

付録

Appendix

A1. 片頭痛 (Migraine)

A1.1 前兆のない片頭痛 (Migraine without aura)

A1.1.1 前兆のない純粋月経時片頭痛
(Pure menstrual migraine without aura)

A1.1.2 前兆のない月経関連片頭痛
(Menstrually related migraine without aura)

A1.1.3 前兆のない非月経時片頭痛
(Non-menstrual migraine without aura)

A1.2 前兆のある片頭痛 (Migraine with aura)

A1.2.0.1 前兆のある純粋月経時片頭痛
(Pure menstrual migraine with aura)

A1.2.0.2 前兆のある月経関連片頭痛
(Menstrually related migraine with aura)

A1.2.0.3 前兆のある非月経時片頭痛
(Non-menstrual migraine with aura)

A1.3 慢性片頭痛 (代替診断基準) (Chronic migraine (alternative criteria))

A1.3.1 無痛期のある慢性片頭痛
(Chronic migraine with pain-free periods)

A1.3.2 持続性疼痛を伴う慢性片頭痛
(Chronic migraine with continuous pain)

A1.4 片頭痛の合併症 (Complications of migraine)

A1.4.5 片頭痛前兆重積 (Migraine aura status)

A1.4.6 降雪視 (Visual snow)

A1.6 片頭痛に関連する周期性症候群 (Episodic syndromes that may be associated with migraine)

A1.6.4 乳児痙攣 (Infantile colic)

A1.6.5 小児交互性片麻痺 (Alternating hemiplegia of childhood)

A1.6.6 前庭性片頭痛 (Vestibular migraine)

A2. 緊張型頭痛 (代替診断基準) (Tension-type headache (alternative criteria))

A2.1 稀発反復性緊張型頭痛 (代替診断基準)
(Infrequent episodic tension-type headache (alternative criteria))

A2.2 頻発反復性緊張型頭痛 (代替診断基準)
(Frequent episodic tension-type headache (alternative criteria))

A2.3 慢性緊張型頭痛 (代替診断基準) (Chronic tension-type headache (alternative criteria))

A3. 三叉神経・自律神経性頭痛 (TACs) (Trigeminal-autonomic cephalalgias : TACs)

A3.1 群発頭痛 (代替診断基準) (Cluster headache (alternative criteria))

A3.2 発作性片側頭痛 (代替診断基準) (Paroxysmal hemicrania (alternative criteria))

A3.3 短時間持続性片側神経痛様頭痛発作 (代替診断基準) (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks (alternative criteria))

A3.4 持続性片側頭痛 (代替診断基準) (Hemicrania continua (alternative criteria))

A3.6 鑑別不能の三叉神経・自律神経性頭痛
(Undifferentiated trigeminal autonomic cephalgia)

A4. その他の一次性頭痛疾患 (Other primary headache disorders)

A4.11 一過性表在頭痛 (Epicrania fugax)

A5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛 (Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck)

A5.1 頭部外傷による急性頭痛 (Acute headache attributed to traumatic injury to the head)

A5.1.1.1 中等症または重症頭部外傷による遅発性急性頭痛 (Delayed-onset acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head)

A5.1.2.1 軽症頭部外傷による遅発性急性頭痛 (Delayed-onset acute headache attributed to mild traumatic injury to the head)

A5.2 頭部外傷による持続性頭痛 (Persistent headache attributed to traumatic injury to the head)

A5.2.1.1. 中等症または重症頭部外傷による遅発性持続性頭痛 (Delayed-onset persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head)

A5.2.2.1 軽症頭部外傷による遅発性持続性頭痛 (Delayed-onset persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head)

A5.7 脳の放射線手術による頭痛
(Headache attributed to radiosurgery of the brain)

A5.8 その他の頭頸部外傷による急性頭痛 (Acute headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck)

A5.9 その他の頭頸部外傷による持続性頭痛
(Persistent headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck)

A6. 頭頸部血管障害による頭痛 (Headache attributed to cranial and/or cervical vascular disorder)

A6.10 頭頸部血管障害の既往による持続性頭痛
(Persistent headache attributed to past cranial and/or cervical vascular disorder)

A7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛 (Headache attributed to non-vascular intracranial disorder)

A7.6 てんかん発作による頭痛
(Headache attributed to epileptic seizure)

- A7.6.3 電気痙攣療法(ECT)後頭痛(Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache)
- A7.9 非血管性頭蓋内疾患の既往による持続性頭痛(Persistent headache attributed to past non-vascular intracranial disorder)
- A8. 物質またはその離脱による頭痛
(Headache attributed to a substance or its withdrawal)
- A8.4 物質の過去の使用または曝露による持続性頭痛(Persistent headache attributed to past use of or exposure to a substance)
- A9. 感染症による頭痛(Headache attributed to infection)
- A9.1 頭蓋内感染症による頭痛(Headache attributed to intracranial infection)
 - A9.1.3.3 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染の既往による持続性頭痛(Persistent headache attributed to past intracranial fungal or other parasitic infection)
- A9.3 ヒト免疫不全ウイルス(HIV)による頭痛
(Headache attributed to human immunodeficiency virus(HIV) infection)
- A10. ホメオスターシス障害による頭痛
(Headache attributed to disorder of homeostasis)
- A10.7 起立性(体立性)低血圧による頭頸部痛
(Head and/or neck pain attributed to orthostatic (postural) hypotension)
- A10.8 その他のホメオスターシス障害による頭痛(Headache attributed to other disorder of homeostasis)
 - A10.8.1 宇宙飛行による頭痛
(Headache attributed to travel in space)
 - A10.8.2 その他の代謝性または全身性疾患による頭痛(Headache attributed to other metabolic or systemic disorder)
- A10.9 ホメオスターシス障害の既往による持続性頭痛(Persistent headache attributed to past disorder of homeostasis)
- A11. 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)
- A11.2 頸部疾患による頭痛
(Headache attributed to disorder of the neck)
 - A11.2.4 上位頸髄神経根症による頭痛(Headache attributed to upper cervical radiculopathy)
 - A11.2.5 頸部筋筋膜痛による頭痛(Headache attributed to cervical myofascial pain)
- A11.3 眼疾患による頭痛
(Headache attributed to disorder of the eyes)
 - A11.3.5 眼球斜位あるいは斜視による頭痛
(Headache attributed to heterophoria or heterotropia)
- A11.5 鼻・副鼻腔疾患による頭痛(Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses)
 - A11.5.3 鼻粘膜、鼻甲介、鼻中隔の障害による頭痛(Headache attributed to disorder of the nasal mucosa, turbinates or septum)

- A12. 精神疾患による頭痛(Headache attributed to psychiatric disorder)
 - A12.3 うつ病による頭痛(Headache attributed to depressive disorder)
 - A12.4 分離不安症/分離不安障害による頭痛
(Headache attributed to separation anxiety disorder)
 - A12.5 パニック症/パニック障害による頭痛
(Headache attributed to panic disorder)
 - A12.6 限局性恐怖症による頭痛(Headache attributed to specific phobia)
 - A12.7 社交不安症/社交不安障害(社交恐怖)による頭痛(Headache attributed to social anxiety disorder (social phobia))
 - A12.8 全般不安症/全般性不安障害による頭痛
(Headache attributed to generalized anxiety disorder)
 - A12.9 心的外傷後ストレス障害(PTSD)による頭痛
(Headache attributed to post-traumatic stress disorder (PTSD))

緒言

付録(Appendix)は国際頭痛分類第2版(ICHD-2)に初めて加えられた。付録にはいくつかの目的があり、それはICHD-3にも継続されている。付録の主要な目的は、これまで行われてきた研究ではまだ十分な確証が得られていない多くの新しい疾患概念について研究のための診断基準を示すことである。頭痛分類委員会(Headache Classification Subcommittee)の専門家の経験および質にばらつきのある文献によれば、多くの診断名(疾患単位)については実在すると考えられるものの、これらの疾患の存在を公式に認めるためには、より良質の科学的エビデンスが示されることが必要であると考えられる。現在ICHD-2、ICHD-3βからICHD-3に改訂された際にみられたのと同様に、今回付録に記載されているいくつかの疾患は次の改訂版では付録から本体へ組み込まれることが予想される。

付録の数カ所で分類本体の診断基準に対する代替診断基準を示した。これは前述のように臨床経験およびある一定量の文献によるエビデンスから代替診断基準がより適切である可能性が示唆されるものの、分類委員会は本体における診断基準を変更できるほど十分なエビデンスが揃ったとはまだ考えていないためである。

最後に、付録は、以前の ICHD において疾患単位として含まれていたが、いまだ十分なエビデンスが公表されていない疾患を除外する第一段階として使用される。

A1. 片頭痛

A1.1 前兆のない片頭痛

A1.1.1 前兆のない純粋月経時片頭痛

○ 診断基準

- A. 月経のある女性(注①)にみられる発作で、
1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準と B を満たす
- B. 発作は月経3周期中2周期以上で月経(注①)開始日 (Day 1) ± 2日 (すなわち月経開始2日前から3日目まで) (注②)にのみ生じその他の時期には発作を認めないことが確認されている(注③)

○ 注

- ① ICHD-3の目的上、正常な月経周期、あるいは混合ホルモン経口避妊薬または周期的ホルモン補充療法における外因性プロゲステゲン使用中により生じる子宮内膜出血を月経とする。
- ② 月経初日を Day 1 とし、その前日を Day -1 とする。Day 0 はない。
- ③ A1.1.1「前兆のない純粋月経時片頭痛」の臨床診断に必須ではないが、研究目的として、前向きの頭痛日誌の使用が勧められる。

A1.1.2 前兆のない月経関連片頭痛

○ 診断基準

- A. 月経のある女性(注①)にみられる発作で、1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準と B を満たす
- B. 発作は月経3周期中2周期以上で月経(注①)開始日 (Day 1) ± 2日 (すなわち月経開始2日

前から3日目まで) (注②)に生じ、その他の時期にも発作を認めることが確認されている(注③)

