

V

その他の一次性頭痛

片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛以外の 一次性頭痛にはどのようなものがあるか

推奨

片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛以外の一次性頭痛は，国際頭痛分類第2版(ICHD-II)^{1,2)}では“その他の一次性頭痛 Other primary headache”としてまとめられている。一次性穿刺様頭痛，一次性咳嗽性頭痛，一次性労作性頭痛，性行為に伴う一次性頭痛，睡眠時頭痛，一次性雷鳴頭痛，持続性片側頭痛，新規発症持続性連日性頭痛に分類される。

グレード A

背景・目的

1988年国際頭痛学会の頭痛分類委員会(委員長, Jes Olesen)により公表された国際頭痛分類初版(IHS分類初版, 1988)³⁾では，これらの頭痛は“Miscellaneous headaches unassociated with structural lesion: 構造上の病変と関連しない種々雑多な頭痛”(初版では日本語版が公開されていないため担当者訳, 以下同じ)としてまとめられた。

この頭痛はさらに，Idiopathic stabbing headache: 特発性穿刺様頭痛，External compression headache: 外的圧迫による頭痛，Cold stimulus headache: 寒冷刺激による頭痛，Benign cough headache: 良性咳嗽性頭痛，Benign exertional headache: 良性労作性頭痛，Headache associated with sexual activity: 性行為に伴う頭痛に分類された。Cold stimulus headacheは，さらに External application of a cold stimulus: 寒冷刺激の外的曝露，Ingestion of a cold stimulus: 寒冷刺激物の摂取に細分類された。Headache associated with sexual activityは，Dull type: 鈍痛型，Explosive type: 爆発型，Postural type: 姿勢型のサブタイプに分類された。

国際頭痛分類初版の全面的な改訂に際し，日本頭痛学会(新国際分類普及委員会)・厚生労働科学研究(慢性頭痛の診療ガイドラインに関する研究班)共訳による国際頭痛分類第2版日本語版⁴⁾が発表され，新たに“その他の一次性頭痛”として取り扱われることになった。

解説・エビデンス

頭痛の分類は2004年に発表された国際頭痛分類第2版(ICHD-II)²⁾に準拠して行われる。

ICHD-IIでは、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛以外の一次性頭痛は“その他の一次性頭痛”として以下の8項目に分類されている。すなわち、一次性穿刺様頭痛、一次性咳嗽性頭痛、一次性労作性頭痛、性行為に伴う一次性頭痛、睡眠時頭痛、一次性雷鳴頭痛、持続性片側頭痛、新規発症持続性連日性頭痛に分類される。性行為に伴う一次性頭痛は、さらにオルガスム前頭痛、オルガスム時頭痛に細分類される。

一次性穿刺様頭痛は、局所構造物または脳神経の器質性疾患が存在しない状態で自発的に起こる一過性かつ局所性の穿刺様頭痛である。

一次性咳嗽性頭痛は、頭蓋内疾患が存在しない状態で、咳または息みにより誘発される頭痛である。

一次性労作性頭痛は、運動(種類を問わない)によって誘発される頭痛で、重量挙げ選手頭痛などのサブフォームが知られている。

性行為に伴う一次性頭痛は、性行為によって誘発される頭痛で、通常、性的興奮が高まるにつれ、両側性の鈍痛として始まり、オルガスム時に突然増強するが、原因となる頭蓋内疾患は存在しない。

睡眠時頭痛は、患者を、必ず睡眠から覚醒させる鈍い頭痛発作である。

一次性雷鳴頭痛は、突発する重度の頭痛で、脳動脈瘤破裂時の頭痛に似る。

持続性片側頭痛は、持続性で、必ず片側性に起こり、インドメタシンが有効な頭痛である。

新規発症持続性連日性頭痛は、発症後非常に早期(最長3日以内)から、寛解することなく連日みられる頭痛である。痛みは、典型例では両側性で、その性質は圧迫感または締めつけ感を示し、程度は軽度～中等度である。光過敏、音過敏、または軽度悪心がある場合もある。

これらの頭痛の一部は症候性であり、MRIなどの神経放射線学的検討およびその他の検査法による注意深い評価が必要となる。

●文献

- 1) 国際頭痛学会・頭痛分類委員会：国際頭痛分類第2版(ICHD-II)。日本頭痛学会誌 2004；31(1)：13-188.
- 2) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society：The International Classification of Headache Disorders；2nd edition. Cephalalgia 2004；24(suppl 1)：9-160.
- 3) Headache Classification Committee of the International Headache Society：Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988；8(suppl 7)：1-96.

●検索式・参考にした二次資料

- ・検索 DB：Ovid(2011/12/21)
Headache and Headache disorders 560
{Headache and Headache disorders} and Classification 87
- ・検索 DB：医中誌(2011/12/21)
頭痛 5576
頭痛 and 分類 166
頭痛 and 分類 and 診療ガイドライン 9

一次性穿刺様頭痛，一次性咳嗽性頭痛， 一次性労作性頭痛はどのように診断し， 治療するか

推奨

1. 診断

一次性穿刺様頭痛，一次性咳嗽性頭痛，一次性労作性頭痛は国際頭痛分類第2版(ICHD-II)の診断基準に準拠して診断する。

グレードA

2. 治療

これらの頭痛の治療に関するランダム化比較試験の報告はこれまでないが，いずれもインドメタシンが有効であることが多いとされる。インドメタシンの副作用として，長期間の使用による消化器系症状が問題であり，その他の治療薬の検討も行われているが，いずれも症例報告および少数例での検討である。

グレードC

背景・目的

一次性穿刺様頭痛，一次性咳嗽性頭痛，一次性労作性頭痛は，片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛以外の一次性頭痛に含まれるまれな疾患である。目的は，これらの疾患の診断および治療に関するこれまでの報告について検索することである。

解説・エビデンス

1. 診断

1) 一次性穿刺様頭痛^{1,2)}

- 穿刺様頭痛が単回または連続して起こり，次のB～Dを満たす
- 専らまたは主として，三叉神経の第1枝領域(眼窩，側頭部，および頭頂部)に生ずる
- 穿刺様頭痛の持続時間は数秒以内，不規則な頻度(1日あたり1回から多数)で再発する
- 随伴症状がない
- その他の疾患によらない

2) 一次性咳嗽性頭痛^{1,2)}

- A. B および C を満たす頭痛
- B. 突発性に起こり、1 秒～30 分間持続する
- C. 咳、息み、ヴァルサルヴァ手技(Valsalva manoeuvre)のいずれか(あるいはそれらの組み合わせ)に伴ってのみ誘発される
- D. その他の疾患によらない

