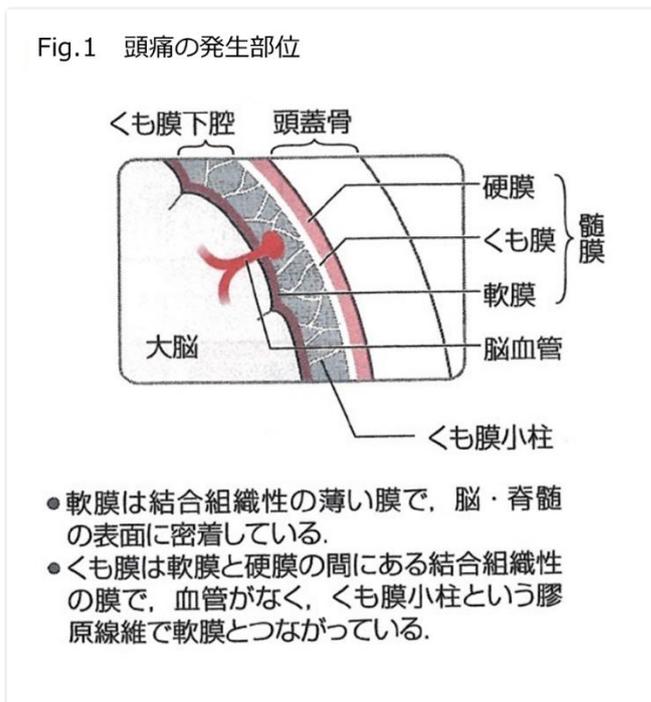


頭痛 (headache)

頭痛は、髄膜（硬膜、くも膜、軟膜）、静脈洞、血管、頭蓋・頸部の筋や靭帯等、痛覚感受性の器官が、侵害刺激を受けたことにより発生します[Fig.1]。



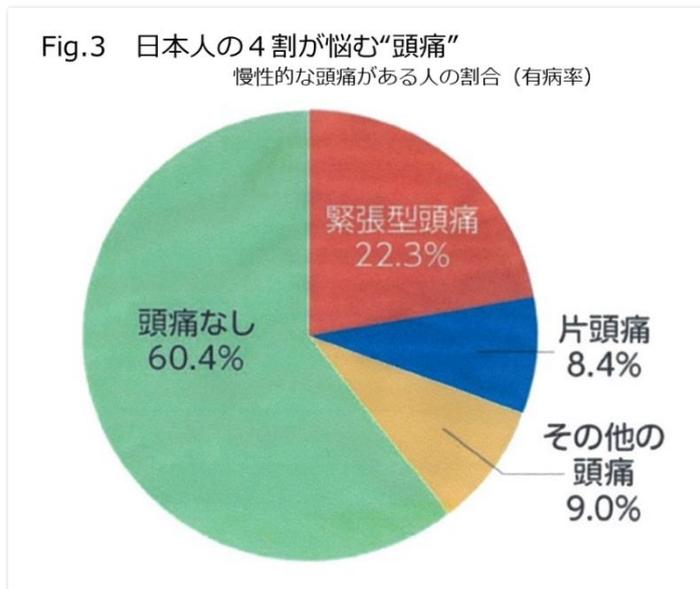
頭痛は、器質的異常のない**機能的頭痛（一次性頭痛）**、器質的異常に伴う**症候性頭痛（二次性頭痛）**と**頭部顔面の神経痛**の3区分に分類されます[Fig.2]。

Fig.2 頭痛の分類

- I. 一次性頭痛
 1. 片頭痛
 2. 緊張型頭痛
 3. 群発頭痛と他の三叉神経・自律神経性頭痛
 4. その他の一次性頭痛
- II. 二次性頭痛
 5. 頭頸部外傷に起因する頭痛
 6. 頭蓋内および頸部血管障害に起因する頭痛
 7. 非血管性頭蓋内疾患に起因する頭痛
 8. 原因物質および離脱に起因する頭痛
 9. 感染症に起因する頭痛
 10. 恒常性障害に起因する頭痛
 11. 頭蓋骨, 頸部, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口または他の顔面・頭蓋組織に起因する頭痛または顔面痛
 12. 精神障害に起因する頭痛
- III. 頭部神経痛, 中枢・一次性顔面痛, その他
 13. 頭部神経痛, 中枢性顔面痛
 14. その他の分類されない頭痛

[国際頭痛分類 第2版 (ICHD-2)]

一次性頭痛は、慢性頭痛とも呼ばれ、片頭痛・緊張型頭痛・群発頭痛などがあります。15歳以上の日本人の約40%に当たる4000万人が慢性頭痛に悩む、いわゆる“頭痛もち”と云われています。そのうち、緊張型頭痛（2000万人）、片頭痛（840万人）、群発頭痛（12万人）、薬の使い過ぎによる頭痛（120～240万人）、その他によるものです[Fig.3]。



