

# 頭痛を知り、 予防し、治療する

お申し込み先着  
160名  
参加費無料

講演

「開会の辞」  
竹島 多賀夫 先生  
(社会医療法人寿会 富永病院 看護部長)

「頭痛の特徴を知る」  
菊井 祥二 先生 (第45回日本頭痛学会総会大会長)

「片頭痛の新規治療」  
北村 重和 先生 (一般財団法人甲南会 甲南病院 神経内科)

「小児の頭痛 -頭痛の治療薬が効く頭痛と効かない頭痛-」  
藤田 光江 先生  
(一般財団法人筑波産仁会 筑波学園病院 小児科 /  
医療法人財団健賢会 東京クリニック 小児・思春期頭痛外来)

「生活を改善して頭痛を緩和する」  
-食事、睡眠の工夫、誘因のマネジメント-

下村 登規夫 先生  
(独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター 神経内科)

「頭痛とどうむきあうか -認知行動療法-」  
瑞詰 勝敬 先生  
(東邦大学医療センター大森病院 心療内科)

主催

第45回日本頭痛学会総会 / 一般社団法人日本頭痛協会

共催

日本イーライリリー株式会社

後援

大阪府 / 大阪市

裏面のFAX用紙またはホームページ(<http://www.jp-headache.org>)にてお申し込みください。

**日時** 2017年11月11日(土)13:10～14:40

**会場** 大阪国際交流センター 3階 銀杏

**【主催】** 第45回日本頭痛学会総会  
一般社団法人日本頭痛協会

**【共催】** 日本イーライリリー株式会社

**【後援】** 大阪府 / 大阪市

開催  
時間

市民公開講座終了後  
14:40～15:30  
(開場14:40)



交流会のご案内

交流会を実施いたします。  
交流会参加のご希望を記載ください。

一般社団法人日本頭痛協会



## 「頭痛の特徴を知る」

菊井 祥二 先生（社会医療法人寿会 富永病院 神経内科 副部長）

日本では約4000万人の慢性頭痛患者が存在するといわれている。頭痛は「一次性頭痛」と「二次性頭痛」に大別され、一次性頭痛は頭痛を引き起こす原因になる病気がないにおこる頭痛で、主に「片頭痛」「緊張型頭痛」「群発頭痛」からなる。頭痛に悩んでいる約9割の人たちがこの一次性頭痛である。二次性頭痛はなんらかの疾患が原因でおこる頭痛で、くも膜下出血や脳腫瘍など生命を脅かす疾患が原因であることもあり、迅速かつ確かな診断・治療が必要である。一次性頭痛は生命を脅かす危険性はないが、つらい頭痛が続くことでQOL（生活の質）を低下させるといわれている。近年、一次性頭痛に関する研究が進み、メカニズムも徐々に明らかになり、治療薬の開発もすすんでいる。自身の頭痛の特徴を知り、理解することで、頭痛が起こりにくくする工夫や起こったときの対処法がわかるようになる。本講演が頭痛とうまくつきあっていくことができるようになる一助になることを期待する。



## 「片頭痛の新規治療」

北村 重和 先生（一般財団法人甲南会 甲南病院 神経内科 部長）

片頭痛の病態解明の進歩とともに、片頭痛治療も革新的な飛躍を遂げてきています。1980年代に「三叉神経血管説」が提唱され、5-HT（セロトニン）1B受容体が血管収縮に、5-HT1D受容体は三叉神経終末の興奮抑制に関与することが明らかになりました。特に5-HT 欠乏状態で放出されるCGRP（カルシトニン遺伝子関連ペプチド）が引き起こす「神経原性炎症」は片頭痛のメカニズムの重要な役割を果たしています。こうした病態解明をもとに1990年に開発されたのがトリプタンであり、現在の片頭痛急性期治療薬の第1選択薬として幅広く用いられています。今後期待される片頭痛治療としては、上述したCGRPを持続的に抑制することによることや、頭部の末梢神経を刺激することにより片頭痛発作を予防できるのではないかと期待されています。

ここでは、現在考えられている片頭痛の病態メカニズムとトリプタンの役割、さらに今後開発が期待される治療に関しても少し触れたいと思います。



## 「小児の頭痛-頭痛の治療薬が効く頭痛と効かない頭痛-」

藤田 光江 先生（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）

小児の頭痛で外来受診の多くは片頭痛で、ほとんどは両親のどちらかに頭痛があります。片頭痛は、強い発作性頭痛ですが、18歳未満では2～72時間で終わり、発症の時刻はまちまちです。発作時は光過敏・音過敏があるので、暗い静かな部屋で休まがります。治療は、睡眠を十分取るなどの非薬物治療、薬が必要な場合は鎮痛薬が第一選択薬ですが、予防薬もあります。

一方、思春期には片頭痛の薬でうまく治療できない慢性連日性頭痛があり、多くの子どもは頭痛が理由で登校を渋るようになります。言葉にできない心のもやもやが強い頭痛になって表れたと考えられ、緊張型頭痛がメインと言えます。頭痛のみを診るのではなく、子どもの性格、学校や家庭などの環境に配慮し、サポートすることが頭痛治療に繋がります。

小児の頭痛について、頭痛の治療薬が効く頭痛と効かない頭痛についてお話しします。



## 「生活を改善して頭痛を緩和する - 食事、睡眠の工夫、誘因のマネジメント -」

下村 登規夫 先生（国立病院機構さいがた医療センター 院長）

頭痛に悩む人は多い。頭痛の中でも片頭痛は女性であれば、生理（月経関連頭痛）などの体調によりおこることがある。

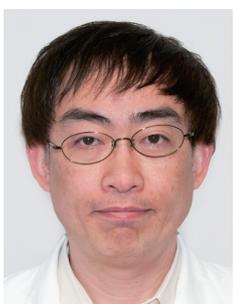
男性でも、寝不足・仕事が忙しかったあとなどの様々な要因で起こることが知られている。

これらの頭痛は、体調によると考えがちであるが、その体調を変えるものに、食物が隔れていることはあまり気づかれていない。

確かに、コーヒー・チョコレート・お酒（特に、ワインなど）・チーズなどが頭痛を起こすことがあるのは、良く知られていることのひとつである。私たちの研究では、人工甘味料、変色、空腹なども誘発因子となることが分かった。

そこで、少しでも頭痛がおこりにくくするために考え出した治療法の一つとしてビタミンやトリプトファンなどを摂取するという方法もある。緊張型頭痛は、運動も忘れないようにするとよい。

ここでは、頭痛持ちの方は、薬物療法を中心に食生活を含めた生活全体を見直してみるのも一つの方法であることを紹介したい。



## 「頭痛とどうむきあうか-認知行動療法-」

端詰 勝敬 先生（東邦大学医学部心身医学講座 教授）

頭痛の種という言葉があるように頭痛はストレスと関係が深く、心理的ストレスは慢性的な頭痛の引きがねや悪化する要因として機能するといわれています。慢性頭痛の治療の中心は薬物療法ですが、ストレスなどの心理的要因によって、薬物療法だけでは十分な治療効果が得られない頭痛が多いのも事実です。

近年、慢性頭痛に対する非薬物療法として、認知行動療法という治療法が目立っています。認知行動療法の「認知」とは、その人の考え方のくせ、特徴などをいいます。ものごとの考え方自体が極端に否定的になると自分で自分を苦しめることとなります。認知療法とは、考え方のくせに気づくことからスタートし、より適応的な考えを検討します。認知療法他、ストレスマネジメント、バイオフィードバック療法なども認知行動療法に分類されます。この講演では、認知行動療法の概要を説明したいと思います。

### 略歴

1988年3月 智弁学園高等学校卒業  
1994年3月 奈良県立医科大学卒業  
1994年4月 奈良県立医科大学神経内科学教室入局  
奈良西部病院, 奈良県立五條病院, 奈良県立奈良病院などを歴任  
2011年7月 富永病院神経内科入職  
2011年9月 富永病院脳卒中副センター長  
2012年1月 富永病院神経内科副部長

### 所属学会・資格等

日本内科学会総合内科 認定医, 専門医  
日本神経学会 専門医, 指導医  
日本頭痛学会 専門医, 指導医, 評議員  
日本脳卒中学会 専門医, 代議員  
日本プライマリ・ケア連合学会 認定医, 指導医  
日本神経治療学会 評議員  
日本医師会 認定産業医

### 略歴

1993年 神戸大学医学部 卒業  
神戸大学医学部 精神神経科 入局(神経内科グループ)、甲南病院 内科研修医  
1995年 兵庫県立姫路循環器病センター 神経内科  
2002年 兵庫県立総合リハビリテーションセンター・中央病院 神経内科医長  
2004年 甲南病院 神経内科医長  
同年 「頭痛専門外来」開設  
2006年 甲南病院 神経内科部長 現在に至る

