

## 慢性頭痛治療ガイドライン市民版 目次

はじめに	2
1. 頭痛一般	4
2. 片頭痛についての基礎知識	20
3. 片頭痛の急性期治療	27
4. 片頭痛の予防療法	37
5. 緊張型頭痛	43
6. 群発頭痛	47
7. 片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛以外の一次性頭痛	49
8. 薬物乱用頭痛	51
9. 小児の頭痛	53

成和脳神経内科医院

# 慢性頭痛治療ガイドライン 市民版

## ■はじめに

2005 年に慢性頭痛治療ガイドラインが公表されました。その内容は医師向けではありませんが、慢性頭痛に悩む患者さんの役に立つ内容がふんだんに盛り込まれています。本書はガイドラインの内容を市民の皆さんのために噛み砕いて解説したものです。本書をひもとはば頭痛研究の最先端の知識や動向が理解できます。

このガイドラインは、33名の頭痛研究者が参加し、平成14年度～16年の3年間にわたって行われた厚生労働科学研究費補助金研究「こころの健康科学研究事業」（主任研究者坂井文彦北里大学教授）の成果で、その作成には日本頭痛学会が全面的にバックアップしております。このガイドラインは国内外の科学的根拠に基づき作成されたもので、漢方薬を用いた片頭痛予防など国内で得られた頭痛診療のエビデンスも取り入れられています。エビデンス（evidence）とは、ある治療法の有効性を示す証拠や根拠を意味します。エビデンスに基づく医学を EBM といいます。それは「勘に頼らない医学」を意味します。

エビデンスのよって立つところは「無作為化比較試験（RCT）」です。RCT とは薬物または治療法を科学的に評価する方法です。お薬や治療法の効果を客観的に判定するために、患者さんを受験（ランダム）に処置群（本物の薬で治療を受けた群）と比較対照群（本物でない薬で治療を受けた群）に割り付けて、評価を行う試験方法です。現在の医薬品のほとんどは RCT でその有効性が証明されております。

頭痛は一次性頭痛と二次性頭痛に分かれております。このガイドラインの守備範囲は、おもに一次性頭痛です。一次性頭痛とは慢性頭痛ともいわれ、頭痛自体が病気であり、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、その他の一次性頭痛に分類されております。二次性頭痛とはくも膜下出血や高血圧など、脳あるいは身体的原因のある頭痛です。このガイドラインでは一次性頭痛にとどまらず、頭痛医療全般、薬物乱用頭痛、小児頭痛、遺伝などの項目

も追加しております。一次性頭痛の中でも片頭痛は有病率、支障度も高く、多くの国民が犠牲を強いられている重要な疾患ですので紙面が多く割かれております。

このガイドラインの作成に当たっては、臨床現場で何が問われているかについての臨床的問題点（CQ）を十分に調査し、臨床的課題を明確にしました。そのうえで CQ に対する勧告を行う形をとっています。各 CQ に対してさまざまな文献を集積し、エビデンスの質を吟味したうえで、レベル推奨文と推奨グレードを作成しました。推奨グレードはグレードA；行うよう強く勧められる，グレードB；行うよう勧められる，グレードC；行うよう勧めるだけの根拠が明確でない，グレードD；行わないよう勧められるに分かれています。それぞれの推奨およびそのグレードは、厚生労働省班研究の参加者により十分に議論したうえで決定されたものです。たとえグレードBやCであってもその治療法が劣るというわけではなく、エビデンスが十分でないという意味です。

本書は 94 編の CQ のうち、市民の役に立ちそうなものをえりすぐって、原文の内容を大きく逸脱することなく、表現を易しく改めて書き上げました。トピックス的な事項も簡単に書き加えてあります。やや専門的な内容はサイドメモとして解説しました。このガイドラインが頭痛で悩む方の福音書となることを編者一同は心から祈念しております。

厚生科学研究事業，日本頭痛学会

慢性頭痛治療ガイドライン市民版作成委員会

五十嵐久佳，坂井文彦，竹島多賀夫，平田幸一，間中信也，山根清美（あいうえお順）

2006 年 7 月 6 日

注：

EBM イービーエム；Evidence-based Medicine 証拠に基づいた医療

RCT アールシーティイー；Randomized Controlled Trial 無作為化比較試験

CQ シーキュー；Clinical Question 臨床的問題点

## 第1章 頭痛一般

### 1. 頭痛はどのように分類し診断するのでしょうか

推奨：頭痛の分類と診断は、国際頭痛分類第2版にのっとって行ないます（推奨のグレードA）。

解説：

1962年に米国神経学会の頭痛分類が発表されるまで、世界共通の頭痛分類はありませんでした。それまでは各人各様の分類が勝手に使用されていたのです。それまでの頭痛分類にも「片頭痛」という病名はありましたが、どのような頭痛が片頭痛なのか定義がありませんでした。各医師の判断に任されていたのです。ですからA医師の片頭痛とB医師の片頭痛が同じものを指すのかは、だれにも分らなかったのです。このような状況では頭痛の治療法の開発や比較研究は満足に行えません。

1988年、国際頭痛学会が国際頭痛分類と診断基準を発表しました。このことによって頭痛診断の国際的な標準化が行われ、診断や治療に関するデータの集積や比較検討が可能となったのです。

2004年には、それまでの研究の進歩とエビデンス、批判と意見を取り入れて、初版を踏襲・改良した国際頭痛分類第2版が公表されました。同年には日本語訳も出版されています。国際頭痛分類第2版の概要を箇条書きしますと；①第1部、第2部、第3部と付録からなる、②頭痛は14のグループに分けられている、③頭痛は一次性頭痛と二次性頭痛に大別される、④一次性頭痛は頭痛自体が疾患である、⑤一次性頭痛は片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、その他の一次性頭痛の4つのグループに分けられる、⑥二次性頭痛はくも膜下出血や脳腫瘍などのように原因疾患のある頭痛グループである、⑦付録には、頭痛分類の新しい提案や将来の変更への提案、代替診断基準が提示されている。

頭痛の大分類とそのグループの代表的な疾患を■表■に示しておきます。第 10 群のホメオスターシスとは恒常性、生体恒常状態のことです。生体は血圧、酸素濃度、血糖値などを一定に保つ機能があります。これが乱されて起こる頭痛を「ホメオスターシスの障害による頭痛」といいます。グループ 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」とは眼科、耳鼻科、整形外科、口腔外科の疾患による頭痛を指します。



## ■表■ 頭痛の大分類（グループ）

### 第 1 部 一次性頭痛

1. 片頭痛
2. 緊張型頭痛
3. 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛
4. その他の一次性頭痛

### 第 2 部 二次性頭痛

5. 頭頸部外傷による頭痛（例：外傷後頭蓋内血腫による頭痛）
6. 頭頸部血管障害による頭痛（例：くも膜下出血）
7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛（例：脳腫瘍）
8. 物質またはその離脱による頭痛（例：薬物乱用頭痛）
9. 感染症による頭痛（例：髄膜炎）
10. ホメオスターシスの障害による頭痛（例：高血圧）
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（例：顎関節症）
12. 精神疾患による頭痛（例：心身症）

### 第 3 部 頭部神経痛，中枢性・一次性顔面痛およびその他の頭痛

13. 頭部神経痛および中枢性顔面痛（例：三叉神経痛）

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

付録



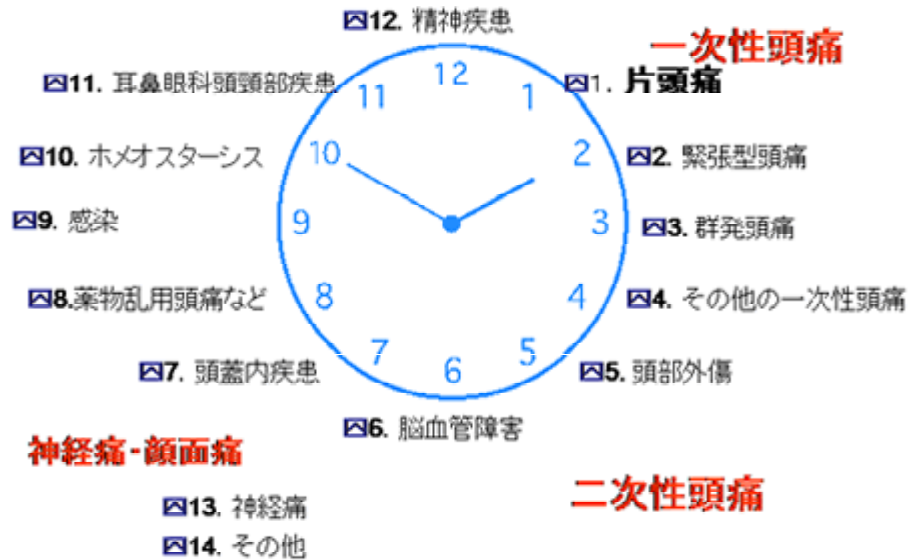
#### ●サイドメモ：

○国際頭痛分類第 2 版 の正式名は International Classification of Headache Disorders 2 nd Edition といいます。略号は ICHD- II です。

○国際頭痛分類第 2 版では初版の訳が変更されています。たとえば機能性頭痛→一次性頭痛，症候性頭痛→二次性頭痛，前兆を伴わない片頭痛→前兆のない片頭痛，前兆を伴う片頭痛→前兆のある片頭痛などです。

○階層的分類体系：国際頭痛分類第 2 版では， 14 の頭痛グループをさらにタイプ，サブタイプ，サブフォームに細分化されます。たとえばグループ 1 の「片頭痛」は， 1.1 「前兆のない片頭痛」， 1.2 「前兆のある片頭痛」のように 6 つのサブタイプに分かれます。さらに 1.2 「前兆のある片頭痛」は， 1.2.1 「典型的な前兆のある片頭痛」のように 6 つサブフォームに分類されます。すなわち頭痛の分類は動植物の分類に採用されているような階層的な分類体系をとっています。これによって各頭痛は 1 ～ 4 桁のコードによってあらわされます。ちなみに国際頭痛分類第 2 版では頭痛は 225 のサブタイプが挙げられています。

# 新国際頭痛分類 (ICHD-II)



## 2 . 一次性頭痛と二次性頭痛はどのように鑑別するのですか

推奨 :

二次性頭痛を疑うのは、つぎのような場合です ( 推奨のグレードA ) .

