

表 1 頭痛の分類

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. ホメオスター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・頸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

(文献 3) より引用)

表2 片頭痛のサブタイプ

- 1.1 前兆のない片頭痛 Migraine without aura
- 1.2 前兆のある片頭痛 Migraine with aura
- 1.3 慢性片頭痛 Chronic migraine
- 1.4 片頭痛の合併症 Complications of migraine
- 1.5 片頭痛の疑い Probable migraine
- 1.6 片頭痛に関連する周期性症候群 Episodic syndromes that may be associated with migraine

(文献3)より引用)

表3 前兆のある片頭痛のサブフォーム

- 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 1型(FHM1)
 - 1.2.3.1.2 家族性片麻痺性片頭痛 2型(FHM2)
 - 1.2.3.1.3 家族性片麻痺性片頭痛 3型(FHM3)
 - 1.2.3.1.4 家族性片麻痺性片頭痛, 他の遺伝子座
 - 1.2.3.2 孤発性片麻痺性片頭痛
- 1.2.4 網膜片頭痛

(文献3)より引用)

表 4 二次性頭痛の一般診断基準

- A. 頭痛は、C を満たす
- B. 頭痛を引き起こしうるものが科学的に実証されている他疾患の診断がなされている
- C. 原因となる証拠として、以下のうちの少なくとも2項目が示されている
 - 1. 頭痛が、原因と推測されている疾患と時期的に一致して発現している
 - 2. 以下のいずれか、もしくは両方
 - a) 頭痛は原因と推測される疾患が悪化するのと並行して有意に悪化している
 - b) 頭痛は原因と推測される疾患が軽快するのと並行して有意に改善している
 - 3. 頭痛は原因疾患の典型的な特徴を有している
 - 4. 原因となる他の証拠が存在する
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

(文献3)より引用)

7. 頭頸部血管障害による頭痛

6.1「虚血性脳卒中または一過性脳虚血発作による頭痛」をはじめ、6.2「非外傷性頭蓋内出血による頭痛」、6.3「未破裂血管奇形による頭痛」、6.4「動脈炎による頭痛」、6.5「頸部頸動脈または椎骨動脈障害による頭痛」、6.6「脳静脈血栓症(CVT)による頭痛」、6.7「その他の急性頭蓋内動脈障害による頭痛」、6.8「遺伝性血管異常症による頭痛」、6.9「下垂体卒中による頭痛」が掲載されている。ICHD-3 β で新たに掲載された6.7.3「可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)による頭痛」は、性行為、労作、ヴァルサルヴァ手技あるいは感情などが引き金になり、典型的には1~2週間に亘って雷鳴頭痛を繰り返す可逆性脳血管攣縮症候群によって引き起こされる頭痛である。頭痛はRCVSの唯一の症状のこと

6)の頭頸部血管障害による頭痛が更に細分化されています。その中でRCVSが新たに設けられています。

- 二次性頭痛の診断には、頭痛が原因と推測されている疾患と時期的に一致して発現しているか、頭痛が原因と推測される疾患の悪化または軽快と並行して有意に悪化または改善していることが重要である。
- 「可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)による頭痛」が掲載され、一次性雷鳴頭痛との鑑別に關する注意喚起がなされている。
- 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)による頭痛は、雷鳴頭痛が繰り返し起こる。
- RCVSによる頭痛は性行為、労作、ヴァルサルヴァ手技、感情、入浴やシャワーなどが引き金となる。

表5 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)による頭痛

診断基準

- A. 新規の頭痛で、Cを満たす
- B. 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)と診断されている
- C. 原因となる証拠として、以下のうち少なくとも1項目が示されている
 1. 頭痛は局在神経学的欠損または痙攣発作(あるいはその両方)を伴うことも伴わないこともあり、血管造影で「数珠(strings and beads)」状外観を呈し、RCVSの診断の契機となった
 2. 頭痛は以下の項目のいずれかまたは両方の特徴をもつ
 - a) 雷鳴頭痛として発現し、1ヵ月以内は繰り返し起こる
 - b) 性行為、労作、ヴァルサルヴァ手技、感情、入浴やシャワーなどが引き金となる
 3. 発現から1ヵ月を超えると著明な頭痛は起こらない
- D. ほかに最適なICHHD-3の診断がなく、動脈瘤性くも膜下出血が適切な検査で除外されている

