神經麻痺之頭痛 Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy

13.7 Tolosa-Hunt 氏症候群 Tolosa-Hunt syndrome

13.8 副三叉神經動眼交感症候群 Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome

13.9 反覆疼痛性眼肌麻痺神經病變 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy

13.10 口部灼熱症候群 Burning mouth syndrome (BMS)

13.11 持續性原因不明的顏面痛 Persistent idiopathic facial pain (PIFP)

13.12 中樞神經病變痛 Central neuropathic pain

13.12.1 歸因於多發性硬化症之中樞神經病變痛 Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS)

13.12.2 中風後中樞疼痛 Central post-stroke pain (CPSP)

## 14. 其他頭痛疾病 Other headache disorders

14.1 不屬於現存分類之頭痛 (Headache not elsewhere classified)

14.2 特性不明之頭痛 (Headache unspecified)

- A 附錄 Appendix**
- A1. 偏頭痛 Migraine**
- A1.1 無預兆偏頭痛 Migraine without aura
- A1.1.1 純月經無預兆偏頭痛 Pure menstrual migraine without aura
- A1.1.2 與月經相關無預兆偏頭痛 Menstrually related migraine without aura
- A1.1.3 非月經相關無預兆偏頭痛 Non-menstrual migraine without aura
- A1.2 預兆偏頭痛(替代基準) Migraine with aura (alternative criteria)
- A1.2.1 典型預兆偏頭痛(替代基準) Migraine with typical aura (alternative criteria)
- A1.3 慢性偏頭痛(替代基準) Chronic migraine (alternative criteria)
- A1.3.1 具無痛期之慢性偏頭痛 Chronic migraine with pain-free periods
- A1.3.2 持續疼痛之慢性偏頭痛 Chronic migraine with continuous pain
- A1.4 偏頭痛併發症 Complications of migraine
- A1.4.5 偏頭痛預兆重積狀態 Migraine aura status
- A1.6 可能與偏頭痛相關之陣發性症候群 Episodic syndromes that may be associated with migraine
- A1.6.4 嬰兒腸絞痛 Infantile colic
- A1.6.5 孩童期交互偏癱 Alternating hemiplegia of childhood
- A1.6.6 前庭偏頭痛 Vestibular migraine
- A2. 緊縮型頭痛(替代基準) Tension-type headache (alternative criteria)**
- A3. 三叉自律神經頭痛 Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)**
- A3.6 待分類三叉自律神經頭痛 Undifferentiated trigeminal autonomic cephalalgias
- A4. 其他原發性頭痛疾病 Other primary headache disorders**
- A4.11 顱表游走痛 Epicrania fugax
- A5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛 Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck**
- A5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to traumatic injury to the head
- A5.1.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之遲發性急性頭痛 Delayed-onset acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head
- A5.1.2.1 歸因於輕度頭部外傷之遲發性急性頭痛 Delayed-onset acute headache attributed to mild traumatic injury to the head
- A5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head
- A5.2.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之遲發性持續性頭痛 Delayed-onset persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head
- A5.2.2.1 歸因於輕度頭部外傷之遲發性持續性頭痛 Delayed-onset persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head
- A5.7 歸因於腦部放射治療之頭痛 Headache attributed to radiosurgery of the brain
- A5.8 歸因於其他頭部及/或頸部外傷或傷害之急性頭痛 Acute headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck
- A5.9 歸因於其他頭部及/或頸部與外傷或傷害之持續性頭痛 Persistent headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck
- A6. 歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛 Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder**
- A6.10 歸因於過去頭、頸部血管疾病之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past cranial or

cervical vascular disorder

- A7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 Headache attributed to non-vascular intracranial disorder**
- A 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛 Headache attributed to epileptic seizure
- A7.6.3 電痙攣療法(ECT)後頭痛 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache
- A7.9 歸因於過去非血管性顱內疾患之持續頭痛 Persistent headache attributed to past non-vascular intracranial disorder
- A8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛 Headache attributed to a substance or its withdrawal**
- A8.4 歸因於過去使用或暴露物質之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past use of or exposure to a substance
- A9. 歸因於感染之頭痛 Headache attributed to infection**
- A9.1 歸因於顱內感染之頭痛 Headache attributed to intracranial infection
- A9.1.3.3 歸因於過去顱內黴菌或其他寄生蟲感染之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past intracranial fungal or other parasitic infection
- A9.1.6 歸因於其他感染性佔位性病灶之頭痛 Headache attributed to other infective space-occupying lesion
- A9.3 歸因於人類免疫缺乏病毒(HIV)之頭痛 Headache attributed to human immunodeficiency virus (HIV) infection
- A10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of homoeostasis**
- A10.7 歸因於立姿性(姿勢性)低血壓之頭部及/或頸部疼痛 Head and/or neck pain attributed to orthostatic (postural) hypotension
- A10.8 歸因於其他體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to other disorder of homoeostasis
- A10.8.1 歸因於太空旅遊之頭痛 Headache attributed to travel in space
- A10.8.2 歸因於其他代謝或全身性疾患之頭痛 Headache attributed to other metabolic or systemic disorder
- A10.9 歸因於過去體內恆定疾患之持續頭痛 Persistent headache attributed to past disorder of homoeostasis
- A11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其它顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure**
- A11.2 歸因於頸部疾患的頭痛 Headache attributed to disorder of the neck
- A11.2.4 歸因於上頸神經根病變之頭痛 Headache attributed to upper cervical radiculopathy
- A11.2.5 歸因於頸部肌筋膜痛之頭痛 Headache attributed to cervical myofascial pain
- A11.5 歸因於鼻或副鼻竇疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses
- A11.5.3 歸因於鼻黏膜、鼻甲骨或鼻中隔疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nasal mucosa, turbinates or septum
- A12. 歸因於精神疾患的頭痛 Headache attributed to psychiatric disorder**
- A12.3 歸因於憂鬱疾患之頭痛 Headache attributed to depressive disorder
- A12.4 歸因於分離焦慮疾患之頭痛 Headache attributed to separation anxiety disorder
- A12.5 歸因於恐慌症之頭痛 Headache attributed to panic disorder
- A12.6 歸因於特定畏懼之頭痛 Headache attributed to specific phobia
- A12.7 歸因於社交焦慮症(社交畏懼)之頭痛 Headache attributed to social anxiety disorder (social phobia)

- A12.8 歸因於廣泛性焦慮症之頭痛 Headache attributed to generalized anxiety disorder
- A12.9 歸因於創傷後壓力症之頭痛 Headache attributed to post-traumatic stress disorder
- A12.10 歸因於急性壓力症之頭痛 Headache attributed to acute stress disorder

## 一、原發性頭痛

### (Part One: The Primary Headaches)

---

1. 偏頭痛  
(Migraine)
2. 緊縮型頭痛  
(Tension-type headache)
3. 三叉自律神經頭痛  
(Trigeminal autonomic cephalalgias)
4. 其他原發性頭痛疾病  
(Other primary headache disorders)

# 1. 偏頭痛 (Migraine)

黃子洲 王署君 譯

1.6.1.2 腹部偏頭痛 Abdominal migraine

1.6.2 良性發作性眩暈 Benign paroxysmal vertigo

1.6.3 良性發作性斜頸 Benign paroxysmal torticollis

1.1 無預兆偏頭痛 Migraine without aura

1.2 預兆偏頭痛 Migraine with aura

1.2.1 典型預兆偏頭痛 Migraine with typical aura

1.2.1.1 典型預兆頭痛 Typical aura with headache

1.2.1.2 不伴隨頭痛之典型預兆 Typical aura without headache

1.2.2 腦幹預兆偏頭痛 Migraine with brainstem aura

1.2.3 偏癱偏頭痛 Hemiplegic migraine

1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1.1 第一型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 1

1.2.3.1.2 第二型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 2

1.2.3.1.3 第三型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 3

1.2.3.1.4 其他型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.2 散發性偏癱偏頭痛 Sporadic hemiplegic migraine

1.2.4 視網膜偏頭痛 Retinal migraine

1.3 慢性偏頭痛 Chronic migraine

1.4 偏頭痛併發症 Complications of migraine

1.4.1 偏頭痛重積狀態 Status migrainosus

1.4.2 無梗塞之持續預兆 Persistent aura without infarction

1.4.3 偏頭痛腦梗塞 Migrainous infarction

1.4.4 偏頭痛預兆引發之癲癇發作 Migraine aura-triggered seizure

1.5 極可能偏頭痛 Probable migraine

1.5.1 極可能無預兆偏頭痛 Probable migraine without aura

1.5.2 極可能預兆偏頭痛 Probable migraine with aura

1.6 可能與偏頭痛相關之陣發性症候群 Episodic syndromes that may be associated with migraine

1.6.1 反覆性胃腸障礙 Recurrent gastrointestinal disturbance

1.6.1.1 週期性嘔吐症候群 Cyclical vomiting syndrome

登錄他處：

由其他疾患引發類似偏頭痛的頭痛(症狀性偏頭痛)，須登錄為該疾患引起之次發性頭痛的代碼。

**一般說明：**

*原發性或次發性頭痛或兩者皆是？*

當一個具有偏頭痛特徵的頭痛首次發生，時序上與另一已知會導致頭痛的疾患密切相關，或是符合該致病疾患的其他診斷基準，則此新頭痛將登錄為歸因於該致病疾患所引發的次發性頭痛。當既存之偏頭痛變為慢性，且在時序上與此種致病疾患密切關聯，則同時給予原來的偏頭痛和該次發性頭痛兩種診斷。8.2 藥物過度使用頭痛就是一個非常重要的例子：當存在藥物過度使用時，陣發性或慢性偏頭痛和 8.2 藥物過度使用頭痛將同時給予。當既存之偏頭痛明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，且時序上與此種致病疾患密切相關，在有良好證據顯示該疾患能造成頭痛的情況下，原來的偏頭痛和該次發性頭痛兩種診斷將同時給予。

**前言：**

偏頭痛是一種常見，會造成失能的原發性頭痛疾病。流行病學研究已證實它的高盛行率和其對社會經濟及個人的高度衝擊。在 2010 年全球疾病負擔調查(Global Burden of Disease Survey)中，偏頭痛排名第 3 常見，而且是造成全球失能特定原因的第 7 名。

偏頭痛可分為兩個主要亞型，1.1 無預兆偏頭痛，是一種有特定特徵頭痛及伴隨症狀的臨床症候群。1.2 預兆偏頭痛的主要特徵是局部神經學症狀，通常在頭痛前或有時在頭痛時出現。部份病人也會經歷頭痛前數小時或數日的前驅期(premonitory phase)，和頭痛之後的緩解期。前驅期和緩解期症狀包括活力亢進或低下、憂鬱、嗜好某些特別食物、反覆打呵欠、疲倦和頸部僵硬及/或痛。

當病人不只符合一種偏頭痛亞型的基準，所有亞型皆應列入診斷和登錄。舉例來說，一個病人常常發作預兆偏頭痛，但是有時也有無預兆的發作，則應登錄為 1.2 預兆偏頭痛和 1.1 無預兆偏頭痛。兩種發作型則都被包括在 1.3 慢性偏頭痛的診斷基準內。



## 1.1 無預兆偏頭痛 Migraine without aura

舊稱：

尋常偏頭痛(common migraine)；簡單半邊頭痛(hemicrania simplex)。

簡介：

反覆發生的頭痛，每次持續 4-72 小時。典型頭痛特徵為單側，搏動性，頭痛程度中或重度，日常活動會加劇頭痛，常伴隨噁心及/或畏光及怕吵。

診斷基準：

- A. 至少有 5 次(註 1)發作符合基準 B-D
- B. 頭痛發作持續 4-72 小時(未經治療或治療無效)(註 2,3)
- C. 頭痛至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
  - 1. 單側
  - 2. 搏動性
  - 3. 疼痛程度中或重度
  - 4. 日常活動會使頭痛加劇或避免此類活動(如走路或爬樓梯)
- D. 當頭痛發作時至少有下列 1 項：
  - 1. 噁心及/或嘔吐
  - 2. 畏光及怕吵
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 一次或少數幾次的偏頭痛發作可能不易與類似偏頭痛的次發性頭痛區分，而且單次或少數幾次發作的性質也不易了解，因此，至少 5 次發作是必須的。對於一些除了發作次數小於 5 次，其他都符合 1.1 無預兆偏頭痛診斷基準的人，應登錄為 1.5.1 極可能無預兆偏頭痛。
- 2. 如病人於偏頭痛發作時入睡，醒來後偏頭痛消失，則頭痛發作時間計算到醒來時間為止。
- 3. 於兒童或青少年(小於 18 歲)，發作可以持續 2-72 小時。(在兒童，未治療而發作時間小於 2 小時的證據尚未確定)。

說明：

相較於成人，偏頭痛的頭痛在兒童或青少年(18 歲以下)常常是雙側的；單側痛於青少年後期或成人初期才逐漸顯現。偏頭痛的痛通常位於額顳部，在兒童枕部頭痛是少見的且需要小心診斷。有一部分群體被稱為"臉部偏頭痛(facial migraine)可見於文獻中，指的是除了疼痛位於臉部外，其他均符合偏頭痛；但並無證據顯示這些病人可以另成一個

獨立的偏頭痛亞型。在年幼的兒童，畏光怕吵可能要從他們的行為去推測。偏頭痛發作可能會有相關的顱神經自律症狀(cranial autonomic symptoms)和表皮異感痛(allodynia)的症狀。

無預兆偏頭痛常常和月經週期相關聯，ICHD-3beta 提出 A1.1.1 純月經偏頭痛以及 A1.1.2 與月經相關偏頭痛的基準，只不過是列在附錄中，因為目前尚無法確認這些是獨特之疾病實體。

非常頻繁的偏頭痛發作，現在歸類為 1.3 慢性偏頭痛，如果有相關藥物的過度使用，則可同時適用 1.3 慢性偏頭痛和 8.2 藥物過度使用頭痛。1.1 無預兆偏頭痛是最容易隨著頻繁使用症狀治療藥物而加劇的疾病。

局部腦血流影像顯示在無預兆偏頭痛發作時並沒有皮質傳播性抑制(cortical spreading depression, CSD)所造成的變化，然而在腦幹的血流卻可以有變化，如同因痛覺刺激引起的皮質變化。這是明顯不同於預兆偏頭痛特有的傳播性血流不足(spreading oligemia)。雖然有許多的文獻顯示無預兆偏頭痛並不會有皮質傳播性抑制，卻有一些較新的研究不認同，而且膠細胞波 (glial wave) 或是其他皮質現象和無預兆偏頭痛可能有牽連。傳遞訊息的分子一氧化氮(NO)、5-羥基色胺(5-hydroxytryptamine 5-HT)與抑鈣素基因相關胜肽(calcitonin-gene-related peptide, CGRP)也都有所牽連。雖然此病先前被認為主要是血管性，但近幾十年來，疼痛路徑的敏感化及可能發作源於中樞神經系統的重要性已漸漸受到注意。同時偏頭痛的疼痛迴路，三叉血管系統和它往周邊的神經傳遞等許多方面，以及三叉神經尾核(caudalis)、中樞間腦灰質、丘腦等的重要性已經被確知。新的高接受器專一性的急性治療藥物如翠普登(triptans) (5HT<sub>1B/D</sub> 接受器促進劑)，5-HT<sub>1F</sub> 接受器促進劑，或 CGRP 接受器的拮抗劑等已經表現出對急性發作的效果。也因為這些藥物對接受器的高度專一性，它們的作用機轉提供了偏頭痛機轉的全新觀點。現在很清楚，無預兆頭痛是一種神經生物學的疾患，臨床與基礎神經科學增進了我們對偏頭痛機轉的知識，而且持續在進步中。

## 1.2 預兆偏頭痛 Migraine with aura

舊稱：

典型偏頭痛 (classic or classical migraine)；眼、偏麻、偏癱或失語偏頭痛 (ophthalmic、hemi- paraesthetic, hemiplegic or aphasic migraine)；附屬偏頭痛 (migraine accompagnée)；複雜偏頭痛 (complicated migraine)。

簡介：

反覆發生，持續時間以分鐘計之單側完全可逆的視覺、感覺或是其他中樞神經系統症狀，通常是逐漸發生，其後會跟隨頭痛發作及其他偏頭痛相關症狀。

診斷基準：

- A. 至少有 2 次發作符合基準 B 及 C
- B. 包括下列 1 或多項完全可逆的預兆症狀：
  - 1. 視覺
  - 2. 感覺
  - 3. 說話及/或語言
  - 4. 運動
  - 5. 腦幹
  - 6. 視網膜
- C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
  - 1. 至少 1 種預兆症狀在  $\geq 5$  分鐘逐漸發展，及/或 2 種或更多預兆症狀相繼發生
  - 2. 每一種個別的預兆症狀持續 5-60 分鐘(註 1)
  - 3. 至少有 1 種預兆症狀是單側的(註 2)
  - 4. 預兆會同時伴隨頭痛或於預兆後 60 分鐘內頭痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 例如，有 3 個預兆症狀發生，可被接受的最大持續時間為  $3 \times 60$  分鐘。運動症狀可以持續到 72 小時。
- 2. 失語症認為單側症狀；構音障礙則未必。

說明：

預兆是神經學症狀綜合體(complex)，通常發生在 1.2 預兆偏頭痛頭痛開始之前，但也可能發生在疼痛開始後或是也可以持續到頭痛期。

視覺預兆是最常見的預兆型態，發生於 90% 以上的 1.2 預兆偏頭痛病人，至少部分的發作會有視覺預兆。通常表現為有如中世紀城堡周圍閃輝暗點 (fortification spectrum)，也就是由注視點產生之字形影像，逐漸向右或向左擴散，成為有稜角、閃爍金邊且往外凸出的形狀，隨後有不同程度的絕對或相對暗點(scotoma)。有些病例是無正向特徵之暗點，常以為是急性發作，但經仔細觀察，通常是逐漸擴大。在兒童或青少年，較不典型的雙側視覺症狀也可以是預兆。現在已有經過驗證且具高準確度和敏感度的視覺預兆評估量表。

其次常見的是感覺障礙的預兆，似細針刺的麻感緩慢地從發源點逐漸擴及在一側的身體、臉部之部份或全部及/或舌

頭。麻木感可接著發作，但也可以是唯一的症狀。

較少見之預兆症狀是言語障礙，通常為失語性，但時常難以分類。

當預兆包括肢體無力時，則登錄為 1.2.3 偏癱偏頭痛或其亞式。

預兆症狀通常一個接著一個發生，由視覺開始，接著是感覺症狀及失語症；但也有相反或其他順序。可被接受的預兆症狀為一個小時，但是運動症狀通常會持續更久。

病人常覺得他們的症狀難以描述，因此應教導病人如何將症狀發生的時間及經過記錄下來。經過如此前瞻性的觀察，可使臨床影像變得鮮明。常見的錯誤包括頭痛的單側性報告有錯誤，逐漸發作說成忽然發作，同側偏盲以為是單眼視覺障礙，預兆持續時間不正確，以及誤認感覺消失為無力等。初診後，利用預兆日記可確認診斷。

許多病人有預兆偏頭痛發作，也有無預兆偏頭痛發作，應將他們同時登錄為 1.2 預兆偏頭痛和 1.1 偏頭痛。

在有預兆或無預兆偏頭痛發作前數小時到 1-2 日，可出現前驅症狀(premonitory symptoms)，包括疲倦、注意力難以集中、頸部僵硬、對光及/或聲音敏感、噁心、視覺模糊、打呵欠及臉色蒼白等不同症狀組合。最好避免使用「前兆(prodrome)」及「警告症狀(warning symptoms)」這些詞彙，因為它們常被誤用來涵括「預兆」。

偏頭痛預兆有時也伴隨不符合 1.1 無預兆偏頭痛基準的頭痛，但因其與預兆的關係，仍然視為偏頭痛。有些情況下，偏頭痛預兆並沒有出現頭痛。

在預兆症狀出現之前或同時，與臨床患部相對應及通常包含更廣一點區域的大腦皮質的局部腦血流量會減少。血流減少通常始於腦部後方且朝前方傳播，通常比腦缺血之閾值為高。1 至數小時後，該處逐漸變為充血區。Leão 氏皮質傳播性抑制現象可能是其機轉。

系統性的研究顯示許多有視覺預兆的病人偶有肢體及/或言語的症狀；相反的，有肢體及/或言語症狀的人幾乎都有視覺預兆的經驗，至少在某些次的發作時。所以視覺、半側偏麻或說話及/或語言等預兆的區分可能只是人為，因此在本分類中沒有區辨，都被登錄為 1.1.1 典型預兆偏頭痛，預兆症狀源自腦幹則登錄為 1.2.2 腦幹預兆偏頭痛，但是這些人也幾乎都會有另外的典型預兆症狀。1.2.3 偏癱型偏頭痛有肢體無力，因其基因和病生理學與典型預兆不同，被分到另外一個亞式，這些病人通常也有腦幹症狀。

以前定義的症候群延長預兆偏頭痛(migraine with prolonged aura)和急性預兆偏頭痛(migraine with acute-onset aura)已不再使用。大多數有此類發作的病人也具有其

他符合 1.2 預兆偏頭痛中的任一亞式基準的發作，應該要登錄為該診斷。剩下的則應登錄為 1.5.2 極可能預兆偏頭痛，並在括弧中詳列非典型的特徵(延長預兆或急性預兆)，雖然有一些少見次發性的類似症狀，如因為頸動脈剝離，動靜脈畸形或癲癇症，但診斷常常只需要小心地詢問病史就可清楚。

### 1.2.1 典型預兆偏頭痛 Migraine with typical aura

簡介：

具有預兆的偏頭痛，預兆包括視覺，及/或感覺，及/或說話/語言症狀，但沒有肢體無力，其特色是逐漸發展，每項症狀持續時間不超過 1 小時，混合了正向與負向特徵及完全可逆性。

診斷基準：

- A. 至少有 2 次發作符合基準 B 及 C
- B. 預兆包括視覺、感覺及/或說話/語言症狀，每一項都完全可逆，但是沒有運動、腦幹或視網膜症狀
- C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
  1. 至少 1 種預兆症狀在  $\geq 5$  分鐘逐漸發展，及/或 2 種或更多預兆症狀相繼發生
  2. 每一種個別的預兆症狀持續 5-60 分鐘(註 1)
  3. 至少有 1 種預兆症狀是單側的(註 2)
  4. 預兆會同時伴隨頭痛或於預兆後 60 分鐘內頭痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已排除暫時性腦缺血

註：

1. 例如，有 3 個預兆症狀發生，可被接受的最大持續時間為  $3 \times 60$  分鐘。
2. 失語症認為單側症狀；構音障礙則未必。

#### 1.2.1.1 典型預兆頭痛 Typical aura with headache

簡介：

典型預兆偏頭痛，預兆發生同時或其後 60 分鐘內有頭痛發生，不論頭痛是否具偏頭痛特徵。

診斷基準：

- A. 符合 1.2.1 典型預兆偏頭痛的診斷基準
- B. 頭痛，不論是否具偏頭痛特徵，在預兆同時或其後 60 分鐘內發生

#### 1.2.1.2 不伴隨頭痛之典型預兆 Typical aura without

headache

簡介：

典型預兆偏頭痛，但預兆發生同時或其後並未伴隨任何類型的頭痛發生。

診斷基準：

- A. 符合 1.2.1 典型預兆偏頭痛的診斷基準
- B. 在預兆同時或其後 60 分鐘內無頭痛發生

說明：

有些病人在典型預兆後每次都接著偏頭痛性頭痛發作，但除此之外，很多病人在預兆發作之後，可能接著較不具特徵的頭痛或甚至沒有頭痛。少數的病人僅僅只有 1.2.1.2 不伴隨頭痛之典型預兆。

在無符合 1.1 無預兆偏頭痛基準的頭痛時，準確診斷預兆與鑑別其他可能為嚴重疾病(如：暫時性腦缺血)的發作症狀，變得更加困難。要區別這些須做診察。特別是年過 40 歲才出現預兆、只有負向症狀(如：偏盲症)、或當預兆延長或非常短，應先排除其他原因，尤其是暫時性腦缺血。

### 1.2.2 腦幹預兆偏頭痛 Migraine with brainstem aura

舊稱：

基底動脈偏頭痛(Basilar artery migraine)；基底偏頭痛(basilar migraine)；基底型偏頭痛(basilar type migraine)。

簡介：

偏頭痛之預兆明顯地源自腦幹，但沒有肢體無力。

診斷基準：

- A. 至少有 2 次發作符合基準 B-D
- B. 預兆包括視覺、感覺、及/或說話/語言等完全可逆的症狀，但沒有運動(註 1)或視網膜症狀
- C. 至少包括下列 2 項腦幹症狀
  1. 構音障礙
  2. 眩暈
  3. 耳鳴
  4. 聽力低下 (hypacusia)
  5. 複視
  6. 共濟失調
  7. 意識障礙
- D. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
  1. 至少 1 種預兆症狀在  $\geq 5$  分鐘逐漸發展，及/或 2 種或更多預兆症狀相繼發生

2. 每一種個別的預兆症狀持續 5-60 分鐘(註 2)
  3. 至少有 1 種預兆症狀是單側的(註 3)
  4. 預兆會同時伴隨頭痛或於預兆後 60 分鐘內頭痛
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已排除暫時性腦缺血

註：

1. 若有運動症狀，應登錄為 1.2.3 偏癱偏頭痛。
2. 例如，有 3 個預兆症狀發生，可被接受的最大持續時間為 3×60 分鐘。
3. 失語症認定為單側症狀；構音障礙則未必。

說明：

由於並不像是基底動脈受到影響，因此目前用腦幹預兆偏頭痛來取代原來的基底動脈偏頭痛或基底偏頭痛。

大多數的發作除了腦幹症狀外還會有典型預兆症狀；許多有腦幹預兆發作的人也會有其他典型預兆的發作，應同時登錄 1.2.1 典型預兆偏頭痛和 1.2.2 腦幹預兆偏頭痛。

許多列於基準 C 的症狀，可能發生於焦慮及換氣過度，而易被人誤解。

### 1.2.3 偏癱偏頭痛(註 1) Hemiplegic migraine

簡介：

偏頭痛預兆包括肢體無力。

診斷基準：

- A. 至少有 2 次發作符合基準 B 及 C
- B. 預兆包含以下 2 項：
  1. 完全可逆的肢體無力
  2. 完全可逆的視覺、感覺、及/或說話/語言症狀
- C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
  1. 至少 1 種預兆症狀在 ≥5 分鐘逐漸發展，及/或 2 種或更多預兆症狀相繼發生
  2. 每一種個別的非運動預兆症狀持續 5-60 分鐘，運動預兆症狀持續小於 72 小時(註 2)
  3. 至少有 1 種預兆症狀是單側的(註 3)
  4. 預兆會同時伴隨頭痛或於預兆後 60 分鐘內頭痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已排除暫時性腦缺血和腦中風

註：

1. “癱”(plegic)雖然在多數語言是指癱瘓(paralysis)的意思，但大部分的發作只是肢體無力。
2. 有些病人的肢體無力可以持續數週。

3. 失語症認定為單側症狀；構音障礙則未必。

說明：

要區分肢體無力與感覺喪失有時會有困難。

#### 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine (FHM)

簡介：

偏頭痛預兆包括肢體無力，而且其一等或二等親中，至少有一人偏頭痛之預兆包括肢體無力。

診斷基準：

- A. 符合 1.2.3 偏癱偏頭痛的診斷基準
- B. 其一等或二等親屬中，至少有一人具符合 1.2.3 偏癱偏頭痛診斷基準的發作

說明：

新的遺傳學研究結果使我們能比以前更準確的定義 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛(FHM)。一些特定的基因亞型已被發現：第一型家族性偏癱偏頭痛(FHM1)於第 19 染色體上，CACNA1A 基因(是鈣離子通道)有突變；而第二型家族性偏癱偏頭痛(FHM2)則在第 1 染色體上，ATP1A2 基因(是 K/Na-ATPase)發生突變；第三型家族性偏癱偏頭痛(FHM3)是在第 2 染色體，SCN1A 基因(是鈉離子通道)發生突變，可能還有其他位置尚未被發現。當基因測試已做，有發現的基因亞型應列在第五碼。

除了有典型預兆症狀外，1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛(FHM)很常伴隨腦幹症狀，而頭痛總是會出現。在家族性偏癱偏頭痛發作時，罕見地可能會產生意識障礙(有時會昏迷)、意識混亂、發燒與腦脊髓液白血球增生。

1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛(FHM)可能被誤診為癲癇症，導致治療失敗。(輕微的)頭部外傷可能誘發家族性偏癱偏頭痛。約 50%家族性偏癱偏頭痛的家族，在與偏頭痛發作無關的情形下，產生慢性漸進性小腦運動失調。

##### 1.2.3.1.1 第一型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 1

診斷基準：

- A. 符合 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛的診斷基準
- B. 證實有致病的 CACNA1A 基因突變

##### 1.2.3.1.2 第二型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 2

診斷基準：

- A. 符合 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛的診斷基準
- B. 證實有致病的 ATP1A2 基因突變

#### 1.2.3.1.3 第三型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine type 3

診斷基準：

- A. 符合 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛的診斷基準
- B. 證實有致病的 SCN1A 基因突變

#### 1.2.3.1.4 其他型家族性偏癱偏頭痛 Familial hemiplegic migraine, other loci

診斷基準：

- A. 符合 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛的診斷基準
- B. 基因檢測並未發現 CACNA1A, ATP1A2 或 SCN1A 基因的致病突變

#### 1.2.3.2 散發性偏癱偏頭痛 Sporadic hemiplegic migraine 簡介：

偏頭痛預兆包括肢體無力，但其一等或二等親中並無包括肢體無力之偏頭痛預兆。

診斷基準：

- A. 符合 1.2.3 偏癱偏頭痛的診斷基準
- B. 其一等或二等親屬中，無人符合 1.2.3 偏癱偏頭痛的診斷基準

說明：

流行病學研究顯示散發性病例的盛行率與家族性差不多。發作時 1.2.3.2 散發性偏癱偏頭痛與 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛有相同的臨床特徵。有些表面上是散發性的病例有已知的 FHM 基因突變，且有些之後在一等或二等親也發生偏癱偏頭痛，此時就可完全符合 1.2.3.1 家族性偏癱偏頭痛的診斷基準，須改變診斷。

散發性病例通常需要神經影像與其他檢查來排除其他原因，為了排除 7.3.5 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)，可能須做腰椎穿刺。

#### 1.2.4 視網膜偏頭痛 Retinal migraine

簡介：

反覆發生單眼視覺障礙，包括閃爍、暗點或失明，並伴隨偏頭痛。

診斷基準：

- A. 至少有 2 次發作符合基準 B 及 C
- B. 預兆包括完全可逆之單眼正向或負向視覺症狀 (如：閃爍、暗點或失明)，發作時經由以下 2 項或其一確定：
  - 1. 臨床視野檢查
  - 2. (在清楚的指示下)由患者描繪發作時的單眼視野缺陷
- C. 至少具下列 3 項特徵其中 2 項：
  - 1. 預兆症狀在  $\geq 5$  分鐘逐漸發展
  - 2. 預兆症狀持續 5-60 分鐘
  - 3. 預兆會同時伴隨頭痛或於預兆後 60 分鐘內頭痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已排除其他造成黑矇症(amaurosis fugax) 的原因

說明：

有些病人抱怨自己有單眼視覺障礙，但其實是有偏盲症。曾報告有些病人不發生頭痛，但如此即無法確認偏頭痛是否為其病因。

1.2.4 視網膜頭痛是非常罕見造成暫時性單眼失明的原因，有些病例曾被報告過有永久性的單眼失明。必須以適當的檢查來排除其他會引起暫時性單眼失明的原因。

### 1.3 慢性偏頭痛(註 1,2) Chronic migraine

簡介：

頭痛發作的頻率每月多達 15 天或超過，持續 3 個月以上，其中每月超過 8 天以上的發作具偏頭痛特徵。

診斷基準：

- A. 頭痛(可以類似緊縮型頭痛及/或偏頭痛)發生每月  $\geq 15$  天，已  $> 3$  個月，且符合基準 B 及 C
- B. 發生於已經有至少 5 次發作符合基準 1.1 無預兆偏頭痛 B-D 項及/或 1.2 預兆偏頭痛 B 及 C 項的病人
- C. 發作每月  $\geq 8$  天，已  $> 3$  個月，且符合下列之一：(註 3)
  - 1. 基準 1.1 無預兆偏頭痛 C 及 D 項
  - 2. 基準 1.2 預兆偏頭痛 B 及 C 項
  - 3. 開始發作時病人相信是偏頭痛發作，而且使用翠普登(triptan) 或麥角鹼藥物(ergot derivative)可達到緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 1.3 慢性偏頭痛的診斷排除 2. 緊縮型頭痛或其亞型，因為類似緊縮型頭痛的頭痛，也包含在 1.3 慢性偏頭痛的診斷基準裡。
- 2. 為何將慢性偏頭痛從陣發性偏頭痛中特別挑出來，是因

為對於一個如此頻繁或連續發作的頭痛病人，要辨認出每一次的發作類型是不可能的，事實上，頭痛的特徵可能天天變化，甚至同一天內就會改變。而讓這樣的病人都不使用藥物以觀察頭痛的自然病程是非常困難的。在此情況下，不論是預兆或無預兆偏頭痛發作或類似緊縮型的頭痛都列入次數計算。最常造成慢性偏頭痛症狀的原因是藥物過度使用，如 8.2 藥物過度使用頭痛所定義。約有 50% 1.3 慢性偏頭痛病人，在戒斷藥物後會轉換成陣發性偏頭痛，這些病人在某種意義上來說是誤診為 1.3 慢性偏頭痛。同樣地，病人表面上看似藥物過度使用，但是停用藥物後頭痛並沒有改善，因此診斷為 8.2 藥物過度使用頭痛，某種意義上來說，也是不適宜的(前提假設為藥物過度使用造成的頭痛慢性化是可逆的。)因為以上理由，並根據通則，病人符合 1.3 慢性偏頭痛和 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準時，將同時給予兩個診斷。當藥物停用後，偏頭痛可能改變為陣發性偏頭痛，或仍為慢性發作，此時再根據情況重新診斷。例如停藥後仍持續慢性發作，則取消 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷。有些國家習慣上只在出院時才給予 8.2 藥物過度使用頭痛的診斷。

3. 頻繁發作的頭痛，要確定其特徵通常需要頭痛日誌紀錄每日頭痛和相關症狀至少一個月。頭痛日誌的範本可在下列網址取得：<http://www.i-h-s.org/>

[譯註：此網址已改為 <http://www.ihs-headache.org/>]

## 1.4 偏頭痛併發症 Complications of migraine

說明：

必須同時分別登錄偏頭痛亞型和其併發症。

### 1.4.1 偏頭痛重積狀態 Status migrainosus

簡介：

一種使人極度失能的偏頭痛發作持續超過 72 個小時。

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合基準 B 及 C
- B. 發生在 1.1 無預兆偏頭痛及/或 1.2 預兆偏頭痛的病人，除了發作時間及嚴重程度外，皆符合以前典型的發作
- C. 符合下列 2 項特徵：
  1. 不間斷持續超過 72 小時(註 1)
  2. 頭痛及/或其他相關症狀，使人衰弱失能(註 2)
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 因為藥物或睡眠導致頭痛緩解，可接受的時間最長可達 12 小時。
2. 輕度症狀，不符合 C2 基準，只能登錄為 1.5.1 極可能無預兆偏頭痛。

說明：

有著 1.4.1 偏頭痛重積狀態特色的頭痛，常常是因為藥物過度使用造成，若在此情形下，頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛的基準，則登錄為 1.3 慢性偏頭痛和 8.2 藥物過度使用頭痛，而不是 1.4.1 偏頭痛重積狀態。若藥物過度使用未達三個月，則只登錄為合適的偏頭痛亞型。

### 1.4.2 無梗塞之持續預兆 Persistent aura without infarction

簡介：

預兆症狀持續超過一週，但神經影像證實無腦梗塞。

診斷基準：

- A. 預兆發作符合基準 B
- B. 發生在 1.2 預兆偏頭痛的病人，除了 1 或多種預兆症狀持續 $\geq$ 1 星期外，皆符合以前典型的發作
- C. 神經影像顯示沒有腦梗塞證據
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

持續預兆症狀雖罕見，但已被充分證實。它們通常為雙側，而且可能持續數月或數年之久。基準 B 中的最少 1 星期，是來自專家意見，尚待正式的研究。

診斷檢查必須能分辨出 1.4.2 無梗塞之持續性預兆和 1.4.3 偏頭痛腦梗塞，並排除其他原因引起腦梗塞造成的症狀性預兆。若發作大於 1 小時而且小於 1 星期，無法符合 1.2.1 典型預兆偏頭痛的基準，則登錄為 1.5.2 極可能預兆偏頭痛。

### 1.4.3 偏頭痛腦梗塞 Migrainous infarction

簡介：

一種或以上的偏頭痛預兆症狀，在與其症狀一致之腦血流區域產生缺血性腦病變，經由神經影像證實。

診斷基準：

- A. 偏頭痛發作符合基準 B 及 C
- B. 發生在 1.2 預兆偏頭痛的病人，除了 1 或多種預兆症狀持續 $>$ 60 分鐘外，皆符合以前典型的發作

C. 神經影像證實相關區域出現缺血性腦梗塞

D. 沒有其他更合適的診斷

說明：

偏頭痛病人發生缺血性中風可分類為：偏頭痛合併有其他原因引發之腦梗塞；其他原因之腦梗塞，其症狀類似預兆偏頭痛；或在典型預兆偏頭痛發作當中發生腦梗塞。只有最後一種符合 1.4.3 偏頭痛腦梗塞。

1.4.3 偏頭痛腦梗塞大多發生在後循環及較年輕的女性。

許多以族群為基礎的研究已經顯示出預兆偏頭痛的病人會增加兩倍缺血性中風的風險，不過須注意這些梗塞不算是偏頭痛腦梗塞。目前尚不清楚偏頭痛患者增加缺血中風風險的機轉，同樣的，也不清楚預兆發生頻率和預兆症狀的性質是否會增加風險。大部分的研究顯示無預兆偏頭痛和缺血性中風並無相關。

#### 1.4.4 偏頭痛預兆引發之癲癇發作 Migraine aura-triggered seizure

說明：

偏頭痛預兆發作所誘發的癲癇。

診斷基準：

- A. 癲癇發作符合癲癇發作診斷基準之一型，並且符合以下基準 B
- B. 發生在 1.2 預兆偏頭痛的病人，並在偏頭痛預兆發作中或發作後 1 小時內發生癲癇
- C. 沒有其他更合適的診斷

說明：

偏頭痛及癲癇都是發作性腦疾患的典型例子。雖然類似偏頭痛的頭痛常在癲癇發作之後產生，有時則是偏頭痛發作當中或過後發生癲癇發作。這個罕見的現象有時稱為偏癲癇(migrainalepsy)，原先是在 1.2 預兆偏頭痛的病人曾被描述過，其與 1.1 無預兆偏頭痛相關的證據仍然缺乏。

### **1.5 極可能偏頭痛 Probable migraine**

舊稱：類偏頭痛疾患(Migrainous disorder)

登錄他處：

由其他疾患併發類似偏頭痛的頭痛(症狀性偏頭痛)，需登錄該疾患之代碼。

簡介：

類似偏頭痛的發作，除一項特徵外，便符合上述任一種偏頭痛亞型的全部診斷基準，且並不符合其他頭痛疾患的診斷基準。

診斷基準：

- A. 尚缺其中任何 1 項，就完全符合 1.1 無預兆偏頭痛基準 A-D 或是 1.2 預兆偏頭痛基準 A-C
- B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

在下頭痛診斷時，如果發作同時符合 2.緊縮型頭痛和 1.5 極可能偏頭痛，則登錄前者，因為一般規則是確定診斷優先於極可能診斷。然而，如果病人原先已被診斷為偏頭痛，那問題只在於是否將之列入發作次數計算(例如在藥物試驗時)，符合 1.5 極可能偏頭痛準則的發作應列為偏頭痛發作。其原因是，比較輕微的偏頭痛發作或被及早治療的發作，常常無法呈現出診斷偏頭痛發作所必須有的全部特徵，但是卻對偏頭痛的專一性治療有反應。

#### 1.5.1 極可能無預兆偏頭痛 Probable migraine without aura

診斷基準：

- A. 尚缺其中任何 1 項，就完全符合 1.1 無預兆偏頭痛基準 A-D
- B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 1.5.2 極可能預兆偏頭痛 Probable migraine with aura

診斷基準：

- A. 尚缺其中任何 1 項，就完全符合 1.2 預兆偏頭痛或其亞式的基準 A-C
- B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### **1.6 可能與偏頭痛相關之陣發性症候群 Episodic syndromes that may be associated with migraine**

舊稱：

孩童期週期性症候群(Childhood periodic syndromes; periodic syndromes of childhood)

說明：

這群疾患發生在有 1.1 無預兆偏頭痛、1.2 預兆偏頭痛或是

有可能發展出這兩個疾患的病人，雖然傳統上認為這些疾患容易發生在兒童期，但是在成年後仍然可以發生。這些病人還可能會發生一些額外的狀況，包括暈車暈船(motion sickness)發作、週期性睡眠疾患包括夢遊，說夢話，夜驚和磨牙。

### 1.6.1 反覆性胃腸障礙 Recurrent gastrointestinal disturbance

舊稱：

慢性腹痛(Chronic abdominal pain)；功能性腹痛(functional abdominal pain)；功能性消化不良(functional dyspepsia)；腸躁症(irritable bowel syndrome)；功能性腹痛症候群(functional abdominal pain syndrome)。

簡介：

可能與偏頭痛相關的腹痛及/或不適、噁心及/或嘔吐，反覆發作的情形可以是不頻繁、慢性、或於可預期的間期。

診斷基準：

- A. 至少有 5 次明確的發作，包括腹痛及/或腹部不適及/或噁心及/或嘔吐。
- B. 胃腸相關的檢查評估結果正常
- C. 非歸因於其他疾患

#### 1.6.1.1 週期性嘔吐症候群 Cyclic vomiting syndrome

簡介：

反覆陣發性的嘔吐及嚴重噁心發作，於個別病人常有其固定的發作模式，且可以預測發作時間。發作時常伴隨臉色蒼白及嗜睡。於兩次發作間，症狀完全消失。

診斷基準：

- A. 至少有 5 次嚴重的噁心和嘔吐發作，符合基準 B-C
- B. 個別病人常有固定的發作模式，而且可以預測復發週期
- C. 符合以下全部：
  - 1. 噁心和嘔吐 1 個小時內至少 4 次
  - 2. 發作持續 $\geq$ 1 個小時且最長 10 天
  - 3. 兩次發作間隔 $\geq$ 1 週
- D. 於兩次發作間，完全沒有症狀
- E. 非歸因於其他疾患(註 1)

註：

- 1. 特別是病史與理學檢查並無胃腸疾患的徵兆。

說明：

1.6.1.1 週期性嘔吐是一種典型的孩童時期陣發性自行緩解(self-limiting)的情況，在兩次發作之間是完全正常的。週期性的特質是其標誌，而且是可以預測的。

在第一版的「國際頭痛疾病分類」中並未將此列入孩童週期性症候群，但在第二版就有列入。此症候群的臨床特徵與偏頭痛相關症狀類似。過去幾年來，多方面研究顯示週期性嘔吐與偏頭痛有關。

#### 1.6.1.2 腹部偏頭痛 Abdominal migraine

簡介：

一種原因不明、主要發生於孩童的疾患，陣發性的腹部正中疼痛持續 2 至 72 小時，疼痛程度中到重度，並伴隨血管運動(vasomotor)症狀、噁心及嘔吐；兩次發作間是正常的，頭痛不會在發作時出現。

診斷基準：

- A. 至少有 5 次腹痛發作符合基準 B-D
- B. 疼痛至少包括下列 3 項特徵其中 2 項：
  - 1. 位於腹部中線，肚臍周圍或難以定位
  - 2. 鈍痛或“就是痛”
  - 3. 疼痛程度中或重度
- C. 腹痛發作時至少符合下列 2 項：
  - 1. 食慾不振
  - 2. 噁心
  - 3. 嘔吐
  - 4. 臉色蒼白
- D. 未經治療或治療失敗，發作持續 2 至 72 小時
- E. 非歸因於其他疾患(註 1)

註：

- 1. 特別是病史與理學檢查沒有胃腸或腎臟疾患的徵兆，或已由適當診察排除此類疾患。

說明：

1.6.1.2 腹部偏頭痛的疼痛程度已嚴重到足以影響正常日常活動。

在年幼兒童，頭痛可能會被忽略，必須小心詢問病史以確定發作時頭痛存在與否。如果頭痛在發作時確定存在，就必須考慮 1.1 無預兆偏頭痛的診斷。

孩童對分辨食慾不振或噁心可能有困難。臉色蒼白常會伴隨眼下有黑影。少數病人，臉潮紅是血管運動症狀的主要特徵。



大部分有腹部偏頭痛的孩童在日後會產生偏頭痛。

### 1.6.2 良性發作性眩暈 Benign paroxysmal vertigo

簡介：

發生在健康孩童的疾患，特徵為反覆發作、無預警的短暫眩暈，並會自行緩解。

診斷基準：

- A. 至少有 5 次發作符合基準 B 及 C
- B. 無預警的眩暈發作(註 1)，一開始就達到最嚴重，數分鐘至數小時後便自行緩解且無意識喪失
- C. 至少包括以下 1 個相關症狀或徵兆：
  - 1. 眼震
  - 2. 共濟失調
  - 3. 嘔吐
  - 4. 臉色蒼白
  - 5. 害怕
- D. 非發作期間，神經學檢查、聽力及前庭功能檢查皆正常
- E. 非歸因於其他疾患

註：

- 1. 幼童可能無法描述眩暈症狀，由父母親觀察到幼童有陣發性的不平衡，可被視為眩暈症狀。

說明：

後顱窩腫瘤、癲癇和前庭疾患必須排除。

1.6.2 良性發作性眩暈和 A1.6.6 前庭偏頭痛(見附錄)的關係尚待更多的檢驗。

### 1.6.3 良性發作性斜頸 Benign paroxysmal torticollis

簡介：

反覆發作頭部斜向一側，或併有輕微旋轉，可自行緩解。此種狀況發生在嬰兒與一歲內發病的幼童。

診斷基準：

- A. 反覆發作(註 1)於幼童，符合基準 B 及 C
- B. 頭部斜向任一側，可伴隨或沒有輕微旋轉，數分鐘至數天後自行緩解
- C. 至少包括以下 1 個相關症狀或徵兆：
  - 1. 臉色蒼白
  - 2. 躁動
  - 3. 乏力
  - 4. 嘔吐

### 5. 共濟失調(註 2)

- D. 非發作期間神經學檢查正常
- E. 非歸因於其他疾患

註：

- 1. 往往是每月復發。
- 2. 共濟失調較常發生於疾病發生年齡較大的孩童身上。

說明：

在發作期間，孩童的頭部可以回轉到一般正常位置：或許有些阻力，但是可以克服的。

鑑別診斷包括胃食道逆流、不明原因之扭轉性肌張力異常症(idiopathic torsional dystonia)以及複雜性局部型癲癇，可是需特別注意後顱窩與顱頸交接處之先天或後天病變也可造成斜頸。這些觀察須經病人日記、結構性會談、和縱斷性資料收集來加以証實。

1.6.3 良性發作性斜頸可能會演變成 1.6.2 良性發作性眩暈或 1.2 預兆偏頭痛(尤其是 1.2.2 腦幹預兆偏頭痛)，也可能停止而無進一步的症狀。

## 2. 緊縮型頭痛 (Tension-type headache(TTH))

周啟庠 王博仁 譯

登錄他處：

歸因於其他疾患的類似緊縮型頭痛 (Tension-type-like headache)需登錄於該疾患之代碼。

### 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 Infrequent episodic tension-type headache

2.1.1 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛  
Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.1.2 不常發陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛  
Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

### 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛 Frequent episodic tension-type headache

2.2.1 經常陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.2.2 經常陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

### 2.3 慢性緊縮型頭痛 Chronic tension-type headache

2.3.1 慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.3.2 慢性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

### 2.4 極可能緊縮型頭痛 Probable tension-type headache

2.4.1 極可能不常發陣發性緊縮型頭痛 Probable infrequent episodic tension-type headache

2.4.2 極可能經常陣發性緊縮型頭痛 Probable frequent episodic tension-type headache

2.4.3 極可能慢性緊縮型頭痛 Probable chronic tension-type headache

#### 一般說明：

*原發性或次發性頭痛或兩者皆是？*

當一個具有緊縮型頭痛特徵的頭痛首次發生，時序上與另一已知會導致頭痛的疾患密切相關，或是符合該致病疾患的其他診斷基準，則此新頭痛將登錄為歸因於該致病疾患所引發的次發性頭痛。當既存的緊縮型頭痛變為慢性，且在時序上與此種致病疾患密切關聯，則同時給予原來的緊縮型頭痛和該次發性頭痛兩種診斷。當既存在的緊縮型頭痛明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，且在時序上與此種致病疾患密切相關，在有良好證據顯示該疾患能造成頭痛的情況下，原來的緊縮型頭痛和該次發性頭痛兩種診斷將同時給予。在慢性緊縮型頭痛合併藥物過度使用的案例，時間點上的密切相關時常難以建立。因此，兩個診斷，2.3 慢性緊縮型頭痛和 8.2 藥物過度使用頭痛，在所有這樣的案例皆應並存。

#### 前言：

2. 緊縮型頭痛是非常常見的，不同研究顯示一般人口終身的盛行率在是介於 30~78%之間，並且它有一個非常高的社經影響力。

雖然這種頭痛曾被認為主要是心因性的，但自 ICHD-1 發表後，許多隨後進行研究極力建議，至少在較嚴重的亞型，緊縮型頭痛是有其神經生物學基礎。

ICHD-1 把 2. 緊縮型頭痛區分為陣發性亞型與慢性亞型，已經被證實極為有用。在 ICHD-II，陣發性亞型被進一步區分為一個頭痛發作低於每月一次的不常發亞式，以及一個經常陣發性亞式。2.3 慢性緊縮型頭痛是一個嚴重疾患，會導致生活品質大幅度降低以及高度失能。2.2 經常陣發性緊縮型頭痛會與相當大的失能有關，並且有時需要昂貴藥物治療。相對地，2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛，幾乎發生於所有人口中，一般而言對個人的影響很小，在大多數情形下，不需要醫療專業關注。把 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛與 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛區隔出來，可將不需要醫療處置的人分別出來，並可避免把幾乎所有人口都歸類為一個顯著的頭痛疾患，且使他們的頭痛可以被分類。

2.1 緊縮型痛痛的確切機轉目前不明。周邊疼痛機轉極可能在 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛和 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛扮演一定角色，然而中樞疼痛機轉在 2.3 慢性緊縮型

舊稱：

緊張性頭痛 (tension headache)；肌肉收縮性頭痛 (muscle contraction headache)；心理肌因性頭痛 (psychomyogenic headache)；壓力性頭痛 (stress headache)；尋常性頭痛 (ordinary headache)；本態性頭痛 (essential headache)；不明原因之頭痛 (idiopathic headache)；心因性頭痛 (psycho-genic headache)。

頭痛則扮演較重要角色。觸診時記錄到的顱周壓痛增加是緊縮型頭痛病人最顯著的不正常表現。這種壓痛典型上是發生在頭痛發作間期，在頭痛發作時則會進一步增加並會隨著頭痛程度與頻率一起增加。顱周壓痛容易經由觸診時以食指和中指在額肌、顳肌、嚼肌、翼狀肌(pterygoid)、胸鎖乳突肌(sternocleidomastoid)、夾肌(splenius)和斜方肌(trapezius)的小幅度旋轉移動和施力按壓(最好以觸診器(palpometer)協助)。在每一條肌肉的局部壓痛程度以0-3分計算，全部加總起來可成為個人的總壓痛指數(total tenderness score)。觸診是治療方針的有效指引。也可以增加病情解釋上的價值和可信賴度。

壓痛增加極可能有病理生理學的重要性。本分類委員會鼓勵進一步研究 2.緊縮型頭痛的病理生理學機轉和治療。因著這一目的，ICHD-II 將病患有無這樣的顱周肌肉疾患區別出來。而這樣的次分類於 ICHD-3 beta 仍然採用以刺激在此領域的進一步研究。

