

2. 治療

一次性穿刺様頭痛：複数の非対照試験でインドメタシンが有効であったと報告されているが、効果が不十分、またはまったく効果が認められなかった報告もある。Mathew は 5 症例に対して 50 mg のインドメタシンを 1 日 3 回投与し、アスピリン及び偽薬と比較したところ、1 週間の平均頭痛回数は劇的に減少したと報告している³⁾。一方、Pareja は 38 例の臨床的特徴を検討した論文の中で、インドメタシン 75 mg で 15 日間治療を受けた 17 例中 6 例 (35%) が完全寛解、5 例 (30%) が部分寛解を認めたが、6 例 (35%) が治療抵抗性であったと報告した⁴⁾。インドメタシン以外の治療薬としては、ニフェジピン徐放性錠 90 mg が有効であった 71 歳女性例⁵⁾、メラトニンを 3 mg から漸増する治療戦略を推奨した 3 症例⁶⁾、ギャバペンチン 400 mg が奏効した若年発症 4 症例⁷⁾ のケースレポートがある。

一次性咳嗽性頭痛：この頭痛の治療には通常インドメタシンが有効である。Mathew は 2 例の患者で二重盲検試験を行い、インドメタシン 150 mg の有効性を確立した³⁾。16 例の患者に対してインドメタシン 50 mg から 200 mg (平均 78 mg) で治療した Raskin の報告では、完全寛解 10 例、中等度改善 4 例、無効 2 例であった⁸⁾。さらに Pascual の 13 例の報告では、インドメタシン 75 mg で治療を受けた患者のうち 6 例で治療効果が認められている⁹⁾。その他の治療薬として、Calandre はプロプラノロール 120 mg 有効例及びメチセルジド有効例を報告している¹⁰⁾。1 例報告の中で、Mateo はナプロキセンを 12 時間ごとに 550 mg 服用させたところある程度の効果を認めたと報告した¹¹⁾。Wang はアセタゾラミドを治療に使用し、その有用性につき検討した。インドメタシンが有効の 5 症例を対象に、アセタゾラミド 125 mg 分 3 で治療を開始し、最大効果が得られるまで漸増、最大 2000 mg/日服用させた。その結果、完全有効 2 例、有効傾向 2 例、無効 1 例であった¹²⁾。また、Raskin は 14 例の患者に対して 40 ml の髄液穿刺を施行し、6 例に効果を認めたと報告している。すなわち、3 例では処置後直ちに、他の 3 例は 2 日以上かけて効果を認めた⁸⁾。

一次性労作性頭痛：この頭痛の予防療法の選択肢として古くからインドメタシンがある。Diamond は 15 例の患者に対してインドメタシン 1 日 25 mg から治療を開始し、最高 150 mg まで漸増させその効果を検討した。そして、13 例 (86%) が有効であり、頭痛がコントロールされた後インドメタシンを中止したところ 1 例を除いた 12 例において 7 日以内に頭痛が再発したと報告した¹³⁾。その他の治療薬として、Pascual は 16 例を検討し、酒石酸エルゴタミンを労作開始直前に服用した 4 例では自覚的に効果が認められ、その予防効果が期待された。プロプラノロール

	<p>も予防薬として5例に投与され、そのうち3例では発作が不規則に認められ、1例では明らかに治療に反応した。他の1例は無効であったが、インドメタシンで改善した。また、フルナリジンが2例に投与され、1例で効果を認めた⁹⁾。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>1. 診断 Headache and {Headache disorders} 560 {Headache and Headache disorders} and Classification 87 検索 DB : Ovid (2004.12.21)</p> <p>頭痛 5576 頭痛 and 分類 166 頭痛 and 分類 and 診療ガイドライン 9 検索 DB : 医中誌 (2004.12.21)</p> <p>2. 治療 {Stabbing headache} 43 検索 DB : Pub Med (2005.1.18)</p> <p>{Primary cough headache} or {Benign cough headache} or {Valsalva manoeuvre headache} 9 検索 DB : Pub Med (2005.1.18)</p> <p>{Exertional headache} 85 検索 DB : Pub Med (2005.1.18)</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<p>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) . 日本頭痛学会誌 2004; 31 (1): 13-188.</p> <p>2) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders; 2nd Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl):1-160.</p> <p>3) Mathew NT. Indomethacin responsive headache syndromes. Headache 1981; 21:147-150.</p> <p>4) Pareja JA, Ruiz J, de Isla C, Al-Sabbah H, Espejo J. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). Cephalalgia. 1996; 16(2):93-6.</p> <p>5) Jacome DE. Exploding head syndrome and idiopathic stabbing</p>