1. 突然の頭痛
2. 今まで経験したことがない頭痛
3. いつもと様子の異なる頭痛
4. 頻度と程度が増していく頭痛
5. 50歳以降に初発の頭痛
6. 神経脱落症状を有する頭痛
7. 癌や免疫不全の病態を有する患者の頭痛
8. 精神症状を有する患者の頭痛
9. 発熱・項部硬直・髄膜刺激症状を有する頭痛

## 解説：

頭痛の鑑別診断で重要な点は、まず二次性頭痛のなかでも危険な（致命的な）頭痛を除外することです。次に片頭痛などの一次性頭痛を診断します。二次性頭痛の原因の中にはくも膜下出血のように「見逃されると死につながる頭痛」が含まれています。成人の二次性頭痛は「最初にして最もひどい頭痛」や、頭痛もちの方でも「普段の頭痛とは様子が異なる頭痛」の場合は、危険な病気が原因となっていることがありますので、かかりつけ医と相談の上、神経内科や脳神経外科への受診をお勧めいたします（緊急時は直に受診します）。

神経脱落症状とは麻痺や歩行障害、言語障害、ものが見えにくいなどの症状を指します。精神症状とは、会話が支離滅裂になる、認知症の傾向がある場合を指します。項部硬直・髄膜刺激症状とは、頭痛や悪心・嘔吐のほかに顎が胸に付きにくくなる項部硬直の症状があります。これらは髄膜炎やくも膜下出血の症状です

## ●サイドメモ：

○小児の二次性頭痛の特徴として次のような項目が挙げられています。6ヵ月以内に薬剤が効かない頭痛、眼底の異常（視神経の乳頭浮腫）・眼振・歩行・運動障害を有する頭痛、片頭痛の家族歴を有さない頭痛、意識障害または嘔吐を伴う頭痛、睡眠と覚醒を繰り返す頭痛、脳・脊髄の病気の家族歴や診療歴を有する頭痛

## 9 . くも膜下出血はどのように診断するのでしょうか

### 推奨：

- 1 . 典型的な症状は「今まで経験したことがない突然の激しい頭痛」です。
- 2 . くも膜下出血患者には少量の出血による警告症状を呈することがあります。突然の頭痛に悪心・嘔吐、意識消失、めまいを伴う場合には注意が必要です。



3 頭痛がなくとも動脈瘤の圧迫で動眼神経麻痺（複視と眼瞼下垂があらわれます）を呈することがあります。

4. くも膜下出血の診断には、CT，腰椎穿刺，MRI/MRA，脳血管造影などの検査を行います。

（推奨のグレードA）

**解説：**

くも膜下出血の予後は不良で、総死亡率は 25 ～ 53 % と報告されています。誤診や診断の遅れが予後の悪化につながります。

くも膜下出血の診断を正確にする上で最も大切なのは問診です。くも膜下出血の頭痛の典型的な症状は「今まで経験したことがない突然の激しい頭痛」です。このような頭痛の場合は、くも膜下出血を強く疑わなければなりません。しかし少量の出血の場合は頭痛よりも悪心・嘔吐、意識消失、めまいが主症状となることがあります。頭に突然の異変を感じたら神経専門家を受診して欲しいものです。画像診断としては CT が有用であり、発症 24 時間以内の診断率は 92 % です。CT で異常所見が認められない場合は、腰椎穿刺による髄液の観察や、さらには MRI が必要となります。動脈瘤が発見されれば脳神経外科で動脈瘤頸部のクリッピング手術や動脈瘤のコイル塞栓術を行います。

#### **4. 簡易診断アルゴリズムとはどのようなものですか、どのように使用するのはですか**

推奨：簡易診断アルゴリズムは、実地診療の手がかりとなる有力な手段の 1 つです  
（推奨のグレードB）。

**解説：**

簡易診断アルゴリズムとは頭痛の診断手順をチャート化したものです。一般にアルゴリ

ズムとは問題を解くための手順のことをいいます。一次性頭痛で重要な質問は頭痛が日常生活や活動（仕事，家事，社会活動）にどれほど支障を及ぼすかです。高度の場合は片頭痛か慢性連日性頭痛，軽度の場合は緊張型頭痛が考えられます。月に頭痛が何日あるかも大切です。支障度の大きい頭痛で月 16 日以上の慢性連日性頭痛，15 日以下ですと片頭痛が疑われます。慢性連日性頭痛は国際頭痛分類に分類されていませんが慣用されている頭痛タイプです（\*\*\* 頁参照）。慢性連日性頭痛については，一週間に何日薬を服用するかが問題となります。2 回以上の場合は薬物乱用頭痛が疑われます。

■図■に慢性頭痛の簡易診断アルゴリズムを示しておきます。

## 慢性頭痛の簡易診断アルゴリズム

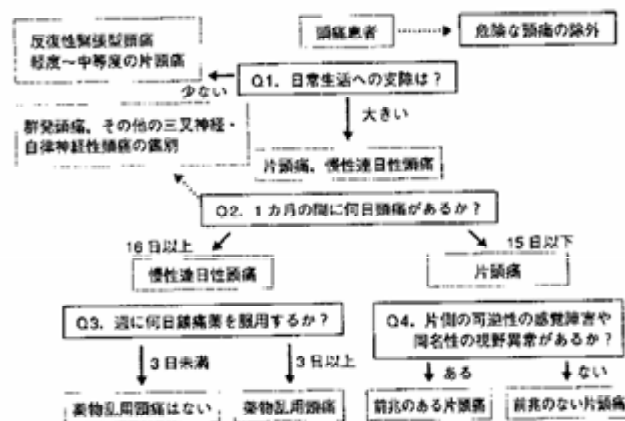


図2 慢性頭痛の簡易診断アルゴリズム

### 5 . 問診票，スクリーナー（簡易診断ツール）をどう利用したらよいか

推奨：

患者－医師間のコミュニケーションの向上と簡便で迅速な診断するために問診票，簡易問診票（スクリーナー）の利用は日常診療の一助となります（推奨のグレードB）。

#### 解説：

頭痛の診療には問診が重要ですが，多忙な診療時間に患者から十分な情報を得ることは困難です．一次性頭痛の日常診療をサポートし，的確な診断および治療，医師－患者の効果的なコミュニケーションの実現を目指して，問診票やスクリーナーがいろいろと開発されております．ガイドラインでは片頭痛の診断のスクリーニングについて頭痛の頻度（「毎日頭痛がありますか？」），片側性（「頭痛は片側におこりますか？」），支障度（「頭痛で日常の活動が阻害されますか？」）からなる質問項目が有用とされています．．他に My 頭痛チェッカー，

支障度の評価尺度としてはマイダス，ヒット6などさまざまなものが用いられております．

#### サイドメモ：

○ My 頭痛チェッカー：日本人の片頭痛症例を統計処理して作成された片頭痛のスクリーナーがあります．それによると，最適な質問項目の組み合わせとして①日常動作での頭痛増悪，②悪心，③光過敏，④臭過敏が抽出されました．2項目以上で「ときどき」～「半分以上」と回答した場合の片頭痛の的中度は91.2%です．

○マイダス（MIDAS; Migraine Disability Assessment Scale）は片頭痛の障害評価尺度です．日常生活を仕事・学校，家事，余暇の3つの領域に分類してその不能状態を点数化してその合計したものを支障度として評価します．片頭痛に限らず，頭痛全般に有用であり，日本を含めた各国で翻訳されて信頼性，妥当性が検証されております．





○ヒット6（HIT-6; Headache Impact Test）

HIT-6は，頭痛診断に必要な「痛みの頻度」，「日常生活への影響」，「社会生活への影響」，「患者さんの精神的負担」などの6つの質問項目をチェックすることにより，頭痛によ

る日常生活への支障度を知ることがてきます。

■頭痛問診票の一例（ADITUS Japan の提示する問診票）

## 過去3カ月間にあった頭痛につ

<b>1</b>	歩行や階段の昇降など日常的な動作によって頭痛がひどくなることや、あるいは動くよりじっとしている方が楽だったことはどれくらいありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> ときどき <input checked="" type="checkbox"/> 半分以上	
<b>2</b>	頭痛に伴って吐き気がしたり又は胃がムカムカすることがどれくらいありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> まれ <input checked="" type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 半分以上	
<b>3</b>	頭痛に伴ってふだんは気にならない程度の光がまぶしく感じるものがどれくらいありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 半分以上	
<b>4</b>	頭痛に伴って臭いが嫌だと感じるものがどれくらいありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 半分以上	

判定: 「ときどき」, 「半分以上」が2項目以上 → 片頭痛

## 6 . 頭痛ダイアリーとはなんのでしょうか、はどのような利点があるのでしょうか

推奨 :

頭痛ダイアリーには多くの情報が含まれ、服薬指導の有用な手段になります。患者－医師コミュニケーションを進めるためにも有用で、問診と組み合わせて使用することが勧められます

( 推奨のグレードA ) .

解説 :

頭痛の情報は自覚的なものであり、医師へ正しく伝えることが難しく、頭痛の診断や治療の評価が困難でした。頭痛ダイアリーの目的は患者の情報をできるだけ効率よく医師に伝えるよう工夫された頭痛診療のアシスト・ツールです。

頭痛ダイアリーからは、頭痛についての貴重な情報が得られます。使用により ①頭痛の頻度、②頭痛の性状、③痛みの強度、④持続時間、⑤随伴症状、⑥頭痛出現から内服までの時間、⑦薬物の治療効果、⑧誘因、⑤生活支障度などを具体的に知ることができます。そのことにより患者－医師コミュニケーションを改善することができます。

問診のみでは頭痛の強度や随伴症状の正確な把握の困難なことが多く、頭痛ダイアリーから正確な情報を得ることにより、①問診では診断がつかなかった症例の診断が可能となる、②自己の頭痛をよりよく把握できる、③頭痛のタイプに応じた服薬や内服のタイミングが改善される、などの利点も報告されております。

#### ●サイドメモ：

○頭痛ダイアリーは日本頭痛学会のホームページ (<http://www.jhsnet.org/>) から入手できます。

## 7. どのような一次性頭痛を治療したらよいでしょうか

#### 推奨：

一次性頭痛は、苦痛があれば重症度にかかわらず、治療の対象となります。頭痛が日常生活に支障をきたしている場合は、積極的に治療を行うべきです（推奨のグレードA）。

#### 解説：

日本の片頭痛の有病率は 8.4 %です。日常生活におよぼす影響は、いつも寝込む 4 %、時々寝込む 30 %、寝込まないが支障あり 40 %と、合計 74 %が日常生活に支障をきた