3) 一次性労作性頭痛^{1,2)}

- A. B および C を満たす拍動性頭痛
- B. 5 分～48 時間持続する
- C. 身体的な労作中または労作後にのみ誘発されて起こる
- D. その他の疾患によらない

2. 治療

1) 一次性穿刺様頭痛

複数の非対照試験でインドメタシンが有効であったと報告されているが^{3,4)}、効果が不十分、または全く効果が認められなかったという報告もある。Mathew は 5 症例に対して 50 mg のインドメタシンを 1 日 3 回投与し、アスピリンおよび偽薬と比較したところ、1 週間の平均頭痛回数は劇的に減少したと報告している⁵⁾。一方、Pareja らは 38 例の臨床的特徴を検討した論文の中で、インドメタシン 75 mg/日で 15 日間治療を受けた 17 例中 6 例(35%)が完全寛解、5 例(29%)が部分寛解を認めたが、6 例(35%)が治療抵抗性であったと報告した⁶⁾。インドメタシン以外の治療薬としては、ニフェジピン徐放錠 90 mg/日が有効であった 71 歳女性例⁷⁾、メラトニンを 3 mg/日から漸増する治療戦略を推奨した 3 症例⁸⁾、ガバペンチン 400 mg/日が奏効した若年発症 4 症例⁹⁾、COX-2 阻害薬であるセレコキシブが有効であった 3 症例¹⁰⁾のケースレポートがある。

2) 一次性咳嗽性頭痛

この頭痛の治療には通常インドメタシンが有効である。Mathew は 2 例の患者で二重盲検試験を行い、インドメタシン 150 mg/日の有効性を確立した⁵⁾。16 例の患者に対してインドメタシン 50～200 mg/日(平均 78 mg)で治療した Raskin の報告では、完全寛解 10 例、中等度改善 4 例、無効 2 例であった¹¹⁾。さらに Pascual の 13 例の報告では、インドメタシン 75 mg/日で治療を受けた患者のうち 6 例で治療効果が認められており¹²⁾、対症的にはインドメタシンが最も有効とされている¹³⁾。その他の治療薬として、Calandre らはプロプラノロール 120 mg/日有効例およびメチセルジド有効例を報告している¹⁴⁾。1 例報告の中で、Mateo らはナプロキセンを 12 時間ごとに 550 mg 服用させたところある程度の効果を認めたと報告した¹⁵⁾。Wang はアセタゾラミドを治療に使用し、その有用性につき検討した。インドメタシンが有効の 5 症例を対象に、アセタゾラミド 125 mg 分 3 で治療を開始し、最大効果が得られるまで漸増、最大 2,000 mg/日服用させた。その結果、完全有効 2 例、有効傾向 2 例、無効 1 例であった¹⁶⁾。また、Raskin は 14 例の患者に対して 40 mL の髄液穿刺を施行し、6 例に効果を認めたと報告している。すなわち、3 例では処置後直ちに、他の 3 例は 2 日以上かけて効果を認めたと¹¹⁾。

3) 一次性労作性頭痛

この頭痛の予防療法の選択肢として古くからインドメタシンがある。Diamond は 15 例の患者に対してインドメタシン 1 日 25 mg から治療を開始し、最高 150 mg まで漸増させその効果を検討した。そして、13 例(87%)が有効であり、頭痛がコントロールされた後インドメタシンを中止したところ 1 例を除いた 12 例において 7 日以内に頭痛が再発したと報告した¹⁷⁾。その他の治療薬として、Pascual は 16 例を検討し、酒石酸エルゴタミンを労作開始直前に服用した 4 例では自覚的に効果が認められ、その予防効果が期待された。プロプラノロールも予防薬として 5 例に投与され、そのうち 3 例では発作が不規則に認められ、1 例では明らかに治療に反応した。他の 1 例は無効であったが、インドメタシンで改善した¹²⁾。プロプラノロールはわが国においても予防治療薬として有用性が報告されている¹⁸⁾。また、フルナリジンが 2 例に投与され、1 例で効果を認めた¹²⁾。

●文献

- 1) 国際頭痛学会・頭痛分類委員会：国際頭痛分類第 2 版(ICHHD-II)。日本頭痛学会誌 2004；31(1)：13-188。
- 2) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society：The International Classification of Headache Disorders：2nd edition. Cephalalgia 2004；24(suppl 1)：9-160。
- 3) Dodick DW：Indomethacin-responsive headache syndromes. Curr Pain Headache Rep 2004；8(1)：19-26。
- 4) Fuh JL, Kuo KH, Wang SJ：Primary stabbing headache in a headache clinic. Cephalalgia 2007；27(9)：1005-1009。
- 5) Mathew NT：Indomethacin responsive headache syndromes. Headache 1981；21(4)：147-150。
- 6) Pareja JA, Ruiz J, de Isla C, al-Sabbah H, Espejo J：Idiopathic stabbing headache(jabs and jolts syndrome). Cephalalgia 1996；16(2)：93-96。
- 7) Jacome DE：Exploding head syndrome and idiopathic stabbing headache relieved by nifedipine. Cephalalgia 2001；21(5)：617-618。
- 8) Rozen TD：Melatonin as treatment for idiopathic stabbing headache. Neurology 2003；61(6)：865-866。
- 9) França MC Jr, Costa AL, Maciel JA Jr：Gabapentin-responsive idiopathic stabbing headache. Cephalalgia 2004；24(11)：993-996。
- 10) Piovesan EJ, Zukerman E, Kowacs PA, Werneck LC：COX-2 inhibitor for the treatment of idiopathic stabbing headache secondary to cerebrovascular diseases. Cephalalgia 2002；22(3)：197-200。
- 11) Raskin NH：The cough headache syndrome：treatment. Neurology 1995；45(9)：1784。
- 12) Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vázquez-Barquero A, Berciano J：Cough, exertional, and sexual headaches：an analysis of 72 benign and symptomatic cases. Neurology 1996；46(6)：1520-1524。
- 13) Chen PK, Fuh JL, Wang, SJ：Cough headache：a study of 83 consecutive patients. Cephalalgia 2009；29(10)：1079-1085。
- 14) Calandre L, Hernandez-Lain A, Lopez-Valdes E：Benign Valsalva's maneuver-related headache：an MRI study of six cases. Headache 1996；36(4)：251-253。
- 15) Mateo I, Pascual J：Coexistence of chronic paroxysmal hemicrania and benign cough headache. Headache 1999；39(6)：437-438。
- 16) Wang SJ, Fuh JL, Lu SR：Benign cough headache is responsive to acetazolamide. Neurology 2000；55(1)：149-150。
- 17) Diamond S：Prolonged benign exertional headache：its clinical characteristics and response to indomethacin. Headache 1982；22(3)：96-98。
- 18) 池田 憲, 川瀬祐士, 高澤隆紀, 吉井康裕, 川辺清一, 岩崎泰雄：Propranolol hydrochloride による一次性労作性頭痛の予防効果—indomethacin との比較。神経治療学 2008；25(5)：605-608。

