

「ムチウチ」と頭痛

「ムチウチ」と頭痛

このテーマは「頭痛診療」を考える際の、ひとつの「モデル」と思われますので、取り上げさせて戴きます。

頭痛を離れて、私が昔から「ムチウチ患者」さんを診せて戴いて感じていることがあります。ムチウチの方の訴えの一つの特徴として、あたかも「気象予報士」のように訴えが「天気の変化、気圧の変化」によって、増悪することです。この点は、片頭痛の方々も、誘因の一つとして、気圧の変化、天気が挙げられている点です。この共通点がどこにあるのかという点から考察してみました。

まず最初に、これまで、ムチウチでお悩みの方々は、ネット上で多くのメール相談をされておられます。このメール相談の内容をご覧頂ければ、「頭痛」との関連が、理解されると思います。

それでは、代表的なものから・・・

*

今日、車で止まっていたら後ろから追突されました。
たいしたことはないのですが、首の痛みと少し頭痛がします。
頭痛も むち打ちからもくるのですか？

先週、事故にあい、ムチウチとの診断でした。

総合病院は通いにくいので今日から近くの整形外科に通おうとレントゲンと紹介状を持って受診しました。

そこでの先生の対応にあまりにも腹がたち泣きながら帰ってきました。

診察室に入り、痛い所を聞かれたので

「事故直後から頭痛とその夜から首の左側が痛く、2日後位から腰辺りが痛くなりました」と伝えた所、

首と腰を触診後「片頭痛は事故とは関係ない。腰もただの筋肉痛だろう。レントゲンは

撮りたければ撮るけど…どうする?あまり長く通うと保険会社がうるさく言ってくるよ。痛くなくなったらすぐ言ってこないよ。まあとりあえずハビリしとくけど」と面倒くさそうに言われ

「片頭痛と頭痛の違いはわかりませんが、頭痛持ちではないし、事故の時頭を打った。レントゲンは必要なら撮る形でいいですが」

と言ったら

「治療費は保険会社が出すのであなたが撮りたければ撮りますよ!頭痛は薬だから飲んだら治るし首の痛みも頭痛の薬で治る。お金は保険会社がだす事になるからあなたが決める事!勝手に病院こなくなったら治療終わりって事になるからね!」

と保険金目当てに通おうとしてるような言い方でずっと話され、何か言う度「保険会社が出す事になる」だの「長く通わないでもすぐ治る」と言われ、かなり気分が悪かったので「もう結構です。レントゲン返して下さい」と帰ってきました。

どちらの病院にも「動けない位の頭痛ではなく、地味な感じの痛みです」と伝えていたので、総合病院では「頭痛はムチウチから来てるから、ムチウチとはうまく付き合って行かないとダメだよ。今は弱くても2週間位たってから強くなる事もあるから」と言われていました。なので、整形外科の医師に私の痛みや辛さをわかってもらえなかった事と何より保険金目当てに通おうとしてる前提のような言い方に腹がたち、そんな風に思われていたら本当に痛くても通いにくいと思い帰ってきました。

これもドクハラなんではないでしょうか?頭痛より首がかなり辛くて、病院に通い治療したいのですが…事故での治療、整骨院でも大丈夫なんではないでしょうか?ムチウチはどんな医院がよいのか詳しい方教えて下さい。

天気が悪くなる前に頭痛がします。

ムチウチや片頭痛持ってる方は多いと思います。

治せるならそれにこした事はありませんが治らないので仕方なく頭痛薬を飲んでます。

皆さんはどのように気を紛らせていますか?

最近では頭痛薬もあまり効かなくなりました。

私は片頭痛で2年くらい頭痛外来に通っていて、ミグシスを一日1錠服用し頭痛時はマクサルートを服用します。

もちろん、マクスルトはほぼ効きます。

ただ、治った後に首筋がパンパンに張った感じがして首こり？みたいな症状になります。

先生に相談しても、なる場合があると言われましたけど、昔ムチウチになったことがあるのも関係しているかなとふと思いました。

ムチウチも3回ほどしているのですが、もともとクビが疲れやすくこりやすかったのですが、頭痛が治ってクビがこるとはどういった原因があるのでしょうか？

ちなみに、頭痛の起こる前には首の痛みはありません。

薬を服用して治った時に毎回ではないのですが起こりやすいのです。

同じような症状の方は多いのでしょうか???

交通事故で20年以上も前のことになりますが、後ろから追突されそれ以来。片頭痛で苦しんでいます

薬で効かないときは、1日頭が割れそうです。効き目のある対処法教えてください

2/27にスノボをして、こけて後頭部をおもいっきり打ちました。

その時は頭がグワングワンする感じで、少し休めば大丈夫な感じだったのでそのまま滑りました。

だけど、夜になったら片頭痛みたいな感じになり、一応薬飲んで寝たんですが、今もなんか風邪の時の頭痛みたいな感じで痛いです。

念のため、病院に行こうかと思うのですが、無知でして何科に行ったらよいかわかりません。こういう場合は何科に行くべきですか？

交通事故の後遺症(鞭打ち症)で、毎年秋になると首痛と片頭痛に悩んでいます。

脳や首をMRIで調べましたが病院では異常は無いと、痛み止めの薬とコルセットだけ。

整体に通ってもイマイチ…

何か良い治療方法はありますか？

むちうちの後遺症？頭痛で悩んでいます。始めまして45歳、男です。20年程前に自動車事故でむち打ちになりました、それから現在も必ずではないのですが天候の悪くなる前から右側頭部が痛くなり気分も悪く、ひどいときは吐き気をも催すこともあります。あま

り痛い治療をされるなら我慢しようかと思ってしまう、近くに整形外科が有るにも関わらず行ってません、このような経験で治療した事が有る方もしくはお医者様がおられましたら相談に乗って頂けませんか？よろしくお願ひ致します。

自分はスポーツ中に2回肩から首にかけての所をムチウチしました。

整形外科や整体に行き電気治療をしましたが、あまり改善せず今は、病院に行っていない。首のコリがひどくいつも頭が重い状態です。1ヶ月に2、3回ほど片頭痛が起きて、首のコリ、片頭痛に悩まされています。

整体のほかにいい治療方法はあるのでしょうか？あと家でも出来るコリなどが楽になる方法がありましたら教えてください。

4年前に「むちうち」になってから、体に様々な症状がでてきてとても辛いです。

首がだるく偏頭痛持ちに（雨の日は特に酷い）

右半身・顔の麻痺（力が入らず物を落としたり震えがあり、痛み・熱に対する反射が遅い）

舌がだるくろれつが回らないため話すのが疲れる。

体温調節がうまくいかず身体が冷たい

免疫力が低下し、風邪等ひきやすく長引く（以前は丈夫でした）

記憶力・集中力の低下（本が読めない）

夜になると瞼が下がり一重になる

肋間神経痛・背中の痛みとひどい腰痛

過眠（寝ても疲れがとれない）

全身の倦怠感（長い時間立ってられない）

以上が今までに起きた症状です。

毎日本当に辛く不安で仕方ありません。

むちうちからこんな症状になるのでしょうか？

脳神経外科ではむち打ち症などのものなのでしょうか？

原因不明の頭痛に悩まされ脳神経外科に行くことになりましたが

数ヶ月前転んで頭を打っているため むち打ちも考えられますが まずは脳神経外科へ
ということになりました

むち打ちを調べるにはまた別の科なんですか？

補足 CTは2カ月の間に2度撮っています

問題なしだそうです

頭の痛みや 目まいなどあるため 脳神経と耳鼻科を予約してあります

カイロなども通いましたが 頭痛は治まりません

首の動きが悪いためと 頭を打ってからからだの緊張感から 肩や首が異常にはっている
とのこと 揉んではくれますが

その分血行がよくなるため頭も痛くなるのではとのこと。

2ヶ月前に事故にあい、鞭打ちになりました。一時的によくなったのですが、最近また首から肩にかけて痛み非常に辛いです。まだ20代なのですが、この痛みは一生続くのでしょうか？早く治す方法や痛みを和らげる方法、体験談などがありましたら教えてください。よろしくお願ひします。

追突されてむち打ちになってしまいました。

11/2に信号待ちで追突されました。

すぐに病院へ行き、レントゲンをとったのですが、骨に異常はないと言われたのですが、
首の痛みと肩の凝り、片頭痛が中々治りません。

昨日MRIも撮ったのですが 特に異常はないみたいです。

医者には 湿布と痛み止めを処方され、あとはリハビリに通えば良くなりますと言われた
のですが「むち打ちの治療」の感じはこんな感じなのでしょうか？

正直痛み止めを飲めば痛みは和らぐのが当たり前ですし、リハビリもけん引と電気を数十分。

通院も仕事が接客業のため中々休めないなので週1～2日程度しか通院できません。

症状が良くなるか不安ですし、このままりハビリとたまの検診だけでは良くなるか気がしません。

何かむち打ち治療で皆さんの良かった病院の科（整体や接骨院）や治療法、ストレッチなどがあったら教えてください。

今は整形外科です。

首の痛みもありますが 今は偏頭痛と肩のコリが辛いです。

妻がむち打ち症で苦しんでいます。

3年の間に合計3回追突され、むち打ち後遺症が酷く

薬を飲まなければ生活できないほど辛そうです。

最後の事故後、自分がお風呂に入れたりと介護をしていました。

ようやく、少しだけ元気になってきたとを感じるようになりました。

でも、本当はつらいのではないかと感じます。

事故後、8年経ちますが、同じように苦しんでいる人はいますか？

炊事も洗濯も掃除もできないほど、つらいですか？

でも、ウォーキングはできます。

友人と旅行、カラオケに行きます。

週に1回の日本舞踊を習っています。

週に4回、夕方から5時間パート勤務（事務）しています。

一日テレビを見ていて、疲れたと言って寝ています。

薬を飲んでいるから、働けると言っています。

飲むのを止めたら苦しい、つらいと言います。

掃除も洗濯も炊事も自分がほとんどやっています。

もう疲れました。

真実が分かりません、助けてください。

交通事故でムチウチの後遺症で悩んでおります。特に天気が悪いと首筋がこり、そこから頭痛がして何もする気になりません。医者に行っても筋弛緩剤と痛み止めをくれるだけです。根本的解決はありません。何かいいアドバイスがありましたらよろしく願いいたします。

数年前に事故で軽いムチウチになったのですが今も季節の変わり目や天気、

又は疲れが溜まっている時に首筋と肩がとても痛くなります。

ここ最近では疲れが取れない状態で毎日のように軽い頭痛・めまいを伴う肩と首筋の凝り(痛み)があります。(痛くて寝付きにくい日も多)

そこでお聞きしたいのですが、

接骨院に行くときどのような治療をしてもらえるのでしょうか？

痛い部分のマッサージとかしてもらえるのですか？

それとも何か器械とかを使った治療なのですか？

私はマッサージを望んでいるのですが、保険適用と書かれている所と

保険適用と書かれていない所とでは治療方法は違いますか？

接骨院のこと教えて下さい。

今年の8月に追突事故に会いました。信号待ちをしているところ前から4台の玉突き事故で後ろから2台めでした。整形外科は湿布と痛み止めだけでしたので止めました。1ヶ月間はずつう、吐き気、めまいに襲われ何をしてもつらくこのまま治らないのではないかと日々苦しんでいます。接骨院に先月から通い、ひどい頭痛は治まったと思っていたところ最近また頭痛、吐き気が起きて苦しんでいます。後ペインクリニックにも通い神経の痛みを和らげる光の治療も受けていますがなかなか改善されません。CTの検査では骨に異常はないと診断されていますが不安です。まさか低髄液症候群なのかとも思います。どこで検査してもらえばいいか、どのような治療がいいかどなたか教えてください、長野県にありますか？また天気の悪い日は最悪で起き上がるのもつらいです。まだ26歳なので少しでも早く良い治療法に会えたらと思います。よろしくお願いします

去年、追突事故に遭い、ムチウチ（頸椎捻挫）で約2か月間、苦しみをぬきました。（首の痛み、頭痛）

約2か月間、整形外科で首をひっぱってもらったり、マッサージしてもらったり、痛み止めの薬を飲んだり、注射したりで、あんまり痛くなくなったので、完治したんだと思い込んで示談しました。

しかし、今でも雨の日は、首から頭にかけてものすごく痛くなります。ムチウチ経験のある人に聞くと、みなさん、雨の日はツライそうです。

もう一生このまま雨の日はツライのでしょうか？

ムチウチを完璧に治して、もとの健康な体にもどすことは不可能なことなのでしょうか？
整形外科の先生には「われた茶碗は元にはもどらない。それと同じ。」と言われましたが
…。

このように、いかにムチウチでお悩みが深刻なものであるかが推察されます。

ところで、頭痛研究者はどのように考えておられるのでしょうか？

ある専門家は以下のように述べておられます。

狭義の頭部外傷後の慢性頭痛

いわゆる鞭打ち損傷もここに含まれます。この原因としては、追突事故などのため頚椎（首の骨）の過伸展と過屈曲が起こり、頸部の軟部組織の挫傷や頚椎の捻挫もあって、痛みのみではなく、眩暈、耳鳴り、吐き気、易怒性、集中困難、記銘力の減退、抑うつなどいろいろな多彩な症状が見られやすいものです。

しかし、むち打ち症とか頚椎捻挫というよりも、最近では **Postconcussion syndrome** という概念がよく話題になります。症状は類似しています。いずれにせよ、あまり強い頭部外傷ではなかった場合に頑固な難治性の後遺症状が残ることが多いと言われています。

このように、「ムチウチによる頭痛」は、基本的に緊張型頭痛や片頭痛とは全く異なるとの見解を示され、実地診療の場面において、どのように治療するのが明確ではありません。このために、ムチウチの患者さんは医療機関でなく、カイロや整体に頼られているように見受けられます。

それでは、このようなカイロプラクター、整体師、鍼灸師の方々は、どのように考えておられるのでしょうか？ まず、

「むちうち」とは

交通事故、転倒、労働災害、スポーツ災害、けんか、不適切な整体やカイロプラクティックなどで首や頭に衝撃が加わって起こる様々な不快な症状は、昔から「むちうち」と呼ばれてきました。この用語は、交通事故の衝撃の瞬間に首がムチのようにしなる情景をイメージしやすいので一般に定着したのだらうと思います。けれども発症の原因は様々ですので、最近「外傷性頸部症候群」と呼ばれることが多くなってきました。

以下は、ある方の説明です。

「むち打ちのこと」について、わかりやすい説明をしてみたいと思います。

医学的にというより、実際に多くの方々に接してみて、見えてきたこと、感じたことなど織りまぜて書いています。

車による追突事故での「むち打ち」は、多くの人たちが良く知るところです。が、それに似た近い傷害は、他のことでもおこります。突き飛ばされたり、転倒したり、段差のあるところから落ちたり、頸に衝撃を受けると、たいしたことなさそうなことでも、むち打ちの症状が出たりします。

