

## 老年人的頭痛

楊鈞百<sup>1,2</sup> 王署君<sup>3,4</sup>

### 摘 要

原發性頭痛通常發生在50歲以前，而發生於50歲以後的頭痛，次發性頭痛發生機率增加，比例可高達1/3。詳細的病史詢問和身體檢查，對老年頭痛的診斷相當重要，宜先排除潛在的疾病。原發性頭痛中，睡眠頭痛、短暫單側神經痛性頭痛發作合併結膜充血及流淚、三叉神經痛和帶狀疱疹後疼痛常會在50歲以後發生。老年人常常因為其他疾病服用藥物，藥物引起的頭痛也要列入考慮。治療老年頭痛，藥物需由較低劑量用起，且增加劑量也應較慢，也同時需注意藥物副作用與藥物間的交互作用。選擇藥物時需要注意病患本身的其他疾病狀況或副作用。慢性每日頭痛於老年人並不少見，藥物過度使用和憂鬱症狀是危險因子。總之，老年頭痛並不罕見，宜小心謹慎的診斷和處理。

(台灣老年醫學暨老年學雜誌 2008；3(3)：155-168)

**關鍵詞：** 老年人、原發性頭痛、次發性頭痛、憂鬱症、自殺

---

<sup>1</sup> 台中光田醫院神經內科、<sup>2</sup> 中國醫藥大學中醫學院中西醫結合所、<sup>3</sup> 台北榮總神經醫學中心神經內科、

<sup>4</sup> 陽明大學醫學院醫學系神經學科

通訊作者：王署君

通訊處：台北市北投區石牌路二段 201 號 台北榮總神經醫學中心 神經內科

E-mail: sjwang@vghtpe.gov.tw

## 前言

頭痛在老年人是一個常見的問題，根據西方的統計，大於65歲以上的老人，平均一年頭痛的盛行率可達51% [1]，而根據台北榮總在金門做的調查發現，老年人一年的頭痛盛行率是38%[2]，所以在老年醫學的領域裡，我們應該重視老年頭痛這個議題。比較值得注意的是隨著年齡增加，有些頭痛好發於老年人身上，而某些常見形式的頭痛則會相對減少，或以某種形式繼續存在；但對老年人而言，最重要的是次發性頭痛的機率會增加[3]。這些頭痛如果沒有找出原因對症下藥，不僅頭痛不易治癒，更可能有生命危險，不可等閒視之。另外老年人常因其他疾病而需服用多種藥物，頭痛也可能是來自其他藥物的副作用；此外，老年人新陳代謝減慢，對於頭痛藥物的選擇，必須做更謹慎的考量，才能

預防不良反應的發生。以上這些情況使得老年人的頭痛有別於其他年齡層，也使老年頭痛的治療變得比較複雜。

## 頭痛分類

國際目前最常用的頭痛分類是採用國際頭痛學會於2004年公佈的國際頭痛疾患分類第二版(International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> edition, ICHD-II) [4]，此版本將頭痛分成14項：第1到第4項稱為原發性頭痛(primary headaches)，是依據他們的跡象和症狀區分；第5到12項稱為次發性頭痛(secondary headaches)，是根據他們的不同病因區分；第13和第14項包含和神經有關的神經痛(neuralgias)、顏面疼痛、及與前兩者無關的罕見頭痛。台灣頭痛學會已將它翻譯成中文版[5]。其分類如表1所示。

表1 國際頭痛疾患分類 第二版

---

一、原發性頭痛
1. 偏頭痛
2. 緊縮型頭痛
3. 叢發性頭痛與其他三叉自律神經頭痛
4. 其他原發性頭痛
二、次發性頭痛
5. 歸因於頭部及頸部外傷之頭痛
6. 歸因於顱部或頸部血管疾患之頭痛
7. 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛
8. 歸因於物質或物質戒斷之頭痛
9. 歸因於感染之頭痛
10. 歸因於體內恆定疾患之頭痛
11. 歸因於頭顱、頸、眼、耳、鼻、鼻竇、牙、口或其他面部或顱部結構疾患之頭痛或顏面痛
12. 歸因於精神疾患之頭痛
三、顱神經痛、中樞和原發性顏面痛和其他頭痛
13. 顱神經痛和中樞性顏面痛
14. 其他頭痛、顱部神經痛、中樞或原發性顏面痛

---

## 1. 老年人的原發性頭痛

在頭痛醫學上，50歲是一個重要的年齡分界，因為大部分原發性頭痛都發生在50歲以前，例如偏頭痛通常於青少年到20歲左右開始發作，叢發性頭痛大概發生在20、30歲左右，緊縮型頭痛則可發生在任何年紀[6]。所以當一個從來沒有頭痛的人，在50歲以後才首次發生頭痛；或者頭痛型態跟以前不一樣，都應該警覺頭痛也許是身體某些疾病所造成者，也就是所謂的次發性頭痛。以下我們針對比較重要的原發性頭痛做討論。

