

平成7年10月26日

緊張型頭痛

症例報告

山口 功

症 例 TA 48歳 男 建築会社総務部長
初 診 平成7年7月29日
主 訴 左右の側頭部から後頭部にかけての痛み

現病歴 慢性頭痛(注1)は今回が初めてである。今年3月下旬、食欲がなくなり不眠が続いたあと、徐々に左右の側頭部から後頭部・項部にかけてしぼられるように痛くなってきた。痛みは一日中つづいたが日を追って強くなるということはない。2月から3月にかけて疲労が蓄積していた上に、社内での人間関係に強くストレスを感じるようになったのが原因と思われる。頭部外傷、転倒はない。4月下旬、総合病院神経内科を受診。MRI・血液検査の結果、頭蓋内において血液の循環の悪い部分があるが化学成分については異常はない、との説明を受ける。自律神経調整剤を処方される。以後、受診のたびに薬の処方が少しずつ増え、ビタミンE剤・筋弛緩剤・緩和剤・精神安定剤などが順番に追加された。発症当時にくらべると痛みを感じる範囲が少し狭まり、程度も弱くなったような気がする。6月下旬頃には食欲も戻り、46kgまで減った体重も元の55kgまで回復し不眠もほぼ解消された。他の治療は受けていない。当院の患者である母親の紹介で来院した。

現在、起床後、5～10分すると左右の側頭部から後頭部にかけてジンとしぼられるような痛みを感じ(図1)、1日中とぎれることがない。夜間痛、歩行障害、膀胱・直腸障害はない。上肢における神経症状はない。痛みは午後2時過ぎから夕方にかけて強くなるが、中程度の痛みで仕事に支障をきたす程ではない。また午後から始まる会議や客の接待で、痛みは増強し終了によって軽減する。後頭部・肩上部・肩甲間部にコリを感じる

が悪心、嘔吐、腹痛、下痢や前兆はない。痛みはタバコにより誘発され、気候の変動、疲労、アルコールの飲み過ぎにより増強し、入浴、晩酌(ビール中びん1本)によって緩解する。仕事のない土・日は軽減している。

なお、業務において眼を酷使するようなことはない。職場では病気を理由に異動を願い出て、5月1日より営業から総務に変わった。タバコは1日20本。スポーツは接待ゴルフのみ。

既往歴 頭部外傷、転倒およびてんかんの既往はない。

家族歴 母親が結婚後、緊張型頭痛を繰り返し、76歳の現在も疲労時に発症。

診察所見 血圧(臥位)128-70mmHg。脈拍68。中肉中背。

頸の運動および上体の前屈動作による愁訴の増悪は認められない。外傷の瘢痕、ヘルペス、静脈の怒張、感覚障害、運動麻痺、眼症状などは認められない。項部硬直、バレ徴候、アームチェア徴候、見えない枕、下顎閉閉などはすべて陰性。頭部擦過、叩打、振盪の各試験はすべて陰性。エゴグラムはN型(A優位型、ワーカホリックタイプ)。SRQ-Dは11点(15点以上が軽うつ症状)。

圧痛点は上天柱・天柱・風池・脳空・率谷・角孫・天牖・肩井・肩外兪・肺兪・和髎・腎兪に検出された(図2)。

要 約 本症例は発症の仕方、臨床症状、診察所見などから緊張型頭痛を推定した。頭蓋をとり囲む筋の持続的収縮に起因する緊張型頭痛は鍼灸の適応症であるが、もともと素因によるところが大きいと言われているので¹⁾心理面からのアプローチも加えて試みることにした。

患者への対応 頭のまわりの筋肉が何らかの原因によって、ずっと緊張状態になっています。筋肉の中を流れている血液の循環状態が悪くなって、繰り返し頭痛が起きるのです。そのような頭痛に対して鍼灸はとてもよく効きますが、原因をとりのぞくこともまた大事なことです。

治療・経過 頭部・頸部・肩背部の筋の過緊張および虚血状態を改善する目的で以下のような治療を行った。

第1回(7月29日)