「むち打ち症状」とは、「首の部分において何らかの衝撃により、正常な動きの範囲を超えた動きを強いられ、外部から確認ができなくても、内部においていろんな組織が傷つき、このことが原因で、衝撃の後に今までの生活では起こらなかった不快感や、つらさ、痛み等が出るもの」と捕らえて戴ければよいかと思います。

交通事故の後にレントゲン検査はしたが、「異常はない」と言われた。と、「なんともないのだらう」と言うことで、治療しないでいることがよくあります。その後通院することも無く、違和感を感じながらも日常生活を過ごしていることが、多々見受けられます。

レントゲン検査の結果の「異常はない」という言葉の意味は、首の骨に関して「骨折やひびが入っている事は見られない」と言うことです。レントゲン写真には骨以外は映りませんから、当然骨折やひびが入っていることだけしかわかりはしませんし、事故当初、時間の経過が短い時には、骨折・ひびの有無も分かりづらいことがあります。

その後1週間ほどたつと、当初と比べた場合に、身体自身の治ろうとする働きにより、骨折もしくはひびの入った部分が白く映っていることがあります。でも、むち打ちは、むち打ちです。骨折でもひびが入っているのでもありません。

「異常がない」と言われ、その後、日常生活を普通に送ります。傷ついた骨の周りの靭帯などは安静にしていませんから、その傷口がふさがらず、動くたびに血液や、体液が少量ずつ傷の周囲に漏れ出し、周囲を圧迫してしまいます。その圧迫することで、頭部、頸部、肩周囲、上背部、胸部、上肢などに苦痛や違和感が出てきます。知覚異常や異常知覚、知覚鈍磨がおこり、天気によって「つらい」と言うことも起こって来たりします。

なんとも言い難い、とても「つらい」症状とお聞き致します。雨の降る前になると頸部の痛み、むかつき、吐き気、ひどい場合は嘔吐、頸部のうっとうしさ、鉛をつけているような感じ、上肢のしびれ、痛み、冷感、熱感、などなど、人によって違い、いくつかを組み合わさったり、さまざまな症状で苦しまれております。(なかにはもっとひどく、この先どうなってしまうのか、苦痛と不安から「死」を選ぼうかと考えられる方も多くいらっしゃるからお聞き致します)

では、整形外科ではどのような治療がされているかと言うと、「ホットパック、低周波治療等、頸部の牽引」などです。他には、「湿布(貼り薬)、痛み止めの薬(飲み薬)」です。「あっちこっちの病院へ行きました」と症状がさほど改善しないまま過ごされていらっしゃる方々が話しをしてくれた治療内容です。(これ以外にも治療法があるかもしれませんが)

「それで症状改善しましたか？」とお聞きしますと、「〇ヶ月通いましたが一向に変化がありません」と。「あそこが良い、ここが良いと聞き、いろんなところへ行ってみましたが、いまだに天気によって悩まされます」と。中には、むち打ちなんて思いもしないで、「慢性的な肩こり・慢性的な頭痛」と捉えられ、痛み止めを常に持ち歩いて過ごされている方もいらっしゃいます。

では、首に衝撃を受けたあとの最善の対処法はと言うと、衝撃を受けた首を固定して動かさず、動かしづらいようにし、動かさないように心がけ、首を安静に保つことです。そうやって外からは見えない部分にあるかもしれない傷口を動かさないようにすることです。日常生活は制限されて生活しづらいですが、治す為には近道です。傷口を動かさなければ元の状態に修復がしやすいのです。(この状態は、理想的には約1週間ほど必要でしょう)

動かしながらでも修復は進みますが、ものすごく時間がかかることになり、それとともに つらさ も長引くことになります。

例え話をいたしましょう。

集中豪雨でがけ崩れが起きて、大きな車は通れなくなりました。とりあえず、仮設の貧弱な道路を造りなんとか生活しつつ復旧工事に取り掛かりました。ところが、わがままな人がいて、その貧弱な仮設道路を大型車で通りました。分かりきったこと、仮設道路を壊してしまい通れなくなりました。復旧工事をしばらく休んで、とりあえず日常生活が送れるための仮設道路を再び造ります。

やっと通れる道ができ、復旧工事に取り掛かろうとした矢先、また、わがままな人が大型車で仮設道路を壊してしまいました。このくり返しではいつまでたっても復旧どころではありません。いつまでたっても元通りの生活が送れるようにはなりません。

傷口はものすごくデリケートな部分です。健常なときにはハードに動いたとしても、なんでもなくても、修復をしているときにはわずかな動きも、その修復を邪魔してしまいます。いつまでも、いつまでも、いつまでも。そんな状態で「きっちり」と修復ができてしまうか と言えば、できるわけがありません。それなりの修復しかできないのです。

どうしたら改善するでしょう。改善しやすいでしょう。その前にどうなっているのでしょうか。

通常よりも疲労したり無理をして動くと、症状が出やすくなり、よりつらくなります。逆に、温めたり、休養、睡眠がとれた場合はいくらか楽なときがあるようです。それは、[もともとの疲労+無理して動いたことによる疲労=よりよりつらくなる]ということです。

むち打ちの場所も、同じことが起こっていると考えられなくも無いです。傷めた直後にわずかな痛みでも、その部分を動かすと痛みが出るせいで、知らず知らずのうちに身体をこわばらせることを行っています。また、傷の周囲が引きつれた状態となり、そのまま硬くなってしまい、柔軟性がなくなってしまいます。

その硬くなった周囲の筋肉が、その後の疲労のためにより硬さを増し、より広い部分が硬い状態となります。もともとあった違和感やつらさに、疲労のために硬さが増した分が加わり、違和感やつらさはより強く、広範囲に感じられるようになってしまうのです。

(こういったことから、次第に「ストレートネック」が形成されて来ます。)

反対に温めたり、休養・睡眠を十分とることによって疲労で硬くなった部分が少し柔軟性を取り戻し、ひどいつらさからなんとか解放されるのです。

人の生活もそうなのですが、長い間、毎日同じ状態であると慣れてしまい、その部分が「悪い」ということを認識できなくなってしまいます。「悪い」という事に気がつかなくなってしまいます。慣れてしまっ、「これであたりまえ」と過ごしてしまいます。気づかなければ、改善の一步が踏み出せません。

そうやって慣れて気づかないでいる部分に、小さな、わずかな傷(鍼や灸治療で)をつけることで気づかせるのです。「今までと何か違う。傷がつき、おかしい状態になっている」と。人の身体は、常に身体のあらゆる部分の情報を集めて、その時々でいろんな対処をしています。

身体は、暑ければ汗を出して熱を逃がします。寒ければ鳥肌を立て熱を逃げないように、それでも足りなければ筋肉に力を入れてエネルギーを使い、熱を造りだし供給します。それが続くと震えが来ます。驚いたときには、心拍数を上げ血圧を上げ、いつでも逃げ出せるように準備をします。ケガなどで出血をしたときも、その場所を特定し、血液を止めようと働き、止まったならば修復を始めます。

傷ついてはいけないところが傷ついた場合は、修理のための緊急出動がかけられます。この修理のためには材料が必要だし、材料を運ぶための道路が必要になります。そして、修理の時間、修理がしやすい環境が必要となります。

治療と、栄養の供給、温めること、休養、安静、十分な睡眠。改善させるためには、このことが必要だと言うことをご理解頂けたでしょうか。絶対こうだとは言いきれませんが、自然の法則はそうなっているようです。「そうじゃない」と頑張ってみたところで、人間の力で変えられるものではありません。そうじゃないと頑張る力を、自然の法則に注ぎ込んだほうが近道だと思います。

身体の中ではもっと複雑な出来事が起こっていきそうですが、わかりやすい説明となるとこのようなことだと思います。

程よい疲労と、程よい休養、これが「つりあって」いれば日常生活において特に問題なく生活してゆけそうですが、このバランスが崩れたときには、何かしら良くないことが起こってしまいます。

また、別の方は、このようにも申されます。

交通事故後から、ずっと調子が悪く、長引く方が非常に多いです。

交通事故の衝撃の瞬間に首がムチのようにしなって、頭が前後に揺られます。

このように、むち打ちになって首を痛めます。

筋肉や靭帯の損傷があって、事故後しばらく痛いのはわかると思います。

しかし、半年後、1年後からだんだん調子が悪くなるケースが非常に多いです。

そんなに、きつい事故でなかったとしても、なんか調子が悪いという方もおられます。

なぜ、後から痛くなってくるのでしょうか！？

交通事故後の後遺症の症状がある方の共通点があります。

それは、首のゆがみです。

このような「ストレートネック」といった「ゆがみ」があるのです！

これが、交通事故後の後遺症の正体なのです。

むちうちの衝撃で、ゆがみが発生します。

しばらくは、問題ないのですが、だんだんと首の関節に負担がかかってきて痛みとして出てきたり、しびれてきたり、体の不調として現れてくるのです。

薬や首のけん引、電気治療をしても効果がないのは、原因である、このゆがみの治療をしてないからです。

原因さえわかれば、後は戻すだけです！

この原因をわかってない方がほとんどなので、何年も原因がわからず苦しんでいるのです。交通事故後は、骨折がないかの検査とともに、ゆがみの検査も必要なのです。

交通事故を経験されている方は、ぜひ1度、首のゆがみを調べてみて下さい。

また、別の角度から、さらにこのように申されます。

自律神経と背骨は深い関係にあります。背骨の調節を行い機能を正常にすることによって、自律神経のバランスが整い、ムチウチ・頭痛の改善が期待できます。特に首の上部（上部頸椎）が重要で、上部頸椎に問題が見られることが多いようです。

ストレートネックが存在しますと、体中至る所に様々な緊張が不自然な歪みや血行不良を起こします。こうした機能低下の引き金となっている重要な筋肉があります。

それが胸鎖乳突筋と呼ばれる筋肉です。ちょうど頭の付け根（耳の後ろあたり）から、首筋（くびすじ）、鎖骨にかけて首の両側に付いています。

この筋肉の緊張は頭痛やめまい、耳鳴り、難聴などの引き金になる原因筋と考えられ、おおかた自律神経を司る筋肉とみるカイロプラクター・整体師・鍼灸師もいるほどです。

頭痛・ムチウチに悩む方の多くは、この筋肉の影響によって、首のいたるところに突っ張りやコリ・鈍痛を感じるのが特徴でもあります。（一度、首や肩を色々と押してみてください。痛みやコリを感じる部分があるはずです）

そういったことから、この胸鎖乳突筋の緊張を和らげることが、慢性頭痛、ムチウチのひとつの改善ポイントになってくるのです。

この考えで、ネット界である方は「○頭○大○命」という方式を提唱しています。

胸鎖乳突筋は重要な筋肉だけに非常に凝りやすく、日常生活でのストレス、肉体疲労、

不摂生など、様々な環境からすぐに影響を受けてバランスを崩してしまいます。

自律神経には、交感神経と副交感神経があります。交感神経と副交感神経は正反対の働きをします。

交感神経の働きは、血管を収縮させ、心拍数がを増加させ、血圧を上昇させます。

副交感神経の働きは、血管を拡張させ、心拍数を減少させ、血圧を低下させます。

一般にストレスを受けると交感神経が優位になり、身体は緊張状態になります。慢性頭痛・ムチウチではこの自律神経のバランスが崩れていることが多く観察されます。

この点から、片頭痛の誘発因子として、天候の変化、気圧の変動がよく挙げられていますが、これは片頭痛でのストレートネックによる「自律神経系の障害」によるものです。

そして、ムチウチでも同様のことが起きています。

この「ストレートネック」に関しては、永年、ムチウチの臨床研究をされて来られた東京脳神経センターの松井孝嘉先生は以下のように述べておられます。

ストレートネック、すなわち、首疲労を起こすもう一つの原因があります。

それは、過去に「ムチウチなどの外傷」を負った経験があり、首の筋肉組織を痛めたことによってさまざまな不調が起こる場合です。

みなさんも、子供の頃から現在に至るまでの自分の過去を振り返ってみれば、頭を強く打ったり首を痛めたりした経験は何度かあるのではないのでしょうか。

いちばん多いのは、車の追突事故をはじめとした交通事故で首を痛める場合です。

そのほかにも、子供の頃、鉄棒やジャングルジムなどから落ちたりしたことがあったかも知れませんが、自転車やオートバイで転んで頭部を打ったことがあったかも知れません。また、学生時代、ラグビーやサッカー、相撲などの格闘技などの激しいスポーツをしていて、頭や首を痛める場合も多いのではないのでしょうか。

じつは、そういうふうに強い衝撃を受けた際に生じた「首の筋肉の損傷」は時間が経ってもなかなか治らないことが多いのです。なかには、子供の頃に首を痛めて以来、何十年も不調を引きずっているような場合もありますし、何年も前に首を痛めた影響が今頃になって出てくるような場合もあります。首の筋肉は常に働いて頭を支えていかななくてはなりませんから、他の筋肉と違って損傷が治りにくく、小さなトラブルが尾を引きやすいのです。また、頭部外傷でも首の筋肉を痛めて、ムチウチと同じ症状が現れることがあります。

頭部に外傷を受けて脳神経外科を受診しますと、頭の検査だけをして「異常ありません」と帰されるケースがほとんどです。けれど、外傷を受けたあとしばらくして、ムチウチと同じ症状が出て困っている人は非常にたくさんいます。

ちなみに、このような患者さんの首のレントゲン撮影をしてみますと、たいていの場合、7個並んだ頸椎がまっすぐになってしまっています。本来は下のほうへ向かうにつれ、頸椎がゆるやかにカーブしているはずなのですが、そのカーブが失われてしまっているのです。これは「ストレートネック」といって、首の筋肉が本来の働きを果たせなくなることで起こる現象です。首の筋肉が硬くなり、伸びなくなっているために、そのしわ寄せが頸椎に及び、並びがだんだんまっすぐになっていってしまうのです。

これは、首疲労から不定愁訴を起こしている患者さんには、ほとんどの場合、このストレートネックが見られます。

過去に頭や首を痛めた経験のある人、また、整形外科などで、「ストレートネック」を指摘されている人は、首の筋肉のどこかに通常の働きができなくなっている部分がある可能性が大きいのです。その分、首疲労に陥る危険が高いこととなりますので注意が必要です。ムチウチに対する治療で、事故後、よく患部をカラーで固めたり、牽引治療を行ったりする人もいますが、私はこうした治療は逆効果だと考えております。カラー固めるのは首の筋肉のこりを固まらせて治癒を遅らせませし、牽引で無理に首を引っ張ると、傷ついた患部組織にさらに新しい外傷を加えることになり、いつまでも症状を長引かせる原因になります。これまで、このような治療が行われてきたため、ムチウチの方々を長年苦しませる結果となっていました。