(文献3)より引用)

MRI
(FLAIR)



MRA



A: 発症 3 日目

B: 発症 10 日目

MRA



C: 発症 1 か月後

D: 発症 3 か月後

図 1 雷鳴頭痛で発症した RCVS

雷鳴頭痛で発症し 3 日目に MRI 検査を行った (A)。MRI では異常を認めないが、MRA で左右中大脳動脈と左右後大脳動脈に多分枝にわたる strings and beads 所見を認める (矢印)。その後も不定期に雷鳴頭痛を繰り返し、初回の頭痛発症から 10 日目に再検査を行った (B)。MRI では右円蓋部脳溝に新たにくも膜下出血を認め (矢頭)、MRA では strings and beads 所見が増悪している (矢印)。初回の雷鳴頭痛発症から 1 か月後 (C)、3 か月後 (D) の MRA を示す。C では strings and beads 所見の改善を認め、D では正常化している。

頭痛の危険信号

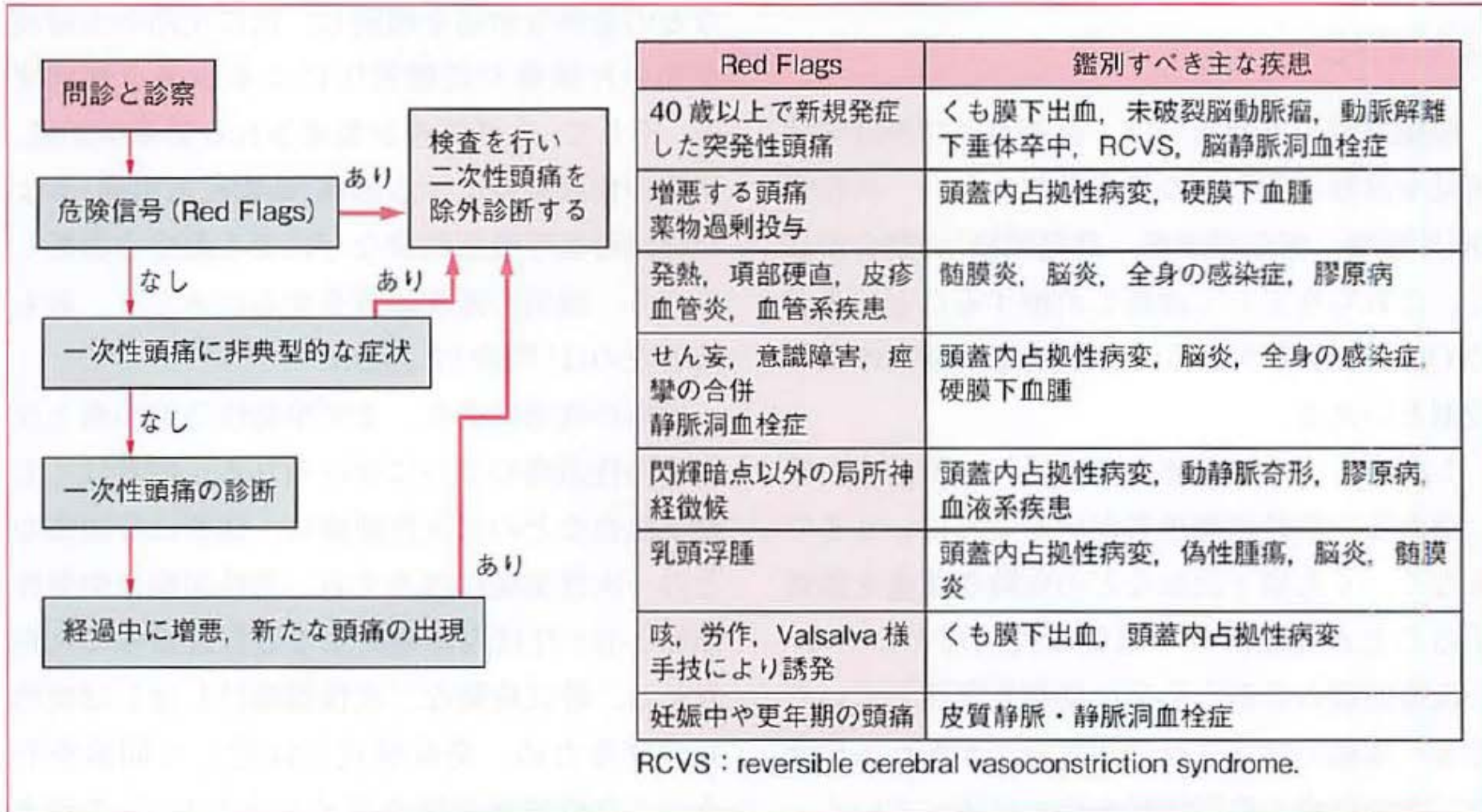


図1 頭痛の診断(a)と頭痛診断における危険信号(Red Flags)(b)

頭痛の危険信号 簡易診断

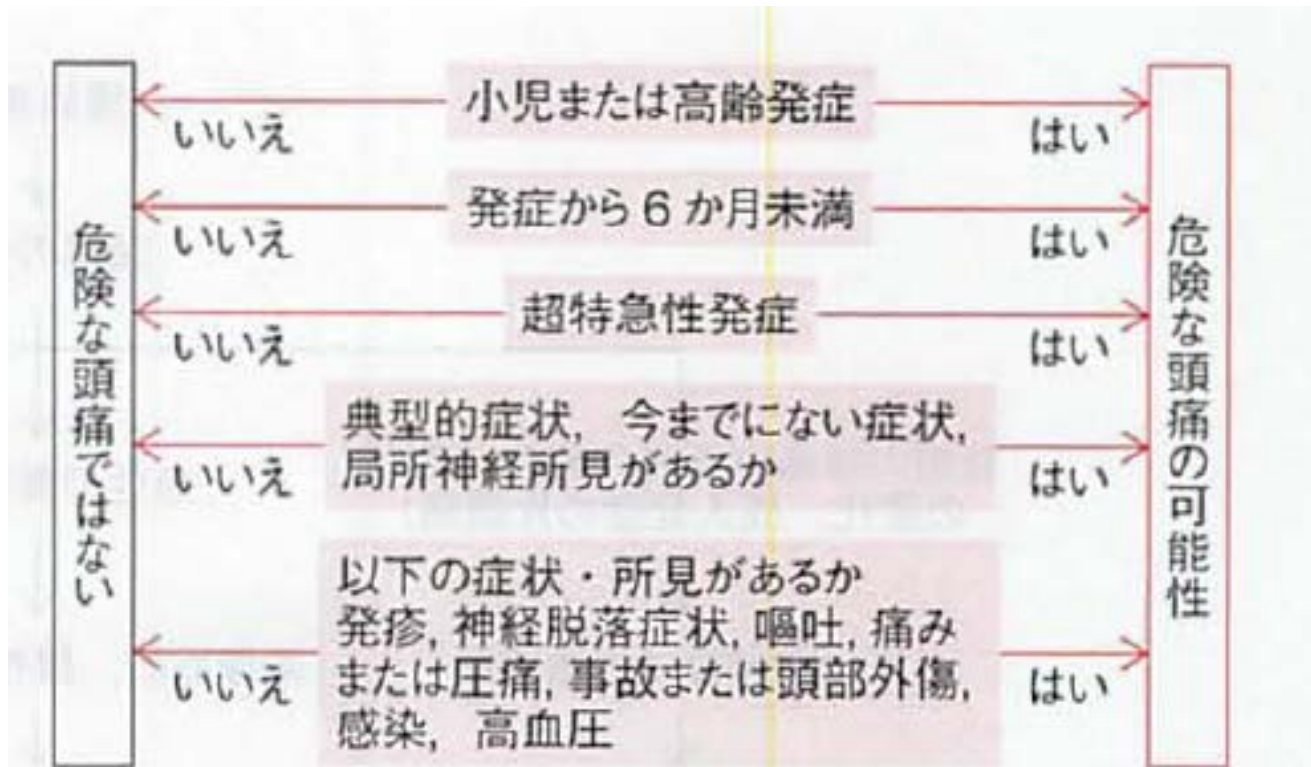
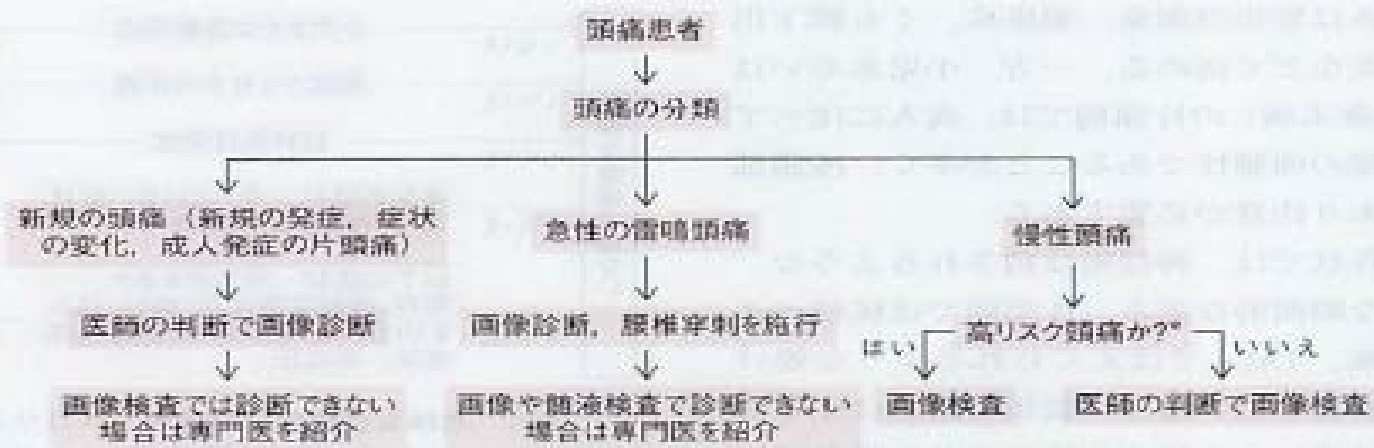