使用鍼はすべてステンレス製を用いた。治療体位は伏臥位で、まず1寸6

分一3号(50mm-20号)を用い、上天柱に傍神経刺(注2)で内下方に向けて3cm、次に1寸3分-2号(40mm-18号)を用い、風池へ対側の外耳に向けて約2cm、天柱・肩井・肩外兪・肺兪・腎兪は交叉刺(注3)で1cm、脳空は5mm、それぞれ刺入し15分置針した。置針中、後頸部を中心に赤外線にて加温し、抜針後、肩背部の各穴に温灸(カマヤミニ)を行った。

次に側臥位で天牖に傍神経刺で後上方に向け約3cm、率谷・角孫・和髻にそれぞれ5mm刺入し、15分置針した。百会に半米粒大で3壮施灸した。
生活指導 重い病気の心配はないのですから、まず肉体的疲労をとることを第一番目に考えましょう。そのためには睡眠時間を意識的に増やすよう心掛けて下さい。どうすれば痛みが楽になるのか、もう経験済みなのでから痛みをうまくコントロールできるように試みて下さい。首や肩の緊張・コリ感を取り除くために、ストレッチや有酸素運動(ウォーキング・スイミング)をするのも効果的です。この際、仕事以外の好きなことをしてみるのも気分が変わっていいものです。

第3回(8月11日) エゴグラムのFCを上げるため心兪・内関に1寸3分-2号(40mm-18号)を用いて5mm刺入し、15分置針した。治療後、後頭部に痛みはまだ残存しているが気にならなくなった。

第6回(9月2日) ペイン・スケールによると側頭部から後頭部への痛みは最大時の3分の1に軽減した(表1)。

第8回(9月9日) 現在、通院中の神経内科にて脳波検査の結果、確定診断はまだ先だが気になるところがあるとの説明を受け、てんかんの薬(テグレトール)を処方される。テグレトール服用後は非常に眠くなり、痛みがズーというシビレに変化する。効き目が強いので痛みが増悪した時だけ4分の1錠服用する。

第11回(9月26日) 以前に比べると痛みの感じ方が表面的になってきた。しめつけを感じる部位が今までは漠然としていたが、口の開閉や頭の回旋によってはっきりわかるようになってきた。

最近、上司より元の職場への復帰を打診されたが、自信がないので断った。

第12回(9月30日) 昨日は、一日中とぎれることのなかった痛みが退

社時間を過ぎる頃から弱くなり、就眠時には全く消失した。後頸部・肩上部のコリ感は少し軽減した。今日、脳波検査の結果、医師よりストレスに起因するごく軽いてんかんとの説明を受け、てんかんの薬がヒダントールに変わる。

考察 本症例は、外傷もなく、原因疾患も見当らず、側頭部から後頭部にかけて徐々に絞扼痛が発症し、非進行性で、午後から夕方にかけて増悪することや、随伴症状として肩こりを訴えることなどから緊張型頭痛を推定した。

さらに国際頭痛学会(1988年)の診断基準では、非拍動性で両側性の締め付けるような痛みが中程度で、1カ月間に15日以上、6カ月続き自律神経症状(悪心、嘔吐など)が認められないものを頭部筋群の異常を伴う慢性緊張型頭痛(原因は心労、国際分類コード2.2.1.4)に分類しており、本症例もこれに該当するものと推定した²⁾。以下、上記の推定の妥当性について考察してゆくことにする。なお植村は、診断は検査で決まるのではなく病歴で決まると述べ、病歴聴取から得られる情報を考慮すべきことを強調している³⁾。精密検査による結果は結果として臨床症状、診察所見を中心に考察を加えていくことにする。

まず、頭痛を訴える患者を目の前にして最初になさなければならないのは、緊急を要する疾患の除外である。

くも膜下出血については、本症例の発症が徐々であり、突発ピーク型でないこと、非進行性で高血圧の既往もないこと、そして精密検査などから総合すると除外できる⁴⁾。

脳腫瘍について、木下は脳腫瘍における頭痛は頭蓋内圧亢進が早期から認められる急性型に伴いやすいと述べている⁵⁾。また、植村は目が覚めた瞬間が頭痛のピークである「目覚め型の頭痛」の場合、脳圧亢進による可能性が非常に高いとしている⁴⁾。本症例については「目覚め型の頭痛」ではなく、嘔吐を伴わず、6カ月間、症状の進行もないことや、精密検査などから脳腫瘍は除外できる。

