

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)

国際頭痛学会 (IHS) 頭痛分類委員会

The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)

国際頭痛分類第 3 版 beta 版

Copyright

著作権

The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version), may be reproduced freely for scientific, educational or clinical uses by institutions, societies or individuals.

国際頭痛分類第 3 版（ベータ版）は、科学的、教育上または臨床上の目的で、研究機関、学会や個人で使用する際には複製をしてもよい。

Otherwise, copyright belongs exclusively to the International Headache Society.

その他の場合は、著作権は独占的に国際頭痛学会に属している。

Reproduction of any part or parts in any manner for commercial uses requires the Society's permission, which will be granted on payment of a fee.

商業的使用を目的とした複製は、どの部分であっても、その方法にかかわらず学会の許可が必要であり、所定の料金を納めることによって許可される。

Please contact the publisher at the address below.

下記住所の出版元に問い合わせいただきたい。

©International Headache Society 2013.

Applications for copyright permissions should be submitted to Sage Publications Ltd, 著作権許可の依頼は Sage Publications Ltd, に提出されなければならない。

1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP, United Kingdom (tel: t44 (0) 20 7324 8500; fax: t44 (0) 207 324 8600) (www.sagepub.co.uk).

Translations

翻訳

The International Headache Society expressly permits translations of all or parts of ICHD-3 beta for purposes of field testing and/or education, but will not endorse them.

国際頭痛学会は、実地試験や教育を目的とした ICHD-3 ベータ版の全部または一部の翻訳を明示的に許可するが、承認はしない。

Endorsements may be given by member national societies; where these exist, such endorsement should be sought.

当学会の会員である各国内学会から承認を得られる場合があり、該当学会が存在する場合には、承認を求めるべきである。

All translations are required to be registered with the International Headache Society.

翻訳はすべて、国際頭痛学会への登録が必要である。

Before embarking upon translation, prospective translators are advised to enquire whether a translation exists already.

翻訳を始める前に、すでに翻訳版が存在していないかを、まず問い合わせていただきたい。

All translators should be aware of the need to use rigorous translation protocols.

全ての翻訳者は厳格な翻訳プロトコルを守らなければならない。

Publications reporting studies making use of translations of all or any part of ICHD-3 beta should include a brief description of the translation process, including the identities of the translators (of whom there should always be more than one).

また、ICHD-3 ベータ版の一部または全部の翻訳版を使用した試験を発表する場合には、翻訳者の特定(常に複数でなくてはならない)など翻訳過程の簡潔な記載を含めなければならない。

First Headache Classification Committee

国際頭痛分類初版作成委員会委員

Jes Olesen, Denmark (Chairman)

Jes Olesen, Denmark (委員長)

Andre. Bes, France

Robert Kunkel, USA

James W Lance, Australia

Giuseppe Nappi, Italy

Volker Pfaffenrath, Germany

Frank Clifford Rose, United Kingdom

Bruce S Schoenberg, USA

Dieter Soyka, Germany

Peer Tfelt-Hansen, Denmark (Secretary)

K Michael A Welch, USA

Marica Wilkinson, United Kingdom

Second Headache Classification Committee

国際頭痛分類第2版作成委員会委員

Jes Olesen, Denmark (Chairman)

Jes Olesen, Denmark (委員長)

Marie-Germaine Bousser, France

Hans-Christoph Diener, Germany

David Dodick, United States of America

Michael First, United States of America

Peter J Goadsby, United Kingdom

Hartmut Gobel, Germany

Miguel JA Lainez, Spain

James W Lance, Australia

Richard B Lipton, United States of America

Giuseppe Nappi, Italy
Fumihiko Sakai, Japan
Jean Schoenen, Belgium
Stephen D Silberstein, United States of America
Timothy J Steiner, United Kingdom (Secretary)

Third Headache Classification Committee

国際頭痛分類第3版作成委員会委員

Jes Olesen, Denmark (Chairman)

Jes Olesen, Denmark (委員長)

Lars Bendtsen, Denmark
David Dodick, United States of America
Anne Ducros, France
Stefan Evers, Germany
Michael First, United States of America
Peter J Goadsby, United States of America
Andrew Hershey, United States of America
Zaza Katsarava, Germany
Morris Levin, United States of America
Julio Pascual, Spain
Michael B Russell, Norway
Todd Schwedt, United States of America
Timothy J Steiner, United Kingdom (Secretary)
Cristina Tassorelli, Italy
Gisela M Terwindt, The Netherlands
Maurice Vincent, Brazil
Shuu-Jiun Wang, Taiwan

Members of third headache classification working groups

国際頭痛分類第3版のワーキンググループ

Working group on migraine:

片頭痛のワーキンググループ

J Olesen, Denmark (Chairman)

J Olesen, Denmark (委員長)

(jes.olesen@regionh.dk)

S Evers, Germany; A Charles, USA; A. Hershey, USA; R Lipton, USA; M First, USA; H Bolay, Turkey; M Lanteri-Minet, France; EA MacGregor, UK; T Takeshima, Japan; HW Schytz, Denmark.

Working group on tension-type headache:

緊張型頭痛のワーキンググループ

L Bendtsen, Denmark (Chairman)

L Bendtsen, Denmark (委員長)

(lars.bendtsen@regionh.dk)

S Ashina, USA; MT Goicochea, Argentina; K Hirata, Japan; K Holroyd, USA; C Lampl, Austria; RB Lipton, USA; DD Mitsikostas, Greece; J Schoenen, Belgium.

Working group on trigeminal autonomic cephalalgias:

三叉神経・自律神経性頭痛のワーキンググループ

P Goadsby, USA (Chairman)

P Goadsby, USA (委員長)

(peter.goadsby@ucsf.edu)

C Boes, USA; C Bordini, Brazil; E Cittadini, UK; A Cohen, UK; M Leone, Italy; A May, Germany; L Newman, USA; J Pareja, Spain; J-W Park, South Korea; T Rozen, USA; E

Waldenlind, Sweden.

Working group on other primary headache disorders:

その他の一次性頭痛性疾患のワーキンググループ

S-J Wang, Taiwan (Chairman)

S-J Wang, Taiwan (委員長)

(sjwang@vghtpe.gov.tw)

A Ducros, France; S Evers, Germany; J-L Fuh, Taiwan; A Ozge, Turkey; JA Pareja, Spain; J Pascual, Spain; M Peres, Brazil; W Young, USA; S-Y Yu, China.

Working group on headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck:

頭部または頸部(あるいはその両方)の外傷・傷害による頭痛のワーキンググループ

T Schwedt, USA (Chairman)

T Schwedt, USA (委員長)

(Schwedt.Todd@mayo.edu)

I Abu-Arafeh, UK; J Gladstone, Canada; S-J Huang, Taiwan; R Jensen, Denmark; JMA Lainez, Spain; D Obelieniene, Lithuania; P Sandor, Switzerland; AI Scher, USA.

Working group on headache attributed to cranial or cervical vascular disorder:

頭頸部血管障害による頭痛のワーキンググループ

A Ducros, France (Chairman)

A Ducros, France (委員長)

(anne.ducros@lrb.aphp.fr)

M Arnold, Switzerland; M Dichgans, Germany; E Houdart, France; J Ferro, Portugal; E Leroux, Canada; Y-S Li, China; A Singhal, USA; G Tietjen, USA.

Working group on headache attributed to non-vascular intracranial disorder:

非血管障害性頭蓋内疾患による頭痛のワーキンググループ

DW Dodick, USA (Chairman)

DW Dodick, USA (委員長)

(Dodick.David@mayo.edu)

S Evers, Germany; D Friedman, USA; S Kirby, Canada; B Mokri, USA; J Pascual (Spain); M Peres, Brazil; A Purdy, Canada; K Ravishankar, India; P Sandor, Switzerland; W Schievink, USA; R Stark, Australia; F Taylor, USA.

Working group on headache attributed to a substance or its withdrawal:

物質またはその離脱による頭痛のワーキンググループ

MB Russell, Norway (Chairman)

MB Russell, Norway (委員長)

(m.b.russell@medisin.uio.no)

L Bendtsen, Denmark; J-L Fuh, Taiwan;
Z Katsarava, Germany; AV Krymchantowski,
Brazil; M Leone, Italy; K Ravishankar, India;
A Tugrul, Turkey; NJ Wiendels, The Netherlands.

Working group on headache attributed to infection:

感染症による頭痛のワーキンググループ

C Tassorelli, Italy (Chairman)

C Tassorelli, Italy (委員長)

(cristina.tassorelli@mondino.it)

E Marchioni, Italy; V Osipova, Russia; K Ravishankar, India; L Savi, Italy; F Sakai, Japan; JR Berger, (USA).

Working group on headache attributed to disorder of homoeostasis:

ホメオスターシスの障害による頭痛のワーキンググループ

J Pascual, Spain (Chairman)

J Pascual, Spain (委員長)

(juliopascualgomez@gmail.com)

M Bigal, Brazil; C Bordini, Brazil; J Gonzalez Menacho, Spain; F Mainardi, Italy; A Ozge, Turkey; J Pereira-Monteiro, Portugal; M Serrano-Duenas, Ecuador.

Working group on headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure:

頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛のワーキンググループ

M Levin, USA (Chairman)

M Levin, USA (委員長)

(mo.levin@hitchcock.org)

R Cady, USA; C Fernandez de las Penas, Spain; D Friedman, USA; V Guidetti, Italy; J Lance, Australia; P Svensson, Denmark.

Working group on headache attributed to psychiatric disorder:

精神疾患による頭痛のワーキンググループ

M Vincent, Brazil (Chairman)

M Vincent, Brazil (委員長)

(maurice.vincent@me.com)

M First, USA; E Loder, USA; AE Lake III, USA; F Radat, France; JI Escobar, USA.

Working group on painful cranial neuropathies and other facial pains:

有痛性脳神経ニューロパチーおよび他の顔面痛のワーキンググループ

Z Katsarava, Germany (Chairman)

Z Katsarava, Germany (委員長)

(zaza.katsarava@uni-due.de)

R Benoliel, Israel; C Sommer, Germany; A Woda, France; J Zakrzewska UK; V Aggarwal, UK; L Bonamico, Argentina; D Ettlin, USA; S Graff-Radford, USA; J-P Goulet, Canada; S Jaaskelainen, Finland; V Limmroth, Germany; A Michelotti, Italy; D Nixdorf, USA; M Obermann, Germany; R Ohrbach, USA; J Pereira-Monteiro, Portugal; P Pionchon, France; T Renton, UK; S De Siqueira, Brazil; C Wober-Bingol, Austria.

Working group for appendix disorders and criteria:

付録疾患と診断基準のワーキンググループ

GM Terwindt, The Netherlands (Chairman)

GM Terwindt, The Netherlands (委員長)

(G.M.Terwindt@lumc.nl)

Acknowledgements

謝辞

The work of the Headache Classification Committee of the International Headache Society is financially supported exclusively by the International Headache Society.

国際頭痛学会の頭痛分類委員会の作業は、国際頭痛学会のみによる経済的な援助を受けて行われている。

There has been no commercial sponsorship of the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition.

国際頭痛分類第3版には商業的スポンサーは存在しない。

We gratefully acknowledge the support of Timothy Steiner, first for his efforts as honorary secretary of the Classification Committee and second for his work on copy-editing and preparation of this manuscript.

われわれは、まず分類委員会の名誉幹事として尽力され、次いで本稿の編集および準備を支援していただいた Timothy Steiner に感謝申し上げます。

Table of Contents

目次

Preface 633

序文

How to use the classification 634

分類の使い方

Classification 636

分類

Part one: the primary headaches

第 1 部: 一次性頭痛

1. Migraine 644

1. 片頭痛

2. Tension-type headache 659

2. 緊張型頭痛

3. Trigeminal autonomic cephalalgias 665

3. 三叉神経・自律神経性頭痛

4. Other primary headache disorders 672

4. その他の一次性頭痛性疾患

Part two: the secondary headaches

第 2 部: 二次性頭痛

Introduction 684

緒言

5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck 686

5. 頭部または頸部(あるいはその両方)の外傷・傷害による頭痛

6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder 694

6. 頭頸部血管障害による頭痛

7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder 713

7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛

8. Headache attributed to a substance or its withdrawal 725

8. 物質またはその離脱による頭痛

9. Headache attributed to infection 740

9. 感染症による頭痛

10. Headache attributed to disorder of homoeostasis 749

10. ホメオスターシスの障害による頭痛

11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure 759

11. 頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛

12. Headache attributed to psychiatric disorder 770

12. 精神疾患による頭痛

Part three: painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches

第3部: 有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛およびその他の頭痛

13. Painful cranial neuropathies and other facial pains 774

13. 有痛性脳神経ニューロパチーおよび他の顔面痛

14. Other headache disorders 787

14. その他の頭痛性疾患

Appendix

付録

Definition of terms 788

用語の定義

Preface

序文

After two very successful editions of the International Classification of Headache Disorders (ICHD), a third is now close to being final.

国際頭痛分類 (ICHD)のこれまでの 2 つの版が成功を収め、現在第 3 版が完成に近づいている。

The members of the Classification Committee have all worked hard for three years in order to accomplish this beta version.

分類委員会の委員達がこのベータ版の完成に向け、この 3 年間懸命にその作業に取り組んできた。

Most members have chaired the work on a specific chapter of the classification, assisted by a number of other experts.

委員のほとんどが、他の多くの専門家の支援を受け、分類の特定の章に関する作業の指揮を執った。

For this edition, there has been a substantial body of evidence available for the classification work, in contrast to our previous editions, which were mostly based on the opinions of experts.

これまでの版では専門家の意見によるところが大きかったのに対し、今回の版では分類作業に使用できるエビデンスが豊富に存在した。

We have tried to be conservative, making changes only where there was good published evidence to support change or where the need for change was intuitively obvious.

われわれは、変更を裏付けることのできる優れた公表されたエビデンスがある場合、または変更の必要性が直感的に明らかである場合に限りその変更を行い、それ以外については出来る限り変更しないように試みた。

This is the first time that we have published a beta version ahead of the final version. 今回初めて、最終版に先んじてベータ版を公表した。

The main reason is to synchronize ICHD-3 with the World Health Organization's next

revision (11th edition) of the International Classification of Diseases (ICD-11).

その主な理由は、ICHD-3 を世界保健機構の次版（第 11 版）である国際疾患分類（ICD-11）と同期させるためであった。

This classification is already well advanced, and we have not only secured a very good representation of headache within ICD-11 but also ensured congruence between ICD-11 and ICHD-3 beta.

この分類はすでにかなり進んでおり、われわれは ICD-11 に頭痛を記載しただけでなく、ICD-11 と ICHD-3 ベータ版が一致するようにも努めた。

However, ICD-11 now enters a phase of field trials, and ICHD-3 should do the same.

しかしながら、ICD-11 は現在実地試験の段階に入っており、ICHD-3 もそのようにすべきである。

Such a test period will allow identification and correction of mistakes and enable a broad input from the members of the International Headache Society.

このような試験期間によって、間違いを確認して修正し、国際頭痛学会の会員から広く意見を集めることができると思われる。

ICD-11 diagnostic codes will not be finalized until two or three years from now, but it would be a major advantage for ICHD-3 to be able to include these codes along with our own.

ICD-11 診断コードはまとまるまで今後 2 年ないし 3 年を要する見込みであるが、ICHD-3 がこれらのコードをわれわれのものと共に収載できることは大きな利点となるだろう。

WHO's ICD-11 codes will be used by health authorities for official diagnostic coding, and in many cases they will be employed for reimbursement purposes; we must have them right.

WHO の ICD-11 コードは保健当局が公式診断コードとして使用するものであり、医療費償還の目的で使用されることも多いであろう。われわれは、これらを正確なものにしなければならない。

We publish ICHD-3 beta immediately on the International Headache Society's website, and shortly after as an issue of Cephalalgia.

ICHD-3 ベータ版はすぐに国際頭痛学会のウェブサイトで公表し、その後すぐに Cephalalgia の

ひとつの発行物として発表する。

Field-testing will continue for 2 or maybe 3 years.

実地試験は 2 年ないし 3 年間継続するであろう。

Small amendments are likely both to ICHD-3 and to the diagnostic codes of ICD-11, and these will be incorporated.

ICHD-3 にも、また ICD-11 の診断コードにも小規模の修正がある可能性が高く、これを組み入れる予定である。

At that time, we shall publish ICHD-3 in final form in Cephalalgia.

そしてこの時点で、ICHD-3 を最終版として Cephalalgia に発表したい。

ICHD-3 beta is published only in English, but those throughout the world who wish to make their own careful translations of parts or in toto are welcome to do so subject to the conditions stated above.

ICHD-3 ベータ版は英語のみで発表するが、世界各国で一部ないし全部を注意深く翻訳されたい場合には、上記の条件の下で自由に実施されたい。

The final version of ICHD-3 should be translated into as many languages as possible, and these translations published, as happened to the second and first editions.

ICHD-3 の最終版は初版や第 2 版と同じように、できるだけ多くの言語に翻訳し、公表されるべきである。

As we expect ICHD-3 beta to be very similar to the final version, translation work begun now is likely to remain useful.

ICHD-3 ベータ版は最終版とほぼ同じであると期待されるため、現時点で開始した翻訳作業は有用であり続ける可能性が高い。

Any changes necessitated later by the outcomes of field-testing can be made easily.

実地試験の結果、なんらかの変更が必要になれば、容易に変更できるであろう。

Clinicians and researchers should start using the criteria of ICHD-3 beta.

臨床医や研究者は、ICHD-3 ベータ版の診断基準の使用を開始するべきである。

There are many improvements over ICHD-II, and it would be unhelpful to continue to use ICHD-II for scientific work.

ICHD-II からさまざまな点で改善されており、科学的な作業に ICHD-II を今後も使用し続けることはあまり有用ではない。

We encourage readers to study ICHD-3 beta very closely, and document and comment on any inconsistencies they may find.

読者には、ICHD-3 ベータ版を綿密に検討していただき、何らかの矛盾があればコメント等をお願いしたい。

Comments should be sent **not to me** but to the chairmen of the relevant working groups. その際、コメントは筆者ではなく、該当のワーキンググループの委員長に送付していただきたい。

Their names and email addresses are found in this publication and on the IHS website. 彼らの氏名とメールアドレスは、本稿および IHS ウェブサイトに記載されているので参照されたい。

Jes Olesen

Chairman

委員長

Headache Classification Committee

頭痛分類委員会

International Headache Society

国際頭痛学会

How to use this classification

この分類の使い方

This extensive document is not intended to be learnt by heart.

この膨大な文書は、暗記することを意図していない。

Even members of the Classification Committee are unable to remember all of it.

分類委員会の委員達でさえ分類のすべてを記憶することは不可能である。

It is a document that should be consulted time and time again.

必要に応じてその都度、調べるように作成されたものである。

In this way you will soon get to know the diagnostic criteria for 1.1 Migraine without aura, 1.2 Migraine with aura, the major subtypes of 2. Tension-type headache, 3.1 Cluster headache and a few others.

こうすることで、1.1 前兆のない片頭痛、1.2 前兆のある片頭痛、2. 緊張型頭痛の主要なサブタイプ、3.1 群発頭痛とその他の少数の頭痛に関する診断基準がどのようなものかを知ることができる。

The rest will remain something to look up.

これ以外の頭痛に関しては、折に触れて調べればよい。

In clinical practice you do not need the classification for the obvious case of migraine or tension-type headache, but it is useful when the diagnosis is uncertain.

臨床の場合は、明白な片頭痛や緊張型頭痛の症例についてはこの分類は必要ないが、診断がはっきりしない症例に遭遇した時は有用である。

For research, the classification is indispensable and every patient entered into a research project, be it a drug trial or a study of pathophysiology or biochemistry, must fulfil a set of diagnostic criteria.

研究にはこの分類は欠くことができないものであるため、薬物臨床試験であれ、病態生理や生化学的研究であれ、頭痛患者を研究対象とする際は、この診断基準を満たしていなければならない。

1. This classification is hierarchical, and you must decide how detailed you want to make your diagnosis.

この分類は階層的に構成されており、診断をする際にどの程度詳しく診断をしたいかを決定する必要がある。

This can range from the first-digit level to the fifth.

そのために分類は 1 桁レベル～5 桁レベルに分かれている。

First, one gets a rough idea about which group the patient belongs to.

最初に、患者がおおよそどのグループにあてはまるかを決める。

Is it, for example, 1.Migraine or 2. Tension-type headache or 3. Trigeminal autonomic cephalalgias?

例えば、1.片頭痛か 2.緊張型頭痛か、3.三叉神経・自律神経性頭痛なのか？

Then one obtains information allowing a more detailed diagnosis.

次に詳細な診断をするための情報を得る。

The desired detail depends on the purpose.

どの程度の詳細な診断が必要なのかは目的によって決まる。

In general practice only the first- or second-digit diagnoses are usually applied, whereas in specialist practice and headache centres a diagnosis at the fourth-or fifth-digit level is appropriate.

一般診療では、1 桁、2 桁レベルの診断が通常用いられるが、専門医の診療や頭痛センターでは、4 桁、5 桁レベルまで診断することがふさわしい。

2. For most purposes, patients receive a diagnosis according to the headache phenotypes that they currently present, or that they have presented within the last year.

大抵の場合、患者は今現在、あるいは 1 年以内にあった頭痛の表現型により診断される。

For genetic and some other uses, occurrence during the whole lifetime is used.

遺伝やその他の分野によっては、生涯を通じての頭痛が対象になる。

3. Each distinct type, subtype or subform of headache that the patient has must be separately diagnosed and coded.

患者が有するすべての頭痛のタイプ、サブタイプ、サブフォームを別々に診断しコード化しなければならない。

Thus, a severely affected patient in a headache centre may receive three diagnoses and codes: 1.1 Migraine without aura, 1.2 Migraine with aura and 8.2 Medication-overuse headache.

それゆえに、頭痛センターの一人の重症患者に、1.1 前兆のない片頭痛、1.2 前兆のある片頭痛、8.2 薬物乱用頭痛という 3 つの診断とコードが付けられる可能性が出てくる。

4. When a patient receives more than one diagnosis, these should be listed in the order of importance to the patient.

患者に 1 つ以上の診断名がある時は、その患者にとって重要な順に記載するべきである。

5. When one type of headache in a particular patient fulfils two different sets of diagnostic criteria, then all other available information should be used to decide which of the alternatives is the correct or more likely diagnosis.

ある患者の頭痛のタイプが、異なる 2 つの診断基準を満たす際は、利用できるあらゆる情報を用いてどちらが正しいか、あるいはどちらがより可能性が高い診断かを決定しなければならない。

This could include the longitudinal headache history (how did the headache start?), the family history, the effect of drugs, menstrual relationship, age, gender and a range of other features.

その際の情報としては、長期にわたる頭痛の病歴(どのように頭痛が始まったのか?)、家族歴、薬の効果、月経との関係、年齢、性別などが含まれる。

Fulfilment of the diagnostic criteria for 1.Migraine, 2.Tension-type headache or 3.Trigeminal autonomic cephalalgias, or any of their subtypes, always trumps fulfilment of criteria for the probable diagnostic categories of each, which are

last-described in the respective groups.

1.片頭痛、2.緊張型頭痛、3.三叉神経・自律神経性頭痛、あるいはそのサブタイプのいずれかの診断基準を満たしていれば、各疑い診断のカテゴリー(それぞれのグループの最後に記載されている)の基準を満たしていても、常にそれに優先される。

In other words, a patient whose headache fulfils criteria for both 1.5 Probable migraine and 2.1 Infrequent episodic tension-type headache should be coded to the latter.

言い換えれば、1.5 片頭痛の疑いと 2.1 稀発反復性緊張型頭痛の両方の基準を満たす患者は、後者にコード化する必要がある。

Nevertheless, consideration should always be given to the possibility that some headache attacks meet one set of criteria, whereas other attacks meet another set. しかしながら、ある頭痛発作の時には 1 つの診断基準に一致しているが、その他の発作の時には、別の基準に合致することも常に考慮する必要がある。

In such cases, two diagnoses exist and both should be coded.

このような症例では、2 つの診断が存在し両者にコード化する必要がある。

6. To receive a particular headache diagnosis the patient must, in many cases, experience a minimum number of attacks of (or days with) that headache.

特定の頭痛診断を受けるには、多くの場合、患者はその頭痛の必要最低限の発作回数(あるいは日数)を経験しなければならない。

This number is specified in the diagnostic criteria for the headache type, subtype or subform.

この回数や日数は、頭痛のタイプ、サブタイプ、サブフォームの診断基準ごとに規定されている。

Further, the headache must fulfil a number of other requirements described within the criteria under separate letter headings: A, B, C etc.

さらに、頭痛は A、B、C 等の文字の見出しが付いた基準内に記載された幾つかの必要条件を満たさなければならない。

Some letter headings are monothetic: that is, they express a single requirement.

ある見出しは単形質的、すなわち見出しの下に必要条件が 1 つしかない場合もある。

Other letter headings are polythetic, requiring for example any two out of four listed characteristics.

他の見出しは多形質的、たとえばリストされた 4 項目の特徴のうち、いずれか 2 項目を必要とするものもある。

7. The full set of diagnostic criteria is provided for some headache disorders only at the first-and second-digit levels.

ある頭痛に対しては、完全な診断基準が 1 桁と 2 桁のレベルのみに示されている。

Diagnostic criteria at the third-and fourth-digit levels then demand, as criterion A, fulfilment of the criteria for levels one and/or two and, in criterion B and onwards, specify the further specific criteria to be fulfilled.

次に 3 桁、4 桁のレベルの診断基準は、基準 A として、レベル 1 または 2 (あるいはその両方) の基準を満たし、基準 B 以降ではさらに特定の基準が満たされることが条件となる。

8. The frequency of primary headache disorders varies from attacks every one to two years to attacks daily.

一次性頭痛の発作頻度は、1-2 年に一回のものから連日性のものまで様々である。

The severity of attacks also varies.

発作の重症度も様々である。

ICHD-3 beta does not generally provide a possibility to code for frequency or severity, but recommends that frequency and severity be specified in free text.

この ICHD-3 ベータ版では、一般的に頻度や重症度をコード化に反映していないが、頻度や重症度についてはフリーテキストで記載しておくこと推奨される。

9. Primary or secondary headache or both: When a new headache occurs for the first time in close temporal relation to another disorder that is known to cause

headache, or fulfils other criteria for causation by that disorder, the new headache is coded as a secondary headache attributed to the causative disorder.

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か。新規の頭痛が初発し、頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致する場合や、その疾患による因果関係の他の基準を満たす場合には、その新規の頭痛は原因疾患による二次性頭痛としてコード化する。

This remains true even when the headache has the characteristics of a primary headache (migraine, tension-type headache, cluster headache or one of the other trigeminal autonomic cephalalgias).

その頭痛が、一次性頭痛(片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛あるいはその他の三叉神経・自律神経性頭痛)の特徴を有する場合もこれに該当する。

When a pre-existing primary headache becomes chronic in close temporal relation to such a causative disorder, both the primary and the secondary diagnoses should be given.

以前から存在する一次性頭痛が、このような原因疾患と時期的に一致して慢性化する場合には、一次性および二次性頭痛の両方の診断をつけるべきである。

When a pre-existing primary headache is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity) in close temporal relation to such a causative disorder, both the primary and the secondary headache diagnoses should be given, provided that there is good evidence that the disorder can cause headache.

既存の一次性頭痛がこのような原因疾患と時間的に一致して有意に悪化する(通常頻度や重症度が 2 倍以上に増悪)場合は、その疾患が頭痛の原因となりうることを示す十分な証拠があれば、一次性および二次性頭痛の両方の診断をつけなければならない。

10. The last criterion for almost every headache disorder is 'Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis'.

ほぼすべての頭痛に関する最終の診断基準は、'他に最適な ICHD-3 の診断がない'である。

Consideration of other possible diagnoses (the differential diagnosis) is a routine

part of the clinical diagnostic process.

他に考えられる診断を検討すること(鑑別診断)は、臨床診断の過程でいつも行うものである。

When a headache appears to fulfil the criteria for a particular headache disorder, this last criterion is a reminder always to consider other diagnoses that might better explain the headache.

ある頭痛が特定の頭痛の診断基準を満たす場合、この最終の診断基準は、他にその頭痛をうまく説明する診断が本当でないのかを常に思い起こさせるものである。

In particular this applies to assessing whether headache is secondary or primary.

特にこれは、頭痛が一次性か二次性かの評価に当てはまる。

It may also apply to alternative causative disorders: for example, headache occurring in close temporal relation to acute ischaemic stroke may be a consequence not of the stroke but of the cause of the stroke (e.g. dissection).

また、別の原因疾患についても当てはまり、例えば、急性虚血性脳卒中と時期的に一致して発症した頭痛が、脳卒中そのものの結果ではなく、脳卒中を引き起こした原因(動脈解離など)による結果である可能性もある。

11. Many patients with headache attacks fulfilling one set of explicit diagnostic criteria also have attacks that, although similar, do not quite satisfy the criteria.

一つの明確な診断基準を満たしている頭痛発作を持つ多くの患者はまた、類似しているものの、その診断基準を完全には満たしていない発作も持っている。

This can be a result of treatment, inability to recall symptoms exactly or other factors.

これは治療や正確に症状を想起できないこと、またはその他の因子による結果であることがある。

Ask the patient to describe a typical untreated or unsuccessfully treated attack, and ascertain that there have been enough of these to establish the diagnosis.

患者に未治療時や治療が無効時の典型的な発作がどのようなものであったかを質問し、正しい診断を確立するのに十分な発作があったかどうかを確認する。

Then include the less-typical attacks when describing attack frequency.

それから発作頻度を記述する際には、非典型的な発作も含める必要がある。

12. When a patient is suspected of having more than one headache type or subtype, it is highly recommended that he or she fill out a diagnostic headache diary in which, for each headache episode, the important characteristics are recorded.

患者に複数の頭痛タイプまたはサブタイプが存在すると思われる時は、それぞれの頭痛のエピソード毎に重要な特徴を記録する頭痛診断のためのダイアリーをつけることを患者に強く勧める。

It has been shown that such a headache diary improves diagnostic accuracy as well as allowing a more precise judgement of medication consumption.

そのような頭痛ダイアリーは、診断の正確性を向上させるとともに治療薬摂取量のより正確な判断を可能とする。

The diary helps in judging the quantity of two or more different headache types or subtypes.

ダイアリーは 2 つ以上の異なった頭痛タイプ、またはサブタイプの内訳を判定するのに役立つ。

Finally, it teaches the patient how to distinguish between different headaches, for example between migraine without aura and episodic tension-type headache.

最終的にダイアリーは、異なる頭痛の、例えば前兆のない片頭痛と反復性緊張性頭痛の識別方法を患者に教えてくれる。

13. In each chapter on secondary headaches, the most well-known and well-established causes are mentioned and criteria for these are given.

二次性頭痛の各章には、最もよく知られ確立された原因が列挙され、診断基準が与えられている。

However, in many chapters, for example 9. Headache attributed to infection, there are an almost endless number of possible causes.

しかしながら、多くの章では、たとえば 9. 感染による頭痛、のように可能性のある原因は無数に存在する。

In order to avoid a very long list, only the most important are mentioned.

リストが長大になるのを避けるために、最も重要なものについてだけ言及した。

In the example, rarer causes are assigned to 9.2.3 Headache attributed to other systemic infection.

例えば、稀な原因は、9.2.3 その他の全身感染による頭痛、と診断される。

The same system is used in the other chapters on secondary headaches.

同じような扱い方は、二次性頭痛のその他の章においても使用されている。

14. The diagnostic criteria for the secondary headaches no longer require remission or substantial improvement of the underlying causative disorder before the headache diagnosis can be made.

二次性頭痛の診断基準として、頭痛の診断前に基礎にある原因疾患が緩解または大幅に改善する必要はもはや存在しない。

The diagnostic criteria of ICHD-3 beta may be applied already on presentation or as soon after as the underlying disorder is confirmed.

ICHD-3 ベータ版の診断基準は、発症時または基礎疾患が確認された後、すぐに適用することができる。

Criterion A is presence of the headache; criterion B is presence of the causative disorder; criterion C is the evidence of causation.

診断基準 A は頭痛の存在、診断基準 B は原因疾患の存在、診断基準 C は因果関係の証拠である。

In acute conditions, a close temporal relation between onset of headache and onset of the presumed causative disorder is often sufficient to establish causation,

whereas less acute conditions usually require more evidence of causation.

急性疾患では、頭痛の発症と原因と考えられる疾患の発症が時期的に一致していれば因果関係を確立するのにしばしば十分であるが、さほど急性ではない疾患では、通常さらなる因果関係の証拠が必要である。

In all cases, the last criterion must be applied as a check: ‘Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis’.

全ての症例で、最終の診断基準、‘他に最適な ICHD-3 の診断がない’を当てはめる必要がある。

15. In a few secondary headaches, 5.2 Persistent head-ache attributed to traumatic head injury being a good example, persistent headache subforms are recognized to occur; that is, headache that was caused initially by another disorder fails to remit after that disorder has resolved.

少数の二次性頭痛では、5.2 頭部外傷による持続性頭痛、が良い例であるが、この場合、持続性頭痛のサブフォームが起こることが認められ、それは、最初に他疾患によって引き起こされた頭痛が、その疾患の解消後も改善しない場合である。

In such cases, the diagnosis changes from the acute subform (e.g. 5.1 Acute headache attributed to traumatic head injury) to the persistent subform (5.2 Persistent headache attributed to traumatic head injury) after a specified time interval (three months in this example).

このような場合には、診断は急性のサブフォーム(例えば 5.1 頭部外傷による急性頭痛)から持続性のサブフォーム(5.2 頭部外傷による持続性頭痛)に、特定の時間間隔を空けて(この例の場合 3 ヶ月)変更する。

Evidence of causation depends on earlier fulfilment of the criteria for diagnosis of the acute subform, and persistence of the same headache.

因果関係の証拠は、急性のサブフォームの診断基準を以前満たしていたこと、そして同じ頭痛が持続することによる。

Most such diagnoses are in the Appendix because of insufficient evidence for their

existence.

このような診断のほとんどがそれらの存在の証拠が不十分なために付録に記載されている。

They will not usually be applied, but are there to stimulate research into better criteria for causation.

これらは通常は適応されないが、より優れた因果関係の基準の研究を刺激するためにそこに含めた。

16. The Appendix is for research.

付録は研究のためのものである。

It helps clinical scientists study orphan entities for later inclusion in (or, in some cases, exclusion from) the main body of the classification.

これは、後に本分類に含めるため(または場合によっては除外するため)、臨床の研究者が稀少な疾患を研究するのに役立つ。

Most diagnoses and diagnostic criteria in the Appendix are either new or alternatives to criteria in the main body.

付録の診断および診断基準のほとんどが、新規のものか、または本分類の診断基準の代替となるものである。

Some are old entities not yet sufficiently validated; these are expected to be deleted in the next revision of ICHD if evidence is not produced.

一部は古い疾患で妥当性がまだ十分に確認されていないものであり、これらは証拠が得られなければ、次版の ICHD から削除されることが予測される。

Classification

頭痛分類 日本語 (暫定版)

ICHD-3 code Diagnosis

第 1 部 (Part One)

一次性頭痛 (The primary headaches)

1. Migraine

1. 片頭痛

1.1 Migraine without aura

1.1 前兆のない片頭痛

1.2 Migraine with aura

1.2 前兆のある片頭痛

1.2.1 Migraine with typical aura

1.2.1 典型的な前兆を伴う片頭痛

1.2.1.1 Typical aura with headache

1.2.1.1 典型的な前兆に頭痛を伴うもの

1.2.1.2 Typical aura without headache

1.2.1.2 典型的な前兆のみで頭痛を伴わないもの

1.2.2 Migraine with brainstem aura

1.2.2 脳幹性前兆を伴う片頭痛

1.2.3 Hemiplegic migraine

1.2.3 片麻痺性片頭痛

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1 家族性片麻痺性片頭痛(FHM)

1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)

1.2.3.1.1 家族性片麻痺性片頭痛 I 型 (FHM1)

1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)

1.2.3.1.2 家族性片麻痺性片頭痛 II 型 (FHM2)

1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)

1.2.3.1.3 家族性片麻痺性片頭痛 III 型 (FHM3)

1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.1.4 家族性片麻痺性片頭痛,他の遺伝子座位

- 1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine
 - 1.2.3.2 孤発性片麻痺性片頭痛
- 1.2.4 Retinal migraine
 - 1.2.4 網膜片頭痛
- 1.3 Chronic migraine
 - 1.3 慢性片頭痛
- 1.4 Complications of migraine
 - 1.4 片頭痛の合併症
 - 1.4.1 Status migrainosus
 - 1.4.1 片頭痛発作重積
 - 1.4.2 Persistent aura without infarction
 - 1.4.2 遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの
 - 1.4.3 Migrainous infarction
 - 1.4.3 片頭痛性脳梗塞
 - 1.4.4 Migraine aura-triggered seizure
 - 1.4.4 片頭痛前兆により誘発される痙攣発作
- 1.5 Probable migraine
 - 1.5 片頭痛の疑い
 - 1.5.1 Probable migraine without aura
 - 1.5.1 前兆のない片頭痛の疑い
 - 1.5.2 Probable migraine with aura
 - 1.5.2 前兆のある片頭痛の疑い
- 1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine
 - 1.6 片頭痛に関連する周期性症候群
 - 1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance
 - 1.6.1 再発性消化管障害
 - 1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome
 - 1.6.1.1 周期性嘔吐症候群
 - 1.6.1.2 Abdominal migraine
 - 1.6.1.2 腹部片頭痛
 - 1.6.2 Benign paroxysmal vertigo
 - 1.6.2 良性発作性めまい
 - 1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

1.6.3 良性発作性斜頸

2. Tension-type headache (TTH)

2. 緊張型頭痛(TTH)

2.1 Infrequent episodic tension-type headache

2.1 稀発反復性緊張型頭痛

2.1.1 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.1.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛

2.1.2 Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.1.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない稀発反復性緊張型頭痛

2.2 Frequent episodic tension-type headache

2.2 頻発反復性緊張型頭痛

2.2.1 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.2.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う頻発反復性緊張型頭痛

2.2.2 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.2.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない頻発反復性緊張型頭痛

2.3 Chronic tension-type headache

2.3 慢性緊張型頭痛

2.3.1 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.3.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う慢性緊張型頭痛

2.3.2 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.3.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない慢性緊張型頭痛

2.4 Probable tension-type headache

2.4 緊張型頭痛の疑い

2.4.1 Probable infrequent episodic tension-type headache

2.4.1 稀発反復性緊張型頭痛の疑い

2.4.2 Probable frequent episodic tension-type headache

2.4.2 頻発反復性緊張型頭痛の疑い

2.4.3 Probable chronic tension-type headache

2.4.3 慢性緊張型頭痛の疑い

3. Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)

3. 三叉神経・自律神経性頭痛 (TACs)

3.1 Cluster headache

3.1 群発頭痛

3.1.1 Episodic cluster headache

3.1.1 反復性群発頭痛

3.1.2 Chronic cluster headache

3.1.2 慢性群発頭痛

3.2 Paroxysmal hemicrania

3.2 発作性片側頭痛

3.2.1 Episodic paroxysmal hemicrania

3.2.1 反復性発作性片側頭痛

3.2.2 Chronic paroxysmal hemicrania

3.2.2 慢性発作性片側頭痛

3.3 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

3.3 短時間持続性片側神経痛様頭痛発作

3.3.1 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)

3.3.1 結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(SUNCT)

3.3.1.1 Episodic SUNCT

3.3.1.1 反復性 SUNCT

3.3.1.2 Chronic SUNCT

3.3.1.2 慢性 SUNCT

3.3.2 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)

3.3.2 頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(SUNA)

3.3.2.1 Episodic SUNA

3.3.2.1 反復性 SUNA

3.3.2.2 Chronic SUNA

3.3.2.2 慢性 SUNA

3.4 Hemicrania continua

3.4 持続性片側頭痛

3.4.1 Hemicrania continua, remitting subtype

3.4.1 持続性片側頭痛, 寛解型サブタイプ

3. 4. 2 Hemicrania continua, unremitting subtype

3. 4. 2 持続性片側頭痛, 非寛解型サブタイプ

3.5 Probable trigeminal autonomic cephalalgia

3.5 三叉神経・自律神経性頭痛の疑い

3.5.1 Probable cluster headache

3.5.1 群発頭痛の疑い

3.5.2 Probable paroxysmal hemicrania

3.5.2 発作性片側頭痛の疑い

3.5.3 Probable short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

3.5.3 頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(SUNA)の疑い

3.5.4 Probable hemicrania continua

3.5.4 持続性片側頭痛の疑い

4. Other primary headache disorders

4. その他の一次性頭痛性疾患

4.1 Primary cough headache

4.1 一次性咳嗽性頭痛

4.1.1 Probable primary cough headache

4.1.1 一次性咳嗽性頭痛の疑い

4.2 Primary exercise headache

4.2 一次性運動時頭痛

4.2.1 Probable primary exercise headache

4.2.1 一次性運動時頭痛の疑い

4.3 Primary headache associated with sexual activity

4.3 性行為に伴う一次性頭痛

4.3.1 Probable primary headache associated with sexual activity

4.3.1 性行為に伴う一次性頭痛の疑い

4.4 Primary thunderclap headache

4.4 一次性雷鳴頭痛

4.5 Cold-stimulus headache

4.5 寒冷刺激による頭痛

4.5.1 Headache attributed to external application of a cold stimulus

4.5.1 外的寒冷刺激による頭痛

4.5.2 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus

4.5.2 冷たいものの摂取または冷氣吸息による頭痛

4.5.3 Probable cold-stimulus headache

4.5.3 寒冷刺激による頭痛の疑い

4.5.3.1 Headache probably attributed to external application of a cold stimulus

4.5.3.1 外的寒冷刺激による頭痛の疑い

4.5.3.2 Headache probably attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus

4.5.3.2 冷たいものの摂取または冷氣吸息による頭痛の疑い

4.6 External-pressure headache

4.6 頭蓋外からの圧力による頭痛

4.6.1 External-compression headache

4.6.1 頭蓋外からの圧迫による頭痛

4.6.2 External-traction headache

4.6.2 頭蓋外からの牽引による頭痛

4.6.3 Probable external-pressure headache

4.6.3 頭蓋外からの圧力による頭痛の疑い

4.6.3.1 Probable external-compression headache

4.6.3.1 頭蓋外からの圧迫による頭痛の疑い

4.6.3.2 Probable external-traction headache

4.6.3.2 頭蓋外からの牽引による頭痛の疑い

4.7 Primary stabbing headache

4.7 一次性穿刺様頭痛

4.7.1 Probable primary stabbing headache

4.7.1 一次性穿刺様頭痛の疑い

4.8 Nummular headache

4.8 貨幣状頭痛

4.8.1 Probable nummular headache

4.8.1 貨幣状頭痛の疑い

4.9 Hypnic headache

4.9 睡眠時頭痛

4.9.1 Probable hypnic headache

4.9.1 睡眠時頭痛の疑い

4.10 New daily persistent headache (NDPH)

4.10 新規発症持続性連日性頭痛(NDPH)

4.10.1 Probable new daily persistent headache

4.10.1 新規発症持続性連日性頭痛の疑い

第2部 (Part Two)

二次性頭痛 (The secondary headaches)

5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛

5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

5.1 頭部外傷による急性頭痛

5.1.1 Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

5.1.1. 中等症または重症頭部外傷による急性頭痛

5.1.2 Acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

5.1.2. 軽症頭部外傷による急性頭痛

5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

5.2 頭部外傷による持続性頭痛

5.2.1 Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

5.2.1 中等症または重症頭部外傷による持続性頭痛

5.2.2 Persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

5.2.2 軽症頭部外傷による持続性頭痛

5.3 Acute headache attributed to whiplash

5.3 むち打ちによる急性頭痛

5.4 Persistent headache attributed to whiplash

5.4 むち打ちによる持続性頭痛

5.5 Acute headache attributed to craniotomy

5.5 開頭術による急性頭痛

5.6 Persistent headache attributed to craniotomy

5.6 開頭術による持続性頭痛

6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

6. 頭頸部血管障害による頭痛

6.1 Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack

6.1 虚血性脳卒中または一過性脳虚血発作による頭痛

6.1.1 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)

6.1.1 虚血性脳卒中(脳梗塞)による頭痛

6.1.2 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA)

6.1.2 一過性脳虚血発作(TIA)による頭痛

6.2 Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage

6.2 非外傷性頭蓋内出血による頭痛

6.2.1 Headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage

6.2.1 非外傷性脳内出血による頭痛

6.2.2 Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH)

6.2.2 非外傷性くも膜下出血(SAH)による頭痛

6.2.3 Headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH)

6.2.3 非外傷性急性硬膜下出血(ASDH)による頭痛

6.3 Headache attributed to unruptured vascular malformation

6.3 未破裂血管奇形による頭痛

6.3.1 Headache attributed to unruptured saccular aneurysm

6.3.1 未破裂嚢状動脈瘤による頭痛

6.3.2 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM)

6.3.2 動静脈奇形(AVM)による頭痛

6.3.3 Headache attributed to dural arteriovenous fistula (DAVF)

6.3.3 硬膜動静脈瘻(DAVF)による頭痛

- 6.3.4 Headache attributed to cavernous angioma
6.3.4 海綿状血管腫による頭痛
- 6.3.5 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)
6.3.5 脳三叉神経性または軟膜血管腫症(スタージ・ウェーバー症候群)による頭痛
- 6.4 Headache attributed to arteritis
6.4 動脈炎による頭痛
 - 6.4.1 Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)
6.4.1 巨細胞性動脈炎(GCA)による頭痛
 - 6.4.2 Headache attributed to primary angiitis of the central nervous system (PACNS)
6.4.2 中枢神経系原発性血管炎(PACNS)による頭痛
 - 6.4.3 Headache attributed to secondary angiitis of the central nervous system (SACNS)
6.4.3 中枢神経系統発性血管炎(SACNS)による頭痛
- 6.5 Headache attributed to cervical carotid or vertebral artery disorder
6.5 頸部頸動脈または椎骨動脈障害による頭痛
 - 6.5.1 Headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery dissection
6.5.1 頸部頸動脈または椎骨動脈の解離による頭痛、顔面痛または頸部痛
 - 6.5.2 Post-endarterectomy headache
6.5.2 動脈内膜切除術後頭痛
 - 6.5.3 Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty
6.5.3 頸動脈または椎骨動脈の血管形成術性頭痛
- 6.6 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT)
6.6 脳静脈血栓症(CVT)による頭痛
- 6.7 Headache attributed to other acute intracranial arterial disorder
6.7 その他の急性頭蓋内動脈障害による頭痛
 - 6.7.1 Headache attributed to an intracranial endovascular procedure
6.7.1 頭蓋内血管内手技による頭痛
 - 6.7.2 Angiography headache
6.7.2 血管造影性頭痛
 - 6.7.3 Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)
6.7.3 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)による頭痛

6.7.3.1 Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)

6.7.3.1 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)による頭痛の疑い

6.7.4 Headache attributed to intracranial arterial dissection

6.7.4 頭蓋内動脈解離による頭痛

6.8 Headache attributed to genetic vasculopathy

6.8 遺伝性血管異常症による頭痛

6.8.1 Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)

6.8.1 皮質下梗塞および白質脳症を伴った常染色体優性脳動脈症(CADASIL)

6.8.2 Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)

6.8.2 ミトコンドリア脳症・乳酸アシドーシス・脳卒中様発作症候群(MELAS)

6.8.3 Headache attributed to another genetic vasculopathy

6.8.3 その他の遺伝性血管異常症による頭痛

6.9 Headache attributed to pituitary apoplexy

6.9 下垂体卒中による頭痛

7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛

7.1 Headache attributed to increased cerebrospinal fluid pressure

7.1 頭蓋内圧亢進性頭痛

7.1.1 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)

7.1.1 特発性頭蓋内圧亢進(IIH)による頭痛

7.1.2 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes

7.1.2 代謝・中毒・内分泌に起因する頭蓋内圧亢進による頭痛

7.1.3 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus

7.1.3 水頭症に起因する頭蓋内圧亢進による頭痛

7.2 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure

7.2 低髄液圧による頭痛

7.2.1 Post-dural puncture headache

7.2.1 硬膜穿刺後頭痛

7.2.2 CSF fistula headache

7.2.2 髄液瘻性頭痛

- 7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension
- 7.2.3 特発性低頭蓋内圧性頭痛
- 7.3 Headache attributed to non-infectious inflammatory disease
- 7.3 非感染性炎症疾患性頭痛
 - 7.3.1 Headache attributed to neurosarcoidosis
 - 7.3.1 神経サルコイドーシスによる頭痛
 - 7.3.2 Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis
 - 7.3.2 無菌性(非感染性)髄膜炎による頭痛
 - 7.3.3 Headache attributed to other non-infectious inflammatory disease
 - 7.3.3 その他の非感染性炎症疾患による頭痛
 - 7.3.4 Headache attributed to lymphocytic hypophysitis
 - 7.3.4 リンパ球性下垂体炎による頭痛
 - 7.3.5 Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)
 - 7.3.5 脳脊髄液リンパ球増加症候群(HaNDL)による一過性の頭痛と神経学的欠損
- 7.4 Headache attributed to intracranial neoplasia
- 7.4 頭蓋内新生物による頭痛
 - 7.4.1 Headache attributed to intracranial neoplasm
 - 7.4.1 脳腫瘍による頭痛
 - 7.4.1.1 Headache attributed to colloid cyst of the third ventricle
 - 7.4.1.1 第3脳室コロイド嚢胞による頭痛
 - 7.4.2 Headache attributed to carcinomatous meningitis
 - 7.4.2 がん性髄膜炎による頭痛
 - 7.4.3 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion
 - 7.4.3 視床下部あるいは下垂体の分泌過多または分泌不全による頭痛
- 7.5 Headache attributed to intrathecal injection
- 7.5 髄注による頭痛
- 7.6 Headache attributed to epileptic seizure
- 7.6 てんかん発作による頭痛
 - 7.6.1 Hemispheric epileptics
 - 7.6.1 てんかん性片側頭痛
 - 7.6.2 Post-ictal headache
 - 7.6.2 てんかん発作後頭痛

7.7 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)

7.7 キアリ奇形 I 型(CM1)による頭痛

7.8 Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder

7.8 その他の非血管性頭蓋内疾患による頭痛

8. Headache attributed to a substance or its withdrawal

8. 物質またはその離脱による頭痛

8.1 Headache attributed to use of or exposure to a substance

8.1 物質使用または曝露による頭痛

8.1.1 Nitric oxide (NO) donor-induced headache

8.1.1 一酸化窒素(NO)供与体誘発頭痛

8.1.1.1 Immediate NO donor-induced headache

8.1.1.1 即時型一酸化窒素供与体誘発頭痛

8.1.1.2 Delayed NO donor-induced headache

8.1.1.2 遅延型一酸化窒素供与体誘発頭痛

8.1.2 Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache

8.1.2 ホスホジエステラーゼ(PDE)阻害薬誘発頭痛

8.1.3 Carbon monoxide (CO)-induced headache

8.1.3 一酸化炭素(CO)誘発頭痛

8.1.4 Alcohol-induced headache

8.1.4 アルコール誘発頭痛

8.1.4.1 Immediate alcohol-induced headache

8.1.4.1 即時型アルコール誘発頭痛

8.1.4.2 Delayed alcohol-induced headache

8.1.4.2 遅延型アルコール誘発頭痛

8.1.5 Headache induced by food and/or additive

8.1.5 食品および添加物誘発頭痛

8.1.5.1 Monosodium glutamate (MSG)-induced headache

8.1.5.1 グルタミン酸ナトリウム(MSG)誘発頭痛

8.1.6 Cocaine-induced headache

8.1.6 コカイン誘発頭痛

8.1.7 Histamine-induced headache

8.1.7 ヒスタミン誘発頭痛

- 8.1.7.1 Immediate histamine-induced headache
8.1.7.1 即時型ヒスタミン誘発頭痛
- 8.1.7.2 Delayed histamine-induced headache
8.1.7.2 遅延型ヒスタミン誘発頭痛
- 8.1.8 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache
8.1.8 カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)誘発頭痛
 - 8.1.8.1 Immediate CGRP-induced headache
8.1.8.1 即時型 CGRP 誘発頭痛
 - 8.1.8.2 Delayed CGRP-induced headache
8.1.8.2 遅延型 CGRP 誘発頭痛
- 8.1.9 Headache attributed to exogenous acute pressor agent
8.1.9 外因性急性昇圧物質による頭痛
- 8.1.10 Headache attributed to occasional use of non-headache medication
8.1.10 頭痛治療薬以外の薬剤の一時的使用による頭痛
- 8.1.11 Headache attributed to long-term use of non-headache medication
8.1.11 頭痛治療薬以外の薬剤の長期使用による頭痛
- 8.1.12 Headache attributed to exogenous hormone
8.1.12 外因性ホルモンによる頭痛
- 8.1.13 Headache attributed to use of or exposure to other substance
8.1.13 その他の物質の使用または曝露による頭痛
- 8.2 Medication-overuse headache (MOH)
8.2 薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛、MOH)
 - 8.2.1 Ergotamine-overuse headache
8.2.1 エルゴタミン乱用頭痛
 - 8.2.2 Triptan-overuse headache
8.2.2 トリプタン乱用頭痛
 - 8.2.3 Simple analgesic-overuse headache
8.2.3 単純鎮痛薬乱用頭痛
 - 8.2.3.1 Paracetamol (acetaminophen)-overuse headache
8.2.3.1 パラセタモール(アセトアミノフェン)乱用頭痛
 - 8.2.3.2 Acetylsalicylic acid-overuse headache
8.2.3.2 アセチルサリチル酸乱用頭痛

8.2.3.3 Other non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-overuse headache
8.2.3.3 その他の非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)乱用頭痛

8.2.4 Opioid-overuse headache
8.2.4 オピオイド乱用頭痛

8.2.5 Combination-analgesic-overuse headache
8.2.5 複合鎮痛薬乱用頭痛

8.2.6 Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused

8.2.6 単独では乱用に該当しない複数医薬品による薬物乱用頭痛

8.2.7 Medication-overuse headache attributed to unverified overuse of multiple drug classes

8.2.7 乱用内容不明な複数医薬品による薬物乱用頭痛

8.2.8 Medication-overuse headache attributed to other medication

8.2.8 その他の治療薬による薬物乱用頭痛

8.3 Headache attributed to substance withdrawal

8.3 物質離脱による頭痛

8.3.1 Caffeine-withdrawal headache
8.3.1 カフェイン離脱頭痛

8.3.2 Opioid-withdrawal headache
8.3.2 オピオイド離脱頭痛

8.3.3 Oestrogen-withdrawal headache
8.3.3 エストロゲン離脱頭痛

8.3.4 Headache attributed to withdrawal from chronic use of other substance
8.3.4 その他の物質の慢性使用からの離脱による頭痛

9. Headache attributed to infection

9. 感染症による頭痛

9.1 Headache attributed to intracranial infection

9.1 頭蓋内感染症による頭痛

9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis
9.1.1 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛

9.1.1.1 Acute headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis
9.1.1.1 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による急性頭痛

9.1.1.2 Chronic headache attributed to bacterial meningitis or

meningoencephalitis

9.1.1.2 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による慢性頭痛

9.1.1.3 Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.3 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎後の持続性頭痛

9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis

9.1.2 ウイルス性髄膜炎または脳炎による頭痛

9.1.2.1 Headache attributed to viral meningitis

9.1.2.1 ウイルス性髄膜炎による頭痛

9.1.2.2 Headache attributed to viral encephalitis

9.1.2.2 ウイルス性脳炎による頭痛

9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による頭痛

9.1.3.1 Acute headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3.1 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による急性頭痛

9.1.3.2 Chronic headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3.2 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による慢性頭痛

9.1.4 Headache attributed to brain abscess

9.1.4 脳膿瘍による頭痛

9.1.5 Headache attributed to subdural empyema

9.1.5 硬膜下膿瘍による頭痛

9.2 Headache attributed to systemic infection

9.2 全身性感染症による頭痛

9.2.1 Headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1 全身性細菌感染による頭痛

9.2.1.1 Acute headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1.1 全身性細菌感染による急性頭痛

9.2.1.2 Chronic headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1.2 全身性細菌感染による慢性頭痛

9.2.2 Headache attributed to systemic viral infection

9.2.2 全身性ウイルス感染による頭痛

9.2.2.1 Acute headache attributed to systemic viral infection

9.2.2.1 全身性ウイルス感染による急性頭痛

9.2.2.2 Chronic headache attributed to systemic viral infection
9.2.2.2 全身性ウイルス感染による慢性頭痛

9.2.3 Headache attributed to other systemic infection
9.2.3 その他の全身性感染による頭痛

9.2.3.1 Acute headache attributed to other systemic infection
9.2.3.1 その他の全身性感染による急性頭痛

9.2.3.2 Chronic headache attributed to other systemic infection
9.2.3.2 その他の全身性感染による慢性頭痛

10. Headache attributed to disorder of homoeostasis
10. ホメオスターシスの障害による頭痛

10.1 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia
10.1 低酸素血症あるいは高炭酸ガス血症による頭痛

10.1.1 High-altitude headache
10.1.1 高山性頭痛

10.1.2 Headache attributed to aeroplane travel
10.1.2 飛行機頭痛

10.1.3 Diving headache
10.1.3 潜水時頭痛

10.1.4 Sleep apnoea headache
10.1.4 睡眠時無呼吸性頭痛

10.2 Dialysis headache
10.2 透析頭痛

10.3 Headache attributed to arterial hypertension
10.3 高血圧性頭痛

10.3.1 Headache attributed to pheochromocytoma
10.3.1 褐色細胞腫による頭痛

10.3.2 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy
10.3.2 高血圧性脳症のない高血圧性クリーゼによる頭痛

10.3.3 Headache attributed to hypertensive encephalopathy
10.3.3 高血圧性脳症による頭痛

10.3.4 Headache attributed to pre-eclampsia or eclampsia
10.3.4 子癇前症または子癇による頭痛

10.3.5 Headache attributed to autonomic dysreflexia

10.3.5 自律神経反射障害による頭痛

10.4 Headache attributed to hypothyroidism

10.4 甲状腺機能低下症による頭痛

10.5 Headache attributed to fasting

10.5 絶食による頭痛

10.6 Cardiac cephalalgia

10.6 心臓性頭痛

10.7 Headache attributed to other disorder of homeostasis

10.7 その他のホメオスターシス障害による頭痛

11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

11.頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛

11.1 Headache attributed to disorder of cranial bone

11.1 頭蓋骨疾患による頭痛

11.2 Headache attributed to disorder of the neck

11.2 頸部疾患による頭痛

11.2.1 Cervicogenic headache

11.2.1 頸原性頭痛

11.2.2 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis

11.2.2 後咽頭腱炎による頭痛

11.2.3 Headache attributed to craniocervical dystonia

11.2.3 頭頸部ジストニーによる頭痛

11.3 Headache attributed to disorder of the eyes

11.3 眼疾患による頭痛

11.3.1 Headache attributed to acute glaucoma

11.3.1 急性緑内障による頭痛

11.3.2 Headache attributed to refractive error

11.3.2 屈折異常による頭痛

11.3.3 Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or persistent squint)

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

- 11.3.4 Headache attributed to ocular inflammatory disorder
11.3.4 眼球炎症性疾患による頭痛
- 11.3.5 Headache attributed to trochleitis
11.3.5 眼窩滑車部炎による頭痛
- 11.4 Headache attributed to disorder of the ears
11.4 耳疾患による頭痛
- 11.5 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses
11.5 鼻・副鼻腔疾患による頭痛
 - 11.5.1 Headache attributed to acute rhinosinusitis
11.5.1 急性鼻副鼻腔炎による頭痛
 - 11.5.2 Headache attributed to chronic or recurring rhinosinusitis
11.5.2 慢性・再発性鼻副鼻腔炎による頭痛
- 11.6 Headache attributed to disorder of the teeth or jaw
11.6 歯・顎の障害による頭痛
- 11.7 Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD)
11.7 顎関節症(TMD)による頭痛
- 11.8 Head or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament
11.8 茎突舌骨靭帯炎による頭痛または顔面痛
- 11.9 Headache or facial pain attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure
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
- 12. Headache attributed to psychiatric disorder
12. 精神疾患による頭痛
 - 12.1 Headache attributed to somatization disorder
12.1 身体化障害による頭痛
 - 12.2 Headache attributed to psychotic disorder
12.2 精神病性障害による頭痛

第3部(Part Three)

有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛およびその他の頭痛

(Painful cranial neuropathies, other facial and other headaches)

13. Painful cranial neuropathies and other facial pains

13. 有痛性脳神経ニューロパチーおよび他の顔面痛

13.1 Trigeminal neuralgia

13.1 三叉神経痛

13.1.1 Classical trigeminal neuralgia

13.1.1 典型的三叉神経痛

13.1.1.1 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal

13.1.1.1 典型的三叉神経痛、純粋発作性

13.1.1.2 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain

13.1.1.2 持続性顔面痛を伴う典型的三叉神経痛

13.1.2 Painful trigeminal neuropathy

13.1.2 有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.1 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster

13.1.2.1 急性帯状疱疹による有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.2 Post-herpetic trigeminal neuropathy

13.1.2.2 帯状疱疹後三叉神経ニューロパチー

13.1.2.3 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy

13.1.2.3 外傷後有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque

13.1.2.4 多発性硬化症(MS)による有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.5 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion

13.1.2.5 占拠性病変による有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.6 Painful trigeminal neuropathy attributed to other disorder

13.1.2.6 その他の疾患による有痛性三叉神経ニューロパチー

13.2 Glossopharyngeal neuralgia

13.2 舌咽神経痛

13.3 Nervus intermedius (facial nerve) neuralgia

13.3 中間神経(顔面神経)痛

13.3.1 Classical nervus intermedius neuralgia

13.3.1 典型的中間神経痛

13.3.2 Nervus intermedius neuropathy attributed to Herpes zoster

13.3.2 帯状疱疹による中間神経痛

13.4 Occipital neuralgia

13.4 後頭神経痛

13.5 Optic neuritis

13.5 視神経炎

13.6 Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy

13.6 虚血性眼球運動神経麻痺による頭痛

13.7 Tolosa-Hunt syndrome

13.7 トロサ・ハント症候群

13.8 Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome

13.8 傍三叉神経性眼交感神経症候群(レーダー症候群)

13.9 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy

13.9 再発性有痛性眼筋麻痺性ニューロパチー

13.10 Burning mouth syndrome (BMS)

13.10 口腔内灼熱症候群(BMS)

13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP)

13.11 持続性特発性顔面痛(PIFP)

13.12 Central neuropathic pain

13.12 中枢性神経障害性疼痛

13.12.1 Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS)

13.12.1 多発性硬化症(MS)による中枢性神経障害性疼痛

13.12.2 Central post-stroke pain (CPSP)

13.12.2 脳卒中後中枢性疼痛 (CPSP)

14. Other headache disorders

14. その他の頭痛性疾患

14.1 Headache not elsewhere classified

14.1 分類不能の頭痛

14.2 Headache unspecified

14.2 詳細不明の頭痛

A. Appendix

A. 付録

A1. Migraine

A1. 片頭痛

A1.1 Migraine without aura

A1.1 前兆のない片頭痛

A1.1.1 Pure menstrual migraine without aura

A1.1.1 前兆のない純粋月経時片頭痛

A1.1.2 Menstrually related migraine without aura

A1.1.2 前兆のない月経関連片頭痛

A1.1.3 Non-menstrual migraine without aura

A1.1.3 前兆のない非月経時片頭痛

A1.2 Migraine with aura (alternative criteria)

A1.2 前兆のある片頭痛(代替診断基準)

A1.2.1 Migraine with typical aura (alternative criteria)

A1.2.1 典型的な前兆のある片頭痛(代替診断基準)

A1.3 Chronic migraine (alternative criteria)

A1.3 慢性片頭痛(代替診断基準)

A1.3.1 Chronic migraine with pain-free periods

A1.3.1 寛解期のある慢性片頭痛

A1.3.2 Chronic migraine with continuous pain

A1.3.2 持続性疼痛を伴う慢性片頭痛

A1.4 Complications of migraine

A1.4 片頭痛の合併症

A1.4.5 Migraine aura status

A1.4.5 片頭痛前兆重積状態

A1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

A1.6 片頭痛に関連するかもしれない周期性症候群

A1.6.4 Infantile colic

A1.6.4 乳児仙痛

A1.6.5 Alternating hemiplegia of childhood

A1.6.5 小児交互性片麻痺

A1.6.6 Vestibular migraine
A1.6.6 前庭性片頭痛

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

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

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

A4. Other primary headache disorders
A4.その他の一次性頭痛

A4.11 Epicrania fugax
A4.11 一過性表在頭痛

A5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck
A5. 頭頸部外傷による頭痛

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

A5.1.1.1 Delayed-onset acute headache attributed to moderate or severe 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

A5.1.2.1 Delayed-onset acute headache attributed to mild 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

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

A5.2.1.1 Delayed-onset persistent headache attributed to moderate or severe 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

A5.2.2.1 Delayed-onset persistent headache attributed to mild 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

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

A5.8 Acute headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck

A5.8 その他の頭頸部外傷による急性頭痛

A5.9 Persistent 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

A6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

A6. 頭頸部血管障害による頭痛

A6.10 Persistent headache attributed to past cranial or cervical vascular disorder

A6.10 既往の頭頸部血管障害による持続性頭痛

A7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

A7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛

A7.6 Headache attributed to epileptic seizure

A7.6 てんかん発作による頭痛

A7.6.3 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache

A7.6.3 電気痙攣療法(ECT)後頭痛

A7.9 Persistent headache attributed to past non-vascular intracranial disorder

A7.9 非血管性頭蓋内疾患の既往による持続性頭痛

A8. Headache attributed to a substance or its withdrawal

A8. 物質またはその離脱による頭痛

A8.4 Persistent headache attributed to past use of or exposure to a substance

A8.4 物質の過去の使用・曝露による持続性頭痛

A9. Headache attributed to infection

A9. 感染による頭痛

A9.1 Headache attributed to intracranial infection

A9.1 頭蓋内感染症による頭痛

A9.1.3.3 Persistent headache attributed to past intracranial fungal or other parasitic infection

A9.1.3.3 過去の頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による持続性頭痛

A9.1.6 Headache attributed to other infective space-occupying lesion

A9.1.6 その他の感染性占拠性病変による頭痛

A9.3 Headache attributed to human immunodeficiency virus (HIV) infection

A9.3 ヒト免疫不全ウイルス(HIV)による頭痛

A10. Headache attributed to disorder of homoeostasis

A10. ホメオスターシスの障害による頭痛

A10.7 Head and/or neck pain attributed to orthostatic (postural) hypotension

A10.7 起立性(体位性)低血圧による頭頸部痛

A10.8 Headache attributed to other disorder of homeostasis

A10.8 その他のホメオスターシスの障害による頭痛

A10.8.1 Headache attributed to travel in space

A10.8.1 宇宙飛行による頭痛

A10.8.2 Headache attributed to other metabolic or systemic disorder

A10.8.2 その他の代謝性または全身性疾患による頭痛

A10.9 Persistent headache attributed to past disorder of homeostasis

A10.9 既往のホメオスターシスの障害による持続性頭痛

A11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

A11. 頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭部の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛

A11.2 Headache attributed to disorder of the neck

A11.2 頸部疾患による頭痛

A11.2.4 Headache attributed to upper cervical radiculopathy

A11.2.4 上位頸髄神経根症による頭痛

A11.2.5 Headache attributed to cervical myofascial pain

A11.2.5 頸部筋筋膜痛による頭痛

A11.5 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

A11.5 鼻腔または副鼻腔疾患による頭痛

A11.5.3 Headache attributed to disorder of the nasal mucosa, turbinates or septum

A11.5.3 鼻粘膜、鼻甲介、鼻中隔の障害による頭痛

A12. Headache attributed to psychiatric disorder

A12. 精神疾患による頭痛

A12.3 Headache attributed to depressive disorder

A12.3 うつ病による頭痛

A12.4 Headache attributed to separation anxiety disorder

A12.4 分離不安障害による頭痛

A12.5 Headache attributed to panic disorder

A12.5 パニック障害による頭痛

A12.6 Headache attributed to specific phobia

A12.6 特定の個別恐怖症による頭痛

A12.7 Headache attributed to social anxiety disorder (social phobia)

A12.7 社会不安障害(社会恐怖症)による頭痛

A12.8 Headache attributed to generalized anxiety disorder

A12.8 全般性不安障害による頭痛

A12.9 Headache attributed to post-traumatic stress disorder

A12.9 心的外傷後ストレス障害による頭痛

A12.10 Headache attributed to acute stress disorder

A12.10 急性ストレス障害による頭痛

Part one

第 1 部

The primary headaches

一次性頭痛

1. Migraine

1.片頭痛

2. Tension-type headache

2.緊張型頭痛

3. Trigeminal autonomic cephalalgias

3.三叉神経・自律神経性頭痛

4. Other primary headache disorders

4.その他の一次性頭痛性疾患

1. Migraine

1. 片頭痛

1.1 Migraine without aura

1.1 前兆のない片頭痛

1.2 Migraine with aura

1.2 前兆のある片頭痛

1.2.1 Migraine with typical aura

1.2.1 典型的な前兆を伴う片頭痛

1.2.1.1 Typical aura with headache

1.2.1.1 典型的な前兆に頭痛を伴うもの

1.2.1.2 Typical aura without headache

1.2.1.2 典型的な前兆のみで頭痛を伴わないもの

1.2.2 Migraine with brainstem aura

1.2.2 脳幹性前兆を伴う片頭痛

[1.2.6 脳底型片頭痛 (Basilar-type migraine)]

1.2.3 Hemiplegic migraine

1.2.3 片麻痺性片頭痛

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1 家族性片麻痺性片頭痛 (Familial hemiplegic migraine)

1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)

1.2.3.1.1 家族性片麻痺性片頭痛 1 型 (FHM1)

1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)

1.2.3.1.2 家族性片麻痺性片頭痛 2 型 (FHM2)

1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)

1.2.3.1.3 家族性片麻痺性片頭痛 3 型 (FHM3)

1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.1.4 家族性片麻痺性片頭痛, 他の遺伝子座位

1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine

1.2.3.2 孤発性片麻痺性片頭痛 (Sporadic hemiplegic migraine)

1.2.4 Retinal migraine

1.2.4 網膜片頭痛 (Retinal migraine)

1.3 Chronic migraine

1.3 慢性片頭痛 (Chronic migraine)

1.4 Complications of migraine

1.4 片頭痛の合併症 (Complications of migraine)

1.4.1 Status migrainosus

1.4.1 片頭痛発作重積 (Status migrainosus)

1.4.2 Persistent aura without infarction

1.4.2 遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの (Persistent aura without infarction)

1.4.3 Migrainous infarction

1.4.3 片頭痛性脳梗塞 (Migrainous infarction)

1.4.4 Migraine aura-triggered seizure

1.4.4 片頭痛前兆により誘発される痙攣発作 (Migraine triggered seizure)

1.5 Probable migraine

1.5 片頭痛の疑い (Probable migraine)

1.5.1 Probable migraine without aura

1.5.1 前兆のない片頭痛の疑い (Probable migraine without aura)

1.5.2 Probable migraine with aura

1.5.2 前兆のある片頭痛の疑い (Probable migraine with aura)

~~1.6.5 慢性片頭痛の疑い (Probable chronic migraine)~~

1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

1.6 片頭痛に関連する周期性症候群 (Childhood periodic syndromes that are commonly precursors of migraine)

1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance

1.6.1 再発性消化管障害

1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome

1.6.1.1 周期性嘔吐症候群 (Cyclical vomiting)

1.6.1.2 Abdominal migraine

1.6.1.2 腹部片頭痛 (Abdominal migraine)

1.6.2 Benign paroxysmal vertigo

1.6.2 ~~小児~~良性発作性めまい (Benign paroxysmal vertigo of childhood)

1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

1.6.3 ~~A1.3.5~~ 良性発作性斜頸 (Benign paroxysmal torticollis)

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Migraine-like headache secondary to another disorder (symptomatic migraine) is coded as a secondary headache attributed to that disorder.

その他の疾患から二次的に起った片頭痛様頭痛(症候性片頭痛)は, その疾患に応じて二次性頭痛としてコード化する.

General comment

全般的コメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か, 二次性頭痛か, あるいはその両方か?

When a new headache with the characteristics of migraine occurs for the first time in close temporal relation to another disorder known to cause headache, or fulfills other criteria for causation by that disorder, the new headache is coded as a secondary headache attributed to the causative disorder.

片頭痛の特徴を有する頭痛が初発し、頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致する場合、あるいはその疾患による二次性頭痛の診断基準を満たす場合には、原因疾患に応じて二次性頭痛としてコード化する。

When *pre-existing* migraine becomes *chronic* in close temporal relation to such a causative disorder, both the initial migraine diagnosis and the secondary diagnosis should be given.

頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致して、以前から存在する片頭痛が慢性化する場合には、元々ある片頭痛およびその疾患に応じた二次性頭痛の両方として診断する。

8.2 *Medication-overuse headache* is a particularly important example of this: both the episodic or chronic migraine diagnosis and the diagnosis 8.2 *Medication-overuse headache* should be given when medication overuse is present.

8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛, *MOH*)」はこのような場合の特に重要な例である。治療薬の過剰使用が存在する場合は、反復性あるいは慢性片頭痛の診断と8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断の両方が与えられるべきである。

When *pre-existing* migraine is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity) in close temporal relation to such a causative disorder, both the initial migraine diagnosis and the secondary headache diagnosis should be given, provided that there is good evidence that the disorder can cause headache.

頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致して、以前から存在する片頭痛が有意に悪化した場合(通常、頻度および・または重症度が2倍かそれ以上になることを意味する)には、その疾患が頭痛の原因となる確証がある場合のみ、元々ある片頭痛およびその疾患に応じた二次性頭痛の両方として診断する。

Introduction

緒言

Migraine is a common disabling primary headache disorder.

片頭痛は、日常生活に支障をきたす一次性頭痛の 1 つで頻度が高い。

Epidemiological studies have documented its high prevalence and high socio-economic and personal impacts.

疫学的研究によれば片頭痛は有病率が高く、社会経済および個人への影響が強い疾患であることが示されている。

In the *Global Burden of Disease Survey 2010*, it was ranked as the third most prevalent disorder and seventh-highest specific cause of disability worldwide.

Global Burden of Disease Survey 2010 では、片頭痛は世界的に見ると有病率の高い疾患としては第 3 番目に、また日常生活に支障をきたす特定の原因の中で第 7 番目に位置付けられている。

Migraine has two major subtypes.

片頭痛は、2 つの主要なサブタイプに分類できる。

1.1 *Migraine without aura* is a clinical syndrome characterized by headache with specific features and associated symptoms.

1.1 「前兆のない片頭痛」は、特異的な頭痛の症状と随伴症状により特徴づけられる臨床的症候群である。

1.2 *Migraine with aura* is primarily characterized by the transient focal neurological symptoms that usually precede or sometimes accompany the headache.

1.2 「前兆のある片頭痛」は、主として頭痛に先行、ないし随伴する一過性の局在神経症状によって特徴づけられる症候群である。

Some patients also experience a premonitory phase, occurring hours or days before the headache, and a headache resolution phase.

患者によっては頭痛発作前に数時間～数日の予兆期(premonitory phase)や頭痛回復期(resolution phase)がある。

Premonitory and resolution symptoms include hyperactivity, hypoactivity, depression, cravings for particular foods, repetitive yawning, fatigue and neck stiffness and/or pain.

予兆期および回復期の症状には、活動性の亢進、活動性の低下、抑うつ気分、特定の食物への過剰な欲求、反復性のあくび、倦怠感、頸のこり、または痛み(あるいはその両方)などがある。

When a patient fulfills criteria for more than one subtype of migraine, all subtypes should be diagnosed and coded.

ある患者が二つ以上の片頭痛サブタイプの診断基準を満たしている場合には、全てのサブタイプを診断しコード化する必要がある。

For example, a patient who has frequent attacks with aura but also some attacks without aura should be coded as 1.2 *Migraine with aura* and 1.1 *Migraine without aura*.

例えば、前兆のある片頭痛発作が頻発するのみならず、前兆のない片頭痛発作が起こることもある患者では、1.2「前兆のある片頭痛」および1.1「前兆のない片頭痛」としてコード化する。

Attacks of either type are included in the diagnostic criteria for 1.3 *Chronic migraine*.

1.3「慢性片頭痛」の診断基準にはどちらのタイプの片頭痛発作も含まれる。

Migraine without aura

1.1「前兆のない片頭痛」

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Common migraine; hemicrania simplex.

普通型片頭痛(common migraine), 単純片側頭痛(hemicrania simplex)

Description:

解説:

Recurrent headache disorder manifesting in attacks lasting 4-72 hours.

頭痛発作を繰り返す疾患で、発作は 4～72 時間持続する。

Typical characteristics of the headache are unilateral location, pulsating quality, moderate or severe intensity, aggravation by routine physical activity and association with nausea and/or photophobia and phonophobia.

片側性、拍動性の頭痛で、中等度から重度の強さであり、日常的な動作により頭痛が増悪することが特徴的であり、随伴症状として悪心や光過敏・音過敏(あるいはその両方)を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least five attacks (1) fulfilling criteria B-D

A. B-D を満たす発作が 5 回以上ある(1)

B. Headache attacks lasting 4-72 hours (untreated or unsuccessfully treated) (2;3)

B. 頭痛発作の持続時間は 4～72 時間(未治療もしくは治療が無効の場合)(2;3)

C. Headache has at least two of the following four characteristics:

C. 頭痛は以下の 4 つの特徴の少なくとも 2 項目を満たす

1. unilateral location

1. 片側性

2. pulsating quality

2.拍動性

3. moderate or severe pain intensity

3.中等度から重度の頭痛

4. aggravation by or causing avoidance of routine physical activity (e.g. walking or climbing stairs)

4.日常的な動作(歩行や階段昇降など)により頭痛が増悪する,あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける

D. During headache at least one of the following:

D.頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす

1. nausea and/or vomiting

1.悪心または嘔吐(あるいはその両方)

2. photophobia and phonophobia

2.光過敏および音過敏

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E.他に最適な ICHD-3 の診断がない

Notes:

注

1. One or a few migraine attacks may be difficult to distinguish from symptomatic migraine-like attacks.

1. 1回あるいは数回の片頭痛発作を症候性の片頭痛様頭痛発作と鑑別することは時に困難であると考えられる.

Furthermore, the nature of a single or a few attacks may be difficult to understand.

また、単回あるいは数回の頭痛発作では特徴を把握することが難しい場合もある。

Therefore, at least five attacks are required.

したがって、発作を 5 回以上経験していることを診断の要件とした。

Individuals who otherwise meet criteria for 1.1 *Migraine without aura* but have had fewer than five attacks, should be coded 1.5.1 *Probable migraine without aura*.

発作回数が 5 回未満の例は、それ以外の 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準を満たしていても、1.5.1「前兆のない片頭痛の疑い」にコード化すべきである。

2. When the patient falls asleep during a migraine attack and wakes up without it, duration of the attack is reckoned until the time of awakening.

2. 片頭痛発作中に入眠してしまい、目覚めた時には頭痛を認めない患者では、発作の持続時間を目覚めた時刻までとみなす。

3. In children and adolescents (aged under 18 years), attacks may last 2-72 hours (the evidence for untreated durations of less than 2 hours in children has not been substantiated).

3. 小児あるいは青年(18 歳未満)では、片頭痛発作の持続時間は、2～72 時間としてよいかもしれない(小児においては未治療時の発作持続時間が 2 時間未満でありうることのエビデンスは未だ立証されていない)。

Comments:

コメント:

Migraine headache in children and adolescents (aged under 18 years) is more often bilateral than is the case in adults; unilateral pain usually emerges in late adolescence or early adult life.

小児あるいは青年(18 歳未満)の片頭痛は成人の場合に比べて両側性であることが多い。片側性の頭痛は青年期の終わりか成人期の初めに現れるのが通例である。

Migraine headache is usually frontotemporal.

片頭痛の痛みは通常、前頭側頭部に発生する。

Occipital headache in *children* is rare and calls for diagnostic caution.

小児における後頭部痛は稀であり、診断上の注意が必要である。

A subset of otherwise typical patients have facial location of pain, which is called ‘facial migraine’ in the literature; there is no evidence that these patients form a separate subgroup of migraine patients.

それ以外は典型的症状を示す患者の一部で、文献上「顔面片頭痛」と呼ばれる顔面の疼痛部位を認めることがあるが、これらの患者が独立した片頭痛患者のサブグループを形成するというエビデンスはない。

In young children, photophobia and phonophobia may be inferred from their behaviour.

年少児の光過敏および音過敏は、行動から推測できるものと考えられる。

Migraine attacks can be associated with cranial autonomic symptoms and symptoms of cutaneous allodynia.

片頭痛発作は頭部自律神経症状あるいは皮膚アロディニア症状を伴うことがある。

Migraine without aura often has a menstrual relationship.

前兆のない片頭痛は、しばしば月経と関連がある。

ICHD-3 beta offers criteria for A1.1.1 *Pure menstrual migraine* and A1.1.2 *Menstrually related migraine*, but in the Appendix because of uncertainty over whether they should be regarded as separate entities.

ICHD-3β では、A1.1.1「純粋月経時片頭痛」および A1.1.2「月経関連片頭痛」の基準を提案する。ただし、純粋月経時片頭痛および月経関連片頭痛を独立した疾患単位とみなすべきかどうかは不明確であるため、付録に記載する。

Very frequent migraine attacks are now distinguished as 1.3 *Chronic migraine*.

発作頻度の極めて高い片頭痛を本診断基準では 1.3「慢性片頭痛」と分類している。

When there is associated medication overuse, both diagnoses, 1.3 *Chronic migraine* and 8.2 *Medication-overuse headache*, should be applied.

治療薬の過剰使用が関連する場合は、1.3「慢性片頭痛」と8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の両方の診断が適用される。

1.1 *Migraine without aura* is the disease most prone to accelerate with frequent use of symptomatic medication.

1.1「前兆のない片頭痛」は、対症療法薬の頻回使用により重症化する傾向が最も強い。

Regional cerebral blood flow imaging shows no changes suggestive of cortical spreading depression (CSD) during attacks of migraine without aura, although blood flow changes may occur in the brainstem, as may cortical changes secondary to pain activation.

前兆のない片頭痛発作では皮質拡延性抑制（CSD）を示唆する局所脳血流画像上の変化は見られないが、脳幹部の血流変化や、痛みの結果、二次的に大脳皮質血流変化が生ずる可能性がある。

This contrasts with the pathognomonic spreading oligoemia of migraine with aura.

これは、前兆のある片頭痛で脳血流減少が波紋状に拡がる病態と対照的である。

Although the bulk of the literature suggests that CSD does not occur in migraine without aura, some recent studies disagree.

大部分の文献において、前兆のない片頭痛ではCSDは起こらないと示唆されているが、最近のいくつかの研究では異論が唱えられている。

Furthermore, it has been suggested that glial waves or other cortical phenomena may be involved in migraine without aura.

さらに、グリア細胞波動あるいは他の皮質現象が、前兆のない片頭痛に関与する可能性も示唆されてきている。

The messenger molecules nitric oxide (NO), 5-hydroxytryptamine (5-HT) and calcitonin gene-related peptide (CGRP) are involved.

メッセンジャー分子である一酸化窒素(NO), セロトニン (5-HT) およびカルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)が関与している。

Although the disease was previously regarded as primarily vascular, the importance of sensitization of pain pathways, and the possibility that attacks may originate in the central nervous system, have gained increasing attention over recent decades.

片頭痛はこれまで主として血管性の疾患と考えられていたが, この 10~20 年で, 疼痛経路の感作 (sensitization) の重要性と, 発作が中枢神経系に由来する可能性がますます注目されるようになった。

At the same time, the circuitry of migraine pain, the trigeminovascular system, and several aspects of its neurotransmission peripherally and in the trigeminal nucleus caudalis, the central mesencephalic grey and the thalamus, have been recognized.

同時に, 片頭痛の痛みの神経回路, 三叉神経血管系, そして末梢および三叉神経脊髄路核尾側亜核, 中脳中心灰白質, 視床における神経伝達の諸側面が認識されるようになった。

New highly receptor-specific acute medications such as the triptans, which are 5HT_{1B/D} receptor agonists, 5-HT_{1F} receptor agonists and CGRP receptor antagonists have demonstrated efficacy in the acute treatment of attacks.

5HT_{1B/D} 受容体作動薬であるトリプタンや 5-HT_{1F} 受容体作動薬あるいは CGRP 受容体拮抗薬などの, 新規の受容体特異性の非常に高い急性期治療薬は, 片頭痛発作の急性期治療において有効性が証明されている。

Because of their high receptor-specificity, their mechanism of action provides new insight into migraine mechanisms.

その高い受容体特異性のため, これらの薬剤の作用機序の研究が片頭痛のメカニズム理解への新たな洞察をもたらした。

It is now clear that migraine without aura is a neurobiological disorder; clinical as well as basic neuroscience has advanced our knowledge of migraine mechanisms, and continues to do so.

前兆のない片頭痛を神経生物学的な疾患として捉えうることが明らかとなり, 臨床および基礎神経科学により片頭痛のメカニズムに関する知見が進歩を遂げ, また進歩し続けている。

1.2 Migraine with aura

1.2 前兆のある片頭痛

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Classic or classical migraine; ophthalmic, hemiparaesthetic, hemiplegic or aphasic migraine; migraine accompagnée; complicated migraine.

典型的または古典的片頭痛 (classic or classical migraine), 眼性片頭痛, 片側錯感覚性片頭痛, 片麻痺性片頭痛, 失語性片頭痛 (ophthalmic, hemi-paraesthetic, hemiplegic or aphasic migraine), 片頭痛随伴症 (migraine accompagnee), 複雑片頭痛 (complicated migraine)

Description:

解説:

Recurrent attacks, lasting minutes, of unilateral fully reversible visual, sensory or other central nervous system symptoms that usually develop gradually and are usually followed by headache and associated migraine symptoms.

数分間持続する, 片側性完全可逆性の視覚症状, 感覚症状またはその他の中枢神経症状からなる再発性発作であり, これらの症状は通常徐々に進展し, また通常それに引き続いて頭痛が生じ, 片頭痛症状に関連すると考えられている.

Diagnostic criteria:

診断基準

A. At least two attacks fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす発作が 2 回以上ある

B. One or more of the following fully reversible aura symptoms:

B.以下の完全可逆性前兆症状が 1 つ以上ある

1. visual

1.視覚症状

2. sensory

2.感覚症状

3. speech and/or language

3.言語症状

4. motor

4.運動症状

5. brainstem

5.脳幹症状

6. retinal

6.網膜症状

C. At least two of the following four characteristics:

C.以下の 4 つの特徴の少なくとも 2 項目を満たす

1. at least one aura symptom spreads gradually over ≥ 5 minutes, and/or two or more symptoms occur in succession

1.少なくとも 1 つの前兆症状は 5 分以上かけて徐々に進展するか, または 2 つ以上の前兆が引き続き進展する(あるいはその両方)

2. each individual aura symptom lasts 5-60 minutes(1)

2.各々の前兆症状は 5~60 分間持続する(1)

3. at least one aura symptom is unilateral(2)

3.少なくとも1つの前兆症状は片側性である(2)

4. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache

4.前兆に伴って、あるいは前兆出現後60分以内に頭痛が生じる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and transient ischaemic attack has been excluded.

D.他に最適な ICHD-3 の診断がない、また、一過性脳虚血発作が除外されている

Notes:

注:

1. When, for example, three symptoms occur during an aura, the acceptable maximal duration is 3×60 minutes.

1.例えば、1回の前兆の間に3つの症状が出現する場合には、前兆の許容最長持続時間は3×60分間である。

Motor symptoms may last up to 72 hours.

運動症状は最長72時間持続する場合もある。

2. Aphasia is always regarded as a unilateral symptom; dysarthria may or may not be.

2.失語は常に片側性症状とみなされるが、構音障害は片側性の場合もそうでない場合もありうる。

Comments:

コメント:

The aura is the complex of neurological symptoms that occurs usually before the headache of 1.2 *Migraine with aura*, but it may begin after the pain phase has commenced, or continue into the headache phase.

前兆とは通常 1.2「前兆のある片頭痛」の頭痛発作前に出現する神経症状の複合体であるが、頭痛期が始まった後に始まることも、頭痛期に入った後も持続することもありうる。

Visual aura is the most common type of aura, occurring in over 90% of patients with 1.2 *Migraine with aura*, at least in some attacks.

視覚性前兆は最も一般的なタイプの前兆であり、少なくとも何回かの発作において、1.2「前兆のある片頭痛」患者の 90%以上に認められる。

It often presents as a fortification spectrum: a zigzag figure near the point of fixation that may gradually spread right or left and assume a laterally convex shape with an angulated scintillating edge, leaving absolute or variable degrees of relative scotoma in its wake.

視覚性前兆は閃輝暗点(fortification spectrum)として現れることが多い。すなわち、固視点付近にジグザグ形が現れ、右または左方向に徐々に拡大し、角張った閃光で縁取られた側部凸形を呈し、その結果、絶対暗点あるいは種々の程度の相対暗点を残す。

In other cases, scotoma without positive phenomena may occur; this is often perceived as being of acute onset but, on scrutiny, usually enlarges gradually.

また、陽性現象を伴わない暗点が生じる場合もある。陽性現象を伴わない暗点はしばしば急性発症型として認められるが、詳細な観察によると徐々に拡大するのが通例である。

In children and adolescents, less typical bilateral visual symptoms occur that may represent an aura.

小児あるいは青年では、非典型的な両側性視覚症状が前兆として起こることがある。

A visual aura rating scale with high specificity and sensitivity has been developed and validated.

高い特異性と感度をもった視覚性前兆の評価スケールが開発され、妥当性が検証されている。

Next in frequency are sensory disturbances, in the form of pins and needles moving slowly from the point of origin and affecting a greater or smaller part of one side of the body, face and/or tongue.

次いで頻度が高いのは感覚障害で、チクチク感として現れ、発生部位から一侧の身体および顔面あるいは舌(またはその両方)の領域にさまざまな広がりをもって波及する。

Numbness may occur in its wake, but numbness may also be the only symptom.

最初から感覚鈍麻が生じる場合があり、感覚鈍麻が唯一の症状の場合もある。

Less frequent are speech disturbances, usually aphasic but often hard to categorize.

さらに頻度は低いが、言語障害が現れる。失語性のものが通例であるが、しばしば分類困難である。

When the aura includes motor weakness, the disorder should be coded as 1.2.3

Hemiplegic migraine or one of its subforms.

前兆に運動麻痺(脱力)が含まれる場合には、1.2.3「片麻痺性片頭痛」あるいはそのサブフォームのいずれかにコード化されるべきである。

Aura symptoms of these different types usually follow one another in succession, beginning with visual, then sensory, then aphasic; but the reverse and other orders have been noted.

これらの異なるタイプの前兆症状は連続して出現することが多く、視覚症状で始まり、続いて感覚症状、その後失語症状を生じるが、この順序が逆転したり入れ替わったりする例も記載されている。

The accepted duration for most aura symptoms is 1 hour, but motor symptoms are often longer lasting.

大抵の前兆症状の妥当な持続時間は1時間であるが、運動症状はしばしばより長時間持続する。

Patients often find it hard to describe their aura symptoms, in which case they should be instructed to time and record them prospectively.

患者はしばしば自分の前兆症状を説明するのが困難と感じており、このような患者には前兆の時間的経過と症状をプロスペクティブに記載するよう指示を与えるべきである。

The clinical picture then becomes clearer.

そうすれば、臨床像はより鮮明になる。

Common mistakes are incorrect reports of lateralization, of sudden rather than gradual onset and of monocular rather than homonymous visual disturbances, as well as of duration of aura and mistaking sensory loss for weakness.

患者がよく間違えて訴えるのは、頭痛が片側性か否か、発症が急か徐々か、視覚障害が単眼性か同名性か、前兆の持続時間、感覚鈍麻か脱力かといった点である。

After an initial consultation, use of an aura diary may clarify the diagnosis.

初診の後に前兆記録日記を用いて確認すると診断が明確になる。

Many patients who have migraine attacks with aura also have attacks without aura; they should be coded as both 1.2 *Migraine with aura* and 1.1 *Migraine without aura*.

前兆のある片頭痛を有する患者の多くでは前兆のない片頭痛発作もみられる。この場合は 1.2「前兆のある片頭痛」および 1.1「前兆のない片頭痛」の両方がコード化されるべきである。

Premonitory symptoms may begin hours or a day or two before the other symptoms of a migraine attack (with or without aura).

予兆は、他の片頭痛発作(前兆の有無を問わず)の症状の数時間～1 日または 2 日前から生じることがある。

They include various combinations of fatigue, difficulty in concentrating, neck stiffness, sensitivity to light and/or sound, nausea, blurred vision, yawning and pallor.

予兆には、疲労感、集中困難、頸部のこり、光または音(あるいはその両方)に対する過敏性、悪心、霧視、あくび、顔面蒼白などの症状のさまざまな組み合わせが含まれる。

The terms ‘prodrome’ and ‘warning symptoms’ are best avoided, because they are often mistakenly used to include aura.

「前駆症状(prodrome)」および「警告症状(warning symptoms)」という用語はしばしば「前兆」の意味を含む用語として誤用されるため、避けるべきである。

Migraine aura is sometimes associated with a headache that does not fulfill criteria for 1.1 *Migraine without aura*, but this is still regarded as a migraine headache because of its relation to the aura.

片頭痛前兆は 1.1「前兆のない片頭痛」の基準を満たさない頭痛を伴うこともあるが、このような頭痛も、前兆との関連からやはり片頭痛とみなされる。

In other cases, migraine aura may occur without headache.

また、片頭痛前兆のみで頭痛を伴わない場合もある。

Before or simultaneously with the onset of aura symptoms, regional cerebral blood flow is decreased in the cortex corresponding to the clinically affected area and often over a wider area.

前兆症状の発現前または発現時には、大脳皮質において局所脳血流量減少が認められており、これは、臨床的に責任領域と一致するが、脳血流量減少はさらに広い領域を含んでいる場合が多い。

Blood flow reduction usually starts posteriorly and spreads anteriorly, and is usually above the ischaemic threshold.

脳血流量減少は後頭部から始まり、前方へ波及するのが通例であるが、通常は脳虚血に陥る閾値を下回らない。

After 1 to several hours, gradual transition into hyperaemia occurs in the same region.

これらの領域では、1～数時間後より徐々に血流過多へ移行してゆく。

Cortical spreading depression of Leão is the likely underlying mechanism.

おそらくは Leão の皮質拡延性抑制が発症機序であると考えられている。

Systematic studies have demonstrated that many patients with visual aura occasionally have symptoms in the extremities and/or speech symptoms.

系統的研究によれば、視覚性前兆を有する多くの患者は、ときに上下肢の症状や言語症状(あるいはその両方)を経験している。

Conversely, patients with symptoms in the extremities and/or speech or language symptoms almost always also experience visual aura symptoms at least during some attacks.

また逆に、上下肢の症状や言語症状(あるいはその両方)を有する患者では、ほぼ常に少なくとも何回かの発作においては視覚性前兆症状も経験している。

A distinction between migraine with visual aura, migraine with hemiparaesthetic aura and migraine with speech and/or language aura is probably artificial, and therefore is not recognized in this classification.

視覚性前兆のある片頭痛、片側性錯感覚性前兆のある片頭痛、言語性前兆のある片頭痛の各々の区別はおそらく人為的に過ぎるものであるため、本分類では認めない。

They are all coded as 1.2.1 *Migraine with typical aura*.

これらは全て 1.2.1「典型的な前兆を伴う片頭痛」にコード化する。

Patients with aura symptoms arising from the brainstem are coded as 1.2.2 *Migraine with brainstem aura*, but they almost always have additional typical aura symptoms.

脳幹由来の前兆症状を有する患者は 1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛」にコード化するが、これらの患者はほぼ常に典型的な前兆症状も併せてもっている。

Patients with 1.2.3 *Hemiplegic migraine* have motor weakness, and this is classified as a separate subform because of genetic and pathophysiological differences from migraine with typical aura.

1.2.3「片麻痺性片頭痛」患者では運動麻痺(脱力)を認めるが、この 1.2.3「片麻痺性片頭痛」は、典型的な前兆症状をもつ片頭痛患者との遺伝的あるいは病態生理学的な相違から、独立したサブフォームとして分類された。

Such patients often have brainstem symptoms in addition.

これらの患者ではしばしば脳幹症状も合併する。

The previously defined syndromes, *migraine with prolonged aura* and *migraine with acute-onset aura*, have been abandoned.

以前の分類で定義されていた「前兆遷延性片頭痛」および「突発性前兆を伴う片頭痛」という症候群は廃止した。

The great majority of patients with such attacks have other attacks that fulfill criteria for one of the recognized subforms of 1.2 *Migraine with aura*, and should be coded to that diagnosis.

「前兆遷延性片頭痛」および「突発性前兆を伴う片頭痛」の発作が認められる患者の大多数は、1.2「前兆のある片頭痛」のいずれかのサブフォームの診断基準を満たす発作が認められるため、当該診断にコード化すべきである。

The rest should be coded to 1.5.2 *Probable migraine with aura*, specifying the atypical feature (prolonged aura or acute onset aura) in parenthesis.

残りの患者は、1.5.2「前兆のある片頭痛の疑い」にコードし、非定型的な特徴(遷延性前兆または突発性前兆)を括弧内に明記すべきである。

The diagnosis is usually evident after a careful history alone, although there are rare secondary mimics including carotid dissection, arteriovenous malformation and seizure.

稀に二次性疾患(頸動脈解離、動静脈奇形、てんかん等)により類似の症状が起りうるが、通常は注意深い病歴聴取だけで明確な診断を行うことができる。

1.2.1 Migraine with typical aura

1.2.1 典型的な前兆を伴う片頭痛

Description:

解説:

Migraine with aura in which aura consists of visual and/or sensory and/or speech/language symptoms, but no motor weakness, and is characterized by gradual development, duration of each symptom no longer than 1 hour, a mix of positive and negative features and complete reversibility.

前兆を伴う片頭痛であり、その前兆は視覚症状、感覚症状、言語症状からなる。運動麻痺(脱力)は含まれない。徐々に進展し、1時間以上持続することはない。前兆には陽性症状および陰性症状が混在し、完全に可逆性である。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two attacks fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす発作が 2 回以上ある

B. Aura consisting of visual, sensory and/or speech/ language symptoms, each fully reversible, but no motor, brainstem or retinal symptoms

B.前兆は完全可逆性の視覚症状, 感覚症状, 言語症状からなる. 運動麻痺(脱力), 脳幹症状, 網膜症状は含まれない.

C. At least two of the following four characteristics:

C.下記の 4 つの特徴の少なくとも 2 項目を満たす

1. at least one aura symptom spreads gradually over ≥ 5 minutes, and/or two or more symptoms occur in succession

1. 少なくとも 1 つの前兆症状は 5 分以上かけて徐々に進展するか, または 2 つ以上の前兆症状が引き続き生じる(あるいはその両方)

2. each individual aura symptom lasts 5-60 minutes(1)

2.それぞれの前兆症状の持続時間は 5 分以上 60 分以内(1)

3. at least one aura symptom is unilateral(2)

3.少なくとも 1 つの前兆症状は片側性である(2)

4. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache

4.前兆に伴って, あるいは前兆発現後 60 分以内に頭痛が出現する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and transient ischaemic attack has been excluded.

D.他に最適な ICHD-3 の診断がない, また, 一過性脳虚血発作が除外されている

Notes:

注:

1. When for example three symptoms occur during an aura, the acceptable maximal duration is 3×60 minutes.

1.例えば、1回の前兆の間に3つの症状が発現する場合には、前兆の許容最長持続時間は3×60分間である。

2. Aphasia is always regarded as a unilateral symptom; dysarthria may or may not be.

2.失語は常に片側性症状とみなされるが、構音障害は片側性の場合もそうでない場合もありうる。

1.2.1.1 Typical aura with headache

1.2.1.1 典型的な前兆に伴う頭痛

Description:

解説:

Migraine with typical aura in which aura is accompanied or followed within 60 minutes by headache with or without migraine characteristics.

典型的な前兆に伴う片頭痛である。前兆に伴って、あるいは前兆発現後 60 分以内に頭痛が出現するが、その頭痛は片頭痛の特徴を有する場合もそうでない場合もある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Fulfills criteria for 1.2.1 *Migraine with typical aura*

A.1.2.1「典型的前兆を伴う片頭痛」の診断基準を満たす

B. Headache, with or without migraine characteristics, accompanies or follows the aura within 60 minutes.

B.頭痛(片頭痛の特徴を有する場合もそうでない場合もある)が前兆に伴って、または前兆発現後 60 分以内に出現する

1.2.1.2 Typical aura without headache

1.2.1.2 典型的な前兆のみで頭痛を伴わないもの (Typical aura without headache)

Description:

解説:

Migraine with typical aura in which aura is neither accompanied nor followed by headache of any sort.

典型的な前兆を伴う片頭痛であるが、この前兆に伴って、または前兆出現後にいかなる種類の頭痛も生じない

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Fulfills criteria for 1.2.1 *Migraine with typical aura*

A. 1.2.1「典型的な前兆を伴う片頭痛」の診断基準を満たす

B. No headache accompanies or follows the aura within 60 minutes.

B.前兆に伴って、あるいは前兆発現後 60 分以内に頭痛は生じない

Comments:

コメント:

In some patients, a typical aura is always followed by migraine headache, but many patients have, in addition, attacks with aura followed by a less distinct headache or even without headache.

典型的な前兆にひき続いて常に片頭痛性頭痛が起こる患者もあるが、多くの患者では、前兆にひき続いて明瞭でない頭痛発作が起こったり、頭痛が起こらない発作も経験したりしている。

A number of patients have, exclusively, 1.2.1.2 *Typical aura without headache*.

1.2.1.2「典型的な前兆のみで頭痛を伴わないもの」しか経験しない患者もいる。

In the absence of headache fulfilling criteria for 1.1 *Migraine without aura*, the precise diagnosis of aura and its distinction from mimics that may signal serious disease (e.g. transient ischaemic attack) becomes more difficult and often requires investigation.

1.1「前兆のない片頭痛」の基準を満たす頭痛が存在しない場合には、前兆の正確な診断が必要で、重篤な疾患(一過性脳虚血発作など)の徴候との鑑別がいつそう困難であり、しばしば精査が必要となる。

When aura occurs for the first time after age 40, when symptoms are exclusively negative (e.g. hemianopia) or when aura is prolonged or very short, other causes, particularly transient ischaemic attacks, should be ruled out.

前兆が 40 歳以降に初発し、陰性症状(半盲など)のみの場合、あるいは前兆が長時間にわたり遷延する場合や、きわめて短時間である場合には、その他の原因(特に、一過性脳虚血発作)の除外が必要である。

1.2.2 Migraine with brainstem aura

1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛」

Previously used terms:

以前に使用された用語

Basilar artery migraine; basilar migraine; basilar-type migraine.

脳底動脈片頭痛(Basilar artery migraine), 脳底片頭痛(basilar migraine), 脳底型片頭痛(basilar-type migraine)

Description:

解説:

Migraine with aura symptoms clearly originating from the brainstem, but no motor weakness.

片頭痛の前兆症状の責任病巣が明らかに脳幹と考えられるもの。運動麻痺(脱力)が前兆である場合は含まない。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two attacks fulfilling criteria B-D

A. B-D を満たす頭痛発作が 2 回以上ある

B. Aura consisting of visual, sensory and/or speech/ language symptoms, each fully reversible, but no motor(1) or retinal symptoms

B.完全可逆性の視覚性, 感覚性, 言語性前兆があるが, 運動麻痺(脱力)(1)あるいは網膜症状は伴わない

C. At least two of the following brainstem symptoms:

C.下記の脳幹症状のうち少なくとも 2 項目を満たす

1. dysarthria

1.構音障害

2. vertigo

2.回転性めまい

3. tinnitus

3.耳鳴り

4. hypacusis

4.難聴

5. diplopia

5.複視

6. ataxia

6.運動失調

7. decreased level of consciousness

7.意識レベルの低下

D. At least two of the following four characteristics:

D.以下の4つの特徴の少なくとも2項目を満たす

1. at least one aura symptom spreads gradually over ≥ 5 minutes, and/or two or more symptoms occur in succession

1.少なくとも1つの前兆症状は5分以上かけて徐々に進展するか、または2つ以上の前兆症状が引き続き生じる(あるいはその両方)

2. each individual aura symptom lasts 5-60 minutes(2)

2.それぞれの前兆症状の持続時間は5分以上60分以内(2)

3. at least one aura symptom is unilateral(3)

3.少なくとも1つの前兆症状は片側性である(3)

4. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache

4.前兆に伴って,あるいは前兆発現後 60 分以内に頭痛が出現する

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and transient ischaemic attack has been excluded.

E.他に最適な ICHD-3 の診断がない, また, 一過性脳虚血発作が除外されている

Notes:

注:

1. When motor symptoms are present, code as 1.2.3 *Hemiplegic migraine*.

1.運動症状を有する場合は 1.2.3「片麻痺性片頭痛」にコード化する

2. When for example three symptoms occur during an aura, the acceptable maximal duration is 3×60 minutes.

2.例えば, 1 回の前兆の間に 3 つの症状が発現する場合には, 前兆の許容最長持続時間は 3×60 分間である

3. Aphasia is always regarded as a unilateral symptom; dysarthria may or may not be.

3.失語は常に片側性症状とみなされるが, 構音障害は片側性の場合もそうでない場合もありうる

Comments:

コメント:

Originally the terms *basilar artery migraine* or *basilar migraine* were used but, as involvement of the basilar artery is unlikely, the term *migraine with brainstem aura* is preferred.

元来は, 脳底動脈片頭痛(Basilar artery migraine), 脳底片頭痛(basilar migraine)という用語が使われていたが, 脳底動脈関与の可能性は低いため, 「脳幹性前兆を伴う片頭痛」という用語の方が選択された.

There are typical aura symptoms in addition to the brainstem symptoms during most attacks.

殆どの頭痛発作中に脳幹症状に加えて典型的な前兆症状が認められる。

Many patients who have attacks with brainstem aura also report other attacks with typical aura and should be coded for both 1.2.1 *Migraine with typical aura* and 1.2.2 *Migraine with brainstem aura*.

脳幹性前兆を伴う頭痛発作を有する患者の多くが、典型的な前兆を伴う頭痛発作も訴えており、これらの患者は1.2.1「典型的な前兆を伴う片頭痛」と1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛」の両方にコード化されるべきである。

Many of the symptoms listed under criterion C may occur with anxiety and hyperventilation, and therefore are subject to misinterpretation.

診断基準 C に列記した症状の多くは、不安や過換気により生じる場合があり、誤った解釈がなされやすい。

1.2.3 Hemiplegic(1) migraine

1.2.3 片麻痺性(1)片頭痛

Description:

解説:

Migraine with aura including motor weakness.

運動麻痺(脱力)を含む前兆のある片頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two attacks fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす発作が 2 回以上ある

B. Aura consisting of both of the following:

B.前兆として下記の 2 項目の両方を認める

1. fully reversible motor weakness

1.完全可逆性運動麻痺(脱力)

2. fully reversible visual, sensory and/or speech/ language symptoms

2.完全可逆性視覚症状, 感覚症状, 言語症状のいずれか一つ以上

C.At least two of the following four characteristics:

C.下記の 4 つの特徴の少なくとも 2 項目を満たす

1. at least one aura symptom spreads gradually over ≥ 5 minutes, and/or two or more symptoms occur in succession

1.少なくとも 1 つの前兆症状は 5 分以上かけて徐々に進展するか, または 2 つ以上の前兆症状が引き続き生じる(あるいはその両方)

2. each individual non-motor aura symptom lasts 5-60 minutes, and motor symptoms last < 72 hours(2)

2.運動症状以外の前兆の持続時間はそれぞれ 5~60 分間, 運動症状については 72 時間未満(2)

3. at least one aura symptom is unilateral(3)

3.少なくとも 1 つの前兆症状は片側性である(3)

4. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache

4.前兆に伴って, あるいは前兆発現後 60 分以内に頭痛が出現する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and transient ischaemic attack and stroke have been excluded.

D.他に最適な ICHD-3 の診断がない, また, 一過性脳虚血発作や脳梗塞が除外されている

Notes:

注:

1. The term *plegic* means paralysis in most languages, but most attacks are characterized by motor weakness.

1. *plegic* という用語は多くの国の言語で麻痺を意味するが, 殆どの発作は脱力を特徴とする

2. In some patients, motor weakness may last weeks.

2.一部の患者では脱力は何週間も続くことがある

3. Aphasia is always regarded as a unilateral symptom; dysarthria may or may not be.

3.失語は常に片側性症状とみなされるが, 構音障害は片側性の場合もそうでない場合もありうる

Comment:

コメント:

It may be difficult to distinguish weakness from sensory loss.

脱力と感覚消失の厳密な区別は時に困難である.

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1 家族性片麻痺性片頭痛 (FHM)

Description:

解説:

Migraine with aura including motor weakness, and at least one first-or second-degree relative has migraine aura including motor weakness.

運動麻痺(脱力)を含む前兆のある片頭痛で、第1度近親者または第2度近親者の少なくとも1人が運動麻痺(脱力)を含む片頭痛前兆を有する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Fulfills criteria for 1.2.3 *Hemiplegic migraine*

A. 1.2.3「片麻痺性片頭痛」の診断基準を満たす

B. At least one first-or second-degree relative has had attacks fulfilling criteria for 1.2.3 *Hemiplegic migraine*.

B. 第1度近親者または第2度近親者の少なくとも1人が1.2.3「片麻痺性片頭痛」の診断基準を満たす発作を有する

Comments:

コメント:

New genetic data have allowed a more precise definition of 1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM) than was possible previously.

新たな遺伝的研究成果により、以前よりも正確に1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」を定義することが可能になった。

Specific genetic subtypes have been identified: in FHM1 there are mutations in the CACNA1A gene (coding for a calcium channel) on chromosome 19; in FHM2 there are mutations in the ATP1A2 gene (coding for a K/Na-ATPase) on chromosome 1; and in FHM3 there are mutations in the SCN1A gene (coding for a sodium channel) on chromosome 2.

特定の遺伝子サブタイプが同定された。FHM1 では 19 番染色体上の(カルシウムチャンネルをコードしている) *CACNA1A* 遺伝子の変異が, FHM2 では 1 番染色体上の(K/Na-ATPase をコードしている) *ATP1A2* 遺伝子の変異が, FHM3 では 2 番染色体上の(ナトリウムチャンネルをコードしている) *SCN1A* 遺伝子の変異が明らかになった。

There may be other loci not yet identified.

未だ同定されていない他の遺伝子座位も存在する可能性がある。

When genetic testing is done, the genetic subtype (if discovered) should be specified at the fifth digit.

遺伝子検査が実施され, 遺伝子サブタイプが明らかになった場合は, 第 5 桁として規定する。

It has been shown that 1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM) very often presents with brainstem symptoms in addition to the typical aura symptoms, and that headache almost always occurs.

1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」(*FHM*)は, 典型的な前兆症状に加えて, 脳幹症状を示すことがきわめて多く, 発作時にはほぼ毎回頭痛が出現することが知られている。

Rarely, during FHM attacks, disturbances of consciousness (sometimes including coma), confusion, fever and CSF pleocytosis can occur.

稀に, FHM の発作中に意識障害(ときに昏睡を含む), 錯乱, 発熱, 髄液細胞増多などが起こることがある。

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM) may be mistaken for epilepsy and (unsuccessfully) treated as such.

1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」(*FHM*)はてんかんと誤診され, (無効な)治療をされていることがある。

FHM attacks can be triggered by (mild) head trauma.

FHM の発作は, (軽度の)頭部外傷によって誘発されうる。

In approximately 50% of FHM families, chronic progressive cerebellar ataxia occurs independently of the migraine attacks.

FHM 家系の約 50%において, 慢性進行性の小脳失調が片頭痛発作とは別に発生する.

1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)

1.2.3.1.1 家族性片麻痺性片頭痛 1 型(FHM1)

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Fulfills criteria for 1.2.3.1 *Familial hemiplegic migraine*

A. 1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」の診断基準を満たす

B. A causative mutation on the CACNA1A gene has been demonstrated.

B. *CACNA1A* 遺伝子の病原性変異が証明されている

1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)

1.2.3.1.2 家族性片麻痺性片頭痛 2 型(FHM2)

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Fulfills criteria for 1.2.3.1 *Familial hemiplegic migraine*

A. 1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」の診断基準を満たす

B. A causative mutation on the ATP1A2 gene has been demonstrated.

B. *ATP1A2* 遺伝子の病原性変異が証明されている

1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)

1.2.3.1.3 家族性片麻痺性片頭痛 3型(FHM3)

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Fulfills criteria for 1.2.3.1 *Familial hemiplegic migraine*

A. 1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」の診断基準を満たす

B. A causative mutation on the SCN1A gene has been demonstrated.

B. *SCN1A* 遺伝子の病原性変異が証明されている

1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.1.3 家族性片麻痺性片頭痛, 他の遺伝子座位

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Fulfills criteria for 1.2.3.1 *Familial hemiplegic migraine*

A. 1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」の診断基準を満たす

B. Genetic testing has demonstrated no mutation on the CACNA1A, ATP1A2 or SCN1A genes.

B. 遺伝子検査上, *CACNA1A* 遺伝子, *ATP1A2* 遺伝子, *SCN1A* 遺伝子のいずれの変異も証明されない

1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine

1.2.3.2 孤発性片麻痺性片頭痛

Description:

解説:

Migraine with aura including motor weakness, and no first-or second-degree relative has migraine aura including motor weakness.