### 所属学会・資格等

臨床神経学、頭痛学、日本頭痛学会認定頭痛専門医・指導医、  
日本神経学会認定神経内科専門医・指導医、日本内科学会認定  
内科医・指導医、日本内科学会、日本神経学会、日本頭痛学会  
頭痛学会代議員、教育委員会委員、頭痛ガイドライン市民版作  
成委員会委員、International Headache Society、日本口腔  
顔面痛学、日本神経免疫学会、MDSJ (Movement Disorder  
Society Japan) 他

### 略歴

1970年、北海道大学医学部卒業、1980年から、筑波学園病院小児科部長として勤務後、  
定年退職し、現在に至る。

### 所属学会・資格等

日本小児科学会(専門医)、日本小児神経学会(専門医)、  
日本頭痛学会(専門医)、日本小児精神神経学会(認定医)

### 著書

「子どもの頭痛 頭が痛いって本当だよ」(メディカルリビューン)、  
「お母さんの悩み相談室」(婦人之友社) など

### 略歴

1982年 鳥取大学医学部 卒業  
2000年12月 鳥取大学医学部附属病院にて研修  
2002年11月 鳥取大学医学部附属病院医療情報部副部長  
2004年8月 独立行政法人国立病院機構さいがた病院副院長  
2008年1月 独立行政法人国立病院機構さいがた病院院長

### 所属学会・資格等

神経内科専門医・内科専門医、リハビリテーション医学会認定臨床医、  
日本臨床検査医学会専門医、医療事故評価専門医  
日本臨床薬理学会会員、日本臨床微生物学会会員、日本神経免疫学会会員、  
日本家庭医療研究会会員、International Headache Society会員  
日本神経学会、日本頭痛学会、日本自律神経学会、日本臨床検査医学会、  
日本疲労学会などの評議員を務める

### 略歴

1993(平成5)年3月 長崎大学医学部医学科卒業  
1993(平成5)年5月 東邦大学医学部付属病院にて研修  
1999(平成11)年1月 東邦大学医学部 助手  
2004(平成16)年4月 東京大学医学部 非常勤講師を兼務  
2005(平成17)年4月 東邦大学医学部 講師  
2009(平成21)年5月 東邦大学医学部 准教授  
2015(平成27)年4月 東邦大学医学部 現在に至る

### 所属学会・資格等

日本心身医学会理事、日本バイオフィードバック学会理事、日本頭痛学会評議員、  
日本自律神経学会評議員、日本うつ病学会評議員、日本摂食障害学会評議員、  
日本心療内科学会評議員、日本心理医療諸学会連合(UPM)理事、  
日本ストレス学会評議員、日本交流分析学会評議員、日本女性心身医学会評議員・幹事長  
受賞など：日本頭痛学会喜多村賞、ACPM 優秀演題賞(2演題で受賞)  
学位・資格・免許：日本心身医学会認定医、博士(医学)取得、日本頭痛学会専門医、日本  
心身医学会研修指導医、日本心身医学会認定心身医療「内科」専門医、日本心療内科学  
会専門医、日本頭痛学会指導医、日本女性心身医学会認定医、日本内科学会認定内科医

# 頭痛の特徴を知る

社会医療法人寿会 富永病院 神経内科 副部長 **菊井 祥二**



日本では約4000万人の慢性頭痛患者が存在するといわれている。頭痛は「一次性頭痛」と「二次性頭痛」に大別され(図1)、一次性頭痛は頭痛を引き起こす原因になる病気がないのにおこる頭痛で、主に「片頭痛」「緊張型頭痛」「群発頭痛」からなる。頭痛に悩んでいる約9割の人たちがこの一次性頭痛である。二次性頭痛はなんらかの疾患が原因でおこる頭痛で、くも膜下出血や脳腫瘍など生命を脅かす疾患が原因であることもあり、迅速かつ的確な診断・治療が必要である。片頭痛の有病率は約8%で緊張型頭痛に次いで多い頭痛であるが、頭痛による日常生活への支障度が強いが、医療機関の受診率は約30%と低い。

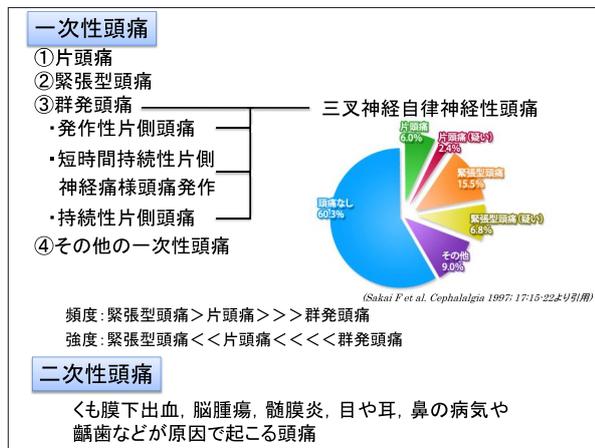


図1

片頭痛は片側あるいは両側のこめかみから目のあたりにかけて、脈打つようにズキズキ、ガンガンと痛むのが特徴で、ひとたび頭痛発作が起こると、4～72時間持続する。心臓の鼓動にあわせて痛みが拍動性に生じ、歩行や階段の昇降などの日常動作で悪化する。悪心や嘔吐のほか、光、音、臭いに対して過敏になる。テレビの音、スマホのブルーライト、煙草の臭いなどが不快に感じる。イギリスのブラウ博士はこれらの片頭痛の特徴的な症状と経過をまとめて、のよう

期、前兆期、頭痛期、解決期、回復期におきる身体の症状を図2のように書いて表現している。片頭痛には前兆と呼ばれる前触れの状態が現れる場合と現れない場合がある。前兆の代表的なものとして、眼前にギザギザ模様などの光が現れ、右または左方向に徐々に拡大して視野の一部が見えなくなったりする「閃輝暗点」と呼ばれる視覚性前兆がある。

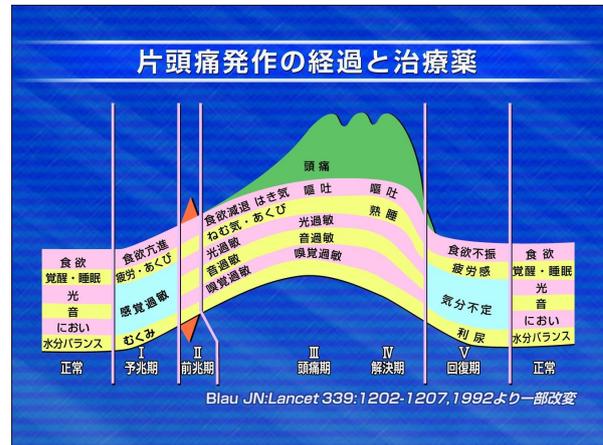


図2

片頭痛が起こるしくみとしては、何らかのストレスやさまざまな刺激によって三叉神経の一部が活性化すると、三叉神経からCGRPやサブスタンスPという化学物質が放出される。これらの物質が血管や周囲の組織に作用することで神経原性炎症が生じ、神経原性炎症によって、さらに三叉神経が刺激され、神経原性炎症が拡大していく。炎症による刺激と拡張した血管の拍動性の刺激が三叉神経を通じて、大脳皮質に伝わり、頭痛として認識される(図3)。片頭痛の誘発・増悪因子として、疫学調査から、ストレス、精神的緊張、疲れ、寝不足、月経、天候の変化、空腹、アルコールなどが知られている。寝不足だけでなく、寝過ぎも誘因になる。雨の前日によく頭痛が起こることを経験された人も多いであろう。アルコールは

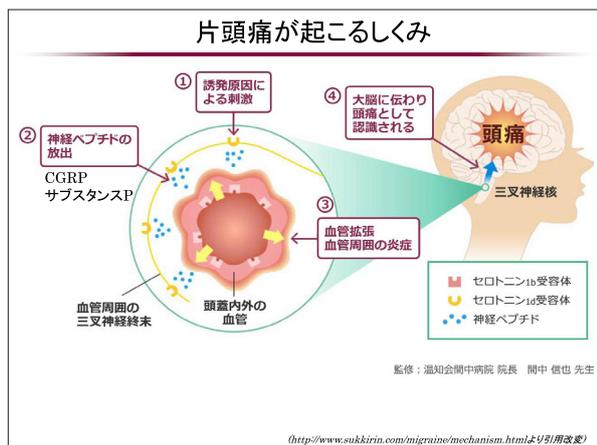


図3

特に赤ワインが有名である。

片頭痛に悩まれた著名人として、卑弥呼、織田信長、芥川龍之介、樋口一葉などが知られている。ちなみに演者も幼少期から片頭痛に悩まされ続けている。織田信長と片頭痛との関わりについて、論じてみる(図4)。歴史的に有名な桶狭間の戦いは1560年5月12日、今川義元が兵2万を率いて、駿府を出陣。18日夜、信長は義元の出陣を聞いたものの、家臣たちを前に全く戦の話をせず、さっさと寝てしまったが、19日13時頃、視界を妨げるほどの豪雨が降る中、信長が2千の家臣とともに、義元の軍勢に奇襲をかけ、義元を討ち取ったとされている。「雨の前日は調子が悪い」「台風が来ると寝込む」など気圧の変化が片頭痛の誘因になることは日常でよく経験される。信長は、18日には頭痛がひどく、動けず、19日が大雨になることを予想し、奇襲を仕掛けたのではないかと考えている。

