

1 心療内科の頭痛

佐々木夏恵・真島 一郎・下条 文武

新潟大学大学院医歯学総合研究科
内部環境医学講座(第二内科)

片桐 敦子

片桐医院

村松 芳幸

新潟大学医学部保健学科

Headache in Psychosomatic Medicine

Natsue SASAKI, Ichiro MASHIMA and Fumitake GEJYO

Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences

Atsuko KATAGIRI

Katagiri Clinic

Yoshiyuki MURAMATSU

School of Health Sciences, Niigata University School of Medicine

要 旨

心身医学外来において診療を行なう患者の頭痛は国際頭痛学会の分類に基づけば、一次性頭痛すなわち慢性頭痛の診断がつく場合が多い。当科での過去10年における外来患者の病名調査から、その治療法を含めて心療内科で扱う頭痛について報告する。

1992年から2002年までの10年間の新潟大学医歯学総合病院心身医学外来での新患外来患者は1353名であり、その54%の患者には身体疾患が合併していたが、その身体疾患別では消化器疾患が26%と最も多く、続いて頭痛を含む神経・筋疾患であり7%であった。そして当外来の頭痛(筋緊張性頭痛、慢性頭痛など)患者は全体の3%であった。その頭痛患者41名の平均年齢は37.6±17.4歳、性別は男性41.5%、女性58.5%、診断としては緊張型頭痛が24.4%、片頭痛が7.3%、その他の頭痛68.3%で、抑うつが合併していた割合は39%であった。

診断を進める際には、詳細な問診を初診患者に行なうことで心理的な背景を把握し、「心身相関」という立場から診断を行なっている。また身体疾患の鑑別が必要である。

頭痛と診断された患者に抑うつが合併していた割合は39%であったが、うつ病では精神症状以外に頭痛などの身体症状を認める場合が多い。当外来ではうつ病という診断がついた場合、精神科へ紹介することを原則としている。

Reprint requests to: Natsue SASAKI
Niigata University Graduate School of
Medical and Dental Sciences
1-757 Asahimachi-dori,
Niigata 951-8510 Japan

別刷請求先: 〒951-8510 新潟市旭町通り1-757
新潟大学大学院医歯学総合研究科内部環境医学講座
(第二内科) 佐々木夏恵

頭痛と診断された患者に対して、治療期間に使用された薬物としては、抗不安薬が78.9%、抗うつ薬が63.2%、鎮痛薬が19.5%、筋弛緩薬が10.5%、漢方薬が5.3%であった。これらからみると、心身医学外来の頭痛患者には抗不安薬、抗うつ薬が多く使用されていることが明らかになった。

薬物療法と同時に、心理社会的因子と頭痛との心身相関に気づきをもたらすようなかかわりも行っている。心身のリラクゼーションとして、自律訓練法、バイオフィードバック法が広く行なわれ、当科でも自律訓練法は42.5%の患者に対して治療法として導入していた。

心身医学外来での頭痛患者は頭痛の背景に心理環境的な要因や生活リズムの乱れも認められることが多く、薬物療法のみではなく自律訓練法やバイオフィードバック療法などによりセルフコントロールを促すことが重要である。そして何よりも患者の訴えを受容し支持し保証することが基本であると考えられる。

キーワード: 慢性頭痛, 抑うつ, 心身医療

はじめに

2003年9月に国際頭痛学会が新しい国際頭痛分類¹⁾を発表した。頭痛を大別して primary headache 一次性頭痛と、secondary headache 二次性頭痛とにわけている。一次性頭痛とは機能的頭痛あるいは慢性頭痛とも呼ばれているものであり、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、その他の一次性頭痛とがある。二次性頭痛は器質的疾患に起因する頭痛群で、原因疾患は外傷など8項目に大別されている。心身医学外来において診療を行なう患者の頭痛はその分類に基づけば、一次性頭痛すなわち慢性頭痛の診断がつく場合が多い。

