

No	発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年	一覧表の ページ
84	Takeshima T, Ishizaki K, Fukuhara Y, Ijiri T, Kusumi M, Wakutani Y, Mori M, Kawashima M, Kowa H, Adachi Y, Urakami K, Nakashima K	Population-based door-to-door survey of migraine in Japan: the Daisen study.	Headache	44(1)	8-19	2004	235
85	Takeshima T, Nakashima K	Genetics of migraine headache.	JMAJ (Japan Medical Association Journal)	47	140-145	2004	247
86	竹島多賀夫, 荒木治子, 中島健二	慢性頭痛の予後決定因子	成人病と生活習慣病	34(6)	892-896	2004	253
87	竹島多賀夫, 福原葉子, 井尻珠美, 中島健二	神経疾患の医療手順-片頭痛	神経治療学	21(2)	139-153	2004	259
88	竹島多賀夫, 荒木治子, 井尻珠美, 福原葉子, 中島健二	頭痛医療のためのクリニカル・クエスチョン	カレントセラピー	22(10)	17-21	2004	275
89	竹島多賀夫, 中島健二	片頭痛の分子生物学	カレントセラピー	22(10)	85-86	2004	281
90	竹島多賀夫, 荒木治子, 楠見公義, 福原葉子, 古和久典, 足立芳樹, 中島健二	頭痛をめぐる最近の話題: 2片頭痛の分子生物学と遺伝子研究	脳神経	56(8)	645-654	2004	283
91	辰元宗人, 石原哲也, 結城伸泰, 平田幸一	寒冷曝露にて頭痛を繰り返した, 強皮症に伴う脳血管炎	日本頭痛学会誌	31(2)	166-168	2004	293
92	中島健二, 竹島多賀夫, 古和久典	トリプタン系薬物の比較とその分析 メタアナリシス	日本頭痛学会雑誌	31(2)	22-24	2004	297
93	永田栄一郎	片頭痛の病態と治療方針	カレントセラピー	22(10)	33-39	2004	301
94	永田栄一郎	頭痛薬	成人病と生活習慣病	35(2)	187-191	2005	309

No	発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年	一覧表の ページ
95	中村智美、太田宏平、丹羽直樹、竹内恵、内山真一郎、岩田誠	眼球挫傷をとまなう頭部外傷後に大脳白質散在性病変が出現した1例	臨床神経	44	108-110	2004	315
96	根来清	プライマリケア医のための頭痛診療 難治性頭痛への対応	治療	86(4)	1579-1584	2004	319
97	根来清	頸椎性神経根症によって起こる頸部痛	脊椎脊髄ジャーナル	17(8)	774-777	2004	325
98	端詰勝敬	頭痛診療最前線—よりよき頭痛診療を目指して—:頭痛に対する心身医療的アプローチ	カレントセラピー	22(10)	87	2004	329
99	橋本洋一郎, 井重博, 田島和周, 内野 誠	プライマリ・ケアの頭痛医療と病診連携	カレントセラピー	22(10)	1031-1037	2004	331
100	橋本洋一郎, 井重博, 内野 誠	慢性頭痛の治療と病診連携	治療	86(4)	1608-1616	2004	339
101	濱田潤一	頭痛	Medicina	41(4)	592-596	2004	349
102	濱田潤一	片頭痛	Molecular Medicine	41(6)	729-735	2004	355
103	濱田潤一	脳血管障害と頭痛	治療	86(4)	1541-1547	2004	363
104	濱田潤一	妊娠中(時)における片頭痛	神経内科	61(1)	34-39	2004	371
105	濱田潤一, 清水利彦, 福内靖男, 坂井文彦, 岩田誠, 西村周三	日本語版片頭痛用quality of life調査書の言語的妥当性の検討	神経治療	21(4)	443-447	2004	377
106	Hirata K	Differential diagnosis of chronic headache	JMJA	47(3)	118-123	2004	383

No	発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年	一覧表の ページ
107	平田幸一, 伊澤直樹, 江幡敦子	Cervicogenic headacheの概念とメカニズム	脊椎脊髄ジャーナル	17(8)	778-783	2004	389
108	平田幸一, 星山栄成, 鈴木紫布, 小林映仁, 辰元宋人, 穂積昭則	緊張型頭痛の診断と治療	カレントセラピー	22(10)	1014-1017	2004	395
109	福原葉子, 竹島多賀夫, 植田圭吾, 名田正子, 佐々木清博, 井尻珠美, 中島健二	病院勤務の看護師, 薬剤師における頭痛関連QOLの検討.	日本頭痛学会誌	31	84-86	2004	399
110	房安恵美, 古和久典, 荒木治子, 井尻珠美, 竹島多賀夫, 中島健二	片頭痛患者における血漿substance P及びACE活性の検討	日本頭痛学会誌	31	41-43	2004	403
111	間中信也	頭痛-問診、診察のポイント	治療	3月増刊号	653-655	2004	407
112	間中信也	突然の頭痛	治療	3月増刊号	1023-1025	2004	411
113	間中信也	頭痛の治療薬-治療アルゴリズムを考慮した頭痛治療-	治療	86(4)	135-140	2004	415
114	間中信也	トリプタンの使用経験	脳と神経	56(9)	739-745	2004	421
115	間中信也	難治性頭痛の病態, 予防, 治療 群発頭痛とその近縁疾患: 診断と治療	臨床神経	44(11)	812-814	2004	429
116	間中信也	新国際頭痛分類(ICHD-II)	Annual Review神経 2005		71-78	2005	433
117	三橋健次郎, 中村智美, 橋本しをり, 内山真一郎, 岩田誠	脳脊髄液蛋白の異常高値が持続した脊髄硬膜外腫瘍	脳と神経	56(9)	805-809	2004	441

書籍

平成 15 年度

慢性連日性頭痛の診断のコツ

平田 幸一 (獨協医大)

