

頭痛の鑑別と漢方薬治療

嶺井第一病院 脳神経外科 嶺井 聡

【要旨】

頭痛は日常診療で経験する頻度の多い訴えの1つである。片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛などの一次性頭痛や、頭部外傷、脳血管障害、薬物、感染症等が原因の二次性頭痛、そして有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛およびその他の頭痛の3つに大別される。一次性頭痛でも治療が困難な頭痛もあれば、二次性頭痛でも、生命にかかわる疾患を除外し、診断がつけば、一般外来での治療が可能な頭痛もある。元の一次性頭痛がライフサイクルとともに症状が変化することもある。普段一次性頭痛を有する患者が二次性頭痛を合併することもあり、頭痛診療は奥が深い。ここでは頭痛の一般的な知識と危険な頭痛の鑑別、漢方薬治療を解説する。

【はじめに】

現在、頭痛は国際頭痛分類第3版 (ICHD-3) に準拠して分類、診断されることが多い。ICHD-3を表1¹⁾に示す。大きく第1部：一次性頭痛、第2部：二次性頭痛、第3部の有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛およびその他の頭痛の3部に大別されている。一次性頭痛はThe Primary Headachesの訳であるが、もともと機能性頭痛と翻訳され、症候（症状）で診断される頭痛である。片頭痛、緊張型頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛 (TACs) が含まれる。二次性頭痛はThe Secondary Headachesの訳であるが、もともと症候性頭痛と翻訳され、病因で分類される頭痛である。頭頸部外傷・障害による頭痛や、頭頸部血管障害による頭痛がこれに含まれる。これを症候性頭痛と訳すと、症候で診断される頭痛である機能性頭痛と混乱が生じるため、現在はThe Primary Headachesを一次性頭痛、The Secondary Headachesを二次性頭痛と訳している。第3部の有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛およびその他の頭痛は、これまでの診断的用語を維持するため国際頭痛学会と国際疼

表1 国際頭痛分類第3版 ICHD-3 2018¹⁾

第1部：一次性頭痛

1. 片頭痛
2. 緊張型頭痛
3. 三叉神経・自律神経性頭痛 (TACs)
4. その他の一次性頭痛疾患

第2部：二次性頭痛

5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛
6. 頭頸部血管障害による頭痛
7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛
8. 物質またはその離脱による頭痛
9. 感染症による頭痛
10. ホメオスタシス障害による頭痛
11. 頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭部の構成組織の障害による頭痛あるいは顔面痛
12. 精神疾患による頭痛

第3部：有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛およびその他の頭痛

13. 有痛性脳神経ニューロパチーおよび他の顔面痛
14. その他の頭痛性疾患

痛学会の合意に基づいて、脳神経の有痛性病変とその他の顔面痛の分類体系である。これには三叉神経痛、舌咽神経通などが含まれる。分類されている頭痛は非常に多いため、ここでは紙面の関係上、一次性頭痛を中心に重要と思われる

表2 SNNOOP10 リスト 二次性頭痛のレッドフラッグ（およびオレンジフラッグ）²⁾

① S	Systemic symptoms including fever 発熱を含む全身症状。例：項部硬直、意識レベルの低下、神経脱落症状（発熱のみの場合はオレンジフラッグ）
② N	Neoplasm in history 新生物の既往
③ N	Neurologic deficit or dysfunction(including decreased consciousness) 神経脱落症状または機能不全（意識レベルの低下を含む）
④ O	Onset of headache is sudden or abrupt 急または突然に発症する頭痛
⑤ O	Older age(after 50 years) 高齢（50歳以上）
⑥ P	Pattern change or recent onset of headache 頭痛パターンの変化または最近発症した新しい頭痛
⑦ P	Positional headache 姿勢によって変化する頭痛
⑧ P	Precipitated by sneezing, coughing, or exercise くしゃみ、咳、または運動により誘発される頭痛
⑨ P	Papilledema 乳頭浮腫
⑩ P	Progressive headache and atypical presentations 進行性の頭痛、非典型的な頭痛
⑪ P	Pregnancy or puerperium 妊娠中または産褥期
⑫ P	Painful eye with autonomic features 自律神経症状を伴う眼痛
⑬ P	Posttraumatic onset of headache 外傷後に発症した頭痛
⑭ P	Pathology of the immune system such as HIV/HIV などの免疫系病態を有する患者
⑮ P	Painkiller overuse or new drug at onset of headache 鎮痛薬使用過多もしくは薬剤新規使用に伴う頭痛