当科での過去10年における外来患者の病名調査から、その治療法を含めて心療内科で扱う頭痛について報告する。

新潟大学心身医学外来での調査

1992年から2002年までの10年間の新潟大学医歯学総合病院心身医学外来での新患外来患者は1353名であり、その54%の患者には身体疾患が合併していたが、その身体疾患別では消化器疾患が26%と最も多く、続いて頭痛を含む神経・筋疾患であり7%であった(図1)。そして当外来の頭痛(筋緊張性頭痛、慢性頭痛など)患者は全体の3%であった。その頭痛患者41名の平均年齢は37.6±17.4歳、性別は男性41.5%、女性

58.5%、診断としては緊張型頭痛が24.4%、片頭痛が7.3%、その他の頭痛68.3%で(表1)、抑うつが合併していた割合は39%であった。また、市内の開業医から紹介されてくる患者の他に、当大学の脳外科2.6%、神経内科5.3%、整形外科5.3%からの紹介で受診する患者も認められていた。

心身外来での頭痛の診断²⁾

診断を進める際には、いつ頃から頭痛が生じたのか、頭痛があることで一番困ることは何かなどの現病歴、発達歴、家族関係や友人関係、学校・職場環境に関して、詳細な問診を初診患者に行なうことで心理的背景を把握し、「心身相関」という立場から診断を行なっている。また身体疾患の鑑別が必要である。このため脳の器質的疾患の除外のみならず、整形外科・耳鼻科・歯科など多岐にわたる器質的疾患を想定して除外するため、必要に応じて血液検査、画像検査などを加えている。気分障害の合併が疑われる場合心理テストを行なうこともある。

頭痛と抑うつとの関係

本来心身症とは「身体疾患の中でその発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし神経症やうつ病など他の精神障害に伴う身体症状は

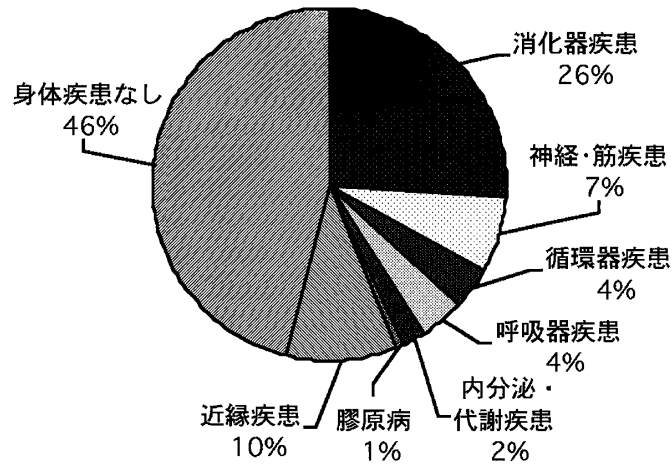


図1 外来患者病名(身体疾患)
(1992年～2002年)

表1 1992年～2002年外来患者

	人数 (人)	初診年齢 (歳)	割合 (%)
全体	41	37.6±17.4	
男	17	37.9±15.5	41.5
女	24	37.5±19.0	58.5
緊張型頭痛	10		24.4
片頭痛	3		7.3
その他の頭痛	28		68.3

除外する」のように日本心身医学会で規定されているが、心身医学領域で取り扱う頭痛の特徴をあげると、一般的な頭痛薬(特に消炎鎮痛薬)の効果が乏しい、さまざまなタイプの頭痛が混ざったような痛みでその持続時間、および罹病期間が長い、頭痛以外にも身体面あるいは心理面に問題を抱えていることが多い、仕事や学業において影響を受けやすい、などがあげられる³⁾。

過去10年の調査における頭痛と診断された患

者に抑うつが合併していた割合は39%であったが、うつ病と慢性的な頭痛の関連についてはこれまでも多くの報告が行なわれているように⁴⁾、うつ病では精神症状以外に頭痛などの身体症状を認める場合が多い。うつ病と痛みとの関係は複雑で、臨床上しばしば並存がみられる。時として痛みという主訴に隠されたうつ病の診断を正確に行なうことが大切であると考えられ、当外来ではうつ病という診断がついた場合、精神科へ紹介する

