

分類・鑑別が困難な混合型頭痛

小池英義

20 歳代からの頭痛持ちの患者で、当初は緊張型頭痛として鍼灸治療を試みた。症状の軽減が認められたところで、現病歴や臨床症状から異質な頭痛の存在を確認していることから、分類・鑑別を試みた結果、片頭痛が混在しているものとして対応し、ある程度の結果が得られているので報告する。

症 例：51 歳 男性 病院厨房勤務

初 診：平成 27 年 11 月 28 日

主 訴：繰り返す頭痛

現病歴：20 歳代から頻繁に軽度～中等度と思われる頭痛に襲われていた。比較的強いのは午後に多く発症し、右目奥～側頭部・後頭部がズキズキするような頭痛だった。痛みの強い時はナロンエースまたは EVE A を服用していた。

15 年ほど前、学校（高校教員時）のイベントの時に急激な頭痛と発汗で動けなくなったことがあった。数時間ソファーで倒れ込んでいたが、その後、何事も無かったように回復した。今回の発作と似たものは、これが最初だったと思う。その後、脳神経外科を受診し、MRI 撮影をした結果、脳の病気ではないとのことで、薬の処方も何もされなかった。

3 年位前から、吐気を伴う激しい頭痛が年に数回起きるようになった。多くは早朝に頭痛で目が覚め、起きると吐気を伴ったが、実際に嘔吐することは稀で、頭頂部から頭部の広い範囲の痛みで、午前中は何もすることが出来ず午後には回復することが多い。朝は吐気のために薬を飲むことが出来ず、吐気が治まってから EVE A を服用した。激しい頭痛ではないが、頭重感や締付けられるような軽度～中程度の頭痛は日常的にあり、強い痛みになりそうな時は、その前に EVE A を服用している。バファリンは全く効かず、ロキソニンもあまり効かない。1 年位前から頭痛の頻度が、月の 2/3 位に多くなっている。

1 ヶ月前の発作（午後 7 時半位）は、業務中に頭痛と吐気を催し徐々に増悪した。帰宅（午後 9 時）後、激しい頭痛に襲われ嘔吐を繰り返した。流涙を伴い全身発汗し寒気と異臭も感じたが発熱などの全身症状や下痢はなかった。嘔吐のため薬は服用できず、そのまま眠ってしまい朝 5 時に目覚めたときは治っており、その日は普通に日常生活が出来た。発作前の状況は、前日の就寝時刻が悩み事で午前 3 時と遅かったが、疲労感を感じていなかった。

今回（11月26日）は、夕方から何となく頭痛の始まる予兆らしき軽度の頭痛から始まり、夜になってから後頭部～側頭部にかけての疼痛（図1）と嘔気があり、何も出来ずに臥床して知らない間に眠ってしまい、朝になったら治っていた。この時の痛みの程度は1ヶ月前と比べ「8.5/10」位だったと思う。今現在は、凝り感と頭重感があるが頭痛を感じる程度には至っていない。

頭痛の特徴として、頸・肩・肩背部の強い凝り感を伴う頭痛が多く、それが長時間続く場合に、眼の奥や側頭部の疼痛から始まる持続時間の短い強い頭痛が時々あるように思う。頭痛の初期に服薬すれば治る場合がある。嘔吐や発汗・寒気・臭気過敏・異臭などを伴う激しい頭痛が時々あり、数時間以内で治まることがある。

