



# かかりつけ医のための 片頭痛診断および治療のフローチャート

柴田 護<sup>1)\*</sup>／菊井祥二<sup>2)</sup>／來村昌紀<sup>3)</sup>／志水太郎<sup>4)</sup>

## 抄録

片頭痛は、わが国では有病者数が約 1000 万人と推定される一般的な疾患である。世界の疾病負担研究から、片頭痛は患者の日常生活に大きな支障をもたらすことが示されている。わが国の片頭痛患者の多くは「前兆のない片頭痛」を有しており、多くの患者は医療機関を受診していないこと、最初に受診する医療機関はかかりつけ医であることが報告されている。そのため、頭痛医療ではかかりつけ医の重要性は非常に高いといえるが、かかりつけ医は必ずしも頭痛専門医ではないため、片頭痛の診断や治療に精通して診察を行うことは容易ではない。

本稿では、筆者らのこれまでの診療経験を踏まえ、頭痛を専門としないかかりつけ医が頭痛に対する日常診療で使用できる 3 つのフローチャートを提案する。「頭痛の診断フローチャート」では問診による一次性頭痛と二次性頭痛の鑑別、「片頭痛の診断フローチャート」では片頭痛の鑑別、「片頭痛の薬物治療フローチャート」では急性期治療薬であるトリプタンと予防薬の使用に着目して、その背景となる知見やガイドライン等の紹介を交えて解説する。本稿が患者満足度の高い片頭痛治療につながることを期待する。

キーワード：頭痛診療、片頭痛、かかりつけ医、トリプタン、フローチャート、予防療法、悪心

## 1. はじめに

わが国の大規模疫学調査によると慢性頭痛を有する人は約 4000 万人で、その中でも片頭痛は有病率が 8.4%、有病者数が約 1000 万人と推定される「common disease」である<sup>1)</sup>。世界保健機構（World Health Organization：WHO）や米国ワシントン大学保健指標・保健評価研究所（Institute for Health Metrics and Evaluation：IHME）が中心となって行われた世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease：GBD）では、頭痛障害は健康を障害された状態で過ごす年数「障害生存年数（Years Lived with Disability：YLD）」が増加する疾患の第 3 位

に位置づけられている<sup>2)</sup>。また、健康障害および早死によって失われた年数「障害調整生存年数（disability-adjusted life-years：DALYs）」に影響を及ぼす神経疾患の中でも、片頭痛は第 3 位に位置づけられ、日常生活への負担が極めて大きい疾患であることが示されている<sup>3)</sup>。

片頭痛には大きく分けて「前兆のない片頭痛」と「前兆のある片頭痛」の 2 つのタイプがあるが、日本人片頭痛患者では 66.7%が「前兆のない片頭痛」、33.3%が「前兆のある片頭痛」を有するとの報告があり<sup>4)</sup>、かかりつけ医が診療の中で遭遇する片頭痛の多くは「前兆のない片頭痛」である。最近の報告では、わが国では医療機関を受診していない片頭痛患者の割合が 60～80%と高く、大多数の患者は症状を我慢して日常生活を続けており、月に 15 日以上頭痛があるにもかかわらず医療機関を受診していない患者が多く存在することが示されている<sup>4)～6)</sup>。

1) 東京歯科大学 市川総合病院 神経内科

2) 社会医療法人 寿会 富永病院 脳神経内科

3) らいむらクリニック

4) 獨協医科大学病院 総合診療科

\*：責任著者

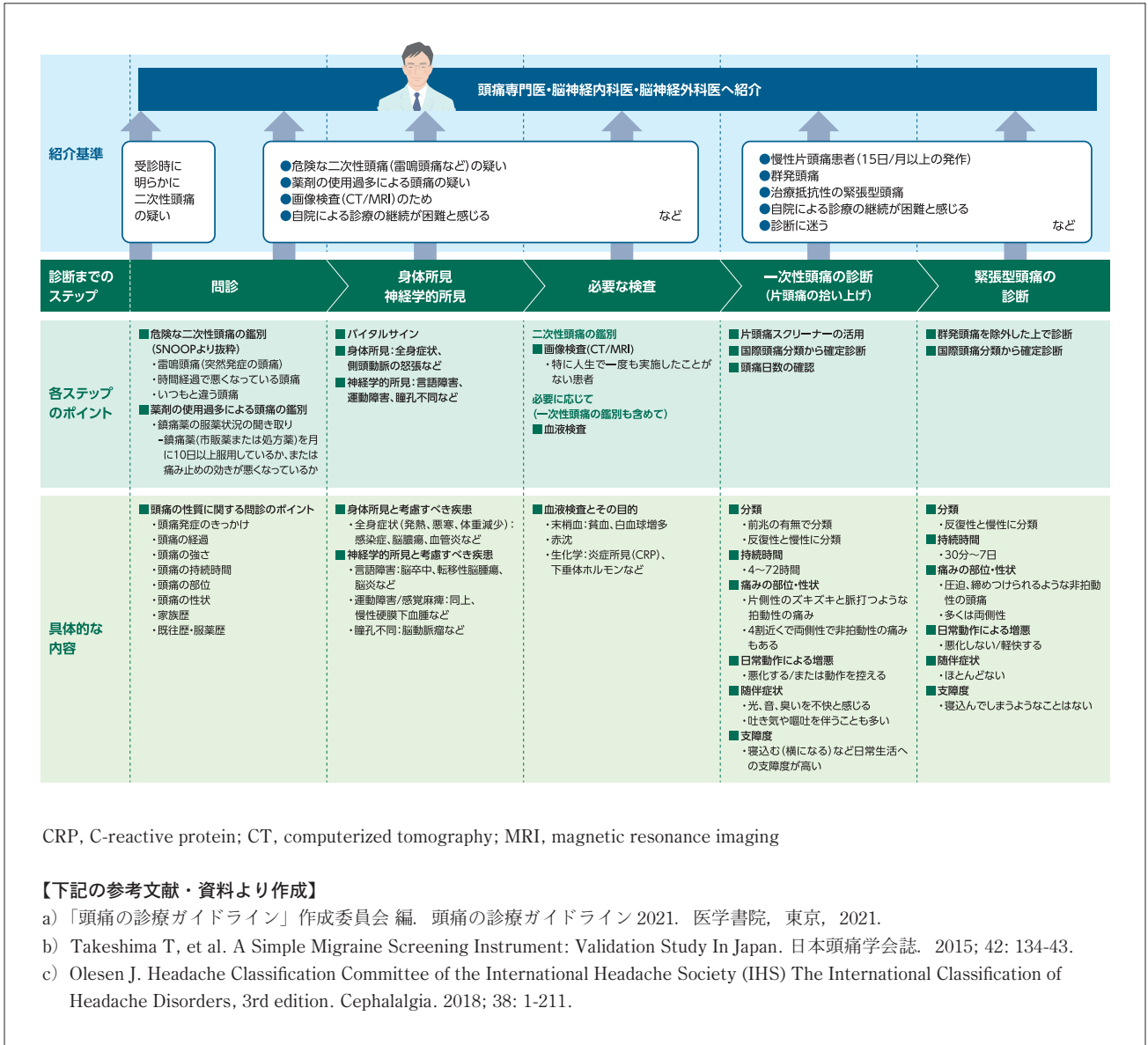


図1 頭痛の診断フローチャート

片頭痛患者を対象とするインターネット調査では、受診先はかかりつけ医 (34.4%) が最も多く、次いで脳神経外科医 (19.9%)、頭痛専門医 (7.9%)、脳神経内科医 (7.1%) などであった<sup>7)</sup>。薬物治療では、80.4%の患者が市販薬を使用していたが、片頭痛発作の疾患特異的な急性期治療薬であるトリプタンを使用したことがある患者の割合は20.1%、片頭痛の予防薬を使用したことがある患者の割合は10.2%にとどまっていた<sup>7)</sup>。これらの結果から、片頭痛症状を有する患者は市販薬を使用して医療機関を受診しない傾向が強く、最初の受診先としてはかかりつけ医を選ぶことが多いことが示された。

片頭痛は直接的に生命を脅かす疾患ではないが、日常生活への支障が大きく、その機能性を大きく低下させる疾患である。そのため、片頭痛患者の最初の受診先であるかかりつけ医の役割は、頭痛診療において非常に大きいといえるが、片頭痛を含む頭痛は様々なタイプに分類されており<sup>8)</sup>、その全てに精通して診療を行うことは、かかりつけ医には容易ではない。

そこで、頭痛専門医および頭痛非専門医である筆者らは、頭痛の中でも日常生活への支障度が高く、受診患者数が多く、かかりつけ医が日常診療で最も接する機会の多い「前兆のない片頭痛」に着目し、これまでの診療経験を踏まえて、頭痛を専門とした

