

専門家とド素人の私の見解の相違はどこにあるのでしょうか

これまで、述べて来ましたように、専門家とド素人の片頭痛に対する見解には相違があることが理解されたと思います。ここで、その論点の相違を整理しておくことにします。

(1) 遺伝の問題

頭痛の専門家の見解は・・・

片頭痛を生じる単一遺伝子性疾患としては、家族性片麻痺性片頭痛 1 型、家族性片麻痺性片頭痛 2 型、CADASIL、MELAS、Osler-Rendu-Weber 症候群がこれまで確認されております。しかし、専門家はこのように、片頭痛が、単一遺伝子から生じるものがあることから、”すべての”片頭痛が、あたかも、単一遺伝子による”遺伝的疾患”であるかのごとく考えており、こうした関連遺伝子の探索に日夜、腐心される現状が存在しています。

ここで、3人の専門家の見解を代表例として挙げておきます。

まず、一人目の専門家の見解では・・・以下のように述べておられます。

ある程度は遺伝します。頭痛に限らず家族内で同じ病気にかかることがあります。一部は遺伝で、一部は同じような生活環境や食習慣によると考えられています。

オランダでの調査ですが、前兆を伴わない片頭痛患者の第一度近親者（両親、兄弟・姉妹、子）が前兆を伴わない片頭痛になる危険性は無縁の人と比較して 1.9 倍になります。また、配偶者（妻、夫）が前兆を伴わない片頭痛になる危険性は約 1.5 倍です。第一度近親者は遺伝と環境の両方が共通しており、配偶者は遺伝的には他人で、食事を含め生活環境が共通しているということより、

前兆を伴わない片頭痛では遺伝と環境の両方が関与していると考えられています。一方前兆を伴う片頭痛では、配偶者の危険度は0.8倍（約1倍で全くの他人と同じ）、第一度近親者はなんと3.8倍になることが報告されています。前兆を伴う片頭痛では遺伝の関与がかなり強いと理解されています。

しかし、現実の患者さんでは、前兆を伴う片頭痛の患者さんが、頭痛発作時に毎回、前兆を伴うとは限らず、時に、前兆を伴うことなく頭痛だけのこともあります。

それではどのような体質の場合に片頭痛になりやすいかということですが、まだ確実な証拠は少ないのが現状です。ドパミン受容体遺伝子、MTHFR遺伝子、ACE遺伝子などのあるタイプ（血液型や背が高い低いといった個人差としての違いと同様に個性の一部と考えてください）が片頭痛になりやすいのではないかということが少しづつわかってきたところです。この遺伝子を持っていると100%片頭痛になるというわけではありません。また、持っていなければ絶対に片頭痛にならないというわけでもありませんので、現状ではあまり気にされないほうがよいでしょう。将来的には、遺伝子のタイプによって、片頭痛にかかりやすいかどうかや片頭痛になった場合にどのような治療法が合っているかというようなことがわかるようになるかもしれません。こういうことを目指して頭痛の”遺伝子研究”が進められています。

さらに、別の専門家は以下のように述べています。

片頭痛は、遺伝子が原因の病気です。片頭痛がある人は、ご両親のどちらか、または両方に片頭痛があります。男親から遺伝することもあります。女親からの遺伝の方がずっと多く、また片頭痛の患者さんも女性の方が圧倒的に多数です。

同じようにお酒を飲んでも同じように生理がきても、片頭痛が起きる人と起きない人がいますが、これは片頭痛が遺伝的な病気だからで、いわゆる「遺伝子」による振り分けです。

片頭痛の遺伝子を持っている人は赤ワインを飲んで、あるいは生理の2、3日前には頭が痛くなるけれども、持っていない人は痛くならない。すべては遺伝子のなせるワザです。現在、片頭痛の遺伝子DNAを特定する研究が進んでいます。今の治療は痛みという症状を取るだけの対症療法ですが、そのうち遺伝子的な治療で片頭痛を根治させることができるかもしれません。

頭痛の患者さんに、あなたのお母さんは時々頭が痛いと言って家事を休んで寝ていませんか？ と尋ねると、かなりの割合で「時々、休んでいます」という答えが返ってきます。これもまた片頭痛診断の助けになります。

この場合、あなたのご両親に片頭痛はありませんか？ という尋ねかたをすると、なかなか「あります」という答えは返ってきません。

昔から頭痛持ちは大勢いますが、それを片頭痛だとは思っていないし、また頭痛が病気であるとは考えていないため、患者としては表には出ないことが多いのです。頭痛くらいで医者に行っても仕方がない、鎮痛剤を飲んで静かにしているしかない、と考え、母親がそうしていたから娘も、またその子供も、と延々続いているような気がします。

これからはこういう患者さんたちも我慢をせず、どんどん医師を訪ね、痛みを取ってほしいと思います。

クリニックの患者さんたちの中には、自分の頭痛が良くなったあと、友達や母親、親戚の人だちなどを次々と連れてくる方が大勢います。一人の患者さんからそのご両親、叔父さん叔母さん、姉妹兄弟など、片頭痛のファミリーツリーがどんどん広がっていきます。

日々、このような状態を見ていると、日本における片頭痛の患者数は、とても840万人では収まらないのではないかという気がしてきます。

さらに別の専門家は、以下のように述べておられます。

片頭痛は、遺伝的な病気であるといわれています。遺伝といわずに遺伝的と言われるのは、確実な遺伝様式がわかっていないからです。

一般的には、私が調べた国内での統計結果では、母親に片頭痛があると、子どもの40～50パーセントは片頭痛をもらいます。一方、父親に片頭痛がある場合には、子どもの10～20パーセントが片頭痛を受け継ぎます。

ところが、一卵性双生児のケースでは、2人のうち1人にはあきらかに片頭痛があるのに、もう1人にはまったく片頭痛がない、ということがよくあります。一卵性双生児は同じ遺伝子をもつクローンのはずですから、片頭痛の発症を左右するのが遺伝だけであるなら、2人ともに片頭痛があらわれてもよいはずですが。このようなケースが、遺伝ではなく遺伝的といわざるを得ない理由の一つです。

また、祖母にはあきらかに片頭痛があるのに、親にはなくて、孫にはあるというケースもよく経験します。このようなケースを隔世遺伝といいます。

このように、片頭痛の発症には遺伝的な要因がかなり強く認められるのですが、それだけで説明することができない場合があるために、発症にはなんらかの後天的要因も関係しているのではないかといわれています。しかし、この『なんらかの』というのはまったく不明であるといわざるを得ません。

以上のように専門家の共通した見解は、片頭痛が”遺伝的な疾患”とされていることです。それでは、この片頭痛の遺伝子とは一体、どのように考えるべきでしょうか。

これまでも、述べてきましたように、慢性頭痛のなかの片頭痛はミトコンドリアの機能が低下することによって起きてくる頭痛です。そう考えれば、片頭痛の遺伝子DNAとはどのように考えるべきでしょうか。それは、ミトコンドリアDNAと考えれば、臨床的な事実とすべて符号することになります。

ミトコンドリアDNAとは

ミトコンドリアは細胞核にあるDNAとは違う、独自のDNAを持っています。

す。ミトコンドリアがDNAを持っていることは、1963年スウェーデンのストックホルム大学の生物学者、マーギット・ナス氏が発見しました。ミトコンドリアのDNAは本来のDNAと混乱しないよう、「ミトコンドリアDNA」（「mtDNA」と書きます）といいます。ミトコンドリアには核のようなものはなく、数千ものミトコンドリアDNAがミトコンドリア内に存在することが分かっています。

ミトコンドリアDNAは母親のものだけが子供に伝わることが分かっています。父親のmtDNAは卵と精子が受精した後、排除されることが確認されます。みなさんの体の中のmtDNAはすべてお母さんと同じmtDNAなのです。なぜお父さんのmtDNAが伝わらないのかは、色々と説がありますが、いまだによく理解されていません。

ところで、この特性は生物の進化を調べるのにある利点があります。それは、ある特定の祖先にたどり着くと言うことです。例えば、みなさんのDNAはどの祖先のDNAですか？と聞かれた場合、まずお父さんとお母さんがいて、またそれぞれにお父さんとお母さんがいます。そして、それぞれにまたお父さんとお母さんがいて・・・と途中であまりにも多い人が出てきてわけが分からなくなってしまうのです。ところが、mtDNAの場合は母親のみをたどればいいのですから、最終的には一人の女性にたどり着く事となります。この特徴は、種がどのように進化してきたかを調べるのに非常にわかりやすく助かります。

このように言いますと、すべてが母親から遺伝素因を受け継ぐように思われますが、しかし、臨床的には、父親からの遺伝素因を受け継ぐ場合も当然あります。

この理由は、ミトコンドリアの機能に関する遺伝子はミトコンドリアのDNAに乗っているものと核内の染色体に乗っているものがあります。核内にあればメンデルの遺伝法則に従って、父親から遺伝し、ミトコンドリア内であれば母親から遺伝します。

母と娘の間で片頭痛が遺伝しやすいのは、ミトコンドリアに関係があります。

ヒトの精子には 16 個程度のミトコンドリアが存在します。一方の卵子は 10 万個といわれています。そして、精子に含まれるミトコンドリアは受精後にすべて死滅してしまいます。父性よりも母性のほうが強いということです。