	<p>headache. Cephalalgia 2001; 21:617-618.</p> <p>6) Todd DR. Melatonin as treatment for idiopathic stabbing headache. Neurology 2003; 61:865-866.</p> <p>7) França MC Jr, Costa ALC, Maciel JA Jr. Gabapentin-responsive idiopathic stabbing headache. Cephalalgia. 2004; 24:993-996.</p> <p>8) Raskin NH. The cough headache syndrome: Treatment. Neurology. 1995; 45:1784.</p> <p>9) Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vazquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional, and sexual headaches: An analysis of 72 benign and symptomatic cases. Neurology. 1996; 46:1520-1524.</p> <p>10) Calandre L, Hernandez-Lain A, Lopez-Valdes E. Benign Valsalva's maneuver-related headache: An MRI study of six cases. Headache. 1996; 36:251-253.</p> <p>11) Mateo I, Pascual J. Coexistence of Chronic paroxysmal hemicrania and benign cough headache. Headache. 1999; 39:437-438.</p> <p>12) Wang S-J, Fuh J-L, Lu S-R. Benign cough headache is responsive to acetazolamide. Neurology. 2000; 55:149-150.</p> <p>13) Diamond S. Prolonged benign exertional headache: Its clinical characteristics and response to indomethacin. Headache. 1982; 22:96-98.</p>
備考 1	
備考 2	

V-3	性行為に伴う一次性頭痛はどのように診断し、治療するか
推奨	<p>1. 診断</p> <p>性行為に伴う一次性頭痛は国際頭痛分類第2版 (ICHD-II) に準拠して診断する。性行為によって誘発される頭痛であり、頭部画像検査や髄液検査で頭蓋内疾患を除外する。</p> <p>2. 治療</p> <p>性行為に伴う一次性頭痛の治療は、疾患の説明と相談が重要である。性行為の中断により頭痛発作が治まることがある。エビデンスのある薬物療法はないが、インドメサシン、エルゴタミン、プロプラノロールが有効な場合がある。</p>
推奨のグレード	<p>診断：A</p> <p>治療：A</p>
背景・目的	性行為に伴う一次性頭痛は一次性頭痛の中でもまれな疾患である。本疾患の診断に有用な総説、症例研究、治療に関する論文を検索した。
解説・エビデンス	<p>1. 診断</p> <p>性行為に伴う一次性頭痛は、ICHD-II¹⁾に準じて診断され、オルガスムス前頭痛とオルガスムス時頭痛に分類される。前者は頸・顎部の筋収縮の自覚を伴う頭頸部の鈍痛で、性行為中に起こり、性的興奮で増強する。後者は突発性、爆発性で重度の頭痛で、オルガスムス時に生じる。性交時に出現する頭痛を訴える患者では本疾患の診断が考慮されるが、初発時ではなくも膜下出血や動脈解離などを除外するために、頭部画像検査が必須である。性行為に伴う一次性頭痛は一次性労作性頭痛、片頭痛との関連性が約50%の症例で報告されている。頭痛の持続時間は通常1分から3時間と考えられるが確かなデータはない(エビデンスレベルII)。</p> <p>ドイツの神経内科頭痛クリニック受診者を対象にした報告では、標準的なインタビュー形式を用いてICHD-Iに準じて本疾患を診断し、頭部画像検査と髄液検査で頭蓋内疾患を除外している。性行為に伴う一次性頭痛51例を分析し、本疾患を診断する際に参考となる臨床の特徴が要約されている。内訳は1型(性的興奮とともに軽度な徐々に進行する鈍痛型)11例、2型(突然の激痛が生じる爆発型)40例、3型(体位性の頭痛)0例で、平均年齢(SD)は1型39.5±10.3歳、2型34.0±10.5歳、いずれも男性優位である。発症年齢には20-24歳と35-44歳で二峰性ピークが認められた。疼痛は両側性、全体ないし後頭部、拍動性の性質が多く、激痛と軽度疼痛の持続時間には両型で有意な差はなかった。患者に特別な性的習慣はなく、頭痛は常時パートナーとの性交や自慰行為で出現した。他の一次性頭痛である片頭痛、一次性労作性頭痛、緊張型頭痛が高率に合併していた。1型と2型は異なった症状を呈する同一の疾患であることを結論している²⁾(エビデンスレベルIII)。</p>

