

## 頭痛の診断と治療の概説

新国際分類普及委員長 間中信也

### はじめに

本章は国際頭痛分類第2版 (The International Classification of Headache Disorders ; 2nd Edition : ICHD-II)<sup>1)</sup>の日本語版を有効に活用していただくために、頭痛診断と治療の概略を解説するものである。ICHD-IIのポリシーや運用上の注意、1988年に発表された初版<sup>2)</sup>との相違については「新国際頭痛分類 (ICHD-II) 日本語版翻訳に当たって (18ページ)を参照されたい。

頭痛の原因は多彩であるが、ICHD-IIでは頭痛を一次性頭痛 primary headache と二次性頭痛 secondary headache、顔面痛・神経痛に三大別したうえで14のグループに分類する(31ページ参照)。一次性頭痛は機能性頭痛、原発性頭痛、慢性頭痛など、二次性頭痛は症候性頭痛、続発性頭痛などともいわれる頭痛である。一次性頭痛は頭痛が症候名であると同時に疾患名でもある。二次性頭痛は器質的疾患に起因する頭痛群であり、原因疾患は外傷など8グループに大別されている。

頭痛診療は一次性頭痛と二次性頭痛を鑑別するところから出発する。一次性頭痛であれば片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛を鑑別し、二次性頭痛であれば原因を診断・治療することが目標となる。日常の診療では頭痛が片頭痛か否かを見極めることが最重要課題である。それには問診がきわめて重要である。的確な問診により無駄な検査が回避でき、適切な治療が選択可能となる。とりえず片頭痛の問診の知識を習得する場合は本章の頭痛の診断の項(9ページ)を一読していただきたい。さらに詳しい頭痛知識の習得には最近の教科書を適宜参照されたい<sup>3-6)</sup>。

### 頭痛の疫学

#### 本邦における頭痛の疫学調査：

Sakaiらは国際頭痛分類初版の診断基準<sup>1)</sup>を用いて、全国の15歳以上の日本人約4万人に無作為電話アンケートを行い、国勢調査に基づき標準化して抽出した母集団4,029例を対象とした頭痛の疫学調査を行った<sup>7)</sup>。片頭痛についてみると有病率は8.4%であり、諸外国からの9~16%よりは少な目であるが、本邦にも少なからず(840万人)片頭痛患者が存在すると推定される。男女別有病率をみると、男性が3.6%、女性が12.9%であり、女性が男性の3.6倍であった。片頭痛の年齢層別有病率は、女性は30歳代がピーク(20%)で、その後徐々に低下したが、60歳代でも8%の有病率であった。一方男性は20歳代でピーク(6.8%)を示し、60歳代では0.5%であった。片頭痛は男女とも20~50歳代の働き盛りに多いことが確認された。前兆の有無により有病率を比較すると、前兆のない片頭痛は5.8%、前兆のある片頭痛は2.6%であった。

#### 片頭痛の日常生活に及ぼす影響：

片頭痛の日常生活に及ぼす影響についてみると、いつも寝込む4%、時々寝込む30%、寝込まないが日常生活にかなりの支障あり40%と、片頭痛持ちの74%は日常生活に何らかの支障を来していた。「頭痛のために仕事を休んだり社交行事を取りやめるか」という質問に対し、常に休む4.5%、時々休む27.5%、休まない68%であり、日常生活への支障度の高さに比し、社会生活への影響度は少なかった。支障度と影響度のギャップから片頭痛患者はつらい痛みをがまんして仕事をしている実態がうかがわれた。

#### 医療機関受診率と薬剤服用状況、片頭痛に対する認識：

片頭痛患者の医療機関受診率は、片頭痛のために定期的に受診している人が2.7%ときわめて少なく、ときどき受診(12.3%)と1年以上前に受診したことのある人(15.6%)を含めても30.6%であり、69.4%は医療機関を一度も受診したことがなかった。片頭痛患者で、自分を「頭痛持ち」と考えている人は46%であったが、自分の頭痛を片頭痛と認識している人は11.6%のみであった。

治療状況を見ると、全体の56.8%が市販薬のみで対処していた。処方薬のみを服用している人は5.4%、市販薬と処方薬のいずれも服用している人が18.6%であり、19.2%は薬剤を服用していなかった。

2001年世界保健機関(WHO)のレポートによれば、よく知られている日常生活に支障をきたす疾患の中で、片頭痛は女性の第12位に位置付けられている。健康寿命を2.3年縮めるともいわれている。これだけ片頭痛が日常生活に支障

を来しているにもかかわらず、医療機関受診率は低いのは、患者側の要因として片頭痛を病気と認識していないこと、医師側の要因として頭痛診療に対する関心の低いことから生ずるコミュニケーション・ギャップが原因であると指摘されている。

### 緊張型頭痛：

本邦における緊張型頭痛の有病率は、22.3%(男性18.1%、女性26.4%)であった。緊張型頭痛はいずれの年代でも、男性に比し女性の有病率が高い傾向がみられた。1カ月の頭痛が15日以上慢性緊張型頭痛の有病率は1.6%で、加齢により増加した。

### 群発頭痛：

群発頭痛の有病率は約0.07~0.09%とされている。Swansonらによると、群発頭痛の年間発病率は、人口10万人に対し、男性で15.6人、女性で4.0人であり、全体では9.8人であったという<sup>8)</sup>。群発頭痛は片頭痛の1/100程度の極めて稀な疾患であるといえる。

## 一次性頭痛

一次性頭痛はおおむね6ヵ月以上同様のパターンの続く慢性の経過をとる頭痛であり、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛に代表される。片頭痛は8.4%と有病率も高く、かつ痛みの程度も高度で悪心・嘔吐を伴うために日常生活を大きく支障する。片頭痛は働き盛りの30歳代の女性の20%が罹病するために、社会経済および個人への影響が大きい頭痛疾患である。アメリカでの調査によると片頭痛患者の男性は年間3.8日間、女性は5.6日間も発作のために床に伏している。このため欠勤や生産率低下からみた労働力の損失は130億ドルにも上る<sup>9)</sup>。社会経済学的な観点からも片頭痛の適切な診断と治療が焦眉の課題となる。片頭痛治療薬・トリプタン系薬剤の登場により患者の生活の質(quality of life: QOL)は格段に向上し、仕事への悪影響も最小に抑えることが可能となった。本章では治療の進歩の著しい片頭痛を重点的に解説する。