ということは、ミトコンドリアのDNAに関していえば、卵子に含まれるものだけが子供へと受け継がれます。つまり 100 %の母性遺伝です。もし母親のミトコンドリアの代謝活性（元気さ）が低ければその影響を当然受けやすくなります。さらに、男性に比べて女性のほうが脳内セロトニンの合成量がもともと少ないわけですから、片頭痛の症状が発生しやすいのです。母から娘へと片頭痛が遺伝してしまうのには、こういう理由があったのです。

ミトコンドリアDNAは傷つきやすい

細胞は増える時に、自らの遺伝子をコピーします。このコピーですが、時々間違っ てコピーされることがあります。この間違いを塩基置換といいます。また、コピー時だけでなく、何らかの刺激などで、DNAの配列が変わってしまう塩基置換もあります。塩基置換は致命的なときもありますが、なにも影響がなかったり、少し影響したりする場合があります。塩基置換は生物が環境に適応するのに、とても大切なことです。もし遺伝子が完璧にコピーばかりされていたら、環境が変化した時、その生物はそれに適応できずに絶滅してしまいます。

mtDNAの塩基置換は通常のDNAと比べると5～10倍早いとされています。人とチンパンジーのDNAを見てみましょう。チンパンジーは人と同じ祖先から進化したといわれています。DNAを比べてみると1%しか変わらないということが分かります。一方、ミトコンドリアDNAを比較するとその違いは9%とDNAと比べると多いことが分かります。チンパンジーも人も同じ祖先から進化したことを考えると（決して、チンパンジーが人間に進化したので

はないのですよ)、m t DNAの方が同じ期間に塩基置換がより多く行われていることがわかります。つまり、最近Aという種がBとCという種に分かれた場合、DNAをみてもあまり違いがないのに対し、m t DNAはDNAの5～10倍違いがあるため、比較しやすいということになります。

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。

ミトコンドリアは正常な状態でも活性酸素は産生されていますが、電子伝達系や呼吸酵素の活性が低下しますと、電子伝達系から電子が漏れて活性酸素が生じやすくなります。

ミトコンドリアは活性酸素を多く産生するため、ミトコンドリアDNAに突然変異が起こりやすい環境を作り出しています。しかも、ミトコンドリアDNAは核DNAと比べて修復能力が低いため、ミトコンドリアDNAで突然変異が起こる割合は核DNAの約10倍と考えられています。

このように「ミトコンドリアDNA」は、「生活習慣の要因」と「外部の生活環境の要因」によって時々刻々変化していくものです。

先程の専門家の申されるように、遺伝といわずに遺伝的と言われるのは、確実な遺伝様式がわかっていないとされますが、現代の遺伝学では”多因子遺伝”という遺伝様式をとっているものと考えべきです。

このような”多因子遺伝”という遺伝様式をとる代表的な疾患は生活習慣病の糖尿病があります。

詳細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>

片頭痛と遺伝

<http://taku1902.jp/sub459.pdf>

以上のように、専門家は頭痛領域からの科学的根拠に基づいてしか考えることはありません。そうではなく、他の医学領域からの知見を取り入れなければ、何も進展することはないということです。

専門家とド素人の見解の相違 その2

(2)「体の歪み（ストレートネック）」の問題

頭痛専門医の見解では・・・

現在、全世界の頭痛研究者は、この「体の歪み（ストレートネック）と頭痛」の関係については、全くエビデンスなし、とされ、即ち「関係なし」とされており。

それを”あからさま”示すものは、日本の頭痛専門医が遵守される「慢性頭痛診療ガイドライン」です。ここでは、「体の歪み（ストレートネック）」に着目して施術を行われるカイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々の治療に対する評価が推奨ランクCとされ、まったく評価されていない現実があります。

しかし、こうした方々の施術により片頭痛の多くの方々が改善されてこられた事実があります。

現在、日本の頭痛専門医が、この「体の歪み（ストレートネック）と頭痛」をエビデンスなし、とされる根拠は、2点です。

その1点は、「体の歪み（ストレートネック）」は、現代では、”日常茶飯事にみられる所見”であり、特別取り立てて論ずることでない、とされます。

もう1点は、2004年の「国際頭痛分類 第2版」にあります。この改訂以来、

それまで頭痛と頸椎の関与を考慮されておられた、寺本純、竹島多賀夫先生以下大半の先生方は、”右へ習え”で、口を揃えてエビデンスなし、とされるようになってきました。

それを裏付けるものは、第38回の日本頭痛学会総会における、東京脳神経センターの松井孝嘉先生の御指摘を、まったく無視され現在に至っております。

このように、現在の頭痛専門医は、「体の歪み（ストレートネック）と頭痛」をエビデンスなし、とされています。

ところが、専門医が提唱される「片頭痛のセルフケア」のなかの指導項目として「姿勢を正しくしましょう」という事項が歴然としてあります。これは、「体の歪み（ストレートネック）」に関連した指導項目のほうです。こうした矛盾を矛盾として認識されません。

さらに、頸椎X線検査上みられるストレートネックの診断基準がありません。

頭痛と関連のあるストレートネックが、どのようなものかが理解されておらず、すべて”一緒くた”に、混同して考えていることに問題があります。

そして、「頭痛と関連のあるストレートネック」に対する治療手技がまったくありません。こうしたことから、慢性頭痛の方々の多くが、医療機関を敬遠され、カイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々の施術を求めて、受診される現実があります。

「体の歪み（ストレートネック）」とは・・・

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。

私たち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、生活習慣の問題により引き起こされた「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。

人間の背骨（脊柱）はS状の湾曲を呈しています。人間は直立位を保っていますから、背骨が一直線ですと、全体重が下方の背骨全体にかかることにより、すぐに下部の背骨がダメになってしまいます。こうしたことにならないように脊柱はS状の湾曲を呈しています。S状の湾曲を示すことによって体重の掛かり方を分散させています。ということは頸椎は前に湾曲を示していることとなります。ところが、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頭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。

日常的に感じる極く軽度の頭痛は、「体の歪み（ストレートネック）」が形成される以前の段階において出現してきています。

このようにして、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。

片頭痛はミトコンドリアの機能が低下するために起きる頭痛です。このため、必然的にセロトニン神経系の機能低下が引き起こされます。ここに生活習慣の問題点加わることによって脳内セロトニンが低下することによって、「体の歪み（ストレートネック）」が引き起こされてきます。

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。

このように片頭痛では緊張型頭痛以上の頻度で体の歪み（ストレートネック）が確認されることになっています。

こうしたことから、「体の歪み（ストレートネック）」をエビデンスなし、とされることによって、慢性頭痛の起点（スタート）を見失うことになり、挙げ句の果ては、「慢性頭痛すべて」が原因不明とされ、何時までも頭痛研究が進展しない理由となっています。

体の歪み（ストレートネック）の重要性

体の歪み（ストレートネック）は慢性頭痛の基本骨格ともなるものです。

そして、片頭痛に移行すれば、「脳過敏」、「慢性化」の要因になります。

冒頭でも述べましたように、殆どの場合前屈みの姿勢を強要される生活環境に起因したのですが、これが最初に「日常的に感じる極く軽度の頭痛」の原因にもなっていますが、この段階で、すでに「体の歪み（ストレートネック）」を認めることもありますが、これを意識することなく配慮されずに放置されれば、必然的に「体の歪み（ストレートネック）」が形成されてくることになります。

首にはたいへん多くの神経や血管が集中しています。首の筋肉や関節の異常などによって、これらの神経や血管が圧迫されると、自律神経の働きが乱れ、さまざまな不定愁訴が起きることが多いのです。その症状は、頭痛、吐き気、耳鳴り、めまい、イライラ、不眠など、実に様々です。ときには、こうした不調が自律神経失調症やうつ病など、こころの病気にまで発展することもあります。

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が提唱される「頸性神経筋症候群」です。

結果として、さまざまな自律神経失調症状が引き起こされ、片頭痛にストレートネックを伴う場合には、頭痛発作が「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、めまいが頭痛発作と関係なく出現したり、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。(これらは片頭痛の共存症とされています)

こういったことから、慢性頭痛がこじれた状態になったり、ムチウチの場合にも同様ですが、頭痛をはじめとする色々な訴えが出てきます。

その代表的なものは、「気象の変化、低気圧」によって頭痛が出現したり不定愁訴が増悪し、あたかも「天気予報士」のように天候を言い当てる方々もおられ、”気象病”の代表的疾患とされるほどです。

また、腰痛に悩まされたり、閃輝暗点の原因にもなってきます。

片頭痛がなかなか改善されない方々の大半は、この「体の歪み(ストレートネック)」を是正されていない場合です。これ程大切なものになっています。

「体の歪み(ストレートネック)」に関連する病態

病態1 緊張型頭痛と片頭痛は一連の頭痛である

病態2 緊張型頭痛は”頭頸部ディストニア” ???

病態3 なぜ、「正しい姿勢」が大切 ???

病態4 「歯の噛み合わせの悪さ」は、片頭痛によくない ???

病態5 ”足裏病変”はなぜ悪い ??

病態6 頭痛と腰痛は関係があるの ???

病態7 片頭痛と肩こりは関係があるの ??

病態8 ”アイスピック頭痛”って何 ???

病態9 子供と大人の片頭痛は同じなのでしょうか ???

病態10 片頭痛とめまいは関係があるの ???

病態11 片頭痛が、天気によって左右されるのはなぜ ???

