

第15章 詐欺まがいの誇大広告

我が国に 2000 年に片頭痛治療の世界にトリプタン製剤が導入されて以来、一部の専門家達による、トリプタン製剤に関する誇大広告は目に余るものでした。

その数々をご紹介しますことにします。

最初に、トリプタン製剤が導入された際には、「トリプタン製剤が片頭痛の”特効薬”」とまず大々的に新聞・マスコミで宣伝されていたことは皆さんもご存じだろうと思います。

一部の専門家は、片頭痛に対して、市販の鎮痛薬を服用する弊害を次のように説明されてきました。

市販の頭痛薬や痛み止めの大部分は”みかけの痛み”のみを取り払い、水面下で起こっている脳の神経細胞の興奮症状を置き去りにしています。

当然、毎回の片頭痛発作のたびに起きている脳の血管周囲の炎症についても放置されたままになっています。

この興奮状態の放置により、片頭痛の回数や程度がだんだんとひどくなってきて、市販の頭痛薬の用法や用量の規定範囲を超えるようになってきたり、飲む回数が増えてきたりします。

すなわち、「この薬剤は市販の鎮痛薬とは異なり、片頭痛発作の際に脳の血管周囲に張り巡らされた三叉神経から、炎症蛋白が放出されるのをブロックすると同時に、膨れあがった脳の血管を元の大きさに戻す作用を持ち合わせる、いわば根本から片頭痛を断ち切る薬です」

トリプタン製剤が片頭痛に効果があるのは、頭痛が起きる仕組みの根幹部分に作用しているためです。片頭痛にはセロトニンという物質が大きく関わっています。セロトニンは神経伝達物質のひとつで、感情のバランスを安定させる役割を持ち、血管を収縮させます。ストレスなど何らかの理由でセロトニンが分泌され、収縮した血管は、役割を果たして減少するにつれて今度は拡張します。

血管が拡張することによって血管に絡みついた三叉神経が刺激され、頭痛が起きる、というのが一つ。

さらに、三叉神経が刺激されると、サブスタンスPやCGRPなど炎症を起こす物質が分泌され、血管を刺激して痛みが出てくる、というのが一つ。

この二つが片頭痛が起きるメカニズムです。

このように血管の収縮と拡張に大きく影響しているセロトニンですが、トリプタンという薬は、セロトニンと同じような作用を持っています。そのためセロトニンの代わりに血管を収縮させ、拡張によって三叉神経が刺激されるのを防ぎます。

さらにセロトニンは三叉神経に取りついて、痛み物質のサブスタンスPなどが分泌されるのを抑制する役割がありますが、ここでもセロトニンの代わりにトリプタンが三叉神経に取りつき、サブスタンスPなどの分泌を抑制して痛みが出るのを防ぎます。

このようにトリプタンは脳の中でセロトニンとして働き、血管を収縮させ、サブスタンスPなどの分泌を抑制する、という2つの役割を果たすことにより、片頭痛の起きる原因そのものを排除します。つまり**トリプタンは、片頭痛という病気のより本質に近いところに作用して痛みを取るため、効果が高いというわけです。**

片頭痛の体質を有する患者は、小児期より脳の過敏性が高いことが論じられています。特に片頭痛発作時は、視覚野である後頭葉内側に始まった興奮波が

大脳の前頭葉に向かい波及していくが、後頭葉での興奮症状は閃輝暗点と呼ばれる視覚前兆として出現します。毎回出現するこのような興奮症状を的確に抑制し、片頭痛発作を鎮静化するのがトリプタン製剤の概略的な作用です。

片頭痛は一言でいうと、頭痛の際に脳が異常な興奮症状をきたす頭痛であり、その興奮症状のために、痛み以外に光や音、さらにはにおいなどの外界の刺激に敏感に反応する頭痛とされます。市販の鎮痛薬は、この片頭痛の際の頭の痛みは取り去っても、水面下の脳の興奮状態は放置されたままとなっていると言われます。ですから、市販の鎮痛薬で痛みのみをごまかし続けると、水面下の脳の興奮状態が徐々に蓄積されて行き、ついには、はちきれんばかりの興奮状態が持続するようになると言われます。このような状態に陥ってしまうと、つねに光を敏感に感じ取り、太陽の光のみならず、室内の蛍光灯でも眩しがるようになります。診察室でも何となくまぶしそうに目を細めてしかめ面をされ、これを「脳過敏」と表現されます。

