

平成8年3月28日

拍動性ではないが 片頭痛と思われる一症例

症例報告

木下 典穂

症 例 KG 29歳 男 会社員（事務）

初 診 平成7年10月7日

主 告 頭痛

現病歴 6, 7年前から頭痛に悩まされている。病院でCT等諸検査をしたが異常なく、片頭痛といわれ、血管収縮剤を毎日服用している。発作の頻度は1~2カ月に1度だったのが、1年ほど前から2週間に1度くらいになっている。発作回数が多くなってから再度検査をしたが、やはり異常はない。発作は金曜日か土曜日に起こることが多い。昨日（金曜日）もいつもの頭痛が起きたが、今日はいまのところ（正午ころ）起きていない。発作の起こる前に典型的な前兆はないが、起床時に頭重感があり、頭痛がくるなということは何となくわかる。左目と後頭部を結んだ線の中心部から痛み始め、頭全体に広がっていく。拍動性ではなく、ズーンとした持続性的痛みである。朝の10時ころから痛み始め、夕方か夜の8時ころにおさまる。発作中に視野狭窄が出現することがあるが、多くは20分程度で消失する。吐き気、嘔吐を伴い、吐くと少し楽になる。光過敏はない。音は過敏になる。発作中はどんな薬をのんでも効果はない。仕事を休むほどではないが、能率があがらず、日常生活に支障を来す。アルコールは付き合い程度で、痛いときは飲まないし、風呂はいつも就寝前なので、飲酒や入浴が増悪因子になるかどうかは分からぬ。他に誘発・増悪因子として思い当たるものはない。頭痛発作時を除けば、食欲、便通は正常。睡眠障害はない。

- 1 -

既往歴 特記すべきものなし

家族歴 姉が15~20歳のときに片頭痛

診察所見 血圧108~62mmHg。頸椎の前屈痛、後屈痛、側屈痛、回旋痛はすべて陰性。頸の運動制限は認められない。頭部に外傷はない。血管の怒張はみられない。頭部擦過テストは陰性。圧痛は天柱、肩井、肩外俞に検出された。

要 約 痛みの性状が拍動性ではないが、頻度が2週間に1度くらいであること、持続時間が6~10時間であること、視野狭窄が出現すること、吐き気や嘔吐を伴って吐くと少し楽になること、音過敏があることから片頭痛が推測される。病院における諸検査に異常はみられず、6, 7年前から続く慢性の「いつもの頭痛」であるところから、安全な頭痛と判断し、鍼治療を試みた。

患者への対応と生活指導

[本症例は医師から片頭痛についての十分な説明を受けており、当方に拍動性でない片頭痛という初めての体験に対するとまどいもあったので、病態に関して触れるることはしなかった。]

痛みが拍動性でないと聞いたときはエッと思いましたけれど、やはり片頭痛のようです。片頭痛は痛みを起こしたり強くしたりする原因をみて、それを避けるようにするのが大切です。先ほど何も思い当たることはないという話でしたけれど、本当にありませんか。例えば食べ物、あるいは週末に痛みが多く起こるようですが、そのあたりではどうです。（お医者さんにも言われていますが、特にありません）。それと気になるのが薬の使い過ぎです。薬は毎日飲むように言われていますか。（いえ、痛みの出る前か、痛み出してすぐのときだけ使うように言われています）。そうでしょう。あなたの場合は頭痛がくるなということが何となくわかるわけですから、そのときだけ飲めば良いではありませんか。薬の使い過ぎはかえって頑固な頭痛を引き起こし、治りにくくしてしまいます。その点を改めるようぜひ努力してください。

- 2 -

治療・経過 拍動性でない片頭痛の治療は初めての経験だったので、治療点は圧痛点を主にしてごく少数にしづらり、経過を観察することにした。

第1回 治療体位は伏臥位。風池に単刺、天柱、肩井、肩外俞、肺俞に15分間の置鍼を行った（図1）。患者は鍼治療の体験がなく、痛みに過敏との印象を受けたので、ステンレス鍼の1寸3分-2号（40mm-18号）を使用し、刺入深度は1cm程度にとどめた。

