

総 説

頭痛の診断へのアプローチ

東京女子医科大学 脳神経センター神経内科 (主任: 丸山勝一教授)

コバヤシ イツロウ
小林 逸 郎

(受付 平成元年2月9日)

Diagnostic Approach to Headaches

Itsuro KOBAYASHI

Department of Neurology, Neurological Institute (Director: Prof. Shoichi MARUYAMA)
Tokyo Women's Medical College

It has been estimated that headaches are complaints in more than half of the patients who seek medical advice or attention from a physician. Headaches are symptoms which may indicate an intracranial or systemic disease, a personality or stimulation problem, or a combination of all those factors.

The clinical approach must take into account, not only the medical but psychological backgrounds as well which include his family, occupation, and social problems. To make a correct diagnosis and to treat effectively patients with headaches, the physician must understand the basic physiology and mechanisms of headaches as well as the clinical aspects of the problems.

はじめに

頭痛は我々の日常診療上極めて多く接するもので、病因、機序についてはかなり多岐にわたっている。1962年 Ad Hoc Committee の分類が今まで代表的な頭痛の分類であったが、最近国際頭痛協会 (International Headache Society) による頭痛、頭蓋神経痛、および顔面痛の分類 (1986年6月試案, 荒木淑郎訳¹⁾) が新たに提示された。両者には基本的な変化はみられないが、国際頭痛協会の試案は詳細に、また実際の立場から理解しやすくなっている (表1)。

分類と平行して頭痛の生化学的側面からのアプローチも進歩し、内因性発痛物質が知られるようになった。発痛作用のある内因性物質には、Kイオン、セロトニン、プラズマキニン、ヒスタミン、アセチルコリン、アンギオテンシンなどが知られている。更にこれらの発痛物質の他に、プロスタグランディン E₂、I₂などは、物理的・化学的刺激による痛みを増強する物質として知られている。

