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

Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

11.1　頭蓋骨疾患による頭痛
（Headache attributed to disorder of cranial bone）
11.2　頸部疾患による頭痛
（Headache attributed to disorder of the neck）
11.2.1　頸原性頭痛（Cervicogenic headache）
11.2.2　後咽頭腱炎による頭痛（Headache attributed to retropharyngeal tendonitis）
11.2.3　頭頸部ジストニアによる頭痛
（Headache attributed to craniocervical dystonia）
11.3　眼疾患による頭痛
（Headache attributed to disorder of the eyes）
11.3.1　急性閉塞隅角緑内障による頭痛（Headache attributed to acute angle-closure glaucoma）
11.3.2　屈折異常による頭痛
（Headache attributed to refractive error）
11.3.3　眼球炎症性疾患による頭痛（Headache attributed to ocular inflammatory disorder）
11.3.4　眼窩滑車部頭痛（Trochlear headache）
11.4　耳疾患による頭痛
（Headache attributed to disorder of the ears）
11.5　鼻･副鼻腔疾患による頭痛（Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses）
11.5.1　急性鼻副鼻腔炎による頭痛
（Headache attributed to acute rhinosinusitis）
11.5.2　慢性･再発性鼻副鼻腔炎による頭痛
（Headache attributed to chronic or recurring rhinosinusitis）
11.6　歯の障害による頭痛
（Headache attributed to disorder of the teeth）
11.7　顎関節症（TMD）に起因する頭痛（Headache attributed to temporomandibular disorder：TMD）
11.8　茎突舌骨靱帯炎による頭痛または顔面痛
（Head or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament）
11.9　その他の頭蓋骨，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
（Headache or facial pain attributed to other disorder of cranium，neck，eyes，ears，nose，sinuses，teeth，mouth or other facial or cervical structure）

他疾患にコード化する

頭部または頸部外傷による頭痛は，5.「頭頸部外傷・傷害による頭痛」に分類される。このため，特にむち打ち症後の頭痛についても，頸部に起因する頭痛の可能性が考えられるが，これに該当するため，5.「頭頸部外傷･傷害による頭痛」に分類される。顔面，頸部や頭部の痛みを伴っている神経痛様の頭痛は，13.「脳神経の有痛性病変およびその他の顔面痛」に分類される。

全般的なコメント

一次性頭痛か，二次性頭痛か，またはその両方か？

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」においても，他の疾患に起因する頭痛に対する一般的な規則が適用される

1．**新規の頭痛**が初発し，頭痛の原因となることが知られている頭蓋，頸，顔面，眼，耳，鼻，副鼻腔，歯または口腔疾患と時期的に一致する場合，その疾患による二次性頭痛としてコード化する。新規の頭痛が，ICHD-3 の第 1 部に分類されている一次性頭痛のいずれかの特徴を有する場合も，これに該当する。

2．頭蓋，頸，顔面，眼，耳，鼻，副鼻腔，歯または口腔の障害と時期的に一致して，一次性頭痛の特徴をもった**以前から存在する頭痛**が，**慢性化**あるいは**有意に悪化**した場合（通常，頻度や重症度が 2 倍かそれ以上になることを意味する），その障害が頭痛の原因となる確証あれば，もともとある頭痛と 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」(あるいはそのタイプまたはサブタイプの1つ)の両方として診断する。

緒言

頸椎およびその他の頭頸部構造組織における疾患は頭痛のよくある原因としてみなされてきた。これは，多くの頭痛が頸部，項部または後頭部領域に由来するようにみえるか，またはこれらの部位に限局しているためである。変形性頸椎症は，実際40歳を過ぎたすべての人に見出すことができる。しかし，大規模比較試験では，このような変化は頭痛の有無にかかわらずほぼ同程度にみられることが示された。このため，脊椎症(spondylosis)や骨軟骨症(osteochondrosis)は，頭痛の原因として確定的なものではない。慢性副鼻腔炎，顎関節症，眼の屈折異常などその他の多くの疾患についても頭痛との関係については同様のことがいえる。

特定の診断基準がなければ，実際いかなるタイプの頭痛も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」に分類することが可能となってしまう。これらの疾患による頭痛の症状には特徴的なものがないので，これらの頭痛の定義をするために単に頭痛の症状を列記するだけでは十分でない。本章における診断基準の目的は，考えられるサブタイプおよびサブフォームすべての頭痛を記載することではなく，むしろ頭痛・顔面痛と頭蓋骨，頸，眼，耳，鼻，副鼻腔，歯，口あるいはその他の顔面・頸部の構成組織障害との間に存在する特有の因果関係を確立することにある。このため，本章で述べる頸原性頭痛およびその他の原因による頭痛について，厳密かつ特異的で実践的な診断基準を定めることが求められてきた。本章では，診断検査で妥当性が確認されていないものや，質的基準が検討されていないものについては，考慮に入れることはできない。むしろ，その目的は，頭痛と頭頸部疾患の間に特定の因果関係を確立するための信頼性が高く妥当で実践的な検査の開発を促進することにある。

これらの理由および本章で取り扱う原因疾患が多様であることから，頭頸部疾患に起因する頭痛・顔面痛の一般的な基準を記述することは困難である。しかし，ほとんどの場合，以下に準拠する。