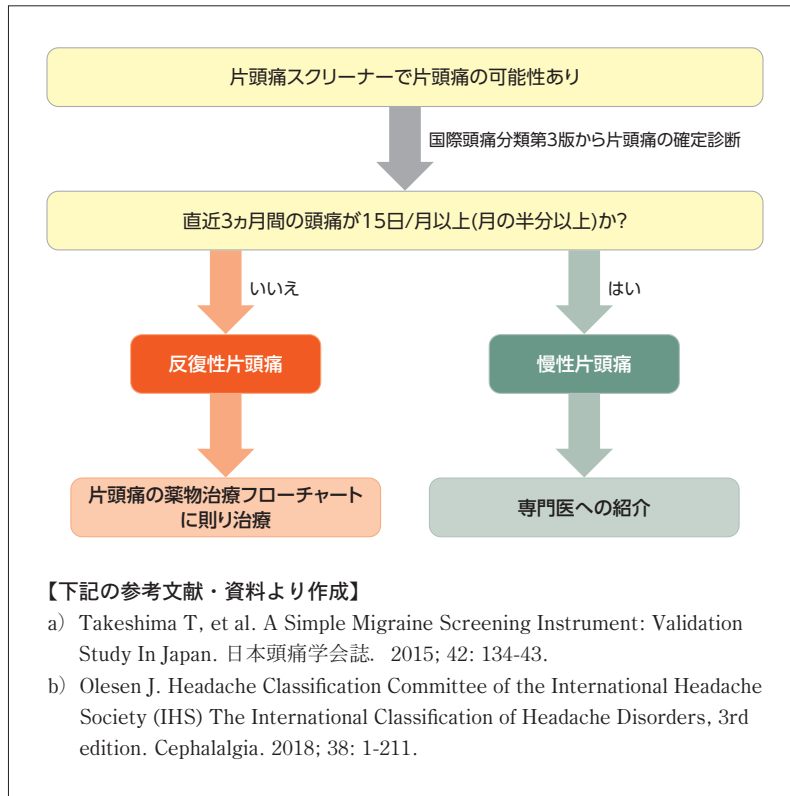


図2 片頭痛の診断フローチャート

いかりつけ医が日常診療で使用できる3つのフローチャート〔頭痛の診断フローチャート（図1）、片頭痛の診断フローチャート（図2）および片頭痛の薬物治療フローチャート（図3）〕を作成した。本稿ではこれらのフローチャートをもとに、背景となる知見やガイドライン等の紹介を交えて、頭痛診断、治療のポイントを解説する。

## 2. 頭痛の診断フロー

### 2-1. 問診による一次性頭痛と二次性頭痛の鑑別

頭痛性疾患は、頭痛そのものを繰り返すことが問題である「一次性頭痛」と、脳血管障害など他の疾患が原因となる「二次性頭痛」の2つに大きく分けられる<sup>8)</sup>。二次性頭痛はくも膜下出血、脳腫瘍などの生命にかかわる危険な疾患が原因となっている場合があるため、危険な二次性頭痛を見逃さないことが重要となる<sup>8)</sup>。

頭痛の診断フローチャートを図1に示す。一次性頭痛であるか二次性頭痛であるかを鑑別し、緊急性を要する二次性頭痛が疑われる場合は専門医に速やかに紹介を行うため<sup>9)</sup>、まずは詳細な問診と診察が必要不可欠である。問診では病歴の聴取が最も重

要で、理想的な病歴聴取は「病歴を映像化（visualize）すること」である。時系列に従って病歴が鮮明かつ正確に再現され、どの医師が聞いても同様の病歴が頭に浮かぶことが望ましく、病歴が正確であるという基準にもなるため、患者と医師との間で頭痛発作時の状況を映像化して共有することは、診断に極めて有用である<sup>10)</sup>。時には、患者自身に頭痛の理由や誘因について推測も踏まえて話してもらうことも重要である。

筆者らがまとめた、頭痛の問診で確認すべきポイントおよび頭痛専門医による具体的な問診設問集をAppendix（表1）に示す。問診時に聞き取るポイントとしては、頭痛発症のきっかけ、頭痛の経過、頭痛の強さ、頭痛の持続時間、頭痛の部位、頭痛の性状、家族歴、既往歴・服薬歴が挙げられる。問診の実践にあたって参考にされたい。また、社会医療法人寿会富永病院で使用されている頭痛の問診票（Appendix；資料1）も非常に有用である<sup>11)</sup>。

#### 2-1-1. 二次性頭痛の鑑別

頭痛診療では、外傷、血管障害、感染症、眼疾患などによって生じる緊急性を要する危険な二次性頭痛を見逃さないことが重要である。そのためには、

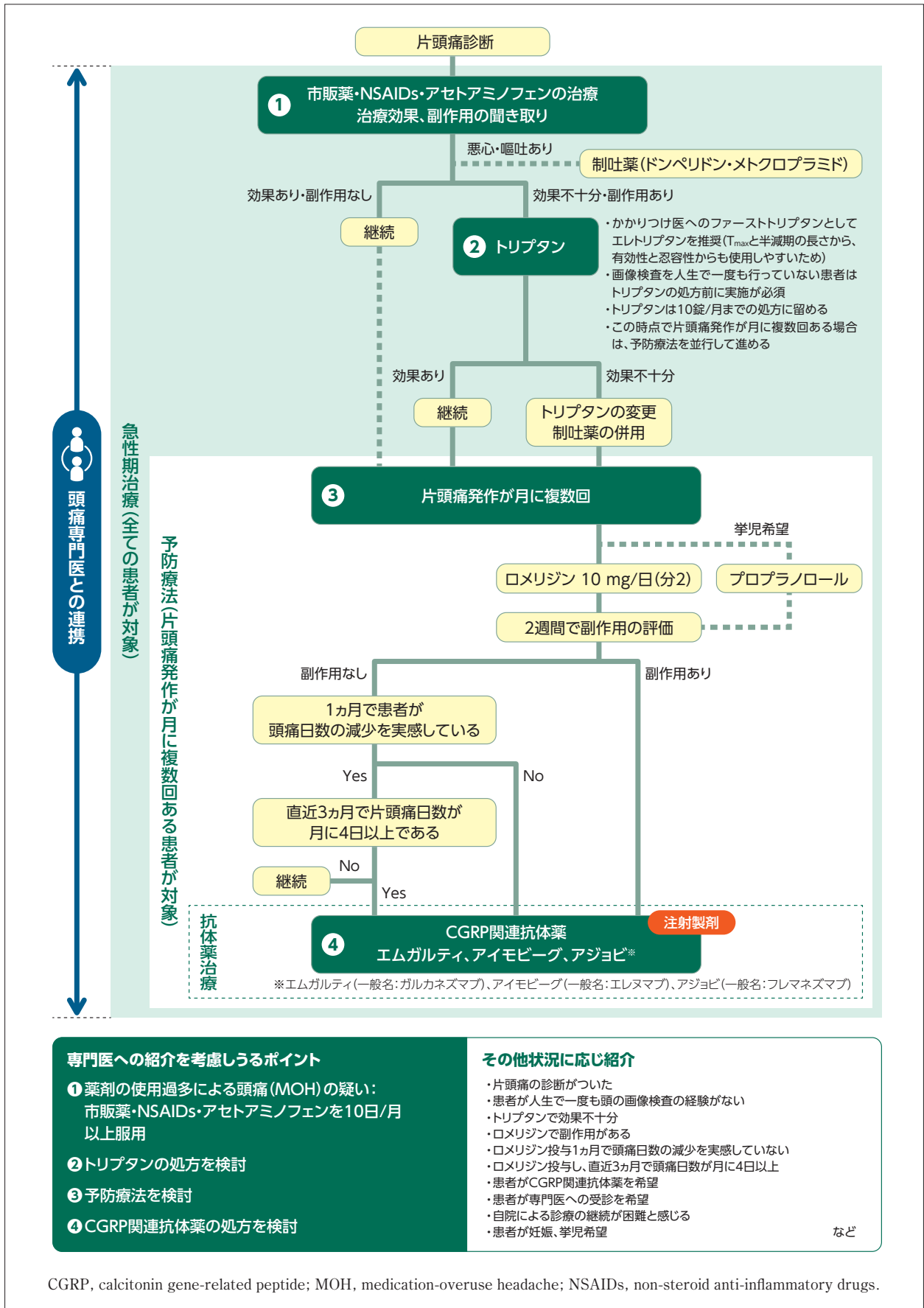


図3 片頭痛の薬物治療フローチャート

		評価すべき症状	具体的症状	考慮すべき二次性頭痛の原因* *かかりつけ医が遭遇しやすい原因は ボールドで示す。
<b>S</b>	<b>Systemic symptoms/signs</b> Systemic disease	全身性の症状・症候 全身性疾患	発熱、悪寒、寝汗、筋痛、体重減少、 悪性腫瘍の病歴、免疫不全状態	<b>髄膜炎、血管炎、中枢神経系感染 症、転移性脳腫瘍、脳炎など</b>
<b>N</b>	<b>Neurologic symptoms</b>	神経学的症状	一側性筋力低下、複視、歩行障 害、言語障害、人格/行動変化、意 識低下	脳血管障害、中枢神経系悪性腫 瘍、炎症性病変、感染症など
<b>O</b>	<b>Onset sudden</b> “thunderclap”	雷鳴頭痛 (突然発症の頭痛)	突然の重度の頭痛	<b>くも膜下出血(SAH)、可逆性脳 血管攣縮性症候群(RCVS)、静脈 血栓症、動脈解離など</b>
<b>O</b>	<b>Onset after age 40 years</b>	40歳以降の発症	40歳以降における新規の頭痛 (心血管病のリスク因子:喫煙、高血圧、 脂質異常症、肥満、メタボリックシンド ローム、糖尿病を持つ患者は特に注意)	様々な二次性頭痛(脳卒中、巨細 胞性動脈炎など)
<b>P</b>	<b>Pattern change</b>	パターンの変化 (いつもと違う頭痛) /進行性	以前の頭痛パターンとは異なる 頭痛/増悪	<b>脳腫瘍、慢性硬膜下血腫など</b> 他のSNOOPの症状の見直しに 基づいて判断