●検索式・参考にした二次資料

1. 診断
・検索 DB：PubMed(2012/1/30)
{Headache and Headache disorders} and Classification 170
2. 治療
・検索 DB：PubMed(2012/1/30)
{Stabbing headache} 60
{Primary cough headache} or {Benign cough headache} or {Valsalva manoeuvre headache} 119
{Exertional headache} 68

性行為に伴う一次性頭痛はどのように診断し治療するか

推奨

1. 診断

性行為に伴う一次性頭痛は、国際頭痛分類第2版(ICHD-II)に準拠して診断する。性行為によって誘発される頭痛であり、頭部画像検査や髄液検査で頭蓋内疾患を除外する。

グレードA

2. 治療

性行為に伴う一次性頭痛の治療にあたっては、患者やパートナーの疾患に対する理解が必要である。インドメタシン、トリプタン、プロプラノロールなどによる薬物治療が有効な場合がある。

グレードC

背景・目的

これまで性行為に伴う一次性頭痛は、頭痛クリニックにおける統計ではまれとされてきたが、潜在的な患者数は少なくないと考えられ本疾患に対する適切な対応が必要である。

解説・エビデンス

1. 診断

性行為に伴う一次性頭痛の診断基準¹⁾

- オルガスム前頭痛
 - A. 頸または頸部(あるいはその両方)の筋収縮の自覚を伴う頭頸部の鈍痛で、Bを満たす
 - B. 性行為中に起こり、性的興奮で増強する
 - C. その他の疾患によらない
- オルガスム時頭痛
 - A. 突発性で重度(爆発性)の頭痛で、Bを満たす
 - B. オルガスム時に起こる

C. その他の疾患によらない

初発時には、くも膜下出血、内頸動脈や椎骨動脈の解離を必ず除外する必要がある。その他鑑別診断として頭蓋内出血、硬膜下血腫、未破裂動脈瘤、脳静脈洞血栓、アーノルド・キアリ I 奇形、後頭蓋窩の腫瘍、頭蓋内圧亢進、頭蓋内圧低下、頸髄疾患などが挙げられる²⁾。reversible cerebral vasoconstriction syndrome(RCVS)の報告もあり画像検査の必要性が強調されている³⁾。頭痛クリニックの調査によれば頭痛患者の0.2~1.3%を占めるとされ⁴⁾、近年の症例対照研究では有病率は0.9%とする報告がある⁵⁾。羞恥心から詳細が明らかにされず診断がなされていない症例があり潜在的な患者数は少なくないと考えられる。男性は女性に比べ3~4倍多く、発症年齢には20歳代前半と40歳前後に2つのピークがみられる^{4,6)}。国際頭痛分類初版における1型と2型は、国際頭痛分類第2版(ICHD-II)ではそれぞれ鈍痛型のオルガスム前頭痛(約20%)と、爆発型のオルガスム時頭痛(約80%)に相当する。3型である体位性の頭痛は髄液漏出によって起こるためICHD-IIでは特発性低髄液圧性頭痛にコード化されている。発症機序は十分には明らかにされていないが、オルガスム前頭痛では緊張型頭痛や頸部を中心とする筋収縮が発症に関連しており⁷⁾、オルガスム時頭痛では急激な血圧上昇や心拍数の増加に伴う頭蓋内圧亢進が関与しているものと考えられている²⁾。患者の性行為中の血圧は著しく上昇しており、代謝性の脳血管自動調節能の障害が存在するものと推測されている⁸⁾。頭痛は両側性で後頭部に多く、痛みは数分続く場合や数時間あるいは1日持続することもあるとされ、強い頭痛は始めの5~15分であることが多い。頭痛の持続時間はオルガスム前頭痛よりオルガスム時頭痛のほうがより長い。頭痛は通常のパートナーとの性交で認められ自慰行為においても出現する。片頭痛、緊張型頭痛、一次性労作性頭痛が併存することが指摘されている^{2,6)}。

2. 治療

治療にあたっては、患者やパートナーの疾患に対する理解が必要である⁹⁾。オルガスム前頭痛では性行為の中断により頭痛発作が治まることが多い。頭痛が完全に消失するまで性行為を控えるよう指導する⁴⁾。インドメタシン(50~100 mg)の性交前1~2時間の投与⁴⁾やトリプタン(ナラトリプタンなど)の有用性、エルゴタミン、ベンゾジアゼピン系薬物による治療が報告されている^{10,11)}。頭痛の持続時間が長い症例では、プロプラノロール、メトプロロール、ジルチアゼムの予防的投与が試みられている^{2,7)}。大後頭神経へのステロイドおよび局所麻酔薬を併用したブロック注射の有用性を示す報告がある¹²⁾。予後は比較的良好で発作性に起こり寛解していくタイプが多いが、25%では慢性の経過を示すことがある⁹⁾。

●文献

- 1) 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会(訳)：国際頭痛分類第2版、新訂増補日本語版。医学書院、2007。
- 2) Turner IM, Harding TM : Headache and sexual activity : A review. *Headache* 2008 ; 48(8) : 1254-1256.
- 3) Yeh YC, Fuh JL, Chen SP, Wang SJ : Clinical features, imaging findings and outcomes of headache associated with sexual activity. *Cephalalgia* 2010 ; 30(11) : 1329-1335.
- 4) Frese A, Eikermann A, Frese K, Schwaag S, Husstedt IW, Evers S : Headache associated with sexual activity : demography, clinical features, and comorbidity. *Neurology* 2003 ; 61(6) : 796-800.
- 5) Biehl K, Evers S, Frese A : Comorbidity of migraine and headache associated with sexual activity. *Cephalalgia* 2007 ; 27(11) : 1271-1273.
- 6) Pascual J, González-Mandly A, Martín R, Oterino A : Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity : a prospective etiological and clinical study. *J Headache Pain* 2008 ; 9(5) : 259-266.

- 7) Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vázquez-Barquero A, Berciano J : Cough, exertional, and sexual headaches : an analysis of 72 benign and symptomatic cases. Neurology 1996 ; 46(6) : 1520-1524.
- 8) Evers S, Schmidt O, Frese A, Husstedt IW, Ringelstein EB : The cerebral hemodynamics of headache associated with sexual activity. Pain 2003 ; 102(1-2) : 73-78.
- 9) Frese A, Rahmann A, Gregor N, Biehl K, Husstedt I W, Evers S : Headache associated with sexual activity : prognosis and treatment options. Cephalalgia 2007 ; 27(11) : 1265-1270.
- 10) Porter M, Jankovic J : Benign coital cephalalgia. Differential diagnosis and treatment. Arch Neurol 1981 ; 38(11) : 710-712.
- 11) Johns DR. Benign sexual headache within family. Arch Neurol 1986 ; 43(11) : 1158-1160.
- 12) Selekler M, Kutlu A, Dundar G : Orgasmic headache responsive to greater occipital nerve blockade. Headache 2009 ; 49(1) : 130-131.

