



奇美藥訊

Chi Mei Medical Center Drug Bulletin

發行人：邱仲慶 總編輯：王慧瑜
主編：王雅萱
發行所：奇美醫療財團法人奇美醫院藥劑部
網址：<http://chimeipharm.org/index.php/drugbulletin>
E-MAIL：druginfo@mail.chimei.org.tw
電話：06-2812811 轉 53102

本期目錄

- 乾癬介紹及治療 永康總院 林佳靜藥師
- 梅尼爾氏症所引起眩暈之中醫藥療法 永康總院 黃相茹藥師
- 偏頭痛治療藥物介紹 柳營院區 蘇美鈴藥師

乾癬介紹及治療

永康院區 林佳靜 藥師

壹、前言

乾癬又稱為銀屑病，傳統俗稱牛皮癬，它並非為黴菌感染所造成的癬，而是一種慢性自體免疫性疾病 (chronic autoimmune disease)，會反覆發作但不具傳染性。主要原因是由於皮膚免疫系統失調，導致細胞的生長速率太快合併發炎症狀，一般正常細胞生長週期為 21-28 天，而乾癬患者則加速為 2-6 天，其特徵是皮膚增厚，覆蓋著邊界清楚的銀白色鱗屑，並出現脫屑 (scaling)、大小不等的丘疹、紅斑 (erythema)。有些病人會感覺患部搔癢、灼熱感或僵硬。

乾癬好發於頭皮、四肢伸側、指甲及背部，不過其實任何部位都可能出現。天氣寒冷的季節，症狀容易加重或復發，夏天時可能趨緩。目前統計上男女發生率相似，在任何年齡都可能出現，不過較常發病於 30-39 歲或 50-69 歲。診斷方式一般是由醫師直接觀察病灶，並詢問是否有乾癬的家族史來輔助判斷，有需要的話會做皮膚切片檢查，在顯微鏡下看細胞有無增厚發炎。

貳、乾癬分類

- 一. 斑塊型乾癬 (Plaque Psoriasis)：為最多的類型，大約占了八成。會出現紅色斑塊，皮膚變厚，刮除會有鱗屑，且會見到皮膚有點狀出血。多好發於四肢伸側，尤其在手肘及膝蓋、下背部、頭皮、手及腳掌。
- 二. 水滴型乾癬 (Guttate psoriasis)：為第二多的類型，常見於小朋友及青少年

身上。會出現數量很多的小水滴狀紅斑，好發於軀幹和四肢。常見誘發因素有：上呼吸道感染、鏈球菌感染喉嚨、扁桃腺炎。

- 三. 膿皰性乾癬 (Pustular psoriasis)：比較罕見，分為泛發性 (Generalized pustular psoriasis, GPP) 和局限性 (Localized pustular psoriasis, LPP) 兩種類型，會在發紅的皮膚上出現許多白色小膿皰。急性發作的 GPP 患者，嚴重時可能形成膿湖，且伴有高熱、關節腫痛及全身不適症狀。
- 四. 皺褶型乾癬 (Inverse psoriasis)：會出現光滑的紅色斑塊。好發於皮膚皺摺處，例如：腋窩、腹股溝、乳房下、生殖器周圍等。較常出現在皮膚皺摺多的肥胖患者身上。
- 五. 紅皮形乾癬 (Erythrodermic psoriasis)：主要症狀是全身皮膚 90% 以上呈現瀰漫性潮紅 (看起來像燙傷) 和大量落屑，且感到強烈的癢和疼痛；伴有體溫浮動、蛋白質和體液流失、心跳加快、全身淋巴結腫大等現象。嚴重時會威脅到生命，需要住院治療。
- 六. 指甲型乾癬 (Nail psoriasis)：會出現甲面凹陷、顏色改變 (黃褐色)、甲床剝離症 (Onycholysis)、甲下過度角化。

參、乾癬成因

乾癬成因不明，主要跟遺傳基因、免疫系統失調及角質細胞過度活化有關，其他都算是乾癬的誘發或是惡化因素。有乾癬基因體質的人並不一定都會發病，可能

是在接受到惡化因素的刺激後才發病。每個人可能有一些自己特有的個人惡化因

素。如果有發現在某些情況下較易惡化的話，請儘可能注意避免。(表一)

表一 乾癬主要的相關因素

遺傳	乾癬受多基因控制，與 HLA-Cw6、HLA-B13、HLA-B17 等有關。大約 40% 的患者有乾癬家族史。
外傷	乾癬好發於受過傷的部位，又稱為 Koebner 現象 ([KEB-ner] phenomenon)。過度曝曬後的曬傷也可能誘發乾癬。
感染	細菌或病毒感染可誘發或惡化乾癬。例如：鏈球菌造成上呼吸道感染可能會誘發。
壓力	放鬆情緒、避免過度勞累可能對病情會有幫助。
藥物	有些藥物易造成乾癬發病或惡化，如鋰鹽、抗瘧疾藥、quinidine、β-blocker (Propranolol)、NSAIDs (Indomethacin)和 ACEI 等。
內分泌	荷爾蒙改變可能會影響乾癬進程，一般青春期的發生率較高，而女性懷孕時通常會改善。
其他	抽菸、喝酒、肥胖、維他命 D 缺乏等。