病態12 閃輝暗点と体の歪み(ストレートネック)

これらの詳細は、これまでブログで再三再四述べてきたことです。
このことは、以下のファイルに一括してまとめました。

「体の歪み（ストレートネック）」

<http://taku1902.jp/sub441.pdf>

片頭痛治療のてびき 前編

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

以上のように専門家は、「体の歪み（ストレートネック）」をまったく無視されます。このことで、どれだけの慢性頭痛の患者さんを苦しめる根源ともなっていることを忘れてはなりません。とくに小児の慢性頭痛を理解するためには必須の項目であり、これを無視することによってどれだけの問題点が浮き彫りにされているのかを虚心坦懐に反省しなくてはならないはずです。

専門家とド素人の見解の相違 その3

（3）慢性頭痛とは何か？

このことは、再三繰り返して述べてきたことですが、この点は専門医とド素人との見解の相違を明確に示すことであるため、敢えて繰り返します。飽きたかもしれませんが・・・

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、トリプタン製剤によって、片頭痛が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。

西洋医学では、「健康」か「病気」かの、どちらかしかありません。

頭痛全般を「病気か健康か」に当てはめると、脳神経外科領域では、脳のなかに異常のない”一次性頭痛”は「健康」であり、脳のなかに異常のある”二次性頭痛”が「病気」であることになっていました。

脳のなかに異常のない”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、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。

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、そのほとんどは対症療法にすぎないものです。

それが、いつの間にか、「病気」とされてしまったということです。

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ったことから、片頭痛患者さんの生活の質 QOLを高めることを目的で「病気」として扱われるようになりました。しかし、痛みという症状をとっているだけの対症療法にすぎないということは忘れてはならない点です。

この理由として、片頭痛の遺伝子DNAが特定できていないため遺伝子的な治療が行い得ないためとされています。ここは前回も述べたことです。

脳のなかに異常のない一次性頭痛（慢性頭痛）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。

頭痛研究を行う場面では、このように「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、片頭痛だけは、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”総括的・総説的な（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。

先程の「国際基準」は初版以来、幾度か改訂されてきましたが、改訂の度に、頭痛そのものの”定義”が変化しています。

これまで専門家の中で議論されてきたことといえば、この改訂の都度、どのように変更になったかといった、ただ単に”定義”論争でしかありませんでした。決して、頭痛の本態解明の論議がなされることはありません。

今回の「国際頭痛分類 第3版β版」では、「三叉神経・自律神経性頭痛（ここに群発頭痛が含まれます）」が大幅に改訂されました。このため、この定義が以前のもので変化することによって、専門家はこの相違点ばかりを議論されることになっています。

群発頭痛は、一番最初の国際分類では、片頭痛に組み込まれていましたが、次の改訂では、別々に分類され、そして今回の改訂です。このように群発頭痛だけは、改訂の都度、また別の分類へ変わってきました。このように改訂の都度、改訂の目的をもとにした論議しかされてきませんでした。

さらに、片頭痛の慢性化についての議論は、これまた”定義”論争で終始され、片頭痛そのものの慢性化する根源的な理由は論じられることはありませんでした。慢性化の要因を根源的に考えさえすれば、その本態に迫ることができるはずでありながら、決してこのようには考えることはありません。

こうしたことは、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その根本原因があります。「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。

以上のように、これまで専門家は、「慢性頭痛とは一体何か」という、謂わば頭痛研究を行う際における海図・羅針盤にも等しいものを持たずに、広大な荒海を航海し、謂わば、広い海をただ彷徨っていただけのことでしかありません。

その結果、片頭痛の病態も各種のトリプタン製剤の作用機転から説明してきただけのことでしかなく、このため、諸々の問題点が浮上してきたことから、最近では、片頭痛発生器というものを脳幹付近に想定した”中枢性疾患”とまで、片頭痛の基本的な定義すら覆され、まさに支離滅裂な状況にあると言わざ

るを得ません。

慢性頭痛は”未病”

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。

先述のように、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、健康と病気の間には”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ることにあります。

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」の領域にあるとされている一次性頭痛の中には、さまざま”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、片頭痛や群発頭痛のように、日常生活に支障を来す程の激しい頭痛

があります。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、それこそ毎日毎日辛い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。脳のなかには異常はありません。

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、諸々の生活習慣の問題点から引き起こされ、これによって上記のような各種のタイプの慢性頭痛に進展していくものと考えられます。

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になります。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ります。

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。

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、”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。

このホメオスターシスの三角に”歪み”を起こしますと、頭痛を肇とする諸々の「体調不良」の症状が出現してくることになります。

前回述べたことの繰り返しですが、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、生活習慣の問題により引き起こされた「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。

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）」形成にも関与しています。

病気の 90 %は活性酸素が関与・・・後天性ミトコンドリア病

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、認知症を含めて）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。

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。

先天性のミトコンドリア病は、細胞核DNAとミトコンドリアDNAの両方に異常を来して発症してきます。

「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。

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。

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ことになります。

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。（頭痛の専門家は、このように先天性の病気” 遺伝的疾患” と片頭痛を考えているということです。）

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” があります。この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。先述のように、このような先天性ミトコンドリア病は稀な病気です。

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。この” ミトコンドリアの活性低下” はミトコンドリアDNAによって先祖代々継承され、生活環境および生活習慣により悪化してきます。

すなわち、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は低下してきます。

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」が形成されてきます。

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になります。

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。

これまで上記のように、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きました。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。

現在の学会を主導される方々は、こうした研究論文を一切無視して、現在に至っているということです。このことをどのように理解するかが最大の問題点になってきます。

このように片頭痛は慢性頭痛のなかの一つの頭痛であるということです。

専門家の申されるように、片頭痛と緊張型頭痛はまったく切り離して論ずるべきではなく、すべての慢性頭痛は”未病”という観点から捉えるべきもので、諸々の生活習慣の問題点から引き起こされ、これによって上記のような各種のタイプ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。

今後、このような観点から頭痛研究は推進していかなくてはなりません。

次回は、この続編として、片頭痛と緊張型頭痛の関係について言及します。

専門家とド素人の見解の相違 その4

(4) 緊張型頭痛と片頭痛はまったく別の頭痛？

頭痛専門医の見解では・・・

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。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「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。

以来、専門家の間では、緊張型頭痛と片頭痛は明確に区別すべきとされています。

このことは、皆さんがネットで、慢性頭痛の記載をご覧頂ければ容易に理解されるはずです。

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

緊張型頭痛

small migraine

(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、存在するという事です。

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。

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る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。

以上、まとめますと

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」を送ることができていない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となります。

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。

このため、日常的に感じる極く軽度の頭痛に対して、日常的にテレビで宣伝される通りに、市販の鎮痛薬を服用し、これまで述べてきましたような頭痛の原因を念頭におくことなく、お茶を濁しておれば、必然的に、頭痛は着実に増悪のみちすじを辿ることとなります。

ここに、ご家族に片頭痛持ちの方がいらっしゃれば、確実に片頭痛へと移行

していくことになってしまいます。

しかし、専門家は、日常的に感じる極く軽度の頭痛や緊張型頭痛を全く無視し、さらにこれまで述べてきましたような諸々の生活環境および生活習慣の問題点を念頭におくこともなく、市販の鎮痛薬を野放しにすることによって、ただひたすらに片頭痛を醸成・熟成させることになっています。これが専門家の行ってきたことです。

こうした事実は、どなたに利益をもたらすのでしょうか？

片頭痛患者さんの生活の質 QOL を高めることを目的でトリプタン製剤の服用を勧めるだけの啓蒙活動が、学会を主導される方々および患者団体が中心になってしきりに行われてきましたが、このような基本的な考え方をいつまで放棄すれば気が済むのでしょうか???

専門家とド素人の見解の相違 その5

(5) ホメオスターシスという概念

専門家には、慢性頭痛を考える際に、生体の恒常性維持機構（ホメオスターシス）という概念はありません。

その理由は、専門家は片頭痛をミトコンドリアの機能の低下によって起きる頭痛とは考えていないため、当然といえば当然のことです。

「健康的な生活を送る」ためには

「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。

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、” 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。

私達が、健康に生きるためには、私達の身体は常に、体温や血糖値などが一定範囲内にあるように調整されています。この生体恒常性のことをホメオスターシスといいます。

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。

ホメオスターシスはストレスなどに大きく影響されます。例えば自律神経を失調させるストレスは内分泌を乱し、免疫力も低下させてしまいます。

この3つのバランスが崩れてホメオスターシス機能が保てない状態になると、” 頭痛” を始めとするいろいろな” 体の不調” が現れることとなります。

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。

内分泌ホルモンに相当する「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ないと、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。

このように、「ホメオスターシス三角」を構成する「この3つ」は、生活習慣とくに食生活・ストレスによって影響を受けています。

「ホメオスターシス三角」を形成する3つのなかの「一角」に問題を生じてくれば、極く軽度の頭痛が出現してくるようになります。

そして、これに更に、新たに”別の一角”の要因が加わればさらに頭痛の程度も増強してきます。

最終的に、この”三角”とも全てに問題が起きることによって「ホメオスターシス三角」が崩壊することに至り、難治の”慢性頭痛”を発症させます。

それでは、片頭痛は、どのように考えるべきでしょうか

片頭痛は、約3割が自然に治癒し、約4割が症状は変わらず、残りの3割が慢性化して増悪してきます。

自然治癒した3割は、ホメオスターシス、すなわち”恒常性を維持するための「環境に対する適応力」により治癒したものです。

”セロトニン神経系””生理活性物質””腸内環境”の問題点が持続して存在すれば、「ホメオスターシスの三角形」の”歪み”が継続され、4割の方々が、症状が変わらない状態（発作がいつまでも繰り返される）が持続することになります。