### 片頭痛 (Migraine)：

片頭痛は5つのサブタイプがあげられているが(44ページ参照)、主要なサブタイプは、1.1「前兆のない片頭痛(migraine without aura)」と1.2「前兆のある片頭痛(migraine with aura)」である。「前兆のある片頭痛」は、頭痛に先行ないし随伴する局在神経症状を特徴とする頭痛症候群である。患者によっては頭痛発作前に数時間~数日の予兆期(premonitory phase)や頭痛回復期(resolution phase)がある。予兆期には、反復性のあくび、疲労感、集中困難、抑うつ気分、頸部や肩のこり、特定の食物への嗜好などさまざまな症状が出現する。片頭痛の誘引として月経、ストレス、肩こり、食品、空腹、睡眠過剰・不足などが知られているが、なかでもっとも有力なトリガーは月経である。ICHD-IIでは付録にA1.1.1「前兆のない純粋月経時片頭痛」、A1.1.2「前兆のない月経関連片頭痛」の診断基準が提示されている(154ページ参照)。

#### 1.1「前兆のない片頭痛」：

1.1「前兆のない片頭痛」は表1の診断基準にのっとり診断される。発作回数が5回未満の場合は、1.6.1「前兆のない片頭痛の疑い」にコード化する。発作が3ヵ月を超えて15日/月以上生じている場合には、1.1「前兆のない片頭痛」に加えて、1.5.1「慢性片頭痛(chronic migraine)」を付け加える。「慢性片頭痛」はICHD-IIに新たに1.5「片頭痛の合併症」のひとつとして採用された頭痛サブフォームである(51ページ参照)。ただし「慢性片頭痛」は薬物乱用がみられないことが前提条件である。もし薬物乱用がある場合は1.6.5「慢性片頭痛の疑い」と診断し、薬物離脱後2ヵ月後を経ても片頭痛が継続する場合に始めて「慢性片頭痛」の診断が適用される。

表1 「前兆のない片頭痛」の診断基準

A. B ~ D を満たす頭痛発作が5回以上ある
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)
C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす
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
D. 頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす
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
E. その他の疾患によらない

表2 典型的な前兆に片頭痛を伴う片頭痛の診断基準

<p>1.2 「前兆のある片頭痛」の診断基準</p> <p>A. Bを満たす頭痛が2回以上ある</p> <p>B. 片頭痛の前兆がサブフォーム1.2.1 ~ 1.2.6のいずれかの診断基準項目BおよびCを満たす</p> <p>C. その他の疾患によらない</p> <p>1.2.1 「典型的な前兆に片頭痛を伴うもの」の診断基準 (1.2 「前兆のある片頭痛」の診断基準を満たすことが前提)</p> <p>A. B ~ Dを満たす頭痛発作が2回以上ある</p> <p>B. 少なくとも以下の1項目を満たす前兆があるが、運動麻痺(脱力)は伴わない</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 陽性徴候(例えばきらきらした光・点・線)および/または陰性徴候(視覚消失)を含む完全可逆性の視覚症状</li> <li>2. 陽性徴候(チクチク感)および/または陰性徴候(感覚鈍麻)を含む完全可逆性の感覚症状</li> <li>3. 完全可逆性の失語性言語障害</li> </ol> <p>C. 少なくとも以下の2項目を満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同名性の視覚症状または片側性の感覚症状(あるいはその両方)</li> <li>2. 少なくとも1つの前兆は5分以上かけて徐々に進展するかおよび/または異なる複数の前兆が引き続き5分以上かけて進展する</li> <li>3. それぞれの前兆の持続時間は5分以上60分以内</li> </ol> <p>D. 1.1 「前兆のない片頭痛」の診断基準B ~ Dを満たす頭痛が、前兆の出現中もしくは前兆後60分以内に生じる</p> <p>E. その他の疾患によらない</p>
--

小児では片頭痛発作の持続時間は1~72時間で、両側性のことが多い。小児の光過敏および音過敏は行動から推測する。小児の後頭部痛は稀であり器質性疾患を除外する必要がある。

### 1.2 「前兆のある片頭痛」:

以前は典型的または古典的片頭痛(classic or classical migraine)と呼ばれていた頭痛であり、可逆性局在神経症状を呈する発作を繰り返す頭痛である。1.2.1 「典型的な前兆に片頭痛を伴うもの」の診断基準は表2に示す。典型的な前兆は視覚症状、感覚症状、言語症状と、それぞれに陽性徴候および陰性徴候が混在する(表3)。これらの徴候は完全に可逆性である。ICHD-IIでは典型的な前兆はレオールの拡張性抑制(cortical spreading depression)によるという前提をとる。その立場から典型的な前兆を呈する患者と運動麻痺(脱力)を呈する患者を明確に区分した。前兆に運動麻痺(脱力)が含まれる場合には、1.2.4 「家族性片麻痺性片頭痛」または1.2.5 「孤発性片麻痺性片頭痛」としてコード化する。

視覚性前兆は最も一般的なタイプの前兆で、閃輝暗点(fortification spectrum)として現れることが多い。すなわち、固視点付近にジグザグ形が現れ、右または左方向に徐々に拡大し、角張った閃光で縁取られた側方部凸形を呈し、種々の程度の絶対暗点または相対暗点を残す。これが5~20分にわたり徐々に進展するが、1時間以上持続することはない。前兆後に「前兆のない片頭痛」の特徴を有する頭痛が生ずることが多い。稀には片頭痛の特徴を欠く頭痛であったり、全く頭痛がない例も存在する(48ページ参照)。このような発作が過去2回以上あれば「前兆のある片頭痛」と診断する。感覚障害の陽性徴候はチクチク感として現れ、発生部位から身体および顔面の領域にさまざまな広がりをもって波及する。

めまい、複視、運動失調などの前兆を呈し、責任病巣が脳幹・両側大脳半球にあると考えられる特有な「前兆のある片頭痛」を1.2.6 「脳底型片頭痛(basilar-type migraine)」という(49ページ参照)。ただし脳底型片頭痛の症状の多くは、不安や過換気により生じる場合があり、誤った解釈がなされやすいので注意を要する。

稀に器質的疾患(頸動脈解離、動静脈奇形、痙攣など)により類似の症候が起りうるが、通常は注意深い病歴聴取により鑑別が可能である。前兆に頭痛が伴わない場合は、前兆の正確な診断が必要で、一過性脳虚血発作など重篤な疾患との鑑別がいつそう重要となる。特に前兆が40歳以降に初発し、半盲など陰性徴候が主たる症候の場合、あるいは前兆が長時間にわたり遷延する場合、逆にきわめて短時間である場合には、器質的疾患を除外する必要がある。

