

国際頭痛分類 第3版 (ICHD-3) 日本語版 作成にあたって

翻訳の経緯

国際頭痛分類第2版 (ICHD-2) が2004年に刊行され、世界各国で各言語に翻訳され広く使用されてきた。わが国でも、間中信也理事(当時)を委員長として翻訳作業が進められ、2004年に日本語版が公開され、わが国の頭痛医療が大きく進展した。

その後、WHOのICD-11の策定に呼応して国際頭痛分類第3版の作成に向けて、Olesen委員長の下、国際頭痛学会(IHS)の頭痛分類委員会が活動を開始した。日本からは竹島が片頭痛の、平田幸一理事が緊張型頭痛の、坂井文彦代表理事(当時)が感染症による頭痛の、それぞれ working-group に参加して改訂作業が進められた。2013年に国際頭痛分類第3版 beta 版 (ICHD-3 β) が公開された。これを受けて日本頭痛学会は翻訳のための常設委員会として、国際頭痛分類委員会を2013年に設置した。ICHD-3 β はICHD-2に加筆修正する形で作成されており日本語版ICHD-3 β はICHD-2日本語版を基にして、変更部分を追加翻訳することを原則とした。各章1～3名の委員で分担して日本語版を作成し2014年に刊行した。2018年1月には『Cephalalgia』誌に国際頭痛分類第3版 (ICHD-3) が掲載されたので、同委員会で日本語版を改訂し出版することを決定し、ただちに作業を開始した。

まず、ICHD-3 β からICHD-3への主要な変更点を各章の担当者が精査し、主要ポイントをまとめ委員会として討議し、「国際頭痛分類第3版公開のご案内」として変更点について日本頭痛学会 web site に掲載した (http://www.jhsnet.org/information/20180409_info.html)。

委員会専用のメーリングリストを利用し、訳語、用語の選択や翻訳のしかたなど随時意見交換しながら、翻訳作業を分担して進めた。分担についてはICHD-3 β 翻訳の際の担当をそのまま引き継ぐこととした(表)。2018年6月3日(日)および6月24日(日)に休日を返上して、担当委員とコアメンバーを中心に終日委員会を開催し brush-up 作業を行った。さらに、メーリングリストを利用して brush-up 作業を進め、同年10月1日にパブリックコメントを求めるために日本頭痛学会 web site 上に掲載し、これに並行して出版のための校正作業を進めた。校正作業は、各章の担当委員が担当部分の校正を行い、全体の校正と調整は竹島(委員長)、清水(副委員長)と、五十嵐久佳委員、柴田護委員、永田栄一郎委員がコアメンバーとして実施した。医学書院の編集者の協力も得て、校正作業を繰り返し行いICHD-3の翻訳作業を完了した。

国際頭痛分類と診断基準の意義

国際頭痛分類と診断基準の意義、重要性は繰り返し論じられており、周知のことではあるが、ここで再度ポイントを述べても、強調しすぎということはないであろう。

1988年の初版では片頭痛の診断基準が初めて示されたことにより、それまで研究者や施設、国によってさまざまであった「片頭痛」の疾患概念が統一、標準化され、同じ土俵で片頭痛の病態や治療法が論じられるようになった。その結果、臨床試験は従前よりさらに科学的な方法で効率

表 実務委員の翻訳分担

序文、分類等：松森保彦，竹島多賀夫，清水利彦

第1部：一次性頭痛

1. 片頭痛：竹島多賀夫，五十嵐久佳，粟木悦子
2. 緊張型頭痛：平田幸一，渡邊由佳
3. 三叉神経・自律神経性頭痛 (TACs)：清水利彦，柴田 護
4. その他の一次性頭痛疾患：柴田興一，工藤雅子

