

表1 緊張型頭痛の細分類

2. 緊張型頭痛 Tension-type headache (TTH)
2.1 稀発反復性緊張型頭痛 Infrequent episodic tension-type headache
2.1.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness
2.1.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない稀発反復性緊張型頭痛 Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
2.2 頻発反復性緊張型頭痛 Frequent episodic tension-type headache
2.2.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う頻発反復性緊張型頭痛 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness
2.2.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない頻発反復性緊張型頭痛 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
2.3 慢性緊張型頭痛 Chronic tension-type headache
2.3.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う慢性緊張型頭痛 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness
2.3.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない慢性緊張型頭痛 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness
2.4 緊張型頭痛の疑い Probable tension-type headache
2.4.1 稀発反復性緊張型頭痛の疑い Probable infrequent episodic tension-type headache
2.4.2 頻発反復性緊張型頭痛の疑い Probable frequent episodic tension-type headache
2.4.3 慢性緊張型頭痛の疑い Probable chronic tension-type headache
以前に使用されていた用語
緊張性頭痛 (tension headache)、筋収縮性頭痛 (muscle contraction headache)、精神筋原性頭痛 (psychomyogenic headache)、ストレス頭痛 (stress headache)、通常頭痛 (ordinary headache)、本態性頭痛 (essential headache)、特発性頭痛 (idiopathic headache)、および心因性頭痛 (psychogenic headache)

記述した、まさに頭痛学・医療のバイブルとも言えるものである。本稿では、主にこの ICHD-II⁵⁾に基づき緊張型頭痛の分類、診断基準、そして、病態生理についても簡単に述べる。

分類と診断基準

ICHD-II⁵⁾において、緊張型頭痛は表1に示す大項目に分類されている。

緊張型頭痛の細分類は表1に示すが、今回の版の特徴として、反復性緊張型頭痛を、頭痛の頻度が月当たり1回未満の稀発型と頻発型に、

さらに細分されていることが挙げられている。また、和訳する際の問題点として、(headache) episode の訳に関して緊張型頭痛に“発作”はなじまないということが挙げられ、単に“頭痛”と訳し、“頻度のまれな”は“稀発”と、“頻繁な”は“頻発”と訳されたのが大きな和訳上の変更点である（日本頭痛学会・新国際分類普及委員会，委員長：間中信也）。

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、とき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来すことがある。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、高度の障害を引き起す深刻な疾患である。

緊張型頭痛の分類方法として、初版で示唆されているような表面筋電図または圧痛計の使用は実用的ではないので本版では触診、望ましくは圧力を調節した触診のみを用いている。

今回の分類のもう一つの特徴として、頭痛の表現型が緊張型頭痛に類似している片頭痛患者を除外することを期待し、緊張型頭痛に対する診断基準を厳格化する試みが行われた。しかし、このことにより診断基準の感度を損なう結果になりかねず、このような変更が有益な効果を示すばかりとは考えられていない。

また、この診断基準を適応するにあたり、一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方が存在するのかという問題にしばしば直面するが、緊張型頭痛の特徴を有する頭痛が初発し、頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致する場合には、原因疾患に応じて二次性頭痛としてコード化し、他の疾患による緊張型様頭痛は当該疾患にコード化するのが原則とされている。また、以前から存在する緊張型頭痛が、頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致して悪化する場合には、二通りの可能性があり、このような患者の診断は、緊張型頭痛のみとすることも、あるいは、緊張型頭痛と他疾患に応じた二次性頭痛の両者として診断することも可能となる。

二次性頭痛の診断を追加する際の裏付けになる要素としては、原因疾患と時期的によく一致していること、緊張型頭痛の著しい悪化のあること、原因疾患が緊張型頭痛を惹起するか悪化させたという確実な

表2 稀発反復性緊張型頭痛の診断基準（下線部は他の緊張型頭痛と異なる部分）

<p>2.1 稀発反復性緊張型頭痛</p> <p>A: <u>基準B～Dを満たし、平均して1ヵ月に1日未満（年間12日未満）の頻度で発現する頭痛が少なくとも10回ある。</u></p> <p>B: <u>頭痛は30分～7日間持続する。</u></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"> 1. 両側性 2. 性状は圧迫感または締め付け感（非拍動性） 3. 強さは軽度～中等度 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。 <p>D: 以下の両方を満たす。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 悪心や嘔吐はない（食欲不振を伴うことはある）。 2. 光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ。 <p>E: 他の疾患によらない（または、これらの疾患が存在しても、初発時の発作と当該疾患には時間的に緊密な関係がない）。</p> <p>2.1.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛</p> <p>A: 頭痛は、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」の基準A～Eを満たす。</p> <p>B: 触診により頭蓋周囲の圧痛が増強する。</p> <p>2.1.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない稀発反復性緊張型頭痛</p> <p>A: 頭痛は、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」の基準A～Eを満たす。</p> <p>B: 触診により頭蓋周囲の圧痛が増強しない。</p>
--

証拠のあること、最終的に原因疾患軽快後の緊張型頭痛の改善または消失があることが重要な根拠となる。

1. 稀発反復性緊張型頭痛 (Infrequent episodic tension-type headache)

頻度が稀であり、数分から数日間持続する頭痛である。痛みは一般に両側性で、性状は圧迫感または締め付け感、強さは軽度ないし中等度で、日常的な動作により増悪しない。診断基準を表2に示す。

この頭痛は頭蓋周囲の圧痛を伴うものと伴わないものにさらに細分されるが、緊張型頭痛の患者において、触診による頭蓋周囲の圧痛の増強は最も重要な異常所見であり、圧痛は頭痛の強さと頻度とともに増強し、実際の頭痛の発現中にさらに悪化する。圧痛の客観的評価には、各筋肉での局所圧痛スコア（TTS）を記し合計して、各個人における総圧痛スコアを算出する。TTSとは左右の筋と腱（例えば8対の筋と腱であれば咬筋、側頭筋、前頭筋、胸鎖乳突筋、僧帽筋、鉤

表3 頻発反復性緊張型頭痛の診断基準

<p>2.2 頻発反復性緊張型頭痛</p> <p>A. 基準B～Dを満たし、3ヵ月以上にわたり、平均して1ヵ月に1日以上、15日未満（年間12日以上180日未満）の頻度で発現する頭痛が少なくとも10回ある。</p> <p>B. 以下は2.1と同様（表2参照）</p>

