



頭痛如何鑑別診斷

何幸穎¹ 賴世偉² 林璨³

前言

頭痛是基層醫師常遇見的問題，幾乎每個成年人在一生中或多或少都有過頭痛的經驗，據統計在台灣慢性頭痛盛行率約有3.2%，而慢性頭痛的病例中，90%是屬於偏頭痛或緊張型頭痛。頭痛之確立診斷首重病史，在詢問病人時，可以L.Q.Q.O.P.E.R.A.方法來獲得資訊。就頭痛的部位(Location)，性質(Quality)，量(Quantity)，發作情形(Onset mode)，誘發因子(Precipitating factor)，惡化因子(Exaggerating factor)，緩解因子(Relieving factor)，及伴隨症狀(Accompanying symptoms)，加上家族史、個人病史、藥物史及心理社會史，大部分頭痛是可以透過詳盡的病史詢問得到診斷。

病史詢問

可以開放性問句詢問病人頭痛的狀況，再以封閉性的問法得到所要的資料。

(一)頭痛的部位(Location)

1 國源診所主治醫師

2 中國醫藥大學附設醫院家庭醫學科主治醫師

3 中國醫藥大學附設醫院預防醫學中心副院長

關鍵字：focal neurologic sign, migraine, subarachnoid hemorrhage, tension-type headache

1.單側頭痛：

偏頭痛(Migraine，也可能雙側頭痛)，叢發性頭痛(Cluster headache，通常在臉部上方，眼眶周圍，以眼窩為中心及太陽穴附近)，顳動脈炎(Temporal arteritis，單側顳部)，三叉神經痛(Trigeminal neuralgia，通常在臉部下方便，即第五對腦神經下頷分支附近)。

2.雙側頭痛：

緊張型頭痛(Tension-type headache，整個頭部)，蜘蛛腦膜下腔出血(Subarachnoid hemorrhage，疼痛是涵蓋整個腦部，沿著顳頂一直到枕部，甚至到頸部)，腦膜炎(Meningitis，整個頭部及頸部都涵蓋)。

3.特定部位：

鼻竇炎(Sinusitis，前額，或眼後區域)，顳下顎關節症候群(Temporomandibular joint syndrome，顳下顎關節處)，急性青光眼(Acute glaucoma，眼睛或眼後區域)。

(二)頭痛的性質(Quality)

1.搏動性：偏頭痛。

2.鈍痛，緊縮、壓迫或頭重感：

緊張型頭痛(病人可能形容緊緊的感



覺，像帶子綁在頭上或脹痛感)。

3. 尖銳，針刺感：

叢發性頭痛(病人可能形容像燒紅的鐵鉗刺進眼睛或如刀割，鑽孔般的劇烈疼痛)，三叉神經痛(病人可能形容像針刺、刀割、火灼、或像被電到的劇烈疼痛)。

4. 爆炸性頭痛：

蜘蛛網膜下腔出血(突發性的劇烈頭痛，感覺頭部好像要爆炸似的，病人可能會形容是有生以來最厲害的一次頭痛)，腦膜炎。

(三) 頭痛的量(Quantity)

包括頻率(Frequency)及持續時間(Duration)。

頻率：

1. 陣發性，不規律：偏頭痛(每個月常發作好幾次)，三叉神經痛(常每天發作數次)。
2. 陣發性，規律：叢發性頭痛(在某一段時期裡每天在固定時間發作，持續幾個星期或幾個月，然後突然停止發作，完全緩解一段時間，如此交替進行)。
3. 持續性：慢性頭痛(幾乎每天發作)，顱內壓上升(Increased intracranial pressure)，顱動脈炎。

持續時間：

1. 幾天：緊張型頭痛，顱內壓上升。
2. 幾個小時：偏頭痛(Migraine，約4-72小時)，叢發性頭痛(約15分鐘-3小時)。

3. 幾分鐘/幾秒鐘：三叉神經痛。

(四) 發作情形(Onset mode)

