

基礎講座 19. 「国際頭痛分類 第3版β版」

「国際頭痛分類」とは

寺本純先生は、その著書「こうして治す片頭痛 薬物乱用頭痛といわれたら」(講談社)のなかで、以下のように詳細述べておられます。

頭痛に関する医学分類は1962年にはじめて行われました。

この分類は、「アドホック委員会による分類」としてよく知られており、いくつかの病名だけが羅列されただけのものですが、はじめて世界的に頭痛を医学分類したことで画期的なものでした。

これに続いて、1987年に提唱された「国際頭痛学会による診断基準を伴う分類」は、単なる病名の羅列ではなく、診断基準をも示して一気に頭痛の診断技術の向上をはかろうとしたものでした。便宜上、この分類を”旧分類”と呼ぶことにします。

ところが、この旧分類は、診断技術の向上を図るばかりでなく、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。

この旧分類では、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。

しかも、この旧分類のなかには、薬剤誘発性頭痛という独立した項目が設け

られています。そして、鎮痛消炎薬とエルゴタミンが薬物乱用頭痛を起こす薬剤として示され、鎮痛消炎薬なら1カ月あたりアスピリン換算で50グラム、エルゴタミンなら毎日2ミリグラム以上が、薬物乱用頭痛を招く基準量として規定されました。

ところでこの診断基準の目的は、薬物乱用頭痛を防止するためというよりも、鎮痛消炎薬とエルゴタミンを多め使っていると危険だと、暗に示唆することにあります。このような基準をみれば、普通の医師なら、それなら問題のなさそうなトリプタンを処方しよう、という気になるに違いないと見越してのことが理由のように思われます。

この当時からエルゴタミンの短所とトリプタンの長所を比較した報告が多くされてきました。このような比較をすれば、トリプタンは優れている、という結果になるのは目に見えていました。こうして、トリプタンの開発国のイギリス、さらに欧州、アメリカではトリプタンが爆発的に売れました。ビートルズ旋風も去り、ロールスロイスのジェットエンジンもアメリカGE社に押されがちとなり、北海油田も限界がみえてきたイギリスにとっては、トリプタンは世界をリードする格好の商品でした。開発した製薬会社がエリザベス女王から表彰されるほど、トリプタンは国家的な製品だったのです。

1999年のバルセロナの国際頭痛学会で、初めて「トリプタン誘発性頭痛」が報告されました。トリプタンを多用しすぎるといくら飲んでもトリプタンが効かなくなる、こうした現象はイタリアで多発していました。このように、当初からトリプタンが多用される布石はありました。

それは、エルゴタミンとの比較試験を行った結果、エルゴタミンよりトリプタンのほうが有効時間が短いことが分かっており、トリプタンが体内から排出されたときには、再発性（反跳性）頭痛がおこりやすいことが、すでに知られており、再発性の頭痛が起これば起こるほど、それを抑えるためにトリプタンが使われるわけです。

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ました。

これを、便宜上”新分類”とします。これが昨年改訂された以前のもので「国際頭痛分類 第2版」の基となるものです。この新分類では、薬物乱用頭痛の基準が変わりました。

鎮痛薬については月に15日以上、エルゴタミンについては月に10日以上となり、はじめてトリプタン乱用頭痛が設けられ、月に10日以上と規定されました。名称も、誘発頭痛から多用頭痛（日本語訳では「乱用頭痛」）に改められました。

1987年の旧分類は、トリプタンを評価するために作成されたものです。

はじめからトリプタンを評価しやすい診断基準をつくり、それを用いて頭痛抑制薬を評価するわけですから、トリプタンが最も優れているというエビデンスが得られるのは当たり前です。

トリプタンの使用を月10回云々と入れざるを得なかったのは、製薬会社にとっては心外でしょうが、これはトリプタンの商品価値を下げないための苦肉の策とされています。

といいますのは、トリプタンの使用を月に10回とした根拠は明確にされていません。

聞くところによれば、イタリアではトリプタンが効かなくなってしまった患者例を集計すると、月に10回以上、しかも半年～1年間服用しつづけた患者のなかにトリプタンが効かなくなった人が多かったという結果を根拠にしているように言われています。

このように頭痛専門医が金科玉条のものとされる「国際頭痛分類 第2版」の診断基準そのものは、トリプタン製剤の適応を決めるためのものとされる理由がここにあります。

結局、寺本純先生は「国際頭痛分類 第2版」とは、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あると極論されます。

このような製薬メーカーが作成した診断基準で、片頭痛を診断した上で、“治験”を行ったわけですので有効率が高かったことは当然のことです。

日本でも、この「国際頭痛分類 第2版」に従って、治験が行われ、2000年に認可されました。

そして、「国際頭痛分類 第2版」は、現在「国際頭痛分類 第3版 β版」として継承されています。

日本の専門家は、この「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（教義・教典）とされています。

結局、寺本純先生は「国際頭痛分類 第2版」とは、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あると極論されます。