慢性硬膜下血腫をはじめとする頭蓋内血腫・虚血性脳血管障害および髄膜炎については、神経症状、頭部叩打・振盪試験が陰性であり、精神活動

の低下や発熱も認められず、精密検査などからも除外できる⁵⁾。

次に本症例の臨床症状ともっとも紛らわしい症候性頭痛との鑑別について考察をすすめていくことにする。

まず、急性副鼻腔炎については、耳鼻症状がなく、痛みが非拍動性で上体の前傾姿勢により増悪しないことなどから⁶⁾、もっとも可能性は低い。

また間中は、慢性副鼻腔炎について頭痛の原因疾患になることはまれである⁶⁾と述べている。

側頭動脈炎については、好発年齢に遠く、発症の仕方も異なり、CRP陰性などから⁶⁾その可能性は低い。

眼科領域の急性緑内障発作については、悪心、嘔吐、眼症状がなく、結膜充血、角膜混濁、瞳孔散大などが認められないこと⁶⁾から除外可能である。

頸性頭痛については、頸部X線検査を受けていないことや、神経内科のMRIにおいて頸椎症やヘルニアが診察の対象になりえたのか確認できないことなどからその可能性は否定できない。しかし頸椎の運動による痛みの増悪や著明な自律神経、精神症状を伴わないことから⁶⁾可能性は低いと考える。

さて、機能的頭痛についても本症例と紛らわしい近縁疾患が存在する。まず、頭部神経痛については、痛みの性状、持続時間、頭部擦過試験陰性などから除外できる¹⁾。

また、抑うつ性頭痛については、痛みが朝方に憎悪することはなく、睡眠障害も認められず⁶⁾、SRQ-Dテストが11点であることなどから可能性は低いと考えられる。

本症例は2月から3月下旬にかけて肉体的疲労が蓄積し、不眠の時期が続くと同時に食欲不振に陥り、55kgあった体重が46kgまで減量している。そこに仕事上のストレス（主に人間関係）が誘因となって、頭蓋をとりまく筋肉の持続的収縮から筋肉の循環障害が起こり、発痛物質の発生を経て疼痛にいたるまでの悪循環が完成し、慢性頭痛となって発現したものと考えられる。

趣味もなく子供もいないことから仕事中心の生活がうかがえるが、それ

はエゴグラムのパターン分類による特長に合致する。N型A優位型は典型的なワーカホリックタイプである⁷⁾（図3）。緊張型頭痛はもともと患者の気質・体質によるところが大きい¹⁾といわれるが、エゴグラムのパターン分類はそのことを裏付けている。

ここで医師の診断と治療を薬の処方を通して追ってみることにする。最初の薬の服用は4月下旬、自律神経調整剤から始まり日時の経過とともにビタミンE剤・筋弛緩剤・緩和剤が追加された。ここまでは明らかに緊張型頭痛として診断・治療にあたっていることがうかがえる。

しかし、9月9日からはてんかんの治療薬（テグレトール）に切り替わり、さらに9月30日からはストレスによる脳波の乱れがあるとの説明を受け、別のてんかん治療薬（ヒダントール）に替えられた。

本症例はてんかんの既往もなく緊張型頭痛の必要条件を全て満たしているものと推定されるが、医師の投薬は単に痛みの軽減のためなのか、それとも緊張型頭痛以外の何物かを示唆しているのかわからない。

鍼灸治療については、緊張型頭痛は最適症である。筋肉の弛緩を促し血行の改善をはかることによって発生機序の悪循環に働きかけ、その成立を阻んだことが痛みの軽減につながったものと推測する。

