

III-2	緊張型頭痛はどのように診断するか
推奨	緊張型頭痛は、国際頭痛分類第2版 (ICHD-II) の診断基準に準拠して診断する
推奨のグレード	A
背景・目的	診断基準には診断、治療についてあらゆる側面から科学的かつ実際的に検討されたものである必要がある。他の疾患と同様にこのような必要条件をみたす診断基準に基づいて緊張型頭痛を診断する必要がある。ここでは、緊張型頭痛の診断のポイントと、ICHD-II に示された診断基準を示す。
解説・エビデンス	<p>以下に緊張型頭痛の診断基準（日本語版）を示す。</p> <p>各緊張型頭痛は主にその発症頻度で診断される（A項）。そして以下の項目をみたすものである。</p> <p>B. 頭痛は30分～7日間持続する</p> <p>C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 両側性</li> <li>2. 性状は圧迫感または締め付け感(非拍動性)</li> <li>3. 強さは軽度～中等度</li> <li>4. 歩行や階段の昇降のような日常的な動作により増悪しない</li> </ol> <p>D. 以下の両方を満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 悪心や嘔吐はない(食欲不振を伴うことはある)</li> <li>2. 光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ</li> </ol> <p>E. その他の疾患によらない</p> <p>2.1 稀発反復性緊張型頭痛は、1ヵ月に1日未満(年間12日未満)の頻度で生じる頭痛</p> <p>2.2 頻発反復性緊張型頭痛は、1ヵ月に1日以上、15日未満(年間12日以上180日未満)の頻度生じる頭痛</p> <p>2.3 慢性緊張型頭痛は、1ヵ月に15日以上(年間180日以上)の頻度生じる頭痛</p> <p>2.4 緊張型頭痛の疑いは、緊張型頭痛の診断基準をひとつだけみただけでなく、かつ片頭痛でないものである。</p> <p>一般臨床家からの意見では片頭痛と緊張型頭痛は重症度や悪心・嘔吐、光・音過敏の有無などからは鑑別できない場合がしばしばあり、緊張型頭痛と片頭痛の移行型あるいは中間型とも考えられる頭痛の存在が問題となる<sup>1)2)</sup>。これらの論議に加え、古くから問題となっている筋緊張とこの分類の頭痛の問題がまだ解決されていない点も問題という意見も散見される(Q02_04参照)。また、ICHD-I<sup>3)</sup>の緊張型頭痛の基準では陰性</p>

	<p>所見が多く採用されているため、それ以外の頭痛も拾ってしまうという問題点も提起されてきた。</p> <p>ICHD-I の欠点に鑑み、ICHD-II<sup>4)</sup>では慢性片頭痛と緊張型頭痛の疑いの項目を盛り込みこの問題をほぼ解決したと考えられる。</p> <p>さらに、ICHD-II<sup>4)</sup>では反復性緊張型頭痛を、頭痛の頻度が月あたり1回未満の稀発型と頻発型にさらに細分されている。稀発型が個人に及ぼす影響は比較的わずかなものであるため、医療関係者からあまり大きくは注目されていないが、しかし、頻繁に罹患することにより、時として高価な薬剤や予防治療薬が必要となるほどの支障をきたすことがある。また、慢性型に分類される頭痛は生活の質(QOL)を大きく低下させ、高度の障害を惹き起こす深刻な疾患である。</p> <p>ICHD-II分類は、単に分類学に基づいたものではなく、渉猟可能なほぼ全てのエビデンスの高い論文を十分に吟味したものであり、これを診断に使用することについての、お勧め度は高い。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>PubMed 検索：2004/11/25 tension type headache 1155 &amp; diagnosis 635</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Featherstone, H.J.: Migraine and muscle contraction headaches: a continuum. <i>Headache</i> 25, 194-198 (1985)</li> <li>2) Manzoni GC, Torelli P. Headache screening and diagnosis. <i>Neurol Sci.</i> 2004 Oct;25 Suppl 3:s255-7.</li> <li>3) Headache Classification Committee of the International headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. <i>of headache. Cephalalgia</i> 8(suppl 7): 1-96, 1988.</li> <li>4) Headache Classification Committee of the International headache Society: The international classification of headache disorders, 2nd edition. <i>Cephalalgia</i> 2004; 24 Suppl 1: 1-150.</li> </ol>
<p>備考 1</p>	
<p>備考 2</p>	

