

1.2.5 Sporadic hemiplegic migraine

1.2.5 孤発性片麻痺性片頭痛

説明：運動麻痺（脱力）を含む前兆のある片頭痛で、第1度近親者または第2度近親者に運動麻痺（脱力）を含む片頭痛の前兆を有するものがない。

診断基準：

- A. B および C を満たす頭痛発作が2回以上ある
- B. 前兆は、完全可逆性の脱力症状と、少なくとも以下の1項目からなる
 - 1. 陽性徴候（きらきらした光・点・線など）および・または 陰性徴候（視覚消失）を含む完全可逆性の視覚症状
 - 2. 陽性徴候（チクチク感）および・または 陰性徴候（感覚鈍麻）を含む完全可逆性の感覚症状
 - 3. 完全可逆性の失語性言語障害
- C. 少なくとも以下の2項目を満たす
 - 1. 少なくとも1つの前兆は5分以上かけて徐々に進展するか、 および・または 異なる複数の前兆が引き続き5分以上かけて進展する
 - 2. それぞれの前兆の持続時間は5分以上24時間未満
 - 3. 1.1「前兆のない片頭痛」のB-Dを満たす頭痛が、前兆の出現中もしくは前兆開始後60分以内に生じる
- D. 第1度もしくは第2度近親者にA-Eを満たす頭痛発作がない
- E. 他の疾患によらない^(注1)

注：

- 1. 病歴および身体所見・神経所見より頭痛分類5～12を否定できる、または、病歴あるいは身体所見・神経所見よりこれらの疾患が疑われるが、適切な検査により除外できる、または、これらの疾患が存在しても、初発時の発作と当該疾患には時間的に緊密な関係がない。

コメント：

疫学調査の結果、孤発例と家族性症例の有病率は、ほぼ同じであることが明らかになっている。孤発性片麻痺性片頭痛の発作は、1.2.4「家族性片麻痺性片頭痛」と同一の臨床的特徴を有する。

孤発例では、他の原因を除外するため、神経画像検査や他の検査を必ず実施する必要がある。また、一過性神経症状とリンパ球性髄液細胞増多を伴う偽性片頭痛(pseudomigraine)を否定するため腰椎穿刺検査も必要である。孤発性片麻痺性片頭痛は、男性の有病率が高く、一過性不全片麻痺および失語を伴う場合が多い。

1.2.6 脳底型片頭痛

以前に使用された用語：

脳底動脈片頭痛 (Basilar artery migraine)、脳底片頭痛 (basilar migraine)

解説：片頭痛の前兆の責任病巣が、脳幹 または 両側大脳半球（あるいはその両方）と考えられるもの。運動麻痺が前兆である場合は含まない。

診断基準：

- A. B-D を満たす頭痛発作が 2 回以上ある
- B. 少なくとも以下の 2 つの完全可逆性の前兆があるが、脱力はともなわない
 - 1. 構音障害
 - 2. 回転性めまい
 - 3. 耳鳴
 - 4. 難聴
 - 5. 複視
 - 6. 両眼の耳側および鼻側の両側にわたる視覚症状
 - 7. 運動失調
 - 8. 意識レベル低下
 - 9. 両側性の感覚障害
- C. 少なくとも以下の 2 項目を満たす
 - 1. 少なくとも 1 つの前兆は 5 分以上かけて徐々に進展するか、および・または異なる複数の前兆が引き続き 5 分以上かけて進展する
 - 2. それぞれの前兆の持続時間は 5 分以上 60 分以内
- D. 1.1 「前兆のない片頭痛」の B-D を満たす頭痛が、前兆の出現中もしくは前兆後 60 分以内に生じる
- E. 他の疾患によらない^(注1)

Notes:

注：

- 1. 病歴および身体所見・神経所見より頭痛分類 5～12 を否定できる、または、病歴あるいは身体所見・神経所見よりこれらの疾患が疑われるが、適切な検査により除外できる、または、これらの疾患が存在しても、初発時の発作と当該疾患には時間的に緊密な関係がない。

コメント：

脳底型発作は若年成人に最も多い。

脳底型発作を有する患者は、典型的な前兆のある発作も経験していることが多い（両方の片頭痛について各々コード化する）。

運動麻痺（脱力）がある場合には、1.2.4 「家族性片麻痺性片頭痛」または 1.2.5 「孤発性片麻痺性片頭痛」としてコード化する。

1.2.4 「家族性片麻痺性片頭痛」を有する患者の 60% に脳底型症状が認められる。

したがって、運動麻痺（脱力）が生じない場合に限って 1.2.6 「脳底型片頭痛」と診断する。診断基準 B に列記した症状の多くは不安や過換気により生じる場合があり、誤った解釈がなされやすい。元来「脳底動脈片頭痛」または「脳底片頭痛」という用語が使用されていたが、脳底動脈領域の関与が不明確、（例えば、左右両半球性におこった障害）であるため、「脳底型片頭痛」という用語が選択された。

1.3 小児周期性症候群（片頭痛に移行することが多いもの）

1.3.1 周期性嘔吐症

解説：嘔吐と激しい悪心からなる発作を繰り返す疾患で、個々の患者では症状が定型化していることが多い。発作時には顔面蒼白と嗜眠傾向を伴う。発作間欠期には、症状は完全に消失する。

診断基準：

- A. B および C を満たす発作が 5 回以上ある
- B. 1 時間から 5 日間続く、強い悪心と嘔吐の周期性発作（個々の患者で毎回同様の発作）
- C. 発作中嘔吐は少なくとも 4 回/1 時間の頻度で 1 時間以上続く
- D. 発作間欠期には無症状
- E. 他の疾患によらない^(注1)

注：

- 1. 特に病歴および身体所見は、胃腸疾患の徴候を示さないことが特徴。

コメント：

周期性嘔吐症は、小児期にみられる反復発作性の疾患であり、自然寛解 (self-limiting) する。発作間欠期は全く正常である。

「頭痛の国際分類」第 1 版では、周期性嘔吐症が小児周期性症候群として含まれていかなかった。本症候群の臨床像は、片頭痛に関連して認められる臨床像に類似する。また、過去数年間にわたる多数の研究から、周期性嘔吐症は片頭痛に関連した疾患であることが示唆されている。

1.3.2 腹部片頭痛

解説：主として小児に認められ、かつ反復発作性の 1～72 時間持続する発作性の腹部正中部の痛みを繰り返す原因不明の疾患であり、発作間欠期には異常を認めない。腹痛は中等度～重度の痛みで、血管運動症状、悪心および嘔吐を伴う。