● 検索式・参考にした二次資料

- ・ 検索 DB : PubMed(2011/12/5)
Headache
& {Sexual activity} 134
& {Migraine} 27
Sexual Headache 649
& {Migraine} 474
& {Treatment} 21
- ・ 検索 DB : PubMed(2011/11/11)
Sexual headache 340
& {Migraine} & {Treatment} 9
- ・ 検索 DB : 医中誌(2011/11/11)
Sexual headache 5

睡眠時頭痛はどのように診断し治療するか

推奨

1. 診断

睡眠時頭痛は、国際頭痛分類第2版(ICHD-II)に準拠して診断する。

グレードA

2. 治療

カフェインは急性期治療薬としてだけでなく予防治療薬としても用いられる。予防治療薬としてその他、リチウムが用いられることが多い。

グレードC

背景・目的

睡眠時頭痛はまれな頭痛であるが、これまでの報告は170例以上にのぼる。1988年にRaskinによって報告され、睡眠時に起こるため「目覚まし頭痛」ともいわれ、国際頭痛分類第2版(ICHD-II)でその他の一次性頭痛の1つとして分類されたが病態は十分には明らかにされていない。

解説・エビデンス

1. 診断

睡眠時頭痛の診断基準¹⁾

- A. B～Dを満たす鈍い頭痛
- B. 睡眠中にのみ起こり、覚醒をきたす
- C. 次の特徴のうち少なくとも2項目を満たす
 1. 1か月当たり15回を超えて起こる
 2. 覚醒後15分以上持続する
 3. 初発年齢は50歳以上
- D. 自律神経症状がなく、悪心、光過敏、または音過敏のうち2つ以上を示さない
- E. その他の疾患によらない

睡眠時頭痛はまれな頭痛で、頭痛患者の0.07~0.35%と推測されている^{2,3)}。男女比は1:1.2~1:1.7と女性に多く、発症年齢は平均60歳前後で比較的高齢者に多い⁴⁻⁸⁾が小児での報告もある³⁾。わが国でも少数例が報告されている⁹⁾。頭痛の程度は典型的には軽度~中等度で両側性の鈍痛であるが、1/3は拍動性で、重度の痛みである。持続時間は15~180分(平均80分)で、6時間続くこともある。発作頻度は一晩に1~2回で、1か月の平均頭痛回数は23回である。患者は夜間に頭痛で目を覚ますと、読書をしたり、テレビを見たり、飲食をしたり、部屋の中を歩き回ったりといった行動をとるのが特徴であるが、群発頭痛で見られる興奮や落ち着きのなさは違う⁵⁻⁸⁾。睡眠ポリグラフィの検討では、頭痛はREM睡眠期に出現する¹⁰⁻¹³⁾とされていたが、近年の研究では関連性を否定する報告がある^{7,14)}。MRIのvoxel-based morphometry (VBM)を用いた研究では、後部視床下部の灰白質の減少が報告されている¹⁵⁾。頭痛に加え時間生物学的な異常が特徴的な臨床像は、視床下部下垂体系における三叉神経の疼痛の感覚と睡眠リズムの障害を示すものと考えられる。画像診断によって後頭蓋窩の腫瘍、橋梗塞、下垂体腫瘍などの二次性頭痛を鑑別することが重要である。そのほか鑑別診断として、群発頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛、持続性片側頭痛などが挙げられる。

2. 治療

カフェインは急性期治療薬としてだけでなく予防治療薬としても用いられる^{3,16,17)}。コーヒー、カップ1杯を痛みで目が覚めたときやあらかじめ就寝時に飲むことによっても効果が得られる。発作予防薬としてリチウムの効果があることが多く、トピラマート、インドメタシン、メラトニン、アミトリプチリンなどを用いた治療も報告されている。自然寛解するものや治療により寛解に至るが再発する例もある。

●文献

- 1) 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会(訳)：国際頭痛分類第2版。新訂増補日本語版。医学書院。20007。
- 2) Dodick W, Mosek AC, Campbell JK : The hypnic ("alarm clock") headache syndrome. *Cephalalgia* 1998 ; 18 (3): 152-156.
- 3) Lanteri-Minet M, Donnet A : Hypnic headache. *Curr Pain Headache Rep* 2010 ; 14 (4): 309-315.
- 4) Ghiotto N, Sances G, Di Lorenzo G, Trucco M, Loi M, Sandrini G, Nappi G : Report of eight new cases of hypnic headache and mini-review of the literature. *Funct Neurol* 2002 ; 17 (4): 211-219.
- 5) Evers S, Goadsby PJ : Hypnic headache : clinical features, pathophysiology, and treatment. *Neurology* 2003 ; 60 (6): 905-909.
- 6) Donnet A, Lanteri-Minet M : A consecutive series of 22 cases of hypnic headache in France. *Cephalalgia* 2009 ; 29 : 928-934.
- 7) Liang JF, Fuh JL, Yu HY, Hsu CY, Wang SJ : Clinical features, polysomnography and outcome in patients with hypnic headache. *Cephalalgia* 2008 ; 28 (3): 209-215.
- 8) Holle D, Naegel S, Krebs S, Katsarava Z, Diener HC, Gaul C, Obermann M : Clinical characteristics and therapeutic options in hypnic headache. *Cephalalgia* 2010 ; 30 (12): 1435-1442.
- 9) 福原葉子, 竹島多賀夫, 石崎公郁子, 齋岡直人, 中島健二 : 睡眠時頭痛(hypnic headache)の本邦3症例。 *臨床神経学* 2006 ; 46 (2): 148-153.
- 10) Dodick DW : Polysomnography in hypnic headache syndrome. *Headache* 2000 ; 40 (9): 748-752.
- 11) Pinessi L, Rainero I, Cicolin A, Zibetti M, Gentile S, Mutani R : Hypnic headache syndrome : association of the attacks with REM sleep. *Cephalalgia* 2003 ; 23 (2): 150-154.
- 12) Manni R, Sances G, Terzaghi M, Ghiotto N, Nappi G : Hypnic headache : PSG evidence of both REM- and NREM-related attacks. *Neurology* 2004 ; 62 (8): 1411-1413.
- 13) De Simone R, Marano E, Ranieri A, Bonavita V : Hypnic headache : an update. *Neurol Sci* 2006 ; 27 (Suppl 2): S144-148.
- 14) Holle D, Wessendorf TE, Zaremba S, Naegel S, Diener HC, Katsarava Z, Gaul C, Obermann M : Serial polysomnography in hypnic headache. *Cephalalgia* 2011 ; 31 (3): 286-290.
- 15) Holle D, Naegel S, Krebs S, Gaul C, Gizewski E, Diener HC, Katsarava Z, Obermann M : Hypothalamic gray matter volume loss in hypnic headache. *Ann Neurol* 2011 ; 69 (3): 533-539.
- 16) Diener HC, Obermann M, Holle D : Hypnic headache : Clinical course and treatment. *Curr Treat Options Neurol* 2012 ; 14 (1): 15-26.
- 17) Lisotto C, Rossi P, Tassorelli C, Ferrante E, Nappi G : Focus on therapy of hypnic headache. *J Headache Pain* 2010 ; 11 (4): 349-354.