Ⅲ-3	どの程度の緊張型頭痛患者が存在するのか またその危険因子や誘因・予後はどうか
推奨	緊張型頭痛の危険因子や誘因などについては，稀発反復性，頻発反復性緊張型，慢性緊張型頭痛で異なる．予後については頻発反復性とくに慢性緊張型頭痛で不良なことがあることを留意すべきである．
推奨のグレード	B
背景・目的	本疾患は一次性頭痛の中で最も一般的なタイプの頭痛である．様々な調査で一般集団における生涯有病率は30%以上と極めて多い．危険因子や誘因などの，発症原因を探ること，患者の予後を推定することは頭痛診療において重要である．
解説・エビデンス	緊張型頭痛は一次性頭痛の中で最も一般的なタイプの頭痛である．様々な調査で一般集団における生涯有病率は30～78%の範囲とされている 1). 危険因子や誘因などとしてストレス，動かないことなどが共通して報告されている 2)3). 本症の病態生理についてはまだ不明な点が多い (Q02_04 参照) が，臨床的に頻発反復性，とくに慢性緊張型頭痛で不良なことがあることを留意すべきである．
検索式・参考にした二次資料	PubMed 検索：2004/11/25 tension type headache 1155 & prevalence 239 & risk factor 63 & prognosis 125 & prophylaxis 84 (但し有用な文献は少ない)
参考文献のリスト	1) Headache Classification Committee of the International headache Society: The international classification of headache disorders, 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 Suppl 1: 1-150.  2) Kaynak Key, F. N., Donmez, S., Tuzun, U: Epidemiological and clinical characteristics with psychosocial aspects of tension-type headache in Turkish college students. Cephalalgia, 24: 669-74, 2004  3) Zivadinov, R., Willheim, K., Sepic-Grahovac, D., Jurjevic, A., Bucuk, M., Brnabic-Razmilic, O., Relja, G., Zorzon, M. Migraine and tension-type headache in Croatia: a population-based survey of precipitating factors. Cephalalgia. 23: 336-43, 2003
備考1	

Ⅲ-4	緊張型頭痛の病態はどのように理解されているのか
推奨	緊張型頭痛の病態や発症機序は未だ不明である。しかし、稀発反復性緊張型頭痛、頻発反復性緊張型頭痛については末梢性疼痛メカニズムが役割を果たしているのに対し、慢性緊張型頭痛においては中枢性疼痛メカニズムがより重要な役割を果たしている可能性が高いことが近年明らかにされてきている。
推奨のグレード	B
背景・目的	緊張型頭痛は一次性頭痛の中で最も多い頭痛の一つである。しかし、その正確な発症機序は未だ不明であり、その病態生理についても一次性頭痛の中で最も研究が進んでいない疾患の一つである。 緊張型頭痛は以前は主として心因性のものともみなされていたが、ICHDの初版公表以後、少なくとも緊張型頭痛の重症サブタイプに関しては、神経病態をもった異常を強く示唆する多数の研究が発表されてきた。ここでは、その緊張型頭痛の病態をエビデンスに基づいて概説する。
解説・エビデンス	1. 末梢性要素：頭蓋周囲筋の圧痛が緊張型頭痛で正常者より頻度が高いことが証明されており、しかも、圧痛の度合いが緊張型頭痛の頻度や強度と相関することも知られている <sup>1)</sup> 。しかし、診断基準の項でも述べたように圧痛の度合いの評価は検者間により相違があり、客観的な評価はなかなか困難である。緊張型頭痛における圧痛評価は、TTS、筋硬度計により客観的になされることが証明されている <sup>2)3)4)</sup> 。筋電図により緊張型頭痛の筋緊張評価がなされることも知られている <sup>2)</sup> 。 2. 中枢性要素：フリーラジカルである一酸化窒素の産生に必要な nitric oxide synthase (NOS) を抑制する L-N(G)-塩酸メチルアルギニン投与により筋の圧痛が軽減し、臨床的に頭痛が緩和されることが証明されている <sup>5)6)</sup> 。これは三叉神経の感作が中枢性要素であるという仮説を裏付けるものと考えられる。さらに、正常者では三叉神経を求心路として刺激した際、脳幹脊髄三叉神経運動核に連絡する橋被蓋外側中間ニューロンによる筋収縮の抑制機構が存在することが知られているが、緊張型頭痛の一部においては、この中枢の筋収縮抑制機構が欠如していることが報告されている <sup>7)8)</sup> 。
検索式・参考にした二次資料	PubMed 検索：2004/11/25 tension type headache 1155 & pathophysiology 387
参考文献のリスト	1) Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, et al: Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. Pain.52: 193-9, 1993. 2) Jensen R: Pathophysiological mechanisms of tension-type headache:

	<p>a review of epidemiological and experimental studies. Cephalalgia 19: 602-621, 1999.</p> <p>3) Sakai F, Ebihara S, Akiyama M, et al: Pericranial muscle hardness in tension-type headache. A non-invasive measurement method and its clinical application. Brain. 118:523-31, 1995.</p> <p>4) Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, et al: Muscle hardness in patients with chronic tension-type headache: relation to actual headache state. Pain. 79:201-5, 1999.</p> <p>5) Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Possible mechanisms of action of nitric oxide synthase inhibitors in chronic tension-type headache. Brain. 122: 1629-35, 1999.</p> <p>6) Ashina M, Lassen LH, Bendtsen L, et al: Effect of inhibition of nitric oxide synthase on chronic tension-type headache: a randomised crossover trial. Lancet. 353: 287-289, 1999.</p> <p>7) Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Lassen LH, Sakai F, Olesen J. Possible mechanisms of action of nitric oxide synthase inhibitors in chronic tension-type headache. Brain. 1999 Sep;122 ( Pt 9):1629-35.</p> <p>8) Schoenen J, Jamart B, Gerard P, et al: Exteroceptive suppression of temporalis muscle activity in chronic headache. Neurology. 37: 1834-1836, 1987.</p>
備考 1	
備考 2	

III-5	緊張型頭痛の治療はどのように行うか
推奨	種々のタイプの緊張型頭痛が存在するが、日常生活に支障を来す緊張型頭痛は治療すべきである。そのうち頻発型緊張型頭痛と慢性緊張型頭痛は治療が必要である。治療法には急性期（頓挫）療法と慢性期（予防）療法があるが、それぞれに薬物療法と非薬物療法がある。
推奨のグレード	B
背景・目的	緊張型頭痛は一次性頭痛の中で最も多い頭痛の一つである。このなかで頻発型緊張型頭痛と慢性緊張型頭痛は支障度の高い頭痛であり、従来から急性期発作時療法と予防療法が用いられてきた。ここでは、その治療の必要性和選択肢についてエビデンスに基づいて解説する。
解説・エビデンス	<p>ICHD-II 分類では、反復性緊張型頭痛を、頭痛の頻度が月あたり 1 回未満の稀発型と頻発型にさらに細分類することに決められた。稀発型が個人に及ぼす影響はごくわずかなものであるため、医療関係者からあまり大きくは注目されていない。市販薬が効かない場合や特別重症な頭痛発作でない限り、医療機関による治療の必要性は少ないと考えられる。しかし、頻繁に罹患することにより、時として高価な薬剤や予防治療薬が必要となることがある。さらに慢性型に分類される頭痛は生活の質（QOL）を大きく低下させ、高度の障害を惹き起こす深刻な疾患であり、治療は必要となることは個人的、社会的見地からも当然のこととなり、経済的費用負担を伴う。</p> <p>慢性緊張型頭痛においては中枢性疼痛メカニズムがより重要な役割を果たしているのに対し、稀発反復性緊張型頭痛については末梢性疼痛メカニズムが役割を果たしている可能性が最も高い。したがって、頻発反復性緊張型頭痛と慢性緊張型頭痛では治療が必要であると考えられる。</p> <p>緊張型頭痛の治療法には急性期（頓挫）療法と慢性期（予防）療法があるが、それぞれに薬物療法と非薬物療法がある。急性期治療、予防治療の別に関しても、片頭痛とは異なり厳密な区別は不可能である。しかし、予防的に薬剤が投与される場合は副作用を防ぐため 3 ヶ月以内の投与が目安となる。</p> <p>さらに、緊張型頭痛を引き起こす因子である心理社会的ストレス、不安、うつ、運動不足・うつむき姿勢そして口・顎部の機能異常に対しての個々の基本的な治療法も重要である。</p>
検索式・参考にした二次資料	<p>PubMed 検索：2004/8/25</p> <p>tension headache &amp; treatment 646</p> <p>tension (type) headache &amp; treatment 578</p>