ところが、ほとんどの頭痛専門医は以下のように、「国際頭痛分類 第2版」を絶賛されます。まさに心酔しきっていることが伺われます。ある専門家は・以下のように、その著書で述べておられます。

私が診断の指針にしているのは2004年に発行された『国際頭痛分類第2版』です。

これに基づいて診療を行なうと世界中どんな医者が診察しても、同一の診断になるようになっております。

これにより頭痛の正確な診断と的確な治療が可能となるわけです。頭痛診療必須のバイブルともいえるものです。

ここで『国際頭痛分類第2版』とはどのようなものなのか、それに先立つ初版の発行からご紹介しておきましょう。世界初の頭痛分類であり診断基準であ

る『国際頭痛分類初版』が国際痛学会から発刊されたのは 1988 年のことでした。

『国際頭痛分類初版』が画期的な存在として注目を浴びたのは、各頭痛のタイプごとに詳細な診断基準を提示したことでした。初版はその後 15 年間にわたって頭痛に関する疫学的研究や臨床研究に広く利用され、1980 年代に開発された片頭痛治療薬トリプタン系製剤の開発に極めて大きな貢献を果たしました。

研究者にとっては薬物臨床試験だけでなく、生化学的研究、生理学的研究に『国際頭痛分類初版』は的確な道標を示し、頭痛診療に極めて先駆的な取り組みをされていた日本頭痛学会の先生たちに明確な指針をもたらしました。さらにトリプタン系製剤の開発に刺激されて頭痛診療は飛躍的に発展していきました。しかしどちらかというと初版は研究者が積極的に受入れ、臨床現場への浸透はそれほど著しいものではなかったと思われます。

私にしても初版が発刊された当時は〇〇〇〇大学（現・〇〇大学医学部）の脳神経外科医局長でしたが、医局全体をみても初版の存在はほとんど知られておらず、臨床で使うこともありませんでした。

やはり『国際頭痛分類』の転機となったのは 2004 年 6 月、初版を継承し、新たなエビデンス（その治療法が選択されることの科学的根拠や臨床的な裏付け）や知見、意見、批判も踏まえ第二版が改訂版として発行された時点だと思われます。

初版よりももっと臨床に即したものとなり、私自身にとっても「これをきちんと勉強すれば頭痛診療で困ることは絶対はない」とゆるぎない確信を持つことができましたし、全国の臨床現場で診察に当たられる医師たちにも第 2 版はインパクトをもって受け入れられました。

要するに、それまで頭痛診断は医師個人に任されていたものが世界統一規格になり、正確な診断と治療が可能になったのです。私はいつも『国際頭痛分類第 2 版』を机の上に置いて、繰り返し繰り返し眼を通し、患者さんを診察するたびに 268 ある頭痛の一体どの頭痛を患ってられるのか、問診しながら診断を考えています。『国際頭痛分類第 2 版』は頭痛専門医だけでなく、内科も産婦人科

も小児科も脳神経外科も精神科も頭痛に関係するすべての医師が学んでほしいと願っています。

このように、頭痛専門医によって、「国際頭痛分類 第3版β版」の評価が異なっていることに注目しなくてはなりません。

寺本先生は、批判的な点が注目されます。

それでは、専門家が、教義・教典とされる「国際頭痛分類第3版」はどのようにして作成されてきたものでしょうか。

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。

先述のように、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作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日間の寝込む程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。

「国際頭痛分類 第3版β版」は、「諸悪の根源」???

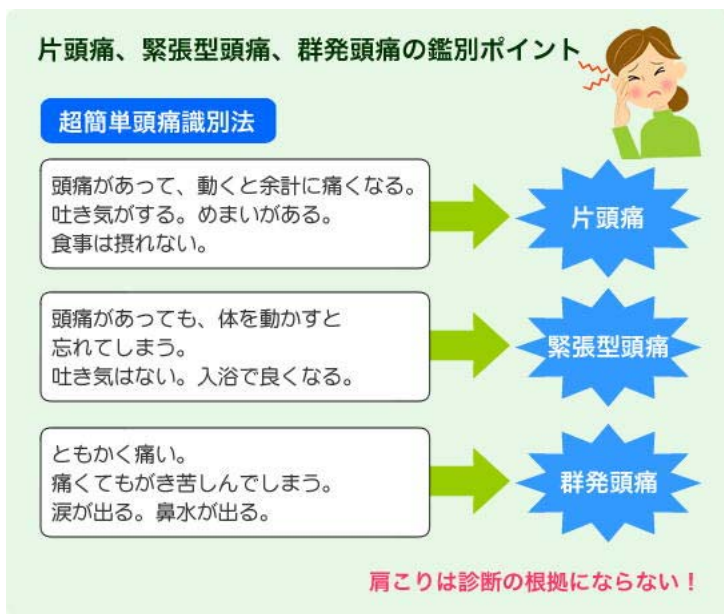
このように、本来の「国際頭痛分類 第3版β版」の目的とするところは、片頭痛を明確に定義することによって、間違いなく、片頭痛に対してトリプタン製剤を処方させるためのものです。