図1 危険な頭痛の簡易診断アルゴリズム

(Dowson AJ, et al : *Int J Clin Pract* 2003 ; 57 : 493-507 より引用)



*群発タイプの頭痛, 神経学的診察で異常所見のある頭痛, 分類不能な頭痛 (片頭痛, 緊張型頭痛, 群発頭痛のいずれでもない), 前兆のある頭痛, 労作やバルサルバ手技で悪化する頭痛, 嘔吐を伴う頭痛

図2 頭痛診療のアルゴリズム—この患者に神経画像検査は必要か?

(Detsky ME, et al : JAMA 2006 ; 296 : 1274-1283 より引用)

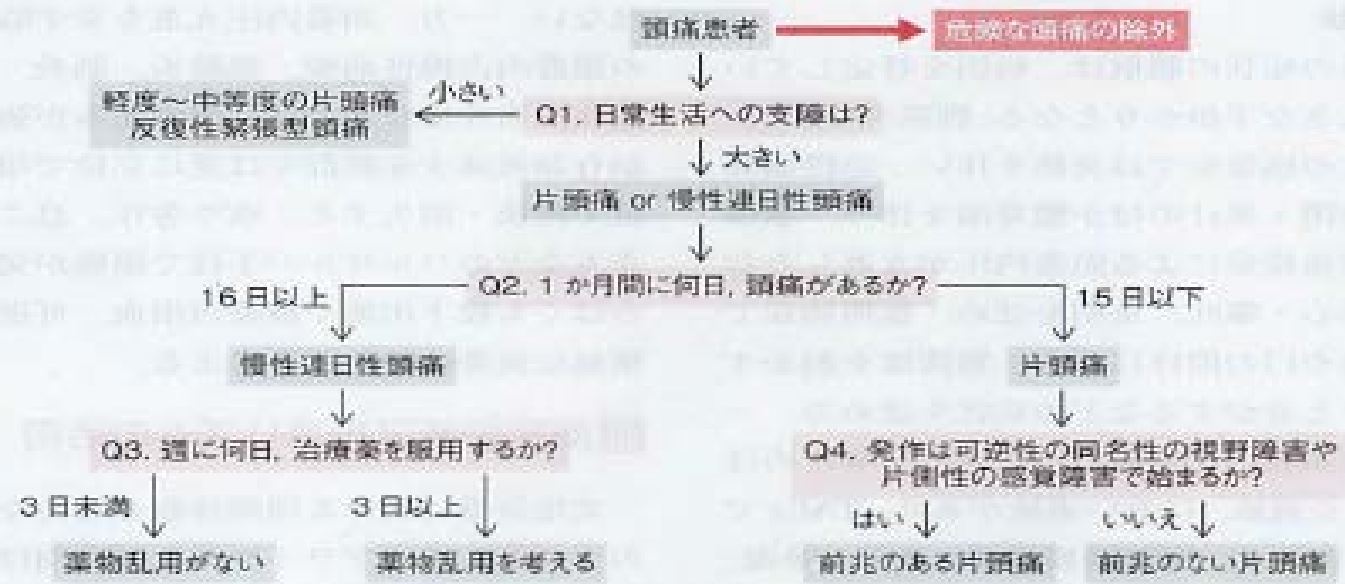


図3 頭痛患者のスクリーニング

(Dewey A, et al : J Clin Psychiatry 2004 ; 65 : 1143-1151 より引用)

表 1 反復性緊張型頭痛と慢性緊張型頭痛の診断基準

	反復性緊張型頭痛		慢性緊張型頭痛
	稀発	頻発	
痛みの性状	圧迫感・締め付け感		
痛みの部位	両側性		
痛みの強さ	軽度～中等度		
頻度(1 か月)	1 日未満	1～14 日	15 日以上
持続時間	30 分～7 日間		数時間～数日間 絶え間なく持続
随伴症状			
悪心・嘔吐	なし		中等度～重度の悪心や嘔吐なし
光過敏・音過敏	あってもどちらか一方のみ		光過敏, 音過敏, 軽度の悪心はあってもいずれか1つのみ
日常的動作	増悪しない		

(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 beta 版, 医学書院, 東京, 2014 ; 21-27 より引用, 改変)

表2 緊張型頭痛の治療薬

	一般名	主な商品名	投与量	推奨グレード
鎮痛薬	アセトアミノフェン	カロナール®	400～500mg/回	A
NSAIDs	アスピリン・ダイアルミネート配合	バファリン®	330～660mg/回	A
	イブプロフェン	ブルフェン®	200mg/回	A
	ナプロキセン	ナイキサン®	300mg/回	A
	ロキソプロフェン	ロキソニン®	60mg/回	A
筋弛緩薬	チザニジン	テルネリン®	3～6mg/日	B
	エベリゾン	ミオナール®	150mg/日	C
抗不安薬	アルプラゾラム	ソラナックス®	0.4～1.2mg/日	B
	エチゾラム	デバス®	0.5～1mg/日	B～C
抗うつ薬	アミトリプチリン	トリプタノール®	10～25mg/日	A
	クロミプラミン	アナフラニール®	75～150mg/日	B

(日本神経学会, 日本頭痛学会監修, 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会編: 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会: 慢性頭痛の診療ガイドライン 2013. 医学書院, 東京, 2013; 201-213 より引用, 改変)

表1 三叉神経・自律神経性頭痛の分類

- 3.1 群発頭痛
 - 3.1.1 反復性群発頭痛
 - 3.1.2 慢性群発頭痛
- 3.2 発作性片側頭痛
 - 3.2.1 反復性発作性片側頭痛
 - 3.2.2 慢性発作性片側頭痛
- 3.3 短時間持続性片側神経痛様頭痛発作
 - 3.3.1 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 (SUNCT)
 - 3.3.1.1 反復性 SUNCT
 - 3.3.1.2 慢性 SUNCT
 - 3.3.2 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 (SUNA)
 - 3.3.2.1 反復性 SUNA
 - 3.3.2.2 慢性 SUNA
- 3.4 持続性片側頭痛
 - 3.4.1 持続性片側頭痛, 寛解型
 - 3.4.2 持続性片側頭痛, 非寛解型
- 3.5 三叉神経・自律神経性頭痛の疑い
 - 3.5.1 群発頭痛の疑い
 - 3.5.2 発作性片側頭痛の疑い
 - 3.5.3 短時間持続性片側神経痛様頭痛発作の疑い
 - 3.5.4 持続性片側頭痛の疑い