	<p>注) 2004 年に発表された ICHD-II¹⁾では ICHD-I の 1 型(鈍痛型)はオルガスムス前頭痛, 2 型(爆発型)はオルガスムス時頭痛に相当する. 3 型(体位性の頭痛)は髄液漏出によって起こるため, ICHD-II では特発性低髄液圧性頭痛にコード化されている.</p> <p>2. 治療</p> <p>オルガスムス前頭痛では性行為の中断により頭痛発作が治まることが多い</p> <p>2). 本疾患の治療に関しては症例数が少ないこともあり, 十分な科学的根拠を有するものはない. 現状では患者への疾患の説明やカウンセリングが重要である(エビデンスレベル III)²⁾. 薬物療法はインドメサシン, エルゴタミン, プロプラノロールが有効な症例が報告されているが^{3) 4) 8) 9)}, その有用性は不明である(エビデンスレベル IV).</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>Headache & {Sexual activity} 199 & {Migraine} 29 Sexual Headache 340 & {Migraine} 47 & {Treatment} 4 検索 DB : PubMed (04/12/05) Sexual headache 340 & {Migraine} & {Treatment} 9 検索 DB : PubMed (04/12/05)</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): 1-160.</p> <p>2) Frese A, Eikermann A, Frese K, Schwaag S, Husstedt I-W, Evers S. Headache associated with sexual activity: demography, clinical features, and comorbidity. Neurology 2003; 23; 61: 796-800.</p> <p>3) Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vazquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional, and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. Neurology 1996; 46: 1520-4.</p> <p>4) Johns DR. Benign sexual headache with one family. Arch Neurol 1986; 43: 1158-60.</p> <p>5) Lance JW. Headache related sexual activity. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1976; 39: 1226-30.</p> <p>6) Paulson GW, Klawans HL. Benign orgasmic cephalalgia. Headache</p>

	<p>1974; 13: 181-7.</p> <p>7) Kriz K. Coitus as a factor in the pathogenesis of neurologic complications. <i>Cesk Neurol</i> 1970; 33: 162-7.</p> <p>8) Lane JC, Gulevich S. Exertional, cough, and sexual headaches. <i>Curr Treat Options Neurol</i> 2002; 4: 375-81.</p> <p>9) Porter M, Jankovic J. Benign coital Cephalalgia. Differential diagnosis and treatment. <i>Arch Neurol</i> 1981; 38: 710-2.</p>
備考1 (意見)	<p>本邦では羞恥心の強い人が多いため、頭痛外来でも本患者は少ないと推察されている。頭痛専門外来の他に、夜間の救急外来に患者が来院する可能性もあり、本疾患の存在を医療従事者に広く認識してもらう必要がある。</p>
備考2	<p>参考文献のリストはPubMedでHeadache, Sexual activity, MigraineおよびSexual Headache, Migraineを入力検索し、作成した。</p>

V-4	睡眠時頭痛はどのように診断し治療するか
推奨	<p>1. 診断</p> <p>睡眠時頭痛は、国際頭痛分類第2版 (ICHD-\square) に準拠して診断する。</p> <p>2. 治療</p> <p>カフェイン、リチウム、インドメタシンなどが有効である。</p>
推奨のグレード	<p>診断：A</p> <p>治療：C</p>
背景・目的	<p>睡眠時頭痛はまれな疾患で、「目覚まし頭痛」ともいわれ、1988年に Raskin によってはじめて報告されて以来現在までおよそ 90 例に及ぶ。有病率に関してはメイヨーホスピタルの頭痛クリニックにおいて 0.07%であったとする報告がある。病態は不明な点が多く、多数例での研究はなされていない。病態、臨床像、治療、予後などに関しては十分には明らかにされていない。</p>
解説・エビデンス	<p>1. 診断</p> <p>ICHD-\squareによる診断基準¹⁾²⁾：</p> <p>A.B～D を満たす鈍い頭痛</p> <p>B.睡眠中にのみ起こり、覚醒をきたす</p> <p>C.次の特徴のうち少なくとも2項目を満たす</p> <p>1.1ヶ月あたり15回を越えて起こる</p> <p>2.覚醒後15分以上持続する</p> <p>3.初発年齢は50歳以上</p> <p>D.自律神経症状がなく、悪心、光過敏、または音過敏のうち2つ以上を示さない</p> <p>E.その他の疾患によらない</p> <p>これまでの報告は症例報告がほとんどであるが以下のような特徴があげられる^{3)~11)}。男女比は1:1.5と女性に多く、平均の発症年齢は50～60歳である。頭痛の程度は軽度～中等度であるが20%に重度の痛みが報告されている。両側性の鈍痛のことが多く、前頭～側頭部または全体の痛みである。持続時間は15～180分で、発作頻度は1～2回/日で多くは睡眠後3時間の午前1～3時に出現する。自律神経症状はなく、片頭痛でみられる随伴症状の出現も少ない。睡眠ポリグラフィの検討では、頭痛はREM睡眠期に出現することが多いが、NREM睡眠との関連を指摘する報告もある。睡眠時無呼吸症候群や動脈血の酸素飽和度の低下とは関連がないことが多く、周期性下肢運動障害がみられることもある。時間生物学的な障害の存在が疑われているが現在のところ不明な点が多い。画像診断によって二次性頭痛を鑑別することが重要である。鑑別診断として、睡眠時におこる一次性頭痛である群発頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛（発作性片側頭痛、</p>