治療に難渋する慢性の頭痛：頭痛薬の過剰摂取も関連する

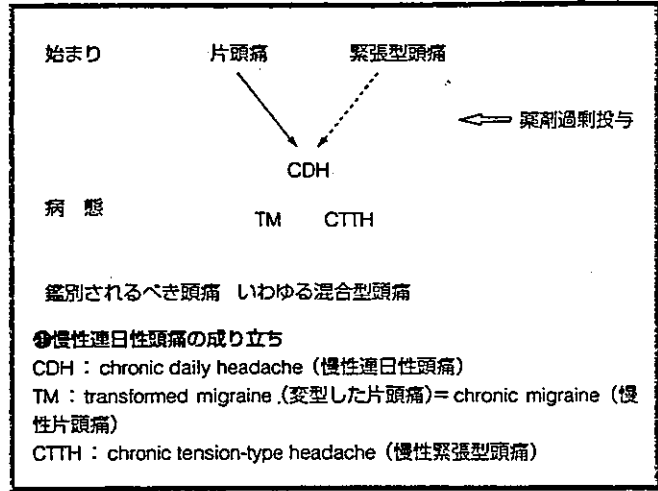
頭痛は日常診療で最もよく遭遇する病態の一つである。しかし、頭痛を単なる症候としてとらえず、多少なりとも勉強をして頭痛の診療・治療をしようとするほど、非典型例が非常に多いことに驚いてしまうのである。特に困るのが、治療経過の長い頭痛で、種々の頭痛薬の効果の乏しい、治療に難渋する症例である。このような患者を診たら、慢性連日性頭痛を疑ってみるのがよい。

慢性連日性頭痛は chronic daily headache (CDH) の日本語訳で、ほかに慢性習慣性頭痛などの訳もある。国際頭痛学会の分類にはみあたらない名称である。しかし、この病態が存在することは専門家の誰もが認めている。とても便利な診断名ではあるが、その診断にはコツがあるし、落とし穴がたくさんある頭痛である。

慢性連日性頭痛には外傷後頭痛、血管障害に伴う頭痛、頸性頭痛など二次性のものもあるが、これらは最終的には原疾患の鑑別治療によって治る。問題は原発性の慢性連日性頭痛である。慢性連日性頭痛の一部は緊張型頭痛を基盤としているものもあるが、大多数は片頭痛の異型と考えられている。初期には片頭痛の様相を示し、次第に慢性連日性頭痛に進展していくものが多い(①)。この病態の変化には薬剤の過剰摂取が強く関与している例が多い。本来は治療に用いられるべきエルゴタミン製剤、鎮痛薬ときにはトリプタン製剤の過剰投与、慢性使用が原因になることが知られてきているのである。鎮痛薬の過剰投与は、その離脱を困難にすること、離脱自体による頭痛を引き起こすと考えられている。鎮痛薬でかえって頭痛が起りやすくなった頭痛を薬剤誘発性頭痛と呼ぶことも提唱されているが、これ自体が慢性連日性頭痛の原因であるし、本態をなすものでもある。

慢性連日性頭痛の分類と診断に際しての特徴

慢性連日性頭痛 (CDH) という疾患名は、国際頭痛学会の分類には採用されていない。②に示すように慢性連日性頭痛には4つの細分類があるが、実際に一般臨床で知っ



慢性連日性頭痛の分類

毎日あるいはほぼ毎日続く頭痛が日4時間、月に15日以上存在するもの

慢性片頭痛 : chronic migraine
 (変型した片頭痛 : transformed migraine)

慢性緊張型頭痛 : chronic tension-type headache

新たな持続的頭痛 : new daily persistent headache

持続性片頭痛 : hemicrania continua

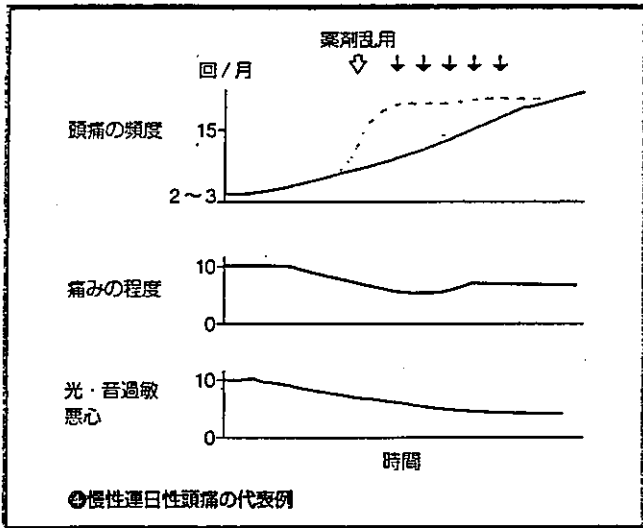
以上のそれぞれが薬剤誘発性か否かの細項目をもつ。

慢性片頭痛 (変型した片頭痛) の定義

- 毎日あるいはほぼ毎日 (1か月に15日以上) の頭痛が1か月以上続く
- 頭痛の持続は平均4時間以上
- 次のうち少なくとも1つ以上
 - 国際頭痛学会診断基準に合致する反復する片頭痛の既往
 - 片頭痛の頻度が増加するとともに発作の強さは軽快している
 - 期間を除き国際頭痛学会診断基準に合致する片頭痛の既往
- 新たな持続的頭痛、持続性片頭痛の診断基準に合致しない
- 器質性疾患を否定できる。また否定できなくてもこの頭痛発作とは関連がない

ておかねばならないのは次の2つであろう。

慢性片頭痛 (chronic migraine) あるいは変型した片頭痛 (transformed migraine) 片頭痛が変型したものであり、transformed migraineとも呼ばれる(③)。初めは片頭痛で



