

誰が片頭痛を治らなくしたのか その1

西洋医学と東洋医学の考え方の相違

皆さんは、西洋医学と東洋医学の考え方の基本的な相違をご存じでしょうか。

西洋医学とは、現在の日本の医療機関で主として行われているものです。

これに対して、東洋医学とは、漢方に代表とされますが、主にカイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々の基本的な考え方を指しています。

西洋医学では、「健康」か「病気」かの、どちらかしかありません。

ところが、東洋医学では、健康と病気の間にある”未病”という概念があり、この3つが連続しているものと考えています。すなわち、健康→未病→病気といったように連続していると考えられています。

このような”未病”とされる病態は、本来、生活習慣の問題点から引き起こされ、ここから病気へと進展するものと東洋医学では考えられています。

ということは、”未病”は、生活習慣の問題点を改善・是正（”養生”）することで、治るものとされ、治すべきものとされています。

これを頭痛に当てはめて考えてみることにしてみましょう。

頭痛を引き起こすものには大きく分けて、2つの原因があります。

二次性頭痛とは

脳の中に異常のある頭痛は、医学用語で「二次性頭痛」と呼ばれています。

この中には、クモ膜下出血や脳腫瘍や脳出血、慢性硬膜下血腫などの命にかかわる頭痛もあります。

このように、脳に異常がないかどうか見極めるために頭部CTもしくはMRIの画像検査が行われます。このようにして、命に関わる頭痛を除外していま

す。

このような命に関わる頭痛には、突然の頭痛、今まで経験したことがない頭痛、いつもと様子の異なる頭痛、頻度と程度が次第に増していく頭痛といったような極めて特徴があります。こういったことから、最初に画像検査を受けて心配ないと言われ、一次性頭痛（慢性頭痛）として経過をみている間に、このような特徴的な頭痛が起きないとも限りませんので、当然、このことを念頭に置かななくてはなりません。

一次性頭痛とは

これに対して、“脳のなかに異常のない頭痛”があります。医学用語では「一次性頭痛」（慢性頭痛）と呼ばれています。

これらには、「国際頭痛分類 第3版β版」では、緊張型頭痛、片頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛（ここに群発頭痛が含まれます）、その他の一次性頭痛に分類されています。これらの一次性頭痛の大半（9割）は緊張型頭痛と片頭痛で占められています。

これを先程の「病気か健康か」に当てはめると、脳神経外科領域では、一次性頭痛は「健康」であり、二次性頭痛が「病気」であることになっていました。

このように、西洋医学の立場をとる「頭痛診療」の場面では、脳のなかに異常のない一次性頭痛（慢性頭痛）は、本来なら、健康の領域にあります。

しかしながら「健康」とされている一次性頭痛の中には、各種の程度の頭痛が含まれることになっています。

日常的に感じる極く軽度の頭痛や緊張型頭痛のように、日常生活にほとんど支障のない頭痛があります。

さらに、日常生活に支障を来す程の激しい頭痛があります。例えば、片頭痛や群発頭痛です。これらにしても、片頭痛では長くても3日間、群発頭痛では、

3時間ばかり、我慢に我慢をしておれば、また軽快し、また元通りに回復してきます。

ところが、薬物乱用頭痛になったり、慢性片頭痛になってしまえば、それこそ毎日毎日頭痛に苦しめられる状態に至ります。ここに至れば、果たして「健康」とは程遠い状態を意味しています。

このように考えますと、西洋医学で慢性頭痛とされる頭痛は、東洋医学でいう「未病」の範疇・領域にあるものと考えなくてはなりません。

慢性頭痛とは、頭痛という自覚症状はあるが、CTやMRIなどの画像検査では異常のないものをさしています。

このように、現在の「国際頭痛分類 第3版β版」で一次性頭痛として分類される緊張型頭痛、片頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛（ここに群発頭痛が含まれます）、その他の一次性頭痛はすべて、東洋医学でいう「未病」の領域にあることを忘れてはなりません。

このように、慢性頭痛を”未病”と考えれば、日常的に感じる極く軽度の頭痛、緊張型頭痛、片頭痛、群発頭痛、薬物乱用頭痛、慢性片頭痛はすべて、連続した一連のものであり、生活習慣の問題点から引き起こされ、これによって各種の慢性頭痛に進展していくものと考えなくてはなりません。

このように考えるなら、同様に片頭痛は”未病”の領域にあり、緊張型頭痛を起点として、さまざまな生活習慣の問題点が重なることによって、「いろいろな段階の片頭痛」へと進行し、最終的に「慢性片頭痛」という難治な段階に至ると考えるのが最も理解されやすいこととなります。このように進行性疾患です。

基本的に、慢性頭痛とは、

脳のなかに異常のない慢性頭痛（一次性頭痛）は、東洋医学でいう”未病”の段階にあり、すなわち健康と病気の間位置しており、この”未病”は本来、生活習慣の問題点から引き起こされ、ここから病気へと進展するものです。

このような意味合いから、”未病”の段階にある、慢性頭痛とは「健康的な生活」を送ることを阻害する”生活習慣”に根本的な原因があると考えなくてはなりません。

ミトコンドリアには生命の根源となる役割があります

「健康的な生活を送る」ためには、”ミトコンドリア”が重要な”鍵”となり、生命の根源ともなるべき役割を果たしています。

すなわち、ミトコンドリアは、私達の体を構成する細胞の中にあり、食事から摂取した栄養素から生きる為に必要なエネルギーを作り出しています。エネルギーを常時たくさん使う細胞であるほど、ミトコンドリアの数が多く存在し、ミトコンドリアは、私たちの”活力源”ともいえるものなのです。

このため「ミトコンドリア」は、健康な生活を送るための”基本”ともなるものです。

そして、私達が日中活動している際に、常時活動している神経系が「セロトニン神経系」です。このようにエネルギーを常時たくさん使うセロトニン神経系は、ミトコンドリアの働きが悪くなりますと、同時にセロトニン神経系の働きまで悪くなってきます。

「セロトニン神経系」は、脳を中心にある「脳幹」の、さらに中央に位置する「縫線核」という部分に神経核を有しています。

そして、大脳皮質や大脳辺縁系、視床下部、脳幹、小脳、脊髄など、あらゆる脳神経系と結合し、脳の広い範囲に影響を与えている神経系です。

セロトニン神経系は、”大脳皮質を覚醒させ、意識のレベルを調節する、自律神経を調節する、筋肉へ働きかける、痛みの感覚を抑制する、心のバランスを保つ”などの重要な働きをし、「健康的な生活」を送るためには欠かせない働きをしています。

そして、「ミトコンドリア」・「セロトニン神経系」の両者は、「体内時計」を

制御・コントロールしています。体内時計は、生体リズムを刻み、「ホメオスターシス」によって維持されています。

この「ホメオスターシス」は、自律神経、内分泌系、免疫系の3つの働きによって、生体の恒常性機能が保たれています。これをホメオスターシス三角といいます。

この「ホメオスターシス三角」を形成する3つのなかの、自律神経系の調節には、”セロトニン神経系”が関与し、内分泌系は”ホルモン”と”生理活性物質”が関与し、免疫系には”腸内環境”が重要な位置を占めています。

”セロトニン神経系”の機能低下に、生活習慣の不規則・ストレス・生理周期や、“小麦、乳・乳製品、肉食に偏った食事”をとり続け、“運動不足”が重なる”脳内セロトニンの低下”が引き起こされてくることになります。

内分泌ホルモンに相当する”生理活性物質”は、必須脂肪酸のオメガ3とオメガ6で作られ、この摂取バランスがよくなないと、局所ホルモンのエイコサノイド・プロスタグランジンのバランスを乱すことになります。必須脂肪酸は生体膜（細胞膜）を構成しており、オメガ3とオメガ6の摂取バランスがよくなると、ミトコンドリアの機能・セロトニン神経系の機能にも影響を及ぼし、結果的に、細胞機能のバランスを欠くことになります。

”腸内環境”は、欧米型の食事に偏り、肉や脂肪・砂糖などを大量に摂取すると、間違いなく腸内環境は悪化します。

また「ストレス」や「過労」も腸内環境に深刻な影響を与えます。「運動不足」も問題です。さらには「抗生物質」などの化学薬剤も、腸内細菌に決定的なダメージを与えます。

ミトコンドリアは、全身を支え、姿勢を整える筋肉グループ「抗重力筋群」に多く存在し、ミトコンドリアの働きが悪くなれば当然のこととして「体の歪み（ストレートネック）」引き起こしてきます。

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によっ

て、重力に対して姿勢を保つために働く筋肉に働きかけていることから、セロトニンが不足してきますと、セロトニン本来の働きである「正しい姿勢の保持」が、困難となり、「体の歪み」を招来し、結果的に「ストレートネック」を引き起こします。

