

# 変わる 片頭痛治療

「新しい治療で人生/世界が変わった!」

頭痛

寝込む

肩こり

めまい感

吐き気



## 目 次

第1話	片頭痛治療が新時代に入った！ ……………	3
第2話	日本で最初の片頭痛患者はアマテラス=卑弥呼！ ……	4
第3話	片頭痛はどれほど多く、どれほど大変な疾患か？ ……	5
第4話	片頭痛って、どう診断しているのか？ ……………	6
第5話	片頭痛発作の流れ ……………	7
第6話	片頭痛発作時にみられる症状 ……………	8
第7話	どんな因子が片頭痛発作を誘発するのか？ ……………	9
第8話	肩こりと片頭痛/緊張型頭痛、そして群発頭痛 ……	10
第9話	女性と片頭痛 ……………	11
第10話	片頭痛性めまいと周期性嘔吐症/腹部片頭痛 ……	12
第11話	片頭痛の生活上の注意 ……………	13
最終話	「この注射で人生/世界が変わった!」(複数の患者さん) …… ー私の治療の進め方ー	14



## 第1話 片頭痛治療が新時代に入った！

片頭痛は「たかが頭痛、命に別状ない」と周囲からそのつらさを理解されず、医師にも過小評価されて診断や治療もまだまだ不十分な状態にあります。

私が大学病院に勤めはじめた40数年前には、片頭痛には普通の鎮痛薬(非ステロイド性抗炎症薬：NSAIDs)か、せいぜいエルゴタミン・カフェイン配合薬しかなく、片頭痛だと診断したら1~2度拝見してから、開業医の先生方をお願いして経過追跡しないことがほとんどでした。

片頭痛も初期の頃は普通の鎮痛薬でも奏効することがあるので、服用し過ぎでなければそれで問題はありません。エルゴタミン・カフェイン配合薬は効果が安定せず、吐き気(悪心)をきたすことが多く、乱用して副作用が問題になることもあり、妊娠・授乳中には禁止しなければならない点も問題でした。

そうした中で、2000年から2008年にかけてトリプタン系とよばれる新しい頓服薬(症状がある時や必要な時にだけ使用するタイプの薬)が登場しました。神経伝達に参与するセロトニン受容体に働き、血管を収縮させたり、血管拡張に関わる物質の放出を抑制したりして、頭痛発作時に頭蓋底の血管が拡張しているのを元のサイズに戻して頭痛を収める薬です。

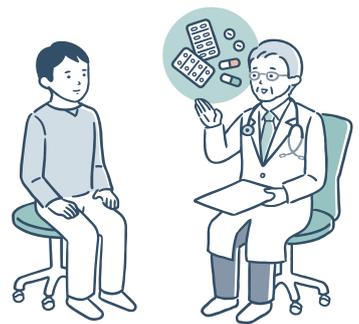
私は現在使用されている5種のうち2種の治験と呼ばれる事前の調査に参加しました。治験にあたり多くの片頭痛患者を診るなかで、詳しく問診したり、症状の経過を丁寧に訊いたりすることで、片頭痛の病態への興味が高まり、患者さんから多くのことを学びました。

そしていよいよ治験開始です。50人以上の患者さんに(検査費用や交通費などを会社が負担して)協力をお願いしても、発作回数の縛りや通院の都合などの点で協力いただけるのは10人に1人程度でした。協力いた

だいた患者さんはランダムに4群(薬用量がゼロ、少量、中等量、多量で見かけは同じ)に分けられ、2ヶ月間に中等度以上の頭痛に対して服薬してもらいました。以前に比べて丁寧に話を聴きよく説明をしたせいなのか、治験期間中に頭痛発作が生じなかった方がいたのにはびっくりしました。

ともかくも治験が終了し、経過用紙が格納された金庫が開けられてデータ解析が終わると、驚いたことに、2つの治験とも有効性はゼロ群で25%程度、中等量で65%程度でした。こんな差で発売するのかもしれないと思いましたが、痛みなどでは薬効成分を含まない偽薬(プラセボ)[ゼロ群]でも一定程度効くことは元々分かっており、65%というのも中等度に強くなってからの服用なので納得でした。発売後は頭痛の初期(あるいは前兆/予兆期)での服用を勧めた結果、5種とも85%以上の有効性を示しました。

こうして苦勞(?)した治験から20年余が経ってもトリプタン系の頓服薬としての地位は揺るぎませんが、その存在を知らず片頭痛に苦しむ患者さんもまだいるのです。しかし、そのトリプタン系も頭痛が強くなってからでは効き目が弱いことが多い上に、有効性が乏しい人や副作用で使いにくい人はどうするか、有効でも服薬回数が過度の場合にどうするかが課題になっています。そこへ2年前から皮下注射の予防薬や新規の頓服薬が登場してきました。そこで、本シリーズを通して片頭痛とその治療について理解していただきたいと思っています。



## 第2話 日本で最初の片頭痛患者はアマテラス=卑弥呼！

片頭痛の症状はいつ頃から知られていたのでしょうか？ 紀元前400年頃の時期にヒポクラテスが現在でいう閃輝暗点せんきあんてんの後に激しい頭痛が出現することを記載しています。