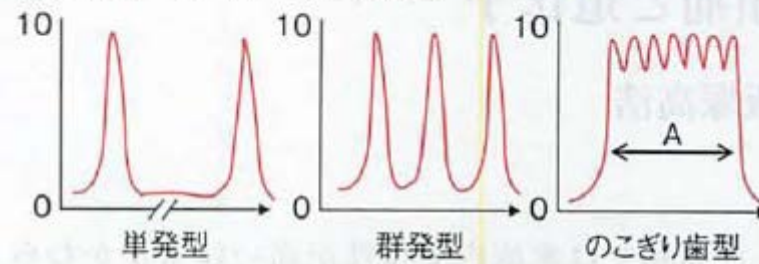
(日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会訳：国際頭痛分類第3版 beta 版, 医学書院, 東京, 2014; 28 より引用)

表2 群発頭痛の診断基準

- A. B～Dを満たす発作が5回以上ある
- B. 未治療の場合、重度～きわめて重度の側の痛みが眼窩部、眼窩上部または側頭部のいずれか1つ以上の部位に15～180分間持続する
- C. 以下の1項目以上を認める
 - 1. 頭痛と同側に少なくとも以下の症状あるいは徴候の1項目を伴う
 - a) 結膜充血または流涙（あるいはその両方）
 - b) 鼻閉または鼻漏（あるいはその両方）
 - c) 眼瞼浮腫
 - d) 前額部および顔面の発汗
 - e) 前額部および顔面の紅潮
 - f) 耳閉感
 - g) 縮瞳または眼瞼下垂（あるいはその両方）
 - 2. 落ち着きのない、あるいは興奮した様子
- D. 発作時期の半分以上においては、発作の頻度は1回/2日～8回/日である
- E. ほかに最適なICHD-3の診断がない

(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beta版、医学書院、東京、2014；29より引用)

痛みのスケール (0 ~ 10 で評価)



のこぎり歯型はAの発作持続時間が15分~3時間の場合、
群発頭痛と診断されやすい

図1 短時間持続性片側神経痛様頭痛発作の発作型

表1 8.2 薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛，MOH）の診断基準

診断基準

- A. 以前から頭痛疾患を持つ患者において、頭痛は1か月に15日以上存在する
- B. 1種類以上の急性期または対症的頭痛治療薬を3か月を超えて定期的に乱用している（注1）
- C. ほかに最適なICHD-3の診断がない

（注1）患者は、下記の特定の乱用（多用）している薬物と診断基準により、8.2「薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛）」の1つ以上のサブタイプでコード化しなくてはならない。たとえば、8.2.2「トリプタン乱用頭痛」の診断基準と8.2.3「単純鎮痛薬乱用頭痛」のサブフォームの1つの基準を満たす患者は、これらの両方をコード化しなくてはならない。患者が複合鎮痛薬を乱用しているときは例外で8.2.5「複合鎮痛薬乱用頭痛」にコード化され、複合鎮痛薬を構成している各薬剤の基準によらない。

個々の薬物が単独では乱用されない場合であっても、急性期または対症的頭痛治療薬を乱用に合致する方法で多剤併用する患者の場合には、8.2.6「単独では乱用に該当しない複数医薬品による薬物乱用頭痛」にコード化しなくてはならない。

急性期または対症的頭痛治療薬を明確に多剤乱用している患者で、それらの名前または量（あるいはその両方）の適正な評価ができない場合は、より有用な情報が得られるまで8.2.7「乱用内容不明な複数医薬品による薬物乱用頭痛」にコード化する。ほとんどすべての患者で、頭痛ダイアリーによる観察が必要である。

（日本頭痛学会・国際頭痛学会分類委員会訳：国際頭痛分類第3版 beta 版。医学書院，東京，2014 より引用）

表2 8.2 薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛，MOH）のサブフォーム

- 8.2.1 エルゴタミン乱用頭痛
- 8.2.2 トリプタン乱用頭痛
- 8.2.3 単純鎮痛薬乱用頭痛
 - 8.2.3.1 パラセタモール（アセトアミノフェン）乱用頭痛
 - 8.2.3.2 アセチルサリチル酸乱用頭痛
 - 8.2.3.3 その他の非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）乱用頭痛
- 8.2.4 オピオイド乱用頭痛
- 8.2.5 複合鎮痛薬乱用頭痛
- 8.2.6 単独では乱用に該当しない複数医薬品による薬物乱用頭痛
- 8.2.7 乱用内容不明な複数医薬品による薬物乱用頭痛
- 8.2.8 その他の治療薬による薬物乱用頭痛