私達の生活環境は活性酸素に満ち溢れており、ここ 50 年間の間のうちにミトコンドリア自体の働きが人間界において、悪化していることから、脳内セロトニン低下と相まって、体の歪み（ストレートネック）を引き起こしやすい状況にあります。

すなわち、脊椎起立筋群に対して、ミトコンドリアの働きの悪さは、”筋肉そのもの”への関与、さらに脳内セロトニンは、”神経系の要因”として、関与しています。

こういったことから、現代では、ストレートネックが日常茶飯事にみられるようになってきました。

私達は、日常生活を送る場面では、日常的に「前屈みの姿勢」を強いられており、このため、当然のこととして、「体の歪み（ストレートネック）」を引き起こしやすくなっています。

このように、ミトコンドリアは、セロトニン神経系と連動して作用し、「健康的な生活」の”鍵”を握っており、さらに生体の恒常性の維持機構（ホメオスターシス）を制御し、「体の歪み（ストレートネック）」形成に関与しています。

病気の 90 %は活性酸素が関与

現在、人が罹るあらゆる病気の 90 %は活性酸素が関与しているといわれ、さらに、ほとんどの現代病である生活習慣病（動脈硬化、ガン、認知症を含め）は、「後天性ミトコンドリア病」と考えられています。

ミトコンドリアがエネルギーを産生する際に必然的に生み出されるのが活性酸素です。

「後天性ミトコンドリア病」とは、馴染みのない病名ですが、これは”ミトコンドリアの機能が低下する病気”です。

今までは、先天性の病気”遺伝的疾患”として考えられていましたが、現在は後天的な発症や、薬による副作用で発症することが証明されています。

ところで、ミトコンドリア病は大きく分けて2種類あります。先天性ミトコンドリア病と後天性ミトコンドリア病です。

先天性ミトコンドリア病は稀な病気です。これは、生まれつきミトコンドリアの働きに不具合があります。

後天性ミトコンドリア病は、ほとんどの現代病に当てはまります。

すなわち、ほとんどの現代病は、後天性ミトコンドリア病と考えられています。水や食生活、放射能汚染や環境汚染、有害物質の蔓延などや酸素不足などを原因として、後天的に発症するミトコンドリア病です。

ミトコンドリアDNAは活性酸素によって傷つきやすい特徴があります。

このようにして傷つけられたミトコンドリアDNAの数が一定数を超えるとエネルギー産生能力が低下し、後天性ミトコンドリア病が発生してくるようになります。

後天性ミトコンドリア病とは、何らかの原因でミトコンドリアDNAが傷つくことによって、活性酸素で身体が”酸化”していく全身病です。

現在では、ミトコンドリアを治すものが”病気を制する！”とされています。

この事実は、医学界では何十年もタブーとされてきました。

オットー・ウォーバーグが”ワールブルグ効果”を発表した時には、この事実がわかったのですが、製薬会社や医者利益を守る為に封印されてきました。

医学界が、この封印を解いて、この事実を公表する可能性は低いものと思われます。

これからも色々な病名をデッチ上げて、病気の根本原因をわかりにくくさせるものと思われます。

先天的に、ミトコンドリアの一部が異常をきたし、機能低下する事で起こる”ミトコンドリア病”のほとんどの患者さんには、片頭痛が存在します。

そして、片頭痛は”後天性ミトコンドリア病”と考えるべきものです。

すなわち、片頭痛はミトコンドリアの活性低下という遺伝素因をもとに、生まれてから諸々のミトコンドリアの働きを悪くする要因が追加されることによって、さらにミトコンドリアの機能を低下させることによって起きてくる頭痛です。

生活環境によって生み出された活性酸素および有害物質などの外部の生活環境要因に、食生活上の問題点、マグネシウム不足・必須脂肪酸（オメガ3とオメガ6）の摂取のアンバランス・鉄不足・抗酸化食品の摂取不足・過食に、睡眠不足や運動不足や不規則な生活などの生活習慣が加わって、ミトコンドリアの機能が低下してきます。

このようなミトコンドリアの機能を低下させる要因を取り除かない生活を送ることによって、「酸化ストレス・炎症体質」が形成され、ここに「脳過敏」を来す要因が次々と追加されることによって、日常的に感じる極く軽度の頭痛を出発点として、緊張型頭痛から、片頭痛へと進展していくものです。

最も、卑近な例を挙げれば、日常的に感じる極く軽度の頭痛に対して、市販の鎮痛薬を繰り返して服用することによって、ミトコンドリアの機能を低下させ、さらに脳内セロトニンを低下させることによって薬剤乱用頭痛を併発させてくることとなります。市販の鎮痛薬という”薬剤”が原因となった後天性ミトコンドリア病を作る典型例を示していることとなります。

ここにミトコンドリアの活性低下という遺伝素因があれば、当然のこととして片頭痛を発症してくるということです。

このように、片頭痛は”後天性ミトコンドリア病”と考えるべきものです。

実際、片頭痛は、これまで” 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” であると報告されています。

このような考え方は、以下で明らかにされていました。

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

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

後藤日出夫:お医者さんにも読ませたい「片頭痛の治し方」。健康ジャーナル社 2013

このように、Welch KMA, Ramadan NM、下村登規夫、小谷和彦、村上文代先生らによって、日本にトリプタン製剤が導入される以前の段階から明らかにされていました。当時は下村登規夫先生によって「MBT療法」が提唱され、この治療成績は9割前後の片頭痛の方々が改善に導かれるとされていました。

このような治癒率9割という治療成績を有するものはどの医学領域でもないはずです。

最近では、分子化学療法研究所の後藤日出夫先生は、同様の考え方で「3つの約束」を提唱され、実践された方々は片頭痛を改善されています。

このように片頭痛は慢性頭痛のなかの一つの頭痛であり、日常的に感じる極く軽度の頭痛を出発点として、様々な生活習慣の問題点に加わることによって、ミトコンドリアの働きが生まれつき悪い遺伝素因があれば、片頭痛へと進展していくものです。

ミトコンドリアの働きが生まれつき悪い遺伝素因がなければ、現在の「国際

頭痛分類 第3版β版」で一次性頭痛として分類される緊張型頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛（ここに群発頭痛が含まれます）、その他の一次性頭痛に移行していきます。ただ、群発頭痛だけは片頭痛に派生したものかもしれません。

このように、慢性頭痛はすべて一連の頭痛であり、生まれつきミトコンドリアの働きの悪さがあるかどうかで、片頭痛や群発頭痛へ、移行するかどうかが決まります。

この詳細は、以下で明らかに致しました。

「片頭痛治療のてびき」

<http://taku1902.jp/sub508.pdf>

誰が片頭痛を治らなくしたのか その2

トリプタン製剤が開発されて・・・

1980年代はじめに、片頭痛の治療領域にトリプタン製剤が開発されました。

トリプタン製薬メーカーおよびトリプタン御用学者は、1980年代はじめにイギリスで合成されたトリプタンを意識的に評価する目的でこの「国際頭痛分類」を作成しました。

トリプタンが医学的に薬剤として評価されるためには、一定の基準に基づいて診断された患者のなかでの治療成績を調べなくてはならないからです。

この「国際頭痛分類」では、片頭痛の患者であっても、さまざまな条件のためにトリプタンの処方に向かない症状を示す場合には、その患者を片頭痛とは診断できないような基準をつくってしまったのです。たとえば、ほぼ毎日のように頭痛が起きる「変容性片頭痛」などは、この基準に従って診断しますと、緊張型頭痛になるように仕組まれています。

トリプタン製剤は、片頭痛を持つ”多くの”（すべてではありません）患者さんに対して、非常に効果があります。すなわち、片頭痛の発作期間の3日間の辛い頭痛が劇的に緩和させることができるようになりました。

こうしたことから、国際頭痛学会は、「国際頭痛分類」を作成して、慢性頭痛、とくに片頭痛の診断基準を作成し、片頭痛を厳格に定義することにより、片頭痛を見逃さないようにして、片頭痛を正確に診断して、トリプタン製剤を処方させるようにしました。

これが、国際頭痛学会が作成した「国際頭痛分類」です。

このようにして、トリプタン製剤が開発されて以来、片頭痛という辛い痛みで発作期間の3日間の苦しい寝込む程であったものが、トリプタン製剤によって、劇的に緩和されるようになったことから、いつの間にか、「病気」とされてしまいました。本来は、健康の領域にあったものです。

一般的には、西洋医学では、薬物療法で治療可能なものが、所謂「病気」として扱われており、その殆どは対症療法にすぎないものです。

このように、トリプタン製剤によって、片頭痛という辛い頭痛が緩和・解消できれば、これで片頭痛治療は完結したとされることになってしまいました。

本来、片頭痛は”未病”の段階にあり、すなわち生活習慣の問題点から引き起こされる病態とされていたはずのものです。それが、いつの間にか、「病気」とされてしまいました。

