

原 著

東京女子医科大学東医療センター神経内科外来における頭痛患者の分析

東京女子医科大学東医療センター内科

シバタ コウイチ ニシムラ ヨシコ イトウ エイチ オオツカ クニアキ サクラ ヒロシ
柴田 興一・西村 芳子・伊藤 英一・大塚 邦明・佐倉 宏

(受理 平成25年10月30日)

**Analysis of Headache Disorders in an Outpatient Neurology Clinic
at Tokyo Women's Medical University Medical Center East****Koichi SHIBATA, Yoshiko NISHIMURA, Eiichi ITOH,
Kuniaki OTSUKA and Hiroshi SAKURA**

Department of Medicine, Tokyo Women's Medical University Medical Center East

To clarify the characteristics of headache disorders in patients who visited the outpatient neurology clinic at Tokyo Women's Medical University Medical Center East, we investigated the headache patients who were seen from January 1 to December 31, 2012. The headaches were classified in accordance with the International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition (ICHD-II). A total of 281 headache patients (80 male, 201 female), aged from 16 to 83 (mean 47.1) years, were defined as having a primary headache (78%): a migraine in 46% of patients, tension-type headache (TTH) in 27%, cluster headache in 3%, other primary headaches in 2%, secondary headaches in 10% and cranial neuralgias in 12% of patients. Of all patients, 219 (78%) had never been diagnosed with a headache disorder, these included 97 (76%) with migraine headaches, 61 (80%) with TTH, seven (100%) with medication overuse headache and 32 (97%) patients with cranial neuralgias. Regular patients accounted for 26% of the cases, while 74% of patients were there for first visits and referrals from other departments, including the emergency department. For 56 patients referred from the emergency department, 21 (37%) had migraine and 10 (80%) had TTH. Our results are similar to those previously reported for outpatient clinics. Many of the outpatients were thought to have never been diagnosed with headache disorders and were not regularly visiting a clinic. The management of primary headaches, especially migraines, needs to be improved.

Key Words: outpatient neurology clinic, primary headache, secondary headache

緒 言

頭痛は日常診療でもっとも多く遭遇する症状の一つで、頭痛を主訴に神経内科外来を受診することが多い。頭痛の原因は多様であり、器質的疾患が原因となる二次性頭痛などの急性に発症した頭痛の鑑別、診断が困難な場合や治療に難渋している症例などについて、外来で紹介や依頼を受けることが多い。2000年に片頭痛の発作時治療薬としてトリプタン製剤が使用されるようになり、頭痛診療も大きく変化した。2005年からは頭痛専門医の認定がはじまり、専門医による頭痛クリニックや専門外来が開設され、学会を中心にして片頭痛や緊張型頭痛といっ

た一次性頭痛である慢性頭痛に対する啓蒙活動も行われてきた^{1)~5)}。しかし、地域によって頭痛診療に携わる神経内科医、脳神経外科医、頭痛専門医が偏在するなどの理由によって診療体制は十分に確立されておらず、頭痛専門医施設で継続して頭痛の治療を受けている患者はいまだ10%に達しないといわれている⁶⁾。

城東地域において夜間の一・二次救急診療を含め急性期疾患の診療に携わる当院は、病床数495を有し地域の中核病院としての役割を担っている。内科の受診患者の地域別の割合は、荒川区(人口20.7万人)40.1%と足立区(同66.9万人)34.9%の2

Table 1 The number of cases and the ages of headache patients

	Cases (male/female)	Age: years (mean)
Total	281 (80/201)	16-91 (47.1)
The primary headaches	219 (57/162)	16-91 (46.8)
Migraine	128 (19/109)	17-70 (41.3)
without aura	107 (17/90)	17-65 (41.0)
with aura	18 (2/16)	28-63 (39.5)
chronic migraine	3 (0/3)	28-70 (49.0)
Tension-type headache	76 (30/46)	16-91 (56.1)
infrequent and frequent episodic	71 (29/42)	16-91 (55.9)
chronic	5 (1/4)	27-74 (61.6)
Cluster headache	9 (6/3)	29-56 (40.1)
Other primary headaches	6 (2/4)*	18-58 (47.2)
The secondary headaches	29 (15/14)	16-71 (40.9)
Medication overuse headache	7 (0/7)	28-63 (48.0)
Meningitis	5 (2/3)	22-75 (41.8)
Systemic viral infection	5 (3/2)	16-49 (27.8)
Vertebral artery dissection	4 (4/0)	22-55 (41.0)
Others	8 (6/2)**	20-70 (41.3)
Cranial neuralgias	33 (14/19)	23-83 (54.6)
Trigeminal neuralgia	8 (4/4)	47-83 (65.3)
Occipital neuralgia	25 (10/15)	23-80 (52.0)