表3 典型的な前兆の種類

	陽性徴候	陰性徴候
視覚症状	きらきらした光・点・線	視覚消失
感覚症状	チクチク感	感覚鈍麻
言語症状	記載なし	失語性言語障害



表4 トリプタン系薬剤(5-HT<sub>1B/1D</sub>受容体作動型片頭痛治療薬)

一般名	英名	市販名	英名	発売元	薬価収載年月
コハク酸スマトリプタン*	sumatriptan succinate	イミグラン錠 50	IMIGRAN Tablets	GSK	2001年8月
		イミグラン注3	IMIGRAN Injection	GSK	2000年4月
		イミグラン点鼻液 20	IMIGRAN Nasal Spray	GSK	2003年6月
ゾルミトリプタン	zolmitriptan	ゾーミッグ錠 2.5mg	Zomig Tablets	AZ	2001年8月
		ゾーミッグRM錠 2.5mg (口腔内速溶錠)	Zomig RM Tablets	AZ	2002年6月
		臭化水素酸エレクトリプタン	eletriptan hydrobromide	レルパックス錠 20mg	RELPAX Tablets
安息香酸リザトリプタン	rizatriptan benzoate	マクサルト錠 10mg	Maxalt Tablets	Eisai	2003年9月
		マクサルトRPD錠 10mg (口腔内崩壊錠)	Maxalt RPD Tablets	Eisai	2003年9月
		* イミグラン点鼻液の一般名はスマトリプタン (sumatriptan)			GSK
				AZ	アストラゼネカ株式会社
				PFZ	ファイザー株式会社
				Eisai	エーザイ株式会社

#### 片頭痛の発生機序：

片頭痛の発生機序の解明において、セロトニン(5-HT<sub>1B/1D</sub>)受容体作動薬であるトリプタン系薬剤(以下トリプタン)が果たした貢献は大きい。トリプタンは片頭痛急性期治療において著効を示し、その作用機序の研究が片頭痛のメカニズム理解への新たな洞察をもたらした。現在片頭痛は、三叉神経血管説(trigeminovascular theory)で説明されている。この説によると、何らかの刺激により血管に分布する三叉神経終末や軸索が刺激され、血管作動性のカルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)など神経ペプチドが放出されて血管拡張と神経原性炎症が惹起されて頭痛にいたる<sup>10)</sup>。

片頭痛はこれまで血管性の疾患と考えられたが、ここ10~20年の間に血管周囲神経終末の感作(sensitization)の重要性と、病態が中枢神経系に由来する可能性がますます注目されるようになった。最近脳PETスキャンにより脳幹の中脳水道周囲灰白質にmigraine generator領域が同定されている。

#### 片頭痛の治療：

片頭痛治療の方針は日本頭痛学会頭痛治療ガイドライン(<http://www.neurology-jp.org/guideline/headache/index.html>)に示されている<sup>11)</sup>。神経学会頭痛ガイドラインは、各種治療法をエビデンスの質により、お勧め度をA：行うよう強く勧められる、B：行うよう勧められる、C：行うよう勧めるだけの根拠が明確でない、に分けている。片頭痛治療は、患者のニーズに合った治療法を、科学的エビデンスに基づき合理的に選択する必要がある<sup>12)</sup>。片頭痛の薬物療法には頭痛発作時に使用する急性期治療(頓挫療法)と頭痛発作の頻度や程度を減少させ、急性期治療薬の効果を高めるために使用される予防療法に分けられる。

#### 急性期治療：

片頭痛の急性期治療はトリプタン出現により新時代を迎えた。すなわち2000年4月にスマトリプタン皮下注射が市販されたのを皮切りに、2004年5月現在スマトリプタン、ゾルミトリプタン、エレクトリプタン、リザトリプタン(発売順)の4種類と錠剤、口腔内速溶錠・崩壊錠、点鼻液・皮下注射液ののべ8製剤が使用可能となった(表4)。これら8製剤から患者のニーズにあったものを選択する。トリプタンは、種類を問わず、片頭痛急性期治療において著しい有効性を示しエビデンスレベルは高く、いずれもお勧め度Aにランクされている。いずれかのトリプタンが無効でも、他のトリプタンが有効なことがあるので無効例は他のトリプタンを試みるべきである。

トリプタンは血管作動薬で拡張した脳血管に選択的ではあるが、冠動脈にも若干の作用をもつ。トリプタンの服用により胸部の異常感覚が自覚されることがある。しかし多数例の検討からトリプタンによる胸部症状は心筋虚血とはほぼ無関係であることが確認されている。胸部症状の原因として食道、肋間筋などの収縮が考えられている。

エルゴタミン製剤はトリプタン無効例など、投与すべき片頭痛患者は限られるが、片頭痛発作の初期に用いれば有効な薬剤である。ただしトリプタンとは24時間以内には併用禁忌である。トリプタンおよびエルゴタミンは家族性片麻

痺性片頭痛や、脳底型片頭痛、網膜片頭痛は適用外である。

消炎鎮痛薬 NSAIDs は片頭痛の軽症例にはお勧め度 B と評価されている。スマトリプタン無効例では NSAIDs の坐薬が勧められる。制吐薬を適宜併用するのがよい。

片頭痛治療には逐次治療 stepped care と層別治療 stratified care の二つの治療戦略がある。逐次治療は片頭痛に対して鎮痛薬が無効ならエルゴタミン、それが無効ならトリプタンと順に使う方法である。一方の層別治療は後述の MIDAS により片頭痛を軽症～重症に層別し、重症のものにははじめからトリプタンを使用する治療法である。層別治療のほうが患者の QOL 改善効果が優れることが実証されている<sup>13)</sup>。

片頭痛の頓挫薬はいかなる種類のものであっても、乱用により薬物乱用頭痛を誘発する可能性がある。月 10 日以上頓挫薬を服用するようなケースは次に述べる片頭痛予防薬の使用を考慮する。

メトクロプラミドやドンペリドンなどの制吐薬は片頭痛急性期治療において積極的に併用されるべきで、特に NSAIDs、エルゴタミンの併用薬として有用性がある(お勧め度 A)。制吐薬を服用すると①頓挫薬の吸収を早め薬剤の有効率を高める、②片頭痛の随伴症状である悪心・嘔吐を鎮める、③片頭痛の発現が抑制できる可能性がある、などの効果が期待できる。