二次性頭痛は、原因が多種多様であり、頭蓋内、頭蓋外、頸部、眼、副鼻腔、口腔等の疾患に関連する頭痛があります。くも膜下出血や脳腫瘍、髄膜炎など生命予後に影響を及ぼす疾患の頭痛も多々見られます[Fig.4]。

Fig.4 突発する頭痛を呈する器質性疾患（二次性頭痛）

病名	頭痛の特徴	注意すべき臨床所見	診断に必要な検査
くも膜下出血	今まで経験したことのない激痛	悪心・嘔吐・髄膜刺激症状	頭部CT・髄液検査
急性髄膜炎	頭全体の激痛	発熱・悪心・嘔吐・髄膜刺激症状	髄液検査
椎骨動脈解離	片側後頭部で灼熱感や拍動性	めまい・小脳失調・嚔下障害・Horner徴候	頭部MRI・MRA・3D-CTA
内頸動脈解離	眼窩周囲や前頭部で灼熱感や拍動性	Horner徴候・片麻痺・失語（左側の場合）	頭部MRI・MRA・3D-CTA
小脳出血・梗塞	後頭部痛	めまい・小脳失調・構音障害	頭部CT・MRI
下垂体卒中	眼窩奥の痛み	視野障害・眼球運動障害	頭部MRI・下垂体ホルモン
内頸動脈海綿静脈洞瘻	眼窩奥の痛み	眼球結膜充血・眼球運動障害	頭部MRI・MRA・血管造影
緑内障発作	眼痛	眼球結膜充血・視野中のhalo	眼圧測定
褐色細胞腫	後頭部を中心として拍動性	高血圧・頻脈・発汗	カテコラミン・メタネフリン測定

3D-CTA：3D-CT血管造影

頭痛を来たす代表的な疾患として、頻度の高い緊張型頭痛などの慢性頭痛[Fig.5]・稀ではあるが見逃してはならない二次性頭痛を来たす疾患等[Fig.6]、種々の疾患がみられるが、その重症度に応じて、早期診断および早期の対応が必要となります[Fig.7]。

<p>Fig.5 よくある疾患</p> <p>片頭痛</p> <p>緊張型頭痛</p> <p>副鼻腔炎</p> <p>薬剤乱用性頭痛</p> <p>外傷</p>	<p>Fig.6 見逃してはいけない疾患</p> <p>くも膜下出血, 脳出血</p> <p>髄膜炎・脳炎</p> <p>高血圧性脳症</p> <p>内頸動脈・椎骨動脈解離</p> <p>緑内障</p> <p>一酸化炭素中毒</p> <p>側頭動脈炎</p>
--	--

Fig.7 頭痛を来たす疾患の重症度

	頻度の多い疾患	稀な疾患
重症度	くも膜下出血, 髄膜炎・脳炎, 高血圧性脳症 脳出血, 外傷 (慢性硬膜下血腫など)	下垂体卒中, 静脈洞血栓症 内頸動脈・椎骨動脈解離
	緑内障, 一酸化炭素中毒, 副鼻腔炎 可逆性脳血管収縮症候群	側頭動脈炎, 脳腫瘍, 脳膿瘍, 前子癇 偽脳腫瘍, 視神経炎
	片頭痛, 緊張型頭痛, 頸性頭痛, 大後頭神経痛, 三叉神経痛, 舌咽神経痛, 眼精疲労, 発熱に伴う頭痛, 側頭上顎関節炎 帯状疱疹, 薬剤乱用性頭痛	群発頭痛, 性行為後頭痛, 低髄液圧症候群

また、頭痛をきたす全身性疾患[Fig.8]もみられますが、頭痛以外の症状を伴っていることがほとんどですので、しっかりとした病歴聴取が大切です。

Fig.8 ●頭痛をきたす全身性疾患

膠原病, 高カルシウム血症, 褐色細胞腫, 甲状腺疾患, 肝疾患,
腎不全, 貧血, 低血糖, 低酸素・高二酸化炭素血症など

■診断へのアプローチ

頭痛患者は、**内科外来や脳神経外科外来や救急外来にやってきます**。その大半が良性疾患ではありますが、致命的であったり、後遺症を残したりする頭痛を鑑別することが大切です。二次性頭痛をきたす重篤な疾患が否定出来れば、あとはじっくり原因検索およびフォローしていけばよいでしょう。