肆、乾癬的治療方式^{[6][7][8]}

乾癬有多種型態和治療方式，需依臨床的嚴重度、侵犯範圍及部位、相關的合併症、病人依順性和對藥物反應等條件，多方考量來為病人設計療程。並且需知道這是終身的疾病，無法治癒只能控制它讓病情緩解。由於乾癬會造成皮膚外觀不雅且療程漫長，常會使病患感到挫折和憂鬱，故心理方面的支持和治療有時也是必須的。

根據乾癬侵犯範圍大小，可將其嚴重度分為三個等級。輕度：小於 3%；中度：3-10%；重度：大於 10% (單手手掌面積=1%)。嚴重度不同選擇的治療方式也不

同，輕度患者通常用外用藥物局部塗抹治療；中度以上患者可能會採用合併療法(外用藥物合併光療法)，更嚴重甚至考慮合併使用全身性口服藥物或生物製劑。

乾癬患部需注意保濕及潤膚，可以降低搔癢感和刺激且預防受傷，故建議擦凡士林、保濕潤膚霜或油等產品來保護患部。浴療法 (Balneotherapy) 也可以改善乾癬症狀，但泡澡後需要立即擦保濕產品。

伍、藥物介紹^[8]

一. 外用藥：通常為第一線用藥，包括水楊酸製劑、類固醇製劑、焦油、維他命 A 酸藥膏、以及含維他命 D 製劑。(表二)

表二 用於治療乾癬之外用藥

	藥物作用及用法	副作用
水楊酸製劑	具角質分解效果，幫助軟化和去除鱗屑，可增強其他外用藥物穿透吸收。一天塗抹一到三次。	局部刺激感、暫時性掉髮；大面積使用可能導致噁心嘔吐、耳鳴、過度換氣等副作用。
	院內品項: Salicylic Acid 2.5% (Sallic [®] oint.) 速立康軟膏	

	藥物作用及用法	副作用
類固醇製劑	具抗發炎、抑制免疫和細胞增生效果，最常用於乾癬。根據藥膏強度和劑型，可以分為七個等級，每天塗抹一到四次，薄薄一層塗抹於患部即可；連續使用時間勿超過三個星期，不可突然停藥，因為可能使病情復發。依照乾癬部位和嚴重度來選擇藥膏，通常為低到中強度藥膏；藥膏越強雖然效果更好，但發生副作用風險亦更大。	皮膚萎縮變薄發紅、色素沉澱、微血管擴張等；長期且大面積使用強效藥膏，可能會產生全身性副作用，例如腎上腺機能異常。
	院內品項: Clobetasol (Clobetasol [®] oint.) 可立舒軟膏、Betamethasone Propionate 0.05% (Beta [®] cream) 倍達軟膏、Fluocinonide 0.05% (Topsym [®] cream) 妥膚淨軟膏、Clobetasol Propionate 0.05% (Vimax [®] foaming) 可易適泡沫液、Betamethasone valcrate 0.06% (Rinderon-V [®] cream) 臨得隆-V 軟膏、Betamethasone Propionate 0.064% (Septon [®] sol'n) 舒膚通外用膠液、Clobetasone butyrate 0.05% (Genusone [®] cream) 捷舒軟膏	
焦油	具有抑制角質細胞增生效果，可以降低患部搔癢、脫屑症狀。有多種劑型，一般使用濃度 2-5% 的製劑，每天使用一到兩次。	刺激感、發紅、皮膚毛髮染色；會增加光敏感性，故可以用來輔助光療法 (UVB)，焦油在皮膚作用時間持續 24 小時，需做好防曬措施。
	院內品項: Polytar emollient 普麗外用液 (浸泡身體 15-20 分鐘，需自費購買)	
維他命 A 酸藥膏	具有抑制角質細胞增生效果，可以降低脫屑症狀和斑塊厚度。每天塗抹一次，建議於晚上使用。	皮膚發紅、灼熱刺激感，亦會增加光敏感性，需要做好防曬措施；大量使用可能有致畸胎性，孕婦禁用。
	院內品項: Tazarotene 0.1% (Karac [®] Cream) 癬痘克乳膏	
含維他命 D 製劑	具有抗發炎、抑制角質細胞增生效果。每天塗抹一到兩次。	為搔癢、刺激灼熱感，合併維他命 D 和類固醇的製劑，可以降低其副作用 ^[9] 。過量使用可能會導致高血鈣，需特別注意。
	院內品項: Calcitriol (Silkis [®] Oint) 施革欣軟膏、Calcipotriol/ Betamethasone (Xamiol [®] Gel) 絲玫歐凝膠	

