

I-12	どのような一次性頭痛を治療すべきか
推奨	一次性頭痛は患者の苦痛があれば重症度にかかわらず治療の対象となる。頭痛が日常生活に支障をきたしていると判断した場合には積極的に治療すべきである。
推奨のグレード	A
背景・目的	日本の片頭痛の有病率は8.4%で、このうち74%が日常生活に支障をきたしている。また慢性緊張型頭痛の有病率は1.6%で、このうち40.5%が日常生活に支障をきたしている。医療機関への受診率は片頭痛で30%、慢性緊張型頭痛で73%である <sup>1)2)</sup> 。しかし受診した事があっても必ずしも適切な治療を受けていない。二次性頭痛の除外が強調され、一次性頭痛の原因、診断の説明および治療が不十分とする患者が多く、日本における頭痛診療のレベルが患者のニーズを満たしていないと報告されている <sup>3)</sup> 。治療すべき一次性頭痛についてクリニカル・クエスチョンに対する推奨を検討した。
解説・エビデンス	<p>日本における片頭痛の有病率は8.4%で、日常生活におよぼす影響は、いつも寝込む4%、時々寝込む30%、寝込まないが支障あり40%と、全体の74%は日常生活に支障をきたしている<sup>4)</sup>。疑診例も含む緊張型頭痛の有病率は22.3%（反復性緊張型頭痛20.6%、慢性緊張型頭痛1.6%）で、いつも寝込む0.5%、時々寝込む4.7%、寝込まないが支障あり24%と、29.2%が日常生活に支障をきたしており、片頭痛に比べ影響が少ない傾向がみられた。しかし緊張型頭痛のうち慢性緊張型頭痛に関しては40.5%が日常生活に支障をきたしていた<sup>1)</sup>。</p> <p>頭痛の日常生活支障度を判定する実用的なツールには MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale) 質問表<sup>5)6)7)</sup>および HIT (Headache Impact Test)があり<sup>8)</sup>、これらは支障度を評価し、治療有効性をモニターするためにも使用する。MIDASにて grade III (11スコア)以上、または HITにて50スコア以上の場合に生活支障度は中等度以上と判断され、積極的な治療の対象となる。日本の片頭痛患者の MIDAS を評価した報告は2件あり、1760例の片頭痛を持つ看護師、薬剤師を対象とした五十嵐<sup>2)</sup>の報告によれば、MIDAS 質問表を用いた日常生活支障度の割合は、グレード I (支障まったくなし、ほとんどなし) 63.3%、グレード II (軽度支障) 14.0%、グレード III (中等度支障) 8.2%、グレード IV (高度支障) 5.7%で、フランスにおける疫学調査とほぼ同等であった<sup>9)</sup>。101例の神経内科外来に通院する片頭痛患者を対象とした飯ヶ谷の報告によれば MIDAS グレード I または II 46.5%、グレード III 22.2%、グレード IV 31.3%であった。<sup>7)</sup></p> <p>一次性頭痛の治療目的は、頭痛頻度、頭痛強度、持続時間を減らすこと、頭痛により障害される時間を短くし、QOLを改良すること、薬物誤</p>

	<p>用による頭痛の増悪を回避することである。片頭痛の急性期治療は障害のレベルに準じた層別化治療 (stratified care) が推奨される<sup>10)</sup>。層別化治療とは支障度のレベルに準じて治療するもので、支障度の低い場合は鎮痛薬、支障度の高い患者には初回治療からトリプタン製剤の投与が適当である。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>・ Pub Med 検索 (2004/11/30)</p> <p>chronic headache 11079 &amp; strategy OR stratified 97</p> <p>chronic headache 11079 &amp; disability 272 &amp; strategy OR stratified care 19</p> <p>chronic headache &amp; prevalence 1317 &amp; disability 76</p> <p>Migraine Disability Assessment Scale 15</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 五十嵐 久佳, 坂井 文彦. 緊張型頭痛の疫学調査. 日本頭痛学会誌. 1997 25(1):17-19</li> <li>2) 五十嵐 久佳. 看護婦・薬剤師における慢性頭痛実態調査. 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年3月: 66-74</li> <li>3) 根来 清, 多田由紀子. 頭痛外来の現状とその役割. 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年3月: 34-39</li> <li>4) Sakai F, Igarashi H. Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. Cephalalgia. 1997 Feb;17(1):15-22.</li> <li>5) Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Lainez MJ, Sawyer JP; Disability in Strategies of Care Study group. Stratified care vs step care strategies for migraine: The Disability in Strategies of Care (DISC) Study: A randomized study .JAMA. 2000;284:2599-2605</li> <li>6) Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Liberman J, Sawyer J. Reliability of the migraine disability assessment score in a</li> </ol>

	<p>population-based sample of headache sufferers. Cephalalgia. 1999 Mar;19(2):107-14; discussion 74. Stewart WF,</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> <p>8) The Headache Impact Test(HIT).www.amihealthy.com</p> <p>9) Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lanteri-Minet M, Lucas C, Pradalier A, Chazot G, El Hasnaoui A. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. Neurology. 2002 Jul 23;59(2):232-7.</p> <p>10) 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 Pain. 2000 Oct;88(1):41-52.</p>
備考 1	
備考 2	