医療機関、救急室における非経口ルートの治療選択としては、スマトリプタンの皮下注射がすすめられる(お勧め度 A)。ステロイドの有効性は十分証明されていないので、片頭痛重症など限られた状況で使用する。やむを得ず妊婦に片頭痛治療薬を投与する場合にはアセトアミノフェンが比較的危険が少ない。トリプタン系薬剤の妊婦における安全性は確立していないが、現在のところ重篤な障害は知られていない。

#### 片頭痛予防療法：

片頭痛発作の頻度が高く急性期治療だけでは十分に治療ができない場合や急性期治療薬の乱用がみられる場合など、個々の患者のニーズを把握して決める必要がある。本邦では保険適用があるカルシウム拮抗薬の塩酸ロメリジンが予防薬として選択される(お勧め度 B)。そのほかにβ遮断薬(プロプラノロールなど)、抗てんかん薬(バルプロ酸など)、抗うつ薬(アミトリプチリンなど)が用いられている。とくにアミトリプチリンは特に緊張型頭痛を合併した片頭痛に対する効果がすぐれている。個々の患者における薬剤の効果判定は少なくとも2ヵ月の観察の後に行うべきである。

### 緊張型頭痛 (Tension-type headache : TTH)

緊張型頭痛は以前、筋収縮性頭痛 (muscle contraction headache)、緊張性頭痛 (tension headache) などといわれてきた頭痛で、一次性頭痛の中で最も一般的にみられる頭痛である。様々な調査で一般集団における生涯有病率は 30～78% の範囲とされている。緊張型頭痛の痛み方は圧迫感または締め付け感であり、両側性のことが多く、強さは軽度～中等度、日常的な動作により増悪しない。悪心や嘔吐はないが(食欲不振を伴うことはある)、光過敏や音過敏はどちらか一方はありうる。緊張型頭痛はようするに片頭痛の対極にある頭痛である。

ICHD-II では、緊張型頭痛を頭痛の頻度に応じて 2.1「稀発反復性緊張型頭痛」、2.2「頻発反復性緊張型頭痛」、2.3「慢性緊張型頭痛」に分類する。それぞれを「頭蓋周囲の圧痛を伴うもの」と「伴わないもの」に細分類する。「反復性緊張型頭痛」は日常生活への支障度は低い、慢性緊張型頭痛は生活の質(QOL)を大きく低下させる可能性のある頭痛である。

「頻発緊張型頭痛」は「前兆のない片頭痛」に伴って起こることが多い。片頭痛治療は緊張型頭痛の治療とかなり異なっているため、正しい治療を選択し、かつ薬物乱用頭痛の発症を防止するためにも、片頭痛と緊張型頭痛を正しく鑑別しなければならない。かつ患者には両者を区別出来るように教育することが大切である。片頭痛患者が緊張型頭痛を併発しているかどうかは、頭痛日記(9ページ参照)を積極的に用いて特定することが望ましい。

緊張型頭痛の正確なメカニズムは不明であるが、慢性緊張型頭痛は中枢性疼痛メカニズムが重要な役割を果たしているのに対し、反復性緊張型頭痛は末梢性の疼痛メカニズムが関与しているとされている。

ここでは緊張型頭痛のなかでもっとも代表的な 2.2「頻発反復性緊張型頭痛」の診断基準を表5に示す。ほかのサブタイプの詳細な診断基準は本文を参照されたい(58ページ)。稀発反復性、頻発反復性と慢性緊張型頭痛の一番の違いは頭痛頻度であり、稀発型は、平均して1ヵ月に1日未満(年間12日未満)であり、慢性型は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である。頻発型はその中間である。

2.3「慢性緊張型頭痛」は反復性緊張型頭痛から徐々に進展する。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、A～Eを満たすことが明らかでない場合は、4.8「新規発症持続性連日性頭痛」(72ページ参照)としてコード化する。頭痛がどのように起こったか思い出せない、あるいは不明確な場合は、2.3「慢性緊張型頭痛」としてコード化する。慢性緊張型頭痛の条件を満たす頭痛であっても、薬剤乱用がある場合は「慢性緊張型頭痛の疑い」と診断する。薬剤を2ヵ月間中止した後も同じく頭痛が継続する場合にはじめて「慢性緊張型頭痛」と診断される。これは「慢性片頭痛」と同じ扱い方である。

#### 緊張型頭痛の治療：

慢性頭痛治療ガイドライン2002によれば、消炎鎮痛薬NSAIDsの使用が最も勧められている<sup>1)</sup>。ただしNSAIDsの慢性的使用による更なる頭痛誘発が問題となる。

カフェインの併用はエビデンスがある。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(アミトリプチリンなど)である。抗不安薬、筋弛緩薬はお勧め度B以下である。ただしベンゾジアゼピン系薬剤のエチゾラムは緊張型頭痛に保険適用がある。頭痛体操やバイオフィードバックは、エビデンスが十分でないが考慮されてしかるべきであると評価されている。

#### 混合型頭痛の病名は避ける

ICHD-IIでは混合型頭痛なる頭痛タイプは採用していない。日常臨床では片頭痛と緊張型頭痛の合併例は多く、両者の頭痛が識別困難なケースが少なくない。そのために混合型頭痛なる頭痛名が便宜的に流布した。しかし時系列的に片頭痛と緊張型頭痛が混在するケースはあるとしても、ある時点の頭痛は必ず片頭痛か緊張型頭痛であり、混合型頭痛という頭痛はありえない。もし両者の頭痛を並存する場合は混合型頭痛でなく片頭痛と緊張型頭痛の両方の頭痛診断を与える。

片頭痛とは神経血管機序に基づく頭痛である。消炎鎮痛薬で頭痛を治療する場合は、片頭痛と緊張型頭痛の鑑別は厳密でなくとも済まされたが、片頭痛にトリプタンという特効薬が使用可能となった現在は、片頭痛か緊張型頭痛かを峻別しなければならなくなった。治療上の観点からも安易な病名である混合型頭痛は避けるべきといえる。

#### 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛

群発頭痛およびその近縁疾患は、短期持続性の一側頭痛と流涙・鼻漏などの自律神経症状を伴うのが特徴であり、ICHD-IIでは三叉神経・自律神経性頭痛(Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias: TAC)という概念が導入された。TACには3.1「群発頭痛」、3.2「発作性片側頭痛」、3.3「結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(SUNCT)」などのサブタイプがある。「持続性片側頭痛」は自律神経症状をともなう点で群発頭痛に似るが群発頭痛群からはずされ、4.「その他の一次性頭痛」のグループに分類された。3.1「群発頭痛」の診断基準を表6に示す。そのほかのTACは稀な頭痛であるので本文を参照されたい(64ページ参照)。