その他、高校3年の時からギックリ腰を繰り返しており、整形外科では腰の骨の奇形と言われたが詳しいことはよく覚えていない。腰痛も時々発症する。20代半ばに耳鼻科を受診し右高音域の難聴が判明した。昨年の人間ドックで高脂血症、脂肪肝、高尿酸血症などを指摘された。1日の睡眠時間は5～6時間で、食事は朝食抜きで1日2食。頭痛の誘引や増悪すると思われる食品は、アルコールやラーメンをはじめとする中華料理で、生活習慣などでは、肩・頸・肩背部の日常的な凝り感、長時間のPC作業、睡眠不足や長時間の睡眠、心理的ストレスなどである。気候によっても頭痛の誘発や増悪は関係あるように思う。癲癇発作を起した事はない。帯状疱疹の既往はない。白内障ではない。長男（高校3年生）が子供の頃より光過敏で特にLED照明に弱い。視力は両眼とも0.2程度で遠近両用メガネを使用。高校2年の時に歯周病の手術を行い、昨年1年間歯周病の治療を行った。喫煙は15年程前に禁煙。アルコールは嗜む程度である。スポーツは行っていない。医師の受診およびその他の治療は行わず、痛みの強い時はEVE Aで対応している。その他の一般状態は良好である。既往歴：むち打ち症（高校生）、副睾丸炎で21歳の時左副睾丸摘出手術、うつ病（40歳代半ばに1年間パキシル服用）。

家族歴：妹－中学生の時から片頭痛（出産後、頭痛頻度や痛みの程度が半減した）。

長男－片頭痛（1月17日に確認）

診察所見：身長166cm、体重63kg、血圧133/82mmHg、脈拍78/分で整。日常的に頸肩部から後頭部にかけての凝り感を伴う持続時間の長い頭痛がある。時に眼の奥～側頭部・後頭部から始まる強くて比較的持続時間の短い疼痛がある。圧痛は完骨、風池、天柱、肩井、肩外兪、肩中兪、天膠、膏肓、天宗、肩貞など多数存在し、完骨・風池・天柱の圧痛は著明で、風池の押圧は愁訴の再燃を思わせる。頸・肩・肩背部および前胸部の筋全体の緊張があり、特に後頸部筋や肩甲挙筋に緊張と膨隆が認められ右側肩上部が左と比較して挙がっている（図1、図2）。頸椎の前弯は減少しており、頸の運動による頸・肩部のツッパリ感は強いが頭部や上肢に痛みや痺れはない。ツングの簡易評価表は36/80点。経過観察の指標はペインスケールを用い、10月28日の疼痛を10/10とすることにした。

診 断：頭痛の性状や部位・随伴症状が混在しており、ICHD-IIの分類や診断基準に当てはまらない項目も多いが、日常的に頸・肩・肩背部の凝り感を感じていることと頭痛との関係や、現病歴・所見から緊張型頭痛の存在を認め、鍼治療は局所の筋緊張・血流改善に適応であることから、先ず緊張型頭痛の症状改善を目的に対応する事にした。片頭痛・群発頭痛混在の有無などについては、経過の中で整理して分類や類症疾患の鑑別をする事にした

対 応：日常的な凝り感と頭痛は因果関係があり、鍼治療は症状改善に有効だと思いますので、先ずはその治療を優先したいと思います。時に出現する異質の激しい頭痛の存在については、経過中、緊張型頭痛の症状が改善された所で分類・鑑別し対応しようと思います。

治療・経過：治療は局所の血流改善・筋緊張緩和による頭痛の症状改善を目的にした。治療姿勢は伏臥位で胸当てを使用し、両足背部に枕を置き、膝関節を軽度屈曲させた。使用鍼はステンレス製1寸3分-1番(39mm-16号)を用い、完骨・風池・天柱、肩井に5~10mm直刺で刺入、1寸6分-2番(48mm-18号)を用いて肩中兪、天宗、肩貞、臑兪は20~30mm直刺で刺入、肩外兪、天膠、膏肓は上から下方に向けて20mm~30mm斜刺し、各々15分間置鍼して各刺鍼部に2回宛台座灸を行った。前胸部筋の緊張に対しては、軽度揉捏を行った(図2)。

生活指導：自分自身でもストレッチなど凝り感を改善出来そうな事は積極的に行い、日常生活で頭痛の誘引と思われる事柄を出来るだけ排除し、規則正しい生活をするように心掛けて下さい。