I-13	一次性頭痛の入院治療の対象と治療法は
推奨	一次性頭痛の入院治療の対象としては、①生命の危険がある二次性頭痛を否定できない場合、②稀な頭痛の診断と治療、③特殊な治療の有効性確認、④片頭痛重積発作、難治性または慢性群発頭痛、⑤薬物乱用頭痛離断目的などがあげられる。
推奨のグレード	B～C
背景・目的	救急外来などで生命に関わる重篤な二次性頭痛を入院で治療を行うことは当然である。しかし一次性頭痛の入院治療の対象、適応、治療法については、それぞれの医療機関、医師が独自の判断で行っており、明確な基準が無かった。
解説・エビデンス	<p>入院対象についてのエビデンスはグレード B、治療法についてはグレード C。</p> <p>これまで海外で刊行された頭痛診療ガイドラインは、その国、地域の医療の状況を踏まえて専門家のコンセンサスとして勧告を行っており、この中でデンマークのガイドライン<sup>1)</sup>が入院診療の対象を記載している。それによると下記の条件が挙げられている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 即時に治療する必要がある重篤な疾患の可能性を診断するため、</li> <li>② 外来で限られた期間内に頭痛の診断評価を行い得ない場合、</li> <li>③ 頭痛発作を実際に観察することにより診断できる稀な頭痛、</li> <li>④ ある特殊な治療が有効かどうかを調べるため、</li> <li>⑤ 急性期薬物を高度に乱用している片頭痛、緊張型頭痛における薬物の離断目的（外来で不可能であった場合、1～3週間の入院）</li> </ul> <p>また高度の片頭痛重積発作<sup>2)</sup>、難治性または慢性群発頭痛<sup>3)</sup>で症状がひどく外来で加療できない場合、入院の必要性があり患者が入院治療を望む場合もある。これらの一次性頭痛の入院での治療法として、片頭痛重積発作の急性期治療はエビデンスがあるが、その他の頭痛の治療法は現時点ではエビデンスが不足している。⑤の急性期薬物を高度に乱用している片頭痛、緊張型頭痛を入院で一度に薬物を中止する治療法<sup>4)・7)</sup>に関しては、その予後について1998年までの文献のメタアナリシスが行われており<sup>5)</sup>、短期および長期予後に関し50%以上の頭痛改善率は、6ヶ月以内で約80%、6ヶ月以上で約60%であるとされているが、どのようなタイプの頭痛症例を対象とするのか、急性期薬物の種類、量、乱用期間に関しても文献によってまちまちであり、治療法に関し明確なエビデンスは無い。</p>
検索式・参考にした二次資料	<p>・検索 DB： PubMed (04/11/07)</p> <p>headache 33962</p> <p>headache disorders 14171</p>

	<p>hospitalization OR inpatient 128950  (headache OR headache disorders) AND (hospitalization OR inpatient) 519  (headache OR headache disorders) AND guideline 207</p>
参考文献のリスト	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Guidelines for the management of headache. Danish Neurological Society and the Danish Headache Society. Cephalalgia 1998; 18(1):9-22.</li> <li>2) Jauslin P, Goadsby PJ, Lance JW. The hospital management of severe migrainous headache. Headache 1991;31:658-60.</li> <li>3) Mather PJ, Silberstein SD, Schulman EA, Hopkins MM. The treatment of cluster headache with repetitive intravenous dihydroergotamine. Headache 1991;31:525-32.</li> <li>4) Grazzi L, Andrasik F, D'Amico D, Leone M, Usai S, Kass SJ, Bussone G. Behavioral and pharmacologic treatment of transformed migraine with analgesic overuse: outcome at 3 years. Headache 2002;42:483-90.</li> <li>5) Katsarava Z, Fritsche G, Muessig M, Diener HC, Limmroth V. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headache drugs. Neurology 2001;57:1694-8.</li> <li>6) Tribl GG, Schnider P, Wober C, Aull S, Auterith A, Zeiler K, Wessely P. Are there predictive factors for long-term outcome after withdrawal in drug-induced chronic daily headache? Cephalalgia 2001;21:691-6.</li> <li>7) Suhr B, Evers S, Bauer B, Gralow I, Grotemeyer KH, Husstedt IW. Drug-induced headache: long-term results of stationary versus ambulatory withdrawal therapy. Cephalalgia 1999;19:44-9.</li> <li>8) Freitag FG, Lake A 3rd, Lipton R, Cady R, Diamond S, Silberstein S; US Headache Guidelines Consortium, Section on Inpatient Treatment. Inpatient treatment of headache: an evidence-based assessment. Headache 2004;44:342-60.</li> </ol>
備考 1	
備考 2	

