

慢性頭痛の診療ガイドライン

松浦 徹^{a*}, 阿部 康二^b

^a自治医科大学 内科学講座神経内科学部門, ^b岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 脳神経内科学

Guidelines for treatment of chronic headache

Tohru Matsuura^{a*}, Koji Abe^b

^aDivision of Neurology, Department of Medicine, Jichi Medical University, ^bDepartment of Neurology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

ガイドライン

はじめに

日本神経学会・日本頭痛学会の「慢性頭痛の診療ガイドライン」が2013年に改定された¹⁾。わが国では2002年版, 2006年版につづいて, 本ガイドラインは第3版といえる。片頭痛急性期治療薬トリプタン製剤が臨床現場へ急速に普及し, 日本における頭痛診療も変化してきたため, 改定する必要が生じたからである。この改定の方針として, 2006年版の構成に倣って作成することが決められ, Clinical Question (CQ) 方式を採用し, 2006年と同様に I) 頭痛一般, II) 片頭痛, III) 緊張型頭痛, IV) 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛, V) その他の一次性頭痛, VI) 薬物乱用頭痛, VII) 小児の頭痛, VIII) 遺伝子の八つの章に分けられた。特に片頭痛の項目が大幅に増えているが, その内容を, いくつかの最近のトピックスを中心に解説したい。

頭痛の分類と診断

「頭痛はどのように分類し診断するか?」は, CQとして本ガイドライン第一の質問として挙げられており (CQ I-1), 実際には片頭痛 (前

兆のない片頭痛と前兆のある片頭痛), 緊張型頭痛, 群発頭痛, 薬物乱用頭痛などを考慮する必要があるが, 改訂された診断基準 (国際頭痛分類第2版 (ICHD-II)) に準拠すべきとし, 新たな分類項目として「精神疾患による頭痛」が加えられた²⁾。また本ガイドラインでは, 「解離性動脈瘤に伴う頭痛」も新たに記載された (CQ I-24)。MRI や MRA の画像診断技術が向上したことから, 本疾患の発見が増えている。頭痛のみで, 解離した動脈が修復してしまう患者も少なくないが, 出血や虚血を生じることもあるため, 鑑別しておくことが重要である。椎骨動脈解離による頭痛のほとんどは後頭部や後頸部痛として生じ, 内頸動脈解離による頭痛のものは, 前頭部や前額部に多いことが知られている。急性発症した片側性の頭痛では, 二次性頭痛の一つとして, 解離性動脈瘤も必ず鑑別する必要がある。

慢性片頭痛の概念

慢性片頭痛とは, 発症当初は発作性片頭痛を呈していたものが, 経過中に片頭痛発作が増加し, 頭痛 (緊張型または片頭痛あるいはその両方) を認める日数が多くなった状態を指す。頭痛の性状が変化し, 一部緊張型頭痛の性質も示すことがあるもので, 診断基準にも定められている。最近の研究から, 片頭痛を放置もしくは不適切な治療を行うこと

で, 脳が痛み刺激に対して敏感となり, 発作が慢性化することが明らかになってきた。

薬物乱用によっても慢性の連日性頭痛を生じるので, 慢性片頭痛という診断をするには, 薬物乱用頭痛を除外する必要がある。非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) やトリプタンなど, 頭痛に対する薬の過剰投与により頭痛が増悪するということが, 未だに正しく理解されておらず, 日本では市販薬を原因とする薬物乱用頭痛が多いので, 乱用の可能性のある患者を早めに見つけたいものである。片頭痛の慢性化を防ぐためにも, 早期診断の後, 適切な急性期治療を行い, 急性期治療だけでは対応できない場合には予防療法を組み合わせることでいくことが重要である。今後, 予防療法の重要性の一般への啓発が重要になってくると思われる。

片頭痛の急性期治療と予防薬

片頭痛急性期の治療は薬物療法が中心である。前回のガイドラインが出された2006年以降, 保険診療の中で使用可能な薬剤も増えており, 治療戦略の幅は広がっている。治療薬としては, ①アセトアミノフェン, ②非ステロイド系消炎鎮痛薬 (NSAIDs), ③エルゴタミン製剤, ④トリプタン, ⑤制吐薬があり, 片頭痛の重症度に応じた治療が推奨されている。有効性のエビデンスの強さと効果, 有害事象のリスクなどが

平成26年9月受理
*〒329-0498 栃木県下野市業師寺3311-1
電話: 0285-58-7352
FAX: 0285-44-5118
E-mail: tohrum@jichi.ac.jp

ら、Group 1（有効）、Group 2（ある程度有効）、Group 3（経験的に有効）、Group 4（有効、副作用に注意）、Group 5（無効）の5つにグループ分けされている（表1）。現在の急性期治療の主役はトリプタンであり、かつて多く使われてきたエルゴ

タミン製剤は、トリプタンの登場により次第に使用されなくなってきている。重症な患者であれば初めからトリプタンを用い、軽症な患者であればNSAIDsで治療を開始することが推奨されている。制吐薬については補助的に使用されることが多い。