これらの化学物質が、頭蓋内痛覚感受域に分布する痛覚線維の自由終末を刺激することによって頭痛が発現すると考えられている。

以下本稿では、頭痛の分類、頭痛の病態生理、頭痛の生化学的基礎、頭痛患者の問診と鑑別診断、について述べる。

頭痛の分類

表1に国際頭痛協会試案の分類を示した。正しい知識と問診、診察、検査により診断可能であり、適切な治療もできる。

頭痛の病態生理

1. 頭痛の痛覚感受組織

頭痛は頭部に感じる深部痛および投射痛と定義されるが、このような疼痛を感受する感覚受容部位は頭蓋内外の組織の一部にすぎず、その主なものを表2に示す。

一般に頭痛発現部位はテント上病変では耳を通る垂直面より前方領域に、テント下病変では上記垂直面より後方領域に頭痛が引き起こされる。頭

表1 International Headache Society によって提案された頭痛、頭蓋神経痛および顔面痛の分類(1986年6月12日)の試案

A. migraine 片頭痛	
1. migraine without aura (previously common migraine)	前駆症状を欠く片頭痛 (以前は普通型片頭痛と呼ばれた)
2. migraine with aura (previously migraine accompagn�, classic, ophthalmic, hemianopic, aphasic, hemiparetic, hemiplegic or complicated migraine)	前駆症状を有する片頭痛 (以前は随伴性片頭痛と呼ばれた。古典性、眼性、半盲性、失語性、半身知覚障害性、片麻痺性あるいは複雑性片頭痛)
(1) migraine with typical aura 典型的な前駆症を有する片頭痛	
(2) migraine with longlasting* aura (previously complicated migraine)	長く持続する(*1回以内)前駆症状を有する片頭痛 (以前は複雑性片頭痛と呼ばれた)
(3) familial hemiplegic migraine 家族性片麻痺性片頭痛	
(4) migraine with atypical aura 非定型性前駆症を有する片頭痛	
(5) basilar artery migraine 脳底動脈片頭痛	
(6) migraine aura without headache (previously migraine equivalents)	頭痛のない片頭痛性前駆症 (以前は片頭痛同等と呼ばれた)
(7) migrainous infarction* (previously complicated migraine)	片頭痛性梗塞 (以前は複雑性片頭痛と呼ばれた)(*1日以上持続するもの)
3. other types of migraine その他の片頭痛	
(1) ophthalmoplegic migraine 眼筋麻痺性片頭痛	
(2) retinal migraine 網膜性片頭痛	
4. status migrainosus 片頭痛状態	
(1) unassociated with drug overuse 薬剤濫用と無関係	
(2) associated with drug overuse 薬剤濫用と関係がある	
5. possible precursors of migraine 片頭痛の先駆と考えられるもの	
(1) abdominal migraine 腹部片頭痛	
(2) cyclic vomiting 周期性嘔吐	
(3) benign paroxysmal vertigo of childhood 小児期の良性発作性めまい	
(4) alternating hemiplegia of infancy 幼児期の交代性片麻痺	
6. unclassifiable migraine-like disorder 分類困難な片頭痛様疾患	
B. tension headache	
(previously muscle contraction, psychomyogenic, idiopathic or psychogenic headache)	
緊張性頭痛 (以前は筋収縮性、精神筋原性、原発性、あるいは精神性頭痛と呼ばれた)	
1. associated with multiple factors 各種要因を伴う場合	
2. associated with organic factors 器質的病変を伴う場合	
(1) chronic tendency to tighten muscles 筋収縮をおこしやすい慢性状態	
(2) oro-mandibular dysfunction ロ一下顎機能障害	
(3) visual disturbance (refraction error, decreased acuity, double vision)	視力障害 (屈折異常・視力低下・複視)
(4) osteoarthritis of cervical spine 頸椎の骨関節症	
(5) dementia 痴呆	
(6) other organic cause その他の器質的原因	
3. associated with mental factors 精神的要因を伴う場合	
(1) generalized anxiety 普通の不安状態	
(2) depression うつ状態	
(3) personality disorder 個性異常	
(4) other mental cause その他の精神的原因	
4. associated with social factors 社会的要因を伴う場合	
(1) unphysiological muscle stress (working position, lack of rest or sleep)	非生理的筋ストレス (労働時の状態、休養あるいは睡眠不足)

(2) psychosocial stress 精神社会的ストレス

5. without pathogenic factors 病的要因を伴わない場合

6. unclassifiable tension headache-like disorder 分類困難な緊張性頭痛様疾患

C. cluster headache 群発性頭痛

1. episodic 一時性

(1) cyclical 周期性

(2) erratic 不規則性

2. continuous 連続性

(1) continuous from onset 発症時から持続性のもの

(2) continuous secondarily 従属的に持続するもの

3. chronic paroxysmal hemicrania 慢性発作性片頭痛

4. unclassifiable cluster headache-like disorder 分類困難な群発性頭痛様疾患

D. headache associated with vascular disorders 血管障害を伴う頭痛

1. stroke 脳卒中

2. intracranial arteriovenous malformation (unruptured) 頭蓋内動静脈奇形 (非破裂時)

3. intracranial saccular aneurysm (unruptured) 頭蓋内嚢状脳動脈瘤 (非破裂時)

