

子どもの頭痛 のみかた

考えかた・伝えかた・つなげかた

山中 岳

東京医科大学小児科・思春期科学分野主任教授

中外医学社

はじめに

「これだけ」 私が本書を書かせていただこうと決意したのは、娘のこの一言からでした。

当時、小児科学会の教育講演を担当させていただき、その流れで日本小児科学会雑誌に教育講演の内容を記載する貴重な機会をいただきました。私なりに誠心誠意書かせていただき、ようやくできた原稿を確認していました。当時小学校高学年だった娘が「パパ、何書いているの?」と珍しく自分の仕事に興味を持ってくれたようで嬉しかったです。

思わず総説の原稿（A4、7ページ）をみせたところ「たった、これだけ」。言葉は残酷です。娘としては本のようなものを想像していたようで、わずか7ページのうすい原稿は娘にとってインパクトはなく、というか、その場の空気感としては「忙しそうなふりしている割には大した仕事はしてないのね」といった方がしっくりくるものでした。

以来、もし書籍を書く機会をいただけたなら、必ずお受けしようと決意しました。本書は読者の皆さまに「小児の頭痛に興味を持ってもらいたい」「頭痛診療の発展に寄与したい」という高い志を胸に書いたわけではありません。きっかけは娘とのたわいもないやりとりです。

ただし、頭痛診療に長らく携わった身としては、きっかけはともかく、この本を読んでいただく（読もうとしていただいている）方に、少しでも子どもの頭痛のことを理解してもらえると嬉しいです。本書は成書や、ましてやガイドラインでもなく、あくまで筆者の私見によるものだということをご理解いただき、難しいことは考えずに温かい目で読んでいただければと思います。決意したきっかけを忘れる前に「はじめに」を記載しています。書籍の10分の1、いや20分の1も進んでいない状況ですが……。

子どもにおける頭痛とは

頭痛は、発熱などと同様に最も多い主訴のひとつである。小児・思春期の子どもたちの約8割が頭痛を経験しているといわれている¹⁻³⁾。そんな子どもたちの誰しもが経験している訴えは、我々小児科医にとってはありきたりの訴えかもしれない。しかしながら、頭痛を訴えている子どもたちや保護者にとってはつらい体験である。

まず、痛みはみえないため、そもそも頭痛を信じてもらえない。「痛い＝心の問題」という図式が我々大人（小児科医）の世界には潜在意識の中に組み込まれている。子どもたちも多かれ少なかれ心の問題を抱えていることもまた事実であり、様々なストレスが頭痛を発症させてしまうこともまた事実である。ちょっと寂しいデータを紹介させていただくと、約半数の片頭痛持ちの患者さんは、片頭痛持ちではない配偶者やパートナーから「片頭痛のつらさを信じてもらえていない」と感じているようだ⁴⁾。実際には信じてくれているのかもしれないが……みえない痛みを信じること、信じてもらっていると思うことの難しさを物語っているような気がする。保護者や医師は子どもたちにとって心のよりどころであり、身近な信頼している人に信じてもらえないのはつらい体験となる。痛みを和らげるためには、みえない痛みを信じ、共感してくれる人の存在は大切だ。人は同じ境遇の人や理解してくれていると思える人がいると安心し、その苦痛が和らぐ。片頭痛は親から子どもへと受け継がれ家族内で起きやすいのは、痛みを共感できる人が近くにいるように、何かに導かれているのかも妄想してしまうこともある。ただし、頭痛は子どもたちのみならず、少なからず片頭痛持ちの親へも影響し、保護者が片頭痛持ちだと子どもたちへの学業に支障が出てしまうといった報告もある^{4,5)}。

1 片頭痛

頭痛診療の中核は片頭痛である。片頭痛をいかに見出し、うまく対応するか、頭痛診療の肝ともいえる。片頭痛の日常生活への支障度は相当なもので、頭痛の発作時はもちろん、頭痛がない発作間欠期ですら心理的なストレスがかかってしまう。次の頭痛はいつ来るのか、大切な予定の時に頭痛が来てしまったらどうしようといった不安感がつきまとう。片頭痛患児のアンケート調査では悪性腫瘍、リウマチ性疾患とほぼ同等の支障度を感じているとする報告もある¹⁾。疾患頻度、支障度がともに高い片頭痛だが、近年のコンセンサス・ステートメントでも片頭痛の誤診や治療不足が指摘されている²⁾。特に小児では頭痛をうまく表現できず、見逃されてしまうケースがあるかもしれない。