運動麻痺(脱力)を含む前兆のある片頭痛で、第1度近親者または第2度近親者に運動麻痺(脱力)を含む片頭痛の前兆を有するものがない。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Fulfills criteria for 1.2.3 *Hemiplegic migraine*

A. 1.2.3「片麻痺性片頭痛」の診断基準を満たす

B. No first-or second-degree relative fulfills criteria for 1.2.3 *Hemiplegic migraine*.

B. 第1度もしくは第2度近親者に 1.2.3「片麻痺性片頭痛」の診断基準を満たす患者がいない

Comments:

コメント:

Epidemiological studies have shown that sporadic cases occur with approximately the same prevalence as familial cases.

疫学調査の結果、孤発例と家族性症例の有病率は、ほぼ同じであることが明らかになっている。

The attacks in 1.2.3.2 *Sporadic hemiplegic migraine* have the same clinical characteristics as those in 1.2.3.1 *Familial hemiplegic migraine*.

1.2.3.2「孤発性片麻痺性片頭痛」の発作は、1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」と同一の臨床的特徴を有する。

Some apparently sporadic cases have known FHM mutations, and in some a first-or second-degree relative later develops hemiplegic migraine, thus completing fulfillment of the criteria for 1.2.3.1 *Familial hemiplegic migraine* and requiring a change of diagnosis.

明らかな孤発例の一部に FHM 遺伝子変異が存在することが知られており、このような患者の第 1 度近親者または第 2 度近親者が片麻痺性片頭痛を発症した場合は、1.2.3.1「家族性片麻痺性片頭痛」の診断基準を完全に満たすことになり、診断の変更が求められる。

Sporadic cases usually require neuroimaging and other tests to rule out other causes.

孤発例では、その他の原因を除外するため、通常、神経画像検査やその他の検査が求められる。

A lumbar puncture may be necessary to rule out 7.3.5 *Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinalfluid Lymphocytosis (HaNDL)*.

また、7.3.5「脳脊髄液リンパ球増加症候群による一過性の頭痛と神経学的欠損 (HaNDL)」を否定するため腰椎穿刺が必要な場合もある。

1.2.4 Retinal migraine

1.2.4 網膜片頭痛

Description:

解説:

Repeated attacks of monocular visual disturbance, including scintillations, scotomata or blindness, associated with migraine headache.

単眼の視覚障害(閃輝, 暗点, 視覚消失など)の発作が片頭痛に伴って繰り返しおこる

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two attacks fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす発作が 2 回以上ある

B. Aura consisting of fully reversible monocular positive and/or negative visual phenomena (e.g. scintillations, scotomata or blindness) confirmed during an attack by either or both of the following:

B.前兆は完全可逆性で、単眼性の陽性および・または陰性視覚症状(たとえば閃輝、暗点、視覚消失)であり、発作中に下記のいずれかまたは両方により確認される

1. clinical visual field examination

1.臨床視野検査

2. the patient's drawing (made after clear instruction) of a monocular field defect

2.(適切な指示のもとに)患者が図示する単眼視野障害

C. At least two of the following three characteristics

C.以下の 3 つの特徴の少なくとも 2 項目を満たす

1. the aura spreads gradually over .5 minutes

1.前兆は 5 分以上かけて徐々に進展する

2. aura symptoms last 5-60 minutes

2.前兆症状の持続は 5～60 分間

3. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache

3.前兆に伴って、あるいは前兆発現後 60 分以内に頭痛が出現する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and other causes of amaurosis fugax have been excluded.

D.他に最適な ICHD-3 の診断がない、また、その他の一過性黒内障の原因が除外されている

Comments:

コメント:

Some patients who complain of monocular visual disturbance in fact have hemianopia.

片眼の視覚障害を訴える患者の一部は、実際には半盲である。

Some cases without headache have been reported, but migraine cannot be ascertained as the underlying aetiology.

頭痛を伴わない症例も報告されているが、片頭痛が原因疾患であるかどうかは確認しえない。

1.2.4 *Retinal migraine* is an extremely rare cause of transient monocular visual loss.

1.2.4 「網膜片頭痛」は一過性単眼性失明の原因としては極めて稀である。

Cases of permanent monocular visual loss associated with migraine have been described.

片頭痛に関連した永続的な単眼性失明の症例も報告されている。

Appropriate investigations are required to exclude other causes of transient monocular blindness.

その他の一過性単眼視覚消失の原因を除外するには、適切な検査が必要である。

1.3 Chronic migraine(1,2)

1.3 慢性片頭痛(1,2)

Description:

解説:

Headache occurring on 15 or more days per month for more than 3 months, which has the features of migraine headache on at least 8 days per month.

頭痛が月に 15 日以上の頻度で 3 ヶ月を超えて起こり、少なくとも月に 8 日の頭痛は片頭痛の特徴をもつ。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache (tension-type-like and/or migraine-like) on ≥ 15 days per month for >3 months² and fulfilling criteria B and C

A. (緊張型頭痛様および・または片頭痛様の)頭痛が月に 15 日以上の頻度で 3 ヶ月を超えて起こり、B と C を満たす

B. Occurring in a patient who has had at least five attacks fulfilling criteria B-D for 1.1 *Migraine without aura* and/or criteria B and C for 1.2 *Migraine with aura*

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. On ≥ 8 days per month for >3 months, fulfilling any of the following(3):

C. 3 ヶ月を超えて月に 8 日以上で以下のいずれかを満たす

1. criteria C and D for 1.1 *Migraine without aura*

1. 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準 C と D を満たす

2. criteria B and C for 1.2 *Migraine with aura*

2. 1.2「前兆のある片頭痛」の診断基準 B と C を満たす

3. believed by the patient to be migraine at onset and relieved by a triptan or ergot derivative

3. 発症時には片頭痛であったと患者が考えており、トリプタンあるいは麦角誘導体で改善する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D.他に最適な ICHD-3 の診断がない

Notes:

注:

1. The diagnosis of 1.3 *Chronic migraine* excludes the diagnosis of 2. *Tension-type headache* or its sub-types because tension-type-like headache is within the diagnostic criteria for 1.3 *Chronic migraine*.

1. 1.3「慢性片頭痛」の診断基準には緊張型頭痛様の頭痛が含まれているため、その診断において2.「緊張型頭痛」およびそのサブタイプは除外される。

2. The reason for singling out chronic from episodic migraine is that it is impossible to distinguish the individual episodes of headache in patients with such frequent or continuous headaches.

2.頭痛が頻発するあるいは持続する患者においては個々の頭痛発作を鑑別することが困難であるため、反復性片頭痛から慢性片頭痛を独立させた。

In fact, the characteristics of the headache may change not only from day to day but even within the same day.

実際、頭痛の性状は日によって変わるだけでなく、同じ日の中でさえも変化することがありうる。

It is extremely difficult to keep such patients medication-free in order to observe the natural history of the headache.

そのような患者では、頭痛の自然経過を観察するために休薬を続けることは非常に困難である。

In this situation, attacks with or without aura are both counted, as well as tension-type-like headaches.

このような状況においては、前兆のある発作も前兆のない発作も、緊張型頭痛様の頭痛も同様に数える。

The most common cause of symptoms suggestive of chronic migraine is medication overuse, as defined under 8.2 *Medication-overuse headache*.

慢性片頭痛を示唆する症状の最も一般的な原因は、8.2「*薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛）*」において定義されている、治療薬の過剰使用である。

Around 50% of patients apparently with 1.3 *Chronic migraine* revert to an episodic migraine subtype after drug withdrawal; such patients are in a sense wrongly diagnosed as 1.3 *Chronic migraine*.

1.3「*慢性片頭痛*」と見なされる患者の約半数は、薬物離脱後に反復性片頭痛のサブタイプに戻る。これらの患者は、ある意味では、1.3「*慢性片頭痛*」と誤診されていることになる。

Equally, many patients apparently overusing medication do not improve after drug withdrawal, and the diagnosis of 8.2 *Medication-overuse headache* may in a sense be inappropriate (assuming that chronicity induced by drug overuse is always reversible).

同様に、治療薬過剰使用と見なされる患者の多くは薬物離脱後にも症状が改善しない。（薬物の過剰使用によって引き起こされる慢性化は常に可逆性であると仮定すると）この場合、8.2「*薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛）*」の診断はある意味で不適切であるかもしれない。

For these reasons, and because of the general rule, patients meeting criteria for 1.3 *Chronic migraine* and for 8.2 *Medication-overuse headache* should be given both diagnoses.

これらの理由から、また原則に則って、1.3「*慢性片頭痛*」と8.2「*薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛）*」の診断基準を満たす患者は、両方の診断名を与えられるべきである。

After drug withdrawal, migraine will either revert to the episodic subtype or remain chronic, and be re-diagnosed accordingly; in the latter case, the diagnosis of 8.2 *Medication-overuse headache* may be rescinded.

薬物離脱後、片頭痛は反復性のサブタイプに戻る、もしくは慢性のまま持続し、それぞれに従って再診断される。後者の場合は、8.2「*薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛）*」は取り消される可能性がある。

In some countries, it is usual practice to diagnose 8.2 *Medication-overuse headache* only on discharge.

いくつかの国では、8.2「*薬剤の使用過多による頭痛（薬物乱用頭痛）*」の診断は薬物離脱後にのみ行うことが慣例となっている。

3. Characterization of frequently recurring headache generally requires a headache diary to record information on pain and associated symptoms day-by-day for at least 1 month. Sample diaries are available at <http://www.i-h-s.org>.

3. 頻回再発性頭痛の特徴を明らかにするためには, 少なくとも 1 ヶ月間, 痛みおよび関連症状について記録した頭痛日記を毎日付けることが通常求められる. ダイアリーの見本は国際頭痛学会ホームページ <http://www.i-h-s.org> から入手できる.

1.4 Complications of migraine

1.4 片頭痛の合併症

Comment:

コメント:

Code separately for both the migraine subtype and for the complication.

片頭痛サブタイプと合併症の双方について, 別個にコード化する.

1.4.1 Status migrainosus

1.4.1 片頭痛発作重積

Description:

解説:

A debilitating migraine attack lasting for more than 72 hours.

日常生活に支障をきたす片頭痛発作が 72 時間を超えて持続する.

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. A headache attack fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす頭痛発作

B. Occurring in a patient with 1.1 *Migraine without aura* and/or 1.2 *Migraine with aura*, and typical of previous attacks except for its duration and severity

B. 1.1「前兆のない片頭痛」または 1.2「前兆のある片頭痛」(あるいはその両方)を持つ患者におこり、現在の発作は持続時間と重症度を除けば従来の頭痛発作と同様である

C. Both of the following characteristics:

C. 以下の特徴の両方を満たす

1. unremitting for >72 hours(1)

1. 72 時間を超えて続く(1)

2. pain and/or associated symptoms are debilitating(2)

2. 日常生活に支障をきたす程度の痛みまたは関連症状(あるいはその両方)(2)

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Notes:

注:

1. Remissions of up to 12 hours because of medication or sleep are accepted.

1. 治療薬または睡眠による最長 12 時間までの寛解は許容される.

2. Milder cases, not meeting criterion C2, are coded 1.5.1 *Probable migraine without aura*.

2. 診断基準 C2 を満たさないより軽症例は、1.5.1「前兆のない片頭痛の疑い」としてコード化する.

Comments:

コメント:

Headache with the features of 1.4.1 *Status migrainosus* may often be caused by medication overuse.

1.4.1「片頭痛発作重積」の特徴をもつ頭痛は、しばしば治療薬の過剰使用に起因すると考えられる。

When headache in these circumstances meets the criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*, code for 1.3 *Chronic migraine* and 8.2 Medication-overuse headache but not for 1.4.1 *Status migrainosus*.

このような状況における頭痛が 8.2.「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断基準を満たす場合には、1.3「慢性片頭痛」および 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」とコード化し、1.4.1「片頭痛発作重積」とはコード化しない。

When overuse of medication is of shorter duration than 3 months, code for the appropriate migraine subtype(s) only.

治療薬の過剰使用期間が 3 カ月間より短い場合は、適切な片頭痛のサブタイプにのみコード化する。

1.4.2 Persistent aura without infarction

1.4.2 遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの

Description:

解説:

Aura symptoms persisting for 1 week or more without evidence of infarction on neuroimaging.

前兆症状が 1 週間以上持続するが、神経画像検査では脳梗塞を認めない。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Aura fulfilling criterion B

A.前兆が B を満たす

B. Occurring in a patient with 1.2 *Migraine with aura* and typical of previous auras except that one or more aura symptoms persists for ≥ 1 week

B. 1.2「前兆のある片頭痛」を持つ患者で、従来の発作と異なり、1 つもしくは複数の前兆症状が1 週間以上続く

C. Neuroimaging shows no evidence of infarction

C.神経画像検査上、脳梗塞を認めない

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D.他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Persistent aura symptoms are rare but well documented.

遷延性前兆はまれであるが、十分な記載がなされている。

They are often bilateral and may last for months or years.

遷延性前兆は両側性であることが多く、数ヵ月から数年にわたり持続する場合がある。

The 1-week minimum in criterion B is based on the opinion of experts and should be formally studied.

診断基準 B における 1 週間という最短持続期間は専門家の意見に基づいており, 正式に検討されるべきである.

Diagnostic work-up must distinguish 1.4.2 *Persistent aura without infarction* from 1.4.3 *Migrainous infarction*, and exclude symptomatic aura as a result of cerebral infarction of other causes.

診断のための精密検査によって 1.4.2「遷延性前兆で脳梗塞を伴わないもの」と 1.4.3「片頭痛性脳梗塞」は鑑別診断されなくてはならない. またその他の原因による脳梗塞の結果としておこる症候性前兆も除外される必要がある.

Attacks lasting more than 1 hour and less than 1 week and not fulfilling criteria for 1.2.1 *Migraine with typical aura* are coded 1.5.2 *Probable migraine with aura*.

1 時間を超えて 1 週間未満持続する発作があり, 1.2.1「典型的な前兆を伴う片頭痛」の診断基準を満たさない場合は, 1.5.2「前兆のある片頭痛の疑い」にコード化する.

1.4.3 *Migrainous infarction*

1.4.3「片頭痛性脳梗塞」

Description:

解説:

One or more migraine aura symptoms associated with an ischaemic brain lesion in the appropriate territory demonstrated by neuroimaging.

1 つ以上の片頭痛前兆があり, 神経画像検査によって責任領域に虚血性梗塞巣が証明される.

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. A migraine attack fulfilling criteria B and C

A. 片頭痛発作が B および C を満たす

B. Occurring in a patient with 1.2 *Migraine with aura* and typical of previous attacks except that one or more aura symptoms persists for >60 minutes

B. 1.2「前兆のある片頭痛」を持つ患者に起こり、1 つもしくは複数の前兆症状が 60 分を超えて続くことを除けば、今までの頭痛発作と同様である

C. Neuroimaging demonstrates ischaemic infarction in a relevant area

C. 神経画像検査により責任領域に虚血性梗塞病変が描出される

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Ischaemic stroke in a migraine sufferer may be categorized as cerebral infarction of other cause coexisting with migraine, cerebral infarction of other cause presenting with symptoms resembling migraine with aura, or cerebral infarction occurring during the course of a typical migraine with aura attack.

片頭痛患者における脳梗塞は、片頭痛と併存するその他の原因による脳梗塞、前兆のある片頭痛に類似した症状を呈するその他の原因による脳梗塞、あるいは前兆のある典型的片頭痛の経過中に発生する脳梗塞に分類することができる。

Only the last fulfills criteria for 1.4.3 *Migrainous infarction*.

このうち、最後の前兆のある典型的片頭痛の経過中に発生する脳梗塞のみが、1.4.3「片頭痛性脳梗塞」の基準を満たす。

1.4.3 *Migrainous infarction* mostly occurs in the posterior circulation and in younger women.

1.4.3「片頭痛性脳梗塞」はほとんどの場合、後方循環領域に起こり、若い女性である。

A two-fold increased risk of ischaemic stroke in patients with migraine with aura patients has been demonstrated in several population-based studies.

前兆のある片頭痛患者においては、虚血性脳卒中のリスクが 2 倍に増加することが、いくつかの一般集団を扱った研究で証明されている。

However, it should be noted that these infarctions are not migrainous infarctions.

しかしながら、これらの脳梗塞は片頭痛性脳梗塞ではないことに注意すべきである。

The mechanisms of the increased risk of ischaemic stroke in migraine sufferers remain unclear; likewise, the relationship between frequency of aura and the nature of aura symptoms denoting the increase in risk is unknown.

片頭痛患者において虚血性脳卒中リスクが増加するメカニズムについては未だ明らかになっていない。同様に、前兆の頻度とリスクの増加を来すような前兆症状の性状との関連も知られていない。

Most studies have shown a lack of association between migraine without aura and ischaemic stroke.

多くの研究において、前兆のない片頭痛と虚血性脳卒中との関連は無いことが示されている。

1.4.4 Migraine aura-triggered seizure

1.4.4 片頭痛前兆により誘発される痙攣発作

Description:

解説:

A seizure triggered by an attack of migraine with aura.

前兆のある片頭痛の発作により誘発される痙攣発作である。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. A seizure fulfilling diagnostic criteria for one type of epileptic attack, and criterion B below

A. 1種類のでんかん発作診断基準を満たす痙攣発作で、下記の B を満たす

B. Occurring in a patient with 1.2 *Migraine with aura*, and during, or within 1 hour after, an attack of migraine with aura

B. 1.2「前兆のある片頭痛」患者において、前兆のある片頭痛の発作中か、発作後 1 時間以内に起こる

C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Migraine and epilepsy are prototypical examples of paroxysmal brain disorders.

頭痛とてんかんは典型的な発作性脳疾患である。

Although migraine-like headaches are quite frequently seen in the epileptic postictal period, sometimes a seizure occurs during or following a migraine attack.

てんかん発作後には片頭痛様の頭痛が高頻度にみられるが、片頭痛発作中または片頭痛発作後に痙攣発作がおこることもある。

This phenomenon, sometimes referred to as *migralepsy*, is a rare event, originally described in patients with 1.2 *Migraine with aura*.

このような現象は、時に片頭痛てんかん(*migralepsy*)とも呼ばれ、稀な事象であるが、元々は 1.2「前兆のある片頭痛」患者において記載されている。

Evidence for association with 1.1 *Migraine without aura* is still lacking.

1.1 「前兆のない片頭痛」との関連についてのエビデンスは依然として不足している.

1.5 Probable migraine

1.5 片頭痛の疑い

Previously used term:

以前に使用された用語:

Migrainous disorder.

片頭痛様疾患

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Migraine-like headache secondary to another disorder (symptomatic migraine) is coded according to that disorder.

その他の疾患に続発する片頭痛様頭痛(症候性片頭痛)は, 該当疾患に応じてコード化する.

Description:

解説:

Migraine-like attacks missing one of the features required to fulfill all criteria for a subtype of migraine coded above, and not fulfilling criteria for another headache disorder.

上記にコード化した片頭痛のサブタイプの診断に必要な基準項目のうち, 1 項目を欠いた片頭痛様発作で, その他の頭痛の診断基準を満たさないもの

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Attacks fulfilling all but one of criteria A-D for 1.1 *Migraine without aura*, or all but one of criteria A-C for 1.2 *Migraine with aura*

A. 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準 A-D のうち 1 項目だけ満たさないか, 1.2「前兆のある片頭痛」の診断基準 A-C のうち 1 項目だけ満たさない

B. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

B. ICHD-3 の他のいずれの頭痛の診断基準も満たさない

C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

C.他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

In making a headache diagnosis, attacks that fulfill criteria for both 2. *Tension-type headache* and 1.5 *Probable migraine* are coded as the former in accordance with the general rule that a definite diagnosis always trumps a probable diagnosis.

頭痛の診断を行う際には, 2.「緊張型頭痛」と 1.5「片頭痛の疑い」の両方の診断基準を満たす発作は,「確定診断は常に, 疑い診断に優先される」という原則に則って, 前者(緊張型頭痛)にコード化される.

However, in patients who already have a migraine diagnosis, and where the issue is to count the number of attacks they are having (e.g. as an outcome measure in a drug trial), attacks fulfilling criteria for 1.5 *Probable migraine* should be counted as migraine.

しかしながら、既に片頭痛の診断をもつ患者において、(例えば、薬剤治験の効果判定として)彼らが経験する発作の回数を数えるというような場合、1.5「片頭痛の疑い」の診断基準を満たす発作は片頭痛として数えるべきである。

The reason for this is that mild migraine attacks, or attacks treated early, often do not achieve all characteristics necessary for a migraine attack diagnosis but nevertheless respond to specific migraine treatments.

なぜならば、軽度の片頭痛発作あるいは早期に治療された発作では片頭痛発作診断に必要とされる特徴の全てが出揃わないこともしばしばあるが、それでも、片頭痛の特異的治療が効果を示すからである。

1.5.1 Probable migraine without aura

1.5.1 前兆のない片頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Attacks fulfilling all but one of criteria A-D for 1.1 *Migraine without aura*

A. 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準 A-D のうち 1 つだけ満たさない

B. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

B. ICHD-3 の他のいずれの頭痛の診断基準も満たさない

C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

C.他に最適な ICHD-3 の診断がない

1.5.2 Probable migraine with aura

1.5.2 前兆のある片頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Attacks fulfilling all but one of criteria A-C for 1.2 *Migraine with aura* or any of its subforms

A. 1.2「前兆のある片頭痛」またはそのいずれのサブフォームにおいても診断基準 A-C のうち 1 つだけ満たさない

B. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

B. ICHD-3 の他のいずれの頭痛の診断基準も満たさない

C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D.他に最適な ICHD-3 の診断がない

1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

1.6 片頭痛に関連しうる周期性症候群

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Childhood periodic syndromes; periodic syndromes of childhood.

小児周期性症候群(childhood periodic syndromes);小児期周期性症候群(periodic syndromes of childhood?)

Comments:

コメント:

This group of disorders occurs in patients who also have 1.1 *Migraine without aura* or 1.2 *Migraine with aura*, or who have an increased likelihood to develop either of these disorders.

この疾患群は 1.1「前兆のない片頭痛」または 1.2「前兆のある片頭痛」を併せ持つ患者、あるいはこれらの片頭痛を発症する可能性の高い患者に起こる。

Although historically noted to occur in childhood, they may also occur in adults.

歴史的には小児期に起こるとされているが、成人に起こる場合もある。

Additional conditions that may also occur in these patients include episodes of motion sickness and periodic sleep disorders including sleep walking, sleep talking, night terrors and bruxism.

これらの患者では、乗り物酔いや夢遊、寝言、夜驚症、歯軋りなどの周期性睡眠障害の症状を合併する場合もある。

1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance

1.6.1 再発性消化管障害

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Chronic abdominal pain; functional abdominal pain; functional dyspepsia; irritable bowel syndrome; functional abdominal pain syndrome.

慢性腹痛(chronic abdominal pain);機能性腹痛(functional abdominal pain);機能性消化不良(functional dyspepsia);過敏性腸症候群(irritable bowel syndrome);機能性腹痛症候群(functional abdominal pain syndrome)

Description:

解説:

Recurrent episodic attacks of abdominal pain and/or discomfort, nausea and/or vomiting, occurring infrequently, chronically or at predictable intervals, that may be associated with migraine.

腹痛, 不快感・悪心または嘔吐のいずれか一つ以上の症状を繰り返す発作である。たまに起こる場合も, 慢性的に起こる場合も, 予測可能な一定間隔で起こる場合もあり, 片頭痛と関連している可能性がある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least five attacks with distinct episodes of abdominal pain and/or discomfort and/or nausea and/or vomiting

A.腹痛, 不快感・悪心および嘔吐のいずれか一つ以上の症状を示す明らかな発作が 5 回以上ある

B. Normal gastrointestinal examination and evaluation

B.消化管検査や評価は正常である

C. Not attributed to another disorder.

C.その他の疾患によらない

1.6.1.1 Cyclic vomiting syndrome

1.6.1.1 周期性嘔吐症候群

Description:

解説:

Recurrent episodic attacks of intense nausea and vomiting, usually stereotypical in the individual and with predictable timing of episodes.

激しい悪心と嘔吐を繰り返す発作で、通常、個々の患者では症状が安定化しており、発作のタイミングは予想できる。

Attacks may be associated with pallor and lethargy.

発作時に顔面蒼白と嗜眠傾向を伴うことがある。

There is complete resolution of symptoms between attacks.

発作間欠期には、症状は完全に消失する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least five attacks of intense nausea and vomiting, fulfilling criteria B and C

A. 強い悪心と嘔吐を示す発作が 5 回以上あり、B および C を満たす

B. Stereotypical in the individual patient and recurring with predictable periodicity

B. 個々の患者では症状が定量化しており、予測可能な周期で繰り返す。

C. All of the following:

C. 以下の全てを満たす

1. nausea and vomiting occur at least four times per hour

1. 悪心、嘔吐が 1 時間に 4 回以上起こる

2. attacks last ≥ 1 hour and up to 10 days

2. 発作は 1 時間から 10 日間続く

3. attacks occur ≥ 1 week apart

3. 各々の発作は 1 週間以上の間隔をあけて起こる

D. Complete freedom from symptoms between attacks

D.発作間欠期には完全に無症状

E. Not attributed to another disorder(1)

E.その他の疾患によらない(1)

Note:

注:

1. In particular, history and physical examination do not show signs of gastrointestinal disease.

1.特に、病歴および身体所見は胃腸疾患の徴候を示さない。

.

Comments:

コメント:

1.6.1.1 *Cyclic vomiting syndrome* is typically a self-limiting episodic condition occurring in childhood, with periods of complete normality between episodes.

1.6.1.1「周期性嘔吐症候群」は、小児期におこる反復性疾患であり、典型的には自然寛解 (self-limiting) する。発作間欠期は全く正常である。

The cyclic nature is the hallmark, and is predictable.

周期性が特徴であり、周期は予測可能である。

This disorder was not included as a childhood periodic syndrome in ICHD-I, but it was in ICHD-II.

この疾患は、ICHD 初版では小児周期性症候群には含まれなかったが、ICHD-2 では含まれた。

The clinical features of this syndrome resemble those found in association with migraine headaches, and multiple threads of research over the last years have suggested that cyclic vomiting syndrome is a condition related to migraine.

本症候群の臨床像は、片頭痛に関連して認められる臨床像に類似する。また、過去数年間にわたる多数の研究から、周期性嘔吐症候群は片頭痛に関連した疾患であることが示唆されている。

1.6.1.2 Abdominal migraine

1.6.1.2 腹部片頭痛

Description:

解説:

An idiopathic disorder seen mainly in children as recurrent attacks of moderate to severe midline abdominal pain, associated with vasomotor symptoms, nausea and vomiting, lasting 2-72 hours and with normality between episodes.

主として小児に認められ、中等度から重度の腹部正中の痛みを繰り返す原因不明の疾患である。腹痛は血管運動症状、悪心および嘔吐を伴い、2～72 時間持続し、発作間欠期には正常である。

Headache does not occur during these episodes.

これらの発作中に頭痛は起こらない。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least five attacks of abdominal pain, fulfilling criteria B-D

A. 腹痛発作が 5 回以上あり、B-D を満たす

B. Pain has at least two of the following three characteristics:

B.痛みは以下の 3 つの特徴の少なくとも 2 項目を満たす

1. midline location, periumbilical or poorly localized

1. 正中部, 臍周囲もしくは局在性に乏しい

2. dull or 'just sore' quality

2. 鈍痛もしくは漠然とした腹痛(just sore)

3. moderate or severe intensity

3. 中等度から重度の痛み

C. During attacks, at least two of the following:

C. 発作中, 以下の少なくとも 2 項目を満たす

1. anorexia

1. 食欲不振

2. nausea

2. 悪心

3. vomiting

3. 嘔吐

4. pallor

4. 顔面蒼白

D. Attacks last 2-72 hours when untreated or unsuccessfully treated

D. 発作は, 未治療もしくは治療が無効の場合, 2~72 時間持続する

E. Complete freedom from symptoms between attacks

E. 発作間欠期には完全に無症状

F. Not attributed to another disorder(1)

F.その他の疾患によらない

Note:

注:

1. In particular, history and physical examination do not show signs of gastrointestinal or renal disease, or such disease has been ruled out by appropriate investigations.

特に、病歴および身体所見が胃腸疾患または腎疾患の徴候を示さない、またはそれらの疾患を適切な検査により否定できる。

Comments:

コメント:

Pain of 1.6.1.2 *Abdominal migraine* is severe enough to interfere with normal daily activities.

1.6.1.2「腹部片頭痛」の痛みは正常な日常生活を妨げるほど重度の痛みである。

In young children the presence of headache is often overlooked.

年少児では頭痛の存在はしばしば見落とされる。

A careful history of presence or absence of headache must be taken and, if headache or head pain during attacks is identified, a diagnosis of 1.1 *Migraine without aura* should be considered.

頭痛の有無については注意深く病歴を取る必要があり、発作中の頭痛が確認されれば、1.1「前兆のない片頭痛」と考えるべきである。

Children may find it difficult to distinguish anorexia from nausea.

小児は食欲不振と悪心の区別ができないこともある。

Pallor is often accompanied by dark shadows under the eyes.

顔面蒼白には眼の下の隈(くま)を伴うことが多い.

In a few patients, flushing is the predominant vasomotor phenomenon.

少数の患者では顔面潮紅が主たる血管運動現象として出現する.

Most children with abdominal migraine will develop migraine headache later in life.

腹部片頭痛を有する小児の大多数は, 後年になって片頭痛を発症する.

1.6.2 Benign paroxysmal vertigo

1.6.2 良性発作性めまい

Description:

解説:

A disorder characterized by recurrent brief attacks of vertigo, occurring without warning and resolving spontaneously, in otherwise healthy children.

繰り返し起こる短時間の回転性めまい発作が特徴の疾患で, 発作は前触れなしに起こり自然に軽減する. それ以外には健康上問題がない小児に起こる.

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least five attacks fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす発作が 5 回以上ある

B. Vertigo(1) occurring without warning, maximal at onset and resolving spontaneously after minutes to hours without loss of consciousness

B. 前触れなく生じ, 発現時の症状が最強で, 意識消失を伴うことなく数分～数時間で自然寛解する回転性めまい発作

C. At least one of the following associated symptoms or signs:

C. 下記の随伴症状・徴候のうち少なくとも 1 項目を満たす

1. nystagmus

1. 眼振

2. ataxia

2. 運動失調

3. vomiting

3. 嘔吐

4. pallor

4. 顔面蒼白

5. fearfulness

5. 恐怖

D. Normal neurological examination and audiometric and vestibular functions between attacks

D. 発作間欠期には神経所見および聴力・平衡機能は正常

E. Not attributed to another disorder.

E. その他の疾患によらない

Note:

注:

1. Young children with vertigo may not be able to describe vertiginous symptoms.

Parental observation of episodic periods of unsteadiness may be interpreted as vertigo in young children.

1.回転性めまいをもつ年少児が,ぐるぐる回る症状を説明することは難しいかもしれない.発作的な落ち着きのなさが親によって観察される場合,これが年少児の回転性めまい発作を説明しうることがある.

Comments:

コメント:

Posterior fossa tumours, seizures and vestibular disorders must be excluded.

後頭蓋窩腫瘍,痙攣発作および前庭障害は必ず除外されるべきである.

The relationship between 1.6.2 *Benign paroxysmal vertigo* and A1.6.6 *Vestibular migraine* (see Appendix) needs to be further examined.

1.6.2「良性発作性めまい」とA1.6.6「前庭性片頭痛」(付録参照)との関連については,更なる検討が必要である.

1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

1.6.3 良性発作性斜頸

Description:

解説:

Recurrent episodes of head tilt to one side, perhaps with slight rotation, which remit spontaneously.

反復発作性に頭部が片側に傾き,おそらく若干回旋している.症状は自然寛解する.

The condition occurs in infants and small children, with onset in the first year.

この疾患は幼児および乳児にみられ,生後1年以内に発症する.

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent attacks¹ in a young child, fulfilling criteria B and C

A. 年少児に見られる反復発作で, B および C を満たす

B. Tilt of the head to either side, with or without slight rotation, remitting spontaneously after minutes to days

B. 頭部が左右どちらかに傾いており, 若干の回旋を伴う場合と伴わない場合がある. 数分から数日間で自然寛解する

C. At least one of the following associated symptoms or signs:

C. 下記の随伴症状・徴候のうち少なくとも 1 項目を満たす

1. pallor

1. 顔面蒼白

2. irritability

2. 易刺激性

3. malaise

3. 倦怠感

4. vomiting

4. 嘔吐

5. ataxia(2)

5. 運動失調(2)

D. Normal neurological examination between attacks

D. 発作時以外の神経所見は正常

E. Not attributed to another disorder.

E.その他の疾患によらない

Notes:

注:

1. Attacks tend to recur monthly.

1.発作は毎月再発する傾向がある

2. Ataxia is more likely in older children within the affected age group.

2.運動失調は、患者年齢グループ中、年長の小児の方が多くみられる。

Comments:

コメント:

The child's head can be returned to the neutral position during attacks: some resistance may be encountered, but can be overcome.

小児の頭部は発作中に中立位に復することもある。抵抗性がみられることもあるが、最終的には回復可能である。

The differential diagnosis includes gastro-oesophageal reflux, idiopathic torsional dystonia and complex partial seizure, but particular attention must be paid to

the posterior fossa and craniocervical junction where congenital or acquired lesions may produce torticollis.

鑑別診断には、胃食道逆流、特発性捻転ジストニー、および複雑部分発作などが含まれるが、後頭蓋窩および頭頸接合部の先天性または後天性病変が斜頸をきたしうるため、同部位には特に注意を払う必要がある。

These observations need further validation by patient diaries, structured interviews and longitudinal data collection.

これらの知見は、患者日誌、系統的問診、長期データ収集によってさらに妥当性を確認する必要がある。

1.6.3 *Benign paroxysmal torticollis* may evolve into 1.6.2 *Benign paroxysmal vertigo* or 1.2 *Migraine with aura* (particularly 1.2.2 *Migraine with brainstem aura*), or cease without further symptoms.

1.6.3「良性発作性斜頸」は、1.6.2「良性発作性めまい」または1.2「前兆のある片頭痛」(特に1.2.2「脳幹性前兆を伴う片頭痛」)に移行することもあるが、更なる症状を示すことなく終息することもある。

Bibliography

1.1 Migraine in general

Arruda MA, Guidetti V, Galli F, et al. Primary headaches in childhood. A population-based study. *Cephalalgia* 2010; 30:1056-1064.

Diener HC and Silberstein SD. Medication overuse headache. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, et al. (eds). *The Headaches*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2006;971-979.

Gelfand AA, Fullerton HJ and Goadsby PJ. Child neurology: Migraine with aura in children. *Neurology* 2010; 75(5): e16-e19.

Goadsby PJ. Recent advances in the diagnosis and management of migraine. *BMJ* 2006; 332:25-29.

Goadsby PJ. Migraine pathophysiology. *Headache* 2005; 45 Suppl 1: S14-S24.

Katsarava Z, Manack A, Yoon MS, et al. Chronic migraine: classification and comparisons. *Cephalalgia* 2011; 31:520-529.

Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, et al. Classification of primary headaches. *Neurology* 2004; 63:427-435.

Martelletti P, Haimanot RT, Lainez MJ, et al. The Global Campaign (GC) to Reduce the Burden of Headache Worldwide. The International Team for Specialist Education (ITSE). *J Headache Pain* 2005; 6:261-263.

Silberstein SD. Migraine. *Lancet* 2004; 363:381-391.

Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, et al. Years lived with disability (YLD) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163-2196.

1.2 Migraine with aura

Cao Y, Welch KM, Aurora S, et al. Functional MRI-BOLD of visually triggered headache in patients with migraine. *Arch Neurol* 1999; 56:548-554.

Charles A and Brennan K. Cortical spreading depression . new insights and persistent questions. *Cephalalgia* 2009; 29:1115- 1124.

Cologno D, Torelli P and Manzoni GC. Migraine with aura: A review of 81 patients at 10.20 years' follow-up. *Cephalalgia* 1998; 18:690-696.

Cutrer FM, Sorensen AG, Weisskoff RM, et al. Perfusion-weighted imaging defects during spontaneous migrainous aura. *Ann Neurol* 1998; 43:25-31.

Eriksen MK, Thomsen LL, Andersen I, et al. Clinical characteristics of 362 patients with familial migraine with aura. *Cephalalgia* 2004; 24:564-575.

Eriksen MK, Thomsen LL and Olesen J. The Visual Aura Rating Scale (VARS) for migraine aura diagnosis. *Cephalalgia* 2005; 25:801-810.

Hadjikhani N, Sanchez del Rio M, Wu O, et al. Mechanisms of migraine aura revealed by functional MRI in human visual cortex. *PNAS* 2001; 98:4687-4692.

Hansen JM, Lipton R, Dodick D, et al. Migraine headache is present in the aura phase . a prospective study. *Neurology* 2012; 79:2044-2049.

Jensen K, Tfelt-Hansen P, Lauritzen M, et al. Classic migraine. A prospective recording of symptoms. *Acta Neurol Scand* 1986; 73:359-362.

Kallela M, Wessman M, Farkkila M, et al. Clinical characteristics of migraine in a population-based twin sample: Similarities and differences between migraine with and without aura. *Cephalalgia* 1999; 19:151-158.

Kelman L. The premonitory symptoms (prodrome): A tertiary care study of 893 migraineurs. *Headache* 2004; 44:865-872.

Lauritzen M. Pathophysiology of the migraine aura. The spreading depression theory. *Brain* 1994; 117 (Pt 1):199-210.

Leao AAP. Spreading depression of activity in the cerebral cortex. *J Neurophysiol* 1944; 7:359-390.

Olesen J, Friberg L, Olsen TS, et al. Timing and topography of cerebral blood flow, aura, and headache during migraine attacks. *Ann Neurol* 1990; 28:791-798.

Queiroz LP, Friedman DI, Rapoport AM, et al. Characteristics of migraine visual aura in Southern Brazil and Northern USA. *Cephalalgia* 2011; 31:1652-1658.

Rasmussen BK and Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: An epidemiological study. *Cephalalgia* 1992; 12:221-228 (discussion 186).

Salhofer-Polanyi S, Frantal S, Brannath W, et al. Prospective analysis of factors related to migraine aura . The PAMINA Study. *Headache* 2012; 52:1236-1245.

Schoonman GG, Evers DJ, Terwindt GM, et al. The prevalence of premonitory symptoms in migraine: A questionnaire study in 461 patients. *Cephalalgia* 2006; 26:1209-1213.

Vibeke U, Gervil M, Kyvik KO, et al. Evidence of a genetic factor in migraine with aura: A population-based Danish twin study. *Ann Neurol* 1999; 45:242-246.

1.2.1 Migraine with typical aura

Eriksen MK, Thomsen LL and Olesen J. Implications of clinical subtypes of migraine with aura. *Headache* 2006; 46:286-297.

Matharu MJ and Goadsby PJ. Post-traumatic chronic paroxysmal hemicrania (CPH) with aura. *Neurology* 2001; 56:273-275.

Morrison DP. Abnormal perceptual experiences in migraine. *Cephalalgia* 1990; 10:273-277.

Silberstein SD, Niknam R, Rozen TD, et al. Cluster headache with aura. *Neurology* 2000; 54:219-221.

Wijman CA, Wolf PA, Kase CS, et al. Migrainous visual accompaniments are not rare in late life: The Framingham Study. *Stroke* 1998; 29:1539-1543.

1.2.2 Migraine with brainstem aura

Ambrosini A, D'Onofrio M, Grieco GS, et al. Familial basilar migraine associated with a new mutation in the ATP1A2 gene. *Neurology* 2005; 65:1826-1828.

Bickerstaff ER. Basilar artery migraine. *Lancet* 1961; i: 15.

Caplan LR. Migraine and vertebrobasilar ischemia. *Neurology* 1991; 41:55.61.

Eriksen MK, Thomsen LL and Olesen J. Implications of clinical subtypes of migraine with aura. *Headache* 2006; 46:286-297.

Kirchmann M, Thomsen LL and Olesen J. Basilar-type migraine: Clinical, epidemiologic, and genetic features. *Neurology* 2006; 66:880-886.

Lempert T, Neuhauser H and Daroff RB. Vertigo as a symptom of migraine. *Ann NY Acad Sci* 2009; 1164:242-251.

Sturzenegger MH and Meienberg O. Basilar artery migraine: A follow-up study of 82 cases. *Headache* 1985; 25:408-415.

Swanson JW and Vick NA. Basilar artery migraine 12 patients, with an attack recorded electroencephalographically. *Neurology* 1978; 28:782-786.

Thomsen LL, Eriksen MK, Roemer SF, et al. A population-based study of familial hemiplegic migraine suggests revised diagnostic criteria. *Brain* 2002; 125:1379-1391.

Thomsen LL, Ostergaard E, Olesen J, et al. Evidence for a separate type of migraine with aura: Sporadic hemiplegic migraine. *Neurology* 2003; 60:595-601.

1.2.3 Hemiplegic migraine

Ambrosini A, D'Onofrio M, Grieco GS, et al. Familial basilar migraine associated with a new mutation in the ATP1A2 gene. *Neurology* 2005; 65:1826-1828.

De Fusco M, Marconi R, Silvestri L, et al. Haploinsufficiency of ATP1A2 encoding the Nat/Ktpump alpha2 subunit associated with familial hemiplegic migraine type 2. *Nat Genet* 2003; 33:192-196.

de Vries B, Frants RR, Ferrari M, et al. Molecular genetics of migraine. *Human Genet* 2009; 126:115-132.

Dichgans M, Freilinger T, Eckstein G, et al. Mutation in the neuronal voltage-gated sodium channel SCN1A in familial hemiplegic migraine. *Lancet* 2005; 366:371-377.

Dreier JP, Jurkat-Rott K, Petzold GC, et al. Opening of the blood-brain barrier preceding cortical edema in a severe attack of FHM type II. *Neurology* 2005; 64:2145-2147.

Eriksen MK, Thomsen LL and Olesen J. Implications of clinical subtypes of migraine with aura. *Headache* 2006; 46:286-297.

Hansen JM, Schytz HW, Larsen VA, et al. Hemiplegic migraine aura begins with cerebral hypoperfusion: Imaging in the acute phase. *Headache* 2011; 51:1289-1296.

Hansen JM, Thomsen LL, Olesen J, et al. Coexisting typical migraine in familial hemiplegic migraine. *Neurology* 2010; 74:594-600.

Iizuka T, Takahashi Y, Sato M, et al. Neurovascular changes in prolonged migraine aura in FHM with a novel ATP1A2 gene mutation. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2012; 83:205-212.

Jurkat-Rott K, Freilinger T, Dreier JP, et al. Variability of familial hemiplegic migraine with novel A1A2 Na/K-ATPase variants. *Neurology* 2004; 62:1857-1861.

Kirchmann M, Thomsen LL and Olesen J. Basilar-type migraine: clinical, epidemiologic, and genetic features. *Neurology* 2006; 66:880-886.

Leo L, Gherardini L, Barone V, et al. Increased susceptibility to cortical spreading depression in the mouse model of familial hemiplegic migraine type 2. *PLoS Genet* 2011; 7: e1002129.

Thomsen LL, Eriksen MK, Roemer SF, et al. A population-based study of familial hemiplegic migraine suggests revised diagnostic criteria. *Brain* 2002; 125:1379-1391.

Thomsen LL, Kirchmann M, Bjornsson A, et al. The genetic spectrum of a population-based sample of familial hemiplegic migraine. *Brain* 2007; 130:346-356.

Thomsen LL, Ostergaard E, Olesen J, et al. Evidence for a separate type of migraine with aura: Sporadic hemiplegic migraine. *Neurology* 2003; 60:595-601.

Vanmolkot KRJ, Kors EE, Turk U, et al. Two de novo mutations in the Na,K-ATPase gene ATP1A2 associated with pure familial hemiplegic migraine. *Eur J Human Genet* 2006; 14:555-560.

1.2.4 Retinal migraine

Carroll D. Retinal migraine. *Headache* 1970; 10: 9-13.

Chronicle EP and Mulleners WM. Visual system dysfunction in migraine: A review of clinical and psychophysical findings. *Cephalalgia* 1996; 16: 525-535.

Hedges TR. Isolated ophthalmic migraine in the differential diagnosis of cerebro-ocular ischemia. *Stroke* 1976; 7: 379-381.

Grosberg BM, Solomon S, Friedman DI and Lipton RB. Retinal migraine reappraised. *Cephalalgia* 2006; 26:1275-1286.

Hill DL, Daroff RB, Ducros A, et al. Most cases labeled as 'retinal migraine' are not migraine. *J Neuroophthalmol* 2007; 27:3-8.

Martin TJ and Corbett JJ. Disorders of the eye. In Silberstein SD, Lipton RB and Dalessio DJ, editors. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. New York: Oxford University Press 2001; 459-474.

Troost T and Zagami AS. Ophthalmoplegic migraine and retinal migraine. In Olesen J, Tfelt-Hansen P and Welch KMA, editors. *The Headaches*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2000; 511-516.

1.3 Chronic migraine

Aurora SK. Is chronic migraine one end of a spectrum of migraine or a separate entity? *Cephalalgia* 2009; 29: 597-605.

Bigal ME and Lipton RB. Concepts and mechanisms of migraine chronification. *Headache* 2008; 48:7-15.

Bigal M, Rapoport A, Sheftell F, et al. The International Classification of Headache Disorders revised criteria for chronic migraine . field testing in a headache specialty clinic. *Cephalalgia* 2007; 27: 230-234.

Bigal ME, Serrano D, Reed M and Lipton RB. Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology* 2008; 71: 559-566.

Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM, et al. Chronic daily headache in a tertiary care population: Correlation between the International Headache Society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache. *Cephalalgia* 2002; 22:432-438.

Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, et al. Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain* 2012; 13:361-378.

Buse DC, Manack AN, Fanning KM, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors. Results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache* 2012; 52:1456-1470.

Buse D, Manack A, Serrano D, et al. Headache impact of chronic and episodic migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study. *Headache* 2012; 52:3-17.

Diamond S. A view of chronic daily headache. *Headache Quart* 2000; 11: 177.

Mathew NT, Stubits E and Nigam MR. Transformation of migraine into daily headache: Analysis of factors. *Headache* 1982; 22:66-68.

Diener HC, Dodick DW, Goadsby PJ, et al. Chronic migraine . classification, characteristics and treatment. *Nat Rev Neurol* 2012; 8:162-171.

Goadsby PJ and Hargreaves R. Refractory migraine and chronic migraine: pathophysiological mechanisms. *Headache* 2008; 48: 799-804.

Katsarava Z, Manack A, Yoon MS, et al. Chronic migraine: classification and comparisons. *Cephalalgia* 2011; 31:520-529.

Manzoni GC, Bonavita V, Bussone G, et al; ANIRCEF (Associazione Neurologica Italiana Ricerca Cefalee). Chronic migraine classification: current knowledge and future perspectives. *J Headache Pain* 2001; 12:585-592.

Mathew NT, Stubits E and Nigam MP. Transformed or evolutive migraine. *Headache* 1987; 27:102-106.

Natoli JL, Manack A, Dean B, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* 2010; 30: 599-609.

Scher AI, Stewart WF, Liberman J and Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998; 38: 497-506.

Scher AI, Stewart WF, Ricci JA and Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain* 2003; 106:81-89.

Silberstein SD, Lipton RB and Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: Field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996; 47:871-875.

Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S and Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: Proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1994; 34: 1-7.

Stewart WF, Scher AI and Lipton RB. Stressful life events and risk of chronic daily headache: Results from the frequent headache epidemiology study. *Cephalalgia* 2001; 21: 279.

Zeeberg P, Olesen J and Jensen R. Probable medication-overuse headache: The effect of a 2-month drug-free period. *Neurology* 2006; 66:1894-1898.

Zeeberg P, Olesen J and Jensen R. Medication overuse headache and chronic migraine in a specialized headache centre: Field-testing proposed new appendix criteria. *Cephalalgia* 2009; 29:214-220.

1.4.1 Status migrainosus

Akhtar ND, Murray MA and Rothner AD. Status migrainosus in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol* 2001; 8:27-33.

Couch JR and Diamond S. Status migrainosus. Causative and therapeutic aspects. *Headache* 1983; 23:94-101.

Cure J and Rothrock J. Prolonged status migrainosus complicated by cerebellar infarction. *Headache* 2007; 47:1091-1092.

Gentile S, Rainero I, Daniele D, et al. Reversible MRI abnormalities in a patient with recurrent status migrainosus. *Cephalalgia* 2009; 29:687-690.

Lanfranconi S, Corti S, Bersano A, et al. Aphasic and visual aura with increased vasogenic leakage: An atypical migrainosus status. *J Neurol Sci* 2009; 285:227-229.

Perucca P, Terzaghi M and Manni R. Status epilepticus migrainosus: Clinical, electrophysiologic, and imaging characteristics. *Neurology* 2010; 75:373-374.

Raskin NH. Treatment of status migrainosus: The American experience. *Headache* 1990; 30 Suppl 2: 550-553.

1.4.2 Persistent aura without infarction

Ambrosini A, de Noordhout AM and Schoenen J. Neuromuscular transmission in migraine patients with prolonged aura. *Acta Neurol Belg* 2001; 101:166-170.

Bento MS and Esperanca P. Migraine with prolonged aura. *Headache* 2000; 40:52-53.

Chen WT, Fuh JL, Lu SR and Wang SJ. Persistent migrainous visual phenomena might be responsive to lamotrigine. *Headache* 2001; 41:823-825.

Chen WT, Lin YY, Fuh JL, et al. Sustained visual cortex hyperexcitability in migraine with persistent visual aura. *Brain* 2011; 134 (Pt 8):2387-2395.

Evans RW and Lay CL. A persistent migraine aura. *Headache* 2000; 40:696-698.

Haan J, Sluis P, Sluis IH and Ferrari MD. Acetazolamide treatment for migraine aura status. *Neurology* 2000; 55:1588-1589.

Haas DC. Prolonged migraine aura status. *Ann Neurol* 1982; 11:197-199.

Liu GT, Schatz NJ, Galetta SK, et al. Persistent positive visual phenomena in migraine. *Neurology* 1995; 45:664-668.

Luda E, Bo E, Sicuro L, et al. Sustained visual aura: A totally new variation of migraine. *Headache* 1991; 31:582-583.

Relja G, Granato A, Ukmar M, et al. Persistent aura without infarction: Description of the first case studied with both brain SPECT and perfusion MRI. *Cephalalgia* 2005; 25:56-59.

Rothrock JF. Successful treatment of persistent migraine aura with divalproex sodium. *Neurology* 1997; 48:261-262.

San-Juan OD and Zermen. o PF. Migraine with persistent aura in a Mexican patient: Case report and review of the literature. *Cephalalgia* 2007; 27:456-460.

Smith M, Cros D and Sheen V. Hyperperfusion with vasogenic leakage by fMRI in migraine with prolonged aura. *Neurology* 2002; 58:1308-1310.

Wang YF, Fuh JL, Chen WT and Wang SJ. The visual aura rating scale as an outcome predictor for persistent visual aura without infarction. *Cephalalgia* 2008; 28:1298-1304.

1.4.3 Migrainous infarction

Bono G, Minonzio G, Mauri M and Clerici AM. Complications of migraine: Migrainous infarction. *Clin Exp Hypertens* 2006; 28:233-242.

Bousser MG, Conard J, Kittner S, et al. Recommendations on the risk of ischemic stroke associated with use of combined oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives & Hormone Replacement Therapy. *Cephalalgia* 2000; 20:155-156.

Chang CL, Donaghy M and Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ* 1999; 318:13-18.

Connor CCR. Complicated migraine. A study of permanent neurological and visual defects. *Lancet* 1962; ii:1072-1075.

Laurell K, Artto V, Bendtsen L, et al. Migrainous infarction: A Nordic multicenter study. *Eur J Neurol* 2011; 18:1220-1226.

MacGregor EA and Guillebaud J. Combined oral contraceptives, migraine and ischemic stroke. Clinical and Scientific Committee of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care and the Family Planning Association. *Br J Fam Plann* 1998; 24: 55-60.

Olesen J, Friberg L, Olsen TS, et al. Ischaemia-induced (symptomatic) migraine attacks may be more frequent than migraine induced ischemic insults. *Brain* 1993; 116: 187-202.

Rothrock JF, Walicke P, Swenson MR, et al. Migrainous stroke. *Arch Neurol* 1988; 45:63-67.

Schulz UG, Blamire AM, Davies P, et al. Normal cortical energy metabolism in migrainous stroke: A ³¹P-MR spectroscopy study. *Stroke* 2009; 40:3740-3744.

Tietjen GE. The relationship of migraine and stroke. *Neuroepidemiology* 2000; 19: 13-19.

Tzourio C, Kittner SJ, Bousser MG, et al. Migraine and stroke in young women. *Cephalalgia* 2000; 20:190-199.

Wolf ME, Szabo K, Griebel M, et al. Clinical and MRI characteristics of acute migrainous infarction. *Neurology* 2011; 76:1911-1917.

1.4.4 Migraine aura-triggered seizure

Belcastro V, Striano P, Kasteleijn-Nolst Trenite. DG, et al. Migralepsy, hemicrania epileptica, post-ictal headache and 'ictal epileptic headache': A proposal for terminology and classification revision. *J Headache Pain* 2011; 12:289-294.

Davies PT and Panayiotopoulos CP. Migraine triggered seizures and epilepsy triggered headache and migraine attacks: A need for re-assessment. *J Headache Pain* 2011; 12:287-288.

Friedenberg S and Dodick DW. Migraine-associated seizure: A case of reversible MRI abnormalities and persistent nondominant hemisphere syndrome. *Headache* 2000; 40:487-490.

Maggioni F, Mampreso E, Ruffatti S, et al. Migralepsy: Is the current definition too narrow? *Headache* 2008; 48:1129-1132.

Marks DA and Ehrenberg BL. Migraine-related seizures in adults with epilepsy, with EEG correlation. *Neurology* 1993; 43:2476-2483.

Merlino G, Valente MR, D'Anna S and Gigli GL. Seizures with prolonged EEG abnormalities during an attack of migraine without aura. *Headache* 2007; 47:919-922.

Parisi P and Kasteleijn-Nolst Trenite` DGA. 'Migrainalepsy': A call for revision of the definition. *Epilepsia* 2010; 51:932-933.

Rogawski MA. Common pathophysiologic mechanisms in migraine and epilepsy. *Arch Neurol* 2008; 65:709-714.

Sances G, Guaschino E, Perucca P, et al. Migrainalepsy: A call for revision of the definition. *Epilepsia* 2009; 50:2487-2496.

Ter Berg HW. Migraine-associated seizure: A case of reversible MRI abnormalities and persistent nondominant hemisphere syndrome. *Headache* 2001; 41:326-328.

Velioglu SK and Ozmenoglu M. Migraine-related seizures in an epileptic population. *Cephalalgia* 1999; 19:797-801.

Verrotti A, Coppola G, Di Fonzo A, et al. Should 'migrainalepsy' be considered an obsolete concept? A multicenter retrospective clinical/EEG study and review of the literature. *Epilepsy Behav* 2011; 21:52-59.

1.5 Probable migraine

Granella F, Alessandro RD, Manzoni GC, et al. International Headache Society classification: Interobserver reliability in the diagnosis of primary headaches. *Cephalalgia* 1994; 14: 16-20.

Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL, et al. Diagnosis of migraine: Empirical analysis of a large clinical sample of atypical migraine (IHS 1.7) patients and proposed revision of the IHS criteria. *Cephalalgia* 2001; 21:584-595.

Rasmussen BK, Jensen R and Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991; 11:129-134.

Russell MB and Olesen J. Migrainous disorder and its relation to migraine without aura and migraine with aura. A genetic epidemiological study. *Cephalalgia* 1996; 16:431-435.

1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance

Abu-Arafeh I and Russel G. Prevalence and clinical features of abdominal migraine compared with those of migraine headache. *Arch Dis Child* 1995; 72:413-417.

Al-Twajiri WA and Shevell MI. Pediatric migraine equivalents: Occurrence and clinical features in practice. *Pediatr Neurol* 2002; 26:365-368.

Dignan F, Abu-Arafeh I and Russell G. The prognosis of childhood abdominal migraine. *Arch Dis Child* 2001; 84:415-418.

Drossman DA and Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointest Liver Dis* 2006; 15:237-241.

Farquar HA. Abdominal migraine in children. *BMJ* 1956; i:1082-1085.

Fleisher DR. Cyclic vomiting syndrome and migraine. *J Pediatr* 1999; 134:533-535.

Haan J, Kors EE and Ferrari MD. Familial cyclic vomiting syndrome. *Cephalalgia* 2002; 22:552-554.

Li BU. Cyclic vomiting syndrome: Age-old syndrome and new insights. *Semin Pediatr Neurol* 2001; 8: 13-21.

Li BUK, Lefevre F, Chelimsky GG, et al. NASPGHAN Consensus Statement on the Diagnosis and Management of CVS. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 47:379-393.

Rashed H, Abell TL, Familoni BO, et al. Autonomic function in cyclic vomiting syndrome and classic migraine. *Dig Dis Sci* 1999; 44 Suppl 8: 74S-78S.

Russell G, Abu-Arafeh I and Symon DN. Abdominal migraine: Evidence for existence and treatment options. *Paediatr Drugs* 2002; 4:1-8.

Thiessen PN. Recurrent abdominal pain. *Pediatr Rev* 2002; 23:39-46.

Welch KM. Scientific basis of migraine: speculation on the relationship to cyclic vomiting. *Dig Dis Sci* 1999; 44 Suppl 8: 26S-30S.

1.6.2 Benign paroxysmal vertigo

Drigo P, Carli G and Laverda AM. Benign paroxysmal vertigo of childhood. *Brain Dev (Netherlands)* 2001; 23: 38-41.

Dunn DW and Snyder CH. Benign paroxysmal vertigo of childhood. *Am J Dis Child* 1976; 130:1099-1100.

Fenichel GM. Migraine as a cause of benign paroxysmal vertigo of childhood. *J Pediatr* 1967; 71:114-115.

1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

Drigo, P, Carli G and Laverda AM. Benign paroxysmal torticollis of infancy. *Brain Dev* 2000; 22:169-172.

Giffin NJ, Benton S and Goadsby PJ. Benign paroxysmal torticollis of infancy: Four new cases and linkage to CACNA1A mutation. *Dev Med Child Neurol* 2002; 44:490-493.

Rosman NP, Douglass LM, Sharif UM, Paolini J. The neurology of benign paroxysmal torticollis of infancy: Report of 10 new cases and review of the literature. *J Child Neurol* 2009; 24:155-160.

2. Tension-type headache (TTH)

2. 緊張型頭痛(Tension-type headache : TTH)

2.1 Infrequent episodic tension-type headache

2.1 稀発反復性緊張型頭痛(Infrequent episodic tension-type headache)

2.1.1 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.1.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛(Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness)

2.1.2 Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.1.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない稀発反復性緊張型頭痛(Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness)

2.2 Frequent episodic tension-type headache

2.2 頻発反復性緊張型頭痛(Frequent episodic tension-type headache)

2.2.1 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.2.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う頻発反復性緊張型頭痛(Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness)

2.2.2 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.2.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない頻発反復性緊張型頭痛(Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness)

2.3 Chronic tension-type headache

2.3 慢性緊張型頭痛(Chronic tension-type headache)

2.3.1 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.3.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う慢性緊張型頭痛(Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness)

2.3.2 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.3.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない慢性緊張型頭痛(Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness)

2.4 Probable tension-type headache

2.4 緊張型頭痛の疑い(Probable tension-type headache)

2.4.1 Probable infrequent episodic tension-type headache

2.4.1 稀発反復性緊張型頭痛の疑い(Probable infrequent episodic tension-type headache)

2.4.2 Probable frequent episodic tension-type headache

2.4.2 頻発反復性緊張型頭痛の疑い(Probable frequent episodic tension-type headache)

2.4.3 Probable chronic tension-type headache

2.4.3 慢性緊張型頭痛の疑い(Probable chronic tension-type headache)

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Tension headache; muscle contraction headache; psychomyogenic headache; stress headache; ordinary headache; essential headache; idiopathic headache; psychogenic headache.

緊張性頭痛(tension headache), 筋収縮性頭痛(muscle contraction headache), 精神筋原性頭痛(psychomyogenic headache), ストレス頭痛(stress headache), 通常頭痛(ordinary headache), 本態性頭痛(essential headache), 特発性頭痛(idiopathic headache)および心因性頭痛(psychogenic headache).

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Tension-type-like headache attributed to another disorder is coded to that disorder.

他の疾患による緊張型様頭痛は当該疾患にコード化される。

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

When a headache with the characteristics of tension-type characteristics occurs for the first time in close temporal relation to another disorder that is known to cause headache, or fulfils other criteria for causation by that disorder, the new headache is coded as a secondary headache attributed to the causative disorder.

緊張型頭痛の特徴を有する頭痛が初発し、頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致する場合、あるいはその疾患による二次性頭痛の診断基準を満たす場合には、原因疾患に応じて二次性頭痛としてコード化する。

When *pre-existing* tension-type headache becomes *chronic* in close temporal relation to such a causative disorder, both the initial tension-type headache diagnosis and the secondary diagnosis should be given.

頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致して、以前から存在する緊張型頭痛が慢性化する場合には、元々ある緊張型頭痛およびその疾患に応じた二次性頭痛の両方として診断する。

When *pre-existing* tension-type headache is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity) in close temporal relation to such a causative disorder, both the initial tension-type headache diagnosis and the secondary diagnosis should be given, provided that there is good evidence that the disorder can cause headache.

頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致して、以前から存在する緊張型頭痛が有意に悪化した場合（通常、頻度および・または重症度が 2 倍かそれ以上になることを意味する）、その疾患が頭痛の原因となる確証がある場合のみ、元々ある緊張型頭痛およびその疾患に応じた二次性頭痛の両方として診断する。

In the case of chronic tension-type headache with medication overuse, a close temporal relation is often difficult to establish.

治療薬の過剰使用が存在する慢性緊張型頭痛の場合は、時期的な因果関係を確立するのはしばしば困難である。

Therefore, both diagnoses, 2.3 *Chronic tension-type headache* and 8.2 *Medication-overuse headache*, should be given in all such cases.

従って、2.3「慢性緊張型頭痛」と8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断の両方が与えられるべきである。

Introduction

緒言

2. *Tension-type headache* is very common, with a lifetime prevalence in the general population ranging between 30% and 78% in different studies, and it has a very high socio-economic impact.

2.「緊張型頭痛」は極めて一般的であり、さまざまな調査で一般集団における生涯有病率は30-78%の範囲とされており、社会経済に非常に高度な影響を及ぼしている。

Although this type of headache was previously considered to be primarily psychogenic, a number of studies have appeared after publication of ICHD-I that strongly suggest a neurobiological basis, at least for the more severe subtypes of tension-type headache.

この型の頭痛は、以前は主として心因性のものと見なされていたが、ICHD-1の公表以後、少なくとも緊張型頭痛のより重症サブタイプに関しては、神経生物学的基盤を強く示唆する多数の研究が発表されてきた。

The division of 2. *Tension-type headache* into *episodic* and *chronic* subtypes, which was introduced in ICHD-I, has proved extremely useful.

ICHD-1で採り入れた反復性と慢性のサブタイプに分類した2.「緊張型頭痛」は極めて有用であることが分かった。

In ICHD-II, the episodic form was further subdivided into an *infrequent* subform with headache episodes less than once per month and a *frequent* subform.

ICHD-2では、反復性緊張型頭痛を、頭痛の頻度が月あたり1回未満の「稀発型」のサブフォームと「頻発型」のサブフォームにさらに細分類した。

2.3 *Chronic tension-type headache* is a serious disease, causing greatly decreased quality of life and high disability.

2.3「慢性緊張型頭痛」は、生活の質(QOL)を大きく低下させ、高度の障害を惹き起こす深刻な疾患である。

2.2 *Frequent episodic tension-type headache* can be associated with considerable disability, and sometimes warrants treatment with expensive drugs.

2.2「頻発反復性緊張型頭痛」は、時として高価な薬剤を伴う治療が必要となるほどの支障をきたすことがある。

In contrast, 2.1 *Infrequent episodic tension-type headache*, which occurs in almost the entire population, usually has very little impact on the individual and, in most instances, requires no attention from the medical profession.

対照的に、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」は、ほとんどの全集団で起こり、個人に及ぼす影響はごくわずかなものであるため、ほとんどの場合、医療関係者から注目されない。

The distinction of 2.1 *Infrequent episodic tension-type headache* from 2.2 *Frequent episodic tension-type headache* thus separates individuals who typically do not require medical management, and avoids categorizing almost the entire population as having a significant headache disorder, yet allows their headaches to be classified.

2.2「頻発反復性緊張型頭痛」から 2.1「稀発反復性緊張型頭痛」をあえて区別して分類することで、医学的管理を必要としない人々を分け、大多数の人々が意味のある頭痛疾患を持つとしてカテゴリー化するのを避ける。

The exact mechanisms of 2. *Tension-type headache* are not known.

2.「緊張型頭痛」の正確なメカニズムは不明である。

Peripheral pain mechanisms are most likely to play a role in 2.1 *Infrequent episodic tension-type headache* and 2.2 *Frequent episodic tension-type headache*, whereas central pain mechanisms play a more important role in 2.3 *Chronic tension-type headache*.

2.3「慢性緊張型頭痛」においては中枢性痛みメカニズムがより重要な役割を果たしているのに対し、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」と 2.2「頻発反復性緊張型頭痛」については末梢性痛みメカニズムが役割を果たしている可能性が最も高い。

Increased pericranial tenderness recorded by manual palpation is the most significant abnormal finding in patients with tension-type headache.

緊張型頭痛の患者において、触診による頭蓋周囲の圧痛の増強は最も重要な異常所見である。

The tenderness is typically present interictally, is further increased during actual headache and increases with the intensity and frequency of headaches.

圧痛は、典型的には非発作時にもみられ、頭痛の強さと頻度とともに増強し、実際の頭痛の発現中にさらに悪化する。

Pericranial tenderness is easily recorded by manual palpation by small rotating movements and a firm pressure (preferably aided by use of a palpometer) with the second and third fingers on the frontal, temporal, masseter, pterygoid, sternocleidomastoid, splenius and trapezius muscles.

頭蓋周囲の圧痛は、前頭筋、側頭筋、咬筋、翼突筋、胸鎖乳突筋、板状筋および僧帽筋上を第2指と第3指を小さく回転させて動かし、強く圧迫を加える触診により容易にその程度が分かる(望ましくは補助的に圧痛計を使用する)。

Local tenderness scores of 0-3 for each muscle can be summed to yield a total tenderness score for each individual.

各筋肉での0-3の局所圧痛スコアを合計して、各個人における総圧痛スコアを算出すればよい。

Palpation is a useful guide for treatment strategy.

触診は治療戦略に関する有用な手引きとなる。

It also adds value and credibility to the explanations given to the patient.

触診は患者への説明をさらに価値あるものにし、信頼性の高いものにする。

Increased tenderness is most likely of pathophysiological importance.

増強した圧痛は、病態生理学的な背景として最も重要といえる。

The Classification Committee encourages further research into the pathophysiological mechanisms and treatment of 2. *Tension-type headache*.

分類委員会は2.「緊張型頭痛」の病態生理学的メカニズムと治療に関するさらなる研究を奨励している。

With this aim, ICHD-II distinguished patients with and without such disorder of the pericranial muscles, and this subdivision is maintained in ICHD-3 beta to stimulate further research in this area.

この目的で ICHD-2 では、頭部筋群の異常を伴うか伴わないかで区別した。そしてこの細分方法は、この領域のさらなる研究の発展を刺激するために ICHD-3 beta でも堅持された。

The diagnostic difficulty most often encountered among the primary headache disorders is to discriminate between tension-type headache and mild migraine without aura.

診断困難な一次性頭痛でよく経験するのは、緊張型頭痛と軽度の前兆のない片頭痛との鑑別である。

This is more so because patients with frequent headaches often suffer from both disorders.

これは、頻発頭痛の患者で両方の頭痛をしばしば経験しているからである。

It has been suggested to tighten the diagnostic criteria for 2. *Tension-type headache* in the hope of excluding migraine that phenotypically resembles tension-type headache.

頭痛の表現型が緊張型頭痛に類似している片頭痛患者を除外することを期待し、2.「緊張型頭痛」に対する診断基準の厳格化が提案された。

Such an increase in specificity would, at the same time, reduce the sensitivity of the criteria, resulting in a larger proportion of patients whose headaches could be classified only as 2.4 *Probable tension-type headache* or 1.5 *Probable migraine*.

そのように特異度が高くなると、同時に診断基準の感度は低下し、大部分の患者は 2.4「緊張型頭痛の疑い」または 1.5「片頭痛の疑い」だけに分類される結果となった。

Stricter diagnostic criteria for 2. *Tension-type headache* were proposed in the Appendix of ICHD-II, as A2. *Tension-type headache*, but so far with no evidence that such a change would be beneficial.

厳密な 2.「緊張型頭痛」の診断基準は、ICHD-2 の付録の A2「緊張型頭痛」として提案されたが、そのような変更が有益な効果を示すという証拠が見当たらなかった。

These stricter diagnostic criteria remain in the Appendix, for research purposes only.

これらの厳密な診断基準は、研究の目的用に付録に残してある。

The Classification Committee recommends comparisons between patients diagnosed according to each set of criteria, not only for characterization of clinical features but also for enquiry into pathophysiological mechanisms and response to treatments.

分類委員会はそれぞれの診断基準に従い診断された患者を、臨床的特徴だけではなく、病態生理学的メカニズムと治療に対する反応についても関連付けて比較するよう奨励する。

2.1 Infrequent episodic tension-type headache

2.1 稀発反復性緊張型頭痛

Description:

解説

Infrequent episodes of headache, typically bilateral, pressing or tightening in quality and of mild to moderate intensity, lasting minutes to days.

頻度が稀であり、一般に両側性で、性状は圧迫感または締め付け感、強さは軽度から中等度で、数十分から数日間持続する頭痛。

The pain does not worsen with routine physical activity and is not associated with nausea, but photophobia or phonophobia may be present.

痛みは日常的な動作により増悪せず、悪心は伴わないが、光過敏または音過敏を呈することがある。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. At least 10 episodes of headache occurring on <1 day per month on average (<12 days per year) and fulfilling criteria B-D

A. 平均して1ヵ月に1日未満(年間12日未満)の頻度で発現する頭痛が10回以上あり、かつB-Dを満たす

B. Lasting from 30 minutes to 7 days

B. 30分-7日間持続する

C. At least two of the following four characteristics:

C. 以下の4つの特徴のうち少なくとも2項目を満たす

1. bilateral location

1. 両側性

- 2. pressing or tightening (non-pulsating) quality
- 2. 性状は圧迫感または締め付け感(非拍動性)
- 3. mild or moderate intensity
- 3. 強さは軽度から中等度
- 4. not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs
- 4. 歩行や階段の昇降のような日常的な動作により増悪しない

D. Both of the following:

D. 以下の両方を満たす

- 1. no nausea or vomiting
- 1. 悪心や嘔吐はない
- 2. no more than one of photophobia or phonophobia
- 2. 光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

2.1.1 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.1.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う稀発反復性緊張型頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

- A. Episodes fulfilling criteria for 2.1 *Infrequent episodic tension-type headache*
- A. 頭痛は、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」の診断基準を満たす
- B. Increased pericranial tenderness on manual palpation.
- B. 触診により頭蓋周囲の圧痛が増強する

2.1.2 Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.1.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない稀発反復性緊張型頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Episodes fulfilling criteria for 2.1 *Infrequent episodic tension-type headache*

A. 頭痛は、2.1「稀発反復性緊張型頭痛」の診断基準を満たす

B. No increase in pericranial tenderness.

B. 触診により頭蓋周囲の圧痛が増強しない

2.2 Frequent episodic tension-type headache

2.2 頻発反復性緊張型頭痛

Description:

解説:

Frequent episodes of headache, typically bilateral, pressing or tightening in quality and of mild to moderate intensity, lasting minutes to days.

頭痛の頻度が高く、一般に両側性で、性状は圧迫感または締め付け感、強さは軽度から中等度で、数十分から数日間持続する頭痛。

The pain does not worsen with routine physical activity and is not associated with nausea, but photophobia or phonophobia may be present.

痛みは日常的な動作により増悪せず、悪心は伴わないが、光過敏または音過敏を呈することがある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least 10 episodes of headache occurring on 1-14 days per month on average for >3 months (≥ 12 and < 180 days per year) and fulfilling criteria B-D

A. 3か月を超えて、平均して1ヵ月に1-14日（年間12日以上180日未満）の頻度で発現する頭痛が10回以上あり、かつB-Dを満たす

B. Lasting from 30 minutes to 7 days

B. 30 分-7 日間持続する

C. At least two of the following four characteristics:

C. 以下の 4 つの特徴のうち少なくとも 2 項目を満たす

1. bilateral location

1. 両側性

2. pressing or tightening (non-pulsating) quality

2. 性状は圧迫感または締め付け感(非拍動性)

3. mild or moderate intensity

3. 強さは軽度から中等度

4. not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs

4. 歩行や階段の昇降のような日常的な動作により増悪しない

D. Both of the following:

D. 以下の両方を満たす

1. no nausea or vomiting

1. 悪心や嘔吐はない

2. no more than one of photophobia or phonophobia

2. 光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

2.2 *Frequent episodic tension-type headache* often coexists with 1.1 *Migraine without aura*.

2.2「頻発緊張型頭痛」は 1.1「前兆のない片頭痛」に伴って起こることが多い。

Coexisting tension-type headache in migraineurs should preferably be identified through use of a diagnostic headache diary.

片頭痛患者が緊張型頭痛を併発しているかどうかは、頭痛日記を診断的に用いて特定することが望ましい。The treatment of migraine differs considerably from that of tension-type headache, and it is important to educate patients to distinguish between these headache types if they are to select the right treatment for each while avoiding medication overuse and the adverse consequence of 8.2 *Medication-overuse headache*.

片頭痛の治療は緊張型頭痛の治療とかなり異なっているため、正しい治療を選択し、薬物乱用や、8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の発症を防止するためにも、片頭痛と緊張型頭痛が正しく区別出来るように患者を教育することが重要である。

When headache fulfils criteria for both 1.5 *Probable migraine* and 2. *Tension-type headache*, code as 2. *Tension-type headache* (or as any subtype of it for which the criteria are fulfilled) under the general rule that definite diagnoses always trump probable diagnoses.

頭痛が 1.5「片頭痛の疑い」と 2.「緊張型頭痛」の両方の診断基準を満たすときの取り決めは、「確定診断は常に疑い診断に優先される」という原則に則って 2.「緊張型頭痛」(または診断基準を満たすどんなサブタイプも)にコード化される。

When headache fulfils criteria for both 1.5 *Probable migraine* and 2.4 *Probable tension-type headache*, code as the former under the general rule of hierarchy, which puts 1. *Migraine* and its subtypes before 2. *Tension-type headache* and its subtypes.

頭痛が 1.5「片頭痛の疑い」と 2.4「緊張型頭痛の疑い」の両方の診断基準を満たすときの取り決めは、コード番号順にし、2.「緊張型頭痛」とサブタイプの前に 1.「片頭痛」とサブタイプを置く。

2.2.1 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.2.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う頻発反復性緊張型頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Episodes fulfilling criteria for 2.2 *Frequent episodic tension-type headache*

A. 頭痛は、2.2「頻発反復性緊張型頭痛」の診断基準を満たす

B. Increased pericranial tenderness on manual palpation.

B. 触診により頭蓋周囲の圧痛が増強する

2.2.2 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.2.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない頻発反復性緊張型頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Episodes fulfilling criteria for 2.2 *Frequent episodic tension-type headache*

A. 頭痛は、2.2「頻発反復性緊張型頭痛」の診断基準を満たす

B. No increase in pericranial tenderness.

B. 触診により頭蓋周囲の圧痛が増強しない

2.3 Chronic tension-type headache

2.3 慢性緊張型頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

4.10 *New daily persistent headache.*

4.10 「新規発症持続性連日性頭痛」(New daily persistent headache.)

Description:

解説:

A disorder evolving from frequent episodic tension-type headache, with daily or very frequent episodes of headache, typically bilateral, pressing or tightening in quality and of mild to moderate intensity, lasting hours to days, or unremitting.

頻発反復性緊張型頭痛から進展した疾患で、連日または非常に頻繁に発現し、一般に両側性で、性状は圧迫感または締め付け感であり、強さは軽度から中等度で、数時間から数日間、または絶え間なく持続する頭痛。

The pain does not worsen with routine physical activity, but may be associated with mild nausea, photophobia or phonophobia.

痛みは日常的な動作により増悪しないが、軽度の悪心、光過敏または音過敏を呈することがある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache occurring on ≥ 15 days per month on average for >3 months (≥ 180 days per year), fulfilling criteria B-D

A. 3 ヶ月を超えて、平均して 1 ヶ月に 15 日以上(年間 180 日以上)の頻度で発現する頭痛で、B-D を満たす

B. Lasting hours to days, or unremitting

B. 数時間から数日間、または絶え間なく持続する

C. At least two of the following four characteristics:

C. 以下の 4 つの特徴のうち少なくとも 2 項目を満たす

1. bilateral location

1. 両側性

2. pressing or tightening (non-pulsating) quality

2. 性状は圧迫感または締め付け感(非拍動性)

3. mild or moderate intensity

3. 強さは軽度から中等度

4. not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs

4. 歩行や階段の昇降のような日常的な動作により増悪しない

D. Both of the following:

D. 以下の両方を満たす

1. no more than one of photophobia, phonophobia or mild nausea

1. 光過敏、音過敏、軽度の悪心はあってもいずれか1つのみ

2. neither moderate or severe nausea nor vomiting

2. 中程度・重度の悪心や嘔吐はどちらもない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

2.3 *Chronic tension-type headache* evolves over time from 2.2 *Frequent episodic tension-type headache*; when these criteria A-E are fulfilled by headache that, unambiguously, is daily and unremitting from less than 24 hours after its first onset, code as 4.10 *New daily persistent headache*.

2.3「慢性緊張型頭痛」は 2.2「頻発反復性緊張型頭痛」から時間経過に伴い進展する。それに対し、最初の頭痛発現から 24 時間未満で、連日かつ絶え間ない継続的な頭痛となり、A-E を満たすことが明らかな場合に、4.10「新規発症持続性連日性頭痛」としてコード化する。

When the manner of onset is not remembered or is otherwise uncertain, code as 2.3 *Chronic tension-type headache*.

頭痛がどのように起こったか思い出せない、あるいは不明確な場合は、2.3「慢性緊張型頭痛」としてコード化する。

Both 2.3 *Chronic tension-type headache* and 1.3 *Chronic migraine* require headache on at least 15 days per month.

2.3「慢性緊張型頭痛」と 1.3「慢性片頭痛」の両方は、1 か月に 15 日間以上の頭痛が必要である。

For 2.3 *Chronic tension-type headache*, headache on at least 15 days must meet the criteria for 2. *Tension-type headache* and for 1.3 *Chronic migraine* headache on at least 8 days must meet the criteria for 1. *Migraine*.

2.3「慢性緊張型頭痛」は 2.「緊張型頭痛」の基準を満たす頭痛が 15 日以上ある頭痛であり、1.3「慢性片頭痛」は 1.「片頭痛」の基準を満たす頭痛が 8 日以上ある頭痛である。

Therefore, a patient can fulfil criteria for both these diagnoses, for example by having headache on 25 days per month meeting migraine criteria on 8 days and tension-type headache criteria on 17 days.

従って、両方の診断基準を満たすことが可能となる患者がいる(1 か月に片頭痛の基準を満たす頭痛が 8 日、緊張型頭痛の基準を満たす頭痛が 17 日の 25 日頭痛のある場合)。

In these cases, only the diagnosis 1.3 *Chronic migraine* should be given.

このような症例では、1.3「慢性片頭痛」の診断だけを与えられるべきである。

In many uncertain cases there is overuse of medication.

診断がつけにくい多くの例で、治療薬の乱用が見られる。

When this fulfils criterion B for any of the subforms of 8.2 *Medication-overuse headache* and the criteria for 2.3 *Chronic tension-type headache* are also fulfilled, the rule is to code for both 2.3 *Chronic tension-type headache* and 8.2 *Medication-overuse headache*.

8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」のサブフォームのいずれかの基準 B を満たす場合、かつ 2.3「慢性緊張型頭痛」も基準を満たす場合の取り決めは、2.3「慢性緊張型頭痛」に加えて 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」にコード化する。

After drug withdrawal, the diagnosis should be re-evaluated: not uncommonly the criteria for 2.3 *Chronic tension-type headache* will no longer be fulfilled, with reversion to one or other episodic subtype.

乱用薬物を中止後に、その診断は再評価されるべきである。緊張型頭痛か他の反復性サブタイプに戻って、もはや 2.3「慢性緊張型頭痛」の基準を満たさないことが稀でない。

2.3.1 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.3.1 頭蓋周囲の圧痛を伴う慢性緊張型頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 2.3 *Chronic tension-type headache*

A. 頭痛は 2.3「慢性緊張型頭痛」の診断基準を満たす

B. Increased pericranial tenderness on manual palpation.

B. 触診により頭蓋周囲の圧痛が増強する。

2.3.2 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.3.2 頭蓋周囲の圧痛を伴わない慢性緊張型頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 2.3 *Chronic tension-type headache*

A. 頭痛が 2.3「慢性緊張型頭痛」の診断基準を満たす

B. No increase in pericranial tenderness.

B. 触診により頭蓋周囲の圧痛が増強しない

2.4 Probable tension-type headache

2.4 緊張型頭痛の疑い

Description:

解説

Tension-type-like headache missing one of the features required to fulfil all criteria for a subtype of tension-type headache coded above, and not fulfilling criteria for another headache disorder.

上記にコード化した緊張型頭痛のサブタイプの診断に必要な基準項目のうち、1 項目を欠いた緊張型様頭痛、かつ他の頭痛の診断基準を満たさない。

Comment:

コメント:

Patients meeting one of the sets of criteria below may also meet the criteria for one of the subforms of 1.6 *Probable migraine*.

下記の基準を満たす患者は、1.6「片頭痛の疑い」のサブフォームの基準も満たす可能性がある。

In such cases, all other available information should be used to decide which of the alternatives is the more likely.

そのような症例を診断するには、他に入手可能な情報をすべて用いて、可能性の高い方を選択する。

2.4.1 Probable infrequent episodic tension-type headache

2.4.1 稀発反復性緊張型頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

- A. One or more episodes of headache fulfilling all but one of criteria A-D for 2.1 *Infrequent episodic tension-type headache*
 - A. 1 回以上の頭痛は 2.1「稀発反復性緊張型頭痛」の診断基準 A-D のうち 1 つだけ満たさない
- B. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder
- B. ICHD-3 の他のいずれの頭痛性疾患の診断基準も満たさない
- C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

2.4.2 Probable frequent episodic tension-type headache

2.4.2 頻発反復性緊張型頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

- A. Episodes of headache fulfilling all but one of criteria A-D for 2.2 *Frequent episodic tension-type headache*
- A. 頭痛は 2.2 「頻発反復性緊張型頭痛」の診断基準 A-D のうち 1 つだけ満たさない
- B. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder
- B. ICHD-3 の他のいずれの頭痛性疾患の診断基準も満たさない
- C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

2.4.3 Probable chronic tension-type headache

2.4.3 慢性緊張型頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

- A. Headache fulfilling all but one of criteria A-D for 2.3 *Chronic episodic tension-type headache*
- A. 頭痛は 2.3 「慢性緊張型頭痛」の診断基準 A-D のうち 1 つだけ満たさない
- B. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder
- B. ICHD-3 の他のいずれの頭痛性疾患の診断基準も満たさない
- C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Bibliography

Ashina M. Nitric oxide synthase inhibitors for the treatment of chronic tension-type headache. *Expert Opin Pharmacother* 2002; 3: 395–399.

Ashina M. Neurobiology of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2004; 24: 161–172.

- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, et al. Muscle hardness in patients with chronic tension-type headache: Relation to actual headache state. *Pain* 1999; 79: 201–205.
- Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, et al. Possible mechanisms of glyceryl-trinitrate-induced immediate headache in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000; 20: 919–924.
- Ashina M, Lassen LH, Bendtsen L, et al. Effect of inhibition of nitric oxide synthase on chronic tension-type headache: A randomised crossover trial. *Lancet* 1999; 353: 287–289.
- Ashina M, Stallknecht B, Bendtsen L, et al. Tender points are not sites of ongoing inflammation – In vivo evidence in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2003; 23: 109–116.
- Ashina M, Stallknecht B, Bendtsen L, et al. In vivo evidence of altered skeletal muscle blood flow in chronic tension-type headache. *Brain* 2002; 125: 320–326.
- Ashina S, Babenko L, Jensen R, et al. Increased muscular and cutaneous pain sensitivity in cephalic region in patients with chronic tension-type headache. *Eur J Neurol* 2005; 12: 543–549.
- Ashina S, Bendtsen L, Ashina M, et al. Generalized hyperalgesia in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2006; 26: 940–948.
- Ashina S, Bendtsen L and Jensen R. Analgesic effect of amitriptyline in chronic tension-type headache is not directly related to serotonin reuptake inhibition. *Pain* 2004; 108: 108–114.
- Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache - Possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia* 2000; 20: 486–508.
- Bendtsen L, Bigal ME, Cerbo R, et al. Guidelines for controlled trials of drugs in tension-type headache: Second edition. *Cephalalgia* 2010; 30: 1–16.
- Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - Report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1318–1325.
- Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000; 20: 603–610.

Bendtsen L and Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004; 62: 1706–1711.

Bendtsen L and Jensen R. Tension-type headache: The most common, but also the most neglected, headache disorder. *Curr Opin Neurol* 2006; 19: 305–309.

Bendtsen L, Jensen R, Jensen NK and Olesen J. Pressure-controlled palpation: A new technique which increases the reliability of manual palpation. *Cephalalgia* 1995; 15: 205–210.

Bendtsen L, Jensen R and Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61: 285–290.

Bendtsen L, Jensen R and Olesen J. Decreased pain detection and tolerance thresholds in chronic tension-type headache. *Arch Neurol* 1996; 53: 373–376.

Bendtsen L, Jensen R and Olesen J. Qualitatively altered nociception in chronic myofascial pain. *Pain* 1996; 65: 259–264.

Buchgreitz L, Egsgaard LL, Jensen R, et al. Abnormal pain processing in chronic tension-type headache: A high-density EEG brain mapping study. *Brain* 2008; 131: 3232–3238.

Buchgreitz L, Lyngberg AC, Bendtsen L and Jensen R. Frequency of headache is related to sensitization: A population study. *Pain* 2006; 123: 19–27.

Buchgreitz L, Lyngberg AC, Bendtsen L and Jensen R. Increased pain sensitivity is not a risk factor but a consequence of frequent headache: A population-based follow-up study. *Pain* 2008; 137: 623–630.

Cathcart S, Petkov J and Pritchard D. Effects of induced stress on experimental pain sensitivity in chronic tension-type headache sufferers. *Eur J Neurol* 2008; 15: 552–558.

Cathcart S, Petkov J, Winefield AH, et al. Central mechanisms of stress-induced headache. *Cephalalgia* 2010; 30: 285–295.

Cathcart S, Winefield AH, Lushington K and Rolan P. Noxious inhibition of temporal summation is impaired in chronic tension-type headache. *Headache* 2010; 50: 403–412.

- Christensen M, Bendtsen L, Ashina M and Jensen R. Experimental induction of muscle tenderness and headache in tension-type headache patients. *Cephalalgia* 2005; 25: 1061–1067.
- Clark GT, Sakai S, Merrill R, et al. Cross-correlation between stress, pain, physical activity, and temporalis muscle EMG in tension-type headache. *Cephalalgia* 1995; 15: 511–518.
- Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, et al. Myofascial trigger points and their relationship to headache clinical parameters in chronic tension-type headache. *Headache* 2006; 46: 1264–1272.
- Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML and Pareja JA. Myofascial trigger points in the suboccipital muscles in episodic tension-type headache. *Man Ther* 2006; 11: 225–230.
- Fernandez-de-Las-Penas C, Cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, et al. Increased pericranial tenderness, decreased pressure pain threshold, and headache clinical parameters in chronic tension-type headache patients. *Clin J Pain* 2007; 23: 346–352.
- Fernandez-de-Las-Penas C, Cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, et al. Myofascial trigger points and sensitization: An updated pain model for tension-type headache. *Cephalalgia* 2007; 27: 383–393.
- Fernandez-de-Las-Penas C, Cuadrado ML and Pareja JA. Myofascial trigger points, neck mobility, and forward head posture in episodic tension-type headache. *Headache* 2007; 47: 662–672.
- Fernandez-de-Las-Penas C and Schoenen J. Chronic tension-type headache: What is new? *Curr Opin Neurol* 2009; 22: 254–261.
- Fumal A and Schoenen J. Tension-type headache: Current research and clinical management. *Lancet Neurol* 2008; 7: 70–83.
- Heckman BD and Holroyd KA. Tension-type headache and psychiatric comorbidity. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 439–447.
- Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, et al. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2208–2215.

- Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL, et al. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache* 2000; 40: 3–16.
- Hubbard DR and Berkoff GM. Myofascial trigger points show spontaneous needle EMG activity. *Spine* 1993; 18: 1803–1807.
- Janke EA, Holroyd KA and Romanek K. Depression increases onset of tension-type headache following laboratory stress. *Pain* 2004; 111: 230–238.
- Jensen R. Mechanisms of spontaneous tension-type headaches: An analysis of tenderness, pain thresholds and EMG. *Pain* 1996; 64: 251–256.
- Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: A review of epidemiological and experimental studies. *Cephalalgia* 1999; 19: 602–621.
- Jensen R, Bendtsen L and Olesen J. Muscular factors are of importance in tension-type headache. *Headache* 1998; 38: 10–17.
- Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, et al. Cephalic muscle tenderness and pressure pain threshold in a general population. *Pain* 1992; 48: 197–203.
- Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B and Olesen J. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. *Pain* 1993; 52: 193–199.
- Jensen R and Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol* 2008; 7: 354–361.
- Jensen R, Zeeberg P, Dehlendorff C and Olesen J. Predictors of outcome of the treatment programme in a multidisciplinary headache centre. *Cephalalgia* 2010; 30: 1214–1224.
- Langemark M, Bach FW, Jensen TS and Olesen J. Decreased nociceptive flexion reflex threshold in chronic tension-type headache. *Arch Neurol* 1993; 50: 1061–1064.
- Langemark M, Jensen K, Jensen TS and Olesen J. Pressure pain thresholds and thermal nociceptive thresholds in chronic tension-type headache. *Pain* 1989; 38: 203–210.
- Langemark M and Olesen J. Pericranial tenderness in tension headache. A blind, controlled study. *Cephalalgia* 1987; 7: 249–255.
- Leistad R, Sand T, Westgaard R, et al. Stress-induced pain and muscle activity in patients with migraine and tension-type headache. *Cephalalgia* 2006; 26: 64–73.

- Lindelof K, Ellrich J, Jensen R and Bendtsen L. Central pain processing in chronic tension-type headache. *Clin Neurophysiol* 2009; 120: 1364–1370.
- Lindelof K, Jung K, Ellrich J, et al. Low-frequency electrical stimulation induces long-term depression in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2010; 30: 860–867.
- Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T and Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol* 2005; 20: 243–249.
- Mathew NT. Tension-type headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2006; 6: 100–105.
- Mork H, Ashina M, Bendtsen L, et al. Induction of prolonged tenderness in patients with tension-type headache by means of a new experimental model of myofascial pain. *Eur J Neurol* 2003; 10: 249–256.
- Mork H, Ashina M, Bendtsen L, et al. Possible mechanisms of pain perception in patients with episodic tension-type headache. A new experimental model of myofascial pain. *Cephalalgia* 2004; 24: 466–475.
- Nestoriuc Y, Rief W and Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 379–396.
- Olesen J. Clinical and pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by integration of vascular, supraspinal and myofascial inputs. *Pain* 1991; 46: 125–132.
- Pielsticker A, Haag G, Zaudig M and Lautenbacher S. Impairment of pain inhibition in chronic tension-type headache. *Pain* 2005; 118 (1–2): 215–223.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M and Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – A prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1147–1157.
- Sandrini G, Rossi P, Milanov I, et al. Abnormal modulatory influence of diffuse noxious inhibitory controls in migraine and chronic tension-type headache patients. *Cephalalgia* 2006; 26: 782–789.
- Schmidt-Hansen PT, Svensson P, Bendtsen L, et al. Increased muscle pain sensitivity in patients with tension-type headache. *Pain* 2007; 129: 113–121.

Schmidt-Wilcke T, Leinisch E, Straube A, et al. Gray matter decrease in patients with chronic tension type headache. *Neurology* 2005; 65: 1483–1486.

Schoenen J, Bottin D, Hardy F and Gerard P. Cephalic and extracephalic pressure pain thresholds in chronic tension-type headache. *Pain* 1991; 47: 145–149.

Schoenen J, Gerard P, De P, et al. Multiple clinical and paraclinical analyses of chronic tension-type headache associated or unassociated with disorder of pericranial muscles. *Cephalalgia* 1991; 11: 135–139.

Schwartz BS, Stewart WF, Simon D and Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998; 4: 381–383.

3. Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)

三叉神経・自律神経頭痛

3. 1 Cluster headache

群発頭痛

3. 1. 1 Episodic cluster headache

反復性群発頭痛

3. 1. 2 Chronic cluster headache

慢性群発頭痛

3. 2 Paroxysmal hemicrania

発作性片側頭痛

3. 2. 1 Episodic paroxysmal hemicrania

反復性発作性片側頭痛

3. 2. 2 Chronic paroxysmal hemicrania: CPH

慢性発作性片側頭痛

3. 3 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

短時間持続性片側神経痛様頭痛発作

3. 3. 1 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing : SUNCT

結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作 (SUNCT)

3. 3. 1. 1 Episodic SUNCT

反復性 SUNCT

3. 3. 1. 2 Chronic SUNCT

慢性 SUNCT

3. 3. 2 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms: SUNA

頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(SUNA)

3. 3. 2. 1 Episodic SUNA

反復性 SUNA

3. 3. 2. 2 Chronic SUNA

慢性 SUNA

3. 4 Hemicrania continua

持続性片側頭痛

3. 4. 1 Hemicrania continua, remitting subtype

3. 4. 1 持続性片側頭痛, 寛解型サブタイプ

3. 4. 2 Hemicrania continua, unremitting subtype

3. 4. 2 持続性片側頭痛, 非寛解型サブタイプ

3. 5 Probable trigeminal autonomic cephalalgia

三叉神経・自律神経性頭痛の疑い

3. 5. 1 Probable cluster headache

群発頭痛の疑い

3. 5. 2 Probable paroxysmal hemicrania

発作性片側頭痛の疑い

3. 5. 3 Probable short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

短時間持続性片側神経痛様頭痛発作の疑い

3. 5. 4 Probable hemicrania continua

持続性片側頭痛の疑い

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か, 二次性頭痛か, またはその両方か?

When a new headache with the characteristics of a trigeminal autonomic cephalalgia (TAC) occurs for the first time in close temporal relation to another disorder known to cause headache, or fulfils other criteria for causation by that disorder, the new headache is coded as a secondary headache attributed to the causative disorder.

三叉神経・自律神経性頭痛 (TAC) の性質を有する新しい頭痛が初発し, 頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致する場合, あるいはその疾患に応じた二次性頭痛の診断基準が満たされた場合には, その新たな頭痛はその疾患に応じた二次性頭痛としてコード化する。

When a *pre-existing* TAC becomes *chronic* in close temporal relation to such a causative disorder, both the initial TAC diagnosis and the secondary diagnosis should be given.

既存の TAC が, そのような頭痛の原因になることが知られている疾患の診断時期に一致して慢性化を示した場合には, 当初の TAC とその疾患に応じた二次性頭痛の両者として診断する。

When a *pre-existing* TAC is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity) in close temporal relation to such a causative disorder, both the initial TAC diagnosis and the secondary headache diagnosis should be given, provided that there is good evidence that the disorder can cause headache.

既存の TAC が, そのような頭痛の原因になることが知られている疾患の診断時期に一致して有意な悪化(多くの場合, 2 倍以上の頻度または重症度(あるいはその両者)の上昇を意味する)を示した場合には, その疾患が頭痛を引き起こしているという確実な証拠がある場合にのみ, 当初の TAC とその疾患に応じた二次性頭痛の両者として診断する。

Introduction

緒言

The trigeminal-autonomic cephalalgias (TACs) share the clinical features of headache, which is usually lateralized, and often prominent cranial parasympathetic autonomic features, which are again lateralized and ipsilateral to the headache.

三叉神経・自律神経性頭痛(TACs)に分類される頭痛は、通常一側性でしばしば頭痛と同側で一側性の顕著な頭部副交感神経系の自律神経症状を呈するという共通の臨床的特徴がみられる。

Experimental and human functional imaging suggests that these syndromes activate a normal human trigeminal-parasympathetic reflex, with clinical signs of cranial sympathetic dysfunction being secondary.

実験的および臨床的な機能的画像法から、これらの症候群では正常なヒトの三叉神経—副交感神経反射が活性化され、頭部交感神経系機能異常の臨床徴候については二次性であることが示唆されている。

Typical migraine aura can be seen, rarely, in association with TACs.

典型的な片頭痛の前兆はまれではあるが TACs に関連して起こりうる。

3.1 Cluster headache

3.1 群発頭痛

Previously used terms

以前に使用された用語

Ciliary neuralgia; erythro-melalgia of the head; erythroprosopalgia of Bing; hemicrania angioparalytica; hemicrania neuralgiformis chronica; histaminic cephalalgia; Horton's headache; Harris-Horton's disease; migrainous neuralgia (of Harris); petrosal neuralgia (of Gardner); Sluder's neuralgia; sphenopalatine neuralgia; vidian neuralgia.

毛様体神経痛(ciliary neuralgia), 頭部肢端紅痛症(erythro-melalgia of the head), ビング顔面紅痛症(erythroprosopalgia of Bing), 血管運動麻痺性片側頭痛(hemicrania angioparalytica), 慢性神経痛様片側頭痛(hemicrania neuralgiformis chronica), ヒスタミン性頭痛(histaminic cephalalgia), ホートン頭痛(Horton's headache), ハリス・ホートン病(Harris-Horton's disease), (ハリスの)片頭痛様神経痛(migrainous neuralgia[of Harris]), (ガードナーの)錐体神経痛(petrosal neuralgia[of Gardner]), スラダー神経痛(Sluder's neuralgia), 翼口蓋神経痛(sphenopalatine neuralgia), ヴィディアン神経痛(Vidian neuralgia)。

Coded elsewhere

他疾患にコード化する

Symptomatic cluster headache, secondary to another disorder, is coded as a secondary headache attributed to that disorder.

症候性群発頭痛, 別の疾患による二次性頭痛は, 原因疾患による二次性頭痛にコード化する。

Description

解説

Attacks of severe, strictly unilateral pain which is orbital, supraorbital, temporal or in any combination of these sites, lasting 15-180 minutes and occurring from once every

other day to eight times a day.

厳密に一側性の重度の頭痛発作が眼窩部, 眼窩上部, 側頭部のいずれか 1 つ以上の部位に発現し, 15~180 分間持続する。発作頻度は 1 回/2 日~8 回/日である。

The pain is associated with ipsilateral conjunctival injection, lacrimation, nasal congestion, rhinorrhoea, forehead and facial sweating, miosis, ptosis and/or eyelid oedema, and/or with restlessness or agitation.

疼痛は頭痛と同側の結膜充血, 流涙, 鼻閉, 鼻漏, 前額部および顔面の発汗, 縮瞳, 眼瞼下垂および/または眼瞼浮腫および/または落ち着きのなさや興奮した様子を伴う。

Diagnostic criteria

診断基準

A. At least five attacks fulfilling criteria B–D

A. B~D を満たす発作が 5 回以上ある

B. Severe or very severe unilateral orbital, supraorbital and/or temporal pain lasting 15–180 minutes (when untreated)¹

B. 未治療の場合, 重度~極めて重度の一側の痛みが眼窩部, 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. Either or both of the following:

C. 以下の 1 項目以上を認める

1. at least one of the following symptoms or signs, ipsilateral to the headache:

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) conjunctival injection and/or lacrimation

a) 結膜充血または流涙(あるいはその両方)

b) nasal congestion and/or rhinorrhea

b) 鼻閉または鼻漏(あるいはその両方)

c) eyelid oedema

c) 眼瞼浮腫

d) forehead and facial sweating

d) 前額部および顔面の発汗

e) forehead and facial flushing

e) 前頭部および顔面の紅潮

f) sensation of fullness in the ear

f) 耳閉感

g) miosis and/or ptosis

g) 縮瞳または眼瞼下垂(あるいはその両方)

2. a sense of restlessness or agitation

2. 落ち着きのない, あるいは興奮した様子

D. Attacks have a frequency between one every other day and eight per day for more than half of the time when the disorder is active

D. 発作時期の半分以上においては, 発作の頻度は1回/2日～8回/日である

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Note

注

1. During part (but less than half) of the time-course of 3.1 *Cluster headache*, attacks may be less severe and/or of shorter or longer duration.

1. 3.1 「群発頭痛」の経過中(ただし経過の 1/2 未満)に, 発作の重症度が軽減するか, および・または持続時間が短縮または延長することがある。

Comments

コメント

Attacks occur in series lasting for weeks or months (so-called cluster periods) separated by remission periods usually lasting months or years.

発作は通常、群発して発現する(いわゆる群発期)。群発期は数週～数ヵ月間続く。群発期と群発期をはさむ寛解期は通常、数ヵ月～数年間続く。

About 10-15% of patients have 3.1.2 *Chronic cluster headache*, without such remission periods.

患者の約 10～15% は、寛解がない 3. 1. 2「慢性群発頭痛」の症状を呈する。

In a large series with good follow-up, one quarter of patients had only a single cluster period.

十分な追跡調査が実施された大規模症例研究では、患者の 1/4 が単一の群発期のみであった。

Such patients meet the criteria for and should be coded as 3.1 *Cluster headache*.

このような場合には、3. 1「群発頭痛」としてコード化すべきである。

The pain of 3.1 *Cluster headache* is maximal orbitally, supraorbitally, temporally or in any combination of these sites, but may spread to other regions.

3. 1「群発頭痛」の痛みは眼窩部、眼窩上部、側頭部、または、これらの部位が組み合わされた部位で最大になるが、その他の領域にも波及する場合がある。

During the worst attacks, the intensity of pain is excruciating.

最悪の発作の間は、痛みの強さは極めて重度となる。

Patients are usually unable to lie down, and characteristically pace the floor.

多くの患者は横になることができず、歩き回るのが特徴である。

Pain usually recurs on the same side of the head during an individual cluster period.

個々の群発期中は、痛みは、通常同側に繰り返される。

During a cluster period in 3.1.1 *Episodic cluster headache*, and at any time in 3.1.2 *Chronic cluster headache*, attacks occur regularly and may be provoked by alcohol, histamine or nitroglycerin.

3.1.1「反復性群発頭痛」における群発期および 3.1.2「慢性群発頭痛」におけるいかなる時期において、発作は定期的に起こるほか、アルコール、ヒスタミンまたはニトログリセリンにより誘発される場合がある。

Age at onset is usually 20-40 years.

発症年齢は通常 20～40 歳である。

For unknown reasons, men are afflicted three times more often than are women.

理由は不明であるが、男性における有病率は女性の 3 倍である。

Acute attacks involve activation in the region of the posterior hypothalamic grey matter.

急性発作には後部視床下部灰白質の活性化が関与している。

3.1 *Cluster headache* may be autosomal dominant in about 5% of cases.

3. 1「群発頭痛」の約 5% は常染色体優性を示す。

Some patients have been described who have both 3.1 *Cluster headache* and 13.1 *Trigeminal neuralgia* (sometimes referred to as *cluster-tic syndrome*).

3.1「群発頭痛」および 13. 1「三叉神経痛」をともに有する患者も報告されている。

They should receive both diagnoses.

このような患者には両方の診断を下すべきである。

The importance of this observation is that both conditions must be treated for the patient to become headache free.

このような症例における重要な点は、頭痛を消失させるためには、両者を治療しなければならないことである。

3.1.1 Episodic cluster headache

3.1.1 反復性群発頭痛

Description

解説

Cluster headache attacks occurring in periods lasting from seven days to one year, separated by pain-free periods lasting at least one month.

群発頭痛発作が 7 日～1 年間続く群発期があり, 群発期と群発期の間には少なくとも 1 ヶ月の寛解期がある。

Diagnostic criteria

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.1 *Cluster headache* and occurring in bouts (cluster periods)

A. 3.1 「群発頭痛」の診断基準を満たす発作があり, 発作期(群発期)が認められる

B. At least two cluster periods lasting from 7 days to 1 year (when untreated) and separated by pain-free remission periods of ≥ 1 month.

B. 未治療の場合 7 日から 1 年間続く群発期が, 1 ヶ月以上の寛解期をはさんで 2 回以上ある。

Comment

コメント

Cluster periods usually last between two weeks and three months.

群発期は通常 2 週～3 ヶ月間続く。

3.1.2 Chronic cluster headache

3.1.2 慢性群発頭痛

Description

解説

Cluster headache attacks occurring for more than one year without remission, or with remission periods lasting less than one month.

群発頭痛発作が1年間を超えて発現し、寛解期がないか、または寛解期があっても1ヵ月未満である。

Diagnostic criteria

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.1 *Cluster headache*, and criterion B below

A. 3.1「群発頭痛」の診断基準を満たす発作があり、下記の診断基準Bを満たす

B. Occurring without a remission period, or with remissions lasting <1 month, for at least 1 year.

B. 1年間以上発作が繰り返され、寛解期がないか、または寛解期があっても1ヵ月未満である。

Comment

コメント

3.1.2 *Chronic cluster headache* may arise *de novo* (previously referred to as *primary chronic cluster headache*), or evolve from 3.1.1 *Episodic cluster headache* (previously *secondary chronic cluster headache*).

3.1.2「慢性群発頭痛」は新規に現れる場合(以前は一次性慢性群発頭痛と呼称)もあれば、3.1.1「反復性群発頭痛」から進展する場合(以前は二次性慢性群発頭痛と呼称)もある。

In some patients change occurs from 3.1.2 *Chronic cluster headache* to 3.1.1 *Episodic cluster headache*.

3.1.2「慢性群発頭痛」から3.1.1「反復性群発頭痛」に移行する患者もいる。

3.2 Paroxysmal hemicrania

3.2 発作性片側頭痛

Description

解説

Attacks of severe, strictly unilateral pain which is orbital, supraorbital, temporal or in any combination of these sites, lasting 2-30 minutes and occurring several or many times a day.

厳密に一側性の重度の頭痛発作が眼窩部, 眼窩上部, 側頭部のいずれか 1 つ以上の部位に発現し, 2〜30 分間持続する。発作頻度は 1 日に数回以上である。

The attacks are associated with ipsilateral conjunctival injection, lacrimation, nasal congestion, rhinorrhoea, forehead and facial sweating, miosis, ptosis and/or eyelid oedema.

疼痛は頭痛と同側の結膜充血, 流涙, 鼻閉, 鼻漏, 前額部および顔面の発汗, および／または眼瞼浮腫を伴う。

They respond absolutely to indomethacin.

インドメタシンが絶対的な効果を示す。

Diagnostic criteria

診断基準

A. At least 20 attacks fulfilling criteria B-E

A. B〜E を満たす発作が 20 回以上ある

B. Severe unilateral orbital, supraorbital and/or temporal pain lasting 2–30 minutes

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. At least one of the following symptoms or signs, ipsilateral to the pain:

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. conjunctival injection and/or lacrimation

1. 結膜充血または流涙(あるいはその両方)

2. nasal congestion and/or rhinorrhea

2. 鼻閉または鼻漏(あるいはその両方)

3. eyelid oedema

3. 眼瞼浮腫

4. forehead and facial sweating

4. 前額部および顔面の発汗

5. forehead and facial flushing

5. 前額部および顔面の紅潮

6. sensation of fullness in the ear

6. 耳閉感

7. miosis and/or ptosis

7. 縮瞳または眼瞼下垂(あるいはその両方)

D. Attacks have a frequency above five per day for more than half of the time

D. 発作の頻度は半分以上においては、5 回/日以上である

E. Attacks are prevented absolutely by therapeutic doses of indomethacin¹

E. 発作は治療量のインドメタシンで完全寛解する(注 1)

F. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

F. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Note

注

1. In an adult, oral indomethacin should be used initially in a dose of at least 150 mg daily and increased if necessary up to 225 mg daily.

1. 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。

The dose by injection is 100-200 mg. Smaller maintenance doses are often employed.

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。

Comment

コメント

In contrast to cluster headache, there is no male predominance.

群発頭痛と異なり、男性優位はみられない。

Onset is usually in adulthood, although childhood cases are reported.

通常は成人期に発症するが、小児例も報告されている。

3.2.1 Episodic paroxysmal hemicrania

3.2.1 反復性発作性片側頭痛

Description

解説

Attacks of paroxysmal hemicrania occurring in periods lasting from seven days to one year, separated by pain-free periods lasting at least one month.

発作性片側頭痛発作が 7 日～1 年間発現し、この発作期と発作期の間には少なくとも 1 ヶ月の寛解期がある。

Diagnostic criteria

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.2 *Paroxysmal hemicrania* and occurring in bouts

A. 3.2「発作性片側頭痛」の診断基準を満たす発作があり、発作期が認められる

B. At least two bouts lasting from 7 days to 1 year (when untreated) and separated by pain-free remission periods of ≥ 1 month.

B. 無治療の場合に 7 日から 1 年間続く発作期が、1 ヶ月以上の寛解期をはさんで 2 回以上ある。

3.2.2 Chronic paroxysmal hemicrania

3.2.2 慢性発作性片側頭痛 (CPH)

Description

解説

Attacks of paroxysmal hemicrania occurring for more than one year without remission, or with remission periods lasting less than one month.

発作性片側頭痛発作が 1 年間を超えて発現し、寛解期がないか、または寛解期があっても 1 ヶ月未満である。

Diagnostic criteria

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.2 *Paroxysmal hemicrania*, and criterion B below

A. 3.2 「発作性片側頭痛」の診断基準を満たす発作があり、下記の診断基準 B を満たす

B. Occurring without a remission period, or with remissions lasting <1 month, for at least 1 year.

B. 1 年間以上発作が繰り返され、寛解期がないか、または寛解期があっても 1 ヶ月未満である。

Comment

コメント

Patients who fulfil criteria for both 3.2.2 *Chronic paroxysmal hemicrania* and 13.1 *Trigeminal neuralgia* (sometimes referred to as *CPH-tic syndrome*) should receive both

diagnoses.

3. 2. 2「慢性発作性片側頭痛」および 13. 1「三叉神経痛」の両方の診断基準を満たす患者(しばしば慢性発作性片側頭痛—チック症候群とよばれる)は、両方の診断を下すべきである。

Their recognition is important, since both disorders require treatment.

この場合両者に対する治療が必要になるため、そのような患者の存在を認識しておくことは重要である。

The pathophysiological significance of the association is not yet clear.

両者の合併の病態生理学的意義はまだ明らかになっていない。

3.3 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

3.3 短時間持続性片側神経痛様頭痛発作

解説

Attacks of moderate or severe, strictly unilateral head pain lasting seconds to minutes, occurring at least once a day and usually associated with prominent lacrimation and redness of the ipsilateral eye.

厳密に一側性の中等度から重度の頭痛発作が数秒～数分間持続する。発作頻度は1日に1回以上あり、通常顕著な同側眼の流涙および充血が合併する。

診断基準

A. At least 20 attacks fulfilling criteria B–D

A. B～D を満たす発作が 20 回以上ある

B. Moderate or severe unilateral head pain, with orbital, supraorbital, temporal and/or other trigeminal distribution, lasting for 1–600 seconds and occurring as single stabs, series of stabs or in a sawtooth pattern

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

C. At least one of the following cranial automatic symptoms or signs, ipsilateral to the headache:

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. conjunctival injection and/or lacrimation

1. 結膜充血または流涙(あるいはその両方)

2. nasal congestion and/or rhinorrhea

2. 鼻閉または鼻漏(あるいはその両方)

3. eyelid oedema

3. 眼瞼浮腫

4. forehead and facial sweating

4. 前額部および顔面の発汗

5. forehead and facial flushing

5. 前額部および顔面の紅潮

6. sensation of fullness in the ear

6. 耳閉感

7. miosis and/or ptosis

7. 縮瞳または眼瞼下垂(あるいはその両方)

D. Attacks have a frequency of at least one a day for more than half of the time when the disorder is active

D. 発作時期の半分以上においては, 発作の頻度が 1 日に 1 回以上である

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

コメント

Longer-duration attacks are characterized by multiple stabs or a saw-tooth pain pattern.

持続時間の長い発作は多発性の刺痛または鋸歯状パターン (saw-tooth pattern)として特徴づ

けられる。

Two subtypes of 3.3 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks* are recognized in ICHD-III (beta): 3.3.1 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)* and 3.3.2 *Short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)*. 3.3.1 *SUNCT* may be a subform of 3.3.2 *SUNA*, although this requires further study.

3. 3「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」については、3. 3. 1「結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作 (SUNCT) 」および3. 3. 2「頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛 発作(SUNA)」の2つのサブタイプが ICHD-3 beta で認められている。3.1.1「SUNCT」は3.3.2「SUNA」のサブフォームである可能性があるが、この点に関してはさらなる研究が必要である。

Meanwhile, each is classified as a separate subtype, described below.

現時点では、それぞれは以下に述べるように異なったサブタイプとして分類される。

3.3.1 *SUNCT* and 3.3.2 *SUNA* are usually triggerable without a refractory period.

3. 3. 1「SUNCT」と3. 3. 2「SUNA」は通常、(皮膚刺激に対する)不応期なしに誘発される。

This is in contrast to 13.1 *Trigeminal neuralgia*, which usually has a refractory period after each attack.

