

小児の頭痛



ふじた みつえ
藤田 光江 (写真)

筑波学園病院小児科/
東京クリニック小児・思春期頭痛外来

たはらたかひろ
企画・監修 田原卓浩

たはらクリニック(山口市) 院長

症例



〔症例1〕 8歳、男児

〔主訴〕 嘔吐を伴う頭痛発作

〔病歴〕 5歳頃から月に1回ほど頭痛を訴えていたが、8歳になって、月1～3回と頭痛回数が増え、嘔吐を伴うこともあり、当院を受診した。頭痛は両側側頭部のズキンズキンする(拍動性)強い頭痛で、始まると静かな暗い部屋で横になりたがる。寝不足や低気圧が誘因となり、頭痛が始まる前に生あくびをすることが多い。時に見ようとする所が半分見えなくなる前兆があり、母親にも同様の頭痛がある。問診からは、片頭痛の診断基準を満たした。低年齢で、視覚前兆や嘔吐があることから、念のため脳波検査と頭部MRI・MRAを行ったが、血圧測定、血液・尿検査を含め、特記すべき異常は見られなかった。イブプロフェン錠とドンペリドン錠を処方し、頭痛が始まったらできるだけ早く使用するよう勧めた。嘔吐を伴う時は、スマトリブタン点鼻薬の使用を指示した。

〔症例2〕 14歳、女児

〔主訴〕 連日続く強い頭痛、不登校

〔病歴〕 小学校の頃からたまに頭痛はあったが、中学2年の夏から、毎日頭痛を訴えるようになった。頭痛外来を数力所受診し、様々な薬を試したが軽快しなかった。かかりつけの小児科では起立性調節障害との診断の下に治療されたが、昼頃に起きても登校できず、次第に昼夜逆転状態となったため、当院を受診した。問診からは、前兆のない片頭痛に緊張型頭痛が共存し慢性連日性頭痛の状態と考えられた。個別に支持的心理面接を開始したところ、真面目な性格で中学生生活の心身の疲れがたまっていたところに、部活動の部長に選ばれたことがきっかけで、頭痛が慢性化したと考えられた。頭部MRI・MRA、血液検査は特に問題はなかった。フルボキサミンマレイン酸塩錠を開始し、心理面接を続け、通信制高校に入学後は連日の緊張型頭痛は消失し、鎮痛薬の効く片頭痛のみとなった。

みる・きく・さわる 診療のポイント

●みる

- 診察室に入ってくる時の歩行、姿勢で、跛行、麻痺など大まかな神経症状を診る。
- 一般小児科での診察に加え、頭痛を訴える部位に皮疹、

内出血がないか。

- 診察時頭痛がある場合、ベッドへの移動など診察中の行動でその強さを判断する。片頭痛発作中は強い頭痛のため、子どもでも行動が制限される。

□応答が年齢相当か、表情が暗い、涙もろいなどうつ状態はないかを診る。

●きく

□頭痛の初発年齢、頭痛の性状（部位、強さ、拍動性か非拍動性か）、月に何日くらいあるか、持続時間、前兆の有無と種類、誘因、随伴症状、頭痛の家族歴など。保護者からは、頭痛を訴えている時の患児の行動をきく。

□共存症（起立性調節障害、不眠や不登校など精神疾患関連症状）

●さわる

□診察時頭痛がある場合、頭痛の部位を触診し、局在する痛みがないか診る。

□肩、首筋の筋肉を触り、こりの有無を診る。

概 説

小児の頭痛のうち第一に診断すべき頭痛は、片頭痛である。片頭痛は低気圧、日差し、人ごみなど何か誘因はあるが、時を選ばず起こる発作性の強い頭痛である。しかし、頭痛がない時は普通に生活ができ、むしろ活発な子が多い。

一方、毎朝頭痛を訴え、登校できないと訴えるいわゆる思春期の慢性連日性頭痛は、患児と保護者が治療の効果を

期待する頭痛であるが、難治である。心理社会的要因の関与する頭痛は、鎮痛薬や予防薬は効きにくく、患児と保護者を支えながら、長期間経過を診る必要がある。思春期では特に保護者が席を外すと治療者との会話がスムーズにいくことも多いので、心の問題がありそうな時は患児のみと話す時間を設定する。