小児の場合、こうした「脳過敏」をあらかじめ抑制させる必要があります、このために抗てんかん薬のデパケンを服用すべきとされています。

さらに、女性の生理時の頭痛は片頭痛そのものであり、このような早い段階、すなわち市販の鎮痛薬で対処できる片頭痛に対してまでもが、トリプタン製剤を服用すべきとされます。

そして、生理時の頭痛がさらに増強した段階に至れば、作用時間の長いトリプタン製剤を服用すべきであるとされます。

このように、小児期、さらに若い女性の片頭痛の段階から、片頭痛発作時に毎回、トリプタン製剤を服用すべきとされます。このように対処しておれば、パニック障害やうつ状態、冷え性までが改善できるとされ、さらに、将来的には脳梗塞や脳過敏症候群までもが予防できるとされます。

このように、トリプタン製剤が、あたかも万能薬のごとく宣伝され、このようなことから、**片頭痛にはトリプタン製剤を服用するのが”適切”な治療とされてきました。**

専門家達は「片頭痛は”病気”です。”病気”ですから、医療機関を受診して、片頭痛を治療して、治しましょう」と言って片頭痛患者さんに医療機関への受診を勧め、生活の質QOLを高めて、健康寿命を長くさせましよう、しきりにマスコミを通じて、片頭痛患者さんを病院に誘導して、トリプタン製剤が処方されてきました。

さらに患者団体まで巻き込んで「なお、トリプタン製剤の恩恵に浴していない片頭痛患者さんが多くいる」と言って啓蒙活動を進めてきました。

このように、専門家および患者団体が一丸となって、トリプタン製剤の宣伝活動を行ってきました。

現在の片頭痛治療方針では、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、このようにしておれば、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、トリプタン製剤は患者のわずかに50～60%だけしか効果が見られず、心疾患のある患者や脳梗塞の既往のある患者、末梢血管障害のある患者では使うことができないからです。しかも、それらは根本的な治療薬ではない(片頭痛を根治させる薬剤ではない)ため多くの場合頭痛は24時間以内に再発する傾向があります。このような有効率しかないものです。

そして、片頭痛の発作の都度トリプタン製剤を服用しているにも関わらず、片頭痛の3割の方々は、慢性化して増悪し、なかにはトリプタン製剤が片頭痛の”特効薬”とされることから、トリプタンによる薬剤乱用頭痛に陥り、対処

が極めて困難な状態が多発するようになり、問題になってきています。

なぜ、専門家達が、このような誇大宣伝を行ってきた理由・背景、考え方について述べたものが今回の「頭痛を考える」でした。

「頭痛を考える 改訂版」

<http://taku1902.jp/sub605.pdf>

これをご覧頂ければ作成することによって、こうした詐欺まがいの誇大宣伝を行ってきた理由を明確にさせてきました。

こうした詐欺まがいの誇大宣伝によって、どのような状況に至っているのかを、これまで以下の記事で明らかにしてきました。

トリプタン製剤による「薬剤乱用頭痛」がなぜ増加したのでしょうか

<https://ameblo.jp/yoyamono/entry-12264045857.html>

薬物乱用頭痛は医療過誤によるのか？ 薬害なのか？？？

<https://ameblo.jp/yoyamono/entry-12307638253.html>

それでは、これまで述べてきたことがなぜ、「詐欺まがいの誇大広告」であると言い切れるのでしょうか？ このことを簡単に説明します。

専門家は、片頭痛の病態を先述のようにトリプタン製剤の作用機序の側面から以下のように説明してきました。もう一度、繰り返し述べます。

トリプタン製剤が片頭痛に効果があるのは、頭痛が起きる仕組みの根幹部分に作用しているためです。

片頭痛にはセロトニンという物質が大きく関わっています。セロトニンは神経伝達物質のひとつで、感情のバランスを安定させる役割を持ち、血管を収縮させます。ストレスなど何らかの理由でセロトニンが分泌され、収縮した血管は、役割を果たして減少するにつれて今度は拡張します。