### 織田信長と片頭痛



**織田信長(おだのぶなが, 1534~1582)**

1560年	桶狭間の戦いで今川義元をやぶる
1568年	楽市楽座
1569年	キリスト教の布教を認める
1570年	金ヶ崎の戦いで義弟浅井長政に裏切られる
1575年	長篠の戦い
1576年	安土城完成
1582年	天目山の戦いで武田勝頼を滅ぼす 本能寺の変で明智光秀に滅ぼされる

(http://rekisuta.comより引用)

図4

信長は仏教への対抗心からキリスト教などの南蛮文化には好意的で、日本酒をたしなむことはなかったが、当時、「珍陀酒」と呼ばれた赤ワインをよく飲んでた。信長を取り上げたドラマでも赤ワインを飲む信長の映像がみられることがある。赤ワインは代表的な片頭痛の誘発因子である。

信長の妹のお市の方や姪で豊臣秀吉の側室になった茶々にも片頭痛がみられたと伝えられている。片頭痛は家族歴が多いことがよく知られている。

1570年の金ヶ崎の戦いで義弟浅井長政に裏切られた。義弟を信頼していた信長は最初、なかなか信じられなかった。この一件から信長は人間不信が強くなったと言われている。加えて戦いの連続からストレスや精神的緊張に常にさらされ、疲れや不眠がみられたであろうことは容易に想像できる。

本能寺の変の原因として、明智光秀の野望説や怨恨説などが唱えられているが、ここでは怨恨説について考えてみたい。怨恨説の中にも様々な説があるが、その1つとして、本能寺の変の数日前、徳川家康が安土城を訪れる事になり、明智光秀が接待役となった。光秀は家康をもてなすため、近江の名物などをふんだんに取り入れた。しかし当日、皆の前で出された料理に信長が激怒し、大勢の前で光秀を叱り付け、接待役を解かれ、秀吉の援軍に命じられた。これにより面目を失った光秀が謀反を起こしたという説がある。このとき鮎寿司という琵琶湖で取れた鮎の内臓を取り、炊いた米を詰め、数年間発酵させた料理があった。美味であるが、非常に臭いことで知られている。信長はこの料理の刺激臭で片頭痛が誘発され、激怒したと演者は考えている。本能寺の変という歴史的な大事件に片頭痛が大きく関わっていた可能性があり、興味深い。

片頭痛の頭痛発作は反復性で発作は年に数回から月に数回程度であるが、中には月に15回以上の頭痛が3ヵ月以上続く慢性片頭痛に至ることがある。片頭痛の慢性化の危険因子として、古くから知られている因子として、加齢や急性期頭痛治療薬の過剰使用、最近明らかにされてきた因子として、頭痛の発症頻度が高いこと、女性(男性の

2倍)、肥満、ストレス、うつ状態、いびき、睡眠障害、頭頸部外傷などが挙げられている(図5)。信長は戦いの連続や義弟の裏切りなどによるストレス、うつ、睡眠障害があり、落馬による頭頸部外傷の経験も推測されることから、慢性片頭痛に陥っていたのではないかと演者は考えている。

### 片頭痛慢性化の危険因子

**古くから知られている危険因子**

- 1) 加齢(年齢)
- 2) 薬物過剰使用(急性期頭痛治療薬)

**最近明らかにされた危険因子**

- ・ 頭痛発生頻度
- ・ 性別(女性:2倍)
- ・ 肥満
- ・ ストレス、うつ状態
- ・ いびき・睡眠障害
- ・ 頭頸部外傷

(Bigal ME, et al. Headache. 2006 Oct;46(9):1334-1343より改変)

図5

日本頭痛協会の2014年度の頭痛の日啓発ポスター(図6)は「頭痛の相互理解」がテーマで、「機嫌が悪いんじゃないんです、頭が痛いんです」と書かれている。頭痛で人知れず悩み、無理して仕事や家事をされている人は多数存在すると推測される。家臣からみると「機嫌が悪い、とっつきが悪い」と感じられていたであろうが、英雄織田信長も実は慢性片頭痛で悩んでいたのかもしれない。

**機嫌が悪いんじゃないんです、  
頭が痛いんです**



一般社団法人日本頭痛協会  
一般社団法人日本頭痛学会  
(日本頭痛協会ホームページより引用)

図6

緊張型頭痛は一次性頭痛の中で最も多く、一般集団の年間有病率は約20~30%、生涯有病率は30~78%である。緊張型頭痛の発症はさまざまな身体的、精神的ストレスによって、頸部や頭

部の緊張が高まり、血流が悪くなり、筋肉の中に乳酸やピルビン酸などの老廃物がたまり、それが周囲の神経を刺激し、締めつけられるような痛みをおこす。頭蓋周囲筋の筋緊張が関与することより頸部痛や肩こりも伴いやすく、肩こりのある頭痛は緊張型頭痛と認識されがちであるが、片頭痛でも約75%に頸部痛を認め、肩こりは緊張型頭痛と片頭痛の鑑別にはならない。頭痛スクリーナー(図7)が考案され、過去3ヵ月間にあった頭痛の随伴症状として、「動作による悪化」、「悪心・嘔吐」、「光過敏」、「臭過敏」が「ときどき」「半分以上」の4項目のうち2項目以上チェックすると片頭痛の可能性が高いとされ、緊張型頭痛と片頭痛の鑑別に有効である。日常生活において、片頭痛は「お辞儀」、「飲酒」、「入浴」で悪化することが多いことが知られている。緊張型頭痛は「入浴」や「少量の飲酒」で改善する。茶々の夫であった豊臣秀吉は有馬温泉に何度も足を運び、日頃の疲れを癒やしていたという。温泉好きの秀吉が片頭痛であった可能性は低く、秀吉には日頃の疲れからくる緊張型頭痛があり、有馬の湯で頭痛の改善をはかっていたのではないかと演者は推察している。

### 片頭痛と緊張型頭痛の鑑別

過去3ヵ月間にあった頭痛について

**①動作による悪化**  
歩行や階段の昇降など日常的な動作によって頭痛がひどくなる  
動くよりじっとしている方が楽である。  
 なかった  まれ  ときどき  半分以上

**②悪心・嘔吐**  
頭痛に伴って吐き気や胃のむかつき  
 なかった  まれ  ときどき  半分以上

**③光過敏**  
頭痛に伴って普段は気にならない程度の光がまぶしく感じる  
 なかった  まれ  ときどき  半分以上

**④臭過敏**  
頭痛に伴って臭いが嫌だと感じる  
 なかった  まれ  ときどき  半分以上

「ときどき」「半分以上」が2項目以上で片頭痛の可能性大  
(片頭痛スクリーナー:頭痛医療推進委員会作成)

図7

群発頭痛に代表される三叉神経・自律神経性頭痛は一侧の眼窩部のきわめて重度の頭痛発作で、同側の眼充血、流涙、鼻漏などの自律神経症状を伴うことを特徴とする。群発頭痛以外に発作性片側頭痛、短時間持続性片側神経痛様頭痛発作、持続性片側頭痛があるが、発作時間と治療薬の反応性により、区別されている。大部分は群発頭痛で

### 群発頭痛の特徴

- ①人口10万人あたり約100人で、片頭痛や緊張型頭痛よりも圧倒的に少ない。
- ②発症年齢は20～40歳代で、男性の方が発生しやすい。（男女比は3～4倍）、近年、女性の割合も増えている。
- ③目の奥やこめかみのあたりをえぐられるような痛み。
- ④1～2年に1回、毎日のように激しく痛む。
- ⑤1～3ヶ月間にわたり、決まった時間に起こる。
- ⑥1時間程度続き、ゆっくり治まってくる。
- ⑦睡眠中に痛みを感じて目を覚ましてしまう。
- ⑧頭痛で痛む側の目が充血したり、涙や鼻水がでる。
- ⑨陣痛よりも痛い、『自殺頭痛』。

図8

ある。図8のような特徴があり、詳細な問診のみで診断は容易である。分娩を経験したことがある群発頭痛患者に尋ねてみると、分娩よりも群発頭痛の方が痛いと言っていた。片頭痛も群発頭痛も重度の頭痛がみられるが、片頭痛が痛くて動けないのに対し、群発頭痛は痛くてじっとしてられないという違いがある。

徳川家康が群発頭痛であれば、うまくまとまるのであるが、徳川家康はいわゆる健康マニアであった。「麦飯、豆味噌の粗食」、「自ら薬研を操り、薬を調合」、「鷹狩りで日頃の運動不足とストレスを解消」と日頃から健康には十分気をつけ、75歳と当時としては長寿であり、天下獲りに大