では、日本ではどうでしょうか？ 私は最初の正史である『日本書紀』において、国土が造られた後に最初に現れるアマテラスが最初の片頭痛もちと推測しています。

その根拠は有名な「天岩戸」伝説にあります。太陽神であるアマテラスに次いで生まれたスサノオが田畑を荒らし、織機部屋を壊すなどの狼藉を働いた後で、アマテラスは岩戸に籠り、世は暗くなりました。この解釈として、冬至説や日食説がありますが、冬至は毎年の現象であって珍しくなく、伝説には根拠が乏しいです。日食は確かに珍しく、3世紀半ばに日本で皆既日食がみられたらしいのですが、皆既日食の時間経過は7分ほどと短く、神々が集まって相談したり、祈禱を次々と行ったり、アメノウズメが神がかりになって踊ったりという長い時間経過を説明しにくいです。岩戸の中は暗くて静かですので、光過敏や音過敏を避けたと考えれば、アマテラス=片頭痛説は十分に根拠があり、スサノオによるストレスが頭痛の誘発因子になったと思われます(福武：第12回世界頭痛学会、2005)。

アマテラスは神話上の存在ですが、その実態は中国の歴史書『三国志：魏志倭人伝』に登場する卑弥呼の神話化という説が有力です。卑弥呼は多分若くて聡明な女性であったと考えられ、雨乞いが得意だったとい

われます。低気圧の接近に敏感な片頭痛もちのことを考えますと、それが雨乞いの成功をもたらした可能性があり、アマテラス=卑弥呼=片頭痛が理解できます。

片頭痛もちは頭痛のないときでも感覚過敏の傾向にあり、小児期に乗り物酔いしやすいです。一方で、感覚過敏は芸術性の基礎になると思われ、画家、作家、音楽家などに片頭痛もちが多いことが知られています。芥川龍之介(短編『歯車』に反映)、モーツァルト、ゴッホ(絵画『星降る夜』に反映)らが有名です。

『吉里吉里人』や『四千万歩の男』などで知られる井上ひさし(1934~2010)は『頭痛肩こり樋口一葉』という脚本を残しています。一葉の頭痛はどんなタイプだったのでしょうか？ 答えは一葉自身が語っています。まず、明治25年(1892)8月の書簡に「廿三日の稽古日より俄かに肩のはりつよく其後はげしき脳の痛みになり」とあります。「肩のはり」からは緊張型頭痛も候補になりますが、「はげしき痛み」は片頭痛のようです。明治26年(1893)2月の日記には「空は曇れり又雨なるべしと人々いう、著作のこと心のまゝにならず、かしら(頭)はたゞ痛みに痛みて何事の思慮もみな消えたり、(中略)目を閉じて壁に向い、耳を塞ぎて机に寄り」(一部現代表記)とあり、程度の強さ、集中力減少、感覚過敏忌避、寝込む様子(運動不耐)など片頭痛の典型的様相が短い文章にすべて込められています。しかし、明治時代の暗い夜に低い文机ふづくえに向かい行燈あんどんの火だけで執筆しており、弱視のために眼の負担も大きかったと推測されます。日記における頭痛の記載が執筆活動の多くなった時期(1893)に増加していますので「肩こり」もあつたのは確実です。肩こりが片頭痛発作を増加させたばかりか、緊張型の要素もあつたと考えます(福武：『神経症状の診かた・考えかた』第3版、医学書院、2023)。

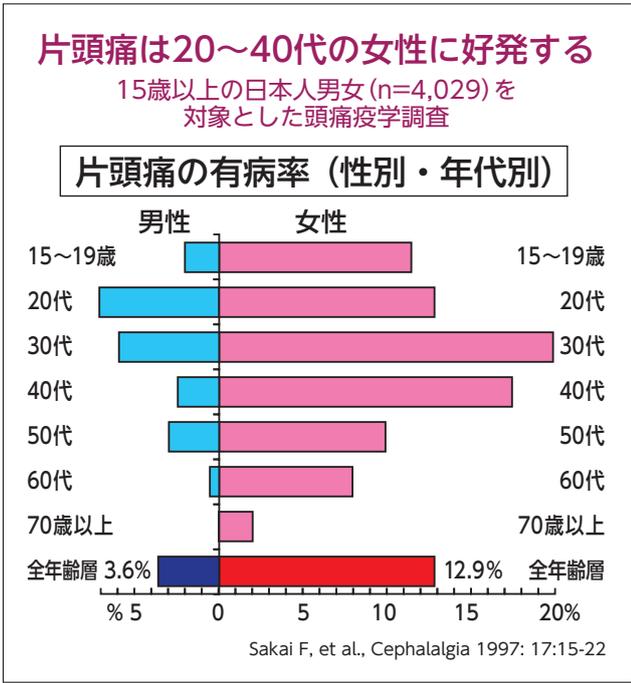
### アマテラス (雨乞い) 卑弥呼





### 第3話 片頭痛はどれほど多く、どれほど大変な疾患か？

片頭痛は有病率で3番目に多い疾患です。なんと1番は虫歯(齲蝕)で2番は緊張型頭痛です。片頭痛は北里大や鳥取大の調査で成人の8%ほど(男性3~4%：女性12~13%)にあると言われます。その中でも30~40歳代の女性では15~20%ほどです。



片頭痛は単に多い疾患というだけでなく、生活への支障度が高い疾患でもあります。疾患の総生活障害度では7番目に高いですし、神経疾患の中では脳卒中やアルツハイマー病などの認知障害に次いで重荷で難儀な3番目の疾患です。これは単に個人的な負担が強いだけでなく、休んでしまうとか能率が落ちるなど、社会全体の生産性や家庭生活に影響していることを示しています。