これは、おのこの発作後に不応期を通常伴う13. 1「三叉神経痛」と対照的である。

3.3.1 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)

3. 3. 1 結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作 (SUNCT)

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.3 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache*

attacks

A. 3.3「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」を満たす発作がある

B. Both of conjunctival injection and lacrimation (tearing).

B. 結膜充血および流涙を伴う。

コメント

The literature suggests that the most common mimic of 3.3.1 *SUNCT* is a lesion in the posterior fossa.

文献上, 3. 3. 1「SUNCT」類似の頭痛を呈する疾患としては後頭蓋窩病変が最も多いことが示されている。

Patients have been described in whom there is overlap between 3.3.1 *SUNCT* and 13.1 *Trigeminal neuralgia*.

3. 3. 1 「SUNCT」および 13. 1「三叉神経痛」の重複が認められる患者が報告されている。

Differentiation is clinically complex.

鑑別は臨床的には困難である。

Such patients should receive both diagnoses.

このような患者には両方の診断を下すべきである。

Patients with both 3.3.1 *SUNCT* and 3.1 *Cluster headache* have been reported; the pathophysiological significance of this overlap is yet to be determined.

3. 3. 1 「SUNCT」および 3. 1「群発頭痛」の両方を有する患者が報告されている。これらの重複についての病態生理学的意義はまだ確定されていない。

3. 3. 1. 1 Episodic SUNCT

3. 3. 1. 1 反復性 SUNCT

解説

Attacks of SUNCT occurring in periods lasting from seven days to one year, separated by pain-free periods lasting one month or more.

SUNCT の発作が 7 日から 1 年間発現し, この発作期と発作期の間には 1 ヶ月以上の寛解期がある。

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.3.1 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing* and occurring in bouts

A. 3.3.1 「結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」を満たす発作があり, 発作期が認められる

B. At least two bouts lasting from 7 days to 1 year and separated by pain-free remission periods of ≥ 1 month.

B. 7 日から 1 年間続く発作期が, 1 ヶ月以上の寛解期をはさんで 2 回以上ある。

3. 3. 1. 2 Chronic SUNCT

3. 3. 1. 2 慢性 SUNCT

解説

Attacks of SUNCT occurring for more than 1 year without remission, or with remission periods lasting less than 1 month.

SUNCT 発作が 1 年間を超えて発現し, 寛解期がないか, または寛解期があっても 1 ヶ月未満である。

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.3.1 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing*, and criterion B below

A. 3.3.1 「結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作を満たす発作」があり,

下記の B を満たす

B. Occurring without a remission period, or with remissions lasting <1 month, for at least 1 year.

B. 1 年間以上発作が繰り返され、寛解期がないか、または寛解期があっても 1 ヶ月未満である。

3.3.2 Short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)

3.3.2 頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.3 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks*, and criterion B below

A. 3.3「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作を満たす発作」があり、下記の診断基準 B を満たす

B. Only one or neither of conjunctival injection and lacrimation (tearing).

B. 結膜充血あるいは流涙はあってもいずれか 1 つのみ。

3. 3. 2. 1 Episodic SUNA

3. 3. 2. 1 反復性 SUNA

解説

Attacks of SUNA occurring in periods lasting from seven days to one year, separated by pain-free periods lasting at least one month.

SUNA の発作が 7 日から 1 年間発現し、この発作期と発作期の間には少なくとも 1 ヶ月の寛解期がある。

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.3.2 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms* and occurring in bouts

A. 3.3.2「頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」の診断基準を満たす

発作があり、発作期が認められる

B. At least two bouts lasting from 7 days to 1 year and separated by pain-free remission periods of ≥ 1 month.

B. 7 日から 1 年間続く発作期が、1 ヶ月以上の寛解期をはさんで 2 回以上ある。

3. 3. 2. 2 Chronic SUNA

3. 3. 2. 2 慢性 SUNA

解説

Attacks of SUNA occurring for more than one year without remission, or with remission periods lasting less than one month.

SUNA 発作が 1 年間を超えて発現し、寛解期がないか、または寛解期があっても 1 ヶ月未満である。

診断基準

A. Attacks fulfilling criteria for 3.3.2 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms, and criterion B below

A. 3.3.2「頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」の診断基準を満たす発作があり、下記の診断基準 B を満たす

B. Occurring without a remission period, or with remissions lasting < 1 month, for at least 1 year.

B. 1 年間以上発作が繰り返され、寛解期がないか、または寛解期があっても 1 ヶ月未満である。

3.4 Hemicrania continua

3. 4 持続性片側頭痛

解説

Persistent, strictly unilateral headache, associated with ipsilateral conjunctival injection, lacrimation, nasal congestion, rhinorrhoea, forehead and facial sweating, miosis, ptosis and/or eyelid oedema, and/or with restlessness or agitation.

持続性かつ厳密に一側性の頭痛で、頭痛と同側の結膜充血、流涙、鼻閉、鼻漏、前額部および顔面の発汗、縮瞳、眼瞼下垂または眼瞼浮腫（あるいはその両方）を認め、落ち着きのなさや興奮した様子を伴うことがある。

The headache is absolutely sensitive to indomethacin.

この頭痛にはインドメタシンが絶対的な効果を示す。

診断基準

A. Unilateral headache fulfilling criteria B-D

A. B～D を満たす一側性の頭痛がある

B. Present for >3 months, with exacerbations of moderate or greater intensity

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. Either or both of the following:

C. 以下の 1 項目以上を認める

1. at least one of the following symptoms or signs, ipsilateral to the headache:

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) conjunctival injection and/or lacrimation

a) 結膜充血または流涙（あるいはその両方）

b) nasal congestion and/or rhinorrhea

b) 鼻閉または鼻漏（あるいはその両方）

c) eyelid oedema

c) 眼瞼浮腫

d) forehead and facial sweating

d) 前額部および顔面の発汗

e) forehead and facial flushing

e) 前額部および顔面の紅潮

f) sensation of fullness in the ear

f) 耳閉感

g) miosis and/or ptosis

g) 縮瞳または眼瞼下垂(あるいはその両方)

2. a sense of restlessness or agitation, or aggravation of the pain by movement

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. Responds absolutely to therapeutic doses of indomethacin¹

D. 治療量のインドメタシンで完全寛解する(注 1)

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

注

1. In an adult, oral indomethacin should be used initially in a dose of at least 150 mg daily and increased if necessary up to 225 mg daily.

1. 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。

The dose by injection is 100-200 mg.

経静脈投与の用量は 100～200mg である。

Smaller maintenance doses are often employed.

維持用量はこれより低用量で十分な場合が多い。

コメント

Migrainous symptoms such as photophobia and phonophobia are often seen in 3.4 *Hemicrania continua*.

光過敏や音過敏など片頭痛で見られる症状が 3.4 「持続性片側頭痛」でしばしば認められる。

3.4 *Hemicrania continua* has been included under 3. *Trigeminal autonomic cephalalgias* in ICHD-III (beta) (previously it was under 4. *Other primary headache disorders*) on the basis that the pain is typically unilateral, as are the cranial autonomic symptoms when present.

3.4 「持続性片側頭痛」は、痛みが典型的には一側性であり、かつ頭部自律神経症状が存在する場合も同様であることに基づき、ICHD-3 beta では 3.「三叉神経・自律神経性頭痛」に含まれる（以前は 4.「その他の一次性頭痛」に分類されていた）。

Brain imaging studies show important overlaps between all disorders included here, notably activation in the region of the posterior hypothalamic grey.

脳の画像検査によって TACs に分類される疾患の重要な共通性（特に後部視床下部灰白質の部位における活性化）が見出されている。

In addition, the absolute response to indomethacin of 3.4 *Hemicrania continua* is shared with 3.2 *Paroxysmal hemicrania*.

加えて、3.4 「持続性片側頭痛」はインドメタシンに対する絶対的な効果を示すことも 3.2 「発作性片側頭痛」と共通している。

3. 4. 1 Hemicrania continua, remitting subtype

3. 4. 1 持続性片側頭痛, 寛解型サブタイプ

解説

Hemicrania continua characterized by pain that is not continuous but is interrupted by

remission periods of at least one day.

持続的ではなく、1 日以上寛解期によって中断される痛みを示すことが特徴である。

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 3.4 *Hemicrania continua*, and criterion B below

A. 3.4 「持続性片側頭痛」の診断基準を満たす頭痛があり、さらに下記の B を満たす

B. Headache is not daily or continuous, but interrupted by remission periods of ≥ 1 day without treatment.

B. 頭痛は連日性でも持続性でもなく、治療を行わなくても 1 日以上寛解期で中断される。

コメント

3.4.1 *Hemicrania continua*, remitting subtype can arise *de novo* or from 3.4.2

Hemicrania continua, unremitting subtype.

3.4.1 「持続性片側頭痛、寛解型サブタイプ」は新規に発生するか、あるいは 3.4.2 「持続性片側頭痛、非寛解型サブタイプ」から発生する。

3. 4. 2 *Hemicrania continua*, unremitting subtype

3. 4. 2 持続性片側頭痛、非寛解型サブタイプ

解説

Hemicrania continua characterized by continuous pain, without remission periods of at least one day, for at least one year.

持続痛により特徴づけられる持続性片側頭痛が少なくとも 1 年間続き、1 日以上持続する寛解期を認めない。

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 3.4 *Hemicrania continua*, and criterion B below

A. 3.4 「持続性片側頭痛」の診断基準を満たす頭痛があり、下記の診断基準 B を満たす

B. Headache is daily and continuous for at least 1 year, without remission periods of ≥ 1 day.

B. 頭痛は連日性かつ少なくとも 1 年間持続しており, 1 日以上寛解期を認めない。

コメント

3.4.2 *Hemicrania continua, unremitting subtype* can arise *de novo* or evolve from 3.4.1 *Hemicrania continua, remitting subtype*.

3. 4. 2 「持続性片側頭痛, 非寛解型サブタイプ」は新規に発生するか, 3. 4. 1 「持続性片側頭痛, 寛解型サブタイプ」から進展する。

The majority of patients have the unremitting subtype from onset.

大部分の患者は発症時より持続性片側頭痛, 非寛解型サブタイプである。

3. 5 Probable TACs

3. 5 三叉神経・自律神経性頭痛の疑い

解説

Headache attacks which are believed to be a type of 3. *Trigeminal autonomic cephalalgia*, but which are missing one of the features required to fulfil all criteria for any of the subtypes coded above, and do not fulfil all criteria for another headache disorder.

3. 「三叉神経・自律神経性頭痛」のタイプと考えられる頭痛発作であるが、上記サブタイプの診断基準を完全に満たすのに必要な特徴を 1 つ欠くもので、他の頭痛疾患の診断基準を満たさないものの。

診断基準

A. Headache attacks fulfilling all but one of criteria A-D for 3.1 *Cluster headache*, criteria A-E for 3.2 *Paroxysmal hemicrania*, criteria A-D for 3.3 *Shortlasting unilateral neuralgiform headache attacks* or criteria A-D for 3.4 *Hemicrania continua*

A. 3.1 「群発頭痛」の診断基準 A-D, 3.2 「発作性片側頭痛」の診断基準 A-E, 3.3 「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」の診断基準 A-D, 3.4 「持続性片側頭痛」の診断基準 A-D のいずれか 1 つを満たさない頭痛発作がある

B. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

B. ICHD-3 の他のいずれの頭痛性疾患の診断基準も満たさない

C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

コメント

Patients may be coded 3.5.1 *Probable cluster headache*, 3.5.2 *Probable paroxysmal hemicrania*, 3.5.3 *Probable short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks* or 3.5.4 *Probable hemicrania continua*.

患者は、3. 5. 1 「群発頭痛の疑い」、3. 5. 2 「発作性片側頭痛の疑い」、3. 5. 3 「短時間持続性片

側神経痛様頭痛発作の疑い」, または 3. 5. 4「持続性片側頭痛の疑い」とコード化される。

Such patients either have not had a sufficient number of typical attacks (for example, a first bout of cluster headache), or have had, but fail to fulfil one of the other criteria.

このような患者は, 典型的な発作の回数が不十分か(群発頭痛の初回の発作期など), その他の診断基準のうち 1 つを満たさない。

Bibliography

Bahra A, May A and Goadsby PJ. Cluster headache: A prospective clinical study in 230 patients with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58: 354.361.

Benoliel R and Sharav Y. Trigeminal neuralgia with lacrimation or SUNCT syndrome? *Cephalalgia* 1998; 18: 85.90.

Bing R. Uber traumatische Erythromelalgie und Erthroprosopalgie. *Nervenarzt* 1930; 3: 506.512.

Boes CJ, Matharu MS and Goadsby PJ. The paroxysmal hemi-crania-tic syndrome. *Cephalalgia* 2003; 23: 24.28.

Bordini C, Antonaci F, Stovner LJ, et al. 'Hemicrania continua': A clinical review. *Headache* 1991; 31: 20.26.

Bouhassira D, Attal N, Esteve M and Chauvin M. SUNCT syndrome. A case of transformation from trigeminal neuralgia. *Cephalalgia* 1994; 14: 168.170.

Broeske D, Lenn NJ and Cantos E. Chronic paroxysmal hemi-crania in a young child: Possible relation to ipsilateral occipital infarction. *J Child Neurol* 1993; 8: 235.236.

Bussone G, Leone M, Volta GD, et al. Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with tearing and conjunctival injection: The first symptomatic case. *Cephalalgia* 1991; 11: 123.127.

Caminero AB, Pareja JA and Dobato JL. Chronic paroxysmal hemicrania-tic syndrome. *Cephalalgia* 1998; 18: 159.161.

Cittadini E and Goadsby PJ. Hemicrania Continua: A clinical study of 39 patients with diagnostic implications. *Brain* 2010; 133: 1973.1986.

Cittadini E, Matharu MS and Goadsby PJ. Paroxysmal hemicrania: A prospective

clinical study of thirty-one cases. *Brain* 2008; 131: 1142.1155.

Cohen AS, Matharu MS and Goadsby PJ. Short-lasting Unilateral Neuralgiform Headache Attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT) or cranial Autonomic features (SUNA). A prospective clinical study of SUNCT and SUNA. *Brain* 2006; 129: 2746.2760.

De Benedittis G. SUNCT syndrome associated with cavernous angioma of the brain stem. *Cephalalgia* 1996; 16: 503.506.

Ekbom K. Ergotamine tartrate orally in Horton's 'histaminic cephalalgia' (also called Harris's ciliary neuralgia). *Acta Psychiat Scand* 1947; 46: 106.113.

Ekbom K. Nitroglycerin as a provocative agent in cluster head-ache. *Arch Neurol* 1968; 19: 487.493.

Empl M, Goadsby PJ and Kaube H. Migraine with aura, episodic cluster headache, and SUNCT syndrome consecutively in a patient: Trigemino-vascular trinity. *Cephalalgia* 2003; 23: 584.

Eulenberg A. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. 2nd ed. Berlin: Hirschwald 1878.

Goadsby PJ. Pathophysiology of cluster headache: A trigeminal autonomic cephalgia. *Lancet Neurol* 2002; 1: 37.43.

Goadsby PJ and Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic features, including new cases. *Brain* 1997; 120: 193.209.

Goadsby PJ and Lipton RB. Paroxysmal hemicranialtic syndrome. *Headache* 2001; 41: 608.609.

Goadsby PJ, Matharu MS and Boes CJ. SUNCT syndrome or trigeminal neuralgia with lacrimation. *Cephalalgia* 2001; 21: 82.83.

Hannerz J. Trigeminal neuralgia with chronic paroxysmal hemicrania: The CPH-tic syndrome. *Cephalalgia* 1993; 13: 361.364.

Hannerz J. The second case of chronic paroxysmal hemicranialtic syndrome [Editorial comment]. *Cephalalgia* 1998; 18: 124.

Harris W. Ciliary (migrainous) neuralgia and its treatment. *BMJ* 1936; 1: 457.460.

Horton BT. Histaminic cephalgia. *Lancet* 1952; 72: 92.98.

Irimia P, Cittadini E, Paemeleire K, et al. Unilateral photophobia or phonophobia in

migraine compared with trigeminal auto-nomic cephalalgias. *Cephalalgia* 2008; 28: 626.630.

Klimek A. Cluster-tic syndrome. *Cephalalgia* 1987; 7: 161.162.

Kreiner M. Use of streptomycin-lidocaine injections in the treatment of the cluster-tic syndrome. Clinical perspectives and a case report. *J Craniomaxillofac Surg* 1996; 24: 289.292.

Kudrow L. Cluster headache: Mechanisms and management. Oxford: Oxford University Press 1980.

Kudrow DB and Kudrow L. Successful aspirin prophylaxis in a child with chronic paroxysmal hemicrania. *Headache* 1989; 29: 280.281.

Manzoni GC. Gender ratio of cluster headache over the years: A possible role of changes in lifestyle. *Cephalalgia* 1998; 18: 138. 142.

Manzoni GC, Micieli G, Granella F, et al. Cluster headache -Course over ten years in 189 patients. *Cephalalgia* 1991; 11: 169.174.

Manzoni GC, Terzano MG, Bono G, et al. Cluster headache . Clinical findings in 180 patients. *Cephalalgia* 1983; 3: 21.30.

Martinez-Salio A, Porta-Etessam J, Perez-Martinez D, et al. Chronic paroxysmal hemicrania-tic syndrome. *Headache* 2000; 40: 682.685.

May A, Bahra A, Buchel C, et al. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet* 1998; 352: 275.278.

May A and Goadsby PJ. The trigeminovascular system in humans: Pathophysiological implications for primary head-ache syndromes of the neural influences on the cerebral circulation. *J Cereb Blood Flow Metab* 1999; 19: 115.127.

Monzillo PH, Sanvito WL and Da Costa AR. Cluster-tic syn-drome: Report of five new cases. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58: 518.521.

Morales F, Mostacero E, Marta J and Sanchez S. Vascular mal-formation of the cerebellopontine angle associated with SUNCT syndrome. *Cephalalgia* 1994; 14: 301.302.

Mulleners WM and Verhagen WIM. Cluster-tic syndrome. *Neurology* 1996; 47: 302. Newman LC, Lipton RB and Solomon S. Hemicrania continua: Ten new cases and a review of the literature. *Neurology* 1994;

44: 2111.2114.

Obermann M, Yoon M-S, Dommès P, et al. Prevalence of tri-geminal autonomic symptoms in migraine: A population-based study. *Cephalalgia* 2007; 27: 504.509.

Olivarius de Fine B. Hemicrania neuralgiformis chronica (Chronic migrainous neuralgia). Quoted by Sjaastad O, editor. *Proceedings of the Scandinavian Migraine Society Annual Meeting 1971*; p. 8.

Pascual J and Berciano J. Relief of cluster-tic syndrome by the combination of lithium and carbamazepine. *Cephalalgia* 1993;

13: 205.206. Romberg MH. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*. Berlin: Dunker 1840.

Russell MB, Andersson PG, Thomsen LL and Iselius L. Cluster headache is an autosomal dominantly inherited disorder in . *International Headache Society* 2013

some families: A complex segregation analysis. *J Med Genet* 1995; 32: 954.956.

Sanahuja J, Vazquez P and Falguera M. Paroxysmal hemicrania-tic syndrome responsive to acetazolamide. *Cephalalgia* 2005;

25: 547.549. Silberstein SD, Niknam R, Rozen TD and Young WB. Cluster headache with aura. *Neurology* 2000; 54: 219.221. Sjaastad O and Dale I. Evidence for a new (?) treatable headache entity. *Headache* 1974; 14: 105.108.

Sjaastad O, Saunte C, Salvesen R, et al. Shortlasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tear-ing, sweating, and rhinorrhea. *Cephalalgia* 1989; 9: 147.156.

Sjostrand C, Waldenlind E and Ekbom K. A follow up study of 60 patients after an assumed first period of cluster headache. *Cephalalgia* 2000; 20: 653.657.

Sluder G. The syndrome of sphenopalatine ganglion neurosis. *Am J Med* 1910; 140: 868.878.

Solomon S, Apfelbaum RI and Guglielmo KM. The cluster-tic syndrome and its surgical therapy. *Cephalalgia* 1985; 5: 83.89.

Sprenger T and Goadsby PJ. What has functional neuroimaging done for primary headache...and for the clinical neurologist? *J Clin Neurosci* 2010; 17: 547.553.

Vail HH. Vidian neuralgia. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1932; 41: 837.856.

Watson P and Evans R. Cluster-tic syndrome. Headache 1985;
25: 123.126.

Zukerman E, Peres MFP, Kaup AO, et al. Chronic paroxysmal hemicrania-tic
syndrome. Neurology 2000; 54: 1524.1526.

. International Headache Society 2013

4. Other primary headache disorders

4. その他の一次性頭痛性疾患

4.1 Primary cough headache

4.1 一次性咳嗽性頭痛

4.1.1 Probable primary cough headache

4.1.1 一次性咳嗽性頭痛の疑い

4.2 Primary exercise headache

4.2 一次性運動時頭痛

4.2.1 Probable primary exercise headache

4.2.1 一次性運動時頭痛の疑い

4.3 Primary headache associated with sexual activity

4.3 性行為に伴う一次性頭痛

4.3.1 Probable primary headache associated with sexual activity

4.3.1 性行為に伴う一次性頭痛の疑い

4.4 Primary thunderclap headache

4.4 一次性雷鳴頭痛

4.5 Cold-stimulus headache

4.5 寒冷刺激による頭痛

4.5.1 Headache attributed to external application of a cold stimulus

4.5.1 外的寒冷刺激による頭痛

4.5.2 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus

4.5.2 冷たいものの摂取または冷気吸息による頭痛

4.5.3 Probable cold-stimulus headache

4.5.3 寒冷刺激による頭痛の疑い

4.5.3.1 Headache probably attributed to external application of a cold stimulus

4.5.3.1 外的寒冷刺激による頭痛の疑い

4.5.3.2 Headache probably attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus

4.5.3.2 冷たいものの摂取または冷気吸息による頭痛の疑い

4.6 External-pressure headache

4.6 頭蓋外からの圧力による頭痛

4.6.1 External-compression headache

4.6.1 頭蓋外からの圧迫による頭痛

4.6.2 External-traction headache

4.6.2 頭蓋外からの牽引による頭痛

4.6.3 Probable external-pressure headache

4.6.3 頭蓋外からの圧力による頭痛の疑い

4.6.3.1 Probable external-compression headache

4.6.3.1 頭蓋外からの圧迫による頭痛の疑い

4.6.3.2 Probable external-traction headache

4.6.3.2 頭蓋外からの牽引による頭痛の疑い

4.7 Primary stabbing headache

4.7 一次性穿刺様頭痛

4.7.1 Probable primary stabbing headache

4.7.1 一次性穿刺様頭痛の疑い

4.8 Nummular headache

4.8 貨幣状頭痛

4.8.1 Probable nummular headache

4.8.1 貨幣状頭痛の疑い

4.9 Hypnic headache

4.9 睡眠時頭痛

4.9.1 Probable hypnic headache

4.9.1 睡眠時頭痛の疑い

4.10 New daily persistent headache (NDPH)

4.10 新規発症持続性連日性頭痛 (NDPH)

4.10.1 Probable new daily persistent headache

4.10.1 新規発症持続性連日性頭痛の疑い

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

When a headache with the characteristics of any of the disorders classified here occurs for the first time in close temporal relation to another disorder that is known to cause headache, or fulfills other criteria for causation by that disorder, the new headache is coded as a secondary headache attributed to the causative disorder.

ここに分類された疾患のすべての特徴を有する新しい頭痛が初発し、頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致する場合、あるいはその疾患に応じた二次性頭痛の診断基準が満たされた場合には、その新たな頭痛はその疾患に応じた二次性頭痛としてコード化する。

When a pre-existing headache with the characteristics of any of the disorders classified here becomes chronic, or is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to such a causative disorder, both the initial headache diagnosis and the secondary headache diagnosis should be given, provided that there is good evidence that the disorder can cause headache.

ここに分類された疾患のすべての特徴を有する既存の頭痛が、そのような頭痛の原因となることが知られている疾患の診断時期に一致して慢性化あるいは、有意に悪化(多くの場合、2 倍以上の頻度または重症度[あるいはその両者]の上昇を意味する)を示した場合には、その疾患が頭痛を引き起こしているという確実な証拠がある場合のみ、当初の頭痛とその疾患に応じた二次性頭痛の両者を診断する。

Introduction

緒言

This chapter includes a number of primary headache disorders that are clinically heterogeneous.

本章には臨床的に多様な多くの一次性頭痛が含まれている。

Their pathogenesis is still poorly understood, and their treatments are suggested on the basis of anecdotal reports or uncontrolled trials.

これらの疾患の病態は、いまだ不明な点が多く、治療は報告者の個人的経験や非対照試験に基

づき示されている。

Headaches with similar characteristics to several of these disorders can be symptomatic of another disorder (i.e. secondary headaches); when they first present, they demand careful evaluation by imaging and/or other appropriate tests.

これらの疾患と同様な特徴のいくつかを有している頭痛は、他の疾患(すなわち二次性頭痛)の症候性のものである可能性がある;画像検査 または その他の適切な検査(あるいはその両方)によって注意深い評価を要する。

The onset of some of these headaches, for example, 4.2 *Primary exercise headache*, 4.3 *Primary headache associated with sexual activity* and 4.4 *Primary thunderclap headache*, can be acute, and affected patients are sometimes assessed in emergency departments.

4.2「一次性運動時頭痛」、4.3「性行為に伴う一次性頭痛」および 4.4「一次性雷鳴頭痛」といった頭痛の発症は、急性であることがあり、患者は時に救急治療室で診療を受ける。

Appropriate and full investigation (neuroimaging, in particular) is mandatory in these cases.

このような場合には、適切かつ十分な検査(特に、神経画像検査)が必須である。

This chapter also includes some clinical entities, such as 4.7 *Primary stabbing headache* and 4.9 *Hypnic headache*, that are primary in most cases. In addition, more and more evidence indicates that 4.8 *Nummular headache* is a primary headache disorder, and therefore it has been moved from the Appendix of ICHD-II to this chapter of ICHD-3 beta.

本章には、ほとんどの症例では一次性である4.7「一次性穿刺様頭痛」および4.9「睡眠時頭痛」のような疾患単位も含まれている。さらに、4.8「貨幣状頭痛」が一次性頭痛疾患であるとする多くのエビデンスが指摘されてきていることから、ICHD-II の付録から ICHD-3β の本章に移行した。

Two headache disorders originally in chapter 13 of ICHD-II have also been moved to this chapter: 4.5 *Cold-stimulus headache* and 4.6 *External-pressure headache*.

もとは ICHD-II の 13 章にあった 2 つの頭痛疾患が、本章に移行した:4.5「寒冷刺激による頭痛」および 4.6「頭蓋外からの圧力による頭痛」。

The latter includes 4.6.1 *External-compression headache* and the newly added entity, 4.6.2 *External-traction headache*, because these seem more likely to be primary headache disorders in that they are brought on by physiological (non-damaging)

stimuli.

後者には、4.6.1「頭蓋外からの圧迫による頭痛」および、新しく加わった疾患単位である 4.6.2「頭蓋外からの牽引による頭痛」が含まれているが、これはこれらの頭痛が物理的(非障害性)刺激によってもたらされる一次性頭痛であることが推測されているからである。

In contrast, 3.4 *Hemicrania continua*, originally in this chapter in ICHD-II, is now moved to chapter 3 because evidence indicates that it rightly belongs to 3. *Trigeminal autonomic cephalalgias*.

これに対し、3.4「持続性片側頭痛」は ICHD-II ではもともと本章にあったが、3.「三叉神経・自律神経頭痛」に属するという証拠が示されたため、現在は 3 章に移動した。

The headache disorders in this chapter can be grouped into four categories: (1) headaches associated with physical exertion, including 4.1 *Primary cough headache*, 4.2 *Primary exercise headache*, 4.3 *Primary headache attributed to sexual activity* and 4.4 *Primary thunderclap headache*; (2) headaches attributed to direct physical stimuli, including 4.5 *Cold-stimulus headache* and 4.6 *External-pressure headache*; (3) epicranial headaches (i.e. head pain over the scalp), including 4.7 *Primary stabbing headache* and 4.8 *Nummular headache* (as well as A4.11 *Epicrania fugax* in the Appendix); and (4) other miscellaneous primary headache disorders including 4.9 *Hypnic headache* and 4.10 *New daily persistent headache*.

本章の頭痛疾患は、4 つのカテゴリーに分類される:(1) 身体的な労作に関連する頭痛である 4.1「一次性咳嗽性頭痛」、4.2「一次性運動時頭痛」、4.3「性行為に伴う一次性頭痛」および 4.4「一次性雷鳴頭痛」;(2)直接の物理的刺激に起因する頭痛である 4.5「寒冷刺激による頭痛」および 4.6「頭蓋外からの圧力による頭痛」;(3)表在性頭痛(すなわち頭皮上の頭部の痛み)である 4.7「一次性穿刺様頭痛」および 4.8「貨幣状頭痛(付録にある A4.11[一過性表在頭痛]も同様である)」;(4)他の種々のものからなる一次性頭痛である 4.9「睡眠時頭痛」および 4.10「新規発症持続性連日性頭痛」。

Therefore, the coding sequence is rearranged in ICHD-3 beta according to these groupings.

従って、これらのグループに分けることによって ICHD-3β でのコードの順序は、並び替えられている。

4.1 Primary cough headache

4.1 一次性咳嗽性頭痛

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Benign cough headache; Valsalva-manoeuvre headache.

良性咳嗽性頭痛(benign cough headache), ヴァルサルヴァ手技頭痛(Valsalva-manoeuvre headache)

Description:

解説:

Headache precipitated by coughing or other Valsalva (straining) manoeuvre, but not by prolonged physical exercise, in the absence of any intracranial disorder.

頭蓋内疾患が存在しない状態で、長時間の身体的な運動ではなく、咳または他のヴァルサルヴァ(息み)手技により誘発される頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two headache episodes fulfilling criteria B-D

A. B～Dを満たす頭痛が2回以上ある

B. Brought on by and occurring only in association with coughing, straining and/or other Valsalva manoeuvre

B. 咳、息み、またはその他のヴァルサルヴァ手技 (Valsalva manoeuvre) (あるいはこれらの組み合わせ) に伴ってのみ誘発されて起こる

C. Sudden onset

C. 突発性に起こる

D. Lasting between 1 second and 2 hours

D. 1秒～2時間持続する

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

4.1 *Primary cough headache* is a rare condition, accounting for 1% or fewer of all headache patients consulting neurological clinics.

4.1「一次性咳嗽性頭痛」は、神経内科の外来を受診するすべての頭痛患者の 1%、あるいはそれより少ないまれな状態である。

However, one report found one-fifth of patients with cough seen in a chest medicine clinic had cough headache.

しかし、胸部疾患を扱う外来で診察を受けた咳嗽患者の 5 分の 1 が、咳嗽性頭痛であったことが報告されている。

4.1 *Primary cough headache* arises moments after the cough, reaches its peak almost immediately, and then subsides over several seconds to a few minutes (although some patients experience mild to moderate headache for 2 hours).

4.1「一次性咳嗽性頭痛」は咳嗽の後に出現し、ほぼ直後にピークに達し、数秒から数分の間で消退する(しかし、軽度から中等度の頭痛が 2 時間みられる患者がいる)。

It is usually bilateral and posterior, and predominantly affects patients older than 40 years of age.

通常、頭痛は両側性で後頭部に、主に 40 歳以上の年齢でみられることが多い。

There is a significant correlation between the frequency of cough and the severity of the headache.

咳嗽の頻度と頭痛の重症度の間に有意な相関がある。

Associated symptoms such as vertigo, nausea and sleep abnormality have been reported by up to two-thirds of patients with 4.1 *Primary cough headache*.

めまい、悪心および睡眠異常といった随伴症状は、4.1「一次性咳嗽性頭痛」の患者の 3 分の 2 に及ぶことが報告されている。

Although indomethacin (50-200 mg/day) is usually effective in treatment of 4.1 *Primary cough headache*, a few symptomatic cases have been reported to respond to this treatment.

4.1 「一次性咳嗽性頭痛」の治療にはインドメタシン(50～200 mg/day)が通常有効であるが、少数の症候性の症例で、この治療に効果を示すことが報告されている。

The syndrome of cough headache is symptomatic in about 40% of cases, and the majority of patients in whom this is so have Arnold-Chiari malformation type I.

咳嗽性頭痛の症候群は、約 40%が症候性で大半がアーノルド・キアリ奇形 I 型(Arnold-Chiari malformation type I)である。

Other reported causes include CSF hypotension, carotid or vertebrobasilar diseases, middle cranial fossa or posterior fossa tumours, mid-brain cyst, basilar impression, platybasia, subdural haematoma, cerebral aneurysms and reversible cerebral vasoconstriction syndrome.

その他、脳脊髄液圧低下、頸動脈あるいは椎骨脳底動脈疾患、中・後頭蓋窩の腫瘍、中脳嚢胞、頭蓋底陥入症、扁平頭蓋、硬膜下血腫、脳動脈瘤および可逆性脳血管攣縮症候群が原因となることが報告されている。

Diagnostic neuroimaging plays an important role in the search for possible intra-cranial lesions or abnormalities.

神経画像検査は、頭蓋内の病変または異常を検索するにあたり重要な役割を果たす。

As subtentorial tumours accounted for more than 50% of intracranial space-occupying lesions in children, cough headache in paediatric patients should be considered symptomatic until proved otherwise.

テント下の腫瘍は、小児において頭蓋内占拠病変の 50%以上を占めることから、小児の咳嗽性頭痛は、原因疾患がないことが証明されるまでは症候性であることを考える。

4.1.1 Probable primary cough headache

4.1.1 一次性咳嗽性頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Either of the following:

A. 以下のいずれかを認める:

1. a single headache episode fulfilling criteria B-D

1. B～Dを満たす1回の頭痛

2. at least two headache episodes fulfilling criterion B and either of criteria C and D

2. BおよびCとDのいずれかを満たす頭痛が2回以上ある

B. Brought on by and occurring only in association with coughing, straining and/or other Valsalva manuvre

B. 咳, 息み, またはその他のヴァルサルヴァ手技 (Valsalva manoeuvre) (あるいはこれらの組み合わせ) に伴ってのみ誘発されて起こる

C. Sudden onset

C. 突発性に起こる

D. Lasting between 1 second and 2 hours

D. 1秒から2時間続く

E. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

E. 他のいかなる ICHD-3 の頭痛性疾患の診断基準を満たさない

F. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

F. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

4.2 Primary exercise headache

4.2 一次性運動時頭痛

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Primary exertional headache; benign exertional headache.

一次性労作性頭痛 (Primary exertional headache); 良性労作性頭痛 (benign exertional headache)。

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Exercise-induced migraine is coded under 1. Migraine according to its subtype.

運動誘発性片頭痛は、1.「片頭痛」のサブタイプに従ってコード化する。

Description:

解説:

Headache precipitated by any form of exercise in the absence of any intracranial disorder.

頭蓋内疾患が存在しない状態で、どのような運動の種類によっても誘発される頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two headache episodes fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす頭痛が 2 回以上ある

B. Brought on by and occurring only during or after strenuous physical exercise

B. 激しい身体的な運動中または運動後にのみ誘発されて起こる

C. Lasting <48 hours

C. 48 時間未満の持続

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

4.2 *Primary exercise headache* occurs particularly in hot weather or at high altitude.

4.2「一次性運動時頭痛」は、特に暑い気候あるいは高地で起こる。

Subforms such as ‘weight-lifters’ headache are recognized but not individually

classified.

重量挙げ選手頭痛('weight-lifters' headache)のようなサブフォームが知られているが、個別には分類されていない。

Unlike 4.1 *Primary cough headache*, which can be triggered by short-lasting trains of efforts (i.e. Valsalva-like manoeuvres), 4.2 *Primary exercise headache* is usually precipitated by sustained physically strenuous exercise.

短時間の労作(すなわち Valsalva 様手技)によって誘発される 4.1 「一次性咳嗽性頭痛」と違い、4.2「一次性運動時頭痛」は、通常、身体的に激しい運動を続けることによって誘発される。

Headache had a pulsating character in most respondents with exercise headache in the Vågå study (less so among adolescent sufferers, of whom almost half had headache durations of less than 5 minutes).

Vågå 研究においては、運動時の頭痛と回答した多くの頭痛は、拍動性である(思春期ではあまり多くなく、持続時間はおおよそ半数の症例で5分未満である)。

There are reports of prevention in some patients by ingestion of ergotamine tartrate.

酒石酸エルゴタミンの服用により予防できた患者も報告されている。

Indomethacin has been found effective in the majority of the cases.

インドメタシンは大多数の症例で効果がみられている。

The pathophysiological mechanisms underlying 4.2 *Primary exercise headache* are unknown.

4.2「一次性運動時頭痛」の病態生理学的機序は、不明である。

Most investigators believe it is vascular in origin, hypothesizing that venous or arterial distension, secondary to physical exercise, is the pain-inducing mechanism.

ほとんどの研究者は、原因は血管性であり、身体的な運動によって二次的に静脈あるいは動脈が拡張することによって、痛みが発現すると考えられている。

The recent finding that patients with primary exercise headache have significantly higher prevalence of internal jugular venous valve incompetence (70% compared with 20% of controls), suggests that intracranial venous congestion caused by retrograde jugular venous flow may play a role in the pathophysiology of this disorder.

近年の研究では一次性運動時頭痛の患者で、有意に内頸静脈弁の不全(対照者 20%と比較し 70%でみられる)がみられることから、頸静脈の逆流による頭蓋内静脈のうっ血がこの疾患の病態

生理において重要な役割を担っているものと推測される。

Symptomatic cases occur.

症候性の症例が発現する。

On first occurrence of headache with these characteristics, it is mandatory to exclude subarachnoid haemorrhage, arterial dissection and reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS).

これらの特徴をもつ頭痛が最初に発現した場合は、必ずしも膜下出血、動脈解離、可逆性脳血管攣縮症候群を除外する必要がある。

4.2.1 Probable primary exercise headache

一次性運動時頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Either of the following:

A. 以下のいずれかを認める:

1. a single headache episode fulfilling criteria B and C

1. B および C を満たす 1 回の頭痛

2. at least two headache episodes fulfilling criterion B but not criterion C

2. B および C と D のいずれかを満たす頭痛が 2 回以上ある

B. Brought on by and occurring only during or after strenuous physical exercise

B. 激しい肉体的な運動の最中や後にのみ伴って誘発され起こる

C. Lasting <48 hours

C. 48 時間未満の持続

D. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

D. 他のいかなる ICHD-3 の頭痛性疾患の診断基準を満たさない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

4.3 Primary headache associated with sexual activity

4.3 性行為に伴う一次性頭痛

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Benign sex headache; benign vascular sexual headache; coital cephalalgia, coital headache, intercourse headache; orgasmic cephalalgia; orgasmic headache; sexual headache

良性性行為時頭痛(benign sex headache); 良性血管性行為時頭痛(benign vascular sexual headache); 性交時頭痛(coital cephalalgia, coital headache, intercourse headache); オルガスムス時頭痛(orgasmic cephalalgia; orgasmic headache); 性行為時頭痛(sexual headache)

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する

Postural headache occurring after coitus should be coded as 7.2.3 *Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension* because it is most probably a result of CSF leakage.

性交後に起こる体位性頭痛は、脳脊髄液の漏出によると考えられるため、7.2.3「特発性低頭蓋内圧性頭痛」にコード化されるべきである。

Description:

解説:

Headache precipitated by sexual activity, usually starting as a dull bilateral ache as sexual excitement increases and suddenly becoming intense at orgasm, in the absence

of any intracranial disorder.

性行為によって誘発される頭痛で、通常、性的興奮が高まるにつれ両側性の鈍痛として始まり、オルガスム時に突然増強するが、原因となる頭蓋内疾患は存在しない。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two episodes of pain in the head and/or neck fulfilling criteria B-D

A. B～D を満たす頭部または頸部(あるいはその両方)の痛みが 2 回以上ある

B. Brought on by and occurring only during sexual activity

B. 性行為中にのみ誘発されて起こる

C. Either or both of the following:

C. 以下の 1 項目以上を認める

1. increasing in intensity with increasing sexual excitement

1. 性的興奮の増強に伴い痛みの強さが増大

2. abrupt explosive intensity just before or with orgasm

2. オルガスム直前か、あるいはオルガスムに伴い突発性で爆発性の強い痛み

D. Lasting from 1 minute to 24 hours with severe intensity and/or up to 72 hours with mild intensity

D. 重度の痛みが 1 分から 24 時間持続、または軽度の痛みが 72 時間まで持続(あるいはその両方)

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Two subforms (*preorgasmic headache* and *orgasmic headache*) were included in ICHD-I and ICHD-II, but clinical studies since have been unable to distinguish these; therefore, 4.3 *Headache associated with sexual activity* is now regarded as a single entity with variable presentation.

2 つのサブフォーム(オルガスムス前頭痛とオルガスムス時頭痛)が ICHD-I と ICHD-II に含まれ

ていたが、臨床研究ではこれらを区別することができなかった;従って、4.3「性行為に伴う頭痛」は、現在様々な発症形式をとる一つの疾患単位としてみなされた。

Recent studies have shown that up to 40% of all cases run a chronic course over more than a year.

最近の研究では、症例の 40%以下は 1 年以上の慢性の経過をたどることが示されている。

Some patients experience only one attack of 4.3 *Primary headache attributed to sexual activity* during their lives; they should be diagnosed as 4.3.1 *Probable primary headache associated with sexual activity*. For further research on this headache type, it is recommended to include only patients with at least two attacks.

患者によっては、人生の間で 1 回だけ 4.3「性行為に伴う一次性頭痛」を経験する;このような患者は、4.3.1「性行為に伴う一次性頭痛の疑い」と診断されるべきである。この頭痛型のさらなる研究については、2 回以上発作がある患者のみを含めることが推奨される。

Epidemiological research has further shown that 4.3 *Primary headache associated with sexual activity* can occur at any sexually active age, is more prevalent in males than in females (ratios range from 1.2:1 to 3:1), occurs independently of the type of sexual activity, is not accompanied by autonomic or vegetative symptoms in most cases, is bilateral in two-thirds and unilateral in one-third of cases and is diffuse or occipitally localized in 80% of cases. Attack frequency of 4.3 *Primary headache attributed to sexual activity* should always be related to the frequency of sexual activity.

疫学的な研究では、以下の知見が見いだされた。すなわち、4.3「性行為に伴う一次性頭痛」は、性活動可能ないかなる年齢でも起こり、有病率は女性より男性が多く(1.2:1 から 3:1)、性行為の種類とは関係なく起こり、ほとんどの症例で自律神経症状を伴わず、3 分の 2 は両側性で、3 分の 1 が片側性であり、症例の 80%ではびまん性または後頭部に限局していた。4.3「性行為に伴う一次性頭痛」の発作頻度は、常に性行為の頻度と関連がある。

4.3 *Primary headache associated with sexual activity* is not associated with disturbance of consciousness, vomiting or visual, sensory or motor symptoms (whereas symptomatic sexual headache may be). On the first onset of headache with sexual activity, it is mandatory to exclude subarachnoid haemorrhage, arterial dissection and reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS). Multiple explosive headaches

during sexual activities should be considered as 6.7.3 *Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)* (qv) until proven otherwise by angiographic studies (including conventional, magnetic resonance or computed tomography angiography) or transcranial Doppler ultrasonography. Of note, vasoconstrictions may not be observed at the early stage of RCVS; therefore, follow-up studies may be needed.

4.3「性行為に伴う一次性頭痛」は、意識障害、嘔吐または視覚、感覚、運動症状を伴わない(しかし、症候性の性行為時頭痛では認めることがある)。性行為に伴う頭痛が最初に発現した時は、くも膜下出血、動脈解離、可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)を必ず否定しなければならない。性行為中に多発する爆発性の頭痛は、血管造影検査(通常の血管撮影、MRA、CTAを含む)または経頭蓋ドプラー超音波検査によって否定されるまでは、6.7.3「可逆性脳血管攣縮症候群に伴う頭痛」(同項参照)と考えるべきである。血管攣縮は、RCVSの初期にはみられないことがある;従って、追跡の検査が必要なことがある。

4.3.1 *Probable primary headache associated with sexual activity*

4.3.1 性行為に伴う一次性頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Either of the following:

A.以下のいずれかを認める:

1. a single headache episode full filling criteria B-D

1. B～Dを満たす1回の頭痛

2. at least two headache episodes full filling criterion B and either but not both of criteria C and D

2. BとCまたはDのどちらかを満たす頭痛が2回以上ある

B. Brought on by and occurring only during sexual activity

B.性行為中のみに誘発されて起こる

C. Either or both of the following:

C. 以下のいずれかまたは両方を認める:

1. increasing in intensity with increasing sexual excitement

1. 性的興奮の増強に伴い痛みの強さが増大
 2. abrupt explosive intensity just before or with orgasm
 2. オルガスム直前か、あるいはオルガスムに伴い突発性で爆発性の強い痛み
- D. Lasting from 1 minute to 24 hours with severe intensity and/or up to 72 hours with mild intensity
- D. 重度の痛みが 1 分から 24 時間持続, または軽度の痛みが 72 時間まで持続(あるいはその両方)
- E. Not full filling ICHD-3 criteria for any other headache disorder
- E. 他のいかなる ICHD-3 の頭痛性疾患の診断基準を満たさない
- F. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- F. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

4.4 Primary thunderclap headache

4.4 一次性雷鳴頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語:

Benign thunderclap headache.

良性雷鳴頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

4.1 *Primary cough headache*, 4.2 *Primary exercise headache* and 4.3 *Primary headache associated with sexual activity* can all present as thunderclap headache. When such headache is attributed uniquely to one of these triggers, it should be coded accordingly as one of these headache types.

4.1「一次性咳嗽性頭痛」, 4.2「一次性運動時頭痛」, および 4.3「性行為に伴う一次性頭痛」はいずれも雷鳴頭痛として出現することがある。このような雷鳴頭痛が一種類の引き金によってのみ起こるときには、これらの頭痛型の一つとしてコード化すべきである。

Description:

解説:

High-intensity headache of abrupt onset, mimicking that of ruptured cerebral aneurysm, in the absence of any intracranial pathology.

頭蓋内疾患の存在がなく突発する重度の頭痛で、脳動脈瘤破裂時の頭痛によく似ている。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Severe head pain full filling criteria B and C

A. B および C を満たす重度の頭痛

B. Abrupt onset, reaching maximum intensity in <1 minute

B. 突然発症で、1 分未満で痛みの強さがピークに達する

C. Lasting for ≥ 5 minutes

C. 5 分以上持続する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Evidence that thunderclap headache exists as a primary disorder is poor: the search for an underlying cause should be expedited and exhaustive. Thunderclap headache is frequently associated with serious vascular intracranial disorders, particularly subarachnoid haemorrhage: it is mandatory to exclude this and a range of other such conditions including intracerebral haemorrhage, cerebral venous thrombosis, unruptured vascular malformation (mostly aneurysm), arterial dissection (intra- and extracranial), reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) and pituitary apoplexy. Other organic causes of thunderclap headache are meningitis, colloid cyst of the third ventricle, CSF hypotension and acute sinusitis (particularly with baro-trauma).

Primary thunderclap headache should be a diagnosis of last resort, reached only when all organic causes have been demonstrably excluded. This implies normal brain imaging,

including the brain vessels, and/ or normal CSF. Of note, vasoconstrictions may not be observed in the early stage of RCVS. For this reason, *probable primary thunderclap headache* is not a diagnosis that should be made, even temporarily.

雷鳴頭痛が一次性疾患として存在するエビデンスは乏しい:原因検索を、迅速かつ徹底して行う必要がある。雷鳴頭痛はしばしば重篤な血管性頭蓋内疾患, 特にくも膜下出血に伴って起こる:くも膜下出血、およびこれと同じ系統の疾患である頭蓋内出血, 脳静脈血栓症, 未破裂血管奇形(多くは動脈瘤), 動脈解離(頭蓋内および頭蓋外), 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS), および下垂体卒中は必ず否定されなければいけない。雷鳴頭痛をきたす他の器質的原因には, 髄膜炎, 第三脳室コロイド嚢胞, 低髄液圧, および急性副鼻腔炎(特に気圧障害[baro-trauma])がある。

4.4「一次性雷鳴頭痛」は, すべての器質的原因が明確に否定された場合にのみたどり着く最終的な診断であるべきである。このことは, 脳血管を含めた脳画像または脳脊髄液検査(あるいはその両方)が正常であることを意味している。特に, 血管攣縮は RCVS の初期には認められないことがある。このようなことから, 「一次性雷鳴頭痛の疑い」という病名は仮にでもつけられるべきものではない。

4.5 Cold-stimulus headache

4.5 寒冷刺激による頭痛

Description:

解説:

Headache brought on by a cold stimulus applied externally to the head or ingested or inhaled.

頭部に外部からあてられた寒冷あるいは, 冷たいものの摂取または吸入によりもたらされる頭痛。

4.5.1 *Headache attributed to external application of a cold stimulus*

4.5.1 外的寒冷刺激による頭痛

Description:

解説:

Generalized headache following exposure of the unprotected head to a very low environmental temperature.

極寒の環境温度に無防備に頭部がさらされた後の、頭部全体の頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two acute headache episodes fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす急性の頭痛が 2 回以上ある

B. Brought on by and occurring only during application of an external cold stimulus to the head

B. 頭部への外因性の寒冷刺激が加わっている間だけに伴って誘発されて起こる

C. Resolving within 30 minutes after removal of the cold stimulus

C. 寒冷刺激除去後 30 分以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

This headache is a result of external cooling of the head, such as occurs during exposure in very cold weather, diving into cold water or receiving cryotherapy. Some patients develop intense, short-lasting, stabbing headache midfrontally, although the pain can be unilateral and temporal, frontal or retro-orbital.

この頭痛は、頭部の外的寒冷刺激の結果であり、非常に寒い天候、冷水への飛び込みあるいは寒冷療法を受ける時に出現する。患者によっては前頭部中央に強い、短時間の、穿刺様の頭痛が起こるが、痛みは片側で側頭部、前頭部あるいは眼窩後部であることもある。

4.5.2 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus

4.5.2 冷たいものの摂取または冷氣吸息による頭痛

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Ice-cream headache; brain-freeze headache.

アイスクリーム頭痛 (ice-cream headache) ; 冷たいものの摂取に伴う頭痛 (brain-freeze headache)

Description:

解説:

Short-lasting frontal or temporal pain, which may be intense, induced in susceptible people by passage of cold material (solid, liquid or gaseous) over the palate and/or posterior pharyngeal wall.

前頭部または側頭部の短時間の強い痛みが、冷たい物質(固形物, 液体または気体)が口蓋または咽頭後壁(あるいはその両方)を通過することによって、感受性の高い人で誘発される。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two episodes of acute frontal or temporal headache fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす急性の前頭部または側頭部の頭痛が 2 回以上ある

B. Brought on by and occurring immediately after a cold stimulus to the palate and/or posterior pharyngeal wall from ingestion of cold food or drink or inhalation of cold air

B. 冷たい食物または飲み物の摂取, あるいは冷気の吸息による口蓋または咽頭後壁(あるいはその両方)への寒冷刺激の直後に誘発され起こる

C. Resolving within 10 minutes after removal of the cold stimulus

C. 頭痛は寒冷刺激除去後, 10 分以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

4.5.2 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus is common in the

general population, especially among those with 1. *Migraine*. Rapid ingestion of crushed ice slurry is particularly likely to provoke this headache, but eating ice-cream, even slowly, can do so.

Headache is frontal or temporal, and most commonly bilateral (but may be lateralized to the side of usual migraine headache in those who have unilateral headache as part of 1. *Migraine*).

4.5.2 「冷たいものの摂取または冷氣吸息による頭痛」は一般の集団，特に 1.「片頭痛」を有する人においてよくみられる。かき氷を早く摂取すると，特にこの頭痛を誘発する可能性があるが，アイスクリームをゆっくり摂取しても起こることがある。

頭痛は前頭部あるいは側頭部で，通常は両側性にみられる（しかし，1.「片頭痛」が片側性の頭痛としてみられる者では，いつもの片頭痛が起こる側に出現する可能性がある）。

4.5.3 *Probable cold-stimulus headache*

4.5.3 寒冷刺激による頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. A single headache episode fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす 1 回の頭痛

B. Brought on by and occurring only during or immediately after a cold stimulus applied externally to the head or ingested or inhaled

B. 外因性の寒冷刺激が頭部に加わっている間，あるいは，摂取や吸息されている間，またはこれらの直後にのみ誘発されて起こる

C. Resolving within 10 minutes after removal of the cold stimulus

C. 寒冷刺激除去後，10 分以内に消失する

D. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

D. 他のいかなる ICHD-3 の頭痛性疾患の診断基準を満たさない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Codable subforms are 4.5.3.1 *Headache probably attributed to external application of a cold stimulus* and 4.5.3.2 *Headache probably attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus*.

コード化可能なものに、4.5.3.1「外的寒冷刺激による頭痛の疑い」および、4.5.3.2「冷たいものの摂取または冷氣吸息による頭痛の疑い」がある。

4.6 External-pressure headache

4.6 頭蓋外からの圧力による頭痛

Description:

解説:

Headache resulting from sustained compression of or traction on peri-cranial soft tissues.

頭蓋軟部組織周囲に圧迫や牽引が及ぶことに起因する頭痛

Comment:

コメント:

4.6 *External-pressure headache* is a primary headache disorder because compression and traction are too subtle to cause damage to the scalp; in other words, they are physiological stimuli.

4.6 「頭蓋外からの圧力による頭痛」は、圧迫や牽引が頭皮への障害を引き起こすには非常に軽微であることから一次性頭痛疾患である;換言すると、圧迫や牽引は物理的な刺激である。

4.6.1 *External-compression headache*

4.6.1 頭蓋外からの圧迫による頭痛

Description:

解説:

Headache resulting from sustained compression of peri-cranial soft tissues, for example by a tight band around the head, hat or helmet, or goggles worn during swimming or diving, without damage to the scalp.

頭皮に障害を起こさない程度の、きついヘッドバンドやヘルメットおよび水泳中のゴーグルの装着のような圧迫や牽引が頭蓋軟部組織周囲に及ぶことに起因する頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two episodes of headache fulfilling criteria B-D

A. B～D を満たす頭痛が2回以上ある

B. Brought on by and occurring within 1 hour during sustained external compression of the forehead or scalp

B. 前頭部あるいは頭皮の頭蓋外からの圧迫により 1 時間以内の間に誘発されて起こる

C. Maximal at the site of external compression

C. 頭蓋外からの圧迫部位で最大

D. Resolving within 1 hour after external compression is relieved

D. 頭蓋外からの圧迫が解除された後 1 時間以内に消失

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

4.6.2 External-traction headache

4.6.2 頭蓋外からの牽引による頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語:

Ponytail headache.

ポニーテール頭痛。

Description:

解説:

Headache resulting from sustained traction on peri-cranial soft tissues, without damage to the scalp.

頭蓋軟部組織周囲の頭皮に障害がなく、牽引により起こる頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two episodes of headache fulfilling criteria B-D

A. B～D を満たす頭痛が2回以上ある

B. Brought on by and occurring only during sustained external traction on the scalp

B. 頭皮に頭蓋外からの牽引が及んでいる間にのみ誘発されて起こる

C. Maximal at the traction site

C. 牽引部位で最大

D. Resolving within 1 hour after traction is relieved

D. 牽引が解除された後 1 時間以内に消失

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント

The duration of headache varies with the severity and duration of the external traction. Although headache is maximal at the site of traction, it often extends to other areas of the head.

頭痛の持続時間は、頭蓋外からの牽引が及ぶ程度と時間によって変化する。頭痛は、牽引の部位で最強であるが、頭部の他の領域に及ぶことがよくある。

4.6.3 Probable external-pressure headache

4.6.3 頭蓋外からの圧力による頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Either of the following:

A. 以下のいずれかがみられる:

1. a single episode of headache fulfilling criteria B-D

1. B～Dを満たす1回の頭痛

2. at least two episodes of headache fulfilling criterion B and either but not both of criteria C and D

2. BおよびCとDのいずれかを満たす頭痛が2回以上ある

B. Brought on by and occurring only during sustained external compression of or traction on the forehead and/or scalp

B. 前頭部または頭皮のいずれか1つ以上の部位に、頭蓋外からの圧迫あるいは牽引が及んでいる間のみ誘発されて起こる

C. Maximal at the compression or traction site

C. 頭蓋外からの圧迫あるいは牽引部位で最大

D. Resolving within 1 hour after compression or traction is relieved

D. 圧迫または牽引が解除された後1時間以内に消失

E. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other head-ache disorder

E. 他のいかなるICHD-3の頭痛性疾患の診断基準を満たさない

F. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

F. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Codable subforms are 4.6.3.1 *Probable external-compression headache* and 4.6.3.2 *Probable external-traction headache*.

コード化されるサブフォームは、4.6.3.1「頭蓋外からの圧迫による頭痛の疑い」および 4.6.3.2「頭蓋外からの牽引による頭痛の疑い」である。

4.7 Primary stabbing headache

4.7 一次性穿刺様頭痛

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Ice-pick pains; jabs and jolts; needle-in-the-eye syndrome; ophthalmodynia periodica; sharp short-lived head pain.

アイスピック頭痛 (Ice-pick pains); ジャブ・ジョルト (jabs and jolts); 眼内針症候群 (needle-in-the-eye syndrome); 周期性眼痛症 (ophthalmodynia periodica); 鋭利短時間持続頭痛 (sharp short-lived head pain)。

Description:

解説:

Transient and localized stabs of pain in the head that occur spontaneously in the absence of organic disease of underlying structures or of the cranial nerves.

局所構造物または脳神経の器質性疾患が存在しない状態で自発的に起こる、一過性かつ局所性の穿刺様頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Head pain occurring spontaneously as a single stab or series of stabs and fulfilling criteria B-D

A. B～D を満たす自発的な単回または連続して起こる穿刺様の頭部の痛み

B. Each stab lasts for up to a few seconds

B. それぞれの穿刺は数秒まで持続する

C. Stabs recur with irregular frequency, from one to many per day

C. 穿刺は不規則な頻度で、1 日に 1 回から多数再発する

D. No cranial autonomic symptoms

D. 頭部自律神経症状がない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Studies show 80% of stabs last 3 seconds or less ; rarely, stabs last for 10-120 seconds. Attack frequency is generally low, with one or a few per day. In rare cases, stabs occur repetitively over days, and there has been one description of status lasting 1 week.

穿刺様の痛みは、80%で 3 秒以内であったとする研究がある;まれに 10～120 秒持続する。発作頻度は一般に少なく、1 日に 1 回あるいは数回である。まれな症例では、穿刺様の痛みが数日繰り返し起こり、また 1 週間持続する重積状態を呈した1つの記載がある。

4.7 *Primary stabbing headache* involves extratrigeminal regions in 70% of cases. It may move from one area to another, in either the same or the opposite hemicranium: in only one-third of patients it has a fixed location. When stabs are strictly localized to one area, structural changes at this site and in the distribution of the affected cranial nerve must be excluded.

4.7「一次性穿刺様頭痛」は、70%の症例で三叉神経領域外に起こる。穿刺様頭痛は、一つの領域から他に移動し、同側あるいは反対側の頭部にみられることがある: 3 分の 1 の患者だけが部位が固定している。穿刺様の痛みが常に1ヵ所に限定して起こる場合は、同部位および障害を受け

ている脳神経支配領域における構造的変化を除外する必要がある。

A few patients have accompanying symptoms, but not including cranial autonomic symptoms. The latter help to differentiate 4.7 *Primary stabbing headache* from 3.3 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks*.

少数例では随伴症状があるが、頭部自律神経症状は含まない。頭部自律神経症状がないことは、3.3「短時間持続性片側神経痛様頭痛発作」と4.7「一次性穿刺様頭痛」を鑑別する手立てとなる。

4.7 *Primary stabbing headache* is more commonly experienced by people with 1. *Migraine*, in which cases stabs tend to be localized to the site habitually affected by migraine headaches.

4.7「一次性穿刺様頭痛」は、1.「片頭痛」患者で経験されることがよくあり、このような症例では、片頭痛の頭痛がいつも起こる部位に穿刺様の痛みが限局する傾向にある。

4.7.1 *Probable primary stabbing headache*

4.7.1 一次性穿刺様頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Head pain occurring spontaneously as a single stab or series of stabs and fulfilling two only of criteria B-D

A. B～D の 2 つを満たす自発的な単回または連続して起こる穿刺様の頭部の痛み

B. Each stab lasts for up to a few seconds

B. それぞれの穿刺は数秒まで持続する

C. Stabs recur with irregular frequency, from one to many per day

C. 穿刺は不規則な頻度で、1 日に 1 回から多数再発する

D. No cranial autonomic symptoms

D. 頭部自律神経症状がない

E. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

E. 他のいかなる ICHD-3 の頭痛性疾患の診断基準を満たさない

F. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis

F. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

4.8 Nummular headache

4.8 貨幣状頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語:

Coin-shaped headache.

硬貨形頭痛(Coin-shaped headache)

Description:

解説:

Pain of highly variable duration, but often chronic, in a small circumscribed area of the scalp in the absence of any underlying structural lesion.

局所構造物の病変が存在しない状態で、頭皮の小領域に持続時間がきわめて多様な、しばしば慢性となる痛み。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Continuous or intermittent head pain fulfilling criterion B

A. B を満たす持続性あるいは間欠的な頭部の痛み

B. Felt exclusively in an area of the scalp, with all of the following four characteristics:

B. 頭皮の領域に限定して感じ、以下の 4 つのすべての特徴を持つ

1. sharply contoured

1. くっきりした輪郭

2. fixed in size and shape

- 2. 大きさと形が一定
- 3. round or elliptical
- 3. 円形または楕円形
- 4. 1-6 cm in diameter
- 4. 直径が 1～6 cm
- C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

The painful area may be localized in any part of the scalp, but is usually in the parietal region.

痛みの部位は、頭皮のどの場所においてもみられるが、通常は頭頂部である。

Rarely, 4.8 *Nummular headache* is bi- or multifocal, each symptomatic area retaining all the characteristics of nummular headache.

まれに、4.8「貨幣状頭痛」は複数あるいは多巣性に存在し、それぞれの部位はすべての貨幣状頭痛の特徴を保っている。

Pain intensity is generally mild to moderate, but occasionally severe.

痛みの強度は、一般に軽度から中等度であるが重度のことがある。

Superimposed on the background pain, spontaneous or triggered exacerbations may occur.

背景にある痛みに重なって、自発性に、あるいは誘発され悪化することがある。

Duration is highly variable: in up to 75% of published cases, the disorder has been chronic (present for longer than 3 months), but cases have also been described with durations of seconds, minutes, hours or days.

持続時間はきわめて多様である: 報告例の 75% までが慢性の経過 (3 ヶ月以上存在する) であるが、数秒、数分、数時間あるいは数日であるとする報告もある。

The affected area commonly shows variable combinations of hypaesthesia, dysaesthesia, paraesthesia, allodynia and/or tenderness.

患部には、通常、感覚鈍麻、異常感覚、錯感覚、アロディニアまたは圧痛(あるいはこれらの 1 つ以上)が様々な組み合わせで見られる。

Other causes, in particular structural and dermatological lesions, must be excluded by history, physical examination and appropriate investigations.

他の原因、特に構造物や皮膚の病変については病歴、身体診察、適切な検査によって除外する必要がある。

4.8.1 Probable nummular headache

4.8.1 貨幣状頭痛の疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Continuous or intermittent head pain fulfilling criterion B

A. B を満たす持続性あるいは間欠的な頭部の痛み

B. Felt exclusively in an area of the scalp, with three only of the following four characteristics:

B. 頭皮の領域に限定して感じ、以下の 4 つの特徴のうち 3 つをもつ:

1. sharply contoured

1. くっきりした輪郭

2. fixed in size and shape

2. 大きさと形が一定

3. round or elliptical

3. 円形または楕円形

4. 1-6 cm in diameter

4. 直径が 1~6 cm

C. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other head-ache disorder

C. 他のいかなる ICHD-3 の頭痛性疾患の診断基準を満たさない

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

4.9 Hypnic headache

4.9 睡眠時頭痛

Previously used term:

以前使用された用語:

睡眠時頭痛症候群 (Hypnic headache syndrome), 「目覚まし時計」頭痛 ('alarm clock' headache)

Description:

解説:

Frequently recurring headache attacks developing only during sleep, causing wakening and lasting for up to 4 hours, without characteristic associated symptoms and not attributed to other pathology.

睡眠中のみに、頻回に繰り返す起こる頭痛発作。覚醒の原因となり 4 時間まで続き、特徴的な関連症状がなく、その他の原因によらない。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent headache attacks fulfilling criteria B-E

A. B～E を満たす繰り返す頭痛発作

B. Developing only during sleep, and causing wakening

B. 睡眠中のみに起こり、覚醒の原因となる

C. Occurring on ≥ 10 days per month for >3 months

C. 月に 10 日以上、3 ヶ月を超えて起こる

D. Lasting ≥ 15 minutes and for up to 4 hours after waking

D. 覚醒後 15 分以上、4 時間まで持続する

- E. No cranial autonomic symptoms or restlessness
- E. 頭部自律神経症状や落ち着きのなさを認めない
- F. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- F. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

4.9 *Hypnic headache* usually begins after age 50 years, but may occur in younger people. The pain is usually mild to moderate, but severe pain is reported by one-fifth of patients. Pain is bilateral in about two-thirds of cases. Attacks usually last from 15 to 180 minutes, but longer durations have been described. Most cases are persistent, with daily or near daily headaches, but an episodic subform (on less than 15 days per month) may occur. Although it was thought that the features of 4.9 *Hypnic headache* were generally tension-type-like, recent studies found that patients could present with migraine-like features and some patients had nausea during attacks.

4.9「睡眠時頭痛」は、通常 50 歳以降で発症するが、若年者で起きることもある。痛みは、通常、軽度～中等度であるが、重度の頭痛も患者の約 5 分の 1 で報告されている。痛みは、3 分の 2 の症例で両側性である。発作は、通常、15 分から 180 分持続するが、より長時間持続したという報告がある。ほとんどの症例は、連日かほぼ連日性の頭痛であるが、反復性のサブフォーム(月に 15 日未満)となることがある。4.9「睡眠時頭痛」の特徴は、通常、緊張型頭痛様と考えられていたが、近年の研究では片頭痛様の特徴を持つ症例や、発作中に悪心を認める症例があることが報告されている。

Onset of 4.9 *Hypnic headache* is probably not related to sleep stage. A recent MRI study showed grey matter volume reduction in the hypothalamus in patients with 4.9 *Hypnic headache*.

4.9「睡眠時頭痛」の発症は、おそらく睡眠ステージとは関連していない。最近の MRI の研究では、4.9「睡眠時頭痛」の患者において視床下部灰白質の体積減少が示されている。

Lithium, caffeine, melatonin and indomethacin have been effective treatments in several reported cases. Distinction from one of the subtypes of 3. *Trigeminal autonomic*

cephalalgias, especially 3.1 *Cluster headache*, is necessary for effective management.

リチウム、カフェイン、メラトニン、インドメタシンの有効例が報告されている。3.「三叉神経・自律神経頭痛」のサブタイプの一つ、特に 3.1「群発頭痛」との鑑別は、有効な治療を確立するために必要である。

Other possible causes of headache developing during and causing waking from sleep should be ruled out, with particular attention given to sleep apnoea, nocturnal hypertension, hypoglycaemia and medication overuse; intracranial disorders must also be excluded. However, the presence of sleep apnoea syndrome does not necessarily exclude the diagnosis of 4.9 *Hypnic headache*.

睡眠中に起こり、覚醒をひき起こす他の頭痛の原因を除外する必要がある、特に、睡眠時無呼吸、夜間の高血圧、低血糖、薬物乱用には注意を払う；頭蓋内疾患も除外しなければいけない。しかし、睡眠時無呼吸の存在は、4.9「睡眠時頭痛」の診断を必ずしも除外するものではない。

4.9.1 *Probable hypnic headache*

4.9.1 睡眠時頭痛疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent headache attacks full filling criterion B and two only of criteria C-E

A. BとC～Eのうち2つのみを満たす繰り返す頭痛発作

B. Developing only during sleep, and causing waking

B. 睡眠中にのみ起こり、覚醒の原因となる

C. Occurring on ≥ 10 days per month for >3 months

C. 月に10日以上、3ヶ月を超えて起こる

D. Lasting ≥ 15 minutes and for up to 4 hours after waking

D. 覚醒後15分以上、4時間まで持続する

E. No cranial autonomic symptoms or restlessness

E. 頭部自律神経症状や落ち着きのなさを認めない

F. Not full filling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

F. 他のいかなる ICHD-3 の頭痛性疾患の診断基準を満たさない

G. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

G. 他に最適な ICHD-3 の疾患がない

4.10 New daily persistent headache (NDPH)

4.10 新規発症持続性連日性頭痛(NDPH)

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Chronic headache with acute onset; de novo chronic headache.

急性発症の慢性頭痛(chronic headache with acute onset) ;新規慢性頭痛(de novo chronic headache)

Description:

解説:

Persistent headache, daily from its onset, which is clearly remembered.

明瞭に思い出すことが出来る発症から連日性にみられる持続性頭痛。

The pain lacks characteristic features, and may be migraine-like or tension-type-like, or have elements of both.

痛みは、特徴的な性状を欠き、片頭痛様あるいは緊張型様であったり、両者の要素をもっていることもある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Persistent headache fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす持続性頭痛

B. Distinct and clearly remembered onset, with pain becoming continuous and

unremitting within 24 hours

B. 確実に明瞭に発症を想起される持続性で、24 時間以内には非寛解性の痛み

C. Present for >3 months

C. 3 ヶ月を超えて持続する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント

4.10 *New daily persistent headache (NDPH)* is unique in that headache is daily from onset, and very soon unremitting, typically occurring in individuals without a prior headache history.

4.10「新規発症持続性連日性頭痛(NDPH)」は、典型的には頭痛の既往がない患者に起こり、頭痛は発症時からその後すぐには寛解することなく、毎日起こる点が独特である。

Patients with this disorder invariably recall and can accurately describe such an onset; if they cannot do so, another diagnosis should be made.

患者は常に想起して、発症について正確に述べることができる;できなければ、他を診断する。

Nevertheless, patients with prior headache (1. *Migraine* or 2. *Tension-type headache*) are not excluded from this diagnosis, but they should not describe increasing headache frequency prior to its onset.

それにもかかわらず、以前に頭痛(1.「片頭痛」あるいは2.「緊張型頭痛」)がある患者は、この診断から除外されないが、発症以前の頭痛頻度の増加については述べない。

Similarly, patients with prior headache should not describe exacerbation followed by medication overuse.

同様に、以前に頭痛のある患者は薬物乱用に続く悪化については述べない。

4.10 *New daily persistent headache (NDPH)* may have features suggestive of either 1. *Migraine* or 2. *Tension-type headache*.

4.10「新規発症持続性連日性頭痛(NDPH)」は、1.「片頭痛」または2.「緊張型頭痛」のいずれかを示唆する特徴を有していることがある。

Even though criteria for 1.3 *Chronic migraine* and/or 2.3 *Chronic tension-type headache*

may also be fulfilled, the default diagnosis is 4.10 *New daily persistent headache (NDPH)* whenever the criteria for this disorder are met.

1.3「慢性片頭痛」または 2.3「慢性緊張型頭痛」(あるいはその両者)の診断を満たしていても、4.10「新規発症持続性連日性頭痛(NDPH)」の診断基準に合致している時は常に、はじめはこの頭痛を診断する。

In contrast, when the criteria for both 4.10 *New daily persistent headache (NDPH)* and 3.4 *Hemicrania continua* are met, then the latter is the default diagnosis.

一方、4.10「新規発症持続性連日性頭痛(NDPH)」と 3.4「持続性片側頭痛」の両者の診断に合致する時は、はじめは後者を診断する。

Abortive drug use may exceed the limits defined as causative of 8.2 *Medication-overuse headache* (qv).

発作頓挫薬の使用は、8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛, MOH)」(同項参照)の原因とされている上限を超えることがある。

In such cases, the diagnosis of 4.10 *New daily persistent headache* cannot be made unless the onset of daily headache clearly predates the medication overuse.

このような症例においては、4.10「新規発症持続性連日性頭痛」の診断は、連日性の頭痛の発症が明瞭に薬物乱用に先んじていなければ診断することはできない。

When this is so, both diagnoses, 4.10 *New daily persistent headache (NDPH)* and 8.2 *Medication-overuse headache*, should be given.

この時は、4.10「新規発症持続性連日性頭痛」と 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛, MOH)」の両方の診断がなされる。

In all cases, other secondary headaches such as 7.1 *Headache attributed to increased cerebrospinal fluid pressure*, 7.2 *Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure* and 5.1 *Acute headache attributed to traumatic injury to the head* should be ruled out by appropriate investigations.

すべての症例において、7.1「頭蓋内圧亢進性頭痛」、7.2「低髄液圧による頭痛」、5.1「頭部外傷による急性頭痛」といった他の二次性頭痛を適切な検査によって除外する必要がある。

4.10 *New daily persistent headache (NDPH)* has two subforms: a self-limiting subform that typically resolves within several months without therapy, and a refractory form that is resistant to aggressive treatment regimens. These are not separately coded.

4.10「新規発症持続性連日性頭痛」には2つのサブフォームがある:典型的には治療なしで数ヶ月

以内に消失する自然寛解性のサブフォームと、積極的治療に抵抗性を示す難治性のサブフォームである。これらは、別々にコード化しない。

4.10.1 Probable new daily persistent headache

4.10.1 新規発症持続性連日性頭痛疑い

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Persistent headache fulfilling criteria B and C

A. BとCを満たす持続性頭痛

B. Distinct and clearly remembered onset, with pain becoming continuous and unremitting within 24 hours

B. 確実に明瞭に発症が想起され、痛みは持続性となり24時間以内には寛解しない

C. Present for <3 months

C. 3ヶ月未満存在

D. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other head-ache disorder

D. 他のいかなる ICHD-3 の頭痛性疾患の診断基準を満たさない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Bibliography

4.1 Primary cough headache

Chen PK, Fuh JL and Wang SJ. Cough headache: A study of 83 consecutive patients. *Cephalalgia* 2009; 29: 1079.1085.

Chen YY, Lirng JF, Fuh JL, et al. Primary cough headache is associated with posterior fossa crowdedness: A morphometric MRI study. *Cephalalgia* 2004; 24: 694.699.

Cohen ME and Duffner PK, eds. Brain tumors in children. Principles of diagnosis and treatment. New York: Raven Press 1994.

Cutrer FM and Boes CJ. Cough, exertional, and sex headaches. *Neurol Clin* 2004; 22:

133.149.

Ozge C, Atis. S, Ozge A, et al. Cough headache: frequency, characteristics and the relationship with the characteristics of cough. *Eur J Pain* 2005; 9: 383.388.

Pascual J. Primary cough headache. *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9: 272.276.

Pascual J, Gonzalez-Mandly A, Martin R and Oterino A. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: A prospective etiological and clinical study. *J Headache Pain* 2008; 9: 259.266.

Pascual J, Iglesias F, Oterino A, et al. Cough, exertional, and sexual headaches: An analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46: 1520.1524.

Perini F, Toso V. Benign cough 'cluster' headache. *Cephalalgia* 1998; 18: 493.494.

Raskin NH. The cough headache syndrome treatment. *Neurology* 1995; 45: 1784.

4.2 Primary exercise headache

Buzzi MG, Formisano R, Colonnese C, et al. Chiari-associated exertional, cough and sneeze headache responsive to medical therapy. *Headache* 2003; 43: 404.406.

Chen SP, Fuh JL, Lu SR and Wang SJ. Exertional headache: A survey of 1963 adolescents. *Cephalalgia* 2009; 29: 401.407.

Doepp F, Valdueza JM and Schreiber SJ. Incompetence of internal jugular valve in patients with primary exertional headache: A risk factor? *Cephalalgia* 2008; 28: 182.185.

Edis RH and Silbert PL. Sequential benign sexual headache and exertional headache (letter). *Lancet* 1988; 30: 993. Green MW. A spectrum of exertional headaches. *Headache* 2001;

4: 1085.1092.

Heckmann JG, Hilz MJ, Muck-Weymann M and Neundorfer B. Benign exertional headache/benign sexual headache: A disorder of myogenic cerebrovascular autoregulation? *Headache* 1997; 37: 597.598.

Lance JW and Lambros J. Unilateral exertional headache as asymptomatic of cardiac ischemia. *Headache* 1998; 38: 315.316.

Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, et al. Cardiac cephalgia: A treatable form of exertional headache. *Neurology* 1997; 49: 813.816.

McCrory P. Recognizing exercise-induced headache. *Phys Sports Med* 1997; 25: 33.43.

Pascual J, Iglesias F, Oterino A, et al. Cough, exertional, and sexual headaches: An analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46: 1520.1524.

Silbert PL, Edis RH, Stewart-Wynne EG and Gubbay SS. Benign vascular sexual headache and exertional headache: Interrelationships and long term prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1991; 54: 417.421.

Sjaastad O and Bakkevig LS. Exertional headache. I. Va. ga. study of headache epidemiology. *Cephalalgia* 2002; 22: 784.790.

Sjaastad O and Bakkevig LS. Exertional headache-II. Clinical features Va. ga. study of headache epidemiology. *Cephalalgia* 2003; 23: 803.807.

Wang SJ and Fuh JL. The 'Other' headaches: Primary cough, exertion, sex, and primary stabbing headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14: 41.46.

4.3 Primary headache associated with sexual activity

Biehl K, Evers S and Frese A. Comorbidity of migraine and headache associated with sexual activity. *Cephalalgia* 2007; 27: 1271.1273.

Chakravarty A. Primary headaches associated with sexual activity . Some observations in Indian patients. *Cephalalgia* 2006;

26: 202.207. D'Andrea G, Granella F and Verdelli F. Migraine with aura triggered by orgasm. *Cephalalgia* 2002; 22: 485.486. Evers S, Peikert A and Frese A. Sexual headache in young adolescence: A case report. *Headache* 2009; 49: 1234.1235.

Frese A, Eikermann A, Frese K, et al. Headache associated with sexual activity: Demography, clinical features, and comorbidity. *Neurology* 2003; 61: 796.800.

Frese A, Rahmann A, Gregor N, et al. Headache associated with sexual activity: Prognosis and treatment options. *Cephalalgia* 2007; 27: 1265.1270.

Kumar KL and Reuler JB. Uncommon headaches: Diagnosis and treatment. *J Gen Int Med* 1993; 8: 333.341.

Lance JW. Headaches related to sexual activity. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1976; 39: 1226.1230.

Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, et al. Sudden onset headache: A prospective

study of features, incidence and causes. *Cephalalgia* 2002; 22: 354.360.

Lundberg PO and Osterman PO. Intercourse and headache. In: Genazzani AR, Nappi G, Facchinetti F and Martignoni E (eds). *Pain and reproduction*. Parthenon Publishing 1988: 149.153.

Pascual J, Iglesias F, Oterino A, et al. Cough, exertional, and sexual headaches: An analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46: 1520.1524.

Pascual J, Gonzalez-Mandly A, Martin R and Oterino A. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: A prospective etiological and clinical study. *J Headache Pain* 2008; 9: 259.266.

Yeh YC, Fuh JL, Chen SP and Wang SJ. Clinical features, imaging findings and outcomes of headache associated with sexual activity. *Cephalalgia* 2010; 30: 1329.1335.

4.4 Primary thunderclap headache

Bassi P, Bandera R, Loiero M, et al. Warning signs in subarachnoid hemorrhage: A cooperative study. *Acta Neurol Scand* 1991; 84: 277.281.

Chen SP, Fuh JL, Liang JF, et al. Recurrent primary thunderclap headache and benign CNS angiopathy: Spectra of the same disorder? *Neurology* 2006; 67: 2164.2169.

Dodick DW, Brown RD, Britton JW and Huston J. Nonaneurysmal thunderclap headache with diffuse, multifocal, segmental and reversible vasospasm. *Cephalalgia* 1999; 19: 118.123.

Garg RK. Recurrent thunderclap headache associated with reversible vasospasm causing stroke. *Cephalalgia* 2001; 21: 78.79.

Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, et al. Sudden onset headache: A prospective study of features incidence and causes. *Cephalalgia* 2002; 22: 354.360.

. International Headache Society 2013

Linn FHH, Rinkel GJE, Algra A and van Gijn J. Headache characteristics in subarachnoid haemorrhage and benign thunderclap headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1998; 65: 791.793.

Linn FHH, Rinkel GJE, Algra A and van Gijn J. Follow-up of idiopathic thunderclap headache in general practice. *J Neurol* 1999; 246: 946.948.

Linn FHH and Wijdevicks EFM. Causes and management of thunderclap headache: A comprehensive review. *Neurologist* 2002; 8: 279.289.

Markus HS. A prospective follow-up of thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54: 1117.1125.

Maurin. o J, Saposnik G, Lepera S, et al. Multiple simultaneous intracerebral haemorrhages. *Arch Neurol* 2001; 58: 629.632.

Nowak DA, Rodiek SO, Henneken S, et al. Reversible segmental cerebral vasoconstriction (Call-Fleming syndrome): Are calcium channel inhibitors a potential treatment option? *Cephalalgia* 2003; 23: 218.222.

Schwedt TJ, Matharu MS and Dodick DW. Thunderclap head-ache. *Lancet Neurol* 2006; 5: 621.631.

Slivka A and Philbrook B. Clinical and angiographic features of thunderclap headache. *Headache* 1995; 35: 1.6.

Sturm JW and Macdonell RAL. Recurrent thunderclap headache associated with reversible intracerebral vasospasm causing stroke. *Cephalalgia* 2000; 20: 132.135.

Wijdicks EFM, Kerkhoff H and van Gjin J. Cerebral vasospasm and unruptured aneurysm in thunderclap headache. *Lancet* 1988; ii: 1020.

Witham TF and Kaufmann AM. Unruptured cerebral aneurysm producing a thunderclap headache. *Am J Emergency Med* 2000; 1: 88.90.

4.5 Cold-stimulus headache

Bird N, MacGregor A andWilkinson MIP. Ice-cream headache . Site, duration, and relationship to migraine. *Headache* 1992; 32: 35.38.

Burkhart CG and Burkhart CN. Ice cream headaches with cryotherapy of actinic keratoses. *Int J Dermatol* 2006; 45: 1116.1117.

Drummond PD and Lance JW. Neurovascular disturbances in headache patients. *Clin Exp Neurol* 1984; 20: 93.99.

Fasano VA, Broggi G, Lo Russo G and Zeme S. Headache induced by freezing external carotid artery branches. *Adv Neurol* 1982; 33: 399.

Fuh JL, Wang SJ, Lu SR and Juang KD. Ice-cream headache.A large survey of 8359 adolescents. *Cephalalgia* 2003; 23: 977. 981.

Kaczorowski M and Kaczorowski J. Ice-cream evoked headaches (ICE-H) study: randomised trial of accelerated versus cautious ice-cream eating regimen. *BMJ* 2002; 21: 1445.1446.

Mattsson P. Headache caused by drinking cold water is common and related to active migraine. *Cephalalgia* 2001; 21: 230.235.

Raskin NH and Knittle SC. Ice cream headache and orthostatic symptoms in patients with migraine. *Headache* 1976; 16: 222.225.

Selekler HM, Erdogan MS and Budak F. Prevalence and clinical characteristics of an experimental model of 'ice-cream head-ache' in migraine and episodic tension-type headache patients. *Cephalalgia* 2004; 24: 293.297.

4.6 External-pressure headache

Blau JN. Ponytail headache: A pure extracranial headache. *Headache* 2004; 44: 411.413.

Krymchantowski AV. Headaches due to external compression. *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14: 321.324.

Pestronk A and Pestronk S. Goggle migraine. *N Engl J Med* 1983; 308: 226.227.

4.7 Primary stabbing headache

Dangond F and Spierings EL. Idiopathic stabbing headaches lasting a few seconds. *Headache* 1993; 33: 257.258.

Fuh JL, Kuo KH and Wang SJ. Primary stabbing headache in a headache clinic. *Cephalalgia* 2007; 27: 1005.1009.

Fusco C, Pisani F and Faienza C. Idiopathic stabbing headache: Clinical characteristics of children and adolescents. *Brain Develop* 2003; 25: 237.240.

Martins IP, Parreira E and Costa I. Extratrigeminal ice-pick status. *Headache* 1995; 35: 107.110.

Pareja JA, Ruiz J, de Isla C, et al. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). *Cephalalgia* 1996; 16: 93.96.

Raskin NH and Schwartz RK. Icepick-like pain. *Neurology* 1980; 30: 203.205.

Selekler HM and Budak F. Idiopathic stabbing headache and experimental ice cream headache (short-lived headaches). *Eur Neurol* 2004; 51: 6.9.

Shin JH, Song HK, Lee JH, et al. Paroxysmal stabbing headache in the multiple dermatomes of the head and neck: a variant of primary stabbing headache or occipital neuralgia? *Cephalalgia* 2007; 27: 1101.1108.

Sjaastad O, Pettersen H and Bakketeig LS. The Va. ga. study; epidemiology of headache I: The prevalence of ultrashort par-oxysms. *Cephalalgia* 2001; 21: 207.215.

Sjaastad, O, Pettersen, H and Bakkevig, LS. Long-lasting cephalic jabs (?) The Norwegian study of headache epidemiology. *Cephalalgia* 2005; 25: 581-592.

Soriano S, Battistella PA, Arnaldi C, et al. Juvenile idiopathic stabbing headache. *Headache* 1996; 36: 565-567.

4.8 Nummular headache

Cuadrado ML, Valle B, Fernandez de las Penas C, et al. Bifocal nummular headache: The first three cases. *Cephalalgia* 2009; 29: 583-586.

Cuadrado ML, Valle B, Fernandez-de-las-Penas C, et al. Pressure pain sensitivity of the head in patients with nummular headache: A cartographic study. *Cephalalgia* 2010; 30: 200-206.

Fernandez-de-las-Penas C, Cuadrado ML, Barriga FJ and Pareja JA. Local decrease of pressure pain threshold in nummular headache. *Headache* 2006; 46: 1195-1198.

Fernandez-de-las-Penas C, Cuadrado ML, Barriga FJ and Pareja JA. Pericranial tenderness is not related to nummular headache. *Cephalalgia* 2007; 27: 182-186.

Grosberg BM, Solomon S and Lipton RB. Nummular headache. *Curr Pain Headache Rep* 2007; 11: 310-312.

Guerrero AL, Cortijo E, Herrero-Velazquez S, et al. Nummular headache with and without exacerbations: Comparative characteristics in a series of 72 patients. *Cephalalgia* 2012; 32: 649-653.

Moon J, Ahmed K and Garza I. Case series of sixteen patients with nummular headache. *Cephalalgia* 2010; 30: 1527-1530.

Pareja JA, Caminero AB, Serra J, et al. Numular headache: A coin-shaped cephalgia. *Neurology* 2002; 58: 1678-1679.

Pareja JA, Cuadrado ML, Fernandez de las Penas C, et al. Nummular headache with trophic changes inside the painful area. *Cephalalgia* 2008; 28: 186-190.

Pareja JA, Montojo T and Alvarez M. Nummular Headache Update. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2012; 12: 118-124.

. International Headache Society 2013

Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, et al. Nummular headache. A prospective series of 14 new cases. *Headache* 2004; 44: 611-614.

Ruscheweyh R, Buchheister A, Gregor N, et al. Nummular head-ache: Six new cases and lancinating pain attacks as possible manifestation. *Cephalalgia* 2010; 30: 249.253.

4.9 Hypnic headache

Centonze V, D'Amico D, Usai S, et al. First Italian case of hypnic headache, with literature review and discussion of nosology. *Cephalalgia* 2001; 21: 71.74.

Dodick DW. Polysomnography in hypnic headache syndrome. *Headache* 2000; 40: 748.752.

Dodick DW, Jones JM and Capobianco DJ. Hypnic headache: Another indomethacin-responsive headache syndrome? *Headache* 2000; 40: 830.835.

Donnet A and Lante. ri-Minet M. A consecutive series of 22 cases of hypnic headache in France. *Cephalalgia* 2009; 29: 928.934.

Evers S and Goadsby PJ. Hypnic headache: Clinical features, pathophysiology, and treatment. *Neurology* 2003; 60: 905.909.

Gil-Gouveia R and Goadsby PJ. Secondary 'hypnic headache'. *J Neurol* 2007; 254: 646.654.

Holle D, Naegel S, Krebs S, et al. Hypothalamic gray matter volume loss in hypnic headache. *Ann Neurol* 2011; 69: 533.539.

Holle D, Naegel S, Krebs S, et al. Clinical characteristics and therapeutic options in hypnic headache. *Cephalalgia* 2010; 30: 1435.1442.

Holle D, Wessendorf TE, Zaremba S, et al. Serial polysomno-graphy in hypnic headache. *Cephalalgia* 2011; 31: 286.290.

Liang JF, Fuh JL, Yu HY, et al. Clinical features, polysomno-graphy and outcome in patients with hypnic headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 209.215.

Newman LC, Lipton RB and Solomon S. The hypnic headache syndrome: A benign headache disorder of the elderly. *Neurology* 1990; 40: 1904.1905.

Peres MF, Masruha MR, Zukerman E, et al. Potential therapeutic use of melatonin in migraine and other headache disorders. *Expert Opin Investig Drugs* 2006; 15: 367.375.

Raskin NH. The hypnic headache syndrome. *Headache* 1988; 28: 534.536.

4.10 New daily persistent headache

Bigal ME, Lipton RB, Tepper SJ, et al. Primary chronic daily headache and its subtypes in adolescents and adults. *Neurology* 2004; 14: 843.847.

Bigal ME, Rapoport AM, Tepper SJ, et al. The classification of chronic daily headache in adolescents . A comparison between the second edition of the international classification

of head-ache disorders and alternative diagnostic criteria. *Headache* 2005; 45:582.589.

Castillo J, Munoz P, Guitera V and Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999; 39: 190.196.

Chakravarty A. Chronic daily headache in children and adolescents: A clinic based study from India. *Cephalalgia* 2005; 25: 795.800.

Donnet A and Levrier O. A consecutive series of ten cases of new daily persistent headache: Clinical presentation and morphology of the venous system. *Neurology* 2009; 72: A419.

Evans RW. New daily persistent headache. *Curr Pain Headache Rep* 2003; 7: 303.307.

Evans RW and Rozen TD. Etiology and treatment of new daily persistent headache. *Headache* 2001; 41: 830.832.

Goadsby PJ and Boes C. New daily persistent headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2002; 72 Suppl 2: ii6-ii9.

Grande RB, Aaseth K, Lundqvist C, et al. Prevalence of new daily persistent headache in the general population. The Akershus study of chronic headache. *Cephalalgia* 2009; 29: 1149.1155.

Kung E, Tepper SJ, Rapoport AM, et al. New daily persistent headache in the pediatric population. *Cephalalgia* 2009; 29: 17.22.

Li D and Rozen TD. The clinical characteristics of new daily persistent headache. *Cephalalgia* 2002; 22: 66.69.

Mack KJ. New daily persistent headache in children and adults. *Curr Pain Headache Rep* 2009; 13: 47.51.

Mack KJ. What incites new daily persistent headache in children? *Pediatr Neurol* 2004; 31: 122.125.

Meineri P, Torre E, Rota E and Grasso E. New daily persistent headache: Clinical and serological characteristics in a retrospective study. *Neurol Sci* 2004; 25 Suppl 3: S281-S282.

Peng KP, Fuh JL, Yuan HK, et al. New daily persistent head-ache: Should migrainous features be incorporated? *Cephalalgia* 2011; 31: 1561.1569.

Peres MF, Lucchetti G, Mercante JP and Young WB. New daily persistent headache and panic disorder. *Cephalalgia* 2011; 31: 250.253.

Prakash S and Shah ND. Postinfectious new daily persistent headache may respond to intravenous methylprednisolone. *J Headache Pain* 2010; 11: 59.66.

Robbins MS, Grosberg BM, Napchan U, et al. Clinical and prognostic subforms of new daily-persistent headache. *Neurology* 2010; 74: 1358.1364.

Rozen TD, Roth JM and Denenberg N. Cervical spine joint hypermobility: A possible predisposing factor for new daily persistent headache. *Cephalalgia* 2006; 26: 1182.1185.

Rozen T and Swidan SZ. Elevation of CSF tumor necrosis factor alpha levels in new daily persistent headache and treatment refractory chronic migraine. *Headache* 2007; 47: 1050.1055.

Santoni JR and Santoni-Williams CJ. Headache and painful lymphadenopathy in extracranial or systemic infection: Etiology of new daily persistent headaches. *Intern Med* 1993; 32: 530.532.

Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S and Mathew NT. Classification of daily and near daily headaches: Proposed revisions to the IHS classification. *Headache* 1994; 34: 1.7.

Takase Y, Nakano M, Tatsumi C and Matsuyama T. Clinical features, effectiveness of drug-based treatment, and prognosis of new daily persistent headache (NDPH): 30 cases in Japan. *Cephalalgia* 2004; 24: 955.959.

Vanast WJ. New daily persistent headaches: Definition of a benign syndrome. *Headache* 1986; 26: 317.

Young WB and Swanson JW. New daily-persistent headache: The switched-on headache. *Neurology* 2010; 74: 1338.1339.

. International Headache Society 2013

Part Two

第 2 部

The secondary headaches

二次性頭痛

5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛

6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

6. 頭頸部血管障害による頭痛

7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛

8. Headache attributed to a substance or its withdrawal

8. 物質またはその離脱による頭痛

9. Headache attributed to infection

9. 感染症による頭痛

10. Headache attributed to disorder of homoeostasis

10. ホメオスターシスの障害による頭痛

11. Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structure

11. 頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛

12. Headache attributed to psychiatric disorder

12. 精神疾患による頭痛

Introduction to the secondary headaches

二次性頭痛の緒言

When a patient has headache for the first time, or a new headache type, and at the same time develops a brain tumour, it is straightforward to conclude that headache is secondary to the tumour.

ある患者に、頭痛が初発し、または、新しいタイプの頭痛が発生し、同時に脳腫瘍が発育している場合には、頭痛は腫瘍に続発するものであると結論するのが自然である。

Such patients shall be given only one headache diagnosis - 7.4 Headache attributed to intracranial neoplasia (or one of its subforms) - even when the headache phenomenologically is migraine, tension-type headache or cluster headache.

このような患者は、その頭痛が症候的に片頭痛、緊張型頭痛または群発頭痛であっても、7.4「脳腫瘍による頭痛(あるいは、その中のサブフォーム)」の診断のみが与えられる。

In other words, a de novo headache occurring with another disorder recognized to be capable of causing it is always diagnosed as secondary.

言いかえれば、その他の疾患と併発する新規の頭痛が生じ、その疾患が頭痛の原因となると認定された場合は、常に二次性と診断される。

The situation is different when the patient has previously had a type of primary headache that becomes worse in close temporal relation to the occurrence of another disorder.

ある患者に、前々からあるタイプの一次性頭痛があり、その頭痛がその他の疾患の発生と時期的に一致して悪化した場合は、状況が異なる。

Three possible explanations for this worsening exist: that it is coincidental; that it is an aggravation of the primary headache, causally related to the other disorder; that it represents a new headache, again causally related to the other disorder.

この悪化した頭痛に対して3つの説明が可能である。すなわち、①同時に起きている、②その他の疾患が原因となって、一次性頭痛が悪化している、③その他の疾患が原因となって、新たな頭痛が出現している、である。

The rules for attribution developed in ICHD-II allowed one or two diagnoses in such circumstances, but relied on judgement.

ICHD-2 では、このような状況で複数の診断を許容しているが、その場の判断にゆだねられていた。

They have been modified in ICHD-3 beta in order to be less open to interpretation.

ICHD-3 β では、より厳格にして解釈の余地が少なくなるように改訂している。

When a new headache occurs for the first time in close temporal relation to another disorder that is known to cause headache, or fulfils other criteria for causation by that disorder, the new headache is coded as a secondary headache attributed to the causative disorder.

新規に発症した頭痛が、頭痛の原因となることが知られている他疾患と時期的に一致する場合、あるいはその疾患によって頭痛を生じるという他の基準を満たす場合、新たな頭痛は、その原因疾患による二次性頭痛としてコード化する。

This remains true even when the headache has the characteristics of a primary headache (migraine, tension-type headache, cluster headache or one of the other trigeminal autonomic cephalalgias).

新規の頭痛が、一次性頭痛(片頭痛, 緊張型頭痛, 群発頭痛や, 三叉神経・自律神経性頭痛のひとつ)の特徴を有する場合も、これに該当する。

When a pre-existing primary headache becomes chronic in close temporal relation to such a causative disorder, both the primary and the secondary diagnoses should be given.

既存の一次性頭痛が、そのような原因疾患と時期的に一致して慢性化する場合、一次性頭痛と二次性頭痛の両方の診断がなされるべきである。

When a pre-existing primary headache is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity) in close temporal relation to such a causative disorder, both the primary and the secondary headache diagnoses should be given, provided that there is good evidence that the disorder can cause

headache.

既存の一次性頭痛が、原因疾患と時期的に一致して有意に悪化（一般的に、発現頻度および重症度、あるいはそのいずれかが、2倍以上に増悪する）した場合、その疾患が頭痛を起こしているという適切な証拠がある場合、一次性頭痛と二次性頭痛の両方が診断されるべきである。

ICHD-II standardized the format of the diagnostic criteria for secondary headaches, but this was not without problems.

ICHD-2 では、二次性頭痛のための診断基準のフォーマットを標準化したのが、問題点がないわけではなかった。

A revision was necessary, and this revision is adopted in ICHD-3 beta:

何らかの改訂が必要とされていたことが、ICHD-3 beta では採用されている。

General diagnostic criteria for secondary headaches:

二次性頭痛の一般的な診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は、C を満たす

B. Another disorder scientifically documented to be able to cause headache has been diagnosed¹

B. 頭痛を来すことが科学的に実証されている疾患の診断があらかじめなされている¹

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following²:

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²

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the presumed causative disorder

1. 頭痛が、原因と推測されている疾患と時期的に一致して起こっている

2. one or both of the following:

2. 以下のいずれかもしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the presumed causative disorder

a) 頭痛は原因と推測されている疾患が悪化するのと並行して有意に悪化している

b) headache has significantly improved in parallel with improvement of the presumed causative disorder

b) 頭痛は原因と推測されている疾患が軽快するのと並行して有意に改善している

3. headache has characteristics typical for the causative disorder³

3. 頭痛は原因疾患の典型的な特徴を有している³

4. other evidence exists of causation⁴

4. 原因となる他の証拠が存在する⁴

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Notes:

注:

1. As headache is extremely prevalent, it can occur simultaneously with another disorder by chance and without a causal relation.

1. 頭痛は非常にありふれているので、別の疾患と同時に、因果関係なく偶然に起こる場合もありえる。

Therefore, a secondary headache can be definitely diagnosed only when solid evidence exists from published scientific studies that the disorder specified in criterion B is capable of causing headache.

そのため、二次性頭痛は、基準 B に示された疾患が頭痛を引き起こすという科学的研究発表によって確かな証拠が存在する場合にのみ、確定診断をすることができる。

Scientific evidence can come from large clinical studies observing close temporal relationships between the disorder and headache outcomes after treatment of the disorder, or from smaller studies using advanced scanning methods, blood tests or other paraclinical tests, even if these are not readily available to the diagnosing physician who will use these criteria.

科学的根拠は、その疾患と、疾患を治療後の頭痛経過との間に密接な時期的一致を認める大規模な臨床研究、あるいは、ここで示している診断基準を使用する医師にとっては、未だ容易に利用が困難な高度な画像検査、血液検査あるいは他の臨床関連検査を使用する比較的小規模な研究から得ることができる。

In other words, study methods that are not useful in routine use of the diagnostic criteria may nonetheless be useful for establishing general causal relationships as the basis of criterion B.

言い換えれば、診断基準を日常的に使用するには役立たない研究方法は、基準 B の基礎として全般的な因果関係を確立するのに役立つであろう。

Throughout ICHD-3 beta, however, diagnostic criteria restrict themselves to information reasonably available to the diagnosing physician in a typical clinical situation.

しかしながら、ICHD-3β の全体にわたって、診断基準は、日常の臨床現場で診療をくだす医師にとって合目的に利用可能な情報に限定されている。

2. The general criteria require two separate evidential features to be present, and allow up to four types of evidence, as set out.

2. 一般的な診断基準では、ここに示したように、4つの因果関係を示す形式のうち 2 つ以上の異なる的確な特徴を必要とする。

Not all of these four types are appropriate for all disorders, and not all four need form part of the specific criteria for a particular secondary headache when this is so.

これらの 4 つの特徴すべてが、すべての疾患にとって適切とはいえない、そして、4 つの特徴すべてが、個別の二次性頭痛のための具体的な基準の一部である必要はない。

There are a few secondary headaches for which evidence of causation depends very heavily on onset in temporal relation to the presumed cause.

いくつかの二次性頭痛では、発症時期が一致していることが、原因と推測されている疾患との因果関係の大変重要な証拠である。

Examples are the subtypes of 7.2 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure, which are usually orthostatic but not invariably, so that this characteristic cannot be relied on as a diagnostic criterion.

例として、7.2「低髄液圧による頭痛」のサブタイプでは、通常起立性だが常にではないため、この特徴は、診断基準としては信頼できないものとなる

In such cases, criterion D is of particular importance.

このような場合には、基準 D が特に重要である。

3. An example is very sudden (thunderclap) onset of headache in 6.2.2 Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH).

3. 例として、6.2.2「非外傷性くも膜下出血 (SAH) による頭痛」では、非常に急激な (雷鳴) の発症形式である。

The characteristics (if any) must be specified for each secondary headache.

その特徴は、(もしあれば) 二次性頭痛ごとに規定されなければならない。

4. This is to be specified (if appropriate) for each secondary headache.

4. これは、(適切な場合には) それぞれの二次性頭痛に対して特定されることである。

One example of this kind of evidence is accordance between the site of the headache and the location of a presumed causative disorder.

この種の証拠の 1 例は、頭痛の部位と原因と推測されている疾患の存在する部位との一致である。

Another is variations in parallel between headache features (such as intensity) and markers of activity of the presumed causative disorder (e.g. changes on neuroimaging,

or in other laboratory measures [such as erythrocyte sedimentation rate in 6.4.1 Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)].

他の例としては、頭痛の特徴(たとえば頭痛の強さ)と、原因と推測されている疾患の活動性を示すマーカー(たとえば神経画像検査による変化、あるいは検査値[6.4.1「巨細胞性動脈炎(GCA)による頭痛」における赤血球沈降速度])が並行して変化する場合がある。

5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛

5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

5.1 頭部外傷による急性頭痛

5.1.1 Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

5.1.1. 中等症または重症頭部外傷による急性頭痛

5.1.2 Acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

5.1.2. 軽症頭部外傷による急性頭痛

5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

5.2 頭部外傷による持続性頭痛

5.2.1 Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

5.2.1 中等症または重症頭部外傷による持続性頭痛

5.2.2 Persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

5.2.2 軽症頭部外傷による持続性頭痛

5.3 Acute headache attributed to whiplash

5.3 むち打ちによる急性頭痛

5.4 Persistent headache attributed to whiplash

5.4 むち打ちによる持続性頭痛

5.5 Acute headache attributed to craniotomy

5.5 開頭術による急性頭痛

5.6 Persistent headache attributed to craniotomy

5.6 開頭術による持続性頭痛

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

When a headache occurs for the first time in close temporal relation to trauma or injury to the head and/or neck, it is coded as a secondary headache attributed to the trauma or injury.

頭痛の発症が既知の外傷や頭部または頸部(あるいはその両方)の傷害と時期的に一致する場合には、外傷や傷害による二次性頭痛としてコード化する。

This remains true when the new headache has the characteristics of any of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta.

新規の頭痛が ICHD-38 の第 1 部で分類した一次性頭痛の特徴のいずれかを呈する場合もこれに該当する。

When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes chronic, or is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to such trauma or injury, both the initial headache diagnosis and a diagnosis of 5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck (or one of its subtypes) should be given.

既存の一次性頭痛が、外傷や傷害などの時期と一致して慢性化あるいは有意に悪化(一般的に、発現頻度および重症度、あるいはそのいずれかが 2 倍以上増悪する)した場合は、既存の頭痛診断と「5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛(あるいはサブタイプの一つ)」両方の診断が与えられるべきである。

Introduction

緒言

The subtypes of 5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck are among the most common secondary headache disorders.

「5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛のサブタイプは、二次性頭痛の中でも最もありふれたものである。

During the first 3 months from onset they are considered acute; if they continue beyond that period they are designated persistent.

発現後最初の 3 ヶ月間は急性と判断する。その期間を超えて継続する場合は、持続性とする。

This time period is consistent with ICHD-II diagnostic criteria, although the term persistent has been adopted in place of chronic.

持続性という用語は慢性の代わりとして使われるが、この期間は ICHD-II の診断基準と一貫する。

There are no specific headache features known to distinguish the subtypes of 5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck from other headache types; most often these resemble tension-type headache or migraine.

「5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛」とその他の頭痛を識別できる特徴はなく、緊張型頭痛や片頭痛と似ていることが多い。

Consequently their diagnosis is largely dependent on the close temporal relation between the trauma or injury and headache onset.

したがって、この場合の診断は、外傷・傷害と頭痛発症の時間的近接性によるところが大きい。

Consistently with those of ICHD-II, the diagnostic criteria of ICHD-3 beta for all subtypes require that headache must be reported to have developed within 7 days of trauma or injury, or within 7 days after regaining consciousness and/or the ability to sense and report pain when these have been lost following trauma or injury.

ICHD-II と同様に、この ICHD-3β の診断基準は全てのサブタイプにおいて外傷・傷害から 7 日以内に、もしくは意識回復および、痛みの自覚と訴え、またはその一方が失われていた場合には、その回復から 7 日以内に頭痛が訴えられなければならない。

Although this 7-day interval is somewhat arbitrary, and although some experts argue

that headache may develop after a longer interval in a minority of patients, there is not enough evidence at this time to change this requirement.

この 7 日という期間はやや根拠に欠けることや、患者の中には少数ではあるが 7 日よりも後になって頭痛を発症する者もいると主張する専門家もいるが、現時点ではこの条件を変更するほどの十分なエビデンスはない。

Headache may occur as an isolated symptom following trauma or injury or as one of a constellation of symptoms, commonly including dizziness, fatigue, reduced ability to concentrate, psychomotor slowing, mild memory problems, insomnia, anxiety, personality changes and irritability.

頭痛は、外傷・傷害後の単発症状として、あるいは、めまい、疲労、集中力低下、精神運動遅延、軽度の記憶障害、不眠、不安症、人格変化、易怒性などを随伴することがある。

When several of these symptoms follow head injury, the patient may be considered to have a post-concussion syndrome.

頭部外傷後に前記症状のいくつかが出現した場合、その患者は脳振盪後症候群であると考えられる。

The pathogenesis of 5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck is often unclear. Numerous factors that may contribute to its development include, but are not limited to, axonal injury, alterations in cerebral metabolism, alterations in cerebral haemodynamics, underlying genetic predisposition, psychopathology and a patient's expectations of developing headache after head injury.

「5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛」の原因はしばしば不明であることが多い。頭痛発症に関係があると思われる多数の原因として、軸索損傷、脳代謝変化、脳血行動態の変化、潜在的な遺伝的素因、精神病理、頭部損傷後に頭痛が生じるという患者の思い込みなどがあげられるが、これらに限定されるものではない。

Recent research, using advanced neuroimaging modalities, suggests a potential for detecting brain structural abnormalities following minor trauma that are not detectable through conventional diagnostic tests.

最新の神経画像検査を用いた最近の研究では、従来の診断検査では検出できない軽微な外傷による脳の構造異常を検出できる可能性があるという報告している。

Post-traumatic sleep disturbances, mood disturbances and psychosocial stressors can plausibly influence the development and perpetuation of headache.

外傷後に生じる睡眠障害、気分障害、心理社会的ストレスは、当然のように頭痛の発症や永続化に影響を与える。

The overuse of abortive headache medications may contribute to the persistence of headache after head injury through the development of 8.2 *Medication-overuse headache*.

鎮痛薬の乱用は、「8.2 薬物乱用頭痛」の発症により、頭部外傷後頭痛が持続する原因となり得る。

Clinicians must consider this possibility whenever such headache persists beyond the initial post-trauma phase.

外傷早期以降もこのような頭痛が持続する場合は、医師はこのような可能性を考慮しなければならない。

Risk factors for the development of 5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck may include a previous history of headache, less severe injury, female gender and the presence of comorbid psychiatric disorders.

「5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛」発症のリスク因子には、頭痛の既往歴、比較的軽症の損傷、女性であること、および精神障害の併存も含まれる。

The association between repetitive head trauma and the development of headache should be investigated further.

繰り返しの頭部外傷と頭痛発症の関係について今後もさらに研究を重ねる必要がある

The degree to which a patient's expectation of headache following head injury and litigation regarding such headache promote its development and persistence is still widely debated.

頭部外傷後に頭痛が生じるという患者の思い込みやこのような頭痛に関する訴訟が、頭痛の発症や持続を助長する程度に関しては、いまだ活発に議論が行われている。

The majority of evidence suggests that malingering is a factor in only a small minority of patients.

エビデンスの大半が、詐病が原因であるものは少ないことを示唆している。

Those with pending litigation and those without are similar regarding headache characteristics, cognitive test results, treatment responses and improvement in symptoms over time.

訴訟係争中の場合もそうでない場合も、頭痛の特徴、認知力検査の結果、治療への反応や経時的な症状改善は類似している。

Furthermore, symptom resolution does not typically occur following legal settlements. その上、法的解決後も症状は概して消失しない。

In Lithuania, for example, a country in which there is little expectation of developing headache after head injury, and a lack of insurance against personal injury, rates of 5.2 *Persistent headache attributed to traumatic injury to the head* are low.

例えば、リトアニアには頭部外傷後頭痛の概念がほとんどなく、また人身傷害保険も不十分であるが、このような国では「5.2 頭部外傷性傷害による持続性頭痛」の発症率は低い。

5. *Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck* is also reported in children, although less often than in adults.

成人よりは少ないが、子供でも「5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛」の報告がある。

The clinical presentations of the subtypes are similar in children and adults, and the diagnostic criteria in children are the same.

このサブタイプの臨床症状は子供でも成人でも似ており、診断基準は小児でも同じである。

5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

5.1 頭部外傷による急性頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化:

Trauma as a result of acceleration/deceleration movements of the head, with flexion/extension of the neck, is classified as whiplash.

頸の屈曲または伸展を伴う頭部の加速または減速動作の結果としての外傷は、むち打ちとして分類される

Acute headache attributed to such trauma is coded as *5.3 Acute headache attributed to whiplash*.

そのような外傷に起因する急性頭痛は、むち打ちに起因する「5.3 むち打ちによる急性頭痛」としてコード化する。

Acute headache attributed to surgical craniotomy performed for reasons other than traumatic head injury is coded as *5.5 Acute headache attributed to craniotomy*.

頭部外傷以外の理由で行われた外科的開頭術による急性頭痛は、「5.5 開頭術による急性頭痛」としてコード化する。

Description:

解説

Headache of less than 3 months' duration caused by traumatic injury to the head.

頭部外傷に起因する3か月未満の頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A. C および D を満たす頭痛

B. Traumatic injury to the head has occurred

B. 頭部外傷が生じた

C. Headache is reported to have developed within 7 days after one of the following:

C. 頭痛は以下のいずれか1項目から7日以内に出現する

1. the injury to the head

1. 頭部への傷害

2. regaining of consciousness following the injury to the head

2. 頭部外傷後の意識回復

3. discontinuation of medication(s) that impair ability to sense or report headache following the injury to the head

3. 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬物治療の中止

D. Either of the following:

D. 以下のいずれかを満たす

1. headache has resolved within 3 months after the injury to the head

1. 頭痛は頭部外傷後、3 ヶ月以内に消失した

2. headache has not yet resolved but 3 months have not yet passed since the injury to the head

2. 頭痛が消失していないが、頭部外傷から 3 ヶ月を経過していない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注:

1. Traumatic injury to the head is defined as a structural or functional injury resulting from the action of external forces on the head.

頭部外傷とは、頭部への外力作用による構造的または機能的な傷害として定義される。

These include striking the head with or the head striking an object, penetration of the head by a foreign body, forces generated from blasts or explosions, and other forces yet to be defined.

これらは頭部打撃、あるいは頭部が物体に打ちつけられること、異物の頭部への貫通、爆風や

爆発から発生した力や同定されていない他の力を含む

Comment:

コメント

The stipulation that headache must be reported to have developed within 7 days is somewhat arbitrary (see Introduction).

頭痛は 7 日以内に出現したと訴えられなければならないという規定は、いくぶん恣意的である(緒言参照)

Compared with longer intervals, a 7-day interval yields diagnostic criteria with higher specificity for 5.1 *Acute headache attributed to traumatic injury to the head* (i.e. stronger evidence of causation) but a correlative loss of sensitivity.

より長い期間と比較して、7日という期間が「5.1 頭部外傷による急性頭痛」に対して、感度の相関的減少があるものの、より高い特異度の診断基準(すなわちより強い因果関係)をもたらす。

Further research is needed into whether or not a different interval might be more appropriate.

異なった期間がより適切かどうかさらなる研究が必要である。

In the meantime, Appendix criteria for A5.1.1.1 *Delayed-onset acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head* and A5.1.2.1 *Delayed-onset acute headache attributed to mild traumatic injury to the head* (qv) may be used when the interval between injury and headache onset is greater than 7 days.

一方、付録の「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」と「A5.1.2.1 軽症頭部外傷による遅発性急性頭痛」の基準は、外傷から頭痛出現までの期間が 7 日を超えたときに使用される。

5.1.1 *Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head*

中等症または重症頭部外傷による急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

A. 頭痛は「5.1 頭部外傷による急性頭痛」の基準をみたす

B. Injury to the head associated with at least one of the following:

B. 頭部外傷は少なくとも以下の 1 項目を満たす

1. loss of consciousness for >30 minutes

1. 30 分を超える意識消失

2. Glasgow Coma Scale (GCS) score <13

2. グラスゴーコーマスケール (GCS)13 未満

3. post-traumatic amnesia¹ lasting >24 hours

3. 24 時間を超える外傷後健忘

4. alteration in level of awareness for >24 hours

4. 24 時間を越える意識レベルの変化

5. imaging evidence of a traumatic head injury such as intracranial haemorrhage and/or brain contusion.

