

## Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して

その1

昨日の7月20日に行われた「日本頭痛学会の教育プログラム」Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka に参加致しました。このプログラムの本来の目的は、現在800名の頭痛専門医をさらに増やすための専門医試験のための勉強会と思われました。西日本の日本頭痛学会会員が専門医を目指して受講され、中には定員があったため受講できなかった先生もおられたようでした。私のように70歳を超えて受講された先生もおられました。

私のように、専門医試験を受験を志していない人間が受講することは、後ろめたい思いにかられ、定員枠からはずれた先生に申し訳ない気がし、ここにお詫び申し上げます。

私の本来の目的は、頭痛専門医と私の見解の相違がどこにあるのか、これを確認することでした。その理由は、以外にも簡単なものでした。

これまでも、ブログでも再三に渡って明確にしていまして「国際頭痛分類」にありました。頭痛を訴える方々は、その訴えは様々であり、100人おれば、100通りの訴えがあります。こうした訴えを一定の基準で区別・分類して論じなければ話にならないため、一定の基準として、「国際頭痛分類」があります。この初版から始まり、これが第2版へ、さらに昨年には、「国際頭痛分類 第3版、β版」へと改訂され、2, 3年後には「国際頭痛分類 第3版」へと改訂される予定のようです。

こうした改訂が行われるたびに、その一部は少しずつ内容が改められ、分類も別の部分へ移動していつているようです。こうした分類の変遷を俯瞰すれば、頭痛という訴えそのものは、一次性頭痛であれ、二次性頭痛であれすべて連続したものであり、これを「国際頭痛分類」で”人為的に”分類しているということに過ぎないということです。

とくに、一次性頭痛である、片頭痛の分類の変遷の過程を眺めてみますと、片頭痛の本態が次第に明確になりつつあるように思われます。ここに緊張型頭痛のそれぞれの分類様式、さらに群発頭痛の分類様式の変遷を重ね合わせることによって、さらに「その他の一次性頭痛」を追加してみれば、慢性頭痛の本態がさらに明確になってきます。

こうしてみれば、先日のテーマである「片頭痛と緊張型頭痛は同じ疾患である」は、本質的には、全く「同じ疾患」であると考えざるを得ないようです。

こうした本質論を論じておれば、「国際頭痛分類」の存在意義そのものが不確かなものとなるため、やむを得ず、現在のような「国際頭痛分類」を維持せざるを得ないこととなります。

こうしたことから、頭痛専門医とは、こうした「国際頭痛分類」の変遷を把握した上で、現在の「国際頭痛分類」がどうなっているのかを、認識される先生方ということでした。

このため、これまで私がブログで「本質論」をいくら論じても「馬に念仏」でしかなく、当然、「国際頭痛分類」に合致しないものもいくらでもあり、議論にならないということでした。これまでも繰り返し・繰り返し述べてきた「体の歪み（ストレートネック）」のエビデンスの有無は、こうした頭痛専門医にとっては論外であることが、今回の受講によって明確になりました。こうした認識は、私がブログで主張しなくても、頭痛専門医は持っておられるようで、「あくまでも、現在の分類」に従うしかないようです。

こうしたことが明確になったことは、今回受講したことによる大きな収穫でした。

今後は、こうした「本質論」を当ブログで主張することはないと思います。

それは、まったく意味をなさないからです。分類は分類でしかないのですから・・・

## Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して その2

20年ぶりに大阪を訪れてみて・・・

Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka の開始時刻が9時30分ということで、和歌山県田辺市から大阪までは特急で2時間前後ではありますが、私の住む芳養には特急が停車しないため、田辺まで行く必要があり、ヤムを得ず、前日の19日に大阪駅近くのビジネスホテルに宿泊し、ここから会場のヒルトンプラザ・ウエストに行く予定にしました。

大阪には、昭和63年8月から1年8カ月、富永記念病院にお世話になっていたことから、大阪市内はある程度は分かっていたはずでしたが・・・

やはり、20年も経てば、大阪の街も変わるものだと実感しました。まず、最初に、ビジネスホテルに宿泊するために、あらかじめインターネットで場所を地図で確認して、ホテルが掲示している地図を頼りにホテルを目指したはずでした。ところがこの地図が何時の

時代のものかわからず、地下街からホテルを目指し、肝心要の地下から地上に出る出口がよくわからず、大変苦勞しました。地上に出ても、ホテルの看板が1枚ビルの間にみえるだけで探すのに大変な思いをさせられました。地図の表示も近くが目印となる建物をひとつでも掲載してくれれば分かりやすいものを、ホテル名しか記載されていなく、まったく位置がわかりませんでした。そして、当日のヒルトンプラザ・ウエストまで、徒歩5分となっただけでしたが、用心して1時間半前にホテルを出て、ヒルトンプラザ・ウエストをめざしました。ところが、JR大阪駅の真ん前にあるとはつゆ知らず、地図を頼りにさがしたのですが、どこにあるのか全くわかりませんでした。近くの人に地図をみせて聞いてみるのですが、どなたもご存じではありませんでした。

まさに間近にまでできていたはずが、どなたもご存じではありませんでした。このときも、周辺の建物例えば「四季劇場」の隣とかの表示でもしてくれればとまさに恨めしく思いました。

早朝でもあり、近くのビルの人もどなたもまだおられず、聞こうにも聞けず、まさにシラミつぶしに探しに探して、やっと辿りつけたのが、宿泊したホテルを出て1時間も経過していました。

このようにして、受付時間にやっと滑り込みセーフでした。

遠方から来られた先生方も多かったはずですが、こうした地図だけで、よく会場の「ヒルトンプラザ・ウエスト」をみつけることができたものと感心した次第でした。

和歌山の片田舎の田舎暮らしが身にしみたようでした。

それにしても、JR大阪駅の変貌ぶりには感嘆し、本当に便利になったようです。20年前とは大違いでした。

### Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して その3

この講義はまさに、ハード・スケジュールそのものでした。途中 10~15 分間の休憩をはさみ、9時30分から、5時までぶっ続けに講義が行われ、昼の休憩時間があると思いきや昼食時にも約1時間の講演がありました。

まさに、老体には過酷な講義でした。終わって、やっと帰路について、田辺に辿り着いた時点では、疲労困憊の状態でした。しかし、今後のことを思えば、このような研修は恐

らく二度とないものでした。会長を務められた竹島多賀夫先生は受講生以上にお疲れであったと思われ、ただ感謝の気持ちで一杯でした。

このなかで、最も印象に残った講演として、昼食時に行われた講演です。

東京女子医科大学・名誉教授のメデイカルクリニック柿の木坂・院長の岩田誠先生の「頭痛と肩こりに悩んだ人々」でした。

私が、神経学を志している際に、平山恵造先生の「神経症候学」と岩田誠先生の「神経症候学を学ぶ人のために」の2冊を、ボロボロになるまで繰り返し読んだ記憶があり、さらに「頭痛とストレートネック」に関心を持って臨床データを集積している最中に、個人的に御指導を仰いだ先生です。

岩田誠先生は、片頭痛で悩んだこれまでの著名人を多数紹介されたのを前座として、これまでの肩こりに対する按摩・鍼の歴史（東洋医学との関連を含めて）言及されました。

現在の日本頭痛学会の理事長の坂井文彦先生を前にして、「頭痛と肩こり」に関する考え方を、まさに”老獪そのものに”述べ、最後に東京脳神経センターの松井孝嘉先生の「頸性神経筋症候群」について紹介されました。先生は、決して「ストレートネック」という表現はされず、まさに”さらり”と現在の日本頭痛学会の理事長の坂井文彦先生に対して批判的に提言される場所は、まさに老獪そのものでした。

私が、平成24年1月から「片頭痛とストレートネック」の関与に関して、その臨床データを精力的に集積している最中に、東京脳神経センターの松井孝嘉先生の「頸性神経筋症候群」という考え方があり、頸椎X線検査を行う際のストレートネックの診断基準をお教え頂き、そして片頭痛に「頸性神経筋症候群」が合併した場合、「頸性神経筋症候群」を治療することによって、片頭痛の慢性化が阻止でき、トリプタン製剤への反応が改善されるとの御指導を頂きました。そして、岩田先生が若かりし頃は、ストレートネックを認める頻度が少なかったにも関わらず、現代では、既に若い世代からストレートネックが日常茶飯事に見られるようになったとコメントを頂いたことは未だに忘れることができません。こうしたことの意味合いは、その後、多くの先生方のコメントから理解できるようになりました。そして、岩田先生のお陰で、東京脳神経センターの松井孝嘉先生からも直接コメントを頂き、現在の私の考え方が構築されたように思っております。

こうしたことから、今回の研修プログラムでの最も忘れることのできない講演でした。

#### Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して その4

今回の研修プログラムで最も注目していたものは、「片頭痛の解剖」でした。

これまで、片頭痛の解剖に関する神経回路は少なく、以下のようなものしかなかったように思っていました。

樋口真秀：三叉神経の感覚伝導路および第2頸神経との収束。兵庫県医師会雑誌：53(2) 2, 2010

濱田潤一：片頭痛の病態生理— generator を中心に—臨床神経, 48：857—860, 2008

ところが、柴田護、高橋牧郎両先生が本当にきれいな図表で示され、予習の段階で何時間も見入っていた程素晴らしいものでした。

今後、ひとつひとつ再度検証を行うことによって、これまで考えていた点を解剖学的に確認していく予定にしております。

「国際頭痛分類」を離れて、解剖学的所見にしか根拠を求めないためです。

恐らく、これで全てが説明可能となるように思っています。

#### Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して その5

片頭痛の慢性化に関連して

今回も改訂された「国際頭痛分類 第3版、β版」に基づいて、片頭痛の慢性化が説明され、その要因を考察されておられました。

その要因として、頭痛が頻回にあること、薬剤の乱用の2つを挙げられます。

ところが、「頭痛が頻回にあること」は、当然のことです。これがどうして頻回に起きるようになるのかという考察が全くされることはありませんでした。

まさに、不可思議な考察としか言いようがないようです。

## Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して その6

今回の研修プログラムで最も注目したことは、

1. 群発頭痛の治療面で、メラトニン、メラトニン代謝産物、活性酸素、抗酸化作用酵素という表現が出てきたことです。

今後、こうした概念が片頭痛治療上にも反映されてくることを期待するところです。

2. それと、若い新進気鋭の頭痛専門医の出現されたことです。

富永病院の菊井祥二先生と河北総合病院の海野佳子先生のお二方です。

会長の竹島先生が抜擢されただけの先生でした。従来 of 頭痛専門医とは全く異質の先生でした。論調に矛盾はなく歯切れのよさは天下一品ではないでしょうか？

こうした先生方が、今後の頭痛研究を牽引されることに期待を寄せるところです。

ただ、河北総合病院の海野佳子先生にもう一寸論点を進めて頂きたかった点がありました。それは、片頭痛治療の部分で、生活指導に触れられました。ここでマグネシウム・ビタミンB2に言及されたのであれば、さらにもう一步、論を進めて頂きたかったように思いました。これは先輩の頭痛専門医の先生方のおられる場であったため恐らく遠慮されたように思っております。今月の *Headache Clinical & Science* 2014.Vol No.1 の「誌上ダイベート」において、立岡良久先生が河北総合病院の海野佳子先生に白羽の矢を当てられた理由がよく理解できました。

少なくとも、片頭痛治療上で、「生活指導」の重要性を指摘されたことは、私は心から拍手を送った次第です。といたしますのは、昨年改訂された「慢性頭痛診療ガイドライン」2013では、「生活指導」の面が全く欠如しているからです。このガイドライン作成に当たられた荒木信夫先生も同席されておられた関係から恐らく遠慮されたものと推察します。

やはり、若輩は先輩をたてるのが原則のようでした。

## Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して その7

今回の研修プログラムで最も残念であったことは、

この研修プログラムに鳥取大学・脳神経内科の古和久典先生をわざわざ呼びながら「頭頸部神経痛」の部分での講義を依頼されたことでした。こうした「国際頭痛分類 第3版、β版」の改正点の項目の説明をさせたことでした。

私は、鳥取大学・脳神経内科の古和久典先生だけが、日本で「片頭痛の遺伝的側面」を論じる先生の第一人者と思っております。この研修の場において、片頭痛が果たして遺伝的疾患であるのかどうかを論じて頂きたかった思いで一杯でした。

片頭痛が単一遺伝子疾患なのか、それとも”多因子遺伝”なのかという考え方を拝聴したかったように思っておりました。極めて残念な限りでした。

こうした論点は、今後の片頭痛研究の方向性を決める重要な鍵を握っているものと思うからです。少なくとも、一足飛びに「代謝異常」という観点へ飛躍するとは到底考えられないからです。

## Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して その8

専門医試験とは何か

今回の研修プログラムの目的は、頭痛専門医をさらに増やすことが目的のようです。

研修開始の段階で、学会の理事長である坂井先生から「頭痛専門医」をさらに増やすことによって「”頭痛はサイエンス”をブランド化する」ことが最終的な目的のようです。

この点は、最後に述べる予定です。

今回、研修プログラムを受講することによって、専門医試験に合格するための最短距離が何かを教わりました。

私事で申し訳ありませんが、以前「日本神経学会」の認定医試験を受けるときのことをまざまざと思い出させられました。当時、この試験を受験するにあたって、出題範囲が学

会から明示され、神経解剖・発生学・疫学・神経病理・臨床神経学等々ありとあらゆる分野から出題されるとのことでした。当時の国家公務員等共済組合連合会 呉共済病院にはこのような専門医はどなたもおられませんでした。出身教室もありませんでした。このため手探りで独学で勉強せざるを得ませんでした。ただ、神経病理だけは Mntefiore Medical Center の平野朝雄先生が、この認定医試験の前に受験のための講義をされておられました。

このように独学で勉強し、第1回目は見事不合格になりました。当時一緒に受験した方々は、大学卒業後の3年目の方々が大半を占めていましたが、中には大学医学部の現役教授もおられました。このときに知ったのですが教室に属しておれば、先輩から代々受け継がれた試験問題集が継承されこれを勉強しておれば、間違いなく合格するとのことでした。しかし、私には、このような先輩は誰一人いませんでした。このため、翌年再度チャレンジすべく勉強することになりましたが、ここで気がついたことがありました。それは、不合格になった時の試験問題が、当時中山書店から出版されていた「新内科学大系」のシリーズの「追補版」にあることを知りました。これは極めて偶然のことでした。毎年、その年に出版される「年間追補版」の「神経疾患」から出題されていました。このため、翌年は、その年に出版された「年間追補版」の「神経疾患」に的を絞って、ここだけを重点的に勉強し、見事張っていた”ヤマ”が的中し、合格できました。

このように、どこから出題されるのかは、諸先輩の指導を守る限り合格できるようです。その最大のものは、代々諸先輩から受け継がれる「問題集」にあるようです。

今回の研修プログラムも、専門医試験のためにあるようです。最新の学会誌「日本頭痛学会誌」41巻1号2014に、「頭痛専門医認定試験抜粋」が掲載されていたことには、信じられない思いがしました。このようにしてまで、頭痛専門医を量産しなくてはならないのでしょうか。今回講義された先生方は、全員4つか5つの専門医をお持ちのようです。こうしたことから、代々受け継がれる問題集さえ入手できれば、簡単に合格できるようなシステムになっており、4つも5つも専門医の資格を持っていても何ら不思議はない世界のようなようです。