まずは、しっかりとした病歴の聴取（問診）[Fig.9]により、ある程度の絞り込みが可能です[Fig.10]。

Fig.9 病歴の聴取

頭痛の診断に最も大切なことはできるだけ詳しく問診をすること

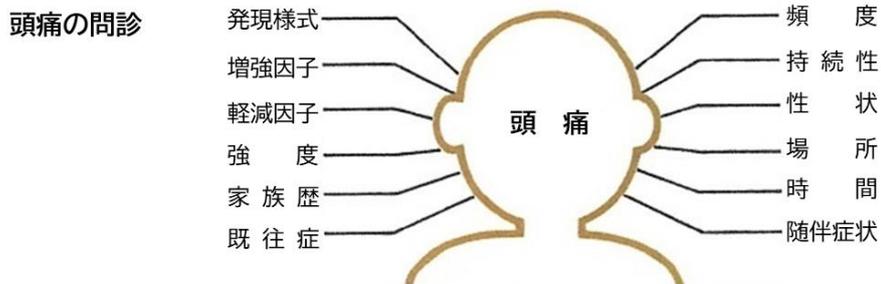


Fig.10 危険な頭痛を見逃さないための病歴のポイント

病歴	主な疾患
以前の頭痛との類似性	多くの良性頭痛, 未破裂脳動脈瘤
突発の激痛	くも膜下出血, 脳出血, 脳動脈解離 可逆性脳血管攣縮症候群, 脳静脈・静脈洞閉塞症
進行性	頭蓋内占拠性病変
嘔吐	脳出血, 脳梗塞（後頭蓋窩）, 脳腫瘍 脳圧亢進, 片頭痛
発熱	髄膜炎, 脳炎, 副鼻腔炎
精神症候, 認知障害	髄膜炎, 脳炎, くも膜下出血 硬膜下血腫, 水頭症
羞明	緑内障, 脳出血
頂部～後頭部痛	緊張型頭痛 脳動脈解離（椎骨脳底動脈系）
眼（周囲）部の痛み	脳動脈解離（内頸動脈系） Tolosa-Hunt症候群
起床時の頭痛	睡眠時無呼吸症候群, 脳腫瘍
起立時の頭痛	脳脊髄液減少症
基礎疾患	片頭痛, 降圧薬副作用
服用中・服用中止の薬剤	
処置・手術・外傷歴	

発症状況； 1) 発症様式；突発的 or 急激な悪化か？、 2) 発熱の有無は？、 3) 頭痛の部位は？、 4) 痛みの状況、 5) 痛みの持続、増強ぐあい、 6) 随伴症状は？、
その他の状況； 7) 服薬歴は？、 8) 既往歴は？、 家族歴は？

一次性頭痛は、病歴聴取のみで診断されることが多く[Fig.11]、痛みの性状・痛みの部位[Fig.12]から鑑別診断まで可能となります。

Fig.11 一次性頭痛の鑑別

分類	片頭痛	緊張型頭痛	群発頭痛
疫学	若年女性	30～50歳代に多い	中年男性(30～40歳)
前駆症状	閃輝性暗点, 異常感覚	(-)	(-)
誘発因子	ストレス, 心理的葛藤など	ストレスなどにより誘発	アルコール, 亜硝酸薬により誘発
発作の性状	一側性の前～側頭部の拍動性頭痛	眼精疲労, 肩こり, 被帽感, 両側性に持続性のしめつけられるような痛み	突発する一側性眼窩周囲の激痛 顔面の発赤・流涙(群発する)
持続時間	数時間	日中, 特に夕方に強く 天候依存性もある	就眠後数時間(1～2時間) 数分～数十分(1～2時間)
合併症	消化器症状(悪心, 嘔吐, 下痢), 羞明, めまい, 音過敏	自律神経症状	自律神経症状 同側のHorner症候群

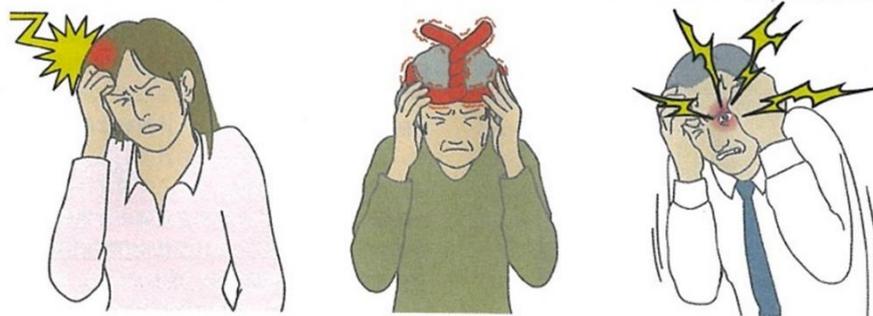
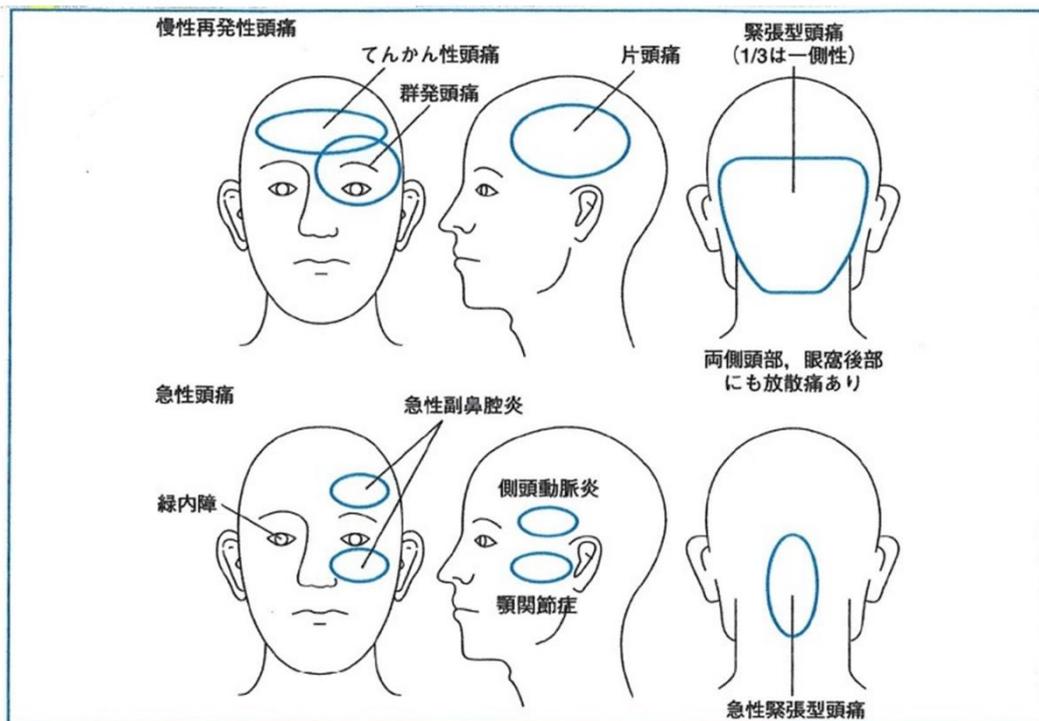