### 偏頭痛

老年人偏頭痛的盛行率約3-11% [2,7]。一般而言，到了50歲還沒有出現偏頭痛，日後發生偏頭痛的機率非常低，約不到3%的人在50歲以後才開始出現偏頭痛[8,9]。雖然偏頭痛是門診最常見的頭痛類型，對50歲以前從來沒有頭痛的老年人，要下這個診斷時要特別的小心。此外老年人與年輕人的偏頭痛有些許不同。在性別方面，隨著年紀的增長，男女的比例由年輕人的1:3變成1:2 [9]。在症狀方面，年老的另一個好處是由偏頭痛引起的失能、噁心等偏頭痛相關症狀相對較輕，雖然偏頭痛的預兆和一些不是伴隨頭痛出現的症狀會隨著年紀而更常出現[10]。有趣的是，有些人年輕時頭痛前會出現預兆，到了老的時候預兆雖然繼續存在，但頭痛卻沒有跟著出現，Fisher將此稱為晚年偏頭痛伴隨症狀(late-

life migraine accompaniments)[11]。國際頭痛疾患分類第二版將此稱作不伴隨頭痛之典型預兆(typical aura without headache)，在這種情況之下，可能會被診斷為暫時性腦缺血(transient ischemic attack, TIA)。其鑑別診斷如表2所示[12]。

在偏頭痛止痛用藥方面，老年人常有心血管、腦血管或周邊血管的疾病，所以在服用麥角胺(ergots，如 ergotamine)、或是翠普登(triptan)類的藥物是禁忌 [13,14]，而使用一般的NSAID也要注意腸胃及腎功能惡化的問題。在偏頭痛預防用藥方面，使用三環抗憂鬱藥物(tricyclic antidepressants, TCA)作為頭痛預防治療用藥，需特別注意像青光眼、視力模糊、嗜睡、尿滯留等副作用；使用乙型阻斷劑( $\beta$ -blockers)類的藥物也要避免使用在氣喘、慢性阻塞性肺病、心跳緩慢的老年人身上；選用鈣離子阻斷劑如flunarizine來當頭痛預防用藥，要特別注意老年人出現帕金森氏症候群及可能出現或加重憂鬱症的症狀；當使用一些抗癲癇藥物如topiramate作為預防頭痛藥物時，要注意老年人的認知功能是否受到影響，也應留意腎結石的可能性，而要鼓勵老年人多喝水；使用valproate則要注意肝功能變差、血氨上昇、手抖、體重增加及嗜睡等副作用[15]。

### 緊縮型頭痛

老年人緊縮型頭痛盛行率約在35-44.5%，也是女性比男性多，有研究指出這種頭痛是老年人最常見的頭痛[16,17]

表2 偏頭痛預兆與暫時性腦缺血的鑑別診斷

症狀	偏頭痛預兆	暫時性腦缺血
視覺	視覺預兆是偏頭痛最常見的預兆，以正向症狀為主如閃爍光，光點與線，之後出現暗點(scotoma)，視覺症狀會移動且逐漸擴大，從單側視野開始，之後可能兩側視野均有，維持時間較久，約15~60分鐘，較少有複視現象發生	以負向症狀為主，單側視野模糊不清，不會移動或跨過另一視野，快速出現且維持時間較短，約1-10分鐘，可能有複視現象產生
感覺	感覺預兆是偏頭痛其次常見的預兆，也是以正向症狀為主如針刺般的感覺異常，通常5-20分鐘內逐漸產生，慢慢由一點逐漸擴及一側身體及臉部之部分或全部，持續時間不超過60分鐘	以負向症狀為主，如麻木感，或對痛覺刺激低下，快速出現且維持時間較短，約1-10分鐘
言語	言語障礙是較少見之預兆症狀，通常是失語性(aphasia)，但時常難以分類	言語障礙常發生在暫時性腦缺血病人身上，可以是失語性(aphasia)或者是口齒不清(dysarthria)症狀快速出現且維持時間較短，約1-10分鐘
其他特點	發生的年紀較輕，常有家族史，不同的預兆可相繼出現，且逐漸發生，混合了正向與負向特徵及完全可逆性，且無預兆偏頭痛特徵的頭痛常在預兆症狀後發生	發生的年紀較大，不同的症狀常會一起出現，且忽然發作，之後伴隨無預兆偏頭痛特徵的頭痛情況較少