I-14	市販薬による薬物療法をどのように計画するか
推奨	薬物療法の選択は頭痛の重症度，頭痛の頻度，生活支障度に依存する．軽症の頭痛であれば市販薬(OTC：Over-The-Counter)でも対処可能である．頭痛が中等度～重度の場合，あるいは OTC を月 10 日以上服用する場合は，医師の指導のもとに薬物治療を行うことが望ましい．慢性頭痛の場合は薬物乱用頭痛に陥らないように急性期治療薬の投与回数(月 10 日以内)を設ける．
推奨のグレード	A
背景・目的	頭痛は大きく 3 つに分類される．すなわち，二日酔いやアイスクリーム頭痛などのような一過性の頭痛，くも膜下出血や脳腫瘍などの器質的疾患に随伴する頭痛（二次性頭痛），いわゆる頭痛持ちの頭痛（一次性頭痛，慢性頭痛）である．一次性頭痛の主要なものは片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛である．本邦では約 3000 万人の慢性頭痛患者が存在するとされる <sup>1)2)</sup> ．840 万人いると推定される片頭痛の約 74%の人が生活に支障を感じており，薬物療法の果たす役割が大きい．一方では片頭痛に対する認識は低く，定期的に医療機関を受診している人は全体の 2.7%にすぎない <sup>1)2)</sup> ．薬物治療にあたってはまず生命の危険がある二次性頭痛を除外する <sup>3)</sup> ．そのうえで OTC も慢性頭痛に対する薬物療法の選択肢のひとつとなりうる．
解説・エビデンス	<p>頭痛は重症度と生活支障度により，①軽症：生活支障がない，②中等症：日常生活や仕事に影響がある，③重症：日常生活や仕事に不可能・寝込む，の三段階に区分される．一次性頭痛のうち，常に軽症で，頭痛による苦痛がほとんどなく，生活支障がない場合は，経過観察，生活習慣の改善，ストレッチなどのセルフケアで対処可能である．頭痛により苦痛を感じても，軽症の場合は OTC により対応が可能である．日本神経学会の慢性頭痛治療ガイドライン<sup>4)</sup>では片頭痛の軽症例には非ステロイド系消炎鎮痛薬(NSAIDs；non-steroidal anti-inflammatory drugs)が勧められている（推奨のグレード B）．具体的にはアスピリンについては，本邦では 330-660mg が勧められている．</p> <p>OTC 治療薬は，2004 年現在，約 2800 品目の医薬品，新指定医薬部外品が市販されている．OTC 解熱鎮痛薬は厚生労働省から許可された下表の成分の単剤ないし合剤である<sup>5)</sup>．OTC 製剤の薬効についてはエビデンスの乏しいものが多いが，アスピリン，アセトアミノフェン，カフェインの合剤については二重盲検により片頭痛に対する有効性が実証されている<sup>6)</sup>．</p> <p>■表 OTC 解熱鎮痛薬の成分</p> <p>-----</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・解熱鎮痛成分 アスピリン, アセトアミノフェン, イソプロピルアンチピリン, イブプロフェン, エテンサミド</li> <li>・鎮静催眠成分 解熱鎮痛成分の鎮痛作用の増強と鎮静作用を有する。 アシルイソプロピルアセチル尿素, プロムワレリル尿素</li> <li>・制酸成分 解熱鎮痛成分による胃の不調を抑える。</li> <li>・生薬成分 解熱作用 (ジリュウなど) や鎮痛作用 (シャクヤク) を示す。</li> <li>・その他の成分 解熱鎮痛成分の鎮痛作用の補助: 無水カフェイン</li> </ul> <p>-----</p> <p>OTC は片頭痛の軽症例や初期例には有効であるが, 乱用により慢性連日性頭痛(CDH : chronic daily headache) に結びつくことをわきまえて服用する必要がある。一般的な集団の CDH の有病率は, 5%~約 4%であるが<sup>7)</sup>, 頭痛専門科を受診する頭痛患者の 50%以上は CDH を有する<sup>8)</sup>。CDH 患者の 80%は鎮痛薬 (処方箋および市販薬) を乱用しているといわれる<sup>9)</sup>。</p> <p>国際頭痛分類第 2 版<sup>10) 11)</sup> によれば消炎鎮痛薬による薬物乱用頭痛は, 鎮痛薬単独では 3 ヶ月以上にわたり 15 日/月以上, 複合薬物乱用頭では 10 日/月以上服用を続ける場合と規定されている。したがって OTC の場合でも単味の鎮痛薬の方が, 複合薬物乱用頭痛よりも薬物乱用頭痛を起こしにくいので, まず単味の OTC 薬の選択が勧められる。また 10 日/月以上の鎮痛薬を服用している患者に対しては, 乱用にならないよう指導し, かつ受診を促すべきである。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検索 DB : PubMed (2004/11/23)</li> <li>Headache &amp; therapy 4851 &amp; drug therapy 4851 &amp; strategy 188 &amp; Critical and Pathways 5 &amp; OTC 31 &amp; guideline 69 &amp; plan 73</li> <li>・検索 DB : 医中誌(2004/11/23)</li> <li>(頭痛/TH or 頭痛/AL) and (薬物療法/TH or 薬物療法/AL) and 計画/AL 26</li> <li>(頭痛/TH or 頭痛/AL) and 治療計画/AL 4</li> <li>(頭痛/TH or 頭痛/AL) and (ガイドライン/TH or ガイドライン/AL) 89</li> </ul>