参考文献のリスト

- 1) Headache Classification Committee of the International Headache Society: The international classification of headache disorders, 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 Suppl 1: 1-150.
- 2) 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. *Neurology* 2000; 55(6):754-762.
- 3) 慢性頭痛治療ガイドライン作成小委員会, 坂井文彦, 荒木信夫, 五十嵐久佳, 濱田潤一, 作田学, 平田幸一, 鈴木則宏, 竹島多賀夫, 山根清美, 若田宣雄, 岩田誠, 中島健二. 日本神経学会治療ガイドライン 慢性頭痛治療ガイドライン 2002. *臨床神経* 2002; 42 (4) 330-362.
- 4) Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996 Sep;61(3):285-90.
- 5) Boline PD, Kassak K, Bronfort G, Nelson C, Anderson AV. Spinal manipulation vs. amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headaches: a randomized clinical trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 1995 Mar-Apr;18(3):148-54.
- 6) Bogaards MC, ter Kuile MM. Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. *Clin J Pain*. 1994 Sep;10(3):174-90.
- 7) Hansen PE, Hansen JH. Acupuncture treatment of chronic tension headache—a controlled cross-over trial. *Cephalalgia*. 1985 Sep;5(3):137-42.
- 8) Cerbo R, Barbanti P, Fabbrini G, Pascali MP, Catarci T. Amitriptyline is effective in chronic but not in episodic tension-type headache: pathogenetic implications. *Headache*. 1998 Jun;38(6):453-7.
- 9) Schulte-Mattler WJ, Krack P. Treatment of chronic tension-type headache with botulinum toxin A: a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter study. *Pain* 2004 May;109(1-2):110-4

10) Martin-Araguz A, Bustamante-Martinez C, de Pedro-Piñon JM Treatment of chronic tension type headache with mirtazapine and amitriptyline. Rev Neurol 2003 Jul 16-31;37(2):101-5

11) Kubitzek F, Ziegler G, Gold MS, Liu JM, Ionescu E Low-dose diclofenac potassium in the treatment of episodic tension-type headache. Eur J Pain 2003;7(2):155-62

12) Prior MJ, Cooper KM, May LG, Bowen DL Efficacy and safety of acetaminophen and naproxen in the treatment of tension-type headache. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Cephalalgia 2002 Nov;22(9):740-8

13) Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG Intravenous chlorpromazine in the acute treatment of episodic tension-type headache: a randomized, placebo controlled, double-blind study. Arq Neuropsiquiatr 2002 Sep;60(3-A): 537-41

14) Singh NN, Misra S. Sertraline in chronic tension-type headache. J Assoc Physicians India 2002 Jul;50:873-8

15) 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 Sep;24(7):457-66

16) Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Lassen LH, Sakai F, Olesen J. Possible mechanisms of action of nitric oxide synthase inhibitors in chronic tension-type headache. Brain. 1999 Sep;122 ( Pt 9):1629-35.

17) Ashina M, Lassen LH, Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Effect of inhibition of nitric oxide synthase on chronic tension-type headache: a randomised crossover trial. Lancet. 1999 Jan 23;353(9149):287-9.

18) Bove G, Nilsson N. Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache: a randomized controlled trial. JAMA. 1998 Nov 11;280(18):1576-9.



Ⅲ-6	緊張型頭痛の急性期（頭痛時，頓服）治療にはどのような種類があり，どの程度有効か またどのように使い分けるか（Ⅲ-8も参照）
推奨	緊張型頭痛の急性期（頓挫）療法には薬物療法と非薬物療法がある．治療法の種類やその内容を十分に知った上で治療する必要がある．有効性に関しては治療法により異なるが，RCTにおいて十分に有効性が証明されている治療法は，鎮痛薬，NSAIDsである．また病型や病態に則した治療薬の選択が望まれるが，治療薬の使い分けに関するエビデンスは少ない．頭痛発作時には急性期療法を使用し，慢性型緊張型頭痛には予防療法を併用することが望ましい．
推奨のグレード	B
背景・目的	従来から緊張型頭痛の急性期療法として，種々の薬物療法と非薬物療法が臨床の場では用いられているが，それらの有効性については必ずしも十分なエビデンスがあるとは言えない．緊張型頭痛の急性期治療法を列挙し，エビデンスに基づいた有効性を示す．しかし，その使い分けについては明確に示されていない．エビデンスに基づいた治療薬の使い分けを提示する．
解説・エビデンス	<p>緊張型頭痛の急性期治療には薬物療法と非薬物療法があり，以下に詳細を示す．</p> <p>薬物療法</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 鎮痛薬およびNSAIDs・カフェイン・抗うつ薬       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 鎮痛薬およびNSAIDs（多数あるが，例えばアスピリン500～1000mg，アセトアミノフェン500mg，イブプロフェン200mg頓用など）</li> <li>2) カフェイン（100～300mg頓用）</li> <li>3) 抗うつ薬（例 アミトリプチリン10～25mg）</li> </ol> </li> <li>2. 抗不安薬・筋弛緩薬       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 抗不安薬（例 ジアゼパム 2～5mg，エチゾラム0.5～1mg）</li> <li>2) 筋弛緩薬           <ol style="list-style-type: none"> <li>A. チザニジン（テルネリン®）3～6mg/日</li> <li>B. エペリゾン：eperisone（ミオナール®）150mg/日</li> <li>C. ダントロレン：dantrolene（ダントリウム®）25～150mg/日</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. スマトリプタン</li> <li>4. ボツリヌス毒素</li> <li>5. L-N(G)-塩酸メチルアルギニン（L-NMMA）静脈注射療法</li> <li>6. L-5-ヒドロキシトリプトファン：hydroxytryptophan（5-HTP）</li> </ol>