状突起、乳様突起、頸筋起始部）における局所の圧痛を左右おのおの0～3得点（8対であれば最大計48点）としたものである⁶⁷⁾。後述する2. 頻発反復性緊張型頭痛，3. 慢性緊張型頭痛も同様に頭蓋周囲の圧痛を伴うあるいは伴わないというサブフォームを持つ。

ただし、冒頭に述べたとおり筋電図と圧痛計による診断には臨床的に限界があるため、これらについては第2版から削除されているが、緊張型頭痛の病態生理を理解するためには非常に有用な事項であり、後に述べる。

2. 頻発反復性緊張型頭痛（Frequent episodic tension – type headache）

頻度が高く、数分から数日間持続する緊張型頭痛である。診断基準を表3に示すが、稀発反復性緊張型頭痛とは発症頻度、期間が3ヵ月以上にわたり、平均して1ヵ月に1日以上、15日未満（年間12日以上180日未満）の頻度で発現する頭痛が少なくとも10回あるという発症頻度の項が異なるが、後の診断基準は同じ（表2参照）である。

頻発緊張型頭痛は前兆のない片頭痛に伴って起ることが多く、かつて言われた混合型頭痛として認知されている頭痛との異同が問題となり、薬物乱用頭痛の発症にも密に関与しうる。したがって、片頭痛患者が緊張型頭痛を併発しているかどうかは頭痛ダイアリーを診断的に用いて特定することが望ましい。

3. 慢性緊張型頭痛（Chronic tension – type headache）

反復性緊張型頭痛から進展した疾患で、数分から数日間持続する頭痛が連日または非常に頻繁に発現する頭痛である。診断基準を表4に示すがC以下の診断基準は1. とほぼ同じであるので覚えておく必要はない（表2参照）。慢性緊張型頭痛は反復性緊張型頭痛から時間経過に伴い進展するが、頭痛がどのように起ったか思い出せない、ある

表4 慢性緊張型頭痛の診断基準

<p>2.3 慢性緊張型頭痛</p> <p>解説： 反復性緊張型頭痛から進展した疾患で、数分から数日間持続する頭痛が連日または非常に頻繁に発現する。</p> <p>診断基準： A. 基準B～D項を満たし、3ヵ月以上にわたり、平均して1ヵ月に15日以上（年間180日以上）の頻度で発現する頭痛。 B. 頭痛は数時間持続するか、あるいは絶え間なく続くこともある。 C. 以下は2.1とほぼ同様（表2参照）。</p>

いは不明確な場合も、この慢性緊張型頭痛と診断する。これに対し、最初の頭痛発現から3日間以内に、連日かつ絶え間ない継続的な頭痛となり、表4に示す項目A～Eを満たすことが明らかな場合に、4.8新規発症持続性連日性頭痛（New daily-persistent headache）と診断する。また、薬物乱用があり、別稿に示す8.2薬物乱用頭痛を診断名として考えておかねばならない。ただ薬物を中止した後、改善効果が得られないまま2ヵ月経過するまで診断は不可能である。すなわち、薬物乱用を中止2ヵ月後にも表4の基準が満たされる場合は、慢性緊張型頭痛の診断でよく、8.2.7薬物乱用頭痛の疑いは破棄することになる。この反対に、頭痛の改善が認められ、2ヵ月を経過するより早い時点で上記基準を満たさなくなった場合には慢性緊張型頭痛の疑いを破棄することになる。

さらに複雑なことに、他稿の1.5.1に示される慢性片頭痛をICHD-IIに取り入れることにより、本疾患と慢性緊張型頭痛のどちらにするかという問題が生じたが、両者の診断名が併存することもありうるとされている。

4. 緊張型頭痛の疑い（Probable tension-type headache）

この基準を満たす患者は、1.6に示す片頭痛の疑いのサブフォーム基準も満たす可能性がある。そのような症例を診断するには、可能性の高い方を選択する。

2.4.1稀発反復性緊張型頭痛の疑いと2.4.2頻発反復性緊張型頭痛の疑いの両頭痛は、表2の稀発反復性緊張型頭痛、表3の頻発反復性緊張型頭痛の基準A～Dの一つを除く全項目を満たすが、前兆を

伴わない片頭痛の基準を満たさないことが重要な鑑別点である。

2.4.3 慢性緊張型頭痛の疑いについては、2.3 慢性緊張型頭痛と異なる点はE項のほかの疾患による頭痛は否定できるが、8.2 薬物乱用頭痛のサブフォームのいずれかの基準Bを現在あるいは2ヵ月以内に満たすこともある点である。

病態生理

先にも述べたが、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。しかし、緊張型頭痛の正確なメカニズムは不明で、その病態生理については一次性頭痛の中でも最も研究が進んでいない疾患であることも事実である。

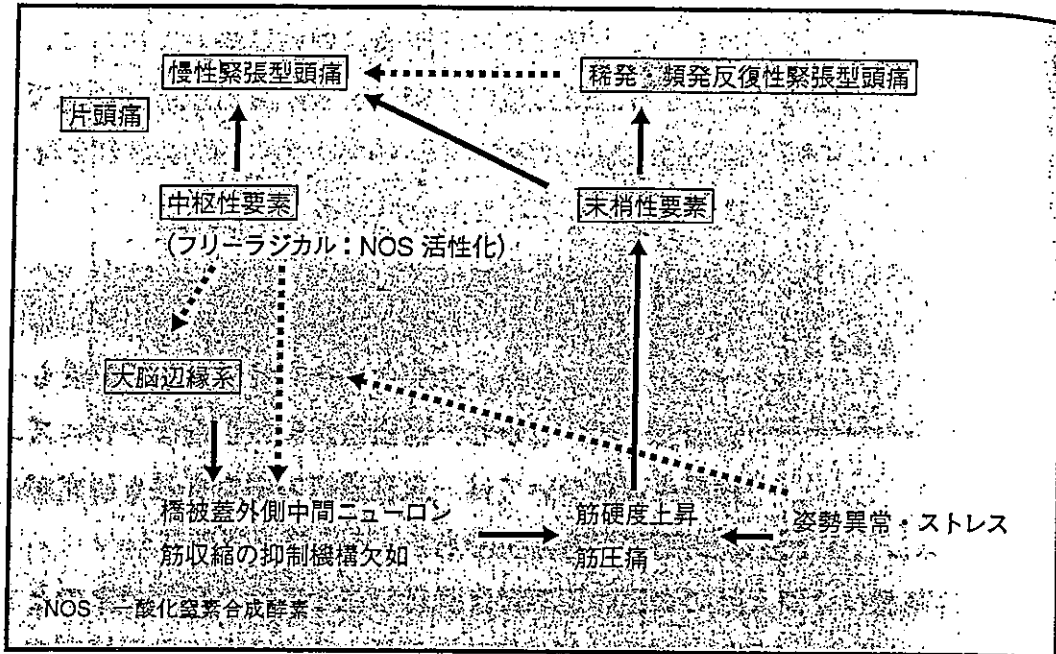
この型の頭痛は、以前は主として心因性のものともみなされていたが、ICHDの初版公表以後、少なくとも緊張型頭痛の重症サブタイプに関しては、神経病態を持った異常を強く示唆する多数の研究が発表されてきた。特に稀発反復性緊張型頭痛、頻発反復性緊張型頭痛については末梢性疼痛メカニズムが主な役割を果たしているのに対し、慢性緊張型頭痛においては中枢性疼痛メカニズムがより重要な役割を果たしている可能性が高い。