第2部：二次性頭痛

緒言：古和久典

5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛：鈴木倫保，松森保彦
6. 頭頸部血管障害による頭痛：橋本洋一郎，菊井祥二
7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛：北川泰久，松森保彦
8. 物質またはその離脱による頭痛：五十嵐久佳，渡邊由佳，菊井祥二
9. 感染症による頭痛：浅野賀雄
10. ホメオスターシス障害による頭痛：荒木信夫，永田栄一郎
11. 頭蓋骨，頸，眼，耳，鼻，副鼻腔，歯，口あるいはその他の顔面・頸部の構成組織の障害による頭痛または顔面痛：西郷和真，安藤直樹
12. 精神疾患による頭痛：端詰勝敬

第3部：有痛性脳神経ニューロパチー，他の顔面痛およびその他の頭痛

13. 脳神経の有痛性病変およびその他の顔面痛：住谷昌彦，高橋祐二
14. その他の頭痛性疾患：住谷昌彦，高橋祐二

付録：矢部一郎，尾崎彰彦

用語の定義：古和久典

的に進められるようになった。日本語版作成にあたり疑義が生じた場合は国際頭痛分類委員会に照会し進めたが，そのやりとりのなかで「We are all “speaking the same language”」という表現があり，同じ定義・用語の理解に基づいて診療や研究を行う重要性が強調されていたことが印象的であったのでここに記しておきたい。また，神経科学的，神経生物学的，分子遺伝学的な頭痛研究の推進にも寄与し，片頭痛をはじめとする頭痛性疾患の病態理解が進んだ。

2004年のICHD-2では，慢性片頭痛(Chronic migraine)が追加され，初版で原因物質の慢性摂取または曝露による頭痛(Headache induced by chronic substance use or exposure)として記載されていた頭痛が，薬物乱用頭痛(Medication-overuse headache)として概念が整理された。これは，反復性の片頭痛の標準的な治療が確立し，片頭痛治療の課題が片頭痛の慢性化問題に向かっていた当時の頭痛研究の状況に呼応するものである。その後，慢性片頭痛，薬物乱用頭痛の多くの研究が論文として発表され，その成果から，2006年に慢性片頭痛，薬物乱用頭痛の付録診断基準が公開され，ICHD-3βの診断基準につながっている。ICHD-2のもう1つの大きな変更点は三叉神経・自律神経性頭痛の概念が導入されたことである。群発頭痛および群発頭痛類縁の一次性頭痛の疾患概念の整理がなされている。また，精神疾患による頭痛の章が設けられたことも大きな変更点であった。

2018年に公開されたICHD-3はICHD-3β公開後の知見や研究報告に基づいて診断基準の見直しや調整がなされているが，全体的にはそれほど大きな変更はなされていない。

頭痛研究のための頭痛診断のみならず，日常診療における頭痛診断も，国際頭痛分類の診断基準を用いてなされなければならない。しかし，これは，頭痛研究や日常診療を拘束するものではない。未解決の課題に向かうために国際頭痛分類の診断基準とは異なる，新たな頭痛性疾患やサブタイプ，サブフォームを提唱することは自由である。ただし，スタートラインとして，国際頭痛分類の概念，すなわち，現在のスタンダードを正しく理解したうえで，研究を進展させるべき

であるということである。その証左として、国際頭痛分類は初版から、多くの研究成果を受けて改訂されているし、また、エビデンスが不十分であるが、有望な概念は付録診断基準として掲載されているのである。

国際頭痛分類第2版、第3版 beta 版から第3版への主要な変更点

●片頭痛

前兆のない片頭痛の診断基準は初版以来、同じ基準が踏襲されている。診断基準に片頭痛の持続時間は4～72時間と記載されており、ICHD-2では注釈で小児の場合は短い例もあり1～72時間としてもよいかもしれないと記載されていた。ICHD-3β/3では、小児あるいは思春期の患者では2～72時間としてもよいかもしれないとの記載に変更されている。前兆のある片頭痛の診断基準も大きな変更はない。1.2.6「脳底型片頭痛(Basilar-type migraine)」(ICHD-2)とされていたものが、1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛(Migraine with brainstem aura)」に変更された。また、1.2.4「網膜片頭痛(Retinal migraine)」が、前兆を伴う片頭痛のサブタイプに組み入れられた。