あったものが次第に発作頻度が増し、緊張性頭痛を合併、毎日頭痛が起こるようになるものである。この変型していく過程が明らかでない場合もあるので、慢性片頭痛 (chronic migraine) とも呼ばれる。頭痛の性状は拍動痛のみでなく、締めつけられる痛みやその両者であったり、焼けるような痛みであったり、部位も両側性やびまん性、さらに頭部以外もあり、片頭痛のそれとは異なってしまっている。頭痛にさいなまれる恐怖から鎮痛薬の過剰服用を生じ、それが頭痛の悪化を加速する。鎮痛薬はすぐには効かないこと、頭痛が起こってしまった場合、多大な日常生活の障害を受けるという心理的・社会的要因が関与している場合が多い (23)。女性に多く、約80%に薬物の過剰使用が認められ、鎮痛薬の使用、とりわけ多薬同時使用が関連していると報告されている。ま

た、うつやパニック障害の合併が多く、高齢者のほうが頭痛頻度が多いという。

慢性緊張型頭痛 (chronic tension-type headache ; CTTH)
緊張型頭痛が背景にある慢性連日性頭痛で、緊張型頭痛が毎日生じるものである。したがって、個々の頭痛は緊張型頭痛の特徴をもっている。すなわち、典型的な片頭痛の病歴はなく、しばしば肩こりを伴う非拍動性の頭重感、頭痛が続く。また、片頭痛を母体としたものと異なり、階段昇降、あるいはそれと同等の運動での悪化はみられない、嘔吐がない、悪心、光過敏あるいは音過敏のうちの2つ以上がないことも診断的価値があるとされているが、後者については問題がないわけではない。やはり多くは鎮痛薬の過剰服用によるものであり、変型の片頭痛ほどでないにしても、うつなどの心因性要素が関与することが多い。

医師も患者も知っておくべき慢性連日性頭痛の存在 頭痛のない人に頭痛の悩みはわからないことは多い。医師にとっても、頭痛を鑑別し、治療していくことは難しい。しかし、患者にとってはさらに切実な問題で、わかってはいるけれど、痛くなりそうだから、痛むと仕事や家事ができないからなどと、早めに薬を飲んだり、頭痛が起こってしまったら生活に大きな支障をきたすという恐怖感があって薬が止められないというような状況が、慢性連日性頭痛に大きく関与していることは否めない。慢性連日性頭痛という概念を、多くの医師と頭痛に悩む患者に広く知ってもらいたい。

罹患率が最も高く、背景も多様な緊張型頭痛の治療

平田 幸一（獨協医大）

最も多く、背景も多様な頭痛である

頭痛のなかで緊張型頭痛の罹患率は、わが国でも20～30%といわれ、頭痛のなかで最も多いものである。緊張型頭痛の診断基準によると、反復発作性緊張型頭痛（episodic tension-type headache：ETTH）、慢性緊張型頭痛（chronic tension-type headache：CTTH）そしてこれらに属さない緊張型頭痛に分けられるが、実際の臨床ではこれらを鑑別、分類することが困難なことがしばしばある。また、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。つまり、緊張型頭痛の成り立ちは片頭痛のそれとは異なり非常に雑多な原因と背景をもっているため、それに即した医師の対応がしばしば必要なのである。したがって、エビデンスに基づいた治療法ということになると数が限られる。これはそもそも緊張型頭痛の母集団の不均一性から研究方法が限られていること、片頭痛に比較すると軽症例が多いことによると考えられる。

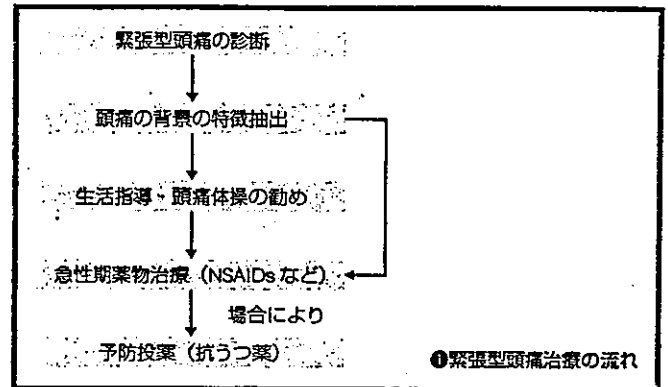
薬物治療のまえにストレス対策や頭痛体操の指導も

緊張型頭痛では、薬物を処方するまえに、考慮すべき治療法があり、その流れを①に示す。

緊張型頭痛を引き起こす因子である口・顎部の機能異常、心理社会的ストレス、不安、うつなどに対しては、個々の基本的治療法が重要である。これらの背景要素が非常に強い場合、それぞれの専門家、たとえば、歯科・口腔外科、精神科医などへのコンサルテーションが重要となる。社会構造の進歩、変化に追いついていくために、精神的ストレスは増加する一方であり、これに加え、同一姿勢でのコンピュータの長時間操作など、いわゆるテクノストレスの増大は、頭頸部周囲筋の緊張を増大させる。まずはこのようなストレス負荷に対する予防、治療が重要である。これには、うつむき姿勢に代表される姿勢の矯正や枕の選定、あるいは適度な運動の必要性など、日常生活および環境に関する指導が第一に行われるべきである。エビデンスは明らかでないものの頭痛体操は副作用がなく、家庭内で簡易に行えることを考慮するとコストの面からも推奨され、実際、わが国で汎用されている。バ

頭痛のなかで緊張型頭痛の罹患率は、わが国でも20

～30%といわれ、頭痛のなかで最も多いものである。緊張型頭痛の診断基準によると、反復発作性緊張型頭痛（episodic tension-type headache：ETTH）、慢性緊張型頭痛（chronic tension-type headache：CTTH）そしてこれらに属さない緊張型頭痛に分けられるが、実際の臨床ではこれらを鑑別、分類することが困難なことがしばしばある。また、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。つまり、緊張型頭痛の成り立ちは片頭痛のそれとは異なり非常に雑多な原因と背景をもっているため、それに即した医師の対応がしばしば必要なのである。したがって、エビデンスに基づいた治療法ということになると数が限られる。これはそもそも緊張型頭痛の母集団の不均一性から研究方法が限られていること、片頭痛に比較すると軽症例が多いことによると考えられる。