	<p>SUNCT 症候群) ,持続性片側頭痛などがあげられる。</p> <p>2. 治療</p> <p>薬物治療としては,カフェイン,リチウム,インドメタシンなどによる効果が報告されている.CPAP (continuous positive airway pressure) の効果があったとする報告もある.長期的な予後は明らかにされていない。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>Hypnic headache 50</p> <p>検索 DB : Pub Med (04/11/15, Reference Manager より)</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004: 24 Suppl 1: 1-160. 2) 国際頭痛学会・頭痛分類委員会, 国際頭痛分類第2版 (ICHD-\square) . 日本頭痛学会雑誌. 2004: 31: 1-188. 3) Evers, S., Goadsby, P. J. Hypnic headache: clinical features, pathophysiology, and treatment. Neurology 2003: 60 (6): 905-9 4) Ghiotto, N., Sances, G., Di Lorenzo, G., Trucco, M., Loi, M., Sandrini, G., Nappi, G. Report of eight new cases of hypnic headache and mini-review of the literature. Funct Neurol 2002: 17: 211-9. 5) Dodick, D. W. Polysomnography in hypnic headache syndrome. Headache 2000: 40: 748-52. 6) Manni, R., Sances, G., Terzaghi, M., Ghiotto, N., Nappi, G. Hypnic headache: PSG evidence of both REM- and NREM-related attacks. Neurology 2004: 62: 1411-3. 7) Pinessi, L., Rainero, I, Cicolin, A., Zibetti, M., Gentile, S., Mutani, R. Hypnic headache syndrome: association of the attacks with REM sleep. Cephalalgia 2003: 23: 150-4. 8) Dodick, D. W., Mosek, A. C., Campbell, J. K. The hypnic ("alarm clock") headache syndrome. Cephalalgia 1998: 18: 152-6. 9) Dodick, D. W., Jones, J. M., Capobianco, D. J. Hypnic headache: another indomethacin-responsive headache syndrome? Headache 2000: 40: 830-5. 10) Evers, S., Rahmann, A., Schwaag, S., Ludemann, P., Husstedt, I. W. Hypnic headache - the first German cases including

	<p>polysomnography. Cephalalgia 2003; 23: 20-3.</p> <p>11) Goadsby, P. J. Lipton, R. B. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. Brain 1997; 120: 193-209.</p>
備考 1	
備考 2	

V-5	一次性雷鳴頭痛はどのように診断し治療するか
推奨	<p>1. 診断</p> <p>1 次性雷鳴頭痛は国際頭痛分類第 2 版(ICHD-II)に準拠して診断する。</p> <p>2. 治療</p> <p>二次性に雷鳴頭痛を起こしうる疾患の鑑別が最も重要で、確立された治療法は明らかでない。</p>
推奨のグレード	<p>診断：A</p> <p>治療：C</p>
背景・目的	雷鳴頭痛の治療は原因疾患を鑑別するところから出発し、的確な診断ならびに専門医による治療が必要である。鑑別診断力の向上が目的である。
解説・エビデンス	<p>1. 診断</p> <p>一次性雷鳴頭痛の診断基準</p> <p>A. B および C を満たす重度の頭痛</p> <p>B. 以下の特徴を両方満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 突然に出現し、1 分未満で痛みの強さがピークに達する 2. 1 時間～10 日間持続する <p>C. 発症後の数週または数ヶ月にわたって、定期的な再発はない</p> <p>D. その他の疾患によらない</p> <p>2. 治療</p> <p>脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血、未破裂囊状脳動脈瘤、頸動脈または椎骨動脈の解離、脳内出血、脳梗塞、脳静脈洞血栓症、下垂体卒中は必ず否定しなければならない。また、中枢性神経系血管炎、可逆性良性中枢神経系アンギオパチー、第三脳室コロイド嚢胞、低髄液圧、急性副鼻腔炎（特に気圧障害）も原因となる。二次性に雷鳴頭痛を起こしうる疾患の鑑別が最も重要で、治療も疾患に応じて行う。一次性雷鳴頭痛とは器質性原因疾患のすべてが否定された場合のみに限るが、確立された治療法は明らかでない。</p> <p>以下に二次性に雷鳴頭痛を起こす疾患の特徴を示す。</p> <p>(1) 脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血：くも膜下出血の頭痛の典型的な症状は「今まで経験したことがない突然の激しい頭痛」である。問診上、このような頭痛患者がいれば、くも膜下出血を強く疑わなければならない。くも膜下出血の大発作をきたす前に少量な出血（マイナーリーク）を 20%前後の症例で認めることがある。このような症例を正しく診断できた場合と誤診した場合では予後に大きな差が認められるため注意が必要である。マイナーリークの症状は突然の頭痛が最も多いが、悪心・嘔吐、意識消失、めまいが加わってくることもある。</p> <p>(2) 未破裂囊状動脈瘤：頭痛は非特異的で慢性的な頭痛の方が多いが、突然の激しい頭痛をきたすこともある。動脈瘤の大きさが 10mm 以上のことが多く、動脈瘤の血栓化や局所的な髄膜刺激が原因とされる。脳神経麻痺、錐体路症状、視力・視野障害などを伴うこともある。特に動眼神経麻痺を合併するときには注意を要する。内頸動脈・後交通動脈分岐部、脳底動脈・上小脳動脈分岐部、脳底動脈先端部に発生した動脈瘤が増</p>