ICHD-3βからICHD-3への変更点として、1.2「前兆のある片頭痛(Migraine with aura)」診断基準において、項目Cが4項目から6項目に増加したこと、ICHD-3βの付録A1.2「前兆のある片頭痛(Migraine with aura)」診断基準が本則として掲載された点が挙げられる。

1.3「慢性片頭痛(Chronic migraine)」が片頭痛の合併症のサブフォームから、片頭痛のサブタイプに掲載され、前兆のない片頭痛、前兆のある片頭痛と同レベルの頭痛カテゴリーとして扱われている。通常、反復性の片頭痛の発作頻度が増加し、慢性片頭痛に進展するので片頭痛の合併症と位置づけられていたが、緊張型頭痛や、群発頭痛における反復性、慢性の概念と統一するという観点から修正がなされている。

1.3「小児周期性症候群(片頭痛に移行することが多いもの)(Childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine)」(ICHD-2)は1.6「片頭痛に関連する周期性症候群(Episodic syndromes that may be associated with migraine)」に変更された。1.6.1.1「周期性嘔吐症候群(Cyclical vomiting syndrome)」などは小児に多いが成人例もあることから「小児」が削除されている。1.6.3「良性発作性斜頸(Benign paroxysmal torticollis)」はここに掲載されている(ICHD-2では付録に掲載されていた)。

片頭痛とめまいの関連が注目されていた。頭痛性疾患の疾患単位としての意義についていくつかの議論を経て、付録にA1.6.6「前庭性片頭痛(Vestibular migraine)」が掲載された。今後の症例の蓄積と検討が期待されている。

●緊張型頭痛

緊張型頭痛には大きな変更はない。

●三叉神経・自律神経性頭痛(TACs)

ICHD-2では、第3章は「群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛」と記載されていた。ICHD-3β/3では、TACsの概念の普及を受けて、第3章の頭痛グループ名から群発頭痛が消え、「三叉神経・自律神経性頭痛(TACs)」となっている。

3.3「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks)」が掲載され、このサブフォームにSUNCTとSUNAが記載された。ICHD-2ではSUNCTは第3章に、SUNAは付録に掲載されていた。ICHD-3β/3ではこれらが統合されて掲載されている。

3.4「持続性片側頭痛」が、「その他の一次性頭痛」から、「三叉神経・自律神経性頭痛(TACs)」に移された。ICHD-3βからICHD-3への変更では、3.1「群発頭痛」、3.2「発作性片側頭痛」、3.3「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」、3.4「持続性片側頭痛」に関する診断基準C項目に

ICHHD-3βで追加された、「前額部および顔面の紅潮」と「耳閉感」が、ICHHD-3では削除されていること、3.1.2「慢性群発頭痛」の診断基準B項目において、寛解期の期間が「1ヵ月未満」から「3ヵ月未満」に変更されたことなどが挙げられる。

●その他の一次性頭痛疾患

ICHHD-3β/3では4.5「寒冷刺激による頭痛(Cold-stimulus headache)」, 4.6「頭蓋外からの圧力による頭痛(External-pressure headache)」が第13章から第4章に移され, 4.8「貨幣状頭痛(Nummular headache)」が付録診断基準から本章に組み込まれている。4.10「新規発症持続性連日性頭痛(New daily persistent headache: NDPH)」の診断基準から頭痛の性状が削除され, 片頭痛様の頭痛であっても新規に発症すれば含めるように変更された。

●二次性頭痛

二次性頭痛の一般診断基準は, 原因となる疾患の改善や消失による頭痛の改善の要件を削除したことが大きな特徴である。薬物乱用頭痛を例にとれば, ICHHD-2では原因薬剤の中止による頭痛の軽減が診断要件であったが, ICHHD-3β/3では原因薬剤を中止する前でもその因果関係を示す証拠があれば診断ができるように変更された。