診断基準：

- A. B-D を満たす発作が 5 回以上ある
- B. 1～72 時間持続する腹痛発作（未治療もしくは治療が無効の場合）
- C. 腹痛は以下の全ての特徴を持つ
 - 1. 正中部、臍周囲 もしくは局在性に乏しい
 - 2. 鈍痛 もしくは 漠然とした腹痛 (just sore)
 - 3. 中等度から重度の痛み
- D. 腹痛中、以下の少なくとも 2 項目を満たす
 - 1. 食欲不振
 - 2. 悪心
 - 3. 嘔吐
 - 4. 顔面蒼白
- E. 他の疾患によらない^(注1)

注：

- 1. 特徴的なこととして、病歴および身体所見が胃腸疾患または腎疾患の徴候を示さないか、またはそれらの疾患を適切な検査により否定できる。

コメント：

正常な日常的活動を妨げるほど重度の痛みである。小児は食欲不振と悪心の区別ができないこともある。顔面蒼白には眼の下の隈を伴うことが多い。少数の患者では顔面潮紅が主たる血管運動現象として出現する。腹部片頭痛を有する大部分の小児は、後年になって片頭痛を発症する。

1.3.3 小児良性発作性めまい

解説：おそらく多様な疾患が混在したもので、前触れなしに起こり自然に軽減する比較的短時間の回転性めまい発作を繰り返す。それ以外には健康上問題がない。

診断基準：

- A. B を満たす発作が 5 回以上ある
- B. 前触れなく生じ数分から数時間で自然軽快する、頻回・重度の回転性めまい発作^(注1)
- C. 発作間欠期には神経学的所見および聴力・平衡機能は正常
- D. 脳波所見は正常

注：

1. 眼振または嘔吐を伴う場合が多い。片側性拍動性頭痛がめまい発作の際に生じることがある。

1.4 網膜片頭痛

解説：単眼の視覚障害（閃輝、暗点、視覚消失など）の発作が片頭痛に伴って繰り返しおこる

診断基準：

- A. B および C を満たす発作が 2 回以上ある
- B. 完全可逆性で単眼性の陽性 および・または 陰性の視覚症状（たとえば閃輝、暗点、視覚消失）がある。これは発作中に検査により確認されるか、もしくは（適切な指示のもとに）患者の図示により単眼視野障害が確認される。
- C. 1.1 「前兆のない片頭痛」の B-D を満たす頭痛が、視覚症状の出現中もしくは出現後 60 分以内に生じる
- D. 発作間欠期には眼科的検査は正常
- E. 他の疾患によらない^(注1)

注：

1. 適切な検査により、その他の一過性単眼視覚消失の原因を除外できる。

コメント：

片眼の視覚障害を訴える患者の一部は、実際には半盲である。頭痛を伴わない症例も報告されているが、このような症例では症状や経過に片頭痛の要素が含まれているかどうかは確認しえない。視神経ニューロパチーや頸動脈解離など他の一過性単眼視覚消失（一過性黒内障）の原因疾患を必ず除外しなければならない。

1.5 片頭痛の合併症

コメント：先行する片頭痛サブタイプ、合併症の双方について、別個にコード化する。

1.5.1 慢性片頭痛

解説：薬物乱用がみられないのに、片頭痛が月に15日以上の頻度で3ヵ月以上続く。

診断基準：

- A. 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準CおよびDを満たす頭痛が、月に15日以上の頻度で3ヵ月を超えて続く
- B. 他の疾患によらない^(注1,2)

注：

1. 病歴および身体所見・神経所見より頭痛分類5～12を否定できる、または、病歴あるいは身体所見・神経所見よりこれらの疾患が疑われるが、適切な検査により除外できる、または、これらの疾患が存在しても、初発時の発作と当該疾患には時間的に緊密な関係がない。
2. 薬物乱用がみられ、かつ8.2「薬物乱用による頭痛」のいずれかのサブフォームの基準Bを満たす場合には、投薬中止2ヵ月後に改善が認められないことが確認されるまで、1.5.1「慢性片頭痛」の基準Bを満たすかどうかは不確実である（コメント参照）。

コメント：

大部分の慢性片頭痛症例は、1.1「前兆のない片頭痛」として始まる。したがって、慢性化は、反復性片頭痛の合併症とみなすことができる。片頭痛が慢性化するに伴い、頭痛発現の発作性(attack-wise、episodic)が顕著でなくなる傾向があるが、このような傾向が常に認められるかどうかはまだ明確には証明されていない。

薬物乱用がみられる場合(8.2「薬物乱用による頭痛」のいずれかのサブフォームの基準Bを満たす場合)には、薬物乱用が慢性症状の原因である可能性が最も高い。したがって、このような場合の取り決め(default rule)として、先行する片頭痛サブタイプ(通常は1.1「前兆のない片頭痛」)に準じてコード化するほか、1.6.5「慢性片頭痛の疑い」と8.2.7「薬物乱用による頭痛の疑い」もコード化する。

薬剤乱用の中止2ヵ月後にも上記基準が満たされる場合には、1.5.1「慢性片頭痛」と、先行する片頭痛サブタイプの診断を行い、8.2.7「薬物乱用による頭痛の疑い」の診断名を破棄する。

2ヵ月以内のいずれかの時点で頭痛の改善が認められ、上記基準を満たさなくなった場合には、8.2「薬物乱用による頭痛」と、先行する片頭痛サブタイプをコード化し、1.6.5「慢性片頭痛の疑い」を破棄する。

ただし、これらの診断基準については、さらに検討する必要がある。

1.5.2 片頭痛発作重積

解説：日常生活に支障をきたす片頭痛発作が72時間を超えて持続する。

診断基準：

- A. 1.1 「前兆のない片頭痛」を持つ患者におこる頭痛発作で、現在の発作は持続時間を除けば今までの頭痛発作と同様である
- B. 頭痛は以下の特徴を両方持つ
 - 1. 72 時間を超えて続く
 - 2. 重度の頭痛
- C. 他の疾患によらない

コメント：睡眠による頭痛発作の中断は無視する。また、投薬による短時間の頭痛軽減も無視する。発作重積はしばしば薬物乱用に起因すると考えられる。その場合はそれに対応するコード化をすべきである。発作が 72 時間を超えて持続しても、頭痛が日常生活に支障をきたさない程度であれば、診断基準のほかのすべての項目を満たしていても、1.6.1 「前兆のない片頭痛の疑い」としてコード化する。

1.5.3 遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの

解説：前兆が 1 週間を超えて持続するが、放射線学的検査で脳梗塞を認めない。

診断基準：

- A. 1.2 前兆のある片頭痛患者で、従来の頭痛発作と違い、ひとつもしくは複数の前兆が 1 週間を超えて続く
- B. 他の疾患によらない

コメント：

遷延性前兆はまれであるが、十分な記載がなされている。遷延性前兆は、両側性であることが多く、数ヵ月～数年にわたり持続する場合がある。確実に有効な治療法はわかっていないが、少数例ながらアセタゾラミド(acetazolamide)やバルプロ酸(valproic acid)が奏効したとされている。特に、拡散強調 MRI 像により、後頭白質脳症を除外すること。