在原發性頭痛診斷上最常遇到的困難在於區別緊縮型頭痛和輕微的無預兆偏頭痛。尤其當病患有常發性頭痛往往兩種疾患都有時就更是如此。曾經有建議把 2.緊縮型頭痛的診斷基準訂得更嚴謹，希望把表現型類似緊縮型頭痛的偏頭痛病人排除在外。如此一來，在增加診斷基準的特異度的同時，卻也降低了其敏感度，導致了很多病人的頭痛只能分類為 2.4.極可能緊縮型頭痛或 1.5 極可能偏頭痛。在 ICHD-II 的附錄中，提供了較嚴謹的 2.緊縮型頭痛診斷基準，就是 A2.緊縮型頭痛，但至今仍無證據顯示這樣的改變有任何好處。這些較嚴謹的診斷基準仍保留在附錄中，只做為研究目的之用。分類委員會建議去比較根據這兩套基準診斷的病人，不僅是在臨床特徵上，也包括病理生理學與治療反應方面的調查。

## 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛 Infrequent episodic tension-type headache

簡介：

不常發之頭痛發作，典型症狀為雙側，壓迫或緊縮性頭痛且程度輕到中度，每次持續數分鐘至數天。日常活動不會加劇頭痛且不會合併噁心之現象，但可以有畏光或怕吵。

診斷基準：

- A. 至少有 10 次頭痛發作符合基準 B-D，且平均每月 < 1 天（每年 < 12 天）
- B. 持續 30 分鐘至 7 天
- C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：

- 1. 雙側
  - 2. 壓迫或緊縮性（非搏動性）
  - 3. 疼痛程度輕或中度
  - 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 符合下列兩項：
- 1. 無噁心或嘔吐
  - 2. 畏光或怕吵最多只有其中 1 項
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。

### 2.1.1 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛

#### Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛的診斷基準
- B. 觸診會增加顱周壓痛

### 2.1.2 不常發陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛

#### Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛的診斷基準
- B. 觸診不會增加顱周壓痛

## 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛 Frequent episodic tension-type headache

簡介：

經常之頭痛發作，典型症狀為雙側，壓迫或緊縮性頭痛，每次持續數分鐘至數天，程度輕到中度，且日常活動不會加劇頭痛。無噁心之現象，但可以有畏光或怕吵。

診斷基準：

- A. 至少有 10 次頭痛發作能符合基準 B-D，平均每月 1-14 天，且 > 3 個月（每年  $\geq 12$  天且 < 180 天）。
  - B. 頭痛發作持續 30 分鐘至 7 天
  - C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
- 1. 雙側
  - 2. 壓迫或緊縮性（非搏動性）
  - 3. 疼痛程度輕或中度
  - 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 符合下列 2 項：
- 1. 無噁心或嘔吐
  - 2. 畏光或怕吵最多只有其中 1 項

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。

### 2.2.1 經常陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛的診斷基準
- B. 觸診會增加顱周壓痛

### 2.2.2 經常陣發性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛發作符合 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛的診斷基準
- B. 觸診不會增加顱周壓痛

## **2.3 慢性緊縮型頭痛 Chronic tension-type headache**

登錄他處：

### 4.10 新發生每日持續性頭痛

簡介：

此疾患是由陣發性緊縮型頭痛演變而來，每天或非常頻繁的頭痛發作。典型之症狀為雙側，壓迫或緊縮性頭痛，每次持續數小時至數天，或可能不緩解，程度輕到中度，不因日常活動而加劇。可能伴隨輕度噁心、畏光或怕吵。

診斷基準：

- A. 頭痛發作平均每月  $\geq 15$  天，已  $> 3$  個月（每年  $\geq 180$  天），且符合基準 B-D
- B. 頭痛發作持續數小時至數天，或可能不緩解
- C. 至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
  - 1. 雙側
  - 2. 壓迫或緊縮性（非搏動性）
  - 3. 頭痛程度輕或中度
  - 4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 符合下列 2 項：
  - 1. 最多只有畏光、怕吵或輕度噁心其中 1 項
  - 2. 無中度或重度噁心也無嘔吐
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

2.3 慢性緊縮型頭痛是長時間由 2.2 陣發性緊縮型頭痛演變

而來；若頭痛符合這些基準 A-E，且明確地於第一次發生後小於 24 小時內，頭痛即每日發作且無緩解，則登錄為 4.10 新發生每日持續性頭痛。當開始發作的情形不記得或不確定時，則登錄為 2.3 慢性緊縮型頭痛。

2.3 慢性緊縮型頭痛和 1.3 慢性偏頭痛都要求每月至少有 15 日的頭痛。但 2.3 慢性緊縮型頭痛的診斷，其每月至少有 15 日的頭痛必須滿足 2. 緊縮型頭痛的診斷基準；而 1.3 慢性偏頭痛，其每月至少有 8 日的頭痛必須滿足 1. 偏頭痛的診斷基準。因此一位病人可以同時符合這兩個診斷，例如病人每月有 25 日頭痛，其中有 8 日的頭痛符合偏頭痛的診斷基準而另外 17 日符合緊縮型頭痛的診斷基準。在這樣的案例，應只能診斷為 1.3 慢性偏頭痛。

在很多不確定的案例有藥物過度使用的情況。當符合 8.2 藥物過度使用頭痛的任一亞式的診斷基準 B 又同時符合 2.3 慢性緊縮型頭痛診斷基準時，原則就是 2.3 慢性緊縮型頭痛和 8.2 藥物過度使用頭痛兩者皆登錄。在停止服用藥物之後，這樣的診斷必須重新評估；並不少見的情況是 2.3 慢性緊縮型頭痛的診斷基準就不再能符合而回復到一個或其他陣發性亞型。

### 2.3.1 慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛符合 2.3 慢性緊縮型頭痛的診斷基準
- B. 觸診會增加顱周壓痛

### 2.3.2 慢性緊縮型頭痛不合併顱周壓痛 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

診斷基準：

- A. 頭痛符合 2.3 慢性緊縮型頭痛的診斷基準
- B. 觸診不會增加顱周壓痛

## **2.4 極可能緊縮型頭痛 Probable tension-type headache**

簡介：

類似緊縮型頭痛的發作，除 1 項特徵外便符合上述某一種緊縮型頭痛亞型全部的診斷基準，且不符合其他頭痛疾患的診斷基準。

說明：

符合以下這些基準其中一套的病人也許亦符合 1.6 極可能偏頭痛中一個亞式的基準。在這些病例中，應使用其他可

得到的資料來決定哪一種診斷較可能。

#### 2.4.1 極可能不常發陣發性緊縮型頭痛 Probable infrequent episodic tension-type headache

診斷基準：

- A. 一或多次的頭痛發作，尚缺其中任何 1 項，就完全符合  
2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛診斷基準 A-D
- B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 2.4.2 極可能經常陣發性緊縮型頭痛 Probable frequent episodic tension-type headache

診斷基準：

- A. 尚缺其中任何 1 項，頭痛發作就完全符合 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛診斷基準 A-D
- B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 2.4.3 極可能慢性緊縮型頭痛 Probable chronic tension-type headache

診斷基準：

- A. 尚缺其中任何 1 項，頭痛發作就完全符合 2.3 慢性緊縮型頭痛診斷基準 A-D
- B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 3. 三叉自律神經頭痛 (Trigeminal autonomic cephalalgias)

陳韋達 陳威宏 譯

- 
- 3.1 叢發性頭痛 Cluster headache
    - 3.1.1 陣發叢發性頭痛 Episodic cluster headache
    - 3.1.2 慢性叢發性頭痛 Chronic cluster headache
  - 3.2 發作性半邊頭痛 Paroxysmal hemicrania
    - 3.2.1 陣發發作性半邊頭痛 Episodic paroxysmal hemicrania
    - 3.2.2 慢性發作性半邊頭痛 Chronic paroxysmal hemicrania (CPH)
  - 3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks
    - 3.3.1 短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)
      - 3.3.1.1 陣發性 SUNCT Episodic SUNCT
      - 3.3.1.2 慢性 SUNCT Chronic SUNCT
    - 3.3.2 短暫單側神經痛性頭痛發作併顱部自律神經症狀 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)
      - 3.3.2.1 陣發性 SUNA Episodic SUNA
      - 3.3.2.2 慢性 SUNA Chronic SUNA
  - 3.4 持續性半邊頭痛 Hemicrania continua
    - 3.4.1 持續性半邊頭痛，緩解亞型 Hemicrania continua, remitting subtype
    - 3.4.2 持續性半邊頭痛，無緩解亞型 Hemicrania continua, unremitting subtype
  - 3.5 極可能三叉自律神經頭痛 Probable trigeminal autonomic cephalalgia
    - 3.5.1 極可能叢發性頭痛 Probable cluster headache
    - 3.5.2 極可能發作性半邊頭痛 Probable paroxysmal hemicrania
    - 3.5.3 極可能短暫單側神經痛性頭痛發作 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks
    - 3.5.4 極可能持續性半邊頭痛 Probable hemicrania continua
- 

#### 一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個具有三叉自律神經頭痛(TAC)特徵的頭痛首次發生，時序上與另一已知會導致頭痛的疾病密切相關，或是符合該致病疾病的其他診斷基準，則此新頭痛將登錄為歸因於該致病疾病所引發的次發性頭痛。當既存之 TAC 變為慢性，且在時序上與此種致病疾病密切關聯，則同時給予原來的 TAC 和該次發性頭痛兩種診斷。當既存之 TAC 明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，且在時序上與此種致病疾病密切相關，在有良好證據顯示該疾患能造成頭痛的情況下，原來的 TAC 和該次發性頭痛兩種診斷將同時給予。

#### 前言

三叉自律神經頭痛有共同的臨床頭痛特徵，通常是單側，且常合併明顯的顱部副交感症狀，同樣也是單側且與頭痛同側。實驗與人腦功能造影顯示，這類症候群活化人體正常的三叉神經副交感反射，同時次發性表現顱部交感功能失調的臨床徵候。

在罕見的情況下，三叉自律神經頭痛可合併典型的偏頭痛預兆。

#### 3.1 叢發性頭痛 Cluster headache

舊稱：睫狀體神經痛(Ciliary neuralgia)；頭部肢端紅痛病(erythro-melalgia of the head)；Bing 氏面部紅痛病(erythroprosopalgia of Bing)；半邊頭痛血管麻痺(hemicrania angiparalytica)；慢性神經痛性半邊頭痛(hemicrania neuralgiformis chronica)；組織胺頭痛(histaminic cephalalgia)；Horton 氏頭痛(Horton's headache)；Harris-Horton 氏病(Harris-Horton's disease)；(Harris 氏)類偏頭痛之神經痛(migrainous neuralgia (of Harris))；(Gardner 氏)岩部神經痛(petrosal neuralgia (of Gardner))；Sluder 氏神經痛(Sluder's neuralgia)；蝶腭神經痛(sphenopalatine neuralgia)；翼管神經痛(vidian neuralgia)。

登錄他處：

續發於另一疾患的症狀性叢發性頭痛，應登錄於歸因該疾患之次發性頭痛。

簡介：

絕對固定於單側發作之劇痛，位於眼眶、上眼眶、顱部、或上述部位之任意組合，持續 15 至 180 分鐘，發作頻率為每 2 天 1 次至每天 8 次。發作時伴隨同側結膜充血、流淚、鼻腔充血、流鼻水、前額及臉出汗、瞳孔縮小、眼皮下垂

及/或眼皮水腫及/或合併不安或躁動。

#### 診斷基準

- A. 至少有 5 次發作符合基準 B-D
- B. 位於單側眼眶、上眼眶及/或顳部重度或極重度疼痛，如不治療可持續 15 至 180 分鐘 (註 1)
- C. 符合下列 2 項或 1 項：
  1. 至少具下列 1 項同側症狀或徵兆：
    - a) 結膜充血及/或流淚
    - b) 鼻腔充血及/或流鼻水
    - c) 眼皮水腫
    - d) 前額及臉出汗
    - e) 前額及臉潮紅
    - f) 耳漲感
    - g) 瞳孔縮小及/或眼皮下垂
  2. 不安的感覺或躁動
- D. 在疾患的活躍期，有一半以上時間之發作頻率為每 2 天 1 次至每天 8 次
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 註：

1. 叢發性頭痛部分發作期間 (但不到一半的時間) 可能較不劇痛及/或持續時間較短或較長。

#### 說明：

頭痛連續發作持續數週或數月(稱為叢發期)，間隔通常數月或數年的緩解期。約 10-15% 的患者屬 3.1.2 慢性叢發性頭痛，而沒有緩解期。一大型追蹤研究指出，1/4 的患者只經歷過單一叢發期。這類患者符合 3.1 的診斷基準且應如此登錄。3.1 叢發性頭痛最劇烈的部位以眼眶、上眼眶、顳部或任何上述部位之組合，但也可能延伸至其他部位。發作最嚴重時，疼痛的強度是劇烈難耐的。患者通常無法躺下，而且出現來回踱步的典型表現。在單一叢發期間，疼痛通常在同側復發。在 3.1.1 陣發叢發性頭痛的單一叢發期間，或在 3.1.2 慢性叢發性頭痛的任何時間，頭痛規律發作，且會因酒精、組織胺或硝化甘油而誘發。發作年齡一般介於 20-40 歲。男性發生之比例為女性三倍，原因不明。急性發作涉及下視丘後方灰質之神經活化。約 5% 的叢發性頭痛患者為體顯性遺傳。文獻指出，有些患者同時合併 3.1 叢發性頭痛與 13.1 三叉神經痛 (或稱 cluster-tic 症候群)。這類患者應同時給予兩種診斷，治療亦應涵蓋二者，期能免於頭痛。

### 3.1.1 陣發叢發性頭痛 Episodic cluster headache

#### 簡介：

叢發性頭痛的發作期持續 7 天至 1 年，其中間隔至少 1 個月的無痛期。

#### 診斷基準：

- A. 發作符合 3.1 叢發性頭痛，且叢集發作 (叢發期)
- B. 至少有兩次叢發期，持續 7 天至 1 年(未治療時)，其中間隔  $\geq 1$  個月無痛的緩解期

#### 說明：

叢發期通常持續 2 週至 3 個月之間。

### 3.1.2 慢性叢發性頭痛 Chronic cluster headache

#### 簡介：

叢發性頭痛發作超過 1 年以上而無緩解，或緩解期持續短於 1 個月。

#### 診斷基準：

- A. 發作符合 3.1 叢發性頭痛及下列之基準 B
- B. 發作  $> 1$  年而無緩解期，或緩解期持續  $< 1$  個月

#### 說明：

3.1.2 慢性叢發性頭痛可能新發生(舊稱原發性慢性叢發性頭痛)或由 3.1.1 陣發叢發性頭痛演變而來(舊稱次發性慢性叢發性頭痛)。部分患者也可能由 3.1.2 慢性叢發性頭痛變成 3.1.1 陣發叢發性頭痛。

### 3.2 發作性半邊頭痛 Paroxysmal hemicranias

#### 簡介：

絕對固定於單側發作之劇痛，位於眼眶、上眼眶、顳部、或上述部位之任意組合，持續 2 至 30 分鐘，每天發作數次或多次。發作時伴隨同側結膜充血、流淚、鼻腔充血、流鼻水、前額及臉出汗、瞳孔縮小、眼皮下垂及/或眼皮水腫。使用 indomethacin 絕對有效。

#### 診斷基準：

- A. 至少有 20 次發作符合基準 B-E
- B. 位於單側之眼眶、上眼眶或顳部之重度疼痛發作，持續 2-30 分鐘
- C. 至少具下列 1 項同側症狀或徵兆：
  1. 結膜充血及/或流淚
  2. 鼻腔充血及/或流鼻水

3. 眼皮水腫
4. 前額或臉出汗
5. 前額或臉潮紅
6. 耳漲感
7. 瞳孔縮小及/或眼皮下垂

- D. 一半以上時間，發作頻率 > 每天 5 次
- E. 治療劑量之 indomethacin (註 1) 可完全預防發作
- F. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 成人口服 indomethacin 的劑量應從每天 150mg 開始，必要時增加到每天 225mg。注射劑量則為 100-200 mg。維持劑量通常可使用較小劑量。

說明：

相較於叢發性頭痛，這種頭痛並無男性好發傾向。通常成年發病，但也有兒童案例。

### 3.2.1 陣發發作性半邊頭痛 Episodic paroxysmal hemicranias

簡介：

發作性半邊頭痛的發作期持續 7 天至 1 年，其中間隔至少 1 個月的無痛期。

診斷基準：

- A. 發作符合 3.2 發作性半邊頭痛，且叢集發作
- B. 至少有 2 次發作期，持續 7 天至 1 年(未治療時)，其中間隔 ≥ 1 個月無痛的緩解期

### 3.2.2 慢性發作性半邊頭痛 Chronic paroxysmal hemicranias

簡介：

發作性半邊頭痛的發作超過 1 年以上而無緩解，或緩解期持續短於 1 個月。

診斷基準：

- A. 發作符合 3.2 發作性半邊頭痛
- B. 發作 > 1 年而無緩解期，或緩解期 < 1 個月

說明：

患者若同時合併 3.2.2 慢性發作性半邊頭痛與 13.1 三叉神經痛(或稱 CPH-tic 症候群) 應同時給予兩種診斷。辨認這類患者很重要，因為兩種疾患均需治療。此關連性之病理生理學的意義尚未確認。

### **3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks**

簡介：

絕對固定於單側發作之中重度頭痛，持續數秒至數分鐘，每天至少發作 1 次，且常合併同側眼睛明顯流淚及發紅。

診斷基準：

- A. 至少有 20 次發作符合基準 B-D
- B. 位於眼眶、上眼眶、顳部及/或其他三叉神經分布範圍的中重度單側頭痛，可以是單次、一連串或鋸齒型反覆的發作，持續 1-600 秒
- C. 至少具下列 1 項同側顳部的自律神經症狀或徵兆：
  1. 結膜充血及/或流淚
  2. 鼻腔充血及/或流鼻水
  3. 眼皮水腫
  4. 前額或臉出汗
  5. 前額或臉潮紅
  6. 耳漲感
  7. 瞳孔縮小及/或眼皮下垂
- D. 在疾患的活躍期，有一半以上時間之發作頻率 > 每天 1 次
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

持續較久的發作其特徵為多次刺戳或鋸齒似的疼痛型態。ICHD-3 beta 將 3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作分為兩個亞型：3.3.1 短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚(SUNCT)與 3.3.2 短暫單側神經痛性頭痛發作併顳部自律神經症狀(SUNA)。3.3.1 SUNCT 可能是 3.3.2 SUNA 的一個亞式，但需進一步研究確認。目前仍將二者分類為獨立的亞型，敘述如下。

3.3.1 SUNCT 及 3.3.2 SUNA 的發作通常沒有不反應期。13.1 三叉神經痛則不同，它在每次發作後有一段不反應期。

#### 3.3.1 短暫單側神經痛性頭痛發作併結膜充血及流淚 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)

診斷基準：

- A. 發作符合 3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作
- B. 結膜充血及流淚兩者兼具

##### 3.3.1.1 陣發性 SUNCT Episodic SUNCT

簡介：



SUNCT 的發作期持續 7 天至 1 年，其中間隔至少 1 個月的無痛期。

診斷基準：

- A. 發作符合 3.3.1 SUNCT 且叢集發作
- B. 至少有 2 次發作期，持續 7 天至 1 年(未治療時)，其中間隔 $\geq$ 1 個月無痛的緩解期

說明：

文獻指出，3.3.1 SUNCT 最常見的類似疾病是後顱窩病灶。也有患者呈現 3.3.1 SUNCT 與 13.1 三叉神經痛共同的臨床表現。臨床上的鑑別診斷相當複雜。這類患者應給予兩種診斷。

也有報告指出患者同時合併 3.3.1 SUNCT 與 3.1 叢發性頭痛；其病生理意義目前不明。

### 3.3.1.2 慢性 SUNCT Chronic SUNCT

簡介：

SUNCT 發作超過 1 年以上而無緩解，或緩解期持續短於 1 個月。

診斷基準：

- A. 發作符合 3.3.1 SUNCT 及下列之基準 B
- B. 發作 $>$ 1 年而無緩解期，或緩解期 $<$ 1 個月

### 3.3.2 短暫單側神經痛性頭痛發作併顱部自律神經症狀 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)

診斷基準：

- A. 發作符合 3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作
- B. 具眼結膜充血或流淚其中之一，或二者均無

#### 3.3.2.1 陣發性 SUNA Episodic SUNA

簡介：

SUNA 發作期持續 7 天至 1 年，其中間隔至少一個月的無痛期。

診斷基準：

- A. 發作符合 3.3.2 SUNA，且叢集發作
- B. 至少有 2 次發作期，持續 7 天至 1 年，其中間隔 $\geq$ 1 個月無痛的緩解期

#### 3.3.2.2 慢性 SUNA Chronic SUNA

簡介：

SUNA 發作超過 1 年以上而無緩解，或緩解期持續短於 1 個月。

診斷基準：

- A. 發作符合 3.3.2 SUNA 及下列之基準 B
- B. 發作 $>$ 1 年而無緩解期，或緩解期 $<$ 1 個月

## 3.4 持續性半邊頭痛 Hemicrania continua

簡介：

絕對固定於單側發作之持續頭痛，伴隨同側結膜充血、流淚、鼻腔充血、流鼻水、前額及臉出汗、瞳孔縮小、眼皮下垂及/或眼皮水腫及/或合併不安或躁動。使用 indomethacin 絕對有效。

診斷基準：

- A. 單側頭痛，符合基準 B-D
- B. 頭痛持續 $>$ 3 個月且有中重度以上的疼痛加劇
- C. 符合下列 1 項或 2 項：
  - 1. 至少具下列 1 項同側症狀或徵兆：
    - a) 結膜充血及/或流淚
    - b) 鼻腔充血及/或流鼻水
    - c) 眼皮水腫
    - d) 前額或臉出汗
    - e) 前額或臉潮紅
    - f) 耳漲感
    - g) 瞳孔縮小及/或眼皮下垂
  - 2. 不安或躁動感，或動作會使疼痛加劇
- D. 治療劑量之 indomethacin 可完全緩解(註 1)
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 成人口服 indomethacin 的劑量應從每天 150 mg 開始，必要時增加到每天 225 mg。注射劑量則為 100-200 mg。維持劑量通常可使用較小的劑量。

說明：

偏頭痛症狀如畏光與怕吵在 3.4 持續性半邊頭痛相當常見。基於頭痛與顱部自律神經症狀的典型表現均為單側，3.4 持續性半邊頭痛已被收錄於 ICHD-3 beta 之 3.三叉自律神經頭痛(先前是收錄於 4.其他原發性頭痛)。腦造影研究顯示，此章所涵蓋的疾患重要的共同表現，特別是後下視丘灰質的活化。此外，indomethacin 絕對有效的特性可見於

3.4 持續性半邊頭痛與 3.2 發作性半邊頭痛。

#### 3.4.1 持續性半邊頭痛，緩解亞型 Hemicrania continua, remitting subtype

簡介：

持續性半邊頭痛，其疼痛並非連續、而會有間隔 1 天以上的緩解期。

診斷基準：

- A. 發作符合 3.4 持續性半邊頭痛及下列之基準 B
- B. 頭痛非每天或連續發作，在未治療時有間隔 $\geq 1$  天的緩解期

說明：

3.4.1 持續性半邊頭痛之緩解亞型可以是新發生或由 3.4.2 持續性半邊頭痛之無緩解亞型演變而成。

#### 3.4.2 持續性半邊頭痛，無緩解亞型 Hemicrania continua, unremitting subtype

簡介：

持續性半邊頭痛，其疼痛為連續性，無間隔 1 天以上的緩解期，且持續 1 年以上。

診斷基準：

- A. 發作符合 3.4 持續性半邊頭痛及下列之基準 B
- B. 頭痛每天連續發作至少 1 年，且無持續 $\geq 1$  天的緩解期

說明：

3.4.2 持續性半邊頭痛之無緩解亞型可以是新發生或由 3.4.1 持續性半邊頭痛之緩解亞型演變而成。大部分患者自發病起即為無緩解亞型。

### **3.5 極可能三叉自律神經頭痛 Probable trigeminal autonomic cephalalgias**

簡介：

頭痛發作被認為是 3.三叉自律神經頭痛的一種，除一項特徵外，便符合上述某一種亞型全部的診斷基準，且不符合其他頭痛疾患之診斷基準。

診斷基準：

- A. 尚差其中任何 1 項，就完全符合 3.1 叢發性頭痛之基準 A-D、3.2 發作性半邊頭痛之基準 A-E、3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作之基準 A-D、或 3.4 持續性半邊頭痛之

基準 A-D

- B. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

病患若因發作次數未達基準(如叢發性頭痛的首次叢發期)，或次數已足夠，但尚缺其他一項診斷基準，可依亞型登錄為：3.5.1 極可能叢發性頭痛、3.5.2 極可能發作性半邊頭痛、3.5.3 極可能短暫單側神經痛性頭痛發作、或 3.5.4 極可能持續性半邊頭痛。

## 4. 其他原發性頭痛疾病 (Other primary headache disorders)

劉虹余 王署君 譯

- 
- 4.1 原發性咳嗽頭痛 Primary cough headache
    - 4.1.1 極可能原發性咳嗽頭痛 Probable primary cough headache
  - 4.2 原發性運動頭痛 Primary exercise headache
    - 4.2.1 極可能原發性運動頭痛 Probable primary exercise headache
  - 4.3 原發性性行為相關之頭痛 Primary headache associated with sexual activity
    - 4.3.1 極可能原發性性行為相關之頭痛 Probable primary headache associated with sexual activity
  - 4.4 原發性雷擊頭痛 Primary thunderclap headache
  - 4.5 冷刺激頭痛 Cold-stimulus headache
    - 4.5.1 歸因於外在冷刺激之頭痛 Headache attributed to external application of a cold stimulus
    - 4.5.2 歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus
    - 4.5.3 極可能冷刺激頭痛 Probable cold-stimulus headache
      - 4.5.3.1 極可能歸因於外在冷刺激之頭痛 Headache probably attributed to external application of a cold stimulus
      - 4.5.3.2 極可能歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛 Headache probably attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus
  - 4.6 外在壓力性頭痛 External-pressure headache
    - 4.6.1 外在壓迫性頭痛 External-compression headache
    - 4.6.2 外在牽引性頭痛 External-traction headache
    - 4.6.3 極可能外在壓力性頭痛 Probable external-pressure headache
      - 4.6.3.1 極可能外在壓迫性頭痛 Probable external-compression headache
      - 4.6.3.2 極可能外在牽引性頭痛 Probable external-traction headache
  - 4.7 原發性刺戳性頭痛 Primary stabbing headache
    - 4.7.1 極可能原發性刺戳性頭痛 Probable primary stabbing headache
  - 4.8 錢幣狀頭痛 Nummular headache

- 4.8.1 極可能錢幣狀頭痛 Probable nummular headache
  - 4.9 睡眠頭痛 Hypnic headache
    - 4.9.1 極可能睡眠頭痛 Probable hypnic headache
  - 4.10 新發生每日持續性頭痛 New daily persistent headache (NDPH)
    - 4.10.1 極可能新發生每日持續性頭痛 Probable new daily persistent headache
- 

### 一般說明：

*原發性或次發性頭痛或兩者皆是?*

當一個頭痛首次發生，且具備這裡任一頭痛疾病分類的特徵，時序上又與另一已知會導致頭痛的疾患密切相關，或是符合該致病疾患的其他診斷基準，則此新頭痛將登錄為歸因於該致病疾患所引發的次發性頭痛。當既存之頭痛具備這裡任一頭痛疾病分類特徵，而頭痛演變為慢性或明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，時序上又與此種致病疾患有密切相關，在有良好證據顯示該疾患能造成頭痛的情況下，原來的頭痛診斷以及歸因於該疾患引發之次發性頭痛的診斷將同時給予。

### 前言：

本章包括了在臨床上不同性質的原發性頭痛。它們的致病機轉仍被了解的很少，治療方法也是依據臨床經驗報告或無控制組的臨床試驗。有些頭痛具備與這些疾病分類類似的特徵，卻是其他疾患所導致的症狀(也就是次發性頭痛)；因此當這些頭痛第一次出現時，需要用影像及/或其他合適的檢驗來詳細的檢查。

舉例來說，當中有些頭痛的發病，4.2 *原發性運動頭痛*，4.3 *原發性性行為相關之頭痛*，以及 4.4 *原發性雷擊頭痛*，可以是急性的，而且有時病人是在急診室被評估。適當和充分的檢查(尤其是神經影像)對這些病人尤其重要。

本章亦包括了一些臨床診斷，如 4.7 *原發性刺戳性頭痛*及 4.9 *睡眠頭痛*，它們大多數為原發性。此外，越來越多的證據顯示，4.8 *錢幣狀頭痛*是一種原發性頭痛，因此已經從 ICHD-II 的附錄調到 ICHD-3 beta 的本章裡。最初在 ICHD-II 第 13 章的兩個頭痛疾病也已經移到本章：4.5 *冷刺激頭痛*和 4.6 *外在壓力性頭痛*。後者包括 4.6.1 *外在壓迫性頭痛*，以及新加入的內容 4.6.2 *外在牽引性頭痛*。因為它們是身體(非創傷)的刺激所引起的，因此似乎更像是原發性頭痛。相對的，3.4 *持續性半邊頭痛*，原本在 ICHD-II 的本章中，現在移到第 3 章，因為有證據顯示，它應該是屬於 3.3 *叉叉自律神經頭痛*。

這章的頭痛疾患可以被分成四類：(1)與身體用力相關之頭痛，包括 4.1 原發性咳嗽頭痛，4.2 原發性運動頭痛，4.3 原發性性行為相關之頭痛，以及 4.4 原發性雷擊頭痛；(2)歸因於對身體直接刺激所導致的頭痛，包括 4.5 冷刺激頭痛和 4.6 外在壓力性頭痛；(3)顱外頭痛(意指頭的疼痛在頭皮)，包括 4.7 原發性刺戳性頭痛和 4.8 錢幣狀頭痛(以及 A4.11 顱表遊走痛)；和(4)其他未明原發性頭痛，包括 4.9 睡眠頭痛和 4.10 新發生每日持續性頭痛。因此，ICHD-3 beta 的登錄順序，依據這幾種分類而重新排序。

#### 4.1 原發性咳嗽頭痛 Primary cough headache

舊稱：

良性咳嗽頭痛 (Benign cough headache)；Valsalva 氏操作頭痛 (Valsalva-manoeuvre headache)。

簡介：

在沒有任何顱內疾患、且沒有過長時間的運動下，頭痛因咳嗽或其他 Valsalva 氏操作(用力)而引起。

診斷基準：

- A. 至少 2 次頭痛符合基準 B-D
- B. 因咳嗽、閉氣用力及/或 Valsalva 氏操作引發的頭痛，且只發生在上述情況
- C. 突然發生
- D. 持續 1 秒到 2 小時
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

4.1 原發性咳嗽頭痛是一種罕見的狀況，佔諮詢神經科門診頭痛病人的 1%或更少。然而，有一個報告指出，因咳嗽而就診於胸腔內科診所的病人，1/5 有咳嗽頭痛。

4.1 原發性咳嗽頭痛於咳嗽後一下子發生，幾乎是立即達到疼痛最高峰，再於幾秒鐘到幾分鐘內逐漸消退(儘管有一些病人經歷輕度至中度的頭痛長達 2 小時)。它通常是痛在頭的雙側和後方，且主要發生在超過 40 歲的病人。咳嗽的頻率和頭痛的嚴重程度間有顯著相關。多達 2/3 的 4.1 原發性咳嗽頭痛病人被報導有伴隨的症狀，如眩暈、噁心和睡眠異常。

即使 indomethacin (50-200mg/天)通常可以有效治療 4.1 原發性咳嗽頭痛，少數症狀性的案例也被報導對該治療有反應。約 40 %的咳嗽頭痛病例是症狀性的，當中大部分為 Arnold-Chiari 氏畸形第一型。其他報告的病因包括腦脊髓液低壓、頸動脈或椎底動脈疾病、中顱窩或後顱窩腫瘤、

中腦囊腫、扁後腦、顱底壓痕、扁平顱底、硬膜下血腫、腦血管瘤和可逆性腦血管收縮症候群。神經影像診斷對於尋找可能的顱內病變或異常扮演重要角色。由於在兒童中，大腦天幕下腫瘤佔了顱內占位性病變的 50%以上，兒童病人若有咳嗽頭痛，應考慮為症狀性頭痛直到證明並非如此。

#### 4.1.1 極可能原發性咳嗽頭痛 Probable primary cough headache

診斷基準：

- A. 符合下列 1 項：
  - 1. 單次頭痛符合基準 B-D
  - 2. 至少 2 次頭痛符合基準 B 以及基準 C 或 D
- B. 因咳嗽、閉氣用力及/或 Valsalva 氏操作引發的頭痛，且只發生在上述情況
- C. 突然發生
- D. 持續 1 秒到 2 小時
- E. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- F. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 4.2 原發性運動頭痛 Primary exercise headache

舊稱：

原發性運動頭痛(Primary exertional headache)；良性運動頭痛(Benign exertional headache)。

登錄他處：

運動引發之偏頭痛應以其亞型登錄在 1. 偏頭痛內。

簡介：

在沒有顱內疾患的狀況下，任何形式運動所引發之頭痛。

診斷基準：

- A. 至少 2 次頭痛符合基準 B 及 C
- B. 因激烈運動引發，且只發生在運動時或運動後
- C. 持續 <48 小時
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

4.2 原發性運動頭痛在熱天或高海拔處尤其容易發生。亞型如“舉重”頭痛被發現但未被獨立分類。不像 4.1 原發性咳嗽頭痛可以被短暫且一連串的用力誘發(意指像 Valsalva 氏操作)，4.2 原發性運動頭痛通常是身體持續劇烈運動所促發。

在 Vågå 研究中，多數的運動頭痛病人有搏動的特徵(在青

少年的病人則較少，當中幾乎有一半的人頭痛持續時間少於 5 分鐘)。

曾有報告指出一些病人靠服用 ergotamine tartrate 預防。Indomethacin 被發現對大部份的病人有效。

4.2 原發性運動頭痛的病生理機轉仍未明。多數研究者認為疾病的起源是血管，並假設誘發疼痛的機制，是續發於身體運動所導致的靜脈或動脈擴張。最近則發現罹患原發性運動頭痛的病人，有顯著較高的機率有內頸靜脈閉鎖不全(70% 相對於與控制組的 20%)，暗示頸靜脈逆行血流導致的顱內靜脈充血，可能在此疾患的病生理扮演一定的角色。症狀性的病例也可能發生。對於首次發生且具備這些特徵的頭痛，排除蜘蛛網膜下腔出血、腦動脈剝離、和可逆性腦血管收縮症候群非常重要。

#### 4.2.1 極可能原發性運動頭痛 Probable primary exercise headache

診斷基準：

- A. 符合下列 1 項：
  - 1. 單次頭痛符合基準 B 及 C
  - 2. 至少 2 次頭痛符合基準 B 但不符合 C
- B. 因激烈運動引發，且只發生在運動時或運動後
- C. 持續 < 48 小時
- D. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 4.3 原發性性行為相關之頭痛 Primary headache associated with sexual activity

舊稱：

良性性行為頭痛(Benign sex headache)；良性血管性性行為頭痛(Benign vascular sexual headache)；性交頭痛(Coital cephalalgia)；交合頭痛(Intercourse headache)；高潮頭痛(Orgasmic cephalalgia)；高潮頭痛 (Orgasmic headache)；性行為頭痛 (Sexual headache)。

登錄他處：

性交之後產生的姿勢性頭痛應登錄為 7.2.3 歸因於自發性顱內低壓之頭痛，因為極有可能是腦脊髓液滲漏導致的結果。

簡介：

在沒有任何顱內疾患的狀況下，因性行為引起的頭痛，通常在性興奮增加時開始頭部兩側鈍痛，並在高潮時突然變

為劇烈疼痛。

診斷基準：

- A. 至少 2 次在頭部以及/或頸部的疼痛，且符合基準 B-D
- B. 因性行為引發，且只發生在性行為時
- C. 符合下列 1 項或 2 項：
  - 1. 隨著性興奮而頭痛程度增強
  - 2. 在性高潮前或當中突發嚴重(“爆炸般”)頭痛
- D. 嚴重頭痛持續 1 分鐘到 24 小時，及/或輕微頭痛可長達 72 小時
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

ICHD-I 和 ICHD-II 包含了兩種亞型(高潮前頭痛和高潮頭痛)，但臨床研究至今仍無法分辨它們；因此，4.3 性行為相關之頭痛目前被視為單一診斷但有不同表現。

最近的研究顯示，所有病例中，高達 40% 的病人有超過一年的慢性化病程。

有些病人在生活中只發生過唯一一次 4.3 原發性性行為相關之頭痛；他們應該被診斷為 4.3.1 極可能原發性性行為相關之頭痛。關於此頭痛類型的進一步研究，建議只納入至少有過兩次頭痛的病人。

流行病學研究已進一步顯示，4.3 原發性性行為相關之頭痛可發生在任何性活躍的年齡，相對於女性較好發於男性(比率範圍從 1.2:1 到 3:1)，且頭痛的發生不受性行為類型的影響，大部分的病人不伴隨有自律神經或植物性症狀(vegetative symptoms)，有 2/3 是雙側頭痛、1/3 是單側頭痛、80% 是廣泛性頭痛或疼痛位在枕骨區域。4.3 原發性性行為相關之頭痛的發作頻率應始終與性行為的頻率相關。

4.3 原發性性行為相關之頭痛不伴有意識障礙、嘔吐、視覺、感覺或運動症狀(然而症狀性性行為頭痛可發生)。在第一次發生性行為頭痛時，必須一定要排除蛛網膜下腔出血、腦動脈剝離和可逆性腦血管收縮症候群。在性行為當中若發生多次爆炸性頭痛，應當視為 6.7.3 歸因於可逆性腦血管收縮症候群頭痛(RCVS)(請參閱)，直到血管攝影檢查(包括傳統、MR 或 CT 血管攝影)，或穿顱都普勒超音波檢查證實不是為止。值得注意的是，可逆性腦血管收縮症候群的血管收縮可能不會在早期階段觀察到，因此，後續的追蹤可能是需要的。

#### 4.3.1 極可能原發性性行為相關之頭痛 Probable primary headache associated with sexual activity

診斷基準：

- A. 符合下列 1 項：
1. 單次頭痛符合基準 B-D
  2. 至少 2 次頭痛符合基準 B 以及基準 C 或 D
- B. 因性行為引發，且只發生在性行為時
- C. 符合下列 1 項或 2 項：
1. 隨著性興奮而頭痛程度增強
  2. 在性高潮前或當中突發嚴重(“爆炸般”)頭痛
- D. 嚴重頭痛持續 1 分鐘到 24 小時，及/或輕微頭痛可長達 72 小時
- E. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- F. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 4.4 原發性雷擊頭痛 Primary thunderclap headache

舊稱：

良性雷擊頭痛(Benign thunderclap headache)

登錄他處：

4.1 原發性咳嗽頭痛、4.2 原發性運動頭痛 及 4.3 原發性性行為相關之頭痛，皆可呈現如雷擊頭痛，當上述頭痛可歸因於某一特定誘發情境時，應登錄為原來之頭痛類型。

簡介：

突發的劇烈強度頭痛，如同腦血管動脈瘤破裂之頭痛，但無任何顱內病變。

診斷基準：

- A. 嚴重頭痛符合基準 B 及 C
- B. 突發，<1 分鐘便可達到最嚴重強度
- C. 持續  $\geq 5$  分鐘
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

證明雷擊頭痛為原發性疾患的證據是不足的：必須緊急且詳盡的尋找發病原因。雷擊頭痛常與嚴重的顱內血管性疾患有關，尤其是蜘蛛網膜下腔出血：必須要排除此疾患及其他原因，如腦出血、大腦靜脈栓塞、未破裂之血管畸形(多數為動脈瘤)、動脈剝離(顱內及顱外)、可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)，以及腦下垂體中風。其他會引起雷擊頭痛的器質性原因有腦膜炎、第三腦室膠體囊腫、腦脊髓液低壓，以及急性鼻竇炎(尤其是氣壓性創傷的)。只有在排除所有器質性成因，最後才可診斷為 4.4 原發性雷擊頭痛。這意味著正常的腦影像，包括腦血管，及/或正常的腦脊髓

液。值得注意的是，可逆性腦血管收縮症候群的血管收縮可能不會在早期階段觀察到。基於這個原因，不應該診斷極可能原發性雷擊頭痛，即使只是暫時的診斷。

#### 4.5 冷刺激頭痛 Cold-stimulus headache

簡介：

因加諸於頭部、食用或吸入冷刺激所引發之頭痛。

##### 4.5.1 歸因於外在冷刺激之頭痛 Headache attributed to external application of a cold stimulus

簡介：無保護的頭部暴露在非常低溫的環境中，導致的廣泛性頭痛。

診斷基準：

- A. 至少 2 次急性頭痛符合基準 B 及 C
- B. 因頭部接觸到外在冷刺激引發，且只發生在冷刺激時
- C. 冷刺激移除後，30 分鐘內緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

這個頭痛是頭外部冷卻導致的結果，比如說暴露於非常寒冷的天氣、潛入冷水中或在接受冷凍治療的過程發生。有些病人產生激烈、持續時間短、針刺般的頭痛於前額中間，然而疼痛也可以是單側，位在顱部、額部或眼眶後。

##### 4.5.2 歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus

舊稱：

冰淇淋頭痛(Ice-cream headache)；凍腦頭痛(Brain-freeze headache)。

簡介：

易感體質者，因冰冷的物質(固體、液體或氣體)通過上腭(palate)及/或後咽喉壁，所引發短暫、且可能劇烈的前額、顱部疼痛。

診斷基準：

- A. 至少 2 次急性前額或顱部頭痛符合基準 B 及 C
- B. 因食用冷食物或飲料或吸入冷空氣，造成上腭及/或後咽喉壁的冷刺激，立即引發頭痛，且只發生在冷刺激時
- C. 冷刺激移除後，10 分鐘內緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

4.5.2 歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛常見於一般人中，尤其是在 1. 偏頭痛的病人。快速地吃碎冰沙特別容易引發這種頭痛，而吃冰淇淋，即使慢慢吃，也可能引發。頭痛位在額部或顳部，最常見的是位在雙側(但在 1. 偏頭痛且是單側頭痛的病人，則可能發生在該頭痛側)。

#### 4.5.3 極可能冷刺激頭痛 Probable cold-stimulus headache

診斷基準：

- A. 單次頭痛發作符合基準 B 及 C
- B. 因頭部接觸、食用或吸入冷刺激後立即引發的頭痛，且只發生在冷刺激時
- C. 冷刺激移除後，10 分鐘內緩解
- D. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

可登錄的亞型有 4.5.3.1 極可能歸因於外在冷刺激之頭痛，和 4.5.3.2 極可能歸因於食用或吸入冷刺激物之頭痛。

## **4.6 外在壓力性頭痛 External-pressure headache**

簡介：因持續施於顳周軟組織的壓迫或牽引，所導致的頭痛。

說明：

4.6 外在壓力性頭痛是一種原發性頭痛，因為對於顳周軟組織的壓迫或牽引，太微弱以至於沒有造成頭皮的傷害；換言之，它們是生理性的刺激。

### 4.6.1 外在壓迫性頭痛 External-compression headache

簡介：

因持續施於顳周軟組織壓迫所導致的頭痛，例如頭綁緊帶子、戴帽子或安全帽、游泳或潛水時戴的護目鏡等，但沒有頭皮損傷。

診斷基準：

- A. 至少 2 次頭痛符合基準 B-D
- B. 前額或頭皮被外在壓力持續壓迫所引發，且發生在壓迫後 1 小時內
- C. 外在壓迫處最痛
- D. 外在壓迫解除後，1 小時內緩解

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 4.6.2 外在牽引性頭痛 External-traction headache

舊稱：

馬尾頭痛(Ponytail headache)

簡介：

因持續施於顳周軟組織牽引所導致的頭痛，但沒有頭皮損傷。

診斷基準：

- A. 至少 2 次頭痛符合基準 B-D
- B. 頭皮外有持續牽引所引發，且只發生在有牽引時
- C. 牽引拉扯處最痛
- D. 牽引解除後，1 小時內緩解
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛的持續時間隨外部牽引的嚴重程度和持續時間而變。雖然頭痛在牽引的位置是最嚴重的，但它通常會延伸到頭部的其它區域。

### 4.6.3 極可能外在壓力性頭痛 Probable external-pressure headache

診斷基準：

- A. 符合下列 1 項
  - 1. 單次頭痛符合基準 B-D
  - 2. 至少 2 次頭痛符合基準 B 以及基準 C 或 D
- B. 前額及/或頭皮被外在壓力持續壓迫或牽引時所引發，且只發生在此時
- C. 外在壓迫或牽引處最痛
- D. 外在壓迫或牽引解除後，1 小時內緩解
- E. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- F. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

可登錄的亞型有 4.6.3.1 極可能外在壓迫性頭痛和 4.6.3.2 極可能外在牽引性頭痛。

## **4.7 原發性刺戳性頭痛 Primary stabbing headache**

舊稱：

冰錐痛(Ice-pick pains)；刺戳痛(Jabs and jolts)；眼內針感症

候群(Needle in the eye syndrome)；週期性眼痛(Ophthalmodynia periodica)；短暫尖銳頭痛(Sharp short-lived head pain)。

簡介：

頭部短暫與局部的刺戳痛，為自發性，且無潛在結構或顱神經的器質性病變。

診斷基準：

- A. 自發性頭痛像單一或一連串的刺戳，且符合基準 B-D
- B. 每次刺戳痛持續數秒鐘
- C. 以不規則頻率復發，1 天內 1 次至很多次
- D. 無顱部自律神經症狀
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

研究顯示，80%的刺戳感會持續 3 秒鐘或更短的時間；在很少見的狀況下，刺戳感會持續 10-120 秒。通常發作頻率低，約每天 1 到數次。在極少數的病例中，刺戳感可反覆發生長達數天，曾經有一案例的重積發作長達一週。

4.7 原發性刺戳性頭痛有 70%的病例影響三叉神經外的區域。它可以在相同或相對的顱側從一個區域移動到另一個區域：只有 1/3 的病人在一個固定的位置發作。當刺戳感是嚴格局限在某一個區域時，必須排除這個區域以及其顱神經分佈區域有結構變化。

少數病人有伴隨症狀，但不包括顱部自律神經症狀。後者可幫助鑑別 4.7 原發性刺戳性頭痛和 3.3 短暫單側神經痛性頭痛發作。

4.7 原發性刺戳性頭痛在 1.偏頭痛的病人中較常發生，而刺戳感較容易發生於偏頭痛發生時的位置。

#### 4.7.1 極可能原發性刺戳性頭痛 Probable primary stabbing headache

診斷基準：

- A. 自發性頭痛像單一或一連串的刺戳，且只符合基準 B-D 其中 2 項
- B. 每次刺戳痛持續數秒鐘
- C. 以不規則頻率復發，1 天內 1 次至很多次
- D. 無顱部自律神經症狀
- E. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- F. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 4.8 錢幣狀頭痛 Nummular headache

舊稱：

錢幣形狀頭痛(Coin-shaped headache)

簡介：

頭痛持續時間長短不一，但多半為慢性，在無任何潛在結構病變下，侷限於頭皮一小範圍的疼痛。

診斷基準：

- A. 持續或間歇性的頭痛符合基準 B
- B. 在頭皮特定單一部位，具所有以下 4 項特徵
  - 1. 輪廓清楚
  - 2. 大小和形狀固定
  - 3. 圓形或橢圓形
  - 4. 直徑 1-6 公分
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

疼痛區域可以位於頭皮的任何部位，但通常是在顱頂部。在很少數的狀況下，4.8 錢幣狀頭痛會發生在兩個或多個位置，而每個有症狀的位置都保留了錢幣狀頭痛的所有特徵。疼痛程度一般是輕度至中度，偶爾可以是嚴重的。在背景疼痛上，可以出現自發或誘發性的疼痛加劇。疼痛的持續時間有高度可變性：在多達 75%的報告案例中，此病症已經慢性化(存在超過 3 個月)，但也有案例描述發作的時間為數秒、數分鐘、數小時或數天。

受到影響的區域一般會呈現感覺減退，感覺遲鈍，感覺異常，異常痛感及/或壓痛等不同組合。

其他病因所引發的，尤其是結構和皮膚的病變，必須經過病史、理學檢查和適當的檢查排除掉。

#### 4.8.1 極可能錢幣狀頭痛 Probable nummular headache

診斷基準：

- A. 持續或間歇性的頭痛符合基準 B
- B. 在頭皮特定單一部位，具以下 4 項特徵其中 3 項：
  - 1. 輪廓清楚
  - 2. 大小和形狀固定
  - 3. 圓形或橢圓形
  - 4. 直徑 1-6 公分
- C. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 4.9 睡眠頭痛 Hypnic headache

舊稱：



睡眠頭痛症候群(Hypnic headache syndrome)；“鬧鐘”頭痛(‘Alarm clock’ headache)。

簡介：

頻繁反覆的頭痛發作只在睡眠時發生，導致病人醒來且頭痛時間可長達 4 小時。沒有特定的合併症狀，也非歸因於其他病變。

診斷基準：

- A. 反覆發生的頭痛，符合基準 B-E
- B. 只有在睡眠中產生，並使病人醒來
- C. 每月發作 $\geq 10$ 次，且 $> 3$ 個月
- D. 醒來後頭痛持續 $\geq 15$ 分鐘且可長達 4 小時
- E. 無顱部自律神經的症狀或躁動不安
- F. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

4.9 睡眠頭痛通常於 50 歲以後發病，但也可能發生在年輕人。疼痛通常是輕至中度，但也有 1/5 的病人報告有嚴重的疼痛。約 2/3 的病例疼痛是位在雙側。頭痛發作通常持續 15 至 180 分鐘，但也有描述過更長的持續時間。大多數的病例是持續性，每天或幾乎每天頭痛，但也可能會發生陣發性亞型(每月不少於 15 天)。雖然 4.9 睡眠痛的特徵一般被認為是像緊縮型頭痛一樣，但近年來研究發現，發作的病人也可以有像偏頭痛的特徵，有一些病人在頭痛發作時會有噁心感。

4.9 睡眠痛病的發病和睡眠的階段(stage)可能不相關。最近的 MRI 研究顯示，病人的下丘腦灰質體積有減少現象。鋰鹽、咖啡因、褪黑激素和 indomethacin 已在幾個病例報告裡有治療成效。要有效的治療此頭痛，必須將其和 3.3 又自律神經痛病的亞型之一，尤其是 3.1 叢發性頭痛區分開來。

其他可能在睡眠中發生、或造成從睡眠中醒來的頭痛，需要排除，特別注意像睡眠呼吸中止症、夜間高血壓、低血糖及藥物過度使用；顱內病灶也必須排除。然而，睡眠呼吸中止症候群的病人並非就不能有 4.9 睡眠痛病的診斷。

#### 4.9.1 極可能睡眠頭痛 Probable hypnic headache

診斷基準：

- A. 反覆發生的頭痛，符合基準 B 及基準 C-E 其中 2 項
- B. 只有在睡眠中產生，並使病人醒來
- C. 每月發作 $\geq 10$ 次，且 $> 3$ 個月
- D. 醒來後頭痛持續 $\geq 15$ 分鐘且可長達 4 小時

E. 無顱部自律神經的症狀或躁動不安

F. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患

G. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 4.10 新發生每日持續性頭痛 New daily persistent headache (NDPH)

舊稱：

新發慢性頭痛 (De novo chronic headache)；急性發作之慢性頭痛 (Chronic headache with acute onset)。

簡介：

持續性的頭痛，通常清楚記得第一次發作時間，從發作開始，即為每日頭痛。頭痛沒有特定特徵，可以類似偏頭痛，或是類似緊縮型頭痛，或是兩者要素皆有。

診斷基準：

- A. 持續頭痛，符合基準 B 及 C
- B. 明確清楚記得頭痛開始的時間，開始後 24 小時內頭痛變成持續無緩解
- C. 頭痛持續 $> 3$ 個月
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