	<p>非薬物療法</p> <p>治療の中心となる薬物治療について述べれば、保険適応制限を別にして NSAID の使用が最も勧められる<sup>12)</sup>。しかし、胃腸障害、造血器障害などの副作用があるため、本邦における薬剤の至適用量は欧米と比較して少ない。また、NSAID の慢性的使用による更なる頭痛誘発が問題となる。さらに、カフェインの併用はエビデンスがあるものと結論されるが、消化器系副作用が考慮されるべきである。カフェイン・抗うつ薬については有用との数多くの報告があるが、そもそも緊張型頭痛を病型別に分類しないで検討している点に留意すべきであり、急性期治療としての有用性については疑問が残る。また、頭痛体操やバイオフィードバックについては、エビデンスの有無にかかわらず考慮されるべきものであろう。L-N(G)-塩酸メチルアルギニン (L-NMMA) , L-5-ヒドロキシトリプトファンは現在使用できず、ボツリヌス毒素は保険適応制限がある。</p> <p>一方、緊張型頭痛の治療薬の使い分けに関するエビデンスは乏しい。しかし、緊張型頭痛であっても、頻繁に罹患することにより、時として高価な薬剤や予防治療薬が必要となることがある。さらに慢性型頭痛は生活の質 (QOL) を大きく低下させ、高度の障害を惹き起こす深刻な疾患であり、治療が必要となることは個人的、社会的見地からも当然のこととなり、経済的費用負担を伴う。慢性緊張型頭痛においては中枢性疼痛メカニズムがより重要な役割を果たしているのに対し、稀発反復性緊張型頭痛、頻発反復性緊張型頭痛については末梢性疼痛メカニズムが役割を果たしている可能性が最も高い<sup>12)</sup>。従って、このような患者群に対しては予防治療が有用であり、その使い分けが必要である。</p> <p>82 人の緊張型頭痛を対象にしたオープンラベル試験で、amitriptyline は慢性緊張型頭痛には有効であるが、発作性緊張型頭痛には有効でないことが示されている<sup>13)</sup>。この検討からもわかるとおり、一般的には慢性緊張型頭痛以外には予防治療は必要ないであろう。しかし、頻発反復性緊張型頭痛では、鎮痛剤の乱用や日常生活に対する支障度を考慮にすると、予防薬の適応がある場合がある。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>PubMed 検索：2004/8/25</p> <p>tension headache &amp; treatment 646</p> <p>tension (type) headache &amp; treatment 578</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. Neurology 2000; 55(6):754-762.</p>

- 2) 慢性頭痛治療ガイドライン作成小委員会, 坂井文彦, 荒木信夫, 五十嵐久佳, 濱田潤一, 作田学, 平田幸一, 鈴木則宏, 竹島多賀夫, 山根清美, 若田宣雄, 岩田誠, 中島健二. 日本神経学会治療ガイドライン 慢性頭痛治療ガイドライン 2002. 臨床神経 2002 ; 42 (4) 330-362.
- 3) Nebe J. Heier M. Diener HC. Low-dose ibuprofen in self-medication of mild to moderate headache: a comparison with acetylsalicylic acid and placebo. *Cephalalgia*. 1995; 15(6):531-535.
- 4) Schachtel BP. Furey SA. Thoden WR. Nonprescription ibuprofen and acetaminophen in the treatment of tension-type headache. *Journal of Clinical Pharmacology*. 1996; 36(12):1120-1125.
- 5) Steiner TJ. Lange R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension-type headache: double-blind placebo-controlled comparison with acetaminophen (1000 mg). *Cephalalgia*. 1998; 18(1):38-43.
- 6) Rollnik JD. Tanneberger O. Schubert M. Schneider U. Dengler R. Treatment of tension-type headache with botulinum toxin type A: a double-blind placebo-controlled study. *Headache*. 2000; 40(4):300-305.
- 7) Schachtel BP. Furey SA. Thoden WR. Nonprescription ibuprofen and acetaminophen in the treatment of tension-type headache. *Journal of Clinical Pharmacology*. 1996; 36(12):1120-1125.
- 8) Schattner P. Randerson D. Tiger Balm as a treatment of tension headache. A clinical trial in general practice. *Australian Family Physician*. 1996; 25(2):216 218 220 passim.
- 9) Lange R. Lentz R. Comparison ketoprofen ibuprofen and naproxen sodium in the treatment of tension-type headache. *Drugs Under Experimental & Clinical Research*. 1995; 21(3):89-96.
- 10) Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Intravenous chlorpromazine in the acute treatment of episodic tension-type headache: a randomized, placebo controlled, double-blind study. *Arq Neuropsiquiatr* 2002 Sep;60(3-A):537-41