もう23年も前になりますが、「頭痛撲滅委員会」という組織が新聞に「世間の無理解も頭痛の種です」という意見広告を出し、片頭痛女子による川柳を紹介しています。

#### 頭痛の性状を示しているのは

- ・ 始まった 頭の中で 小象のダンス
- ・ できるなら 頭をはずして 置いときたい

#### 生活支障度を表しているのは

- ・ 有給が 頭痛のせいで 減っていく
- ・ どうしてよ 大事なときに この頭痛
- ・ 休日が 頭痛とともに 暮れていく



#### 無理解や軽視を表しているのは

- ・ 頭痛って どんなですかと 聞く男
- ・ 片頭痛 上司が言うには 怠け病

このような川柳に表現されているように、片頭痛に悩んでいる人は社会や世間から、そのつらさを理解されず誤解されたり、非難されたりしていることがまだまだ多いのです。



そして、そればかりでなく、医療機関を訪ねても、片頭痛は「命に別状ない」と軽く評価されたり、肩こりの存在から片頭痛の診断がつけられなかったり、適当な鎮痛薬でよしとされたりしていました。しかし、さすがに2000~2008年に新しい片頭痛頓服薬であるトリプタン製剤が登場してからは、大病院に頭痛外来が設置されたり、全国各所に頭痛に重点を置くクリニックが開設されるなど、頭痛診療の状況は一步前進しました。

ところが、トリプタン製剤を片頭痛診断に用いて、効果があれば片頭痛だとするような診断がまだまだ横行しています。また、片側の頭痛でないからとか拍動性でなく締め付けられるような痛みだからとかの理由で片頭痛でないとしてしまうような診療があることが耳に入ってきます。

片頭痛の治療はきちんとした診断をつけることから始まるのです。次回を乞うご期待。

### 第4話 片頭痛って、どう診断しているのか？

ある時、娘さんの頭痛の受診に付き添ってきた40代のお母さんに、娘さんの問診の最初に「お母さんも頭痛もちですか」と訊ねたところ、「ハイ」と回答があり、「きっと片頭痛なんだと思いますが」と畳みかけると、「いえ、違います。私の頭痛は両側に出来ますから」と回答が返ってきました。

これは「片頭痛」の「片」の字がもたらした大きな誤解です。確かに片頭痛では片側に痛みがでることが多いのですが、両側にあるから違うということになりません。

片頭痛は英語のmigraineの訳ですが、この英語の語源はhemicrania(半分の頭[蓋])であって、そのheが脱落したのです。だから「半分」「片側」が強調されるのですが、実は両側の痛みは40%もあるのです。

この他に、ズキンズキンと脈打つような「拍動性」が強調されますが、これも例外が結構あります。かなり以前のことですが、後輩の経験のある脳神経内科医が時々頭痛があるというので、病型を訊ねたら「反復性の緊張型だ」というのです。そこで、いくつかの質問(後で紹介)をしたら、彼の頭痛は間違いなく片頭痛でした。

このように、片頭痛と緊張型頭痛が取り違えられるという経験が多いので、前に在籍していた千葉大学において、5年前に頭痛で初診した160名の方に電話でその後の様子を訊かせてもらったことがあります。転居などのため回答率は60%でしたが、電話で診断した病型は当初の片頭痛・緊張型頭痛という診断がどちらも8%くらい入れ替わるという結果でした。大学では2つの病型とも診断を付けたらあまり追跡せず、近くの医院に紹介することが多かったからだと思われます。

ところで、『国際頭痛分類』という指針が本邦では2018年に第3版が出版されています。これは比較的稀な頭痛までよく整理されており、大いに参考になりますが、あくまでも分類の指針であって、片頭痛では研究や薬物効果の治験に向けて粒ぞろいの患者をそろえておこうというもので、そのまま機械的に当てはめるものではありません。

現在の『国際頭痛分類』における片頭痛の項で残念なのは「光過敏」や「音過敏」と並んで多い「におい過敏」が入れられていないことや家族歴や高次脳機能(人間の脳の注意を払ったり、記憶・思考・判断を行ったりする機能)の点が無視されていることなどです。

簡便な診断法として「POUND診断」(P=拍動性；O=持続時間；U=片側性；N=嘔気；D=支障度)が内科医に結構用いられていますが、拍動性や片側性は緊張型にも20%ほどあり、N(嘔気)よりも光や音、においへの過敏の方が重要です。加えて、3つ以上あれば片頭痛らしい、2つ以下なら片頭痛ではないらしい、というようなレベルの低い「確率的診断」では患者さんが困ってしまいます。

では、どのように問診していくのがよいのでしょうか？

- よく似た頭痛発作の反復があるか？  
またはあったか？
- 母親が頭痛もちだったか？ (50%)  
兄弟姉妹はどうか？  
(片頭痛の母親の娘なら70%片頭痛、息子30%)
- 小児期から現在までの乗り物酔い歴があるか？
- 人混み嫌いか？ (共に70～75%が陽性)



以上の問診で片頭痛らしさが絞れます。その後でやっと、頭痛の長さ程度、誘因(寝すぎ・寝不足、天候関係など)、予兆・前兆(閃輝暗点)、感覚過敏(光・音・におい・運動)、治療歴などを訊いていきます。



## 第5話 片頭痛発作の流れ

片頭痛の発作は普通、4つのステージで捉えられています。(1) 予兆期、(2) 前兆期、(3) 頭痛発作期、(4) 発作後期です。私は単に頭痛発作を中心に考えるのではなく、(0) 疾患としての片頭痛の発症前の時期(前臨床期)と(5) 頭痛発作と発作の間の時期(頭痛間期)を加えた6つのステージで捉えるべきだと考えています。