きく影響した。これらの生活を実践することが、頭痛が生じにくい体質をつくったであろうことは容易に推察される。

最後に戦国時代の三英傑が演者の頭痛外来の患者だったら、どのような患者になるだろうかと推測してみた。「鳴かぬなら殺してしまえホトトギス」の織田信長は短気な性格から、医療者に超短時間で有効な鎮痛剤を要求したであろう。頭痛が鎮まるまで鎮痛薬を飲み続け、薬物使用過多による頭痛になりそうな印象である。「鳴かぬなら鳴かせてみせようホトトギス」の豊臣秀吉は医療者の助言に従い自身の頭痛に向き合ったであろう。晩年の秀吉は独裁的な傾向がみられ、医療者の言うことを聞かなくなっていったかもしれない。「鳴かぬなら鳴くまで待とうホトトギス」の徳川家康は頭痛ダイアリーをきちんとつけ、薬剤だけでなく、食生活や生活習慣にも気を配ったであろう。ただ、健康オタクであるため、医療者を外来で質問攻めにしたのではないだろうか。

以上、片頭痛に代表される一次性頭痛の特徴を戦国時代の三英傑に絡めながら、講演した。本講演によって、皆様が持たれている頭痛と上手につきあっていくことができるようになる一助となることを期待する。

# 片頭痛の新規治療

一般財団法人甲南会 甲南病院 神経内科 部長 **北村 重和**



## 1. 片頭痛の病態メカニズムの基礎理解

片頭痛発生機序に関しては、「血管説」、「神経説」、「三叉神経血管説」と歴史的に変遷してきているがいまだに確定していないのが現状である。1962年に発表された米国神経学会による「血管性頭痛の分類」では片頭痛は「古典的片頭痛」と「普通型片頭痛」に分類されている。閃輝暗点の出現は視覚中枢の存在する後頭葉の脳血流低下、頭痛の始まりは血管の拡張による脳血流の増加と考えられていた。しかし、1980年代の研究により、脳血流低下時にもかかわらず頭痛が始まっていること、片頭痛発作時には脳血流が増加していることが判明し、「血管説」だけでは説明できないことが明らかになった(図1)。

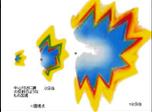
### 片頭痛発生機序解明の歴史(1)

➢ 1962年 米国神経学会による「血管性頭痛の分類」

古典的片頭痛 (Classical Migraine)	前兆のある片頭痛
普通型片頭痛 (Common Migraine)	前兆のない片頭痛

⇒ 『片頭痛の血管説』

- ・閃輝暗点の出現 = 脳血流の低下
- ・頭痛の始まり = 血管の拡張 → 脳血流の増加



【血管説の矛盾点】 1980年代の研究  
脳血流低下時にもかかわらず、頭痛が始まっている  
片頭痛発作時には、正常よりも脳血流が増加している

図1

視覚中枢(後頭葉)に始まる神経細胞の異常興奮と、それに続く機能低下が前方に向かって移動していく現象である大脳皮質拡延性抑制(CSD; Cortical Spreading Depression)が前兆のある片頭痛患者で起こっていることが確認され、「神経説」が注目された。しかし、閃輝暗点などの前兆がなぜ頭痛につながるのかは不明であり、「神経説」の限界を示した(図2)。

## 片頭痛発生機序解明の歴史(2)

➢ 『片頭痛の神経説』

片頭痛における脳血流の変化は、原因ではなく結果だけではないのか？

※大脳皮質拡延性抑制 Cortical Spreading Depression

視覚中枢(後頭葉)に始まる、神経細胞の異常興奮と、それに続く機能低下が前方に向かって2~3mm/分の速度で移動

→前兆のある片頭痛の患者さんと類似した現象が起こっていることが確認された

【神経説の限界】

閃輝暗点などの前兆がなぜ頭痛につながるのか？

➢ 『片頭痛の三叉神経血管説』 1984年 Moscovitz が提唱

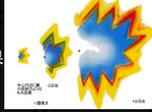


図2

現在では、1984年にMoscovitzが提唱した「三叉神経血管説」が広く受け入れられている。片頭痛の舞台は主として脳の表面を走る動脈(硬膜動脈)とそれを取り巻く三叉神経の終末枝である。神経伝達物質の一つであるセロトニンは血管収縮作用や神経ペプチドの放出調節を担っている。血管内皮に存在する5-HT<sub>1B</sub>受容体と、三叉神経終末に存在する5-HT<sub>1D</sub>受容体に結合する(図3)。

## 片頭痛の病態メカニズム～三叉神経血管説(1)

正常時

セロトニン(5-HT)受容体

セロトニン

セロトニン(神経伝達物質の一つ)

- ・血管収縮作用
- ・神経ペプチドの放出調節
- ・覚醒・睡眠、気分、情動、記憶等に関与

拡大

硬膜動脈

5-HT<sub>1B</sub>受容体

5-HT<sub>1D</sub>受容体

三叉神経終末

正常時は、セロトニンが血小板から放出されていても再度血小板に取り込まれる

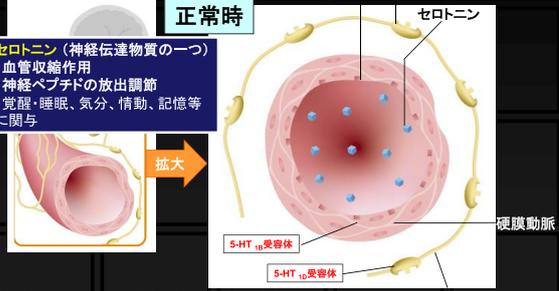


図3

片頭痛が始まるとセロトニンが過剰放出され、その後欠乏状態に陥る。その結果血管が拡張し、三叉神経血管系が活性化され、CGRP(カルシト

ニン遺伝子関連ペプチド)を代表とする神経ペプチドが放出され神経原性炎症が生じ、その刺激が順行性に三叉神経を伝播し脳は疼痛を認識する(図4)。

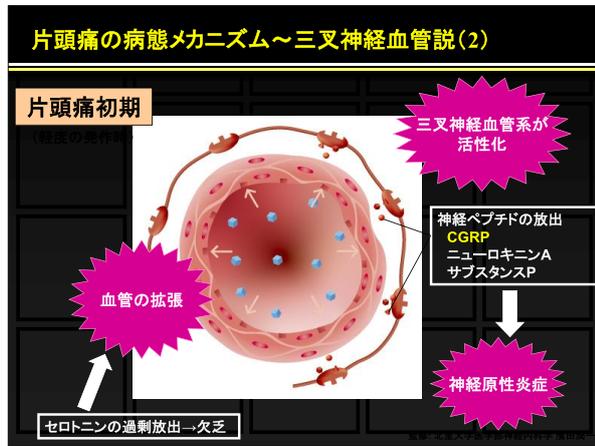


図4

## 2. トリプタン製剤の作用ポイントと上手な使い方

片頭痛の急性期頓挫治療薬であるトリプタン製剤は、その作用機序よりセロトニン<sub>1B/1D</sub>受容体選択的作動薬と定義されている。5-HT<sub>1B</sub>受容体に結合して拡張した血管を本来の径に戻し、5-HT<sub>1D</sub>受容体に結合しCGRP等の神経ペプチドの放出を抑制する(図5)。

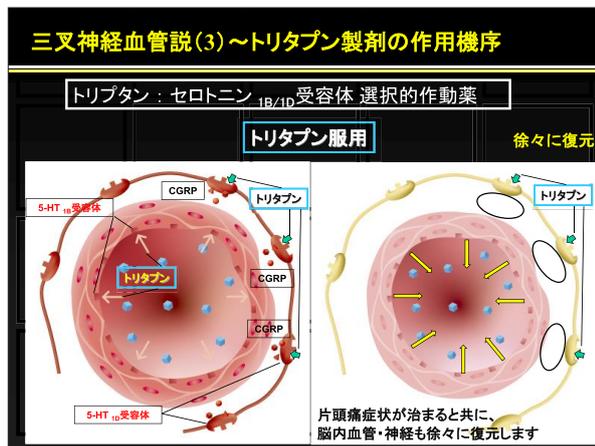


図5

慢性頭痛の診療ガイドライン2013によれば、トリプタン製剤はGroup1(有効)に記載されている唯一の薬剤であり、グレードAで推奨されている(図6)。

トリプタンだけでコントロールできない片頭痛発作もあり、その治療に難渋することは少なく

## 片頭痛急性期治療の有効性のエビデンス

✓ 片頭痛の急性期治療は、薬物療法が中心である。治療薬として、アセトミフエン、非ステロイド系鎮痛消炎剤、エルゴタミン、トリプタンがあり、片頭痛の重症度に応じた層別治療が推奨される。

◆グレードA◆

慢性頭痛の診療ガイドライン2013

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 (有効)
トリプタン	制吐薬	ステロイド点滴療法	精神安定薬、麻酔薬	
イブプロフェン	メクロプラミド	アセトミフエン	ドンペリドン	ドンペリドン
スマトリプタン点鼻	メトクロプラミド静注	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
スマトリプタン注射	メトクロプラミド静注	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
アムピシリン	ドネペリドン	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
スマトリプタン自己注射	プロセドミン	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
sumatriptan (subcutaneous)	アセトミフエン	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
sumatriptan (nasal spray)	イブプロフェン	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
zoc립titan (nasal spray)	ジクワフェナク	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
エレストリプタン	オロキシチン	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
リザトリプタン	エトドラク	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
ナラトリプタン	セルロシチン	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
naratriptan (injection)	メフェナム酸	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
almoc립titan	プラゾドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
ibuprofen	ロキゾプロフェン	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
	ロキソニン錠	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
	その他	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン
	マクシムム錠	プロクロメドリン	プロクロメドリン	プロクロメドリン