ICHHD-3βからICHHD-3への変更点の詳細については, 前述の通り日本頭痛学会のweb siteに「国際頭痛分類第3版公開のご案内」とともに掲載されている。

翻訳の基本方針と用語変更

翻訳の基本方針は第2版の翻訳の方針を引き継いでいる。診断基準は直訳し, 多少日本語として不自然でも原文に忠実であることを重視した。診断基準を研究目的で使用する際には, 必ず原文も確認して解釈していただきたい。解説, コメント部分は読者の読みやすさ, 理解しやすさを重視し, 多少の意識を許容した。全体を通して用語はなるべく統一するようにしたが, 原文にある不統一は原則そのまま残して翻訳した。ただし, 明らかなミスプリントや脱落は, 原本の該当章の責任者にメール等で連絡をとり, 確認の上, 修正して翻訳した。同じ英単語でも文脈により訳語が異なる場合があり, また異なる英単語が同じ日本語訳になることもある。

訳についてのコメント(翻訳ノート)

●ICHHD-II/ICHHD-2, ICHHD-III/ICHHD-3

第3版ではローマ数字ではなく算用数字の3を使用することを原則とした。これに合わせて, ICHHD-IIも原則算用数字を用いてICHHD-2の表記を優先する。

●headache disorder

「頭痛性疾患」の訳語を採択した。“primary headache”はICHHD-2を踏襲し「一次性頭痛」とした。“primary headache disorder”は, 「一次性頭痛性疾患」とすると冗長であるため“性”をひとつ省略して「一次性頭痛疾患」とした。

●evidence

「証拠」「確証」「根拠」「エビデンス」などの訳語が該当するが, 原則として「証拠」と訳し, 文脈により他の訳語が適切な場合は例外的に他の訳語を採用した。

●頭痛病名, コードの呼称

ICHHD-3β/3の原文において, 巻頭目次, 各章の目次, 本文中の項目見出しとしての頭痛病名に細部で不一致が残っている。原則として, 本文中の項目見出しに使用された頭痛名称を正式名称として扱い翻訳した。

国際頭痛分類では頭痛病名を階層構造でコード化している。ICHHD-3βまでは1桁のコードは

グループおよびタイプを示し、2桁はサブタイプ、3桁以上のコードはサブフォームとして扱われていたが、章により必ずしも統一されていなかった。ICHHD-3では2桁をタイプ、3桁をサブタイプ、4桁以上をサブフォームとして扱うことが明記された。

●classical

通常，“classic”は「典型的」，“classical”は「古典的」と訳され異なる意味とされることもあるが、ICHHD-3では“classical”が「典型的」の意味で用いられており「典型的」を採択した。IHSの担当委員に、「古典的」というニュアンスがないことを確認している。

●premonitory symptoms, prodrome(予兆/前駆症状), postdromal symptom, postdrome(後発症状)

片頭痛の「前兆(aura)」は一過性の局在脳機能障害で、閃輝暗点や感覚障害などをさす。一方、片頭痛発作の前に起こる気分の変調や食欲の変化など漠然とした症状は“premonitory symptoms”と表現される。“prodrome”はあいまいな用語で、“aura”を含めて用いられることもあり、避けるべき用語とされてきた。“premonitory symptoms, prodrome”の訳語として「予兆」「前駆症状」などが用いられており、文献によりさまざまである。第2版日本語版では“premonitory symptoms”に「前駆症状」，“prodrome”には「予兆」の訳語をあてたが、第3版 beta 版、第3版では両方の訳語を併記した。厳密な意味での“premonitory symptoms”を指す場合には日本語では「予兆」を使用するよう提唱をしてきた。ICHHD-3では国際頭痛分類委員会の方針の変更があり、頭痛発作に前の症状に“prodrome”があてられている。さらに、頭痛期の後のさまざまな症状が、“postdromal symptom(postdrome)”として記載されている。使用する用語と推奨の変更の理由について、国際頭痛分類委員会に照会したところ、Olesen 委員長ならびに担当委員から回答を得た。ICHHD-3で使用する“prodrome”はこれまでの“premonitory symptoms”と同義である。片頭痛の病態として頭痛が起こる前から神経系における変化が始まっておりこの際の症状が“prodrome”であり、頭痛期の後に一連の神経系の異常が続くがこれを“postdrome”とした。この流れをよりよく理解し対称性に配慮して、この変更が決定されたとのことであった。また、日本語版の作成にあたって、“prodrome”と“postdrome”は片頭痛発作の一連の現象の一部であり、頭痛発作とは別に起こる現象ではないことを強調してほしいとの示唆を受けた。これらを勘案し、“postdrome”には後発症状の訳語をあてた。頭痛発作前の症状については、訳語は、予兆(prodrome)と前兆(aura)を使用することとした。