MRI 検査により、1.5.4 「片頭痛性脳梗塞」を除外すること。

1.5.4 片頭痛性脳梗塞

解説：1 つ以上の片頭痛前兆があり、神経画像検査によって責任領域に虚血性梗塞巣が証明される。

診断基準：

- A. 1.2 「前兆のある片頭痛」を持つ患者に起こる頭痛発作で、ひとつもしくは複数の前兆が 60 分を超えて続くことを除けば、今までの頭痛発作と同様である
- B. 神経画像検査により責任領域に虚血性梗塞病巣が描出される
- C. 他の疾患によらない

コメント：

片頭痛患者おける脳梗塞は、片頭痛と併存する他の原因による脳梗塞、前兆のある片頭痛に

類似した症状を呈する他の原因による脳梗塞、あるいは前兆のある典型的片頭痛の経過中に発生する脳梗塞に分類することができる。このうち、最後の前兆のある典型的片頭痛の経過中に発生する脳梗塞のみが、1.5.4「片頭痛性脳梗塞」の基準を満たす。

片頭痛患者における脳血管障害のリスクの増加は、いくつかの研究で45歳未満の女性では明らかにされている。45歳以上の女性や男性における片頭痛と脳血管障害との関連性については、研究により結果が異なっており明確でない。

1.5.5 片頭痛により誘発される痙攣

解説：片頭痛の前兆により誘発される痙攣である。

診断基準：

- A. 1.2「前兆のある片頭痛」を満たす片頭痛を持つ
- B. てんかん発作診断基準の1つを満たす発作が、片頭痛前兆の最中あるいは1時間以内に生じる

コメント：

発作性脳疾患のプロトタイプとして片頭痛とてんかんがあげられる。てんかん発作後には、片頭痛様の頭痛が高頻度に見られ、また、片頭痛発作中または片頭痛発作後に痙攣がおこることもある。このような現象は時に片頭痛てんかん（migraine epilepsy）とも呼ばれ、前兆のある片頭痛患者でよく記載されている。

1.6 片頭痛の疑い

以前に使用された用語：片頭痛様疾患（migrainous disorder）

他疾患にコード化する：

他の疾患に続発する片頭痛様頭痛（症候性片頭痛）は、該当疾患に応じてコード化する。

解説：上記にコード化した疾患の診断に必要な基準項目のうち、1項目を欠いた発作 および、または頭痛（1.6.3「小児周期性症候群（片頭痛に移行することが多いもの）」の疑い）、1.6.4「網膜片頭痛の疑い」は現在認めていない。

1.6.1 前兆のない片頭痛の疑い

診断基準：

- A. 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準 A-D のうち1つだけ満たさない
- B. 他の疾患によらない

コメント：

1.5.1「慢性片頭痛」または1.5.2「片頭痛発作重積」の基準を満たす場合には、1.6.1「前兆のない片頭痛の疑い」にコード化しない。

1.6.2 前兆のある片頭痛の疑い

診断基準：

- A. 1.1「前兆のある片頭痛」のいずれのサブフォームにおいても診断基準 A-D のうち1つだけ満たさない
- B. 他の疾患によらない

1.6.5 慢性片頭痛の疑い

診断基準：

- A. 1.1「前兆のない片頭痛」の C および D を満たす頭痛が、月 15 日以上の頻度で 3 ヶ月を超えて続く
- B. 他の疾患によらない^(注1)が、8.2 薬剤乱用性頭痛 のいずれかのサブフォーム診断基準の B を満たす薬剤乱用が現在あるか、あるいは最近 2 ヶ月以内にあった

注：

- 1. 病歴および身体所見・神経所見より頭痛分類 5～12 を否定できる、または、病歴あるいは身体所見・神経所見よりこれらの疾患が疑われるが、適切な検査により除外できる、または、これらの疾患が存在しても、初発時の発作と当該疾患には時間的に緊密な関係がない。

増悪因子 (Aggravating factors)

片頭痛は種々の因子により増悪すると考えられている。
すなわち、すでに片頭痛の診断基準を満たす患者において、特定の因子が片頭痛発作の重症度や頻度を比較的長期間（通常は数週～数ヵ月）にわたり増悪させうる場合がある。
よく知られている増悪因子の例として心理的社会的ストレス、アルコール飲料の頻繁な摂取や、その他の環境要因などが挙げられている。

誘発因子 (Trigger factors, precipitating factors)

誘発因子とは、片頭痛患者において短期間（通常は 48 時間未満）に片頭痛発作が起こる確率を上昇させるものをいう。いくつかの誘発因子については、疫学調査（月経など）や臨床試験（チョコレート、アスパルテームなど）により、よく検討されているが、個々の患者においては因果関係を判断するのは難しいこともある。

表 4. 片頭痛を見分ける 2 つの質問 : Wording 調査結果(n=651)

単独質問	a	b	c	d
敏感度 (sensitivity)	73.3%	73.1%	83.6%	75.6%
特異度 (specificity)	29.2%	14.6%	60.0%	21.6%
陽性反応適中度 (positive predictive value)	77.0%	92.3%	81.1%	96.4%
組み合わせ	q1-a	q1-b	q1-c	q1-d
敏感度 (sensitivity)	73.8%	74.2%	83.6%	76.7%
特異度 (specificity)	34.6%	23.8%	62.2%	30.8%
陽性反応適中度 (positive predictive value)	73.0%	87.1%	76.4%	90.6%
組み合わせ	q3-a	q3-b	q3-c	q3-d
敏感度 (sensitivity)	72.6%	72.7%	83.6%	74.7%
特異度 (specificity)	48.6%	39.5%	71.4%	42.7%
陽性反応適中度 (positive predictive value)	54.1%	64.2%	57.9%	67.2%

質問項目

- q 1 ときどき同じような頭痛が起こるが、頭痛がないときは全く普通に生活ができる
- q 2 4 時間～3 日間持続するような頭痛を数回以上経験している
- q 3 ときどき起こる頭痛である (毎日続くような頭痛ではない)
 - a 頭痛のときに、無理をして仕事 (勉強) や家事をすることがある
 - b 頭痛のときは、できれば休んでいたい。静かにしていたい
 - c 頭痛のときに、普段どおりに仕事 (勉強) や家事ができなくなることもある
 - d 頭痛のときに、仕事 (勉強) や家事を続けるのがつらいことがある

図 2-1 ICHD-II (2004) に準拠した片頭痛調査票 (表)

片頭痛臨床調査票 (案040207)

施設

ID:

氏名:	生年月日	年齢:	性別: 男・女
住所:	電話番号	その他連絡先:	
施設内ID (カルテ番号等)			
採血日:	同意書取得日:		
家族歴: ありなし	家族歴の詳細: サンプルの有無など		

	ICHD-II code	頭痛診断名	頻度	持続時間	発症年齢	備考
1						
2						
3						
4						
5						

1.2 前兆のある片頭痛 <input type="checkbox"/>	1.1 前兆のない片頭痛 <input type="checkbox"/>
A Bを満たす発作が2回以上 <input type="checkbox"/>	A B-Dを満たす頭痛発作が5回以上 <input type="checkbox"/>
B 1.2.1-1.2.6のうち1型のB及びCを満たす片頭痛前兆がある <input type="checkbox"/>	B 頭痛は4-72時間続く <input type="checkbox"/>
C 器質疾患が除外できる <input type="checkbox"/>	C 次の2項目以上 <input type="checkbox"/>
1.2.1 片頭痛を伴う典型的な前兆 <input type="checkbox"/>	① 片側性 <input type="checkbox"/>
A B-Dを満たす発作が2回以上 <input type="checkbox"/>	② 拍動性 <input type="checkbox"/>
B 次の前兆が1つ以上、脱力はなし <input type="checkbox"/>	③ 中等度～高度の頭痛 <input type="checkbox"/>
① 視覚症状 (きらきらした光・点・線/視覚消失) <input type="checkbox"/>	④ 日常動作による悪化 <input type="checkbox"/>
② 感覚症状 (チクチク感、感覚鈍麻) <input type="checkbox"/>	D 下記の1項目 <input type="checkbox"/>
③ 失語性言語障害 <input type="checkbox"/>	① 悪心 または 嘔吐 (あるいはその両方) <input type="checkbox"/>
C 下記の二項目 <input type="checkbox"/>	② 光過 および 音過敏 <input type="checkbox"/>
① 同名性視覚症状 and/or 片側性感覚症状 <input type="checkbox"/>	E 器質疾患が除外できる <input type="checkbox"/>
② 前兆は5分以上かけて進展 <input type="checkbox"/>	前兆の特徴など
③ 前兆の持続時間は5分以上60分以内 <input type="checkbox"/>	
D 1.1を満たす頭痛が前兆出現中もしくは前兆後60分以内に生じる <input type="checkbox"/>	
1.2.2 非片頭痛性頭痛を伴う典型的な前兆 <input type="checkbox"/>	
A B-Dを満たす発作が2回以上 <input type="checkbox"/>	
B 次の前兆が1つ以上、脱力はなし <input type="checkbox"/>	
① 視覚症状 (きらきらした光・点・線/視覚消失) <input type="checkbox"/>	
② 感覚症状 (チクチク感、感覚鈍麻) <input type="checkbox"/>	
③ 失語性言語障害 <input type="checkbox"/>	
C 下記の二項目 <input type="checkbox"/>	
① 同名性視覚症状 and/or 片側性感覚症状 <input type="checkbox"/>	
② 前兆は5分以上かけて進展 <input type="checkbox"/>	
③ 前兆の持続時間は5分以上60分以内 <input type="checkbox"/>	
D 1.1を満たさない頭痛が前兆出現中もしくは前兆後60分以内に生じる <input type="checkbox"/>	

図3： ICHD-II (2004) に準拠した頭痛問診票

片頭痛調査票とともに、問診や診察時のチェックリストとしても使用できる。

脳神経内科 頭痛問診表

初診時 (Ver2.1 04/02/07)

氏名： _____ M : F
 ID: _____
 記入者： (_____)
 記入日： _____

住所：	飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：
発症年齢：	喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：
職業：	<input type="checkbox"/> SDS
家族歴： なし： あり (_____)	<input type="checkbox"/> CMI
部位：	<input type="checkbox"/> MAS
持続時間： _____ 時間	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (_____)
頻度： _____ /月 (週, 年)	<input type="checkbox"/> 頸椎Xp <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (_____)
罹病期間： (_____)年 (月, 日)	<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (_____)
誘因 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	<input type="checkbox"/> 血液一般
<input type="checkbox"/> 受診前に使用した市販薬：	<input type="checkbox"/> 生化
<input type="checkbox"/> セデス：有効・無効・不明	<input type="checkbox"/> (_____)
<input type="checkbox"/> パファリン：有効・無効・不明	<input type="checkbox"/> (_____)
<input type="checkbox"/> タイレノール：有効・無効・不明	<input type="checkbox"/> 医局保存血清
<input type="checkbox"/> (_____)：有効・無効・不明	<input type="checkbox"/> 医局保存血漿
<input type="checkbox"/> (_____)：有効・無効・不明	<input type="checkbox"/> 医局保存DNA
予兆 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	<input type="checkbox"/> 医局保存髄液
前兆 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (→裏に詳細を記入)	<input type="checkbox"/> 患者写真

頭痛の程度：

none	mild	moderate	severe
0	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

受診動機：器質的疾患精査希望 治療希望 評判を聞いて その他 (_____)

紹介受診：院内 他病院 (_____) 開業医 (_____) その他 (_____)

性状：拍動性 片側 日常動作による悪化 締付感 頭重 刺すかんじ その他 (_____)

随伴症状：悪心 嘔吐 光過敏 音過敏 眼充血 流涙 脱力感 無力感 めまい感
肩こり その他 (_____)

初診時診断名

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.1 前兆のない片頭痛 | <input type="checkbox"/> 1.2.5 孤発性片麻痺性片頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 1.6.1 前兆のない片頭痛の疑い | <input type="checkbox"/> 1.2.6 脳底型片頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 1.2 前兆のある片頭痛 | <input type="checkbox"/> 1.6.2 前兆のある片頭痛の疑い |
| <input type="checkbox"/> 1.2.1 典型的な前兆に片頭痛を伴うもの | <input type="checkbox"/> 2.1 稀発反復性緊張型頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 1.2.2 典型的な前兆に非片頭痛性頭痛を伴うもの | <input type="checkbox"/> 2.2 頻発反復性緊張型頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 1.2.3 典型的な前兆のみで頭痛を伴わないもの | <input type="checkbox"/> 2.3 慢性緊張型頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 1.2.4 家族性片麻痺性片頭痛 | <input type="checkbox"/> 3.1 群発頭痛 |
| | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |

処方薬： _____

頭痛外来の現状とその役割

根来 清, 多田由紀子 山口大学脳神経病態学 (神経内科)

