〔東女医大誌　第59巻　第9号
頁 1222～1224 平成元年9月〕

最終講義

頭　　痛

東京女子医科大学　脳神経センター脳神経外科学
喜多村孝一（キタムラコウイチ）

（受付　元成元年4月6日）

今から19年前の春先，それは2月始めの珍しく東京に大雪の降った寒い日でありました．有楽町の交通会館の一室で鞭打ち症研究班会議に出席しておりました私は，会議中に面会人が待っているとの連絡を受けました．誰との約束もありませんでしたので不審に思いながら廊下に出てみると驚いたことに面会人は東京女子医大の榊原仟・織畑秀夫両先生でありました．織畑先生は学生時代から学年が1年違うだけでしたのでお互に知已の間柄でありました．榊原仟先生は高名な先生ですから私はよく存じ上げておりましたが，専門が全く違いますので直接の面識はありませんでした．大雪の中をわざわざ，それも私の出先へまで訪ねてこられたのですから一体何事がおっ始ったかと驚くのが当然です．この場でいきなり榊原先生から「女子医大へ来てくれないか」とのお話であります．私は少しのためらいもなく喜んで承諾しました．当時は大学紛争がまっ盛りでとくに東大紛争は熾烈を極め，教授総会のメンバーの1人として疲労困憊の状態にあったからであります．それに，故榊原仟教授の構想は雄大で且つ的を射たものでありました．胸腔，腹腔についで頭蓋腔それぞれのセンターを女子医大につくりたいとのことであります．既に心研についで1年前に消化器病センターが発足していました．私の勇猛心を奮い立たせるには十分な受皿です．

実際には昭和44年5月1日に赴任してまいりました．早速，当時の三神美和院長のもとに挨拶に参上しましたところ，「外科で勝手に脳神経外科をつくったのだから病室は外科の先生に都合をつけてもらって欲しい」と木で鼻をくくったようなお言葉でした．もちろん教授会で決定した公式の人事であります．頭を撲られたようなショックを感じました．しかし，三神院長のその際のお気持は，その後私が病院長を務めるようになってよく理解できました．院長の理解と承諾を得る前に先を急いだ榊原先生が見切り発車をされたことに対する病院長のささやかな抵抗だったのです．病院長に何の相談もなく頭越しで新しい診療科の設立が決り準備が進められるのは病院長としては不快ですし，しかも病室，外来その他の面倒を見なければならないとなると，まごつくのが当然です．同様のことを後に院長となって経験した私には当時の三神院長のお気持がよく理解できます．

さて，新設された脳神経外科は名ばかりでした．病床は織畑教授のお情で外科病棟の何床かを割愛して頂き，また旧結核病棟も使わせて頂きました．2号館の混合病棟も使わせて頂きました．方々に散在した分散病床ですが教室員一同が夢中で診療に当たりました．なかでも旧結核病棟は，まともな人間の入る病室とは言えない，うらぶれた哀れな朽ち果てた木造の小屋でした．東大紛争で顔見知りになったお巡りさんが変形性頸椎症でこの病棟に入院しましたが，慌てて早々に退院してしまいました．あとで本人が「あの馬小屋は勘弁して下さい」と愚痴っていました．

Koichi KITAMURA〔Department of Neurosurgery, Neurological Institute, Tokyo Women's Medical College〕: Headache

その後，お粗末ではありますがプレハブの脳神経外科を建てて頂きました．今の研究棟の辺りかと思います．それまでの惨めさに較べれば天地の差で，教室員一同の意気は大いに挙がり，診療，研究，経済面の全てにわたり大きな実績をあげることができました．