4.10 新發生每日持續性頭痛是非常特別的頭痛，因為從發病開始，頭痛就是每天發作，而且很快地變成不間斷的頭痛，典型是發生在過去沒有頭痛病史的病人。這個疾病的病人總是能回憶且準確描述出其發病情況；如果他們不能做到這一點，那就應該另下診斷。然而，先前就有頭痛(1. 偏頭痛或 2. 緊縮型頭痛)的病人，並不會和此診斷相互排斥，但病人不應該描述發病前有頭痛頻率增加的狀況。同樣的，之前就有頭痛的病人，不應該描述有用藥過度之後頭痛加劇的情形。

4.10 新發生每日持續性頭痛可能有一些特徵暗示其為 1. 偏頭痛或 2. 緊縮型頭痛。即便病人同時也符合 1.3 慢性偏頭痛及/或 2.3 慢性緊縮型頭痛的診斷標準，但只要符合 4.10 新發生每日持續性頭痛的準則時，則優先的診斷即為該病症。反之，當病人同時符合 4.10 新發生每日持續性頭痛和 3.4 持續性半邊頭痛，則後者是優先的診斷。

急性止痛藥物的使用可能超過 8.2 藥物過度使用頭痛(請參閱)中所定義的病因限制。在這種狀況下，除非每日頭痛的發病時間清楚的早於過度用藥時間，才能下 4.10 新發生每日持續性頭痛的診斷。若是如此，則 4.10 新發生每日持續性頭痛和 8.2 藥物過度使用頭痛，兩個診斷都應給予。

所有的病例，都應經由適當的檢查排除其他次發性頭痛，如 7.1 歸因於腦脊髓液壓力增加之頭痛，7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛，和 5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛，4.10 新發生每日持續性頭痛有兩個亞型：自限型亞型，典型是不經治療在幾個月內就自行緩解；以及頑固型亞型，經積極的治療方式也無效。這兩者沒有單獨編碼。

#### 4.10.1 極可能新發生每日持續性頭痛 Probable new daily persistent headache

診斷基準：

- A. 持續頭痛，符合基準 B 及 C
- B. 明確清楚記得頭痛開始的時間，開始後 24 小時內頭痛變成持續無緩解
- C. 頭痛持續 < 3 個月
- D. 不符合 ICHD-3 診斷基準中其他任何頭痛疾患
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

## 二、次發性頭痛

### (Part Two: The Secondary Headaches)

---

5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛  
(Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck)
6. 歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛  
(Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder)
7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛  
(Headache attributed to non-vascular intracranial disorder)
8. 歸因於物質或戒斷之頭痛  
(Headache attributed to a substance or its withdrawal)
9. 歸因於感染之頭痛  
(Headache attributed to infection)
10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛  
(Headache attributed to disorder of homeostasis)
11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其它顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛  
(Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure)
12. 歸因於精神疾患之頭痛  
(Headache attributed to psychiatric disorder)

## 次發性頭痛介紹

黃子洲 王署君 譯

當病人發生首次頭痛，或有新的頭痛型態，且同時有腦瘤形成，就可直接斷定是腫瘤引發之次發性頭痛。這種病人只要給一種頭痛診斷，即 7.4 歸因於顱內腫瘤之頭痛，即使這個頭痛症狀表現像偏頭痛、緊縮型頭痛或叢發性頭痛。換句話說，新發生頭痛 (de novo headache) 合併其他認定會引發頭痛的疾患，都診斷為次發性。

另一種不同的狀況是，病人原來已有一種原發性頭痛，當頭痛惡化和另一個疾患的發生時序上密切關聯，這樣會有三種可能來解釋其惡化：這只是恰好發生；這是原發性頭痛因另一疾患而導致頭痛惡化；這是因為另一疾患而造成的新頭痛。在 ICHD-II 的規則是經由判斷，可容許一個或同時兩個診斷存在。在 ICHD-3 beta 為了將判斷範圍縮小，因此作了修正。

當新頭痛首次發作時，時序上和另一已知會造成頭痛的疾患密切相關或符合另一致病疾患的診斷基準，則此新頭痛登錄為歸因於該疾患引起之次發性頭痛，即使這個頭痛的特徵符合原發性頭痛(偏頭痛、緊縮型頭痛、叢發性頭痛或其他三叉自律神經頭痛之一)，仍然登錄為次發性頭痛。

當既存之原發性頭痛演變為慢性時，時序上和另一致病疾患密切相關，則原發性和次發性頭痛的診斷必需同時給予。當既存之原發性頭痛明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，時序上和此類致病疾患密切相關，在有良好證據顯示該疾患會造成頭痛的情況下，原發性和次發性頭痛的診斷必需同時給予。

ICHD-II 曾將次發性頭痛的診斷準則標準化，但這並非沒有問題，改版是必要的，修改後的版本使用於 ICHD-3beta：

次發性頭痛的通用診斷基準

F. 任何頭痛符合基準 C

G. 另一個有科學證據會引起頭痛的疾患被診斷(註 1)

H. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：(註 2)

1. 在時序上頭痛發生與假設的致病疾患發病相關
2. 符合下列 1 項或 2 項：

a) 頭痛顯著惡化與被認定的致病疾患惡化同步

b) 頭痛顯著改善與被認定的致病疾患改善同步

3. 頭痛典型特徵與致病疾患相符(註 3)

4. 有因果關係的其他證據(註 4)

I. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

4. 因為頭痛的高度盛行，另一疾患可能只是恰巧同時發生而沒有因果關係，次發性頭痛的診斷只能在已發表的學術研究中明確證據顯示基準 B 的疾患可以引起頭痛之下完成。學術證據可以來自大規模的臨床研究，觀察到此疾患經過治療和頭痛的結果有時序上的密切相關；或是較小規模的研究使用先進的篩檢方法、血液檢查或臨床測試，即使這些方法尚未被使用基準診斷的醫師所用。換句話說，研究方法即使尚未能應用於日常的診斷，但仍可用於建立基準 B 的因果關係。綜觀 ICHD-3 beta，診斷基準僅限於在典型的臨床情境下提供合理的資訊給醫師診斷。

5. 通用診斷基準需要 4 項描述中的 2 項不同的特徵為據，不見得這 4 項描述能適用所有的疾患；適用時也不是所有 4 項都需要才能形成特定診斷基準。有一些次發性頭痛會導致頭痛的因果證據只是因為發作時間和頭痛的時序上關聯，例如 7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛的亞型，這些頭痛通常是姿勢性的，但不是絕對的，因此此特徵不可依賴為診斷基準，對此種情況，基準 D 相形重要。

6. 一個例子是非常突發(雷擊般)頭痛之於 6.2.2 歸因於非外傷性蜘蛛網膜下腔出血(SAH)之頭痛。(若有的話)其特徵必須符合該次發性頭痛應有的特徵。

7. 這是為了讓次發性頭痛更具專一性(若適合的話)。這類型的一個例子是頭痛位置和假設的致病疾患部位相符。另一種類型是頭痛特徵(例如嚴重度)和假設致病疾患變化程度與生物標記同步。(例如神經影像或其他實驗室檢驗的變化[像紅血球沉降率(ESR)之於 6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛])。

## 5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛 (Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck)

許永居 林高章 譯

---

### 5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

#### 5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

#### 5.1.2 歸因於輕度頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

### 5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

#### 5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

#### 5.2.2 歸因於輕度頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

### 5.3 歸因於頭頸部鞭甩傷之急性頭痛 Acute headache attributed to whiplash injury

### 5.4 歸因於頭頸部鞭甩傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to whiplash injury

### 5.5 歸因於顱骨切開術之急性頭痛 Acute headache attributed to craniotomy

### 5.6 歸因於顱骨切開術之持續性頭痛 Persistent headache attributed to craniotomy

---

#### 一般說明：

*原發性或次發性頭痛或兩者皆是？*

當頭痛首次發生，時序上與頭及/或頸部外傷緊密相關時，則此新頭痛將登錄為歸因於外傷或傷害之次發性頭痛，即使此新發生的頭痛特徵符合 ICHD-3 beta 第一部分的任何一種原發性頭痛疾患。當既存之具有原發性頭痛特徵的頭痛變為慢性或是明顯的惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，而時序上也與此外傷密切相關，將同時給予原來的頭痛診斷和 5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛(或其亞型之一)。

#### 前言：

5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛各亞型是最常見

的次發性頭痛之一。在外傷發生 3 個月內，認定是急性 (acute)；如果超過 3 個月以上，定義為持續性(persistent)頭痛。3 個月的這個分界點，沿用 ICHD-II 的診斷基準，但是慢性改為持續性。

5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛各亞型的頭痛並沒有專一性的特色，且大多跟偏頭痛或緊縮型頭痛很類似，所以診斷的依據要靠外傷與頭痛發生的時序相關來判斷。ICHD-3 beta 與 ICHD-II 一致，頭痛的發生必須在外傷後、恢復意識後、及/或有能力表達痛覺的 7 天內發生。雖然這個 7 天的間隔顯得有些主觀，或甚至有專家認為有些少數的外傷性頭痛可以在受傷七天後更久才發生，但目前的證據不足以更改這個必要條件。

在外傷後，頭痛可單獨發生，也可能有其它症狀一起發生，如頭暈、疲累、注意力不集中、反應跟記憶力變差、失眠、焦慮、人格改變、易怒等，如果有諸多以上症狀跟頭痛一起發生，我們稱為腦震盪症候群(post-concussion syndrome)。

5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之痛痛的致病機轉通常不明。很多的可能因子被提出，如軸突損傷、腦部代謝改變、血流動力改變、基因體質、精神病理學、以及病人自覺外傷後是否會痛痛的預期因素等，但不限於此。最近的研究指出，用更進一步的神經影像學攝影，可以偵測到使用一般診斷工具無法偵測到的微小受傷造成的結構病變。外傷後的睡眠異常、情緒障礙及精神壓力，也可以影響痛痛的發生。止痛藥物的過度使用有可能造成痛痛的持續化，以致於造成如 8.2 藥物過度使用頭痛。當病人的頭痛持續超過外傷初期，臨床醫師應該要注意這種可能性。

5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之痛痛的危險因子，包括之前有頭痛病史、較不嚴重的外傷、女性、以及有精神病史者。至於多次外傷是否容易造成外傷性頭痛，尚需進一步研究。病人對於外傷後痛痛的預期程度，以及是否有法律訴訟問題，是否促使此類痛痛的發生或持續化，目前仍有爭議，不過大部分的證據指出，只有一小部分的病人是詐病。訴訟中的病人與無訴訟官司的病人，他們在頭痛特色、認知功能測試、治療的效果都沒有差別。更重要的是，通常在訴訟定讞後，頭痛仍然存在。但也有反例，比方說在立陶宛境內，人民對於外傷後是否產生痛痛的預期度低，且對於外傷沒有保險理賠，研究發現 5.2 歸因於頭部外傷之持續性痛痛的比率就偏低。

5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之痛痛不只發生在成人，在小孩也會發生只是發生的比例較低，因為臨床表現成人和小孩相似，所以診斷準則一樣。

## 5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

登錄他處：

因為加速或減速的頭部動作伴隨頸部前彎或後仰所造成的外傷，歸類為鞭甩傷。此類外傷導致的急性頭痛應登錄為 5.3 歸因於頭頸部鞭甩傷之急性頭痛。其它非頭部外傷原因進行顱骨切開術後之急性頭痛，應登錄為 5.5 歸因於顱骨切開術之急性頭痛。

簡介： 在頭部外傷後 3 個月內的頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C 及 D
- B. 已發生頭部外傷(註 1)
- C. 頭痛在下列任何 1 項的 7 天內發生：
  - 1. 頭部外傷
  - 2. 頭部外傷後恢復意識
  - 3. 頭部外傷後，停用影響病患感覺或是表達頭痛能力的藥物
- D. 符合下列任何 1 項：
  - 1. 頭部外傷後，3 個月內頭痛緩解
  - 2. 頭痛持續，但自頭部外傷後尚未滿 3 個月
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 頭部外傷定義為外力所致的結構性或功能性損傷。包括外力打頭或是頭部撞擊某物體，外來物體穿刺傷，爆破物的傷害，及其它未定義的外力等。

說明：

頭痛必須在外傷 7 天內發生的規定是有些主觀的(見前言)。與更長間隔來比，7 天內發生的這個定義來診斷 5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛，專一性高(意即，因果證據明確)，但相對的敏感度低。是否要改變這個 7 天的間隔，需要更進一步的研究。在這之前，我們將大於 7 天才發生的遲發性頭痛，歸到附錄中，A5.1.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之遲發性急性頭痛與 A5.1.2.1 歸因於輕度頭部外傷之遲發性急性頭痛(請參照)。

### 5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

診斷基準：

- A. 頭痛符合 5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛的診斷基準
- B. 頭部外傷，至少具下列其中 1 項：
  - 1. 意識喪失 > 30 分鐘
  - 2. Glasgow 昏迷指數 (GCS) < 13
  - 3. 外傷後記憶喪失 > 24 小時(註 1)
  - 4. 知覺程度改變 > 24 小時
  - 5. 影像檢查有頭部外傷的證據，例如顱內出血及/或腦挫傷

註：

- 1. 外傷後記憶喪失的期間，定義為頭部外傷到恢復記憶至記得最近 24 小時內所發生事件的時間。

### 5.1.2 歸因於輕度頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

診斷基準：

- A. 頭痛符合 5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛的診斷基準
- B. 頭部外傷符合以下 2 項：
  - 1. 不具以下任何 1 項：
    - a) 意識喪失 > 30 分鐘
    - b) Glasgow 昏迷指數 (GCS) < 13
    - c) 外傷後記憶喪失 > 24 小時
    - d) 知覺程度改變 > 24 小時
    - e) 影像檢查有頭部外傷的證據，例如顱內出血及/或腦挫傷
  - 2. 在頭部外傷後立即有以下 1 項或多項症狀及/或徵兆：
    - a) 暫時性混亂、失去定向感、或意識障礙
    - b) 外傷前、後立即地記憶喪失
    - c) 具下列 2 項或以上症狀，暗示為輕度頭部外傷：噁心、嘔吐、視覺障礙、頭昏及/或眩暈、記憶力及/或專注力變差

說明：

有專家提議，輕度及中重度頭部外傷之間，本質上可再細分成許多的嚴重度等級，如非常輕微或是極度嚴重頭部外傷。關於此點，證據仍顯不足尚需更多的研究支持。

## 5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

登錄他處：

因為加速或減速的頭部動作伴隨頸部前彎或後仰所造成的

外傷，歸類為鞭甩傷。此類外傷導致的持續性頭痛應登錄為 5.4 歸因於頭頸部鞭甩傷之持續性頭痛。其它非頭部外傷原因進行顱骨切開術後之持續性頭痛，應登錄為 5.6 歸因於顱骨切開術之持續性頭痛。

簡介：頭部外傷後，頭痛持續 3 個月以上。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C 及 D
- B. 已發生頭部外傷(註 1)
- C. 頭痛在下列任何 1 項的 7 天內發生：
  - 1. 頭部外傷
  - 2. 頭部外傷後恢復意識
  - 3. 頭部外傷後，停用影響病患感覺或是表達頭痛能力的藥物
- D. 頭部外傷後，頭痛持續 > 3 個月
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 頭部外傷定義為外力所致的結構性或功能性損傷。包括外力打頭或是頭部撞擊某物體，外來物體穿刺傷，爆破物的傷害，及其它未定義的外力等。

說明：

頭痛必須在外傷 7 天內發生的規定是有些主觀的(見前言)。與更長間隔來比，7 天內發生的這個定義來診斷 5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛，專一性高(意即，因果證據明確)，但相對的敏感度低。是否要改變這個 7 天的間隔，需要更進一步的研究。在這之前，我們將大於 7 天才發生的遲發性頭痛，歸到附錄中，A5.2.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之遲發性持續性頭痛與 A5.2.2.1 歸因於輕度頭部外傷之遲發性持續性頭痛(請參照)。

沿用 ICHD-II 關於慢性外傷後頭痛的診斷基準以及其他次發性頭痛診斷對時間間隔的要求，仍以 3 個月為持續性頭痛的分界點，是否縮短或增長，仍需進一步的研究。

### 5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

診斷基準：

- A. 頭痛符合 5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛的診斷基準
- B. 頭部外傷至少具下列其中 1 項：
  - 1. 意識喪失 > 30 分鐘

- 2. Glasgow 昏迷指數 (GCS) < 13
- 3. 外傷後記憶喪失 > 24 小時 (註 1)
- 4. 知覺程度改變 > 24 小時
- 5. 影像檢查有頭部外傷的證據，例如顱內出血及/或腦挫傷

註：

- 1. 外傷後記憶喪失的期間，定義為頭部外傷到恢復記憶至記得最近 24 小時內所發生事件的時間。

說明：

當外傷後頭痛變成持續性時，應考慮是否為 8.2 藥物過度使用頭痛的可能性。

### 5.2.2 歸因於輕度頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

診斷基準：

- A. 頭痛符合 5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛的診斷基準
- B. 頭部外傷符合以下 2 項：
  - 1. 不具以下任何 1 項：
    - a) 意識喪失 > 30 分鐘
    - b) Glasgow 昏迷指數 (GCS) < 13
    - c) 外傷後記憶喪失 > 24 小時
    - d) 知覺程度改變 > 24 小時
    - e) 影像檢查有頭部外傷的證據，例如顱內出血及/或腦挫傷
  - 2. 在外傷後立即有以下 1 項或多項症狀及/或徵兆：
    - a) 暫時性混亂、失去定向感、或意識障礙
    - b) 外傷前、後立即地記憶喪失
    - c) 具下列 2 項或以上症狀，暗示為輕度頭部外傷：噁心、嘔吐、視覺障礙、頭昏及/或眩暈、記憶力及/或專注力變差

說明：

當外傷後頭痛變成持續性時，應考慮是否為 8.2 藥物過度使用頭痛的可能性。

### **5.3 歸因於頭頸部鞭甩傷之急性頭痛** **Acute headache attributed to whiplash**

簡介：頭頸部鞭甩傷後 3 個月之內的頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C 及 D
- B. 頭頸部鞭甩傷(註 1)與頸痛及/或頭痛時間點吻合

- C. 頭痛在頭頸部鞭甩傷後 7 天內發生
- D. 具下列任何 1 項：
  1. 頭頸部鞭甩傷後，3 個月內頭痛緩解
  2. 頭痛持續，但自頭頸部鞭甩傷後尚未滿 3 個月
- E. 沒有其它更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 頭頸部鞭甩傷定義為突然且頭部被不當限制的加速或減速動作，伴隨頭部前彎或後仰。頭頸部鞭甩傷可在高速或在低速撞擊之下發生。

說明：

甩鞭傷最常發生於機動車輛交通事故。

5.3 歸因於頭頸部鞭甩傷之急性頭痛可以單獨發生，也可以合併其他頸部的症狀，如頸部外身體的、感覺神經的、行為的、認知的、及/或情緒的症狀。甩鞭傷的嚴重度可以用臨床表現來分級，例如 Quebec 甩鞭傷相關疾患的分類小組使用準則 (Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders)。

#### 5.4 歸因於頭頸部鞭甩傷之持續性頭痛

##### Persistent headache attributed to whiplash

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C 及 D
- B. 頭頸部鞭甩傷(註 1)與頭痛及/或頭痛時間點吻合
- C. 頭痛在頭頸部鞭甩傷後的 7 天內發生
- D. 頭頸部鞭甩傷後頭痛持續 > 3 個月
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 頭頸部鞭甩傷定義為突然且頭部被不當限制的加速或減速動作，伴隨頭部前彎或後仰。頭頸部鞭甩傷可以在高速或也可以在低速撞擊之下發生。

說明：

當甩鞭傷後頭痛變成持續性時，應考慮 8.2 藥物過度使用頭痛的可能性。

#### 5.5 歸因於顱骨切開術之急性頭痛 Acute

##### headache attributed to craniotomy

簡介：頭痛在顱骨切開術後 3 個月內發生。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C 及 D

- B. 已施行顱骨切開術(註 1)

- C. 頭痛在下列任何 1 項的 7 天內發生：

1. 施行顱骨切開術
2. 顱骨切開術後恢復意識
3. 顱骨切開術後，停用影響病患感覺或是表達頭痛能力的藥物

- D. 符合下列其中 1 項：

1. 顱骨切開術後，3 個月內頭痛緩解
2. 頭痛持續，但自顱骨切開術後尚未滿 3 個月

- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 當顱骨切開術是因為頭部外傷而執行，應登錄為 5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急性頭痛。

說明：

5.5 歸因於顱骨切開術之急性頭痛可發生在 2/3 經顱骨切開術的病人，大部分病人，頭痛會在急性期緩解。最容易造成此頭痛的手術部位是在顱底。通常 5.5 歸因於顱骨切開術之急性頭痛最痛是在手術部位，也可能是廣泛性而像是緊縮型頭痛或偏頭痛。

在診斷 5.5 歸因於顱骨切開術之急性頭痛前，建議先排除其它次發性頭痛。有很多次發性的原因，可造成開顱後頭痛，一般要先考慮手術中擺位造成頸因性頭痛、頭痛因腦脊髓液滲漏、感染、水腦症、甚至腦出血而發生。

#### 5.6 歸因於顱骨切開術之持續性頭痛 Persistent headache attributed to craniotomy

簡介：顱骨切開術後頭痛持續 > 3 個月。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C 及 D
- B. 已施行顱骨切開術(註 1)
- C. 頭痛在下列任何 1 項的 7 天內發生：

1. 施行顱骨切開術
2. 顱骨切開術後恢復意識
3. 顱骨切開術後，停用影響病患感覺或是表達頭痛能力的藥物

- D. 顱骨切開術後，頭痛持續 > 3 個月

- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 當顱骨切開術是因為頭部外傷而執行，應登錄為 5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之持續性頭痛。



說明：

大概有 1/4 的 5.5 歸因於顱骨切開術之急性頭痛會演變成 5.6 歸因於顱骨切開術之持續性頭痛。當開顱術後頭痛變成持續性時，應考慮 8.2 藥物過度使用頭痛的可能。

## 6. 歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛 (Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder)

陳炳錕 傅中玲 譯

- 
- 6.1 歸因於缺血性中風或暫時性腦缺血之頭痛 Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack
    - 6.1.1 歸因於缺血性中風(腦梗塞)之頭痛 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)
    - 6.1.2 歸因於暫時性腦缺血(TIA)之頭痛 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA)
  - 6.2 歸因於非外傷性顱內出血之頭痛 Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage
    - 6.2.1 歸因於非外傷性腦出血之頭痛 Headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage
    - 6.2.2 歸因於非外傷性蜘蛛網膜下腔出血(SAH)之頭痛 Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH)
    - 6.2.3 歸因於非外傷性硬腦膜下腔出血(ASDH)之頭痛 Headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH)
  - 6.3 歸因於未破裂之血管畸形之頭痛 Headache attributed to unruptured vascular malformation
    - 6.3.1 歸因於未破裂之囊形動脈瘤之頭痛 Headache attributed to unruptured saccular aneurysm
    - 6.3.2 歸因於動靜脈畸形(AVM)之頭痛 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM)
    - 6.3.3 歸因於硬膜動靜脈瘻管(DAVF)之頭痛 Headache attributed to dural arteriovenous fistula (DAVF)
    - 6.3.4 歸因於海綿狀血管瘤之頭痛 Headache attributed to cavernous angioma
    - 6.3.5 歸因於腦三叉神經或軟腦膜血管瘤病 (Sturge Weber 氏症候群)之頭痛 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)
  - 6.4 歸因於動脈炎之頭痛 Headache attributed to arteritis
    - 6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎(GCA)之頭痛 Headache attributed to giant cell arteritis(GCA)
    - 6.4.2 歸因於原發性中樞神經系統血管炎(PACNS)之頭痛 Headache attributed to primary angiitis of the central nervous system (PACNS)
    - 6.4.3 歸因於次發性中樞神經系統血管炎(SACNS)之頭痛 Headache attributed to secondary angiitis of the central nervous system (SACNS)
  - 6.5 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈疾患之頭痛 Headache attributed to cervical carotid or vertebral artery disorder
    - 6.5.1 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛 Headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery dissection
    - 6.5.2 動脈內膜切除術後頭痛 Post-endarterectomy headache
    - 6.5.3 歸因於頸動脈或脊椎動脈血管成型術後頭痛 Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty
  - 6.6 歸因於大腦靜脈栓塞(CVT)之頭痛 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT)
  - 6.7 歸因於其他急性顱內動脈疾患之頭痛 Headache attributed to other acute intracranial arterial disorder
    - 6.7.1 歸因於顱內血管內手術之頭痛 Headache attributed to an intracranial endovascular procedure
    - 6.7.2 血管造影頭痛 Angiography headache
    - 6.7.3 歸因於可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)之頭痛 Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)
      - 6.7.3.1 極可能歸因於可逆性腦血管收縮症候群 (RCVS)之頭痛 Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)
    - 6.7.4 歸因於顱內動脈剝離之頭痛 Headache attributed to intracranial arterial dissection
  - 6.8 歸因於遺傳性血管病變之頭痛 Headache attributed to genetic vasculopathy
    - 6.8.1 大腦體染色體顯性動脈病變併皮質下梗塞及白質腦病變(CADASIL) Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)
    - 6.8.2 粒線體腦病變, 乳酸中毒及類中風發作(MELAS) Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)
    - 6.8.3 歸因於其他遺傳性血管病變之頭痛 Headache attributed to another genetic vasculopathy

## 6.9 歸因於腦下垂體中風之頭痛 Headache attributed to pituitary apoplexy

### 一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當頭痛首次發生，時序上與頭、頸部血管疾患密切相關時，則此新頭痛將登錄為歸因於該疾患引發之次發性頭痛，即使此新發生的頭痛特徵符合 ICHD-3 beta 第一部分的任何一種原發性頭痛疾患。當既存之具有原發性頭痛特徵的頭痛變成慢性或是明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，而時序上也與頭、頸部血管疾患密切相關，在有良好證據顯示該疾患能造成頭痛的情況下，將同時給予原來的頭痛診斷和 6.歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛(或其亞型之一)。

### 前言：

頭痛與大多數下列血管性疾患的因果關聯性是很容易診斷的，因為頭痛的表現為急性且有神經學徵候，並常常迅速緩解。因此，頭痛和這些神經學徵候在時序上的密切關聯，就成為建立因果關係的關鍵。

在許多狀況如缺血性或出血性中風，頭痛常常因為局部徵候及/或意識障礙而被忽略。其他如蜘蛛網膜下腔出血，頭痛則通常是最明顯的症狀。在一些可同時引發頭痛及中風的狀況如動脈剝離，大腦靜脈栓塞，巨細胞動脈炎及中樞神經系統血管炎等，頭痛常是一個最起始的警訊。因此，確認出頭痛與這些疾患的關連，以便正確診斷潛在的血管疾患，同時及早開始適當的治療，進而避免可能的嚴重神經學後遺症是很重要的。

這些狀況可能發生在一些之前便有任何一型原發性頭痛的病人。一個指向有潛在血管性狀況的線索即是新的頭痛，通常是突發的，且病人從未經歷過的。舉凡有上述狀況發生，就該緊急檢視是否有血管性疾患。

此處所列歸因於任何血管性疾患的頭痛，診斷基準儘可能遵照以下架構：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 診斷為一已知能引起頭痛的頭、頸部血管疾患
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係
  1. 在時序上頭痛與頭、頸部血管疾患之發生密切相關
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與頭、頸部血管疾患惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與頭、頸部血管疾患改善同步
  3. 頭痛具有頭、頸部血管疾患的典型特徵

4. 有因果關係的其他證據

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

## 6.1 歸因於缺血性中風或暫時性腦缺血之頭痛 Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack

### 6.1.1 歸因於缺血性中風(腦梗塞)之頭痛 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)

簡介：

因缺血性中風引起之頭痛，通常會急性發病且伴隨其他局部神經學症狀。病程有自限性，且極少是缺血性中風之主要症狀。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為急性缺血性中風
- C. 至少具下列 1 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛與缺血性中風的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致缺血性中風診斷
  2. 頭痛明顯改善與缺血性中風的其他症狀或臨床徵兆或影像學徵兆的穩定或改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

6.1.1 歸因於缺血性中風(腦梗塞)之頭痛伴隨著局部神經學徵候及/或意識改變，大多數病例都易與原發性頭痛作出鑑別。嚴重程度通常是中度且沒什麼特定的特徵。它可以是雙側或與中風同側之單側頭痛。極少見的缺血性中風，特別是小腦梗塞，可以單獨突發性(甚至雷擊式)頭痛表現。缺血性中風個案中高達 1/3 伴隨頭痛，且較常見於基底動脈領域，而非頸動脈領域之中風。除了極少見於小洞梗塞，或是極常見於急性動脈壁疾患如動脈剝離或可逆性腦血管收縮症候群外，頭痛用以確定中風的病因並無太大的臨床價值。於後二種情況，頭痛可能直接肇因於血管壁病灶且可能於梗塞性中風之前發生。

### 6.1.2 歸因於暫時性腦缺血(TIA)之頭痛 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA)

簡介：

因暫時性腦缺血(TIA)引起之頭痛，且伴隨其他突然發病之暫時性局部神經學徵兆。持續時間小於 24 小時。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為暫時性腦缺血(TIA)
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛與暫時性腦缺血(TIA)的其他症狀及/或臨床徵兆同時發生
  - 2. 頭痛於 24 小時內緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

暫時性腦缺血是因局部腦實質或視網膜缺血造成暫時性的神經缺損，但是於臨床、影像或其他證據均無腦實質或視網膜梗塞的證據。暫時性腦缺血的症狀通常，但並非一定，持續小於一小時。雖然頭痛比較常見於基底動脈領域而非頸動脈領域的暫時性腦缺血，但很少是暫時性腦缺血的重要症狀。

6.1.2 歸因於暫時性腦缺血之頭痛與 1.2 預兆偏頭痛之間的鑑別診斷可能特別困難。發作的模式是很重要的：局部缺損在暫時性腦缺血典型的是突然發生，偏頭痛預兆則較為漸進性的。更進一步地分析，正向現象（如：閃爍暗點）在偏頭痛預兆中遠較暫時性腦缺血常見，而負向現象則在暫時性腦缺血較常見。

同時發生一個無可挑剔的典型暫時性腦缺血和嚴重頭痛時，應該立即尋找是否有會直接造成嚴重頭痛的血管疾患（動脈剝離等等）

## 6.2 歸因於非外傷性顱內出血之頭痛 Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage

登錄他處：

頭痛歸因於外傷性顱內出血及/或蜘蛛網膜下腔出血，或是外傷性顱內、硬腦膜下、硬腦膜外血腫，應登錄在 5.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之急慢性頭痛或 5.2.1 歸因於中或重度頭部外傷之持續性頭痛

簡介：

頭痛因非外傷性顱內出血所造成，一般而言，突然(甚至雷擊式)發病。依據出血種類不同，可以單獨發生或伴隨其他局部神經學缺損。

### 6.2.1 歸因於非外傷性腦出血之頭痛 Headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage

簡介：

頭痛因非外傷性腦出血所造成，通常為急性發病且伴隨其他局部神經學徵兆。雖然可以，但極少是非外傷性腦出血之主要症狀。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為非頭部外傷造成腦出血(註 1)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與腦出血的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致腦出血的診斷
  - 2. 頭痛明顯改善與腦出血的其他症狀或臨床徵兆或影像學徵兆穩定或改善同步
  - 3. 頭痛至少具下列 3 項特徵之一：
    - a) 突然或雷擊式發病
    - b) 發作當日頭痛程度最劇烈
    - c) 頭痛位置與出血部位一致
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 腦出血一詞包含小腦出血

說明：

6.2.1 歸因於非外傷性腦出血之頭痛在蜘蛛網膜下腔出血合併局部壓迫較合併顱內高壓很常見。頭痛在出血性中風比缺血性中風較常見且更嚴重，而且 6.2.1 歸因於非外傷性腦出血之頭痛有時候以雷擊式頭痛表現。

通常頭痛會因為局部神經缺損或昏迷而被忽略，但是它也可能是需緊急外科減壓處理之顱內出血，特別是小腦出血的顯著且早期特徵。

### 6.2.2 歸因於非外傷性蜘蛛網膜下腔出血(SAH)之頭痛 Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH)

簡介：

頭痛因非外傷性蜘蛛網膜下腔出血(SAH)所造成，典型表現為嚴重且突然發作，幾秒鐘(雷擊頭痛)到幾分鐘內頭痛程度達到最高點。頭痛可以是蜘蛛網膜下腔出血的唯一症狀。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為非頭部外傷造成之蜘蛛網膜下腔出血(SAH)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：

1. 在時序上頭痛與蜘蛛網膜下腔出血的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致蜘蛛網膜下腔出血的診斷
  2. 頭痛明顯改善與蜘蛛網膜下腔出血的其他症狀或臨床徵兆或影像學徵兆穩定或改善同步
  3. 頭痛為突然或雷擊式發病
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

蜘蛛網膜下出血可說是目前所知突然發作(雷擊式頭痛)，持續、劇烈且造成失能的頭痛之最常見原因，且是一種很嚴重的狀況(死亡率 40-50%，且 10%-20%的病人是在到院前死亡的，50%倖存者留下殘障)。

儘管如此，6.2.2 歸因於非外傷性蜘蛛網膜下腔出血(SAH)之頭痛可能是中度頭痛且沒有其他伴隨徵候。突然發作是一關鍵特徵。任何一個病人有突然發作的頭痛或雷擊式頭痛的都應該評估是不是蜘蛛網膜下腔出血。診斷可用無對比劑的 CT scan 作確認，在發生 12 小時內其敏感度可達 98% (逐步降低至 24 小時時 93%，7 天時 50%)。假如 CT 結果無法診斷，必須作腰椎穿刺。在動脈瘤破裂引起蜘蛛網膜下腔出血的個案中，在症狀發生後 12 小時到兩週內收集腦脊髓液並以分光光度計分析，呈現黃色變化(Xanthochromia)的機會是 100%。MRI 在初期蜘蛛網膜下腔出血的診斷並非其適應症；然而，FLAIR 和 gradient-echo T2-weighted 影像在 CT 正常而腦脊髓液卻不正常時，可能有所幫助。

一開始有 1/4-1/2 的病人會被誤診：最常見的特定錯誤診斷是偏頭痛，然而在這些個案中，並未找到原因。最常見誤診的原因是沒有作恰當的神經學影像檢查，或錯誤解讀，或沒有對需要的個案做腰椎穿刺。延遲診斷常會造成悲慘後果。

蜘蛛網膜下腔出血是神經手術介入急症。當蜘蛛網膜下腔出血確診，下一步應緊急確認破裂的腦血管瘤(80%的自發性蜘蛛網膜下腔出血是源於囊狀腦血管瘤破裂)。

### 6.2.3 歸因於非外傷性急性硬腦膜下腔出血(ASDH)之頭痛 Headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH)

簡介：

頭痛因非外傷性急性硬腦膜下腔出血(ASDH)所造成，典型表現為嚴重且突然發作，幾秒鐘(雷擊頭痛)到幾分鐘內頭痛程度達到最高點。通常伴隨或緊接出現其他局部徵兆且意識程度降低。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為非頭部外傷造成之急性硬腦膜下腔出血(ASDH)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛與急性硬腦膜下腔出血的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致急性硬腦膜下腔出血的診斷
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與急性硬腦膜下腔出血惡化同步
    - b) 頭痛明顯改善與急性硬腦膜下腔出血其他症狀或臨床徵兆或影像學徵兆改善同步
  3. 頭痛符合下列 1 項或 2 項特徵：
    - a) 突然或雷擊式發病
    - b) 頭痛位置與出血部位一致
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

多數急性硬腦膜下腔出血(ASDH)是在頭部外傷後造成。非外傷性 ASDH 且無其他腦內出血(純粹 ASDH)是罕見且致命的。它是一種神經外科急症。

出血可能來自於動脈或靜脈。曾被報導的原因包括"自發性"皮質動脈破裂，腦動脈瘤破裂，動靜脈畸形和硬膜動靜脈瘻管，腫瘤或其轉移，凝血異常，moya-moya 疾病，大腦靜脈栓塞和顱內低壓。大多由神經外科醫師報導這些零星或小系列個案。單獨以頭痛為表現是可能的，但通常伴隨或緊接著快速神經學徵狀惡化。

### **6.3 歸因於未破裂之血管畸形之頭痛 Headache attributed to unruptured vascular malformation**

登錄他處：

歸因於已破裂血管畸形之頭痛應登錄在 6.2.1 歸因於(非外傷性)腦出血之頭痛或 6.2.2 歸因於(非外傷性)蜘蛛網膜下腔出血之頭痛，或罕見的登錄在 6.2.3 歸因於非外傷性硬腦膜下腔出血之頭痛。

簡介：

頭痛續發於未破裂之顱內血管畸形(發生時無出血)。根據不同種類的血管畸形，頭痛可能為慢性病程且反覆發作，類似於陣發性原發性頭痛，或者以自限性急性頭痛表現。

#### 6.3.1 歸因於未破裂之囊形動脈瘤之頭痛 Headache attributed to unruptured saccular aneurysm

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為未破裂之囊形動脈瘤
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與未破裂之囊形動脈瘤的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致其診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與未破裂之囊形動脈瘤的其他症狀或臨床徵兆或影像學徵兆惡化同步
    - b) 治療囊形動脈瘤後頭痛緩解
  - 3. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛為突然或雷擊式發病
    - b) 頭痛伴隨疼痛性第三條顱神經麻痺
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除顱內出血及可逆性腦血管收縮症候群

說明：

未破裂之腦動脈瘤病人約 1/5 有頭痛，但兩者之間的關係是隨機發生或有因果關係仍是未解的議題。

6.3.1 歸因於未破裂之囊形動脈瘤之頭痛通常沒有特定的特徵。另一方面，一個新發生的頭痛可以顯示徵候性但未破裂的囊形動脈瘤。有一種典型是以急性第三條腦神經麻痺併有眼窩後疼痛及瞳孔放大，這表示在大腦後交通動脈或頸動脈末端有血管瘤。這種第三條腦神經疼痛麻痺是一種急症，顯示血管畸形正逐漸擴大且即將破裂。

幾個回溯性研究顯示，約一半的血管瘤破裂導致蜘蛛網膜下腔出血病人，在血管瘤破裂前 4 週內發生過突然且嚴重的頭痛。在不考慮記憶的誤差下，這種頭痛被認為是血管畸形突然擴大(哨兵式頭痛，sentinel headache)或沒有被診斷出來的輕微蜘蛛網膜下腔出血(警訊式滲漏，warning leak)。目前哨兵式頭痛是否存在的證據力很差。此外，警訊式滲漏這詞代表已經是蜘蛛網膜下腔出血，不應該使用。蜘蛛網膜下腔出血病人中至少 1/3 開始時被誤診，而增加再出血風險。若病人有突然發生的嚴重頭痛都應要完整診察，包括腦部影像，脊髓液檢測和腦血管攝影(MRA 或 CTA)。

### 6.3.2 歸因於動靜脈畸形 (AVM) 之頭痛 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM)

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為動靜脈畸形(AVM)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：

- 1. 在時序上頭痛與動靜脈畸形的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致動靜脈畸形的診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與動靜脈畸形惡化同步
    - b) 頭痛明顯改善與動靜脈畸形改善同步
  - 3. 頭痛位置與動靜脈畸形部位一致
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除顱內出血

說明：

曾有個案報告動靜脈畸形和幾種頭痛有關聯，如 3.1 叢發性頭痛、3.2.2 慢性發作性半邊頭痛、3.3.1 短暫持續單側神經痛性頭痛併結膜充血或流淚(SUNCT)，但這些個案有非典型特徵。沒有好的證據支持動靜脈畸形和這些原發性頭痛間的關連性。

在動靜脈畸形的女性病人中，約有高達 58%會有 1.2 預兆偏頭痛。支持此項因果關係的證據在於動靜脈畸形的患側與頭痛或預兆的患側有極高的相關性。因此，有一強烈建議是動靜脈畸形會引起預兆偏頭痛(症狀性偏頭痛)。但也有大規模的動靜脈畸形調查研究指出比起癲癇或局部缺損(不論有沒有出血)，類似偏頭痛其實是很少見的症狀。

### 6.3.3 歸因於硬腦膜動靜脈瘻管之頭痛(DAVF) Headache attributed to dural arteriovenous fistula (DAVF)

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為硬腦膜動靜脈瘻管(DAVF)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與硬腦膜動靜脈瘻管的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致硬腦膜動靜脈瘻管的診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與硬腦膜動靜脈瘻管的其他症狀或臨床徵兆或影像學徵兆惡化同步
    - b) 治療硬腦膜動靜脈瘻管後，頭痛明顯改善
  - 3. 至少符合下列 1 項：
    - a) 頭痛伴隨搏動性耳鳴
    - b) 頭痛伴隨眼肌麻痺
    - c) 頭痛為漸進性發展且合併晨間起床且/或咳嗽且/或彎腰時症狀惡化
  - 4. 頭痛位置與硬腦膜動靜脈瘻管部位一致
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排

除顱內出血、腦靜脈栓塞

說明：

針對 6.3.3 歸因於硬腦膜動靜脈瘻管之頭痛的研究尚缺乏。出現的症狀可能是疼痛性搏動性耳鳴(pulsatile tinnitus)，或者是頭痛伴隨著其他因靜脈回流減少或靜脈竇栓塞引起的顱內高壓特徵。頸動脈-海綿竇的瘻管也可能以出現疼痛性眼肌麻痺(painful ophthalmoplegia)來表現。

#### 6.3.4 歸因於海綿狀血管瘤之頭痛 Headache attributed to cavernous angioma

登錄他處：

頭痛歸因於海綿狀血管瘤引起的腦出血或癲癇發作，應登錄在 6.2.1 歸因於腦出血之頭痛或 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為海綿狀血管瘤
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與海綿狀血管瘤的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致海綿狀血管瘤的診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與海綿狀血管瘤的其他症狀或臨床徵兆或影像學徵兆惡化同步
    - b) 移除海綿狀血管瘤後，頭痛明顯改善
  - 3. 頭痛位置與海綿狀血管瘤部位一致
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除顱內出血

說明：

海綿狀血管瘤的確認已因 MRI 而增加。零星個案報告認為海綿狀血管瘤可能引起類似 SUNCT 或類似偏頭痛發作。但是仍缺乏 6.3.4 歸因於海綿狀血管瘤之頭痛的優良研究。在一個有 126 位合併海綿狀血管瘤與 *KRIT1* 變異(mutation) 的症狀性病人中，只有 4% 有頭痛表現。相反的，頭痛常常是海綿狀血管瘤引起兩個主要症狀腦出血或癲癇造成的結果，故應登錄在腦出血或癲癇上。

#### 6.3.5 歸因於腦三叉神經或軟腦膜血管瘤病 (Sturge Weber 氏症候群) 之頭痛 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)

登錄他處：

歸因於 Sturge Weber 氏症候群的癲癇發作引起之頭痛，應登錄在 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 具面部血管瘤，且神經影像學證據支持有同側之腦膜血管瘤
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與腦膜血管瘤的其他症狀及/或臨床徵兆及/或影像學之證據密切相關
  - 2. 頭痛明顯惡化與腦膜血管瘤的其他症狀或臨床徵兆或影像學徵兆惡化同步
  - 3. 頭痛類似偏頭痛，可雙側或與血管瘤同側，並伴隨血管瘤對側之預兆
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

6.3.5 歸因於腦三叉神經或軟腦膜血管瘤病(Sturge Weber 氏症候群)，缺乏正式文獻證實。超過 90% Sturge Weber 氏症候群個案有癲癇，且半數有癲癇後頭痛，應登錄於癲癇。一些零星個案顯示腦三叉神經或軟腦膜血管瘤病可能是症狀性偏頭痛的一種原因，特別是有延長預兆的發作(可能是與慢性血量減少有關)。

#### **6.4 歸因於動脈炎之頭痛 Headache attributed to arteritis**

簡介：

頭痛因頸部，顱內，及/或腦動脈發炎所造成。頭痛可能是動脈炎的唯一症狀

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為動脈炎
- C. 須符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與動脈炎的其他症狀及/或臨床徵兆發病時間密切相關，或者導致動脈炎的診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與動脈炎惡化同步
    - b) 頭痛明顯改善與動脈炎改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎之頭痛(GCA) Headache

## attributed to giant cell arteritis (GCA)

舊稱：顳動脈炎頭痛 (Temporal arteritis)

簡介：

頭痛因巨細胞動脈炎所造成。頭痛可能是巨細胞動脈炎的唯一症狀，這是一個與頭痛最顯著相關的疾病，是由於顳動脈發炎，特別是外顳動脈分支發炎導致。頭痛特徵具相當多樣性。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為巨細胞動脈炎
- C. 須至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛與巨細胞動脈炎的其他症狀及/或臨床或生理徵兆發病時間密切相關，或者導致巨細胞動脈炎的診斷
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與巨細胞動脈炎惡化同步
    - b) 使用高劑量類固醇後，3 天內頭痛明顯改善或緩解
  3. 頭痛與頭皮壓痛及/或顎關節咬合疼痛導致咀嚼暫停 (jaw claudication) 相關
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

在所有動脈炎及膠原血管疾病中，巨細胞動脈炎是最明顯與頭痛相關的疾病，它是導因於頭部動脈的發炎，特別是外顳動脈分支。6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎之頭痛的特徵和其他相關症狀(風濕性多發肌痛症、咀嚼暫停)的變化性很大，所以任何在 60 歲以上有最近持續性頭痛發作的病人應該考慮巨細胞動脈炎，且應進行適當的診察。

最近反覆發生與頭痛伴隨的黑矇症(amaurosis fugax)非常可能是巨細胞動脈炎，也應積極作緊急的診察。因前側缺血性視神經病變(anterior ischaemic optic neuropathy)引起的失明是最主要的危險，這是可透過立即給予類固醇來預防。從一眼失明到另一眼失明的時間差距通常是小於一週。GCA 病人也會有腦部缺血或失智症的危險。

組織學檢查診斷可能很困難，某些區域之顳動脈似乎不被侵犯(跳躍式病變)，因此需有一系列連續的切片檢查。

## 6.4.2 歸因於原發性中樞神經系統血管炎(PACNS)之頭痛 Headache attributed to primary angiitis of the central nervous system (PACNS)

舊稱：

局限的中樞神經系統血管炎(Isolated CNS angiitis)；肉芽腫中樞神經系統血管炎(granulomatous CNS angiitis)。

簡介：

頭痛因原發性中樞神經系統血管炎所造成。頭痛是此類疾患的主要症狀，但是頭痛特徵沒有特異性。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為原發性中樞神經系統血管炎
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛與原發性中樞神經系統血管炎的其他症狀及/或臨床或生理徵兆發病時間密切相關，或導致原發性中樞神經系統血管炎的診斷
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與原發性中樞神經系統血管炎的惡化同步
    - b) 頭痛明顯改善與動脈炎因類固醇及/或免疫抑制劑治療而改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除中樞神經系統感染、中樞神經系統腫瘤和可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)

說明：

頭痛是中樞神經動脈炎中主要的症狀(不論是原發性或次發性)。根據診斷工具的不同(如血管造影或組織學)，50-80%的病例有頭痛表現。但因其缺乏特定的特徵，所以幾乎不具診斷價值，除非併有如局部缺損、癲癇、認知改變或意識異常等其他徵候。然而，若同時無頭痛及腦脊髓液白血球增生，就不太可能診斷中樞神經動脈炎。

6.4.2 歸因於原發性中樞神經系統血管炎之頭痛的病理機轉是多重的：發炎、中風(缺血性或出血性)、顱內壓上升及/或蜘蛛網膜下腔出血。治療效果也不比 6.4.1 歸因於巨細胞動脈炎之頭痛顯著。組織學上證實原發性中樞神經動脈炎仍是一種嚴重且致死並不少見的狀況。

## 6.4.3 歸因於次發性中樞神經系統血管炎(SACNS)之頭痛 Headache attributed to secondary angiitis of the central nervous system (SACNS)

簡介：

頭痛因次發性中樞神經系統血管炎所造成。頭痛是此類疾患的主要症狀，但是頭痛特徵沒有特異性。



診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為次發性中樞神經系統血管炎(因全身性血管炎引發之中樞神經系統血管炎)
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與次發性中樞神經系統血管炎的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與全身性血管炎惡化同步
    - b) 頭痛明顯改善與全身性血管炎因類固醇及/或免疫抑制劑治療而改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛是中樞神經系統血管炎主要的症狀(不論是原發性或次發性)。根據診斷工具的不同(如血管造影或組織學),50-80%之病例有頭痛表現。但因其缺乏特定的特徵,所以幾乎不具診斷價值,除非併有如局部缺損、癲癇、認知改變或意識異常等其他徵候。然而,若無同時頭痛及腦脊髓液白血球增多,就不太可能診斷為中樞神經系統血管炎。

診斷上的困難有兩方面:1)要在本身已有許多狀況會導致血管炎的病人身上診斷中樞神經系統血管炎;2)在有中樞神經系統血管炎的病人身上找尋潛在的狀況,如發炎、感染、惡性腫瘤、毒物。

6.4.3 歸因於次發性中樞神經系統血管炎之頭痛的病理機轉是多重的:發炎、中風(缺血性或出血性)、顱內壓上升及/或蜘蛛網膜下出血。

## 6.5 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈疾患之頭痛 Headache attributed to cervical carotid or vertebral artery disorder

簡介：

頭痛及/或臉部及/或頸部疼痛因頸動脈及/或脊椎動脈非發炎性病灶所造成。疼痛一般會突然(甚至雷擊式)發病。此症狀可以只有頭痛,也可以是缺血性中風局部缺損的先行警訊。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛及/或臉部或頸部疼痛符合基準 C
- B. 診斷為頸部動脈病灶,或曾執行頸部動脈外科或放射科介入治療
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上疼痛與頸部動脈疾患其他局部徵兆密切相

關,或導致頸部動脈疾患的診斷

- 2. 符合下列 1 項或 2 項：
  - a) 疼痛明顯惡化與頸部動脈病灶其他徵兆惡化同步
  - b) 發病後 1 個月內,疼痛明顯改善或緩解
- 3. 疼痛為單側,且與頸部動脈疾患同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 6.5.1 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛 Headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery dissection

簡介：

頭痛及/或臉部及/或頸部疼痛因頸部頸動脈或脊椎動脈剝離所造成。疼痛通常與剝離的血管同側,且一般會突然(甚至雷擊式)發病。可以只有頭痛,也可以是缺血性中風的先行警訊。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛及/或臉部或頸部疼痛符合基準 C
- B. 診斷為頸部頸動脈或脊椎動脈剝離
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上疼痛與頸部動脈剝離的其他局部徵兆密切相關,或導致頸部動脈剝離的診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 疼痛明顯惡化與頸部動脈病灶的其他徵兆惡化同步
    - b) 發病後 1 個月內,疼痛明顯改善或緩解
  - 3. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 嚴重疼痛且持續數天以上
    - b) 疼痛發生在急性視網膜或缺血性中風徵兆出現前
  - 4. 疼痛為單側,且與頸部動脈疾患同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛可能有也可能沒有合併頸部疼痛可以是頸動脈剝離的唯一症狀。它是目前為止最常見的症狀(佔 55-100%的個案),也是這個疾患最常見的起始症狀(佔 33-86%的個案)。

6.5.1 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛通常是單側的(與剝離的動脈同側),嚴重且持續(平均達 4 日)。然而,它沒有一個特定形態,偶爾也會因與其他頭痛類似而嚴重誤導,如 1. 偏頭痛、3.1 叢發性頭痛、4.4 原發性雷擊式頭痛。腦或視網膜缺血性及局部常見的伴隨徵候還有:疼痛性 Horner 氏症候群、突發疼痛性耳鳴或

疼痛性第十二對腦神經麻痺等，可高度懷疑是頸動脈剝離。頸部頸動脈剝離可能與顱內動脈剝離相關，這本身就可能造成蜘蛛網膜下腔出血。6.7.4 歸因於顱內動脈剝離之頭痛可能會附加於 6.5.1 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛。

6.5.1 歸因於頸部頸動脈或脊椎動脈剝離之頭痛或顏面、頸部之疼痛通常是表現在缺血性徵候之前，因此需早期診斷及治療。診斷是根據頸部 MRI 使用脂肪抑制技術(fat suppression)，都卜勒掃描，MRA 及/或 CTA，在有疑問的個案上，用傳統的血管造影術來確認。通常需要多種檢查來診斷，因為任何一種都可能正常。目前在治療上一直都沒有隨機試驗研究，但卻有一個共識即偏好用 heparin 再接著用 warfarin，用三至六個月，依動脈復原的情況來決定。