イオフィードバック（認知行動療法）の有用性はエビデンスという点からも推奨されており、欧米では盛んであるが、わが国での実績はあまりない。

薬物による治療と考慮すべき副作用

緊張型頭痛に用いられる薬剤を②にまとめる。

鎮痛薬と NSAIDs 緊張型頭痛治療には数多くの鎮痛薬および非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）が用いられている。これら鎮痛薬は世界中で医師の処方によらず自己投薬されており、アスピリン（アセチルサリチル酸）は緊張型頭痛に最も多く用いられている薬剤である。その他の鎮痛薬およびNSAIDsについても数多くの科学的な検討が行われている。これらの検討ではイブプロフェンとケトプロフェンの効果が比較的優れているとの報告があるが、各種薬剤の効果の差は少なく、しかも不定である。実際の使用にあたり留意すべき点は、わが国で健康保険適用が認められているのはアスピリン、アセトアミノフェン、メフェナム酸であること、妊娠に対する安全性が最も確立されているのはアセトアミノフェンであることである。3薬剤ともに緊張型頭痛に用いられる薬剤という意味では科学的なエビデンスも確立されている。また、とりわけ慢性緊張型頭痛の治療にいえることであるが、予防的に薬剤が投与される場合は、薬剤誘発性頭痛の発症など副作用の問題から、頓服投与、6か月以内などの期間限定の投与が望ましいことは当然のことである。

カフェイン 科学的な検討でNSAIDsとの併用効果は実

◎緊張型頭痛治療薬

	薬剤	科学的エビデンスの有無	副作用	適応	投与方法
NSAIDs	アセトアミノフェン*	○	まれ	主に急性期	経口
	アスピリン*	○			
	メフェナム酸*	○			
	イブプロフェン	○			
	ナプロキセン	○			
カフェイン併用	+イブプロフェン	○	胃腸症状	主に急性期	経口
抗うつ薬	アミトリプチン	○	口腔内乾燥	主に慢性期	経口
	マプロチリン	○	燥。眠気		
	ミアンセリン	○	など		
	スルピリド	△			
	フルボキサミン	○			
	タンドスピロン	△			
筋弛緩薬	チザニジン	○	まれ	急・慢性期	経口
	エペリソン	△		とも	
抗不安薬	アルプロソラム	○	眠気など	急・慢性期	経口
	エチゾラム*	△○	眠気など	とも	
	クロルプロマジン	△	眠気、起立性低血圧など	急性期投与	静注
	プロクロルペラジン	△		急性期投与	静注
トリプタン	スマトリプタン	△	胸部不快感など	混合型頭痛	皮下注

*健康保険適用あり。

○：複数のランダム化試験で一定の効果あり。○：ランダム化試験は行われているが不完全。
△：ランダム化試験は行われていない。

証されている。ただし、副作用として胃部不快感などがあること、依存性があり、これもまた薬剤誘発性頭痛に陥る可能性が増すことを考慮すべきである。

抗うつ薬 多くの検討からアミトリプチンのエビデンスは高い。ただし、副作用として口腔内乾燥、眠気などがあることに注意が必要である。マプロチリン、ミアンセリンの効果がこれに続く。副作用が少ないことからフルボキサミンやパロキセチンなどのセロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) も考慮されるが、確実な効果は証明されているわけではない。しかし、副作用の少ないことから、SSRI の推奨度のほうが高

い可能性もある。

抗不安薬 わが国では緊張型頭痛にベンゾジアゼピン系薬剤が処方されることが非常に多い。実際エチゾラムが健康保険適用となっており、頭痛の背景に心理社会的ストレス、不安、うつなどがある場合、効果がある可能性もある。ただ、この効果は厳密な意味で科学的に検証されたものではなく、今後の検討が必要である。

筋弛緩薬 効果があると考えられている。とくにチザニジンの効果に関する報告は多い。

緊張型頭痛の治療にはまず背景の把握が重要である 緊張型頭痛の治療につ

いては、かならずしもすべてエビデンスに基づいた治療が優先されるわけではないかもしれない。コストがかからず、しかも副作用のない生活指導、頭痛体操などはまずはじめに行われるべきである。薬物治療について述べれば、NSAIDs の使用が最も勧められることは明らかであろう。当然、胃腸障害、造血器障害などの副作用があり、わが国における薬剤の最適用量は欧米と比較して少ない。また、

NSAIDs の慢性的使用によるさらなる頭痛誘発が問題となる。カフェインや筋弛緩薬、さらに抗不安薬の併用も考慮される場合もあるが、それぞれの緊張型頭痛の背景の把握、副作用について吟味されたうえでの使用が考慮されるべきである。予防的投薬として推奨されるのは抗うつ薬、とりわけ三環系抗うつ薬であるが、口腔内乾燥、眠気、とりわけ抗コリン作用の発生には注意が注がれるべきである。

緊張型頭痛は雑多な背景のうえに成り立ったものであり、治療にあたっては詳細な病歴聴取による症例ごとの治療法選択が必要であろう。

II

頭痛の発生機序・診断・治療

◆片頭痛の診断・治療

■はじめに

頭痛は経験したことがない人がいないくらいありふれた症状であり、一般日常診療で診る疾患のうち最も多いものの1つである。急性の経過を辿る、器質性頭痛の正確な診断と治療の必要性については議論を俟たないが、近年、慢性頭痛の代表格である片頭痛についてもその適切な診療の必要性が唱えられている。しかし、外来受診された頭痛患者の正確な診断は簡単なようで難しい。1988年の国際頭痛学会 (International headache Society; HIS) の分類¹⁾に従って診断を下そうとしても、現実には診断に迷ってしまう頭痛の数はかなり多くなることになる。頭痛について多少なりとも勉強をして実際の頭痛診療にあたると非典型例が非常に多いことに驚いてしまうのである。この診断の難しさからか、治療についても必ずしも患者の満足を得られないことがある。わが国で片頭痛に悩む患者の数は850万人ともいわれている²⁾にもかかわらず、その患者のうち医師に治療されているのはわずか数%であり、医師の啓蒙不足もあることながら、治療に満足がいかない患者が多いことの表れでもあろう。もちろん、基本的な問題点として、わが国では医師・患者双方ともに頭痛を「疾患」と考えない傾向が強く、有効な薬剤が適切に投与されていないということが背景にあることも否めない。しかし、だからこそ、外来を受診した片頭痛患者をがっかりさせない、満足のゆく治療が必要なのである。本稿では片頭痛の診断と治療を具体的にどうしたらよいのかについて概説する。