5. 外傷性頭部傷害(頭蓋内血腫または脳挫傷など)を示す画像所見

Note:

注:

1. The duration of post-traumatic amnesia is defined as the time between head injury and recovery of memory of current events and those occurring in the last 24 hours.

1. 外傷後健忘の期間とは、頭部外傷から、直近 24 時間以内に起きた出来事の記憶が回復する

までの時間と定義される。

5.1.2 *Acute post-traumatic headache attributed to mild traumatic injury to the head*

5.1.2 軽症頭部外傷による急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 5.1 *Acute headache attributed to traumatic injury to the head*

A. 頭痛は「5.1 頭部外傷による急性頭痛」の基準を満たす

B. Injury to the head fulfilling both of the following:

B. 頭部外傷は以下の両項目を満たす

1. associated with none of the following:

1.以下のいずれの項目にも関係しない

a) loss of consciousness for >30 minutes

a) 30 分を超える意識消失

b) Glasgow Coma Scale (GCS) score <13

b) グラスゴーコーマスケール(GCS)13 未満

c) post-traumatic amnesia lasting >24 hours

c) 24 時間を超える外傷後健忘

d) altered level of awareness for >24 hours

d) 24 時間を越える意識レベルの変化

e) imaging evidence of a traumatic head injury such as intracranial haemorrhage and/or brain contusion

e) 外傷性頭部傷害(頭蓋内血腫または脳挫傷など)を示す画像所見

2. associated, immediately following the head injury, with one or more of the following symptoms and/or signs:

2. 頭部外傷後すぐに生じ、以下の症候またはその一方のうち一つ以上に関係する

a) transient confusion, disorientation or impaired consciousness

a) 一過性の混乱、見当識障害または意識障害

b) loss of memory for events immediately before or after the head injury

b) 頭部外傷直前後の出来事の記憶喪失

c) two or more other symptoms suggestive of mild traumatic brain injury: nausea, vomiting, visual disturbances, dizziness and/or vertigo, impaired memory and/or concentration.

c) 二つ以上の軽症頭部外傷を示唆する他の症状: 悪心、嘔吐、視覚障害、めまい、記憶および集中力または一方の障害

Comment:

コメント:

The diagnostic criteria for mild traumatic injury to the head and for moderate or severe traumatic injury to the head allow for substantial variability in the severity of head injury classified in each category.

軽症頭部外傷または中等症または重症頭部外傷の診断基準は、それぞれのカテゴリーに分類された頭部外傷の重症度のばらつきを許容するものである。

This has led some experts to suggest inclusion of additional categories: headache attributed to very mild traumatic injury to the head and headache attributed to very severe traumatic injury to the head.

これにより専門家が、非常に軽症な頭部外傷と非常に重症な頭部外傷という追加のカテゴリーを含むよう提案している

Although there is insufficient evidence for adding these categories at present, future

studies should investigate the utility of doing so.

これらのカテゴリーを現時点で追加するだけのエビデンスはあるが、さらなる調査が必要である。

5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

5.2 頭部外傷による持続性頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化:

Trauma as a result of acceleration/deceleration movements of the head, with flexion/extension of the neck, is classified as whiplash.

頸部の屈曲または伸展を伴う頭部の加速または減速動作の結果としての外傷は、むち打ちとして分類される

Persistent headache attributed to such trauma is coded as 5.4 Persistent headache attributed to whiplash.

そのような外傷に起因する持続性頭痛は「5.4 むち打ちによる持続性頭痛」としてコード化する

Persistent headache attributed to surgical craniotomy performed for reasons other than traumatic head injury is coded as 5.6 *Persistent headache attributed to craniotomy*.

頭部外傷以外の理由で行われた外科的開頭術による持続性頭痛は、「5.6 開頭術による持続性頭痛」としてコード化する。

Description:

解説

Headache of greater than 3 months' duration caused by traumatic injury to the head.

頭部外傷に起因する3か月を超える頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A. C および D を満たす頭痛

B. Traumatic injury to the head has occurred

B. 頭部外傷が生じた

C. Headache is reported to have developed within 7 days after one of the following:

C. 頭痛は以下のいずれか 1 項目から 7 日以内に出現した

1. the injury to the head

1. 頭部への傷害

2. regaining of consciousness following the injury to the head

2. 頭部外傷後の意識回復

3. discontinuation of medication(s) that impair ability to sense or report headache following the injury to the head

3. 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬物治療の中止

D. Headache persists for >3 months after the injury to the head

D. 頭痛は頭部外傷後、3 ヶ月を超えて持続している

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注:

1. Traumatic injury to the head is defined as a structural or functional injury resulting from the action of external forces on the head.

頭部外傷とは、頭部への外力作用による構造的または機能的な傷害として定義される。

These include striking the head with or the head striking an object, penetration of the head by a foreign body, forces generated from blasts or explosions, and other forces

yet to be defined.

これらは頭部打撃、あるいは頭部が物体に打ちつけられること、異物の頭部への貫通、爆風や爆発から発生した力や同定されていない他の力を含む

Comments:

コメント:

The stipulation that headache must be reported to have developed within 7 days is somewhat arbitrary (see Introduction).

頭痛は 7 日以内に出現したと訴えられなければならないという規定は、いくぶん恣意的である(緒言参照)

Compared with longer intervals, a 7-day interval yields diagnostic criteria with higher specificity for 5.2 *Persistent headache attributed to traumatic injury to the head* (i.e. stronger evidence of causation) but a correlative loss of sensitivity.

より長い期間と比較して、7日という期間が「5.2 頭部外傷による持続性頭痛」に対して、感度の相関的減少があるものの、より高い特異度の診断基準(すなわちより強い因果関係)をもたらす。

Further research is needed into whether or not a different interval might be more appropriate.

異なった期間がより適切かどうかさらなる研究が必要である。

In the meantime, Appendix criteria for A5.2.1.1 *Delayed-onset persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head* and A5.2.2.1 *Delayed-onset persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head* (qv) may be used when the interval between injury and headache onset is greater than 7 days.

一方、付録の「A5.2.1.1 中等症または重症頭部外傷による遅発性持続頭痛」と「A5.2.2.1 軽症頭部外傷による遅発性持続性頭痛」の基準は、外傷から頭痛出現までの期間が 7 日を超えるときに使用される。

To be consistent with ICHD-II diagnostic criteria for chronic post-traumatic headache and with the time interval used in the diagnoses of other secondary headache disorders,

3 months is the time interval after which headache attributed to head injury is considered persistent.

慢性外傷後頭痛の ICHD - II 診断基準と他の二次性頭痛の診断における期間と一貫させるため、頭部外傷による頭痛では 3 ヶ月という期間を持続性として考える

Further research is needed to investigate whether shorter or longer intervals may be more appropriately adopted.

より長いもしくは短い期間がより適切か明らかにするためにさらなる研究が必要である

5.2.1 Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

中等症または重症頭部外傷による持続性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for *5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head*

A.頭痛は「5.2 頭部外傷による持続性頭痛」の基準を満たす

B. Injury to the head associated with at least one of the following:

B. 頭部外傷は、少なくとも以下の 1 項目を満たす

1. loss of consciousness for >30 minutes

1. 30 分を超える意識消失

2. Glasgow Coma Scale (GCS) score <13

2. グラスゴーコーマスケール(GCS)13 未満

3. post-traumatic amnesia¹ lasting >24 hours

3. 24 時間を超える外傷後健忘

4. alteration in level of awareness for >24 hours

4. 24 時間を越える意識レベルの変化

5. imaging evidence of a traumatic head injury such as intracranial haemorrhage and/or brain contusion.

5. 外傷性頭部傷害(頭蓋内血腫または脳挫傷など)を示す画像所見

Note:

注:

1. The duration of post-traumatic amnesia is defined as the time between head injury and recovery of memory of current events and of those occurring in the last 24 hours.

1. 外傷後健忘の期間は、頭部外傷から直近 24 時間以内に起きた出来事の記憶が回復するまでの時間と定義される。

Comment:

コメント:

When headache following head injury becomes persistent, the possibility of 8.2 *Medication-overuse headache* needs to be considered.

頭部外傷後に生じた頭痛が持続するときは、「8.2 薬物乱用頭痛」の可能性を考慮する必要がある

5.2.2 Persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

5.2.2. 軽症頭部外傷による持続性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 5.2 *Persistent headache attributed to traumatic injury to the head*

A. 頭痛は「5.2 頭部外傷による持続性頭痛」の基準を満たす

B. Head injury fulfilling both of the following:

B. 頭部外傷は以下の両項目を満たす

1. associated with none of the following:

1.以下のいずれの項目にも関係しない:

a) loss of consciousness for >30 minutes

a) 30 分を超える意識消失

b) Glasgow Coma Scale (GCS) score <13

b) グラスゴーコーマスケール(GCS)13 未満

c) post-traumatic amnesia lasting >24 hours

c)24 時間を超える外傷後健忘

d) altered level of awareness for >24 hours

d) 24 時間を越える意識レベルの変化

e) imaging evidence of a traumatic head injury such as intracranial haemorrhage and/or brain contusion

e) 外傷性頭部傷害(頭蓋内血腫または脳挫傷など)を示す画像所見

2. associated, immediately following the head injury, with one or more of the following symptoms and/or signs:

2. 頭部外傷後すぐに生じ、以下の症候またはその一方のうち一つ以上に関係する

a) transient confusion, disorientation or impaired consciousness

a)一過性の混乱、見当識障害または意識障害

b) loss of memory for events immediately before or after the head injury

b)頭部外傷直前後の出来事の記憶喪失

c) two or more other symptoms suggestive of mild traumatic brain injury: nausea, vomiting, visual disturbances, dizziness and/or vertigo, impaired memory and/or concentration.

- c)二つ以上の軽症頭部外傷を示唆する他の症状:悪心、嘔吐、視覚障害、めまい、記憶および集中力または一方の障害

Comment:

コメント:

When headache following head injury becomes persistent, the possibility of 8.2 *Medication-overuse headache* needs to be considered.

頭部外傷後に生じた頭痛が持続するときは、「8.2 薬物乱用頭痛」の可能性を考慮する必要がある

5.3 Acute headache attributed to whiplash

5.3 むち打ちによる急性頭痛

Description:

解説:

Headache of less than 3 months' duration caused by whiplash.

むち打ちによって生じた 3 ヶ月を超えない頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A.C および D を満たす頭痛

B. Whiplash, associated at the time with neck pain and/or headache, has occurred

B むち打ちは、頸部痛または頭痛(あるいはその両方)と同時に関連して起きた

C. Headache has developed within 7 days after the whiplash

C.頭痛はむち打ち後、7 日以内に発症した

D. Either of the following:

D.以下のうちいずれかを満たす

1. headache has resolved within 3 months after the whiplash

1. 頭痛はむち打ち後、3ヶ月以内に消失した

2. headache has not yet resolved but 3 months have not yet passed since the whiplash

2. 頭痛は消失していないが、むち打ちから3ヵ月は経過していない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注:

1. Whiplash is defined as sudden and inadequately restrained acceleration/deceleration movements of the head with flexion/extension of the neck.

むち打ちとは、頸の屈曲または進展を伴う頭部の突然で十分に抑制できない加速または減速運動として定義される

Whiplash may occur after either high or low impact forces.

むち打ちは強いまたは弱い、いずれの衝撃の後にも起こりえる

Comments:

コメント:

Whiplash most commonly occurs in the context of a motor vehicle accident.

むち打ちは、自動車事故で最も一般的におこる

5.3 *Acute headache attributed to whiplash* may occur as an isolated symptom or with a constellation of other symptoms that relate to the neck, as well as somatic extracervical, neurosensory, behavioural, cognitive and/or mood symptoms.

「5.3 むち打ちによる急性頭痛」は、独立した症状、もしくは頸部外身体的、神経感覚的、行動的、認知または気分症状だけでなく、頸部に関連した他の一連の症状として起こる可能性がある

Whiplash itself may be classified according to the severity of the clinical presentation, using a scheme such as that presented by the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders.

むち打ちそのものは、ケベックむち打ち損傷関連傷害特別専門委員会(Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders)によって提唱されたような分類を使用して、臨床症状の重症度により分類されている

5.4 Persistent headache attributed to whiplash

5.4 むち打ちによる持続性頭痛

Description:

解説:

Headache of greater than 3 months' duration caused by whiplash.

むち打ちによって生じた 3 ヶ月を超える頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A.C および D を満たす頭痛

B. Whiplash¹, associated at the time with neck pain and/or headache, has occurred

B. むち打ちは頸部痛および頭痛(あるいはその両方)と同時に関連して起きた

C. Headache has developed within 7 days after the whiplash

C. 頭痛はむち打ち後、7 日以内に出現した

D. Headache persists for >3 months after the whiplash

D. 頭痛はむち打ち後、3 ヶ月を超えて持続する

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注:

1. Whiplash is defined as sudden and inadequately restrained acceleration/deceleration movements of the head with flexion/extension of the neck.
1. むち打ちとは、頸の屈曲または進展を伴う頭部の突然で十分に抑制できない加速または減速運動として定義される

Whiplash may occur after either high or low impact forces.

むち打ちは強いまたは弱い、いずれの衝撃の後にも起こりえる

Comment:

コメント:

When post-whiplash headache becomes persistent, the possibility of 8.2 *Medication-overuse headache* needs to be considered.

むち打ち後に生じた頭痛が持続するときは、「8.2 薬物乱用頭痛」の可能性を考慮する必要がある

5.5 Acute headache attributed to craniotomy

5.5 開頭術による急性頭痛

Description:

解説

Headache of less than 3 months' duration caused by surgical craniotomy.

外科的開頭術によって生じた 3 か月を超えない頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A.C と D を満たす頭痛

B. Surgical craniotomy has been performed

B.外科的開頭術が施行されている

C. Headache is reported to have developed within 7 days after one of the following:

C.頭痛は以下の項目の一つの時期から 7 日以内に出現する

1. the craniotomy

1. 開頭術

2. regaining of consciousness following the craniotomy

2.開頭術後の意識回復

3. discontinuation of medication(s) that impair ability to sense or report headache following the craniotomy

3. 3. 開頭術後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬物治療の中止

D. Either of the following:

D.以下のうちいずれかを満たす

1. headache has resolved within 3 months after the craniotomy

1.頭痛は開頭術から 3 か月以内に消失した

2. headache has not yet resolved but 3 months have not yet passed since the craniotomy

2. 頭痛は消失していないが、開頭術から 3 ヶ月は経過していない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注:

1. When the craniotomy was performed following head injury, code as 5.1.1 *Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head.*

1.頭部外傷により開頭術が施行された場合は、「5.1.1 中等症または重症頭部外傷による急性頭痛」としてコード化する

Comments:

コメント:

5.5 *Acute headache attributed to craniotomy* may occur in more than two-thirds of patients following surgical craniotomy.

「5.5 開頭術による急性頭痛」は開頭術後 3 分の 2 以上の患者に起こり得る

In the majority of cases, it resolves within the acute post-operative period.

多くの場合、頭痛は術後急性期に消失する

It is more common after surgery of the skull base compared with other locations.

他の部位の手術に比較して、頭蓋底手術後に多い。

Although the pain of 5.5 *Acute headache attributed to craniotomy* is often felt maximally at the site of craniotomy, it may be more diffuse and resemble tension-type headache or migraine.

「5.5 開頭術による急性頭痛」の痛みは開頭術側にしばしば起こるが、頭痛はよりびまん性で緊張型頭痛あるいは片頭痛に似ていることもある

Exclusion of other secondary headache disorders that may occur following craniotomy is necessary prior to assigning the diagnosis of 5.5 *Acute headache attributed to craniotomy.*

「5.5 開頭術による急性頭痛」の診断をする前に、開頭術後に起こりうる他の二次性頭痛の除外は必要である

Although there are numerous potential etiologies of headache following craniotomy, considerations should include cervicogenic headache (as a result of positioning during surgery), headache from cerebrospinal fluid leak, infections, hydrocephalus and intracranial haemorrhage.

開頭術後の頭痛は多くの潜在的原因があるが、頸部由来の頭痛(手術体位の結果生じる)、脳脊髄液漏出、感染、水頭症や頭蓋内出血による頭痛も含め考慮されるべきである

5.6 Persistent headache attributed to craniotomy

開頭術による持続性頭痛

Description:

解説:

Headache of greater than 3 months' duration caused by surgical craniotomy.

外科的開頭術から3か月を超える頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A.CとDを満たす頭痛

B. Surgical craniotomy has been performed

B.外科的開頭術が施行された

C. Headache is reported to have developed within 7 days after one of the following:

C. .頭痛は以下の項目の一つの時期から7日以内に出現する

1. the craniotomy

1.開頭術

2. regaining of consciousness following the craniotomy

2. .開頭術後の意識回復

3. discontinuation of medication(s) that impairs ability to sense or report headache following the craniotomy

3. 開頭術後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬物治療の中止

D. Headache persists for >3 months after the craniotomy

D.頭痛は開頭術後 3 か月を超えて持続している

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注意:

1. When the craniotomy was performed following head injury, code as 5.2.1 *Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head*.

1.頭部外傷により開頭術が施行された場合は、「5.2.1 中等症または重症頭部外傷による持続性頭痛」としてコード化する

Comments:

コメント:

About a quarter of patients who develop 5.5 *Acute headache attributed to craniotomy* go on to experience 5.6 *Persistent headache attributed to craniotomy*.

「5.5 開頭術による急性頭痛」を生じた患者の約 4 分の 1 が、「5.6 開頭術による持続性頭痛」に移行する

When headache following craniotomy becomes persistent, the possibility of 8.2 *Medication-overuse headache* needs to be considered.

開頭術後の頭痛が持続するときは、「8.2.薬物乱用頭痛」の可能性を考慮する必要がある

Bibliography

文献目録

Traumatic Brain Injury (TBI) Task Force for the US Department of the Army. TBI Task Force Report to the Surgeon General. US Army 2008 @

<http://www.armymedicine.army.mil/prr/tbitfr.html> (accessed 13 February 2013).

Introduction

緒言

Aoki Y, Inokuchi R, Gunshin M, et al. Diffusion tensor imaging studies of mild traumatic brain injury: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2012; 83: 870-876.

Faux S and Sheedy J. A prospective controlled study in the pre-valence of posttraumatic headache following mild traumatic brain injury. *Pain Med* 2008; 9: 1001-1011.

Kirk C, Naquib G and Abu-Arafeh I. Chronic post-traumatic headache after head injury in children and adolescents. *Dev Med Child Neurol* 2008; 50: 422-425.

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

Nampiaparampil DE. Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: A systematic review. *JAMA* 2008; 300: 711-719.

Russell MB and Olesen J. Migraine associated with head trauma. *Eur J Neurol* 1996; 3: 424-428.

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

5.1, 5.2 Acute or persistent headache attributed to traumatic injury to the head

5.1, 5.2 頭部外傷による急性または持続性頭痛

Afari N, Harder LH, Madra NJ, et al. PTSD, combat injury, and headache in Veterans Returning from Iraq/Afghanistan. *Headache* 2009; 49: 1267-1276.

Alfano DP. Emotional and pain-related factors in neuropsychological assessment following mild traumatic brain injury. *Brain Cogn* 2006; 60:194-196.

Bazarian JJ, Wong T, Harris M, et al. Epidemiology and predictors of post-concussive syndrome after minor head injury in an emergency population. *Brain Inj* 1999; 13: 173-189.

Bazarian JJ, Zhong J, Blyth B, et al, Peterson D. Diffusion tensor imaging detects clinically important axonal damage after mild traumatic brain injury: A pilot study. *J Neurotrauma* 2007; 24: 1447-1459.

Borgaro SR, Prigatano GP, Kwasnica C and Rexer JL. Cognitive and affective sequelae

- in complicated and uncomplicated mild traumatic brain injury. *Brain Inj* 2003; 17: 189-198.
- Buzzi MG, Bivona U, Matteis M, et al. Cognitive and psychological patterns in post-traumatic headache following severe traumatic brain injury. *Cephalalgia* 2003; 23: 672 (P4L22).
- Couch JR and Bearss C. Chronic daily headache in the post-trauma syndrome: Relation to extent of head injury. *Headache* 2001; 41: 559-564.
- Couch JR, Lipton RB, Stewart WF and Scher AI. Head or neck injury increases the risk of chronic daily headache: A population-based study. *Neurology* 2007; 69: 1169-1177.
- Couch JR, Lipton R and Stewart WF. Is post-traumatic head-ache classifiable and does it exist? *Eur J Neurol* 2009; 16: 12-13.
- De Benedittis G and De Santis A. Chronic post-traumatic head-ache: Clinical, psychopathological features and outcome determinants. *J Neurosurg Sci* 1983; 27: 177-186.
- De Kruijk JR, Leffers P, Menheere PP, et al. Prediction of post-traumatic complaints after mild traumatic brain injury: Early symptoms and biochemical markers. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2002; 73: 727-732.
- Evans RW. Post-traumatic headaches. *Neurol Clin N Am* 2004; 22: 237-249.
- Formisano R, Bivona U, Catani S, et al. Post-traumatic head-ache: facts and doubts. *J Headache Pain* 2009; 10: 145-152.
- Gladstone J. From psychoneurosis to ICHD-2: An overview of the state of the art in post-traumatic headache. *Headache* 2009; 49: 1097-1111.
- Jensen OK and Nielsen FF. The influence of sex and pre-traumatic headache on the incidence and severity of headache after head injury. *Cephalalgia* 1990; 10: 285-293.
- King NS. Emotional, neuropsychological, and organic factors: Their use in the prediction of persisting postconcussion symptoms after moderate and mild head injuries. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1996; 61: 75-81.
- King NS, Crawford S, Wenden FJ, et al. Early prediction of persisting post-concussion symptoms following mild and moderate head injuries. *Br J Clin Psychol* 1999; 38 (Pt 1): 15-25.
- Lahz S and Bryant RA. Incidence of chronic pain following traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 889-891.
- Leininger BE, Gramling SE, Farrell AD, et al. Neuropsychological deficits in

- symptomatic minor head injury patients after concussion and mild concussion. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1990; 53: 293-296.
- Lenaerts ME. Post-traumatic headache: From classification challenges to biological underpinnings. *Cephalalgia* 2008; 28 Suppl 1: 12-15.
- Lew HL, Lin PH, Fuh JL, et al. Characteristics and treatment of headache after traumatic brain injury: A focused review. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85: 619-627.
- Martins HA, Ribas VR, Martins BB, et al. Post-traumatic head-ache. *Arq Neuropsiquiatr* 2009; 67: 43-45.
- McAllister TW, Saykin AJ, Flashman LA, et al. Brain activation during working memory 1 month after mild traumatic brain injury: A functional MRI study. *Neurology* 1999; 53: 1300-1308.
- Metting Z, Rodiger LA, De Keyser J and van der Naalt J. Structural and functional neuroimaging in mild-to-moderate head injury. *Lancet Neurol* 2007; 6: 699-710.
- Mickeviciene D, Schrader H, Nestvold K, et al. A controlled historical cohort study on the post-concussion syndrome. *Eur J Neurol* 2002; 9: 581-587.
- Mickeviciene D, Schrader H, Obelieniene D, et al. A controlled prospective inception cohort study on the post-concussion syndrome outside the medicolegal context. *Eur J Neurol* 2004; 11: 411-419.
- Neely ET, Midgette LA and Scher AI. Clinical review and epidemiology of headache disorders in US service members: With emphasis on post-traumatic headache. *Headache* 2009; 49: 1089-1096.
- Nampiaparampil DE. Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: A systematic review. *JAMA* 2008; 300: 711-719.
- Obermann M, Nebel K, Schumann C, et al. Gray matter changes related to chronic posttraumatic headache. *Neurology* 2009; 73: 978-983.
- Obermann M, Holle D and Katsarava Z. Post-traumatic head-ache. *Expert Rev Neurother* 2009; 9: 1361-1370.
- Packard RC. Current concepts in chronic post-traumatic head-ache. *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9: 59-64.
- Packard RC. Posttraumatic headache: Permanency and relation-ship to legal settlement. *Headache* 1992; 32: 496-500.
- Packard RC. Epidemiology and pathogenesis of posttraumatic headache. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14: 9-21.

- Rimel RW, Giordani B, Barth JT, et al. Disability caused by minor head injury. *Neurosurgery* 1981; 9: 221-228.
- Ruff RL, Ruff SS and Wang XF. Headaches among Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom veterans with mild traumatic brain injury associated with exposures to explosions. *J Rehabil Res Dev* 2008; 45: 941-952.
- Sarmiento E, Moreira P, Brito C, et al. Proton spectroscopy in patients with post-traumatic headache attributed to mild head injury. *Headache* 2009; 49: 1345-1352.
- Schaumann-von Stosch R, Schmidt H and Sandor P. Posttraumatic headache . IHS chapter 5. *Cephalalgia* 2008; 28: 908-909.
- Sheedy J, Harvey E, Faux S, et al. Emergency department assessment of mild traumatic brain injury and the prediction of post-concussive symptoms: A 3-month prospective study. *J Head Trauma Rehabil* 2009; 24: 333-343.
- Sheftell FD, Tepper SJ, Lay CL and Bigal ME. Post-traumatic headache: Emphasis on chronic types following mild closed head injury. *Neurol Sci* 2007; 28: S203-S207.
- Solomon S. Post-traumatic headache: Commentary: An over-view. *Headache* 2009; 49: 1112-1115.
- Stovner LJ, Schrader H, Mickeviciene D, et al. Postconcussion headache: Reply to editorial. *Eur J Neurol* 2009; 16: e14.
- Stovner LJ, Schrader H, Mickeviciene D, et al. Headache after concussion. *Eur J Neurol* 2009; 16: 112-120.
- Tatrow K, Blanchard EB, Hickling EJ and Silverman DJ. Posttraumatic headache: Biopsychosocial comparisons with multiple control groups. *Headache* 2003; 43: 755-766.
- Theeler BJ, Flynn FG and Erickson JC. Headaches after concussion in US soldiers returning from Iraq or Afghanistan. *Headache* 2010; 50: 1262-1272.
- Theeler BJ and Erickson JC. Mild head trauma and chronic head-aches in returning US soldiers. *Headache* 2009; 49: 529-334.
- Thornhill S, Teasdale GM, Murray GD, et al. Disability in young people and adults one year after head injury: Prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320: 1631-1635.
- Uomoto JM and Esselman PC. Traumatic brain injury and chronic pain: Differential types and rates by head injury severity. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74: 61-64.
- Walker WC, Seel RT, Curtiss G and Warden DL. Headache after moderate and severe

- traumatic brain injury: A longitudinal analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 1793-1800.
- Yamaguchi M. Incidence of headache and severity of head injury. *Headache* 1992; 32: 427-31.
- Yang CC, Hua MS, Tu YK and Huang SJ. Early clinical characteristics of patients with persistent post-concussion symptoms: A prospective study. *Brain Inj* 2009; 23: 299-306.
- Yang CC, Tu YK, Hua MS and Huang SJ. The association between the postconcussion symptoms and clinical outcomes for patients with mild traumatic brain injury. *J Trauma* 2007; 62: 657-663.
- Zasler ND. Posttraumatic headache: Caveats and controversies. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14: 1-8.

5.3, 5.4 Acute or persistent headache attributed to whiplash

5.3, 5.4 むち打ちによる急性または持続性頭痛

- Obelieniene D, Schrader H, Bovim G, et al. Pain after whiplash: A prospective controlled inception cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1999; 66: 279-283.
- Obermann M, Nebel K, Riegel A, et al. Incidence and predictors of chronic headache attributed to whiplash injury. *Cephalalgia* 2010; 30: 528-534.
- O'Neill B, Haddon W, Jr, Kelley AB and Sorenson WW. Automobile head restraints. Frequency of neck injury claims in relation to the presence of head restraints. *Am J Public Health* 1972; 62: 399-406.
- Richter M, Otte D, Pohlemann T, et al. Whiplash-type neck distortion in restrained car drivers: frequency, causes and long-term results. *Eur Spine J* 2000; 9: 109-117.
- Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: Redefining 'whiplash' and its management. *Spine* 1995; 20 Suppl 8: 1S-73S.

5.5, 5.6 Acute or persistent headache attributed to craniotomy

5.5, 5.6 開頭術による急性または持続性頭痛

- De Benedittis G, Lorenzetti A, Spagnoli D, et al. Postoperative pain in neurosurgery: A pilot study in brain surgery. *Neurosurgery* 1996; 38: 466-470.
- De Gray LC and Matta BF. Acute and chronic pain following craniotomy: A review.

- Anaesthesia* 2005; 60: 693-704.
- Gee JR, Ishaq Y and Vijayan N. Post craniotomy headache. *Headache* 2003; 43: 276-278.
- Harner SG, Beatty CW and Ebersold MJ. Headache after acoustic neuroma excision. *Am J Otol* 1993; 14: 552-555.
- Kaur A, Selwa L, Fromes G and Ross D. Persistent headache after supratentorial craniotomy. *Neurosurgery* 2000; 47: 633-636.
- Rocha Filho P. Post-craniotomy headache after acoustic neuroma surgery. *Cephalalgia* 2010; 30: 509-510.
- Rocha-Filho PAS, Gherpelli JLD, De Siqueira JTT and Rabello GD. Post-craniotomy headache: Characteristics, behavior and effect on quality of life in patients operated for treatment of supratentorial intracranial aneurysms. *Cephalalgia* 2008; 28: 41-48.
- Rocha-Filho PAS, Gherpelli JLD, de Siqueira JTT and Rabello GD. Post-craniotomy headache: A proposed revision of IHS diagnostic criteria. *Cephalalgia* 2010; 30: 560-566.
- Schaller B and Baumann A. Headache after removal of vestibular schwannoma via the retrosigmoid approach: A long-term follow-up study. *Otolaryngol Head Neck Surgery* 2003; 128: 387-395.
- Thibault M, Girard F, Moumdjian R, et al. Craniotomy site influences postoperative pain following neurosurgical procedures: A retrospective study. *Can J Anesth* 2007; 54: 544-548.
- Vijayan N. Postoperative headache in acoustic neuroma. *Headache* 1995; 2: 98-100.

6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

6. 頭頸部血管障害による頭痛

6.1 Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack

6.1 虚血性脳卒中または一過性脳虚血発作による頭痛

6.1.1 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)

6.1.1 虚血性脳卒中(脳梗塞)による頭痛

6.1.2 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA)

6.1.2 一過性脳虚血発作(TIA)による頭痛

6.2 Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage

6.2 非外傷性頭蓋内出血による頭痛

6.2.1 Headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage

6.2.1 非外傷性脳内出血による頭痛

6.2.2 Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH)

6.2.2 非外傷性くも膜下出血(SAH)による頭痛

6.2.3 Headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH)

6.2.3 非外傷性急性硬膜下出血(ASDH)による頭痛

6.3 Headache attributed to unruptured vascular malformation

6.3 未破裂血管奇形による頭痛

6.3.1 Headache attributed to unruptured saccular aneurysm

6.3.1 未破裂嚢状動脈瘤による頭痛

6.3.2 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM)

6.3.2 動静脈奇形(AVM)による頭痛

6.3.3 Headache attributed to dural arteriovenous fistula (DAVF)

6.3.3 硬膜動静脈瘻(DAVF)による頭痛

6.3.4 Headache attributed to cavernous angioma

6.3.4 海綿状血管腫による頭痛

6.3.5 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis
(Sturge Weber syndrome)

6.3.5 脳三叉神経性または軟膜血管腫症(スタージ・ウェーバー症候群)による頭痛

6.4 Headache attributed to arteritis

6.4 動脈炎による頭痛

6.4.1 Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)

6.4.1 巨細胞性動脈炎(GCA)による頭痛

6.4.2 Headache attributed to primary angiitis of the central nervous system (PACNS)

6.4.2 中枢神経系原発性血管炎(PACNS)による頭痛

6.4.3 Headache attributed to secondary angiitis of the central nervous system
(SACNS)

6.4.3 中枢神経系統発性血管炎(SACNS)による頭痛

6.5 Headache attributed to cervical carotid or vertebral artery disorder

6.5 頸部頸動脈または椎骨動脈の障害による頭痛

6.5.1 Headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery
dissection

6.5.1 頸部頸動脈または椎骨動脈の解離による頭痛、顔面痛または頸部痛

6.5.2 Post-endarterectomy headache

6.5.2 動脈内膜切除術後頭痛

6.5.3 Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty

6.5.3 頸動脈または椎骨動脈の血管形成術性頭痛

6.6 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT)

6.6 脳静脈血栓症 (CVT) による頭痛

6.7 Headache attributed to other acute intracranial arterial disorder

6.7 その他の急性頭蓋内動脈障害による頭痛

6.7.1 Headache attributed to an intracranial endovascular procedure

6.7.1 頭蓋内血管内手技による頭痛

6.7.2 Angiography headache

6.7.2 血管造影性頭痛

6.7.3 Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)

6.7.3 可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) による頭痛

6.7.3.1 Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome

(RCVS)

6.7.3.1 可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) による頭痛の疑い

6.7.4 Headache attributed to intracranial arterial dissection

6.7.4 頭蓋内動脈解離による頭痛

6.8 Headache attributed to genetic vasculopathy

6.8 遺伝性血管異常症による頭痛

6.8.1 Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)

6.8.1 皮質下梗塞および白質脳症を伴った常染色体優性脳動脈症 (CADASIL)

6.8.2 Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)

6.8.2 ミトコンドリア脳症・乳酸アシドーシス・脳卒中様発作症候群 (MELAS)

6.8.3 Headache attributed to another genetic vasculopathy

6.8.3 その他の遺伝性血管異常症による頭痛

6.9 Headache attributed to pituitary apoplexy

6.9 下垂体卒中による頭痛

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か?

When a headache occurs for the first time in close temporal relation to a cranial or cervical vascular disorder, it is coded as a secondary headache attributed to that disorder.

頭痛が初発し、頭痛の原因となることが知られている頭頸部血管障害と時期的に一致する場合には、その頭痛は血管障害による二次性頭痛としてコード化する。

This remains true when the new headache has the characteristics of any of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta.

新規の頭痛が、ICHD-3β の第一部に分類されている一次性頭痛のいずれかの特徴を有する場合であっても、やはり二次性頭痛としてコード化する。

When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes *chronic*, or is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to a cranial or cervical vascular disorder, both the initial headache diagnosis and a diagnosis of 6. *Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder* (or one of its subtypes) should be given, provided that there is good evidence that the disorder can cause headache.

一次性頭痛の特徴を持った以前から存在する頭痛が、頭頸部血管障害と時期的に一致して慢性化したり、有意に悪化(通常、頻度または強度、あるいは両方が 2 倍以上に増強することを意味する)する場合には、既存の一次性頭痛および 6.「頭頸部血管障害による頭痛」(またはそのサブタイプの 1 つ)の両者として診断すべきであり、血管障害が頭痛を引き起こしているという良い証拠でもある。

Introduction

緒言

The diagnosis of headache and its causal link is easy in most of the vascular conditions

listed below because the headache presents both acutely and with neurological signs and because it often remits rapidly.

以下に列挙する血管障害においては、おおむね頭痛の診断と因果関係の特定は容易である。なぜならば、これらの頭痛は急性でかつ神経学的徴候を呈し、すみやかに消失することが多いからである。

The close temporal relationship between the headache and these neurological signs is therefore crucial to establishing causation.

従って、頭痛とこれらの神経学的徴候が時期的に一致することが、原因の特定を決定的なものにする。

In many of these conditions, such as ischaemic or haemorrhagic stroke, headache is overshadowed by focal signs and/or disorders of consciousness.

虚血性または出血性脳卒中などの疾患では、頭痛は局在徴候や意識障害に隠されることも多い。

In others, such as subarachnoid haemorrhage, headache is usually the prominent symptom.

くも膜下出血などのその他の疾患では、通常、頭痛が顕著な症状である。

In a number of other conditions that can induce both headache and stroke, such as dissections, cerebral venous thrombosis, giant cell arteritis and central nervous system angiitis, headache is often an initial warning symptom.

解離、脳静脈血栓症、巨細胞性動脈炎、中枢神経系血管炎など頭痛および脳卒中の両方を誘発しうるその他の疾患では、頭痛が最初の警告症状となることが多い。

It is therefore crucial to recognize the association of headache with these disorders in order to diagnose correctly the underlying vascular disease and start appropriate treatment as early as possible, thus preventing potentially devastating neurological consequences.

従って、頭痛とこれらの疾患との関連を認識することは、潜在性の血管障害を正しく診断し、可及的早期に治療を開始するために非常に重要である。すなわち、神経学的に深刻な事態を未然に防ぐためである。

All of these conditions can occur in patients who have previously suffered a primary headache of any type.

これらの疾患はすべて、様々なタイプの一次性頭痛を過去に経験した患者に生じ得る。

A clue that points to an underlying vascular condition is the onset, usually sudden, of a *new* headache, so far unknown to the patient.

潜在性の血管病変を示す手がかりは、頭痛の発現状況である。通常、突然起こる、患者がかつて経験したことのないような *新規*の頭痛である。

Whenever this occurs, vascular conditions should urgently be looked for.

このような頭痛が起こった場合には必ず、血管病変の有無を緊急に調べなければならない。

For headache attributed to any of the vascular disorders listed here, the diagnostic criteria include whenever possible:

ここに記載される血管障害すべてによる頭痛に関して、診断基準には以下を可能な限り含む:

A. Headache fulfilling criterion C

A. C を満たす頭痛

B. A cranial or cervical vascular disorder known to be able to cause headache has been demonstrated

B. 頭痛を来すことが知られている頭頸部血管障害と証明されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the cranial or cervical vascular disorder

1. 頭痛は頭頸部血管障害発症と時期的に一致して発症している

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the cranial or cervical vascular disorder

a) 頭痛は頭頸部血管障害の悪化に並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved in parallel with improvement of the cranial or cervical vascular disorder

b) 頭痛は頭頸部血管障害の改善と並行して有意に改善した

3. headache has characteristics typical for the cranial or cervical vascular disorder

3. 頭痛は頭頸部血管障害に典型的な特徴を持っている

4. other evidence exists of causation

4. 原因となる他の証拠が存在する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

6.1 Headache attributed to ischaemic stroke or transient ischaemic attack

6.1 虚血性脳卒中または一過性脳虚血発作による頭痛

6.1.1 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)

6.1.1 虚血性脳卒中(脳梗塞)による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by ischaemic stroke, usually with acute onset and associated with focal neurological signs.

通常急性発症で局在神経学的徴候を伴った虚血性脳卒中で起こる頭痛。

It has a self-limited course, and is very rarely the presenting or a prominent feature of ischaemic stroke.

それは自然寛解の経過をたどり、虚血性脳卒中らしい特徴的な性状を呈することは極めて稀であ

る。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Acute ischaemic stroke has been diagnosed

B. 急性虚血性脳卒中と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least one of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のうち少なくとも 1 項目が示されている:

1. headache has developed in very close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of ischaemic stroke, or has led to the diagnosis of ischaemic stroke

1. 頭痛は虚血性脳卒中の他の臨床症候と時期的に極めて一致して発現した、または頭痛が虚血性脳卒中の診断の契機となった

2. headache has significantly improved in parallel with stabilization or improvement of other symptoms or clinical or radiological signs of ischaemic stroke

2. 虚血性脳卒中の他の症状、臨床的または放射線学的徴候の安定あるいは改善と並行して頭痛は有意に改善した

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

6.1.1 *Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)* is accompanied by focal neurological signs and/or alterations in consciousness, which in most cases allows easy differentiation from the primary headaches.

6.1.1「虚血性脳卒中(脳梗塞)による頭痛」は、局在神経学的徴候または意識変化、あるいはその両方が伴い、通常一次性頭痛との鑑別が容易である。

It is usually of moderate intensity, and has no specific characteristics.
通常頭痛は中等度で、特異的な特徴はない。

It can be bilateral or unilateral ipsilateral to the stroke.
それは両側性または脳卒中側の片側性である。

Rarely, an acute ischaemic stroke, notably a cerebellar infarction, can present with an isolated sudden (even thunderclap) headache.
稀ながら急性虚血性脳卒中、特に小脳梗塞では、孤立性の突然の(雷鳴性のこともある)頭痛を示す。

Headache accompanies ischaemic stroke in up to one-third of cases; it is more frequent in basilar than in carotid-territory strokes.
虚血性脳卒中の最大 1/3 に頭痛が見られ、頸動脈領域の脳卒中よりも、脳底動脈領域の脳卒中で多い。

It is of little practical value in establishing stroke aetiology except that headache is very rarely associated with lacunar infarcts but extremely common in acute arterial wall disorders such as dissection or reversible cerebral vasoconstriction syndrome.
頭痛はラクナ梗塞には極めて稀であるが、解離や可逆性脳血管攣縮症候群のような急性動脈壁障害では頭痛が非常に多いことを除いて、脳卒中の病因の立証に実際的な価値はない。

In these latter conditions, headache may be directly caused by the arterial wall lesions and may precede ischaemic stroke.
可逆性脳血管攣縮症候群においては、頭痛は動脈壁病変によって直接的に起こり、虚血性脳卒中に前駆することがある。

6.1.2 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA)

6.1.2 一過性脳虚血発作 (TIA) による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by a transient ischaemic attack (TIA) and accompanied by the sudden-onset transient focal signs of a TIA.

一過性脳虚血発作(TIA)によって引き起こされ、突然発症の TIA の一過性局在徴候を伴っている頭痛。

It lasts less than 24 hours.

持続時間は 24 時間未満である。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Transient ischaemic attack (TIA) has been diagnosed

B. 一過性脳虚血発作 (TIA) と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed simultaneously with other symptoms and/or clinical signs of TIA

1. TIA の他の臨床症候と同時に頭痛が出現した

2. headache resolves within 24 hours

2. 頭痛は 24 時間以内に寛解する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

A TIA is a transient episode of neurological dysfunction caused by focal brain or retinal ischaemia without clinical, imaging or other evidence of acute cerebral or retinal infarction.

TIA は、局所の脳または網膜の虚血によって起こる神経学的機能障害の一過性の発作で、急性脳梗塞または網膜梗塞の臨床的、画像あるいは他の証拠がないものをいう。

Symptoms of a TIA typically, but not invariably, last less than 1 hour.

TIA の症状は典型的には 1 時間未満の持続であるが、すべてがそうではない。

Although more common with basilar-than carotid-territory TIA, headache is very rarely a prominent symptom of TIA.

頸動脈領域 TIA よりも脳底動脈領域 TIA のほうに頭痛が現れやすいが、頭痛は TIA においては非常に稀な症状である。

The differential diagnosis between 6.1.2 *Headache attributed to transient ischaemic attack* and an attack of 1.2 *Migraine with aura* may be particularly difficult.

6.1.2「一過性脳虚血発作による頭痛」と 1.2「前兆のある片頭痛」発作の鑑別診断は特に困難である。

The mode of onset is crucial: the focal deficit is typically sudden in a TIA and more frequently progressive in a migrainous aura.

頭痛の発現様式がとくに重要である。すなわち、局在神経学的欠損は TIA では通常突然で、片頭痛の前兆では進行性であることが多い。

Furthermore, positive phenomena (e.g. scintillating scotoma) are far more common in migrainous aura than in TIA, whereas negative phenomena are more usual in TIA.

さらに、陽性現象(例えば閃輝暗点)は TIA よりも片頭痛の前兆に遥かに多いが、陰性現象は TIA に多い。

The coincidence of an otherwise typical TIA and a severe headache should prompt the

search for some arterial disorders that can directly induce severe headache (arterial dissection, among others).

典型的 TIA と重度の頭痛が偶然一致した場合は、重度の頭痛を直接誘発する動脈障害(その中に動脈解離がある)の検索を急がねばならない。

6.2 Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage

6.2 非外傷性頭蓋内出血による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache attributed to traumatic intracerebral and/or subarachnoid haemorrhage or to traumatic intracerebral, subdural or epidural haematoma is coded as 5.1.1 *Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head* or 5.2.1 *Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head*.

外傷性脳内・くも膜下出血または外傷性脳内・硬膜下・硬膜外血腫による頭痛は 5.1.1「中等症または重症頭部外傷による急性頭痛」または 5.2.1「中等症または重症頭部外傷による持続性頭痛」にコード化される。

Description:

解説:

Headache caused by non-traumatic intracranial haemorrhage, with, generally, sudden (even thunderclap) onset.

一般的に突然(雷鳴性のこともある)発症する非外傷性頭蓋内出血による頭痛。

Depending on the type of haemorrhage, it may be isolated or associated with focal neurological deficits.

出血の病型により、頭痛は唯一の症状のこともあるし、局在神経学的欠損を伴うこともある。

6.2.1 Headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage

6.2.1 非外傷性脳内出血による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by non-traumatic intracerebral haemorrhage, usually with acute onset and associated with focal neurological signs.

通常急性発症で、局在神経学的徴候を伴っている非外傷性脳内出血による頭痛。

It can, rarely, be the presenting and prominent feature of non-traumatic intracerebral haemorrhage.

頭痛は稀ながら、非外傷性脳内出血に特徴的な性状のことがある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Intracerebral haemorrhage (ICH)¹ in the absence of head trauma has been diagnosed

B. 頭部外傷のない脳内出血 (ICH)¹ が診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of ICH, or has led to the diagnosis of ICH

1. 頭痛は脳内出血の他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛が脳内出血の診断の契機となった

2. headache has significantly improved in parallel with stabilization or improvement of other symptoms or clinical or radiological signs of ICH

2. 頭痛は脳内出血の他の症状、臨床的または放射線学的徴候の安定あるいは改善と並行して有意に改善した

3. headache has at least one of the following three characteristics:

3. 頭痛は以下の 3 項目のうちの少なくとも 1 項目を満たす:

a) sudden or thunderclap onset

a) 突然または雷鳴性の発症

b) maximal on the day of its onset

b) 発症日に最大の強度

c) localized in accordance with the site of the haemorrhage

c) 出血部位に一致した局在を示す

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Note:

注:

1. Through usage, the term *intracerebral* is taken in this context to include *intracerebellar*.

1. 脳内という用語は本稿においては小脳内を含めて使用する。

Comments:

コメント:

6.2.1 *Headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage* is more often a result of associated subarachnoid blood and local compression than intracranial hypertension.

6.2.1「非外傷性脳内出血による頭痛」は、頭蓋内圧亢進よりも随伴するくも膜下の血液および局所圧迫により起こることが多い。

Headache is more usual and more severe in haemorrhagic than in ischaemic stroke, and

6.2.1 *Headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage* can occasionally

present as thunderclap headache.

頭痛は虚血性脳卒中よりも出血性脳卒中において多発し、程度も重い。6.2.1「非外傷性脳内出血による頭痛」は、時に雷鳴頭痛として発現することもある。

The headache is usually overshadowed by focal deficits or coma, but it can be the prominent early feature of some intracerebral haemorrhages, notably cerebellar haemorrhage, which may require emergency surgical decompression.

頭痛は通常、局在神経学的欠損または昏睡により隠されるが、緊急の外科的減圧術が必要な脳内出血の一部、特に小脳出血に顕著な初期の特徴である。

6.2.2 Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH)

6.2.2 非外傷性くも膜下出血 (SAH) による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH), typically severe and sudden, peaking in seconds (thunderclap headache) or minutes.

典型的には重度で突然発症し、数秒(雷鳴頭痛)あるいは数分でピークに達する非外傷性くも膜下出血による頭痛。

It can be the sole symptom of SAH.

くも膜下出血の唯一の症状のことがある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Subarachnoid haemorrhage (SAH) in the absence of head trauma has been diagnosed

B. 頭部外傷のないくも膜下出血 (SAH) と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of SAH, or has led to the diagnosis of SAH

1. 頭痛はくも膜下出血の他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛がくも膜下出血の診断の契機となった

2. headache has significantly improved in parallel with stabilization or improvement of other symptoms or clinical or radiological signs of SAH

2. 頭痛はくも膜下出血の他の症状、臨床的または放射線学的徴候の安定あるいは改善と並行して有意に改善した

3. headache has sudden or thunderclap onset

3. 頭痛は突然または雷鳴性の発症である

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

SAH is the most common cause of persistent, intense and incapacitating headache of abrupt onset (thunderclap headache), and is a serious condition (mortality rate is 40-50% and 10-20% of patients die before arriving at hospital; 50% of survivors are left disabled).

くも膜下出血は、突然発症で持続性の激しい機能喪失をおこす頭痛(雷鳴頭痛)の最も一般的な原因であり、患者に深刻な状態が残る(SAH 後、40～50%の患者が死亡するが、患者の 10～20%が病院到着前に死亡する。また生存者の 50%に障害が残る)。

6.2.2 *Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH)* may nonetheless be moderate and without any associated signs.

それにもかかわらず 6.2.2「非外傷性くも膜下出血 (SAH) による頭痛」は、中等度かもしれないし、

随伴徴候のないこともありうる。

The abrupt onset is the key feature.

突然の発症が鍵である。

Any patient with headache of abrupt onset or thunderclap headache should be evaluated for SAH.

突然発症の頭痛または雷鳴頭痛を呈する患者は、SAH を鑑別すべきである。

Diagnosis is confirmed by non-contrast-enhanced CT scan, which has a sensitivity of 98% in the first 12 hours after onset (dropping to 93% at 24 hours and 50% at 7 days).

造影剤を使用しない CT スキャンで診断を確定するが、検出感度は発症後最初の 12 時間以内では 98% であるものの、発症から 24 時間で 93%、発症から 7 日で 50% に低下する。

If CT results are non-diagnostic, a lumbar puncture is essential.

CT で診断できない場合、腰椎穿刺が必須である。

Xanthochromia is present in 100% of cases with aneurysmal SAH when cerebrospinal fluid (CSF) is collected between 12 hours and 2 weeks after the onset of symptoms and analysed spectrophotometrically.

症状発現 12 時間から 2 週間以内に脳脊髄液 (CSF) を採取し、分光測光法で分析すれば、動脈瘤破裂によるくも膜下出血の 100% でキサントクロミーを呈する。

MRI is not indicated as an initial diagnostic test for SAH; however, FLAIR and gradient-echo T2-weighted images may be useful when the CT is normal and the CSF abnormal.

MRI はくも膜下出血の診断的初期検査の適応ではない。しかし、CT が正常で脳脊髄液に異常がある時には FLAIR と gradient-echo 法 T2 強調画像が有用である。

Initial misdiagnosis occurs in one-quarter to one-half of patients; the most common specific misdiagnosis is migraine, but often, in these cases, no cause is identified.

初診時に 1/4～1/2 の症例が誤診されている。最も多い特異的な誤診は片頭痛であるが、しばしば原因が同定されない。

The most common reasons for misdiagnosis are failure to obtain appropriate neuroimaging, or misinterpretation, or failure to perform a lumbar puncture in cases where this is required.

誤診の最も多い理由は、適切な神経画像検査が選択されていない、誤って解釈された、または必要時に腰椎穿刺が行われていないなどである。

Delayed diagnosis often has a catastrophic outcome.

診断の遅れは、しばしば悲惨な結果を招く。

SAH is a neurointerventional emergency.

くも膜下出血は神経学的治療介入が必要な緊急疾患である。

After diagnosis of SAH, the next urgent step is to identify a ruptured aneurysm (80% of cases of spontaneous SAH result from ruptured saccular aneurysms).

くも膜下出血の診断後には、破裂脳動脈瘤(原発性くも膜下出血の 80%は破裂嚢状脳動脈瘤が原因である)の同定が次の緊急段階である。

6.2.3 Headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH)

6.2.3 非外傷性急性硬膜下出血(ASDH)による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH), typically severe and sudden, peaking in seconds (thunderclap headache) or minutes.

非外傷性急性硬膜下出血(ASDH)による頭痛は、典型的には重度で急性発症し、数秒(雷鳴頭痛)または数分でピークに達する。

It is usually accompanied or rapidly followed by focal signs and decrease in consciousness.

局在徴候や意識障害を伴ったり、これらが急速に進行する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Acute subdural haemorrhage (ASDH) in the absence of head trauma has been diagnosed

B. 頭部外傷のない急性硬膜下出血 (ASDH) と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in very close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of ASDH, or has led to the diagnosis of ASDH

1. 頭痛は ASDH の他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛が ASDH の診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of ASDH

a) 頭痛は ASDH の悪化に並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved in parallel with improvement of other symptoms or clinical or radiological signs of ASDH

b) 頭痛は ASDH の他の症状、臨床的または放射線学的徴候の改善と並行して有意に改善した

3. headache has either or both of the following two characteristics:

3. 頭痛は以下の 2 項目うちのどちらかまたは両方の特徴を満たす:

a) sudden or thunderclap onset

a) 突然または雷鳴性の発症

b) localized in accordance with the site of the haemorrhage

b) 出血部位に一致した局在を示す

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Most cases of ASDH occur after head trauma and should be coded accordingly.

多くの ASDH は頭部外傷によって起こり、それに応じてコード化する。

Non-traumatic ASDH without other intracranial haemorrhage ('pure ASDH') is rare and represents a life-threatening condition.

他の頭蓋内出血のない非外傷性 ASDH(「純粋 ASDH」)は、稀であり、致命的な状態を表す。

It is a neurosurgical emergency.

脳神経外科的緊急疾患である。

The bleeding may be from arterial or venous origin.

出血源は動脈性または静脈性である。

Reported causes include 'spontaneous' cortical artery rupture, aneurysm rupture, arteriovenous malformations and dural arteriovenous fistulae, tumours or metastasis, coagulopathies, moya-moya disease, cerebral venous thrombosis and intracranial hypotension.

「原発性」の皮質動脈の破裂、動脈瘤破裂、動静脈奇形、硬膜動静脈瘻、腫瘍または転移、凝固異常症、もやもや病、脳静脈血栓症、頭蓋内圧低下症が原因として報告されている。

Isolated cases or small series have mostly been reported by neurosurgeons.

一例報告や少数例の報告が脳神経外科医からなされている。

Headache is described in 25-100% of cases depending on the series and the underlying cause.

頭痛はこれらの報告や基礎疾患によって症例の 25～100%に存在する。

Isolated headache can be the presenting sign; but usually it is associated or followed by a rapid neurological deterioration.

頭痛が唯一の徴候であり得るが、通常、急速な神経学的増悪が随伴するか、または後に起こってくる。

6.3 Headache attributed to unruptured vascular malformation

6.3 未破裂血管奇形による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache attributed to ruptured vascular malformation is coded as 6.2.1 *Headache attributed to intracerebral haemorrhage* or 6.2.2 *Headache attributed to subarachnoid haemorrhage* or, rarely, 6.2.3 *Headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage*.

破裂血管奇形による頭痛は、6.2.1「脳内出血による頭痛」、6.2.2「くも膜下出血による頭痛」、または稀ながら 6.2.3「非外傷性急性硬膜下出血による頭痛」にコード化される。

Description:

解説:

Headache secondary to an unruptured intracranial vascular malformation (occurring without haemorrhage).

未破裂頭蓋内血管奇形(出血なしに起こる)に続発する頭痛。

Depending on the type of malformation, the headache may have a chronic course with recurrent attacks mimicking episodic primary headaches, or an acute and self-limited course.

奇形の病型によって、頭痛は反復性一次性頭痛に似た再発性発作を伴った慢性の経過を呈した

り、急性で自然寛解する経過をたどる。

6.3.1 Headache attributed to unruptured saccular aneurysm

6.3.1 未破裂嚢状動脈瘤による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. An unruptured saccular aneurysm has been diagnosed

B. 未破裂嚢状動脈瘤と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of unruptured saccular aneurysm, or has led to its diagnosis

1. 頭痛は未破裂嚢状動脈瘤の他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛がその診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with other symptoms or clinical or radiological signs of growth of the saccular aneurysm

a) 頭痛は嚢状動脈瘤の増大の他の症状、臨床的または放射線学的徴候と並行して有意に悪化した

b) headache has resolved after treatment of the saccular aneurysm

b) 頭痛は嚢状動脈瘤の治療後に寛解した

3. either or both of the following:

3. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has sudden or thunderclap onset

a) 頭痛は突然または雷鳴性の発症をする

b) headache is associated with a painful IIIrd nerve palsy

b) 頭痛は有痛性第 III 脳神経麻痺を伴う

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and intracranial haemorrhage and reversible cerebral vasoconstriction syndrome have been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、頭蓋内出血や可逆性脳血管攣縮症候群が適切な検査で除外されている。

Comments:

コメント:

Headache is reported by approximately one-fifth of patients with unruptured cerebral aneurysm, but whether this association is incidental or causal is an unresolved issue.

頭痛は未破裂脳動脈瘤の患者の約 1/5 に報告されているが、この関係が偶然なのかあるいは原因であるのかは、未解決である。

6.3.1 *Headache attributed to unruptured saccular aneurysm* usually has no specific features.

通常、6.3.1「未破裂囊状動脈瘤による頭痛」には特異的な特徴はみられない

On the other hand, a new-onset headache can reveal a symptomatic but unruptured saccular aneurysm.

一方、新規発症の頭痛は、症候性だが未破裂である囊状動脈瘤を示す。

A classic variety is acute IIIrd nerve palsy with retro-orbital pain and a dilated pupil, indicating an aneurysm of the posterior communicating cerebral artery or termination

of the carotid artery.

1つの典型的症候である眼窩後部痛および散瞳を伴う急性第 III 脳神経麻痺は、後交通脳動脈または頸動脈末端の動脈瘤の存在を示している。

Such painful IIIrd nerve palsy is an emergency, signalling impending rupture or progressive enlargement of the arterial malformation.

このような有痛性第 III 脳神経麻痺は緊急疾患であり、血管奇形の切迫破裂あるいは進行性増大のシグナルである。

Several retrospective studies have shown that about half of patients with an aneurysmal subarachnoid haemorrhage reported the occurrence of a sudden and severe headache within the 4 weeks prior to the diagnosis of aneurysmal rupture.

動脈瘤性くも膜下出血の約半数の症例が、動脈瘤破裂の診断前 4 週以内に突然の激しい頭痛を来していることが複数の後ろ向き研究で示されている。

Setting aside the possibility of memory biases, this suggests these headaches are a result of sudden enlargement of the arterial malformation ('sentinel headache') or to mild subarachnoid haemorrhage that is not diagnosed as such ('warning leak').

このことは、各研究における各個人の記憶にはバイアスが掛かっているが、これらの頭痛が動脈奇形の突然の拡大('sentinel headache'「歩哨頭痛(警告頭痛)」)、またはくも膜下出血と診断されていない軽度のくも膜下出血('warning leak'「警告リーク」)の結果であることを示唆する。

Evidence for the existence of sentinel headaches is poor.

歩哨頭痛があるという根拠は弱い。

Moreover, the term *warning leak* should not be used, because a leak indicates a subarachnoid haemorrhage.

さらにリークはくも膜下出血を示しているので、警告リークという用語は使用すべきでない。

Given that at least one in three patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage is initially misdiagnosed, and given the risks of re-bleeding, patients with sudden severe headaches should undergo complete investigation, including cerebral imaging, CSF study and cerebral angiography (MRA or CT angiography).

動脈瘤性くも膜下出血の3例のうち少なくとも1例は初診時に誤診され、再破裂のリスクがあるため、突然発症の重度の頭痛患者には、脳画像検査、髄液検査、脳血管造影(MRA または CT 血管造影)を含む完璧な検査を行うべきである。

6.3.2 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM)

6.3.2 動静脈奇形(AVM)による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. An arteriovenous malformation (AVM) has been diagnosed

A. 動静脈奇形(AVM)と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of AVM, or has led to the discovery of an AVM

1. 頭痛はAVMの他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛がAVMの診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the AVM

a) 頭痛は AVM の悪化と並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved in parallel with improvement of the AVM

b) 頭痛は AVM の改善と並行して有意に改善した

3. headache is localized to the site of the AVM

3. 頭痛は AVM の部位に局限する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and intracranial haemorrhage has been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、頭蓋内出血が適切な検査で除外されている。

Comments:

コメント:

Cases have been reported highlighting the association of AVM with a variety of headaches such as 3.1 *Cluster headache*, 3.2.2 *Chronic paroxysmal hemicrania* and 3.3.1 *Short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing (SUNCT)*, but these cases had atypical features.

AVM が、3.1「群発頭痛」、3.2.2「慢性発作性片側頭痛」および 3.3.1「結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作(SUNCT)」などの様々な頭痛と関連することを強調する症例が報告されているが、こうした症例が典型ではない。

There is no good evidence of a relationship between AVM and these primary headache disorders.

AVM がこれらの一次性頭痛疾患と関連するという明らかな証拠はない。

1.2 *Migraine with aura* has been reported in up to 58% of women with AVM.

1.2「前兆のある片頭痛」は AVM を伴う女性の最大 58%で報告されている。

A strong argument in favour of a causal relationship is the overwhelming correlation between the side of the headache, or of the aura, and the side of the AVM.

因果関係を支持する証拠として、頭痛あるいは前兆のある側と AVM のある側に密接な関係があることが指摘されている。

There is thus a strong suggestion that AVM can cause attacks of migraine with aura (symptomatic migraine).

AVM が前兆のある片頭痛(症候性片頭痛)の発作の原因になることが強く示唆されている。

Yet in a large AVM series, presenting features frequently included epilepsy or focal deficits with or without haemorrhage and, much more rarely, migraine-like symptoms.

しかし、AVM の大規模研究では、出血の有無にかかわらず、てんかん、または局在神経学的欠損などの頻度は高いが、片頭痛様症状を呈することは稀である。

6.3.3 Headache attributed to dural arteriovenous fistula (DAVF)

6.3.3 硬膜動静脈瘻(DAVF)による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす。

B. A dural arteriovenous fistula (DAVF) has been diagnosed

B. 硬膜動静脈瘻 (DAVF) と診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of DAVF, or has led to the diagnosis of DAVF

1. 頭痛は DAVF の他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛が DAVF の診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with other symptoms or clinical or radiological signs of growth of the DAVF

a) 頭痛は DAVF の他の症状、臨床的または放射線学的徴候と並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved after treatment of the DAVF

b) 頭痛は DAVF の治療後に有意に改善した

3. at least one of the following:

3. 少なくとも以下の 1 項目を満たす:

a) headache is accompanied by pulsatile tinnitus

a) 頭痛は拍動性耳鳴を伴う

b) headache is accompanied by ophthalmoplegia

b) 頭痛は眼筋麻痺を伴う

c) headache is both progressive and worse in the morning and/or during coughing and/or bending over

c) 頭痛は朝、咳嗽時、または身体を屈めることで進行したり、悪化する

4. headache is localized to the site of the DAVF

4. 頭痛は DAVF の部位に局限する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and intracerebral haemorrhage and cerebral venous thrombosis have been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、脳内出血や脳静脈血栓症が適切な検査で除外されている。

Comment:

コメント:

Studies devoted to 6.3.3 *Headache attributed to dural arteriovenous fistula* are lacking.

6.3.3「硬膜動静脈瘻による頭痛」の研究は不足している。

A painful pulsatile tinnitus can be a presenting symptom, as well as headache with features of intracranial hypertension as a result of decrease in venous outflow and

sometimes to sinus thrombosis.

症状は有痛性の拍動性耳鳴、さらには静脈血流出減少や場合によって脳静脈血栓症による頭蓋内圧亢進の特徴を伴った頭痛を呈する。

Carotidocavernous fistulae may present as painful ophthalmoplegia.

頸動脈海綿静脈洞瘻は有痛性眼筋麻痺を呈することがある。

6.3.4 Headache attributed to cavernous angioma

6.3.4 海綿状血管腫による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache attributed to cerebral haemorrhage or seizure secondary to cavernous angioma is coded as 6.2.1 *Headache attributed to intracerebral haemorrhage* or 7.6 *Headache attributed to epileptic seizure*.

海綿状血管腫に続発する脳出血または痙攣発作による頭痛は、6.2.1「脳内出血による頭痛」または7.6「てんかん発作による頭痛」にコード化される。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、Cを満たす

B. A cavernous angioma has been diagnosed

B. 海綿状血管腫と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of cavernous angioma

1. 頭痛は海綿状血管腫の他の臨床症候と時期的に一致して出現した

2. either or both of the following:

2. 以下の項目どちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with other symptoms or clinical or radiological signs of growth of the cavernous angioma

a) 頭痛は海綿状血管症の他の症状、臨床的または放射線学的徴候と並行して頭痛は有意に悪化した

b) headache has significantly improved or resolved after removal of the cavernous angioma

b) 頭痛は海綿状血管腫の除去後に寛解するか有意に改善した

3. headache is localized to the site of the cavernous angioma

3. 頭痛は海綿状血管腫の部位に局限する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and intracerebral haemorrhage has been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、脳内出血が適切な検査で除外されている。

Comments:

コメント:

Cavernous angiomas are increasingly recognized on MRI.

海綿状血管腫は MRI で確認されることが多くなっている。

Isolated case reports suggest that some cavernous angiomas may trigger SUNCT-like or migraine-like attacks.

症例報告レベルでは、海綿状血管腫が SUNCT 様あるいは片頭痛様発作の引き金になるということが示唆されている。

However, there is still no good study devoted to 6.3.4 *Headache attributed to cavernous*

angioma.

しかし、6.3.4「海綿状血管腫による頭痛」に関する研究には良いものがない。

In a series of 126 symptomatic patients with cavernous angiomas and *KRIT 1* mutations, only 4% reported headache as a presenting symptom.

海綿状血管腫と *KRIT1* 遺伝子変異をもった症候性の 126 例の研究では、頭痛を有していたのは 4%に過ぎなかった。

On the contrary, headache is commonly reported as a consequence of cerebral haemorrhage or of seizures, which are the two main manifestations of cavernous angiomas; such headache should be coded to either of these accordingly.

一方、海綿状血管腫の二大徴候である脳出血または痙攣発作の結果としての頭痛は数多く報告されている。これらの頭痛は、徴候に応じてどちらかにコード化されなければならない。

6.3.5 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)

6.3.5 脳三叉神経性または軟膜血管腫症(スタージ・ウェーバー症候群)による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache attributed to seizure secondary to Sturge Weber syndrome is coded as 7.6

Headache attributed to epileptic seizure.

スタージ・ウェーバー症候群に続発する痙攣発作による頭痛は、7.6「てんかん発作による頭痛」にコード化される。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Facial angioma is present, together with neuroimaging evidence of meningeal

angioma ipsilateral to it

B. 顔面血管腫とともに顔面血管腫と同側の髄膜血管腫の神経学的画像診断による証拠が存在する

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs and/or imaging evidence of the meningeal angioma

1. 頭痛は軟膜血管腫症の他の臨床症候または画像所見と時期的に一致して出現した

2. headache has significantly worsened in parallel with other symptoms or clinical or radiological signs of growth of the meningeal angioma

2. 頭痛は軟膜血管腫症の増大の他の症状、臨床的または放射線学的徴候と並行して有意に悪化した

3. headache is migraine-like, either bilateral or localized to the site of the angioma, and associated with aura contralateral to the site of the angioma

3. 頭痛は片頭痛様で、両側性または血管腫の部位に局限し、血管腫の対側の前兆を伴う

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント:

6.3.5 *Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrom)* is poorly documented.

6.3.5「脳三叉神経性または軟膜血管腫症(スタージ・ウェーバー症候群)による頭痛」は、報告が少ない。

More than 90% of cases of Sturge Weber syndrome have seizures, and half report post-seizure headaches, which should be coded accordingly.

スタージ・ウェーバー症候群の 90%以上の症例は痙攣発作を起こし、半数は痙攣発作後の頭痛を来す。その場合、痙攣発作に応じてコード化されなければならない。

Isolated reports suggest that encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis may be a cause of symptomatic migraine, particularly of attacks with prolonged auras (possibly related to chronic oligoemia).

症例報告レベルでは、脳三叉神経性または軟膜血管腫症が症候性片頭痛の原因、特に前兆が遷延するタイプの発作(恐らく慢性乏血と関連する)の原因であることが示唆される。

6.4 Headache attributed to arteritis

6.4 動脈炎による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by and symptomatic of an inflammation of cervical, cranial and/or brain arteries.

頸部、頭部または脳のいずれか一つ以上の動脈の炎症でおこる症候性の頭痛。

Headache may be the sole symptom of arteritis.

頭痛が動脈炎の唯一の症状のことがある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Arteritis has been diagnosed

B. 血管炎と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の項目のどちらかあるいは両方が示されている:

1. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of onset of arteritis, or has led to the diagnosis of arteritis

1. 頭痛は動脈炎発症のその他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛が動脈炎の診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of arteritis

a) 頭痛は動脈炎の悪化に並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved in parallel with improvement of arteritis

b) 頭痛は動脈炎の改善に並行して有意に改善した

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

6.4.1 Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)

6.4.1 巨細胞性動脈炎 (GCA) による頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語:

Headache attributed to temporal arteritis.

側頭動脈炎による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by and symptomatic of giant cell arteritis.

巨細胞性動脈炎による症候性の頭痛。

Headache may be the sole symptom of giant cell arteritis, a disease most conspicuously associated with headache, which is a result of inflammation of cranial arteries, especially branches of the external carotid artery.

頭痛は巨細胞性動脈炎の唯一の症状のことがあり、頭痛が最も顕著に関連する疾患であり、頭部の動脈の炎症、主に外頸動脈枝の炎症による。

The features of the headache are variable.

頭痛の性状は様々である。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Giant cell arteritis (GCA) has been diagnosed

B. 巨細胞性動脈炎 (GCA) と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical or biological signs of onset of GCA, or has led to the diagnosis of GCA

1. 頭痛はGCA発症の他の臨床症候または生体学的徴候(あるいはその両者)と時期的に一致して出現した、または頭痛がGCAの診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両者を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of GCA

a) 頭痛は巨細胞性動脈の悪化と並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved or resolved within 3 days of high-dose steroid

treatment

b) 頭痛はステロイド大量療法により 3 日以内に寛解または有意に改善した

3. headache is associated with scalp tenderness and/or jaw claudication

3. 頭痛は頭皮の圧痛または顎跛行(あるいはその両者)を伴う

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Of all arteritides and collagen vascular diseases, giant cell arteritis is the disease most conspicuously associated with headache, which is a result of inflammation of cranial arteries, especially branches of the external carotid artery.

すべての動脈炎および膠原病による血管病のなかで、巨細胞性動脈炎が最も顕著に頭痛と関連する疾患であり、頭部動脈の炎症、主に外頸動脈枝の炎症による。

The variability in the features of 6.4.1 *Headache attributed to giant cell arteritis* and in the other symptoms of GCA (polymyalgia rheumatica, jaw claudication) are such that any recent persisting headache in a patient over 60 years of age should suggest GCA and lead to appropriate investigations.

6.4.1「巨細胞性動脈炎による頭痛」および GCA の他の症状(リウマチ性多発筋痛症、顎跛行)の性状は様々であり、60 歳以上の患者で最近頭痛が持続する場合は GCA が疑われるため、適切な検査が必要である。

Recent repeated attacks of amaurosis fugax associated with headache are strongly suggestive of GCA and should prompt urgent investigations.

頭痛を伴う直近の反復性一過性黒内障発作は GCA が強く疑われるため、緊急の検査が必要である。

The major risk is of blindness as a result of anterior ischaemic optic neuropathy, which can be prevented by immediate steroid treatment;

主なリスクは前部虚血性視神経症による失明であるが、迅速なステロイド治療で防止できる。

the time interval between visual loss in one eye and in the other is usually less than 1 week.

片眼の失明からもう片眼の失明までの期間は通常 1 週間未満である。

Patients with GCA are also at risk of cerebral ischaemic events and of dementia.

GCA の患者では脳虚血や認知症の発症リスクもある。

Histological diagnosis can be difficult, because the temporal artery may appear uninvolved in some areas (skip lesions), pointing to the necessity of serial sectioning.

側頭動脈が病変の領域を含んでいないところがあるため(跳び越し病変[skip lesions])、組織学診断では診断が困難であり、連続切片の必要性が指摘されている

6.4.2 Headache attributed to primary angiitis of the central nervous system (PACNS)

6.4.2 中枢神経系原発性血管炎(PACNS)による頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語:

Headache attributed to isolated CNS angiitis or granulomatous CNS angiitis.

孤立性中枢神経系血管炎(Isolated CNS angiitis)、肉芽腫性中枢神経系血管炎(granulomatous CNS angiitis)による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by and symptomatic of primary angiitis of the central nervous system.

中枢神経系原発性血管炎による症候性の頭痛。

Headache is the dominant symptom of this disorder, but lacks specific features.

頭痛はこの疾患では最もよくみられる症状であるが、特異的な性状はない。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Primary angiitis of the central nervous system (PACNS) has been diagnosed

B. 中枢神経系原発性血管炎 (PACNS) と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の項目のどちらかまたは両方が示されている:

1. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of onset of PACNS, or has led to the diagnosis of PACNS

1. 頭痛はPACNSの他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛がPACNSの診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかあるいは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of PACNS

a) 頭痛は PACNS の悪化に並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in PACNS resulting from steroid and/or immunosuppressive treatment

b) 頭痛はステロイドまたは免疫抑制治療(あるいはその両方)により、PACNS の改善に並行して有意に改善した

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and CNS infection, CNS neoplasia and reversible cerebral vasoconstriction syndrome have been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、中枢神経感染症、中枢神経の腫瘍形成、可逆性脳血管攣縮症候群が適切な検査で除外されている。

Comments:

コメント:

Headache is the dominant symptom in CNS angiitis (either primary or secondary).

頭痛は(一次性、二次性頭痛を問わず)中枢神経系血管炎においては最もよくみられる症状である。

It is present in 50-80% of cases according to the diagnostic methods used, angiography and histology, respectively.

血管造影および組織学的診断方法のいずれにおいても、症例の 50～80%に頭痛がみられる。

Nevertheless it has no specific features and is therefore of little diagnostic value until other signs are present, such as focal deficits, seizures, altered cognition or disorders of consciousness.

しかし、頭痛自体は中枢神経系血管炎に特有な症状ではないため、局在神経学的欠損、痙攣発作、認知異常、または意識障害などのその他の症状を呈するまで、診断的価値はほとんどない。

However, the absence of both headache and CSF pleocytosis makes CNS angiitis unlikely.

とはいえ、頭痛と髄液細胞数増加の両方を伴わない場合には、中枢神経系血管炎である可能性は低い。

The pathogenesis of 6.4.2 *Headache attributed to primary angiitis of the central nervous system* is multifactorial: inflammation, stroke (ischaemic or haemorrhagic), raised intracranial pressure and/or sub-arachnoid haemorrhage.

6.4.2「中枢神経系原発性血管炎による頭痛」の病因は多因子的であり、炎症、(虚血性または出血性)脳卒中、頭蓋内圧亢進またはくも膜下出血のいずれか 1 つ以上が関与する。

The effect of treatment is far less dramatic than in 6.4.1 *Headache attributed to giant cell arteritis*.

治療効果は 6.4.1「巨細胞性動脈炎(GCA)による頭痛」ほど劇的なものではない。

Histologically proven primary CNS angiitis remains a serious and not infrequently lethal condition.

組織学的に証明されていた中枢神経系原発性血管炎は、重篤であり、死に至ることも少なくない。

6.4.3 Headache attributed to secondary angiitis of the central nervous system (SACNS)

6.4.3 中枢神経系統発性血管炎 (SACNS) による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by and symptomatic of secondary angiitis of the central nervous system.

中枢神経系統発性血管による症候性の頭痛。

Headache is the dominant symptom of this disorder, but lacks specific features.

頭痛はこの疾患において最もよくみられる症状であるが、特異的な性状はない

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Secondary angiitis of the central nervous system (SACNS) (angiitis of the CNS in the presence of systemic angiitis) has been diagnosed

B. 中枢神経系統発性血管炎 (SACNS、全身性血管炎の存在下での中枢神経系の血管炎) と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の項目のどちらかまたは両方が示されている:

1. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of onset of SACNS

1. 頭痛は SACNS 発症の臨床症候と時期が一致して出現した

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the systemic angiitis

a) 頭痛は全身性血管炎の悪化と並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the systemic angiitis resulting from steroid and/or immunosuppressive treatment

b) 頭痛はステロイドまたは免疫抑制治療(あるいはその両方)により、全身性血管炎の改善と並行して有意に改善した

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Headache is the dominant symptom in CNS angiitis (either primary or secondary).

頭痛は(原発性、続発性を問わず)中枢神経系血管炎において最もよくみられる症状である。

It is present in 50-80% of cases according to the diagnostic methods used, angiography and histology, respectively.

血管造影および組織学的診断方法のいずれにおいても、症例の 50～80%に頭痛がみられる。

Nevertheless it has no specific features and is therefore of little diagnostic value until other signs are present such as focal deficits, seizures, altered cognition or disorders of consciousness.

しかし、頭痛は中枢神経系血管炎に特異的な特徴ではないため、局在神経学的欠損、痙攣発作、認知異常、意識障害などのその他の症状を呈するまで、診断的価値はほとんどない。

However, the absence of both head-ache and CSF pleocytosis makes CNS angiitis unlikely.

とはいえ、頭痛と髄液細胞増加症の両方を伴わない場合には、中枢神経系血管炎である可能性は低い。

The difficulty here is two-fold: 1) diagnosing CNS angiitis in a patient known to have one of the many conditions that can cause angiitis; 2) finding the underlying condition (inflammatory, infectious, malignant, toxic) in a patient presenting with CNS angiitis.

以下の場合、中枢神経系統発性血管炎による頭痛を診断するには困難が増加する。1)血管炎の原因となり得る多くの条件の 1 項目を有する患者を中枢神経系血管炎と診断すること；2)中枢神経系血管炎を呈する患者の潜在性病変(炎症、感染、悪性、中毒性)を見つけること。

The pathogenesis of 6.4.3 *Headache attributed to secondary angiitis of the central nervous system* is multifactorial: inflammation, stroke (ischaemic or haemorrhagic), raised intracranial pressure and/or subarachnoid haemorrhage.

6.4.3「中枢神経系統発性血管炎による頭痛」の病因は多因子的であり、炎症、(虚血性あるいは出血性)脳卒中、頭蓋内圧亢進またはくも膜下出血のいずれか 1 つ以上が関与する。

6.5 Headache attributed to cervical carotid or vertebral artery disorder

6.5 頸部頸動脈または椎骨動脈障害による頭痛

Description:

解説:

Headache and/or pain in the face and/or neck caused by non-inflammatory lesions affecting the cervical carotid and/or vertebral arteries.

頸部頸動脈または椎骨動脈(あるいは両方)が障害される非炎症性病変による頭痛、顔面痛または頸部痛。

The pain generally has a sudden (even thunderclap) onset.

痛みは通常突然(雷鳴性のこともある)発症する。

It can remain isolated or be a warning symptom preceding the focal deficits of ischaemic

stroke.

痛みだけのこともあるし、虚血性脳卒中の局在神経学的欠損に先行する警告症状でもありえる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache and/or facial or neck pain fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛、顔面痛または頸部痛であり、C を満たす

B. A cervical artery lesion has been demonstrated, or a surgical or radiological intervention has been performed on a cervical artery

B. 頸部動脈病変が示されている、または外科的あるいは放射線学的治療が頸部動脈に実施されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. pain has developed in close temporal relation to other local signs of cervical artery disorder, or has led to the diagnosis of cervical artery disorder

1. 痛みは頸部動脈疾患の他の局在徴候と時期的に一致して出現した、または痛みが頸部動脈疾患の診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) pain has significantly worsened in parallel with other signs of the cervical artery lesion

a) 痛みは頸部動脈病変の他の徴候と並行して有意に悪化した

b) pain has significantly improved or resolved within 1 month of its onset

b) 痛みは発症から 1 ヶ月以内に寛解するか有意に改善した

3. pain is unilateral and ipsilateral to the affected cervical artery

3. 痛みは一側性で障害された頸部動脈と同側に起こる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

6.5.1 Headache or facial or neck pain attributed to cervical arterial dissection

(Headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery dissection として翻訳)

6.5.1 頸部頸動脈または椎骨動脈の解離による頭痛、顔面痛または頸部痛

Description:

解説:

Headache and/or pain in the face and/or neck caused by dissection of a cervical carotid or vertebral artery.

頸部頸動脈または椎骨動脈の解離によって起こる頭痛、顔面痛または頸部痛。

The pain is usually ipsilateral to the dissected vessel and generally has a sudden (even thunderclap) onset.

痛みは通常、解離した血管の同側に起こり、一般的に通常突然(雷鳴性のこともある)発症する

It can remain isolated or be a warning symptom preceding ischaemic stroke.

痛みだけのこともあるし、または虚血性脳卒中に先行する警告症状でもありえる

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache and/or facial or neck pain fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛、顔面痛または頸部痛であり、C を満たす

B. Cervical carotid or vertebral dissection has been diagnosed

B. 頸部頸動脈または椎骨動脈の解離と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. pain has developed in close temporal relation to other local signs of cervical artery dissection, or has led to the diagnosis of cervical artery dissection

1. 痛みは頸部動脈解離の他の局在徴候と時期的に一致して出現した、または痛みが頸部動脈解離の診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) pain has significantly worsened in parallel with other signs of the cervical artery lesion

a) 痛みは頸部動脈病変の他の徴候と並行して有意に悪化した

b) pain has significantly improved or resolved within 1 month of its onset

b) 痛みは発症から 1 ヶ月以内に寛解または有意に改善した

3. either or both of the following:

3. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) pain is severe and continuous for days or longer

a) 痛みは重度で数日以上続く

b) pain precedes signs of acute retinal and/or cerebral ischaemia

b) 痛みは網膜または脳(あるいは両方)の急性期虚血の徴候に先行する

4. pain is unilateral and ipsilateral to the affected cervical artery

4. 痛みは一側性で、障害された頸部動脈と同側である

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Headache with or without neck pain can be the only manifestation of cervical artery dissection.

頭痛(頸部痛を伴う場合も伴わない場合もある)が、頸部動脈解離の唯一の症状のことがある。

It is by far the most frequent symptom (55-100% of cases), and the most frequent inaugural symptom (33-86% of cases), of this disorder.

頭痛は最も頻度の高い症状(症例の 55～100%)で、かつ最も頻度の高い初発症状でもある(症例の 33～86%)。

6.5.1 *Headache or facial or neck pain attributed to cervical arterial dissection* is usually unilateral (ipsilateral to the dissected artery), severe and persistent (for a mean of 4 days).

6.5.1「頸部頸動脈または椎骨動脈の解離による頭痛、顔面痛または頸部痛」は通常片側性(解離動脈と同側)であり、重度で、持続性(平均 4 日間)である。

However, it has no constant specific pattern and it can sometimes be very misleading, mimicking other headaches such as 1. *Migraine*, 3.1 *Cluster headache* or 4.4 *Primary thunderclap headache*.

しかし、頭痛は、発現に一定の特異的なパターンはなく、1.「片頭痛」、3.1「群発頭痛」、4.4「一次性雷鳴頭痛」などの他の頭痛と類似しており、往々にして誤診されやすい。

Associated signs (of cerebral or retinal ischaemia and local signs) are common: a painful Horner's syndrome, painful tinnitus of sudden onset or painful XIIth nerve palsy are highly suggestive of carotid artery dissection.

脳または網膜の虚血および局在徴候を伴うことが多い: 有痛性ホルネル症候群または有痛性耳鳴が突然発症した場合、あるいは有痛性舌下神経麻痺は、頸動脈解離である可能性が高い。

Cervical artery dissection may be associated with intracranial artery dissection, which is a potential cause of subarachnoid haemorrhage.

頸部動脈解離は、くも膜下出血の原因となり得る頭蓋内動脈解離を伴うことがある。

6.7.4 *Headache attributed to intracranial arterial dissection* may be present in addition to 6.5.1 *Headache or facial or neck pain attributed to cervical arterial dissection*.

6.7.4「頭蓋内動脈解離による頭痛」は、6.5.1「頸部頸動脈または椎骨動脈の解離による頭痛、顔面痛または頸部痛」に付加的に存在することもある。

6.5.1 *Headache or facial or neck pain attributed to cervical arterial dissection* usually precedes the onset of ischaemic signs, and therefore requires early diagnosis and treatment.

6.5.1「頸部頸動脈または椎骨動脈の解離による頭痛、顔面痛または頸部痛」は通常虚血徴候の発症に先行するため、早期診断・治療が必要である。

Diagnosis is based on cervical MRI with fat suppression, Duplex scanning, MRA and/or CTA and, in doubtful cases, conventional angiography.

診断は脂肪抑制頸部 MRI、duplex scanning、MRA または CTA のいずれか 1 つ以上の結果に基づいて行われ、疑いのある症例では従来の血管造影を行う。

Several of these investigations are commonly needed as any of them can be normal.

一つの検査では正常となることがあるため、一般に複数の検査を組み合わせで行う必要がある。

There have been no randomized trials of treatment, but there is a consensus in favour of heparin followed by warfarin for 3-6 months according to the quality of the arterial recovery.

治療法について無作為化試験による評価はないが、まずヘパリンで治療を行い、動脈の回復状態により、続けてワルファリンを 3～6 ヶ月投与する方法がコンセンサスを得ている。

6.5.2 *Post-endarterectomy headache*

6.5.2 動脈内膜切除術後頭痛

Description:

解説:

Headache caused by the surgical procedure of carotid endarterectomy.

頸動脈内膜切除術の外科的処置によって起こる頭痛。

Pain can also involve the neck and face.

痛みは頸部や顔面に起こる。

It can remain isolated or be a warning symptom preceding the focal deficits of (mostly haemorrhagic) stroke.

痛みのみのこともあるし、または(多くは出血性)脳卒中の局在神経学的欠損に先行する警告症状でもありえる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、Cを満たす

B. Carotid endarterectomy has been performed

B. 頸動脈内膜切除術が行われた

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache develops within 1 week of carotid endarterectomy

1. 頭痛は頸動脈内膜切除術後1週間以内に出現する

2. headache resolves within 1 month after carotid endarterectomy

2. 頭痛は頸動脈内膜切除術後1ヵ以内に寛解する

3. headache is unilateral, on the side of the carotid endarterectomy, and has one of the following three characteristics:

3. 頭痛は一側性で頸動脈内膜切除術側に起こり、以下の3つの特徴のうちの1つを満たす:

a) diffuse mild pain

a) 頭部全体の軽度の痛み

b) cluster headache-like pain occurring once or twice a day in attacks lasting 2-3 hours

b) 1 日に 1～2 回発現する群発頭痛様の痛みで発作が 2～3 時間持続する

c) pulsating severe pain

c) 拍動性で重度の痛み

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and arterial dissection has been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、動脈解離が適切な検査で除外されている。

Comment:

コメント:

Three subforms of 6.5.2 *Post-endarterectomy headache* have been described (but are not separately coded).

6.5.2「動脈内膜切除術後頭痛」のサブフォームが 3 種類記載されているが、分けてコード化されていない。

The most frequent (up to 60% of cases) is a diffuse, mild isolated headache occurring in the first few days after surgery.

最も頻度が高い(症例の最大 60%)のは、頭部全体、軽度、孤立性の頭痛で術後数日以内に発現する。

It is a benign self-limiting condition.

良性で自然寛解する。

The second subform (reported in up to 38% of cases) is a unilateral cluster headache-like pain with attacks, lasting 2-3 hours, occurring once or twice a day.

2 番目に多い(症例の最大 38%)のは、片側性、群発頭痛様、発作性の痛みで、1 日に 1～2 回発現し、1 回の発作は 2～3 時間持続する。

It resolves in about 2 weeks.

この場合、約 2 週間で寛解する。

The third subform is part of the rare hyperperfusion syndrome, with a unilateral pulsating and severe pain occurring 3 days after surgery.

3 番目のタイプは、稀な過灌流症候群 (hyperperfusion syndrome) によるもので、片側性、拍動性かつ重度の痛みを伴い、手術から 3 日後に発現する。

It often precedes a rise in blood pressure and the onset of seizures or neurological deficits on or about the seventh day.

この頭痛は、術後約 7 日目の血圧上昇および痙攣または神経学的欠損に先行して発現する。

Urgent treatment is required, as these symptoms can herald cerebral haemorrhage.

これらの症状は、脳出血の前触れのことがあるので、緊急の治療が必要である。

6.5.3 Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty

6.5.3 頸動脈または椎骨動脈の血管形成術性頭痛

Description:

解説:

Headache caused by the surgical procedure of cervical angioplasty.

頸部血管形成術の外科的手技による頭痛。

Pain can also involve the neck and face.

痛みは頸部と顔面に起こる。

It can remain isolated or be a warning symptom preceding the focal deficits of (mostly haemorrhagic) stroke.

痛みのみのこともあるし、または(多くは出血性)脳卒中の局在神経学的欠損に先行する警告症状でもありえる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache, fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で C を満たす

B. Carotid or vertebral angioplasty has been performed

B. 頸動脈または椎骨動脈の血管形成術が行われた

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の全ての項目が示されている:

1. headache has developed within 1 week of the angioplasty

1. 頭痛は血管形成術から 1 週間以内に出現した

2. headache has resolved within 1 month after the angioplasty

2. 頭痛は血管形成術から 1 ヶ月以内に寛解した

3. headache is on the same side as the angioplasty

3. 頭痛は血管形成術と同側である

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and arterial dissection has been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、動脈解離が適切な検査で除外されている。

Comments:

コメント:

Percutaneous transluminal angioplasty (PTA) and stenting versus surgery are presently undergoing randomized trials.

経皮経管動脈形成術 (PTA) およびステント術を外科的手術と比較した無作為化試験が継続中である。

Data on headache are still scarce, and headache is not mentioned in large series of

carotid PTA.

頭痛に関するデータはまだきわめて少なく、頸動脈 PTA の大規模研究にも頭痛の記載はない。

In a small series of 53 patients, cervical pain occurred during balloon inflation in one-half of patients and head pain in one-third, mostly disappearing within seconds of balloon deflation.

患者 53 例の小規模研究では、バルーン拡張中に患者の半数において頸部痛が、1/3 に頭痛が発現し、ほとんどの場合、痛みはバルーン収縮後速やかに消失した。

6.5.3 *Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty* has been reported as part of the rare hyperperfusion syndrome.

6.5.3「頸動脈または椎骨動脈の血管形成術性頭痛」は、稀な過灌流症候群の一部として報告されている。

6.6 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT)

6.6 脳静脈血栓症 (CVT) による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by cerebral venous thrombosis.

脳静脈血栓症による頭痛。

It has no specific characteristics: it is most often diffuse, progressive and severe, but can be unilateral and sudden (even thunderclap), or mild, and sometimes is migraine-like.

頭痛には特異的な性状はない: 多くはしばしば頭部全体で、進行性で重度であるが、片側性で、突然(雷鳴性のこともある)、あるいは軽度、そして時には片頭痛様でもある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache, fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Cerebral venous thrombosis (CVT) has been diagnosed

B. 脳静脈血栓症 (CVT) と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方の項目が示されている:

1. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of CVT, or has led to the discovery of CVT

1. 頭痛は CVT の他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛が CVT の診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with clinical or radiological signs of extension of the CVT

a) 頭痛は CVT 増悪の臨床的または放射線学的徴候と並行して有意に増悪した

b) headache has significantly improved or resolved after improvement of the CVT

b) 頭痛は CVT の改善後に頭痛は寛解するか有意に改善した

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Headache is by far the most frequent symptom of cerebral venous thrombosis (CVT), present in 80-90% of cases, and also the most frequent inaugural symptom.

頭痛は CVT において最も発症頻度が高い症状であり、症例の 80～90% に発現し、かつ最も頻度の高い初発症状でもある。

6.6 Headache attributed to cerebral venous thrombosis has no specific characteristics, but most often is diffuse, progressive and severe, and associated with other signs of intracranial hypertension.

6.6「脳静脈血栓症による頭痛」は特異的な性状はないが、しばしば頭部全体、進行性で重度の頭痛であり、他の頭蓋内圧亢進徴候を伴う。

It can also be unilateral and sudden, and sometimes very misleading, mimicking 1. *Migraine*, 4.4 *Primary thunderclap headache*, 7.2 *Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure* or 6.2.2 *Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage* (CVT can be a cause of SAH).

また、頭痛は片側性で突発し、1.「片頭痛」、4.4「1次性雷鳴頭痛」、7.2「低髄液圧による頭痛」または 6.2.2「非外傷性くも膜下出血による頭痛」(CVT が SAH の原因となりうる)に類似しており、往々にして誤診されやすい。

Headache can be the only manifestation of CVT but, in over 90% of cases, it is associated with focal signs (neurological deficits or seizures) and/or signs of intra-cranial hypertension, subacute encephalopathy or cavernous sinus syndrome.

頭痛が CVT の唯一の症状のことがあるが、症例の 90%以上で局在徴候(神経学的欠損または痙攣)や頭蓋内圧亢進、亜急性脳症、海綿静脈洞症候群の徴候を伴っている。

Given the absence of specific characteristics of 6.6 *Headache attributed to cerebral venous thrombosis*, any recent persisting headache should raise suspicion, particularly in the presence of an underlying prothrombotic condition.

6.6「脳静脈血栓症による頭痛」には特異的な性状がないため、最近頭痛が新規に発症し持続する場合には疑う必要がある。とりわけ、基礎疾患に凝固亢進状態がある場合は疑わしい。

Diagnosis is based on neuroimaging (MRI with T2*-weighted images plus MRA, or CT scan plus CT angiography, and intra-arterial angiography in doubtful cases).

診断は神経画像検査(T2*強調画像を含む MRI+ MRA または CT スキャン+CT 血管造影、さらに疑いのある症例に対しては動脈内血管造影)に基づいて行う。

Treatment should be started as early as possible and includes symptomatic treatment, heparin followed by at least 6 months of oral anticoagulation and, whenever indicated,

treatment of the underlying cause.

治療は可及的早期に開始すべきである。対症療法を行いつつ、まずヘパリンで治療し、続けて最低 6 ヶ月間の経口抗凝固薬投与を行う。また、適宜基礎疾患の治療も行う。

6.7 Headache attributed to other acute intracranial arterial disorder

6.7 その他の急性頭蓋内動脈障害による頭痛

6.7.1 Headache attributed to an intracranial endovascular procedure

6.7.1 頭蓋内血管内手技による頭痛

Description:

診断基準:

Unilateral headache caused directly by an intracranial endovascular procedure, ipsilateral to the procedure and lasting less than 24 hours.

頭蓋内血管内手技による一側性で、術側に起こり 24 時間未満に寛解する頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Intracranial angioplasty or embolization has been performed

B. 頭蓋内血管形成術または塞栓術が行われた

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の全ての項目が示されている:

1. headache has developed within seconds of the procedure

1. 頭痛は手技直後に発現した

2. headache has resolved within 24 hours after the end of the procedure

2. 頭痛は手技終了から 24 時間以内に寛解した

3. headache is severe, unilateral and ipsilateral to the procedure

3. 頭痛は重度、片側性で、術側である

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and arterial dissection has been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、適切な検査で動脈解離が除外されている。

Comment:

コメント:

A very specific subform of 6.7.1 *Headache attributed to an intracranial endovascular procedure* has been reported after balloon inflation or embolization of an AVM or aneurysm.

6.7.1「頭蓋内血管内手技による頭痛」の非常に特異的なサブフォームが、バルーン拡張後、または AVM あるいは動脈瘤の塞栓術後に起こることが報告されている。

It is a severe pain of abrupt onset, localized in a specific area according to the artery involved, occurring within a few seconds of the procedure and disappearing rapidly.

突発する重度の痛みが、操作された動脈の特定の領域に局限して、手技直後に発現し、直ちに消失する。

6.7.2 Angiography headache

6.7.2 血管造影性頭痛

Description:

解説:

Headache caused directly by cerebral angiography, either diffuse, burning and severe or, in people with migraine, with the clinical features of a migraine attack.

頭部全体の灼熱感を伴う重度の頭痛、または片頭痛の患者では片頭痛発作の臨床的特徴を呈する脳血管造影によって起こる頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Intra-arterial carotid or vertebral angiography has been performed

B. 動脈内の頸動脈または椎骨動脈の血管造影が行われた

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed during the angiography

1. 頭痛は血管造影中に出現した

2. headache has resolved within 72 hours after the end of the angiography

2. 頭痛は血管造影終了後 72 時間以内に寛解した

3. headache is either of the following:

3. 頭痛は以下のどちらかの項目を満たす:

a) diffuse, burning and severe

a) 頭部全体の灼熱感を伴い重度

b) in a patient with migraine, having the features of 1.1 *Migraine without aura* or 1.2 *Migraine with aura*

b) 片頭痛の患者では、1.1「前兆のない片頭痛」または 1.2「前兆のある片頭痛」の特徴を有する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Intracarotid or intravertebral injection of contrast induces a diffuse severe headache with a burning sensation, which resolves spontaneously.

頸動脈内または椎骨動脈内に造影剤を注入すると、灼熱感を伴う重度の頭部全体の頭痛が誘発されるが、自然に寛解する。

It can also trigger a migraine attack in a person who has 1. *Migraine*.

造影剤注入は 1.「片頭痛」患者では片頭痛発作を引き起こすことがある。

In the latter case, the patient should have both diagnoses: the appropriate subtype of 1. Migraine and 6.7.2 Angiography headache.

その場合は 1.「片頭痛」の適切なサブタイプおよび 6.7.2「血管造影性頭痛」の両方に診断されるべきである。

Contrast angiography is contraindicated in patients affected by any subform of 1.2.3 Hemiplegic migraine because it may trigger a life-threatening attack, with prolonged hemiplegia and coma.

遷延する片麻痺や昏睡を伴った生命を脅かす発作を来すことがあるために、1.2.3「片麻痺型片頭痛」のサブフォームのある患者では造影剤による血管造影は禁忌である

6.7.3 Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)

6.7.3 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by reversible cerebral vasoconstriction syndrome, typically thunderclap headache recurring over 1-2 weeks, often triggered by sexual activity, exertion, Valsalva manoeuvres and/or emotion.

性行為、労作、ヴァルサルヴァ手技あるいは感情などがしばしば引き金になり、典型的には 1～2 週間にわたって雷鳴頭痛を繰り返す可逆性脳血管攣縮症候群によって引き起こされる頭痛。

Headache can remain the sole symptom of RCVS.

頭痛は RCVS の唯一の症状のことがある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) has been diagnosed

B. 可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least one of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のうち少なくとも 1 項目が示されている:

1. headache, with or without focal deficits and/or seizures, has led to angiography (with ‘strings and beads’ appearance) and diagnosis of RCVS

1. 頭痛は局在神経学的欠損または痙攣発作(あるいはその両方)を伴うことも伴わないこともあり、血管造影で「数珠(strings and beads)」状外観を呈し、RCVSの診断の契機となった

2. headache has either or both of the following characteristics:

2. 頭痛は以下の項目のどちらかまたは両方の特徴をもつ:

a) recurrent during ≤ 1 month, and with thunderclap onset

a) 雷鳴頭痛として発症し、1 ヶ月以内は繰り返し起こる

b) triggered by sexual activity, exertion, Valsalva manoeuvres, emotion, bathing and/or showering

b) 性行為、労作、ヴァルサルヴァ手技、感情、入浴やシャワーなどが引き金となる

3. no new significant headache occurs >1 month after onset

3. 発症から 1 ヶ月を超えると著明な頭痛は起こらない

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and aneurysmal subarachnoid haemorrhage has been excluded by appropriate investigations.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、動脈瘤性くも膜下出血が適切な検査で除外されている

Comments:

コメント:

Reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) is a poorly understood condition, characterized clinically by severe diffuse headaches that typically are of the thunderclap type, mimicking aneurysmal SAH.

可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) の病態は十分には解明されておらず、臨床的には頭部全体の重度の頭痛で特徴付けられ、典型的には雷鳴頭痛のタイプであり、くも膜下出血に類似している。

RCVS is the most frequent cause of thunderclap headache recurring over a few days or weeks.

RCVS は数日あるいは数週に渡って雷鳴頭痛を繰り返す一番頻度の高い原因である。

6.7.3 *Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome* may rarely have other modes of onset: progressing rapidly over hours or more slowly over days.

6.7.3「可逆性脳血管攣縮症候群による頭痛」は稀ながら他の発症様式もありえる: 時間の単位に急速に進行することも、または日の単位で緩徐に進行することもある。

Headache is often the only symptom of RCVS, but the condition can be associated with fluctuating focal neurological deficits and sometimes seizures.

頭痛はしばしば RCVS の唯一の症状であるが、局在神経学的欠損が動揺したり、また時に痙攣発作を伴う。

Angiography is, by definition, abnormal, with alternating segments of arterial constriction and dilatation ('strings and beads' appearance).

血管造影は当然のことながら異常を呈し、動脈の収縮と拡張が交互に存在する(数珠状外観 'strings and beads' appearance)。

However, MR-, CT-and even catheter-angiography can be normal during the first week after clinical onset.

しかし、臨床症状が発症して 1 週間は MRA、CTA、さらにカテーテルによる血管造影でも正常のことがある。

Patients with recurring thunderclap headache and a normal angiogram, but fulfilling all other criteria for RCVS, should be considered as having 6.7.3.1 *Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome*.

雷鳴頭痛を繰り返し血管造影が正常の患者では、RCVS の他の診断基準をすべて満たしていれば、6.7.3.1「可逆性脳血管攣縮症候群による頭痛疑い」を考慮すべきである。

Brain MRI is abnormal in 30-80% of cases, showing various patterns of lesions including intracranial haemorrhages (convexity subarachnoid, intracerebral and/ or subdural), cerebral infarctions and/or cerebral oedema corresponding to ‘posterior reversible encephalopathy syndrome’.

頭部 MRI では 30～80%の症例で異常を呈し、頭蓋内出血（弁蓋部くも膜下出血、脳内出血または硬膜下出血）、脳梗塞、さらに「posterior reversible encephalopathy syndrome（後部可逆性脳症症候群）」に一致する脳浮腫などの様々なパターンの病変を呈する。

At least half of cases of RCVS are secondary, mainly postpartum and/or following exposure to vasoactive substances including illicit drugs, alpha-sympathomimetics and serotonergic drugs.

RCVS の少なくとも半数は二次性であり、主に産褥後、あるいは違法薬物、α交感神経刺激剤やセロトニン作動薬などの血管作動性物質の使用後に起こる。

The disease is self-limiting in 1-3 months, with resolution of the headache and disappearance of the arterial abnormalities (hence ‘reversible’).

この疾患は頭痛の寛解と血管異常の消失（従って「可逆性」）を伴い、1～3 ヶ月で自然寛解する。

However, strokes as a result of RCVS can produce permanent impairment.

しかし、RCVS による脳卒中を発症すると永続的な障害を来すことがある。

6.7.3.1 *Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome*

(RCVS)

6.7.3.1 可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) による頭痛の疑い

Description:

解説:

Headache typical for reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS), namely thunderclap headache recurring over 1-2 weeks and triggered by sexual activity, exertion, Valsalva manoeuvres and/or emotion, but the intracranial arterial beading typical of RCVS has not been demonstrated by cerebral angiography.

性行為、労作、ヴァルサルヴァ手技または感情などが引き金になり、1～2 週間にわたって雷鳴頭痛を繰り返すにも関わらず、脳血管造影で RCVS に典型的な頭蓋内血管の数珠状病変を呈さない可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) に典型的な頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、C を満たす

B. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) is suspected, but cerebral angiography is normal

B. 可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) が疑われるが、脳血管造影が正常である

C. Probability of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因の確からしさとして、以下の全ての項目が示されている:

1. at least two headaches within 1 month, with all three of the following characteristics:

1. 以下の 3 項目の特徴を全て満たす頭痛が 1 ヶ月以内に 2 回出現する

a) thunderclap onset, and peaking in <1 minute

a) 1分未満にピークがくる雷鳴様発症

b) severe intensity

b) 重度の頭痛

c) lasting ≥ 5 minutes

c) 5 分以上続く頭痛

2. at least one thunderclap headache has been triggered by one of the following:

2.以下の 1 項目が引き金となり、雷鳴頭痛が 1 回以上起こった

a) sexual activity (just before or at orgasm)

a) 性行為 (オルガスムス時あるいはその後)

b) exertion

b) 労作

c) Valsalva-like manoeuvre

c) ヴァルサルヴァ様手技

d) emotion

d) 感情

e) bathing and/or showering

e) 入浴またはシャワー (あるいはその両方)

f) bending

f) 身体を屈める

3. no new thunderclap or other significant head ache occurs >1 month after onset

3. 発症から 1 ヶ月を超えて新規の雷鳴頭痛または他の有意な頭痛がない

D. Not fulfilling ICHD-3 criteria for any other headache disorder

D. ICHD-3 診断基準を満たす他のいかなる頭痛もない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and aneurysmal subarachnoid haemorrhage has been excluded by appropriate investigations.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、動脈瘤性くも膜下出血が適切な検査で除外されている。

Comment:

コメント:

Large series of patients with confirmed RCVS have shown that up to 75% of patients presented with isolated headaches.

RCVS が確認された患者の大規模研究では、最大 75% の患者が頭痛のみを呈していた。

The arterial abnormalities of RCVS may be difficult to demonstrate.

RCVS の動脈異常の証明が困難なことがある。

Some RCVS cases need repeated CT or MR-angiography 2-3 weeks after headache onset and others need invasive conventional angiography to be detected.

RCVS の症例では、血管異常の検出のために頭痛発症後 2～3 週で CTA あるいは MRA を繰り返し行ったり、侵襲的な通常の脳血管造影が必要なことがある。

In patients who have recurrent, triggered thunderclap headaches typical for RCVS over a period of less than 1 month and normal initial cerebral angiography, and in whom another cause of the headaches has been excluded by appropriate investigations, a diagnosis of 6.7.3.1 *Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)* can be made.

1 ヶ月未満の期間に RCVS に典型的な雷鳴頭痛を繰り返し、初期の脳血管造影で正常、さらに適切な検査で頭痛の他の原因が除外されている場合は、6.7.3.1「可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) による頭痛疑い」と診断してよい。

6.7.4 Headache attributed to intracranial arterial dissection

6.7.4 頭蓋内動脈解離による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by dissection of an intracranial artery.

頭蓋内動脈解離で起こる頭痛。

The pain is mostly unilateral, ipsilateral to the dissected vessel, and generally has a sudden (even thunderclap) onset.

痛みは多くは片側性で、解離血管側に起こり、通常突然(雷鳴性のこともある)発症する。

It can remain isolated or be a warning symptom preceding (mostly haemorrhagic) stroke.

頭痛のみのこともあるし、(多くは出血性)脳卒中に先行する警告症状のこともある。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、Cを満たす

B. An intracranial arterial dissection has been diagnosed

B. 頭蓋内動脈解離と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of intracranial dissection, or has led to the diagnosis of intracranial dissection

1. 頭痛は頭蓋内解離の他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛が頭蓋内解離の診断の契機となった

2. headache resolves within 1 month of its onset

2. 発症1ヵ月以内に頭痛は寛解する

3. headache has either or both of the following characteristics:

3. 頭痛は以下の項目のどちらかまたは両方の特徴をもつ:

a) sudden or thunderclap onset

a) 突然あるいは雷鳴性の発症

b) severe intensity

b) 重度

4. headache is unilateral and ipsilateral to the dissection

4. 頭痛は片側性で解離と同側である

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント:

Dissection can affect any intracranial artery and may induce ischaemic infarcts, compression of adjacent structures or intracranial haemorrhages (subarachnoid or intracerebral).

解離は頭蓋内動脈のどの部位にも起こりえ、脳梗塞、近接部位の圧迫、頭蓋内出血(くも膜下出血または脳内出血)を起こすことがある。

Acute headache is often the presenting symptom and can be the sole symptom of this disorder.

解離ではしばしば急性の頭痛が起こり、唯一の症状のこともある。

6.8 Headache attributed to genetic vasculopathy

6.8 遺伝性血管異常症による頭痛

Description:

解説:

Headache occurring as part of the phenotypic spectrum of the genetic cerebral vasculopathies, mostly manifesting as recurrent attacks of headache, which may have the features of migraine with or without aura.

多くは繰り返す頭痛発作を来し、前兆のある片頭痛あるいは前兆のない片頭痛の病像を有することがある遺伝性脳血管異常症の部分症状として起こる頭痛。

Attacks can recur for years, and are usually associated from onset, or after a variable delay, with other manifestations of the causative mutation.

発作は年余に渡って繰り返し、通常、発症から伴い、原因となる突然変異の他の症状が後に起こってくる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent attacks of headache fulfilling criterion C

A. 頭痛発作を繰り返し、Cを満たす

B. A genetic vasculopathy has been diagnosed by appropriate genetic testing

B.適切な遺伝学的検査で遺伝性脳血管異常症と診断されている

C. Headache is either:

C. 頭痛はいずれかの項目を満たす:

1. migraine-like

1. 片頭痛様

2. the presenting symptom of stroke-like episodes

2. 脳卒中様のエピソードの症状を呈する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

6.8.1 Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts

and Leukoencephalopathy

(CADASIL)

6.8.1 皮質下梗塞および白質脳症を伴った常染色体優性脳動脈症 (CADASIL)

Description:

解説:

An autosomal dominant (with some sporadic cases) small-artery disease of the brain characterized clinically by recurrent small deep infarcts, subcortical dementia, mood disturbances and, in one-third of cases, by migraine with aura (which is usually the first symptom of the disease).

小さい深部梗塞を繰り返し、皮質下認知症、気分障害、1/3 の症例では前兆のある片頭痛 (通常この疾患の初発症状) が臨床的な特徴である常染色体優性 (弧発例もある) の脳の小動脈疾患。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent attacks of migraine with typical, hemiplegic or prolonged aura, fulfilling criterion C

A. 典型的、片麻痺性、または遷延性の前兆のある片頭痛発作を繰り返し、C を満たす

B. Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL) has been demonstrated by genetic testing for NOTCH-3 mutations and/or skin biopsy evidence

B. 遺伝子検査による NOTCH-3 突然変異または皮膚生検 (あるいは両者) で皮質下梗塞および白質脳症を伴った常染色体優性脳動脈症 (CADASIL) と証明されている

C. Either or both of the following:

C. 以下の項目どちらかあるいは両方を満たす:

1. migraine with aura was the earliest clinical manifestation of CADASIL

1. 前兆のある片頭痛が CADASIL の初期の臨床症状であった

2. attacks of migraine with aura improve or cease when other manifestations of CADASIL (e.g. ischaemic stroke, mood disturbances and/or cognitive dysfunction) appear and worsen

2. CADASIL の他の症状(虚血性脳卒中、気分障害、認知機能障害のいずれか(またはその全て))が出現したり、悪化したときに前兆のある片頭痛発作が改善したり、消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

CADASIL is an autosomal dominant disease, with some sporadic cases, involving the smooth muscle cells in the media of small arteries of the brain.

CADASIL は優性遺伝性疾患であるが、孤発例も存在し、脳の小動脈中膜の平滑筋細胞を障害する。

It is a result of mutations of the NOTCH-3 gene; the diagnosis is made by screening for NOTCH-3 mutations or by a simple skin biopsy with immunostaining of NOTCH-3 antibodies.

NOTCH-3 遺伝子の遺伝子変異によって発症する。NOTCH-3 の遺伝子変異または NOTCH-3 抗体の免疫染色による単純皮膚生検でスクリーニングして診断する。

CADASIL is characterized clinically by recurrent small deep infarcts, subcortical dementia, mood disturbances and, in one-third of cases, by migraine with aura.

CADASIL は、小さい深部梗塞を繰り返し、皮質下認知症、気分障害、1/3 の例では前兆のある片頭痛が臨床的な特徴である。

In such cases, this is usually the first symptom of the disease, appearing at a mean age of 30 years, some 15 years before ischaemic strokes and 20-30 years before death.

通常、片頭痛が初発の症状であり、平均して 30 歳頃、虚血性卒中の 15 年前、死亡の 20～30 年前に発現する。

Migraine attacks are typical of 1.2 Migraine with aura except for an unusual frequency of prolonged aura.

遷延性前兆の異常な頻度を除けば、1.2「前兆のある片頭痛」の典型的な片頭痛発作と同じである。

MRI is always abnormal, with striking white matter changes on T2-weighted images.

MRI では常に T2 強調画像での著明な白質変化の異常を示す。

6.8.2 Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)

6.8.2 ミトコンドリア脳症・乳酸アシドーシス・脳卒中様発作症候群 (MELAS)

Description:

解説:

A genetically heterogeneous mitochondrial disorder with a variable clinical phenotype, including features of central nervous system involvement (seizures, hemiparesis, hemianopia, cortical blindness, sensorineural deafness and/or episodic vomiting) and, frequently, headache, which is either recurrent in migraine-like attacks or a presenting symptom of stroke-like episodes.

中枢神経が障害され、痙攣発作、片麻痺、半盲、皮質盲、感覚神経性難聴あるいは反復性嘔吐を来し、さらに頻繁に頭痛も来すが、片頭痛様の発作あるいは脳卒中様のエピソードの症状を繰り返す多様な臨床像を呈する遺伝学的に異質なミトコンドリア障害。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent attacks of headache fulfilling criterion C

A. 頭痛発作を繰り返し、C を満たす

B. A mitochondrial genetic abnormality associated with MELAS has been demonstrated

B. MELAS に伴う遺伝性ミトコンドリア異常と証明されている

C. Either or both of the following:

C. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

1. recurrent migraine attacks with or without aura

1. 前兆のある片頭痛または前兆のない片頭痛を繰り返す

2. acute headache preceding focal neurological deficits and/or seizures

2. 局在神経学的欠損または痙攣発作(あるいは両方)に急性頭痛が先行する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント:

MELAS syndrome, comprising mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis and stroke-like episodes, is a genetically heterogeneous mitochondrial disorder with a variable clinical phenotype.

MELAS 症候群は、ミトコンドリア筋疾患、脳症、乳酸アシドーシス、脳卒中様エピソードから成り立っており、遺伝学的に異質なミトコンドリア障害で、多様な症状を呈する。

The disorder is accompanied by features of central nervous system involvement, including seizures, hemiparesis, hemianopia, cortical blindness, sensorineural deafness and episodic vomiting.