これまで、片頭痛の慢性化のリスク要因には医療介入できない因子として、女性、社会的経済的階層（低い教育歴と低収入）、婚姻状態（未婚）、頸部または頭部外傷の既往などが挙げられておりました。ということは、頭痛研究者には、頸部または頭部外傷の既往に関しては、片頭痛とストレートネックの関与が全く念頭になかった結果と考えられます。

また、相撲解説者の舞の海秀平さんは「片頭痛もち」で有名ですが、舞の海さんは、現役時代の「ぶつかり稽古」で首の筋肉に損傷を受けていたのでしょうか、引退して3～4年後に片頭痛を発症されたようです。東京のある頭痛専門医を受診され、「元来の片頭痛と頸椎の椎間板ヘルニアが引き起こす頭痛が複合したもの」と診断されたようです。

ここでも、首の筋肉疲労という視点が全くないための診断と思われる。

1978年、東京脳神経センターの松井孝嘉先生が、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る病態を「頸性神経筋症候群」と名付けました。その後、長年の治療法の研究により、試行錯誤を繰り返しつつ、2005年に、「頸性神経筋症候群」の治療法が確立されました。

要するに、ストレートネックが長期間、放置されて引き起こされる病態が「頸性神経筋症候群」です。その内訳の疾患として、緊張型頭痛、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、機能性胃腸症、過敏性腸症候群、機能性食道嚥下障害、血圧不安定症、VDT症候群、ドライマウスの17疾患を挙げておられます。

ムチウチの頸性神経筋症候群の治療での治療成績は83.7%と世界一の効果を上げています。

こうした観点から、さまざまな自律神経失調症状が引き起こされ、ムチウチも片頭痛も共通して、「天気」によって左右されたり、光が異様に眩しく感じられたり、めまい、不眠、不安障害、パニック障害やうつ状態にまで発展することもあります。

また、ある頭痛研究者は以下のように指摘されております。

『片頭痛との関係においては、上記のような「頸性神経筋症候群」という病態が片頭痛患者に生じますと、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ります。従って、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すべきです。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。』

この点、片頭痛が「頸性神経筋症候群」そのものなのか、片頭痛に「頸性神経筋症候群」が合併したものか、見解の分かれるところです。

しかし、松井先生によれば、頸部の筋肉疲労が原因となる片頭痛は確かに存在し、現実には、松井先生は、このような片頭痛に対して、「頸性神経筋症候群」の治療法で、片頭痛を完治させたと報告され、今後さらに症例が集積されてくると考えられます。

現時点では、「頸性神経筋症候群」という病態が、医療関係者や一般の方々にも余り知られていないようです。片頭痛の方々には殆ど認知されていないため、まず「頭痛外来」

に受診されるために、治療成績数が少ないものと思われます。

以上述べて参りましたように、ムチウチと片頭痛にはかなりの共通点が存在することがご理解頂けたかと存じます。

今後、ムチウチという病態そのものは、「頭痛という病態」を考える際の「疾患モデル」と思われ、ムチウチ発症直後からの詳細な経過を追うことも、頭痛の病態解明に必要不可欠と考えられます。

この点は、以前、脳梗塞の血行再開療法を考える場合、脳梗塞再開通現象に注目し、血行再開の時間的推移を詳細に検討するために、1例、1例経過を追って観察したことが昨日のように思い出されます。

具体的に申し上げるなら、これまで全く頭痛を経験したことのない方が、仮に「ムチウチ」になった場合、この方が「頭痛」を訴え始めた段階から、頸椎レントゲン検査の推移を確認しながら、どのようにして「片頭痛」の頭痛に移行していくかを詳細に経過観察を行い、さらに「ストレートネックを改善」させることによって、頭痛がどのようなかを把握しさえすれば、「頭痛とストレートネック」の因果関係は明確になると思われます。

こういった意味で、ムチウチは「慢性頭痛」の「疾患モデル」になりうると考えています。

こういった点はこれまで東京脳神経センターの松井孝嘉先生が30年以上も前からされておられ、以前、緊張型頭痛との関連について発表されておられ、片頭痛での知見もさらに集積されておられることと思います。また、ムチウチに関しての先生独自の考え方も興味あるところです。

こうして考える限り、これまでの「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしという”幻想”を1日も早く、「エビデンス」として確立すべきと考えます。

ムチウチと頭痛（第2回）

頭痛診療では、『国際頭痛分類第2版（International Classification of Headache Disorders 2nd Edition: ICHD-II）』に準拠して頭痛を分類し、診断します。

ICHD- II は、「一次性頭痛」「二次性頭痛」「頭部神経痛、中枢性・一次性顔面痛およびその他の頭痛」の3部から構成されており、頭痛を14のグループに分類しています。

そして、細かくは268種類の頭痛に分けられています。

国際頭痛分類第2版は、1988年の国際頭痛分類(ICHD- II)をベースとし、その後のエビデンスや知識の集積を加えて改訂され、2004年に公表されたものです。ICHD- IIは、世界中の頭痛専門家の英知が結集されてできた労作で、頭痛の治療・研究には必須のアイテムです。診断基準は、日常臨床で広く用いられるもので、これに従わないと、議論にならないと考えられています。

まず、最初に、国際頭痛分類 2004 第2版による分類ですが・・・

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

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）

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

以上のように分類され、先日の「ムチウチによる頭痛」は二次性頭痛の中の「5.頭頸部外傷による頭痛」に分類されることとなります。

5. 頭頸部外傷による頭痛（Headache attributed to head and
or neck trauma）

5. 1 急性外傷後頭痛（Acute post-traumatic headache）

5. 1. 1 中等症または重症頭部外傷による急性外傷

後頭痛（Acute post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury）

5. 1. 2 軽症頭部外傷による急性外傷後頭痛

（Acute post-traumatic headache attributed to mild head injury）

5. 2 慢性外傷後頭痛（Chronic post-traumatic headache）

5. 2. 1 中等症または重症頭部外傷による慢性外傷後頭痛（Chronic post-traumatic headache
attributed to moderate or severe head injury）

5. 2. 2 軽症頭部外傷による慢性外傷後頭痛

（Chronic post-traumatic headache attributed to mild head injury）

5. 3 むち打ち損傷による急性頭痛（Acute headache attributed to whiplash injury）

5. 4 むち打ち損傷による慢性頭痛（Chronic headache attributed to whiplash injury）

5. 5 外傷後頭蓋内血腫による頭痛（Headache attributed to traumatic intracranial haematoma）

- 5. 5. 1 硬膜外血腫による頭痛 (Headache attributed to epidural haematoma)
- 5. 5. 2 硬膜下血腫による頭痛 (Headache attributed to subdural haematoma)

- 5. 6 その他の頭頸部外傷による頭痛 (Headache attributed to other head and/or neck trauma)
 - 5. 6. 1 その他の頭頸部外傷による急性頭痛
(Acute headache attributed to other head and/or neck trauma)
 - 5. 6. 2 その他の頭頸部外傷による慢性頭痛
(Chronic headache attributed to other head and/or neck trauma)

- 5. 7 開頭術後頭痛 (Post-craniotomy headache)
 - 5. 7. 1 急性開頭術後頭痛 (Acute post-craniotomy headache)
 - 5. 7. 2 慢性開頭術後頭痛 (Chronic

この中の

- 5. 3 むち打ち損傷による急性頭痛 (Acute headache attributed to whiplash injury)
- 5. 4 むち打ち損傷による慢性頭痛 (Chronic headache attributed to whiplash injury)

に相当します。

この中で、全般的なコメントとして

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

新しい頭痛の発症が既知の外傷と時期的に一致する場合には、外傷による二次性頭痛としてコード化する。頭痛が片頭痛、緊張型頭痛または群発頭痛の特徴を有する場合もこれに該当する。既存の一次性頭痛が外傷と一致して増悪した場合には、2通りの可能性が存在するため、判定が必要となる。このような患者の診断は、既存の一次性頭痛の診断のみとすることも、あるいは、既存の一次性頭痛および外傷による頭痛の両者として診断することも可能である。外傷による頭痛の診断を追加する際の裏づけになる要素としては、外傷

と頭痛とが時期的によく一致していること、既存の頭痛の著しい悪化のあること、特定の種類の外傷が一次性頭痛を悪化させたという確実な証拠のあること、最終的に外傷軽快後の頭痛の改善があることである。

確定か、疑いか、または慢性か？

多くの二次性頭痛の場合、診断の確定は、原因疾患の治療による改善または自然寛解後、所定時間内に頭痛が消失または著明に改善した場合に限られる。その場合、時間的関連性が因果関係を示す証拠の必須な部分となる。外傷の場合はこれと異なる。頭痛の発症と外傷が時期的に一致することにより因果関係が確立する一方、外傷後にしばしば頭痛が慢性化することはよく知られている。頭部外傷後に、頭痛の継続がみられる場合には、5. 2「慢性外傷後頭痛」と診断する。回復までに十分な時間が経過するまでは（受傷後3ヵ月間）、診断基準を満たしている限りにおいて、5. 1「急性外傷後頭痛」と定義される。

むち打ち損傷後も同一の原則を適用する。「頭頸部外傷による頭痛の疑い」と診断する選択肢はない。

緒言

頭痛は、頭頸部または脳の外傷後に発現しやすい症状である。しばしば頭部外傷に起因する頭痛は、めまい、集中困難、神経質、人格変化、不眠などの症状を随伴する。このような症状群は外傷後症候群（post-traumatic syndrome）として知られているが、頭痛はそのなかでもっとも目立つのが通例である。

頭部外傷後は、さまざまな頭痛パターンが出現するが、一次性頭痛に酷似した頭痛も現れうる。その場合に最も多いのは緊張型頭痛で、患者の80%以上にみられる。前兆のある、または前兆のない典型的な片頭痛が誘発されるほか、群発様症候群が認められたという少数の報告例もある。

外傷発生直後または受傷後数日以内に頭痛が出現する場合には、頭痛と頭頸部外傷の因果関係を確立するのは容易である。一方、受傷後数週～数ヵ月も経過してから頭痛が出現する場合、これらの頭痛の多くは緊張型頭痛のパターンを示し、かつ一般集団における緊張型頭痛の有病率が極めて高いので、頭痛と頭頸部外傷の因果関係を確立するのは極めて困

難である。このような遅発性外傷後頭痛については、事例報告があるのみで、患者対照研究はなされていない。

頭部外傷またはむち打ち損傷後の転帰不良に関係する危険因子はいくつか知られている。外傷後頭痛のリスクは、女性の方が高く、高齢ほど早期かつ完全な回復は少なくなる。衝撃時の頭位（回転または斜位）など機械的因子は、外傷後の頭痛リスクを増加させる。外傷の重症度と外傷後症候群の重症度の因果関係については未確定である。頭部外傷が重症なほど外傷後頭痛の頻度は低いとする研究が、多少の異論はあるものの、大部分を占める。しかし、外傷がごく軽い場合は、頭頸部外傷と頭痛の因果関係を確立するのは難しい。頭痛の慢性化における訴訟の関与については論争がある。事故被害者が補償を得られない国では頭痛が少ないという研究がある。5. 2「慢性外傷後頭痛」および 5. 4「むち打ち損傷後慢性頭痛」は外傷後症候群の一部であることが多く、そのような場合には器質的因子と心理社会的因子との間の複雑な相互関係を評価するのは難しい。

そして、ムチウチによる頭痛は以下のように規定されています。

5. 4 むち打ち損傷による慢性頭痛

診断基準：

- A. C および D を満たす頭痛で、頭痛の性状に特有なものはない
- B. むち打ち（突然かつ有意の頸部の加速・減速運動）を経験しており、その際に頸部痛を伴う
- C. 頭痛はむち打ち損傷後、7 日以内に出現する
- D. 頭痛はむち打ち損傷後、3 ヶ月以上持続する

コメント：

むち打ち損傷後慢性頭痛は外傷後症候群の一部であることが多い。係争中の訴訟が頭痛慢性化に関連しているという確証はない。患者が仮病か補償金目当てかを注意深く判定することが重要である。

このように、むち打ち損傷後、7日以内に出現し、3ヵ月以上持続するとされています。

ところが、受傷後数週～数ヵ月も経過してから頭痛が出現する場合も多く、これらの頭痛の多くは緊張型頭痛のパターンを示し、かつ一般集団における緊張型頭痛の有病率が極めて高いので、頭痛と頭頸部外傷の因果関係を確立するのは極めて困難とされています。

このような、受傷後数週～数ヵ月も経過してから頭痛が出現する場合、カイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々、さらに東京脳神経センターの松井孝嘉先生らは、ストレートネックの関与を指摘されます。

ところが、国際頭痛分類第2版では、どのようになっているのでしょうか？

これに、相当する箇所は、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、と思われます。

それでは、頸椎に関しては、どのように説明されているのでしょうか？

11. 2 頸部疾患による頭痛 (Headache attributed to disorder of neck)

11. 2. 1 頸原性頭痛 (Cervicogenic headache)

11. 2. 2 咽頭後方腱炎による頭痛 (Headache attributed to retropharyngeal tendonitis)

11. 2. 3 頭頸部ジストニーによる頭痛 (Headache attributed to craniocervical dystonia)

11. 2 頸部疾患による頭痛

コメント：

頸部疾患による頭痛であっても、11. 2. 1「頸原性頭痛」、11. 2. 2「咽頭後方腱炎による頭痛」、または 11. 2. 3「頭頸部ジストニーによる頭痛」の基準のいずれをも満たさないものについては、十分には確証されていない。

11. 2. 1 頸原性頭痛

以前に使用された用語：頸性頭痛 (cervical headache)

他疾患にコード化する：

頭痛が頸部筋膜圧痛点（cervical myofascial tenderspot）に起因する場合、2. 1. 1「頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛」、2. 2. 1「頭蓋周囲の圧痛を伴う頻発反復性緊張型頭痛」、または2. 3. 1「頭蓋周囲の圧痛を伴う慢性緊張型頭痛」にコード化する。

診断基準：

A. 頸部から生じる痛みが頭部または顔面部あるいはその両方の1箇所以上の領域に放散し、かつCおよびDを満たす

B. 頭痛の妥当な原因としての妥当性が知られているか、もしくは一般に認められている頸椎もしくは頸

部軟部組織内の疾患あるいは病変の証拠が、臨床上、臨床検査上、または画像検査上のいずれか1つにみ

られる（注1）

C. 頸部疾患または病変による痛みの証拠があり、少なくとも以下の1項目を満たす

1. 頸部内に痛みの原因となる臨床徴候が認められる（注2）

2. プラセボまたはその他の適宜な操作を用いて、頸部構造またはその神経支配を診断的に遮断する

と頭痛が消失する（注3）

D. 原因疾患または病変の治療成功後、3ヵ月以内に痛みが消失する

注：

1. 頸椎の腫瘍、骨折、感染症、および関節リウマチは、正式には頭痛の原因として認められてはいないが、個々の症例ごとに原因と判断される場合は、妥当な原因として受け入れられている。頸椎症および骨軟骨炎は、診断基準Bを満たす原因として、受け入れられていない。頸部筋膜圧痛点が原因である場合、その頭痛は、2.「緊張型頭痛」のもと