第2回(12月12日、15日目)前回の治療より、頭痛発症の頻度や疼痛の強さが半減した。お渡しする頭痛日誌を記載して、治療の都度持参して下さい。

12月2日：ペインスケール2/10、起床時、拍動不明

12月5日：ペインスケール2/10、起床時、拍動不明

12月9日：ペインスケール4/10、起床時、拍動不明、EVE A服用

第3回(12月26日、29日目)疼痛時に頸動脈の押圧をしてみてください。

12月20日：ペインスケール5.5/10、夜間、拍動不明

第4回(1月17日、51日目)：片頭痛に対し改めて問診・所見をとる。要約すると、

1. 発症はマチマチだが、比較的夜間・起床時に多い。
2. 1時間~72時間持続する
3. 片側性、時に両側性の中等度~重度の拍動性頭痛~非拍動性の頭痛がある。
4. 眼の奥が重くなるなど、予兆らしきものがある時もあるが、閃輝暗点など明確な前兆はない
5. 頭痛誘発・増悪因子として、アルコール特に赤ワイン、ラーメン・餃子などの中華料理、睡眠不足や長時間の睡眠、低気圧、光過敏、心因性のストレスなどが考えられる。

6. 随伴症状として、重度の頭痛の時は、流涙、発汗、項部から後頸部筋にかけて強い直感がありジッとしていられないなどがあり、嘔気や悪心および嘔吐を繰り返す。眩暈、耳鳴、鼻漏、結膜充血や眼瞼下垂およびホルネル徴候らしきものは無い。
7. 運動や温熱により頭痛が軽減することもあるが、疼痛が強い時は増悪する。
8. 拍動性の時に頸動脈の押圧で疼痛軽減し、離すと増悪する。
9. 家族に複数片頭痛の者がいる。

など片頭痛に基づいて再聴取した結果、片頭痛の存在を確認し、足臨泣、陽陵泉、足三里、外関、合谷、翳風、百会、崑崙の置鍼を追加した。また、長男は中学生の時から頻繁に頭痛があり片頭痛と診断されている事を最近会って確認した。

1月5日：ペインスケール 5/10、起床時～午後、非拍動性、起床時に EVE A 服用

1月12日：ペインスケール 8/10、午後～夜、拍動性、

1月13日：ペインスケール 3.5/10、午前～午後、拍動不明

1月14日：ペインスケール 5.5/10、夜間、拍動性、

第5回（1月30日、64日目）：発作時に左臨泣の置鍼を指示

1月20日：ペインスケール 2/10、夜間、非拍動性、予兆らしきもので緩解

1月24日：ペインスケール 5/10、午前（起床時のみで軽快）、拍動性、EVE A

1月26日：ペインスケール 1.5/10、夜間（予兆らしきもので軽快）、非拍動性

第6回（2月20日、85日目）

2月1日：ペインスケール 3/10、夜間、拍動性、トリプタン服用効果は軽度

2月2日：ペインスケール 6.5/10、夜間、EVE A、嘔気あり、左臨泣刺鍼で軽快、次に右臨泣の刺鍼を試みて、頭痛が増悪。

2月3日：ペインスケール 2/10、午後、非拍動性、EVE A

第7回（3月13日、107日目）2月2日のエピソードから、両側の足臨泣と風池を選穴し、交叉性にイオンパンピングを加えた。

2月22日：ペインスケール 2.5/10、午前、拍動性

2月27日：ペインスケール 2.5/10、午前～午後、非拍動性、後頸・肩上・肩背部の温熱シャワーで軽快

3月2日：ペインスケール 5/10、午前～午後、拍動性、EVE A

第8回（3月29日、123日目）

3月18日：ペインスケール 2/10、午後、非拍動性

3月23日：ペインスケール 5.5/10、午後～夜、非拍動性～拍動性

第9回（4月6日、131日目）3月24日から今日まで2週間の間、頭痛は全く無い。

考察：本証例を IHDC-II の診断基準や臨床症状および所見・治療経過などから、頻発反復性緊張型頭痛と、前兆のない片頭痛の混合型と診断し、群発頭痛は除外した。以下にその理由を述べる。1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)