	<p>大し、動眼神経を圧迫することが原因である。MRA, CTA, 脳血管撮影での脳血管の精査が必要である。</p> <p>(3) 頸動脈または椎骨動脈の解離による頭痛：頸動脈解離では前頭部痛、椎骨動脈解離では後頭部痛が多い。頭痛、頸部痛ともに解離と同側に認められることが多い。頭痛の鑑別とともに頸動脈の雑音、眼症状、下位脳神経麻痺、ホルネル症候群などを伴っていないか調べなければならない。早急にMRI、MR-angiography (MRA), 超音波検査、CT-angiography, 脳血管撮影などで動脈解離を検索する必要がある。</p> <p>(4) 脳梗塞による頭痛：出血型脳卒中に比べて突然の頭痛や随伴する嘔吐は少ない。主幹動脈閉塞性脳梗塞に頭痛は多い傾向がある。</p> <p>(5) 脳内出血による頭痛：小脳出血と脳葉出血患者に頭痛は多く見られる。頭痛は出血と同側で、小脳出血では後頭部痛が多い。脳内出血の血腫がくも膜下腔に波及すると、髄膜刺激症状で頭痛を呈しやすい。</p> <p>(6) 脳静脈洞血栓による頭痛：雷鳴頭痛とともに嘔吐、意識障害、てんかん発作、うっ血乳頭、運動障害などの症状が随伴することが多い。CT, MRI, MRA が有用である。</p> <p>(7) 下垂体卒中による頭痛：突然の頭痛とともに視野障害、動眼・滑車・外転神経麻痺、嘔吐、複視、発熱などの症状を随伴する場合は下垂体卒中を考えなければならない。CTよりもMRIが有用である。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>primary thunderclap headache 723 検索 DB： PubMed (04/11/21, Reference Manager より)</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Linn FH, Rinkel GJ, Algra A, van Gijn J. Follow-up of idiopathic thunderclap headache in general practice. J Neurol. 1999 Oct; 246(10): 946-8. 2) Mayberg MR, Batjer HH, Dacey R, Diringer M, Haley EC, Heros RC, Sternau LL, Torner J, Adams HP Jr, Feinberg W, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke. 1994 Nov; 25(11): 2315-28. 3) Mayer PL, Awad IA, Todor R, Harbaugh K, Varnavas G, Lanser TA, Dickey P, Harbaugh R, Hopkins LN. Misdiagnosis of symptomatic cerebral aneurysm. Prevalence and correlation with outcome at four institutions. Stroke. 1996 Sep; 27(9): 1558-63. 4) Linn FH, Rinkel GJ, Algra A, van Gijn J. Headache characteristics in subarachnoid haemorrhage and benign thunderclap headache. J

Neurol Neurosurg Psychiatry. 1998 Nov; 65(5): 791-3.

- 5) Wijdicks EF, Kerkhoff H, van Gijn J.
Long-term follow-up of 71 patients with thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *Lancet*. 1988 Jul 9; 2 (8602): 68-70.
- 6) Raps EC, Rogers JD, Galetta SL, Solomon RA, Lennihan L, Klebanoff LM, Fink ME. The clinical spectrum of unruptured intracranial aneurysms. *Arch Neurol*. 1993 Mar; 50(3): 265-8.
- 7) Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg P. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology*. 1986 Nov; 36(11): 1445-50.
- 8) Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. *Neurology*. 1995 Aug; 45(8): 1517-22.
- 9) Ferro JM, Costa I, Melo TP, Canhao P, Oliveira V, Salgado AV, Crespo M, Pinto AN. Headache associated with transient ischemic attacks. *Headache*. 1995 Oct; 35(9): 544-8.
- 10) Melo TP, Pinto AN, Ferro JM. Headache in intracerebral hematomas. *Neurology*. 1996 Aug; 47(2): 494-500.
- 11) de Bruijn SF, Stam J, Kappelle LJ. Thunderclap headache as first symptom of cerebral venous sinus thrombosis. CVST Study Group. *Lancet*. 1996 Dec 14; 348(9042): 1623-5.
- 12) da Motta LA, de Mello PA, de Lacerda CM, Neto AP, da Motta LD, Filho MF. Pituitary apoplexy. Clinical course, endocrine evaluations and treatment analysis. *J Neurosurg Sci*. 1999 Mar; 43(1): 25-36.
- 13) Headache Classification Subcommittee of International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders; 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (suppl 1) : 1-160