	<p>11) Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Lassen LH, Sakai F, Olesen J. Possible mechanisms of action of nitric oxide synthase inhibitors in chronic tension-type headache. <i>Brain</i>. 1999 Sep;122 ( Pt 9):1629-35.</p> <p>12) Headache Classification Committee of the International headache Society: The international classification of headache disorders, 2nd edition. <i>Cephalalgia</i> 2004; 24 Suppl 1: 1-150.</p> <p>13) Cerbo R, Barbanti P, Fabbrini G, Pascali MP, Catarci T. Amitriptyline is effective in chronic but not in episodic tension-type headache: pathogenetic implications. <i>Headache</i>. 1998 Jun;38(6):453-7.</p>
備考 1	
備考 2	

III-7	緊張型頭痛の予防療法はどのように行うか
推奨	緊張型頭痛においては、発作時治療や予防療法をいつまで継続すべきかについては明確なエビデンスはない。しかし、薬物乱用頭痛の観点から、発作頓挫薬の使用に際しては、定期的に服用量や服用回数を確認し鎮痛剤の乱用に十分注意し、漫然と使用すべきではない。また、予防療法は数ヶ月以上十分な期間使用しその臨床効果を評価すべきであるが、更に継続するか否かについては、定期的に再評価することが望ましい。一般に、3ヶ月以上にわたって漫然と同一薬剤を投与しない方がよい。
推奨のグレード	B
背景・目的	緊張型頭痛の予防療法をいつまで継続すべきかについては明らかな見解はない。また、急性期療法においても、鎮痛剤乱用の問題もあり、漫然と使用すべきではないことが指摘されている。緊張型頭痛における発作時治療および予防療法をいつまで継続すべきであることをエビデンスに基づいて示す。
解説・エビデンス	緊張型頭痛における発作時治療や予防療法の治療期間に関するエビデンスは乏しい。片頭痛のような明確な治療指針は出ていない。また、急性期治療と予防療法に使用すべき薬剤も明確には分けられていない。しかし、薬物乱用の観点から、鎮痛剤の頻回投与や漫然とした発作頓挫薬や予防療法は避けるべきであると思われる。
検索式・参考にした二次資料	PubMed 検索：2004/8/25 tension headache & treatment 646 tension (type) headache & treatment 578 (但しすべてで有用な文献なし)
参考文献のリスト	文献なし。
備考1	
備考2	

III-8	緊張型頭痛の治療法で薬物療法以外にはどのようなものがあるか
推奨	緊張型頭痛の非薬物療法には、頭痛体操、バイオフィードバック（認知行動療法）、頸部指圧、鍼灸などをはじめとした種々の治療法があり、有用なものは治療法として推奨される価値がある。
推奨のグレード	B～C
背景・目的	緊張型頭痛の非薬物療法には、バイオフィードバック（認知行動療法）、頸部指圧、鍼灸などをはじめとした種々の治療法がある。これらの治療法は比較的安価であり、RCTがなされていて有用と確証があるものは治療法として推奨される価値がある。とくに慢性緊張型頭痛には、薬物療法よりも推奨度が高い可能性も指摘されている。また、わが国の健康保険に包含されないものや開発段階の治療法もこのCQ内で呈示されている。
解説・エビデンス	<p>非薬物療法には以下のようなものがある。</p> <p>A. バイオフィードバック（認知行動療法）</p> <p>B. 頸部指圧</p> <p>C. 鍼灸</p> <p>D. タイガーバーム：Tiger Balm</p> <p>E. percutaneous electrical nerve stimulation (PENS)</p> <p>F. 催眠療法（hypnotherapy）</p> <p>G.頭痛体操</p> <p>（推奨グレード 頭痛体操はB，それ以外はC）</p> <p>神経学会のガイドラインでは、ボツリヌス毒素治療，H. L-N(G)・塩酸メチルアルギニン（L-NMMA）によるnitric oxide synthase (NOS) 抑制，L-5-ヒドロキシトリプトファン：hydroxytryptophan (5-HTP)がこの項として呈示されていたが今回は別項で記載した。また、頭痛体操については、頭痛体操はエビデンスレベル4の専門家の意見・経験として推奨することになる。しかし、頭痛体操は副作用が少ない点、コストの点からあえて、お勧め度 Bとして推奨する。元来、physiotherapyを含めた頭痛治療のための体操はRCTが困難であり今後なんらかのかたちでの検討が期待される。</p>
検索式・参考にした二次資料	<p>PubMed 検索：2004/8/25</p> <p>tension headache &amp; treatment 646</p> <p>tension (type) headache &amp; treatment 578</p>
参考文献のリス	1) silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for

ト

migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55(6):754-762.