この異常症は、中枢神経が障害され、痙攣発作、片麻痺、半盲、皮質盲、感覚神経性難聴あるいは反復性嘔吐を伴う。

Headache is frequent in MELAS, either as recurrent migraine-like attacks or as the presenting symptom of stroke-like episodes.

MELAS では頻繁に頭痛を来すが、片頭痛様の発作を繰り返したり、あるいは脳卒中様のエピソードの症状を呈する。

The high frequency of migraine-like attacks as part of MELAS has led to the hypothesis that mitochondrial mutations may play a role in migraine with aura, but the 3243

mutation was not detected in two groups of subjects with 1.2 *Migraine with aura*.

片頭痛様発作は MELAS で発症頻度が高いため、ミトコンドリア突然変異が前兆のある片頭痛に関与するという仮説が提唱された。しかし、DNA3243 番目の点変異は 1.2「前兆のある片頭痛」を有する被験者の 2 つの群において検出されなかった。

Other yet-undetected mutations may play a role in both migraine and ischaemic stroke, as migraine attacks, mostly with aura, also occur in other mitochondrial disorders.

その他のミトコンドリア障害でも片頭痛（ほとんどが前兆を伴う）発作が発現するため、片頭痛および虚血性脳卒中の発症においてまだ検出されていない何らかの突然変異が関与している可能性がある。

6.8.3 Headache attributed to other genetic vasculopathy

6.8.3 その他の遺伝性血管異常症による頭痛

Description:

解説:

Migraine with or without aura occurring as part of the phenotypic spectrum of a genetic vasculopathy other than those described above.

上述した以外の遺伝性血管異常症の臨床症状の一部として起こる前兆のある片頭痛または前兆のない片頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent attacks of migraine with or without aura, fulfilling criterion C

A. 前兆のある片頭痛または前兆のない片頭痛発作を繰り返し、C を満たす

B. A genetic vasculopathy has been demonstrated by appropriate genetic testing

B.適切な遺伝学的検査で遺伝性血管異常症と証明されている

C. Migraine attacks are understood to be part of the syndrome associated with the genetic vasculopathy

C. 片頭痛発作は遺伝性血管異常症に伴う症候群の一部分症と理解されうる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント:

Recurrent migraine attacks have been reported as part of the clinical spectrum of the autosomal dominant disorder, retinal vasculopathy with cerebral leukodystrophy (RVCL), which is caused by TREX1 mutations, and of hereditary infantile hemiparesis, retinal arterial tortuosity and leukoencephalopathy (HIHRATL), a condition occurring as a result of COL4A1 mutations.

優性遺伝性疾患で TREX1 遺伝子変異で起こる retinal vasculopathy with cerebral leukodystrophy (RVCL)、COL4A1 遺伝子変異で起こる hereditary infantile hemiparesis, retinal arterial tortuosity and leukoencephalopathy (HIHRATL)の臨床症状の 1 つとして繰り返す片頭痛発作が報告されている。

Only a few families with either disorder have been reported.

いずれの疾患も少数の家系で報告されている。

Because of the presence of other severe manifestations, migraine has not been systematically investigated in these pedigrees.

重篤な他の症状に伴うために、これらの家系全体に及ぶ片頭痛は調査されていない。

It appears that RVCL was mainly associated with attacks of 1.1 *Migraine without aura* and HIHRATL with attacks of 1.2 *Migraine with aura*.

RVCL は主に 1.1「前兆のない片頭痛」、HIHRATL は 1.2「前兆のある片頭痛」を伴っている。

6.9 Headache attributed to pituitary apoplexy

6.9 下垂体卒中による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by pituitary apoplexy, usually with sudden (even thunderclap) onset and severe intensity, and accompanied from onset or later by visual symptoms and/or hypopituitarism.

通常突然(雷鳴性のこともある)発症し、重度で、発症時あるいは発症後に視覚症状あるいは下垂体機能低下(あるいは両方)を伴う下垂体卒中による頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新規の頭痛で、Cを満たす

B. Acute haemorrhagic pituitary infarction has been diagnosed

B. 急性出血性下垂体梗塞と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in close temporal relation to other symptoms and/or clinical signs of pituitary apoplexy, or has led to the diagnosis of pituitary apoplexy

1. 頭痛は下垂体卒中の他の臨床症候と時期的に一致して出現した、または頭痛が下垂体卒中の診断の契機となった

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のどちらかまたは両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with other symptoms and/or clinical signs of pituitary apoplexy

a) 頭痛は下垂体卒中の他の臨床症候と並行して著明に悪化した

b) headache has significantly improved in parallel with other symptoms and/or clinical

signs of improvement of pituitary apoplexy

b) 頭痛は下垂体卒中の他の症候と並行して有意に改善した

3. headache is severe and of sudden or thunderclap onset

3. 頭痛は重度で突然または雷鳴性の発症をする

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

The rare clinical syndrome of pituitary apoplexy is an acute, life-threatening condition.

この下垂体卒中という稀な臨床的症候群は、急性かつ生命を脅かす疾患である。

It is one of the causes of thunderclap headache.

雷鳴頭痛の原因の 1 つでもある。

Most cases occur as the first presentation of rapid enlargement of non-functioning pituitary macroadenomas as a result of haemorrhage and/or infarction.

多くの場合、非機能性下垂体 macroadenoma の出血または梗塞(あるいは両方)を来とし急速な増大する際の最初の症状として起こる。

It is one of the causes of non-aneurysmal subarachnoid haemorrhage.

非動脈瘤性くも膜下出血の原因の 1 つでもある。

MRI is more sensitive than CT scan for detecting intrasellar pathology.

トルコ鞍内の異常を調べるには、CT スキャンよりも磁気共鳴画像 (MRI) のほうが、感度が良い。

Bibliography

6.1.1 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction)

Ferro JM, Melo TP, Oliveira V, et al. A multivariate study of head-ache associated with

ischemic stroke. *Headache* 1995; 35: 315.319.

Fisher CM. Headache in acute cerebrovascular disease. In: Vinken PH and Bruyn GW eds. *Headache and cranial neur-algias. Handbook of clinical neurology.* Amsterdam: Elsevier 1968; 5: 124.156.

Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR and Langenberg D. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36: 1445.1450. Portenoy RK, Abissi CJ, Lipton RB, et al. Headache in cerebro-vascular disease. *Stroke* 1984; 15: 1009.1012.

Schwedt TJ and Dodick DW. Thunderclap stroke: Embolic cer-ebellar infarcts presenting as thunderclap headache. *Headache* 2006; 46: 520.522.

Verdelho A, Ferro JM, Melo T, et al. Headache in acute stroke. A prospective study in the first 8 days. *Cephalalgia* 2008; 28: 346.354.

6.1.2 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA)

Caplan LR. Migraine and vertebrobasilar ischemia. *Neurology* 1991; 41: 55.61.

Ferro JM, Costa I, Melo TP, et al. Headache associated with transient ischemic attacks. *Headache* 1995; 35: 544.548.

Fisher CM. Migraine accompaniments versus arteriosclerotic ischemia. *Trans Am Neurol Assoc* 1968; 93: 211.213.

Fisher CM. Cerebral ischemia: Less familiar types. *Clin Neurosurg* 1971; 18: 267.336.

Fisher CM. Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. *Can J Med Sci* 1980; 7: 9.17.

Martsen BH, Sorensen PS and Marquardsen J. Transient ischemic attacks in young patients: a thromboembolic or migrainous manifestation? A ten-year follow-up of 46 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1990; 53: 1029.1033.

6.2.1 Headache attributed to non-traumatic intra-cerebral haemorrhage

Ferro JM, Melo TP and Guerreiro M. Headaches in intracerebral hemorrhage survivors. *Neurology* 1998; 50: 203.207.

Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR and Langenberg P. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36: 1445. 1450.

Jensen TS and Gorrelick PB. Headache associated with stroke and intracranial

hematoma. In: The Headaches. 2nd edition. J Olesen, P Telt-Hansen and KMA Welch eds. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2000, 781.787.

Melo TP, Pinto AN and Ferro JM. Headache in intracerebral hematomas. *Neurology* 1996; 47: 494.500.

Schuaib A, Metz L and Hing T. Migraine and intra-cerebral hemorrhage. *Cephalalgia* 1989; 9: 59.61.

Verdelho A, Ferro JM, Melo T, et al. Headache in acute stroke. A prospective study in the first 8 days. *Cephalalgia* 2008; 28: 346.354.

6.2.2 Headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH)

Bassi P, Bandera R, Loiero M, et al. Warning signs in subarachnoid hemorrhage: A cooperative study. *Acta Neurol Scand* 1991; 84: 277.281.

Edlow JA and Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *NEJM* 2000; 342: 29.36.

Evans RW. Diagnostic testing for the evaluation of headaches. *Neurology Clinics* 1996; 14: 1.26.

Linn FHH, Rinkel GJE, Algra A and van Gijn J. Headache characteristics in subarachnoid haemorrhage and benign thunderclap headache. *J Neurol Neurosurg Psych* 1998; 65: 791.793.

Mayberg MR, Batjer HH, Dacey R, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke* 1994; 25: 2315.2328.

. International Headache Society 2013

Ramirez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, et al. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol* 1997; 54: 1506. 1509.

Seymour JJ, Moscati RM and Jehle DV. Response of headaches to non-narcotic analgesics resulting in missed intracranial hemorrhage. *Am J Emerg Med* 1995; 13: 43.45.

Sidman R, Vconnolly E and Lemke T. Subarachnoid hemorrhage diagnosis: Lumbar puncture is still needed when the computed tomography scan is normal. *Acad Emerg Med* 1996; 3: 827.831.

Van der Wee N, Rinkel GJE, Hasan D and van Gijn J. Detection of subarachnoid hemorrhage on early CT: is lumbar puncture still needed after a negative scan? *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1995; 58: 357.359.

Verweij RD, Wijdicks EFM and van Gijn J. Warning headache in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. A case control study. *Arch Neurol* 1988; 45: 1019.1020.

Weir B. Diagnostic aspects of SAH. In: Weir B. Subarachnoid hemorrhage: causes and cures. New York: Oxford University Press 1998, 144.176.

6.2.3 Headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH)

Chhiber SS and Singh JP. Acute spontaneous subdural hema-toma of arterial origin: A report of four cases and review of literature. *Neurol India* 2010; 58: 654.658.

Depreitere B, Van Calenbergh F and van Loon J. A clinical comparison of non-traumatic acute subdural haematomas either related to coagulopathy or of arterial origin without coagulopathy. *Acta Neurochir (Wien)* 2003; 145: 541.546.

Koerbel A, Ernemann U and Freudenstein D. Acute subdural hematoma without subarachnoid hemorrhage caused by rup-ture of internal carotid artery bifurcation aneurysm: Case report and review of literature. *Br J Radiol* 2005; 78: 646.650.

Missori P, Fenga L, Maraglino C, et al. Spontaneous acute sub-dural hematomas. A clinical comparison with traumatic acute subdural hematomas. *Acta Neurochir (Wien)* 2000; 142: 697.

701.

de Noronha RJ, Sharrack B, Hadjivassiliou M and Romanowski CA. Subdural haematoma: a potentially serious consequence of spontaneous intracranial hypotension. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 752.755.

Ogawa K, Oishi M, Mizutani T, et al. Dural arteriovenous fistula on the convexity presenting with pure acute subdural hema-toma. *Acta Neurol Belg* 2010; 110: 190.192.

Takahashi S, Shinoda J and Hayashi T. Cerebral Venous Sinus Thrombosis in an Adult Patient Presenting as Headache and Acute Subdural Hematoma. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2010; 21: 338.340.

6.3.1 Headache attributed to unruptured saccular aneurysm

Byruma EP, McGregor JM and Christoforidis GA. Thunderclap headache without subarachnoid hemorrhage associated with regrowth of previously coil-occluded aneur-ysms. *Am J Neuroradiol* 2009; 30: 1059.1061.

Day JW and Raskin NH. Thunderclap headache: Symptom of unruptured cerebral

aneurysm. *Lancet* 1986; 2: 1247.1248.

Linn FHH, Wijdicks EFM, van der Graaf Y, et al. Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Lancet* 1994; 344: 590.593.

Markus HS. A prospective follow-up of thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1991; 54: 1117.1125.

Mas JL, Baron JC, Boussier MG and Chiras J. Stroke, migraine and intracranial aneurysm: A case report. *Stroke* 1986; 17: 1019.1021.

Ostergard JR and Ramadan N. Unruptured vascular malformations and subarachnoid hemorrhage. In J Olesen, P Tfelt-Hansen and KMA Welch eds. *The Headaches* 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2000: 789.796.

Raps EC, Rogers JD, Galetta DL, et al. The clinical spectrum of unruptured intracranial aneurysms. *Arch Neurol* 1993; 50: 265.268.

Schievink WI. Intracranial aneurysms. *NEJM* 1997; 336: 28.40.

Wijdicks EFM, Kerkhoff H and van Gijn J. Long-term follow-up of 71 patients with thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *Lancet* 1988; 2: 68.70.

6.3.2 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM)

Bruyn GW. Intracranial arteriovenous malformation and migraine. *Cephalalgia* 1984; 4: 191.207.

Haas DC. Arteriovenous malformations and migraine: Case reports and an analysis of the relationship. *Headache* 1991; 31: 509.513.

Troost BT, Mark LE and Maroon JC. Resolution of classic migraine after removal of an occipital lobe AVM. *Ann Neurol* 1979; 5: 199.201.

6.3.3 Headache attributed to dural arteriovenous fistula (DAVF)

Garza I. Images from headache: A 'noisy' headache: Dural arteriovenous fistula resembling new daily persistent headache. *Headache* 2008; 48: 1120.1121.

Malek AM, Halbach VV, Dowd CF and Higashida RT. Diagnosis and treatment of dural arteriovenous fistulas. *Neuroimaging Clin N Am* 1998; 8: 445.468.

6.3.4 Headache attributed to cavernous angioma

Afridi S and Goadsby PJ. New onset migraine with a brain stem cavernous angioma. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2003; 74: 680.682.

De Benedittis G. SUNCT syndrome associated with cavernous angioma of the brain stem. *Cephalalgia* 1996; 16: 503.506.

Denier C, Labauge P, Brunereau L, et al. Clinical features of cerebral cavernous malformations patients with krit1 mutations. *Ann Neurol* 2004; 55: 213.220.

Epstein MA, Beerman PH and Schut L. Cavernous angioma presenting as atypical facial and head pain. *J Child Neurol* 1990; 5: 27.30.

Kivelev J, Niemela M, Kivisaari R and Hernesniemi J. Intraventricular cerebral cavernomas: a series of 12 patients and review of the literature. *J Neurosurg* 2010; 112: 140.149.

Robinson JR, Awad IA and Little JR. Natural history of the cavernous angioma. *J Neurosurg* 1991; 75: 709.714.

6.3.5 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome)

Chabriat H, Pappata S, Traykov L, et al. Angiomatose de Sturge Weber responsable d'une hemiplegie sans infarctus cerebral en fin de grossesse. *Rev Neurol (Paris)* 1996; 152: 536.541.

Klapper J. Headache in Sturge-Weber syndrome. *Headache* 1994; 34: 521.522.

. International Headache Society 2013

Lisotto C, Mainardi F, Maggioni F and Zanchin G. Headache in Sturge-Weber syndrome: a case report and review of the Literature. *Cephalalgia* 2004; 24: 1001.1004.

Pascual-Castroviejo I, Pascual-Pascual SI, Velazquez-Fragua R and Viano J. Sturge-Weber syndrome: Study of 55 patients. *Can J Neurol Sci* 2008; 35: 301.307.

6.4.1 Headache attributed to giant cell arteritis (GCA)

Caselli RJ and Hunder GG. Neurologic aspects of giant cell (temporal) arteritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1993; 19: 941.953.

Gonzalez-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, et al. Giant cell arteritis: Disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients. *Medicine (Baltimore)* 2005; 84: 269.276.

Hunder GG. Giant cell (temporal) arteritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16: 399.409.

Lee AG and Brazis PW. Temporal arteritis: A clinical approach. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1364.1370.

Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC, et al. EULAR recommendations for the

management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 318.323.

Solomon S and Cappa KG. The headache of temporal arteritis. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 163.165.

Thielen KR, Wydicks EFM and Nichols DA. Giant cell (temporal) arteritis: Involvement of the vertebral and internal carotid arteries. *Mayo Clin Proc* 1998; 73: 444.446.

6.4.2, 6.4.3 Headache attributed to primary or secondary angiitis of the central nervous system

Calabrese LH, Furlan AH, Gragg LA and Ropos TH. Primary angiitis of the central nervous system: Diagnostic criteria and clinical approach. *Cleve J Med* 1992; 59: 293.306.

Calabrese LH, Duna GF and Lie JT. Vasculitis in the central nervous system. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1189.1201.

Hajj-Ali RA, Singhal AB, Benseler S, et al. Primary angiitis of the CNS. *Lancet Neurol* 2011; 10: 561.572.

Harris KG, Tran DD, Sickels WJ, et al. Diagnosing intracranial vasculitis: The roles of MR and angiography. *Am J Neuroradiol* 1994; 15: 317.330.

Kumar R, Wijdicks EFM, Brown RD, et al. Isolated angiitis of the CNS presenting as subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psych* 1997; 62: 649.651.

Lie JT. Primary (granulomatous) angiitis of the central nervous system: A clinicopathologic analysis of 15 new cases and a review of the literature. *Hum Pathol* 1992; 23: 164.171.

Moore PM. Vasculitis of the central nervous system. *Semin Neurol* 1994; 14: 313.319.

Salvarani C, Brown RD, Jr, Calamia KT, et al. Primary central nervous system vasculitis: Analysis of 101 patients. *Ann Neurol* 2007; 62: 442.451.

Savage COS, Harper L, Cockwell P, et al. ABC of arterial and vascular disease: Vasculitis. *BMJ* 2000; 320: 1325.1328.

6.5.1 Headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery dissection

Arnold M, Cumurciuc R, Stapf C, et al. Pain as the only symptom of cervical artery dissection. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2006; 77: 1021.1024.

Biousse V, D'Anglejan-Chatillon J, Touboul PJ, et al. Time course of symptoms in extracranial carotid artery dissections. A series of 80 patients. *Stroke* 1995; 26: 235.239.

Debette S and Leys D. Cervical-artery dissections: Predisposing factors, diagnosis, and outcome. *Lancet Neurol* 2009; 8: 668.678.

Fisher CM. The headache and pain of spontaneous carotid dis-section. *Headache* 1982; 22: 60.65.

Guillon B, Le. vy C and Bousser MG. Internal carotid artery dis-section: An update. *J Neurol Sci* 1998; 153: 146.158.

Nakatomi H, Nagata K, Kawamoto S and Shiokawa Y. Ruptured dissecting aneurysm as a cause of subarachnoid hemorrhage of unverified etiology. *Stroke* 1997; 28: 1278.1282.

Ramadan NM, Tietjen GE, Levine SR and Welch KMA. Scintillating scotomata associated with internal carotid artery dissection: Report of three cases. *Neurology* 1991; 41: 1084.1087.

Silbert PL, Mokri B and Schievink WI. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. *Neurology* 1995; 45: 1517.1522.

Sturzenegger M. Headache and neck pain. The warning symptoms of vertebral artery dissection. *Headache* 1994; 34: 187.193.

Tzourio C, Benslamia L, Guillon B, et al. Migraine and the risk of cervical artery dissection: A case-control study. *Neurology* 2002; 59: 435.437.

6.5.2 Post-endarterectomy headache

Breen JC, Caplan LR, DeWitt LD, et al. Brain edema after car-otid surgery. *Neurology* 1996; 46: 175.181.

De Marinis M, Zaccaria A, Faraglia V, et al. Post endarterect-omy headache and the role of the oculo-sympathetic system. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1991; 54: 314.317.

Ille O, Woimant F, Pruna A, et al. Hypertensive encephalopathy after bilateral carotid endarterectomy. *Stroke* 1995; 26: 488.491.

Leviton A, Caplan L and Salzman E. Severe headache after car-otid endarterectomy. *Headache* 1975; 15: 207.209.

Tehindrazanarivelo A, Lutz G, Petitjean C and Bousser MG. Headache following carotid endarterectomy: A prospective study. *Cephalalgia* 1991; 11 suppl 11: 353.

6.5.3 Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty

Dietrich EB, Ndiaye M and Reid DB. Stenting in the carotid artery. Experience in 110 patients. *J Endovasc Surg* 1996; 3: 42.62.

Gil-Peralta A, Mayol A, Gonzalez Marcos JR, et al. Percutaneous transluminal

angioplasty of the symptomatic atherosclerotic carotid arteries; Results, complications and follow-up. *Stroke* 1996; 27: 2271.2273.

McCabe DJH, Brown MM and Clifton A. Fatal cerebral reperfusion hemorrhage after carotid stenting. *Stroke* 1999; 30: 2483.2486.

Munari LM, Belloni G, Moschini L, et al. Carotid pain during percutaneous angioplasty. Pathophysiology and clinical features. *Cephalalgia* 1994; 14: 127.131.

Schoser BG, Heesen C, Eckert B and Thie A. Cerebral hyperperfusion injury after percutaneous transluminal angioplasty of extracranial arteries. *J Neurol* 1997; 244: 101.104.

6.6 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT)

Aidi S, Chaunu MP, Biousse V and Bousser MG. Changing pattern of headache pointing to cerebral venous thrombosis after lumbar puncture and intra venous high dose corticosteroids. *Headache* 1999; 39: 559.564.

Biousse V, Ameri A and Bousser MG. Isolated intracranial hypertension as the only sign of cerebral venous thrombosis. *Neurology* 1999; 53: 1537.1542.

. International Headache Society 2013

Bousser MG and Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: An update. *Lancet Neurol* 2007; 6: 162.170.

Cumurciuc R, Crassard I, Sarov M, et al. Headache as the only neurological sign of cerebral venous thrombosis: A series of 17 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2005; 76: 1084.1087.

De Bruijn SFTM, Stam J, Kappelle LJ for CVST study group. Thunderclap headache as first symptom of cerebral venous sinus thrombosis. *Lancet* 1996; 348: 1623.1625.

Leker RR and Steiner I. Features of dural sinus thrombosis simulating pseudotumor cerebri. *Eur J Neurol* 1999; 6: 601.604.

Newman DS, Levine SR, Curtis VL and Welch KMA. Migraine like visual phenomena associated with cerebral venous thrombosis. *Headache* 1989; 29: 82.85.

Wasay M, Kojan S, Dai AI, et al. Headache in Cerebral Venous Thrombosis: Incidence, pattern and location in 200 consecutive patients. *J Headache Pain* 2011; 11: 137.139.

6.7.1 Headache attributed to an intracranial endovascular procedure

Gil-Gouveia R, Fernandes Sousa R, Lopes L, et al. Headaches during angiography and endovascular procedures. *J Neurol* 2007; 254: 591.596.

Martins IP, Baeta E, Paiva T, et al. Headaches during intracranial endovascular procedures: A possible model for vascular headache. *Headache* 1993; 23: 227.233.

Nichols FT, Mawad M, Mohr JP, et al. Focal headache during balloon inflation in the vertebral and basilar arteries. *Headache* 1993; 33: 87.89.

Nichols FT, Mawad M, Mohr JP, et al. Focal headache during balloon inflation in the internal carotid and middle cerebral arteries. *Stroke* 1990; 21: 555.559.

6.7.2 Angiography headache

Gil-Gouveia RS, Sousa RF, Lopes L, et al. Post-angiography headaches. *J Headache Pain* 2008; 9: 327.330.

Ramadan NM, Gilkey SJ, Mitchell M, et al. Postangiography headache. *Headache* 1995; 35: 21.24.

Shuaib A and Hachinski VC. Migraine and the risks from angiography. *Arch Neurol* 1988; 45: 911.912.

6.7.3 Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) and

6.7.3.1 Headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome

Call GK, Fleming MC, Sealfon S, et al. Reversible cerebral segmental vasoconstriction. *Stroke* 1988; 19: 1159.1170.

Calabrese LH, Dodick DW, Schwedt TJ and Singhal AB. Narrative review: Reversible cerebral vasoconstriction syndromes. *Ann Intern Med* 2007; 146: 34.44.

Chen SP, Fuh JL, Lin JF, et al. Recurrent primary thunderclap headache and benign CNS angiopathy: Spectra of the same disorder? *Neurology* 2006; 67: 2164.2169.

Chen SP, Fuh JL, Wang SJ, et al. Magnetic resonance angiography in reversible cerebral vasoconstriction syndromes. *Ann Neurol* 2010; 67: 648.656.

Ducros A, Boukobza M, Porcher R, et al. The clinical and radiological spectrum of reversible cerebral vasoconstriction syndrome. A prospective series of 67 patients. *Brain* 2007; 130: 3091.3101.

Ducros A and Boussier MG. Thunderclap headache. *BMJ* 2012; 345: e8557.

Ducros A, Fiedler U, Porcher R, et al. Hemorrhagic manifestations of reversible cerebral vasoconstriction syndrome.

Frequency, features, and risk factors. *Stroke* 2010; 41: 2505.2511.

Dodick DW, Brown RD, Britton JW and Huston J. Non aneurysmal thunderclap headache with diffuse, multifocal segmental and reversible vasospasm. *Cephalalgia*

1999; 19: 118.123.

Singhal AB, Hajj-Ali RA, Topcuoglu MA, et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndromes: Analysis of 139 cases. *Arch Neurol* 2011; 68: 1005.1012.

6.7.4 Headache attributed to intracranial arterial dissection

Dlamini N, Freeman JL, Mackay MT, et al. Intracranial dissection mimicking transient cerebral arteriopathy in childhood arterial ischemic stroke. *J Child Neurol* 2011; 26: 1203.1206.

Sharif AA, Remley KB and Clark HB. Middle cerebral artery dissection. A clinicopathologic study. *Neurology* 1995; 45: 1929.1231.

Szatmary Z, Boukobza M, Vahedi K, et al. Orgasmic headache and middle cerebral artery dissection. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2006; 77: 693.694.

6.8.1 Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)

Chabriat H, Tournier-Lasserre E, Vahedi K, et al. Autosomal dominant migraine with MRI white matter abnormalities mapping to the CADASIL locus. *Neurology* 1995; 45: 1086.1091.

Chabriat H, Vahedi K, Iba-Zizen MT, et al. Clinical spectrum of CADASIL: A study of 7 families. *Lancet* 1995; 346: 934.939.

Joutel A, Corpechot C, Ducros A, et al. 'Notch 3' mutations in CADASIL, a hereditary adult-onset condition causing stroke and dementia. *Nature* 1996; 383: 707.710.

Vahedi K, Chabriat H, Levy C, et al. Migraine with aura and brain magnetic resonance imaging abnormalities in patients with CADASIL. *Arch Neurol* 2004; 61: 1237.1240.

6.8.2 Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)

Klopstock A, May P, Siebel E, et al. Mitochondrial DNA in migraine with aura. *Neurology* 1996; 46: 1735.1738.

Koo B, Becker L, Chuang S, et al. Mitochondrial encephalomyopathy, lactic acidosis, stroke-like episodes (MELAS): Clinical, radiological, pathological and genetic observations. *Ann Neurol* 1993; 34: 25.32.

Ojaimi J, Katsabanis S, Bower S, et al. Mitochondrial DNA in stroke and migraine with aura. *Cerebrovasc Dis* 1998; 8: 102.106.

Pavlakakis SG, Phillips PC, Di Mauro S, et al. Mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis and stroke-like episodes: A distinct clinical syndrome. *Ann Neurol* 1984; 16: 481.488.

6.8.3 Headache attributed to another genetic vasculopathy

Gould DB, Phalan FC, van Mil SE, et al. Role of COL4A1 in small-vessel disease and hemorrhagic stroke. *NEJM* 2006; 354: 1489.1496..

Hottenga JJ, Vanmolkot KR, Kors EE, et al. The 3p21.1-p21.3 hereditary vascular retinopathy locus increases the risk for Raynaud's phenomenon and migraine. *Cephalalgia* 2005; 25: 1168.1172.

Richards A, van den Maagdenberg AM, Jen JC, et al. C-terminal truncations in human 3'-5' DNA exonuclease TREX1 cause

. International Headache Society 2013

autosomal dominant retinal vasculopathy with cerebral leuko-dystrophy. *Nat Genet* 2007; 39: 1068.1070.

Terwindt GM, Haan J, Ophoff RA, et al. Clinical and genetic analysis of a large Dutch family with autosomal dominant vascular retinopathy, migraine and Raynaud's phenomenon. *Brain* 1998; 121: 303.316.

Vahedi K, Boukobza M, Massin P, et al. Clinical and brain MRI follow-up study of a family with COL4A1 mutation. *Neurology* 2007; 69: 1564.1568..

Vahedi K, Massin P, Guichard JP, et al. Hereditary infantile hemiparesis, retinal arteriolar tortuosity, and leukoencephalo-pathy. *Neurology* 2003; 60: 57.63.

6.9 Headache attributed to pituitary apoplexy

Carral F. Pituitary apoplexy. *Arch Neurol* 2001; 58: 1143.1144.

Chakeres DW, Curtin A and Ford G. Magnetic resonance imaging of pituitary and parasellar abnormalities. *Radiol Clin North Am* 1989; 27: 265.281.

Da Motta LA, de Mello PA, de Lacerda CM, et al. Pituitary apoplexy. Clinical course, endocrine evaluations and treatment analysis. *J Neurosurg Sci* 1991; 43: 25.36.

Dodick DW and Wijdicks EFM.. Pituitary apoplexy presenting as thunderclap headache. *Neurology* 1998; 50: 1510.1511.

Hernandez A, Angeles Del Real M, Aguirre M, et al. Pituitary apoplexy: A transient benign presentation mimicking with sub-arachnoid hemorrhage with negative angiography. *Eur J Neurol* 1998; 5: 499.501.

Lee CC, Cho AS and Carter WA. Emergency department pre-sentation of pituitary apoplexy. *Am J Emerg Med* 2000; 18: 328.331.

McFadzean RM, Doyle D, Rampling R, et al. Pituitary apoplexy and its effect on vision. *Neurosurgery* 1991; 29: 669.675.

. International Headache Society 2013

7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛

7.1 Headache attributed to increased cerebrospinal fluid pressure

7.1 頭蓋内圧亢進性頭痛

7.1.1 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)

7.1.1 特発性頭蓋内圧亢進(IIH)による頭痛

7.1.2 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes

7.1.2 代謝・中毒・内分泌に起因する頭蓋内圧亢進による頭痛

7.1.3 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus

7.1.3 水頭症に起因する頭蓋内圧亢進による頭痛

7.2 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure

7.2 低髄液圧による頭痛

7.2.1 Post-dural puncture headache

7.2.1 硬膜穿刺後頭痛

7.2.2 CSF fistula headache

7.2.2 髄液瘻性頭痛

7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension

7.2.3 特発性低頭蓋内圧性頭痛

7.3 Headache attributed to non-infectious inflammatory disease

7.3 非感染性炎症疾患性頭痛

7.3.1 Headache attributed to neurosarcoidosis

7.3.1 神経サルコイドーシスによる頭痛

7.3.2 Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis

7.3.2 無菌性(非感染性)髄膜炎による頭痛

7.3.3 Headache attributed to other non-infectious inflammatory disease

7.3.3 その他の非感染性炎症疾患による頭痛

7.3.4 Headache attributed to lymphocytic hypophysitis

7.3.4 リンパ球性下垂体炎による頭痛

7.3.5 Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)

7.3.5 脳脊髄液リンパ球増加症候群による一過性の頭痛と神経学的欠損(HaNDL)

7.4 Headache attributed to intracranial neoplasia

7.4 頭蓋内新生物による頭痛

7.4.1 Headache attributed to intracranial neoplasm

7.4.1 脳腫瘍による頭痛

7.4.1.1 Headache attributed to colloid cyst of the third ventricle

7.4.1.1 第3脳室コロイド嚢胞による頭痛

7.4.2 Headache attributed to carcinomatous meningitis

7.4.2 がん性髄膜炎による頭痛

7.4.3 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion

7.4.3 視床下部あるいは下垂体の分泌過多または分泌不全による頭痛

7.5 Headache attributed to intrathecal injection

7.5 髄注による頭痛

7.6 Headache attributed to epileptic seizure

7.6 てんかん発作による頭痛

7.6.1 Hemicrania epileptica

7.6.1 てんかん性片側頭痛

7.6.2 Post-ictal headache

7.6.2 てんかん発作後頭痛

7.7 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)

7.7 キアリ奇形I型(CM1)による頭痛

7.8 Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder

7.8 その他の非血管性頭蓋内疾患による頭痛

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

When a headache occurs for the first time in close temporal relation to a non-vascular intracranial disorder, it is coded as a secondary headache attributed to that disorder.

頭痛の発症が非血管性頭蓋内疾患の発症と時期的に一致する場合には、その疾患による二次性頭痛としてコード化する。

This remains true when the new headache has the characteristics of any of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta.

新規の頭痛が ICHD-3B 第 1 部で分類した一次性頭痛の特徴のいずれかを呈する場合もこれに該当する。

When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes chronic, or is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to a non-vascular intracranial disorder, both the initial headache diagnosis and a diagnosis of 7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder (or one of its subtypes) should be given, provided that there is good evidence that the disorder can cause headache.

既存の一次性頭痛が、非血管性頭蓋内疾患の発症時期と一致して慢性化、あるいは有意に悪化（通常、発現頻度および重症度、あるいはそのいずれかが 2 倍以上に増悪する）した場合は、その疾患が頭痛を引き起こしているという確証がある場合、既存の頭痛診断と「7.非血管性頭蓋内疾患による頭痛（あるいはサブタイプの一つ）」両方の診断が与えられるべきである。

Introduction

緒言

In this chapter, the headaches are attributed to changes in intracranial pressure.

本章における頭痛は頭蓋内圧の変化によるものである。

Both increased and decreased cerebrospinal fluid (CSF) pressure can lead to headache.
髄液圧の上昇と低下はともに頭痛を引き起こしうる。

Other causes of headache here are non-infectious inflammatory diseases, intracranial neoplasia, seizures, rare conditions such as intrathecal injections and Chiari malformation type I, and other non-vascular intracranial disorders.

他の頭痛の原因として非感染症性炎症疾患、頭蓋内新生物、痙攣発作、髄注やキアリ奇形 I 型のような稀な疾患や他の非血管性頭蓋内疾患がある。

Compared with those on primary headaches, there are few epidemiological studies of these headache types.

一次性頭痛に比べ、これらの頭痛における疫学的研究はわずかしかない。

Controlled trials of therapy are almost non-existent.

治療についての比較対象試験はほとんど存在しない。

For headache attributed to any of the non-vascular intracranial disorders listed here, the diagnostic criteria include whenever possible:

いずれのタイプの非血管性頭蓋内疾患による頭痛でも、診断基準は常に以下の項目を含む可能性がある。

A. Headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす。

B. A non-vascular intracranial disorder known to be able to cause headache has been diagnosed

B. 頭痛の原因となることが知られている非血管性頭蓋内疾患と診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the non-vascular

intracranial disorder

1. 頭痛は非血管性頭蓋内疾患の発症時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかもしくは両方を満たす。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the non-vascular intracranial disorder

a) 頭痛は非血管性頭蓋内疾患の悪化と並行して有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the non-vascular intracranial disorder

b) 頭痛は非血管性頭蓋内疾患の改善と並行して有意に改善した。

3. headache has characteristics typical for the non-vascular intracranial disorder

3. 頭痛は非血管性頭蓋内疾患に典型的な特徴がある。

4. other evidence exists of causation

4. 原因となる他の証拠が存在する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Headache persisting for more than 1 month after successful treatment or spontaneous resolution of the intracranial disorder usually has other mechanisms.

頭蓋内疾患の治療の成功または自然寛解から 1 ヶ月を超えて頭痛が持続する場合には通常別の機序がある。

Headache persisting for more than 3 months after treatment or remission of intracranial disorders is defined in the Appendix for research purposes.

頭蓋内疾患の治療もしくは寛解から 3 ヶ月を超えて持続する頭痛は研究目的に付録で定義されている。

Such headache exists but has been poorly studied; Appendix entries are intended to stimulate further research into such headaches and their mechanisms.

そのような頭痛は存在するが十分研究されていない。付録の項目はそのような頭痛やその機序の更なる研究を推し進めることを目的としている。

7.1 Headache attributed to increased cerebrospinal fluid pressure

7.1 頭蓋内圧亢進性頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する

Headache attributed to intracranial pressure or hydrocephalus secondary to an intracranial neoplasm is coded as 7.4.1 Headache attributed to intracranial neoplasm.

脳腫瘍による二次的な頭蓋内圧亢進または水頭症による頭痛は「7.4.1 脳腫瘍による頭痛」にコード化する。

Description:

解説

Headache caused by increased cerebrospinal fluid (CSF) pressure, usually accompanied by other symptoms and/or clinical signs of intracranial hypertension.

通常、頭蓋内圧亢進による他の症候を伴う頭蓋内圧亢進によって引き起こされる頭痛。

It remits after normalization of CSF pressure.

頭蓋内圧の正常化により改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Increased CSF pressure (>250 mm CSF) measured by lumbar puncture (performed in

the lateral decubitus position, without sedative medications), epidural or intraventricular monitoring, with normal CSF chemistry and cellularity

B. 髄液は生化学的検査と細胞成分において正常で、腰椎穿刺(鎮静剤なしで側臥位にて実施された)、硬膜外または脳室内モニタリングにより頭蓋内圧亢進(250mm 水柱を超える)が測定される。

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のいずれかまたは両方が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to intracranial hypertension

1. 頭痛は頭蓋内圧亢進の発現時期に一致して発症した。

2. headache is relieved by reducing intracranial pressure

2. 頭痛は頭蓋内圧低下により軽減する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

7.1.1 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)

7.1.1 特発性頭蓋内圧亢進(IIH)による頭痛

Previously used terms:

以前に使用された用語

Headache attributed to benign intracranial hypertension (BIH); pseudotumour cerebri; meningeal hydrops; serous meningitis.

良性頭蓋内圧亢進症(BIH)による頭痛、偽性脳腫瘍、髄膜水腫、漿液性髄膜炎

Description:

解説

Headache caused by idiopathic intracranial hypertension (IIH), usually accompanied by other symptoms and/or clinical signs of IIH.

通常、特発性頭蓋内圧亢進 (IIH) による他の症候を伴う、IIH によって引き起こされる頭痛。

It remits after normalization of cerebrospinal fluid pressure.

頭蓋内圧の正常化により改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Idiopathic intracranial hypertension (IIH) has been diagnosed, with CSF pressure >250 mm CSF (measured by lumbar puncture performed in the lateral decubitus position, without sedative medications, or by epidural or intraventricular monitoring)

B. 頭蓋内圧 250mm 水柱を超える(鎮静剤なしで側臥位にて実施された腰椎穿刺、または硬膜外または脳室内モニタリングにより測定された)特発性頭蓋内圧亢進 (IIH) と診断された。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のうち少なくとも 1 項目が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to IIH, or led to its discovery

1. 頭痛は IIH の発現時期に一致して発症した、または頭痛がその発見の契機となった。

2. headache is relieved by reducing intracranial hypertension

2. 頭痛は頭蓋内圧低下により軽減する。

3. headache is aggravated in temporal relation to increase in intracranial pressure

3. 頭痛は頭蓋内圧亢進の時期に一致して悪化する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント

Idiopathic intracranial hypertension (IIH) most commonly occurs in young obese women.

特発性頭蓋内圧亢進(IIH)は、一般的に若い肥満女性に最も起こりやすい。

IIH should be diagnosed with caution in those with altered mental status and in patients with CSF pressure below 250 mm CSF.

特発性頭蓋内圧亢進(IIH)は、精神状態に変化を認める場合や頭蓋内圧が 250mm 水柱以下の場合には注意して診断されなければならない。

In some patients, especially children, an opening pressure of up to 280 mm CSF is normal, but, for most, an opening pressure above 280 mm CSF should be considered elevated.

一部の患者、特に子供では、頭蓋内圧が初圧で 280mm 水柱までは正常であるが、ほとんどの場合、初圧で 280mm 水柱以上は上昇していると考えるべきである。

Body mass index is only weakly related to CSF pressure, and a mildly elevated CSF pressure should not be dismissed in obese patients.

肥満指数(BMI)は、ほとんど頭蓋内圧に関係してはいないが、肥満患者では頭蓋内圧の軽度上昇があることを無視してはいけない。

CSF pressure varies when lumbar epidural pressure monitoring is done for 1 hour or more, so a single measurement performed within minutes may not be indicative of the average CSF pressure over 24 hours.

腰椎硬膜外圧測定が1時間以上行われるとき、頭蓋内圧は変化するため、数分以内で実施される測定値が、24時間の頭蓋内圧平均値と一致しないこともある。

Diagnostic CSF pressure measurement should be made when the patient is not receiving treatment to lower the intracranial pressure.

患者が頭蓋内圧降下治療を受けていない場合には、診断的頭蓋内圧測定が実施されるべきである。

Neuroimaging findings consistent with the diagnosis of IIH include empty sella turcica, distension of the perioptic subarachnoid space, flattening of the posterior sclerae, protrusion of the optic nerve papillae into the vitreous and transverse cerebral venous sinus stenosis.

IIH の診断に合致する神経画像検査所見として、トルコ鞍空洞症候群、視神経周囲くも膜の拡張、後部強膜の平坦化、視神経乳頭の硝子体への突出と横静脈洞狭窄がある。

Although the majority of patients with IIH have papilloedema, IIH without papilloedema has been observed.

IIH 患者のほとんどで乳頭浮腫を呈するが、乳頭浮腫のない IIH もみられた。

Other symptoms or signs of IIH include pulse-synchronous tinnitus, transient visual obscurations, neck or back pain and diplopia.

IIH の他の症候として拍動性耳鳴、一過性霧視、頸部・背部痛、複視がある。

7.1.1 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH) lacks specific features.

「7.1.1 特発性頭蓋内圧亢進(IIH)による頭痛」は明確な特徴に欠ける。

It is frequently described as frontal, retro-orbital, ‘pressure like’ or explosive; migraine-like headache may also occur.

前頭部、眼窩後部の ‘押されるような’ または破裂するような、と表現され、片頭痛様頭痛で起こることもある。

7.1.2 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes

7.1.2 代謝・中毒・内分泌に起因する頭蓋内圧亢進による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する

Headache attributed to increased intracranial pressure as a result of head trauma, vascular disorder or intracranial infection is coded to whichever of these is the cause.

頭部外傷、血管障害または頭蓋内感染症の結果として起こる頭蓋内圧亢進による頭痛は、これらの原因によってコード化される。

Headache attributed to raised intracranial pressure occurring as a side effect of medication is coded as 8.1.11 Headache attributed to long-term use of non-head-ache medication.

薬物の副作用として起きる頭蓋内圧亢進による頭痛は、「8.1.11 頭痛治療薬以外の薬剤の長期使用による頭痛」にコード化される。

Description:

解説

Headache caused by intracranial hypertension secondary to a variety of systemic disorders and accompanied by other symptoms and/or clinical signs of intracranial hypertension.

さまざまな全身疾患に伴う二次性の頭蓋内圧亢進によって引き起こされる頭痛で、頭蓋内圧亢進に伴う他の症候を伴う。

It remits with resolution of the systemic disorder.

全身疾患の解消で改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. A metabolic, toxic or hormonal disorder has been diagnosed, with CSF pressure >250 mm CSF (measured by lumbar puncture performed in the lateral decubitus position, without sedative medications, or by epidural or intraventricular monitoring) and with normal CSF chemistry and cellularity

B. 代謝、中毒または内分泌異常と診断され、頭蓋内圧が 250mm 水柱を超え（鎮静剤なしで側臥位にて実施された腰椎穿刺、または硬膜外または脳室内モニタリングにより測定された）、髄液

は生化学的検査と細胞成分において正常である。

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のいずれかまたは両方が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to the metabolic, toxic or hormonal disorder

1. 頭痛は代謝、中毒または内分泌異常の発現時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the metabolic, toxic or hormonal disorder

a) 頭痛は代謝、中毒または内分泌異常の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the metabolic, toxic or hormonal disorder

b) 頭痛は代謝、中毒または内分泌異常の改善に並行し有意に改善した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント

Potential causes of intracranial hypertension include acute hepatic failure, hypercarbia, acute hypertensive crisis, Reye's hepatocerebral syndrome and heart failure.

頭蓋内圧亢進の潜在的な原因として、急性肝不全、高炭酸ガス血症、急性高血圧性クリーゼ、ライ症候群と心不全がある。

Removal of the inciting agent or treatment of the secondary cause may not be sufficient to normalize the high intracranial pressure; additional treatment is often required to

prevent visual loss, and to relieve headache and other symptoms.

誘発物質の除去または二次的原因の治療は頭蓋内圧亢進の正常化には不十分であり、視力障害、頭痛と他の症状の改善のために追加治療がしばしば必要となる。

7.1.3 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus

7.1.3 水頭症に起因する頭蓋内圧亢進による頭痛

Description:

解説

Headache caused by hydrocephalus, accompanied by other symptoms and/or clinical signs of increased cerebrospinal fluid pressure or hydrocephalus.

頭蓋内圧亢進や水頭症による他の症候を伴う水頭症によって引き起こされる頭痛。

It remits after resolution of the hydrocephalus.

水頭症の解消により改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Hydrocephalus has been diagnosed, with CSF pressure >250 mm CSF (measured by lumbar puncture performed in the lateral decubitus position, without sedative medications, or by epidural or intraventricular monitoring)

B. 頭蓋内圧 250mm 水柱を超える鎮静剤なしで側臥位にて実施された腰椎穿刺、または硬膜外または脳室内モニタリングにより測定された) 水頭症と診断された。

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のいずれかまたは両方が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to the hydrocephalus

1. 頭痛は水頭症の発現時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the hydrocephalus

a) 頭痛は水頭症の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the hydrocephalus

b) 頭痛は水頭症の改善に並行し有意に改善した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント

Normal-pressure hydrocephalus usually does not cause headache; occasionally, mild dull headache is reported.

正常圧水頭症は、時々軽度の頭重感を起こすが、通常は頭痛の原因にならない。

7.2 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure

7.2 低髄液圧による頭痛

Description:

解説

Orthostatic headache in the presence of low cerebrospinal fluid (CSF) pressure (either spontaneous or secondary), or CSF leakage, usually accompanied by neck pain, tinnitus, changes in hearing, photophobia and/ or nausea.

低髄液圧(特発性または二次性)もしくは髄液漏出による起立性頭痛は、通常、頸部痛、耳鳴、聴力変化、光過敏や悪心を伴う。

It remits after normalization of CSF pressure or successful sealing of the CSF leak.

頭痛は髄液圧の正常化もしくは髄液漏出の閉鎖により改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Low CSF pressure (<60 mm CSF) and/or evidence of CSF leakage on imaging

B. 低髄液圧(60mm 水柱未満)または画像検査における髄液漏出の証拠のいずれか。

C. Headache has developed in temporal relation to the low CSF pressure or CSF leakage, or led to its discovery

C. 頭痛は低髄液圧もしくは髄液漏出の発現時期に一致して発症した、または頭痛がその発見の契機となった。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント

7.2 Headache attributed to low cerebrospinal fluid pressure is usually but not invariably orthostatic.

「7.2 低髄液圧による頭痛」は、通常、常にではないが起立性である。

Headache that significantly worsens soon after sitting upright or standing and/or improves after lying horizontally is likely to be caused by low CSF pressure, but this cannot be relied on as a diagnostic criterion.

座位または立位をとると間もなく有意に悪化したり、臥位をとると改善したりする頭痛は低髄液圧によると考えられるが、これは診断基準としては信頼性に欠ける。

Evidence of causation may depend on onset in temporal relation to the presumed cause together with exclusion of other diagnoses.

原因となる根拠は、除外診断とともに、推定された原因との発症時期に一致するかによる。

7.2.1 Post-dural puncture headache

7.2.1 硬膜穿刺後頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語

Post-lumbar puncture headache.

腰椎穿刺後頭痛

Description:

解説

Headache occurring within 5 days of a lumbar puncture, caused by cerebrospinal fluid (CSF) leakage through the dural puncture.

腰椎穿刺後、5 日以内に出現し、硬膜穿刺による髄液漏出に起因する頭痛。

It is usually accompanied by neck stiffness and/or subjective hearing symptoms.

通常、項部硬直や自覚的な聴覚症状を伴う。

It remits spontaneously within 2 weeks, or after sealing of the leak with autologous epidural lumbar patch.

2 週以内に自然軽快する、または硬膜外腰椎パッチによる漏出の閉鎖により軽快する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Dural puncture has been performed

B.硬膜穿刺が施行された。

C. Headache has developed within 5 days of the dural puncture

C. 頭痛は硬膜穿刺後、5 日以内に発症した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント

Independent risk factors for 7.2.1 Post-dural puncture headache have recently been demonstrated: female gender, age between 31 and 50 years, a previous history of 7.2.1 Post-dural puncture headache and orientation of the needle bevel perpendicular to the long axis of the spinal column at the time of the dural puncture.

「7.2.1 硬膜穿刺後頭痛」の独立した危険因子として、女性、31 歳から 50 歳、「7.2.1 硬膜穿刺後頭痛」の既往、そして硬膜穿刺時の穿刺針の脊柱長軸に対する垂直方向の角度が最近報告された。

7.2.2 CSF fistula headache

7.2.2 髄液瘻性頭痛

Description:

解説

Orthostatic headache occurring after a procedure or trauma causing a persistent cerebrospinal fluid (CSF) leakage resulting in low intracranial pressure.

頭蓋内圧低下を引き起こす持続性髄液漏出の原因となる手技もしくは外傷後に出現する起立性頭痛。

It remits after successful sealing of the CSF leak.

髄液漏出の閉鎖のより改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Both of the following:

B. 以下の両方。

1. a procedure has been performed, or trauma has occurred, known sometimes to cause persistent CSF leakage (CSF fistula)

1. 時に持続性髄液漏出の原因となることが知られている手技が行われている、もしくは外傷が発生している。

2. low CSF pressure (<60 mm CSF) and/or evidence of low CSF pressure and/or of CSF leakage on MRI, myelography, CT myelography or radionuclide cisternography

2. 低髄液圧 (60mm 水柱以下)、または MRI、脊髓腔造影、CT 脊髓腔造影や放射性核種脳槽造影による低髄液圧や髄液漏出の証拠。

C. Headache has developed in temporal relation to the procedure or trauma

C. 頭痛は手技または外傷の時期に一致して発症した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension

7.2.3 特発性低頭蓋内圧性頭痛

Previously used terms:

以前に使用された用語

Headache attributed to spontaneous low CSF pressure or primary intracranial hypotension; low CSF-volume headache; hypoliquorrhoeic headache.

特発性低髄液圧性頭痛、一次性頭蓋内圧低下症、髄液量減少性頭痛、低髄液漏性頭痛

Description:

解説

Orthostatic headache caused by low cerebrospinal fluid (CSF) pressure of spontaneous origin.

特発的な原因による低髄液圧で引き起こされる起立性頭痛。

It is usually accompanied by neck stiffness and subjective hearing symptoms.

通常、項部硬直や自覚的な聴覚症状を伴う。

It remits after normalization of CSF pressure.

髄液圧の正常化により改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Low CSF pressure (<60 mm CSF) and/or evidence of CSF leakage on imaging

B. 低髄液圧(60mm 水柱未満)または画像による脳脊髄液漏出の証拠。

C. Headache has developed in temporal relation to the low CSF pressure or CSF leakage, or has led to its discovery

C. 頭痛は低髄液圧もしくは髄液漏出の発現時期に一致して発症した、または頭痛がその発見の契機となった。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント

7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension cannot be diagnosed in a patient who has had a dural puncture within the prior month.

「7.2.3 特発性低頭蓋内圧性頭痛」は1ヶ月以内に硬膜穿刺を受けた患者では診断されない。

The headache in patients with spontaneous CSF leaks or spontaneously low CSF pressure may resemble 7.2.1 Post-dural puncture headache, occurring immediately or within seconds of assuming an upright position and resolving quickly (within 1 minute) after lying horizontally.

特発性髄液漏出または特発性低髄液圧を伴う患者における頭痛は、立位によりすぐに、もしくは数秒以内に頭痛が出現し、仰臥位ですぐに(1分以内)消失する「7.2.1 硬膜穿刺後頭痛」に似ている。

Alternatively it may show delayed response to postural change, worsening after minutes or hours of being upright and improving, but not necessarily resolving, after minutes or hours of being horizontal.

または頭痛は、立位をとって数分あるいは数時間後に悪化したり、仰臥位をとって数分あるいは数時間後に必ずしも消失する必要はないが、改善したり、姿勢の変化に遅れて出現することもある。

Although there is a clear postural component in most cases of 7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension, it may not be as dramatic or immediate as in 7.2.1 Post-dural puncture headache.

「7.2.3 特発性低頭蓋内圧性頭痛」の多数のケースでは、姿勢の影響ははっきりしているが、「7.2.1 硬膜穿刺後頭痛」のように劇的または即座に起こることはない。

The orthostatic nature of the headache at its onset should be sought when eliciting a history, as this feature may become much less obvious over time.

発症時に頭痛が起立性であるという特徴は、時間とともにより不明瞭になることもあり、病歴聴取の際には詳しく調べなければならない。

Although autologous epidural blood patches (EBPs) are frequently effective in sealing CSF leaks, the response to a single EBP may not be permanent, and complete relief of symptoms may not be achieved until two or more EBPs have been performed.

自家血硬膜外注入療法(EBPs)は髄液漏出の閉鎖にしばしば効果があるが、一回の EBPs では永続的ではなく、2 回以上の EBPs が施行されるまで症状の寛解が得られないこともある。

However, some degree of sustained improvement, beyond a few days, is generally expected.

しかし、継続した改善は、一般的に数日を超えて期待される。

In some cases, sustained improvement cannot be achieved with EBPs and surgical intervention may be required.

場合によっては、継続した改善は EBPs では得られることはできず、外科的治療が必要になることもある。

In patients with typical orthostatic headache and no apparent cause, after exclusion of postural orthostatic tachycardia syndrome (POTS) it is reasonable in clinical practice to provide autologous lumbar EBP.

典型的起立性頭痛で明らかな原因のない患者において、体位性頻脈症候群(POTS)を除外した後、自家血腰椎 EBP を施行することは臨床診療において理にかなっている。

It is not clear that all patients have an active CSF leak, despite a compelling history or brain imaging signs compatible with CSF leakage.

納得できる病歴または髄液漏出に合致する脳画像検査所見があるにも関わらず、全ての患者に髄液漏出を認めるかは、明らかではない。

Cisternography is an outdated test, now infrequently used; it is significantly less sensitive than other imaging modalities (MRI, CT or digital subtraction myelography).

脳槽造影は、今でも稀に使われるが古い検査で、他の画像検査法(MRI や CT・デジタル減算法脊髄造影)に比べより低感度である。

Dural puncture to measure CSF pressure directly is not necessary in patients with positive MRI signs such as dural enhancement with contrast.

直接髄液圧を測定する硬膜穿刺は、造影 MRI で硬膜が造影される陽性所見を認める患者では不要である。

The underlying disorder in 7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension may be low CSF volume.

「7.2.3 特発性低頭蓋内圧性頭痛」の元になる病態は低脊髄液量であるかもしれない。

A history of a trivial increase in intracranial pressure (e.g. on vigorous coughing) is sometimes elicited.

少しの頭蓋内圧上昇(例えば強い咳き込み)の病歴が時々聴取できる。

Postural headache has been reported after coitus: such headache should be coded as 7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension because it is most probably a result of CSF leakage.

性交後に訴えられる体位性頭痛は、おそらくほとんどが脊髄液漏出の結果であるため、「7.2.3 特発性低頭蓋内圧性頭痛」にコード化されるべきである。

7.3 Headache attributed to non-infectious inflammatory intracranial disease

7.3 非感染症性炎症疾患性頭痛

Description:

解説

Headache in the presence of a non-infectious inflammatory intracranial disease, usually with lymphocytic pleocytosis in the cerebrospinal fluid.

通常、髄液のリンパ球増多を伴う、非感染症性炎症疾患によって引き起こされる頭痛。

It remits after resolution of the inflammatory disorder.

炎症性疾患の解消によって改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. A non-infectious inflammatory disease known to be able to cause headache has been diagnosed

B. 頭痛の原因となりうる非感染性炎症性疾患と診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のどちらかまたは両方が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the non-infectious inflammatory disease

1. 頭痛は非感染性炎症性疾患の発症時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the non-infectious inflammatory disease

a) 頭痛は非感染性炎症性疾患の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement of the non-infectious inflammatory disease

b) 頭痛は非感染性炎症性疾患の改善に並行し有意に改善した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

7.3.1 Headache attributed to neurosarcoidosis

7.3.1 神経サルコイドーシスによる頭痛

Description:

解説

Headache caused by neurosarcoidosis, associated with aseptic meningitis, cranial nerve lesions, intracranial space-occupying lesion(s) on brain MRI, periventricular inflammatory focal lesions and/or homogeneously enhancing mass lesions on brain or spinal MRI that are confirmed on biopsy as non-caseating granulomas.

無菌性髄膜炎、脳神経障害、脳 MRI における頭蓋内占拠性病変、脳室周囲の炎症性限局性病変または生検で非乾酪性肉芽腫と確認され、脳や脊髄 MRI で均一に造影される病変に関連した神経サルコイドーシスによって引き起こされる頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Neurosarcoidosis has been diagnosed

B. 神経サルコイドーシスと診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of neurosarcoidosis

1. 頭痛は神経サルコイドーシスの発症時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of neurosarcoidosis

a) 頭痛は神経サルコイドーシスの悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in neurosarcoidosis

b) 頭痛は神経サルコイドーシスの改善に並行し有意に改善した。

3. headache is accompanied by one or more cranial nerve palsies

3. 頭痛は1つ以上の脳神経麻痺を伴う。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント

Other manifestations of neurosarcoidosis include aseptic meningitis, cranial nerve lesions, intracranial space-occupying lesion(s) on brain MRI, periventricular inflammatory focal lesions and/or homogeneously enhancing mass lesions on brain or spinal MRI that are confirmed on biopsy as non-caseating granulomas.

神経サルコイドーシスの他の徴候として、無菌性髄膜炎、脳神経障害、脳 MRI における頭蓋内占拠性病変、脳室周囲の炎症性限局性病変または生検で非乾酪性肉芽腫と確認され脳や脊髄 MRI で均一に造影される病変がある。

7.3.2 Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis

7.3.2 無菌性(非感染性)髄膜炎による頭痛

Description:

解説

Headache caused by aseptic meningitis, associated with other symptoms and/or clinical signs of meningeal irritation.

髄膜刺激による症候を伴う、無菌性髄膜炎により引き起こされる頭痛。

It resolves after resolution of the meningitis.

髄膜炎の解消により改善する。

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Aseptic meningitis has been diagnosed by CSF examination

B. 髄液検査にて無菌性髄膜炎と診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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。

Diagnostic criteria:

診断基準

1. headache has developed in temporal relation to the onset of aseptic meningitis, or led to its discovery

1. 頭痛は無菌性髄膜炎の発症時期に一致して出現する、または頭痛がその発見の契機となった。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of aseptic meningitis

a) 頭痛は無菌性髄膜炎の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in aseptic meningitis

b) 頭痛は無菌性髄膜炎の改善に並行し有意に改善した。

3. headache is accompanied by other symptoms and/or clinical signs of meningeal inflammation including neck stiffness (meningismus) and/or photophobia

3. 頭痛は、項部硬直(髄膜炎)や羞明感を含む髄膜炎の症候を伴う。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント

The CSF in patients with aseptic meningitis shows lymphocytic pleocytosis, mildly elevated protein and normal glucose in the absence of infectious organisms.

無菌性髄膜炎患者の髄液は、リンパ球増加、軽度蛋白増加とグルコース正常で、感染性微生物を認めない。

Aseptic meningitis may occur after exposure to certain drugs, including ibuprofen or other NSAIDs, immunoglobulins, penicillin or trimethoprim, intrathecal injections and/or insufflations.

無菌性髄膜炎がイブプロフェンや他の NSAIDs、免疫グロブリン、ペニシリンやトリメトプリムを含む、一定の薬剤の髄注または吸入で起こる場合がある。

7.3.3 Headache attributed to other non-infectious inflammatory intracranial disease

7.3.3 その他の非感染性炎症疾患による頭痛

Description:

解説

Headache caused by any of a variety of autoimmune disorders, associated with other symptoms and/or clinical signs of the causative disorder.

原因となる疾患の他の症候を伴う、様々な自己免疫疾患いずれによっても引き起こされる頭痛。

It remits after successful treatment of the autoimmune disorder.

自己免疫疾患の治療成功によって改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. A non-infectious inflammatory disease known to be able to cause headache, other

than those described above, has been diagnosed

B. 上述以外の頭痛を引き起こすことが知られている非感染性炎症疾患であると診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のどちらかまたは両方の項目が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the non-infectious inflammatory disease

1. 頭痛は非感染性炎症疾患の発現時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the non-infectious inflammatory disease

a) 頭痛は非感染性炎症疾患の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the non-infectious inflammatory disease

b) 頭痛は非感染性炎症疾患の改善に並行し有意に改善した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント

Headache can be causally associated with, but is not usually a presenting or prominent symptom of, acute demyelinating encephalomyelitis (ADEM), systemic lupus erythematosus (SLE), Behcet's syndrome and other systemic or focal (e.g. limbic encephalitis) autoimmune syndromes.

頭痛は、急性脱髄性脳脊髄炎(ADEM)、全身性エリテマトーデス(SLE)、ベーチェット症候群と他の全身性または局在性(例えば辺縁系脳炎)自己免疫症候群に伴い得るが、特徴的またはよく

見られる症状ではない。

7.3.4 Headache attributed to lymphocytic hypophysitis

7.3.4 リンパ球性下垂体炎による頭痛

Description:

解説

Headache caused by lymphocytic hypophysitis, associated with pituitary enlargement and, in half of cases, with hyperprolactinaemia.

高プロラクチン血症を半数で呈する下垂体腫大を伴う、リンパ球性下垂体炎により引き起こされる頭痛。

It remits after successful treatment of the lymphocytic hypophysitis.

リンパ球性下垂体炎の治療成功によって改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Lymphocytic hypophysitis has been diagnosed

B. リンパ球性下垂体炎と診断された。

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のどちらかまたは両方の項目が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the lymphocytic hypophysitis

1. 頭痛はリンパ球性下垂体炎の発症時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the lymphocytic hypophysitis

a) 頭痛はリンパ球性下垂体炎の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the lymphocytic hypophysitis

b) 頭痛はリンパ球性下垂体炎の改善に並行し有意に改善した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント

Lymphocytic hypophysitis is associated with pituitary enlargement and homogeneous contrast enhancement on brain MRI.

リンパ球性下垂体炎は下垂体腫大と MRI で均一な造影効果を認める。

It is accompanied by hyperprolactinaemia in 50% of cases or autoantibodies against hypophyseal cytosol protein in 20% of cases.

50%の症例で高プロラクチン血症、または 20%の症例で下垂体性細胞質蛋白に対する自己抗体が関連している。

The disorder typically develops at the end of pregnancy or during the post-partum period, but it can also occur in men.

男性にも起きることがあるが、典型的には妊娠後期または出産後に発症する。

7.3.5 Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)

7.3.5 脳脊髄液リンパ球増加症候群による一過性の頭痛と神経学的欠損 (HaNDL)

Previously used terms:

以前に使用された用語

Migraine with cerebrospinal pleocytosis; pseudomigraine with lymphocytic pleocytosis.

髄液細胞増多を伴う片頭痛、リンパ球増多症を伴う偽片頭痛

Description:

解説

Migraine-like headache episodes (typically one to twelve) accompanied by neurological deficits including hemiparaesthesia, hemiparesis and/or dysphasia, but positive visual symptoms only uncommonly, lasting several hours.

陽性症状としての視覚症状は稀だが、数時間持続する片側性感覚異常、片麻痺神経や発語障害を含む神経学的欠損を伴う片頭痛様発作(通常は1から12回)。

There is lymphocytic pleocytosis.

リンパ球増多症がある。

The disorder resolves spontaneously within 3 months.

3ヶ月以内に自然寛解する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Episodes of migraine-like headache fulfilling criteria B and C

A. BとCを満たす片頭痛様頭痛の反復。

B. Both of the following:

B. 以下の両方。

1. accompanied or shortly preceded by the onset of at least one of the following transient neurological deficits lasting >4 hours

少なくとも以下の1つ4時間以上続く一過性神経学的欠損が随伴、または先行する。

a) hemiparaesthesia

a) 片側性感覚異常

b) dysphasia

b) 発語障害

c) hemiparesis

c) 片麻痺

2. associated with CSF lymphocytic pleocytosis (>15 white cells per μl), with negative aetiological studies

病因学的検査では異常なく、髄液リンパ球増多症(15 個/ μl を超える)を認める。

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のどちらかまたは両方が示されている。

1. headache and transient neurological deficits have developed or significantly worsened in temporal relation to the CSF lymphocytic pleocytosis, or led to its discovery

1. 頭痛と一過性神経学的欠損は髄液リンパ球増多症の発症時期に一致して発症または悪化した、または頭痛がその発見の契機となった。

2. headache and transient neurological deficits have significantly improved in parallel with improvement in the CSF lymphocytic pleocytosis

2. 頭痛と一過性神経学的欠損は髄液リンパ球増多症の改善に並行して有意に改善した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント

The clinical picture of 7.3.5 Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits

with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL) is of 1-12 discrete episodes of transient neurological deficits accompanied or followed by moderate to severe headache. 「7.3.5 脳脊髄液リンパ球増加症候群による一過性の頭痛と神経学的欠損 (HaNDL)」の臨床像は、中等度から重度の頭痛に引き続きまたは併発する、1 から 12 回の不連続な一過性神経学的欠損である。

Most of the episodes last hours, but some may last for more than 24 hours.

発作のほとんどが数時間続くが、24 時間以上続くこともある。

The neurological manifestations include sensory symptoms in about three-quarters of cases, aphasia in two-thirds and motor deficits in a little over half.

神経学的徴候として、感覚症状が約 4 分の 3、失語症が 3 分の 2、そして運動障害が半分をわずかに超える程度にみられる。

Migraine-aura-like visual symptoms are relatively uncommon (fewer than 20% of cases).

片頭痛前兆様の視覚症状は比較的まれ(症例の 20%以下)である。

The syndrome resolves within 3 months.

症候群は 3 ヶ月以内に消失する。

In addition to CSF lymphocytosis (up to 760 cells/ μ l), there are elevations of CSF total protein (up to 250 mg/dl) in >90% of cases and of CSF pressure (up to 400 mm CSF) in more than 50% of cases.

髄液リンパ球増多症(760 個/ μ l まで)に加え、髄液総蛋白増加(25mg/dl まで)が 90%を超えて、髄液圧上昇(400mm 水柱まで)が 50%以上の症例でみられる。

The presence of a viral prodrome in at least one-quarter of cases has raised the possibility of an autoimmune pathogenesis of 7.3.5 Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL).

少なくとも 4 分の 1 の症例におけるウイルス性前駆症状の存在は、「7.3.5 脳脊髄液リンパ球増加症候群による一過性の頭痛と神経学的欠損 (HaNDL)」の自己免疫性病因の可能性を高める。

A recent description of anti-bodies to a subunit of the T-type voltage-gated calcium channel CACNA1H in the sera of two patients with this disorder supports this view.

2人の患者の血清ににおける、T型電位開口型カルシウムチャネル CACNA1H のサブユニットに対する抗体についての最近の報告はこの見解を支持する。

Papilloedema is occasionally present.

乳頭浮腫が時々みられる。

Routine CT and MRI scans (with or without intravenous contrast) and angiography are invariably normal when performed outside of an episode.

通常の CT や MRI (単純または造影剤静注) と脳血管撮影は、非発作時では常に正常である。

Ictal brain imaging may show delayed brain perfusion without increased diffusion-weighted imaging changes, and narrowing of cerebral arteries.

発作中の脳画像検査は、拡散強調画像で変化を認めない遅発性脳灌流と脳動脈狭窄を示す。

Also, grey matter oedema and sulcal enhancement have been described in a single patient.

また、灰白質浮腫と脳溝の造影効果が1人の患者において報告されている。

Microbiological studies have been uniformly normal.

微生物学的検査は常に正常である。

EEG and SPECT scans may show focally abnormal areas consistent with the focal neurological deficits.

脳波と SPECT スキャンで局在性神経学的欠損に一致した限局性異常域を認めることもある。

Most patients with this syndrome have no prior history of migraine.

本症候群を有するほとんどの患者で片頭痛の既往がない。

The clinician must consider other diagnoses that may share some of its clinical features, including 1.2.3 Hemiplegic migraine (although mutations of the CACNA1A gene, the cause of 1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1), have been excluded in

several patients with 7.3.5 Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)), neuro-borreliosis, neurosyphilis, neurobrucellosis, myco-plasma, granulomatous and neoplastic arachnoiditis, encephalitis and CNS vasculitis.

類似の臨床的特徴を呈し得るその他の診断として、「1.2.3 片麻痺性片頭痛」(「1.2.3.1.1 家族性片麻痺性片頭痛 I 型」の原因となる CACNA1A 遺伝子の突然変異が、「7.3.5 脳脊髄液リンパ球増加症候群による一過性の頭痛と神経学的欠損 (HaNDL)」の数人の患者で除外されるが)、神経ボレリア症、神経梅毒、神経ブルセラ、マイコプラズマ、肉芽種性および腫瘍性くも膜炎、脳炎、中枢神経系血管炎を考慮する必要がある。

7.4 Headache attributed to intracranial neoplasia

7.4 頭蓋内新生物による頭痛

Description:

解説

Headache caused by intracranial neoplasia.

頭蓋内新生物によって引き起こされる頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Intracranial neoplasia has been diagnosed

B. 頭蓋内新生物と診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least one of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のうち少なくとも 1 項目が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to the intracranial neoplasia, or led to its discovery

1. 頭痛は頭蓋内新生物の発現時期に一致して発症した、または頭痛がその発見の契機となった。

2. headache has significantly worsened in parallel with worsening of the intracranial neoplasia

2. 頭痛は頭蓋内新生物の悪化に並行して有意に悪化した。

3. headache has significantly improved in temporal relation to successful treatment of the intracranial neoplasia

3. 頭痛は頭蓋内新生物の治療の成功時期に一致して有意に改善した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

7.4.1 Headache attributed to intracranial neoplasm

7.4.1 脳腫瘍による頭痛

Description:

解説

Headache, usually progressive, worse in the morning and aggravated by Valsalva-like manoeuvres, caused by one or more space-occupying intracranial tumours.

頭痛は、通常進行性で、朝に強くヴァルサルバ手技によって悪化し、1 つ以上の占拠性頭蓋内腫瘍によって引き起こされる。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす。

B. A space-occupying intracranial neoplasm has been demonstrated

B. 占拠性頭蓋内腫瘍が証明されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to development of the neoplasm, or led to its discovery

1. 頭痛は腫瘍の発現時期に一致して発症した、または頭痛がその発見の契機となった。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the neoplasm

a) 頭痛は腫瘍の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in temporal relation to successful treatment of the neoplasm

b) 頭痛は腫瘍の治療の成功時期に一致して有意に改善した。

3. headache has at least one of the following three characteristics:

3. 頭痛は以下の 3 つの特徴のうち少なくとも 1 つをもつ。

a) progressive

a) 進行性。

b) worse in the morning or after daytime napping

b) 朝または昼寝の後に悪化する。

c) aggravated by Valsalva-like manoeuvres

c) ヴァルサルバ手技によって悪化する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

7.4.1.1 Headache attributed to colloid cyst of the third ventricle

7.4.1.1 第3脳室コロイド嚢胞による頭痛

Description:

解説

Headache caused by colloid cyst of the third ventricle, presenting very characteristically as recurrent attacks with thunderclap onset and reduced level or loss of consciousness.

第3脳室コロイド嚢胞による頭痛によって引き起こされる頭痛、非常に特徴的な雷鳴様発症で発作を繰り返し、意識の低下または消失を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criterion C

A. 頭痛はCを満たす。

B. A colloid cyst of the third ventricle has been demonstrated

B. 第3脳室コロイド嚢胞が証明されている。

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている。

1. headache has developed in temporal relation to development of the colloid cyst, or led to its discovery

1. 頭痛は第3脳室コロイド嚢胞の発現時期に一致して発症した、または頭痛がその発見の契機となる。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache is recurrent, with thunderclap onset and accompanied by reduced level or

loss of consciousness

a) 頭痛は雷鳴様発症で繰り返し、意識の低下または消失を伴う。

b) headache has significantly improved or resolved in temporal relation to successful treatment of the colloid cyst

b) 頭痛は第 3 脳室コロイド嚢胞の治療の成功時期に一致して有意に改善または消失した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント

The vast majority of colloid cysts of the third ventricle are discovered incidentally, having been asymptomatic.

大多数の第 3 脳室コロイド嚢胞は偶発的に発見され、無症候である。

Nevertheless, their position immediately adjacent to the foramen of Monro can, on occasion, result in sudden obstructive hydrocephalus, causing headache with thunderclap onset and reduced level or loss of consciousness.

それにも関わらず、モンロー孔のすぐ近傍に局在するものは、突然の閉塞性水頭症を来し、雷鳴様発症で意識の低下または消失を伴う頭痛を引き起こすことがある。

This highly characteristic presentation should lead to rapid diagnosis.

この非常に特徴的な形式は迅速に診断されなければならない。

7.4.1.1 Headache attributed to colloid cyst of the third ventricle signals a life-threatening emergency.

「7.4.1.1 第 3 脳室コロイド嚢胞による頭痛」は致命的な緊急事態を示している。

7.4.2 Headache attributed to carcinomatous meningitis

7.4.2 がん性髄膜炎による頭痛

Description:

解説

Headache caused by carcinomatous meningitis, usually accompanied by signs of encephalopathy and/or cranial nerve palsies.

がん性髄膜炎によって引き起こされる頭痛、通常脳症や脳神経麻痺を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Carcinomatous meningitis (in the presence of systemic neoplasia known to be associated with carcinomatous meningitis) has been demonstrated

B. がん性髄膜炎(がん性髄膜炎に関連することが知られている全身的な新生物が認められる場合)が証明されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to development of the carcinomatous meningitis

1. 頭痛はがん性髄膜炎の発現時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the carcinomatous meningitis

a) 頭痛はがん性髄膜炎の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the

carcinomatous meningitis

b) 頭痛はがん性髄膜炎の改善に並行し有意に改善した。

3. headache is associated with cranial nerve palsies and/or encephalopathy

3. 頭痛は脳神経麻痺や脳症を伴う。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

7.4.3 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion

7.4.3 視床下部あるいは下垂体の分泌過多または分泌不全による頭痛

Description:

解説

Headache caused by a pituitary adenoma and hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion, usually accompanied by disorder of temperature regulation, abnormal emotional state and/or altered thirst or appetite.

下垂体腺腫と視床下部あるいは下垂体の分泌過多または分泌不全により引き起こされる頭痛で、通常、体温調節障害、異常な感情状態や口渇または食欲の変化を伴う。

It remits after successful treatment of the underlying disorder.

頭痛は基礎疾患の治療成功により改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion (including prolactin, growth hormone (GH) and/or adrenocorticotrophic hormone (ACTH) hypersecretion), associated with pituitary adenoma, has been demonstrated

B. 下垂体腺腫に関連している視床下部あるいは下垂体の分泌過多または分泌不全(プロラクチン、成長ホルモン(GH)や副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)の分泌過多を含む)が証明されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to onset of hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion

1. 頭痛は視床下部あるいは下垂体の分泌過多または分泌不全の発現時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion

a) 頭痛は視床下部あるいは下垂体の分泌過多または分泌不全の悪化に並行し有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion

b) 頭痛は視床下部あるいは下垂体の分泌過多または分泌不全の改善に並行し有意に著明に改善した。

3. headache is associated with at least one of the following:

3. 頭痛は以下の少なくとも 1 つに関連している。

a) disorder of temperature regulation

a) 体温調節障害

b) abnormal emotional state

b) 異常な感情状態

c) altered thirst and/or appetite

c) 口渇や食欲の変化

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

7.5 Headache attributed to intrathecal injection

髄注による頭痛

Description:

解説

Headache experienced in both upright and recumbent postures, caused by and occurring within 4 days of an intrathecal injection and remitting within 14 days.

髄注後 4 日以内に出現し 14 日以内に消失する、立位と仰臥位で共に自覚する頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. An intrathecal injection has been given

B. 髄注が施行された。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed within 4 days of the intrathecal injection

1. 頭痛は髄注後 4 日以内に発症した。

2. headache has significantly improved within 14 days after the intrathecal injection

2. 頭痛は髄注後 14 日以内に有意に改善した。

3. signs of meningeal irritation

3. 髄膜刺激症状の徴候。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント

Headache usually develops within 4 days after intrathecal injection, and is present in both upright and recumbent postures.

頭痛は通常、髄注後 4 日以内に起こり、立位と仰臥位で共に出現する。

When headache persists beyond 14 days, alternative diagnoses should be considered, such as 7.2.2 CSF fistula headache, meningitis or leptomenigeal disease.

頭痛が 14 日を超えて持続する場合、「7.2.2 髄液漏性頭痛」、髄膜炎や軟膜の疾患を考慮すべきである。

7.6 Headache attributed to epileptic seizure

7.6 てんかん発作による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する

There is a complex and bidirectional association between migraine and epilepsy.

片頭痛とてんかんの間には複雑で双方向性の関係がある。

Where the two coexist, without either being a risk factor for the other, migraine is coded under 1. Migraine according to its subtype.

2 つが他方の危険因子がなく共存する限り、片頭痛は「1. 片頭痛」のサブタイプ下にコード化される。

Where migraine is comorbid with certain forms of epilepsy, such as benign occipital epilepsy, benign rolandic epilepsy and corticoreticular epilepsy with absence seizures, again it is coded under 1. Migraine according to its subtype.

片頭痛が、良性後頭葉てんかん、良性ローランドてんかんや痙攣発作を伴わない皮質網様体てんかんなどの特定のてんかんと共存する際も、「1. 片頭痛」のサブタイプ下にコード化される。

Where migraine-like or other headache and epilepsy are both part of a specific brain disorder (e.g. MELAS), the headache is coded to that disorder.

片頭痛様または他の頭痛とてんかんが、共に特定の疾患(例えば MELAS)の部分症状である場合、頭痛はその疾患にコード化される。

Where a seizure occurs during or immediately following a migraine aura (‘migralepsy’), it is coded as 1.4.4 Migraine aura-triggered seizure.

痙攣発作が片頭痛前兆(‘ミグラレプシー’)と同時にまたは直後に起きる場合、「1.4.4 片頭痛前兆により誘発される痙攣」とコード化される。

Description:

解説

Headache caused by an epileptic seizure, occurring during and/or after the seizure and remitting spontaneously within hours or up to 3 days.

てんかん発作により引き起こされる頭痛で痙攣発作と同時またはその後に起こり、数時間または 3 日以内に自然軽快する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. The patient is having or has recently had an epileptic seizure

B. 患者はてんかん発作を持っているか、最近発症した。

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている。

1. headache has developed simultaneously with onset of the seizure

1. 頭痛は痙攣発作と同時に起きた。

2. headache has resolved spontaneously after the seizure has terminated

2. 頭痛は痙攣発作の後に自然に消失した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント

Pre-ictal headache has also been evaluated in a small study of 11 patients with intractable focal epilepsy.

発作前頭痛についても、11 人の難治性焦点性てんかん患者における小規模研究で評価されている。

Headache was frontotemporal, ipsilateral to the focus in nine patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and contralateral in one with TLE and one with frontal lobe epilepsy.

頭痛は、9 人の側頭葉てんかん (TLE) 患者で焦点と同側で前側頭部に、1 人の TLE 患者と 1 人の前頭葉てんかん患者で対側にみられた。

More studies are needed to establish the existence of pre-ictal headache, and determine its prevalence and clinical features, in patients with partial and generalized epilepsy.

部分発作と全般発作の患者において、発作前頭痛の存在を確立し、その予防と臨床的特徴を決定するためには、さらなる研究が必要である。

7.6.1 Hemicrania epileptica

7.6.1 てんかん性片側頭痛

Description:

解説

Headache occurring during a partial epileptic seizure, ipsilateral to the epileptic discharge, and remitting immediately or soon after the seizure has terminated.

部分てんかん発作中、てんかん発射と同側に起こり、痙攣発作の終了と同時にまたは間もなく消失する頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. The patient is having a partial epileptic seizure

B. 患者は部分てんかん発作を持っている。

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている。

1. headache has developed simultaneously with onset of the partial seizure

1. 頭痛は部分発作の発症と同時に起きた。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has significantly improved immediately after the partial seizure has terminated

a) 頭痛は部分発作終了後すぐに、有意に改善した。

b) headache is ipsilateral to the ictal discharge

b) 頭痛はてんかん発射と同側。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

7.6.2 Post-ictal headache

7.6.2 てんかん発作後頭痛

Description:

解説

Headache caused by and occurring within 3 hours after an epileptic seizure, and remitting spontaneously within 72 hours after seizure termination.

てんかん発作後 3 時間以内に起こり、痙攣発作終了後 72 時間以内に自然に軽快する頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. The patient has recently had a partial or generalized epileptic seizure

B. 患者は最近、部分性もしくは全般性てんかん発作を発症した。

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている。

1. headache has developed within 3 hours after the epileptic seizure has terminated

1. 頭痛はてんかん発作終了後、3 時間以内に起きた。

2. headache has resolved within 72 hours after the epileptic seizure has terminated

2. 頭痛はてんかん発作終了後、72 時間以内に改善した。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント

7.6.2 Post-ictal headache occurs in over 40% of patients with either temporal lobe epilepsy or frontal lobe epilepsy and in up to 60% of patients with occipital lobe epilepsy.
「7.6.2 てんかん発作後頭痛」は側頭葉てんかんと前頭葉てんかんのいずれでも 40%以上の患者に起こり、後頭葉てんかんの 60%までの患者に起きる。

It occurs more frequently after generalized tonic-clonic seizures than other seizure types.

他のけいれんに比べ、強直間代性けいれん後に、よりしばしば起きる。

7.7 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)

7.7 キアリ奇形 I 型 (CM1) による頭痛

Description:

解説

Headache caused by Chiari type I malformation, usually occipital or suboccipital, of short duration (less than 5 minutes) and provoked by cough or other Valsalva-like manoeuvres.

通常、後頭部や後頭下部に、短時間 (5 分以内) 続く、咳嗽や他のヴァルサルバ手技により誘発される、キアリ奇形 I 型が原因の頭痛。

It remits after the successful treatment of the Chiari malformation.

キアリ奇形の治療の成功後に改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Chiari malformation type 1 (CM1) has been demonstrated

B. キアリ奇形 I 型 (CM1) が証明されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. either or both of the following:

1. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has developed in temporal relation to the CM1

a) 頭痛は CM1 の発症時期に一致して発症した。

b) headache has resolved within 3 months after successful treatment of the CM1

b) 頭痛は CM1 の治療成功後、3 ヶ月以内に改善した。

2. headache has at least one of the following three characteristics:

2. 頭痛は以下の 3 つの特徴のうち、少なくとも 1 つを持つ。

a) precipitated by cough or other Valsalva-like manoeuvre

a) 咳嗽や他のヴァルサルバ手技により誘発される。

b) occipital or suboccipital location

b) 後頭部または後頭下部。

c) lasting <5 minutes

c) 持続は 5 分未満

3. headache is associated with other symptoms and/or clinical signs of brainstem, cerebellar, lower cranial nerve and/or cervical spinal cord dysfunction

3. 頭痛は、脳幹、小脳、下位脳神経や頸髄の機能不全による他の症候を伴う。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.²

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Notes:

注

1. Diagnosis of Chiari malformation by MRI requires a 5-mm caudal descent of the cerebellar tonsils or 3-mm caudal descent of the cerebellar tonsils plus crowding of the subarachnoid space at the craniocervical junction as evidenced by compression of the CSF spaces posterior and lateral to the cerebellum, or reduced height of the supraocciput, or increased slope of the tentorium, or kinking of the medulla oblongata.

MRI によるキアリ奇形の診断には、小脳扁桃の尾側下垂が 5mm、または小脳扁桃の尾側下垂に加え、小脳後方と側方の髄液腔圧排、後頭上部の高さの下降、小脳テントの傾斜増大、延髄の捻転により示される、頭蓋頸椎移行部領域におけるくも膜下腔の不鮮明化が必要である。

2. Patients with spontaneous intracranial hypotension secondary to CSF leak may demonstrate MRI evidence of secondary tonsillar descent and CM1.

髄液漏出による特発性低頭蓋内圧患者は、MRI 所見として二次的な小脳扁桃下垂と CM1 を示すかもしれない。

These patients may also present with headache related to cough or other Valsalva-like manoeuvre (and are correctly coded as 7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension).

このような患者はまた、咳嗽や他のヴァルサルバ手技に関連した頭痛(正しくは「7.2.3 特発性低頭蓋内圧性頭痛」としてコード化される)を呈する。

Therefore, in all patients presenting with headache and CM1, CSF leak must be excluded.

したがって、頭痛と CM1 を呈している全ての患者で、髄液漏出は除外されなければならない。

Comments:

コメント

7.7 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1) is often descriptively similar to 4.1 Primary cough headache with the exception, sometimes, of longer duration (minutes rather than seconds).

「7.7 キアリ奇形 I 型 (CM1) による頭痛」は、長い持続時間 (数秒よりむしろ数分) であることを除き、しばしば記述的に「4.1 一次性咳嗽頭痛」に似ている。

Almost all (95%) patients with CM1 report a constellation of five or more distinct symptoms.

ほとんど全て (95%) の CM1 患者は、5 つ以上の別個の症状を訴える。

An MRI database showed tonsillar herniation of at least 5 mm in 0.7% of the population.

MRI データベース上、人口の 0.7% に少なくとも 5mm の小脳扁桃ヘルニアを認めている。

The clinical context of CMI is important as many of these subjects can be asymptomatic. この CM1 の臨床的背景は、これら患者の多くが無症状であり得ることとして重要である。

Some patients exhibit 'Chiari-like' symptoms with minimal cerebellar tonsillar herniation, whereas others may be asymptomatic with large herniations.

一部の患者は最小の小脳扁桃ヘルニアで「キアリ様」の症状を呈するが、一方で、大きなヘルニアでも無症状であることもある。

No correlation exists between the amount of herniation and the severity of headache or level of disability in presenting patients.

ヘルニアの程度と頭痛の重症度や障害の程度に相関関係はない。

Rigid adherence to the clinical and radiological criteria described above is recommended prior to surgical intervention, to avoid an unnecessary surgical procedure that has significant potential for surgical morbidity.

手術的介入の前に有意に合併症の可能性がある不必要な手術手技を避けるため、上述した臨床

的および放射線学的基準を厳守することが勧められる。

These criteria for 7.7 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1) require validation.

「7.7 キアリ奇形 I 型による頭痛」のこれら診断基準は検証が必要である。

Prospective studies with long-term surgical outcome are needed.

長期的な手術成績の前向き研究が必要である。

7.8 Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder

7.8 その他の非血管性頭蓋内疾患による頭痛

Description:

解説

Headache caused by a non-vascular intracranial disorder other than those described above.

上記以外の非血管性頭蓋内疾患により引き起こされる頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. A non-vascular intracranial disorder known to be able to cause headache, other than those described above, has been demonstrated

B. 上記以外で頭痛を引き起こすことが知られている非血管性頭蓋内疾患が証明されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the non-vascular

intracranial disorder

1. 頭痛は非血管性頭蓋内疾患の発現時期に一致して発症した。

2. either or both of the following:

2. 以下のいずれかまたは両方。

a) headache has developed or significantly worsened in parallel with worsening of the non-vascular intracranial disorder

a) 頭痛は非血管性頭蓋内疾患の悪化に並行し出現する、または有意に悪化した。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement of the non-vascular intracranial disorder

b) 頭痛は非血管性頭蓋内疾患の改善に一致して有意に改善した。

3. headache has characteristics typical for the non-vascular intracranial disorder

3. 頭痛は非血管性頭蓋内疾患に典型的な特徴を持つ。

4. other evidence exists of causation

4. 他の原因の証拠が存在する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Bibliography

文献

7.1.1 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH)

Avery RA, Shah SS, Licht DJ, et al. Reference range for cerebrospinal fluid opening pressure in children. NEJM 2010; 363: 891.893.

Friedman DI and Jacobson DM. Idiopathic intracranial hypertension. J Neuroophthalmol 2004; 24: 138.145.

Corbett JJ and Mehta MP. Cerebrospinal fluid pressure in normal obese subjects and patients with pseudotumor cerebri. *Neurology* 1983; 33: 1386.1388.

Whiteley W, Al-Shahi R, Warlow CP, et al. CSF opening pressure: Reference interval and the effect of body mass index. *Neurology* 2006; 67: 1690.1691.

7.2.1 Post-dural puncture headache

Amorim JA, Gomes de Barros MV and Valenca MM. Post-dural (post-lumbar) puncture headache: Risk factors and clinical features. *Cephalalgia* 2012; 32: 916.923.

Bezov D, Lipton RB and Ashina S. Post-dural puncture headache: Part I diagnosis, epidemiology, etiology and pathophysiology. *Headache* 2010; 50: 1144.1152.

7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension

Mea E, Chiapparini L, Savoiaro M, et al. Application of IHS criteria to headache attributed to spontaneous intracranial hypotension in a large population. *Cephalalgia* 2009; 29: 418.422.

Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension. *JAMA* 2006; 295: 2286.2296.

Schievink WI, Dodick DW, Mokri B, et al. Diagnostic criteria for headache due to spontaneous intracranial hypotension: A perspective. *Headache* 2011; 51: 1442.1444.

Schievink WI, Maya MM, Louy C, et al. Diagnostic criteria for spontaneous spinal CSF leaks and intracranial hypotension. *Am J Neuroradiol* 2008; 29: 853.856.

Schwedt TJ and Dodick DW. Spontaneous intracranial hypotension. *Curr Pain Headache Rep* 2007; 11: 56.61.

7.3.5 Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)

Bartleson JD, Swanson JW and Whisnant JP. A Migrainous syndrome with cerebrospinal fluid pleocytosis. *Neurology* 1981; 31: 1257.1262.

Berg MJ and Williams LS. The transient syndrome of headache with neurologic deficits and CSF lymphocytosis (review). *Neurology* 1995; 45: 1648.1654.

Chapman KM, Szczygielski BI, Toth C, et al. Pseudomigraine with lymphocytic pleocytosis: A calcium channelopathy? Clinical description of 10 cases and genetic analysis of the familial hemiplegic migraine gene CACNA1A. *Headache* 2003; 43: 892.895.

Fuentes B, Diez Tejedor E, Pascual J, et al. Cerebral blood flow changes in pseudomigraine with pleocytosis analyzed by single photon emission computed tomography. A spreading depression mechanism? *Cephalalgia* 1998; 18: 570.573.

Fumal A, Vandenheede M, Coppola G, et al. The syndrome of transient headache with neurological deficits and CSF lymphocytosis (HaNDL): Electrophysiological findings suggesting a migrainous pathophysiology. *Cephalalgia* 2005; 25: 754.758.

Gomez-Aranda F, Canadillas F, Marti-Masso JF, et al. Pseudomigraine with temporary neurological symptoms and lymphocytic pleocytosis: A report of fifty cases. *Brain* 1997; 120: 1105.1113.

Ku. rtu. nc. M, Kaya D, Zuliani L, et al. CACNA1A antibodies associated with headache with neurological deficits and cerebrospinal fluid lymphocytosis (HaNDL). *Cephalalgia* 2013; 33: 123.129.

Morrison DG, Phuah HK, Reddy AT, et al. Ophthalmologic involvement in the syndrome of headache, neurologic deficits, and cerebrospinal fluid lymphocytosis. *Ophthalmology* 2003; 110: 115.118.

Parissis D, Ioannidis P, Balamoutsos G and Karacostas D. Confusional state in the syndrome of HaNDL. *Headache* 2011; 51: 1285.1288.

7.6 Headache attributed to epileptic seizure

Forderreuther S, Henkel A, Noachtar S and Straube A. Headache associated with epileptic seizures: Epidemiology and clinical characteristics. *Headache* 2002; 42: 649.655.

Ito M, Adachi N, Nakamura F, et al. Multicentre study on post-ictal headache in patients with localization-related epilepsy. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 53: 385.389.

Ito M, Adachi N, Nakamura F, et al. Characteristics of postictal headache in patients with partial epilepsy. *Cephalalgia* 2004; 24:23.28.

Karaali-Savrun F, Go. ksan B, Yeni SN, et al. Seizure-related headache in patients with epilepsy. *Seizure* 2002; 11: 67.69.

Kwan P, Man CBL, Leung H, et al. Headache in patients with epilepsy: A prospective incidence study. *Epilepsia* 2008; 49: 1099.1102.

Leniger T, Isbruch K, Von den Driesch S, et al. Seizure-associated headache in epilepsy. *Epilepsia* 2001; 42: 1176.1179.

Schachter SC, Richman K, Loder E and Beluk S. Self-reported characteristics of postictal headaches. *J Epilepsy* 1995; 8: 41.43.

Schmidt Botha S, Schutte C-M, Olorunju S and Kakaza M. Postictal headache in South African adult patients with generalized epilepsy in a tertiary care setting: A cross-sectional study. *Cephalalgia* 2012; 30: 1495.1501.

Schon F and Blau JN. Post-epileptic headache and migraine. *J Neurol Neurosurg*

Psychiat 1987; 50: 1148.1152.

Syversten M, Helde G, Stovner LJ and Brodtkorb E. Headache add to the burden of epilepsy. J Headache Pain 2007; 8: 224.230.

Yankovsky AE, Andermann F and Bernasconi A. Characteristics of headache associated with intractable partial epilepsy. Epilepsia 2005; 46: 1241.1245.

7.7 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)

Chen P-K, Fuh J-L and Wang S-J. Cough headache: A study of 83 consecutive patients. Cephalalgia 2009; 29: 1079.1085.

Pascual J, Iglesias F, Oterino A, et al. Cough, exertional, and sexual headaches: An analysis of 72 benign and symptomatic cases. Neurology 1996; 46: 1520.1524.

Pascual J, Gonzalez-Mandly A, Martın R and Oterino A. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: A prospective etiological and clinical study. J Headache Pain 2008; 9: 259.266.

Grazzi L and Usai S. Headache and Chiari malformation in young age: Clinical aspects and differential diagnosis. Neurol Sci 2011; 32 Suppl 3: S299.S301.

Mea E, Chiapparini L, Leone M, et al. Chronic daily headache in the adults: Differential diagnosis between symptomatic Chiari I malformation and spontaneous intracranial hypotension. Neurol Sci 2011; 32 Suppl 3: S291.S294.

8. Headache attributed to a substance or its withdrawal

8. 物質またはその離脱による頭痛

8.1 Headache attributed to use of or exposure to a substance

8.1 物質の使用または曝露による頭痛

8.1.1 Nitric oxide (NO) donor-induced headache

8.1.1 一酸化窒素(NO)供給体誘発頭痛

8.1.1.1 Immediate NO donor-induced headache

8.1.1.1 即時型一酸化窒素供与体誘発頭痛

8.1.1.2 Delayed NO donor-induced headache

8.1.1.2 遅延型一酸化窒素供与体誘発頭痛

8.1.2 Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache

8.1.2 ホスホジエステラーゼ(PDE)阻害薬誘発頭痛

8.1.3 Carbon monoxide (CO)-induced headache

8.1.3 一酸化炭素誘発頭痛

8.1.4 Alcohol-induced headache

8.1.4 アルコール誘発頭痛

8.1.4.1 Immediate alcohol-induced headache

8.1.4.1 即時型アルコール誘発頭痛

8.1.4.2 Delayed alcohol-induced headache

8.1.4.2 遅延型アルコール誘発頭痛

8.1.5 Headache induced by food and/or additive

8.1.5 食品および添加物誘発頭痛

8.1.5.1 Monosodium glutamate (MSG)-induced headache

8.1.5.1 グルタミン酸ナトリウム誘発頭痛

8.1.6 Cocaine-induced headache

8.1.6 コカイン誘発頭痛

8.1.7 Histamine-induced headache

8.1.7 ヒスタミン誘発頭痛

8.1.7.1 Immediate histamine-induced headache

8.1.7.1 即時型ヒスタミン誘発頭痛

8.1.7.2 Delayed histamine-induced headache

8.1.7.2 遅延型ヒスタミン誘発頭痛

8.1.8 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache

8.1.8 カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)誘発頭痛

8.1.8.1 Immediate CGRP-induced headache

8.1.8.1 即時型 CGRP 誘発頭痛

8.1.8.2 Delayed CGRP-induced headache

8.1.8.2 遅延型 CGRP 誘発頭痛

8.1.9 Headache attributed to exogenous acute pressor agent

8.1.9 外因性急性昇圧物質による頭痛

8.1.10 Headache attributed to occasional use of non-headache medication

8.1.10 頭痛治療薬以外の薬剤の一時的使用による頭痛

8.1.11 Headache attributed to long-term use of non-headache medication

8.1.11 頭痛治療薬以外の薬剤の長期使用による頭痛

8.1.12 Headache attributed to exogenous hormone

8.1.12 外因性ホルモンによる頭痛

8.1.13 Headache attributed to use of or exposure to other substance

8.1.13 その他の物質の使用または曝露による頭痛

8.2 Medication-overuse headache (MOH)

8.2 薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛, MOH)

8.2.1 Ergotamine-overuse headache

8.2.1 エルゴタミン乱用頭痛

8.2.2 Triptan-overuse headache

8.2.2 トリプタン乱用頭痛

8.2.3 Simple analgesic-overuse headache

8.2.3 単純鎮痛薬乱用頭痛

8.2.3.1 Paracetamol (acetaminophen)-overuse headache

8.2.3.1 パラセタモール(アセトアミノフェン)乱用頭痛

8.2.3.2 Acetylsalicylic acid-overuse headache

8.2.3.2 アセチルサリチル酸乱用頭痛

8.2.3.3 Other non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-overuse headache

8.2.3.3 その他の非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)乱用頭痛

8.2.4 Opioid-overuse headache

8.2.4 オピオイド乱用頭痛

8.2.5 Combination-analgesic-overuse headache

8.2.5 複合鎮痛薬乱用頭痛

8.2.6 Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused

8.2.6 単独では乱用に該当しない複数医薬品による薬物乱用頭痛

8.2.7 Medication-overuse headache attributed to unverified overuse of multiple drug classes

8.2.7 乱用内容不明な複数医薬品による薬物乱用頭痛

8.2.8 Medication-overuse headache attributed to other medication

8.2.8 その他の治療薬による薬物乱用頭痛

8.3 Headache attributed to substance withdrawal

8.3 物質離脱による頭痛

8.3.1 Caffeine-withdrawal headache

8.3.1 カフェイン離脱頭痛

8.3.2 Opioid-withdrawal headache

8.3.2 オピオイド離脱頭痛

8.3.3 Oestrogen-withdrawal headache

8.3.3 エストロゲン離脱頭痛

8.3.4 Headache attributed to withdrawal from chronic use of other substance

8.3.4 その他の物質の慢性使用からの離脱による頭痛

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

When a headache occurs for the first time in close temporal relation to exposure to or withdrawal from a substance, it is coded as a secondary headache attributed to exposure to or withdrawal from that substance.

頭痛が初発し、頭痛の原因となることが知られているある物質への暴露または離脱と時期的に一致する場合であっても、二次性頭痛としてコード化する。

This remains true when the new headache has the characteristics of any of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta.

新規の頭痛が、ICHD-3β の第一部に分類されている一次性頭痛のいずれかの特徴を有する場合も、これに該当する。

When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes chronic, or is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to exposure to or withdrawal from a substance, both the initial headache diagnosis and a diagnosis of 8. Headache attributed to a substance or its withdrawal (or one of its subtypes) should be given, provided that there is good evidence that exposure to or withdrawal from that substance can cause headache.

一次性頭痛の特徴を持った以前から存在する頭痛が、ある物質への暴露または離脱と時期的に一致して慢性化したり、有意に悪化する場合(通常、頻度または強度、あるいは両方が2倍以上に増強することを意味する)には、既存の一次性頭痛および 8.「物質またはその離脱による頭痛(またはそのサブタイプの1つ)」の両者として診断すべきであり、物質への曝露あるいは離脱が頭痛を引き起こしているというよい証拠でもある。

Introduction

緒言

People with 1. Migraine are physiologically and perhaps psychologically hyperresponsive to a variety of internal and external stimuli.

「1. 片頭痛」患者は生理的にそしておそらく心理的に種々の内部刺激および外部刺激に過敏に反応する。

Alcohol, food and food additives, and chemical and drug ingestion and withdrawal, have all been reported to provoke or activate migraine in susceptible individuals.

アルコール、食品、食品添加物、化学薬品および薬物の摂取および離脱は全て、感受性の強い個人において片頭痛を誘発または活性化することが報告されている。

The association is often based on anecdotal data and reports of adverse drug reactions.

この関係はしばしば事例的なデータや薬物の有害事象の報告に基づいている。

The fact that these stimuli are associated with headache does not prove causation or eliminate the need to consider other aetiologies.

これらの刺激物質が頭痛に関連しているという事実は原因を証明しているものでも、その他の病因を考慮する必要性を除外しているものでもない。

Because common events happen commonly, the association between a headache and an exposure to a substance may be mere coincidence.

よくあることはごく普通に発生するので、頭痛と物質への曝露の関係はただ単に偶然かもしれない。

Headache can occur on the basis of chance.

頭痛は偶然に発現することもあるのである。

Headache can be a symptom of a systemic disease, and drugs given to treat such a condition will be associated with headache.

頭痛は全身的な疾患の症状である場合もあり、そのような症状の治療のために投与された薬物が頭痛に関連することもある。

In acute migraine drug trials, headache, as well as associated symptoms, is listed as an adverse drug reaction despite that it is a symptom of the treated disorder and not the result of treatment.

片頭痛の急性期治療薬の治験では、頭痛は治療される疾患のものの症状であり、治療の結果起こるものではないにも関わらず、随伴症状同様、有害薬物反応としてあげられている。

Some disorders may predispose to drug-related headache.

疾患によっては薬物に関連した頭痛の素因を作り出している可能性がある。

Alone, neither the drug nor the condition would produce headache.

薬物も身体状況もそれ単独では頭痛を引き起こすことはないと考えられる。

The general criteria for the headache disorders listed here are:

この章に記載された頭痛疾患の全般的な診断基準は:

A. Headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C をみたす

B. Use of or exposure to a substance known to be able to cause headache has occurred

B. 頭痛をおこしうることが知られている物質の使用または曝露

C. Evidence of causation demonstrated by two of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed in temporal relation to use of or exposure to the substance

1. 物質の使用または曝露と時期的に一致して頭痛が発現する

2. headache has significantly improved or resolved after removal of the substance

2. 物質の離脱後、頭痛が著明に改善または消失する

3. headache has characteristics typical for use of or exposure to the substance

3. 頭痛が物質の使用または曝露に典型的な特徴を持つ

4. other evidence exists of causation

4. 原因となる他の証拠が存在する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.1 Headache attributed to use of or exposure to a substance

8.1 物質の使用または曝露による頭痛

Description:

解説

Headache caused by use of or exposure to a substance, with onset immediately or within hours.

物質の使用または曝露により、即時または数時間以内に起こる頭痛。

Comments:

コメント:

8.1 Headache attributed to use of or exposure to a substance can be caused by a toxic substance, as an unwanted effect of a substance in normal therapeutic use or in experimental studies.

8.1「物質の使用または曝露による頭痛」は毒性物質すなわち通常の治療の使用もしくは実験的研究における物質の望ましくない効果によって引き起こされる。

Headache as a side effect has been recorded with many drugs, often merely reflecting the high prevalence of headache.

副作用としての頭痛は、しばしば頭痛の非常に高い有病率を反映しているものとして多くの薬物で

記録されている。

Only when it occurs more often after an active drug than after placebo in double-blind controlled trials can headache be regarded as a true side effect.

二重盲検対照比較試験において、試験薬投与後の方がプラセボに比し頭痛の発生率が高い場合に真の副作用とみなすことができる。

The double-blind design can also be used experimentally to study the relationship between drug effects and headache.

二重盲検法は薬剤の効果と頭痛との関連性を研究する場合にも実験的に使用されうる。

In some cases, for example nitric oxide (NO) donors, such studies have led to a deeper understanding of the involvement of neurotransmitter mechanisms in primary headaches.

例えば一酸化窒素供与体のような例では、このような研究は一次性頭痛における神経伝達物質のメカニズムの関与をより深く理解する助けとなった。

In general, people with 1. Migraine are much more susceptible to such headaches than other individuals, and the same may be true for people with 2. Tension-type headache or 3.1 Cluster headache.

一般的には、1.「片頭痛」の患者はその他の人よりもそのような頭痛を引き起こしやすく、2.「緊張型頭痛」および 3.「群発頭痛」の患者でも同様なことが言えるのである。

A number of substances, such as NO donors and histamine, induce an immediate headache in both normal volunteers and in migraineurs.

一酸化窒素供与体やヒスタミンなどのようないくつかの物質は健常ボランティアや片頭痛患者において、即座に頭痛を誘発する。

However, it is now clear that people who have primary headache disorders also develop a delayed headache, one to several hours after the substance has been cleared from the blood.

しかしながら一次性頭痛の患者においては、頭痛の誘発物質が血液から除かれた 1 時間～数時間後に遅延型頭痛を引き起こすことも明らかである。

Knowledge of the potential headache-inducing effects of substances in clinical use is important in order to label these substances appropriately.

臨床で使用された物質の頭痛誘発効果の可能性を知ることは、それらの物質を適切に分類するために重要である。

Combinations such as alcohol and disulfiram may cause headache when individual agents might not.

個々の物質は頭痛を起こさなくとも、アルコールとジスルフィラムのような組み合わせは頭痛を引き起こす可能性がある。

Paradoxically, the headache encountered by most people after heavy alcohol use may be a positive feature because it encourages avoidance of excessive drinking.

逆説的に言うと、アルコールを多量に消費した後にほとんどの人が経験する頭痛は、過剰な飲酒を抑止する助けになるため、肯定的な特徴といえる。

Substances that cause headache through their toxic effects, such as carbon monoxide, cannot be studied experimentally and the causal relationship between exposure and headache has therefore to be demonstrated in clinical cases where the substance has been used accidentally or for suicide attempt.

一酸化炭素のような毒性効果により頭痛を引き起こす物質については実験的に研究することはできず、したがって、その物質への曝露と頭痛の因果関係はその物質を偶然に使用したり、自殺企図での使用などの臨床例で証明されなくてはならない。

8.1.1 Nitric oxide (NO) donor-induced headache

8.1.1 一酸化窒素 (NO) 供給体誘発頭痛

Description:

解説:

Headache caused immediately, or after a delay, by acute exposure to a nitric oxide donor.

一酸化窒素供給体への急性曝露により, 即時またはしばらくしてから起こる頭痛.

Comments:

解説

8.1.1 Nitric oxide (NO) donor-induced headache is typically frontotemporal and pulsating.

8.1.1「一酸化窒素(NO) 供給体誘発頭痛」は典型的には前頭側頭部で拍動性である.

All NO donors (e.g. amylnitrate, erythrityl tetranitrate, pentaerythrityl tetranitrate, glyceryl trinitrate [GTN], isosorbide mononitrate, sodium nitroprusside, mannitol hexanitrate) can cause headache of this subform.

全ての一酸化窒素供与体(例えば亜硝酸アミル[amylnitrate], 四硝酸エリトリチル[erythrityl tetranitrate], 四亜硝酸ペンタエリスリトール[pentaerythrityl tetranitrate], ニトログリセリン[glyceryl trinitrate:GTN], 一硝酸イソソルビド[isosorbide mononitrate], ニトロプルシドナトリウム[sodium nitroprusside], 六硝酸マンニトール[mannitol hexanitrate]など)はこのサブタイプの頭痛を引き起こす.

GTN induces immediate headache in most normal people, but can also cause a delayed headache in migraineurs which fulfils the diagnostic criteria for 1.1 Migraine without aura.

GTN はほとんどの健常人において即時型頭痛を引き起こすが, 片頭痛患者では 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準をみたす遅発型頭痛をも引き起こす.

In people with 2.3 Chronic tension-type headache, GTN has been shown to induce a delayed headache which has the characteristics of 2. Tension-type headache (the effect is unknown in those with 2.1 Infrequent episodic tension-type headache or 2.2 Frequent episodic tension-type headache).

2.3「慢性緊張型頭痛」の患者では, GTNは2.「緊張型頭痛」の特徴をもつ遅延型頭痛を誘発することが示されている. (2.1「稀発反復性緊張型頭痛」もしくは 2.2「頻発反復性緊張型頭痛」で同様のことが起こるかどうかは不明である。)」

These delayed headaches occur, on average, 5-6 hours after exposure.

これらの遅延型頭痛は曝露後平均 5～6 時間で発現する。

People with 3. Cluster headache develop delayed headache only during cluster periods:
GTN usually induces a cluster headache attack 1.2 hours after intake.

3.「群発頭痛」の患者は群発期のみで遅延型頭痛を発現する:通常 GTN は摂取後 1～2 時間で群発頭痛発作を誘発する。

Headache is a side effect of therapeutic use of nitroglycerine.

頭痛はニトログリセリンの治療目的で使用した場合の副作用である。

With chronic use, tolerance develops within a week, and GTN-induced headache disappears in most patients within that time.

慢性的に使用すると, 1 週間以内に耐性ができ, GTN 誘発頭痛はほとんどの患者ではその時間内に消失する。

Other NO donors used therapeutically may also produce headache.

治療目的で使用したその他の一酸化窒素供与体も頭痛を引き起こす。

Isosorbide mononitrate has been the subject of one formal double-blind placebo-controlled study, and causes a much longer-lasting headache than GTN owing to its slow release of NO.

一硝酸イソソルビドは正式な二重盲検プラセボ対照比較試験の対象となっており,一酸化窒素をゆっくりと放出するために GTN よりも長時間持続する頭痛を引き起こす。

8.1.1.1 Immediate NO donor-induced headache

8.1.1.1 即時型一酸化窒素供与体誘発頭痛

Previously used terms:

以前使用された用語:

Nitroglycerine headache; dynamite headache; hot dog headache.

ニトログリセリン頭痛(Nitroglycerine headache), ダイナマイト頭痛(dynamite headache), ホット

ドッグ頭痛(hot dog headache)

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. Absorption of a nitric oxide (NO) donor has occurred

B. 一酸化窒素供与体の吸収

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1.headache has developed within 1 hour after absorption of the NO donor

1.一酸化窒素供与体吸収後1時間以内に頭痛が出現する

2. headache has resolved within 1 hour after release of NO has ended

2. 一酸化窒素放出終了後 1 時間以内に頭痛が消失する

3. headache has at least one of the following four characteristics:

3. 以下の4つの特徴の少なくとも1項目以上を満たす:

a) bilateral

a)両側性

b) mild to moderate intensity

b) 強さは軽度から中等度

c) pulsating quality

c) 拍動性

d) aggravated by physical activity

d) 身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.1.1.2 Delayed NO donor-induced headache

8.1.1.2 遅発型一酸化窒素供与体誘発頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache, in a person affected by a primary headache disorder and with the characteristics of that headache type, fulfilling criterion C

A. 頭痛は一次性頭痛患者に起こり、その頭痛タイプの特徴を持ち、C を満たす。

B. Absorption of a nitric oxide (NO) donor has occurred

B. 一酸化窒素供与体の吸収

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 2-12 hours after exposure to the NO donor, and after NO is cleared from the blood

1. 一酸化窒素供与体曝露後 2～12 時間以内に、血液から一酸化窒素が消失後に頭痛が始まる。

2. headache has resolved within 72 hours after exposure

2. 曝露後、72 時間以内に頭痛が消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.1.2 Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache

8.1.2 ホスホジエステラーゼ(Phosphodiesterase : PDE)阻害薬誘発頭痛

Description:

概念:

Headache caused by intake of a phosphodiesterase inhibitor, resolving spontaneously within 72 hours.

ホスホジエステラーゼ阻害薬摂取によって引き起こされ, 72 時間以内に自然寛解する頭痛.

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. A single dose of a phosphodiesterase (PDE) inhibitor has been taken

B. 単一用量のホスホジエステラーゼ阻害薬の服用

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 5 hours of intake of the PDE inhibitor

1. PDE 阻害薬摂取 5 時間以内に頭痛発現

2. headache has resolved within 72 hours of onset

2. 72 時間以内に消失

3. headache has at least one of the following four characteristics:

3.頭痛は以下の4つのうち少なくとも1つの特徴を持つ:

a) bilateral

- a) 両側性
- b) mild to moderate intensity
- b) 強さは軽度から中等度
- c) pulsating quality
- c) 拍動性
- d) aggravated by physical activity
- d) 身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Phosphodiesterases (PDEs) are enzymes that break down cGMP and cAMP.

ホスホジエステラーゼ(PDE)は cGMP と cAMP を分解する酵素である。

The PDE-5 inhibitors, sildenafil and dipyridamole, increase levels of cGMP and/or cAMP.

PDE-5 阻害薬であるシルデナフィル(sildenafil)とジピリダモール(dipyridamole)は cGMP または cAMP(あるいはその両方)のレベルを増加させる。

The resultant headache usually has the characteristics of tension-type headache, but in people with 1. Migraine (who should be warned of this side effect) it has the characteristics of 1.1 Migraine without aura.

