

	「頭痛」 and 「救急*」 (1995-2004) 166 件
参考文献のリスト	<p>1) 横山雅子, 堀進悟, 青木克憲, et al. 救急搬送患者における頭痛. 日本頭痛学会誌 2001;28(1):4-5.</p> <p>2) Blumenthal HJ, et al.: Treatment of Primary Headache in the Emergency Department. Headache 2003; 44: 1026-1031.</p> <p>3) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 Suppl 1: 9-160.</p> <p>4) 国際頭痛学会・頭痛分類委員会: 国際頭痛分類第2版(ICHD-II). 日本頭痛学会雑誌 2004; 31: 13-188.</p> <p>5) 柴田興一: 簡易診断アルゴリズム. カレントセラピー 2004; 22: 29-32.</p> <p>6) Dodick DW: Clinical clues (primary/secondary), The 14th Migraine Trust International Symposium. London, 2002</p> <p>7) 馬杉綾子: 一般外来での頭痛診断における「最悪」、「増悪」、「突発」の質問の有用性, 第11回日本総合診療医学会. Sapporo, 2003</p> <p>8) Cortelli P, et al.: Evidence-based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. Headache 2004; 44: 587-95.</p> <p>9) Kowalski RG, et al.: Initial misdiagnosis and outcome after subarachnoid hemorrhage. Jama 2004; 291: 866-9.</p> <p>10) 尾上亮, 井川房夫, 大林直彦, et al.. 髄液検査で診断できなかった亜急性期クモ膜下出血の1例 緊急MRIの有用性. 脳神経外科 2003;31:663-668.</p> <p>11) Lewis DW, et al.: Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. Headache 2000; 40: 200-3.</p>
備考 1	
備考 2	

I-5	一般医は頭痛医療にどう取り組むべきか
推奨文	一般医は一次性頭痛と二次性頭痛との鑑別を念頭に置く。診断に苦慮する場合は、速やかに専門医に紹介する。一次性頭痛については、とくに片頭痛、緊張型頭痛について、適正な診断と治療ができることが要求される。
推奨のグレード	A
背景・目的	<p>一般医が頭痛を正しく診断できるのは約50%といわれる。一般医の課題はどのようにして頭痛診療の精度を上げるかである。一般医が頭痛医療を行う場合、まず頭痛の原因を正しく診断しなくてはならない。そのために頭痛の分類に関する知識が要求される。頭部CTやMRIなどの設備のない一般医は、診断に苦慮する時点で頭痛患者を専門医に紹介することが望ましい。</p> <p>次に頭痛の適正な治療が出来ることが要求される。一次性頭痛は脳に器質的障害は残さないと考えられているが、頭痛発作は日常生活に多大な支障をきたすため、適正な治療を行い患者の日常生活を改善させることが必要である。</p> <p>頭痛診療に関し、診断・治療のため簡易スクリーニング・頭痛ダイアリーを使用して、治療効果を適切に評価し、頭痛治療薬の服薬のタイミングや予防薬について適切な指示を与えることが、重要である。</p>
解説・エビデンス	<p>まず、一般医は国際頭痛学会(International Headache Society : IHS)の頭痛分類¹⁾が存在し、各頭痛に対し、それぞれ診断基準設けられていることを知っていなければならない。さらに国際頭痛学会の分類で頭痛は一次性頭痛と二次性頭痛に分けられ、一次性頭痛として片頭痛、群発頭痛、緊張型頭痛など、二次性頭痛の原因としてさまざまな神経疾患、さらには全身疾患が存在することを認識する¹⁾。一般医が頭痛医療を行う際、まず一次性頭痛の診断基準の知識を持つことが重要である。一次性頭痛の診断には二次性頭痛の可能性を否定しなければならない。それには脳腫瘍や血管奇形などに起因する二次性頭痛の可能性を否定するために画像検査や血液検査などを施行する必要がある。当初より眼疾患など他領域の疾患が疑われる場合は出来るだけ早くそれぞれの専門医を紹介する。一次性頭痛の診断が確定した場合は治療ガイドラインを参考に治療を構築する²⁾。</p> <p>頭痛診療に関し一般医のために簡易スクリーニング作成され、片頭痛の診断に高い特異性が報告されている^{3),4)}。それらは、頭痛の出現頻度や内服薬の使用について質問するもの³⁾やIHSの診断基準にもとづき頭痛の頻度や持続時間、前兆の有無、日常生活支障度などを質問するものがある⁴⁾。このような簡易スクリーニングを診断に使い、経過観察に頭痛ダイアリーを用い、患者ごとに適した治療を行う。MIDASやHIT-6など</p>