Fig.12 各種頭痛の発生部位



“偏頭痛”を用いることもありますが、学術的には片頭痛が正しい病名です。

二次性頭痛に関しては、病歴聴取・バイタルサインを含めた一般身体所見・神経学的所見 [Fig.13] をしっかりチェックすることで、確定診断へのアプローチとなります。

Fig.13 診察所見

バイタルサイン
血圧上昇の有無（左右差，発症前よりも高値か？） 体温（微熱，高熱） 脈拍数（頻脈か）
一般身体所見
表情 頭頸部の外表上の観察（外傷痕，皮疹，側頭動脈の腫脹・疼痛） 体位による変化（座位，仰臥位での増悪の有無） 皮膚所見（発汗とその左右差など） 眼球結膜，角膜の浮腫・混濁の有無，眼球の硬さ，顔面の叩打痛 血管雑音（下顎角直下，乳様突起部，眼窩） 顎関節運動（クリック音）
神経学的所見
意識，見当識，精神状態，高次機能（失語，失行，失認など） 視力・視野（両耳側半盲，同名半盲など） 眼底所見（うっ血乳頭） 眼位・眼球運動，瞳孔所見（瞳孔不同など） その他脳神経系（顔面麻痺，聴力障害，構音・嚥下障害など） 運動・感覚機能，髄膜刺激徴候（項部硬直，ケルニツヒ徴候）

早急に必要な検査を選択します（血液検査、CT、MRI/MRA、髄液検査、脳シンチ、眼圧測定、眼底検査など）[Fig.14]。CT・MRIの施行基準として、種々の状況判断があります[Fig.15]。