しております。また緊張型頭痛は 29.2 % と片頭痛に比べ影響が少ない傾向がみられました。しかし緊張型頭痛のうち慢性緊張型頭痛に関しては 40.5 % が日常生活に支障をきたしていました。医療機関への受診率は片頭痛で 30 %、慢性緊張型頭痛で 73 %です。しかし受診したことがあっても必ずしも適切な治療を受けていない実情があります。二次性頭痛の除外が強調され、一次性頭痛の原因、診断の説明および治療が不十分なことが多く、日本における頭痛診療は患者のニーズを満たしていないといわれています。

一次性頭痛の治療目的は、①頭痛頻度、頭痛強度、持続時間を減らすこと、②頭痛により障害される時間を短くし、QOL を改良すること、③薬物乱用による頭痛の増悪を回避することです。

### ● サイドメモ :

○ QOL (Quality of Life) は「生活の質」と訳されています。

#### ○ 頭痛診療における病診連携

多くの慢性頭痛患者は、どこを受診してよいか分からず、市販薬で済ませており、適切な治療がなされておられません。一次性頭痛は、かかりつけ医から頭痛専門医への紹介で適切な診断と治療が受けられます。今後の頭痛診療のあり方として、病診連携（病院と診療所双方向の連携）が望まれます。

#### ○ 層別化治療

片頭痛の急性期治療では、障害のレベルに準じた層別化治療が推奨されます。層別化治療とは支障度のレベルに応じて治療するもので、支障度の低い場合は単一成分の鎮痛薬、支障度の高い患者には初回治療からトリプタン系薬剤の投与する治療法です。この方式は患者の QOL をより高めるとされています。

## 8 . 市販薬による頭痛治療はどのように行なえばよいのでしょうか

### 推奨 :

薬物療法の選択は頭痛の重症度、頭痛の頻度、生活支障度に依存します。軽症の頭痛であれば市販薬（OTC）でも対処可能です。頭痛が中等度～重度の場合、あるいは **OTC を月 10 日以上服用する場合は、医師の指導のもとに薬物治療を行うことが望ましい**のです。慢性頭痛の場合は薬物乱用頭痛に陥らないように急性期治療薬の投与回数をできれば月 10 回以内に制限します（推奨のグレードA）。

### 解説 :

頭痛は重症度と生活支障度により、①軽症：生活に対する支障がない、②中等症：日常生活や仕事に影響がある、③重症：日常生活や仕事が不可能・寝込む、の三段階に区分されます。一次性頭痛のうち、常に軽症で、頭痛による苦痛がほとんどなく、生活支障がない場合は、経過観察、生活習慣の改善、ストレッチなどのセルフケアで対処可能です。頭痛により苦痛を感じても、軽い場合は市販鎮痛薬により対応が可能です。

**OTC** は片頭痛の軽症例や初期例には有効ですが、薬剤乱用によりかえって毎日の頭痛に悩まされることとなります。鎮痛薬を服用している方は、乱用しないよう注意し、服薬回数が頻回な場合（毎月 10 回、あるいはそれ以上服用）は受診して医師と治療について相談してください

### ● サイドメモ :

○市販薬は OTC と略されます。OTC とは Over-The-Counter の略です。OTC の解熱鎮痛薬は厚生労働省から許可された下表の成分の単剤ないし合剤です。

### ■ 表 OTC 解熱鎮痛薬の成分

・解熱鎮痛成分 アスピリン、アセトアミノフェン、イソプロピルアンチピリン、イブ

プロフェン，エテンサミド

- ・鎮静催眠成分 解熱鎮痛成分の鎮痛作用の増強と鎮静作用を有します。 アリルイソプロピルアセチル尿素，プロムワレリル尿素
- ・制酸成分 解熱鎮痛成分による胃の不調を抑える。
- ・生薬成分 解熱作用（ジリュウなど）や鎮痛作用（シヤクヤク）を示します。
- ・その他の成分 解熱鎮痛成分の鎮痛作用の補助： 無水カフェイン

## 9 . 漢方薬は頭痛に有用でしょうか

**推奨：**

漢方薬は予防薬あるいは急性期治療薬として永年にわたり使用されており，経験的あるいは伝統的に，効果・安全性の両面から有用であると評価されております。 これらを裏付ける科学的エビデンスも近年集積されつつあり，予防薬として推奨可能です（推奨のグレードB）。

**解説：**

漢方薬は経験的・伝統的に使用されてきたために，エビデンスとして評価されうるものは多くはありません。 漢方薬の中でエビデンスが得られているものは，呉茱萸湯，桂枝人參湯，釣藤散，葛根湯などが挙げられます。

## 10 . 薬物療法以外にどのような頭痛の治療法があるのでしょうか

**推奨：**

一次性頭痛の薬物療法以外の治療法には行動療法，理学療法，サプリメント療法がありま



す。

これらの治療法には健康保険の適用外のものや副作用の報告もあるため、使用にあたっては個人の特性を考慮に入れて行います（推奨のグレードB～C）。

※片頭痛および緊張型頭痛に対する非薬物療法の詳細は \*\*\* ， \*\*\* 頁を参照してください）

## 解説

：

一次性頭痛には、薬物療法以外の予防的治療も期待されます。薬物療法以外の治療法でエビデンスのあるものとして以下のようなものがあります。

1. 行動療法：リラクゼーション，バイオフィードバック，認知行動療法，催眠療法
2. 理学療法：鍼，経皮的電気刺激など
3. サプリメント： ナツシロギク，マグネシウム，ビタミン B2（→ \*\* 頁）

カイロプラクティックや 頸部操作（脊椎徒手整復治療）は、比較試験の報告もありますが、専門家の一定の見解は得られておらず、手技によっては危険性も伴うため、十分な注意が必要です（推奨グレードC）。

これらの治療法はつぎのような患者さんの治療オプションです。①薬物療法以外の治療を希望，②薬物治療に耐えられない，③薬物療法に禁忌がある，④薬物治療に反応しない，⑤妊娠または妊娠の可能性がある，⑥薬物乱用頭痛の既往，⑦明らかなストレス下にある場合。

### ●サイドメモ：

#### ○行動療法とは

心理療法の一種です。ここでいう行動とは身体的行動ばかりではなく、情動、表情、言語的表現、内臓機能をも含んでおります。自分の頭痛に悪影響のある要素を探し、それらの修正や消去をはかり、頭痛によい行動を形成して症状の改善を目指す治療法です。バイ

オフィードバック法の一例を挙げますと、緊張型頭痛に悩む方に対して筋肉の緊張を検出し装置を通じて患者に伝えそれを軽減する方法を習得する方法です。認知行動療法は、行動療法の一つで、認知の歪みを検証し、認知と行動を変容させて頭痛の軽減を図る治療法です。

## 1 1 . 特発性低髄液圧性頭痛はどのように診断し、治療するのでしょうか

**推奨：**

特発性低髄液圧性頭痛は国際頭痛分類第2版に準拠して診断します。治療はまず安静臥床・輸液などの保存的療法を行い、改善が認められない場合に画像診断で髄液漏出部位を確認したうえで硬膜外血液パッチなどの治療を考えます（推奨のグレードA）。

**解説：**

髄液とは頭蓋内に貯溜する液体で脳や脊髄を保護する作用があります。脳脊髄液量の減少により脳の浮力が減少し、脳を支える組織が刺激されて疼痛が起こります。低髄液圧による頭痛は座位または立位をとると増悪するのが特徴です。

脳脊髄液量が減少するとふつう低髄液圧となりますが、代償作用により正常圧となることがあります。それでも髄液減少のための耳鳴、聴力低下、光過敏、悪心のなどの症状が発現します。正常圧のこともあることから「脳脊髄液減少症」という病名が提唱されています。

低髄液圧性頭痛は神経根の部分から髄液が漏出することが有力な原因です。その誘引としては、いきみ、咳込み、性行為、頭頸部外傷、しりもち、などが挙げられております。最近、むち打ち症と脳脊髄液減少症の関係がマスコミで取り上げられておりますが、むち打ち症の症状がすべて脳脊髄液減少症と考えるのは正しくありません。

**低髄液圧性頭痛の診断：**

低髄液圧性頭痛の診断には腰椎穿刺を行い、髄液圧の低下を証明すればよいのですが、低髄液圧を誘発する場合がありますし、正常圧になっていることがあるので診断の確定にはそれほど役立ちません。MRで髄液減少による脳の下垂所見、硬膜の造影所見、MR脊髄造影が診断の参考となります。アイソトープにより脳脊髄液漏出部位を確認するとよいのですが、この検査法が可能な施設は限られます。

### **低髄液圧性頭痛の治療法：**

安静臥床、水分補給、点滴などで改善を待ちますが、難治の場合は硬膜外ブラッド・パッチ法（EBP）を行ないます。

#### **●サイドメモ**

：

○硬膜外ブラッド・パッチ法（EBP）

腰椎穿刺後頭痛の予防と治療のために麻酔科医がはじめた治療法であり、特発性低髄液圧症候群の治療に用いられています。脳脊髄液が漏出していると思われる部位の硬膜外腔に自家血を注入し、血液凝固による糊作用で漏出部位を塞ぎます。

## **12 . 頭痛は遺伝しますか**

片頭痛は家系内発症例が多く、遺伝因子の存在はほぼ確実です。しかし家族性片麻痺性片頭痛など特殊な片頭痛以外には、確実な片頭痛の原因遺伝子は見つかっておりません。複数の遺伝子が複雑に関与して発症するものと推測されております。

群発頭痛も遺伝因子が関与する可能性があります。一方緊張型頭痛の発症については関係する遺伝因子が存在する可能性はありますが、むしろ環境因子が強く関与しているものと考えられています。

## 第2章 片頭痛についての基礎知識

慢性頭痛の治療の中心となるのは、生活支障度が強く社会経済学的にも影響の大きい片頭痛です。片頭痛は頭痛発作を繰り返す疾患で、発作は4～72時間持続します。片側性、拍動性（ズキズキする）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・音過敏を伴います。ただし両側性、ズキズキしないことも少なくありません。片頭痛には前兆のない片頭痛と前兆のある片頭痛に大別されます。この片頭痛を治療するには正確な診断のもとに、個々のニーズに合わせて、トリプタン系薬剤を使用するなどの治療を選択します。これによって片頭痛により自分の生活のロスタイムを減らすことができます。

### 1. 片頭痛はどのように分類するのですか

推奨：片頭痛の分類は国際頭痛分類第2版に準拠して行うように勧められます（推奨のグレードA）。

解説：

国際頭痛分類第2版によると、片頭痛は下記のように階層的に分類されております。実際に問題になるのは1.1 前兆のない片頭痛と1.2 前兆のある片頭痛のふたつです。読者の皆さんは、片頭痛というのはこのように分類されているということを漠然と理解していただければ結構です。