### 【前臨床期】

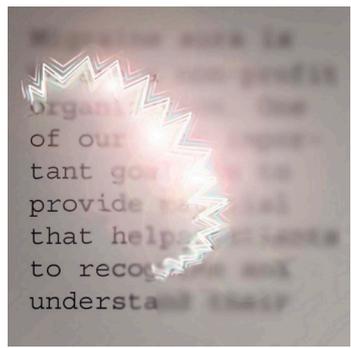
代表的症状は乗り物酔いのしやすさです。これは「小中学校の頃、バス遠足は平気でしたか?」と尋ねます。私の調査では、前兆を伴う片頭痛患者群で75%、伴わない患者群で63%とかなりの高率で認められました。『国際頭痛分類第3版』では、「前臨床期」という設定はしておらず、乗り物酔いは「片頭痛に関連する周期性症候群」と「前庭性片頭痛」の項で一言言及されているだけです。片頭痛と直接関係ないのですが、乗り物酔いしやすさについては2000年に私が右頭頂葉(縁上回)の小出血例を報告していて、乗り物酔いの最近の研究(2023)の中で引用されています。縁上回は視覚や体性感覚(体の位置の感覚)、平衡覚(前庭神経)、聴覚の統合作用を担っており、その破綻によって乗り物酔いが現れるのだと考えられてきており、乗り物酔いしやすさは脳の症状なのです。

### 【予兆期】

頭痛発作の数時間から数日前にみられる症状であり、片頭痛患者の70%ほどで認められます。その症状は多彩ですが、神経学的には生あくび、音や光への過敏など、心理学的には落ち着きの無さや抑うつ感など、全身的には肩張りやだるさなどが含まれます。私は下線についてよく訊ねます。この他に片眼の奥の痛みもあります。

### 【前兆期】

明らかな神経局在を示す症状であり、片頭痛患者の1/6ほどで見られます。頭痛発作の30~60分前に出現することが多いのですが、頭痛発作と同時のことや遅れて出現することもあります。そこで“前”兆を強調し過ぎないことが大事です。前兆の内容としては、閃輝暗点が80%くらいと最も多いです。閃輝暗点は両眼の中心視野がポツツと見えにくい感じで始まり、思わず眼をこすったりするが、すぐにどちらかの半視野にジグザグ上の光の帯が現れて周辺へと拡がっていきます(図)。同じ現象が頭痛もちでない中高年にみられることがあり、原因ははっきりしませんが、動脈硬化も疑われます。



その他の前兆には光がチカチカする光視症や聴覚過敏、稀に失語や片麻痺もあります。やはり稀な前兆として“不思議の国のアリス”症候群が知られています。これは同名の童話を書いたキャロルが片頭痛もちで、童話の中でアリスが大きくなったり、小さくなったりすることに因んだ症候群であり、変視症や大/小視症、色覚異常、モザイク視などがあります。私の患者さんの中では「太陽が緑色に見える」人や「風景が波打って見える」人がいました。

### 【発症後期】

症状は予兆期とほぼ同じです。頭痛間期には乗り物酔いや縞模様酔い、人混み嫌い、感覚過敏があります。

## 第6話 片頭痛発作時にみられる症状

片頭痛発作時の頭痛は典型的には片側性のズキズキする拍動性であって、重症度は結構強い。そして日常的生活動作で頭痛の程度が強くなり、重症化すると「寝込む」か、仕事などで寝込めない場合でも「寝込みたくなる」状態になります。

このように「動かたくなる」症状を私は「運動不耐」と表現しています。その背景には色々な神経的機序があると思われませんが、主に動きに関する神経、すなわち前庭神経の過敏状態にあるのではと推測しています。

片頭痛発作時には光過敏(光嫌悪：視神経系)や音過敏(音嫌悪：聴覚神経系)、におい過敏(におい嫌悪：嗅神経系)が有名ですが、嘔気/嘔吐の合併が多いことも考慮すると、前庭神経系過敏もあると思われれます。そして、痛みについても考えると、これも三叉神経系(顔面の感覚を脳に伝える神経)の過敏状態とも解釈できます。

以上のように考えてきますと、片頭痛は単なる頭痛疾患ではなく、「感覚過敏症候群」と呼んでもよいように思います。実際、頭痛学領域では、「皮質性感覚過敏」の研究が進められています。そして、その感覚過敏は頭痛発作前の時期から発作後の時期(頭痛間期)にまで程度は異なるものありえます。疾患としての片頭痛発症前の時期に多く認められる乗り物酔いしやすさも前庭神経系の感覚過敏が突出し、他の感覚とのミスマッチで生じると考えられます。

以下で、個々の感覚過敏についてみていきますが、全体として前兆のある片頭痛の方が前兆のない方よりも多い傾向があります。

・**光過敏**の病歴聴取は「晴れた日に室内から外に出た時にひどく眩しく感じて症状が悪化しますか?」などと訊きます。私



の外来では前兆ありで70%、なしで59%でした(以下同様)。

・**音過敏**は「赤ちゃんの泣き声や周囲の会話やTVなどの音が日頃より気になりますか?」などと尋ねます。80%と78%と光過敏より多い傾向でした。



・**におい過敏**は「他人の香水や柔軟剤、ある種の食べ物のにおいなどが鼻につきますか?」などと訊きます。喫煙者なのに頭痛時には「他人の煙草のにおいが気に障る」と言う場合もあります。65%と59%でした。このように少なくない症状なのに『国際頭痛分類(第3版)』ではまだ分類(診断)基準に加えていません。