その甲斐もあって昭和46年，現在の脳神経センターの建物ができました．本学に心研，消化器病センター，脳神経センターの3センターが顔を並べたのです．

さて，余談はこれ位にしてほんの少しだけ頭痛の話をさせて頂きます．

大学で学生に対して行われる講義のテーマは，教科書の中で見出しにあげられる項目だとか，あるいは稀に見る珍しい臨床例などが主体であります．脳神経外科の分野で言えば脳・脊髄腫瘍，頭部外傷（急性硬膜外血腫，硬膜下血腫，脳挫傷），高血圧性脳内出血，くも膜下出血（脳動脈瘤，脳動静脈奇形），脳虚血，脳膿瘍，脳・脊髄先天奇形その他でありますが，これらのうち一部を除く大部分は，卒業後大学を離れれば滅多に遭遇することのない疾患ばかりであります．ところが医師国家試験は一般臨床医家が日常滅多にお目にかかることのないこれらの疾患に関する知識を要求しますので大学の講義も当然その線に沿った方向で行わざるを得ません．しかしながら将来大衆の中の臨床医として患者に接する大部分の学生諸君は，最も頻繁に診療の対象となる疾患に関する実戦的な知識をも身につけねばなりません．例えば感冒，上腹部痛，腹部腫瘤，前胸部痛，腰痛，頭痛など症状・症候をテーマとする講義は大切なものと考えられます．頭痛を本日のテーマに選んだ理由の一つはここにあります．

理由はもう一つあります．今から16年前に私は頭痛研究会（当時は頭痛懇談会）をつくり今日に至るまでずつと面倒をみてまいりました．全国から有志が毎年集りますが100名に満たない会です．国際頭痛学会も8年前にできましたが，わが国からの出席者は毎回1～2名です．頭痛の研究に情熱を傾ける人は外国に比べて余りにも少いのが現状です．学生諸君の中に少しでも関心を呼び起こしたいと願っています．

とは言っても最後の土壇場になって頭痛の講義を執拗にぶちますと聴く方にとっては耐え難い苦行となりますので，ほんのさわり程度に止めることといたします．

頭痛は頭部に感じる深部痛であります．痛みはいろいろに分類されますが表在痛と深部痛の二つに分けられます．頭部の表在痛は，1～2本の毛髪を引き抜いたりピンが頭皮に刺さった時の限局性の浅いところに感じる痛みで，これを頭痛と感じる人はいません．皮膚より下の動脈・末梢神経・筋膜・筋・骨膜などで感じる痛みは全て深部痛で自覚的には頭痛と感じます．

深部痛は投射痛を伴いますので，実際に痛みの源の他に，広い範囲に投射痛としての頭痛を感じます．また，実際の痛みの源が頭でなく眼・耳・副鼻腔などの時でも投射痛としての頭痛を伴うことが少なくありません．中耳炎，緑内障，急性副鼻腔炎などは頭に病変は及んでないにもかかわらず頭痛を起こさせます．投射痛としての頭痛の一つの例はアイスクリーム頭痛です．口蓋の奥に氷片やアイスクリームがはり付くと額に強い痛みを感じるのがそれです．全ての人に見られるとは限りませんが多くの人々に見られます．上顎の三叉神経第2枝に加わる過度の冷刺激が程度を超え痛刺激として三叉神経第1枝の分布領域の額へ投射されるのです．

いわゆる慢性頭痛症すなわち頭痛持ちの頭痛の大部分は頭蓋骨の外の頭蓋軟部の痛みでありますが，いかにも頭の深部，脳の芯が痛むかのごとくに錯覚されます．片頭痛の激烈な頭痛の主座は頭蓋の浅側頭動脈であります．締め付けられるような筋収縮性頭痛の痛みは頭蓋筋・頸筋の持続性収縮による筋肉痛であります．これらが頭蓋内の深部の痛みであるかのように感じられるのです．

ここで一言，用語の注意をいたします．それは片頭痛です．お医者さんの間でも頭の左右いずれか半側が痛むと片頭痛という言葉を不用意に使う方がありますが，これは誤りです．特別の原因もなく，繰り返し，発作性に現れる血管性頭痛を片頭痛と呼びます．片頭痛の一部のもの（典型的片

頭痛）は片側のみの頭痛発作ですが，頭全体の片頭痛も少くありません(一般型片頭痛)．頭全体の片頭痛はいかにも用語上，不自然ですが，これは固有名詞です．この点はてんかん小発作と同じです．てんかんの一型の欠神発作を小発作 petit mal と呼びましたが，これは決して小さな発作だから petit mal と呼んだのではなく，脳波上3Hz 棘波徐波結合を示し特有な臨床発作を示すてんかんに対する命名でした．「身体の大きな力士でも小錦」と呼んで差し支えがないのです．先に述べました片頭痛の定義には片側という意味は入ってないことにお気付きと思います．外傷や炎症その他の原因で一側のみに現れる頭痛は何と呼ぶのか？　外国では hemicrania われわれは片側の頭痛，左(右）側の頭痛です．片頭痛 migraine とは区別しています．