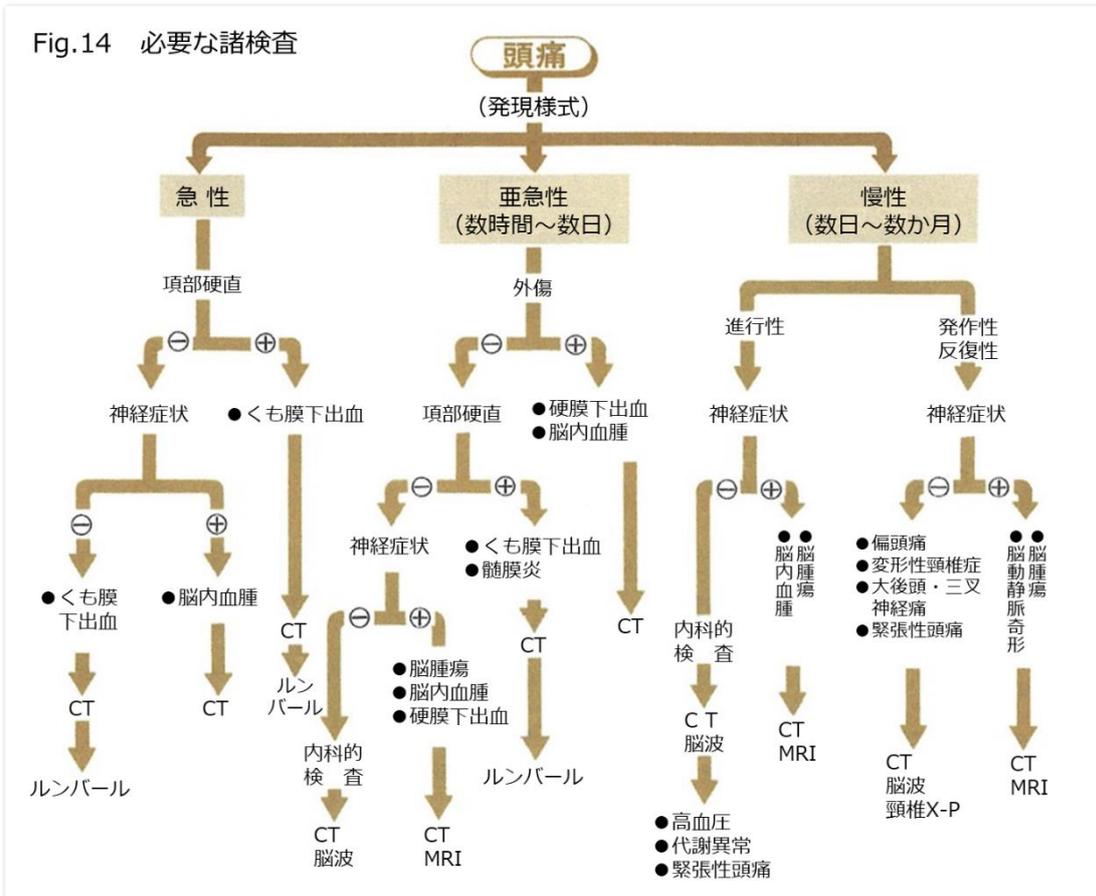
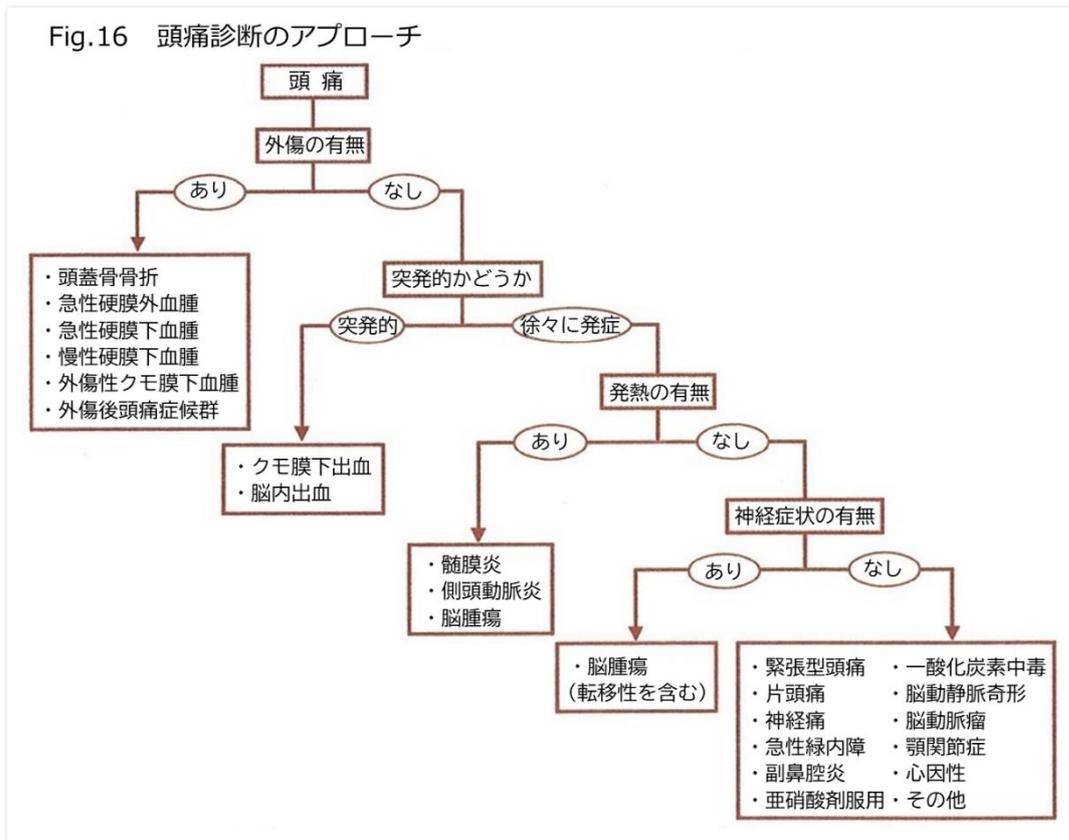


Fig.15 頭痛の患者に画像診断手技（CTあるいはMRI）を行うべき場合

- ①頭痛の時間経過
 - ・初めてもしくは生涯で最悪の頭痛
 - ・頭痛の程度や頻度が亜急性に増加傾向なとき
 - ・新規発症持続性連日性の頭痛あるいは進行性の頭痛
 - ・慢性連日性頭痛
 - ・いつも同一側の頭痛
 - ・治療抵抗性あるいは反応不良の頭痛
- ②患者背景を考慮した場合
 - ・悪性腫瘍やHIV感染中の患者
 - ・50歳を超えて初めて出現した頭痛
 - ・頭痛とけいれん発作をともに有する患者
- ③随伴する症状・徴候を考慮した場合
 - ・発熱，悪心・嘔吐，項部硬直を有する患者
 - ・前兆のある片頭痛ではないが、局所徴候・症状を伴う患者
 - ・眼底で乳頭浮腫，精神症状，人格変化，意識障害を伴う患者