- 2) 慢性頭痛治療ガイドライン作成小委員会, 坂井文彦, 荒木信夫, 五十嵐久佳, 濱田潤一, 作田学, 平田幸一, 鈴木則宏, 竹島多賀夫, 山根清美, 若田宣雄, 岩田誠, 中島健二. 日本神経学会治療ガイドライン慢性頭痛治療ガイドライン 2002. *臨床神経* 2002; 42 (4) 330-362.
- 3) Xue CC, Dong L, Polus B, English RA, Zheng Z, Da Costa C, Li CG, Story DF. Electroacupuncture for tension-type headache on distal acupoints only: a randomized, controlled, crossover trial. *Headache* 2004 Apr;44(4):333-41
- 4) Schulte-Mattler WJ, Krack P. Treatment of chronic tension-type headache with botulinum toxin A: a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter study. *Pain* 2004 May;109(1-2):110-4
- 5) Torelli P, Jensen R. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia* 2004 Jan;24(1):29-36
- 6) Stetter F, Kupper S. Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002 Mar;27(1):45-98
- 7) 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 Sep;24(7):457-66
- 8) Hansen PE, Hansen JH. Acupuncture treatment of chronic tension headache--a controlled cross-over trial. *Cephalalgia*. 1985 Sep; 5(3):137-42.
- 9) Bove G, Nilsson N. Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998 Nov 11;280(18):1576-9.

III-9	緊張型頭痛にボツリヌス療法は有効か
推奨	現時点では, botulinum toxin (BTX) の緊張型頭痛に対する有効性は, 未だ確立していない. BTX の副作用のほとんどはその過剰な薬理作用によるもので, 重篤なものはない. このため, 他の治療法が無効で, 持続する慢性緊張型頭痛に対して, 予防的な症状の軽減を目的とする場合には用いても良い治療法と考えられる. ただし本邦では保険適用はない.
推奨のグレード	C
背景・目的	緊張型頭痛の発症機序には, 未だ不明な点が少なくないが, (1)末梢性の要因として, 頭頸部組織の疼痛への過敏性, とくに筋の緊張亢進, (2)中枢性の要因として, 持続する末梢からの過剰な痛覚入力による, 中枢の痛覚感受性の変化, とくに痛覚閾値の低下や通常の痛覚入力の中枢での増幅などが想定され, とくに慢性緊張型頭痛で起こりやすいとされている. 緊張型頭痛では, BTX の主要効果である筋緊張の低下による末梢性要因の改善が期待される. また筋紡錘からの入力抑制による中枢性の要因の改善も考えられる. これらの効果は数ヶ月間 (多くは 3-4 カ月) 持続するため, 即効性の効果よりも予防的治療としての有用性が期待できる. 緊張型頭痛における BTX の効果を評価する.
解説・エビデンス	1994 年 Zwart ら <sup>1)</sup> が緊張型頭痛に対する BTX の効果について初めて報告して以来, 数多くの報告が見られる. 当初は open label study がほとんどで, 有効性を示唆する報告が多く期待されたが, 最近 placebo-controlled double blind study の報告が増加するに連れて, その有効性が否定される報告が多くなっている. これらの報告から BTX の有効性を検討する中で, まず問題となるのは, 報告間での総投与量の違いである. しかし, 総投与量が多いからといって必ずしも有効性が増加するということはない. 次に問題となるのは投与部位の違いである. Evidence level I ではその規定から投与部位を一定にしたもの (Fixed method) がほとんどである. Open-label 試験では疼痛部位に投与する (Follow the pain method) 報告も多い. BTX が有効であったという報告は "Follow the pain method" によるものに多く見られる. 筋緊張型頭痛に対する BTX の有用性に関しては, 今後対照症例, 投与方法を一定にした比較試験が必要である.
検索式・参考にした二次資料	Headache & botulinum 134 {tension type headache} & botulinum 50 検索 DB: PubMed
参考文献のリスト	1) Zwart JA, Bovim G, Sand T, Sjaastad O. Tension headache: botulinum toxin paralysis of temporal muscles. Headache.