*: primary thunderclap headache, 3; primary exertional headache, 2; primary headache associated with sexual activity, 1. **: acute sinus headache, 2; post-seizure headache, 2; post-dural puncture headache, 1; chronic subdural hematoma, 1; intracranial neoplasm, 1; post-traumatic headache, 1.

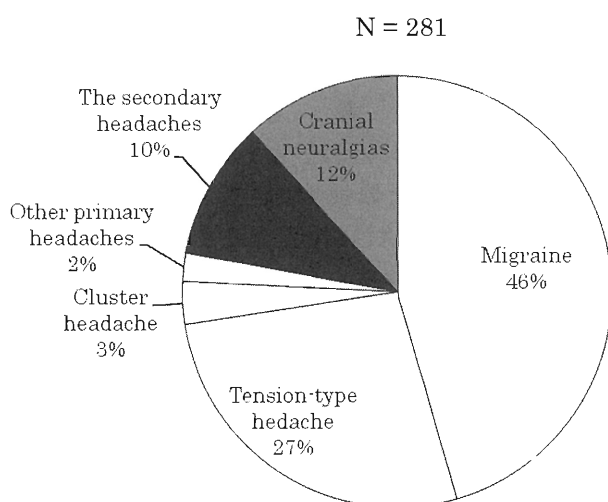


Fig. 1 The percentage of subjects with different headache disorders

つの区で75%を占める(いずれも2012年の統計). 登録されている神経内科・脳神経外科専門医の数はそれぞれの区で、6・8人、6・16人で、頭痛専門医は1人、2人である。当院での頭痛診療は主に神経内科医がかかわり、夜間の救急外来を受診した患者を

引き続き診療し、各科からの診療依頼に対しても迅速な対応が要求される。このような環境は、一般に地域の急性期病院の神経内科医がおかれている状況といえる。今回われわれは、当科の外来での頭痛患者の受診状況を分析し頭痛診療の現状について考察する。

対象および方法

対象は、2012年1月1日～12月31日に当科の神経内科外来に頭痛を主訴に来院した患者である。頭痛の診断については、国際頭痛分類第2版：The International Classification of Headache Disorders；2nd edition (ICHD-II)⁷⁾に準拠した。複数の頭痛を合併する患者については、受診をする直接のきっかけになった頭痛を対象とした。当科では頭痛専門外来はなく、頭痛診療は神経内科外来で行い、月～土曜日に神経内科専門医2～3人(1人が頭痛専門医)のいずれか1人が担当した。頭痛診断名、患者背景、受診や診断に至った経緯、患者がこれまで頭痛で医療機関を受診したことがある場合は、すでに診断名を告げられていたか否かについて診療記録をもとに後方視的に検討した。

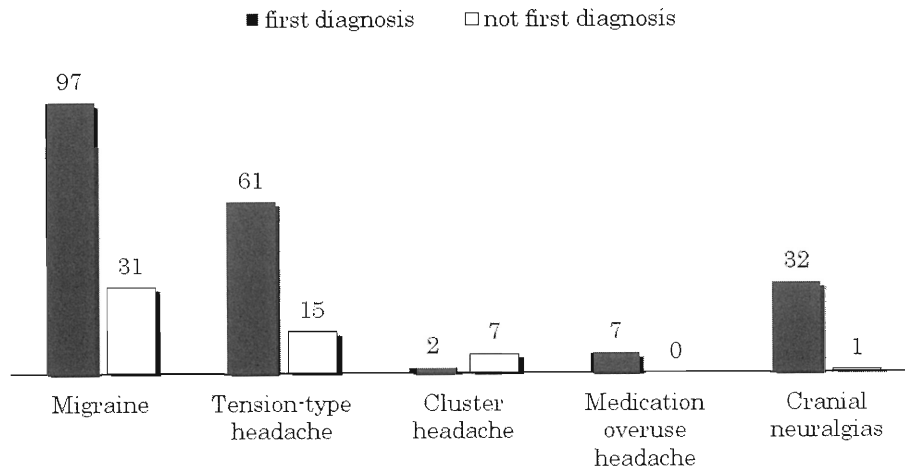


Fig. 2 The number of subjects with each headache disorder stratified by whether this was the first diagnosis or if they had already been diagnosed in the past