1. 末梢性要素

当然、頭蓋周囲の疼痛受容器は緊張型頭痛において大きな役割を担っている。実際、頭蓋周囲筋の圧痛が緊張型頭痛で正常者より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⁸⁾。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。Jensenら⁹⁾は、緊張型頭痛における圧痛評価を、診断基準で述べたTTSにより行い、かつての反復発作性、特に慢性のものでは正常対照者に比較して得点の高いことを報告した。さらに、30分間の食いしぼりを続けさせるテストを行い、この結果24時間以内に、緊張型頭痛患者の69%、正常対照者の17%に緊張型頭痛が発症し、頭痛発症者の圧痛は食いしぼり直後から増大したにもかかわらず、非発症者では変化がなかったことから圧痛と緊張型頭痛の密接な関連を示した⁸⁾⁹⁾。

Sakaiら¹⁰⁾は、筋硬度計により緊張型頭痛患者の僧帽筋の筋硬度を

図1 緊張型頭痛において推定される病態生理



測定し、緊張型頭痛患者はかつての反復発作性、慢性にかかわらず正常者に比べて筋硬度が高いことを報告した。筋硬度は緊張型頭痛患者の自覚的な肩こりの度合いと相関し、治療により明らかに減弱した。これに加え、Ashina ら¹¹⁾は、同様の筋硬度計と TTS による圧痛評価を用い、慢性緊張型頭痛患者を対象とし、頭痛の有無により筋硬度と TTS が変化するか否かにつき検討した。この結果、頭痛がある場合、筋硬度、TTS 得点ともに頭痛がない場合に比べ有意に高く、筋の圧痛がある場合、硬度も高いこと、次に、慢性緊張型頭痛患者では、正常者に比べ筋硬度、筋の圧痛ともに高いことの二つの事実を明らかにした。

筋電図による緊張型頭痛の筋緊張評価に関しては、Jensen は⁹⁾、慢性緊張型頭痛患者は安静時に筋電図パワーが増大し、最大随意収縮時は低くなることを報告した。この事実は安静時リラックスが不十分な一方、最大活動時の筋力が障害されていることを示したと言える。

2. 中枢性要素

古くから言われてきた精神的ストレスなどの中枢性要素の背景にある病態は、種々のストレスが加わることによって持続性の筋収縮が起り、そのため筋虚血が起り、発痛物質が生ずるなどの考えも報告されてはいるが、いまだ定説はない。Ashina らは、フリーラジカルであ

る一酸化窒素の産生に必要な一酸化窒素合成酵素 (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、visual analogue scale による評価で臨床的に頭痛が緩和されることを示した¹²⁾¹³⁾。この報告は、三叉神経の感作が中枢性要素にあるという仮説を裏づけるものである。さらに、動物実験ではあるが、NOS の活性化は三叉神経中の NMDA や AMPA によるグルタミン酸活性化を促すことが報告されており¹⁴⁾、緊張型頭痛においても三叉神経感作の役割を示唆する有力な証拠と考えられる。

血小板セロトニン異常は、片頭痛のみならず緊張型頭痛においても報告されている¹⁵⁾。また、血清中の乳酸とピルビン酸が片頭痛、緊張型頭痛いずれにおいても増加していると報告されているが¹⁶⁾、この事実は緊張型頭痛のある群の病態が片頭痛のそれとオーバーラップすることを示唆しているのであろう。

さらに、正常者では三叉神経を求心路として刺激した際、脳幹脊髓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。抑制性中間ニューロンは大脳辺縁系の支配を受けていると考えられているが、緊張型頭痛においては、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¹⁷⁾。図1に緊張型頭痛において推定される病態生理を示す。

おわりに

以上、緊張型頭痛の ICHD-II による分類、診断そして病態生理について述べた。緊張型頭痛は社会経済に最も影響を及ぼしながら、一次性頭痛の中でも最も研究が進んでいない疾患であり、今後の研究の進展が望まれる。

平田 幸一

文献

- 1) 平田幸一. 慢性頭痛の診断と初期対応. 痛みと臨 2: 9-19, 2002.
- 2) 平田幸一, 他. EBMに基づく慢性頭痛の治療. 神研の進歩 46: 413-430, 2002.
- 3) 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. 臨神経 42: 348-354, 2002.
- 4) Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain of headache. Cephalalgia 8 (suppl. 7): 1-96, 1988.
- 5) Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd edition. Cephalalgia 24 (suppl. 1): 1-160, 2004.
- 6) Langemark M. et al. Pericranial tenderness in tension headache. A blind controlled study. Cephalalgia 7: 249-255, 1987.
- 7) Bondtson L. et al. Pressure controlled palpation: a new technique which increases the reliability of manual palpation. Cephalalgia 15: 205-210, 1995.
- 8) Jensen R. et al. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. Pain 52: 193-199, 1993.
- 9) Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: a review of epidemiological and experimental studies. Cephalalgia 19: 602-621, 1999.
- 10) Sakai F. et al. Pericranial muscle hardness in tension-type headache. A non-invasive measurement method and its clinical application. Brain 118: 523-531, 1995.
- 11) Ashina M. et al. Muscle hardness in patients with chronic tension-type headache: relation to actual headache state. Pain 79: 201-205, 1999.
- 12) Ashina M. et al. Possible mechanisms of action of nitric oxide synthase inhibitors in chronic tension-type headache. Brain 122: 1629-1635, 1999.
- 13) Ashina M. et al. Effect of inhibition of nitric oxide synthase on chronic tension-type headache: a randomised crossover trial. Lancet 353: 287-289, 1999.
- 14) Storer RJ. et al. Trigeminovascular nociceptive transmission involves N-methyl-D-aspartate and non-N-methyl-D-aspartate glutamate receptors. Neuroscience 90: 1371-1376, 1999.
- 15) 竹島多賀矢, 他. 血管性頭痛と緊張型頭痛の一元論. 臨床医 22: 68-71, 1996.
- 16) Okada H. et al. Plasma lactic acid and pyruvic acid levels in migraine and tension-type headache. Headache 38: 39-42, 1998.
- 17) Schoenen J. et al. Exteroceptive suppression of temporalis muscle activity in chronic headache. Neurology 37: 1834-1836, 1987.