包括發作快慢及好發時刻。

發作快慢：

1. 慢性：慢性頭痛。
2. 急性：急性青光眼，偏頭痛，叢發性頭痛，三叉神經痛
3. 突然發作：蜘蛛網膜下腔出血，顱內出血(Intracerebral hemorrhage)。

好發時刻：

1. 清晨：顱內壓上升(清晨睡起之時)，偏頭痛。
2. 下午、傍晚：緊張型頭痛(通常在下午、傍晚加重)。
3. 半夜：叢發性頭痛(經常在夜間或清晨發作，病人常在半夜睡眠中痛醒過來)。

(五) 誘發因子(Precipitating factor)

1. 因壓力而誘發：

偏頭痛(可因壓力，疲倦，月經而誘發)，緊張型頭痛(可因壓力，情緒，疲倦而誘發)。

2. 因特定食物或藥物而誘發：

偏頭痛(可因特定食物含tyramine者如乳酪、巧克力、酒精、藥物而誘發)，叢發性頭痛(可因酒精，nitroglycerin誘發)，藥物或物質引起的頭痛(如nitroglycerin，避孕藥等易引起頭痛，甚至濫用止痛藥、咖啡因或酒精皆可能與頭痛有關，及一氧化碳中毒，味精也可能會引起頭痛)。



3. 可因咀嚼，碰觸牙齒，嘴唇，臉頰而誘發：

三叉神經痛(可找到誘發區「Trigger zone」，咀嚼食物，臉部的運動，刷牙，上妝，洗臉，刮鬍子，甚至臉吹到冷風時誘發)。

(六) 惡化因子(Exaggerating factor)

1. 因壓力，情緒，疲倦而加重：

緊張型頭痛，偏頭痛。

2. 因姿勢改變或用力而加重：

顱內壓上升(因咳嗽、彎腰、解便而加重)，鼻竇炎(因彎腰而加重)。

3. 因運動，噪音，亮光會加劇：

偏頭痛(可因運動，噪音，亮光會加劇)，緊張型頭痛(噪音會加劇)。

4. 因咀嚼而加重：

三叉神經痛，顱下顎關節症候群，顱動脈炎。

(七) 緩解因子(Relieving factor)

1. 姿勢改變可緩解：

顱內壓上升(頭痛多見於清晨睡起之時，頭抬高坐起或下床走動可緩解)。

2. 用氧氣可緩解：

叢發性頭痛(用100%純氧可緩解)。

3. 睡覺或休息可緩解：

偏頭痛，緊張型頭痛。

(八) 伴隨症狀(Accompanying symptoms)

1. 視覺改變：

典型性偏頭痛(Classic migraine，在

頭痛前幾分鐘會有預兆，如visual aura，包括眼睛會出現閃光「Scotomata」，視覺現象，如物體大小改變，扭曲變形，或視力模糊)，急性青光眼(直視燈光，會見到彩虹似的光圈「Halo」，眼睛前方會有如霧一般的模糊，甚至失明)，顱動脈炎(常是單一眼視力模糊，複視，看到閃光，暫時性黑朦，甚至失明)，中風(Stroke)及器質性腦部疾病(Organic brain disease)，如腦瘤(視力模糊，複視，視野缺損)。