にコード化する。

2. 診断基準 C1 に該当する臨床徴候は、信頼性および妥当性を必ず証明されたものでなければならない。今後、そのような信頼性と妥当性を備えた実践的な検査を確立する必要がある。頸部痛、限局性頸部圧痛、頸部外傷歴、痛みの機械的増悪、片側性、併存する肩部痛、頸可動域制限、項部発症、悪心、嘔吐、光過敏などの臨床的特徴は、頸椎性頭痛に特有のものではない。これらは、頸椎性頭痛の特徴である場合もあるが、疾患と頭痛の原因との関連を決定づけるものではない。

3. 頭痛消失とは、頭痛の完全寛解を意味し、視覚アナログ尺度 (visual analogue scale : VAS) のスコア 0 に相当する。しかしながら、90 % 以上の痛み寛解、または 100 点 VAS 法で 5 未満のレベルは、診断基準 C2 を満たすとして容認できる。

11. 2. 2 咽頭後方腱炎による頭痛

診断基準：

- A. 片側性または両側性の非拍動性後頸部痛で、後頭部または頭部全体に放散し、かつ C および D を満たす
- B. 成人において、C1 ~ C4 レベルで 7 mm を超える椎体前軟部組織腫脹 (X 線検査の特殊技術を要する場合あり)
- C. 頭部後屈により痛みが著しく悪化する
- D. 推奨用量の非ステロイド性消炎鎮痛薬 (NSAIDs) により、2 週間以内に痛みが緩和する

コメント：

通常、体温上昇および赤血球沈降速度 (赤沈) 亢進がみられる。頸部後屈により、ほぼ毎回頭痛が悪化するが、通常、頸部回転および嚙下でも頭痛は悪化する。通常、触診により、上位 3 椎骨の横突起が圧痛を示す。中には、腫脹した椎前組織から無晶性石灰化物が吸引される症例がある。椎体前組織の薄い石灰化が最も良好に描出されるのは CT スキャンである。上部頸動脈解離を除外しなければならない。

11. 2. 3 頭頸部ジストニーによる頭痛

診断基準：

- A. 後頭部または頭部全体に放散する頸部の痙攣感、緊張、または痛みで、かつ C および D を満たす
- B. 筋肉活動の亢進による頸部または頭部の運動異常または姿勢異常
- C. 筋肉活動の亢進による痛みであることを示す証拠が存在し、少なくとも以下の 1 項目を満たす
 - 1. 活動亢進状態の筋肉内に痛みの原因があることを示す臨床徴候が認められる（例えば、筋収縮、運動、同一姿勢の持続、あるいは外的圧力により痛みが誘発または増強される）
 - 2. 痛みと筋肉活動の亢進が同時に発生する
- D. 原因疾患の治療成功後、3 ヶ月以内に痛みが消失する

コメント：

痛みを伴う頭頸部限局性ジストニーは、咽頭ジストニー、痙攣性斜頸、下顎ジストニー、舌ジストニー、頭部と頸部ジストニーの合併（分節性頭頸部ジストニー）。痛みは局所収縮および二次性変化により惹起される。

このように「頸原性頭痛」は他のものに分類され、存在しないことになっています。

この点が、頭痛研究者が、「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしとされておられる根拠のようです。

しかし、現実には「受傷後数週～数ヶ月も経過してから頭痛が出現する場合」も多い事実をどのように考えたらよいのでしょうか？

患者さん自身は、ムチウチの影響と考えられておられる方々がいらっしゃることは、前回の記事で明らかです。ところが、「頭痛専門医」の診断の根拠は、この「国際頭痛分類

第2版」に従って診断している訳で、当然「事故」とは無関係と考えます。

このギャップをどのようにして埋めるのでしょうか？

この度のように、受傷後数週～数ヵ月も経過してからの頭痛を、どのように考えるかです。これまで、「片頭痛の慢性化のリスク要因には医療介入できない因子として、頸部または頭部外傷の既往が挙げられています。このように受傷後数週～数ヵ月も経過してから、発症した片頭痛は、「ストレートネック」を念頭においていなかったためと推測されます。さらに、一筋縄でいかない「緊張型頭痛」をどのように考えるかにも関係します。

こうした点を総合すれば、本当に「頭痛とストレートネック」はエビデンスなし、と考えてよいのかという疑問に行き着いてしまいます。

ムチウチと頭痛（第3回）

昨日の記事は一般の読者には、多少難解な点もあったかもしれませんが、この点は避けて通れない極めて大切な部分ですので、敢えて掲載致しました。その要点を、繰り返させて戴くことにします。この点は、頭痛専門医にとっては、至極当然のことであり、まさに「釈迦に説法」かもしれませんが・・・

2004年に改訂された「国際頭痛分類第2版（International Classification of Headache Disorders 2nd Edition: ICHD-II）」では、ムチウチによる頭痛は、むち打ち損傷後、7日以内に出現し、3ヵ月以上持続すると規定されています。そして、2004年以前に使用された用語：頸性頭痛（cervical headache）は、「11.2.1 頸原性頭痛」加えられましたが、これが「他疾患にコード化する」とされ、その大半は緊張型頭痛としてコード化され、結局「頸原性頭痛」は存在しないようなものとなっています。この点を「国際頭痛分類第2版」をご覧頂き、確認して戴き・納得してもらう目的で掲載致しました。

この点が、頭痛研究者が、「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしとされておられる根拠のようです。ここを明確にしたかったためです。

こういったことがあるために、ムチウチをされた方々のうちで、受傷直後は、何も症状が無かったのに1週間以上もしくは、それ以上経過してから、頭痛、肩こり・その他の体

の不調を訴えてくる方々が極めて多く、このような方々は、「国際頭痛分類第2版」に従って診断される限り、ムチウチとは因果関係なしとされ、諸々の問題が出てくる根源ともなっていました。こういった点は、私が申し上げるまでもなく、ムチウチでお悩みの方々が実感されておられることで、これこそ「釈迦に説法」です。すみません。

それでは、私の申し上げる「ストレートネック」は、何時から出現してきたものなのでしょうか？ 先日の記事では、ムチウチ事故の後から形成されてくるといった書き方になってしまったことを反省しております。これは、恐らく「間違い」でもあり、逆に「そんなのかも」知れません。といいますのは、現在、頭痛専門医が、「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしとされる根拠は、「ストレートネックが、現代人では、日常茶飯事にみられる」ということにあります。このようなことは事実のようです。

一般的には脊柱はS字湾曲ライン描いていますが、この湾曲が衝撃を緩和しております。首のS字湾曲とは、ヒトの頸椎の構造がクッション性をもつために形成された構造のことです。まっすぐであればこの衝撃を直接受けることとなります。ストレートネックの方というのは、いわばサスペンションの効かない車に乗っているのと同じ状態です。このため、このようなストレートネックがあるところに、ムチウチという外傷を受けた場合、ストレートネックのない人に比べて、その衝撃を受ける度合いは、さらに増強されてくるということです。こういった理由から、受傷後に障害が出やすくなります。

しかし、中には、以下のように申される方もおられるようです。

>質問です「典型的なムチウチの人のレントゲンだと言われましたが・・・」、

(回答) 私には、まったく意味不明な発言です。医師に「具体的にどのような所見を指しているのですか？」をお尋ねになって、補足いただけると幸いです。そこで医師から具体的な説明がないようなら、ご質問者様は騙されています。

その所見というのは、ストレートネックですね。頸部に外力による損傷が生じ、頸部の複数の筋群が緊張してこの状態を引き起こすと考えられています。しかし日本人（特に女性）では、もともとストレートネック（頸部の筋力の弱さが原因と考えられているようです）の方も多いの現状で「ストレートネック＝ムチウチ」との考え方は幼稚に過ぎると思います。再度レントゲン検査をして、現在もストレートネックであれば、それは事故

とは無関係です。逆にストレートネックが正常な状態に戻っていれば、すでに筋の緊張は改善されており、（他に所見が無ければ）治療は終了だと思います。

このような無責任というか、無知な方も世間にはおられるようです。

しかし、ムチウチ後にストレートネックが出現、増悪するというのが一般的です。

これまで、獨協医科大学の平田幸一先生は、「Cervicogenic headache の概念とメカニズム」について脊椎脊髄 17(8) : 778-783、2004 の中で、以下のように、概説されています。*

Cervicogenic headache (CGH : 頸原性頭痛) は頸部構造の機能的あるいは異質的障害による頭痛を総称したものです。以前にも使用されていた用語としては、cervical headache (頸椎性頭痛が挙げられます)。また、2003年に発表、2004年に発行された国際頭痛学会の頭痛新診断基準によれば、CGH の概念は頭痛が頸椎の障害から生じたもので、頸椎の治療によって和らげられることができる頭痛となっています。頸椎が原因となる頭痛の存在が知られたのは比較的早く、Hilton が 1860 年頃初めて頸椎の障害が原因で生じる頭痛があることを提唱しています。彼はこの頭痛が前・側頭部痛で、第 1・2 頸椎の障害が原因となって、大あるいは小後頭神経を介して生じることを記載しました。その後 1926 年に Barre が、1928 年には Lieou が頸椎障害と頭痛・めまいについて記述しています。その後、種々の頸椎障害にまつわる頭痛についての記載がありましたが、1983 年 Sjaastad¹ が初めて CGH を用語として用いることを提唱しました。この提唱は非常に大きな反響を生んだ代わりに、多くの疑問を抱かせる元凶ともなりました。その後も CGH はその存在に関しては疑う余地がないものの、他の頭痛と併存していることがしばしばあり、その独立性については疑問視する意見が続出しました。1988 年には国際頭痛学会分類の初版が発行され、この中に頸部の疾病に伴う頭痛が項目として記載されましたが、CGH の項目としての記載は見送られました。その後、2004 年の国際頭痛学会分類改訂 2 版 (ICHD) に至り、Cervicogenic headache が正式用語として記載されました。

(しかし、正式用語として記載されたにも関わらず、「他疾患にコード化する」とされ、その大半は緊張型頭痛としてコード化され、「頸原性頭痛」は存在しないことと同然です。)

このように、かつては過大に、現在は過小評価されている CGH が存在することは明らかです。この概念を診療上有益なものにするためには、診断基準を踏まえた診断をいかに正確に行うかに係っていると思われれます。

さらに「国際頭痛分類第2版 (International Classification of Headache Disorders 2nd Edition: ICHD-II)」では、ムチウチによる頭痛は、さまざまな頭痛パターンが出現するが、一次性頭痛に酷似した頭痛も現れうる。その場合に最も多いのは緊張型頭痛で、患者の80%以上にみられる。前兆のある、または前兆のない典型的な片頭痛が誘発されるほか、群発様症候群が認められたという少数の報告例もある。このように注釈がなされています。

このことは、ムチウチをされた方々のうちで、受傷直後は、何も症状が無かったのに1週間以上もしくは、それ以上経過してから、頭痛、肩こり・その他の体の不調を訴えてくる方々が極めて多く、このような方々は、「国際頭痛分類第2版」に従って診断される限り、ムチウチとは因果関係なしとされていますが、頭痛のパターンとして、緊張型頭痛・片頭痛さらに群発頭痛までが引き起こされることがあるとコメントされております。

※このような記述をお忘れのようです、もう一度熟読されるべきと考えます。

その背景には、ストレートネックが存在するという事実があることを忘れてはなりません。こういったことを、どのように考えられるのかとお尋ねしたい点です。

このような点を見逃されるが故に、これまで、「片頭痛の慢性化のリスク要因には医療介入できない因子として、頸部または頭部外傷の既往」が挙げられています。このように受傷後数週～数ヶ月も経過してから、発症した片頭痛は、「ストレートネック」が関与しており、これの是正に努めなかった結果と推測されます。さらに、一筋縄でいかない「緊張型頭痛」もこのような点に関係しているものと考えます。

このように、頭痛診療を行われる方々の大半は「頭痛とストレートネック」は全くエビデンスなしとされ原因不明とされるために、慢性頭痛に悩まれる方々の多くが、自分で「首に問題があるのではと考えて」医療機関では「相手にされないが故に」カイロプラクター・整体師・鍼灸師・柔道整復師を訪れる原因となり、この中には、片頭痛の方々も多いようです。こういった理由から、「これまでの熱心な啓蒙活動」にも関わらず、医療機関から患者さんを遠ざける一因になっていたのではないのでしょうか？

※なお、「国際頭痛分類第2版 (International Classification of Headache Disorders 2nd Edition: ICHD-II)」は、「国際頭痛分類」で検索されれば、一般の方々でも、実際のものが見覧可能となっておりますので、ご覧下さい。

「ムチウチ」と頭痛（第1回）

このテーマは「頭痛診療」を考える際の、ひとつの「モデル」と思われますので、取り上げさせて戴きます。

頭痛を離れて、私が昔から「ムチウチ患者」さんを診せて戴いて感じていることがあります。ムチウチの方の訴えの一つの特徴として、あたかも「気象予報士」のように訴えが「天気の変化、気圧の変化」によって、増悪することです。この点は、片頭痛の方々も、誘因の一つとして、気圧の変化、天気が挙げられている点です。この共通点がどこにあるのかという点から考察してみました。

まず最初に、これまで、ムチウチでお悩みの方々は、ネット上で多くのメール相談をされておられます。このメール相談の内容をご覧頂ければ、「頭痛」との関連が、理解されると思います。

それでは、代表的なものから・・・

今日、車で止まっていたら後ろから追突されました。

たいしたことはないのですが、首の痛みと少し頭痛がします。

頭痛も むち打ちからもくるのですか？

先週、事故にあい、ムチウチとの診断でした。

総合病院は通いにくいので今日から近くの整形外科に通おうとレントゲンと紹介状を持って受診しました。

そこでの先生の対応にあまりにも腹がたち泣きながら帰ってきました。

診察室に入り、痛い所を聞かれたので

「事故直後から頭痛とその夜から首の左側が痛く、2日後位から腰辺りが痛くなりました」と伝えた所、

首と腰を触診後「片頭痛は事故とは関係ない。腰もただの筋肉痛だろう。レントゲンは撮りたければ撮るけど・・・どうする？あまり長く通うと保険会社がうるさく言うよ。痛くなくなったらすぐ言ってこないよ。まあとりあえずリハビリしとくけど」と面倒くさそう

に言われ

「片頭痛と頭痛の違いはわかりませんが、頭痛持ちではないし、事故の時頭を打った。レントゲンは必要なら撮る形でいいですが」

と言ったら

「治療費は保険会社が出すのであなたが撮りたければ撮りますよ!頭痛は薬だすから飲んだら治るし首の痛みも頭痛の薬で治る。お金は保険会社が出す事になるからあなたが決める事!勝手に病院こなくなったら治療終わりって事になるからね!」

と保険金目当てに通おうとしてるような言い方でずっと話され、何か言う度「保険会社が出す事になる」だの「長く通わないでもすぐ治る」と言われ、かなり気分が悪かったので

「もう結構です。レントゲン返して下さい」と帰ってきました。

どちらの病院にも「動けない位の頭痛ではなく、地味な感じの痛さです」と伝えていたので、総合病院では「頭痛はムチウチから来てるから、ムチウチとはうまく付き合って行かないとダメだよ。今は弱くても 2 週間位たってから強くなる事もあるから」と言われていました。なので、整形外科の医師に私の痛さや辛さをわかしてもらえなかった事と何より保険金目当てに通おうとしてる前提のような言い方に腹がたち、そんな風に思われていたら本当に痛くても通いにくいと思い帰ってきました。

これもドクハラなんのでしょうか?頭痛より首がかなり辛くて、病院に通い治療したいのですが…事故での治療、整骨院でも大丈夫なんのでしょうか?ムチウチはどんな医院がよいのか詳しい方教えて下さい。

天気が悪くなる前に頭痛がします。

ムチウチや片頭痛持ってる方は多いと思います。

治せるならそれにこした事はありませんが治らないので仕方なく頭痛薬を飲んでます。

皆さんはどのように気を紛らせていますか?