このために、生活習慣の問題点から引き起こされる頭痛であるという考え方は、まったく無視されることになったわけです。ここで”片頭痛根治へのみちすじ”が閉ざされることになりました。

片頭痛が「病気」と考えられるようになってからは・・

この「国際頭痛分類 第3版β版」では、人間が経験するありとあらゆる頭

痛、一次性頭痛および二次性頭痛がすべて記載されようになっています。

皆さんは混乱されるかもしれませんが、症状の上で、一次性頭痛と思われても、中には二次性頭痛であるものが混在しているために、鑑別診断に供するために、このような記載になっているだけのことです。

本来の「国際頭痛分類 第3版β版」の目的とするところは、片頭痛を明確に定義することによって、間違いなく、片頭痛に対してトリプタン製剤を処方させるためのものです。

このため、”片頭痛と明確に定義された”「国際頭痛分類 第3版β版」の基準に合致しないものが緊張型頭痛とされ、いわば緊張型頭痛は”ゴミダメ”的な性格の強い頭痛とされ、専門家の間では、極めて”取るに足らない頭痛”とされています。このように全く無視されています。

「国際頭痛分類」が作成されてからは、片頭痛と緊張型頭痛は厳格に区別されるとの考え方が徹底して啓蒙されることになりました。それは、医師に対しては、片頭痛にトリプタン製剤を処方させるためであり、一般の方々には、片頭痛にはトリプタン製剤という”特効薬”があることを知ってもらうためです。

しかし、このように片頭痛と緊張型頭痛は簡単に区別できるのでしょうか。このことはさらに後で説明します。

頭痛研究を行う場面では、脳のなかに異常のない一次性頭痛（慢性頭痛）は、前回述べましたように「4つ」が大きく大別されていますが、これまで専門家は、このように4つに大別された頭痛群をさらに、個々の頭痛を別個に独立させて研究すべきとされてきました。このように、片頭痛は、緊張型頭痛をはじめとした他の慢性頭痛とはまったく切り離して・別個のものと考えられるようになりました。

前回述べましたように、このような「国際頭痛分類 第3版β版」で一次性頭痛と分類されるものは全て一連の連続したものであり、これらは生活習慣の問題点に加わることによって各種の一次性頭痛に移行してくるものです。

専門家は、慢性頭痛のなかの片頭痛だけが最も大切なものであり、片頭痛以

外の緊張型頭痛は問題にされることはなく、脳のなかに異常のない”慢性頭痛とは一体何なのか”といった”俯瞰的・全体的な（トータルな）”論点から考え、このなかで、個々の4つのグループの頭痛がどのような位置関係にあるのかという観点から考えることはありません。

本来は、このような一次性頭痛は一連の連続した”未病”の段階にあるはずのものを、まったく別個のものとして切り離して考えることになりました。

このことが、最も問題にされなければならない点で、以後、混乱の根源ともなってきました。このことは全世界の頭痛研究者の共通した考え方です。

これまで専門家は、片頭痛や緊張型頭痛のそれぞれの特徴的な症状を挙げ、厳密に区別すべきとされてきました。

典型的な片頭痛の症状とは？

1. 突然、発作性に頭痛がおこる
2. 頭痛が起こる前になんらかの前ぶれがある
3. 頭の片側が痛むことが多く、両側が痛む場合でも左右差がある
4. 頭痛がピークに達するまでには拍動感のある痛みを感じる
5. 頭痛の最中に食欲低下、吐き気、嘔吐をおこすことがある
6. 頭痛の最中には、音、光、匂い、振動が嫌になる
7. 血管が拡張しやすい状況になると頭痛がおこりやすい
8. 遅くとも 25 歳までには発症する
9. 祖父母、両親、兄弟姉妹にも同じような頭痛がある
10. 妊娠中や授乳期には頭痛が軽くなる
11. 中年になると頭痛は軽くなるが、頭痛の回数が増えたり時間が延びる
12. 60 歳を過ぎると頭痛は軽くなり、70 歳以上ではほぼ消えてしまう

しかし、皆さんは、頭痛発作が起きたときに果たして、この頭痛が片頭痛な

のか、肩こりによる緊張型頭痛なのかを的確に判断できる自信はおありでしょうか？

まず、以下のようなご経験はないでしょうか？

緊張型頭痛がひどくなると片頭痛になる？

「日常的に肩こりを自覚していて、疲れたり睡眠不足になると肩から後頭部に重い感じの痛みが上がってきます。後頭部の鈍痛で終わるときもありますが、我慢していると頭全体がガンガン痛んで吐き気も出現し、ひどいと嘔吐する。

ガンガン痛いときには、家族の話し声もうるさく感じて、静かな部屋で暗くして横になると少し楽になる」といったことはなかったでしょうか。

ひどい頭痛はおそらく片頭痛と診断して問題はないでしょう。後頭部の鈍痛に関しては、緊張型頭痛と診断される場合が多いと思われます。

このように緊張型頭痛で始まり、程度が強くなると拍動性の頭痛を伴うものを、オーストリアのランス Lance は緊張・血管性頭痛 tension-vascular headache と命名しました。

片頭痛が緊張型頭痛に化ける？

「20 歳ころから時々片頭痛発作を起こし、結婚後片頭痛発作が頻繁になりましたが、40 歳ころから緊張型頭痛が加わってきて、50 歳を過ぎると寝込むようなひどい頭痛発作は起こらない代わりに、だらだらと重く締め付ける感じの頭痛が続くようになった。」このような経験はありませんか。

国際頭痛学会分類では、以前のものは片頭痛で、中年以降の頭痛は緊張型頭痛と診断されるでしょう。このようなパターンを片頭痛が加齢とともに変化したということで、米国の Mathew は変容性片頭痛という概念を提唱しています。

ただ国際頭痛学会分類の範疇としては現在のところ認められていません。一方、片頭痛の治療に市販の鎮痛薬・トリプタン製剤などを乱用していますと頭

痛が発作性の型から、連日性になっていくことがあります。いわゆる薬物乱用による「慢性連日性頭痛」ですが、これも 変容した片頭痛の一種と考えられています。

片頭痛と緊張型頭痛の多くは症状は重複

このように、片頭痛と緊張型頭痛の症状の多くは重複していて、個々の症状のみで診断することは困難です。たとえば、軽度～重度の頭痛、両側性および片側性の頭痛は両者に認められます。

また、片頭痛、緊張型頭痛ともに拍動性でないことが多く、さらに、緊張型頭痛の特徴と認識されることの多い「肩こり」も多くの片頭痛で随伴しています。

片頭痛因子（血管症状）

拍動痛

片側性

高度頭痛

悪心・嘔吐

緊張型頭痛因子（筋症状）

締め付け感

圧迫感・頭重

後頭部の頭痛

肩こり

こうしたことから、これまで以下のように考える頭痛研究者もおられます。

片頭痛の本質は「エスカレーション」

片頭痛と診断された患者と緊張型頭痛と診断された患者の頭痛は、性状・質の差ではなく、頻度・程度の差であり、その病態は連続した「境界不明瞭な」「連続体」であると考えられています。

片頭痛患者さんは、頭痛発作が始まったが、それほどひどくならず済んだという経験をすることがあります。ひどくならない発作は、片頭痛の診断基準を満たさないことが多く、緊張型頭痛と診断せざるを得ませんが、これを上手に説明したものが一次性頭痛(機能性頭痛)一元論です。1回1回の片頭痛発作に注目し、スタートは同じでも、軽く済めば緊張型頭痛、エスカレートしてひどくなれば片頭痛発作になるという考え方です。

頭痛が起こり始めた時、この頭痛がどこへ行くかはミステリーなのです。緊張型で終わるのか、緊張型頭痛経由片頭痛なのか、片頭痛直行なのか。これは患者さんにも分かりませんし、医者にはもっと分かりません。(引き金がどの程度重なるかで左右されます。)

頭痛体操やストレッチ、階段の上り下りをしてみても見極めがつかない場合は、飲み慣れた使いやすい鎮痛剤を飲んで戴いて、30分後に頭痛が悪化してくるようならトリプタン系薬剤を飲んで下さい。また、朝から痛い場合は片頭痛と考えられますし、ご自分の経験上片頭痛だとわかる場合には、最初からトリプタン系薬剤を服用して下さい。

以上のように、緊張型頭痛も片頭痛は明確には、現実に区別できないということがお分かり頂けたかと思います。その理由は、緊張型頭痛も片頭痛も共通して、頸椎レントゲン検査で、ストレートネックを高頻度に認めます。このため、このように臨床症状には、重複するものが多いということです。

片頭痛は緊張型頭痛と連続したものです。緊張型頭痛から、片頭痛へと移行

して発症してくるということです。

ただ、なかには、ミトコンドリアの働きが極端に悪いような場合は、いきなり片頭痛のタイプから発症してくる場合も当然あります。この点も重要な点です。

このように、片頭痛にしても緊張型頭痛の場合も、どのような”症状”があるかということで「国際頭痛分類 第3版β版」という国際頭痛学会が定めた基準に従って診断されていますが、これまでも述べてきましたように、クリアカットには区別できません。この理由は緊張型頭痛と片頭痛が連続したものであるからに他ならないからです。