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。

このように、**片頭痛と緊張型頭痛はまったく別の範疇の頭痛であるといった「教義」が専門家の間で作られることになり**、専門家は、片頭痛と緊張型頭痛それぞれの特徴的な症状を対比して挙げ、製薬メーカーはこれを基にしてパンフレットを作成し、広く一般の方々および医師に配布され、啓蒙されてきました。

現在でも、このような考え方は、ネット上に当然のように広く流布しています。

このようにして「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。

このため、専門家の間ですら、片頭痛と緊張型頭痛はまったく別の頭痛と思いが込んでおられる方が多数見受けられます。

そして、専門家による一般向けの片頭痛の啓蒙書では、「国際頭痛分類 第3版β版」に基づいて、片頭痛と緊張型頭痛はまったく別の範疇の頭痛として記載されています。

本来は、片頭痛も緊張型頭痛も一連のもののはずです。

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「国際頭痛分類第3版」を巧妙に組み込んだ「問診方法」を叩き込まれ、「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」・緊張型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・診療）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。このように徹底して指導されてきました。

そして、頭痛研究の場面でも、「国際頭痛分類 第3版β版」が「絶対的な基準」とされています。頭痛研究も片頭痛が中心となり、それも各種のトリプタン製剤の作用機序の面から行われることになっています。

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、片頭痛だけは特別扱い（神格化）され、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。

ところが、このような脳のなかに異常のない慢性頭痛の4つのものは、本来、一連のものであり、生活習慣の問題点から、それぞれの4つへ進展していくものです。このことは、これまで述べてきたことで明らかなことです。

本来、片頭痛は、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・緊張型頭痛から、これに諸々の生活習慣の問題点が加わって、片頭痛へと進展していくものです。

このため発症の起点となる日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛を無視することによって、ただひたすらに、片頭痛を醸成・熟成させることになり、トリプタン製薬メーカーにとっては、これ以上に、申し分のないことにはなりません。

ということは、日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛の段階で適切に対処すれば、片頭痛まで移行させることなく改善できるはずのものを、むざむざ放置することによって、片頭痛を生み出し、醸成・熟成させることとなります。

以上のように、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”絶対的な基準」とされます。

このように、頭痛診療および頭痛研究に至るまで、徹底的に「国際頭痛分類第3版β版」は浸透しつくされており、これに反する考え方をすれば村八分にあうことになっています。

少なくとも、自然科学を扱う学問の世界に、「絶対的な基準」が設けられること自体、不条理そのものであることは誰でも理解されることです。

ということは、「臨床頭痛学」の領域では、「国際頭痛分類第3版」は、謂わばカルト宗教の”教義・教典”としての役割を果たすことになっています。

このため、「国際頭痛分類第3版」に反するものはことごとく排除されることになっています。これまで幾多の業績が排除されてきたというのでしょうか。

例えば、「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謂われ、片頭痛がミトコンドリアの機能低下による頭痛（後天性ミトコンドリア病）である」とか、“「体の歪み（ストレートネック）」は頭痛と因果関係がある”、といったようなことです。これ以外にも枚挙の暇もない程です。

こうしたことを一切、検証されることもなしに否定されることとなります。

そして、頭痛患者さんを診療される診察医、および頭痛患者さんのための治療指針として「慢性頭痛診療のガイドライン」がありますが、このガイドラインは、「国際頭痛分類第3版」に基づいて作成されています。

このため、片頭痛の第一選択薬としてトリプタン製剤が据えられています。

これは、「国際頭痛分類第3版」が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あることから、当然の成り行き・結果です。

このため、**トリプタン製剤を服用することが片頭痛の”適切な”治療**とされています。

このように、現代の「臨床頭痛学」とは、「国際頭痛分類第3版」を教義・教典とする謂わば”カルト宗教”そのものを彷彿とさせます。

専門家は、国際頭痛分類第3版は”世界で最も権威ある”国際頭痛学会が作成されたと言って、これまで無知の私達を信じ込ませて参りました。

しかし、国際頭痛分類第3版は、元を正せば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ある、ということは忘れてはなりません。

頭痛と「体の歪み（ストレートネック）」はエビデンスなし

「国際頭痛分類 第2版」での改訂以来、頭痛と頸椎病変の定義が極めて曖昧になったことから、頭痛と「体の歪み（ストレートネック）」はエビデンスなしとされ、カイロプラクター・整体師・鍼灸師による施術をエビデンスなし、とされ全く評価されることはありません。これはガイドラインでもはっきり明記されています。

このように、専門家は「国際頭痛分類 第3版β版」を”絶対的基準”とすることから、緊張型頭痛と片頭痛は全く別の範疇の頭痛であり、緊張型頭痛と片頭痛が連続したものであるとの機能性頭痛一元論を否定され、「体の歪み（ストレートネック）」を否定することにより、慢性頭痛とくに片頭痛の骨組み・屋台骨を取り去り、おまけに「片頭痛がミトコンドリアの機能障害による頭痛である」との基本まで否定することになりました。