（日本頭痛学会・国際頭痛学会分類委員会訳：国際頭痛分類第3版 beta 版。医学書院，東京，2014 より引用）

表3 8.2.2 トリプタン乱用頭痛の診断基準

- A. 頭痛は8.2「薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛）」の診断基準を満たす
- B. 3か月を超えて、1か月に10日以上、定期的に1つ以上のトリプタン（注1）を摂取している（剤形は問わない）。

（注1）トリプタン名は通常カッコ内に明記する。

（日本頭痛学会・国際頭痛学会分類委員会訳：国際頭痛分類第3版 beta 版。医学書院，東京，2014 より引用）

表4 頻発性の頭痛，連日性頭痛の患者で鑑別すべき病態

頭蓋内圧亢進症

髄液減少症，低髄液圧症候群

慢性硬膜下血腫

頭部病変

三叉神経領域の病変（歯，耳，眼，咽頭病変）

中枢神経感染症

副鼻腔炎

蝶形骨洞炎，その他の頭蓋内炎症性疾患

閉塞性睡眠時無呼吸

脳静脈血栓症

Arnold-Chiari 奇形

頭蓋内占拠性病変

内分泌疾患（甲状腺，下垂体，褐色細胞腫）

[竹島多賀夫：慢性片頭痛，薬物乱用頭痛，慢性連日性頭痛，月刊レジデント 2010；3（6）：66-74 より引用]