	(頭痛/TH or 頭痛/AL) and (診療ガイドライン/TH or 治療ガイドライン/AL) 65
参考文献のリスト	<p>1) 坂井文彦, 【頭痛・疼痛】 頭痛の疫学と医療経済学. 神経研究の進歩, 2002. 46(3): 343-349.</p> <p>2) Sakai, F. and H. Igarashi, Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. Cephalalgia, 1997. 17(1): 15-22.</p> <p>3) 森松光紀, 【慢性頭痛の治療 ガイドラインを中心に】 検査診断レビュー 慢性頭痛の分類と鑑別診断について. 今月の治療, 2003. 11(6): 641-644.</p> <p>4) 日本神経学会治療ガイドラインAd Hoc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.</p> <p>5) 日本大衆薬情報研究会, 大衆薬事典 2004-'05. 第9版 ed. 2004: じほう.</p> <p>6) Lipton, R.B., et al., Efficacy and safety of acetaminophen, aspirin, and caffeine in alleviating migraine headache pain: three double-blind, randomized, placebo-controlled trials. Arch Neurol, 1998. 55(2): 210-217.</p> <p>7) Scher, A.I., et al., Prevalence of Frequent Headache in a Population Sample. Headache, 1998. 38(7): 497-506.</p> <p>8) Silberstein, S.D., R.B. Lipton, and M. Sliwinski, Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. Neurology, 1996. 47(4): 871-875.</p> <p>9) Sheftell, F., D. Dodick, and R. Cady, Direct-to-consumer advertising of OTC agents under current ftc regulations: concerns and comment. Headache, 2001. 41(6): 534-536.</p> <p>10) The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia, 2004. 24 Suppl 1: 9-160.</p> <p>11) 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(1): 13-188.</p>
備考1	
備考2	



I-15	漢方薬は有効か
推奨	漢方薬は予防薬あるいは急性期治療薬として長期にわたり使用されており、経験的あるいは伝統的には効果・安全性の両面から有用であると評価されている。これらの経験や伝統を裏付ける科学的エビデンスも近年集積されつつあり、予防薬としては推奨可能である。
推奨のグレード	B
背景・目的	漢方薬は経験的・伝統的に使用されてきたため、基礎研究レベル・臨床研究レベルともに科学的なエビデンスは不足している。頭痛に対する漢方薬の効果について述べられた論文はほとんどが症例報告であり、エビデンスとして評価されるもの自体少ない。しかし、その経験・伝統から、漢方薬が慢性頭痛の予防薬として有用であることは否定しがたい。ここでは症例集積研究以上のものを挙げた。厚労省班研究によりエビデンスが得られており、北里研究所等における研究成果も補足的に加えた。なお、海外の文献はない。
解説・エビデンス	<p>処方ごとに解説する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 呉茱萸湯 1)2)3)  症例集積研究が 2 件と漢方薬同士のランダム化比較試験が 1 件である。いずれもエビデンスレベルは低いが、呉茱萸湯の高い有用性が示されている。北里研究所等で研究段階のレスポナー限定多施設無作為化二重盲検プラセボ対照比較試験ではレスポナーに対する有用性が認められた 8)。漢方薬の特性にかなったデザインによる研究で有用性が示されたことは価値があると考えられるが、レスポナーの選定基準等、問題もある。</li> <li>2. 桂枝人参湯 4)  漢方薬同士のランダム化比較試験が 1 件と漢方薬同士の非ランダム化クロスオーバー比較試験が 1 件である。前者は漢方薬同士であるため漢方薬の有用性を示すエビデンスとしてはレベルが低いが、頭痛改善に対する高い効果が示されている。後者はデザインに問題があり、漢方薬同士であるためエビデンスレベルは低い。さらに評価方法も問題であり、評価が困難である。</li> <li>3. 釣藤散 4)5)6)  漢方薬同士の非ランダム化クロスオーバー比較試験が 1 件と症例集積研究が 2 件である。前者については 2. で述べた。後者についてもエビデンスレベルは低いが、釣藤散の有用性は示されている。</li> <li>4. 葛根湯 7)  エビデンスレベルの低い症例集積研究 1 件だけであり、効果も明確でない。</li> </ol>

	<p>以上のように、これまで頭痛に対する漢方薬の効果についてのエビデンスはないに等しい。漢方薬が有用であることは経験的・伝統的にはほぼ疑いがないので、北里研究所での研究<sup>8)</sup>を含めて今後さらなるエビデンスの集積が必要である。その際、漢方薬の特性を生かした臨床研究デザインが使用されるべきである。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>・検索 DB： 医学中央雑誌刊行会 頭痛&amp;漢方薬:236 EBM 漢方：医歯薬出版株式会社</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 前田浩治他 慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果 漢方医学 1998 ; 22 : 53-57.</li> <li>2) 赤嶺真理子 緊張性頭痛に対する呉茱萸湯の有用性 日本東洋心身医学研究 2000 ; 15 : 36-38.</li> <li>3) 関久友 慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果-封筒法による桂枝人参湯との比較- Pharma Medica 1993 ; 12 : 288-291.</li> <li>4) 松本博之 慢性頭痛に対する桂枝人参湯と釣藤散の有用性に関する研究 臨床と研究 1995 ; 72 : 1299-1303.</li> <li>5) 木村格 脳血管障害患者の慢性頭痛に対するツムラ釣藤散の臨床効果 Geriat.Med. 1989 ; 27 : 445-449.</li> <li>6) 高田理 慢性緊張型頭痛に対する釣藤散の有効性について 漢方医学 1998 ; 22 : 121-124.</li> <li>7) 山本光利他 肩頸部のこりに起因する慢性緊張性頭痛に対する葛根湯の臨床効果 臨床と研究 1995 ; 72 : 2085-2088.</li> <li>8) 花輪壽彦他 慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果：レスポonder限定多施設無作為化二重盲検プラセボ対照比較試験</li> </ol>
<p>備考 1</p>	
<p>備考 2</p>	