RCVS, reversible cerebral vasoconstriction syndrome; SAH, subarachnoid hemorrhage  
慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会 編. 慢性頭痛の診療ガイドライン 2013. 医学書院, 東京, 2013. より一部改変

図4 危険な頭痛を見逃さないためのSNOOPリスト

**雷鳴頭痛(突然発症の頭痛)**

1分以内

これまで経験したことのない頭痛が突  
然発症し、1分以内にピークに達する。

原因として考慮しうる疾患:  
くも膜下出血など

**時間経過で悪くなっている頭痛**

頭痛が時間経過でだんだんと悪くなっ  
ている。

数時間～数日持続:  
髄膜炎、静脈血栓症など

1～数カ月単位で持続:  
脳腫瘍、慢性硬膜下血腫など

**いつもと違う頭痛**



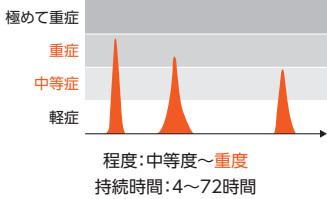
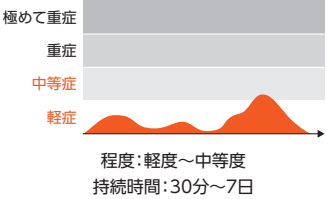




これまでの頭痛と違う頭痛(違和感)を  
訴えている。

**様々な二次性頭痛**

**薬剤の使用過多による頭痛**  
[薬物乱用頭痛 (medication-overuse headache: MOH)]  
:鎮痛薬を月に10日以上服用  
もしくは効きが悪くなっている

頭痛疾患を持つ患者において頭痛が1か月に15日以上あり、1種類以上の急性期または対症的頭痛治療薬を3か月を超えて定期的に乱用している状態。

図5 かかりつけ医が特に気をつけるべき危険な二次性頭痛の鑑別

		片頭痛	緊張型頭痛	
				
有病率		8.4%	22%	
好発年齢		20～40歳代	30歳以上	
性差(男:女)		1:4	2:3	
痛みの部位		片側～両側(両側も40%)	両側	
痛みの性状		拍動性(ズキンズキンと脈打つような頭痛) 非拍動性(ズキンズキンしない場合も約50%)	非拍動性(圧迫・締め付け感・頭重感)	
痛みの強さと頻度のイメージ		 極めて重症 重症 中等症 軽症 程度:中等度～重度 持続時間:4～72時間	 極めて重症 重症 中等症 軽症 程度:軽度～中等度 持続時間:30分～7日	
随伴症状		悪心・嘔吐 光過敏(光が気になる) 音過敏(音が気になる) 臭過敏(臭いが気になる)	ほとんどない (音や光は気にならないか、どちらか1つ)	
日常動作による増悪		日常動作により痛みが増悪	日常動作によって増悪しないが、 1日中頭痛が続き、特に夕方に増悪する傾向	
肩こり		しばしば認める (肩こりからはじまることが多い:50～60%)	しばしば認める (片頭痛にも多く認められるため、 診断の際注意が必要)	
誘発・増悪・軽快因子	頭痛が始まるきっかけ(誘因)	 精神面	ストレス、疲れ、ストレスからの解放* *片頭痛では、ストレスの負荷時よりもストレスから解放された時に頭痛が起きやすい(週末頭痛)	精神的/身体的ストレス、不安、うつ状態
		 身体面	寝すぎ、寝不足、月経周期	運動不足、うつむき姿勢、華奢な顔、なで肩
		 環境	天候の変化、温度差、におい、音、光、旅行	
		 食事	空腹、脱水、アルコール	
	増悪因子	日常動作、運動、入浴、マッサージ、アルコール	ストレスなど	
軽快因子	安静、冷却、適切な睡眠、適度な緊張	運動、入浴、飲酒 入浴や飲酒、運動やマッサージは血管を拡張させ、凝った部位の血流を改善するとともに、精神的ストレスを解消		

【下記の参考文献・資料より作成】

a) 日本頭痛学会「慢性頭痛の診療ガイドライン 市民版」作成小委員会 編. 慢性頭痛の診療ガイド 市民版. 医学書院, 東京, 2014.

b) 「頭痛の診療ガイドライン」作成委員会 編. 頭痛の診療ガイドライン 2021. 医学書院, 東京, 2021.

c) 頭痛のタイプ. 頭痛の悩み.jp. <https://zutsuu-nayami.jp/type/>

図6 一次性頭痛である片頭痛と緊張型頭痛の特徴

表1 前兆のない片頭痛の診断基準 (国際頭痛分類第3版)

診断基準
A. B～Dを満たす発作が5回以上ある
B. 頭痛発作の持続時間は4～72時間である (未治療もしくは治療が無効の場合)
C. 頭痛は以下の4つの特徴の少なくとも2項目を満たす ① 片側性 ② 拍動性 ③ 中等度～重度の頭痛 ④ 日常的な動作 (歩行や階段昇降など) により頭痛が増悪する、 あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける
D. 頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす ① 悪心または嘔吐 (あるいはその両方) ② 光過敏および音過敏
E. ほかに最適な国際頭痛分類第3版の診断がない

問診だけでは不十分であり、客観的な所見であるバイタルサインの変化、体温の上昇、皮疹、発汗、さらに神経学的検査で軽微な片麻痺や髄膜刺激徴候の有無を探索して、鑑別を進める。また、臨床の手がかりとしてSNOOPリスト (図4) も有用である<sup>12)</sup>。

筆者らが考える、かかりつけ医が特に気をつけるべき頭痛には、① 雷鳴頭痛 (突然発症の頭痛)、② 時間経過で悪くなっている頭痛、③ いつもと違う頭痛 (図5) がある。これらを患者が訴える場合、くも膜下出血などの危険な二次性頭痛の可能性が高いため、早急にCTやMRIによる画像検査が行える医療機関・頭痛専門医へ紹介する必要がある。受診時には市販薬を含む鎮痛薬などの服薬状況 (服薬錠数、服薬頻度、効果) の聞き取りから、「薬剤の使用過多による頭痛 [薬物乱用頭痛 (medication-overuse headache : MOH)]」を鑑別することも特に重要である (図5)。詳細な二次性頭痛の鑑別については、『頭痛の診療ガイドライン2021』CQ I-2を参照されたい<sup>9)</sup>。

#### 2-1-2. 片頭痛とその他一次性頭痛の鑑別

わが国の頭痛クリニックを受診した頭痛を主訴とする患者の82.9%が一次性頭痛であったとの報告があり<sup>13)</sup>、かかりつけ医を受診する頭痛患者の大半が一次性頭痛である。しかしながら、一次性頭痛には様々なタイプがあり、対処法や治療内容が異なるため、問診による適切な診断がその後の治療選択、ひいては患者の治療満足度に直結する。特に片頭痛に対してはエビデンスの高い治療法が確立されてお

り、日本神経学会・日本頭痛学会・日本神経治療学会により監修された頭痛の診療ガイドラインに基づく標準的な治療を行うことで、高い治療満足度を患者が得られることが期待できるため、片頭痛の鑑別は重要となる。

代表的な一次性頭痛としては、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛が挙げられる。中でも区別が難しい片頭痛と緊張型頭痛の特徴を図6にまとめた<sup>8)9)</sup>。1人の患者が片頭痛と緊張型頭痛のように複数の頭痛要素を持っている可能性があることを診察時に留意することも重要である。痛みの部位が両側性である、非拍動性の痛みである、肩こりがある、などの特徴から緊張型頭痛であると安易に診断することは避けることが望ましい。片頭痛か緊張型頭痛かを鑑別するよりも、まずは目の前の患者に片頭痛の要素があるかどうかに着目して診療を進めることが頭痛診療上達の近道である。片頭痛ではない場合、群発頭痛であれば専門医への紹介、緊張型頭痛であれば体操や散歩などの運動療法と頭痛に対する薬物治療を行い、頭痛頻度が高く治療が困難な場合は専門医への紹介を推奨する。診断に迷う頭痛や、患者が専門医の診療を希望するのであれば、躊躇することなく専門医へ紹介されたい。