二. 光療法 (Phototherapy)：照射紫外光具有抑制角質細胞增生和誘導 T 細胞凋亡的抗發炎效果，必須在醫師指示下進

行治療。光療法通常會與外用藥或全身性用藥併用，可以降低藥物使用劑量，但需注意有些外用藥會增加光敏感

性。一般從低劑量開始，起初可能出現皮膚發紅、刺激、水泡等症狀，等皮膚耐受性增加再逐次調高劑量，直到症狀緩解。根據紫外光波長分為以下兩種類型：

(一) UVB(中波)：最常被使用的光療法。可分為寬譜 (290-320nm) 和窄譜 (311nm)，窄譜效果好、療程短但較貴。

(二) PUVA(長波 320 to 400 nm)：由於穿透力較差，需使用增加光敏性藥物輔助治療，例如：psoralen (本院為 Methoxsalen 10mg Sorialen[®])。

三. 全身性療法：使用於重度，或是對外用

藥及光療法無效的患者身上。具有免疫抑制和免疫調節的效果，分為兩種類型：(表三)

(一) 傳統型：作用於全身免疫系統，副作用較大。

(二) 生物製劑：與傳統型不同，只抑制免疫系統特定部分，故全身性副作用較小，且不具有肝腎毒性，常見副作用為類流感症狀、注射部位疼痛。目前皆為注射劑型，價格昂貴且健保規範相當嚴格，必須所有傳統療法和光療法皆失敗後才可能給付。

表三 全身性療法

類型	藥物簡介		院內品項
傳統型全身性療法	Methotrexate	為 folic acid antagonis。起始劑量為每週口服 7.5-15mg，再慢慢增加，每週最大劑量為 25mg。副作用為噁心、疲倦、食慾減退、骨髓抑制、肝毒性、致畸胎性。孕婦、肝病或酗酒者不建議使用。	Methotrexate 2.5mg (Methotrexate [®])
	Cyclosporin	為 T-cell suppressor。每天口服 3-5mg/kg，通常兩到四週內就會緩解。副作用為頭痛、高血壓、多毛症、牙齦增生、腎毒性。	Cyclosporin 25&100mg (Neoral [®] 25&100mg)、Cyclosporin 100mg/ml (Neoral [®] , 50ml/bt.)
	Acitretin	為口服 A 酸。每天口服 25-50mg。副作用為唇炎、皮膚乾燥、掉髮、腸胃不適、高血脂、肝毒性、致畸胎性。孕婦禁用，且服用此藥後三年內不建議懷孕。	Acitretin 10mg (Neotigason [®])
	口服類固醇	通常只用於病情嚴重且不適用其他藥的孕婦。	Prednisolon 5mg (Compesolon [®])、Betamethasone 0.5mg (Rinderon [®])、Dexamethasone 0.5 & 4mg (Decadron [®] & Dorison [®])
生物製劑	1. Human monoclonal antibody: Efalizumab (target CD11- α), Alefacept (target CD2), Ustekinumab (target IL-12, 23), Secukinumab (target IL-17A) 2. TNF- α inhibitors: Etanercept, Infliximab, Adalimumab		Etanercept 25mg (Enbrel [®])：劑量為 50mg 每週兩次，持續三個月，之後降為 50mg 每週一次，直到病情獲得控制。

陸、結論

乾癬除了會影響皮膚外觀，目前已被發現會增加其他合併症的發生機率，例如：乾癬性關節炎、代謝性疾病、心血管疾病、心理問題、自體免疫疾病、癌症等，故必須積極的治療。日常生活中可以做到以下幾點預防乾癬惡化：避免感染、避免外傷搔抓保護好患部、避免藥物濫用、避免長期暴露在低溫乾燥的工作或居住環境、保持情緒平穩和睡眠充足、避免過勞、避免服用免疫增強食品。

我們要瞭解乾癬是一種不會傳染的慢性疾病，可以穩定控制。治療的方式很多且療程長，應依據每個人的狀況與醫師討論，做出最適合自己的選擇，付出耐心並配合治療，才有可能控制乾癬改善生活品質。

柒、參考文獻

1. Steven RF, MD, PhD. Treatment of psoriasis. UpToDate 2015.
2. Steven RF, MD, PhD. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis. UpToDate 2015.
3. National Psoriasis Foundation® 民 104 年 4 月 20-30 日，取自：
<https://www.psoriasis.org/>
4. 蔡呈芳醫師. 乾癬. 民 104 年 4 月 25-27 日，取自：
<https://www.ntuh.gov.tw/derm/healthcareCenter/default.aspx>
5. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013;133(2):377-85.
6. Menter A, Griffiths CE. Current and future management of psoriasis. *Lancet.* 2007;370(9583):272.
7. Stefano T, Anna C, Cristina DP, Francesca S, Damiano A. Quality of Life of Psoriasis Patients before and after Balneo- or Balneophototherapy. *Yonsei Med J.* 2009;50(2):215-221.
8. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(4):643.
9. Jemec GB1, van de Kerkhof PC, Enevold A, Ganslandt C. Significant one week efficacy of a calcipotriol plus betamethasone dipropionate scalp formulation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25:27-32.

