

プライマリー・ケアの頭痛医療と病診連携

橋本洋一郎 熊本市立熊本市民病院神経内科
井 重博 井内科クリニック
内野 誠 熊本大学大学院脳神経科学講座神経内科

研究要旨

多くの頭痛患者がかかりつけ医を受診しており、プライマリーケアにおいて頭痛は極めて重要な疾患である。一般病院(急性期病院)の神経内科において入院で一番多いのが脳血管障害であり、外来診療で一番多いのは頭痛である。症候性頭痛ではかかりつけ医と専門医との病診連携は構築されており、それを慢性頭痛診療にまで広げることができれば、多くの慢性頭痛患者の診療に専門医が関わるができる。病診連携により慢性頭痛患者、かかりつけ医、専門医の3者それぞれに多くのメリットがうまれる。慢性頭痛は、治癒を目指すproblem-orientedではなく、日常生活のQOLを上げることを目指すgoal-orientedの診療を行う。病診連携により地域の医療資源を活用して慢性頭痛患者が住み慣れたところで安心して暮らせるような地域完結型の頭痛態勢構築が必要である。

A. 研究目的

頭痛診療では初期対応が悪いと転帰不良となることもあるためくも膜下出血や髄膜炎などの症候性頭痛の鑑別に重きが置かれており、症候性頭痛はかかりつけ医と専門医(脳神経外科や神経内科)との病診連携は確立されている。一方、外来で最も多い緊張型頭痛や片頭痛などの慢性頭痛に関する病診連携の構築は遅れている。わが国でも片頭痛治療薬であるトリプタン系薬剤が2000年以降に数種類発売され、また日本神経学会より「慢性頭痛治療ガイドライン 2002」¹⁾が示され、慢性頭痛の治療が大きく変わってきている。

熊本市内で脳神経外科と神経内科が協力して脳卒中急性期医療を行っているのは熊本大学医学部附属病院を除くと済生会熊本病院、国立熊本病院、熊本赤十字病院、熊本市立熊本市民病院の4病院で、年間1300例以上の虚血性脳血管障害を診療している(出血性脳血管障害は脳神経外科が担当)。熊本市(人口66万人)とその周辺を含む人口100万人が診療圏となっている。なお、この4施設で熊本市内の全救急車の62%(2002年)を受け入れている。これらの病院の神経内科の診療範囲としては、①頭痛・めまい・しびれなどの外来診療、②脳卒中・脳炎・髄膜炎・

痙攣・意識障害などの救急神経疾患の診療、③神経難病の診療、④痴呆の診療、⑤神経疾患のリハビリテーション(以下、リハ)、などと非常に幅広い。少ない神経内科医で数多くの救急神経疾患の診療ができるのは、かかりつけ医やリハ専門病院との連携による地域完結型の脳卒中診療態勢構築のお陰である。多くの脳梗塞症例は、発症から2-3週で自宅退院か、リハ専門病院へと転院している。その場合、電話予約から1週間以内に多くの症例は転院となっている。神経内科医が少ない熊本地区では救急神経疾患を診療している急性期病院において慢性頭痛も数多く診療している。このような中での熊本市立熊本市民病院神経内科外来における頭痛診療の現況、特に病診連携について検討した。

B. 研究方法

熊本市立熊本市民病院神経内科・脳卒中診療科の入院は、年間約600例(半数は虚血性脳血管障害)で、入院症例の約6割は、夜間・土日(休日)に入院となっている。神経内科グループの正職員(専門医)は神経内科1名、脳卒中診療科1名で、レジデントは神経内科1名、脳卒中診療科欠員、研修医は神経内科1名である。神経内科・脳卒中診療科の外来は、1診

のみで月・水・金曜日は神経内科、火・木曜日は脳卒中診療科が新患と再来を専門医1名が同時に診療している。2003年6月の1ヵ月間の神経内科外来の計11回(2回休診：脳卒中診療科が代診)における外来診療について検討した。なお対象症例は、通常の外来を受診したもので、救急外来受診者・入院患者の紹介を除いた。外来における頭痛患者の新患数をトータルオーダーリングのコンピュータ端末で、病名記入欄に記載してある主病名として拾い上げた。緊張型頭痛と片頭痛の両者を持っている症例も多いが、今回受診の契機となった頭痛(主病名)を診断名とした。

C. 研究結果

11日間の外来総数は445例で、1日あたり平均41例であった。予約による再診患者は216例(20例/日)で、予約外での再診は56例(5例/日)であった。新患は173例(16例/日)で、うち紹介患者は58例(5例/日)であった(紹介率34%)。

頭痛患者の新患は、70例(6例/日)であり、新患の40%を占めていた。その中で紹介は15例(21%)であった。内訳としては、緊張型頭痛61例、片頭痛4例、群発頭痛1例、その他4例であった。この70名の頭痛患者の転帰としては、紹介患者15例中14例は問題点を解決して紹介医へ逆紹介となり、1例は症候性頭痛で脳外科において手術となった。非紹介患者55例中10例は他院へ紹介(逆紹介)し、他院受診中の3例は紹介状なしでかかりつけ医へ戻ってもらった(診療情報提供書を希望せず)。13例は当院の他の科に定期的に受診中であり、その科でフォローアップすることになった。残りの29例は、1〜数回の受診で終診となった。頭痛の逆紹介率は24例/15例(160%)であった。

D. 考察

プライマリーケアにおいて頭痛は極めて重要な疾患であり、症候性頭痛と慢性頭痛の鑑別、さらに慢性頭痛では片頭痛・緊張型頭痛・群発頭痛の鑑別が必要である。症候性頭痛の多くは、脳卒中な

どの救急神経疾患を診療している急性期病院で診療されていることが多い。一方、わが国では、15歳以上の成人で片頭痛840万人、緊張型頭痛2200万人、群発頭痛10万人の約3000万人が慢性頭痛を持っているといわれ、高血圧の有病率に匹敵する。多くの慢性頭痛患者が、どこを受診してよいか分からず市販薬で済ませており、一方で鎮痛薬の服用量あるいは服用回数が増える、効かなくなってきたといった不安感を持っている。また適切な治療がなされておらず、多くの病院・医院を何度も受診する患者も多い。専門医のいる大病院に行けば待ち時間が長いため、働き盛りの若年者では時間的ロスも大きく継続的通院は困難である。

かかりつけ医は、①大病院志向や受診抑制で患者減、②症候性頭痛が心配、③機能的頭痛の的確な診断が困難な場合がある、④トリプタン製剤などの新薬は使いにくい、といった問題を抱えている。

地域の頭痛診療の核になっているのは、脳卒中などの救急神経疾患を診療している急性期病院の神経内科医や脳神経外科医である。専門医のいる急性期病院(専門病院)は、救急患者や紹介患者を24時間断らずに受け入れ診療しており、さらに外来では患者が集中し、外来の待ち時間が長く外来機能が麻痺しており、症候性頭痛の鑑別中心になりがちである。さらに2004年度から研修医のスーパーローテーションが開始され、専門領域では人手不足とならざるを得ない状況である。頭痛診療における専門医の役割として、①症候性頭痛の鑑別、②慢性頭痛(片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛)の正確な診断と治療方針決定を行うことである。しかし頭痛の治療においては十分な治療効果を上げられず、苦慮する場合も多く、専門医もさらなる勉強が必要である。表に頭痛治療失敗の理由を示す²⁾。

表1 頭痛治療失敗の理由²⁾

1. 診断が不完全ないしは不正確
・ 症候性頭痛の見落とし
・ 機能的頭痛の誤診
・ 頭痛の種類、数が不明瞭
2. 重大な増悪因子の見落とし
・ 急性頭痛治療薬やカフェインの過剰服用
・ ホルモン
・ 食事やライフスタイル
・ 心理社会的要因
・ そのほかの薬剤
3. 薬物治療が不適切
・ 薬剤が無効
・ 初期投与量が過剰
・ 最終投与量が不適切
・ 治療期間が不適切
・ 他の治療法の併用が必要
・ 吸収不良
・ コンプライアンス不良
4. 非薬物治療が不適切
・ 物理的医療
・ 認知行動療法
5. その他の要因
・ 非現実的な期待
・ 共存症
・ 入院治療が必要

診療報酬面からも外来患者抑制を行い、外来診療から病棟診療へシフトしなければならないようになってきている。しかし紹介患者や新患患者の増加は必要である。

今回の検討で、神経内科外来では1日あたり予約による再診患者は20例で、再来の外来患者抑制にある程度成功している。これは急性期病院の診療の中心は病棟診療であり、外来診療は新患患者、特に紹介患者に比重を移さなければならず、聖域なき逆紹介で外来患者を減らす努力を続けているためである。しかし総外来数は、予約外での再診5例/日、新患16例/日が加わり、1日あたり平均41例で神経内科・脳卒中診療科の定床は22床に対して外来総数を病床数の1.5倍未満内に押さえることはできていない。これは他の地域と同様に熊本地区でも神経内科医が少なく、神経内科医の役割が高いため新患患者が多いからである。また神経内科の外来診療における頭痛の新患の占める比率は高く、非常に重要な疾患である。