る事項について解説し、最後に頭痛で使用される漢方薬を紹介する。

【危険な頭痛の除外】

本題に入る前に、頭痛診療における一番に重要なことは、危険な二次性頭痛の鑑別である。二次性頭痛は、一次性頭痛様の症状をとることがあり、外来受診時に普段通り歩いて来る軽度・中等度の痛みを訴える患者でも危険な二次性頭痛の可能性があることを念頭に診ていく必要がある。二次性頭痛を鑑別するための臨床的手がかり、いわゆるレッドフラッグとしてSNNOOP10リスト（表2）²⁾が紹介されている。医療機関により可能な検査は限られると思うが、私自身は危険な頭痛のスクリーニングの大半をMRIで行っている。CTは急性期の頭部外傷では有用だが、椎骨動脈解離や可逆性脳血管攣縮症候群のように血管異常を呈する疾患を診断することはできず、頭蓋内スクリーニング検査として十分とは言えない。MRIは「頭痛の診療ガイドライン2021」でも示されているように、画像検査としては第一選択として推奨

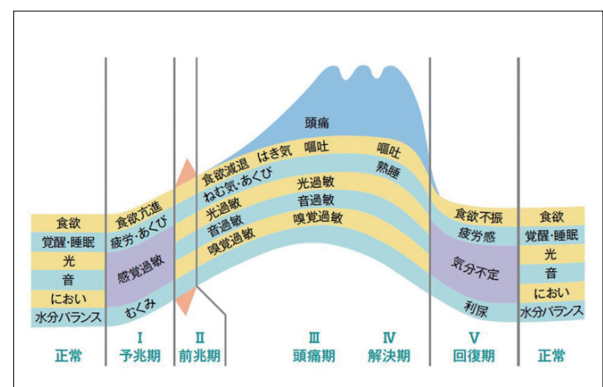


図2 片頭痛の時間経過に伴う症状³⁾

されている³⁾。MRIは撮影方法が重要であり、拡散強調画像（DWI）、T2*強調画像、磁気共鳴血管撮影法（MRA）はもちろんであるが、解離性病変の検出にはT1強調型血管壁イメージ（T1-VISTA）での血管壁の評価が有用である。危険な二次性頭痛の鑑別で迷う際には、禁忌でなければMRIを撮影することを勧める。

【片頭痛】

一般人口における片頭痛の有病率は8.4%とされる。頭痛発作は4～72時間持続する。片

表 3 片頭痛の分類¹⁾

1.1 前兆のない片頭痛	1.3 慢性片頭痛
1.2 前兆のある片頭痛	1.4 片頭痛の合併症
1.2.1 典型的な前兆を伴う片頭痛	1.4.1 片頭痛発作重責
1.2.1.1 典型的な前兆に頭痛を伴うもの	1.4.2 遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの
1.2.1.2 典型的な前兆のみで頭痛を伴わないもの	1.4.3 片頭痛前兆により誘発される痙攣発作
1.2.2 脳幹前兆を伴う片頭痛	1.5 片頭痛の疑い
1.2.3 片麻痺性片頭痛	1.5.1 前兆のない片頭痛の疑い
1.2.3.1 家族性片麻痺性片頭痛	1.5.2 前兆のある片頭痛の疑い
1.2.3.1.1 家族性片麻痺性片頭痛 1 型 (FHM1)	1.6 片頭痛に関連する周期性症候群
1.2.3.1.2 家族性片麻痺性片頭痛 2 型 (FHM2)	1.6.1 再発性消化管障害
1.2.3.1.3 家族性片麻痺性片頭痛 3 型 (FHM3)	1.6.1.1 周期性嘔吐症候群
1.2.3.1.4 家族性片麻痺性片頭痛 他の遺伝子座位	1.6.1.2 腹部片頭痛
1.2.3.2 孤発性片麻痺性片頭痛	1.6.2 良性発作性めまい
1.2.4 網膜片頭痛	1.6.3 良性発作性斜頸