4. malignant arterial hypertension 悪性動脈性高血圧

5. granulomatous arteritis 肉芽性動脈炎

6. carotodynia 頸動脈圧痛

7. post-endarterectomy headache 動脈内膜切除後頭痛

8. other その他

E. headache from intracranial disorder 頭蓋内疾患からの頭痛

1. increased or decreased intracranial pressure 頭蓋内圧亢進あるいは減少

(1) benign intracranial hypertension 良性頭蓋内亢進

(2) Empty-Sella syndrome Empty Sella 症候群

(3) high pressure hydrocephalus 圧亢進性水頭症

(4) increased nervous pressure 静脈圧亢進

(5) post-lumbar puncture 腰椎穿刺後

(6) cerebrospinal fluid fistula 脳脊髄液瘻

2. intracranial inflammation 頭蓋内炎症

(1) viral meningitis ウイルス性髄膜炎

(2) bacterial meningitis 細菌性髄膜炎

(3) encephalitis 脳炎

(4) intracerebral abscess 脳膿瘍

(5) subdural empyema 硬膜下蓄膿

3. intracranial hemorrhage 頭蓋内出血

(1) subarachnoid クモ膜下

(2) intracerebral 脳内

(3) subdural 硬膜下

(4) epidural 硬膜外

4. intracranial tumor 頭蓋内腫瘍

(1) meningioma 髄膜腫

(2) glioma 神経膠腫

(3) metastasis 転移性

(4) other tumor その他の腫瘍

F. headache associated with head injury 頭部外傷に伴った頭痛

1. acute 急性

2. chronic 慢性

(1) migraine-like 片頭痛様

(2) tension-like 緊張性様

(3) other その他

G. headache associated with substances or their withdrawal

ある物質の摂取または中止と関連した頭痛

1. headache from substances ある物質の摂取に伴う頭痛

- (1) ergotamine エルゴタミン
- (2) analgesics 鎮痛剤
- (3) nitrates/nitrites (hot dog headache) 硝酸塩/亜硝酸塩 (ホットドック頭痛)
- (4) monosodium glutamate (chinese restaurant syndrome) グルタミン酸ソーダ (中華料理症候群)
- (5) carbon monoxide 一酸化炭素
- (6) other substances その他の物質

2. headache from substance withdrawal (rebound headache)

ある物質の摂取中止からおこる頭痛 (反動性頭痛)

- (1) alcohol アルコール
- (2) ergotamine エルゴタミン
- (3) analgesics 鎮痛剤
- (4) caffeine カフェイン
- (5) other substances その他の物質

H. headache associated with systemic infection 全身感染に伴う頭痛

1. viral infection ウイルス性感染
2. septicemia 敗血症
3. other infection その他の感染症

I. headache associated with metabolic abnormality 代謝異常と関連した頭痛

1. hypoxia (including high altitude) 低酸素症 (高所を含む)
2. hypercapnea (PICKWICK syndrome) 炭酸過剰症 (PICKWICK 症候群)
3. hypoglycemia 低血糖症
4. dialysis headache 透析性頭痛
5. other その他

J. headache or facial pain from cranium, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures 頭蓋骨, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口腔, あるいはその他の顔面, または頭蓋組織からの頭痛, あるいは顔面痛

1. cranial bone 頭蓋骨

- (1) osteomyelitis 骨髓炎
- (2) PAGET'S disease PAGET 病 (変形性骨炎)

2. neck 頸部

- (1) upper cervical instability 上部頸部不安定性
 - ① post-traumatic atlanto-axial dislocation 外傷後環軸転位
 - ② neck-tongue syndrome 頸部一舌症候群
 - ③ rheumatoid arthritis リウマチ性関節炎
 - ④ basilar impression (platybasia) 頭蓋底陥入症 (扁平頭蓋底)
- (2) cervical spondylosis 頸部脊椎症
 - ① upper cervical root compression 上頸部神経根圧迫
 - ② zygapophyseal joint dysfunction 脊椎関節突起関節機能障害
 - ③ whiplash syndrome むちうち症候群

3. eyes 目

- (1) inflammation 炎症
- (2) tumor 腫瘍
- (3) acute glaucoma 急性緑内障
- (4) corneal lesion 角膜障害
- (5) refractive errors 屈折異常
- (6) heterophoria ヘテロフォリア
- (7) intermittent squint 間接性斜視
- (8) ciliary spasm 睫毛性スバズム

4. ears 耳

- (1) inflammation 炎症
- (2) tumor 腫瘍
- (3) tensor tympani syndrome 鼓膜張筋症候群

5. nose and sinuses 鼻と副鼻腔

- (1) inflammation 炎症
- (2) tumor 腫瘍
- (3) abnormalities of the nasal septum 鼻中隔の異常
 - ① septal hematoma 中隔膿瘍
 - ② septal abscess 中隔膿瘍

6. teeth 歯

- (1) pulpitis 歯髄炎
- (2) abscess 膿瘍
- (3) periodontitis/pericoronitis 歯周炎

7. mouth 口腔

- (1) inflammation 炎症
- (2) tumor 腫瘍

8. other facial or cranial structures 他の顔面あるいは頭蓋構造物

- (1) inflammation 炎症
- (2) tumor 腫瘍
- (3) temporomandibular joint disorder 側頭下顎関節異常
 - ① due to physical factors 物理的要因による
 - ② due to mental factors 精神的要因による