基本病因・発症機序

片頭痛の本邦での有病率は、片頭痛が3.5% (6～12歳)、5% (13～15歳)、緊張型頭痛5.4% (6～12歳)、11.2% (13～15歳)と報告されている³⁾。世界各国の小児片頭痛の有病率は4.0～19.2%と様々である。男女比は小児期には性差が乏しく、思春期以降にホルモンの影響にて女性が明らかに多くなる傾向にあり、生活支障度も高くなる。

メカニズム

片頭痛の病態は未だ明らかではない。しかし、片頭痛の前兆は皮質拡延性抑制(cortical spreading depression: CSD)によるものと考えられている。CSDとは一過性の脳皮質ニューロンの過剰興奮に引き続いておこる電気活動抑制状態が2～3 mm/分の速度で脳皮質を伝播する現象である。脳血流の減少が後頭葉から前方に伝播する現象も確認され、さらに視覚性前兆を伴う片頭痛患者にて、CSDと同様の速度で後頭葉の活性化部位が拡大していく現象がfunctional MRIにて実証され⁴⁾、CSDが前兆の病態として認知される。

頭痛発作自体のメカニズムとしては、三叉神経血管説が有力である⁵⁾。三叉神経は血管拡張による機械的な刺激よりはむしろ、電氣的・化学的な刺激により反応しやすいということが明らかとなった。何らかの刺激により活性化された三叉神経終末の結節状構造から CGRP (カルシトニン遺伝子関連ペプチド) や substance P, neurokinin A などの神経ペプチドが放出され、神経原性炎症 (血管拡張, 血漿蛋白の漏出, 肥満細胞の脱顆粒) が惹起される。これらの炎症は三叉神経節から順行性に伝導し、脳幹の三叉神経核を活性化させ、c-fos の活性化を介して痛覚が生じ、大脳皮質に伝達されて頭痛として認知される (A: 順行性伝導)。一方で神経原性炎症は逆行性にも伝導し (B: 逆行性伝導), CGRP などの遊離を促進することにより血管拡張や炎症がさらに助長する。また、片頭痛の特徴のひとつである悪心・嘔吐といった自律神経症状も脳幹の三叉神経核の活性化により引き起こされる⁵⁾。これらの炎症は数時間～数日にわたり継続し、片頭痛発作の持続時間とも矛盾しない。

CSD から頭痛発作へ

前兆のメカニズムは CSD, 頭痛発作自体は三叉神経血管説が今なお支持されているが, CSD がいかに三叉神経系を活性化できるのかは未だ明らかではない。近年, CSD が神経細胞から interleukin-1 β や HMGB1 (high-mobility groupbox 1)

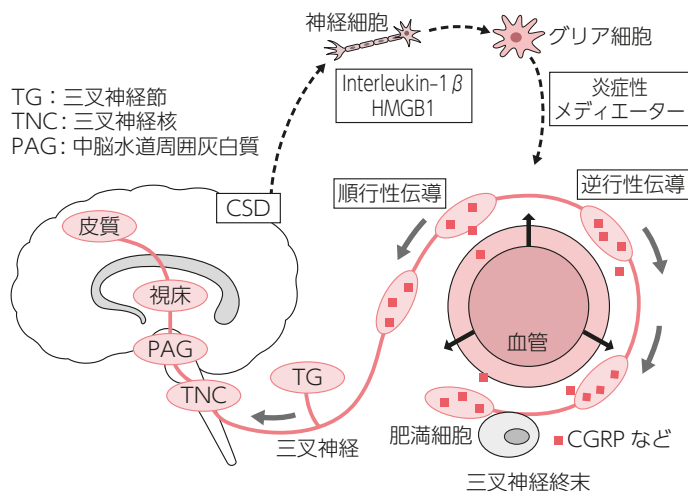


図1 片頭痛のメカニズム

診療の実際

頭痛には様々なものがあり、頭痛で苦しんでいる患児には少なくとも2つ以上の頭痛をもっていることが多く、なかでも片頭痛で苦しんでいることが多い。片頭痛の痛みはインパクトが強く、片頭痛の有無を見極めることは一見容易にみえるがそうでもない。ここでは片頭痛をいかに見出すか、問診のポイントについて、ICHD-3の診断基準の流れに沿って解説する。



問診のポイント

- ☐ 最も負担となっている頭痛に焦点を絞る
- ☐ 過敏性の有無は気を付けて
- ☐ 共感しつつ、痛みを信じる

問診する前に気を付けたいこと

いざ問診すると、患児とのやりとりの中で、「頭痛の頻度はどれくらい？」と患児に問いかけると「毎日」と断言する患児は少なくない。いつも同じと聞くと、あっさりと肯定されてしまうことはよくある。初診時に連日のように訴えている頭痛が、心身症か慢性緊張型頭痛かを判断する必要はない。たわいのない会話(ク