A．Cを満たす頭痛または顔面痛
B．臨床所見，検査所見または画像所見のいずれか1つ以上で頭痛の原因となる可能性が知られている頭蓋，頸，眼，耳，鼻，副鼻腔，歯，口または他の顔面，頸部構造の疾患または病変の証拠がある
C．痛みが疾患または病変に起因している証拠がある
D．ほかに最適なICHD-3の診断がない

11.1 頭蓋骨疾患による頭痛

他疾患にコード化する

頭蓋外傷によって引き起こされる頭痛は，5.「頭頸部外傷・傷害による頭痛」のなかのいずれかに分類される。

解説

非外傷性頭蓋骨疾患または病変による頭痛。

診断基準

A．Cを満たすすべての頭痛
B．臨床所見，検査所見または画像所見のいずれか1つ以上で頭痛の原因となる可能性が知られている頭蓋骨疾患または病変の証拠がある
C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも2項目が示されている
　①頭痛は頭蓋骨疾患の発症または病変の出現と時期的に一致して発現した
　②以下のうち一方または両方を満たす
　　a）頭痛は頭蓋骨疾患または病変の悪化するのと並行して有意に悪化した
　　b）頭痛は頭蓋骨疾患または病変の改善とともに並行して有意に改善した
　③頭痛は頭蓋骨病変への圧迫で増悪する
　④頭痛は頭蓋骨病変の部位に限局する
D．ほかに最適なICHD-3の診断がない

コメント

大半の頭蓋疾患（先天性異常，骨折，腫瘍，転移病変など）は通常頭痛を伴わない。例外として重要なものは，骨髄炎，多発性骨髄腫，パジェット病（Paget's disease）である。乳様突起洞病変および錐体尖炎でも頭痛が起こりうる。

11.2　頸部疾患による頭痛

他疾患にコード化する

頸部外傷による頭痛は 5.「頭頸部外傷・傷害による頭痛」またはそのタイプの 1 つに分類する。

解説

骨，筋およびその他の軟部組織要素を含む，頸部のあらゆる構造異常の非外傷性疾患による頭痛。

11.2.1　頸原性頭痛

他疾患にコード化する

頭痛が頸部筋筋膜圧痛点（myofascial trigger points）に起因し，それが他の診断基準を満たす場合，2.1.1「頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛」，2.2.1「頭蓋周囲の圧痛を伴う頻発反復性緊張型頭痛」，または 2.3.1「頭蓋周囲の圧痛を伴う慢性緊張型頭痛」にコード化する。A11.2.5「頸部筋筋膜痛による頭痛」の診断基準は付録（Appendix）に追加し，頸部筋筋膜痛に起因する頭痛が 2.「緊張型頭痛」よりもむしろ他の頸原性頭痛に密接に関連するというエビデンスを待つのが妥当であると思われる。明らかに，これらの 2 つのカテゴリに重複する多くの症例がある。そのために，診断が困難なことがある。

解説

頸椎とそれを構成する骨質，椎間板および軟部組織の疾患による頭痛で，いつもではないが通常は頸部痛を伴う。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛

B．臨床所見または画像所見（**注❶**）のいずれか 1 つ以上で頭痛（**注❷**）の原因となる可能性が知られている頸椎または頸部軟部組織の疾患または病変の証拠がある

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①頭痛は頸部疾患の発症または病変の出現と時期的に一致して発現した

②頭痛は頸部疾患または頸部病変の改善あるいは消失と並行して有意に改善または消失した

③頸部関節可動域が制限され，頭痛は刺激運動によって有意に悪化する

④頭痛は頸部構造またはその神経支配を診断的に遮断すると消失する

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない（**注❸**～**❺**）

注

❶頭痛を伴わない患者でも，上位頸椎の画像所見がよくみられる。それらの所見は頭痛の原因として示唆的ではあるが，確かな証拠とはならない。

❷上位頸椎の腫瘍，骨折，感染症および関節リウマチは，頭痛の原因として確定されているものではない。しかし個々の症例において，B を満たす場合には，頭痛の原因として受け入れられている。頸部脊椎症および骨軟骨炎は，B を満たす確かな原因となる可能性と，そうでない可能性があり，それは個々の症例により判断する。

❸頸部筋筋膜痛が原因である場合，その頭痛はおそらく 2.「緊張型頭痛」にコード化すべきである。しかし，新たなエビデンスが得られるまで，A11.2.5「頸部筋筋膜痛による頭痛」の代替診断基準は付録に含まれる。

❹上位頸髄の神経根障害に起因する頭痛が想定されている。上位頸髄と三叉神経の間において現在明らかにされている侵害受容に関する神経経路の収束を考慮すると上頸部の神経根障害が頭痛の原因として理にかなっている。さらなるエビデンスが得られるまで，この診断基準は A11.2.4「上位頸髄神経根症による頭痛」として付録に記載される。

❺1.「片頭痛」，2.「緊張型頭痛」と区別するための 11.2.1「頸原性頭痛」の特徴として側頭部固定痛，頸筋への指圧や頭部を動かすことにより

発症する頭痛，後頭部から前頭部への放散痛がある。しかし，これらは 11.2.1「頸原性頭痛」の特徴であるかもしれないが，固有のものではなく，因果関係を必ずしも明確にするものではない。11.2.1「頸原性頭痛」は 1.「片頭痛」より一般に軽度であるが，悪心，嘔吐，光・音過敏などの片頭痛様症状を伴う場合があり，時に 2.「緊張型頭痛」と鑑別が可能となる。