。和偏頭痛一樣，隨著年紀的增長，緊縮型頭痛會減少，但不像偏頭痛減少的那麼多。很多老年人緊縮型頭痛是年輕時候就有，但50歲以後首次發生緊縮型頭痛約佔10%[18]，而且可能是憂鬱症的一種身體表現[19]；當伴隨憂鬱症的緊縮型頭痛，三環抗憂鬱藥物是很好的選擇，但如前所述，用在老年人身上要特別小心。此外，在老人身上要特別排除其他器官老化所導致頭痛的發生，如老年人可能因頸關節退化，或因視力不佳導致眼睛需較用力，或因假牙裝置不良而產生顫顎關節疾患，這些都會導致老年人出現類似緊縮型頭痛而需特別留意。

### 叢發性頭痛

這是一種伴隨自主神經症狀且相當疼痛的單側頭痛，常發生於20到30歲且好發於男性，病患常常於春秋季節變換時發作，且發作幾星期之後就自動停止。大部份的人會隨著年紀的增長而不再發作，但少數的人過了50歲以後仍可能發作，甚至發展出較慢性的疾病型態。雖然罕見，叢發性頭痛也可能首次發生在老年人[20]。在頭痛發作時，翠普登類可能是口服藥物當中最有效的，但要用在老年人要先排除高血壓控制不佳和冠狀動脈病變（心絞痛）的情況。另外，吸入高流量100%的純氧也是治療叢發性頭痛急性治療的另一項安全的選擇。在預防用藥方面，對於老年人verapamil是相對比較安全的，但是需定期做心電圖

追蹤。此外像鋰鹽 (lithium)則需注意噁心、嘔吐及心臟、腎臟毒性。

### 其他老年人的原發性頭痛

有些頭痛好發於老人。在原發性頭痛中，以睡眠頭痛(hypnic headache)及短暫單側神經痛性頭痛發作合併結膜充血及流淚(short lasting unilateral, neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing, SUNCT)通常在50歲以後發生最特別。

### 睡眠頭痛 (Hypnic headache)

睡眠頭痛是一種少見的和睡眠有關的頭痛，頭痛可以發生在快速動眼期(REM)，或者是非快速動眼期(NREM)睡眠亦可能發生[21]。目前只知道這種睡眠頭痛好發於老年人，但真正的機轉仍不明。第一次發作多在50歲以後，從睡眠中因頭痛醒過來，而且只在睡眠中發作，通常頭痛的程度是輕到中度的兩側性鈍痛，痛醒後至少持續15分鐘以上，有時會像偏頭痛一樣伴隨噁心感，但不會有流淚、流鼻水等自主神經症狀，這可和叢發性頭痛區分。此外，偏頭痛與叢發性頭痛雖然也可能使人從睡夢中醒過來，但不會只發生在夜間；這和睡眠頭痛只發生在睡眠迥然不同。大部分的病患其頭痛的頻率都相當頻繁，其中不乏每夜都痛醒者。在做出睡眠頭痛的診斷前，通常需先將次發性頭痛中會造成夜間頭痛的原因排除，如腦瘤、顱動脈

炎、硬腦膜下血腫、睡眠中止症候群或睡前服用可能會導致頭痛的藥物[22]。有趣的是，睡前一小杯咖啡可以減少睡眠頭痛發生。治療無效的病人中，預防療法可以嘗試使用鋰鹽、褪黑激素，或者indomethacin（一種非固醇類抑炎藥物）等單一藥物或不同的藥物組合來預防頭痛。目前雖然並無定論何種藥物的組合最有效，但是以鋰鹽治療最普遍[21]。

### 短暫單側神經痛性頭痛發作合併結膜充血及流淚 (SUNCT)

SUNCT是一種非常少見的短暫(每次5-240秒)、單側、非常頻繁(每日3-200次)的神經痛性頭痛發作，且伴隨膜充血及流淚。它是屬於三叉自律神經頭痛(trigeminal autonomic cephalalgias)的一種，以男性為主，中到重度的刺痛或搏動性疼痛，必須和老年人常發生的三叉神經痛(見後述)及原發性刺戳性頭痛(primary stabbing headache)做區別。SUNCT和三叉神經痛不同的是，其疼痛一定是在三叉神經的第1分支，而三叉神經痛較常發生於第2或第3分支，且大部分病人對carbamazepine有效而SUNCT對carbamazepine無效，但對某些抗癲癇藥物如lamotrigine或gabapentin可能有效[23]。

然而，「原發性刺戳性頭痛」的臨床特徵就是短暫的、尖銳、而嚴重的頭部刺痛，可分為單一發作(一次只刺痛一下)或多發性發作(一次發作就刺痛好幾下)。單一刺戳痛通常一次發作時間小於