○ 注

- ① ICHD-3の目的上、正常は月経周期、あるいは混合ホルモン経口避妊薬または周期的ホルモン補充療法における外因性プロゲステゲン使用中により生じる子宮内膜出血を月経とする。
- ② 月経初日を Day 1 とし、その前日を Day -1 とする。Day 0 はない。
- ③ A1.1.2「前兆のない月経関連片頭痛」の臨床診断に必須ではないが、研究目的として、前向きの頭痛日誌の使用が勧められる。

A1.1.3 前兆のない非月経時片頭痛

○ 診断基準

- A. 月経のある女性(注①)にみられる発作で、1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準と B を満たす
- B. 発作はA1.1.1「前兆のない純粋月経時片頭痛」またはA1.1.2「前兆のない月経関連片頭痛」の診断基準 B を満たさない

○ 注

- ① ICHD-3の目的上、正常な月経周期、あるいは混合ホルモン経口避妊薬または周期的ホルモン補充療法における外因性プロゲステゲン使用中により生じる子宮内膜出血を月経とする。

○ コメント

本項は1.1「前兆のない片頭痛」の下位分類であり、上記の診断基準で定義されたように月経中の女性にのみ該当する。

月経時片頭痛発作は大半が前兆のない片頭痛である。A1.1.1「前兆のない純粋月経時片頭痛」とA1.1.2「前兆のない月経関連片頭痛」との重要な違いは、純粋月経時片頭痛のほうが予防的ホルモン投与の効果がある可能性が高いことである。

多くの女性が片頭痛発作と月経との関連を過大に報告するため、研究の目的で、診断を確認するには、エビデンスとして最低3周期継続して前向

きに記録をとった資料が必要である。

片頭痛のメカニズムは、正常月経周期による子宮内膜出血と、外因性プロゲステゲン使用中止(混合ホルモン経口避妊薬および周期的ホルモン補充療法の場合など)による子宮内膜出血では、異なる可能性がある。例えば、内因性月経周期は、排卵を起こす視床下部・下垂体・卵巣系の複合的なホルモン変化によって生じ、混合ホルモン経口避妊薬の使用によって抑制される。したがって研究を行う際には、同一の診断基準が用いられているものの、これらを異なる集団を分けるべきである。これらの別個の集団では治療法も異なる可能性がある。

月経時片頭痛発作がエストロゲン消退により生じることを示す科学的根拠が、少なくとも一部の女性で示されている。しかし、月経周期中のその時期におけるその他のホルモンおよび生化学的変化が関連している可能性もある。純粹月経時片頭痛または月経関連片頭痛が外因性エストロゲン中止と関連していると考えられる場合、A1.1.1「前兆のない純粹月経時片頭痛」、またはA1.1.2「前兆のない月経関連片頭痛」と8.3.3「エストロゲン離脱頭痛」の両方にコード化するべきである。

月経との関連性は女性の生殖可能期間において変化する可能性がある。

A1.2 前兆のある片頭痛

A1.2.0.1 前兆のある純粹月経時片頭痛

● 診断基準

- A. 月経のある女性(注①)にみられる発作で、1.2「前兆のある片頭痛」の診断基準とBを満たす
- B. 発作は月経3周期中2周期以上で月経(注①)開始日(Day 1)±2日(すなわち月経開始2日前から3日目まで)(注②)にのみ生じその他の時期には発作を認めないことが確認されている(注③)

● 注

- ① ICHD-3の目的上、正常な月経周期、あるいは混合ホルモン経口避妊薬または周期的ホルモ

ン補充療法における外因性プロゲステゲン使用中止により生じる子宮内膜出血を月経とする。

- ② 月経初日をDay 1とし、その前日はDay -1とする。Day 0はない。
- ③ A1.2.0.1「前兆のある純粹月経時片頭痛」の臨床診断に必須ではないが、研究目的として、前向き頭痛日誌の使用が勧められる。

A1.2.0.2 前兆のある月経関連片頭痛

● 診断基準

- A. 月経のある女性(注①)にみられる発作で、1.2「前兆のある片頭痛」の診断基準とBを満たす(訳注:原文では「1.2 *Migraine without aura*」と記載されているが、コード番号から考えても「1.2 *Migraine with aura*」の誤植と推測される)
- B. 発作は月経3周期中2周期以上で月経(注①)開始日(Day 1)±2日(すなわち月経開始2日前から3日目まで)(注②)に生じ、その他の時期にも発作を認めることが確認されている(注③)

● 注

- ① ICHD-3の目的上、正常な月経周期、あるいは混合ホルモン経口避妊薬または周期的ホルモン補充療法における外因性プロゲステゲン使用中止により生じる子宮内膜出血を月経とする。
- ② 月経初日をDay 1とし、その前日はDay -1とする。Day 0はない。
- ③ A1.2.0.2「前兆のある月経関連片頭痛」の臨床診断に必須ではないが、研究目的として、前向き頭痛日誌の使用が勧められる。

A1.2.0.3 前兆のある非月経時片頭痛

● 診断基準

- A. 月経のある女性(注①)にみられる発作で、1.2「前兆のある片頭痛」の診断基準とBを満たす
- B. 発作はA1.2.0.1「前兆のある純粹月経時片頭痛」と、A1.2.0.2「前兆のある月経関連片頭痛」の両方の診断基準Bを満たさない

注

① ICHD-3の目的上、正常な月経周期、あるいは混合ホルモン経口避妊薬または周期的ホルモン補充療法における外因性プロゲステゲン使用中により生じる子宮内膜出血を月経とする。

コメント

本項は1.2「前兆のある片頭痛」の下位分類であり、上記の診断基準で定義されたように月経中の女性にのみ適用することができる。

月経時片頭痛発作は大半が前兆のない片頭痛である。A1.2.0.1「前兆のある純粋月経時片頭痛」およびA1.2.0.2「前兆のある月経関連片頭痛」の診断基準は、これら前兆のある片頭痛の一般的ではないサブフォームの特徴がより正確に記載されることを考慮して算入されたものである。A1.2.0.3「前兆のある非月経時片頭痛」の診断基準については、完全なものとするためここに含めた。

多くの女性が片頭痛発作と月経との関連を過大に報告するため、研究の目的で、診断を確認するには、エビデンスとして最低3周期継続して前向きに記録をとった資料が必要である。

片頭痛のメカニズムは、正常な月経周期による子宮内膜出血と、外因性プロゲステゲン使用中（混合ホルモン経口避妊薬および周期的ホルモン補充療法の場合など）による子宮内膜出血では、異なる可能性がある。例えば、内因性月経周期は、排卵を起こす視床下部・下垂体・卵巣系の複合的なホルモン変化によって生じ、混合ホルモン経口避妊薬の使用によって抑制される。したがって研究を行う際には、同一の診断基準が用いられているものの、これらを異なる集団として分けるべきである。

A1.3 慢性片頭痛(代替診断基準)

代替診断基準

- A. 頭痛[片頭痛様または緊張型頭痛様(あるいはその両方)]が月に15日以上頻度で3ヵ月を超えて発現し、BとCを満たす
- B. 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準B～Dを

満たすか、1.2「前兆のある片頭痛」の診断基準BおよびCを満たす発作が、合わせて5回以上あった患者に起こる

- C. 3ヵ月を超えて月8日以上で以下のいずれかを満たす
1. 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準CとDを満たす
 2. 1.2「前兆のある片頭痛」の診断基準BとCを満たす
 3. 1.5「片頭痛の疑い」の診断基準AとBを満たす
- D. ほかに最適なICHD-3の診断がない

A1.3.1 無痛期のある慢性片頭痛

診断基準

- A. 1.3「慢性片頭痛」の診断基準とBを満たす
- B. 薬物治療によらない3時間を超える無痛期が月に5日以上存在する

A1.3.2 持続性疼痛を伴う慢性片頭痛

診断基準

- A. 1.3「慢性片頭痛」の診断基準とBを満たす
- B. 薬物治療をしているにもかかわらず、3時間を超える無痛期が月に5日以上存在することがない

A1.4 片頭痛の合併症

A1.4.5 片頭痛前兆重積

診断基準

- A. 1.2「前兆のある片頭痛」またはそのサブタイプの1つの診断基準を満たす片頭痛
- B. 連続3日以上にわたり1日に3つ以上前兆を認める

コメント

適切な検査により可逆性脳血管攣縮症候群や可逆性後頭葉白質脳症および動脈解離を含む他の神経疾患が除外されるべきである。

A1.4.6 降雪視

● 診断基準

- A. 連なった小さな点が視野全体(注①)を動き、3ヵ月を超えて続く
- B. 以下の4つの視覚症状のうち少なくとも2項目を伴う
- ① 視覚保続(palimpsest) (注②)
 - ② 増強された内視現象(注③)
 - ③ 光過敏
 - ④ 夜間の視力障害(夜盲)
- C. 症状は、片頭痛の典型的な視覚性前兆と一致しない(注④)
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない(注⑤)

● 注

- ① 患者は降雪視(visual snow)を、テレビの静止画像(テレビの砂嵐)に例える。白い背景に黒か灰色の点が見えたり、黒い背景に灰色か白い点が見えるのが通常だが、透明な点、点滅する白い点、色のついた点も報告されている。
- ② 視覚保続は、視覚性の残像や対象物の軌跡であろう。視覚性残像とは異なり、網膜性の残像は、コントラストの強い像を凝視した後だけに見え、元の像の補色を呈する。
- ③ これらの現象は視覚系の構造から生じる。例えば、両眼の過剰な浮遊物、過剰なブルーフィールド内視現象(青空など均一で明るい表面を見たときに、両眼視野に無数の小さな灰色や白色や黒色の点や輪が見える)、眼の自己光覚(self-lighting; 暗所で目をつぶると色のついた波や雲が感じられる)、自発的な光視症(明るい閃光)である。
- ④ 1.2.1「典型的前兆を伴う片頭痛」に記載した通り
- ⑤ 眼科的検査は正常(視力は矯正され、散瞳下での眼底検査、視野検査、網膜電図は正常)で、向精神薬の内服はない