I 診断の実際

いうまでもなく、頭痛の原因は多岐にわたる。受診の契機となった頭痛が過去にも経験したものであれば、すなわち、頭痛が慢性反復性であることが明らかであればまず心配ないとも思えるが、くも膜下出血や脳腫瘍、髄膜炎など、診断や治療が遅れると生命予後に影響する重篤な疾患の存在を常に念頭におくべきである。今まで頭痛がなかったのに急に出現した、あるいは今までの頭痛とは性状がまったく異なった頭痛が出現した急性・亜急性頭痛の場合、診察、検査を急ぐことは一目瞭然であるが、問題は慢性頭痛の中にも器質性頭痛が混入あるいは重畳していることを銘記しておくことが重要である。片頭痛を中心とした頭痛診断の全体の流れを図1に示すが、もちろん診断は必ずしもこのような一定のアルゴリズムに則り行われなこともあり注意が必要である。

冒頭にも述べたが、IHSの診断基準¹⁾が頭痛の診断に有用と考えられている。IHS分類は1962年、米国NIHのAd Hoc委員会により発表された頭痛の旧分類の欠点を踏まえ、新た

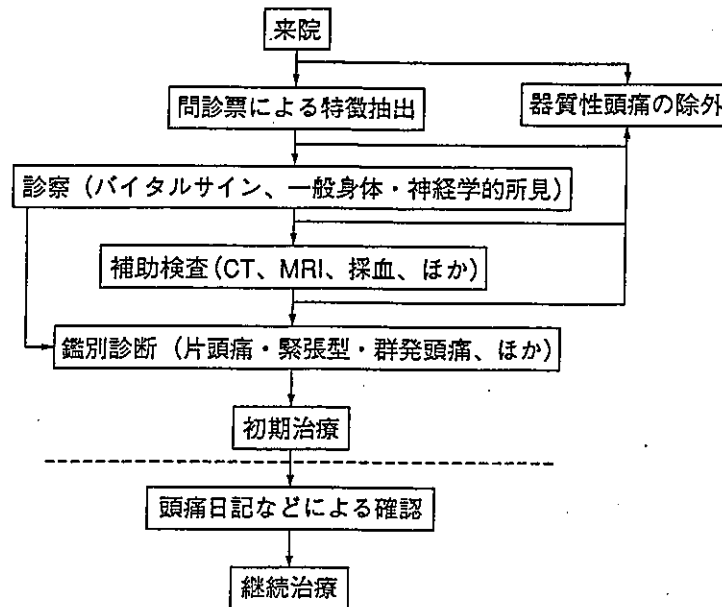


図 1. 片頭痛の診断と治療の流れ

表 1. IHS 分類 (大分類; 1 桁目)

1. 片頭痛
2. 緊張型頭痛
3. 群発頭痛および慢性発作性片頭痛
4. その他の非器質性頭痛
5. 頭部外傷に伴う頭痛
6. 血管障害に伴う頭痛
7. 非血管性頭蓋内疾患に伴う頭痛
8. 原因物質あるいは離脱に伴う頭痛
9. 頭部以外の感染症に伴う頭痛
10. 代謝障害に伴う頭痛
11. 頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいは他の顔面・頭蓋組織に起因する頭痛あるいは顔面痛
12. 頭部神経痛、神経幹痛、求心路遮断性疼痛
13. 分類できない頭痛

な分類として 1988 年作成された (表 1、4、5、メモ 1)。この IHS 分類は発表後既に 10 年以上が経過しているが、現在では頭痛の分類として国際的に広く受け入れられている。頭痛はそもそも自覚症状であり、症状が複雑で時に曖昧なものであるが、頭痛にできるだけ科学的アプローチを試みた本分類は頭痛の研究⁴⁾や疫学調査におけるグローバルスタンダードな診断基準として使用されている⁵⁾。

本分類は、多くの利点を有するといえるが、日常診療の面からは難解であるとの意見が多々ある^{6)~8)}。分類が複雑なため、細かな診断をつけるために、十分な問診が必要となるが、これには相当の慣れと時間を要する。あとに述べる問診票はもともとこの欠点を補うためこの分類に基づいて作成されたものである。

診断基準を念頭におくことは別として、基本的に丁寧な既往歴、現病歴の聴取は、特に片頭

痛の場合 CT や MRI などの補助検査などよりはるかに重要である⁹⁾⁻¹²⁾。多くは問診のみで診断の可能なものも多い。

われわれは独自に作成した頭痛問診票¹²⁾を用い診断の一助としている(表 2)。急性かつ重篤な状態を除き、この票を待ち時間に記入することにより、頭痛が始まった年齢、家族歴、既往歴、常用薬の有無、頭痛の性状、前兆、精神状態を含めた全身状態そして頭痛の発現に関連があるものを簡単にしかも系統的に把握可能である。このような問診票・アンケートは各施設で独自に種々のものが作成されていると思うが、近年、岩田らはプライマリ・ケア医を対象とした慢性頭痛の問診票の標準化を試みている(ADITUS Japan)。このような問診票に基づいて血圧をはじめとした各種バイタルサインを含めた視診、聴診、触診による一般身体・神経学的所見を把握する。神経学的所見を素早く、的確に把握するのに習熟した医師であっても、ごく軽度の意識障害、項部硬直、神経局在徴候、側頭動脈炎にみられる側頭動脈の怒張に注意を傾けることは重要であり、また、眼底検査によりうっ血乳頭の有無を確認することも必要不可欠である。われわれの外来では同時に血算、生化学、尿などの一般検査、また、経過をみて診断が明らかにならないときは、放射線、磁気に対するリスクのない場合、頭蓋・頸椎単純 X 線、頭部 CT・MRI をオーダーする。片頭痛の診断に頭部 CT・MRI は必ずしも必要ないが、急性経過をとらず、かつ神経徴候に乏しい脳腫瘍、くも膜下出血、慢性硬膜下血腫などが稀ではあるが存在し、これを確実に診断するために施行する。脳波検査も器質性頭痛鑑別のほか脳底型片頭痛の診断に有用なことがある¹³⁾。