一方、頭痛患者の紹介率は低く、専門医を直接受信しており、病診連携が進んでいないことがわかる。頭痛の母集団が多いこともその1因であろう。

医療の高度・専門化あるいは機能分化が進む中で、①良質かつ適切な医療の提供、②患者・家族と医療従事者の満足度向上、③地域の医療資源の有効活用、④診療報酬、などの面から、かかりつけ医と急性期病院(あるいは専門病院)との病診連携が益々必要となっている。主治医権・責任の移動を伴う紹介を「Refer(転医)」、伴わないで特定の課題につき解決・対応してもらおう紹介を「Consultation(紹介)」と呼ぶなどして紹介目的を明確化して医師間・医師患者間の信頼関係づくりに適切に配慮すべきである³⁾。頭痛診療においても、これらのことは重要であり、慢性頭痛の紹介は「Consultation」であることが多い。元来、主治医はかかりつけ医であり、専門医は主治医を介して、自らの専門的知識・技能・見識を患者のために使い、従って、患者の生活・人生に責任を負う必要性はなく、主治医から指定のあった課題に対してのみ責任を負えばよい³⁾。

日本医師会は、患者が「かかりつけ医」を選ぶときに医師に求める役割と機能として、①近くにいること、②十分に説明してくれること、③どんな病気にも対応してくれること、④いつでも診てくれること、⑤必要な時にふさわしい医師を紹介してくれること(振り分け機能)の5点をあげている⁴⁾。住民の望むかかりつけ医とは「病気や治療について良く説明し、どんな病気でも診てくれて、自分の手におえない時はふさわしい専門医を紹介してくれる近くの医者」であり、また「病状が悪化した場合に適切な病院に紹介してくれる、気軽に専門医を紹介してくれる、24時間対応してくれる」ということも求められている⁵⁾。「24時間の対応」とは「24時間の安心」を提供してくれることであり、必ずしも24時間診察をしてくれることを指しているのではない。診察や電話相談ができない場合に備え、連携している医師、病院、訪問看護婦な

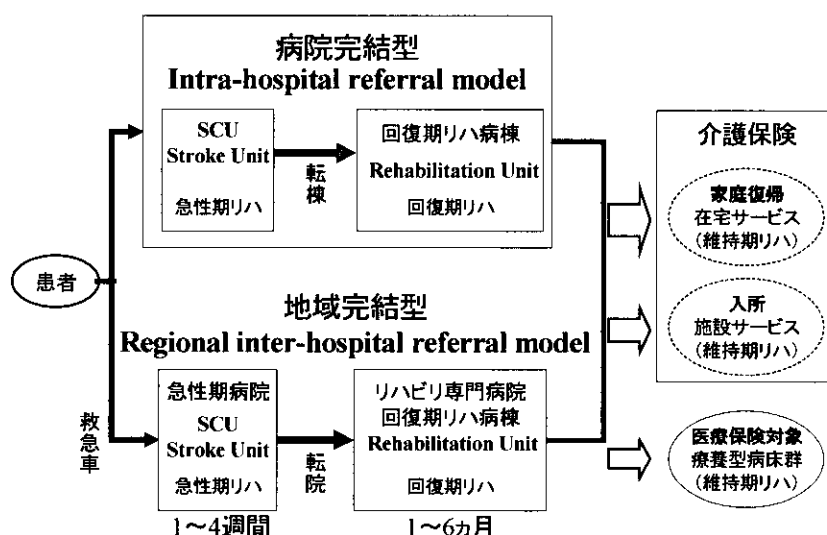
どが明示されていけばよいのである。

現在、急性期病院では、急性期入院加算取得のために、①紹介率の向上(紹介+救急車:30%以上)、②在院日数の短縮(17日未満)、さらに急性期入院特定加算取得のためには、③外来患者の抑制(病床数の1.5倍未満)を行わねばならない⁶⁾⁻⁸⁾。さらに①病診連携の推進、②救急医療の推進(救急部・救急病棟・ICU・救急疾患診療科の充実)、③高度先進医療(攻撃陣の存在、新規事業)が必要である。これらは、在院日数短縮による病床稼働率低下への対応策ともなる。

前述したように頭痛の専門医は、急性期病院にいる場合が多く、多くは急性期脳卒中も診療している。脳卒中診療は、脳神経外科と神経内科がチームを組み、迅速で的確な診断と治療方針を決定しなければならず、専門医の実力が発揮できる疾患である。しかし昨今の医療情勢の中では、専門医が24時間自己犠牲のもとに献身的に診療を行っても診療報酬の面で十分満足できうる状況ではなくなっており、診療報酬を考慮した診療態勢構築を行わなければならない。脳卒中診療はリハの観点から、①急性期、②回復期、

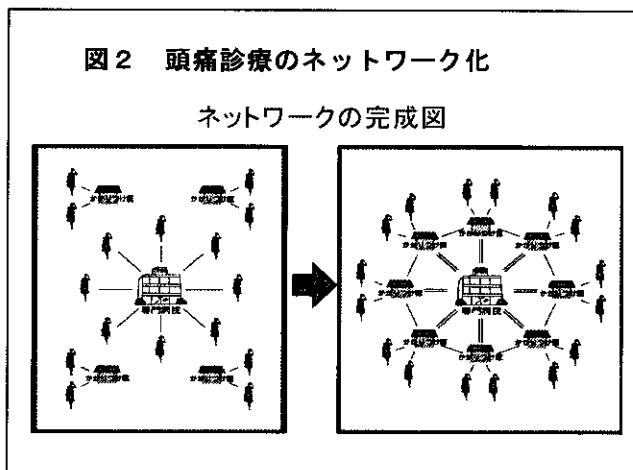
③維持期 の3つの病期に分けられ、①普段の健康管理(一次予防)と再発予防(二次予防)を行うかかりつけ医(主治医)、②超急性期や急性期の迅速な診断(症候、CT・MRI・超音波検査・血管造影など)と適切な治療(早期離床・早期リハ、感染対策・栄養管理、薬物・外科・血管内治療など)を行う急性期病院、③回復期リハを行うリハ専門病院、④維持期のリハ・ケアを行う療養型病院や老人保健施設(重度障害例は特殊疾患療養病棟や障害者施設等一般病棟)など、の4つのチームが必要である⁶⁾⁻⁸⁾(図1)。この4つのチームの連携により、それぞれのグループが得意な分野で良質な医療・介護を提供する。病期に応じて患者は病棟あるいは施設を移動し、治療/ケア担当者が変わっていく。この際、いかに継ぎ目のない医療(シームレスケア)を実現できるかが重要な課題である。そのためには、急性期チーム、回復期チーム、維持期チームの間の連携が必要である。施設内あるいは地域における各チーム間の交流を行い、評価スケールを共通化し、互いの診療指針の理解を図らなければならない。治療の効率化のためには施設間の機能分化は必要

図1 脳卒中患者の流れ



上段は病院完結型、下段は地域完結型。脳卒中診療は、急性期、回復期、維持期に分けられ、それぞれに必要な治療、リハ、ケアは異なっている。急性期治療から回復期リハまでを1つの施設で行う方式が「病院完結型」、病診連携により急性期と回復期を別の施設で連携して行う方式が「地域完結型」である。

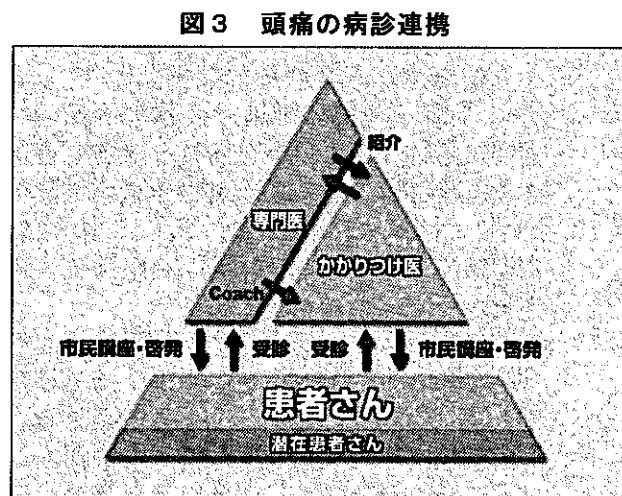
であると思われるが、患者の全体像を見失わないようにするために、今後施設間の診療情報の共有と診療指針の共通化が



必要である。

頭痛の病診連携ネットワーク(図2)を構築することで、頭痛診療の問題点を解決し、慢性頭痛患者、かかりつけ医、専門医の3者の満足度を高めることができる。すなわち慢性頭痛患者にとっては、かかりつけ医と専門医の2人から診て貰えるので満足度と安心感が向上する。さらに自宅や勤務先の近くのかかりつけ医での診療が受けられるので継続受診が可能で大変便利である。かかりつけ医にとっては、必要時に専門医の指示が仰げるとともに、患者増にもつながる。専門医にとってはその専門性が発揮できる。専門医がかかりつけ医へ『聖域なき逆紹介』を行えば、膨大な患者をかかりつけ医にフォローしてもらうことができ、外来患者の抑制が可能となる。連携の取れたかかりつけ医の患者は患者予備軍となり、紹介率の向上、新患増につながる。このようにかかりつけ医は神経内科と脳神経外科の強力なサポーターであると考えられる。かかりつけ医から専門医へ紹介し、専門医による診断・治療方針の決定がなされれば、それはかかりつけ医にとって『錦の御旗』となる。このように頭痛の病診連携により、3者にとってそれぞれメリットが存在することになる。脳卒中の病診連携は、4つのチームが必要だが、頭痛の病診連携は、かかりつけ医と専門