最近では頭痛薬もあまり効かなくなりました。

私は片頭痛で 2 年くらい頭痛外来に通っていて、ミグシスを一日 1 錠服用し頭痛時はマクサルトを服用します。

もちろん、マクサルトはほぼ効きます。

ただ、治った後に首筋がパンパンに張った感じがして首こり?みたいな症状になります。

先生に相談しても、なる場合があると言われましたけど、昔ムチウチになったことがあるのも関係しているかなとふと思いました。

ムチウチも3回ほどしているのですが、もともとクビが疲れやすくこりやすかったのですが、頭痛が治ってクビがこるとはどういった原因があるのでしょうか？

ちなみに、頭痛の起こる前には首の痛みはありません。

薬を服用して治った時に毎回ではないのですが起こりやすいのです。

同じような症状の方は多いのでしょうか？？？

交通事故で20年以上も前のことになりますが、後ろから追突されそれ以来。片頭痛で苦しんでいます

薬で効かないときは、1日頭が割れそうです。効き目のある対処法教えてください

2/27にスノボをして、こけて後頭部をおもいきり打ちました。

その時は頭がグワングワンする感じで、少し休めば大丈夫な感じだったのでそのまま滑りました。

だけど、夜になったら片頭痛みたいな感じになり、一応薬飲んで寝たんですが、今もなんか風邪の時の頭痛みたいな感じで痛いです。

念のため、病院に行こうかと思うのですが、無知でして何科に行ったらよいかわかりません。こういう場合は何科に行くべきですか？

交通事故の後遺症(鞭打ち症)で、毎年秋になると首痛と片頭痛に悩んでいます。

脳や首をMRIで調べましたが病院では異常は無いと、痛み止めの薬とコルセットだけ。

整体に通ってもイマイチ…

何か良い治療方法はありますか？

むちうちの後遺症？頭痛で悩んでいます。始めまして45歳、男です。20年程前に自動車事故でむち打ちになりました、それから現在も必ずではないのですが天候の悪くなる前から右側頭部が痛くなり気分も悪く、ひどいときは吐き気をも催すこともあります。あまり痛い治療をされるなら我慢しようかと思ってしまい、近くに整形外科が有るにも関わらず行ってません、このような経験で治療した事が有る方もしくはお医者様がおられましたら

相談に乗って頂けませんか？よろしくお願い致します。

自分はスポーツ中に2回肩から首にかけての所をムチウチしました。

整形外科や整体に行き電気治療をしましたが、あまり改善せず今は、病院に行っていない。首のコリがひどくいつも頭が重い状態です。1ヶ月に2, 3回ほど片頭痛が起きて、首のコリ、片頭痛に悩まされています。

整体のほかにもいい治療方法はあるのでしょうか？あと家でも出来るコリなどが楽になる方法がありましたら教えてください。

4年前に「むちうち」になってから、体に様々な症状がでてきてとても辛いです。

首がだるく偏頭痛持ちに（雨の日は特に酷い）

右半身・顔の麻痺（力が入らず物を落としたり震えがあり、痛み・熱に対する反射が遅い）
舌がだるくろれつが回らないため話すのが疲れる。

体温調節がうまくいかず身体が冷たい

免疫力が低下し、風邪等ひきやすく長引く（以前は丈夫でした）

記憶力・集中力の低下（本が読めない）

夜になると瞼が下がり一重になる

肋間神経痛・背中の痛みとひどい腰痛

過眠（寝ても疲れがとれない）

全身の倦怠感（長い時間立ってられない）

以上が今までに起きた症状です。

毎日本当に辛く不安で仕方ありません。

むちうちからこんな症状になるのでしょうか？

脳神経外科ではむち打ち症などのわかるものなのでしょうか？

原因不明の頭痛に悩まされ脳神経外科に行くことになりましたが

数ヶ月前転んで頭を打っているためむち打ちも考えられますがまずは脳神経外科へということになりました

むち打ちを調べるにはまた別の科なんですか？

補足 CTは2カ月の間に2度撮っています

問題なしだそうです

頭の痛みや 目まいなどあるため 脳神経と耳鼻科を予約してあります

カイロなども通いましたが 頭痛は治まりません

首の動きが悪いためと 頭を打ってからからだの緊張感から 肩や首が異常にはっていると
のこと 揉んではくれますが

その分血行がよくなるため頭も痛くなるのではとのこと。

2ヶ月前に事故にあい、鞭打ちになりました。一時的によくなったのですが、最近また首から肩にかけて痛み非常に辛いです。まだ20代なのですが、この痛みは一生続くのでしょうか？早く治す方法や痛みを和らげる方法、体験談などがありましたら教えてください。よろしくお願ひします。

追突されてむち打ちになってしまいました。

11/2に信号待ちで追突されました。

すぐに病院へ行き、レントゲンをとったのですが、骨に異常はないと言われたのですが、
首の痛みと肩の凝り、片頭痛が中々治りません。

昨日MRIも撮ったのですが 特に異常はないみたいです。

医者には 湿布と痛み止めを処方され、あとはリハビリに通えば良くなりますと言われたのですが「むち打ちの治療」の感じはこんな感じなのでしょうか？

正直痛み止めを飲めば痛みは和らぐのが当たり前ですし、リハビリもけん引と電気を数十分。

通院も仕事が接客業のため中々休めないで週1～2日程度しか通院できません。

症状が良くなるか不安ですし、このままりハビリとたまの検診だけでは良くなるか気がしません。

何かむち打ち治療で皆さんの良かった病院の科（整体や接骨院）や治療法、ストレッチなどがあつたら教えて下さい。

今は整形外科です。

首の痛みもありますが 今は偏頭痛と肩のコリが辛いです。

妻がむち打ち症で苦しんでいます。

3年の間に合計3回追突され、むち打ち後遺症が酷く薬を飲まなければ生活できないほど辛そうです。

最後の事故後、自分がお風呂に入れたりと介護をしていました。

ようやく、少しだけ元気になってきたと感じるようになりました。

でも、本当はつらいのではないかと感じます。

事故後、8年経ちますが、同じように苦しんでいる人はいますか？

炊事も洗濯も掃除もできないほど、つらいですか？

でも、ウォーキングはできます。

友人と旅行、カラオケに行きます。

週に1回の日本舞踊を習っています。

週に4回、夕方から5時間パート勤務（事務）しています。

一日テレビを見ていて、疲れたと言って寝ています。

薬を飲んでいて、働けると言っています。

飲むのを止めたら苦しい、つらいと言います。

掃除も洗濯も炊事も自分がほとんどやっています。

もう疲れました。

真実が分かりません、助けてください。

交通事故でムチウチの後遺症で悩んでおります。特に天気が悪いと首筋がこり、そこから頭痛がして何もする気になりません。医者に行っても筋弛緩剤と痛み止めをくれるだけです。根本的解決はありません。何かいいアドバイスがありましたらよろしく願いいたします。

数年前に事故で軽いムチウチになったのですが今も季節の変わり目や天気、

又は疲れが溜まっている時に首筋と肩がとても痛くなります。

ここ最近は疲れが取れない状態で毎日のように軽い頭痛・めまいを伴う肩と首筋の凝り(痛み)があります。(痛くて寝付きにくい日も多)

そこでお聞きしたいのですが、

接骨院に行くときどのような治療をしてもらえるのでしょうか？

痛い部分のマッサージとかしてもらえるのですか？

それとも何か器械とかを使った治療なのですか？

私はマッサージを望んでいるのですが、保険適用と書かれている所と

保険適用と書かれていない所とでは治療方法は違いますか？

接骨院のこと教えて下さい。

今年の 8 月に追突事故に会いました。信号待ちをしているところ前から 4 台の玉突き事故で後ろから 2 台めでした。整形外科は湿布と痛み止めだけでしたので止めました。1 ヶ月間はずつう、吐き気、めまいに襲われ何をしてもつらくこのまま治らないのではないかと日々苦しんでいます。接骨院に先月から通い、ひどい頭痛は治まったと思っていたところ最近また頭痛、吐き気が起きて苦しんでいます。後ペインクリニックにも通い神経の痛みを和らげる光の治療も受けていますがなかなか改善されません。CT の検査では骨に異常はないと診断されていますが不安です。まさか低髄液症候群なのかとも思います。どこで検査してもらえばいいか、どのような治療がいいかどなたか教えてください、長野県にありますか？また天気の良い日は最悪で起き上がるのもつらいです。まだ 26 歳なので少しでも早く良い治療法に会えたらと思います。よろしくお願いします

去年、追突事故に遭い、ムチウチ（頸椎捻挫）で約 2 か月間、苦しみました。（首の痛み、頭痛）

約 2 か月間、整形外科で首をひっぱってもらったり、マッサージしてもらったり、痛み止めの薬を飲んだり、注射したりで、あんまり痛くなくなったので、完治したんだと思い込んで示談しました。

しかし、今でも雨の日は、首から頭にかけてものすごく痛くなります。ムチウチ経験のある人に聞くと、みなさん、雨の日はツライそうです。

もう一生このまま雨の日はツライのでしょうか？

ムチウチを完璧に治して、もとの健康な体にもどすことは不可能なことなのでしょうか？

整形外科の先生には「われた茶碗は元にはもどらない。それと同じ。」と言われましたが…。

このように、いかにムチウチでお悩みが深刻なものであるかが推察されます。

ところで、頭痛研究者はどのように考えておられるのでしょうか？

ある専門家は以下のように述べておられます。

狭義の頭部外傷後の慢性頭痛

いわゆる鞭打ち損傷もここに含まれます。この原因としては、追突事故などのため頚椎（首の骨）の過伸展と過屈曲が起こり、頚部の軟部組織の挫傷や頚椎の捻挫もあって、痛みのみではなく、眩暈、耳鳴り、吐き気、易怒性、集中困難、記銘力の減退、抑うつなどいろいろな多彩な症状が見られやすいものです。

しかし、むち打ち症とか頚椎捻挫というよりも、最近では **Postconcussion syndrome** という概念がよく話題になります。症状は類似しています。いずれにせよ、あまり強い頭部外傷ではなかった場合に頑固な難治性の後遺症状が残ることが多いと言われています。

このように、「ムチウチによる頭痛」は、基本的に緊張型頭痛や片頭痛とは全く異なるとの見解を示され、実地診療の場面において、どのように治療するのが明確ではありません。このために、ムチウチの患者さんは医療機関でなく、カイロや整体に頼られているように見受けられます。

それでは、このようなカイロプラクター、整体師、鍼灸師の方々は、どのように考えておられるのでしょうか？ まず、

「むちうち」とは

交通事故、転倒、労働災害、スポーツ災害、けんか、不適切な整体やカイロプラクティックなどで首や頭に衝撃が加わって起こる様々な不快な症状は、昔から「むちうち」と呼ばれてきました。この用語は、交通事故の衝撃の瞬間に首がムチのようにしなる情景をイメージしやすいので一般に定着したのだらうと思います。けれども発症の原因は様々です

ので、最近「外傷性頸部症候群」と呼ばれることが多くなってきました。

以下は、ある方の説明です。

「むち打ちのこと」について、わかりやすい説明をしてみたいと思います。

医学的にというより、実際に多くの方々に接してみて、見えてきたこと、感じたことなど織りまぜて書いています。

車による追突事故での「むち打ち」は、多くの人たちが良く知るところです。が、それに似た近い傷害は、他のことでもおこります。突き飛ばされたり、転倒したり、段差のあるところから落ちたり、頸に衝撃を受けると、たいしたことなさそうなことでも、むち打ちの症状が出たりします。

「むち打ち症状」とは、「首の部分において何らかの衝撃により、正常な動きの範囲を超えた動きを強いられ、外部から確認ができなくても、内部においていろんな組織が傷つき、このことが原因で、衝撃の後に今までの生活では起こらなかった不快感や、つらさ、痛み等が出るもの」と捕らえて戴ければよいかと思います。

交通事故の後にレントゲン検査はしたが、「異常はない」と言われた。と、「なんともないのだろう」と言うことで、治療しないでいることがよくあります。その後通院することも無く、違和感を感じながらも日常生活を過ごしていることが、多々見受けられます。

レントゲン検査の結果の「異常はない」という言葉の意味は、首の骨に関して「骨折やひびが入っている事は見られない」と言うことです。レントゲン写真には骨以外は映りませんから、当然骨折やひびが入っていることだけしかわかりはしませんし、事故当初、時間の経過が短い時には、骨折・ひびの有無も分かりづらいことがあります。

その後 1 週間ほどたつと、当初と比べた場合に、身体自身の治ろうとする働きにより、骨折もしくは ひび の入った部分が白く映っていることがあります。でも、むち打ちは、むち打ちです。骨折でもひびが入っているのでもありません。

「異常がない」といわれ、その後、日常生活を普通に送ります。傷ついた骨の周りの靭帯などは安静にしていませんから、その傷口がふさがらず、動くたびに血液や、体液が少量ずつ傷の周囲に漏れ出し、周囲を圧迫してしまいます。その圧迫することで、頭部、頸部、肩周囲、上背部、胸部、上肢などに苦痛や違和感が出てきます。知覚異常や異常知覚、知覚鈍磨がおこり、天気によって つらい と言うことも起こってきたりします。

なんとも言い難い、とても つらい 症状とお聞き致します。雨の降る前になると頸部の痛み、むかつき、吐き気、ひどい場合は嘔吐、頸部のうっとうしさ、鉛をつけているような感じ、上肢のしびれ、痛み、冷感、熱感、などなど、人によって違い、いくつかが組み合わせさったり、さまざまな症状で苦しまれております。(なかにはもっとひどく、この先どうなってしまうのか、苦痛と不安から 死 を選ぼうかと考えられる方も多くいらっしゃるからお聞き致します)

