

**Figure 2** This shows the effect of acupuncture on visual analogue scale (VAS) score for chronic shoulder pain. The pain intensity was lower at weeks 4–5 in the trigger point acupuncture (TrP) group when compared to pretreatment scores. ■: TrP group ( $n = 8$ ), ◆: sham acupuncture group ( $n = 7$ ), \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ .

The AUCs for pain intensity (VAS score) are shown in Fig. 3. The score was significantly lower in the TrP group than in the SH group ( $p = 0.024$ ).

### 3.3. Functional impairment

The reduction in the CMS score was higher at week 5 in the TrP group, when compared with that at pretreatment. These improvements persisted for 1 month after cessation of the treatment. The mean CMS score showed a significant reduction in the TrP group ( $p < 0.001$  in the TrP; Fig. 4).

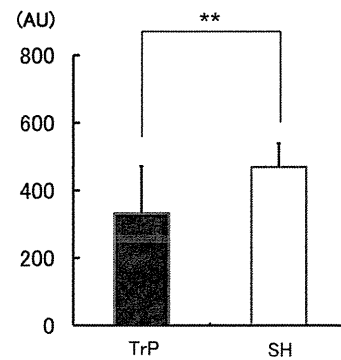
The AUCs for functional impairment (CMS score) are shown in Fig. 5. The score was not significantly higher in the TrP group than in the SH group ( $p = 0.311$ ).

### 3.4. Assessment of the blinding technique

In the present procedure, 77.8% in the TrP group and 75.0% in the SH group stated that they received the needle insertion to the muscle, whereas 22.2% in the TrP group and 25.0% in the SH group stated they received no penetration of the needle. There was no significant difference between the two treatment types ( $\chi^2 = 0.18$ ,  $p = 0.89$ ).

**Table 2** Characteristics and baseline values of patients in the two groups.

	Trigger point group	Sham group
Sample size	8	8
Age (y)	55.0 ± 12.6	59.3 ± 15.6
Pain duration (y)	2.1 ± 1.6	2.2 ± 1.6
Visual analogue scale (mm)	67.3 ± 18.2	66.9 ± 10.1
Constant–Murley Score	57.0 ± 9.9	57.6 ± 8.0
Drug user	0	0



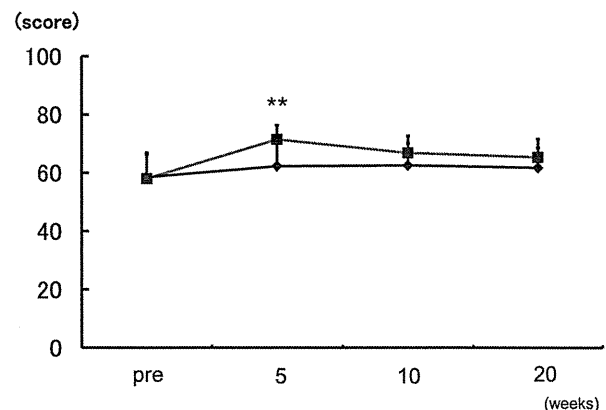
**Figure 3** The columns indicate the area under the curve (AUC, arbitrary units) for changes in the pain visual analogue scale (VAS) score in the two groups. During the observation period, improvement was greater in the TrP group than the SH group ( $p = 0.024$ ). \*\* $p < 0.01$ .

## 4. Discussion

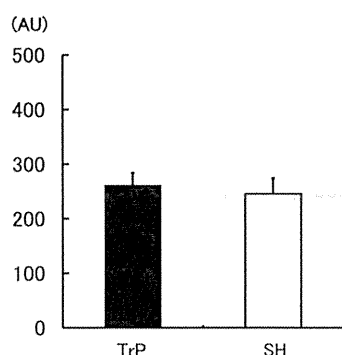
In the present study, there was a statistically significant difference between the TrP and SH acupuncture treatments, 5 weeks after the first treatment. These results suggest that TrP treatment is more effective than SH acupuncture treatment for chronic shoulder pain.

In many cases, chronic shoulder pain is correlated with deformation of the shoulder joint and muscle tension around the joint [17]. A wide range of treatments are used, including drugs, physical medicine methods, and manual treatments [4,5]. Acupuncture treatment has been used for pain relief for a long time. Several studies have examined the efficacy of acupuncture treatment for shoulder pain; however, the results have been mixed [11,17].

In evaluating the efficacy of acupuncture, three important parameters are the site, mode, and intensity of the stimulation. For assessing the 'stimulation site' parameter, one can define the number of stimulation sites and their location (traditional acupoint or tender/trigger point). In



**Figure 4** The effect of acupuncture on Constant–Murley Score (CMS) score indicating shoulder function. The CMS score was lower at weeks 5–10 in the trigger point acupuncture (TrP) group when compared to pretreatment scores. ■: TrP group ( $n = 9$ ), ◆: sham acupuncture group ( $n = 8$ ), \*\* $p < 0.05$ .



**Figure 5** The columns indicate the area under the curve (AUC, arbitrary units) for changes in shoulder function in the two groups. The trigger point acupuncture (TrP) group, the score was higher than the sham (SH) group score, but the difference was not statistically significant ( $p = 0.311$ ).

most previous studies, the stimulation sites were traditional acupuncture points [18–20]. However, our results suggest that the response to trigger points is greater than the response to treating traditional acupoints or non-trigger points [21,22]. These results suggest that the site of stimulation is important, and the acupuncture stimulation of myofascial trigger points might be most effective for chronic shoulder pain patients.

The importance of the sham-controlled, randomized clinical trials, to control for the strong placebo effects of acupuncture, has been debated [14,23,24]. Nabeta and Kawakita [14] found that there are many acupuncture randomized clinical trials in which various control groups have been employed, such as no-treatment controls [25], mere pricking (without penetration) [26], minimum acupuncture (shallow and weak needling) [27], and mock transcutaneous electrical nerve stimulation (without current pulse) [28,29]. However, in most previous studies, positive results were obtained in studies that used a non-acupuncture control group [25,30], and negative results tended to be reported in those that used SH acupuncture or mock transcutaneous electrical nerve stimulation [31,32]. Therefore, the choice of control might be very important. The SH acupuncture technique used in this study was very simple. We used a needle that had previously had its tip cut off so that it was blunt. The practitioner applied the same procedure as for the genuine acupuncture. Blinding in this study appears to have been successful. Although a few patients withdrew from the study, we considered the influence on the results to be minimal, because the number of withdrawals in each group did not differ much (1/7 in SH and 0/8 in TrP).

#### 4.1. Effectiveness of the trigger point as a treatment site for acupuncture

The myofascial trigger points have often been used in the treatment of myofascial pain syndrome. The myofascial trigger point has been defined as a highly localized and hyperirritable spot in a palpable taut band of skeletal muscle fibers [13]. Important characteristics of myofascial trigger points include local pain or tenderness, referred

pain or referred tenderness, and local twitch response [12,13]. Acupuncture or dry needling of a myofascial trigger point appears to provide immediate relief of pain related to that myofascial trigger point [21,33,34]. However, the effects of TrP on chronic shoulder pain remain unclear.

In this study, clinical results suggested that the analgesic effect of TrP is better than that of SH acupuncture. Myofascial active trigger points are supposed to be sites where nociceptors, such as polymodal-type receptors, have been sensitized by various factors [35,36]. In particular, sensitized nociceptors might be a cause of localized tenderness, referred pain, and local twitch response [37,38]. Moreover, the trigger point insertion of the needle (but not always acupuncture point insertion) affects sensitized nociceptors [38–40]. Thus, acupuncture stimulation of myofascial active trigger points may produce greater activation of sensitized polymodal-type receptors, resulting in greater pain relief.

TrP, compared with standard acupuncture, provides significantly more relief of chronic low back pain and neck pain [21,22], but not of chronic knee pain [41]. These findings suggest that the myofascial pain near joints in contrast to other types of chronic pain, may depend on different factors, such as inflammation and joint pain. Therefore, the effects of standard acupuncture on chronic shoulder pain may be as effective as TrP. However, the limited sample size and poor quality of these studies highlights and supports the need for large scale, good quality placebo controlled trials in this area [42].