はじめに

2000年4月スマトリプタン皮下注射, 2001年8月スマトリプタン, ゾルミトリプタン内服薬が使用可能となったことを契機に頭痛診療に積極的に取り組む医療機関・医師が増加した。我々も2001年9月から頭痛専門外来を開設した。マスコミの報道もあり多くの頭痛患者が殺到し一時期外来診療がパニックに陥るほどであった。トリプタン解禁から4年になろうとするこの時期における頭痛外来の成果と役割, 今後解決すべき問題点について考察する。

頭痛専門外来の開設, 広報とその結果¹⁾

2001年9月, 山口大学病院神経内科に頭痛専門外来を開設した。毎週月曜日の午後1時から4時までの3時間の診療時間で医師2名が頭痛患者の診療に当たることとした。予約制とし患者1人に15分の診療時間を確保できるように予約枠を設定した。地方新聞4紙, 地方テレビ2局が頭痛専門外来開始を報道した影響もあり, 頭痛専門外来開設直前から神経内科の新患受診数は著明に増加し, そのほとんどが頭痛患者であった(図1, 2)。また, 頭痛患者にしめる片頭痛患者の割合は, 開設前8%であったものが開設後は, 35-40%をしめている(図3)。頭痛専門外来開設に伴い増加した頭痛患者の受診はその後減少したものの

の開設前に比して多数のままその後2年間推移している²⁾(図2)。

頭痛専門外来を受診した片頭痛患者に対するアンケート調査²⁾

2001年9月から2002年4月末までに当科頭痛専門外来を受診した片頭痛患者131名から無作為に選択した72名にアンケート調査を行なった(表1)。年齢, 性別, 罹病期間, 当科頭痛専門外来受診前の頭痛の頻度・程度・医療機関への受診状況, 頭痛に対する対処法, 頭痛専門外来受診のきっかけと目的を調査した。50例(男性7例, 女性43例)から回答を得た(回収率:69.4%)。平均罹病期間は15.3年で, 片頭痛の発現頻度は月平均7.3日であった。

図1. 当科外来新患患者数 (2000年9月～2002年10月)

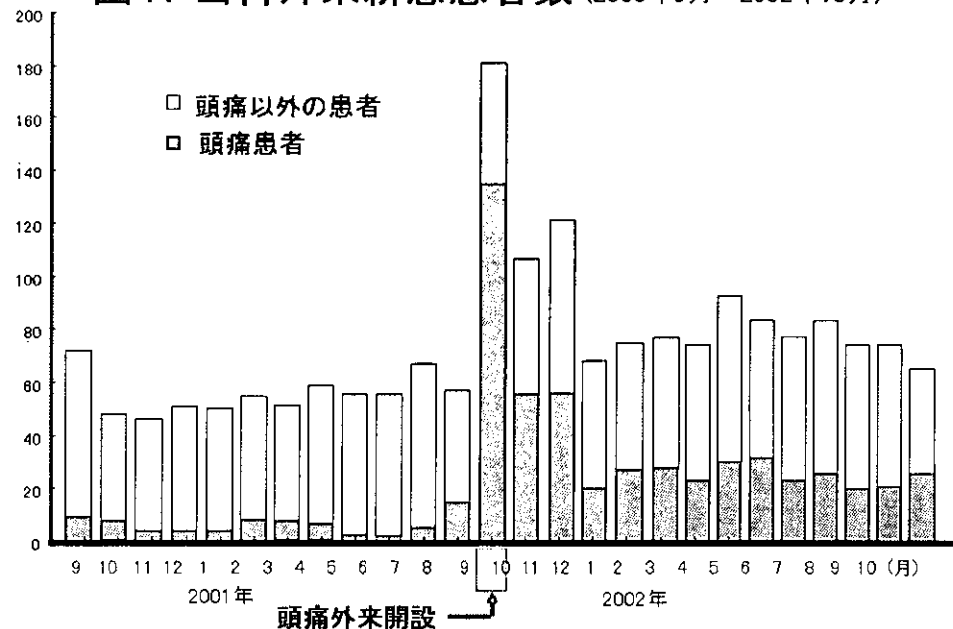


図2. 新規受診患者における頭痛患者の割合

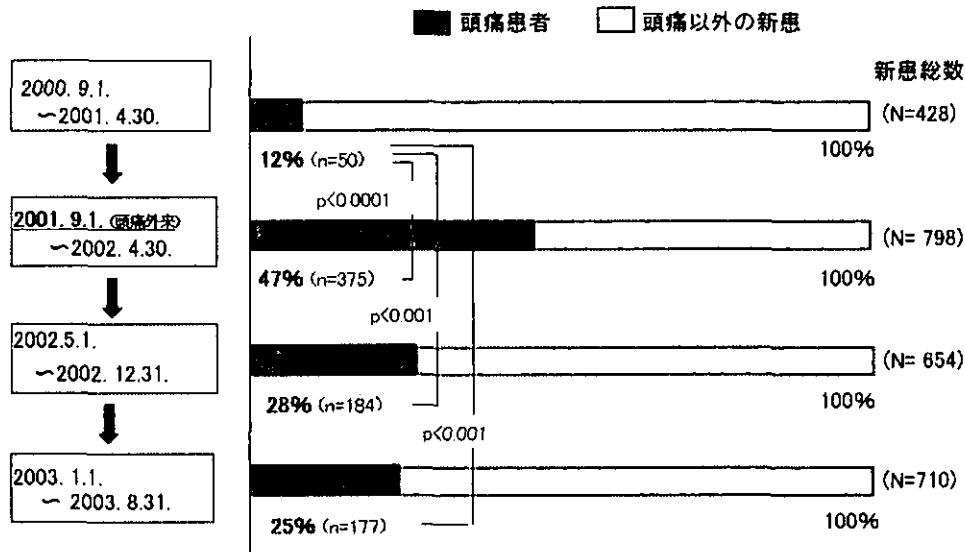
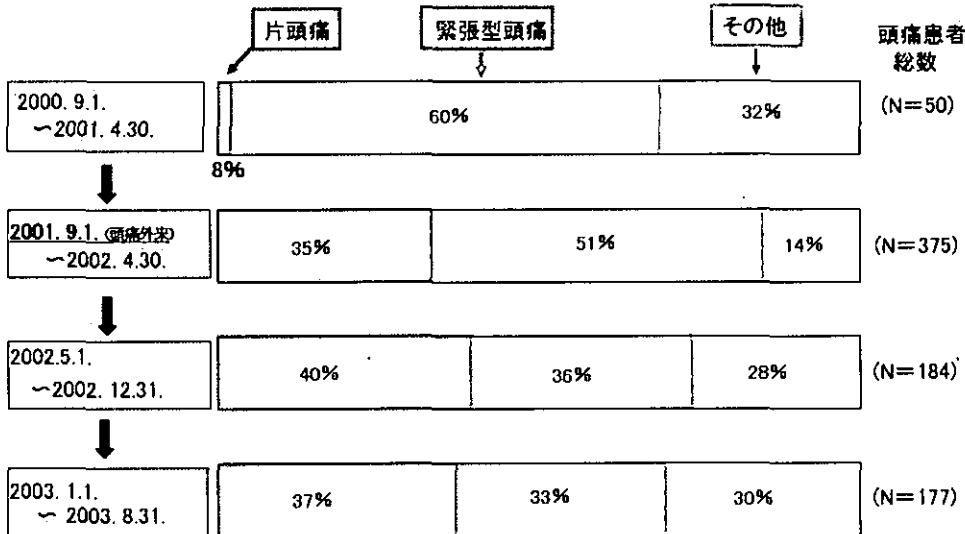