2. 流淚，紅眼：

急性青光眼，叢發性頭痛(通常發生在單一眼)。

3. 鼻塞，流鼻水：

叢發性頭痛(同側流鼻水)，鼻竇炎(膿稠鼻涕)。

4. 噁心，嘔吐：

偏頭痛，腦膜炎，蜘蛛網膜下腔出血及顱內壓上升(常是噴射性嘔吐「Projectile vomiting」)。

5. 怕光，怕吵：

偏頭痛(怕光，怕吵)，腦膜炎(怕光)，蜘蛛網膜下腔出血(怕光)，急性青光眼(怕光)。

6. 頸部僵硬：

腦膜炎，蜘蛛網膜下腔出血。

7. 伴隨著癲癇發作：

腦膜炎，器質性腦部疾病。

8. 伴隨局部神經症狀(Focal neurologic symptoms如偏癱「hemiparesis」，構音困



難「dysarthria」，吞嚥困難「dysphasia」，及大小便失禁「incontinence」等)或意識改變：

中風，顱內壓上升，器質性腦部疾病，腦膜炎，蜘蛛網膜下腔出血。

9. 伴隨發燒，畏寒：

腦膜炎，其他感染如上呼吸道感染引起的頭痛。

10. 伴隨情緒障礙：

緊張型頭痛(經常伴隨焦慮，憂鬱或心理壓力)，憂鬱症(憂鬱情緒，睡眠障礙，食慾與體重變化，失去興趣或快樂感，活力減低，注意力與記憶力減低，罪惡感或無用感，精神運動遲滯或激動及有自殺意念或行為)。

11. 伴隨臉部症狀：

三叉神經痛(臉部抽搐)，顱動脈炎(下頷無力疼痛，當咀嚼或說話時會感到疼痛，即下頷偏跛「Jaw claudication」)。

12. 伴隨齦齒、牙齦感染：牙痛。

13. 伴隨全身性的問題：

顱動脈炎(這是一種全身性的疾病，可能會伴隨體重減輕，疲勞，關節痛，全身肌肉酸痛，有些人會有風濕性肌痛「Polymyalgia rheumatica」)。

(七)家族史：偏頭痛(常有家族遺傳傾向)。

(八)性別：

叢發性頭痛是男性比女性常見，而緊張型頭痛，偏頭痛，及三叉神經痛則是女性比男性常見。

理學檢查

- 發燒：腦膜炎，急性鼻竇炎，其他感染如上呼吸道感染引起的頭痛。
- 顱內壓上升表徵(包括血壓上升，視乳突水腫「Papilledema」，脈搏變慢以及意識障礙)：顱內壓上升。
- 血壓上升：顱內壓上升，中風，高血壓。
- 意識障礙：腦膜炎，蜘蛛網膜下腔出血，中風，器質性腦部疾病(可能會有性格改變)。
- 臉部及頭頸部壓痛：顱動脈炎(單一顱側顱動脈處壓痛，摸起來硬硬的，且明顯鼓起，脈搏比健側減弱)，鼻竇炎(受影響的副鼻竇處壓痛)，顱下顎關節症候群(顱下顎關節處壓痛及滴答聲響和嚼肌的壓痛)，三叉神經痛(可因觸摸臉部誘發頭痛)，緊張型頭痛(觸摸頭頸部肌肉有局部變硬或壓痛及觸摸頭皮壓痛)，頭部外傷(Head injury，局部壓痛)。
- 眼睛變化：叢發性頭痛(單側瞳孔縮小，眼皮下垂、水腫，結膜紅腫)，急性青光眼(結膜紅腫，角膜水腫，混濁，瞳孔固定，視野變窄，眼壓升高)。
- 透照法(Transillumination)不正常：鼻竇炎。
- 腦膜刺激表徵(Meningismus，如Kernig's and Brudzinski's signs)：腦膜炎，蜘蛛網膜下腔出血。



9. 局部神經缺損表徵(Focal neurologic signs, 如Babinski's sign, 顱神經麻痺, 肌無力及肌腱反射增加, 感覺缺損, 小腦功能缺損, 步態不穩, 視野缺損等): 中風, 顱內壓上升, 器質性腦部疾病。

實驗室檢查

1. CBC, CRP: 升高懷疑可能有感染, 如腦膜炎。
2. ESR: 升高懷疑可能有顱動脈炎。
3. 腰椎穿刺(Lumbar puncture): 懷疑有腦膜炎, 蜘蛛網膜下腔出血。
4. 顱動脈的血管切片(Temporal arteries biopsy): 懷疑可能有顱動脈炎。

影像學檢查

1. 腦部電腦斷層攝影檢查(Brain computed tomography, brain CT), 腦部核磁共振攝影檢查(Brain magnetic resonance image, brain MRI): 懷疑有器質性腦部疾病, 蜘蛛網膜下腔出血, 顱內出血, 可以安排此項檢查。
2. 腦電波圖(Electroencephalography, EEG): 懷疑有癲癇, 可以安排此項檢查。