結 果

頭痛を主訴に来院した患者は281例（男性80,女性201）で、年齢16~83歳（平均 47.1 ± 16.4 ）であった。頭痛の診断は片頭痛128例（46%）、緊張型頭痛76例（27%）、群発頭痛9例（3%）、その他の一次性頭痛6例（2%）で一次性頭痛全体では78%で、二次性頭痛29例（10%）、頭部神経痛33例（12%）であった（Table 1, Fig. 1）。片頭痛では前兆のない片頭痛84%、前兆のある片頭痛14%、慢性片頭痛2%、緊張型頭痛では稀発性・頻発性緊張型頭痛93%、慢性緊張型頭痛7%、頭部神経痛では三叉神経痛24%、後頭神経痛76%であった。二次性頭痛の内訳は、薬物乱用頭痛7例、髄膜炎6例、全身性ウイルス感染による頭痛5例、椎骨動脈解離4例などであった。当科を受診し、初めて頭痛の診断名を告げられた患者は219例（78%）、当科で診断した同じ病名をすでに告げられていた患者は62例（22%）であった。初めて診断されたおもな頭痛の内訳とその頭痛に占める割合は、片頭痛97例（76%）、緊張型頭痛61例（80%）、群発頭痛2（22%）、薬物乱用頭痛7例（100%）、頭部神経痛32例（97%）（Fig. 2）で、その他20例の頭痛は以下に示すもので、いずれもその頭痛の全例（100%）を占めていた。すなわち、髄膜炎5例、椎骨動脈解離4例、一次性雷鳴頭痛3例、一次性労作性頭痛2例、急性副鼻腔炎2例、性行為に伴う一次性頭痛1例、慢性硬膜下出血1例、脳腫瘍1例、硬膜穿刺後頭痛1例であった。受診の状況は、頭痛診療が目的の初診114例（39%）、当院の救急外来（一・二次救急）で診察後に受診56例（19%）、内科を含めた他科からの診察依頼46例（16%）、定

期的な受診75例（26%）であった（Fig. 3）。紹介状を持参した患者は初診患者中23例（20%）であった。定期的な受診をしている患者の内訳は片頭痛52例（69%）、緊張型頭痛11例（14%）、薬物乱用頭痛7例（10%）、群発頭痛5例（7%）であった。救急外来受診後にあらためて診察を行った56例の診断は、片頭痛21例（37%）、緊張型頭痛10例（18%）、頭部神経痛7例（13%）、髄膜炎5例（9%）、一次性雷鳴頭痛4例（7%）、全身性ウイルス感染による頭痛4例（7%）、椎骨動脈解離3例（5%）、急性副鼻腔炎2例（4%）であった（Fig. 4）。

考 察

本研究で1年間に外来を受診した頭痛患者の内訳をみると、片頭痛と緊張型頭痛で73%となり、群発頭痛、その他の一次性頭痛を併せた一次性頭痛は約8割を占め、頭痛診療の主要な疾患であった。これは、最近の頭痛外来での患者の内訳を報告したものとほぼ同じ割合であった⁹⁾。約4割が初診患者で、他科から診断や治療の依頼を含めると74%が当科での診察が初めてであった。我が国の疫学調査によると、片頭痛と緊張型頭痛の有病率はそれぞれ8.4%、22.3%であり、頭痛によって日常生活に支障をきたしている患者はそれぞれ74%、29.2%になるとされている⁹⁾¹⁰⁾。片頭痛患者の約70%は医療機関を受診したことがなく、約50%は市販薬のみを服用していたとする報告がある¹¹⁾。慢性頭痛で一度も診療を受けたことがない患者、正確な診断を受けていない患者、市販薬のみで治療している患者の多くは日常生活で高度の支障が及んでいると考えられる。このようなことから、頭痛を主訴に神経内科外来を受診す