#### Disclosure statement

The author affirms there are no conflicts of interest and the author has no financial interest related to the material of this manuscript.

#### Acknowledgments

The authors thank Drs. Y. Katsumi and N. Ishizaki for their constructive comments on the manuscript, and T. Miyamoto for his help during this study.

#### References

1. Luime J, Koes B, Hendriksen I. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population: a systematic review. *Scand J of Rheum*. 2004;33:73–81.
2. Dolder PA, Ferreira PH, Refshauge KN. Effectiveness of soft tissue massage and exercise for the treatment of non-specific shoulder pain: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2012;0:1–12.
3. Mesistin RJ, Sperling JW, Stitik TP. Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *Am J Orthop*. 2005;34:5–9.
4. Buchbinder R, Hoving JL, Green S, Hall S, Forbes A, Nash P. Short course prednisolone for adhesive capsulitis (frozen shoulder or stiff painful shoulder): a randomised double blind, placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:1460–1469.
5. Vas J, Perea-Milla E, Mendez C, Galante AH, Madrazo F, Medina I, et al. Acupuncture and rehabilitation of the painful shoulder: study protocol of an ongoing multicentre randomised controlled clinical trial. *BMC Complement Altern Med*. 2005;5:19.

6. Focks C, Hillenbrand N. *Leitfaden Traditionelle Chinesische Medizin, Schwerpunkt Akupunktur*. Stuttgart: Gustav Fischer; 2000 [In German].
7. Su Geng. *Practical TCM—Acupuncture and Moxibustion*. Beijing: New World Press; 1991.
8. Stux G, Berman B, Pomeranz B, Kofen P. *Basics of Acupuncture*. New York: Springer; 2003.
9. Stux G, Stiller N, Berman B, Pomeranz B. *Akupunktur, Lehrbuch und Atlas*. Berlin: Springer; 2003.
10. Xinnong C. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. Beijing: Foreign Languages Press; 1987.
11. Molosberger AF, Schneider T, Gotthardt H, Drabik A. German randomized acupuncture trial for chronic shoulder pain (GRASP)—a pragmatic, controlled, patient-blinded, multi-centre trial in an outpatient care environment. *Pain*. 2010;151:146–154.
12. Hong C-Z. Persistence of local twitch response with loss of conduction to and from the spinal cord. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75:12–16.
13. Simons D, Travell JG, Simons L. *Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual*, vol. 1. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999.
14. Nabeta T, Kawakita K. Relief of chronic neck pain and shoulder pain by manual acupuncture to tender points—a sham-controlled randomized trial. *Complement Ther Med*. 2002;10:217–222.
15. Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop*; 1987:160–164.
16. Garcia Chinchetru MC, Martinez Florez A. Escalas de valoración funcional del hombro [Scales of functional assessment of the shoulder]. *Rehabilitacion (Madr.)*. 1994;28:435–441 [In Spanish].
17. Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuncture for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev*; 2005:CD005319.
18. Berman BM, Singh BB, Lao L, Langenberg P, Li H, Hadhazy V, et al. A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology*. 1999;38:346–354.
19. Tillu A, Tillu S, Vowler S. Effect of acupuncture on knee function in advanced osteoarthritis of the knee: a prospective, non-randomised controlled study. *Acupunct Med*. 2002;20:19–21.
20. Brinkhaus B, Becker-Witt C, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S, et al. Acupuncture Randomized Trials (ART) in patients with chronic low back pain and osteoarthritis of the knee—design and protocols. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*. 2003;10:185–191.
21. Itoh K, Katsumi K, Kitakoji H. Trigger point acupuncture treatment of chronic low back pain in elderly patients—a blinded RCT. *Acupunct Med*. 2004;22:170–177.
22. Itoh K, Katsumi Y, Hirota S, Kitakoji H. Randomised trial of trigger point acupuncture compared with other acupuncture for treatment of chronic neck pain. *Complement Ther Med*. 2007;15:172–179.
23. Vincent C, Lewith G. Placebo controls for acupuncture studies. *J R Soc Med*. 1995;88:199–202.
24. Vincent CA, Richardson PH. The evaluation of therapeutic acupuncture: concepts and methods. *Pain*. 1986;24:1–13.
25. Coan RM, Wong G, Coan PL. The acupuncture treatment of neck pain: a randomized controlled study. *Am J Chin Med*. 1982;9:326–332.
26. Johansson A, Wenneberg B, Wagersten C, Haraldson T. Acupuncture in treatment of facial muscular pain. *Acta Odontol Scand*. 1991;49:153–158.
27. Leibing E, Leonhardt U, Koster G, Goerlitz A, Rosenfeldt JA, Hilgers R, et al. Acupuncture treatment of chronic low-back pain—a randomized, blinded, placebo-controlled trial with nine-month follow-up. *Pain*. 2002;96:189–196.
28. Grant DJ, Bishop-Miller J, Winchester DM, Anderson M, Faulkner S. A randomized comparative trial of acupuncture versus transcutaneous electrical nerve stimulation for chronic back pain in the elderly. *Pain*. 1999;82:9–13.
29. Carlsson CPO, Sjölund BH. Acupuncture for chronic low back pain: a randomized placebo-controlled study with long-term follow up. *Clin J Pain*. 2001;17:296–305.
30. Birch S, Jamison RN. Controlled trial of Japanese acupuncture for chronic myofascial neck pain: assessment of specific and non-specific effects of treatment. *Clin J Pain*. 1998;14:248–255.
31. Moore ME, Berk SN. Acupuncture for chronic shoulder pain: an experimental study with attention to the role of placebo and hypnotic susceptibility. *Ann Intern Med*. 1976;84:381–384.
32. Petrie JP, Hazleman BL. A controlled study of acupuncture in back pain. *Br J Rheumatol*. 1986;25:271–275.
33. Itoh K, Asai S, Ohyabu H, Imai K, Kitakoji H. Effects of trigger point acupuncture treatment on temporomandibular disorders: a preliminary randomized clinical trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2012;5:57–62.
34. Irnich D, Behrens N, Gleditsch JM, Stor W, Schreiber MA, Schops P, et al. Immediate effects of dry needling and acupuncture at distant points in chronic neck pain: results of a randomized, double-blind, sham-controlled crossover trial. *Pain*. 2002;99:83–89.
35. Kumazawa T. Nociceptors and autonomic nervous control. *Asian Med J*. 1981;24:632–656.
36. Kawakita K. Polymodal receptor hypothesis on the peripheral mechanisms of acupuncture and moxibustion. *Am J Acupunct*. 1993;21:331–338.
37. Itoh K, Kawakita K. Effect of indomethacin on the development of eccentric exercise-induced localized sensitive region in the fascia of the rabbit. *Jpn J Physiol*. 2002;52:173–180.
38. Itoh K, Okada K, Kawakita K. A propose experiment model of myofascial trigger points in human muscle after slow eccentric exercise. *Acupunct Med*. 2004;22:2–13.
39. Ceccherelli F, Rigoni MT, Gagliardi G, Ruzzante L. Comparison of superficial and deep acupuncture in the treatment of lumbar myofascial pain: a double-blind randomized controlled study. *Clin J Pain*. 2002;18:149–153.
40. Ishimaru K, Kawakita K, Sakita M. Analgesic effects by TENS and electroacupuncture with different types of stimulating electrodes on deep tissues in human subjects. *Pain*. 1995;63:181–187.
41. Itoh K, Hirota S, Katsumi Y, Ochi H, Kitakoji H. Trigger point acupuncture for treatment of knee osteoarthritis—a preliminary RCT for a pragmatic trial. *Acupunct Med*. 2008;26:17–26.
42. Tough EA, White AR, Cummings TM, Richards SH, Campbell JL. Acupuncture and dry needling in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Pain*. 2009;13:3–10.