すなわち、脳内セロトニンの低下を引き起こす生活習慣があったり、必須脂肪酸のオメガ3とオメガ6の摂取バランスの悪い食生活があったり、腸内環境を悪化させる要因が持続するような生活習慣が継続していることを意味しています。

「ホメオスターシスの三角形」を構成する要因が全て”完成”されてしまえばこの”ホメオスターシスの三角が崩壊”することになってしまいます。

この状態に、さらに「ミトコンドリアの問題」、「脳内セロトニンの低下」、さらに「体の歪み（ストレートネック）」等々の脳過敏・慢性化の要因が加わることによって、2～3割の方々が慢性化に至ってきます。

このように片頭痛は”未病”の段階にあり、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ことになりますので、常に自分の生活習慣に気を配り、何か問題があれば、その都度改善に努める必要があります。このように進行性疾患です。

片頭痛の発作の「持続時間」に関連して

片頭痛の発作の持続時間は4～72時間とされています。これは、ホメオスターシスという生体の恒常性維持機構によるもので、この発作中にホメオスターシスの維持機能が働き、これによってホメオスターシスの三角の歪みが修復されて発作が終結します。このため、”ホメオスターシスの三角の歪みの程度”によって、発作の持続時間が決定されることになります。

”セロトニン神経系””生理活性物質””腸内環境”の問題点が持続して存在すれば、「ホメオスターシスの三角形」の”歪み”が継続され、4割の方々が、症状が変わらない状態（発作がいつまでも繰り返される）が持続することになります。

すなわち、脳内セロトニンの低下を引き起こす生活習慣があったり、必須脂肪酸のオメガ3とオメガ6の摂取バランスの悪い食生活があったり、腸内環境を悪化させる要因が持続するような生活習慣が継続していることを意味しています。これらの3つの傷害の程度によって左右されることになります。

このため、片頭痛発作の持続時間によって、ホメオスターシス三角の歪みの程度が推測できることになり、生活習慣の問題点を把握するための目安となります。

参考までに・・・

ホメオスターシス

<http://taku1902.jp/sub451.pdf>

専門家とド素人の見解の相違 その6

(6) 専門家の”謎”とされること

専門家の行ってきたこと

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。

その結果、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ないとされます。

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っ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

調があったり、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。そうすると、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。

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。

こうしたことをどう説明・理解すべきでしょうか

(1) 中枢神経系でセロトニンが減少する”理由

片頭痛はミトコンドリアの機能が低下することによって起きる頭痛です。ミトコンドリアの機能が低下すれば当然のこととして、セロトニン神経系の機能は低下します。ここに以下の要因が加わることによって脳内セロトニンは低下してきます。

「脳内セロトニン」を低下させる要因

1. 「セロトニン神経系」衰えさせる生活習慣

日光を浴びることが少ない

朝は出かける直前まで寝ている

昼夜逆転生活になっている
固いものをあまり食べない
階段を使わずエレベーターやエスカレーターを使う
30分以上続けて歩くことができない
運動不足である
デスクワークが多い
朝食をとらない
ごはんやパンなどの炭水化物をあまり食べない
魚より肉をよく食べる
ダイエットのため食事制限をしている

2. 脳内セロトニンを低下させる要因

ストレスによる影響・最大の要因になっています
疲れなどで、体に乳酸が溜まったとき
基礎代謝が低く、生活のリズムが乱れ自律神経が乱れること
生理周期との関連
食事はバランスが大事で、偏食が原因になります
運動不足

(2) 「脳過敏」を起こす原因

”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

以上のような要因があります。

(3) 前兆・・・「大脳皮質拡張性抑制」の原因

マグネシウム欠乏の観点から

マグネシウム欠乏は、『皮質拡張性抑制』を発生させ、三叉神経刺激へと繋がり、片頭痛を発生させるといわれています。

米国の研究では、400mg のマグネシウムを毎日補充すれば 3 ～ 4 週間後に片頭痛の頻度が減るという報告もあります。

マグネシウム欠乏は、細胞の興奮性を増します。その結果、神経の過興奮不安定が生じ、拡張性抑制を発生させます。片頭痛トリガーが発動します。

現在、この『皮質拡張性抑制』を抑える治療薬は開発されていませんが、片頭痛患者に非常に効果があり、皮質拡張性抑制を抑制する物質として期待されているのが『マグネシウム』です。

体の歪み（ストレートネック）の観点から

小橋 雄太さんはブログ「イミグラン錠副作用なしで片頭痛を治しちゃえ」で自らの体験を述べておられ、10 年以上、閃輝暗点を伴う片頭痛に悩まされ、「体の歪み」に片頭痛発作の引き金があることに気付いて、当初は整体師さんの指導を受け、この指導を毎日忠実に守り・実行することによって片頭痛・閃輝暗点を改善されました。

このようにカイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々は「体の歪み（ストレートネック）」に対して施術され、閃輝暗点を改善されておられます。

こうしたことから、カイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々からは、トリプタン製剤やミグシス・テラナスなどの薬物では治るはずはないと唾棄される現実があるようです。

私は「閃輝暗点」を伴う方々で、頸椎X線検査でストレートネックを呈する方々に対して、ストレートネックを改善させることによって、閃輝暗点がどのようなようになるのかを検討してきました。

60歳以上の方で、若い頃、片頭痛の既往のない方で「閃輝暗点」を訴えて来院された方々を15例経験していますが、これらの方々全例にストレートネックを認め、同様に「ストレートネックの改善」のみで、「閃輝暗点」は消失しています。

これとは別に、若い世代の「閃輝暗点」を伴う片頭痛の場合も、当然「ストレートネック」を伴っておられる方々に「ストレートネックの改善」を行わせますと、前兆である「閃輝暗点」がまず消失してから片頭痛が改善されていくという経過をとっています。

このような成績をみますと、頭痛専門医は、閃輝暗点出現時の血流低下の状態をSPECTもしくはMRIで確認されますが、これは”閃輝暗点出現時の”結末”を観察しているに過ぎないと考えるべきもので、あくまでもその引き金となるものは、頸部の異常な筋緊張”体の歪み（ストレートネック）」にあるものとするのが妥当のようです。

しかし、専門家は、このような「体の歪み（ストレートネック）」の存在意義そのものを否定されるため、このような考え方に至ることはありません。

（4）予兆と呼ばれる症状

予兆と脳内セロトニンの低下

片頭痛の患者さんでは、ミトコンドリアの機能が低下していますので、同時にセロトニン神経系の働きが悪くなっています。ここに先述のような生活習慣の問題から「脳内セロトニン」が低下した状態が潜在的にあります。片頭痛発作

時には、とくに脳内セロトニンが低下し、これが片頭痛の発作に繋がってきます。

脳内セロトニンは、脳内の様々な神経伝達物質に作用して「精神を安定させる」役割を持っており、さらに「満腹感」を感じさせ、食欲を抑制する作用も持っています。このため、強いストレスを感じたりイライラする時に甘いものや肉類などを食べたくなります。これは脳内セロトニンが低下したためです。

脳内セロトニンは、精神安定作用と食欲コントロール作用を合わせ持っていますので、片頭痛発作前および発作中は脳内セロトニンが不足しており「精神的不安定」と「食べたい！」という欲求がよく連動して現れます。特に甘いものや肉類を食べると一時的にセロトニン分泌が増え、一時的でも気持ちが落ち着くのでこうしたものへの欲求が強くなると言われています。

女性は男性に比べて元々セロトニンの脳内合成が少ないので、ストレスを感じるような状況におかれると、脳内セロトニンが枯渇状態になって、情緒不安定になったり甘いものを中心とした過食へと走る行動が男性よりも強く出る傾向があります。

これとは別の症状として、片頭痛が起きる前兆として、1週間前や数時間前に、“生あくび”が続けて出ることがあります。

セロトニンを分泌する縫線核は、呼吸中枢にセロトニンを送って呼吸量を調整しています。縫線核は毛細血管中にセンサーを持っていて、血液中の酸素量などをチェックしているのです。体内の酸素量が不足したときにはセロトニンの分泌量を増やし、呼吸中枢を刺激します。

したがって、セロトニンが不足すると中枢神経を十分に刺激できなくなります。そうすると酸素不足のままか、より不足した状態におかれることになりまので、それならば酸素をたくさん入れなければと、反応して生あくびが出ると考えられています。

(5) 発作後の”後症状”として”尿量が増加”

マグネシウムイオンは細胞内小器官（ミトコンドリア）の膜構造ならびに細胞膜構造において膜の安定性を保つ役割をしています。

マグネシウムイオンが不足すると細胞内小器官（ミトコンドリア）の”膜構造ならびに細胞膜構造”のイオンポンプの力が弱くなり、細胞内小器官であるミトコンドリア膜の透過性も亢進し、ミトコンドリア内に入り込んだカルシウムイオンは、ミトコンドリア外へ出ていきません。カルシウムはミトコンドリア内に少しずつ蓄積してきます。ミトコンドリア内カルシウムイオンの増加が起こります。それを薄めるために細胞浮腫、つまり水ぶとりの状態になります。

このようになった細胞に、適量のマグネシウムが供給されると、溜まっていたカルシウムイオンなどが排出され、それにつづき、水分も排出されます。

このように、発作中にマグネシウムがホメオスターシスという生体の恒常性維持機能によってマグネシウムが補充され、発作が治まる段階で、マグネシウムが補填されることによって、細胞浮腫、つまり水ぶとりの状態が改善されることに伴って尿量が増加することになります。