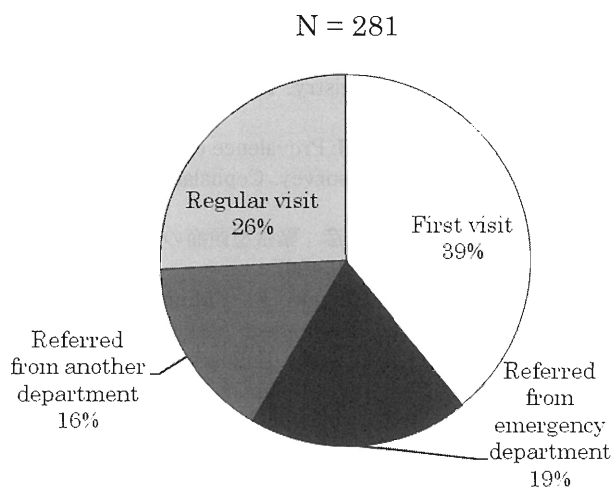


Fig. 3 The percentage of first visit and referred headache patients for each headache pattern

る患者は生活支障度が高い片頭痛が多く、繰り返し起こる片頭痛や緊張型頭痛の頭痛について正確な診断がなされていない患者が多く含まれているものと考えられた。

片頭痛の76%、緊張型頭痛の80%の患者では頭痛の診断名が初めて告げられていた。2004年の厚生労働省研究班の調査によると、患者が片頭痛と診断されるまで平均10年を要し、診断がつくまでに10カ所の病院を転々とした場合もあることが報告されている¹²⁾。およそ8年後の本研究においても、これまで頭痛の診断を正確に受けていない患者が多く、依然、診断されていない慢性頭痛患者が多く存在するものと推測される。頭痛のため救急外来を受診した56例のうち、片頭痛は37%ともっとも多かった。片頭痛は時に頭痛の程度が高度になり、吐き気や嘔吐といった随伴症状も伴うことから救急外来を受診することが多い疾患である。本研究では、これまで片頭痛の診断がなされていなかった患者が多いことが判明し、外来診療で適切な治療のアドバイスや指導の必要性が再認識された。

一方で、頭痛患者の定期的な通院は26%に留まっていた。外来では頭痛が心配でCTやMRIといった検査を希望し受診する患者が多く、器質性疾患が除外されたことで安心して治療を希望しないことがある。今回のわれわれの検討からは、このような傾向が結果に反映されている可能性がある。定期的に通院している患者をみると、約7割が片頭痛であった。片頭痛患者からは、痛みを改善して普通の生活を取り戻したい、正確な頭痛診断をしてほしい、適切な治療を受けたいといった要望がある。頭痛診療では

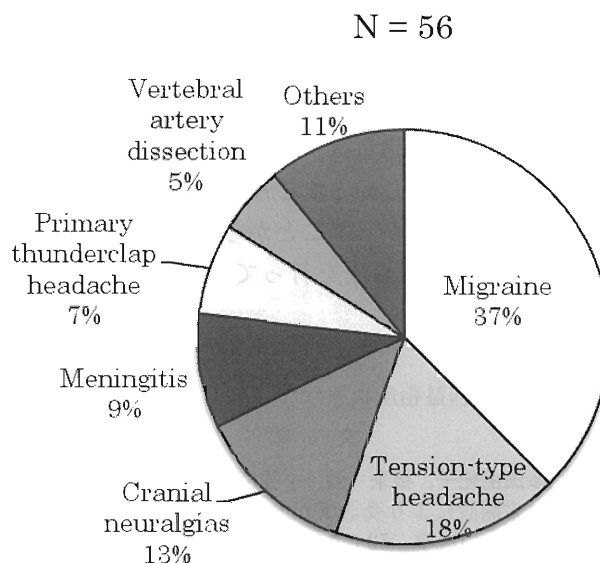


Fig. 4 The percentage of subjects with each headache type referred from the emergency department

診断だけでなく、患者が不安に感じる頭痛の原因や疑問について丁寧に対応し答えることが重要である。検査結果だけの説明に終始するのではなく、患者への丁寧な説明やアドバイスが求められている。急性期病院では、二次性頭痛の鑑別をすみやかに行うとともに、慢性頭痛患者を満足させる頭痛診療を施すことが要求されるが、限られたスタッフで頭痛外来といった専門性を掲げていくのは容易でない。これまで指摘されているように、一般診療医の教育・指導、地域に向けた教育¹³⁾、さらには、頭痛専門医とかかりつけ医との間の医療連携の構築、啓発活動が必要である¹⁴⁾¹⁵⁾。