図6

い(図7)。そうした場合でも治療を工夫することで解決できることも多い。

## トリプタン1錠でコントロールできない発作の場合

### NSAIDsの併用

- ✓ 時間差での追加
- ✓ 初回内服時併用

### トリプタンの増量

- ✓ 一度に2錠内服可能な薬剤を用いる

### トリプタンのブランドチェンジ

### 制吐剤の併用

- ✓ ドンペリドン、メクロプラミド

### 非経口トリプタンの使用

- ✓ 点鼻液
- ✓ 皮下注射

### 【制吐剤併用のメリット】

- ① 片頭痛の吐き気の抑制
- ② 消化管運動の促進  
→トリプタンの吸収促進
- ③ 片頭痛発作の進展抑制

図7

- ・非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)の併用  
トリプタン内服で効果が不十分な場合には、即時にNSAIDsを追加したり、最初からトリプタンとNSAIDsを併用したりする。
- ・トリプタンの増量  
トリプタン製剤1錠ではコントロールできない場合には、最初から2錠使用する(リザトリプタン、ナラトリプタンは不可)
- ・トリプタンの種類を変更する  
トリプタンに対する感受性(効果の差異)は個人差が大きいのでブランドチェンジは有効な場合が多い
- ・制吐剤の併用  
制吐剤には、片頭痛の随伴症状の悪心(吐き気)を軽減する作用だけでなく、腸管の蠕動運動を促進することによりトリプタンの吸収時間を短

縮する作用や、片頭痛の進展を抑制する作用も併せ持っている。

- ・非経口トリプタンの使用  
悪心がある場合には内服剤は使用しにくいので、点鼻剤の利用も考慮する。内服治療では十分に効果が得られない場合には、注射製剤も利用するとよい。

### 3. 片頭痛治療の新時代に向けての展望

トリプタン製剤がセロトニン系をコントロールすることにより、急性期治療は画期的に前進することができたが、さらにその下流にあるCGRPが治療ターゲットとなることが期待されている。

しかし、片頭痛の頻度や重症度を軽減する慢性予防療法の充実はいまだに不十分であり、その開発ならびに実用化が早期に期待されている。

その中で、CGRP 関連薬と Neuromodulation に関して紹介する。

前述したように片頭痛の発症メカニズムに関連する神経原性炎症の主たる神経ペプチドであるCGRPに対して抑制的に働く薬剤が数多く開発されており、臨床研究が進んでいる。

短時間に作用する薬剤であれば、急性期頓挫療法としての可能性が大きく広がり、トリプタン製剤に匹敵する効果が期待される。

また長期的に作用する薬剤は、慢性予防療法としての活用が期待されるが、既存の慢性予防療法を凌駕することが期待される (図8)。

急性期治療薬としても慢性予防薬としても活用されることが今後期待されている。

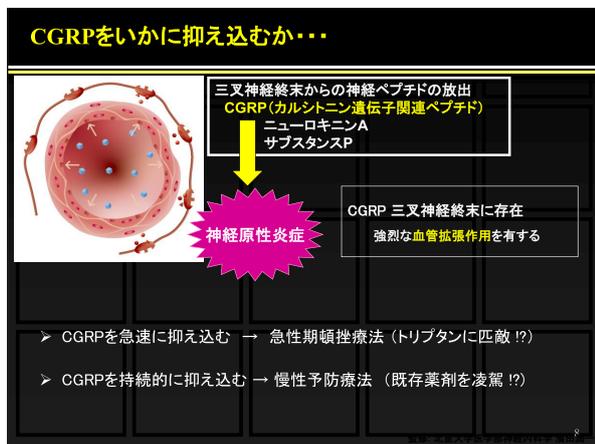


図8

頭部の各種神経を電気刺激することにより、片頭痛の予防効果が期待できるのがNeuromodulationである。代表的な刺激療法としては、後頭神経刺激療法 (Occipital Nerve Stimulation) (図9)と眼窩上神経刺激療法 (Supra-orbital Nerve Stimulation) がある (図10)。後頭神経刺激療法の抗片頭痛効果の機序は不明ではあるが、C2-3領域の興奮した神経線維の活動性が低下したり、感覚の中継センターである視床の機能を調整したりする可能性がある。眼窩上神経刺激療法では、三叉神経第1枝を刺激することにより片頭痛発作の予防が期待できる。

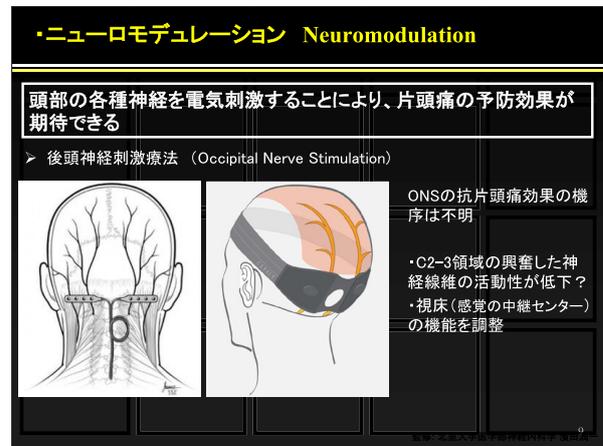


図9

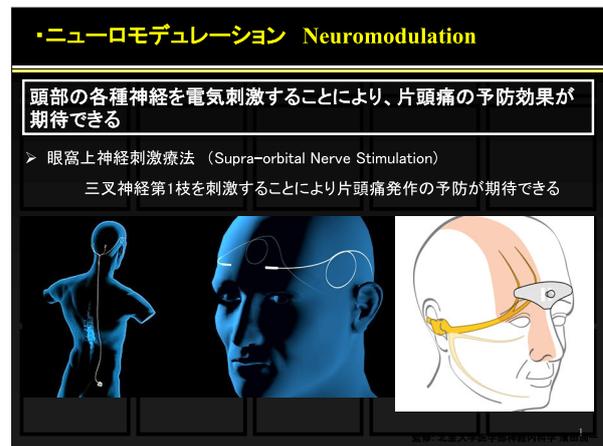


図10

### 【まとめ】

- ▶ 片頭痛の病態メカニズムは「三叉神経血管説」が現在一般的に受け入れられています
- ▶ セロトニン欠乏状態で放出されるCGRP (カルシトニン遺伝子関連ペプチド) が引き起こす「神経原性炎症」は片頭痛のメカニズムの重

要な役割を果たしています

- ▶セロトニン<sub>1B/1D</sub>受容体に選択的に作動するトリプタン製剤が片頭痛急性期治療の第一選択薬となります

- ▶CGRPを持続的に抑制することや、特定の頭部末梢神経を電気刺激することにより片頭痛発作を予防することが期待されます

## 小児の頭痛

### -頭痛の治療薬が効く頭痛と効かない頭痛-

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 **藤田 光江**



#### はじめに

頭痛は最も多い子どもの訴えの一つであるが、原因疾患のある二次性頭痛は3～4%と少数で、大多数は一次性頭痛の片頭痛と緊張型頭痛である。外来受診は緊張型頭痛より片頭痛が多く、これは片頭痛が子どもでも強い頭痛で、嘔吐などの随伴症状を伴うことがあるためである。片頭痛は、発作性頭痛で、強い場合は薬が必要であるが、タイミングよく使用すると、ほとんどの場合頭痛が軽減する。一方、特に思春期には、朝から強い頭痛を訴え起きられず、学校欠席に繋がる薬の効かない慢性連日性頭痛がある。本講演では、子ども(以下18歳未満を子どもと称す)の頭痛について、頭痛の治療薬(以後頭痛薬)の効く頭痛と効かない頭痛の診断と対処法を述べる。

#### 1. 頭痛薬の効く頭痛：片頭痛

##### 1) 子どもの片頭痛の診断

片頭痛が分かれば、後述の難治な頭痛も理解できるので、子どもの頭痛診療の第一歩は片頭痛の診断である。子どもの片頭痛も成人同様、国際頭痛分類第3版beta版(ICHD-3β)<sup>1)</sup>で診断される。片頭痛は、18歳未満では2～72時間(成人では4～72時間)で終わる発作性頭痛で、片側でなく両側のことも多いが、後頭部でなく前頭側頭部である。頭痛の強さや光過敏・音過敏は、訴えと同時に、子どもの行動を観察し判断する。また、片頭痛は発作発症の時間帯や曜日はまちまちという特徴もある。ICHD-3βには含まれないが、