くも膜下出血(SAH)について

Ⅱ 典型的な症状は「今まで経験したことがない突然の激しい頭痛」である

Ⅲ 少量の出血による警告症状を呈することがあり、突然の頭痛に悪心・嘔吐、めまい、複視・視力障害、せん妄を伴う場合には注意を要する

SAHは見逃される可能性がある

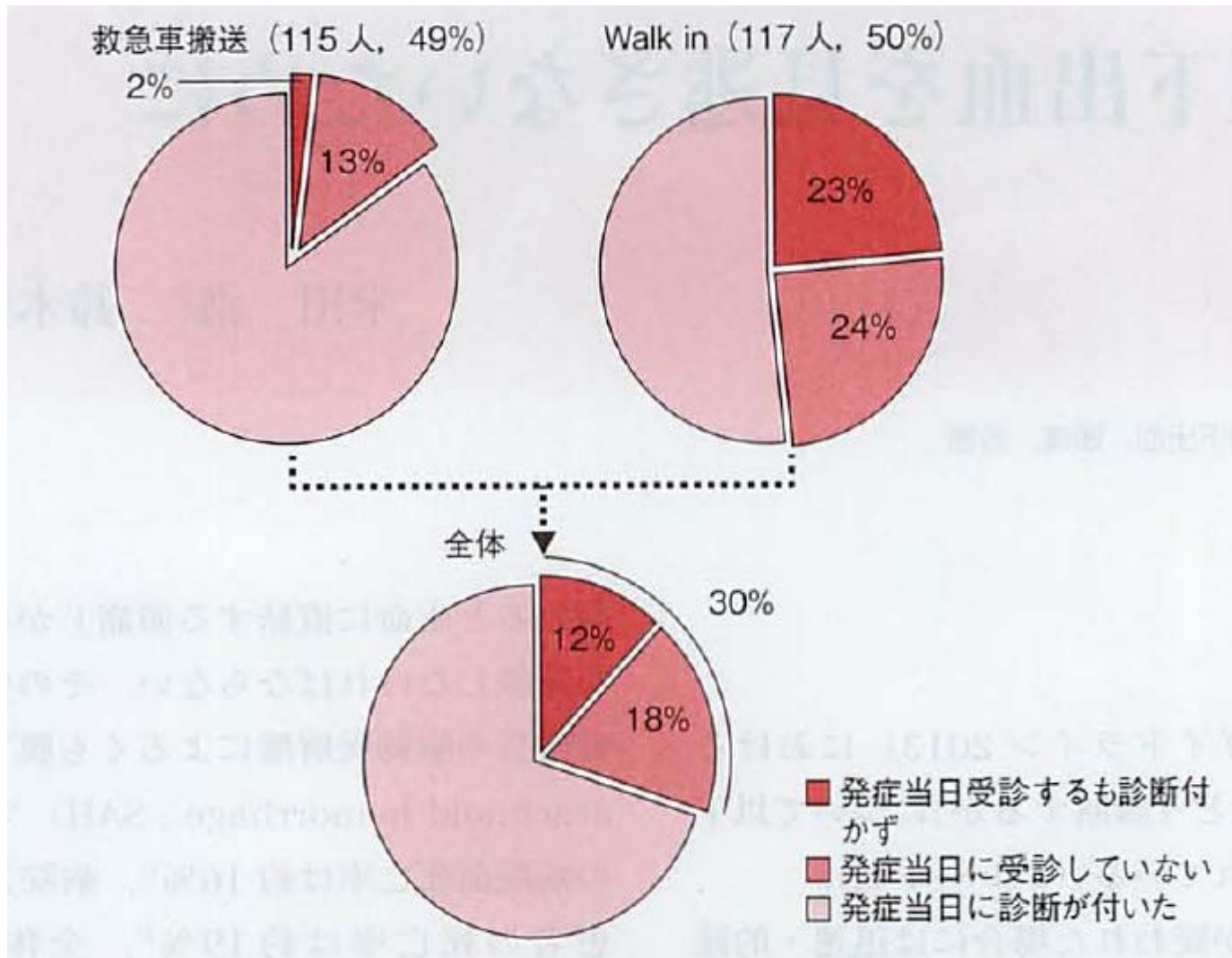


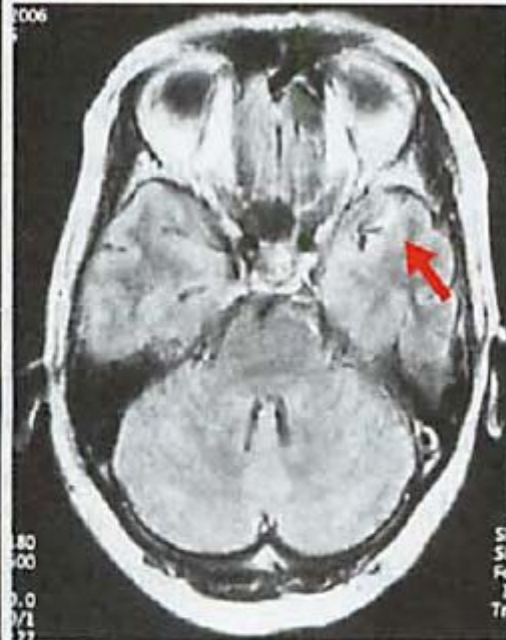
図1 頭痛発症 SAH 患者は発症当日に診断されていたか？