(濱田潤一：頭痛. medicina 2012；49(4)：575-579より引用)

頭痛診断のアプローチとして、種々のアプローチがありますが、頭痛患者が初診で来た場合、まずは外傷があるかないか？次に突発性はどうか？、発熱の有無は？、神経症状の有無は？にて、診断確定への絞り込みができます[Fig.16]。絞り込みができた後は、諸検査にて、除外診断・確定診断となります。



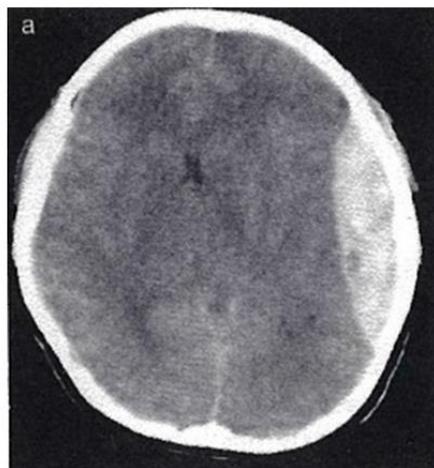
外傷後の頭痛は、頭蓋骨骨折[Fig.17]、急性硬膜外血腫[Fig.18]、急性硬膜下血腫[Fig.19]および慢性硬膜下血腫、外傷性くも膜下血腫、急性脳内血腫[Fig.20]、外傷後頭痛症候群などがあります。