第2回（9日目、10月16日）昨日（日曜日）、発作が起こった。いつもの頭痛で、ズーンとした痛みが朝の10時ころから夕方まで続いた。視野狭窄はなかった。吐き気があり、吐くと楽になった。音過敏はあった。今日は会社に遅刻すると連絡して来院した。2週続けて頭痛が起きたのは、初めてではないが珍しい。

2回治療しただけで、本症例は脱落した。

考 察 本症例は要約に述べたとおり、頻度、持続時間、前兆、随伴症状などから片頭痛が推測される。痛みの性状が拍動性でない点に関しては「前兆を伴う片頭痛の性状は軽度の頭重感に近いものから拍動性の打たれるような激痛までさまざま」¹⁾「拍動性ではないが、後頭部あるいは両側または一側性の激しい頭痛で数時間で治まり、恶心・嘔吐、羞明を伴うような場合でも片頭痛の可能性が高く、拍動性か否かは片頭痛か否かということにはならない」²⁾「頭痛の性状が拍動性であるのか否かは片頭痛の直接的診断根拠とはならないが、拍動性（脈拍に一致したような痛み）は片頭痛を強く示唆する」³⁾「拍動性頭痛は片頭痛の確実な診断根拠となり得る可能性は高いが、拍動性頭痛が存在しないからといって、片頭痛を否定する根拠とはなり得ない」⁴⁾などの記載があり、本症例を片頭痛と推測する障害にはならないと考える。

病院における2度の検査で異常がなく、6、7年間の病歴を有する慢性の「いつもの頭痛」であるところから、頭蓋内器質性疾患に伴う危険な頭痛の可能性はまず有り得ない。

考慮にいれるべき頭痛としては、混合性頭痛、薬剤の慢性使用による頭

痛、低髄液圧性頭痛があげられる。

低髄液圧性頭痛は、腰椎穿刺のように人為的な操作によって圧がさがるのではなく、自然に髄液圧が下がって起こる牽引性頭痛で、特徴としては「頭全体のジーンとする均一性の痛みだが、強いときには拍動感を感じる。体を起こすと痛みが強まり、横になると軽快する。緊張したときなどには頭痛が改善するか、あるいは消失する。頭痛は午前中に強く、午後から夕方になると概して軽快する。」などが記されており⁵⁾、このうちの頭全体のジーンとする均一性の痛みや、朝起きてしばらくすると痛みを感じるようになり夕方になると軽快する点は、本症例の症状とかなり似通っている。しかし、この頭痛はもともと髄液圧の低い老人に多い⁶⁾こと、体を起こすと痛みが強まり横になると軽快するという最も特徴的な症状を症例が訴えていないことから可能性は低いと考えられる。

本症例は前兆を有し、頻度も月に2、3回なので、少なくとも単独の緊張型頭痛は除外できようが、ズーンとした持続性の痛みはいうまでもなく緊張型頭痛の代表的な症状であり、痛みの性状以外に緊張型頭痛を思わせる特徴は何もないとはいえ、両者の合併した混合性頭痛の可能性を否定することはできない。

本症例の最も重要なポイントとして考慮しなければならぬのは、薬剤の慢性使用による頭痛である。

坂井は「頭痛の構造」の中で「片頭痛の患者さんが心配のあまりカフェルゴットを毎日服用するようになると、脳血管は収縮状態が続き、片頭痛が誘発されやすくなる。もう一つ、片頭痛が慢性化するパターンは混合性頭痛である。（中略）緊張型頭痛は頭部筋群の収縮により増悪するので、カフェルゴットの連用により筋肉の血管が収縮すると頭部筋群は循環障害を起こし緊張型頭痛は増悪する。（中略）徐々に慢性化すると、2種類の頭痛の区別がつかなくなる。毎日が片頭痛だったり、毎日が緊張型頭痛だったりする。（中略）このような頭痛が最近chronic daily headacheと呼ばれるようになった」と述べている⁷⁾が、本症例はまさにこの危険を犯している。Solomone ら（1992）の定義ではchronic daily headacheは頭痛が1週に6日間以上少なくとも6ヶ月間持続する場合とされており⁸⁾、本