ことを原則としている。

治 療³⁾

急性期の頭痛の改善を目的として頓挫薬による治療と発作間欠期における頭痛発作の軽減を目的としての予防療法がある。片頭痛であれば発作時にはエルゴタミン製剤、トリプタン製剤を使用し、痛みに対してはNSAIDsを、間欠期には予防としてカルシウム拮抗薬を使用する。緊張型頭痛には筋弛緩薬、抗不安薬、NSAIDsを使用する。

過去10年の当大学の心身医学外来の調査で頭痛と診断された患者に対して、治療期間に使用された薬物としては、抗不安薬が78.9%、抗うつ薬が63.2%、鎮痛薬が19.5%、筋弛緩薬が10.5%、漢方薬が5.3%であった。これらからみると、心身医学外来の頭痛患者には抗不安薬、抗うつ薬が多く使用されていることが明らかになった。

薬物療法と同時に心理社会的因子と頭痛との心身相関に気づきをもたらしようなかかわりも行っている。心身のリラクゼーションとして、自律訓練法、バイオフィードバック法が広く行なわれ、当科でも自律訓練法は42.5%の患者に対して治療法として導入していた。このようにストレスナーへのより良い対処法についても、診療を通じて働きかけている。

症 例

次に当科通院中の頭痛を主訴とする人格障害症例をあげる。

患者：24歳女性。主訴：頭痛、落ち着かない

家族歴・生活歴：父は患者が高校生のとき死亡(原因は不明)。母は健在だが、現在患者は就職した地で独り暮らし。

現病歴：H6 留学中にうつ病を発症。帰国後は地元の病院へ通院していた。

H13.4～ 就職を機に職場の医務室(精神科)で治療。

H14.3 外出中意識消失し、市内の病院に搬送(前夜頭痛のためメフェナム酸を多量に内服)。入

院時の心電図、胸部レントゲン写真、血液ガス検査、脳波では異常はなかったが、意識消失発作の原因として心原性、てんかんなど否定できず、精査を勧められたが、拒否し退院。以後週に一度医務室で治療を受けていたが、再度同様な症状が出現するのではという不安があり、精査を希望して当院第一内科、神経内科を受診。トレッドミル負荷試験、心エコーでは異常なし。MRI、脳波は本人の都合で検査せず。

H15.1 職場の医務室を受診したが、その後当科を受診。他院で処方されていたメフェナム酸の当科での処方を希望。頭痛については職場の作業で増強され、その度に数錠ずつ内服していたため多量内服する日もあった。

H15.2 メフェナム酸の過剰内服が続くため、頭痛の精査加療を目的に当院の神経内科を受診した。筋緊張性頭痛の診断で、筋弛緩薬を内服開始した。

以後社会生活上でのストレスが頭痛に関連していることを本人が自覚し、併診している精神科からの抗うつ薬、抗不安薬、当科からの筋弛緩薬、NSAIDsを内服し、自分自身がストレス回避したりすることでややコントロールが良好になっているが、内服を中止することは不可能であるという。この症例の場合、精神科では抗うつ薬の処方と精神療法を、当科では頭痛に対する鎮痛薬処方と心身のリラクゼーションのために自律訓練法によるフォローをするといったように、治療範囲を分担し、社会的・心理的自立を促すように働きかけを続けていく必要がある。

考 察

当大学での過去10年における調査においては、新患の外来カルテから診断名、治療内容、紹介先を確認したが、頭痛と診断をされている患者が新患患者の全体の3%しか認められなかったのは主だった診断に頭痛が含まれないケースも多々存在した可能性が大きいと考えられる。一般成人で感冒や二日酔いを除き反復性頭痛を示したものは39.6%であったとの報告があるように⁵⁾、心身医