I-16	薬物療法以外にどのような治療法があるか
推奨	一次性頭痛の薬物療法以外の治療法には行動療法, 理学療法, サプリメント療法がある. これらの治療法には健康保険の適用外のものや副作用の報告もあるため, 使用にあたっては個人の特徴を考慮に入れる. 片頭痛および緊張型頭痛に対する非薬物療法の詳細は各論 (II片頭痛・予防療法 9, III緊張型頭痛 8) を参照のこと.
推奨のグレード	B~C
背景・目的	一次性頭痛は, 薬物療法以外の予防的治療も期待されている. 薬物療法以外の治療法につき Randomized Controlled Trial (RCT) のあるものを中心に検索した.
解説・エビデンス	<p>薬物療法以外の一次性頭痛の治療法には以下のようなものがある</p> <p>① 行動療法: 緩和訓練, バイオフィードバック, 認知行動療法, 催眠療法 → 〈片頭痛, 緊張型頭痛〉</p> <p>② 理学療法: 鍼, 経皮的電気刺激 → 〈片頭痛, 緊張型頭痛〉</p> <p>③ サプリメント: ナツシロギク (Feverfew), マグネシウム, ビタミン B2 (リボフラビン) → 〈片頭痛〉</p> <p>これらの治療法は薬物療法以外の治療を希望する患者, 薬物治療に耐えられない患者, 薬物療法に禁忌のある患者, 薬物治療に反応しない患者, 妊娠または妊娠の可能性のある患者, 薬物乱用頭痛の既往, 明らかなストレス下にある患者に対する治療オプションである<sup>7)</sup>.</p> <p>-----</p> <p>① 行動療法</p> <p>緩和訓練, 緩和訓練と結合される体温バイオフィードバック, 筋電図バイオフィードバック, 認知行動療法, 催眠療法は, 緊張型頭痛 (TTH), 片頭痛の予防療法として有用である<sup>1) 2)</sup>. 片頭痛患者に対するリラクゼーション/バイオフィードバック訓練により, 20%以上の患者に改善を認めたとのメタアナリシスがある<sup>3)</sup>. 予防的薬物療法と併用し臨床的改善が期待できる可能性がある. (推奨グレードB)</p> <p>② 理学療法</p> <p>一次性頭痛の急性期治療および予防に対する鍼治療, 経皮的電気刺激は RCT がなされていて有効とされている. しかし試験の質, および量は不十分で, さらなるエビデンスの集積が必要である<sup>4) 5) 6)</sup>.</p> <p>(推奨グレードB)</p> <p>カイロプラクティックや 頸部操作 (脊椎徒手整復治療) は, RCT の報告もあるが<sup>7) 8)</sup> 専門家の一定の見解は得られておらず, 手技によっては危険性も伴うため, 治療に用いるためには十分な注意が必要である. (推奨グレードC)</p> <p>③ サプリメント</p>

	<p>ナツシロギク (Feverfew), マグネシウム, ビタミンB2 (リボフラビン) は片頭痛予防に有効とされる<sup>9)10)11)</sup>。(推奨グレードB)</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>Pub Med 検索(2004/11/26)</p> <p>headache (All Fields) 34117</p> <p>headache (All Fields) &amp; alternative medicine954</p> <p>+Limits1 ( English, Randomized Controlled Trial, Human) 112</p> <p>&amp; acupuncture 238 +Limits1 24</p> <p>&amp; biofeedback 410 +Limits1 38</p> <p>&amp; chiropractic 72 +Limits1 9</p> <p>&amp; hypnosis 116 +Limits1 12</p> <p>&amp; herbal medicine 7+Limits1 1</p> <p>医中誌</p> <p>(頭痛/TH or 頭痛/AL) 5405</p> <p>&amp;(代替医術/TH or 代替療法/AL)183</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<p>1) Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. <i>Neurology</i>. 2000 Sep 26;55(6):754-62.</p> <p>2) Pryse-Phillips WE, Dodick DW, Edmeads JG, Gawel MJ, Nelson RF, Purdy RA, Robinson G, Stirling D, Worthington I. Guidelines for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice. <i>Canadian Headache Society. CMAJ</i> 1998 ; Jul 14;159(1):47-54.</p> <p>3) Holroyd KA, Penzien DB. Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: a meta-analytic review of clinical trials. <i>Pain</i>. 1990 Jul;42(1):1-13</p> <p>4) Melchart D, Linde K, Fischer P, White A, Allais G, Vickers A, Berman B. Acupuncture for recurrent headaches: a systematic review of randomized controlled trials. <i>Cephalalgia</i>. 1999 Nov;19(9):779-86; discussion 765.</p> <p>5) Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE, Airola G, Tolardo G, Mana O, Benedetto C. Acupuncture in the prophylactic treatment of migraine without aura: a comparison with flunarizine. <i>Headache</i>. 2002 Oct;42(9):855-61</p> <p>6) Ahmed HE, White PF, Craig WF, Hamza MA, Ghoname ES,</p>