医の2者で成り立ち、比較的構築しやすい(図3)。地域全体で慢性頭痛を診断・治療できる『地域完結型の頭痛診療態勢』を構築しなければならない。



慢性頭痛の治療で一番重要なことは、頭痛を来さないように患者自身が生活習慣を修正することである。医療者は慢性頭痛がなぜ起こるか、どうしたら軽減できるか、頭痛は自分で治すもの(軽くするもの)であることを十分患者に説明しなければならない。すなわち慢性頭痛では、頭痛の誘因となる①心理的ストレス(緊張、不安、いらいら、うつ)、②身体的ストレス(姿勢、頸椎病変、運動不足、肩凝り)、③物理的ストレス(季節、天気、温度、湿度)、④その他の誘因(食事など)を軽減しなければならない。

急性疾患は、治癒を目指すためにproblem-orientedの診療となる。一方、慢性疾患では治癒は望めないため、在宅、職場復帰などといったgoal-orientedの診療となる。慢性頭痛は、慢性疾患的特性を持っており、日常生活のQOLの向上を目指すgoal-orientedの診療が必要である。片頭痛や群発頭痛は急性疾患の側面も併せ持っている。慢性頭痛診療では、生活習慣の修正について十分説明すること、頓挫療法と予防療法を頭痛患者に十分理解してもらい医療者は適切な治療を提供すること、難治の場合には症候性頭痛の鑑別、心療内科や精神科との連携、薬剤誘発性頭痛の入院加療など、多面的

な戦術が必要である。

障害を持つ人々や高齢者が、住みなれた所で、そこに住む人々と共に、一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療・保健・福祉および生活に関わるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてを地域リハビリテーションといわれている。頭痛診療も脳卒中における地域リハビリテーションと同じように地域全体での取り組みが必要である。

E. 結論

片頭痛・緊張型頭痛・群発頭痛の治療には多くの選択肢があり、それを適切に選択すれば慢性頭痛で長年困っている患者を救うことができる。従来の鎮痛薬のみによる治療では「鎮痛薬→再発→鎮痛薬依存→頭痛増悪→慢性化（薬剤誘発性頭痛、慢性連日性頭痛）」という悪循環を来すので鎮痛薬に依存しない治療戦略を立てることが肝要である。そのためには病診連携により多くの慢性頭痛患者の診療に専門医が関わることができる診療態勢の構築が必要である。専門施設では、通常外来を専門外来化して、毎日『頭痛専門外来』を行えるようにしてかかりつけ医からの紹介を毎日受け入れて病診連携を推進しなければならない。当然のことながら症候性頭痛は24時間対応が必要である。また患者の利便性、リスク管理からX線CTは受診当日すぐ行える院内システムの構築は必須である。慢性頭痛は日常生活のQOLを上げることを目指すgoal-orientedの診療を行うべきである。すなわち病診連携により地域の医療資源を活用して慢性頭痛患者が住み慣れたところで安心して暮らせるように医療者がお手伝いできる態勢構築が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 橋本洋一郎：頭痛治療推進ネットワーク熊本。地域頭痛医療推進プログラム第2回ミーティング、11: 22, 2003(東京)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案録
なし
3. その他
なし

文献

- 1) 日本神経学会：慢性頭痛治療ガイドライン2002. 臨床神経 42: 323-362, 2002
- 2) Lipton RB, Silberstein SD, Saper JR, et al: Why headache treatment fails. Neurology 60: 1064-1070, 2003
- 3) 信友浩一：医療経済の視点. 内科臨床研修指導マニュアル, 社団法人日本内科学会認定内科専門医会編集、日本内科学会、2001, pp239-243
- 4) 日本医師会：あなたの健康を守るために. 国民健康読本. 日本医師会雑誌第127巻第3号付録、2002、pp28-31
- 5) 田坂佳千：地域医療・在宅医療. 内科臨床研修指導マニュアル, 社団法人日本内科学会認定内科専門医会編集、日本内科学会、2001, pp128-138.
- 6) 橋本洋一郎, 平野照之, 米原敏郎ら：脳卒中の診療体制 -地域完結型-. 脳卒中 23: 364-369, 2001
- 7) 橋本洋一郎, 米原敏郎, 徳永 誠ら：脳卒中における地域完結型リハビリテーション. リハビリテーション医学 39: 416-427, 2002
- 8) 平野照之, 橋本洋一郎, 米原敏郎ら：地域完結型脳卒中診療態勢 -熊本市神経内科関連3施設の虚血性脳血管障害診療状況-. 脳卒中 24: 201-207, 2002

職場における片頭痛の実態調査

富士通南多摩工場健康推進センター¹⁾
北里大学医学部内科（神経内科）²⁾
五十嵐久佳¹⁾²⁾、坂井文彦²⁾

はじめに

片頭痛は強い頭痛に悪心・嘔吐を伴うことが多く、日常生活、社会生活に支障をきたす疾患である。また20歳代から50歳代の就業年齢層における有病率が高いため、仕事への影響も大きいと考えられる。

富士通南多摩工場には約1800名の従業員が働いており、ほとんどの従業員がパソコンやソフトの開発などのVDT作業に携わっている。健康推進センターでは長期残業者の面談、健康診断結果説明などの健康管理の他、企業内診療所として、従業員を対象とした一般診療を行なっている。

2001年度の健康診断時の自覚症状をみると、目の疲れ30.8%、視力低下23.5%、目のかすみ15.0%、首・肩のこりや痛み23.9%、腰痛10.9%、精神的な疲れ10.0%であり、頭痛は8.8%であった。一方、2001年に企業内診療所としての健康推進センターを受診した延べ人数は3814名で、その内訳は感冒など16.1%、高血圧15.3%、アレルギー疾患9.5%、精神科的疾患9.4%、胃腸疾患8.0%などで、頭痛のために受診したものは2.9%であった。

今回、企業における片頭痛有病率、仕事への影響、対処法などの実態を調査し、労働者が適切な頭痛医療を受けるための対策を検討した。

対象と方法

従業員の健康管理2001年2月から同年11月までに富士通南多摩工場健康推進センターに、健康管理上の面談、感冒や高血圧などの疾患による受診目的で来室した連続704名（男性629名、女性75名）の従業員を対象とした（表1）。平均年齢は39.5±8.9歳（男性40.0±9.0歳、女性36.0±7.7歳）である。2001年3月の時点での全従業員数は1827名（男性1592名、女性235名）であり、対象となったものは全従業員の38.5%にあたる。

口頭で同意を得た上で、頭痛の有無、性状、日常生活への支障度、仕事への影響、対処法、医療機関受診状況などにつき、対面式聞き取り調査を施行した。頭痛の診断は1988年の国際頭痛学会 International Headache Society (IHS)診断基準¹⁾にしたがった。

結果

繰り返す頭痛があるものは704例中367例（52.1%）であった。過去1年間の

表1. 2001年2月から11月までに富士通南多摩工場健康推進センターに、健康管理上の面談、受診目的で来室した従業員（連続704名）

	n	平均年齢
男性	629例	40.0±9.0歳
女性	75例	36.0±7.7歳
計	704例	39.5±8.9歳

一次性頭痛の有病率は片頭痛13.2%（男性11.6%、女性26.7%）、反復発作性緊張型頭痛29.1%（男性27.6%、女性41.3%）、慢性緊張型頭痛0.9%（男性0.8%、女性1.3%）であった（表2）。片頭痛有病率を年齢層別にみると、男性は20代（17.9%）、女性は30代（34.2%）が最も高かった（図1）。

1ヶ月の片頭痛発作回数の平均は、1回未満30.0%、1～2回41.9%、3～4回22.6%、5～10回3.2%、不定2.2%であった（図2）。片頭痛による日常生活への支障度を寝こむか否かで判定すると、

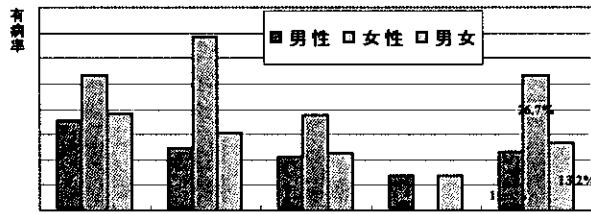


図1. 年齢層別片頭痛の有病率(n=93)
男性では20代、女性では30代の有病率が最も高い。

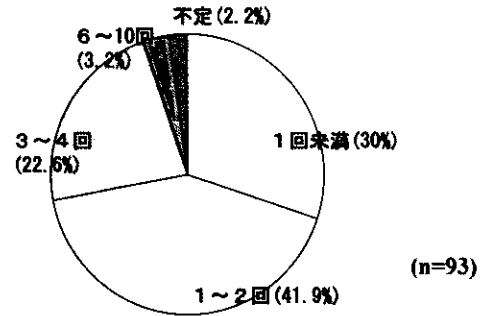


図2. 1ヶ月間の片頭痛発作回数
1ヶ月に2回以内のものが71.9%を占める

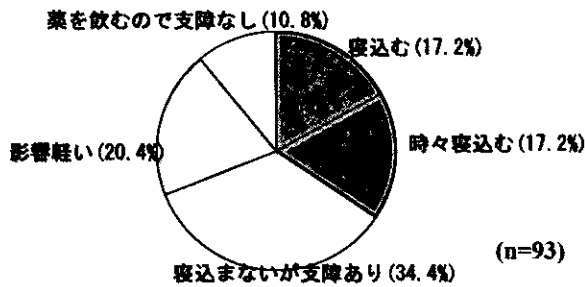


図3. 片頭痛の日常生活への支障度

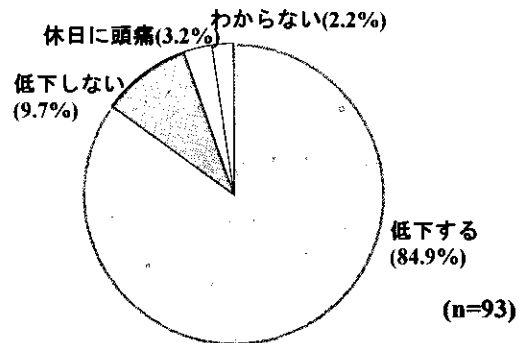


図4. 片頭痛により仕事の能率が低下するか

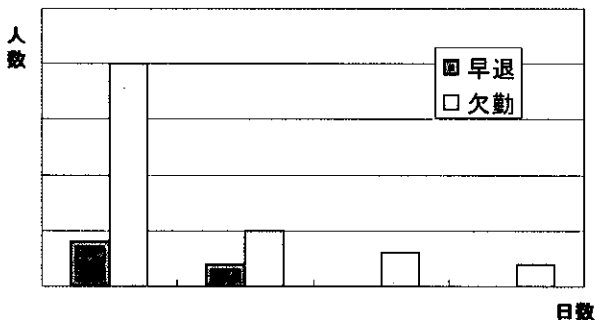


図5. 片頭痛による過去1年間の早退・欠勤日数

表3. 頭痛の強さと受診歴の有無

頭痛の強さ	受診歴なし	受診歴あり	計
重度	13	16	29
中等度	46	6	52
軽度	12	0	12
計	71 (76.3%)	22 (23.7%)	93