このようにして、片頭痛そのものは屋台骨を抜かれたことで骨抜きにされ、宙ぶらりんの亡骸だけの”理解不能な頭痛”になってしまいました。まさに、不思議で・神秘的な頭痛にされてしまい、まさしく俗人がタッチすべきではない頭痛とさえなってしまう、どなたも病態解明といった大それた考えに挑む方は輩出されることはありませんでした。

学会を主導される方々は、片頭痛治療の世界にトリプタン製剤を導入したことによって、「片頭痛の治療体系は確立された」と自画自賛されます。

このため、「慢性頭痛診療ガイドライン」ではトリプタン製剤が片頭痛治療の”第一選択薬”として地位を確立し、これに付随した予防薬を中心とした「薬物療法」が全てとなりました。

診療面では、頭痛診療を担当する医師に対して、「国際頭痛分類第3版 β版」で症状の上から、片頭痛を明確に定義することによって”片頭痛と間違いなく診断”して、この片頭痛に対して”トリプタン製剤を確実に処方”させるというように、「国際頭痛分類 第3版β版」をまさに頭痛診療の”絶対的基準”としました。専門家は、こうした「国際頭痛分類 第3版β版」を巧妙に組み込んだ形の問診方法を叩き込まれ、独特な診察スタイルを構築されます。このため、その根底に何が存在しようとも一切、我関せずです。

頭痛研究の面では、片頭痛の病態をトリプタン製剤の作用機序からしか説明されないことから、「脳過敏の原因が何か」さらに「片頭痛の慢性化がどこからくるのか」が説明できなくなったことから、片頭痛はもともと「脳のなかに異常のない頭痛」（一次性頭痛・機能性頭痛）とされて来たにも関わらず、これが最近では「中枢神経疾患」であると考えられるようになり、こうしたことから、中枢神経性の要素を考慮することがすでに近年の研究の主流になってきました。片頭痛の予防の考え方も中枢神経の興奮性（脳過敏）の抑制に変化しつつあり、片頭痛の予防薬の開発目標は、皮質拡延性抑制をいかに抑える薬を見つけるかが鍵になっています。そして、今後の新薬の開発に躍起になっている現状が存在します。

しかし、前回は詳細に確認致しましたが、「脳過敏」の原因は以下にあります。

”脳過敏・慢性化”を引き起こす要因

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

本来、「脳過敏」の要因は上記3つにあり、これらは全て「片頭痛の慢性化」の要因になっています。このように考えるべきものを決してこのようには考えません。

すなわち、「片頭痛はミトコンドリアの機能障害による頭痛であり、このために引き起こされたセロトニン神経系の機能低下です。そして、この両者によって引き起こされるのが「体の歪み（ストレートネック）」です。これらは、専門家が「国際頭痛分類 第3版β版」を頭痛研究の”絶対的な基準”とした結果、全てを否定された訳です。まさに自分で自分の首をしめたようなもので、自業自得としか言えないはずです。

このように「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”とされることから、片頭痛診療は専ら「国際頭痛分類第3版β版」の診断基準に従って、ただ症候論から（症状だけから）診断され、その根底に何があろうとも、片頭痛の病態をトリプタン製剤の作用機序の面からしか説明されなくなり、その結果として「脳過敏」「片頭痛の慢性化」が説明出来なくなったことから、片頭痛が「中枢神経疾患」とまでされるに至っております。

さらに片頭痛は”進行性疾患”とまで”おまけ”まで付けられている始末です。この”進行性疾患”としたのは、先程の3つの要因を否定した結果にすぎません。

この中枢疾患とされる根拠は「片頭痛発生器」の存在で、この推定される部位が脳幹部ということです。脳幹部に病変があり進行性であれば、当然、”致命的”のはずです。

片頭痛が”進行性疾患”であり「中枢神経疾患」であるとするなら、単純に考えても、片頭痛は”致命的な頭痛”ということになってしまうことになりません。

果たして、これまで片頭痛が直接原因で亡くなられた方がおられたのでしょうか？

このような支離滅裂な・馬鹿げた、まさに”迷走ぶり”が示されています。

先程のように「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

この「国際頭痛分類 第3版β版」について、国際頭痛学会理事長の Dr. Alan Rapoport は、「頭痛について世界共通の言語で会話する」ために、以下のよう

に述べています。

日本であるタイプの頭痛の研究がなされ、米国でも同様の研究を行う場合、全く同じ症状の患者を対象に研究が行われることが理想です。共通の診断基準を用いていけば、それも可能でしょう。また、同じ基準の下で診断がなされていけば、病名を知るだけで、その患者がどのような状況にあるか理解することができます。いずれにしても私が今、強く願っているのは、より多くの日本の医師に、「国際頭痛分類 第3版β版」を使用して頂きたいということです。

しかし、片頭痛は、これまで述べましたように、極めて多くの要因から発症してきます。ところが、専門家は、「国際頭痛分類第3版 β版」を基にして、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。こうしたことから、片頭痛本態の研究は”迷宮入り”となってしまいます。

具体的には、日本と米国では、片頭痛患者の生活習慣および生活環境はまったく異なっているはずであり、こうした”症状”だけが「一致」したからといって、片頭痛を引き起こす要因はまったく異なっていることを考慮しなくてはなりません。

このような嘘をついてまで、「国際頭痛分類 第3版β版」の普及に躍起になっていることを忘れてはなりません。このように、”嘘”の根源は、「国際頭痛分類 第3版β版」そのものにあることを私達は忘れてはならないことです。

片頭痛は”多因子遺伝” ???

