

# 非典型&典型偏頭痛大補帖

## 正確解痛防惡化



文・圖／神經部 腦中風暨神經重症科 主任 林剛旭

示意圖非當事人

**講**到偏頭痛，一般人想到的常是發作在太陽穴附近的頭痛，或是單側的頭痛。這樣的印象並不  
是錯誤的，但是有些許偏頗。這篇文章要介紹幾種「非典型」的「偏頭痛」——也就是要介  
紹在一般人概念裡，認為可能不是偏頭痛的症狀，以及容易誤以為是偏頭痛的其他頭痛。

當然，介紹不典型的偏頭痛之前，首先要先介紹什麼是典型的偏頭痛。

偏頭痛的診斷，最正確的方式，就是依據「國際頭痛疾病分類第三版」的診斷基準。其中最  
常見的無預兆偏頭痛，其診斷基準如下：

1.1

### 無預兆偏頭痛

Migraine without aura



- A. 至少有五次發作符合基準 B-D
- B. 頭痛發作持續 4-72 小時 (未經治療或治療無效)
- C. 頭痛至少具下列四項特徵其中兩項：
  - 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一項：
  - 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。

(圖 / 台灣頭痛學會製作)

由此可知，最典型的偏頭痛，當然就是完全符合上述所有特徵的頭痛：發作半天以上，單側中重度的抽痛，痛到希望躺下來，合併有噁心／嘔吐，畏光怕吵。

## 一 不是「單側」的偏頭痛

在門診看診時，病人常常描述她／他的頭痛，或是整個頭在痛，或是痛在後腦，或是痛的部位是頭上到處都可能的一種頭痛。但是最後在完整詢問完病史之後，我常常給的診斷就是「偏頭痛」。病人很常會臉上帶著疑惑地問道：「我並不是痛在單側太陽穴的頭痛啊！怎麼會是偏頭痛？」

其實，我們從上述的偏頭痛診斷基準，就可以看出偏頭痛的診斷並不會因為不是單側發作，就可以斷定它不是偏頭痛。單側發作是偏頭痛診斷基準C，四項特徵中的其中一項而已。要符合診斷基準C，只要符合四項特徵中的兩項，就算符合：因此，如果病人的頭痛是「中、重度」，或是痛的感覺是搏動性的痛，並且合併會因為日常生活的活動而加劇頭痛，就已經符合診斷基準C；並不會因為頭痛發作不是單側，就不符合偏頭痛的診斷。

至於以頭痛「發作在太陽穴」附近，來判斷是不是偏頭痛，也是不正確的。偏頭痛的痛，的確常發作在太陽穴附近。但這個特徵，完全不被列在偏頭痛的診斷基準之中。所以不能因為發作痛的位置不在太陽穴附近，就排除它，說它不是偏頭痛。

因此偏頭痛的診斷，不能單看頭痛是不是發作在單側太陽穴；也要看其他相關頭痛的症狀整體，是不是符合偏頭痛的診斷基準來判斷。

## 二 不是「偏頭痛」的單側頭痛

依據上述的說明，很多讀者可以推論出來：單側的頭痛並不一定就是偏頭痛。以下舉另一種非常特別的頭痛當例子：

一位30出頭歲的男性病人，有抽菸習慣。描述近一個月來，開始有劇烈的頭痛。他的頭痛通常在每天固定時間發作，疼痛始終只發作在左側眼睛後方、太陽穴和額頭區域，從未發作到右側或其他部位。疼痛感很厲害，每次頭痛發作持續約1小時。

在頭痛發作時，病人同時會有同側眼睛紅，淚流、眼皮下垂，以及同側鼻塞，偶爾伴有流鼻水。病人在發作時會感覺坐立難安，用力按壓頭部，試圖減輕疼痛，但效果不佳。詢問病人有無噁心感，病人覺得痛的嚴重時會有，也會不喜歡在吵雜環境。詢問病人以前是否有類似症狀，病人記得往年天氣變冷的時候也會有相似的頭痛發作。此病人之前曾被診斷為偏頭痛，我們以他的症狀來對應上述偏頭痛的診斷基準：

- 符合診斷基準A：他的頭痛次數有五次以上。
- 符合診斷基準C：他的頭痛是單側及中、重度以上的痛。
- 符合診斷基準D：他的頭痛會合併噁心感。
- 只有診斷基準B不符合：他的疼痛時間不到4個小時。但是如果他有服用止痛藥物，醫師很可能認為是止痛藥物縮短了他的疼痛時間。也因此，這樣的頭痛發作，有很大的機會被醫師診斷為偏頭痛。