三秒鐘，發作的頻率也很不一定，有些人很久才1次，有些人1天可以痛很多次。傳統上多認為這種頭痛多是發生在三叉神經的第1分支，即眼窩、顱部及頂部，但不少人注意到頭部非三叉神經位置如後腦部位也很好發，顏面部、頸部甚至身體其他部位也都曾被報告過刺戳痛發生。原發性刺戳性頭痛女性較多，且於偏頭痛病患特別常發生，對indomethacin十分有效，這有別於SUNCT以男性為主，且對indomethacin無效[24]。

## 2. 老年人的次發性頭痛

很多民眾若因頭痛來就診，許多人都是怕自己的腦部長瘤或有其他病變。所幸在兒童和年輕成人中，原發性頭痛佔所有頭痛90%以上，但對於50歲以上的人，次發性頭痛比率則增加到1/3左右[6]。在此我們提供頭痛的重要警訊，以供臨床醫師能謹慎考慮次發性頭痛的可能性(

表3 頭痛警訊

---

任何突然發生的頭痛，特別是50歲以後第一次發生的頭痛
以前有頭痛，但現在型態改變如爆發性頭痛
有抽搐的頭痛
發燒的頭痛
伴隨昏迷或意識不清的頭痛
頭部外傷的頭痛
咳嗽用力或彎腰會加重的頭痛
頭痛導致半夜醒來
頭痛合併頸部僵硬

---

表3)。只要找出原因，對症下藥，老年頭痛有很多是可被有效治療的。以下我們針對比較重要的次發性頭痛做討論。

### 歸因於顱部或頸部血管疾患的頭痛

腦血管疾病引起頭痛表現通常是急性的，臨床上或多或少會伴有局部神經學徵候或症狀。因腦血管疾患引起的頭痛會因不同的疾患而有不同的表現[25]；有時頭痛是這些疾病最起始的警訊，如大腦靜脈栓塞、頸動脈剝離、顱動脈炎，病人一開始可能只出現頭痛，之後才出現該疾患的其他表現；有時頭痛是最明顯的症狀如蜘蛛膜下腔出血，其頭痛常被比喻做雷擊頭痛 (thunderclap headache)，即突然發生劇烈頭痛，如晴天霹靂；但在某些情況如缺血性或出血性腦中風，頭痛常常因為局部神經學徵候或意識障礙，加上頭痛常常迅速緩解，而使頭痛容易被忽略。以上這些血管性疾病可能發生在之前就有原發性頭痛的老年人；所以，年過50歲，一旦出現新的頭痛或平常的頭痛模式出現變化，加上有潛在性血管性的危險因子，就該緊急檢視是否有血管性疾患。

### 歸因於非血管性顱內疾患之頭痛

隨者年紀的增長，一些顱內的疾患如原發性或轉移性腦瘤等比例便會增加。而這些頭痛的發生可能是以非常緩慢或沒有特別的形式出現，一開始也不見得伴隨神經學徵候或症狀，雖然這些疾患

是引起老年頭痛相當少見的原因，但忽略了任何一種，都可能危及生命安全。顱內壓增高是這些疾病造成頭痛的主要原因之一，特點為頭痛常使病人在夜間或清晨痛醒，這可能與平臥時腦血流量增加、呼吸緩慢、二氧化碳累積，使血管擴張、腦壓增高有關。咳嗽、打噴嚏、大用力均可誘發頭痛或使頭痛加重。常伴隨噴射性嘔吐，這種嘔吐與進食無關，多在清晨空腹或頭痛劇烈時出現。眼底檢查可見視神經乳頭水腫。

很多人以為，只有腦壓太高才會引起頭痛；殊不知腦壓過低，也會引起頭痛。一般醫師熟悉的腦壓過低，大部分是病人為了脊椎麻醉或抽取腦脊髓液而接受脊髓穿刺，導致腦膜上有破洞；通常破洞會自行癒合，但有些病人癒合的比較差，以致有腦脊髓液外漏造成腦壓過低的現象。近幾十年來發現，有些人沒有接受過脊髓穿刺，就發生腦脊髓液外漏的現象，這種病況稱為「自發性顱內低壓」(spontaneous intracranial hypotension, SIH)，如今研究發現，頭痛的產生與低腦脊髓液容量(CSF hypovolemia)有關，而非低腦壓(low CSF pressure) [26]。自發性顱內低壓最主要症狀是「姿態性頭痛」，病人由躺著的姿勢變成坐著或站立的時候會使頭痛加劇，若躺下則症狀明顯改善或消失。主要的致病機轉是由於腦脊髓液滲漏，使得大腦下沉導致腦膜及中樞神經系統受到壓迫與牽扯；腦部磁共振造影(MRI)配合顯影劑注射可見到瀰漫性硬腦膜顯影(pachymeningeal enhancement)是診斷自