2. 慢性連日性頭痛

獨協医科大学神経内科教授 平田幸一

key words chronic daily headache, CDH, chronic migraine, transformed migraine, drug induced headache

動 向

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、日常診療の第一線でもっともよく遭遇するものの1つである。近年、この重要性が再認識され、改めて頭痛の正確な診断と治療の必要性が唱えられるようになりつつあるが、頭痛診療の実際は簡単なようで難しい。たとえば、長い間頭痛診断のためのバイブルとなってきた1988年の国際頭痛学会 international headache society (IHS) 分類¹⁾に従って診断を下そうとしても、実際にはかなりの数の患者さんの診断に迷うことになる。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。

慢性連日性頭痛は chronic daily headache (CDH) の日本語訳で、他に慢性習慣性頭痛などの訳もあるが、IHSの分類にはみあたらない名称である。しかし、日常臨床では治療経過の長い頭痛症例で種々の抗頭痛薬の効果が乏しい、治療に難渋する症例の多いことも現実的には重大な問題で、米国の頭痛学者たちを中心にこの疾患病名の必要性を主張している。CDHは一般住民中の4～5%に存在し、頭痛専門外来では受診者のほぼ78%にもものぼるといわれている^{2,3)}。また、この

頻度はアジアでもほぼ同様であり⁴⁾、また小児科領域でも成人ほどでないものの多くの患者が存在するとの報告がある⁵⁾。

2003年の新IHS分類⁶⁾では chronic migraineの項目が登場し、いずれCDHという名も消滅する可能性があるが、CDHは臨床的概念としては非常に有用なものと考えられる。

本稿ではCDHの概念、診断基準、問題点、そして診断・治療についても言及する。

A. CDHの概念

CDHは1つの独立疾患ではなく^{7,8)}、表1⁹⁾に示すように原発性のもの、そして2次性のものからなり立つ慢性治療抵抗性頭痛の代表である。この表にあるようにCDHはきわめて広い解釈をすれば、前述した chronic migraineなどの他に群発頭痛の一部、外傷後頭痛、血管障害に伴う頭痛、頸性頭痛、さらには心因的要素に関連する頭痛などを加えたものを総称しているともいえる。しかし、あくまでも増悪因子や背景となる疾患でないCDHの本態をなすものは chronic migraine、薬剤誘発性頭痛、そして慢性緊張型頭痛 chronic tension-type headache (CTTH) であり、それ以

表1 CDHの分類⁹⁾

<p>原発性 CDH</p> <p>頭痛持続 > 4時間</p> <p>chronic migraine (transformed migraine: 変形した片頭痛と以前称されていたもの)</p> <p>chronic tension-type headache (慢性緊張型頭痛)</p> <p>new daily persistent headache (新たな持続性頭痛)</p> <p>hemicrania continua (持続性片頭痛)</p> <p>頭痛持続 < 4時間</p> <p>群発頭痛</p> <p>paroxysmal hemicrania</p> <p>hypnic headache</p> <p>idiopathic stabbing headache</p>
<p>続発性 CDH</p> <p>外傷後頭痛</p> <p>脊椎病変</p> <p>血管病変に伴う頭痛</p> <p>(動静脈奇形, 側頭動脈炎を含む動脈炎, 動脈解離そして硬膜下血腫)</p> <p>血管病変ではない頭蓋内病変による頭痛</p> <p>(特発性頭蓋内圧亢進症, 感染 (EBウイルス, 後天性免疫不全症), 悪性新生物)</p> <p>その他 (顎関節症, 副鼻腔炎)</p>

外は鑑別疾患として考えるべきであろう。

歴史的にはCDHは緊張型頭痛に強い関連があり、現在のCTTHとはほぼ同義語として使用された経緯があった¹⁰⁾。しかし、後に述べるように、現在ではCDHを呈する症例の多く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CDH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ている(図1)。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CDHの原因になることが知られてきているのである。とりわけ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は薬剤誘発性頭痛とよぶべきと2003年のIHS新分

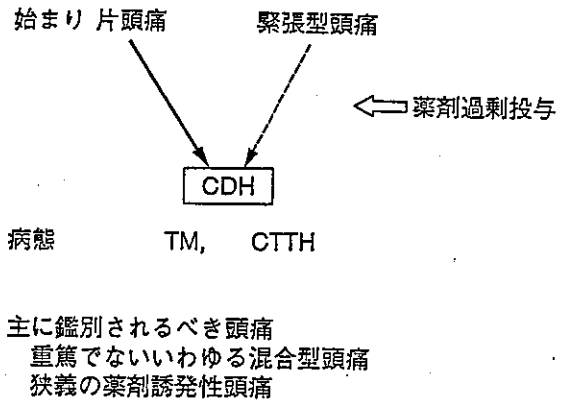


図1 CDHの主な背景

CDH: chronic daily headache (慢性連日性頭痛)
 TM: transformed migraine (変形した片頭痛) = chronic migraine
 CTTH: chronic tension-type headache (慢性緊張型頭痛)

類⁶⁾にも記されているが、後述するとおり、基本に片頭痛があるか緊張型頭痛があるかの問題は別として、これはCDHの原因かつ本態をなすものでもある。

CDH発症の病態生理としては、頭痛や顔面痛の主な知覚受容伝達ニューロンである三叉神経核(nucleus caudalis)へのなんらかの感作により、通常非痛み刺激を痛みとして誤認し、三叉神経血管説に論じられる頭痛発生メカニズムを駆動させるためと考えられている⁹⁾。特に薬剤の過剰投与は情動ストレス、生理学的、病理学的外傷を含む皮質入力に対する痛み刺激感受性を変容、増大させているとされている。この基盤には個人の遺伝的背景があり、神経伝達物質の異常やNMDA受容体、NO産生が感覚神経ペプチド放出に関連するとの報告がある¹¹⁾。