専門家は、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、関連遺伝子の同定を行う研究が行われています。

しかし、このような関連遺伝子の同定は可能なのでしょうか？

片頭痛はミトコンドリアの機能障害によって引き起こされる頭痛です。

この遺伝要因にはミトコンドリアDNAが関与しています。

この遺伝要因とされる” ミトコンドリアDNA” は「ミトコンドリア活性の低さ」を意味しており、これは患者さんそれぞれ程度は異なっているはずです。

生まれつき存在する「ミトコンドリアの働きの悪さ」が存在するところに、いろいろな状況が加わってくることによって「活性酸素」が過剰に産生されます。このため、活性酸素が、さらにミトコンドリアを傷つけることによって、ミトコンドリアの状態は変化してきます。こうしたことは時々刻々と変化しています。さらに母親から受け継がれた” 生まれつき存在する「ミトコンドリア（” ミトコンドリアDNA”）の働きの悪さ」” は各人各様であり、さまざまなはずです。

こうしたものを「遺伝子異常」として、捉えようとしていることを意味しています。

単純に考えても、このように各人各様であり、さらに状況によって、ミトコンドリアの状態は時々刻々変化しています。これまで確認されたものは、マグネシウムが異常に低下した状態が持続したために死滅したミトコンドリアの残骸を偶然発見したものと思われれます。さらに、単一の遺伝子による極めて頻度の少ないものを発見したものとするべきです。このように考える限り、こうしたものを遺伝子異常として捉えることには無理があります。このため、関連遺伝子をすべて確認できるまでに、今後何年かかるのでしょうか？

こうした無駄な研究に、私達の税金から捻出された貴重な国家予算の一部から研究費が出ていることを考えるなら、こうした無駄な研究をすべきではなく、片頭痛を” 多因子遺伝” と考え、その” 環境因子” の探索を優先すべきであり、

ここに指導者としての資質が問われているはずです。

さらに、学会を主導される方々は、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、結局、このような”多因子遺伝”は容認されることはありません。こうした理由はどこからくるのでしょうか？

専門家が金科玉条のものとしてされるのが「国際頭痛分類第3版 β版」です。

この「国際頭痛分類第3版 β版」は元を正せば、欧米の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。トリプタン製薬メーカーの真の目的とすることは、製薬市場拡大の基盤として片頭痛を存続させ続けることです。片頭痛を存続させるためには、片頭痛は片頭痛が、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”であるかのごとく思い込ませることが必要になってきます。こういったことから、片頭痛は”多因子遺伝”では、あってはならないことになっています。

(”多因子遺伝”とすれば、片頭痛は生活習慣病そのものとなり、予防可能となってしまいます)

このように、「国際頭痛分類 第3版 β版」には記載されてはいませんが、欧米の研究者が”多因子遺伝”の観点から考えないことから無条件に受け入れているようにしか思えません。このような”多因子遺伝”と考えておられるのが鳥取大学の神経内科グループだけで、医局講座制の確執・論理から認めないことも理由なのかもしれません。

さらに、専門家が片頭痛を”遺伝的疾患”とされる理由は「体の歪み（ストレートネック）」「食事」を全く無視されることにあります。

片頭痛はミトコンドリアの機能障害による頭痛です。

ミトコンドリアの働きが悪くなれば、当然、セロトニン神経系の働きも悪くなります。このため連鎖的に「体の歪み（ストレートネック）」が引き起こされます。

ミトコンドリアがエネルギー産生を行い、脳内セロトニンを増やすためには、栄養素・ビタミン・ミネラルをバランス良く摂取することが必須です。

こうした片頭痛の核心に触れる「体の歪み（ストレートネック）」「食事」を全く無視されるために、片頭痛の発症要因が専門家には見えていないため、これを短絡的に” 遺伝 ” のためとされ、” 遺伝的疾患 ” としているに過ぎません。

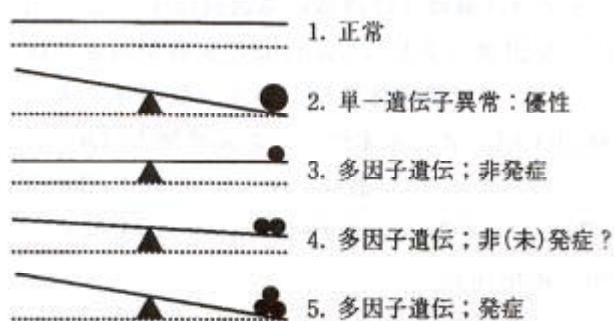


これまで、鳥取大学・神経内科のグループは以下のように指摘されてきました。

片頭痛は、あたかも「遺伝」しているような「印象」があります。

しかし、その遺伝の様式は、メンデル型の” 単一遺伝子異常 ” の優性遺伝でなく、” 多因子遺伝 ” の様式で、親や祖父母から受け継がれます。この” 多因子遺伝 ” とは、複数（3つ以上）の関連遺伝子をもとに、これに環境因子が加