K. cranial neuralgias, nerve truncal pain and deafferentiation pain

頭蓋神経痛, 神経幹痛および求心路遮断による疼痛

1. compression, distortion or inflammation of cranial nerves 脳神経の圧迫, ねじれ, あるいは炎症

- (1) space-occupying lesion, e. g. tumor, aneurysm 占拠性病変, たとえば腫瘍, 動脈瘤
- (2) inflammation, e. g. herpes zoster 炎症, たとえば帯状ヘルペス
- (3) uncertain aetiology, e. g. TOLOSA-HUNT syndrome
原因不明, たとえば TOLOSA-HUNT 症候群
- (4) other その他

2. trigeminal neuralgia (tic douloureux) 三叉神経痛

- (1) idiopathic: without demonstrable cause 原因不明: 明らかな原因不明
- (2) symptomatic: with demonstrable cause 症候性: 原因が明らかなもの
 - ① compression of trigeminal root or ganglion, e. g. aberrant blood vessels, angioma, neuroma
三叉神経根あるいは神経節の圧迫, たとえば血管の走向異常, 血管腫, 神経腫
 - ② central lesions, e. g. multiple sclerosis 中枢障害, たとえば多発性硬化症

3. glossopharyngeal neuralgia 舌咽神経痛

- (1) idiopathic 原因不明
- (2) symptomatic 症候群

4. occipital neuralgia 後頭神経痛

5. central causes of facial pain other than tic douloureux 三叉神経痛以外の中枢神経障害による顔面痛

6. other その他

L. other types of headache or facial pain その他の頭痛または顔面痛

1. excessive nerve stimulation (tight hat, swim goggles, ice-cream headache, exposure to cold)

過度の神経刺激 (窮屈な帽子, 潜水メガネ, アイスクリーム性頭痛, 寒冷曝露)

2. cough headache 咳頭痛

3. benign exertional headache

4. benign sex headache 良性性的頭痛

- (1) augmenting dull pain 増大する鈍性痛み
- (2) sudden explosive pain 突然爆発性の痛み

5. conversional or delusional headache 転換性あるいは妄想性頭痛

6. headache not classifiable 分類不可能な頭痛

7. atypical facial pain 非定型性疼痛

表2 頭蓋内外の痛覚感受部位

感受性(+)	感受性(-)
皮膚, 皮下組織, 筋肉, 動脈および頭蓋骨外膜 眼, 耳, 鼻腔内の敏感な部分(粘膜など) 頭蓋内静脈洞および流入静脈 頭蓋底部の硬膜, クモ膜 三叉神経, 舌咽神経, 迷走神経および第1~3頸神経 中硬膜動脈 脳動脈(脳底主幹動脈)	大部分のクモ脈, 硬膜 脳軟膜 脳実質 脈絡叢

Wolff (1950)

蓋内痛覚感受部位の神経支配はかなり錯綜しており, これらの部位の痛覚刺激は投射痛として頭痛を発生するが, 患者の訴える頭痛部位と病変部位とは必ずしも一致するとは限らない。

2. 血管性頭痛の病態生理

片頭痛の病因には, 血管反応の異常が考えられ, これにはセロトニン, プロスタグランジンなどの代謝異常説と血管運動中枢の調節障害説とがある。

片頭痛発作の病態は次の3期に分けられている。

a) 血管収縮期(前駆期)

Lashley (1941)²⁾は彼自身が経験した片頭痛発作で閃輝暗点が一定の速度で進展することに気づいた。閃輝暗点が視野の中心付近から辺縁に至るのに約20分要することより, 暗点に対応する視覚領の障害は3mm/分の速度で進行するとした。Leão (1944)³⁾は動物実験よりある域値以下で大脳皮質を刺激(電気, anoxia, KClの滴下など)した場合に, 刺激点からすべての方向にゆっくり(2~3mm/分)と皮質活動抑制波が拡大していくことを明らかにした(spreading depression)。この両者から類推して, 閃輝暗点はspreading depressionによって引き起こされると推定されるに至った。

一方, Olsenら(1981)⁴⁾は γ CBF(局所脳血流量)を測定して, 片頭痛発作前兆の時期に大脳の後部(頭頂後頭部)に血流低下の領域(oligemia)が出現し2mm/分の速さで前方へ拡大すると報告した。Oligemiaの範囲は脳の血管支配領域には一致