・**運動不耐**は「2階からトントンと降りてくる程度の日常動作で頭痛が悪化しますか?」などと尋ねます。頻度は80%と88%であり、感覚過敏の中では最多でした。

以上の感覚過敏以外に、頭痛の治療がされなかったり、効果がなかった場合に、頭皮の皮膚感覚が過敏になり、触る程度の通常は痛みに感じない刺激で強く痛みを感じる現象(アロディニア)が知られています。

片頭痛患者には稀に感覚系以外の高次大脳機能障害がみられることがあります。一過性全健忘や意識障害、精神症状などです。しかし『国際頭痛分類』では片頭痛を脳幹以下で捉える傾向があり、高次大脳機能への記述が全くありません。一過性全健忘では北関東在住の40代男性の症例経験があります。車にいるところを警察に保護され、受診時に頭痛があり、記憶は大学時代のことだけでした。検査に異常なく、翌日改善し退院していきました。



## 第7話

## どんな因子が片頭痛発作を誘発するのか？



片頭痛もちであってもいつ頭痛発作が起きるか分からないことが多いですが、長く経験していると、自分の発作がどんな時に起こりやすいかある程度分かってきます。

おそらく、明るすぎる光の影響が大きいと思われていますが、自覚されているかは分かりません。その中でも太陽の光や、少し前にはLED電球とそれを使った車のヘッドライトがかなり誘因になっているようでした。しかし、LED電球は減光されてきています。

次に、においや騒音の影響が考えられます。それは空気がきれいで静かな南房総から東京に出かけたら発症する人で分かります。もちろん、電車やバス、自分で運転しないマイカーなど移動手段のせいかもしれません。

以上はともかく、まず睡眠と天候とストレス(忙しさや疲れなど)をお訊きします。睡眠は睡眠不足だけでなく、寝すぎた時のことが大事です。これは日常生活のリズムが崩れた時や休日にゆっくり寝た後に片頭痛発作が出やすいことがあります。それまでの適度な(?)緊張が発作を抑えていたのか、平日の過度な(?)緊張により片頭痛誘発物質がたまってくるせいなのか、真相は不明です。大分以前のことで、土日の休みごとに頭痛が起きて、こどもと遊べない気の毒な若い父親がいました。可能な限りの予防治療を試みましたが、うまくいきませんでした。今なら新しい皮下注射の予防薬の適応だったと思います。

天候では、低気圧が近づいてくるのが一番ですが、関係ない人もいます。これは「頭痛一着」というスマホアプリを使うと、気圧の下降時を爆弾印で教えてくれるので、頭痛の始まりを記録していけば分かります。中には、台風が千葉の真上をとおる時だけ発症する中学生がいました。

その他の天候因子としては、暑さ、寒さ、梅雨、季節の変わり目、気温の急な変化など多様にあります。

片頭痛には女性ホルモンの影響もありますので、生理(月経)の前もよくある誘因です。この点は「女性と頭痛」の回で詳しく解説します。

頭痛は脳底の血管が拡張することで起こるため、血管が拡張するような急な運動や飲酒が誘発することもあります。食べ物では、チーズやチョコレートがよく悪玉にされていますが、本邦では実際には影響のある人が少ないように思います。少なくとも食べて片頭痛が誘発されれば避ければよいことで、始めから食べないのはもったいないです。

コーヒーはカフェインを多く含むので、片頭痛の急性期治療として安全で効果的と思われます。実際、多くの鎮痛薬や昔の片頭痛薬にはカフェインが含まれていました。しかし、少数の方には誘発因子になるかもしれません。いずれにしても、カフェイン摂取を中止することは発作を誘発する可能性があり、お勧めできません。ただし、カフェインの取り過ぎは片頭痛の慢性化を引き起こすことがあり、1日200mg(コーヒー4杯程度)までが推奨されます。市販の頭痛薬の服用しすぎが薬剤過量性頭痛を起こす理由は含有されている鎮静剤のためかも知れませんが、鎮静剤による眠気を防ぐために(?)加えられているカフェインのせいかも知れません。

その他によく知られている誘発因子としては空腹があります。言い換えれば低血糖です。まだあまり意識されていないのは肩こりです。髪の毛をポニーテールにまとめることも頭痛を誘発するようです。



自分で悪化因子を見つけよう!

## 第8話 肩こりと片頭痛/緊張型頭痛、そして群発頭痛

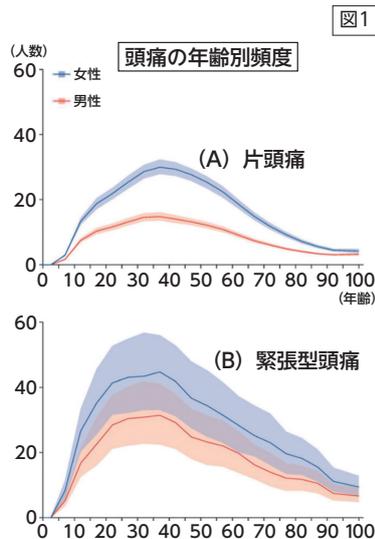
片頭痛という診断がつかずに間違えられやすい病態は緊張型頭痛(特に反復性の場合)と群発頭痛です。

### 【緊張型頭痛】

緊張型頭痛は人生で誰もが経験する頭痛であり、片頭痛の3倍以上の有病率があります。そのため、片頭痛患者が緊張型頭痛を合併することも多いのです。そして共に30~40代に多く、女性優位(図1)、共通の誘因があるという特徴がある