こうしたことを考える限りは、専門医とは何なのでしょう？？？



## Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して その9

今回の研修プログラムを担当された講師の先生方は、大半は慶応系の先生方であり、これ以外の方は、会長の竹島多賀夫先生と竹島先生の依頼により古和久典先生、菊井祥二先生が加わったに過ぎないようです。ということは、「慢性頭痛診療ガイドライン 2013」の作成に携わった先生方によって占められていることを示しています。

研修開始の時点で、学会を代表として理事長の坂井先生の申された「日本頭痛医療の現状を解説することができる」ようになることが到達目標でした。

まさに、先日掲載した「頭痛はなぜ治らない」の最終章に記載した「頭痛研究の歴史からみた現在」が如実に示しております。寸分違わないようです。

私は、頭痛専門医にはふさわしくはないように思えてなりません。少なくとも、「”頭痛はサイエンス”をブランド化」という考え方にはどうしても納得しかねます。

今後は「Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka」で教わったことを一般開業医として、頭痛患者さんに最大限生かしていくことが大切であると思っています。

といたしますのは、頭痛を訴えて来院されるのは、一般開業医であるはずですが。こうした方々の頭痛を絶対に拗らせてはならないという観点から、一般開業医こそが、頭痛を診るべきものと思っております。頭痛は、脳神経外科が最初にみるべきものでなく、脳外科でみるべきものは問診の段階で見分けられるはずですが。二次性頭痛かどうかは問診・神経学的検査法で簡単に除外できるはずですが。あとは、頭痛を慢性化させないように初期の段階で、対処するのが一般開業医の責務と考えております。こうした活動を医師会を通じて徹底すべきと思っております。こうしたことから、頭痛の初期段階における対処方法を指導する方向に視点を向けるべきと考えます。これが頭痛専門医に課せられた責務と考えます。向ける方向が間違っています。こういった一般の方々への啓蒙活動こそ、片頭痛を慢性化させないことに繋がるものと思っております。

今回は、会長を務められました竹島多賀夫先生に感謝申し上げます。

本当に貴重な1日を過ごさせて頂きました。そして、これまでの私の「頭痛医療」に対する考え方そのものは間違っていないことを確信させて頂きました。

## Headache Master School Japan (HMSJ)-Osaka を受講して 最終章

昨年（2013年3月）国際頭痛学会主催で Headache Master School 2013 in Asia が東京で行われました。世界のトップエキスパート 14 名が来日し、頭痛医学の最新の進歩を参加者一人一人に伝授されました。これが、日本の頭痛診療・教育のあるべき姿を示すものと確信され、ここに日本頭痛学会独自の Headache Master School Japan (HMSJ) が日本の頭痛教育プログラムの中心として、まずは竹島多賀夫先生をリーダーとして大阪で開催されることになりました。(HMSJ-Osaka) これが今回の研修プログラムでした。

その具体的な内容は以下のようなものでした。

片頭痛の anatomy 柴田護（慶應義塾大学 神経内科）

これは、Harvard Medical School の Burstein の論説です

頭痛の病態生理－片頭痛の central mechanism－高橋牧郎（日本赤十字社大阪赤十字病院 神経内科）

これは、Bartsch ,Goadsby の論説によるものです。

片頭痛の診断（ICHD-3  $\beta$ による慢性片頭痛、MOH を理解する）五十嵐久佳（富士通クリニック 頭痛外来）

これは、Schoenen による論説です。

片頭痛の治療 急性期治療薬と予防療法 海野佳子（河北総合病院 神経内科）

Cases 1 “その他の一次性頭痛”～問診でわかる興味深い頭痛～工藤雅子（岩手医科大学 内科学講座神経内科・老年科分野）

Cases 2 新規発症持続性連日性頭痛と慢性片頭痛 海野佳子（河北総合病院 神経内科）

Cases 3 雷鳴頭痛を考える 菊井祥二（富永病院 神経内科・頭痛センター）

Cases 4 頭頸部神経痛 古和久典（鳥取大学 脳神経内科）

これは、Zagami による論説からのものです

三叉神経・自律神経性頭痛（TACs）の分類と診断 清水利彦（慶應義塾大学 神経内科）

TACs の治療 柴田護（慶應義塾大学 神経内科）

外国文献からの引用です

このように、「頭痛はなぜ治らない」のなかでお示したように、寺本純先生が指摘される点を如実に具現しています。

”日本の医学界は、欧米従属主義の考えから背後に存在する問題点、日本人の特性などを考慮することなく、海外の文献的エビデンスにただ追随しているのが実情です。こうしたことから、日本の業績よりも欧米の論文を無条件で評価する考え方から・・・”

こうした事実をどのように評価するかが今後の課題となることです。

昨年日本頭痛学会総会での「頭痛診療の均てん化」はこのことを意味していました。

私は、こうした点は、もう申し上げるべきではありません。

こうしたことは、各自が判断すべきのようです。

以上で、「まとめ」とさせて頂くことにします。

## HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと

### その1 国際頭痛分類

HMSJ-Osaka 受講して思ったことは、頭痛専門医とは、これまでの「国際頭痛分類」の改訂の変遷を把握した上で、現在の「国際頭痛分類」がどうなっているのかを、的確に認識される先生方ということでした。ということは、「国際頭痛分類」という世界的な基準は絶対的なものであり、これから逸脱するものはすべてエビデンスなし、ということになります。そして昨年にはこれまでの「国際頭痛分類」が改訂されました。

これまでも指摘していますように、以下の点は今回の改訂でも変更点はないようです。

ムチウチによるものが、ムチウチ後7日以内のままです。

首に関連する項目も全く同様です。

そして、「片頭痛の分類として、今回の改訂では、以下のように示されます。

#### 1. 片頭痛

##### 1.1 前兆のない片頭痛

##### 1.2 前兆のある片頭痛

###### 1.2.1 典型的な前兆を伴う片頭痛

###### 1.2.1.1 典型的な前兆に頭痛を伴うもの

###### 1.2.1.2 典型的な前兆のみで頭痛を伴わないもの

###### 1.2.2 脳幹性前兆を伴う片頭痛

###### 1.2.3 片麻痺性片頭痛

1.2.3.1 家族性片麻痺性片頭痛 (FHM)

1.2.3.1.1 家族性片麻痺性片頭痛 I 型 (FHM1)

1.2.3.1.2 家族性片麻痺性片頭痛 II 型 (FHM2)

1.2.3.1.3 家族性片麻痺性片頭痛 III 型 (FHM3)

1.2.3.1.4 家族性片麻痺性片頭痛,他の遺伝子座位

1.2.3.2 孤発性片麻痺性片頭痛

1.2.4 網膜片頭痛

1.3 慢性片頭痛

1.4 片頭痛の合併症

1.4.1 片頭痛発作重積

1.4.2 遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの

1.4.3 片頭痛性脳梗塞

1.4.4 片頭痛前兆により誘発される痙攣発作

1.5 片頭痛の疑い

1.5.1 前兆のない片頭痛の疑い

1.5.2 前兆のある片頭痛の疑い

1.6 片頭痛に関連する周期性症候群

1.6.1 再発性消化管障害

1.6.1.1 周期性嘔吐症候群

1.6.1.2 腹部片頭痛

1.6.2 良性発作性めまい

### 1.6.3 良性発作性斜頸

このように、単一性の遺伝子異常によるものを、他のものと並列していることです。これは、片頭痛が” 遺伝的疾患である” との観点からなされているものと思われます。

こういったことから、もともとこのような「国際頭痛分類」という「頭痛専門医」によって” 絶対的な基準” が存在する以上は、議論には全くならないと考えなくてはならないようです。

このため、「国際頭痛分類 第2版」が、日本の頭痛医療に「慢性頭痛診療ガイドライン」という形で、導入されたことにより「片頭痛医療はトリプタン製剤」一辺倒になってしまいました。こうしたいろいろな制約が加わったことにより、日本の頭痛研究における画期的な研究は何ひとつ生まれることはありませんでした。そして片頭痛の特効薬とされていたトリプタン製剤の販売実績が上がらないことから、トリプタン製剤の製薬会社に迎合するような論説も輩出され、一般の方々を混乱に陥れ、頭痛研究者のなかにはいまだに「トリプタン崇拝者」が存在します。しかし、「トリプタン製剤の製薬会社に迎合するような論説」を提言された先生が、今回の「HMSJ-Osaka」には出て来られませんでした。あれほど、マスコミおよびネット上で” 正当論” とされている論説が出て来なかったのが不思議でなりません。

少なくとも、このような論説は問題外とすべきなのではないでしょうか？

この点が、全く闇の中のようです。この点を皆さんはどう解釈されますか？

そして、今回の研修プログラムを講演される先生の中には、ネット上の片頭痛に関するブログに対して批判される方もおられました。

こうした批判は存在しますが、「国際頭痛分類」を絶対的な基準とされる論理が正しいのかどうか、現在の「片頭痛治療のあり方」を改めて問い糾すべく方法論を提言したいと思っております。私は、このような、「国際頭痛分類」に遵守する限りは、片頭痛を改善させる道筋は到底得られないものと考えます。

しかし、今回の HMSJ-Osaka 本来の目的が「頭痛専門医」の「養成講座」と考えれば、

当然至極のことではありますが・・・。

## HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと その2 生活指導

このような「国際頭痛分類」が厳然として存在するのですが・・

現実に、片頭痛を治療していく場面において、専門家の方々は果たして「薬物療法」・・急性期治療薬および予防薬・・だけで治療されておられるのでしょうか？

私は、決してこのようなことをされておられるとは思っておりません。必ず、「生活指導」をされておられるはずです。こうした場面では、このような「国際頭痛分類」の基準などは念頭にはないはずです。

「生活指導」とは、従来より「規則正しい生活習慣」が基本になっていました。具体的には、「十分な睡眠とバランスのとれた食事を摂取すること」でした。そして、従来より「セルフケア」の重要性を強調され、これを完璧に行いさえすれば、9割の方々の片頭痛はうまくコントロールされると言われて参りました。そして、これまでこの「セルフケア」の具体的な指導内容は、指導される個々の先生の臨床経験によって千差万別であったように思われます。私は、一般開業医の立場から、この「セルフケアの具体的な指導内容」にこそ”片頭痛という病気を解く鍵”があるように思っております。

今回の HMSJ-Osaka では、河北総合病院の海野佳子先生は「マグネシウム・ビタミンB2」を挙げておられました。ということは、「片頭痛とミトコンドリアの関与」を念頭に置いた指導内容であるはずです。先生は「マグネシウム・ビタミンB2」を重視されました。私も全く同感です。そして、この点を”出発点”とすべきと思っております。

これまで、片頭痛は、”ミトコンドリアのエネルギー代謝異常あるいはマグネシウム低下によって引き起こされる脳の代謝機能異常疾患”であるとされてきました。

(Welch KMA, Ramadan NM Review article; Mitochondria, magnesium and migraine. J Neurol Sciences 134 ,9-14 ,1995)

そして、片頭痛は、あたかも「遺伝」しているような「印象」はあります。しかし、その遺伝の様式は、メンデル型の遺伝様式でなく、”多因子遺伝”の様式で、親や祖父母から

受け継がれます。ということは、” 遺伝的素因” が存在しても、これに” 環境因子” が加わらないことには、片頭痛は発症しないということです。

片頭痛の場合” 遺伝素因” として「ミトコンドリアの働きの悪さ」が、生まれつきあります。

最近、平成 25 年 2 月に、分子化学療法研究所の後藤日出夫先生によって、医師の立場を離れて工学博士の眼で、分子化学の立場から、片頭痛の大半は、遺伝素因である「ミトコンドリア活性の低さ」に、” 環境因子” として、主として食生活が原因で「さらにミトコンドリア活性の低下」を来して「酸化ストレス・炎症体質」を形成することにより引き起こされる疾患であり、生活習慣病の一種とされました。

この「ミトコンドリアの働きの悪さ」が存在するために、当然「セロトニン神経」の働きも悪くなり、結果的に「脳内セロトニンの低下」を来すこととなります。この「ミトコンドリアの働きの悪さ」と「脳内セロトニンの低下」があれば、当然、「体の歪み（ストレートネック）」を併発して来ます。そして、日常の食生活の問題から、「ミトコンドリアの働き」と「脳内セロトニンの低下」が増悪されることとなります。

こうしたミトコンドリアの働きが悪化するにつれて、「活性酸素」を過剰に発生させてくる「片頭痛体質」を形成することとなります。この過剰に発生した活性酸素が引き金となって片頭痛発作を誘発してくることとなります。

このように、片頭痛の根本原因は、「ミトコンドリアの働きの悪さ」にあります。

こうしたことから、片頭痛治療上、最も大切なことは、この「ミトコンドリアの働きの悪さ」をどのように改善させるかということに” 生活指導内容” に重点をおくべきであると考えます。

そして、この「ミトコンドリアの働きの悪さ」をどのように改善させるかの具体策は、これまで言われてきた「セルフケア」の具体策そのものです。その 1 例として、以前の記事として掲載したことがあります。こちらをご覧ください。

慢性頭痛のセルフケア [http://headache.blog.ocn.ne.jp/blog/2014/03/post\\_81db.html](http://headache.blog.ocn.ne.jp/blog/2014/03/post_81db.html)

こうした点は、決して目新しい考え方でもなんでもなく、経験的に積み重ねられたものであったはずです。そして、専門家の方々は無意識のうちに、こうした点を患者指導とし



て取り入れておられるはずですよ。

以上のように、私は、先達の業績を根拠として、ある仮説を打ち立てて、慢性頭痛を解き明かしていく、といった方法論があって然るべきと考えております。

その結果、得られた項目は従来言われていた「セルフケア」の具体策と寸分変わらず、ここに”真実”が存在するように思えてなりません。そして、現実には「セルフケア」を完璧に行いさえすれば、9割の方々が改善に導かれている事実がこれを実証しています。

こうした考え方は論理の飛躍があり、エビデンスに欠けると非難されるかもしれませんが、理詰めであれば当然の理屈であるはずですよ。

そして、今回、柴田護先生（慶應義塾大学 神経内科）が片頭痛の anatomy において示された神経回路を、別の観点から重ね合わせることによって「解剖学的所見」から、その裏付けを得るようにする予定です。

### HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと その3 生活指導のあり方

前回、”生活指導”について「ミトコンドリアの働きの悪さ」をどのように改善させるかについてを重点的に行うべきであると述べました。

今回の「HMS J - Osaka」の講義のなかで述べられた「片頭痛の慢性化」についての考え方には全く納得することができませんでした。

片頭痛治療のあり方は、「薬物療法・急性期治療薬および予防薬」と同時に「生活指導」が極めて重要と思っております。

これは、片頭痛治療にトリプタン製剤が導入された現在においても全く同様であるはずですよ。少なくとも、「薬物療法」と「生活指導」はまさに片頭痛治療の「車の両輪」とも称されるべきものであるはずですよ。

この「生活指導の項目」が昨年改訂された「慢性頭痛診療ガイドライン 2013」には全く欠落しているのはどういう理由からなのでしょう？「生活指導の内容」には、エビデンスに欠けるためなのでしょう？しかし、現実には、神経内科領域の専門医の方々は、この重要性を指摘されます。何か矛盾しているとはおもわれないのでしょうか？

頭痛診療を行う際には、一般内科医及び脳神経外科医は、この「慢性頭痛診療ガイドラ

イン 2013」をその診療の基準とされているはずですが。これとは別に、現在の「頭痛外来」においてさえ、神経内科医による頭痛外来では”自発的に”「生活指導」が行われ、一方、脳神経外科による「頭痛外来」では薬物療法オンリーであり「生活指導」は殆どといってよいくらいに無視されています。

こうしたアンバランスをどのように是正していくのでしょうか???