●1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛」の注④

1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛」の注④は原文では“Diplopia does not embrace(or exclude) blurred vision”と記載されている。診断基準の翻訳の原則に沿って直訳すると「複視は霧視を含まない」とすべきかもしれないが、意味が曖昧になりすぎるので「霧視のみでは複視としない」と意識的な翻訳を採択した。

●複数の頭痛診断名の記載順のルール

2.4「緊張型頭痛の疑い(Probable tension-type headache)」のコメントに「このような症例では、コード番号順にする規則に従い、…」と記載されている(25頁)。一方、「この分類の使い方」の4番(前付31頁)には「その患者にとって重要な順に記載すべきである」と記載されている。片頭痛の疑いと緊張型頭痛の疑いの両診断が必要な場合で、重要性が同程度であればコード番号順に記載すると理解できる。

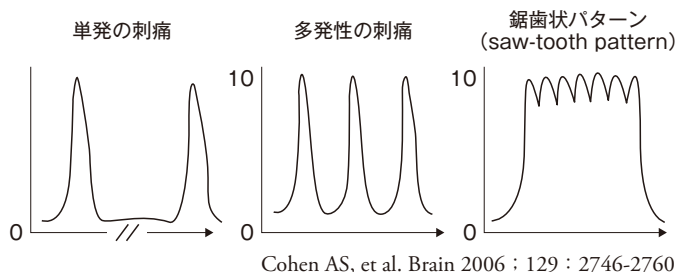
●インドメタシンの用量

3.2「発作性片側頭痛(Proxysmal hemicrania)」, 3.4「持続性片側頭痛(Hemicrania continua)」の診断基準の注には「成人では経口インドメタシンは最低用量150mg/日を初期投与として使用し、

必要があれば 225 mg/日を上限に増量する」と記述されている。わが国では、インドメタシン経口薬の使用量は最高量 75 mg/日まで、直腸投与(坐薬)は最高量 100 mg/日までとされている。わが国ではこれ以上の用量の安全性が確認されていないので、ICHD-3 の診断基準の記載にある用量の使用は一般には推奨できない。日常臨床では 75 mg/日までの投与で反応性を判断してよいと考えられるが、75 mg/日のインドメタシンが無効の場合は臨床的特徴や抗てんかん薬との相乗効果なども勘案し総合的に判断する必要がある。

●3.3 「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」の鋸歯状パターン(saw-tooth pattern)

短時間持続性片側神経痛様発作の発現パターンの1つとしてICHD-3βにおいて“saw-tooth pattern”という言葉が記載されている。その原著(Cohen AS, et al. Brain 2006 ; 129 : 2746-2760)では、「刺痛が何回か繰り返し自覚され、刺痛と刺痛の間においても比較的重度の痛みが維持され、ベースラインにまで戻らない持続時間の長い発作」と述べられている。今回“saw-tooth pattern”に相当する日本語として「鋸歯状パターン」を採用することとした。発作発現パターンとしては単発性の刺痛・多発性の刺痛・鋸歯状パターンの3つがあり、それぞれの時間経過を以下に示した。