	<p>のスコアにより客観的に治療効果を評価し、片頭痛治療薬の服薬のタイミングや初期治療が無効な場合のレスキュー治療の提供、発作回数が多い患者には予防薬を投与するなどに気をつけ経過観察する点に注意し一般医は頭痛診療に取り組む必要がある^{5),6)}.</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>"algorithms"[MeSH Terms] OR algorithms[Text Word] "headache"[MeSH Terms] OR headache[Text Word] ("primary health care"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "primary health care"[MeSH Terms] OR primary care[Text Word] 6</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 国際頭痛学会頭痛分類委員会. 国際頭痛分類第2版(ICHD-II). 日本頭痛学会雑誌 2004;31:13-188. 2) 日本神経学会治療ガイドラインAdHoc委員会. 慢性頭痛治療ガイドライン2002. 臨床神経学 2002;42:322-362. 3) Maizels M, Burchette R. Rapid and sensitive paradigm for screening patients with headache in primary care settings. Headache 2003;43(5):441-450. 4) Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, Kolodner K, Endicott J, Hettiarachchi J, et al. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. Neurology 2003;61(3):375-382. 5) Dowson AJ, Sender J, Lipscombe S, Cady RK, Tepper SJ, Smith R, et al. Establishing principles for migraine management in primary care. Int J Clin Pract 2003;57(6):493-507. 6) Dowson AJ, Lipscombe S, Sender J, Rees T, Watson D. New guidelines for the management of migraine in primary care. Curr Med Res Opin 2002;18(7):414-439.
<p>備考 1</p>	
<p>備考 2</p>	

I-6	頭痛外来，頭痛専門医は必要か
推奨	慢性頭痛患者に頭痛診療の場を明示するために頭痛外来が必要である。また，慢性頭痛患者の日常生活支障度を改善するために専門的知識を有する専門医による診断と治療が必要である。一般医が頭痛診療に苦慮する場合，頭痛専門医への紹介またはコンサルテーションが勧められる。
推奨のグレード	A
背景・目的	多くの慢性頭痛患者は，日常生活の支障度が高いにも関わらず医療機関において十分な診療を受けていない。頭痛患者はどの医療機関・診療科・医師を受診すべきかわからない。一方，慢性頭痛の専門的知識を持つ頭痛専門医の数は少ない。
解説・エビデンス	頭痛外来開設・広報により専門医による診療を求める慢性頭痛患者受診数は増加する ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ 。慢性頭痛で一度も診療を受けたことがない患者，正確な診断を受けていない患者，市販薬のみで治療している患者の大多数で日常生活支障度は高度である。また，診療を受けた経験がある患者でも正確な診断を受けていない場合が少なくなく，適切な治療を受けるに至っていない ⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾ 。頭痛診療レベル向上のために，熟練した頭痛専門医と，頭痛専門医による頭痛外来が必要である ²⁾ 。
検索式・参考にした二次資料	<ul style="list-style-type: none"> ・検索 DB : MEDLINE(04/12/27) headache clinic & ({role} OR {necessity}) 7 headache.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance, mesh subject heading] & specialist.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance, mesh subject heading] limited to (human and english language and yr=1990 - 2005) 70 ・検索 DB : 医学中央雑誌 頭痛外来/AL 15 ・ハンドサーチ 4
参考文献のリスト	<ol style="list-style-type: none"> 1) 根来清，多田由紀子．頭痛外来の現状とその役割．厚生労働科学研究費補助金効果的医療技術の確立推進臨床研究事業．片頭痛の具体的な医療手順に関する調査研究．平成15年度総括・分担研究報告書，pp34-39,2004 2) 根来清，多田由紀子．頭痛医療システム．頭痛外来．「頭痛」新しい診断と治療のABC 21，pp26-32，坂井文彦編，最新医学社，2004 3) 柿沼進，多田由紀子，根来清，森松光紀．頭痛専門外来開設に伴う外来受診状況の変化．マスコミを用いた広報活動の影響について．神経治療，20(1) : 63-69, 2003 4) 多田由紀子，根来清，小笠原淳一，川井元晴，森松光紀．頭痛外来開設

	<p>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 2003;52(5):169-173.</p> <p>5) Lipton RB, Scher AI, Steiner TJ, Bigal ME, Kolodner K, Liberman JN, et al. Patterns of health care utilization for migraine in England and in the United States. <i>Neurology</i> 2003;60(3):441-448.</p> <p>6) Lipton RB, Stewart WF, Simon D. Medical consultation for migraine: results from the American Migraine Study. <i>Headache</i>, 38(2):87-96, 1998</p> <p>7) Sakai F, Igarashi H. Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. <i>Cephalalgia</i> 1997;17(1):15-22.</p> <p>8) Lipton RB, Diamond S, Reed M, Diamond ML, Stewart WF. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. <i>Headache</i> 2001;41(7):638-645.</p> <p>9) Maizels M. Headache evaluation and treatment by primary care physicians in an emergency department in the era of triptans. <i>Arch Intern Med</i> 2001;161(16):1969-1973.</p>
備考 1	
備考 2	