1 回目の診察で片頭痛の診断が明らかな場合は敢えて必要ではないかも知れないが、後述するように緊張型頭痛と片頭痛の移行型、中間型あるいは両方をもっている場合など、診断が非常に困難なことが稀ならずあり、このような場合、縦断・継時的診療情報として頭痛日記あるいは頭痛手帳と呼ばれているものを渡しておく。

2 鑑別診断を進める

診断を進めたこの時点でも、群発頭痛、三叉神経痛、緑内障、低髄液圧性頭痛のほか良性労作性頭痛、性行為に伴う頭痛なども片頭痛の鑑別診断として考慮が必要である。緊張型頭痛は慢性頭痛の中で最も頻度が多く、しかも片頭痛と鑑別が困難な場合がある。この両者の鑑別はそれぞれの特徴を参考にして行う(表 3)。すなわち、片頭痛の特徴として片側に出現するか、両側に出現するとしても強さに左右差がある拍動性の痛みであること。頭痛は、数日ないし数週の間隔をおいて発作性に出現するが、長くても 2~3 日で頭痛はいったん治まること。発作が起きたら動くことが辛いこと。発作時に、悪心、嘔吐、光、音過敏などが随伴すること。ストレスからの解放、雑踏、寝過ぎ、炎天下、飲酒、運動などにより誘発されることが挙げられている。さらに、頭痛は、遅くとも 30 歳までに現れ両親、同胞、子どもなど、血縁者の中に似たような頭痛を訴える人がいること、女性に多く妊娠中には頭痛が現れないか、現れたとしても軽度であるといわれている。一方、緊張型頭痛は両側性で圧迫、締めつける痛みであるこ

表 2. 頭痛問診表

あなたが困られている頭痛について記載して（マルをつけて）下さい

- ・頭痛が始まった年齢はおいくつですか？
歳
- ・家族（血縁者）の中に頭痛の方がいらっしゃいますか？
a) いる（どなたですか？： ） b) いない
- ・頭痛の性質はいかがですか？
a) 拍動性（心臓の鼓動、脈拍に伴ったようにズキズキする）
b) 頭重感、頭部圧迫感（重たい感じ）
c) 刺されるような激烈な
- ・今までかかった病気をチェックして下さい
頭部外傷 高血圧 てんかん 耳鼻科・眼科・歯科などの疾患
- ・頭痛に対し常用薬はありますか？
a) ある（そのお薬の名前は？ ） b) ない
- ・頭痛の起こり方はどうですか？
a) 発作性（急に起こる）
b) 持続性（ずっとあるいはいつも続く） } 持続時間（ 日 時間）
- ・起こる回数はどうですか？
a) 1カ月から数カ月に1回
b) 1カ月に数回
c) 毎日のように持続する
- ・頭痛がする部位はどこですか？
a) 頭全体
b) 片側
c) 前頭部
d) 眼のまわりまたは奥
e) 後頭～項部
- ・頭痛が起こりやすい時間帯はどれですか
a) 早朝
b) 夕方
c) 夜間睡眠中
- ・まえぶれ（チカチカした輝き、あるいは視野が欠けたりすること）がありますか？
a) ある b) ない
- ・全身やこころの状態についてお聞きします
熱はありますか？
a) ある b) ない
意識ははっきりしていますか？
a) している b) していない
視力の異常はありますか？
a) ある b) ない
吐き気や嘔吐はありますか？
a) ある b) ない
肩凝りがありますか？
a) ある b) ない
涙があふれ出たり鼻が出ますか？
a) ある b) ない
気分がいつもすぐれないなど「うつ」の状態がありますか？
a) ある b) ない
- ・あなたの頭痛と関連があるものをマルで囲んで下さい
疲労 睡眠不足 光 騒音 寒冷 入浴 月経 精神的ストレス 緊張後のくつろぎ 食べ物
（チョコレート、チーズ、ホットドック、ナッツ、ワイン、中華料理）アルコール立位、坐位など姿勢変化

表3. 片頭痛と緊張型頭痛の鑑別

	片頭痛	緊張型頭痛
痛みの性状	拍動性（脈拍に一致）	圧迫、締めつけ
痛みの部位	片側に出現、もし両側に出現しても強さに左右差	両側性
痛みの程度	中～重度、動けなくなることもある	軽～中程度
頻度と持続	数日ないし数週の間隔をおいて発作性に出現（長くて2～3日）	毎日持続
悪心、嘔吐	伴うことがあり	なし
その他の随伴症状	光・音・不快な嗅いに過敏	肩凝り、めまい感
前駆症状の先行	目のチカチカ、生あくび、不定の予知感	なし
頭痛の誘発・強化	ストレスからの解放。雑踏、寝過ぎ、炎天下、飲酒、運動など	ストレス、過労
初発年齢	30歳以下	30歳以降もあり
家族歴	濃厚	希薄

表4. IHS分類による前兆を伴わない片頭痛（migraine without aura）の診断基準（1.1）

A. 次のB～Dを満足する発作が5回以上ある
B. 頭痛発作が4～72時間持続する
C. 次のうち、少なくとも2項目を満たす
(1) 片側性頭痛
(2) 拍動性頭痛
(3) 中等～強度の痛み（日常生活が妨げられる）
(4) 階段の昇降など日常的な動作により頭痛が増悪する
D. 発作中、次のうち1項目を満たす
(1) 悪心あるいは嘔吐
(2) 光過敏あるいは音過敏
E. 上記項目に加え器質的疾患の存在の除外