前兆：

視覚（閃輝暗点）	} 典型的な前兆
感覚（感覚異常・鈍麻）	
言語（失語症）	
運動（脱力）	
脳幹（構音障害、回転性めまい、耳鳴り、難聴、福祉、運動失調、意識レベル低下）	
網膜（単眼の視覚障害）	

慢性片頭痛：頭痛が月に 15 日以上（8 回以上が片頭痛の特徴）で 3 ヶ月を超える。

側性、拍動性の頭痛で、中等度から重度の強さである。図 2⁴⁾ に片頭痛発作の経過を示した。このような発作をときどき episodic に繰り返すのが片頭痛である。半数以上の片頭痛患者が両側性の頭痛を経験している。日常生活に支障をきたす頭痛で、日常的な動作により頭痛が増悪し、頭痛のために動けなければ片頭痛の可能性があり、更に随伴症状として悪心か嘔吐があれば診断が可能である。悪心、嘔吐がない場合は、光過敏、音過敏があれば診断できる。患者には、頭痛時は「暗いところがよいか」「静かなほうがよいか」などと聞くとよい。片頭痛の分類を表 3¹⁾ に示す。前兆の有無により、「前兆のある頭痛」と「前兆のない頭痛」に大別する。前兆とは典型的な前兆（視覚症状（閃輝暗点）、感覚症状（感覚障害・感覚鈍麻）、言語症状（失語症））の他、運動症状（片麻痺）、脳幹症状（めまい）、網膜症状（単眼の視覚障害）の 6 種類がある。元来、片頭痛は発作性に起こる機能的疾患と考えられていたが、様々な要因により慢性化した状態が慢性片頭痛であり、難治性で高度な支障をきたす。

片頭痛の治療は急性期治療と予防療法にわけられる。急性期治療薬を表 4³⁾ に示す。特に急性期治療の中心はトリプタンであり、個々の患

者に合った剤型（錠剤、点鼻、注射）を処方することが重要である。一般的に効果発現までに要する時間は、錠剤が 30 分、点鼻薬が 15 分、注射薬が 10 分程度とされている。しかし点鼻薬は、2023 年 12 月からグラクソスミスクラインがイミグラン点鼻液 20® を海外製造所での目視検査工程の不備から出荷停止とし、本邦での処方が困難となっている状況が続いている。予防治療に使用される薬剤を表 5³⁾ に示す。特に近年では CGRP 関連抗体薬は、片頭痛の発現に重要な働きをしていると考えられているカルシトニン遺伝子関連ペプチド (CGRP) や、CGRP 受容体に選択的に結合することで片頭痛発作を抑制する。他の予防治療薬で効果不十分で、日本脳神経外科学会、日本頭痛学会、日本神経学会の専門医など、片頭痛の治療に十分な知識及び経験を有する医師のもとで使用することが求められ、かつ高価ではあるが、筆者の経験からも治療抵抗性の片頭痛患者に有用である。