寝こむ 17.2%、ときどき寝こむ 17.2%、寝こまないが支障有り 34.4%、影響軽い 20.4%、薬を飲むので支障無し 10.8%であった (図3)。片頭痛により仕事の能率が低下するか否かについては、低下する 84.9%、低下しない 9.2%、休日に頭痛がおこるため判定不可 3.2%、わからない 2.2%であった (図4)。過去1年間に片頭痛のために早退・欠勤をしたものは

36.6%で、感冒、発熱などのその他の理由によるもの(74.2%)に比し、低値であった。過去1年間の片頭痛による欠勤日数は、1~5日までがほとんどであったが、10日以上欠勤したものが5例みられた (図5)。頭痛のために欠勤することを会社に言いにくいと答えたものは 33.3%で、61.3%はとくに支障なしであった。

片頭痛のために医療機関を受診したこ

とがあるものは93例中22例(23.7%)で、16例は頭痛の強さが重度、6例が中等度のものであった(表3)。未受診の71例に対し未受診の理由を確認したところ、市販薬を飲めば治る51%、一晩寝れば治る24%、がまんできる21%、時間がたてば治る18%、受診する時間がない・面倒10%などであった。頭痛時に使用する薬剤は市販薬64.5%、処方薬6.5%、市

販薬と処方薬の両方5.4%で、頭痛が起っても薬剤を使用しないものが23.7%みられた。

考察

健康診断時の自覚症状はチェックシートにより行なっているが、眼の疲れ、視力低下、眼のかすみ、首・肩のこりや痛みなどの訴えが多く、これはVDT作業によるものと考えられた。

片頭痛の有病率は13.2%(男性11.6%、女性26.7%)で、男女とも全国疫学調査²⁾に比し高値を示した。これは調査方法が対面式聞き取り調査であることに加え、調査対象が20歳代から50歳代の片頭痛好発年齢層であることが関与していると考えられる。しかし、年齢層別にみた場合に、男性では、いずれの年齢層でも全国調査に比べて2倍以上の有病率を示したことから、コンピューターやソフトの開発に携わる職業の影響が考えられる。すなわち、このような職業を選んだ素因や、VDT作業という環境因子が何らかの影響を及ぼしている可能性がある。この点に関しては、今後、職種別、環境別片頭痛有病率を調査するとともに、ある職業を選ぶための素因と片頭痛との関連性につき検討する必要がある。

片頭痛の社会経済学的影響の評価法として、欠勤や作業能率の低下による労働力の損失があげられ、諸外国では種々の報告がなされている³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾。本調査では、片頭痛を持つ従業員の71.9%において発作回数が1ヶ月に2回以内と少ないものの、発作の日常生活への支障度は大きく、また84.9%が仕事の能率低下を訴えていた。過去1年間に片頭痛のために早退・

欠勤したものは36.6%であり、この値は、片頭痛発作により「寝込む(17.2%)」、「ときどき寝込む(17.2%)」をあわせた数値にほぼ一致する。Korffら⁸⁾は片頭痛と診断された勤労者に3ヶ月間日記を記載させ、頭痛による欠勤日数と労働効率を調査し、IHS診断基準を満たす片頭痛が起こった場合には他の頭痛が起こった場合に比し欠勤日数が多く、また、勤務した場合でも労働効率は片頭痛が起こった場合に最も低下することを示し、作業損失を減らすためには片頭痛により重度の影響を受けている勤労者に焦点を絞ることが必要と考察している。Popらは⁹⁾オランダの製造会社に勤務する1781名の勤労者における頭痛の有病率と過去4週間の頭痛による欠勤日数、生産性の低下率を調査し、頭痛による経済的損失は4週間で18,933ドルと評価し、この経済学的損失は仕事場で過小評価されている可能性を論じている。今回の調査では片頭痛による早退・欠勤はその他の症状・疾患による早退・欠勤に比し少ないものの、片頭痛発作により多くの労働者が仕事の能率が低下を訴えていることから、社会経済学的にも何らかの影響を及ぼしていると考えられる。本邦では企業における片頭痛による経済的損失率の報告はなく、今後検討すべき問題である。また、Liptonら¹⁰⁾は労働に対する片頭痛の影響度と健康に関連した生活の質(health-related quality of life:HRQoL)を調査し、労働に対する影響の強いものは、HRQoLも低いことを示していることから、仕事の場で、片頭痛に悩む勤労者へのケアは、勤労者の生活の質を高めることにもつながると考えられる。

片頭痛のために医療機関を受診した経験のあるものは、企業内診療所を含め、23.7%であった。頭痛の強さが重度のものでは半数以上が受診歴を持つが、中等度の痛みでは11.5%であり、頭痛の強さが軽度のものでは一人も受診歴がなかった。未受診理由は市販薬での対処に加え、「一晩寝ればなおる」、「がまんできる」、「時間がたてば治る」などがあげられていた。すなわち、片頭痛発作が起こった場合、

短時間で改善する手段があるとの認識が少ないと考えられる。また、企業内診療所があり、受診しやすい環境にありながら、「受診する時間がない・面倒」との理由もみられた。全国疫学調査に比べ、有病率が高いにもかかわらず、受診率が低い理由としては、年齢層が若いことに加え、重度の頭痛でなければ、仕事を中断してまでわざわざ受診しないという状況が考えられた。感冒やアレルギー疾患、また高血圧や糖尿病などの生活習慣病では比較的気軽に企業内診療所を訪れていることから、企業内診療所で頭痛診療を行なう、という情報を勤労者に提供することにより、片頭痛により仕事や生活に支障をきたしている勤労者の受診率は向上すると考えられる。

富士通南多摩工場健康推進センターでの今後の取り組み

連続 704 名への聞き取り調査の結果を踏まえ、2003 年度は健康診断時に全従業員に頭痛調査用紙を配布したところ、毎年施行している自覚症状チェックシートでの頭痛の訴えも増加したことから、アンケート調査により、従業員の頭痛に対する認識が上昇すると考えられる。また、頭痛に関するポスターの掲示、健康推進センターホームページを利用した頭痛の啓発活動、長時間残業の面談などで従業員の訴えをきく看護師への頭痛教育、頭痛専門医として他事業所からの診療依頼を受ける、などの活動を行い、受診延べ人数、受診件数における、頭痛患者の占める割合は年々増加してきている。

今後は、職場における頭痛医療推進の必要性につき、産業医学に携わる産業医、看護師・保健師への啓発活動も進めていきたい。

文献

- 1) Headache classification committee of the international headache society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain, *Cephalalgia*, 1988; Suppl.7: 9-96,
- 2) Sakai F, Igarashi H.: Prevalence of

- migraine in Japan: a nationwide survey. *Cephalalgia* 1997;17:15-22
- 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: 645-657
 - 4) Stewart WF, Lipton RB, Simon D.: Work-related disability: results from the American migraine study. 1996;16: 231-238
 - 5) Reynales H, Aycardi E, Valencia D.: Migraine: implications for work, disability and request for health services in Colombia. *Rev Neurol.* 2001; 32: 1001-1005.
 - 6) Pryse-Phillips W, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF.: A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *Can J Neurol Sci.* 1992; 19:333-9.
 - 7) Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB: The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia.* 2003; 23:519-27.
 - 8) Von Korff M, Stewart WF, Simon DJ, Lipton RB: Migraine and reduced work performance: a population-based diary study. *Neurology.* 1998; 6:1741-5.
 - 9) Pop PH, Gierveld CM, Karis HA, Tiedink HG.: Epidemiological aspects of headache in a workplace setting and the impact on the economic loss. *Eur J Neurol.* 2002; 2:171-4.
 - 10) Lipton RB, Liberman JN, Kolodner KB, Bigal ME, Dowson A, Stewart WF: Migraine headache disability and health-related quality-of-life: a population-based case-control study from England. *Cephalalgia.* 2003; 6 :441-50