#### 1. 片頭痛の分類

##### 1.1 前兆のない片頭痛

##### 1.2 前兆のある片頭痛

##### 1.2.1 典型的な前兆に片頭痛を伴うもの

- 1.2.2 典型的前兆に非片頭痛様の頭痛を伴うもの
- 1.2.3 典型的前兆のみで頭痛を伴わないもの
- 1.2.4 家族性片麻痺性片頭痛
- 1.2.5 孤発性片麻痺性片頭痛
- 1.2.6 脳底型片頭痛
- 1.3 小児周期性症候群（片頭痛に移行することが多いもの）
  - 1.3.1 周期性嘔吐症
  - 1.3.2 腹部片頭痛
  - 1.3.3 小児良性発作性めまい
- 1.4 網膜片頭痛
- 1.5 片頭痛の合併症
  - 1.5.1 慢性片頭痛
  - 1.5.2 片頭痛発作重積
  - 1.5.3 遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの
  - 1.5.4 片頭痛性脳梗塞
  - 1.5.5 片頭痛により誘発される痙攣
- 1.6 片頭痛の疑い
  - 1.6.1 前兆のない片頭痛の疑い
  - 1.6.2 前兆のある片頭痛の疑い
  - 1.6.5 慢性片頭痛の疑い

## 2 . 片頭痛はどのように診断するのですか

推奨：片頭痛の診断は国際頭痛分類第2版の診断基準に従って行うように勧められます  
（推奨のグレードA）。

解説：

片頭痛もこまかい種類がありますが、主要な片頭痛サブタイプは 1.1 「前兆のない片頭痛」と「1.2 前兆のある片頭痛」です。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」が文字どおり典型的です。

1.1 「前兆のない片頭痛」は、長年にわたり発作を繰り返すのが特徴で、中等度～重度の痛みが4～72時間持続します。片側性、拍動性（ズキズキする）の頭痛で、日常生活動作で痛みが増強し、悪心・嘔吐、光・音過敏を伴うため、生活に支障をきたすことが多い頭痛です。ただし両側性のこともありますし、ズキズキしないことも少なくありません。片頭痛はズキズキする片側の頭痛であるという誤解から、片頭痛のかなりが「片頭痛ではない」と誤解されています（サイドメモ参照）。

診断基準は皆さんでも十分に理解できると思いますので掲載しておきます。片頭痛の診断基準の E 項目「その他の疾患によらない」は重要です。脳腫瘍や感冒など二次性頭痛がある場合は、いくら頭痛が片頭痛に似ていても、片頭痛とは診断できない、ということの意味します。

#### 1.1 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

1.2.1 「典型的な前兆に片頭痛を伴うもの」は「きらきらした光・点・線や視覚消失が 5 分

～ 60 分間出現し、その後に頭痛を伴う」ものをいいます（⇒サイドメモ参照）。

●サイドメモ：

○片頭痛診断の落とし穴

片頭痛はその病名が示すように片側性と思われがちですが、両側性の例が4割あります。また片頭痛は血管の頭痛だからズキズキする頭痛と思われてきましたが、ズキズキしない（非拍動性）場合も約5割あります。ズキズキや片側性を診断のよりどころにすると片頭痛を見落としてしまいます。また片頭痛も肩こりから始まることが多いことや（75%）、ストレスと関係することが多い（72%）ことが知られています。要するに、時々、生活に支障のある、つらい頭痛がある場合は、片頭痛の可能性があるということをおぼえておいてください。

1.=1 「典型的前兆に片頭痛を伴うもの」の診断基準は以下のとおりです。

A. B～Dを満たす頭痛発作が2回以上ある

B. 少なくとも以下の1項目を満たす前兆がありますが、運動麻痺（脱力）は伴わない

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
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
3. 完全可逆性の失語性言語障害

C. 少なくとも以下の2項目を満たす

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）
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・または異なが引き続き5分以上かけて進展する
3. それぞれの前兆の持続時間は5分以上60分以内

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

## E. その他の疾患によらない

### 3 . 本邦における片頭痛の有病率ほどの程度ですか

※間中注 「本邦における片頭痛の有病率ほどの程度ですか」などの QC については「推奨文」や推奨のグレードをつけると、不自然なので省略いたしました。

本邦の年間片頭痛有病率は、 8.4 % で、前兆のない片頭痛 5.8 %、前兆のある片頭痛 2.6 %です。片頭痛は 20 歳～ 40 歳代の女性に多くみられます。

鳥取県大山町の調査では、住民の 6.0 %が片頭痛（前兆のある片頭痛 0.9 %、前兆のない片頭痛 5.2 %）にかかられておりました。

世界各国における有病率は様々で、中国 3.0 %、マレーシア 9.0 %、台湾 9.1 %、フランス 12.1 %、米国 13.0 %、スウェーデン 13.2 %、ドイツ 27.5 %、タイ 29.1 %などの報告があります。

本邦を含むアジアでの片頭痛の有病率は 5 ～ 10 %、欧米では 10 ～ 15 %と考えられます。これはいずれの数字を取ってもきわめて高い有病率です。

年代別にみた片頭痛有病率をみますと、若年～中年の女性に多く 30 歳代、40 歳代女性の片頭痛の有病率はそれぞれ 17.6 %、18.4 %にも及んでおります。

本邦の片頭痛患者は、頭痛のために日常生活に支障があるにもかかわらず、医療機関に受診するものが少ないことが示されています。

#### ● サイドメモ :

#### 片頭痛患者の健康寿命の阻害

片頭痛患者の QOL は健康対照と比較して、身体面、心理面、社会的機能などにおいて有意に阻害されております。WHO（世界保健機関）の調査では片頭痛は健康寿命を平均 2.3 年縮めるとされています。



## 4 . 片頭痛の病態はどのように理解されているのですか

片頭痛の病態として、セロトニンが深く関係していることは 1960 年代から指摘されてきました。当初は血液の血小板中に存在するセロトニンが、片頭痛発作時に大量に放出され、やがてそれが消失することにより血管の拡張して頭痛が発症するという「血管説」が有力でした。セロトニン受容体はいろいろの種類がありますが、最近では 1B と 1D というセロトニン受容体（受け皿）が片頭痛の発症に深く関係していることが分かってきました。

片頭痛の病態仮説としては「三叉神経血管説」という説が有力です。この説は 1984 年にモスコビッツという方が提唱しました。この説によりますと、なんらかの刺激で頭蓋内血管に分布する神経終末が刺激され、血管作動性物質が放出され、血管が拡張し、無菌性の炎症が引き起こされます。このような反応が次々に血管を広がっていきます。この刺激による興奮が脳に伝えられて悪心・嘔吐などの反応や頭痛を起こすという説です。

片頭痛治療薬のトリプタン系薬剤はセロトニン受容体の 1B に作用して拡張した血管を収縮させ、神経のセロトニン受容体の 1D に作用して血管作動性物質の放出を抑制することによって、片頭痛を頓挫させる薬剤なのです。

## 5 . 片頭痛の誘発因子としてどのようなものがありますか

疫学調査によると片頭痛の誘発因子としては下記のものあげられています。

精神的因子：ストレス、精神的緊張、疲れ、睡眠

内因性因子：月経周期

環境因子：天候の変化、温度差、頻回の旅行

食事性因子：アルコールや他の食品群

誘発因子を除去することは片頭痛の予防につながります。多くの食品が片頭痛の誘発因子として信じられており、その代表的なものは赤ワイン、チョコレート、チーズです。

これらの食品に共通する片頭痛誘発物質はチラミンなどのアミン類が考えられます。アミンを含むピーナッツ，豚肉なども片頭痛の誘発因子と考えられてきました。また人工甘味料のアスパルタームも誘発因子に挙げられています。

しかし，飲酒は片頭痛の有力な誘発因子となりますが，それ以外の飲食物が片頭痛の誘発因子となるかどうかは疑問の多いところではあります。かりに誘発されるとしても片頭痛患者個々において誘発因子が異なります。人によって誘発因子やその強さは異なりますから，飲食物についてはあまり神経質にならないでください。

疫学調査からは共通の片頭痛誘発因子がみられます。すなわち，ストレス，精神的緊張，疲れ，睡眠，月経周期，天候の変化，温度差，頻回の旅行，アルコールなどです。アルコール以外のものは緊張型頭痛の誘発因子ともなります。竹島らの調査では，片頭痛持ちの人は頭痛持ちでない人に比べ，脂肪／油の多い食べ物，コーヒーやお茶の消費が多いことが報告されております。

## 6 . 片頭痛の共存症にはどのようなものがあるのでしょうか

「共存症」とはある病気と一緒に起こりやすい病気をいいます。片頭痛治療を実施するに際しては共存症に関する理解も重要です。片頭痛患者では高血圧，心疾患や虚血性脳血管障害，うつ病・パニック障害・不安障害などの心療的疾患との関連が検討されております。（竹島先生のご意見を取り入れて改訂）

（★五十嵐先生ご意見）

確かに患者さんが心配しすぎることになると思います。いれるとすれば，特に脳血管障害に関しては " 2倍 " というより，片頭痛もちではない人のリスクは何%で前兆のある片頭痛もちの人は何%，というように具体的な数値を示したほうがよいのではないかと思います。

## 第3章 片頭痛の急性期治療

### 1 . 片頭痛治療にはどのようなものがありますか

推奨 :

片頭痛治療の主体となるのは薬物療法です。薬物療法には急性期治療と予防療法があります。薬物療法以外にも治療法があります。これらを組み合わせて治療を構築します（推奨のグレードA）。

解説 :

片頭痛は完治させることは難しいですが、適切な治療により発作頻度を減少させ、また発作そのものを頓挫させたり軽くすることはできます。それにより患者の機能を回復し、生活の質を高めることが可能です。正確な片頭痛診断のもとに、患者個人のニーズに合わせた治療法（■表■）を組み立てるとよいでしょう。

片頭痛治療の主体となるのは薬物療法です。薬物療法には急性期治療と予防療法があり、おのおのに適した薬剤を選択します。片頭痛の誘発因子がある場合は、できる限りこれを避けます。片頭痛の非薬物療法は薬物療法の補完する立場にあります。

#### ■表■ 片頭痛治療

##### 1 . 薬物療法

###### 1) 急性期治療

- ・特異的治療（トリプタン、エルゴタミン）
- ・非特異的治療（鎮痛薬、制吐薬）

###### 2) 予防療法

##### 2 . 非薬物療法：鍼治療、食事療法など

##### 3 . 誘発因子の検索と除去

##### 4 . 片頭痛とその治療を知る

- ・片頭痛に対する知識
- ・片頭痛と他の頭痛の鑑別
- ・治療薬の効果と副作用
- ・急性期治療薬の適正使用（使用のタイミング，使用量，使用頻度）
- ・予防療法の必要性
- ・発作中の注意（静かな暗い場所で休む，痛む箇所を冷やすなど）
- ・頭痛の記録をつける（頭痛ダイアリー）