なお、片頭痛発作後の気分の変調は、脳内セロトニンの低下が十分に補填・回復されていないための症状と考えるべきです。

（6）慢性化する理由

前回は述べましたように「ホメオスターシスの三角形」を構成する要因が全て”完成”されてしまえばこの”ホメオスターシスの三角が崩壊”することになってしまいます。

この状態に、さらに「ミトコンドリアの問題」、「脳内セロトニンの低下」、さらに「体の歪み（ストレートネック）」等々の脳過敏・慢性化の要因が加わることによって、2～3割の方々が慢性化に至ってきます。

(7) 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。

このことは、冒頭でも述べましたように、片頭痛はミトコンドリアの機能が低下することによって起きる頭痛です。まさしく、専門家の申されるように全身的なものであり、脳の血管、あるいは脳だけの局所的な疾患ではありません。

さらに付け加えるならば、専門家は、”片頭痛発生器” というものを脳幹部付近に想定していますが、これは、セロトニン神経系の神経核の存在する脳幹部の縫線核と考えれば、すべて符号することになります。

以上、片頭痛はミトコンドリアの機能が低下することによって起きる頭痛であると考えさえすれば、専門家が”謎” とされる点はすべて氷塊することになります。

専門家とド素人の見解の相違 その7

(7) それぞれの拠り所

専門家の拠り所とするもの

現在の学会を主導される方々は、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。

この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、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、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、いずれも”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。これは一昨年 7 月 26 日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。本年度は盛岡と大阪で 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。

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、片頭痛研究はトリプタン製剤の作用機序の観点から進められ、片頭痛の病態・発生機序（おこり方）はすべて、トリプタン製剤の効き方から説明されてきました。

世界的に権威あるとされる「国際頭痛分類第3版 β版」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、片頭痛はすべてトリプタン製剤との関連からしか考えることはありません。

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。

以上のように、専門家は、「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、この基準に従わない考え方は論外とされます。

ド素人の拠り所は・・・

これまで、専門家とド素人の見解の相違 その3 でも述べました。

<http://ameblo.jp/yoyamono/entry-12223938217.html>

その要点は、東洋医学的見地から、片頭痛を含めて慢性頭痛すべてを”未病”と考えています。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。

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。

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（ホメオスタシス）を制御し、「体の歪み（ストレートネック）」形成にも関与しています。

病気の 90 %は活性酸素が関与・・後天性ミトコンドリア病

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、認知症を含めて）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。

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。この”ミトコンドリアの活性低下”はミトコンドリアDNAによって先祖代々継承され、生活環境および生活習慣により悪化してきます。

すなわち、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は低下してきます。

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」が形成されてきます。

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。

こうした考え方では、「国際頭痛分類 第3版β版」をまったく度外視した考え方ということになります。

専門家は、西洋医学の立場から考えることから、病気か健康かの二者択一しかありません。

トリプタン製剤の服用によって、片頭痛患者さんの生活の質 QOLを高めることを目的として、病気として扱われることになっただけのことであり、行っていることはあくまでも対症療法にすぎないもので、片頭痛そのものを根治させるものではありません。このことが最も大切なことです。

片頭痛を”未病”と捉え、生活習慣の問題点から引き起こされた頭痛であるということを念頭において根治させるべく、生活習慣の問題点を改善・是正さ

せることが重要になってきます。

専門家とド素人の見解の相違 最終章 まとめ

慢性頭痛（一次性頭痛）は”未病”

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。

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）」形成にも関与しています。

病気の90%は活性酸素が関与・・・後天性ミトコンドリア病

活性酸素は、今から50年以上前に米国の生化学者フリードビッチ博士によって解明され、その後世界各国で研究が行われてきました。その結果、人が罹るあらゆる病気の90%は活性酸素が関与していることが明白になりました。

活性酸素は、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ものです。

ミトコンドリアの一部が先天的に異常をきたし、機能低下する事で起こる”ミトコンドリア病”があります。この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。

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、先程述べたもので、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。

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。

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。

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。

(ところが、専門家は、後述のように、片頭痛は依然として先天性の病気、遺伝的疾患とされたままになっています。)

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。

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。この”ミトコンドリアの活性低下”はミトコンドリアDNAによって先祖代々継承され、生活環境および生活習慣により悪化してきます。

すなわち、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は低下してきます。

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」が形成されてきます。

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。本シリーズの最初に述べましたように、慢性頭痛のなかのひとつの片頭痛は、「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いうことが理解されたはずですが、理解できていなければ、「片頭痛治療のてびき」をご覧ください。

ということは、片頭痛は予防することがすべてです。このことは、以前の記事で、述べたことです。<http://ameblo.jp/yoyamono/entry-12220850046.html>

ところが専門家は・・・

しかし、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” 遺伝的疾患 ” 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。

このように双方の見解には歴然とした差異があることを認識しておく必要があります。

なぜ、先程述べた「人が罹るあらゆる病気の 90 %は活性酸素が関与している」ということが” 医学界では常識 ” とされながら、これらを見做して、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？

前回述べましたように、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ました。

学会を主導される方々と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、製薬会社や医者を守るためには、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な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、慢性頭痛からまったく切り離して独立させて、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。

先程も述べましたような、慢性頭痛を”未病”の段階にあるという考え方は存在せず、さらに日常的に感じる極く軽度の頭痛や緊張型頭痛をまったく無視されます。このため慢性頭痛発症の起点が見失うことになり、このような日常生活に支障を来さない頭痛に対して市販の鎮痛薬の服用を野放しにされてきました。その結果、片頭痛の遺伝素因のある方々を片頭痛へと移行させてきました。このようにして、片頭痛を醸成・熟成させてきました。

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、お互いの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、以下のような論説を忘れてはなりません。このことは再三再四述べてきたことですが、重要なことです。

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

<http://www4.dr-rath-foundation.org/japan/chemnitzprogramme/chemnitz08.html>

”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。”・・・以下省略します。

全文をご覧になれるには、タイトルの下のアドレスから閲覧して下さい。

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お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、ランチオンセミナー、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”が未だに絶えることはありません。

このシリーズを連載中に、sinkoumamさんから以下のようなコメントを頂きました。

家族にも話せず一人で日々頭痛と闘う毎日に、自分の命を否定したくなることもあります。

多い時は40錠のトリプタン製剤を何ヵ月も服用し、薬物乱用性頭痛と診断され、今度は予防薬を服用しながら、しかし発作がおきればやはりトリプタン薬に頼るしかなく、対処療法であることに疑問を持ちながら、一生この生活を

していくことに本当に疲れ果てておりました。

頭痛は他人からその様子を見てみると、機嫌が悪いとか怠けているように思われてしまうことが多いことを知り、頭痛そのもの、そして薬を服用すること、病院に行くことすら罪悪感に苛まれておりました。

ましてや、毎月の医療費や、薬代、サプリ等どれだけ負担になっているのかと思うと、家族にうしろめたい気持ちになり、自分が共に生活する事に自信を失ってしまいます。

医者薬が多い事の不安を伝えても、痛くなったら飲むしかない、我慢しないほうがいい、と言われ苦しい思いをしてきました。

未病という観点から、今まで試したことのない方法で、片頭痛を克服できるのかもしれないと、希望を持ちたいと思っています。

このような患者さんは、私の診療する紀南地区には日常茶飯事に遭遇します。

これは、学会が作成される「慢性頭痛診療のガイドライン」に原因があります。ここでは、片頭痛にはトリプタン製剤が第一選択薬とされていることから、一般開業医が安易に処方されます。処方するにあたって、薬剤乱用頭痛の可能性が高いこと、そして服用中は必ず生活習慣の問題点を改善させながら服用するように指導しなくてはなりません。

このような指導も行うことなく 40 歳過ぎの片頭痛患者さんにトリプタン製剤を処方すれば、あっという間に「薬剤乱用頭痛」を作ってしまいます。トリプタン製剤の恐ろしさをガイドラインに明記し、さらに生活習慣の問題点の改善策を明記しなくてはなりません。

「トリプタン製剤による薬剤乱用頭痛」

苦しい頭痛という痛みだけをトリプタン製剤で取り除いても、ミトコンドリアの働きの悪さは厳然として存在しており、その根底にある病態（酸化ストレス・炎症体質）は次第に増悪してくることになります。

このことはこれまで述べたことです。このため、自然と服用回数が増えてくることは避けることができません。このため、必然的に服用回数が増加して最終的には「トリプタン製剤による”薬剤乱用頭痛”」に至ります。このように片頭痛は悪化してきます。

現在のトリプタン製剤ですが、片頭痛の場合、効くひとには麻薬なみの絶大な効果を発揮するため、つい飲み過ぎにつながってきます。

トリプタン製剤は、大半は有効時間が短いため、片頭痛発作の持続時間が長いと、1回の服用で頭痛を抑制できずに、服用回数が増えざるを得ないという宿命にある薬剤で、市販の鎮痛薬、非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)、エルゴタミン製剤より以上に”薬剤乱用頭痛を引き起こしやすい薬剤”とされていますので注意が必要です。

このため、片頭痛診療の重鎮とされる名古屋の寺本純先生は、このような薬剤乱用頭痛の治療の難しさをこれまで訴えてこられ、特に”トリプタン製剤による薬剤乱用頭痛”を改善させる難しさを強調され、”従来の予防薬”では全く効かないとされ、最近ではボトックス治療による方法を提唱されます。