せず, 血流低下の程度は約25%で, 神経症状を発生するcritical value以下であった。また, Oligemiaは神経症状の消失後も長時間出現した。以上の結果から, 片頭痛時にみられる γ CBFの変化は, 何らかの脳自身の病変がneurotransmitterなどを介して, 二次的に血管運動を引き起こしたために出現したものと推論した。

b) 血管拡張期(拍動性頭痛期)

血管拡張期には拍動性頭痛が生じ, この拍動痛は同側の総頸動脈や側頭動脈の圧迫によってしばしば軽減する。拍動痛は徐々に現れ始め, 10分ないし1~2時間でピークに達し, 数時間位続いた後, 次の持続性鈍痛期に移行する。

c) 血管浮腫期(持続性鈍痛期)

動脈の拡張が数時間続くと, 動脈壁の浮腫, 肥厚が生じ, 拍動による振幅が減少するため疼痛は拍動性を失い, 持続性頭痛に変化してくる。痛みの原因としてneurokininなどの疼痛物質の関与が考えられている。

3. 筋収縮性頭痛

筋収縮性頭痛はいわゆる疼痛というよりはむしろ, 絶えず締めつけられるような, 抑えつけられるような感覚であり, 通常両側に生ずる。はじめは発作的に起こり, ストレスと関連してみられるが, 後には明らかな心理的要因なしに毎日起こる慢性型になる。

緊張性頭痛は急性, 慢性, 症候性の3型に, または急性, 亜急性, 慢性, 血管性頭痛との混合型, 器質疾患によるもの, 外傷後症候群に分類されている。

Wolff(1963)⁵⁾の研究以来過去20年間, 筋収縮性頭痛の原因は過剰な筋収縮ならびに頭皮動脈の筋収縮による虚血のため, 疼痛を生じるものと説明されてきた。しかし現在, 少なくとも慢性型の筋収縮性頭痛ではいずれの因子も関与しないと考えられている。すなわち, 筋収縮は筋収縮性頭痛の疼痛の原因ではなく, むしろ結果であるといえる。

a) 筋収縮と疼痛

人は不安, ストレスなどが存在すると, 前頭筋の収縮があらわれる。同様に同一姿勢の保持による持続性筋収縮が起こる。これらは筋の血行不全

を引き起こし、乳酸が蓄積されアチドーシスとなり、発痛物質が放出される。発痛物質は痛みを起こすと同時に筋収縮を引き起こし、悪循環が引き起こされる。

b) 血管性頭痛との関連

血管性片頭痛をもっていたものが年齢を重ねるにつれて筋収縮性頭痛が加わったものを Ad Hoc Committee の分類⁶⁾では混合性頭痛と呼んでいる。慢性筋収縮性頭痛のうち、頭痛の始まりは鈍痛で、ひどくなると拍動痛となり、筋収縮性頭痛でありながら血管性要因を合わせ持つものを Lance (1978)⁷⁾は tension vascular headache と呼んでいる。

c) 心理的要因

筋収縮性頭痛は慢性不安状態の身体的表現であるという報告は多い。心理検査ではほとんどの例に心気症、うつ病、ヒステリーの特徴を認めている。

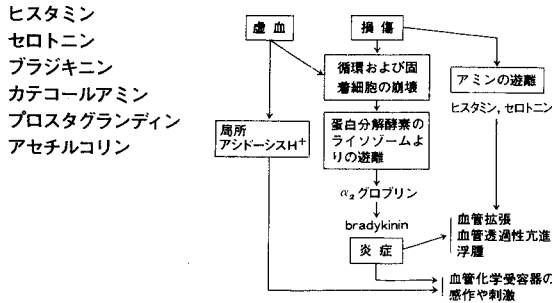
一方、筋緊張性頭痛の症例では血中のセロトニンの減少が認められ、脳幹のセロトニン作動ニューロンの機能異常による疼痛感受性増大とうつ状態などの心理的要因が共通の基盤をもつという。

頭痛の生化学

頭痛は一症状であるため原疾患によって異なり、生化学を論ずるにあたり一元的には説明できない。現在片頭痛の成因について生化学的にかなり解明されつつある。頭痛に関与する内因子物質を表3にあげた。この中で注目されているセロト