11.2.2 後咽頭腱炎による頭痛

解説

後咽頭軟部組織における炎症または石灰化に起因した頭痛で，通常上部頸椎の脊椎前筋の伸展または圧迫により引き起こされる。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛

B．後咽頭腱炎は，上位頸椎レベルでの椎前の軟部組織の異常な腫脹の存在が画像上での証拠により証明された

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

① 頭痛は後咽頭腱炎の発症と時期的に一致して発現した，またはその発見の契機となった

② 以下のうち一方または両方を満たす

a．頭痛は後咽頭腱炎の進行と並行して有意に悪化した

b．頭痛は後咽頭腱炎の改善あるいは消失と並行して有意に改善または消失した

③ 頭痛は頸部の伸展，頭部の回転または嚥下のいずれか 1 つ以上によって有意に悪化している（**注❶**）

④ 頸椎上位 3 椎体の棘突起上に圧痛がある（**注❷**）

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない（**注❸**）

注

❶ 頸部の後屈は，ほぼ毎回痛みを増悪させるが，通常，頭部の回転および嚥下でも痛みの悪化が起こる。

❷ 通常，上位頸椎 3 椎体の横突起上の組織は，触診により圧痛がみられる。

❸ 11.2.2「後咽頭腱炎による頭痛」の確定診断がされる前に，上部頸動脈解離（または頸動脈内や頸動脈周囲の他の病変）は除外されなければならない。

コメント

後咽頭腱炎では通常，体温上昇および赤血球沈降速度（赤沈）亢進がみられる。

脊椎前組織の石灰化は CT または MRI による確認が最善である。しかし，頸部の単純フィルムでも，明らかにすることができる。いくつかの症例では，腫大した椎前組織から非結晶性石灰化物が吸引されている。

11.2.3 頭頸部ジストニアによる頭痛

解説

筋肉活動の亢進の結果，頸部または頭部（あるいはその両方）に異常な運動または異常な姿勢を伴う頸部筋群のジストニアに起因する頭痛。

診断基準

A．C を満たす頸部および後頭部の痛み

B．頭頸部ジストニアは，筋肉活動亢進の結果，頸部または頭部（あるいはその両方）の異常な運動もしくは異常な姿勢により診断されている

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている。

① 痛みは頭頸部ジストニアの発症と時期的に一致して発現した

② 痛みは頭頸部ジストニアの進行と並行して有意に悪化した

③ 痛みは頭頸部ジストニアの改善または消失と並行して有意に改善あるいは消失した

④ 痛みの部位はジストニアを認める筋群の部位と一致する

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

コメント

11.2.3「頭頸部ジストニアによる頭痛」にみられる頭頸部の限局性ジストニアには咽頭ジストニア，痙性斜頸，下顎ジストニア，舌ジストニアおよび頭部と頸部におけるジストニアの合併（分節

性頭頸部ジストニア）がある。

痛みは局所性の筋収縮と感作の二次性変化により惹起されると考えられる。

11.3 眼疾患による頭痛

解説

片側または両側の眼疾患による頭痛。

11.3.1 急性閉塞隅角緑内障による頭痛

解説

通常は片側性で，急性閉塞隅角緑内障により生じ，緑内障のその他の臨床症候を伴う頭痛。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛

B．急性閉塞隅角緑内障と診断され，眼圧の上昇が証明された。

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①頭痛は緑内障発症と時期的に一致して発現した

②頭痛は緑内障の悪化とともに有意に悪化した

③頭痛は緑内障の改善または消失とともに有意に改善または消失した

④痛みの部位は罹患側の眼を含む

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

コメント

急性閉塞隅角緑内障は一般的に眼または眼窩周囲（あるいはその両方）の痛み，視力喪失（かすみ），結膜充血や浮腫，悪心や嘔吐を生じる。

眼圧が 30 mmHg を超えると，永続的な視力喪失のリスクが著しく上昇するため，早期診断が不可欠である。

11.3.2 屈折異常による頭痛

解説

屈折異常による頭痛で，一般に，通常長時間の眼を使う作業の後に出現する。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛

B．片眼または両眼において未矯正または矯正不良の屈折異常がある

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①頭痛は屈折異常の発症または悪化と時期的に一致して発現または有意に悪化（あるいはその両方）した