#### 6.5.2 動脈內膜切除術後頭痛 Post-endarterectomy headache

簡介：

頭痛由頸動脈內膜切除外科手術所造成。疼痛也可能包含頸部和臉部。此症狀可以只有頭痛，也可以是中風局部缺損的先行警訊(大多是出血性中風)。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 接受過頸動脈內膜切除手術
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頸動脈內膜切除術後，1 週內發生頭痛
  - 2. 頸動脈內膜切除術後，1 個月內頭痛緩解
  - 3. 頭痛為單側，與頸動脈內膜切除術同側，且至少具下列 3 項特徵之一：
    - a) 廣泛性輕微疼痛
    - b) 1 天 1 到 2 次類似叢發性頭痛發作，且持續 2-3 小時
    - c) 搏動性嚴重疼痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除動脈剝離

說明：

6.5.2 動脈內膜切除術後頭痛有三種亞式的頭痛被描述(但沒有分別登錄)。最常見(高達 60%的個案)是單純的整個頭輕微頭痛，發作在術後的前幾天。它是一種良性且自限性的狀況。第二型(報告中達 38%個案)是單側類似叢發性疼痛，一般發作持續 2-3 小時，一日 1 次或 2 次。它多半會

在術後 2 週緩解。第三型是少見的過渡灌注症候群(hyperperfusion syndrome)的一部分，且併有單側脈動性嚴重的疼痛，發作在術後 3 日左右。它通常在手術後第 7 日血壓上升或在癲癇或神經學缺損發作前發生。緊急治療是必須的，因為這些症狀都是腦出血的前兆。

#### 6.5.3 歸因於頸動脈或脊椎動脈血管成型術後頭痛 Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty

簡介：

頭痛由頸部動脈血管成型術所造成。疼痛也可能包含臉部和頸部。可以只有頭痛，也可以是中風局部缺損的先行警訊(大多是出血性中風)。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 接受過頸動脈或脊椎動脈血管成型術
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
  - 1. 動脈血管成型術後，1 週內發生頭痛
  - 2. 動脈血管成型術後，1 個月內頭痛緩解
  - 3. 頭痛與動脈血管成型術同側，
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除動脈剝離

說明：

經皮經血管腔血管成形術(PTA)和支架置放術對照手術是目前正在進行隨機臨床試驗。在頭痛的資料上仍很缺乏，一些大型的頸動脈 PTA 研究中也沒有提及頭痛。在一個小型 53 個病人的研究中，在用氣球擴張過程中頸椎疼痛有 51%，頭痛則是於 33%的病人發生。且多半是在氣球消氣後幾秒鐘內就消失。6.5.3 歸因於頸動脈或脊椎動脈血管成型術後頭痛曾被報告屬於過渡灌注症候群的一部分。

#### **6.6 歸因於大腦靜脈栓塞 (CVT) 之頭痛 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT)**

簡介：

頭痛由大腦靜脈栓塞所造成。頭痛無特殊特徵：絕大多數是廣泛性，漸進性且嚴重頭痛，但也可以是單側且突發性(甚至雷擊式)，或輕微疼痛，有時可以類似偏頭痛發作。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為大腦靜脈栓塞(CVT)

C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：

1. 在時序上頭痛與大腦靜脈栓塞的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或者導致大腦靜脈栓塞的診斷
2. 符合下列 1 項或 2 項：
  - a) 頭痛明顯惡化與大腦靜脈栓塞的臨床或影像學徵兆擴展同步
  - b) 頭痛明顯改善或緩解與大腦靜脈栓塞改善同步

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛可說是大腦靜脈栓塞(CVT)最常見的症狀，出現在 80~90% 個案，也是最常見的起始症狀。6.6 歸因於大腦靜脈栓塞之頭痛沒有特定的特徵，最常有的是整個頭、漸進的、嚴重的痛且伴隨有其他顱內高壓徵候。它也可以是單側、突然發作，但有時候會因與其他頭痛相似而嚴重誤導，例如像 1. 偏頭痛、4.4 原發性雷擊式頭痛、7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛或 6.2.2 歸因於非外傷性蜘蛛網膜下腔出血之頭痛(大腦靜脈栓塞可以是蜘蛛網膜下腔出血的原因)。頭痛可能是大腦靜脈栓塞唯一的現象，但有超過 90% 個案的頭痛是伴隨局部徵候的(神經缺損或癲癇)及/或顱內高壓的徵候、亞急性腦病變或海綿狀竇症候群。

在 6.6 歸因於大腦靜脈栓塞之頭痛沒有特別的特徵下，任何最近持續性頭痛都應該提高警覺，特別是出現了一些潛在性趨血栓形成 (prothrombotic condition) 的症狀。診斷是根據神經影像學 (MR with T2\*-weighted images 加上 MRA 或 CT 加上 CT 血管造影或在有疑義的個案施行動脈內血管造影)。治療應儘早開始，且包括症狀治療、heparin 及加上後續至少六個月的口服抗凝血劑，即當有適應症時，治療潛在的病因。

## 6.7 歸因於其他急性顱內動脈疾患之頭痛

### Headache attributed to other acute intracranial arterial disorder

#### 6.7.1 歸因於顱內血管內手術之頭痛 Headache attributed to an intracranial endovascular procedure

簡介：

單側頭痛直接由顱內血管內手術所造成，與手術同側且持續小於 24 小時。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 接受過顱內血管成型術或栓塞術

C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：

1. 頭痛在操作過程幾秒內產生
2. 操作過程結束後，24 小時內頭痛緩解
3. 嚴重頭痛，單側，且與手術同側

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除動脈剝離

說明：

6.7.1 歸因於顱內血管內手術之頭痛有一種很特別亞式被報告過，它是發作在動靜脈畸形或血管瘤經氣球擴張或栓塞後發生。它是一種突然發生的嚴重疼痛，且局限在與動脈有牽涉到的特定區域，發生在操作過程幾秒內，且很快就消失。

#### 6.7.2 血管造影頭痛 (Angiography headache)

簡介：

頭痛直接由血管造影所造成，可以是整個頭燒灼式重度疼痛，或者在偏頭痛的病人發生具偏頭痛臨床特徵的發作。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 接受過動脈內頸動脈或脊椎動脈血管造影
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 頭痛在血管造影中發生
  2. 血管造影結束後，72 小時內頭痛緩解
  3. 頭痛至少符合下列 2 項之一：
    - a) 整個頭燒灼式重度疼痛
    - b) 於偏頭痛的病人，發作具有 1.1 無預兆偏頭痛或 1.2 預兆偏頭痛的特徵
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頸動脈內或椎動脈內注射對比劑引起的具燒灼感的整個頭嚴重頭痛，此頭痛會自動緩解。這種注射也會引起有 1. 偏頭痛患者偏頭痛發作。在此種病人，應同時登錄在 1. 偏頭痛的合適亞型及 6.7.2 血管造影頭痛。

因為可能引起致命性的發作，造成延長偏癱及昏迷，對比劑血管造影對患有任何亞式之 1.2.3 偏癱偏頭痛都是禁忌。

#### 6.7.3 歸因於可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)之頭痛 Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)

簡介：

頭痛由可逆性腦血管收縮症候群所造成，典型表現為超過 1-2 週反覆出現雷擊頭痛，常因性行為，用力，Valsalva 氏操作及/或情緒所誘發。頭痛可以是可逆性腦血管收縮症候群的唯一症狀。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)
- C. 至少符合下列 1 項佐證其因果關係：
  1. 頭痛，有/無(臨床)局部缺損及/或癱瘓，導致血管造影呈現串珠狀表現與診斷為可逆性腦血管收縮症候群。
  2. 頭痛至少符合下列 1 項特徵：
    - a) 1 個月內反覆發生，且雷擊式發病
    - b) 可由性行為、用力、Valsalva 氏操作、情緒、泡澡及/或淋浴所誘發
  3. 發作 > 1 個月後無明顯、新頭痛發生
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除動脈瘤蜘蛛網膜下出血

說明：

可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)是一個不太被了解的狀況，在臨床上的特色為一種嚴重的整個頭痛，典型的表現是雷擊式突然發作，像血管瘤導致 SAH 的表現。RCVS 是在幾天內或幾週內反覆出現雷擊式頭痛最常見的原因。

6.7.3 歸因於可逆性腦血管收縮症候群之頭痛可能還有幾種罕見的發作模式：在幾小時內快速地進展，或慢慢地幾日裡進展。頭痛常常是 RCVS 的唯一症狀，但是也可以合併有忽好忽壞的局部神經病徵，偶爾伴隨癱瘓。根據定義，在血管造影上有異常的交替性節狀動脈收縮及擴張 ('strings and beads' appearance)。然而，MR-, CT- 以及甚至導管-血管造影在臨床發作後的 1 週都可能是正常的。當病人反覆發生雷擊式頭痛而血管造影正常，但符合其他所有 RCVS 的診斷基準，應該被考慮有 6.7.3.1 極可能歸因於可逆性腦血管收縮症候群之頭痛。腦部 MRI 不正常的機會在 30-80%，顯示病灶的多樣性，包括顱內出血(穹隆蜘蛛網膜下腔，腦內及/或硬腦膜下)，腦梗塞及/或可逆性後腦病變症候群造成的腦水腫

至少有一半的 RCVS 是次發性的，主要是產後及/或使用血管收縮物質，包括：非法藥物，擬交感神經藥，增血清素藥物。這個疾病可於 1~3 個月內頭痛自行緩解，動脈異常也消失(因此稱"可逆性")。然而，RCVS 所造成的中風可能會導致永久性的損害。

### 6.7.3.1 極可能歸因於可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)之頭痛 Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome(RCVS)

簡介：

頭痛表現為典型可逆性腦血管收縮症候群之症狀，意即超過 1-2 週反覆出現的雷擊頭痛，可由性行為，用力，Valsalva 氏操作及/或情緒所誘發，但在血管造影上顱內血管無發現 RCVS 典型的串珠狀表現。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 疑為可逆性腦血管收縮症候群(RCVS)，但血管造影正常
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
  1. 1 個月內至少有兩次頭痛，且符合下列 3 項特徵：
    - a) 雷擊式發病，< 1 分鐘內達最大程度
    - b) 疼痛程度嚴重
    - c) 持續 ≥ 5 分鐘
  2. 至少 1 次雷擊頭痛是由下列原因之一所誘發：
    - a) 性行為 (恰好在高潮前或當下)
    - b) 用力
    - c) 類似 Valsalva 氏操作
    - d) 情緒
    - e) 泡澡及/或淋浴
    - f) 彎腰
  3. 發作後 > 1 個月後無新發生雷擊頭痛或其他明顯頭痛
- D. 無符合 ICHD-3 其他頭痛疾病診斷基準
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷，且已經由適當診察排除動脈瘤蜘蛛網膜下腔出血

說明：

在大系列規模的確診 RCVS 病人研究中，有 75% 的病人僅以頭痛為單一表現。RCVS 的血管異常可能難以呈現。一些 RCVS 的病人需要在發病 2-3 週後重複 CT-或 MRI-血管造影，另一些需要侵入性傳統血管造影去檢測。在小於一個月的一段時間內，以反覆誘發性雷擊式頭痛表現和典型 RCVS 相同的病人，一開始血管造影檢查正常並且已由適當診察排除其他原因的，也可診斷為 6.7.3.1 極可能歸因於可逆性腦血管收縮症候群之頭痛。

### 6.7.4 歸因於顱內動脈剝離之頭痛 Headache attributed to intracranial arterial dissection

簡介：

頭痛因顱內動脈剝離所造成。疼痛大多是單側，與血管剝離同側且一般會突然(甚至雷擊式)發病。可以單獨只有頭痛，也可以是中風前的警訊(大多為出血性中風)。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為顱內動脈剝離
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與顱內動脈剝離的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或導致顱內動脈剝離的診斷
  - 2. 發病後 1 個月內頭痛緩解
  - 3. 頭痛符合下列 1 項或 2 項特徵：
    - a) 突然或雷擊式發病
    - b) 疼痛程度嚴重
  - 4. 頭痛是單側且與血管剝離同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

剝離可發生於任何顱內血管且可能造成腦梗塞，壓迫鄰近結構或顱內出血(蜘蛛網膜下腔或腦內)。急性頭痛是常見的症狀表現且可以是此疾患的唯一症狀。

## 6.8 歸因於遺傳性血管病變之頭痛 Headache attributed to genetic vasculopathy

簡介：

頭痛發生為遺傳性腦血管病變多樣性表現型的一部分，大多以反覆頭痛發作為表現，可以有預兆偏頭痛或無預兆偏頭痛的特徵。頭痛可以反覆發作幾年，而且通常伴隨變異基因的其他表現，但其他表現也可能經過不固定的延遲後才出現。

診斷基準：

- A. 反覆發作的頭痛符合基準 C
- B. 經適當的基因檢測，診斷為遺傳性血管病變
- C. 頭痛具下列之一：
  - 1. 類似偏頭痛
  - 2. 表現症狀類似中風發作
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 6.8.1 大腦體染色體顯性動脈病變併皮質下梗塞及白質腦病變(CADASIL) Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)

簡介：

一種體染色體顯性遺傳、腦部小動脈血管病變(有部分為散發性病例)，臨床表現為反覆深部小血管梗塞，皮質下失智症，情緒困擾，在三分之一的病人有預兆偏頭痛(通常是此病的第一個症狀)。

診斷基準：

- A. 反覆發作的偏頭痛合併有典型，偏癱或過長的預兆，且符合基準 C
- B. 經 NOTCH 3 突變基因檢測及/或皮膚切片證據確認診斷為大腦體染色體顯性動脈病變併有皮質下梗塞及白質腦病變(CADASIL)
- C. 符合下列 1 項或 2 項：
  - 1. 預兆偏頭痛是 CADASIL 最早的臨床表現
  - 2. 預兆偏頭痛發作隨著 CADASIL 其他表現的惡化(如：梗塞型中風，情緒困擾及/或認知障礙)而改善甚至停止
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明

CADASIL 是一種體染色體顯性疾病，也有一些散發個案，是由 NOTCH-3 基因的突變引起，影響到腦內小動脈中膜的平滑肌細胞。是根據 NOTCH-3 突變篩檢或簡單的皮膚切片以 NOTCH-3 抗體的免疫染色診斷。

CADASIL 臨床上的特徵是復發的小型深部梗塞、皮質下失智、情緒障礙及在 1/3 的個案有預兆偏頭痛。在這些個案，預兆偏頭痛常是第一個症狀，出現的平均年齡是 30 歲，約是在缺血性中風發生前 15 年，及死亡前 20-30 年出現。除了有較不常見的延長預兆外，發作通常是典型的 1.2 預兆偏頭痛。

MRI 總是異常，在 T2-weighted images 有明顯的白質變化。

### 6.8.2 粒線體腦病變，乳酸中毒及類中風發作 (MELAS) Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)

簡介：

一種遺傳異質性粒線體疾病，有多樣性臨床表現，包括神經中樞症狀(癲癇，偏癱，偏盲，皮質盲，感覺神經性失聰，及/或陣發性嘔吐)，以及很常是頭痛。頭痛可以是反覆類似偏頭痛發作或是類似中風發作的一個表現症狀。

診斷基準：

- A. 反覆發作頭痛符合基準 C
- B. 診斷為 MELAS 相關的粒線體基因異常

C. 符合下列 1 項或 2 項：

1. 反覆預兆或無預兆偏頭痛發作
2. 急性頭痛發生於局部神經缺損及/或癲癇之前

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

MELAS 症候群，包括粒線體肌病變，腦病變，乳酸性酸中毒，和類似中風發作，是一種遺傳異質性粒線體疾病，有多樣的臨床表現。這疾患伴有神經中樞症狀包括癲癇，偏癱，偏盲，皮質盲，感覺神經性失聰，及陣發性嘔吐。頭痛在 MELAS 很常發生，可以是反覆類似偏頭痛發作或是類似中風發作的一個表現症狀。在 MELAS 中高頻率的類似偏頭痛發作導致粒線體病變或許在預兆偏頭痛扮演一定的角色這樣的假說。但是在兩個 1.2 預兆偏頭痛的族群中，都沒有發現 3243 變異。其他尚未偵測的變異或許在偏頭痛和缺血性中風都有一定角色，例如偏頭痛，大多是預兆型，也可發生在其他粒線體疾患。

### 6.8.3 歸因於其他遺傳性血管病變之頭痛 Headache attributed to another genetic vasculopathy

簡介：

預兆或無預兆偏頭痛發生為非上述所提及之遺傳性血管病變多樣性表現型的一部分。

診斷基準：

- A. 反覆預兆或無預兆偏頭痛發作，且符合基準 C
- B. 經適當的基因檢測，診斷為遺傳性血管病變
- C. 偏頭痛發作為遺傳性血管病變相關症狀的一部分
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

反覆偏頭痛發作曾被報導是下列體染色體顯性疾病的臨床症狀之一，包括：因 TREX1 病變造成的視網膜血管病變合併腦白質失養症(RVCL)，因 COL4A1 病變造成的遺傳性嬰兒偏癱，視網膜動脈曲折白質腦病(HIHRATL)。但是只有少數幾個患病家族被報導過。因為其他的症狀，偏頭痛在這些家譜中並未被系統性的診察。目前看來 RVCL 主要和 1.1 無預兆偏頭痛，而 HIHRATL 主要和 1.2 預兆偏頭痛相關。

### **6.9 歸因於腦下垂體中風之頭痛 Headache attributed to pituitary apoplexy**

簡介：

頭痛因腦下垂體中風所造成，通常是突然(甚至雷擊式)發

病而且程度嚴重，且隨即或其後伴隨視覺症狀及/或腦下垂體功能低下。

診斷基準：

- A. 任何新發生的頭痛符合基準 C
- B. 診斷為急性出血性腦下垂體梗塞
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛與腦下垂體中風的其他症狀及/或臨床徵兆密切相關，或導致腦下垂體中風的診斷
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛明顯惡化與腦下垂體中風的其他症狀及/或臨床徵兆同步
    - b) 頭痛明顯改善與腦下垂體中風的其他症狀及/或臨床徵兆改善同步
  3. 嚴重頭痛，且突然或雷擊式發病
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

這種少見的臨床症候群是一種急性、致命的狀況，它的特徵是腦下垂體自發性的出血性梗塞。它是導致雷擊式頭痛病因的其中一種。大多數個案的第一個表現是因出血及/或梗塞造成快速增大的無功能腦下垂體巨腺瘤。它也是非動脈瘤蜘蛛網膜下出血的原因之一。

在偵測蝶鞍內病變上，MRI 是一種比 CT 更敏感的檢查。

## 7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 (Headache attributed to non-vascular intracranial disorder)

楊鈞百 盧相如 譯

- 
- 7.1 歸因於腦脊髓液壓力增加之頭痛 Headache attributed to increased cerebrospinal fluid pressure
- 7.1.1 歸因於原因不明顱內高壓之頭痛 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)
- 7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes
- 7.1.3 歸因於水腦引起顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus
- 7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure
- 7.2.1 硬膜穿刺後頭痛 Post-dural puncture headache
- 7.2.2 腦脊髓液瘻管頭痛 CSF fistula headache
- 7.2.3 歸因於自發性顱內低壓之頭痛 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension
- 7.3 歸因於非感染性發炎顱內疾病之頭痛 Headache attributed to non-infectious inflammatory intracranial disease
- 7.3.1 歸因於神經類肉瘤病之頭痛 Headache attributed to neurosarcoidosis
- 7.3.2 歸因於無菌性(非感染性)腦膜炎之頭痛 Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis
- 7.3.3 歸因於其他非感染性發炎疾病之頭痛 Headache attributed to other non-infectious inflammatory intracranial disease
- 7.3.4 歸因於淋巴球腦下垂體炎之頭痛 Headache attributed to lymphocytic hypophysitis
- 7.3.5 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症 (HaNDL) Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
- 7.4 歸因於顱內腫瘤病變之頭痛 Headache attributed to intracranial neoplasia
- 7.4.1 歸因於顱內腫瘤之頭痛 Headache attributed to

intracranial neoplasm

- 7.4.1.1 歸因於第三腦室膠狀囊腫之頭痛 Headache attributed to colloid cyst of the third ventricle
- 7.4.2 歸因於癌性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to carcinomatous meningitis
- 7.4.3 歸因於下視丘或腦下垂體過度分泌或分泌不足之頭痛 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion
- 7.5 歸因於脊髓腔內注射之頭痛 Headache attributed to intrathecal injection
- 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛 Headache attributed to epileptic seizure
- 7.6.1 癲癇性半邊頭痛 Hemispheric epileptic
- 7.6.2 癲癇發作後頭痛 Post-ictal headache
- 7.7 歸因於 Chiari 氏畸形第一型(CM1)之頭痛 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)
- 7.8 歸因於其他非血管性顱內疾患之頭痛 Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder
- 

### 一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當一個頭痛首次發生，時序上又與非血管性顱內疾患有密切相關，將登錄為歸因於非血管性顱內疾患引發之次發性頭痛，即使此新發生的頭痛特徵符合 ICHD-3 beta 第一部分的任何一種診斷原發性頭痛疾患。當既存之具有原發性頭痛特徵的頭痛變成慢性或明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，而時序上也與非血管性顱內疾患有密切關聯，在有良好證據顯示該疾患能造成頭痛的情況下，將同時給予原來的頭痛診斷和 7.歸因於非血管性顱內疾患引起的頭痛(或亞型之一)。

### 前言

這一章是討論歸因於顱內壓改變的頭痛。不論是增加或降低腦脊髓液的壓力均會引起頭痛。此處尚提及其他頭痛的成因：非感染性發炎疾患、顱內腫瘤、癲癇，一些罕見的情況如脊髓腔內注射及 Chiari 氏畸形第一型和其他非血管性顱內疾患。相較於原發性頭痛，這類頭痛少有流行病學的研究。治療的控制型臨床試驗幾乎闕如。

頭痛若在顱內疾患治療成功或自然緩解後仍持續超過一個月，通常是牽涉到其他機轉。在顱內疾患治療後或消失後超過三個月的頭痛被定義在附錄中以利研究。這些頭痛存在，但缺乏研究，加入附錄是為了刺激更進一步的研究這

些頭痛和它們的機轉。

此處所列「歸因於非血管性顱內疾患之頭痛」，診斷準則儘可能遵照以下架構：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 診斷為某一已知能引起頭痛的非血管性顱內疾患
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與非血管性顱內疾患之發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與非血管性顱內疾患惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與非血管性顱內疾患改善同步
  - 3. 頭痛具有非血管性顱內疾患的典型特徵
  - 4. 其他證據證實其因果關係
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

## 7.1 歸因於腦脊髓液壓力增加之頭痛 Headache attributed to increased cerebrospinal fluid pressure

登錄他處：

因顱內腫瘤引起顱內壓升高或水腦症導致的頭痛，登錄於 7.4.1 歸因於顱內腫瘤之頭痛 (Headache attributed to intracranial neoplasm)。

簡介：

因腦脊髓液壓力增加引起的頭痛，通常伴隨顱內高壓其他的症狀及/或臨床徵兆。頭痛在腦脊髓液壓力恢復正常後緩解。

診斷準則：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 腦脊髓液壓力增加(>250mm CSF)，經由腰椎穿刺測量(以側臥姿執行，未使用鎮靜劑)、或是由測量硬腦膜外或腦室內的壓力，而且腦脊髓液化學及細胞檢查正常
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與顱內高壓相關
  - 2. 頭痛在顱內壓下降後緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 7.1.1 歸因於原因不明顱內高壓之頭痛 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)

舊稱：

歸因於良性顱內高壓之頭痛(Headache attributed to benign intracranial hypertension)；假性腦瘤(pseudotumor cerebri)；

腦膜水腫(meningeal hydrops)；漿液性腦膜炎(serous meningitis)。

簡介：

因原因不明顱內高壓(idiopathic intracranial hypertension, IIH)所引起的頭痛，通常伴隨 IIH 其他的症狀及/或臨床徵兆。頭痛在腦脊髓液壓力恢復正常後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為原因不明顱內高壓(idiopathic intracranial hypertension, IIH)，腦脊髓液壓力>250mm CSF(經由腰椎穿刺測量，以側臥姿執行，未使用鎮靜劑；或是由測量硬腦膜外或腦室內的壓力)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與原因不明顱內高壓相關，或導致後者之診斷
  - 2. 頭痛在顱內高壓下降後緩解
  - 3. 在時序上頭痛惡化與顱內壓增加相關
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

原因不明顱內高壓(IIH)最常見於年輕肥胖女性。當腦脊髓液壓力在 250mm CSF 以下又合併意識狀態改變時，診斷原因不明顱內高壓要非常小心。某些病人尤其是小孩腦脊髓液開放壓力在 280mm CSF 以上可以是正常的。但對於大多數病人而言，腦脊髓液開放壓力在 280mm CSF 以上應被視為有增加的情況。身體質量指數與腦脊髓液壓力只有微弱的相關，且在肥胖的病人即使腦脊髓液壓力只有輕微的增加也不容忽視。腦脊髓液壓力會隨著經由腰椎硬腦膜外的壓力監測是一個小時或更久而不同，所以單一次的幾分鐘測量並不能代表 24 小時的平均腦脊髓液壓力。診斷性的腦脊髓液壓力測量要在病人沒有接受降腦壓治療前施行。神經影像的發現如：空蝶鞍症候群，在視神經周圍的蜘蛛膜下腔會擴張，眼球後面鞏膜會變平，視神經突出於玻璃體液與橫腦靜脈竇狹窄。

雖然絕大部分 IIH 的病人有視乳頭水腫，未合併視乳頭水腫的情形亦可見到。其他 IIH 的症狀或徵候包括同步於脈搏之耳鳴、暫時視野蒙蔽(transient visual obscurations)、頸或背痛及複視。7.1.1 歸因於原因不明顱內高壓引起的頭痛(IIH)缺乏明顯的頭痛特徵。頭痛常被描述為前額眼窩後方像壓力或爆發性；像偏頭痛一樣的頭痛也可能出現。



### 7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes

登錄他處：

歸因於頭部外傷、血管性疾患或顱內感染引起顱內壓增加之頭痛，根據其致病原因登錄。歸因於藥物副作用引起之顱內壓增加之頭痛，登錄於 8.1.11 歸因於治療其他非頭痛適應症、長期使用藥物引發之頭痛。

簡介：

因各種系統性疾患導致顱內高壓所起的頭痛，伴隨顱內高壓其他的症狀及/或臨床徵兆。頭痛隨系統性疾患的消失而緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為某一代謝、中毒或荷爾蒙疾患，伴隨腦脊髓液壓力 >250mm CSF (經由腰椎穿刺測量，以側臥姿執行，未使用鎮靜劑；或是由測量硬腦膜外或腦室內壓力)，而且腦脊髓液化學及細胞檢查正常
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與代謝、中毒或荷爾蒙疾患相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與代謝、中毒或荷爾蒙疾患惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與代謝、中毒或荷爾蒙疾患改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

會造成顱內高壓的可能原因包括急性肝衰竭，高碳酸血症，急性高血壓危象，Reye's 肝腦病變症候群及心衰竭。移除誘發的物質或治療次發性的原因可能不足以將顱內高壓降到正常值；常需要額外的治療來預防視力喪失及緩解頭痛和其他症狀。

### 7.1.3 歸因於水腦引起顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus

簡介：

因水腦引起的頭痛，伴隨顱內壓增加或水腦其他的症狀及/或臨床徵兆。頭痛隨水腦的消失而緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C

- B. 診斷為水腦，而且腦脊髓液壓力 >250mm CSF (經由腰椎穿刺測量，以側臥姿執行，未使用鎮靜劑；或是由測量硬腦膜外或腦室內的壓力)
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與水腦相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與水腦惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與水腦改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

常壓性水腦症 通常不會導致頭痛；輕微的頭鈍痛偶而被報導過。

## **7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure**

簡介：

於腦脊髓液低壓(自發性或次發性)，或腦脊髓液滲漏時出現的姿勢性頭痛，通常伴隨頸部疼痛、耳鳴、聽力改變、畏光及/或噁心。頭痛在腦脊髓液壓力恢復正常或成功封住腦脊髓液滲漏之後緩解。

診斷準則：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 腦脊髓液低壓(<60mm CSF)及/或影像學證實有腦脊髓液滲漏
- C. 在時序上頭痛發生與腦脊髓液低壓或腦脊髓液滲漏相關，或導致後者之診斷
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

7.2 歸因於腦脊髓液低壓之頭痛通常和姿態有關，但並非一定如此。頭痛在坐起或站立後明顯惡化，及/或平躺後改善，可能是腦脊髓液低壓所引起的，但這不能被當作診斷的依據。因果關係的證據必須建立在發作時序上與假設的致病原因關聯，且要排除其他的診斷。

### 7.2.1 硬膜穿刺後頭痛 Post-dural puncture headache

舊稱：

腰椎穿刺後頭痛

簡介：

頭痛在腰椎穿刺後五天內發生，因腦脊髓液經由硬膜穿刺

處滲漏所引起。頭痛通常伴隨頸部僵硬及/或主觀聽覺症狀。頭痛於二週內自發性緩解，或是經由腰椎硬膜外自體血液貼片封住滲漏後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾接受硬膜穿刺
- C. 頭痛在硬膜穿刺後五天內發生
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

7.2.1 硬腦膜穿刺後頭痛的獨立危險因子最近已被報導，如：女性，年齡介於 31 到 50 歲，過去曾有 7.2.1 硬腦膜穿刺後頭痛，以及作硬腦膜穿刺時針頭斜面和脊柱縱軸呈垂直有關。

### 7.2.2 腦脊髓液瘻管頭痛 CSF fistula headache

簡介：

在某個造成腦脊髓液持續滲漏而引發顱內低壓的醫療操作或是外傷之後發生的姿勢性頭痛，於腦脊髓液滲漏成功封鎖後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 符合下列 2 項：
  - 1. 曾接受某項醫療操作(procedure)或曾有外傷，已知有時會引起腦脊髓液持續滲漏(腦脊髓液瘻管)
  - 2. 腦脊髓液低壓(<60mm CSF)及/或以 MRI、傳統脊髓造影、CT 脊髓造影或腦池攝影術證實有腦脊髓液滲漏
- C. 在時序上頭痛發生與某項醫療操作或外傷相關
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 7.2.3 歸因於自發性顱內低壓之頭痛 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension

舊稱：

歸因於自發性腦脊髓液低壓之頭痛(Headache attributed to spontaneous low CSF pressure)或原發性顱內低壓(primary intracranial hypotension)；低腦脊髓液容量頭痛(low CSF-volume headache)；腦脊髓液不足頭痛(hypoliquorrhoeic headache)。

簡介：

因自發性腦脊髓液低壓引起姿勢性頭痛。通常伴隨頸部僵

硬與主觀聽覺症狀。頭痛於腦脊髓液壓力恢復正常後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 腦脊髓液低壓(<60mm CSF)及/或影像學證實有腦脊髓液滲漏
- C. 在時序上頭痛發生與腦脊髓液低壓或腦脊髓液滲漏相關，或導致後者之診斷
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

如果病人在過去一個月內有接受過硬腦膜穿刺，則不能診斷為 7.2.3 歸因於自發性腦脊髓液低壓之頭痛。

頭痛在一個自發性腦脊髓液滲漏或自發性腦脊髓液低壓可能雷同於 7.2.1 硬腦膜穿刺後頭痛，會在直立後立即或幾秒內出現，且在躺平後(1 分鐘內)快速緩解。另外，也可能對姿勢變化的反應較慢，在直立後幾分鐘到幾小時才惡化，或在平躺後幾分鐘到幾小時才改善，但也不必然完全緩解。雖然在大部份的 7.2.3 歸因於自發性腦脊髓液低壓之頭痛會有明確的姿勢改變引起的變化，但和 7.2.1 硬腦膜穿刺後頭痛相較之下比較沒有那麼戲劇性或立即的變化。對於病人因姿勢改變造成的頭痛變化，一開始發生的病史需要詳細詢問，因為這樣的表現會隨著時間的拉長而不明顯。

雖然自體硬腦膜外血液貼片對於封住腦脊髓液滲漏通常是有效的，但單次自體硬腦膜外血液貼片的效果未必永久的，有時需要施行 2 到 3 次的硬腦膜外血液貼片治療才能將症狀完全解除，然而超過數天某種程度的持續改善是可以被預期的。有些病人若沒有辦法獲得持續改善則需手術治療。若病人有典型的姿勢性頭痛的表現，且沒有其他明顯的原因，在排除了姿勢性直立心搏過速症候群(POTS)，在臨床處置上提供自體腰椎硬腦膜外血液貼片治療是有道理的。除非是有充分的病史或影像學證據證實有腦脊髓液滲漏，否則無法清楚知道是否所有的病人其腦脊髓液都正在滲漏。腦池攝影術是一個過時的檢查現在很少使用，它顯著的比其他的影像檢查如(MRI、CT 或傳統脊髓造影)不敏感。在一些有 MRI 有陽性徵候如腦膜對比增強的病人，硬腦膜穿刺來測量腦脊液壓力是沒有必要的。

7.2.3 歸因於自發性腦脊髓液低壓之頭痛潛在的疾患可能是低腦脊髓液容量(low CSF volume)，有時有顱內壓輕微上升(如猛力咳嗽)所引發的病史。與腦脊髓液低壓類似的姿勢性頭痛也曾報告發生於性交後。這類頭痛應登錄在 7.2.3 歸因於自發性腦脊髓液低壓之頭痛，因為它導因於腦脊髓液滲漏。

### 7.3 歸因於非感染性發炎顱內疾病之頭痛 Headache attributed to non-infectious inflammatory intracranial disease

簡介：

頭痛出現於某一非感染性發炎顱內疾病，通常伴隨腦脊髓液淋巴球增生。頭痛於發炎性疾病消失後緩解。

診斷準則：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為某一已知能引起頭痛之非感染性發炎疾病
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係
  - 1. 在時序上頭痛發生與非感染性發炎疾病之發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與非感染性發炎疾病惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與非感染性發炎疾病改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 7.3.1 歸因於神經類肉瘤病之頭痛 Headache attributed to neurosarcoidosis

簡介：

頭痛由神經類肉瘤病所引起，伴隨無菌性腦膜炎、顱神經病變、腦部 MRI 有顱內佔位性的病灶、腦室週圍有局部發炎性病變及/或腦部或脊髓 MRI 有均勻對比增強的腫塊病變，經切片證實為非乾酪性肉芽瘤。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為神經類肉瘤病
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與神經類肉瘤病之發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與神經類肉瘤病惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與神經類肉瘤病改善同步
  - 3. 頭痛伴隨 1 或多條顱神經病變
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

神經類肉瘤病的其他臨床表現還包括無菌性腦膜炎，腦神經病變，在 MRI 顯示顱內佔位性病變，腦室周圍的局部發炎病變，及/或腦部或脊髓出現均勻對比增強顯影的腫塊病變，經由切片證實為非乾酪性肉芽瘤。

#### 7.3.2 歸因於無菌性(非感染性)腦膜炎之頭痛 Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis

簡介：

由無菌性腦膜炎引起之頭痛，伴隨腦膜刺激 (meningeal irritation) 症狀或其他臨床徵兆。頭痛隨腦膜炎消失而緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 經腦脊髓液檢查診斷為無菌性腦膜炎
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與無菌性腦膜炎之發病相關，或導致後者之診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與無菌性腦膜炎惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與無菌性腦膜炎改善同步
  - 3. 頭痛伴隨腦膜炎其他的症狀及/或臨床徵兆，包括頸部僵硬 (腦膜徵兆 meningismus) 及/或畏光
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

無菌性腦膜炎病人的腦脊髓液會出現以淋巴球為主的白血球增生，蛋白質輕微上升，葡萄糖正常因沒有出現傳染性病原。無菌性腦膜炎也會因為使用某些藥物而發生，如 ibuprofen 或其他非類固醇抗發炎藥物，免疫球蛋白，盤尼西林或 trimethoprim 從脊髓腔打藥及/或吹藥。

#### 7.3.3 歸因於其他非感染性發炎顱內疾患之頭痛 Headache attributed to other non-infectious inflammatory intracranial disease

簡介：

因任何一種自體免疫疾患所引起的頭痛，伴隨該致病疾患其他的症狀及/或臨床徵兆。頭痛於自體免疫疾患成功治療後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為某一已知會引起頭痛之非感染性發炎顱內疾病，非上述所提及者
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與非感染性發炎顱內疾病之發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：

- a) 頭痛顯著惡化與非感染性發炎顱內疾病惡化同步
  - b) 頭痛顯著改善與非感染性發炎顱內疾病改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛可與下列有關，但通常不是一個表現或主要的症狀：  
急性去髓鞘腦脊髓炎(ADEM)，全身性紅斑性狼瘡(SLE)，Behcet's 症候群 及其他系統性或局部性(如邊緣系統腦炎)自體免疫症候群。

### 7.3.4 歸因於淋巴球腦下垂體炎之頭痛 Headache attributed to lymphocytic hypophysitis

簡介：

因淋巴球腦下垂體炎引起的頭痛，伴隨腦下垂體變大，與高泌乳激素血症(在半數個案中)。頭痛在淋巴球腦下垂體炎成功治療後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為淋巴球腦下垂體炎
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與淋巴球腦下垂體炎之發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與淋巴球腦下垂體炎惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與淋巴球腦下垂體炎改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

淋巴球腦下垂體炎常合併腦下垂體增大及腦部 MRI 均勻對比增強的顯影。在 50%的個案它伴隨高泌乳激素血症，或在 20%的個案伴隨抗腦下垂體細胞質液蛋白的自體抗體。此疾患典型發生於懷孕末期或分娩後，但亦可發生於男性。

### 7.3.5 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL) Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)

舊稱：

偏頭痛併腦脊髓液白血球增生症 (migraine with cerebrospinal pleocytosis)、假性偏頭痛併淋巴球增生症 (pseudomigraine with lymphocytic pleocytosis)。

簡介：

類似偏頭痛之發作(一般發作 1 至 12 次)，伴隨神經缺損，包括單側感覺異常、單側肢體輕癱及/或失語性語言障礙，持續數小時，正向視覺症狀僅偶然發生。腦脊髓液有淋巴球增生。此疾患於三個月內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 類似偏頭痛之發作，符合基準 B 及 C
- B. 符合下列 2 項：
  - 1. 至少有下列 1 項短暫神經缺損，持續 >4 小時，伴隨頭痛或緊跟著頭痛發生：
    - a) 單側感覺異常
    - b) 失語性語言障礙
    - c) 單側肢體輕癱
  - 2. 伴隨腦脊髓液淋巴球增生(>15 WBC/ $\mu$ l)，且其他病因之檢驗都正常
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛與短暫神經缺損的發生或顯著惡化，與腦脊髓液淋巴球增生相關，或導致後者之診斷
  - 2. 頭痛與短暫神經缺損明顯改善，與腦脊髓液淋巴球增生改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

7.3.5 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)的臨床表現為，1 至 12 次個別之陣發性神經學缺損，合併或隨後發生中至重度之頭痛。大部份的發作持續數小時，但有些發作時間可以超過 24 小時。其神經學表現包括約 3/4 病例會出現感覺症狀；約 2/3 的病例會出現失語，及約比一半多一點運動缺損。類似偏頭痛預兆的視覺症狀則相對地較不常見(少於 20%的病例會出現)。此症候群會在 3 個月內緩解。

除了腦脊髓液淋巴球增生(可以高達 760 cells/ml)外，>90%的個案有腦脊髓液總蛋白質增加(可以高達 250mg/dl)，>50%的個案腦脊髓液壓力可以高達 400mm CSF。至少有 1/4 的病例會出現病毒感染的前驅症狀，令人聯想到 7.3.5 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症其病理機轉可能和自體免疫有關。最近有一個關於這種症狀的兩個病例，出現 T 型電位調控鈣離子通道的 CACNA1H 次單元的抗體，可支持這樣的看法。

視乳頭水腫偶爾出現。常規 CT 及 MRI 掃描(有或無靜脈注射對比劑)及血管攝影在發作之後幾乎都是正常。在發作時，腦部影像學會出現延遲性腦灌流量而無合併 Diffusion-weighted 的影像變化及大腦動脈血管狹窄。此外，曾在單

一個案被報導有大腦灰質水腫及腦池顯影。微生物學的檢查全部都是正常。EEG 及 SPECT 掃瞄可能顯現與局部神經缺損相符之局部異常區域。

大部份患此症候群的病人先前沒有偏頭痛的病史。臨床醫師必須考慮其他有類似臨床特徵的診斷，包括 1.2.3 家族性偏癱偏頭痛(雖然 1.2.3.1.1 家族性偏癱偏頭痛第一型(FHMI)的病因--CACNA1A 突變，已經在許多 7.3.5 短暫頭痛及神經缺損症候群併腦脊髓液淋巴球增生症(HaNDL)病人身上被排除)、神經波雷耳氏弧菌病(neuroborreliosis)、神經梅毒、神經布氏桿菌病(neurobrucellosis)、黴漿菌、腦膜炎、肉芽腫性及腫瘤性蜘蛛網膜炎、腦炎及中樞神經系統血管炎。

## 7.4 歸因於顱內腫瘤病變之頭痛 Headache attributed to intracranial neoplasia

簡介：

因顱內腫瘤病變所引起的頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為顱內腫瘤病變
- C. 至少符合下列 1 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與顱內腫瘤病變相關，或導致後者之診斷
  - 2. 頭痛顯著的惡化與顱內腫瘤病變的惡化同步
  - 3. 在時序上頭痛隨顱內腫瘤病變成功治療而顯著改善
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 7.4.1 歸因於顱內腫瘤之頭痛 Headache attributed to intracranial neoplasm

簡介：

頭痛通常是漸進的，在早晨較嚴重，而且會因類似 Valsalva 氏操作而加重，由一或多個佔位性的顱內腫瘤所引起。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為佔位性的顱內腫瘤
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與腫瘤發展相關，或導致後者之診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與顱內腫瘤惡化同步
    - b) 在時序上頭痛隨顱內腫瘤成功治療而顯著改善

3. 頭痛具下列 3 項特徵中至少 1 項：

- a) 漸進的
- b) 在早晨或日間小睡後較嚴重
- c) 因類似 Valsalva 氏操作而加重

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 7.4.1.1 歸因於第三腦室膠狀囊腫之頭痛 Headache attributed to colloid cyst of the third ventricle

簡介：

因第三腦室膠狀囊腫所引起的頭痛，最典型的表現為：反覆雷擊頭痛發作，伴隨意識下降或意識喪失。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為第三腦室之膠狀囊腫
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與第三腦室膠狀囊腫之發展相關，或導致後者之診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 反覆頭痛，以雷擊頭痛表現，並伴隨意識下降或意識喪失
    - b) 在時序上頭痛隨第三腦室之膠狀囊腫成功治療而顯著改善或緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

大部份第三腦室膠體囊腫都是無意間被發現且沒有症狀。儘管如此，當他們非常靠近 Monro 氏孔時，有時可以導致突然的阻塞性水腦症導致雷擊頭痛發生，且伴隨意識下降或喪失。這種高度典型的表現，必須快速診斷出是 7.4.1.1 歸因於第三腦室膠體囊腫的頭痛，因這是會危及生命的警訊。

### 7.4.2 歸因於癌性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to carcinomatous meningitis

簡介：

因癌性腦膜炎所起的頭痛，通常伴隨腦病變徵兆及/或顱神經病變。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為癌性腦膜炎 (出現全身性腫瘤病變，已知與癌性腦膜炎相關者)

- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
1. 在時序上頭痛發生與癌性腦膜炎之發展相關
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與癌性腦膜炎惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與癌性腦膜炎改善同步
  3. 頭痛伴隨顱神經病變及/或腦病變
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 7.4.3 歸因於下視丘或腦下垂體分泌過多或不足之頭痛 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion

簡介：

因腦下垂體腺瘤，與下視丘或腦下垂體分泌過多或不足所引起的頭痛，通常伴隨體溫調節障礙、異常情緒狀態及/或渴感或食慾改變。頭痛在成功治療原發疾患後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為腦下垂體腺瘤，伴隨下視丘或腦下垂體分泌過多或不足(包括泌乳激素、生長激素[GH]及/或促腎上腺皮質分泌激素[ACTH]分泌過多)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
1. 在時序上頭痛發生與下視丘或腦下垂體分泌過多或不足之發生相關
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與下視丘或腦下垂體分泌過多或不足惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與下視丘或腦下垂體分泌過多或不足改善同步
  3. 頭痛伴隨至少下列 1 項：
    - a) 體溫調節障礙
    - b) 異常情緒狀態
    - c) 渴感及/或食慾改變
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 7.5 歸因於脊髓腔內注射之頭痛 **Headache attributed to intrathecal injection**

簡介：

因脊髓腔內注射所引起的頭痛，在直立與躺臥時可感受到，於注射後 4 天內發生，於 14 天內緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾接受脊髓腔內注射
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
1. 頭痛在脊髓腔內注射後 4 天內發生
  2. 頭痛在脊髓腔內注射後 14 天內顯著改善
  3. 有腦膜刺激(meningeal irritation)徵兆
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛通常在脊髓腔內注射後之 4 天內發生，且在直立或臥姿都會出現。當頭痛持續超過 14 日，則其他的診斷如 7.2.2 腦脊髓液瘻管頭痛，腦膜炎或軟腦膜腦膜炎必須考慮。

#### 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛 **Headache attributed to epileptic seizure**

登錄他處：

偏頭痛與癲癇之間有複雜與雙向的關聯。當兩者共存，任何一方都不是彼此的危險因子時，偏頭痛應以其亞型登錄在 1. 偏頭痛。當偏頭痛與某些癲癇症具共病性時，例如良性枕葉癲癇(benign occipital epilepsy)、良性 rolandic 癲癇(benign rolandic epilepsy)、與大腦皮質網狀癲癇合併失神發作(corticoreticular epilepsy with absence seizure)，偏頭痛同樣以其亞型登錄在 1. 偏頭痛。當類似偏頭痛或其他頭痛與癲癇同屬某特定腦部疾患的一部份(如 MELAS)，頭痛應登錄於該疾患。當癲癇與偏頭痛預兆同時發生或癲癇緊跟著預兆產生(偏癲癇 migralepsy)，應登錄為 1.4.4 偏頭痛預兆引發之癲癇發作。

簡介：

因癲癇發作所引起的頭痛，頭痛在癲癇發作時及/或癲癇發作後產生，於數小時至 3 天內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 病人目前正在或最近有癲癇發作
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
1. 頭痛發生與癲癇發作同時
  2. 頭痛在癲癇終止後自發性緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

癲癇發作前頭痛也曾在一個針對 11 位難治的局部癲癇病人的小型研究發現。頭痛在前額顳葉處，有 9 個顳葉癲癇

的病人其頭痛和癲癇病兆在同一邊，而不同側的一個是顳葉癲癇另一個是額葉癲癇病人。需要有更多的研究去證實癲癇發作前頭痛的存在，且要了解其在局部及全身性癲癇的盛行率及臨床特徵。

### 7.6.1 癲癇性半邊頭痛 Hemicrania epileptica

簡介：

頭痛於局部癲癇時發生，與癲癇放電同側，並在癲癇停止後立即或短時間內緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 病人正在局部癲癇發作
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛發生與局部癲癇發作同時
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛在癲癇發作停止後立即明顯改善
    - b) 頭痛與癲癇放電同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 7.6.2 癲癇發作後頭痛 Post-ictal headache

簡介：

因癲癇發作所引起的頭痛，在癲癇發作結束後 3 小時內發生，並在癲癇停止後 72 小時內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 病人最近曾有局部或全身性的癲癇發作
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛在癲癇發作停止後 3 小時內發生
  - 2. 頭痛在癲癇發作停止後 72 小時內緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

在顳葉癲癇或額葉癲癇有 40%以上會有 7.6.2 癲癇發作後頭痛，而且枕葉癲癇更有高達 60%以上會出現。常出現於全身性強直-陣攣性發作的癲癇遠多於其他癲癇形態發作。

## 7.7 歸因於 Chiari 氏畸形第一型(CM1)之頭痛 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)

簡介：

因 Chiari 氏畸形第一型所引起的頭痛，通常在枕部或枕部

下(suboccipital)，持續時間短(小於 5 分鐘)，而且會因咳嗽或其他類似 Valsalva 氏操作而誘發。頭痛在 Chiari 氏畸形成功治療後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為 Chiari 氏畸形第一型(CM1) (註 1)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 在時序上頭痛發生與 Chiari 氏畸形第一型相關
    - b) 頭痛於 Chiari 氏畸形第一型成功治療後 3 個月內緩解
  - 2. 頭痛至少具下列 3 項特徵其中 1 項：
    - a) 因咳嗽及/或其他類似 Valsalva 氏操作而加重
    - b) 在枕部及/或枕部下(suboccipital)位置
    - c) 持續時間 < 5 分鐘
  - 3. 頭痛伴隨其他腦幹、小腦、下顳神經及/或頸椎脊髓功能障礙之症狀及/或臨床徵兆
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷 (註 2)

註：

- 1. Chiari 氏畸形的診斷，需在 MRI 上看到小腦扁桃體(cerebellar tonsils)尾部下垂(caudal descent)達 5mm；或小腦扁桃體尾部下垂達 3mm，合併至少下列 1 項顯示顳頸交界處蜘蛛膜下腔擁擠：小腦後面及側面之腦脊髓液腔受壓迫、上枕骨(supraocciput)高度降低、天幕(tentorium)斜度增加、或延髓(medulla)扭曲。
- 2. 腦脊髓液滲漏導致自發性顳內低壓的病人，在 MRI 上可能見到次發性扁桃體下垂與 CM1。此類病人亦可能以與咳嗽相關或類似 Valsalva 氏操作相關之頭痛來表現(應登錄在 7.2.3 歸因於自發性顳內低壓之頭痛)。因此，所有以頭痛與 CM1 來表現的病人，都需排除腦脊髓液滲漏。

說明：

7.7 歸因於 Chiari 氏畸形第一型(CM1)之頭痛，除了發作的時間可能較長外(幾分鐘而非幾秒)，常被描述類似原發性咳嗽頭痛。

幾乎大部份(95%)因 Chiari 氏畸形第一型所引起的頭痛都有五個或以上獨特的症狀。

一個 MRI 的資料庫顯示，有小腦扁桃體疝脫至少 5 mm 的人佔人群中的 0.7%。具備 CM1 臨床知識是非常重要的，因為很多這樣的病人可以沒有症狀。有些病人會表現像

Chiari 的症狀但只有輕微小腦扁桃體疝脫的現象，然而卻有些人沒有臨床症狀但卻有很大扁桃體疝脫的現象。疝脫的程度和頭痛嚴重度或失能程度彼此都沒有關連。在手術治療前，應嚴格符合上述臨床與放射學上的基準，以避免因不必要的手術導致可能嚴重的併發症。

這些 7.7 歸因於 Chiari 氏畸形第一型(CMI)之頭痛診斷標準需要加以驗證，前瞻性長期手術治療結果之研究是必要的。

## 7.8 歸因於其他非血管性顱內疾患之頭痛

### Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder

簡介：

因非血管性顱內疾患所引起之頭痛，非上述所提及者。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為某個已知會引起頭痛的非血管性顱內疾患，非上述所提及者
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛發生與非血管性顱內疾患之發病相關
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛發生或顯著惡化與非血管性顱內疾患惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與非血管性顱內疾患改善同步
  3. 頭痛具有該項非血管性顱內疾患的典型特徵
  4. 其他證據證實其因果關係
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷



## 8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛 (Headache attributed to a substance or its withdrawal)

廖翊筑 傅中玲 譯

- 
- 8.1 歸因於物質使用或暴露之頭痛 Headache attributed to use of or exposure to a substance
    - 8.1.1 一氧化氮釋出物引發之頭痛 Nitric oxide (NO) donor-induced headache
      - 8.1.1.1 一氧化氮釋出物引發之立即性頭痛 Immediate NO donor-induced headache
      - 8.1.1.2 一氧化氮釋出物引發之延遲性頭痛 Delayed NO donor-induced headache
    - 8.1.2 Phosphodiesterase (PDE)抑制劑引發之頭痛 Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache
    - 8.1.3 一氧化碳引發之頭痛 Carbon monoxide (CO)-induced headache
    - 8.1.4 酒精引發之頭痛 Alcohol-induced headache
      - 8.1.4.1 酒精引發之立即性頭痛 Immediate alcohol-induced headache
      - 8.1.4.2 酒精引發之延遲性頭痛 Delayed alcohol-induced headache
    - 8.1.5 食品及/或其添加物引發之頭痛 Headache induced by food and/or additive
      - 8.1.5.1 味精(麩酸鈉, MSG)引發之頭痛 Monosodium glutamate (MSG)-induced headache
    - 8.1.6 古柯鹼引發之頭痛 Cocaine-induced headache
    - 8.1.7 組織胺引發之頭痛 Histamine-induced headache
      - 8.1.7.1 組織胺引發之立即性頭痛 Immediate histamine-induced headache
      - 8.1.7.2 組織胺引發之延遲性頭痛 Delayed histamine-induced headache
    - 8.1.8 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)引發之頭痛 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache
      - 8.1.8.1 CGRP 引發之立即性頭痛 Immediate CGRP-induced headache
      - 8.1.8.2 CGRP 引發之延遲性頭痛 Delayed CGRP-induced headache
    - 8.1.9 歸因於外源性急性升壓物質之頭痛 Headache attributed to exogenous acute pressor agent
      - 8.1.10 歸因於治療其他非頭痛適應症、偶而使用藥物引發之頭痛 Headache attributed to occasional use of non-headache medication
      - 8.1.11 歸因於治療其他非頭痛適應症、長期使用藥物引發之頭痛 Headache attributed to long-term use of non-headache medication
      - 8.1.12 歸因於外源性荷爾蒙之頭痛 Headache attributed to exogenous hormone
      - 8.1.13 歸因於其他物質使用或暴露之頭痛 Headache attributed to use of or exposure to other substance
  - 8.2 藥物過度使用頭痛(MOH) Medication-overuse headache (MOH)
    - 8.2.1 麥角胺過度使用頭痛 Ergotamine-overuse headache
    - 8.2.2 翠普登過度使用頭痛 Triptan-overuse headache
    - 8.2.3 單純止痛藥過度使用頭痛 Simple analgesic-overuse headache
      - 8.2.3.1 對乙醯氨基酚類過度使用頭痛. Paracetamol (acetaminophen)-overuse headache
      - 8.2.3.2 阿斯匹林(乙醯水楊酸)過度使用頭痛 Acetylsalicylic acid-overuse headache
      - 8.2.3.3 其他非類固醇抗發炎藥物過度使用頭痛 Other non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-overuse headache
    - 8.2.4 鴉片類過度使用頭痛 Opioid-overuse headache
    - 8.2.5 複合止痛藥物過度使用頭痛 Combination-analgesic-overuse headache
    - 8.2.6 歸因於多重種類藥物、而非單一藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused
    - 8.2.7 歸因於未經證實、多重種類藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to unverified overuse of multiple drug classes
    - 8.2.8 歸因於其他藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to other medication
  - 8.3 歸因於物質戒斷之頭痛 Headache attributed to substance withdrawal
    - 8.3.1 咖啡因戒斷之頭痛 Caffeine-withdrawal headache
    - 8.3.2 鴉片類戒斷之頭痛 Opioid-withdrawal headache
    - 8.3.3 雌激素戒斷之頭痛 Oestrogen-withdrawal headache
    - 8.3.4 歸因於其他物質慢性使用後戒斷之頭痛

登錄他處：

7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛；

7.3.2 歸因於無菌性(非感染性)腦膜炎之頭痛。

#### 一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當頭痛首次發生，時序上與暴露或戒斷某一物質緊密相關時，則此新頭痛將登錄為歸因於該物質或物質戒斷之次發性頭痛，即使此新發生的頭痛特徵符合 ICHD-3 beta 第一部分的任何一種原發性頭痛疾患。當既存之具有原發性頭痛特徵的頭痛變為慢性或是明顯的惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，而時序上也與暴露或戒斷某一物質密切相關，在有良好證據顯示暴露或戒斷該物質能造成頭痛的情況下，將同時給予原來的頭痛診斷和 8.歸因於物質或物質戒斷之頭痛(或其亞型之一)。

#### 前言：

1. 偏頭痛病患在生理上及可能心理上對許多內在及外在刺激特別敏感。酒精、食物及其添加物、化學物質或藥物使用及戒斷都曾被報導可誘發某些易感體質者的偏頭痛發作。這些相關性多半是依據軼聞或藥物副作用等報導。事實上，並無佐證支持頭痛跟這些刺激物間有直接因果關係，也無法消除其他病因的可能性。因為很多刺激暴露很常見，與頭痛並存可能只是巧合，頭痛是基於機率湊巧發生。也可能因為身體其他疾病造成頭痛，而用來治療該疾病的藥物正好與頭痛同時發生。就像在偏頭痛急性治療藥物試驗中，頭痛和其附加症狀也算是藥物不良反應的一種，儘管頭痛應是治療標的而非藥物所導致。有些疾病可能使病患容易發生藥物相關頭痛，但如果該疾病或該藥物單獨出現時，不見得會引發頭痛。

此處所列頭痛疾患之診斷基準通則為：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 曾經使用或暴露到某一已知能引發頭痛的物質
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係
  1. 在時序上頭痛發生與使用或暴露到該物質相關
  2. 移除該物質後，頭痛明顯改善或緩解
  3. 使用或暴露到該物質發生典型頭痛
  4. 其他證據證實其因果關係
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

## 8.1 歸因於物質使用或暴露之頭痛 Headache attributed to use of or exposure to a substance

簡介：

使用或暴露到某種物質後，立即或幾小時內引發之頭痛

說明：

8.1 歸因於物質使用或暴露之頭痛可被毒性物質所引發，或因某些正規或藥物試驗的治療物引發非預期反應。

頭痛是許多藥物的副作用，這恐怕是因為頭痛盛行率很高所致。唯有在雙盲對照試驗中，試驗用藥(active drug)引發頭痛的頻率比安慰劑顯著增加時，可視為真正的藥物副作用。雙盲試驗的實驗設計也可用來研究藥物效果跟頭痛的關係。舉例來說，一氧化氮釋出物的研究使我們更深刻地瞭解神經傳導物質跟原發性頭痛間的作用機轉。

一般來說，1. 偏頭痛患者比其他人更容易產生此類頭痛，對於 2. 緊縮型頭痛及 3.1 叢發性頭痛病患亦然。有一些物質如一氧化氮釋出物或組織胺，對於一般人或偏頭痛患者都可能引發立即性頭痛。但目前已知對於罹患原發性頭痛疾患的人，這些物質也會引發延遲性頭痛，在暴露物質已經由血液清除數小時後仍可能引發頭痛。瞭解這些可能誘發頭痛的物質對於臨床藥物使用很重要，可以將這些物質作適當的標示。合併酒精及 disulfiram(一戒酒藥物)使用可能引發頭痛，但單獨使用其中之一卻不會造成頭痛。

很弔詭的，大部分的人在飲用大量酒精後會產生頭痛反而是一種正面反應，可以避免人們過量飲酒。

如某物質是因其毒性引發頭痛(如一氧化碳)則無法進行臨床試驗，只能透過自殺或意外暴露等臨床案例來瞭解該物質跟頭痛的關聯性。

### 8.1.1 一氧化氮釋出物引發之頭痛 Nitric oxide (NO) donor-induced headache

簡介：

急性暴露到一氧化氮釋出物後，立即或延遲一段時間後引發之頭痛

說明：

8.1.1 一氧化氮釋出物引發之頭痛典型表現是額顳葉搏動性疼痛。所有一氧化氮釋出物(例如 amyl nitrate, erythrityl tetranitrate, pentaerythrityl tetranitrate, glyceryl trinitrate [GTN], isosorbide mono- or dinitrate, sodium nitroprusside, mannitol hexanitrate)都可引發此頭痛亞式。

Glyceryl trinitrate [GTN] 對於大多數的正常人可引發立即

性頭痛，但對於 1.1 無預兆偏頭痛患者也可引發延遲性頭痛。對於 2.3 慢性緊縮型頭痛患者則可引發具 2. 緊縮型頭痛特徵的延遲性頭痛。(對於 2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛或 2.2 經常陣發性緊縮型頭痛患者則反應未明。)此類延遲性頭痛平均在物質暴露後 5-6 小時發生。對於 3. 叢發性頭痛患者來說，只有在叢發期可引發延遲性頭痛，多半在使用 GTN 1-2 小時後引發叢發性頭痛發作。

頭痛是治療性使用硝化甘油(nitroglycerine)的副作用，長期使用硝化甘油時，約會在一週後產生耐受性，對多數人來說 GTN 引發的頭痛也會在此時消失。其他因治療目的而使用的一氧化氮釋出物也可能引發頭痛，在一正式雙盲、安慰劑對照的藥物試驗裡發現 Isosorbide mononitrate 引發的頭痛比 GTN 誘發的頭痛持續時間更長，因為前者是緩慢釋出一氧化氮。

#### 8.1.1.1 一氧化氮釋出物引發之立即性頭痛 Immediate

##### NO donor-induced headache

舊稱：

硝化甘油頭痛 (Nitroglycerine headache)；炸藥頭痛 (dynamite headache)；熱狗頭痛 (hot dog headache)

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾經食入一氧化氮釋出物
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
  - 1. 一氧化氮釋出物吸收後，1 小時內發生頭痛
  - 2. 一氧化氮釋出停止後，1 小時內頭痛緩解
  - 3. 頭痛至少具下列 4 項特徵之一：
    - a) 雙側
    - b) 疼痛程度輕或中度
    - c) 搏動性
    - d) 因身體活動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 8.1.1.2 一氧化氮釋出物引發之延遲性頭痛 Delayed NO

##### donor-induced headache

診斷基準：

- A. 原發性頭痛病人，其頭痛具原發性頭痛之特徵，且符合基準 C
- B. 曾經食入一氧化氮釋出物
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 暴露到一氧化氮釋出物後 2-12 小時內發生頭痛，且

在一氧化氮自血液中清除後仍有頭痛

- 2. 暴露後 72 小時內頭痛緩解

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 8.1.2 Phosphodiesterase (PDE) 抑制劑引發之頭痛

##### Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache

簡介：

因使用 Phosphodiesterase (PDE) 抑制劑引發之頭痛，72 小時內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾經使用單一劑量 PDE 抑制劑
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係
  - 1. 使用 PDE 抑制劑後，5 小時內發生頭痛
  - 2. 頭痛發生後 72 小時內緩解
  - 3. 頭痛至少具下列 4 項特徵其中之一：
    - a) 雙側
    - b) 疼痛程度輕或中度
    - c) 搏動性
    - d) 因身體活動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

Phosphodiesterases (PDEs) 是一種可分解 cGMP 與 cAMP 的酵素。有兩種 PDE-5 抑制劑藥物(sildenafil 及 dipyridamol) 會增加 cGMP 及 cAMP 的濃度。其引發的頭痛多半具緊縮型頭痛的特徵，但對於 1. 偏頭痛的病患，可能引發符合 1.1 無預兆偏頭痛特徵的頭痛，在藥物使用前應警告此可能之副作用。

#### 8.1.3 一氧化碳引發之頭痛 Carbon monoxide-induced headache

舊稱：

倉儲工人頭痛 (Warehouse workers' headache)

簡介：

因暴露到一氧化碳引發之頭痛，除去一氧化碳後 72 小時內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 雙側頭痛符合基準 C
- B. 曾經暴露到一氧化碳

C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：

1. 暴露一氧化碳後，12 小時內發生頭痛
2. 頭痛疼痛程度與一氧化碳中毒的嚴重度相關
3. 除去一氧化碳後，72 小時內頭痛緩解

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

一氧化碳血紅素(carboxyhemoglobin)濃度在 10-20% 時典型表現為輕微頭痛，但無腸胃或神經學症狀，濃度在 20-30% 時可引發中度、搏動性頭痛及焦躁易怒，濃度在 30-40% 時可引發嚴重頭痛合併噁心、嘔吐及視力模糊。濃度超過 40% 時常因患者發生意識改變反而沒有不適抱怨。

沒有充份研究探討一氧化碳中毒對於頭痛有何長期影響，但有證據支持一氧化碳中毒後可以有慢性頭痛。

#### 8.1.4 酒精引發之頭痛 Alcohol-induced headache

簡介：

攝取酒精(常為含酒精之飲料)後，立即或延遲一段時間後引發之頭痛。

##### 8.1.4.1 酒精引發之立即性頭痛 Immediate alcohol-induced headache

舊稱：

雞尾酒頭痛 (Cocktail headache)

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾經攝取酒精
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
  1. 攝取酒精後，3 小時內發生頭痛
  2. 停止攝取酒精後，72 小時內頭痛緩解
  3. 頭痛至少具下列 3 項特徵之一：
    - a) 雙側
    - b) 搏動性
    - c) 因身體活動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

造成 8.1.4.1 酒精引發之立即性頭痛所需的酒精劑量因人而異，對於 1. 偏頭痛患者來說，所需劑量可以很低(但偏頭痛患者有時可以和非偏頭痛患者忍受同樣的酒精劑量)。

8.1.4.1 酒精引發之立即性頭痛較 8.1.4.2 酒精引發之延遲性頭痛罕見。

##### 8.1.4.2 酒精引發之延遲性頭痛 Delayed alcohol-induced headache

舊稱：

宿醉頭痛(Hangover headache)

簡介：攝取酒精(常為含酒精之飲料)延遲數小時後引發之頭痛，72 小時內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾經攝取酒精
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
  1. 攝取酒精後，5-12 小時內發生頭痛
  2. 頭痛發生後 72 小時內緩解
  3. 頭痛至少具下列 3 項特徵之一：
    - a) 雙側
    - b) 搏動性
    - c) 因身體活動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

8.1.4.2 酒精引發之延遲性頭痛是最常見的次發性頭痛之一。目前並不清楚其他附加物質是否也扮演部份角色，如菸草中的尼古丁也常在飲酒當時一併吸入。目前仍未確知此種延遲性頭痛是因為酒精的毒性效果，或者與 8.1.1.2 一氧化氮釋出物引發之延遲性頭痛有類似的作用機轉。

#### 8.1.5 食品及/或其添加物引發之頭痛 Headache induced by food components and additives

舊稱：

飲食頭痛 (Dietary headache)

登錄他處：

因特定食品或添加物引發之偏頭痛發作，應以其亞型登錄在 1. 偏頭痛內。

簡介：

因食品或添加物包含一種以上特定物質引發之頭痛，該物質未必可被辨識、但已知對易感體質者可引發頭痛

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C

- B. 曾經食入某食品或添加物包含一種以上特定物質，該物質未必可被辨識、但已知對易感體質者可引發頭痛
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
1. 食入食品或添加物後，12 小時內發生頭痛
  2. 食入食品或添加物後，72 小時內頭痛緩解
  3. 頭痛至少具下列 4 項特徵之一：
    - a) 雙側
    - b) 疼痛程度輕或中度
    - c) 搏動性
    - d) 因身體活動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

味精(麩酸鈉,MSG)是一種久為人知的頭痛成因，因此登錄於某一特定亞型如下。苯乙胺(phenylethylamine)、對羥苯基乙胺(tyramine)、阿斯巴甜(aspartame)都曾被歸咎可能與頭痛有關，但仍未有定論。

#### 8.1.5.1 味精(麩酸鈉,MSG)引發之頭痛 Monosodium glutamate-induced headache

舊稱：

中國餐館症候群 (Chinese restaurant syndrome)

登錄他處：

因食入味精(麩酸鈉)引發之偏頭痛發作，應以其亞型登錄在 1. 偏頭痛內。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾經食入味精 (麩酸鈉,MSG)
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
1. 食入味精後，1 小時內發生頭痛
  2. 食入味精後，72 小時內頭痛緩解
  3. 頭痛至少具下列 5 項特徵之一：
    - a) 雙側
    - b) 疼痛程度輕或中度
    - c) 搏動性
    - d) 伴隨有臉潮紅，臉部或胸部有壓迫感，頸部、肩膀及/或胸部有灼熱感，頭暈及腹部不適
    - e) 因身體活動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

8.1.5.1 味精(麩酸鈉,MSG)引發之頭痛典型表現為壓迫/緊縮、或灼熱的痛感，但對於 1. 偏頭痛患者可以造成搏動性頭痛。它常伴隨臉潮紅，臉部或胸部有壓迫感，頸部、肩膀及/或胸部有灼熱感，頭暈及腹部不適。

#### 8.1.6 古柯鹼引發之頭痛 Cocaine-induced headache

簡介：

經由任何途徑施用古柯鹼引發之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾經藉由任何途徑施用古柯鹼
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
1. 施用古柯鹼後，1 小時內發生頭痛
  2. 施用古柯鹼後，72 小時內頭痛緩解
  3. 頭痛至少具下列 4 項特徵之一：
    - a) 雙側
    - b) 疼痛程度輕或中度
    - c) 搏動性
    - d) 因身體活動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

原則上，古柯鹼施用的主要途徑包括口服(嚼)、經鼻吸收(鼓鼻吸入海洛因粉)、靜脈注射及如菸草般吸入。

#### 8.1.7 組織胺引發之頭痛 Histamine-induced headache

簡介：

急性暴露到組織胺後，立即或延遲一段時間後引發之頭痛。

說明：

組織胺無論經皮下吸收、經鼻吸入或經靜脈注射的效果均類似，其作用機轉主要是透過活化 H1 受器，所以可幾乎完全被 mepyramine 所阻斷。組織胺對於一般大眾也可引發立即性頭痛，但對於偏頭痛患者可引發延遲性頭痛，表現類似 1.1 無預兆偏頭痛。對於 2. 緊縮型頭痛患者，組織胺可引發延遲性頭痛，表現類似緊縮型頭痛。此類延遲性頭痛平均在組織胺暴露後 5-6 小時發生。對於 3. 叢發性頭痛患者來說，只有在叢發期可引發延遲性頭痛，多半在組織胺暴露後 1-2 小時引發叢發性頭痛。

##### 8.1.7.1 組織胺引發之立即性頭痛 Immediate histamine-induced headache

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾經使用組織胺
- C. 需符合下列所有項目佐證其因果關係：
  - 1. 吸收組織胺後，1 小時內發生頭痛
  - 2. 停止吸收組織胺後，1 小時內頭痛緩解
  - 3. 頭痛至少具下列 4 項特徵之一：
    - a) 雙側
    - b) 疼痛程度輕或中度
    - c) 搏動性
    - d) 因身體活動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 8.1.7.2 組織胺引發之延遲性頭痛 Delayed histamine-induced headache

診斷基準：

- A. 原發性頭痛病人，其頭痛具原發性頭痛之特徵，且符合基準 C
- B. 曾經使用組織胺
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 使用組織胺後，2-12 小時內發生頭痛
  - 2. 使用組織胺後，72 小時內頭痛緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 8.1.8 Calcitonin gene-related peptide (CGRP) 引發之頭痛 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache

簡介：

急性暴露 CGRP 後，立即或延遲一段時間後引發之頭痛。

說明：

注射 Calcitonin gene-related peptide (CGRP) 會引發立即性頭痛，也可在偏頭痛患者身上引發延遲性頭痛，其頭痛特徵符合 1.1 無預兆偏頭痛，平均在暴露後 5-6 小時發生。

CGRP 拮抗劑 (CGRP antagonist, telcagepant) 是有效的偏頭痛急性治療藥物。

#### 8.1.8.1 CGRP 引發之立即性頭痛 Immediate CGRP-induced headache

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 曾經使用 CGRP
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：

- 1. CGRP 吸收後，1 小時內發生頭痛
- 2. CGRP 停止吸收後，1 小時內頭痛緩解
- 3. 頭痛至少具下列 4 項特徵之一：
  - a) 雙側
  - b) 疼痛程度輕或中度
  - c) 搏動性
  - d) 因身體活動而加劇

- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 8.1.8.2 CGRP 引發之延遲性頭痛 Delayed CGRP-induced headache

診斷基準：

- A. 原發性頭痛病人，其頭痛具原發性頭痛之特徵，且符合基準 C
- B. 曾經使用 CGRP
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 使用 CGRP 後，2-12 小時內發生頭痛
  - 2. 停止使用 CGRP 後，72 小時內頭痛緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 8.1.9 歸因於外源性急性升壓物質之頭痛 Headache attributed to exogenous acute pressor agent

簡介：

因使用外源性升壓物質造成血壓急性上升所引發之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 因使用外源性升壓物質造成血壓急性上升
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 使用升壓物質後，1 小時內發生頭痛
  - 2. 停止使用升壓物質後，72 小時內頭痛緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 8.1.10 歸因於治療其他非頭痛適應症、偶而使用藥物引發之頭痛 Headache attributed to occasional use of non-headache medication

簡介：

因偶而使用非頭痛治療藥物之急性副作用所引發之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 使用單一或以上劑量的非頭痛治療藥物

C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：

1. 使用該藥物後，數分鐘到數小時內發生頭痛
2. 停止使用該藥物後，72 小時內頭痛緩解

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

8.1.10 歸因於治療其他非頭痛適應症、偶而使用藥物引發之頭痛曾被報導是很多藥物使用後的副作用。常被羅織入罪的藥物包括：atropine, digitalis, disulfiram, hydralazine, imipramine, nicotine, nifedipine, nimodipine。

文獻多半沒有精確描述頭痛特徵，且可能因藥物不同而有所差異，但大多數頭痛特徵為鈍痛、持續性、廣泛性、中度到重度的頭痛。

#### 8.1.11 歸因於治療其他非頭痛適應症、長期使用藥物引發之頭痛 Headache attributed to long-term use of non-headache medication

登錄他處：

因荷爾蒙類藥物副作用引發之頭痛，應登錄為 8.1.12 歸因於外源性荷爾蒙之頭痛。有頭痛患者因長期過度使用急性頭痛治療藥物引發之頭痛，應以其亞型登錄在 8.2 藥物過度使用頭痛內。

簡介：

因長期使用非頭痛治療藥物之副作用所引發的頭痛，頭痛未必可逆。

診斷基準：

- A. 每月頭痛  $\geq 15$  天，且符合基準 C
- B. 長期使用非治療頭痛之藥物
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛發生與藥物開始使用相關
  2. 至少符合以下 1 項：
    - a) 增加藥物劑量時，頭痛顯著惡化
    - b) 減少藥物劑量時，頭痛顯著改善或緩解
    - c) 停止使用該藥物後，頭痛緩解
  3. 至少對於某些人，長期使用此藥物曾被確認會造成頭痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

長期使用藥物需要累積多少劑量及使用時間才可引發頭痛，因藥物種類不同而異。同樣地，如果停藥後頭痛可緩解，

需停藥多久後頭痛才能緩解也依藥物種類不同而異。

8.1.11 歸因於治療其他非頭痛適應症、長期使用藥物引發之頭痛可以是藥物本身引起的藥理學反應，如血管收縮引發的高血壓危症，或因藥物續發引起的顱內高壓，長期使用同化類固醇 (anabolic steroids)、amiodarone, lithium carbonate, nalidixic acid, thyroid hormone replacement therapy, tetracycline and minocycline 均被認為可引起顱內高壓此一併發症。

#### 8.1.12 歸因於外源性荷爾蒙之頭痛 Headache attributed to exogenous hormone

簡介：

因避孕或荷爾蒙補充治療而規律使用外源性荷爾蒙，其副作用所引發之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 規律使用至少一種的外源性荷爾蒙
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛發生與荷爾蒙使用相關
  2. 至少符合以下 1 項：
    - a) 增加荷爾蒙劑量時，頭痛顯著惡化
    - b) 減少荷爾蒙劑量時，頭痛顯著改善或緩解
    - c) 停止使用荷爾蒙後，頭痛緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

因避孕或荷爾蒙補充治療而規律使用外源性荷爾蒙，會增加頭痛頻率或引發新發生的偏頭痛或其他頭痛。通則為當頭痛初次發生與規律使用外源性荷爾蒙有時序上的關聯性時，可登錄為 8.1.12 歸因於外源性荷爾蒙之頭痛。當既存在之具有原發性頭痛特徵的頭痛變成慢性或明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或更多)，且與規律使用外源性荷爾蒙在時序上緊密相關，則同時登錄原有頭痛及 8.1.12 歸因於外源性荷爾蒙之頭痛兩個診斷，當一位女性同時有 8.1.12 歸因於外源性荷爾蒙之頭痛且又有 8.3.3 雌激素戒斷之頭痛，應同時登錄兩個診斷。

#### 8.1.13 歸因於其他物質使用或暴露之頭痛 Headache attributed to use of or exposure to other substance

簡介：

使用或暴露到非上述所提及之物質，包括醫師或非醫師因醫療目的所使用的非處方藥，如：草藥、動物、其他有機

或無機物質，所引發之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 暴露到非上述所提及之物質
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 暴露到該物質後，12 小時內發生頭痛
  - 2. 暴露到該物質後，72 小時內頭痛緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

8.1.13 歸因於其他物質使用或暴露之頭痛包括醫師或非醫師因醫療目的所使用的非處方藥，如：草藥、動物、其他有機或無機物質，所引發之頭痛。有許多有機或無機物質都曾被報導可引發 8.1.13 歸因於其他物質使用或暴露之頭痛。最常被歸咎入罪的物質包括：

無機物質：砷(arsenic)，硼酸鹽(borate)，溴酸鹽(bromate)，氯(chlorate)，銅(copper)，碘(iodine)，鉛(lead)，鋰(lithium)，汞(mercury)，tolazoline hydrochloride

有機物質：aniline, balsam, camphor, carbon disulfide, carbon tetrachloride, clordecone, EDTA, heptachlor, hydrogen sulfide, kerosene, long-chain alcohols, methyl alcohol, methyl bromide, methyl chloride, methyl iodine, naphthalene, organophosphorous compounds (parathion, pyrethrum)

文獻並無明確定義 8.1.13 歸因於其他物質使用或暴露之頭痛的特徵，且因暴露物質不同而異，大部分的情況下為鈍痛、廣泛性、持續性、中到重度的疼痛。

## 8.2 藥物過度使用頭痛(MOH) Medication-overuse headache (MOH)

舊稱：

反彈頭痛(Rebound headache)；藥物引發之頭痛 (drug-induced headache)；藥物誤用之頭痛 (medication-misuse headache)。

登錄他處：

過去診斷有原發性頭痛病人，因藥物過度使用引發新的頭痛型態或原有頭痛顯著惡化，符合 8.2 藥物過度使用頭痛或其他亞型診斷基準，應同時登錄此診斷及原有頭痛診斷。例如：病人符合 1.3 慢性偏頭痛及 8.2 藥物過度使用頭痛，應同時登錄兩個診斷。

簡介：

因規律且過度使用頭痛急性治療藥物或症狀治療藥物超過 3 個月(因藥物而異，使用天數每月須超過 10 天或 15 天)，引發頭痛每月超過 15 天，其頭痛通常但未必在停止過度使用藥物後緩解。

一般說明：

在以下各種亞型的診斷基準中，構成藥物過度使用所需的使用藥物天數是依據專家意見，而非有正式的證據。

診斷基準：

- A. 過去有頭痛疾患之病人每月頭痛 $\geq$ 15 天
- B. 規律且過度使用至少一種頭痛急性治療藥物及/或症狀治療藥物超過 3 個月(註 1)
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 依據特定之過度使用藥物及其診斷基準，病人可登錄一種或一種以上 8.2 藥物過度使用頭痛之亞型。例如：病人可以同時符合以下兩個診斷，8.2.2 翠普登過度使用頭痛及 8.2.3 單純止痛藥過度使用頭痛某一亞式，此時應同時登錄兩個診斷。但當病人符合 8.2.5 複合止痛藥物過度使用頭痛，則只需登錄 8.2.5，不須登錄複合藥物之每項成分。

當病人使用多種頭痛急性或症狀治療藥物，符合過度藥物使用，但單一藥物或單一類別藥物無法符合診斷基準之天數時，應登錄為 8.2.6 歸因於多重種類藥物、而非單一藥物過度使用頭痛。

當病人明顯使用多種頭痛急性或症狀治療藥物，符合過度藥物使用，但無法明確指出藥物名稱或使用量時，在得到更多資訊之前，暫時歸類在 8.2.7 歸因於未經證實、多重種類藥物過度使用頭痛，此類病人均建議記錄頭痛日誌以供追蹤。

說明：

8.2 藥物過度使用頭痛是有易感體質的病人跟過度使用藥物間的交互作用所致，當病患過去有既存原發性頭痛診斷時，最常見的診斷是 1. 偏頭痛及 2. 緊縮型頭痛，只有一小部分是其他原發性頭痛診斷，如 3.3 慢性叢發性頭痛及 4.10 新發生每日持續性頭痛。

8.2 藥物過度使用頭痛此一診斷對於臨床非常重要，幾乎一半以上頭痛每月超過 15 天且持續三個月以上的病患均為 8.2 藥物過度使用頭痛患者。證據顯示絕大多數病患在停止過度使用藥物後頭痛會改善，也對頭痛預防性藥物有反應。



向 8.2 藥物過度使用頭痛患者說明頭痛成因及過度使用藥物的後果，是治療此類病患的必要步驟，衛教手冊對於預防及停止藥物過度使用很重要，對於頭痛發作頻率很高的病患，使用頭痛預防性藥物也很重要。然而，有一部分 8.2 藥物過度使用頭痛患者跟其他藥物成癮病患的行為類似，因此依賴嚴重度量表分數(Severity of Dependence Scale (SDS) score)可用來預測頭痛病患是否容易產生藥物過度使用。

### 8.2.1 麥角胺過度使用頭痛 Ergotamine-overuse headache

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律使用麥角胺 $\geq 10$  天，已 $> 3$  個月

說明：

麥角胺的生物可用率(bioavailability) 變化很大，因此很難界定最低劑量為何。

當病患符合 8.2.1 麥角胺過度使用頭痛之診斷基準，且同時規律或過度使用其他藥物當作急性頭痛治療或症狀治療藥物超過 3 個月時，應將所有符合的診斷都予以登錄。

### 8.2.2 翠普登過度使用頭痛 Triptan-overuse headache

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律使用至少一種任何劑型之翠普登(triptan)(註 1)  $\geq 10$  天，已 $> 3$  個月

註：

- 1. 應在括號內標記出是哪一種翠普登。

說明：

翠普登過度使用可以增加偏頭痛頻率至 1.3 慢性偏頭痛之診斷基準。證據顯示翠普登過度使用比麥角胺過度使用更快速會產生藥物過度使用頭痛。

當病患符合 8.2.2 翠普登過度使用頭痛之診斷基準，且同時規律或過度使用其他藥物當作急性頭痛治療或症狀治療藥物超過 3 個月時，應將所有符合的診斷都予以登錄。

### 8.2.3 單純止痛藥過度使用頭痛 Simple analgesic-overuse headache

說明：

當病患符合 8.2.3 單純止痛藥過度使用頭痛(或其亞型之一)

的診斷基準，且同時規律或過度使用其他藥物當作急性頭痛治療或症狀治療藥物超過 3 個月時，應將所有符合的診斷都予以登錄。

#### 8.2.3.1 對乙醯氨基酚類過度使用頭痛 Paracetamol (acetaminophen)-overuse headache

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律使用對乙醯氨基酚類 $\geq 15$  天，已 $> 3$  個月

#### 8.2.3.2 阿斯匹林(乙醯水楊酸)過度使用頭痛 Acetylsalicylic acid-overuse headache

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律使用阿斯匹林(乙醯水楊酸) $\geq 15$  天，已 $> 3$  個月

#### 8.2.3.3 其他非類固醇抗發炎藥物過度使用頭痛 Other non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-overuse headache

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律使用至少一種阿斯匹林除外之非類固醇抗發炎藥物(註 1) $\geq 15$  天，已 $> 3$  個月

註：

- 1. 應在括號內標記出是哪一種 NSAID(s)

### 8.2.4 鴉片類過度使用頭痛 Opioid-overuse headache

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律使用至少一種鴉片類(註 1) $\geq 10$  天，已 $> 3$  個月

註：

- 1. 應在括號內標記出是哪一種鴉片類。

說明：

前瞻性研究證實過度使用鴉片類藥物的病患最容易在戒藥後復發。

當病患符合 8.2.4 鴉片類過度使用頭痛(或其亞型之一)的診斷基準，且同時規律或過度使用其他藥物當作急性頭痛治療或症狀治療藥物超過 3 個月時，應將所有符合的診斷都予以登錄。

## 8.2.5 複合止痛藥物過度使用頭痛 Combination-analgesic-overuse headache

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律使用至少一種複合止痛藥物(註 1, 註 2) ≥ 10 天, 已 > 3 個月

註：

1. 複合止痛藥物特定指藥品成分包括兩類以上藥物, 每一類藥物均有止痛效果或藥物間具加成效果。
2. 應在括號內標記出是哪一種複合止痛藥物。

說明：

市面上有很多複合止痛藥物。許多頭痛病患都廣為使用, 且這些藥物常與藥物過度使用頭痛有關。也因此特別將這些藥物以 8.2.5 複合止痛藥物過度使用頭痛此一亞型作登錄。

最常被使用的複合止痛藥物常是錠劑內含單純止痛藥、鴉片類、巴比妥類(butalbital)及/或咖啡因。

## 8.2.6 歸因於多重種類藥物、而非單一藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律使用麥角胺、翠普登、單純止痛藥、非類固醇抗發炎藥物及/或鴉片類藥物(註 1)之任意組合總日數 ≥ 10 天, 已 > 3 個月, 非過度使用單一藥物或單一種類之藥物(註 2)

註：

1. 應在括號內標記出是哪些藥物或哪些藥物種類。
2. “非過度使用單一藥物或單一種類之藥物”意指無法符合 8.2.1-8.2.5 這幾個亞式的診斷基準 B。

## 8.2.7 歸因於未經證實、多重種類藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to unverified overuse of multiple drug classes

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 符合以下 2 項：
  1. 每月規律使用麥角胺、翠普登、單純止痛藥、非類固醇抗發炎藥物及/或鴉片類藥物之任意組合總日數 ≥ 10

天, 已 > 3 個月,

2. 無法確切辨認過度使用藥物的內容、數量及用藥模式

說明：

臨床上常會遇到病患很明確是過度使用多種頭痛急性治療或症狀治療藥物, 卻無法確切辨認過度使用藥物的內容、數量及用藥期間。雖然記載頭痛日誌數週可以提供所需資訊, 卻會延遲戒斷藥物的時程, 而藥物戒斷對其頭痛治療又很必要。

## 8.2.8 歸因於其他藥物過度使用頭痛 Medication-overuse headache attributed to other medication

診斷基準：

- A. 頭痛符合 8.2 藥物過度使用頭痛之診斷基準
- B. 每月規律且過度使用至少一種、非上述所提及之頭痛急性或症狀治療藥物(註 1) ≥ 10 天, 已 > 3 個月

註：

1. 應在括號內標記出是哪些藥物

## **8.3 歸因於物質戒斷之頭痛 Headache attributed to substance withdrawal**

簡介：

因戒斷藥物或某些物質引發之頭痛

### 8.3.1 咖啡因戒斷之頭痛 Caffeine-withdrawal headache

簡介：

規律食入咖啡因每天 > 200mg 超過 2 週後, 中斷使用後 24 小時內引發之頭痛。頭痛多半在完全戒斷咖啡因後 7 天內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 每天消耗咖啡因 > 200 mg > 2 週後, 中斷或延遲食用
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 最後一次食入咖啡因後, 24 小時內頭痛發作
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 食入 100 mg 咖啡因後, 1 小時內頭痛緩解
    - b) 咖啡因完全戒斷後, 7 天內頭痛緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 8.3.2 鴉片類戒斷之頭痛 Opioid-withdrawal headache

簡介：

每天規律使用鴉片類超過 3 個月，中斷使用後 24 小時內引發之頭痛。頭痛多半在完全戒斷鴉片類後 7 天內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 每天使用鴉片類 > 3 個月後中斷使用
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 最後一次使用鴉片類後，24 小時內頭痛發作
  - 2. 鴉片類完全戒斷後，7 天內頭痛緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 8.3.3 雌激素戒斷之頭痛 Oestrogen-withdrawal headache

簡介：

規律每天使用外源性雌激素超過 3 週或更久，中斷使用後 5 天內引發頭痛或偏頭痛(多半是在複合式口服避孕藥空藥期，或在雌激素補充治療一個療程之後)。頭痛多半在完全停止使用雌激素後 3 天內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 頭痛或偏頭痛符合基準 C
- B. 每天使用外源性雌激素  $\geq 3$  週後，中斷使用
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 最後一次使用雌激素後，5 天內發生頭痛或偏頭痛
  - 2. 頭痛或偏頭痛在發生後 3 天內緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

在使用外源性荷爾蒙一段時間 (如複合式口服避孕藥空藥期，或雌激素補充治療一段療程後)，戒斷雌激素可引發頭痛及/或偏頭痛。

### 8.3.4 歸因於其他物質慢性使用後戒斷之頭痛 Headache attributed to withdrawal from chronic use of other substances

簡介：

因戒斷某些長期使用或暴露、非以上所提及之藥物或物質所引發之頭痛

診斷基準：

- A. 頭痛符合基準 C

B. 每天使用非以上所提及之物質 > 3 個月後，中斷使用

C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：

- 1. 在時序上頭痛發生與物質使用戒斷相關
- 2. 戒斷物質使用後，3 個月內頭痛緩解

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明

雖無足夠證據，但是長期使用以下物質後戒斷可能引發頭痛，包括類固醇、三環抗憂鬱劑(TCA)、選擇性血清素再回收抑制劑(SSRI)、非類固醇抗發炎藥物(NSAIDs)。

## 9. 歸因於感染之頭痛 (Headache attributed to infection)

陳世彬 葉篤學 譯

- 
- 9.1 歸因於顱內感染之頭痛 Headache attributed to intracranial infection
    - 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis
      - 9.1.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之急性頭痛 Acute headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis
      - 9.1.1.2 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之慢性頭痛 Chronic headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis
      - 9.1.1.3 歸因於過去細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoencephalitis
    - 9.1.2 歸因於病毒性腦膜炎或腦炎之頭痛 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis
      - 9.1.2.1 歸因於病毒性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to viral meningitis
      - 9.1.2.2 歸因於病毒性腦炎之頭痛 Headache attributed to viral encephalitis
    - 9.1.3 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之頭痛 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection
      - 9.1.3.1 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之急性頭痛 Acute headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection
      - 9.1.3.2 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection
    - 9.1.4 歸因於腦膿瘍之頭痛 Headache attributed to brain abscess
    - 9.1.5 歸因於硬腦膜下膿腫之頭痛 Headache attributed to subdural empyema
  - 9.2 歸因於全身性感染之頭痛 Headache attributed to systemic infection
    - 9.2.1 歸因於全身性細菌感染之頭痛 Headache attributed to systemic bacterial infection
      - 9.2.1.1 歸因於全身性細菌感染之急性頭痛 Acute

headache attributed to systemic bacterial infection

- 9.2.1.2 歸因於全身性細菌感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to systemic bacterial infection

- 9.2.2 歸因於全身性病毒感染之頭痛 Headache attributed to systemic viral infection

- 9.2.2.1 歸因於全身性病毒感染之急性頭痛 Acute headache attributed to systemic viral infection

- 9.2.2.2 歸因於全身性病毒感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to systemic viral infection

- 9.2.3 歸因於其他全身性感染之頭痛 Headache attributed to other systemic infection

- 9.2.3.1 歸因於其他全身性感染之急性頭痛 Acute headache attributed to other systemic infection

- 9.2.3.2 歸因於其他全身性感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to other systemic infection

---

登錄他處：

歸因於頭部顱外感染(例如耳、眼、及鼻竇感染)之頭痛，應以其亞型登錄在 11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛。

一般說明：

原發性或次頭痛或兩者皆是？

當頭痛首次發生，時序上與感染密切相關時，則此新頭痛將登錄為歸因於該感染之次發性頭痛，即使此新發生的頭痛特徵符合 ICHD-3 beta 第一部分的任何一種原發性頭痛疾患。當既存之具有原發性頭痛特徵的頭痛變為慢性或是明顯的惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，而時序上也與感染密切相關，在有良好證據顯示該感染能造成頭痛的情況下，將同時給予原來的頭痛診斷和 8. 歸因感染之頭痛(或其亞型之一)。

急性、慢性或持續性？

9. 歸因於感染之頭痛通常是活動性(active)感染的結果，並於感染根除三個月內緩解。在某些情況下，病原特性使感染無法被有效治療，仍然保持活性，此時因病因持續存在，頭痛可能無法緩解，若超過三個月，則定義為慢性頭痛。在其他更少見的情況下，感染已經消退或被根除三個月後，但頭痛仍未緩解，此頭痛則被定義為持續性(persistent)頭痛(與其它次發性頭痛相同)。據此，頭痛歸因於活動性或最近(recent)的感染可定義為急性或慢性亞型，而感染後(post-

infectious)頭痛則被定義為持續性亞型(可參照 9.1.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之急性頭痛、 9.1.1.2 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之慢性頭痛、與 9.1.1.3 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之持續性頭痛。)如此定義的目的在於釐清並分辨二種極可能不同的致病機轉與二種不同的處理方式。

#### 前言：

頭痛常伴隨全身性病毒感染如流行性感冒之發生，也常見於敗血症，偶見於其他全身性感染。頭痛通常是顱內感染最先且最常見的症狀。當產生一個新類型的頭痛其特徵為瀰漫性且伴隨有局部神經徵兆或意識狀態改變、全身不適及/或發燒時，須特別注意顱內感染，即使沒有頸部僵硬的情形。不幸的是，目前對於與顱內感染相關的頭痛並沒有良好的前瞻性研究，對於 9.1 歸因於顱內感染之頭痛的某些亞型之診斷基準的建立因尚無證據，只能部分參照專家共識。

本章節所列之診斷基準通則儘可能遵照以下架構：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 診斷為已知可造成頭痛之感染或感染後遺症
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與感染發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與感染惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與感染之改善或緩解同步
  - 3. 頭痛具有感染的典型特徵
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

## 9.1 歸因於顱內感染之頭痛 Headache attributed to intracranial infection

簡介：

因顱內細菌、病毒、黴菌或其他寄生蟲感染，或上述其中之一後遺症所造成的各種時間長短不一定、在罕見情況下甚至可為持續性的頭痛。

### 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

簡介：

因細菌性腦膜炎或腦膜腦炎所造成時間長短不一定的頭痛，它可能起始於類似輕微感冒的症狀，典型發作是急性合併頸部僵硬、噁心、發燒和神智改變及/或其他神經學症狀及

/或徵兆，大部分的案例頭痛會隨著感染消失而消失，但罕見的情況可能變成持續性頭痛。

診斷基準：

- A. 無特定持續時間的頭痛，且符合診斷基準 C
- B. 診斷為細菌性腦膜炎或腦膜腦炎
- C. 符合下列至少 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與細菌性腦膜炎或腦膜腦炎的發病相關
  - 2. 頭痛顯著惡化與細菌性腦膜炎或腦膜腦炎惡化同步
  - 3. 頭痛顯著改善與細菌性腦膜炎或腦膜腦炎改善同步
  - 4. 頭痛符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 整個頭痛
    - b) 位於頸背且與頸部僵硬有關
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛是這些感染最常見也可能是最初的症狀。當頭痛伴隨有發燒、意識狀態改變(包括警覺程度降低)、局部神經學症狀或是全身性癲癇發作時應考慮 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛。如果是腦炎，伴隨缺失包括語言或聽覺的異常、複視、身體某些部分感覺喪失、肌肉無力、手和腳的部分癱瘓、幻覺、人格改變、判斷力受損、意識喪失、突發性嚴重失智及/或記憶喪失。

然而,在大多數顱內細菌感染個案,要區分是單純只影響到腦膜或是只影響到腦部本身相當困難。此外,即使可以區分,對於評估或治療的選擇也不會因此有所不同。因此,歸因於細菌性腦膜炎的頭痛與歸因於細菌性腦炎的頭痛都被歸在同一亞群 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛。

有很多種微生物可能造成腦膜炎及/或腦炎,包括肺炎鏈球菌、奈瑟氏腦膜球菌及李斯特菌等。

細菌感染直接刺激位於腦膜的感覺末梢造成頭痛發作。細菌產物(毒素)、發炎介質例如舒緩肽(bradykinin)、前列腺素和細胞激素及其他因發炎而釋放的物質,不只直接造成疼痛並引起疼痛致敏化和神經肽之釋放。如果是腦炎,腦壓的上升也可能是造成頭痛的成因之一。

在大多數的個案,隨著感染的解除頭痛也跟著緩解。然而,感染可能持續在活動期達數個月,造成慢性頭痛。在少數個案,在致病感染源解除後頭痛仍持續超過 3 個月。因此 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛描述了三個不同的亞型,因為根據感染是否已經被根除或仍處在活性的生理機轉與治療均有所不同。

#### 9.1.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之急性頭痛

Acute headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛之診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 細菌性腦膜炎或腦膜腦炎仍處於活動狀態或最近剛緩解
- C. 頭痛存在 <3 個月

#### 9.1.1.2 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之慢性頭痛

Chronic headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛之診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 細菌性腦膜炎或腦膜腦炎仍處於活動狀態或已於最近的 3 個月內緩解
- C. 頭痛已存在 >3 個月

#### 9.1.1.3 歸因於過去細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之持續性頭痛

Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoencephalitis

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛之診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 細菌性腦膜炎或腦膜腦炎已緩解
- C. 細菌性腦膜炎或腦膜腦炎緩解後，頭痛持續 >3 個月
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 9.1.2 歸因於病毒性腦膜炎或腦炎之頭痛 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis

簡介：

因病毒性腦膜炎或腦炎所造成的頭痛，典型發作會有頸部僵硬和發燒，及視感染的範圍大小而定所產生的相關神經學症狀及/或徵兆，包括神智改變。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為病毒性腦膜炎或腦炎
- C. 符合下列至少 2 項佐證其因果關係：

1. 在時序上，頭痛發生與病毒性腦膜炎或腦炎的發病相關
2. 頭痛顯著惡化與病毒性腦膜炎或腦炎之惡化同步
3. 頭痛顯著改善與病毒性腦膜炎或腦炎之改善同步
4. 頭痛符合下列 1 項或 2 項：

- a) 整個頭痛
- b) 位於頸背且與頸部僵硬有關

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

當頭痛伴隨發燒、頸部僵硬、對光線敏感、噁心及/或嘔吐時，應考慮 9.1.2 歸因於病毒性腦膜炎或腦炎之頭痛。

腸病毒佔了 9.1.2 歸因於病毒性腦膜炎或腦炎之頭痛的大多數個案，單純性疱疹病毒、腺病毒、腮腺炎病毒及其他病毒也都是可能原因。腦脊髓液聚合酶鏈鎖反應(PCR)在大多數個案可以提供確切診斷，腦脊髓液 PCR 或 DNA 血清學測試發現單純疱疹病毒第 1 或 2 型呈陽性應可推斷診斷為單純疱疹性腦炎。在某些個案，腦脊髓液的人類疱疹病毒第 6 或 7 型呈陽性反應。目前已經知道若超過症狀發作第一週才做檢測 PCR 的敏感度將下降超過一半，造成偽陰性反應，當 PCR 是超過第一週才做且呈陰性反應，可依據腦脊髓液/血液抗體比值的改變做診斷。

與 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎之頭痛一樣，要區分是單純侵犯到腦膜或單純侵犯到腦部可能有困難。但做出及維持此區分仍很重要，因為二種情況預後有明顯差異，如果有腦炎侵犯，一般預期預後較差。因此 9.1.2.1 歸因於病毒性腦膜炎之頭痛與 9.1.2.2 歸因於病毒性腦炎之頭痛各自有其診斷準則。

此外，與 9.1.1 歸因於細菌性腦膜炎或腦膜腦炎的頭痛有點不一樣的地方，目前沒有足夠證據支持 9.1.2 歸因於病毒性腦膜炎或腦炎的頭痛有感染後持續性頭痛的亞型，也因此沒有提出相對應的準則。

##### 9.1.2.1 歸因於病毒性腦膜炎之頭痛 Headache attributed to viral meningitis

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.1.2 歸因於病毒性腦膜炎或腦炎之頭痛之診斷基準
- B. 神經影像顯示軟腦膜顯影增強

##### 9.1.2.2 歸因於病毒性腦炎之頭痛 Headache attributed to viral encephalitis

診斷基準：

A. 頭痛符合 9.1.2 歸因於病毒性腦膜炎或腦炎之頭痛之診斷基準

B. 符合下列 1 項或 2 項：

1. 神經影像顯示瀰漫性腦水腫
2. 符合下列至少 1 項：
  - a) 意識狀態改變
  - b) 局部神經學缺損
  - c) 癲癇發作

說明：

當頭痛伴隨有意識狀態改變(包括覺醒程度下降)、局部神經學缺損、及/或癲癇發作，應考慮 9.1.2.2 歸因於病毒性腦炎的頭痛。疼痛通常是瀰漫性、位於前額及/或眼球後方、重至極重度、搏動性或壓迫性。其他常見伴隨的神經學缺損包括語言或聽覺的異常、複視、身體某些部分感覺喪失、肌肉無力、手和腳的部分癱瘓、共濟失調症、幻覺、人格改變、意識喪失及/或失去記憶。

### 9.1.3 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之頭痛 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

簡介：

因顱內黴菌或其他寄生蟲感染所造成時間長短不一定的頭痛。通常可在先天或後天免疫不全的病發現，大部分的案例頭痛會隨著感染消失而消失，但罕見的情況可能變成持續性頭痛。

診斷基準：

A. 任何頭痛符合基準 C

B. 診斷為顱內黴菌或其他寄生蟲感染

C. 符合下列至少 2 項佐證其因果關係：

1. 在時序上頭痛發生與顱內黴菌或其他寄生蟲感染的發病相關
2. 頭痛顯著惡化與顱內黴菌或其他寄生蟲感染之惡化同步
3. 頭痛顯著改善與顱內黴菌或其他寄生蟲感染之改善同步
4. 頭痛是漸進式發作(註 1)，且符合下列 1 項或 2 項：
  - a) 整個頭痛
  - b) 位於頸背且與頸部僵硬有關

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 臨床症狀通常在數週內逐漸演變，與免疫抑制的程度同步。

說明：

當頭痛伴隨有發燒、意識狀態改變(包括覺醒程度下降)及/或越來越嚴重的多發性局部神經缺損、及神經影像顯示腦膜顯影及或腦水腫，應考慮 9.1.3 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之頭痛。

CT 或 MRI 是幫助早期診斷的最佳利器。除了腦脊髓液培養及聚合酶鏈鎖反應檢查外，尚有其他腦脊髓液或血液檢查。這些檢查包括病原的直接偵測(細胞學偵測、顯微鏡檢、於觀察下之生物材料培養及確認黴菌成分)及間接偵測(確認莢膜之抗原或其他成分)。如果是黃麴黴菌感染，可在生物液體(血清、肺泡灌洗液或腦脊髓液)偵測到半乳甘露聚糖抗原(galactomannan antigen)。在其他的全身性黴菌感染，血清 1,3-β-D 葡聚糖[(1-3)-β-D-glucan]可能有助診斷。印度墨汁染色法(India ink test) 可用於偵測隱球菌的莢膜。值得注意的是，腦膜或腦的黴菌及寄生蟲感染幾乎都在免疫不全的病人或老人被發現。更精確來說，以下族群被認為是高風險群：

1. 有顯著嗜中性白血球低下 (<500/mm<sup>3</sup>) 的人，且其偵測時間與感染時序相近。
2. 接受異體幹細胞移植的人。
3. 接受慢性類固醇治療(prednisone 0.3 mg/kg/day 或等效價類固醇超過 3 週)。
4. 目前或最近(90 天內)接受免疫抑制劑治療(環孢靈(cyclosporine)，腫瘤壞死因子阻斷劑(TNF blockers)，單株抗體，核苷酸類似物(analogues of nucleosides))的人。
5. 有嚴重遺傳性免疫不全的人。

目前沒有足夠證據支持有 9.1.3 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之頭痛的感染後持續性頭痛亞型；目前僅放在附錄 A9.1.3.3 歸因於過去顱內黴菌或其他寄生蟲感染之持續性頭痛。

#### 9.1.3.1 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之急性頭痛 Acute headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

診斷基準：

A. 頭痛符合 9.1.3 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之頭痛的診斷基準，且符合下列基準 C

B. 顱內黴菌或其他寄生蟲感染仍處於活動狀態或最近剛緩解

### C. 頭痛存在 <3 個月

#### 9.1.3.2 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之慢性頭痛

Chronic headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.1.3 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之頭痛的診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 顱內黴菌或其他寄生蟲感染仍處於活動狀態或已於最近的 3 個月內緩解
- C. 頭痛已存在 >3 個月