症例がここまで移行するとは思えないが、1～2カ月に1度だった頭痛が1年ほど前から2週間に1度くらいになり、来院時に2週続けて発作を起した事実は片頭痛の慢性化を推測させる。これを避けるには薬剤の使用量と使用回数を減らす必要があると考えるが、薬物投与中断で誘発される頭痛も存在する⁹⁾ので、現実にはいろいろと難しい問題が含まれているよう気がする。

鍼灸治療における頭痛の最適応症は、いうまでもなく緊張型頭痛と頭部神経痛であろう。しかし、片頭痛や群発頭痛でもこれまでに良好な成績をおさめた経験があるので、今回は拍動性の痛みではない「変な片頭痛」ではあったが、治療を試みてみた。

経過を見るとおり、本症例は2回の治療で脱落しているので、治療効果については不明である。

参考文献

- 1) 木下真男：頭痛、「頭痛・神経痛診療マニュアル」、p.20、新興医学出版社、1994.
- 2) 下村登規夫、高橋和郎：頭痛の診断はどうするのか、「頭痛 どう捉え どう治すか」、p.42、金原出版、1994.
- 3) 下村登規夫、高橋和郎：頭痛の診断はどうするのか、「頭痛 どう捉え どう治すか」、p.46、金原出版、1994.
- 4) 下村登規夫、高橋和郎：頭痛の診断はどうするのか、「頭痛 どう捉え どう治すか」、p.48、49、金原出版、1994.
- 5) 寺本 純：低髄液圧性頭痛、「頭痛 正しい知識と治し方」、p.122、診断と治療社、1996.
- 6) 間中信也、喜多村孝幸：内科領域の頭痛、「頭痛クリニック」p.56、新興医学出版社、1993.
- 7) 坂井文彦：頭痛の構造、「SCOPE Vol.34 No.1～No.3 別刷」、p.6、日本アップジョン株式会社、1995.
- 8) 山根清美：薬剤服用による頭痛、「治療 Vol.78 軽視されやすいシグナル 頭痛の診療」、p.100、南山堂、1996.

9) 山根清美：薬剤服用による頭痛、「治療 Vol.78 軽視されやすいシグナル 頭痛の診療」、p.99、南山堂、1996.

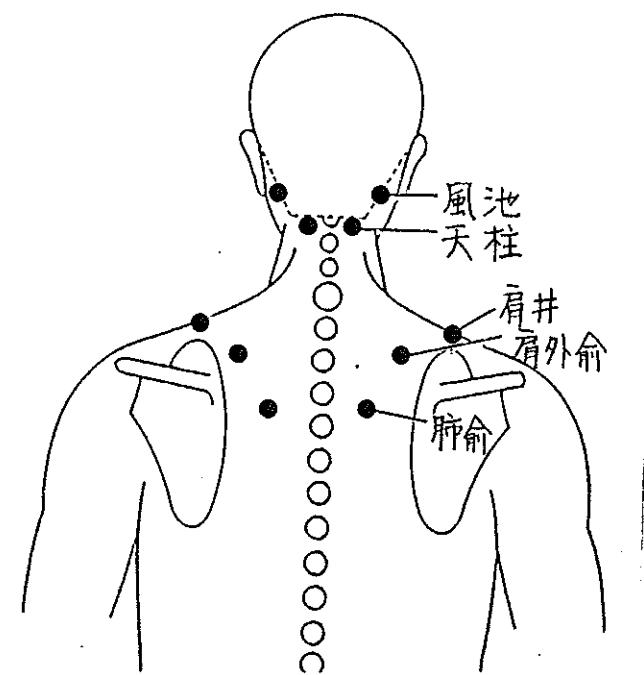
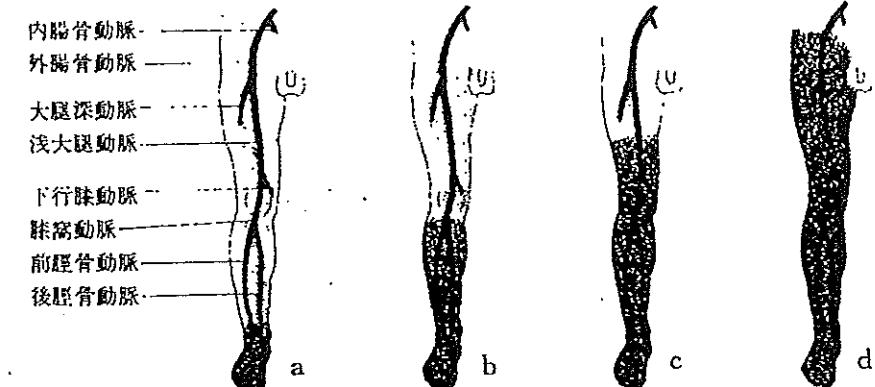