検査・診断・治療

●**検査** 初診時に検査が必要な頭痛は少ないが、まれに高血圧による頭痛があるので、血圧測定は必ず行う。血液・尿検査は、頭痛の頓挫薬や予防薬使用前検査としても必要で、できれば甲状腺機能、アンモニア、乳酸、ピルビン酸を含め行う。緊急性のある頭痛はトリアージの項参照。

●**小児頭痛の診断** 小児の主な頭痛は、一次性頭痛の片頭痛と緊張型頭痛で、成人と同じく国際頭痛分類第3版beta版（ICHD-3β）で診断される。

1) **片頭痛と緊張型頭痛の診断** ICHD-3βによる片頭痛と緊張型頭痛の診断上の相違点と特徴を表に示した。

2) **慢性連日性頭痛（chronic daily headache；CDH）**

CDHは、1日に4時間以上、1カ月に15日以上、3カ月以上持続する頭痛であり、主な頭痛は、ICHD-3βの慢性片頭痛と慢性緊張型頭痛である。成人のCDHは薬物の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛）を考えるが、小児のCDHは心理社会的要因関与の有無で、慢性緊張型頭痛が主であることを確認できる（図）。

●小児頭痛の治療

1) **片頭痛の治療** 第一に規則正しい睡眠や食事、頭痛発作を起こす誘因があればそれを避けるなど非薬物療法が推

奨される。しかし、日常生活が妨げられる強い頭痛を持つ小児には、積極的な薬物治療が必要となる。

(1) 急性期治療薬：エビデンスがあるのは、①イブプロフェンとアセトアミノフェン（年齢制限なし）、②スマトリプタン点鼻薬。

(2) 予防治療薬：急性期治療薬の使用が月6～10日を超える場合、毎回嘔吐を伴う場合などは予防治療が必要である。バルプロ酸は片頭痛予防に保険適用はあるが、肝機能障害悪化の可能性があるので、開始前後の血液検査など小児の使用には十分注意が必要である。抗うつ薬のアミトリプチリンやCa拮抗薬のロメリジン（思春期以降）も投薬可能である。

2) CDHの対応と頭痛ダイアリー

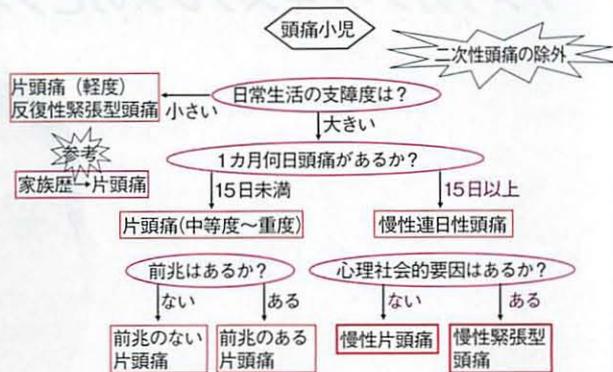
CDHの小児には、頭痛ダイアリー^{*1}の記載を勧めている。ダイアリーは、患児がストレスに気付くきっかけとなり、治療者にとっても頭痛の診断や治療の有効性、患児の環境調整に役立つなど、頭痛診療に不可欠なコミュニケーションの手段である。時に抗不安薬や抗うつ薬などを併用しながら、支持的心理面接を続け、心の葛藤を言語化できる頃から頭痛は軽減し始め、発作性の片頭痛のみとなることが多い。

表 片頭痛と緊張型頭痛の相違点と特徴 (国際頭痛分類第3版beta版: ICHD-3β)

	片頭痛	緊張型頭痛
発作的な頭痛	+	-
持続時間	4～72時間	30分～7日間*
	18歳未満は2～72時間でもよいかもしれない	
部位	片側性	両側性
	18歳未満は両側性(前頭側頭部)が多い	
性質	拍動性	非拍動性**
強さ	中等度～重度	軽度～中等度
日常的動作による悪化	+	-
悪心・嘔吐	+	-
光過敏・音過敏	+	-***
家族歴****	濃厚	希薄