發性低顱內壓的典型特徵 [27]。

### 歸因於頭部及頸部外傷之頭痛

肇因於頭部外傷的頭痛經常伴有其他的症狀，如頭暈、注意力不集中、神經質、人格改變和失眠。此症狀群亦屬於創傷後壓力性疾患(post-traumatic stress disorder, PTSD)，頭痛又是其中最明顯的症狀之一，且可能以不同類型的頭痛表現。超過80%的病人以類似緊縮型頭痛表現，在某些病例中可能會引發典型預兆或無預兆偏頭痛[28]。有一種情況要特別小心，乃是老年人跌倒後出現的頭痛。老年人摔倒之後，家人、甚至醫生都常常只專注於骨折的診治，而忽略了頭痛的症狀。實際上，老年人跌倒造成的腦出血，並不少見。隨著年齡增加，血管會變脆弱，因此跌倒，甚至只是咳嗽或打噴嚏就可能造成血管破裂，引起硬腦膜下血腫而引起頭痛、頭暈或意識不清。這些症狀可能在一段時間後才被發現。另外，跌倒以外的原因亦可能導致在臨床上不要因為沒有跌倒的病史就忽略了硬腦膜下血腫的可能性。

### 藥物引起的頭痛與藥物過度使用造成的頭痛

很多老年人常見的疾病或所需的藥物，像一些心血管藥物(如 nitroglycerin, isosorbide, dipyridamole)、抗生素(如 trimethoprim-sulfamethoxazole, tetracyclines)

、中樞神經用藥（如 benzodiazepine, (BZD), hypnotics）、腸胃用藥（如 (ranitidine, esomeprazole, lansoprazole)、賀爾蒙（如 estrogen, sildenafil, tadalafil, vardenafil）及抗憂鬱藥物（如 bupropion, sertraline, moclobemide）和癌症治療藥物（如 tamoxifen, cyclophosphamide）等系列藥物，也可能造成輕度到中度的頭痛，且可能以各種型態的頭痛出現[12,29]。由於會引起頭痛的藥物實在很多，所以最好的方法儘量不要使用不必要的藥物。所以當老年人有新發生的頭痛時要特別去檢視其用藥，或許頭痛只是新增的藥物所導致，只要將藥物做調整，頭痛便會消失，如此可以減少不必要的檢查和治療。另外止痛藥使用過量，尤其是合併使用咖啡因的藥物如市售的感冒糖漿等，會造成藥物過度使用頭痛 (medication- overuse headache)或是反彈頭痛(rebound headache)之慢性頭痛，而使得病人更依賴這些藥物[30]。值得注意的是，雖然大部分病患使用藥物的目的是在治療疼痛，但仍有少數病患使用一些含巴比妥或是鎮靜劑的止痛藥來治療本身的情緒問題，他們的情形就與藥物濫用(substance abuse)和成癮類似。老年人藥物過度使用頭痛約佔1-1.7%[31]，而且研究顯示藥物過度使用可能是造成日後慢性每日頭痛的預後不好的重要原因之一，若不戒除過度使用的藥物，即使使用預防性藥物也可能無法達到其治療的效果。

### 顱神經痛和中樞性顏面痛

老年人的神經痛以三叉神經痛及帶狀疱疹後神經痛最常見。

### 三叉神經痛

根據國際頭痛學會第二版將三叉神經痛分成典型的(classical)及症狀性(symptomatic)兩種。當手術發現三叉神經痛乃由於三叉神經被附近的血管所壓迫時，此種神經痛嚴格應被歸於次發性，但由於很多人沒有接受手術，所以無法確定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就用「典型」這個名詞而非原發性，即使壓迫的血管在日後開刀被發現，也稱為典型性三叉神經痛，而次發性這個名詞則保留給那些證實有神經瘤或類似病史的病人。典型的三叉神經痛主要發生在50歲以後，單側居多，一般以第二、三分支疼痛較常見，造成臉頰或下巴疼痛，很多人會誤以為是牙痛而去請牙醫。輕觸、冷風吹或冷熱水敷於面頰或牙床部位時，會突然引發陣發性劇痛；甚至有些病患說話、咀嚼、吞嚥、臉部運動或刷牙都會引發。發作時間短暫，疼痛可能持續幾秒到2分鐘，發作次數可由每天數次至數百次。由於這種痛十分劇烈，有些病患在發作時因而不敢說話、洗臉、刮鬍子、上妝，甚至不願意吃東西。大部分的三叉神經痛通常是三叉神經根被扭曲或被異位的血管所壓迫。一般疼痛不會跨到對側，當疼痛是兩側，則多發性硬化症或腫瘤等中樞性病兆需高度懷疑。藥物治療主要以抗癲癇藥物為主，

