

問診だけでわかる  
頭痛の鑑別診断



医療法人以和貴会  
西崎病院・西崎クリニック  
脳神経外科 國吉 毅

はじめに

日常診療において、頭痛はきわめてありふれた主訴の一つである。しかし、その訴えに対して、はたして充分適切な対応がなされているだろうか。

ありがちな対応としては、問診や身体所見も充分に取らず、すぐに頭部CTなどの画像診断に走り、その結果明らかな異常所見がなければ「頭の中は特に異常ありませんよ。」と話し、鎮痛薬を処方するだけで診療終了というパターンである。患者としては、何も異常はないと云われても実際に“頭痛”はあるわけなので、それに対するきちんとした説明もなされないまま不満だけが残し、結局また別の医療機関に駆け込むのである。

本稿では、日頃脳神経疾患の専門診療を行っていない先生方や研修医の先生方を主な読者と想定して、頭痛診療のコツを、問診を中心として解説していくつもりである。したがって脳神経外科や神経内科の先生方には、かなり物足りない内容になっていると思われるが、本稿の主旨に鑑み、ご容赦頂きたい。

頭痛診療にあたって大事なこと

頭痛を主訴とする患者を診察する場合、二つの大事なポイントがある。一つは、頭痛をきたす重要な器質的疾患を見逃さない事と、もう一つは、たとえ器質的疾患は認められなくても、頭痛を訴えてきた患者のニーズを把握し、できるだけそれに答える事である。まず、前者について述べる事とする。

見逃してはいけない頭痛—くも膜下出血

頭痛を主訴とし、見逃してはいけない疾患の筆頭に挙げられるのが、くも膜下出血である。くも膜下出血は見逃した場合、時に死の転帰を辿る非常に恐ろしい疾患である。

筆者は、以前勤務していた病院で、多数の救急患者の診療に当たってきたが、同時に多くの研修医の先生方の指導にも携わってきた。その中で、くも膜下出血の診断に関して、何回か薄氷を踏む思いをしてきた。その経験より云える事は、くも膜下出血の診断において、問診が極めて重要だという事である。

救急車で来院し、激しい頭痛や嘔吐を来している患者を診れば、誰でもくも膜下出血を想定するのは容易だと思うが、walk-inで外来を受診した患者の中にもくも膜下出血が紛れているのである。それを見逃さないようにするのが、充分かつ適切な問診である。それは、頭痛の軽重に関わらず、たとえ、軽くても明らかに“突然”の発症であったという点につきる。このような軽い頭痛を“warning sign”と呼び、くも膜下出血の約20~70%に認められるとの報告がある。そのような突然発症の頭痛に嘔気・嘔吐を伴っていれば、まず、くも膜下出血を念頭に入れて診療を進めるべきである。

軽いくも膜下出血の場合、髄膜刺激症状である項部硬直は認めず、たとえ中等度以上のくも膜下出血であっても発症当日は項部硬直は明らかでない事が多い。

くも膜下出血を疑った場合、速やかに頭部CT検査を行う。くも膜下出血の約95%は、頭部CTにて診断がつくとされるが、微小なくも

膜下出血や発症より数日間経過したくも膜下出血の場合、その読影には注意を要する。即ち、大脳縦裂、シルヴィウス裂、島槽など一部の脳槽のみ高吸収域を示す場合やくも膜下出血が日数を経過したために、脳槽が高吸収域ではなく、脳実質と比較して、等吸収域または、やや低吸収域となっている場合がある。

前述のように、たとえくも膜下出血でも頭部CTにて診断できないものが約5%ある事より、可能ならば、引き続き頭部MRIを施行する事をお勧めする。FLAIR像にて脳槽や脳溝に一致する高信号やMRアンギオ像にて直接脳動脈瘤が描出される事もある。しかし、その読影には熟練を要するため、脳神経外科、神経内科又は放射線科へコンサルトするのが無難であろう。

それでも明らかな異常所見が認められない場合やMRI検査が速やかに施行できない施設においては、最終的な確定診断（除外診断）のためには、腰椎穿刺による髄液検査が必要である。ただし、侵襲的な検査でもあり、患者への十分なインフォームド・コンセントを要する。実際に検査をしない場合でも必ず患者や家族に対しては、CT、MRIのみでのくも膜下出血の診断は絶対的でなく、腰椎穿刺が必要であることを充分説明し、その事を診療録にきちんと記載しておく事が重要である。同時に、可及的早期の脳神経外科への受診を勧める事も忘れてはならない。

**その他の見逃してはいけない頭痛**

器質的疾患のために頭痛を来とし、初期診断・治療が適切に行われなければ重篤な状態に陥る可能性のある二次性頭痛（症候性頭痛）の筆頭が、前述のくも膜下出血である。

一般的に、二次性頭痛（症候性頭痛）を疑う頭痛の特徴としては、①突然起こる激しい頭痛、②いつもと違う頭痛、③発熱・嘔吐を伴う頭痛、④意識障害を伴う頭痛、⑤局所神経徴候（運動麻痺・言語障害など）を伴う頭痛、⑥複視・視力障害を伴う頭痛、⑦基礎疾患（悪性腫瘍など）に伴う頭痛などが挙げられる。