表5. IHS分類による前兆を伴う片頭痛（migraine with aura）の診断基準（1.2）

A. 次のBを満たす頭痛発作が2回以上ある
B. 次の4項目のうち3項目を満たす
1. 一過性の前兆があり、脳皮質あるいは脳幹の局所神経症状と考えられる
2. 前兆は4分以上にわたり進展し、2種類以上の前兆が連続して生じてよい
3. 前兆は60分以上持続することはない
2種類以上の前兆の組み合わせるときは、その分持続時間が延長する
4. 頭痛は前兆後60分以内に生じる（前兆より以前あるいは同時でもよい）
前兆は片頭痛に前駆あるいは随伴する局所神経症状と定義される。最も多いのは閃輝暗点である

と。頭痛は毎日のように持続。肩凝り、めまい感を伴うが悪心、嘔吐など、光、音過敏などないこと。ストレス、過労に誘発される特徴をもつとされている¹⁴⁾¹⁵⁾。図2に片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛の起こり方を示す。

しかし、片頭痛と緊張型頭痛の鑑別は時に困難なことも多く、かつていわれていた混合型頭痛のように緊張型頭痛と片頭痛の移行型、中間型あるいは両方をもっていると考えざるを得ない患者がいる。とりわけ薬剤過剰使用と関連があり片頭痛と緊張型頭痛の両方の特徴をもつ転

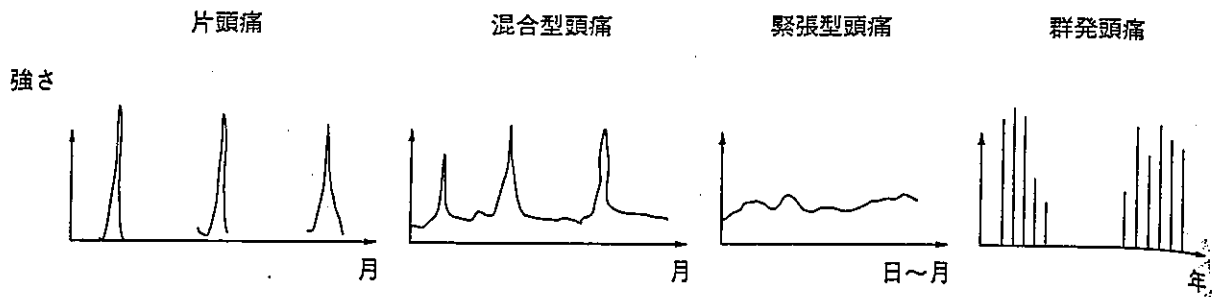


図2. 片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛の起こり方

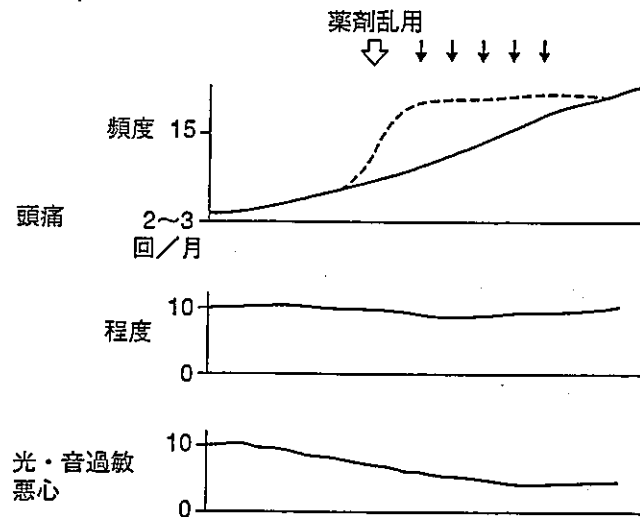


図3. 慢性連日性頭痛の代表例 (文献17)より引用)

メモ1 IHS 分類の原理

この分類の基本理念はすべての頭痛を包括したうえで、頭痛を症候学的にとらえ、さらに各頭痛について同義語、臨床像、診断基準、コメントが付されたものとなっている。IHS 分類は各項目に属する疾患を以下に示すように4桁の数値で表している。

1. 同義語と、従来分類との対比

13項目に分類 (1~4: 機能的頭痛、5~12: 症候性(器質性)頭痛、13: 分類不能な頭痛)

2. 疾病概念の簡単な解説による典型的な臨床像

3. 診断基準

4. 解説

このうち実地医科は1のみか2桁目までを用い、神経専門医は3、4桁までを使用、さらに研究目的には4桁まで利用すればよいようになっている³⁾。このように各頭痛の定義や診断上の位置づけが体系的になり明確になった。

換型片頭痛 (transformed migraine) や慢性連日性頭痛 (chronic daily headache; CDH) の存在があることを知っておかなければならない¹⁶⁾¹⁷⁾。慢性連日性頭痛は、ほかに慢性習慣性頭痛などの日本語訳もあるが、IHS の分類には見当たらない名称である。現在では慢性連日性頭痛を呈する症例の大多数は片頭痛の異型と考えられている。すなわち、初期には片頭痛の様相を示し、漸次慢性連日性頭痛に進展していく片頭痛を病態の主座としているものが多いと考えられる。次の問題は、薬剤の過剰摂取である。すなわち、本来は治療に用いられ

るべきエルゴタミン製剤、鎮痛薬ときにはトリプタン製剤の過剰投与、慢性使用が慢性連日性頭痛の原因、すなわち薬剤誘発性頭痛となることが知られてきているのである（図3）。

3 片頭痛と診断したら

片頭痛は国際頭痛学会（IHS）の診断基準¹⁾によればさらに次のように分類されている¹⁸⁾。

1 前兆を伴わない片頭痛 (migraine without aura, IHS: 1.1)