いずれにしても頭蓋骨の外の頭蓋軟部の痛覚刺激で起きる片頭痛，筋収縮性頭痛，神経痛（炎）などの慢性頭痛症は全く危険のないもので，頭痛そのものが治療の対象となります．片頭痛の発作時には酒石酸エルゴタミン（外頸動脈系収縮剤）頭の冷却，発作間欠時には発作を防止する目的で β ブロッカー(なかでもプロプラノロール)，Ca 拮抗剤（フルナルジン）を用います．筋収縮性頭痛の治療には，頸・上肢帯を中心とする柔軟体操，マッサージ，バイオフィードバック，筋馳緩剤，頸の温熱療法などを行います．

さて，頭蓋内の痛覚ですが，脳は痛みを感じません．痛覚の敏感な部位は脳底部の主幹動脈，静脈・静脈洞のごく一部，硬膜のごく一部，脳底部くも膜，三叉・舌咽・迷走神経の頭蓋内部分などです．これらの部に刺激が加わると頭痛を感じます．脳炎，髄膜炎，脳膿瘍，くも膜下出血，頭蓋内血腫，脳腫瘍，脳挫傷，水頭症など色々の疾患で頭痛を生じますが，これらの頭痛が頭痛全体の中で占める頻度は僅かなもので，頭痛の大部分は片頭痛や筋収縮性頭痛です．しかしながら頭蓋内の原因で起きる頭痛は危険を伴うので原因を明確にしなければなりません．この場合に頭痛そのものは治療の対象にはなりません．原因疾患の治療が中心になります．

それでは頭蓋内疾患の鑑別診断に頭痛が役に立ち得るか？　よく問われる質問です．

脳腫瘍の頭痛は教科書によれば早朝の目覚め時の頭痛 early morning headache とされます．しかし早朝の頭痛は，高血圧性頭痛の特徴でもあり，筋収縮性頭痛にもよく見られ，脳腫瘍に特徴的とはいえません．また脳腫瘍の頭痛は早朝とは限りません．むしろ脳腫瘍の頭痛には特徴は無いといってよいでしょう．

一方，くも膜下出血の頭痛はきわめて特徴的であります．A 日 B 時 C 分と言えるほど突然始り，しかも今までに経験したことのない異様な性質の頭痛であるならばくも膜下出血と診断してほぼ間違いがありません．大出血もあれば比較的小さい出血で一時自然に止血する場合もあり，臨床症状，頭痛の程度には強弱はありますが，多くの場合激烈な頭痛で嘔気，嘔吐を伴います．生れて以来初めてくも膜下腔へ出血するのですから感冒，高熱，月経時その他の頭痛とは全く異質のものです．○時○分といえるほど突然，異様な激しい頭痛が始ったというだけで，全く医学の知識のない人でも診断できることがあります．

頭痛が頭蓋内疾患の診断に役に立つのは例外的にくも膜下出血の時くらいといえます．

最後に一言，締めを申し述べます．現在，世界中の頭痛研究者の関心を集めているのは片頭痛の本態の解明とその治療法の開拓です．研究成果は続々と報告されていますが片頭痛の本態がそう簡単に解明されるとは思われません．後続の若い世代の研究に期待がかけられています．

また日常の臨床では，頭痛に対しては鎮痛剤投与という型にはまった治療は好ましくありません．同じ頭痛持ちの頭痛でも片頭痛と筋収縮性頭痛とでは治療が全く異なることはお話したとおりです．頭痛患者にはそれぞれに適した異なった治療を行わねばなりません．そのためには頭痛に関する十分な予備知識を持つことが必要です．

話が冗長になるのを避け，ここら辺りで終りたいと思います．終るにあたり，本学の益々の発展を祈念いたします．ご静聴有難うございました．