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あるいは顔面痛（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　急性緑内障による頭痛（Headache attributed to acute glaucoma）
　11.3.2　屈折異常による頭痛（Headache attributed to refractive error）
　11.3.3　眼球斜位あるいは斜視（潜伏性または顕在性斜視）による頭痛〔Headache attributed to heterophoria or heterotropia（latent or persistent squint）〕
　11.3.4　眼球炎症性疾患による頭痛（Headache attributed to ocular inflammatory disorder）
　11.3.5　眼窩滑車部炎による頭痛（Headache attributed to trochleitis）
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・顎の障害による頭痛（Headache attributed to disorder of the teeth or jaw）
11.7　顎関節症（TMD）による頭痛（Headache attributed to temporomandibular disorder：TMD）
11.8　茎突舌骨靱帯炎による頭痛あるいは顔面痛（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あるいは顔面痛（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。特にむち打ち症後の頭痛についても，頸部に起因している頭痛の可能性が考えられるにもかかわらず，これに該当する。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.「有痛性脳神経ニューロパチーおよび他の顔面痛」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？

頭痛が初発し，頭痛を引き起こす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には，その頭痛は当該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-3β第1部に分類されるいかなる一次性頭痛の特徴を有する場合

も，これに該当する。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，以前より存在する一次性頭痛の特徴をもつ頭痛が慢性化するか，有意に悪化する場合(通常，頻度もしくは，重症度，あるいは両方が2倍もしくはそれ以上になる場合)，その障害が頭痛を引き起こしたという確実な証拠がある場合のみ，はじめからある頭痛と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あるいは顔面痛」またはそのサブタイプの1つの両者と診断するべきである。

緒言

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，もしくはこれらの部位に限局しているため，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ることはまれではない。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ある人もない人も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。

特定の基準がなければ，事実上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あるいは顔面痛」に分類することが可能となってしまう。これらの頭痛の症状には特徴的なものがないため，単に頭痛の症状を列記するだけで定義付けを行うのでは十分でない。本章における基準の目的は，考えられるサブフォームすべての頭痛を説明することではなく，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。ここでは，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，改訂版の基準の目的は，頭痛と頭頸部疾患の間に特定の因果関係を確証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。

これらの理由から，また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と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．頭痛または顔面痛はCを満たす
B．臨床上，臨床検査上または画像所見上のいずれか1つ以上で確認された頭蓋，頸，眼，耳，鼻，副鼻腔，歯，口または他の顔面，頸部構造の疾患・病変で，頭痛を引き起こし得ることが知られているもの
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

種類

頭蓋骨疾患あるいは病変による頭痛

診断基準

A．頭痛はCを満たす
B．臨床上，臨床検査上または画像所見上のいずれか1つ以上で確認された頭蓋骨疾患または病変で，頭痛を引き起こす可能性が知られているもの
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ている

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ている
   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ている
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」またはそのサブタイプの1つに分類する。

解説

骨性，筋性，および他の軟部組織要素を含む，頸部疾患による頭痛。

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)に起因する場合において，それが他の基準を満たすならば，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」の診断基準を付録に追加し，頸部筋筋膜疼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，診断に疑問を生じることがある。

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通常の，しかし常にではない頸部痛を伴う頭痛

診断基準

A．頭痛はCを満たす

B．臨床上，臨床検査上または画像所見上のいずれか1つ以上で確認された頭痛を引き起こす可能性が知られている頸椎あるいは頸部軟部組織の疾患あるいは病変がある

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あるいは病変の出現と時期的に一致して発現している
   2. 頭痛は頸部疾患あるいは頸部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ている
   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

コメント

11.2.1「頸原性頭痛」を1.「片頭痛」および2.「緊張型頭痛」と区別するための役立つ特徴として，側頭部固定痛，頸筋への指圧，頭部を動かすことにより誘発される頭痛，後頭部から前頭部への放散痛が含まれる。しかし，これらが11.2.1「頸原性頭痛」の特徴というだけで，頸原性頭痛のみに限定されるものではない。そして因果関係が診断に必ずしも必要ではない。11.2.1「頸原性頭痛」は一般的には1.「片頭痛」より一般に少ない頻度であるが，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，いくつかの症例では2.「緊張型頭痛」と鑑別できることもある。

上部頸椎の腫瘍，骨折，感染症と関節リウマチは，頭痛の原因として正式には認められない。しかし個々の事例において，頭痛の原因と判断されるような場合には，妥当な原因として受け入れられている。頸椎症と骨軟骨炎が診断基準Bに適合している正当な原因であるかどうかは個々の症