Fig.17 頭蓋骨骨折 頭部単純X線



頭蓋骨線状骨折像

Fig.18 急性硬膜外血腫のCT像



内側に凸のレンズ形の高吸収域

Fig.19 急性硬膜下血腫のCT像



三日月型の高吸収域

Fig.20 脳内血腫のCT像

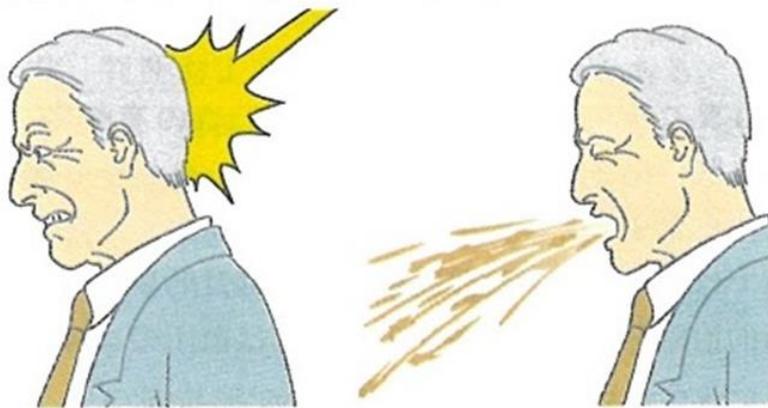


大きな挫傷性出血

突発的な頭痛は、血管の破裂によるもので、くも膜下出血[Fig.21]や脳内出血と考えてよい。くも膜下出血は、当メールマガジン第81回を参照して下さい。

Fig.21 くも膜下出血の頭痛と嘔吐

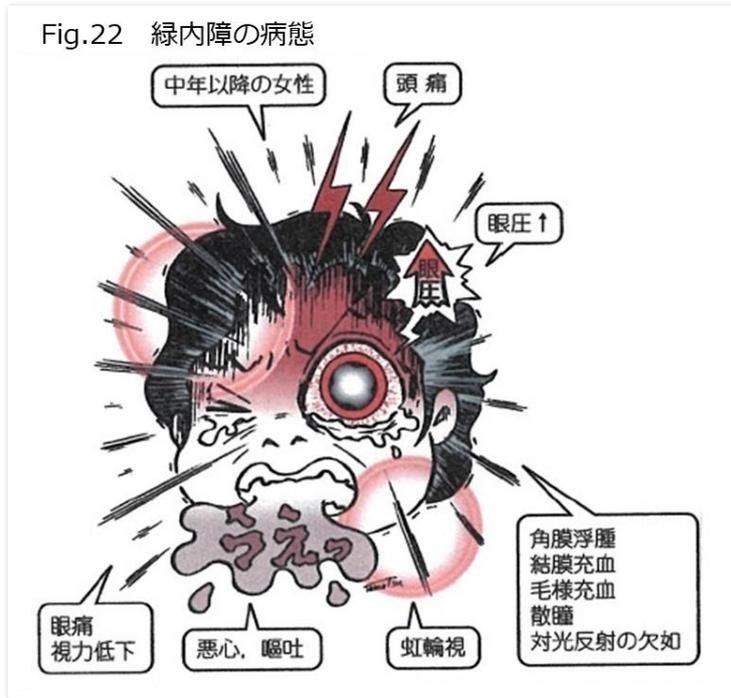
中枢性の嘔吐は、下図のように噴射状に嘔吐することが多い



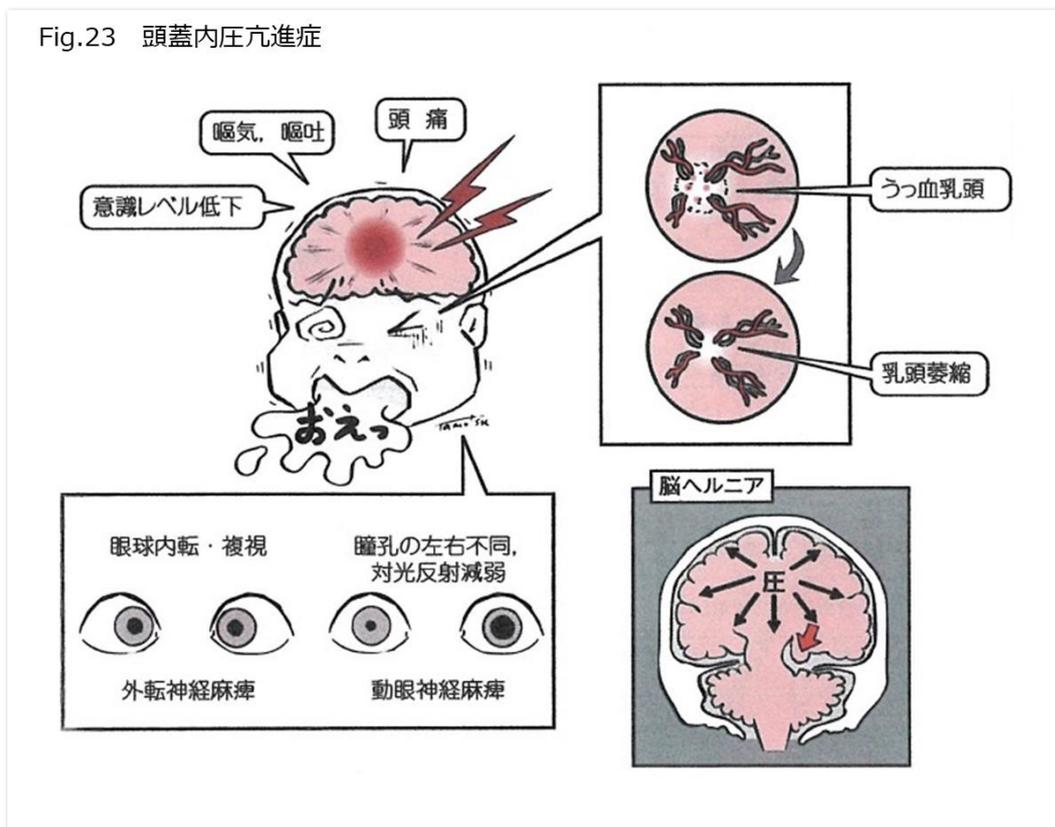
発熱のある頭痛は、髄膜炎が多いが、稀に側頭動脈炎も見られます。血腫を形成する疾患（くも膜下出血や慢性硬膜下血腫など）でも吸収熱で発熱を認めることもあります。細菌性髄膜炎の場合、発熱・頭痛・嘔吐・項部硬直・意識障害が主な兆候です。

側頭動脈炎；70歳代が最も多く、女性に多い。頭痛・舌・顎の易疲労性、視覚障害がみられ、側頭動脈部[Fig.12]の圧痛・硬結が特徴的です。

緑内障；中年以降の女性に多く、眼圧が高くなることで発症する眼疾患で、失明原因の約1/4を占めます。激しい眼痛・頭痛・悪心・嘔吐がみられ、視力低下を来たします[Fig.22]。眼科にて、眼圧測定・眼底検査にて、診断します。