# 慢性頭痛の診療ガイドライン 2013

荒木 信夫

**Clinical Neuroscience** 別冊

Vol. 32 No. 5 2014年5月1日発行

中外医学社

# 慢性頭痛の診療ガイドライン 2013

荒木 信夫

## 今までの経緯

国際頭痛学会は1988年にThe International Classification of Headache Disorders<sup>1)</sup>を発表し、世界ではじめて共通の頭痛分類、診断基準ができ、頭痛研究の基盤ができた。わが国でも、それに応じて日本頭痛学会、日本神経学会が中心となり慢性頭痛の研究が進み、2002年には日本神経学会治療ガイドラインの一つとして、「慢性頭痛治療ガイドライン2002」<sup>2)</sup>が臨床神経学に掲載された。2004年には、国際頭痛学会は改訂版としてThe International Classification of Headache Disorders; 2nd edition (ICHD-2)<sup>3)</sup>を発表した。わが国でもこれに応じて、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業として、慢性頭痛の診療ガイドライン作成における研究班(主任研究者:坂井文彦)が作られ、2005年に「慢性頭痛の診療ガイドライン」がまとめられ、2006年に「慢性頭痛の診療ガイドライン」<sup>4)</sup>(日本頭痛学会、編)として医学書院から出版された。一方、2007年にはICHD-2を日本語に訳した「国際頭痛分類第2版 新訂増補日本語版」<sup>5)</sup>(日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会、訳)が出版された。

この2006年のガイドラインができたことにより、日本各地で頭痛外来が作られ、片頭痛急性期治療薬のトリプタンがより普及し、片頭痛の予防薬も徐々に認知されるようになってきた。

## 新たな慢性頭痛診療ガイドラインへの取り組み

2006年のガイドラインが果たした役割は大きなものがあったが、その後も頭痛に関する新知見が増えてきたため、日本頭痛学会が作成した「慢性頭痛の診療ガイドライン」(2006年)を改定するため、日本頭痛学会では、第2版の「慢性頭痛の診療ガイドライン」作成を2010年11月より開始した。その後、2011年になり、日本頭痛学会と日本神経学

あらかき のぶお 埼玉医科大学教授/神経内科

会が中心となり、日本神経治療学会、日本脳神経外科学会の協力のもと、この改訂作業が行われることになった。日本頭痛学会ガイドライン委員39名のうちグリープリーダー12名が神経学会のガイドライン委員となり、27名が神経学会のガイドライン協力委員となることが決まった。また、評価・調整委員7名を新たに加え、計46名で構成される委員会となった。

はじめに、大勢の委員が集まり、Mindsの吉田雅博先生にガイドラインについての基本的考え方をご教授いただき、その後も数回集まって議論を重ね、さらにwebでの意見交換を頻繁に行い、最終的には全員で集まり議論し全体をまとめていった。

この改訂作業の初めに内容の組み立て方の方針として、第1版の構成にならって作成することを決めた。第1版でもClinical Question(CQ)を採用していたので、形式は変えず、同様に以下の8つの章に分けた。

- I. 頭痛一般
- II. 片頭痛(1. 診断・疫学・病態・誘発因子・疾患予後, 2. 急性期治療, 3. 予防療法)
- III. 緊張型頭痛
- IV. 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛
- V. その他の一次性頭痛
- VI. 薬物乱用頭痛
- VII. 小児の頭痛
- VIII. 遺伝子

以上の8つの章に加えて、スマトリプタン在宅自己注射ガイドラインとバルプロ酸による片頭痛治療ガイドライン、プロプラノロールによる片頭痛治療ガイドラインを付録として掲載することも決まった。

科学的根拠の検索には系統だった手法を用いた。すなわち、PubMed, Cochrane Library, 医学中央雑誌などを利用して検索、その結果を統合してそれぞれのCQに対する推奨グレードを作成した。また、重要な論文はできるだけ、

表 1 急性期治療薬効群 (文献 6, p. 117, より)

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効, 副作用に注意)	Group 5 (無効)
トリプタン	制吐薬	ステロイド点滴静注	精神安定薬, 麻酔準備薬	
スマトリプタン	メトクロプラミド	デキサメタゾン	ドンペリドン坐薬	
スマトリプタン点鼻	メトクロプラミド筋注	ヒドロコルチゾン	プロクロルペラジン	
スマトリプタン注射アンブル	メトクロプラミド静注		プロクロルペラジン筋注	
スマトリプタン自己注射	ドンペリドン		クロルプロマジン	
sumatriptan (suppositories)	アセトアミノフェン・非ステロイド系消炎鎮痛薬		クロルプロマジン筋注	
sumatriptan (subcutaneous)	アセトアミノフェン		ドロペリドール筋注	
ゾルミトリプタン	アスピリン		プロポフォール静注	
zolmitriptan (nasal spray)	イブプロフェン		ジアゼパム筋注・静注	
エレトリプタン	ジクロフェナク		エルゴタミン	
リザトリプタン	ナプロキセン		エルゴタミン・カフェイン配合薬	
ナラトリプタン	エトドラク		エルゴタミン・カフェイン・ピリン系配合薬	
naratriptan (injection)	セレコキシブ		ジヒドロエルゴタミン	
almotriptan	メフェナム酸		その他	
frovatriptan	ザルトプロフェン		トラマドール	
	プラノプロフェン		トラマドール・アセトアミノフェン配合薬	
	ロキソプロフェン		トラマドール筋注	
	ロルノキシカム			
	その他			
	マグネシウム製剤			

表 2 予防薬剤薬効群 (文献 6, p. 150, より)

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効, 副作用に注意)	Group 5 (無効)
抗てんかん薬	抗てんかん薬	抗うつ薬	Ca拮抗薬	抗てんかん薬
バルプロ酸	レベチラセタム	フルボキサミン	flunarizine	クロナゼパム
トピラマート	ガバペンチン	イミプラミン	その他	ラモトリギン
β遮断薬	β遮断薬	ノルトリプチリン	methysergide	カルバマゼピン
プロプラノロール	メトプロロール	パロクセチン	ジヒドロエルゴタミン	Ca拮抗薬
timolol	アテノロール	スルピリド	melatonin	ニフェジピン
抗うつ薬	ナドロール	トラゾドン	オランザピン	β遮断薬
アミトリプチリン	抗うつ薬	ミアンセリン		アセプトロール
	fluoxetine	デュロキセチン		ピンドロール
	Ca拮抗薬	クロミプラミン		アルプレノロール
	ロメリジン	Ca拮抗薬		オクスプレノロール
	ベラパミル	ジルチアゼム		その他
	ARB/ACE阻害薬	ニカルジピン		クロニジン
	カンデサルタン	ARB/ACE阻害薬		
	リシノプリル	エナラプリル		
	その他	オルメサルタン		
	feverfew			
	マグネシウム製剤			
	ビタミンB <sub>2</sub>			
	チザニジン			
	A型ボツリヌス毒素			

アブストラクトフォームを作成し、学会のホームページでみられるようにすることも決まった。

各委員の分担を決め、執筆した後、各グループ内での議論を行なった。そして、その結果をインターネット上で全

委員に公開し、ブラッシュアップを行なった。2012年6月には委員が集まり、すべての項目のブラッシュアップを行なった。その後、2012年11月の第40回日本頭痛学会総会でガイドラインに関するシンポジウムを行い、広く意見を

求めた。また、評価・調整委員からの意見を集め、全学会員にも公開しパブリックコメントを求めた。2013年3月20日に最終的なまとめを行い、5月に「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」<sup>9)</sup>として出版の運びとなった。