	<p>14) 脳卒中合同ガイドライン委員会 脳卒中治療ガイドライン2004</p> <p>15) 間中信也、辻田喜比古、都築隆. 症候性頭痛の診断と治療. 今月の治療 2003:62-68</p> <p>16) 吉峰俊樹他. 科学的根拠に基づくくも膜下出血診療ガイドライン. 脳卒中の外科 2003: 31増刊号(I): 1-60</p>
--	---

V-6	持続性片側頭痛はどのように診断し治療するか
推奨	1. 診断 持続性片側頭痛は国際頭痛分類第2版 (ICHD-II) に準拠して診断する。 2. 治療 インドメタシンにより完全寛解する。
推奨のグレード	診断: A 治療: A
背景・目的	持続性片側頭痛はまれな疾患 ¹⁾²⁾ で,1984年 Sjaastad らによって報告されて以来現在まで150例以上に及び ^{3)~10)} ,本邦においても2002年に石崎ら ¹¹⁾ によってはじめて発表され,類似の病態も報告されている ¹²⁾¹³⁾ 。しかし,これまで病態,臨床像,治療,予後などについては十分に明らかにされていない。
解説・エビデンス	1. 診断 ICHD-IIによる診断基準 ¹⁾²⁾ A. B~Dを満たす頭痛が3ヶ月越えて続く B. 次の特徴をすべて満たす 1. 痛みは片側性で、反対側に移動しない 2. 毎日連続してみられ、痛みが消失する時期がない 3. 程度は中等度であるが、増悪して重度の痛みとなることがある C. 頭痛増悪時、頭痛側に次の自律神経所見のうち少なくとも1項目がみられる 1. 結膜充血または流涙 (あるいはその両方) 2. 鼻閉または鼻漏 (あるいはその両方) 3. 眼瞼下垂または縮瞳 (あるいはその両方) D. 治療量のインドメタシンで完全寛解する E. その他の疾患によらない これまでの報告は症例報告が中心であるが,これらの報告をまとめると以下のような特徴があげられる ^{3)~11)} 。男女比は1:2.4と女性に多く,平均の発症年齢は20~40歳である。頭痛は片側性であり反対側に移動しない持続性の痛みである。痛みの部位は前頭部,側頭部,眼窩部,後頭部に多い。典型的には通常みられる頭痛は軽度~中等度であるが,頭痛の増悪がみられることもあり,この時は日常生活の支障が著しく強度の頭痛となる。自律神経症状がみられることもあり流涙や結膜充血が多くみられる。片頭痛にみられる随伴症状を伴うこともある。痛みは持続性であることが特徴であり,寛解してもその後に持続性に移行することが多い。インドメタシンにより完全に寛解するのが特徴である。最近,PETにて後部視床下部と背側尾側橋の活性化がみられたとする報告はあるが病態は現在のところ明らかにされていない ⁸⁾ 。画像診断によって二次性頭痛を鑑別することが重要

	<p>である。鑑別診断として、片側性の慢性片頭痛、新規発症持続性連日性頭痛、頸原性頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛などがあげられる。2. 治療</p> <p>治療としてはインドメタシンを 25mg より開始し、効果がない時は一週後に 50mg に増量する。有効量は 50~300mg/日で長期にわたる内服治療が必要であるが長期の予後は明らかでない。</p>
<p>検索式・参考にした二次資料</p>	<p>Hemicrania continua 121 検索 DB : Pub Med (04/12/01, Reference Manager より)</p> <p>Hemicrania continua 3 検索 DB : Pub Med 医中誌 (04/12/01)</p>
<p>参考文献のリスト</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 Suppl 1:1-160. 2) 国際頭痛学会・頭痛分類委員会, 国際頭痛分類第 2 版 (ICHD-\square). 日本頭痛学会雑誌.2004; 31: 1-1881. 3) Newman, L. C., Lipton, R. B. Solomon, S. Hemicrania continua: ten new cases and a review of the literature. Neurology 1994; 44: 2111-4. 4) Peres, M. F., Silberstein, S. D. Nahmias, S., Shechter, A. L., Youssef, I. Rozen, T. D. Young, W. B. Hemicrania continua is not that rare. Neurology 2001; 57: 948-51. 5) Matharu, M. S. Boes, C. J. Goadsby, P. J. Management of trigeminal autonomic cephalgias and hemicrania continua. Drugs 2003; 63: 1637-77. 6) Trucco, M., Mainardi, F., Maggioni, F., Badino, R., Zanchin, G. Chronic paroxysmal hemicrania, hemicrania continua and SUNCT syndrome in association with other pathologies: a review. Cephalalgia 2004; 24: 173-84. 7) Antonaci, F. Pareja, J. A. Caminero, A. B. Sjaastad, O. Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua. Parenteral indomethacin: the 'indotest'. Headache 1998; 38: 122-8. 8) Matharu, M. S., Cohen, A. S., McGonigle, D. J., Ward, N., Frackowiak, R. S. Goadsby, P. J. Posterior hypothalamic and brainstem activation in hemicrania continua. Headache 2004; 44: 747-61.