では、整形外科ではどのような治療がされているかと言うと、「ホットパック、低周波治療等、頸部の牽引」などです。他には、「湿布（貼り薬）、痛み止めの薬（飲み薬）」です。

「あっちこっちの病院へ行きました」と症状がさほど改善しないまま過ごされていらっしゃる方々が話しをしてくれた治療内容です。(これ以外にも治療法があるかもしれません)

「それで症状改善しましたか？」とお聞きしますと、「〇ヶ月通いましたが一向に変化がありません」と。「あそこが良い、ここが良いと聞き、いろんなところへ行ってみましたが、いまだに天気によって悩まされます」と。中には、むち打ちなんて思いもしないで、「慢性的な肩こり・慢性的な頭痛」と捉えられ、痛み止めを常に持ち歩いて過ごされている方もいらっしゃいます。

では、首に衝撃を受けたあとの最善の対処法はと言うと、衝撃を受けた首を固定して動かさず、動かしづらいようにし、動かさないように心がけ、首を安静に保つことです。そうやって外からは見えない部分にあるかもしれない傷口を動かさないようにすることです。日常生活は制限されて生活しづらいですが、治す為には近道です。傷口を動かさなければ元の状態に修復がしやすいのです。(この状態は、理想的には約1週間ほど必要でしょう)

動かしながらでも修復は進みはしますが、ものすごく時間がかかることになりまし、それとともに つらさ も長引くことになります。

例え話をいたしましょう。

集中豪雨でがけ崩れが起きて、大きな車は通れなくなりました。とりあえず、仮設の貧弱な道路を造りなんとか生活しつつ復旧工事に取り掛かりました。ところが、わがままな人がいて、その貧弱な仮設道路を大型車で通りました。分かりきったこと、仮設道路を壊してしまい通れなくなりました。復旧工事をしばらく休んで、とりあえず日常生活が送れるための仮設道路を再び造ります。

やっと通れる道ができ、復旧工事に取り掛かろうとした矢先、また、わがままな人が大型車で仮設道路を壊してしまいました。このくり返しではいつまでたっても復旧どころではありません。いつまでたっても元通りの生活が送れるようにはなりません。

傷口はものすごくデリケートな部分です。健常なときにはハードに動いたとしても、なんでもなくても、修復をしているときにはわずかな動きも、その修復を邪魔してしまいます。いつまでも、いつまでも、いつまでも。そんな状態で「きっちりと」修復ができてしまうか と言えば、できるわけがありません。それなりの修復しかできないのです。

どうしたら改善するでしょう。改善しやすいでしょう。その前にどうなっているのでしょうか。

通常よりも疲労したり無理をして動くと、症状が出やすくなり、よりつらくなります。逆に、温めたり、休養、睡眠がとれた場合はいくらか楽なときがあるようです。それは、[もともとの疲労+無理して動いたことによる疲労=よりよりつらくなる]ということです。

むち打ちの場所も、同じことが起こっていると考えられなくも無いです。傷めた直後にわずかな痛みでも、その部分を動かすと痛みが出るせいで、知らず知らずのうちに身体をこわばらせることを行っています。また、傷の周囲が引きつれた状態となり、そのまま硬くなってしまい、柔軟性がなくなってしまいます。

その硬くなった周囲の筋肉が、その後の疲労のためにより硬さを増し、より広い部分が硬い状態となります。もともとあった違和感やつらさに、疲労のために硬さが増した分が加わり、違和感やつらさはより強く、広範囲に感じられるようになってしまうのです。

(こういったことから、次第に「ストレートネック」が形成されて来ます。)

反対に温めたり、休養・睡眠を十分とることによって疲労で硬くなった部分が少し柔軟性を取り戻し、ひどいつらさからなんとか解放されるのです。

人の生活もそうなのですが、長い間、毎日同じ状態であると慣れてしまい、その部分が「悪い」ということを認識できなくなってしまう。「悪い」という事に気がつかなくなってしまう。慣れてしまっ、「これであたりまえ」と過ごしてしまいます。気づかなければ、改善の一步が踏み出せません。

そうやって慣れて気づかないでいる部分に、小さな、わずかな傷(鍼や灸治療で)をつけることで気づかせるのです。「今までと何か違う。傷がつき、おかしい状態になっている」と。人の身体は、常に身体のあらゆる部分の情報を集めて、その時々でいろんな対処をしています。

身体は、暑ければ汗を出して熱を逃がします。寒ければ鳥肌を立て熱を逃げないようし、それでも足りなければ筋肉に力を入れてエネルギーを使い、熱を造りだし供給します。それが続くと震えが来ます。驚いたときには、心拍数を上げ血圧を上げ、いつでも逃げ出せるように準備をします。ケガなどで出血をしたときも、その場所を特定し、血液を止めようと働き、止まったならば修復を始めます。

傷ついてはいけないところが傷ついた場合は、修理のための緊急出動がかけられます。この修理のためには材料が必要だし、材料を運ぶための道路が必要になります。そして、修理の時間、修理がしやすい環境が必要となります。

治療と、栄養の供給、温めること、休養、安静、十分な睡眠。改善させるためには、このことが必要だと言うことをご理解頂けたでしょうか。絶対こうだとは言いきれませんが、

自然の法則はそうなっているようです。「そうじゃない」と頑張ってみたところで、人間の力で変えられるものではありません。そうじゃないと頑張る力を、自然の法則に注ぎ込んだほうが近道だと思います。

身体の中ではもっと複雑な出来事が起こっていきそうですが、わかりやすい説明となるとこのようなことだと思います。

程よい疲労と、程よい休養、これが「つりあって」いれば日常生活において特に問題なく生活してゆけそうですが、このバランスが崩れたときには、何かしら良くないことが起こってしまいます。

また、別の方は、このようにも申されます。

交通事故後から、ずっと調子が悪く、長引く方が非常に多いです。

交通事故の衝撃の瞬間に首がムチのようにしなって、頭が前後に揺すられます。

このように、むち打ちになって首を痛めます。

筋肉や靭帯の損傷があって、事故後しばらく痛いのはわかると思います。

しかし、半年後、1年後からだんだん調子が悪くなっていくケースが非常に多いです。

そんなに、きつい事故でなかったとしても、なんか調子が悪いという方もおられます。

なぜ、後から痛くなっていくのでしょうか！？

交通事故後の後遺症の症状がある方の共通点があります。

それは、首のゆがみです。

このような「ストレートネック」といった「ゆがみ」があるのです！

これが、交通事故後の後遺症の正体なのです。

むちうちの衝撃で、ゆがみが発生します。

しばらくは、問題ないのですが、だんだんと首の関節に負担がかかってきて痛みとして出てきたり、しびれてきたり、体の不調として現れてくるのです。

薬や首のけん引、電気治療をしても効果がないのは、原因である、このゆがみの治療をしてないからです。

原因さえわかれば、後は戻すだけです！

この原因をわかってない方がほとんどなので、何年も原因がわからず苦しんでいるのです。交通事故後は、骨折がないかの検査とともに、ゆがみの検査も必要なのです。

交通事故を経験されている方は、ぜひ1度、首のゆがみを調べてみて下さい。

また、別の角度から、さらにこのように申されます。

自律神経と背骨は深い関係にあります。背骨の調節を行い機能を正常にすることによって、自律神経のバランスが整い、ムチウチ・頭痛の改善が期待できます。特に首の上部（上部頸椎）が重要で、上部頸椎に問題が見られることが多いようです。

ストレートネックが存在しますと、体中至る所に様々な緊張が不自然な歪みや血行不良を起こします。こうした機能低下の引き金となっている重要な筋肉があります。

それが胸鎖乳突筋と呼ばれる筋肉です。ちょうど頭の付け根（耳の後ろあたり）から、首筋（くびすじ）、鎖骨にかけて首の両側に付いています。

この筋肉の緊張は頭痛やめまい、耳鳴り、難聴などの引き金になる原因筋と考えられ、おおかた自律神経を司る筋肉とみるカイロプラクター・整体師・鍼灸師もいるほどです。

頭痛・ムチウチに悩む方の多くは、この筋肉の影響によって、首のいたるところに突っ張りやコリ・鈍痛を感じるのが特徴でもあります。（一度、首や肩を色々と押してみてください。痛みやコリを感じる部分があるはずです）

そういったことから、この胸鎖乳突筋の緊張を和らげることが、慢性頭痛、ムチウチのひとつの改善ポイントになってくるのです。

この考えで、ネット界である方は「○頭○ 大○命」という方式を提唱しています。

胸鎖乳突筋は重要な筋肉だけに非常に凝りやすく、日常生活でのストレス、肉体疲労、不摂生など、様々な環境からすぐに影響を受けてバランスを崩してしまいます。

自律神経には、交感神経と副交感神経があります。交感神経と副交感神経は正反対の働きをします。

交感神経の働きは、血管を収縮させ、心拍数を増加させ、血圧を上昇させます。

副交感神経の働きは、血管を拡張させ、心拍数を減少させ、血圧を低下させます。

一般にストレスを受けると交感神経が優位になり、身体は緊張状態になります。慢性頭

痛・ムチウチではこの自律神経のバランスが崩れていることが多く観察されます。

この点から、片頭痛の誘発因子として、天候の変化、気圧の変動がよく挙げられていますが、これは片頭痛でのストレートネックによる「自律神経系の障害」によるものです。

そして、ムチウチでも同様のことが起きています。

この「ストレートネック」に関しては、永年、ムチウチの臨床研究をされて来られた東京脳神経センターの松井孝嘉先生は以下のように述べておられます。

ストレートネック、すなわち、首疲労を起こすもう一つの原因があります。

それは、過去に「ムチウチなどの外傷」を負った経験があり、首の筋肉組織を痛めたことによってさまざまな不調が起こる場合です。

みなさんも、子供の頃から現在に至るまでの自分の過去を振り返ってみれば、頭を強く打ったり首を痛めたりした経験は何度かあるのではないのでしょうか。

いちばん多いのは、車の追突事故をはじめとした交通事故で首を痛める場合です。

そのほかにも、子供の頃、鉄棒やジャングルジムなどから落ちたりしたことがあったかも知れませんが、自転車やオートバイで転んで頭部を打ったことがあったかも知れません。また、学生時代、ラグビーやサッカー、相撲などの格闘技などの激しいスポーツをしていて、頭や首を痛める場合も多いのではないのでしょうか。

じつは、そういうふうに強い衝撃を受けた際に生じた「首の筋肉の損傷」は時間が経ってもなかなか治らないことが多いのです。なかには、子供の頃に首を痛めて以来、何十年も不調を引きずっているような場合もありますし、何年も前に首を痛めた影響が今頃になって出てくるような場合もあります。首の筋肉は常に働いて頭を支えていかななくてはなりませんから、他の筋肉と違って損傷が治りにくく、小さなトラブルが尾を引きやすいのです。また、頭部外傷でも首の筋肉を痛めて、ムチウチと同じ症状が現れることがあります。頭部に外傷を受けて脳神経外科を受診しますと、頭の検査だけをして「異常ありません」と帰されるケースがほとんどです。けれど、外傷を受けたあとしばらくして、ムチウチと同じ症状が出て困っている人は非常にたくさんいます。

ちなみに、このような患者さんの首のレントゲン撮影をしてみますと、たいていの場合、7個並んだ頸椎がまっすぐになってしまっています。本来は下のほうへ向かうにつれ、頸椎がゆるやかにカーブしているはずなのですが、そのカーブが失われてしまっているの

す。これは「ストレートネック」といって、首の筋肉が本来の働きを果たせなくなることで起こる現象です。首の筋肉が硬くなり、伸びなくなっているために、そのしわ寄せが頸椎に及び、並びがだんだんまっすぐになっていってしまうのです。

これは、首疲労から不定愁訴を起こしている患者さんには、ほとんどの場合、このストレートネックが見られます。

過去に頭や首を痛めた経験のある人、また、整形外科などで、「ストレートネック」を指摘されている人は、首の筋肉のどこかに通常の働きができなくなっている部分がある可能性が大きいのです。その分、首疲労に陥る危険が高いこととなりますので注意が必要です。

ムチウチに対する治療で、事故後、よく患部をカラーで固めたり、牽引治療を行ったりする人もいますが、私はこうした治療は逆効果だと考えております。カラー固めるのは首の筋肉のこりを固まらせて治癒を遅らせまずし、牽引で無理に首を引っ張ると、傷ついた患部組織にさらに新しい外傷を加えることになり、いつまでも症状を長引かせる原因になります。これまで、このような治療が行われてきたため、ムチウチの方々を長年苦しませる結果となっていました。

これまで、片頭痛の慢性化のリスク要因には医療介入できない因子として、女性、社会的経済的階層（低い教育歴と低収入）、婚姻状態（未婚）、頸部または頭部外傷の既往などが挙げられておりました。ということは、頭痛研究者には、頸部または頭部外傷の既往に関しては、片頭痛とストレートネックの関与が全く念頭になかった結果と考えられます。

また、相撲解説者の舞の海秀平さんは「片頭痛もち」で有名ですが、舞の海さんは、現役時代の「ぶつかり稽古」で首の筋肉に損傷を受けていたのでしょうか、引退して3～4年後に片頭痛を発症されたようです。東京のある頭痛専門医を受診され、「元来の片頭痛と頸椎の椎間板ヘルニアが引き起こす頭痛が複合したもの」と診断されたようです。

ここでも、首の筋肉疲労という視点が全くないための診断と思われる。

1978年、東京脳神経センターの松井孝嘉先生が、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る病態を「頸性神経筋症候群」と名付けました。その後、長年の治療法の研究により、試行錯誤を繰り返しつつ、2005年に、「頸性神経筋症候群」の治療法が確立されました。

要するに、ストレートネックが長期間、放置されて引き起こされる病態が「頸性神経筋症候群」です。その内訳の疾患として、緊張型頭痛、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

能性胃腸症、過敏性腸症候群、機能性食道嚥下障害、血圧不安定症、VDT症候群、ドライマウスの17疾患を挙げておられます。

ムチウチの頸性神経症候群の治療での治療成績は83.7%と世界一の効果を上げています。

こうした観点から、さまざまな自律神経失調症状が引き起こされ、ムチウチも片頭痛も共通して、「天気」によって左右されたり、光が異様に眩しく感じられたり、めまい、不眠、不安障害、パニック障害やうつ状態にまで発展することもあります。

また、ある頭痛研究者は以下のように指摘されております。

『片頭痛との関係においては、上記のような「頸性神経筋症候群」という病態が片頭痛患者に生じますと、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ります。従って、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すべきです。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。』

この点、片頭痛が「頸性神経筋症候群」そのものなのか、片頭痛に「頸性神経筋症候群」が合併したものか、見解の分かれるところです。

しかし、松井先生によれば、頸部の筋肉疲労が原因となる片頭痛は確かに存在し、現実には、松井先生は、このような片頭痛に対して、「頸性神経筋症候群」の治療法で、片頭痛を完治させたと報告され、今後さらに症例が集積されてくると考えられます。