血管が拡張することによって血管に絡みついた三叉神経が刺激され、頭痛が起きる、というのが一つ。

さらに、三叉神経が刺激されると、サブスタンスPやCGRPなど炎症を起こす物質が分泌され、血管を刺激して痛みが出てくる、というのが一つ。

この二つが片頭痛が起きるメカニズムです。

このように血管の収縮と拡張に大きく影響しているセロトニンですが、トリプタンという薬は、セロトニンと同じような作用を持っています。そのためセロトニンの代わりに血管を収縮させ、拡張によって三叉神経が刺激されるのを防ぎます。

さらにセロトニンは三叉神経に取りついて、痛み物質のサブスタンスPなどが分泌されるのを抑制する役割がありますが、ここでもセロトニンの代わりにトリプタンが三叉神経に取りつき、サブスタンスPなどの分泌を抑制して痛みが出るのを防ぎます。

このようにトリプタンは脳の中でセロトニンとして働き、血管を収縮させ、サブスタンスPなどの分泌を抑制する、という2つの役割を果たすことにより、片頭痛の起きる原因そのものを排除します。

つまりトリプタンは、片頭痛という病気のより本質に近いところに作用して痛みを取るため、効果が高いというわけです。

このように専門家は片頭痛研究をトリプタン製剤の作用機序の面から考えてきたため、その主な要因は「脳内セロトニンの低下」と考えてきました。

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製剤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（補填）して、その効果を発揮しています。

ところが、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。

この肝心要なことが一切不明とされていることです。

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。

このため、片頭痛の発作の都度トリプタン製剤を服用しているにも関わらず、片頭痛の3割の方々は、慢性化して増悪し、なかにはトリプタン製剤が片頭痛の”特効薬”とされることから、トリプタンによる薬剤乱用頭痛に陥り、対処が極めて困難な状態が多発するようになり、問題になっています。

しかし、こうしたことがどうして起きるのが明確にされることなく、これまで私達には覆い隠されてきました。

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ようになります。このことは第1章で述べたことです。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。

ミトコンドリアの働きの悪さが存在すれば、当然のこととしてセロトニン神経系の機能低下が存在します。ここに生活習慣の問題点加わることによって、「脳内セロトニンの低下」が引き起こされることになります。

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、先述のような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”片頭痛発生器”とは、セロトニン神経系の神経核の存在する脳幹部・縫線核のことですが、このことは明らかにされることはありません)

そして、このような矛盾点は一般の私達には明らかにされることはなく、嘘をつき通すことになっています。

専門家の方々は、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、製薬メーカーとの強固なスクラムを築いてきました。

このように専門家は製薬会社と”一心同体”になって癒着してきました。

そして、これが専門家はトリプタン製剤を、片頭痛の特効薬とまで誇大宣伝を行ってきた最大の理由になっています。

このなかでも、「国際頭痛分類第3版β版」を頭痛診療および研究絶対的な基準としていることです。この基準は、その生い立ちは以下のようなものです。

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。

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。

そして、この「国際頭痛分類 第3版β版」が現在では、頭痛専門医の間では、以下のように頭痛診療および頭痛研究の絶対的な基準とされ、謂わば、カルト教団の教義・教典の役割を果たしてくることに至っています。

専門家は、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が作成した、「国際頭痛分類 第2版」を頭痛診療および頭痛研究の絶対的な基準と定めるようになっていきます。

「国際頭痛分類 第3版β版」では、人間が経験するであろう、ありとあらゆる頭痛が300種類近くに渡って細かく定義づけされています。

そして、ある専門家はこの「国際頭痛分類」を以下のように評価されます。
その評価のされ方に注目して下さい。

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「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。

そして、頭痛診療を担当される頭痛専門医には、頭痛の診察に必要な「3種の神器」とも呼べるものがあるというのが、共通した認識になっています。

- 1. 「国際頭痛分類 第3版β版」**
- 2. 慢性頭痛診療のガイドライン**
- 3. 頭痛ダイアリー**

すなわち、「国際頭痛分類第3版」は**ロードマップ**であり、「慢性頭痛診療のガイドライン」は**道先案内人**であり、「頭痛ダイアリー」は**頭痛を分析する手段**とされ、この3つが必須のアイテムとして、「**3種の神器**」とされています。

Headache Master School Japan (HMSJ) が専門医養成を目的として、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。

このように、現在では、「国際頭痛分類 第3版β版」が慢性頭痛を論じる際の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。