そして、先生は、トリプタン製剤による薬剤乱用頭痛からの脱却にはボトックス療法しか現状ではないとされます。そして、その有効率は、1年以内で80%であり、残りの20%は脱却できないとされています。このように、一旦、トリプタン製剤による薬剤乱用頭痛に陥れば、運が悪ければ、一生、頭痛で苦しむことを余儀なくされてしまうことを意味します。まさに、頭痛地獄の絵図そのものということです。

参考までに、寺本先生の提唱される「ボトックス治療」は現在、保険適応はなく、トリプタン製剤による薬剤乱用頭痛から脱却する唯一の方法でありながら、簡単に・身近な医療機関では受けることは出来ないのが現在の日本の状況です。

ですから、一旦、トリプタンによる薬剤乱用頭痛に至れば、治すことは至難の業です。

専門家は、トリプタン製剤が販売されて以降、一貫して、トリプタン製剤の服用によって、片頭痛患者さんの生活の質 QOL を高めることをばかりを強調してきました。

そして、患者さんの利益を守るべき「患者団体」は、トリプタン製薬メーカーの広告塔となって、「トリプタン製剤の恩恵に浴していない方々が未だに存在する」と啓蒙活動を行ってきました。

しかし、現実には、トリプタン製剤導入後 16 年間が経過し、上記のような患者さんが多発してきていることを直視しなくてはなりません。

専門家はなぜだか、このような事実を決して直視することはありません。専門家であれば、率先して、このような患者さんがどうして生み出されて来るのかを明らかにしなくてはならないはずですが、にも関わらず、本腰を入れて究明されようとはされません。

相変わらず、トリプタン製薬メーカーおよびトリプタン御用学者の作成される「国際頭痛分類 第3版β版」を絶対視し、トリプタン御用学者の考え方を鵜呑みにするだけのことです。こういったことから、今後も、これまでと何ら変わりなく進歩はないものと思われまます。私達は、こういったことをきちんと認識しておく必要があります。

専門家は、決して、私達の味方ではないようです。

こういったことから、私は学会が作成される「慢性頭痛診療のガイドライン」に相対峙して、以下のものを作成して提示してきました。

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>

これまで、脳のなかに異常ないとされている慢性頭痛（一次性頭痛）をあたかも脳の中に異常があるかのごとく、脳の専門家とされる脳神経外科医が、二次性頭痛の観点から当たり前のように、論じられてきたことが問題にされなくてはなりません。こうしたお門違いの脳神経外科医が中心となって、その病態を論じられることから、益々、混迷を深めてきました。

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、”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、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。

私の作成した慢性頭痛治療指針の前編・後編の2つをご覧頂ければ、これまでのお門違いの脳神経外科医の論説との相違が理解されるはずです。

慢性頭痛は脳のなかに異常のない頭痛です。ですから、いくら二次性頭痛の観点から考察されようとも結論に至るはずはありません。

専門家は、「国際頭痛分類 第3版β版」に準拠して作成した治療指針でないため、科学的根拠（エビデンス）に欠けると排除されることは目に見えています。

このような頭痛領域の科学的根拠（エビデンス）だけを根拠にするのではなく、医学の他の領域の科学的根拠に基づいて考えなくてはなりません。

これまで頭痛研究者は自分の頭で考えることもなく、欧米のトリプタン御用学者の考え方を検証もすることなく鵜呑みにしてきました。

これを如実に示すものは、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「Headache Master School Japan (HMSJ)」です。

結局、科学的根拠（エビデンス）を云々する以前の問題として、自分の頭で

よく考え、これまでの先達の研究業績を再構築するだけのことです。

日本の頭痛研究者の最大の欠点は「自分の頭で考えない」ことです。

これまでも再三にわたって述べてきましたように、トリプタン製薬メーカーおよびトリプタン御用学者の作成される「国際頭痛分類 第3版β版」に従って作成すれば、その内容には限界があり、到底このようなものは作成することはできません。

例えば、「体の歪み（ストレートネック）」の存在そのものを「国際頭痛分類 第3版β版」では認めないことから明らかです。

私達は、国際頭痛学会が作成した「国際頭痛分類 第3版β版」という世界で最も権威ある基準であるといった”幻想”から脱却しなくてはなりません。

このような”呪縛”から解き放たれて初めて、慢性頭痛なかでも片頭痛の本態解明に到達できるからです。

これが、本シリーズの結論です。

緊張型頭痛とは・・・専門医の啓蒙書から

平成 28 年には、頭痛専門医の先生方によって、以下のような頭痛の一般の啓蒙書が出版されました。

頭痛は消える 200万人の痛みを消した専門医が教える58の習慣
頭痛女子バイブル 痛くなるワケから治し方までまるごと頭痛のこと
頭痛をスッキリ治す本 いちばん多い頭痛＝緊張型頭痛のすべて

このなかの最後の「いちばん多い頭痛＝緊張型頭痛のすべて・・頭痛をスッキリ治す本」は、頭痛診療とくに片頭痛診療における重鎮とされる寺本純先生が書かれたものです。

私は、これまで寺本先生の学会報告はもとより、一般啓蒙書はことごとく購入し、すべて拝読させて戴いております。ということで、久々の出版でもあり、これまでの考え方に変化がみられるのかどうかを楽しみに、今回も拝読させて戴きました。

これらの3冊で共通して言えることは、前回でも述べましたように専門家は、国際頭痛分類第3版を頭痛診療および頭痛研究の教義・教典として臨床頭痛学を論じていることです。今回取り上げる「いちばん多い頭痛＝緊張型頭痛のすべて・・頭痛をスッキリ治す本」のなかでのテーマである「緊張型頭痛」でも然りでした。

寺本先生は、これまで一般的な啓蒙書として、片頭痛・群発頭痛について出版され、今回が緊張型頭痛でした。このような脳の中に異常のない慢性頭痛のなかで、緊張型頭痛がどのような位置にあるのかという「総論」がないことです。

ただ、単に国際頭痛分類第3版で、緊張型頭痛がどのように定義されているのかという観点から述べられているに過ぎませんでした。

そして、緊張型頭痛には3つのタイプがあるとされます。それは、肩こりタイプとストレスタイプと片頭痛タイプとされ、このタイプに見合った薬剤を服用すべきとされます。

このように、これまで問題としてきましたように「薬物療法」がすべてです。

例えば、片頭痛タイプでは、片頭痛の治療と緊張型頭痛の治療の両方を行う必要があります、基本的には両方の治療を同時に進める訳にいかないことから、片頭痛と緊張型頭痛のどちらにまずアプローチすべきかを考えないといけないとされます。

片頭痛から先に治療を進めるなら、まず片頭痛予防薬の投与を開始します。

しかし、このように予防薬を投与しても、すぐには効くことはないはずです。さらに、ある予防薬が効かなければ、また別の予防薬を試すことになります。このようなことを確かめるだけでも少なくとも2, 3カ月はかかることになります。

また、緊張型頭痛から始める場合には、各種の鎮痛薬、抗うつ薬、抗不安薬、筋弛緩薬を使うことになるとされます。

しかし、このような片頭痛タイプは、もともと片頭痛があったところに、加齢や薬剤の影響によって病像が変わってきて片頭痛に特徴的な症状がはっきりしなくなり、頭痛が毎日続くようになった状態です。このような状態になったところに、仮に片頭痛の治療や緊張型頭痛の治療を別々に行ったからといって、簡単に改善できるものなのでしょうか？

私には、甚だ疑問に思えることです。このように単純に改善できるのであれば、どなたもボトックス治療などの高額な治療法を希望される方々はいらっしやらないはずです。

専門家は、片頭痛であればトリプタン製剤と予防薬を併用すれば、いとも簡単に片頭痛が改善できるとされますが、このような片頭痛タイプとなった緊張型頭痛が改善できるのであれば、頭痛の専門家などは、必要とはされないはずです。にも関わらず、片頭痛と緊張型頭痛の両方を治療することによって改善できるとされます。それも、薬物療法だけで改善可能なように記載されます。果たして、そうなのでしょうか？

私は専門医ではありませんが、永年頭痛医療に携わっていたズブの素人からみても、本当なのだろうかと疑問を持たざるを得ません。さらに、私にはまだまだ修練が必要のようです。

次に、肩こりタイプの緊張型頭痛については、肩こりの正体は「頭頸部ジストニア」であるとされます。その理由として、以下のように述べています。

肩こりの場合には「筋肉の収縮がずっと続いている」からだと考えられ、「筋肉の収縮がずっと続いている」ということは、筋肉に対して絶えず「収縮せよ」という命令が出されている、と解釈すべきとされます。スポーツや重労働といった肉体ストレスを受けると、脳の辺縁系という場所が、大脳基底核を通して常に筋肉を収縮させる命令を出すことになり、それが神経を通過して筋肉に伝わっていることなのです。

自分の意志とは別に、脳からの命令によって勝手に筋肉が収縮することを「不随意運動」といい、そのひとつがジストニアです。

こういったことから、肩こりは、「頭頸部ジストニア」であると言われます。

「姿勢の異常・首が曲がっていること」は緊張型頭痛の原因ではなく、結果とされます。

それは、筋肉の緊張度に左右差があるために、結果的に「首が曲がっている」のであるとされます。

要するところ、「体の歪み（ストレートネック）」は、筋肉の緊張度に左右差があるために、結果的に首が曲がっているためとされます。

こうしたことから、「体の歪み（ストレートネック）」は緊張型頭痛の原因とはならず、結果であるとされます。

果たして、このような解釈でよいのでしょうか？

北見公一先生は慢性片頭痛の患者さんに、傍脊柱筋（脊柱起立筋、姿勢筋）の筋筋膜痛症候群が多く合併することを見出しました。また片頭痛に限らず、頭痛が慢性化する場合に中枢性痛覚過敏（central sensitization）という現象が関係していることが知られています。これは末梢からの痛み情報が時間的・空間的に多く中枢に伝わると、次第に痛みの閾値が低下し、わずかな痛覚情報にも反応する過敏さが出現することを言います。中枢性痛覚過敏になるとわずかな圧迫や熱・冷感を痛みとして感じるようになるとされます。