図3. 頭痛患者の内訳の変化



1. 頭痛専門外来受診前の頭痛の程度

「日常生活ができない」16%、「日常生活に支障あり」66%、「日常生活に支障はないが気になる」18%、「症状はあるがあまり気にならない」0%であった。

2. 頭痛専門外来受診前の他の医療機関への受診状況

「定期的に通院」12%、「頭痛がひどいときなどに不定期に受診」32%、「検査を受けたことはあるが病院・診療所で治療は受けていない」30%、「医療機関を受診したことがない」26%であった。医療機関を受診したことがない理由は「どこに受診したら良いかわからなかった」、「頭痛で病院にかかるのはおおげさ

とっていた」などであった。

3. 頭痛専門外来を受診したきっかけ

「新聞やニュースで知った」66%、「人から聞いて知った」20%、「医師からの紹介」12%であった。

4. 頭痛専門外来受診前の頭痛に対する対処法

「市販鎮痛薬」66%、「処方された鎮痛薬」44%、「寝ていた」48%、「服薬なしに我慢」16%であった(一部重複回答)。

5. 頭痛専門外来を受診した目的

「治療を希望」74%、「原因を知りたかった」20%、「検査希望」6%であった。

日本国内における頭痛外来の現状

本邦における頭痛外来の現状を調査する目的で、2004年1月「頭痛外来」、「頭痛クリニック」をキーワードにインターネット上で検索した。Yahoo Japanで、約11,000件、Googleで約2,300件のヒットがあった。直接これらのホームページを閲覧しその内容について検討した。

21の大学病院（神経内科、脳神経外科、小児科）、52の官公立等病院（神経内科、脳神経外科）、101の私立病院・診療所（脳神経外科、神経内科、内科、心療内科、精神科など）がインターネットホームページ上で頭痛外来を掲示していた。その内容はただ単に頭痛外来を行っていることを広報しているだけのものから、頭痛外来の詳細について紹介しているもの、頭痛についての一般的知識、対処法まで丁寧に解説しているものまで千差万別であった。一部施設のホームページは単なる広告としか判断できないものであった。

考察

従来から、頭痛は当科外来受診者でもっとも多い疾患のひとつではあったがせいぜい全体の12%（図2）、片頭痛はさらにそのうちの8%にすぎなかった（図3）。以前から、一般住民にしめる頭痛患者数に比べて頭痛患者の病院受診数が少ないことが指摘されていた³⁾。当科も頭痛専門外来開設以前はそのとうりであったが、2001年9月頭痛専門外来の開設、広報とともにその数が激増し、開設直後の8ヶ月は新患患者の47%、最近でも25%を占めるに至っている。この理由の一端を明らかにすべく頭痛専門外来を受診した片頭痛患者にアンケートを行なった。その結果、「日常生活に支障がある」あるいは「日常生活ができない」患者が82%を占め、74%の患者は何らかの形で「頭痛を主訴に医療機関を受診」ないしは「治療を受けたことがあった」。にもかかわらずに頭痛専門外来を受診した理由としては、74%が「頭痛の治療をして欲しかった」と答え、20%は「頭痛の原因を知りたかった」と答えている。この結果は、現状の頭痛診療のレベルが患者のニーズを満たしていないことを端的に示している。頭痛患者は、器質性疾患の除外だけではなく、頭痛の原因・診断・どこから頭痛がやって来るのかを知りたがっている。そして、最大の希望が頭痛の治療であることを示している²⁾。最近までの頭痛診療は、二次性頭痛の除外ばかりが強調され一次性頭痛の

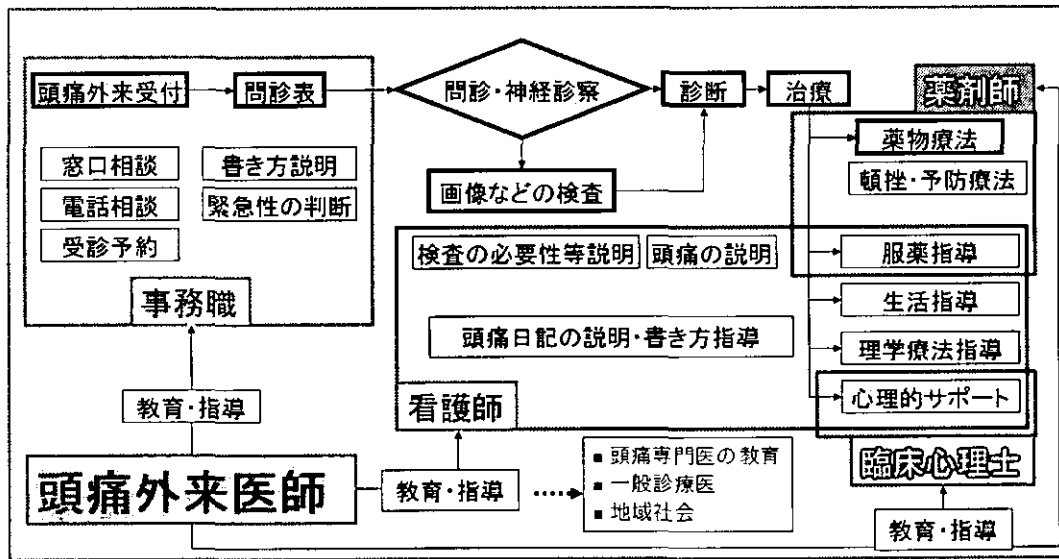
診断と治療に対する認識が不十分であったと言わざるをえない^{3), 4)}。一方、頭痛専門外来を受診したきっかけとして、66%が「テレビや新聞で知った」、20%が「ニュースを見たり聞いた人から間接的に聞いて知った」と答えた。この結果から、日常生活の支障度が高いにも関わらず十分な診療を受けていない多くの片頭痛患者が、絶えず頭痛診療に強い関心を持って情報を求めている、そのような片頭痛患者が頭痛専門外来開設のニュースを知り当科を受診したものと推測できる。「頭痛外来」の標榜・広報は、積極的に頭痛を診療する医師、頭痛の専門家による正確な診断・説明、適切な治療・アドバイスを求める頭痛患者の受診数を増加させると考えられる。