例により決まる。頸部筋筋膜疼痛が原因である場合は，だいたい 2.「緊張型頭痛」にコード化される。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。

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。

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．頭痛は C を満たす

B．後咽頭腱炎は，上部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. 頭痛は後咽頭腱炎の発症と時期的に一致して発現している
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ている
   - 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あるいは消失している
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
4. 頸椎上位 3 椎体の棘突起上に圧痛がある

D．ほかに最適な ICHD-3 の診断がない

コメント

通常，後咽頭腱炎では体温上昇および赤血球沈降速度（赤沈）亢進がみられる。頸部後屈は，ほぼ毎回痛みを悪化させるが，通常，頭部回転および嚥下でも痛みは悪化する。通常，上位頸椎 3 椎体の横突起上に触診により圧痛がみられる。

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 X 線写真でも，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質が吸引されている。

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

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．頸部と後頭部の C を満たす頭痛がある

B．頭頸部ジストニアは，筋肉活動の亢進の結果，頸部または頭部の異常な運動もしくは異常な姿勢によって診断される

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. 頭痛は頭頸部ジストニアの発症と時期的に一致して発現している
2. 頭痛は頭頸部ジストニアの進行と並行して有意に悪化している
3. 頭痛は頭頸部ジストニア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ている
4. 頭痛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二次性変化に伴う感作

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　急性緑内障による頭痛

解説

通常は片側性で，急性狭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．頭痛はCを満たす
B．急性狭隅角緑内障と診断されている
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. 頭痛は緑内障発症と時期的に一致して発現している
　2. 頭痛は緑内障の悪化とともに有意に悪化している
　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ている
　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

急性緑内障は徐々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)，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

通常長時間眼を使う作業後に現れる屈折異常による頭痛。

診断基準

A．頭痛はCを満たす
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)している
　2. 頭痛は屈折異常の矯正後に有意に改善している
　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あとに増悪している
　4. 頭痛は眼を使う作業をやめると有意に改善している
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」をもつ多く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　眼球斜位あるいは斜視(潜伏性または持続性斜視)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を満たす前頭部痛がある
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

11.3.3「眼球斜位あるいは斜視(潜伏性または顕在性斜視)による頭痛」をもつ多くの患者は眼科医を受診する。いくつかの報告症例以外に，この頭痛の原因を裏づける証拠はほとんどない。

11.3.4 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がある

B．虹彩炎，ぶどう膜炎，毛様体炎，強膜炎，脈絡膜炎，結膜炎または角膜炎のように，臨床所見，臨床検査所見または画像所見に眼球炎症疾患の証明がされている

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. 頭痛は眼疾患の発症と時期的に一致して発現している
2. 以下のうち一方または両方を満たす
   a）頭痛は眼疾患の悪化と並行して有意に悪化している
   b）頭痛は眼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する
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. 片側性の眼疾患の場合は，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

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)，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。

侵害刺激受容野の重なりと疼痛シグナルの収束により(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，もし眼疾患が一側であれば，頭痛は同側に生じる傾向にある。

11.3.5 眼窩滑車部炎による頭痛

他疾患にコード化する

眼窩滑車部炎により誘発される片頭痛は，1.「片頭痛」あるいはそのサブタイプの 1 つにコード化される。

解説

眼痛の有無にかかわらず，通常は前頭部または眼窩周囲に限局し，滑車部周囲の炎症により生じる頭痛。しばしば眼球下転により悪化する。

診断基準

A．C を満たす眼窩周囲または前頭部痛がある

B．臨床所見または画像所見によって滑車部の炎症の証拠がある

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. 頭痛は眼球運動特に眼球内側下転により悪化する
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. 片側性の眼窩滑車部炎においては，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

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診断基準に従ってコード化する。

11.4　耳疾患による頭痛

解説

片側または両側の耳の炎症，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．頭痛はCを満たす

B．臨床所見，臨床検査所見または画像所見のいずれか1つ以上で示された，片側または両側の耳の，頭痛を引き起こすことが知られている感染症，腫瘍性または炎症性疾患がある

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現している
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ている
   - 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ている
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

頭頸部における侵害刺激受容野の重なりと疼痛シグナル経路の収束のため，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。このような状況下での頭痛は，耳鼻科的病理の典型的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および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．頭痛はCを満たす

B．臨床上，鼻内視鏡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. 頭痛は急性鼻副鼻腔炎の発症と時期的に一致して発現している
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ている
   - b）頭痛は鼻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ている
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には，頭痛は（鼻副鼻腔炎と）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