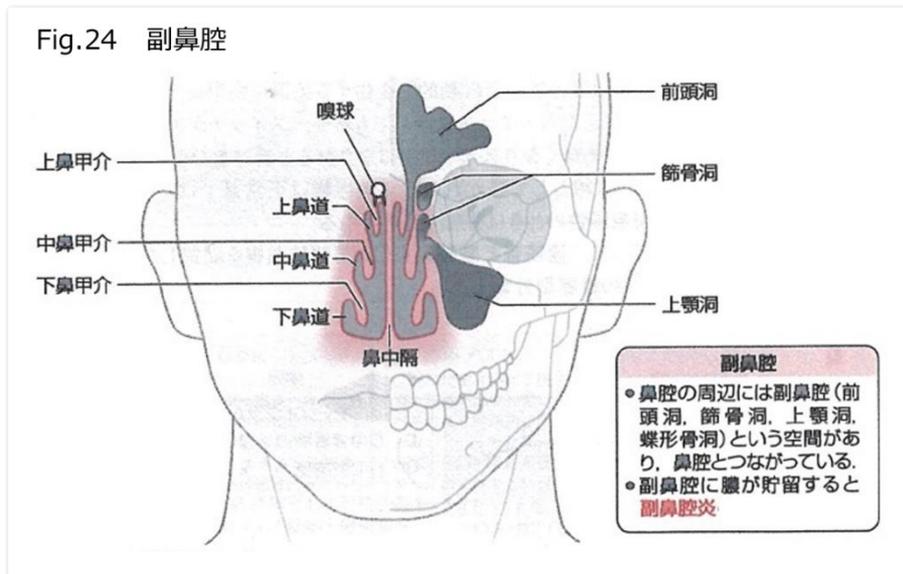


脳腫瘍；腫瘍の増大により、**頭蓋内圧亢進**[Fig.23]による頭痛や嘔吐を繰り返し、神経症状が出てきます。眼底検査にて、**うっ血乳頭**を来たします。



高血圧性脳症；慢性的な高血圧、腎不全、妊娠高血圧症候群、褐色細胞腫などの疾患で、収縮期血圧 180mmHg 以上、拡張期血圧は 110mmHg 以上となる。頭痛・嘔吐・けいれん・意識障害などの症状が見られます。

副鼻腔炎（蓄膿症）；副鼻腔[Fig.24]の細菌感染による膿の貯留によるもので、頭痛・鼻閉・嗅覚障害がみられます。



一酸化炭素中毒；閉め切った室内で、石油、ガス、炭の燃焼にて、同室者もおかしい時（同様の頭痛・吐き気・めまい・意識障害・けいれん等）、血液ガス分析にて、診断されます。

■治療

二次性頭痛に対しては、その原因となる疾患に応じた内科・脳神経外科・眼科・耳鼻科等の専門医に紹介し、適切な治療を早急にしなければならない。

一次性頭痛に対しては、

緊張型頭痛；大半が身体的もしくは精神的ストレスからで、ストレスからの解放が必要です。マッサージやストレッチで身体をほぐす[Fig.25]、早めの**鎮痛剤**や**筋弛緩薬**、精神的ストレスが原因の場合は、生活リズムを整えたり、環境を変えたりすることで、改善する場合もあり。一時的に、抗うつ薬や抗不安薬が必要な場合もみられます。

Fig.25 緊張型頭痛をやわらげる体操

- ①肩を上げ下げする。
- ②首を前後、左右に屈伸させる。
- ③首を左右に回転させる。
- ④両腕を前後に回転させる。
- ⑤頭部や首の筋肉をマッサージし、うなじを軽くたたく。
- ⑥両肩を前後に回転させる。

片頭痛；発作時と非発作時の対策があります[Fig.26]。薬による治療とセルフケアによるものです。

Fig.26 片頭痛の対策

	お薬による治療	セルフケア
片頭痛発作時に痛みを和らげる	【急性期治療】 ●トリプタン系薬剤 ●NSAIDs ●アセトアミノフェンなど	・部屋の照明を暗くする ・安静にする ・頭を冷やす など
片頭痛発作をできるだけ起こさないようにする	【予防療法】 ●抗CGRP抗体薬（アジヨビ） ●カルシウム拮抗薬 ●β遮断薬 など	光、音、温度変化、寝不足、寝すぎ、空腹などを避ける

* NSAIDs(エヌセイズ)：非ステロイド系抗炎症薬
 * CGRP(シージーアールピー)：カルシトニン遺伝子関連ペプチド

急性期（発作時）の治療；トリプタン系薬・エルゴタミン製剤・NSAIDsの内服

非発作時の注意；①ストレスからの解放、②睡眠障害からの解放、③騒音・眩しい光の防御、④食事に注意（ビタミンB群・マグネシウムの多めの摂取）、⑤予防薬の内服や定期的な注射

群発頭痛；数週～数か月続き（群発期）、飲酒が高率に誘発させるため、この間は禁酒が予防となります。酸素吸入にて、約80%の人で、改善傾向。トリプタン系の内服薬も有効。

<参考資料>

- ① 薬の正しい使い方；日本医師会雑誌 116（10）
- ② 症状からアプローチするプライマリーケア；日本医師会雑誌 140（2）
- ③ 症状からみた臨床検査；日本医師会雑誌 98（10）
- ④ キーワードから展開する攻める診断学；レジデントノート 14（1）
- ⑤ 標準脳神経外科学；医学書院 14（1）
- ⑥ 実践救急医療；日本医師会雑誌 135（1）
- ⑦ 標準救急医学；医学書院 5（4）
- ⑧ Cephalalgia 1997 17（1）
- ⑨ 予防と健康の事典；セルフ・メディカ
- ⑩ 片頭痛の特徴とその対策；大塚製薬パンフレット
- ⑪ ビジュアルノート；メディックメディア