この頭痛は通常、緊張型頭痛の特徴を持っているが、1.「片頭痛(この副作用について警告を受けべきである)」の患者では 1.1「前兆のない片頭痛」の特徴を持つ。

8.1.3 Carbon monoxide (CO)-induced headache

8.1.3 一酸化炭素誘発頭痛

Previously used term:

以前使用された用語:

Warehouse workers' headache

倉庫労働者の頭痛(Warehouse workers' headache)

Description:

概念:

Headache caused by exposure to carbon monoxide, resolving spontaneously within 72 hours after its elimination.

一酸化炭素への暴露によって引き起こされ、排除後 72 時間以内に自然消失する頭痛.

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Bilateral headache fulfilling criterion C

A. 両側性の頭痛が C を満たす

B. Exposure to carbon monoxide (CO) has occurred

B. 一酸化炭素への曝露

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 12 hours of exposure to CO

1. 頭痛は一酸化炭素曝露 12 時間以内に発現

2. headache intensity varies with the severity of CO intoxication

2. 頭痛の程度は一酸化炭素中毒の重症度により変動

3. headache has resolved within 72 hours of elimination of CO

3.頭痛は一酸化炭素が排除されてから, 72 時間以内に消失

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Typically, carboxyhaemoglobin levels of 10-20% cause a mild headache without gastrointestinal or neurological symptoms, levels of 20-30% cause a moderate pulsating headache and irritability, and levels of 30-40% cause a severe headache with nausea, vomiting and blurred vision.

典型的には, 一酸化炭素血色素が 10~20%のレベルでは胃腸症状または神経症状を欠く軽度の頭痛がみられ, 20~30%のレベルでは中程度の拍動性頭痛と易刺激性がみられ, 30~40%のレベルでは悪心・嘔吐および霧視を伴う重度の頭痛がみられる.

At levels above 40%, headache is usually not a complaint because of the change in consciousness.

40%以上のレベルでは, 意識が変化するため, 通常頭痛を訴えることはない.

There are no good studies of the long-term effects of CO intoxication on headache, but there is some evidence of chronic post-CO intoxication headache.

頭痛における一酸化炭素中毒の長期の影響に関する十分な研究はないが, 慢性一酸化炭素中毒後頭痛のいくつかのエビデンスがある.

8.1.4 Alcohol-induced headache

8.1.4 アルコール誘発頭痛

Description:

概念:

Headache caused immediately, or after a delay, by ingestion of alcohol (usually in the form of alcoholic beverages).

アルコール(通常はアルコール含有飲料の型で)の摂取後, 即時またはしばらくしてから起こる頭痛.

8.1.4.1 Immediate alcohol-induced headache

8.1.4.1 即時型アルコール誘発頭痛

Previously used term:

以前使用された用語:

Cocktail headache

カクテル頭痛(Cocktail headache)

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. Alcohol has been ingested

B. アルコールの摂取

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 3 hours of alcohol ingestion

1. 頭痛はアルコール摂取後, 3 時間以内に発現

2. headache has resolved within 72 hours after alcohol ingestion

has ceased

2.頭痛はアルコール摂取中止後, 72 時間以内に消失

3. headache has at least one of the following three characteristics:

3. 頭痛は以下の 3 つの特徴のうち少なくとも1項目を満たす:

a) bilateral

a) 両側性

b) pulsating quality

b) 拍動性

c) aggravated by physical activity

c) 身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

The effective dose of alcohol to cause 8.1.4.1 Immediate alcohol-induced headache is variable, and can be very small in people with 1. Migraine (who, at other times, may tolerate alcohol at the same level as non-migraineurs).

8.1.4.1「即時型アルコール誘発頭痛」を引き起こすアルコールの有効量は様々であり、1.「片頭痛」患者ではごく少量である可能性がある。(即時ではない場合には片頭痛患者においても非片頭痛患者と同じレベルのアルコール耐性を持つかもしれない)

8.1.4.1 Immediate alcohol-induced headache is much rarer than 8.1.4.2 Delayed alcohol-induced headache.

8.1.4.1「即時型アルコール誘発頭痛」は 8.1.4.2「遅发型アルコール誘発頭痛」よりもはるかに稀である。

8.1.4.2 Delayed alcohol-induced headache

8.1.4.2 遅延型アルコール誘発頭痛

Previously used term:

以前使用された用語:

Hangover headache.

二日酔い頭痛(Hangover headache)

Description:

概念:

Headache caused, after a delay of hours, by ingestion of alcohol (usually in the form of alcoholic beverages).

アルコール(通常はアルコール含有飲料の型で)の摂取後, 数時間経過してから生じる頭痛.

It resolves spontaneously within 72 hours.

頭痛は 72 時間以内に自然消失する.

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. Alcohol has been ingested

B. アルコールの摂取

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 5-12 hours after ingestion of alcohol

1.頭痛はアルコール摂取後 5～12 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 72 hours of onset

2. 頭痛は発症後 72 時間以内に自然消失する

3. headache has at least one of the following three characteristics:

3. 頭痛は以下の 3 つ特徴のうち少なくとも1項目を満たす:

a) bilateral

a) 両側性

b) pulsating quality

b) 拍動性

c) aggravated by physical activity

c) 身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

8.1.4.2 Delayed alcohol-induced headache is one of the commonest types of secondary headache.

8.1.4.2「遅発型アルコール誘発頭痛」は二次性頭痛のなかで最もよくみられる頭痛の一つである.

It remains unclear whether additional substances play a role, such as nicotine in cigarette smoke, which is often inhaled at the same time as alcohol ingestion.

アルコール摂取と同時にしばしば吸入される喫煙におけるニコチンのような添加物が役割を演じているかどうかは未だ不明である.

Whether the delayed headache is a toxic effect or a manifestation of mechanisms

similar to those in 8.1.1.2 Delayed NO donor-induced headache is an unresolved question.

遅発型頭痛が中毒効果なのか，または 8.1.1.2 「遅発型一酸化窒素供与体誘発頭痛」に類似したメカニズムが関与しているかは不明である．

8.1.5 Headache induced by food and/or additive

8.1.5 食品および／または添加物誘発頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語:

Dietary headache.

食事性頭痛(Dietary headache)

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

An episode of migraine triggered by a specific food or additive is coded as the appropriate subtype of 1. Migraine.

特異的な食品または添加物によって誘発される片頭痛のエピソードは 1.「片頭痛」の適切なサブタイプにコードされる．

Description:

概念:

Headache caused by ingestion of a food or an additive containing one or more specific substances, which may not be identified, to which the patient is sensitive.

同定されないかもしれないが，患者が感受性を持つ1つもしくはいくつかの特異的な物質を含む食品または添加物の摂取により起こる頭痛．

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. A food or an additive containing one or more specific substances,
not necessarily identified but capable of causing headache in
sensitive subjects, has been ingested

B. 感受性のある患者で、必ずしも同定されないが、頭痛を引き起こす可能性のある1つ以上の特異的な物質を含む食品および添加物の摂取

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

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. headache has developed within 12 hours of ingestion of the food
or additive

1.頭痛は食品あるいは添加物の摂取後 12 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 72 hours after ingestion of the
food or additive

2.頭痛は食品あるいは添加物の摂取後 72 時間以内に消失する

3. headache has at least one of the following four characteristics:

3.頭痛は以下の 4 つ特徴のうち少なくとも 1 項目を満たす:

a) bilateral

a)両側性

b) mild to moderate intensity

b) 強さは軽度から中等度

c) pulsating quality

c)拍動性

d) aggravated by physical activity

d) 身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Monosodium glutamate, which is a well-established cause of headache, has a separate subcoding below.

頭痛の原因として確立されているグルタミン酸ナトリウムは以下のように別のサブコードを持つ。

Phenylethylamine, tyramine and aspartame have been incriminated, but without conclusive evidence.

フェニルエチルアミン (phenylethylamine), チラミン (tyramine) およびアスパルテーム (aspartame) は原因とみなされているが、決定的な証拠はない。

8.1.5.1 Monosodium glutamate (MSG)-induced headache

8.1.5.1 グルタミン酸ナトリウム(MSG)誘発頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語:

Chinese restaurant syndrome.

中華レストラン症候群 (Chinese restaurant syndrome)

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

An episode of migraine triggered by monosodium glutamate ingestion is coded as the appropriate subtype of 1. Migraine.

グルタミン酸ナトリウムによって誘発される片頭痛のエピソードは 1. 「片頭痛」の適切なサブタイプに

コードされる.

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. Cを満たす頭痛

B. Monosodium glutamate (MSG) has been ingested

B. グルタミン酸ナトリウム(MSG)の摂取

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 1 hour of MSG ingestion

1. 頭痛は MSG の摂取後 1 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 72 hours after MSG ingestion

2. 頭痛は MSG の摂取後 72 時間以内に消失する

3. headache has at least one of the following five characteristics:

3. 頭痛は以下の 5 つの特徴のうち少なくとも1項目を満たす:

a) bilateral

a) 両側性

b) mild to moderate intensity

b) 強さは軽度から中等度

c) pulsating quality

c) 拍動性

d) associated with flushing of the face, pressure in the face and

chest, burning sensations in the neck, shoulders and/or chest,
dizziness and abdominal discomfort

d) 顔面の紅潮, 顔面と胸部の圧迫感, 頸, 肩, 胸部の灼熱感, めまい感, および腹部不快感を伴う

e) aggravated by physical activity

e) 身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

8.1.5.1 Monosodium glutamate (MSG)-induced headache is typically pressing/tightening or burning in quality, but may be pulsating in people with 1. Migraine.

8.1.5.1「グルタミン酸ナトリウム(MSG)誘発頭痛」は典型的には圧迫感・締めつけ感または灼熱感であるが, 1「片頭痛」患者では拍動性のこともある.

It is commonly associated with flushing of the face, pressure in the face and chest, burning sensations in the neck, shoulders and/or chest, dizziness and abdominal discomfort.

通常は顔面の紅潮, 顔面と胸部の圧迫感, 頸, 肩, 胸部の灼熱感および腹部不快感を伴う.

8.1.6 Cocaine-induced headache

8.1.6 コカイン誘発頭痛

Description:

概念:

Headache caused by administration of cocaine by any route.

コカイン投与(どのような経路でもよい)によって起こる頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. Cocaine has been administered by any route

B. コカイン投与(どのような経路でもよい)

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 1 hour of cocaine administration

1. 頭痛はコカイン投与後 1 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 72 hours after cocaine administration

2. 頭痛はコカイン投与後 72 時間以内に消失する

3. headache has at least one of the following four characteristics:

3. 頭痛は以下の 4 つの特徴のうち少なくとも 1 項目を満たす:

a) bilateral

a) 両側性

b) mild to moderate intensity

b) 強さは軽度から中等度

c) pulsating quality

c) 拍動性

d) aggravated by physical activity

d) 身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

The principal routes of cocaine administration are oral ('chewing'), intranasal ('snorting'), intravenous ('mainlining') and inhalation (smoking).

コカインの原則的な投与法は経口(咀嚼[chewing]), 経鼻(吸飲[snorting]), 静脈内(静注[mainlining])そして吸入(喫煙[smoking])である。

8.1.7 Histamine-induced headache

8.1.7 ヒスタミン誘発頭痛

Description:

概念:

Headache caused immediately, or after a delay, by acute exposure to histamine.

ヒスタミンへの急性曝露により, 即時またはしばらくしてから起こる頭痛。

Comments:

コメント:

Histamine has similar effect whether administered subcutaneously, by inhalation or intravenously.

ヒスタミンは皮下, 吸入または経静脈的に投与されても類似した効果を持つ。

The mechanism is primarily mediated via the H1 receptor, and is almost completely

blocked by mepyramine.

このメカニズムは主に H1 受容体によって仲介され、メピラミンによってほぼ完全に阻害される。

Histamine causes an immediate headache in most people, but can also cause a delayed headache in migraineurs, which fulfills the diagnostic criteria for 1.1 Migraine without aura.

ヒスタミンは大多数の人々で即時型頭痛を引き起こすが、片頭痛患者では 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準をみたす遅発型頭痛も引き起こす。

In people with 2. Tension-type headache, histamine may induce a delayed headache which has the characteristics of that disorder.

2.「緊張型頭痛」患者では、ヒスタミンは緊張型頭痛の特性を持つ遅発型頭痛を誘発する。

These delayed headaches occur, on average, 5-6 hours after exposure.

これらの遅発型頭痛は曝露後平均 5～6 時間後に起こる。

People with 3. Cluster headache develop delayed headache with the characteristics of that disorder only during cluster periods, usually 1-2 hours after exposure.

3.「群発頭痛」患者は通常曝露後 1～2 時間で、群発期にのみ群発頭痛の特性を持つ遅発型頭痛が発現する。

8.1.7.1 Immediate histamine-induced headache

8.1.7.1 即時型ヒスタミン誘発頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. Histamine has been administered

B. ヒスタミン投与

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

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. headache has developed within 1 hour of histamine absorption

1. 頭痛はヒスタミン吸収後, 1 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 1 hour after absorption of histamine has ceased

2. 頭痛はヒスタミン吸収停止後, 1 時間以内に消失する

3. headache has at least one of the following four characteristics:

3.頭痛は以下の 4 つの特徴のうち少なくとも1項目を満たす:

a) bilateral

a)両側性

b) mild to moderate intensity

b) 強さは軽度から中等度

c) pulsating quality

c)拍動性

d) aggravated by physical activity

d)身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.1.7.2 Delayed histamine-induced headache

8.1.7.2 遅延型ヒスタミン誘発頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache, in a person affected by a primary headache disorder and with the characteristics of that headache type, fulfilling criterion C

A.頭痛は、一次性頭痛の患者ではその一次性頭痛タイプの特徴とCを満たす

B. Histamine has been administered

B. ヒスタミン投与

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

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. headache has developed within 2-12 hours after administration of histamine

1. 頭痛はヒスタミン投与後、2～12時間以内に発現する

2. headache has resolved within 72 hours after administration of histamine

2. 頭痛はヒスタミン投与後、72時間以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.1.8 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache

8.1.8 カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)誘発頭痛

Description:

概念:

Headache caused immediately, or after a delay, by acute exposure to calcitonin gene-related peptide (CGRP).

カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)への急性曝露により、即時またはしばらくしてから起こる頭痛

Comments:

コメント:

Calcitonin gene-related peptide (CGRP), administered by infusion, causes an immediate headache.

カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)は点滴で投与されると即時型頭痛を引き起こす.

It can also cause a delayed headache in migraineurs, on average 5-6 hours after exposure, which fulfills the diagnostic criteria for 1.1 Migraine without aura.

カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)は 1.1「前兆のない片頭痛」の診断基準をみたす片頭痛患者では, 暴露後平均 5~6 時間で遅発型頭痛を引き起こす.

The CGRP antagonist, telcagepant, is effective in the acute treatment of migraine.

CGRP 拮抗薬である telcagepant は片頭痛の急性期治療に有効である.

8.1.8.1 Immediate CGRP-induced headache

8.1.8.1 即時型カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)誘発頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. Calcitonin gene-related peptide (CGRP) has been administered

B. カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP) 投与

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 1 hour of CGRP absorption

1.頭痛は CGRP 吸収後 1 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 1 hour after absorption of CGRP
has ceased

2. 頭痛は CGRP 吸収停止後 1 時間以内に消失する

3. headache has at least one of the following four characteristics:

3.以下の4つの特徴の少なくとも1項目を満たす:

a) bilateral

a)両側性

b) mild to moderate intensity

b) 強さは軽度から中等度

c) pulsating quality

c)拍動性

d) aggravated by physical activity

d)身体的活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D.他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.1.8.2 Delayed CGRP-induced headache

8.1.8.2 遅発型カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)誘発頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache, in a person affected by a primary headache disorder and with the characteristics of that headache type, fulfilling criterion C

A.頭痛は、一次性頭痛の患者ではその一次性頭痛タイプの特徴と C を満たす

B. Calcitonin gene-related peptide (CGRP) has been administered

B. カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP) 投与

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 2-12 hours after administration of CGRP

1. 頭痛は CGRP 投与後, 2～12 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 72 hours after administration of CGRP has ceased

2. 頭痛は CGRP 投与停止後 72 時間以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.1.9 Headache attributed to exogenous acute pressor agent

8.1.9 外因性急性昇圧物質による頭痛

Description:

概念:

Headache occurring during, and caused by, an acute rise in blood pressure induced by an exogenous pressor agent.

外因性昇圧物質によって誘発された血圧の急激な上昇によって起こる頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. An acute rise in blood pressure has followed administration of an exogenous pressor agent

B. 外因性昇圧物質投与による急激な血圧上昇

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has occurred within 1 hour of administration of the pressor agent

1. 頭痛は昇圧物質投与後、1 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 72 hours after administration of the pressor agent has ceased

2. 頭痛は昇圧物質投与中断後 72 時間以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.1.10 Headache attributed to occasional use of non-headache medication

8.1.10 非頭痛治療薬の一時的使用による頭痛

Description:

概念:

Headache occurring as an acute adverse event after occasional use of a medication taken for purposes other than the treatment of headache.

頭痛治療以外の目的での治療薬の一時的使用後に急性の有害事象として起こる頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. One or more doses of medication have been taken for purposes other than the treatment of headache

B. 1つ以上の治療薬が頭痛治療以外の目的で使用される

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within minutes to hours of intake

1. 頭痛は摂取後数分～数時間以内に発現する.

2. headache has resolved within 72 hours after intake has ceased

2. 頭痛は摂取停止後 72 以内に消失する.

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

8.1.10 Headache attributed to occasional use of non-headache medication has been reported as an adverse event after use of many drugs.

8.1.10 「非頭痛治療薬の一時的使用による頭痛」は多くの薬物の有害事象として報告されている.

The following are the most commonly incriminated: atropine, digitalis, disulfiram, hydralazine, imipramine, nicotine, nifedipine, nimodipine.

以下が最も一般的な原因として見なされている:アトロピン(atropine), ジギタリス(digitalis), ジスルフィラム(disulfiram), ヒドララジン(hydralazine), イミプラミン(imipramine), ニコチン(nicotine), ニフェジピン(nifedipine), ニモジピン(nimodipine).

The headache characteristics are not very well defined in the literature, and probably

depend on the drug, but in most cases headache is dull, continuous, diffuse and of moderate to severe intensity.

文献ではこの頭痛の特徴は十分に定義されていないし、おそらく薬物によって異なると思われるが、ほとんどのケースでは鈍く、持続性、頭部全体、中等度～重度の痛みである。

8.1.11 Headache attributed to long-term use of non-headache medication

8.1.11 非頭痛治療薬の長期使用による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache developing as an adverse event during hormone therapy is coded as 8.1.12 Headache attributed to exogenous hormone.

ホルモン療法中の有害事象として起こる頭痛は 8.1.12「外因性ホルモンによる頭痛」としてコードする。

Headache developing as a complication of long-term overuse of acute headache medication by a person with a headache disorder is coded as 8.2 Medication-overuse headache or one of its subtypes.

頭痛患者による急性期頭痛治療薬の長期過剰使用の合併症として起こる頭痛は 8.2「薬物乱用頭痛」またはそのサブタイプの1つとしてコードする。

Description:

概念:

Headache developing as an adverse event during long-term use of a medication taken for purposes other than the treatment of headache, and not necessarily reversible.

頭痛治療以外の目的での治療薬の長期使用中に有害事象として発現する頭痛で必ずしも可逆性ではない。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache present on ≥ 15 days per month and fulfilling criterion C

A. 月に 15 日以上存在し, C を満たす頭痛

B. Long-term use of a medication taken for purposes other than the treatment of headache

B. 頭痛治療以外の目的での長期間の治療

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1.headache has developed in temporal relation to the commencement of medication intake

1. 頭痛は治療薬摂取の開始と時間的に一致して発現する

2. one or more of the following:

2.以下の1つ以上の項目を満たす

a) headache has significantly worsened after an increase in dosage of the medication

a) 頭痛は治療薬の投与量の増加後に著明に悪化する

b) headache has significantly improved or resolved after a reduction in dosage of the medication

b) 頭痛は治療薬の投与量の減少後に著明に改善もしくは消失する

f

c) headache has resolved after cessation of the medication

c) 頭痛は治療薬の停止後に消失する

3. the medication is recognized to cause headache, in at least some people, during long-term use

3. 治療薬は長期使用中に少なくとも一部の人々で頭痛を引き起こすと認識されている.

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

The dosage and duration of exposure that may result in headache during long-term use varies from medication to medication.

長期使用中, 結果として頭痛に至る投与量と曝露期間は治療薬によって様々である.

Similarly, the time required for resolution varies - if the effect is reversible.

同様に, 消失に必要な時間も様々である. ーもしその効果が可逆性であればであるが.

8.1.11 Headache attributed to long-term use of non-headache medication can be a result of direct pharmacological effect of the medication, such as vasoconstriction producing malignant hypertension, or to a secondary effect such as drug-induced intracranial hypertension.

8.1.11「非頭痛治療薬の長期使用による頭痛」は悪性高血圧を引き起こす血管収縮のような薬剤の直接的な薬理学的効果もしくは薬物誘発性頭蓋内圧亢進のような二次的な効果の結果である.

The latter is a recognized complication of long-term use of anabolic steroids, amiodarone, lithium carbonate, nalidixic acid, thyroid hormone replacement therapy, tetracycline and minocycline.

後者にはタンパク同化ホルモン(anabolic steroids), アミオダロン(amiodarone), 炭酸リチウム(lithium carbonate), ナリジクス酸(nalidixic acid), 甲状腺ホルモン(thyroid hormone)補充療法, テトラサイクリン(tetracycline)そしてミノサイクリン(minocycline)の長期使用の合併症として認識されている.

8.1.12 Headache attributed to exogenous hormone

8.1.12 外因性ホルモンによる頭痛

Description:

概念:

Headache developing as an adverse event during regular intake of exogenous hormones, usually for contraception or as hormone replacement therapy.

通常は避妊のためもしくはホルモン補充療法として、外因性ホルモンの定期的な摂取中に有害事象として発現する頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. Regular intake of one or more exogenous hormones

B. 一つ以上の外因性ホルモンの定期的な摂取

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1.headache has developed in temporal relation to the commencement of hormone intake

1. 頭痛はホルモン摂取の開始と時間的に一致して出現する

2.one or more of the following:

2.以下の1つ以上の項目を満たす:

a) headache has significantly worsened after an increase in dosage of the hormone

a) 頭痛はホルモンの投与量の増加後に有意に悪化する

- b) headache has significantly improved or resolved after a reduction in dosage of the hormone
- b) 頭痛はホルモンの投与量の減少後に有意に改善もしくは消失する
- c) headache has resolved after cessation of hormone intake
- c) 頭痛はホルモン摂取の停止後に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Regular use of exogenous hormones, typically for contraception or hormone replacement therapy, can be associated with an increase in frequency or new development of migraine or other headache.

典型的には避妊のためもしくはホルモン補充療法として外因性ホルモンの定期的な使用は、片頭痛や他の頭痛の頻度の増加もしくは新規発症と関連する。

The general rule is applied that when a headache occurs for the first time in close temporal relation to regular use of exogenous hormones, it is coded as 8.1.12 Headache attributed to exogenous hormone.

一般的な規則として、頭痛が外因性ホルモンの定期的な使用と時期的に一致して初めて起こったときは、8.1.12「外因性ホルモンによる頭痛」としてコードする。

When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes chronic, or is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to regular use of exogenous hormones, both the initial headache diagnosis and a diagnosis of 8.1.12 Headache attributed to exogenous hormone should be given.

一次性頭痛の特徴を持った以前から存在する頭痛が、ある物質への暴露または離脱と時期的に一致して慢性化したり、有意に悪化する場合(通常、頻度または強度、あるいは両方が2倍以上に増強することを意味する)には、既存の一次性頭痛および8.1.12「外因性ホルモンによる頭痛」の

両者として診断すべきである。

When a woman with 8.1.12 Headache attributed to exogenous hormone also experiences 8.3.3 Oestrogen withdrawal headache, both diagnoses should be given.

8.1.12「外因性ホルモンによる頭痛」を持つ女性が、8.3.3「エストロゲン離脱頭痛」も経験したときは、両方の診断が与えられる。

8.1.13 Headache attributed to use of or exposure to other substance

8.1.13 その他の物質の使用または曝露による頭痛

Description:

概念:

Headache occurring during or soon after, and caused by, use of or exposure to a substance other than those described above, including herbal, animal or other organic or inorganic substances given by physicians or non-physicians with medicinal intent although not licensed as medicinal products.

医薬品として認可されてはいないが、治療を意図して、医師もしくは医師ではない者によって与えられた薬草、動物性または他の有機物または無機物を含む上述以外の物質の使用または曝露中、または直後に起こる頭痛。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす

B. Exposure to a substance other than those described above

B. 上述以外の物質への曝露

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている:

1. headache has developed within 12 hours of exposure

1. 頭痛は曝露 12 時間以内に発現する

2. headache has resolved within 72 hours after exposure

2. 頭痛は曝露後 72 時間以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

8.1.13 Headache attributed to use of or exposure to other substance includes headache caused by herbal, animal or other organic or inorganic substances given by physicians or non-physicians with medicinal intent although not licensed as medicinal products.

8.1.13「その他の物質の使用または曝露による頭痛」は医薬品として認可されていないが治療を意図して、医師もしくは医師でない者によって与えられた薬草、動物性または他の有機物または無機物によって起こる頭痛を含む。

8.1.13 Headache attributed to use of or exposure to other substance has been reported after exposure to a number of other organic and inorganic substances.

8.1.13「その他の物質の使用または曝露による頭痛」は多数のその他の有機物と無機物に曝露した後に出現していることが報告されている。

The following are most commonly incriminated:

以下が最も一般的な原因として見なされている:

Inorganic compounds: arsenic, borate, bromate, chlorate, copper, iodine, lead, lithium, mercury, tolazoline hydrochloride.

無機化合物: ヒ素(arsenic), ホウ酸塩(borate), 臭素酸塩(bromate), 塩素酸塩(chlorate), 銅(copper), ヨウ素(iodine), 鉛(lead), リチウム(lithium), 水銀(mercury), 塩酸トラゾリン

(tolazoline hydrochloride).

Organic compounds: aniline, balsam, camphor, carbon disulfide, carbon tetrachloride, clordecene, EDTA, heptachlor, hydrogen sulfide, kerosene, long-chain alcohols, methyl alcohol, methyl bromide, methyl chloride, methyl iodine, naphthalene, organophosphorous compounds (parathion, pyrethrum).

有機化合物: アニリン(aniline), バルサム(balsam), カンフル(camphor)、二硫化炭素(carbon disulfide), 四塩化炭素(carbon tetrachloride), クロルデコン(clordecene), エチレンジアミン四酢酸(ethylenediaminetetraacetic acid : EDTA), ヘプタクロル(heptachlor), 硫化水素, ケロシン(kerosene), 長鎖アルコール(long-chain alcohols), メチルアルコール(methyl alcohol), 塩化メチル(methyl bromide), ヨードメチル(methyl iodine), ナフタリン(naphthalene), 有機燐殺虫剤化合物(パラチオン[parathion], パイレスラム[pyrethrum])

The characteristics of 8.1.13 Headache attributed to use of or exposure to other substance are not well defined in the literature, and almost certainly vary with the agent.

8.1.13「その他の物質の使用または曝露による頭痛」は文献ではこの頭痛の特徴は十分に定義されていないが、ほぼ間違いなく、薬品によって異なる。

In most cases it is dull, diffuse, continuous and of moderate to severe intensity.

ほとんどの例では鈍く、頭部全体、持続性、中等度～重度の痛みである。

8.2 Medication-overuse headache (MOH)

8.2 薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛, MOH)

Previously used terms:

以前に使用された用語:

Rebound headache; drug-induced headache; medication-misuse headache.

反跳性頭痛(Rebound headache), 薬物誘発頭痛(drug-induced headache), 薬物誤用頭痛(medication-misuse headache)

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Patients with a pre-existing primary headache who, in association with medication overuse, develop a new type of headache or a marked worsening of their pre-existing headache that, in either case, meets the criteria for 8.2 *Medication-overuse headache* (or one of its subtypes), should be given both this diagnosis and the diagnosis of the pre-existing headache.

以前から一次性頭痛を持つ患者が、薬物乱用に関連して、新しいタイプの頭痛が発現したり、または以前から存在する一次性頭痛が著明に悪化して、8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」(またはそのサブタイプの一つ)の診断基準を満たす場合には、この診断と、以前から存在する頭痛の診断の両方を与えられるべきである。

Patients who meet criteria for both 1.3 *Chronic migraine* and 8.2 *Medication-overuse headache* should be given both diagnoses.

1.3「慢性片頭痛」と 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の両方の診断基準を満たす患者は、両方の診断を与えられるべきである。

Description:

解説:

Headache occurring on 15 or more days per month developing as a consequence of regular overuse of acute or symptomatic headache medication (on 10 or more, or 15 or more days per month, depending on the medication) for more than 3 months.

急性期または対照的治療薬を3か月を超えて定期的に乱用(治療薬により1か月に10日以上、または15日以上)した結果として1か月に15日以上起こる頭痛。

It usually, but not invariably, resolves after the overuse is stopped.

それは通常(必ずではないが)、乱用を中止すると消失する。

General comment:

全般的なコメント

In the criteria set out below for the various subtypes, the specified numbers of days of medication use considered to constitute overuse are based on expert opinion rather than on formal evidence.

下記のさまざまなサブタイプで述べられている診断基準において、乱用と規定された薬剤の使用日数は、正式なエビデンスではなく専門家の意見にもとづいている。

Diagnostic criteria:

診断基準

- A. Headache occurring on ≥ 15 days per month in a patient with a pre-existing headache disorder
- A. 以前から頭痛疾患を持つ患者において、頭痛は1か月に15日以上存在する
- B. Regular overuse for >3 months of one or more drugs that can be taken for acute and/or symptomatic treatment of headache¹
- B. 1種類以上の急性期または対症的頭痛治療薬を3か月を超えて定期的に乱用している(注1)
- C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注:

1. Patients should be coded for one or more subtypes of 8.2 *Medication-overuse headache* according to the specific medication(s) overused and the criteria for each below.

患者は、下記の特定の薬物と診断基準により、8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の1つ以上のサブタイプでコード化しなくてはならない。

For example, a patient who fulfils the criteria for 8.2.2 *Triptan-overuse headache* and the criteria for one of the subforms of 8.2.3 *Simple analgesic-overuse headache* should receive both these codes.

例えば、8.2.2「トリプタン乱用頭痛」の診断基準と8.2.3「単純鎮痛薬乱用頭痛」のサブフォームの一つの基準を満たす患者は、これらの両方をコード化しなくてはならない。

The exception occurs when patients overuse combination-analgesic medications, who are coded 8.2.5 *Combination-analgesic-overuse headache* and not according to each constituent of the combination-analgesic medication.

.患者が複合鎮痛薬を乱用している時は例外で8.2.5「複合鎮痛薬乱用頭痛」にコード化され、複合鎮痛薬を構成している各薬剤の基準によらない。

Patients who use multiple drugs for acute or symptomatic treatment of headache may do so in a manner that constitutes overuse even though no individual drug or

class of drug is overused; such patients should be coded 8.2.6 *Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused*.

個々の薬物が単独では乱用されない場合であっても、急性期または対症的頭痛治療薬を乱用に合致する方法で多剤使用する患者の場合には、8.2.6「単独では乱用に該当しない複数医薬品による薬物乱用頭痛」にコード化しなくてはならない。

Patients who are clearly overusing multiple drugs for acute or symptomatic treatment of headache but cannot give an adequate account of their names and/or quantities are coded 8.2.7 *Medication-overuse headache attributed to unverified overuse of multiple drug classes* until better information is available.

急性期または対症的頭痛治療薬を明確に多剤乱用している患者で、それらの名前または量(あるいはその両方)の適正な評価ができない場合は、より有用な情報が得られるまで8.2.7「乱用内容不明な複数医薬品による薬物乱用頭痛」にコード化する。

In almost all cases, this necessitates diary follow-up.

ほとんどすべての患者で、頭痛ダイアリーによる観察が必要である。

Comments:

コメント:

8.2 *Medication-overuse headache* is an interaction between a therapeutic agent used excessively and a susceptible patient.

8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」は過剰に使用された治療薬と感受性のある患者の間の相互作用である。

Among those with a previous primary headache diagnosis, most have 1. *Migraine* or 2. *Tension-type headache* (or both); only a small minority have other primary headache diagnoses such as 3.3 *Chronic cluster headache* or 4.10 *New daily persistent headache*.

既存の一次性頭痛の診断のほとんどは 1.「片頭痛」または 2.「緊張型頭痛」(あるいはその両方)であり、ほんの少数が 3.3「慢性群発頭痛」または 4.10「新規発症持続性連日性頭痛」のような他の一次性頭痛の診断である。

The diagnosis of 8.2 *Medication-overuse headache* is extremely important clinically.

8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断は臨床的に非常に重要である。

Approximately half of people with headache on 15 or more days per month for more than 3 months have 8.2 *Medication-overuse headache*.

3 か月を超えて頭痛が 1 か月につき 15 日以上存在する人々の約半分は 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」である。

Evidence shows that the majority of patients with this disorder improve after discontinuation of the overused medication, as does their responsiveness to preventative treatment.

薬物乱用頭痛の大多数の患者は、乱用薬剤中止後に頭痛が改善し、予防治療に反応を示すというエビデンスがある。

Simple advice on the causes and consequences of 8.2 *Medication-overuse headache* is an essential part of its management.

8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の原因と結果についての単純な助言は、治療の主要な部分である。

An explanatory brochure is often all that is necessary to prevent or discontinue medication overuse.

その疾患について説明するパンフレットは、薬物乱用を予防したり、中止するためにしばしば必要となる。

Prevention is especially important in patients prone to frequent headache.

予防療法は、頻回頭痛の傾向のある患者において特に重要である。

However, the behaviour of some patients with 8.2 *Medication-overuse headache* is similar to that seen with other drug addictions, and the Severity of Dependence Scale (SDS) score is a significant predictor of medication overuse among headache patients.

しかしながら、8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の一部の患者の行動は他の薬物依存症でみられる行動と似ており、Severity of Dependence Scale (SDS)のスコアは、頭痛患者における薬物乱用の重要な予測となる。

8.2.1 Ergotamine-overuse headache

8.2.1 エルゴタミン乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 頭痛は 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断基準を満たす

B. Regular intake of ergotamine on ≥ 10 days per month for >3 months.

B. 3 か月を超えて、1 か月に 10 日以上、定期的にエルゴタミンを摂取している。

Comments:

コメント:

Bioavailability of ergots is so variable that a minimum dose cannot be defined.

麦角の生物学的利用率は非常に変動しやすいために、最低用量を定義することは不可能である。

A patient who fulfils the criteria for 8.2.1 *Ergotamine-overuse headache* and has regularly used or overused other drug(s) for the acute or symptomatic treatment of headache for more than 3 months should be given all other applicable codes.

8.2.1「エルゴタミン乱用頭痛」の診断基準を満たす患者で、3 か月を超えて、他の急性期または対症的治療薬を定期的にまたは乱用した場合には、他のすべての適用する診断をコード化しなくてはならない

8.2.2 Triptan-overuse headache

8.2.2 トリプタン乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 頭痛は 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断基準を満たす

B. Regular intake of one or more triptans,¹ in any formulation, on ≥ 10 days per month for >3 months.

B. 3 か月以上を超えて、1 か月に 10 日以上、定期的に 1 つ以上のトリプタン(注1)を摂取している(剤型は問わない)。

Note:

注:

1. The triptan(s) will usually be specified in parenthesis.

1. トリプタンは通常括弧内に明記する。

Comments:

コメント

Triptan overuse may increase migraine frequency to that of 1.3 *Chronic migraine*.

トリプタンの乱用は片頭痛の頻度を 1.3「慢性片頭痛」にまで増加させる可能性がある。

Evidence suggests that this occurs sooner with triptan overuse than with ergotamine overuse.

これはエルゴタミン乱用よりもトリプタン乱用の方がより早く起こるエビデンスがある。

A patient who fulfils the criteria for 8.2.2 *Triptan-overuse headache* and has regularly used or overused other drug(s) for the acute or symptomatic treatment of headache for more than 3 months should be given all other applicable codes.

8.2.2「トリプタン乱用頭痛」の診断基準を満たす患者で、3 か月を超えて、他の急性期または対症的治療薬を定期的にまたは乱用した場合には、他のすべての適用する診断をコード化しなくてはならない

8.2.3 Simple analgesic-overuse headache

8.2.3 単純鎮痛薬乱用頭痛

Comment:

コメント

A patient who fulfils the criteria for 8.2.3 *Simple analgesic-overuse headache* (or one of its subtypes) and has regularly used or overused other drug(s) for the acute or symptomatic treatment of headache for more than 3 months should be given all other applicable codes.

8.2.3「単純鎮痛薬乱用頭痛」(あるいはそのサブタイプの一つ)の診断基準を満たす患者で、3 か月を超えて、他の急性期または対症的治療薬を定期的にまたは乱用した場合には、他のすべての適用する診断をコード化しなくてはならない

8.2.3.1 Paracetamol (acetaminophen)-overuse headache

8.2.3.1 パラセタモール(アセトアミノフェン)乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 頭痛は 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断基準を満たす

B. Regular intake of paracetamol on ≥ 15 days per month for >3 months.

B. 3か月を超えて、1か月に15日以上定期的にパラセタモール(アセトアミノフェン)を摂取している。

8.2.3.2 Acetylsalicylic acid-overuse headache

8.2.3.2 アセチルサリチル酸乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 頭痛は8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断基準を満たす

B. Regular intake of acetylsalicylic acid on ≥ 15 days per month for >3 months.

B. 3か月を超えて、1か月に15日以上定期的にアセチルサリチル酸を摂取している。

8.2.3.3 Other non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-overuse headache

8.2.3.3 他の非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 頭痛は8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断基準を満たす

B. Regular intake of one or more NSAIDs¹ other than acetylsalicylic acid on ≥ 15 days per month for >3 months.

B. 3か月を超えて、1か月に15日以上定期的に1つ以上のアセチルサリチル酸以外の非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)(注1)を摂取している。

Note:

注:

1. The NSAID(s) will usually be specified in parenthesis.

1. 非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)は通常括弧内に明記する。

8.2.4 Opioid-overuse headache

8.2.4 オピオイド乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

1. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

1. 頭痛は 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断基準を満たす

2. Regular intake of one or more opioids¹ on ≥ 10 days per month for >3 months.

2. 3か月を超えて、1か月に10日以上定期的に1つ以上のオピオイド(注1)を摂取している。

Note:

注:

1. The opioid(s) will usually be specified in parenthesis.

1. オピオイドは通常括弧内に明記する。

Comments:

コメント

Prospective studies indicate that patients overusing opioids have the highest relapse rate after withdrawal treatment.

前向き研究では、オピオイド乱用患者は離脱治療の後に、最も高い再発率が示されている。

A patient who fulfils the criteria for 8.2.4 *Opioid-overuse headache* (or one of its subtypes) and has regularly used or overused other drug(s) for the acute or symptomatic treatment of headache for more than 3 months should be given all other applicable codes.

8.2.4「オピオイド乱用頭痛」(あるいはそのサブタイプの1つ)の診断基準を満たす患者で、3か月を超えて、他の急性期または対症的治療薬を定期的にまたは乱用している場合には、他のすべての適用する診断をコード化しなくてはならない

8.2.5 Combination-analgesic-overuse¹ headache

8.2.5 複合鎮痛薬乱用(注1)頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 頭痛は 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」の診断基準を満たす

B. Regular intake of one or more combination-analgesic medications^{1,2} on ≥ 10 days/month for >3 months.

B. 3か月を超えて、1か月に10日以上定期的に1つ以上の複合鎮痛薬(注1. 2)を摂取している。

Notes:

注:

1. The term *combination-analgesic* is used specifically for formulations combining drugs of two or more classes, each with analgesic effect or acting as adjuvants.

1. 複合鎮痛薬とは、それぞれが鎮痛作用や補助的な効果を持つ薬剤を2つ以上含有している薬物を指す。

2. The combination-analgesic(s) will usually be specified in parenthesis.

2. 複合鎮痛薬は通常括弧内に明記する。

Comments:

コメント:

Many combination-analgesics are marketed.

多くの複合鎮痛薬は市販されている。

They tend to be widely used by people with headache, and are very commonly implicated in medication-overuse headache.

それらは、頭痛患者に広く使用される傾向があり、薬物乱用頭痛に非常に一般的に関係している。

For this reason, 8.2.5 *Combination-analgesic-overuse headache* has a separate coding.

この理由から、8.2.5 複合薬物乱用頭痛は、別にコード化しなくてはならない。

The most commonly overused combination-analgesics are tablets combining simple analgesics with opioids, butalbital and/or caffeine.

最も一般的に乱用されている複合鎮痛薬は、オピオイド、ブタルビタールまたはカフェイン(あるいはその両方)と単純鎮痛薬の複合錠剤である。

8.2.6 Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused

8.2.6 単独では乱用に該当しない複数医薬品による薬物乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 8.2「薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛)」

B. Regular intake of any combination of ergotamine, triptans, simple analgesics, NSAIDs and/or opioids¹ on a total of ≥ 10 days per month for >3 months without overuse of any single drug or drug class alone.²

B. 3か月を超えて、定期的に1か月に合計して10日以上、単独では乱用の基準に該当しないが(注 2)、エルゴタミン、トリプタン、単純鎮痛薬、非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)またはオピオイド(あるいはその両方)(注 1)の複数薬物を摂取している。

Notes:

注:

1. The drugs or drug classes will usually be specified in parenthesis.
1. 薬物または薬物の種類は通常括弧内に明記する。
2. ‘Without overuse of any single drug or drug class alone’ means criterion B has not been fulfilled for any of the specific subforms 8.2.1–8.2.5.
2. 「単独で乱用の基準に該当しない」とは、診断基準 8.2.1–8.2.5 のサブフォーム B をいずれも満たさないことを指す。

8.2.7 Medication-overuse headache attributed to unverified overuse of multiple drug classes

8.2.7 乱用内容不明な複数医薬品による薬物乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 頭痛は 8.2「薬物乱用頭痛」の診断基準を満たす

B. Both of the following:

B.以下の両方を満たす

1. regular intake of any combination of ergotamine, triptans, simple analgesics, NSAIDs and/or opioids on ≥ 10 days per month for >3 months

1. 3か月を超えて、定期的に1か月に10日以上、エルゴタミン、トリプタン、単純鎮痛薬、非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)またはオピオイド(あるいはその両方)の複数薬剤を摂取している。

2. the identity, quantity and/or pattern of use or overuse of these classes of drug cannot be reliably established.

2. 薬剤の名前、量、または乱用の日数のいずれか1つ以上、確実に同定できない。

Comment:

コメント

Patients who are clearly overusing multiple medications for acute or symptomatic treatment of headache, but cannot give an accurate account of what, when or how much, are encountered not uncommonly.

複数の急性期または対症的治療薬を明らかに乱用しているが、何を、いつ、どのくらい摂取しているか正確な評価ができない患者に遭遇することは稀でない。

Although a prospective diary record over several weeks might provide the information, it would also delay withdrawal, which is clearly required.

数週間にわたる前向きダイアリー記録は、離脱を遅らせるかもしれないが、その情報を提供するのに明らかに必要である。

8.2.8 Medication-overuse headache attributed to other medication

8.2.8 その他の治療薬による薬物乱用頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 8.2 *Medication-overuse headache*

A. 頭痛は8.2「薬物乱用頭痛」の診断基準を満たす

B. Regular overuse, on ≥ 10 days per month for >3 months, of one or more medications other than those described above,¹ taken for acute or symptomatic treatment of headache.

B. 3か月を超えて、1か月に10日以上、上記(注1)以外の1つ以上の急性期または対症的頭痛治療薬を定期的に乱用している。

Note:

注:

1. The medication(s) will usually be specified in parenthesis.

1. 薬剤は通常括弧内に明記する.

8.3 Headache attributed to substance withdrawal

8.3 物質離脱による頭痛

Description:

解説

Headache following, and caused by, withdrawal from exposure to a medication or other substance.

薬物や他の物質の暴露からの離脱によって引き起こされる頭痛

8.3.1 Caffeine-withdrawal headache

8.3.1 カフェイン離脱頭痛

Description:

解説:

Headache developing within 24 hours after regular consumption of caffeine in excess of 200 mg/day for more than 2 weeks, which has been interrupted.

2週間を超えて1日200mgを上回るカフェインの定期的な摂取があり、それが中断された後、24時間以内に発現する頭痛.

It resolves spontaneously within 7 days in the absence of further consumption.

その後の摂取がなければ、7日以内に自然に消失する.

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criterion C

A. 頭痛はCを満たす

B. Caffeine consumption of >200 mg/day for >2 weeks, which has been interrupted or delayed

B. 2週間を超えて、1日200mgを超えるカフェイン摂取があり、それが中断または遅延されたもの

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 以下の両方によって因果関係が証明される

1. headache has developed within 24 hours after last caffeine intake
1. 頭痛は最後のカフェイン摂取後 24 時間以内に発現する.
2. either or both of the following:
2. 以下のどちらかまたはその両方
 - a. headache is relieved within 1 hour by intake of caffeine 100 mg
 - a. 頭痛は 100mg のカフェイン摂取により 1 時間以内に軽快する
 - b. headache has resolved within 7 days after total caffeine withdrawal
 - b. 頭痛はカフェインの完全離脱後, 7 日以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.3.2 Opioid-withdrawal headache

8.3.2 オピオイド離脱頭痛

Description:

解説

Headache developing within 24 hours after daily consumption of opioid(s) for more than 3 months, which has been interrupted.

3 か月を超えて毎日オピオイドを摂取しており, それが中断された後, 24 時間以内に発現する頭痛.

It resolves spontaneously within 7 days in the absence of further consumption.

さらなる摂取がなければ, 7 日以内に自然に消失する.

Diagnostic criteria:

診断基準

- A. Headache fulfilling criterion C
- A. 頭痛は C を満たす
- B. Opioid intake daily for >3 months, which has been interrupted
- B. 3 か月を超えて毎日オピオイドを摂取しており, それが中断されたもの
- C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 以下の両方によって示された因果関係の証拠がある

1. headache has developed within 24 hours after last opioid intake
1. 頭痛は最後のオピオイドを摂取後, 24 時間以内に発現する
2. headache has resolved within 7 days after total opioid withdrawal
2. 頭痛はオピオイドの完全離脱後, 7 日以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

8.3.3 Oestrogen-withdrawal headache

8.3.3 エストロゲン離脱頭痛

Description:

解説

Headache or migraine developing within 5 days after daily consumption of exogenous oestrogen for 3 weeks or longer, which has been interrupted (usually during the pill-free interval of combined oral contraception or following a course of replacement or supplementary oestrogen).

3 週間以上, 毎日外因性エストロゲンを摂取しており, それが中断(通常は複合経口避妊薬休止期間やエストロゲン補充療法コースまたは補足的エストロゲン終了後)された後, 5 日間以内に発現する頭痛または片頭痛.

It resolves spontaneously within 3 days in the absence of further consumption.

さらなる摂取がなければ, 3 日以内に自然に消失する.

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache or migraine fulfilling criterion C

A. 頭痛または片頭痛は C を満たす

B. Daily use of exogenous oestrogen for ≥ 3 weeks, which has been interrupted

B. 外因性エストロゲンを 3 週間以上毎日使用しており, それが中断されたもの

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 以下の両方によって因果関係が証明される

1. headache or migraine has developed within 5 days after the last use of oestrogen

1. 最後にエストロゲンを使用後, 5 日間以内に頭痛または片頭痛が発現する

2. headache or migraine has resolved within 3 days of its onset

2. 頭痛または片頭痛は発症 3 日以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント

Oestrogen-withdrawal following cessation of a course of exogenous estrogens (such as during the pill-free interval of combined oral contraceptives or following a course of replacement or supplementary oestrogen) can induce headache and/or migraine.

外因性エストロゲンのコース中止後（複合経口避妊薬休止期間やエストロゲン補充療法のコースまたは補足的エストロゲンの終了後）のエストロゲン離脱は頭痛または片頭痛（あるいはその両方）を引き起こす。

8.3.4 Headache attributed to withdrawal from chronic use of other substance

8.3.4 その他の物質の慢性使用からの離脱による頭痛

Description:

解説

Headache following, and caused by, withdrawal from chronic use of or exposure to a medication or substance other than those described above.

上記以外の薬物または物質の慢性使用または暴露からの離脱によって引き起こされる頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Daily intake of a substance other than those described above for >3 months, which has been interrupted

B.上記以外の物質を3か月を超えて毎日使用しており、それが中断されたもの

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 以下の両方によって因果関係が証明される

1. headache has developed in close temporal relation to withdrawal from use of the substance

1. 頭痛が物質使用からの離脱に時期的に一致して出現する

2. headache has resolved within 3 months after total withdrawal from use of the substance

2. 頭痛は物質使用からの完全離脱後3か月以内に消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント

It has been suggested, but without sufficient evidence, that withdrawal from chronic use of the following substances may cause headache: corticosteroids, tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).

以下の物質の慢性使用からの離脱後に頭痛を引き起こす可能性があるとし唆されているが、十分な証拠はない: コルチコステロイド, 三環系抗うつ薬, 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRIs), 非ステロイド系消炎鎮痛薬 (NSAIDs)

Bibliography

8.1 Headache attributed to use of or exposure to a substance

Altura BM, Altura BT and Gebrewold A. Alcohol induced spasm of cerebral blood vessels. *J Mental Sci* 2000; 104: 972–999.

Ashina M, Bendtsen L, Jensen R and Olesen J. Nitric oxide-induced headache in patients with chronic tension-type headache. *Brain* 2000; 123: 1830–1837.

Askmark H, Lundberg PO and Olsson S. Drug related headache. *Headache* 1989; 29: 441–444.

- Beck HG, Schulze WH and Suter GM. Carbon monoxide-a domestic hazard. *JAMA* 1940; 115: 1.
- Birk S, Kruuse C, Petersen KA, et al. The headache-inducing effect of cilostazol in human volunteers. *Cephalalgia* 2006; 26: 1304–1309.
- Bonnet GF and Nepveux P. Migraine due to tyramine. *Sem Hop* 1971; 47: 2441–2445.
- Brewerton TD, Murphy DL, Lesem MD, et al. Headache responses following m-chlorophenylpiperazine in bulimics and controls. *Headache* 1992; 32: 217–222.
- Cleophas TJ, Niemeyer MG, van der Wall EE and van der Meulen J. Nitrate-induced headache in patients with stable angina pectoris: Beneficial effect of starting on a low dose. *Angiology* 1996; 47: 679–685.
- Council of Scientific Affairs. Aspartame: Review of safety issues. *JAMA* 1985; 254: 400–402.
- Cregler LL and Mark H. Medical complications of cocaine abuse. *NEJM* 1986; 315: 1495–1501.
- Dhopes V, Maany I and Herring C. The relationship of cocaine to headache in polysubstance abusers. *Headache* 1991; 31: 17–19.
- Dhuna A, Pascual-Leone A and Belgrade M. Cocaine-related vascular headaches. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1991; 54: 803–806.
- De Marinis M, Janiri L and Agnoli A. Headache in the use and withdrawal of opiates and other associated substances of abuse. *Headache* 1991; 31: 159–163.
- Ekbom K. Nitroglycerin as a provocative agent in cluster headache. *Arch Neurol* 1968; 19: 487–493.
- el-Mallakh RS. Marijuana and migraine. *Headache* 1987; 27: 442–443.
- el-Mallakh RS, Kranzler HR and Kamanitz JR. Headaches and psychoactive substance use. *Headache* 1991; 31: 584–587.
- Fanciullacci M, Alessandri M, Figini M, et al. Increase in plasma calcitonin gene-related peptide from the extracerebral circulation during nitroglycerin-induced cluster headache attack. *Pain* 1995; 60: 119–123.
- Forbes HS, Cobb S and Fremont-Smith F. Cerebral edema and headache following carbon monoxide asphyxia. *Arch Neurol Psychiatr* 1924; 11: 164.

- Ghose K and Carrol JD. Mechanisms of tyramine-induced migraine: Similarities with dopamine and interactions with disulfiram and propranolol. *Neuropsychobiol* 1984; 12: 122–126.
- Gore ME and Salmon PR. Chinese restaurant syndrome: Fact or fiction. *Lancet* 1980; 318: 251–252.
- Hanington E and Harper AM. The role of tyramine in the etiology of migraine and related studies on the cerebral and intracerebral circulations. *Headache* 1968; 8: 84–97.
- Iversen HK, Nielsen TM, Olesen J and Tfelt-Hansen P. Intravenous nitroglycerin as an experimental model of vascular headache. Basic characteristics. *Pain* 1989; 38: 17–24.
- Kenney RA and Tidball CS. Human susceptibility to oral monosodium 1-glutamate. *Am J Clin Nutr* 1972; 25: 140–146.
- Krabbe AA and Olesen J. Headache provocation by continuous intravenous infusion of histamine, clinical results and receptor mechanisms. *Pain* 1980; 8:253–259.
- Kruuse C, Thomsen LL, Jacobsen TB and Olesen J. The phosphodiesterase 5 inhibitor sildenafil has no effect on cerebral blood flow or blood velocity, but nevertheless induces headache in healthy subjects. *J Cereb Blood Flow Metab* 2002; 22: 1124–1131.
- Kruuse C, Jacobsen TB, Lassen LH, et al. Dipyridamole dilates large cerebral arteries concomitant to headache induction in healthy subjects. *J Cereb Blood Flow Metab* 2000; 20: 1372–1379.
- Lassen LH, Thomsen LL and Olesen J. Histamine induces migraine via the H receptor. Support for the NO-hypothesis of migraine. *Neuroreport* 1995; 6: 1475–1479.
- Leon AS, Hunninghake DB, Bell C, et al. Safety of long-term doses of aspartame. *Arch Int Med* 1989; 149: 2318–2324.
- Leone M, Attanasio A, Croci D, et al. The serotonergic agent m-chlorophenylpiperazine induced migraine attacks: A controlled study. *Neurology* 2000; 55: 136–139.
- Lichten E, Lichten J, Whitty A and Pieper D. The confirmation of a biochemical marker for women's hormonal migraine: The depo-oestradiol challenge test. *Headache* 1996; 36: 367–371.
- Lipton RB, Kwong CM and Solomon S. Headaches in hospitalized cocaine users. *Headache* 1989; 29: 225–228.

- Magos AL, Brewster E, Singh R, et al. The effects of norethisterone in postmenopausal women on oestrogen replacement therapy: A model for the premenstrual syndrome. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 1290–1296.
- Merrit JE and Williams PB. Vasospasm contributes to monosodium glutamate-induced headache. *Headache* 1990; 30: 575–580.
- Murphree AB, Greenberg LA and Carrol RB. Neuropharmacologic effects of substances other than ethanol in alcoholic beverages. *Fed Proc* 1967; 26: 1468–1473.
- Nappi RE, Cagnacci A, Granella F, et al. Course of primary headaches during hormone replacement therapy. *Maturitas* 2001; 38: 157–163.
- Schiffmann SS, Buckley CE, Sampson HA et al. Aspartame and susceptibility to headache. *NEJM* 1987; 317: 1181–1185.
- Seltzer S. Foods and drug combinations, responsible for head and neck pain. *Cephalalgia* 1982; 2: 111–124.
- Sicuteri F, Bene ED, Poggioni M and Bonazzi A. Unmasking latent dysnociception in healthy subjects. *Headache* 1987; 27: 180–185.
- Tarasoff L and Kelly MF. Monosodium L-glutamate: A double-blind study and review. *Food Chem Toxicol* 1993; 31: 1019–1035.
- Thomsen LL, Kruse C, Iversen HK and Olesen J. A Nitric oxide donor triggers genuine migraine attacks. *Eur J Neurol* 1994; 1: 71–80.
- Yang WH, Drouin MA, Herbert M, et al. The monosodium glutamate symptom complex: Assessment in a double blind, placebo controlled, randomized study. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: 757–762.

8.2 Medication-overuse headache

- Aaseth K, Grande RB, Šaltytė Bent J, et al. 3-years-follow-up of secondary chronic headaches. The Akershus study of chronic headache. *Eur J Pain* 2011; 15: 186–92.
- Ala-Hurula V, Myllyla V and Hokkanen E. Ergotamine abuse: Results of ergotamine discontinuation with special reference to the plasma concentrations. *Cephalalgia* 1982; 2: 189–195.

- Ala-Hurula V, Myllylä V, Hokkanen E and Tokola O. Tolfenamic acid and ergotamine abuse. *Headache* 1981; 21: 240–242.
- Allgulander C. History and current status of sedative-hypnotic drug use and abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 465–478.
- Andersson PG. Ergotamine headache. *Headache* 1975; 15: 118–121.
- Bigal ME, Rapoport AM, Sheftell FD, et al. Transformed migraine and Medication overuse in a tertiary headache centre - Clinical characteristics and treatment outcomes. *Cephalalgia* 2004; 24: 483–490.
- deMarinis M, Janiri L and Agnoli A. Headache in the use and withdrawal of opiates and other associated substances of abuse. *Headache* 1991; 31: 159–163.
- Diener HC, Dichgans J, Scholz E, et al. Analgesic-induced chronic headache: Long-term results of withdrawal therapy. *J Neurol* 1989; 236: 9–14.
- Evers S, Gralow I, Bauer B, et al. Sumatriptan and ergotamine overuse and drug-induced headache: A clinicoepidemiologic study. *Clin Neuropharmacol* 1999; 22: 201–206.
- Fanciullaci M, Alessandri M, Pietrini U, et al. Long-term ergotamine abuse: Effect on adrenergically induced mydriasis. *Clin Pharm Ther* 1992; 51: 302–307.
- Fritsche G, Frettlöh J, Hüppe M, et al. Prevention of medication overuse in patients with migraine. *Pain* 2010; 151: 404–413.
- Fuh JL, Wang SJ, Lu SR and Juang KD. Does medication overuse headache represent a behavior of dependence? *Pain* 2005; 119: 49–55.
- Gaist D, Hallas J, Sindrup SH and Gram LF. Is overuse of sumatriptan a problem? A population-based study. *Eur J Clin Pharmacol* 1996; 50: 161–165.
- Gaist D, Tsiropoulos I, Sindrup SH, et al. Inappropriate use of sumatriptan: Population based register and interview study. *BMJ* 1998; 316: 1352–1353.
- Gossop M, Darke S, Griffiths P, et al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 1995; 90: 607–614.
- Granella F, Farina S, Malferrari G and Manzoni GC. Drug abuse in chronic headache: A clinicoepidemiologic study. *Cephalalgia* 1987; 7: 15–19.

Grande RB, Aaseth K, Saltyte Benth J, et al. The Severity of Dependence Scale detects people with medication overuse: The Akershus study of chronic headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2009; 80: 784–789.

Grande RB, Aaseth K, Šaltytė Bent J, et al. Reduction of medication-overuse headache after modified brief intervention. The Akershus study on chronic headache. *Eur J Neurol* 2011; 18: 129–37.

Hering R and Steiner TJ. Abrupt outpatient withdrawal from medication in analgesic-abusing migraineurs. *Lancet* 1991; 337: 1442–1443.

Horton BT and Peters GA. Clinical manifestations of excessive use of ergotamine preparations and management of withdrawal effect: Report of 52 cases. *Headache* 1963; 3: 214–226.

Katsarava Z, Fritsche G, Muessig M, et al. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headache drugs. *Neurology* 2001; 57: 1694–1698.

Kaube H, May A, Diener HC and Pfaffenrath V. Sumatriptan misuse in daily chronic headache. *BMJ* 1994; 308: 1573.

Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G and Diener HC. Headache after frequent use of new 5-HT agonists zolmitriptan and naratriptan. *Lancet* 1999; 353: 378.

Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, et al. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002; 59: 1011–1014.

Lucas RN and Falkowski W. Ergotamine and methysergide abuse in patients with migraine. *Br J Psychiatry* 1973; 122: 199–203.

Lundqvist C, Grande RB, Aaseth K and Russell MB. The severity of dependence scale predicts prognosis of medication overuse headache. The Akershus study of chronic headache. *Pain* 2012; 153: 682–686.

Mathew NT, Kurman R and Perez F. Drug induced refractory headache - Clinical features and management. *Headache* 1990; 30: 634–638.

Michultka DM, Blanchard EB, Appelbaum KA, et al. The refractory headache patient--2. High medication consumption (analgesic rebound) headache. *Behav Res Ther* 1989; 27: 411–420.

Nicolodi M, DelBianco PL and Sicuteri F. The way to serotonergic use and abuse in migraine. *Int J Clin Pharmacol Res* 1997; 17: 79–84.

Page H. Rebound headache from ergotamine withdrawal. *JAMA* 1981; 246: 719.

Rapoport A, Stang P, Gutterman DL, et al. Analgesic rebound headache in clinical practice: Data from a physician survey. *Headache* 1996; 36: 14–19.

Roswell AR, Neylan C and Wilkinson M. Ergotamine induced headache in migrainous patients. *Headache* 1973; 13: 65–67.

Saper JR. Drug overuse among patients with headache. *Neurol Clin* 1983; 1: 465–477.

Schnider P, Aull S, Baumgartner C, et al. Long-term outcome of patients with headache and drug abuse after inpatient withdrawal: Five-year followup. *Cephalalgia* 1996; 16: 481–485.

Schnider P, Aull S and Feucht M. Use and abuse of analgesics in tension-type headache. *Cephalalgia* 1994; 14: 162–167.

Seller EM, Busto UE, Kaplan HL, et al. Comparative abuse liability of codeine and naratriptan. *Clin Pharmacol Ther* 1998; 63: 121.

Tfelt-Hansen P and Krabbe AA. Ergotamine. Do patients benefit from withdrawal? *Cephalalgia* 1981; 1: 29–32.

Von Korff M, Galer BS and Stang P. Chronic use of symptomatic headache medications. *Pain* 1995; 62: 179–186.

Walker J, Parisi S and Olive D. Analgesic rebound headache: Experience in a community hospital. *Southern Med J* 1993; 86: 1202–1205.

8.3 Headache attributed to substance withdrawal

Abbott PJ. Caffeine: A toxicological overview. *Med J Aust* 1986; 145: 518–521.

Epstein MT, Hockaday JM and Hockaday TDR. Migraine and reproductive hormones through the menstrual cycle. *Lancet* 1975; i: 543–548.

Laska EM, Sunshine A, Mueller F, et al. Caffeine as an analgesic adjuvant. *JAMA* 1984; 251: 1711–1718.

Lichten E, Lichten J, Whitty A and Pieper D. The confirmation of a biochemical marker for women's hormonal migraine: The depo-oestradiol challenge test. *Headache* 1996; 36: 367–371.

Silverman K, Evans SM, Strain EC and Griffiths RR. Withdrawal syndrome after the double-blind cessation of caffeine consumption. *NEJM* 1992; 327: 1109–1114.

Somerville BW. Estrogen-withdrawal migraine. I. Duration of exposure required and attempted prophylaxis by premenstrual estrogen administration. *Neurology* 1975; 25: 239–244.

Somerville BW. Estrogen-withdrawal migraine. II. Attempted prophylaxis by continuous estradiol administration. *Neurology* 1975; 25: 245–250.

Somerville BW. The role of estradiol withdrawal in the etiology of menstrual migraine. *Neurology* 1972; 22: 355–365.

Somerville BW. The role of progesterone in menstrual migraine. *Neurology* 1971; 21: 853–859.

van Dusseldorp M and Katan MB. Headache caused by caffeine withdrawal among moderate coffee drinkers switched from ordinary to decaffeinated coffee: A 12 week double blind trial. *BMJ* 1990; 300: 1558–1559.

9. Headache attributed to infection

9. 感染症による頭痛

9.1 Headache attributed to intracranial infection

9.1 頭蓋内感染症による頭痛

9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛

9.1.1.1 Acute headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.1 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による急性頭痛

9.1.1.2 Chronic headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.2 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による慢性頭痛

9.1.1.3 Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.3 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎後の持続性頭痛

9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis

9.1.2 ウイルス性髄膜炎または脳炎による頭痛

9.1.2.1 Headache attributed to viral meningitis

9.1.2.1 ウイルス性髄膜炎による頭痛

9.1.2.2 Headache attributed to viral encephalitis

9.1.2.2 ウイルス性脳炎による頭痛

9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による頭痛

9.1.3.1 Acute headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3.1 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による急性頭痛

9.1.3.2 Chronic headache attributed to intra-cranial fungal or other parasitic infection

9.1.3.2 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による慢性頭痛

9.1.4 Headache attributed to brain abscess

9.1.4 脳膿瘍による頭痛

9.1.5 Headache attributed to subdural empyema

9.1.5 硬膜下膿瘍による頭痛

9.2 Headache attributed to systemic infection

9.2 全身性感染症による頭痛

9.2.1 Headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1 全身性細菌感染による頭痛

9.2.1.1 Acute headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1.1 全身性細菌感染による急性頭痛

9.2.1.2 Chronic headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1.2 全身性細菌感染による慢性頭痛

9.2.2 Headache attributed to systemic viral infection

9.2.2 全身性ウイルス感染による頭痛

9.2.2.1 Acute headache attributed to systemic viral infection

9.2.2.1 全身性ウイルス感染による急性頭痛

9.2.2.2 Chronic headache attributed to systemic viral infection

9.2.2.2 全身性ウイルス感染による慢性頭痛

9.2.3 Headache attributed to other systemic infection

9.2.3 その他の全身性感染による頭痛

9.2.3.1 Acute headache attributed to other systemic infection

9.2.3.1 その他の全身性感染による急性頭痛

9.2.3.2 Chronic headache attributed to other systemic infection

9.2.3.2 その他の全身性感染による慢性頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache disorders attributed to extracranial infections of the head (such as ear, eye and sinus infections) are coded as subtypes of 11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or

cervical structure.

頭蓋外感染(耳, 眼, 副鼻腔感染など)による頭痛は, 11.「頭蓋骨, 頸, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛」のサブタイプとしてコード化する。

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か, 二次性頭痛か, またはその両方か?

When a headache occurs for the first time in close temporal relation to an infection, it is coded as a secondary headache attributed to that infection.

頭痛が感染と時期的に一致して新たに発症する場合には, 感染による二次性頭痛としてコード化する。

This remains true when the new headache has the characteristics of any of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta.

新規の頭痛が ICHD-3 beta の第 1 部に分類されるいずれの一次性頭痛の特徴を有する場合もこれに該当する。

When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes chronic, or is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to an infection, both the initial headache diagnosis and a diagnosis of 9. Headache attributed to infection (or one of its sub-types) should be given, provided that there is good evidence that that infection can cause headache.

一次性頭痛の特徴を有する既存の頭痛が, 感染に一致して慢性化, または有意に悪化した場合(通常, 頻度および・または, 程度が 2 倍以上になった場合を意味する), 感染が頭痛を引き起こす

明確な根拠があれば、既存の一次性頭痛および 9.「感染症による頭痛」(またはそのサブタイプの 1 つ)の両方の診断が与えられるべきである。

Acute, chronic or persistent?

急性か、慢性か、または持続性か？

9. Headache attributed to infection is usually the consequence of active infection, resolving within 3 months of eradication of the infection.

感染による頭痛は、通常、感染活動期と一致し、感染根絶後の 3 ヶ月以内に消失する。

In some cases, depending on the pathogenic agent, the infection cannot be treated effectively and remains active.

時に、病原体次第では感染が効果的に治療されず、活動性が存続する。

The headache in these cases may not abate, because the cause remains present, and after 3 months is referred to as chronic.

この場合の頭痛は、原因が存在するため寛解に至らず、3 ヶ月後は慢性化と呼ぶ。

In other, rarer cases, the infection resolves or is eradicated but the headache does not remit; after 3 months, such headache is termed persistent (in keeping with other secondary headaches).

その他まれに、感染が消失または根絶しても頭痛が 3 ヶ月後も寛解しない場合は、(他の二次性頭痛に合わせて)持続性と呼ぶ。

Accordingly, acute and chronic subforms of headache attributed to active or recent infection have been defined, in some cases in contrast to persistent subforms of post-infectious headache (see for example 9.1.1.1 Acute headache attributed to bacterial

meningitis or meningoen­cephalitis, 9.1.1.2 Chronic headache attributed to bacterial meningitis or meningoen­cephalitis and 9.1.1.3 Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoen­cephalitis).

したがって、感染後頭痛の持続性サブフォームに対して、感染活動期または新たな感染による頭痛に急性および慢性サブフォームを定義して区別した(例えば, 9.1.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による急性頭痛」, または 9.1.1.2「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による慢性頭痛」および 9.1.1.3「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎後の持続性頭痛」)。

The purpose is to distinguish and keep separate two probably different causative mechanisms and two different management approaches.

目的は、おそらく異なるであろう 2 つの原因メカニズムと管理アプローチを区別して分類することである。

Introduction

緒言

Headache is a common accompaniment of systemic viral infections such as influenza.

頭痛は、インフルエンザのような全身性ウイルス感染の随伴症状として起こることが多い。

It is also common with sepsis; more rarely it may accompany other systemic infections.

また、敗血症でもよくみられる。その他の全身感染でも、頻度は少ないが頭痛は随伴する。

In intracranial infections, headache is usually the first and the most frequently encountered symptom.

頭蓋内感染では、通常頭痛が最初に現れ、かつ最も高頻度にみられる症状である。

Occurrence of a new type of headache which is diffuse and associated with focal neurological signs and/or altered mental state, a general feeling of illness and/or fever

should direct attention towards an intracranial infection even in the absence of neck stiffness.

頭部全体の頭痛が初発し、局所神経学的徴候または精神状態の変化、全身の不調感または発熱を伴った場合には、項部硬直がなくても頭蓋内感染を考えるべきである。

Unfortunately, there are no good prospective studies of the headaches associated with intracranial infection and the diagnostic criteria for some of the subtypes of 9.1 Headache attributed to intracranial infection are at least partly reliant on expert consensus (including the views of experts in neuroinfection) when evidence is lacking.

残念なことに、頭蓋内感染による頭痛を対象とした適切でプロスペクティブな研究は行われていない。エビデンスを欠いている場合、9.1「頭蓋内感染症による頭痛」のいくつかのサブタイプの診断基準は、少なくとも部分的に専門家のコンセンサス(神経感染症に関する専門的知見を含む)に依存する。

The general criteria for this chapter, adhered to as far as possible, are as follows:

この章における一般的な診断基準は以下の通りで、可能な限り固守する：

A. Headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. An infection, or sequela of an infection, known to be able to cause headache has been diagnosed

B. 頭痛の原因となる感染、または感染の後遺症が診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the infection

1. 頭痛は感染と時期的に一致して出現した

2. either or both of the following:

2. 以下の項目のいずれか一方または両方を満たす:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the infection

a) 頭痛は感染の悪化と並行して有意に悪化した

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the infection

b) 頭痛は感染の改善または消失と並行して有意に改善または消失した

3. headache has characteristics typical for the infection

3. 頭痛は感染症として典型的特徴をもつ

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

9.1 Headache attributed to intracranial infection

9.1 頭蓋内感染症による頭痛

Description:

解説

Headache of variable duration, and in rare cases persistent, caused by intracranial bacterial, viral, fungal or other parasitic infection or by a sequela of any of these.

頭痛の持続時間は様々で、まれに持続し、頭蓋内の細菌、ウイルス、真菌やその他の寄生虫感染

またはその後遺症に起因する。

9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛

Description:

解説

Headache of variable duration caused by bacterial meningitis or meningoencephalitis.

細菌性髄膜炎または髄膜脳炎に起因する持続時間が多様な頭痛。

It may develop in a context of mild flu-like symptoms.

軽度のインフルエンザ様症状で発症する。

It is typically acute and associated with neck stiffness, nausea, fever and changes in mental state and/or other neurological symptoms and/or signs.

典型的には急激に発症し、項部硬直、悪心、発熱および精神状態の変化あるいは他の神経症候を伴う。

In most cases it resolves once the infection has been eradicated, but rarely it becomes persistent.

ほとんどの場合、一旦感染が根絶すれば頭痛は軽快するが、まれに持続性となる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache of any duration fulfilling criterion C

A. いずれの持続時間の頭痛も C を満たす

B. Bacterial meningitis or meningoen­cephalitis has been diagnosed

B. 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the bacterial meningitis or meningoen­cephalitis

1. 頭痛は細菌性髄膜炎または髄膜脳炎の発症と時期的に一致して出現した

2. headache has significantly worsened in parallel with worsening of the bacterial meningitis or meningoen­cephalitis

2. 頭痛は細菌性髄膜炎または髄膜脳炎の悪化と並行して有意に悪化した

3. headache has significantly improved in parallel with improvement in the bacterial meningitis or meningoen­cephalitis

3. 頭痛は細菌性髄膜炎または髄膜脳炎の改善と並行して有意に改善した

4. headache is either or both of the following:

4. 頭痛は以下の項目のいずれか一方または両方を満たす:

a) holocranial

a) 頭部全体

b) located in the nuchal area and associated with neck stiffness

b) 項部領域で、項部硬直を伴う

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Headache is the commonest and may be the first symptom of these infections.

頭痛は、この感染で最もよくみられ、最初に現れる症状である。

9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis should be suspected whenever headache is associated with fever, altered mental state (including reduced vigilance), focal neurological deficits or generalized seizures.

頭痛が、発熱、精神状態の変化(覚醒度の低下を含む)、局所神経学的欠損または全身痙攣発作を伴う場合は、9.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛」を疑わなければならない。

In the case of encephalitis, associated deficits include disturbances of speech or hearing, double vision, loss of sensation in some parts of the body, muscle weakness, partial paralysis in the arms and legs, hallucinations, personality changes, impaired judgement, loss of consciousness, sudden severe dementia and/or memory loss.

脳炎の場合、随伴する欠損症状は、言語障害または聴覚障害、複視、感覚鈍麻、筋力低下、上下肢の不全麻痺、幻覚、人格変化、判断力低下、意識障害、突然の重篤な認知症または記憶力障害を含む。

Nevertheless, in most cases of intracranial bacterial infection it is extremely difficult to distinguish involvement purely of the meninges from involvement purely of the encephalon.

それにもかかわらず、多くの頭蓋内細菌感染症の場合、厳密に髄膜病変と脳病変を明確に区別することはきわめて困難である。

Furthermore, this distinction does not lead to different approaches to evaluation or choice of treatment.

さらに、この区別が治療の評価や選択において異なったアプローチを導くことはない。

Therefore, headache attributed to bacterial meningitis and headache attributed to bacterial encephalitis have been included in the same subgroup of 9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis.

したがって、細菌性髄膜炎による頭痛および細菌性脳炎による頭痛は、9.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛」の同じサブグループに含まれる。

A variety of microorganisms may cause meningitis and/or encephalitis, including *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* and *Listeria monocytogenes*.

肺炎レンサ球菌、髄膜炎菌、リステリア菌を含むさまざまな微生物が髄膜炎または脳炎の原因となる。

Direct stimulation of the sensory terminals located in the meninges by the bacterial infection causes the onset of headache.

髄膜に局在する感覚神経終末が細菌感染により直接刺激されると、頭痛が発現する。

Bacterial products (toxins), mediators of inflammation such as bradykinin, prostaglandins and cytokines and other agents released by inflammation not only directly cause pain but also induce pain sensitization and neuropeptide release.

細菌生成物(毒素)、炎症メディエーター(ブラジキニン、プロスタグランジン、サイトカインなど)のほか、炎症により放出される各種物質は直接痛みを引き起こすばかりでなく、痛み感作や神経ペプチド放出も誘導する。

In the case of encephalitis, increased intracranial pressure may also play a role in causing headache.

脳炎の場合、頭蓋内圧亢進もまた頭痛の発現に関与するかもしれない。

In most cases, headache remits with resolution of the infection.

ほとんどの場合、頭痛は感染の消失とともに寛解する。

However, the infection may remain active for months, leading to chronic headache.

しかしながら、感染の活動が数ヵ月間にわたって存続し、慢性頭痛に移行することもある。

In a minority of cases, headache persists for more than 3 months after resolution of the causative infection.

少数例で、頭痛は原因感染が消失した後に3ヵ月を超えて持続する。

Three separate subforms of 9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis are therefore described because pathophysiology and treatment are different depending on whether the infection has been completely eradicated or remains active.

感染が完全に根絶するかまたは活動性が存続するかによって病態生理および治療が異なることから、9.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛」は3つに区別したサブフォームが記載された。

9.1.1.1 Acute headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.1 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis, and criterion C below

A. 頭痛は 9.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛」の診断基準を満たし, かつ C を満たす

B. Bacterial meningitis or meningoencephalitis remains active or has recently resolved

細菌性髄膜炎または髄膜脳炎は活動性が存続するか, または最近消失した

C. Headache has been present for <3 months.

C. 頭痛の持続は 3 ヶ月未満

9.1.1.2 Chronic headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.2 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による慢性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis, and criterion C below

A. 頭痛は 9.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛」の診断基準を満たし, かつ C を満たす

B. Bacterial meningitis or meningoencephalitis remains active or has resolved within the last 3 months

B. 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎は活動性が存続するか, または 3 ヶ月以内に消失した

C. Headache has been present for >3 months.

C. 頭痛は3ヵ月を超えて持続した

9.1.1.3 Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.3 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎後の持続性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache previously fulfilling criteria for 9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis, and fulfilling criterion C below

A. 頭痛は以前に 9.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛」の診断基準を満たし、かつ C を満たす

B. Bacterial meningitis or meningoencephalitis has resolved

B. 細菌性髄膜炎または髄膜脳炎は消失した

C. Headache has persisted for >3 months after resolution of the bacterial meningitis or meningoencephalitis

C. 頭痛は細菌性髄膜炎または髄膜脳炎の消失後、3ヵ月を越えて持続した

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis

9.1.2 ウイルス性髄膜炎または脳炎による頭痛

Description:

解説

Headache caused by viral meningitis or encephalitis, typically with neck stiffness and fever and variably associated, according to the extent of the infection, with neurological symptoms and/or signs including changes in mental state.

ウイルス感染または脳炎に起因する頭痛は、一般に項部硬直と発熱を伴い、感染の進展に応じて精神状態の変化を含む神経症候を随伴する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Viral meningitis or encephalitis has been diagnosed

B. ウイルス性髄膜炎または脳炎と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the viral meningitis or encephalitis

1. 頭痛はウイルス性髄膜炎または脳炎の発症と時期的に一致して出現した

2. headache has significantly worsened in parallel with worsening of the viral meningitis or encephalitis

2. 頭痛はウイルス性髄膜炎または脳炎の悪化と並行して有意に悪化した

3. headache has significantly improved in parallel with improvement in the viral meningitis or encephalitis

3. 頭痛はウイルス性髄膜炎または脳炎の改善と並行して有意に改善した

4. headache is either or both of the following:

4. 頭痛は以下の項目のいずれか一方または両方を満たす:

a) holocranial

a) 頭部全体

b) located in the nuchal area and associated with neck stiffness

b) 項部領域で、項部硬直を伴う

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis should be suspected whenever headache is associated with fever, stiff neck, light sensitivity, nausea and/or vomiting.

頭痛が、発熱、項部硬直、光過敏、悪心または嘔吐を伴う場合は、9.1.2「ウイルス性髄膜炎または脳炎による頭痛」を疑わなければならない。

Enteroviruses account for most cases of 9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis; Herpes simplex, adenovirus, mumps and others may also be responsible.

エンテロウイルス属は、9.1.2「ウイルス性髄膜炎または脳炎による頭痛」の原因の大部分を占め、単純ヘルペス、アデノウイルス、流行性耳下腺炎なども原因となる。

CSF polymerase chain reaction (PCR) gives the specific diagnosis in the majority of cases.

髄液ポリメラーゼ連鎖反応 (PCR) 法により大多数で特異診断が得られる。

Positive CSF PCR for Herpes simplex virus (HSV) types 1 or 2 and serology for HSV-1&2 DNA presume the diagnosis of Herpes simplex encephalitis.

髄液 PCR 法による単純ヘルペスウイルス (HSV) 1 型または 2 型の検出や HSV-1&2 DNA の血清学的陽性は、単純ヘルペス脳炎の診断を推定する。

In some cases, CSF PCR is positive for Human Herpes virus (HHV) types 6 or 7.

ある症例では、髄液 PCR 法でヒトヘルペスウイルス (HHV) 6 型または 7 型が検出される。

It has been documented that PCR sensitivity is reduced by more than half when the test is performed 1 week after the onset of the symptoms, causing false negatives.

発症後 1 週間で検査を行った場合、PCR 感度は半分以下になるため、偽陰性の原因となる。

When PCR performed after 1 week is negative, the diagnosis can be made on the basis of an altered CSF/blood antibody ratio.

1 週後の PCR 検査が陰性である場合は、髄液/血液抗体比の変動に基づいて診断することができる。

As with 9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis, it may be difficult to distinguish involvement purely of the meninges from involvement

purely of the encephalon.

9.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎」と同様、厳密に髄膜病変と脳病変を区別することは困難かもしれない。

The distinction is nonetheless important to make and maintain, because the two conditions differ prognostically, the expectation being worse with encephalitic involvement.

それにもかかわらず、この 2 つの病態は予後診断的に異なり、脳炎の併発で予期はさらに悪化することから、この区別を見出して主張することは重要である。

For this reason, separate criteria are given for 9.1.2.1 Headache attributed to viral meningitis and 9.1.2.2 Headache attributed to viral encephalitis.

このため、9.1.2.1「ウイルス性髄膜炎による頭痛」と 9.1.2.2「ウイルス性脳炎による頭痛」の別々の診断基準が与えられた。

Also at variance from 9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis, a persistent post-infectious subform of 9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis is not supported by evidence and has not, therefore, been contemplated.

加えて、9.1.1「細菌性髄膜炎または髄膜脳炎による頭痛」との相違として、9.1.2「ウイルス性髄膜炎または脳炎による頭痛」の持続性感染後サブフォームは支持する証拠がないことから考察されなかった。

9.1.2.1 Headache attributed to viral meningitis

9.1.2.1 ウイルス性髄膜炎による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis

A. 頭痛は 9.1.2「ウイルス性髄膜炎または脳炎による頭痛」の診断基準を満たす

B. Neuroimaging shows enhancement of the leptomeninges.

B.神経画像検査は軟膜の増強効果を示す

9.1.2.2 Headache attributed to viral encephalitis

9.1.2.2 ウイルス性脳炎による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis

A. 頭痛は 9.1.2「ウイルス性髄膜炎または脳炎による頭痛」の診断基準を満たす

B. Either or both of the following:

B. 以下の項目のいずれか一方または両方を満たす:

1. neuroimaging shows diffuse brain oedema

1. 神経画像検査はびまん性脳浮腫を示す

2. at least one of the following:

2. 少なくとも以下の 1 項目を満たす:

a) altered mental state

a) 精神状態の変化

b) focal neurological deficits

b) 局所神経学的欠損

c) seizures.

c) 痙攣発作

Comment:

コメント:

9.1.2.2 Headache attributed to viral encephalitis should be suspected whenever headache is associated with altered mental state (including impaired vigilance), focal neurological deficits and/or seizures.

頭痛が、精神状態の変化(覚醒度の低下を含む)、局所神経学的欠損または痙攣発作を伴う場合は、9.1.2.2「ウイルス性脳炎による頭痛」を疑わなければならない。

Pain is usually diffuse, with the focus in frontal and/or retro-orbital areas, severe or extremely severe, throbbing or pressing type.

痛みは通常、前頭部または眼窩後部を中心とした頭部全体で、重度またはきわめて重度で、拍動性または圧迫性である。

Other commonly associated neurological deficits are disturbances of speech or hearing, double vision, loss of sensation in some parts of the body, muscle weakness, partial paralysis in the arms and legs, ataxia, hallucinations, personality changes, loss of consciousness and/or memory loss.

その他、一般に随伴する神経学的欠損として、言語障害または聴覚障害、複視、感覚消失、筋力

低下, 上下肢の不全麻痺, 失調, 幻覚, 人格変化, 意識障害または記銘力障害がある。

9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による頭痛

Description:

解説:

Headache of variable duration caused by intracranial fungal or other parasitic infection.

頭蓋内真菌または他の寄生虫感染に起因する持続時間が多様な頭痛。

It is usually observed in a context of congenital or acquired immunosuppression.

通常, 先天性または後天性免疫抑制に関連して認める。

In most cases it resolves once the infection has been eradicated, but rarely it becomes persistent.

ほとんどの場合, 一旦感染が根絶すれば頭痛は軽快するが, まれに持続性となる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Intracranial fungal or other parasitic infection has been diagnosed

B. 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 原因の証拠として少なくとも以下の 2 項目が証明されている:

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the intracranial fungal or other parasitic infection

1. 頭痛は頭蓋内真菌または他の寄生虫感染の発症と時期的に一致して出現した

2. headache has significantly worsened in parallel with worsening of the intracranial fungal or other parasitic infection

2. 頭痛は頭蓋内真菌または他の寄生虫感染の悪化と並行して有意に悪化した

3. headache has significantly improved in parallel with improvement in the intracranial fungal or other parasitic infection

3. 頭痛は頭蓋内真菌または他の寄生虫感染の改善と並行して有意に改善した

4. headache develops progressively,¹ and is either or both of the following:

4. 頭痛は進行性で、以下のいずれか一方または両方を満たす:

a) holocranial

a) 頭部全体

b) located in the nuchal area and associated with neck stiffness

b) 項部領域で、項部硬直を伴う

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注:

1. The clinical symptoms tend to evolve over weeks, in parallel with the level of immunosuppression.

1. 臨床症状は、免疫抑制状態と並行して数週間以上にわたって進展する傾向がある。

Comments:

コメント:

9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection should be suspected whenever headache is associated with fever, progressively altered mental state (including impaired vigilance) and/or multiple focal neurological deficits of increasing severity, and neuroimaging shows enhancement of the leptomeninges and/or diffuse brain oedema.

頭痛が、発熱、進行する精神状態の変化(覚醒度の低下を含む)または重症化する複数の局所神経学的欠損を伴う場合、そして神経画像検査で軟膜の造影効果またはびまん性脳浮腫を認める場合は、9.1.3「頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による頭痛」を疑わなければならない。

Early diagnosis is best made by CT or MRI.

早期診断を得るには、CT または MRI が最適である。

Besides CSF culture and CSF PCR investigations, other tests on CSF and blood are available.

さらに、髄液培養および髄液 PCR 検査、その他の髄液および血液検査も有用である。

These include direct detection of the pathogen (cytological detection, microscopic

visualization, culture and identification of fungal elements in the biological materials under observation) and tests for indirect detection of the pathogen (identification of an antigen or another element of the capsule).

これらは、病原体(細胞学的検出, 顕微鏡可視化, 培養および観察中の生体材料における真菌要素の同定)の直接的検出と, 病原体(抗原または他の莢膜要素の同定)の間接的検出を含む。

In the case of aspergillosis, the galattomannan antigen can be detected in biological fluids (serum, bronchoalveolar washing liquid or CSF).

アスペルギルス症の場合, ガラクトマンナン抗原を生体液(血清, 気管支肺胞洗浄液または髄液)から検出することができる。

In other systemic fungal infections, serum 1,3- β -D-glucan may be diagnostically helpful.

その他の全身性真菌感染症では, 血清 1,3- β -D-グルカンが診断的に有用である。

The India ink test enables staining of the capsule of cryptococcus.

墨汁法はクリプトコッカス莢膜の染色が可能である。

It is noteworthy that fungal and parasitic infections of the meninges or encephalon are almost exclusively observed in immunodepressed patients or old people.

髄膜または脳の真菌感染症および寄生虫感染症は, ほとんどが免疫抑制患者または高齢者で認める点に注目すべきである。

More specifically, the following groups are to be considered at risk:

特に, 以下のグループでは発症リスクを考慮する。

1. people with significant neutropaenia (<500 neutro-phils/mm³) detected in close temporal relation to the infection

1. 感染の時期と一致した有意な好中球減少症(好中球 <500/mm³)を示す患者

2. people who have undergone allogenic graft of stem cells

2. 幹細胞同種異型移植片移植を受けた患者

3. people undergoing chronic steroid therapy (prednisone 0.3 mg/kg/day or equivalent for more than 3 weeks)

3. 慢性のステロイド治療(3週間を超えるプレドニゾン0.3mg/kg/日または等価物)を受けている患者

4. people with ongoing or recent (within the previous 90 days) treatment with immunosuppressor drugs (cyclosporine, TNF blockers, monoclonal antibodies, analogues of nucleosides)

4. 免疫抑制剤(シクロスポリン, TNF ブロッカー, モノクローナル抗体, ヌクレオシド類似体)による治療を受けているまたは最近(過去90日以内)受けた患者

5. people with severe hereditary immunodeficiency.

5. 重度の遺伝性免疫不全の患者

A persistent post-infectious subform of 9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection is not well supported by evidence; it appears only in the Appendix as A9.1.3.3 Persistent headache attributed to past intracranial fungal or other parasitic infection.

9.1.3「頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による頭痛」の持続性感染後サブフォームは支持される証拠がない。A9.1.3.3「過去の頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による持続性頭痛」として付録にのみ記載する。

9.1.3.1 Acute headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3.1 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection, and criterion C below

A. 頭痛は 9.1.3「頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による頭痛」の診断基準を満たし、かつ C を満たす

B. Intracranial fungal or other parasitic infection remains active or has recently resolved

B. 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染は活動性が存続するか、または最近消失した

C. Headache has been present for <3 months.

C. 頭痛の持続は 3 ヶ月未満

9.1.3.2 Chronic headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3.2 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による慢性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection, and criterion C below

A. 頭痛は 9.1.3「頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による頭痛」の診断基準を満たし、かつ C を満たす

B. Intracranial fungal or other parasitic infection remains active or has resolved within the last 3 months

B. 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染は活動性が存続するか、または少なくとも 3 ヶ月以内に消失した

C. Headache has been present for >3 months.

C. 頭痛は 3 ヶ月を超えて持続した

9.1.4 Headache attributed to brain abscess

9.1.4 脳膿瘍による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by brain abscess, usually associated with fever, focal neurological deficit(s) and/or altered mental state (including impaired vigilance).

頭痛は脳膿瘍に起因し、通常発熱、局所神経学的欠損または精神状態の変化(覚醒度の低下を含む)を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. A brain abscess has been demonstrated

B. 脳膿瘍が証明されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to development of the abscess, or led to its discovery

1. 頭痛は膿瘍の進展と時期的に一致して出現する, またはその発見の契機となる

2. headache has significantly worsened in parallel with deterioration of the abscess shown by any of the following:

2. 頭痛は以下に示す膿瘍の悪化と並行して有意に悪化した

a) worsening of other symptoms and/or clinical signs arising from the abscess

a) 膿瘍に起因する他の臨床症候の悪化

b) evidence of enlargement of the abscess

膿瘍の拡大所見

c) evidence of rupture of the abscess

膿瘍の破裂所見

3. headache has significantly improved in parallel with improvement in the abscess

3. 頭痛は膿瘍の改善と並行して有意に改善した

4. headache has at least one of the following three characteristics:

4. 頭痛は以下の 3 つの特徴のうち少なくとも一つを満たす

a) intensity increasing gradually, over several hours or days, to moderate or severe

a) 強さは数時間から数日にわたり中等度から重度へと徐々に増悪する

b) aggravated by straining or other Valsalva maneuver

b) 腹圧またはその他のヴァルサルヴァ法により増悪する

c) accompanied by nausea

c) 悪心を伴う

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

The most common organisms causing brain abscess include streptococcus, staphylococcus aureus, bacteroides species and enterobacter.

脳膿瘍の原因生物として最も一般的なのは、連鎖球菌、黄色ブドウ球菌、各種のバクテロイデス、エンテロバクターである。

Recently, brain abscesses have also been reported with aspergillosis and blastomycosis.

最近では、アスペルギルス症やブラストミセス症による脳膿瘍も報告されている。

Predisposing factors include infections of the paranasal sinuses, ears, jaws, teeth or lungs.

基礎疾患としては、副鼻腔、耳、顎、歯、肺の感染がある。

Direct compression and irritation of the meningeal and/or arterial structures and increased intracranial pressure are the mechanisms causing 9.1.4 Headache attributed to brain abscess.

髄膜または動脈組織への直接的な圧迫と刺激および頭蓋内圧亢進が 9.1.4「脳膿瘍による頭痛」を引き起こすメカニズムである。

9.1.5 Headache attributed to subdural empyema

9.1.5 硬膜下膿瘍による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by a subdural empyema, usually associated with fever and symptoms and/or clinical signs of meningeal irritation and increased intracranial pressure.

硬膜下膿瘍に起因する頭痛は、通常、発熱や症状のほか、髄膜刺激や頭蓋内圧亢進による臨床徴候を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Subdural empyema has been demonstrated

B. 硬膜下膿瘍が証明されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to development of the empyema, or led to its discovery

1. 頭痛は膿瘍の進展と時期的に一致して出現した, またはその発見の契機となった

2. headache has significantly worsened in parallel with deterioration of the empyema shown by any of the following:

2. 頭痛は以下に示す膿瘍の悪化と並行して有意に悪化した

a) worsening of other symptoms and/or clinical signs arising from the empyema

a) 膿瘍に起因する他の臨床症候の悪化

b) evidence of enlargement of the empyema

b) 膿瘍の拡大所見

c) evidence of rupture of the empyema

c) 膿瘍の破裂所見

3. headache has significantly improved in parallel with improvement in the empyema

3. 頭痛は膿瘍の改善と並行して有意に改善した

4. headache has either or both of the following characteristics:

4. 頭痛は以下の特徴のいずれか一方または両方を満たす

a) unilateral, or more intense on one side

a) 片側性, または片側により強い

b) associated with tenderness of the skull

b) 頭蓋の圧痛を伴う

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Subdural empyema is often secondary to sinusitis or otitis media.

硬膜下膿瘍は、副鼻腔炎または中耳炎に続発することが多い。

It may also be a complication of meningitis.

また、髄膜炎の合併症である場合もある。

9.1.5 Headache attributed to subdural empyema is caused by meningeal irritation, increased intracranial pressure and/or fever.

9.1.5 「硬膜下膿瘍による頭痛」の原因は、髄膜刺激、頭蓋内圧亢進または発熱のいずれか 1 つ以上である。

9.2 Headache attributed to systemic infection

9.2 全身性感染症による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache attributed to meningitis or encephalitis accompanying systemic infection should be coded accordingly under 9.1 Headache attributed to intracranial infection.

全身性感染を伴う髄膜炎または脳炎による頭痛は、9.1「頭蓋内感染症による頭痛」にコード化する。

Description:

解説:

Headache of variable duration caused by systemic infection, usually accompanied by other symptoms and/or clinical signs of the infection.

全身性感染に起因する持続時間が多様な頭痛で、通常は感染による他の臨床症候を伴う。

Comments:

コメント:

Headache in systemic infections is usually a relatively inconspicuous symptom, and diagnostically unhelpful.

全身性感染症における頭痛は、通常比較的目立たない症状であり、診断上役立つものではない。

These conditions are mostly dominated by fever, general malaise and other systemic symptoms.

このような状況では発熱や全身倦怠感など、その他の全身症状が主体となる。

Nevertheless, some systemic infections, particularly influenza, have headache as a prominent symptom along with fever and others.

しかし、一部の全身性感染(特にインフルエンザ)では、発熱とその他の症状に並ぶ顕著な症状として頭痛がみられる。

When systemic infection is accompanied by meningitis or encephalitis, any headache attributed to the infection should be coded to these disorders as a subtype of 9.1 Headache attributed to intracranial infection.

全身性感染が髄膜炎または脳炎を随伴する場合は、感染症に起因するいかなる頭痛も 9.1「頭蓋内感染症による頭痛」のサブタイプとしてコード化されなければならない。

In infectious disease, headache commonly coexists with fever and may be dependent on it, but headache can also occur in the absence of fever.

感染症における頭痛は、発熱と同時に現れるのが一般的であり、発熱に左右されるように思われる。しかし、発熱がない場合でも頭痛は生じることがある。

The exact nature of these mechanisms remains to be investigated.

正確なメカニズムの精細は今後研究すべき課題である。

Meanwhile, the great variability in their propensity for causing headache indicates that systemic infections do not have this effect simply through fever and exogenous or endogenous pyrogens.

一方、全身性感染が頭痛を引き起こす要因は様々であり、単に発熱や外因性または内因性発熱物質を介した影響でないことが示唆される。

The mechanisms causing headache include direct effects of the microorganisms themselves.

頭痛を引き起こすメカニズムには、微生物自体の直接的作用が含まれる。

Several cells are likely to be involved (activated microglia and monocytic macrophages, activated astrocytes and blood-brain barrier and endothelial cells), along with several immunoinflammatory mediators (cytokines, glutamate, COX-2/PGE2 system, NO-iNOS system and reactive oxygen species system).

いくつかの細胞(活性化ミクログリアと単球マクロファージ、活性化アストロサイトと血液脳関門およ

び内皮細胞)が, 種々の免疫炎症性メディエーター(サイトカイン, グルタミン酸, COX-2/プロスタグランدين E2 系, 一酸化窒素-誘導型一酸化窒素合成酵素系および活性酸素種系)とともに関与すると思われる。

9.2.1 Headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1 全身性細菌感染による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by and occurring in association with other symptoms and/or clinical signs of a systemic bacterial infection, in the absence of meningitis or meningoencephalitis.

頭痛は, 髄膜炎または髄膜脳炎がなく, 全身性細菌感染による他の臨床症候と関連して生じる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache of any duration fulfilling criterion C

A. いずれの持続時間の頭痛も C を満たす

B. Both of the following:

B. 以下の両方を満たす

1. systemic bacterial infection has been diagnosed

1. 全身性細菌感染と診断されている

2. there is no evidence of meningitic or meningoencephalitic involvement

2. 髄膜炎または髄膜脳炎の所見がない

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 原因の証拠として少なくとも以下の 2 項目が証明されている:

1. headache has developed in temporal relation to onset of the systemic bacterial infection

1. 頭痛は全身性細菌感染と時期的に一致して出現する

2. headache has significantly worsened in parallel with worsening of the systemic bacterial infection

2. 頭痛は全身性細菌感染の悪化と並行して有意に悪化した

3. headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the systemic bacterial infection

3. 頭痛は、全身性細菌感染の改善または消失と並行して有意に改善または消失した

4. headache has either or both of the following characteristics:

4. 頭痛は以下のいずれか一方または両方を満たす

a) diffuse pain

a) 頭部全体の痛み

b) moderate or severe intensity

b) 中等度または重度の強さ

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

9.2.1.1 Acute headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1.1 全身性細菌感染による急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.2.1 Headache attributed to systemic bacterial infection, and criterion C below

A. 頭痛は 9.2.1「全身性細菌感染による頭痛」の診断基準を満たし, かつ C を満たす

B. The systemic bacterial infection remains active or has recently resolved

B. 全身性細菌感染は活動性が存続するか, または最近消失した

C. Headache has been present for <3 months.

C. 頭痛の持続は 3 ヶ月未満

9.2.1.2 Chronic headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1.2 全身性細菌感染による慢性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.2.1 Headache attributed to systemic bacterial infection, and criterion C below

A. 頭痛は 9.2.1「全身性細菌感染による頭痛」の診断基準を満たし、かつ C を満たす

B. The systemic bacterial infection remains active or has resolved within the last 3 months

B. 全身性細菌感染は活動性が存続するか、またはこの 3 ヶ月以内に消失した

C. Headache has been present for >3 months.

C. 頭痛は 3 ヶ月を超えて持続した

9.2.2 Headache attributed to systemic viral infection

9.2.2 全身性ウイルス感染による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by and occurring in association with other symptoms and/or clinical signs of a systemic viral infection, in the absence of meningitis or encephalitis.

頭痛は、髄膜炎または髄膜脳炎がなく、全身性ウイルス感染による他の臨床症候と関連して生じる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache of any duration fulfilling criterion C

A. いずれの持続時間の頭痛も C を満たす

B. Both of the following:

B. 以下の両方を満たす

1. systemic viral infection has been diagnosed

1. 全身性ウイルス感染と診断されている

2. there is no evidence of meningitic or encephalitic involvement

2. 髄膜炎または脳炎の所見がない

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 原因の証拠として少なくとも以下の 2 項目が証明されている:

1. headache has developed in temporal relation to onset of the systemic viral infection

1. 頭痛は全身性ウイルス感染の発症と時期的に一致して出現する

2. headache has significantly worsened in parallel with worsening of the systemic viral infection

2. 頭痛は全身性ウイルス感染の悪化と並行して有意に悪化した

3. headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the systemic viral infection

3. 頭痛は、全身性ウイルス感染の改善または消失と並行して有意に改善または消失した

4. headache has either or both of the following characteristics:

4. 頭痛は以下のいずれか一方または両方を満たす

a) diffuse pain

a) 頭部全体の痛み

b) moderate or severe intensity

b) 中等度または重度の強さ

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

9.2.2.1 Acute headache attributed to systemic viral infection

9.2.2.1 全身性ウイルス感染による急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.2.2 Headache attributed to systemic viral infection, and criterion C below

A. 頭痛は 9.2.2「全身性ウイルス感染による頭痛」の診断基準を満たし, かつ C を満たす

B. The systemic viral infection remains active or has recently resolved

B. 全身性ウイルス感染は活動性が存続するか, または最近消失した

C. Headache has been present for <3 months.

C. 頭痛の持続は 3 ヶ月未満

9.2.2.2 Chronic headache attributed to systemic viral infection

9.2.2.2 全身性ウイルス感染による慢性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.2.2 Headache attributed to systemic viral infection, and criterion C below

A. 頭痛は 9.2.2「全身性ウイルス感染による頭痛」の診断基準を満たし、かつ C を満たす

B. The systemic viral infection remains active or has resolved within the last 3 months

B. 全身性ウイルス感染は活動性が存続するか、またはこの 3 ヶ月以内に消失した

C. Headache has been present for >3 months.

C. 頭痛は 3 ヶ月を超えて持続した

9.2.3 Headache attributed to other systemic infection

9.2.3 その他の全身性感染による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by and occurring in association with other symptoms and/or clinical signs of a systemic fungal infection or infestation by protozoal or other parasites, in the absence of meningitis or meningoencephalitis.

頭痛は、髄膜炎または髄膜脳炎がなく、全身性真菌感染または原虫や寄生虫感染による他の臨床症候と関連して生じる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Both of the following:

B. 以下の両方を満たす

1. systemic fungal infection, or infestation by protozoal or other parasites, has been diagnosed

1. 全身性真菌感染, または原虫や寄生虫感染と診断されている

2. there is no evidence of meningitic or meningoencephalitic involvement

2. 髄膜炎または髄膜脳炎の所見がない

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 原因の証拠として少なくとも以下の 2 項目が証明されている:

1. headache has developed in temporal relation to onset of the systemic infection or infestation

1. 頭痛は全身性感染の発症と時期的に一致して出現した

2. headache has significantly worsened in parallel with worsening of the systemic infection or infestation

2. 頭痛は全身性感染の悪化と並行して有意に悪化した

3. headache has significantly improved in parallel with improvement in the systemic infection or infestation

3. 頭痛は、全身性感染の改善と並行して有意に改善した

4. headache has either or both of the following characteristics:

4. 頭痛は以下のいずれか一方または両方を満たす:

a) diffuse pain

a) 頭部全体の痛み

b) moderate or severe intensity

b) 中等度または重度の強さ

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

This is a heterogenous and ill-defined group of systemic infections, most frequently seen in immunosuppressed patients or in specific geographical areas.

これは不均一で不明確な全身性感染症であり、免疫抑制患者や特定の地域で最も多くみられる。

The fungi most commonly involved are the pathogenic fungi (*Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum* and *Coccidioides immitis*) and the opportunistic fungi (*Candida* species, *Aspergillus* species and others).

ここで該当する最も一般的な真菌は、病原性真菌(クリプトコッカス・ネオフォルマンس, ヒストプラズマ・カプスラーツムおよびコクシジオイデス・イミティス)や日和見真菌(カンジダ属, アスペルギルス属およびその他)である。

Among protozoa, *Pneumocystis carinii* and *Toxoplasma gondii* infestations may be associated with headache.

原虫類において、ニューモシスチス・カリニとトキソプラズマ・ゴンディによる感染では、頭痛を伴う場合がある。

Headache has also been reported with the nematode *Strongyloides stercoralis*.

頭痛は、糞線虫でも報告されている。

9.2.3.1 Acute headache attributed to other systemic infection

9.2.3.1 その他の全身性感染による急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.2.3 Headache attributed to other systemic infection, and criterion C below

A. 頭痛は 9.2.3「その他の全身性感染による頭痛」の診断基準を満たし、かつ C を満たす

B. The systemic infection remains active or has recently resolved

B. 全身性感染は活動性が存続するか、または最近消失した

C. Headache has been present for <3 months.

C. 頭痛の持続は 3 ヶ月未満

9.2.3.2 Chronic headache attributed to other systemic infection

9.2.3.2 その他の全身性感染による慢性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criteria for 9.2.3 Headache attributed to other systemic infection, and criterion C below

A. 頭痛は 9.2.3「その他の全身性感染による頭痛」の診断基準を満たし, かつ C を満たす

B. The systemic infection remains active or has resolved within the last 3 months

B. 全身性感染は活動性が存続するか, またはこの 3 ヶ月以内に消失した

A. Headache has been present for >3 months.

C. 頭痛は 3 ヶ月を超えて持続した

Bibliography

9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

Bohr V, Hansen B, Kjersén H, et al. Sequelae from bacterial meningitis and their relation to the clinical condition during acute illness, based on 667 questionnaire returns. Part II of a three part series. *J Infect* 1983; 7(2): 102.110.

Brooks RG, Licitra CM and Peacock MG. Encephalitis caused by *Coxiella burnetii*. *Ann Neurol* 1986; 20: 91.93.

Drexler ED. Severe headache: When to worry, what to do. *Postgrad Med* 1990; 87: 164.170, 173.180.

Francke E. The many causes of meningitis. *Postgrad Med* 1987; 82: 175.178, 181.183, 187.188.

Gedde-Dahl TW, Lettenstrom GS and Bovre K. Coverage for meningococcal disease in the Norwegian morbidity and mortality statistics. *NIPH Ann* 1980; 3: 31.35.

Helbok R, Broessner G, Pfausler B and Schmutzhard E. Chronic meningitis. *J Neurol* 2009; 256: 168.175.

Jones HR and Siekert RG. Neurological manifestation of infective endocarditis. *Brain* 1989; 112: 1295.1315.

Pachner AR and Steere AC. Neurological findings of Lyme disease. *Yale Biol Med* 1984; 57: 481.483.

Pachner AR and Steere AC. The triad of neurologic manifestations of Lyme disease: Meningitis, cranial neuritis, and radiculoneuritis. *Neurology* 1985; 35: 47.53.

Tonjum T, Nilsson F, Bruun JH and Hanebeg B. The early phase of meningococcal disease. *NIPH Ann* 1983; 6: 175.181.

van de Beek D, de Gans J, Spanjaard L, et al. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. *NEJM* 2004; 351(18): 1849.1859.

Zhang SR, Zhang YS and Zhao XD. Tuberculous meningitis with hydrocephalus: A clinical and CT study. *Chung Hua Nei Ko Tsa Chih* 1989; 28: 202.204.

9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis

Ambrose HE, Granerod J, Clewley JP, et al. UK Aetiology of Encephalitis Study Group. Diagnostic strategy used to establish etiologies of encephalitis in a prospective cohort of patients in England. *J Clin Microbiol* 2011; 49: 3576.3583.

Davis LE and McLaren LC. Relapsing herpes simplex encephalitis following antiviral therapy. *Ann Neurol* 1983; 13: 192.195.

Denes E, Labach C, Durox H, et al. Intrathecal synthesis of specific antibodies as a marker of herpes simplex encephalitis in patients with negative PCR. *Swiss Med Wkly* 2010; 140: w13107.

Desmond RA, Accortt NA, Talley L, et al. Enteroviral meningitis: Natural history and outcome of pleconaril therapy. *Antimicrob Agents Chemother* 2006; 50: 2409.2414.

Domachowske JB, Cunningham CK, Cummings DL, et al. Acute manifestations and neurologic sequelae of Epstein-Barr virus encephalitis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1996;

15: 871.875.

Domingues RB, Kuster GW, Onuki de Castro FL, et al. Headache features in patients with dengue virus infection. *Cephalalgia* 2006; 26: 879.882.

Farazmand P, Woolley PD and Kinghorn GR. Mollaret's meningitis and herpes simplex virus type 2 infections. *Int J STD AIDS* 2011; 22: 306.307.

. International Headache Society 2013

Kennedy PG. Retrospective analysis of 46 cases of simplex encephalitis seen in Glasgow between 1962 and 1985. *OJM* 1988;

86: 533.540.

Kennedy PG, Adams IH, Graham DI and Clements GB. A clinico-pathological study of herpes simplex encephalitis. *Neuropathol Appl Neurobiol* 1998; 14: 395.415.

Mutton K and Guiver M. Laboratory techniques for human viral encephalitis diagnosis. *Infect Disord Drug Targets* 2011; 11(3): 206.234.

Poneprasert B. Japanese encephalitis in children in northern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1989; 20:599.603.

Poulikakos PJ, Sergi EE, Margaritis AS, et al. A case of recurrent benign lymphocytic (Mollaret's) meningitis and review of the literature. *J Infect Public Health* 2010; 3: 192.195.

Saged JI, Weinstein Mo and Miller DC. Chronic encephalitis possibly due to herpes simplex virus: Two cases. *Neurology* 1985; 35: 1470.1472.

Sauerbrei A and Wutzler P. Laboratory diagnosis of central nervous system infections caused by herpesviruses. *J Clin Virol* 2002; 25 Suppl 1: S45.S51.

Singer JI, Maur PR, Riley JP and Smith PB. Management of central nervous system infections during an epidemic of enteroviral aseptic meningitis. *J Pediatr* 1980; 96: 559.563.

Takeuchi S, Takasato Y, Masaoka H, et al. Hemorrhagic encephalitis associated with Epstein-Barr virus infection. *J Clin Neurosci* 2010; 17: 153.154.

9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

Cochius JI, Burns RJ and Willoughby JO. CNS cryptococcosis: Unusual aspects. *Clin Exp Neurol* 1989; 26: 183.191.

Contini C. Clinical and diagnostic management of toxoplasmosis in the immunocompromised patient. *Parassitologia* 2008; 50: 45.50.

Drake KW and Adam RD. Coccidioidal meningitis and brain abscesses: Analysis of 71 cases at a referral center. *Neurology* 2009; 73: 1780.1786.

Onishi A, Sugiyama D, Kogata Y, et al. Diagnostic accuracy of serum 1,3- β -D-glucan for pneumocystis jiroveci pneumonia, invasive candidiasis, and invasive aspergillosis: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Microbiol* 2012; 50: 7.15.

Patil SA, Katyayani S and Arvind N. Significance of antibody detection in the diagnosis of cryptococcal meningitis. *J Immunoassay Immunochem* 2012; 33: 140.148.

Prandota J. Recurrent headache as the main symptom of acquired cerebral toxoplasmosis in nonhuman immunodeficiency virus-infected subjects with no lymphadenopathy: The parasite may be responsible for the neurogenic inflammation

postulated as a cause of different types of headaches. *Am J Ther* 2007; 14: 63.105.

Singh RR, Chaudhary SK, Bhatta NK, et al. Clinical and etio-logical profile of acute febrile encephalopathy in eastern Nepal. *Indian J Pediatr* 2009; 76: 1109.1111.

9.1.4 Headache attributed to brain abscess

Chalstrey S, Pfliegerer AG and Moffat DA. Persisting incidence and mortality of sinogenic cerebral abscess: A continuing reflection of late clinical diagnosis. *J R Soc Med* 1991; 84: 193.195.

Chun CH, Johnson JD, Hofstetter M and Raff MJ. Brain abscess: A study of 45 consecutive cases. *Medicine* 1986; 65: 415.431.

Harris LF, Maccubbin DA, Triplett JN and Haws FB. Brain abscess: Recent experience at a community hospital. *South Med J* 1985; 78: 704.707.

Kulay A, Ozatik N and Topucu I. Otogenic intracranial abscesses. *Acta Neurochir (Wien)* 1990; 107: 140.146.

Seven H, Coskun BU, Calis AB, et al. Intracranial abscesses associated with chronic suppurative otitis media. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262: 847.851.

Yen PT, Chan ST and Huang TS. Brain abscess: With special reference to otolaryngologic sources of infection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 15.22.

9.1.5 Headache attributed to subdural empyema

Hodges J, Anslow P and Gillet G. Subdural empyema: Continuing diagnostic problems in the CT scan era. *QJM* 1986; 59: 387.393.

Leotta N, Chaseling R, Duncan G and Isaacs D. Intracranial suppuration. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 508.512.

McIntyre PB, Lavercombe PS, Kemp RJ and McCormack JG. Subdural and epidural empyema: Diagnostic and therapeutic problems. *Med J Aust* 1991; 154: 653.657.

Sellik JA. Epidural abscess and subdural empyema. *J Am Osteopath Assoc* 1989; 89: 806.810.

9.2 Headache attributed to systemic infection

Arredondo M, Hackett J, de Bethencourt FR, et al. Prevalence of XMRV infection in different risk populations in Spain. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2012; 28: 1089.1094.

Capelli E, Zola R, Lorusso L, et al. Chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis: An update. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2010; 23(4): 981.989.

De Marinis M and Welch KM, Headache associated with non-cephalic infections: Classification and mechanisms. *Cephalalgia* 1992; 12: 197.201.

Hou CC, Lin H, Chang CP, et al. Oxidative stress and pyrogenic fever pathogenesis. *Eur J Pharmacol* 2011; 667(1.3): 6.12.