頻発反復性緊張型頭痛

1. 3ヶ月を超えて、平均して1ヶ月に1~14日の頻度で発現する頭痛が10回以上ある。
2. 数時間~数日間、または絶え間なく持続する。
3. 両側性、時に片側性の頭痛。

その性状は圧迫感や締め付け感で非拍動性の時が多い。

強さは軽度~中等度、

運動や温熱により軽快する事がある。

4. 悪心・嘔吐を伴わない時が多い。

光過敏を感じない時が多く、音過敏は右側難聴のため不明。

など、多くの頭痛症状の中から診断基準に当てはめを行うと該当する。

前兆のない片頭痛

1. 頭痛発作の持続時間が4~72時間である。

2. 片側性、時に両側性。

拍動性の頭痛、時に非拍動性。

中等度~重度の頭痛。

運動により頭痛の増悪がする時がある。

3. 悪心、嘔吐、発汗を伴うことがある。

光過敏を感じる時がある。音過敏は難聴のため不明。

* 家族に複数片頭痛の者がいる。

など、混在している頭痛症状の中から診断基準に当てはめを行うと該当する項目が多いことから、前兆のない片頭痛に該当する。

尚、臨床症状、現病歴などから、以下の類症疾患を除外した。

群発頭痛：症例の場合は、随伴症状として発汗・流涙・異臭や発作の強い時はジッと居られないで動き回るなどの該当項目も時には認められるが、眼窩部の重度の痛みや鼻漏・耳閉感およびその他、顔面紅潮・眼瞼浮腫・結膜充血やホルネル症候などは無い。群発頭痛は片側性の頭痛で、発作頻度が1回/2日~8回/1日、持続時間が30~180分などで、診断基準を満たさないので一応除外した。

二次性頭痛の鑑別

精神疾患による頭痛：うつ病の既往があり、心因的要素は頭痛に密接な関係があると云われており、頭痛の誘発や症状修飾にある程度関与していると思われるが、ツングの簡易問診表でスコアが36/80であることや、治療・経過中に抑うつ症状などの想定される徴候が認められないので一応ないものとした。

頭蓋骨・頸部・耳鼻口腔・歯科疾患などによる頭痛：高校生の時に剣道の練習時の激しいむち打ちや歯周病の手術が既往にあり、随伴症状としての頭痛があったが、一旦緩解していることや、頭痛の発症時期が異なることから除外した。

その他の二次性頭痛：初発が 50 歳以降ではなく頻度と程度が増加しないこと、神経脱落症状や癌・免疫不全の徴候が認められない事、突然の経験した事のない頭痛ではないこと、発熱・項部強直・髄膜刺激症状などが無い、臨床症状や現病歴・所見などにより、主たる二次性頭痛の徴候が認められない事から、一応除外できるものとした。

緊張型頭痛は、稀発反復性・頻発反復性・慢性緊張型頭痛に細分類されるが、頻度や持続時間などから ICHD-II の診断基準に従って頻発反復性緊張型頭痛とした。緊張型頭痛の発症機序については、その病態や機序はいくつかあるが、末梢性要素として頭蓋周囲の圧痛の度合いが、頻度や強度と相関することが証明されており、肩・首・頭部にかけての筋肉にストレスが加わり、硬くなって虚血を生じ、そこから発痛物質が出現するものと考えられており、鍼灸治療は局所の血流および筋緊張改善効果があることから、愁訴軽減に寄与したものと考えられる。

