一位意外懷孕婦女眩暈症

陳建志[1] 陳登郎[2] 張馨丰[3,4]

一37歲已婚女性，在18-25歲時罹患無預兆偏頭痛。29歲發作了第1次的眩暈症，合併噁心、嘔吐、怕光及怕吵。30歲確診爲不孕症。32歲時，一樣的眩暈又發作，接受了止暈及止吐的症狀治療；由於月經延遲，遂安排懷孕測試，結果顯示爲陽性。10個月後順利產下1名健康女嬰。產後8個月，一樣的眩暈又發作，因正值哺乳，遂不建議任何藥物。爾後4年，相同的眩暈又發作了5次，遂確診爲前庭性偏頭痛。因此，只要是生育年齡的女性眩暈患者，就有潛在懷孕的機會，即使是已經確診爲不孕症。在沒有完全排除懷孕前，須避免使用任何會致畸胎的藥物，症狀治療首選美國食品藥物管理局懷孕風險分類B級的藥物，例如diphenhydramine或promethazine等抗組織胺，以及metoclopramide止吐劑，其次才是懷孕風險分類C級之prochlorperazine止吐劑及diphenidol止暈劑；至於抗組織胺betahistine尚未有足夠資料進行分類，最好不要貿然使用。

（台灣家醫誌 *2014; 24: 148-152*） *DOI: 10.3966/168232812014092403005*

關鍵詞：美國食品藥物管理局懷孕風險分類、懷孕測試、不孕症、眩暈、前庭性偏頭痛

前　言

前庭性偏頭痛(vestibular migraine) 定義需符合以下4點[1]：(1)發作過至少5次以上中重度的前庭病症，姿態改變、看東西或頭部轉動時會引起眩暈或是會合併嘔吐的頭暈，每次會持續5分鐘到72小時，日常活動因而受到限制；(2)現在或先前已經有符合國際頭痛疾病分類第3版（β版）之偏頭痛病史[2]；(3)一半以上的前庭病症發作時，會同時合併(a)偏頭痛性頭痛、(b)怕光及怕吵，或(c)視覺預兆等偏頭痛相關症狀其中1項；(4)非歸因於其他前庭疾病或國際頭痛疾病分類的診斷。

有高達60-70%的女性偏頭痛患者在懷孕後，偏頭痛的發作會減少或是停止，特別是月經偏頭痛(menstrual migraine)患者[3]，但仍有23.8%在第1孕程(trimester)時會發作偏頭痛[4]，倘若此時偏頭痛的發作頻次沒有減少的話，在爾後整個懷孕過程及產後都會持續再發

[1]佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院神經科、[2]吉豐耳鼻喉科診所、[3]中國醫藥大學附設醫院教學部、[4]中國醫學大學中醫學院中醫學系

受理日期：103年11月27日　修改日期：104年3月27日　接受刊登：104年4月4日

通訊作者：張馨丰　通訊地址：40447台中市北區育德路2號教學部

[3]。分別有63.6%、60.61%與33.33%的婦女在第1、2與3孕程時會發作頭暈相關病症，其中最主要的就是感覺姿態不穩(instability) (25.6%)與眩暈(23.3%)，其次為步態不平衡(20.9%)、頭部浮動感(floating head sensation) (16.3%)、走路偏一邊(14.0%)、好像快跌倒(9.3%)、感覺在波動(7.0%)或升降(4.7%)等[5]。因此，孕婦理應也會發作前庭性偏頭痛，但相關研究文獻仍缺，於此我們報告一個案，目的在於闡述最適當的治療方式。

病例報告

一名37歲女性，身體質量指數為21.6 kg/m^2，尚無高血壓、糖尿病、心臟病或其他系統性疾病，亦無吸菸、酗酒或嚼食檳榔之習慣。父母均健在，有一姊，均健在，母及姊均罹患偏頭痛。18-25歲時，平均每2-3個月就會發作一次中重度、搏動性之兩側顳部疼痛，與月經週期無關，每次發作均會持續2日，合併噁心、嘔吐、怕光、怕吵和活動不耐(motion intolerance)，尚無其他神經學局部病症，當時已確診為無預兆偏頭痛(migraine without aura)（表1）。29歲時，罹患了生平第一次的眩暈症，發作時會感覺周圍在順時針地旋轉，合併噁心、嘔吐、怕光及怕吵，但無頭痛、耳鳴、聽障、構音障礙、吞嚥困難、感覺減弱、肌肉無力、運動失調或其他神經學局部病症；在本院接受保守症狀治療後，眩暈在半日後緩解，但輕度的頭暈仍持續了兩日。30歲結婚，婚後一直無法懷孕，在他院婦產科確診為不孕症(sterility)。

32歲時，在某次月經剛好過1個月時，相同的眩暈又發作了，合併噁心、嘔吐、怕光及怕吵，接著造訪於作者。血壓110/69 mmHg，脈搏73/min，呼吸20/min，體溫35.6ºC；當她向前、向右、向左、向上或向下注視時，均可以見到快速相向右之水平性眼震（頻率3 Hz，振幅2 mm），無旋轉成分，兩側推頭測試及其他顱神經功能檢測正常；四肢肌力為5分，刺痛覺、溫度覺、震動覺及關節運動覺均為正常；四肢肌腱反射均為正常，兩側Babinski氏測試為陰性；兩側指鼻追蹤測試及膝踝協調測試亦均為正常。遂收治住院，建議保守症狀治療，給予口服止暈劑diphenidol (Cephadol)及抗組織胺betahistine (Ecycle)，並靜脈給