梅尼爾氏症所引起眩暈之中醫藥療法

永康院區 黃相茹 藥師

壹、前言

頭昏與眩暈，是完全不同意思的形容詞；頭昏通常是由病人主訴有異常頭昏眼花、浮動的感覺，伴隨有失衡之現象，而眩暈則是強調有自身或環境在旋轉的感覺；梅尼爾氏症又稱為周邊眩暈症，主要是位於內耳掌管平衡功能的前庭系統受損，造成內耳膜迷路發生積水，又加上排出不順暢的話，很容易導致內耳淋巴水腫，所以才會產生眩暈又同時伴有耳脹感、耳鳴、聽力下降、噁心、嘔吐、盜汗等不舒服的情況。雖然梅尼爾氏症所引起的眩暈不可怕，但是會嚴重地影響病人日常生活品質，只是截至目前西藥並無有效可治療之藥物^[1]。

反觀中醫方面，論述梅尼爾氏症，是屬眩暈之範疇；所謂眩暈者，即指視物昏花旋轉，如坐舟車之狀。嚴重者張目即覺天旋地轉，不能站立或仆倒，伴有嘔噁欲吐之現象。綜觀中醫對此症，病機不外虛實二証。

貳、病機

一. 實證者如內經《素問·至真要大論》云：「諸風掉眩，皆屬於肝」，掉者肢體振顛，眩者頭暈目眩；肝為風臟，凡風病皆屬肝，表示治療眩暈與肝臟有密切之關係；又如《丹溪心法·頭眩》說：「無痰不作眩，無火不生痰」，與諸多後世醫家所言「風火為煽，發為眩暈」之病機是一樣，

都是因痰濕中阻而清陽不得上升發為眩暈。總結實證之病因，常見有風火上擾及痰濁中阻。

二. 虛證者如內經《靈樞·海論》所云：「髓海不足，則腦轉耳鳴...目無所見...」，腦為髓之海，就是因為腎氣不足，大腦失養，精氣不得上承而導致目眩；又有因脾虛而引起眩暈，脾主水濕，脾氣虛時，脾不健運，水濕內停，聚而生痰，阻遏清陽不得上升，濁陰不降，蒙蔽諸竅，即發為目暈耳鳴的現象。總歸虛證之病因，常見有心脾血虛，中氣不足，腎氣不足等證型。

參、臨床各型症與其方藥^{[2][3][4][5]}

一. 風火上擾之眩暈

見頭暈脹痛，煩躁易怒，怒則暈痛加重，面赤耳鳴，少寐多夢，口乾口苦，舌紅苔黃，脈象弦數。治則為清肝熱，瀉肝火，以定眩暈，方宜龍膽瀉肝湯或加味逍遙散加菊花、鉤藤、川棟子、牡蠣、龍膽草...等；治方柴胡三錢（10g），黃芩 6g，川棟子 3g，刺蒺藜 6g，杭菊 3g，鉤藤鈎 9g（後下），川天麻 6g，山梔子 6g 等藥煎服。加減方：若屬體質強壯者，脈洪數有力，大便不通，口甘口苦者，可加龍膽草 6g，大黃粉 3g（沖服），芝硝 3g（沖服）。若胸滿悶而兩脇脹痛者，可加厚朴 6g，香附 6g，青皮 6g，片薑黃 6g。若體質弱不耐攻伐者，方中去川棟子，加生地 9g，白芍 9g，以養血滋陰。

二. 痰濕中阻之眩暈

見眩暈頭痛，胸膈滿悶，噁心嘔吐，不思飲食，肢體沉重，舌苔白膩，脈象濡滑，或弦滑。治則以化痰濁，生清陽，止眩暈，方宜仿半夏天麻白朮湯之意，隨症加減膽南星、枳實、柴胡、黃芩、川楝子、焦三仙等；治方川天麻 6g，膽南星 6g，白朮 9g，半夏 9g，陳皮 9g，茯苓 6g，柴胡 3g，鉤藤鉤 6g（後下），青皮 6g，枳殼 3g，香附 3g。加減方：若痰鬱化火甚者，大便秘結者，可加龍膽草 3g，黃芩 3g，大黃粉 3g（沖服）。若苔黃厚膩者，食慾不振者，乃中焦不運，食滯生痰，可加陳皮 3g，山楂 3g，神曲 3g，萊菔子 3g，大黃 3g（沖服）。如食不消化，易脹氣者，可加穀芽 6g，焦麥芽 6g，焦陳皮 6g，枳殼 6g。若胸中氣悶甚者，可兼服生脈散 3g 或加桔梗 6g，枳殼 6g。若舌質淡胖血虛甚者，可沖服八珍丸 6 粒。

三. 心脾血虛之眩暈

見眼花頭暈，勞心思慮太過則加重，心悸、神疲、氣短、乏力，失眠納少，面色不華，唇舌色淡，脈象細弱。治則以補養氣血，養陰血以熄肝風為原則，方宜歸脾湯、八珍湯、人蔘養榮湯等。治方龍眼肉 9g，當歸 6g，黃耆 6g，白朮 12g，甘草 3g，柴胡 6g，遠志 6g，酸棗仁 6g，木香 6g。加減方：若心悸甚者，加柏子仁 3g，丹參 6g，牡蠣 9g（先下）。若血虛有潮熱者，加地骨皮 6g，牡蠣 6g，白薇 3g。若血虛甚者，大便秘結可加枳實 6g，熟地 9g，肉蓯蓉 6g。若失眠甚者，可加珍珠母 15g（先下），龍骨 15g（先下）以重鎮安神。