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。しかし，1.「片頭痛」の発作は，鼻または副鼻腔疾患により誘発されたり，悪化したりすることがある。

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。

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．頭痛はCを満たす

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. 頭痛は慢性鼻副鼻腔炎の発症と時期的に一致して発現している
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。

11.6 歯・顎の障害による頭痛

解説

歯または顎(あるいはその両方)の障害によって引き起こされた頭痛

診断基準

A．頭痛はCを満たす

B．臨床上または画像上(あるいはその両方)で確認された歯または顎(あるいはその両方)の頭痛を起こしうることが知られている疾患・病変がある

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，あるいは病変の出現と時期的に一致して発現している
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ている
   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ている
3. 頭痛は病変部への加圧により悪化する
4. 疾患あるいは病変が片側性の場合には，頭痛は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，頭痛を引き起こすことはまれである。しかしながら，歯からの痛みが関連痛を引き起こし，広範な頭痛をきたす可能性がある。11.6「歯・顎の障害による頭痛」の最も多い原因は，下顎半埋伏智歯感染や外傷性刺激によって生じた智歯周囲炎である。

11.7 顎関節症(TMD)による頭痛

解説

顎関節領域の構造を含む障害によって引き起こ

された頭痛。

診断基準

A．頭痛はCを満たす

B．臨床的または画像上(あるいはその両方)で，顎関節(TMJ)，咀嚼筋またはそれに関連する組織のいずれか1つ以上に影響を及ぼす病的な状況の証拠がある

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. 頭痛は顎関節症の発症と時期的に一致して増悪している
2. 以下のうち一方または両方を満たす
   a）頭痛が顎関節症の進行と並行して有意に悪化している
   b）頭痛は顎関節症の改善，消失と並行して有意に改善，あるいは消失している
3. 頭痛は能動的な顎運動，顎関節可動域の受動的運動または顎関節やその周囲の咀嚼筋の触診のような顎関節構造への疼痛誘発試験のいずれか1つ以上により生じるか増悪する
4. 片側の頭痛の場合，頭痛は顎関節症の罹患側と同側である

D．ほかに最適なICHD-3の診断がない

コメント

11.7「顎関節症(TMD)による頭痛」は通常，顔面の耳介前方部，咬筋および側頭部に最も顕著にみられる。疼痛の発生源には転位した関節円板，骨関節炎，関節の過剰可動性および局所的な筋膜疼痛がある。11.7「顎関節症(TMD)による頭痛」は，顎関節構造物が疼痛の発生源であれば片側性に生じやすく，咀嚼筋の関与がある場合は両側性に生やすい。関連痛が顔面に生じることはよくある。

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顎関節症(TMD)の診断は難しい場合がある。国際疼痛学会－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。

筋緊張の結果起こる11.7「顎関節症(TMD)による頭痛」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」，あるいは緊張型頭痛のサブタイプ(おそらく頭蓋周囲の筋圧痛を伴うもの)としてコード化されるべきである。

11.8　茎突舌骨靱帯炎による頭痛あるいは顔面痛

以前に使用された用語

イーグル症候群

解説

茎突舌骨靱帯の炎症があり，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，のいずれか1つ以上を伴う片側性の頭痛。

診断基準

A．頭部，頸部，咽頭または顔面のいずれか一つ以上の痛みはCを満たす

B．石灰化あるい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. 疼痛が茎突舌骨靱帯の従手触診によって誘発されるか増悪する
2. 疼痛が頭部の回転によって誘発されるか増悪する
3. 疼痛は茎突舌骨靱帯への局所麻酔薬の注射，あるいは茎状突起切除術によって有意に改善される
4. 疼痛は炎症を生じた茎突舌骨靱帯と同側に存在する

D．ほかに適当なICHD-3診断がない

コメント

11.8「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つ以上でよくみられる。しかし，より広範囲の頭痛を経験するケースもある。

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あるいは顔面痛

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あるいは顔面痛

診断基準

A．頭痛または顔面痛(あるいはその両方)はCを満たす

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，頭痛を起こしう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ている
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ている
   - 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ている
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 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 Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr* 2001；173：315-318.

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

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

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

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 2000：891-898.

Knackstedt H, Bansevicius D, Kjersti A, 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 Psychiat* 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 S, Barnsley L, Wallis B and Bogduk N. Third occipital headache：A prevalence study. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1994；57：1187-1190.