I-7	病診連携は一次性頭痛診療に有用か
推奨	一般医と頭痛専門医による一次性頭痛の病診連携は、頭痛患者の満足度と QOL (quality of life) を高める。一次性頭痛の病診連携をさらに進めなければならない。
推奨のグレード	A
背景・目的	多くの一次性頭痛患者は、どこを受診してよいか分からず市販薬 (OTC ; Over-The-Counter) で済ませており、一方で鎮痛薬の服用量が増える、効かなくなってきたという不安感を持っている。また適切な治療がなされておらず、多くの医院・病院を何度も受診する患者も多い。そこで頭痛の病診連携が一次性頭痛の治療に有効であるか検討した。
解説・エビデンス	一次性頭痛は、一般医から頭痛専門医への紹介で頭痛に対する恐れ、さらに頭痛そのものが軽減でき、かつ QOL も向上する ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ 。
検索式・参考にした二次資料	・検索 DB : PubMed (04/11/21) Headache & referral 394 & specialist 23 Headache & referral system 58
参考文献のリスト	1) Bekkelund SI, Salvesen R: Patients satisfaction with a neurological specialist consultation for headache. Scand J Prim Health Care 2002; 20: 157-160 2) Bekkelund SI, Salvesen R: Are headache patients who initiate their referral to a neurologist satisfied with the consultation? A population study of 927 patients -the North Norway Headache Study (NNHS). Family Practice 2001; 18: 524-527 3) Salvesen R, Bekkelund SI: Aspects of referral care for headache associated with improvement. Headache 2003; 43: 779-783 4) Fitzpatrick R, Hopkins A: Referrals to neurologists for headaches not due to structural disease. J Neurol Neurosug Psychiatry 1981; 44: 1061-1067
備考 1	
備考 2	

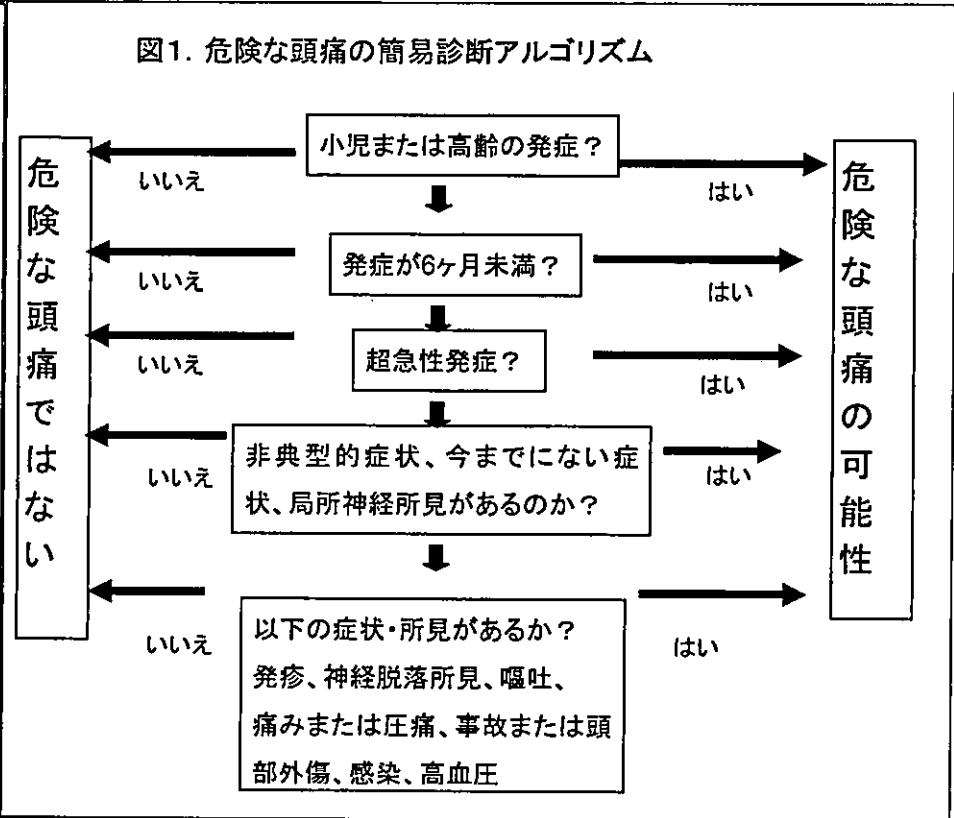
I-8	アルゴリズムをどう使用するか
推奨	頭痛を主訴として来院した患者についての鑑別診断で重要な点は、まず二次性頭痛のなかでも危険な頭痛を除外することである。次に片頭痛をはじめとする一次性頭痛を診断する。この時、簡易診断アルゴリズムは、実地診療で頭痛診断の手がかりになる手段の一つである。
推奨のグレード	B
背景・目的	多忙な実地臨床において頭痛診療を効率的に行うには、迅速で簡潔に診断を進めることができるスクリーニングが手助けになる。いかに効率よく診断が可能であるかという点からもいくつかのアルゴリズムが発表されている。
解説・エビデンス	<p>頭痛を主訴として来院した患者についての鑑別診断で重要な点は、まず二次性頭痛のなかでも危険な頭痛を除外することである。この際に、問診、身体所見、神経学的所見が重要で、必要に応じてCTやMRIといった画像診断を施行する。</p> <p>イギリスの頭痛診療のガイドラインによれば、頭痛の診断に際し、プライマリケア医は「頻度は少ないが危険な頭痛」についての知識をもつことが必要であるとしている¹⁾。最初に危険な頭痛をスクリーニングで除外し、その後で一次性頭痛の鑑別を行う。</p> <p>危険な頭痛を診断していく時には、次に示す項目が参考になる。</p> <p>新規の発症の頭痛、以下の症状に伴って出現する急性の頭痛、すなわち発疹、神経脱落症状、嘔吐、痛みまたは圧痛、事故または頭部外傷、感染、高血圧。頭痛のない時や消失した時においても神経学的な異常が改善しない時。</p> <p>遷延する前兆症状がある時。5分以内に最強度に達する超急性の頭痛、6ヶ月未満の経過の神経脱落症状を伴う頭痛。</p> <p>頭痛がこれまで経験したことがないほどの最悪の頭痛、小児（5歳未満）か比較的高齢（51歳以上）の発症である時。以上の項目に基づき危険な頭痛の診断のアルゴリズムを作成している（図1）。</p> <p>実地の臨床医にとって一次性頭痛の診断上の最も重要な質問となるのは、頭痛による支障度と発作の頻度に関連するものである。はじめに危険な頭痛を除外した後に、頭痛が日常生活や活動（仕事、家事、社会活動）にどれほど支障を及ぼすかが重要な質問になる（高度である場合は、片頭痛か慢性連日性頭痛（CDH；Chronic Daily Headache）、軽度である場合は反復発作性緊張型頭痛または軽度から中等度の片頭痛である）。</p> <p>次に月に頭痛が何日あるかを質問する。16日以上はCDH、15日以下は片頭痛である。これらの頭痛を診断する際には、短時間持続性頭痛についての鑑別も要する。CDHに対しては、一週間に何日薬を服用するかが問題になる。2回以上は薬物乱用頭痛、2回未満は薬物乱用頭痛ではない。</p>

