

慢性頭痛の診断と治療

獨協医科大学病院

副院長 平田 幸一

●はじめに●

頭痛は、経験したことがない人がいないくらいありふれた症状であり、一般日常診療で診る疾患のうち最も多いものの1つです。しかし、その支障度の高い患者は多く、学業や仕事、家事に大きな負担をかけます。急性の経過を辿る、器質性の頭痛の正確な診断と治療の必要性については議論を待たないものの、近年、慢性頭痛についてもその適切な診療の必要性が唱えられています。しかし、診断を下すまでの時間に余裕があるはずなのに、慢性頭痛の診療の実際は簡単なようで難しいのです。最新の国際頭痛学会2013年の分類に従って診断を下そうとしても、現実には診断に迷ってしまう頭痛の数は多いのです。頭痛について多少なりとも勉強をして実際の頭痛診療にあたると非典型例が非常に多いことに驚いてしまうのです。この診断の難しさ以外に、慢性頭痛の罹患率は30%とも40%ともいわれているにもかかわらず、患者さんのうち医師を訪れて治療されているのはわずか数%という問題もあります。わが国における慢性頭痛治療の問題点として頭痛の診断方法が不確立なこと、医師・患者双方ともに頭痛を「疾患」と考えない傾向が強いことが、この問題の基本にあると考えられています。今日のお話は第一線における頭痛の診断と最新治療について概説します。

●診断と鑑別診断●

頭痛の診断は、まず治療に一刻たりとも猶予のない器質性の頭痛を除外することに始まります。くも膜下出血に代表される器質性頭痛の治療法については、他の多くの成書を参照してください。

機能的、すなわち2次性頭痛の多くは慢性の頭痛です。今回は群発頭痛のお話はいたしません。しかし、慢性頭痛の鑑別診断には、群発頭痛、三叉神経痛などの神経痛、また、緑内障、低髄液圧性頭痛などもあげられますが、代表格はやはり片頭痛と緊張型頭痛です。わが国における片頭痛の罹患率は8%ほどであり、緊張型頭痛にいたっては30%以上の人が経験しているともいわれています。片頭痛と緊張型頭痛の鑑別は時に困難なことも多く、

かつていわれていた混合型頭痛のように緊張型頭痛と片頭痛の移行型、中間型あるいは両方を持っていると考えざるを得ない患者がいます。このような患者の実数は不明ですが、実際には純粋な片頭痛の数を凌駕するものとも考えられています。このような診断の困難な慢性頭痛患者のうち慢性片頭痛、薬物乱用頭痛が実際かなりの数みられることを知っておかなければならないのです。

片頭痛 (migraine) には主に2型があります。

① 前兆を伴わない片頭痛 (migraine without aura)

最も多い病型で、片頭痛の80%を占めます。閃輝暗点のような前兆はないが、悪心、嘔吐、光、音過敏などの漠然とした随伴症状を伴います。拍動性または非拍動性の頭痛が片側または全体的に生じ、4～72時間続きます。前兆という特徴的な症状がないため、時に診断が困難なこともあります。

② 前兆を伴う片頭痛 (migraine with aura)

片頭痛全体の約10～30%を占めます。前兆が頭痛発作に先行するのが特徴です。最も多いのは閃輝暗点であり、小さな視野の欠損部が徐々に約20分程の経過で拡がり60分以内に終了します。その辺縁はジグザグ様に輝き、内側に視野欠損部が残ります。

この2型のほか、片頭痛に伴って片麻痺や意識障害、また新診断基準で明記された脳幹症状を来す片頭痛、めまいや周期性の嘔吐や消化器症状を来す片頭痛もまれにあることに留意します。

緊張型頭痛 (tension-type headache) は、主に反復発作性緊張型頭痛、慢性緊張型頭痛に分けられます。痛みの性質は後頭部優位の圧迫あるいは締めつけられる感じですが。特に中高年でみられ、罹患日数が月の半分を超える慢性緊張型頭痛を引き起こす因子には、心理社会的ストレス、不安、うつなどがあり、その診断をより複雑なものにしています。このように変容、すなわち年季によりかたちが変わってしまった片頭痛と緊張型頭痛の鑑別はしばしば困難です。