②頭痛は屈折異常の矯正後に有意に改善した

③頭痛は視覚を損なう角度または距離で眼を使う作業を長時間行った後に増悪している

④頭痛は眼を使う作業を中止すると有意に改善する

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

コメント

11.3.2「屈折異常による頭痛」をもつほとんどの患者は眼科医を受診する。

屈折異常は一般に思われているよりも頭痛の原因としては少ないが，成人で多くの症例が示すように，小児例も存在することを示す証拠がある。

11.3.3 眼球炎症性疾患による頭痛

解説

虹彩炎，ぶどう膜炎，強膜炎または結膜炎のような眼球炎症性疾患により生じ，それらの疾患の他の臨床症候を伴う頭痛。

診断基準

A．C を満たす眼窩周囲痛および眼痛

B．臨床所見，検査所見または画像所見のいずれか 1 つ以上で，頭痛の原因となる可能性が知られている眼球炎症性疾患の証拠がある（**注❶**）

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①頭痛は眼疾患の発症と時期的に一致して発現した

②以下のうち一方または両方を満たす

a）頭痛は眼球炎症性疾患の悪化と並行し

て有意に悪化した

b）頭痛は眼球炎症性疾患の改善または消失と並行して有意に改善あるいは消失した

③以下のうち一方または両方を満たす

a）頭痛は眼への局所麻酔薬使用により有意に改善する

b）頭痛は眼の圧迫により増悪する

④片側性の眼球炎症性疾患の場合は，頭痛は同側に限局する（**注❷**）

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

注

❶頭痛の原因として知られている眼球炎症性疾患には，虹彩炎，ぶどう膜炎，毛様体炎，強膜炎，脈絡膜炎，結膜炎および角膜炎が含まれる。

❷侵害受容野の重なりと疼痛経路における収束のため（複雑な関連痛を引き起こすため），あらゆる眼球起源の痛みはあらゆる部位の頭痛を起こしうる。それでもやはり，もし眼球炎症性疾患が一側性であれば，頭痛は同側に生じる傾向にある。

コメント

眼の炎症には多くの型があり，解剖学的部位（虹彩炎，毛様体炎，脈絡膜炎），経過（急性，亜急性，慢性），推定される原因（例えば内因性または外因性病原菌，レンズに関連したもの，外傷性）あるいは炎症のタイプ（肉芽腫性，非肉芽腫性）によりさまざまに分類できる。

11.3.4 眼窩滑車部頭痛

以前に使用された用語

眼窩滑車部炎による頭痛（headache attributed to trochleitis）。

原発性眼窩滑車部頭痛は，滑車部機能不全と関連する非炎症性疾患で，眼球上転により悪化する眼窩滑車部と側頭頭頂部の痛みを生じる。眼窩滑車部炎は同様に診断治療されるため，11.3.4「眼窩滑車部頭痛」に含まれる。

解説

頭痛は，眼痛の有無にかかわらず，通常，前頭部または眼窩周囲（あるいはその両方）に限局し，滑車部周囲の炎症または機能不全により生じる。しばしば眼球運動により悪化する。

診断基準

A．C を満たす眼窩周囲または前頭部痛（あるいはその両方）

B．臨床所見または画像所見（あるいはその両方）で，上内側眼窩滑車部の触診による圧痛を含む滑車部の炎症または機能不全の証拠がある。

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①片側の眼球の痛み

②頭痛は眼球運動により悪化する（**注❶**）

③頭痛は眼窩滑車部周囲領域に局所麻酔薬あるいはステロイドを投与することにより有意に改善する

④頭痛は障害されている滑車部の同側に限局する

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

注

❶特に垂直方向の動き。

コメント

眼窩滑車部炎は，滑車または上斜筋鞘の炎症と定義され，上斜筋がかかわる眼球運動により増悪する眼痛または前頭部痛を起こしうる。頻度は高くないが，まれではなく，片側性の眼窩部痛の際には考慮すべきである。

眼窩滑車部炎は，1.「片頭痛」の誘因にもなり，片頭痛が生じた場合はタイプやサブタイプに応じてコード化する。

11.3.4「眼窩滑車部頭痛」は読書により生じる可能性がある。

11.4 耳疾患による頭痛

解説

一側または両側耳の炎症，腫瘍性またはその他の疾患により生じ，疾患のその他の臨床症候を伴う頭痛。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛

B．臨床所見，検査所見または画像所見のいずれ

か 1 つ以上で頭痛の原因となる可能性が知られている片側または両側の耳の感染症，腫瘍性または炎症性疾患または病変の証拠がある

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①頭痛は耳症状の出現または耳疾患の発現と時期的に一致して発症した

②以下のうち一方または両方を満たす

a）頭痛は耳疾患の悪化または進行に一致して有意に悪化した

b）頭痛は耳疾患あるいは耳病変の改善あるいは消失と並行して有意に改善あるいは消失した

③頭痛は罹患側の耳あるいは耳介周囲構造にかかる圧により増悪する

④一側性の耳疾患あるいは部位の場合には，頭痛は同側に限局する

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

コメント

頭部および頸部の侵害受容野の重なりと疼痛経路における収束のため，痛みを伴う耳疾患は頭痛を生じうることが明らかとなっている。

このような解剖学的状態から頭痛は，耳科的病理に特有の徴候である耳痛のない状態で生じる可能性はほとんどない。

11.5　鼻・副鼻腔疾患による頭痛

以前に使用された用語

「副鼻腔頭痛」という用語は適切な言葉ではない。なぜならば，この用語は一次性頭痛と鼻または副鼻腔構造を障害するさまざまな疾患で起因すると思われる頭痛の両者に使用されてきた経緯があるからである。

解説

鼻または副鼻腔疾患により生じ，その疾患の他の症候を伴う頭痛。

11.5.1 急性鼻副鼻腔炎による頭痛

解説

急性鼻副鼻腔炎により生じ，その疾患の他の症候を伴う頭痛。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛

B．臨床所見，鼻腔内視鏡所見または画像所見のいずれか 1 つ以上で急性鼻副鼻腔炎の証拠がある

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①頭痛は急性副鼻腔炎の発症と時期的に一致して発現した

②以下のうち一方または両方を満たす

a）頭痛は鼻副鼻腔炎の悪化と並行して有意に悪化した

b）頭痛は副鼻腔炎の改善または消失に並行して有意に改善または消失した

③頭痛は副鼻腔に加わる圧によって増悪する

④片側性の鼻副鼻腔炎の場合，頭痛は病変部に限局し，かつ同側性である

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない（**注❶**）

注

❶ 1.「片頭痛」および 2.「緊張型頭痛」は，頭痛の部位が類似しているため，また片頭痛の場合には，鼻部自律神経症状を伴うことが一般的なため，11.5.1「急性鼻副鼻腔炎による頭痛」に間違えられる可能性がある。膿性鼻漏および・または急性鼻副鼻腔炎の診断根拠となる他の特徴の有無はこれらの疾患の鑑別に役立つ。

コメント

鼻粘膜または関連する構造に起因する痛みは，通常は前頭部または顔面の痛みとして知覚されるが，より後方に関連痛を生じることもある。患者の痛みの表現に対応する急性鼻副鼻腔炎の画像上の病的な変化の所見だけでは 11.5.1「急性鼻副鼻腔炎による頭痛」の診断を確実にするには十分ではない。局所麻酔薬に対する治療反応性は，説得力がある証拠ではあるが，診断確定的な特徴とは

いえない場合もある。

1.「片頭痛」の発作は，鼻または副鼻腔疾患により誘発または悪化することがある。

11.5.2 慢性・再発性鼻副鼻腔炎による頭痛

解説

副鼻腔の慢性感染または炎症疾患により生じ，その疾患の他の症候を伴う頭痛。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛

B．臨床所見，鼻腔内視鏡所見または画像所見のいずれか 1 つ以上で副鼻腔内に，現在または過去の感染，またはその他の炎症過程の証拠がある

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

① 頭痛は慢性副鼻腔炎の発症と時期的に一致して発現した

② 頭痛は鼻閉，鼻漏の程度や慢性副鼻腔炎の他の症状の程度と並行して，増悪および軽減する

③ 頭痛は副鼻腔に加わる圧により増悪する

④ 片側性の鼻副鼻腔炎の場合には，頭痛は鼻副鼻腔炎と同側に限局される

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

コメント

慢性副鼻腔疾患が持続性頭痛を起こしうるかどうかは議論の余地がある。最近の研究ではこの因果関係を支持しているようである。しかしながら，患者の痛みの表現に対応する画像あるいは鼻内視鏡上の病的な変化の所見だけでは 11.5.2「慢性・再発性鼻副鼻腔炎による頭痛」の診断を確実にするには十分ではない。

11.6 歯の障害による頭痛

解説

歯の障害により引き起こされた頭痛。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛

B．臨床所見または画像所見（あるいはその両方）で頭痛の原因となる可能性が知られている歯による疾患または病変の証拠がある

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

① 頭痛はこの疾患の発症または病変の出現と時期的に一致して発現した

② 以下のうち一方または両方を満たす

a．頭痛はこの疾患あるいは病変の悪化または進行と並行して有意に増悪した

b．頭痛はこの疾患あるいは病変の消失または改善と並行して有意に改善あるいは消失した

③ 頭痛は障害されている歯への触診，ポケット診査または加圧により増悪する

④ 疾患または病変が片側性の場合，頭痛もそれと同側に局在する

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

コメント

歯の疾患は通常，歯痛または顔面痛（あるいはその両方）を引き起こすが，頭部への関連痛を引き起こすこともある。11.6「歯の障害による頭痛」の最も多い原因は，歯内または歯周の感染や膿瘍，または下顎の半埋伏智歯周囲の智歯周囲炎のような外傷性刺激である。

11.7 顎関節症（TMD）に起因する頭痛

他疾患にコード化する

顎の悪性腫瘍，骨髄炎や骨折など顎関節症（temporomandibular disorder：TMD）以外の顎の疾患は，限局された痛みを生じる。それが顔面や頭部に放散することがあるが，頭痛のみ生じることはまれである。このような症例において頭痛が生じたときには，11.9「その他の頭蓋骨，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」にコード化する。

解説

顎関節領域の構造を含む障害により引き起こされた頭痛。

診断基準

A．C を満たすすべての頭痛（注❶）

B．片側または両側における顎関節，咀嚼筋またはそれに関連する組織に疼痛を及ぼす病的な状況の臨床的証拠がある

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①頭痛は顎関節症（TMD）の発症と時間的に一致して発現した，または TMD 発見の契機となった

②頭痛は顎の運動，機能（咀嚼など）または異常機能活動（パラファンクション；歯ぎしりなど）のいずれか 1 つ以上により増悪する

③頭痛は側頭筋触診または顎の受動的運動（あるいはその両方）による身体診察で誘発される

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない（注❷）

注

❶通常，片側または両側の側頭部に局在する。

❷筋緊張の結果起こる 11.7「顎関節症（TMD）に起因する頭痛」と 2.「緊張型頭痛」にはある程度のオーバーラップが存在する。TMD の診断が不確実の場合，その頭痛は 2.「緊張型頭痛」または緊張型頭痛のタイプあるいはサブタイプ（おそらく頭蓋周囲の筋圧痛を伴うもの）としてコード化すべきである。