逆に、頭痛外来がどうあるべきか、どのような役割を担うかという議論が必要であろう^{3), 4)}。もちろん、一般診療のレベルにおける頭痛外来と我々のような大学病院における頭痛専門外来の間には果たすべき役割に差があるのは当然である。しかし、すべての頭痛外来に共通して求められるのは、専門的な頭痛診療を求めて受診する患者に、専門的知識を持った頭痛専門医による適切な診断と治療を提供することである^{3), 4)}。二次性頭痛の除外に始まり、一次性頭痛の診断・治療、難治例・希少例の診断・治療を担う責任がある。さらには、頭痛診療体制整備の基点として、頭痛専門医育成の場、一般診療医の教育・指導、地域社会にむけた教育活動にも力を注ぐ必要があると考える。

本邦における頭痛外来の現状をインターネット上で検索したところ多数のホームページにおいて頭痛外来の広報が認められた。「しっかりとした頭痛専門医が行っている確かな頭痛外来」がある一方、「患者を集めるための安易な宣伝としか思えない頭痛外来」が散見された。今後の頭痛診療向上のために、優良な「頭痛外来」を提供していく必要がある。そのためには、頭痛外来を運営する頭痛専門医の教育・育成、そのための頭痛専門医制度、頭痛診療機関認定といった点まで検討していく必要がある。

さて、頭痛外来の運営はコメディカルの協力なしに行えるものではない。コメディカルの役割分担が機能的な頭痛外来運営に不可欠である（図4）。窓口業務の事務職は受診患者の窓口・電話相談、受診予約、頭痛問診表の手渡し・書き方説明を行わねばならないし、時

図4. 頭痛外来とコメディカル



には頭痛発作中の来院者には緊急性・重症度の判断も必要となろう。医師の診断・治療についての説明の補助，頭痛日記の書き方説明，服薬・生活指導などは看護師の助けが必要である。また，薬物療法に関わる部分では薬剤師，心理的サポートにおいては臨床心理士の協力が理想的である。頭痛外来を主宰する頭痛専門医はこれらのコメディカルの教育・指導を行いながら質の高い頭痛診療を提供していく責任がある。さらには地域医療において一般診療医との病診連携をつうじて頭痛診療の中心としての役割，地域社会における頭痛教育の担い手としての役割を負うものと考えられる。

まとめ

頭痛外来のニーズは高い。多くの頭痛患者は，積極的に頭痛を診療する医師を探し，専門家による正確な診断・説明，適切な治療・アドバイスを求めている。頭痛外来には，専門的知識を持った頭痛専門医による適切な診断と治療を提供することが求められる。

文献

- 1) 柿沼進，根来清，多田由紀子，森松光紀. 頭痛専門外来開設に伴う外来受診状況の変化. 神経治療 20 : 63-69, 2003
- 2) 多田由紀子，根来清，小笠原淳一，川井元春，森松光紀. 頭痛外来開設により受診率

が急増した片頭痛患者についての検討. 山口医学 52:169-173, 2003

- 3) 根来清，森松光紀. 疫学からみた頭痛の社会的意義. Brain Medical 12:11-19, 2000
- 4) 寺本純. わが国における片頭痛診療の現状. Medicament News 1713:1-3, 2001
- 5) 寺本純. 頭痛外来のすすめ. 診断と治療 90:844-848, 2002

表 1

**** 頭痛診療に関する調査票 ****

以下の質問をお読みいただき、該当する項目に○を付けて下さい。

1. あなたの性別は？

1. 男性 2. 女性

2. あなたの現在の年齢は？

1. 10～19 歳 2. 20～29 歳 3. 30～39 歳
4. 40～49 歳 5. 50～59 歳 6. 60 歳以上

3. 頭痛を気にするようになったのは、いつ頃からですか？

() 日前、() 週間前、() カ月前、() 年前

4. 当院神経内科を受診される以前の、頭痛の頻度は？

1カ月に () 回 または 1年に () 回

5. 頭痛の程度はどうでしたか？

1. 日常生活ができない
2. 日常生活に支障あり
3. 日常生活に支障はないが、気になる
4. 症状はあるが、あまり気にならない

6. あなたが、当院神経内科を受診されたきっかけは何ですか？

(○はひとつ)

1. 昨年9月から“頭痛外来”が開設されたことを、新聞やニュースで直接知って受診した
2. “頭痛外来”があることを知人から聞いて受診した
3. 他院あるいは他科の医師からの紹介で受診した
4. “頭痛外来”があることは知らなかったが受診した
5. その他 ()

7. 当院神経内科を受診された一番の目的は何ですか？ (○はひとつ)

1. 自分の頭痛の原因が知りたかった
2. 頭痛に関する検査をして欲しかった
3. 頭痛を治療して欲しかった
4. その他 ()

8. 当院神経内科を受診される以前の、頭痛に関する受診状況について
お答え下さい。(○はひとつ)

1. 定期(2-4週間に1回)に病院・診療所に通って治療を受けていた
2. 頭痛がひどいときなど、不定期ではあるが病院・診療所を受診して治療を受けていた
3. 頭痛に関する検査を受けたことはあるが、病院・診療所で治療は受けていない
4. 病院・診療所を受診したことはない

9. 上記8.の質問で、“4. 病院・診療所を受診したことはない”に○を付けた方のみ、お答え下さい。あなたが、これまで医療機関を受診したことがなかった一番の理由は何ですか？(○はひとつ)

1. 受診したいと思っていたが、どこに受診してよいかわからなかった
2. 市販の鎮痛剤が効いていたので、受診する必要がなかった
3. “頭痛”という症状で、病院・診療所を受診するということが大げさな感じがしていた
4. 今回が、気になる初めての頭痛だった
5. その他()

10. 当院神経内科を受診される以前の、頭痛時の対処方法について
お答え下さい。(○は複数可)

1. 病院・診療所から処方された鎮痛剤を服用していた
2. 市販の鎮痛剤を服用していた
3. 寝ていた
4. 服薬せずに、がまんしていた
5. その他()

< 以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。 >

片頭痛急性期治療における専門医の役割に関する研究

分担研究者 清水俊彦 東京女子医科大学附属病院脳神経センター脳神経外科 講師

1. 背景・目的

2000年4月に本邦初の5-HT_{1B/1D}受容体作動型片頭痛治療薬（以下、「トリプタン製剤」という）としてsumatriptan注射剤が承認・発売され、病院内での使用に留まったものの、本邦での片頭痛急性期治療に新たな展開が生じた。以降、4種類のトリプタン製剤(sumatriptan、zolmitriptan、eletriptan、rizatriptan)が承認・発売され、剤形も、錠剤（普通錠）、口腔内速溶錠・崩壊錠、点鼻剤と複数揃い、患者のニーズに合わせ、病院外でも発作時に患者自身が即座に対処することが可能となってきた。また、日本神経学会により「慢性頭痛治療ガイドライン2002」¹⁾も作成され、医師の片頭痛治療に対する認識も高まってきている。現在は、既に、経口トリプタン製剤が発売されて以来2年以上が経過しており、欧米と同じように、治療戦略や薬剤の使い分け、服薬のタイミング等、様々な問題が議論され始めている。