## 第2版で新たに付け加えたCQ

前回の「慢性頭痛の診療ガイドライン」(2006年)に新たに付け加えた主なCQは以下のようである。

I. 頭痛一般：「頭痛診療においてチーム医療は必要か」「解離性動脈瘤に伴う頭痛はどう診断するか」の2項目のCQを加えた。

II. 片頭痛：新たに以下の9項目のCQを加えた。

「片頭痛の前兆にはどのようなものがあるか」

「片頭痛の前兆のメカニズムはどのように考えられているか」

「片頭痛の疼痛はどのように考えられているか」

「慢性片頭痛とはどのようなものか」

「片頭痛は脳梗塞の危険因子か」

「片頭痛患者におけるピルの使用は安全か」

「抗うつ薬とトリプタンの併用は安全か」

「頭痛のない前兆にどのように対処するか。視覚性前兆のみで頭痛を伴わない場合はどのように診断し治療するか」

「慢性片頭痛の治療をどうするか」

片頭痛に関する項目は44項目に及び最多であるが、その中でも重要な急性期治療薬を効果別に分けた表(表1)と、片頭痛予防薬を効果別に分けた表(表2)を示す。

III. 緊張型頭痛：「変容性片頭痛とTTHの関連はどうか」を加えた。

IV. 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭

痛：以下の2項目を加えた。

「発作性片側頭痛治療薬にはどのような種類があり、どの程度有効か」

「SUNCT, SUNAの治療薬にはどのような種類があり、どの程度有効か」

V. その他の一次性頭痛：今回、新たなCQの追加はない。

VI. 薬物乱用頭痛：次の1項目を加えた。

「薬物乱用頭痛の患者はどれくらいいるか」

VII. 小児の頭痛：次の1項目を加えた。

「小児に慢性連日性頭痛はどのくらいあるか。また、その診断と治療はどのように進めるか」

VIII. 遺伝子：次の1項目を加えた。

「片頭痛の遺伝子診断はできるか」

## むすび

以上、今回作成したガイドラインの作成の経緯や新たに付け加えた点などについて述べたが、今後、この慢性頭痛の診療ガイドライン2013が大勢の方々のお役に立つことを願ってやまない。

## 文 献

- 1) Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988; 8(suppl 7): 1-96.
- 2) 坂井文彦, 荒木信夫, 五十嵐久佳, 他. 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. *臨床神経学*. 2002; 42: 330-62.
- 3) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24(suppl 1): 1-160.
- 4) 日本頭痛学会, 編. 慢性頭痛の診療ガイドライン. 医学書院; 2006.
- 5) 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会, 訳. 国際頭痛分類第2版 新訂増補日本語版. 医学書院; 2007.
- 6) 日本神経学会・日本頭痛学会, 監修. 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会, 編. 慢性頭痛の診療ガイドライン2013. 医学書院; 2013.

# Science of *Kampo Medicine*

|漢|方|医|学|

別刷

解説

## 頭痛診療における漢方薬の選択 慢性頭痛の診療ガイドライン 2013

埼玉医科大学神経内科・脳卒中内科 教授/  
副医学部長／医学教育センター長／図書館長

荒木 信夫

Science of Kampo Medicine 漢方医学.2014,38(4),p.228.

株式会社 臨床情報センター



解説

# 頭痛診療における漢方薬の選択

慢性頭痛の診療ガイドライン2013

頭痛はあらゆる診療科においてよく遭遇する症状・疾患である。漢方薬は頭痛に対して経験的に効果を示し、有効性を裏づけるエビデンスも集積されている。『慢性頭痛の診療ガイドライン2013』（監修：日本神経学会・日本頭痛学会）では、頭痛に有効な漢方薬として呉茱萸湯、桂枝人参湯、釣藤散、葛根湯、五苓散を推奨している。同ガイドラインの作成委員長・荒木信夫先生にガイドラインの概要と漢方治療のポイントを解説していただいた（編集部）。

荒木 信夫

埼玉医科大学神経内科・脳卒中内科 教授／副医学部長／医学教育センター長／図書館長

keywords

慢性頭痛、一次性頭痛、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、薬物乱用頭痛、呉茱萸湯、桂枝人参湯、釣藤散、葛根湯、五苓散、抑肝散、補中益気湯

## 頭痛の分類・診断に対する考え方

頭痛の診断と分類は、世界共通の頭痛分類・診断基準である国際頭痛分類第2版（International Classification of Headache Disorders 2nd Edition; ICHD-2）に準拠して行います。ICHD-2では、頭痛を一次性頭痛と二次性頭痛に大別しています。

一次性頭痛は、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛など頭痛が主症状でほかに原因のない頭痛です。二次性頭痛は、別の疾患などなんらかの原因により生じる頭痛で、くも膜下出血による頭痛や髄膜炎による頭痛などの生命に危険のある頭

痛や、薬物乱用頭痛（薬剤の使用過多による頭痛、medication-overuse headache；MOH）などが含まれます。

頭痛を訴える患者を診療する際は、まず生命に危険のある頭痛を疑い、二次性頭痛を鑑別・除外した後、一次性頭痛の診断を行います。一次性頭痛の診断にあたっては、片頭痛・緊張型頭痛・群発頭痛、薬物乱用頭痛に精通する必要があります。

ガイドラインで推奨される  
呉茱萸湯、桂枝人参湯、  
釣藤散、葛根湯、五苓散

頭痛に有効な漢方薬として、呉

茱萸湯、桂枝人参湯、釣藤散、葛根湯、五苓散の5処方、ガイドラインで推奨され、それぞれの有効性を裏づける論文が示されています（表1）<sup>1)~15)</sup>。

漢方は「同一診断名であっても個々の体質によって薬が異なる」という処方体系から、二重盲検無作為化比較試験などを進めにくい面があるのですが、呉茱萸湯に関する Odaguchi ら<sup>1)</sup>、丸山<sup>2)</sup>の報告はエビデンスレベルの高い研究です。Odaguchi らは、呉茱萸湯は慢性頭痛（片頭痛・緊張型頭痛）患者の頭痛発現頻度と鎮痛薬の服用回数を有意に減少させ、冷え・月経痛・肩こりなどの随伴症状を改善したと報告しています。この研究は、漢方薬の処方体系を考慮し