## 2 . 片頭痛の急性期治療薬にはどのような種類があり，どのように使い分けるのでしょうか

片頭痛の重症度に応じて薬剤を選択します。片頭痛急性期治療薬には，つぎのような種類があります。

- 1) アセトアミノフェン
- 2) 非ステロイド系抗炎症薬（NSAIDs）：アスピリンなど
- 3) エルゴタミン製剤
- 4) トリプタン系薬剤
- 10) 制吐薬

軽度～中等度の頭痛にはアスピリンなどの消炎鎮痛薬，中等度～重度の頭痛にはトリプタン系薬剤が推奨されます。いずれも場合も制吐薬の併用は有用です（推奨のグレードA）。

### 解説：

片頭痛発作治療の目的は頭痛を確実に速やかに消失させ，機能を回復させることです。軽度～中等度の頭痛には消炎鎮痛薬，中等度～重度の頭痛（または軽度～中等度の頭痛

でも過去に 消炎鎮痛薬 の効果がなかった場合 ) には、片頭痛特異的治療 (トリプタン系薬剤など) が推奨されます。

エルゴタミン+カフェインの経口薬 ( 本邦ではカフェルゴット { R } など ) は、トリプタン系薬剤との比較試験によると有効性は劣ります。しかし発作開始直後に使用すると効果がみられる患者もあり、現在でも使用されることがあります。

急性期治療薬は3ヵ月を超えて連日のように服用すると薬物乱用頭痛をきたす可能性があることに注意してください。

### ● サイドメモ :

#### ○ 段階的治療と層別治療

段階的治療とは最初に鎮痛薬を投与し、効果がみられなかった場合にトリプタンにすすんでいく、という方法です。層別治療とは片頭痛の重症度に応じて治療薬を選択する方法です。ランダム化試験では層別治療の有効性が示されました。

### 3 片頭痛発作の急性期治療にリプタンは有効でしょうか。また複数のトリプタンをどのように使い分けたらよいでしょうか

#### 推奨 :

片頭痛発作期の特異的な治療薬として、いずれのトリプタンも有効です ( 推奨のグレードA ) 。しかしその特性についてはわずかながら差があり、患者により効果や好みは異なります。片頭痛の前兆期・予兆期にトリプタンを使用しても支障ないのですが、効かない可能性があります

( 推奨のグレードB ) 。

#### 解説 :

トリプタン系薬剤は、選択的なセロトニン受容体作動性薬剤で、いずれの薬剤も片頭痛によく効きます。片頭痛には十分なエビデンスがあります。現在、本邦で使用可能なトリプタン系薬剤としては、スマトリプタン、ゾルミトリプタン、エレトリプタン、リザトリプタンの4種類があります。剤形も4種類があり、都合8種類のトリプタンが選択できます（■表■）。

本邦でも、それぞれの薬剤に対する無作為化比較試験があり、欧米とおおむね同様な結果が得られており、その有効性は明らかです。現在のところ決定的といえるほどの薬剤の差は明らかにはなっていますが、各々その薬理学的な特性に差異があり、効果や好みも患者によって一定ではありません。

予兆期・前兆期のトリプタンの使用の有効性に関しては、明確な結論は出ておりませんが、臨床試験をまとめますと前兆期には効果がなかったという結論です。頭痛が軽度である時期にトリプタンを服用したほうがよいといわれていますが、予兆期の服用では効果が乏しいとされています。

#### ●サイドメモ：

○ 本邦発売トリプタン一覧（2006年6月現在）

一般名，発売元，剤形，市販名，発売年

コハク酸スマトリプタン（グラクソ・スミスクライン株式会社）

錠剤	イミグラン錠 50 2001年
注射薬	イミグラン注 3 2000年
点鼻薬	イミグラン点鼻液 20（注） 2003年

ゾルミトリプタン（アストラゼネカ株式会社）

錠剤	ゾーミッグ錠 2.5mg 2001年
口腔内速溶錠	ゾーミッグ RM 錠 2.5mg 2002年

臭化水素酸エレクトリプタン（ファイザー株式会社）

錠剤                   レルパックス錠 20mg 2002 年

安息香酸リザトリプタン（エーザイ株式会社）

錠剤                   マクサルト錠 10mg 2003 年

口腔内崩壊錠   マクサルト RPD 錠 10mg 2003 年

注：イミグラン点鼻液の一般名はコハク酸スマトリプタンでなく、スマトリプタンです。

#### ○トリプタンの剤形

錠剤，口腔錠（口腔内速溶錠，崩壊錠），点鼻液，注射の 4 種類があります。錠剤はスタンダードな剤形です。口腔錠は「水なしで，いつでも，どこでも」飲めます。点鼻液は悪心・嘔吐があっても投与できます。注射はもっとも即効性で効果も確実です。ただし受診しないと注射してもらえません。自分の片頭痛のタイプとニーズにあった剤形を選択するとよいでしょう。

#### ○トリプタンの作用機序

トリプタンは頭蓋血管に存在する 5-HT<sub>1B</sub> 受容体に作用し，その血管収縮作用により片頭痛の拍動痛を鎮め，また，同時に三叉神経終末の 5HT<sub>1D</sub> 受容体の賦活により髄膜血管周囲の神経原性炎症の原因となる血管作動物質の放出を抑制することによって効果があらわれます。

#### ○早期服薬の必要性

トリプタンは片頭痛のどのタイミングにも有効ですが、片頭痛の早期に服用するほうが効果が優れます。片頭痛がひどくなるとアロディニアという現象があらわれ、トリプタンの効果が現れにくくなります。

○アロディニア（異痛症）とは脳が痛みにも敏感となり、通常痛みを感じない程度の刺激でも痛みを感じる現象で、片頭痛の75%に認められるといわれています。アロディニアが起こると皮膚が過敏な状態になり、髪の毛を触っても不快感が起こりブラシや櫛がかけられなくなります。さらには顔や手足までピリピリする状態があらわれます。

#### ○トリプタン乱用頭痛

トリプタンが片頭痛の早期に有効であるからといって、あまりにも頻回のむとくかえって頭痛が誘発されます。3ヵ月を超えて10日以上トリプタンを服用するとトリプタン乱用頭痛となります。できれば月10日以内の服用に留めたいものです。この範囲内であれば大きな問題はありませんので、いたずらに服用を警戒しないようにしてください。

#### ○片頭痛による経済的損失の評価とトリプタンの費用対効果の評価

トリプタンは鎮痛薬に比べて高価な薬剤であったため、欧米各国においてトリプタンが医療費支出に見合うだけの効果を持っているかどうか、いわゆる費用対効果の評価が行われました。その結果は社会全体に対して経口トリプタン薬により便益が還元されると結論されています。

## 4. ほかの片頭痛治療薬はどのように評価されているのでしょうか

エルゴタミン、アセトアミノフェン、消炎鎮痛薬、カフェイン、制吐薬などが用いられております。

これらについてエビデンスを示します。



●エルゴタミン／カフェイン配合薬（カフェルゴット { R } など）

エルゴタミンは古くからある片頭痛治療薬でカフェルゴット { R } などの名前で処方されております。古い薬ですのではっきりした有効性のエビデンスはありません。中等度～重度の片頭痛への効果はトリプタンより劣ると結論されています。早期服用での効果は消炎鎮痛薬と同等もしくは劣っており、副作用として悪心をきたすことが多く、また長期乱用による副作用の警告がなされています。片頭痛治療薬としての役割は限られてきております。またトリプタンとの併用、妊娠の可能性がある場合、授乳中の使用は禁忌です（推奨のグレードB）。

●アセトアミノフェン

アセトアミノフェンはいろいろな商品名のもとに市販薬として多用されている薬剤です。安全性が高く、軽度～中等度の片頭痛発作には効果がみられることから、市販薬としては推奨されます（推奨のグレードB）。アセトアミノフェン単独では消炎鎮痛薬より効果が劣りますが、アセトアミノフェン・アスピリン・カフェイン配合処方（AAC 処方といいます）は高く評価されています。

●アスピリン、そのほかの鎮痛薬

非ステロイド系消炎鎮痛薬（消炎鎮痛薬）は、片頭痛の症状を有意に改善させます。安全性も高く、軽度～中等度の頭痛の第一選択薬となります。発作の出来る限り早期の服用が推奨されます（推奨のグレードB）。

●カフェイン

カフェイン単独投与では有効性のエビデンスがありませんが、鎮痛薬と併用すると有効です

( 推奨のグレードB～C ) .

#### ●制吐薬

制吐薬 ( いずれも処方薬です ) は、片頭痛急性期治療薬と併用すると頭痛の程度や悪心・嘔吐などの消化器症状の改善効果が示されております。副作用も少ないことから積極的な併用が勧められます ( 推奨のグレードB ) .

### ■■ サイドメモ ■■

#### ○非ステロイド系消炎鎮痛薬

ステロイドではないのに消炎効果がある鎮痛薬を非ステロイド系消炎鎮痛薬 ( NSAIDs ) といいます。さまざまな種類の NSAIDs が利用されていますが、市販薬ではアスピリンとイブプロフェンがこれに該当します。

#### ○カフェイン離脱頭痛

コーヒーや紅茶などのカフェイン含有飲料が片頭痛の代替療法として汎用されています。ただし1日 200mg 以上のカフェインを2週間を超えて慢性的に使用すると、カフェイン離脱頭痛が起こる可能性があります。カフェインのとり過ぎに注意しましょう。

## 5 妊娠中、授乳中の片頭痛治療はどうすればよいのですか

推奨：

発作が重度で、治療が必要な場合には、発作頓挫薬としてはアセトアミノフェンが勧められます。妊娠初期におけるトリプタンの安全性は確立しておりませんが、有害事象 ( 薬物を投与された被験者に生じたあらゆる好ましくない医療上のできごと ) の増加は報

告されていません。多くの片頭痛患者は妊娠中には片頭痛発作の頻度が減少するため、予防薬が必要となる患者は少数です。妊娠中は予防薬は使用しないほうが望ましいのですが、どうしても必要な場合には $\beta$ 遮断薬が使用可能とされています。授乳婦がトリプタンを使用した場合には、服用 24 時間後に、一度搾乳してから、授乳すれば安全です（推奨のグレード B）。