こうしたことから、実際に頭痛が起きた場合、今回はどちらの頭痛なのかを、その都度、自分で判断する必要があります。ここが実際の対処の仕方の難しい点です。

緊張型頭痛と片頭痛、の境界領域にあるものが存在し、この2つが明確に区別できません。

そして、現実には、”同一の” 一次性頭痛（慢性頭痛）の患者さんを詳しくみてみますと、緊張型頭痛の要素、片頭痛の要素、を混在しています。このように考えれば、緊張型頭痛、片頭痛、も一連の連続したものとするのが妥当と思われ、こうしたことから、先程のように「機能性頭痛一元論」という考え方をされる頭痛の専門家もおられることを忘れてはなりません。

単純に言えば、”生活に支障を来せば” 片頭痛であり、”生活に支障がなければ” 緊張型頭痛であり、この両者は連続したものであり、そして、緊張型頭痛であれ片頭痛であれ、共通した病態が存在しているということです。

このことは、さらに次回述べることにします。

誰が片頭痛を治らなくしたのか その3

緊張型頭痛、片頭痛は、一連の連続したもの

東京脳神経センターの松井孝嘉先生は、以下のように指摘されます。

緊張型頭痛では、デスクワーク、特にパソコンを使って仕事をするにより、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こり、緊張型頭痛は明らかに首疲労からもたらされる病気で、“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います。

ところが、明らかに片頭痛と考えられる予兆や前兆を持っていて、片頭痛に有効なイミグランなどのトリプタン製剤を飲んだら、頭痛がぴたりと止まることから、典型的な片頭痛と他院で診断された患者さんに対して、“頸筋の異常を治療”したら、片頭痛が起きなくなるものが、片頭痛の一部に存在します。

こうなると、片頭痛と緊張型頭痛という分類自体が怪しくなってきます。

頭半棘筋にこりが出ると、それが大後頭神経を刺激し、その刺激が三叉神経に伝わります。大後頭神経は、頭痛をもたらす神経です。大後頭神経と三叉神経は脳のなかで繋がっていますので、大後頭神経の刺激は、三叉神経にも伝わります。

大後頭神経と三叉神経が同時に痛くなる現象は、よく知られています。

「体の歪み（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東京脳神経センターの松井孝嘉先生の提唱される「頸性神経筋症候群」です。

”頭痛の専門家”で重鎮とされる神経内科学の岩田誠先生は、さらに以下のように指摘されます。

”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。

この説明では、片頭痛に”頸性神経筋症候群”を合併した場合とされていますが、果たして、これをどのように考えるべきでしょうか？

逆に、”頸性神経筋症候群”の延長線上に片頭痛が存在するとは考えられないでしょうか。

これまでの当医院の調査では、体の歪み（ストレートネック）の確認率は、男性で 52 %、女性では 68 %と圧倒的に多く、緊張型頭痛では 84 %、片頭痛では 95 %に、群発頭痛では全例に、ストレートネックが確認されています。

このように、緊張型頭痛でも片頭痛にも共通して「体の歪み（ストレートネック）」を認め、片頭痛では緊張型頭痛以上の頻度で見られるということは、緊張型頭痛と片頭痛は連続したものと考えるのが妥当のように思われます。すなわち、緊張型頭痛に片頭痛が重なってきていると考えるべきです。このために片頭痛での頻度が高いと考えるべきです。

さらに、次のような興味あるデータがあります。

片頭痛の”緊張型頭痛”は small migraine

片頭痛

big (true) migraine

連続体

緊張型頭痛

small migraine

緊張型頭痛

(脳内セロトニンの関与)

ということは、片頭痛での緊張型頭痛は small migraine で、本格的な片頭痛は big (true) migraine で、これが連続しているということです。

緊張型頭痛はこれとは別に、独立して、存在するということです。

この差異は、「片頭痛素因」の有無で決まるとされています。

片頭痛患者さんは片頭痛、片頭痛様、緊張型頭痛を経験します。各頭痛に対するスマトリプタンの効果を 249 患者に対して 1,576 回の中～高度頭痛について分析した結果、投与後 4 時間目に、すべてのタイプの頭痛においてトリプタンはプラセボに勝ちました。つまり、片頭痛の前の緊張型頭痛（仮面片頭痛）にもトリプタンが有効ということになります。症候的には緊張型頭痛でも、本態的には片頭痛 small migraine ということです。

このような結果からは、起こり始めの緊張型頭痛の段階でもトリプタン製剤が有効ということです。

このことは、本来、「緊張型頭痛も片頭痛も一連のものである」ということを明らかにしているものと思われます。

緊張型頭痛と片頭痛の基本的な相違点は、「ミトコンドリアの働きの悪さ」という” 遺伝素因 ”を持っているかどうかだけの差でしかありません。

緊張型頭痛も片頭痛も共通して、体の歪み（ストレートネック）を高頻度に

認めるわけですので、臨床症状には、重複するものが多いということです。

そして、体の歪み（ストレートネック）を緊張型頭痛・片頭痛ともに基本骨格としており、緊張型頭痛では 84 %に、片頭痛では 95 %の高頻度で、体の歪み（ストレートネック）が認められることになっています。

以上のように、日常的に感じる極く軽度の頭痛は、緊張型頭痛へ、さらに片頭痛へ、さらに慢性片頭痛へと繋がっており、群発頭痛へと派生していくこととなります。このように慢性頭痛全体として考えるべきものです。

そして、その根底にはミトコンドリアが関与しています。

こういったことから、脳のなかに異常のない「慢性頭痛」とは「健康的な生活」を送ることを阻害する生活習慣の問題点に根本的な原因があると考えなくてはなりません。

片頭痛の患者さんでは、緊張型頭痛の場合と異なって、遺伝素因としてミトコンドリアの活性低下が存在することから、ミトコンドリアの働きを悪くし、セロトニン神経を弱らせる要因の影響を、とくに受けやすいこととなります。

このため、こうした要因が加わることによって、頭痛の程度も遺伝素因の有無によって、差異が見られることになり、”極く軽度の頭痛（緊張型頭痛）”から片頭痛へと進展していくこととなります。

ところが片頭痛のように遺伝素因としてミトコンドリアの活性低下が存在しなくても、生活習慣の問題によってミトコンドリアの働きが極端に悪くなり、さらに脳内セロトニンが枯渇してくれば、片頭痛と同様の難治性の頭痛を引き起こしてくることになります。

以上のように、日常的に感じる極く軽度の頭痛が、すべての慢性頭痛の起点となっていることが理解されたと思います。このように極めて重要なもので、これに対してどのように対処するかが、今後の鍵を握っているということです。

ところが、日常的に感じる極く軽度の頭痛から緊張型頭痛へ、さらに片頭痛へと移行していくことは、詳細に綿密に病歴聴取すれば明らかでありながら、専門家は日常診療において「問診表」を使われ、受診時の最も困っている頭痛しか問題にされないことから、慢性頭痛発症の起点ともなるはずの「日常的に感じる極く軽度の頭痛」をまったく無視されることになっています。

このように、臨床神経学の「問診に始まり、問診に終わる」という基本原則をまったく無視した病歴聴取（問診表による手抜き診断）が現実に罷り通り、病気のオンセット（起始）が全く無視されています。

このようにして、最も大切とされる”片頭痛を見落とすことなく”診断することしか念頭にありません。

そして、このようなことは、常套句のように”科学的根拠（エビデンス）なしと”お高くとまって”論外とされ、どなたもこのような”真実”に気が付かれるひとはおられません。

繰り返しになりますが、頭痛研究を行う場面では、脳のなかに異常のない一次性頭痛（慢性頭痛）は、上記のように「4つ」が大きく大別されていますが、これまで専門家は、このように4つに大別された頭痛群をさらに、個々の頭痛を別個に独立させて研究すべきとされてきました。

このように、片頭痛と緊張型頭痛はまったく別個に、切り離して考えてきました。

専門家は、慢性頭痛のなかの片頭痛だけが最も大切なものであり、片頭痛以外の緊張型頭痛は問題にされることはなく、脳のなかに異常のない”慢性頭痛とは一体何なのか”といった”俯瞰的な”論点から考え、このなかで、個々の4つのグループの頭痛がどのような位置関係にあるのかという観点から考えることはありません。