現時点では、「頸性神経筋症候群」という病態が、医療関係者や一般の方々に余り知られていないようです。片頭痛の方々には殆ど認知されていないため、まず「頭痛外来」に受診されるために、治療成績数が少ないものと考えられます。

以上述べて参りましたように、ムチウチと片頭痛にはかなりの共通点が存在することがご理解頂けたかと存じます。

今後、ムチウチという病態そのものは、「頭痛という病態」を考える際の「疾患モデル」

と思われ、ムチウチ発症直後からの詳細な経過を追うことも、頭痛の病態解明に必要不可欠と考えられます。

この点は、以前、脳梗塞の血行再開療法を考える場合、脳梗塞再開通現象に注目し、血行再開の時間的推移を詳細に検討するために、1例、1例経過を追って観察したことが昨日のように思い出されます。

具体的に申し上げるなら、これまで全く頭痛を経験したことのない方が、仮に「ムチウチ」になった場合、この方が「頭痛」を訴え始めた段階から、頸椎レントゲン検査の推移を確認しながら、どのようにして「片頭痛」の頭痛に移行していくかを詳細に経過観察を行い、さらに「ストレートネックを改善」させることによって、頭痛がどのようになるかを把握しさえすれば、「頭痛とストレートネック」の因果関係は明確になると考えられます。

こういった意味で、ムチウチは「慢性頭痛」の「疾患モデル」になりうると考えています。

こういった点はこれまで東京脳神経センターの松井孝嘉先生が30年以上も前からされておられ、以前、緊張型頭痛との関連について発表されておられ、片頭痛での知見もさらに集積されておられることと思います。また、ムチウチに関しての先生独自の考え方も興味あるところではあります。

こうして考える限り、これまでの「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしという”幻想”を1日も早く、「エビデンス」として確立すべきと考えます。

昨日の続きです（頭痛とは関係ありませんが・・・）

私は、ムチウチで来院された場合、事故直後に受診された場合は、型どおり神経学的検査を行った上で、神経学的異常所見の有無を確認の上、念のため「頸椎レントゲン検査」を行います。そして、受傷直後から「ストレートネック」を示される方もいらっしゃいますが、このような方々も含めて、一律に「骨には異常はないが、受傷した衝撃によって首がしなることによって頸椎周囲を取り巻く靭帯・筋肉・神経組織・軟部組織がダメージ」を受けています。このようなものは、レントゲン検査では写りません。このため、このまま、安静にせずに行っていることはこの損傷された組織を修復させることが困難になります。

これは、立位をとること自体が首の軟部組織に負担をかけることとなります。とくに歩行・前屈みの姿勢をとることは、さらに負担を増強させます。こういった理由から、理想的には、約1週間は安静・臥床が必要で、できればこの期間は患部をカラーで固定したいところですが、現在、何も症状がない段階では、このような首を固定するような処置はとりませんが、少なくとも3日間は、安静・臥床の上仕事は休ませてもらうようにご説明申し上げた上で、この旨の記載をした上で、「3日間の安静が必要」との診断書を書いておりました。

このため、事故を取り扱う「警察署・保険会社」から批判を浴びておりました。

このようなことが関係しているかどうか定かではありませんが、何時のまにか受傷直後の「ムチウチ」の方々は来院されなくなりました。その代わりに、受傷後、半年以上経過した、頭痛・肩こりその他諸々の訴えで「レーザー照射」を希望されて来られる方々ばかりになってしまいました。

このような、当医院の方針は、この紀南地区では受け入れられていませんでした。

昨年も記事にしましたが、昨年末の一件で削除していた記事を再現します。

当医院開院以来永年、糖尿病と高血圧症で通院されておられた建設会社の社長さんが、ある日追突事故に会われ、すぐに近くの整形外科医院を受診され、頸椎レントゲン検査をされ、「骨には異常がない」と言われ、湿布と鎮痛薬を処方され帰されたそうです。その足で、私の所へ「糖尿病・高血圧の定期受診のため」来院されました。ところが、診察を私が再度行きますと、頸部痛と吐き気を訴えられ、頸部の筋肉群に圧痛を認めたため、しばらく痛みが治まるまでの期間は安静にするようにお勧め致しました。この方は極めて多忙の方で、じっとしていることはなく各所を飛び回っておられました。少なくとも最低、3日間安静・臥床が必要があることを上記のような説明を加えた上で、指示を改めてを行ったところ、整形外科では「仕事はしてよい」と言われたとのことで、私の「安静の指示」を無視され、そのまま仕事に行くといって帰られました。ところが、その1週間後、吐き気、頸部痛、めまい、頭痛を訴えて定期の受診でなく、来院されました。結局安静が守られていなかったようでした。その結果悲惨なことになり、これまで安定していた血圧が、それ以降変動が激しく安定せず、頭痛・めまい・頸部痛が持続し3カ月間大変な思いをさせられました。まさに多彩な訴えで困り果てました。

このように、整形外科医は頸椎レントゲン検査に異常がないと、軽く考えやすいのです

が、頸椎周囲の筋肉には、かなりのダメージを受けている（これはレントゲンには写りません）訳ですから、症状を長引かせないためにも、最低3日間の安静・臥床が必要です。

このような整形外科医が、なお存在することが信じられません。また、レントゲン検査で頸椎がまっすぐになっていると言われ、頸椎の牽引をされ、益々症状は悪化し、相談され、このような場合牽引をすればどのようになるのかと懇切丁寧に説明するものの、全く信用されず、もう相談なんかするなと言いたいくらいでした。。

悪く言えば、”患者製造”のための診療科なのではないでしょうか？

少なくとも、事故直後に診せてもらっておればと悔やまれました。

この方は、この苦勞された3カ月間は「生命保険の保険で治療したことにしてくれ」

との申し出には、改めて啞然とさせられました。保険会社からも・・・

このように、一般患者さんは、「ムチウチ」という病気は「整形外科医」が診るべきものと考えておられるようで、一般内科医の意見など鼻にもかけられないようです。

それにしても、受傷直後に私が申した「安静の指示」に対して、本人が言われた「そんなことを言うから医院に閑古鳥が鳴くんだ、あの医院は患者で溢れかえっている」といった言葉が、未だに忘れることができません。まさに、その通りのようです。

ムチウチと頭痛（第2回）

頭痛診療では、『国際頭痛分類第2版（International Classification of Headache Disorders 2nd Edition: ICHD- II）』に準拠して頭痛を分類し、診断します。

ICHD- II は、「一次性頭痛」「二次性頭痛」「頭部神経痛、中枢性・一次性顔面痛およびその他の頭痛」の3部から構成されており、頭痛を14のグループに分類しています。

そして、細かくは268種類の頭痛に分けられています。

国際頭痛分類第2版は、1988年の国際頭痛分類（ICHD- II）をベースとし、その後のエビデンスや知識の集積を加えて改訂され、2004年に公表されたものです。ICHD- II は、世界中の頭痛専門家の英知が結集されてできた労作で、頭痛の治療・研究には必須のアイテムです。診断基準は、日常臨床で広く用いられるもので、これに従わないと、議論にならないと考えられています。

まず、最初に、国際頭痛分類 2004 第 2 版による分類ですが・・・

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

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）

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

以上のように分類され、先日の「ムチウチによる頭痛」は二次性頭痛の中の「5.頭頸部外傷による頭痛」に分類されることとなります。

- 5. 頭頸部外傷による頭痛 (Headache attributed to head and or neck trauma)
 - 5. 1 急性外傷後頭痛 (Acute post-traumatic headache)
 - 5. 1. 1 中等症または重症頭部外傷による急性外傷後頭痛 (Acute post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury)
 - 5. 1. 2 軽症頭部外傷による急性外傷後頭痛 (Acute post-traumatic headache attributed to mild head injury)
 - 5. 2 慢性外傷後頭痛 (Chronic post-traumatic headache)
 - 5. 2. 1 中等症または重症頭部外傷による慢性外傷後頭痛 (Chronic post-traumatic headache attributed to moderate or severe head injury)
 - 5. 2. 2 軽症頭部外傷による慢性外傷後頭痛 (Chronic post-traumatic headache attributed to mild head injury)
 - 5. 3 むち打ち損傷による急性頭痛 (Acute headache attributed to whiplash injury)
 - 5. 4 むち打ち損傷による慢性頭痛 (Chronic headache attributed to whiplash injury)
 - 5. 5 外傷後頭蓋内血腫による頭痛 (Headache attributed to traumatic intracranial haematoma)
 - 5. 5. 1 硬膜外血腫による頭痛 (Headache attributed to epidural haematoma)
 - 5. 5. 2 硬膜下血腫による頭痛 (Headache attributed to subdural haematoma)
 - 5. 6 その他の頭頸部外傷による頭痛 (Headache attributed to other head and/or neck trauma)
 - 5. 6. 1 その他の頭頸部外傷による急性頭痛 (Acute headache attributed to other head and/or neck trauma)

5. 6. 2 その他の頭頸部外傷による慢性頭痛

(Chronic headache attributed to other head and neck trauma)

5. 7 開頭術後頭痛 (Post-craniotomy headache)

5. 7. 1 急性開頭術後頭痛 (Acute post-craniotomy headache)

5. 7. 2 慢性開頭術後頭痛 (Chronic

この中の

5. 3 むち打ち損傷による急性頭痛 (Acute headache attributed to whiplash injury)

5. 4 むち打ち損傷による慢性頭痛 (Chronic headache attributed to whiplash injury)

に相当します。

この中で、全般的なコメントとして

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

新しい頭痛の発症が既知の外傷と時期的に一致する場合には、外傷による二次性頭痛としてコード化する。頭痛が片頭痛、緊張型頭痛または群発頭痛の特徴を有する場合もこれに該当する。既存の一次性頭痛が外傷と一致して増悪した場合には、2通りの可能性が存在するため、判定が必要となる。このような患者の診断は、既存の一次性頭痛の診断のみとすることも、あるいは、既存の一次性頭痛および外傷による頭痛の両者として診断することも可能である。外傷による頭痛の診断を追加する際の裏づけになる要素としては、外傷と頭痛とが時期的によく一致していること、既存の頭痛の著しい悪化のあること、特定の種類の外傷が一次性頭痛を悪化させたという確実な証拠のあること、最終的に外傷軽快後の頭痛の改善があることである。

確定か、疑いか、または慢性か？

多くの二次性頭痛の場合、診断の確定は、原因疾患の治療による改善または自然寛解後、所定時間内に頭痛が消失または著明に改善した場合に限られる。その場合、時間的関連性

が因果関係を示す証拠の必須な部分となる。外傷の場合はこれと異なる。頭痛の発症と外傷が時期的に一致することにより因果関係が確立する一方、外傷後にしばしば頭痛が慢性化することはよく知られている。頭部外傷後に、頭痛の継続がみられる場合には、5. 2「慢性外傷後頭痛」と診断する。回復までに十分な時間が経過するまでは（受傷後3ヵ月間）、診断基準を満たしている限りにおいて、5. 1「急性外傷後頭痛」と定義される。むち打ち損傷後も同一の原則を適用する。「頭頸部外傷による頭痛の疑い」と診断する選択肢はない。

緒言

頭痛は、頭頸部または脳の外傷後に発現しやすい症状である。しばしば頭部外傷に起因する頭痛は、めまい、集中困難、神経質、人格変化、不眠などの症状を随伴する。このような症状群は外傷後症候群（post-traumatic syndrome）として知られているが、頭痛はそのなかでもっとも目立つのが通例である。

頭部外傷後は、さまざまな頭痛パターンが出現するが、一次性頭痛に酷似した頭痛も現れうる。その場合に最も多いのは緊張型頭痛で、患者の80%以上にみられる。前兆のある、または前兆のない典型的な片頭痛が誘発されるほか、群発様症候群が認められたという少数の報告例もある。

外傷発生直後または受傷後数日以内に頭痛が出現する場合には、頭痛と頭頸部外傷の因果関係を確立するのは容易である。一方、受傷後数週～数ヵ月も経過してから頭痛が出現する場合、これらの頭痛の多くは緊張型頭痛のパターンを示し、かつ一般集団における緊張型頭痛の有病率が極めて高いので、頭痛と頭頸部外傷の因果関係を確立するのは極めて困難である。このような遅発性外傷後頭痛については、事例報告があるのみで、患者対照研究はなされていない。

頭部外傷またはむち打ち損傷後の転帰不良に関係する危険因子はいくつか知られている。外傷後頭痛のリスクは、女性の方が高く、高齢ほど早期かつ完全な回復は少なくなる。衝撃時の頭位（回転または斜位）など機械的因子は、外傷後の頭痛リスクを増加させる。外傷の重症度と外傷後症候群の重症度の因果関係については未確定である。頭部外傷が重症なほど外傷後頭痛の頻度は低いとする研究が、多少の異論はあるものの、大部分を占める。しかし、外傷がごく軽い場合は、頭頸部外傷と頭痛の因果関係を確立するのは難しい。

頭痛の慢性化における訴訟の関与については論争がある。事故被害者が補償を得られない国では頭痛が少ないという研究がある。5. 2「慢性外傷後頭痛」および 5. 4「むち打ち損傷後慢性頭痛」は外傷後症候群の一部であることが多く、そのような場合には器質的因子と心理社会的因子との間の複雑な相互関係を評価するのは難しい。

そして、ムチウチによる頭痛は以下のように規定されています。

5. 4 むち打ち損傷による慢性頭痛

診断基準：

- A. C および D を満たす頭痛で、頭痛の性状に特有なものはない
- B. むち打ち（突然かつ有意の頸部の加速・減速運動）を経験しており、その際に頸部痛を伴う
- C. 頭痛はむち打ち損傷後、7 日以内に出現する
- D. 頭痛はむち打ち損傷後、3 ヶ月以上持続する

コメント：

むち打ち損傷後慢性頭痛は外傷後症候群の一部であることが多い。係争中の訴訟が頭痛慢性化に関連しているという確証はない。患者が仮病か補償金目当てかを注意深く判定することが重要である。

このように、むち打ち損傷後、7 日以内に出現し、3 ヶ月以上持続するとされています。

ところが、受傷後数週～数ヶ月も経過してから頭痛が出現する場合も多く、これらの頭痛の多くは緊張型頭痛のパターンを示し、かつ一般集団における緊張型頭痛の有病率が極めて高いので、頭痛と頭頸部外傷の因果関係を確立するのは極めて困難とされております。

このような、受傷後数週～数ヶ月も経過してから頭痛が出現する場合、カイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々、さらに東京脳神経センターの松井孝嘉先生らは、ストレートネックの関与を指摘されます。

ところが、国際頭痛分類第 2 版では、どのようになっているのでしょうか？

これに、相当する箇所は、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、と思われます。

それでは、頸椎に関しては、どのように説明されているのでしょうか？

11. 2 頸部疾患による頭痛 (Headache attributed to disorder of neck)