但他的頭痛還有其他偏頭痛不會有的特徵，如：每年固定的季節、每天定時的發作時間，以及頭痛同側合併有三叉自主神經症

## 叢發性頭痛

Cluster headache



- A. 至少有五次發作符合基準 B-D
- B. 位於單側眼眶、上眼眶 及/或 顳部重度或極重度疼痛，可持續 15-180 分鐘 (未治療時)
- C. 符合下列一項或兩項：
  - 1. 至少具下列一項同側症狀或徵兆：
    - 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) 瞳孔縮小 及/或 眼皮下垂
  - 2. 不安的感覺或躁動
- D. 發作頻率為每兩天一次至每天八次
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。

(圖 / 台灣頭痛學會製作)

狀（單側眼睛紅、淚流、眼皮下垂、鼻塞、流鼻水等），以及坐立難安。這個病患正確的診斷，其實是另一種原發性頭痛：叢發性頭痛（Cluster Headache）。叢發性頭痛只會單側發作，且發作時有不少病人也會合併有噁心嘔吐，畏光怕吵。所以只依據單側頭痛就診斷是偏頭痛，是可能診斷錯誤的。叢發性頭痛的治療策略與使用藥物（最常用的是類固醇及鈣離子阻斷劑Verapamil）與偏頭痛不同，若無正確診斷，治療效果當然不佳。

### 三 讓醫師會擔心是中風的「偏頭痛」

偏頭痛除了前面提及的無預兆偏頭痛，還有不少比例的病人是以預兆偏頭痛的方式呈現其偏頭痛。預兆偏頭痛的診斷基準如下：

在上述的診斷基準中提到的預兆症狀，以下做一些補充：


- ① 視覺性的預兆症狀：如閃光、鋸齒狀線條（視野缺損或盲點）。
- ② 感覺性的預兆症狀：如麻木、刺痛感。
- ③ 說話及 / 或語言性的預兆症狀：如說話困難、詞不達意。
- ④ 運動性的預兆症狀：如肢體無力（通常為單側）。
- ⑤ 腦幹性的預兆症狀：如眩暈、耳鳴、複視、共濟失調（步態不穩）。
- ⑥ 視網膜性的預兆症狀：如單眼視力模糊或失明。

另外，正向性的預兆症狀是指：如閃光、刺痛，而非喪失功能如視野缺損、麻木。預兆偏頭痛中最常見的「預兆」是視覺的預兆。視覺的預兆最典型的，是在頭痛發作前病人發現視野的單側有一個小亮點。這個亮點的範圍會慢慢的向外擴散成帶狀，通

1.2

## 預兆偏頭痛

Migraine with aura



Since 2005  
台灣頭痛學會  
Taiwan  
Headache Society

A. 至少有兩次發作符合基準 B 及 C

B. 包括下列一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. 至少具下列六項特徵其中三項：

1. 至少一種預兆症狀在 ≥ 5 分鐘逐漸發展
2. 兩種或兩種以上的預兆症狀接續發生
3. 每一種個別的預兆症狀持續 5-60 分鐘
4. 至少有一種預兆症狀是單側的
5. 至少有一種預兆症狀是正向的
6. 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。

(圖 / 台灣頭痛學會製作)

常擴散的範圍不會超過中線。在「亮帶」擴散過後，後方會有較暗的、模糊的地方遮蔽了視野，使得視野看不清楚；受影響的視野症狀之後會慢慢消退。這種視覺的預兆通常進展會超過5分鐘，到症狀消退整個時間不超過60分鐘。在有預兆的同時，或預兆消退後60分鐘之內，會開始有頭痛。

上述的診斷基準，如果仔細注意，可以發現完全沒有提到頭痛發作持續時間、發生在什麼部位（單側或雙側）、發作時有無合併症狀（噁、吐、畏光、怕吵）。主要在描述「預兆」的特徵怎樣算符合「偏頭痛的預兆」。其實，只要發作的預兆符合「預兆偏頭痛」的基準，再合併不管是任何方式的頭痛，都是「預兆偏頭痛」。

### 預兆偏頭痛vs.偏癱偏頭痛

「預兆偏頭痛」中，有一種非常少見的類型，是以單側無力為預兆表現的「偏癱偏頭痛（hemiplegic migraine）」。此種偏頭痛發作時，會以單側無力為預兆表現，且其單側無力一般會在72小時內自然恢復。但當它發作時，此種預兆的表現即便是很有經驗的神經科醫師，也很難將它與腦中風區分。這在臨床上可能造成醫師面臨很困難下決定的困境：如果診斷是缺血性中風造成的偏癱，在時限內給予血栓溶解治療可能改善病人的症狀。