人間の背骨（脊柱）はS状の湾曲を呈しています。人間は直立位を保っていますから、背骨が一直線ですと、全体重が下方の背骨全体にかかることにより、すぐに下部の背骨がダメになってしまいます。こうしたことにならないように脊柱はS状の湾曲を呈しています。S状の湾曲を示すことによって体重の掛かり方を分散させています。ということは頸椎は前に湾曲を示していることになります。ところが、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。

この「左右いずれかに傾いて（捻れて）」いることによって、筋肉の緊張度に左右差がある、ことになってきます。

日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛は、「体の歪み（ストレートネック）」が形成される以前の段階において出現してきています。

「体の歪み（ストレートネック）」が形成されることになれば、絶えず、頸椎を始めとして脊柱を取り巻く筋肉群・傍脊柱筋（脊柱起立筋、姿勢筋）が常に刺激されることによって、頭痛を引き起こしてくることになります。

これが、日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛です。

このように、国際頭痛分類第3版でいう稀発反復性緊張型頭痛→頻発反復性緊張型頭痛→慢性緊張型頭痛へと移行していくと考えられます。

このように、寺本先生は以前は直頸椎と頭痛の関与を示唆されておられましたが、現在では「頭頸部ジストニア」によるものとされ、「体の歪み（ストレートネック）」は原因ではなく、結果だとされ、他の専門家と同様、まったく否定されます。

このことに関しては、以前にも記事に致しました。

頸部ジストニアと体の歪み（ストレートネック）をどのように考えるべき

か

<http://ameblo.jp/yoyamono/entry-11944921314.html>

ストレスタイプの緊張型頭痛に関しては、以下のように考えるべきです。

Lipton RB、Spierings ELHによれば、片頭痛の”緊張型頭痛”は small migraine とされ

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。

この片頭痛の遺伝素因とはミトコンドリアの活性低下を指しています。

このように、緊張型頭痛には2つのタイプのものがあるということです。

さらに、このような日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛を起こす原因は、2つあります。

(1) 「ホメオスターシスの乱れ」が原因になります

経験的に、ストレスは慢性頭痛を増悪させる原因と知られています。

そして、このストレスが、「ホメオスターシス」を乱す根源になります。

さらに、ストレスは、マグネシウムの不足をもたらし、活性酸素を増加させ、ミトコンドリアの機能を悪くさせ、セロトニン神経系の機能を低下させ、「健康的な生活」を送るための根源に問題を引き起こすことになります。

「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。

このために、頭痛を肇として、さまざまな体調不良の訴えが出現してきます。

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。

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になります。

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

実は、便秘が頭痛の原因となることがあるのを知っていますか。

便秘が慢性化すると、それが原因で頭痛が起こる場合があります。

便秘が続くと、お腹が苦しくなったり痛くなったりするだけではなく、肌荒れでニキビや吹出物、口臭がくさいなど、いろいろな体の不調が起こってきます。

それは、便が腸内に留まることで腐敗し、有毒なガスを出すことによるものです。

便秘している腸内からは、インドール、スカトール、アンモニア、アミンなどといった猛毒物質が発生しており、これらが腸から吸収され血液と一緒にあなたの身体中を巡ります。有毒なガスや腐敗した便は適度な時間に排出されないと、再吸収とって、有毒なガスや毒素が腸の壁から血液中に取り込まれ、毒素が体にまわってしまうことで、さまざまな不調が起きると考えられています。

その症状のひとつに頭痛も挙げられ、便秘が解消すると頭痛が治る人は便秘が原因だったということになります。

便秘が続くと、体がだるくなるという人も多いのではないのでしょうか。

血液に有毒な物質が混ざって全身を巡ることで、筋肉にも毒素や疲労物質が溜まりやすくなり、体のだるい感じや肩こり、腰痛などを起こすのです。

この筋肉の緊張によって緊張性頭痛を起こすと考えられます。

このような3つの要因の1つでも問題があれば、日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛を引き起こしてくることになります。

(2) 前屈みの姿勢を強制される生活環境

さらに、現代社会は、”活性酸素”に満ちあふれた生活環境にあります。

これらがすべてミトコンドリアの働きを悪くさせてきます。このような外部の生活環境の要因があります。これらが「酸化ストレス・炎症体質（片頭痛体質）」を形成してくることに繋がってきます。

こうした背景をもとにミトコンドリアの働きが悪くなると同時にセロトニン

神経系の機能が低下しているところに”生活習慣の問題”が加わって「脳内セロトニンの低下」が引き起こされ、この両者によって「体の歪み（ストレートネック）」が引き起こされやすい状況を作ってくることになります。

これが、慢性頭痛発症の起点（スタート）となる”日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛”を発症させる原因にもなってきます。

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になります。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になります。

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。

このようにして、体の歪み（ストレートネック）が形成されてきます。ここで注意すべきことは、脊柱自体が捻れていることで、このために、左右のアン

バランスが引き起こされているということです。このことによって、脊柱を取り巻く筋肉群・傍脊柱筋（脊柱起立筋，姿勢筋）が絶えず刺激され、持続的に収縮していることです。これを増悪させるのは、立位そのものであり、特に前屈みの姿勢が関係することになります。

このように、慢性頭痛を引き起こす原因として、以下の3つがあります。

- 1. 「ホメオスターシスの乱れ」**
- 2. 「体の歪み（ストレートネック）」**
- 3. ミトコンドリア、セロトニン神経系**

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）」形成にも関与しています。

以上のように慢性頭痛の原因とされる3つの要因はすべて、ミトコンドリアと関与しています。

こういったことから、生命の根源ともなるべき役割を果たす”ミトコンドリア”が重要な”鍵”となっていることから、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”に根本的な原因があると考えられる所以（理由）があります。

こういったことから、慢性頭痛のなかの緊張型頭痛と片頭痛は別々に論ずるべきではなく、一連の連続したものと捉えるべきであり、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、存在するという事です。

このように、緊張型頭痛は”ミトコンドリアの活性低下”という「遺伝素因」の有無によって、2種類の緊張型頭痛が存在するという事です。

このため、ご家族に遺伝素因というか、”頭痛持ち”の有無によって、発症当初からの対処方法が全く異なっているという事です。

ということは、ご家族に頭痛持ちがいらっしゃれば、片頭痛として発症当初から対処すべきであり、片頭痛タイプの緊張型頭痛まで移行させてはならないという事です。

これが最も重要なことです。

詳細は、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>

このうち前編の第5章以降をご覧ください。

このように、ストレスタイプの緊張型頭痛は、抗うつ薬を単純に服用するだけでは、一時的な効果しか得られず、根本的に改善させるためには「脳内セロトニン」を如何にして増やすかの工夫をしなければなりません。

肩こりタイプの緊張型頭痛に対しては、すでに東京脳神経センターの松井孝嘉先生が「頸性神経筋症候群」の観点から首疲労を改善させることによって、完治することが証明されています。単純に、薬物療法では完治することはありません。

そして、片頭痛タイプの緊張型頭痛に至れば、如何なる薬物療法を行おうとも、経験的に改善は不可能と考えるべきであり、このようなタイプの緊張型頭

痛までに移行させないことが医師としての努めであるはずで

これまで、専門家にはこのような観点で対処することなく、トリプタン製薬メーカーおよびトリプタン御用学者の作成した国際頭痛分類第3版を頭痛診療および頭痛研究の教義・教典として臨床頭痛学・とくに片頭痛を論じてきたことによって、ただひたすらに片頭痛を醸成・熟成させてきたということです。

このことを私達は肝に銘じておくことが重要になってきます。

こうしたことから、日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛に対して、安易に市販の鎮痛薬を服用して、これが効くからといって安閑としていてはならないということです。

ご家族のなかに”隠れ片頭痛持ち”の方が、おられないとも限らないからです。

以上、緊張型頭痛だけに関しても、専門家とズブの素人では、見解の相違が存在することが理解されたと思っております。

このように、緊張型頭痛は慢性頭痛のなかでも最も重要なものであり、これに対する対処如何によって、頭痛を慢性化させ、片頭痛の遺伝素因があれば、片頭痛に移行させることになります。このため、安易に市販の鎮痛薬でお茶を濁すことなく、先述のような緊張型頭痛を引き起こしてくる要因は、日常生活のなかに存在しないかどうかを、頭痛が起きるたびに点検・確認することによって、これを改善・是正することが大切です。

市販の鎮痛薬が効いたからといって、決して安閑としてはならないということです。

そうされませんと、いずれツケが回ってきて、後悔することになります。

専門家は、なぜだかこのようなことを私達には忠告されることはないようです。

そうならば、専門家の役割とは、一体、何なのでしょう？

「頭痛持ちの頭痛」 とは

「頭痛」は症状で、多くの病気により頭痛が起こります。くも膜下出血、髄膜炎、脳腫瘍などの脳の病気が頭痛を起こすことは良く知られています。しかし、慢性頭痛である「頭痛持ちの頭痛」は、たかが頭痛として軽く扱われてきました。