● コメント

A1.4.6「降雪視」は、新たに ICHD-3 付録に含まれた。それ自身のみでは片頭痛スペクトラムに含まれないかもしれないが、疫学的には 1.2「前

兆のある片頭痛」と関連がみられる。これらの疾患が、視覚症状をきたす共通の病態生理学的機序を有するかはさらなる研究が必要であるが、今のところ両者ともに皮質の過剰興奮性が関与しているという仮説が提唱されている。1.「片頭痛」の患者では、視覚保続の有病率が高く、非発作時に光感受性が高まっている。また A1.4.6「降雪視」は、視覚保続と光過敏を特徴とする。A1.4.6「降雪視」と 1.「片頭痛」が共存する患者は、共存しない患者に比べ、視覚保続、自発的な光視症、光過敏、夜盲および耳鳴りが多い。

さらに2つの理由から、A1.4.6「降雪視」を ICHD-3 に含めることにした。1つは、この状態を広く知らしめることで、医師の認識を促した。つまり、降雪視を呈する患者は 1.「片頭痛」もしばしば併存するが、A1.4.6「降雪視」を知らない医師は、誤って遷延性の視覚性前兆と診断するかもしれない。2つめに、上記の議論を研究にも適用した。遷延性の視覚症状に対する将来の研究において対象患者群の均質性が必要であるため、A1.4.6「降雪視」の診断基準を含めることで、現在の定義を研究者に対して明確にした。

A1.6 片頭痛に関連する周期性症候群

A1.6.4 乳児疝痛

● 解説

他の点では健康で栄養状態も良好に見える乳児が過度に頻回に泣く。

● 診断基準

- A. 出生から4ヵ月までの乳児の易刺激性、ぐずりまたは泣くなどの反復性の発作があり、Bを満たす
- B. 以下の両方
- ① 発作は1日に3時間以上持続する
 - ② 発作は3週間以上にわたり、週に3日以上起こる
- C. 他の疾患(注①)によらない

● 注

- ① 特に、発育障害(failure to thrive)は除外しなけ

ればならない

◎コメント

乳児痲痛は5人に1人の乳児に認められる。痲痛をもつ乳児は将来的に1.1「前兆のない片頭痛」や1.2「前兆のある片頭痛」を発症する可能性が高い。1.「片頭痛」をもつ母親は片頭痛のない母親に比べて痲痛をもつ乳児をもつ確率が2.5倍高いということが、明らかにされた。1.「片頭痛」をもつ父親では痲痛をもつ可能性は2倍増加していた。

A1.6.5 小児交互性片麻痺

◎解説

左右交代性にみられる小児片麻痺発作で、進行性脳症その他の発作性現象および精神的機能障害を伴う。

◎診断基準

- A. 身体の左右いずれかの側に交代性にみられる再発性片麻痺発作で、BおよびCを満たす
- B. 生後18ヵ月までに発症
- C. 片麻痺発作と関連して、または独立して、発作性現象(注①)が少なくとも1つ起こる
- D. 精神障害または神経学的欠損(あるいはその両方)の証拠がある
- E. その他の疾患によらない

◎注

① 緊張性発作、ジストニア姿勢、舞蹈病アテトーゼ様運動、眼振、その他の眼球運動異常、自律神経障害など。

◎コメント

小児交互性片麻痺は、不均一な神経変性疾患である。片頭痛との関連は、臨床的根拠によって示唆される。この疾患はてんかんのまれな型である可能性も除外できない。ATP1A3遺伝子(Na⁺/K⁺-ATPase α3サブユニットをコードする)の変異が本症の少なくとも70%の原因と思われている。

A1.6.6 前庭性片頭痛

(日本語版 作成にあたって、前付13頁参照のこと)

◎以前に使用された用語

片頭痛関連めまい(migraine-associated vertigo/dizziness), 片頭痛関連前庭障害(migraine-related vestibulopathy), 片頭痛性めまい(migrainous vertigo)

◎診断基準

- A. CとDを満たす発作が5回以上ある
- B. 現在または過去に1.1「前兆のない片頭痛」または1.2「前兆のある片頭痛」の確かな病歴がある(注①)
- C. 5分~72時間(注④)の間で持続する中等度または重度(注③)の前庭症状(注②)がある
- D. 発作の少なくとも50%は以下の3つの片頭痛の特徴のうち少なくとも1つを伴う(注⑤)

- ① 頭痛は以下の4つの特徴のうち少なくとも2項目を満たす
 - a) 片側性
 - b) 拍動性
 - c) 中等度または重度
 - d) 日常的な動作により頭痛が増悪する

② 光過敏と音過敏

③ 視覚性前兆

- E. ほかに最適なICHD-3の診断がない、または他の前庭疾患によらない(注⑥)

◎注

① 基礎疾患としての片頭痛の診断もコード化すること。

② Bárány Society(国際平衡医学学会)の分類によって定義され、かつA1.6.6「前庭性片頭痛」の診断に適合する前庭症状で、以下を含む。

a) 自発性めまい

(i) 内部性めまい(自分自身の内部が動いているように感じる)

(ii) 外部性めまい(周囲(自分の外)が回ったり揺れたりしているように感じる)

b) 頭位変換後に起こる頭位性めまい

c) 複雑または大きな動きの視覚刺激により誘発される視覚誘発性めまい

d) 頭位変換時に起こる頭位変換性めまい

e) 悪心を伴う頭位変換によって誘発されるめまい感(空間認知障害の感覚に特徴づけられるめまい感であり、その他のめまい感は一

般に前庭性片頭痛には含まない)

- ③ 前庭症状は日常活動に支障はあるが、阻まれてしまうほどではないときは中等度、日常生活が続けられないときは重度と評価される。
- ④ 発作持続期間はきわめて多様である。患者の約30%は数分程度、30%は数時間、30%は数日に及ぶ。残りの10%は持続はほんの数秒程度で、頭位変換中や視覚刺激時または頭位変換後に繰り返し起こる傾向がある。これらの患者では、短時間の発作が繰り返して認められる期間全体を発作期間とする。その範囲のもう一方では、完全回復するまで4週かかるかもしれない患者もいるが、中核となる発作はめったに72時間を超えない。
- ⑤ 1回の発作中には1つの片頭痛の特徴があれば十分である。異なる症状が別の発作時に起こることがある。随伴症状は前庭症状が起こる前、発作中あるいは起こった後のいずれでも起こりうる。
- ⑥ 病歴や身体診察で他の前庭疾患が疑われないこと、または他の前庭疾患が適切な検査で考えられたとしても除外されていること、あるいは前庭疾患を併存または別個に有していても発作は明らかにそれらの疾患とは区別できること。片頭痛発作が前庭刺激により誘発されることがある。そのため、片頭痛発作を誘発した可能性のある、合併している前庭疾患についても鑑別診断を行うべきである。

● コメント

中国の脳神経内科において、片頭痛の10.3%に前庭性片頭痛がみられ、驚くほど高頻度であった。他の症候について

一過性の聴覚症状、悪心、嘔吐、衰弱、および乗り物酔いへの高い感受性はA1.6.6「前庭性片頭痛」に随伴することがある。しかしこれらの症状はその他のさまざまな前庭疾患でもみられるので、診断基準には含めない。

片頭痛前兆および脳幹性前兆を伴う片頭痛との関連について

片頭痛前兆および脳幹性前兆を伴う片頭痛(脳底型片頭痛と以前は呼称)という名称がICHD-3に定義されている。A1.6.6「前庭性片頭痛」の患者

の少数のみが前兆症状の定義とされる5~60分の時間枠内に回転性めまいを経験している。1.2.1.1「典型的な前兆に頭痛を伴うもの」に要求されるように頭痛開始直前に回転性めまいがみられる患者はさらに少ないので、A1.6.6「前庭性片頭痛」のエピソードは片頭痛前兆とはみなすことができない。

1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛」患者の60%以上に回転性めまいを認めるが、ICHD-3ではこの診断を下すためには視覚、感覚または言語性(訳注:原文ではdysphasicであるが、本文ではspeech/language symptomsのため、言語性とした)前兆症状に加えて少なくとも2つの脳幹症状を求めている。A1.6.6「前庭性片頭痛」の10%以下の患者だけがこの診断基準を満たす。したがって、A1.6.6「前庭性片頭痛」と1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛」の両方の診断基準を満たす患者もいるかもしれないが、これらの疾患名は同義ではない。良性発作性めまいとの関連について

A1.6.6「前庭性片頭痛」はどの年齢においても発症する可能性があるが、ICHD-3では特に1.6.2「良性発作性めまい」を小児期疾患としている。この診断には前触れなく起こり、数分~数時間で自然消失する回転性めまいの5回の発作が必要である。発作間欠期には神経学的検査や聴覚前庭機能、脳波は正常でなければならない。片側性拍動性頭痛がめまい発作中に起こることがあるが、診断に必須ではない。1.6.2「良性発作性めまい」は将来片頭痛となりうる病態の1つとして認識されているので、診断には並行する片頭痛の頭痛症状の有無は問わない。A1.6.6「前庭性片頭痛」の診断基準には発症年齢の規定はないので、診断基準に合致すれば小児期でもA1.6.6「前庭性片頭痛」と診断される。例えば5分より短いめまいと5分より長いめまいというような異なるタイプの回転性めまい発作を呈する子どもにだけ、両疾患名が同時に適用されるべきである。

メニエール病の重複について

片頭痛は健常者よりもメニエール病患者によく認められる。メニエール病とA1.6.6「前庭性片頭痛」の両方の特徴をもった多くの患者が報告されている。実際、片頭痛とメニエール病は一緒に遺伝しうる。変動する聴覚障害、耳鳴と耳閉感

A1.6.6「前庭性片頭痛」で認められことがあるが、聴覚障害は重症化しない。同様に片頭痛の痛みと光過敏および片頭痛前兆ですらメニエール病の発作中にも認められる。A1.6.6「前庭性片頭痛」とメニエール病の病態の関連性については未解決である。メニエール病は初期には前庭症状が単一の症候である場合があるので、発症初年では前庭性片頭痛とメニエール病を区別するのは困難である。聴覚検査で明らかに聴覚障害があり、メニエール病の診断基準に合致する場合には、前庭症状が起きている最中に片頭痛が起きたとしてもメニエール病と診断されるべきである。異なる2つのタイプの発作を伴った患者にのみA1.6.6「前庭性片頭痛」とメニエール病の両方の診断が下される。国際頭痛分類の将来の改訂において、前庭性片頭痛/メニエール病重複症候群という疾患名が組み入れられる可能性がある。