頭痛医療の現状(新しい頭痛医療のためのガイドライン) 入院治療の必要性と現状

高瀬 靖 市立豊中病院神経内科 副部長
中野美佐, 巽千賀夫 市立豊中病院神経内科
佐藤文子 市立豊中病院看護部

研究要旨

当院では重症の慢性頭痛患者(鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を乱用している患者-鎮痛剤は1日に3回以上, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤は1日に2回以上を毎日3ヶ月間以上服用)を治療する際に, 外来で無理な場合, 入院を勧めクリニカルパスを用い治療している。クリニカルパスを導入した平成14年4月以降, 平成15年10月までの間に頭痛を主訴として入院した患者の中で鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を乱用しておりその離脱目的にて入院した患者は12例であった。全症例とも入院後, 予防薬を投与し入院日, または翌日より一度に乱用薬剤を中止した。全症例とも元来の頭痛は前兆のない片頭痛で, 乱用していた薬剤を中止できた。その予後は, 平成16年1月現在, 鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を1ヶ月に8日間以内に制限できているもの5例, 8日間以上服用しているが毎日までは至らないもの4例, 毎日服用しているが乱用までは至らないもの3例であり, 再び乱用に陥った症例は無かった。鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を乱用している患者は外来で治療が困難な場合, 入院で乱用薬剤を一度に中止し, 予防薬にて正しく治療を行う必要がある。

A. 研究目的

慢性頭痛患者は通常は外来にて治療を行うが, 重症例は入院にて加療を行う必要がある。慢性頭痛の入院治療の適応として次のものが挙げられる。①鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を乱用している患者。②慢性(慢性化しつつある)群発頭痛。③片頭痛(発作が頻回であり, 1回の症状が大変ひどいもの)。④頭痛のため, 頻回に救急外来を受診している患者。この中で, 鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を乱用している患者(鎮痛剤は1日に3回以上, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤は1日に2回以上を毎日3ヶ月以上服用)は大変重症の頭痛である。これらの薬剤を乱用時, 患者のみならず治療している医師も気づいていない場合もあるが, 薬剤により, さらに頭痛が悪化している。しかし本邦ではこの重度の頭痛に関する報告は大変少なく, 年齢, 性, 乱用薬剤など不明であり, 元来の頭痛も片頭痛, 緊張型頭痛, new daily-persistent headacheのどのタイプが多いのか明らかでは無かった。また当院ではこのような薬剤の乱用患者が来院した場合, まず頭痛を悪化させている痛みを抑える薬剤を一度に中止

するよう努力している。外来にて治療を行う場合が多いが, 入院で治療する患者が増えてきたためクリニカルパスを導入し, パスを用い治療を行うようになった。当院における薬剤を乱用している患者の入院治療の現状, 予後について検討する。

B. 研究方法

頭痛患者の治療でクリニカルパスを導入した平成14年4月以降, 平成15年10月までの間に頭痛を主訴として入院した患者の中で, 鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を乱用しておりその離脱目的にて入院した患者を抽出し, その元来の頭痛, 年齢, 性, 乱用薬剤, 入院期間, 予後などについて検討した。

まず鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤の乱用の基準であるが, 1988年の国際頭痛学会によるanalgesics abuse headache(鎮痛剤乱用による頭痛), ergotamine induced headache(エルゴタミン誘発性頭痛)の診断基準¹⁾(表1)に準じた。つまり鎮痛剤の乱用は, 1ヶ月間にアスピリン50g相当以上を毎日3ヶ月間以上服用。例えば1錠にアスピリン330mgが含まれている市販の錠剤を,

表 1. International Headache Society (1988 年) による診断基準¹⁾

原因物質の慢性摂取または曝露により惹起される頭痛

1. 原因物質を 3 ヶ月以上毎日摂取後に出現.
2. ある必要最小量がある.
3. 頭痛は慢性である (1 ヶ月に 15 日間以上).
4. 原因物質を中止後, 1 ヶ月以内に頭痛は消失する.

I. Analgesics abuse headache (鎮痛剤乱用による頭痛)

以下の 1 項目以上

- a) 1 ヶ月にアスピリン 50g 以上, または他の弱い鎮痛剤でもアスピリン 50g 相当以上の使用.
- b) バルビツレート, または他の非麻薬性薬剤配合の鎮痛剤を 1 ヶ月に 100 錠以上.
- c) 麻薬性鎮痛剤を 1 種類以上.

II. Ergotamine induced headache (エルゴタミン誘発性頭痛)

- a) エルゴタミンを毎日経口で 2mg 以上, または坐薬で 1mg 以上使用.
- b) 全体的で拍動性の頭痛であり, 片頭痛の発作パターンがなく, かつ/または関連症状がない.

1回に2錠を1日に2.5回, つまり1日に5錠を毎日服用すると1ヶ月間にアスピリンを $0.33 \times 5 \times 30 = 49.5g$, 約50g服用したことになる. また1錠にアスピリン500mgが含まれている市販薬を1日に3回服用すると30日間で45gとなる. よって市販の鎮痛剤の乱用を, 頭痛のための1回量を1日に3回以上毎日服用とし, 医師よりの鎮痛剤も同様に1日に3回以上, 毎日服用とした. エルゴタミン製剤の乱用は ergotamine induced headache の診断基準に準じ, エルゴタミン製剤を1日に2g以上. つまりカフェルゴット, クリアミンAなどを1日に2回以上, 毎日3ヶ月以上服用とし, トリプタン系薬剤の乱用も, ergotamine induced headache の診断基準に準じ, トリプタン系薬剤 (スマトリプタン, ゴルミトリプタン, エレトリプタン, リザトリプタン) を, 毎日経口で2錠以上服用とした. この鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤の量を, 頭痛のために毎日3ヶ月以上服用している症例が対象であり, このような症例に対し初診時, まず鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を一度に中止する事が最も大切である事を充

分に説明した. 当然外来で治療を行う患者が多いが, 外来で無理な場合は入院で治療を行った.

入院し, 入院日より予防薬として三環系抗うつ薬が使用できればアミトリプチリン10mg/日を開始し, 鎮痛剤, エルゴタミン製剤, トリプタン系薬剤を入院日, または翌日より一度に中止した. Rebound headache の出現する患者が多いが, 痛みに対しては我慢してもらい, 乱用薬剤を一度に中止後2週間は, 鎮痛剤など痛みを抑える薬は一切許可をしなかった. ベンゾジアゼピン系抗不安薬を毎日服用していた症例は, 徐々に減量中止し, またカフェインを含む飲料をなるべく摂取しないように指導した. アミトリプチリンは3日おき位に様子を見ながら, 口渇, 眠気, 倦怠感が出るくらいまで増量した. 経過中, 嘔吐が著明であれば, 補液, メクロプラミドなどの注射, ドンペリドンの坐薬などを用いた. 2週間様子を見て, アミトリプチリン単独で予防効果が不十分な事が予想されれば, バルプロ酸またはプロプラノロールを併用した. 2週間後より, 鎮痛剤, トリプタン系薬剤の使用

を許可したが、1週間に2日間以内に制限し、なるべく坐薬50mg、またはスマトリプタンの注射を用いた。Rebound headacheが落ち着いてくれば、どんどん外出外泊をしてもらうようにし、問題が無い事を確認し退院とした。その後外来にて、鎮痛剤、トリプタン系薬剤の使用を、1ヶ月に8日間以内(週に2日間以内)にとどめ、連用乱用していくのを防ぎ、頭痛予防薬は維持量を続け、良い状態が続く事を確認後、減量していった。そして乱用薬剤を離断後の予後を調査するため、平成16年1月現在の頭痛の状態を調査した。当院外来通院中の患者は、平成15年12月および平成16年1月の時点での頭痛の状態を評価し、家が遠方などの理由で当院に通院中で無い患者は、電話にて頭痛の状態を調査した。

C. 研究結果

鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を乱用している症例でクリニカルパスを導入後、乱用薬剤の離断目的にて入院した患者は12例であった(表2)。男性2例、女性10例で、年齢は27歳から69歳であり、元来の頭痛は全症例とも前兆のない片頭痛であった。鎮痛剤を乱用していたものは9例であり、エルゴタミン製剤の乱用は2例、トリプタン系薬剤を乱用していたものが1例であった。全症例とも入院後、予防薬を投与し、入院日または翌日より一度に乱用薬剤を中止し、全症例とも乱用していた薬剤を一度に中止できた。Rebound headacheの出現する症例がほとんどであり、その後良いコントロールとなり、外出外泊にて頭痛が増悪しない事を確

認後、退院としたが、その入院期間は、20日間以内が3例、21日から26日が5例、1ヶ月以上が4例であった。乱用していた薬剤と入院期間との間に特に関係は認めなかった。その後の予後は、平成16年1月現在の時点で、薬剤離断後の経過期間は3ヶ月から1年9ヶ月(平均10.9ヶ月)であり、頭痛の状態は、鎮痛剤、トリプタン系薬剤の服用が1ヶ月に8日間以内のものが5例、8日間を超えるが毎日までは至らないもの4例、毎日服用しているが乱用までは至らないもの3例であり、再び乱用に陥ったものは無かった。また頭痛が消失した症例は無かった。入院期間の短い症例ほど、その後の予後が良い傾向にあり、全症例とも乱用薬剤を離断後、平成16年1月現在の時点で、離断前より生活の質が向上していた。

D. 考察

鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を乱用している患者を治療する際に、乱用薬剤を中止する方法として、①予防薬を使いながら鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を徐々に減量していく方法と、②鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を一度に中止する方法、の2通りの方法がある。しかし痛みを抑える薬剤を大量に服用している患者は、予防薬を使い徐々に減量していこうとしてもなかなか減量できない事が多く、我々の施設では基本的に一度に中止するよう努力している。当然外来で一度に乱用薬剤を中止する患者が多いが、外来で一度に中止してもrebound headacheが出現し、すぐに薬剤を再開する事がよくみられる

表2.