	<p>片頭痛については、発作が片側の可逆性の感覚障害や同名性の視覚症状を伴うか否かの質問でそのサブタイプを診断する。以上の項目から慢性頭痛のアルゴリズムを作成している (図 2)。</p> <p>Pryse-Phillips ら²⁾によれば、「毎日の頭痛」、「片側性」、「支障度」について「はい・いいえ」で簡単に答えることができる質問を用いた時、片頭痛の診断は感度 0.86, 特異度 0.73, 陽性的中率 0.96 であったとしている。片頭痛の診断のスクリーニングに際し、頭痛の頻度 (「毎日頭痛がありますか?」), 片側性 (「頭痛は片側におこりますか?」), 支障度 (「頭痛で日常の活動が阻害されますか?」) からなる質問項目がプライマリケアの医師にとって有用と考えられる (図 3)。しかし、頭痛専門のクリニックを受診するような複数の頭痛を持っている患者では、このアルゴリズムだけでは十分でない。</p> <p>Maizels ら³⁾は、主に「新規の頭痛か、または最近頭痛が変化したか?」、「頭痛は毎日起こるか?」、「頭痛は反復性で支障を及ぼすものか?」の 3 項目によって頭痛を鑑別するアルゴリズムを提案している。また簡単な 3 つの質問からなる片頭痛簡易診断票 (スクリーナー) が報告されており診断の見逃しが少なくなるものと考えられる⁴⁵⁾。</p> <p>これらのアルゴリズムやスクリーナーは実地の臨床医にとっても片頭痛をはじめとする頭痛がいかに患者を苦しめているかを認識させるものにもなる。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>・ 検索 DB : Pub Med (04/12/01) "headache" OR AND "diagnosis" 18476 AND OR "primary care"203 OR "screening"142</p> <p>・ 検索 DB : Pub Med (04/12/01) "headache" OR AND "algorithms" 75</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dowson, A. J., Sender, J., Lipscombe, S., Cady, R. K., Tepper, S. J., Smith, R., Smith, T. R., Taylor, F. R., Boudreau, G. P., van Duijn, N., P. Poole, A. C., Baos, V. Wober, C. Establishing principles for migraine management in primary care. <i>Int J Clin Pract</i> 2003; 57: 493-507. 2) Pryse-Phillips, W. Aube, M. Gawel, M. Nelson, R. Purdy, A. Wilson, K. A headache diagnosis project. <i>Headache</i> 2002; 42: 728-37. 3) Maizels, M. Burchette, R. Rapid and sensitive paradigm for screening patients with headache in primary care settings. <i>Headache</i> 2003; 43: 441-50.

4) Cady, R. K., Borchert, L. D., Spalding, W. Hart, C. C., Sheftell, F. D. Simple and efficient recognition of migraine with 3-question headache screen. *Headache* 2004; 44: 323-7.