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」で症候論から、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。

すなわち、専門家は日常診療において、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、「国際頭痛分類第3版」を巧妙に組み込んだ問診方法や「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**（ほとんどの方々は、日常生活に支障を来さない程度の緊張型頭痛では医療機関を受診されることはありません）、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。

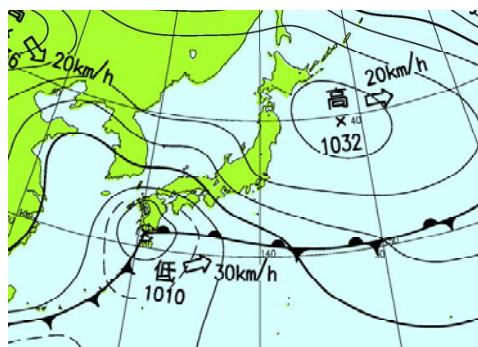
専門家は、日本にトリプタン製剤が導入されて以来、トリプタン製剤が単なる鎮痛薬に過ぎないものでありながら、「片頭痛は”病気”です。”病気”ですから、医療機関を受診して、片頭痛を治療して、治しましょう」と言って片頭痛患者さんに医療機関への受診を勧め、生活の質QOLを高めて、健康寿命を長くさせましよう、しきりにマスコミを通じて、片頭痛患者さんを病院に誘導して、トリプタン製剤が処方されてきました。

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群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（以下のように神格化）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。

「臨床頭痛学」とは、二次性頭痛といった人間の生死に係わる頭痛から、慢性頭痛という私達の肉体に起こる”数々の神秘的な”自然現象という「脳のなかに異常のない」最も不可解な頭痛”に取り組んでいます。



とくに、慢性頭痛のなかの片頭痛では、低気圧に左右され、遙かかなたの遠方に発生した台風の影響すら受けるものがあったり、さらに閃輝暗点とか、物が大きくみえたり、極端に小さく見えたりと

奇妙な眼の症状を訴えるため、神憑りの、まさに神秘的な症状を呈し、神秘的な自然現象とされています。

さらに、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。

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。

片頭痛は、これまで長い間、脳を取りまく血管の病気、つまり「血管性頭痛」と考えられてきました。

しかし、片頭痛前兆の研究や片頭痛特効薬トリプタンの作用メカニズムなどから、現在では血管の疾患ではなく、脳の深い部分にある間脳あるいは脳幹と呼ばれる器官の付近に「片頭痛発生器」があると考えられるようになってきました。

つまり片頭痛は「中枢神経疾患」であると頭痛専門家は考えています。



このように、「脳のなかには異常がない病気」と定義しておきながら、”トリ

プタンで片頭痛の病態”のすべてが説明されるとの考えから、「脳の中に原因がある」と主張されます。

さらに、「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。

このことは「診療ガイドライン」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が否定され、「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。

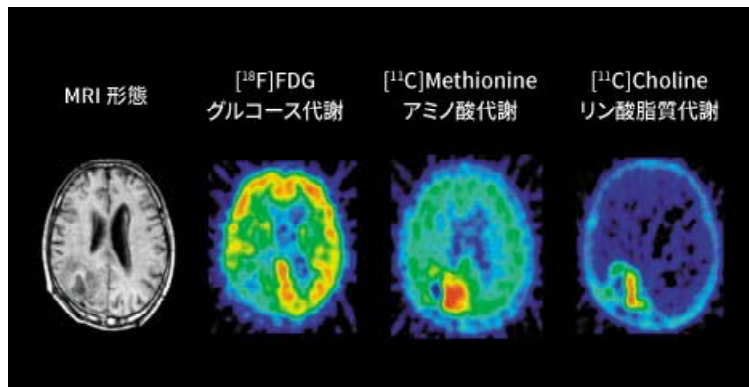
このようにして、片頭痛そのものは屋台骨を抜かれたことですっかり骨抜きにされ、宙ぶらりんの亡骸だけの”理解不能な頭痛”になってしまいました。

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。

そして、専門家は片頭痛という症状は、以下の理由から「危険信号」とされています。

片頭痛のときに起こる脳の変化（閃輝暗点）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から、頭痛持ちの頭痛と言われるもののなかに「頭痛そのものが脳の病気」であることが分かってきたとされます。