山口大学医学部附属病院に搬送された SAH 患者 368 人（過去 10 年間）のうち頭痛発作で発症した患者 235 人を後ろ向きに解析

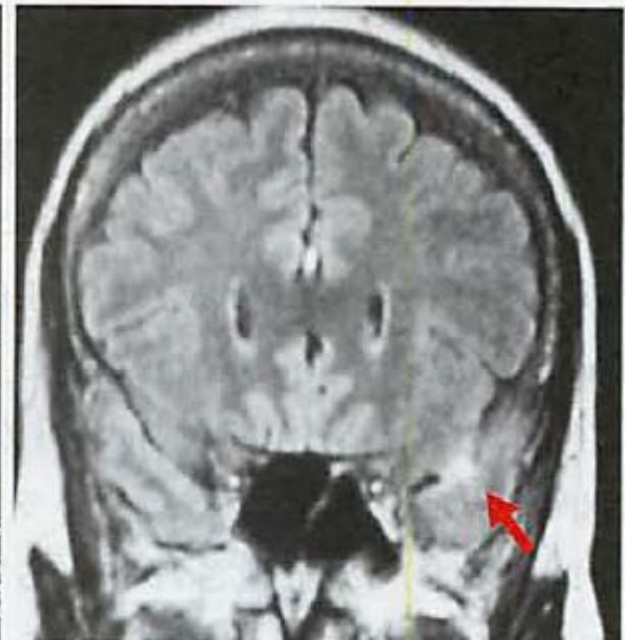
画像診断でもSAHは注意が必要



頭部単純 CT



MRI の FLAIR 画像水平断



MRI の FLAIR 画像冠状断

図 2 SAH の画像診断

頭部単純 CT ではくも膜下出血を確認することは困難であるが、MRI の FLAIR 画像でくも膜下腔に高信号の微量の血腫（矢印）を確認できる。