表1　無預兆偏頭痛的診斷標準[2]

一、頭痛發作時間4-72小時*
二、頭痛發作時具有下列特點至少2項*
1.單側
2.搏動性*
3.中度至重度疼痛*
4.活動不耐（日常活動會使頭痛加劇，或是避免走路或爬樓梯等活動）*
三、頭痛發作時至少有下列1項*
1.噁心及/或嘔吐*
2.怕光及怕吵*
四、非歸因於其他疾患*

*本個案符合之處

予抗組織胺diphenhydramine (Vena) 及止吐劑prochlorperazine (Novamin)。眩暈、噁心及嘔吐在半日後緩解，但輕度的頭暈持續了2日，因無噁心及嘔吐，僅給予上述口服止暈劑diphenidol及抗組織胺betahistine症狀治療。一般血液學、生化、膽固醇、三酸甘油酯、甲狀腺功能、抗核酸抗體指數及糖化血色素檢查均無異常發現，顱外彩色頸動脈及穿顱彩色顱內動脈超音波檢查、純音聽力檢查及腦部磁振造影檢查均無異常發現；由於患者月經已經延遲，遂安排了尿液懷孕測試，結果顯示為陽性。

接著轉診到居家附近的婦產科醫院接受後續的產檢，10個月後順利產下一名健康女嬰。產後8個月，相同的眩暈又發作了，合併噁心、嘔吐、怕光及怕吵，由於正值哺乳，並不建議給予任何藥物治療，僅臥床休息；眩暈一樣半日後緩解，而輕度的頭暈亦於兩日後緩解。爾後4年，相同的眩暈症狀又發作了5次。

討　論

根據國內鄭等對於15例罹患眩暈的孕婦所做的研究發現[6]，其中9例為高齡產婦（年齡超過34歲），8例為初產婦(primipara)，第3孕程發作者9例；5例可歸咎基底型偏頭痛的發作，但亦有1例其實是聽神經瘤作祟。本個案第2次眩暈發作時，向右水平性注視性眼振代表右側前庭功能相對較強，正常推頭測試及純音聽力檢查可以排除前庭神經炎、突發性耳聾或美尼爾氏病(Ménière's disease)，加上腦部磁振造影無異常發現，可以排除腦梗塞、腫瘤、脫髓鞘性或其他器質性病變，當時臆斷為不明原因之眩暈。有鑒於偏頭痛的過去病史，加上後續追蹤，全部8次眩暈均合併偏頭痛相關症狀，符合前述前庭性偏頭痛的診斷標準之(1)、(2)、(3)-(b)及(4)等項目，可確診為前庭性偏頭痛。此外，高達90%孕婦會因體內賀爾蒙的變化感到噁心及嘔吐，但盛行率會隨著第1、2及3孕程而遞減（噁心63.5%、33.8%、26.2%，嘔吐29.3%、22.1%、14.1%）[7]；本個案第2次眩暈發作時所合併之噁心及嘔吐仍可能與懷孕有關，但尚未嚴重到足以診斷妊娠劇吐症(hyperemesis gravidarum)[8]。

雖然前庭性偏頭痛是自限性的疾病，以症狀治療為主，但在孕婦就需考慮到藥物的致畸胎作用，而在哺乳婦女則需考慮藥物是否會分泌入乳汁。本個案在第2次眩暈發作時，由於不知道已經懷孕，使用了止暈劑diphenidol、止吐劑prochlorperazine、抗組織胺betahistine和diphenhydramine。在確認已經懷孕後，我們勢必好好檢討這些藥物在美國食品藥物管理局的懷孕風險分類 (Food and Drug Administration categories)，以確認是否會致畸胎；抗組織胺diphenhydramine屬於懷孕風險分類B級，止吐藥prochlorperazine和止暈劑diphenidol屬於懷孕風險分類C級，而抗組織胺betahistine尚未有足夠資料進行分類，很幸運地，我們並未投與任何懷孕風險分類D或X級的藥物，爾後也證實生產過程平順，胎兒也無任何先天性異常。事實上，大多數的藥物並未核准給懷孕或哺乳時使用，除非不給藥的壞處遠遠大過母親或胎兒所承受的風險[3]，畢竟前庭性偏頭痛即使不用藥也會自行緩解。該患者在第3次眩暈發作時，由於正值哺乳，所以沒有使用任何藥物，眩暈、噁心、嘔吐、怕光及怕吵一樣在半