文献

- Belcastro V, Cupini LM, Corbelli I, et al. Palinopsia in patients with migraine : a case-control study. *Cephalalgia* 2011 ; 31 : 999-1004.
- Bisdorff A, von Brevern M, Lempert T, et al. ; on behalf of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. Classification of vestibular symptoms : towards an international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res* 2009 ; 19 : 1-13.
- Brantberg K and Baloh RW. Similarity of vertigo attacks due to Ménière's disease and benign recurrent vertigo both with and without migraine. *Acta Otolaryngol* 2011 ; 131 : 722-727.
- Cass SP, Ankerstjerne JKP, Yetiser S, et al. Migraine-related vestibulopathy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997 ; 106 : 182-189.
- Cho SJ, Kim BK, Kim BS, et al. Vestibular migraine in multicenter neurology clinics according to the appendix criteria in the third beta edition of the International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2016 ; 36 : 454-462.
- Cutrer FM and Baloh RW. Migraine-associated dizziness. *Headache* 1992 ; 32 : 300-304.
- Dieterich M and Brandt T. Episodic vertigo related to migraine (90 cases) : vestibular migraine? *J Neurol* 1999 ; 246 : 883-892.
- Heinzen EL, Swoboda KJ, Hitomi Y, et al. De novo mutations in *ATPIA3* cause alternating hemiplegia of childhood. *Nat Genet* 2012 ; 44 : 1030-1034.
- Jäger HR, Giffin NJ and Goadsby PJ. Diffusion- and perfusion-weighted MR imaging in persistent migrainous visual disturbances. *Cephalalgia* 2005 ; 25 : 323-332.
- Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine : diagnostic criteria. Consensus document of the Bárány Society and the International Headache Society. *J Vestib Res* 2012 ; 22 : 167-172.
- Li D, Christensen AF and Olesen J. Field-testing of the ICHD-3 beta/proposed ICD-11 diagnostic criteria for migraine with aura. *Cephalalgia* 2015 ; 35 : 748-756.
- Liu GT, Schatz NJ, Galetta SL, et al. Persistent positive visual phenomena in migraine. *Neurology* 1995 ; 45 : 664-668.
- Neff BA, Staab JP, Eggers SD, et al. Auditory and vestibular symptoms and chronic subjective dizziness in patients with Ménière's disease, vestibular migraine and Ménière's disease with concomitant vestibular migraine. *Otol Neurotol* 2012 ; 33 : 1235-1244.
- Neuhauser H, Leopold M, von Brevern M, et al. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo. *Neurology* 2001 ; 56 : 436-441.
- Neuhauser H, Radtke A, von Brevern M, et al. Migrainous vertigo : prevalence and impact on quality of life. *Neurology* 2006 ; 67 : 1028-1033.
- Oh AK, Lee H, Jen JC, et al. Familial benign recurrent vertigo. *Am J Med Genet* 2001 ; 100 : 287-291.
- Perenboom M, Zamanipoor Najafabadi A, Zielman R, et al. Visual sensitivity is more enhanced in migraineurs with aura than in migraineurs without aura. *Cephalalgia* 2015 ; 35 (Suppl) : 1224-1226.
- Radtke A, Neuhauser H, von Brevern M, et al. Vestibular migraine - validity of clinical diagnostic criteria. *Cephalalgia* 2011 ; 31 : 906-913.
- Schankin CJ, Maniyar FH, Digre KB, et al. 'Visual snow' - a disorder distinct from persistent migraine aura. *Brain* 2014 ; 137 : 1419-1428.
- Schankin CJ, Maniyar FH, Springer T, et al. The relation between migraine, typical migraine aura and "visual snow". *Headache* 2014 ; 54 : 957-966.
- Versino M and Sances G. Dizziness and migraine : a causal relationship? *Funct Neurol* 2003 ; 18 : 97-101.
- Vetvik KG, Benth JS, MacGregor EA, et al. Menstrual versus non-menstrual attacks of migraine without aura in women with and without menstrual migraine. *Cephalalgia* 2015 ; 35 : 1261-1268.
- Vetvik KG, Macgregor EA, Lundqvist C, et al. Prevalence of menstrual migraine : a population-based study. *Cephalalgia* 2014 ; 34 : 280-288.
- Vetvik KG, MacGregor EA, Lundqvist C, et al. A clinical interview versus prospective headache diaries in the diagnosis of menstrual migraine without aura. *Cephalalgia* 2015 ; 35 : 410-416.
- Zhang Y, Kong Q, Chen J, et al. International Classification of Headache Disorders 3rd edition beta-based testing of vestibular migraine in China : demographic, clinical characteristics, audiometric findings and diagnosis statuses. *Cephalalgia* 2016 ; 36 : 240-248.

A2. 緊張型頭痛 (代替診断基準)

下記の代替基準は、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」、2.2「頻発反復性緊張型頭痛」、および2.3「慢性緊張型頭痛」に適用できる。これらは緊張型頭痛の核をなす症候群を定義するものである。換言すれば、この基準はきわめて特異的であるが、感度は低い。

●代替診断基準

- A. 反復発作症状または頭痛が、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」、2.2「頻発反復性緊張型頭痛」、または2.3「慢性緊張型頭痛」の診断基準Aを満たし、かつB～Dを満たす
- B. 反復発作症状または頭痛が、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」、2.2「頻発反復性緊張型頭痛」、または2.3「慢性緊張型頭痛」の診断基準Bを満たす
- C. 頭痛は以下の4つの特徴のうち少なくとも3項目を満たす
 - ① 両側性
 - ② 性状は圧迫感または締めつけ感(非拍動性)
 - ③ 強さは軽度～中等度
 - ④ 歩行や階段の昇降などの日常的な動作により増悪しない
- D. 悪心、嘔吐、光過敏、音過敏がない
- E. ほかに最適なICHD-3の診断がない

文献

Chu MK, Cho SJ, Kim JM, et al. Field testing the alternative criteria for tension-type headache proposed in the third beta edition of the international classification of headache disorders : results from the Korean headache-sleep study. *J Headache Pain* 2014 ; 15 : 28.

A3. 三叉神経・自律神経性頭痛(TACs)

A3.1 群発頭痛(代替診断基準)

●診断基準

- A. B～Dを満たす発作が5回以上ある
- B. 未治療の場合、重度～きわめて重度の側の痛みが眼窩部、眼窩上部または側頭部のいずれか1つ以上の部位に15～180分間持続する(注①)
- C. 以下の1項目以上を認める
 - ① 頭痛と同側に少なくとも以下の症状あるいは徴候の1項目を伴う
 - a) 結膜充血または流涙(あるいはその両方)
 - b) 鼻閉または鼻漏(あるいはその両方)
 - c) 眼瞼浮腫
 - d) 前額部および顔面の発汗
 - e) 前額部および顔面の紅潮
 - f) 耳閉感
 - g) 縮瞳または眼瞼下垂(あるいはその両方)
 - ② 落ち着きのない、あるいは興奮した様子
- D. 発作の頻度は1回/2日～8回/日である(注②)
- E. ほかに最適なICHD-3の診断がない

●注

- ① A3.1「群発頭痛」の活動期、発作時期の半分未満において、発作の重症度が軽減または持続時間(短縮または延長)の変化(あるいはその両方)がみられることがある。
- ② A3.1「群発頭痛」の活動期の半分未満において、発作頻度はこれより少なくともよい。

●コメント

診断基準C①の「e)前額部および顔面の紅潮」、 「f)耳閉感」を診断基準に含めるにあたり、意見が分かれた。上記変更により、感度が上がり特異度は有意に下がらないとワーキンググループの専門家は考えた。ただしこの考えは、正式な実地試

験では確認されていない。

A3.2 発作性片側頭痛 (代替診断基準)

●診断基準

- A. B～Eを満たす発作が20回以上ある
- B. 重度の一側性の痛みが、眼窩部、眼窩上部または側頭部のいずれか1つ以上の部位に2～30分間持続する
- C. 痛みと同側に少なくとも以下の症状あるいは徴候の1項目を伴う
 - ① 以下の1項目以上を認める
 - a) 結膜充血または流涙(あるいはその両方)
 - b) 鼻閉または鼻漏(あるいはその両方)
 - c) 眼瞼浮腫
 - d) 前額部および顔面の発汗
 - e) 前額部および顔面の紅潮
 - f) 耳閉感
 - g) 縮瞳または眼瞼下垂(あるいはその両方)
 - ② 落ち着きのない、あるいは興奮した様子
- D. 発作の頻度は5回/日を超える(注①)
- E. 発作は治療量のインドメタシンで完全寛解する(注②)
- F. ほかに最適なICHD-3の診断がない

●注

- ① A3.2「発作性片側頭痛」の活動期、発作時期の半分未満において、発作頻度はこれより少なくともよい
- ② 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225mg/日を上限に増量する。経静脈投与の用量は100～200mgである。維持用量はこれより低用量がしばしば用いられる(日本語版作成にあたって、前付15頁参照のこと)。

●コメント

診断基準C①の「e)前額部および顔面の紅潮」、 「f)耳閉感」を診断基準に含めるにあたり、意見が分かれた。上記変更により、感度が上がり特異度は有意に下がらないとワーキンググループの専

門家は考えた。ただしこの診断基準の変更を支持する正式な実地試験の確認はない。

A3.3 短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(代替診断基準)

●診断基準

- A. B～Dを満たす発作が20回以上ある
- B. 中等度～重度の一側性の頭痛が、眼窩部、眼窩上部、側頭部またはその他の三叉神経支配領域に、単発性あるいは多発性の刺痛、鋸歯状パターン(saw-tooth pattern)として1～600秒間持続する(日本語版作成にあたって、前付16頁参照のこと)
- C. 頭痛と同側に少なくとも以下の頭部自律神経症状あるいは徴候の1項目を伴う
 - 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 眼瞼浮腫
 - ④ 前額部および顔面の発汗
 - ⑤ 前額部および顔面の紅潮
 - ⑥ 耳閉感
 - ⑦ 縮瞳または眼瞼下垂(あるいはその両方)
- D. 発作の頻度が1日に1回以上である(注①)
- E. ほかに最適なICHD-3の診断がない