10. Headache attributed to disorder of homoeostasis

10. ホメオスターシスの障害による頭痛

10.1 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia

10.1 低酸素血症または高炭酸ガス血症(あるいはその両方)による頭痛

10.1.1 High-altitude headache

10.1.1 高山性頭痛

10.1.2 Headache attributed to aeroplane travel

10.1.2 飛行機頭痛

10.1.3 Diving headache

10.1.3 潜水時頭痛

10.1.4 Sleep apnoea headache

10.1.4 睡眠時無呼吸性頭痛

10.2 Dialysis headache

10.2 透析頭痛

10.3 Headache attributed to arterial hypertension

10.3 高血圧性頭痛

10.3.1 Headache attributed to pheochromocytoma

10.3.1 褐色細胞腫による頭痛

10.3.2 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy

10.3.2 高血圧性脳症のない高血圧性クレーゼによる頭痛

10.3.3 Headache attributed to hypertensive encephalopathy

10.3.3 高血圧性脳症による頭痛

10.3.4 Headache attributed to pre-eclampsia or eclampsia

子癇前症または子癇による頭痛

10.3.5 Headache attributed to autonomic dysreflexia

10.3.5 自律神経調節障害による頭痛

10.4 Headache attributed to hypothyroidism

10.4 甲状腺機能低下症による頭痛

10.5 Headache attributed to fasting

10.5 絶食による頭痛

10.6 Cardiac cephalalgia

10.6 心臓性頭痛

10.7 Headache attributed to other disorder of homoeostasis

10.7 その他のホメオスターシス障害による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する

7.1.2 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal causes.

7.1.2 「代謝・中毒・内分泌に起因する頭蓋内圧亢進による頭痛」

General comment

一般的コメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、あるいはその両方か？

When a headache occurs for the first time in close temporal relation to a disorder of homoeostasis, it is coded as a secondary headache attributed to that disorder. This remains true when the new headache has the characteristics of any of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta. When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes chronic, or is made

significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to a disorder of homoeostasis, both the initial headache diagnosis and a diagnosis of 10. Headache attributed to a disorder of homoeostasis (or one of its subtypes) should be given, provided that there is good evidence that that disorder can cause headache.

頭痛が初発し、ホメオスターシスの障害と時期的に一致する場合には、その頭痛はホメオスターシスの障害による二次性頭痛としてコード化する。新規の頭痛が、ICHD-3beta の第一部の一次性頭痛の特徴を有する場合も、これに該当する。以前より存在する一次性頭痛の特徴を持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、あるいは両方が二倍もしくはそれ以上になる場合）、ホメオスターシスの障害と時期的に一致して、初期頭痛診断と 10. 「ホメオスターシスの障害による頭痛（もしくはそのサブタイプの一つ）」と診断されるべきで、その障害が頭痛を原因とした確実な証拠があることが要求される。

Introduction

緒言

The mechanisms behind causation of the various subtypes of 10. Headache attributed to disorder of homoeostasis are various. Nevertheless, it is possible to set out general diagnostic criteria, applicable in most cases, as follows:

10. 「ホメオスターシスの障害による頭痛」の様々なタイプの原因になるメカニズムは多彩である。それでも、次のように多くのケースであてはまる一般的な診断基準を提示することができる。

A. Headache fulfilling criterion C

A. C を満たす頭痛がある。

B. A disorder of homoeostasis known to be able to cause headache has been diagnosed

B. 頭痛の原因として明らかとなっているホメオスターシスの障害が、診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 少なくとも次の 2 項目によって示される原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the disorder of homoeostasis

1. 頭痛は、ホメオスターシスの障害の発現と時期的に関連している。

2. either or both of the following:

2. 次の項目の一方か、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the disorder of homoeostasis

a) 頭痛はホメオスターシスの障害が悪化するのと同じ程度に有意に悪化する。

b) headache has significantly improved after resolution of the disorder of homoeostasis

b) 頭痛はホメオスターシスの障害が軽快した後に有意に改善する。

3. headache has characteristics typical for the disorder of homoeostasis

3. 頭痛はホメオスターシスの障害の典型的な特徴を有している。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

10.1 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia

10.1 低酸素血症または高炭酸ガス血症(あるいはその両方)による頭痛

Description:

解説

Headache caused by hypoxia and/or hypercapnia and occurring in conditions of exposure to one or both.

低酸素血症または高炭酸ガス血症(あるいはその両方)による頭痛で、一方または両方に暴露される状況で起こる。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いづれの頭痛も C を満たす。

B. Exposure to conditions of hypoxia and/or hypercapnia

B. 低酸素または高炭酸ガス(あるいはその両方)に暴露されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least one of the following:

C. 次の項目のうち少なくとも 1 項目によって示される原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to the exposure

1. 頭痛は暴露と時期を一致して起こる。

2. either or both of the following:

2. 次の項目の一方もしくは両方を満たす。

a) headache has significantly worsened in parallel with increasing exposure to hypoxia and/or hypercapnia

a) 頭痛は低酸素または高炭酸ガス(あるいはその両方)による暴露が増加するにつれ、有意に悪化する。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in hypoxia and/or hypercapnia

b) 頭痛は低酸素または高炭酸ガス(あるいはその両方)が改善するのと同じで、有意に改善する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

10.1.1 High-altitude headache

10.1.1 高山性頭痛

Description:

解説

Headache, usually bilateral and aggravated by exertion, caused by ascent above 2500 metres. It resolves spontaneously within 24 hours after descent.

頭痛は、通常両側性で、海拔 2500 メートル以上への登山により悪化する。下山後 24 時間以内に自然に消失する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criterion C

A. C を満たす頭痛がある。

B. Ascent to altitude above 2500 m has taken place

B. 海拔 2500 メートル以上への登山

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 少なくとも次の 2 項目に示される原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to the ascent

1. 頭痛は登山するのと時期を一致して起こる。

2. either or both of the following:

2. 次の項目のうち一方、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with continuing ascent

a) 頭痛は登山を続けているのと並行して有意に悪化する。

b) headache has resolved within 24 hours after descent to below 2500 m

b) 頭痛は海拔 2500m 以下に下山後 24 時間以内に消失する。

3. Headache has at least two of the following three characteristics

3. 頭痛は次の 3 項目のうち少なくとも 2 項目を有している。

: a) bilateral location

a) 片側性

b) mild or moderate intensity

b) 軽度か中等度の痛み

c) aggravated by exertion, movement, straining,
coughing and/or bending

c) 運動負荷、体動、緊張、咳あるいは前屈により増悪する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他の ICHD-3 の診断に該当するものがない。

Comments:

コメント:

10.1.1 High-altitude headache is a frequent complication of ascent to altitude, occurring in more than 30% of mountaineers. Risk factors include a history of 1. Migraine, low arterial oxygen saturation, high perceived degree of exertion and fluid intake below 2 litres in 24 hours. Acetazolamide (125 mg, two to three times daily) and steroids may reduce susceptibility to AMS. Other pre-tentative strategies include 2 days of acclimatization prior to engaging in strenuous exercise at high altitudes, liberal fluid intake and avoidance of alcohol.

10.1.1 「高山性頭痛」は、高地登山に伴い 30%以上の登山者で起きる。1. 片頭痛、動脈血中の低酸素飽和度、運動負荷に対する高い感受性、24 時間に 2 リッターを下回る水分摂取などがリスクファクターとなる。Most cases of 10.1.1 High-altitude headache respond to simple analgesics such as paracetamol (acetaminophen) or ibuprofen. However, acute mountain sickness (AMS) consists of at least moderate headache combined with one or more of nausea, anorexia, fatigue, photophobia, dizziness and sleep disturbances. 10.1.1 「高山性頭痛」の多くのケースは、パラセタモール(アセトアミノフェン)やイブプロフェンのような単味の鎮痛薬で効果がある。しかし、急性高山病(AMS)は、悪心、食欲不振、披露、光過敏、めまい感、睡眠障害のうち 1 つ以上を伴う中等度以上の頭痛からなる。

アセタゾラマイド(125mgを一日2～3回服用)とステロイドによってAMSの感受性が低下する場合がある。他の予防対策として、高地で激しい運動をする場合には、その前に2日間の馴化期間を置く、アルコール摂取を避け、十分に水分補給をすることなどが挙げられる。

10.1.2 Headache attributed to aeroplane travel

10.1.2 飛行機頭痛

Description:

解説:

Headache, often severe, usually unilateral and periocular and without autonomic symptoms, occurring during and caused by aeroplane travel. It remits after landing.

頭痛は、しばしば重症で、通常は片側性で眼窩周囲の自律神経症状を伴わない。飛行機に搭乗中もしくは飛行機が原因で起こる。着陸後は消失する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least two episodes of headache fulfilling criterion C

A. Cを満たす少なくとも2つのエピソードのある頭痛

B. The patient is travelling by aeroplane

B. 患者は飛行機で旅行することにより起こる。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 次の少なくとも2項目を示す原因がある。

1. headache has developed exclusively during aero-plane travel

1. 頭痛は、飛行機で旅行中にのみ起こる。

2. either or both of the following:

2. 次の一方、もしくは両方

a) headache has worsened in temporal relation to ascent after take-off and/or descent prior to landing of the aeroplane

a) 頭痛は、離陸後飛行機が上昇するとき、もしくは着陸する前の下降時に一致して悪化する。

b) headache has spontaneously improved within 30 minutes after the ascent or descent of the aeroplane is completed

b) 頭痛は航空機が上昇または、下降した後、30 分以内に自然に改善する。

3. headache is severe, with at least two of the following three characteristics: a) unilateral location b) orbitofrontal location (parietal spread may occur) c) jabbing or stabbing quality (pulsation may also occur)

3. 頭痛は、重症で、3 つの特徴のうち少なくとも 2 つを有している。a) 片側性、b) 眼窩周囲 (側方に波及する)。c) 殴打するような痛み、もしくは刺すような痛み (拍動も起こる)

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

10.1.2 Headache attributed to aeroplane travel occurs during landing in more than 85% of patients. Side-shift between deferent flights occurs in around 10% of cases. Nasal congestion, a study feeling of the face or tearing may occur ipsilaterally, but these have been described in fewer than 5% of cases.

The presence of a sinus disorder should be excluded.

10.1.2 「飛行機頭痛」は、患者の 85%以上が着陸態勢中におこる。異なるフライト間での頭痛の片側から対側へのシフトは、約 10%のケースでおこる。鼻閉、息が詰まるような感覚や流涙は頭痛と同側で起こるが、これらの起こるケースは、5%未満である。副鼻腔の障害は除外しなければならない。

10.1.3 Diving headache

10.1.3 潜水時頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

1. Migraine, 2. Tension-type headache, 4.2 Primary exercise headache, 4.5 Cold-stimulus headache, 4.6.1 External compression headache and 11.2.1 Cervicogenic headache can occur during a dive. In these instances, diving should be considered a precipitating factor rather than the cause, and the headache should be coded as these disorders accordingly.

潜水中に、1.片頭痛、2.緊張型頭痛、4.2 一次運動時頭痛、4.5 寒冷刺激頭痛、6.1 外的圧迫による頭痛、2.1 頸性頭痛は起こりうる。これらの場合は、潜水が原因と言うよりは、誘発因子と考えられ、それらの頭痛はそれぞれの疾患としてコード化する。

Description:

解説:

Headache caused by diving below 10 metres, occurring during the dive and often intensified on resurfacing, in the absence of decompression illness. It is usually accompanied by symptoms of carbon dioxide intoxication. It remits quickly with oxygen or, if this is not given, spontaneously within 3 days after the dive has ended.

潜水している時に、10m 以下の潜水で起きる頭痛や、しばしば、減圧病のない状況で再浮上する際に、激しい頭痛がおこる。通常、二酸化炭素中毒の症状を伴っている。酸素が即時に減弱し、あるいは、酸素が与えられなければ、潜水終了時より3日以内に突発的に起こる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いずれの頭痛も C を満たす。

B. Both of the following:

B. 次の両方の項目を満たす。

1. the patient is diving at a depth greater than 10 m

1. 水深 10m 以上に潜水。

2. there is no evidence of decompression illness

2. 減圧病が存在しない。

C. Evidence of causation demonstrated by at least one of the following:

C. 少なくとも次の一つを示す原因がある。

1. headache has developed during the dive

1. 潜水中に頭痛が起こる。

2. either or both of the following:

2. 次の一方、もしくは両方を満たす。

a) headache has worsened as the dive is continued

a) 頭痛は、潜水している間は、悪化する。

b) either of the following:

b) 次のうちのどちらか。

(i) headache has spontaneously resolved within 3 days of completion of the dive

(i) 頭痛は、潜水終了から 3 日以内に自然に消失する。

(ii) headache has remitted within 1 hour after treatment with 100% oxygen

(ii) 頭痛は、100%酸素で治療後、1 時間以内に消失する。

3. at least one of the following symptoms of CO₂ intoxication

3. 以下の二酸化炭素中毒症状のうち少なくとも 1 項目を伴う頭痛がある。

a) mental confusion

a) 精神錯乱

b) light-headedness

b) 頭部ふらふら感

c) motor incoordination

c) 協調運動障害

d) dyspnoea

d) 呼吸困難

e) facial flushing

e) 顔面のほてり感

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント:

There is some evidence that hypercapnia in the absence of hypoxia is associated with headache. The best clinical example of headache attributed to hypercapnia is 10.1.3 Diving headache. Hypercapnia (arterial pCO₂ >50 mmHg) is known to cause relaxation of cerebrovascular smooth muscle, leading to intracranial vasodilatation and increased intracranial pressure.

Carbon dioxide may accumulate in a diver who intentionally holds his or her breath intermittently (skip breathing) in a mistaken attempt to conserve air, or takes shallow breaths to minimize buoyancy variations in the narrow passages of a wreck or cave.

Divers may also hypoventilate unintentionally when a tight wetsuit or buoyancy compensator jacket restricts chest wall expansion, or when ventilation is inadequate in response to physical exertion. Strenuous exercise increases the rate of CO₂ production more than 10-fold, resulting in a transient elevation of pCO₂ to more than 60 mmHg. 10.1.3 Diving headache usually intensifies during the decompression phase of the dive or on resurfacing.

低酸素状態でない高炭酸ガス血症で、頭痛と関連するという証拠がある。高炭酸ガス血症に伴う頭痛の一番良い臨床例は、10.1.3「潜水時頭痛」である。高炭酸ガス血症(動脈血中 PCO₂ が 50mmHg 超)は、脳血管平滑筋を弛緩させ、血管拡張および頭蓋内圧の上昇を引き起こすことが知られている。

ダイバーが空気を節約するための間違った方法として意識的に呼吸を止めたり(スキップ呼吸)、難破船の狭い通路や洞窟中で浮力の変動を最小限にするため浅い呼吸をしたりすると、二酸化炭素が体内に溜まる場合がある。

また、ぴったりしたウェットスーツや浮力調整ジャケットによって胸壁の拡張が制限される場合、または、身体運動量に比して換気が不十分である場合などに、ダイバーの呼吸が無意識に減ってしまうこともある。激しい運動により二酸化炭素の産生が 10 倍以上増加すると、PCO₂ が一時的に 60mmHg 超に上昇する。

10.1.4 Sleep apnoea headache

10.1.4 睡眠時無呼吸性頭痛

Description:

解説:

Morning headache, usually bilateral and with a duration of less than 4 hours, caused by sleep apnoea. The disorder resolves with successful treatment of the sleep apnoea.

朝型頭痛は、通常、両側性で、睡眠時無呼吸が原因で 4 時間未満の持続でおこる。この疾患は、睡眠時無呼吸の治療が成功すると消失する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache present on awakening after sleep and fulfilling criterion C

A. 頭痛は睡眠後の覚醒時に起き、C を満たす。

B. Sleep apnoea (apnoea-hypopnoea index .5) has been diagnosed¹

B.睡眠時無呼吸(無呼吸—呼吸低下指数は 5 以上)が診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 次のうち少なくとも 2 項目が原因として示される。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of sleep apnoea

1. 頭痛は、睡眠時無呼吸発作の発症と一致して起きる。

2. either or both of the following:

2. 次の項目の一方、もしくは両方:

a) headache has worsened in parallel with worsening of sleep apnoea

a) 頭痛は、睡眠時無呼吸発作と並行して悪化する。

b) headache has significantly improved or remitted in parallel with improvement in or resolution of sleep apnoea

b) 頭痛は、睡眠時無呼吸発作が改善もしくは消失するのと並行して有意に改善するか、消失する。

3. headache has at least one of the following three characteristics

3. 頭痛は、次の 3 項目のうち、少なくとも一つを満たす。

a) recurs on >15 days per month

a) 一か月に 15 日を超えて発現する。

b) all of the following:

b)次のすべて。

(i) bilateral location

(i) 両側

(ii) pressing quality

(ii) 圧迫感

(iii) not accompanied by nausea, photophobia or phonophobia

(iii) 悪心、光過敏、音過敏を伴わない。

c) resolves within 4 hours

c) 4 時間以内に消失。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Note:

注釈:

1. The apnoea-hypopnoea index is calculated by dividing the number of apnoeic events by the number of hours of sleep (5.15/hours .mild; 15.30/hours .moderate; >30/hours .severe).

1. 無呼吸—呼吸低下指数は、無呼吸状態の回数を睡眠時間で割って計算する(軽症、5—15/時間; 中等症、15—30/時間; 重症、>30 /時間)。

Comments:

コメント:

10.1.4 Sleep apnoea headache seems to be less frequent and of longer duration than previously assumed. A definitive diagnosis requires overnight polysomnography. Although morning headache is significantly more common in patients with sleep apnoea than in the general population, headache present on awakening is a non-specific symptom which occurs in a variety of primary and secondary headache disorders, in sleep-related respiratory disorders other than sleep apnoea (e.g. Pickwickian syndrome, chronic obstructive pulmonary disorder), and in other primary sleep disorders such as periodic leg movements of sleep. It is unclear whether the mechanism of 10.1.4 Sleep apnoea headache is related to hypoxia, hypercapnia or disturbance in sleep.

10.1.4 「睡眠時無呼吸性頭痛」は、以前考えられていたより頻度は少なく、持続時間も長いようである。終夜睡眠ポリソムノグラフィーで正確な診断が必要である。睡眠時無呼吸患者では、一般の人々に比べて、朝型頭痛が有意に多いが、覚醒時の頭痛は、さまざまな一次性・二次性頭痛、

睡眠時無呼吸以外の睡眠性呼吸障害（例えば、ピクウィック症候群、慢性閉塞性肺疾患）、その他、睡眠時周期性下肢運動などの一次性睡眠障害でも生じる非特異的な症状である。

10.1.4 「睡眠時無呼吸性頭痛」の機序が低酸素血症、高炭酸ガス血症または睡眠障害と関係しているかどうかは不明である。

10.2 Dialysis headache

10.2 透析頭痛

Description:

解説:

Headache with no specific characteristics occurring during and caused by haemodialysis.

It resolves spontaneously within 72 hours after the haemodialysis session has ended.

頭痛は、透析中や透析が原因で起こり、特徴がない頭痛である。透析終了後 72 時間以内に自然に頭痛は消失する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least three episodes of acute headache fulfilling criterion C

A. C を満たす急性頭痛が少なくとも 3 回以上ある。

B. The patient is on haemodialysis

B. 患者は血液透析を受けている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 少なくとも次の 2 項目に示される原因がある。

1. each headache has developed during a session of haemodialysis

1. 透析中に頭痛が起こる。

2. either or both of the following:

2. 次のうち的一方、もしくは両方:

a) each headache has worsened during the dialysis session

a) 頭痛は、透析中に悪化する。

b) each headache has resolved within 72 hours after the end of the dialysis session

b) 頭痛は、透析終了後 72 時間以内に改善する。

3. headache episodes cease altogether after successful kidney transplantation and termination of haemodialysis

3. 腎移植の成功後と透析終了後に頭痛が消失する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

10.2 Dialysis headache commonly occurs in association with hypotension and dialysis disequilibrium syndrome. This syndrome may begin as headache and then progress to obtundation and finally coma, with or without seizures. It is relatively rare, and may be prevented by changing dialysis parameters. Low magnesium and high sodium levels may be risk factors for developing 10.2 Dialysis headache. As caffeine is rapidly removed by dialysis, 8.3.1 Caffeine-withdrawal headache should be considered in patients who consume large quantities of caffeine.

10.2「透析頭痛」は通常、低血圧や透析性平衡異常症候群に伴って発現する。透析性平衡異常症候群はまず頭痛から始まることもあり、その後意識レベルが低下し、最終的には昏睡へと進行する。痙攣を伴う場合と伴わない場合がある。この症候群は比較的まれであり、透析パラメーターを変更することにより防止できる場合もある。低マグネシウム血症や高ナトリウム血症が 10.2「透析頭痛」をおこす危険因子となる。透析によりカフェインが急速に除去されるので、大量にカフェインを摂取する患者では 8.4.1「カフェイン離脱頭痛」を考えるべきである。

10.3 Headache attributed to arterial hypertension

10.3 高血圧性頭痛

Description:

解説:

Headache, often bilateral and pulsating, caused by arterial hypertension, usually during an acute rise in systolic (to ≥ 180 mmHg) and/or diastolic (to ≥ 120 mmHg) blood pressure. It remits after normalization of blood pressure.

頭痛は、動脈性高血圧によっておこり、通常、急激な収縮期血圧の上昇(180mmHg 以上まで)や、もしくは拡張期血圧(120mmHg 以上まで)の間に、しばしば、両側性で拍動性である。血圧が正常化した後は消失する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いづれの頭痛も C を満たす。

B. Hypertension defined as systolic pressure ≥ 180 mmHg and/or diastolic pressure ≥ 120 mmHg has been demonstrated

B. 高血圧は、収縮期血圧が 180mmHg 以上か、または拡張期血圧が 120mmHg 以上を示す。

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 次の一方、もしくは両方を示す原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of hypertension

1. 頭痛は、高血圧の発症と一致して起こる。

2. either or both of the following:

2. 次の一一方、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening hypertension

a) 頭痛は、高血圧が悪化するのと並行して有意に悪化する。

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in hypertension

b) 頭痛は、高血圧が改善するのと並行して有意に改善する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Mild (140.159/90.99 mmHg) or moderate (160.179/ 100.109 mmHg) chronic arterial hypertension does not appear to cause headache. Whether moderate hypertension predisposes to headache at all remains controversial, but there is some evidence that it does.

Ambulatory blood pressure monitoring in patients with mild and moderate hypertension has shown no convincing relationship between blood pressure fluctuations over a 24-hour period and presence or absence of headache.

軽度(140～159/90～99mmHg)ないし中等度(160～179/100～109mmHg)の慢性高血圧は頭痛を引き起こす要因とはならないと考えられている。中等度の高血圧が頭痛の誘因かどうかについては論議が多いが、その証拠もあまりない。軽度ないし中等度の高血圧患者における携帯型血圧記録でも、24 時間中の血圧変動と頭痛の有無の間に明らかな関係は認められていない。

10.3.1 Headache attributed to pheochromocytoma

10.3.1 褐色細胞腫による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する。

When hypertensive encephalopathy is present, headache is coded as 10.3.3 Headache attributed to hypertensive encephalopathy. When the diagnosis of pheochromocytoma has not yet been made, and hypertensive encephalopathy is not present, patients may

meet the diagnostic criteria for 10.3.2 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy.

高血圧性脳症が存在するときは、10.3.3「高血圧性脳症」による頭痛にコード化する。褐色細胞腫と診断されておらず、また、高血圧性脳症がない場合、患者は 10.3.2「高血圧性脳症のない高血圧性クレーゼによる頭痛」の診断基準に合致する場合がある。

Description:

解説:

Headache attacks, usually severe and of short duration (less than 1 hour) and accompanied by sweating, palpitations, pallor and/or anxiety, caused by phaeochromocytoma.

頭痛発作は、通常、重度で短時間(1 時間未満)起こり、褐色細胞腫による発汗や動悸、顔面蒼白、不安症状を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent discrete short-lasting headache episodes fulfilling criterion C

A. Cを満たす再発する連続性のない短時間の頭痛である。

B. Phaeochromocytoma has been demonstrated

B. 褐色細胞腫が診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 少なくとも次の 2 つ示す原因がある。

1. headache episodes have commenced in temporal relation to development of the phaeochromocytoma, or led to its discovery

1. 頭痛は、褐色細胞腫の悪化、もしくはその発見に一致して発現する。

2. either or both of the following:

2. 次のうち的一方、もしくは両方。

a) individual headache episodes develop in temporal relation to abrupt rises in blood pressure

a) 頭痛は、血圧の急激な上昇と同時に起きる。

b) individual headache episodes remit in temporal relation to normalization of blood pressure

b) 個々の頭痛のエピソードは、血圧の正常化とともに消失する。

3. headache is accompanied by at least one of the following:

3. 頭痛は次の少なくとも一つを伴っている。

a) sweating b) palpitations c) anxiety d) pallor

a) 発汗、b) 動悸、c) 不安、d) 顔面蒼白

4. headache episodes remit entirely after removal of the phaeochromocytoma

4. 頭痛は褐色細胞腫の切除後に完全に消失する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

10.3.1 Headache attributed to phaeochromocytoma occurs as a paroxysmal headache in 51.80% of patients with phaeochromocytoma. It is often severe, frontal or occipital and usually described as either pulsating or constant in quality. An important feature of the head-ache is its short duration: less than 15 minutes in 50% and less than 1 hour in 70% of patients. Associated features include apprehension and/or anxiety, often with a sense of impending death, tremor, visual disturbances, abdominal or chest pain, nausea, vomiting and occasionally paraesthesia. The face can blanch or flush during the attack. The diagnosis of phaeochromocytoma is established by the demonstration of increased excretion of catecholamines or catecholamine metabolites, and can usually be secured

by analysis of a single 24-hour urine sample collected when the patient is hypertensive or symptomatic.

10.3.1「褐色細胞腫による頭痛」は、患者の 51～80%に起こる。しばしば重症であり、前頭部または後頭部にみられ、一般に拍動性または持続性の頭痛と表現される。この頭痛の重要な特徴は、患者の 50%で 15 分未満、70%で 1 時間未満と発作が短時間であることである。関連した特徴としては、恐怖感または不安(あるいはその両方)、しばしば死の切迫感、振戦、視覚障害、腹痛または胸痛、悪心、嘔吐、そして時折、異常感覚などが挙げられる。発作中、顔面は蒼白になることも紅潮することもある。カテコールアミンまたはその代謝産物の排泄増加が確認されれば、診断が確定する。また通常、患者が高血圧または症状を呈している際に、24 時間畜尿したサンプルを分析することによって、診断を確実にすることが可能である。

10.3.2 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy

10.3.2 高血圧性脳症のない高血圧性クレーゼ

Coded elsewhere:

他の疾患にコード化する:

Description:

解説:

Headache, usually bilateral and pulsating, caused by a paroxysmal rise of arterial hypertension (systolic ≥ 180 mmHg and/or diastolic ≥ 120 mmHg). It remits after normalization of blood pressure.

頭痛は、通常、両側性、拍動性であり、高血圧(収縮期血圧 180mmHg 以上および/または拡張期血圧が 120mmHg 以上)の発作的上昇による。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criterion C

A. C を満たす頭痛がある。

B. Both of the following:

B. 次の両方を満たす。

1. a hypertensive crisis is occurring

1. 高血圧性クレーゼが起きる。

2. there are no clinical features or other evidence of hypertensive encephalopathy

2. 高血圧性脳症の臨床的特徴は認められない。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 次の 2 項目を示す原因がある。

1. headache has developed during the hypertensive crisis

1. 頭痛は、高血圧性クレーゼの間に発現する。

2. either or both of the following:

2. 次の一方、もしくは両方。

a) headache has significantly worsened in parallel with increasing hypertension

a) 頭痛は、血圧が上昇するのと同時に有意に悪化する。

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the hypertensive crisis

b) 頭痛は高血圧性クレーゼが改善もしくは消失すると並行して有意に改善する。

3. headache has at least one of the following three characteristics

3. 頭痛は、少なくとも次の 3 項目のうち一つを有する。

a) bilateral location

a) 両側性

b) pulsating quality

b) 拍動性

c) precipitated by physical activity

c) 身体活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Note:

注釈:

1. A hypertensive crisis is defined as a paroxysmal rise in systolic (to ≥ 180 mmHg) and/or diastolic (to ≥ 120 mmHg) blood pressure.

1. 高血圧性クレーゼは収縮期(180mmHg 以上)および/または拡張期(120mmHg 以上)の血圧上昇と定義される。

Comment:

コメント:

Paroxysmal hypertension may occur in association with failure of baroreceptor reflexes (after carotid endarterectomy or subsequent to irradiation of the neck) or in patients with enterochromaffin cell tumours.

発作性高血圧は圧受容器反射不全(頸動脈内膜除去後あるいは頸部放射線照射後)に伴って、あるいは腸クロム親和性細胞腫を有する患者で見られる。

10.3.3 Headache attributed to hypertensive encephalopathy

10.3.3 高血圧性脳症による頭痛

Description:

解説:

Headache, usually bilateral and pulsating, caused by persistent blood pressure

elevation to 180/120 mmHg or above and accompanied by symptoms of encephalopathy such as confusion, lethargy, visual disturbances or seizures. It improves after normalization of blood pressure.

頭痛は、通常、両側性、拍動性であり、血圧が持続的に 180/120mmHg、もしくはそれ以上に上昇することが原因であり、錯乱や昏睡、視覚障害、痙攣のような脳症の徴候を伴う。血圧が正常化した後に症状は改善する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criterion C

A. Cを満たす頭痛がある。

B. Hypertensive encephalopathy has been diagnosed

B. 高血圧性脳症が診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 少なくとも次の内の2項目を示す原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the hypertensive encephalopathy

1. 頭痛は、高血圧性脳症の発現と同時に出現する。

2. either or both of the following:

2. 次の一方、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the hypertensive encephalopathy

a) 頭痛は、高血圧性脳症が悪化するのに並行して有意に悪化する。

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the hypertensive encephalopathy

b) 頭痛は、高血圧性脳症が改善もしくは消失するのと並行して有意に改善もしくは消失する。

3. headache has at least two of the following three characteristics

3. 頭痛は、少なくとも次の 3 項目のうち 2 項目を有している。

a) diffuse pain

a) 頭部全体の痛み

b) pulsating quality

b) 拍動性

c) aggravated by physical activity

c) 身体活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Hypertensive encephalopathy presents with persistent elevation of blood pressure to $\geq 180/120$ mmHg and at least two of confusion, reduced level of consciousness, visual disturbances including blindness, and seizures. It is thought to occur when compensatory cerebrovascular vasoconstriction can no longer prevent cerebral hyperperfusion as blood pressure rises. As normal cerebral autoregulation of blood flow is overwhelmed, endothelial permeability increases and cerebral oedema occurs. On MRI, this is often most prominent in the parieto-occipital white matter. Although hypertensive encephalopathy in patients with chronic arterial hypertension is usually accompanied by a diastolic blood pressure of >120 mmHg, and by grade III or IV hypertensive retinopathy (Keith-Wagener-Barker classification), previously normotensive individuals may develop signs of encephalopathy with blood pressures as low as $160/100$ mmHg. Hypertensive retinopathy may not be present at the time of clinical presentation. Any cause of hypertension can lead to hypertensive

encephalopathy. Headache attributed to hypertensive encephalopathy should be coded as 10.3.3 Headache attributed to hypertensive encephalopathy, regardless of the underlying cause.

高血圧性脳症は、180/120mmHg 以上の持続的な血圧上昇があり、錯乱、意識レベルの低下、全盲状態を含む視覚障害や痙攣のうち少なくとも 2 症状を示す。高血圧性脳症は、代償性脳血管収縮がもはや血圧上昇による脳の過灌流を防止できなくなった場合に発症すると考えられる。正常な脳循環自動調節能がなくなると、血管内皮の透過性が高まり、脳浮腫が生じる。MRI 上でこれはしばしば頭頂―後頭葉白質において最も顕著に現れる。慢性高血圧を有する患者の高血圧性脳症では、通常拡張期血圧が 120mmHg を超え、Keith-Wagner 分類のグレード III ないし IV の高血圧性網膜症を伴うが、従来正常血圧であった人では 160/100mmHg という低い血圧でも脳症の徴候を呈する場合がある。高血圧性網膜症は、臨床所見では発見できない場合もある。高血圧の要因はどのようなものでも高血圧性脳症の原因になりうる。高血圧性脳症による頭痛は、潜在的な原因に関わらず、10.3.3「高血圧性脳症による頭痛」にコード化される。

10.3.4 Headache attributed to pre-eclampsia

10.3.4 子癇前症、または子癇による頭痛

Description:

解説:

Headache, usually bilateral and pulsating, occurring in women during pregnancy or the immediate puerperium with pre-eclampsia or eclampsia. It remits after resolution of the pre-eclampsia or eclampsia.

頭痛は、通常、両側性、拍動性であり、妊娠中または産褥期に子癇前症、または子癇を伴い発症する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache, in a woman who is pregnant or in the puerperium (up to 4 weeks postpartum), fulfilling criterion C

A. 頭痛は、妊娠または産褥期(出産後 4 週間まで)にあり、C を満たす。

B. Pre-eclampsia or eclampsia has been diagnosed

B. 子癇前症、または子癇が診断されている。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 次の少なくとも 2 項目を示す原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the pre-eclampsia or eclampsia

1. 頭痛は、子癇前症、または子癇が発症するのに一致して起きる。

2. either or both of the following:

2. 次の一方、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the pre-eclampsia or eclampsia

a) 頭痛は、子癇前症、または子癇が悪化するのと並行して有意に悪化する。

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the pre-eclampsia or eclampsia

b) 頭痛は、子癇前症、または子癇が改善もしくは消失するのに一致しと並行して改善、または消失する。

3. headache has at least two of the following three characteristics:

3. 頭痛は、次の 3 つの特徴のうち少なくとも 2 つを有している。

a) bilateral location

a) 両側性

b) pulsating quality

b) 拍動性

c) aggravated by physical activity

c) 身体活動により増悪

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Pre-eclampsia and eclampsia appear to involve a strong maternal inflammatory response, with broad immunological systemic activity. A placenta appears essential for their development, although case reports indicate that eclampsia can occur in the puerperium as well as during pregnancy. Pre-eclampsia and eclampsia are multi-system disorders with various forms. Their diagnosis requires hyper-tension (>140/90 mmHg) documented on two blood pressure readings at least 4 hours apart, or a rise in diastolic pressure of .15 mmHg or in systolic pressure of .30 mmHg, coupled with urinary protein excretion >0.3 g/24 hours. In addition, tissue oedema, thrombocytopenia and abnormalities in liver function can occur.

子癇前症や子癇は、母親の広範な免疫活性を伴う強度の炎症反応と関連する。症例報告では子癇が妊娠中と同様に産褥期にも起こるとされているが、胎盤は子癇発症の病態生理学的に重要なものである。子癇前症や子癇はさまざまな形で現れる多臓器系障害である。それらの診断は、少なくとも4時間の間隔を置いた2回の血圧測定で高血圧(>140/90mmHg)が記録されるか、または、拡張期血圧が15mmHg以上、収縮期血圧が30mmHg以上上昇するか、尿中蛋白質排泄が24時間で0.3gを超える場合である。さらに、組織浮腫、血小板減少症や肝機能障害で起こる。

10.3.5 Headache attributed to autonomic dysreflexia

10.3.5 自律神経反射障害による頭痛

Description:

解説:

Throbbing severe headache, with sudden onset, in patients with spinal cord injury and autonomic dysreflexia. The latter, which can be life-threatening, manifests as a

paroxysmal rise in blood pressure among other symptoms and clinical signs, and is often triggered by bladder or bowel irritation (by infection, distension or impaction).

突然発症で拍動性の重度頭痛で、脊髄損傷や自律神経反射障害を有している患者で起こる。生活の恐怖で起こる自律神経反射障害は、他の症候で血圧が発作的に上昇することで発現する。そして、よく排尿、排便の障害(感染、膀胱拡張や衝撃による)がトリガーとなる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache of sudden onset, fulfilling criterion C

A. Cを満たす突発性頭痛

B. Presence of spinal cord injury and autonomic dysreflexia documented by a paroxysmal rise above base-line in systolic pressure of .30 mmHg and/or diastolic pressure .20 mmHg

B. 脊髄損傷や自律神経調節障害の存在があり、30mmHg 以上の収縮期血圧かつ/または 20mmHg 以上の拡張期血圧の基礎値より急激な上昇が記録される。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 次の少なくとも 2 項目を示す原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to the rise in blood pressure

1. 頭痛は、血圧上昇に一致して起こる。

2. either or both of the following:

2. 次のうち的一方、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with increase in blood pressure

a) 頭痛は、血圧の上昇と並行して有意に悪化する。

b) headache has significantly improved in parallel with decrease in blood pressure

b) 頭痛は、血圧の降下と並行して改善する。

3. headache has at least two of the following four characteristics:

3. 頭痛は、次の 4 つの特徴のうち少なくとも 2 つを有している。

a) severe intensity

a) 重症の頭痛

b) pounding or throbbing (pulsating) quality

b) 強打性、もしくは鼓動性(拍動性)

c) accompanied by diaphoresis cranial to the level of the spinal cord injury

c) 脊髄損傷のレベルで頭蓋の発汗を伴う。

d) triggered by bladder or bowel reflexes

d) 排尿や排便反射がトリガーとなる。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

The time to onset of autonomic dysreflexia after spinal cord injury is variable and has been reported from 4 days to 15 years. Given that autonomic dysreflexia can be a life-threatening condition, its prompt recognition and adequate management are critical. Typically, 10.3.5 Headache attributed to autonomic dysreflexia is a sudden-onset, severe headache accompanied by several other symptoms and clinical signs including increased blood pressure, altered heart rate and diaphoresis cranial to the level of spinal cord injury. These are triggered by noxious or non-noxious stimuli, usually of visceral origin (bladder distension, urinary tract infection, bowel distension or impaction, urological procedures, gastric ulcer and others) but also of somatic origin (pressure ulcers, ingrown toenail, burns, trauma or surgical or invasive diagnostic procedures).

脊髄損傷後の自律神経反射障害出現までの時間は、様々である。そして、それは 4 日から 15 年と

言われている。自律神経調節障害が、生活上の恐怖となるような場合は、迅速な診断と治療が必要である。典型的には、10.3.5「自律神経反射障害による頭痛」は、突然発症で、いくつかの他の症候、すなわち血圧上昇、心拍数の変化、脊髄損傷レベルより頭蓋側に発汗を伴う激しい頭痛である。これらは、有害なものや有害でない刺激によりおこる。通常は、内臓(排尿障害、尿道感染、腸管拡張、閉塞や泌尿器科的手技や胃潰瘍など)起源で起きる。しかし、身体的(圧迫、巻爪、外傷、外科処置、侵襲的診断手技)起源でも起こる。

10.4 Headache attributed to hypothyroidism

10.4 甲状腺機能低下症による頭痛

Description:

解説:

Headache, usually bilateral and non-pulsatile, in patients with hypothyroidism and remitting after normalization of thyroid hormone levels.

頭痛は、通常、両側性、非拍動性であり、甲状腺機能低下症を有しており、甲状腺ホルモンが正常化した後に、症状は消失する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criterion C

A. Cを満たす頭痛がある。

B. Hypothyroidism has been demonstrated

B. 甲状腺機能低下症が存在する。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 次のうち少なくとも2項目を示す原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to the onset of hypothyroidism, or led to its discovery

1. 頭痛は、甲状腺機能低下症の発現、もしくは発見されるのとは一致して起こる。

2. either or both of the following:

2. 次のうち的一方、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the hypothyroidism

a) 頭痛は、甲状腺機能低下症が悪化すると並行して有意に悪化する。

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the hypothyroidism

b) 頭痛は、甲状腺機能低下症が、改善もしくは完治するのと並行して改善、もしくは消失する。

3. headache has at least one of the following three characteristics:

3. 頭痛は次の 3 つの特徴のうち少なくとも 2 つを有する。

a) bilateral location

a) 両側性

b) non-pulsatile quality

b) 非拍動性

c) constant over time

c) 持続性

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

It has been estimated that approximately 30% of patients with hypothyroidism suffer from headache attributed to hypothyroidism. Its mechanism is unclear. There is a

female preponderance and often a history of migraine in childhood. The headache is not associated with nausea or vomiting. In the presence of hypothyroidism, headache can also be a manifestation of pituitary adenoma (coded 7.4.3 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper-or hyposecretion).

甲状腺機能低下症を有する患者のうち 30%に頭痛があると推定される。その原因は不明である。女性に多く、しばしば子供時代に片頭痛の既往がある。頭痛は、悪心や嘔吐を伴わない。甲状腺機能低下症では、頭痛が、下垂体腺腫(7.4.3 視床下部、または下垂体の機能亢進または機能低下による頭痛)から起きている可能性も考慮する。

10.5 Headache attributed to fasting

10.5 絶食による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

An episode of migraine triggered by fasting is coded as 1. Migraine or one of its subtypes.

絶食による片頭痛は、1. 片頭痛か、もしくはそのサブタイプにコード化される。

Description:

解説:

Diffuse non-pulsating headache, usually mild to moderate, occurring during and caused by fasting for at least 8 hours. It is relieved after eating.

頭部全体の非拍動性の頭痛で、通常、軽度から中等度の頭痛であり、少なくとも8時間の絶食中、絶食が原因で起こる。食後に消失する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Diffuse headache not fulfilling the criteria for 1. Migraine or any of its subtypes but fulfilling criterion C below

A. 頭部全体の頭痛で、1.片頭痛や片頭痛のどのサブタイプにも分類されない頭痛であるが、Cを満たす。

B. The patient has fasted for .8 hours

B. 患者は8時間を超えて絶食している。

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 次の両方により示される原因がある。

1. headache has developed during fasting

1. 頭痛は、絶食中に起こる。

2. headache has significantly improved after eating

2. 頭痛は、食事後に有意に改善する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

10.5 Headache attributed to fasting is significantly more common in people who have a prior history of

headache. Even though the typical headache attributed to fasting is diffuse, non-pulsating and mild to moderate in intensity, in those with a prior history of migraine the headache may resemble 1.1 Migraine without aura. If the criteria for this disorder are met, the headache should be coded accordingly (fasting being a precipitating factor). The likelihood of headache developing as a result of a fast increases with the duration of the fast. Nevertheless, 10.5 Headache attributed to fasting does not appear to be related to duration of sleep, to cocaine withdrawal or to hypoglycaemia. Although headache may occur under conditions of hypoglycaemia-induced brain dysfunction, there is no conclusive evidence to support a causal association.

10.5 Headache attributed to fasting can occur in the absence of hypoglycaemia, insulin-induced hypoglycaemia does not precipitate headache in migraine sufferers, and headache is not a complaint of patients presenting to the emergency department with symptomatic hypoglycaemia.

10.5「絶食による頭痛」は、頭痛の既往を有する人に有意に多い。典型的な絶食による頭痛は頭部全体の痛みで、非拍動性で、軽度から中等度の痛みで片頭痛の既往を有しているが、頭痛は、1.1「前兆のない片頭痛」に類似している。もし、この疾患の診断基準が合致するならば、その頭痛は、1.1「前兆のない片頭痛」としてコード化されるべきである（絶食が、誘発因子になる）。頭痛が絶食の結果として発現する確率は絶食の時間が長くなるにつれて高くなる。

10.5「絶食による頭痛」は、睡眠時間やカフェイン離脱あるいは低血糖症とは関係ないように思われる。低血糖誘発性脳機能障害により頭痛が発現する場合もあるが、因果関係を裏づける決定的な証拠はない。10.5「絶食による頭痛」は低血糖がなくても発現し、インスリン誘発低血糖が片頭痛患者において頭痛を促進することはなく、症候性低血糖症で救急医療部に来院した患者が頭痛を訴えることはない。

10.6 Cardiac cephalalgia

10.6 心臓性頭痛

Description:

解説:

Migraine-like headache, usually but not always aggravated by exercise, occurring during an episode of myocardial ischaemia. It is relieved by nitroglycerine.

片頭痛様の頭痛が、常時ではないが、しばしば、運動で悪化したり、心筋虚血中に起こる。それは、ニトログリセリンにより軽快する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いかなる頭痛も C を満たす。

B. Acute myocardial ischaemia has been demonstrated

B.頭痛は、急性心筋虚血を起こしている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

C. 次の少なくとも 2 つを示す原因がある。

1. headache has developed in temporal relation to onset of acute myocardial ischaemia

1. 頭痛は、急性心筋虚血と同時に起こる。

2. either or both of the following:

2. 次のうち的一方、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the myocardial ischaemia

a) 頭痛は、心筋虚血が悪化すると並行して有意に悪化する。

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the myocardial ischaemia

b) 頭痛は、心筋虚血が改善もしくは消失すると並行して有意に改善、もしくは消失する。

3. headache has at least two of the following four characteristics:

3. 頭痛は、次の 4 つの特徴のうち少なくとも 2 つを有する。

a) moderate to severe intensity

a) 中等度から重度の頭痛

b) accompanied by nausea

b) 悪心を伴う

c) not accompanied by photophobia or phonophobia

c) 光過敏、音過敏を伴わない

d) aggravated by exertion

d) 運動により悪化する

4. headache is relieved by nitroglycerine or derivatives of it

4. 頭痛は、ニトログリセリンやその誘導体により軽快する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comments:

コメント:

Diagnosis must include careful documentation of head-ache and simultaneous cardiac ischaemia during tread-mill or nuclear cardiac stress testing. However, 10.6 Cardiac cephalalgia occurring at rest has been described.

Failure to recognize and correctly diagnose 10.6 Cardiac cephalalgia can have serious consequences. Therefore, distinguishing this disorder from 1.1 Migraine without aura is of crucial importance, particularly as vasoconstrictor medications (e.g. triptans, ergots) are indicated in the treatment of migraine but contraindicated in patients with ischaemic heart disease. Both disorders can produce severe head pain accompanied by nausea, and both can be triggered by exertion. Migraine-like headache may be triggered by angina treatment such as nitroglycerine.

診断には、頭痛のみならず同時に発現する心筋虚血についてトレッドミルあるいは心臓核医学によるストレス検査を用いて細心な記録をとらなくてはならない。しかし、10.6 「心臓性頭痛」が見落とされたり、正確に診断されなければ、深刻な結果を招く場合がある。したがって、この心臓性頭痛と 1.1「前兆のない片頭痛」とを見分けることがきわめて重要である。特に、(トリプタン、エルゴタミン製剤などの)血管収縮剤は、片頭痛の治療に用いられるが、虚血性心疾患の患者には禁忌とされているからである。いずれの疾患も悪心を伴う重度の頭痛を引き起こし、またいずれも、運動が引き金となりうる。片頭痛様頭痛は、ニトログリセリンなど狭心症の治療が引き金となる場合がある。

10.7 Headache attributed to other disorder of homoeostasis

10.7 その他のホメオスターシス障害による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by any disorder of homoeostasis not described above.

頭痛は、上述以外のホメオスターシス障害により起こる。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. いかなる頭痛も C を満たす。

B. A disorder of homoeostasis other than those described above, and known to be able to cause headache, has been diagnosed

B. 上述以外のホメオスターシス障害による頭痛で、頭痛の原因となるものが既知である時に診断される

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 次の一方、もしくは両方を示す原因がある

1. headache has developed in temporal relation to the onset of the disorder of homoeostasis

1. 頭痛は、ホメオスターシス障害出現と一致して起こる。

2. either or both of the following:

2. 次のうち的一方、もしくは両方

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the disorder of homoeostasis

a) 頭痛は、ホメオスターシス障害が悪化すると並行して有意に悪化する。

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the disorder of homoeostasis

b) 頭痛は、ホメオスターシス障害が改善、もしくは消失すると並行して有意に改善、または消失する。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない。

Comment:

コメント:

Although relationships between headache and a variety of systemic and metabolic diseases have been proposed, systematic evaluation of these relationships has not been performed and there is insufficient evidence on which to build operational diagnostic criteria.

頭痛と様々な全身的、代謝的な疾患との関係が疑われるけれども、それらの関連が系統的に評価できず、実際の診断基準を使用しても不十分な診断の頭痛である。

Bibliography

Bigal ME and Gladstone J. The metabolic headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2008; 12: 292.295.

10.1.1 High-altitude headache

Appenzeller O. Altitude headache. *Headache* 1972; 12: 126.129.

Burtscher M, Mairer K, Wille M and Broessner G. Risk factors for high-altitude headache in mountaineers. *Cephalalgia* 2011;

31: 706.711.

Clarke C. Acute mountain sickness: Medical problems associated with acute and subacute exposure to hypobaric hypoxia. *Postgrad Med J* 2006; 82: 748.753.

Ginsberg MD. Carbon monoxide intoxication: Clinical features, neuropathology and mechanisms of injury. *J Toxicol Clin Toxicol* 1985; 23: 281.288.

Heckerling PS, Leikiin JB, Maturen A and Perkins JT. Predictors of occult carbon monoxide poisoning in patients with headache and dizziness. *Ann Intern Med* 1987; 107: 174.176.

Jafarian S, Gorouhi F and Lotfi J. Reverse association between high-altitude headache

and nasal congestion. *Cephalalgia* 2007;

27: 899.903.

Lipton RB, Mazer C, Newman LC and Solomon S. Sumatriptan relieves migraine-like headaches associated with carbon monoxide exposure. *Headache* 1997; 37: 392.395.

Porcelli J and Gugelchuk G. A trek to the top: A review of acute mountain sickness. *J Am Osteopath Assoc* 1995; 95: 718.720.

Serrano-Duen. as M. High-altitude headache. *Expert Rev Neurother* 2007; 7: 245.248.

Schoonman GG, Sandor PS, Agosti RM, et al. Normobaric hypoxia and nitroglycerin as trigger factors for migraine. *Cephalalgia* 2006; 26: 816.819.

Silber E, Sonnenberg P, Collier DJ, et al. Clinical features of headache at altitude: A prospective study. *Neurology* 2003;

60: 1167.1171.

Wilson MH, Newman S and Imray CH. The cerebral effects of ascent to high altitudes. *Lancet Neurol* 2009; 8: 175.191.

10.1.2 Headache attributed to aeroplane travel

Berilgen MS and Mungen B. Headache associated with airplane travel: Report of six cases. *Cephalalgia* 2006; 26: 707.711.

Berilgen MS and Mungen B. A new type of headache. Headache associated with airplane travel: Preliminary diagnostic criteria and possible mechanisms of aetiopathogenesis. *Cephalalgia* 2011; 31: 1266.1273.

Mainardi F, Lisotto C, Maggioni F and Zanchin G. Headache attributed to airplane travel ('Airplane headache'). Clinical profile based on a large case series. *Cephalalgia* 2012; 32: 592.599.

10.1.3 Diving headache

Cheshire WP and Ott MC Jr. Headache in divers. *Headache* 2001;

41: 235.247.

Di Fabio R, Vanacore N, Davassi C, et al. Scuba diving is not associated with high prevalence of headache: A cross-sectional study in men. *Headache* 2012; 52: 385.392.

Edmonds RC, Greene ER, Schoene RB, et al. Diving and subaquatic medicine. 3rd Ed. Oxford: Butterworth-Heinemann 1992: 404.406.

Englund M and Risberg J. Self-reported headache during saturation diving. *Aviat Space Environ Med* 2003; 74: 236.241.

Sliwka U, Kransney JA, Simon SG, et al. Effects of sustained low-level elevations of

carbon dioxide on cerebral blood flow and autoregulation of the intracerebral arteries in humans. *Aviat Space Environ Med* 1998; 69: 299.306.

10.1.4 Sleep apnoea headache

Aldrich MS and Chauncey JB. Are morning headaches part of obstructive sleep apnea syndrome? *Arch Intern Med* 1990; 150: 1265.1267.

Alberti A, Mazzotta G, Gallinella E, et al. Headache characteristics in obstructive sleep apnea syndrome and insomnia. *Acta Neurol Scand* 2005; 111: 309.316.

Chen PK, Fuh JL, Lane HY, et al. Morning headache in habitual snorers: Frequency, characteristics, predictors and impacts. *Cephalalgia* 2011; 31: 829.836.

Greenough GP, Nowell PD and Sateia MJ. Headache complaints in relation to nocturnal oxygen saturation among patients with sleep apnea syndrome. *Sleep Med* 2002; 3: 361.364.

Goksan B, Gunduz A, Karadeniz D, et al. Morning headache in sleep apnoea: Clinical and polysomnographic evaluation and response to nasal continuous positive airway pressure. *Cephalalgia* 2009; 29: 635.641.

Kristiansen HA, Kvaerner KJ, Akre H, et al. Tension-type head-ache and sleep apnea in the general population. *J Headache Pain* 2011; 12: 63.69.

Kristiansen HA, Kvaerner KJ, Akre H, et al. Sleep apnea head-ache in the general population. *Cephalalgia* 2012; 32: 451.458.

Loh NK, Dinner DS, Foldvary DO, et al. Do patients with obstructive sleep apnea wake up with headaches? *Arch Intern Med* 1999; 159: 1765.1768.

Luchesi LM, Speciali JG, Santos-Silva R, et al. Nocturnal awakening with headache and its relationship with sleep disorders in a population sample of adult inhabitants of Sao Paulo City, Brazil. *Cephalalgia* 2010; 30: 1477.1485.

Mitsikostas DD, Vikelis M and Viskos A. Refractory chronic headache associated with obstructive sleep apnoea syndrome. *Cephalalgia* 2008; 28: 139.143.

Ozge A, Ozge C, Kaleagasi H, et al. Headache in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Effects of chronic hypoxemia. *J Headache Pain* 2006; 7: 37.43.

Poceta JS and Dalessio DJ. Identification and treatment of sleep apnea in patients with chronic headache. *Headache* 1995;35:586.589.

10.2 Dialysis headache

Antoniazzi AL, Bigal ME, Bordini CA and Speciali JG. Headache associated with dialysis. The IHS criteria revisited. *Cephalalgia* 2003; 23: 146.149.

Gksel BK, Torun D, Karaca S, et al. Is low blood magnesium level associated with hemodialysis headache? *Headache* 2006;

46: 40.45. Antonazzzi AL and Corrado AP. Dialysis headache. *Curr Pain Headache Rep* 2007; 11: 297.303.

Jameson MD and Wiegmann TB. Principles, uses, and complications of hemodialysis. *Medical Clin North Am* 1990; 74: 945.960.

10.3 Headache attributed to arterial hypertension

Dodick DW. Recurrent short-lasting headache associated with paroxysmal hypertension: A clonidine-responsive syndrome. *Cephalalgia* 2000; 20: 509.514.

. International Headache Society 2013

Gipponi S, Venturelli E, Rao R, et al. Hypertension is a factor associated with chronic daily headache. *Neurol Sci* 2010; 31 Suppl 1: 171.173.

Furlan JC. Headache attributed to autonomic dysreflexia. *Neurology* 2011; 77: 792.798.

Gus M, Fuchs FD, Pimentel M, et al. Behavior of ambulatory blood pressure surrounding episodes of headache in mildly hypertensive patients. *Arch Intern Med* 2001; 161: 252.255.

Kruszewski P, Bieniaszewski L, Neubauer J and Krupa-Wojciechowska B. Headache in patients with mild to moderate hypertension is generally not associated with simultaneous blood pressure elevation. *J Hypertension* 2000; 18: 437.444.

Lance JW and Hinterberger H. Symptom of pheochromocytoma with particular reference to headache, correlated with catecholamine production. *Arch Neurol* 1976; 33: 281.288.

Land SH and Donovan T. Pre-eclampsia and eclampsia head-ache: Classification recommendation [letter]. *Cephalalgia* 1999; 19: 67.69.

Loh KC, Shlossberg AH, Abbott EC, et al. Phaeochromocytoma: A ten-year survey. *Quart J Med* 1997; 90: 51.60.

Mannelli M, Ianni L, Cilotti A and Conti A. Pheochromocytoma in Italy: A multicentric retrospective study. *Eur J Endocrinol* 1999; 141: 619.624.

Thomas JE, Rooke ED and Kvale WF. The neurologists experience with pheochromocytoma. *JAMA* 1966; 197: 754.758.

Vaughan CJ and Delanty N. Hypertensive emergencies. *Lancet* 2000; 356: 411.417.

Walker JJ. Pre-eclampsia. *Lancet* 2000; 56: 1260.1265.

Weiss NS. Relation of high blood pressure to headache, epistaxis, and selected other symptoms. The United States Health Examination Survey of Adults. *NEJM* 1972; 287: 631.633.

Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M and Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. *Hypertension* 1996; 27: 144.147.

10.4 Headache attributed to hypothyroidism

Airaghi L and Catania A. Endocrine headache. In: *Seminars in headache management. Neuroendocrinological aspects of head-ache*, vol 4, number 4. BC Decker Inc 1999: 1.15.

Amy JR. Tests of thyroid function in chronic headache patients. *Headache* 1987; 27: 351.353.

Arafah BM, Prunty D, Ybarra J, et al. The dominant role of increased intrasellar pressure in the pathogenesis hypopituitar-ism, hyperprolactinemia, and headache in patients with pituitary adenomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 1789.1793.

Fenichel NM. Chronic headache due to masked hypothyroidism. *Ann Intern Med* 1948; 29: 456.460.

Levy MJ, Matharu MS, Meeran K, et al. The clinical characteristics of headache in patients with pituitary tumours. *Brain* 2005; 128: 1921.1930.

Moreau T. Headache in hypothyroidism. Prevalence and out-come under thyroid hormone therapy. *Cephalalgia* 1988; 18: 687.689.

10.5 Headache attributed to fasting

Dalton K. Food intake prior to migraine attacks. Study of 2,313 spontaneous attacks. *Headache* 1975; 15: 188.193.

Dexter JD, Roberts J and Byer JA. The five hour glucose tolerance test and effect of low sucrose diet in migraine. *Headache* 1978; 18: 91.94.

Malouf R and Brust JCM. Hypoglycemia: Causes, neurological manifestations, and outcome. *Ann Neurol* 1985; 17: 421.430.

Mosek AC and Korczyn AD. Yom Kippur Headache. *Neurology* 1995; 45: 1953.1955.

Pearce J. Insulin induced hypoglycaemia in migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1971; 34: 154.156.

Service FJ. Hypoglycemic disorders. In: Wyngaarden JB, Smith LH and Bennett JC, eds. *Cecil's textbook of medicine*, 18th ed. Philadelphia: WB Saunders 1992: 1310.1317.

10.6 Cardiac cephalalgia

Blacky RA, Rittlemeyer JT and Wallace MR. Headache angina. *Am J Cardiol* 1987; 60: 730.

Chen SP, Fuh JL, Yu WC, et al. Cardiac cephalalgia: Case series and review of the literature with new ICDH-II criteria revisited. *Eur Neurol* 2004; 24: 231.234.

Bowen J and Oppenheimer G. Headache as a presentation of angina: Reproduction of symptoms during angioplasty. *Headache* 1993; 33: 238.239.

Fleetcroft R and Maddocks JL. Headache due to ischaemic heart disease. *J Roy Soc Med* 1985; 78: 676.

Grace A, Horgan J, Breathnach K and Staunton H. Anginal headache and its basis. *Cephalalgia* 1997; 17: 195.196.

Gutierrez-Morlote J and Pascual J. Cardiac cephalalgia is not necessarily an exertional headache: Case report. *Cephalalgia* 2002; 22: 765.766.

Lefkowitz D and Biller J. Bregmatic headache as a manifestation of myocardial ischemia. *Arch Neurol* 1982; 39: 130.

Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, et al. Cardiac cephalgia: A treatable form of exertional headache. *Neurology* 1997; 49: 813.816.

Vernay D, Deffond D, Fraysse P and Dordain G. Walk head-ache: An unusual manifestation of ischemic heart disease. *Headache* 1989; 29: 350.351.

Wei JH and Wang HF. Cardiac cephalalgia: Case reports and review. *Cephalalgia* 2008; 28: 892.896.

11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

11.頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害による頭痛あるいは顔面痛

11.1 Headache attributed to disorder of cranial bone

11.1 頭蓋骨疾患による頭痛

11.2 Headache attributed to disorder of the neck

11.2 頸部疾患による頭痛

11.2.1 Cervicogenic headache

11.2.1 頸原性頭痛

11.2.2 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis

11.2.2 後咽頭腱炎による頭痛

11.2.3 Headache attributed to craniocervical dystonia

11.2.3 頭頸部ジストニーによる頭痛

11.3 Headache attributed to disorder of the eyes

11.3 眼疾患による頭痛

11.3.1 Headache attributed to acute glaucoma

11.3.1 急性緑内障による頭痛

11.3.2 Headache attributed to refractive error

11.3.2 屈折異常による頭痛

11.3.3 Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or persistent squint)

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

11.3.4 Headache attributed to ocular inflammatory disorder

11.3.4 眼球炎症性疾患による頭痛

11.3.5 Headache attributed to trochleitis

11.3.5 眼窩滑車部炎による頭痛

11.4 Headache attributed to disorder of the ears

11.4 耳疾患による頭痛

11.5 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

11.5 鼻・副鼻腔疾患による頭痛

11.5.1 Headache attributed to acute rhinosinusitis

11.5.1 急性鼻副鼻腔炎による頭痛

11.5.2 Headache attributed to chronic or recurring rhinosinusitis

11.5.2 慢性・再発性鼻副鼻腔炎による頭痛

11.6 Headache attributed to disorder of the teeth or jaw

11.6 歯・顎の障害による頭痛

11.7 Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD)

11.7 顎関節障害(TMD)による頭痛

11.8 Head or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament

11.8 茎突舌骨靱帯炎による頭痛あるいは顔面痛

11.9 Headache or facial pain attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

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

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する

Headaches that are caused by head or neck trauma are classified under *5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck*.

頭部または頸部外傷による頭痛は、5.「頭部または頸部(またはその両方)の外傷・傷害による頭痛」に分類される。

This is true in particular for post-whiplash headache, despite the likely possibility that these headaches are attributable to pathology in the neck.

頸部に起因していると考えられる頭痛の可能性にもかかわらず、特にむち打ち症後の頭痛と分類されることがある。

Neuralgiform headaches manifesting with facial, neck and/or head pain are classified under *13. Painful cranial neuropathies and other facial pains*.

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。

General comment:

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both ?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

When a headache occurs for the first time in close temporal relation to a cranial, cervical, facial, neck, eye, ear, nose, sinus, dental or mouth disorder known to cause headache, it is coded as a secondary headache attributed to that disorder.

頭痛が初発し、(頭蓋、頸髄、顔面、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、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。

This remains true when the new headache has the characteristics of any of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta.

新規の頭痛が、ICDH38 分類 part1の片頭痛またはその他の一次性頭痛の特徴を有する場合にも、これに該当する。

When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes chronic, or is made significantly worse (usually meaning a twofold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to a cranial, cervical, facial, neck, eye, ear, nose, sinus, dental or mouth disorder, both the initial headache

diagnosis and a diagnosis of *11.Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure (or one of its subtypes)* should be given, provided that there is good evidence that that disorder can cause headache.

一次性頭痛障害の特徴による既存の頭痛が慢性的になる時、あるいはかなり悪化する(通常、頻度や重症度の 2 倍以上の増大を意味する)時、時間的に近い関係で頭蓋、頸髄、顔面、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口腔または、その両方の診断、あるいは当初の診断で「11.頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害による頭痛」が起こりえる正当な証拠がある場合に、その障害によって頭痛が起こると規定する。

Introduction: 緒言

Disorders of the cervical spine and of other structures of the neck and head have not infrequently been regarded as common causes of headache, as many headaches seem to originate from the cervical, nuchal or occipital regions or are localized there.

頭痛の多くが頸椎部、または後頭部領域に由来もしくは限局するため、頸椎その他の頭頸部構造組織における障害が頭痛の最も多い原因としてとみなされることは稀ではない。

Degenerative changes in the cervical spine can be found in virtually all people over 40 years of age.

また40 歳以上であれば誰でも、頸椎の退行変性がみられると言っても過言ではない。

However, large-scale controlled studies have shown that such changes are equally widespread among people with and people without headache.

しかし、大規模比較試験によると、そのような変性がみられる割合は頭痛を有していない個々の場合と同程度にすぎないことが示されている。

Spondylosis or osteochondrosis are therefore not conclusive as the explanation of headache.

そのため、脊椎症(spondylosis)または骨軟骨症(osteochondrosis)は、頭痛の原因として明確ではない。

A similar situation applies to other widespread disorders: chronic sinusitis, temporomandibular disorders and refractive errors of the eyes.

同様の事が慢性副鼻腔炎、顎関節症、眼の屈折異常などその他の疾患の多くにもあてはまる。

Without specific criteria it would be possible for virtually any type of headache to be classified as *11.Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure*.

特定の基準がなければ、事実上様々なタイプの頭痛はⅡ「頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害による頭痛あるいは顔面痛」に分類されてしまう可能性があり、この点が従来より問題であった。

It is not sufficient merely to list manifestations of headaches in order to define them, as these manifestations are not unique.

これらの症状発現は特有のものでないため、その定義付けを行うには、頭痛の症状を単に列記するだけでは不十分である。

The purpose of the criteria in this chapter is not to describe headaches in all their possible subforms, but rather to establish specific causal relationships between headaches and facial pain and the disorders of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth and other facial or cranial structures where these exist.

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・頭蓋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。

For this reason it has been necessary to identify strict specific operational criteria for cervicogenic headache and other causes of headache described in this chapter.

そのため、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基準を定めることが求められてきた。

It is not possible here to take account of diagnostic tests that are unconfirmed or for which quality criteria have not been investigated.

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。

Instead, the aim of the revised criteria is to motivate the development of reliable and valid operational tests to establish specific causal relationships between headaches and cranio-cervical disorders.

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立するために、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。

For these reasons, and because of the variety of causative disorders dealt with in this chapter, it is difficult to describe a general set of criteria for headache and/or facial pain attributed to them.

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、他の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。

However, in most cases there is conformity with the following:

しかし、ほとんどの場合、以下に準拠する。

A. Headache or facial pain fulfilling criterion C

A. 基準Cを満たす頭痛または顔面痛

B. Clinical, laboratory and/or imaging evidence of a disorder or lesion of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure known to be able to cause headache

B. 臨床上、臨床検査上、およびまたは画像所見上の疾患、あるいは頭蓋、首、目、耳、鼻、副鼻腔、歯、口または他の顔面、頸髄構造の病変が頭痛を引き起こしていると認められる頭痛

C. Evidence that the pain can be attributed to the disorder or lesion

C. 痛みが疾患または病変に起因している証拠がある

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適なICHD-3の診断がない

11.1 Headache attributed to disorder of cranial bone

11.1 頭蓋骨疾患による頭痛

Description: 種類

Headache caused by a disorder or lesion of the cranial bones.

頭蓋骨疾患あるいは病変による頭痛

Diagnostic criteria: 診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

基準Cを満たす頭痛

B. Clinical, laboratory and/or imaging evidence of a disorder or lesion of the cranial bones known to be able to cause headache

臨床上、臨床検査上、およびまたは画像所見上で確認された頭蓋骨疾患・病変で、頭痛を引き起こす可能性が既知であるもの

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the cranial bone disorder or appearance of the lesion

1. 頭蓋骨疾患の発症または病変の出現に、時間的に関連した頭痛

2. either or both of the following:

以下の一方または両方:

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the cranial bone disorder or lesion.

頭蓋骨疾患または病変の悪化とともに並行して、悪化した頭痛

b) headache has significantly improved in parallel with improvement in the cranial bone disorder or lesion

頭蓋骨疾患または病変の改善とともに並行して、改善した頭痛

3. headache is exacerbated by pressure applied to the cranial bone lesion

頭蓋骨病変による圧迫による作用で悪化した頭痛

4. headache is localized to the site of the cranial bone lesion

頭蓋骨病変の部位に限局した頭痛

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D.他に最適なICHD-3の診断がない

Comment:

コメント

Most disorders of the skull (e.g. congenital abnormalities, fractures, tumours, metastases) are usually not accompanied by headache.

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。

Exceptions of importance are osteomyelitis, multiple myeloma and Paget's disease.

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。

Headache may also be caused by lesions of the mastoid, and by petrositis.

乳様突起洞病変および錐体尖炎でも頭痛が起こり得る。

11.2 Headache attributed to a disorder of the neck

11.2 頸部疾患による頭痛

Coded elsewhere: 他疾患にコード化する

Headache caused by neck trauma is classified under *5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck or one of its subtypes*.

頸部外傷による頭痛は 5.「頭部または頸部(あるいはその両方)の外傷・傷害による頭痛」またはその下位分類に分類する

Description: 説明

Headache caused by a disorder involving any structure in the neck, including bony, muscular and other soft tissue elements.

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 Cervicogenic headache 頸原性頭痛

Coded elsewhere: 他疾患にコード化する

Headache causally associated with cervical myofascial pain sources (myofascial trigger points) may, if it meets other criteria, be coded as *2.1.1 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness*, *2.2.1 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness* or *2.3.1 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness*.

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。

It seems appropriate to add an Appendix diagnosis *A11.2.5 Headache attributed to cervical myofascial pain*, and await evidence that this type of headache is more closely related to other cervicogenic headaches than to *2. Tension-type headache*.

頸部筋筋膜疼痛に起因する頭痛が2.「筋緊張型頭痛」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が得られるまで、付録のA11.2.5「頸部筋筋膜痛による頭痛」の診断を追加するのが妥当であろう。

Clearly, there are many cases that overlap these two categories, for which diagnosis can be challenging.

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、診断に疑問を呈することがある。

Description: 解説

Headache caused by a disorder of the cervical spine and its component bony, disc and/or soft tissue elements, usually but not invariably accompanied by neck pain.

通常、間欠的な頸痛を伴う頸椎と骨性、椎体や軟部組織の構成要素の疾患による頭痛

Diagnostic criteria: 診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 基準Cを満たす頭痛

B. Clinical, laboratory and/or imaging evidence of a disorder or lesion within the cervical spine or soft tissues of the neck, known to be able to cause headache

B. 臨床上、臨床検査上、およびまたは画像所見上で確認された頸椎あるいは頸部軟部組織の疾患・病変で、頭痛を引き起こす可能性が既知であるもの

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the cervical disorder or appearance of the lesion

1. 頸部疾患の発症、あるいは病変の出現と時間的關係のある頭痛の出現

2. headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the cervical disorder or lesion

2. 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顕著に改善あるいは消失した頭痛

3. cervical range of motion is reduced and headache is made significantly worse by provocative manoeuvres

3. 頸部関節可動域が制限され、刺激運動によって著しく悪化する頭痛

4. headache is abolished following diagnostic blockade of a cervical structure or its nerve supply

4. 頸部構造またはその神経分布の診断的治療薬で頭痛が消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適なICHD-3の診断がない

Comments: コメント

Features that tend to distinguish *11.2.1 Cervicogenic headache* from *1.Migraine* and *2.Tension-type headache* include side-locked pain, provocation of typical headache by digital pressure on neck muscles and by head movement, and posterior-to-anterior radiation of pain.

*11.2.1 1.「片頭痛」、2.「緊張型頭痛」と区別するための「頸原性頭痛」*の特徴として側頭部固定痛、頸筋への指圧または頭部を動かすことにより発症する片頭痛、後頭部から前頭部への放散痛がある。

However, although these may be features of *11.2.1 Cervicogenic headache*, they are not unique to it, and they do not necessarily define causal relationships.

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。

Migrainous features such as nausea, vomiting and photo/phonophobia may be present with *11.2.1 Cervicogenic headache*, although to a generally lesser degree than in *1.Migraine*, and may differentiate some cases from *2.Tension-type headache*.

*11.2.1「頸原性頭痛」*は悪心、嘔吐、光過敏、音過敏などの片頭痛様症状を伴う場合がある。しかし *1.「片頭痛」*より一般に少ない頻度であり、*2.「緊張型頭痛」*と鑑別できることもある。

Tumours, fractures, infections and rheumatoid arthritis of the upper cervical spine have not been validated formally as causes of headache, but are nevertheless accepted as such when demonstrated to be so in individual cases.

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。しかし具体的事例において、頭痛の原因として証明されるときは認められる。

Cervical spondylosis and osteochondritis may or may not be valid causes fulfilling criterion B, depending on the individual case.

頸椎症と骨軟骨炎が基準Bに適合している正当な原因であるかどうかは具体的事例によって決まる。

When cervical myofascial pain is the cause, the headache should probably be coded under *2;Tension-type headache*.

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。

However, awaiting further evidence, an alternative diagnosis of *A11.2.5;Headache attributed to cervical myofascial pain* is included in the Appendix.

しかし、新たなエビデンスが得られるまで、付録に含まれる *A11.2.5「頸部筋筋膜疼痛による頭痛」*の代替診断を行う。

Headache caused by upper cervical radiculopathy has been postulated and, considering the now wellunderstood convergence between upper cervical and trigeminal nociception, this is a logical cause of headache.

上頸部の神経根障害に起因する頭痛が想定されているが、現在では上頸部と三叉神経の間の痛覚受容が解明されていることを考慮すると上頸部の神経根障害が頭痛の原因として明らかである。

Pending further evidence, this diagnosis is found in the Appendix as A11.2.4;Headache attributed to upper cervical radiculopathy.

この診断は、さらなるエビデンスが得られるまで付録 11.2.4「上位頸髄神経根障害による頭痛」に分類される。

11.2.2 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis

11.2.2 後咽頭腱炎による頭痛

Description: 解説

Headache caused by inflammation or calcification in the retropharyngeal soft tissues, and usually brought on by stretching or compression of upper cervical prevertebral muscles.

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、上部頸椎の脊椎前筋の圧迫伸展によって通常引き起こされるもの。

Diagnostic criteria:診断基準

A. Any headache fulfilling criterion C

基準Cを満たす頭痛

B. Retropharyngeal tendonitis has been demonstrated by imaging evidence of abnormal swelling of prevertebral soft tissues at upper cervical spine levels

後咽頭腱炎は、上部頸椎レベルでの脊椎前軟部組織の異常な腫脹のエビデンスが画像上で得られている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the retropharyngeal tendonitis

後咽頭腱炎の発症と時間的關係のある頭痛の出現

2. either or both of the following:

以下の一方または両方

a) headache has significantly worsened in parallel with progression of the retropharyngeal tendonitis

後咽頭腱炎の進行と並行して顕著に悪化した頭痛

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the retropharyngeal tendonitis

後咽頭腱炎の改善あるいは消失と並行して顕著に改善あるいは消失した頭痛

3. headache is made significantly worse by extension of the neck, rotation of the head and/or swallowing

頸部の伸展、頭部の回転、そして/または嚥下によって顕著に悪化する頭痛

4. there is tenderness over the spinous processes of the upper three cervical vertebrae

上部3頸椎の棘突起に圧痛がある

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D.他に最適なICHD-3の診断がない

Comments: コメント

Body temperature and erythrocyte sedimentation rate (ESR) are usually elevated in retropharyngeal tendonitis.

通常、体温上昇および赤血球沈降速度(赤沈)亢進がみられる。

Although retroflexion of the neck most consistently aggravates pain, the same usually occurs also with rotation of the head and swallowing.

頸部後屈により、ほぼ毎回頭痛が悪化するが、通常、頸部回転および嚥下でも頭痛は悪化する

Tissues over the transverse processes of the upper three vertebrae are usually tender to palpation.

通常、触診により、上位3椎骨の横突起に圧痛を示す。

Calcification in prevertebral tissues is best seen on CT or MRI, but plain films of the neck can also reveal this. In several cases, amorphous calcific material has been aspirated from the swollen prevertebral tissues.

脊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、頸部の単純フィルムでも、明らかにすることができる。

In several cases, amorphous calcific material has been aspirated from the swollen prevertebral tissues.

いくつかの症例では、腫大した脊椎前組織から吸引された非結晶性の石灰化物質が確認される。

Upper carotid dissection (or another lesion in or around the carotid artery) should be ruled out before the diagnosis of 11.2.2 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis is confirmed.

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（頸動脈、または、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 Headache attributed to craniocervical dystonia

11.2.3 頭頸部ジストニーによる頭痛

Description:

解説

Headache caused by dystonia involving neck muscles, with abnormal movements or defective posturing of the neck or head as a result of muscular hyperactivity.

筋肉活動亢進の結果としての頸部、頭部の異常な運動または異常な姿勢を伴う頸筋肉のジストニアに起因する頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Neck and posterior head pain fulfilling criterion C

基準Cを満たす頸部と後頭部の痛み

B. Craniocervical dystonia is demonstrated by abnormal movements or defective posturing of the neck or head as a result of muscular hyperactivity

B. 頭蓋頸部のジストニアは、筋肉活動亢進の結果としての頸部、頭部の異常な運動または異常な姿勢がみられる。

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of craniocervical dystonia

頭蓋頸部のジストニアの発症と時間的關係のある頭痛の出現

2. headache has significantly worsened in parallel with progression of the craniocervical dystonia

頭蓋頸部のジストニアの進行と並行して顕著に悪化した頭痛

3. headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the craniocervical dystonia

頭蓋頸部のジストニアの改善あるいは消失と並行して顕著に改善あるいは消失した頭痛

4. headache location corresponds to the location of the dystonic muscle(s)

筋緊張異常の筋肉の部位と一致した頭痛部位

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D.他に最適なICHHD-3の診断がない

Comments:

Focal dystonias of the head and neck accompanied by *11.2.3 Headache attributed to craniocervical dystonia* are pharyngeal dystonia, spasmodic torticollis, mandibular dystonia, lingual dystonia and a combination of the cranial and cervical dystonias (segmental craniocervical dystonia).

*11.2.3 に頭頸部ジストニーによる頭痛*における痛みを伴う頭頸部限局性ジストニーは、咽頭ジストニー、痙性斜頸、下顎ジストニー、舌ジストニーと、頭部と頸部ジストニーの合併(分節性頭頸部ジストニー)である。

Pain is presumably caused by local muscle contraction and secondary changes in sensitization.

痛みは感作における局所収縮および二次性変化により惹起されと考えられる。

11.3 Headache attributed to disorder of the eyes

11.3 眼疾患による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by a disorder involving one or both eyes.

片側または両側の眼疾患による頭痛

11.3.1 Headache attributed to acute glaucoma

11.3.1 急性緑内障による頭痛

Description:

解説:

Headache, usually unilateral, caused by acute narrow-angle glaucoma and associated

with other symptoms and clinical signs of this disorder.

通常は片側性で、急性狭隅角緑内障により生じ、緑内障のその他の症候と関連する頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. C を満たす頭痛がある

B. Acute narrow-angle glaucoma has been diagnosed

B. 急性狭隅角緑内障と診断されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of glaucoma

1. 頭痛は緑内障発症と時期的に一致して発症する

2. headache has significantly worsened in parallel with progression of glaucoma

2. 頭痛は緑内障の悪化とともに有意に悪化する

3. headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of glaucoma

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する

4. pain location includes the affected eye

4. 痛みの部位は罹患側を含む

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Acute glaucoma generally causes eye and/or periorbital pain, visual acuity loss (blurring), nausea and vomiting.

急性緑内障は徐々に眼または眼窩周囲の痛み、視力喪失(かすみ)、悪心や嘔吐を生じる。

When intraocular pressure rises above 30 mmHg, the risk of permanent visual loss rises dramatically, which makes early diagnosis essential.

眼圧が30mmHgを越えると、永続的な視力喪失のリスクが上昇するため、早期診断が不可欠である。

11.3.2 Headache attributed to refractive error

11.3.2 屈折異常による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by ocular refractive error(s), generally symptomatic after prolonged visual tasks.

通常長時間目を使う作業後に現れる屈折異常による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. Cを満たす頭痛がある

B. Uncorrected or miscorrected refractive error(s) in one or both eyes

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. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed and/or significantly worsened in temporal relation to the onset or worsening of the refractive error(s)

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症する

2. headache has significantly improved after correction of the refractive error(s)

2. 頭痛は屈折異常の矯正後に有意に改善する

3. headache is aggravated by prolonged visual tasks at an angle or distance at which vision is impaired

3. 頭痛は視覚を損なう角度または距離で目を使う作業を長時間行ったあとに増悪する

4. headache significantly improves when the visual task is discontinued

4. 頭痛は目を使う作業を止めると有意に改善する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Most patients with 11.3.2 Headache attributed to refractive error will seek advice from an ophthalmologist.

11.3.2「屈折異常による頭痛」を持つ多くの患者は眼科医の助言を求めている。

Although refractive error is much less commonly a cause of headache than is generally believed, there is some evidence for it in children, as well as a number of supportive cases in adults.

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、小児でもある程度の関連が示されている。

11.3.3 Headache attributed to heterophoria or heterotropia (latent or persistent squint)

11.3.3 眼球斜位~~または~~あるいは斜視(潜伏性または顕在性斜視)による頭痛

頂いた病名リストは上記のようになっていました

Description:

解説:

Headache caused by latent or persistent strabismus, usually occurring after prolonged visual tasks.

通常長時間目を使う作業後に生じる潜伏性または顕在性斜視による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Frontal headache fulfilling criterion C

A. C を満たす前頭部痛がある

B. Strabismus has been identified, with at least one of the following symptoms:

B. 斜視は少なくとも以下の 1 項目を満たす

1. blurred vision

1. 霧視

2. diplopia

2. 複視

3. difficulty switching from near to far focus and/or vice versa

3. 遠近または近遠の焦点調節が困難である

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the strabismus, or led to its discovery

1. 頭痛は、斜視の発症と時期的に一致して発症するか、または頭痛が斜視の発見診断の契機となった

2. headache has significantly improved after correction of the strabismus

2. 頭痛は斜視の矯正により有意に改善する

3. headache is aggravated by sustained visual tasks

3. 頭痛は目を使う作業を続けることで増悪する

4. headache is alleviated by closing one eye and/or discontinuation of the visual task

4. 頭痛は片側閉眼または目を使う作業を中断することにより緩和される

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Most patients with 11.3.3 Headache attributed to heterophoria or heterotropia will seek advice from an ophthalmologist.

11.3.3「眼球斜位または斜視による頭痛」を持つ多くの患者は眼科医の助言を求めている。

There is little evidence for this cause of headache other than a number of supportive cases.

いくつかの支持する症例以外に、この頭痛の原因を裏付ける証拠がない。

11.3.4 Headache attributed to ocular inflammatory disorder

11.3.4 眼球炎症性疾患による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by ocular inflammatory conditions such as iritis, uveitis, scleritis or conjunctivitis and associated with other symptoms and clinical signs of the disorder.

虹彩炎、ブドウ膜炎、強膜炎または結膜炎のような眼球炎症状態により生じ、疾患のその他の症状や臨床的兆候と関連する頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Periorbital headache and eye pain fulfilling criterion C

A. C を満たす眼窩周囲痛および眼痛がある

B. Clinical, laboratory and/or imaging evidence of ocular inflammatory disease such as iritis, uveitis, cyclitis, scleritis, choroiditis, conjunctivitis or cor-neal inflammation

B. 虹彩炎、ブドウ膜炎、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. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the ocular disorder

1. 頭痛は眼疾患の発症と時期的に一致して発症する

2. either or both of the following:

2. 以下のどちらか一方または両方を満たす

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the ocular disorder

a) 頭痛は眼疾患の悪化と並行して有意に悪化する

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the ocular disorder

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. either or both of the following:

3. 以下のどちらか一方または両方を満たす

a) headache significantly improves with topical application of local anaesthetic agent to the eye

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) headache is aggravated by pressure applied to the eye

b) 頭痛は眼の圧迫により増悪する

4. in the case of a unilateral eye disorder, headache is localized ipsilateral to it

4. 片側性の眼疾患の場合は、頭痛は同側に限局する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Ocular inflammation takes many forms, and may be categorized variously by anatomical site (e.g. iritis, cyclitis, choroiditis), by course (i.e. acute, subacute, chronic), by presumed cause (e.g. endogenous or exogenous infectious agents, lens-related, traumatic) or by type of inflammation (granulomatous, non-granulomatous).

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)、疑われる原因(内因性または外因性病原菌、水晶体によるもの、外傷性)、炎症のタイプ(肉芽腫性、非肉芽腫性)により様々に分類できる。

Because of nociceptive field overlap and convergence (leading to complex pain referral), any ocular source of pain may lead to headache in any region.

眼球の侵害受容体疼痛域が頭痛部位と重なっていること、痛み信号の収束により(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。

Nevertheless, if the eye disorder is unilateral, headache is likely to be localized ipsilateral to it.

それでもやはり、もし眼疾患が片側であれば、頭痛は同側に生じる傾向にある。

11.3.5 Headache attributed to trochleitis

11.3.5 眼窩滑車部炎による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

An episode of migraine triggered by trochleitis is coded as 1. Migraine or one of its subtypes.

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ひとつ」にコード化される。

Description:

解説:

Headache, usually frontal and/or periorbital in location, with or without eye pain, caused by peritrochlear inflammation.

眼痛の有無に関わらず、通常は前頭部または眼窩周囲に局限し、滑車部周囲の炎症により生じる頭痛

It is often exacerbated by downward movements of the eye.

しばしば眼球下転により悪化する。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Periorbital and/or frontal headache fulfilling criterion C

A. C を満たす眼窩周囲または前頭部痛がある

B. Clinical and/or imaging evidence of trochlear inflammation

B. 臨床所見または画像所見に滑車部の炎症が証明される

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. unilateral ocular pain

1. 片側の眼球の痛み

2. headache is exacerbated by movement of the eye, particularly downward in adduction

2. 頭痛は眼球運動とくに眼球内側下転により悪化する

3. headache is significantly improved by injection of local anaesthetic or steroid agent into the peri-trochlear region

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剤を投与することにより有意に改善する

4. in the case of a unilateral trochleitis, headache is localized ipsilateral to it

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. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Trochleitis, defined as inflammation of the trochlea and/or sheath of the superior oblique muscle, can lead to eye pain and frontal headache that are aggravated by movements of the eye involving the superior oblique muscle.

眼窩滑車部炎は、滑車または上斜筋鞘の炎症と定義され、上斜筋が関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。

Although not common, it is not rare, and must be considered when evaluating unilateral peri-orbital head pain.

良くある疾患ではないが、稀ではなく、片側性の眼窩部痛の際には考慮すべきである。

Trochleitis can also trigger an episode of 1. Migraine, which is coded accordingly.

眼窩滑車部炎は、1.「片頭痛」の誘因にもなり、それに応じてコード化する。

11.4 Headache attributed to disorder of the ears

11.4 耳疾患による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by an inflammatory, neoplastic or other disorder of one or both ears and associated with other symptoms and/or clinical signs of the disorder.

一側または両側耳の炎症、腫瘍性またはその他の疾患により生じ、疾患のその他の症候と関連がある頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. C を満たす頭痛がある

B. Clinical, laboratory and/or imaging evidence of an infectious, neoplastic or other irritative disorder or lesion of one or both ears, known to be able to cause headache

B. 頭痛の原因となりうる、臨床所見、臨床検査所見または画像所見で示された、片側または両側の耳の、感染症、腫瘍性または炎症性疾患が証明されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the ear disorder or appearance of the ear lesion

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症する

2. either or both of the following:

2. 以下のどちらか一方または両方を満たす

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening or progression of the ear disorder or lesion

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する

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the ear disorder or lesion

b) 頭痛は耳疾患の改善あるいは消失と~~平行~~並行して有意に改善あるいは消失する

3. headache is exacerbated by pressure applied to the affected ear(s) or periauricular structures

3. 頭痛は罹患側の耳あるいは耳介前構造にかかる圧により増悪する

4. in the case of a unilateral ear disorder or lesion, headache is localized ipsilateral to it

4. 片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. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Because of nociceptive field overlap and convergence in the nociceptive pathways of the head and neck, it seems clear that a painful disorder or lesion of the ear may lead to headache.

頭頸部の侵害受容体疼痛域が重なり、疼痛経路において収束するため、痛みを伴う耳疾患は頭痛を生じることが明らかとなっている。

It is highly unlikely that headache in such conditions can occur in the absence of ear pain, the typical manifestation of otological pathology.

このような状況下での頭痛は、耳鼻科的病因の典型的兆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 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

11.5 鼻・副鼻腔疾患による頭痛

Previously used term:

以前に用いられた用語:

The term 'sinus headache' is outmoded because it has been applied both to primary headaches and headache supposedly attributed to various conditions involving nasal or sinus structures.

「副鼻腔頭痛」は時代遅れとなった。なぜならば、一次性頭痛と、鼻または副鼻腔構造が関与する

様々な状況により生じうる頭痛と、両方に適用されてしまうからである。

Description:

解説:

Headache caused by a disorder of the nose and/or para-nasal sinuses and associated with other symptoms and/ or clinical signs of the disorder.

鼻または副鼻腔疾患により生じ、疾患のその他の症候と関連がある頭痛

11.5.1 Headache attributed to acute rhinosinusitis

11.5.1 急性副鼻腔炎による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by acute rhinosinusitis and associated with other symptoms and/or clinical signs of this disorder.

急性鼻副鼻腔炎により生じ、その他の症候と関連がある頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. C を満たす頭痛がある

B. Clinical, nasal endoscopic and/or imaging evidence of acute rhinosinusitis

B. 急性副鼻腔炎の証拠が、臨床所見、鼻腔内視鏡所見または画像所見で証明される

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the rhinosinusitis

1. 頭痛は急性副鼻腔炎の発症と時期的に一致して発症する

2. either or both of the following:

2. 以下のどちらか一方または両方を満たす

a) headache has significantly worsened in parallel with worsening of the rhinosinusitis

a) 頭痛は副鼻腔炎の悪化と並行して有意に悪化する

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or

resolution of the rhinosinusitis

b) 頭痛は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する

3. headache is exacerbated by pressure applied over the paranasal sinuses

3. 頭痛は副鼻腔に加わる圧によって増悪する

4. in the case of a unilateral rhinosinusitis, headache is localized ipsilateral to it

4. 片側性の副鼻腔炎の場合には、頭痛は同側に限局する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

1. Migraine and 2. Tension-type headache can be mistaken for 11.5.1 Headache attributed to acute rhinosinusitis because of similarity in location of the headache and, in the case of migraine, because of the commonly accompanying nasal autonomic symptoms.

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おいては、鼻部自律神経症状の合併が一般的なため、11.5.1「急性副鼻腔炎による頭痛」に間違えられやすい。

The presence or absence of purulent nasal discharge and/or other features diagnostic of acute rhinosinusitis help to differentiate these conditions.

膿性鼻漏または急性副鼻腔炎の診断根拠となる他の症状の有無はこれらの鑑別に役立つ。

However, an episode of 1. Migraine may be triggered or exacerbated by nasal or sinus pathology.

しかし、1.「片頭痛」のエピソードは、鼻または副鼻腔疾患が誘因となり生じるか、または悪化する。

Pain as a result of pathology in the nasal mucosa or related structures is usually perceived as frontal or facial, but may be referred more posteriorly.

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部として認知されているが、より後方もありうる。

Simply finding pathological changes on imaging of acute rhinosinusitis, correlating with the patient's pain description, is not enough to secure the diagnosis of 11.5.1 Headache attributed to acute rhinosinusitis.

患者の痛みの表現と関連する、急性副鼻腔炎の画像所見における単なる病的な変化は、11.5.1

「急性副鼻腔炎による頭痛」の診断を確実にするものではない。

Treatment response to local anaesthesia is compelling evidence, but may also not be pathognomonic.

局所麻酔薬への治療反応性は、説得力があるが、特徴的でない場合がある。

11.5.2 Headache attributed to chronic or recurring rhinosinusitis

11.5.2 慢性・再発性鼻副鼻腔炎による頭痛

Description:

解説:

Headache caused by a chronic infectious or inflammatory disorder of the paranasal sinuses and associated with other symptoms and/or clinical signs of the disorder.

副鼻腔の慢性感染または炎症疾患により生じ、その他の症候と関連がある頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. Cを満たす頭痛がある

B. Clinical, nasal endoscopic and/or imaging evidence of current or past infection or other inflammatory process within the paranasal sinuses

B. 副鼻腔内に、現在または過去の感染、またはその他の炎症が、臨床所見、鼻腔内視鏡所見または画像所見で証明される

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of chronic rhinosinusitis

1. 頭痛は慢性副鼻腔炎の発症と時期的に一致して発症する

2. headache waxes and wanes in parallel with the degree of sinus congestion, drainage and other symptoms of chronic rhinosinusitis

2. 頭痛は鼻閉、鼻漏の程度や慢性副鼻腔炎の他の症状と並行して、増悪および軽減する

3. headache is exacerbated by pressure applied over the paranasal sinuses

3. 頭痛は副鼻腔に加わる圧により増悪する

4. in the case of a unilateral rhinosinusitis, head-ache is localized ipsilateral to it

4. 片側性の副鼻腔炎の場合には、頭痛は同側に限局される

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

It has been controversial whether or not chronic sinus pathology can produce persistent headache.

慢性副鼻腔疾患が持続性頭痛を呈するかどうかは議論の余地がある。

Recent studies seem to support such causation.

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 Headache attributed to TMisorder of the teeth or jaw

11.6 歯または顎口腔の障害による頭痛

Description: Headache caused by a disorder involving the teeth and/or jaw.

Description: :歯または顎口腔あるいはその両方の障害によって引き起こされた頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 基準 C を満たす頭痛

B. Clinical and/or imaging evidence of a disorder or lesion of one or more teeth and/or the jaw, known to be able to cause headache

B. 臨床あるいは画像上で、頭痛を起こしうることが知られている、歯または顎口腔あるいはその両方の病変、障害の証拠が存在する

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the disorder or a appearance of the lesion.

頭痛がこの病変、障害の出現、あるいは発症と時期的に一致する。

2. either or both of the following:

2. 次のいずれかあるいは両方を有する

a) headache has significantly worsend in paralel with worsening or progression of the disorder or lesion

a) 頭痛がこの障害の進行、悪化と並行して有意に増悪する

b) headache has signicicantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the disorder or lesion

b) 頭痛はこの障害の改善、消失と共に有意に改善あるいは消失する

3. headache is exacerbated by pressure applied to the lesion

3. 頭痛は障害部への加圧により悪化する

4. in the case of a unilateral disorder or lesion, headache is localized ipsilateral to it

4 障害が片側性の場合に、頭痛もそれと同側に局在する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-38 の診断がない

Comment:

コメント:

Disorders of the teeth usually cause toothache and/or facial pain, and those causing headache are rare.

通常、歯の疾患は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稀である。

Pain from the teeth may be referred, however, and cause diffuse headache.

ただし、歯の痛みが関連痛を引き起こす可能性があり、広範囲に頭痛を来すことがある。

The most common cause of 11.6 Headache attributed to disorder of the teeth or jaw is periodontitis or pericoronitis as the result of infection or traumatic irritation around a partially erupted lower wisdom tooth.

歯あるいは顎の障害によるこの頭痛(11.6)で最も多い原因は、歯周炎や下顎の半埋伏智歯の感染や外傷刺激によって生じた智歯周囲炎である。

11.7 Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD) Description:

11.7 顎関節症(TMD)による頭痛:

Description: Headache caused by a disorder involving structures in the temporomandibular region.

Description: 顎関節に関連する組織に生じた障害によって引き起こされた頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 基準 C を満たす。

B. Clinical and/or imaging evidence of a pathological process affecting the temporomandibular joint (TMJ), muscles of mastication and/or or associated structures

B. 临床上あるいは画像上で、顎関節(TMJ)や咀嚼筋、それに関連する組織に影響を及ぼす病的な状況の証拠がある

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the temporomandibular disorder

1. 頭痛は顎関節症の発症と時期的に一致して増悪する

2. either or both of the following:

2. 次のいずれかあるいは両方を有する

a) headache has significantly worsened in parallel with progression of the temporomandibular disorder

a) 頭痛が顎関節症の進行とともに並行して優位に悪化する

b) headache has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the temporomandibular disorder

b) 顎関節症の改善、消失と並行して有意に頭痛も改善、あるいは消失する

3. the headache is produced or exacerbated by active jaw movements, passive movements through the range of motion of the jaw and/ or provocative manoeuvres applied to temporomandibular structures such as pressure on the TMJ and surrounding muscles of mastication

3. 能動的か受動的な顎運動あるいは、顎関節やその周囲の咀嚼筋の触診のような疼痛誘発試験により、あるいは両方により頭痛が生じるか増悪する

4. headache, when unilateral, is ipsilateral to the side of the temporomandibular disorder

4. 頭痛が片側に生じた場合、顎関節症の患側と同側である

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3B の診断がない

Comments:

コメント:

Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD) is usually most prominent in the preauricular areas of the face, masseter muscles and/or temporal regions.

顎関節症(TMD)による頭痛は通常、耳介前方部、咬筋および側頭部に生じる。

Pain generators include disk displacements, joint osteoarthritis, joint hypermobility and regional myofascial pain.

疼痛の発生原は関節円板の転位、骨関節炎、関節の過剰可動性および局所的な筋、筋膜疼痛である。

Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD) tends to be unilateral when the temporomandibular complex is the generator of pain, but may be bilateral when muscular involvement is present.

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で、咀嚼筋の関与がある場合は両側性に生ずる傾向にある。

Pain referral to the face is common.

関連痛が顔面に生じることはよくある。

Diagnosis of TMD can be difficult, with some controversy regarding the relative importance of clinical and radiographic evidence.

顎関節症(TMD)の診断は、臨床所見や画像所見の相対的重要性について議論すべき点が多く、難しい。

The use of diagnostic criteria evolved by the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group is recommended.

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。

There is some overlap between 11.7 Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD) as a result of muscular tension and 2.

11.7TMD による頭痛は筋緊張の結果として生じるため、2.緊張型頭痛とオーバーラップする。

When the diagnosis of TMD is uncertain, the headache should be coded as 2. Tension-type headache or one of its subtypes (presumably with pericranial muscle tenderness).

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頭蓋周囲の筋圧痛を伴うとしてコード化されるべきである。

11.8 Headache or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament

11.8 茎突舌骨靱帯炎による頭痛あるいは顔面痛

40. Previously used term: Eagle's syndrome.

40. 以前に用いられた用語: イーグル症候群。

Description: Unilateral headache, with neck, pharyngeal and/or facial pain, caused by inflammation of the stylohyoid ligament and usually provoked or exacerbated by head turning.

Description: 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、のいずれか一つ以上を伴う片側性の頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any head, neck, pharyngeal and/or facial pain fulfilling criterion C

A. 基準 C をみたす頭部、頸部、咽頭あるいは顔面の痛みまたはその全て

B. Radiological evidence of calcified or elongated stylohyoid ligament

B. 石灰化あるいは過長な茎突舌骨靱帯の画像所見

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. pain is provoked or exacerbated by digital palpation of the stylohyoid ligament

疼痛が茎突舌骨靱帯の触診によって誘発されるか増悪する

2. pain is provoked or exacerbated by head turning

頭部の回転により疼痛が誘発されるか増悪する

3. pain is significantly improved by local injection of local anaesthetic agent to the stylohyoid ligament, or by styloidectomy

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疼痛が有意に改善される

4. pain is ipsilateral to the inflamed stylohyoid ligament

4. 疼痛は炎症を生じた茎突舌骨靱帯と同側にある。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に適当な ICHD-3 診断がない。

Comment:

コメント:

11.8 Headache or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament is generally perceived in the oropharynx, neck and/or face, but some patients experience more diffuse headache.

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、のいずれか一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 Headache or facial pain attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

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:

Description: Headache and/or facial pain caused by a disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure not described above.

Descripton: 前述以外の頭蓋、頸、目、耳、鼻、鼻腔、歯、口あるいは他の顔面、頸部の組織の障害か病変によって生ずる頭痛または顔面痛、あるいはその両方

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache and/or facial pain fulfilling criterion C

A. 基準 C をみたす頭痛または顔面痛、あるいはその両方

B. A disorder or lesion of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure not described above but known to be able to cause headache has been diagnosed

B. 前述以外の頭蓋、頸、目、耳、鼻、鼻腔、歯、口あるいは他の顔面、頸部の組織の障害か病変で、頭痛を起こす可能性があるとして診断されている障害、病変

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache and/or facial pain has developed in temporal relation to the onset of the disorder or appearance of the lesion

1. 頭痛または顔面痛、あるいはその両方が、この病変の出現あるいは障害の発症と時期的に一致している

2. either or both of the following:

2. 次のいずれかあるいは両者を有する

a) headache and/or facial pain has significantly worsened in parallel with progression of the disorder or lesion

a) 頭痛または顔面痛、あるいはその両方が、上記の病変、障害の進行と並行して有意に増悪する

b) headache and/or facial pain has significantly improved or resolved in parallel with improvement in or resolution of the disorder or lesion

b) 頭痛または顔面痛、あるいはその両方が、この病変、障害の改善、消失と並行して有意に改善、消失する

3. headache and/or facial pain is exacerbated by pressure applied to the lesion

3. 頭痛または顔面痛、あるいはその両方が、病変部への加圧により増悪する

4. headache and/or facial pain is localized in accordance with the site of the lesion

4. 頭痛または顔面痛、あるいはその両方が、病変の部位に一致して局在する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 診断がない。

Bibliography

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 patho-physiologic 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): S16.18.

Goebel 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 head-ache: Va. ga. 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 tendoni-tis: 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 gen-eral concept or nosologic entity? *Nervenarzt* 1994; 65: 75.94.
- Friedman J and Standaert DG. Dystonia and its disorders. *Neurol Clin* 2001; 19:

681.705.

Go. bel H and Deuschl G. Dauerkontraktionen kranialer oder zervikaler Muskeln. *Mu"nchener Medizinische Wochenschrift* 1997; 139: 456.458.

Go. bel 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, Gu. ven 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.

Go. bel 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.

Yangu. ela J, Pareja JA, Lopez N and Sanchez del Rio M. Trochleitis and migraine headache. *Neurology* 2002; 58: 802.805.

Yangu. ela J, Sa. nchez del Rio M, Bueno A, et al. Primary tro-chlear headache. A new cephalgia generated and modulated on the trochlear region. *Neurology* 2004; 62:

1134.1140.

. International Headache Society 2013

Zaragoza-Casares P, Gomez-Fernandez T, Gomez de Liano 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

. 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 contact 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;

Aaseth K, Grande RB, Benth JS, et al. 3-year follow-up of secondary chronic headaches. *Headache* 2005; 45: 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.

Gobel 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 temporo-mandibular 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 head-ache 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

. International Headache Society 2013

RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special

11.8 Head or facial pain attributed to inflammation

Interest Group. J Orofacial Pain 2013 (in press).

of the stylohyoid ligament

Schiffman ES, Ohrbach R, List T, et al. Diagnostic criteria for

Colby CC and Del Gaudio JM. Stylohyoid complex syndrome: A

headache attributed to temporomandibular disorders (TMD).

new diagnostic classification. Arch Otolaryngol Head Neck

Cephalalgia 2012; 32: 683.692.

Surg 2011; 137: 248.252.

. International Headache Society 2013

12. Headache attributed to psychiatric disorder

12. 精神疾患による頭痛 (12. Headache attributed to psychiatric disorder)

12.1 Headache attributed to somatization disorder

12.1 身体化障害による頭痛 (12.1 Headache attributed to somatization disorder)

12.2 Headache attributed to psychotic disorder

12.2 精神病性障害による頭痛 (12.2 Headache attributed to psychotic disorder)

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache attributed to a substance use disorder (e.g. dependence), headache attributed to substance withdrawal, headache attributed to acute intoxication and headache attributed to medication overuse are all coded under 8. Headache attributed to a substance or its withdrawal.

物質使用障害(例えば、物質依存)による頭痛、物質からの離脱による頭痛、急性中毒による頭痛、薬物乱用による頭痛はすべて 8.「物質またはその離脱による頭痛」にコード化されている。

General comment

全般的なコメント

Primary or secondary headache or both?

一次性頭痛か、二次性頭痛か、またはその両方か？

Headaches are common, and so are psychiatric disorders. Therefore, frequent coexistence by chance alone is expected.

頭痛も精神疾患も一般的な疾患である。そのため、しばしばそれぞれが偶発的に併存することが予想される。

When a headache occurs for the first time in close temporal relation to a psychiatric disorder, however, a causal relationship may be present. If causation is confirmed, the headache must be coded as a secondary headache attributed to that disorder.

しかしながら頭痛が精神疾患と時期的に一致して初めて出現した場合には、なんらかの因果関係

が存在する可能性がある。もし因果関係が確認されれば、その精神疾患による二次性頭痛としてコード化すべきである。

This remains true when the new headache has the characteristics of any of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta.

新たな頭痛が、ICHD-3 ベータ版のパート1に分類される一次性頭痛のいずれかの特徴を呈する場合にも、これに該当する。

When a pre-existing headache with the characteristics of a primary headache disorder becomes chronic, or is made significantly worse (usually meaning a two-fold or greater increase in frequency and/or severity), in close temporal relation to a psychiatric disorder, both the initial headache diagnosis and a diagnosis of 12. Headache attributed to psychiatric disorder (or one of its subtypes) should be given, provided that there is good evidence that that disorder can cause headache.

以前から存在する一次性頭痛の特徴を持つ頭痛が精神疾患に時期的に一致して慢性化した場合、または有意に悪化した場合(通常、2 倍またはそれ以上の頻度や重症度になった場合)、その精神疾患が頭痛を引き起こしうる明確な証拠があれば、元からある頭痛の診断と 12. 精神疾患による頭痛(またはそのうちのサブタイプの一つ)の診断の両方がつけられるべきである。

When a causal relationship cannot be confirmed, the pre-existing primary headache and the psychiatric disorder are diagnosed separately. Chronic headache attributed to and persisting after resolution of a psychiatric disorder has not yet been described.

因果関係がはっきりしない場合には、以前から存在する一次性頭痛と精神疾患は分けて診断される。精神疾患による慢性頭痛や精神疾患消失後の慢性頭痛についての評価はまだ明確にされていない。

Introduction

緒言

Evidence supporting psychiatric causes of headache remains scarce.

頭痛の精神的原因を支持する証拠は依然として少ない。

Thus, the diagnostic categories in this section of the classification are limited to those few cases in which a headache occurs in the context and as a direct consequence of a

psychiatric condition known to be symptomatically manifested by headache.

したがって、分類におけるこの部分の診断カテゴリーは、精神疾患の直接的な結果として、その前後で頭痛が症状として現れるような少ないケースに限られる。

Diagnostic criteria must be restrictive enough not to include false positive cases, but must set the threshold low enough to admit the majority of affected patients.

診断基準は、偽陽性のケースを含まないために十分厳しくしなければならないが、症状のある大多数の患者を受け入れるために十分に閾値を低くしなければならない。

In the vast majority of cases of 12. Headache attributed to psychiatric disorder, the diagnosis is based on personal evaluation of case histories and physical examinations rather than objective diagnostic biomarkers.

12. 「精神疾患による頭痛」の大多数のケースで、診断は客観的なバイオマーカー診断よりもむしろ個人の病歴と身体診察所見の評価に基づいている。

Headache disorders may, of course, occur in association with psychiatric disorders without any causal connection.

頭痛性疾患は、当然ながら、いかなる因果関係もなく精神疾患に関連して起こる場合がある。

Headache disorders occur coincidentally with a number of psychiatric disorders, including depressive disorders (major depressive disorders, single episode or recurrent; persistent depressive disorder), anxiety disorders (separation anxiety disorder, panic disorder, social anxiety disorder and generalized anxiety disorder) and trauma- and stress-related disorders (reactive attachment disorder, acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, adjustment disorders).

頭痛性疾患は、抑うつ障害群(うつ病[大うつ病性障害], 単一エピソードまたは反復性; 持続性抑うつ障害[気分変調症]), 不安症群(分離不安症[分離不安障害], パニック症[パニック障害], 社交不安症[社交不安障害], 全般性不安症[全般性不安障害])と心的外傷およびストレス因関連障害群(反応性アタッチメント障害, 急性ストレス障害, 心的外傷後ストレス障害, 適応障害)を含むいくつかの精神疾患と同時に起きるとされている。

In such cases, when there is no evidence of a causal relationship, both a primary headache diagnosis and a separate psychiatric diagnosis should be made.

そういった場合、因果関係が証明できなければ、一次性頭痛の診断と別の精神医学的な診断の両方をつけなければならない。

Epidemiological data nonetheless show that headache and psychiatric disorders occur together at frequencies higher than would be expected by chance.

それにもかかわらず、疫学的データは頭痛と精神疾患が偶然に同時に起きると予想されるよりも高い頻度で同時に起きると示している。

Confounding factors may in part explain these apparent comorbidities.

交絡因子は、これらの見かけ上の共存をある程度説明できるかもしれない。

For example, patients who have one diagnosis are more likely to be diagnosed with other conditions simply because they receive more medical scrutiny.

例えば、1 つの診断を受けている患者は、単により医学的な検査を受けているがゆえにその他の症状の診断を受けやすい。

Genuine comorbidities also are possible, such as between migraine and depression, indicating the likelihood of an underlying association.

片頭痛と抑うつなど、潜在的な関連があるかもしれないが、純粋に併発している可能性もある。

Putative casual associations include the headache causing the psychiatric condition, the psychiatric condition causing the headache, reciprocal influence between the headache and the psychiatric condition and a common underlying factor causing both.

推測される因果関係には、精神疾患を引き起こしている頭痛、頭痛を引き起こしている精神疾患、頭痛と精神疾患との互恵的な影響、両者を引き起こしている一般的な要因が含まれる。

Although it is suggested that headache occurring exclusively in association with some common psychiatric disorders such as depressive disorders, anxiety disorders and trauma/stress-related disorders might be considered as attributed to these disorders, because of uncertainties concerning the causal relationships and relative lack of evidence in this context, criteria for headaches attributed to these psychiatric disorders have been included only in the Appendix.

抑うつ障害群、不安症群、心的外傷/ストレス因関連障害群のような一般的な精神疾患に関連してのみ起こる頭痛はこれらの障害に起因していることが示唆されるが、原因の関連性に関する不確実性と前後関係における相関的な証拠不十分のため、これらの精神障害に起因している頭痛の基準は付録にのみ含まれている。

Further clarification of the mechanisms underlying these causal associations is necessary for sturdy conclusions.

十分な結論を得るためには、これらの因果関係の潜在的なメカニズムの更なる解明が必要である。

Evidence suggests that the presence of a comorbid psychiatric disorder tends to worsen

the course of 1. Migraine and/or 2. Tension-type headache by increasing the frequency and severity of the headache and/or making it less responsive to treatment.

共存する精神疾患の存在が、頭痛の頻度や強さを増加させること、または頭痛の治療への反応性を低下させること、あるいはその両方によって、1. 片頭痛か 2. 緊張型頭痛、またはその両者の経過を悪化させる傾向がみられるという証拠が示されている。Thus, identification and treatment of any comorbid psychiatric condition is important for the proper management of these headaches.

従って、いかなる共存する精神疾患をも認識し、治療することは、頭痛の適切な管理のために重要である。

In children and adolescents, primary headache disorders (migraine, episodic tension-type headache and especially chronic tension-type headache) are often comorbid with psychiatric disorder.

小児や青年において、一次性頭痛(片頭痛, 反復性緊張型および特に慢性緊張型頭痛)は精神疾患としばしば共存している。

Sleep disorders, post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder (school phobia) attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), conduct disorder, learning disorder, enuresis, encopresis and tic disorder should be carefully looked for and treated when found, considering their negative burden in disability and prognosis of paediatric headache.

睡眠障害, 心的外傷後ストレス障害, 社交不安症(学校恐怖症), 注意欠陥/多動症(ADHD), 素行症, 学習症, 遺尿症, 遺糞症とチック症は小児頭痛の支障度と予後への負の影響を考慮して注意深く見つけ出し, それらが見つかった場合は治療されなくてはならない。

To ascertain whether a headache should be attributed to a psychiatric disorder, it is necessary to determine whether or not there is a concomitant psychiatric disorder.

頭痛が精神疾患によるものかどうかを確定するために, 頭痛と同時に精神疾患が存在するかどうかを決定することが必要である。

It is recommended to inquire about commonly comorbid psychiatric symptoms such as depressive and anxiety disorders in all headache patients.

抑うつ障害群や不安症群のような一般的に共存する精神症状について, すべての頭痛患者に問診することが推奨される。

When a psychiatric disorder is suspected to be a possible cause of the headache condition, then an evaluation by an experienced psychiatrist or psychologist is recommended.

精神疾患が頭痛症状の原因と疑われる場合、経験豊富な精神科医、心療内科医または心理士による評価が推奨される。

12.1 Headache attributed to somatization disorder

12.1 身体化障害による頭痛

Description:

解説:

Headache occurring as part of the symptomatic presentation of a somatization disorder.
頭痛が身体化障害の症状の一つとして出現している

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. Cを満たす全ての頭痛

B. A diagnosis has been made of somatization disorder characterized by both of the following:

B. 下記2つの身体化障害の特徴から診断される

1. a history of multiple physical symptoms beginning before age 30 years, which either have not been fully explained by a known medical condition or, when there is a related medical condition, are in excess of what would be expected from the history, physical examination, or laboratory findings

1. 30歳以前に始まった多数の身体的愁訴の病歴で、既知の身体疾患によって完全には説明できない、あるいは関連した身体疾患があったとしても病歴、身体診察所見、または臨床検査所見で予想されるレベルをはるかに超えている。

2. during the course of the disorder, all of the following:

2. 障害の経過中に、以下の全てが存在する:

a) at least four pain symptoms from or during four different sites or functions (e.g. from head, chest, back, abdomen, joints, extremities and/or rectum, and/or during

menstruation, sexual intercourse and/or urination)

a)

a) 4つの異なった部位または機能に関連した少なくとも 4 つの疼痛症状(例:頭部, 胸部, 背部, 腹部, 関節, 四肢および・または直腸, および・または月経時, 性交時および・または排尿時)

b) at least two gastrointestinal symptoms other than pain (e.g. nausea, bloating, vomiting other than during pregnancy, diarrhoea and/ or intolerance of several different foods)

b) 疼痛以外の少なくとも 2 つの胃腸症状(例:嘔気, 鼓脹, 妊娠時以外の嘔吐, 下痢および・または数種類の食物への不耐性)

c) at least one sexual symptom other than pain (e.g. sexual indifference, erectile or ejaculatory dysfunction, irregular menses, excessive menstrual bleeding and/or vomiting throughout pregnancy)

c) 疼痛以外の少なくとも 1 つの性的な症状(例:性的無関心, 勃起または射精機能不全, 月経不順, 月経過多および・または妊娠中を通じての嘔気)

d) at least one pseudoneurological symptom not limited to pain (e.g. conversion symptoms such as impaired coordination or balance, paralysis or localized weakness, difficulty swallowing or lump in the throat, aphonia, urinary retention, hallucinations, loss of touch or pain sensation, double vision, blindness, deafness, seizures, dissociation symptoms such as amnesia and/or loss of consciousness other than fainting)

d) 疼痛に限らない少なくとも 1 つの偽神経症状(例:協調運動または平衡の障害, 麻痺または部分的な脱力, 嚥下困難または喉に塊がある感じ, 失声, 尿閉, 幻覚, 触覚または痛覚の消失, 複視, 盲, 聾, けいれんなどの転換性症状, 記憶喪失および・または失神以外の意識消失のような解離性症状)

C. Evidence of causation demonstrated by at least one of the following:

C. 因果関係は以下のうち, 少なくとも1つによって説明される:

1. headache has evolved or significantly worsened in intensity in parallel with the development of other somatic symptoms attributed to somatization disorder

1. 頭痛は, 身体化障害に起因している他の身体症状の経過と並行して徐々に発展または有意に強さが悪化する

2. constant or remitting headache parallels in time the fluctuation of other somatic symptoms attributed to somatization disorder

2. 頭痛は身体化障害による他の身体症状の変動と並行して持続または緩和する

3. headache has remitted in parallel with remission of the other somatic symptoms attributed to somatization disorder

3. 頭痛は身体化障害による他の身体症状の緩解と並行して緩解する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Somatization disorder is characterized by a combination of multiple distressing symptoms and an excessive or maladaptive response to these symptoms or associated health concerns.