急性期治療薬だけでなく、片頭痛の予防薬も選択肢が増え、予防法を熟知することは大変重要である。片頭痛発作が月2回以上あるいは6日あり、日常生活・社会生活にまで影響を及ぼしている患者には、予防薬を併用し、発作の回数・程度を軽減

表1 急性期治療薬効群（文献1より改変引用）

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効, 副作用に注意)	Group 5 (無効)
トリプタン スマトリプタン スマトリプタン点鼻 スマトリプタン注射アンブル スマトリプタン自己注射 sumatriptan (suppositories) sumatriptan (subcutaneous) ゾルミトリプタン zolmitriptan (nasal spray) エレトリプタン リザトリプタン ナラトリプタン naratriptan (injection) almotriptan frovatriptan	制吐薬 メトクロプラミド メトクロプラミド筋注 メトクロプラミド静注 ドンペリドン アセトアミノフェン・非ステロイド系消炎鎮痛薬 アセトアミノフェン アスピリン イブプロフェン ジクロフェナク ナプロキセン エトドラク セレコキシブ メフェナム酸 ザルトプロフェン プラノプロフェン ロキソプロフェン ロルノキシカム その他 マグネシウム製剤	ステロイド点滴静注 デキサメタゾン ヒドロコルチゾン	精神安定薬, 麻酔準備薬 ドンペリドン坐薬 プロクロルペラジン プロクロルペラジン筋注 クロルプロマジン クロルプロマジン筋注 ドロペリドール筋注 プロポフォール静注 ジアゼパム筋注・静注 エルゴタミン エルゴタミン・カフェイン配合薬 エルゴタミン・カフェイン・ピリン系配合薬 ジヒドロエルゴタミン その他 ترامadol ترامadol・アセトアミノフェン配合薬 ترامadol筋注	

表2 予防薬剤薬効群（文献1より改変引用）

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効, 副作用に注意)	Group 5 (無効)
抗てんかん薬 バルプロ酸 トピラマート β遮断薬 プロプラノロール timolol 抗うつ薬 アミトリプチリン	抗てんかん薬 レベチラセタム ガバペンチン β遮断薬 メトプロロール アテノロール メドロール 抗うつ薬 fluoxetine Ca拮抗薬 ロメリジン ベラパミル ARB/ACE阻害薬 カンデサルタン リシノプリル その他 feverfew マグネシウム製剤 ビタミンB2 チザニジン A型ボツリヌス毒素	抗うつ薬 フルボキサミン イミプラミン ノルトリプリチン パロキセチン スルピリド トラゾドン ミアンセリン デュロキセチン クロミプラミン Ca拮抗薬 ジルチアゼム ニカルジピン ARB/ACE阻害薬 エナラプリル オルメサルタン	Ca拮抗薬 flunarizine その他 methysergide ジヒドロエルゴタミン melatonin オランザピン	抗てんかん薬 クロナゼパム ラモトリギン カルバマゼピン Ca拮抗薬 ニフェジピン β遮断薬 アセプトロール ピンドロール アルプレノロール オクスプレノロール その他 クロニジン

するこが推奨される。薬剤には、カルシウム拮抗薬、抗てんかん薬、 β 遮断薬、抗うつ薬等がある（表2）。

2011年6月、バルプロ酸（商品名デパケン、セレニカ）が片頭痛の発作予防の適応を獲得した。加えて、12年8月に β 遮断薬のプロプラノロール（インデラル）が「片頭痛発作の発症抑制」への適応追加を公知申請したことで、保険適用が可能になった。さらに9月には、三環系抗うつ薬のアミトリプチリン（トリプタノールほか）を適応のない片頭痛や緊張型頭痛に使用することに関して、社会保険診療報酬支払基金（支払基金）が「審査上認める」と発表した。頭痛発作の予防に用いる重要な薬剤の多くが保険診療で使えるようになってきており、薬剤の選択肢

が一気に増えたこともとても喜ばしいことである。群発頭痛に使える薬剤に限られるなどの課題は残るが、今回のガイドライン改訂版でも、新たに保険診療として使えるようになった薬剤を盛り込んでいる。

片頭痛治療における最近のトピックス

本ガイドラインでは「スマトリブタン在宅自己注射ガイドライン」「バルプロ酸による片頭痛治療ガイドライン（暫定版）」「プロプラノロールによる片頭痛治療ガイドライン（暫定版）」など、新たに付録として追加掲載されている。

おわりに

片頭痛は慢性頭痛の中でもたいへ

ん強い症状を示す頭痛で、全国に800万人患者がいると言われ、その好発年齢は20～40代と若く、それにより日常生活が大きく制限されていることを考えると、社会的にも大きな影響を及ぼしている疾患である。「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」¹⁾が幅広く周知され、日常診療に大いに役立つよう願ってやまない。

文 献

- 1) 慢性頭痛の診療ガイドライン2013, 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会編, 日本神経学会・日本頭痛学会監修, 医学書院, 東京 (2013).
- 2) 国際頭痛学会・頭痛分類学会: 国際頭痛分類第2版 (ICHD-II), 日本頭痛学会誌 (2004) 31, 13-188.