	<p>1994;34:458-462</p> <p>2) Smuts JA BM, Smuts HM, Staseen MR, Rossouw P, Barnard WA. Prophylactic treatment of chronic tension-type headache using botulinum toxin type A. <i>Eur J Neurol.</i> 1999;6(suppl. 4):99-102</p> <p>3) Rollnik JD, Tanneberger O, Schubert M et al. Treatment of tension-type headache with botulinum toxin type A: a double-blind, placebo-controlled study. <i>Headache.</i> 2000;40:300-305</p> <p>4) Schmitt WJ, Slowey E, Fravi N et al. Effect of botulinum toxin A injections in the treatment of chronic tension-type headache: a double-blind, placebo-controlled trial. <i>Headache.</i> 2001;41:658-664</p> <p>5) Ondo WG, Vuong KD, Derman HS. Botulinum toxin A for chronic daily headache: a randomized, placebo-controlled, parallel design study. <i>Cephalalgia.</i> 2004;24:60-65</p> <p>6) Schulte-Mattler WJ, Krack P. Treatment of chronic tension-type headache with botulinum toxin A: a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter study. <i>Pain.</i> 2004;109:110-114</p> <p>7) Padberg M, de Bruijn SF, de Haan RJ, Tavy DL. Treatment of chronic tension-type headache with botulinum toxin: a double-blind, placebo-controlled clinical trial. <i>Cephalalgia.</i> 2004;24:675-680</p> <p>8) Relja M, Telarovic S. Botulinum toxin in tension-type headache. <i>J Neurol.</i> 2004;251 Suppl 1:112-14</p>
備考 1	
備考 2	

## IV. 群 発 頭 痛

IV-1	群発頭痛にはどのような分類, 病型があるか
推奨	国際頭痛学会分類第2版 (ICHD-II) では「群発頭痛」は, 寛解期の有無および期間により, 「反復性群発頭痛」と「慢性群発頭痛」に分けられる。
推奨のグレード	A
背景・目的	1962年に公表された米国神経学会・頭痛分類特別委員会の頭痛分類(Ad Hoc 分類) <sup>1)</sup> , 1988年に公表された国際頭痛分類初版(IHS 分類初版)に続いて作成された国際頭痛学会分類第2版 (ICHD-II) による群発頭痛の分類, 病型である <sup>2)</sup> 。
解説・エビデンス	<p>群発頭痛およびその近縁疾患は, 短期持続性の一側頭痛と流涙・鼻漏などの自律神経症状を伴うのが特徴であり, そのメカニズムは trigeminal-parasympathetic 反射によるとの考えに基づき, 国際頭痛学会分類第2版 (ICHD-II) では, 三叉神経・自律神経性頭痛 (Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias: TAC) という概念が導入されている。TAC には, 3・1「群発頭痛」, 3・2「発作性片側頭痛」, 3・3「結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作 (SUNCT)」などのサブタイプがある。</p> <p>ICHD-II 診断基準</p> <p>3・1 群発頭痛</p> <p>A. B～D をみたま発作が5回以上ある</p> <p>B. 未治療で一側性の重度～極めて重度の頭痛が, 眼窩部, 眼窩上部または側頭部のいずれか1つ以上の部位に, 15～180分間持続する</p> <p>C. 頭痛と同側に少なくとも以下の1項目を伴う</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 結膜充血または流涙 (あるいはその両方)</li> <li>2. 鼻閉または鼻漏 (あるいはその両方)</li> <li>3. 眼瞼浮腫</li> <li>4. 前頭部および顔面の発汗</li> <li>5. 縮瞳または眼瞼下垂 (あるいはその両方)</li> <li>6. 落ち着きがない, あるいは興奮した様子</li> </ol> <p>D. 発作頻度は1回/2日～8回/1日である</p> <p>E. その他の疾患によらない</p> <p>また, 3・1「群発頭痛」は1ヶ月以上の寛解期をはさむ3・1・1「反復性群発頭痛」と, 寛解期がないか, または寛解期があっても1ヶ月未満の3・1・2「慢性群発頭痛」に分けられる。患者の約10-15%は寛解期のない「慢性群発頭痛」とされている。</p>

<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>・医中誌 (1999 から 2004.11) 群発頭痛 222 件 (群発頭痛) and (分類) の検索結果・・・23 件</p> <p>・PubMed (2004.11.28) Cluster headache 1742 件 Cluster headache and classification 149 件 (他の文献に関しては有用なものなし)</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<p>1) 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>2) 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>備考 1</p>	
<p>備考 2</p>	