#### 2-2. 片頭痛の診断

国際頭痛分類第3版では、片頭痛は「前兆のない片頭痛」「前兆のある片頭痛」「慢性片頭痛」「片頭痛の合併症」「片頭痛の疑い」「片頭痛に関連する周期性症候群」の6つのタイプに分類されるが、大き

片頭痛の可能性についてチェックしてみましょう

## 片頭痛スクリーナー

【監修】 社会医療法人寿会 富永病院 副院長 竹島多賀夫 先生

この3カ月間にあった頭痛に関する、4つの質問に答えてください。

1	<p>歩行や階段の昇降など日常的な動作によって頭痛がひどくなることや、あるいは動くよりじっとしている方が楽だったことはどれくらいありましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 半分以上</p>	
2	<p>頭痛に伴って吐き気がしたり、又は胃がムカムカすることがどれくらいありましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 半分以上</p>	
3	<p>頭痛に伴ってふだんは気にならない程度の光がまぶしく感じるものがどれくらいありましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 半分以上</p>	
4	<p>頭痛に伴って臭いが嫌だと感じるものがどれくらいありましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 半分以上</p>	

4つの質問のうち2つ以上で「ときどき」又は「半分以上」と答えた場合は、片頭痛の可能性が高いといえます。

頭痛の悩み.jp (<https://zutsuu-nayami.jp/type/>) より転載 (竹島多賀夫ほか: 日本頭痛学会誌. 2015;42: 134-43. Appendix 2 より作成)

図7 片頭痛スクリーナー

くは「前兆のない片頭痛」と「前兆のある片頭痛」に分類される<sup>8)</sup>。「前兆のある片頭痛」の特徴は、頭痛に先行する完全可逆性の再発性中枢神経症状であり、典型的症状として視覚症状、感覚症状、言語症状を呈する前兆が見られることである。中でも閃輝暗点に代表される視覚性前兆が最も多い。前兆症状は5分以上持続し、60分以内に完全に消失する<sup>9)</sup>。一方でわが国の疫学調査によると、このような特徴的な前兆症状を有していない「前兆のない片頭痛」患者は片頭痛患者全体の約7割を占めているため<sup>1)</sup>、わが国での診療にあたっては「前兆のない片頭痛」の特徴を押さえることが重要である。前兆

がなく、片頭痛の特徴である日常動作による頭痛の増悪や随伴症状（悪心・嘔吐、光や音、臭いに敏感になる）が見られるのであれば、「前兆のない片頭痛」の診断基準（表1）を満たすのかを確認する。「片側性」「拍動性」「中等度～重度の頭痛」「日常的な動作（歩行や階段昇降など）により頭痛が増悪する、あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける」の4項目のうち、いずれか2項目を満たすことが基準となり、片側の痛みや拍動性の痛みがあることが必須の診断基準ではないことに留意する。以下、有病率の高い「前兆のない片頭痛」の診断について解説する。



かかりつけ医が「前兆のない片頭痛」の可能性を見逃すことがないように、筆者らは日本人の片頭痛患者を対象に感度74.0%、特異度85.4%、適中度91.2%と報告されている片頭痛スクリーナー(図7)の活用を提案する<sup>14)</sup>。片頭痛スクリーナーは、前兆のない片頭痛の特徴を踏まえて、「動作による頭痛の増悪」「悪心」「光過敏」「臭過敏」の4つのシンプルな項目からなる日本頭痛学会が作成した簡易スクリーナーであり、このうち2項目以上で「ときどき」または「半分以上」と回答した場合は片頭痛の可能性が高い<sup>15)</sup>。片頭痛の可能性が認められた患者に対しては、改めて国際頭痛分類第3版による前兆のない片頭痛の診断基準に従い、片頭痛の確定診断を行うことを推奨する。

片頭痛の確定診断後は、患者の片頭痛が反復性片頭痛か慢性片頭痛かを鑑別し、治療を行うか、専門医へ紹介するかを判断する(図2)。直近3ヵ月間の頭痛が月に15日以上(月の半分以上)かどうかを確認し、該当する場合は慢性片頭痛と診断する。初診時には、患者は自身の頭痛日数を正確に把握できていないことが多いため、問診を通して月の半分以上で頭痛があることを目安とし、慢性片頭痛の可能性を考慮する。頭痛日数の把握には、「頭痛ダイアリー」<sup>16)17)</sup>を活用して患者自身が頭痛について記録し、把握することが、頭痛診療を進める上で非常に有用である。慢性片頭痛の患者は難治例が多く、専門的な治療を要するため<sup>9)18)</sup>、専門医への紹介を推奨する。その際、「薬剤の使用過多による頭痛(MOH)」であるかの確認を行っておくことが望ましい。直近3ヵ月間の頭痛が月に14日以下、もしくは初診時の問診で頭痛が月の半分未満である場合は、反復性片頭痛と診断して後述の片頭痛の薬物治療フローチャート(図3)に従って片頭痛の標準的な薬物治療を行うことを推奨する。

### 3. 片頭痛の薬物治療

片頭痛の薬物治療には、急性期治療と予防療法がある。患者の通院中止を防ぐためにも、初診時に、患者に予防療法の存在を含めて治療の選択肢を説明することが重要である。ここで注意すべきは、急性期治療と予防療法には原則的に全く異なる治療薬が用いられるということである。急性期治療は、片頭痛発作を確実かつ速やかに消失させ、患者の機能を

回復させることを目的とする。一方で、予防療法は、発作頻度の減少、重症度の軽減、頭痛持続時間の短縮、急性期治療への反応性の改善、生活機能の向上と生活への支障の軽減を目的に行われ、経口予防薬は片頭痛発作のない日にも継続して服用する必要がある。

#### 3-1. 片頭痛の急性期治療

##### 3-1-1. 片頭痛急性期の治療薬

一般的な急性期治療薬には、アセトアミノフェン、非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)、トリプタン、エルゴタミン、制吐薬があり、アセトアミノフェンとNSAIDsには市販薬もある。『頭痛の診療ガイドライン2021』では、これらの治療薬の選択に際しては片頭痛による支障度を加味し、軽度～中等度ではNSAIDs、中等度～重度または軽度～中等度でも過去にNSAIDsで効果不十分であればトリプタンを投与し、さらに、トリプタン単独で効果不十分であれば、トリプタンとNSAIDsの併用を考慮するとしている<sup>9)</sup>。また、成人の日常生活に支障をきたす片頭痛発作ではNSAIDsよりもトリプタンの使用が提案されている<sup>9)</sup>。しかしながら、片頭痛患者は受診前に市販薬によるセルフメディケーションを行っている場合が多く、また受診率が低いことから<sup>7)</sup>、かかりつけ医を受診する段階ですでに頭痛に困っている、つまり「日常生活に支障が出ている」と捉えることができる。そのため、本稿で提案する薬物治療フローチャート(図3)では、まず、市販薬を含めた薬剤の服薬状況と治療効果、副作用を聞き取り、現状の薬剤治療で効果が不十分である場合には、患者の治療満足度の向上のためにも片頭痛治療のために特異的に開発された治療薬であるトリプタンを使用することを提案する。注意点として、過去に一度も画像検査を受けたことのない患者がトリプタンを使用する場合は、CTまたはMRIによる画像検査を実施する必要がある。

トリプタンは、わが国ではスマトリプタン、ゾルミトリプタン、エレトリプタン、リザトリプタン、ナラトリプタンの5種類が上市されている。各トリプタン製剤の特徴は表2を参考にされたい(詳細は各薬剤の添付文書を参照)。筆者らは、頭痛専門医としてのこれまでの経験に基づいて、有効性、薬物動態の特徴(効果発現の速さと半減期の長さ)および忍容性の観点から、かかりつけ医が使いやすい