其中以carbamazepine為最常用，但要定期檢查血液中之白血球的數目以及肝功能。另外有少數的病患對於此類藥物有過敏反應，會有皮膚紅疹及黏膜潰瘍等不良反應，幸好現在有新的藥物oxcarbazepine，耐受性較佳；且發生Stevens-Johnson syndrome的機率較低，然而需注意oxcarbazepine並未獲得衛生署核定三叉神經痛適應症；但不管是carbamazepine或者是oxcarbazepine都會引起低血鈉症，因此與其它會降低血鈉的藥物如利尿劑併用時需特別留意。

### 帶狀疱疹後神經痛

疱疹後神經痛(postherpetic neuralgia, 簡稱PHN)是指帶狀疱疹的水泡結痂後，疼痛卻仍持續超過3個月或更久的現象。此病是因過去的水痘病毒，在神經細胞內再度活化所引起，容易發生在50歲以後及免疫力較差的病患身上，如癌症、愛滋病或正在做化學治療的病患。並非所有帶狀疱疹病人都會有帶狀疱疹後神經痛，但年紀大的病患較易發生—60歲後的病患高達百分之五十的發生率[32]。如果疱疹長在眼睛周圍，表示病毒侵犯顏面三叉神經的第一分支（眼支神經），因可能導致失明，尤須特別注意。病患的疼痛感會出現在受影響的神經支配區域內包括過度痛感(hyperalgesia)或異感痛(allodynia)意即一般的碰觸，都可產生疼痛。雖然有許多藥被用來治療疱疹後神經痛，目前只有gabapentin、pregabalin和外用lidocaine通過美國食品

及藥物管理局(FDA)核准此病的適應症，而在台灣僅有gabapentin上市，常見副作用包括頭暈、嗜睡，周邊水腫，特別是年長者。三環抗憂鬱劑及鴉片類製劑等藥物也具有一定療效。一般的消炎止痛藥，即使病人服用相當高的劑量，對疱疹後神經痛也只能發揮一點點緩解效果；鴉片類製劑的效果雖然較好，但神經痛往往長達1年以上，長期服用鴉片類藥物，其副作用是必須考慮。

以下本文提出與老年頭痛相關的特殊議題做探討，包括精神共病症(psychiatric comorbidity)與慢性每日頭痛(chronic daily headache)。

### 精神共病症

頭痛與憂鬱症、泛焦慮症等精神疾病的共病症很容易在臨床觀察到，也有充份的研究支持 [33]。憂鬱症呈現的症狀可分成兩部份：身體和情緒的症狀。老年人常常以身體症狀如頭痛、身體酸痛、頭暈、胸悶、腸胃不適來取代情緒的不舒服，且常為看病的主訴；在此，精神疾病導致頭痛發生，所以精神疾病是因，頭痛是果。因此當老年人抱怨頭痛時，不要忽略可能是憂鬱症的一種表現。另外研究顯示：老年人如果有經常性頭痛、比較嚴重的頭痛、或在過去1年中有偏頭痛、慢性緊縮型頭痛，有比較高的機率會有憂鬱症，此時頭痛是因，憂鬱症是果。此外除了憂鬱症外，像焦慮症或睡眠障礙也常伴隨著頭痛，因此在治療老年人時，如果病患經常有頭痛的

抱怨，不要忘了去詢問憂鬱、焦慮及睡眠障礙等症狀。小心謹慎的選擇抗憂鬱劑也很重要。在治療偏頭痛病患時，應該優先考慮對預防頭痛及抗憂鬱都有療效的藥物，同時合併有抑制血清素及正腎上腺素回收療效的藥物應為優先選擇[34]。如選擇性血清素正腎上腺素回收抑制劑(selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI)如duloxetine, venlafaxine及amitriptyline 類的三環抗憂鬱劑較其他抗憂鬱劑適用於此類病人，同時可以治療精神疾病及預防偏頭痛。不過，近來有學者認為單一藥物治療常因為兩種疾病的治療劑量不同，使得其中一種疾病無法達到理想的療效，所以在最近的一項研究指出[35]，在治療某些精神共病時，複方治療(polytherapy)優於單一藥物(monotherapy)，建議應該針對頭痛及精神疾病各自用藥，比如說用抗癲癇藥物或低劑量的三環抗憂鬱劑做為偏頭痛預防藥物，而針對重鬱症的部份則使用選擇性血清素回收抑制劑(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)，會比單一藥物治療更容易達到治療目標。此外，病患除了規則服用頭痛預防用藥外，每日規則的進行放鬆練習，如：腹式呼吸法、靜坐、冥想等，可能有助於緩解精神壓力、焦慮、頭痛等其他身體不適的症狀。