本来は、このような一次性頭痛は一連の連続した”未病”の段階にあるはず

のものを、まったく別個のものとして切り離して考えています。

しかし、片頭痛だけを見ても、緊張型頭痛と片頭痛、の境界領域にあるものが存在し、この2つが明確に区別できません。

そして、現実には、”同一の” 一次性頭痛（慢性頭痛）の患者さんを詳しくみてみますと、緊張型頭痛の要素、片頭痛の要素を混在しています。

このような現実から眼を背け、片頭痛と緊張型頭痛をまったく別の範疇のものと考えています。

このような考え方は「国際頭痛分類 第3版β版」を頭痛研究の絶対的な基準としたことに基づくものです。ここに原因があります。

誰が片頭痛を治らなくしたのか その4

日本の頭痛研究の歴史

現在の学会を主導される方々は、先程も述べましたように、1980年代に英国において片頭痛治療薬トリプタン系製剤が開発されて以来、1991年に、全世界で初めて販売されたことに注目されていました。

欧米でトリプタン製剤が発売後から日本にトリプタン製剤が導入されるまでの10年間の間は、神経学雑誌の話題・トピックスの大半がトリプタン製剤で占められていました。これほど長い期間、日本にトリプタン製剤が認可される日が待ち焦がれていました。

このように、学会を主導される方々は、常にトリプタン製剤の動向を念頭におき、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」を基本として、1996年に、片頭痛の克服をめざす国際的組織 ADITUS が設立され

たことを契機に、それまでの 1973 年の頭痛懇談会、1985 年の頭痛研究会、さらにこれを発展させた形で、同年の 1996 年に「日本頭痛学会」を設立されました。

とくに 1988 年に発表された「国際頭痛分類」を遵守されることになりました。この国際分類は、先述のように 1980 年代はじめにイギリスで合成されたトリプタンを意識的に評価する目的で作成されたもので、とりもなおさず、欧米のトリプタン製薬会社とトリプタン御用学者が作成していたものです。

現在の学会を主導される先生方は、片頭痛研究は日本より、欧米のほうが遙かに進んでいると考えることから、片頭痛の克服をめざす国際的組織 ADITUS（トリプタン製薬メーカーのアストラ・ゼネカ社が設立）から、その情報・知識を取り入れました。

このなかで「ADITUS Japan」の活動は見落としはなりません。トリプタン製剤販売に照準を合わせ、1999 年から、トリプタン製剤のひとつである”ゾーミッグ”の製薬会社アストラ・ゼネカ社が率先して、日本全国の脳神経外科・神経内科を中心とした医師への啓蒙活動というよりは宣伝活動を展開し、トリプタン製剤の導入に向けて着々と販売促進の準備を進めていました。

2000 年にやっと、日本に待ち焦がれたトリプタン製剤を導入すると間もなく、電光石火のごとく「慢性頭痛の診療ガイドライン」が作成されました。

このような欧米崇拜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、鳥取大学神経内科グループの先生方、下村登規夫先生、松井孝嘉先生の偉大な業績がありながら、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、それまでに欧米のトリプタン製薬会社とトリプタン御用学者が作成していた「国際頭痛分類 第 2 版」を無条件に踏襲した形で「慢性頭痛の診療ガイドライン」が作成されることになりました。

この「慢性頭痛の診療ガイドライン」は、欧米のトリプタン製薬メーカーとトリプタン御用学者が作成した「国際頭痛分類」という基準を遵守・踏襲した形で作成されたことから、片頭痛治療の世界はトリプタン製剤がすべて（一色）になってしまいました。片頭痛治療薬の第一選択薬として、トリプタン製剤が据えられ、マスコミでは片頭痛の”特効薬”と誇大宣伝が繰り返されました。

そして、この「慢性頭痛の診療ガイドライン」はトリプタン製薬会社を介して、日本全国津々浦々の医療機関に広く配布されたほど徹底したものでした。

このようにして製薬メーカーが中心となって徹底した売り込み戦略が開始されました。このため、学会をも巻き込んだ形でガイドラインが作成された点を忘れてはならない点です。いわばこの「慢性頭痛診療のガイドライン」はトリプタン製薬会社が作成したかのような印象がありました。

これが、今後の片頭痛治療・研究の方向性を決定的に左右した時点でした。

そして、2005年には、頭痛専門医制度が制定され、頭痛専門医は、日本内科学会、日本小児科学会、日本産科婦人科学会、日本眼科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本脳神経外科学会、日本麻酔科学会、日本救急医学会、日本リハビリテーション医学会および日本精神神経学会、日本神経学会といった各科が入り乱れた集合体で構成されてきました。

この目的とするところは、慢性頭痛では、片頭痛が最も大切なものであり、これにはトリプタン製剤という特効薬があることから、この存在を認識させるためのものです。

Headache Master School Japan (HMSJ)

2013年3月には、国際頭痛学会主催でHeadache Master School 2013 in Asiaが東京で行われ、世界のトップエキスパート14名（Burstein, Charles, Diener, Dodick, Ferrari, Goadsby, Gobel, Guidetti, MacGregor, Purdy, Schoenen, Schoonman, Rapoport, Zagami）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。

学会を主導される方々が、この世界のトップエキスパートとされる先生方は、
いづれも”トリプタン御用学者”と称される先生方です。

学会を主導される方々は、これが日本の頭痛診療・教育のあるべき姿を示す
ものと盲信され、平成 25 年、学会独自の Headache Master School Japan (HMSJ)
が「日本の頭痛教育プログラム」の中心として継承されることになりました。

そして一昨年は Headache Master School Japan (HMSJ) 2015 です。昨年 7 月 26
日には、東京で開催されました。

このように、毎年、Headache Master School Japan (HMSJ) が開催されていま
す。平成 28 年は盛岡と大阪で 2 回にわたって行われました。

このように欧米の学者の考え方・研究業績を最優先する考え方は、Headache
Master School 2013 in Asia から、Headache Master School Japan (HMSJ) へと引
き継がれています。

以後、Headache Master School Japan (HMSJ) は、毎年、学会が主催して行わ
れ、「国際頭痛分類 第 3 版 β 版」が徹底して教え込まれ、これが頭痛診療およ
び頭痛研究の”絶対的な基準”とされています。

一般の開業医が片頭痛にトリプタン製剤を処方しないことから、頭痛専門医
の量産を図ります。これは、頭痛専門医に、片頭痛にトリプタン製剤を処方さ
せるのが目的です。

「国際頭痛分類 第 3 版 β 版」の弊害

学会を主導される方々が「国際頭痛分類 第 3 版 β 版」を頭痛診療および研
究において絶対的な基準と考えることに問題があると考えなくてはなりません。
「国際頭痛分類 第 3 版 β 版」は、あくまでも頭痛の診断基準でしかないは
ずです。

慢性頭痛には、「国際頭痛分類 第 3 版 β 版」では、緊張型頭痛、片頭痛、三
叉神経・自律神経性頭痛（ここに群発頭痛が含まれます）、その他の一次性頭

痛の4つが大きく大別されていますが、これまで専門家は、このように4つに大別された頭痛群をさらに、個々の頭痛を別個に独立させて研究すべきとされてきました。このように、脳のなかに異常のない慢性頭痛とは一体何なのかといった”総論・総説”がなく（謂わば、禅問答のようなものです）、このなかで、個々の4つのグループの頭痛がどのような位置にあるのかという論点から考えることはありません。

片頭痛は、これまでの説明では極めて多くの要因から発症してきていることが理解されたはずですが、ところが、専門家は、「国際頭痛分類第3版 β版」を基に、あくまでも症状の上から片頭痛と診断された”片頭痛群”という集合体を一括して臨床研究されてきました。このような多面的・流動的な面を持つ片頭痛を一括してコーホート研究という疫学的手法で解析されていることから、科学的根拠の得られる成績は極めて少ないこととなります。

このようなことは、片頭痛だけに限らず緊張型頭痛でもいえることです。このような成績は「慢性頭痛診療のガイドライン」のなかに示される文献集でも明確に示されていることです。

こうしたことから、臨床研究の方法論に問題があると言わざるを得ません。

「国際頭痛分類 第3版 β版」という限られた枠内だけで考えることでは自ずと限界があり、これから離れて頭痛研究は行わなくてはなりません。

このようなことは、「国際頭痛分類」そのものがどのような経緯で作成されたのかを考えてみれば明らかなはずでありながら、これが”世界で最も権威ある”国際頭痛学会が作成されたものであるとあって”水戸黄門の印籠”のごとく振りかざして、「頭が高い」と単純に頭痛研究者を服従させようとすることに根本的に問題があると考えなくてはなりません。

このことは、私達、一般の慢性頭痛で苦しむ方々にも言えることです。無知な私達はただ信ずるしかないのですから・・・いや信じ込まされてきました。

これまで学会を主導される方々は、生まれて初めて経験する極く軽い頭痛から緊張型頭痛まで、これらはまさにとるに足らない頭痛として完全に無視され、

このような頭痛に対する「市販の鎮痛薬」の服用を野放しにしたことによって、ミトコンドリアの働きを悪くさせ、さらに「脳内セロトニン」の低下を引き起こさせる結果となり、これに様々な生活習慣の問題が加わることによって、緊張型頭痛から片頭痛へと移行させることになりました。