危險性頭痛

大多數頭痛是屬於良性疾病, 但仍有少數原因造成的頭痛會有生命危險, 所以應詳細鑑別診斷, 如病人有以下症狀及表徵, 要特別小心。

1. 頭痛會因咳嗽或用力解便或彎腰而加劇: 懷疑有器質性腦部疾病, 可安排brain CT或brain MRI檢查。
2. 伴隨著噴射性嘔吐或沒有噁心, 突然的嘔吐: 懷疑有器質性腦部疾病, 可安排brain CT或brain MRI檢查。
3. 頭痛伴隨以下的症狀: 如發燒, 意識變化, 頸部僵硬等: 懷疑有腦膜炎, 可安排腰椎穿刺。如伴隨癲癇發作, 意識變化: 懷疑有癲癇, 可安排EEG。如伴隨視力喪失: 懷疑有顱動脈炎, 可檢查ESR, 安排顱動脈的血管切片。懷疑有青光眼, 可檢查眼壓。懷疑有中風, 可安排brain CT或brain MRI檢查。如有局部神經症狀: 懷疑有器質性腦部疾病, 可安排brain CT或brain MRI檢查。
4. 任何突發性嚴重的頭痛: 懷疑有蜘蛛網膜下腔出血, 可安排腰椎穿刺, brain CT或brain MRI檢查。
5. 半夜突然痛醒, 早晨醒來的頭痛: 懷疑有器質性腦部疾病, 可安排brain CT或brain MRI檢查。
6. 年紀大才發生頭痛, 如五十歲之後才發生的頭痛。或以前不頭痛, 現在突然發生的頭痛: 懷疑有器質性腦部疾病, 可安排brain CT或brain MRI檢查。
7. 運動時才發生的頭痛: 懷疑有器質性腦部疾病, 可安排brain CT或brain MRI檢查。
8. 原有之頭痛型態改變, 即發作頻繁或



嚴重度持續增加：懷疑有器質性腦部疾病，可安排brain CT或brain MRI檢查。

9. 頭部外傷之後仍然嚴重頭痛：懷疑有顱內出血，可安排brain CT或brain MRI檢查。
10. 眼底出現視乳頭水腫或瞳孔不等大：懷疑有器質性腦部疾病，可安排brain CT或brain MRI檢查。
11. 神經學檢查異常：懷疑有器質性腦部疾病，中風，可安排brain CT或brain MRI檢查。
12. 癌症病人的頭痛：懷疑有腦部腫瘤轉移，可安排brain CT或brain MRI檢查。
13. 愛滋病人的頭痛：懷疑有腦部感染，可安排腰椎穿刺，brain CT或brain MRI檢查。

結論

頭痛的病因從良性的緊張型頭痛到致命的蜘蛛網膜下腔出血都有可能，家庭醫師面對一個頭痛的病人，如可以做完整

的病史詢問再加上理學檢查及適當的影像學檢查，大部分的頭痛是可以鑑別診斷出來的。

參考資料

1. 賴世偉、賴明美、黃金財：頭痛病人的評估。基層醫學 1999；14：120-2。
2. 賴宜豪、喻小珠：慢性頭痛病人的評估。基層醫學 1997；12：82-7。
3. 陳獻宗：頭痛的診斷與治療。當代醫學 2000；27：7-13。
4. 吳茲皓、黃瑞雄：頭痛的鑑別診斷和處置。當代醫學。1998；25：54-6。
5. 陳進明：頭痛病患的處理。台北市醫師公會會刊 2003；47：52-9。
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(suppl):1-160.
7. Clinch CR: Evaluation of acute headaches in adults. Am Fam Physician 2001;63:685-92.
8. Chung MK, Kraybill DE: Headache: a marker of depression. J Fam Pract 1990;31:360-4.
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington,DC, 1994:320-7.