但此治療有造成出血的風險，如誤給在「偏癱偏頭痛」的病患，反而使病人承受了非必要的出血風險。幸好「偏癱偏頭痛」非常少見，且大多數「偏癱偏頭痛」患者都已知道這「半邊無力」是偏頭痛發作時的症狀，會回饋告訴醫師，使得遇到這種困境發

生的機會非常少。統計發現「偏癱偏頭痛」有約一半的患者是可以問到家族史的。

#### 四 不以「痛」為主要表現的「偏頭痛」

有不「痛」的「偏頭痛」？這樣還算是偏頭痛嗎？

很多頭痛病人來看診後，我下了偏頭痛的診斷。接下來，病患就常常會有疑問：「為什麼我會有偏頭痛？是因為我睡眠不好造成的嗎？」其實，偏頭痛本身就是一個「疾病」！它並不是因為其他疾病而引起的「症狀」。只能說偏頭痛的確容易因為身體其他的情況（如失眠、壓力等）而被誘發。

偏頭痛這個疾病，常可能有的症狀包含：（各種形式的）預兆、頭痛、噁心、嘔吐、怕光、怕吵、怕（震）動。但不是每個症狀都要有，才能診斷是偏頭痛。前面提到的「預兆偏頭痛」，只要有符合診斷基準的

預兆，不論其頭痛的表現方式為何，都符合偏頭痛。

更進一步說：「預兆偏頭痛」只要有符合診斷基準的預兆，甚至不論其「是否」有頭痛，都可診斷是偏頭痛。所以在「國際頭痛疾病分類第三版」的診斷分類中，有一個偏頭痛的診斷分類是：不伴隨頭痛之典型預兆（Typical aura without headache）。換言之，偏頭痛是可以沒有頭痛症狀的。

典型的偏頭痛症狀已於前面反覆的敘述了，但都沒有提到「頭暈」這個症狀。然而，偏頭痛合併頭暈的比例非常高，甚至有非常多的病人在形容自己的不適時，是以「暈痛」這樣的字眼來形容。前庭性偏頭痛（Vestibular Migraine）就是指這類以「暈」為主要症狀的偏頭痛。其診斷基準如下：

以「暈」為主要症狀的前庭性偏頭痛，它的暈是可以用偏頭痛專一性的止痛藥物（如

### 前庭性偏頭痛

Vestibular Migraine

- A. 至少有五次發作符合基準 C-D
- B. 現在或過去有偏頭痛史（根據ICHD-3的有預兆或無預兆偏頭痛診斷基準）。
- C. 中度至重度強度的前庭症狀，每次持續5分鐘至72小時。
  - \* 前庭症狀包括：
    1. 自發性眩暈：
      - 內在性眩暈 (internal vertigo)：感覺自身在移動的錯覺。
      - 外在性眩暈 (external vertigo)：感覺周圍環境在旋轉或流動的錯覺。
    2. 姿勢性眩暈：頭部位置改變後發生。
    3. 視覺誘發性眩暈：由複雜或大量移動的視覺刺激觸發。
    4. 頭部運動誘發性眩暈：在頭部運動時發生。
  - 5. 頭部運動誘發性頭暈伴噁心 (Dizziness with nausea)：頭暈的特徵是空間定向障礙的感覺。
- D. 在至少50%的前庭發作中，伴有以下至少一項偏頭痛特徵：
  1. 頭痛具有以下至少兩項特徵：
    - \* 單側位置
    - \* 搏動性
    - \* 中度或重度疼痛
    - \* 日常身體活動（如走路或爬樓梯）會加重疼痛。
  2. 畏光及怕吵 (Photophobia and phonophobia)。
  3. 視覺預兆 (Visual aura)。
- E. 不被其他前庭疾病或ICHD-3診斷更好地解釋。

(圖 / 台灣頭痛學會製作)

Triptan類藥物)來治療。因此，主訴反覆頭暈的病人，建議看診醫師也應詢問有無偏頭痛病史，以及暈眩與頭痛發作之關聯性。

### 結語：偏頭痛是疾病，不是症狀！

偏頭痛是一種常見，且很干擾生活的頭痛疾病，也是頭痛門診最常診斷的頭痛疾病。但也因為太常見，很多人都有經歷面對過偏頭痛的發作，而造成民眾對偏頭痛有各式各樣、不完全正確的概念與治療的偏方。

這些對偏頭痛的誤解，對發作頻率很少的患者，可能影響相對不大。但對發作頻率很高，甚止已經有止痛藥物過度使用狀況的偏頭痛病患，常導致她／他們採用了不正確的治療方向，不但不能改善偏頭痛，更可能使偏頭痛更加惡化！

希望這篇文章能帶讀者認識偏頭痛及其常見的誤解，進而讓周遭飽受偏頭痛困擾的親朋好友，能及早面對並接受正確的偏頭痛治療。🙏