片頭痛は、” 何らかの引き金” により、上記のように片頭痛のときに起こる脳の変化（閃輝暗点）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ように、最初に脳の一部に小さな興奮が起こり、徐々に周囲に拡大します（閃輝暗点など）。そのままでは脳に障害が起こります。そこで、脳周囲の血管が拡張し血流が増加します。脳に酸素と栄養を供給している血管



が、脳への架け橋のグリア細胞を介し脳を守ると考えられます。脳の血管拡張は強い痛みを起しますが、脳の障害を必死に守り、また「危険信号」を発しているのです。

片頭痛の治療は痛みを止めるだけではありません。脳を守るメカニズムを考えた治療が必要です。このためには、トリプタン製剤で治療するのが最適であるとされます。

それは、以下のような理由からとされます。

トリプタン製剤が片頭痛に効果があるのは、頭痛が起きる仕組みの根幹部分に作用しているためです。片頭痛にはセロトニンという物質が大きく関わっています。セロトニンは神経伝達物質のひとつで、感情のバランスを安定させる役割を持ち、血管を収縮させます。 ストレスなど何らかの理由でセロトニンが分泌され、収縮した血管は、役割を果たして減少するにつれて今度は拡張します。

血管が拡張することによって血管に絡みついた三叉神経が刺激され、頭痛が起きる、というのが一つ。

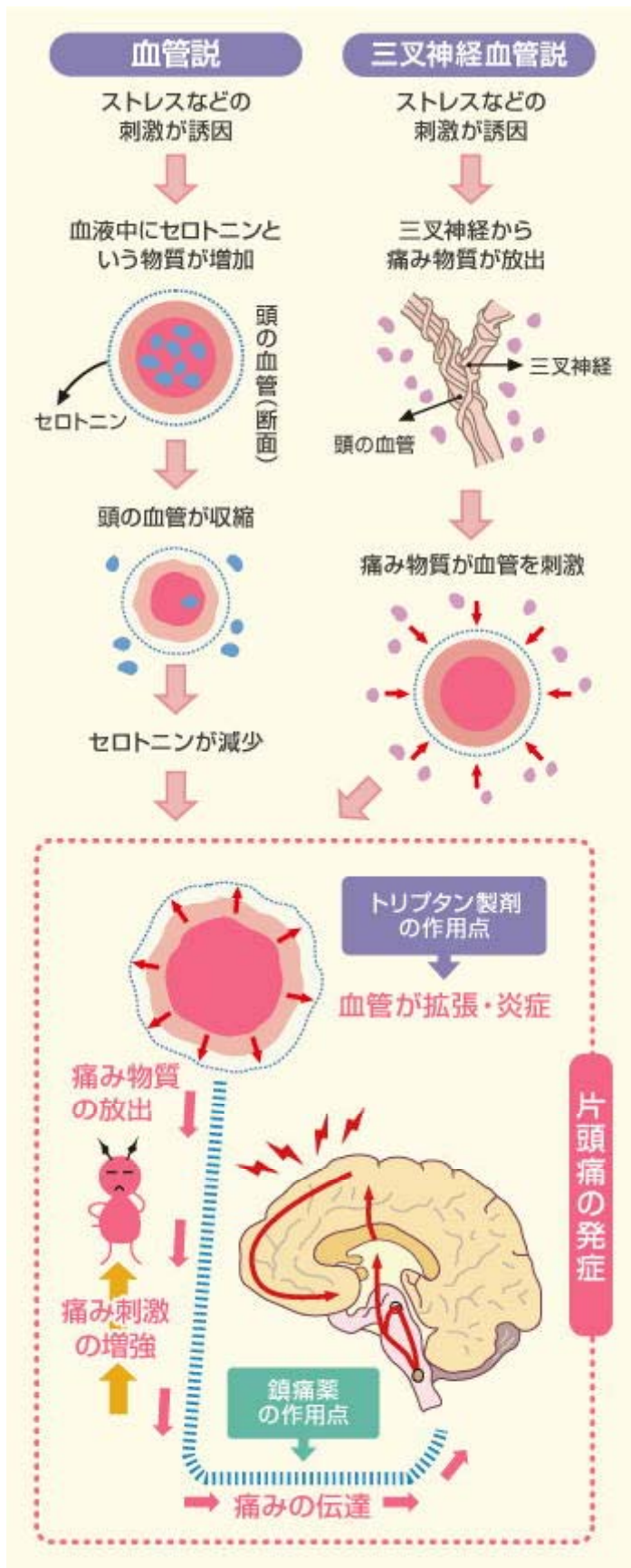
さらに、三叉神経が刺激されると、サブスタンスPやCGRPなど炎症を起こす物質が分泌され、血管を刺激して痛みが出てくる、というのが一つ。