わって病気が発症してくるものを言います。ということは、”遺伝的素因”が存在しても、これに”環境因子”が加わらないことには、片頭痛は発症しないということです。これには先程のミトコンドリアDNAが関与しています。



このことは、”遺伝素因”が同一であるはずの一卵性双生児の場合、必ずしも2人とも片頭痛を発症することはありません。あなたの兄弟姉妹がすべて片頭痛を発症しているのでしょうか。もし、そうであれば極めて特殊な



ケースと考えるべきです。あなたの家族全体の食生活・食習慣に問題があるものと推測されます。

そして、これを如実に示すのは東京女子医科大学脳神経外科の清水俊彦先生の著書「頭痛女子のトリセツ」(マガジンハウス)の56頁に示されますように、母親が片頭痛持ちで、女性は結婚するまで全く頭痛を経験しなかったのに、嫁いだ途端に頭痛に悩まされるようになり、その原因が嫁ぎ先の食生活(洋食の連続)にあるとされています。

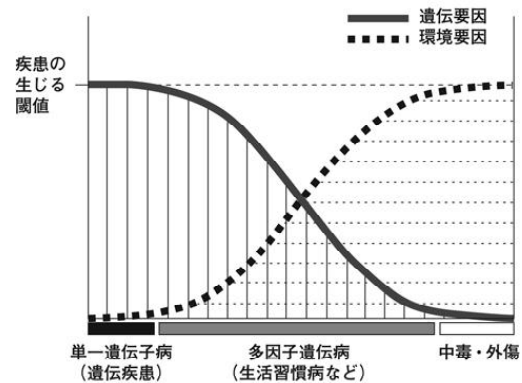
さらに、トリプタン製剤が導入される以前から、生活指導として、「規則正しい生活を行って、食事をバランスよく摂り、睡眠を十分にとり、リラックスするように」とされ、これで完璧に片頭痛発作が抑制されていたことを思い出すべきです。

さらに、神経内科関係の専門医は、「片頭痛のセルフケアー自己管理」を完璧に行う限り、”9割”の方々はうまくコントロールされると豪語されている

ことも忘れてはなりません。

こうした2つの事実は、取りも直さず、片頭痛の大半は”多因子遺伝”であることを如実に示しているはずです。

現実に、専門家による指導でなく、患者さん自ら自分で工夫され片頭痛を克服されているという事実がこれを証明しているはずです。このような自分の体験をもとにして、多くの方々が「片頭痛改善マニュアル」を作成され、これらを実践された方々の喜びの声がネット上では多数掲載されています。



こうした事実から、片頭痛は”多因子遺伝”であるかどうかの検討は必須の事項となっているはずです。

頭痛専門医は「国際頭痛分類第2版」をきちんと理解されているのか？

「国際頭痛分類 第3版β版」では、**片頭痛の分類**として、この「分類」では、以下のように示されます。このように3桁で細かく分類されています。

1. 片頭痛

1.1 前兆のない片頭痛

1.2 前兆のある片頭痛

1.2.1 典型的な前兆を伴う片頭痛

1.2.1.1 典型的な前兆に頭痛を伴うもの

1.2.1.2 典型的な前兆のみで頭痛を伴わないもの

1.2.2 脳幹性前兆を伴う片頭痛

1.2.3 片麻痺性片頭痛

1.2.3.1 家族性片麻痺性片頭痛 (FHM)

1.2.3.1.1 家族性片麻痺性片頭痛 I 型 (FHM1)

1.2.3.1.2 家族性片麻痺性片頭痛 II 型 (FHM2)

1.2.3.1.3 家族性片麻痺性片頭痛 III 型 (FHM3)

1.2.3.1.4 家族性片麻痺性片頭痛,他の遺伝子座位

1.2.3.2 孤発性片麻痺性片頭痛

1.2.4 網膜片頭痛

1.3 慢性片頭痛

1.4 片頭痛の合併症

1.4.1 片頭痛発作重積

1.4.2 遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの

1.4.3 片頭痛性脳梗塞

1.4.4 片頭痛前兆により誘発される痙攣発作

1.5 片頭痛の疑い

1.5.1 前兆のない片頭痛の疑い

1.5.2 前兆のある片頭痛の疑い

1.6 片頭痛に関連する周期性症候群

1.6.1 再発性消化管障害

1.6.1.1 周期性嘔吐症候群

1.6.1.2 腹部片頭痛

1.6.2 良性発作性めまい

1.6.3 良性発作性斜頸

頭痛診療のためのレベル診断として、国際頭痛分類第2版（ICHD-II）では、階層的な分類が採用されています（グループ→タイプ→サブタイプ→サブフォーム）。

通常的一般診療では、1桁（タイプ）または2桁（サブタイプ）までの診断で可能ですが、専門診療、頭痛センター等の診療では3桁（サブフォーム）レベルまでの診断が推奨されています。