群発頭痛の発症年齢は通常20～40歳である。男性における有病率は女性の3～4倍である。発作は通常、群発して発現する(群発期)。群発期は数週～数ヵ月間続く。群発期と群発期をはさむ寛解期は通常、数ヵ月～数年間持続する。患者の約10～15%は、寛解がない「慢性群発頭痛」である。大規模症例研究によると患者の27%が単一の群発期のみであったという。群発期(慢性型を含む)には、発作は定期的にかかるほか、アルコール、ヒスタミンまたはニトログリセリンにより誘発される。

痛みは眼窩部、眼窩上部、側頭部、または、これらの部位が組み合わされた部位で最大になるが、その他の頭部領域にも波及する場合がある。歯痛のために抜歯治療を受けている例も少なくないといわれている。個々の群発期中は、ほぼ例外なく同側に繰り返される。痛みの強さは極めて重度である。群発頭痛の発作中は激しい頭痛にもかかわらず不穏と興奮を呈するのが片頭痛と際立った違いである。多くの患者は横になることができず、歩き回る。なかには頭部を自

表5 「頻発反復性緊張型頭痛」の診断基準

- |   |
|---|
| <p>A. 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10回以上あり、かつB～Dを満たす</p> <p>B. 頭痛は30分～7日間持続する。</p> <p>C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 両側性</li> <li>2. 性状は圧迫感または締め付け感(非拍動性)</li> <li>3. 強さは軽度～中等度</li> <li>4. 歩行や階段の昇降のような日常的な動作により増悪しない</li> </ol> <p>D. 以下の両方を満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 悪心や嘔吐はない(食欲不振を伴うことはある)</li> <li>2. 光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ</li> </ol> <p>E. その他の疾患によらない</p> |
|---|



ら叩打したり、壁に頭をうちつけたり、周囲に粗暴な行動をとる患者もいる。

### 群発頭痛の治療：

群発頭痛の治療は、群発期における頭痛発作時の治療と頭痛発作の予防とに分かれる。慢性頭痛治療ガイドライン 2002 によると、頭痛発作時の治療としては、トリプタン系薬剤がもっともエビデンスレベルが高く（お勧め度 A）、スマトリプタン皮下注は本邦でも保険適応がある<sup>11)</sup>。鼻腔スプレーによる鼻腔内投与やゾルミトリプタンの経口投与も反復性群発頭痛に有効性が高いことが報告されている（お勧め度 B、ただし保険適応はない）。100% 酸素は有効性が高い。フェイスマスク側管より 7 L/15 分間吸入する。

群発頭痛の予防にはカルシウム拮抗薬のベラパミル、副腎皮質ステロイド、エルゴタミン、炭酸リチウムなどが使用される。ベラパミルと他 1 剤の組み合わせが推奨されている。ベラパミルがもっともエビデンスが多くかつ評価が高い（お勧め度 B）。ベラパミルの投与量は 120 mg/日では有効率が低く 240mg/日が勧められる<sup>14)</sup>。副腎皮質ステロイドは多くの例で改善がみられるが、プラセボとの二重盲検比較試験は行われていない。炭酸リチウムは慢性型群発頭痛に有効とされているが、最近の報告ではその有効性が疑問視されている。バルプロ酸は有効性が報告されているが、二重盲検比較試験は行われておらず、効果は確立していない。

### その他の一次性頭痛

4「その他の一次性頭痛」は 4.1「一次性穿刺様頭痛」、4.2「一次性咳嗽性頭痛」、4.3「一次性労作性頭痛」、4.4「性行為に伴う一次性頭痛」、4.5「睡眠時頭痛」、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)」などの頭痛タイプがあげられている。これらの頭痛の一部は症候性であり、画像検査またはその他の検査法（あるいはその両方）による注意深い評価を要する。

「睡眠時頭痛」は、毎日睡眠中短時間の頭痛が出現するところは群発頭痛に似るが、自律神経症状は呈さず、かつ両側性である。「持続性片側頭痛」は、片側性でかつ自律神経症状を伴うが、3 ヶ月以上持続するところが、他の群発頭痛群と大きな違いである。「新規発症持続性連日性頭痛 (NDPH)」は慢性緊張型頭痛に類似するが、発症当初から頭痛が慢性的であるところが特徴である。4.6「一次性雷鳴頭痛」は突然に発症する頭痛であり、くも膜下出血とは神経画像検査や腰椎穿刺をしないと鑑別が困難である。それぞれの頭痛については本文（69 ページ参照）を参照されたい。

### 薬物乱用頭痛

薬物乱用による頭痛は 8.「物質またはその離脱による頭痛」のうちの 8.2「薬物乱用頭痛 (medication-overuse headache: MOH)」にコード化され、これまで反跳性頭痛 (rebound headache)、薬物誘発頭痛 (drug-induced headache)、薬物誤用頭痛 (medication-misuse headache) などと呼ばれてきた頭痛である。薬物乱用頭痛は二次性頭痛に分類されているが、しばしば一次性頭痛と合併して出現するのでここでふれておく。

頭痛患者に発作治療薬（頓挫薬）が乱用されると頭痛を引き起こす。薬物乱用頭痛は、1 ヶ月に 15 日以上起こる片頭痛様頭痛と緊張型頭痛様頭痛が混在した複雑な頭痛パターンを呈する。表 7 に 8.2.3「鎮痛薬乱用頭痛」の診断基準を示す。これらの連日性頭痛の最たる原因は、片頭痛の急性期治療薬を、3 ヶ月を超えて定期的に乱用する場合である。乱用の定義は薬物により異なる（表 8）。薬物乱用頭痛に陥りやすいのは、毎週 2~3 日、慢性的に服薬している場合である。休薬期間が長い場合は薬物乱用頭痛を引き起こす可能性はかなり低い。薬物乱用頭痛の診断は、患者が急性期治療薬を乱用している間は予防薬にほとんど反応しないために、臨床的に極めて重要である。