このように片頭痛の起点ともなるはずの極く軽い頭痛から緊張型頭痛までも無視することによって、慢性頭痛の発症の起点を曖昧なものとしてきました。

このようにして、慢性頭痛の発症の起点を見失わせることにより、片頭痛を醸成・熟成させてきた根源と考えるべきものです。

さらに、慢性頭痛では、片頭痛が最も大切なものであり、これにはトリプタン製剤という特効薬があることから、この存在を認識させる目的で、頭痛専門医は、日本内科学会，日本小児科学会，日本産科婦人科学会，日本眼科学会，日本耳鼻咽喉科学会，日本脳神経外科学会，日本麻酔科学会，日本救急医学会，日本リハビリテーション医学会および日本精神神経学会，日本神経学会 といった各科が入り乱れた集合体で構成されてきたということです。

そして、脳のなかに異常のない一次性頭痛（慢性頭痛）を、訳の分からない脳神経外科医が知ったかぶりをして、二次的頭痛の観点から、突飛な論説が次々に出されたということに過ぎないということです。

結局、専門医とは、片頭痛にトリプタン製剤を確実に処方する存在に過ぎないということです。

誰が片頭痛を治らなくしたのか その5

現在の頭痛医療の問題点

学会を主導される方々は、国際頭痛学会が作成した世界的に権威あるものとされる「国際頭痛分類 第3版β版」を頭痛診療および研究の”絶対的な基準”とし、トリプタン製剤が片頭痛という辛い頭痛を劇的に緩和されたことから、

頭痛研究の大半は、専ら片頭痛が中心となり、片頭痛の病態も各種のトリプタン製剤の作用機序の面から研究し、説明されてきました。

基本的に、片頭痛発作時にはセロトニンと呼ばれる神経伝達物質が減少あるいは機能が低下しており、片頭痛発作の時に、脳内セロトニン様作用をもつトリプタンを投与することによって、機能低下状態に陥っているセロトニンをバックアップすることによって、その効力を発揮するとされています。

しかし、肝心要の”中枢神経系でセロトニンが減少する”理由についてはまだ謎とされます。

片頭痛の患者さんは、そうでない方と違って特別に興奮しやすい状態があるのではないかとされ、このような「脳過敏」を起こす原因もこれまた、不明とされます。

そして、前兆に関連して、「大脳皮質拡張性抑制」が提唱されていますが、この「大脳皮質拡張性抑制」を起こす原因が分かっているとされます。

その前兆のかなり前に予兆と呼ばれる症状があります。あくびが出るとか、異常にお腹がすくとか、イライラするとか、眠くなるなどの症状があつてから前兆が起こり、さらに激しい発作が起こること、発作が鎮まった後も気分の変調があつたり、尿量が増加したりするなど全身の症状を伴うことが分かりました。そうなると、片頭痛は脳の血管、あるいは脳だけの局所的な疾患ではないのではないかという疑問が持たれています。

このような観点から病態を説明する最大の問題点は、片頭痛が慢性化する理由が、一切、見当がつかないとされていることです。

このように片頭痛の病態をトリプタン製剤の作用機序の面から説明してきたことによって、諸々の疑問点が生まれてきているところから、最近では、脳のなかに異常のない頭痛と”定義”される片頭痛が、”片頭痛発生器”というものを脳幹部付近に想定することによって、”中枢性疾患”という脳のなかに異常のある頭痛とまで、”基本的な定義”さえ覆されています。

本来なら、西洋医学では「健康」の領域にあり、東洋医学の立場からは”未病”の範疇・領域にあるものはずで

このように、まさに支離滅裂な状況にあると考えなくてはなりません。

こうしたことから、片頭痛はいつまでも原因不明の”不思議で・神秘的な”遺传的疾患”のままであり続けることになっています。

少なくとも、頭痛という生身の人間が感じる訴えを論ずる自然科学の分野で、「国際頭痛分類 第3版β版」という人為的な基準を頭痛研究の”絶対的な基準”とする「不条理さ」を何ら感じない専門家がすべてであることが問題とされなくてはなりません。

現実の片頭痛診療の場面では、発作急性期には各種のトリプタン製剤を使い分け、発作間歇期には各種の予防薬を”適切に”選択すべきとされ、これで片頭痛の治療体系は確立されたとされています。このように「薬物療法」がすべてであり、片頭痛という辛い痛みだけを軽減・緩和させることに主眼が置かれ、このようにすれば、いずれ3割前後の方々は治癒していくとされています。

しかし、専門家が片頭痛の特効薬とされるトリプタン製剤を、いくら片頭痛発作時に毎回服用しても、全体の3割の方々は、片頭痛を慢性化させてきました。ところが、このことは、私達には知らされることはありません。

以上のように、これまでの考え方では、限界があることは誰の目からみても明らかではありながら、専門家は、片頭痛の治療体系は確立されたとされ、欧米の学者の考え方・研究業績を最優先されています。

学会を主導される方々は、片頭痛が、単一遺伝子から生じるものがあることから、すべて単一遺伝子による”遺传的疾患”であるかのごとく考えており、原因不明の”不思議な・神秘的な頭痛”とされ、一生、お付き合いすべきとさ

れています。

なぜ、最初に述べたように、人が罹るあらゆる病気の 90 %は活性酸素が関与しているといわれ、さらに、ほとんどの現代病である生活習慣病（動脈硬化、ガン、認知症を含めて）は、「後天性ミトコンドリア病」と考えられ、これが”医学界では常識”とされながら、これらを見捨て、片頭痛が原因不明の”遺伝的疾患”とされているのでしょうか？

先述のように、学会を主導される方々は、日本にトリプタン製剤が導入される直前からトリプタン製薬メーカーと二人三脚で、手を携えあって、頭痛診療および研究、啓蒙活動を推進し、「国際頭痛分類第3版β版」を絶対的な基準とし、「慢性頭痛診療のガイドライン」まで作成して、片頭痛そのものが永続的に存在する基盤を作り上げ、製薬メーカーとのスクラムは強固であることから、片頭痛はミトコンドリアの機能低下による頭痛と考えられ、病気の原因の90%が活性酸素とされていようとも、このようには一切考えることがない理由がここに存在します。

このことは、製薬会社や医師の利益を守るためには、このような姿勢を堅持する必要があります。といいますのは、医師は頭痛研究を行っていく際には製薬メーカーの支援なくしては成り立たないからです。

このように、現在では、片頭痛は、原因不明の”遺伝的疾患”とされ、一生、お付き合いすべきとされ、高価なトリプタン製剤と予防薬の併用を行う「薬物療法」がすべてとされ、”片頭痛の治療体系”は既に確立されたとして、片頭痛治療は頭痛の緩和・減少させることだけを追い求め、片頭痛の根治させるといった製薬メーカーに不利益になる考えはされることはありません。

このため、日本にトリプタン製剤が導入されて以来、これまで片頭痛の本態解明の研究は各種のトリプタン製剤作用機序の観点からしか行われてこなかったことから、何の進歩もみられることはありませんでした。

このようにすることによって、医師にとっては、片頭痛患者さんは一生に渡って高価なトリプタン製剤を処方できる”ドル箱”のような金を生む患者であ

り続け、製薬メーカーにとっては、片頭痛が不治の病とされることによって、” 気の遠くなるほど嬉しい市場” になります。

このように、利害が一致することで” 万々歳” ということです。このような姿勢は今後とも貫かれていくものと思われます。ここに原因があることを私達は認識しておく必要があります。

私達は、このような学会を主導される方々と製薬メーカーのあり方から、日本の頭痛診療の現状を理解するためには、以下のような論説があることを忘れてはなりません。

DR.RATH HEALTH FOUNDATION の「製薬業界は一般大衆を欺いている」

” 製薬業界は私達の社会をコントロールし続けます。製薬業界の求めるところは医学研究をコントロールし、医療従事者をこの製薬業界に依存させることです。この権力を確実に手放さずに済むよう、製薬企業は立法機関およびメディアをうまく操っています。全メディアを通じた大規模な宣伝キャンペーンでは、医薬品の PR および宣伝部門によって、製薬業界の真実を隠そうと煙幕が張られています。

製薬企業は、ルイ・パストゥール、ロバート・コッホ等の医学上のパイオニアと重ね合わせて自社のイメージを描こうとしています。彼らは人道主義に基づいて疾病の根絶を目指していると主張しています。しかしながら、真実はまったくその逆です。つまり、製薬業界は、製薬市場拡大の基盤として疾病を存続させ続けることが目的なのです。コーデックス・カルテルは、意図的な疾病の根絶妨害をその目的としています。したがって、製薬業界は人類救済の伝統にもとづいてではなく、自らの利益を維持するために無数の人間を犠牲にする組織的犯罪者のグループである IG ファルベン社の伝統に基づいて運営されているのです。”