#### 9.1.4 歸因於腦膿瘍之頭痛 Headache attributed to brain abscess

簡介：

因腦膿瘍所造成的頭痛，通常會有相關的發燒，局部神經學缺損，及/或神智狀態改變(包括警覺性降低)。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為腦膿瘍
- C. 符合下列至少 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與腦膿瘍的產生相關，或導致腦膿瘍診斷
  - 2. 頭痛顯著惡化與腦膿瘍之惡化同步，並至少具下列 1 項佐證：
    - a) 該膿瘍造成的其他症狀及/或臨床徵兆惡化
    - b) 有膿瘍變大的證據
    - c) 有膿瘍破裂的證據
  - 3. 頭痛顯著改善與腦膿瘍之改善同步
  - 4. 頭痛至少具下列 3 項特徵其中 1 項：
    - a) 疼痛程度在數小時至數天內逐漸增至中到重度
    - b) 因閉氣用力或其他 Valsalva 氏操作而加劇
    - c) 伴隨噁心
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

腦膿瘍最常見的病原包括鏈球菌、金黃葡萄球菌、類桿菌 (bacteroides species) 及腸桿菌。近來，腦膿瘍亦被報導於黃麴黴菌病及芽生菌病 (blastomycosis) 發現。

前驅因子包括鼻竇、耳、下顎、牙齒及肺部的感染。

直接壓迫或刺激腦膜或動脈結構及顱內壓增高是造成 9.1.4 歸因於腦膿瘍之頭痛的機制。

#### 9.1.5 歸因於硬腦膜下膿腫之頭痛 Headache attributed to subdural empyema

簡介：

因硬腦膜下膿腫所造成頭痛，通常會有相關的發燒以及腦膜刺激 (meningeal irritation) 和顱內壓增高的症狀及/或臨床徵兆。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為硬腦膜下膿腫
- C. 符合下列至少 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與硬腦膜下膿腫的產生相關，或因頭痛而診斷硬腦膜下膿腫
  - 2. 頭痛顯著惡化與硬腦膜下膿腫之惡化同步，並有至少下列 1 項佐證：
    - a) 硬腦膜下膿腫造成的其他症狀或臨床徵兆惡化
    - b) 有硬腦膜下膿腫變大的證據
    - c) 有硬腦膜下膿腫破裂的證據
  - 3. 頭痛顯著改善與硬腦膜下膿腫之改善同步
  - 4. 頭痛符合下列 1 項或 2 項特徵：
    - a) 單側或某一側較嚴重
    - b) 伴隨顱骨壓痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

硬腦膜下膿腫通常次發於鼻竇炎或中耳炎。它可能也可以是腦膜炎的併發症。

9.1.5 歸因於硬腦膜下膿腫之頭痛是由於腦膜刺激、顱內壓升高及/或發燒所導致。

#### 9.2 歸因於全身性感染之頭痛 Headache attributed to systemic infection

登錄他處：

歸因於伴隨全身性感染之腦膜炎或腦炎的頭痛應登錄在 9.1 歸因於顱內感染之頭痛。

簡介：

全身性感染造成之無特定持續時間的頭痛，通常伴隨感染的其他症狀及/或臨床徵兆。

說明：

全身性感染之頭痛通常是相對不明顯的症狀，且對於診斷



沒有幫助。這些情況大多以發燒、全身不適及其他全身性症狀為主要表現。

然而，有些全身性感染，特別是流行性感冒，以頭痛為主要症狀並伴有發燒或其他症狀。當全身性感染伴隨有腦膜炎或腦炎，任何歸因於該感染的頭痛應被登錄為 9.1 歸因於顱內感染的頭痛之亞型。

在感染性疾病，頭痛通常與發燒共存且可能由其所造成，但頭痛也可以在沒有發燒的情況下產生。確切的機轉仍待進一步研究。此外，是否會造成頭痛的多樣性也暗示全身性感染造成頭痛的機制不僅是透過發燒及外生性或內生性的致熱源。造成頭痛的機轉包括微生物體本身的直接影響。數種細胞可能參與其中(活化的微膠細胞 (microglia)及單核性巨噬細胞(monocytic macrophages)、活化的星狀膠質細胞(astrocyte)、血腦障壁、及內皮細胞)，加上數種免疫發炎性介質(細胞激素、麩胺酸、環氧合酶/前列腺素 E2(COX-2/PGE2)系統、一氧化氮-誘導型一氧化氮合酶系統及活性氧物種(Reactive oxygen species)系統)。

### 9.2.1 歸因於全身性細菌感染之頭痛 Headache attributed to systemic bacterial infection

簡介：

因全身性細菌感染引起的頭痛，並有相關的症狀及/或臨床徵兆，但沒有腦膜炎或腦膜腦炎。

診斷基準：

- A. 無特定持續時間的頭痛符合基準 C
- B. 符合下列 2 項：
  - 1. 診斷為全身性細菌感染
  - 2. 沒有波及到腦膜或腦膜及腦的證據
- C. 符合下列至少 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與全身性細菌感染的發病相關
  - 2. 頭痛顯著惡化與全身性細菌感染之惡化同步
  - 3. 頭痛顯著改善或緩解與全身性細菌感染之改善或緩解同步
  - 4. 頭痛符合下列 1 項或 2 項特徵：
    - a) 瀰漫性疼痛
    - b) 疼痛程度中或重度
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 9.2.1.1 歸因於全身性細菌感染之急性頭痛 Acute headache attributed to systemic bacterial infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.2.1 歸因於全身性細菌感染之頭痛的診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 全身性細菌感染仍處於活動狀態或最近剛緩解
- C. 頭痛存在 <3 個月

#### 9.2.1.2 歸因於全身性細菌感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to systemic bacterial infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.2.1 歸因於全身性細菌感染之頭痛的診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 全身性細菌感染仍處於活性或已於最近 3 個月內緩解
- C. 頭痛已存在 >3 個月

### 9.2.2 歸因於全身性病毒感染之頭痛 Headache attributed to systemic viral infection

簡介：

因全身性病毒感染引起的頭痛，並有相關的症狀及/或臨床徵兆，但沒有腦膜炎或腦膜腦炎。

診斷基準：

- A. 無特定持續時間的頭痛符合基準 C
- B. 符合下列 2 項：
  - 1. 診斷為全身性病毒感染
  - 2. 沒有波及到腦膜或腦的證據
- C. 符合下列至少 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與全身性病毒感染的發病相關
  - 2. 頭痛顯著惡化與全身性病毒感染之惡化同步
  - 3. 頭痛顯著改善或緩解與全身性病毒感染之改善或緩解同步
  - 4. 頭痛符合下列 1 項或 2 項特徵：
    - a) 瀰漫性疼痛
    - b) 疼痛程度中或重度
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 9.2.2.1 歸因於全身性病毒感染之急性頭痛 Acute headache attributed to systemic viral infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.2.2 歸因於全身性病毒感染之頭痛的診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 全身性病毒感染仍處於活動狀態或最近剛緩解
- C. 頭痛存在 <3 個月

### 9.2.2.2 歸因於全身性病毒感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to systemic viral infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.2.2 歸因於全身性病毒感染之頭痛的診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 全身性病毒感染仍處於活動狀態或已於最近 3 個月內緩解
- C. 頭痛已存在 >3 個月

### 9.2.3 歸因於其他全身性感染之頭痛 Headache attributed to other systemic infection

簡介：

因全身性黴菌感染或原蟲或其他的寄生蟲感染引起的頭痛，並有相關的症狀及/或臨床徵兆，但沒有腦膜炎或腦膜腦炎。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 符合下列 2 項：
  - 1. 診斷為全身性黴菌感染或原蟲或其他的寄生蟲感染
  - 2. 沒有波及到腦膜或腦膜及腦的證據
- C. 符合下列至少 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與全身性感染或感染的發病相關
  - 2. 頭痛顯著惡化與全身性感染或感染之惡化同步
  - 3. 頭痛顯著改善與全身性感染或感染之改善同步
  - 4. 頭痛符合下列 1 項或 2 項特徵：
    - a) 瀰漫性疼痛
    - b) 疼痛程度中或重度
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

這是一群具異質性且界定模糊的全身性感染，大部分是在免疫抑制病人或在特定地區發生。黴菌通常是致病性黴菌(新型隱球菌、荚膜組織漿菌(Histoplasma capsulatum)、粗球黴菌(Coccidioides immitis))及伺機性黴菌(鏈珠菌種、黃麴菌種及其他)。在原蟲(protozoa)中，卡氏肺囊蟲(Pneumocystis carinii)及弓形蟲(Toxoplasma gondii)感染可能與頭痛相關。頭痛也曾被報導過與線蟲(Nematoda)中的糞小桿線蟲(Strongyloides stercoralis)有關。

### 9.2.3.1 歸因於其他全身性感染之急性頭痛 Acute headache attributed to other systemic infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.2.3 歸因於其他全身性感染之頭痛的診斷基

準，且符合下列基準 C

- B. 全身性感染仍處於活動狀態或最近剛緩解
- C. 頭痛存在 <3 個月

### 9.2.3.2 歸因於其他全身性感染之慢性頭痛 Chronic headache attributed to other systemic infection

診斷基準：

- A. 頭痛符合 9.2.3 歸因於全身性感染之頭痛的診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 全身性感染仍處於活動狀態或於已最近 3 個月內緩解
- C. 頭痛已存在 >3 個月

## 10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛 (Headache attributed to disorder of homeostasis)

王巖鋒 吳進安 譯

- 
- 10.1 歸因於缺氧及/或高碳酸血症之頭痛 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia
    - 10.1.1 高海拔頭痛 High-altitude headache
    - 10.1.2 歸因於搭機旅行之頭痛 Headache attributed to aeroplane travel
    - 10.1.3 潛水頭痛 Diving headache
    - 10.1.4 睡眠呼吸中止症頭痛 Sleep apnoea headache
  - 10.2 透析頭痛 Dialysis headache
  - 10.3 歸因於動脈高血壓之頭痛 Headache attributed to arterial hypertension
    - 10.3.1 歸因於嗜鉻細胞瘤之頭痛 Headache attributed to pheochromocytoma
    - 10.3.2 歸因於無高血壓性腦病變之高血壓危症頭痛 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy
    - 10.3.3 歸因於高血壓性腦病變之頭痛 Headache attributed to hypertensive encephalopathy
    - 10.3.4 歸因於子癇前症或子癇症之頭痛 Headache attributed to pre-eclampsia or eclampsia
    - 10.3.5 歸因於自律神經反射異常之頭痛 Headache attributed to autonomic dysreflexia
  - 10.4 歸因於甲狀腺功能低下症之頭痛 Headache attributed to hypothyroidism
  - 10.5 歸因於斷食之頭痛 Headache attributed to fasting
  - 10.6 心源性頭痛 Cardiac cephalgia
  - 10.7 歸因於其他體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to other disorder of homeostasis
- 

登錄他處：

7.1.2 歸因於代謝、中毒或荷爾蒙原因導致顱內高壓之頭痛 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes

一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當頭痛首次發生，時序上與體內恆定疾患緊密相關時，則此新頭痛將登錄為歸因於此疾患引起之次發性頭痛，即使此新發生的頭痛特徵符合 ICHD-3 beta 第一部分的任何一

種原發性頭痛疾患。當既存之具有原發性頭痛特徵的頭痛變為慢性或是明顯的惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，而時序上也與體內恆定疾患密切相關，在有良好的證據顯示該疾患能造成頭痛的情況下，將同時給予原來的頭痛診斷和 10.歸因於體內恆定疾患之頭痛(或其亞型之一)。

前言：

關於 10.歸因於體內恆定疾患之頭痛，各種亞型個別的因果關係，背後有各式各樣的機制。然而，建立一套一體適用的診斷基準依然是可能的，如下所述：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 診斷為某種已知能造成頭痛的體內恆定疾患
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與體內恆定疾患發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與體內恆定疾患惡化同步
    - b) 體內恆定疾患緩解後頭痛顯著改善
  - 3. 頭痛具該體內恆定疾患之典型特徵
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 10.1 歸因於缺氧及/或高碳酸血症之頭痛 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia

簡介：

頭痛由缺氧及/或高碳酸血症造成，且於暴露於其中之 1 或 2 種狀況下發生。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 暴露於缺氧及/或高碳酸血症狀況下
- C. 至少符合下列 1 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與該暴露相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與缺氧及/或高碳酸血症暴露增強同步
    - b) 頭痛顯著改善與缺氧及/或高碳酸血症改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 10.1.1 高海拔頭痛 High-altitude headache

簡介：

由登高至 2500 公尺以上引發的頭痛，通常是雙側，用力時

加劇。在下山後 24 小時內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 已登高超過海拔 2500 公尺
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係
  - 1. 在時序上頭痛發生與登高相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與持續登高同步
    - b) 下降至 2500 公尺以下後，24 小時內頭痛緩解
  - 3. 頭痛至少具下列 3 項特徵其中 2 項：
    - a) 雙側
    - b) 強度為輕或中度
    - c) 用力、活動、閉氣用力(straining)、咳嗽及/或彎腰時惡化
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

10.1.1 高海拔頭痛是常見的登高併發症，發生於 30%以上的登山客。危險因子包括了 1.偏頭痛病史，動脈血氧飽和度過低，對用力感受程度高(high perceived degree of exertion)，和 24 小時內液體攝取量低於 2 公升。大多數 10.1.1 高海拔頭痛的個案對單純止痛藥，如乙醯胺酚或 ibuprofen 有效。然而，急性高山症(AMS)包含至少中度以上的頭痛伴隨噁心、食慾不振、疲倦、畏光、頭暈及睡眠障礙等症狀中之一項或以上。乙醯唑胺(acetazolamide) (125mg，每天二或三次)及類固醇可降低對急性高山症的易感性(susceptibility)。其他的預防性策略包括在高海拔從事激烈運動前應有 2 天適應期，充足補充水份及避免攝取酒精。

### 10.1.2 歸因於搭機旅行之頭痛 Headache attributed to aeroplane travel

簡介：

搭機旅行期間造成的頭痛，通常是重度，多位於單側眼周，且無自律神經症狀。於著陸後恢復。

診斷基準：

- A. 至少 2 次頭痛發作符合基準 C
- B. 病患正搭機旅行中
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛只有在搭機旅行時才發生
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：

- a) 在時序上頭痛惡化與起飛後的爬升及/或飛機著陸前的下降相關
- b) 在飛機爬升或下降完成後 30 分鐘內，頭痛自發性緩解

3. 頭痛程度為重度，且至少具下列 3 項特徵其中 2 項：

- a) 單側
- b) 位於眼眶前額(可能擴散至頂部)
- c) 如戳或刺的性質(也可能具搏動性)

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

10.1.2 歸因於搭機旅行之頭痛的病患有 85%以上是在降落過程發生。約有 10%的個案在不同的航程可能發生於不同側。頭痛同側可能有鼻塞、臉部腫脹感或流淚，但只有 5%以下的個案描述有這樣的症狀。必須排除鼻竇疾患的存在。

### 10.1.3 潛水頭痛 Diving headache

登錄他處：

1.偏頭痛、2.緊縮型頭痛、4.2 原發性運動頭痛、4.5 冷刺激頭痛、4.6.1 外在壓迫性頭痛和 11.2.1 頸因性頭痛可能於潛水中發生。在這些情形下，應該將潛水視為誘發因子而非病因，而該頭痛應該以這些(頭痛)疾患登錄。

簡介：

頭痛由潛水至 10 公尺深以下造成，在下潛時發生，通常在上浮至水面過程時加劇，前提是無潛水夫病(decompression illness)。經常伴隨有二氧化碳中毒症狀。在給氧後快速緩解，若無給氧，在潛水結束後 3 天內自發性緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 同時具下列 2 項：
  - 1. 病患正下潛至 10 公尺深以下
  - 2. 無潛水夫病 (decompression illness)證據
- C. 至少符合下列 1 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛於潛水當中發生
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛於持續潛水時惡化
    - b) 符合下列其中之一：
      - (i) 潛水結束後，3 天內頭痛自發性緩解
      - (ii) 以 100%氧氣治療後，1 小時內頭痛緩解
  - 3. 至少具有下列 1 項二氧化碳(CO<sub>2</sub>)中毒症狀：
    - a) 神智混亂

- b) 頭重腳輕
- c) 動作失調
- d) 呼吸窘迫
- e) 面潮紅

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

有些證據顯示無缺氧情況下的高碳酸血症與頭痛相關。歸因於高碳酸血症之頭痛的最佳臨床範例是 10.1.3 潛水頭痛。高碳酸血症(動脈的  $PCO_2 > 50\text{mmHg}$ )已知會造成腦血管平滑肌鬆弛，導致顱內血管擴張和顱內壓增加。當潛水員以錯誤的方式企圖節省空氣，故意間歇性屏住呼吸(減少呼吸次數)，或在通過沉船殘骸與洞窟等狹窄通道時，使呼吸變淺以減少身體浮力變動，這些舉動可能造成二氧化碳累積。當緊繃的潛水衣或浮力調整背心(buoyancy compensator jacket)限制胸廓擴張時，或是當換氣量並不足以因應體力活動時，潛水員可能會在無意間發生換氣不足。激烈的運動會使二氧化碳產生率增加超過 10 倍以上，造成血中二氧化碳濃度暫時上升到 60mmHg 以上。10.1.3 潛水頭痛通常在潛水的減壓期或浮出水面時加劇。

#### 10.1.4 睡眠呼吸中止症頭痛 Sleep apnoea headache

簡介：

由睡眠呼吸中止症所致之晨間頭痛，通常為雙側，且持續小於 4 小時。在成功治療睡眠呼吸中止症後緩解。

診斷基準：

- A. 頭痛於睡醒後出現，符合基準 C：
- B. 診斷為睡眠呼吸中止症(呼吸中止-呼吸不足指數[AHI, apnoea-hypopnoea index]  $\geq 5$ ) (註 1)
- C. 至少符合下列 1 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與睡眠呼吸中止症發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛惡化與睡眠呼吸中止症惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與睡眠呼吸中止症改善或治療同步
  - 3. 頭痛至少具下列 3 項特徵其中 1 項：
    - a) 每月反覆發作  $> 15$  天
    - b) 下列完全符合：
      - (i) 雙側
      - (ii) 壓迫性特徵
      - (iii) 不伴隨噁心、畏光或怕吵
    - c) 在 4 小時內緩解

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 呼吸中止-呼吸不足指數(apnoea-hypopnoea index, AHI)由睡眠呼吸中止發作次數除以睡眠的小時數計算而得(5-15/小時=輕度；15-30/小時=中度； $> 30$ /小時=重度)

說明：

10.1.4 睡眠呼吸中止症頭痛似乎比先前認為的更少見，而且持續更長的時間。確切的診斷有賴於整夜的睡眠多項生理檢查儀(polysomnography)。雖然睡眠呼吸中止症的病人比一般人較常出現早晨頭痛，但是出現在剛睡醒時的頭痛是一種非特定性的症狀，可發生在種種原發性和次發性頭痛疾患、其他除睡眠呼吸中止症之外的睡眠相關呼吸疾患(例如 Pickwick 氏症候群、慢性阻塞性肺疾)，及其他原發性睡眠疾患如睡眠中周期性腿抽動症(periodic leg movements of sleep)。

目前不清楚 10.1.4 睡眠呼吸中止症痛痛的機制是否與缺氧、高碳酸血症或睡眠障礙有關。

## 10.2 透析頭痛 Dialysis headache

簡介：

血液透析當中造成的頭痛，無專一特徵。於血液透析療程結束後 72 小時內自發性緩解。

診斷基準

- A. 至少 3 次急性頭痛發作符合基準 C
- B. 病人正接受血液透析
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 每次頭痛都發生於血液透析療程當中
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 每次頭痛都於透析療程期間惡化
    - b) 每次頭痛都在透析療程結束的 72 小時內緩解
  - 3. 頭痛發作在腎臟移植成功並停止透析後完全消失
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

10.2 透析痛痛的發生經常與低血壓和透析不平衡症候群(dialysis disequilibrium syndrome)相關。透析不平衡症候群可由頭痛開始，接下來發展成意識不清，最後昏迷，可能有也可能沒有癲癇發作。此症候群比較罕見，且可能經由改變透析參數來預防。

低鎂和高鈉或許是發生 10.2 透析痛痛的危險因子。由於咖

啡因可迅速被透析去除，在習慣大量攝取咖啡因的病人，應考慮 8.3.1 咖啡因戒斷之頭痛。

### 10.3 歸因於動脈高血壓之頭痛 Headache attributed to arterial hypertension

簡介：

由動脈高血壓導致的雙側搏動性頭痛，通常發生於血壓急劇升高(收縮壓 $\geq 180\text{mmHg}$  及/或舒張壓 $\geq 120\text{mmHg}$ )。在血壓恢復正常後緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為高血壓，定義為收縮壓 $\geq 180\text{ mmHg}$  及/或舒張壓 $\geq 120\text{ mmHg}$
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發作與高血壓發生相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與高血壓惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與高血壓改善同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

輕度(140-159/90-99 mmHg)或中度(160-179/100-109 mmHg)慢性動脈高血壓似乎不會引起頭痛。中度高血壓是否易(predispose)造成頭痛仍有爭議，但是有一些證據證明是如此。

根據輕度和中度高血壓病人的可攜式血壓監測，在 24 小時內的血壓變動和頭痛發生與否之間並沒有令人信服的關聯。

#### 10.3.1 歸因於嗜鉻細胞瘤之頭痛 Headache attributed to pheochromocytoma

登錄他處：

高血壓性腦病變存在時，頭痛應登錄為 10.3.3 歸因於高血壓性腦病變之頭痛。嗜鉻細胞瘤尚未確診，且高血壓性腦病變不存在時，病患可符合 10.3.2 歸因於無高血壓性腦病變之高血壓危症頭痛的診斷基準。

簡介：

由嗜鉻細胞瘤所致之頭痛，通常為重度，且持續時間短(小於 1 小時)，並伴隨有冒汗、心悸、蒼白及/或焦慮。

診斷基準：

- A. 反覆間歇性頭痛發作，為時短暫並符合基準 C
- B. 診斷為嗜鉻細胞瘤
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發作的起始與嗜鉻細胞瘤的發生相關，或導致其診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 在時序上個別頭痛發作與血壓急劇升高相關
    - b) 在時序上個別頭痛發作的緩解與血壓恢復正常相關
  - 3. 頭痛至少伴隨下列 1 項：
    - a) 冒汗
    - b) 心悸
    - c) 焦慮
    - d) 蒼白
  - 4. 頭痛發作於嗜鉻細胞瘤摘除後完全緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

10.3.1 歸因於嗜鉻細胞瘤之頭痛在 51-80%的嗜鉻細胞瘤患者以發作性頭痛表現。通常為重度，位於額部或枕部，一般描述為搏動性或持續性。此種頭痛的一個重要特點為發作時間短：50%的病人小於 15 分鐘，70%的病人小於 1 小時。相關特徵包括恐懼不安及/或焦慮，時常伴隨有將死的感覺、顫抖、視覺障礙、腹痛或胸痛、噁心、嘔吐和偶爾伴隨有感覺異常。發作時臉部可能變蒼白或潮紅。診斷的確立有賴於兒茶酚胺(catecholamine)或兒茶酚胺代謝產物排泄增加為佐證，當病人是血壓高或有症狀時，單次 24 小時尿液樣本收集分析通常就能證實。

#### 10.3.2 歸因於無高血壓性腦病變之高血壓危症頭痛 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy

登錄他處：

##### 10.3.1 歸因於嗜鉻細胞瘤之頭痛

簡介：

由突發性動脈高血壓(收縮壓 $\geq 180\text{mmHg}$  及/或舒張壓 $\geq 120\text{mmHg}$ )導致的頭痛，通常為雙側、搏動性。在血壓恢復正常後緩解。

診斷基準：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 符合下列 2 項：

1. 高血壓危症(註 1)正在發生當中
  2. 無高血壓性腦病變的臨床特徵或其他證據
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
1. 頭痛於高血壓危症時發生
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與高血壓惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與高血壓危症改善或緩解同步
  3. 頭痛至少具有下列 3 項特徵其中 1 項：
    - a) 雙側
    - b) 搏動性
    - c) 由身體活動誘發
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 高血壓危症的定義為突發性血壓升高(至收縮壓  $\geq$  180mmHg)及/或舒張壓  $\geq$  120mmHg)。

說明：

發作性高血壓的發生可能與(頸動脈內膜切除術後或頸部放射照射後發生的)壓力感受器反射 (baroreceptor reflexes) 失常相關,或發生於腸道親鉻細胞瘤 (enterochromaffin cell tumours) 之病人。

### 10.3.3 歸因於高血壓性腦病變之頭痛 Headache attributed to hypertensive encephalopathy

簡介：

由持續性血壓升高至 180/120mmHg 或以上導致之頭痛,通常為雙側、搏動性,並伴隨有腦病變的症狀,如神智混亂、倦怠、視覺異常或癲癇發作。於血壓恢復正常後改善。

診斷基準：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 診斷為高血壓性腦病變
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛發生與高血壓性腦病變發病相關
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與高血壓性腦病變惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與高血壓性腦病變改善或緩解同步
  3. 頭痛至少具下列 3 項特徵其中 2 項：
    - a) 瀰漫性疼痛
    - b) 搏動性

- c) 身體活動時加劇

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

高血壓性腦病變的表現為持續性的血壓升高至 180/120mmHg,合併以下至少 2 項:神智混亂、意識程度下降、包括眼盲在內的視覺障礙和癲癇發作。一般認為起因為,當血壓爬升至某種程度後,代償性腦血管收縮再也無法防止腦部過度灌流的發生。當正常的腦血流自主調控被擊潰,內皮細胞的通透性增加,腦水腫於是發生。在 MRI 上,通常在頂部-枕部的白質最為明顯。

雖然發生在慢性動脈高血壓病人的高血壓性腦病變,通常會伴隨舒張壓  $>$  120 mmHg 及第三或第四級高血壓性視網膜病變 (Keith-Wagner-Barker 氏分類),但是平時血壓正常者即使血壓只到 160/100mmHg 也會產生腦病變的徵候。臨床上不見得會同時出現高血壓性視網膜病變。

任何造成高血壓的原因都可能導致高血壓性腦病變。不管背後發生原因,歸因於高血壓性腦病變之頭痛都應登錄為 10.3.3 歸因於高血壓性腦病變之頭痛。

### 10.3.4 歸因於子癩前症或子癩症之頭痛 Headache attributed to pre-eclampsia or eclampsia

簡介：

發生於懷孕或剛進入產褥期(immediate puerperium)的婦女,合併子癩前症或子癩症之頭痛,通常為雙側搏動性。於子癩前症或子癩症緩解後消失。

診斷基準：

- A. 發生於懷孕或產褥期(產後 4 週內)婦女的頭痛,符合基準 C
- B. 診斷為子癩前症或子癩症
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛發生與子癩前症或子癩症發病相關
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與子癩前症或子癩症惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與子癩前症或子癩症改善或緩解同步
  3. 頭痛至少具下列 3 項特徵其中 2 項：
    - a) 雙側
    - b) 搏動性
    - c) 身體活動時加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

子癇前症和子癇症似乎與強烈的母體發炎反應相關，以及廣泛的免疫系統活性。胎盤的存在似乎為發生要件，然而有病例報告指出子癇症在產褥期和懷孕期間都可能發生。

子癇前症和子癇症是表現多樣化的多重系統疾患。診斷必須有間隔至少 4 小時的兩次高血壓(>140/90 mmHg)記錄，或者是舒張壓上升 $\geq 15$  mmHg 或收縮壓上升 $\geq 30$  mmHg，並合併有尿蛋白排出>0.3 克/24 小時。此外，組織水腫，血小板下降，和肝功能異常也可能發生。

### 10.3.5 歸因於自律神經反射異常之頭痛 Headache attributed to autonomic dysreflexia

簡介：

在脊髓損傷合併自律神經反射異常的病患，發生突發搏動性重度頭痛。自律神經反射異常可能危及生命，表現為突發性血壓升高，以及其他症狀和臨床徵兆，通常由膀胱或腸道刺激(源自於感染、鼓脹或阻塞)所引發。

診斷基準：

- A. 突發頭痛符合基準 C
- B. 有脊髓損傷，經由突發性血壓升高的記錄證實自律神經反射異常，和平常相較，收縮壓上升 $\geq 30$  mmHg 及/或舒張壓上升 $\geq 20$  mmHg
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生和血壓上升相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化和血壓上升同步
    - b) 頭痛顯著改善和血壓下降同步
  - 3. 頭痛至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
    - a) 重度
    - b) 衝擊性或搏動性(脈動性)
    - c) 伴隨有脊髓損傷處以上的盜汗
    - d) 由膀胱或腸道反射所誘發
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

脊髓損傷和其後的自律神經反射異常的發生間隔長短不一，根據報導可短至 4 天到長達 15 年。

由於自律神經反射異常可能危及生命，及時認知和充份處理至為緊要。10.3.5 歸因於自律神經反射異常之頭痛的典型發作是突發性嚴重頭痛，伴隨有數種其他症狀和臨床徵候，包括血壓升高，心跳速率改變，和脊髓損傷處以上的盜汗。可由疼痛性或非疼痛性的刺激誘發，通常源自於內

臟(膀胱鼓脹、尿道感染、腸道鼓脹或阻塞、泌尿系統診療術、胃潰瘍等)，但也可能是源自於軀體(褥瘡、趾甲內生症、燒燙傷、外傷或外科手術或侵入性診斷術)。

### 10.4 歸因於甲狀腺功能低下症之頭痛 Headache attributed to hypothyroidism

簡介：

甲狀腺功能低下症病患發生的頭痛，通常為雙側非搏動性，於甲狀腺荷爾蒙濃度恢復正常後消失。

診斷基準：

- A. 頭痛符合基準 C
- B. 診斷為甲狀腺功能低下症
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與甲狀腺功能低下症發病相關，或導致其診斷
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與甲狀腺功能低下症惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與甲狀腺功能低下症的改善或緩解同步
  - 3. 頭痛至少具下列 3 項特徵其中 1 項：
    - a) 雙側
    - b) 非搏動性
    - c) 不隨時間變化 (constant over time)
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

估計有將近 30%的甲狀腺功能低下症病患，為 10.4 歸因於甲狀腺功能低下症之頭痛所苦。其機轉不明。女性佔多數且通常在孩童時期有偏頭痛病史。此類頭痛並不伴隨噁心或嘔吐。

在有甲狀腺功能低下症的狀況下，頭痛也可能是腦下垂體腺瘤的表現之一(登錄為 7.4.3 歸因於下視丘或腦下垂體分泌過多或不足之頭痛)。

### 10.5 歸因於斷食之頭痛 Headache attributed to fasting

登錄他處：

由斷食所誘發的單次偏頭痛發作應以其亞型登錄在 1.偏頭痛。

簡介：

至少 8 小時斷食期間造成的瀰漫性、非搏動性頭痛，通常



為輕至中度。於進食後緩解。

診斷基準：

- A. 瀰漫性頭痛，不符合 1. 偏頭痛或其任一亞型的診斷基準，但符合以下基準 C
- B. 病患已斷食  $\geq 8$  小時
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛於斷食期間發生
  - 2. 進食後頭痛顯著改善
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

10.5 歸因於斷食之頭痛在有既往頭痛病史者顯然較為常見。即使歸因於斷食之典型頭痛為瀰漫性、非搏動性及輕到中度，在有既往偏頭痛病史者身上的表現可與 1.1 無預兆偏頭痛相類似。若符合該疾患診斷基準，則該頭痛應依此登錄(以斷食為誘發因子)。

由斷食所致之頭痛的發生機率隨斷食持續時間增加。然而，10.5 歸因於斷食之頭痛似乎與睡眠持續時間、咖啡因戒斷或低血糖無關。雖然在低血糖引發腦功能異常的狀況下可能發生頭痛，並無確切證據支持其因果關係。10.5 歸因於斷食之頭痛可能在沒有低血糖的狀況下發生，胰島素引起的低血糖並不會在偏頭痛患者誘發頭痛，而且，在因發生低血糖症狀至急診室求診的病患，頭痛也不會是訴求之一。

## 10.6 心源性頭痛 Cardiac cephalgia

簡介：

於心肌缺血期間發生的頭痛，類似偏頭痛，通常但不一定會在運動時加劇。可以因服用硝化甘油緩解。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為急性心肌缺血
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與急性心肌缺血發生相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與心肌缺血惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與心肌缺血改善或緩解同步
  - 3. 頭痛至少具下列 4 項特徵其中 2 項：
    - a) 中至重度
    - b) 伴隨有噁心
    - c) 不伴隨畏光或怕吵
    - d) 用力時加劇

4. 頭痛可以被硝化甘油或其衍生物緩解

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

診斷必須仔細地證實，在頭痛時，運動心電圖或核醫心臟壓力測試(nuclear cardiac stress testing)檢查時有心臟缺血同時發生。然而，也曾有人描述過發生於休息時的 10.6 心源性頭痛。

未能辨識並正確診斷 10.6 心源性頭痛可能有嚴重的後果。因此，分辨此疾患和 1.1 無預兆偏頭痛極為重要，特別是血管收縮劑(例如翠普登、麥角鹼)被用來治療偏頭痛，但是對缺血性心臟病的病患卻是禁忌。此兩種疾患皆會造成伴隨噁心之嚴重頭痛，且兩者皆會因用力而引發。心絞痛治療藥物，如硝化甘油，可能會引起類似偏頭痛的頭痛。

## 10.7 歸因於其他體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to other disorder of homeostasis

簡介：

非上述提及的體內恆定疾患所致之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為非上述提及，且已知能造成頭痛的體內恆定疾患
- C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與該體內恆定疾患發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與該體內恆定疾患惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與該體內恆定疾患改善或緩解同步
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

雖然曾有人提出頭痛和種種全身性和代謝性疾患的關係，這些關係尚未有人進行系統性的檢視，而且，目前賴以建立操作型診斷基準的證據不足。

11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure)

陳彥宇 蔡景仁 譯

11.1 歸因於顱骨疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of cranial bone

11.2 歸因於頸部疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the neck

11.2.1 頸因性頭痛 Cervicogenic headache

11.2.2 歸因於咽後部肌腱炎之頭痛 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis

11.2.3 歸因於顱頸肌張力異常之頭痛 Headache attributed to craniocervical dystonia

11.3 歸因於眼疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the eyes

11.3.1 歸因於急性青光眼之頭痛 Headache attributed to acute glaucoma

11.3.2 歸因於屈光異常之頭痛 Headache attributed to refractive error

11.3.3 歸因於隱斜視或斜視之頭痛 Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or persistent squint)

11.3.4 歸因於眼部發炎疾患之頭痛 Headache attributed to ocular inflammatory disorder

11.3.5 歸因於眼上斜肌滑車發炎之頭痛 Headache attributed to trochleitis

11.4 歸因於耳疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the ears

11.5 歸因於鼻或副鼻竇疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

11.5.1 歸因於急性鼻炎鼻竇炎之頭痛 Headache attributed to acute rhinosinusitis

11.5.2 歸因於慢性或復發性鼻炎鼻竇炎之頭痛 Headache attributed to chronic or recurring rhinosinusitis

11.6 歸因於牙齒或顎部疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the teeth or jaw

11.7 歸因於顱顎疾患之頭痛 Headache attributed to

temporomandibular disorder (TMD)

11.8 歸因於莖突舌骨韌帶發炎之頭痛或顏面痛 Head or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament

11.9 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構之其他疾患的頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

登錄他處：

因頭或頸部外傷引致的頭痛登錄在 5.歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛。這在頭頸部鞭甩傷後頭痛特別適用，雖然這些頭痛有可能是由頸部病因而引起。表現於顏面、頸部及/或頭部疼痛的神經樣頭痛登錄在 13.疼痛性顱神經病變和其他顏面痛。

一般說明：

原發性或次發性頭痛或兩者皆是？

當頭痛首次發生，時序上與會導致頭痛的顱、頸、面部、頸部、眼、耳、鼻、鼻竇、口腔、牙齒或口腔疾患緊密相關時，則此新頭痛將登錄為歸因於該疾患之次發性頭痛，即使此新發生的頭痛特徵符合 ICHD-3 beta 第一部分的任何一種原發性頭痛疾患。當既存之具有原發性頭痛特徵的頭痛變為慢性或是明顯的惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，而時序上也與顱、頸、面部、頸部、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或口腔疾患密切相關，在有良好證據顯示該疾患能造成頭痛的情況下，將同時給予原來的頭痛診斷和 11.歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛(或其亞型之一)。

前言：

頸椎和其他頭頸結構的疾患經常被視為引起頭痛的常見原因，因為很多頭痛似乎來自頸椎、頸背或枕部或是就侷限在該處。頸椎退化性變化幾乎在所有 40 歲以上的人都可發現，然而，大型對照研究顯示這項變化同樣普遍存在於有頭痛與沒有頭痛的人，因此脊椎關節黏連(spondylosis)或骨軟骨病(osteocondrosis)能否解釋為頭痛的原因並無定論。相同的狀況也適用於其他普遍的疾患包括慢性鼻竇炎，顱顎關節疾患和眼部屈光異常。

若無特定的診斷基準，幾乎任何形式的頭痛都會被歸類為

11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛。僅僅只是列出頭痛的表現還不足以定義這些頭痛，因這些表現並非是專屬的。這章節診斷基準的目的，並非描述所有可能亞型的頭痛，而是建立頭痛及顏面痛與顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構疾患間存在的特定因果關係。因此，頸因性頭痛和在這章節中描述其他原因引起的頭痛，須定出嚴謹而特定的操作型基準。尚未確認或品質標準未經調查的診斷檢驗將不被考慮使用。取而代之的，修訂的準則旨在促進可靠和有用之操作檢驗的發展，以建立頭痛與顱頸疾患之間的特定因果關係。

因上述的原因，也因為各式各樣致病疾患將在本章提及，因此不易描述一套這些疾患導致頭痛及/或顏面痛的通用準則。然而，多數的個案遵照以下架構：

- A. 頭痛或顏面痛符合基準 C
- B. 臨床、實驗室及/或影像證明有可造成頭痛的已知顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構之疾患或病灶
- C. 有證據顯示頭痛是因為該疾患或病灶引起
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

## 11.1 歸因於顱骨疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of cranial bone

簡介：

由顱骨疾患或病灶所引起的頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 臨床、實驗室及/或影像證明有已知可造成頭痛的顱骨疾患或病灶
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與顱骨疾患發病或病灶出現相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與顱骨疾患或病灶惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善與顱骨疾患或病灶改善同步
  - 3. 施加壓力於顱骨病灶可導致頭痛加劇
  - 4. 頭痛位於顱骨病灶的部位
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

大部分的顱骨疾患(如先天性異常、骨折、腫瘤及轉移性疾患)，通常不會伴隨頭痛。重要的例外是骨髓炎、多發性骨

髓瘤和佩吉特氏病(Paget's disease)。頭痛也有可能由乳突病灶和顱骨岩部發炎引起。

## 11.2 歸因於頸部疾患之頭痛 Headache attributed to a disorder of the neck

登錄他處：

頸部外傷引起的頭痛應登錄在 5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛或其亞型。

簡介：

由影響到頸部任何結構，包括骨頭、肌肉及其他軟組織的疾患所引起的頭痛。

### 11.2.1 頸因性頭痛 Cervicogenic headache

登錄他處：

與頸部肌筋膜痛源(肌筋膜壓痛點)有關之頭痛，若符合其他基準，則登錄為 2.1.1 不常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛，2.2.1 經常發陣發性緊縮型頭痛合併顱周壓痛，或 2.3.1 慢性緊縮型頭痛合併顱周壓痛。雖然加入一項附錄診斷 A11.2.5 歸因於肌筋膜的頭痛似乎是合理的，但是仍待證據證明此類型的頭痛與其他頸因性頭痛之相關性比 2. 緊縮型頭痛更為密切。顯然，有許多個案在這兩個分類上互相重疊，而造成診斷上的困難。

簡介：

由頸椎或其骨頭成份、椎間盤及/或軟組織的疾患所引起的頭痛，通常但未必伴隨頸部疼痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 臨床、實驗室及/或影像證明有可造成頭痛的已知頸椎或頸部軟組織疾患或病灶
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與頸部疾患發病或病灶出現相關
  - 2. 頭痛顯著改善或緩解，與頸部疾患或病灶改善或緩解同步
  - 3. 頸部活動範圍減少，且頭痛因誘發性操作而顯著惡化
  - 4. 頭痛在頸部結構或其神經支配處施行診斷性的阻斷術後消失
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

用來區別 11.2.1 頸因性頭痛與 1. 偏頭痛及 2. 緊縮型頭痛的

特徵包括限定於同側的頭痛、由指壓在頸部肌肉及頭部轉動所誘發的典型頭痛，及由後往前傳的頭痛。雖然這些或許是 11.2.1 頸因性頭痛的特徵，但並不專屬於頸因性頭痛，且它們並不必然有明確的因果關係。偏頭痛的特徵，如噁心、嘔吐、畏光及怕吵可能出現於 11.2.1 頸因性頭痛，但通常程度上較 1. 偏頭痛輕微，也可與某些 2. 緊縮型頭痛的病例鑑別。

腫瘤，骨折，感染和上頸椎的類風濕關節炎還沒有被正式確認為頭痛的原因，然而，若呈現於個別案例時，仍可以被接受為頭痛的原因。頸椎關節黏連和骨軟骨炎則可能或不能明確符合準則 B，需取決於個別案例。當頸部肌筋膜炎為頭痛的原因，此頭痛應該可能被歸類於 2. 緊縮型頭痛。然而，等待進一步的證據時，另一種診斷 A11.2.5 歸因於頸部肌筋膜炎之頭痛，則被收錄於附錄。

由上頸椎神經根病變引起的頭痛以前是假說，目前已充分了解上頸部與三叉神經痛覺的會聚，這是符合邏輯的頭痛原因。在等待進一步證據的同時，這個診斷可在附錄 A11.2.4 歸因於上頸神經根病變之頭痛找到。

### 11.2.2 歸因於咽後部肌腱炎之頭痛 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis

簡介：

由咽後部軟組織發炎或鈣化引起頭痛，且通常因牽拉或壓迫上頸椎前肌所致。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 影像證明上頸椎前軟組織有不正常腫脹的咽後部肌腱炎
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與咽後部肌腱炎發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與咽後部肌腱炎惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與咽後部肌腱炎改善或緩解同步
  - 3. 頸後仰、頭部轉動及/或吞嚥時，頭痛顯著加劇
  - 4. 上 3 節頸椎脊突處有壓痛感
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

在咽後部肌腱炎，通常體溫和紅血球沉降率(ESR)是上升的。雖然頸部後仰多數會一貫的加重頭痛，相同的情形通常也會發生在頭部轉動和吞嚥時。上三節脊椎橫突的組織通常

會有壓痛。

脊椎前組織的鈣化最容易在 CT 與 MRI 上看見，但頸部的 X 光也可以發現。在幾個病例中，腫脹的脊椎前組織可抽吸出非結晶的鈣化物質。

在確認診斷 11.2.2 歸因於咽後部肌腱炎之頭痛前，須先排除上頸動脈剝離(或其他在頸動脈內或周圍的病灶)。

### 11.2.3 歸因於顱頸肌張力異常之頭痛 Headache attributed to craniocervical dystonia

簡介：

由肌肉過度活躍，造成頸部或頭部運動異常或不正常姿勢，而呈現頸部肌張力異常所引起的頭痛。

診斷基準：

- A. 頸部與後頭部疼痛符合基準 C
- B. 因肌肉過度活躍，導致頭頸部運動異常或姿勢異常，而呈現顱頸肌張力異常
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與顱頸肌張力異常發生相關
  - 2. 頭痛顯著惡化，與顱頸肌張力異常惡化同步
  - 3. 頭痛顯著改善或緩解，與顱頸肌張力異常改善或緩解同步
  - 4. 頭痛部位和肌張力異常肌肉部位相對應
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

伴隨 11.2.3 歸因於顱頸肌張力異常之頭痛的頭部和頸部局部肌張力異常為咽部肌張力異常，痙攣性斜頸，下頷肌張力異常，舌肌張力異常與合併顱與頸肌張力異常(節段性顱頸肌張力異常)。

疼痛可能由局部肌肉收縮和次發的敏感狀態改變所導致。

### 11.3 歸因於眼疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the eyes

簡介：

由單眼或雙眼疾患所引起的頭痛。

#### 11.3.1 歸因於急性青光眼之頭痛 Headache attributed to acute glaucoma

簡介：

由急性隅角閉鎖性青光眼所引起的單側頭痛，通常伴隨青光眼的其他症狀與臨床徵兆。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為急性隅角閉鎖性青光眼
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛的發生與青光眼的發病相關
  - 2. 頭痛顯著惡化與青光眼惡化同步
  - 3. 頭痛顯著改善或緩解，與青光眼改善或緩解同步
  - 4. 疼痛部位包括患側眼睛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

急性青光眼通常會造成眼睛及/或眼周疼痛，視力喪失(模糊)，噁心和嘔吐。當眼內壓上升高於 30mmHg，永久視力喪失的風險大幅上升，因此早期診斷是必要的。

### 11.3.2 歸因於屈光異常之頭痛 Headache attributed to refractive error

簡介：

由屈光異常所引起的頭痛，通常在持久的視力工作後出現症狀。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 單眼或雙眼未經矯正或矯正錯誤的屈光異常
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生及/或顯著惡化與屈光異常發病或惡化相關
  - 2. 屈光異常矯正後頭痛顯著改善
  - 3. 在視力的角度或距離不良的情況下進行持久的視力工作可使頭痛惡化
  - 4. 視力工作停止後頭痛顯著改善
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

大多數有 11.3.2 歸因於屈光異常之頭痛的病患會尋求眼科醫師的建議。雖然屈光異常，並不如一般觀念中那麼常引起頭痛，但在孩童仍有些證據，以及成人有些病例支持。

### 11.3.3 歸因於隱斜視或斜視之頭痛 Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or persistent squint)

簡介：

由隱斜視或斜視所引起的頭痛，通常發生於持久的視力工

作後。

診斷基準：

- A. 額部頭痛符合基準 C
- B. 診斷為斜視，且至少具下列 1 項症狀：
  - 1. 視力模糊
  - 2. 複視
  - 3. 由近看遠處物體時，焦距調整有困難，及/或反之亦然
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與斜視發病相關，或導致後者的診斷
  - 2. 斜視矯正後頭痛顯著改善
  - 3. 持續視力工作後頭痛加劇
  - 4. 閉上一眼及/或停止視力工作可減輕頭痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

大多數有 11.3.3 歸因於隱斜視或斜視之頭痛的病人會尋求眼科醫師的建議。除了一些病例外，很少有證據支持此原因的頭痛。

### 11.3.4 歸因於眼部發炎疾患之頭痛 Headache attributed to ocular inflammatory disorder

簡介：

由眼部發炎，例如虹膜炎、葡萄膜炎、鞏膜炎或結膜炎及其伴隨的其他症狀或臨床徵兆所引起的頭痛。

診斷基準：

- A. 眼眶周圍頭痛及眼睛疼痛符合基準 C
- B. 臨床、實驗室及/或影像證明為眼部發炎性疾患，如虹膜炎、葡萄膜炎、睫狀體炎、鞏膜炎、脈絡膜炎、結膜炎或角膜發炎
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與眼睛疾患發病相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與眼睛疾患惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與眼睛疾患改善或緩解同步
  - 3. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 眼睛使用局部麻醉藥後，頭痛顯著改善
    - b) 施加壓力於眼睛可導致頭痛加劇
  - 4. 單側眼睛疾患時，頭痛發生於眼睛疾患同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

眼部發炎形式多樣，並可因解剖部位不同而分類(如虹膜炎，睫狀體炎，脈絡膜炎)；因病程分類(如急性，亞急性，慢性)；因推測的病因分類(如內因性或外因性感染原，晶體相關的，外傷的)；或因發炎型式分類(如肉芽腫，非肉芽腫)。因為痛覺範圍重疊和會聚(造成複雜的疼痛轉移)，任何源自於眼部的疼痛可導致任何區域的頭痛。不過，如果眼睛疾患是單側，頭痛很可能局限於同側。

### 11.3.5 歸因於眼上斜肌滑車發炎之頭痛 Headache attributed to trochleitis

登錄他處：

眼上斜肌滑車發炎誘發的偏頭痛發作，登錄於 1. *偏頭痛* 或其亞型。

簡介：

由眼上斜肌滑車發炎引起的頭痛，通常位在額部及/或眼眶周圍，伴隨或不伴隨眼睛痛。時常因眼球向下轉動而使頭痛或眼睛痛加劇。

診斷基準：

- A. 眼眶周圍及/或額部頭痛符合基準 C
- B. 臨床及/或影像證明眼上斜肌滑車發炎
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 單側眼睛痛
  - 2. 眼睛轉動，特別是向下內收時會使頭痛惡化
  - 3. 局部注射麻醉藥或類固醇於眼上斜肌滑車周圍後，頭痛顯著改善
  - 4. 單側疾患時，頭痛發生於眼上斜肌滑車發炎同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

眼上斜肌滑車發炎被定義為滑車及/或眼上斜肌鞘膜發炎，可造成眼睛痛及額部頭痛，並因眼上斜肌使眼球轉動而加劇。雖然不常見，也非罕見，因此，當評估單側眼周圍頭痛時必須納入考慮。

眼上斜肌滑車發炎也會誘發 1. *偏頭痛* 的發作，應有相應的登錄。

### **11.4 歸因於耳疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the ears**

簡介：

由發炎、腫瘤或其他一耳或兩耳疾患所引起的頭痛，並伴

隨著此疾患的其他症狀及/或臨床徵兆。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 臨床、實驗室及/或影像證明感染、腫瘤或其他已知可造成頭痛的刺激性疾患或病灶於一耳或兩耳
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與耳疾患發病或耳病灶出現相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與耳疾患或病灶進展或惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與耳疾患或病灶改善或緩解同步
  - 3. 施加壓力於受影響的耳或耳周圍結構可導致頭痛加劇
  - 4. 單側疾患時，頭痛發生於耳疾患或病灶同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

因為疼痛感受範圍和頭頸部痛覺傳導路徑的重疊和會聚，疼痛性耳疾患或病灶可導致頭痛似乎是顯而易見的。但若無耳疼痛，這是典型耳病灶的表徵，頭痛由耳疾患所引起的可能性是極低的。

### **11.5 歸因於鼻或副鼻竇疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses**

舊稱：

“鼻竇頭痛”這個名詞已過時，因它同時被用於原發性頭痛與歸因於各種影響到鼻或鼻竇構造的頭痛。

簡介：

由鼻或副鼻竇疾患並伴隨著此疾患的其他症狀或臨床徵兆所引起的頭痛。

#### 11.5.1 歸因於急性鼻炎鼻竇炎之頭痛 Headache attributed to acute rhinosinusitis

簡介：

由急性鼻炎鼻竇炎所引起的頭痛，並伴隨著此疾患的其他症狀及/或臨床徵兆。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 臨床、鼻內視鏡及/或影像證明為急性鼻炎鼻竇炎

C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：

1. 在時序上頭痛發生與鼻炎鼻竇炎發病相關
2. 符合下列 1 項或 2 項：
  - a) 頭痛顯著惡化與鼻炎鼻竇炎惡化同步
  - b) 頭痛顯著改善或緩解與鼻炎鼻竇炎改善或緩解同步
3. 施加壓力於副鼻竇可導致頭痛加劇
4. 單側疾患時，頭痛發生於鼻炎鼻竇炎同側

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

1. 偏頭痛與 2. 緊縮型頭痛可能會被誤認為 11.5.1 歸因於急性鼻炎鼻竇炎之頭痛，不止因有相似的頭痛位置，也因偏頭痛病例常有伴隨的鼻自主神經症狀。有或沒有膿鼻涕及/或其他急性鼻炎鼻竇炎診斷特徵有助於鑑別這些情況。然而 1. 偏頭痛的發作也會被鼻或鼻竇病灶所誘發或加劇。鼻粘模和相關結構病灶造成的疼痛通常被認為在額部或顏面，但也可能向更後側轉移。僅僅急性鼻炎鼻竇炎單純影像上的病理變化，加上病患疼痛描述的關聯配合，並不足以確診 11.5.1 歸因於急性鼻炎鼻竇炎之頭痛。對局部麻醉治療的反應是令人信服的證據，但也可能不是特異的病徵。