表 6 群発頭痛の診断基準

- |   |
|---|
| <p>A. B ~ D を満たす発作が 5 回以上ある</p> <p>B. 未治療で一側性の重度 ~ 極めて重度の頭痛が、眼窩部、眼窩上部または側頭部のいずれか 1 つ以上の部位に、15 ~ 180 分間持続する</p> <p>C. 頭痛と同側に少なくとも以下の 1 項目を伴う</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 結膜充血または流涙（あるいはその両方）</li> <li>2. 鼻閉または鼻漏（あるいはその両方）</li> <li>3. 眼瞼浮腫</li> <li>4. 前頭部および顔面の発汗</li> <li>5. 縮瞳または眼瞼下垂（あるいはその両方）</li> <li>6. 落ち着きがない、あるいは興奮した様子</li> </ol> <p>D. 発作頻度は 1 回 / 2 日 ~ 8 回 / 1 日である</p> <p>E. その他の疾患によらない</p> <p>3.1.1 反復性群発頭痛<br/>群発頭痛発作が 7 日 ~ 1 年間続く群発期があり、群発期と群発期の間には 1 ヶ月以上の寛解期がある。</p> <p>3.1.2 慢性群発頭痛<br/>群発頭痛発作が 1 年間を超えて発現し、寛解期がないかあっても 1 ヶ月未満である。</p> |
|---|

表7 「薬物乱用頭痛」診断基準

A. 頭痛は1ヵ月に15日以上存在し、CおよびDを満たす
B. 薬物を3ヵ月を超えて定期的に乱用している
C. 頭痛は薬物乱用のある間に出現もしくは著明に悪化する
D. 乱用薬物の使用中止後、2ヵ月以内に頭痛が消失、または以前のパターンに戻る
8.2.3 「鎮痛薬乱用頭痛」診断基準
A. 8.2の診断基準に適合する
B. 3ヵ月を超えて、1ヵ月に15日以上単一の鎮痛薬を服用している

表8 薬物による乱用の定義

エルゴタミン	1ヵ月に10日以上
トリプタン	1ヵ月に10日以上(剤形はとわない)
単一の鎮痛薬	1ヵ月に15日以上
複合薬物	1ヵ月に10日以上
急性期治療薬の組み合わせ	1ヵ月に15日以上
注:複合薬物(combination medication)とは、鎮痛薬と、オピオイド、バルビタール、カフェインなどを含有する薬物を指す。	

表9 「カフェイン離脱頭痛」の診断基準

A. CおよびDを満たす両側性および・または拍動性の頭痛
B. 2週間を超えて、1日200mg以上のカフェイン摂取があり、それが中断または遅延されたもの
C. 頭痛は最後のカフェイン摂取後、24時間以内に発生し、100mgのカフェインにより1時間以内に軽快する
D. 頭痛はカフェインの完全離脱後、7日以内に消失する

表10 慢性連日性頭痛の病型分類

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)

片頭痛や緊張型頭痛の患者が、薬物乱用中に新しいタイプの頭痛が出現したり、片頭痛や緊張型頭痛が著明に悪化した場合には、以前から存在する一次性頭痛の診断と8.2「薬物乱用頭痛」の両方の診断がつけられる。

8.4「物質離脱による頭痛」のなかでは8.4.1「カフェイン離脱頭痛(cafeine-withdrawal headache)」が重要である。「カフェイン離脱頭痛」の定義を表9に示す。カフェインはコーヒーや茶、多くの清涼飲料水に含有されているために、知らず知らずに過剰摂取しており、休日に離脱頭痛を起こす可能性が指摘されている。

### 薬物乱用頭痛の予防と治療:

薬剤長期乱用に伴う頭痛の三原則は、

- ①原因薬物中止
- ②薬物中止後に起こる頭痛への対処
- ③予防薬の投与

である。原因薬物は漸減する方法と、即時中止する方法があるが、即時中止のほうが好結果を得るとする報告が多い。薬物中止後に起こる頭痛への対処法としてはトリプタン系薬剤、ナプロキセン、プロクロルペラジンの報告がある<sup>11)</sup>。予防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、消炎鎮痛薬と様々な薬物療法が報告されているが、いずれも症例数が少なく、オープン試験がほとんどであり、確立された治療法はない。抗うつ薬のアミトリプチリンは慢性緊張型頭痛、片頭痛のいずれも予防効果が認められているが、薬物長期乱用による頭痛に対してもプラセボを対照とした二重盲検比較試験で、原因薬物中止後の頭痛頻度を有意に減少させたと報告されている。

薬物長期乱用に伴う頭痛は、原因薬物の服用中止により1~6ヶ月間は70%ほどの症例で改善が得られるとの報告が多いが、長期予後では約40%が再び薬物乱用に陥る。日頃からエルゴタミン製剤、鎮痛薬、トリプタン系薬剤などの使用が頻回(月10日以上)とならないように管理し、かつ患者教育をすることが肝要である。

### 慢性連日性頭痛

慢性連日性頭痛(Chronic Daily Headache: CDH)は連日あるいはそれに近い頭痛が訴えられる頭痛群である。具体的には6ヵ月にわたり1日4時間以上の頭痛が月15日以上(1年間に180日)出現する。Silbersteinらは1994年に慢性連日性頭痛を表10のように4型に分けた<sup>15)</sup>。現在ではこの分類が世界的に流布している。

慢性連日性頭痛の病名は、ICHD-IIでは採用されていない。発作頻度の極めて高い片頭痛(Silbersteinらの変容性片頭痛)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。もし鎮痛薬やトリプタンなどの薬物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



れる。その後2ヵ月間薬剤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。慢性連日性頭痛のうち2.3「慢性緊張型頭痛」は初版から採用されていた。新たに4.7「持続性片側頭痛」、4.8「新規発症持続性連日性頭痛 (NDPH)」は ICHD-II で新たに採用されたので、Silberstein らの提示する慢性連日性頭痛の各タイプはすべて ICHD-II でもコード化することが可能となった。

表 11 頭痛の実践的分類

一次性頭痛	片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、そのほか
二次性頭痛	入院必要（危険な頭痛） 外科的処置が必要なもの（例：くも膜下出血） 内科的処置が必要なもの（例：髄膜炎） 外来治療でよい（例：かぜ症候群）

## 二次性頭痛 (secondary headache)

二次性頭痛の原因は多く、生命の危険も存在するところから、とくに注意深い診察が必要である。治療上の観点からは二次性頭痛は外科的治療の必要なものと不必要なものに分けられる(表 11)。二次性頭痛の診断と鑑別には神経画像診断が絶大な威力を発揮する。

ICHD-II では、5「頭頸部外傷による頭痛」、6「頭頸部血管障害による頭痛」、7「非血管性頭蓋内疾患による頭痛」、8「物質またはその離脱による頭痛」、9「感染症による頭痛」、10「ホメオスタシスの障害による頭痛」、11「頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛」、12「精神疾患による頭痛」に分類する(76 ページ)。