●注

- ① A3.3「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」の活動期、発作時期の半分未満において、発作頻度はこれより少なくともよい。

●コメント

Cの「⑤前額部および顔面の紅潮」、 「⑥耳閉感」を診断基準に含めるにあたり、意見が分かれた。上記変更により、感度が上がり特異度は有意に下がらないとワーキンググループの専門家は考えた。ただしこの診断基準の変更を支持する正式な実地試験の確認はない。

A3.4 持続性片側頭痛 (代替診断基準)

●診断基準

- A. B～Dを満たす一側性の頭痛がある

- B. 3 ヶ月を超えて存在し、中等度～重度の強さの増悪を伴う
- C. 以下の1項目以上を認める
- ① 頭痛と同側に少なくとも以下の症状あるいは徴候の1項目を伴う
- a) 結膜充血または流涙(あるいはその両方)
 - b) 鼻閉または鼻漏(あるいはその両方)
 - c) 眼瞼浮腫
 - d) 前額部および顔面の発汗
 - e) 前額部および顔面の紅潮
 - f) 耳閉感
 - g) 縮瞳または眼瞼下垂(あるいはその両方)
- ② 落ち着きのない、あるいは興奮した様子、あるいは動作による痛みの増悪を認める
- D. 治療量のインドメタシンに絶対的な効果を示す(注①)
- E. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●注

① 成人では経口インドメタシンは最低用量 150 mg/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。経静脈投与の用量は 100～200 mg である。維持用量はこれより低用量で十分な場合が多い(日本語版 作成にあたって、前付 15 頁参照のこと)。

●コメント

診断基準 C ① の「e) 前額部および顔面の紅潮」, 「f) 耳閉感」を診断基準に含めるにあたり、意見が分かれた。上記変更により、感度が上がり特異度は有意に下がらないとワーキンググループの専門家は考えた。ただしこの診断基準の変更を支持する正式な実地試験の確認はない。

A3.6 鑑別不能の三叉神経・自律神経性頭痛

●解説

三叉神経・自律神経性頭痛様の症状を小児および思春期に認めることがあるが、典型的な臨床的特徴を示していない。

●コメント

不完全な脳の発達段階においては、三叉神経・自律神経性頭痛の症状が変容する可能性がある。A3.6「鑑別不能の三叉神経・自律神経性頭痛」の典型例は小児期または思春期にみられる。その頭痛は三叉神経・自律神経性頭痛の特徴を有しているが、例えば、自律神経症状を伴う 30 分程度しか持続しない片側性の頭痛でインドメタシン、酸素投与またはトリプタンが無効というように、3. 「三叉神経・自律神経性頭痛(TACs)」の症状が混在して認められ、かつ診断基準に完全には合致しない。

診断基準を提起するために病態を把握するための縦断研究が必要である。

文献

De Coo IF, Wilbrink LA, Haan J, et al. Evaluation of the new ICHD-III beta cluster headache criteria. *Cephalalgia* 2016; 36: 547-551.

A4. その他の一次性頭痛疾患

A4.11 一過性表在頭痛

●解説

片側の頭部表面を直線状またはジグザグ状に横切るように、刺すように感じる短時間の発作性の頭部の痛み。

●診断基準

- A. 再発性の頭部表面の刺すような痛みであり、発作持続時間は 1～10 秒で B を満たす
- B. 痛みは片側の頭部表面を直線状またはジグザグ状に異なる神経の分布に起始して終止する
- C. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない(注①)

●注

① 器質性病変は病歴、身体診察および適切な検査により除外しなければならない。

●コメント

A4.11 「一過性表在頭痛」の患者は頭部表面の離れた発痛点と終息点の間に痛みを感じる。痛みは発痛点から終息点にかけて数秒で動く。このよ

うな動的な痛みの分布は他の表在頭痛や神経痛から A4.11「一過性表在頭痛」を鑑別する特徴となる。患者ごとに発痛点と終息点は一定している。痛みは通常前方へ動くものが多いが、後方に移動するものもある。前方に移動するものは、後頭部から痛みを生じ、同側の眼または鼻に終息する。後方に移動するものは、前頭部または眼窩周囲から生じ、後頭部で終息する。罹患側が対側が変わる患者も存在するが、必ず一側性である。

発作終了時に同側の流涙、結膜充血、鼻汁などの自律神経症状を認めることがある。

大部分の発作は自発的に起こるが、発痛点を触ることで発作が誘発されたり、発作間欠期でも発痛点に痛みが残存することがある。

文献

- Cuadrado ML, Gómez-Vicente L, Porta-Etessam J, et al. Paroxysmal head pain with backward radiation. Will epicrania fugax go in the opposite direction? *J Headache Pain* 2010 ; 11 : 75-78.
- Cuadrado ML, Guerrero AL and Pareja JA. Epicrania fugax. *Curr Pain Headache Rep* 2016 ; 20 : 21.
- Guerrero AL, Cuadrado ML, Porta-Etessam J, et al. Epicrania fugax : ten new cases and therapeutic results. *Headache* 2010 ; 50 : 451-458.
- Herrero-Velázquez S, Guerrero-Peral ÁL, Mulero P, et al. Epicrania fugax : the clinical characteristics of a series of 18 patients. *Rev Neurol* 2011 ; 53 : 531-537.
- Mulero P, Guerrero AL, Herrero-Velázquez S, et al. Epicrania fugax with backward radiation : clinical characteristics of nine new cases. *J Headache Pain* 2011 ; 12 : 535-539.
- Pareja JA, Álvarez M and Montojo T. Epicrania fugax with backward radiation. *J Headache Pain* 2012 ; 13 : 175.
- Pareja JA, Cuadrado ML, Fernández-de-las-Peñas C, et al. Epicrania fugax : an ultrabrief paroxysmal epicranial pain. *Cephalalgia* 2008 ; 28 : 257-263.

A5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛

A5.1 頭部外傷による急性頭痛

●コメント

頭部外傷後(あるいは外傷の自覚後)7日以内に頭痛が始まる(あるいは始まったと記録されてい

る)という現在の規定であるが、やや恣意的である。外傷後もっと長い期間を経てから、頭痛が発症する場合もあることが報告されている。以下の診断基準では、頭部外傷から頭痛発症までの期間を最大3ヵ月としたが、外傷から頭痛までの期間がより短いほうが、外傷による関与をより正確に診断しやすいであろう。外傷から7日を超えて3ヵ月以内に発症した頭痛も認める A5.1「頭部外傷による急性頭痛」のこれらの代替診断基準の有用性について、今後も調査を続けるべきである。

A5.1.1.1 中等症または重症頭部外傷による遅発性急性頭痛

●診断基準

- A. CおよびDを満たす頭痛
- B. 頭部外傷は、少なくとも以下の1項目を満たす
- ① 30分を超える意識消失
 - ② グラスゴー昏睡尺度(Glasgow Coma Scale : GCS)が13点未満
 - ③ 24時間を超える外傷後健忘
 - ④ 24時間を超える意識レベルの変化
 - ⑤ 頭蓋骨骨折、頭蓋内血腫または脳挫傷などの頭部外傷を示す画像所見
- C. 頭痛は以下の全項目が起こった後、7日を超えて3ヵ月以内に発現したと報告されている
- ① 頭部外傷
 - ② 頭部外傷後の意識回復(該当症例のみ)
 - ③ 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬剤の中止(該当症例のみ)
- D. 以下のいずれかを満たす
- ① 頭痛は頭部外傷後、3ヵ月以内に消失している
 - ② 頭痛は消失していないが、頭部外傷から3ヵ月は経過していない
- E. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

A5.1.2.1 軽症頭部外傷による遅発性急性頭痛

●診断基準

- A. CおよびDを満たす頭痛
- B. 頭部外傷は、以下の両方を満たす

- ① 以下のいずれの項目にも該当しない
 - a) 30分を超える意識消失
 - b) グラスゴー昏睡尺度(GCS)が13点未満
 - c) 24時間を超える外傷後健忘
 - d) 24時間を超える意識レベルの変化
 - e) 頭蓋骨骨折、頭蓋内血腫または脳挫傷などの頭部外傷を示す画像所見
- ② 頭部外傷直後、以下の症候または徴候のうち1つ以上に関係する
 - a) 一過性の意識不鮮明、見当識障害または意識障害
 - b) 頭部外傷直前または直後の出来事の記憶喪失
 - c) 軽症頭部外傷を示唆する以下の症状のうち2つ以上を認める
 - (i) 悪心
 - (ii) 嘔吐
 - (iii) 視覚障害
 - (iv) 浮動性めまいまたは回転性めまい(あるいはその両方)
 - (v) 歩行または姿勢の不安定(あるいはその両方)
 - (vi) 記憶力または集中力(あるいはその両方)の障害

C. 頭痛は以下の全項目が起こった後、7日を超えて3ヵ月以内に発現したと報告されている

- ① 頭部外傷
- ② 頭部外傷後の意識回復(該当症例のみ)
- ③ 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬剤の中止(該当症例のみ)

D. 以下のいずれかを満たす

- ① 頭痛は頭部外傷後、3ヵ月以内に消失している
- ② 頭痛はまだ消失していないが、頭部外傷発生から3ヵ月は経過していない

E. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

A5.2 頭部外傷による持続性頭痛

●コメント

頭痛は頭部外傷(もしくは外傷に気づいて)から

7日以内に始まる(あるいは始まったと報告される)という、現在の規定はやや恣意的である。外傷後もっと長い期間を経てから、頭痛が発症する場合もあることが報告されている。以下の診断基準では、頭部外傷から頭痛発症までの期間を最大3ヵ月としたが、外傷から頭痛までの期間がより短いほうが、外傷による関与をより正確に診断しやすいであろう。外傷から7日を超えて3ヵ月以内に発症した頭痛も認める A5.2「頭部外傷による持続性頭痛」のこれらの代替診断基準の有用性について、今後も調査を続けるべきである。