四. 腎精不足之眩暈

見頭暈耳鳴症狀明顯，精神萎靡，記憶減退，腰膝痠軟，遺精陽痿，舌瘦淡紅，脈象沉細，尺部細弱。治則宜補肝腎，填髓海，以安眩暈之原則，方宜六味地黃丸、左歸丸加芡實、女真子、枸杞子等；治方為熟地 9g，山茱萸 6g，淮山 9g，澤瀉 6g，枸杞 3g，女真子 3g。加減方：若耳鳴腰時酸軟者，可加杜仲 9g，蔓荊子 6g，何首烏 6g，荷葉 6g，桑寄生 6g。若腎陰虛發熱者可加，牡丹皮 6g，白薇 9g。若陰虛熱而頭眩較重者，加石決明 20g（先下），元蔘 9g，川天麻 9g，鉤藤鉤 9g（後下）。

五. 氣不足之眩暈

見頭暈喜臥，站立加重，勞力太過病情加劇，倦怠懶言，少氣不欲言語，自汗，納呆，舌淡脈細。治則補中益氣以定虛眩，方宜補中益氣湯加淮山、芡實、蔓荊子、天麻等。治方黃耆 20g，黨蔘 15g，白朮 12g，茯苓 9g，炙甘草 3g，升麻 3g，柴胡 6g，當歸 6g，山藥 6g。其加減方：如胃納不佳者，舌苔厚，加雞內金 9g，砂仁 3g，木香 3g，陳皮 6g。

肆、結論

梅尼爾氏症亦稱內耳性眩暈症，以 40-60 歲之間患者多見，男性發病率較高 [6]，臨床表現為反覆發作的眩暈、耳鳴、耳聾、噁心嘔吐、頭痛等；西醫認為梅尼爾氏症是因為內耳迷路積水所致，而中醫理論早在《金匱要略》中，對暈眩症的治療就曾用到澤瀉湯，是為常用處方。正所謂「無痰不作眩」、「諸風掉眩皆屬肝」，由此推測中醫治則，可以利用平肝潛陽、重鎮安神、理氣化痰、健脾止吐、利水滲濕之原則，皆可改善內耳迷路積水，進一步治療梅尼爾氏症 [7]。

另外，此病症所引起的眩暈，其發病部位最明顯之處位於頭部，若中氣虛弱，脾運化水濕之功能失調，聚濕而生痰，形成痰飲與水腫，如遇其人相火旺盛，則有如後世醫家所言，風火相煽，即成風火上擾之型證；也由於眩暈症之病機是為本虛標實，故常見到虛實之間的相互轉化，如實證的痰濁中阻或風火上擾，可轉化為虛證的氣血虧虛及腎精不足；反之，虛證的氣血虧虛腎精不足，也可能轉化為實證的痰濁中阻風火上擾；此外在虛證與實證相互轉化得過程中又可出現虛實夾雜的證候，因此臨床上了解眩暈症的各種變化關係和兼夾證候，宜辨證論治，是虛是實，亦或虛實夾雜，才能確立正確的治療方法，恰當地遣方用藥到較理想的治療效果。

伍、參考資料

1. Sun YX, Wang Y, Ji X, Wu X, Zhao Y, Ding Y, et al. A randomized trial of chinese diaoshi jifa on treatment of dizziness in meniere's disease. Evid Based

Complement Alternat Med

2014;2014:521475.

2. 鄧鐵濤.中醫診斷學.四月版.台北知音出版社;2008,p.643-44.
3. 王綿之,許濟群.中醫方劑學.五月版.台北知音出版社;2006,p.157-552.
4. 陳潮祖.中醫治法與方劑.第三版.北京人民衛生出版社;1995,p.480-616.
5. 周仲瑛.中醫內科學.第二版.北京中國中醫藥出版社;2007,p.297-300.
6. 張學平,田旭東.美尼爾氏綜合征中醫辨證治療 67 例臨床觀察.甘肅中醫學院學報 2003;20:33-34.
7. 張雄,張曉莉,趙高升,朱紅.耳眩暈臨床診治體會.陝西中醫 2005;26:733-34.

偏頭痛治療藥物介紹

柳營院區 蘇美鈴 藥師

壹、前言

根據國際頭痛學會 (International Headache Society) 所發表的國際頭痛疾病分類第 3 版(International Classification of Headache Disorders, ICHD-3) 指出，偏頭痛 (migraine) 被分類在原發性頭痛 (the primary headaches) 這一類中，並依據診斷基準的不同細分為六種亞型 (subtypes)，其中最重要的兩種亞型分別為無預兆偏頭痛 (migraine without aura) 及預兆偏頭痛 (migraine with aura)，詳見表一介紹。有些病人在偏頭痛即將發作時會有一些前驅症狀 (premonitory symptoms)，如疲勞、注意力難以集中、對