個々の患者さんを、このようにサブフォームまで診断を行い、時系列的に俯瞰することによって、慢性頭痛がどのような経過をたどって行くのかは、一目瞭然となり、このなかで片頭痛がどのような位置にあるのかは自ずと明らかになります。

私は、このような方法によって、「慢性頭痛とは、どのような頭痛か」のなかで、「慢性頭痛の発症要因に関する基本的な考え方」として、詳しく、慢性頭痛がどのような経過を辿り、このなかで「片頭痛」がどのようにして発症してくるのかについて説明致しました。

今回も全く同様に「慢性頭痛はどのようにして発症するのか？」で説明を改めて行ってきました。

この論点は、私の場合、経過観察期間は、わずか25年間でしかありませんが、1例、1例の「慢性頭痛」患者を25年間にわたって、1桁（タイプ）2桁（サブタイプ）3桁（サブフォーム）レベルまで診断を下した上で、経過観察を行った結果での考え方です。このように経過を追えたものは、わずか200例前後しかありませんが・・・全例、この基準でとは、いきませんが・・・

あくまでもこの国際基準に準じた成績であり、さらに、たった、200症例前

後しかないため、控えめに提言すべきことは理解しております。このような観察の結果が、” 片頭痛は緊張型頭痛延長線上にある ”、との考え方に至りました。

私は、頭痛専門医の集団である「頭痛学会」の総意として、どのようなことがデータの上で出てくるのか、日本全国の専門医 800 名から集計すれば、たどころに、「慢性頭痛」の臨床経過が判明し、この中で、どのようにして「片頭痛」が発症してくるのか判明することになります。なぜ、このようなデータ集めをされないのか、私には、全く信じられない思いがします。このような観点からまず真っ先に調査すべきことです。

慢性頭痛、とくに片頭痛の本来の”姿”

私の少ない臨床経験から、まさに飛躍的推論になりますが、「国際頭痛分類第3版β版」を度外視・無視して考えるなら、本来、片頭痛は以下のように考えるべきものです。

まず、片頭痛と緊張型頭痛は連続した一連のものです。

さらに、慢性頭痛の基本的病態には「体の歪み（ストレートネック）」が存在します。

片頭痛は”ミトコンドリアの機能障害による頭痛”です。

そして、片頭痛の大半は、”多因子遺伝”です。

その”環境因子”として、以下の6項目があります。

- 1. ホメオスターシス・・ストレスの関与**
- 2. 免疫（腸内環境）の関与**
- 3. 生理活性物質との関与・・脂肪摂取の問題**
- 4. 体の歪み（ストレートネック）の関与**
- 5. セロトニン神経系の関与・・脳内セロトニン**

6. ミトコンドリアの関与

このように考えれば、以下のように単純に考えられるはずですが。

片頭痛はどのようにして発症するのでしょうか????

<http://ameblo.jp/yoyamono/entry-12032919047.html>

このように明快に、片頭痛の発症過程が推論・構築されるはずですが。

このように考えれば、「国際頭痛分類 第3版β版」は”諸悪の根源”としか言えないはずですが。このような考え方の”根拠”となるものをすべて否定されるわけですから・・・

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する「国際頭痛分類 第3版β版」を頭痛診療および研究の”絶対的基準”とし、これまでの頭痛診療および研究はトリプタン製薬会社と二人三脚で行われてきました。

製薬業界の目的は、製薬市場拡大の基盤として”疾患を存続させ続ける”ことです。

このように、頭痛診療および研究をトリプタン製薬会社と二人三脚で行う限りは、「国際頭痛分類 第3版β版」を遵守することから、以上のように”雁字搦め”にされて、真実が覆い隠されてしまい、片頭痛の病態は永久に解明されることはありません。

このことはトリプタン製薬メーカーにとっては願ってもないことであるはずですが。

これとは別に、「臨床頭痛学」という、まさに「人間の生き様」に関わる”自然科学”の分野に「国際頭痛分類 第3版β版」というまさに人為的な基準を”絶対的な頭痛研究の基準”とされることだけをみても問題があると言わざるを得ません。

こうしたことから、学会を主導される方々は、「頭痛をサイエンスとして、”エビデンスにもとづいて”、頭痛そのものを細かく分類する」だけしかできないと考えるべきかもしれません。なかば、”ヤケクソ” としか思われません。