図 1 治療点

表 3 閉塞性血栓血管炎と閉塞性動脈硬化症との鑑別診断

	閉塞性血栓血管炎(バージャー病)	閉塞性動脈硬化症
好発年齢	20~40歳	50歳以上
性	男性が圧倒的に多く95%以上を占め、女性は1~数%に過ぎない。	男性が90%, 女性が10%を占める。女性は閉絶期以後に発病する。
吸烟	喫煙者が多く、喫煙により増悪する。節制により病勢が止まることもある。	喫煙とは関係しない。節制しても病勢は進行する。
罹患部位	下肢に多いが上肢にもおこる。主として中~小動脈(前・後脛骨動脈、腓骨動脈、足底動脈弓、桡骨動脈、尺骨動脈、手掌動脈弓など)が閉塞する。	上肢には稀である。主として下肢大・中動脈(腸骨動脈、大腿動脈、膝窩動脈など)が閉塞する。
臨床症状	足趾の冷感、チアノーゼから始まり、やがて間歇性跛行(60~70%)をみる。遊走性静脈炎をみることはない。約20%に難治性潰瘍が出現する。疼痛は余り強くない。他に動脈硬化症状を伴う。	大腿および下腿を中心に間歇性跛行(60~70%)をみる。遊走性静脈炎をみることはない。約20%に難治性潰瘍が出現する。疼痛は余り強くない。他に動脈硬化症状を伴う。
合併症	遊走性静脈炎(30~50%)など。	心筋梗塞(20~40%), 脳梗塞、糖尿病、急性動脈血栓症など。
一般検査	止血検査にてヘパリン抵抗の増強、アンチトロンビンⅢの減少、血小板凝集能の亢進がみられるほかはほとんど正常範囲に留まる。	血清コレステロール、トリグリセライド、遊離脂肪酸、βリボ蛋白などが上昇する。ECGで異常をみるとことが多い。
単純X線撮影	ほとんど異常を認めない。	内膜または中膜に石灰像をみる。
動脈撮影	(閉塞性血栓血管炎の項の図5参照)	(閉塞性血栓血管炎の項の図5参照)
組織学的所見		
血栓	線維芽細胞(fibroblast)の核を多數に認める。やがて器質化血栓となり内腔を閉塞する。	内膜欠損部に血栓形成をみる。細胞核をほとんど認めない。
内膜	急性期には類上皮細胞およびラ氏型巨細胞を伴う肉芽病変を認める。慢性期になると内膜は線維性肥厚を呈す。同様の変化は静脈にもみられる。	内膜はアテローム斑(atheromatous plaque)の形成により局所的に肥厚する。脂質塊および石灰沈着を認める。静脈はほぼ正常である。
内弾性板	ほぼ正常に保たれる。	アテローム斑近傍で重複化および断裂する。
中膜	筋線維はよく保たれ、リンパ球および線維芽細胞の浸潤をみる。vasa vasorumは障害されない。	筋線維は破壊され希薄化す。そのあとを線維組織が置換し石灰沈着がみられる。
外膜	肥厚する。その中に線維芽細胞の増生およびリンパ球の浸潤をみる。いわゆる血管炎の像を示す。	変化は少ない。