これらの知覚変容は皮質入力の脳幹への伝達、受容障害とも捉えられているが、最近、Welchら¹²⁾は片頭痛のジェネレータと考えられる傍中脳水道灰白質の機能的興奮をfMRIにより立証している。

B. CDHの分類と診断

CDHという疾患名はしばしば用いられているにもかかわらず、その名称は1988年のIHS分類でも採用されていない。Olesenは2001年に行われた第10回国際頭痛学会におけるIHS分類の改定に関する中間報告でもCDHの概念は明確でないとしており、2003年のIHS新分類改訂版にもこの名称の分類はない。したがって、CDHの分類といっても現実にはその意味をなさないともいえるが、米国のSilbersteinら^{9,10)}はCDHをIHS分類に加えるべきとし、transformed migraine, CTTH, new daily persistent headache, hemicrania continuaの4項目に分類し、それぞれをwith medication overuseとwithout medication overuseに細分類することを提唱していた(表2)。

表2 IHSに対するCDH追加案
(Silbersteinら, 1994¹⁰⁾を2001年に改変⁹⁾。実際には不採用。)

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
1.8 chronic migraine
2.2 chronic tension-type headache
4.7 new daily persistent headache
4.8 hemicrania continua
以上が従来のIHS分類項目に加えられ、それぞれがwith medication overuseとwithout medication overuseの細項目をもつ

1. chronic migraine (IHS 1.5.1: transformed migraine)

片頭痛が変形したものであり、かつてはtransformed migraineとよばれた。transformed migraineはMathew¹³⁾らにより提唱されたもので、はじめは片頭痛であったものが次第に発作頻度が増し、緊張型頭痛を合併、毎日頭痛が起こるようになるものである。この変形していく過程が明らかでない場合もあるので現在はこれをchronic

migraineとして分類することが提唱されているのである。かつてCDHのかなりの部分が慢性緊張型頭痛の特徴をもつと考えられていたが¹⁴⁾、Mathew¹⁵⁾らは630例のCDH患者を解析し、このtransformed migraineの割合の方が多いことを明らかにした。同様に、Sandriniら¹⁶⁾もCDHを呈した90例を対象として検討を加え、この結果CDHを呈する症例の大多数は片頭痛の異型と考えられ、ごく一部がCTTHであったとした。Mathew¹⁷⁾はCDHをIHS分類の改訂版には取り上げるべきと述べており、この他の学者からもCDHを分類に追加するとの多くの意見がある。特に米国の研究者の多くはこれをIHS分類の最大の問題点と指摘している。しかし、このようなtransformed migraineの名称の使用はおろか、CDHの名称自体に対して否定的意見もあり、先に述べたように、2003年のIHS新分類⁶⁾ではchronic migraineとして分類されている(表3)。ここにおけるchronic migraineとは薬剤誘発頭痛(表4)の除外が記されているので、CDHの増悪因子としての薬剤というかたちで解釈するのがよ

表3 chronic migraine (IHS 1.5.1) の定義⁶⁾

薬剤誘発性でない片頭痛で下記の基準を満たすもの
A. 1カ月に15日以上片頭痛が3カ月以上続く
B. 他の疾患が除外できる

表4 原因物質あるいはその離脱に伴う頭痛 (IHS 8.)⁶⁾

8.2 薬剤の過剰摂取による頭痛
8.2.1 エルゴタミンによる頭痛
8.2.2 トリプタンによる頭痛
8.2.3 鎮痛薬乱用による頭痛
8.2.4 麻薬乱用による頭痛
8.2.5 多種の薬剤による頭痛
8.2.6 他の原因物質
8.4 原因物質離脱頭痛
8.4.1 カフェイン離脱頭痛
8.4.2 麻薬離脱頭痛
8.4.3 エストロゲン離脱頭痛
8.4.4 他の原因物質

いのかもしれない。ただ、CDHを chronic migraine を包含した広い概念として捉えればその背景には片頭痛とその経過による変化あるいは変形による重症化がまず存在し、これに緊張型頭痛の要素の加味され、その発現に治療薬剤、特に鎮痛薬が関与していることが実際に多いことには議論をはさむ余地はない。Mathew¹⁷⁾ は CDH患者の約80%に薬物の過剰使用が認められたと報告しており、この後の報告でも同等あるいはそれ以上の薬剤の過剰服用がみられたとしている。さらに、Krymchantowski と Moreira¹⁸⁾ は、このタイプの CDH は明らかに女性に多く、鎮痛剤の使用、とりわけ多剤同時使用が女性に多いことと関連している可能性があるとして報告している。また、これらの誘発因子には高血圧、カフェインの過剰摂取、アレルギー、喘息などがあるという¹⁹⁾。

transformed migraine すなわち chronic migraine でもっとも多い例は、若年で女性に多く典型的な片頭痛で発病し(ただし、前兆を伴わない片頭痛が90%という)、年齢が増すに従って頭痛の頻度が増していくタイプである。頭痛の頻度が増大するにつれ、光・音過敏、悪心などは減っていく。Krymchantowski²⁰⁾ は transformed migraine 患者215例の診察結果から多くは毎日軽度の頭痛があり、間歇的な片頭痛発作をもつものは比較的少数と報告した。また、患者が訴える痛みの性状は46.5%が両側性で、37.1%が片側性、12.1%はびまん性、さらに26.5%は頭部以外であると記載している。さらに、40.9%に拍動痛、36.2%が締め付けられる痛み、17.2%はその両者、4.2%は焼けるような痛み、7.4%はそれ以外の痛みと表現している。頭痛に苛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、頭痛が起きてしまった場合多大な日常生活の障害を受けるといった心理的・社会的要因が関与している場合が多い。Mathew¹⁷⁾ は transformed migraine 患者の約80%にうつが

認められたと報告しており、最近の Juang の報告²¹⁾ でも261例の CDH患者のうち transformed migraine では CTTH患者に比べ有意にうつ、パニック障害や強迫性障害が多く、前2者はそれぞれ57%と30%にもみられたとしている。また、CDH患者には、このほか過敏性大腸症候群、睡眠障害そして線維筋痛が併存することが多いとされ、しばしばうつ病、不安またはアルコール症の家族歴をもっているという²²⁾。CDH患者における SF-36 を用いた QOL 評価では、QOL 低下は有意であり特にそれは薬剤誘発性のもので特に低下するとの報告がある²²⁾。