医師：「頭が痛い時に軽いことがある？」

患児：「ない」「いつも同じ」

医師：「お母さまからみてもいつも一緒ですか？」

母：「スマホばかりいじってる」

「MRIでも異常がないといわれました…」

医師：「気持ち悪いこととかない？」

患児：「たまに」

患児：「そんな時はすごく痛い」

母：「たまに寝込んでしまうこともあります」

医師：「頭が**すごく**痛い時のことを教えてください」

目先を
変える

まずは**最も痛みの強い頭痛**に焦点を絞る

図4 問診例

ケースファイル

私が今まで経験してきた患者さんの中から、代表的な5例の問診を簡単に記載した。今までこの本を読んで勉強していただいたことの復習もかねて、問診から診断に繋がるキーワードを思い浮かべながら読んでみてほしい。さらにどのような点を問診すべきか、鑑別や対応方法について、考えてみていただきたい。

今回のケースはあくまで一例である。解釈もそれぞれだが、私なりの意見をまとめてみた。

ケース1

9歳の男児。6歳頃より頭痛を訴えるようになり、30分くらいで改善していたため様子をみていた。最近、頭痛を訴える際に寝込むようになり、頭痛発作後に2〜3日登校できなくなることもあり、母が不安になり来院した。頭全体を痛がり、おとなしくなってしまう、嘔吐してしまうこともある。前兆はなく、過敏性ははっきりしない。頻度は月に1〜2回程度だが、アセトアミノフェンにて30分程度で改善する。

解説付き

鎮痛薬により改善しているのか、自然に頭痛が消失しているか

9歳の男児。6歳頃より頭痛を訴えるようになり、30分くらいで改善していたため様子をみていた。最近、頭痛を訴える際に寝込むようになり、頭痛発作後に2〜3日登校できなくなることもあり、母が不安になり来院した。頭全体を痛がり、おとなしくなってしまう、嘔吐してしまうこともある。前兆はなく、過敏性ははっきりしない。頻度は月に1〜2回程度だが、アセトアミノフェンにて30分程度で改善する。

過敏性は本当にはないのか？
今回は消化器症状があることから
片頭痛の診断には差し支えない

頭痛が継続していたのか、
頭痛発作後の疲労感、
もしくは不安感か



問診のポイント

- ☐ 実際の頭痛の持続時間はどれくらい？
- ☐ 片頭痛発作重積かを確認

まずは、鎮痛薬により改善しているのか、自然に頭痛が消失しているか、頭痛の持続時間を確認したい。患児は頭痛の際に鎮痛薬を内服後に寝てしまい、持続時間がいまひとつはっきりしないことも多い。頭痛発症後に寝てしまう場合には、起床時に頭痛が改善していれば発症後から起きるまでの時間を頭痛の持続時間としてカウントする。翌日まで寝てしまうこともあり、その際にはちょっとかわいそうだが、2～3時間でいったん起こし、頭痛が消失しているかを確認する。頭痛の性状がはっきりとしない際には、痛みの程度が日常生活に支障を来しているのか、体動に伴い頭痛が悪化するのかも確認する。漠然とした表現ではあるが普段元気な患児が、保護者からみても「おとなしくなっている」ということは、少なくとも中等度以上の痛みであり、体動にて頭痛が悪化するためにあまり動かないと判断する。今回のケースは嘔吐を来しているため、過敏性を確認する必要はなく、持続時間が2時間以上あれば片頭痛と診断できる。もし、持続時間がはっきりしない場合は、片頭痛の疑いとしてまずは診断し、次回来院時までには持続時間を確認する。また、痛みが徐々に悪化してきている際には二次性頭痛も考慮しなければならない。片頭痛の診断基準は小学校の低学年の子どもは、持続時間が短く診断基準を満たさないこともあるが、片頭痛を否定するのではなく、まずは疑いとしてフォローする。

1回の片頭痛発作で2～3日登校が困難だったのは、頭痛が継続している片頭痛の重積発作なのか、もしくは片頭痛の発作後の倦怠感、さらには頭痛に対する恐怖感により登校が困難になってしまったのかを確認する。

対応方法

片頭痛と診断しても、安易に鎮痛薬を出すのではなく、鎮痛薬が必要かを判断する。明らかに2時間以上頭痛が継続しているのであれば、まずはアセトアミノフェンもしくはイブプロフェンにて対応する。2～3時間で日常生活がある程度可能になれば有効と判断してよい。嘔吐などの消化器症状を認めている際には、ドンペリドン鎮痛薬と併用する。