### 11.5.2 歸因於慢性或復發性鼻炎鼻竇炎之頭痛

#### Headache attributed to chronic or recurring rhinosinusitis

簡介：

由副鼻竇慢性感染或發炎性疾患並伴隨著此疾患的其他症狀及/或臨床徵兆所引起的頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 臨床、鼻內視鏡及/或影像證明副鼻竇有當下或過去之感染或其他的發炎
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛的發生與慢性鼻炎鼻竇炎的發病相關
  2. 時好時壞的頭痛與鼻竇阻塞、引流及其他慢性鼻炎鼻竇炎症狀的嚴重程度同步
  3. 施加壓力於副鼻竇可導致頭痛加劇
  4. 單側疾患時，頭痛發生於鼻炎鼻竇炎同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

慢性鼻炎是否會引起持續性的頭痛仍是有爭議的。最近的

研究似乎支持這樣的因果關係。

### **11.6 歸因於牙齒或顎部疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the teeth or jaw**

簡介：

由牙齒及/或顎部疾患所引起的頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 臨床及/或影像證明有可造成頭痛的一個或多個牙齒及/或顎部疾患或病灶
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛發生與疾患發病或病灶出現相關
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與疾患或病灶進展或惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與疾患或病灶改善或緩解同步
  3. 施加壓力於病灶上可導致頭痛加劇
  4. 單側疾患時，頭痛發生與病灶同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

牙齒疾患通常會引起牙痛及/或顏面痛，引起頭痛是少見的。然而源自於牙齒的疼痛可以是轉移性的，也會引起廣泛性的頭痛。最常見造成 11.6 歸因於牙齒或顎部疾患之頭痛的原因，是感染造成牙周炎或冠周炎或部分長出的較低智齒周圍的外傷性刺激。

### **11.7 歸因於顳顎疾患(TMD)之頭痛 Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD)**

簡介：

由侵犯顳顎區構造之疾患所引起的頭痛

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 臨床及/或影像證明病理進展影響顳顎關節、咀嚼肌及/或相關構造
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛發生與顳顎疾患發病相關
  2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛顯著惡化與顳顎疾患惡化同步
    - b) 頭痛顯著改善或緩解與顳顎疾患改善或緩解同步
  3. 下顎主動動作、下顎關節範圍內被動動作、及/或施於

顫顎構造的誘發性操作，如施加壓力於顫顎關節及周圍的咀嚼肌，會導致頭痛或使頭痛惡化

4. 如為單側頭痛，發生於顫顎疾患同側

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

11.7 歸因於顫顎疾患(TMD)之頭痛在臉部耳前區，咀嚼肌，及/或顫區最為明顯，疼痛產生來源包括關節盤移位、骨關節炎、關節過度活動和局部肌筋膜炎。11.7 歸因於顫顎疾患(TMD)之頭痛，若疼痛是由顫顎關節綜合體產生，則傾向是單側，但若有牽連肌肉，也可以是兩側。疼痛轉移至臉部是常見的。

診斷顫顎疾患可能是困難的，因為臨床和影像證據的兩者的相對重要性有一些爭議。建議使用國際 RDC/TMD Consortium Network 和 Orofacial Pain Special Interest Group 發展出的診斷基準。

因肌肉張力造成的 11.7 歸因於顫顎疾患(TMD)的頭痛和 2. 緊縮型頭痛之間有一些重疊。當顫顎疾患的診斷不確定，頭痛應被登錄為 2. 緊縮型頭痛或其一亞型(可能有頭部周圍肌肉壓痛)。

### 11.8 歸因於莖突舌骨韌帶發炎的頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament

舊稱：

Eagle's 症候群。

簡介：

由莖突舌骨韌帶發炎造成的單側頭痛併頸、咽及/或顏面痛，通常因頭轉動而誘發或加劇。

診斷基準：

- A. 任何頭痛、頸、咽及/或顏面痛符合基準 C
- B. 影像證實鈣化或變長的莖突舌骨韌帶
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 手指觸壓莖突舌骨韌帶可誘發或加劇疼痛
  - 2. 頭部轉動可誘發或加劇疼痛
  - 3. 局部注射麻醉藥於莖突舌骨韌帶或進行莖突切除術後，疼痛顯著改善
  - 4. 疼痛與發炎的莖突舌骨韌帶同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

11.8 歸因於莖突舌骨韌帶發炎的頭痛或顏面痛通常在口咽、頸及/或顏面被察覺，但有些病患則經歷了更廣泛的頭痛。

### 11.9 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構之其他疾患的頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

簡介：

由以上未提及的頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構疾患所引起的頭痛及/或顏面痛

診斷基準：

- A. 任何頭痛及/或顏面痛符合基準 C
- B. 被診斷有以上未提及，且已知可造成頭痛的頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其他顏面或頸部結構之疾患或病灶
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛及/或顏面痛發生與疾患發病或病灶出現相關
  - 2. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 頭痛及/或顏面痛顯著惡化與疾患或病灶惡化同步
    - b) 頭痛及/或顏面痛顯著改善或緩解與疾患或病灶改善或緩解同步
  - 3. 施加壓力於病灶可導致頭痛及/或顏面痛加劇
  - 4. 頭痛及/或顏面痛部位與病灶部位一致
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷



## 12. 歸因於精神疾患之頭痛 (Headache attributed to psychiatric disorder)

莊凱迪 譯

### 12.1 歸因於體化症之頭痛 Headache attributed to somatization disorder

### 12.2 歸因於妄想之頭痛 Headache attributed to psychotic disorder

登錄他處：

歸因於物質使用的疾患(如：依賴性)、物質戒斷、急性中毒、及藥物過度使用的頭痛，登錄在 8. *歸因於物質或戒斷之頭痛*。

[譯註：精神疾病總稱 psychiatric disorders，下面分為 psychotic disorder, anxiety disorder, depressive disorder 等等分類，之下就是單一的 disorder。英文都是 disorder，但是中文可能引起誤解，所以最大類 psychiatric disorder 的 disorder 翻譯作為「疾病」，分類的 disorder 翻譯作為「疾患」，單獨一個病的 disorder 翻譯作為「症」。單獨一個病的症名，都按照台灣精神醫學會所提供的中央文精神疾病診斷分類詞會對照(社團法人台灣精神醫學會 Nov. 2013)的名詞去翻譯，但是分類的疾患，該書有容易混淆的地方便會所更動。]

一般說明：

*原發性或次發性頭痛或兩者皆是？*

頭痛很常見，精神疾病也是，所以，可以預期到有單純因為巧合而兩者共同存在的機會。

當一個頭痛首次發生，時序上與某一精神疾病的發生有密切關連的時候，可能會有某種的因果關係存在。如果可以證實這兩者有因果關係，則此新頭痛將登錄為歸因於該精神疾病的次發性頭痛，即使此新發生的頭痛特徵符合 ICHD-3 beta 第一部分的任何一種原發性頭痛疾患。當既存之具有原發性頭痛特徵的頭痛變成慢性或是明顯惡化(通常是指頻率及/或嚴重度增加兩倍或以上)，而時序上也與精神疾病密切相關，在有良好證據顯示該精神疾病能造成頭痛的情況下，將同時給予原來的頭痛診斷和 12. 歸因於精神疾患之頭痛 (或其亞型之一)。當此因果關係不能確定時，則原來的原發性頭痛和精神疾病的診斷將分別給予。歸因於精神疾病的慢性頭痛和在精神疾病緩解後仍持續的頭痛尚未被描述過。

前言：

仍然只有很稀少的證據支持精神疾病可以造成頭痛。因此，本書此一章節的診斷範疇僅只限於少數的案例其精神疾病發病的狀況直接表現為頭痛症狀的頭痛診斷，亦即頭痛症狀在內涵上是精神疾病症狀的一部分。

這些診斷準則必須要夠嚴謹以避免偽陽性的個案，但也必須要能夠讓閾值設在低到可以把多數患病病患包括進去。在絕大多數的個案中，12. 歸因於精神疾病的頭痛中的診斷是靠著個案的病史與理學檢查，而非依靠客觀的診斷性生物標記。

頭痛當然也可能跟精神疾病併發在一起卻毫無因果關係。頭痛可以碰巧與一些精神疾病共同發生，包括憂鬱疾患(鬱症單次發生或是重複發作、持續性憂鬱症)、焦慮疾患(分離焦慮症、恐慌症、社交焦慮症與廣泛性焦慮症)、創傷與壓力相關疾患(反應性依附障礙症、急性壓力症、創傷後壓力症、適應障礙症)。在這些狀況中，當沒有證據兩者有因果關係時，應該診斷一個原發性頭痛與另一個單獨的精神疾病。

流行病學的資料仍然顯示，頭痛與精神疾病發生在一起的頻率比單純機率所造成的還要高。干擾因子可以部份地解釋這些明顯的共病性。例如，患有一個疾病的人會更容易得到另外一個疾病的診斷，單純只是因為他們受到比較多的醫療監測。真正的共病性也是可能的，像是偏頭痛與憂鬱之間的關係顯示兩者可能有共同的潛在關聯。可能的因果關係有許多假說，包括頭痛造成精神疾病的狀況、精神疾病狀況造成頭痛、頭痛與精神疾病狀況兩者有雙向的相互影響以及一個共同的潛在因子造成了這兩種疾病。

雖然有些人建議單純僅只跟一些常見精神疾病在一起發生的頭痛，應該可以考慮為歸因於這些疾病的頭痛，像是憂鬱疾患、焦慮疾患、創傷壓力相關疾患等，但是因為頭痛與這些疾患的因果關係仍不確定以及證據相對地缺乏，歸因於這些精神疾病的頭痛只放在附錄當中，還需要釐清更多的潛在機轉來獲得比較紮實的結論。

證據顯示共病的精神疾病傾向於讓 1. *偏頭痛*及/或 2. *緊縮型頭痛*的病程更加惡化，讓發作頻率與嚴重度增加及/或讓治療更沒有效果。因此，在治療這些類別的頭痛時，發現並且治療併發的精神疾病便對於妥適完整的治療相當重要。在兒童與青少年，一些原發性頭痛(偏頭痛、緊縮型頭痛，尤其是慢性緊縮型頭痛)常與精神疾病共病。睡眠疾患、創傷後壓力症、社交焦慮症(懼學症)、注意力不足/過動症、行為規範障礙症、學習障礙症、遺尿症、遺尿症、抽搐症都會讓小兒頭痛的預後與功能障礙變得更嚴重，考慮到這

些疾患造成的負向負擔，小兒頭痛醫師需要仔細搜尋這些精神疾病，如果發現到了便應該好好治療。

要確認頭痛是否應該歸因於精神疾病，必須要先確定是否有同時發生的精神疾病。建議在所有的頭痛病人都該詢問是否有常見共病於頭痛的精神疾病的症狀，像是憂鬱疾患、焦慮疾患等。當懷疑到精神疾病可能是頭痛狀況的原因時，建議轉介具有相關臨床經驗的精神科醫師或是臨床心理師來進行評估。

## 12.1 歸因於體化症之頭痛 Headache attributed to somatisation disorder

簡介：頭痛為體化症之症狀表現的一部份。

診斷基準：

A. 任何頭痛符合基準 C

B. 診斷為體化症，且符合下列 2 項特徵：

- 病人在病史中有從 30 歲以前開始的多重身體症狀 (multiple somatic complaints)，這些症狀並非病人已知的醫學狀態所能完全解釋，或是病人雖有相關的醫學狀態，但是症狀超越過病史、身體檢查或是實驗室檢驗所預期的程度
- 在疾病的病程中，下列 4 項皆符合：
  - 至少有 4 種不同部位或是功能的疼痛症狀 (例如頭、胸、背、腹、關節、四肢、直腸等部位，及/或月經、性交及/或排尿等功能)
  - 至少有 2 種非疼痛胃腸症狀 (例如非懷孕期間的噁心、脹氣、嘔吐及/或拉肚子、對某些食物耐受不良)
  - 至少有 1 種非疼痛的性功能症狀 (例如性冷感、勃起或是射精障礙、月經不規則、經血過多及/或整個懷孕期間嘔吐)
  - 至少有 1 種不限於疼痛的偽神經學 (pseudoneurological) 的症狀 (例如失去平衡或是協調、四肢癱瘓或是局部無力、無法吞嚥或是喉嚨異物感、無法出聲、尿液滯留、幻覺、失去觸覺或是痛覺、雙重影像、看不見、聽不到、癲癇發作等轉化症狀，或是失憶及/或暈倒以外的失去意識等解離症狀)

C. 至少符合下列 1 項佐證其因果關係：

- 頭痛程度的進展與惡化，和其他歸因於體化症之身體症狀的發展同步
- 頭痛持續或是緩解，在時間上與其他歸因於體化症之身體症狀的變動同步
- 其他歸因於體化症之身體症狀緩解，頭痛也同步緩解

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

體化症的特徵是綜合了許多令人困擾的身體症狀，以及對於這些症狀或是相關的健康問題產生了過度或是調適不良的反應。症狀包括胃及/或腸的問題或是功能失調、背痛、四肢或是關節痛、頭痛、胸痛及/或喘、暈、感覺到疲倦及/或是精力低下以及睡眠問題。病人所感受到的不舒服是真實的，不論這些症狀有沒有適當的醫學解釋。病人通常經驗到困擾的感受，且有高度的功能障礙。這些症狀可能已經有醫學的或精神醫學的診斷，也可能沒有。病人可能高度地去利用醫療資源，但是這些頻繁的醫療措施很少能夠緩和病人的擔憂。從臨床治療者的角度來看，許多病人似乎對於各種治療都沒有反應，甚至認為新的醫療介入措施與治療可能只會惡化已經有的症狀或是造成新的副作用或是併發症。有的病人則認為他們的醫療評估與治療還是不足。

需要注意的是體化症這個項目已經從最新的第五版精神疾病診斷統計手冊(DSM-5)中刪除了，取而代之的是「身體症狀障礙症」(somatic symptom disorder)，診斷特徵是對於某一個症狀的嚴重程度有過度且持續的思考、對健康或是症狀有持續的高焦慮度或是有過多的時間或是精力消耗在這些症狀或是對健康的擔憂上。「身體症狀障礙症」這個新的診斷所包涵的變異性太大，(從傳統典型的體化症病人終生被多重身體抱怨所困擾的模式，到單純只是過度擔心頭痛的病人，都可以診斷為「身體症狀障礙症」。) 因此，我們決定只有在體化症這種終生多重身體抱怨的模式當中，才能夠說頭痛是歸因於這個長期的疼痛模式。因此，ICHD-3 beta 仍繼續使用 DSM-IV 的體化症的定義來討論這個疾病，而非「身體症狀障礙症」。

## 12.2 歸因於妄想之頭痛 Headache attributed to psychotic disorder

簡介：頭痛是病人妄想的表現，病人相信的妄想內容解釋了頭痛機轉 (例如頭痛是外星人在頭中植入裝置的結果)。

診斷基準：

A. 任何頭痛符合基準 C

B. 出現妄想，其內容解釋了頭痛的機轉 (例如病人相信其腦中被植入裝置造成頭痛，或是相信其腦中有腫瘤造成頭痛儘管無可反駁的證據證明沒有腫瘤存在)

C. 符合下列 1 項或 2 項佐證其因果關係：

- 在妄想發病之時或之後產生頭痛

## 2. 妄想緩解後頭痛緩解

### D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

妄想是對於現實不正確的推論所導致的錯誤且固著的信念，儘管有明顯證據證明此一信念有誤，病人仍然堅信不移。

病人可能有一個錯誤的信念相信身體患有嚴重的疾病(例如腦瘤或是動脈瘤)而造成頭痛，儘管有重複且足夠權威的證據證明這些疾病不存在。妄想的內容也可能更為怪異，像是相信頭裡面被用外科手術植入發送器等。

當病人先有頭痛(例如 ICHD-3 beta 的原發性頭痛)，之後才產生解釋這個頭痛的妄想，像是儘管醫學證據都不支持有腦瘤存在卻仍然相信頭痛是腦瘤所產生，在這樣的狀況下，這個頭痛不應該診斷為歸因於精神疾病的頭痛，而是應該診斷為原發性疾病並且附加一個精神醫學診斷：身體型的妄想症。

### 三、 疼痛性顱神經病變、其他顏面痛和其他頭痛

#### **(Part Three: Painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches)**

---

13. 疼痛性顱神經病變和其他顏面痛  
(Painful cranial neuropathies and other facial pains)
14. 其他頭痛疾病  
(Other headache disorders)

## 13. 疼痛性顱神經病變和其他顏面痛 (Painful cranial neuropathies and other facial pains)

朱俊哲 陳錫銘 譯

- 
- 13.1 三叉神經痛 Trigeminal neuralgia
    - 13.1.1 典型三叉神經痛 Classical trigeminal neuralgia
      - 13.1.1.1 典型三叉神經痛,單純發作性 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal
      - 13.1.1.2 典型三叉神經痛並伴隨持續性顏面痛 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain
    - 13.1.2 疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy
      - 13.1.2.1 歸因於急性帶狀皰疹之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster
      - 13.1.2.2 皰疹後三叉神經病變 Post-herpetic trigeminal neuropathy
      - 13.1.2.3 外傷後疼痛性三叉神經病變 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy
      - 13.1.2.4 歸因於多發性硬化症斑塊之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque
      - 13.1.2.5 歸因於佔位性病灶之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion
      - 13.1.2.6 歸因於其他疾患之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to other disorder
  - 13.2 舌咽神經痛 Glossopharyngeal neuralgia
  - 13.3 中間神經(顏面神經)痛 Nervus intermedius (facial nerve) neuralgia
    - 13.3.1 典型中間神經痛 Classical nervus intermedius neuralgia
    - 13.3.2 歸因於帶狀皰疹之中間神經病變 Nervus intermedius neuropathy attributed to Herpes zoster
  - 13.4 枕神經痛 Occipital neuralgia
  - 13.5 視神經炎 Optic neuritis
  - 13.6 歸因於缺血性動眼神經麻痺之頭痛 Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy
  - 13.7 Tolosa-Hunt 氏症候群 Tolosa-Hunt syndrome

- 13.8 副三叉神經動眼交感症候群 Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome
  - 13.9 反覆疼痛性眼肌麻痺神經病變 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy
  - 13.10 口部灼熱症候群 Burning mouth syndrome (BMS)
  - 13.11 持續性原因不明的顏面痛 Persistent idiopathic facial pain (PIFP)
  - 13.12 中樞神經病變痛 Central neuropathic pain
    - 13.12.1 歸因於多發性硬化症之中樞神經病變痛 Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS)
    - 13.12.2 中風後中樞疼痛 Central post-stroke pain (CPSP)
- 

### 前言：

頭和頸部的疼痛由三叉、中間、舌咽和迷走神經以及源自上頸神經根的枕神經所傳入。當這些神經受到壓迫、扭曲、冷刺激或其他形式的刺激，或是這些神經中樞傳導路徑有病灶，會造成在其神經支配區域感到刺戳或持續性疼痛。有些原因可能很清楚，例如帶狀皰疹感染或影像證實之結構異常，但在某些病例中，它們可能是沒有顯著原因的神經痛。

三叉和舌咽神經痛常出現用詞的問題。當手術時發現疼痛是來自神經被血管環壓迫時，此神經痛應嚴格的被歸於次發性。但很多病人並沒有接受手術，所以仍不能確定他們是原發性或次發性神經痛。基於這個理由，那些有典型病史的病人我們就用典型(classical)這個名詞而非原發性(primary)，即使壓迫來源的血管在之後的療程中被發現。而次發性這個名詞保留給那些證實有神經瘤或類似病灶的病人。

本章節用詞的定義如下：(註 1)

**痛(pain)**：令人不悅的感覺或是情緒經驗，與真實或潛在的組織損傷相關，或用以描述這個損傷。

**神經病變痛(Neuropathic pain)**：因為體感覺(somatosensory)神經系統病灶或疾患引起的痛(痛定義如上)。

**中樞神經病變痛(Central neuropathic pain)**：因為中樞體感覺(somatosensory)神經系統病灶或疾患引起的痛(痛定義如上)。

**周邊神經病變痛(Peripheral neuropathic pain)**：因為周邊體感覺(somatosensory)神經系統病灶或疾患引起的痛(痛定義如上)。

**神經病變(Neuropathy)**：單一神經或多神經的功能障礙

或病理變化(單一神經稱：單一神經病變 mono-neuropathy；多條神經稱：多發性單一神經病變 mononeuropathy multiplex；如為廣泛且雙側稱：多發性神經病變 polyneuropathy)。本名詞並非旨在涵蓋神經失用(neurapraxia)、神經斷傷(neurotmesis)、神經斷裂、及因鼓脹、牽扯或癲癇放電等暫時影響導致的神經障礙(此類暫時性擾動所導致之疼痛可用神經源性 neurogenic 來描述)。

**神經痛(Neuralgia)：**因單一或多神經障礙引起的痛，(特別是在歐洲，通常用在暗示有突發(paraoxysmal)之性質，但是此字眼不應僅侷限於描述突發性之疼痛。)

註：

1. 依照國際病痛研究協會(IASP)的分類(Taxonomy)定義，URL：<http://www.iasp-pain.org/>

### 13.1 三叉神經痛 Trigeminal neuralgia

簡介：

此疾患為反覆，單側，有短暫電擊似疼痛的特性，疼痛突然發生和停止，局限在三叉神經的一或多條分支支配區，並因無害的(innocuous)刺激誘發疼痛。它可能在沒有明顯的原因下發病或為另一個已診斷疾患的結果。另外，它可能有或不會有，額外的、中等強度持續性顏面背景痛。

#### 13.1.1 典型三叉神經痛 Classical trigeminal neuralgia

舊稱：

痛性抽搐 (Tic douloureux)

簡介：

除神經血管壓迫外，無其他明顯發生原因的三叉神經痛。

診斷基準：

- A. 至少有 3 次單側顏面痛發作符合基準 B 及 C
- B. 發生於三叉神經一或多條分支，分布不超過三叉神經的支配區
- C. 疼痛至少具下列 4 項特徵其中 3 項：
  1. 反覆發作性，持續從不到 1 秒到 2 分鐘
  2. 疼痛程度嚴重
  3. 似電擊，抽痛，刺戳或尖銳性
  4. 臉部患側因無害的(innocuous)刺激而引發(註 1)
- D. 沒有神經功能缺損的臨床證據(註 2)
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 一些發作可能或表現為自發性，但必須至少有 3 次發作是以此方式誘發。
2. 在受影響的三叉神經區域感覺低下(hypoesthesia)或痛感低下(hypoalgesia)經常暗示著軸索損傷。當其中一項存在時，表示有三叉神經病變，必須以廣泛的診斷評估去排除次發性的個案；一些在疼痛區域有過度痛感(hyperalgesia)的病人，不一定要診斷為三叉神經病變，因為它可能反映病人對疼痛側更多地關注。

說明：

典型(而非原發性)三叉神經痛，根據最近的證據，此名詞被使用是因為 13.1.1 典型三叉神經痛導因於神經血管壓迫所引起，大部分為上小腦動脈，須執行影像檢查(以 MRI 較優)排除其他次發性原因；在大部分的病人，則可用以證實三叉神經有神經血管壓迫。

許多 13.1.1 典型三叉神經痛的病人可以記得疼痛發病的時間。

13.1.1 典型三叉神經痛通常發生於第二或第三分支，疼痛絕不會交叉到對側，但在罕見的情況可以發生於兩側。疼痛發作後通常有一段不反應期，在此時期疼痛不會被誘發。當非常嚴重時，疼痛會引發受影響側的臉部肌肉痙攣(痛性抽搐 tic douloureux)。輕微的自律神經症狀，如流淚及/或紅眼可能會發生。

疼痛發作時間可隨時間而改變，且會變得更延長及嚴重，可造成社會心理功能失調，明顯影響生活品質及常導致體重減輕。

於發作間期，大部分病人無症狀，而亞式 13.1.1.2 典型三叉神經痛並伴隨持續性顏面痛，會在受影響區域有延長的背景痛。

13.1.1 典型三叉神經痛也許有一段前導的非典型持續疼痛，文獻稱為前三叉神經痛(pre-trigeminal neuralgia)。

#### 13.1.1.1 典型三叉神經痛, 單純發作性 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal

簡介：

無持續性顏面背景痛的三叉神經痛。

診斷基準：

- A. 反覆發作的單側顏面痛符合 13.1.1 典型三叉神經痛之診斷基準
- B. 各次發作之間無持續性顏面痛
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

13.1.1.1 典型三叉神經痛,單純發作性,至少在起始時對藥物治療是有反應的(特別是 carbamazepine 或 oxcarbazepine)。

13.1.1.2 典型三叉神經痛並伴隨持續性顏面痛 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain 舊稱：

非典型三叉神經痛 (Atypical trigeminal neuralgia)；三叉神經痛第二型 (trigeminal neuralgia type 2)。

簡介：

有持續性顏面背景痛的三叉神經痛。

診斷基準：

- A. 反覆發作的單側顏面痛能符合 13.1.1 典型三叉神經痛之診斷基準
- B. 受影響區域有中度、持續性顏面痛
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

13.1.1.2 典型三叉神經痛並伴隨持續性顏面痛曾經被視為非典型三叉神經痛,或最近被稱為三叉神經痛第二型。

中樞敏化或可解釋持續性顏面痛, MRI 較少被証實為神經血管壓迫, 13.1.1.2 典型三叉神經痛並伴隨著持續性顏面痛, 對保守性療法或神經外科手術反應較差, 它通常較少被認為由無害性刺激所誘發。

### 13.1.2 疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy

簡介：

因其他疾患併神經損傷導致位於三叉神經一或多條分支支配區域的頭痛及/或顏面痛, 此疼痛會因造成的原因不同, 而於性質和強度上有高度變異。

13.1.2.1 歸因於急性帶狀皰疹之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster

簡介：

由急性帶狀皰疹引起三叉神經一或多條分支支配區的單側頭痛及/或顏面痛, 小於 3 個月期間, 並有其他相關症狀及/或臨床徵兆。

診斷基準：

A. 單側頭痛及/或顏面痛持續 < 3 個月, 且符合基準 C

B. 符合下列 1 項或 2 項：

- 1. 皰疹發生在三叉神經一或多分支支配區
- 2. 水痘帶狀皰疹病毒(varicella zoster virus )DNA 可藉聚合酶連鎖反應(PCR)於腦脊髓液偵測出

C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：

- 1. 疼痛在皰疹發疹出現前 < 7 天發生
- 2. 疼痛位於相同三叉神經一或多分支支配區

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

10-15%的帶狀皰疹會侵犯三叉神經節, 眼分枝就佔其中 80%, 極少情況下疼痛並不伴隨發疹或皮疹(無伴隨皮疹的皮節性疼痛 zoster sine herpette), 此類病例的診斷可藉由聚合酶連鎖反應, 偵測腦脊髓液內的水痘皰疹病毒 DNA 獲得証實。

13.1.2.1 歸因於急性帶狀皰疹的疼痛性三叉神經痛, 通常為燒灼、刺/抽痛、麻刺痛或疼痛及伴隨著表皮異感痛。

眼部皰疹可以伴隨著第 3.4.6 條顱神經麻痺, 帶狀皰疹亦常見於免疫不全病人, 發生於 10% 淋巴瘤及 25% 何杰氏病 (Hodgkin's disease) 的病人。

13.1.2.2. 皰疹後三叉神經病變 Post-herpetic trigeminal neuropathy

舊稱：

皰疹後三叉神經痛 (Post-herpetic trigeminal neuralgia)

簡介：

由帶狀皰疹引起三叉神經一或多分支支配區之單側頭痛及/或顏面痛, 持續或復發至少 3 個月, 有多樣的感覺改變。

診斷基準：

A. 單側頭痛及/或顏面痛持續或復發  $\geq$  3 個月, 且符合基準 C

B. 侵犯三叉神經一或多分支支配區之急性帶狀皰疹病史

C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：

- 1. 在時序上疼痛發生與急性帶狀皰疹相關
- 2. 疼痛位於相同三叉神經一或多分支支配區

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

接續急性帶狀皰疹, 皰疹後神經痛於老人中更為流行。

三叉神經的第一分支最常被於 13.1.2.2 皰疹後三叉神經痛

影響，但第 2 及 3 分支亦可影響，典型的疼痛是燒灼及癢感，受影響區域的癢感通常是非常明顯及極度討厭的，於受影響範圍，感覺異常及異感痛是經常存在的，蒼白或淡紫疤可能為帶狀皰疹發疹的後遺症。

### 13.1.2.3 外傷後疼痛性三叉神經病變 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy

舊稱：

痛性麻木 (Anaesthesia dolorosa)

登錄他處

此處為描述外傷後疼痛性三叉神經病變，大部分三叉神經損傷並不會導致疼痛，故無列入 ICHD-3 beta。

簡介：

跟隨三叉神經外傷後的單側顏面或口腔痛，並有三叉神經功能失調之其他症狀及/或臨床徵兆。

診斷基準：

- A. 單側顏面或口腔痛符合基準 C
- B. 有可辨識的三叉神經外傷(註 1)病史，並有三叉神經功能失調之正向(過度痛感，異感痛(allodynia))及/或負向(感覺低下，痛感低下)臨床徵兆之證據
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 疼痛位於相同的三叉神經支配區
  - 2. 疼痛發生於外傷事件 3 至 6 個月內
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

- 1. 此外傷事件可能是機械性，化學性，溫覺性或由放射線引起。

說明：

疼痛持續時間範圍廣泛，可由陣發性到持續性或為混合性，特別是在輻射引發的交感神經節後損傷，其神經病變可能於 3 個月後出現。

### 13.1.2.4 歸因於多發性硬化症斑塊之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque

簡介：

因多發性硬化症斑塊侵犯三叉神經根，導致三叉神經支配區的單側頭痛或顏面痛，有典型三叉神經痛特徵，並有其

他多發性硬化症相關症狀及/或臨床徵兆。

診斷基準：

- A. 頭痛及/或顏面痛有 13.1.1 典型三叉神經痛的特徵，有或沒有伴隨持續顏面痛，不一定是單側
- B. 診斷為多發性硬化症
- C. 磁共振造影已證明多發性硬化症斑塊侵犯三叉神經根或藉由常規電氣生理檢查(瞬眼反射或三叉誘發電位)顯示受侵犯的三叉神經有損傷
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

最近研究顯示，約 7% 的多發性硬化症患者有類似 13.1.1 典型三叉神經痛的症候群，然而三叉神經痛的症狀很少為多發性硬化症的表現特徵。

13.1.2.4 歸因於多發性硬化症斑塊之疼痛性三叉神經痛的症狀較 13.1.1 典型三叉神經痛常見為兩側。

13.1.2.4 歸因於多發性硬化症斑塊之疼痛性三叉神經痛比起 13.1.1 典型三叉神經痛的病人，對藥物治療獲益較少。

### 13.1.2.5 歸因於佔位性病灶之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion

簡介：

在三叉神經支配區的單側頭痛及/或顏面痛，並有典型三叉神經痛特徵，為受影響的三叉神經與佔位性的病灶接觸所誘發。

診斷基準：

- A. 有 13.1.1 典型三叉神經痛特徵的單側頭部及/或顏面痛，有或沒有伴隨的持續顏面痛，且符合基準 C
- B. 影像證明有佔位性的病灶，並與受影響三叉神經間有接觸
- C. 疼痛因病灶與受影響三叉神經有接觸而產生，或導致其診斷
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

病人有 13.1.2.5 歸因於佔位性病灶之疼痛性三叉神經病變，臨床上會有可偵測的感覺徵候或電氣生理異常。

### 13.1.2.6 歸因於其他疾患之疼痛性三叉神經病變 Painful trigeminal neuropathy attributed to other disorder



診斷基準：

- A. 頭痛及/或顏面痛有 13.1.1 典型三叉神經痛的特徵，有或沒有伴隨持續的顏面痛，不一定是單側
- B. 已診斷之疾患非為以上所提及，但已知會導致疼痛性三叉神經病變
- C. 疼痛發生於疾患發病後或導致其診斷
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### 13.2 舌咽神經痛 Glossopharyngeal neuralgia

舊稱：

迷走舌咽神經痛 (Vagoglossopharyngeal neuralgia)

簡介：

位於耳內、舌根、扁桃腺窩或及下顎彎角處一種劇烈、短暫、刺戳的單側痛。常因吞嚥、說話及/或咳嗽引發，並且如典型三叉神經痛會緩解與復發。

診斷基準：

- A. 至少有 3 次單側疼痛發作符合基準 B 及 C
- B. 疼痛分佈在舌後、扁桃腺窩、咽喉、和下顎彎角及/或耳內
- C. 疼痛至少具下列 4 項特徵其中 3 項：
  - 1. 反覆性發作，持續數秒到 2 分鐘
  - 2. 疼痛強度嚴重
  - 3. 抽痛、刺戳或尖銳性
  - 4. 吞嚥、咳嗽、說話或打哈欠可引發
- D. 沒有神經功能缺損的臨床證據
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

舌咽神經痛是位在迷走神經耳和咽喉分支以及舌咽神經分支的範圍內，在它發生前受影響部位可能會有數週至數月不舒服的感覺。

13.2 舌咽神經痛相較於 13.1.1 典型三叉神經痛是較不嚴重的，但也可以糟到造成體重減輕，此兩種疾病可同時並存。在罕見情況下疼痛發作會與迷走神經症狀如咳嗽、聲音嘶啞、暈厥及/或心跳過緩相關，有些作者建議區分為咽、耳、迷走神經亞型的神經痛，並建議使當疼痛伴隨著無心跳、抽搐或暈厥，可使用迷走舌咽神經痛(vasoglossopharyngeal neuralgia)此名詞。

影像可呈現舌咽神經之神經血管壓迫，有次發性舌咽神經痛是因頸部外傷、多發性硬化症、扁桃體或區域腫瘤，小腦橋腦角腫瘤及 Arnold-Chiari 畸型所引起的單一報告。

13.2 舌咽神經痛通常對藥物治療至少在起始時是有反應的，特別是抗癲癇藥物，也曾有建議於舌及咽喉壁使用局部麻醉，可預防發作達數小時。

### 13.3 中間神經(顏面)神經痛 Nervus intermedius (facial nerve) neuralgia

簡介：

一種罕見的疾患，以耳道深部的短暫、發作性疼痛為特點，有時放射至頂枕部。可以無任何病因或為帶狀皰疹之併發症。

說明：

流淚、流涎及/或味覺障礙，有時伴隨著 13.3.1 典型中間神經痛，鑒於外耳之神經支配源自三叉神經(耳顳神經)，顏面神經(中間神經)，舌咽、迷走及第 2 條顳神經[譯註：此處或為第 2 條頸神經之誤植]，其複雜及重覆支配的特性，若無特別的神經血管碰觸被看見，歸因於此身體區域單一神經導致的神經痛並不容易。

13.3.1 典型中間神經痛之疼痛可導致心理層面影響及顯著影響生活品質。

#### 13.3.1 典型中間神經痛 Classical nervus intermedius neuralgia

簡介：

無明顯原因所致之中間神經痛。

診斷基準：

- A. 至少有 3 次單側疼痛發作能符合基準 B 及 C
- B. 疼痛位於耳道，有時放射至頂枕部
- C. 疼痛至少具下列 4 項特徵其中 3 項：
  - 1. 反覆性發作，持續數秒到幾分鐘
  - 2. 疼痛強度嚴重
  - 3. 抽痛、刺戳或尖銳性
  - 4. 藉由刺激位於外耳道後壁及/或耳周邊區域之誘發區所引發
- D. 沒有神經功能缺損的臨床證據
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### 13.3.2 歸因於急性帶狀皰疹之次發性中間神經痛 Secondary nervus intermedius neuropathy attributed to acute Herpes Zoster

舊稱：

Ramsay Hunt 症候群

簡介：

於耳道深部的單側疼痛，有時放射至頂枕部，並有面部麻痺，為中間神經之帶狀皰疹所引發。

診斷基準：

- A. 單側顏面痛符合基準 C
- B. 帶狀皰疹發生位於中間神經分布範圍內之耳朵及/或口腔黏膜內
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 疼痛發生於帶狀皰疹發作前 < 7 天內
  - 2. 疼痛位於中間神經分布範圍
- D. 有周邊顏面神經麻痺的臨床表現
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

次發性中間神經病變最常見的原因為帶狀皰疹，有少數的病例被描述起因於神經血管壓迫，而有罕見的家族病例和枕神經痛相關。

在 Ramsay Hunt 症候群出現位於耳或口腔黏膜的帶狀皰疹病灶及伴有其疾病特有(pathognomonic)的顏面麻痺，但原始的描述指向耳鳴、暈眩、聽力障礙及噁心的其它附加症狀。

13.3.2 歸因於帶狀皰疹之次發性中間神經痛應儘早以可體松或無環鳥苷(acyclovir)治療。

### 13.4 枕神經痛 Occipital neuralgia

簡介：

位於頭皮後側單或雙側、發作性抽痛或刺戳痛，為大枕、小枕或第 3 枕神經的支配區，有時在患部有感覺減退或不悅異常感(dysaesthesia)的現象，於受侵犯神經處常伴隨有壓痛。

診斷基準：

- A. 單或雙側疼痛符合基準 B-E
- B. 疼痛位於大枕、小枕及/或第三枕神經的支配區
- C. 疼痛符合下列 3 項其中 2 項：
  - 1. 反覆性發作，持續數秒到幾分鐘
  - 2. 疼痛強度嚴重
  - 3. 抽痛，刺戳或尖銳性
- D. 疼痛與下列 2 項相關：
  - 1. 無痛性刺激於頭皮及/或頭髮時，有明顯不悅異常感或異感痛

2. 符合下列 1 項或 2 項：

- a) 受影響的神經分支處有壓痛
- b) 於大枕神經頭皮出處或 C2 支配區有誘發點

E. 以局部麻醉阻斷受影響之神經可暫時解除疼痛

F. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

13.4 枕神經痛的疼痛可藉由位於三叉神經背束核的三叉頸中間神經元連結而到達額眼眶區域。

13.4 枕神經痛須和源自寰樞關節(atlantoaxial)或上椎骨關節突(zygapophyseal)關節，或頸部肌肉或其附著處的壓痛誘發點所產生的枕部牽引痛區分。

### 13.5 視神經炎 Optic neuritis

舊稱： 眼球後神經炎 ( Retrobulbar neuritis)

簡介：

因視神經脫髓鞘導致單或雙眼後疼痛，伴隨中心視力受損。

診斷基準：

- A. 單或雙側頭痛符合基準 C
- B. 臨床，電氣生理，影像及/或實驗室證據確診為視神經炎。
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 時序上頭痛發生與視神經炎相關
  - 2. 頭痛符合下列 1 或 2 項：
    - a) 位於眼眶周圍，眼眶，額葉及顳葉
    - b) 因眼球轉動而加劇
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

視神經炎常是多發性硬化症的一種表現，疼痛可發生於視覺障礙之前，系列臨床報告頭痛的盛行率在視神經炎可達 90%。

顳部 MRI 發現，當有眼眶段顯影增強時，眼球運動疼痛有高發生率(90%)；當沒有顯影增強時，無此疼痛的可能性非常高(70%)。

### 13.6 歸因於缺血性動眼神經麻痺之頭痛

Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy

簡介：

因同側第三，第四或第六條顳神經缺血性麻痺引起的單側

額頭及/或眼眶周圍疼痛，並有其他相關之症狀及臨床徵兆。

診斷基準：

- A. 單側頭痛符合基準 C
- B. 臨床及影像確認有缺血性動眼神經麻痺
- C. 須符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與動眼神經麻痺相關
  - 2. 頭痛位於同側眉頭及眼睛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

眼運動神經麻痺大部分是疼痛的，不管有無糖尿病存在，13.6 歸因於缺血性動眼神經麻痺之頭痛可發生於複視發病之前或同時發生，疼痛常見於第 3 條顱神經麻痺，較少於第 6 條顱神經麻痺，在第 4 條顱神經麻痺個案最少。

### 13.7 Tolosa-Hunt 症候群 Tolosa-Hunt syndrome

簡介：

單側眼窩痛，伴隨第三、四及/或六條顱神經中 1 或多條麻痺，由位於海綿竇、上眼窩裂或眼窩的肉芽腫發炎造成。

診斷基準：

- A. 單側頭痛符合基準 C
- B. 符合下列 2 項：
  - 1. 經由磁振造影或切片檢驗證實於海綿竇、上眼窩裂或眼窩有肉芽腫發炎
  - 2. 同側第三、四及/或六條顱神經 1 或多條麻痺
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛在第三、四及/或六條顱神經麻痺前 $\leq$ 2 星期出現或伴隨其發生
  - 2. 頭痛位於同側眉頭及眼睛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

有一些 13.7 Tolosa-Hunt 症候群的病例報告，有第 5 條顱神經(通常為第 1 分支)或視神經，第 7、8 條顱神經的額外症狀，瞳孔之交感神經支配偶爾會受到影響。此症候群可於海綿靜脈竇、上眼眶裂或眼眶於一些切片檢查病例中發現肉芽腫物質。

仔細追蹤是必要的，以排除其他疼痛性眼肌麻痺如腫瘤、血管炎、基底腦膜炎、肉瘤或糖尿病的可能性。

當以類固醇適當治療後，疼痛及 13.7 Tolosa-Hunt 症候群產生的麻痺會緩解。

### 13.8 副三叉神經動眼交感症候群

#### Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome

簡介：

持續性單側痛在三叉神經眼支支配區，有時擴展至上頷枝並伴隨 Horner's 症候群，由中顱窩內或頸動脈疾患所導致。

診斷基準：

- A. 持續性單側頭痛符合基準 C
- B. 影像證明有中顱窩或同側頸動脈原發疾患所致
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與原發疾患發病相關
  - 2. 頭痛符合下列 1 項或 2 項特徵：
    - a) 位於三叉神經眼支支配區，有或沒有擴展至上頷枝
    - b) 因眼球轉動而加劇
- D. 同側 Horner's 症候群
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

原始描述 13.8 副三叉神經動眼交感症候群(Raeder's)是有用的，因為影響瞳孔交感神經纖維代表有中顱窩的病灶，被視為 20 世紀早期的臨床解剖方法學典型案例。Raeder's 症候群在今日是否應被使用仍眾說紛紜，但疼痛性 Horner's 症候群仍被一些作者視為診斷中顱窩病灶或頸動脈剝離的有用指引。

### 13.9 反覆眼肌麻痺疼痛性神經病變 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy

舊稱：

眼肌麻痺“偏頭痛”Ophthalmoplegic migraine

簡介：

一或多條顱神經麻痺(通常是第三條)的重複性發作，併同側頭痛。

診斷基準：

- A. 至少有 2 次發作符合基準 B
- B. 單側頭痛伴隨同側 1、2 或全部 3 條動眼神經麻痺
- C. 經適當診察已排除眼眶、蝶鞍旁和後顱窩病變
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

眼肌麻痺偏頭痛，此陳舊及不適當的名詞已被否定，因為此症候群並非偏頭痛，而是反覆疼痛性神經病變。

最近資料顯示頭痛可發生於眼運動麻痺前 14 天，MRI 證實有顯影增強或神經增厚，使用類固醇治療對於某些病人是有效的。

### 13.10 口部灼熱症候群 Burning mouth syndrome (BMS)

舊稱：

口腔痛 (Stomatodynia)或侷限於舌頭稱舌痛(glossodynia)。

簡介：

口內灼熱感或感覺異常，每天復發大於 2 小時並超過 3 個月，無臨床證據有致病病灶。

診斷基準：

- A. 口腔疼痛符合基準 B 及 C
- B. 每天復發 >2 小時並 >3 個月
- C. 疼痛符合下列 2 項特徵：
  - 1. 灼熱性
  - 2. 感覺位於表淺口腔黏膜
- D. 口腔黏膜外觀正常，臨床檢查包括感覺測試亦正常
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

13.10 口部灼熱症候群的疼痛通常為雙側，而其強度會有波動的，舌尖是最常見的部位，主觀性的口乾、感覺異常或味覺改變可能存在。

停經婦女的盛行率很高，一些研究顯示有社會心理及精神疾病之共病，近期實驗及腦部影像顯示於中樞或週邊神經系統有改變。

次發性口部灼熱症候群，如歸因於局部(念珠菌、扁平苔蘚、流涎減少)或全身性疾病(藥物所致貧血、維他命 B12 或葉酸缺乏、休葛蘭氏症候群(Sjögren's syndrome)或糖尿病)，是否可被視為另一疾病實體，仍在爭論中，目前的證據並不支持列入，即使是在附錄內。

### 13.11 持續原因不明的顏面痛 persistent idiopathic facial pain (PIFP)

舊稱：

非典型顏面痛(Atypical facial pain)

簡介：

持續的顏面及/或口腔痛有多樣表現，每天復發大於 2 小時並超過 3 個月，沒有神經功能缺損的臨床證據。

診斷基準：

- A. 顏面及/或口腔疼痛符合基準 B 及 C
- B. 每天復發 >2 小時並 >3 個月
- C. 頭痛符合下列 2 項特徵：
  - 1. 無法定位，並不遵循一條周邊神經支配區
  - 2. 鈍痛、痠痛或惱人的痛
- D. 臨床神經學檢查正常
- E. 經適當診察已排除牙科原因
- F. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

各式各樣的字詞被用於描述 13.11 持續原因不明的顏面痛的特徵，但通常被描述成遲鈍的、惱人的或疼痛的。它可以急遽加重或因壓力而加強，疼痛可能被描述成深層或表淺，隨時間可能分布到顱頸廣泛的區域。

13.11 持續原因不明的顏面痛，可合併其它疼痛情況，如慢性廣泛性疼痛、腸躁症，此外它可以存在於精神共病症或社會心理失調。

由不明顯外傷引起的 13.11 持續原因不明的顏面痛到明顯對周邊神經外傷引起的 13.1.2.3 疼痛性外傷後三叉神經病變，似乎是同一個延續(continuum)。13.11 持續原因不明的顏面痛可源自於一小手術或對臉、顎、齒、牙齦的傷害，但在此最初有害事件痊癒後，痛仍持續存在，且找不到局部原因。然而，精神生理或神經生理測試可證明有感覺異常。

非典型牙齒痛(atypical odontalgia)被用於一個或多個牙齒或拔牙後的牙袋，缺乏常見牙科病因下的持續性疼痛。此被視為 13.11 持續原因不明的顏面痛之亞型，雖然它較為局部，發病年齡較年輕，男女相當。根據外傷的病史，非典型牙齒痛也可被視為 13.1.2.3 疼痛性外傷後三叉神經病變之亞型。這些亞型即使存在，也因為研究不足而無法提出其診斷基準。

### 13.12 中樞神經病變痛 Central neuropathic pain

簡介：

源自中樞性的單或雙側顱頸痛有多樣表現，可能有或沒有感覺改變，根據其原因，可能為持續性或為緩解復發性。

#### 13.12.1 歸因於多發性硬化症之中樞神經病變痛

Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis

## (MS)

簡介：

在多發性硬化症者，單或雙側顱頸痛有多樣表現，可能有或沒有感覺改變，可歸因於三叉神經中樞上行連結的脫髓鞘病變，通常會緩解及復發。

診斷基準：

- A. 顏面及/或頭痛符合基準 C
- B. 診斷為多發性硬化症，經磁共振造影證實在腦幹或三叉神經核上行投射束的脫髓鞘病變
- C. 在時序上疼痛發生與脫髓鞘病變相關或導致其診斷
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

非疼痛性感覺異常(通常為感覺遲鈍，但也可感覺低下、無感覺、痛感低下、感覺異常)可能共存於 13.12.1 歸因於多發性硬化症之中樞神經病變痛之疼痛。疼痛可為發作性，如 13.1.2.4 歸因於多發性硬化症斑塊之疼痛性三叉神經病變。

## 13.12.2 中風後中樞疼痛 Central post-stroke pain

### (CPSP)

簡介：

通常為單側的顏面及/或頭痛有多樣表現，侵犯部分或所有顱頸區，並有感覺損傷，因中風而導致並於中風後 6 個月內發生，無法以周邊三叉神經、其他顱或頸神經病灶來說明。

診斷基準：

- A. 顏面及/或頭痛符合基準 C
- B. 曾發生缺血性或出血性腦中風
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 疼痛於中風 6 個月內發生
  - 2. 影像(通常是磁共振造影)證實在特定位置有血管病變
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

13.12.2 中風後中樞疼痛可歸因於三叉神經核上昇放射束之病灶，頸部脊髓視丘路徑及皮質處理過程亦扮演重要角色，因此，症狀可能影響患側之軀幹及肢體。

伴隨視丘病灶的顱頸痛為半側症候群之一部分，在側延髓病灶，半側顏面痛可單獨發生，更可能常伴隨於對側半側感覺異常。

## 14. 其他頭痛疾病 (Other headache disorders)

施景森 李連輝 譯

---

### 14.1 不屬於現存分類之頭痛 (Headache not elsewhere classified)

### 14.2 特性不明之頭痛 (Headache unspecified)

---

#### 前言：

為了讓此分類涵蓋更完全，在適合的案例，將僅缺一項就能完全符合特定疾患基準的情況，列為其子分類。然而仍可能有許多頭痛無法符合現存各章所述，或因為這些頭痛是首次被描述，或是單純因為資訊不足。本章主要用於這些類型或亞型的頭痛。

### 14.1 不屬於現存分類之頭痛 Headache not elsewhere classified

舊稱：無法分類的頭痛 (Headache not classifiable)

#### 診斷基準：

- A. 頭痛具獨特的特徵，顯示它是一獨特的診斷實體
- B. 不符合任何上述提及頭痛疾患的基準

#### 說明：

一些新的頭痛實體已經在國際頭痛疾病分類第一版到第三版的這段時間中被描述。將來勢必有更多獨特的頭痛實體被描述出來。這樣的頭痛可先登錄為 14.1 不屬於現存分類的頭痛，直到分類確定。

### 14.2 特性不明之頭痛 Headache unspecified

舊稱：無法分類的頭痛 (Headache not classifiable)

#### 診斷基準：

- A. 現有或曾經有過的頭痛
- B. 資料不足以分類該頭痛於本書任一頭痛診斷

#### 說明：

很顯然地，有很多病人必須在資料很有限的情況下作診斷，我們只能說他們有頭痛，而不能說是何種類型的頭痛。這些病人就登錄為 14.2 特性不明的頭痛。然而，這個編碼不應在可獲得資料的情況下，作為不願去取得頭痛詳細資料的藉口。它只有在病人死亡、無法溝通或無法得到資料時使用。

# 附錄 (Appendix)

## 前言

附錄 (Appendix) 是在 *國際頭痛疾病分類第二版 (ICHD-II)* 中首次加入的，有許多的目的，*ICHD-3 beta* 仍然沿用。

最初的目的是提出研究用的診斷基準，以供一些迄今尚未足夠研究來驗證的新興疾病實體所用，根據分類委員會內專家的經驗和品質不一已發表的文獻，顯示有一定數目的診斷實體是真實的，只是必須有更多科學證據才能正式認可。因此，有些現在在附錄的疾病

可能會在下一版本移動到分類的本文內，*ICHD-II* 到 *ICHD-3 beta* 時就有這樣的情形。

在一些地方，附錄展現的是分類本文替代用的診斷基準，一樣的，因為臨床經驗或一定數量的文獻證據顯示替代基準可能較優，但是委員會認為證據尚不足以改變主分類。

最後，列於先前版本 *ICHD* 中的診斷實體，若尚未有充分的證據出現，改列於附錄是將它刪除的第一步。

## 附錄 (Appendix)

### A1. 偏頭痛 Migraine

#### A1.1 無預兆偏頭痛 Migraine without aura

A1.1.1 純月經無預兆偏頭痛 Pure menstrual migraine without aura

A1.1.2 與月經相關無預兆偏頭痛 Menstrually related migraine without aura

A1.1.3 非月經相關無預兆偏頭痛 Non-menstrual migraine without aura

#### A1.2 預兆偏頭痛(替代基準) Migraine with aura (alternative criteria)

A1.2.1 典型預兆偏頭痛(替代基準) Migraine with typical aura (alternative criteria)