表3 頭痛に関与する内因子物質と痛み刺激の発生機序

発痛物質と片頭痛のメカニズム



ニンとP物質について概説する。

1. 片頭痛におけるセロトニンの動態

セロトニン (5-HT) は生体内ではトリプトファンから作られる。人体には約10mgのセロトニンが存在し、90%が消化管にある。残りの10%のうちの98%は血小板に存在し、微量のセロトニンが脳内縫線核および皮膚や筋肉に分布する痛覚終末部の受容体に存在する。痛みの発症に際しては、セロトニンは脳血液関門を通過しないので脳のニューロンに直接作用せず、末梢痛覚線維終末部の受容器に作用する。

図1に血小板セロトニンの放出に続発する頭痛の発現機序を示した。まず血小板がセロトニンを放出して頭蓋血管が収縮し、前駆症状が現れる。セロトニンがモノアミンオキシダーゼによって代謝され、5HIAA (5-ヒドロキシインドール酢酸) となり尿中より排泄されると血中のセロトニンが減少し、リバウンドによる頭蓋血管の拡張が起こる。また、セロトニンは痛覚線維の終末部の受容器に働き痛覚の感受性を高めている。セロトニンは毛細血管の透過性を高めるので血漿成分が血管外へ滲出して、強力な発痛物質、血管拡張物質であるブラジキニンが産生される。ブラジキニンはプロスタグランディン E₂ および I₂ を産生し、更にブラジキニンの作用を強めている。このような状態で拍動性頭痛が現れる。

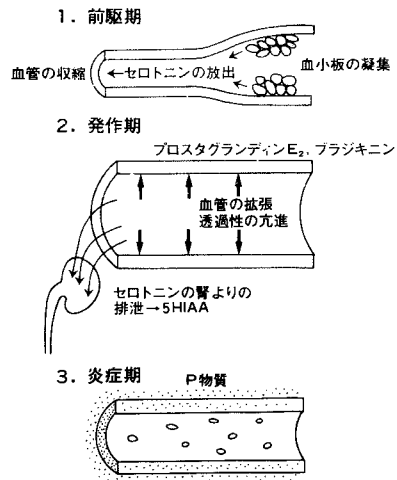


図1 片頭痛の発生機序 (セロトニン説)

2. P物質

P物質は片頭痛発症の直接因子ではないが、補助因子として考えられている。P物質は11個のアミノ酸からなるポリペプチドで、脊髄神経節、三叉神経節などに含まれている。また、頭蓋内外の血管壁にP物質を含んだ感覚線維が分布している。Moskowitz (1983)⁸⁾はこの線維が血管壁に分布する感覚線維で、痛覚受容器をもつと考えている。拍動性頭痛に引き続いて発生する持続的な痛みは、血管や血管周囲組織の無菌性炎症によるとみられており、その発生にP物質の補助的関与が

考えられている。

頭痛患者の問診と鑑別診断

頭痛を訴える患者を診た場合、その頭痛が緊急を要する急性、亜急性の頭痛なのか、慢性の頭痛なのかを見分ける必要がある。また、頭痛は一症状であるので原疾患が何であるかを見極めねばならない。表4、5に頭痛の問診の要領と鑑別のフローチャートをのせた⁹⁾¹⁰⁾。また、図2に各種頭痛の発現様式をのせた。

表4 頭痛の問診(4W1H方式)

1. WHEN	いつからどのように頭痛が始まりましたか いつからどのような頻度でどのくらい続く頭痛 初発 頻度 持続 がありますか。
2. WHERE	どのへんが痛みますか。
3. WHAT	どのように痛みますか、随伴症状はありますか。
4. HOW	頭痛の程度は、その日内変動はいかがですか。
5. WHO	頭痛の原因、誘因、影響因子、家族歴を尋ねる。