【緊張型頭痛】

緊張型頭痛は、一般人口に最も多くみられ、障害有病率は 12.9 ～ 78% とされる。多くは両側性で、押されるような、締め付けられるよう

表 4 片頭痛の急性期治療薬³⁾

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効、副作用に注意)	Group 5 (無効)
トリプタン スマトリプタン スマトリプタン点鼻薬 スマトリプタン皮下注 [†] スマトリプタンキット皮下注 [†] スマトリプタン坐薬 [†] スマトリプタン経皮薬 [†] ゾルミトリプタン ゾルミトリプタン点鼻薬 [†] エレクトリプタン リザトリプタン ナラトリプタン almotriptan [†] frovatriptan [†] ditan [†] lasmiditan [†] gepant [†] ubrogepant [†] rimegepant [†]	制吐薬 メトクロプラミド** メトクロプラミド筋注・ 静注** ドンペリドン** アセトアミノフェン、 非ステロイド性抗炎症薬 アセトアミノフェン アセトアミノフェン点 滴静注 アスピリン イブプロフェン** ジクロフェナク* ナプロキセン** インドメタシン経口薬 [†] (わが国では販売中止) インドメタシン坐薬* インドメタシン フェル ネル* アセメタシン** セレコキシブ** エトドラク** メフェナム酸 ロキソプロフェン* フラノプロフェン** ザルトプロフェン** ロルノキシカム** その他 マグネシウム製剤**	ステロイド デキサメタゾン点 滴静注** ヒドロコルチゾン 点滴静注** メチルプレドニゾ ロン点滴静注**	抗不安薬、抗精神病薬、 麻酔薬、制吐薬 ドンペリドン坐薬** プロクロラペラジン** プロクロラペラジン筋 注** クロルプロマジン** クロルプロマジン筋 注** ドロペリドール筋注** プロボフェール静注** ジアゼパム筋注・静 注** エルゴタミン エルゴタミン・カフェ イン・ピリン系配合剤 エルゴタミン・カフェ イン配合剤 [†] (わが国では販売中止) ジヒドロエルゴタミン [†] (わが国では販売中止) その他 トラマドール** トラマドール筋注** トラマドール・アセト アミノフェン配合剤**	

*保険診療における片頭痛に対する適応外使用が認められている

**保険適用外である

[†]わが国では販売されていないもの

[‡]2021年12月販売中止

英語表記は、他の剤形、適応も含め、これまでにわが国で承認されたことがないもの

表 5 片頭痛の予防薬³⁾

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効、副作用に注意)	Group 5 (無効)
抗 CGRP 抗体 ガルカネズマブ フレマネズマブ eptinezumab [†] 抗 CGRP 受容体抗体 エレヌマブ CGRP 受容体拮抗薬 rimegepant [†] atogepant [†] 抗てんかん薬 バルプロ酸 トピラマート** β 遮断薬 プロプラノロール チモロール** 抗うつ薬 アミトリプチリン* その他 A 型ボツリヌス毒素** (慢性片頭痛に対し て)	抗てんかん薬 ガバペンチン** レベチラセタム** β 遮断薬 メトプロロール** アテノロール** ナドロール** 抗うつ薬 fluoxetine [†] Ca 拮抗薬 ロメリジン ベラパミル* ARB/ACE 阻害薬 カンデサルタン** リシノプリル** その他 ジメチチアジン ナツシロギク マグネシウム製剤** ビタミン B ₆ ** チザニジン**	抗うつ薬 ノルトリプチリン** イミプラミン** トラゾドン** ミアンセリン** フルボキサミン** パロキセチン** スルピリド** デュロキセチン** Ca 拮抗薬 ジルチアゼム** ニカルジピン** ARB/ACE 阻害薬 エナラプリル** オルメサルタン**	Ca 拮抗薬 フルナリジン [†] その他 ジヒドロエルゴタミン [†] methysergide [†] メラトニン [†] オランザピン**	抗てんかん薬 クロナゼパム** ラモトリギン** カルバマゼピン** Ca 拮抗薬 ニフェジピン** β 遮断薬 アセブトロール** ビンドロール** アルプレノロール** オキシプレノロール** 抗うつ薬 クロミプラミン** その他 クロニジン**