片頭痛は家族集積性が強い疾患で、特に母親の片頭痛罹患率が高い。

##### 2) 子どもの片頭痛の対処法

###### (1) 非薬物治療

子どもの片頭痛は成人に比し軽く、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。このためには子ども自身、保護者、学校スタッフが片頭痛を正しく理解すること必要である。誘因として、睡眠不足、チーズやチョコレートなどの食物、空腹、眩しい光があげられ、またスマートフォンなどブルーライトの制限も、頭痛の強さや頻度を軽減することに繋がる。

###### (2) 薬物治療<sup>2)</sup>

###### a. 急性期治療薬

子どもでも日常生活が妨げられる強い片頭痛には薬物治療が必要となる。急性期の第一選択薬は、解熱鎮痛薬であり、頭痛が始まったらできるだけ早く十分量を使用する。補助的処置として、静かな暗い部屋での休息が推奨され、学校の協力が必須である(日本頭痛協会：<http://www.zutsuu-kyoukai.jp>) (図1)。鎮痛薬が無効の場合は、トリプタン(スマトリプタン、ゾルミトリプタン、エレトリプタン、リザトリプタン、ナラトリプタン)も使用可能であり、嘔吐を伴う場合は点鼻薬が有用である。トリプタンは小児では適応外使用であるが安全で、十分許容できる薬剤である。

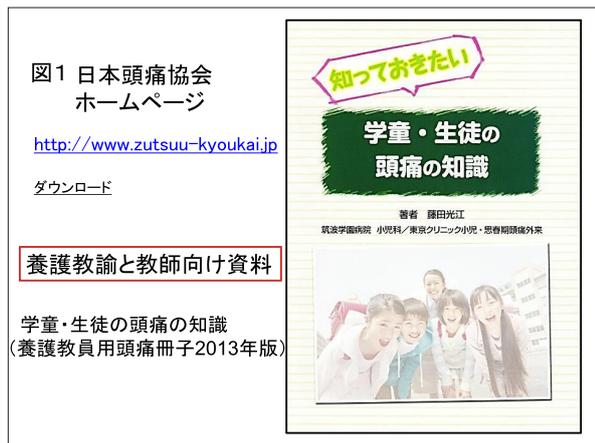


図1

### b. 予防治療薬

急性期治療薬を月10日以上使用、あるいは頭痛発作に毎回嘔吐を伴う場合は予防薬を考慮する。子どもの片頭痛によく使われているのは、抗うつ薬のアミトリプチリン、カルシウム拮抗薬の塩酸ロメリジン、抗てんかん薬のバルプロ酸である。

## 2. 頭痛薬の効かない頭痛：心の絡む頭痛

### 1) 子どもの頭痛の慢性化

年少時から鎮痛薬の効く片頭痛があって、思春期に頭痛が慢性化し、薬が効かない連日性頭痛になることがある。また、ある時点から突然連日の頭痛が生じることもある。

このように子どもにも、慢性連日性頭痛 (chronic daily headache: CDH) (1日に4時間以上、1か月に15日以上、3か月以上持続する頭痛) があり、慢性片頭痛であるか、慢性緊張

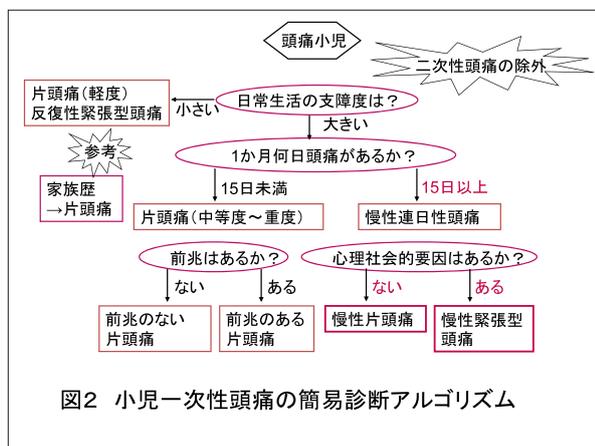


図2 小児一次性頭痛の簡易診断アルゴリズム

図2

型頭痛であるか、両者の共存であるかの判断は治療に大きく関わってくる(図2)。心理社会的要因が関与する場合、軽度~中等度であるはずの緊張型頭痛が、子どもが重度と感じる慢性緊張型頭痛に変容し、生活支障度が高まったと考えられる(図3)。子どものCDHでは、慢性片頭痛の診断で、予防薬が数種試されても治療に抵抗するため、慢性緊張型頭痛がメインであることが分かる。子どものCDHは、思春期という年齢、子どもの性格特性、学校、家庭などの生活環境における様々な心理社会的要因が関わった頭痛で、頭痛薬が効かず心身医学的対応が必要な頭痛である。

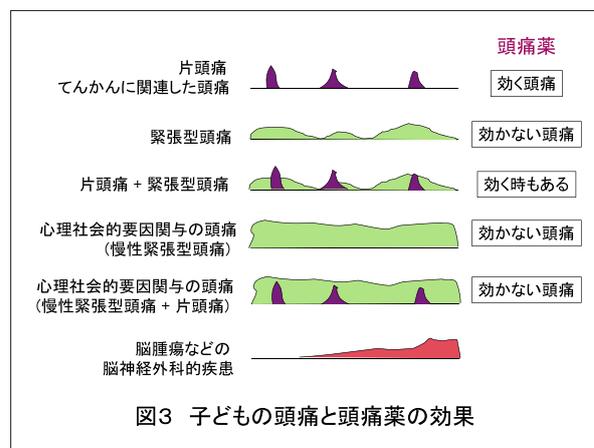


図3 子どもの頭痛と頭痛薬の効果

図3

### 2) 共存症との関連

#### (1) 起立性調節障害

朝頭痛で起きられず登校できない子どもは、しばしば起立性調節障害(Orthostatic dysregulation: OD)と診断されている。筆者は頭痛が主症状であれば、ICHD-3β<sup>1)</sup>による一次性頭痛の診断を行い、対処法を考える。また、立ちくらみ・めまいが主症状であればODの可能性が強いと判断し、新起立試験を行い対処している。ODの頭痛と片頭痛の鑑別には、着眼点がある。片頭痛は発作性頭痛で発症する時間帯、曜日はまちまちであるが、ODの頭痛は午前中に頭痛が強くなり午後には軽減する。また、悪心・嘔吐、光過敏・音過敏などの片頭痛の特徴はない。片頭痛はタイミングよく鎮痛薬やトリプタンを使用すれば軽快するが、ODの頭痛にはこれら頭痛薬が効かない。

## (2) 精神疾患

不登校を伴うCDHの場合、精神疾患の共存も見逃せない。頭痛を強く訴えるため、主治医も保護者も頭痛を治すことばかりに集中しがちであるが、実は言葉にできない様々な思いが頭痛になって現れていて、不安症群(不安障害)、身体症状症(身体表現性障害)などと診断されることもまれではない。

## 3) 子どものCDHの対処法

### (1) 頭痛ダイアリーの活用

いずれの場合も、頭痛は経過をみることで、小児・思春期頭痛ダイアリーが有用であり、日本頭痛協会ホームページ(図1)からダウンロード可能である。本頭痛ダイアリーは睡眠時間が記入できることが利点である。頭痛が慢性化し、登校できなくなると、二次的に昼夜逆転となることも多い。本ダイアリーは概日リズムの乱れを患児に再認識させ、治療者も対応を助言できるので有用である。ダイアリーを記すことにより、何がストレスかを患児が気付くきっかけになることもある。

### (2) 支持的精神療法

頭痛薬が効かないCDHの場合、子どもと保護者を別々に面接することが有用である。子どもにはこの頭痛には頭痛薬は効かないので、頭痛があってもできることを探そうと勧める。学校や家庭における不安や言葉にできない心のもやもやが、強い頭痛になって表れたと考えられ、身近な家族に口答えの練習をするなども勧めている。抗うつ薬や抗精神病薬が頭痛にも有効なことが多いが、子どもと保護者への十分な説明と同意が必要である。子どもたちが自分の思いを語れるようになり、成長するにつれ、不思議と難治な頭痛は軽減する。

保護者には、子どものCDHは難治で、自分を出せる環境を整えながら、成長を待つことの重要性を根気よく説明する。今までの子育てを責めず、今後どうすべきかを一緒に考えるよき協力者として保護者を巻き込んでいくことが大切である。

る。

### (3) 子どもの居場所を作るための連携

頭痛を訴え欠席が多くなった場合、学校のスタッフ(担任、養護教諭、スクールカウンセラー)、学校外の教育委員会主催の適応教室、習い事など、また、かかりつけ医、頭痛専門外来、子どもの心の外来なども子どもの居場所を作るため重要となる。不登校児が成人のひきこもりにならないよう連携した支援が必要と考える(図4)。

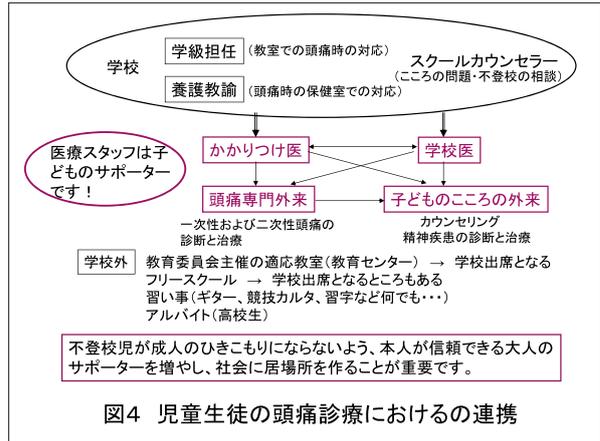


図4 児童生徒の頭痛診療における連携

図4

## おわりに

子どもの頭痛について、頭痛薬の効く片頭痛と効かない慢性連日性頭痛の診断と対応を述べた。第一に片頭痛を正しく診断し、対処することが重要である。その上で、頭痛薬が効かない慢性連日性頭痛が理解できるようになり、子どもの性格特性や生活環境からくる心理社会的要因に目が向くようになる。子どもの心身の発達を考慮し、成長を見守ることが頭痛診療においても重要である。

## 文献

- 1) 日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会. 国際頭痛分類第3版beta版. 医学書院. pp.31-205, 2014.
- 2) 日本神経学会・日本頭痛学会. 小児の頭痛. 慢性頭痛の診療ガイドライン, 医学書院, pp272-289, 2013.