コメント

11.7「顎関節症（TMD）に起因する頭痛」は通常，側頭部，顔面の耳介前方部または咬筋部に最も顕著にみられる。片側性に生じやすいが，原因となる病態が両側の顎関節領域にある場合両側性に生じやすい。顔面への関連痛はよく認められる。歯痛に次いで TMD が顔面痛の最も頻度の高い原因である。

痛みの発生源には転位した関節円板，骨関節炎，変性疾患または関節の過剰可動性（あるいはその両方）および局所的な筋筋膜痛がある。

臨床所見や画像所見の相対的重要性についての議論があるため TMD の診断は難しい場合がある。国際疼痛学会の口腔顔面痛 Special Interest Group と RDC/TMD ネットワーク協議会により作成された診断基準の使用が推奨される。

11.8 茎突舌骨靱帯炎による頭痛または顔面痛

以前に使用された用語

イーグル症候群（Eagle's syndrome）

解説

茎突舌骨靱帯の炎症によって引き起こされ，通常，頭部の回転によって誘発されるか増悪する，頸部痛，咽頭痛または顔面痛を伴う片側性の頭痛。

診断基準

A．C を満たす頭部，頸部，咽頭または顔面のいずれかの痛み（注❶）

B．石灰化または過長な茎突舌骨靱帯の画像所見がある

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも 2 項目が示されている

①痛みが茎突舌骨靱帯の手指触診により誘発されるまた増悪する

②痛みが頭部の回転により誘発されるまたは増悪する

③痛みは茎突舌骨靱帯への局所麻酔薬の注射または茎状突起切除術により有意に改善される

④痛みは炎症を生じた茎突舌骨靱帯と同側に存在する

D．ほかに最適な ICHD-3 診断がない

注

❶11.8「茎突舌骨靱帯炎による頭痛または顔面痛」は，中咽頭，頸部または顔面，のいずれか 1 つ以上の部位で一般に知覚される。しかし，より広範囲の頭痛を経験する患者もいる。

11.9 その他の頭蓋骨，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

解説

これまで述べてきた以外の頭蓋骨，頸，眼，耳，鼻，副鼻腔，歯，口あるいはその他の顔面・頸部構成組織の疾患によって生じる頭痛または顔面痛。

診断基準

A．Cを満たすすべての頭痛または顔面痛（あるいはその両方）

B．これまで述べてきた以外の頭蓋骨，頸，眼，耳，鼻，副鼻腔，歯，口あるいは他の顔面・頸部構成組織の疾患または病変で，頭痛の原因となる可能性が知られているものが診断されている

C．原因となる証拠として，以下のうち少なくとも2項目が示されている

① 頭痛または顔面痛（あるいはその両方）は，この疾患または病変の出現と時期的に一致して発現した

② 以下のうち一方または両方を満たす

a．頭痛または顔面痛（あるいはその両方）は，上記の疾患または病変，進行と並行して有意に増悪した

b．頭痛または顔面痛（あるいはその両方）は，この疾患または病変の改善，消失と並行して有意に改善または消失した

③ 頭痛または顔面痛（あるいはその両方）は，病変部の圧迫により増悪する

④ 頭痛または顔面痛（あるいはその両方）は，病変部位に一致して局在する

D．ほかに最適なICHD-3診断がない

文献

11.1 頭蓋骨疾患による頭痛（**Headache attributed to disorder of cranial bone**）

Bhatoe HS and Deshpande GU. Primary cranial Ewing's sarcoma. *Br J Neurosurg* 1998；12：165-169.

Hayashi T, Kuroshima Y, Yoshida K, et al. Primary osteosarcoma of the sphenoid bone with extensive periosteal extension－case report. *Neurol Med Chir*（*Tokyo*）2000；40：419-422.

Scherer A, Engelbrecht V, Nawatny J, et al. MRI of the cerebellopontine angle in patients with cleidocranial dysostosis. *Rofo* 2001；173：315-318.

11.2.1 頸原性頭痛（**Cervicogenic headache**）

Antonaci F, Fredriksen TA and Sjaastad O. Cervicogenic headache：clinical presentation, diagnostic criteria, and differential diagnosis. *Curr Pain Headache Rep* 2001；5：387-392.

Antonaci F, Ghirmai S, Bono G, et al. Cervicogenic headache：evaluation of the original diagnostic criteria. *Cephalalgia* 2001；21：573-583.

Bogduk N. Headache and the neck. In：Goadsby PJ and Silberstein SD（eds）*Headache*. Boston：Butterworth-Heinemann, 1997, pp.369-381.

Bogduk N. Cervicogenic headache：anatomic basis and pathophysiologic mechanisms. *Curr Pain Headache Rep* 2001；5：382-386.

Bogduk N, Corrigan B, Kelly P, et al. Cervical headache. *Med J Aust* 1985；143：202-207.

Fredriksen TA and Sjaastad O. Cervicogenic headache：current concepts of pathogenesis related to anatomical structure. *Clin Exp Rheumatol* 2000；18（2 Suppl 19）：S16-S18.

Göbel H and Edmeads JG. Disorders of the skull and cervical spine. In：Olesen J, Tfelt-Hansen P and Welch KMA（eds）*The headaches, 2nd edition*. Philadelphia：Lippincott Williams & Wilkins, 2000, pp.891-898.