このような「生活指導」を徹底させることが、片頭痛の慢性化を阻止する最大の手段と考えます。片頭痛の慢性化の原因は、一般開業医がトリプタン製剤を処方しないためと宣われる「頭痛専門医」もいらっしゃるようです。

こういった「生活指導軽視の考えを、将来の「頭痛専門医の”卵”の先生」方に講習されること自体問題があるように思っております。確かに、河北総合病院の海野佳子先生は講演の中で触れられてはいましたが、その理論的根拠が示されず、ただの一言でした。

この「生活指導」の具体的なありかたは「頭痛はなぜ治らない」の中で詳しく記載されており、こちらをご覧ください。

少なくとも、片頭痛の慢性化を予防する観点から、学会が率先して、1日も早く「片頭痛治療のてびき」を作成され、「生活指導のあり方」を具体的に示すべきと考えます。これは、日本糖尿病学会が作成される「食品交換表」「糖尿病治療のてびき」に相当するものです。

これこそが「片頭痛医療の均てん化」ではないでしょうか？

私は、片頭痛治療の場面でとくに予防薬を併用すべき状態にある方々には、こうした睡眠のとりかた食事摂取の注意点、さらに作業環境における”姿勢”に対する配慮などの「生活習慣の指導」ぬきでは、予防薬の効果は到底引き出すことは不可能と考えます。そして、こういったことが、片頭痛改善（コントロール）のための必須事項と考えております。如何でしょうか???

#### **HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと その4 月経関連頭痛**

前回、”生活指導”について「ミトコンドリアの働きの悪さ」をどのように改善させるかについてを重点的に行うべきであると述べました。

ここで「生活習慣」に関する指導の関連して、女性に多い片頭痛であるが故に、避けて通れない問題があります。それは、月経関連頭痛の問題です。

この点に関しては、従来から、今回「片頭痛の慢性化」について述べられた先生の論説が日本では一般化されています。

今回、河北総合病院の海野佳子先生は「片頭痛の治療 急性期治療薬と予防療法」について言及されました。「月経関連頭痛」は女性の片頭痛患者の半数以上は片頭痛発作が月経周期に関連起こることを自覚されます。こうした方々に対する方針として「トリプタン製剤」の服用を提唱され、さらに「短期予防薬」の処方を勧められます。

こうした場合のトリプタン製剤には日本では5種類処方可能なのですが、これらのなかのあるトリプタン製剤メーカーの薬剤を勧められます。そして今回「片頭痛の慢性化」について述べられた先生もこうしたトリプタン製剤を勧められます。ということは「頭痛専門医」の方々は、こうしたトリプタン製剤を勧められます。そしてこれがすべてとされます。しかし、このようなトリプタン製剤が「月経関連頭痛」に有効なのでしょうか？

私のこれまでの投与経験からすれば、全く効くような感触を持っていません。このようなトリプタン製剤は、5種類の同系統のトリプタン製剤のなかで最も作用強度の低い薬剤です。こうしたものが、月経時片頭痛のような、いつもより激しい発作に対して効くはずはありません。こうした事実があるために、「月経時」には短期的に「予防薬」の併用を勧められます。しかし、「予防薬」の薬効は即効性ではないことは専門医は認識しています。

このような「月経時」には短期的に「予防薬」の併用をしたからといって効くわけはありません。これまで、皆さんは、こうした専門医の指導に従順に従ってこられました。

これで生理時の頭痛に対して、本当に効いていたかどうか反省すべきです。

私は、こうした考え方では、到底「日常生活に支障がない状態」には改善できていないように思っております。皆さんは泣き寝入りしておられるのではないのでしょうか。

結局「月経時の片頭痛」で苦しまれる方々は、単純に申し上げれば「マグネシウム不足」を示す典型的なものです。マグネシウム不足を来す要因を念頭におかなくてはなりません。そして、生理時には、さらに「マグネシウム不足を来す」状況にあります。

この点の詳細は「頭痛はなぜ治らない」をご覧ください。

こういった意味で、平生からの食生活の重要性を指摘致しました。こうしたことから

「生活習慣」に関する指導の重要性を指摘して参りました。

前回は「ミトコンドリアの働きの悪さ」をどのように改善させるかについて述べました。

このためには、日常から「マグネシウムの補充」を意識して行う必要があります。

これを意識して行い「マグネシウム不足」に至らなければ、「月経時の片頭痛」は予防できます。

今回、HMSJ-Osaka に参加させて頂いて、こうした考えが頭痛専門医には欠けているようです。もっと、臨床経験を積む必要があるように思った次第です。

外国の偉い・偉い先生の論調を拝聴する以前の問題として、単純に片頭痛の起こり方を推論し、これを実際の患者さんに適用することによって、少しでも患者さんの苦悩を軽減さすべく努力すべきと思っております。生理痛も片頭痛も起こり方を考える限り、全く同一のものであるはずですが、こうした考え方をされないのが「頭痛専門医」の本質のようです。このような点は「慢性頭痛を解剖する」の「女性と慢性頭痛」の項目をご覧頂ければ簡単に理解されるはずですが。

## HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと その5 片頭痛治療とは何か

私は、これまでこのブログでも明らかにしておりますように、昭和43年に広島大学医学部を卒業し、当時、インターン制度の廃止運動の終結年度にあたり、この制度が廃止された段階で、青医連 広島支部の委員長として1年間活動後、昭和45年から国家公務員等連合会 呉共済病院の内科に勤務しました。当時から神経学を志して、当時は、急性期脳卒中の診療と頭痛診療に明け暮れました。この頃は、頭痛懇話会から頭痛研究会の考え方を中心として、自分なりに頭痛学の研鑽に努めて参りました。

その後、国家公務員等連合会 呉共済病院の内科を昭和63年に辞して、大阪の富永記念病院の脳神経内科へ「急性期脳梗塞の血行再開療法」を夢見て、診療の場を変更しました。

しかし、このような夢に破れ、平成2年来、現在の和歌山県田辺市芳養に診療の拠点を変更して現在に至っております。

私の診療する和歌山県は、全国的にみて、秋田、山形、岐阜、宮崎と並んで、「頭痛専門

医」の過疎地域にあります。

頭痛診療に関する知識のものは、頭痛懇話会・頭痛研究会から頭痛学会へ移行した「学会誌」で、これに加えて、諸外国および日本の文献が頼りでした。

こうした中でトリプタン製剤が次々に販売されるようになり、製薬メーカーの言われるがまま、一つずつその効果を確認しておりました。

こうした段階で次々と「片頭痛治療」の啓蒙書が出版されるようになりました。

こうした書籍の代表的なものは、寺本純、清水俊彦先生の書籍ではないでしょうか。

これらに引き継いで、間中信也先生、立岡良久先生、永関慶重先生、北見公一先生、竹島多賀夫先生、長島正先生、松井孝嘉先生などの書籍が一般書として多数出版されました。

こうした書籍の大半は松井先生のもの除いて、すべてトリプタン製剤の宣伝目的でした。しかし、こうした書籍の中には「片頭痛治療」という文言が必ずありました。

こうした「片頭痛治療」のあり方を示すものは、「学会誌」および「専門誌」には記載されておりませんでした。

ところが、ネット上では、「適正な片頭痛治療」をすべきと記載されます。こうしたことから、この「適正な片頭痛治療」とは何かを、ことごとく調べ尽くしました。

その結論は、片頭痛の適正な治療とは、片頭痛発作の都度”トリプタン製剤を服用”することに尽きるようでした。私は、これまで、片頭痛と診断した方々に”トリプタン製剤”を処方して参りましたが、このような片頭痛の適正な治療とは、決して思えないように思っております。ある人には、発作時の苦しみを一時的に解放してくれる薬剤です。こうした方々には、まさに麻薬に等しいものです。こうした方々は、当然”トリプタン依存症”に陥ってしまいます。そして、賢明な方々は、幾度か服用されても、一向に片頭痛が消えてしまわず、”果たして、片頭痛の特効薬なのか”という疑問を持たれます。

そして最近では、こうした状況を見越してからか、「片頭痛は治らないのか」という疑問をモロにお受けする機会が増えてきました。

こういったことから、今回「HMSJ-Osaka」を受講することによって、頭痛専門医の片頭痛治療の極意を伝授して頂けるものと考え受講した次第です。

この結末は、河北総合病院の海野佳子先生の「講演」だけでした。ここで述べられたことは、これまで私が一般開業医として試行錯誤を重ね積み重ねてきた考えに過ぎず、何ら

自分の方式とは異なることはないように思えました。

頭痛専門医として、片頭痛治療の”真髄”はどこにあるのかと落胆してしまいました。

私は、片頭痛という頭痛がどのような頭痛であり、どういった要因でこれが増悪してくるのかを、さまざまな角度から説明した上で、何を・どうすべきかを説明することにしております。そして、当面処方する薬剤は、これまでの市販の鎮痛薬が効かないための、あくまでもレスキューの意味合いで出すものであることをお断りするのを常としています。

私たちは、この薬剤で当面凌いで頂きますが、1錠1,000円もするおくすりですから、いつまでもこのような高価な薬剤に頼ることは、家計に響くことになります。こうしたことから、片頭痛を根こそぎなおしてしまう準備をしましょうと言って説明を改めて行う方式をとっています。そして、診察の終了後には、説明した内容を記載した「片頭痛治療のてびき」をお渡しすることにしていました。こうした冊子を作成するには1冊にかかる費用は、5,000円前後になります。こうした金銭的な負担をなくすための方法論はないものかと考えて、今回「HMSJ-Osaka」を受講しました。

しかし、今回の頭痛専門医の治療学の説明は、到底私を納得させるものは、何ひとつありませんでした。

## HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと その6 最新の学会誌から

HMSJ-Osaka 受講したあと、先日最新の学会誌「日本頭痛学会誌」41巻1号2014が送付されてきました。これは、昨年、盛岡で行われた日本頭痛学会総会での内容です。

このなかには、2013年3月東京で行われた国際頭痛学会主催のHeadache Master School 2013 in Asia の内容が記載されておりました。

世界のトップエキスパート14名による、頭痛医学の最新の進歩の内容が簡単に記されてありました。

そして、この中で注目したものは、今回のHMSJ-Osakaで「片頭痛のanatomy」を担当された柴田護先生の（慶應義塾大学 神経内科）「片頭痛のメカニズム」がありました。

ここでは、片頭痛が、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、遺伝因子に環境因子が

加わった形で発症する多因子疾患であると推察されると、明言されていました。 これまでも、竹島多賀夫, 中島健二. 片頭痛の分子生物学. 日本内科学会雑誌 90 : 648-653, 2001. でも同様のことが示されていました。

しかし、こうした指摘をされるにも関わらず、この「関連遺伝因子」が何かということにしか言及されません。

これまで、下村登規夫先生は、この片頭痛の”環境因子”として、ミトコンドリアと脳内セロトニンの関与を指摘されて来られました。

下村登規夫、村上文代、猪川嗣朗：片頭痛の病態と発症機序. 神経内科 45:95-101,1996

下村登規夫、小谷和彦、村上文代：片頭痛とミトコンドリア. 神経研究の進歩：46(3) 391-396. 2002

こうした研究結果に基づいて、”環境因子”は、”ミトコンドリアと脳内セロトニンに関与したものである”というエビデンスに基づいて、MBT療法という”食生活を中心とする生活習慣を見直すこと”で片頭痛治療を行うことを提唱されました。

下村登規夫、村上文代、小谷和彦、猪川嗣朗：片頭痛治療のトピックス。医薬ジャーナル 35(11):2876-2880, 1999

下村登規夫、村上文代、小谷和彦ほか：新しい治療概念「分子治療学(Molecule-based therapy)」に基づいた片頭痛の治療. 治療 81:1861 - 1865, 1999

当時、下村先生は、このMBT療法を行う限りは、9割の方々の片頭痛は改善すると述べておられました。

現在の頭痛専門医の方々は、こういったことはエビデンスなしと却下されておられるのは、どういった根拠に基づくのでしょうか???

ここが、私にとっては、まさに深遠なる謎としか思われません。

片頭痛は、改善されては困るとでも言われるのでしょうか???

これまで、片頭痛は、”ミトコンドリアのエネルギー代謝異常あるいはマグネシウム低

下によって引き起こされる脳の代謝機能異常疾患”であるとされてきました。

(Welch KMA, Ramadan NM Review article; Mitochondria, magnesium and migraine. J Neurol Sciences 134 ,9-14 ,1995)

こういったことから、「遺伝素因」として分子化学療法研究所の後藤日出夫先生が提唱されますように「ミトコンドリア活性の低さ」にあるとされました。これに環境因子として何があるのかを追求することが重要と思われまます。そして、後藤先生は、”環境因子”として、食生活を指摘され、下村先生は”ミトコンドリアと脳内セロトニンに關与したものである”とされます。

柴田護先生が、片頭痛が、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、遺伝因子に環境因子が加わった形で発症する多因子疾患であると指摘される以上は、糖尿病学会の考え方を見習うべきです。日本糖尿病学会は総力を挙げて、糖尿病の環境因子として、食べ過ぎや運動不足による肥満、アルコール、精神的ストレス、年をとること、その他多種多様の要因を確認され、糖尿病の治療指針を確立され、現在に至っております。

なぜ、日本頭痛学会は、片頭痛の環境因子が何かということに目を向けないのでしょうか。ここが全く不思議でならない点です。

遺伝素因として、「ミトコンドリアの活性低下」を据えて、このミトコンドリアの働きを悪くさせる「環境因子」として何があるのかを検討すべきです。これまで、片頭痛治療を行う上で、「生活習慣の見直し」がしきりに言われてこられたはずですが、これが、いつの間にか忘れ去られたのはどういった理由に基づくものなのでしょうか？

こうしたことは、先日も以下で述べた通りです。

HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと その2 生活指導

[http://headache.blog.ocn.ne.jp/blog/2014/07/hmsjosaka\\_1e47.html](http://headache.blog.ocn.ne.jp/blog/2014/07/hmsjosaka_1e47.html)