表2 トリプタン系薬剤の一覧

一般名	商品名 (会社名)	剤形	1回最大 投与量	1日最大 投与量	Tmax (時間)	血中半減期 [T1/2 (時間)]	追加投与の 間隔	特徴	注意点
スマトリプタン	イミグラン (GSK)	錠 (50 mg)	2錠 (100 mg)	4錠 (200 mg)	1.8 ± 0.9	2.2 ± 0.3	2時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬後2時間で効果不十分な際にはもう1錠 (50 mg) の追加投与が可能</li> <li>剤形 (皮下注射薬, 点鼻薬, 錠剤) が豊富</li> </ul>	
		点鼻液 (20 mg)	1本 (20 mg)	2本 (40 mg)	1.30 ± 0.73	1.87 ± 0.53	2時間		
		皮下注 (3 mg)	1筒 (3 mg)	2筒 (6 mg)	0.18 ± 0.04	1.71 ± 0.26	1時間		
	スマトリプタン (日医工)	錠 (50 mg)	2錠 (100 mg)	4錠 (200 mg)	1.8 ± 0.9	2.2 ± 0.3	2時間		
		錠 (50 mg)	2錠 (100 mg)	4錠 (200 mg)	1.43 ± 0.73	2.27 ± 1.08	2時間		
		錠 (2.5 mg)	2錠 (5 mg)	4錠 (10 mg)	3.00	2.40	2時間		
ゾルミトリプタン	ゾーミック® (沢井)	錠 (2.5 mg)	2錠 (5 mg)	4錠 (10 mg)	2.98	2.90	2時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔内速溶錠あり</li> <li>効果の持続時間は長いとされている</li> </ul>	
		口腔内速溶錠 (2.5 mg)	2錠 (5 mg)	4錠 (10 mg)	3.2 ± 1.6	3.25 ± 1.06	2時間		
	ゾルミトリプタン (日医工)	錠 (20 mg)	2錠 (40 mg)	2錠 (40 mg)	1.0	3.2	2時間		
		錠 (20 mg)	2錠 (40 mg)	2錠 (40 mg)	1.0	3.2	2時間		
エレクトリプタン	マクサルト® (オルガノン)	錠 (10 mg)	1錠 (10 mg)	2錠 (20 mg)	1.0 ± 0.6	1.6 ± 0.3	2時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>血液透析中の患者には禁忌</li> <li>片頭痛予防薬プロプラノロールはトリプタンの血中濃度を上昇させるため、併用禁忌</li> </ul>	
		錠 (20 mg)	2錠 (40 mg)	2錠 (40 mg)	0.85 ± 0.31	4.96 ± 0.79	2時間		
		錠 (20 mg)	2錠 (40 mg)	2錠 (40 mg)	1.3 ± 0.7	1.7 ± 0.3	2時間		
ナラトリプタン	アマーシ (GSK)	錠 (2.5 mg)	1錠 (2.5 mg)	2錠 (5 mg)	2.68 ± 1.34	5.05 ± 1.71	4時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>半減期が長く血中濃度の持続性があるが、即効性には欠ける</li> <li>月経関連片頭痛に対する選択肢</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>追加投与までの間隔が4時間と長い</li> </ul>
		錠 (2.5 mg)	1錠 (2.5 mg)	2錠 (5 mg)	2.3 ± 1.3	7.8 ± 1.2	4時間		

【下記の参考資料・資料により作成】

a) 「頭痛の診療ガイドライン」作成委員会編. 頭痛の診療ガイドライン2021. 医学書院, 東京, 2021.

b) 各薬剤の添付文書

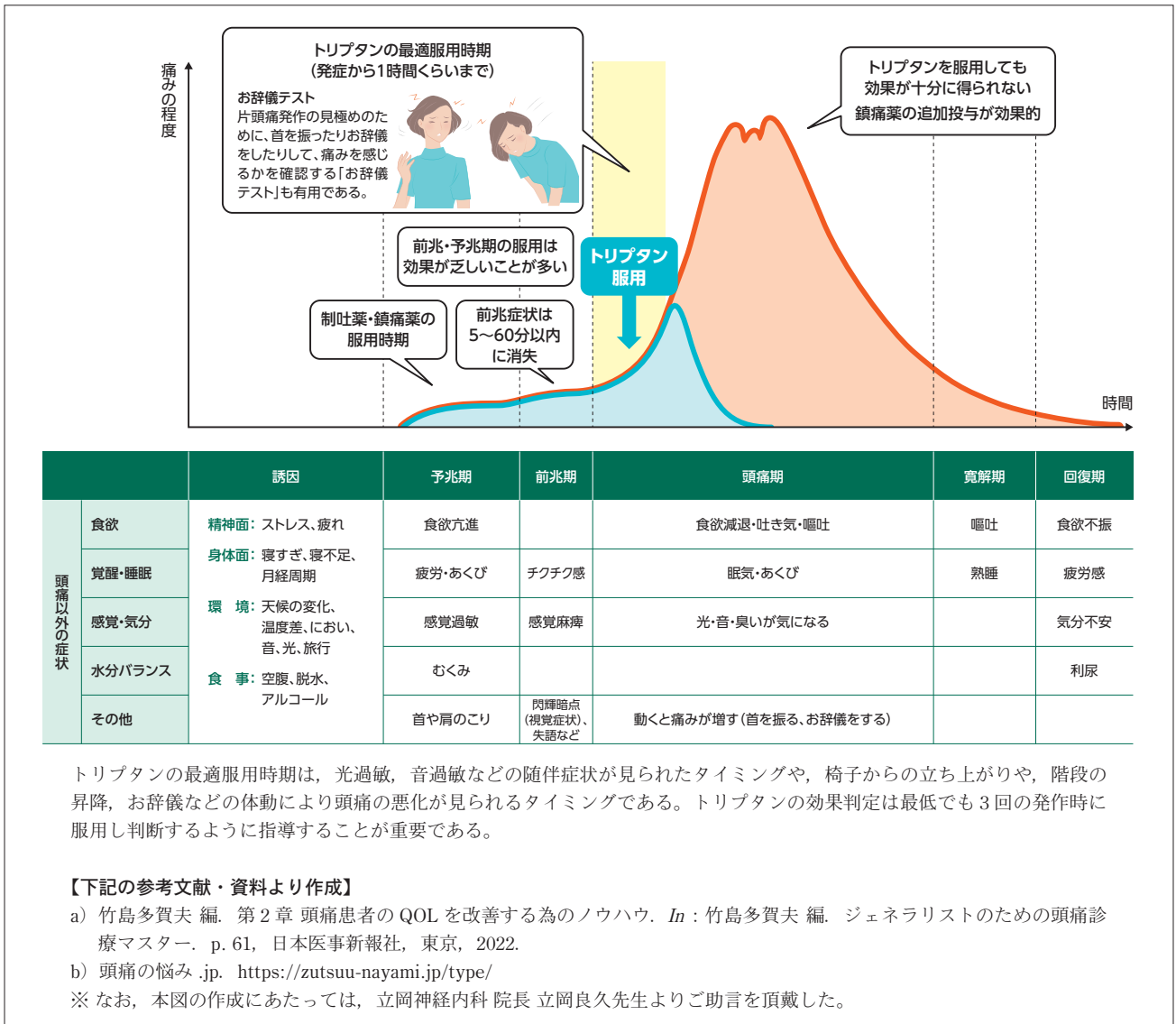


図8 トリプタンの服用タイミングと効果判定

ファーストトリプタンとして、エレトリプタンを推奨する。片頭痛診療において、使用すべきと判断した際には躊躇なく使用できるよう、特徴を把握し、使い慣れたトリプタンを持つことをお勧めしたい。

トリプタンの使用禁忌である血管収縮に関連する障害または疾患を有する患者には、近年承認されたラスミジタンが使用可能であるが、ラスミジタンには、めまいや眠気の副作用がしばしば認められ、投与時は注意が必要であるため<sup>19)</sup>、そのような患者は専門医へ紹介することが望ましい。通常、成人における投与量は1回100mgとされているが、患者の状態に応じて1回50mgまたは200mgを投与することができる。

急性期治療薬の使用過多は慢性化の危険因子であ

るため、慢性片頭痛への進展抑制のためにも適切なタイミングでの予防療法の導入が重要である。また、片頭痛の薬物治療フローチャート(図3)では、片頭痛の確定診断後に頭痛専門医への紹介を考慮するポイントとして、①市販薬を含む急性期治療薬の服薬状況確認時に「薬剤の使用過多による頭痛(MOH)」の疑い、②トリプタンの処方を検討、③片頭痛発作が月に複数回あり、経口予防薬による予防療法を検討、④カルシトニン遺伝子関連ペプチド(calcitonin gene-related peptide: CGRP)関連抗体薬の処方を検討、を挙げたが、これに限らず紹介のタイミングは患者や自施設の状況に応じて考慮する。

表3 主な経口片頭痛予防薬

カテゴリー	一般名	用法・用量	禁忌	副作用	特徴
Ca拮抗薬	ロメリジン	10～20 mg/日 1日2回	妊婦	・低血圧 ・めまい など	・有害事象はプラセボと同様で安全な薬剤として使用できる。 ・かかりつけ医の第一選択薬として推奨する。
β遮断薬	プロプラノロール	20～30 mg/日 1日2～3回	・気管支喘息 ・うっ血性心不全 ・リザトリプタン(マクサルト®)との併用	・徐脈 ・起立性低血圧 ・めまい など	妊婦でも使用可能。
抗うつ薬	アミトリプチリン*	5～60 mg/日 1日1回	緑内障など	・眠気 ・ふらつき ・眠気 ・口渇 ・便秘 など	眠気の副作用のため、就寝前に低用量(5～10 mg)から投与開始し、漸増が推奨される。
抗てんかん薬	バルプロ酸	400～600 mg/日 1日2～3回 (徐放の場合は 1日1回)	妊婦など	・眠気 ・体重増加 ・肝機能障害 など	効果のエビデンスは高いが、催奇形性との関連から妊娠可能年齢の患者には第一選択としない。使用する場合は、薬物血中濃度とともにアンモニアの測定も行うことがすすめられる。