最近、頭痛持ちの頭痛といわれるもののなかに「頭痛そのものが脳の病気」であることがわかってきました。片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛です。それらの原因のメカニズムが脳の科学の進歩により解明され、有効な治療薬が開発されました。頭痛に長年つらい思いをしてきた人に福音となり、「たかが頭痛」が「されど頭痛」と考えられるようになってきたわけです。

まず、片頭痛についての医学が進歩しました。

片頭痛などで頭痛の辛さに悩んでいる人が病院を受診しても、脳のMRIやCT検査で異常が見られないと「原因不明」あるいは「心配のない頭痛」として片付けられてしまうことが未だにあります。脳の検査で異常がないと、脳に異常がないとされるだけでなく、精神的なものと考えられやすく、実際に精神科や心療内科を受診して、パニック障害、うつ病、適応障害などの診断を受け、その治療を受けることもあります。片頭痛の診断と治療にたどり着くのに遠回りする人が少なくないのが現状です

片頭痛を起こす脳のメカニズムが明らかになったのは最近です。からだの痛みをコントロールしているセロトニン、サブスタンスPなどの脳内物質に異常が起こっていることもわかってきました。片頭痛が脳の様々な変化で起こることがわかった結果、片頭痛のメカニズムに有効な治療薬も開発され、片頭痛人

生が変わった人も増えています。

片頭痛は脳の一部で細胞の活動が高まり、頭痛発作の震源地となります。そのからの脳の興奮が周囲に拡がり、脳の機能に様々な影響を及ぼし、脳の血管が拡張して激しい痛みを生じたり、吐き気とともに光・音過敏状態にもなります。

片頭痛のときに起こる脳の変化は、PET、MRI(BOLD 法)といった脳の新しい方法で、脳の病気が画像として確認されました。片頭痛発作中にはかなり激しい脳の変化がおこりますが、発作が治まると脳も完全に正常な状態に戻ることもわかりました。すなわち、片頭痛は発作性に頭痛が起こるたびに脳に病気が起こる。ただ、頭痛のないときには脳は全く正常で、本人もケロッとしているというわけです。

片頭痛の治療は、発作のメカニズムを治療することが可能になりました。セロトニンのレセプターを活性化するトリプタン系の薬剤が使われます。病気としての片頭痛のメカニズムが徐々に解明され、また病気の火元を治療することが可能となってきたのです。

緊張型頭痛とは・・・

毎日のように頭痛がしたり、持続性の頭痛あるいは頭重感の続くのが緊張型頭痛です。 ストレス頭痛、緊張性頭痛、心因性頭痛、肩こり頭痛などとも呼ばれ、からだや心にかかるストレスが原因になると考えられています。たとえば、不自然な姿勢がストレスとなり首の後ろ筋肉が固く懲り、血流が障害されます。その結果、乳酸などの疲労物質が蓄積し、プロスタグランジンなどの痛み物資も産生され、首の後ろから後頭部にかけての痛みが生じます。ただ、筋肉へのストレスのみが緊張型頭痛の原因でもなさそうです。心因性ストレス

頭痛でも同じような症状が起きるからです。

国際頭痛学会の分類では、持続性で頭を締め付けられるような頭痛や頭重感に共通のメカニズムが存在すると考え、まとめて緊張型頭痛と呼ぶことにしました。原因としては様々なストレスが関与していると考えられます。診断基準としては、①持続性の頭痛（持続の期間により細分類されている）、②痛み方は両側性、圧迫感または締め付け感（非搏動性）、強さは軽度～中等度で日常的な動作により増悪しない、の4項目の特徴の少なくとも2項目を満たす、③吐き気やおう吐はなく、光・音への過敏はあってもどちらか一方のみとなっています。もちろん、脳やその他の病気による頭痛でないことを調べる必要があります。

脳には周囲の環境や体内の変化に対応して、体を一定のコンディションに保つ機能があります。筋肉の緊張が続くと疲労物質や痛み物質の信号が脳に送られます。脳では筋肉の痛みとして凝った痛み、張った痛み、つった痛みなどと色々に感じます。筋肉からの情報は神経を介して脳に伝えられますが、神経の通る経路には中継点がいくつかあります。痛み信号が中継される場合、中継がスムーズに行われるよう、脳の痛み中枢から痛み調節物質が送られます。セロトニン、エンケファリンなどが痛みの中継を調整します。痛み調節がうまくいかないと、環境の変化からくるストレス刺激がづらい痛みを感じられたり、痛みが持続したりします。

頭痛の原因となるストレス刺激を減らすことが重要で、うつむき姿勢の長時間作業を避けること、精神的ストレスを避ける工夫などが大切です。根本的な治療は、脳の痛み調節機能の障害を改善することです。治療には鎮痛薬、抗不安薬、抗うつ薬、筋弛緩薬などが使用されますが、出来ればバイオフィードバック、頭痛体操などで心や体を調整し、前向きに頭痛に対処することが脳の痛み調節系に最も良い影響を与えていると考えられています。

群発頭痛とは・・・

群発頭痛は若い男性に多く、耐え難いほどのつらい頭痛です。明け方に頭痛で目をさまされ、痛みがあまりにも強いため屋外に出て電柱に頭をぶつけながら痛みをこらえている、といった経験をした人も少なくありません。群発頭痛は突発する目の奥の激しい頭痛。1回の発作は1～3時間と短いですが、発作は2～6週間にわたり群発します（連日のように同様の発作が同じ時間帯に起こることが多い）。

群発頭痛は目覚まし時計のように決まった時間に起こりやすく、また群発頭痛発作には日内リズムに関係するメラトニンという脳内物質が変化することがわかっています。生体の日内変動をコントロールしているのは脳にある視床下部です。その視床下部が群発頭痛の発作時に異常に活性化する事がPET、MRIなどの新しい測定法で発見されました。視床下部は三叉神経や自律神経を支配しているため、三叉神経により内頸動脈が拡張と炎症を起こして激しい痛みを生じたり、さらに、この血管を取り巻いている自律神経が刺激され、頭痛と同側に流涙、結膜充血、鼻閉、鼻汁、ひたいの発汗、まぶたの下垂などの自律神経症状が起こります。最近では、群発頭痛の病名として「三叉神経・自律神経性頭痛」とも呼ばれるようになりました。

トリプタン系薬剤、とくにスマトリプタン（イミグラン）の皮下注射は激しい頭痛にとっても効果的です。注射して30分以内に、頭痛発作の77%が完全に解消したと報告されています。「自殺頭痛」とまで呼ばれていた頭痛の治療に、画期的な新薬とされています。日本でも2008年4月よりスマトリプタンを病院以外の場所で自己注射する事が保険で認められるようになりました。注射を打ってもらうために救急車を呼ぶほどだった人には、大きな進歩です。ただ、自己注射を適切で安全に行うためには、医師や看護師の指導が必要です。尚、

片頭痛の重症型にも在宅自己注射が保険で認められています。

このように、頭痛持ちの頭痛は専門家によって説明されてきました。

「頭痛そのものが脳の病気」 ???

先述のように、片頭痛の場合は、発作時に起こる脳の変化が、PET、MRI (BOLD法) といった脳の新しい方法で、脳の病気が画像として確認されたこと。

緊張型頭痛の場合は、脳には周囲の環境や体内の変化に対応して、体を一定のコンディションに保つ機能があり、筋肉の緊張が続くと疲労物質や痛み物質の信号が脳に送られ、脳では筋肉の痛みとして凝った痛み、張った痛み、つった痛みなどと色々に感じ、筋肉からの情報は神経を介して脳に伝えられ、神経の通る経路には中継点がいくつかあり、痛み信号が中継される場合、中継がスムーズに行われるよう、脳の痛み中枢から痛み調節物質が送られ、セロトニン、エンケファリンなどが痛みの中継を調整し、痛み調節がうまくいかないと、環境の変化からくるストレス刺激が辛い痛みを感じられたり、痛みが持続したりすること。

群発頭痛の発作時には、その視床下部が異常に活性化する事がPET、MRIなどの新しい測定法で発見されたこと。

このような、枝葉末節な所見に基づいて、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛は、「頭痛そのものが脳の病気」とされています。

すなわち、脳の中に異常のない慢性頭痛は「頭痛持ちの頭痛」とされ、病気としての片頭痛のメカニズムが徐々に解明され、また病気の火元を治療することが可能となってきた、セロトニンのレセプターを活性化するトリプタン系の薬剤が使われるようになったと、専門家は申されます。

これまで、このような「片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、その他の一次性頭痛」を慢性頭痛として一括して考えべきであると提言し、果たして「頭痛そのものが脳の病気」なのかどうか甚だ疑問である、としてこのブログで、その見解の相違点について述べてきました。

これまで、私のブログは「多因子遺伝」とか「ミトコンドリア」とか「セロトニン神経系」といった専門用語を使って説明してきたことから、難解で理解しがたいと響きを買ってきたことから、同じ内容のことを、角度を変えて多面的に、クドクドと説明申し上げて参りました。

結論として、片頭痛の場合、トリプタン製剤の服用といった対症療法で、片頭痛患者さんの生活の質QOLを向上させるだけが、片頭痛の”適切な治療”ではなく、日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛の段階から適切に対処することによって、片頭痛へと移行させることなく、片頭痛そのものを予防することが、重要であると述べて参りました。

本年度最後のシリーズの「こうして医者嘘をつく」で、多少は理解して戴けたのではないかと考えております。