学外来を受診する患者の中でも実際は頭痛を訴える患者はもっと多数認められると考えられる。また、大学心身医学外来という立場上、市中病院からの紹介や、当院内の他科からの紹介がほとんどである。すでに鎮痛薬などを開始されていたにもかかわらず良好なコントロールが得られない治療歴があるため、当科においては不安・抑うつとの関与を疑い、結果として上記のような割合で抗不安薬、抗うつ薬の処方が多く認められ、鎮痛薬の処方割合はやや少ないのではないかと考えられた。

最後に

心身医学外来での頭痛患者は頭痛の背景に心理環境的な要因や生活リズムの乱れも認められることが多く、薬物療法のみではなく自律訓練法やバイオフィードバック療法などによりセルフコントロールを促すことが重要である。そして何よりも患者の訴えを受容し支持し保証するということが基本であると考えられる。

文 献

- 1) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society: The International Classification Of Headache Disorders 2nd Edition. Cephalalgia 24 (suppl 1)
- 2) 大場真理子, 高梨靖子, 岡野高明, 丹羽真一: 心因性頭痛—実際の治療—. medical practice 20: 975-979, 2003
- 3) 久保千春 編集: 心身医療実践マニュアル. 第1版, 文光堂, 1-388, 2003.
- 4) Shulman BH: Psychiatric aspects of headache. Med Clin North Am 75: 707-715, 1991.
- 5) Sakai F and Igarashi H: Prevalence of migraine in Japan; A nationwide survey. Cephalalgia 17: 15-22, 1997.

司会 (田中) それでは1題ごとに少しご質問を受けながらいきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

司会 (高橋) 以前であればセデスやデパス等の薬剤の依存が慢性頭痛の人は切れなくて、長期にわたって1日それこそ3錠~6錠も、ずっと飲み続けて何十年なんていう方もいらっしゃると思うんです。なかなかその薬を変えるとか止めるとか指示ができなくて、困っているのが外来の現状でしたが、そういった対応はどういうものがよろしいでしょうか。

佐々木 今こちらのスライドでも挙げましたけども、なかなか薬剤を変更することにも患者さんにはこだわりがあったりするかもしれませんので、簡単にじゃあ次からこれ、という風には変えられないかもしれませんけれども、ある程度、もし先生方がお時間をとれるようでしたら、何か頭痛に対するこだわりのある部分をきちんと聞いてくださる時間を少し持つとか、それからうつ病との関係が頭痛とは深いっていう風に私申しましたけども、そちらの方はないかどうかっていうのを、もしでしたら専門の先生のほうにコンサルトしていただくとか、そういう方法をしていただきたいと思います。

司会 (田中) たしかにかなりクロニックの頭痛を持っていらっしゃる方っていうのは、背景が複雑で、複合的に絡み合っていて緊張型が加わってきたり、うつがあったり、それから長期のNSAIDsの服用による薬剤性頭痛などが加わったりと複合的な状況で受診される方、多いと思うんですね。対応が、そういう意味で一つ一つ丁寧にやってく必要があると、我々は考えながらやっているわけなんですけど、それから割に最近、睡眠時無呼吸というか、睡眠障害に伴って慢性の頭痛を呈するという方に外来でしばしば遭遇するチャンスがあるんですけども、先生方のところではそういうところも何か対応されてますでしょうか。

佐々木 睡眠時無呼吸の患者さんはちょっと。

村松 睡眠時無呼吸の患者さんではmorning headacheを訴える方もいますが、日中の眠気を強く訴える方が多いです。外来で睡眠時無呼吸を疑った場合には、パルスオキシメーターを貸し出し、夜間の酸素飽和度を測定していただいています。夜間のdesaturationを認めた場合には、睡眠呼吸障害の外来へ紹介し、CPAPへ導入していきます。CPAPでコントロールがつくと、頭痛は消えますので、パルスオキシメーターの検査を行うようにして対応しています。

司会 (田中) その他いかがでしょうか。よろしいでしょうか。それではありがとうございました。続きまして神経内科領域から中野先生よろしくお願いたします。