*保険診療における片頭痛に対する適応外使用が認められている

**保険適用外である

[†]わが国では販売されていないもの

英語表記は、他の剤形、適応も含め、これまでにわが国で承認されたことがないもの

な痛みである。片頭痛と異なり随伴症状は軽
く、労作で増悪したり寝込むことはない。頭蓋
周囲筋の圧痛の評価は、非常に重要な診察所見
である。頭痛の頻度から、年間 180 日未満の
頻度で起こるものを反復性緊張型頭痛、180 日
以上で起こるものを慢性緊張型頭痛に大別され
る (表 6)¹⁾。治療は急性期治療と予防療法から
なる。急性期治療薬を表 7³⁾ に、予防薬を表 8³⁾
に示す。反復性緊張型頭痛は筋性ストレスによ
る末梢性疼痛が主体であるため、治療の主体は

表 6 緊張型頭痛の分類¹⁾

- 2.1 稀発反復性緊張型頭痛
 - 2.1.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛
 - 2.1.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない稀発反復性緊張型頭痛
- 2.2 頻発反復性緊張型頭痛
 - 2.2.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う頻発反復性緊張型頭痛
 - 2.2.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない頻発反復性緊張型頭痛
- 2.3 慢性緊張型頭痛
 - 2.3.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う慢性緊張型頭痛
 - 2.3.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない慢性緊張型頭痛
- 2.4 緊張型頭痛の疑い
 - 2.4.1 稀発反復性緊張型頭痛の疑い
 - 2.4.2 頻発反復性緊張型頭痛の疑い
 - 2.4.3 慢性緊張型頭痛の疑い

表 7 緊張型頭痛の急性期治療薬³⁾

薬剤	一般名	商品名	エビデンスの 確実性	推奨用量
NSAIDs	アセトアミノフェン	カロナール [®]	A	500～1,000 mg/回
	アスピリン・ダイアルミネート配合	バファリン [®]	A	500～1,000 mg/回
	メフェナム酸	ボンタール [®]	A	500 mg/回
	ロキソプロフェン [*]	ロキソニン [®]	A	60 mg/回
	インドメタシン ファルネシル [*]	インフリー [®]	A	200 mg/回
	ジクロフェナク [*]	ボルタレン [®]	A	12.5～50 mg/回
	イブプロフェン ^{**}	ブルフェン [®]	A	100～200 mg/回
	ナプロキセン ^{**}	ナイキサン [®]	A	100～300 mg/回
複合鎮痛薬	カフェイン配合 [*]		B	65～200 mg/回 (カフェイン量)
筋弛緩薬	チザニジン [*]	テルネリン [®]	B	3～6 mg/日
選択的 COX-2 阻害薬	セレコキシブ ^{**}	セレコックス [®]	C	100～200 mg/日

^{*}保険診療で適応外使用が認められている。

^{**}保険適用外。

太字の薬剤は頓用で使用

表 8 緊張型頭痛の予防薬³⁾

薬剤	一般名	商品名	エビデンスの 確実性	推奨用量
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	アミトリプチン [*]	A	5～75 mg/日
		クロミブラミン ^{**}	B	75～150 mg/日
	四環系抗うつ薬	マプロチリン ^{**}	B	75 mg/日
		ミアンセリン ^{**}	B	30～60 mg/日
	NaSSA	ミルタザピン ^{**}	B	30 mg/日
	SNRI	ベンラファキシン ^{**}	B	150 mg/日
抗てんかん薬	トピラマート ^{**}	トピナ	C	50～200 mg/日

^{*}保険診療で適応外使用が認められている。

^{**}保険適用外。

急性期治療薬の鎮痛剤や筋弛緩薬である。慢性緊張型頭痛は痛みの慢性化で下行疼痛制御系が破綻し、中枢性感作が生じることによる疼痛であり、もはや筋収縮の有無は関係ないため治療に難渋する。鎮痛剤使用過多と関係があることが多い。治療薬の主体は予防薬である抗うつ薬である。注意しなくてはならないのは、片頭痛にも緊張型様頭痛があるため、片頭痛が緊張型頭痛と誤診されていることが多いと思われる。最大の違いは体動での頭痛の悪化である。ライフサイクルとともに頭痛の様態が変わることもあるため、緊張型頭痛と思われても必ず、患者に体動で悪化するかどうかを問うことが重要である。体動で悪化するなら、緊張型頭痛ではなく片頭痛の可能性が高い。