ので間違われやすいのです。

(図1)片頭痛(A)と緊張型頭痛(B)の年齢別頻度(Lancet Neurology, 2018から改変引用【青色:女性、赤色:男性;色の帯は統計学的な範囲を示す。下の数字は年齢】)



緊張型頭痛はかつて筋収縮性頭痛と呼ばれていたように、頸部筋の収縮~硬直、すなわち肩こりを随伴することが多いのです。しかし、自覚がない場合や診察で調べても硬さが確認できない場合もあり、圧痛点(指などで圧迫したときに強く痛みが出る点)を探ることが重要です。ともかくも、頭痛を訴えて受診する際に、「肩こりがある」という話をしたり、診察で肩こりが確認されると、緊張型頭痛と診断されてしまうことがしばしばあります。

しかし、肩こりは実は片頭痛とも関連が深いのです。第一に、片頭痛の予兆として半数程度の患者に「肩張り」がみられ、これが肩こりと表現されることがあります。第二に、片頭痛発作のあること自体がストレス

となって、肩こりが生じることもあります。第三に、頭痛発作が強度であるとか連続することにより肩こりが慢性化し、それが片頭痛の引き金になることもあります。最後の点は、肩こりを伴っている片頭痛患者に対して、唐辛子の主成分であるカプサイシンが塗り込まれている温湿布を肩~首に貼付することで、肩こりが改善すると共に片頭痛発作の減少がみられるという多くの経験から実証されています。

### 【群発頭痛】

もう一つの間違われやすい群発頭痛は30歳頃の男性に初発することが多く、特有の2時間以内の典型的症状に加え、いつも決まった季節に1か月前後頭痛が群発するという経過を理解していれば診断は容易です。しかし、片側性の頭痛が特徴的ですので、片頭痛と互いに誤られやすいのです。縮瞳や流涙などの自律神経症状も群発頭痛の特徴とされていますが、実は片頭痛でもみられることがあります。鑑別に最も大事な点は、片頭痛が寝込みたくなる疾患であるのに対し、群発頭痛ではえぐられるような痛みのために、七転八倒し、歩き回ることが多い(図2)という点です。

しかし、群発しない1回だけの典型的発作の例であったり、一人の患者の頭痛が片頭痛から群発頭痛になったり、その逆のことがあったり、兄弟でそれぞれの頭痛があったり、2つの病態にはどこかでつながりがあります。



正しい診断を受けていますか？



## 第9話 女性と片頭痛

片頭痛は男性にもみられますが、明らかに女性優位の頭痛疾患であり、神経疾患です。生涯有病率は2～3倍ですが、実感している時点有病率は4～5倍くらいです。それだけでなく、**女性の片頭痛発作はより頻度が高く、より長く続く傾向にあり、より痛いと言われます。**そのため、生活支障度がより強く、慢性化率もより高いです。

何故女性に多いのでしょうか？ 完全には分かっていませんが、遺伝と女性ホルモンの関与が考えられます。

片頭痛は家族歴の濃い疾患であり、私は5世代にわたる女系遺伝の家系を経験したことがあります。曾祖母－祖母－母親－娘－孫娘の5世代です。母親が片頭痛もちだとその子供は2.76倍片頭痛になりやすく、父親の場合の1.67倍より高いという報告があります。私は分かりやすく、母親が片頭痛の場合、娘は70%が、息子は30%が片頭痛になり、娘が片頭痛だとその母親は50%が片頭痛だと説明しています。この女系遺伝の背景にはミトコンドリアの遺伝子が絡んでいるのではないかと研究されています。



次に女性ホルモンの関与ですが、小児期に乗り物酔いしやすい子供は片頭痛を発症しやすいと思われるのですが、男性の場合、生涯にわたり女性ホルモンの分泌があっても次第に男性ホルモンが圧倒的に優位になり、実際に片頭痛になるのは予想より少ないのです。

女性における片頭痛への女性ホルモンの関与は、月経時、妊娠時、出産後の授乳期、更年期などでのピル使用時など生涯にわたって続きます。

一般に女性の片頭痛は初潮年齢に始まり、40歳でピークを迎え、閉経後になくなっていきます。多くの女性は月経時やその前後、妊娠初期、閉経前後に片頭痛発作の増加を経験します。これらの背景には女性ホルモンの一つであるエストロゲンなどの減少があります。

妊娠初期に多少発作が増えるとしても、妊娠中には改善～消失していることが多いのです。これは「妊娠中に鎮痛薬や片頭痛頓挫薬を飲んでいいのかなと思うはずなので、実際はそれほど頭痛に悩まなかったか」と訊けば、大抵ちゃんと思い出して「そうだ」と言ってくれます。そして出産後に再発することが多く、出産後に初めて片頭痛になる方もあります。

妊娠中だけでなく授乳期にもカロナーン以外の頓挫薬は推奨できませんが、授乳で頭痛が増加することが知られています。このことから乳汁分泌ホルモン(プロラクチン)と片頭痛の関連も研究されています。

ピルには避妊のほかに月経痛や子宮内膜症の症状改善に用いられ、さらに多毛の解消、卵巣がん、子宮体がんの発症率の低下などの目的で使われています。最近では低用量ピルが作られ、安全性が増していますが、ピルには血栓症や脳梗塞、心筋梗塞を少し多く生じやすいことが知られています。ですから、今のところ本邦では、前兆のある片頭痛患者では原則として使用禁止です。前兆のない片頭痛患者では禁忌ではなく、他の血栓症リスクに注意して用いることは可能です。