最初にあった片頭痛から CDH に至るのに平均 11~16 年程かかり^{13,23)}、はじめ片頭痛が軽い群と、重い群とを比較しても、最終的には両者の重症度は同じであるとされている²³⁾。また、寺本と宮尾²⁴⁾ は2,000例の片頭痛患者を対象とした検討から、高齢者の方が頭痛頻度が多いと報告している。しかし興味あることに、Spieringsら²³⁾ によれば片頭痛が突然連日化する例が19%もあるという。

2. 慢性緊張型頭痛 chronic tension-type headache (CTTH) (IHS 2.3)

緊張型頭痛が背景にある CDH である。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有する。すなわち、典型的片頭痛の既往はなく、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、歩行や階段昇降、あるいはそれと同等の運動での悪化はみられない、中等度以上の悪心や嘔吐がないこと、軽い悪心、光過敏あるいは音過敏のうちの2つ以上ないことも診断的価値があるとされている(表5)。やはり多くは鎮痛薬の過剰服用によるものであり、うつなどの心因性要素が関与することが多い。

現在でも CTTH を主体とした頭痛がこの CDH

表5 慢性緊張型頭痛 chronic tension-type headache(IHS 2.3)の定義⁶⁾

-
- A. 1カ月に15日以上(1年に180日以上)の頭痛が6カ月以上続き、B～Dを満たす
- B. 頭痛は数時間以上続くか、持続性である
- C. 頭痛の性状が次のうち少なくとも2つ以上あてはまる
1. 両側性
 2. 圧迫/締め付けられる痛み(拍動性でない)
 3. 軽から中等度
 4. 歩行や階段昇降、あるいはそれと同等の日常運動での悪化はみられない
- D. 下記の2つを満たす
1. 光・音過敏あるいは軽い悪心のうち2つ以上がないこと
 2. 中等度以上の悪心あるいは嘔吐のないこと
- E. 他の疾患を否定できる
-

のかなりの部分をなしていることは事実であろうし、さらに寺本²⁵⁾が述べているように、CDHと日常よく経験する肩こりを主座とする緊張型頭痛の特徴には臨床的に隔たりがあり、この点から疾患としての緊張性頭痛の独立性を含め、位置づけを再考する必要があると思われる。

3. new daily persistent headache (IHS 4.8)

1986年 Vanastにより提唱された。片頭痛や慢性緊張型頭痛の既往がなく突然始まった4時間以上の頭痛が1カ月に15日以上持続する頭痛である。発症は3日以内と急速で、比較的若年、ウイルス感染後に発症しやすいとの報告もある。CTTHとの鑑別点が明確ではなく、CTTHの新規発症例との考えもあったが新分類では独立した概念になっている⁶⁾。

4. hemicrania continua (IHS 4.7)

1984年 Sjaastadらにより提唱されたまれな持続性片側性頭痛である。痛みが片側に限局しその強さの変動が著明で、流涙、結膜充血、鼻閉など群発頭痛にも似た特徴的な所見を有する。インド

メタシンが有効などの特異性があるため独立した頭痛疾患とされたが⁶⁾ new daily persistent headacheと同様、報告が少なく不明な点も多い。

C. 治療

同じCDHといってもそのなり立ちが異なることについてはすでに述べた。治療は、まずどのようなタイプの、どのような構成要素のCDHであるかという詳細な診断が必要である。例えば、hemicrania continuaにはインドメタシンが著効することはよく知られた事実である⁹⁾。もちろんまず器質性の要素の除外が必要であることはいうまでもない。具体的にはCDHに内在する片頭痛と緊張型頭痛の鑑別と特に前者に対する適切な治療が必要であり、重篤な片頭痛を薬物療法により押さえ込み緊張型には非薬物療法で対処することが基本になる。頭痛の状態、薬剤の服用状況の把握するうえで頭痛日記の活用も有用である。また、精神的背景などの把握も重要となる。もっとも問題となる薬剤の長期乱用について、頭痛をきたしやすい薬剤には鎮痛薬、エルゴタミン、カフェイン、オピオイド、バルビツレート、トリプタン系薬剤が知られている。トリプタンは比較的頭痛誘発をしづらいつと考えられていたがLimmrothら²⁶⁾によると比較的早期にかつ低用量投与で薬剤誘発性頭痛をきたすとの報告もある。DodickとSaper²⁾はCDH治療に表6に示すような指針を

表6 CDH治療の原則²⁾

-
1. 鎮痛薬の使用量制限
 2. 侵害受容過程を悪化させているテント上方皮質入力を減らすために、非薬物治療を開始
 3. 毎日の疼痛と急性の片頭痛のために薬物療法を管理
 4. 原因となる、あるいは合併する神経精神医学的な疾病と行動障害に対する薬物療法を開始
 5. 反跳性頭痛が存在するならば積極的な薬物療法を施行
-

示しているが、それによると、まずは鎮痛薬の使用制限、生活指導を中心とした非薬物治療の開始、毎日の疼痛と急性の片頭痛を適切に鑑別し、適切な薬物療法を管理すること、さらには精神医学的なアプローチ、そして反跳性頭痛のために積極的な薬物療法が行われるべきと述べている。反跳性頭痛とは、断薬によりより激しい頭痛が到来することをいう。

薬剤誘発性頭痛がCDHの1つの本態であることはすでに述べたが、この場合表現形がchronic migraineであってもCTTHであっても思い切った薬を断つことがもっとも重要なことである。片頭痛のコンポーネントを薬物治療したり、投薬の漸減は勧められていない²⁷⁾。ただ、CDH治療方針として銘記すべき重要なことの1つは、基本的に頭痛の完全消失はないので、薬剤制限や中止で完全に頭痛がとれることはないとの認識が必要であろう。薬剤乱用の原因となった頭痛の予防、患者教育も必要である。薬剤を中止することができれば、1週間くらいで頭痛が消失あるいは著明に軽快することが知られている。このような例での入院治療については、賛否両論があるが^{28,29)}、精神的、社会的見地から、断薬が困難なことも多く、必要なら入院して薬を断つことが必要である^{2,8)}。また、断薬の困難さに加え、CDHのうち1/4が薬剤を中止しただけでは効果がないとの報告もあり³⁰⁾、この際の補助薬としては、抗うつ薬、抗てんかん薬、ステロイド、トリプタン系薬剤、注意したうえで非ステロイド性消炎鎮痛薬の頓服、あるいは α 2アドレナリンアゴニストであるチザニジンの内服も推奨されている³¹⁾。また、片頭痛の予防的治療薬として塩酸ロメリジン、 β 遮断薬やSSRIの内服もよいとされているが³²⁾、これらのなかで批判に耐えうる厳密な検討がされているのは三環系抗うつ薬のアミトリプテンだけとされている^{33,34)}。Zwartらは32,000人以上を対象として検証を行い、鎮痛薬が投与されていた例