年齢	性	タイプ	乱用薬剤	入院期間	予後
52	F	MWOA	エルゴタミン製剤	1ヶ月以上	毎日服用しているが乱用まで至らない
41	F	MWOA	鎮痛剤	1ヶ月以上	毎日服用しているが乱用まで至らない
32	F	MWOA	鎮痛剤	23日	毎日服用しているが乱用まで至らない
34	F	MWOA	トリプタン系薬剤	1ヶ月以上	8日間を超えるが毎日まではいかない
31	F	MWOA	鎮痛剤	24日	8日間以内
27	F	MWOA	鎮痛剤	18日	8日間以内
54	M	MWOA	鎮痛剤	24日	8日間を超えるが毎日まではいかない
33	F	MWOA	鎮痛剤	1ヶ月以上	8日間以内
61	F	MWOA	鎮痛剤	22日	8日間を超えるが毎日まではいかない
47	M	MWOA	鎮痛剤	20日	8日間以内
69	F	MWOA	鎮痛剤	26日	8日間を超えるが毎日まではいかない
59	F	MWOA	エルゴタミン製剤	19日	8日間以内

ため、外来で困難な場合、入院での治療を勧めている。現在まで入院した上で治療を行った患者は全症例、乱用していた薬剤を一度に中止し得ている。

鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を長期乱用している症例に関する報告は本邦では殆ど無い。今回我々の12例の年齢、性、乱用薬剤に関しては、元来の頭痛の臨床像、使用薬剤を考えると予想しうる結果と思われた。しかし、元来の頭痛の病型は全12例とも前兆のない片頭痛であり、緊張型頭痛は1例も無かった。この理由として、片頭痛は発作の重症度が緊張型頭痛よりも高いため、頭痛がわずかに出現し始めた時に重度の頭痛に進行していくのを恐れ、早めに鎮痛剤などを服用する傾向が強い。また鎮痛剤などを早く服用しないと効果は弱く、頭痛の初期に服用するが、そのため頭痛の前触れを感じた時に、それがどんどん増悪していくのか、案外自然に消失するのか患者自身が判断できないため、早めに薬剤を服用し、そして乱用していくようになりやすいと考えられる。また前兆のある片頭痛は薬剤乱用に陥る事が殆ど無く、発作の出現が患者にははっきりと分かるため、患者自身が前触れとして明確に認識可能であり、乱用に陥る事が無いと思われる。

入院治療における問題点として、①入院期間が長くなりがちである(20日間以内は3例のみであり、21日から26日が5例で1ヶ月以上が4例)。②薬剤を中止する前に、離断後のrebound headacheの状態が予測できない。③入院期間の短い症例ほど、その後の予後が良い傾向にあったが、実際に鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を中止してみないと入院期間の予測ができない、という事があげられた。入院期間に関しては、今回の我々の症例では、rebound headacheが落ち着き、在院時に頭痛が問題なく、その後外出外泊を何回か行い、頭痛が増悪しないことを確認後退院としたため入院日数が長くなったが、外出外泊を省き退院とすれば、入院日数はかなり短くなると思われた。しかし薬剤離断前にrebound headacheの状態を予測する事は我々の経験上は困難であり、入院前に入院期間を予測する事は難しいと考えられるが、今後の検討すべき課題であ

る。

2004年、新しい頭痛の分類、診断基準が発表され(表3)³⁾、medication-overuse headache(薬剤の過剰使用による頭痛)の診断基準で、痛みを抑える薬剤の1ヶ月の服薬日数が少なくなった。今までのanalgesics abuse headache, ergotamine induced headacheの診断基準¹⁾は、それぞれアスピリンが1ヶ月に50g以上、エルゴタミン製剤は1日に2g以上となっていたが、新しい診断基準ではanalgesic-overuse headache(鎮痛剤過剰使用による頭痛)は1ヶ月に鎮痛剤を15日以上服用、またergotamine-overuse headache(エルゴタミン製剤の過剰使用による頭痛)は1ヶ月にエルゴタミン製剤を10日以上服用となった。またトリプタン系薬剤の過剰使用による頭痛(triptan-overuse headache)も診断基準の中に加えられ、1ヶ月にトリプタン系薬剤を10日以上服用となった。これにより鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を多量に服薬する重症例を診察治療してきた医師にとって、大変使いやすい診断基準になった。つまり、鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤の1ヶ月の服用日数を正しく把握し、慢性頭痛をコントロールしていく事の大切さが新しい診断基準には含まれており、乱用症例に対しても薬剤離断後の頭痛治療の大切な指標となる。

さて平成16年1月現在の薬剤離断後の予後、頭痛の状況であるが、鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を1ヶ月に8日間以内に制限できていたもの5例、8日間以上服用しているが毎日までは至らないもの4例、毎日服用しているが乱用までは至らないもの3例であり(経過期間は平均10.9ヶ月)、再び乱用に陥ったものはこの12例には無かった。しかし我々の症例で、平成14年3月以前に入院治療した症例の中で、その後の経過中、薬剤の乱用が再発したものが確かにみられる。これらの平成14年3月以前の症例に関しても今後検討予定である。また外来での治療が困難な場合に入院での治療を勧めるため、入院症例は外来で治療を行った症例よりも重症の患者が多い印象があるが、外来、入院症例での治療成績を比較検討する必要がある。

薬剤離断後の予後に関して本邦での報

表 3. International Headache Society(2004 年)による診断基準²⁾

-
- 8. Headache attributed to a substance or its withdrawal
 - 8.1 Headache induced by acute substance use or exposure
 - 8.2 Medication-overuse headache
 - 8.2.1 Ergotamine-overuse headache
 - 8.2.2 Triptan-overuse headache
 - 8.2.3 Analgesic-overuse headache
 - 8.2.4 Opioid-overuse headache
 - 8.2.5 Combination medication-overuse headache
 - 8.2.6 Headache attributed to other medication overuse
 - 8.2.7 Probable medication-overuse headache
 - 8.3 Headache as an adverse event attributed to chronic medication
 - 8.4 Headache attributed to substance withdrawal
-

8.2.1 Ergotamine-overuse headache(エルゴタミンの過剰使用による頭痛)

A. 頭痛は 1 ヶ月に 15 日間以上.

次の 1~3 の 1 項目以上と C, D を満たす.

1. 両側性
2. 押さえられる/締め付けられる頭痛
3. 軽度から中等度の頭痛

B. エルゴタミン製剤を 1 ヶ月に 10 日間以上, 3 ヶ月以上服用.

C. エルゴタミン製剤の過剰服用により, 頭痛は悪化する.

D. エルゴタミン製剤を中止し, 2 ヶ月以内に元来の頭痛のパターンに戻る.

8.2.2 Triptan-overuse headache(トリプタン系薬剤の過剰使用による頭痛)

A. 頭痛は 1 ヶ月に 15 日間以上.

次の 1~5 の 1 項目以上と C, D を満たす.

1. 主に片側性
2. 拍動性の頭痛
3. 中等度から高度の頭痛
4. 歩いたり, 階段を上がったりなどの日常的な活動で悪化したり, それを避ける
5. 次の少なくとも 1 項目以上

a) 吐き気 および/または 嘔吐 b) 光過敏と音過敏

B. トリプタンを 1 ヶ月に 10 日間以上, 3 ヶ月以上服用.

C. トリプタンの過剰服用により, 頭痛の頻度が増加する.

D. トリプタンを中止し, 2 ヶ月以内に元来の頭痛のパターンに戻る.

8.2.3 Analgesic-overuse headache(鎮痛剤の過剰使用による頭痛)

A. 頭痛は 1 ヶ月に 15 日間以上.

告は無いが、外国では以前より報告がみられる³⁾⁻¹⁰⁾。最近の報告で、薬剤離断後、3年以上の長期間、経過を観察し得えたものを挙げると、Suhrら¹¹⁾は257例の一次性慢性連日性頭痛を治療し、101例をフォローすることができ、平均5.9年後、乱用が再発したのは20.8%であった、と報告している。またTriblら¹²⁾は55例を入院で治療し、平均9.28年フォローした。離断後5年経過し、34.6%が良好な結果で、32.7%が薬剤の乱用にはならず頭痛が明らかに改善しており、32.7%は再び乱用に陥ったと報告している。また乱用の大半は2年以内に出現し、乱用症例は全例入院で治療した方が良く、と述べている。しかし83症例を検討し、2~4年以内に約半数(48.5%)に薬剤乱用が再発したというFritscheらの報告¹³⁾があり、Piniら¹⁴⁾は鎮痛剤を乱用していた慢性連日性頭痛102例を治療し、4年間追跡し、予防薬にて十分に治療しても多くの症例で頭痛が持続し、むしろ鎮痛剤の頻回の使用が彼らの悲惨な人生をしばしば改善する、と述べている。しかしこの論文に関しては反論が多く、Youngら¹⁵⁾はそのeditorial commentaryの中で、またBigalら¹⁶⁾はletter to the editorの中で、慢性連日性頭痛、鎮痛剤反兆性頭痛の患者における標準治療は鎮痛剤の離断であり、予防薬を含む十分な長期的な治療プランである、と述べている。さらにGrazziら¹⁷⁾は61例の鎮痛剤の乱用を伴ったtransformed migraineを入院で薬物及び行動療法を行い3年間フォローし、薬物治療のみを行った38例中16例(42.1%)で薬剤の乱用が再発し、薬物及び行動療法を両方とも行った16例中では2例(12.5%)しか再発しなかったと報告している。また昨年Katsaravaら¹⁸⁾は98例の薬剤乱用症例を1年間ではあるがフォローし、再発は38%であったと報告している。このように薬剤を乱用している患者の治療は、できれば一度に薬剤を中止するのが最も良いと考えられているが、長期的な予後に関し議論を巻き起こしたPiniら¹⁴⁾の報告もあり、今後我々も薬剤離断後の予後について十分に検討する必要がある。