\*保険診療における片頭痛に対する適応外使用が認められている。

### 3-1-2. トリプタンの服薬指導

トリプタンは服用のタイミングが効果に影響する。『頭痛の診療ガイドライン2021』では、頭痛が軽度、もしくは片頭痛発作早期(発作開始から1時間位まで)に服用することが効果的であるとしている(図8, 矢印)<sup>9)</sup>。一方で、服用のタイミングが早ければ早いほど良いというわけではないことにも注意が必要である。このように、トリプタンの早期服用が効果的であることは明らかであるが、適切なタイミングで服用できていない患者がかなりの割合存在することが報告されている<sup>20)</sup>。トリプタンの早期服用を躊躇する理由としては、手持ちのトリプタンが不足してしまうことへの懸念、薬の服用を好ましくないと感じる、副作用が心配、トリプタンが高価であるといった理由が挙げられている<sup>9)21)</sup>。

これらを念頭に、頭痛がひどくなるまで待ってから服用する我慢服用を避け、トリプタンの最大限の効果が得られるよう、発作早期に服用するように服薬指導することが望ましい<sup>9)</sup>。服薬指導の一つとして、「お辞儀テスト」がある。片頭痛は日常的な動作により増悪するため、頭を振ったり、お辞儀をしたりする「お辞儀テスト」を行い、頭痛の悪化があれば、発作早期として軽度の頭痛であってもトリプタンを服用するように指導する(図8)。3ヵ月を

超えて月に10日以上トリプタンの服用は、「薬剤の使用過多による頭痛(MOH)」につながるリスクがあるため、服用日数についても注意を促す必要がある<sup>9)</sup>。

### 3-2. 片頭痛の予防療法

#### 3-2-1. 主な経口片頭痛治療薬

片頭痛の薬物治療フローチャートでは、『頭痛の診療ガイドライン2021』と同様に、片頭痛発作が月に2回以上、あるいは生活に支障をきたす頭痛が月に3日以上ある患者に対しては予防療法を推奨する(図3)<sup>9)</sup>。

経口予防薬による治療は効果を判定するまでに少なくとも1ヵ月かかるが、頭痛のない日も含めて継続的に服用する必要があることを治療開始時に患者に説明することが重要である。予防療法は6～12ヵ月継続し、片頭痛のコントロールが良好になれば徐々に減薬し、中止も考慮する。

わが国で使用可能な4つの経口予防薬の特徴を表3にまとめた(詳細は各薬剤の添付文書を参照)。予防薬の選択においては、副作用の少ない薬剤を低用量から開始することが勧められている<sup>9)</sup>。筆者らは、経口予防薬の第一選択薬として、副作用が少なく安全性が高いロメリジンを挙げる<sup>9)</sup>。通常、成人では1回5 mgで1日2回の低用量から投与を開始

表4 CGRP 関連抗体薬の最適使用推進ガイドラインで示されている医師要件および患者要件

医師要件	患者要件
<p><b>以下の基準を満たす医師</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有していること</li> <li>本剤の効果判定を定期的に行った上で、投与継続の是非についての判断を適切に行うことができること</li> <li>頭痛を呈する疾患の診療に関連する以下の学会の専門医の認定を有していること 日本神経学会 日本頭痛学会 日本内科学会（総合内科専門医） 日本脳神経外科学会</li> </ul> <p>※ 上記の医師要件は最適使用推進ガイドラインの「4. 施設について」の項に記載があり、施設要件の一部であることに留意すること</p>	<p><b>以下のすべてを満たす患者</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>前兆のある又は前兆のない片頭痛の発作が月に複数回以上発現している、又は慢性片頭痛であることが確認されている。</li> <li>本剤の投与開始前3カ月以上において、1カ月あたりの片頭痛日数が平均4日以上である。</li> <li>睡眠、食生活の指導、適正体重の維持、ストレスマネジメント等の非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。</li> <li>わが国で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬（プロプラノロール塩酸塩、バルプロ酸ナトリウム、ロメリジン塩酸塩等）のいずれかが、下記①～③のうちの1つ以上の理由によって使用又は継続できない。 ① 効果が十分に得られない ② 忍容性が低い ③ 禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念がある</li> </ul>

表5 頭痛診療に有用な情報・ツール

名 称	URL, 図表番号
頭痛専門医検索サイト	日本頭痛学会：認定頭痛専門医一覧 頭痛の悩み .jp <a href="https://www.jhsnet.net/ichiran.html">https://www.jhsnet.net/ichiran.html</a> <a href="https://zutsuu-nayami.jp/">https://zutsuu-nayami.jp/</a>
診療ガイドライン等	頭痛の診療ガイドライン 2021 国際頭痛分類第3版（日本語版） <a href="https://www.jhsnet.net/pdf/guideline_2021.pdf">https://www.jhsnet.net/pdf/guideline_2021.pdf</a> <a href="https://www.jhsnet.net/kokusai_new_2019.html">https://www.jhsnet.net/kokusai_new_2019.html</a>
診療ツール	患者への問診のポイント 頭痛の問診票（富永病院） 頭痛ダイアリー（日本頭痛学会） 本稿 Appendix ; 表1 本稿 Appendix ; 資料1 <a href="https://www.jhsnet.net/dr_medical_diary.html">https://www.jhsnet.net/dr_medical_diary.html</a>

し、症状に応じて漸増する。実臨床で筆者らは、2週間程度で効果（発作頻度の減少）を実感しはじめる患者を多く経験している。ロメリジンは妊婦に禁忌であるため、拳児希望患者の場合は重篤な副作用の少ないプロプラノロールを使用する<sup>9)</sup>。

ロメリジンおよびプロプラノロールのいずれも、副作用の評価は投与開始後2週間、効果判定は投与開始後1ヵ月の時点で実施する。副作用が発現した場合、または経口予防薬を継続しても3ヵ月時点で効果が不十分（直近3ヵ月の頭痛日数が4日以上）である場合はCGRP関連抗体薬による予防療法を含めた治療の見直しのタイミングと考える。ロメリジン無効の片頭痛症例は病診連携の適切な対象であり、頭痛専門医への紹介を検討されたい。

### 3-2-2. CGRP 関連抗体薬

予防療法では、近年承認されたCGRP関連抗体薬であるガルカネズマブ（商品名：エムガル

ティ<sup>®</sup>）、エレスマブ（アイモビーグ<sup>®</sup>）、フレマネズマブ（アジョビ<sup>®</sup>）を使用することが可能である。これらの薬剤は、片頭痛の発生に関与すると考えられているCGRP、またはその受容体と特異的に結合し、CGRPの機能を阻害する抗体薬である。抗体としての特異性が高く、半減期が長いため、月1回または3ヵ月に1回の皮下投与で効果を示す<sup>22)</sup>。いずれも高い有効性と良好な忍容性が示されており、『頭痛の診療ガイドライン2021』では予防薬として「強い推奨/エビデンスの確実性A」とされている<sup>9)</sup>。

投与に際しては、厚生労働省による各製剤の最適使用推進ガイドラインで示されている医師要件および患者要件に留意しなければならない<sup>23)~25)</sup>。これら医師要件および患者要件は3製剤全てに共通している（表4）。医師要件として、日本神経学会、日本頭痛学会、日本内科学会（総合内科専門医）、ま

たは日本脳神経外科学会の専門医認定を有することが求められているため、CGRP 関連抗体薬を検討する段階で早期に頭痛専門医へ紹介する。CGRP 関連抗体薬が導入された後は、頭痛専門医とかかりつけ医による適切な連携が望ましい。

## おわりに

片頭痛は診断の手がかりとなるバイオマーカーがなく、実臨床での診断に苦慮する疾患である。本稿で示した問診、鑑別の注意点や、診断に有用なツールを活用することで、患者満足度の高い治療につながることを期待する。CGRP 関連抗体薬は確かに有用であるが、それを第一に考えるのではなく、片頭痛の薬物治療フローチャートに従い、適切に治療することが肝要である。疾患特異的な治療薬であるトリプタンは急性期治療薬として非常に有効であるため、本稿で示した注意点や服薬指導を踏まえて適切に使用することで、患者の高い治療満足度につながる。一方で、CGRP 関連抗体薬で片頭痛を完全に予防できるわけではなく、現在の薬物治療では解決できない症例があり、今後の課題となっている。

頭痛医療の障害の一つに受診率の低さが挙げられている<sup>9)</sup>。片頭痛の治療は、その場限りの治療ではなく継続して治療する必要があることを患者に理解させ、継続受診に結びつけることも、かかりつけ医の重要な役割である。必要に応じて頭痛専門医との連携を行うことが望ましい。

最後に、本稿で示した診療ガイドラインなど、頭痛診療に有用な情報・ツールを表5にまとめた。また、補足資料として頭痛専門医の問診時設問集(患者への問診のポイント)(Appendix; 表1)および頭痛の問診票(Appendix; 資料1)を本稿に添付した。診療にあたって活用されたい。