片頭痛は前兆のある片頭痛と前兆のない片頭痛およびその他の片頭痛が細分類されており、国際分類表に従うと慢性片頭痛に最も近いが、月平均の発症日数が 15 日前後と微妙であることや、混在している頻発反復性緊張型頭痛の診断基準の項目を減算して ICHD-II の分類に従うと該当しないことから、前兆のない片頭痛とした。片頭痛の疼痛に関する病態生理は、確定的な機序が示されておらず、血管説や神経説および三叉神経血管説があり、三叉神経血管説が最も近いと考えられる。患者の場合は片頭痛の誘引として、精神的ストレス、睡眠不足・過多、天候、明るい光、などがあり、特に頭痛を引き起こす食品としてはアルコールや中華料理などがある。なお、緊張型頭痛が片頭痛の誘発・増悪因子となるか否かについては、現時点では分からない。

片頭痛と緊張型頭痛を併せ持つ患者は多く、これらの頭痛を区別することは難しいと云われており、初診時に分類・鑑別をすることは困難であったので、緊張型頭痛の治療を優先した。また、群発頭痛の誘引・特徴や随伴症状から、発作性の痛みで、激痛でジッとしていられない、睡眠中に痛みで眼が覚める、アルコール摂取が発作の引き金になる、流涙・発汗・異臭が時に認められるので、混在の可能性も明確には否定できない。

片頭痛および群発頭痛の発症機序は、頭痛のメカニズムが複雑であることに加え、明確に証明されている訳ではないので、鍼灸治療がその課程のどの部分に効果があるのかは分からない。

頭痛日誌を記載することによって、頭痛の誘発・増悪因子を患者に認識させて生活指導したことや鍼灸治療により、治療前に比し頭痛発症頻度が月平均 2/3 前後あったものが 1/4 以内に減少していること。グラフにより頭痛のピーク時の疼痛が低下傾向を示し、近似直線が右下がりになっているのは、疼痛閾値が上昇したものと推測できること。3 月 23 日以降は全く頭痛を感じない期間が続いていることなどにより、今後の経過をみなければ断定できないが、現時点では本疾患の治療・対応は妥当であったと考えている。

参考文献

- 1) 国際頭痛分類 第3版 beta版:「国際頭痛分類[2014年版]、p2-7、p21-25、p28-34、医学書院、2014.
- 2) 大熊壮尚・北川泰久:緊張型頭痛の診断と治療、「medicina 7」、p1310-1314、医学書院、2015.
- 3) 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会:片頭痛、「慢性頭痛の診療ガイドライン」、p76-108、医学書院、2013.
- 4) 小山なつ:頭痛、「痛みと鎮痛の基礎知識」、p16-26、技術評論社、2010.
- 5) 福武敏夫:生活改善を要する頭痛、生活支障度の高い頭痛、「神経症状の診かた・考え方」、p24-52、医学書院、2014.
- 6) 濱田潤一:片頭痛および群発頭痛の鑑別診断のポイント、「頭痛診療のコツと落とし穴」、p30-33、中山書店、2003.
- 7) 山口智:頭痛、「鍼灸療法技術ガイドⅡ」、p365-373、文光堂、2012.
- 8) 田代邦夫・他:頭痛の診断と治療「北海道大学医学部神経内科」p5-14、真興交易医書出版部、1998.
- 9) <http://www.shiga-med.ac.jp/~koyama/analgesia/pain-headache.html> 小山なつ、「頭痛の分類/機能的頭痛/片頭痛のメカニズム/片頭痛の誘引」