E. 結論

鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬

剤を乱用している患者の治療は、乱用薬剤を一度に中止し、予防薬を毎日服用し慢性頭痛を長期的に治療していく事が大切である。慢性頭痛の予防薬を正しく使い、1ヶ月の鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤の服用を8日間以内に抑える必要がある。また乱用している患者は外来で治療が困難な場合、入院で鎮痛剤、エルゴタミン製剤、トリプタン系薬剤を一度に中止し、治療をしなければならぬ。

文献

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia*, 8(Suppl 7): 54-56, 1988.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24(Supple 1): 1-160.
3. Tfelt-Hansen P, Krabbe AA. Ergotamine abuse. Do patients benefit from withdrawal? *Cephalalgia* 1981; 1: 29-32.
4. Baumgartner C, Wessely P, Bingol C et al. Longterm prognosis of analgesic withdrawal in patients with drug-induced headaches. *Headache* 1989; 29: 510-514.
5. Diener HC, Dichgans J, Scholz E et al. Analgesic-induced chronic headache: long-term results of withdrawal therapy. *J Neurol* 1989; 236: 9-14.
6. Lake A, Saper J, Madden S et al. Inpatient treatment for chronic daily headache: a prospective long-term outcome study [Abstract]. *Headache* 1990; 30: 299.
7. Silberstein SD, Silberstein JR. Chronic daily headache: long-term prognosis following inpatient treatment with repetitive IV DHE. *Headache* 1992; 32: 439-445.
8. Pringstheim T, Howse D. In-patient treatment of chronic daily headache

- using dihydroergotamine: a long-term follow-up study. *Can J Neurol Sci* 1998; 25: 146-150.
9. Monzon MJ, Lainez MJA, Morales F et al. Long-term prognosis of chronic daily headache [Abstract]. *Cephalalgia* 1999; 19: 410.
 10. Lorenzatto WS, Cheim CF, Adriano M et al. Long-term outcome in chronic daily headache [Abstract]. *Cephalalgia* 1999; 19: 413.
 11. Suhr B, Evers S, Bauer B et al. Drug-induced headache: long-term results of stationary versus ambulatory withdrawal therapy. *Cephalalgia* 1999; 19: 44-49.
 12. Tribl GG, Schnider P, Wober C et al. Are there predictive factors for long-term outcome after withdrawal in drug-induced chronic daily headache? *Cephalalgia* 2001; 21: 691-696.
 13. Fritsche G, Eberl A, Katsarava Z et al. Drug-induced headache: long-term follow-up of withdrawal therapy and persistence of drug misuse. *Eur Neurol* 2001; 45: 229-235.
 14. Pini L-A, Cicero AFG, Sandrini M. Long-term follow-up of patients treated for chronic headache with analgesic overuse. *Cephalalgia* 2001; 21: 878-883.
 15. Young WB, Silberstein SD. Editorial Commentary: Long-term follow-up of patients treated for chronic headache with analgesic overuse. *Cephalalgia* 2001; 21: 873.
 16. Bigal ME, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ. Letter to the editor: Long-term follow-up of patients treated for chronic headache with analgesic overuse. *Cephalalgia* 2002; 22: 327-328.
 17. Grazzi L, Andrasik F, D'Amico D et al. Behavioral and pharmacologic treatment of transformed migraine with analgesic overuse: outcome at 3 years. *Headache* 2002; 42: 483-490.
 18. Katsarava Z, Limmroth V, Finke M et al. Rates and predictors for relapse in medication overuse headache: a 1-year prospective study. *Neurology*. 2003; 60: 1682-1683.
- F. 健康危険情報
なし
- G. 研究発表
1. 論文発表
 - 1) 難治性慢性頭痛の治療-慢性連日性頭痛. 高瀬靖. *日本頭痛学会誌* 2003; 30: 22-25.
 - 2) 一次性 new daily persistent headache の臨床的検討-43 例の発症, 誘因, 発症年齢, 男女比, 頭痛の性状, 頻度について-. 高瀬靖, 中野美佐, 巽千賀夫. *臨床神経学* 2003; 43: 533-538.
 2. 学会発表
 - 1) エルゴタミン製剤の乱用がみられ, 一度に中止し得た慢性片頭痛 6 例の検討. 高瀬靖, 中野美佐, 巽千賀夫, 松山辰男. 第 44 回日本神経学会総会, 平成 15 年 5 月, 横浜市.
 - 2) 難治性慢性片頭痛に対するロイコトリエン受容体拮抗剤 (montelukast) の予防効果の検討. 高瀬靖, 中野美佐, 巽千賀夫, 松山辰男. 第 21 回日本神経治療学会総会, 平成 15 年 6 月, 福島県郡山市.
 - 3) トリプタン系薬剤の乱用がみられた 5 例の検討. 高瀬靖, 中野美佐, 巽千賀夫, 松山辰男. 第 31 回日本頭痛学会総会, 平成 15 年 11 月, 山口県宇部市.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他
なし

頭痛医療の現状：脳ドックの役割

池田 憲 PL 東京健康管理センター神経内科
細沢健一, 檜原英俊, 倉富晴子, 阿南耕三, 田村政紀

研究要旨

脳ドック受診者を対象に片頭痛の疫学的研究を行った。対象期間は2003年4月から11月で、対象者は脳ドック受診者2127名、年齢(mean ± SD)52.8 ± 11.4歳、男性1453名(53.1 ± 11.2歳)、女性674名(52.1 ± 11.7歳)とした。片頭痛の診断は国際頭痛学会の診断基準を用い、前兆を伴わない片頭痛(MO)と前兆を伴う片頭痛(MA)を有する受診者を抽出した。検討項目は1)片頭痛の有病率、2)片頭痛の重症度と医療機関への受診率をそれぞれ算出した。3)頭部MRI所見とMRA所見を片頭痛群と年齢性別を一致させた片頭痛のない対照群の間で比較した。結果は1)片頭痛は238名(42.9 ± 8.8歳)、男性96名(41.4 ± 8.4歳)、女性142名(43.8 ± 9.0歳)に診断された。片頭痛の有病率は11.2%、男性6.6%、女性21.1%であった。病型別では、MO有病率は10.5%、男性6.3%、女性19.7%であった。MA有病率は0.7%、男性0.3%、女性1.3%であった。2)片頭痛を有した健診者238例の重症度は、重症3.4%(男性1.0%、女性4.9%)、中等症11.8%(男性10.4%、女性12.7%)、軽症84.9%(男性88.5%、女性82.4%)であった。医療機関への受診率は15.1%、男性11.5%、女性17.6%に認められた。MO 224例の重症度は重症0.9%(男性0%、女性1.5%)、中等症8.9%(男性6.6%、女性10.5%)、軽症90.2%(男性93.4%、女性88.0%)であった。MO有病者の医療機関への受診率は10.7%、男性8.8%、女性12.0%であった。MA 14例の重症度は重症42.9%(男性20.0%、女性55.6%)、中等症57.1%(男性80.0%、女性44.4%)、軽症例0%であった。MA有病者の医療機関への受診率は85.7%、男性60.0%、女性100%であった。3)頭部画像所見の検討では、片頭痛群でラクナ梗塞9例(3.8%)、脳動脈瘤2例(0.8%)が確認されたが、対照群と比較して有意差はなかった。MRAの脳動脈硬化所見にも有意差はなかった。片頭痛群の2例(0.8%)に脳動静脈奇形が認められた。対照群には、脳動静脈奇形は認められなかった。脳ドック受診者における片頭痛の有病率は11.4%に及ぶが、医療機関への受診率が低いことが判明した。これまで、脳ドックは器質性脳疾患の早期発見や予防医学として進展してきた。今後は、脳ドック受診者の1割以上を占める機能性脳疾患である片頭痛の認識度を高め、頭痛医療を支援していくことが脳ドックの新たな役割と考えられた。

A.研究目的

頭痛は日常生活で頻繁に聞かれる訴えである。慢性頭痛の中でも、特に仕事や家庭生活に大きな影響を与える片頭痛の疫学調査が世界各国で施行されている¹⁾⁶⁾。本邦では多くの片頭痛患者が日常生活に支障をきたしているにもかかわらず、医療機関を一度も受診していない有病者が多いことも報告されている¹⁾。片頭痛は社会経済や医療経済においても予想以上に深刻な問題を提起しており、国家の保険財政にも間接的に影響を与えていることが指摘されている⁷⁾。我が国の頭痛医療

の諸問題として、医療側と患者側の片頭痛に対する認知度の低さが適切な治療を妨げている要因になっている。頭痛医療における脳ドックの役割について、今回、脳の健康に関心が高い脳ドック受診者を対象に片頭痛の疫学的調査と頭部画像所見の検討を行った。そして、本研究と以前に報告された本邦の疫学調査の結果¹⁾²⁾を比較検討したので報告する。

B.研究方法

1.対象者(脳ドック受診者)の内訳

対象は2003年4月1日から11月30日の期間に当センターの脳ドックを受診した

総数 2127 名, 年齢(mean \pm SD) 52.8 \pm 11.4 歳, 男性 1453 名(53.1 \pm 11.2 歳), 女性 674 名(52.1 \pm 11.7 歳)とした. すべての対象者は本人の希望で脳ドックを受診しており, 東京を中心に関東近県に在住していた. 健診者の両親の出身地は関東地域以外に, 全国に及んでいた.