頭頸部神経痛である三叉神経痛や、後頭神経痛の多くの患者は診断が初めてなされていた。比較的高齢者に頻度の高い後頭神経痛は突然痛みが生じるため、心配になり発症してすぐに病院に来院し夜間であれば救急外来を受診することが多いものと考えられる。また、当科では頭痛専門外来に比べ、薬物乱用頭痛の割合が少ないといえる¹⁶⁾。治療経過の長い複雑な背景がある薬物乱用頭痛は、頭痛専門外来を受診し治療を受けている可能性があると考えられる¹⁷⁾。

慢性頭痛患者は全国で3,000万人と推定されている⁶⁾。すべてを頭痛専門医が診療することは不可能で、一般的な慢性頭痛患者の診療はかかりつけ医が行うべきものである。頭痛専門医は、かかりつけ医が診断に難渋する頭痛患者の紹介を受けて診療を行う。診療の道筋がつけば、紹介医に治療の継続を依

頼する。慢性頭痛診療の場の病診連携をさらに進める必要がある¹⁸⁾。

結 論

外来を受診する患者は、これまで診断されていなかった片頭痛をはじめとする慢性頭痛が多く、再診患者が比較的少なかったことから、今後いかに患者が満足できる頭痛診療を行っていくかが課題である。

開示すべき利益相反状態はない

文 献

- 1) 多田由紀子, 根来 清, 小笠原淳一ほか: 頭痛専門外来開設により受診率が急増した片頭痛患者の検討. 山口医学 52: 169-173, 2003
- 2) 國塩勝三, 政田哲也, 真壁哲夫ほか: 川崎病院における頭痛外来の報告. 川崎病医ジャーナル 1: 30-32, 2006
- 3) 永関慶重: 頭痛外来と病診連携—「頭痛クリニック」開院4年の現状—. 診断と治療 95: 623-629, 2007
- 4) 福永篤志, 清水克悦: 立川病院脳神経外科における頭痛初診患者の分析. 日頭痛会誌 37: 276, 2010
- 5) 山田洋司: 頭痛外来における「初診患者」1000例の分析. 高知医師会医誌 17: 158-165, 2012
- 6) 坂井文彦: 頭痛の診療システム(頭痛専門医制度, 頭痛専門外来, 医療連携). 治療 93: 1609-1613, 2011
- 7) 「国際頭痛分類第2版」, (新訂増補日本語版). (日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会訳), pp1-172, 医学書院, 東京 (2007)
- 8) Guerrero ÁL, Rojo E, Herrero S et al: Characteristics of the first 1000 headaches in an outpatient headache clinic registry. Headache 51: 226-231, 2011
- 9) Sakai F, Igarashi H: Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. Cephalalgia 17: 15-22, 1997
- 10) 五十嵐久佳, 坂井文彦: 緊張型頭痛の疫学調査. 日頭痛会誌 25: 17-19, 1997
- 11) Takeshima T, Ishizaki K, Fukuhara Y et al: Population-based door-to-door survey of migraine in Japan: the Daisen study. Headache 44: 8-19, 2004
- 12) 神谷佳江, 若木元子, 頭痛医療を良くする会(J-HAPPY): 最適な医療を受けるために(患者の立場から)—片頭痛医療に関するアンケート調査—. 「片頭痛の具体的な医療手順に関する調査研究 平成15年度 総括・分担研究報告書」, pp89-93 (2004)
- 13) 根来 清: 大学病院およびクリニックにおける頭痛外来. Headache Clin Sci 2: 42-45, 2011
- 14) 今井 昇: 頭痛における地域医療連携への取り組み. 日頭痛会誌 39: 312-317, 2013
- 15) 橋本洋一郎, 光藤 尚, 堀 寛子ほか: 頭痛診療における病診連携の意義—専門医の役割—. 日頭痛会誌 40: 157-162, 2013
- 16) Wang Y, Zhou J, Fan X et al: Classification and clinical features of headache patients: an outpatient clinic study from China. J Headache Pain 12: 561-567, 2011
- 17) 清水俊彦: 難治性頭痛. Medical Practice 29: 467-470, 2012
- 18) 「慢性頭痛の診療ガイドライン 2013」(慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会編), (日本神経学会・日本頭痛学会監), pp20-22, 医学書院, 東京 (2013)