表1 頭痛治療における漢方薬のエビデンス

漢方	疾患等	論文タイトル	主な内容・結果	報告者
呉茱萸湯	慢性頭痛 (片頭痛・緊張型頭痛)	The efficacy of gosyuyuto, a typical Kampo formula, in preventing episodes of headache	レスポナー限定多施設共同プラセボ対照二重盲検比較試験 頭痛の発症頻度と鎮痛薬の服用回数が有意に減少 冷え・月経痛・肩こりなどの随伴症状も改善	Odaguchiら <sup>1)</sup>
	片頭痛	片頭痛予防における呉茱萸湯の有用性に関する研究 —塩酸ロメリジンとのオープン・クロスオーバー試験—	塩酸ロメリジンよりも高い有効性(発作の頻度・程度、トリプタン系薬内服錠数、トリプタン内服から発作消失までの時間、有害事象において有意差が認められた)	丸山 <sup>2)</sup>
	慢性頭痛	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—	改善率: 呉茱萸湯79.5%, 桂枝人参湯61.4%	関ら <sup>3)</sup>
	慢性頭痛	慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果	脳神経外科に頭痛を主訴として来院した患者147例における検討 有効以上: 血管性頭痛61.7%, 緊張型頭痛47.8%, 混合性頭痛48.1% 半数以上が2週間以内に効果発現。片頭痛に対し早期の効果が期待できる可能性	前田ら <sup>4)</sup>
	緊張型頭痛	緊張型頭痛に対する呉茱萸湯の有用性	心療内科通院中の緊張型頭痛を認める患者における有用性の評価 有効性: 76.7%	赤嶺ら <sup>5)</sup>
桂枝人参湯	慢性頭痛	<呉茱萸湯の項参照>	<呉茱萸湯の項参照>	関ら <sup>3)</sup>
	慢性頭痛 (片頭痛・緊張型頭痛・混合頭痛)	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	非ランダム化クロスオーバー比較試験 同等の有用性。桂枝人参湯は、「寒証」の頭痛、「虚証」の随伴症状を改善する傾向	松本ら <sup>6)</sup>
釣藤散	慢性頭痛	<桂枝人参湯の項参照>	<桂枝人参湯の項参照>	松本ら <sup>6)</sup>
	慢性頭痛	慢性頭痛に対する釣藤散の効果	脳神経外科外来の慢性頭痛患者54例における検討 改善度: 74.1%	定藤ら <sup>7)</sup>
	緊張型頭痛	緊張型頭痛に対する漢方治療の効果	慢性緊張型頭痛150例を対象としたオープン・トライアル 改善率: 94.0% 後頭部の頭痛に高い改善率(釣藤散が合致している病態として後頭部痛が示唆)	長田 <sup>8)</sup>
	慢性緊張型頭痛	慢性緊張型頭痛に対する釣藤散の有効性について	プライマリケアにおける検討 改善率: 70%	高田 <sup>9)</sup>
	二次性頭痛 頭蓋内の器質性疾患による慢性頭痛	頭痛に対する釣藤散の臨床効果	頭蓋内の器質性疾患による慢性頭痛における検討 やや改善以上: 80%	福島ら <sup>10)</sup>
	二次性頭痛 脳血管障害患者の慢性頭痛	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	脳血管障害慢性期で慢性の頭痛と頭重感を主な自覚症状とする患者60例 やや改善以上: 78.3% (4~6週間で7割近くに効果)	木村ら <sup>11)</sup>
葛根湯	慢性緊張型頭痛	肩頸部のこりに起因する慢性緊張型頭痛に対する葛根湯の臨床効果	抗不安薬で効果不十分な慢性緊張型頭痛患者における葛根湯追加投与の検討	山本 <sup>12)</sup>
五苓散	二次性頭痛 血液透析に伴う頭痛	血液透析に伴う頭痛に対する五苓散の治療効果	11例での検討 VASスコアが有意に改善	野口 <sup>13)</sup>
	維持透析患者の頭痛の東洋医学的治療と考察	維持透析患者の頭痛の東洋医学的治療と考察	有効以上: 16例中12例	室賀 <sup>14)</sup>
	薬理学研究	五苓散のアクアポリンを介した水分代謝調節メカニズム	五苓散は、細胞膜にあるアクアポリン(AQP)を介して水分代謝を調節 特に脳浮腫に関してはAQP4が関連しており、五苓散がそれを抑制する	磯濱 <sup>15)</sup>

(荒木 信夫)

表2 一次性頭痛の特徴

	特徴
片頭痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20～40歳代の女性に多い</li> <li>• 頭痛発作を繰り返す (episodic) (頭痛がポツと出た程度で消えていく)</li> <li>• 持続時間は長くても3日以内</li> <li>• 頭痛が起こると同時に感覚が敏感になる (光過敏, 音過敏, におい過敏)</li> <li>• 悪心・嘔吐を伴うことがある</li> <li>• 体動によって悪化する</li> </ul>
緊張型頭痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 比較的軽い痛みがだらだらと続く</li> <li>• 持続時間は30分～7日間</li> <li>• 体動によって悪化しない</li> </ul>
群発頭痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 一側性の重度～きわめて重度の痛み</li> <li>• 発作時に興奮した様子がみられる (頭を自分で殴る, 壁に打ちつける, など)</li> <li>• 持続時間は15～180分</li> <li>• 1～2ヵ月 (群発期) の間, 頭痛発作が毎日夜間～明け方の ほぼ決まった時間に起こる</li> <li>• 発作時に流涙, 鼻漏などの副交感神経の刺激と考えられる症状 をみとめる</li> </ul>

(荒木 信夫)

てデザインされたレスポナー限定多施設共同プラセボ対照二重盲検比較試験です。丸山は、片頭痛予防における呉茱萸湯と塩酸ロメリジンの有用性をオープン・クロスオーバー試験で比較した結果、呉茱萸湯は塩酸ロメリジンよりも高い効果を示し、頭痛発作の頻度・程度、トリプタン内服錠数、トリプタン内服から発作消失までの時間、有害事象において有意差が認められたと報告しています。

五苓散については、磯濱の薬理学的研究が示されており、アクアポリンを介した水分代謝調節メカニズムを有すると報告しています<sup>15)</sup>。五苓散の水分代謝調節作用が、過剰な水分を排出し、水分が

必要なときには逆に取り込むという点は、水分が脳浮腫に関係することからも非常に興味深い薬だと思います。



### 一次性頭痛の特徴・治療と当科における漢方薬の使い方

#### ① 片頭痛の特徴と治療の考え方

片頭痛は一次性頭痛のなかで悩んでいる患者が最も多く、診療においても重要です。片頭痛の特徴を表2に示します。患者さんは「頭痛が起きたときは、じっとしたい。静かな暗い部屋で寝ていたい。テレビは消したい」とい

うような状態になります。体動によって悪化するため、頭痛時の診察の際に患者さんに頭を振るよう促して「痛くて振れません」という場合は、片頭痛の可能性が高いです。

片頭痛の治療は、急性期治療と予防療法の2つに分けられ、発作の頻度と痛みの程度の軽減を目的に、必要に応じて両者を組み合わせて行います。急性期治療においては、軽症例では非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) を、重症例では最初からトリプタンを開始し、どちらの場合も頭痛が起きたら早いタイミングで服用するよう指導します。

予防薬が必要となるのは片頭痛発作の回数が多い患者ですが、頭痛が強くて仕事や学校を月に2回以上休まなければならない場合は、発作回数が少なくても予防薬が必要です。保険診療で使える予防薬の主なものには、ロメリジン (Ca拮抗薬)、バルプロ酸 (抗てんかん薬)、アミトリプチリン (三環系抗うつ薬、保険適応外使用が認められている)、プロプラノロール (β遮断薬) などがあります。またトピラマート (抗てんかん薬) は保険適応外ですが有用です。

片頭痛に多い妊娠可能な年齢の女性では、薬剤による妊娠・出産・授乳への影響を考慮することが必要です。急性期治療薬では妊婦における安全性が確立された薬剤はないのですが、ガイドラインではアセトアミノフェンが勧められるとしています。予防薬についてはバルプロ酸などでは胎児への影響が懸念されます。ガイドラインで

表3 片頭痛に対する漢方治療の考え方

漢方の使い方		漢方の選択肢と処方の目安
主に予防薬として漢方薬を用いる	(1) 既存の予防薬の補完 → 西洋薬に漢方薬を追加する	呉茱萸湯：手足の冷えを伴う 五苓散：吐気やめまい、立ちくらみを伴う 補中益気湯：疲れやすく、立ちくらみを伴う
	(2) 妊娠計画中の女性の予防薬変更 (予防薬による妊娠・出産・授乳などへの影響を懸念する女性) → 既存の予防薬(特にバルプロ酸やアミトリプチリンなど)を漢方薬に変更する	
急性期治療薬として漢方薬を用いる	(3) 妊娠中の女性でアセトアミノフェンの効果が不十分な場合 → 漢方薬を追加する	葛根湯：肩こりを伴う

(光藤 尚, 荒木 信夫)

は予防薬は投与しないことが望ましいが、必要な場合にはβ遮断薬を用いるとしています。

② 片頭痛には、呉茱萸湯・五苓散・補中益気湯・葛根湯が用いられる

当科における漢方薬の使い方は、西洋医学的な立場で、漢方薬を用いた次の一手を考えるというアプローチです。片頭痛に対する漢方薬の使い方には、主に予防薬として漢方薬を用いる手法と急性期治療薬として漢方薬を用いる手法に分けられます(表3)。

若い女性患者では、薬剤による妊娠・出産などへの影響を一生の問題としてとらえて、安全性が確立されていない薬剤を服用することに抵抗を示す場合が少なくありません。こうした患者に対して漢方薬を使うことで、患者の不安をなくし患者満足度の高い治療を行うことが可能になります。