閉経時頃に一時頭痛発作が増加しても閉経後には減少していきます。片頭痛からいつ卒業できるのかの調査は困難ですが、実感では47～54歳くらいで卒業できる方が多いです。それでも一部の方は60代、70代でも卒業できていません。その際、女性ホルモン治療は推奨できません。

## 第10話 片頭痛性めまいと周期性嘔吐症/腹部片頭痛



《めまい》

片頭痛性めまい(前庭性片頭痛)はめまいの様相が多様ですので、その独立性にお疑問が呈されます。しかし、若い片頭痛患者において、器質的異常を伴わず、代表的な末梢性めまい疾患(良性発作性頭位めまい、メニエール病、前庭神経炎)では説明できないめまい発作を呈する患者がいるのは間違いないです。今や一般人口の1%もいて、めまいクリニックの患者の5~10%、片頭痛クリニックの患者の10%を占めるといわれ、再発性自発性めまいの中では最多です。小児ではめまい患者の1/3を占めます。

片頭痛性めまいの存在を支持する理由は、①片頭痛とめまい(浮動性と回転性)は偶然以上に合併する、②片頭痛患者の多くは乗物酔いしやすさがあったかある、③前庭神経系と疼痛系に共通の生理学的背景がある、④片頭痛とめまいをきたす単一遺伝子異常があるなどです。⑤最近では、片頭痛性めまい患者において機能的神経画像検査上で側頭から頭頂葉接合部などの異常が認められています。

片頭痛性めまいの予防は片頭痛に順じ、頓挫治療にはトリプタン系や制吐剤などを用います。

\* \* \*



《嘔気》

片頭痛に嘔気・嘔吐、下痢、腹痛などの消化器症状がしばしば伴うことがあります。特徴的な腹部片頭痛と周期性嘔吐症の2つの型があり、片頭痛と共通の特徴をもっているために、片頭痛等価症と言われます。但し、両型には重なりがありますので、パーキンソン症状を的確に描いた映画『レナードの朝』で有名なOliver Sacks先生(1933~2015)は名著『片頭痛百科』の中でこの2つの区別は恣意的だと述べています。両型とも、いつもよく似た嘔気・嘔吐または腹痛が数時間~数日間続くことが特徴的で、その発作が

ない時は症状フリーです。両型とも典型的には小児期~思春期に発症し、多くは後に片頭痛になります。最近では成人発症も知られています。脳神経内科でその診断が下される前に消化器の検査が繰り返され、しばしば急性胃炎や過敏性大腸炎などと誤診されています。とはいえ、一度は消化器系の検査を受けておくことが勧められます。

腹部片頭痛の主な症状は腹部正中部の差し込むような発作的痛みが特徴的です。血管運動症状(血圧低下や頻脈など)や嘔気・嘔吐を伴うことが多く、顔面蒼白(眼の下の隈を伴うことが多い)や少数例では顔面紅潮がみられます。対症療法(ペリアクチンやブスコパンなど)と片頭痛に準ずる治療を行います。

周期性嘔吐症は数週~数ヶ月の間隔で、嘔気・嘔吐を数時間~数日にわたり呈する病態で、小児に多く、以前は自家中毒症と呼ばれていました。成人例104例を検討した報告(BMC Emerg Med、2010)では、男女比は1:2で、18~24歳が28%、25~39歳が36%、40~65歳が36%でした。受診経過は消化器内科からの紹介が最多で、次が紹介なし、その次が一般内科医でした。発作は夜間、早朝に多く、各個人ごとに画一的で、顔面蒼白、傾眠<sup>\*</sup>、食思不振、腹痛を伴うことがあります。誘因として月経、妊娠、特定の食品の大量摂取などがあります。自験例では発作頻度は月1回から2年に1回と幅があり、発作期間も1日以内から7~10日間までと幅がありました。多くの例で小児期の乗物酔いしやすさが聴取されました。発作時にはトリプタン系服用の効果は一定しないので、制吐剤も用い、予防には三環系抗うつ薬や抗けいれん薬を用います。

<sup>\*</sup>: 肩をたたかれる、声をかけられるなど外部からの軽い刺激で意識を取り戻す状態



## 第11話 片頭痛の生活上の注意



片頭痛は生活支障度の高い疾患です。できるだけ発作が起きないようにしたいものです。以前から比較的共通の誘発因子が知られていますし、近年、片頭痛のいろいろな詳しいメカニズムが分かってきましたが、個々の発作がどうして誘発されるのかはまだよく分かっていません。

そこで、片頭痛に悩まされている方は日常生活において、片頭痛の誘発因子や合併しやすい肩こり・緊張型頭痛への対処が必要です。以下は私が以前日本頭痛協会のホームページに書いたものを改定しています。

### ① 騒音に過敏性のある方

ガード下やゲームセンターなどの騒音環境や人混みを避ける。

### ② 光への過敏性のある方

明るい日差しや照明を避け、パソコンの輝度を和らげる。偏光サングラス装着も考慮する。LED電球は明るすぎないようにし、対向車のヘッドライトが気になる場合は夜間も薄いサングラスをかける。スマホを見過ぎないようにするのも大切。