★竹島先生の御意見を参考に訂正しました

#### 解説：

妊娠期間中は妊婦の 8 割で頭痛が軽減します。しかし、出産第一週で半数以上の方で頭痛が再発しております。出産後は母乳栄養をするほうが片頭痛の再発を抑える可能性が示されております。

妊娠中の薬物の危険度は、薬剤そのものの影響と、薬剤使用時期が問題となります。最終月経初日から 27 日目までは無影響期のため、この期間に片頭痛治療薬を数回使用したとしても特に心配はありません。妊娠初期、特に 2 ヶ月目は胎児の器官形成時期のため薬剤の使用は控えます。妊娠後期には催奇形性はありませんが、胎児毒性が問題となります。アスピリンなどの消炎鎮痛薬は動物の妊娠末期には胎児の動脈管収縮などの報告があるため、使用を控えます。

妊婦における片頭痛急性期発作の治療薬として完全に安全とされる薬剤はありません。しかし、いろいろなガイドラインでは妊娠中の鎮痛薬としてはアセトアミノフェンが推奨されております。エルゴタミンは子宮収縮作用があり早産の危険性があるため、禁忌となっております。

トリプタンの安全性については「妊娠初期におけるトリプタンの使用が、催奇形の危険性を大幅に増加させるものではなかった」と報告されております。すなわち妊娠初期にトリプタンを服用しても慌てることはありません。

妊娠中の予防療法では、抗てんかん薬のバルプロ酸は胎児に対する危険性が最も高いもので服用を避けます。カルシウム拮抗薬も妊娠中服用禁忌です。妊娠中に予防薬が必要な場合には、 $\beta$ 遮断薬（特にプロプラノロール）が選択肢としてあげられております。

授乳中のトリプタン使用については、服用したトリプタンの母乳移行が 24 時間以降は皆無であることから、服用 24 時間後の授乳が推奨されております。なおスマトリプタン

については 2005 年に 12 時間経てばよいと改定されました。

どの薬でもそうですが、妊娠中・授乳中の服薬は医師とかならず相談の上で行ってください。

#### ● サイドメモ :

$\beta$  遮断薬 : 交感神経受容体を遮断 (ブロック) する事により、高血圧や心臓病や不整脈等を治療する薬剤です。

## 6 . 月経時片頭痛の診断と治療

推奨 :

月経周期に関連して起こる「前兆のない片頭痛」発作は、重度のものが多いため、トリプタン系薬剤が推奨されます。予防薬は一般的な片頭痛予防療法に準じますが、月経に関連してのみ起こる場合には期間限定で予防薬を使用します ( 推奨のグレード B ) 。

解説 :

片頭痛発作は女性の約半数が月経周期に関連して起こることを自覚しております。頭痛日記を用いた調査でも、月経数日前から月経中にかけて、片頭痛発作が起こることが多く、この時期に起こる発作は他の時期に比し、持続時間が長く、治療抵抗性のことが多いようです。月経時片頭痛の薬物治療は基本的には一般的な片頭痛治療と同様ですが、発作が重度の場合が多いため、急性期治療としてはトリプタン系薬剤が勧められております。

予防療法としては月経周期に関連してのみ発作が起こる場合には、月経 1 ~ 2 週間前から月経終了までの短期間使用します。消炎鎮痛薬は、月経時片頭痛や月経関連片頭痛の短期的な予防治療に使用されます。ホルモン療法としては、エストラジオール ( 女性ホルモンの一種 ) の有効性を示す試験もあります。

## ● サイドメモ :

月経に関連して起こる片頭痛の呼び方

国際頭痛分類第2版の付録に定義されています。月経に関連して起こる「A1.1 前兆のない片頭痛」は、サブグループとして「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」、「A1.1.3 前兆のない非月経時片頭痛」に分類されております。「A1.1.1 前兆のない純粋月経時片頭痛」は、月経開始日（月経開始2日前から月経3日目まで）のみに生じ、月経3周期中2周期以上で認めその他の時期には認めないものをいいます。「A1.1.3 前兆のない月経関連片頭痛」はA1.1.1で定義した時期に加え、その他の時期にも発作を認めるものと定義されております。

## 第4章 片頭痛の予防療法

### 1. どのような場合に片頭痛の予防療法が必要なのでしょうか

推奨 :

片頭痛発作が月に2回以上ある方には、片頭痛の予防療法を検討していただくとよいでしょう。急性期治療のみでは片頭痛による日常生活の支障が残る場合、急性期治療薬が使用できない場合にも予防療法を行うよう勧められます（推奨のグレードB）。

解説 :

片頭痛予防療法はつぎのようなメリットがあります。

- 1) 発作の頻度、重症度、頭痛持続時間を減らします

- 2) 急性期治療の効果をよくします
- 3) 生活への支障を軽減させることにより，生活機能が向上します

急性期治療薬の乱用は薬剤乱用性頭痛を誘発しますので，急性期治療薬のみすぎがある場合も予防療法が必要です．高血圧や抑うつ状態などの併存症がある場合には併存症にも有効な片頭痛予防薬を使用します．

## 2．予防療法にはどのような薬剤があるのですか

推奨：

片頭痛の予防療法に使用される薬剤には $\beta$ 遮断薬，カルシウム拮抗薬，抗てんかん薬，抑うつ薬などがあります．これらの片頭痛の予防効果のある薬剤のうち，片頭痛の予防薬として本邦で保険適用があるのは塩酸ロメリジンです（推奨のグレードB）．

（★五十嵐先生御意見により訂正）

解説：

各種予防薬について説明します．

### ● $\beta$ 遮断薬（プロプラノロールなど）

46以上の試験が行われており，片頭痛予防薬としての効果は確実とされております（推奨のグレードA）． $\beta$ 遮断薬は高血圧や冠動脈疾患，頻拍性不整脈などの合併症を持つ片頭痛患者にとくに勧められます．逆に心不全や喘息，抑うつ状態の場合は使用を遠慮します．なお $\beta$ 遮断薬は片頭痛への保険適用はありません．

### ●カルシウム拮抗薬

降圧薬として広く使用されている薬剤群で、片頭痛予防薬として以前より使用されてきました。塩酸ロメリジンは本邦で開発された片頭痛予防の保険適用をもつ安全な薬剤です。塩酸ロメリジンは月に2回以上の発作がある片頭痛患者に10 mg / 日、経口投与すると、8週間後には64%の患者で片頭痛発作の頻度、程度の軽減が期待できます（推奨のグレードB）。

#### ●アンギオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬，アンギオテンシンⅡ受容体遮断薬（ARB）

ACE 阻害薬と ARB は副作用の少ない降圧薬として広く使用されております。高血圧の治療のために ACE 阻害薬を服用した患者において片頭痛の頻度や程度が軽減が認められました。とくにリシノプリルやエナラプリルに片頭痛予防効果のエビデンスがあります。

ARB であるカンデサルタンにも無作為化試験が実施され有用性が示されております。片頭痛と高血圧症が併存する場合、これらの薬剤の積極的な使用が勧められます（推奨のグレードB）。

#### ●抗てんかん薬（バルプロ酸）

月に2回以上の頭痛発作がある片頭痛患者にバルプロ酸 1000mg を経口投与すると、8週間後には片頭痛発作を平均 4.4 回 / 月から平均 3.2 回 / 月に減少することが期待されます。バルプロ酸は神経細胞の興奮性を抑制することから、片頭痛や難治性頭痛において検討がなされてきました。外国ではバルプロ酸以外の抗てんかん薬も片頭痛予防薬として使用されています。

#### ●抗うつ薬（アミトリプチリン）

抗うつ薬は抑うつ状態がなくとも、片頭痛に関係の深いセロトニンの代謝を改善することにより片頭痛の予防に有用です。とくに緊張型頭痛を合併している片頭痛に高い有効率を示されております。抗うつ薬の中では三環系抗うつ薬であるアミトリプチリンはエビデンスも十分にあり、広く使用されております。三環系抗うつ薬は、抗コリン作用による

副作用（眠気、口渇等）がありますが、低用量から用いることにより副作用を軽減できます。新しいタイプの抗うつ薬である選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は三環系抗うつ薬にみられやすい副作用は少ないのですが、今後のエビデンスの蓄積が期待される薬剤です。

### **3 . 複数の予防療法をどのように使いわけるのでしょうか**

**推奨：**

予防療法の選択は、エビデンスがあり、有害事象が少ない薬剤を低用量から開始します。十分量で 2 ～ 3 ヶ月程度の期間をかけて効果を判定します。それでも効果が得られなければ、他の薬剤に変更します。片頭痛以外の併存する疾患や身体的状況も勘案して薬剤を選択します（推奨のグレードB）。

**解説：**

予防療法の評価には、頭痛の性状や持続の観察、急性期治療薬の使用量の記録が有用です。それには頭痛日記ダイアリーをつけるとよいでしょう。頭痛日数の記録だけでもかなり役立ちます。米国内科学会のガイドラインでは、片頭痛予防の第一選択として、降圧薬のプロプラノロール、抗うつ薬のアミトリプチリン、抗てんかん薬のバルプロ酸ナトリウムを推奨しております。本邦においては保険適用をもつ塩酸ロメリジンが選択薬となります。

### **4 . 予防療法はいつまで続ける必要があるのでしょうか**

**推奨：**



予防療法の効果判定には少なくとも2ヵ月を要します。問題がなければ3～6ヵ月は予防療法を継続し、片頭痛のコントロールが良好になれば、予防療法薬を徐々に減らしていき、可能であれば中止します（推奨のグレードB）。

解説：

予防療法の継続期間や中止を考える目安は、頭痛による支障度にもよります。一律には決めることができませんが、多くのガイドラインでは予防療法を最低3ヵ月は継続し、頭痛が月に1, 2回以下が2ヵ月以上続くようになれば、徐々に減らして中止することを勧めております。

## 5 . 片頭痛の予防によいサプリメントにはどのようなものがありますか

推奨：

マグネシウム，ビタミン B2，フィーバーフューは，ある程度の片頭痛予防効果が期待できます。これらの薬剤の副作用には重篤なものはみられず，また安価であることから片頭痛予防薬の選択肢として考慮してもよいでしょう（推奨のグレードB）。

解説：

自然食品やサプリメントとして使用されているものに片頭痛予防効果が示唆されているものがあり，マグネシウム，ビタミン B2，フィーバーフューがその代表です。処方薬による予防療法を希望なされない場合には試みてもよいでしょう。

### ●ビタミン B2

片頭痛患者にはミトコンドリア機能の障害があるという仮説から，ビタミン B2 400mg

をプラセボ（偽薬）と比較した試験によりビタミン B2 の有効性が確認されました（推奨グレードB）。ビタミン B2 は 400mg という大量ではなく、25mg の少量でも片頭痛予防効果があるという研究もあります。