【三叉神経・自律神経性頭痛 TACs】

頭痛を日常的に診療していなければ、あまり

耳慣れない分類かもしれない。群発頭痛を含む一次性頭痛である。群発頭痛は同側に頭部自律神経症状を伴う一側性の激しい頭痛である。群発期は1～2か月あり、群発期には頭痛発作が1日1～2回、連日同じ時刻に出現する。急性期治療はスマトリプタン皮下注や、高濃度酸素療法で、予防治療はベラパミルとプレドニゾロンがある。TACsは他に発作性片側頭痛、短時間持続性片側神経痛様発作、持続性片側頭痛があり、4つに大別される。その特徴を図3⁵⁾に示す。特に発作性片側頭痛と持続性片側頭痛はインドメタシンへの治療反応性が高く、診断基準にも含まれている。日本では保険適応に留意する必要があるが、激しい頭痛でインドメタシン製剤が劇的に効果がある頭痛があるということを知っておくことは、頭痛患者を診る際には重要である。日常診療では高頻度ではないものの、注意していると意外と遭遇する印象がある。ICHD-3の診

	群発頭痛	発作性片側頭痛	短時間持続性片側神経痛様発作	持続性片側頭痛
頭部自律神経症状あるいは症候	あり	あり	あり	あり
落ち着きの無さ、興奮した様子	診断基準に含む	診断基準に含む	診断基準に含まない	診断基準に含む
片頭痛様症状	時に	時に	稀	しばしば
発作頻度（回数/日）	0.5～8	5～50（平均11）	3～200（平均59）	連日またはそれ以下の悪化を伴う継続
発作持続時間	15～180分（平均72分）	2～30分（平均17分）	1～600秒（平均56秒）	数時間～数日
頭痛の強さ	非常に強い	非常に強い	非常に強い	重度悪化を伴う中等度
有病率	1/1000	1/50,000	1/10,000	データなし
性差（男性：女性）	2.5：1	1：1	1.5：1	1：2
慢性型	10%	65%	75%	82%
急性期治療の有効性*				
酸素	70%	0%	0%	0%
スマトリブタン	90%	17%	0%	0%
予防治療の有効性**				
ペラバミル	+	±	±	—
トピラマート	+	±	±	±
インドメタシン	±	+++	—	+++
悪化因子	アルコール、睡眠	首の動き	皮膚、熱、機械的刺激	さまざま

*有効な患者の割合
 **予防療法に対する効果 +++ 絶対的な効果、+ 多数の患者で良好な効果、± 患者のわずかの割合である程度の効果、— 効果の報告なし
 （略称）SUNCT 結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作、SUNA 頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作

図3 三叉神経・自律神経性頭痛 TACs の特徴⁵⁾

断基準では、成人の経口インドメタシンは150mg～225mg/日であるが、日本ではインドメタシンの経口薬の使用量は最高量75mg/日、直腸投与（座薬）は最高量100mg/日となっていることに注意を要する。筆者の経験ではその投与量でも治療の反応性を確認することができている。日本では経口インドメタシンが2019年3月に販売中止された。代替薬剤である、胃腸障害の副作用を軽減するために開発されたプロドラッグであるインドメタシン ファルネシル（インフリー[®]）（1日最高量のインドメタシン換算：51mg）、アセメタシン（ランツジール[®]）（1日最高量のインドメタシン換算：154.8mg）、プログルメタシン（ミリダシン[®]）（1日最高量のインドメタシン換算：89.64mg）が使用可能である³⁾。

TACsは痛みが非常に強く、ときには攻撃的で切迫感があるため医療者から敬遠されがちである。治療薬の選択次第では劇的に改善することもあるため、この一次性頭痛の存在を頭に入れておきたい。