A5.2.1.1 中等症または重症頭部外傷による遅発性持続性頭痛

●診断基準

A. C および D を満たす頭痛

B. 頭部外傷は、少なくとも以下の1項目を満たす

- ① 30分を超える意識消失
- ② グラスゴー昏睡尺度(GCS)が13点未満
- ③ 24時間を超える外傷後健忘
- ④ 24時間を超える意識レベルの変化
- ⑤ 頭蓋骨骨折、頭蓋内血腫または脳挫傷などの頭部外傷を示す画像所見

C. 頭痛は以下の全項目が起こった後、7日を超えて3ヵ月以内に発現したと報告されている

- ① 頭部外傷
- ② 頭部外傷後、意識回復(該当症例のみ)
- ③ 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬剤の中止(該当症例のみ)

D. 頭痛は頭部外傷後、3ヵ月を超えて持続する

E. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

A5.2.2.1 軽症頭部外傷による遅発性持続性頭痛

●診断基準

A. C および D を満たす頭痛

B. 頭部外傷があり、以下の両方を満たす

- ① 以下のいずれの項目にも該当しない
 - a) 30分を超える意識消失
 - b) グラスゴー昏睡尺度(GCS)が13点未満
 - c) 24時間を超える外傷後健忘

- d) 24 時間を超える意識レベルの変化
- e) 頭蓋骨骨折, 頭蓋内血腫または脳挫傷などの頭部外傷を示す画像所見
- ② 頭部外傷直後, 以下の症候または徴候のうち 1 つ以上に関する
 - a) 一過性の意識不鮮明, 見当識障害または意識障害
 - b) 頭部外傷直前または直後の出来事の記憶喪失
 - c) 軽症頭部外傷を示唆する以下の症状のうち 2 つ以上を認める
 - (i) 悪心
 - (ii) 嘔吐
 - (iii) 視覚障害
 - (iv) 浮動性めまいまたは回転性めまい (あるいはその両方)
 - (v) 歩行または姿勢の不安定 (あるいはその両方)
 - (vi) 記銘力または集中力 (あるいはその両方) の障害

- C. 頭痛は以下の全項目が起こった後, 7 日を超えて 3 ヶ月以内に発現したと報告されている
 - ① 頭部外傷
 - ② 頭部外傷後の意識回復 (該当症例のみ)
 - ③ 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬剤の中止 (該当症例のみ)
- D. 頭痛は頭部外傷後, 3 ヶ月を超えて持続する
- E. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

A5.7 脳の放射線手術による頭痛

● 診断基準

- A. C を満たす新規の頭痛
- B. 脳の放射線手術が施行されている
- C. 原因となる証拠として, 以下の両方が示されている
 - ① 頭痛は放射線手術後, 7 日以内に発現している
 - ② 放射線手術後, 3 ヶ月以内に頭痛が消失している
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

● コメント

放射線手術後, 新規の頭痛が報告されているが, ほとんどの研究でその頭痛の臨床的特徴の詳細が説明されていない。そのうえ, 放射線手術後に起こった頭痛が, 基礎にあった頭痛の増悪なのか, 新たに発現した頭痛なのか, 多くの場合明確でない。頭痛の既往がない症例では, 頭痛症候群は, 持続は短時間で, 術後 1 年以上経ってから起こっており, 片頭痛または雷鳴頭痛に類似していた。したがって, 放射線手術とその後に生じたこれら頭痛との因果関係はきわめて疑わしい。A5.7 「脳の放射線手術による頭痛」が 1 つの疾患概念として存在するか, そうであるなら, 照射病変のタイプと位置または照射線量・照射野とどう関連するか判断するために, 注意深く計画された前向き研究が必要である。

A5.8 その他の頭頸部外傷による急性頭痛

● 診断基準

- A. C および D を満たす頭痛
- B. これまで述べてきた以外 (A5.1~A5.7) のタイプの頭頸部外傷が起こっている
- C. 原因となる証拠として, 以下のいずれかまたはその両方が示されている
 - ① 頭痛は頭頸部外傷と時期的に一致して発現している
 - ② 外傷・傷害が原因であるとする他の証拠が存在する
- D. 以下のうちいずれかを満たす
 - ① 頭痛は頭頸部外傷後, 3 ヶ月以内に消失している
 - ② 頭痛は持続しているが, 頭頸部外傷から 3 ヶ月は経過していない
- E. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

A5.9 その他の頭頸部外傷による持続性頭痛

● 診断基準

- A. C および D を満たす頭痛

- B. これまで述べてきた以外(A5.1～A5.8)のタイプの頭頸部外傷が起こっている
- C. 原因となる証拠として以下のいずれかまたはその両方が示されている
 - ① 頭痛は頭頸部外傷と時期的に一致して発現している
 - ② 外傷が原因であるとする他の証拠が存在する
- D. 頭痛は頭頸部外傷後、3ヵ月以上持続する
- E. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

文献

Lucas S, Hoffman JM, Bell KR, et al. Characterization of headache after traumatic brain injury. *Cephalalgia* 2012 ; 32 : 600-606.

Lucas S, Hoffman JM, Bell KR, et al. A prospective study of prevalence and characterization of headache following mild traumatic brain injury. *Cephalalgia* 2014 ; 34 : 93-102.

Olesen J. Problem areas in the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta). *Cephalalgia* 2014 ; 34 : 1193-1199.

Theeler BJ and Erickson JC. Post-traumatic headaches : time for a revised classification? *Cephalalgia* 2012 ; 32 : 589-591.

Theeler BJ, Flynn FG and Erickson JC. Headaches after concussion in US soldiers returning from Iraq or Afghanistan. *Headache* 2010 ; 50 : 1262-1272.

Theeler B, Lucas S, Riechers RG, et al. Post-traumatic headaches in civilians and military personnel : a comparative, clinical review. *Headache* 2013 ; 53 : 881-900.

A6. 頭頸部血管障害による頭痛

A6.10 頭頸部血管障害の既往による持続性頭痛

- **診断基準**
 - A. 以前に 6.「頭頸部血管障害による頭痛」または、そのタイプ、サブタイプまたはサブフォームの1つと診断されていて、Cを満たす
 - B. 頭痛を起こす頭頸部血管障害があったが治療により改善した、または自然寛解した
 - C. 頭痛は頭頸部血管障害の治療による改善後または自然寛解後も3ヵ月を超えて持続して

いる

- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

● **コメント**

A6.10「頭頸部血管障害の既往による持続性頭痛」を満たす頭痛は、もしあるとしても、ほとんど記載されていない。因果関係についてよりよい診断基準を確立するために、研究が必要である。

A7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛

A7.6 てんかん発作による頭痛

A7.6.3 電気痙攣療法(ECT)後頭痛

● **診断基準**

- A. Cを満たす反復性の頭痛
- B. 電気痙攣療法(electroconvulsive therapy : ECT)が施行された
- C. 原因となる証拠として、以下のうち全項目が示されている
 - ① 頭痛は、50%以上の ECT セッション後に発現した
 - ② 頭痛は、ECT 後4時間以内に発現した
 - ③ 頭痛は ECT 後、72時間以内に頭痛が寛解した
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

● **コメント**

ECTに伴う頭痛を明確に記述したものはほとんどない。エレクトリプタンおよびパラセタモールの単盲検比較試験では、72人中20人(28%)が頭痛を訴えた。頭痛の部位と性質以外の記載は乏しかった。

公表されたデータは、A.7.6.3「電気痙攣療法(ECT)後頭痛」を実践的に定義づけるのに十分とは言いきれない。ICHD-3βから含まれた、この診断基準はまだ検証されていない。

A7.9 非血管性頭蓋内疾患の既往による持続性頭痛

● 診断基準

- A. 以前に 7. 「非血管性頭蓋内疾患による頭痛」かそのタイプ、サブタイプまたはサブフォームのいずれかの 1 つと診断されており、C を満たす頭痛
- B. 頭痛を起こす非血管性頭蓋内疾患は治療により改善した、または自然寛解した
- C. 頭痛は非血管性頭蓋内疾患の治療による改善後または自然寛解後も 3 ヶ月を超えて持続している
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

● コメント

非血管性頭蓋内疾患の既往がありいったん消失した後に持続性頭痛が起きる可能性のあることは臨床的に経験され、7.1.1 「特発性頭蓋内圧亢進 (IIH) による頭痛」、および 7.2.3 「特発性低頭蓋内圧性頭痛」については、ある程度その存在が明らかにされてきた。しかし、A7.9 「非血管性頭蓋内疾患の既往による持続性頭痛」の診断基準を満たす頭痛は、ほとんど記載されていない。因果関係についてよりすぐれた診断基準を確立するために、研究が必要である。

文献

- Belcastro V, Striano P, Kasteleijn-Nolst Trenité DGA, et al. Migraine, hemicrania epileptica, post-ictal headache and "ictal epileptic headache": a proposal for terminology and classification revision. *J Headache Pain* 2011; 12: 289-294.
- Canuet L, Ishii R, Iwase M, et al. Cephalic auras of supplementary motor area origin: an ictal MEG and SAM (g₂) study. *Epilepsy Behav* 2008; 13: 570-574.
- Dinwiddie SH, Huo D and Gottlieb O. The course of myalgia and headache after electroconvulsive therapy. *J ECT* 2010; 26: 116-120.
- Kertesz DP, Trabekín O and Vanetik MS. Headache treatment after electroconvulsive treatment: a single-blinded trial comparing between eletriptan and paracetamol. *J ECT* 2015; 31: 105-109.
- Mendez MF, Doss RC, Taylor JL, et al. Relationship of seizure variables to personality disorders in epilepsy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5: 283-286.

- Parisi P, Striano P, Kasteleijn-Nolst Trenité DGA, et al. 'Ictal epileptic headache': recent concepts for new classification criteria. *Cephalalgia* 2012; 32: 723-724.
- Schweder LJ, Wahlund B, Bergsholm P, et al. Questionnaire study about the practice of electroconvulsive therapy in Norway. *J ECT* 2011; 27: 296-299.
- Siegel AM, Williamson PD, Roberts DW, et al. Localized pain associated with seizures originating in the parietal lobe. *Epilepsia* 1999; 40: 845-855.
- Young GB and Blume WT. Painful epileptic seizures. *Brain* 1983; 106: 537-554.