#### ●フィーバーフュー

ハーブの一種で、古くから片頭痛予防に用いられてきました。無作為化比較試験が3報あり有効性が認められております。副作用はほとんどありません。ただし子宮収縮作用があるので、妊婦は避けてください。

★竹島先生御意見により訂正 でしょうか。

#### ●マグネシウム

マグネシウムは神経の働きを安定化させる作用があります。4つの論文があり3編が有効性を認めております。一日 300 ～ 600mg を摂取しますが、もともとマグネシウムは緩下剤として用いられておりますので、服用により下痢を起こすことがあります。

#### ●サイドメモ：

##### ○ボツリヌス毒素

ボツリヌス毒素の注射は顔面痙攣などの治療に用いられている薬剤です。片頭痛に対しても試用されており、有効との報告も多いのですが、まだエビデンスは確立していません。また日本では保険適用がありません。ボツリヌス毒素が片頭痛治療に標準的に用いられるか否かは今後の課題です。

## 第5章 緊張型頭痛

緊張型頭痛は、片頭痛の対極にある頭痛で、頭が締めつけられるような頭痛が毎日のように続く頭痛です。頭が締めつけられるような比較的軽い頭痛で、動いても痛みはひどくならないので、ときどき起こる程度なら日常生活への影響はあまりありません。緊張型頭痛でも慢性型の場合は難治で生活支障度も高い場合があります。慢性緊張型頭痛にはトリプタンのような特効薬がなく、その意味では片頭痛よりも厄介といえます。ストレスのマネジメント、姿勢の是正、肩こりなどを解消するための運動療法などの生活改善は、薬物療法に匹敵する効果があります。

片頭痛と緊張型頭痛の相違を表にして示しておきます。

( ★五十嵐先生ご意見 ) ⇒これを取り入れて作文しました。

一般人口では TTH の多くは **episodic** で **chronic** は少ないと思います。 **episodic** であれば日常生活への影響はあまりありませんが、毎日のように続けば影響が大きくなります。したがって、「頭が締めつけられるような比較的軽い頭痛で、動いても痛みはひどくならないので、ときどき起こる程度なら日常生活への影響はあまりありません」のようにしたほうがよいのではないのでしょうか？

### 1 . 緊張型頭痛にはどのように分類し、診断されるのですか

推奨：国際頭痛分類第2版に基づいて分類・診断することが推奨されます（推奨のグレードA）。

解説：

一般集団における緊張型頭痛の生涯有病率は 30 ～ 78 % の範囲とされており、一次性頭痛のなかで最も多いと考えられております。国際頭痛分類第2版ではその発症頻度で月

に 15 日未満の反復性緊張型頭痛と月に 15 日以上慢性緊張型頭痛（年間 180 日以上）に分けております。さらに反復性緊張型頭痛は 1 ヶ月に 1 日未満（年間 12 日未満）の稀発緊張型頭痛と 1 日～ 14 日までの頻発反復性緊張型頭痛（年間 12 日以上 180 日未満）に分けられます。

一般に緊張型頭痛は生活支障が少ないとされていますが、慢性緊張型頭痛の場合は生活の質（QOL）を大きく低下させ、高度の障害を惹き起こす場合があります。

## ● サイドメモ：

### ○ 国際頭痛分類第 2 版における緊張型頭痛の診断基準

緊張型頭痛の三つのタイプの違いは診断基準の A 項に示されます。B ～ E 項はほぼ同じです。

#### A 項目

- 2.1 稀発反復性緊張型頭痛は、1 ヶ月に 1 日未満の頻度で生じる頭痛
- 2.2 頻発反復性緊張型頭痛は、1 ヶ月に 1 日以上、15 日未満の頻度生じる頭痛
- 2.3 慢性緊張型頭痛は、1 ヶ月に 15 日以上頻度生じる頭痛

#### B. 頭痛は 30 分～7 日間持続する

#### C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも 2 項目を満たす

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

#### D. 以下の両方を満たす

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

#### E. その他の疾患によらない

緊張型頭痛の診断基準をひとつだけみたとせず、かつ片頭痛でないものは、「2.4 緊張型頭痛の疑い」に分類されます。

## ○緊張型頭痛の危険因子や誘因

心理社会的ストレス，不安，うつ，運動不足・うつむき姿勢，あるいは口・顎部の機能異常が緊張頭痛の発症に関係します。

## 2 . 緊張型頭痛の病態はどのように理解されているのでしょうか

反復性緊張型頭痛は末梢性要因（頭のまわりの筋肉の異常）が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要因（脳の筋肉の緊張コントロールや痛みを感じずるシステムの異常）が関係しているといわれております（推奨のグレードB）。

### 解説：

緊張型頭痛の発症機序には，未だ不明な点が少なくありません．末梢性要因として筋の緊張が亢進して痛み敏感になっていること，中枢性要因として筋肉をリラックスする能力に欠け，かつ痛みを感じやすくなっているためであるとされています．慢性緊張型頭痛では中枢性要因がより深く関係しているといわれています。

## 3 . 緊張型頭痛の急性期（頭痛時，頓服）治療にはどのようなものがありますか

### 推奨：

緊張型頭痛の急性期（頓服）療法には薬物療法と非薬物療法があります．比較試験において十分に有効性が証明されている治療法は鎮痛薬です．頭痛発作時には急性期療法を使用し，慢性型緊張型頭痛には予防療法を併用することが望ましいとされています（推奨のグレードB）。

## 解説

:

緊張型頭痛の急性期治療には、以下のような薬物療法と非薬物療法があります。

## 薬物療法

- 1 . 鎮痛薬および消炎鎮痛薬 ・カフェイン・抗うつ薬
  - 1) 鎮痛薬および 消炎鎮痛薬
  - 2) カフェイン
  - 3) 抗うつ薬 ( 慢性緊張型頭痛に有効とされます )
- 2 . 抗不安薬・筋弛緩薬
- 3 . ボツリヌス毒素

## 非薬物療法

- A. バイオフィードバック ( 認知行動療法)
- B. 頸部指圧
- C. 鍼灸
- D. タイガーバーム
- E. 物理療法
- F. 催眠療法
- G. 頭痛体操

薬物乱用頭痛防止の観点から、頓挫薬の使用は3ヵ月以上にわたって漫然と同一薬剤を連用しない方がよいでしょう。非薬物療法は安価であり、推奨される価値があります。とくに慢性緊張型頭痛には、薬物療法よりも非薬物療法の方が適しているという考えもあります。ボツリヌス療法の有効性は未だ確立していませんが、他の治療法が無効で、持続する慢性緊張型頭痛に対しては、考慮に値する治療法です。ただし本邦では保険適用はありません。非薬物療法のうち、頭痛体操については副作用が少ない点、コストの点からとくに勧められております。

## 第6章 群発頭痛

群発頭痛は片側の眼窩周辺から前頭部，側頭部にかけての激しい頭痛が数週から数ヶ月の期間，群発的に出現する頭痛で，夜間・睡眠中に頭痛発作が起こりやすいのが特徴です。群発頭痛の発症年齢は通常 20 ～ 40 歳代，男性における有病率は女性の 3 ～ 7 倍です。群発期には，発作は定期的に起こるほか，アルコールにより誘発されます。群発頭痛の有病率は 0.056 %～ 0.4 %程度（千人に一人程度）と報告されており，8.4 %の片頭痛（十人に一人）に比べると患者数はかなり少ないといえます。群発頭痛期間中は飲酒で発作が必発ですので発作期間中は禁酒いたします。

### 1 . 群発頭痛にはどのように診断するのですか

推奨：国際頭痛分類第2版により診断いたします（推奨のグレードA）。

解説：

群発頭痛と群発頭痛に似た頭痛は，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す。国際頭痛学会分類第2版では，これらの頭痛群に三叉神経・自律神経性頭痛（TAC）という概念を導入いたしました。

群発頭痛の診断基準はつぎのとおりです。

- A. B ～ D をみたら発作が5回以上ある
- 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
- C. 頭痛と同側に少なくとも以下の1項目を伴う
  - 1. 結膜充血または流涙（あるいはその両方）
  - 2. 鼻閉または鼻漏（あるいはその両方）

- 3. 眼瞼浮腫
  - 4. 前頭部および顔面の発汗
  - 5. 縮瞳または眼瞼下垂（あるいはその両方）
  - 6. 落ち着きがない，あるいは興奮した様子
- D. 発作頻度は1回 / 2日～ 8回 / 1日である
- E. その他の疾患によらない

● サイドメモ：

○ 群発頭痛のサブタイプ

群発頭痛は，1ヵ月以上の寛解期をはさむ「反復性群発頭痛」と寛解期がほとんどない「慢性群発頭痛」に分けられます．患者の約 10-15 % は「慢性群発頭痛」とされております．

○ TAC

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ります．

○ 群発頭痛の病態生理

群発頭痛の病態として，内頸動脈の周囲に起源を求める説や，群発的に起こる特異性から脳の自律神経の中樞（視床下部）に起源を求める説などがあります．

## 2 . 群発頭痛の治療はどのような薬剤が用いられるのでしょうか

推奨



:

急性期（発作期）治療薬としてはトリプタン系薬剤のスマトリプタン皮下注射が勧められます（保険適用あり．推奨のグレードA）．スマトリプタン点鼻やゾルミトリプタンの経口投与による有効性も報告されています（保険適用外）．酸素吸入（毎分7リットル以上）も有効とされております（推奨グレードB）．群発頭痛発作期の予防療法にはカルシウム拮抗薬のベラパミル（推奨グレードB），酒石酸エルゴタミンの就寝前内服（推奨グレードC）などがあります．副腎皮質ステロイドは経験的には有効なのですが厳密な比較試験がないので推奨グレードはCとされています．慢性群発頭痛には炭酸リチウム，バルプロ酸等の有効性が報告されています（推奨グレードC）．

## 第7章 片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛以外の一次性頭痛

### 1. 片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛以外の一次性頭痛にはどのようなものがありますか

国際頭痛分類第2版第4群の「その他の一次性頭痛」には，一次性穿刺様頭痛，一次性咳嗽性頭痛，一次性労作性頭痛，性行為に伴う一次性頭痛，睡眠時頭痛，一次性雷鳴頭痛，持続性片側頭痛，新規発症持続性連日性頭痛などが分類されます．