この二つが片頭痛が起きるメカニズムです。

このように血管の収縮と拡張に大きく影響しているセロトニンですが、トリプタンという薬は、セロトニンと似たような作用を持っています。そのためセロトニンの代わりに血管を収縮させ、拡張によって三叉神経が刺激されるのを防ぎます。

さらにセロトニンは三叉神経に取りついて、痛み物質のサブスタンスPなどが分泌されるのを抑制する役割がありますが、ここでもセロトニンの代わりにトリプタンが三叉神経に取りつき、サブスタンスPなどの分泌を抑制して痛みが出るのを防ぎます。

このようにトリプタンは脳の中でセロトニンとして働



き、血管を収縮させ、サブスタンスPなどの分泌を抑制する、という2つの役割を果たすことにより、片頭痛の起きる原因そのものを排除します。つまりトリプタンは、片頭痛という病気のみより本質に近いところに作用して痛みを取るため、効果が高いというわけです。

このように血管の収縮と拡張に大きく影響しているセロトニンですが、最初の引き金となる「セロトニン」は”生理活性物質”としての作用です。

片頭痛発作時には、「脳内セロトニン」が不足した状態にあります。

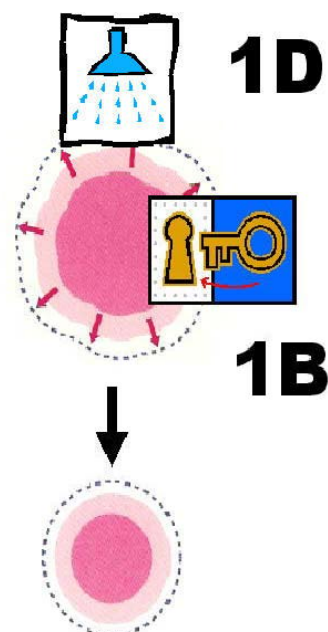
トリプタンという薬は、脳内セロトニンと同じように、血管には1Bという鍵穴があり、トリプタンはこの鍵穴に作用して、血管を収縮させ、拡張によって三叉神経が刺激されるのを防ぎます。

さらに血管の周囲から「痛み物質」が、シャワーのように血管に降り注いで、血管の拡張と炎症が起こっており、シャワーには1Dという鍵穴があって、トリプタンはこの鍵穴に作用して、「痛み物質」の放出を止めます。ここでもセロトニンの代わりにトリ

プタンが三叉神経に取りつき、サブスタンスPなどの分泌を抑制して痛みが出るのを防ぎます。

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（補填）しています。

トリプタン製剤が出る前に使用されていた鎮痛剤や市販の鎮痛薬は、本質的な痛みの部分に作用しているのではなく、痛みの伝達を途中でブロックして感



じなくしているだけです。

そのため、痛みが強いと効果がなかったり、薬を飲んだときには少し良くなっても、しばらくして薬の効果が薄れてくるとまたすぐに痛くなったり（痛みはずっと続いているため）することがあります。

さらに、市販の頭痛薬や痛み止めの大部分は”みかけの痛み”のみを取り払い、水面下で起こっている脳の神経細胞の興奮症状を置き去りにしています。

当然、毎回の片頭痛発作のたびに起きている脳の血管周囲の炎症に関しても放置されたままになっています。

この興奮状態の放置により、片頭痛の回数や程度がだんだんとひどくなってきて、市販の頭痛薬の用法や用量の規定範囲を超えるようになってきたり、飲む回数が増えてきたりします。

このようなことから、片頭痛にはトリプタン製剤を服用するのが”適切”な治療です。

すなわち、「この薬剤は市販の鎮痛薬とは異なり、片頭痛発作の際に脳の血管周囲に張り巡らされた三叉神経から、炎症蛋白が放出されるのをブロックすると同時に、膨れあがった脳の血管を元の大きさに戻す作用を持ち合わせる、いわば根本から片頭痛を断ち切る薬です」