そこで、本研究では、片頭痛治療に関して経験が豊富であり、かつ、本邦よりトリプタン製剤の使用経験の多い欧米の片頭痛治療の現状や課題等を中心に整理し、今後の本邦の片頭痛治療の展望およびその問題点について検討することとした。具体的には、以下の諸課題について検討することとする。

- ・ 片頭痛治療の現状と問題点
- ・ 最適な治療（クリティカルパス）とその評価法
- ・ Stepped care と Stratified care などの治療戦略
- ・ トリプタン製剤の使い方、使い分け
- ・ 患者の日常生活および社会生活に及ぼす支障度の取り扱い

2. 方法

「片頭痛の具体的な医療手順に関する研究」における具体的な検討は、主として、患者、プライマリーケア医（かかりつけ医）、専門医の3者における有用性の観点から実施し、全体的なアプローチとして、現在あるEBMの知見を出来るだけ収集するとともに、専門医の意見を尊重しつつ、これに加えて患者からのフィードバックも参考にすることとしている。EBMが確立していない部分については、実態に合った手順を考え、今後の課題とすることとしており、これに沿って本分担研究を実施する。

本分担研究は、文献を中心とする情報を収集し、評価・検討する方法をとることとした。以下、各課題について具体的な研究手順を述べる。

2-1 片頭痛治療の現状と問題点の抽出及び整理

片頭痛治療の現状や問題点に関して論じられている総説や国内外関連学会・学術団体の提言及びガイドライン等を収集し、報告されている現状および提起されている問題点を

整理し、記述することとする。

欧米では、sumatriptanが1991年より販売開始され、すでにトリプタン製剤による治療が普及している。また片頭痛治療ガイドライン等も作成され、現在の治療についての評価がなされてきていると言えよう。これらの状況を踏まえ、海外文献については、直近10年間（1994年以降）の文献を検索・収集し、とくに最近の文献について重点的に評価することとした。国内文献については、本邦におけるトリプタン製剤の販売開始年である2000年以降の文献を検索・収集し、最近の文献を中心に評価することとした。文献データベースは、海外文献についてはMedlineを、国内文献については医学中央雑誌を用いることとした。また各種総説のリファレンスも参考にすることとした。

2-2 最適な治療（クリティカルパス）とその評価法に関する検討

片頭痛治療ないしは頭痛治療における臨床判断学的研究及び臨床評価の方法論に関する研究文献、国内外関連学会・学術団体の提言及びガイドライン等を収集し、クリティカ

ルパス、臨床評価方法論の研究報告の内容を整理し、その長所、短所を専門医の見地から評価することとする。

前述のように、欧米ではトリプタン製剤の開発に伴い種々の臨床評価方法に関する研究も実施されてきた背景を踏まえ、海外文献については、1991年以降の文献を検索・収集し、とくに最近の文献について重点的に評価することとした。国内文献については、同じく本邦におけるトリプタン製剤の販売開始年である2000年以降の文献で検索・収集し、最近の文献を中心に評価することとした。文献データベースは、海外文献についてはMedlineを、国内文献については医学中央雑誌を用いることとした。

2-3 Stepped careとStratified care等の治療戦略の整理

片頭痛の治療戦略に関する研究文献、国内外関連学会・学術団体の提言及びガイドライン等を収集・整理し、本邦への適用可能性の検討、支障度の取り扱いについての検討を行う。欧米では、トリプタン製剤による治療も含めた片頭痛治療ガイドライン等も作成され、現在の治療についての評価がなされてきている状況を踏まえ、海外文献については、1994年以降の文献を検索・収集し、とくに最近の文献について重点的に評価することとした。国内文献については、前項と同様に2000年以降の文献で検索・収集し、最近の文献を中心に評価することとした。文献データベースは、海外文献についてはMedlineを、国内文献については医学中央雑誌を用いることとした。また各種総説のリファレンスも参考することとした。

2-4 トリプタン製剤の使い方、および使い分けについての検討

トリプタン製剤を含む片頭痛急性期治療薬および片頭痛急性期治療法に関する研究文献、国内外関連学会・学術団体の提言及びガイドライン等を収集・整理し、トリプタン製剤の使い方、およびその使い分けについての検討を行う。

前項と同様に、海外文献については1994年以降の文献を検索・収集し、とくに最近の文献について重点的に収集評価することとした。国内文献についても、前項と同じく2000年以降の文献で検索し、最近の文献を中心に

評価することとした。文献データベースは、海外文献についてはMedlineを、国内文献については医学中央雑誌を用いることとした。また各種総説のリファレンスも参考することとした。さらに、本邦における臨床研究結果も収集することに努め、パーソナルコミュニケーションによる収集も実施することとした。

2-5 研究対象者のプライバシー・権利の保護

本研究は、主に既存文献を対象とした研究であり、患者等の研究対象者の存在する研究ではないため、本項は該当しない。

2-6 実施期間

2003年12月26日～2004年2月29日

3. 結果・考察

各課題間に共通性があることから、多くの文献が複数の課題に重複してヒットした。本研究における研究課題とした「最適な治療(クリティカルパス)とその評価法に関する検討」と「Stepped careとStratified careなどの治療戦略の整理」については文献等を検索・検討した結果、内容が重複するため、1つの項「最適な治療とその治療戦略、評価法に関する検討」としてまとめて報告することとする。

3-1 片頭痛治療の現状と問題点

3-1-1 患者の受診状況から

米国における疫学及び医療の利用パターンに関する研究によれば²⁾、1989年から1998年までの間に片頭痛有病率は定常的であるのに対し、過去1年間の受診率は16%から48%へと3倍に増加したとされている。しかしながら、現在も継続して医師による治療を受けているのはその半数であり、また処方薬による治療はさらにその半数未満に留まっている。これらの点から、受診した患者の多くが治療に満足しているわけではなく、患者に対して最適な治療がなされていないのではないか、という指摘がなされている。

本邦では、一度も頭痛で受診したことのない片頭痛患者は、坂井らの全国規模での疫学調査によれば69.4%³⁾、竹島らの調査によれば前兆を伴う片頭痛患者で61.0%、前兆を伴わない片頭痛では71.8%と高い値を示してい