これは以前の普通型片頭痛 (common migraine) に相当する。最も多い病型で、片頭痛の80%を占める。閃輝暗点 (scintillating scotoma) のような前兆はないが、悪心、嘔吐、光、音過敏などの漠然とした随伴症状を伴う。拍動性または非拍動性の頭痛が片側または全体的に生じ、4~48時間続く。前兆という特徴的な症状がないため時に診断が困難なことがあり、特に反復発作性緊張型頭痛との鑑別が重要である。したがって、IHSの診断基準では(表4) 少なくとも5回の発作が繰り返すものとの要項が加えられているのである。前述したとおりIHS基準は難解であることより、第一線における日常診療はSolomonとLipton¹⁹⁾の提唱した簡便な診断基準、すなわち、片側性・拍動性頭痛、随伴する嘔吐、随伴する光過敏あるいは音過敏をもつものという基準でよいかも知れない(メモ2)。ただ、この使用にあたって片頭痛は発作であるという概念をもって診断することを忘れてはならない。

メモ2

SolomonとLipton¹⁹⁾の提唱した前兆を伴わない片頭痛 (migraine without aura) の診断基準。実地臨床においてはこれで十分との考えもある。

A. 次の4項目のうち2つを満たす

(1) 片側性頭痛、(2) 拍動性頭痛、(3) 随伴する嘔吐、(4) 随伴する光過敏あるいは音過敏

B. その他の基準

(1) 過去に同様の頭痛の存在、(2) 器質的疾患の存在の除外

2 前兆を伴う片頭痛 (migraine with aura, IHS: 1.2)

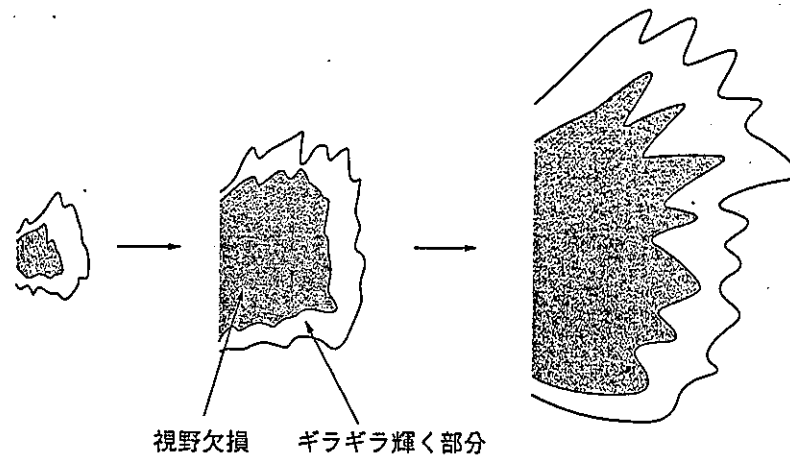
以前の古典型片頭痛 (classic migraine) に相当する。片頭痛全体の約10~30%を占め、家族性のことが多い。前兆が頭痛発作に先行するのが特徴である。最も多いのは閃輝暗点であり、小さな視野の欠損部が徐々に約20分程の経過で拡がり60分以内に終了する。その辺縁はジグザグ様に輝き、内側に視野欠損部が残る(メモ3)。一般に頭痛は、前兆が終わった後閃輝暗点がみえた側と反対の側頭部に出現する(表5)。頭痛発作の性状については記載はないが、通常は拍動性の頭痛である。典型的な前兆、特に視覚性前兆を伴う片頭痛は、典型的な前兆を伴う片頭痛 (IHS: 1.2.1) が細分類されており、これは半身の感覚鈍麻や片麻痺を伴うことが特徴である。稀ではあるが、家族性発症で片麻痺を前兆とした片頭痛発作のある家族性片麻痺性片頭痛 (IHS: 1.2.3)、前兆として意識障害、脳幹症状など椎骨脳底動脈領域の虚血症状をきたす、脳底型片頭痛 (IHS: 1.2.4)、さらには、前兆のみで頭痛自体がないもの

メモ3 閃輝暗点とは

始まり

3分

10分



(IHS: 1.2.5) もあることに留意する。これらは、治療方針が異なる場合があり、注意が必要である。

4 治療

■ 片頭痛の病態と治療薬

片頭痛の発生機序については、別項で詳しく述べているので、ここでは片頭痛治療薬の作用機序と片頭痛の病態についてのみ述べる。

現在、最も信じられている片頭痛発現メカニズムは三叉神経血管説と呼ばれているものであるが、このメカニズムの中で、セロトニンには重要な役割を果たすと考えられている²⁰⁾。すなわち、過剰に放出されたセロトニンは血管を収縮させ、その後、セロトニンが枯渇すると、逆に頭蓋内外の血管は過度に拡張すると考えられている。このセロトニン作動機序はセロトニン受容体が三叉神経に存在し、それに対する刺激は三叉神経を介して神経原性炎症を抑制し、疼痛を鎮めるためと考えられている。しかし、セロトニン自体を投与した場合その全身性作用のため、薬として実用化には至らなかった。その後、片頭痛の急性期の治療にはセロトニンに作動するエルゴタミンが使用されてきたが、エルゴタミンは前述した種々の問題があるほか脳内以外のセロトニン受容体以外にも作動し、また、ドパミン受容体などさまざまな神経伝達物質受容体にも働き種々の副作用を呈する。これに対し、最初のトリプタン系薬剤であるスマトリプタンは血管に存在する 5-HT_{1B/1D} 受容体に選択的に作用する薬剤として開発された。スマトリプタンは片頭痛発作時に過度に拡張した血管の平滑筋受容体に作用しこれを収縮させること、さらには三叉神経終末に存在する 5-HT_{1B/1D} 受容体を刺激することにより片頭痛を寛解させる。さらにスマトリプタンより後に開発されたトリプタンは中枢性に脳幹の神経興奮を抑