二次性頭痛を疑うポイントは「いつもと様子の違う頭痛」、「いままで経験したことのない頭痛」、「最近どんどん悪くなる頭痛」、「最初にして最悪の頭痛 (first or worst headache)」、「突然の頭痛」などである。発熱や発疹、項部硬直を伴う頭痛、麻痺や視力・視野異常、意識の変容や痙攣など神経症候を伴う頭痛、全身性疾患の既往、40 歳以降の初発頭痛は二次性頭痛の可能性が高い。これらの特徴があれば二次性頭痛を疑い、画像検査など適切な検査を行なう。

## 頭痛の問診

プライマリーの現場で遭遇する頭痛の大部分は一次性頭痛である。受診時の神経学的検査が正常であった片頭痛患者のうち、重大な頭蓋内病変を有する者はわずか 0.18% であったという。救急的に来院する一次性頭痛のなかでも最も多いのは片頭痛であり、約 90% を占める。頭痛診療でなによりも大切なことは、慢性頭痛の特徴を知悉しておくことである。なかでも慢性頭痛の中核となる「前兆のない片頭痛」の診断基準(2 ページ参照)を熟知しておく。ほかの頭痛は「前兆のない片頭痛」と対比しながら診断を進める。一次性頭痛の特徴は表 12 に示す。二次性頭痛も片頭痛と紛らわしいことが往々にしてある。たとえば、かぜ症候群、副鼻腔炎、急性緑内障などが片頭痛とまぎらわしい。「かぜでこんなに辛い頭痛ははじめて」というときは髄膜炎を疑う。

頭痛の問診は一次性頭痛の中核をなす片頭痛の診断項目はかならず網羅する必要がある。3.1「前兆のない片頭痛」診断基準とそれに対応する問診例を表 13 に示す。他に ADITUS Japan (<http://www.aditusjapan.com/>) が開発した頭痛問診票も参考となる<sup>14)</sup>。

### 頭痛診療のツール：

問診をアシストするツールとしては問診票、重症度判定票 (MIDAS など)、頭痛日記の三点セットがある。これに加えてトリプタン適応問診表、トリプタン服用時の注意書き、頭痛チェックシート、効果判定票などのコミュニケーションツールを活用すると頭痛診療が効率化する。

### MIDAS について：

MIDAS (Migraine Disability Assessment) とは、過去 3 ヶ月間における頭痛の支障度をスコア化し I~IV に分類する質問票であり、医師・患者間のコミュニケーションを改善することによって頭痛診療を支援するツールである。

### 頭痛日記：

一次性頭痛は個人差が大きく 2 種類以上の頭痛が混在している場合も少なくなく、問診のみでは正確な頭痛情報が

表 12 一次性頭痛の特徴

	片頭痛	緊張型頭痛	群発頭痛
頻度*1	8.4%	22%	0.01%
男女比	1 : 3.6	4 : 6	3 ~ 4 : 1
周期性	月経と関連	目立たない	日周期性、年周期性がある
頻度	数回 / 年 ~ 1 / 週、平均月 2 回	稀発 : < 1 / 月、頻発 1 ~ 14 日 / 月、慢性 15 日 / 月	1/2 日 ~ 8 / 日
持続時間	4 ~ 72 時間	[ 反復性 ] 30 分 ~ 7 日 [ 慢性 ] 3 ヶ月以上にわたり 15 日 / 月、180 日 / 年以上	15 ~ 180 分
偏在性	60% が一側	両側性 (片側に偏るものが 1/3)	厳密に一側性
部位	前・側頭部 ~ 片側	後頭部、八チマキ様、全体	眼窩部、眼窩上部、側頭部ほか
頭痛の性状	拍動性 (拍動感のないこともある)	圧迫感または締め付け感 (非拍動性)	焼け火箸で眼をえぐられるような
頭痛の程度	中等度 ~ 重度	軽度 ~ 中等度	重度 ~ 極度
日常動作の影響	支障が大きい	影響が少ない	支障がある
発作中の態度	暗い静かな環境で静臥	目立った変化なし	不穏、歩き回る、のたうつ
随伴症状*2	悪心、嘔吐、光過敏、音過敏、前兆 (閃輝暗点など)	肩こり、頸部筋緊張、めまい感	結膜充血、流涙、鼻閉、鼻漏、前頭部・顔面の発汗、縮瞳、眼瞼下垂、眼瞼浮腫、不穏
誘因	月経、肩こり、ストレス、睡眠不足・過眠、光・騒音など	精神的、身体的ストレス (悪い姿勢など)	(群発期において) アルコール
家族歴	片親が片頭痛の場合、子孫は 50%	多少あり	5%

\* 1 受診患者では片頭痛が多い傾向にある

\* 2 肩こりは緊張型頭痛のみでなく片頭痛にも 75% の高率に出現する。

\* ICHD- II, Mathew NT : Differential diagnosis in headache-identifying migraine in primary care. Cephalalgia 18: S22-32 1998 を参照

表 13 「前兆のない片頭痛」診断基準要約と問診例

<p>A . B ~ D を満たす頭痛発作が 5 回以上 (時間的プロフィール)</p> <p>B . 持続時間は 4 ~ 72 時間 (頭痛の持続時間)</p> <p>C-1 片側性 (側と部位)</p> <p>C-2 拍動性 (頭痛の性状)</p> <p>C-3 中等度 ~ 重度の頭痛 (頭痛の程度と支障度)</p> <p>C-4 日常的な動作により頭痛が増悪する (頭痛の誘因、増悪因子、軽快因子)</p> <p>D . 悪心、嘔吐、光過敏、音過敏を呈する (随伴症状)</p> <p>E . その他の疾患によらない (二次性頭痛の否定)</p> <p><b>「前兆のない片頭痛」の診断基準を網羅する問診例</b></p> <p>A . 「頭痛はいつから始まりましたか、毎日ですか、時々ですか、どのくらいの頻度で起こっていますか」</p> <p>B . 「一回の頭痛はどのくらいの時間、続きますか。」</p> <p>C-1 「どこが痛みますか」</p> <p>C-2 「どのように痛みますか、ズキンズキンしますか、重苦しいですか」</p> <p>C-3 「頭痛の強さはどの程度ですか、生活に影響がありますか」</p> <p>C-4 「日常動作で頭痛がひどくなりますか」</p> <p>D . 「悪心・嘔吐や音・光過敏がありますか、光が見えますか？」</p> <p>E . 「いつもの頭痛ですか、最近頭痛の様子が変わってきませんか」</p> <p>・家族歴、既往歴、治療歴、診断歴、検査歴、発症の仕方、好発時間帯も聞きたです。</p> <p>・群発頭痛の場合は発作の群発性の有無、流涙、鼻漏など自律神経症状の有無なども問診する。</p>
---