	<p>Gajraj NM. Use of percutaneous electrical nerve stimulation (PENS) in the short-term management of headache. Headache. 2000 Apr;40(4):311-5.</p> <p>7) Tuchin PJ, Pollard H, Bonello R. A randomized controlled trial of chiropractic spinal manipulative therapy for migraine. J Manipulative Physiol Ther. 2000 Feb;23(2):91-5.</p> <p>8) Bronfort G, Assendelft WJ, Evans R, Haas M, Bouter L. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther. 2001; Sep24(7):457-66.</p> <p>9) Peikert A, Wilimzig C, Kohne-Volland R. Prophylaxis of migraine with oral magnesium: results from a prospective, multi-center, placebo-controlled and double-blind randomized study. Cephalalgia. 1996 Jun;16(4):257-63.</p> <p>10) Boehnke C, Reuter U, Flach U, Schuh-Hofer S, Einhaupl KM, Arnold G. High-dose riboflavin treatment is efficacious in migraine prophylaxis: an open study in a tertiary care centre. Eur J Neurol 2004 ;Jul11(7):475-7.</p> <p>11) Pittler MH, Ernst E. Feverfew for preventing migraine. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1)</p>
備考 1	
備考 2	

I-17	認知行動療法は一次性頭痛の治療に有効か
推奨	一次性頭痛の非薬物療法として、行動療法は治療効果が確かめられつつある治療法である。行動療法により、頭痛を30～50%改善させることが可能とされており、薬物療法と同等の治療効果が期待できる場合がある。行動療法は薬物療法との併用でさらに治療効果が高まる。
推奨のグレード	B
背景・目的	一次性頭痛に対する行動療法的アプローチは約30年前から行われている。これまでの研究の多くは、リラクゼーション法（ストレスマネジメント含む）、バイオフィードバック法、認知行動療法のいずれかまたはその複合を施行しており、それらを総括して行動療法と呼ばれている。ここでは、一次性頭痛に対する行動療法の有用性について示す。
解説・エビデンス	<p>現在までのところ、行動療法の片頭痛や緊張型頭痛に対する有効性は示されているが、群発頭痛に対しては治療効果が少ないとされている<sup>1)</sup>。これまで、行動療法の有効性を示す複数のメタアナリシスやレビューが示されている<sup>1)～5)</sup>。</p> <p>慢性緊張型頭痛に三環系抗うつ薬を用いた薬物療法と行動療法（ストレスマネジメント）のランダム化比較試験において、有意な改善を認めた慢性緊張型頭痛の割合は、行動療法で35%、薬物療法で38%とされている<sup>6)</sup>。また、薬物療法と行動療法の併用における改善例の割合は64%と非常に高い有用性が示されている<sup>6)</sup>。</p> <p>片頭痛に対する行動療法についてもその有用性の高さが検証されており<sup>7) 8)</sup>、三環系抗うつ薬のもつ有用性とほぼ同等であることが示されている<sup>2)</sup>。</p> <p>また、小児に対する行動療法（バイオフィードバック法）の高い臨床効果と効果の持続性も指摘されており、その効果は成人よりも高いことが報告されている<sup>3) 9)</sup>。</p> <p>しかし、行動療法に熟練していない治療者が行った調査においては、臨床的改善度に関して、有意差は認められておらず、日常診療の場で積極的に用いられるための課題は残されている<sup>10)</sup>。</p> <p>行動療法の長所は、非薬物療法であるため薬物依存に陥る危険性がないこと、副作用が極めて少ないこと、安価なことである。一方、短所としては統一された治療方法ではなく施設によって方法が異なること、治療者には一定の知識・技量が求められること、即効性に乏しいことがあげられる。最近の研究は、既知の代表的な薬物療法との比較や組み合わせにおいて、その有効性や医療経済的な効果が検討する方向に向いている<sup>11)</sup>。</p>
検索式・参考にした二次資料	<p>・検索 DB: PubMed (05/01/01)</p> <p>Cognitive-behavioral therapy 2392</p>