8. 四肢動脈疾患



閉塞部位 血行逆行	a 前脛骨動脈 後脛骨動脈	b 腱窩動脈	c 浅大腿動脈	d 外脛骨動脈
該行部位	足関節部以下	①下行肢動脈が開存する場合 下腿1/2以下 ②同動脈が閉塞する場合 下腿部以下	①大腿深動脈が開存する場合 膝関節部以下 ②同動脈が閉塞する場合 大腿1/2以下	①内脛骨動脈が開存する場合 大腿部以下 ②同動脈が閉塞する場合 脛部以下
硬直筋	短母趾屈筋、母趾内転筋、母趾外転筋	①長母趾屈筋、長母趾筋 ②腓腹筋、ヒラメ筋および長母趾屈筋、長母趾筋など	①膝窩筋、腓腹筋、ヒラメ筋 ②大腿四頭筋、大腿二頭筋および膝窩筋、腓腹筋、ヒラメ筋など	①大腿四頭筋(大腿直筋、外側広筋、中側広筋、内側広筋)、大腿二頭筋 ②大臀筋、小臀筋および大腿四頭筋など

図2 動脈閉塞部位と間歇性跛行

表3 間歇性跛行の鑑別

	動脈(血行)障害	神経障害	関節障害	静脈(逆流)	内分泌障害
疾患	Leriche症候群 閉塞性動脈硬化症 閉塞性血栓血管炎 膝窩動脈外脛窩動脈 膝窩動脈挿促症候群	腰部脊椎管狭窄症 黄褐色骨化症 変形性脊椎症 椎間板ヘルニア	股関節変形性関節症 膝関節変形性関節症	深部靜脈(逆流)障害 下腿靜脈瘤 血栓後症候群	粘液水腫
病因	下肢への血流が不足し酸素欠乏から筋肉エネルギー代謝が障害される。	馬尾神経が腰椎部の脊椎管、神経根管または椎間孔の狭窄で圧迫される。	関節の運動範囲が制限されているにもかかわらず過伸展・過屈曲がおこる。	下腿静脈圧が上昇すると静脈は異常に拡張し疼痛をおぼえる。	慢性甲状腺炎から甲状腺萎縮がおこり同ホルモン産生が障害され新陳代謝が低下する。
下肢疼痛	一定時間または距離を歩行すると歩行障害をきたす。休息すれば再び歩行できる。	腰椎の位置で跛行が現われたり消えたりする。とくに腰椎を後屈位にすると同一愁訴をみる。症例によっては立位のみでも同一愁訴をみる。	最初歩き始める時に強い痛みがあり、その後少し良くなるが再び痛みが増強する。	歩行中はそれ程でもないが立ち止まると次第に下肢疼痛が増強する。	歩行により下肢疲労感、筋痛、筋痙攣をきたす。
主訴	「数週間前から10分も歩くとふくらはぎがとくに強く、立ち止まつても余り軽快せず困った。今日はしづらく立ち止まり休息したのちゆっくり歩き出す。」	「昨日は右足の痛みがとくに強く、立ち止まつても余り軽快せず困った。今日は一日床に休んでいた。」	「歩くと足が痛いのでこの頃は外出しないようにしている。とくに天気の悪い日は痛みが強い。」	「歩くと足が痛いのにいかず毎日歩き回っているが長が道はつらい。ふくらはぎがはち切れそうになる。」	「身体がだるく仕事が進まない。少し歩いただけで下肢は疲労する。脚氣ではないかと思う。」
合併症	下肢筋萎縮、足趾潰瘍などを併発する。また高血圧症、糖尿病などを合併する。	一定領域に知覚鈍麻または知覚異常をみる。また腰痛のほか膀胱直腸障害、会陰部障害を合併する。	関節炎、変形および運動時雜音を感知または聽取する。	下肢腫脹(とくに夕方に)、毛細血管拡張、表在靜脈怒張などを合併する。	脱毛があり、貧血、低血圧、心不全を合併する。また眼瞼に浮腫をみる。