### 慢性每日頭痛

所謂慢性每日頭痛指的是持續3個月以上每個月頭痛超過15天。常與藥物過

度使用、憂鬱症、焦慮症、腸躁症(irritable bowel syndrome)和肌纖維疼痛症(fibromyalgia)有關，其中尤以藥物過度使用最常見，尤其是一些常用的止痛藥，或是治療偏頭痛的藥物麥角鹼或翠普登(triptan)。而慢性每日頭痛其中又以慢性偏頭痛與慢性緊縮型頭痛佔最多，且其盛行率並不隨著年紀的增長而減少，其他像新發生每日持續性頭痛(new daily persistent headache)或持續性半邊頭痛(hemicrania continua)也可以出現在老年人。台北榮總在金門地區的一項研究指出，老年人的慢性每日頭痛的盛行率是3.9%，若沒有經過有效治療，追蹤2年及4年後仍有2/3的老年人持續存在慢性每日頭痛，追蹤13年仍有27%的慢性每日頭痛老年人持續存在，且這些人常伴隨藥物過度使用及憂鬱症狀[36]。

一般而言，治療慢性每日頭痛有以下的步驟，首先要排除可能造成慢性每日頭痛之原因，如慢性中樞神經系統感染、腦瘤等。其次是診斷分類慢性每日頭痛（慢性偏頭痛、慢性緊縮型頭痛、發生每日持續性頭痛、持續性半邊頭痛），接著是確認有無內科疾病、精神疾病和誘發因子，如藥物過度使用等。雖然至今沒有針對老年人慢性每日頭痛治療準則，但一般認為儘早戒掉過度使用的止痛藥物及儘快使用預防性藥物是很重要的。

### 結論

老年頭痛，雖然仍以原發性頭痛居多

，但次發性頭痛所佔的比例有報告高達1/3[6]。凡無過去病史、頭痛型態或嚴重程度不同以往、或合併局部神經學症狀等，均應仔細排除各種次發型頭痛的可能原因。在次發性頭痛的原因當中，尤應注意與藥物相關的頭痛。與藥物的直接關係如服用硝化甘油等心血管疾病用藥而造成的頭痛；或頻繁使用止痛藥造成的「藥物過度使用頭痛」。另外，老年人常因其他疾病常需規則服用多種藥物，除了藥物交互作用外，不良反應的產生，也要格外小心，例如：NSAID的多重毒性、腸胃不適、止吐藥的嗜睡與帕金森氏症狀、翠普登或麥角胺對心血管系統的不良反應等等。綜上所述，針對老年人頭痛的診斷與治療必須做更全方位的考量，才能更有效的治療頭痛的發生。

### 參考文獻

1. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, et al: Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70: 377-81.
2. Wang SJ, Liu HC, Fuh JL, et al: Prevalence of headaches in a Chinese elderly population in Kinmen: age and gender effect and cross-cultural comparisons. *Neurology* 1997; 49: 195-200.
3. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, et al: Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41: 646-57.
4. Headache classification subcommittee of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24:1-160.
5. 台灣頭痛學會；國際頭痛疾患分類 中文版 第二版，2004。
6. Edmeads J: Headaches in older people. How are they different in this age-group? *Postgrad Med* 1997;101: 91-100.
7. Solomon GD, Kunkel RS, Frame J: Demographics of headaches in elderly patients. *Headache* 1990; 30: 273-6.
8. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M: Classification of daily and near-daily headaches. *Neurology* 1996; 47: 871-5.
9. Lisotto C, Mainardi F, Maggioni F, et al: Headache in the elderly: a clinical study. *J Headache Pain* 2004; 5: 36-41.
10. Solomon S: Migraine diagnosis and clinical symptomatology. *Headache* 1994; 34: S8-12.
11. Fisher CM: Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemia stroke. *Can J Neurol Sci* 1980; 7: 9-18.
12. Evans RW, Tietjen GE: Migrainous aura versus transient ischemia attack in an elderly migraineur. *Headache* 2001;