しかし、一旦、悪循環が完成すると頭痛はなかなか治りにくく、長時間にわたり持続するとの報告もあり⁸⁾、経過観察に留意しながら現在も治療を続けている。

注1：慢性頭痛とは、随伴症状はあるが頭痛を中心とする反復性の頭痛¹⁰⁾。

注2：傍神経刺とは、神経本幹と筋繊維の走行が交叉する部位の筋内に施鍼する方法⁹⁾。

注3：筋繊維と交叉する方向に鍼を刺入する¹¹⁾。

経穴の位置

上天柱：天柱の直上で項窩中央の約2cm外方⁹⁾。

参考文献

- 1) 間中信也、ほか：緊張型頭痛、「頭痛クリニック」、p.38~50、新興医学出版社、1993。
- 2) 木下真男：頭痛、「頭痛・神経痛診療マニュアル」、p.28、新興医学出版社、1994。
- 3) 植村研一：頭痛、「頭痛・めまい・しびれの臨床」、p.20、医学書院1994。
- 4) 植村研一：頭痛、「頭痛・めまい・しびれの臨床」、p.4~19、医学書院、1994。
- 5) 木下真男：頭痛、「頭痛・神経痛診療マニュアル」、p.5~9、新興医学出版社、1994。
- 6) 間中信也、ほか：各科領域の頭痛、「頭痛クリニック」、p.51~65、新興医学出版社、1993。
- 7) 末松弘行、ほか：TEGのパターン分類による活用、「エゴグラム・パターン」、p.98、金子書房、1989。
- 8) 間中信也、ほか：頭痛の診断と治療、「頭痛クリニック」、p.6、新興医学出版社、1993。
- 9) 木下晴都：神経系疾患、「最新鍼灸治療学」、p.7、医道の日本社、1986。
- 10) 木下真男：頭痛、「頭痛・神経痛診療マニュアル」p.1、新興医学出版社、1994。
- 11) 木下晴都：神経系疾患、「最新鍼灸治療学」p.34、医道の日本社、1986。

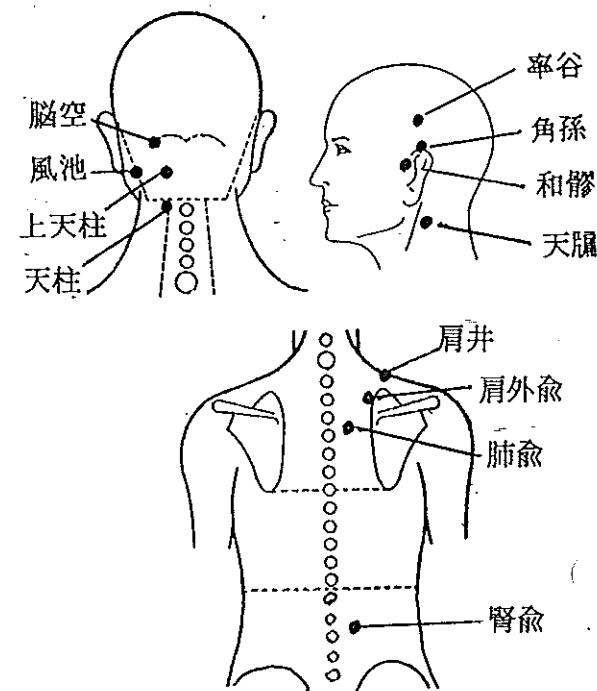


図2 圧痛点と治療点

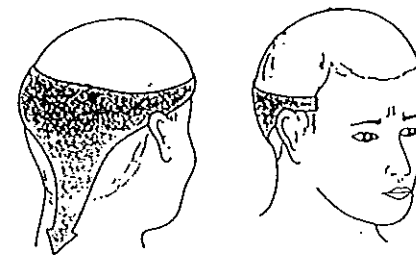


図1 疼痛部位

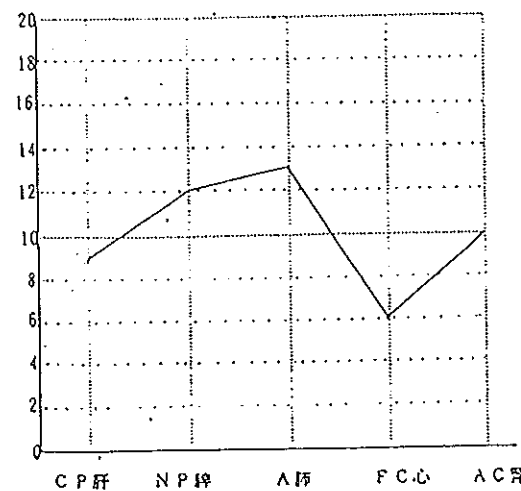


図3 エゴグラム (N型A・優位型)

表1 ペインスケール (側頭部から後頭部にかけての痛み)