	<p>9) Goadsby, P. J. Lipton, R. B. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. <i>Brain</i> 1997; 120: 193-209.</p> <p>10) Pareja, J. A., Vincent, M., Antonaci, F., Sjaastad, O. Hemicrania continua: diagnostic criteria and nosologic status. <i>Cephalalgia</i> 2001; 21: 874-7.</p> <p>11) Hemicrania continuaの1例 本邦第1例. 石崎公郁子, 竹島多賀夫, 井尻珠美, 福原葉子, 中島健二. <i>臨床神経</i>.2002;42:754-6.</p> <p>12) 持続性の片側頭痛を呈する6症例の検討. 寺本純. <i>日本頭痛学会誌</i>.2002 : 29 : 63-5.</p> <p>13) 歯痛としてあらわれたHemicrania continuaの1症例. 大久保昌和, Somak Mitriattanalul, Robert L Merrill, 松本敏彦. <i>日本頭痛学会誌</i>.2004 : 31 : 150-2.</p>
備考1	
備考2	

V-7	新規発症持続性連日性頭痛はどのように診断し治療するか
推奨	<p>1. 診断 新規発症持続性連日性頭痛は、国際頭痛分類第2版（ICHD-II）に準拠して診断する。</p> <p>2. 治療 新規発症持続性連日性頭痛の治療法に関し明確な基準は無いが、自然に寛解するタイプと、積極的治療法に抵抗性を示す難治性のタイプがあり、長期間頭痛が持続している症例は積極的に薬物による治療を行った方が良いが、治療効果は良くない。</p>
推奨のグレード	<p>診断：A 治療：C</p>
背景・目的	<p>新規発症持続性連日性頭痛は、ICHD-IIに新しく採用された疾患概念である。しかし最近まで報告は少なく、頭痛の性状、治療効果、予後など詳しいことは不明であった。診断する際に頭痛の発症様式が大切であり、二次性のものを除外する事が重要であると考えられてきた。</p>
解説・エビデンス	<p>新規発症持続性連日性頭痛はICHD-IIで、緊張型頭痛でなく、その他の一次性頭痛に分類された¹⁾。慢性緊張型頭痛の症状と類似点が多いが、異なる頭痛である。つまり発作初期から連日性で寛解期がない。また二次性頭痛（低髄液圧、外傷後、感染症後など）を除外することが重要である。</p> <p>診断基準：</p> <p>A. B・Dを満たす頭痛が3ヵ月を超えて続く</p> <p>B. 頭痛が、発症時または発症後、3日未満から寛解することなく、連日みられる</p> <p>C. 次の痛みの特徴のうち少なくとも2項目を満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 両側性 2. 圧迫感または締めつけ感（非拍動性） 3. 程度は軽度～中等度 4. 歩行または階段を昇るなどの日常的な動作により増悪しない <p>D. 以下の両方を満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 光過敏、音過敏、軽度悪心は、あっても1項目のみ 2. 中等度または重度の悪心、嘔吐のいずれもない <p>E. その他の疾患によらない</p> <p>診断は、過去に頭痛の既往が無く急激に発症し、その後頭痛がずっと続くという問診が得られれば容易である。新規発症持続性連日性頭痛の臨床像に関して、3件の症例集積研究がある。成人例は2件であり、1件は片頭痛様の症状を伴う頭痛であるとしており²⁾、もう1件は慢性緊張型頭痛に類似した症状であり、積極的な治療法に抵抗性を示す症例が多く、</p>

	頭痛専門施設を受診する症例では半数は改善しないとの報告 ³⁾ である。小児例を検討した文献では ⁴⁾ 、感染症、外傷後などの二次性の頭痛を除くと、かなり症例数が少なくなり、小児の場合は二次性に起こる可能性が高いと思われる。
検索式・参考にした二次資料	new daily persistent headache 52 検索 DB : PubMed (04/11/07)
参考文献のリスト	<p>1) Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. <i>Cephalalgia</i> 2004; 24(Suppl 1): 1-160.</p> <p>2) Li D, Rozen TD. The clinical characteristics of new daily persistent headache. <i>Cephalalgia</i> 2002; 22:66-9.</p> <p>3) Takase Y, Nakano M, Tatsumi C, Matsuyama T. Clinical features, effectiveness of drug-based treatment, and prognosis of new daily persistent headache (NDPH): 30 cases in Japan. <i>Cephalalgia</i> 2004; 24:955-9.</p> <p>4) Mack KJ. What incites new daily persistent headache in children? <i>Pediatr Neurol</i> 2004; 31:122-5.</p>
備考 1	
備考 2	