### ③ タバコや香水などのおいへの過敏のある方

においの淀んでいるような場所を避けたり、周りの喫煙者に配慮してもらったりする。

### ④ 激しい運動で片頭痛が誘発されやすい方

もちろんそのような運動を避けるべきですが、運動不足にならないようにストレッチやラジオ体操、速足散歩などを心がける。

### ⑤ 乗物酔いしやすい方

酔いやすい乗物を避けるか、乗車時に席位置への配慮や遠方を見るなどの対策をする。

### ⑥ 寝不足または寝過ぎてしまう方

就寝時刻や睡眠時間を適量一定に保つ。特に休前日。

### ⑦ 気候の変化に過敏な方

室内や衣服内環境(人の肌と衣服との間の空間の温度や湿度)を整える。合わない気象時の外出を控える。「頭痛一発」などの頭痛・気象病対策アプリを利用する。

### ⑧ 月経前に決まって片頭痛が起きるような方

医師と相談して短期間の予防治療を取り入れる。

### ⑨ アルコールで片頭痛が誘発される方

アルコールは控えるべきですが、チーズやチョコレートなどの食物は今までに誘発されたことがなければ、神経質になることはありません。

### ⑩ ストレスで体調を崩しやすい方

精神的ストレスは避けにくいものですが、緊張がゆるんだときに起こりやすいので、休日などでも⑥を含め、生活時間の一定化を図る。

### ⑪ 肩こりを起こしやすい方

片頭痛発作自体を含む多くの因子が肩こりを来しやすく、肩こりは緊張型頭痛と共に片頭痛発作も引き起こしやすいため、日頃から以下を心がける。

肩こりの誘因排除：長い座業、悪い姿勢、眼精疲労、寒冷・冷気、虫歯・智歯(親知らず)周囲炎、腰痛など

肩こり対策：肩回し体操や速歩散歩などの適度な運動、温湿布の利用、入浴

※但し首の細い部分へのカイロプラクティックやマッサージは脳血管障害のリスクがあるので避けること。

### ちょっと肩こりのお話

肩こりはヒトが二足歩行で手が自由になり、しぐさとオノマトペから言葉を獲得し、文字や各種道具まで作ってきた(最高傑作がパソコン!)歴史における(腰痛と共に)負の部分です。要因の中で最大は運動不足です。肩こりは頭痛だけでなくめまい感や不調感、抑うつ感の原因になり、さらに悪循環になります。そこで、私は「肩こり」を頭痛・めまい・しびれに次ぐ第4の基本的神経症状とよぶことを提案しています。



### 最終話

## 「この注射で人生/世界が変わった!」(複数の患者さん) —私の治療の進め方—

片頭痛と診断できる方は必ず以前から頭痛があり、程度はともかく同じような頭痛発作を繰り返していた前史があります。連日的な頭痛で受診してきてもしつこくそのことを訊き出します。そして第4回で紹介した問診で診断します。片頭痛は問診だけで100%診断できる病気です。その次に、最近の連日的な頭痛について訊きます。その鑑別は書ききれませんが、市販薬の乱用は特別料金を取りたいほど難題です。連日的な頭痛がだんだん強くなってきているとか軽微でもなんらかの神経症状があるのでなければ、画像検査は不要です。

いずれにしても片頭痛の治療は診断を100%確認してから開始します。「大体片頭痛だから、片頭痛薬を出して効果を確認する」というのはとんでもない大間違いです。

まず、最近連日的になっている方について書きます。肩こりが背景のことが多く、その治療を開始しますが、後述の片頭痛の予防治療や頓挫治療も同時に開始する場合があります。

市販薬を乱用している方にはきっぱりと止めるのが最善で、1週で頭が晴れてきます。しかし、そうできない人には温湿布とトリプタノールを処方し、頓服薬を月に15日以内➡10日以内へと減らしてもらう方針にします。

頭痛発作の回数が少なくて寝込むほどのことがないようなら頓挫薬を考えます。どんな鎮痛剤でも回数が月に5回程度で良く効いているならそれでよいですが、一般に次第に効果がなくなってきました。その場合は、トリプタン系5種の中から順に試して1時間以内の効くまで適剤を探します。トリプタン系が効かないとか副作用が気になる場合は、鎮痛薬と新しい片頭痛用頓挫薬(レイボー)から選びます。

月に4回程度であっても寝込むなど支障度が高い場合は最初から予防薬を始めます。最初はきちんと治験がなされた日本発のミグシス/テラナスを用います。その効果が乏しい場合は患者特性に応じてβ阻害薬、バルプロ酸、トリプタノール、漢方薬を用います。

上記予防薬が奏功しない場合、抗CGRP関連皮下注射薬(原則月1回、自己注射も可)を説明します。薬価が高いので、3回、6回と節目ごとに継続を相談します。6~12回打つと90%以上も頭痛が減り一旦「卒業」する方がありますし、頭痛回数の著減がなくとも寝込まずに快適に生活できるからと30回以上続けている方もあります。2ヶ月に1回にしている方もあります。効き目は頭痛だけでなく、吐き気などの合併症状や頭痛の無い日の感覚過敏にもありそうです。費用も大事ですが、健保組合の中には応援してくれるところもありますし、何よりもご本人の生活の質だけでなく、家族への影響(心配する連れ合いや遊んでもらえない子供)も考えると、主婦も含めて働き盛りの世代にとって考慮に値する治療と思います。自己注射は薬剤師が丁寧に指導します。通院時間などで通院の困難な方や交代勤務などで予防薬の内服に難のある方に特にお勧めです。最初は外来で医師が注射しますが、2回目からは診察後に注射センターで受けていただくか、薬剤部で自己注射の指導を受けていただくから3本くらい持ち帰ってもらって自宅で自己注射する方法もあります。







2024年7月～2024年12月に「亀田ニュース」に連載されたエッセイをまとめたものです。

発行：亀田総合病院広報企画室（〒296-8602 千葉県鴨川市東町929）