日後緩解，輕度的頭暈也在2日後緩解。

因此，女性眩暈患者只要是正值生育年齡，就有潛在的懷孕機會，尤其是月經已經延期時更要小心；即使患者已經確診為不孕症，仍有可能意外懷孕，簡單的尿液懷孕測試即可確認。在無法完全排除懷孕的可能性時，須避免使用任何可能致畸胎的藥物，症狀治療首選懷孕風險分類B級的diphenhydramine或promethazine等抗組織胺，以及同為懷孕風險分類B級的metoclopramide止吐劑，其次才考慮懷孕風險分類C級之prochlorperazine止吐劑及diphenidol止暈劑；至於抗組織胺betahistine尚未有足夠資料進行分類，除非尿液懷孕測試已排除懷孕，否則最好不要使用。如果合併偏頭痛性頭痛，症狀治療首選懷孕風險分類B級之acetaminophen、diclofenac、ibuprofen、naproxen和meperidine等止痛劑，其次才是分類C級之aspirin、indomethacin、mefenamic acid、codeine、morphine、tramadol和triptan類等止痛劑，除非尿液懷孕測試已排除懷孕，否則避免使用懷孕風險分類X級的ergotamine或dihydroergotamine[3]，況且ergotamine還會增加自發性流產的機會[9]。需注意的是，diclofenac、ibuprofen、naproxen、aspirin、indomethacin、mefenamic acid等藥物在第3孕程使用時，懷孕風險分類會升為D級，而meperidine在長期使用或是胎兒足月時高劑量使用，懷孕風險分類也一樣會升為D級。

如果患者正值哺乳時，一樣也是儘量不給予藥物，除非症狀嚴重非得用藥時，可考慮分泌入乳汁極少的藥物，包括acetaminophen、diclofenac、ibuprofen和sumatriptan等止痛劑，metoclopramide和prochlorperazine等止吐劑，以及promethazine和cyclizine等抗組織胺，但不可使用ergotamine或dihydroergotamine[3]。

參考文獻

1.Lempert T: Vestibular migraine. Semin Neurol 2013; 33: 212-8.

2.Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): *The International Classification of Headache Disorders*. *3rd ed (beta version)*. Cephalalgia 2013; 33: 629-808.

3.MacGregor EA: Migraine in pregnancy and lactation. Neurol Sci 2014; 35: 61-4.

4.Frederick IO, Qiu C, Enquobahrie DA, et al: Lifetime prevalence and correlates of migraine among women in a pacific northwest pregnancy cohort study. Headache 2014; 54: 675-85.

5.Schmidt PM, Flores Fda T, Rossi AG, Silveira AF: Hearing and vestibular complaints during pregnancy. Braz J Otorhinolaryngol 2010; 76: 29-33.

6.鄭博文、楊怡和：懷孕與眩暈。中耳醫誌 1998；33：319-22。

7.Coronado PJ, Fasero M, Álvarez-Sánchez Á, Rey E: Prevalence and persistence of nausea and vomiting along the pregnancy. Rev Esp Enferm Dig 2014; 106: 318-24.

8.Sheehan P: Hyperemesis gravidarum--assessment and management. Aust Fam Physician 2007; 36: 698-701.

9.Banhidy F, Acs N, Puho E, Czeizel AE: Ergotamine treatment during pregnancy and a higher rate of low birthweight and preterm birth. Br J Clin Pharmacol 2007; 64: 510-6.

[Case Report]

Vertigo in a Woman with Unexpected Pregnancy

Jiann-Jy Chen[1], Dem-Lion Chen[2] and Hsin-Feng Chang[3,4]

A 37-year-old married woman had suffered migraine without aura during the period from 18 and 25 years old. The first vertiginous episode occurred when she was 29, accompanied with nausea, vomiting, photophobia and phonophobia. At 30, she was diagnosed with sterility. At 32, the same vertiginous episode recurred and was conservatively treated with several anti-vertigo and anti-emetic medications. Because of missed menstrual periods, she received a pregnancy test and the result was positive. After 10 months, she bore a healthy baby girl. However, 8 months after the delivery, the same vertiginous episode recurred, but she took no medication due to lactation. Over the following 4 years, the same vertiginous episode recurred 5 times. Eventually, she was diagnosed with vestibular migraine. Therefore, pregnancy is possible in a vertiginous woman of childbearing age even if she has been diagnosed with sterility. Any medication with teratogenic risk should be avoided if pregnancy cannot be completely excluded. Antihistamine diphenhydramine (FDA class B) or promethazine (FDA class B), or antiemetics metoclopramide (FDA class B), should be considered first, followed by FDA class C antiemetics prochlorperazine or diphenidol. Antihistamine betahistine, however, should be avoided as there have not been enough data for FDA classification.

(Taiwan J Fam Med 2014; 24: 148-152) *DOI: 10.3966/168232812014092403005*

Key Words: FDA class, pregnancy test, sterility, vertigo, vestibular migraine

[1]Department of Neurology, Neuro-Medical Scientific Center, Buddhist Tzu Chi General Hospital, Taichung Branch, Taichung; [2]G-Home Clinic for Otorhinolaryngology and Neurology, Kaohsiung; [3]Department of Medical Education, China Medical University Hospital, Taichung; [4]Faculty of Chinese Medicine, Chinese Medical College, China Medical University, Taichung, Taiwan.

Received: November 27, 2014; Revised: March 27, 2015; Accepted: April 4, 2015.