	<p>&amp; {headache OR tension-type headache OR migraine} 35</p> <p>{Cognitive-behavioral therapy} OR {biofeedback} OR {relaxation } &amp; tension-type headache 72083 71</p> <p>{Cognitive-behavioral therapy} OR {biofeedback} OR {relaxation } &amp; migraine 72432 432</p> <p>Limits: English, Randomized Controlled Trial, Humans 39</p>
参考文献のリスト	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penzien DB, Rains JC, Andrasik F. Behavioral management of recurrent headache: three decades of experience and empiricism. <i>Appl Psychophysiol Biofeedback</i>. 2002 ;27(2):163-81.</li> <li>2) Holroyd KA, Penzien DB. Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: a meta-analytic review of clinical trials. <i>Pain</i>. 1990;42:1-13.</li> <li>3) Sarafino EP, Goehring P. Age comparisons in acquiring biofeedback control and success in reducing headache pain. <i>Ann Behav Med</i>. 2000;22(1): 10-16.</li> <li>4) Bogaards MC, ter Kuile MM. Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. <i>Clin J Pain</i>. 1994;10(3):174-90.</li> <li>5) Penzien DB, Rains JC, Lipchik GL, Creer TL. Behavioral Interventions for Tension-type Headache: Overview of Current Therapies and Recommendation for a Self-management Model for Chronic Headache. <i>Curr Pain Headache Rep</i>. 2004; 8: 489-99.</li> <li>6) Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i>. 2001 ;285(17):2208-15.</li> <li>7) Richardson GM, McGrath PJ. Cognitive-behavioral therapy for migraine headaches: a minimal-therapist-contact approach versus a clinic-based approach. <i>Headache</i>. 1989; 29(6):352-7.</li> <li>8) Kropp P, Gerber WD, Keinath-Specht A, Kopal T, Niederberger U</li> </ol>

	<p>.Behavioral treatment in migraine. Cognitive-behavioral therapy and blood-volume-pulse biofeedback: a cross-over study with a two-year follow-up. <i>Funct Neurol.</i> 1997;12(0):17-24.</p> <p>9) Bussone G, Grazzi L, D'Amico D, Leone M, Andrasik F. Biofeedback-assisted relaxation training for young adolescents with tension-type headache: a controlled study. <i>Cephalalgia.</i> 1998 ;18(7):463-7.</p> <p>10) Fichtel A, Larsson B. Relaxation treatment administered by school nurses to adolescents with recurrent headaches. <i>Headache.</i> 2004 ;44(6):545-54.</p> <p>11) Holroyd KA, Nash JM, Pingel JD, Cordingley GE, Jerome A. A comparison of pharmacological (amitriptyline HCL) and nonpharmacological (cognitive-behavioral) therapies for chronic tension headaches. <i>J Consult Clin Psychol.</i> 1991 ;59(3):387-93.</p>
備考 1	
備考 2	



I-18	一次性頭痛は不安/抑うつを随伴するか
推奨	片頭痛や緊張型頭痛では不安や抑うつなどの心理状態に陥りやすい。また、精神疾患として不安障害（パニック障害など）や感情障害（大うつ病）を伴うことも多い。これらの精神状態に注意することは臨床的に重要である。
推奨のグレード	B
背景・目的	<p>片頭痛や緊張型頭痛に不安、抑うつなどの心理的要因が発症や経過に密接に関与していることは以前から指摘されている。また、一次性頭痛に随伴しやすい精神疾患として、不安障害（パニック障害・全般性不安障害など）、感情障害（大うつ病・気分変調症など）、身体表現性障害（身体化障害・疼痛性障害など）に関する研究が多く報告されている。特に片頭痛とパニック障害および大うつ病との関連については、いずれもセロトニンの代謝異常が発症に関与している点で注目されている。</p> <p>ここではこれまでの文献を集め、一次性頭痛と抑うつや不安との関連についての知見を示す。</p>
解説・エビデンス	<p>片頭痛に関しては、大規模な疫学的な調査が積極的に行われており、片頭痛における大うつ病の生涯有病率は20-40%程度と報告され、多くの疫学研究でオッズ比は3~4とされている<sup>1)~3) 4)</sup>。</p> <p>片頭痛と不安障害との関連については不安障害の代表的疾患であるパニック障害を中心に論じられることが多い。うつ病と同様にパニック障害においても、3.3から6.0と高いオッズ比が報告されている<sup>1) 4) ~6)</sup>。</p> <p>頭痛センターにおける片頭痛患者における精神疾患も疫学調査と同様に高い関連性が指摘されている<sup>7) 8)</sup>が、精神疾患の随伴率において片頭痛と他の疾患において有意な差は認められていない<sup>4)</sup>。</p> <p>緊張型頭痛における心理社会的要因や精神疾患との関連性についての研究では、心理社会的ストレスおよび不安・抑うつなどの心理状態との関連性や指摘され、精神疾患の随伴に関しては片頭痛と同様に不安障害、感情障害、身体表現性障害の随伴が報告されている<sup>9)</sup>。</p> <p>こうした精神疾患をスクリーニングするため、SDS, HAM-A, HAM-D, The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)などが使用されており、一次性頭痛に対するHADSを用いた評価の信頼性と妥当性も検討されている<sup>10) ~13)</sup>。</p> <p>これまでの報告のほとんどが一次性頭痛と不安や抑うつとの関連性を指摘しているが、心理状態または精神疾患の評価法が一定しておらず、関連性が高い理由について、セロトニンの関与が想定されているが、統一された見解はない。</p>
検索式・参考にした二次資料	<p>・検索DB： PubMed (05/01/01)</p> <p>Major depression 12083</p>