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

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

Sjaastad O and Bakketeig LS. Prevalence of cervicogenic

headache : Vågå study of headache epidemiology. *Acta Neurol Scand* 2008 ; 117 : 173-180.

11.2.2 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 and Traff J. Magnetic resonance imaging in retropharyngeal tendonitis. *Cephalalgia* 1994 ; 14 : 266-269.

Pearce JM. Longus cervicis colli 'myositis' (syn : retropharyngeal tendonitis). *J Neurol Neurosurg Psychiat* 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 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. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1997 ; 139 : 456-458.

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

Markham CH. The dystonias. *Curr Opin Neurol Neurosurg* 1992 ; 5 : 301-307.

11.3 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. *Neuro-Ophthalmology* 1998 ; 19 : 93-99.

Göbel H and Martin TJ. Ocular disorders. In : Olesen J, Tfelt-Hansen P and Welch KMA. *The Headaches. 2nd edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins 2000 : 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.

Tychsen L, Tse DT, Ossoinig K and Anderson RL. Trochleitis with superior oblique myositis. *Ophthalmology* 1984 ; 91 : 1075-1079.

Yangüela J, Pareja JA, Lopez N and Sanchez del Rio M. 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 and Zaragoza-Garcia P. Bilateral idiopathic trochleitis as a cause of frontal cephalgia. *Headache* 2009 ; 49 : 476-477.

11.5 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

Aaseth K, Grande RB, Benth JŠ, et al. 3-year follow-up of secondary chronic headaches : The Akershus study of chronic headache. *Eur J Pain* 2011 ; 15 : 186-192.

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 con-tact 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.

Boes CJ, Swanson JW and Dodick DW. Chronic paroxysmal hemicrania presenting as otalgia with a sensation of external acoustic meatus obstruction : Two cases and a pathophysiologic hypothesis. *Headache* 1998 ; 38 : 787-791.

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.

De Vuyst D, De Schepper AM and Parizel PM. Chronic cocaine abuse. *JBR-BTR* 2001 ; 84 : 60.

Göbel H and Baloh RW. Disorders of ear, nose, and sinus. In : Olesen J, Tfelt-Hansen P and Welch KMA. *The Headaches. 2nd edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins 2000 : 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.

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

Pinto A, De Rossi SS, McQuone S and Sollecito TP. 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.

Sandstrom M, Wilen J, Oftedal G and Hansson Mild K. Mobile phone use and subjective symptoms. Comparison of symptoms experienced by users of analogue and digital mobile phones. *Occup Med*（*Lond*）2001；51：25-35.

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

Sydbom A, Blomberg A, Parnia S, et al. Health effects of diesel exhaust emissions. *Eur Respir J* 2001；17：733-746.

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.

11.6 Headache attributed to disorder of the teeth or jaw

Allen DT, Voytovich MC and Allen JC. Painful chewing and blindness：Signs and symptoms of temporal arteritis. *J Am Dent Assoc* 2000；131：1738-1741.

Ciancaglini R and Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent* 2001；29：93-98.

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.

Epstein JB, Caldwell J and Black G. The utility of panoramic imaging of the temporomandibular joint in patients with temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001；92：236-239.

Henrikson T, Ekberg EC and Nilner M. Symptoms and signs of temporomandibular disorders in girls with normal occlusion and Class II malocclusion. *Acta Odontol Scand* 1997；55：229-235.

Ivanhoe CB, Lai JM and Francisco GE. Bruxism after brain injury：successful treatment with botulinum toxin-A. *Arch Phys Med Rehabil* 1997；78：1272-1273.

Kirveskari P. Prediction of demand for treatment of temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2001；28：572-575.

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.

Marcusson A, List T, Paulin G and Dworkin S. Temporomandibular disorders in adults with repaired cleft lip and palate：A comparison with controls. *EOS* 2001；23：193-204.

Sonnesen L, Bakke M and Solow B. Malocclusion traits and symptoms and signs of temporomandibular disorders in children with severe malocclusion. *Eur J Orthod* 1998；20：543-559.

11.7 Headache attributed to temporomandibular disorder（TMD）

Ciancaglini R and Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent* 2001；29：93-98.

Dworkin SF. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders：Current status & future relevance. *J Oral Rehabil* 2010；37：734-743.

Jacome D. Primary yawning headache. *Cephalalgia* 2001；21：697-699.

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.

Molina OF, dos Santos Junior J, Nelson SJ and Nowlin T. 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 Roy Soc Med* 1978；71：748-754.

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 Orofacial Pain* 2013（in press）.

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

11.8 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.