●寛解期

ICHD-3β/3 の解説と診断基準の原文では TACs の寛解期を “pain-free period” “remission period” あるいは “pain-free remission period” と表現している。IHS の担当委員と連絡をとり、この3つの用語に本質的な違いがないことを確認した。日本語訳ではこれら3者の訳を「寛解期」に統一した。

●4.2 「一次性運動時頭痛(Primary exercise headache)」

ICHD-2 の「一次性労作性頭痛(Primary exertional headache)」に該当する。“exertional”から“exercise”の変更を反映し「労作」から「運動」とした。「一次性運動性頭痛」とするか、「一次性運動時頭痛」とするかにつき議論がなされたが、「運動時頭痛」を採択した。

●4.10 「新規発症持続性連日性頭痛(New daily persistent headache)」の表記

“New daily persistent headache”の日本語頭痛病名は第2版から「新規発症持続性連日性頭痛」が採択されている。頭痛病名の“daily”「連日性」と“persistent”「持続性」の語順が英文と日本語で入れ替わっている。これは慢性連日性頭痛など「連日性頭痛」の表現が定着しており「持続性頭痛」では理解しづらいとの観点から変更されたものである。現在、この表記が定着しており第3版でも踏襲することとした。

●trauma, injury

第5章では外傷に関連した用語として、“trauma” “traumatic injury” “injury”の用語が使用されている。“injury”は、手術創など外傷以外の原因による傷も含むため、原則として、“trauma”および“traumatic injury”には「外傷」を、“injury”には「傷害」の訳を用いた。ただし、文脈から明らか

に外傷による傷害を指す“injury”には「外傷」の訳語をあてた。

●vasculopathy と angiopathy の訳語

第6章では血管障害による頭痛が記載されている。原文では“vasculopathy”と“angiopathy”の両方が使用されているが、ほぼ同義語であり、それぞれに別の訳語をあてることは避けてどちらも「血管症」とした。また「一過性局所神経エピソード(transient focal neurologic episodes : TFNE)」の略称「TFNE」は英語原文にないがすでに標準的な略語として使用されているので日本語版では略号を追記した。

●6.2.2 「非外傷性くも膜下出血(SAH)による急性頭痛」の診断について

ICHD-3β13には「CTで診断できない場合、腰椎穿刺が必須である」「MRIはSAHの診断的初期検査の適応ではない」と記載されている。わが国ではMRIの普及率が高く、緊急MRI検査が可能な施設が少なくない。T₁強調画像、T₂強調画像のみでは頭蓋内出血の診断は困難であるが、FLAIR撮影を用いれば初期診断として利用することも可能であり、適切な画像診断がなされていれば、髄液検査は考慮をしても必須とは言えないと考えられている。SAHによる頭痛の診断に際しては、『慢性頭痛の診療ガイドライン2013』(医学書院)のCQ I-3「くも膜下出血はどのように診断するか」(9頁)も参照いただきたい。

●6.8 Headache and/or migraine-like aura attributed to chronic intracranial vasculopathy および 10.1 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia の訳語

6.8 Headache and/or migraine-like aura attributed to chronic intracranial vasculopathy は6.8「慢性頭蓋内血管症による頭痛あるいは片頭痛様前兆」とし、10.1 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia は10.1「低酸素血症あるいは高炭酸ガス血症による頭痛」とした。「A and/or B」の翻訳は「AまたはB(あるいはその両方)」とすることが原則であるが、この原則に沿って「慢性頭蓋内血管症による頭痛または片頭痛様前兆(あるいはその両方)」、「低酸素血症または高炭酸ガス血症(あるいはその両方)による頭痛」とすると病名として冗長となることから「あるいは」と簡略化した。