● 検索式・参考にした二次資料

- ・ 検索 DB : PubMed(2011/12/31)
Hypnic headache 118
- ・ 検索 DB : 医中誌(2011/11/30)
Hypnic headache 4

一次性雷鳴頭痛はどのように診断し治療するか

推奨

1. 診断

一次性雷鳴頭痛は国際頭痛分類第2版(ICHD-II)に準拠して診断する。

グレードA

2. 治療

二次性に雷鳴頭痛を起こしうる疾患の鑑別が最も重要で、確立された治療法は明らかでない。

グレードC

背景・目的

雷鳴頭痛は多彩な二次性頭痛を除外することが第一であり、専門医による的確な診断ならびに治療が重要である。

解説・エビデンス

1. 診断

一次性雷鳴頭痛の診断基準¹⁾

- A. BおよびCを満たす重度の頭痛
- B. 以下の特徴を両方満たす
 1. 突然に出現し、1分未満で痛みの強さがピークに達する
 2. 1時間～10日間持続する
- C. 発症後の数週または数か月にわたって、定期的な再発はない
- D. その他の疾患によらない

診断には二次性に雷鳴頭痛を起こしうる疾患の鑑別が最も重要で、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血²⁾、未破裂囊状脳動脈瘤^{3,4)}、頸動脈または椎骨動脈の解離⁵⁾、脳内出血⁶⁾、脳梗塞⁷⁾、脳静

脈洞血栓症⁸⁾、下垂体卒中⁹⁾は必ず否定しなければならない。また、中枢性神経系血管炎、第三脳室コロイド嚢胞、低髄液圧、急性副鼻腔炎(特に気圧障害)、後斜台部の血腫、一次性咳嗽性頭痛、一次性労作性頭痛、性行為に伴う一次性頭痛¹⁰⁾、入浴関連頭痛(bath-related headache)¹¹⁾も鑑別として挙げられる。さらに近年では、reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)^{12, 13)}も二次性雷鳴頭痛を起こす原因として注目されている。くも膜下出血、解離性動脈瘤、下垂体卒中の頭痛の診断については頭痛一般に関するCQを参照されたい。

一次性電鳴頭痛は成人女性に多く発症することが知られ、器質性原因疾患のすべてが否定された場合に限り診断する。治療は基礎疾患に準じて行い、一次性の場合の治療法は確立されていない。また、頭蓋内血管の血管緊張の調節を司る求心性の交感神経系の破綻により、急激な血管収縮や血管緊張の変化が生じ頭痛が起こるものと推測されているが¹⁰⁾か³⁾、病態は不明な点が多い。

2. 治療

nimodipineの有効性を示す報告¹⁴⁾があるが、確立されたものはない。

●文献

- 1) 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会(訳)：国際頭痛分類第2版，新訂増補日本語版。医学書院，2007。
- 2) Mayberg MR, Batjer HH, Dacey R, Diringer M, Haley EC, Heros RC, Sternau LL, Torner J, Adams HP Jr, Feinberg W, et al : Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 1994 ; 25(11): 2315-2328.
- 3) Wijdicks EF, Kerkhoff H, van Gijn J : Long-term follow-up of 71 patients with thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. Lancet 1988 ; 2(8602): 68-70.
- 4) Raps EC, Rogers JD, Galetta SL, Solomon RA, Lennihan L, Klebanoff LM, Fink ME : The clinical spectrum of unruptured intracranial aneurysms. Arch Neurol 1993 ; 50(3): 265-268.
- 5) Silbert PL, Mokri B, Schievink WI : Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. Neurology 1995 ; 45(8): 1517-1522.
- 6) Melo TP, Pinto AN, Ferro JM : Headache in intracerebral hematomas. Neurology 1996 ; 47(2): 494-500.
- 7) Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg P : Headache in acute cerebrovascular disease. Neurology 1986 ; 36(11): 1445-1450.
- 8) de Bruijn SF, Stam J, Kappelle LJ : Thunderclap headache as first symptom of cerebral venous sinus thrombosis. CVST Study Group. Lancet 1996 ; 348(9042): 1623-1625.
- 9) da Motta LA, de Mello PA, de Lacerda CM, Neto AP, da Motta LD, Filho MF : Pituitary apoplexy. Clinical course, endocrine evaluations and treatment analysis. J Neurosurg Sci 1999 ; 43(1): 25-36.
- 10) Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW : Thunderclap headache. Lancet Neurol 2006 ; 5(7): 621-631.
- 11) Wang SJ, Fuh JL, Wu ZA, Chen SP, Lirng JF : Bath-related thunderclap headache: a study of 21 consecutive patients. Cephalalgia 2008 ; 28(5): 524-530.
- 12) Singhal AB, Hajj-Ali RA, Topcuoglu MA, Fok J, Bena J, Yang D, Calabrese LH : Reversible cerebral vasoconstriction syndromes : analysis of 139 cases. Arch Neurol 2011 ; 68(8): 1005-1012.
- 13) Valença MM, Andrade-Valença LP, Bordini CA, Speciali JG : Thunderclap headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction : view and review. J Headache Pain 2008 ; 9(5): 277-288.
- 14) Chen SP, Fuh JL, Lirng JF, Chang FC, Wang SJ : Recurrent primary thunderclap headache and benign CNS angiopathy : spectra of the same disorder? Neurology 2006 ; 67(12): 2164-2169.