光及聲音敏感等等^[1]，但也有很多病人在發作前是沒有任何前兆的。偏頭痛詳細機轉尚未被完全確認，但目前最被接受的推測是當腦部受到某些特定因素或物質的刺激時（如：某些藥物與食物、睡眠不足或過多、氣候變化、強烈或突然的聲音或強光等）^[2]，體內的興奮性物質（如：substance-P、CGRP 等）會被釋放，這些興奮性物質經由刺激三叉神經途徑一直傳到大腦皮質，使血管擴張而造成頭痛症狀，以及一些如：噁心嘔吐、倦怠疲勞、畏光怕吵等相關症狀^[3]，嚴重者甚至可能必須臥床休息，無法正常上學或工作，對病人日常生活影響極深。

表一 ICHD-3 中對偏頭痛的分類^[1]

- | |
|--|
| 1.1. 無預兆偏頭痛：反覆發生，每次持續 4-72 小時。典型特徵為單側，搏動性，中或重度的頭痛，日常活動會加劇，常伴隨噁心及/或畏光及怕吵。 |
| 1.2. 預兆偏頭痛：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。 |
| 1.3. 慢性偏頭痛：每月多達 15 天或以上發生頭痛，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。 |
| 1.4. 偏頭痛併發症
1.4.1. 偏頭痛重積狀態：使人極度失能的偏頭痛發作持續超過 72 個小時。
1.4.2. 無梗塞之持續預兆：預兆症狀持續超過一週，但神經影像證實無腦梗塞。
1.4.3. 偏頭痛腦梗塞：一種或以上的偏頭痛預兆症狀，經由神經影像證實在與其症狀一致之腦血流區域產生缺血性腦病變。
1.4.4. 偏頭痛預兆引發之癲癇發作 |
| 1.5. 極可能偏頭痛：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。 |

1.6. 可能與偏頭痛相關之陣發性症候群

- 1.6.1. 反覆性胃腸障礙：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。
- 1.6.2. 良性發作性眩暈：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。
- 1.6.3. 良性發作性斜頸：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。

貳、流行病學

研究指出，偏頭痛的世界盛行率從 7-16% 不等，台灣 15 歲以上民眾的盛行率約 9.1%，女：男比例約 3：1，所分布的年齡層相當廣泛，又以介於 25-45 歲青壯年比例人口最高，通常首次發生的年紀是在青春前期，隨著年紀漸長盛行率會降低 [3][4]，因此若是病人是在老年時期才突然

出現偏頭痛，就要加以懷疑是否是其他病理因素所引起。

參、診斷

偏頭痛有其診斷基準，病人必須完全符合診斷基準才能被確診為偏頭痛，下表列出兩大亞型：無預兆偏頭痛及預兆偏頭痛的診斷基準 [1]

無預兆偏頭痛診斷基準

- A. 至少有 5 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 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

預兆偏頭痛診斷基準

- 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（如：看見閃光）
 - 2. 感覺（如：有刺痛感或麻木感）
 - 3. 說話及 / 或語言（如：無法言語）
 - 4. 運動（如：肢體無力）
 - 5. 腦幹（如：眩暈、意識障礙）
 - 6. 視網膜（如：出現閃爍、暗點、失明）
- 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. 每一種個別的預兆症狀持續 5-60 分鐘
 3. 至少有 1 種預兆症狀是單側的
 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

肆、治療

偏頭痛急性發作的治療藥物分為專一性及非專一性兩大類：^{[3][5][6]}

一. 專一性藥物：分為 Triptans 和 Ergot derivative 兩大類，兩類藥物介紹及比較如表二。

(一) Triptans：屬於 serotonin 5-HT_{1B, 1D} receptor agonist，目前台灣有 Imigran[®] (sumatriptan) 及 Rizatan[®] (rizatriptan) 兩種。其中 sumatriptan 有口服錠與鼻用噴液

劑兩種劑型，鼻用噴液劑介紹如表三。

(二) Ergot derivative：作用於 serotonin 5-HT_{1B, 1D} receptor，同時會影響 dopamine 及 NE 系統，目前最常用的是 Cafergot[®] (ergotamine 1mg/caffeine 100mg)。雖然 triptans 比起 ergotamine 具有更高度的專一性，但受限於較嚴格的健保規範，臨床上仍是以 ergotamine 製劑使用較多。

表二 院內用於治療偏頭痛急性發作之口服劑型專一性藥物比較^{[3][5-10]}

分類	Triptans		Ergot derivative
學名	Sumatriptan	Rizatriptan	Ergotamine/Caffeine
商品名	Imigran [®]	Rizatan [®]	Ergoton [®]
劑量	50mg/tab	5mg/tab	1mg/100mg/tab
用法用量	一次 50mg，有些病人可能需要 100mg	一次 10mg，2 小時後可追加劑量，24 小時內不宜超過 30mg	一次 2 錠，可每隔半小時再服用 1 錠，一天最大量 6 錠，一週最大量 10 錠
健保價	186 元/錠	64 元/錠	1.5 元/錠
懷孕分級	C	C	X
副作用	暈眩、血壓上升、潮紅、疼痛感等	頭暈、無力感、局部壓迫感、感覺異常等	心悸亢進、胸部不適感、不眠、四肢麻木等
注意事項	1. 不建議用於 18 歲以下及 65 歲以上病人 2. 避免在服藥後 12 小時內哺乳 3. 勿併用含 ergotamine 製劑或其衍生物、其他 triptan 或 5-HT ₁ agonists、MAOI	1. 不建議用於 18 歲以下及 65 歲以上病人 2. 關於哺乳：已知會分泌至大鼠的乳汁中，但無人類相關資料 3. 勿併用藥物:同 sumatriptan	1. 不建議用於老年人與授乳婦女 2. 勿併用 sumatriptan、強效 CYP3A4 抑制劑、clarithromycin 等巨環類抗生素、ketoconazole 等抗黴菌劑