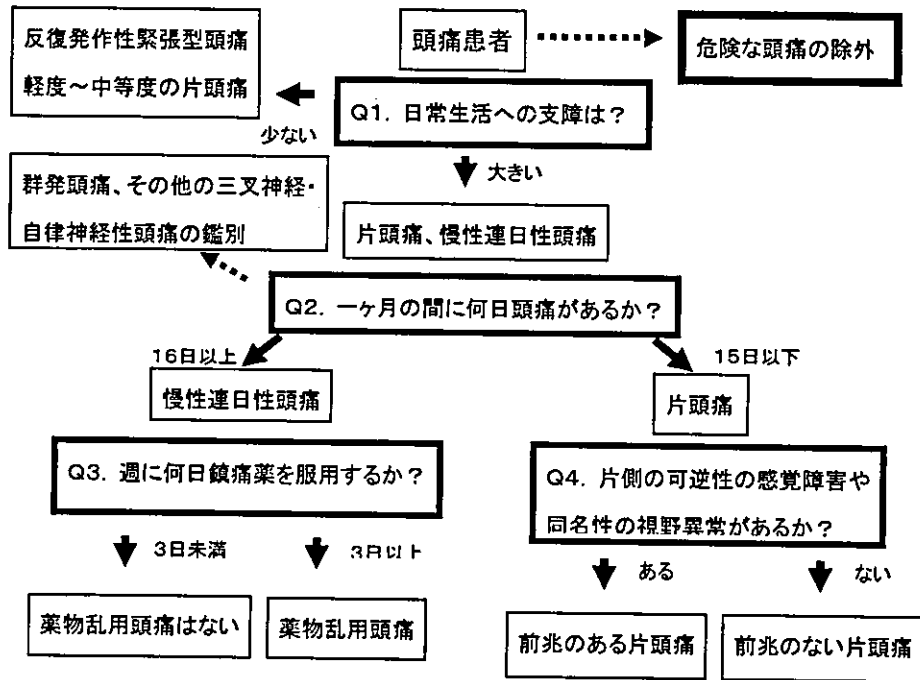
5) Lipton, R. B. Dodick, D. Sadovsky, R. Kolodner, K. Endicott, J. Hettiarachchi, J. Harrison, W. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. *Neurology* 2003; 61: 375-82