こうした観点から片頭痛治療を考えていくべきと思っております。

エビデンスばかりを追求することから、ものの本質を見失ってしまい、これが頭痛研究を阻害することになっていると思っております。

このように考えて、研究が進められておれば、恐らくはすでに糖尿病と同様に片頭痛はコントロールされていたものと思われまます。ひいては、慢性化することもなく、片頭痛が



進行性疾患であるといった馬鹿げた考え方も生まれることはなかったと考えます。

この詳細は、先日の「頭痛はなぜ治らない」をご覧頂ければと思っております。

## HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと その7 頭痛はサイエンス？

HMS J - Osaka を受講して得られたことは、わが国の頭痛医療が目指す姿として

頭痛の医療・医学を社会に発信する

頭痛医学をサイエンスとして進歩させる

頭痛医療をEBMとして向上させる

こうすることによって”頭痛はサイエンス”をブランド化する

ということが、頭痛専門医に課せられた使命のようです。

これまで、私は頭痛専門医の先生方といろいろなテーマで議論してきました。この中で、常に最終的には全く理解できない雰囲気となり、いつも虚しさを思い知らされてきました。この理由がどこからくるものなのか判断できませんでした。こうしたことから、この根源がどこにあるのかを解明するために、今回HMS J - Osaka に参加させて頂きました。

私が、若かりし頃、急性期脳梗塞の脳血管撮影所見について、脳神経外科医と議論していた当時のような”虚しさ”に等しいものでした。この原因は、すぐに理解することはできませんでした。それは、私は「脳梗塞発症当日および7日目の所見」をもとにした見解から述べ、脳神経外科医は発症1カ月後の所見をもとにして述べていました。そして、閉塞血管が再開通するという事実を脳神経外科医はご存じではなかった結果でした。

こうしたことから、いくら議論しても話は噛み合うことはありませんでした。

そして、頭痛診療の世界では、頭痛専門医は「国際頭痛分類」という絶対的な基準をもとに考え、これから逸脱するものは、頭から否定される姿勢を貫かれます。さらに、日本

のこれまでの業績は全く眼中にはなく、すべて欧米の論文を最優先にされます。

そして、欧米人と日本の片頭痛の相違をきちんと整理して論ずる専門医はおりません。

さらに、日本国内での慢性頭痛とくに片頭痛患者の地域差がどのようなものであるのかといった考察をされる専門医はどなたもいらっしゃいません。

急性期脳卒中を論じる場面で、文部省研究班の診断基準で考える昔の神経内科医の重鎮の先生の見解と「脳血管撮影」をもとに論じていた私とは当然、議論が噛み合うことなく、クソもミソも一緒くたの論理に辟易していた時代が思い起こされます。

これは、頭痛領域でも同様であり、頭痛専門医は、”急性期脳卒中を論じる場面での文部省研究班の診断基準”に等しい「国際頭痛分類」だけをもとに論じられます。私は、この「国際頭痛分類」に加え、必ず「頸椎X線所見」の2つの所見から論じています。

私は、このような「頸椎X線所見」でみられる「ストレートネック」の所見を重要視します。しかし、頭痛専門医は、「頭痛とストレートネック」は全くエビデンスなしとして、頭ごなしに否定されます。その根拠とされる点は「国際頭痛分類」にあります。昨年の改訂に際しても、この点は「国際頭痛分類 第2版」と全く同様であり改訂されませんでした。ということは、頭痛専門医は、相変わらず「頭痛とストレートネック」は全くエビデンスなし、とされます。こうした「頭痛とストレートネック」の関与は、別の角度から考えれば、当然エビデンスありと考えるのが明白なはずですが・・・

今回HMS J - Osakaに参加させて頂き、痛切に思い知らされた事実は、「国際頭痛分類」が最優先されるという事実でした。

そして、今回の Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka も昨年(2013年3月)国際頭痛学会主催で行われた Headache Master School 2013 in Asia の2番煎じであったという事実は、日本の過去のどのような業績があろうとも、欧米の学者の考え方を最優先される姿勢であり、この点こそ問題視されるべきです。

こういったことから、昨年に改訂された「慢性頭痛診療ガイドライン 2013」も従来のものと考え方は全く同様であり「エビデンス集」とも称されるべきもののようです。

これは「頭痛医療をEBMとして向上させる」という考え方からすれば、至極当然のことと考えざるを得ないようです。

このように総括すれば、慢性頭痛とくに片頭痛の本態解明さらに片頭痛改善への”みちすじ”は、まだまだ気の遠くなるような世界であり、今後100年かかっても無理と考えざるを得ないようです。

こうしたことから、私は、和歌山県のとくに紀南地区には、だれひとりとして「頭痛専門医」はおられません。ということは現在のような専門医と同じ考え方で診療される先生がいないことを、ある意味では” 救い” とすべきと考えております。

当紀南地区の片頭痛患者の様相は、都市部の患者さんよりは、軽い方々も多く頻度そのものも他府県よりは少ないという事実があります。こうしたことから、片頭痛の発症様式を捉えるには最も適切な地域と思っております。都市部の患者さんのように「慢性化」に至る方々が極めて少ないということです。こうしたことから、” おヤマの大將の立場” でなく、患者さんと同一の目線で片頭痛発症当初から対策を立てていくべきものと考えます。

今後は、頭痛専門医と” 馬鹿な議論” をふっかけるようなことはないと思っております。このような議論を行うこと自体、時間の無駄のようです。

## HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと 最終章

HMS J - Osaka を受講に際しての” 到達目標” として、学会の理事長である坂井文彦先生は、「わが国の頭痛医療が目指す姿」のなかで、「日本の頭痛医療の現状を解説できる」ことを挙げておられました。

私は、これを受講する前に、このブログでも公開しております「頭痛はなぜ治らない」において「第5章 頭痛研究の歴史からみた現在」の部分で明確にさせました。受講後もこうした論点は改まることはありませんでした。（興味があれば、ご覧下さい）

このなかでも述べてありますが、その発端は1999年の「ADITUS Japan」の活動にあります。この点は、頭痛専門医の方々のご記憶におありかと思われます。この考え方が2014年の現在まで脈々と引き継がれていることです。

これが、昨年（2013年3月）国際頭痛学会主催で行われた Headache Master School 2013 in Asia から、今回の Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka へと継承されていると考えれば、「わが国の頭痛医療が目指す姿」は十分に理解されるはずです。

寺本純先生が「こうして治す片頭痛薬物乱用頭痛といわれたら」（講談社）で指摘される点を如実に具現しています。これがいまだに継続しているようです。

” 日本の医学界は、欧米従属主義の考えから背後に存在する問題点、日本人の特性など

を考慮することなく、海外の文献的エビデンスにただ追随しているのが実情です。こうしたことから、日本の業績よりも欧米の論文を無条件で評価する考え方から・・・”

こうした指摘はあるのですが・・・

これまで「国際頭痛分類」が頭痛診療および頭痛研究の場において”絶対的な基準”とされることに問題があると考えております。確かに、このような基準の必要性は認めるのですが、あまりにも拘りすぎることによって、自分の思考過程までを狭めていないかどうか反省すべきと考えます。

頭痛学を「国際頭痛分類」だけで論じてこなかったかどうか反省すべき段階にあるものと思っております。栄養学的見地、スポーツ医学的見地、生理学的見地、細胞学的見地、分子化学的見地、遺伝学的見地等々・・・現在一般常識とされる最低限の知識を持って、臨床頭痛学を見直さないことには、今後の進展は望めないものと思っております。

これが、今回 Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka へ一般開業医として参加させて頂いて思ったことです。

そして、たちまち「国際頭痛分類」といった基準を度外視して、これまで神経内科関連の頭痛専門医の方々が提唱されてこられた「セルフケア」の具体的な内容を盛り込んだ「片頭痛治療のてびき・・・生活指導のありかた」を、現実に片頭痛で苦しまれる方々のために作成されることを切に期待するところです。私は、こうしたことが、「片頭痛を慢性化」させないための最大の手段と考えるからです。

こうしたことから始めることが、「頭痛専門医」を量産すること以上に大切な点に思っております。それにしても、最新の学会誌「日本頭痛学会誌」41 巻 1 号 2014 の学会誌に「頭痛専門医認定試験抜粋」が掲載されていたことには、信じられない思いがしました。

今回の Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka もいわば、頭痛専門医の養成講座のような印象を持たざるを得ませんでした。こうまでして「頭痛専門医」を量産することが大切なのでしょうか？ もっと優先課題があるはずのように思えてなりません。

ここが私の偽らざる感想でした。頭痛学は”誰のためにあるのか”ということをもう一度振り返るべきではないでしょうか。

頭痛学とは、「頭痛専門医」が独占すべきものではないはずです。頭痛を訴えて、まず受診されるのは、一般開業医であるはずです。これまでのように「頭痛は、脳神経外科もし

くは頭痛外来」へといった”流れ”を断ち切ることが、当面課題とすべきことであり、こうした流れが、頭痛を拗らせさせないための必須条件と思われ、最初に”頭痛を自覚した場合”の対処方法を頭痛専門医が一般開業医に対して啓蒙していくことが責務と思われま  
す。二次性頭痛は、一般開業医でも簡単に診断できるはずであり、診断・治療に苦慮する症例に的を絞って、頭痛外来へ紹介するシステムを構築することが急務と思われま  
す。慢性頭痛の診療こそは、日頃の生活習慣から引き起こされるとの観点から、まずプライマリ  
ーケアを担当する一般開業医の役目と思われま  
す。このように頭痛診療体制の”順序とい  
うか方向性”が間違っているように私は考えま  
す。今回、受講して特に思ったことで、学  
会のトップの先生方の考え方・方針を改めるべきと思われま  
す。

## HMSJ-Osaka 受講して、改めて思うこと 補足

7月20日の「Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka」～すべての国民が頭痛医療の恩恵をうけるために～を受講した方々へ、日本頭痛学会事務局から、一昨日 PostExam の問題が送付されました。

それまでに、最新の学会誌「日本頭痛学会誌」41 巻 1 号 2014 に、「頭痛専門医認定試験抜粋」が掲載されていましたが、ここでは問題と「解答」が一緒に掲載されていたため、これを何気なく目を通していたことから、まったく気がつかないことがありました。

それは今回日本頭痛学会事務局から送付された、昨日 PostExam の問題でした。ここでは問題しかなく、解答は受講した者が「回答」して事務局へ送付することになっていました。これは、すなわち・今後「頭痛専門医」の「認定医試験」を受験するための準備のよう  
に見受けられました。そこで、早速、問題の回答を作成することにしました。この時期は患者さんが少ない時期でもあり、ほとんど終日この”回答”に費やしました。「回答」の作成が終わった時点で、やっと今回の「Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka」の目指すこと・本来の目的が明確になりました。

このような「問題」は、これまでの「国際頭痛分類 第2版」から昨年の「国際頭痛分類 第3版 β版」への変更点を確認・点検させるがための「問題」でした。

ということは、頭痛専門医とは「国際頭痛分類」を骨の髄まで徹底して頭に叩き込むべき存在のようでした。これから逸脱した考えでは「頭痛専門医」にはなれないようです。

こうしたことから、このような「頭痛専門医の認定医試験」に合格された方々は、その考えの根底には「国際頭痛学会」の作成する「国際頭痛分類」に遵守しなければ、その存在意義を失うことを意味しています。まさに、” 虎の威を借る狐” でしかないようです。

このように「日本の頭痛専門医」とは「国際頭痛学会」が作成した「国際頭痛分類」に絶対的に服従すべき団体のようです。これが、私と頭痛専門医の考え方と相容れない根源でした。今後ともこうした考えの差は埋められることはないと思っております。こうした事実が、頭痛専門医の先生と私の論議を空しくする根源でした。

これが、” PostExam の問題” の回答を作成した段階の結論でした。こうしたことから、「頭痛の本質論」に迫る論議には至らないということです。全く無駄ということです。

こうしたことから、日本頭痛学会」には、何も求められないことが明確になりました。

ということは、「国際頭痛学会」の作成する「国際頭痛分類」に記載されているものが全てであり、これ以外は一切容認しないというのが「日本頭痛学会」の基本的な考え方のように思われます。

こうしたことから、柴田護先生が（慶應義塾大学 神経内科）最新の学会誌「日本頭痛学会誌」41 巻 1 号 2014 において「片頭痛のメカニズム」を掲載され、このなかで、” 片頭痛が、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、遺伝因子に環境因子が加わった形で発症する多因子疾患であると” 推察” される” とされようとも、このような見解を「国際頭痛学会」が出さない限り、いかに日本の研究者が述べても、日本では容認されることはないということです。これを証明するものは、頭痛診療を行う際の指針とされる「慢性頭痛診療ガイドライン」が昨年改訂されましたが、その環境因子として何があるのかを明確にされることなく、ましてや「生活指導」に関する記載はまったくありませんでした。こうした「片頭痛での生活指導のあり方」が学会から提示されるのを待つことなど到底望むべくことではないようです。これですべてが明確になったようです。

このように日本の頭痛研究者が何を言おうとも、欧米人の学者が最優先のようです。

頭痛について「共通の言語」で論じる場面では「国際頭痛分類」が必須のアイテムということのようであり、これに反するものは議論の対象とすらされないということです。

こう考えれば、頭痛学は「国際頭痛分類」というごく全く限られた世界で論じなければならぬことを意味しています。頭痛領域以外の他の医学領域の業績はすべてエビデンス

なし、ということのようです。こうしたことを考える限り、頭痛学の世界は、医学の他の分野とは全く異なる”思考形態”で行われているようです。これが、果たして「頭痛はサイエンス」といえるのかどうか私には、甚だ疑問としか思えてならないところです。

このように考えてみますと「頭痛専門医」とは、国際頭痛分類を遵守し、学会の作成される「慢性頭痛診療ガイドライン」に従って「頭痛外来」を行う集団ということで、この「頭痛外来」は「頭痛の”百貨店”」のようなもので、ここを受診される方々へ、「あなたの頭痛は、このなかの”コレコレ”です」との診断を下され、そのエビデンスに基づいた最適な薬剤が提示され、受診者は、恭しく従いなさいとのことのように。こういった基準からすれば「片頭痛と診断」されれば、トリプタン製剤が第一選択薬とされ、次いで予防薬を選択するだけに終始します。

こうした方針によって、どのような結果に至ったかは申すまでもありません。

頭痛学は「国際頭痛分類」だけで論じた場合、当然限界があります。

栄養学的見地、スポーツ医学的見地、生理学的見地、細胞学的見地、分子化学的見地、遺伝学的見地等々・・・現在一般常識とされる最低限の知識を持って、臨床頭痛学を見直さないことには、今後の進展は望めないものと思っております。

こうした一般常識とされる栄養学的見地、スポーツ医学的見地、生理学的見地、細胞学的見地、分子化学的見地、遺伝学的見地にまで、エビデンス論を持ち込もうとされます。

こうしたエビデンス論では、到底頭痛は論じえないはずですが・・・

とくに一次性頭痛である慢性頭痛は、このような観点から見直さない限り、その本質に迫ることはないものと考えます。プライマリーケアを担当する一般開業医として、思うことです。「頭痛外来」が「頭痛の”百貨店”」であるとすれば、プライマリーケアを担当する一般開業医が中心となって、頭痛専門医とは全く別の観点から、「一次性頭痛である慢性頭痛のみに特化した”頭痛診療体系”」を構築すべきと思っております。