では投与されていない例に比べ、19倍以上薬剤誘発性頭痛が多かったと報告している³⁵⁾。否定的な意見もあるものの、薬剤乱用、とくに鎮痛薬乱用が、chronic migraineの大きな要因となっていることをこの報告は示したものと考えられ鎮痛薬を必要以上に使用しないことが予防として重要であろう。

むすび

CDHは一般住民中の4~5%に存在するにもかかわらず、一部の専門家を除きいままでもあまり知られることのなかった頭痛である。その疾患概念自体が不明確であり、国際的な診断基準にもその名がみあたらない。しかし、CDHの問題は頭痛診療を行ううえでこれを避けて通ることはできないといつてよい。名称の是非は別としてCDHという概念を多くの医師と頭痛に悩む患者さんに理解していただくことを望み本稿を終えたい。

文献

- 1) Headache Classification Committee of the International headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 Suppl 7: 1-96.
- 2) Dodick DW, Saper J. Cluster and chronic daily headache. *Neurology* 2003; 60 Suppl 2: 31-7.
- 3) Krusz JC. Prophylaxis for chronic daily headache and chronic migraine with neuronal stabilizing agents. *Curr Pain Headache Rep* 2002; 6: 480-5.
- 4) Wang SJ. Epidemiology of migraine and other types of headache in Asia. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2003; 3: 104-8.
- 5) Hershey AD. Chronic daily headaches in children. *Expert Opin Pharmacother* 2003; 4: 485-91.
- 6) Headache Classification Committee of the International headache Society: The international classification of headache disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24 Suppl 1: 1-150.
- 7) 寺本 純. Chronic daily headache. *日本内科学会雑誌* 2001; 90: 80-5.
- 8) 作田 学. 臨床医のための片頭痛エッセンス, ライフ

第1章

頭痛の概念・定義

新国際頭痛分類 (ICHD-II)

— 一次性頭痛, 二次性頭痛 —

要旨

新しい国際頭痛分類第2版は正式名 International Classification of Headache Disorders 2nd Edition (ICHD-II) といい, 2004年に正式に公表された。今回の分類は1988年以来初めて改訂されたもので, 旧国際頭痛分類に新しい知見とエビデンスを加えてより科学的に作成された。ICHD-IIは第1部: 一次性頭痛 (片頭痛など), 第2部: 二次性頭痛, 第3部: 頭部神経痛・顔面痛・その他に分かれ, 14の頭痛大分類と緒言, 付録から成っている。

はじめに

頭痛分類の嚆矢は1962年に発表された米国神経学会の頭痛分類特別委員会の頭痛分類¹⁾である。この分類では個々の診断基準が利用者自身に任されていてあいまいであった。1988年, Jef Olesen 教授を委員長とする国際頭痛学会 (IHS) の頭痛分類委員会が, 頭痛の分類と診断基準を提案した²⁾ (以後この基準を国際頭痛分類第1版, ないし単に「初版」と呼称する)。初版では群発頭痛を片頭痛から分離させ, 筋収縮性頭痛を緊張型頭痛と改称した。また, 各頭痛タイプに詳細な診断基準を提示したことが画期的であった³⁾。初版は初めての世界的な分類・基準として評価され, 約15年間, 疫学的研究や臨床研究に使用された。特に片頭痛治療薬トリプタン系新薬の開発には大きく貢献した。

その後トリプタン製剤の開発に触発され, 頭痛研究が飛躍的に進歩した。その知識の集積を踏まえて国際頭痛学会は新しい国際頭痛分類を発表した⁴⁾。この新しい国際頭痛分類は国際頭痛分類第2版 (ICHD-II) と呼ばれている⁵⁾。この全文は http://216.25.100.131/ihcommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf で閲覧可能である。以下この新分類の概要を解説する。

● キーワード

新国際頭痛分類
国際頭痛学会
頭痛分類委員会
一次性頭痛
二次性頭痛
頭痛の分類と診断基準

新国際頭痛分類 (ICHD-II) の体系と特徴

新分類の序文には「初版との連続性を維持することに心がけたこと、プライマリー医師は最初のレベル、すなわち片頭痛が診断ができれば十分であること、特に1.1「前兆のある片頭痛」(数字は新頭痛分類のコード番号、以下同様)、1.2「前兆のない片頭痛」、2.「緊張型頭痛の主要なサブタイプ」、3.「群発頭痛」とその他の少数の頭痛の診断基準を知っていればよいこと、それ以外は折に触れて調べればよいこと」などと述べられている。

新分類は初版を踏襲しているものの、各所に増補と改定がなされている。中には初版の1.2.6「突発性前兆を伴う片頭痛」など新分類から削除された項目や、その一方で13.17「眼筋麻痺型片頭痛」などのように1.「片頭痛」から13.「頭部神経痛および中枢性顔面痛」に移された項目もある。

ICHD-IIでは頭痛を第1部：一次性頭痛 (primary headache)、第2部：二次性頭痛 (secondary headache)、第3部：頭部神経痛・顔面痛・その他の3部構成になっており、緒言と付録が付随している。付録には議論の多い頭痛疾患が扱われ、片頭痛については代替診断基準も提示されている。新分類では頭痛を14のグループに分ける。初版は13分類であったが12.「精神疾患による頭痛」が加わったために、14項目になった。ICHD-IIにおける頭痛大分類は表1に示す。一次性頭痛は、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、その他の一次性頭痛の4群に分けられる。器質的疾患に起因する二次性頭痛は外傷など8項目に大別されている。

頭痛はグループ⇒タイプ⇒サブタイプ⇒サブフォームと階層的な分類体系 (hierarchical classification) で分類されている。これにより各頭痛は1～4桁のコードによって表される。例えば、第1グループ片頭痛群の頭痛タイプは1.「片頭痛」のみであり、1.1「前兆のある片頭痛」と、1.2「前兆のない片頭痛」がサブタイプである。1.2「前兆のある片頭痛」は、1.2.1「典型的な前兆に片頭痛を伴うもの」などのサブフォームに細分化されている。