このような暇人がすることはすべきではないはずですが、もっと「基本的な検討課題」が山積みされているはずですが。

山積された課題

それは、まず先程の「片頭痛が”多因子遺伝”である」かどうかの検討です。

そして、”多因子遺伝” とすれば、その環境因子が何か、ということになります。

さらに、「片頭痛がミトコンドリアとどう関わっているか」の理論的な考察です。

この点は、過去の研究業績をもとに、これに付随した業績を繋ぎ合わせ推論するしかないはずですが。何のための先達の業績なのでしょう。要求されるのは頭（推論）です。

この点は下村登規夫先生の「MBT療法」で明確に示されていたはずですが。

これが、明確になれば、セロトニン神経系とどのように関与するか、ということですが。

そして、現在の研究では、活性酸素は全疾患の 90 %以上に何らかの形で関わっていると言われていています。「片頭痛はミトコンドリアの機能障害による頭痛である」とすれば、この活性酸素はミトコンドリアと切っても切れない関係にあります。片頭痛も同じように、この活性酸素が関係しています。

糖尿病学会は、糖尿病を”多因子遺伝” と捉え、すでにその”環境因子” を設定されました。さらに、最近では、糖尿病研究は、活性酸素およびミトコンドリアの観点から病態の解明が進められています。

こうしてみれば、糖尿病学会と遙かに遅れをとっていると言わざるを得ません。まさに、雲泥の差というべきです。

そして、片頭痛がミトコンドリアと関係があるとすれば、セロトニン神経系との関係から、当然、「体の歪み（ストレートネック）」が引き起こされてくることが推測されます。

この点は、実際の臨床例から、”頭痛と「体の歪み（ストレートネック）」のエビデンス”を確立しなくてはならないはずです。

この「体の歪み（ストレートネック）」は慢性頭痛とくに片頭痛の基本骨格ともなるものであり、このエビデンスを確立することなく片頭痛は論ずることはできないはずです。

そして、最も大切なことは、患者さん一人一人の詳細な病歴を聴取することによって、緊張型頭痛と片頭痛は連続したものであるかどうかを、判断しなくてはならないはずです。

「問診表」という”色眼鏡”を通して、観察すべきではありません。手抜き診療をすることなく、根気強く・丹念に病歴聴取を行うべきです。とくに「臨床神経学」の分野では、この病歴聴取が基本となっているはずであり、この原点に立ち返る必要があります。

「国際頭痛分類 第3版β版」という人為的な基準といった”色眼鏡”を通して、頭痛患者を診るなど、以ての外（論外）と考えるべきです。

これを明確にすれば、慢性頭痛のなかでの片頭痛、緊張型頭痛の位置づけが明確になり、機能的頭痛一元論の信憑性が確認されることとなります。

このような”基本中の基本”が未だに明確にされていません。こうした基本的なことが蔑ろにされ、これまで野放しになっていたことは、これまで何を考

生活習慣病は遺伝的素因と共に環境因子が関与する



えて研究していたのかということで、学会全体の指導性が問われることとなります。

それとも何が基本となっているのかということすら理解されていなかったのではないのでしょうか。

これだけの当面するべきことがありながら、「頭痛をサイエンスとして、”エビデンスに基づいて”、頭痛そのものを細かく分類する」といった呑気なことがよく言えるのかと呆れてしまいます。

さらに、「さらなる頭痛医学、頭痛診療のレベルアップおよび専門医の養成」を目的として、Headache Master School Japan2015 (HMSJ 2015) を行う以前の問題であるはずで、このようなことはすべてを明らかにして行うべきで、後回しにすべきです。

「国際頭痛分類 第3版β版」をこれまで頭痛診療および研究における”絶対的基準”としてきたための弊害がどのようなものであったのかを厳粛に反省すべきであり、さらにトリプタン製剤を導入したことによって、真の意味で”片頭痛の治療体系”が確立されたと言えるのかどうかを、学会員総力を挙げて再度検討すべきです。

いつまで、「頭痛をサイエンスとして、”エビデンスに基づいて”、頭痛そのものを細かく分類する」といった呑気なことを宣われるのでしょうか？

それにしても、一般内科開業医の眼から見ても、これまで述べてきたような「山積された課題が存在」するにも関わらず、800名前後の専門医がおられ、このような不条理がありながらどなたも異論を挟む人間がおられないということが信じられない思いにかられます。専門医集団とは一体何なのでしょう。

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・・・

<http://www7b.biglobe.ne.jp/~itonaika/rireki1.html>

医者について「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。

これまでの「山積された課題」は専門医の威信にかけて解決すべきと考えます。

このような「山積された課題」を解決することなく、ただひたすら「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基準とし、片頭痛治療の世界にトリプタン製剤が導入されたことによって片頭痛の治療体系が確立されたと安閑とされる”姿”は、一体、何を意味するのでしょうか???

いずれにしても、学問の世界に「国際頭痛分類 第3版β版」といった”頭痛診療および研究の絶対的基準”とすることは、果たして”学問”といえるのでしょうか?

専門医集団とは、「国際頭痛分類 第3版β版」を頭痛診療および研究を行う際に絶対的教義・教典とされる方々であり、まさに、カルト宗教・教団でもみることがとき、錯覚を覚えるほどです。

片頭痛中心の頭痛医療・・混迷を深める頭痛医療

<http://ameblo.jp/yoyamono/entry-12263430814.html>