主に予防薬として漢方薬を用いる場合は、呉茱萸湯がファースト・チョイスの位置づけで、片頭痛に対して漢方薬を病名投与する場合に適しています。漢方薬の選

択肢を広げて呉茱萸湯、五苓散、補中益気湯のいずれかを患者の体質に応じて用いることで、個々の患者により適した漢方治療が可能になります。急性期治療薬として漢方薬を用いる場合は、主に葛根湯を用います。

③ 緊張型頭痛と群発頭痛には、釣藤散が用いられる

緊張型頭痛と群発頭痛の特徴を表2に示します。

緊張型頭痛は、肩の緊張が頭痛に影響すると考えられているため、われわれはできる限り薬剤を使わず、頭痛体操を行い首から肩の筋肉をほぐしてリラックスするよう指導しています。痛みが強い場合はNSAIDsなどの急性期治療薬やアミトリプチリンなどの予防薬を用います。当科では釣藤散を主に血圧の高い中高年患者の緊張型頭痛に使用しています。

群発頭痛は診断さえつければ対応できる頭痛です。発作時にトリプタンの皮下注射を行えば5～10分で、酸素吸入では15分程度で頭痛がおさまります。当科では群

発頭痛にも釣藤散が有効であると考えています。群発頭痛の発作期にはNO産生が亢進するのですが、釣藤散はNO産生抑制作用が報告されており、群発頭痛の初回発作例に釣藤散を使用したところ良好な結果が得られました。

当科における一次性頭痛に対する漢方薬の使い分けを図1にまとめました。



薬物乱用頭痛の治療に新たなエビデンスの確立

われわれは自験例から薬物乱用頭痛(MOH)の治療に「抑肝散」が有効であると考え、有効性を裏づけるエビデンスの確立をめざして、全国5施設共同臨床試験を開始しました。

MOHは片頭痛や緊張型頭痛の患者が主に頭痛の治療薬であるトリプタンやNSAIDsを過剰摂取することによって引き起こされる頭痛です。基礎疾患としての頭痛にMOHが合併し、頭痛の頻度や持続時間が増加して慢性の頭痛を

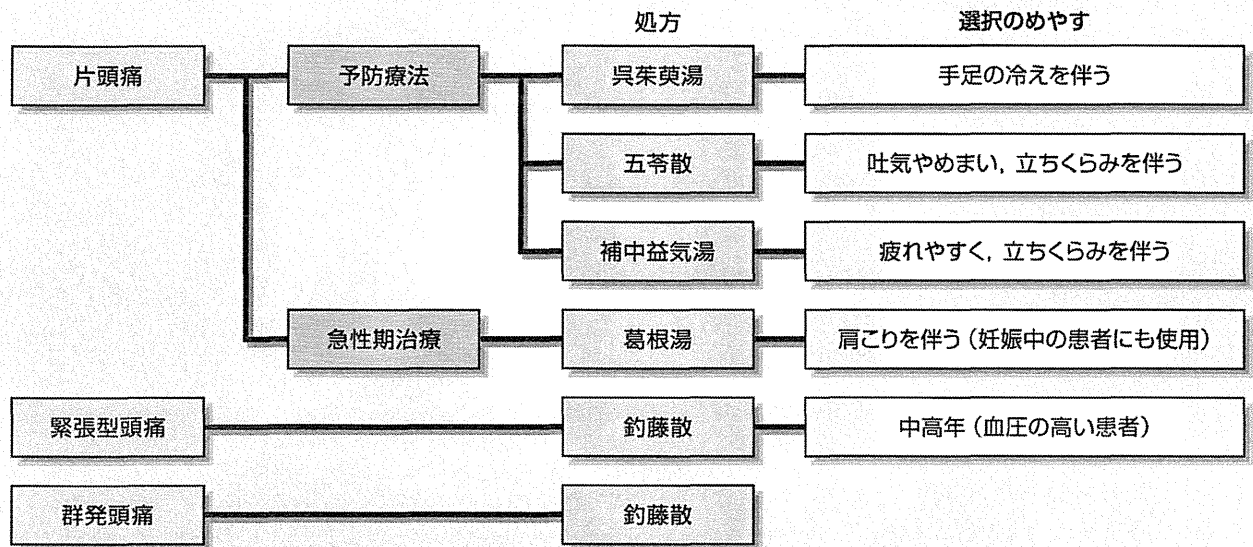


図1 一次性頭痛に対する漢方薬の使い分け(まとめ)

(光藤 尚, 荒木 信夫)

呈します。発症には、原因薬物の過剰摂取により痛みの閾値が低下することが関与しています。

MOHの治療では原因薬物を中止することが必須ですが、中止後の早い段階で起こる頭痛(反跳頭痛)が苦痛であることから、原因薬物の離脱に失敗を繰り返す難治例も多くみられます。こうしたMOHの患者さんに抑肝散を用いたところ、頭痛がよくなり原因薬物からの離脱に成功し、患者さんの表情もすっきり明るくなりました。

抑肝散は、痛みの閾値を上げる作用や原因薬物中止に伴う不安を軽減する作用を有するのではないかと考えています。

頭痛を診療していると、西洋医学の治療法に限界を感じる場合がありますが、漢方薬を取り入れる

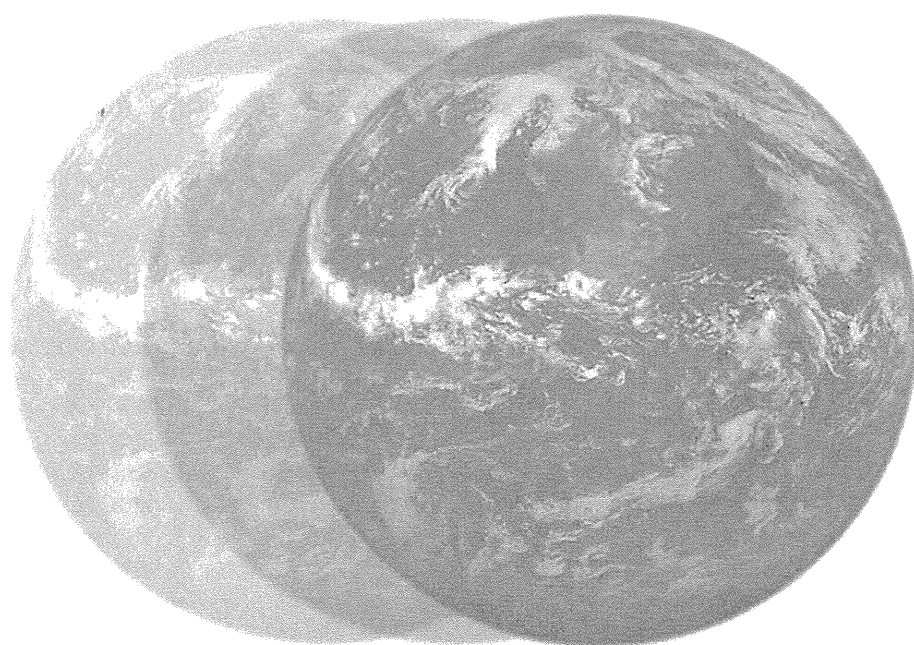
ことで、予想以上の効果が認められることがあります。トリプタンに反応しない片頭痛に呉茱萸湯が有効であった症例も少数ですが経験しています。こうした点に目をつけて頭痛に対する漢方治療の研究を進めていけば、未知の作用メカニズムの解明とともに、新たなエビデンスが確立されるのではないかと期待しています。

●文献

- 1) Odaguchi H, Wakasugi A, Ito H, et al. Curr Med Res Opin. 2006, 22, p.1587-1597.
- 2) 丸山哲弘. 痛みと漢方. 2006, 16, p.30-39.
- 3) 関 久友, 沖田 直, 高瀬貞夫, ほか. Pharma Medica. 1993, 11, p.288-291.
- 4) 前田浩治, 宮城 敦, 菅原武仁. 漢方

医学. 1998, 22, p.53-57.