ICHD-IIはWHOのICD国際疾病分類と同じ様式にまとめられているのも特徴である。ICD-10NA (国際疾病分類第10版・神経疾

表1 国際頭痛分類第2版
(The International Classification Of Headache Disorders 2nd Edition)

<p>第1部 (Part one) : 一次性頭痛 (The primary headaches)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 片頭痛 (migraine) 2. 緊張型頭痛 (Tension-type headache : TTH) 3. 群発頭痛および他の三叉神経・自律神経性頭痛 (Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias) 4. その他の一次性頭痛 (Other primary headaches) <p>第2部 (Part two) : 二次性頭痛 (The secondary headaches)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 頭頸部外傷による頭痛 (Headache attributed to head and/or neck trauma) 6. 頭頸部血管障害による頭痛 (Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder) 7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛 (Headache attributed to non-vascular intracranial disorder) 8. 物質またはその離脱による頭痛 (Headache attributed to a substance or its withdrawal) 9. 感染症による頭痛 (Headache attributed to infection) 10. ホメオスターシスの障害による頭痛 (Headache attributed to disorder of homeostasis) 11. 頭蓋骨, 頸, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口あるいは他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures) 12. 精神疾患による頭痛 (Headache attributed to psychiatric disorder) <p>第3部 (Part three) : 頭部神経痛, 中枢性・一次性顔面痛およびその他の頭痛 (Cranial neuralgias, central and primary facial pain and other headaches)</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. 頭部神経痛および中枢性顔面痛 (Cranial neuralgias and central causes of facial pain) 14. その他の頭痛, 頭部神経痛, 中枢性あるいは原発性顔面痛 (Other headache, cranial neuralgia, central or primary facial pain)

患群) に対応するよう作成されている。

新国際頭痛分類 (ICHD-II) の記述方針

全編, 同一の記述方針によって記載されている。まず各頭痛グループの筆頭に, そのグループに属する頭痛分類, 他疾患にコード化すべき頭痛, 全般的コメント, 緒言が掲載されている。その後に頭痛のサブタイプとサブフォームが挙げられ, 最後に文献リストが附属している。

1.1 「前兆のない片頭痛」を例にとると, 「以前に使用された用語」

表2 1.1 「前兆のない片頭痛」の診断基準

- | |
|--|
| <p>A. B～Dを満たす頭痛発作が5回以上ある。</p> <p>B. 頭痛の持続時間は4～72時間（未治療もしくは治療が無効の場合）</p> <p>C. 頭痛は次のうち少なくとも2項目を満たす。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 片側性 2. 拍動性 3. 中等度～重度の頭痛 4. 日常的な動作（歩行や階段昇降などの）により頭痛が増悪する、あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける。 <p>D. 頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 悪心または嘔吐（あるいはその両方） 2. 光過敏 および 音過敏 <p>E. 他の疾患によらない</p> |
|--|

として普通型片頭痛（common migraine）、単純片側頭痛（hemicrania simplex）が示されている。「他疾患にコード化する」については該当項目がない。この頭痛の「解説」としては「頭痛発作を繰り返す疾患で、発作は4～72時間持続する。片側性、拍動性の頭痛で、中等度～重度の強さであり、日常的な動作により頭痛が増悪することが特徴的であり、随伴症状として悪心や光過敏・音過敏を伴う」と簡潔にその特徴が述べられている。

1.1 「前兆のない片頭痛」の診断基準は表2に例示する。診断基準は、すべて満たされるべきアルファベット項目（A, B, C・・・）と付随する数字項目（1.2.3・・・）から成っている。満たすべき数字項目の数は基準に明示されている。診断基準の後に「注」が付され、「発作回数が5回未満の例は、（中略）、1.6.1 「前兆のない片頭痛の疑い」にコード化すべきである」などと補足されている。

最後にコメントが付されている。1.1 「前兆のない片頭痛」については『最も一般的な片頭痛サブタイプであること、発作発現頻度が高く、日常生活に支障を来す傾向が強いこと、月経と密接な関係にあること、発作頻度の極めて高い片頭痛は1.5.1 「慢性片頭痛」と分類するが薬物乱用が見られないことが条件であること、片頭痛の病態は中枢神経系に由来すること』などが述べられている。

初版と新国際頭痛分類 (ICHD-II) と相違する点

初版の片頭痛の診断基準の正当性は、トリプタンによる片頭痛の改善率が異なった国でも同率であったことから示されている。多くの理由から片頭痛に対する診断基準はほとんど変更されていない。新分類の新しい考え方として、片頭痛の病態は頭蓋内血管周囲の神経が敏感になり感作された状態と考えている。視覚性前兆（多くは閃輝暗点）からなる典型的な前兆を拡張性抑制 (cortical spreading depression) によるものとしてとらえ、片麻痺性片頭痛は別の病態を想定している。新たに1.5.1「慢性片頭痛」を追加した。月15回以上の高頻度の片頭痛が該当するが、薬物乱用によるものは除外する。

緊張型頭痛も初版と大きな変化はないが、反復性緊張型頭痛のうち月1日未満のものを稀発 (infrequent)、それ以上のものを頻発 (frequent) と区分した。

群発頭痛群については、三叉神経・自律神経性頭痛 (TACs) の概念が導入された。そのほかは従来とほぼ同様である。

そのほかの一次性頭痛として4.6「一次性雷鳴頭痛」、4.7「持続性片側頭痛」、4.8「新規発症持続性連日性頭痛 (NDPH)」が採用され、外的圧迫による頭痛、寒冷刺激による頭痛は13.「頭部神経痛および中枢性顔面痛」に移された。

二次性頭痛については、頭蓋内の感染と頭蓋外のが別グループであったものを9.「感染症による頭痛」に統一されたこと、「代謝性または全身性疾患に伴う頭痛」が10.「ホメオスターシスの障害による頭痛」と改称されたこと、12.「精神科による頭痛」という新しい章が追加されたことが大きな相違点である。また初版では「に伴う (associated with)」というやや正確に欠けていた表現であったが、今回は他の疾患「による (attributed to)」と明確化された。

訳語の変更

これまで primary headache は機能性頭痛, secondary headache は症候性頭痛と訳されてきた。本来、一次性頭痛は症候 (症状) によって診断される (symptom-based) 頭痛疾患であり、病因 (aetiological) によって分類される二次性頭痛を症候性頭痛と訳すと