備考 1



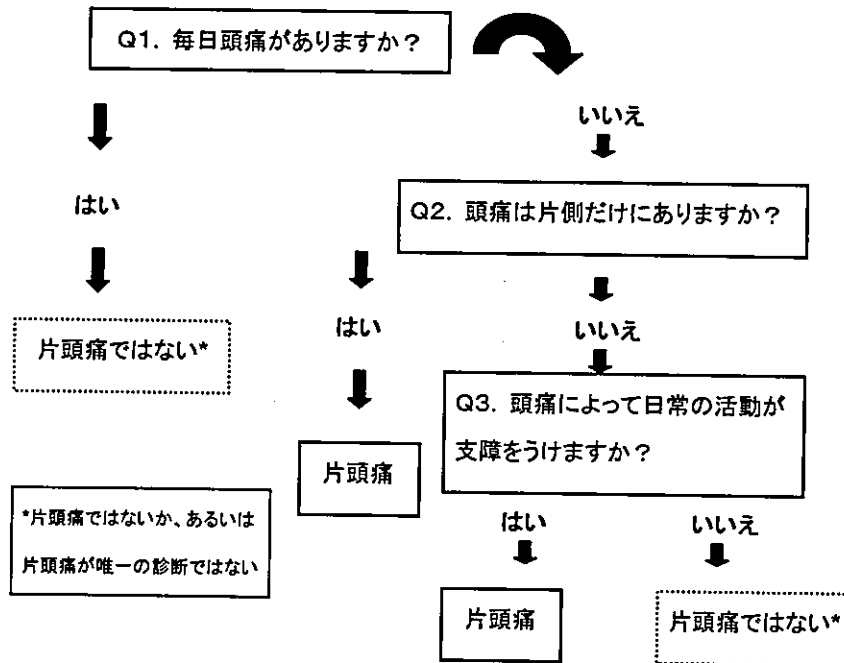
備考2

図2. 慢性頭痛の簡易診断アルゴリズム



備考3

図3. 片頭痛の簡易診断アルゴリズム



I-9	頭痛による個人へのインパクトを知るにはどうするか
推奨	頭痛による個人へのインパクトを知るために信頼性、妥当性が評価された質問票を利用することが推奨される。
推奨のグレード	B
背景・目的	「impact」とはWHOの定義する「disability」に類似しており、人として正常な活動を営むための機能の制限や欠如である。頭痛のインパクトは、症候やHRQOL(Health-related quality of life)として主観的に表現されるものというよりも、むしろ仕事・レジャー活動を含むライフスタイルに与える病気の客観的影響とみなされる。一次性頭痛の中でも片頭痛患者の支障度の高さは世界的に報告されている。最近の研究は片頭痛の重症度を計るためにインパクトを評価することに焦点をあてている。
解説・エビデンス	<p>頭痛インパクトの計測のために Headache Impact Questionnaire (HIImQ) は、Chronic Pain Inventory (CPI) を基に開発された。頭痛の頻度、強度、支障度、仕事・家事・仕事以外の損失時間の16項目の質問から構成されている。頭痛全般への適用が可能であり、用途は広いがスコアリングが複雑であり、プライマリケアでの使用より、リサーチでの使用が適している¹⁾。</p> <p>MIDAS(Migraine Disability Assessment)は一部HIImQを基にして作られた簡便な質問票である。日常生活を仕事/学校、家事、余暇の3つのドメインに分類してその不能状態をインパクトとして評価する。片頭痛に限らず、頭痛全般に有用であり²⁾、日本語版が作成されている³⁾。</p> <p>HIT(headache impact test)はHDI (Headache Disability Index), HIImQ, MIDAS, MSQ(Migraine-Specific-Quality of Life Questionnaire)から質問をサンプリングしている。Webベースで頭痛のインパクト全体を評価する³⁾。</p> <p>HIT-6はインターネットにアクセスできない人々のために用紙ベースで頭痛強度、仕事の損失、レクリエーション活動、疲れ、気分の変調、認知力を5ポイントで表し、合計スコアにより4つのグレードに分類する⁴⁾。</p> <p>また、MWPLQ (Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire)では片頭痛のインパクトを労働に絞って計測することが可能である⁵⁾。</p> <p>HANA(Headache Needs Assessment)は頭痛による患者のQOLを実質的な損失頻度と精神的わずらわしさで評価しうる7項目からなる質問票である⁶⁾。</p>

	これらはすべて高い信頼性，妥当性が報告されており，頭痛全般のインパクトを評価することができる。
検索式・参考にした二次資料	<p>・検索 DB： PubMed (04/11/28)</p> <p>Headache</p> <p> All fields 34117</p> <p>& {impact} 519</p> <p>& {burden} 115</p> <p>& {QOL} 36</p> <p>・日本語文献 検索 DB： 医中誌 Web</p> <p>頭痛 5405</p> <p>& {QOL and/or 生活の質} 60</p> <p>& {支障度} 15</p> <p>& {負担} 9</p> <p>& {インパクト} 2</p>
参考文献のリスト	<ol style="list-style-type: none"> 1) Stewart WF, Lipton RB, Simon D, Von Korff M, Liberman J. Reliability of an illness severity measure for headache in a population sample of migraine sufferers. <i>Cephalalgia</i>.1998 Jan;18(1):44-51 2) Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. <i>Pain</i>. 2000 Oct;88(1):41-52. 3) Bayliss MS, Dewey JE, Dunlap I, Batenhorst AS, Cady R, Diamond ML, Sheftell F. A study of the feasibility of Internet administration of a computerized health survey: the headache impact test (HIT). <i>Qual Life Res</i>. 2003 Dec;12(8):953-61 4) Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, Cady R, Dahlof CG, Dowson A, Tepper S. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. <i>Qual Life Res</i>. 2003 Dec;12(8):963-74. 5) Davies GM, Santanello N, Gerth W, Lerner D, Block GA. Validation of a migraine work and productivity loss questionnaire for use in migraine studies. <i>Cephalalgia</i>. 1999 Jun;19(5):497-502. 6) Cramer JA, Silberstein SD, Winner P. Development and validation of the Headache Needs Assessment (HANA)

	<p>survey. Headache. 2001 Apr;41(4):402-9.</p> <p>7) Iigaya M, Sakai F, Kolodner KB, Lipton RB, Stewart WF. Reliability and validity of the Japanese Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. Headache. 2003 Apr;43(4):343-52.</p>
備考 1	
備考 2	

I-10	問診票, スクリーナーをどう利用するか
推奨	頭痛の問診票には, 生活支障度・QOL・治療効果・満足度を問うものや, 片頭痛の診断のための診断スクリーナーがある. 患者-医師間のコミュニケーションの向上をはかり, 簡便で迅速な診断および治療効果を客観的に評価するためにこれらの問診票, スクリーナーの利用は日常診療の一助となる.
推奨のグレード	B
背景・目的	頭痛の診療には問診が重要であるが, 多忙な診療時間に患者から十分な情報を得ることは困難であった. 一次性頭痛の日常診療をサポートし, 的確な診断および治療, 医師-患者の効果的なコミュニケーションの実現を目指して, 各種問診票, スクリーナーが開発された.
解説・エビデンス	<p>信頼性, 妥当性が評価された頭痛の問診票, スクリーナーには以下のようなものがある.</p> <ul style="list-style-type: none"> ●診断用スクリーナー <ul style="list-style-type: none"> ①3-Question Headache Screen ②ID Migraine <p>3-Question Headache Screen¹⁾ は①支障度の高い反復性の頭痛があり, ②4時間以上の持続, ③過去6ヶ月以内に新規あるいは異なった頭痛がないことから片頭痛を診断する. ID-Migraine²⁾ は, 支障度, 悪心, 光過敏の3項目の有無から片頭痛を診断するものであり, 簡便に自己評価が可能であることからプライマリケアでの有用性が注目されている.</p> <ul style="list-style-type: none"> ●支障度・重症度の問診票 <ul style="list-style-type: none"> ①HImQ: Headache Impact Questionnaire ②MWPLQ: Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire ③MIDAS 質問表: Migraine Disability Assessment questionnaire ④PedMIDAS ⑤HIT: Headache Impact test ⑥HIT-6 <p>簡便なものとして MIDAS, HIT が挙げられる.</p> <p>MIDAS^{3) 4) 5)} は HImQ を基にして作られた簡便な問診票である. 日常生活を仕事/学校, 家事, 余暇の3つのドメインに分類してその不能状態を支障度として評価する^{3) 4)}. 片頭痛に限らず, 頭痛全般に有用であり, 日本⁵⁾ を含めた各国で翻訳されて信頼性, 妥当性が検証されている. また思春期までの小児を対象とした小児用 MIDAS (PedMIDAS)⁶⁾ も開発されており小児の頭痛評価に有用である.</p>