11. 2. 1 頸原性頭痛 (Cervicogenic headache)

11. 2. 2 咽頭後方腱炎による頭痛 (Headache attributed to retropharyngeal tendonitis)

11. 2. 3 頭頸部ジストニーによる頭痛 (Headache attributed to craniocervical dystonia)

11. 2 頸部疾患による頭痛

コメント：

頸部疾患による頭痛であっても、11. 2. 1「頸原性頭痛」、11. 2. 2「咽頭後方腱炎による頭痛」、または 11. 2. 3「頭頸部ジストニーによる頭痛」の基準のいずれをも満たさないものについては、十分には確証されていない。

11. 2. 1 頸原性頭痛

以前に使用された用語：頸性頭痛 (cervical headache)

他疾患にコード化する：

頭痛が頸部筋膜圧痛点 (cervical myofascial tenderspot) に起因する場合、2. 1. 1「頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛」、2. 2. 1「頭蓋周囲の圧痛を伴う頻発反復性緊張型頭痛」、または 2. 3. 1「頭蓋周囲の圧痛を伴う慢性緊張型頭痛」にコード化する。

診断基準：

- A. 頸部から生じる痛みが頭部または顔面部あるいはその両方の1箇所以上の領域に放散し、かつCおよびDを満たす
- B. 頭痛の妥当な原因としての妥当性が知られているか、もしくは一般に認められている頸椎もしくは頸部軟部組織内の疾患あるいは病変の証拠が、臨床上、臨床検査上、または画像検査上のいずれか1つにみられる（注1）
- C. 頸部疾患または病変による痛みの証拠があり、少なくとも以下の1項目を満たす
1. 頸部内に痛みの原因となる臨床徴候が認められる（注2）
 2. プラセボまたはその他の適宜な操作を用いて、頸部構造またはその神経支配を診断的に遮断すると頭痛が消失する（注3）
- D. 原因疾患または病変の治療成功後、3ヵ月以内に痛みが消失する

注：

1. 頸椎の腫瘍、骨折、感染症、および関節リウマチは、正式には頭痛の原因として認められてはいないが、個々の症例ごとに原因と判断される場合は、妥当な原因として受け入れられている。頸椎症および骨軟骨炎は、診断基準Bを満たす原因として、受け入れられていない。頸部筋膜圧痛点が原因である場合、その頭痛は、2.「緊張型頭痛」のもとにコード化する。
2. 診断基準C1に該当する臨床徴候は、信頼性および妥当性を必ず証明されたものでなければならない。今後、そのような信頼性と妥当性を備えた実践的な検査を確立する必要がある。頸部痛、限局性頸部圧痛、頸部外傷歴、痛みの機械的増悪、片側性、併存する肩痛、頸可動域制限、項部発症、悪心、嘔吐、光過敏などの臨床的特徴は、頸椎性頭痛に特有のものではない。これらは、頸椎性頭痛の特徴である場合もあるが、疾患と頭痛の原因との関連を決定づけるものではない。
3. 頭痛消失とは、頭痛の完全寛解を意味し、視覚アナログ尺度（visual analogue scale：VAS）

のスコア 0 に相当する。しかしながら、90 % 以上の痛み寛解、または 100 点 VAS 法で 5 未満のレベルは、診断基準 C2 を満たすとして容認できる。

11. 2. 2 咽頭後方腱炎による頭痛

診断基準：

- A. 片側性または両側性の非拍動性後頸部痛で、後頭部または頭部全体に放散し、かつ C および D を満たす
- B. 成人において、C1 ~ C4 レベルで 7 mm を超える椎体前軟部組織腫脹（X 線検査の特殊技術を要する場合あり）
- C. 頭部後屈により痛みが著しく悪化する
- D. 推奨用量の非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs）により、2 週間以内に痛みが緩和する

コメント：

通常、体温上昇および赤血球沈降速度（赤沈）亢進がみられる。頸部後屈により、ほぼ毎回頭痛が悪化するが、通常、頸部回転および嚙下でも頭痛は悪化する。通常、触診により、上位 3 椎骨の横突起が圧痛を示す。中には、腫脹した椎前組織から無晶性石灰化物が吸引される症例がある。椎体前組織の薄い石灰化が最も良好に描出されるのは CT スキャンである。上部頸動脈解離を除外しなければならない。

11. 2. 3 頭頸部ジストニーによる頭痛

診断基準：

- A. 後頭部または頭部全体に放散する頸部の痙攣感、緊張、または痛みで、かつ C および D を満たす
- B. 筋肉活動の亢進による頸部または頭部の運動異常または姿勢異常

C. 筋肉活動の亢進による痛みであることを示す証拠が存在し、少なくとも以下の1項目を満たす

1. 活動亢進状態の筋肉内に痛みの原因があることを示す臨床徴候が認められる（例えば、筋収縮、運動、同一姿勢の持続、あるいは外的圧力により痛みが誘発または増強される）

2. 痛みと筋肉活動の亢進が同時に発生する

D. 原因疾患の治療成功後、3ヵ月以内に痛みが消失する

コメント：

痛みを伴う頭頸部限局性ジストニーは、咽頭ジストニー、痙性斜頸、下顎ジストニー、舌ジストニー、頭部と頸部ジストニーの合併（分節性頭頸部ジストニー）。痛みは局所収縮および二次性変化により惹起される。

このように「頸原性頭痛」は他のものに分類され、存在しないことになっています。

この点が、頭痛研究者が、「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしとされておられる根拠のようです。

しかし、現実には「受傷後数週～数ヵ月も経過してから頭痛が出現する場合」も多い事実をどのように考えたらよいのでしょうか？

患者さん自身は、ムチウチの影響と考えられておられる方々がいらっしゃることは、前回の記事で明らかです。ところが、「頭痛専門医」の診断の根拠は、この「国際頭痛分類第2版」に従って診断している訳で、当然「事故」とは無関係と考えます。

このギャップをどのようにして埋めるのでしょうか？

この度のように、受傷後数週～数ヵ月も経過してからの頭痛を、どのように考えるかです。これまで、「片頭痛の慢性化のリスク要因には医療介入できない因子として、頸部または頭部外傷の既往が挙げられています。このように受傷後数週～数ヵ月も経過してから、発症した片頭痛は、「ストレートネック」を念頭においていなかったためと推測されます。さらに、一筋縄でいかない「緊張型頭痛」をどのように考えるかにも関係します。

こうした点を総合すれば、本当に「頭痛とストレートネック」はエビデンスなし、と考
えてよいのかという疑問に行き着いてしまいます。

ムチウチと頭痛（第3回）

昨日の記事は一般の読者には、多少難解な点もあったかもしれませんが、この点は避け
て通れない極めて大切な部分ですので、敢えて掲載致しました。その要点を、繰り返させ
て戴くことにします。この点は、頭痛専門医にとっては、至極当然のことであり、まさに
「釈迦に説法」かもしれませんが・・

2004年に改訂された「国際頭痛分類第2版（International Classification of Headache
Disorders 2nd Edition: ICHD-II）」では、ムチウチによる頭痛は、むち打ち損傷後、7日以内
に出現し、3ヵ月以上持続すると規定されています。そして、2004年以前に使用された用
語：頸性頭痛（cervical headache）は、「11.2.1 頸原性頭痛」加えられましたが、これが「他
疾患にコード化する」とされ、その大半は緊張型頭痛としてコード化され、結局「頸原性
頭痛」は存在しないようなものとなっています。この点を「国際頭痛分類第2版」をご覧
頂き、確認して戴き・納得してもらう目的で掲載致しました。

この点が、頭痛研究者が、「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしとされておられ
る根拠のようです。ここを明確にしたかったためです。

こういったことがあるために、ムチウチをされた方々のうちで、受傷直後は、何も症状
が無かったのに1週間以上もしくは、それ以上経過してから、頭痛、肩こり・その他の体
の不調を訴えてくる方々が極めて多く、このような方々は、「国際頭痛分類第2版」に従っ
て診断される限り、ムチウチとは因果関係なしとされ、諸々の問題が出てくる根源ともな
っていました。こういった点は、私が申し上げるまでもなく、ムチウチでお悩みの方々が
実感されておられることで、これこそ「釈迦に説法」です。すみません。

それでは、私の申し上げる「ストレートネック」は、何時から出現してきたものなので
しょうか？ 先日の記事では、ムチウチ事故の後から形成されてくるといった書き方にな
ってしまったことを反省しております。これは、恐らく「間違い」でもあり、逆に「そう

なのかも」知れません。といたしますのは、現在、頭痛専門医が、「頭痛とストレートネック」はエビデンスなしとされる根拠は、「ストレートネックが、現代人では、日常茶飯事にみられる」ということにあります。このようなことは事実のようです。

一般的には脊柱はS字湾曲ライン描いていますが、この湾曲が衝撃を緩和しております。首のS字湾曲とは、ヒトの頸椎の構造がクッション性をもつために形成された構造のことです。まっすぐであればこの衝撃を直接受けることになります。ストレートネックの方というのは、いわばサスペンションの効かない車に乗っているのと同じ状態です。このため、このようなストレートネックがあるところに、ムチウチという外傷を受けた場合、ストレートネックのない人に比べて、その衝撃を受ける度合いは、さらに増強されてくるということです。こういった理由から、受傷後に障害が出やすくなります。

しかし、中には、以下のように申される方もおられるようです。

質問です「典型的なムチウチの人のレントゲンだと言われましたが・・・」、

(回答) 私には、まったく意味不明な発言です。医師に「具体的にどのような所見を指しているのですか？」をお尋ねになって、補足いただけると幸いです。そこで医師から具体的な説明がないようなら、ご質問者様は騙されています。

その所見というのは、ストレートネックですね。頸部に外力による損傷が生じ、頸部の複数の筋群が緊張してこの状態を引き起こすと考えられています。しかし日本人（特に女性）では、もともとストレートネック（頸部の筋力の弱さが原因と考えられているようです）の方も多いのが現状で「ストレートネック＝ムチウチ」との考え方は幼稚に過ぎると思います。再度レントゲン検査をして、現在もストレートネックであれば、それは事故とは無関係です。逆にストレートネックが正常な状態に戻っていれば、すでに筋の緊張は改善されており、（他に所見が無ければ）治療は終了だと思います。

このような無責任というか、無知な方も世間にはおられるようです。

しかし、ムチウチ後にストレートネックが出現、増悪するというのが一般的です。

これまで、獨協医科大学の平田幸一先生は、「Cervicogenic headache の概念とメカニズム」について脊椎脊髄 17(8) : 778-783、2004 の中で、以下のように、概説されております。

Cervicogenic headache (CGH: 頸原性頭痛) は頸部構造の機能的あるいは異質的障害による頭痛を総称したものです。以前にも使用されていた用語としては、cervical headache (頸椎性頭痛が挙げられます)。また、2003年に発表、2004年に発行された国際頭痛学会の頭痛新診断基準によれば、CGHの概念は頭痛が頸椎の障害から生じたもので、頸椎の治療によって和らげられることができる頭痛となっています。頸椎が原因となる頭痛の存在が知られたのは比較的早く、Hiltonが1860年頃初めて頸椎の障害が原因で生じる頭痛があることを提唱しています。彼はこの頭痛が前・側頭部痛で、第1・2頸椎の障害が原因となって、大あるいは小後頭神経を介して生じることを記載しました。その後1926年にBarreが、1928年にはLicouが頸椎障害と頭痛・めまいについて記述しています。その後、種々の頸椎障害にまつわる頭痛についての記載がありましたが、1983年Sjaastad¹らが初めてCGHを用語として用いることを提唱しました。この提唱は非常に大きな反響を生んだ代わりに、多くの疑問を抱かせる元凶ともなりました。その後もCGHはその存在に関しては疑う余地がないものの、他の頭痛と併存していることがしばしばあり、その独立性については疑問視する意見が続出しました。1988年には国際頭痛学会分類の初版が発行され、この中に頸部の疾病に伴う頭痛が項目として記載されましたが、CGHの項目としての記載は見送られました。その後、2004年の国際頭痛学会分類改訂2版(ICHD)に至り、Cervicogenic headacheが正式用語として記載されました。

(しかし、正式用語として記載されたにも関わらず、「他疾患にコード化する」とされ、その大半は緊張型頭痛としてコード化され、「頸原性頭痛」は存在しないことと同然です。)

このように、かつては過大に、現在は過小評価されているCGHが存在することは明らかです。この概念を診療上有益なものにするためには、診断基準を踏まえた診断をいかに正確に行うかに係っていると思われれます。

さらに「国際頭痛分類第2版(International Classification of Headache Disorders 2nd Edition:ICHD-II)」では、ムチウチによる頭痛は、さまざまな頭痛パターンが出現するが、一次性頭痛に酷似した頭痛も現れうる。その場合に最も多いのは緊張型頭痛で、患者の80%以上にみられる。前兆のある、または前兆のない典型的な片頭痛が誘発されるほか、群発様症候群が認められたという少数の報告例もある。このように注釈がなされています。

このことは、ムチウチをされた方々のうちで、受傷直後は、何も症状が無かったのに1週間以上もしくは、それ以上経過してから、頭痛、肩こり・その他の体の不調を訴えてく

る方々が極めて多く、このような方々は、「国際頭痛分類第2版」に従って診断される限り、ムチウチとは因果関係なしとされていますが、頭痛のパターンとして、緊張型頭痛・片頭痛さらに群発頭痛までが引き起こされることがあるとコメントされております。

※このような記述をお忘れのようです、もう一度熟読されるべきと考えます。

その背景には、ストレートネックが存在するという事実があることを忘れてはなりません。こういったことを、どのように考えられるのかとお尋ねしたい点です。

このような点が無視されるが故に、これまで、「片頭痛の慢性化のリスク要因には医療介入できない因子として、頸部または頭部外傷の既往」が挙げられています。このように受傷後数週～数ヵ月も経過してから、発症した片頭痛は、「ストレートネック」が関与しており、これの是正に努めなかった結果と推測されます。さらに、一筋縄でいかない「緊張型頭痛」もこのような点に関係しているものと考えます。

このように、頭痛診療を行われる方々の大半は「頭痛とストレートネック」は全くエビデンスなしとされ原因不明とされるために、慢性頭痛に悩まれる方々の多くが、自分で「首に問題があるのではと考えて」医療機関では「相手にされないが故に」カイロプラクター・整体師・鍼灸師・柔道整復師を訪れる原因となり、この中には、片頭痛の方々も多いようです。こういった理由から、「これまでの熱心な啓蒙活動」にも関わらず、医療機関から患者さんを遠ざける一因になっていたのではないのでしょうか？

※なお、「国際頭痛分類第2版 (International Classification of Headache Disorders 2nd Edition: ICHD- II)」は、「国際頭痛分類」で検索されれば、一般の方々でも、実際のものが閲覧可能となっておりますので、ご覧下さい。