【その他一次性頭痛】

その他一次性頭痛を表9¹⁾に示す。特に一次性咳嗽性頭痛、一次性運動時頭痛、一次性運動時頭痛はインドメタシンが有効であることが多いとされている³⁾。筆者の経験では、激しい運動中ま

表9 その他の維持性頭痛の分類³⁾

- 4.1 一次性咳嗽性頭痛
 - 4.1.1 一次性咳嗽性頭痛の疑い
- 4.2 一次性運動時頭痛
 - 4.2.1 一次性運動時頭痛の疑い
- 4.3 性行為に伴う一次性頭痛
 - 4.3.1 性行為に伴う一次性頭痛の疑い
- 4.4 一次性雷鳴頭痛
- 4.5 寒冷刺激による頭痛
 - 4.5.1 外的寒冷刺激による頭痛
 - 4.5.2 冷たいものの摂取または冷気吸息による頭痛
 - 4.5.3 寒冷刺激による頭痛の疑い
 - 4.5.3.1 外的寒冷刺激による頭痛の疑い
 - 4.5.3.2 冷たいものの摂取または冷気吸息による頭痛の疑い
- 4.6 頭蓋外からの圧力による頭痛
 - 4.6.1 頭蓋外からの圧迫による頭痛
 - 4.6.2 頭蓋外からの牽引による頭痛
 - 4.6.3 頭蓋外からの圧力による頭痛の疑い
 - 4.6.3.1 頭蓋外からの圧迫による頭痛の疑い
 - 4.6.3.2 頭蓋外からの牽引による頭痛の疑い
- 4.7 一次性穿刺様頭痛
 - 4.7.1 一次性穿刺様頭痛の疑い
- 4.8 貨幣状頭痛
 - 4.8.1 貨幣状頭痛の疑い
- 4.9 睡眠時頭痛
 - 4.9.1 睡眠時頭痛の疑い
- 4.10 新規発症持続性連日性頭痛 (NDPH)
 - 4.10.1 新規発症持続性連日性頭痛の疑い

たは運動後にのみ誘発されて起こる頭痛である。一次性運動時頭痛が、インドメタシンの反応性が非常によい印象がある。プレイ中、プレイ後の頭痛でパフォーマンスが下がっている運動選手にインドメタシン製剤の投与を検討して頂きたい。

【頭痛の漢方治療】

最後に頭痛の漢方薬治療について述べる。漢方を専門としない医師が、頭痛を漢方的に診察して運用することはハードルが高い。漢方診療は四診（望・聞・問・切）から証をたて、方剤を選択するのだが、その独特の診察方法や、得られた診察所見の解釈に経験が求められるからである。また偽アルドステロン症、肝障害、間質性肺炎といった副作用への配慮も必要である。とはいえ運用次第では劇的に効果を示すため、有用な手段であることには間違いない。ここでは頭痛の診療ガイドライン 2021 にあげられている方剤を解説する^{3, 6, 7)}。

呉茱萸湯：呉茱萸、人参、大棗、生姜から構成される。手足の冷えがあり、嘔吐を伴う片頭痛に使用する。月経と関連した片頭痛、発作前の肩から頸部のこり、発作時の季肋部や胃の張りを伴う場合によい。筆者はトリプタンの効果が乏しい片頭痛の予兆、前兆時に使用している。

桂枝人参湯：桂枝、人参、乾姜、白朮、甘草から構成される。人参湯に桂枝を加えた方剤である。普段から胃腸が弱く、胃がもたれる、下痢しやすいなどの人参湯が適応となる人の頭痛に使用する。1日量で甘草が3g含まれているため、偽アルドステロン症の副作用への配慮が必要である。

釣藤散：釣藤鈎、菊花、防風、人参、茯苓、石膏、麦門冬、陳皮、半夏、生姜、甘草から構成される。のぼせ、肩こり、めまい、耳鳴りがある人に使用する。高血圧があり、元気だが気難しく、頑固な高齢者に使う場合が多い。