A8. 物質またはその離脱による頭痛

A8.4 物質の過去の使用または曝露による持続性頭痛

● 他疾患にコード化する

A8.4 「物質の過去の使用または曝露による持続性頭痛」は、8.2 「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛, MOH)」にコード化する。

● 診断基準

- A. 以前に 8.1 「物質の使用または曝露による頭痛」またはそのサブタイプと診断されており、C を満たす頭痛
- B. 物質の使用または曝露は中止している
- C. 頭痛は曝露の中止後 3 ヶ月を超えて持続している
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

A9. 感染症による頭痛

A9.1 頭蓋内感染症による頭痛

A9.1.3.3 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染の既往による持続性頭痛

● 診断基準

- A. 以前に 9.1.3 「頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による頭痛」と診断されており、C を満たす頭痛
- B. 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染は消失して

いる

- C. 頭痛は頭蓋内真菌または他の寄生虫感染の消失後、3ヵ月を超えて持続している
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がなく、画像上水頭症が除外される

A9.3 ヒト免疫不全ウイルス (HIV) による頭痛

●他疾患にコード化する

ヒト免疫不全ウイルス (human immunodeficiency virus : HIV) 感染者における頭痛のなかで特定の日和見感染による頭痛は、その感染にコード化する。抗レトロウイルス薬の使用による頭痛は、8.1.10「頭痛治療薬以外の薬剤の長期使用による頭痛」にコード化する。

●診断基準

- A. C を満たす頭痛
- B. 以下の両方を満たす
 - ① 全身性ヒト免疫不全ウイルス感染が実証されている
 - ② その他の活動性の全身性または頭蓋内感染症(あるいはその両方)が除外されている
- 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 頭痛は HIV 感染と時期的に一致して発現している
 - ② 頭痛は CD4 細胞数またはウイルス量(あるいはその両方)で示される HIV 感染の悪化と並行して有意に悪化している
 - ③ 頭痛は CD4 細胞数またはウイルス量(あるいはその両方)で示される HIV 感染の改善と並行して有意に改善した
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

A9.3「ヒト免疫不全ウイルス (HIV) による頭痛」を、その他の感染症による頭痛から分ける論理的根拠は以下の3つである。

- a) HIV 感染症はいつも、全身性でかつ中枢神経系内に起こる
- b) 中枢神経系の感染は全身の感染と独立して

進行することがある

- c) HIV 感染症ははまだ不治である

ヒト免疫不全ウイルス (HIV) による感染や後天性免疫不全症候群 (acquired immunodeficiency syndrome : AIDS) 患者の半数以上で頭痛は報告されており、(無菌性髄膜炎と同様の機序による) 急性および慢性 HIV 感染の症候の一部と考えられる。にもかかわらず A9.3「ヒト免疫不全ウイルス (HIV) による頭痛」は付録に位置づけるにとどめた。なぜなら HIV 患者のほとんどにみられる一次性様頭痛と純粋に HIV 感染症からくる頭痛を区別することはきわめて困難であるからである。この診断基準を前向き研究に用いることでさらに決定的なエビデンスが得られるであろう。

ほとんどの例で頭痛は、鈍い両側性の痛みか、一次性頭痛疾患(1.「片頭痛」や2.「緊張型頭痛」)の特徴をもつ。頭痛の重症度、頻度と生活支障度は、CD4 細胞数またはウイルス量で示される HIV 感染の重症度と関連しているようだが、HIV 感染の期間や処方された抗レトロウイルス薬の数とは関連しない。

日和見感染による頭痛は少数の HIV 患者にしみられず、それは HAART 療法 (highly active anti-retroviral therapy) が用いられてきた影響であろう。

HIV 感染症では、日和見感染や腫瘍に関連した二次性の髄膜炎または脳炎が起こる可能性がある。HIV 感染症に関連して頭痛をきたす最も一般的な頭蓋内感染症はトキソプラズマ症およびクリプトコッカス髄膜炎である。HIV 感染患者において、特定の日和見感染症により起こる頭痛は、その感染症にコード化すべきである。

抗レトロウイルス薬も頭痛を起こしうる。これらの場合は、8.1.10「頭痛治療薬以外の薬剤の長期使用による頭痛」にコード化すべきである。

文献

- Berger JR. Pearls : neurologic complications of HIV/AIDS. *Semin Neurol* 2010 ; 30 : 66-70.
- Brew BJ and Miller J. Human immunodeficiency virus-related headache. *Neurology* 1993 ; 43 : 1098-1100.
- Denning DW. The neurological features of HIV infection. *Biomed Pharmacother* 1988 ; 42 : 11-14.

- Evers S, Wibbeke B, Reichelt D, et al. The impact of HIV infection on primary headache. Unexpected findings from retrospective, cross-sectional, and prospective analyses. *Pain* 2000 ; 85 : 191-200.
- Hollander H and Strimgari S. Human immunodeficiency virus-associated meningitis. Clinical course and correlations. *Am J Med* 1987 ; 83 : 813-816.
- Kirkland KE, Kirkland K, Many WJ Jr, et al. Headache among patients with HIV disease : prevalence, characteristics, and associations. *Headache* 2011 ; 52 : 455-466.
- Mirsattari SM, Power C and Nath A. Primary headaches in HIV-infected patients. *Headache* 1999 ; 39 : 3-10.
- Norval DA. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. *S Afr Med J* 2004 ; 94 : 450-454.
- Rinaldi R, Manfredi R, Azzimondi G, et al. Recurrent "migraine-like" episodes in patients with HIV disease. *Headache* 2007 ; 37 : 443-448.
- Valcour V, Chalermchai T, Sailasuta N, et al. ; on behalf of the RV254/SEARCH 010 Study Group. Central nervous system viral invasion and inflammation during acute HIV infection. *J Infect Dis* 2012 ; 206 : 275-282.
- Weinke T, Rogler G, Sixt C, et al. Cryptococcosis in AIDS patients : observations concerning CNS involvement. *J Neurol* 1989 ; 236 : 38-42.

A10. ホメオスターシス障害による頭痛

A10.7 起立性(体位性)低血圧による頭頸部痛

●解説

主に後頸部に生じるが時に後頭部にまで(コートハンガー分布), 広がる痛みで, 起立性(体位性)低血圧に起因し, 立位でのみ発現する。

●診断基準

- A. Cを満たす頭痛
- B. 起立性(体位性)低血圧が証明されている
- 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 立位の間のみ頭痛が発現する
 - ② 頭痛は水平な姿勢で自然に改善する
 - ③ 頭痛はおもに後頸部に起こるが時に後頭部にまで(コートハンガー分布), 広がる
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

特別に聴取すると, 起立性(体位性)低血圧の75%の患者が頸部痛を報告した。

A10.8 その他のホメオスターシス障害による頭痛

A10.8.1 宇宙飛行による頭痛

●解説

宇宙飛行による非特異的な頭痛。頭痛発作の大半は宇宙酔いの症状を伴わない。

●診断基準

- A. Cを満たす頭痛
- B. 患者は宇宙飛行をしてきた
- C. 原因となる証拠として, 以下の両方が示されている
- ① 頭痛は宇宙飛行の期間のみに起こった
 - ② 頭痛は, 地球上への帰還時に自然改善した
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

調査に参加した16人の男性飛行士と1人の女性飛行士のうち12人(71%)が, 宇宙滞在中に1回以上の頭痛を報告したが, 地球上ではそれまで頭痛に悩まされたことはなかった。

A10.8.2 その他の代謝性または全身性疾患による頭痛

以下の疾患による頭痛はあるかもしれないが, 十分に検証されていない。貧血, 副腎皮質機能不全, 鉱質コルチコイド欠乏, 高アルドステロン症, 多血症, 過粘稠度症候群, 血栓性血小板減少性紫斑病, 血漿交換, 抗カルジオリピン抗体症候群, クッシング症候群, 低ナトリウム血症, 甲状腺機能亢進症, 高血糖, 高カルシウム血症, 全身性エリテマトーデス, 慢性疲労症候群, 線維筋痛症。

これらの疾患と関連して生じる頭痛の発生率と特徴をより明らかにするには, 適切な対照群を用いた前向き研究が必要である。いずれの場合においても, 該当する疾患について十分確立された診断基準を満たす患者のみを評価すべきである。

A10.9 ホメオスターシス障害の既往による持続性頭痛

●診断基準

- A. 以前に 10. 「ホメオスターシス障害による頭痛」と診断されており，C を満たす頭痛
- B. 頭痛を起こしたホメオスターシス障害は有効に治療されている，または自然寛解した
- C. ホメオスターシス障害の治療による改善後または自然寛解後も 3 ヶ月を超えて頭痛が持続する
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

文献

Cariga P, Ahmed S, Mathias CJ, et al. The prevalence and association of neck (coat-hanger) pain and orthostatic (postural) hypotension in human spinal cord injury. *Spinal Cord* 2002 ; 40 : 77-82.

Mathias CJ, Mallipeddi R and Bleasdale-Barr K. Symptoms associated with orthostatic hypotension in pure autonomic failure and multiple system atrophy. *J Neurol* 1999 ; 246 : 893-898.

Vein AA, Koppen H, Haan J, et al. Space headache : a new secondary headache. *Cephalalgia* 2009 ; 29 : 683-686.