具体的には、先達の業績から「ある仮説」を打ち立てて、これから理論を展開して「治療方針」を構築する手法でしか、現状を打破することは不可能と思っております。

「国際頭痛分類」は、あくまでも分類に過ぎず、この分類に基づいた「頭痛患者群」での治療体系を総合的に築き上げるということに他なりません。

今回「Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka」を受講させて頂き、私の過去45年

間の臨床頭痛学を総点検させて頂きました。高い授業料になりましたが、結局、こうして振り返れば、何ら益するところはなかったようです。

ただ、このようにして、「頭痛専門医」を量産させることに、どういう意味があるのか疑問しか残りませんでした。これが「頭痛医療の均てん化」なのでしょうが？

こうした画一的な「頭痛専門医」をいくら養成しようとも頭痛医学の進展は望めないように痛感致しました。もっと「自分の頭で”頭痛”を考える」頭痛研究者がいるのではないかと期待したはずでしたが、どなたも「国際頭痛分類」のみを信奉される方々ばかりで、全く的外れでした。ここがまさに深遠なる謎としかいえないように思っています。

## 一般の読者のみなさんへ・・・改めて

7月21日から昨日まで「HMSJ-Osaka 受講して」と題して、”頭痛専門医による最先端の知識”を教えて頂いた「HMSJ-Osaka」を受講した感想を述べました、

一般の読者の方々には、多少理解しにくい部分が多く、途中で読むのを中断された人も多かったものと反省しています・・・これを受講して、私は思いました。

こういった方々が、現在の「頭痛外来」をされておられるかと思えますと、背筋の凍る思いにさせられました。どうして、片頭痛が改善されない方々が出てくるのかもよく理解されました。しかし、頭痛専門医の方々には「最新の頭痛の知識が何であるのか」を知ることが、患者さんの”安寧を願うよりは”もっと大切のように見受けられました。

こうした方々が「頭痛外来」を担当され、これらを受診される方々はどのように思われるのかもよく理解されました。

そして、これまで一般開業医として、頭痛診療に携わってきましたが、決して私の考え方は間違っていなかったように確信することができました。

私は、片頭痛治療のあり方は、「薬物療法・・・急性期治療薬および予防薬」と同時に「生活指導」が極めて重要と思っております。

少なくとも、「薬物療法」と「生活指導」はまさに片頭痛治療の「車の両輪」とも称されるべきものです。このような「生活指導」を徹底して行うことが、片頭痛の慢性化を阻止する最大の方法と考えます。このような「生活指導」もせずに「ただ、単におくすりだけ



処方する頭痛外来では、到底、片頭痛は改善できないと考えるべきです。

片頭痛の起こり方を理論的に理解し、何をどのようにすべきかを知った上で、当面何をどのようにすべきかを自分で考え、自分で実行することが大切です。決して、医者任せでは改善は望み得ないものと、現段階では考えるべきと思っております。

こういった意味で、先日掲載致しました「頭痛はなぜ治らない」をご覧頂ければと思っております。ここには、「生活習慣をどのように改善すべきか」詳しく述べています。

良識ある「頭痛外来」の先生は、このような「生活指導」をされておられますが、多くの頭痛外来では、「生活指導」が欠けているように今回の講習会で感じたことです。

是非とも、一度は「頭痛はなぜ治らない」をご覧頂ければと思っております。

このことは、片頭痛という病気は、糖尿病や高血圧症と同じように”生活習慣病”に他ならないということを意味しており、生活習慣そのものに起因した頭痛であるからです。

## 一般の読者のみなさんへ・改めて その2

”頭痛専門医による最先端の知識”を教えて頂いた「HMSJ-Osaka」で明らかになったことは、片頭痛が、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、遺伝因子に環境因子が加わった形で発症する多因子疾患であるとされたことです。それは、今回の HMSJ-Osaka で「片頭痛の anatomy」を担当された柴田護先生の（慶應義塾大学 神経内科）「片頭痛のメカニズム」が最新の学会誌「日本頭痛学会誌」41 巻 1 号 2014 において掲載され、このなかで、片頭痛が、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、遺伝因子に環境因子が加わった形で発症する多因子疾患であると推察されると、明言されておりました。

糖尿病では、その環境因子として、食べ過ぎや運動不足による肥満、アルコール、精神的ストレス、年をとること、その他多種多様の要因が確認され、これをもとにした糖尿病の治療体系として、食事と運動を中心とした「生活指導」が治療の中心としてあり、これを補うものとして「薬物療法」があります。

そして、食事と運動を中心とした「生活指導」を説明する手段として、「食品交換表」と「糖尿病治療のてびき」という解説書が日本糖尿病学会から出版されています。

しかし、片頭痛の場合、「片頭痛が、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、遺伝因

子に環境因子が加わった形で発症する多因子疾患である」とされながら、片頭痛の”環境因子”が何かということをはっきりとされることがなく、専ら”遺伝因子”である「関連遺伝子」の探索に研究の方向が向いています。そして、頭痛診療を行う際の指針とされる「慢性頭痛診療ガイドライン」が昨年改訂されましたが、その環境因子として何があるのかを明確にされることがなく、ましてや「生活指導」に関する記載はまったくありません。

今回の「HMSJ-Osaka」の講習会での「片頭痛急性期治療と予防薬」の講義では、「生活指導」も必要であるとされましたが、具体的には「ナツシロギク、マグネシウム、ビタミンB2」が一言述べられたに過ぎませんでした。それも、サプリメント程度として紹介されただけでした。

そして、今後、「食品交換表」と「糖尿病治療のてびき」のような”解説書”が作成されるような雰囲気はまったくありませんでした。ここが私には信じられない思いにさせられます。

こういったことから、現実には「頭痛外来」という実際の診療の場面では、「生活指導」は当面は期待出来そうにはないように思われます。

昨日も申し上げましたように、少なくとも、「薬物療法」と「生活指導」はまさに片頭痛治療の「車の両輪」とも称されるべきものです。

生活習慣そのものに起因した頭痛である”片頭痛という病気”は、糖尿病や高血圧症と同じように”生活習慣病”に他ならないということは、根本的に片頭痛を改善させるためには、こうした「生活指導」は必須の診療内容であるはずで、現在、薬物療法が中心となっていますが、このなかのトリプタン製剤はあくまでも”鎮痛”を目的にしたものです。予防薬にしても、発作回数を僅かに減少させ、頭痛の程度を軽減させる程度の効果しかなく、発作を全く起きなくさせる程の効果はありません。ということは、こうした「薬物療法」だけでは片頭痛の改善は得られないことを意味しており、あくまでも「対症療法」に過ぎず、ある一定の年齢に達するまで片頭痛とずっとお付き合いしましょうということになります。

私は、片頭痛が生活習慣病であるとすれば、「きちんとした”生活習慣”」を励行する限りは、片頭痛はコントロールされるものと確信しております。「セルフケア」の重要性を指摘される先生方が多数いらっしゃるということは、このことを示しております。さらに、従来より「生活習慣の見直し」が強調されて参りました。

こうした考え方から、「片頭痛での生活指導のあり方」を追い求めて参りました。

「片頭痛治療の新たな視点」をまず出発点として、これは後に文芸社から「片頭痛治療の考え方・進め方」として出版させて頂きました。これらは、寺本純先生、竹島多賀夫先生、立岡良久先生、岩田誠先生、木村充先生、松井孝嘉先生、特に関西頭痛懇話会の頭痛専門医の諸先生等々・・・多くの先生方のご指導により、作成させて頂きました。これらは、決して私自身の独断と偏見によるものではありません。諸先生方のご指導の”賜”と思っております。その後、分子化学療法研究所の後藤日出夫先生と、とあることから知り合いになるチャンスが与えられ、後藤先生のご指導により、さらに論点を進化させることができました。最近のものは、すべて分子化学療法研究所の後藤日出夫先生のご指導のもとに作成させて頂いたものです。

最近、ブログでは、以下のものを掲載して参りました。

「片頭痛治療のしおり」(改訂版)

片頭痛治療のてびき

慢性頭痛を解剖する

頭痛はなぜ治らない

最近の、「慢性頭痛を解剖する」「頭痛はなぜ治らない」は渾身の作ともいうべきものです。こうしたものは、当然のこととして、日本頭痛学会が、「片頭痛での生活指導のあり方」を作成された暁には、削除する予定にしており、それまでの「つなぎ」と考えて下さい。

これまでの「頭痛はなぜ治らない」は、私の外来患者さんとともに育て上げてきたものです。今後とも、患者さんのご指導に従って、さらに改変を重ねていく予定です。

当面は、「頭痛はなぜ治らない」が「片頭痛での生活指導のあり方」を示すものと考えて頂ければと思っております。

ここで誤解されないようにして頂きたいことは「薬物療法」を全く否定するものではなく、「薬物療法」と「生活指導」はまさに片頭痛治療の「車の両輪」とも称されるべきものです。片頭痛がコントロールできるまでの「あくまでも、つなぎの役割」として「薬物療法」があると考えて下さい。

当面、「頭痛はなぜ治らない」をご覧頂き、皆様のご意見をお聞きすることによって、さらに充実したものへと完成させていくことが重要と思っておりますので、忌憚なきご指導を賜りたく思っております。

## **一般の読者のみなさんへ・・・改めて 最後に・・・**

7月20日の「Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka」～すべての国民が頭痛医療の恩恵をうけるために～を受講して確認されたことをまとめます。

昨日も明らかに致しましたが、日本頭痛学会が認定する「頭痛専門医」とは、「国際頭痛分類」を絶対的な診療および研究の基準としないと、専門医とは認定されないということです。「国際頭痛分類」とは260余りある「頭痛の種類」を定義し、それぞれを分類しており、皆さんが訴えておられる頭痛は、このなかのいずれかに該当するということです。

そして、この「国際頭痛分類」に基づいて、あくまでも頭痛の症状（症候）をもとに診断するという事です。そして、治療薬を選択する場合は、はっきりしたエビデンス（根拠）のあるものとすべきということです。こうした「エビデンス（根拠）のあるもの」だけが、現在では「慢性頭痛診療ガイドライン」に示され、ここに記載のないものはエビデンスがないことになっています。

こういった理由から、従来から「セルフケア」の重要性や「生活習慣の見直し」が一部の先生によって指摘されてきたのですが、エビデンスがないという理由から、一切記載されることはありません。私達の最も関心のある片頭痛治療の場面では、急性期治療薬と予防薬が中心に据えられ、「生活指導」が記載されることはありません。

国際頭痛分類が絶対的な基準であることから、今回の改訂でも

ムチウチによるものが、ムチウチ後7日以内のままです。

首に関連する項目も全く同様です。

この基準がすべてであるが故に、これに反するものは否定されることになります。

また、エビデンスを重んじることから、過去の業績・論文も国際頭痛分類の中に掲載さ

れないものは、否定的な見解を示され、ましてや、”推察”されるといったものは全く問題にされません。このように「国際頭痛分類」という絶対的な基準の範囲内で”頭痛”を考  
えることだけが、エビデンスありとされ、これこそサイエンスということです。

このため、頭痛専門医とは、こうした制約をもとに考えなくてはならないようです。

こういった制約のもとに頭痛診療および研究をされる頭痛専門医によって「慢性頭痛」  
の解明が可能なのかという疑問しか残りません。少なくともこうした論理で慢性頭痛を考  
える限り、永久に頭痛の本質は解明されることはありません。こうした制約下で「片頭痛  
治療」が行われる限りは「急性期治療薬と予防薬」しかないことになってしまいます。

こうしたことが持続する限り、どなたに利益をもたらすかは、敢えて申し上げるべきこ  
とではありません。ダイレクトに指摘すれば、「名誉毀損」で訴えられることは目に見えて  
おり控えます。この点は、当ブログでも再三指摘して参りました。今回、受講して、これ  
までのブログでの指摘してきたことは間違いでなかったと確信致しました。

私は、プライマリーケアを担当する一般開業医として、こうした「国際頭痛分類」は、  
あくまでも分類として当然利用させていただきますが、その思考過程として、栄養学的見地、  
スポーツ医学の見地、生理学的見地、細胞学的見地、分子化学的見地、遺伝学的見地等々  
・ ・ 現在一般常識とされる最低限の医学的知識を駆使して、慢性頭痛とくに緊張型頭痛・  
片頭痛・群発頭痛を考えるべきと思っております。これが、本来の臨床家の考え方と思っ  
ております。当面は、以下の論点を中心として、論じています。今後新たな知見が得られ  
れば、改めていくこととなりますが・ ・

片頭痛は、”ミトコンドリアのエネルギー代謝異常あるいはマグネシウム低下によって引  
き起こされる脳の代謝機能異常疾患”である。

(Welch KMA, Ramadan NM Review article; Mitochondria, magnesium and migraine. J Neurol  
Sciences 134 ,9-14 ,1995)

さらに、片頭痛は、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、遺伝因子に環境因子が加  
わった形で発症する多因子疾患である。

こういったことを根拠として、慢性頭痛とくに片頭痛の治療上の考え方を「頭痛はなぜ  
治らない」で述べて参りました。ここでは「生活習慣をどのように改善させるか」を中心

として述べました。これは、「薬物療法」を全く否定するものではなく、「薬物療法」と「生活指導」はまさに片頭痛治療の「車の両輪」とも称されるべきものということを基本としています。片頭痛がコントロールできるまでの「あくまでも、つなぎの役割」として「薬物療法」があるということに他なりません。

こういった考え方は「頭痛専門医」は絶対容認されることはありません。それは「国際頭痛分類」を絶対的なものとされるからです。

例えば、「頭痛と体の歪み（ストレートネック）」は専門医の方々は、全くエビデンスなしとされますが、私の論理では、ミトコンドリア・セロトニンの関与から考えれば、当然のことであり、この出発点から、考え方が異なっているからです。

頭痛学の世界は、ある”業績・論文”をもとに仮説を打ち立て、理論立てて思考しなくては到底解明できないものと思っています。

こうした論点から作成したものが「頭痛はなぜ治らない」でした。そしてこれから導き出された「片頭痛改善への”みちすじ”」は従来から神経内科の頭痛専門医の薦められる「セルフケア」（これは、なぜだか「慢性頭痛診療ガイドライン」には掲載されていませんが）と寸分違わなかったということです。ここに”真実”があるものと思っております。

しかし、先程も申し上げましたように「頭痛専門医」は、エビデンスなしとか邪道と申されます。これは、仕方のないことであり、論理的背景そのものが違うため当然のことです。少なくとも、これで片頭痛さえ改善すれば問題ないと思っております。これで多くの方々は改善に導かれている事実から、決して間違った論理とは、現段階では思っておりません。「国際頭痛分類」のみに拘っている限りは、このような考え方には到底至らないということです。これは、あくまでも「分類」に過ぎないということをまず認識すべきです。

こうした考え方も基づいて治療のあり方を提言しました。片頭痛が生活習慣病であるとするれば、「きちんとした”生活習慣”」を励行する限りは、片頭痛はコントロールされるものと確信しております。そして、治療上、最も大切なことは、片頭痛が糖尿病と同じように生活習慣病であるとするれば、当然、慢性頭痛がどのような起こり方をし、このなかで片頭痛がどのようにして発症してくるのかをきちんと理解した上で、「何をどのようにすべきか、自分で考え、これを自分で実行するということに尽きるものと考えます。自分で実行されなければ何もならない、何も解決されることはないということです。糖尿病の場合で