## 謝 辞

本総説の作成は大塚製薬株式会社の資金提供のもと、河合成道(Ph.D.)とシュプリング・ヘルスケア、inScience Communicationsの山崎敦子(Ph.D., CMPP)が支援した。

## 利益相反

柴田 護は第一三共株式会社、日本イーライリリー株式会社、大塚製薬株式会社、アムジェン株式会社より講演料

を受領した。菊井祥二は第一三共株式会社、日本イーライリリー株式会社、大塚製薬株式会社、アムジェン株式会社より講演などの謝礼金を受領した。來村昌紀は第一三共株式会社、日本イーライリリー株式会社、大塚製薬株式会社、株式会社ツムラより講演などの謝礼金を受領した。

## 文 献

- 1) Sakai F, Igarashi H. Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. *Cephalalgia*. 1997; **17**: 15-22.
- 2) Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, et al. Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *J Headache Pain*. 2020; **21**: 137.
- 3) GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018; **17**: 954-76.
- 4) Sakai F, Hirata K, Igarashi H, et al. A study to investigate the prevalence of headache disorders and migraine among people registered in a health insurance association in Japan. *J Headache Pain*. 2022; **23**: 70.
- 5) Suzuki N, Ishikawa Y, Gomi S, et al. Prevalence and characteristics of headaches in a socially active population working in the Tokyo metropolitan area -surveillance by an industrial health consortium. *Intern Med*. 2014; **53**: 683-9.
- 6) Igarashi H, Sano H, Kondo H, et al. Characteristics of patients who seek medical attention for headache and those who do not: cross-sectional survey and linked medical claims data analysis in Japan. *BMJ Open*. 2024; **14**: e077686.
- 7) Hirata K, Ueda K, Komori M, et al. Comprehensive population-based survey of migraine in Japan: results of the ObserVational Survey of the Epidemiology, tReatment, and Care Of MigrainE (OVERCOME [Japan]) study. *Curr Med Res Opin*. 2021; **37**: 1945-55.
- 8) Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018; **38**: 1-211.
- 9) 「頭痛の診療ガイドライン」作成委員会 編. 頭痛の診療ガイドライン2021. 医学書院, 東京, 2021.
- 10) Shimizu T. The 6C model for accurately capturing the patient's medical history. *Diagnosis (Berl)*. Published online April 23, 2021.
- 11) 平田幸一, 五十嵐久佳, 清水俊彦, 竹島多賀夫 編. 症例から学ぶ戦略的片頭痛診断・治療. 南山堂, 東京, 2010.
- 12) 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会 編. 慢性頭痛

- の診療ガイドライン2013. 医学書院, 東京, 2013.
- 13) 永関慶重, 川村ルミ, 永関一裕. 頭痛クリニック開院14.5年の診療実態調査—片頭痛患者の占める割合—. 日本頭痛学会誌. 2018; **45**: 168-75.
  - 14) 房安恵美, 竹島多賀夫, 中島健二. 頭痛診療の実際, 問診, 診療ツールの有用性. Clin Neurosci. 2007; **25**: 522-5.
  - 15) Takeshima T, Sakai F, Suzuki N, et al. A Simple Migraine Screening Instrument: Validation Study In Japan. 日本頭痛学会誌. 2015; **42**: 134-43.
  - 16) 頭痛の悩み.jp. 医師に診てもらおう. <https://zutsuunayami.jp/hcp/> (2024年11月8日閲覧).
  - 17) 一般社団法人日本頭痛学会. 頭痛ダイアリーで頭痛を攻略. [https://www.jhsnet.net/dr\\_medical\\_diary.html](https://www.jhsnet.net/dr_medical_diary.html) (2024年11月8日閲覧).
  - 18) 柴田 護, 清水利彦. 片頭痛の診かた 一歩進んだ片頭痛診療をめざして. 日本医事新報社, 東京, 2023.
  - 19) 日本イーライリリー株式会社. レイボール錠 50 mg レイボール錠 100 mg 添付文書 第3版 (2023年5月改定).
  - 20) Takeshima T, Ueda K, Komori M, et al. Potential Unmet Needs in Acute Treatment of Migraine in Japan: Results of the OVERCOME (Japan) Study. Adv Ther. 2022; **39**: 5176-90.
  - 21) Landy SH, Turner IM, Runken MC, et al. A cross-sectional survey to assess the migraineur's medication decision-making beliefs: determining when a migraine is triptan-worthy. Headache. 2013; **53**: 1134-46.
  - 22) 柴田 護. 片頭痛の最新治療. 日内会誌. 2021; **110**: 2449-57.
  - 23) 厚生労働省. 最適使用推進ガイドライン ガルカネズマブ (遺伝子組換え) (2022年11月改定).
  - 24) 厚生労働省. 最適使用推進ガイドライン フレマネズマブ (遺伝子組換え) (2022年11月改定).
  - 25) 厚生労働省. 最適使用推進ガイドライン エレヌマブ (遺伝子組換え) (2022年11月改定).

---

## Flowcharts for Diagnosis and Treatment of Migraine for Primary Care Physicians

Mamoru SHIBATA<sup>1)\*</sup> / Shoji KIKUI<sup>2)</sup> / Masaki RAIMURA<sup>3)</sup> / Taro SHIMIZU<sup>4)</sup>

1) Department of Neurology, Ichikawa General Hospital, Tokyo Dental College, Tokyo, Japan

2) Department of Neurology and Headache center, Tominaga hospital, Osaka, Japan

3) Raimura clinic, Chiba, Japan

4) Department of Diagnostic and Generalist Medicine, Dokkyo Medical University Hospital, Tochigi, Japan

\*: Corresponding author

### Abstract

Migraine is a common disease which is estimated to affect approximately 10 million people in Japan. The Global Burden of Disease Study has shown that migraine can significantly disrupt patients' daily lives. In Japan, it has been reported that many migraine patients have "migraine without aura," that many patients do not visit medical institutions, and that patients consult their primary care physicians first. These findings indicate that the role of primary care physicians is very important in medical care for headache in Japan. However, because these physicians are not necessarily headache specialists, it is not easy for them to provide medical care with full knowledge regarding the diagnosis and treatment of migraine. Herein, we propose 3 flowcharts that primary care physicians who do not specialize in headache can use in their daily medical practice for headache, based on our clinical experience. We provide explanations on differentiating between primary and secondary headaches through an interview in the "Flowchart for Headache Diagnosis," differentiating between migraines in the "Flowchart for Migraine Diagnosis," and acute treatment with triptan and preventive therapy in the "Flowchart for Medications for Migraine," along with relevant information on backgrounds and guidelines. We expect that these flowcharts will help clinicians carry out migraine treatment with high patient satisfaction.