把握しにくい。頭痛日記をつけることにより、複数頭痛の把握が可能となり、正確な頭痛診断がしやすくなる。頭痛の誘因の探索や、薬物治療の効果判定、頭痛のタイプに応じた服薬指導にもきわめて有用である。簡単にはカレンダーに書き留めるだけでも用が足りるが、北里大学で考案された「頭痛日記」はより詳細な情報が得られる。頭痛日記は1ページが1週間分で一連が4週間分となっている<sup>17)</sup>。1日分の横軸は時刻を、縦軸には痛みの強度を10段階で示す。頭痛の発現および経過は赤線で記載する。頭痛の部位・性状や随伴症状、誘因や服用した薬剤についても記載するようになっている。なお最近では頭痛日記を簡略化した頭痛ダイアリーも考案されている。

### 片頭痛の誤診：

ある調査によると533例の頭痛患者の医師の診断は、片頭痛26%、非片頭痛74%であったが、国際頭痛分類の診断基準に照らすと、非片頭痛の79%が片頭痛であったという。片頭痛が見逃されやすいのは、片頭痛に緊張型頭痛の特徴が混在する場合である。例えば肩こり(75%)、両側性(40%)、非拍動(50%)、ストレス(72%)などである(カッコ内は片頭痛での出現頻度)。とくに肩こりの訴えは片頭痛を緊張型頭痛とミスジャッジさせやすい要因のひとつである。

### 片頭痛のスクリーナー：

これまで片頭痛の最大の特徴は片側性および拍動性と思われてきた。実践的には「反復性の日常活動に支障がある頭痛」が片頭痛を疑う入り口である。最近片頭痛を簡単にスクリーニングする片頭痛簡易診断票(スクリーナー)の研究もなされている。Liptonらは片頭痛のスクリーナーとして①生活支障、②悪心、③光過敏の3項目をあげている<sup>18)</sup>。Cadyらは下記の3つの質問を片頭痛認識のカギとしている<sup>19)</sup>。

- ①仕事、家庭生活または社会的活動に支障のある反復性の頭痛がありますか？
- ②頭痛は、少なくとも4時間持続しますか？
- ③過去6ヵ月間に新規ないし異質の頭痛がしましたか？

日本でもスクリーナーの研究がすすんでおり、これが完成すれば片頭痛の見逃しが大幅に減らすことができると期待されている。

## おわりに

トリプタン経口薬が使用認可された2001年は、片頭痛治療新世紀の元年となる年である。トリプタンの登場により頭痛の医療に多くの変化がみられた。まず今まであきらめていた片頭痛患者が医療機関を訪れるようになった。それを受ける医師の側も診療の工夫と努力が要求される。すなわちトリプタンを正しく使用するために、医師が片頭痛を疾患として捉え、その病態を理解する必要が生じた。頭痛は患者と医療間の双方向医療がもっとも必要とされる疾患である。頭痛診療の質を向上させるツールもつぎつぎに考案・開発されつつある。これらを利用して頭痛診療に携わる医療者のすべてが、片頭痛や薬物乱用頭痛について患者の期待に応えられるだけの知識を持ち、正しい診断と適切な治療ができるようになって欲しい。本章がその一助になればまことに幸いである。

## 文 献

- 1) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders ; 2nd Edition. Cephalalgia 2004 ; 24 ( suppl 1 ) : 1 160.
- 2) 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.
- 3) 坂井文彦編．コツと落とし穴シリーズ・頭痛診療のコツと落とし穴，中山書店，東京，2003.
- 4) 坂井文彦編．片頭痛へのアプローチ～よりよい日常生活を配慮した診療を目指して～，先端医学社(大阪)，2004.
- 5) 間中信也，喜多村孝幸編．トリプタンの使い方～新しい片頭痛治療薬のさじ加減～フジメディカル出版(大阪)，2004.
- 6) 坂井文彦編．新しい診断と治療のABC 頭痛．最新医学社(大阪)，2004.
- 7) Sakai F, Igarashi H. Prevalence of migraine in Japan : a nationwide survey. Cephalalgia 1997 ; 17 : 15 22.
- 8) Swanson JW, Yanagihara T, Stang PE et al. Incidence of cluster headaches : a population-based study in Olmsted



- County, Minnesota. *Neurology* 1994 ; 44 : 433 7.
- 9) Hu XH, Markson LE, Lipton RB, et al. Burden of migraine in the United States : disability and economic costs. *Arch Intern Med.* 1999 ; 159 : 813 8.
- 10) 鈴木則宏 . 片頭痛の発生機序と新しい治療 . *脳神経* 2000 ; 52 : 287 95.
- 11) 日本神経学会治療ガイドライン AdHoc 委員会 . 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 : 332 62.  
( <http://www.neurology-jp.org/guideline/headache/index.html> )
- 12) 竹島多賀夫 , 福原葉子 , 井尻珠美ほか . EBM に基づいた治療の実際 片頭痛 . *M.P.* 2003 ; 20 : 1041 7.
- 13) Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, et al. Stratified care vs step care strategies for migraine : the Disability in Strategies of Care ( DISC ) Study : A randomized trial. *JAMA* 2000 ; 284 : 2599 605.
- 14) 寺本 純 . 群発頭痛に対するベラパミルの臨床成績 . *日本頭痛学会会誌* 2002 ; 29 : 93 4.
- 15) Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, et al. Classification of daily and near-daily headaches : proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1994 ; 34 : 1 7.
- 16) 平田幸一 . 頭痛医療の現状と今後 . *日内会誌* 2001 ; 90 : 574 80.
- 17) 土橋かおり , 坂井文彦 . 頭痛日記のすすめ . *PROGRESS IN MEDICINE* 2001 ; 21 : 34 9.
- 18) Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, et al. A self-administered screener for migraine in primary care : The ID Migraine validation study. *Neurology* 2003 ; 61 : 375 82.
- 19) Cady RK, Borchert LD, Spalding W, et al. Simple and efficient recognition of migraine with 3-question headache screen. *Headache* 2004 ; 44 : 323 7.