使用禁忌	對 sumatriptan 或製劑中任一成分過敏、缺血性心臟病、冠狀動脈疾病、嚴重肝功能不全者	對 rizatriptan 或製劑中任一成分過敏、缺血性心臟病、冠狀動脈疾病、缺血性腸道疾病者	對 ergotamine 及相關製劑過敏、末梢血管障礙、冠狀動脈疾病、肝腎功能障礙、敗血症者
健保規範	<p>Triptans: (註:Ergot derivative 無健保相關設限)</p> <ol style="list-style-type: none"> 限符合國際頭痛學會訂定的「偏頭痛」診斷標準者。 偏頭痛的發作嚴重影響日常生活（無法工作或作家事或上課）者。 經使用其他藥物無效者。 每月限用 4 次，且： <ul style="list-style-type: none"> A. Sumatriptan 口服劑型藥品每次用量不超過 100 mg，每月不超過 400 mg B. Sumatriptan 鼻噴劑型藥品每次用量不超過一劑 (10mg 或 20mg)，每月不超過四劑 (10mg 或 20mg) C. Rizatriptan 口服劑型藥品每次用量不超過 10 mg，每月不超過 40 mg 不得同時處方含有 ergotamine 製劑或其衍生物類藥物。 不得作為預防性使用。 不得使用於曾患有心肌梗塞、缺血性心臟病、Prinzmetal 氏狹心症、冠狀血管痙攣者及高血壓未受控制的患者。 青少年符合上述第 1、2、3 項者，限使用鼻噴劑型藥品。 		

表三 Sumatriptan 鼻用噴液劑之介紹^[9]

商品名	Imigran®鼻用噴液劑
劑量	10mg/puff. 及 20mg/puff. 兩種劑量（院內暫無本劑型藥物）
適應症	預兆或無預兆偏頭痛發作之急緩解，僅適用於有明確診斷之偏頭痛，特別適合伴有噁心嘔吐或需要獲得快速緩解症狀的病人
用法用量	成人：一鼻孔 20mg (有些病人可能 10mg 就有效)，當症狀再次出現可以在 24 小時內給第二次劑量（需間隔 2 小時，且 24 小時內不可使用超過 2 次）。 青少年 (12-17 歲)：一鼻孔 10mg (有些病人可能 20mg 才有效)。
副作用	暈眩、血壓上升、潮紅、疼痛感等，使用後可能鼻腔或喉嚨發生刺痛感或灼熱感或鼻出血。

二. 非專一性藥物：用來緩解輕中度頭痛症狀，大多是 NSAID 類藥物，如表四所示。

表四 緩解偏頭痛發作之非專一性藥物^{[5][7][11]}

學名	Acetaminophen	Aspirin	Naproxen	Ibuprofen
商品名	Fucol®	Tapal®	Naton®	依各家廠商命名
劑量	500mg/tab.	100mg/tab.	750mg/tab.	
藥理分類	止痛藥	NSAID，不可逆性 COX- I、II 抑制劑	NSAID，可逆性 COX- I、II 抑制劑	
用法用量	每日 3 次，每次 500mg，可每 4-6 小時重複使用	每次 400mg，可每 4-6 小時重複使用	每日 750mg	每次 400mg，可每 4-6 小時重複使用
副作用	皮疹、肝毒性等	腸胃不適、皮疹、肝毒性等	腸胃不適、皮膚搔癢、心悸等	皮疹、上腹痛、耳鳴等

備註	1. 為最常被使用的非專一性藥物、孕婦及小兒的首選藥 2. G6PD 缺乏症及長期飲酒每天超過 3 杯者慎用	孕婦、授乳婦女、G6PD 缺乏症、18 歲以下水痘及流感小兒病人禁用	1. 有研究指出若本藥併用 sumatriptan 止痛效果更好 2. 高血壓、體液滯留之患者慎用（可能引起末梢水腫）	1. 目前本院僅有口服懸液劑劑型 2. 心機能不全、血液異常、肝腎功能障礙者禁用
----	---	------------------------------------	--	---

三. 其他急性症狀處置：由於偏頭痛發作時，病人常併發噁心嘔吐的症狀，此時以腸道投與藥物效果並不理想，因

此會以施打針劑來達到緩解症狀的效果，介紹如表五。

表五 緩解偏頭痛併發症狀之針劑^{[7][8]}

學名	Prochlorperazine	Metoclopramide
商品名	Novamin [®]	Promeran [®]
藥理分類	抗 dopamine 作用	
包裝劑量	5mg/1ml/Amp.	4.54mg/ml, 2ml /Amp.
用法用量	每日 1 次，肌肉注射 5mg	每日 1-2 次，肌肉或靜脈注射 2ml
副作用	巴金森氏症候群、顆粒性白血球減少症、心律不整等	心搏過緩、嗜睡、肌張力障礙反應、巴金森氏症候群、皮疹等
備註	常用以輔助其他偏頭痛急性療法，可增強治痛的效果。藥效優於 metoclopramide，建議優先使用	孕婦禁用