**Keyword:** treatment for headache, migraine, primary care physician, triptan, flow chart, preventive therapy, nausea

---

Appendix ; 表 1 患者への問診のポイント

問診での患者への問いかけ (非専門医が患者の症状を「見える化」できる設問)	問いかけの意図 (患者の回答から疑うべき疾患を探る)
<b>頭痛発症のきっかけ (頸部圧迫や回旋, 頭部外傷, 体位変換, 月経, 天候変化, 特定の食物)</b>	まずは, 患者自身に頭痛について考えてもらい, 自発的に話してもらう。
① 「頭痛が起こった原因として考えられることはありますか？」	その後, 頸部圧迫や月経などの具体例を挙げて, 関係しているか答えてもらう。
② 「何をしているときに痛くなりましたか？」 「動作で悪化しますか？」 「お風呂で温まると楽ですか？」 「何か増悪因子や改善因子があれば教えてください。」	何をしているときかの頭痛によって, 例えば性交時頭痛, 良性入浴時頭痛, 可逆性脳血管攣縮症候群などを疑う。動作 (trigger) で悪化する場合には, 片頭痛や血管障害, 炎症などの頭痛を疑う。入浴で楽になる場合には緊張性頭痛などが考えられ, 二次性頭痛の可能性は低い。増悪因子や改善因子がある場合は片頭痛や脳脊髄液減少症, 副鼻腔炎を疑う。
③ 「雨が降れば頭痛が起こりますか? 月経時に頭痛は起こりますか？」	天候の変化や月経周期は片頭痛の誘発因子であるため, 頭痛がこれらと関連している場合は, 片頭痛を疑う。
<b>頭痛の経過 (突発的, 急性, 亜急性, 慢性)</b>	
① 「その頭痛はどのように始まりましたか？」 「その頭痛は何歳頃からありますか？」	単発の頭痛エピソードであれば最初の設問で良いが, 反復性頭痛で女性の場合は思春期 (月経が始まる年齢) に発症することが多いため, 発症年齢を聞く。突発的の場合は, 発症時間まで特定できるか尋ねる。
② 「いつから痛くて, それは継続していますか？」 「段々と悪化してきていますか？」 「突然痛くなりましたか？」	いつから痛くなり, それが増悪しているかを聞くことで, 慢性硬膜下血腫や脳腫瘍を疑う。突発的の場合はくも膜下出血を疑う。
③ 「これまでの頭痛と比べて違いますか？」 「どうして今日は受診されましたか？」	二次性頭痛の鑑別のため。いつもと違う頭痛では二次性頭痛を疑う。
<b>頭痛の強さ</b>	
① 「どれくらい強い頭痛でしたか？」 「10段階でどれくらいの強さでしたか？」	頭痛の強さは主観的なものであるが, 10段階で痛みの程度を示す Numeric Rating Scale で答えてもらうと簡単である。痛みが強い場合は危険な雷鳴頭痛などを疑う。
② 「以前から頭痛はありましたか？」 「ある場合には今回の頭痛はこれまでと比べて痛み方はどうですか？」	若い頃から頭痛がある場合は, 片頭痛を疑う。そして, 今回の頭痛がいつもの頭痛と違う場合は, 片頭痛以外の二次性頭痛を疑う。
③ 「薬剤の効果が薄れて頭痛がひどくなりましたか？」	二次性頭痛の鑑別のため。薬剤の使用により頭痛がひどくなる場合は薬剤の使用過多による頭痛 (MOH) を疑う。
<b>頭痛の持続時間 (長さ, 持続性, 反復性)</b>	単発持続性, 新規発症で断続性, 慢性で反復持続性なのかをまず見極める。
① 「頭痛はどれくらい続いているのですか？」 「持続的ですか? 断続的ですか？」	1回の頭痛エピソードを聞き取る。
② 「段々と痛みが増悪していますか？」 「同じ痛みの程度で継続していますか？」 「痛みは間欠的ですか？」	痛みが継続, 増悪している場合は, 慢性硬膜下血腫や脳腫瘍を疑う。痛みが同じ程度で持続している場合は緊張性頭痛を疑う。間欠的な場合は神経痛を疑う。
③ 「薬剤の服用の有無にかかわらず, 痛みが持続する時間に違いはありますか？」 「1日の頭痛の持続時間はどれくらいですか？」 「1日何回頭痛がありますか？」	二次性頭痛の鑑別のため。片頭痛であれば痛みの持続時間は4~72時間である。持続時間が短く (15~180分), 必ず片側の眼窩周囲に極めて重度の痛みを繰り返す場合は群発頭痛, 非常に短い (1秒~2分) 場合は三叉神経痛を疑う。その他, 帯状疱疹などを含めた二次性頭痛の鑑別のためにも持続時間の確認は有用である。
<b>頭痛の部位 (一側性, 両側性, 前頭部, 側頭部, 後頭部, 眼窩周囲)</b>	左右差があるかないかを聞き取り, その後頭痛の部位を聞く。専門用語を避け, 平易な日本語を使う。
① 「頭痛が右か左かのどちらかに起きていますか? それとも両側ですか? 具体的な場所を教えてください。」	片側の場合は神経痛を疑う。
② 「痛む場所は移動しますか？」	痛む場所が移動する場合は片頭痛を疑う。
③ 「どの場所が痛いのですか？」 「痛みはいつも同じ場所ですか, それとも違う場所ですか？」	後頭部から後頭部の場合は血管解離を, 目の奥や前頭部, 頬であれば副鼻腔炎を疑う。いろいろな場所が痛い場合は片頭痛を疑う。
<b>頭痛の性状 (叩かれたような痛み, 拍動性, 絞扼性, 穿刺様)</b>	
① 「どのような痛みですか？」 「ズキズキ, ガンガン, 針で刺したような痛みですか？」	まずは患者に自発的に答えてもらい, 上手く表現できない場合は叩かれたような, ドクドクンとしたといったような具体的表現で尋ねる。
② 「痛いときと痛くないときがありますか？」 「我慢できる痛みですか？」 「動作で悪化しますか？」	痛いときと痛くないときがあり, 動作で悪化する場合は片頭痛を疑う。我慢できる痛みであればあまり心配のいらぬ原因である可能性が高い。
③ 「頭痛時に, 吐き気・嘔吐があったり光・音に過敏になりますか？」	随伴症状がある場合は片頭痛を疑う。
<b>家族歴</b>	
① 「両親や兄弟姉妹など血のつながっている人で頭痛持ちはいますか？」	片頭痛は家系内発症例が多く, 遺伝要因が存在すると考えられているため, 家族歴があれば片頭痛を疑う。また, 母親または祖母が片頭痛の場合, 子も片頭痛であることが多い。
<b>既往歴・服薬歴</b>	
① 「これまで何か病気をしたことはありますか？」 「現在, どこか受診していますか？」	貧血や甲状腺疾患, がんなど持病に基づく頭痛かどうかを確認する。また, 脳卒中の危険因子となる基礎疾患について確認し, 危険因子がある場合は脳卒中の可能性を疑う。
② 「現在, 定期的に飲んでいる薬やサプリメントはありますか？」	「薬」とするとサプリメントは除外されることが多いため, 注意する。薬としては, 降圧薬, シロスタゾールやニトログリセリンのような心臓血管系に作用する薬, 抗精神薬, 婦人科治療薬を服用している場合は, その副作用による頭痛を疑う。サプリメントでは, 亜鉛またはビタミンAを摂取している場合は, 過剰摂取による頭痛を疑う。



### 頭痛の問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 ( ID \_\_\_\_\_ ) ( 担当者サイン \_\_\_\_\_ )

身長 ( \_\_\_\_\_ cm ) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg ) 血圧 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg ) 握力 ( 右 \_\_\_\_\_ kg・左 \_\_\_\_\_ kg )

1. いつから頭痛がありますか。 \_\_\_\_\_ 歳頃、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃から、 ( \_\_\_\_\_ 日、 \_\_\_\_\_ 週、 \_\_\_\_\_ 月 ) 前から
2. どのくらいの頻度ですか。  年 \_\_\_\_\_ 回  月 \_\_\_\_\_ 回  ほぼ毎日  
 今回が初めて  その他 ( \_\_\_\_\_ )
3. 1 回の頭痛の持続時間はどのくらいですか。  
 ずっとある  数日間  丸 1 日  半日  1~3 時間  瞬間  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
4. 頭痛がおこるところはどこですか (複数回答可)。  
 片側 (  右  左 )  両側  真ん中  いつもちがうところが痛む  目のまわり  
 前  後ろ  横  てっぺん  頭と首のさかいめ  その他 ( \_\_\_\_\_ )
5. どのような痛みですか (複数回答可)。  
 ずきんずきんと脈を打つ  しめつける  刺されるような  びりびり  つかまれるような  
 えぐられるような  焼けるような  割れるような  ガンガンする  重い、コリのような  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
6. 痛みの程度  
 仕事や日常生活に問題なし  
 仕事や日常生活に問題あるが、なんとかこなしている。我慢している。  
 仕事や家事ができない。寝込んでしまう。  

Ha days	_____	/mo
Mig days	_____	/mo
(医師が記入します)		
7. 頭痛がある時、ふだんの動作 (階段の昇降など) や、体操、運動をすると、頭痛が  
 悪化する  かわらない  改善する  その他 ( \_\_\_\_\_ )
8. 頭痛に伴う症状はありますか (複数回答可)。  
 はきけ、嘔吐  光をまぶしく感じる  音をうるさく感じる  臭いに敏感 ( \_\_\_\_\_ )  
 目が充血する  涙がでる  鼻水がでる  めまい  脱力感、体がだるい  
 肩こり  首が痛む  手や足がしびれる  その他 ( \_\_\_\_\_ )
9. 頭痛の前ぶれはありますか (複数回答可)。  
 なし  ギザギザとした光がみえる  手や足がしびれる  その他 ( \_\_\_\_\_ )
10. 頭痛がおこりやすい時刻、状況  
 朝・起床時  午前中  午後・夕方  睡眠中  週末・休日  生理中 (女性の方)  特になし
11. 思い当たる誘因や原因はありますか (複数回答可)。  
 なし  睡眠不足  寝すぎ  疲れている  ストレス  緊張  空腹  運動  
 飲酒  その他 ( \_\_\_\_\_ )
12. 普段使っている頭痛薬の種類と使用日数・回数、効果について  
薬品名 : \_\_\_\_\_  
使用日数・回数 : 月に \_\_\_\_\_ 日、一日に \_\_\_\_\_ 回、その他 ( \_\_\_\_\_ )  
効果 :  よく効く  少しましになる  ぜんぜん効かない
13. 頭痛に関連してこれまでに受けた検査はありますか。  
 CT  MRI  その他 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 歳頃、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃
14. ご家族・血縁者に頭痛持ちの方はおられますか。  なし  あり (続柄 : \_\_\_\_\_ )
15. あなたの頭痛について、関連がありそうなこと、気がついたこと、特別なこと、心配なことがあれば教えてください。  
( \_\_\_\_\_ )

社会医療法人寿会 富永病院・富永クリニック (2017/04)