突発する頭痛の代表的なものとしては、まず

くも膜下出血が挙げられる。その他脳出血があるが、局所神経徴候（運動麻痺・言語障害など）を伴う事が多い。強い頭痛に発熱を伴う場合には、髄膜炎を念頭におく。また、精神症状や痙攣を伴う時は、脳炎も疑うべきである。さらに、局所神経徴候を伴う時は、脳膿瘍を鑑別に入れる。咳・いきみなどで頭痛が増強する場合、頭蓋内圧亢進を考え、症候性頭痛を念頭におき、検査を進める。その中で、頭痛が漸次進行性で、長期間にわたり、「頭痛で眼が覚める」「起床時が頭痛が一番ひどい」などと訴える患者の場合脳腫瘍を考える。頭を下げると頭痛が増強する場合は、脳腫瘍、副鼻腔炎などの可能性がある。眼痛・霧視・視力低下・散瞳などを認めた場合、急性緑内障を疑う。外傷後1～3ヶ月又は高齢者・大酒家・血液透析患者が、頭痛を訴え、片麻痺・言語障害・痴呆症状などが漸次進行する場合、慢性硬膜下血腫の可能性もある。悪性腫瘍（肺癌など）を基礎疾患にもつ人が頭痛を訴えた場合、転移性脳腫瘍の可能性を常に念頭におく必要がある。

**一次性頭痛（機能性頭痛）について**

Sakai<sup>1)</sup>の調査では、15才以上の日本人の約40%が慢性頭痛患者であると報告されている。そのうち緊張型頭痛（疑いも含む）が22.3%、片頭痛（疑いも含む）が8.4%、その他9%であった。また、下村ら<sup>2)</sup>の調査では、全頭痛患者の約51%が緊張型頭痛、約29%が片頭痛であった。

このように、きわめて多数の患者が存在すると思われる一次性頭痛（機能性頭痛）であるが、それに対する医療従事者および患者の認識はまだまだ乏しいというのが、筆者の実感である。このような患者が来院した場合、二次性頭痛（症候性頭痛）の除外診断のため、すぐにCT、MRIなどの画像診断に頼り、明らかな異常所見がなければ、鎮痛薬などの対症療法のみでお茶を濁すというのが、これまでの一般的な頭痛診療の姿であったと思われる。しかし、これでは、大部分の患者は、不満足な思いを抱い



決まった時間に多い。片頭痛は決まってなく、緊張型頭痛は午後に悪化する事が多い。

- 6) **部位**：緊張型頭痛は通常両側性で、片頭痛も名前と違って約40%が両側性である。群発頭痛はいつも決まった片側に現れる。痛みの最強点は、緊張型頭痛は後頭部、片頭痛はこめかみ、群発頭痛は眼窩部が多い。
- 7) **性状**：片頭痛は、「ズキン、ズキン」と表現されるような拍動痛が多い。緊張型頭痛は、頭重感や「ギュッと鉢巻でしめつけられたような」緊迫感、被帽感が特徴とされる。群発頭痛は、「眼の奥をえぐられるような」激しい痛みを訴える。
- 8) **程度**：じっとしてられない程強く、頭を抱えて転げ回る程強烈なのは、群発頭痛の特徴とされる。痛みのひどい時は、何もできず寝込む程であり、できるだけじっとしていたいのは片頭痛である。緊張型頭痛では、仕事や家事はできる程度の軽い場合が多い。
- 9) **随伴症状**：閃輝暗点は片頭痛の約15%に認められるとされるが、その他にも頭痛が起る30分～2時間前に生あくび、首筋のはり、やる気のなさ、眠気、何となく変な気持ちなどの予兆を認める事が多い。

悪心・嘔吐も片頭痛の診断基準の一つであるが、くも膜下出血、髄膜炎、脳腫瘍にも随伴する。一方、緊張型頭痛では悪心はあっても嘔吐を伴う事はない。また、肩こりを伴う事も多く、軽いめまい感を訴える事もある。患側の結膜充血、流涙、鼻汁分泌、発汗などの自律神経症状は、群発頭痛に特有の随伴症状とされる。また、片頭痛には、頭痛時に軟便傾向となる事がある。意識障害、運動麻痺、痙攣などの神経徴候

を伴う時は、症候性頭痛を疑う事は云うまでもない。

- 10) **増悪因子と軽快因子及び誘因**：起立すると15分以内に頭痛が悪化し、臥位になると30分以内に軽快するのは、低髄液圧性頭痛の特徴である。副鼻腔炎は、前かがみになると悪化する傾向がある。運動・労作で悪化するのは片頭痛、影響がないか楽になるのは緊張型頭痛である。血流を良くする行為（入浴、飲酒、マッサージ）で改善するのは緊張型頭痛、増悪するのは片頭痛である。アルコールでてきめん誘発されるのは群発頭痛である。また、片頭痛は、睡眠後に軽快する事が多いが、逆に過眠やストレス・疲れから開放された時に誘発されやすいとされる（Sunday's headache）。

#### おわりに

以上頭痛診療のポイントを問診を中心に解説した。稿を終えるにあたり、二次性頭痛（症候性頭痛）を見逃さない事と、実際には、頭痛患者の大多数を占める一次性頭痛（機能性頭痛）の診断においては、充分かつ適切な問診こそが極めて重要である事を再度強調したい。先生方の日常診療の一助になれば幸いである。

#### 参考文献

- 1) Sakai F, Igarashi H : Prevalence of migraine in Japan ; a nationwide survey. Cephalalgia 17 : 15～22, 1997
- 2) 下村登規夫他：鳥取県西部における片頭痛の疫学的検討。頭痛研究会誌 19 : 93～95, 1992
- 3) 岩田誠・監：ADITUS Japan, 2001

#### 原稿募集！

#### プライマリ・ケアコーナー(2,500字程度)

「プライマリ・ケアコーナー」を新設致しました。病診連携、診診連携等に資していただき、発熱、下痢、嘔吐の症状に関するミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易くご執筆いただきご投稿下さい。