	& {migraine} OR {tension type headache} OR {headache} 160 Panic disorder 5500 & {migraine} OR {tension type headache} OR {headache} 93 The Hospital Anxiety and Depression Scale 1307 & {migraine} OR {tension type headache} OR {headache} 14
参考文献のリスト	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. <i>Psychiatry Res</i> 1991 37(1):11-23.</li> <li>2) Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC. Headache and major depression: is the association specific to migraine? <i>Neurology</i> 2000; 54:308-13.</li> <li>3) Swartz KL, Pratt LA, Armenian HK, Lee LC, Eaton WW. Mental disorders and the incidence of migraine headaches in a community sample: results from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. <i>Arch Gen Psychiatry</i>. 2000; 57: 945-50.</li> <li>4) Radat F, Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine: a review. <i>Cephalalgia</i> 2005; 25:165-78.</li> <li>5) Stewart W, Breslau N, Keck PE Jr. Comorbidity of migraine and panic disorder. <i>Neurology</i> 1994; 44:S23-7.</li> <li>6) Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton R, Welch KM. Headache types and panic disorder: directionality and specificity. <i>Neurology</i>. 2001;56: 350-4.</li> <li>7) Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, Giannantoni AS, Napoli L, Bruni O, Trillo S. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. <i>Cephalalgia</i>. 1998;18: 455-62.</li> <li>8) Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. <i>Cephalalgia</i> 1999; 19(4):211-7.</li> <li>9) The Italian Collaborative Group for the Study of Psychopathological Factors in Primary Headaches. Puca F, Genco S, Prudenzano MP, Savarese M, Bussone G, D'Amico D, Cerbo R, Gala C, Coppola MT, Gallai V, Firenze C, Sarchielli P, Guazzelli M, Guidetti V, Manzoni G, Granella F, Muratorio A, Bonuccelli U,</li> </ol>

	<p>Nuti A, Nappi G, Sandrini G, Verri AP, Sicuteri F, Marabini S .Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. Cephalalgia 1999;19: 159-64.</p> <p>10) Wacogne C, Lacoste JP, Guillibert E, Hugues FC, Le Jeunne C. Stress, anxiety, depression and migraine. Cephalalgia 2003 23:451-5</p> <p>11) Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Odegard KJ, Dahl AA, Bovim G, Stovner LJ. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag Health Study. Eur J Neurol. 2003 10(2):147-52.</p> <p>12) Juang KD, Wang SJ, Lin CH, Fuh JL. Use of the hospital anxiety and depression scale as a screening tool for patients with headache. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). 1999 ;62(11):749-55.</p> <p>13) Devlen J. Anxiety and depression in migraine.J R Soc Med. 1994 ;87(6):338-41.</p>
備考 1	
備考 2	

I-19	産業医, 脳ドック医は頭痛にどう対処すれば良いか
推奨	産業医, 脳ドック医は頭痛を有する社員や健診者の頭痛医療を推進する.
推奨のグレード	A
背景・目的	職場や脳ドックにおける一次性頭痛を有する受診者の頻度と現状を検索し, 頭痛医療における産業医, 脳ドック医の役割を検討する.
解説・エビデンス	<p>職場調査における一次性頭痛の有病率は片頭痛 13.2%(男性 11.6%, 女性 26.6%), 反復発作性緊張型頭痛 29.15%(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. 多数の片頭痛罹患患者(84.3%)が仕事の能率が低下すること訴えていたが, 医療機関への受診率は 23.7%と低かった<sup>1)</sup>.</p> <p>脳ドック受診者を対象にした研究では, 片頭痛の有病率は 10.2%(男性 6.1%, 女性 19.4%)であった. 重症度は軽症例(75.4%)が多く, 医療機関の受診率も 15.1%で低率であった. 病型別での受診率は前兆のない片頭痛 9.8%, 前兆のある片頭痛 48.0%であった. 片頭痛を有する健診者の脳ドック所見は, 脳動脈瘤(1.1%)と脳動静脈奇形(0.6%)が認められた<sup>2)</sup>.</p> <p>職場や脳ドックでは, 他の疫学調査<sup>3)4)</sup>の片頭痛有病率を上回る 1 割以上の片頭痛罹患者が存在するにも関わらず, 適切な頭痛医療が行われていないことが確認された.</p>
検索式・参考にした二次資料	<p>・検索 DB : PubMed (05/03/01)</p> <p>Headache &amp; {Epidemiology} 3263 &amp; {Migraine} 785 &amp; {Japan} 7</p>
参考文献のリスト	<p>1) 五十嵐久佳, 坂井文彦: 職場における片頭痛の実体調査. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「慢性頭痛の診療ガイドライン作成に関する研究」平成 15 年度総括・分担研究報告書. p88-91.</p> <p>2) Ikeda K, Kashihara H, Hosozawa K, Anan K, Shimomura M, Tamura M, Iwasaki Y, Sakai F. Brain check-up-based study of migraine in Japan. Headache Care 2005; 2: 75-80.</p> <p>3) Sakai F, Igarashi H. Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. Cephalalgia 1997; 17: 15-22.</p> <p>4) Takeshima T, Ishizaki K, Fukuhara Y, et al. Population-based door-to-door survey of migraine in Japan: the Daisen study. Headache 2004; 44: 8-19.</p>