- 5) 赤嶺真理子, 兵頭靖博, 芦原 睦, ほか. 日本東洋心身医学研究. 2000, 15, p.36-38.
- 6) 松本博之, 柏木 基, 松谷 学, ほか. 臨床と研究. 1995, 72, p.1299-1303.
- 7) 定藤章代, 織田祥史, 菊池晴彦, ほか. 脳神経外科速報. 1992, 2, p.171-176.
- 8) 長田 乾. JAMA (日本語版). 1996, 17, p.38-39.
- 9) 高田 理. 漢方医学. 1998, 22, p.121-124.
- 10) 福島武雄, 朝長正道, 田中 彰, ほか. 漢方医学. 1994, 18, p.272-275.
- 11) 木村 格, 笹生俊一. Geriat Med. 1989, 27, p.445-449.
- 12) 山本光利. 臨床と研究. 1995, 72, p.2085-2088.
- 13) 野口享秀. 漢方医学. 2010, 34, p.182-183.
- 14) 室賀一宏. 東洋医学. 1999, 27, p.46-47.
- 15) 磯濱洋一郎. 漢方医学. 2011, 35, p.186-189.



---

*Science of Kampo Medicine*

|漢|方|医|学|

---

発行 株式会社 臨床情報センター

---

最新医学・第69巻・第6号 (2014年6月号 別刷)

特集 慢性頭痛の診療—Update—

座談会

## 頭痛診療 Update

—新しい慢性頭痛の診療ガイドラインおよび  
国際頭痛分類第3版β版の活用—

荒木 信夫      竹島 多賀夫      鈴木 則宏 (司会)

最新医学社

## ● 座談会

## 頭痛診療 Update

— 新しい慢性頭痛の診療ガイドラインおよび  
国際頭痛分類第3版β版の活用 —荒木 信 夫\*<sup>1</sup> 竹島 多賀夫\*<sup>2</sup> 鈴木 則 宏\*<sup>3</sup>(司会)

鈴木 本日は、頭痛診療の第一線で活躍されている埼玉医科大学 神経内科教授の荒木信夫先生と寿会富永病院 神経内科・頭痛センター副院長の竹島多賀夫先生にお越しいただき、最近の頭痛診療についてお話ししたいと思います。一口に頭痛診療と言っても、実際に頭痛はどのような疾患で、どのような病態があり、どのような治療法があるのかについては、本誌の特集で各識者の先生方にご紹介いただいています。さて、頭痛の診療に携わっている我々専門医にとってここ数年の大きな出来事と言えば、『慢性頭痛の診療ガイドライン』が刷新され2013年に出版されたことがあります。2006年に初版が発行されて以降、頭痛診療に対して新しい治験が行われ、いろいろな薬が承認された中での改訂です。診療の内容がかなり刷新されたと思います。またもう1つの大きな動きとして、我々が頭痛の診療・診断をするときのよりどころとなっている国際頭痛分類 (ICHD) も、2004年に発行された第2版 (ICHD-2) をこれまで使ってきましたが、2013年に第3版 (ICHD-3β) が公表されました。最終的には

数年後に確定版が出ますが、新機軸として現状ではβ版と称して公表した後、世界中のエキスパートの意見を取り入れて最終版を確定するようです。

そこで、本日の座談会ではこの2つの頭痛診療における最新のトピックスについて、先生方と意見を交わしながら進めていきたいと思います。まず新しい慢性頭痛の診療ガイドラインの編集委員会の委員長を担われた荒木先生から、ガイドラインの概要、ガイドラインは一体何のためにあるか、そしてどう使うのか、前の版から今回の版に変わってどこが大きく変化したのかについて、お話ししたいと思います。

『慢性頭痛の診療ガイドライン 2013』  
の前回からの変更点

荒木 2006年に前回の診療ガイドラインが公表されたことで、ガイドラインに沿った頭痛診療が広く日本中で行われるようになり、非常に大きな成果がありました。発表から6年近く経過したことから2011年の秋くらいに新しいガイドライン作りが始まり、2013年に今回の診療ガイドラインができました。総勢39名で構成される委員会で、新しい事実はずべての項目で書き換えようということ

\*<sup>1</sup> 埼玉医科大学 神経内科 教授\*<sup>2</sup> 寿会 富永病院 神経内科・頭痛センター 副院長\*<sup>3</sup> 慶應義塾大学医学部 神経内科 教授





で改訂作業を始めました。第2版は1. 頭痛一般, 2. 片頭痛, 3. 緊張型頭痛, 4. 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛, 5. その他の一次性頭痛, 6. 薬物乱用頭痛, 7. 小児の頭痛, 8. 遺伝子で構成されており, 初版と全く同じ項目立てです。

頭痛一般の項目では, プライマリケアの先生方が取り組む内容, あるいは専門医とプライマリケア医との協力関係をどのようにするのかということまで含めてまとめました。また今回は, 頭痛のチーム医療や脳外科領域の解離性動脈瘤に伴う頭痛なども新たに追加しました。一方で片頭痛に関しては学問的な進歩がありましたので, そのメカニズムなどについても詳しく入れました。さらに慢性片頭痛に対する考え方や脳梗塞と片頭痛の関係, あるいは女性における経口避妊薬の使用と片頭痛の関係も網羅しました。

トリプタンの登場で急性期の治療が大きく変わってきたので, 薬の位置づけも新たに表にまとめました。予防的な治療に関しては新たに鎮痛薬をどう使うか, 慢性片頭痛の場合にはどうするかということまで踏み込んでまとめていますが, 片頭痛の予防薬の位置づけについては前回と少し変えたグループ分けをしました。

緊張型頭痛については変容性の片頭痛と緊

張型頭痛の関連という新しい項目も加え, 群発頭痛に関して発作性の片側頭痛について新たな項目立てをしており, 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)と頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(SUNA)という非常に短時間の頭痛に対する治療薬についてもまとめています。

その他の一次性頭痛の項目についても, 前回なかった項目として, 一次性の穿刺様頭痛, あるいは一次性の雷鳴頭痛などを新たに加えました。一方で薬物乱用頭痛(MOH)の患者さんの頻度の問題や, 小児では慢性連日性頭痛の項目, 遺伝子分野でも片頭痛の遺伝子診断がどの程度可能かという項目も加えました。以上のような部分を加えて, まとめてでき上がったのが今回のガイドラインです。

鈴木 ありがとうございます。荒木先生には多くの先生方からなる作成委員会をまとめられて, 非常に素晴らしいガイドラインを作っていただきましたが, その改訂のポイントを詳しくお話しいただきました。頭痛診療はアプローチしやすいように見えて実は難しいというのが, 実際に患者さんを診ておられる先生方の偽らざる気持ちだと思います。今回の改訂では, プライマリケアの先生方に対してどのようなアプローチが必要なのかとい

う点についても言及されていたと思います。日本では日本頭痛学会が認定している専門医が数多くおりますが、プライマリケアの先生方との関係はなかなか難しいです。また医師と患者だけではなく、それらを取り巻く環境や社会における資源といったものの活用についてもご紹介いただきました。実際プライマリケアの先生と専門医またチーム医療に関して、今回の改訂で最も強調されている部分はどこでしょうか。

#### プライマリケア医との病診連携

荒木 一番のポイントはプライマリケアの先生と頭痛専門医による病診連携で、そこがうまくいけば患者さんの満足度が上がるわけですから、そこを中心にまとめました。

鈴木 プライマリケアの先生の中にもかなり専門的な知識を持つ方が増えており、珍しい頭痛でも診断できる先生が多くなってきました。その場合でも、治療がうまく進まなくなった場合には専門医との連携が重要だと思いますが、実際に専門医との連携はどの程度行われているのでしょうか。竹島先生は大阪市で大きな頭痛センターを仕切っておられますが、プライマリケアの先生方との病診連携はどのような形で行われていますか。