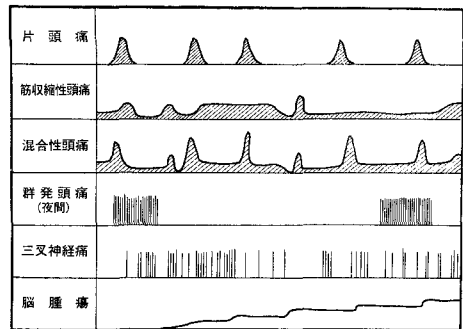
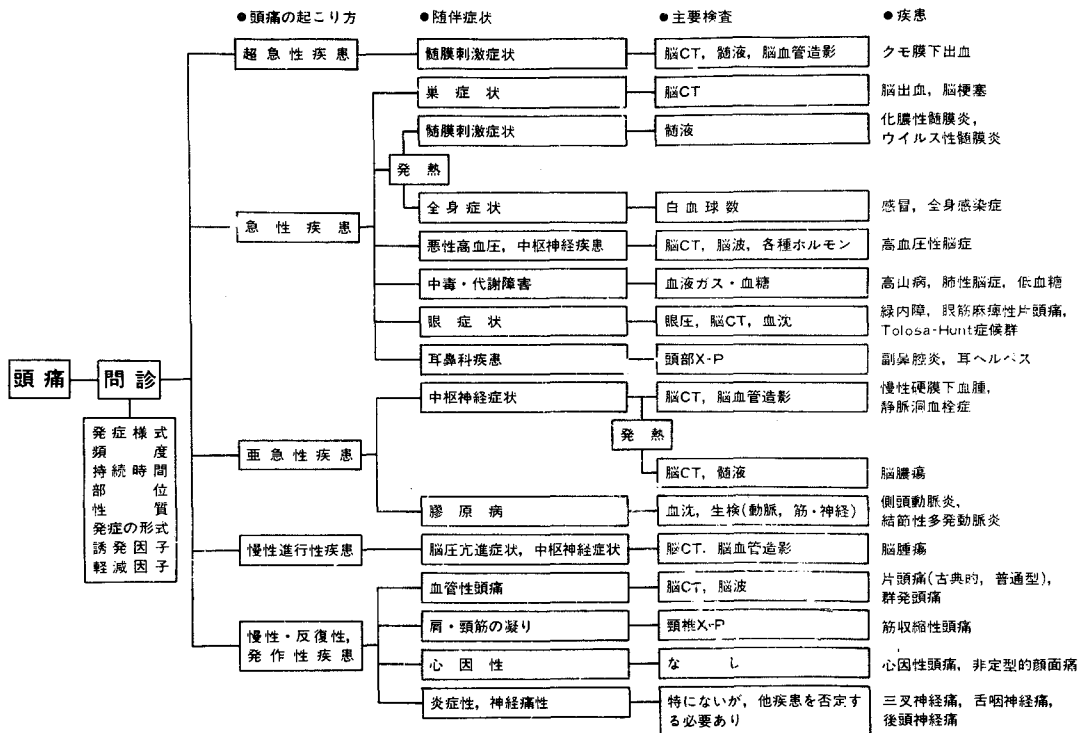


図2 各種頭痛の発現様式

表5 頭痛のフローチャート



頭痛の問診上大切なことは、発症様式、頻度、持続時間、部位、性質、発症の形式、誘発因子、軽減因子などである。

突発性の激しい頭痛で、特に意識障害や局所神経症状を有する場合には、クモ膜下出血と脳出血・脳梗塞を疑う。

急性～亜急性発症の頭痛では、化膿性髄膜炎、脳膿瘍、硬膜下血腫、硬膜外血腫、急性化膿性副鼻腔炎、頭蓋血管炎、熱性疾患、緑内障、歯痛、ヘルペスの初期に伴う三叉神経痛などが挙げられる。

頭痛が慢性、反復性で、しかも他の疾患がみられない場合は脳腫瘍、片頭痛、筋収縮性頭痛、心因性頭痛、神経痛などを考える。

頭痛の回数が増加したり、月または年単位で次第に増強していく場合には、脳腫瘍、脳膿瘍、硬膜下血腫を常に考えなければならない。

高齢者が数日から数週の間隔で激しい頭痛がある場合には側頭動脈炎を疑う。また高齢者で頭痛の既往がなくて、老年になってから頭痛が出現した場合、反復し持続するときは緑内障、椎骨脳底動脈またはその他の脳動脈循環不全を考える。特に椎骨脳底動脈の狭窄・閉塞で起きる一過性脳虚血発作や梗塞で頭痛が出現する。この頭痛は持続性、拍動性、片頭痛様である。部位は一定せず、後頭部痛とは限らず、訴えによってはバンドで締めつけられたような痛みとか、前額部の痛みとして感じる。間隔を置いて起こるか、数カ月ほとんど毎日頭痛がある場合は椎骨脳底動脈の循環障害を考える。