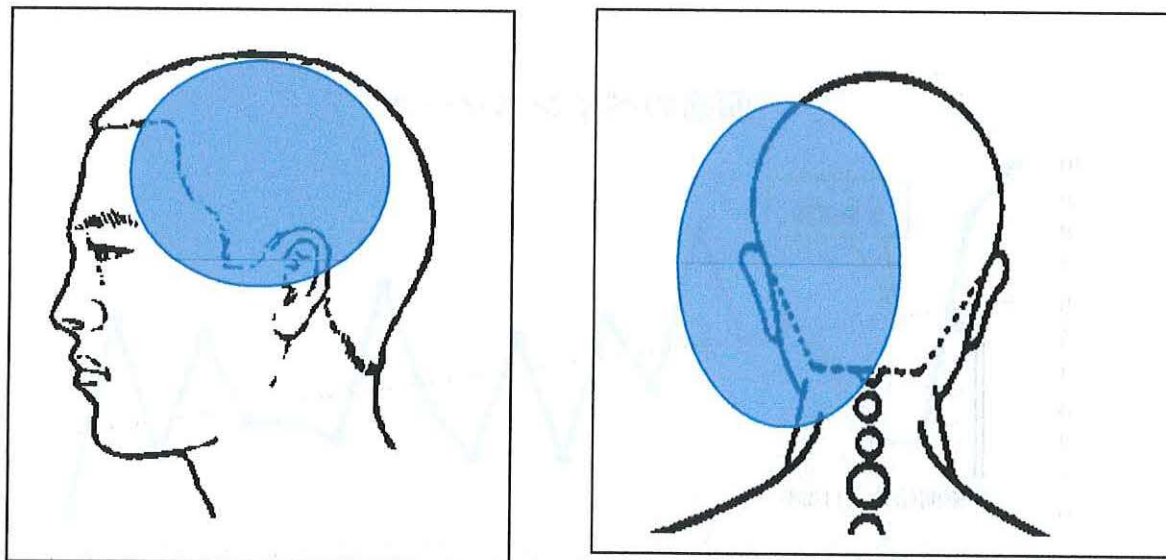
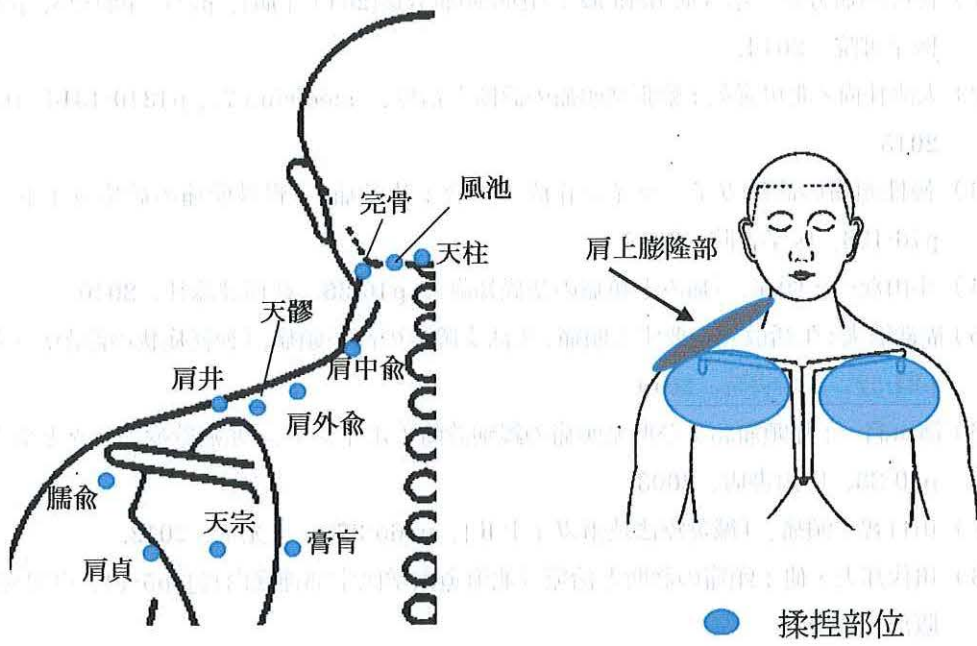


図1 初診時聴取した疼痛部



● 圧痛点と刺鍼部位 (左右同部位)

図2 初診時施術部位