も、食事・運動療法の原則を厳守しなければ、糖尿病の治療は成功することはなく、これと全く同じということです。

これまでも、多くの神経内科医の頭痛専門医の先生方は「セルフケア」の重要性を指摘され、これを忠実に実行された方々は改善に導かれてきたはずです。

ただ、こうした知識を単なる”知識”として持っているだけでは何もならないということです。頭痛専門医の多くの先生方の講演をお聞きになられても、いまだに片頭痛を克服されておられない方が身近におられると思います。こうした方は、ただ頭でっかちとなってしまう、実践が伴っていなかったためです。これが全てを証明していると言えます。

これが、今回「Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka」を受講して得られた結論です。長い間、くどくどと述べてきましたが、これで”おしまい”です。

先日分子化学療法研究所の後藤日出夫先生監修のもとに作成した、「頭痛はなぜ治らない」をもう一度、ご覧頂ければ、より一層理解が深まるものと思っております。

## 現代人になぜストレートネックが日常茶飯事にみられるのか

私が、「頭痛とストレートネック」についての調査を行っている最中に、東京女子医科大学・神経内科の岩田誠先生にご指導頂いたことがあります。

このなかで先生は、「先生の若い頃には、少なくとも日本人の男性では、頸椎X線撮影の側面像において、第7頸椎椎体は殆どの方で肩に隠れて見えませんでした。今ではそのような体型の人は極めてまれです。特に20歳代から30歳代の男性では、第7頸椎どころか第1胸椎まで丸見えの人たちが多く驚いています。このような体型の人たちでは例外なく、頸椎前彎が消失しています。日本人の遺伝子構成がここ半世紀で大きく変わったとは思えませんので、食習慣の変化、生活様式の変化などの環境因子が影響していると思います。これが、現代の若い方々において、”頸性神経筋症候群”が多発している大きな要因になっているのだらうと思います。」というコメントを頂いたことがあります。

私は、この理由は「ミトコンドリア」に関連したものと思っております。ミトコンドリア

アは“細胞のエネルギー生産工場”とも言われ、グルコース（糖）・脂肪を原料として、“生体のエネルギー通貨”と呼ばれる「アデノシン三リン酸(ATP)」を合成しています。ミトコンドリアがエネルギーを作り出す際に”活性酸素”が生み出されます。

細胞内小器官である「ミトコンドリア」は私達に生きるエネルギーを与えてくれますが、反面、活性酸素を最も多く発生する細胞内小器官でもあります。

ミトコンドリアを増やし、活性化させると、エネルギー合成時に発生する活性酸素の消去する機能も高まります。しかし、弱ったミトコンドリアの活性酸素を消去する機能は低く過剰の活性酸素が発生し、その活性酸素によってミトコンドリアがさらに弱っていくという悪循環が始まります。

実は活性酸素は、私たちが生きていく上で、どうしても発生してしまうものなのです。

私たちが体に酸素を取り込み、消費する過程で活性酸素は自動的に作り出されます。激しい運動をしているときはもちろんのこと、仕事や家事などをしてふつうに生活しているときも、くつろいでいるときや眠っているときも発生するのです。

私たちは生きていく限り活性酸素から逃れることはできません。

太古、地球の生物が酸素を体に取り込んで生きるようになったときからの、宿命といえるかもしれません。

もちろん活性酸素が体の中で増える一方だと、人間はたちまち死んでしまいます。

そのため、私たちの体は活性酸素を取り除く手段を持っています。

ただ、この手段では手に負えない量の活性酸素が発生したとき、病気や老化が起きるのです。大量発生のはじめにはさまざまなものがあります。

体が傷を受けたり、ウイルスが侵入したときもそうですし、太陽光線も原因になります。

これらは昔から、私たちの体に活性酸素を発生させる原因になってきました。

その上、現在では、更に活性酸素を発生させる原因が増えています。

それが食品添加物や洗剤、化粧品などに含まれる化学物質であり、大気中の有害物質や放射線などです。これらの原因は、昔はなかったものです。

豊富な栄養をとっているにもかかわらず、現代人に病気が多いのは、このことが原因ではないかといわれています。

ウイルスや細菌は、病気を引き起こす元凶ですが、これも活性酸素発生の原因になります。これらの外敵が入ってくると、白血球が出動してきて外敵を殺そうとします。



このときの武器が活性酸素なのです。白血球が敵の数に合わせて、ぴったり適量の活性酸素しか出さなければいいのですが、白血球は外敵を確実にやっつけるために必要量を上回る活性酸素をつくってしまいます。

その余分な活性酸素が、まわりの細胞まで傷つけてしまうのです。

体にとっての異物は、ウイルスや細菌ばかりではありません。

実は、病気を治すために飲む薬や、空気中に存在する有害物質、そして食品添加物や洗剤、化粧品などに含まれる化学物質も、体にとっては異物なのです。

これらのものは、つい最近まで、人類の体内に入ることにはなかった物質なので、体は異物と理解してしまうのです。

そして、異物を解毒しようと、ある酵素を出します。この酵素が働く過程でも、活性酸素が発生してしまうのです。

このように特に、現代の科学や文化の発達が生んだ数々の人工的な要因が、私たちに更にむしばんでいることが伺えます。

薬や食品添加物の氾濫、農薬の普及、排ガスによる大気の汚染、水の汚染、原子力の利用による放射線被爆、電気製品による電磁波・・・生活環境の変化、破壊はすなわち体内での活性酸素の大量発生につながっているのです。

昔から受けてきた紫外線にしても、オゾン層の破壊により、増加し続けています。

こうした要因は、ほんの数十年の間に急速に増えてきたものです。

私たちの体の働きは、太古から少しずつつくられてきたものですから、この数十年の変化にはついていくことができません。

体の中には活性酸素を取り除く働きもありますが、人間のミトコンドリアは、活性酸素の発生源が今よりずっと少ない時代につくられていますから、新しい要因が生み出す過剰な活性酸素まで取り除くことはできない状態にあります。

活性酸素をつくり出す原因がこれだけ増え、体の中には対抗する手段が充分にはないとすると、私たちの体の中には、過剰な活性酸素が存在しているということになります。

これが現代人の体をむしばみ、病気をつくり出しているのです。

食物の豊富な国に住み、快適な暮らしをしているにもかかわらず、現代社会に暮らす日本人は病気から逃れることができません。

ガンや糖尿病、心臓病などの成人病の発生が増えているのも、昔はあまりみられなかった喘息や花粉症、アトピーなどのアレルギーが増えているのも、環境の悪化による活性酸

素の増加が原因と考えられます。

日本は長寿大国となりましたが、長寿を謳歌している人の多くは、活性酸素を発生させる要因が少ない時代に育っていることを忘れてはいけません。

また、昔の日本人の食事は活性酸素を取り除くために理想的な食事ともいわれています。

活性酸素の発生要因に囲まれ、欧米風に変化した食事をとって育っている若い人や子供が、長生きできる保証はどこにもないのです。

また、高脂肪・高タンパク質食品に偏った食生活を続けると、カロリーのとり過ぎとあいまって、「SOD」（スーパーオキシドディスムターゼ）や「グルタチオンペルオキシダーゼ」、「カタラーゼ」といった、抗酸化酵素”の活性に必要な不可欠なマンガン、鉄、銅、亜鉛、セレンなどのミネラル元素の不足を引き起こします。結果、活性酸素の発生が抗酸化作用より常に優位な状態、いわゆる「酸化ストレス」になります。

偏食や過食は活性酸素の発生を加速し、がんや認知症などの疾患にも悪影響を及ぼします。カロリーのとり過ぎは活性酸素の発生量を増加させ、逆にカロリーを制限することは活性酸素の発生を減少させ、老化の進行を抑制します。

このようにして「ミトコンドリアの働き」を悪くさせる要因が、ここ半世紀の間に増加してきていることを忘れてはなりません。

体の中で、最も赤筋が多く分布している筋肉にはミトコンドリアが多く存在します。場所は、「背中」です。ミトコンドリアの働きが悪ければ、背骨を支える「脊柱起立筋」という筋肉は、体の中で最も長い骨を支えるため、姿勢にも問題が生じてきます。

さらに、ミトコンドリア働きが悪くなれば、脳の神経細胞の場合、「セロトニン神経」が選択的に「ミトコンドリアの働き」の影響を受けやすく、セロトニンを産生しにくく、セロトニンの合成やその合成のための酵素も十分な量を生成できなくなってしまいます。

結果的に、「セロトニン神経」の働きまで悪くさせてきます。

セロトニン神経は、筋肉へ働きかける役割を担っています。

セロトニン神経は直接体を動かすのではなく、筋肉を緊張させることで、影響を与えています。セロトニン神経が働きかけるのは、抗重力筋です。抗重力筋とは、重力に対して姿勢を保つために働く筋肉のことです。まぶたが開き、首が立ち、背筋が伸び、歩いたり

できるのは、この抗重力筋のおかげです。セロトニン神経が活性化していると、まっすぐな姿勢や生き生きした表情になることができます。反対にセロトニン神経の働きが弱まると、背中が丸まったり顔の表情がどんよりしてしまいます。

このため、セロトニンが不足してきますと、「体の歪み」を引き起こしてきます。

このように「ミトコンドリアの働きの悪さ」に「脳内セロトニン低下」が加わることによって、姿勢保持が困難となり、容易に体の歪み（ストレートネック）を形成してくることになります。すなわち、ミトコンドリアの働きの悪さと脳内セロトニン低下が存在すれば、

1. 前かがみの姿勢やうつむきの姿勢などを長時間続けるような生活習慣
2. 「ムチウチなどの外傷」を負ったりして、首の筋肉組織を痛めたりする

ことによって、容易に、体の歪み（ストレートネック）が作られてくることになります。

こうしたことから、現代社会では、活性酸素に満ちあふれた生活環境に置かれていることを考える限り、ストレートネックが日常茶飯事に見られても何ら不思議でないことになります。

そして、東京女子医科大学・神経内科の岩田誠先生は、さらに以下のようにコメントされました。

「片頭痛との関係においては、”頸性神経筋症候群”（ストレートネックが長期間持続したために生じる病態です）という病態が片頭痛患者に生じると、片頭痛発作の頻度の増加や程度の悪化、トリプタンの効果減弱につながると考えております。従いまして、明らかに片頭痛患者であると思われる方で、”頸性神経筋症候群”がある場合には、片頭痛への治療と同時に”頸性神経筋症候群”に対する積極的な治療を行うようにしています。これにより発作頻度の減少、発作時の症状の軽減、トリプタンの効果の改善が認められる患者が少なくありません。」

こうしたことから、片頭痛は、”ミトコンドリアのエネルギー代謝異常あるいはマグネシウム低下によって引き起こされる脳の代謝機能異常疾患”である。（Welch KMA, Ramadan NM Review article; Mitochondria, magnesium and migraine. J Neurol Sciences 134 ,9-14 ,1995）という考え方が重要性を帯びてくるものと思われます。

このように考える限り、頭痛専門医の申される「頭痛とストレートネック」はエビデンスなし、とされる論点には甚だ問題があると言わざるえません。こういう方々の根拠とされるのが「国際頭痛分類」です。いつまでこのような基準にしがみつかれるのでしょうか？  
こうした「国際頭痛分類」を遵守される限りは、慢性頭痛の本質論には至ることはないということに何時になったら気がつかれるのでしょうか。こうした基準は、あくまでも「分類」に過ぎないはずです。もっと視野を拡げて考えるべきと思っております。

## 慢性頭痛患者さんへの頸椎X線検査は必要ないのか

昨日は「現代人になぜストレートネックが日常茶飯事にみられるのか」について述べました。そして、「頭痛とストレートネック」に関して、ちょっと触れました。

現在、頭痛専門医の先生方は口を揃えて「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしと一蹴されます。その根拠として、「ストレートネックは頭痛に限らず、日常茶飯事に見られる所見であり、取り立てて述べるまでもない」とされます。

果たして、これが真実なのでしょうか??

これまで慢性頭痛のなかの緊張型頭痛とストレートネックに関する考え方が多くの先生によって述べられて参りました。その代表的なものは東京脳神経センターの松井孝嘉先生の東京大学脳神経外科の時代の研究です。

1978年に松井孝嘉先生は、“首こり”からさまざまな自律神経失調症状が引き起こされ、この病態を「頸性神経筋症候群」と名付け、その後、試行錯誤の上で2005年に「頸筋症候群の治療法」が確立されました。

この「頸性神経筋症候群」の病態として、緊張型頭痛、片頭痛、めまい、自律神経失調症、うつ、パニック障害、ムチウチ、更年期障害、慢性疲労症候群、ドライアイ、多汗症、不眠症、機能的胃腸症、過敏性腸症候群、機能的食道嚥下障害、血圧不安定症、VDT症候群、ドライマウスが挙げられております。

そして、頸筋症候群、すなわち、首の筋肉に疲労が貯まってしまうパターンとして

1. 長時間、うつむき姿勢をとる習慣がある人

## 2. ムチウチなど、過去に首や頭部を痛めた経験のある人

に出現してくると述べ、その結果として、頸椎X線検査上、ストレートネックを示すとい  
います。すなわち、ストレートネックが長期間持続したための結果であるとしてしました。

松井先生によれば、緊張型頭痛は、デスクワーク、特にパソコンを使って仕事をするこ  
とにより、うつむき姿勢を長時間とると、首の後ろ側の頭半棘筋が緊張し、その筋肉を貫く  
ように走っている「大後頭神経」が圧迫され頭痛が起きると述べ、緊張型頭痛は明らかに  
首疲労からもたらされる病気で、これを「頸性頭痛」と名付け、首疲労を治療すること  
によって、痛みがきれいに消えてしまうと述べておられます。

こうした同様の考え方は、寺本純先生、作田学先生、竹島多賀夫先生らによって述べら  
れ、頸椎X線検査の重要性については、

間中信也：痛みと臨床 vol.3 no3 2002 の 272 頁の「緊張型頭痛の検査」

喜多村孝幸：頭痛診断における頸椎X線の有用性。頭痛診療のコツと落とし穴。2003。63

寺本純：慢性頭痛とつきあう法。24-25。2001

のなかで明確に示されておりました。

ところが、2004年に「国際頭痛分類 初版」が「国際頭痛分類 第2版」へと改訂され  
た途端に、松井先生以外はすべて手のひらを返すが如く、「頭痛と首」の関与については否  
定的な見解を示されるようになりました。

昨年の「国際頭痛分類 第2版」から、さらに「国際頭痛分類 第3版 β版」へと改訂  
されましたが、今回の改訂でも

ムチウチによるものが、ムチウチ後7日以内のままです。

首に関連する項目も全く同様です。

ということは、やはり同様に否定的な見解が覆されるとは思えません。

このように「国際頭痛分類」を絶対的な基準とされるようです。

こうした基準によって「頭痛と首」の関与は全くエビデンスなし、というのが現在の頭  
痛専門医の考え方です。昨日も述べましたように、この点に疑問を持っています。

それは、松井先生も指摘されますように緊張型頭痛の原因は首こりによって起きる頭痛

です。これがストレートネックを形成してくる以前の段階から生じてきます。早い段階であれば、しばらくすれば頭痛は軽快しますが、ストレートネックを形成した段階では、「頸性神経筋症候群」に対する治療を根気強く行わない限り頭痛は改善できません。

そして、岩田先生が指摘されますように、片頭痛に「頸性神経筋症候群」が併発する場合のことが述べられていました。このように慢性頭痛の場合、緊張型頭痛であれ片頭痛であれ「頸性神経筋症候群」が関与して発症するということを意味しています。