A11. 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

A11.2 頸部疾患による頭痛

A11.2.4 上位頸髄神経根症による頭痛

●診断基準

- A. C を満たす頭頸部の痛み
- B. 臨床的，電気診断学的，または放射線学的に，C2 または C3 神経根症の証拠がある
- C. 原因となる証拠として，以下の両方が示されている
 - ① 以下の少なくとも 2 項目を満たす

- a) 痛みは神経根症と時期的に一致して発現した。または痛みが神経根症の発見の契機となった
- b) 神経根症の改善もしくは悪化と並行して，痛みは有意に改善もしくは悪化した
- c) 関連した神経根の局所麻酔により痛みは一時的に消失する

② 頭痛は神経根症と同側である

D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

痛みは通常後側にあるが，より前側に放散することもある。しばしば電撃痛は，一側または両側上位頸髄神経根の 1 つの支配域に起こり，通常，後頭部，耳介後部または後頸部領域にみられる。

A11.2.5 頸部筋筋膜痛による頭痛

●診断基準

- A. 頭頸部の痛みで，C を満たす
- B. 再現性のあるトリガーポイントを含め，頸部筋に筋筋膜痛の原因が証明される
- 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 以下のいずれかまたはその両方
 - a) 痛みは頸部筋筋膜痛障害と時期的に一致して発現する
 - b) 頸部筋筋膜痛障害の改善と並行して，痛みは有意に改善する
 - ② 関係する頸部筋を押さえると，圧痛が誘発される
 - ③ トリガーポイントに局所麻酔薬を注射するまたはトリガーポイントをマッサージすることで一時的に痛みが消失する
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

筋筋膜痛といわゆるトリガーポイントの関係は議論が多い。想定されるトリガーポイントを証明することは一貫して難しく，治療への反応はさまざまである。

A11.3 眼疾患による頭痛

A11.3.5 眼球斜位あるいは斜視による頭痛

○解説

通常長時間眼を使う作業後に生じる潜伏性または持続性斜視による頭痛。

○診断基準

- A. Cを満たす頭痛がある
- B. 斜視があり、少なくとも以下の1項目を伴う
- ① 霧視
 - ② 複視
 - ③ 遠近または近遠の焦点調節が困難である
- 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、斜視の発症と時期的に一致して発現しているか、または頭痛が斜視の診断の契機となった
 - ② 頭痛は斜視の矯正により有意に改善している
 - ③ 頭痛は眼を使う作業を続けることで増悪している
 - ④ 頭痛は片側閉眼または眼を使う作業を中断すること(あるいはその両方)により緩和される
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

○コメント

A11.3.5「眼球斜位あるいは斜視による頭痛」を支持するいくつかの報告症例はあるが、頭痛の原因を裏づける証拠はほとんどない。そのため、もう少しきちんとした研究が出るまで、付録に移すこととした。

A11.3.5「眼球斜位あるいは斜視による頭痛」をもつ患者は、もしいるとすれば、眼科医を受診するであろう。

A11.5 鼻・副鼻腔疾患による頭痛

A11.5.3 鼻粘膜、鼻甲介、鼻中隔の障害による頭痛

○診断基準

- A. Cを満たす頭痛
- B. 臨床的に、鼻の内視鏡的にまたは画像的に鼻腔内に肥厚性か炎症性の病変が示される(注①)
- C. 原因となる証拠として、以下の少なくとも2項目が示されている
- ① 頭痛は鼻内病変の発症と時期的に一致して発現したか、頭痛により鼻内病変が発見される契機となった
 - ② 鼻病変の改善(治療の有無にかかわらず)もしくは悪化と並行して、頭痛は有意に改善もしくは悪化した
 - ③ 病変部位粘膜の局所麻酔後に頭痛が有意に改善した
 - ④ 病変部位は頭痛と同側である
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

○注

- ① 例として水疱性甲介や鼻中隔棘がある。

A12. 精神疾患による頭痛

緒言

頭痛があらゆる精神疾患に伴って起こることは多いが、そのほとんどは因果関係に関するエビデンスが不十分である。大多数の症例で、これらの疾患と頭痛に因果関係はなく、基盤となる危険因子や病因が共通であることを反映している可能性が高い。しかし、この付録に挙げられている診断名をつける場合、頭痛と当該精神疾患との間の因果関係を確立しなければならない。したがって、頭痛は精神疾患と同時に発現するか、あるいはその精神疾患が顕在化した後に明らかに増悪する。

確実なバイオマーカーや頭痛の原因になってい

ることを示す臨床的証拠を得るのは困難であるため、診断はその他の可能性が除外された場合にされるものである。例えば分離不安症/分離不安障害を有する小児で、分離不安症/分離不安障害による頭痛であるとするのは、実際の分離の状況でのみあるいは分離が起こりそうな状況でのみ頭痛が発生し、他により適切な説明がない場合に限るべきである。同様に、パニック症/パニック障害を有する成人で、パニック症/パニック障害による頭痛であるとするのは、パニック発作の一症状としてのみ頭痛が生じる症例に限るべきである。

この付録に示した診断基準は、精神疾患と頭痛との因果関係の可能性についての研究を促進するように設定された案として提起されているものである。共存する精神疾患と頭痛との関連性を述べる目的でこの診断基準案を臨床現場で日常使用することは推奨されない。

A12.3 うつ病による頭痛

●診断基準

- A. C を満たす頭痛
- B. DSM-5 診断基準により、大うつ病性障害(単一エピソードまたは反復性エピソード)または持続性抑うつ障害(気分変調症)が診断されている
- C. 頭痛はうつ病のエピソード時にのみ起こる
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

多くの抗うつ薬、特に三環系抗うつ薬は、うつ病がないときでも頭痛に有効である。このため、三環系抗うつ薬でうつ病に関連した頭痛が寛解または改善することが、因果関係の証明となっていると判断するのは困難である。頭痛にはあまり効果的でない他の抗うつ薬でうつ病(大うつ病性障害)が改善したとき、頭痛の寛解も認められた場合には、精神疾患が頭痛の原因であることをより強く示唆する。

A12.4 分離不安症/分離不安障害による頭痛

●診断基準

- A. C を満たす頭痛
- B. DSM-5 診断基準により、分離不安症/分離不安障害と診断されている
- C. 家庭や強い愛着を感じている対象からの、分離またはそのおそれがある場合にのみ頭痛が起こる
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

分離不安症/分離不安障害は持続的であり、典型的には6ヵ月以上続く。ただし、急性発症や重篤な症状(例えば、登校拒否や、家庭や愛着を感じている対象からの分離が全くできない)の悪化時には、もっと短期間であっても診断基準を満たすことがある。この疾患は、社会的機能、学業、職能または他の重要な機能領域において、臨床上有意な苦痛および、または障害をもたらす。

A12.5 パニック症/パニック障害による頭痛

●診断基準

- A. C を満たす頭痛
- B. DSM-5 診断基準のパニック症/パニック障害を満たす、反復性の予期しないパニック発作がある
- C. パニック発作時にのみ頭痛が起こる
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

A12.6 限局性恐怖症による頭痛

●診断基準

- A. C を満たす頭痛
- B. DSM-5 診断基準により、限局性恐怖症が診断されている
- C. 恐怖刺激への曝露や曝露が予期されるときのみ頭痛が起こる

D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

限局性恐怖症は典型的には6ヵ月以上続き、社会的機能、職能または他の重要な機能領域において、臨床上有意な苦痛および、または障害をもたらす。

A12.7 社交不安症/社交不安障害 (社交恐怖)による頭痛

●診断基準

- A. C を満たす頭痛
- B. DSM-5 診断基準により、社交不安症/社交不安障害(社交恐怖)と診断されている
- C. 患者が社会的状況に曝露されたり、曝露が予期されるときにのみ、頭痛が起こる
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

社交不安症/社交不安障害(社交恐怖)では、他人の注視を浴びうる1つ以上の社会的状況についての顕著な恐怖や不安がみられる。例えば、社会的交流(例:会話をする)、人にみられる(例:食べることや飲むこと)、そして他者の前で何かをする(例:スピーチをする)が含まれる。自分が否定的に評価をされる(例:恥をかかされたり、恥ずかしい思いをしたり、拒絶されたりする)あるいは他人を怒らせてしまうように、行動したり不安症状をみせてしまったりすることを、怖れる。子どもでは、恐怖や不安は、泣く、かんしゃくを起こす、立ちすくむ、しがみつくと、縮こまる、または社会的状況で話せなくなることで表現されることがある。その恐怖や不安は、その社会的状況によって置かれた実際の脅威に不釣り合いなものである。本疾患は典型的には6ヵ月以上続く持続的なものである。

A12.8 全般不安症/全般性不安障害による頭痛

●診断基準

- A. C を満たす頭痛
- B. DSM-5 診断基準により、全般不安症/全般性

不安障害が診断されている

C. 不安の期間にのみ、頭痛が起こる

D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

●コメント

全般不安症/全般性不安障害の患者では、2つ以上の活動や出来事(例:家族、健康、経済活動、学業/仕事)についての過剰な不安と心配(予期不安)を、3ヵ月以上示し、起こる日のほうが起こらない日より多い。症状は、落ち着きのなさ、高揚感または緊張感、筋緊張を含む。本疾患に関連した行動には、否定的な結果の可能性のある活動や出来事を避ける、否定的な結果の可能性のある活動やできごとの準備に著しい時間や労力をかける、心配のために行動や決断を著しく先送りする、心配のために繰り返し周囲から安堵を求める、などが含まれる。

A12.9 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)による頭痛

●診断基準

- A. C を満たす頭痛
- B. DSM-5 診断基準により、心的外傷後ストレス障害が診断されている
- C. 頭痛は心的外傷性ストレスに曝露された後に始まり、心的外傷後ストレス障害の他の症状が起きているときにのみ起こる(注①)
- D. ほかに最適な ICHD-3 の診断がない(注②)

●注

- ① 例えば、心的外傷を思い出させるものへの曝露で頭痛が起こる。
- ② 特に A12.3 「うつ病による頭痛」によらない。

●コメント

実際の死、瀕死の状況、重度の傷害または性的暴力への曝露は、直接その出来事を体験するほか間接的にも生じることがある。それらには、出来事を目撃する、親しい親族や友人に起こった出来事について知る、嫌悪するような出来事に詳細に繰り返しまたは非常に強く曝露される(例:遺体を集める作業の最初の対応者、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警察官)などがある。仕事に関連するものでなければ、電子媒体、テレビ、映

付録

画， 絵画を通じた曝露はこれに当てはまらない。

心的外傷後ストレス障害ではうつ病が高率に共存することを考えると， A12.9「心的外傷後ストレス障害(PTSD)による頭痛」の診断は， 共存す

るうつ病では説明できない頭痛を呈する患者に残すべきである(つまり， 共存するうつ病がない心的外傷後ストレス障害による頭痛症例)。