このようにトリプタン製薬メーカーおよびトリプタン御用学者は、国際頭痛学会を支配下に置き・影響を及ぼし続け、これが日本では学会を主導される方々や「慢性頭痛診療のガイドライン」の末端にまでも影響・コントロールされているということです。

私達、一般人は、国際頭痛学会の作成した「国際頭痛分類 第3版β版」と聞かされれば、信じざるを得ません。誰もが信じてしまいます。あたかも、水戸黄門の印籠のごとく、振りかざされ私達・無知の人間を平身低頭させ従わせます。しかし、ここに欺瞞というか、落とし穴があることを私達は認識しなくてはなりません。

卑近な例では、毎年、頭痛学会総会が開催されます。この総会では、他の学会と異なる点は、シンポジウム、教育講演、ランチョンセミナー、イブニングセミナー、招待講演等々、多数行われますが、これら全てが製薬メーカーを中心に、製薬メーカーがスポンサーとなって名を連ねており、まさに奇異な思いにさせられます。

あたかも、製薬メーカー協賛の発表のような印象を感じさせられます。これが、学問を論じる場なのかと疑いたくなります。

そして全国各地で、頭痛研究会や勉強会が開催されますが、必ずといってよいくらいトリプタン製薬会社がスポンサーになっています。

当地域では「関西頭痛懇話会」が存在しますが、これも某トリプタン製剤の製薬メーカーがスポンサーになり、年2回、高級ホテルで開催され多額の金額を拠出されています。

このように製薬メーカーは、学会をはじめ末端の日本全国各地の研究会に至るまで関与し続け、医療従事者をこの製薬業界に依存させてきました。

そして、多くの研究者はこうしたトリプタン製薬メーカーの恩恵に浴してきました。そして研究者同士の”利権争い”が絶えることはありません。

このように製薬メーカーと二人三脚で頭痛研究・啓蒙活動が推進されてきたことが最も問題とされなくてはなりません。

さらに、日本の医師について、伊藤内科医院のブログ（伊藤欣朗先生開設）で、以下のように評価されていることを片時も忘れるべきではありません。

医師はCPUのついてないコンピューター？ 巨大なハードディスクはついてるけど・

医師について「論文を読んでいるのかもしれないが、本を読んでいない。本を読んでないので、一般人より医学知識が遅れている。学校時代から、暗記は限りなくできるが、考えることをしていない。結果的に、患者を見ず、権威、教授やガイドラインやマニュアル、に従うだけの医療になってしまう。

日本の医学会が、欧米医学の受け売りで、いかに頭を使っていなかったか、ばれてしまいます。

ミクロの世界を分析する事に重点が置かれ、重箱の隅をほじくるごとくのような枝葉末節（中心から外れた事柄）のことを追求する傾向が大きいために、患者の病気の部分しか診ない医師、その部分を薬で治せばいいと考える医師、患者の全体像を掌握できない医師 こういった「木を見て森を見ない」医師が少なくなく、今の医学研究に見られる傾向があります。

結果、体全体をマクロで捉えられない医師が非常に増えてきていますし、これからもこのような傾向が続くと思れます。

このことは、まさに現在の頭痛研究者を言い当てたものと考えられます。

この点を念頭に置いて、現在の頭痛診療および研究を直視しなくてはなりません。

結局のところ・・・

現在の学会を主導される方々は、学会を創設されて以来、国際頭痛学会が作成した「国際頭痛分類 第3版β版」を頭痛診療および頭痛研究の”絶対的な基準”とされます。

諄いようですが、この基準はトリプタン製薬メーカーおよびトリプタン御用学者が作成したものです。このため、「国際頭痛分類 第3版β版」の真の目的は、片頭痛を厳格に定義することによって、間違いなく・見落とすことなく正確に片頭痛と診断させて、トリプタン製剤を処方させるためのものです。

こうしたことから「慢性頭痛診療のガイドライン」には、トリプタン製剤が片頭痛治療の第一選択薬と明記されることになっています。

片頭痛を東洋医学でいう”未病”との観点から考えないことから、片頭痛が生活習慣病とは一切考えないために、生活習慣の改善の項目は記載されないことから、あくまでも鎮痛を目的とした治療に終始せざるを得ません。

にもかかわらず、片頭痛の治療体系は確立されたと安閑とされます。

そして、頭痛研究では、脳のなかに異常のない一次性頭痛（慢性頭痛）を、いまだに脳の中に異常のある二次性頭痛の観点から考えています。そして、これら慢性頭痛を、総括的・俯瞰的に考えることなく、個々の頭痛を別個に研究されます。とくに片頭痛は、特別な存在として、まったく切り離して研究されてきました。

このように、慢性頭痛とはいったい何なのかといった命題を考えることもなく研究をされ、まさに海図・羅針盤もなく広大な荒海を航海してきました。

こういったことから、学会創設以来、欧米の文献的エビデンスにただ追随するしか能がなく、このことは現在では Headache Master School Japan (HMSJ) を日本の頭痛診療・教育のあるべき姿を示すものと盲信される理由にもなっています。

決して、自分の頭で考えることもなく、トリプタン御用学者の申されることを盲目的に信じざるを得ないということです。

こういったことから、トリプタン製薬メーカーの不利益になる考え方に至ることはあり得ないことになっています。

さらに、学会専門医全体も、「国際頭痛分類 第3版β版」を頭痛診療および頭痛研究の”絶対的な基準”とされ、これを遵守することによって得られた「専門医」という称号です。このため、「国際頭痛分類 第3版β版」を一切、批判・否定できないことになっています。このため、こうした枠内でしか考えることはありません。

先日来申し上げていますように、慢性頭痛を東洋医学的な観点から”未病”と考え、これを理論的に構築し、過去の先達の業績をつなぎ合わせさえすれば、結論は出てくるはずですが。

しかし、日本の医学者は自分の頭で考えない習性があるが故に、このような考えに至らないということです。

このように考えれば、日本に”トリプタン製剤”さえ導入されなければ、慢性頭痛、このなかでも片頭痛の本態の解明に至っていたはずですが。

まさに皮肉としか言いようがないようです。

「片頭痛治療のてびき」

<http://taku1902.jp/sub508.pdf>

「慢性頭痛 治療の考え方・進め方」

<http://taku1902.jp/sub509.pdf>

参考までに・・・

片頭痛を誰が治らなくしたのか

片頭痛は” 予防” がすべてです

前回掲載しました「片頭痛治療のてびき」でも述べていますように、片頭痛を予防するためには、日常的に感じる極く軽度の頭痛の段階で、適切に対処しなくてはなりません。

この段階を蔑ろにされれば、着実に頭痛を慢性化させ、片頭痛の遺伝素因があれば、片頭痛へと進展していくことになるからです。

この日常的に感じる極く軽度の頭痛の原因には2つの要因があります。

- (1) 「ホメオスターシスの乱れ」
- (2) 前屈みの姿勢を強制される生活環境

(1) 「ホメオスターシスの乱れ」

生体リズムを無視した不規則な生活を送ったり、ストレスが重なれば「ホメオスターシス」を乱れさせ、頭痛を肇として、様々な不調を感じるようになります。

「ホメオスターシスの三角形」を構成する、自律神経系の調節には、” セロトニン神経系” が関与し、内分泌系はホルモンと” 生理活性物質” が関与し、免疫系には” 腸内環境” が重要な位置を占めております。この「ホメオスターシスの三角形」を乱す” さまざまな生活習慣の問題点” によって、「ホメオスターシスの三角形」に” 歪み” を引き起こしてきます。

1) 自律神経の関与

自律神経系の調節には、”セロトニン神経系”が関与しています。

自律神経を司っている部分は視床下部といい、人の感情や活力を操っています。ストレスを感じるのもこの部分で、心臓をドキドキさせたり緊張させたりする働きも自律神経が担います。

緊張は血管を収縮させて、筋肉を固くします。これは敵から身を守り戦おうとする働きです。

ストレスは脳への刺激を通して自律神経に作用し、体に不快症状を引き起こします。

自律神経は、戦いと安らぎという二つの役割のものがありますが、ストレスを受けると戦うためのものが優位になります。

こうなることで、体の緊張は高まり、血行が悪くなります。

頭痛も、緊張した筋肉と血行不良のダブルの効果で頭の血流が滞ることで起こりやすくなります。

また、”セロトニン神経系”の機能低下に、生活習慣の不規則・ストレス・生理周期や、“小麦、乳・乳製品、肉食に偏った食事”をとり続け、“運動不足”が重なると「脳内セロトニンの低下」が引き起こされてくることになります。