竹島 最近は頭痛診療に興味を持ってもらえるプライマリケアの先生方が随分増えていきますので、いろいろな地域の勉強会で情報交換をしています。そういった face to face で知り合いになっていくと、「こういう患者さんがいるのだけれど」とご紹介いただけるようになります。そのようなやりとりの中で、「片頭痛だと思うのでこういう治療をしました。これで良いのでしょうか」という相談を受けるようになりますが、しばらくすると片頭痛の治療がうまくいっている患者さんの紹介は少なくなります。片頭痛だと思って治療したけれども、あまりうまくいかないの

どうしたら良いのでしょうか」、「本当に片頭痛と診断して良いのでしょうか」という形に変わってきました。現在は地域の先生方が頭痛診療に参加していただく形で広がっており、少しずつですが病診連携ができてきています。そういった中では、ガイドラインなどの情報提供ツールが非常に重要だと思います。

鈴木 ありがとうございます。通常の単純な頭痛はプライマリケアの先生方が治療を施されています。これはここ10年ほどの大きな進歩ですが、それには前回のガイドラインが出たことで大きな拍車がかかったと思います。その一方で未治療の頭痛も多いですが、最近はある程度治療を受けた後で複雑な状況になってしまっている患者さんもいます。その辺に関しては MOH、あるいは変容性片頭痛という言葉が出てきましたが、ガイドラインではどのようなアプローチ、あるいは注意点をうたっているのでしょうか。

#### 薬物乱用頭痛 (MOH)

荒木 慢性化した頭痛でも、共存症である肥満、あるいは睡眠時無呼吸、精神的ストレス、顎関節症などが改善できればある程度頭痛も改善できると思います。また外的な因子としての MOH との関係については、鎮痛薬の使用を控えてもらうことを啓発することが重要になると思います。また、片頭痛の方はカフェインを摂取しすぎると頭痛になりやすいということも知っていただく必要があります。最近、変容性片頭痛や非常に難しい状態になった患者さんが我々専門医に紹介されてくる頻度が増えています。MOH が一番多いと思いますが、そういう患者さんを治療してプライマリケアの先生方にお返しするときに薬剤の使い方として、「過剰になると頭痛を変容させることがあるので気をつけてください」ということを伝えたり、いろいろな研究会などでもお互いに情報交換をして、プライ



荒木 信夫 先生

マリケアの先生方にもそのような事実をご理解いただくことが大事だと思います。

鈴木 鎮痛薬自体が頭痛を引き起こすというのは非常に矛盾する現象で、にわかには信じがたいですが、そういうことをプライマリケアの先生方に知っていただき、安易に鎮痛薬の投与をしないように伝えたいといけません。もちろんすべての患者さんがMOHになるわけではなく、片頭痛や緊張型頭痛の素因を持っている方は非常に要注意ということですね。頭痛の慢性化、要するに複雑な形の頭痛は今度のガイドラインでは非常に大きなトピックになっています。竹島先生の病院では慢性片頭痛やMOHの患者さんの受診状況や治療の成果はいかがですか。

竹島 頭痛を主訴に受診される患者さんの約半数に片頭痛が関係していて、そのうちの半数の方は慢性化した慢性片頭痛、あるいはMOHの方です。治療が難しい方も多いですが、単純に過剰使用をしている鎮痛薬の服用を中止して片頭痛の予防薬をお使いいただくことで解決する方も結構いらっしゃいます。そういう知識があって標準的な治療をうまく行えば、かなり良い結果が出るグループがあります。一方で、我々が使えるありとあらゆる手段を用いてもなかなか改善しない患者さ

人もおり、我々も非常につらく困ります。また薬の使い過ぎの患者さんの中には、ご自身ではなかなか離脱できないので短期間入院してもらい、半強制的に服用をやめていただくこともあります。ステロイドを短期間使ったり、今まで乱用していない他の急性期治療薬を少し使っていただくことで離脱することもあります。

また慢性的な頭痛の中に持続性片側頭痛という特殊な頭痛があり、インドメタシンという鎮痛薬に劇的に反応します。その診断さえつけば、その薬で頭痛がびたっと治まる少し変わったものです。後半の分類でもお話することになると思いますが、うまく診断をつけて分類し、ガイドラインに沿った最適な治療をすることが大事だと思います。

鈴木 複雑な状況になっている頭痛は医師も非常に悩みますが、患者さん自身も悩んでいると思います。「あなたの頭痛はこういう状態で起こっているのですよ」という患者指導も、頭痛治療に関しては非常に大事なことだと思います。それぞれの患者さんに合う薬を選ぶのは大切なことですが、「あなたはこういう状態なのでこれを治せばこの部分が良くなる。でもこれは良くならないのでこしましょう」というような説明も必要だと思います。またガイドラインでは特にチーム医療に関する項目もあったと思いますが、医師と患者さん以外でだれがチーム医療に介入するのでしょうか。

#### チーム医療

荒木 チーム医療にはリハビリ的な要素を持った頭痛体操を指導するような方が入ってくると思います。頭痛体操はある程度、片頭痛や緊張型頭痛に効果があると思いますが、頭痛のないときに行う体操でもある程度症状を改善するという論文もあります。それと、頭痛については患者さん自身の理解も重要で

す。例えばMOHはどうして起こるのか、まさか患者さんも頭痛の治療で使っていたお薬で症状が悪くなるとは思っていないと思います。その点を理解していただくと薬の乱用もやめてもらえると思っています。また、通常薬剤師さんはそこまで関与しませんが、入院指導するときには薬剤師さんにも指導に加わっていただくことで、チーム医療として成り立っていると思います。外来だけではできませんが、施設によってはリハビリにも入っていただき、頭痛体操を一緒にしたり、教育もされたりしている施設もあると伺っていますが、大きなチームを作るのは難しいと思います。\*

鈴木 MOHについては医師が処方しているお薬で起こってしまうこともあります。実際に多いのは市販の鎮痛薬になります。そうするとチーム医療として薬剤師の方々や小児の頭痛では学校の養護教員の先生方や看護師さんにも、「このような生徒がいたらこういう対応をしてください」という協力をお願いすることも必要だと思います。その辺はいかがでしょうか。

荒木 まさに鈴木先生がおっしゃるとおりで、小児の頭痛で一番大事なのは養護教員の先生方や担任の先生方の理解です。子どもたちが頭痛で苦しんでいることを、たださぼっているだけととらえられてしまうと、大きな問題になってしまいます。その点については、学校に出向いて先生方を集めて頭痛について説明し、理解していただくことが非常に大事だと思います。また、薬剤師の方々に頭痛を理解していただくことも非常に大切です。ただ問題なのは、現在ほとんどの鎮痛薬は対面販売で売られることは少なく、薬剤師の方が関与せずに売られてしまっているのが多いと思います。薬剤師の方が患者さんに指導して売ってくだされば良いのですが、実際には山積みの薬の中からマーケットの品物を選ぶよ



竹島多賀夫先生

うに薬を買ってしまうというのが現状で、患者さんに対する指導が全くできていないのが問題だと思います。

鈴木 その辺になると我々のコントロール下ではなく、マーケティングの問題になってしまいますね。ところで小児に関しては、頭痛として現れない片頭痛についてプライマリケアの先生方に知ってほしい子どもの頭痛のピットフォールは何かありますか。

### 小児の頭痛

竹島 言葉だけ聞くと冗談みたいですが、腹部片頭痛があります。ICHD-2では小児周期性症候群というグループが片頭痛のカテゴリーの中にあり、その中に周期性嘔吐症と腹部片頭痛があります。周期性嘔吐症は繰り返し嘔吐していたものが、年齢とともに片頭痛に変わっていくタイプです。腹部片頭痛は、吐き気も周期性嘔吐症と一緒に起こっても良いのですが、腹痛発作が主体です。それが成長とともに腹痛と頭痛が起こるようになっていき、成人すると片頭痛だけになるというパターンであり、そういう認識を持って子どもさんを見ていただくと、片頭痛を早く見つけてあげられ、対処できるのではないかと思います。