こうしたことから、慢性頭痛のスタート（出発点）は”首こり”にあると考えるべきであり、これを放置することによってストレートネックが形成され片頭痛にまで進展するものがあることを示しています。すなわち、ストレートネックは慢性頭痛の根底にあるものとするのが妥当なはずで、このように考える限りは、頸椎X線検査上でみられるストレートネックの所見の有無は重要な位置を占めているはずで、

問題は、こうしたストレートネックは、頭痛専門医が指摘されますように、日常茶飯事にみられるものです。こうした所見が頭痛と関係があるかどうかの判断の基準があるはずで、以前にもブログでも述べたはずですが、その診断の基準として、頸椎X線検査上でみられるストレートネックの所見は、前屈位での前屈の不十分な所見と正面像での右か左かへの傾きの有無を確認した上で、必ず、頸部の触診において後頸部の筋肉の圧痛点の有無を確認しなくてはなりません。（この”後頸部の筋肉の圧痛点の有無”に関しては、坂井文彦先生の”頭痛体操”の部分で指摘されておられます）。

このようなストレートネックの診断基準を早急に確立すべきです。こうした基準がないために、とくに整形外科領域では、極めて曖昧な所見の取り方がなされています。

そして、緊張型頭痛の随伴症状とされる”ふらつき、めまい感”で一般内科及び耳鼻科を受診される方々の診断が極めて曖昧な形になっています。さらに”首こり”に伴う不定愁訴や自律神経症状を訴えて受診される方々も、極めていい加減な診断を受けている現実があります。こうした頭痛患者さん以外にも関係しており、こうした診断基準を示されない限り問題解決には至らないと思われます。最も悲惨な対応を強いられているのはムチウチの患者さんと思われ、こうした周辺の方々がどのような状態に置かれているのかを反省すべきです。頭痛患者だけに止まらないはずで、

少なくとも、頭痛学会が早急に「頭痛と首」の問題に関して独自の見解を示し、その上で「ストレートネックの診断基準」を明確にすべきと考えます。

こうした診断基準を確立した上で、慢性頭痛患者（緊張型頭痛・片頭痛・群発頭痛）す

べてにおいて頸椎X線検査を行うことにより、それぞれの病型でのストレートネックの合併率を比較すれば、あるものが見えてくるはずですが。さらに、閃輝暗点のような前兆のある片頭痛でストレートネックを呈した方々を、このストレートネックを改善させることによって、どのようになっていくのか確認することです。（この点は、以前記事にしました）

「国際頭痛分類」を度外視して、このような検討をすべきです。こうした簡単な、従来から重要性が指摘されていた検査法を1つ加えることによって、慢性頭痛の”姿”が明らかになるはずですが。このような基本的な方法を無視して、ただ単に「国際頭痛分類」ではどうこう・・・といった論理では、何も解決することはないはずですが。

得られた結果をどのように評価するかは、あとは”頭の善し悪し”です。

こういった単純な作業で解決されるはずなものを、いつまで「国際頭痛分類」のみに拘るのでしょうか？これが頭痛専門医のあり方と考えれば、まさにこんなものなのではないでしょうか？

先日の「Headache Master School Japan (HMSJ) -Osaka」では、埼玉医科大学 東洋医学センターの山口智先生が「東洋医学と頭痛（漢方、鍼灸）」について述べられ、さらに東京女子医科大学 名誉教授 メディカルクリニック柿の木坂 院長 岩田誠 先生が「頭痛と肩こりに悩んだ人々」の演題で講演されました。これが何を意味するのでしょうか？

ここで誤解があってははいけませんので、確認しておきます。これまで頸椎X線検査上でみられるストレートネックの所見について述べました。しかし、ストレートネックは単なる首だけの問題ではありません。脊柱はすべて繋がったものです。ストレートネックが見られるということは、「全身の体の歪み」を意味しています。

昨日も申し上げましたが、「体の歪み（ストレートネック）」は、ミトコンドリア、セロトニンの問題から起因して、これに

1. 前かがみの姿勢やうつむきの姿勢などを長時間続けるような生活習慣
  2. 「ムチウチなどの外傷」を負ったりして、首の筋肉組織を痛めたりする
- が加わって、形成されてくるものです。

こうした事実をもとに、ストレートネックは評価されるべきものです。

いつまでも「国際頭痛分類」のみに拘った考えでは何ら解決しないはずですが。

これに「頸椎X線検査」を追加するだけで、今までとは別の世界が見えてきて、慢性頭痛解明への手がかりが得られるはずですが。先達の先生方は決して、間違っただけを言っていないはずですが。

最も反省すべきは、「国際頭痛分類」のみに執着することではないでしょうか？

ただ、問題とすべきは頭痛専門医の先生方は、余程特殊な施設を併設されていない限り、こうした「首こり」やストレートネック、「頸性神経筋症候群」に対する治療手段を持ち合わせていないがために、「国際頭痛分類」のみに執着され、薬物療法のみで終始されるのかもしませんが・・・

先日の大阪での講習を受けて、頭痛専門医にとって「国際頭痛分類」がどのような診断の基準となっているのかを知ることによって、このような考えがある限り「頭痛とストレートネック」はエビデンスなし、とされることは必定と思われたため、再度、「頸椎X線検査」の重要性を訴えたく、これまでのブログの記事と繰り返しに過ぎませんが敢えて述べてさせていただきます。

## 慢性頭痛患者の生活指導の基本とそのあり方

現在の頭痛治療薬のなかでも片頭痛治療薬の発達には目覚ましいものがあります。とくにトリプタン系の薬剤の開発には眼を見張るものがあるといえます。しかし、これらの薬剤は頓用薬として使われることが主体であり、実際に片頭痛発作の回数を減少させる効果については疑問を抱かざるを得ないのが現状です。

片頭痛の予防的治療においては、わが国ではカルシウム拮抗薬の塩酸ロメリジンを始めとして各種の薬剤が片頭痛の保険適用薬として認められていますが、その効果は発作の程度・回数を減少させるだけであり、効果発現にも時間を要し、片頭痛発作そのものをなくしてしまう程の効果はありません。

### 片頭痛患者の全般的な生活指導

こうしたことから、これまで「セルフケア」として生活指導が行われておりました。



こうした片頭痛患者の生活指導のポイントは、①過労を避けること、②ストレスを発散させること、③生活を規則正しくすること（食事をきちんと摂ること、睡眠を十分に取ること、ただし、休日に眠りすぎないようにすること）、④頭痛を誘発する食物を避けること（アルコール類、チョコレート、だしの素、コーヒー・紅茶などカフェインを多く含むものを摂取しすぎないようにすること）、⑤姿勢を正しくすること（うつむき姿勢は頭痛誘発のもととなる）、⑥筋肉をリラックスさせること（特に仕事や家事の際に奥歯を噛み締めたりしないように注意する）、⑦鎮痛薬は可能な限り控えることなどでした。

スポーツは片頭痛をはじめとする頭痛の改善に有効です。ただし、スコアや点数を競うようなものはそれがストレスとなり、頭痛発作を誘発することがあるので避けるべきです。運動では、運動量を自分で調節できる歩行（いわゆるウォーキング）が有効であり、運動不足の解消にもよいとされて参りました。

頭痛を誘発する食物にはどのようなものがあるか

片頭痛がさまざまな食物を摂取することで誘発される可能性があることはよく知られています。特に、チョコレート、チーズ、赤ワインは有名です。これら以外の食物ではアルコール（飲酒）により誘発される方もおられます。また、グルタミン酸（Na塩）を多く含む食物の摂取により誘発される方々もおられます。

これらのうち赤ワインはアルコールに加えて、ヒスタミンを含むため、摂取により60分以内に頭痛が誘発されることが多いようです。チョコレート、チーズでは、チラミンという血管収縮物質の作用により血管収縮が起こりますが、チラミンの血中濃度が低下すると血管が拡張し、頭痛が誘発されると考えられています。特にチョコレートはチラミンと同様の作用を有するカフェインも含んでおり、チーズよりも強力であると考えられます。実際、日本人ではチーズよりもチョコレートで誘発される方が多いようです。だしの素で明らかに頭痛が誘発された方はいませんが、だしの素に多く含まれているグルタミン酸を多く含む食物を摂取することで頭痛が誘発されることはよく知られています（中華料理店症候群）。これは、グルタミン酸の血管収縮作用によると考えられていますので、摂取直後よりは摂取終了後1～2時間でグルタミン酸の血中濃度が減少し始めるころに頭痛が起こることが多いようです。

そのほか、柑橘類、コーヒー、紅茶なども頭痛を誘発する可能性がある食物として知ら

れています。これらの中で柑橘類は主にオレンジのことをさしており、日本の温州みかんはオレンジと成分が若干異なるため、温州みかんが片頭痛発作を誘発する可能性は低いようです。コーヒー、紅茶はカフェインが含まれており、チョコレートと同様の作用を示す可能性が高いと考えられます。

片頭痛患者の多くはチョコレートを好みますが、発作を誘発しないためには1日 50g 以下（板チョコ半分以下）とすべきとされます。

頭痛発作に抑制的に働く食物もある

「これまでの報告では、片頭痛患者においてミトコンドリア機能の低下、脳内マグネシウムの低下とマグネシウムの発作抑制作用、脳内セロトニン減少の可能性、血小板内ラジカルスカベンジャー（SOD-1）の低下などのエビデンスがある」ことから鳥取大学時代の下村登規夫先生は、DASCH diet と呼ばれる、食事を中心として生活習慣を見直すことで片頭痛治療を提唱されておられました。

ミトコンドリア機能を高める目的でビタミンB2を摂取し、マグネシウムを摂取します。さらにラジカルスカベンジャーとしてパロチン、ビタミンEおよびCなどを摂取します。脳内セロトニンを増加させるため、セロトニンの前駆体となるアミノ酸のトリプトファンを摂取します。具体的な食物としては、ビタミンB2、E、Cなどおよびβカロチンを多く含む緑黄色野菜、果物、海苔、うなぎなど、マグネシウムを多く含む大豆製品、ほうれんそう、柿、魚介類、トリプトファンを多く含む大豆製品、卵（卵黄）、脱脂粉乳、牛乳などの乳製品やバナナなどをできるだけ多く摂取します。緑黄色野菜などの量は体重が約60kgの成人で300g/日以上を目標とします。

実際にどの程度摂取する必要があるのかということは個人により異なりますので、患者さんに1週間分の食事内容を記録してもらい、その内容から不足している栄養素を判断して食事指導を行うのがよいとされます。DASCH dietは非常に単純ですが、ほとんどの頭痛患者はDASCH dietとは大きく異なる生活をしていることが多いようです。ですから、DASCH dietを行うだけでも生活習慣をかなり変えることとなります。ただし、ストレスを感じるほどに厳格なdietを行うと逆効果になることがありますので緩やかなdietを行うようにします。錠剤のビタミン剤（合成品）はあまり効果が期待できないことがあり、あくまでも食品から摂取する栄養素が中心となります。

片頭痛は多因子遺伝である

疫学的調査の結果、片頭痛は家族歴があることが多く、何らかの素因（遺伝的因子）が関与していることは否定できません。さらに一卵性双生児での遺伝の仕方から考えて、遺伝学的には、メンデル型遺伝でなく”多因子遺伝”と考えるのが妥当のようです。

ということは、”遺伝的素因”が存在しても、これに”環境因子”が加わらないことには、片頭痛は発症しないということです。

このような遺伝形式を示すものは、糖尿病のような生活習慣病があります。糖尿病の場合その環境因子として、食べ過ぎや運動不足による肥満、アルコール、精神的ストレス、年をとること、その他が挙げられ、この環境因子を取り除くことに治療の主眼が置かれます。

分子化学療法研究所の後藤日出夫先生は、片頭痛の大半は、遺伝素因である「ミトコンドリア活性の低さ」に、”環境因子”として、食生活が原因で「さらにミトコンドリア活性の低下」を来して「酸化ストレス・炎症体質」を形成することにより引き起こされる疾患であり、生活習慣病の一種とされました。

生活指導のあり方

この「ミトコンドリアの働きの悪さ」が存在するために、当然「セロトニン神経」の働きも悪くなり、結果的に「脳内セロトニンの低下」を来すこととなります。この「ミトコンドリアの働きの悪さ」と「脳内セロトニンの低下」があれば、当然、「体の歪み（ストレートネック）」を併発して来ます。そして、日常の食生活の問題から、「ミトコンドリアの働き」と「脳内セロトニンの低下」が増悪されることとなります。

こうしたミトコンドリアの働きが悪化するにつれて、「活性酸素」を過剰に発生させてくる「片頭痛体質」を形成することとなります。この過剰に発生した活性酸素が引き金となって片頭痛発作を誘発してくることとなります。

このように、片頭痛の根本原因は、「ミトコンドリアの働きの悪さ」にあります。

まず、”環境因子”として、日常生活を送る際の”何気ない姿勢（とくに前屈みの姿勢）や動作”などが原因となって、頭痛そのものを発症させて来ます。

生まれつき存在する「ミトコンドリア活性の低さ」にマグネシウム不足があると、「脳過敏」が引き起こされてきます。

さらに別の、「環境因子」として、“小麦、乳・乳製品、肉食に偏った食事”をとり続け、“運動不足”が重なれば「脳内セロトニンが低下」することや、「脳内セロトニンの低下」を来す不規則な生活習慣・ストレス・生理周期などの要因がさらに加わって来ることによって「脳過敏」が助長されてきます。

そして先ほどの日常生活を送る際の”何気ない姿勢（とくに前屈みの姿勢）や動作”により、ストレートネックが形成・持続すれば、頸部の筋肉が絶えず刺激を受けることになり、この刺激は三叉神経核に絶えず送られることによって、さらに「脳過敏」を増強させます。

このようにして、最初の軽い頭痛（緊張型頭痛）に次々に「脳過敏」を引き起こす要因が追加されてくることによって、片頭痛へと進展していくことになります。

このように、大部分の片頭痛では糖尿病を始めとする生活習慣病と同様に、「多因子遺伝」で、“遺伝素因”があった上に、先程述べたように次々に”環境要因”が加わって発症してきます。ということは、遺伝素因があったからといって、必ずしも片頭痛は発症しません。

これに、生まれてからの”環境要因”が加わって、初めて発症するという事です。

このような観点から「生活指導」を組み立て、理論的に構築されるべきと思っております。この具体的なことは「頭痛はなぜ治らない」に記載しておりますので、こちらをご覧ください。

片頭痛が生活習慣病であるとするれば、「きちんとした”生活習慣”」を励行する限りは、片頭痛はコントロールされるものと思っております。そして、治療上、最も大切なことは、片頭痛が糖尿病と同じように生活習慣病であるとするれば、当然、慢性頭痛がどのような起り方をし、このなかで片頭痛がどのようにして発症してくるのかをきちんと理解した上で、「何をどのようにすべきか、自分で考え、これを自分で実行するという事に尽きるものと考えます。自分で実行されなければ何もならない、何も解決されることはないということです。糖尿病の場合でも、食事・運動療法の原則を厳守しなければ、糖尿病の治療は成功することはなく、これと全く同じということです。