セロトニン神経は、痛みの感覚を抑制する役割を担っています。

セロトニン神経が弱まると、些細なことで体の痛みを感じるようになります。

脳内セロトニンが低下すれば、頭痛が出現しやすくなってきます。

2) 生理活性物質の関与

”生理活性物質”のひとつのエイコサノイドは、必須脂肪酸のオメガ3とオメガ6で作られ、この摂取バランスがよくなないと、局所ホルモンのエイコサノ

イド・プロスタグランジンのバランスを乱すこととなります。

細胞に物理的な刺激が加わった場合や炎症などはアラキドン酸が遊離するきっかけとなるため、いったんプロスタグランジンが産生され、炎症が起きると、アラキドン酸の遊離が促進され更にプロスタグランジンが産生されるという悪循環が生じることとなります。

炎症の初期にプロスタグランジンの産生をしっかりブロックすることは、痛みを悪化させないための重要なポイントです。

プロスタグランジンの原料になるのは食物の中に含まれる脂肪です。

このため、脂肪分の多い食事を摂りすぎますと、頭痛・痛みそのものが出現しやすくなります。

3) 腸内環境の悪化

”腸内環境”は、欧米型の食事に偏り、肉や脂肪・砂糖などを大量に摂取すると、間違いなく腸内環境は悪化します。

また「ストレス」や「過労」も腸内環境に深刻な影響を与えます。「運動不足」も問題です。さらには「抗生物質」などの化学薬剤も、腸内細菌に決定的なダメージを与えます。

こうしたことから、“小麦、乳・乳製品、肉食に偏った食事”をしない、オメガ3とオメガ6をバランスよく摂取する、欧米型の食事に偏り、肉や脂肪・砂糖などを大量に摂取しないように、日頃から食事を摂取する際に注意していく必要があります。運動不足にならないように、こまめに体を動かすことが大切になってきます。

そして、生活のリズムを乱す最大の原因は「ストレス」です。

しかし、日常生活を送る上では、ストレスはつきものです。

ストレスにどう対応すればよいのでしょうか。ストレス回避が不可能だとすれば選択肢は 2 つしかありません。ストレスを解消するか、ストレス耐性を持つことです。

ストレスに強い心と体を作るために非常に重要な神経があります。脳内のセロトニン神経です。この神経がストレス耐性を高めるカギを握っています。

このため、セロトニンを活性化させる「セロトニン生活」が必要になります。

(2) 前屈みの姿勢を強制される生活環境

私達は、日常生活を送る上で、私達は前屈みの姿勢をとる生活環境に置かれています。特に、女性の場合は、炊事・洗濯・掃除を行う際に”前屈みの姿勢”を日常的にとっています。

さらに職場では、事務系の仕事が多いためパソコンの操作を終日行うこととなります。仕事が終われば四六時中スマホ・携帯を覗き込む姿勢をとっています。現代社会はスマホ全盛の時代で、歩きスマホをされるご時世です。

こうした前傾姿勢は知らず知らずのうちに後頸部の筋肉に負担をかけることとなります。

ここにさらに、イスに座るとつい脚を組んでしまう、ヒールの高いクツを長時間履いている、立っている時はたいていどちらかの足に体重を乗せている、横座りをする、立ち仕事や中腰の姿勢でいることが多い、いつもどちらかを下にして横向きに寝ている、または、うつ伏せになって寝ている、長時間座りっぱなしの仕事、イスやソファーに浅く座ってしまう、バックなどはいつも同じ方の肩にかける、重たいモノを持つ仕事をしている、赤ちゃんをダッコしていることが多い、などの無意識に”おかしな体の使い方”をしていますと、知らず知らずのうちに仙腸関節がズレ、骨盤の歪みから脊椎（背骨）の歪みが生

じてきます。仙腸関節のズレは、脊柱に影響が及びひいては頸椎にまで及んで、”脊柱の捻れ”を最終的に引き起こしてきます。

このように、頸椎が一直線で、なおかつ前に傾斜・左右いずれかに傾いて（捻れて）おれば、バランスがとれず後頸部の筋肉の片側だけに張力が常に加わることになり、これが肩こりに繋がり、この”こり”が上部へと拡がることによって鈍い痛み、締め付けられるような痛みとなってきます。

これが、日常的に感じる極く軽度の頭痛です。

このため、姿勢を正しくし、うつむきの姿勢を長時間とり続けられないことが大切で、30分に1回は「首反らし運動」を取り入れることが重要になってきます。

この2つの要因で、日常的に感じる極く軽度の頭痛が引き起こされてきます。

私達は、このような日常的に感じる極く軽度の頭痛に対して、多くの方々は安易に「市販の鎮痛薬」を服用しています。

このような日常的に感じる極く軽度の頭痛に対して、市販の鎮痛薬を服用を繰り返せばどのようなようになるのでしょうか。

こうした市販の鎮痛薬すべては、人体にとっては害（有害なもの）になるのです。これらを解毒する際に、活性酸素が発生し、このためにミトコンドリアの働きを悪くさせることによって、頭痛を増強させます。すなわち、市販の鎮痛薬が原因となって後天性ミトコンドリア病を作ってくることになります。

また、これら薬剤はいずれも”化学的ストレス”となって、脳内セロトニンを低下させ、”痛みの閾値”を下げるため痛みを感じやすくさせるために、さらに、頭痛を引き起こしてくることになります。

このようにミトコンドリアと脳内セロトニンの2つのが関与して、市販の鎮痛薬によって、薬物乱用頭痛を引き起こし、かえって頭痛をひどくさせる原因になってきますので注意が必要です。

このように市販の鎮痛薬を服用することで”お茶を濁して”頭痛を治してきますと、先程述べたような「ホメオスターシス三角」を構成する3つの問題点が次々に追加され、さらに「体の歪み（ストレートネック）」が最終的に形成されてくることになり、さらにミトコンドリアの働きを悪化させることによって、潜在的に、「酸化ストレス・炎症体質」という病態が着実に進行してくることになります。

片頭痛になる可能性のある方々には、生まれつきミトコンドリアの機能が低下しています。このためミトコンドリアの働きを悪くさせる要因を取り除く必要があります。これが行われませんと「酸化ストレス・炎症体質」を形成してきます。このような、「ミトコンドリアの働きを悪くさせる要因」は、生活環境によって生み出された活性酸素および有害物質などの外部の生活環境要因に、食生活上の問題点、マグネシウム不足・必須脂肪酸（オメガ3とオメガ6）の摂取のアンバランス・鉄不足・抗酸化食品の摂取不足・過食に、睡眠不足や運動不足や不規則な生活などの生活習慣が挙げられます。

先程述べました「ホメオスターシス三角」を構成する、エイコサノイドである「生理活性物質」はオメガ3とオメガ6の摂取バランスがよくなければ、バランスを崩すことになり、さらに「腸内環境が悪化」することによって、この2つの要因が「酸化ストレス・炎症体質」を形成する素地となります。

片頭痛の基本的な病態は「脳過敏」（脳がちょっとしたことで反応しやすくなることです）にあるとされます。

「脳過敏」を引き起こす要因が次々に追加されることによって、”日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛”から着実に”片頭痛”にまで進展してい

くこととなります。

「脳過敏」を来す原因は、以下の3つの要因があります。

”脳過敏”を引き起こす要因として

1. ミトコンドリアの機能低下にマグネシウム不足
2. 脳内セロトニンの低下
3. 体の歪み（ストレートネック）の長期間の持続

以上のように、日常的に感じる極く軽度の頭痛から、難治性の頭痛へ進展していくこととなります。この場合、難治性の頭痛とされる片頭痛への移行は、生まれつきミトコンドリアの機能が低下という遺伝素因があるかどうかだけの差異でしかありません。

このようにして、ミトコンドリアの活性低下という遺伝素因を基盤として、日常的に感じる極く軽度の頭痛から、難治性の頭痛へ進展していくこととなります。

しかし、専門家は、このような日常的に感じる極く軽度の頭痛や緊張型頭痛はまったく無視され、問題にされないために、私達は市販の鎮痛薬に安易に服用せざるを得ないことになってしまいます。

このようにすることによって、日常的に感じる極く軽度の頭痛や緊張型頭痛から片頭痛へと進展させ、あたかも片頭痛を醸成・熟成させることとなります。

このようにすることによって、製薬メーカーが潤うこととなります。このことはトリプタン製薬メーカーはいうまでもありませんが・・・。

市販の鎮痛薬の市場は、トリプタン製薬メーカーとは比べものにならない程のシェアがあり、まさに限らない市場になることとなります。まさに共存共栄となります。

このようにきちんと私達は認識した上で、自分たちの身は自分で守らなくて

はならないということです。

これまで、専門家は片頭痛をどのようにして予防していくのかについては、発作の誘因・引き金になるものを見つけ出し、これを避けること・取り除くことといった極めて姑息的なことしか私達に勧めることはなく、根本的に何をどうすればよいのかという指導はされることはありません。

そうなれば、専門家とは一体何なのでしょう？？？

詳しくは、以下をご覧ください。

片頭痛治療のてびき 前編

<http://taku1902.jp/sub510.pdf>

慢性頭痛 治療の考え方・進め方 後編

<http://taku1902.jp/sub511.pdf>