Knackstedt H, Bansevicius D and Aaseth K, et al. Cervicogenic headache in the general population：the Akershus study of chronic headache. *Cephalalgia* 2010；30：1468-1476.

Lance JW and Anthony M. Neck-tongue syndrome on sudden turning of the head. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980；43：97-101.

Leone M, D'Amico D, Grazzi L, et al. Cervicogenic headache：a critical review of the current diagnostic criteria. *Pain* 1998；78：1-5.

Leone M, D'Amico D, Moschiano F, et al. Possible identification of cervicogenic headache among patients with migraine：an analysis of 374 headaches. *Headache* 1995；35：461-464.

Lord SM and Bogduk N. The cervical synovial joints as sources of post-traumatic headache. *J Musculoskelet Pain* 1996；4：81-94.

Lord S, Barnsley L, Wallis B, et al. Third occipital headache：a prevalence study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994；57：1187-1190.

Poughias L, Kruszewski P and Inan L. Cervicogenic headache：a clinical review with special emphasis on therapy. *Funct Neurol* 1997；12：305-317.

Sjaastad O and Bakketeig LS. Prevalence of cervicogenic headache：Vågå study of headache epidemiology. *Acta Neurol Scand* 2008；117：173-180.

Sjaastad O, Fredriksen TA, Stolt-Nielsen A, et al. Cervicogenic headache：the importance of sticking to the criteria. *Funct Neurol* 2002；17：35–36.

11.2.2　後咽頭腱炎による頭痛（**Headache attributed to retropharyngeal tendonitis**）

Eastwood JD, Hudgins PA and Malone D. Retropharyngeal effusion in acute calcific prevertebral tendonitis：diagnosis with CT and MR imaging. *Am J Neuroradiol* 1998；19：1789–1792.

Ekbom K, Torhall J, Annell K, et al. Magnetic resonance imaging in retropharyngeal tendonitis. *Cephalalgia* 1994；14：266–269.

Pearce JM. Longus cervicis colli“myositis”（syn：retropharyngeal tendonitis）. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996；61：324–329.

Sarkozi J and Fam AG. Acute calcific retropharyngeal tendonitis：an unusual cause of neck pain. *Arthritis Rheum* 1984；27：708–710.

11.2.3　頭頸部ジストニアによる頭痛（**Headache attributed to craniocervical dystonia**）

Csala B and Deuschl G. Craniocervical dystonia. Pragmatic general concept or nosologic entity? *Nervenarzt* 1994；65：75–94.

Friedman J and Standaert DG. Dystonia and its disorders. *Neurol Clin* 2001；19：681–705.

Göbel H and Deuschl G. Dauerkontraktionen kranialer oder zervikaler Muskeln. *MMW Munch Med Wochenschr* 1997；139：456–458.

Göbel H, Heinze A, Heinze-Kuhn K, et al. Botulinum toxin A in the treatment of headache syndromes and pericranial pain syndromes. *Pain* 2001；91：195–199.

11.3　眼疾患による頭痛（**Headache attributed to disorder of the eyes**）

Akinci A, Güven A, Degerliyurt A, et al. The correlation between headache and refractive errors. *J AAPOS* 2008；12：290–293.

Daroff RB. Ocular causes of headache. *Headache* 1998；38：661–667.

Daum KM, Good G and Tijerina L. Symptoms in video display terminal operators and the presence of small refractive errors. *J Am Optom Assoc* 1988；59：691–697.

Gerling J, Janknecht P and Kommerell G. Orbital pain in optic neuritis and anterior ischemic optic neuropathy. *Neuroophthalmology* 1998；19：93–99.

Göbel H and Martin TJ. Ocular disorders. In：Olesen J, Tfelt-Hansen P and Welch KMA（eds）*The headaches, 2nd edition*. Philadelphia：Lippincott Williams & Wilkins, 2000, pp.899–904.

Gordon GE, Chronicle EP and Rolan P. Why do we still not know whether refractive error causes headaches? Towards a framework for evidence based practice. *Ophthalmic Physiol Opt* 2001；21：45–50.

Lewis J and Fourman S. Subacute angle-closure glaucoma as a cause of headache in the presence of a white eye. *Headache* 1998；38：684–686.

McCluskey PJ, Lightman S, Watson PG, et al. Posterior scleritis. Clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients. *Ophthalmology* 1999；106：2380–2386.

Nesher R, Mimouni MD, Khoury S, et al. Delayed diagnosis of subacute angle closure glaucoma in patients presenting with headaches. *Acta Neurol Belg* 2014；114：269–272.

Shindler KS, Sankar PS, Volpe NJ, et al. Intermittent headaches as the presenting sign of subacute angle-closure glaucoma. *Neurology* 2005；65：757–758.

Smith JH, Garrity JA and Boes CJ. Clinical features and long-term prognosis of trochlear headaches. *Eur J Neurol* 2014；21：577–585.

Tychsen L, Tse DT, Ossoinig K, et al. Trochleitis with superior oblique myositis. *Ophthalmology* 1984；91：1075–1079.

Yangüela J, Pareja JA, Lopez N, et al. Trochleitis and migraine headache. *Neurology* 2002；58：802–805.