	<p>HIT⁷⁾ は HDI (Headache Disability Index), HI_mQ, MIDAS, MSQ (MSQ (Migraine-Specific-Quality of Life Questionnaire) I Status Questionnaire) から質問をサンプリングしている。Web ベースで頭痛のインパクト全体を評価する。HIT-6⁸⁾ はインターネットにアクセスできない人々のために用紙ベースで頭痛強度、仕事の損失、レクリエーション活動、疲れ、気分の変調、認知力を 5 ポイントで表し、合計スコアにより 4 つのグレードに分類する。</p> <p>●患者の QOL の問診票</p> <p>①MSQ : Migraine-Specific-Quality of Life Questionnaire</p> <p>②MSQOL : Migraine-Specific quality of life measure</p> <p>MSQOL⁹⁾ は 25 項目の質問から片頭痛患者の Quality of Life を評価するため開発され、信頼性、妥当性の高さが報告されている。</p> <p>MSQver2.1¹⁰⁾ は片頭痛の QOL への影響を、家族、余暇、活動、仕事、集中、疲労、エネルギー、解約、援助、中止、社交、挫折、重荷、心配の 14 項目から計測する質問票である。</p> <p>● 治療の問診票</p> <p>① MTAQ : Migraine Therapy Assessment Questionnaire</p> <p>② Migraine-ACT : Migraine Assessment of Current Therapy questionnaire</p> <p>③ MIDAS 質問表 : Migraine Disability Assessment questionnaire</p> <p>④ HIT : Headache Impact test</p> <p>MTAQ¹¹⁾ は 9 項目の質問に YES/NO で回答することで治療効果判定および治療変更が必要な患者の同定が可能となるよう開発された。</p> <p>Migraine-ACT¹²⁾ は以上の質問票をさらに簡便化して、4 項目の質問 (①たいていの頭痛発作に有効であるか、②2 時間以内に痛みが消失するか、③2 時間以内に通常の活動が可能になるか、④現行治療において活動計画をたてられるかについて YES/NO で回答する) で片頭痛の治療効果と、現行治療を変更したほうがよいか判定できるよう開発された¹⁰⁾。</p> <p>精度と簡便性からプライマリケアでの利用も推奨される。</p> <p>MIDAS は片頭痛患者の支障度を評価する問診票であるが、治療の前後に行うことでスコアおよびグレードの変動から治療の有効性を推察することが可能である。</p> <p>HIT および HIT-6 も治療前後に行うことで、スコアの変動から治療の有効性を推察することが可能である。</p>
<p>検索式・参考にし</p>	<p>・検索 DB : PubMed (04/11/28) Headache</p>

た二次資料	<p>All fields 34117 &{screening}12148 &{questionnaire}1698 &{screeener}2 Migraine All fields 16132 &{screening}3865 & {questionnaire}713 &{screeener}1</p> <p>Cluster headache 1742 & {screening}55 &{questionnaire}33 &{screeener}0</p> <p>Tension type headache 1155 & {screening}338 & {questionnaire}141 &{screeener}0</p> <p>Primary headache 338 & {screening}118 & {questionnaire}32 &{screeener} 0 ・日本語文献 検索 DB : 医中誌 Web 頭痛 5405 件 & {質問票}99 件 & {問診票}10 件 & {スクリーニング}0 & {スクリーナー}0</p>
参考文献のリスト	<ol style="list-style-type: none"> 1) Simple and Efficient Recognition of Migraine With 3-Question Headache Screen . Roger K. Cady, Leona D. Borchert, William Spalding, Carolyn C. Hart, Fred D. Sheftell Headache. 2004 Apr;44(4):323-7. 2) Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, Kolodner K, Endicott J, Hettiarachchi J, Harrison W.A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. Neurology. 2003 Aug 12;61(3):375-82. 3) Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Liberman J, Sawyer J. Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. Cephalalgia. 1999 Mar;19(2):107-14; discussion 74.