●intracranial neoplasia の訳語

第7章における“intracranial neoplasia”の訳語を「頭蓋内新生物」と直訳するか「脳腫瘍」とするかについて委員会内で議論がなされた。第3版 beta 版では7.4 Headache attributed to intracranial neoplasia を「頭蓋内新生物による頭痛」と訳し7.4.1 Headache attributed to intracranial neoplasm を「脳腫瘍による頭痛」としていたが、“neoplasia”と“neoplasm”は同義であると判断し、第3版ではともに「脳腫瘍による頭痛」を訳語として採択した。

●8.2 Medication-overuse headache (MOH) の訳語

8.2 Medication-overuse headache (MOH) の訳語として第3版 beta 版では8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛, MOH)」を採択した。この変更の経緯や議論は日本頭痛学会の web site に掲載している (URL : http://www.jhsnet.org/information/MOH_japanese_20140317.pdf)。第3版では各章の初出時のみ8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛, MOH)」と表記し、それ以降は簡略化して8.2「薬剤の使用過多による頭痛(MOH)」とすることとした。

●MOH の服薬日数

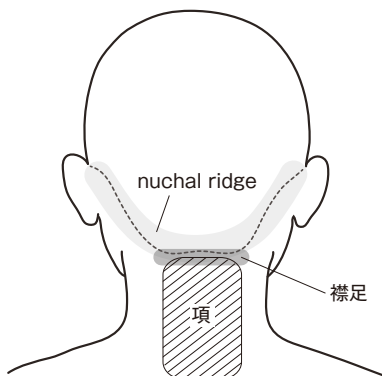
8.2.6「単独では乱用に該当しない複数医薬品による薬物乱用頭痛」の服薬日数が15日から10日に短縮されたが、翻訳委員会で15日の誤植ではないかとの疑義が出された。このため、IHSの担当委員に照会したが、10日で正しいとの回答を得た。変更した理由については回答が得られていない。

●11.8「茎突舌骨靭帯炎による頭痛あるいは顔面痛」の診断基準

診断基準 B の原文は、「Radiological evidence of calcified or elongated stylohyoid ligament」(石灰化あるいは過長な茎突舌骨靭帯の画像所見がある)と記載されている。国内の専門家から第3版 beta 版日本語版に対するコメントとして、「Radiological evidence of calcified stylohyoid ligament or elongated styloid process」(石灰化した茎突舌骨靭帯あるいは過長な茎状突起の画像所見がある)が適切ではないかとのコメントが寄せられていた。ICHD-3 において記載の変更はなされておらず、当委員会としての結論も得ていないため、翻訳は原文に沿ったものとしたが、重要な指摘と判断し本項に付記する。

●nuchal ridge について

“nuchal”は「項^{うなじ}」と訳されるのが通例である。ICHD-3 で使用されている“nuchal ridge”が指す部位が、日本語で使用する「項^{うなじ}」が指す部位の ridge(分水嶺/隆起)と解離しているのではないかとの疑義が委員会で議論された。国際頭痛分類委員会担当委員、Olesen 委員長に照会したところ、“nuchal”は左右の耳介後方の外耳孔レベルを結ぶラインから下の首の後面を指すとの回答であった。日本語の項^{うなじ}は首の後面の正中部付近を指す用語として使用されることが多いが、これよりは広い範囲を指していると理解される。“nuchal ridge”は髪の毛の生え際の部分を示すいわゆる襟足に該当する(下図)が、用語としては「項部上縁」と訳すこととした。



おわりに

ICHD-3 は世界の頭痛に関する知識の結晶である。日本語版を公開することにより、頭痛医療や頭痛研究に携わる医師、医療関係者、研究者、さらには患者、市民が最新の国際頭痛分類にアクセスすることが可能となり、わが国の頭痛医療と頭痛研究の質的向上、裾野の広がりが加速されることを期待するものである。

翻訳に際し、献身的な努力を惜しまずに作業をしていただいた委員、関係者の方々、そして、お名前を紹介することができないが、さまざまな立場から翻訳作業にご協力いただいた皆様に心より感謝を申し上げます。

2018年10月

日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会
委員長 竹島多賀夫
副委員長 清水 利彦