高血圧による頭痛（収縮期210mmHg、拡張期110mmHg以上の場合起こる）は、通常、朝起床時に、ちょうど患者が座ったり立ち上がったときに起こり、少し歩き始めると消失する。頭蓋内占拠病変および片頭痛は早期に頭痛がみられ、頭痛によってやや早めに目覚めることが多い。

前頭洞副鼻腔炎による頭痛は早朝に、一方、上顎洞副鼻腔炎はふつう午後が多い。

筋収縮性頭痛の発症は、日中の時間は定まっておらず、夜頭痛があって朝起きても頭痛は残っていて寝起きがすっきりしない。

頭痛発作のタイミングは、ある程度頭痛のタイプを示唆する。片頭痛は周期性をもって発現し、群発頭痛は特異的な周期性を示し、数年間の無症状期をおいて頭痛が数週から数カ月にわたり群発する。筋収縮性頭痛に周期性はみられない。

片頭痛発作は種々の前兆が先行する。それは視覚、感覚、運動系の異常が10～20分間続き、その後頭痛が起こる。また、ほかに胃腸症状、自律神経症状なども出現する。女性の場合は月経のサイクルとか閉経期に増強し、妊娠によって軽減する。

頭痛の局所症状は頭痛の種類により異なる。片頭痛の約3分の2は片側の発作であり、次々と場所を変えて違った発作を繰り返す。

頭蓋内占拠性病変では、頭痛はいつも同じ場所である。しかし、頭痛の部位と占拠性病変とは必ずしも一致しない。多くの場合、血管が病変により押され、反対側に痛みとして感ずる。占拠性病変の場合、髄液流通障害時には両側に頭痛が起こる。テント上病変の場合、初発症状の3分の1は前頭部、側頭部の頭痛で始まる。後頭部に放散する痛みは後頭蓋窩腫瘍の初期症状である。

急性硬膜外血腫の場合、血腫が次第に大きくなり、大脳全体を下方に圧迫し、痛覚感覚器まで影響するため頭痛が起こる。しかし慢性硬膜下血腫では頭痛は通常伴わないことが少なくない。

筋収縮性頭痛は通常、両側にみられるが、筋収縮が一侧の場合は一侧のみの頭痛である。分布は頭部、帽子のリボン状、前頭部、顔面など多彩である。

頸部の椎間板、椎間関節、関節包、靭帯、筋肉などの深部組織が損傷された場合、その痛み刺激が遠隔部、すなわち後頭部に投射されて後頭部痛を生じる。

以上、頭痛患者をみた場合、どのような点に注意して問診し、問診所見からどのように鑑別診断を進めるべきかということの要点を述べた。日常診療の助けとなれば幸いである。

文 献

- 1) 荒木淑郎：頭痛患者のみかた一分類と鑑別診断。臨床医 13：446-453, 1987
- 2) Lashley KS: Patterns of cerebral integration

- indicated by the scotomas of migraine. Arch Neurol Psychiatr 46 : 259-339, 1941
- 3) **Leão AAP** : Spreading depression of activity in the cerebral cortex. J Neurophysiol 7 : 359-396, 1944
 - 4) **Olsen J, Larsen B, Lauritzen M** : Focal hyperemia followed by spreading oligemia and impaired activation of γ CBF in classic migraine attacks. Ann Neurol 9 : 344-352, 1981
 - 5) **Wolf HG** : Headache and other head pain. pp101-126, London • New York, Oxford University Press (1963)
 - 6) **Ad Hoc Committee on Classification of Headache** : A Classification of headache. Neurology 12 : 378-380, 1962
 - 7) **Lance JW** : Mechanism and management of headache. pp152-204, 3rd ed, Butterworth, London (1982)
 - 8) **Moskowitz MA** : The neurology of vascular head pain. Ann Neurol 16 : 157-168, 1984
 - 9) **平井俊策** : 頭痛患者の問診と鑑別診断, 治療 69 : 1131-1135, 1987
 - 10) **小林逸郎** : 頭痛, 治療 65 : 373-380, 1983
-