# 生活を改善して頭痛を緩和する -食事、睡眠の工夫、誘因のマネジメント-



国立病院機構さいがた医療センター 院長 **下村 登規夫**

頭痛、特に片頭痛は食物や生活習慣の影響を受けやすいとされている。ここでは、片頭痛発作を起こしにくくするには、どのような生活をし、どのような食物をとるようにすればよいか、避けるべき食物があるのかなどを考えてみたい。

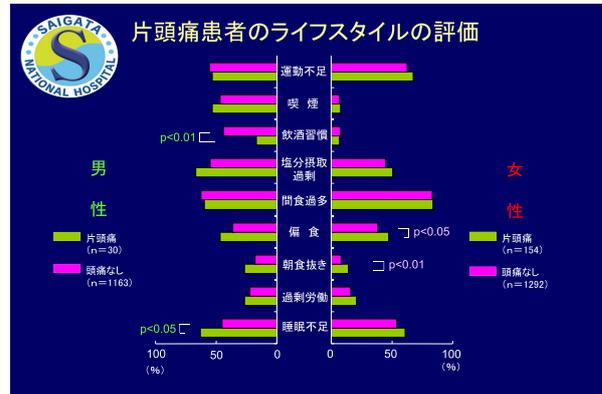
よく、頭痛は肩こりを伴うといわれる、確かに肩こりを伴うことは多いが、緊張型頭痛も片頭痛もほとんど差が認められないことがわかる。むしろ環境の変化や睡眠不足は図片頭痛発作を起こしやすくすることがわかるが、寝すぎても頭痛を起こしやすくなることも事実である(ページ2)。

	片頭痛 (頻度：%)	緊張型頭痛 (頻度：%)
環境の変化	88.3	40.5
特定の飲食物	28.8	14.6
睡眠不足	74.7	45.6
睡眠過多	13.6	4.4
精神的ストレス	50.5	18.8
激しい運動	14.4	1.5
肩こり	33.5	46.0
疲れを感じたとき	74.3	42.7

ページ2

ライフスタイルを見てみると、片頭痛患者さんは飲酒習慣が少ないことが分かった。これは、アルコールにより、脳の血管が広がることにより片頭痛発作が誘発されるためであると考えられている。女性では偏食・朝食抜きの方で片頭痛発作が多く認められている。空腹は片頭痛発作の原因になるといわれており、それが証明されたかたちであるといえる(ページ3)。

実は片頭痛は、全身疾患ととらえるべきであり、単に頭に痛みが起こるだけの病気ではない。それが証拠に、痛み過敏になったり、頭痛発作の前にきらきらするものが見えたり、立ち眩みが起こりやすかったりと様々な症状を伴いやす



ページ3

い。また、うつ状態や不安が強くなるのも事実である。したがって、全身をケアする。すなわち「トータルケア」の時代に入ったといえるであろう(ページ5・6・7)。

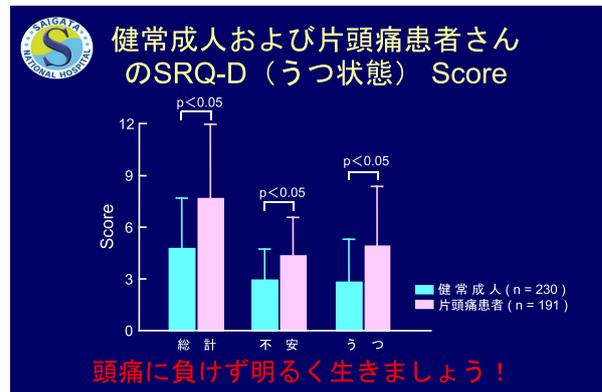
**片頭痛の治療方針**

これまで...  
起ったら、トリプタン!  
(火事が起きたら消防車を呼んで消し止める)

これから...  
一生に起こす頭痛発作の回数を如何に減らすことができるか?!  
(火事が起こらないようにして、ぼやで消す)

**予防的治療+早期のトリプタン**  
(一生に起こす頭痛発作の回数が少ないほど、脳へのダメージは少ない!)

ページ5



頭痛に負けず明るく生きましょう!

ページ6



## 片頭痛はトータルケアの時代へ！

- ・CT・MRI至上主義は捨てる！  
撮影はすべき！
- ・検査と薬物投与では頭痛は改善しない！
- ・片頭痛は頭の病気か？→NO！  
→全身の病気として対処  
ストレスを感じやすく  
便秘異常，動悸，動脈硬化，めまい  
乗り物酔いの頻度が高い。

ページ7

それでは片頭痛発作を防ぐような食事があるのだろうか？実は、いわゆる抗酸化作用を有する食事で、片頭痛発作を避けることができる可能性がわかってきている。ビタミンCやラジカルスカベンジャー（抗酸化物質）と呼ばれるものである。ビタミンCは緑茶やイチゴなどに多く含まれ、スカベンジャーは、ゴマやミカン、とまと、緑黄色野菜に多く含まれている（ページ8）。マグネシウムが片頭痛を軽くすることも知られており、柿や大豆製品が代表といえるであろう（ページ9）。



## 深い知識を持って患者さんに接する

まず、病歴を取ること  
(関係ないと思ったことが大切かも)  
医者患者関係の円滑化を図ろう



↓  
CT・MRI，頸椎X線検査，血液検査を行う

↓  
結果の説明，治療方針の説明，投薬  
ワイン・チョコレート・カフェインは悪化の元

↓  
甘味料の多いドリンクにも注意しよう。

ページ8



## 具体的な食事のポイント

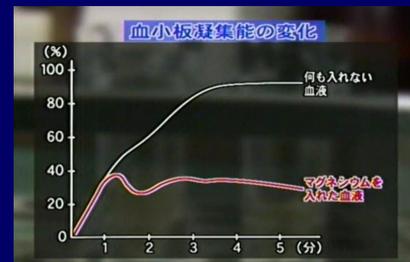
栄養素	代表的食品
ビタミンC	いちご，じゃがいも，緑茶
ビタミンE	大豆，うなぎ，シジミ，落花生
ビタミンA	バター，牛乳，卵黄，にんじん，ほうれんそう
ビタミンB群	豚肉，卵，大豆，焼海苔，うなぎ，ゴマ
スカベンジャー	ゴマ，みかん（柑橘類），落花生，緑茶，トマト，緑黄色野菜，卵黄，大豆
マグネシウム	ほうれんそう，柿，大豆製品，魚介類
トリプトファン	牛乳 (セロトニンの前駆物質)

ページ9

実は、内服薬にも片頭痛発作を起こしやすくするものが多数認められており、中でも痛み止めなどは、内服時は血管を収縮させ、効果が少なくなってくると血管が広がり片頭痛発作を誘発する可能性があるといわれている。最近、糖質を減らすために用いられる人工甘味料の中にも、血管を広げて片頭痛発作を誘発させるものがあり、注意が必要である（ページ10）。



## マグネシウムは血小板凝集を抑制し、頭痛をおこりにくくする



発掘あるある大事典より（2003/4/27放送）

ページ10

頭痛は生活習慣や食事に注意を払うことである程度抑えることができることを知っていただき、これからの頭痛の少なくなる生活の糧にさせていただければ幸いです。

# 頭痛とどうむきあうか -認知行動療法-



東邦大学医学部心身医学講座 教授 **端詰 勝敬**

慢性頭痛の多くは、検査で異常がない、一次性頭痛です。一次性頭痛には、片頭痛や緊張型頭痛が含まれます。こうした慢性頭痛には、心理的または社会的なストレスが関与することがわかっています(図1)。心理的ストレスは、ライフイベント(人生の中での大きなイベント)とデイリーハラスルズ(毎日のわずらわしさ)に分かれ、いずれも頭痛に発症や経過に関係します。昔、ある学者がライフイベントを点数化しました(図2)。その結果、ライフイベントの点数の高い人ほど、ストレスによる身体疾患や精神疾患にかかりやすいことを示されました。