	<p>4) Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. <i>Pain</i>. 2000 Oct;88(1):41-52.</p> <p>5) Iigaya M, Sakai F, Kolodner KB, Lipton RB, Stewart WF. Reliability and validity of the Japanese Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. <i>Headache</i>. 2003 Apr;43(4):343-52.</p> <p>6) Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, LeCates S, Kabbouche MA, Maynard MK. PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in children. <i>Neurology</i>. 2001 Dec 11;57(11):2034-9.</p> <p>7) Bayliss MS, Dewey JE, Dunlap I, Batenhorst AS, Cady R, Diamond ML, Sheftell F. A study of the feasibility of Internet administration of a computerized health survey: the headache impact test (HIT). <i>Qual Life Res</i>. 2003 Dec;12(8):953-61.</p> <p>8) Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, Cady R, Dahlof CG, Dowson A, Tepper S. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. <i>Qual Life Res</i>. 2003 Dec;12(8):963-74.</p> <p>9) Wagner TH, Patrick DL, Galer BS, Berzon RA. A new instrument to assess the long-term quality of life effects from migraine: development and psychometric testing of the MSQOL. <i>Headache</i>. 1996 Sep;36(8):484-92.</p> <p>10) Martin BC, Pathak DS, Sharfman MI, Adelman JU, Taylor F, Kwong WJ, Jhingran P. Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). <i>Headache</i>. 2000 Mar;40(3):204-15.</p> <p>11) Reliability and validity of the migraine therapy</p>
--	--

	<p>assessment questionnaire. Chatterton ML, Lofland JH, Shechter A, Curtice WS, Hu XH, Lenow J, Smullens SN, Nash DB, Silberstein SD. Headache. 2002 Nov-Dec;42(10):1006-15.</p> <p>12) Identifying patients who require a change in their current acute migraine treatment: the Migraine Assessment of Current Therapy (Migraine-ACT) questionnaire. Dowson AJ, Tepper SJ, Baos V, Baudet F, D'Amico D, Kilminster S. Curr Med Res Opin. 2004 Jul;20(7):1125-35.</p>
備考 1	
備考 2	

I-11	頭痛ダイアリーをどう使うか
推奨	頭痛ダイアリーは問診に加え、より多くの情報を与え、服薬指導の有用な手段にもなる。患者-医師コミュニケーションを進めるためにも有用で、問診と組み合わせて使用することが勧められる。
推奨のグレード	A
背景・目的	頭痛情報は多くが自覚的なものであり、医師への正確な伝達が難しく、頭痛の科学的診断、治療評価が困難であった。頭痛ダイアリーの目的は患者の情報をできるだけ効率よく医師に伝えるよう頭痛診療をアシストすることである。
解説・エビデンス	頭痛ダイアリーからは、頭痛についてのプロスペクティブな情報が得られる。使用により①頭痛の頻度、②頭痛の性状、③痛みの強度、④持続時間、⑤随伴症状、⑥頭痛出現から内服までの時間、⑦薬物の治療効果、⑧誘因、⑨生活支障度を具体的に知ることができ ^{1) 2) 3) 4) 5)} 、患者-医師コミュニケーションを改善するためにも有用である ⁶⁾ 。問診のみでは頭痛の強度や随伴症状の正確な把握の困難なことが多く ²⁾ 、頭痛ダイアリーから正確な情報を得ることにより、問診では診断がつかなかった症例において診断が可能となる、患者が自己の頭痛を把握できる、頭痛のタイプに応じた服薬や内服のタイミングが改善される、などの利点が報告されている。 ⁴⁾
検索式・参考にした二次資料	headache & diary (all field) 250 Pub Med 頭痛&日記 (AL) 16 医中誌
参考文献のリスト	1) Classification of migraine and tension headache from a survey of 10,000 headache diaries. Cohen MJ, McArthur DL. Headache. 1981 Jan;21(1):25-9. 2) Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. Russell MB, Rasmussen BK, Brennum J, Iversen HK, Jensen RA, Olesen J. Cephalalgia. 1992 Dec;12(6):369-74 3) Sakai F, Dobashi K, Igarashi H. Assessing new migraine therapies in Japan. Cephalalgia. 1999 Mar;19 Suppl 23:9-12; discussion 12-14. Review. No abstract available. 4) 頭痛日記による慢性頭痛患者の長期フォローアップ。土橋かおり, 坂井文彦, 海野佳子. 日本頭痛学会雑誌. 1999 Sep;26(1): 17-20 5) Schweiz Rundsch Med Prax. Zolmitriptan as fast-melt tablet in the

	<p>acute treatment of patients with migraine attacks: the ZORO study. Schweiz Rundsch Med Prax. 2003 Feb 26;92(9):379-89.</p> <p>6) 坂井文彦. 診療アシストパッケージの活用. 片頭痛の具体的な医療手順に関する調査研究 平成15年度研究報告書. 平成16 (2004) 年3月 : 59-65</p>
備考1	
備考2	