このように、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頭痛診療は格段に進歩したとされ、「片頭痛の治療体系は確立された」と自画自賛されます。

こういったことから、「慢性頭痛診療のガイドライン」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。

最近の頭痛研究の面では、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、これまで述べてきましたような諸々の疑問点が浮上してきました。

とくに「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。

現在、開発中の新薬・・・CGRP

<https://ameblo.jp/yoyamono/entry-11946296982.html>

その結果として、現段階では、片頭痛全体の3割の方々は片頭痛を慢性化させ、苦渋を強いられています。にも関わらず、こうした片頭痛が慢性化する理由は一切不明とされ、こうした事実は、現実に片頭痛で苦しめる方々に知らされることなく、覆い隠されてきました。まさに無責任にも程があると言わざるを得ません。

さらに、慢性頭痛のなかで最も頻度の多い緊張型頭痛の方々は、診療の対象にならないと無視され、塗炭の苦しみを味あわせられることになっています。

ある専門家から、個人的にメールで以下のようにご指摘されます。

それは、脳のなかに異常のない慢性頭痛といった謂わば”雲をつかむような頭痛を論じる場合に、一定の”ルール”に従って論ずることが重要であると・

それも、生物学の法則（自然の摂理のこと）といった極めて”曖昧な”考えではなく、具体的な、誰でも分かりやすい”ルール”に従うべきであり、例えば、スポーツの世界では、とくに野球、サッカー、格闘技・プロボクシング、キックボクシング、総合格闘技 RIZIN、では一定の”ルール”に従って行われ、ここには絶対に行ってはならない”禁じ手”が存在し、これを無視すれば、スポーツそのものが成り立たないとされます。

こういったことから、慢性頭痛を論じる場合には、その”ルール”として、世界で最も権威ある国際頭痛学会が作成した「国際頭痛分類 第3版β版」があると申されます。

このため、生物学の法則（自然の摂理のこと）といった極めて”曖昧な”考えは、絶対に行ってはならない”禁じ手”に相当するされました。この基準ぬきに論じれば、「臨床頭痛学」そのものが、根底から成り立たなくなると嚴重に抗議されました。

しかし、以上のように述べたことから、今回専門家の方が、「国際頭痛分類 第3版β版」を慢性頭痛を論ずる際の”ルール”とすべきとされるご指摘には甚だ疑問を持たざるを得ません。

いずれにしても、片頭痛という辛い頭痛発作がトリプタン製剤によって緩和され、生活の質QOLが向上し、健康寿命を長くなったかもしれませんが、逆に、片頭痛全体の3割の方々の片頭痛を慢性化させ、頭痛地獄という人生最悪の悲劇に陥れている事実をどのように考え、さらに緊張型頭痛の方々を見殺しにされていることをどのように思っておられるのでしょうか。こうした慢性頭痛の方々を根本的に治せないことでは、何のための「臨床頭痛学」なのでしょう

うか。

ということは、「国際頭痛分類 第3版β版」といったルールで論じるのではなく、「生物学の法則（自然の摂理のこと）・・・ミトコンドリアの観点」から論じることが極めて重要になってきます。

この詳細は、これまで「頭痛を考える」<http://taku1902.jp/sub605.pdf> で述べてきました。

「国際頭痛分類 第3版β版」といったルールで論じるのでは、片頭痛の本態解明に至ることはなく、いつまでも片頭痛が原因不明の不思議で・神秘的な遺伝的疾患とされたままでしかありません。この理由を明確にさせてきました。

このため、いつになれば専門家の方々は、「国際頭痛分類 第3版β版」から脱却されるのでしょうか。この基準から逸脱して慢性頭痛を論じないことには、何も慢性頭痛学の進展はないものと考えなくてはなりません。

慢性頭痛のなかで最も頻度の多いものは、私達が日常生活を送る上で感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛です。これが起点（スタート）になり、このなかから片頭痛を発症させていることを忘れてはなりません。

こうした私達が日常生活を送る上で感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛を無視させることによって、片頭痛への移行を黙認し、片頭痛を醸成・熟成させ、ただひたすら片頭痛を慢性化させることになります。