V-8	慢性連日性頭痛はどう診察するのか
推奨	慢性連日性頭痛は、1日に4時間以上の頭痛が1ヶ月に15日間以上、3ヶ月を超えて続くものとし、変容性片頭痛、慢性緊張型頭痛、新規発症持続性連日性頭痛、持続性片側頭痛の4型に分類するが、明確なエビデンスは無い。
推奨のグレード	C
背景・目的	1988年に国際頭痛学会が診断基準を発表して以来、特に毎日のように頭痛が出現し急性期薬物を頻回に使用している症例をどのように診断、分類するのか議論が続いている。慢性連日性頭痛はSilbersteinら ¹⁾ により提唱された頭痛分類で、1日に4時間以上の頭痛が1ヶ月に15日間以上続く頭痛とされ主に米国を中心として世界的に流布しているが、ICHD-IIには慢性連日性頭痛という病名は採用されなかった。しかし毎日あるいは毎日のように続く重症の頭痛患者を診断する際に、国際頭痛学会の診断基準では分類しにくいことが多く、新たな基準が必要と考えられてきた。
解説・エビデンス	<p>Silbersteinら¹⁾は1994年に慢性連日性頭痛を次の4型に分けた。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 変容性片頭痛 (transformed migraine: TM) 2. 慢性緊張型頭痛 (chronic tension-type headache: CTTH) 3. 新規発症持続性連日性頭痛 (new daily persistent headache: NDPH) 4. 持続性片側頭痛 (hemicrania continua: HC) <p>現在ではこの分類が世界的に流布している。1日に4時間以上というのは群発頭痛を除外するためであり、頭痛の持続期間に関しては、現在まで1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年以上と様々な文献があるが、ICHD-IIの慢性片頭痛、新規発症持続性連日性頭痛、持続性片側頭痛の診断基準に準じ、3ヶ月を超えて、とするのが良いと思われる。またその分類で特に変容性片頭痛と慢性緊張型頭痛の鑑別が困難である場合があるが、もともとICHD-IIの診断基準を満たす片頭痛があり、頭痛の強度は減少するものの頻度が増加した頭痛と考える事が出来れば、変容性片頭痛と診断してよいものと思われる。</p> <p>慢性連日性頭痛の病名は、ICHD-IIでは採用されていない。ICHD-IIの日本語版²⁾に記載してあるように、変容性片頭痛はICHD-IIでは1.5.1「慢性片頭痛」か、8.2「薬物乱用頭痛」プラス「片頭痛」のいずれかである。もし鎮痛薬、エルゴタミン、トリプタンの乱用がある場合には、初診時には①片頭痛、②慢性片頭痛疑い、③薬物乱用頭痛疑いの3つの診断がつけられ、その後2ヶ月間薬物を中止して頭痛が軽快すれば「薬物乱用頭痛」、中止しても片頭痛が慢性的に起こる場合に、「慢性片頭痛」と診断される。</p>
検索式・参考に	"daily headache" 368

した二次資料	検索 DB : PubMed (04/11/07)
参考文献のリスト	<p>1) silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: Proposed revisions to the IHS criteria. <i>Headache</i> 1994; 34: 1-7.</p> <p>2)国際頭痛学会・頭痛分類委員会（日本頭痛学会・新国際分類普及委員会訳）：国際頭痛分類第2版（ICHD-II，日本語版）. 日本頭痛学会誌 2004;31:1-188.</p> <p>3) Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. <i>Pain</i> 2003; 106: 81-9.</p> <p>4) Kavuk I, Yavuz A, Cetindere U, Agelink MW, Diener HC. Epidemiology of chronic daily headache. <i>Eur J Med Res</i> 2003; 8: 236-40.</p> <p>5) Lanteri-Minet M, Auray JP, El Hasnaoui A, Dartigues JF, Duru G, Henry P, Lucas C, Pradalier A, Chazot G, Gaudin AF. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. <i>Pain</i> 2003; 102: 143-9.</p> <p>6) Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ. Chronic daily headache in tertiary care population: correlation between the International Headache Society diagnostic criteria and proposed revisions for chronic daily headache. <i>Cephalalgia</i> 2002; 22: 432-8.</p> <p>7) Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. <i>Cephalalgia</i> 2001; 21:980-6.</p> <p>8) Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. <i>Neurology</i> 1996; 47: 871-5.</p>
備考 1	
備考 2	