* 慢性緊張型頭痛: 絶え間なく続くことがある ** 圧迫感または締め付け感
 *** 緊張型頭痛では、光過敏、音過敏はいずれか一つのみ
 **** ICHD-3βにない

図 小児一次性頭痛の簡易診断アルゴリズム



藤田光江: 小児の頭痛 診かた治しかた: 中山書店, 2009

トリアージ!! この症状にはこの対応

小児科外来において、原因疾患のある二次性頭痛は3～4%と少なく、頭痛があるから画像検査が必要というわけではない。むしろ、原因疾患のない一次性頭痛の片頭痛と緊張型頭痛の診断ができれば、無用の画像検査を避けることができる。特に、CTは放射線被曝の問題があり小児には反復検査を避けるべきである。このため過去の検査歴を十分聴取し、MRI・MRAを依頼する。

A: 緊急に脳神経外科に紹介すべき頭痛

今までに経験したことのない激しい頭痛、頭蓋内圧亢進症状(視力障害、悪心のない嘔吐など)、進行する神経症状(失調、片麻痺など)、意識消失または意識減損発作では、緊急の頭画像検査が必要である。

B: 早めに画像検査ができる医療機関に紹介すべき頭痛

最近発症した強い頭痛、以前からの頭痛が重度や頻度を増した時、後頭部痛、頭痛のため睡眠中目が覚める、朝の嘔吐を伴う頭痛、大きな息をした時の脱力発作がある時(もやもや病が疑われる)も早めに画像検査が必要である。

C: 一般外来で経過を診られる頭痛

発熱のない頭痛のほとんどは、片頭痛と緊張型頭痛であり、このうち強い頭痛で治療が必要なのは片頭痛である。片頭痛には、鎮痛薬を処方し、頭痛(前兆も含む)が始まったらできるだけ早く内服するよう勧めておく。日本頭痛協会のホームページ*2からダウンロードできる冊子を活用し、保護者と学校スタッフとも小児の頭痛の対処法を共有しておく。

MM

専門医からひとこと

Column | 頭痛のみではなく、子どもの置かれた環境を見る

頭痛を訴える子どもは多いのに、小児の頭痛を積極的に診る医師は少なく、危険な頭痛を想定するあまり、脳神経外科などへの紹介が多い。原因のない一次性頭痛のうち、片頭痛が4分の3を占める。このため、片頭痛の診断ができれば、多くの頭痛を持つ小児と保護者の不安を取り除くことができる。片頭痛は幼児から見られ、父母のいずれかに頭痛持ちがいることが多い。一方、片頭痛を経験している児が思春期になって何らかのストレスがかかると、発作性頭痛が慢性化し、CDHになることがある。このCDHについても、かかりつけ医であれば早めに心理社会的要因を読み取り、適切な助言ができる。

中高一貫校に受験で入学したが、5月の連休後から頭痛が始ま

り、頭痛外来に通院したが治らず、2年間完全に不登校の中学3年男児が受診した。支持的心理面接を開始したところ、中学で級友、教師の言動から信頼関係を失い、学校恐怖と言える状態が判明した。地元の公立中学に転校したところ頭痛は消失し、単位制高校に進学した後も元気に通学している。頭痛診療において、頭痛のみを診るのではなく、子どもの置かれた環境を見ることの重要性を本症例は物語っている。母親からの「頭痛外来に通院していた不登校の2年間もったいなかった」との言葉が重かった。頭痛は心の葛藤の表現として最も多い症状であり、不登校は子どもにとって重度な病気であることを、頭痛診療においても認識してほしいと切に願っている。

*1 <http://www.jhsnet.org/pdf/headachediary.pdf>

*2 <http://www.zutsuu-kyoukai.jp/> 養護教諭と教師向け資料 / 「知っておきたい学童・生徒の頭痛の知識」