伍、預防用藥簡述

除了急性治療藥物外，有些病人也需要開立預防用藥物防止發作，如以下 5 種情況之病人：每月發作超過 4 次以上、急性治療藥物治療失敗或是使用禁忌者、每月使用急性治療藥物大於 10 天、特殊形式偏頭痛（如：偏癱偏頭痛 hemiplegic migraine）發作、偏頭痛的發作已經嚴重到影響生活品質等；目的是要減少偏頭痛急性發作的頻率及強度，醫師會根據病人的狀況（如：是否有其他疾病）來選擇適當的藥物及設定用法用量^[6]。

各國在使用上的優先順序是依照該國

的使用習慣及實證醫學（Evidence-based medicine, EBM）研究結果給予不同的推薦等級，目前台灣有在使用的預防性藥物有：β-blocker（如：propranolol）、Calcium Channel Blocker（如：flunarizine）、抗憂鬱劑（如：amitriptyline）、抗癲癇藥（如：valproic acid、topiramate）、dihydroergotamine 等，這些預防用藥共通使用原則為：建議由低劑量緩慢增至有效劑量、須經 3-4 週調至最適劑量、無效時才考慮停藥、且亦須緩慢減量避免反彈性頭痛^[3]。

陸、結論

偏頭痛影響病人生活品質極深，可以透過如下圖所示的頭痛日誌來記錄發作時的相關細節^[12]，可供醫師在診斷及擬定治療計劃時作為參考依據，病人可嘗試找出偏頭痛的誘發因子並且加以避免，當偏頭痛發作時要盡快服藥以期達到最好的治療

效果，也要遵醫囑使用預防用藥，當發現偏頭痛型態與以往的不同或是有惡化的情況，務必要回診，原則上 1 個月使用急性止痛藥不宜超過 10 天，以避免藥物使用不當引起「藥物過度使用頭痛 (Medication-Overuse Headache, MOH)」^[5]。

圖一 台灣頭痛學會頭痛日誌^[12]

頭痛日誌															
_____年_____月			病歷號碼：_____			姓名：_____									
頭痛程度 (1=小痛 2=中痛 3=大痛)															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
早上															
下午															
晚上															
睡眠															
是否伴隨下列症狀，請打「√」															
有噁心的感覺嗎？															
有嘔吐嗎？															
對光線敏感嗎？															
對聲音敏感嗎？															
頭痛感覺像脈搏般一下一下的跳動嗎？															
頭痛由單側開始嗎？															
身體活動會加重頭痛嗎？															
頭痛前會有何預兆出現嗎？															
眼前出現閃光															
部分視野看不見															
當日頭痛幾小時？															
服用藥物名稱及劑量															
止痛藥有效嗎？(0=沒效 1=一點點效 2=有效 3=完全不痛)															
月經來的日子，請打「√」															

柒、參考文獻

- 黃子洲,王署君翻譯. International Headache Society. ICHD-3 beta. Cephalalgia 2013;644-650.
- 賴資賢.頭痛的誘發因子.台灣頭痛學會頭痛電子報 2009;66:1-3.
- 林高章,黃子洲,王博仁,陳滄山,柯炳堂. 偏頭痛的急性及預防性治療準則.台灣醫界 2012;55(12):12-16.
- 傅中玲,王署君.2011 年世界衛生組織出版「世界頭痛疾病與資源地圖集」報告.台灣頭痛學會頭痛電子報 2011;85:1-2.

5. 台灣頭痛學會治療準則小組.偏頭痛急性發作藥物治療準則.台灣頭痛學會頭痛電子報 2007;47.
6. Zahid HB, Jonathan HS. Acute treatment of migraine in adults. UpToDate 2015.
7. Zahid HB, Jonathan HS. Preventive treatment of migraine in adults. UpToDate 2015.
8. F MC, Zahid HB. Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults. UpToDate 2015.
9. 濱田潤一.偏頭痛發作時的治療和預防性治療.坂井文彥.頭痛的診斷與治療.初版.台北市合記圖書出版社;2010.p.132-134.
10. Da SAN, Tepper SJ. Acute Treatment of Migraines. CNS Drugs 2012;26(10):823-39.
11. 衛生福利部中央健康保險署.民 104 年 4 月 10-20 日，取自 <http://www.nhi.gov.tw/>
12. John M. Acute migraine treatment in emergency settings. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews 2013;24156113.
13. Kelley NE, Tepper DE. Rescue therapy for acute migraine, part 3: opioids, NSAIDs, steroids, and post-discharge medications. Headache 2012;52:467.
14. 台灣頭痛學會頭痛日誌.民 104 年 4 月 10-20 日，取自 <http://www.taiwanheadache.com.tw/download.asp>