●検索式・参考にした二次資料

- ・検索 DB : PubMed(2011/12/5)
thunderclap headache 215
- ・検索 DB : 医中誌
雷鳴頭痛 948

持続性片側頭痛はどのように診断し治療するか

推奨

1. 診断

国際頭痛分類第2版(ICHD-II)に準拠して診断する。

グレードA

2. 治療

インドメタシンにより完全寛解する。

グレードA

背景・目的

持続性片側頭痛はまれな疾患で^{1,2)}、1984年にSjaastadらによって初めて報告され、現在までの報告例は150例以上に及ぶ³⁻¹¹⁾。自律神経症状を伴い、インドメタシンが著効するといった特徴があるが³⁾、病態、臨床像、治療、予後などについては十分に明らかにされていない。

解説・エビデンス

1. 診断

持続性片側頭痛の診断基準^{1,2)}

- A. B～Dを満たす頭痛が3か月を超えて続く
- B. 次の特徴をすべて満たす
 1. 痛みは片側性で、反対側に移動しない
 2. 毎日連続してみられ、痛みが消失する時期がない
 3. 程度は中等度であるが、増悪して重度の痛みとなることがある
- C. 頭痛増悪時、頭痛側に次の自律神経所見のうち少なくとも1項目がみられる
 1. 結膜充血または流涙(あるいはその両方)
 2. 鼻閉または鼻漏(あるいはその両方)
 3. 眼瞼下垂または縮瞳(あるいはその両方)

D. 治療量のインドメタシンで完全寛解する

E. その他の疾患によらない

まれな疾患でありこれまでの報告は症例集積研究が中心である³⁻¹¹⁾。要約すると、男女比は約1:2と女性に多く、平均発症年齢は30歳代であり、頭痛は片側性で反対側に移動しない軽度～中等度の持続性の痛みである。痛みの部位は前頭部、側頭部、眼窩部、後頭部に多い。時に頭痛の増悪がみられ、強度の頭痛のため日常生活に著しい支障をきたす。増悪時に同側の自律神経症状がみられ流涙や結膜充血が多い。片頭痛にみられる随伴症状を伴うこともある。痛みは慢性に持続することが特徴であり、いったん寛解し再発を繰り返す場合もその後慢性型に移行することが多い。インドメタシンにより完全に寛解する。日本人での報告も認められるが、ごく少数例である^{12,13)}。一方で、痛みが対側に移行する症例、インドメタシンが無効の症例、自律神経症状を欠く症例、ICHD-IIの診断基準以外の自律神経症状を呈する症例の存在も報告されている。PETにて対側後部視床下部や同側背側尾側橋の活性化がみられたとする報告はあるが、明らかな病態機序は不明である¹⁴⁾。同様にインドメタシンが著効し自律神経症状を伴う発作性片側頭痛と共通の病態を有すると考えられている^{8,10)}。

鑑別診断として、片側限局性の慢性片頭痛、新規発症持続性連日性頭痛、頸原性頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛、慢性外傷後頭痛、動脈解離による頭痛、脳幹梗塞による頭痛などがあげられる。

なお、ICHD-III(beta)では、持続性片側頭痛は三叉神経・自律神経性頭痛(TACs)の1つとして分類される予定である。

2. 治療

治療量のインドメタシンで完全寛解する。わが国では経口薬の使用量は最高量75 mg/日まで、直腸投与は最高量100 mg/日までとされている²⁾。一方、海外では25～75 mg/日で開始し、効果がないときは徐々に増量、有効量は50～300 mg/日と報告されている^{3-7,10)}。長期にわたる内服治療が必要であるが、めまいや消化器系の副作用などが問題になる。胃腸障害を軽減するために開発されたプロドラッグであるインドメタシンフェルネシルは、経験的に有効な場合がある。そのほか多くの鎮痛薬が無効であり、イブプロフェン、ナプロキセン、アスピリンなどが試されているが、一定の結果は得られていない⁵⁾。眼窩上神経あるいは大後頭神経ブロックが圧痛を有する症例で有効であった報告もある¹⁵⁾。また、6名を対象にした後頭神経刺激療法の交差試験が報告され良好な結果が得られているが、一般的に確立されたものではない¹⁶⁾。

●文献

- 1) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders : 2nd edition. Cephalgia 2004 ; 24 (Suppl 1) : 9-160.
- 2) 国際頭痛学会・頭痛分類委員会：国際頭痛分類第2版(ICHD-II)。日本頭痛学会誌。2004；31(1)：13-188。
- 3) Newman LC, Lipton RB, Solomon S : Hemicrania continua : ten new cases and a review of the literature. Neurology 1994 ; 44(11) : 2111-2114.
- 4) Peres MF, Silberstein SD, Nahmias S, Shechter AL, Youssef I, Rozen TD, Young WB : Hemicrania continua is not that rare. Neurology 2001 ; 57(6) : 948-951.
- 5) Matharu MS, Boes CJ, Goadsby PJ : Management of trigeminal autonomic cephalgias and hemicrania continua. Drugs 2003 ; 63(16) : 1637-1677.
- 6) Trucco M, Mainardi F, Maggioni F, Badino R, Zanchin G : Chronic paroxysmal hemicrania, hemicrania continua and

- SUNCT syndrome in association with other pathologies : a review. *Cephalalgia* 2004 ; 24(3): 173-184.
- 7) Antonaci F, Pareja JA, Caminero AB, Sjaastad O : Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua. Parenteral indomethacin: the 'indotest'. *Headache* 1998 ; 38(2): 122-128.
 - 8) Goadsby PJ, Lipton, RB : A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. *Brain* 1997 ; 120(Pt 1): 193-209.
 - 9) Pareja JA, Vincent M, Antonaci F, Sjaastad O : Hemicrania continua : diagnostic criteria and nosologic status. *Cephalalgia* 2001 ; 21(9): 874-877.
 - 10) Cittadini E, Goadsby PJ : Hemicrania continua: a clinical study of 39 patients with diagnostic implications. *Brain* 2010 ; 133(Pt 7): 1973-1986.
 - 11) Marmura MJ, Silberstein SD, Gupta M : Hemicrania continua : who responds to indomethacin? *Cephalalgia* 2009 ; 29(3): 300-307.
 - 12) 石崎公郁子, 竹島多賀夫, 井尻珠美, 福原葉子, 中島健二 : Hemicrania continua の 1 例 本邦第 1 例. *臨床神経* 2002 ; 42(8): 754-756.
 - 13) 斎藤義朗, 間中信也, 木村清次 : 群発頭痛の経過中に持続性片側頭痛(hemicrania continua)に移行した 1 例. *臨床神経* 2005 ; 45(3): 250-252.
 - 14) Matharu MS, Cohen AS, McGonigle DJ, Ward N, Frackowiak RS, Goadsby PJ : Posterior hypothalamic and brainstem activation in hemicrania continua. *Headache* 2004 ; 44(8): 747-761.
 - 15) Guerrero ÁL, Herrero-Velázquez S, Peñas ML, Mulero P, Pedraza MI, Cortijo E, Fernández R : Peripheral nerve blocks : a therapeutic alternative for hemicrania continua. *Cephalalgia* 2012 ; 32(6): 505-508.
 - 16) Burns B, Watkins L, Goadsby PJ : Treatment of hemicrania continua by occipital nerve stimulation with a bion device : long-term follow-up of a crossover study. *Lancet Neurol* 2008 ; 7(11): 1001-1012.