#### A1.3 慢性偏頭痛(替代基準) Chronic migraine (alternative criteria)

A1.3.1 具無痛期之慢性偏頭痛 Chronic migraine with pain-free periods

A1.3.2 持續疼痛之慢性偏頭痛 Chronic migraine with continuous pain

#### A1.4 偏頭痛併發症 Complications of migraine

A1.4.5 偏頭痛預兆重積狀態 Migraine aura status

#### A1.6 可能與偏頭痛相關之陣發性症候群 Episodic syndromes that may be associated with migraine

A1.6.4 嬰兒腸絞痛 Infantile colic

A1.6.5 孩童期交互偏癱 Alternating hemiplegia of childhood

A1.6.6 前庭偏頭痛 Vestibular migraine

### A2. 緊縮型頭痛(替代基準) Tension-type headache (alternative criteria)

### A3. 三叉自律神經頭痛 Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)

#### A3.6 待分類三叉自律神經頭痛 Undifferentiated trigeminal autonomic cephalalgias

### A4. 其他原發性頭痛疾病 Other primary headache disorders

#### A4.11 顱表遊走痛 Epicrania fugax

### A5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛 Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

#### A5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

A5.1.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之遲發性急性頭痛 Delayed-onset acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

A5.1.2.1 歸因於輕度頭部外傷之遲發性急性頭痛 Delayed-onset acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

#### A5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

A5.2.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之遲發性持續性頭痛 Delayed-onset persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

A5.2.2.1 歸因於輕度頭部外傷之遲發性持續性頭痛 Delayed-onset persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

#### A5.7 歸因於腦部放射治療之頭痛 Headache attributed to radiosurgery of the brain

#### A5.8 歸因於其他頭部及/或頸部外傷或傷害之急性頭痛 Acute headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck

#### A5.9 歸因於其他頭部及/或頸部與外傷或傷害之持續性頭痛 Persistent headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck

### A6. 歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛 Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

#### A6.10 歸因於過去頭、頸部血管疾病之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past cranial or cervical vascular disorder

### A7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 Headache attributed to non-vascular intracranial disorder



A 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛 Headache attributed to epileptic seizure

A7.6.3 電痙攣療法(ECT)後頭痛 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache

A7.9 歸因於過去非血管性顱內疾患之持續頭痛 Persistent headache attributed to past non-vascular intracranial disorder

**A8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛 Headache attributed to a substance or its withdrawal**

A8.4 歸因於過去使用或暴露物質之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past use of or exposure to a substance

**A9. 歸因於感染之頭痛 Headache attributed to infection**

A9.1 歸因於顱內感染之頭痛 Headache attributed to intracranial infection

A9.1.3.3 歸因於過去顱內黴菌或其他寄生蟲感染之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past intracranial fungal or other parasitic infection

A9.1.6 歸因於其他感染性佔位性病灶之頭痛 Headache attributed to other infective space-occupying lesion

A9.3 歸因於人類免疫缺乏病毒(HIV)之頭痛 Headache attributed to human immunodeficiency virus (HIV) infection

**A10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of homeostasis**

A10.7 歸因於立姿性(姿勢性)低血壓之頭部及/或頸部疼痛 Head and/or neck pain attributed to orthostatic (postural) hypotension

A10.8 歸因於其他體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to other disorder of homeostasis

A10.8.1 歸因於太空旅遊之頭痛 Headache attributed to travel in space

A10.8.2 歸因於其他代謝或全身性疾患之頭痛 Headache attributed to other metabolic or systemic disorder

A10.9 歸因於過去體內恆定疾患之持續頭痛 Persistent headache attributed to past disorder of homeostasis

**A11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其它顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure**

A11.2 歸因於頸部疾患的頭痛 Headache attributed to disorder of the neck

A11.2.4 歸因於上頸神經根病變之頭痛 Headache attributed to upper cervical radiculopathy

A11.2.5 歸因於頸部肌筋膜炎之頭痛 Headache attributed to cervical myofascial pain

A11.5 歸因於鼻或副鼻竇疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

A11.5.3 歸因於鼻黏膜、鼻甲骨或鼻中隔疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nasal mucosa, turbinates or septum

**A12. 歸因於精神疾患的頭痛 Headache attributed to psychiatric disorder**

A12.3 歸因於憂鬱疾患之頭痛 Headache attributed to depressive disorder

A12.4 歸因於分離焦慮疾患之頭痛 Headache attributed to separation anxiety disorder

A12.5 歸因於恐慌症之頭痛 Headache attributed to panic disorder

A12.6 歸因於特定畏懼之頭痛 Headache attributed to specific phobia

A12.7 歸因於社交焦慮症(社交畏懼)之頭痛 Headache attributed to social anxiety disorder (social phobia)

A12.8 歸因於廣泛性焦慮症之頭痛 Headache attributed to generalized anxiety disorder

A12.9 歸因於創傷後壓力症之頭痛 Headache attributed to post-traumatic stress disorder

A12.10 歸因於急性壓力症之頭痛 Headache attributed to acute stress disorder

## 附錄 (Appendix)

各章負責人 譯

### A1. 偏頭痛 Migraine

#### A1.1 無預兆偏頭痛 Migraine without aura

##### A1.1.1 純月經無預兆偏頭痛 Pure menstrual migraine without aura

診斷基準：

- A. 仍有月經的女性(註 1)，發作符合 1.1 無預兆偏頭痛的基準且符合下列基準 B
- B. 有證據或前瞻性紀錄證實發作只在月經第一天前後加減 2 天(即，-2 天到+3 天)(註 2)；連續 3 次月經週期至少需 2 次有發作，週期的其餘時間沒有發作

註：

1. 依照 ICHD-3 beta，月經是指由於正常月經週期，或在服用綜合型口服避孕藥及週期性荷爾蒙替代治療時，當外源性黃體素戒斷，所造成的子宮內膜出血。
2. 月經來的第一天為“第 1 天”，前一天為“第-1 天”；沒有“第 0 天”。

##### A1.1.2 與月經相關無預兆偏頭痛 Menstrually related migraine without aura

診斷基準：

- A. 仍有月經的女性(註 1)，發作符合 1.1 無預兆偏頭痛的基準且符合下列基準 B
- B. 有證據或前瞻性紀錄證實發作在月經第一天的前後加減 2 天(即，-2 天到+3 天)(註 2)；連續 3 次月經週期至少需 2 次有發作，週期的其餘時間也有發作

註：

1. 依照 ICHD-3 beta，月經是指由於正常月經週期，或在服用綜合型口服避孕藥及週期性荷爾蒙替代治療時，當外源性黃體素戒斷，所造成的子宮內膜出血。
2. 月經來的第一天為“第 1 天”，前一天為“第-1 天”；沒有“第 0 天”。

##### A1.1.3 非月經相關無預兆偏頭痛 Non-menstrual migraine without aura

診斷基準：

1. 仍有月經的女性(註 1)，發作符合 1.1 無預兆偏頭痛的基準且符合下列基準 B
2. 發作無法符合 A1.1.1 純月經無預兆偏頭痛或 A1.1.2 與

#### 月經相關無預兆偏頭痛的基準 B

註：

1. 依照 ICHD-3 beta，月經是指由於正常月經週期，或在服用綜合型口服避孕藥及週期性荷爾蒙替代治療時，當外源性黃體素戒斷，所造成的子宮內膜出血。

說明：

這個 1.1 無預兆偏頭痛的次分類，很清楚的僅適用於前述所定義有月經的女性。

區分 A1.1.1 純月經無預兆偏頭痛和 A1.1.2 與月經相關無預兆偏頭痛的重要性在於，前者以荷爾蒙預防法較可能有效。由於很多女性會過度報告頭痛發作與月經的關聯性，因此最少要有 3 次前瞻性月經週期的記錄來佐證。月經頭痛發作通常是無預兆偏頭痛。同時有 1.1 無預兆偏頭痛與 1.2 預兆偏頭痛的女性，後者與月經並無關聯。

在正常月經週期，或外因性黃體素戒斷（如綜合型口服避孕藥及週期性荷爾蒙替代治療）都引起子宮內膜出血，但這兩者導致偏頭痛的機轉可能不同。舉例來說，內因性的月經週期是下視丘-腦下垂體-卵巢軸內的複雜荷爾蒙變化導致排卵後才產生的，而排卵可由綜合型口服避孕藥而抑制。因此研究時應區分這些亞群，對不同亞群的處置策略也可能不同。

至少對於某些女性來說，雖然週期中其他荷爾蒙與生化改變也可能有關聯，有證據顯示月經偏頭痛發作是由於雌激素戒斷造成。當純月經偏頭痛或與月經相關偏頭痛被認定為與外因性雌激素戒斷有關，則同時登錄為 A.1.1.1 純月經無預兆偏頭痛或 A1.1.2 與月經相關無預兆偏頭痛，及 8.3.3 雌激素戒斷頭痛。

與月經的關聯性可能會隨著女性的生育年齡而改變。

#### A1.2 預兆偏頭痛(替代基準) Migraine with aura (alternative criteria)

替代診斷基準

- A. 至少有 2 次發作符合基準 B 及 C
- B. 包括下列 1 或多項完全可逆的預兆症狀：
  1. 視覺
  2. 感覺
  3. 說話及/或語言
  4. 運動
  5. 腦幹
  6. 視網膜
- C. 至少具下列 6 項特徵其中 3 項：

1. 至少 1 種預兆症狀在  $\geq 5$  分鐘逐漸發展
  2. 2 種或更多預兆症狀，相繼發生
  3. 每一種個別的預兆症狀持續 5-60 分鐘(註 1)
  4. 至少有 1 種預兆症狀是單側的(註 2)
  5. 至少有 1 種預兆症狀是正向的(註 3)
- D. 預兆同時伴隨頭痛或於預兆後 60 分鐘內頭痛
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 例如，有 3 個預兆症狀發生，可接受的最大持續時間為  $3 \times 60$  分鐘。運動症狀可以持續到 72 小時。
2. 失語症認定為單側症狀；構音障礙則未必。
3. 閃爍光影、麻刺感是正向的預兆症狀。

#### A1.2.1 典型預兆偏頭痛(替代基準) Migraine with typical aura (alternative criteria)

替代診斷基準

- A. 至少有 2 次發作符合基準 B 及 C
- B. 預兆包括視覺、感覺及/或說話/語言症狀，每一種預兆都完全可逆，但沒有運動、腦幹或視網膜症狀
- C. 至少具下列 6 項特徵其中 3 項：
  1. 至少 1 種預兆症狀在  $\geq 5$  分鐘逐漸發展
  2. 2 種或更多預兆症狀，相繼發生
  3. 每一種個別的預兆症狀持續 5-60 分鐘(註 1)
  4. 至少有 1 種預兆症狀是單側的(註 2)
  5. 至少有 1 種預兆症狀是正向的(註 3)
  6. 預兆同時伴隨頭痛或於預兆後 60 分鐘內頭痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 例如，有 3 個預兆症狀發生，可接受的最大持續時間為  $3 \times 60$  分鐘。運動症狀可以持續到 72 小時。
2. 失語症認定為單側症狀；構音障礙則未必。
3. 閃爍光影、麻刺感是正向的預兆症狀。

#### A1.3 慢性偏頭痛(替代基準) Chronic migraine (alternative criteria)

替代診斷基準

- A. 頭痛(可以類似緊縮型頭痛及/或偏頭痛)發生每月  $\geq 15$  天，已  $> 3$  個月，且符合基準 B 及 C
- B. 發生於已經有至少 5 次發作符合診斷基準 1.1 無預兆偏頭痛 B-D 項及/或 1.2 預兆偏頭痛 B 及 C 項的病人
- C. 發作每月  $\geq 8$  天，已  $> 3$  個月，且符合下列之一：

1. 基準 1.1 無預兆偏頭痛 C 及 D 項
  2. 基準 1.2 預兆偏頭痛 B 及 C 項
  3. 基準 1.5 極可能偏頭痛 A 及 B 項
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A1.3.1 具無痛期之慢性偏頭痛 Chronic migraine with pain-free periods

診斷基準：

- A. 頭痛符合 1.3 慢性偏頭痛及下列基準 B
- B. 每個月內有  $\geq 5$  天，當天  $> 3$  小時的無痛期，但非藥物治療的結果

#### A1.3.2 持續疼痛之慢性偏頭痛 Chronic migraine with continuous pain

診斷基準：

- A. 頭痛符合 1.3 慢性偏頭痛以及下列基準 B
- B. 除非因藥物治療，每個月沒有  $\geq 5$  天，當天  $> 3$  小時的無痛期

#### A1.4 偏頭痛併發症 Complications of migraine

##### A1.4.5 偏頭痛預兆重積狀態 Migraine aura status

診斷基準：

- A. 偏頭痛符合 1.2 預兆偏頭痛或其任一亞型
- B. 每天發生至少 2 次預兆，持續  $\geq 3$  天

說明：

其他神經學疾患，包括可逆性腦血管收縮症候群、可逆性後腦病變症候群和動脈剝離都必須以適當檢查排除。

#### A1.6 可能與偏頭痛相關之陣發性症候群

##### Episodic syndromes that may be associated with migraine

##### A1.6.4 嬰兒腸絞痛 Infantile colic

簡介：

過度的，頻繁的哭泣，發生於健康且餵食良好的嬰兒。

診斷基準：

- A. 反覆陣發煩躁、不安或哭泣於出生到四個月大的嬰兒，且符合基準 B
- B. 符合以下 2 項
  1. 發作時間每天  $\geq 3$  小時
  2. 每週發作  $\geq 3$  天且  $\geq 3$  週

### C. 非歸因於其他疾患

說明：

五個嬰兒就有一個受嬰兒腸絞痛影響，但是需排除成長遲滯(failure to thrive)。

有腸絞痛的嬰兒，在其後有較高的可能會發展出 1.1 無預兆偏頭痛或 1.2 預兆偏頭痛。母親有 1. 偏頭痛相較於母親沒有偏頭痛的嬰兒，已被發現有 2.5 倍的可能會有腸絞痛；父親有 1. 偏頭痛，腸絞痛的可能會增加 2 倍。

### A1.6.5 孩童期交互偏癱 Alternating hemiplegia of childhood

簡介：

嬰兒期發作兩側交互偏癱，伴隨進行性腦病變、其他突發性現象及智能障礙。

診斷基準：

- A. 反覆發作的偏癱，在身體的左右兩邊交替發作且符合基準 B 及 C
- B. 在 18 個月大以前發病
- C. 至少一種其他突發性現象會伴隨偏癱或單獨發作，如強直發作、張力異常姿勢、舞蹈徐動症、眼球震顫或其他眼球運動異常及/或自主神經異常
- D. 證實有心智及/或神經學缺損
- E. 非歸因於其他疾患

說明：

這是一種神經退化性疾患的多樣狀況。其與偏頭痛之關係乃是基於臨床觀察，但無法排除它是一種罕見之癲癇發作。ATP1A3 的基因(是鈉-鉀離子 ATPase  $\alpha 3$  subunit)突變可能和至少 70%的這類病例有關。

### A1.6.6 前庭偏頭痛 Vestibular migraine

舊稱：

偏頭痛合併眩暈/頭暈(migraine-associated vertigo/dizziness)；偏頭痛相關之前庭病變(migraine-related vestibulopathy)；偏頭痛性眩暈(migrainous vertigo)。

診斷基準：

- A. 至少有 5 次發作符合基準 C 及 D
- B. 現在或過去有符合 1.1 無預兆偏頭痛或 1.2 預兆偏頭痛的病史(註 1)
- C. 前庭症狀(註 2)嚴重程度中或重度(註 3)，持續 5 分鐘到

72 小時(註 4)

D. 至少 50%的發作會合併以下 3 種偏頭痛特徵中至少 1 種(註 5)：

1. 頭痛，至少具下列 4 項特徵其中 2 項：

- a) 單側
- b) 搏動性
- c) 疼痛程度中或重度
- d) 日常活動會使頭痛加劇

2. 畏光及怕吵(註 6)

3. 視覺預兆(註 7)

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 或其他前庭疾患的診斷(註 8)

註：

1. 也應登錄其原發之偏頭痛診斷。
2. 前庭症狀依照 Bárány Society 的前庭症狀分類(Bárány Society's Classification of Vestibular Symptoms)所定義，符合 A1.6.6 前庭偏頭痛診斷包括：
  - a) 自發性眩暈：
    - (i) 內在性眩暈(覺得自己在旋轉的錯覺)；
    - (ii) 外在性眩暈(看見環境旋轉或流動的錯覺)；
  - b) 姿勢性眩暈，即發生於頭部位置改變後之眩暈；
  - c) 視覺引發之眩暈，即被複雜、大量移動的視覺刺激所誘發之眩暈；
  - d) 頭部動作引發之眩暈，即在頭部動作時發生之眩暈；
  - e) 頭部動作引發之頭暈合併噁心，(頭暈指的是對於空間定向感的混亂；其他類型的頭暈目前並未被列入前庭偏頭痛的分類)。
3. 前庭症狀嚴重程度評為中度是指影響但未限制日常生活的活動，重度則表示日常活動無法繼續。
4. 發作時間長短變異非常大，約 30%的病人發作時間持續數分鐘，30%則為數小時，另外 30%大於數天，剩餘的 10%發作時間僅以秒計，此類病人往往在頭部動作、視覺刺激或是頭部位置改變時反覆發作，因此發作時間定義為所有短暫、反覆發作時期的總時間。另一個極端，有些病人需要 4 週才能完全復原。但是主要發作期很少超過 72 小時。
5. 每次發作只需 1 種症狀就足夠。不同次發作可以有不同症狀。相關症狀可以在前庭症狀之前、發作中或其後出現。
6. 怕吵定義為聲音引起的不適。通常是暫時性，雙耳的現象，需與複響(recruitment)鑑別，後者通常是單側而且持續的，複響也會導致聽覺過度敏感，且聽力減弱的耳朵常常會對大的聲音失真。

7. 視覺預兆的特徵是明亮、閃爍的亮光，或鋸齒狀的線條，通常會有暗點並會影響閱讀。視覺預兆一般會擴張超過 5-20 分鐘，但持續時間不到 60 分鐘。通常，但不一定侷限於半個視野。其他類型的偏頭痛預兆，如身體感覺、失語等並未被列入，因為這些現象不如視覺預兆專一，而且大多數的病人都合併有視覺預兆。
8. 病史和身體檢查結果並不像患有其他前庭疾患，或可能的前庭疾患已經由適當的檢查排除，或可能的前庭疾患僅是共病或另一獨立的狀況，且兩者發作可以清楚的區別。偏頭痛可以因為前庭刺激而誘發，因此鑑別診斷必須包括其他前庭疾患因合併偏頭痛發作所引發的併發症。

說明：

#### 其他症狀

暫時性聽覺症狀、噁心、嘔吐、虛脫和易有暈車暈船，可能和 A1.6.6 前庭偏頭痛有關。然而，這些症狀也常見於其他前庭疾患，所以並未被列入診斷準則。

#### 與預兆偏頭痛和腦幹預兆偏頭痛的關係

預兆偏頭痛和腦幹預兆偏頭痛(舊稱：基底型偏頭痛)兩者都是本頭痛診斷準則所定義。只有很少 A1.6.6 前庭偏頭痛的病人經歷眩暈時間在 5-60 分鐘內符合預兆症狀的時間定義；甚至更少的病人眩暈後有著頭痛發作，能符合 1.2.1.1 典型預兆頭痛診斷所需。因此，A1.6.6 前庭偏頭痛的發作不能視為預兆。

雖然眩暈可在多於 60% 的 1.2.2 腦幹預兆偏頭痛病人身上發生，本頭痛診斷準則定義除視覺、感覺和失語等預兆症狀外，還需要至少兩項腦幹症狀才能下診斷，但只有少於 10% 的 A1.6.6 前庭偏頭痛病人可以符合這項基準，因此 A1.6.6 前庭偏頭痛和 1.2.2 腦幹預兆偏頭痛並不是同義，當然許多個別病人可能會同時符合兩種疾患的診斷基準。

#### 與良性發作性眩暈的關係

雖然 A1.6.6 前庭偏頭痛可開始於任何年齡，本書特別把兒童期疾患 1.6.2 良性發作性眩暈列出來，這個診斷需要 5 次的眩暈發作，沒有警告徵象而且會在數分鐘或數小時後自然緩解。在各次發作之間，神經學檢查、聽力檢查、前庭功能和腦波都是正常的，發作時可能有單側搏動性頭痛，但這並非主要的診斷基準。1.6.2 良性發作性眩暈被認為是偏頭痛的前驅症候群之一，因此，以前是否有過偏頭痛的頭痛不在診斷的必須項目內。而 A1.6.6 前庭偏頭痛沒有牽涉到年齡的限制，只要各自的基準符合，兒童也可以診斷。只有當兒童有兩種型態的眩暈發作，例如各有小於 5 分鐘

的短發作和多於 5 分鐘的長發作，則可以同時有兩項診斷。

#### 與梅尼爾氏症的重疊

1. 偏頭痛在梅尼爾氏症的病人中比一般健康人群中更常見，報告指出許多病人同時有梅尼爾氏症和 A1.6.6 前庭偏頭痛的特徵。事實上偏頭痛和梅尼爾氏症可以同時遺傳自一群集合症狀。波動性的聽力喪失、耳鳴和耳脹感也可以在 A1.6.6 前庭偏頭痛發生，但是聽力喪失不至於到嚴重的程度。同樣的，偏頭痛的頭痛、畏光甚至偏頭痛預兆也常見於梅尼爾氏症發作。A1.6.6 前庭偏頭痛和梅尼爾氏症兩者病生理學的關係仍然不能確定。在發作的第一年，要鑑別這兩者可能很有挑戰性，因為梅尼爾氏症初發之時可能只有單獨的前庭症狀。

當符合梅尼爾氏症的基準，尤其是聽力喪失已經聽力檢查確定，應診斷為梅尼爾氏症，即使偏頭痛症狀在前庭發作時也同時出現。只有病人有兩種不同型態的發作，一種符合 A1.6.6 前庭偏頭痛的基準；另一種符合梅尼爾氏症，才可以被診斷同時有兩種疾患。未來 ICHD 的改版可能會包括前庭偏頭痛/梅尼爾氏症重疊症候群。

## A2. 緊縮型頭痛(替代基準) Tension-type headache (alternative criteria)

說明：

下列的替代診斷基準應可用在 A2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛，A2.2 經常陣發性緊縮型頭痛和 A2.3 慢性緊縮型頭痛。它們定義緊縮型頭痛的核心症狀。換句話說，這些診斷基準具高特異性(specific)但低敏感性(sensitivity)。

替代診斷基準：

- A. 頭痛發作或頭痛符合 [2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛，2.2 經常陣發性緊縮型頭痛或 2.3 慢性緊縮型頭痛三種頭痛中任何一種] 之診斷基準 A 及下列基準 B-D
- B. 頭痛發作或頭痛符合 [2.1 不常發陣發性緊縮型頭痛，2.2 經常陣發性緊縮型頭痛或 2.3 慢性緊縮型頭痛三種頭痛中任何一種] 之診斷基準 B
- C. 頭痛至少具下列 4 項特徵其中 3 項：
  1. 雙側
  2. 壓迫/緊縮性(非搏動性)
  3. 疼痛程度輕或中度
  4. 不因日常活動如走路或爬樓梯而加劇
- D. 無噁心、嘔吐、畏光或怕吵

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### A3. 三叉自律神經頭痛 Trigeminal autonomic cephalgias (TACs)

#### A3.6 待分類三叉自律神經頭痛

##### Undifferentiated trigeminal autonomic cephalgias

簡介：一種發生於兒童或青少年、類似三叉自律神經頭痛之疾患，其特徵尚未發展完全

說明：

腦發育不全會影響三叉自律神經頭痛 (TACs) 的表現。登錄為 A3.6 待分類三叉自律神經頭痛的病患一般均為兒童或青少年，其頭痛特徵很像 TAC，但表現混雜或不完全；如持續 30 分鐘的單側頭痛，有自律神經特徵，卻無預期對 indomethacin、氧氣或翠普登之反應性。

尚需多個縱向研究才有助於瞭解這些表現並進一步提出其診斷基準。

### A4. 其他原發性頭痛疾病 Other primary headache disorders

#### A4.11 顱表遊走痛 Epicrania fugax

簡介：

短暫發作性頭痛，具刺戳的性質，被描述是在半邊的頭部表面以直線或鋸齒狀的軌跡移動。

診斷基準：

- A. 反覆刺戳性頭痛發作持續 1-10 秒，且符合基準 B
- B. 疼痛感覺在半邊的頭部表面，以直線或鋸齒狀的軌跡移動，頭痛開始和結束在不同神經的支配範圍內
- C. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

是否有結構病變，必須經由病史、身體檢查、以及適當的詳細檢查來排除。

A4.11 顱表遊走痛的病人描述自己的疼痛經驗，是在頭顱表面分開兩點之間的軌跡疼痛，從發病開始移動到結束只有短短幾秒鐘。這種動態分佈的獨特屬性，將 A4.11 顱表

遊走痛和其他顱表面頭痛或神經痛區分開來。每個病人的開始點和終止點都保持不變，且疼痛嚴格限制在單側，雖然有些病人疼痛側會換邊。疼痛向前移動，但也可能向後輻射。向前移動的疼痛從後半頭顱區域開始，幾乎移動到同側的眼或鼻。向後移動的疼痛則從額部或眼眶周圍區域開始，幾乎達到枕骨區域。在發作結束時，可能會發生同側的自律神經症狀，如流淚、結膜充血和/或流鼻水。

雖然大部分的發作是自發性的，但偶爾會經由觸摸發作開始點而被誘發，這個點在發病的間斷期間仍可能有持續性壓痛。

### A5. 歸因於頭部及/或頸部外傷或傷害之頭痛 (Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck)

#### A5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

說明：

頭痛必須在外傷後(或有知覺後)7 天內發生(或可以被陳述)的這個規定是有些主觀訂定的。部分資料顯示有些病人的頭痛可以在外傷後更久的時間才發生。需要繼續進一步的研究來確立診斷基準 A5.1 歸因於頭部外傷之急性頭痛中容許頭痛發生延長到 30 天的使用。

##### A5.1.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之遲發性急性頭痛 Delayed-onset acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C 及 D
- B. 頭部外傷，至少具下列其中 1 項：
  - 1. 意識喪失 > 30 分鐘
  - 2. Glasgow 昏迷指數 (GCS) < 13
  - 3. 外傷後記憶喪失 > 24 小時
  - 4. 知覺程度改變 > 24 小時
  - 5. 影像檢查有頭部外傷的證據，例如顱內出血及/或腦挫傷
- C. 頭痛發生時間不明，及/或在下列所有 3 項 > 7 天後發生頭痛：
  - 1. 頭部外傷
  - 2. 頭部外傷後恢復意識 (可適用時)

3. 頭部外傷後，停用影響病患感覺或是表達頭痛能力的藥物（可適用時）

D. 符合以下任何 1 項：

1. 頭部外傷後，3 個月內頭痛緩解
2. 頭痛持續，但自頭部外傷後尚未滿 3 個月

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A5.1.2.1 歸因於輕度頭部外傷之遲發性急性頭痛

Delayed-onset acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

診斷基準：

A. 任何頭痛符合基準 C 及 D

B. 已發生頭部外傷，且符合下列 2 項：

1. 不具以下任何 1 項：
  - a) 意識喪失 > 30 分鐘
  - b) Glasgow 昏迷指數 (GCS) < 13
  - c) 外傷後記憶喪失 > 24 小時
  - d) 知覺程度改變 > 24 小時
  - e) 影像檢查有頭部外傷的證據，例如顱內出血及/或腦挫傷
2. 在外傷後立即有以下 1 項或多項症狀及/或徵兆：
  - a) 暫時性混亂、失去定向感、或意識障礙
  - b) 外傷前、後之記憶喪失
  - c) 具下列 2 項或以上症狀，暗示為輕度頭部外傷之診斷：噁心、嘔吐、視覺障礙、頭昏及/或眩暈、記憶力及/或專注力變差

C. 頭痛發生時間不明，及/或在下列所有 3 項 > 7 天後發生頭痛，

1. 頭部外傷
2. 頭部外傷後恢復意識（可適用時）
3. 頭部外傷後，停用影響病患感覺或是表達頭痛能力的藥物（可適用時）

D. 符合以下任何 1 項：

1. 頭部外傷後，3 個月內頭痛緩解
2. 頭痛持續，但自頭部外傷後尚未滿 3 個月

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

說明：

頭痛必須在外傷後(或有知覺後)7 天內發生(或可以被陳述)的這個規定是有些主觀訂定的。部分資料顯示有些病人的

頭痛可以在外傷後更久的時間才發生。需要繼續進一步的研究來確立診斷基準 A5.2 歸因於頭部外傷之持續性頭痛中容許頭痛發生延長到 30 天的使用。

#### A5.2.1.1 歸因於中或重度頭部外傷之遲發性持續性頭痛

Delayed-onset persistent headache attributed to

moderate or severe traumatic injury to the head

診斷基準：

A. 任何頭痛符合基準 C 及 D

B. 頭部外傷，至少具下列其中 1 項：

1. 意識喪失 > 30 分鐘
2. Glasgow 昏迷指數 (GCS) < 13
3. 外傷後記憶喪失 > 24 小時
4. 知覺程度改變 > 24 小時
5. 影像檢查有頭部外傷的證據，例如顱內出血及/或腦挫傷

C. 頭痛發生時間不明，及/或在下列所有 3 項 > 7 天後發生頭痛：

1. 頭部外傷
2. 頭部外傷後恢復意識（可適用時）
3. 頭部外傷後，停用影響病患感覺或是表達頭痛能力的藥物（可適用時）

D. 頭部外傷後，頭痛持續 > 3 個月

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A5.2.2.1 歸因於輕度頭部外傷之遲發性持續性頭痛

Delayed-onset persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

診斷基準：

A. 任何頭痛符合基準 C 及 D

B. 頭部外傷，且符合下列 2 項：

1. 不具以下任何 1 項：
  - a) 意識喪失 > 30 分鐘
  - b) Glasgow 昏迷指數 (GCS) < 13
  - c) 外傷後記憶喪失 > 24 小時
  - d) 知覺程度改變 > 24 小時
  - e) 影像檢查有頭部外傷的證據，例如顱內出血及/或腦挫傷
2. 在外傷後立即合併以下 1 項或多項症狀及/或徵兆：
  - a) 暫時性混亂、失去定向感、或意識障礙
  - b) 外傷前、後之記憶喪失
  - c) 具下列 2 項或以上症狀，暗示為輕度頭部外傷之

診斷：噁心、嘔吐、視覺障礙、頭昏及/或眩暈、記憶力及/或專注力變差

C. 頭痛發生時間不明，及/或在下列所有 3 項 > 7 天後發生頭痛：

1. 頭部外傷
2. 頭部外傷後恢復意識 (可適用時)
3. 頭部外傷後，停用影響病患感覺或是表達頭痛能力的藥物 (可適用時)

D. 頭部外傷後，頭痛持續 > 3 個月

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A5.7 歸因於腦部放射治療之頭痛 Headache attributed to radiosurgery of the brain

診斷基準：

A. 任何新發生之頭痛符合基準 C

B. 已接受腦部放射治療手術

C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：

1. 放射治療手術後，7 天內發生頭痛
2. 放射治療手術後，3 個月內頭痛緩解

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

雖然放射治療後的病人會有新頭痛，大部分研究並沒有描述頭痛詳細的臨床特色，以及沒有區分是否是原有頭痛經放射治療後變嚴重，還是新發生的頭痛。通常如果沒有既存的頭痛，放射治療後新發生頭痛會較短，約持續一年多，且頭痛特色會像是偏頭痛或雷擊性頭痛。因此，頭痛與放射治療的因果關係仍然存疑。A5.7 歸因於腦部放射治療之頭痛是否可為一個疾病實體，仍須詳細的前瞻性研究來確定，特別是頭痛的種類與位置，與放射線劑量及治療範圍的關係。

#### A5.8 歸因於其他頭及/或頸部外傷或傷害之急性頭痛 Acute headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck

診斷基準：

A. 任何頭痛符合基準 C 及 D

B. 已發生非上述提及的頭部及/或頸部外傷或傷害

C. 符合下列 1 或 2 項以佐證其因果關係：

1. 在時序上頭痛發生與外傷或傷害相關
2. 有其它證據支持頭痛與外傷或傷害的因果關係

D. 符合以下任何 1 項：

1. 外傷或傷害後，3 個月內頭痛緩解

2. 頭痛持續，但自外傷或傷害後尚未滿 3 個月

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A5.9 歸因於其他頭部及/或頸部與外傷或傷害之持續性頭痛 Persistent headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck

診斷準則：

A. 任何頭痛符合基準 C 及 D

B. 已發生非上述提及的頭部及/或頸部外傷或傷害

C. 符合下列 1 或 2 項佐證其因果關係：

1. 在時序上頭痛發生與外傷或傷害相關
2. 有其它證據支持頭痛與外傷或傷害的因果關係

D. 外傷或傷害後，頭痛持續 > 3 個月

E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A6. 歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛

##### Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

#### A6.10 歸因於過去頭、頸部血管疾患之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past cranial or cervical vascular disorder

診斷基準：

A. 頭痛過去診斷為 6. 歸因於頭、頸部血管疾患之頭痛或其亞型或亞式，且符合基準 C

B. 造成頭痛的頭、頸部血管疾患已接受有效的治療或自發性緩解

C. 血管疾患已接受有效治療或自發性緩解後，頭痛持續 > 3 個月

D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

達到 A6.10 歸因於過去頭、頸部血管疾患之持續性頭痛診斷基準的頭痛假定真的存在，目前的文獻仍然缺乏，需要更多因果關係的研究來建立更好的診斷基準。

#### A7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛 Headache attributed to non-vascular intracranial disorder



## A 7.6 歸因於癲癇發作之頭痛 Headache attributed to epileptic seizure

### A7.6.3 電痙攣療法(ECT)後頭痛 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache

診斷準則：

- A. 反覆頭痛符合基準 C
- B. 曾接受過電痙攣療法(ECT)
- C. 符合下列所有項目佐證其因果關係：
  - 1. 電痙攣療法後，在 $\geq 50\%$ 的療程會發生頭痛
  - 2. 每次頭痛在電痙攣療法後 4 小時內發生
  - 3. 每次頭痛在電痙攣療法後 72 小時內結束
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

針對電痙攣療法關聯的頭痛很少有清楚的描述。已發表的資料不足以對 A7.6.3 電痙攣療法後的頭痛(ECT)下操作型定義。

## A7.9 歸因於過去非血管性顱內疾患之持續頭痛 Persistent headache attributed to past non-vascular intracranial disorder

診斷準則：

- A. 先前診斷為 7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛或其中一亞型或亞式，且符合基準 C
- B. 導致頭痛之非血管性顱內疾患，已經有效治療或自發性緩解
- C. 非血管性疾患經有效治療或自發性緩解後，頭痛持續 $> 3$ 個月
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛符合 A7.9 歸因於過去非血管性顱內疾患之持續頭痛，即使存在，也很少被證實；需要有研究去建立更好的診斷標準。

## A8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛 Headache attributed to a substance or its withdrawal

### A8.4 歸因於過去使用或暴露物質之持續性頭痛

## Persistent headache attributed to past use of or exposure to a substance

登錄他處：

### 8.2 藥物過度使用頭痛。

診斷基準：

- A. 頭痛過去診斷為 8.1 歸因於物質使用或暴露之頭痛或其亞型，且符合基準 C
- B. 曾經使用或暴露到某物質，但已停止
- C. 停止暴露該物質後，頭痛持續 $> 3$ 個月
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

## A9. 歸因於感染之頭痛 Headache attributed to infection

### A9.1 歸因於顱內感染之頭痛 Headache attributed to intracranial infection

#### A9.1.3.3 歸因於過去顱內黴菌或其他寄生蟲感染之持續性頭痛 Persistent headache attributed to past intracranial fungal or other parasitic infection

診斷基準：

- A. 頭痛先前符合 9.1.3 歸因於顱內黴菌或其他寄生蟲感染之頭痛的診斷基準，且符合下列基準 C
- B. 顱內黴菌或其他寄生蟲感染已緩解
- C. 顱內黴菌或其他寄生蟲感染緩解後，頭痛持續 $> 3$ 個月
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷且神經影像已排除水腫

#### A9.1.6 歸因於其他感染性佔位性病灶之頭痛 Headache attributed to other infective space-occupying lesion

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為非腦膿瘍或硬腦膜下膿腫之感染性佔位性病灶
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與該感染性佔位性病灶的產生相關，或導致感染性佔位性病灶診斷
  - 2. 頭痛顯著惡化與感染性佔位性病灶之惡化同步，並有至少下列之一佐證：
    - a) 該感染性佔位性病灶造成的其他症狀或臨床徵兆惡化

- b) 有感染性佔位性病灶變大的證據
  - c) 有感染性佔位性病灶破裂的證據
3. 頭痛顯著改善與感染性佔位性病灶改善同步
4. 頭痛至少具下列 3 項特徵中的 1 項：
- a) 疼痛程度漸增至中或重度
  - b) 因閉氣用力或其他 Valsalva 氏操作而加劇
  - c) 伴隨噁心
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### A9.3 歸因於人類免疫缺乏病毒(HIV)之頭痛 Headache attributed to human immunodeficiency virus (HIV) infection

登錄他處：

在感染人類免疫缺乏病毒(HIV)病人身上因特定伺機性感染所造成的頭痛應登錄為歸因於該感染之頭痛。因使用抗反轉錄病毒藥物造成的頭痛應登錄為 8.1.11 歸因於治療其他非頭痛適應症、長期使用藥物引發之頭痛。

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 符合以下 2 項：
  - 1. 診斷為全身性人類免疫缺乏病毒(HIV)感染
  - 2. 已排除其他進行中的全身性及/或顱內感染
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 在時序上頭痛發生與人類免疫缺乏病毒感染發病相關
  - 2. 在時序上頭痛的發生或顯著惡化與人類免疫缺乏症病毒感染之惡化同步，以 CD4 細胞數量及/或病毒量佐證
  - 3. 頭痛顯著改善與人類免疫缺乏病毒感染改善同步，以 CD4 細胞數量及/或病毒量佐證
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

頭痛在超過一半的人類免疫缺乏症病毒感染/愛滋病患被報導，且可能是急性及慢性人類免疫缺乏症病毒感染症狀學的一部份(透過無菌性腦膜炎及類似機制)。在大多數情況，頭痛是鈍痛且雙側性，或具有原發性頭痛(1.偏頭痛或 2.緊縮型頭痛)的特徵。頭痛嚴重程度、頻率及失能程度似乎與人類免疫缺乏症病毒感染嚴重程度如 CD4 細胞數量及/或病毒量有關，但與感染時間長短或抗反轉錄病毒藥物的種類多寡無關。只有少數的 HIV 病患有關於伺機性感染的頭痛，極可能與高效能抗反轉錄病毒治療(highly active

antiretroviral therapy)的治療普及有關。

將 A9.3 頭痛歸因於全身性人類免疫缺乏病毒(HIV)感染與頭痛歸因於其他感染分開的原因有下列 3 點：

- a) HIV 感染總是既影響全身又侵犯中樞神經系統
- b) 中樞神經系統感染的進展可能可獨立於全身性感染
- c) HIV 感染目前仍無法治癒

將 A9.3 頭痛歸因於全身性人類免疫缺乏病毒(HIV)感染放在附錄被認為是必要的，因為要區分“歸因於單純 HIV 感染的頭痛”與“大多數 HIV 病患聲稱的類原發性頭痛”極為困難。將這些診斷準則應用於前瞻性研究也許可以提供更具結論性的證據。

在 HIV 感染時，可能產生伺機性感染的次發性腦膜炎及/或腦炎或腫瘤。與 HIV 感染相關及造成頭痛最常見的顱內感染是弓形蟲及隱球菌腦膜炎。發生在 HIV 病患但歸因於某特定伺機性感染的頭痛應依該感染登錄。

抗反轉錄病毒藥物也可能造成頭痛。在此情況下，該頭痛應被登錄為 8.1.11 頭痛歸因於長期使用非頭痛藥物。

### A10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of homeostasis

#### A10.7 歸因於立姿性(姿勢性)低血壓之頭部及/或頸部疼痛 Head and/or neck pain attributed to orthostatic (postural) hypotension

簡介：

歸因於姿勢性低血壓並只有在立姿時發生的疼痛，大部份位於後頸，但有時會向上散布至枕部(“衣架式”分布(‘coathanger’ distribution))

- A. 診斷基準：
- B. 頭痛符合基準 C
- C. 診斷為立姿性(姿勢性)低血壓
- D. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛唯有在立姿時發生
  - 2. 頭痛於平臥時自動緩解
  - 3. 頭痛主要位於後頸，有時會向上散布至枕部(“衣架式”分布)
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

當精確地詢問時，75%的立姿性低血壓病患表示有頸部疼痛。

### A10.8 歸因於其他體內恆定疾患之頭痛

Headache attributed to other disorder of homoeostasis

#### A10.8.1 歸因於太空旅遊之頭痛 Headache attributed to travel in space

簡介：

由太空旅遊所致之非特異性頭痛。大多數的頭痛發作與太空動暈病(space motion sickness)症狀無關。

診斷基準：

- A. 任何新發生頭痛符合基準 C
- B. 個案正穿越太空旅行
- C. 符合下列 2 項佐證其因果關係：
  - 1. 頭痛唯有在太空旅行時發生
  - 2. 頭痛於返回地球時自發性緩解
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

在一項包括 16 位男性和 1 位女性太空人的調查中，在太空中有 12 位(71%)表示曾有至少一次頭痛發作，而在地球上時則未曾有頭痛發生。

#### A10.8.2 歸因於其他代謝或全身性疾患之頭痛

Headache attributed to other metabolic or systemic disorder

頭痛發生可能歸因於以下疾患所致，但尚未充份確認：

貧血、腎上腺皮質功能不全(adrenocortical insufficiency)、礦物皮質功能不全(mineralocorticoid deficiency)、高醛固酮症(hyperaldosteronism)、紅血球過多症(polycythaemia)、高血粘稠度症候群(hyperviscosity syndrome)、栓塞性血小板減少性紫斑病(thrombotic thrombocytopenic purpura)、血漿分離術(plasmapheresis)、抗心磷脂抗體症候群(anticardiolipin antibody syndrome)、庫興氏病(Cushing's disease)、低血鈉症、甲狀腺功能亢進症、高血糖症、高血鈣症、全身性紅斑性狼瘡、慢性疲勞症候群(chronic fatigue syndrome)、纖維肌痛症(fibromyalgia)。

需要控制良好之前瞻性研究，來更清楚地定義與這些疾患相關的頭痛之發生率與特徵。在個別情況下，只有在病患符合該類疾患已確立的診斷基準時才被評估。

### A10.9 歸因於過去體內恆定疾患之持續頭痛 Persistent headache attributed to past disorder of homoeostasis

診斷基準：

- A. 過去曾被診斷為 10.歸因於體內恆定疾患之頭痛，且符合基準 C
- B. 導致頭痛之該體內恆定疾患已被有效治療或已自發性緩解
- C. 體內恆定疾患被有效治療或自然緩解後，頭痛持續 >3 個月
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

### A11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙齒、口腔或其它顏面或頸部結構疾患之頭痛或顏面痛 Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

#### A11.2 歸因於頸部疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the neck

#### A11.2.4 歸因於上頸神經根病變之頭痛 Headache attributed to upper cervical radiculopathy

診斷基準：

- A. 頭痛及/或頸部痛符合基準 C
- B. 臨床或影像證明第 2 或第 3 頸神經根病變
- C. 同時符合下列 2 項以佐證其因果關係：
  - 1. 至少符合下列 2 項：
    - a) 在時序上疼痛發生與神經根病變發病相關，或導致後者的診斷
    - b) 頭痛顯著改善或惡化與神經根病變改善或惡化同步
    - c) 局部麻醉相關的神經根可暫時消除疼痛
  - 2. 頭痛發生於神經根病變同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

疼痛通常在後側，但也可傳至更前側。常常會有劇烈的刺痛在由上頸神經根支配的一側或雙側的部位，一般位在枕部、耳後或後上頸區域。

### A11.2.5 歸因於頸部肌筋膜炎之頭痛 Headache

#### attributed to cervical myofascial pain

診斷基準：

- A. 頭痛及/或頸痛符合基準 C
- B. 已證明肌筋膜炎源自於頸部肌肉，包括可重現的激痛點 (trigger point)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 符合下列 1 項或 2 項：
    - a) 在時序上疼痛發生與頸部肌筋膜炎發病相關
    - b) 頭痛顯著改善與頸部肌筋膜炎改善同步
  2. 相應於病人感受疼痛的部位，頸部肌肉有被誘發的顯著壓痛
  3. 局部麻醉注射於激痛點或激痛點按摩可暫時消除疼痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

肌筋膜炎和相關的所謂激痛點是有爭議的。要證明假定的激痛點和對治療的反應一直是不容易的。

### A11.5 歸因於鼻或副鼻竇疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

#### A11.5.3 歸因於鼻黏膜、鼻甲骨或鼻中隔疾患之頭痛 Headache attributed to disorder of the nasal mucosa, turbinates or septum

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 臨床、鼻內視鏡及/或影像證明鼻腔內肥厚或發炎(註 1)
- C. 至少符合下列 2 項佐證其因果關係：
  1. 在時序上頭痛發生與鼻內病灶發病相關
  2. 頭痛顯著改善或惡化，與鼻內病灶改善(不論是否有治療)或惡化同步
  3. 在病灶區黏膜施以局部麻醉後，頭痛顯著改善
  4. 頭痛發生於病灶部位同側
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 例子為外耳水胞症及鼻中隔刺。

### **A12. 歸因於精神疾患的頭痛 Headache attributed to psychiatric disorder**

前言：

頭痛通常會跟各種不同的精神疾患關連在一起，但是在多數的狀況下，並沒有證據顯示頭痛與這些精神疾病有因果關係。以下列出的只是可能的候選診斷準則，用以促進研究其間可能的因果關係。以下這些準則並不建議例行用於描述臨床上頭痛與精神疾患的共病相關。在絕大多數的狀況，頭痛與這些疾病的相關性只是反映出它們有共同的危險因子或是病因(而非因果關係)。

如果要做出下列的任何一個診斷，非常重要的是要確立頭痛與精神疾患的因果關係。因此，要不是頭痛與這個精神疾病同時發生，或者是頭痛在精神疾病變得明顯後有明確的惡化。頭痛發生的原因很難找得到明確的生物指標或是臨床證據，因此這個診斷就必須根基於高度的臨床懷疑之上。譬如說，在一個患有分離焦慮的小孩身上，只有當這頭痛單純僅只發生在實際分離或是受到威脅要分離的狀況之下，又沒有其他更好的解釋時，才會診斷為頭痛歸因於分離焦慮。同樣地，在一個患有恐慌症的成年人，僅只有在他的頭痛單純作為恐慌發作的一個症狀表現的時候，才會診斷為頭痛歸因於恐慌症。

### A12.3 歸因於憂鬱疾患之頭痛 Headache attributed to depressive disorder

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為重度憂鬱症 (major depressive disorder, 單一發作或是反覆發作)或是其他持續性憂鬱疾患,且符合 DSM-5 之診斷基準
- C. 頭痛只會發生在憂鬱疾患發作的期間
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

許多抗憂鬱劑，尤其是三環抗憂鬱劑，可以有效減緩頭痛，即使在沒有憂鬱症的病人身上也是一樣。這會讓頭痛的緩解或是改善是不是跟隨著憂鬱症的緩解或是改善這件事情變得難以判斷。因為造成頭痛改善的原因，從證據上說應該是三環抗憂鬱劑造成的。當病人的憂鬱症是使用其他對於頭痛比較沒有效果的抗憂鬱劑治療好起來的時候，才比較可以說這個時候頭痛的緩解是因為精神疾病改善。

### A12.4 歸因於分離焦慮疾患之頭痛 Headache attributed to separation anxiety disorder

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為符合 DSM-5 診斷基準之分離焦慮疾患
- C. 頭痛只會發生在實際上或是有危險將與家庭或是主要依賴之人物分開的狀況下
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

分離焦慮症是持續的，通常維持至少六個月。不過在一些急性發作或是有嚴重症狀的惡化(像是拒學或是完全無法從家庭或是重要依附對象分開)的案例中可能不用到六個月就可以做出診斷。這個疾病造成臨床上顯著的苦惱及/或造成社會、學業、職業功能及/或其他重要領域的功能減損。

[譯註：DSM-5 規定在兒童青少年身上症狀持續四週或是四週以上就可以診斷分離焦慮症。]

#### A12.5 歸因於恐慌症之頭痛 Headache attributed to panic disorder

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 反覆無預期的恐慌發作，診斷為符合 DSM-5 診斷基準之恐慌症
- C. 頭痛只會發生在恐慌發作期間
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A12.6 歸因於特定畏懼之頭痛 Headache attributed to specific phobia

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為符合 DSM-5 診斷基準之特定畏懼 (specific phobia)
- C. 頭痛僅只會發生在病人接觸或是預期接觸所畏懼事物之刺激時
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

社交焦慮症(社交畏懼)患者會對一種或是多種可能會被檢視的社交情境感到明顯的害怕或是焦慮。包括社交互動(如與人聊天)、受到觀看(如吃飯或喝飲料)或是在別人面前表現(如演講)等等。這個人害怕自己將要表現出的行為或是可能顯露出的焦慮會受到負面的評價(被羞辱、受窘或是被拒絕)或是會冒犯到別人。在兒童身上，這害怕或是焦慮可能會在社交場合中哭泣、暴怒、僵住、依附他人身上、縮成一團或是無法說話來表現。這害怕或是焦慮遠超過這

個社交狀況所能引發的實際威脅。社交焦慮症是持續的，典型的維持六個月或更久。

#### A12.7 歸因於社交焦慮症(社交畏懼)之頭痛 Headache attributed to social anxiety disorder (social phobia)

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為符合 DSM-5 診斷基準之社交焦慮症(社交畏懼)
- C. 頭痛僅發生在病人接觸到或是預期接觸到社交場合時
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

#### A12.8 歸因於廣泛性焦慮症之頭痛 Headache attributed to generalized anxiety disorder

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為符合 DSM-5 診斷基準之廣泛焦慮症
- C. 頭痛僅發生在焦慮的時期
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

說明：

罹患有廣泛焦慮症的病人是連續三個月或是更久，在超過一半的日子裡，對於兩種或是更多的活動或事件的面向上(如家庭、健康、財務、學業或是工作上的困難)，表現出過度的焦慮及擔心(預期到最不好的事情會發生在自己身上而感到憂慮，稱為憂慮的預期)。症狀可能包括坐立不安、感到緊張、心情不穩或是肌肉緊繃。與此症關聯的行為包括避免參加可能會有負面結果的活動或是事件、投注明顯過多的時間與精力來準備好可能會有負面結果的事情、因為擔心而明顯拖延行動或是做出決定、以及因為擔心而重複尋求別人一再的保證。

[譯註：DSM-5 是要求症狀維持六個月或更久才做出廣泛焦慮症的診斷。]

#### A12.9 歸因於創傷後壓力症之頭痛 Headache attributed to post-traumatic stress disorder

診斷基準：

- A. 任何頭痛符合基準 C
- B. 診斷為符合 DSM-5 診斷基準之創傷後壓力症(PTSD)
- C. 頭痛於接觸創傷壓力源後開始發展，且僅發生在 PTSD 其他症狀發生的情境下(註 1)
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷

註：

1. 例如，接觸到讓病人回想起創傷事件的事物時所產生的頭痛。

說明：

接觸到實際的或是威脅的死亡、嚴重傷害或是性侵，可能是直接經歷到這個事件，或是間接透過親眼目睹事件發生、得知親密的人發生這個事件、或是重複或極端地接觸到事件當中令人反感的細節(例如第一線搶救人員收集身體殘骸；警察重複接觸到虐童的細節等)。透過電子媒體、電視、電影、圖片的接觸並不能算是創傷事件，除非是工作所需的重複接觸。

考慮到創傷後壓力症(PTSD)與鬱症有極高的共病性，A12.9頭痛歸因於創傷後壓力症應保留在確認頭痛無法以共病的鬱症來解釋的狀況之下診斷(例如在有創傷後壓力症沒有共病鬱症的病人身上診斷頭痛歸因於創傷後壓力症)。

#### A12.10 歸因於急性壓力症之頭痛 Headache attributed to acute stress disorder

※ A12.10 尚無診斷基準