他人任せでは、絶対に改善は望めません。また特効薬もありません。

慢性頭痛（片頭痛・緊張型頭痛）の診療こそは、日頃の生活習慣から引き起こされると

の観点から、まずプライマリーケアを担当する一般開業医の役目と思われま

以上述べましたように、片頭痛が生活習慣病であるとするれば、当然、糖尿病と同様に運動・食事を中心とした生活指導抜きに「薬物療法」だけで糖尿病はコントロールされるはずはないことは一般内科医の常識とするところです。

そうであれば、片頭痛も「生活指導」ぬきで、片頭痛がコントロールできるはずはありません。大半の頭痛専門医の先生方は、「薬物療法」を中心に考えておられ、「生活指導」を重視されることはありません。これを如実に示すものは、昨年日本神経学会と日本頭痛学会が共同して改訂された「慢性頭痛診療ガイドライン 2013」には、この「生活指導」の項目が一切ないことでもお分かり頂けるものと思います。

こういったことから、片頭痛発作を幾度も幾度も繰り返され、中には慢性化させていかれる方々が後を絶たないのが現状です。

このようなことに、何時になれば気がつかれるのでしょうか。

## 頭痛専門医と一般開業医の考え方の相違

片頭痛研究・診療の原点 ADITUS から Headache Master School Japan (HMSJ) へ

片頭痛は日本国内だけでも 600 万～ 840 万もの潜在患者がいるといわれる高頻度の疾患であり、その生活に及ぼす影響が深刻であるにもかかわらず、医師や一般市民をはじめ、患者自身のこの病気に対する認識は必ずしも十分ではありませんでした。こうした状況を打開するために 1996 年に、片頭痛の克服をめざす国際的組織 ADITUS が設立されました。

ADITUS とは「アクセス」を意味するラテン語で、片頭痛に関する情報の公開、患者と医師の開かれた関係をめざしたタイトルです。

ADITUS は、指導的専門医とともに片頭痛に関する最先端の研究を行う ADITUS Faculty および実地診療で片頭痛治療にあたるプライマリーケア医の代表が毎年 2 回、世界各地で集う ADITUS Society から構成されており、その他片頭痛診療に関する最新情報を医師、一般市民に提供しています。この情報提供は各地で開かれる講演会、シンポジウム、年 4～5 回発行される刊行物 ADITUS REPORT などによって続けられています。

ADITUS はゼネカ薬品のグラント(基金援助)により運営されており、片頭痛の治療法および診断法の確立、向上を目指して、情報発信を行ってまいりました。

この研究会が日本でも1999年に設立されました。このようにして研究会が 1999 年 を機に ADITUS Japan として発足しました。

医師および一般市民への情報提供を目的とした種々の活動を主としますが、片頭痛については欧米の研究が日本に比べて進んでいることから、とくに最新の海外情報を日本の医師たちにすばやく伝達することに重点を置いていました。

また、片頭痛患者の受診率が低い日本の状況を改善すべく、講演会やメディアを通じた広報活動にも力を注いでいました。

ADITUS Japan の活動方針は、神経内科専門医を主体とする世話人によって決定され、東京に設置された事務局がその業務遂行にあたっていました。世話人は東京女子医科大学附属脳神経センター所長の岩田誠教授と北里大学医学部内科の坂井文彦教授でした。

●世話人 5 名は以下のとおり(敬称略)でした。

岩田誠	東京女子医科大学神経内科教授
坂井文彦	北里大学医学部内科教授
間中信也	間中病院院長
平田幸一	獨協医科大学神経内科教授
竹島多賀夫	鳥取大学医学部脳神経内科講師

これが、現在の片頭痛研究および診療のスタートでした。

1999 年	ADITUS Japan
2000 年	トリプタン発売される
2005 年	慢性頭痛診療ガイドライン 学会編
2012 年	頭痛協会設立

ADITUS Japan では、1962 年に発表された米国神経学会の頭痛分類特別委員会の分類、さらにその後、1988 年に発表された国際頭痛分類、2003 年に、「国際頭痛学会による診断

基準を伴う分類」の改訂分類が発表され、こうした「国際頭痛分類」を基本としました。

2000年にわが国にトリプタン製剤が導入されたことを契機に、日本神経学会が2002年に日本神経学会による治療ガイドラインの1つとして作成された「慢性頭痛治療ガイドライン2002」に始まり、その後2006年には日本頭痛学会が作成した「**慢性頭痛の診療ガイドライン**」が発表されました。

そして昨年の2013年には、ここ数年の頭痛診療の目まぐるしい変化、薬物治療を中心としたエビデンスの集積を背景に、日本神経学会・日本頭痛学会の共同監修により、従来のガイドラインの基本的な考えを踏襲しつつ改訂した「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」が作成・発行されましたが、今回は予防薬を中心としたものが主なものであり、ほとんど変化はないようです。基本的には、「国際頭痛分類 第2版」をそのまま踏襲した形になっています。このなかでは、「セルフケア」とか「生活習慣の指導」の項目はありません。

そして、昨年（2013年3月）国際頭痛学会主催で Headache Master School 2013 in Asia が東京で行われました。世界のトップエキスパート14名が来日し、頭痛医学の最新の進歩を参加者一人一人に伝授されました。日本頭痛学会は、これが、日本の頭痛診療・教育のあるべき姿を示すものと考え、日本頭痛学会独自の Headache Master School Japan (HMSJ) が日本の頭痛教育プログラムの中心として、まずは竹島多賀夫先生をリーダーとして大阪で開催されました。これが先日の (HMSJ-Osaka) でした。

ここでは、昨年「国際頭痛分類 第3版 β版」へと改訂され、この改訂内容を徹底させることが目的でした。結局、「国際頭痛分類」が絶対的な基準であることが徹底して教え込まれ、片頭痛については欧米の研究が日本に比べて進んでいるということから Headache Master School 2013 in Asia のトップエキスパートの先生方の考えに従って、**講義**されました。

私も、この「HMSJ-Osaka」に参加させて頂きました。学会の本来の目的は「頭痛専門医」の養成でしたが、私の目的は、頭痛専門医と一般開業医の考え方の相違がどこにあるのかを確認するのが目的でした。この感想は先日来、再三に渡って述べた通りです。

結局、この「HMSJ-Osaka」も最初の「国際的組織 ADITUS」の流れを汲むものでした。

こうしたことから、これまでの日本の研究業績は全く問題にされることはありませんでした。

これまでも指摘していますように、以下の点は今回の改訂でも変更点はありませんでした。

ムチウチによるものが、ムチウチ後7日以内のままです。

首に関連する項目も全く同様です。

#### 頭痛専門医の考えること

このように「国際頭痛分類」が絶対的な基準とされ、これが改訂される度に、その考え方もこれに伴って変遷し、これと相反するものはすべて否定されるようです。

最も大切な点である、片頭痛の遺伝様式です。果たして”多因子遺伝”なのかどうかとの議論もなく、ただひたすらに「関連遺伝子」の探求に腐心されます。

そして、相も変わらず「頭痛と体の歪み（ストレートネック）」はエビデンスなし、です。この点も「国際頭痛分類」を絶対的な基準とされる以上は仕方ないことと考えざるを得ません。ムチウチに関しても、然りです。

ただ、このような「国際頭痛分類」をもとに頭痛診断が行われているわけですが、ここでは、頭痛専門医ならではの独特な問診方法があり、ここは感心させられ、これが頭痛専門医ならではの真骨頂と思われました。しかし、いつも思うことですが、専門医の方々は以下の点をどのように説明されるのでしょうか？

1. 欧米人と日本人での片頭痛の差異をどのように考え・どう説明するのでしょうか？
2. 日本国内の地域別での片頭痛の発症率の差異をどのように説明するのでしょうか？
3. そして、肥満がなぜ片頭痛に悪影響を及ぼすのでしょうか？
4. 片頭痛とムチウチがいろいろな点で似通っている事実をどう説明するのでしょうか？
5. 片頭痛が慢性化していく過程をどのように説明されるのでしょうか？

いまだに、一般開業医がトリプタン製剤を処方しないためなののでしょうか？

6. 片頭痛がなぜ男性に比べ、女性に多いのでしょうか？

等々、こうした単純な・基本的な疑問にどのような解答を示されるのでしょうか？

少なくとも、「国際頭痛分類」を絶対的な基準とされ、欧米の偉い学者の考え方を優先される限り、このような疑問は解決されることはないと思っております。

#### 一般開業医の考えること



これまで、先日来、以下の項目で記事にしました。

現代人になぜストレートネックが日常茶飯事にみられるのか

慢性頭痛患者さんへの頸椎X線検査は必要ないのか

慢性頭痛患者の生活指導の基本とそのあり方

一般開業医は、この中でも述べていますように、「国際頭痛分類」はあくまでも”分類”として活用しますが、これを絶対的な基準とは考えておりません。

「国際頭痛分類」という”人為的な分類”のみの観点から頭痛を考察すれば、その本質に至ることはなく、また「国際頭痛分類」という”人為的な分類”のみの観点から頭痛を考察することが果たして”サイエンス”と言えるのかという疑問を持っております。

ここからは何も導き出されるものはないはずです。

これまでの多くの先達の業績を踏まえて、これを統合させることによって、慢性頭痛とはどのようなものであるかをまず洞察することが大切であろうと思っています。こうした推論を行う場合、頭痛領域以外の医学的知識を総動員して考察していく必要があります。

まず、私達一般開業医の頭痛診断の専門医と全く異なる点は、「国際頭痛分類」と同時に頸椎X線所見（ストレートネックの有無）を併せて診断している点です。その上で、

「片頭痛は、”ミトコンドリアのエネルギー代謝異常あるいはマグネシウム低下によって引き起こされる脳の代謝機能異常疾患”である」ことと、さらに、「片頭痛は、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、遺伝因子に環境因子が加わった形で発症する多因子疾患である」、ということを根拠として、「環境因子」としては、どのようなものが考えられるのかを追い求めています。（関連遺伝子は開業医には探求は到底不可能ですから・・・）

こういった論点から、現段階では以下の考え方を構築し・導き出しています。

片頭痛の大半は、遺伝素因である「ミトコンドリア活性の低さ」に、“環境因子”として、食生活が原因で「さらにミトコンドリア活性の低下」を来して「酸化ストレス・炎症体質」を形成することにより引き起こされる疾患であり、生活習慣病の一種である。

この「ミトコンドリアの働きの悪さ」が存在するために、当然「セロトニン神経」の働きも悪くなり、結果的に「脳内セロトニンの低下」を来すこととなります。この「ミトコンドリアの働きの悪さ」と「脳内セロトニンの低下」があれば、当然、「体の歪み（ストレート

トネック)」を併発して来ます。そして、日常の食生活の問題から、「ミトコンドリアの働き」と「脳内セロトニンの低下」が増悪されることとなります。

こうしたミトコンドリアの働きが悪化するにつれて、「活性酸素」を過剰に発生させてくる「片頭痛体質」を形成することとなります。この過剰に発生した活性酸素が引き金となって片頭痛発作を誘発してくることとなります。

このように、片頭痛の根本原因は、「ミトコンドリアの働きの悪さ」にあります。

これに関連して片頭痛の環境因子として、「ミトコンドリアを弱らせる環境因子」、「脳内セロトニン低下」、「体の歪み（ストレートネック）」を考えています。

まず、”環境因子”として、日常生活を送る際の”何気ない姿勢（とくに前屈みの姿勢）や動作”などが原因となって、頭痛そのものを発症させて来ます。

生まれつき存在する「ミトコンドリア活性の低さ」にマグネシウム不足が加われば、「脳過敏」が引き起こされてきます。

さらに別の、”環境因子”として、“小麦、乳・乳製品、肉食に偏った食事”をとり続け、“運動不足”が重なれば「脳内セロトニンが低下」することや、「脳内セロトニンの低下」を来す不規則な生活習慣・ストレス・生理周期などの要因がさらに加わって来ることによって「脳過敏」が助長されてきます。

そして先ほどの日常生活を送る際の”何気ない姿勢（とくに前屈みの姿勢）や動作”により、ストレートネックが形成・持続すれば、頸部の筋肉が絶えず刺激を受けることになり、この刺激は三叉神経核に絶えず送られることによって、さらに「脳過敏」を増強させます。

このようにして、最初の軽い頭痛（緊張型頭痛）に次々に「脳過敏」を引き起こす要因が追加されてくることによって、片頭痛へと進展していくこととなります。

このように、大部分の片頭痛では糖尿病を始めとする生活習慣病と同様に、「多因子遺伝」で、”遺伝素因”があった上に、先程述べたように次々に”環境要因”が加わって発症してきます。ということは、遺伝素因があったからといって、必ずしも片頭痛は発症しません。

これに、生まれてからの”環境要因”が加わって、初めて発症するということです。

こうした論点の一つ一つはこれまでの過去の業績を紡ぎ直したものに過ぎず、決して突飛な奇想天外な考え方ではありません。何ら新たなことではなく、従来から一般常識とし

て言われてきたものを重ね合わせたものでしかありません。

こうした考え方は、栄養学的知識、スポーツ医学的知識、細胞学的知識、生理学的知識、生化学的知識、分子化学的知識、遺伝学的知識をもとに構築しています。

こうした考えにはエビデンスがないと専門医の方々は申されるようですが、こうした考え自体が、頭痛研究者が、一般医学界のなかの”離れ小島”にいと批判されても仕方ないように思っております。頭痛領域、特に「国際頭痛分類」に掲載された論文のみに拘る結果にしか過ぎないはずです。こうしたことを認識することなく、臨床頭痛学を論ずること自体問題があると思っております。

ただ、こうしたギャップは何時になれば埋まるのでしょうか？ 恐らくは、永久に埋まることのない深い溝であろうと悲観しています。

頭痛研究者は相も変わらず「新薬の開発」ばかりを考えておられます。

一般開業医にとっては「頭痛専門医」とは、論理的な対象者とはなりえず、いわば「神学的存在」のような「雲上人」としか思われません。そして、トリプタン製剤に引き続き「第2の神薬」が開発されるまで待てということのようです。

私達一般開業医は、「国際頭痛分類」と同時に「頸椎X線検査」を必須の検査項目とすべきと思っております。この所見をもとに、どういった要因からストレートネックを来しているかを説明し、これが片頭痛にどのように係わってくるのかを説明することにより、「薬物療法」だけでは片頭痛が改善しえないことが自ずと納得してもらえ、「生活習慣」をどのように改善すべきかを理解してもらい大切な動機（きっかけ）になるものと思っております。こうすることによって「薬剤乱用頭痛」を予防し、ひいては「片頭痛の慢性化」を防ぐ手段となるものと思っており、その後の「根治療法」への導入が容易になるものと思っております。

このように、私達は、「薬物療法」と同時に「生活習慣の指導」が極めて重要なものと考えております。「生活習慣の指導」なしでは、片頭痛は改善しえないと思っております。片頭痛と同様に”多因子遺伝”とされる生活習慣病である糖尿病が、「食事・運動の生活習慣の改善」なく「薬物療法」だけでは決して改善されないことは、これまで示されているはずで、ここが専門医とは基本的に異なっているように思います。

これが、今回「HMSJ-Osaka」に参加させて頂いて明確にされた点でした。

これで、今回「HMSJ-Osaka」に参加させて頂いたことの結論とさせて頂きます。