2. 片頭痛の診断

はじめに対象者は脳ドック専用の自己問診票を記載し, 健診者の頭痛の有無が判別された. 本資料を基に, 神経内科専門医や内科認定医・専門医が診察時に問診を行った. 片頭痛の診断は国際頭痛学会の診断基準に基づいて行った. 片頭痛は, 前兆を伴わない片頭痛(MO)と前兆を伴う片頭痛(MA)の 2 型に分類した. 本研究では脳ドック受診日から過去 1 年以内, つまり最近 1 年間に片頭痛が出現した健診者を片頭痛の有病者と定義した.

3. 脳ドック検査

脳ドックは人間ドックのオプション形式として施行された. よって, 脳ドック検査は通常の間ドックで行われる検査項目に頭画像検査と血圧脈波検査が追加された. 頭画像検査は 1.5 テスラ日立 STRATIS II 装置を使用し, 軸状断と矢状断 T1 強調像, 軸状断 T2 強調像, 3D-TOF 法 MRA が施行された. 画像所見は, 神経内科専門医 1 名と経験ある放射線科医 2 名が片頭痛に関する情報を知らされない状態で読影された.

4. 検討課題

本研究の検討課題は, 以下の 3 項目とした.

1) 片頭痛の有病率

脳ドック受診者における片頭痛の有病率, MO の有病率, MA の有病率をそれぞれ算出した.

2) 片頭痛の重症度と医療機関への受診率

片頭痛の重症度は Sakai ら¹⁾の報告を参照にして, 日常生活や仕事への影響度を 3 段階に分けて評価した. 重症は頭痛により常時寝込んでしまい, 仕事が全くできない状態になる. 中等度は時々寝込むことがあり, 仕事も半分程度しかできない状態になる. 軽度は寝込むことはなく, 仕事にもほぼ支障がない状態とした. 医

療機関への受診率は人間ドックや脳ドックなどの健康診断以外に, 今までに頭痛を主訴に病院や診療所を一度は受診したことがある片頭痛の有病者の比率と定義した. また, 一般医薬品(OTC 薬)の使用歴の有無を聴取した.

3) 頭画像所見の検討

脳ドックで施行された頭画像 MRI と頭画像 MRA の所見を片頭痛群と対照群の間で比較検討した. 対照群は同時期に脳ドックを受診した年齢と性別を一致させた片頭痛のない健診者を無作為に選出した.

頭画像所見は無症候性ラクナ梗塞, 血管奇形, 未破裂脳動脈瘤の有無と脳動脈硬化所見に関して検討した. 脳動脈硬化所見は MRA で内頸動脈, 前大脳動脈, 中大脳動脈, 後大脳動脈の末梢枝の描出度を 4 段階に定量評価した⁸⁾. 各動脈の描出度は 1 度(正常):C1-C4 の輪郭が明瞭に描出される. 2 度(軽度の動脈硬化)

:C1-4 が輪郭が不明瞭. A3, M3, P3 の末梢枝が明瞭に描出される. 3 度(中等度の動脈硬化):A3, M3, P3 の末梢枝の描出が不明瞭ないし 50-60%の主幹動脈狭窄を認める. 4 度(高度の動脈硬化):著明な動脈狭窄ないし動脈閉塞所見を呈する. 左右の同じ動脈で動脈硬化度に相違を認めた場合には, グレードの高い動脈側を判定した. 対象者の内頸動脈, 前大脳動脈, 中大脳動脈, 後大脳動脈の各動脈硬化度を加算し, 合計 4 点から 16 点の点数化で評価をした.

C. 研究結果

1. 片頭痛の有病率

片頭痛は総数 238 名(42.9 \pm 8.8 歳), 男性 96 名(41.4 \pm 8.4 歳), 女性 142 名(43.8 \pm 9.0 歳)で診断された. 片頭痛の有病率は 11.2%, 男性 6.6%, 女性 21.1%であった. 病型別の検討では, MO を有する健診者は 224 名, 男性 91 例, 女性 133 例に認められた. MO の有病率は 10.5%, 男性 6.3%, 女性 19.7%であった. MA を有する健診者は 14 例, 男性 5 例, 女性 9 例で確認された. MA の有病率は 0.7%, 男性 0.3%, 女性 1.3%と算定された(表 1).

表 1. 片頭痛の疫学調査の比較

	脳ドック	Sakai F, et al ¹⁾	Shimomura T, et al ²⁾
報告年度	2003年	1997年	1993年
対象者数	2127名	4029名	7258名
対象地域	関東近県	全国	鳥取県 (Daisen)
対象年齢	52.8±11.4	15歳以上	大山町民
女性率	31.7%	51.3%	
有病率	11.2%	8.4%	3.5%
女/男比	3.2	3.6	
MO有病率	10.5%	5.8%	
女/男比	3.1	4.5	
MA有病率	0.7%	2.6%	
女/男比	4.3	2.4	
重症比率	3.4%	34.0%	
外来受診率	15.1%	30.6%	

2.片頭痛の重症度と医療機関への受診率

片頭痛を有した健診者 238 例の重症度は重症 8 例(男性 1 例, 女性 7 例), 中等症 28 例(男性 10 例, 女性 18 例), 軽症 202 例(男性 85 例, 女性 117 例)であった。頻度は重症 3.4%(男性 1.0%, 女性 4.9%), 中等症 11.8%(男性 10.4%, 女性 12.7%), 軽症 84.9%(男性 88.5%, 女性 82.4%)であった(図 1A)。片頭痛群 238 例の中で医療機関を受診した健診者は 36 例, 男性 11 例, 女性 25 例であった。受診率は全体で 15.1%(図 1B), 男性 11.5%, 女性 17.6%であった。医療機関の未受診者は全例で OTC 薬を頓用していた。

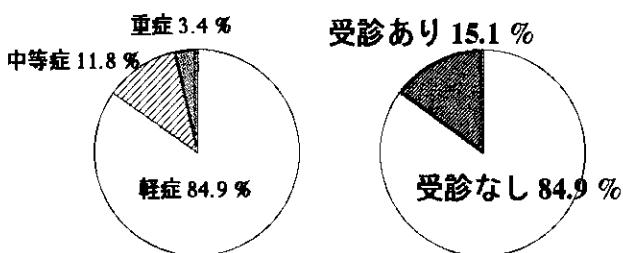


図1A. 片頭痛の重症度 図1B. 片頭痛の医療機関への受診率

3.病型別の重症度と医療機関への受診率

MO 群 224 例では重症 2 例(男性 0 例, 女性 2 例), 中等症 20 例(男性 6 例, 女性 14 例), 軽症 202 例(男性 85 例, 女性 117 例)であった。重症度の頻度は重症 0.9%(男性 0%, 女性 1.5%), 中等症 8.9%(男性 6.6%, 女性 10.5%), 軽症 90.2%(男性 93.4%, 女性 88.0%)であった(図 2A)。MO 有病者における医療機関の受診率は 24 例, 男性 8 例, 女性 16 例で認められた。受診

率は 10.7%(図 2B), 男性 8.8%, 女性 12.0%であった。

MA 群 14 例の重症度は重症 6 例(男性 1 例, 女性 5 例), 中等症 8 例(男性 4 例, 女性 4 例), 軽症 0 例であった。各頻度は重症 42.9%(男性 20.0%, 女性 55.6%), 中等症 57.1%(男性 80.0%, 女性 44.4%), 軽症 0%であった(図 3A)。MA 有病者では 12 例, 男性 3 例, 女性 9 例で医療機関への受診歴が確認され, 受診率は 85.7%(図 3B), 男性 60.0%, 女性 100%であった。

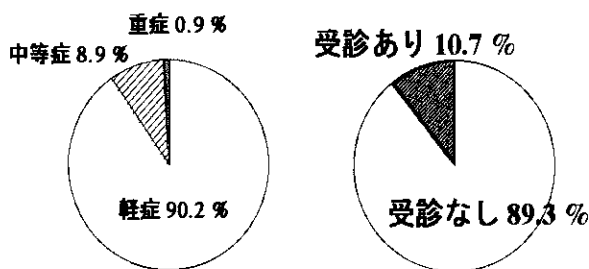


図2A. MOの重症度 図2B. MOの医療機関への受診率

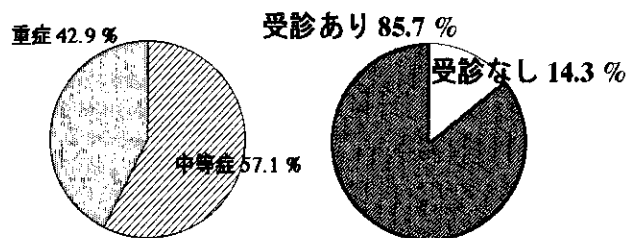


図3A. MAの重症度 図3B. MAの医療機関への受診率

4.対照群の設定と内訳

片頭痛のない脳ドック受診者から無作為に抽出した対照群の内訳を表 2 に示した。これらの対照群と片頭痛群の頭部画像所見を比較検討した。

表 2. 片頭痛群と対照群の内訳

片頭痛群: 238名 (42.9 ± 8.8歳)
男性: 96名 (41.4 ± 8.4歳)
女性: 142名 (43.8 ± 9.0歳)
対照群: 237名 (43.2 ± 9.2歳)
男性: 96名 (41.9 ± 8.4歳)
女性: 141名 (44.0 ± 9.5歳)