● 検索式・参考にした二次資料

- ・ 検索 DB : PubMed(2012/6/4)
Hemicrania continua 254
& Indomethacin 138
Indomethacin farnesil 13
- ・ 検索 DB : 医中誌 Web(2012/6/4)
Hemicrania continua 9
持続性片側頭痛 5

新規発症持続性連日性頭痛はどのように診断し治療するか

推奨

1. 診断

国際頭痛分類第2版(ICHD-II)に準拠して診断する。

グレードA

2. 治療

治療に関して明確な基準はなく、明らかに効果のある治療法もない。自然に寛解するタイプと、積極的治療法に抵抗性を示す難治性のタイプがある。

グレードC

背景・目的

新規発症持続性連日性頭痛(new daily persistent headache : NDPH)は国際頭痛分類第2版(ICHD-II)に新しく採用された疾患概念である。しかし、頭痛の性状、治療効果、予後など詳しいことは不明である。診断する際に頭痛の発症様式が大切であり、二次性のものを除外することが重要であると考えられている。

解説・エビデンス

1. 診断

新規発症持続性連日性頭痛の診断基準^{1,2)}

- A. B~Dを満たす頭痛が3か月を超えて続く
- B. 頭痛が、発症時または発症後、3日未満から寛解することなく、連日みられる
- C. 次の痛みの特徴のうち少なくとも2項目を満たす
 1. 両側性
 2. 圧迫感または締めつけ感(非拍動性)
 3. 程度は軽度~中等度
 4. 歩行または階段を昇るなどの日常的な動作により増悪しない

D. 以下の両方を満たす

1. 光過敏, 音過敏, 軽度悪心は, あっても1項目のみ
2. 中等度または重度の悪心, 嘔吐のいずれもない

E. その他の疾患によらない

比較的まれな頭痛であり, これまでの報告は症例集積研究が中心である³⁻⁵⁾. 日本人でも少数ながら報告されている^{4,6)}. 要約すると, 男女比はやや女性に多く, 平均発症年例は30歳代であり, 頭痛発症日を明確に覚えていることが多い. 緊張型頭痛の性質を有する 경우가多いが³⁾, 嘔気や光・音過敏といった片頭痛の特徴が認められる場合もある. 寛解する場合, 再発と寛解を繰り返す場合, 慢性に経過する場合があるが³⁾, 多くは慢性の経過をたどる. Robbinsらは頭痛の性状により2群に分類し, 片頭痛様の頭痛を有する患者群は女性に多く不安障害あるいはうつ病の既往が多いこと, 緊張型頭痛様の頭痛を有するものは頭痛発症日をより正確に覚えていることが多いことを報告しており, 片頭痛様の頭痛を呈する場合も少なくないことを強調している⁵⁾. 30~44歳を対象としたノルウェーの集団ベースの横断研究では, 1年間の有病率は0.03%であると報告している⁷⁾. また, 小児や青年例では, 成人例と比較して薬物乱用が少なく, 感染症や外傷後などの二次性頭痛による場合が多いとされている^{8,9)}.

鑑別診断として, 慢性片頭痛, 慢性緊張型頭痛, 持続性片側頭痛, 低髄液圧による頭痛, 頭蓋内圧亢進性頭痛, 頭頸部外傷による頭痛, 感染症による頭痛などがあげられる. 慢性緊張型頭痛の症状と類似点が多いが³⁾, 反復性緊張型頭痛からの移行ではなく, 頭痛発症日から連日性で寛解期がない点が大きく異なる.

2. 治療

前向きプラセボ対照試験などの報告はなく, 治療法に関し明確な基準はない³⁻⁵⁾. 自然に寛解するタイプと, 積極的治療法に抵抗性を示す難治性のタイプがある. 現在まで, 緊張型頭痛や片頭痛などに準じて頓挫薬やガバペンチン, トピラマートなどの予防薬が試みられているが³⁾, 一定した結果は確認されていない.

●文献

- 1) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24(suppl 1) 9-160.
- 2) 国際頭痛学会・頭痛分類委員会: 国際頭痛分類第2版(ICHD-II). 日本頭痛学会誌 2004; 31(1): 13-188.
- 3) Li D, Rozen TD: The clinical characteristics of new daily persistent headache. Cephalalgia 2002; 22(1): 66-69.
- 4) Takase Y, Nakano M, Tatsumi C, Matsuyama T: Clinical features, effectiveness of drug-based treatment, and prognosis of new daily persistent headache (NDPH): 30 cases in Japan. Cephalalgia 2004; 24(11): 955-959.
- 5) Robbins MS, Grosberg BM, Napchan U, Crystal SC, Lipton RB: Clinical and prognostic subforms of new daily-persistent headache. Neurology 2010; 74(17): 1358-1364.
- 6) 小畔美弥子, 立花久大, 横田正幸, 西村裕之, 澁谷直美, 川端啓太: 新規発症持続性連日性頭痛の臨床的検討. 日本頭痛学会誌 2009; 35(3): 71-75.
- 7) Grande RB, Aaseth K, Lundqvist C, Russell MB: Prevalence of new daily persistent headache in the general population. The Akershus study of chronic headache. Cephalalgia 2009(11); 29: 1149-1155.
- 8) Mack KJ: What incites new daily persistent headache in children? Pediatr Neurol 2004; 31(2): 122-125.
- 9) Kung E, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD, Bigal ME: New daily persistent headache in the paediatric population. Cephalalgia 2009; 29(1): 17-22.