- 41: 201-3.
13. Dodick D, Lipton RB, Martin V, et al: Consensus statement: cardiovascular safety profile of triptans (5-HT agonists) in the acute treatment of migraine. *Headache* 2004; 44: 414-25.
14. Tfelt-Hansen P, Saxena PR, Dahlöf C., et al: Ergotamine in the acute treatment of migraine: a review and European consensus. *Brain* 2000; 123: 9-18.
15. Silberstein SD: Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). *Neurology* 2000; 55: 754-63.
16. Waters WE: The Pontypridd headache survey. *Headache* 1974; 14: 81-90.
17. Raskin NH: The hypnic headache syndrome. *Headache* 1988; 28: 534-6.
18. Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, et al: Cardiac cephalgia: a treatable form of exertional headache. *Neurology* 1997; 49: 813-6.
19. Mazzotta G, Gallai V, Alberti A, et al: Characteristics of migraine in an out-patient population over 60 years of age. *Cephalalgia* 2003; 23: 953-60.
20. May A: Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet* 2005; 366: 843-55.
21. Liang JF, Fuh JL, Yu HY, Hsu CY, Wang SJ: Clinical features, polysomnography and outcome in patients with hypnic headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 209-15.
22. Gil-Gouveia R, Goadsby PJ: Secondary "hypnic headache". *J Neurol* 2007; 254: 646-54.
23. Cohen AS: Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing. *Cephalalgia* 2007; 27: 824-32.
24. Pareja JA, Kruszewski P, Caminero AB: SUNCT syndrome versus idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). *Cephalalgia* 1999; 19(Suppl 25):46-8.
25. Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg P: Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36:1445-50.
26. Chung SJ, Kim JS, Lee M: Syndrome of cerebral fluid hypovolemia: clinical and imaging features and outcome. *Neurology* 2000; 55:1321-7.
27. Hochman S, Naidich TP, Kobetz SA, Fernandez-Maitin A: Spontaneous intracranial hypotension with pachymeningeal enhancement on MRI. *Neurology* 1992; 42:1628-30.
28. Martelli MF, Grayson RL, Zasler ND: Posttraumatic headache: neuropsychological and psychological effects and treatment implications. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14: 49-69.
29. Askmark H, Lundberg PO, Olsson S: Drug related headache. *Headache* 1989; 29: 441-4.

30. Wenzel RG, Sarvis CA, Krause ML: Over-the-counter drugs for acute migraine attacks: literature review and recommendations. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 494-505.
31. Wang SJ, Liu HC, Fuh JL, et al: Comorbidity of headaches and depression in the elderly. *Pain* 1999; 82: 239-43
32. Ragozzino MW, Melton LJ, Kerland LT, Chu CP, Perry HO: Population-based study of Herpes Zoster and its sequelae. *Medicine* 1982; 61: 310-6.
33. Hamelsky SW, Lipton RB: Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache* 2006; 46: 1327-33.
34. Griffith JL, Razavi M: Pharmacological management of mood and anxiety disorders in headache patients. *Headache* 2006; 46: S133-41.
35. Silberstein SD, Dodick D, Freitag F, et al: Pharmacological approaches to managing migraine and associated comorbidities - clinical considerations for monotherapy versus polytherapy. *Headache* 2007; 47: 585-99.
36. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, et al: Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors, and biannual follow-up. *Neurology* 2000; 54: 314-9.

# Headaches in the Elderly

Chun-Pai Yang<sup>1,2</sup>, Shuu-Jiun Wang<sup>3,4</sup>

## Abstract

Primary headache disorders usually occur before age 50, whereas secondary headache disorders are more common after age 50 with a reported prevalence up to one third. In order to exclude potential underlying diseases, a thorough history taking and physical examination are warranted when approaching elderly patients with headaches. Hypnic headache, short-lasting unilateral neuralgiform headache with injection and tearing (SUNCT) syndrome, trigeminal neuralgia and post-herpetic neuralgia are usually occurring at age more than 50, and more often in the elderly. Elderly people often need to take a variety of medications; therefore, drug-induced headaches should be considered. When treating elderly patients with headache, we should start the medications in low dose, titrate them slowly and observe closely for any adverse events and drug interactions. Side effect profile and comorbid illnesses should be taken into account when selecting medications. Chronic daily headaches are not uncommon in the elderly; medication-overuse and depressive symptoms are risk factors accompanied. In conclusion, headaches in the elderly are not uncommon, and we should be more cautious to diagnose and treat such patients.

(*Taiwan Geriatrics & Gerontology* 2008;3(3):155-168)

**Key words:** elderly, primary headache, secondary headache, depression, suicide

---

<sup>1</sup> Department of Neurology, Kuang Tien General Hospital, Taichung, Taiwan

<sup>2</sup> Graduate Institute of Integrated Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taiwan.

<sup>3</sup> Neurological Institute, Taipei Veterans General Hospital

<sup>4</sup> Department of Neurology, National Yang-Ming University School of Medicine, Taipei, Taiwan.

Correspondence: Dr. Shuu-Jiun Wang      The Neurological Institute, Taipei Veterans General Hospital; No. 201, Shih-Pai Road, Sec. 2, Taipei 112, Taiwan

E-mail: sjwang@vghtpe.gov.tw