- 一次性穿刺様頭痛：とくに原因がないのに自発的に起こる一過性かつ局所性のずきんとする頭痛です．
- 一次性咳嗽性頭痛：頭蓋内疾患が存在しない状態で，咳または息みにより誘発される頭痛です． ● 一次性労作性頭痛：運動によって誘発される頭痛です．
- 性行為に伴う一次性頭痛は，頭蓋内疾患は存在しない状態で，性行為によって誘発される頭痛で，オルガスム時に突然増強する頭痛です．くも膜下出血などの除外が必要です．
- 睡眠時頭痛：毎晩のように睡眠中に起こる頭痛発作です．
- 一次性雷鳴頭痛：突発する重度の頭痛で，脳動脈瘤破裂時の頭痛に似ています．

- 持続性片側頭痛：持続性の片側性頭痛で、インドメタシンという消炎鎮痛薬が有効な頭痛です。
- 新規発症持続性連日性頭痛：それまで頭痛もちでなかったのに頭痛が始まってから3日未満に連日化する頭痛です。頭痛の性質は緊張型頭痛に似ています。

## 2 . 雷鳴頭痛はどのような頭痛ですか

一次性雷鳴頭痛は突然に出現し、1分未満で痛みの強さがピークに達する重度の頭痛です。1時間～10日間持続しますが、発症後の数週～数ヶ月にわたって、定期的な再発はありません。雷鳴頭痛には脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血、未破裂脳動脈瘤、頸動脈または椎骨動脈の解離、脳内出血、脳梗塞、脳静脈洞血栓症、下垂体卒中などの原因があることがあります。一次性雷鳴頭痛という診断を下すには、これらの疾患を必ず除外しなければなりません。

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の典型的な症状は「今まで経験したことがない突然の激しい頭痛」です。突然の頭痛の場合にはくも膜下出血を強く疑わなければなりません。くも膜下出血の大発作をきたす前に少量の出血（マイナーリーク）を20%前後の方に認めます。マイナーリークの症状としては突然の頭痛のほかに、悪心・嘔吐、意識消失、めまいが主症状となることもあります。

雷鳴頭痛は重篤な病気が隠されていることが多いので、可及的早期に脳神経外科あるいは神経内科に受診してください。

## 3 . 慢性連日性頭痛はどう診察するのか

（★五十嵐先生のご意見：CDHの解説は必要でしょうか？）かなり迷いましたが、慣用的に用いられている頭痛ですし、市民の方も、このようなタイプの頭痛があることは知っておいてもよいと考えまして、掲載いたしました。それに慢性頭痛治療ガイドラインのオリジナルに掲載されております。

慢性連日性頭痛は、1日に4時間以上の頭痛が1ヵ月に15日間以上、3ヵ月を超えて続く頭痛です。生活支障度も高く、臨床的に重要な頭痛群です。変容性片頭痛、慢性緊張型頭痛、新規発症持続性連日性頭痛、持続性片側頭痛のサブタイプが提唱されております。慢性連日性頭痛は、国際頭痛分類第2版には採用されておりませんが、臨床の現場では使用されることのある病名ですので解説しておきます。

変容性片頭痛は、もともと片頭痛があり、頻度が増して連日化した頭痛をいいます。国際頭痛分類第2版では、薬物乱用頭痛、慢性片頭痛などの病名がつく頭痛です。慢性緊張型頭痛は片頭痛の特徴のない頭痛が連日続く頭痛です。持続性片側頭痛と新規発症持続性連日性頭痛はまなタイプの慢性連日性頭痛です。これについては\*\*\*\*で解説してあります。

## 第8章 薬物乱用頭痛

頭痛があるからといって、急性期治療薬（頓挫薬）を連日のように服用すると、かえって頭痛がこじれてしまいます。これを薬物乱用頭痛といいます。慢性頭痛の方はぜひこの薬物乱用頭痛を知り、薬ののみすぎを避けてください。

### 1. 薬物乱用頭痛はどのような頭痛ですか

薬物乱用による頭痛はこれまで反跳性頭痛、薬物誘発頭痛、薬物誤用頭痛などと呼ばれてきた頭痛です。薬物乱用頭痛とは頭痛になりやすい方が、頭痛頓挫薬を頻回に使用することにより頭痛が増悪して慢性連日性化した状態をいいます。

薬物乱用頭痛の発症は頓挫薬の服用状況によって決まります。頓挫薬をのんびんだらりん（例えば毎週2～3日以上）と長期に服用すると薬物乱用頭痛になります。何日間かまとめて服用しても、休薬期間が長い場合（例えば月経中は4日間連続で服用したけれども、その前後1週間は服用なし）は、薬物乱用頭痛を引き起こすことはありません。片頭

痛の特効薬であるトリプタンでも乱用によりかえって片頭痛の頻度が増加することにご注意ください。（★五十嵐先生のご意見で訂正）

薬物乱用頭痛の診断基準はつぎのようになっております。

- A. 頭痛は1 ヶ月に 15 日以上存在し， C および D を満たす
- B. 下記の薬物を 3 ヶ月を超えて定期的に乱用している
- C. 乱用薬物の中止後， 2 ヶ月以内に頭痛消失， または以前のパターンに戻る
  - エルゴタミン乱用頭痛 1 ヶ月に 10 日以上エルゴタミンを摂取している
  - トリプタン乱用頭痛 1 ヶ月に 10 日以上トリプタンを摂取している（剤型は問わない）
  - 鎮痛薬乱用頭痛 1 ヶ月に 15 日以上単一成分の鎮痛薬を服用している
  - 複合薬物乱用頭痛 1 ヶ月に 10 日以上複合薬物（複数の成分が含まれる頭痛薬、市販薬に多い）を摂取している

注 複合薬物乱用頭痛については混乱がありますが「1 ヶ月に 10 日以上」を採用いたしました。

## 2 . 薬物乱用頭痛になってしまった場合，どのように治療するのですか

薬物乱用頭痛の予防と治療の原則は次の三点です。

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

薬物乱用頭痛の原因となった薬剤は徐々に減らす方法と，すぐに中止する方法の2種類がありますが，すぐに中止する方法のほうが良好な結果を得られます。薬物中止後におこ

る頭痛にはトリプタンなどで対処します。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、消炎鎮痛薬とさまざまな薬物療法が試みられています。とくに抗うつ薬のアミノトリプチリンは、原因薬物の服用中止後の頭痛頻度を有意に減少させると報告されております。

薬物乱用頭痛は、原因薬物の服用中により 70 %の症例で改善が得られますが、長期的には約 40 %が再び薬物乱用を起こしています。薬物乱用頭痛の予防にはなんといっても薬のみすぎを避けることが大切です。日ごろからトリプタン、鎮痛薬、エルゴタミン製剤などの使用頻度を月 10 日以上としないよう、できれば月 10 回以内の服用に留めるよう心がけてください。

## 第9章 小児の頭痛

小児にも一次性頭痛があります。その代表的なものは、片頭痛と緊張型頭痛です。小児の頭痛の有病率は、平均して片頭痛 7.4 %，緊張型頭痛 13.3 % です。小児と成人ではその病像や治療方法が若干異なります。

### 1 . 小児の片頭痛はどのように診断するのですか

#### 推奨

:

小児の一次性頭痛は片頭痛と緊張型頭痛が代表です。これらは国際頭痛分類第2版により診断が可能です（推奨のグレードA）。

#### 解説 :

小児の片頭痛も国際頭痛分類第2版で診断可能ですが、持続時間が短いことや頭痛の部

位が両側性の前頭・側頭であるなど，成人と若干異なる特徴があります．国際頭痛分類第2版では，小児の片頭痛が成人と異なっている点に加筆されています．小児の片頭痛の診断基準を成人と異なる部分にアンダーラインをつけて掲げておきます

### 1.1 前兆のない片頭痛

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1～72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. 両側性（前頭 / 側頭）あるいは片側性

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

### ●サイドメモ：

#### 小児周期性症候群

国際頭痛分類第2版では，小児に特有な片頭痛として「1.3 小児周期性症候群（片頭痛に移行することが多いもの）」が加えられています．小児周期性症候群には下記のものが含まれます．頭痛がなくとも，周期的に吐いたり，腹痛やめまいを起こす場合も片頭痛の仲間に入れられています．

#### 1.3.1 周期性嘔吐症

#### 1.3.2 腹部片頭痛

#### 1.3.3 小児良性発作性めまい

## 2 . 小児の二次性頭痛にはどのようなものが多いのですか

小児の二次性頭痛の原因として多いのは，感染症，ついで頭部外傷です．小児救急外来での頭痛は，感冒などウイルス性疾患，副鼻腔炎が多く，頭部外傷，髄膜炎や脳腫瘍，あるいは硬膜下血腫など重篤な脳疾患はわずか（6.9 %）です．不審な経過を示す頭痛の場合は頭部 CT や MR の検査を受けたほうがよいでしょう．

## 3 . 小児の片頭痛はどのような治療薬が用いられるのでしょうか

**推奨：**

小児の片頭痛の急性期治療には，イブプロフェンとアセトアミノフェンが効果的な頓挫薬です．イブプロフェンは最良の鎮痛作用を示します．イブプロフェンと比較するとアセトアミノフェンはわずかに早く効果が出現しますが鎮痛作用はやや弱いようです（グレード A）．

**解説：**

小児にもトリプタン系薬剤は使えないこともないのですが（サイドメモ参照），処方例の蓄積が十分でないことから，イブプロフェンとアセトアミノフェンが選択薬とされています．

小児片頭痛患者の予防薬の中で最も多く使われているのは，抗うつ薬のアミトリプチリン（年長者に多い）と抗ヒスタミン薬のシプロヘプタジン（年少者に多い）です．6 ヶ月の経過観察中になんらかの改善があったのは，アミトリプチリン 89 %，シプロヘプタジン 83 % でした．ほかにバルプロ酸，プロプラノロールなど複数の薬剤が小児にも検討されていますが，どの研究も症例数が少なく，小児片頭痛患者の予防薬に関するエビデンスは少ないといわざるをえません．

●サイドメモ：

○イブプロフェン：小児は体重当たりとし， 5mg/kg ， ただし成人の最高用量， 200mg/回， 600mg/日を超えないこと。

アセトアミノフェン： 10mg/kg ， ただし， 成人の最高用量， 500mg/回， 1500mg/日を超えないこと。

○トリプタン系薬剤は小児にも使えるか

ほとんどの薬は成人をもとに開発されているために「小児に対する安全性は確立していない（使用経験がない）」と書かれています。トリプタンもしかりです。本ガイドラインによれば体重 40kg 以上， 12 歳以上の小児には，成人と同量のトリプタンを使用可能とされています。それ未満の小児でも減量すれば使用できる可能性があります。他の方法で効果がないような小児の重症片頭痛発作にはトリプタンの使用も考えられます。