一方、同じくらいのストレスがかかっても病気になる人、ならない人がいます。そのことを研究したのが、ラザルスという学者で、彼は、ストレスによって病気になる、ならないには、「ストレスコーピング」、「認知的評価」、「周囲のサポート」の3つが重要であることを示しました。また、慢性頭痛に対する薬を使わない治療法として、認知行動療法があり、頭痛への効果が国内外の研究で示されていますが、この認知行動療法は「ストレスコーピング」や「認知的評価」を扱う治療法となります。

ストレスコーピングとは、ストレスへの対処方法を指し、問題焦点型、情緒型、発散型に分類されます(図4)。日本人の特性として、ストレスへの対処行動では、「じっと耐える」「我慢する」といった情緒型のコーピングをとりやすいとされていますが、時には上手に発散することも大切です。ストレスは避けようと思ってもなかなか難しいものですし、耐えきれないことも少なくありません。簡単な質問をしますと、皆さんはこの先一か月でどのような発散方法を計画していますか？この質問にすぐ答えられなかった方も多いと思いますが、今一度、ストレスの発散方法を考えてみ

図1. ストレスによって、頭痛は起こり、悪化しやすい

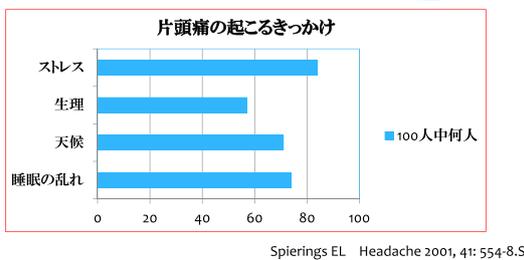


図1

図2. 人生の出来事で最もストレスが大きいのは何？

順位	生活上のできごと	ストレス強度
1	????	100
2	離婚	73
3	夫婦の別居	65
4	刑務所などへの勾留	63
5	近親者の死	63
6	自分のけがや病気	53
7	結婚	50
8	解雇	47
9	夫婦の和解	45
10	退職や引退	45

Holmes & Rahe, 1967

図2

図3. ストレスに影響する3つの要素

- \* ストレスコーピング
- \* 認知的評価
- \* 周囲のサポート

図3

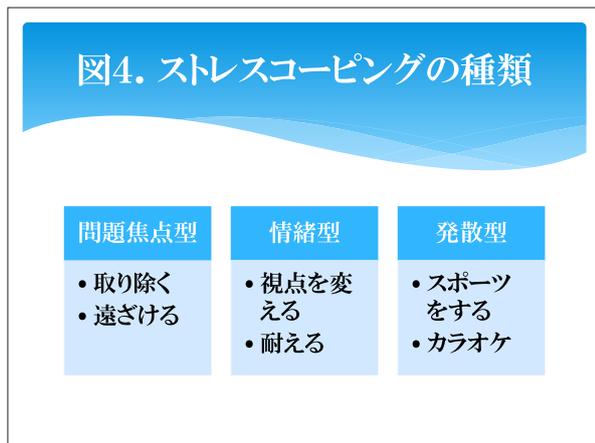


図4

て頂くと、頭痛にも良い効果がみられるかもしれません。

次に、「認知的評価」についてです。認知とは、その人の考え方のくせ、特徴などをいいます。ものごとの考え方自体が極端に否定的になると自分で自分を苦しめることになります(図5)。認知療法とは、考え方のくせに気づくことからスタートし、より適応的な考えを検討します。特に、頭痛などの痛みをもつ人では、「痛みがもっとひどくなる」や「自分は痛みに対して無力である」といった否定的な考えを持ちがちで、破局的思考と呼ばれています(図6)。例えば、ひどい頭痛のために大事な会議を休んでしまったとします。このことについて、いろいろな考えが浮かんでくると思いますが、否定的な認知をとりやすい人は、「頭痛のために大きなミスをした」「どうして自分だけ苦しめられるのだろう」などの考えが浮かびます。否定的な考えに至るのも無理はないかもし

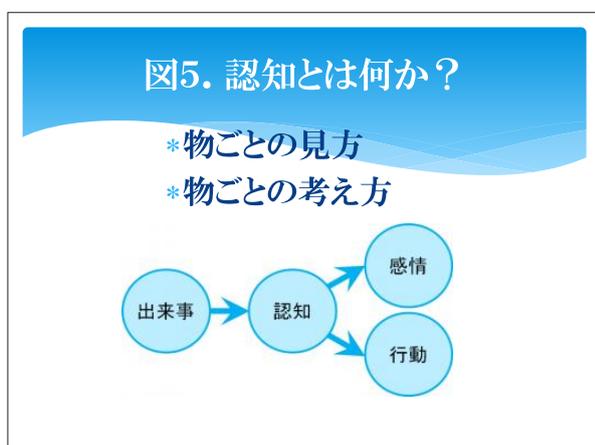


図4

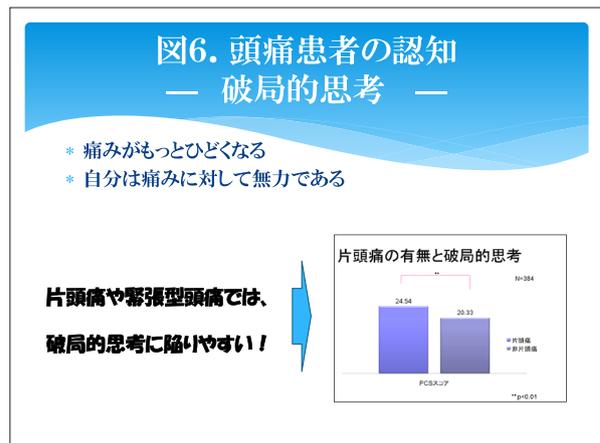


図6

れませんが、否定的な考えばかりだと、気分が滅入り、「うつ」や「不安」状態に陥りやすくなります。こうした気分や感情の変化が頭痛の悪化要因にもなっています。

認知行動療法では、別の考え方はできないか、別の見方はないかというところから始まります。先ほどの頭痛のために会議を休んだ例ではどうでしょう。例えば、「頭痛のために休んだのは初めてだから仕方がない」「頭痛もちは私だけではない」「この休みについて誰からも責められているわけではない」などの現実的な考えもできます。少しずつ、否定的な考えから、別の考えからやとらえ方ができないかとトレーニングしていくのが認知療法です。このように認知療法では、否定的な考えを肯定的な考えに180度変えるというわけではなく、否定的な考えとは別の現実的なバランスの取れた考えを持てるような治療法となっています。

慢性頭痛の認知行動療法には多くの種類があり、認知療法はその一つに過ぎません。その他の治療法には、ストレスマネジメント、リラクゼーション・トレーニング(自律訓練法・筋弛緩法など)、バイオフィードバック療法などがあります。私の所属している東邦大学医療センター大森病院心療内科は、バイオフィードバック療法を取り入れた慢性頭痛の治療を実践している数少ない医療機関の一つです。バイオフィードバック療法は、普段自分ではなかなか認識することができない、体の生理反応を意識し、それをリアルタイムにコントロールする治療法です。図7のよ

## 図7. バイオフィードバック 皮膚温度測定

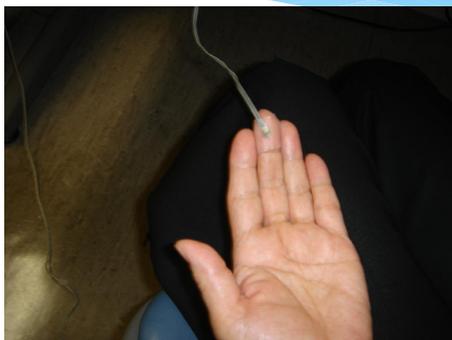


図7

うに、皮膚の温度や後頭部の筋肉の電位などを測定します。うまくリラックスできると、皮膚の温

度は上昇し、筋肉の電位は下がります。この治療法では、測定値をモニターでリアルタイムに表示し、好ましい生体反応を維持できるようにトレーニングします。

以上、慢性頭痛の認知行動療法をご紹介しました。頭痛の治療法は薬物療法が中心となっていますが、いろいろな薬物治療を行っても、頭痛がよくなる方が多いのも事実で、このことが薬物乱用頭痛につながっています。頭痛に対する認知行動療法は、万能ではありませんが、これからの発展が期待される治療です。頭痛日記も工夫次第で、りっぱな認知行動療法のツールになります。この講座をきっかけとして多くの頭痛もちの方に認知行動療法を知っていただければ幸いです。

初版発行 2018年5月10日

**【発行責任者】**

一般社団法人日本頭痛協会 代表理事 北川 泰久

**【事務所所在地】**

〒338-8577 埼玉県さいたま市中央区本町東 6-11-1

埼玉精神神経センター内

電話：048-840-2700 FAX：048-840-2701

無断転載はご遠慮ください。