葛根湯：葛根、麻黄、桂枝、芍薬、大棗、生姜、甘草から構成される。初期の風邪への代表的な方剤だが、胃腸の弱くない後頸部・背部のこりを伴う緊張型頭痛にも使用される。エフェドリン作用を有する麻黄を含むため、血圧のコントロールが不安定な高血圧症、頻脈性不整脈、虚血性心疾患、前立腺肥大症には慎重投与となる。麻黄により胃部不快や、不眠をきたすことがあるため注意が必要である。

五苓散：桂枝、白朮、茯苓、沢瀉、猪苓から構成される。利尿剤とよばれる水分の代謝異常を調整する分類の漢方薬では代表的な方剤である。片頭痛、緊張型頭痛、二次性頭痛など頭痛全般に幅広く使用する。雨降り前の頭痛、二日酔い、血液透析に伴う頭痛によい。漢方医学的には自汗（日中に気温と関係なく汗をかくこと）、口渇、尿不利（尿量の減少）を目標にするが、必ずしもこだわる必要はない。

他にも頭痛に使用する漢方薬は多数あるが、生薬とその配合、漢方医学の知識が必要となるため、ここでは割愛する。

【まとめ】

国際頭痛分類第3版（ICHD-3）の一次性頭痛を中心に解説した。

頭痛診療に使用される漢方薬を紹介した。

【参考文献】

- 1) 日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会，訳：国際頭痛分類．第3版．医学書院，2018.
- 2) Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al : Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice : SNNOOPS10 list. Neurology 2019 ; 92(3) : 134-144.
- 3) 「頭痛の診療ガイドライン」作成委員会，編：頭痛の診療ガイドライン 2021. 日本神経学会，他監，2021.
- 4) Blau JN : Lancet. 1992 ; 339(8803) : 1202-7.
- 5) 古和久典：三叉神経・自律神経性頭痛．BRAIN and NERVE 74 (3) : 271-277, 2022
- 6) 一般社団法人日本東洋医学会書籍編集委員会，編：漢方医学大全．静風社，2022.
- 7) 高山宏世：腹証図解 漢方常用処方解説，三考塾叢刊，1988.



問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 頭痛は国際頭痛分類第 3 版 (ICHD-3) に準拠して分類、診断されることが多い。
- 問 2. 解離性病変の検出には T1 強調型血管壁イメージ (T1-VISTA) での血管壁の評価が有用である。
- 問 3. 二次性頭痛は症候で診断される頭痛である。
- 問 4. TACs の中でインドメタシン反応性があるのは、発作性片側頭痛と持続性片側頭痛である。
- 問 5. 葛根湯は後頸部・背部のこりを伴う緊張型頭痛に使用されるが、エフェドリン作用を有する麻黄を含むため、血圧のコントロールが不安定な高血圧症、頻脈性不整脈、虚血性心疾患、前立腺肥大症には慎重投与となる。



8月号 (Vol.60)
の正解

慢性疼痛の心理治療アプローチについて — 昨今の動向を含めた検討 —

問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 痛みの定義は「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ身体の不快感体験」とされている。
- 問 2. 慢性疼痛は、現在は発症から 3 カ月以上続く痛みとすることが多い。
- 問 3. 難治性の慢性疼痛患者に対する、多職種による集学的な痛み治療として、教育や心理療法、運動療法などを組み合わせたペインマネジメントプログラム (PMP) が推奨されている。
- 問 4. PMP は痛みの除去や軽減を主目的とはせず、痛みがあっても痛みに捉われず日常生活を前向きに趣味の充実や社会活動ができる身体機能の改善と生活の質の向上を目指すものである。
- 問 5. PMP の心理的アプローチ治療には、認知行動療法、マインドフルネス、ACT が推奨されている。

正解 1. × 2. ○ 3. ○ 4. ○ 5. ○

解説

- 問 1. × 痛みの定義 (2020) は「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快感体験」が正解。