さらに難しいのは慢性緊張型頭痛は片頭痛の形が変わってしまった慢性片頭痛のみならず、加療の服薬による薬物乱用頭痛との鑑別がしばしば困難です。薬物乱用頭痛の1年間の有病率は外国では一般の人における約1～2%以上であり、そのうち女性が約70%を占めています。これは市販薬の乱用などによっても引き起こされるので注意が必要です。

●片頭痛の治療●

軽症例には非ステロイド系抗炎症薬、すなわちNSAIDsの選択が勧められますが、NSAIDsは必ずしも悪心・嘔吐・光過敏・音過敏など不快な随伴症状を抑制できません。

中等度以上で虚血性心疾患や血管障害の既往など禁忌となる状況がなければ経口トリプタンの選択が勧められます。本邦ではスマトリプタン皮下注射、スマトリプタン点鼻薬、そして経口スマトリプタン錠、ゾルミトリプタン錠、そしてエレトリプタン錠が使用可能であり、これらに加え、最近、長期に効果のあるナラトリプタンが使用可能となりました。スマトリプタン自己注射や点鼻薬は効果の立ち上がりが早く、後で述べる経口投与不能例

にも有用です。

エルゴタミン製剤はトリプタン無効例など、投与する患者は限られますが、片頭痛発作の初期に用いれば有効な薬剤です。ただ、妊娠している方には禁忌です。

制吐剤は随伴症状を軽減するため併用が有用であり、とくに嘔吐により薬物の経口投与が阻まれる場合には必要となります。副作用を考慮すると、メトクロプロマイド、ドンペリドンなどの投与が推奨されます。

経口投与不能例片頭痛患者では、症状が重篤で救急患者として医療機関に訪れる場合も少なくなく、制吐剤の使用によっても、嘔気、嘔吐が制止できず非経口的な薬剤投与が必要になることもしばしばありますが、非経口ルートの治療選択としては、スマトリプタンの皮下注が勧められます。

●緊張型頭痛の治療●

前述しましたように、救急外来に夜間訪れるような重篤な頭痛は、緊張型頭痛のみでは考えられないことを知っておくべきです。

緊張型頭痛治療には数多くの鎮痛剤およびNSAIDsが用いられており、エビデンスもあります。本邦で実際に健康保険適用が認められているのはアスピリン、アセトアミノフェン、メフェナム酸のみです。3薬剤ともに緊張型頭痛に用いられる薬剤という意味ではエビデンスも確立されています。健康保険適用を別としますと、イブプロフェン、ケトプロフェン、ナプロキセンの鎮痛効果が優れているとのエビデンスがあります。

エチゾラムなどのトランキライザーやチザニジンなどの筋弛緩薬の併用も、エビデンスもあり実際に効果があると思われませんが、特に前者は屯用が基本で、漫然とした投与は避けなければなりません。

緊張型頭痛は重症度こそ高くないものの、片頭痛や群発頭痛に比較して、罹病日数が長いものがあり、急性治療と慢性治療を同時に行っていく必要に迫られることがあります。抗うつ薬、とりわけ三環系抗うつ薬が予防的投薬として推奨され、エビデンスも十分にあります。非薬物治療として頭痛体操など考慮する余地があります。

治療が難しい薬物乱用頭痛の治療の原則は、①原因薬物の中止、②薬物中止後に起こる頭痛への対処、③予防薬投与の3つですが、確立された治療法はありません。離脱方法は外来、重症の場合は入院で原因薬物の即時中止が勧められます。単純な薬物乱用頭痛では適切な助言のみでも改善が見込まれますが、重症な場合には入院を要する場合があります。予後は約3割が再発します。離脱後も患者に適切な助言を与え、頭痛ダイアリーを用いてトリプタン、エルゴタミン、鎮痛薬の使用頻度を確認することが重要です。

●最後に●

以上、慢性頭痛の診断と治療について、臨床家が選択できる最新の知識を示しました。第一線の治療に少しでもお役に立てれば幸いです。