Yangüela J, Sánchez del Rio M, Bueno A, et al. Primary trochlear headache. A new cephalgia generated and modulated on the trochlear region. *Neurology* 2004；62：1134–1140.

Zaragoza-Casares P, Gómez-Fernández T, Gómez de Liaño MA, et al. Bilateral idiopathic trochleitis as a cause of frontal cephalgia. *Headache* 2009；49：476–477.

11.5　鼻・副鼻腔疾患による頭痛（**Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses**）

Aaseth K, Grande RB, Kvaerner K, et al. Chronic rhinosinusitis gives a ninefold increased risk of chronic headache. The Akershus study of chronic headache. *Cephalalgia* 2010；30：152–160.

Abu-Bakra M and Jones NS. Prevalence of nasal mucosal contact points in patients with facial pain compared with patients without facial pain. *J Laryngol Otol* 2001；115：629–632.

Blumenthal HJ. Headache and sinus disease. *Headache* 2001；41：883–888.

Cady RK, Dodick DW, Levine HL, et al. Sinus headache：a neurology, otolaryngology, allergy and primary care consensus on diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc* 2005；80：908–916.

Close LG and Aviv J. Headaches and disease of the nose and paranasal sinuses. *Semin Neurol* 1997；17：351–354.

Göbel H and Baloh RW. Disorders of ear, nose, and sinus. In：Olesen J, Tfelt-Hansen P and Welch KMA（eds）*The headaches, 2nd edition*. Philadelphia：Lippincott Williams & Wilkins, 2000, pp.905–912.

Kenny TJ, Duncavage J, Bracikowski J, et al. Prospective analysis of sinus symptoms and correlation with paranasal computed tomography scan. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001；125：40–43.

Lam DK, Lawrence HP and Tenenbaum HC. Aural symptoms in temporomandibular disorder patients attending a craniofacial pain unit. *J Orofac Pain* 2001；15：146−157.

Lanza DC and Kennedy DW. Adult rhinosinusitis defined. Report of the Rhinosinusitis Task Force Committee of the American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997；117：S1−S7.

Levine HL. Patients with headache and visual disturbance：a differentiation between migraine and sinus headache. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000：126：234−235.

Pinto A, De Rossi SS, McQuone S, et al. Nasal mucosal headache presenting as orofacial pain：a review of the literature and a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001；92：180−183.

Seiden AM and Martin VT. Headache and the frontal sinus. Otolaryngol Clin North Am 2001；34：227−241.

Tosun F, Gerek M and Ozkaptan Y. Nasal surgery for contact point headaches. *Headache* 2000；40：237−240.

West B and Jones NS. Endoscopy-negative, computed tomography-negative facial pain in a nasal clinic. *Laryngoscope* 2001；111（4 Pt 1）：581−586.

Yoon MS, Mueller D, Hansen N, et al. Prevalence of facial pain in migraine：a population-based study. *Cephalalgia* 2009；30：92−96.

11.6　歯の障害による頭痛（**Headache attributed to disorder of the teeth**）

Alonso AA and Nixdorf DR. Case series of four different headache types presenting as tooth pain. *J Endod* 2006；32：1110−1113.

Fabri GM, Siqueira SR, Simione C, et al. Refractory craniofacial pain：is there a role of periodontal disease as a comorbidity? *Arq Neuropsiquiatr* 2009；67（2B）：474−479.

Murphy E and Merrill RL. Non-odontogenic toothache. *J Ir Dent Assoc* 2001；47：46−58.

11.7　顎関節症（**TMD**）に起因する頭痛〔**Headache attributed to temporomandibular disorder**（**TMD**）〕

Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P, et al. Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. *Cephalalgia* 2008；28：832−841.

Egermark I, Carlsson GE and Magnusson T. A 20-year longitudinal study of subjective symptoms of temporomandibular disorders from childhood to adulthood. *Acta Odontol Scand* 2001；59：40−48.

Franco AL, Goncalves DA, Castanharo SM, et al. Migraine is the most prevalent primary headache in individuals with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2010；24：287−292.

Glaros AG, Urban D and Locke J. Headache and temporomandibular disorders：evidence for diagnostic and behavioural overlap. *Cephalalgia* 2007；27：542−549.

List T, Wahlund K and Larsson B. Psychosocial functioning and dental factors in adolescents with temporomandibular disorders：a case-control study. *J Orofac Pain* 2001；15：218−227.

Magnusson T, Egermark I and Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain* 2000；14：310−319.

Molina OF, dos Santos Júnior J, Nelson SJ, et al. Profile of TMD and Bruxer compared to TMD and nonbruxer patients regarding chief complaint, previous consultations, modes of therapy, and chronicity. *Cranio* 2000；18：205−219.

Ogus H. Degenerative disease of the temporomandibular joint and pain-dysfunction syndrome. *J R Soc Med* 1978；71：748−754.

Schiffman ES, Ohrbach R, List T, et al. Diagnostic criteria for headache attributed to temporomandibular disorders（TMD）. *Cephalalgia* 2012；32：683−692.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders（DC/TMD）for clinical and research applications. Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Orofac Pain* 2014；28：6−27.

11.8　茎突舌骨靱帯炎による頭痛または顔面痛（**Head or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament**）

Colby CC and Del Gaudio JM. Stylohyoid complex syndrome：a new diagnostic classification. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2011；137：248−252.