● 検索式・参考にした二次資料

- ・ 検索 DB : PubMed(2012/6/4)
New daily persistent headache 144
- ・ 検索 DB : 医中誌 Web(2012/6/4)
New daily persistent headache 7
新規発症連日性持続性頭痛 0

慢性連日性頭痛はどのように診断するか

推奨

慢性連日性頭痛は、Silberstein および Lipton ら^{1,2)}により提唱された頭痛分類で、1日に4時間以上の頭痛が1か月に15日間以上続くものと定義される。変容性片頭痛、慢性緊張型頭痛、新規発症持続性連日性頭痛、持続性片側頭痛の4病型に分類するが、明確なエビデンスはない。国際頭痛分類第2版(ICHD-II)が確立された現在、ICHD-IIに準拠して各々の病型および薬物乱用頭痛を診断し、慢性連日性頭痛はさまざまな慢性頭痛を包括した名称として使用すべきである。

グレードC

V

その他の
一次性頭痛

背景・目的

1988年に国際頭痛学会が診断基準を発表して以来、毎日のように頭痛が出現する症例をどのように診断、分類するのか議論が続いていた。慢性連日性頭痛はSilberstein および Lipton ら^{1,2)}により1994年に提唱された頭痛分類で、1日に4時間以上の頭痛が1か月に15日間以上続く頭痛とし4病型が定義された。2004年に発表された国際頭痛分類第2版(ICHD-II)³⁻⁶⁾では慢性連日性頭痛という病名は採用されていないが、毎日のようにある頭痛を包括して評価できる利便性から現在も使用されている。

解説・エビデンス

Silberstein および Lipton ら^{1,2)}は1994年に1日に4時間以上の頭痛が1か月に15日間以上続く頭痛を慢性連日性頭痛として以下の4病型に分類し診断基準を設けた。

1. 変容性片頭痛(transformed migraine : TM)
2. 慢性緊張型頭痛(chronic tension-type headache : CTTH)
3. 新規発症持続性連日性頭痛(new daily persistent headache : NDPH)
4. 持続性片側頭痛(hemicrania continua : HC)

現在ではこの分類が世界的に流布している。1日に4時間以上というのは群発頭痛などを除外するためである。頭痛の持続期間に関しては、現在まで1か月から1年以上とさまざまな文献が

あるが、国際頭痛分類第2版(ICHD-II)の慢性片頭痛、新規発症持続性連日性頭痛、持続性片側頭痛の診断基準に準じ³⁻⁶⁾、3か月を超えて、とするのが一般的である⁷⁻⁹⁾。一般人口における慢性連日性頭痛の有病率は約3~4%と報告され、12~14歳を対象にした集団ベース研究での有病率は約1.5%である^{7,9-13)}。18歳以上の成人638名と13~17歳の青年170名を相対的に比較した研究では、成人では薬物乱用を伴う変容性片頭痛が有意に多い一方、青年では薬物乱用を伴わない変容性片頭痛や慢性緊張型頭痛が有意に多いと報告されている¹²⁾。12~14歳の小児122名を対象に8年間追跡した前向きコホート研究では、約1/4の患者で慢性連日性頭痛による日常生活への支障が継続して認められていた¹⁴⁾。

慢性連日性頭痛の病名はICHD-IIでは採用されず、変容性片頭痛は慢性片頭痛として、各々の病型は一次性頭痛の項目に、薬物乱用頭痛とは区別して分類されている。SilbersteinおよびLiptonらの診断基準と比較しICHD-IIおよび改訂版では厳格化されているが、薬物乱用により頭痛頻度が増加した変容性片頭痛は、ICHD-IIでは「片頭痛」+「薬物乱用頭痛」に、薬物乱用がないあるいは薬物乱用後も頭痛頻度が変わらない変容性片頭痛は、「慢性片頭痛」におおむね一致すると考える。同様に薬物乱用により頭痛頻度が増加した慢性緊張性頭痛も「緊張型頭痛」+「薬物乱用頭痛」に、薬物乱用がないあるいは薬物乱用後も頭痛頻度が変わらない慢性緊張型頭痛は「慢性緊張型頭痛」と考える。さらにICHD-IIでは、持続性片側頭痛は自律神経症状の存在を、新規発症連日性持続性頭痛は緊張型頭痛の要素を重要視している。ICHD-IIが確立された現在、慢性連日性頭痛の名称は用いず、ICHD-IIに準拠して診断することが推奨されるが、各々の頭痛を正確に分類することが困難な場合など、慢性連日性頭痛として包括して評価できる利便性から現在も使用されている。

●文献

- 1) Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT : Classification of daily and near-daily headaches : proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1994 ; 34(1) : 1-7.
- 2) Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M : Classification of daily and near-daily headaches : field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996 ; 47(8) : 871-875.
- 3) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society : The International Classification of Headache Disorders : 2nd edition. *Cephalalgia* 2004 ; 8(suppl 1) : 9-160.
- 4) 国際頭痛学会・頭痛分類委員会(訳) : 国際頭痛分類第2版(ICHD-II). *日本頭痛学会誌* 2004 ; 31(1) : 13-188.
- 5) Silberstein SD, Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ, Göbel H, Lainez MJ, Lance JW, Lipton RB, Nappi G, Sakai F, Schoenen J, Steiner TJ : International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition (ICHD-II) revision of criteria for 8.2 Medication-overuse headache. *Cephalalgia* 2005 (6) ; 25 : 460-465.
- 6) Headache Classification Committee, Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ, Göbel H, Lainez MJ, Lance JW, Lipton RB, Nappi G, Sakai F, Schoenen J, Silberstein SD, Steiner TJ : New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia* 2006 ; 26(6) : 742-746.
- 7) Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB : Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain* 2003 ; 106(1-2) : 81-89.
- 8) Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ : Chronic daily headache in tertiary care population : correlation between the International Headache Society diagnostic criteria and proposed revisions for chronic daily headache. *Cephalalgia* 2002 ; 22(6) : 432-438.
- 9) Kavuk I, Yavuz A, Cetindere U, Agelink MW, Diener HC : Epidemiology of chronic daily headache. *Eur J Med Res* 2003 ; 8(6) : 236-640.
- 10) Lantéri-Minet M, Auray JP, El Hasnaoui A, Dartigues JF, Duru G, Henry P, Lucas C, Pradalier A, Chazot G, Gaudin AF : Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain* 2003 ; 102(1-2) : 143-149.
- 11) Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ : Chronic daily headache in Taipei, Taiwan : prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* 2001 ; 21(10) : 980-986.
- 12) Bigal ME, Lipton RB, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD : Primary chronic daily headache and its subtypes in adolescents and adults. *Neurology* 2004 ; 63(5) : 843-847.
- 13) Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD : Chronic daily headache in adolescents : prevalence, impact, and medication overuse. *Neurology* 2006 ; 66(2) : 193-197.
- 14) Wang SJ, Fuh JL, Lu SR : Chronic daily headache in adolescents : an 8-year follow-up study. *Neurology* 2009 ; 73(6) : 416-422.

● 検索式・参考にした二次資料

- ・ 検索 DB : PubMed(2012/6/4)
Daily headache 4502
chronic daily headache 31338
& definition 224
& diagnostic criteria 2155
& prevalence 4655
& frequency 6238
- ・ 検索 DB : 医中誌 Web(2012/6/4)
Chronic daily headache 14
慢性連日性頭痛 5329