身体化障害は、複数の苦痛的な症状の組合せと、それらの症状または随伴する健康への懸念に対しての過度または不適切な反応によって特徴づけられる。

Symptoms include gastric and/or other intestinal problems or dysfunctions, back pain, pain in the arms, legs or joints, headaches, chest pain and/or dyspnoea, dizziness, feeling tired and/or having low energy, and sleep troubles.

症状は、胃および・またはその他の腸の問題または機能障害、背部痛、腕・足・関節の痛み、頭痛、胸痛および/または呼吸困難、めまい、易疲労感および・または気力の減退、睡眠問題を含む。

The patient's suffering is authentic, whether or not it is medically explained.

それが医学的に説明されるか否かに関わらず、患者の苦しみは本物である。

Patients typically experience distress and a high level of functional impairment.

患者は、典型的には苦痛と高レベルの機能障害を経験する。

The symptoms may or may not accompany diagnosed general medical disorders or psychiatric disorders.

症状は一般的な内科疾患や精神障害の診断が伴うかもしれないし、伴わないかもしれない。

There may be a high level of medical care utilization, which rarely alleviates the patient's concerns.

高水準の医療を利用したとしても、患者の懸念が軽減されることはめったにない。

From the clinician's point of view, many of these patients seem unresponsive to therapies, and new interventions or therapies may only exacerbate the presenting

symptoms or lead to new side effects and complications.

臨床医の見解からみると、これらの患者の多くは治療法に反応性が鈍く、新しい治療介入や治療法は主症状を悪化させるだけかもしれない、または新しい副作用と合併症につながるだけかもしれない。

Some patients feel that their medical assessment and treatment have been inadequate. 一部の患者は、彼らの医学評価と治療が不十分であったと感じている。

It should be noted that somatization disorder per se is not included in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), the latest revision of the American Psychiatric Association's diagnostic manual, scheduled for release in May 2013; it has been replaced by the category Somatic Symptom Disorder, characterized by one or more somatic symptoms associated with disproportionate and persistent thoughts about the seriousness of one's symptoms, persistently high level of anxiety about health or symptoms or excessive time and energy devoted to these symptoms or health concerns.

身体化障害が 2013 年 5 月に発行されたアメリカ精神医学会の診断用マニュアルの最新版、精神疾患の分類と診断の手引き第 5 版(DSM-5)に含まれない点に留意する必要がある。それらの症状の深刻さに対する不相応で固執した考え、健康状態または症状に対する持続する高レベルの不安、これらの症状や身体健康への不安につぎこまれる過度の時間や労力を伴う 1 つ以上の身体症状によって特徴づけられる身体症状症というカテゴリーに置き換えられた。

Given the enormous heterogeneity of this category (i.e. it includes both individuals with headaches who have disproportionate concerns about the seriousness of the headache as well as classic cases of somatization disorder with a lifelong pattern of multiple somatic symptoms including headache), it was decided that it would be possible to assert attribution only when headache was part of a larger pattern of multiple somatic complaints.

このカテゴリーはきわめて多様性に富んでおり(すなわち、生涯にわたって頭痛を含む複数の身体症状を有する古典的な身体化障害と同様、不必要に頭痛を重症と捉えて悩んでいる患者も含まれる)、頭痛が多彩な身体愁訴の中の主要症状であるときのみ、断定することができる。

Thus, ICHD-3 beta continues to refer to the DSM-IV definition of somatization disorder. このように、ICHD-3 ベータ版は、身体化障害の DSM-IV 定義を参考にしていく。

12.2 Headache attributed to psychotic disorder

12.2 精神病性障害による頭痛

Description:

解説:

Headache as a manifestation of a delusion whose content involves a mechanism that the patient believes explains the headache (e.g. headache is the result of a device implanted in the head by aliens).

頭痛は、患者が頭痛を説明すると確信しているメカニズムを含んだ内容の妄想の症状である。(例：宇宙人に装置を頭に埋め込まれた結果としての頭痛)

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. C を満たすあらゆる頭痛

B. Presence of a delusion whose content involves a mechanism that would explain the headache (e.g. the patient believes that a device has been implanted into his or her head, which is causing a headache, or that he or she has a brain tumour causing headache despite irrefutable proof to the contrary)

B. 頭痛を説明するであろうメカニズムを含む内容の妄想が存在する。

(例えば、装置を頭に埋め込まれ、それが頭痛を引き起こしている、または、確たる証拠もないのに自身に脳腫瘍があり、頭痛を引き起こしていると信じている。)

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 以下の基準の一方または両方で因果関係を説明できる

1. headache has developed with or after the onset of the delusion

1. 頭痛は妄想が起こった時または起こった後に増悪する

2. headache has remitted after remission of the delusion

2. 頭痛は妄想が鎮静した時に緩和する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Delusions are false fixed beliefs, based on incorrect inferences about reality, that are firmly held despite obvious proof to the contrary.

妄想とは、現実に対する誤った推測に基づいた訂正不能な信念である。この信念は、そうでない明白な証拠があるにもかかわらず本人はそれを強く信じる傾向にある。

They may involve a false belief that a serious medical condition (e.g. brain tumour or aneurysm) is present and causes the headache, despite repeated proofs and appropriate authoritative reassurances that no such medical condition is present.

妄想はそのような医学的状態が無いということに対する再三の適切で正当な保証にも関わらず、重大な医学的状態(例えば脳腫瘍や脳動脈瘤)があり、それが頭痛の原因であるという間違った確信を有している。

The content of the delusion may be more bizarre, such as the idea of a transmitter being surgically implanted into one's head and causing the headache.

妄想の内容はもっと奇妙な場合があり、例えば、送信機が頭の中に外科手術により埋め込まれ、その送信機が頭痛を起こしているというものである。

When the patient first develops a headache (e.g. one of the primary headache disorders classified in Part one of ICHD-3 beta) and then develops a delusional explanation for the headache, such as its being a result of a brain tumour despite no medical evidence in support of that belief, the headache may not be attributed to the psychiatric disorder; instead, the headache should be coded as a primary headache disorder and the patient given the additional psychiatric diagnosis of delusional disorder, somatic type.

患者が先ず頭痛(例: ICHD-3 のパート1に分類される様な一次性頭痛の一つ)を発症し、その後頭痛への妄想的な説明、例えば医学的根拠もなしに脳腫瘍が頭痛を引き起こしていると信じているなどを展開した場合、精神病性障害による頭痛とは診断されず、代わりに頭痛は一次性頭痛とコードし、患者は精神病性障害の妄想性障害身体型と追加診断されるべきである。

Bibliography

Allet JL and Allet RE. Somatoform disorders in neurological practice. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 413.420.

Borkum JM. Chronic headaches and the neurobiology of soma-tization. *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14: 55.61.

Canestri P, Galli F, Guidetti V and Tomaciello A. Chronic daily headache in children and adolescents: A two years follow-up. *Cephalalgia* 2001; 21: 288.

Curioso EP, Young WB, Shecter AL and Kaiser R. Psychiatric comorbidity predicts outcome in chronic daily headache patients. *Neurology* 1999; 52 (Suppl 2): A471.

Gambini O, Islam L, Demartini B and Scarone S. Psychiatric issues in patients with headaches. *Neurol Sci* 2010; 31 Suppl 1: S111-S113.

Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, et al. Headache and psychiatric comorbidity: Clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia* 1998; 18: 455.462.

Hung CI, Liu CY, Cheng YT and Wang SJ. Migraine: A missing link between somatic symptoms and major depressive disorder. *J Affect Disord* 2009; 117(1.2): 108.115.

Lake A. Behavioral and nonpharmacologic treatments of head-ache. *Med Clin North Am* 2001; 85: 1055.1075.

Lake AE 3rd, Rains JC, Penzien DB and Lipchik, GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, research rele-vance, and clinical implications. *Headache* 2005; 45: 493.506.

Maizels M and Burchette R. Somatic symptoms in headache patients: The influence of headache diagnosis, frequency, and comorbidity. *Headache* 2004; 44: 983.993.

Marazzitti D, Toni C, Pedri S, et al. Prevalence of headache syndromes in panic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;

14: 247.251. Mitsikostas DD and Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999; 19:211.217. Nicholson RA. Chronic headache: The role of the psychologist. *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14: 47.54.

Pakalnis A, Greenberg G, Drake ME and Paolich J. Pediatric migraine prophylaxis with divalproex. *J Child Neurol* 2001; 16: 731.734.

Radat F, Psychopathology and headache. *Rev Neurol* 2000; 156 Suppl 4: 4S62.67.

Radat F, Milowska D and Valade D. Headaches secondary to psychiatric disorders (HSPD): a retrospective study of 87 patients. *Headache* 2011; 51: 789.795.

Radat F, Sakh D, Lutz G, et al. Psychiatric comorbidity is related to headache induced by chronic substance use in migraineurs. *Headache* 1999; 39: 477.480.

Radat F and Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine: A review. *Cephalalgia* 2005; 25: 165.178.

Smitherman TA and Baskin SM. Headache secondary to psychiatric disorders. *Curr Pain Headache Rep* 2008; 12: 305.310.

Voigt K, Nagel A, Meyer B, et al. Towards positive diagnostic criteria: A systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68: 403.414.

Yutzy S. Somatoform disorders. In: Tasman A, Kay J and Lieberman JA (eds). *Psychiatry*, 2nd ed. Chichester: John Wiley and Sons 2003: 1419.20.

. International Headache Society 2013

Part three Painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches

第 3 部 (Part Three)

有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛およびその他の頭痛

13. Painful cranial neuropathies and other facial pains

13. 有痛性脳神経ニューロパチーおよび他の顔面痛

14.

Other headache disorders

その他の頭痛性疾患

13. Painful cranial neuropathies and other facial pains

13. 有痛性脳神経ニューロパチーおよび他の顔面痛

13.1 Trigeminal neuralgia

13.1 三叉神経痛.

13.1.1 Classical trigeminal neuralgia

13.1.1 典型的三叉神経痛

13.1.1.1 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal

13.1.1.1 典型的三叉神経痛、純粹発作性

13.1.1.2 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain

13.1.1.2 持続性顔面痛を伴う典型的三叉神経痛

13.1.2 Painful trigeminal neuropathy

13.1.2 有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.1 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster

13.1.2.1 急性帯状疱疹による有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.2 Post-herpetic trigeminal neuropathy

13.1.2.2 帯状疱疹後三叉神経ニューロパチー

13.1.2.3 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy

13.1.2.3 外傷後有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque

13.1.2.4 多発性硬化症(MS)による有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.5 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion

13.1.2.5 占拠性病変による有痛性三叉神経ニューロパチー

13.1.2.6 Painful trigeminal neuropathy attributed to other disorder

13.1.2.6 その他の疾患による有痛性三叉神経ニューロパチー

13.2 Glossopharyngeal neuralgia

13.2 舌咽神経痛

13.3 Nervus intermedius (facial nerve) neuralgia

13.3 中間神経(顔面神経)痛

13.3.1 Classical nervus intermedius neuralgia

13.3.1 典型的中間神経痛

13.3.2 Nervus intermedius neuropathy attributed to Herpes zoster

13.3.2 帯状疱疹による中間神経痛

13.4 Occipital neuralgia

13.4 後頭神経痛

13.5 Optic neuritis

13.5 視神経炎

13.6 Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy

13.6 虚血性眼球運動神経麻痺による頭痛

13.7 Tolosa-Hunt syndrome

13.7 トロサ・ハント症候群

13.8 Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome

13.8 傍三叉神経性眼交感症候群(レーダー症候群)

13.9 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy

13.9 再発性有痛性眼筋麻痺性ニューロパチー

13.10 Burning mouth syndrome (BMS)

13.10 口腔内灼熱症候群

13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP)

13.11 持続性特発性顔面痛(PIFP)

13.12 Central neuropathic pain

13.12 中枢性神経障害性疼痛

13.12.1 Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS)

13.12.1 多発性硬化症(MS)による中枢性神経障害性疼痛

13.12.2 Central post-stroke pain (CPSP)

13.12.2 中枢性脳卒中後痛(CPSP)

Introduction

Pain in the head and neck is mediated by afferent fibers in the trigeminal nerve, nervus intermedius, glossopharyngeal and vagus nerves and the upper cervical roots via the

occipital nerves. Stimulation of these nerves by compression, distortion, exposure to cold or other forms of irritation or by a lesion in central pathways may give rise to stabbing or constant pain felt in the area innervated.

The cause may be clear, such as infection by Herpes zoster or a structural abnormality demonstrated by imaging, but in some cases there may be no cause apparent for neuralgic pain.

Trigeminal and glossopharyngeal neuralgias present a problem of terminology. When pain is found to result from compression of the nerve by a vascular loop at operation, the neuralgia should strictly be regarded as secondary. As many patients do not come to operation, it remains uncertain as to whether they have primary or secondary neuralgias. For this reason the term classical rather than primary has been applied to those patients with a typical history even though a vascular source of compression may be discovered during its course. The term secondary can then be reserved for those patients in whom a neuroma or similar lesion is demonstrated.

緒言

頭頸部痛は三叉神経、中間神経、舌咽・迷走神経および後頭神経を経由する上部頸部根の求心性線維により伝達される。上記の神経が圧迫、捻転または寒冷などの刺激、または中枢経路の損傷により刺激されると、神経支配領域に刺痛または持続痛を生ずる場合がある。帯状疱疹の感染や画像上明白な構造異常などでは原因が明確であると思われるが、神経痛様の痛みでは明らかな原因が存在しない場合もある。

三叉神経痛および舌咽神経痛には用語上の問題がある。神経痛が血管ループによる神経圧迫に起因することが手術時に判明した場合には、厳密に言えば二次性と考えるべきである。多くの患者は手術までに至らないため、一次性神経痛か、二次性神経痛かは不明確な状態のままである。それ故、典型的な病歴を有する患者であれば、血管性の圧迫源が経過中に発見された場合にも、「一次性 (typical)」ではなく「典型的 (classical)」という用語が適用されている。これにより、「二次性 (secondary)」という用語は神経腫または類似病変が証明された患者に限ることができる。

Definitions of terms used in this chapter¹:

Pain: An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.

Neuropathic pain: Pain (qv) caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous

system.

Central neuropathic pain: Pain (qv) caused by a lesion or disease of the central somatosensory nervous system.

Peripheral neuropathic pain: Pain (qv) caused by a lesion or disease of the peripheral somatosensory nervous system.

Neuropathy: A disturbance of function or pathological change in a nerve or nerves (in one nerve: mononeuropathy; in several nerves: mononeuropathy multiplex; when diffuse and bilateral: polyneuropathy). The term neuropathy is not intended to cover neurapraxia, neurotmesis, section of a nerve, disturbances of a nerve as a result of transient impact such as a blow, stretching or epileptic discharge (the term neurogenic applies to pain attributed to such temporary perturbations).

Neuralgia: Pain in the distribution of a nerve or nerves. (Common usage, especially in Europe, often implies a paroxysmal quality, but the term neuralgia should not be reserved for paroxysmal pains.)

Note:

1. International Association for the Study of Pain: Taxonomy. URL: <http://www.iasp-pain.org>.

13.1 Trigeminal neuralgia

三叉神経痛

Description:

解説

A disorder characterized by recurrent unilateral brief electric shock-like pains, abrupt in onset and termination, limited to the distribution of one or more divisions of the trigeminal nerve and triggered by innocuous stimuli. It may develop without apparent cause or be a result of another diagnosed disorder. There may or may not be, additionally, persistent background facial pain of moderate intensity.

三叉神経痛は、短時間の電撃痛を繰り返し、突然の発現および終了、三叉神経枝の支配領域の1つまたはそれ以上の部位に限って生じ、非侵害刺激によって誘発される片側性疾患である。明らかな原因が無くても発症するし、他の疾患の結果として生じることもある。さらに、中等度の持続的な顔面痛を伴うことも、伴わないこともある。

13.1.1 Classical trigeminal neuralgia

典型的三叉神経痛

Previously used term:

以前に使用された用語

Tic douloureux.

疼痛[性]チック(tic douloureux)

Description:

解説

Trigeminal neuralgia developing without apparent cause other than neurovascular compression.

三叉神経に対する血管による圧迫以外に明らかな原因がなく発症した三叉神経痛のこと

Diagnostic criteria:

診断基準

A. At least three attacks of unilateral facial pain fulfilling criteria B and C

A. 基準 B と C を満たす片側顔面痛が少なくとも 3 回以上ある

B. Occurring in one or more divisions of the trigeminal nerve, with no radiation beyond the trigeminal distribution

B. 三叉神経の支配領域の 1 つまたはそれ以上の部位に限って生じ、三叉神経領域を超えて広がらない痛み

C. Pain has at least three of the following four characteristics:

C. 痛みは下記の 4 つのうち少なくとも 3 つの特徴を持つ:

1.

recurring in paroxysmal attacks lasting from a fraction of a second to 2 minutes

1. 数分の 1 秒～2 分間持続する発作性の痛みを繰り返す

2.

severe intensity

2. 激痛

3.

electric shock-like, shooting, stabbing or sharp in quality

3. 電気ショックのような、ズキンとするような、突き刺すような、あるいは、鋭いと表現される痛みの性質

4.

precipitated by innocuous stimuli to the affected side of the face¹

4. 患側の顔面に対する非侵害刺激によって突発する

D. No clinically evident neurological deficit²

D. 臨床的に明白な神経障害は存在しない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Notes:

注記

1.

Some attacks may be, or appear to be, spontaneous, but there must be at least three that are precipitated in this way to meet this criterion.

1. 痛みの発作は自発的に起こることもある。ただし、少なくとも 3 回は診断基準を満たさなければならない。

2.

Hypoaesthesia or hypoalgesia in the affected trigeminal region always indicates axonal damage. When either is present, there is trigeminal neuropathy and extensive diagnostic work-up is necessary to exclude symptomatic cases. There are some patients with hyperalgesia in the painful region, which should not necessarily lead to a diagnosis of trigeminal neuropathy because it may reflect the patient's increased attention to the painful side.

三叉神経痛の罹患部位の感覚低下や痛覚鈍麻は常に軸索傷害を意味する。いずれかの症状があれば三叉神経ニューロパチーと診断し、症候性三叉神経ニューロパチーを除外するための追加検査をする必要がある。疼痛部位に痛覚過敏を示す患者もいるが、この症状は患者が疼痛部位に対して注意を向けていることによる症状の可能性があるので追加検査は必要でない。

Comments:

コメント

The term classical (rather than primary) trigeminal neuralgia is used because, according to current evidence, 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia is caused by neurovascular compression, most frequently by the superior cerebellar artery. Imaging (preferably MRI) should be done to exclude secondary causes and, in the majority of patients, to demonstrate neurovascular compression of the trigeminal nerve.

一次性(primary)というよりも典型的(classical)三叉神経痛という用語を用いているのは、最近のエビデンスに則って、13.1.1 典型的三叉神経痛は血管(最も頻度が高いのは上小脳動脈)による三叉神経への圧迫に生じるからである。画像診断(MRI が望ましい)は二次性の原因を除外するために実施するべきであり、多くの患者では三叉神経の血管による圧迫所見が得られる。

Many patients with 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia have a memorable onset of pain.

13.1.1 典型的三叉神経痛の多くは、最初の痛みのことを覚えている。

13.1.1 Classical trigeminal neuralgia usually appears in the second or third divisions. The pain never crosses to the opposite side but it may rarely occur bilaterally. Following a painful paroxysm there is usually a refractory period during which pain cannot be triggered. When very severe, the pain often evokes contraction of the muscle of the face on the affected side (tic douloureux). Mild autonomic symptoms such as lacrimation and/or redness of the eye may be present.

The duration of pain attacks can change over time and become more prolonged as well as severe. They can result in psychosocial dysfunction, significantly impairing quality of life and often leading to weight loss.

Between paroxysms, most patients are asymptomatic. In the subform 13.1.1.2 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain, there is prolonged background pain in the affected area.

13.1.1 典型的三叉神経痛は第2枝か第3枝領域に生じることが多い。体側顔面に痛みが広がることはないが、両側性に三叉神経痛が起きることが稀にある。痛みの発作が起こった後には、痛みが誘発されない不応期があることが多い。痛みが非常に強い場合には、痛みのために患側の表情筋の収縮を伴うことが多い(疼痛性チック)。流涙や眼球の発赤のような軽度の自律神経症状を伴うこともある。

経過中、痛みの発作の時間が変化することはあり、痛みが強くなるのと同様に発作期間が長くなる

こともある。このような患者では心理社会的な問題を伴うこともあり、QOL の低下や体重減少を来すことが多い。

発作と発作の間には、ほとんどの患者は症状がない。13.1.1.2 持続性顔面痛を伴う典型的三叉神経痛の患者では、患部に痛みが遷延化することもある。

13.1.1 Classical trigeminal neuralgia may be preceded by a period of atypical continuous pain termed pre-trigeminal neuralgia in the literature.

13.1.1 典型的三叉神経痛の前に非典型的な持続性の疼痛が先行することがあり、文献的には前三叉神経痛と呼ばれている。

13.1.1.1 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal

典型的三叉神経痛、純粋発作性

Description:

解説

Trigeminal neuralgia without persistent background facial pain.

持続性の痛みを伴わない三叉神経痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Recurrent attacks of unilateral facial pain fulfilling criteria for 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia

A.13.1.1 典型的三叉神経痛診断基準を満たす片側顔面痛の繰り返す発作

B. No persistent facial pain between attacks

B. 発作と発作の間に持続痛がない

C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント

13.1.1.1 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal is usually responsive, at

least initially, to pharmacotherapy (especially carbamazepine or oxcarbazepine).

13.1.11 典型的三叉神経痛、純粹発作性は薬物療法(特にカルバマゼピンかオキシカルバマゼピン)に対して、少なくとも発症初期は反応性が良いことが多い。

13.1.1.2 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain

持続性顔面痛を伴う典型的三叉神経痛

Previously used terms:

以前に使用された用語

Atypical trigeminal neuralgia; trigeminal neuralgia type 2.

非典型的三叉神経痛； 三叉神経痛タイプ 2

Description:

解説

Trigeminal neuralgia with persistent background facial pain.

持続性顔面痛を伴う典型的三叉神経痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Recurrent attacks of unilateral facial pain fulfilling criteria for 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia

A.13.1.1 典型的三叉神経痛の診断基準を満たす片側顔面痛の繰り返す発作

B. Persistent facial pain of moderate intensity in the affected area

B.患部に中等度の持続痛を伴う

C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

13.1.1.2 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain has been referred to as atypical trigeminal neuralgia or, recently, as trigeminal neuralgia type 2.

Central sensitization may account for the persistent facial pain. Neurovascular compression on MRI is less likely to be demonstrated.

13.1.1.2 Classical trigeminal neuralgia with concomitant persistent facial pain responds poorly to conservative treatment and to neurosurgical interventions. It is less likely to be triggered by innocuous stimuli.

13.1.1.2 持続性顔面痛を伴う典型的三叉神経痛は非典型的三叉神経痛や最近では三叉神経痛タイプ2と呼ばれてきた。

中枢性感作が持続痛の原因の可能性はある。MRI 検査で血管による三叉神経の圧迫が示されないこともある。

13.1.1.2 持続性顔面痛を伴う典型的三叉神経痛は従来の治療法や神経減圧術に対して反応性が悪い。非侵害刺激による疼痛の誘発もあまりない。

13.1.2 Painful trigeminal neuropathy

有痛性三叉神経ニューロパチー

Description:

解説

Head and/or facial pain in the distribution of one or more branches of the trigeminal nerve caused by another disorder and indicative of neural damage. The pain is highly variable in quality and intensity according to the cause.

神経系の疾患や神経傷害にともなって生じる三叉神経枝の支配領域の1つまたはそれ以上の部位に限って生じる頭部あるいは顔面痛。痛みの性質や重症度は原因によって様々である。

13.1.2.1 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster

急性帯状疱疹による有痛性三叉神経ニューロパチー

Description:

解説

Unilateral head and/or facial pain of less than 3 months' duration in the distribution of one or more branches of the trigeminal nerve, caused by and associated with other symptoms and/or clinical signs of acute Herpes zoster.

急性帯状疱疹によって引き起こされた片側三叉神経枝の支配領域の 1 つまたはそれ以上の頭部あるいは顔面痛の継続が 3 ヶ月以内に、急性帯状疱疹の症状や臨床徴候を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Unilateral head and/or facial pain lasting <3 months and fulfilling criterion C

発症から 3 ヶ月以内の片側の頭部あるいは顔面痛で基準 C を満たす。

B. Either or both of the following:

以下の基準のいずれかあるいは両方を満たす。

1.

herpetic eruption has occurred in the territory of a trigeminal nerve branch or branches

三叉神経枝の支配領域の 1 つまたはそれ以上の支配領域に帯状疱疹による皮疹がある。

2.

varicella zoster virus DNA has been detected in the CSF by polymerase chain reaction

ポリメラーゼ連鎖反応 (PCR) 法を用いて髄液中から帯状疱疹ウイルスの DNA が検出される。

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C 下記の両方の因果関係が認められる

1. pain preceded the herpetic eruption by <7 days

1. 帯状疱疹の皮疹が出現する 7 日前以内からの痛み

2. pain is located in the distribution of the same trigeminal nerve branch or branches

2. 帯状疱疹を発症した 1 つまたはそれ以上の三叉神経支配領域に一致した疼痛

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

Herpes zoster affects the trigeminal ganglion in 10.15% of cases, with the ophthalmic division being singled out in some 80% of patients. Rarely, pain is not followed by an

eruption or rash (zoster sine herpette). The diagnosis in such cases is confirmed by polymerase chain reaction detection of varicella zoster virus DNA in the cerebrospinal fluid.

帯状疱疹のうち三叉神経節に発症するのは10.15%で、そのうちの80%は三叉神経第1枝領域に発症する。帯状疱疹の皮疹やその集簇を伴わない(無疱疹性帯状疱疹)で痛みが起こることは稀である。このような症例では、脳脊髄液中の帯状疱疹ウイルス DNA をポリメラーゼ連鎖反応(PCR)法で計測する。

13.1.2.1 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster is usually burning, stabbing/shooting, tingling or aching, and accompanied by cutaneous allodynia.

Ophthalmic herpes may be associated with IIIrd, IVth and VIth cranial nerve palsies. Herpes zoster is common in immunocompromised patients, occurring in about 10% of those with lymphoma and 25% of patients with Hodgkin's disease.

13.1.2.1 急性帯状疱疹による三叉神経ニューロパチーは焼け付くような、突き刺すような/ずきんとするような、ビリビリするような、あるいは疼くような痛みで、皮膚のアロディニアを伴うことが多い。三叉神経第1枝の帯状疱疹は第3,4,6脳神経麻痺を合併することもある。帯状疱疹は免疫不全患者に多く起こり、リンパ腫患者の10%、ホジキン病患者の25%に起こる。

13.1.2.2 Post-herpetic trigeminal neuropathy

帯状疱疹後三叉神経ニューロパチー

Previously used term:

以前に使用された用語

Post-herpetic trigeminal neuralgia.

帯状疱疹後三叉神経痛

Description:

解説

Unilateral head and/or facial pain persisting or recurring for at least 3 months in the distribution of one or more branches of the trigeminal nerve, with variable sensory changes, caused by Herpes zoster.

少なくとも3ヶ月間片側頭部あるいは顔面に痛みが持続する、あるいは再発し、その疼痛部位は1つまたはそれ以上の三叉神経支配領域に一致する。様々な感覚障害を伴い、これらが帯状疱疹

によって引き起こされている。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Unilateral head and/or facial pain persisting or recurring for 3 months and fulfilling criterion C

A 3ヶ月間、片側頭部あるいは顔面に痛みが持続する、あるいは再発し、基準Cを満たす。

B. History of acute Herpes zoster affecting a trigeminal nerve branch or branches

B 1 つまたはそれ以上の三叉神経支配領域の急性帯状疱疹の既往がある

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 下記の両方の因果関係が認められる

1.

pain developed in temporal relation to the acute Herpes zoster

1 痛みは急性帯状疱疹と時間的に関連性がある

2.

pain is located in the distribution of the same trigeminal nerve branch or branches

2 1 つまたはそれ以上の三叉神経支配領域の急性帯状疱疹と同じ領域に痛みがある

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

Following acute Herpes zoster, post-herpetic neuralgia is more prevalent in the elderly. The first division of the trigeminal nerve is most commonly affected in 13.1.2.2 Post-herpetic trigeminal neuropathy, but the second and third divisions can be involved also. Typically the pain is burning and itching. Itching of affected areas may be very prominent and extremely bothersome. Sensory abnormalities and allodynia are usually present in the territory involved. Pale or light purple scars may be present as sequelae

of the herpetic eruption.

急性帯状疱疹の発症後、高齢者には帯状疱疹後神経痛に移行することが多い。三叉神経第 1 枝は 13.1.2.2 帯状疱疹後三叉神経ニューロパチーの中で最も罹患頻度が高いが、第 2,3 枝に起こることもある。典型的には、焼け付くような痛みと痒みである。罹患部位の痒みは非常に目立ち、患者を極端に苦しめる。感覚障害とアロディニアも同部位に起こることが多い。帯状疱疹による皮疹の後遺症として、疼痛部位の皮膚が蒼白色になったり明紫色の痂皮が残っていることもある。

13.1.2.3 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy

外傷後有痛性三叉神経ニューロパチー

Previously used term:

以前に使用された用語

Anaesthesia dolorosa.

三叉神経の有痛性感覚脱失

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する

Here are described painful post-traumatic neuropathies; most trigeminal nerve injuries do not result in pain and therefore have no place in ICHD-3 beta.

外傷による有痛性三叉神経ニューロパチーについて記載する。三叉神経傷害の大半は痛みを起さないため、このことについて ICHD-3B 版ではここ以外では記述しない。

Description:

解説

Unilateral facial or oral pain following trauma to the trigeminal nerve, with other symptoms and/or clinical signs of trigeminal nerve dysfunction.

片側顔面あるいは口部の痛みが三叉神経の外傷によって起こり、痛み以外に三叉神経障害の症状や臨床徴候を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Unilateral facial and/or oral pain fulfilling criterion C

A 片側顔面あるいは口部の痛みで、基準 C を満たす。

B. History of an identifiable traumatic event¹ to the trigeminal nerve, with clinically evident positive (hyperalgesia, allodynia) and/or negative (hypoesthesia, hypoalgesia) signs of trigeminal nerve dysfunction

B 三叉神経に対する外傷が明確で、三叉神経の臨床的に明らかな陽性症状(痛覚過敏、アロディニア)あるいは陰性症状(感覚低下、痛覚鈍麻)を伴う。

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 下記の両方の因果関係が認められる

1. pain is located in the distribution of the same trigeminal nerve

1 外傷を受けた三叉神経支配領域の同じ領域に痛みがある

2. pain has developed within 3-6 months of the traumatic event

2 三叉神経の外傷から 3-6 ヶ月以内に痛みが発症している

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

注記

1.The traumatic event may be mechanical, chemical, thermal or caused by radiation.

三叉神経に対する外傷は、機械的、化学的、温度的、あるいは放射線による障害を含む。

Comment:

コメント

Pain duration ranges widely from paroxysmal to constant, and may be mixed. Specifically following radiation-induced postganglionic injury, neuropathy may appear after more than 3 months.

痛みの持続期間は発作的～持続的まで大きく異なり、場合によっては発作痛と持続痛が混在する。特に、放射線性神経節後性の傷害では、ニューロパチーは 3 ヶ月以上経過してから発症すること

もある。

13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque

13.1.2.4 多発性硬化症 (MS) による有痛性三叉神経ニューロパチー

Description:

解説

Unilateral head and/or facial pain in the distribution of a trigeminal nerve and with the characteristics of classical trigeminal neuralgia, induced by a multiple sclerosis plaque affecting the trigeminal nerve root and associated with other symptoms and/or clinical signs of multiple sclerosis.

片側頭部あるいは顔面の痛みで三叉神経支配領域に限定し典型的三叉神経痛の特徴によく似ているが、多発性硬化症による三叉神経根の障害で引き起こされており、多発性硬化症の痛み以外の症状や臨床徴候を伴う。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Head and/or facial pain with the characteristics of 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia with or without concomitant persistent facial pain, but not necessarily unilateral

A 持続痛を伴う、あるいは伴わない 13.1.1 典型的三叉神経痛の特徴を持つ頭部あるいは顔面痛で、必ずしも片側性ではない

B. Multiple sclerosis (MS) has been diagnosed

B 多発性硬化症が診断されている

C. An MS plaque affecting the trigeminal nerve root has been demonstrated by MRI or by routine electrophysiological studies (blink reflex or trigeminal evoked potentials) indicating impairment of the affected trigeminal nerve(s)

C 多発性硬化症が三叉神経根を障害していることがMRIによって示されるか、または定型的な電気生理学的検査(瞬目反射あるいは三叉神経誘発電位)によって三叉神経障害が示される。

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

Current studies indicate that about 7% of MS patients have a syndrome that is similar to 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia. However, symptoms of trigeminal neuralgia are very rarely a presenting feature of MS.

Symptoms of 13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque are more likely to be bilateral than those of 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia.

Patients with 13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque benefit less from pharmacological interventions than those with 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia.

最近の報告では多発性硬化症の 7%が 13.1.1 典型的三叉神経痛に類似した症候群を発症するとされる。しかし、三叉神経痛の症状は多発性硬化症の特徴とは言えない。

13.1.2.4 多発性硬化症による有痛性三叉神経ニューロパチーによる症状は、13.1.1 典型的三叉神経痛と異なり、両側性であることが多い。13.1.2.4 多発性硬化症による有痛性三叉神経ニューロパチーは 13.1.1 典型的三叉神経痛よりも薬物療法への反応性が悪い。

13.1.2.5 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion

13.1.2.5 占拠性病変による有痛性三叉神経ニューロパチー

Description:

解説

Unilateral head and/or facial pain in the distribution of a trigeminal nerve and with the characteristics of classical trigeminal neuralgia, induced by contact between the affected trigeminal nerve and a space-occupying lesion.

片側頭部あるいは顔面の痛みで三叉神経支配領域に限定し典型的三叉神経痛の特徴によく似ているが、占拠性病変と三叉神経が接触していることによる。

Diagnostic criteria:

診断基準

A.

Unilateral head and/or facial pain with the characteristics of 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia with or without concomitant persistent facial pain and fulfilling criterion C

A 持続痛を伴う、あるいは伴わない 13.1.1 典型的三叉神経痛の特徴を持つ片側頭部あるいは顔面痛で、基準 C を満たす

B.

A space-occupying lesion, and contact between the lesion and the affected trigeminal nerve, have been demonstrated by imaging

占拠性病変が三叉神経に接していることが画像検査によって示される。

C.

Pain has developed after contact occurred between the lesion and the trigeminal nerve, or led to its discovery

痛みは占拠性病変が三叉神経に接した後から起こる、あるいは、痛みが占拠性病変の発見に繋がる

D.

Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント

Patients with 13.1.2.5 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion have clinically detectable sensory signs or electrophysiological abnormalities.

13.1.2.5 占拠性病変による有痛性三叉神経ニューロパチー患者は、臨床的に検出可能な感覚障

害あるいは電気生理学的異常を伴う。

13.1.2.6 Painful trigeminal neuropathy attributed to other disorder

13.1.2.6 その他の疾患による有痛性三叉神経ニューロパチー

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Head and/or facial pain with the characteristics of 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia with or without concomitant persistent facial pain, but not necessarily unilateral

A 持続痛を伴う、あるいは伴わない 13.1.1 典型的三叉神経痛の特徴を持つ頭部あるいは顔面痛で、必ずしも片側性ではない

B. A disorder, other than those described above but known to be capable of causing painful trigeminal neuropathy, has been diagnosed

B 上記の疾患以外で有痛性三叉神経ニューロパチーを引き起こす可能性があることが知られている疾患が診断されている

C Pain has developed after onset of the disorder, or led to its discovery

C 疾患の発症後に痛みが生じるか、痛みが疾患の発見に繋がる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D 他に最適な ICHD-3 の診断がない

13.2 Glossopharyngeal neuralgia

舌咽神経痛

Previously used term:

以前に使用された用語

Vagoglossopharyngeal neuralgia.

迷走舌咽神経痛

Description:

解説

A severe, transient, stabbing, unilateral pain experienced in the ear, base of the tongue, tonsillar fossa and/or beneath the angle of the jaw. It is commonly provoked by swallowing, talking and/or coughing, and may remit and relapse in the fashion of classical trigeminal neuralgia.

舌咽神経痛は片側性、一過性で、激烈な、刺すような痛みであり、耳、舌基部、扁桃窩または下顎角直下に生じる。嚥下、会話または咳によって誘発されるのが一般的であり、典型的三叉神経痛のように寛解と再発を繰り返すことがある。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. At least three attacks of unilateral pain fulfilling criteria B and C

A. BおよびCを満たす片側性の痛み発作が少なくとも3回ある

B. Pain is located in the posterior part of the tongue, tonsillar fossa, pharynx, beneath the angle of the lower jaw and/or in the ear

B. 舌の後部、扁桃窩、咽頭、下顎角直下または耳に分布する

C. Pain has at least three of the following four characteristics:

C. 痛みは次の4つの特徴のうち少なくとも3項目を満たす。

1.

recurring in paroxysmal attacks lasting from a few seconds to 2 minutes

1. 数秒から2分持続する痛み発作を繰り返す

2.

severe intensity

2. 激痛

3.

shooting, stabbing or sharp in quality

ズキンとするような、刺すような、あるいは鋭い痛み

4.

precipitated by swallowing, coughing, talking or yawning

4.嚥下、咳、会話またはあくびで誘発される

D. No clinically evident neurological deficit

D.明らかな神経欠損症状がない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

13.2 Glossopharyngeal neuralgia is felt in the distributions of the auricular and pharyngeal branches of the vagus nerve as well as branches of the glossopharyngeal nerve. Prior to its development, unpleasant sensations can be experienced in affected areas for weeks to several months.

13.2 舌咽神経痛は舌咽神経の分枝および迷走神経の耳介枝および咽頭枝の支配領域に感じられる。発症前に、数週間から数ヶ月にわたって障害部位において不快な感覚を経験することがある。

13.2 Glossopharyngeal neuralgia is less severe than 13.1.1 Classical trigeminal neuralgia but can be bad enough for patients to lose weight. These two disorders can occur together.

In rare cases, attacks of pain are associated with vagal symptoms such as cough, hoarseness, syncope and/or bradycardia. Some authors have proposed distinguishing between pharyngeal, otalgic and vagal subtypes of neuralgia, and suggested using the term vagoglossopharyngeal neuralgia when pain is accompanied by asystole, convulsions and syncope.

Imaging may show neurovascular compression of the glossopharyngeal nerve. There are single reports of secondary glossopharyngeal neuropathy caused by neck trauma, multiple sclerosis, tonsillar or regional tumours, cerebello-pontine angle tumours and Arnold-Chiari malformation.

13.2 Glossopharyngeal neuralgia is usually responsive, at least initially, to

pharmacotherapy, especially antiepileptics. It has been suggested that application of local anaesthetic to the tonsil and pharyngeal wall can prevent attacks for a few hours.

13.2 舌咽神経痛は13.1.1 典型的三叉神経痛ほど激烈ではないが、症状が重度なあまり体重減少を来すことがある。これら二つの疾患は合併しうる。まれに、痛み発作に咳、嘔声、失神及び・または徐脈などの迷走神経刺激症状が伴うことがある。舌咽神経痛を咽頭、耳、迷走神経痛の亜型に区別することが提唱されており、心停止、けいれんあるいは失神を伴う痛みの場合には、迷走舌咽神経痛という言葉を使うことも提案されている。

画像検査では、舌咽神経の血管による圧迫が明らかになることもある。頸部外傷、多発性硬化症、扁桃あるいは局所の腫瘍、小脳橋角部腫瘍、アーノルドキアリ奇形による一例報告がある。

13.2 舌咽神経痛は少なくとも初期には、薬剤治療、特に抗てんかん薬に反応することが通常である。扁桃および咽頭への局所麻酔薬注入が数時間のあいだ発作を予防するといわれている。

13.3 Nervus intermedius (facial nerve) neuralgia

中間神経(顔面神経)痛

Description:

解説

A rare disorder characterized by brief paroxysms of pain felt deeply in the auditory canal, sometimes radiating to the parietooccipital region. It may develop without apparent cause or as a complication of Herpes zoster.

短時間の発作痛が外耳道の深くに感じられ、時には頭頂後頭領域に放散する。明らかな原因がなく起こることもあれば、帯状疱疹の合併症として起こることもある。

13.3.1 Classical nervus intermedius neuralgia

13.3.1 典型的中間神経痛

Description:

解説

Nervus intermedius neuralgia developing without apparent cause.

中間神経痛は明らかな原因がなく起こる

Diagnostic criteria:

A. At least three attacks of unilateral pain fulfilling criteria B and C

A 少なくとも3回は、基準BとCを満たす片側性の痛みがある

B. Pain is located in the auditory canal, sometimes radiating to the parieto-occipital region

外耳道の痛み、時には頭頂後頭領域に放散することもある

C. Pain has at least three of the following four characteristics:

C 下記の4つの特徴のうち少なくとも3つを満たす

1.

recurring in paroxysmal attacks lasting from a few seconds to minutes

1 数秒から数分持続する発作痛が繰り返す

2.

severe intensity

2 激痛である

3.

shooting, stabbing or sharp in quality

3 ズキンとするような、突き刺すような、あるいは、鋭いと表現される痛みの性質

4.

precipitated by stimulation of a trigger area in the posterior wall of the auditory canal and/or periauricular region

4 外耳道後壁や次回周囲のトリガー部位を刺激されると痛みが誘発される

E. No clinically evident neurological deficit

D 明らかな神経脱落症状がない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

Disorders of lacrimation, salivation and/or taste sometimes accompany the pain of 13.3.1 Classical nervus intermedius neuralgia. In view of the complex and overlapping innervation of the external ear, deriving from the trigeminal (auriculotemporal nerve), facial (nervus intermedius), glossopharyngeal, vagus and second cranial nerves, attribution of neuralgias to a single nerve may not be easy in this body region if a specific neurovascular contact cannot be visualized.

The pain of 13.3.1 Classical nervus intermedius neuralgia can result in psychological effects and significantly impair quality of life.

13.3.1 典型的中間神経痛ではときに流涙、唾液過多または味覚の異常のいずれか一つ以上を伴う。外耳道の神経支配は複雑で神経支配領域は重複しており、痛みの原因となる候補神経は三叉神経痛(耳介側頭神経)由来、顔面神経(中間神経)由来、舌咽神経由来、迷走神経支配、視神経由来が考えられ、血管による神経圧迫が明確で無ければ原因神経を一つに特定することは困難かもしれない。

13.3.1 典型的中間神経痛による痛みは情動面の影響を引き起こし、QOL を著しく損なう原因となりうる。

13.3.2 Secondary nervus intermedius neuropathy attributed to acute Herpes zoster

13.3.2 急性帯状疱疹による二次性中間神経ニューロパチー

Previously used term:

以前に使用された用語

Ramsay Hunt syndrome

ラムゼイ・ハント症候群

Description:

解説

Unilateral pain felt deeply in the auditory canal, sometimes radiating to the parieto-occipital region, associated with facial paresis and caused by Herpes zoster of the nervus intermedius.

中間神経に対する帯状疱疹によって、片側外耳道の奥に感じられる痛みが起こり、時には頭頂後頭領域に放散することがある。顔面神経麻痺とも関連する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Unilateral facial pain fulfilling criterion C

A 片側顔面痛で基準 C を満たす

B. Herpetic eruption has occurred in the ear and/or oral mucosa, in the territory of the nervus intermedius

B 中間神経の支配領域で耳や口腔粘膜に帯状疱疹による皮疹が出現している

C Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C 下記の両方の因果関係が認められる

1.

pain has preceded the herpetic eruption by <7 days

1 帯状疱疹の皮疹が出現する 7 日前以内からの痛み

2.

pain is localized to the distribution of the nervus intermedius

2 中間神経領域に限定した痛み

D. Clinical features of peripheral facial paresis

D 末梢性顔面神経麻痺のと臨床的特徴がある

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

The most frequent cause of secondary nervus intermedius neuropathy is Herpes zoster. A very few cases are described resulting from other disorders such as neuro-vascular compression, and there are rare familial cases associated with occipital neuralgia.

In Ramsay Hunt syndrome, zoster lesions in the ear or oral mucosa accompanied by facial paresis are pathognomonic, but the original description pointed to additional symptoms such as vertigo, tinnitus, acoustic disturbances and nausea.

二次性中間神経ニューロパチーの最も多い原因は帯状疱疹である。血管による神経圧迫などのような帯状疱疹以外の原因は非常に少ない。稀ながら、後頭神経痛と関連した中間神経ニューロパチーの家族例がある。

ラムゼイ・ハント症候群では顔面神経麻痺を伴う耳あるいは口腔粘膜の帯状疱疹による皮疹が特徴的であるが、原記載では回転性めまい、耳鳴り、聴覚障害、嘔気を伴うことが挙げられている。

13.3.2 Secondary nervus intermedius neuropathy attributed to Herpes zoster should be treated with cortisone and acyclovir as early as possible.

13.3.2 帯状疱疹による二次性中間神経痛ではコルチゾンとアシクロビルによる治療が可能な限り早く行われるべきである。

13.4 Occipital neuralgia

13.4 後頭神経痛

Description:

解説

Unilateral or bilateral paroxysmal, shooting or stabbing pain in the posterior part of the scalp, in the distribution of the greater, lesser or third occipital nerves, sometimes accompanied by diminished sensation or dysaesthesia in the affected area and commonly associated with tenderness over the involved nerve(s).

頭皮の後部に生じる、片側性あるいは両側性の、ズキンとするまたは刺すような痛みであり、大後頭神経、小後頭神経または第三後頭神経の支配領域に分布する。時に障害部位の感覚低下あるいは異常感覚を伴い、通常は罹患神経の圧痛を合併する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Unilateral or bilateral pain fulfilling criteria B-E

A. 片側性または両側性の痛みであり、基準 B-E を満たす。

B. Pain is located in the distribution of the greater, lesser and/or third occipital nerves

B. 痛みは大後頭神経、小後頭神経及び・または第三後頭神経の支配領域に分布する

C. Pain has two of the following three characteristics:

C. 痛みは次の 3 つの特徴のうち少なくとも 2 項目を満たす。

1.

recurring in paroxysmal attacks lasting from a few seconds to minutes

1. 数秒から数分持続する発作的な痛みを繰り返す

2.

severe intensity

2. 激痛

3.

shooting, stabbing or sharp in quality

3. ズキンとするような、刺すような、または鋭い痛み

D. Pain is associated with both of the following:

D. 痛みは次の両者を伴う。

1.

dysaesthesia and/or allodynia apparent during innocuous stimulation of the scalp and/or hair

1. 頭皮及び・または頭髪への非侵害刺激によるあきらかな異常感覚またはアロディニアがある。

2.

either or both of the following: a) tenderness over the affected nerve branches

b) trigger points at the emergence of the greater occipital nerve or in the area of distribution of C2

次のうちどちらかまたは両方の存在: a) 障害神経枝の圧痛 b) 大後頭神経の出口部あるいは C2 領域のトリガーポイント

D. Pain is eased temporarily by local anaesthetic block of the affected nerve

E. 痛みは障害神経の局所麻酔薬によるブロックで一時的に改善する。

F. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

F. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

The pain of 13.4 Occipital neuralgia may reach the

fronto-orbital area through trigeminocervical inter-neuronal connections in the trigeminal spinal nuclei.

13.4 Occipital neuralgia must be distinguished from occipital referral of pain arising from the atlantoaxial or upper zygapophyseal joints or from tender trigger points in neck muscles or their insertions.

13.4 後頭神経痛の痛みは三叉神経脊髄路核における三叉神経-頸髄間の神経間連絡により、前頭-後頭領域に及ぶことがある。

13.4 後頭神経痛は、環椎軸椎関節、上関節突起間関節に由来するまたは、頸部筋群あるいはその付着部位のトリガーポイントに由来する後頭関連痛と区別しなくてはならない、

13.5 Optic neuritis

Previously used term:

Retrobulbar neuritis.

Description:

Pain behind one or both eyes caused by demyelination of the optic nerve(s) and accompanied by impairment of central vision.

Diagnostic criteria:

A. Unilateral or bilateral headache fulfilling criterion C

B. Clinical, electrophysiological, imaging and/or laboratory evidence confirming the presence of optic neuritis

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

1.

headache has developed in temporal relationship to optic neuritis

2.

headache has either or both of the following features: a) localized in retro-orbital, orbital, frontal and/ or temporal regions

b) aggravated by eye movement

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

Comments:

13.5 Optic neuritis is often a manifestation of multiple sclerosis. Pain may precede impairment of vision. Clinical series report the prevalence of head pain in optic neuritis to be about 90%.

視神経炎はしばしば多発性硬化症の徴候である。痛みが視力障害に先行することもある。臨床症例をまとめた報告によると視神経炎による頭部の痛みは 90%で認められる。

There is a high incidence (90%) of pain with eye movement when there is an orbital segment enhancement in cranial MRI, and a high probability (70%) of no such pain when there is no enhancement.

頭部 MRI で眼窩内に造影効果があれば眼球運動によって痛みが誘発される頻度は高い(90%)が、造影効果がなければ痛みが出ない確率が 70%である。

13.6 Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy

13.6 虚血性眼球運動神経麻痺による頭痛

Description:

解説

Unilateral frontal and/or periorbital pain caused by and associated with other symptoms and/or clinical signs of ischaemic paresis of the ipsilateral IIIrd, IVth or VIth cranial nerve.

片側性の前頭または眼周囲の痛みであり、同側の動眼・滑車・外転神経の虚血性不全麻痺の他の臨床症状または臨床徴候によって惹起されるおよび関連している痛み。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Unilateral headache fulfilling criterion C

A. 基準 C を満たす片側性の頭痛

B. Clinical and imaging findings confirming an ischaemic ocular motor nerve palsy

虚血性眼球運動神経麻痺を確定する臨床所見および画像所見

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

次の両者により因果関係が明らかである

1.

headache has developed in temporal relation to the motor nerve palsy

1. 運動神経麻痺と時間的に関連して頭痛が出現する

2.

headache is localized around the ipsilateral brow and eye

2. 同側の眉毛および眼の周囲に局限している

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D.. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

The majority of ocular motor nerve palsies are painful, regardless of the presence or absence of diabetes.

13.6

Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy can occur prior to or concurrently with the onset of diplopia.

Pain is most frequent in patients with IIIrd nerve palsies, less so in VIth nerve paresis and least frequent in cases of IVth nerve paresis.

糖尿病の存在の如何に関わらず、大多数の眼球運動神経麻痺は痛みを伴う。13.6 虚血性眼球運動神経麻痺による頭痛は、複視の発症と同時または先行して出現することがある。

痛みは III 麻痺の患者において最も頻度が高く、次いで VI 麻痺、IV 麻痺の順番である。

13.7 Tolosa-Hunt syndrome

13.7 トロサ・ハント症候群

Description:

解説

Unilateral orbital pain associated with paresis of one or more of the IIIrd, IVth and/or VIth cranial nerves caused by a granulomatous inflammation in the cavernous sinus, superior orbital fissure or orbit.

第 3、第 4 または第 6 脳神経のうち 1 本またはそれ以上に生じる麻痺を伴う片側眼窩痛であり、海綿静脈洞、上眼窩裂あるいは眼窩内の肉芽腫性炎症によるもの

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Unilateral headache fulfilling criterion C

A 片側の頭痛で基準 C を満たす

B. Both of the following:

以下の 2 項目のいずれも満たす

1.

granulomatous inflammation of the cavernous sinus, superior orbital fissure or orbit, demonstrated by MRI or biopsy

1 海綿静脈洞、上眼窩裂あるいは眼窩内に肉芽腫性炎症が MRI あるいは生検によって確認される

2.

paresis of one or more of the ipsilateral IIIrd, IVth and/or VIth cranial nerves

2 第 3、第 4 または第 6 脳神経のうち 1 本またはそれ以上で麻痺がある

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C 下記の両方の因果関係が認められる

1.

headache has preceded paresis of the IIIrd, IVth and/or VIth nerves by 2 weeks, or developed with it

1 第 3、第 4 または第 6 脳神経のいずれかの麻痺が出現する 2 週間前以内から頭痛が生じる、あるいは麻痺とともに頭痛が生じる

2.

headache is localized around the ipsilateral brow and eye

頭痛は同側眉毛と眼球付近に限定している

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

Some reported cases of 13.7 Tolosa-Hunt syndrome had additional involvement of the Vth nerve (commonly the first division) or optic, VIIth or VIIIth nerves. Sympathetic innervation of the pupil is occasionally affected. The syndrome has been caused by granulomatous material in the cavernous sinus, superior orbital fissure or orbit in some biopsied cases.

13.7 トロサ・ハント症候群では第 5 脳神経(一般的には第 1 枝)、視神経、第 7 脳神経あるいは第 8 脳神経を合併することが報告されている。瞳孔を支配する交感神経が障害されることもある。この症候群は、生検によって海綿静脈洞、上眼窩裂あるいは眼窩内の肉芽腫によって引き起こされることが示されている。

Careful follow-up is required to exclude other causes of painful ophthalmoplegia such as tumours, vasculitis, basal meningitis, sarcoid or diabetes mellitus.

Pain and paresis of 13.7 Tolosa-Hunt syndrome resolve when it is treated adequately with corticosteroids.

腫瘍や血管炎、頭蓋底髄膜炎、サルコイドや糖尿病のような有痛性眼筋麻痺を引き起こす疾患を除外するために注意深い経過観察が必要である。13.7 トロサ・ハント症候群による痛みと麻痺はコルチコステロイドによって適切に治療されれば寛解する。

13.8 Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome

13.8 傍三叉神経性眼交感症候群(レーダー症候群)

Description:

解説

Constant, unilateral pain in the distribution of the ophthalmic division of the trigeminal nerve, sometimes extending to the maxillary division, accompanied by Horner's syndrome and caused by a disorder in the middle cranial fossa or of the carotid artery.

持続性、片側性の痛みであり、三叉神経眼枝の支配領域に分布するが、時に上顎枝に拡がる。ホルネル症候群を伴い、中頭蓋窩または内頸動脈の疾患に由来する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Constant, unilateral headache fulfilling criterion C

持続性、片側性の頭痛であり、基準 C を満たす。

B. Imaging evidence of underlying disease of either the middle cranial fossa or of the ipsilateral carotid artery

B. 中頭蓋窩または同側の内頸動脈の基礎疾患を示す画像所見

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 次の両者により因果関係が明らかである

1.

headache has developed in temporal relation to the onset of the underlying disorder

1. 基礎疾患の発症と時間的に関連して頭痛が出現する

2.

headache has either or both of the following features: a) localized to the distribution of the ophthalmic division of the trigeminal nerve, with or without spread to the maxillary division b) aggravated by eye movement

頭痛は次のどちらかまたは両方の特徴を有する: a) 三叉神経眼枝の支配領域に局限し、上顎枝の領域に拡がることも拡がらないこともある b) 眼球運動で増悪する

D. Ipsilateral Horner's syndrome

D. 同側のホルネル症候群

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E.. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント

The original description of 13.8 Paratrigeminal oculo-sympathetic (Raeder's) syndrome was useful because the involvement of oculopupillary sympathetic fibres indicated a lesion of the middle cranial fossa. It is regarded as a classical example of clinico-anatomical methodology in the early 20th century. Whether the term Raeder's syndrome should be used today is heavily debated, but painful Horner's syndrome is still considered by some authors to be a diagnostically useful indication of a middle cranial fossa lesion or of carotid artery dissection.

13.8 傍三叉神経性眼交感症候群(レーダー症候群)の原著の記載は有用であった。なぜなら瞳孔交感神経線維の障害は中頭蓋窩の病変を示唆するからである。それは臨床と解剖を対応させる 20 世紀初頭の方法論の古典的な例と見なされている。レーダー症候群の用語を今日用いるべきかどうかについては非常に議論が分かれるところであるが、有痛性ホルネル症候群は、中頭蓋窩の病変または内頸動脈解離の、診断的に有用な所見であると考えている人も依然存在する。

13.9 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy

再発性有痛性眼筋麻痺性ニューロパチー

Previously used term:

以前に使用された用語

Ophthalmoplegic migraine.

眼筋麻痺性片頭痛

Description:

解説

Repeated attacks of paresis of one or more ocular cranial nerves (commonly the IIIrd), with ipsilateral headache.

片側の頭痛を伴って 1 本以上の眼球脳神経(一般的には第 3 脳神経)の麻痺を有した再発性頭痛発作

Diagnostic criteria:

診断基準

A. At least two attacks fulfilling criterion B

A. B を満たす発作が 2 回以上ある

B. Unilateral headache accompanied by ipsilateral paresis of one, two or all three ocular motor nerves

B. 片側の頭痛に、頭痛と同側の第 3、第 4 または第 6 脳神経のうち 1 本以上の運動麻痺を伴う

C. Orbital, parasellar or posterior fossa lesion has been excluded by appropriate investigation

C 適切な検査により眼窩内、傍トルコ鞍、眼窩裂の病変を否定できる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

The old and inappropriate term ophthalmoplegic migraine was rejected because this syndrome is not migrainous but rather a recurrent painful neuropathy.

この症候群は片頭痛の類縁疾患というよりはむしろ再発性有痛性ニューロパチーであるため、これまで用いられてきたが不適切な呼称である眼筋麻痺性片頭痛は却下した

Recent data suggest that headache can develop up to 14 days prior to ocular motor paresis. Gadolinium enhancement or nerve thickening can be demonstrated using MRI. Treatment with corticosteroids is beneficial in some patients.

最近のデータから眼筋麻痺に最高 14 日間先行して頭痛が起きることが示されている。MRI では罹患脳神経でガドリニウム取り込みや神経肥大が認められることがある。コルチコステロイドを用いた治療が有効な患者がいる。

13.10 Burning mouth syndrome (BMS)

13.10 口腔内灼熱症候群

Previously used terms:

以前に使用された用語

Stomatodynia, or glossodynia when confined to the tongue.

口腔痛、または舌に局限している場合には舌痛

Description:

解説

An intraoral burning or dysaesthetic sensation, recurring daily for more than 2 hours per day over more than 3 months, without clinically evident causative lesions.

3 ヶ月を超えて、一日 2 時間を超えて再発を繰り返す、口腔内の灼熱感あるいは異常感覚で、臨床的に明らかな原因病変を認めないもの。

Diagnostic criteria:

診断基準

A.

Oral pain fulfilling criteria B and C

A. 基準 B および C を満たす口腔痛。

B.

Recurring daily for >2 hours per day for >3 months

B. 3 ヶ月を超えて、一日 2 時間を超えて繰り返す症状

C.

Pain has both of the following characteristics:

C. 痛みは次の特徴の両者を有する。

1.

burning quality

1. 灼熱感

2.

felt superficially in the oral mucosa

口腔粘膜の表層に感じる

D. Oral mucosa is of normal appearance and clinical examination including sensory testing is normal

D. 口腔粘膜は正常所見であり、感覚検査を含めた臨床的診察は正常である。

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

The pain of 13.10 Burning mouth syndrome (BMS) is usually bilateral and its intensity fluctuates. The most common site is the tip of the tongue. Subjective dryness of the mouth, dysaesthesia and altered taste may be present.

There is a high menopausal female prevalence, and some studies show comorbid psychosocial and psychiatric disorders. Recent laboratory and brain imaging investigations have indicated changes in central and peripheral nervous systems.

Whether secondary burning mouth syndrome attributed to a local (candidiasis, lichen planus, hyposalivation) or systemic disorder (medication induced, anaemia, deficiencies of vitamin B12 or folic acid, Sjögren's syndrome, diabetes) should be considered as an entity is a matter for debate. Current evidence does not justify inclusion even in the Appendix.

13.10 口腔内灼熱症候群の痛みは通常両側性であり、その程度は変動する。最も好発する部位は舌の先端である。自覚的な口腔内乾燥感、異常感覚、および味覚変化が存在することがある。

閉経後の女性に多く、心理的社会的疾患および精神的疾患の合併が多いという研究成果もある。

近年の検査所見と脳画像の発達により、中枢および末梢神経系の変化が示唆されている。

局所疾患(カンジダ症、扁平苔癬、唾液量減少)あるいは全身性疾患(薬剤誘発性、貧血、ビタミンB12 および葉酸欠乏、シェーグレン症候群、糖尿)による二次性の口腔内灼熱症候群を独立した疾患概念とするかどうかは議論が分かれている。現在のところ、付録に含めることでさえ正当化する知見はない。

13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP)

持続性特発性顔面痛

Previously used term:

以前に使用された用語

Atypical facial pain.

非定型顔面痛

Description:

解説

Persistent facial and/or oral pain, with varying presentations but recurring daily for more than 2 hours per day over more than 3 months, in the absence of clinical neurological deficit.

臨床的神経脱路症状を伴わないが、3ヶ月間以上、毎日2時間以上持続し、様々な症状を伴う顔面あるいは口腔の痛み

Diagnostic criteria:

解説

A. Facial and/or oral pain fulfilling criteria B and C

A 基準 B および C を満たす顔面あるいは口腔の痛み

B. Recurring daily for >2 hours per day for >3 months

B 1日2時間以上の痛みを毎日繰り返し、3ヶ月以上継続する

C. Pain has both of the following characteristics:

C 痛みは下記の両基準を満たす

1.

poorly localized, and not following the distribution of a peripheral nerve

1 局在が不明瞭で、末梢神経の支配に一致しない

2.

dull, aching or nagging quality

2 鈍い、うずくような、あるいは、しつこいと表現される性質

D. Clinical neurological examination is normal

D 臨床神経診察は正常である

E. A dental cause has been excluded by appropriate investigations

E 適切な検査によって歯による原因が否定される

F. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

F 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

A wide variety of words are used to describe the character of 13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP) but it is most often depicted as dull, nagging or aching. It can have sharp exacerbations, and is aggravated by stress. Pain may be described as either deep or superficial. With time, it may spread to a wider area of the craniocervical region.

13.11 持続性特発性顔面痛を表現する痛みの性質には様々な言葉が使われるが、最も頻繁に表現されるのが鈍い、しつこい、あるいは疼くである。鋭い発作であることもあり、ストレスによって増悪する。痛みは顔面の深部にあると表現されることも、表面にあると表現されることもある。経過と共に、痛みが頭頸部の広い領域に拡大することがある。

13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP) may be comorbid with other pain conditions such as chronic widespread pain and irritable bowel syndrome. In addition, it presents with high levels of psychiatric comorbidity and psychosocial disability.

13.11 持続性特発性顔面痛は、慢性広範痛症や過敏性腸症候群のような他の疼痛疾患の併発疾患であることもある。さらに、持続性特発性顔面痛には精神疾患や心理社会的問題の合併頻度が高い。

A continuum seems to exist from 13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP) induced by insignificant trauma to 13.1.2.3 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy caused obviously by significant insult to the peripheral nerves. 13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP) may originate from a minor operation or injury to the face, maxillae, teeth or gums but persist after healing of the initial noxious event and without any demonstrable local cause. However, psychophysical or neurophysiological tests may demonstrate sensory abnormalities.

些細な外傷によって生じた 13.11 持続性特発性顔面痛と末梢神経に対する傷害が明確な有痛性外傷後三叉神経ニューロパチーは一連の疾患群のように考えられる。13.11 持続性特発性顔面痛は顔面、上顎洞、歯、歯茎の小手術や外傷を契機に発症することもあるが、創傷治癒後にも痛みが遷延し、明らかな局所の原因を認めない。しかし、心理物理的検査や神経生理学的検査では感覚障害を示すこともある。

The term atypical odontalgia has been applied to a continuous pain in one or more teeth or in a tooth socket after extraction, in the absence of any usual dental cause. This is thought to be a subform of 13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP), although it is more localized, the mean age at onset is younger and genders are more balanced. Based on the history of trauma, atypical odontalgia may also be a subform of 13.1.2.3 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy. These subforms, if they exist, have not been sufficiently studied to propose diagnostic criteria.

非定型歯痛という用語は、1 本以上の歯あるいは抜歯後の歯槽の持続痛で、確認できる歯科的原因が存在しない場合に適用されている。非定型歯痛は 13.11 持続性特発性顔面痛の亜型と考えられているが、非定型歯痛は局在が明瞭で、発症年齢は比較的 low、性差が少ない。外傷の既往によって、非定型歯痛は 1.2.3 有痛性外傷後三叉神経ニューロパチーの亜型と考えられることがある。これらの亜型があるとしても、診断基準を決めるほど十分に検証されていない。

13.12 Central neuropathic pain

中枢性神経障害性疼痛

Description:

解説

Unilateral or bilateral craniocervical pain with variable presentation, with or without sensory changes, of central origin. Depending on the cause, it may be constant or remitting and relapsing.

片側性または両側性の頭頸部の痛みで、多彩な表現型を有し、中枢神経由来の感覚障害を伴うことも伴わないこともある。原因に応じて、症状は一定の場合もあるし寛解増悪することもある。

13.12.1 Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS)

13.12.1 多発性硬化症(MS)による中枢性神経障害性疼痛

Description:

解説

Unilateral or bilateral craniocervical pain with variable presentation, with or without sensory changes, attributed to a demyelinating lesion of the central ascending connections of the trigeminal nerve in a person with multiple sclerosis. It commonly remits and relapses.

多発性硬化症の罹患者における、片側性または両側性の頭頸部痛であり、多彩な表現型を有し、感覚障害を有する場合も有さない場合もある。三叉神経の中枢上行経路の脱髄性病変に伴う。通常寛解増悪する。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Facial and/or head pain fulfilling criterion C

B. Multiple sclerosis (MS) has been diagnosed, with MRI demonstration of a demyelinating lesion in the brain stem or ascending projections of the trigeminal nuclei

C. Pain has developed in temporal relation to the demyelinating lesion, or led to its discovery

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

A. 顔面及び・あるいは頭部の痛みであり、基準Cを満たす。

B. 多発性硬化症(MS)が診断されており、MRI上脳幹あるいは三叉神経上行路に脱髄病変を認める

C. 痛みは脱髄病変と時間的に関連して出現するか、またはその病変の発見につながる

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント

Non-painful sensory abnormalities (usually dysaesthesia but also hypoaesthesia, anaesthesia, hypoalgesia, paraesthesia, etc.) may coexist with pain in 13.12.1

Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS). Pain may be paroxysmal, as in 13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque, or continuous.

痛みの伴わない感覚障害(通常は異常感覚であるが、感覚低下、感覚脱失、痛覚低下、錯感覚なども含む)が、13.12.1 多発性硬化症(MS)による中枢性神経障害性疼痛の痛みと共存することがある。痛みは、13.1.2.4 多発性硬化症(MS)のプラークによる疼痛性三叉神経障害と同様、発作性のこともあるし、持続性のこともある。

13.12.2 Central post-stroke pain (CPSP)

13.12.2 中枢性脳卒中後疼痛

Description:

解説

Usually unilateral facial and/or head pain, with varying presentations involving parts or all of the cranio-cervical region and associated with impaired sensation, occurring within 6 months of and caused by stroke. It is not explicable by a lesion of the peripheral trigeminal or other cranial or cervical nerves.

通常は片側性の顔面または頭部の疼痛であり、多彩な臨床像を呈し、頭頸部の一部分または全体に及び、感覚障害を伴う。脳卒中によって発症6ヶ月以内に生じる。三叉神経や他の脳神経または頸部神経の末梢部位の病変では説明できない。

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Facial and/or head pain fulfilling criterion C

A. 顔面または頭部の疼痛であり、基準Cを満たす

B. Ischaemic or haemorrhagic stroke has occurred

B. 虚血性または出血性脳卒中の発症

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 次の両者により、因果関係が明らかである

1.

pain has developed within 6 months after the stroke

1. 脳卒中の6ヶ月以内に疼痛が発症する

2.

imaging (usually MRI) has demonstrated a vascular lesion in an appropriate site

1. 画像(通常MRI)により、適切な部位に血管障害の病変が示される

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

13.12.2 Central post-stroke pain (CPSP) is attributed to a lesion of the ascending projections of the trigeminal nuclei. Cervical spinothalamic pathways and cortical processing may also play a significant role. Therefore, symptoms may also involve the trunk and limbs of the affected side.

Craniocervical pain following a thalamic lesion is part of a hemisindrome. With lateral medullary lesions, hemifacial pain may occur in isolation but is more often accompanied by crossed hemidysaesthesia.

13.12.2 中枢性脳卒中後疼痛(CPSP)は三叉神経核の上行性投射の病変による。頸部脊髄視床路と中枢性の情報処理も重要な役割を果たしている可能性がある。従って、症状は障害側の体幹や上下肢も含むことがある。視床病変に伴う頭頸部痛は片側性症候群の一部である。延髄外側病変では、片側性顔面疼痛が単独で生じることもあるが、対側の片側性異常感覚を合併することの方が多い。

Bibliography

13.1.1 Classical trigeminal neuralgia

Benoliel R and Sharav Y. Trigeminal neuralgia with lacrimation or SUNCT syndrome? *Cephalalgia* 1998; 18: 85.90.

Benoliel R, Eliav E and Sharav Y. Self-reports of pain-related awakenings in persistent orofacial pain patients. *J Orofac Pain* 2009; 23: 330.338.

Bowsher D. Trigeminal neuralgia: A symptomatic study on 126 successive patients with and without previous intervention. *Pain Clinic* 2000; 12: 93.101.

Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, et al. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. *Eur J Neurol* 2008; 15: 1013.1028.

Drangsholt M and Truelove E. Trigeminal neuralgia mistaken as temporomandibular disorder. *J Evid Base Dent Pract* 2001; 1: 41.50.

Fromm GH, Graff-Radford SB, Terrence CF and Sweet WH. Pre-trigeminal neuralgia. *Neurology* 1990; 40: 1493.1495.

Katusic S, Beard CM, Bergstralh E and Kurland LT. Incidence and clinical features of trigeminal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945.1984. *Ann Neurol* 1990; 27: 89.95.

Obermann M, Yoon MS, Ese D, et al. Impaired trigeminal noci-ceptive processing in patients with trigeminal neuralgia. *Neurology* 2007; 69: 835.841.

Pareja JA, Cuadrado ML, Caminero AB, et al. Duration of attacks of first division trigeminal neuralgia. *Cephalalgia* 2005; 25: 305.308.

Rasmussen P. Facial pain. II. A prospective survey of 1052 patients with a view of: character of the attacks, onset, course, and character of pain. *Acta Neurochir (Wien)* 1990; 107: 121.128.

Rasmussen P. Facial pain. III. A prospective study of the localization of facial pain in 1052 patients. *Acta Neurochir (Wien)* 1991; 108: 53.63.

Rasmussen P. Facial pain. IV. A prospective study of 1052 patients with a view of: precipitating factors, associated symptoms, objective psychiatric and neurological symptoms. *Acta Neurochir (Wien)* 1991; 108: 100.109.

Tolle T, Dukes E and Sadosky A. Patient burden of trigeminal neuralgia: Results from a cross-sectional survey of health state impairment and treatment patterns in six European countries. *Pain Practice* 2006; 6: 153.160.

Zakrzewska JM. Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia. *Clin J Pain* 2002; 18: 14.21.

13.1.2.1 Painful trigeminal neuropathy attributed to acute Herpes zoster

Bowsher D. The management of postherpetic neuralgia. *Postgrad Med J* 1997; 73: 623.629.

Dworkin RH and Portenoy RK. Pain and its persistence in herpes zoster. *Pain* 1996; 67: 241.252.

Ragozzino MW, Melton LJ, Kerland LT, et al. Population-based study of Herpes Zoster and its sequelae. *Medicine* 1982; 61: 310.316.

13.1.2.2 Post-herpetic trigeminal neuropathy

Alvarez FK, de Siqueira SR, Okada M, et al. Evaluation of the sensation in patients with trigeminal post-herpetic neuralgia. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 347.350.

Lazaro C, Caseras X and Ban. os MD. Postherpetic neuralgia: A descriptive analysis of patients seen in pain clinics. *Reg Anesth Pain Med* 2003; 18: 315.320.

13.1.2.3 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy

Ardekian L and Dodson TB. Complications associated with the placement of dental implants. *Oral Maxillofac Surg Clin N Amer* 2003; 15: 243.249.

Benoliel R, Zadik Y, Eliav E and Sharav Y. Peripheral painful traumatic trigeminal neuropathy: Clinical features in 91 cases and proposal of novel diagnostic criteria. *J Orofac Pain* 2012; 26: 49.58.

Jaaskelainen S K, Teerijoki-Oksa T and Forssell H. Neurophysiologic and quantitative sensory testing in the diagnosis of trigeminal neuropathy and neuropathic pain. *Pain* 2005; 117: 349.357.

Polycarpou N, Ng YL, Canavan D, et al. Prevalence of persistent pain after endodontic treatment and factors affecting its occurrence in cases with complete radiographic healing. *Int Endod J* 2005; 38: 169.178.

Queral-Godoy E, Figueiredo R, Valmaseda-Castello. n E, et al. Frequency and evolution of lingual nerve lesions following lower third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 402.407.

Renton T, Adey-Viscuso D, Meechan JG and Yilmaz Z. Trigeminal nerve injuries in relation to the local anaesthesia in mandibular injections. *Br Dent J* 2010; 209: E15.

Renton T and Yilmaz Z. Profiling of patients presenting with posttraumatic neuropathy of the trigeminal nerve. *J Orofac Pain* 2011; 25: 333.344.

13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to multiple sclerosis (MS) plaque

Cruccu G, Biasiotta A, Di RS, et al. Trigeminal neuralgia and pain related to multiple sclerosis. *Pain* 2009; 143: 186.191.

Mueller D, Obermann M, Yoon MS, et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: A population-based study. *Cephalalgia* 2011; 31: 1542.1548.

O'Connor AB, Schwid SR, Herrmann DN, et al. Pain associated with multiple sclerosis: systematic review and proposed classification. *Pain* 2008; 137: 96.111.

13.1.2.5 Painful trigeminal neuropathy attributed to space-occupying lesion

Cheng TM, Cascino TL and Onofrio BM. Comprehensive study of diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia secondary to tumors. *Neurology* 1993; 43: 2298.2302.

13.2 Glossopharyngeal neuralgia

Kandan SR, Khan S, Jeyaretna DS, et al. Neuralgia of the glossopharyngeal and vagal nerves: Long-term outcome following surgical treatment and literature review. *Br J Neurosurg* 2010; 24: 441.446.

Katusic S, Williams DB, Beard CM, et al. Incidence and clinical features of glossopharyngeal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945.1984. *Neuroepidemiology* 1991; 10: 266.275.

Patel A, Kassam A, Horowitz M and Chang YF. Microvascular decompression in the management of glossopharyngeal neuralgia: Analysis of 217 cases. *Neurosurgery* 2002; 50: 705.710.

Rushton JG, Stevens JC and Miller RH. Glossopharyngeal (vagoglossopharyngeal) neuralgia: A study of 217 cases. *Arch Neurol* 1981; 38: 201.205.

13.3 Nervus intermedius (facial nerve) neuralgia

Alfieri A and Strauss C. Microvascular decompression may be an effective treatment for nervus intermedius neuralgia. *J Laryngol Otol* 2011; 125: 765.

Bruyn GW. Nervus intermedius neuralgia (Hunt). In: Rose FC (ed) *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4: 487.494.

Pulec JL. Geniculate neuralgia: Long-term results of surgical treatment. *Ear Nose Throat J* 2002; 81: 30.33.

Riederer F, Sandor PS, Linnebank M and Ettlin DA. Familial occipital and nervus intermedius neuralgia in a Swiss family. *J Headache Pain* 2010; 11: 335.338.

13.4 Occipital neuralgia

Bartsch T and Goadsby P. Anatomy and physiology of pain referral in primary and cervicogenic headache disorders. *Headache Curr* 2005; 2: 42.48.

Boes Ch. C2 myelitis presenting with neuralgiform occipital pain. *Neurology* 2005; 64: 1093.1094.

Bogduk N, et al. The anatomy and pathophysiology of neck pain. *Phys Med Rehabil Clin North Amer* 2005; 14: 455.472.

Ehni G and Benner B. Occipital neuralgia and the C1-C2 arthro-sis syndrome. *NEJM* 1984; 310: 127.

13.5 Optic neuritis

Du Y, Yang J, Li JJ, et al. Unilateral optic neuritis in a Chinese population in three centers. *J Clin Neurosci* 2011; 18: 902.904.

Fazzone HE, Lefton DR and Kupersmith MJ. Optic neuritis: Correlation of pain and magnetic resonance imaging. *Ophthalmology* 2003; 110: 1646.1649.

Optic Neuritis Study Group. The clinical profile of optic neuritis. Experience of the Optic Neuritis Treatment Trial. *Arch Ophthalmol* 1991; 109: 1673.1678.

13.6 Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy

Kennard C. Disorders of eye movements I. In Swash M and Oxbury J (eds). *Clinical neurology*. Edinburgh: Churchill Livingstone 1991: 446.447.

Waind APB. Ocular nerve palsy associated with severe headache. *BMJ* 1956; 2: 901.902.

Wilker S, Rucker J, Newman N, et al. Pain in ischemic ocular motor nerve palsies. *Br J Ophthalmol* 2009; 93: 1657.1659.

13.7 Tolosa-Hunt syndrome

Cakirer S. MRI findings in Tolosa-Hunt syndrome before and after systemic corticosteroid therapy. *Eur J Radiol* 2003; 45: 83.90.

Cohn DF, Carasso R and Streifler M. Painful ophthalmoplegia: The Tolosa-Hunt syndrome. *Eur Neurol* 1979; 18: 373.381.

de Arcaya AA, Cerezal L, Canga A, et al. Neuroimaging diagnosis of Tolosa-Hunt syndrome: MRI contribution. *Headache* 1999; 39: 321.325.

Goto Y, Goto I and Hosokawa S. Neurological and radiological studies in painful ophthalmoplegia: Tolosa-Hunt syndrome and orbital pseudotumour. *J Neurol* 1989; 236: 448.451.

La Mantia L, Curone M, Rapoport AM and Bussone G. Tolosa-Hunt syndrome: Critical

literature review based on IHS 2004 criteria. *Cephalalgia* 2006; 26: 772.781.

Odabasi Z, Gokcil Z, Atilla S, et al. The value of MRI in a case of Tolosa-Hunt syndrome. *Clin Neurol Neurosurg* 1997; 99: 151.

154.

Straube A, Bandmann O, Buttner U and Schmidt H. A contrast enhanced lesion of the III nerve on MR of a patient with ophthalmoplegic migraine as evidence for a Tolosa-Hunt syndrome. *Headache* 1993; 33: 446.448.

13.8 Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder's) syndrome

Shoja MM, Tubbs RS, Ghabili K, et al. Johan Georg Raeder and paratrigeminal sympathetic paresis. *Childs Nerv Syst* 2010; 26: 373.376.

Solomon S. Raeder syndrome. *Arch Neurol* 2001; 58: 661.662.

Goadsby PJ. Raeder's syndrome: Paratrigeminal paralysis of the oculopupillary sympathetic system. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2002; 72: 297.299.

13.9 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy

Bharucha DX, Campbell TB, Valencia I, et al. MRI findings in pediatric ophthalmoplegic migraine: A case report and literature review. *Pediatric Neurol* 2007; 37: 59.63.

Doran M and Larner AJ. MRI findings in ophthalmoplegic migraine: Nosological implications. *J Neurol* 2004; 251: 100.

101.

Gelfand AA, Gelfand JM, Prabakhar P and Goadsby PJ. Ophthalmoplegic "migraine" or recurrent ophthalmoplegic cranial neuropathy: New cases and a systematic review. *J Child Neurol* 2012; 27: 759.766.

Lance JW and Zagami AS. Ophthalmoplegic migraine: A recurrent demyelinating neuropathy? *Cephalalgia* 2001; 21: 84.89. Weiss AH and Phillips JO. Ophthalmoplegic migraine. *Pediatric*

Neurol 2004; 30: 64.66.

13.10 Burning mouth syndrome (BMS)

Bergdahl M and Bergdahl J. Burning mouth syndrome: Prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 350.354.

Eliav E, Kamran B, Schaham R, et al. Evidence of chorda tympani dysfunction in patients with burning mouth syndrome. *J Am Dent Assoc* 2007; 138: 628.633.

Forssell H, Jaaskelainen S, Tenovuo O and Hinkka S. Sensory dysfunction in burning mouth syndrome. *Pain* 2002; 99: 41.47.

Jaaskelainen SK, Forssell H and Tenovuo O. Abnormalities of the blink reflex in burning mouth syndrome. *Pain* 1997; 73: 455.460.

Lauria G, Majorana A, Borgna M, et al. Trigeminal small-fiber sensory neuropathy causes burning mouth syndrome. *Pain* 2005; 115: 332.337.

Patton LL, Siegel MA, Benoliel R and De Laat A. Management of burning mouth syndrome: Systematic review and management recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103 Suppl 39: 1.13.

Sardella A, Gualerzi A, Lodi G, et al. Morphological evaluation of tongue mucosa in burning mouth syndrome. *Arch Oral Biol* 2012; 57: 94.101.

Scala A, Checchi L, Montevocchi M, et al. Update on burning mouth syndrome: Overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 275.291.

Woda A and Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: Clinical features. *J Orofac Pain* 1999; 13: 172.184.

13.11 Persistent idiopathic facial pain (PIFP)

Aggarwal VR, McBeth J, Lunt M, et al. Development and validation of classification criteria for idiopathic orofacial pain for use in population-based studies. *J Orofac Pain* 2007; 21: 203.

215.

Aggarwal VR, McBeth J, Lunt M, et al. Epidemiology of chronic symptoms that are frequently unexplained: Do they share common associated factors? *Int J Epidemiol* 2006; 35: 468.476.

Forssell H, Tenovuo O, Silvoniemi P and Jaaskelainen SK. Differences and similarities between atypical facial pain and trigeminal neuropathic pain. *Neurology* 2007; 69: 1451.1459.

List T, Leijon G and Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia: A case-control study. *Pain* 2008; 139: 333.341.

Pfaffenrath V, Rath M, Pollmann W and Keeser W. Atypical facial pain . Application of the IHS criteria in a clinical sample. *Cephalalgia* 1993; 13 Suppl 12: 84.88.

Sardella A, Demarosi F, Barbieri C and Lodi G. An up-to-date view on persistent idiopathic facial pain. *Minerva Stomatol* 2009; 58: 289.299.

13.12 Central neuropathic pain

Abhinav K, Love S, Kalantzis G, et al. Clinicopathological review of patients with and without multiple sclerosis treated by partial sensory rhizotomy for medically refractory trigeminal neuralgia: A 12-year retrospective study. *Clin Neurol Neurosurg* 2012; 114: 361.365.

Cruccu G, Biasiotta A, Di Rezze S, et al. Trigeminal neuralgia and pain related to multiple sclerosis. *Pain* 2009; 143: 186.91.

Jensen TS, Rasmussen P and Reske-Nielsen E. Association of trigeminal neuralgia with multiple sclerosis: Clinical patholo-gical features. *Acta Neurol Scand* 1982; 65: 182.189.

Putzki N, Pfriem A, Limmroth V, et al. Prevalence of migraine, tension-type headache and trigeminal neuralgia in multiple sclerosis. *Eur J Neurol* 2009; 16: 262.267.

13.12.1 Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS)

Mills RJ, Young CA and Smith ET. Central trigeminal involve-ment in multiple sclerosis using high-resolution MRI at 3 T. *Br J Radiol* 2010; 83: 493.498.

Osterberg A, Boivie J and Thuomas KA. Central pain in multiple sclerosis . Prevalence and clinical characteristics. *Eur J Pain* 2005; 9: 531.542.

Osterberg A and Boivie J. Central pain in multiple sclerosis . Sensory abnormalities. *Eur J Pain* 2010; 14: 104.110.

13.12.2 Central post-stroke pain

Bowsher D, Leijon G and Thuomas KA. Central poststroke pain. Correlation of MRI with clinical pain characteristics and sen-sory abnormalities. *Neurology* 1998; 51: 1352.1358.

Fitzek S, Baumgartner U, Fitzek C, et al. Mechanisms and Predictors of chronic facial pain in lateral medullary infarction. *Ann Neurol* 2001; 49: 493.500.

Hong JH, Bai DS, Jeong JY, et al. Injury of the spino-thalamo-cortical pathway is necessary for central post-stroke pain. *Eur Neurol* 2010; 64: 163.168.

Kalita J, Kumar B, Misra UK and Pradhan PK. Central post stroke pain: Clinical, MRI, and SPECT correlation. *Pain Med* 2011; 12: 282.288.

Klit H, Finnerup NB and Jensen TS. Central post-stroke pain: Clinical characteristics, pathophysiology, and management. *Lancet Neurol* 2009; 8: 857.868.

MacGowan DJ, Janal MN, Clark WC, et al. Central poststroke pain and Wallenberg's lateral medullary infarction: frequency, character, and determinants in 63 patients. *Neurology* 1997; 49: 120.125.

Tuveson B, Leffler AS and Hansson P. Influence of heterotopic noxious conditioning stimulation on spontaneous pain and dynamic mechanical allodynia in central post-stroke pain patients. *Pain* 2009; 143: 84,91.

14. Other headache disorders

その他の頭痛性疾患

14.1 Headache not elsewhere classified

14.2 Headache unspecified

Introduction

In order to make this classification exhaustive there are, in appropriate cases, subcategories for conditions that fulfil all but one criterion for specific disorders. Still there may be headaches that cannot fit into any of the existing chapters because they are being described for the first time, or because there simply is not enough information available. This chapter is intended for these types or subtypes of headaches.

緒言

ICHD-3 で全ての頭痛を網羅するために、適切な症例が存在するが、診断基準の一つを満たさない疾患のためのサブカテゴリーを設ける。初めて記載された、あるいは単に十分な情報が揃っていないという理由で、現時点ではいずれの章にも分類しきれない頭痛がなおも存在する可能性がある。そのようなタイプまたはサブタイプの頭痛のために本章を設ける。

14.1 Headache not elsewhere classified

14.1 他に分類されない頭痛

Previously used term:

以前用いられた用語

Headache not classifiable.

分類不能の頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache with characteristic features suggesting that it is a unique diagnostic entity

B. Does not fulfil criteria for any of the headache disorders described above.

A. 独立した診断概念を示唆する特徴的な所見を有する頭痛

B. これまで記載された頭痛性疾患のどの診断基準にも当てはまらない

Comment:

コメント

Several new headache entities have been described in the time between the first edition of The International Classification of Headache Disorders and this third edition. It is anticipated that there are more entities still to be described. Such headaches, until classified, can be coded as 14.1 Headache not elsewhere classified.

国際頭痛分類第1版から3版が作成されるまでの間、いくつかの新たな頭痛の疾患概念が記載されている。これまで記載されていないさらに多くの疾患概念の存在が予想される。それらの頭痛は、新たに分類されるまでは、14.1 他に分類されない頭痛 として分類する。

14.2 Headache unspecified

詳細不明の頭痛

Previously used term:

以前に使用された用語

Headache not classifiable.

分類できない頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache is or has been present

A 頭痛があるか、またはあった

B. Not enough information is available to classify the headache at any level of this classification.

B 頭痛を本分類集のいずれかに分類するに足りる十分な情報がない

Comment:

コメント

It is also apparent that a diagnosis must be made in a large number of patients where

very little information is available, allowing only to state that they have head-ache but not which type of headache. Such patients are coded as 14.2 Headache unspecified. This code, however, must never be used as an excuse for not gathering detailed information about a headache when such information is available. It should be used only in situations where information cannot be obtained because the patient is dead, unable to communicate or unavailable.

情報がほとんどない患者は少なく、そのような患者にも診断名が必要なことは明らかである。その場合は頭痛のタイプを特定できなくとも、頭痛がある、または頭痛があったことのみを記述するだけでよい。そのような患者は 14.2 詳細不明の頭痛としてコード化する。しかし、頭痛の詳細情報が入手できる場合に、情報収集を怠ってこのコードを用いることは決してあってはならない。このコードを用いるのは、患者の死亡、意思疎通不能、または連絡不能といった理由で情報入手できない場合に限るべきである。

Appendix

付録

A1. Migraine

A1. 片頭痛 (A1. Migraine)

A2. Tension-type headache (alternative criteria)

A2. 緊張型頭痛

A3. Trigeminal-autonomic cephalalgias (TACs)

A3. 三叉神経・自律神経性頭痛

A4. Other primary headache disorders

A4. その他の一次性頭痛

A5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

A5. 頭頸部外傷による頭痛

A6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

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

A7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

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

A8. Headache attributed to a substance or its withdrawal

A8. 物質またはその離脱による頭痛 (A8. Headache attributed to a substance or its withdrawal)

A9. Headache attributed to infection

A9. 感染による頭痛 (A9. Headache attributed to infection)

A10. Headache attributed to disorder of homeostasis

A10. ホメオスターシスの障害による頭痛 (A10. Headache attributed to disorder of homeostasis)

A11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

A11. 頭蓋骨, 頸, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口あるいはその他の顔面・頭部の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛 (A11. Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures)

A12. Headache attributed to psychiatric disorder

A12. 精神疾患による頭痛

A1. Migraine

A1. 片頭痛 (A1. Migraine)

A1.1 Migraine without aura

A1.1 前兆のない片頭痛 (A1.1 Migraine without aura)

A1.1.1 Pure menstrual migraine without aura

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

A1.1.2 Menstrually related migraine without aura

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

A1.1.3 Non-menstrual migraine without aura

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

A1.2 Migraine with aura (alternative criteria)

A1.2. 前兆のある片頭痛(代替診断基準)

A1.2.1 Migraine with typical aura (alternative criteria)

A1.2.1 典型的な前兆のある片頭痛(代替診断基準)

A1.3 Chronic migraine (alternative criteria)

A1.3 慢性片頭痛(代替診断基準)

A1.3.1 Chronic migraine with pain-free periods

A1.3.1 寛解期のある慢性片頭痛

A1.3.2 Chronic migraine with continuous pain

A1.3.2 持続性疼痛を伴う慢性片頭痛

A1.4 Complications of migraine

A1.4.5 Migraine aura status

A1.4.5 片頭痛前兆重積状態 (Migraine aura status)

A1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

A1.6 片頭痛に関連するかもしれない発作症状

A1.6.4 Infantile colic

A1.6.4 乳児疝痛

A1.6.5 Alternating hemiplegia of childhood

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

A1.6.6 Vestibular migraine

A1.6.6 前庭性片頭痛

A2. Tension-type headache (alternative criteria)

A2. 緊張型頭痛 (A2. Tension-type headache)

A3. Trigeminal-autonomic cephalalgias (TACs)

A3. 三叉神経・自律神経性頭痛

A3.6 Undifferentiated trigeminal autonomic cephalalgia

A3.6 鑑別不能型三叉神経・自律神経性頭痛

A4. Other primary headache disorders

A4. その他の一次性頭痛

A4.11 Epicrania fugax

A4.11 一過性表在頭痛

A5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

A5. 頭頸部外傷による頭痛

A5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

A5.1 頭部外傷による急性頭痛

A5.1.1.1 Delayed-onset acute headache attributed to moderate or severe 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延性急性頭痛

A5.1.2.1 Delayed-onset acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

A5.1.2.1 軽度頭部外傷による遅延性急性頭痛

A5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

A5.2 頭部外傷による持続性頭痛

A5.2.1.1 Delayed-onset persistent headache attributed to moderate or severe 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延性持続性頭痛

A5.2.2.1 Delayed-onset persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

A5.2.2.1 軽症頭部外傷による遅延性持続性頭痛

A5.7 Headache attributed to radiosurgery of the brain

A5.7 脳の放射線外科術後頭痛

A5.8 Acute headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck

A5.8 その他の頭頸部外傷による急性頭痛

A5.9 Persistent 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

A6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

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

disorder)

A6.10 Persistent headache attributed to past cranial or cervical vascular disorder

A6.10 既往の頭頸部血管障害による持続性頭痛

A7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

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

A7.6 Headache attributed to epileptic seizure

A7.6 てんかん発作による頭痛

A7.6.3 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache

A7.6.3 電気痙攣療法(ECT)後頭痛 (Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache)

A7.9 Persistent headache attributed to past non-vascular intracranial disorder

A7.9 非血管性頭蓋内疾患の既往による持続性頭痛

A8. Headache attributed to a substance or its withdrawal

A8. 物質またはその離脱による頭痛

A8.4 Persistent headache attributed to past use of or exposure to a substance

A8.4 物質の過去の使用または曝露による持続性頭痛

A9. Headache attributed to infection

A9. 感染による頭痛 (A9. Headache attributed to infection)

A9.1 Headache attributed to intracranial infection

A9.1 頭蓋内感染による頭痛

A9.1.3.3 Persistent headache attributed to past intracranial fungal or other parasitic infection

A9.1.3.3 過去の頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による持続性頭痛

A9.1.6 Headache attributed to other infective space-occupying lesion

A9.1.6 その他の感染性占拠性病変による頭痛

A9.3 Headache attributed to human immunodeficiency virus (HIV) infection

A9.3 HIV ウイルス感染による頭痛

A10. Headache attributed to disorder of homeostasis

A10. ホメオスターシスの障害による頭痛 (A10. Headache attributed to disorder of homeostasis)

A10.7 Head and/or neck pain attributed to orthostatic (postural) hypotension

A10.7 起立性低血圧による頭部または頸部痛

A10.8 Headache attributed to other disorder of homeostasis

A10.8 その他のホメオスターシスの障害による頭痛

A10.8.1 Headache attributed to travel in space

A10.8.1 宇宙飛行による頭痛

A10.8.2 Headache attributed to other metabolic or systemic disorder

A10.8.2 その他の代謝性または全身性疾患による頭痛

A10.9 Persistent headache attributed to past disorder of homoeostasis

A10.9 既往のホメオスターシス障害による持続性頭痛

A11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

A11. 頭蓋骨, 頸, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口あるいはその他の顔面・頭部の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛

A11.2 Headache attributed to disorder of the neck

A11.2 頸部疾患による頭痛

A11.2.4 Headache attributed to upper cervical radiculopathy

A11.2.4 上位頸椎神経根症による頭痛

A11.2.5 Headache attributed to cervical myofascial pain

A11.2.5 頸部筋筋膜痛による頭痛

A11.5 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

A11.5 鼻腔または副鼻腔疾患による頭痛

A11.5.3 Headache attributed to disorder of the nasal mucosa, turbinates or septum

A11.5.3 鼻粘膜, 鼻中隔または鼻甲介の疾患による頭痛

A12. Headache attributed to psychiatric disorder

A12. 精神疾患による頭痛

A12.3 Headache attributed to depressive disorder

A12.3 うつ病による頭痛

A12.4 Headache attributed to separation anxiety disorder

A12.4 分離不安障害による頭痛

A12.5 Headache attributed to panic disorder

A12.5 パニック障害による頭痛 (Headache attributed to panic disorder)

A12.6 Headache attributed to specific phobia

A12.6 特定の個別的恐怖症による頭痛

A12.7 Headache attributed to social anxiety disorder (social phobia)

A12.7 社会的不安障害(社会恐怖症)による頭痛

A12.8 Headache attributed to generalized anxiety disorder

A12.8 全般性不安障害による頭痛

A12.9 Headache attributed to post-traumatic stress disorder

A12.9 心的外傷後ストレス障害による頭痛 (A12.9 Headache attributed to post-traumatic stress disorder)

A12.10 Headache attributed to acute stress disorder

A12.10 急性ストレス障害による頭痛

Introduction

緒言

An Appendix was first added to the second edition of The International Classification of Headache Disorders (ICHD-II). It had several purposes, which are retained in ICHD-3 beta. The primary purpose of the Appendix is to present research criteria for a number of novel entities that have not been sufficiently validated by research conducted so far. The experience of the experts in the Classification Committee, and publications of variable quality, suggest that there are still a number of diagnostic entities that are believed to be real but for which better scientific evidence must be presented before they can be formally accepted.

付録の主な目的は、十分な妥当性が調査研究で確認されていない多くの新たな病態について、研究基準を提示することである。頭痛分類委員会(Headache Classification Subcommittee)専門家の経験およびさまざまな文献によれば、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、正式承認に到るまでには、さらなる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。

Therefore, as happened between ICHD-II and ICHD-3 beta, it is anticipated that some disorders now in the Appendix will move into the main body of the classification at the next revision.

今回 ICHD-2 から ICHD-3 beta に改訂されたのと同様に、現在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分類の本体へ組み込まれることが予想される。

In a few places the Appendix presents alternative sets of diagnostic criteria to those in the main body of the classification.

付録の数箇所では分類本体の診断基準に対する代替診断基準を示した

This is again because clinical experience and a certain amount of published evidence suggest that the alternative criteria may be preferable, but the committee does not yet feel that the evidence is sufficient to change the main classification.

これは前述のように臨床経験およびある一定量の文献的エビデンスにより有用な提案である可能性が示唆されるものの、分類委員会は分類本体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。

Finally, the Appendix is used as a first step in eliminating disorders historically included as diagnostic entities in previous editions of ICHD, but for which sufficient evidence has still not been published.

付録はまた、第 2 版に含まれていた診断名のうち、十分なエビデンスが公表されていない伝統的に掲載されていた疾患を除外する第一段階として付録を用いる。

A1. Migraine

A1. 片頭痛

A1.1 Migraine without aura

A1.1 前兆のない片頭痛

A1.1.1 Pure menstrual migraine without aura

A1.1.1 前兆のない純粋月経時片頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Attacks, in a menstruating woman,¹ fulfilling criteria for 1.1 Migraine without aura and criterion B below

A. 月経のある女性にみられる片頭痛発作で、1.1「前兆のない片頭痛」と下記 B を満たす

B. Documented and prospectively recorded evidence over at least three consecutive cycles has confirmed that attacks occur exclusively on day 1 +2 (i.e. days -2 to +3)² of menstruation¹ in at least two out of three menstrual cycles and at no other times of the cycle.

B. プロスペクティブに記録された少なくとも連続 3 周期のうち発作が月経(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)にのみに生じ、月経周期 3 回中 2 回以上で認め、月経周期中のその他の時期には発作を認めない

Notes:

注:

1. For the purposes of ICHD-3 beta, menstruation is considered to be endometrial bleeding resulting from either the normal menstrual cycle or from the withdrawal of exogenous progestogens, as in the use of combined oral contraceptives or cyclical hormone replacement therapy.

1. 本分類の目的上、正常月経周期、または混合ホルモン経口避妊薬および周期的ホルモン補充

療法の場合のように外因性プロゲステゲン使用中止によって生じる子宮内膜出血を月経とする。

2. The first day of menstruation is day 1 and the preceding day is day -1; there is no day 0.

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。

A1.1.2 Menstrually related migraine without aura

A1.1.2 前兆のない月経関連片頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Attacks, in a menstruating woman,¹ fulfilling criteria for 1.1 Migraine without aura and criterion B below

A. 月経のある女性にみられる片頭痛発作で、1.1「前兆のない片頭痛」と下記 B を満たす。

B. Documented and prospectively recorded evidence over at least three consecutive cycles has confirmed that attacks occur on day 1 \pm 2 (i.e. days -2 to +3) 2 of menstruation¹ in at least two out of three menstrual cycles, and additionally at other times of the cycle.

B. プロスペクティブに記録された少なくとも連続 3 周期のうち発作が月経(注 1)開始日(Day 1) \pm 2 日(すなわち月経開始 2 日前から 3 日目まで)(注 2)に生じていることが、月経周期 3 回中 2 回以上で認め、月経周期中のその他の時期にも発作を認める

Notes:

注: (和訳では 1, 2 の順番を転置)

1. For the purposes of ICHD-3 beta, menstruation is considered to be endometrial bleeding resulting from either the normal menstrual cycle or from the withdrawal of exogenous progestogens, as in the use of combined oral contraceptives or cyclical hormone replacement therapy.

1. 本分類の目的上、正常月経周期、または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のように外因性プロゲステゲン使用中止によって生じる子宮内膜出血を月経とする。

2. The first day of menstruation is day 1 and the pre-ceeding day is day .1; there is no day 0.

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。

A1.1.3 Non-menstrual migraine without aura

A1.1.3 前兆のない非月経時片頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Attacks, in a menstruating woman,¹ fulfilling criteria for 1.1 Migraine without aura and criterion B below

A. 月経のある女性にみられる片頭痛発作で, 1.1「前兆のない片頭痛」と下記 B の基準を満たす。

B. Attacks do not fulfill criterion B for A1.1.1 Pure menstrual migraine without aura or A1.1.2 Menstrually related migraine without aura.

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基準 B を満たさない

Note:

注:

1. For the purposes of ICHD-3 beta, menstruation is considered to be endometrial bleeding resulting from either the normal menstrual cycle or from the withdrawal of exogenous progestogens, as in the use of combined oral contraceptives or cyclical hormone replacement therapy.

本分類の目的上, 正常月経周期, または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のように外因性プロゲステゲン使用中止によって生じる子宮内膜出血を月経とする。

Comments:

コメント:

This subclassification of 1.1 Migraine without aura is clearly applicable only to menstruating women as defined above.

本項は 1.1「前兆のない片頭痛」のサブクラスであり, 月経中の女性にのみ該当する。

The importance of distinguishing between A1.1.1 Pure menstrual migraine without aura and A1.1.2 Menstrually related migraine without aura is that hormone prophylaxis is more likely to be effective for the former.

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方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。

Documented prospectively recorded evidence, kept for a minimum of three cycles, is

necessary to confirm the diagnosis because many women over-report an association between attacks and menstruation.

多くの女性が片頭痛発作と月経との関連を過大報告するため、診断を確認するためには、エビデンスとして最低 3 周期継続してプロスペクティブに記録をとった資料が必要である。

Menstrual attacks are mostly migraine without aura.

月経時片頭痛発作は大半が前兆のない片頭痛である。

In women who have both 1.1 Migraine without aura and 1.2 Migraine with aura, the latter does not appear to be associated with menstruation.

The mechanism(s) of migraine may be different with endometrial bleeding resulting from the normal menstrual cycle and bleeding as a result of the withdrawal of exogenous progestogens (as occurs with combined oral contraception and cyclical hormone replacement therapy).

片頭痛の機序は、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。

For example, the endogenous menstrual cycle results from complex hormonal changes in the hypothalamic-pituitary-ovarian axis resulting in ovulation, which is suppressed by use of combined oral contraceptives.

例えば、内因性月経周期は、排卵を起こす視床下部・下垂体・卵巣系の複雑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。

Therefore research should separate these subpopulations. Management strategies may also differ for these distinct subpopulations.

それゆえ研究を行うにあたっては、これらのサブポピュレーションを分けて考える必要がある。両集団では治療法も異なる可能性がある。

There is some evidence that menstrual migraine attacks, at least in some women, result from oestrogen withdrawal, although other hormonal and biochemical changes at this

time of the cycle may also be relevant.

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証拠が、少なくとも一部の女性で見られる。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。

When pure menstrual migraine or menstrually related migraine is considered to be associated with exogenous oestrogen withdrawal, both codes A1.1.1 Pure menstrual migraine without aura or A1.1.2 Menstrually related migraine without aura and 8.3.3 Oestrogen-withdrawal headache should be used.

純粋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離脱と関連していると考えられる場合、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」と 8.3.3 「エストロゲン離脱頭痛」の両方にコード化すべきである。

The menstrual relation may change over a woman's reproductive lifetime.

月経関連症状は生殖可能期間の間は変動する可能性がある。

A1.2 Migraine with aura (alternative criteria)

A1.2 前兆のある片頭痛(代替診断基準)

Alternative diagnostic criteria:

代替診断基準

A. At least two attacks fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす発作が少なくとも 2 回ある

B. One or more of the following fully reversible aura symptoms:

B. 以下の完全可逆性前兆症状が1つ以上ある

1. visual

1. 視覚症状

2. sensory

2. 感覚症状

3. speech and/or language

3. 言語症状

4. motor

4. 運動症状

5. brainstem

5. 脳幹症状

6. retinal

6. 網膜症状

C. At least three of the following six characteristics:

C 以下の 6 つの特徴のうち少なくとも 3 項目を満たす

1. at least one aura symptom spreads gradually over > 5 minutes

1. 少なくとも 1 つの前兆は 5 分以上かけて徐々に進展する

2. two or more aura symptoms occur in succession

2. 2 つ以上の前兆が引き続き進展する

3. each individual aura symptom lasts 50 min¹

3. 各々の前兆症状は 5～60 分間持続する (注 1)

4. at least one aura symptom is unilateral²

4. 少なくとも 1 つの前兆は片側性である (注 2)

5. at least one aura symptom is positive³

5. 少なくとも 1 つの前兆は陽性症状である (注 3)

6. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache

6. 前兆に伴って、あるいは前兆出現後 60 分以内に頭痛が生じる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Notes:

注;

1. When, for example, three symptoms occur during an aura, the acceptable maximal duration is 3 X 60 minutes. Motor symptoms may last up to 72 hours.

1. 例えば、1 回の前兆の間に 3 つの症状が出現する場合には、前兆の許容最長持続時間は 3x60 分間である。運動症状は最長 72 時間持続する場合もある。

2. Aphasia is always regarded as a unilateral symptom; dysarthria may or may not be.

2. 失語は常に片側性の症状とみなされるが、構音障害の場合は片側性の場合もそうでない場合もありうる。

3. Scintillations and pins and needles are positive symptoms of aura.

3. 閃輝暗点、チクチク感などの感覚異常の前兆は陽性症状とする

A1.2.1 Migraine with typical aura (alternative criteria)

A1.2.1 典型的前兆を伴う片頭痛(代替基準)

Alternative diagnostic criteria:

代替診断基準

A. At least two attacks fulfilling criteria B and C

A. B および C を満たす発作が 2 回以上ある

B. Aura consisting of visual, sensory and or speech/ language symptoms, each fully reversible, but no motor, brainstem or retinal symptoms

B. 運動性, 脳幹性, 網膜性前兆ではなく完全可逆性の視覚性, 感覚性, 言語性前兆を伴う

C. At least three of the following six characteristics:

C. 以下の 6 つの特徴のうち少なくとも 3 項目を満たす

1. at least one aura symptom spreads gradually over <5 minutes

1. 少なくとも 1 つの前兆症状は 5 分以上かけて徐々に広がる

2. two or more aura symptoms occur in succession

2. 2 つ以上の前兆症状が引き続いて起こる

3. each individual aura symptom lasts 5-60 minutes¹

3. それぞれの前兆症状は 5~60 分継続する (注 1)

4. at least one aura symptom is unilateral²

4. 少なくとも 1 つの前兆は片側性である (注 2)

5. at least one aura symptom is positive³

5. 少なくとも 1 つの前兆症状は陽性症状である (注 3)

6. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache

6. 前兆の出現中もしくは前兆後 60 分以内に頭痛が生じる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Notes:

注:

1. When for example three symptoms occur during an aura, the acceptable maximal duration is 3.60 minutes.

1. 例えば, 1 回の前兆の間に 3 つの症状が出現する場合には, 前兆の許容最長持続時間は 3x60 分間である。運動症状は最長 72 時間持続する場合もある。

2. Aphasia is always regarded as a unilateral symptom; dysarthria may or may not be.

2. 失語は常に片側性の症状とみなされるが, 構音障害の場合は片側性の場合もそうでない場合

もありうる。

3. Scintillations and pins and needles are positive symptoms of aura.

3. 閃輝暗点, チクチク感などの感覚異常の前兆は陽性症状とする

A1.3 Chronic migraine (alternative criteria)

A1.3 慢性片頭痛 (代替基準)

Alternative diagnostic criteria:

代替診断基準

A. Headache (tension-type-like and/or migraine-like) on .15 days per month for >3 months and fulfilling criteria B and C

A. BとCを満たす頭痛が月に15日以上の頻度で3ヵ月を超えて続く。頭痛の性状は緊張型頭痛様のこともあれば、片頭痛様のこともある。

B. Occurring in a patient who has had at least five attacks fulfilling criteria B.D for 1.1 Migraine without aura and/or criteria B and C for 1.2 Migraine with aura

B. 1.1「前兆のない片頭痛」のB-Dまたは1.2「前兆を伴う片頭痛」のBとCを満たす発作が、合わせて5回以上あった

C. On >8 days per month for >3 months fulfilling any of the following:

C. 月8日以上頻度で3ヶ月を超えて、以下のいずれかを満たす

1. criteria C and D for 1.1 Migraine without aura

1. 1.1「前兆のない片頭痛」のCとDを満たす

2. criteria B and C for 1.2 Migraine with aura

2. 1.2「前兆を伴う片頭痛」のBとCを満たす

3. criteria A and B for 1.5 Probable migraine

3. 1.5「片頭痛の疑い」のAとBを満たす

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適なICHD-3の診断がない

A1.3.1 Chronic migraine with pain-free periods

A1.3.1 無痛期のある慢性片頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 1.3 Chronic migraine and criterion B below

A. 1.3「慢性片頭痛」の診断基準を満たし下記の基準Bを満たす

B. Interrupted by pain-free periods of >3 hours on .5 days per month which are not attributed to drug treatment.

B. 薬物治療によらない 3 時間をこえる無痛期が少なくとも月に 5 日以上存在する

A1.3.2 Chronic migraine with continuous pain

A1.3 持続性疼痛を伴う慢性片頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Headache fulfilling criteria for 1.3 Chronic migraine and criterion B below

A. 1.3「慢性片頭痛」の診断基準を満たし下記の基準 B を満たす

B. Not interrupted by pain-free periods of >3 hours on ≥ 5 days per month unless these are attributed to drug treatment.

B. 薬物治療をしているに関わらず, 3 時間をこえる無痛期が少なくとも月に 5 日以上存在することがない

A1.4 Complications of migraine

A1.4 片頭痛の合併症

A1.4.5 Migraine aura status

A1.4.5 片頭痛前兆重積状態

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Migraine fulfilling criteria for 1.2 Migraine with aura or one of its subtypes A. 1.2

「前兆のある片頭痛」またはそのサブタイプの1つの前兆基準を満たす片頭痛前兆

B. At least two auras occur per day for ≥ 3 days.

B. 1 日に 2 回以上, 連続 3 日以上前兆を認める

Comment:

コメント:

Other neurological disorders including reversible cerebral vasoconstriction syndrome, posterior reversible encephalopathy syndrome and arterial dissection should be excluded by appropriate investigation.

適切な検査により可逆性脳血管攣縮症候群や後部可逆性脳症症候群, 動脈解離を含む他の神経疾患を除外する必要がある。

A1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

A1.6 片頭痛に関連するかもしれない発作症状

A1.6.4 Infantile colic

A1.6.4 乳児疝痛

Description:

解説

Excessive, frequent crying in a baby who appears to be otherwise healthy and well fed.

栄養状態も良好で健康な乳児が頻繁に泣くような状態の時に本症を疑う

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Recurrent episodes of irritability, fussing or crying from birth to 4 months of age, fulfilling criterion B

A. 出生から 4 ヶ月までの乳児が頻繁に泣きぐずるような反復発作症状があり, かつ基準 B を満たす。

B. Both of the following:

B. 下記の両方

1. episodes last for .3 hours per day

1. 少なくとも1日に 3 時間以上反復発作症状が持続する

2. episodes occur on .3 days per week for .3 weeks

2. 週あたり 3 日以上で, 3 週間以上この反復発作症状を認める

C. Not attributed to another disorder.

C. 他の疾患によらない

Comments:

コメント:

Infantile colic affects one baby in five, but failure to thrive needs to be excluded.

Infants with colic have a higher likelihood of developing 1.1 Migraine without aura or 1.2 Migraine with aura later in life. Mothers with 1. Migraine have been found to be 2.5 times more likely to have infants with colic than mothers without. For fathers with 1. Migraine, the likelihood of an infant with colic was increased two-fold.

乳児疝痛は栄養障害を除外する必要があるが, 5 人に 1 人の乳児にみとめられる。将来的に 1.1

「前兆のない片頭痛」や 1.2「前兆を伴う片頭痛」を発症するリスクが高い。片頭痛の母から生まれた乳児は片頭痛の無い母から生まれた乳児よりも乳児疝痛を持つ確率が2.5倍高い。片頭痛の父親をもつ乳児においても、片頭痛ではない父親をもつ乳児より本症を呈する確率が2倍高い。

A1.6.5 Alternating hemiplegia of childhood

A1.6.5 小児交互性片麻痺

Description:

解説:

Infantile attacks of hemiplegia involving each side alternately, associated with a progressive encephalopathy, other paroxysmal phenomena and mental impairment.

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によるもの。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent attacks of hemiplegia alternating between the two sides of the body and fulfilling criteria B and C

A. 片麻痺の再発性発作が、体の左右いずれかの側に交代性にみられる

B. Onset before the age of 18 months

B. 生後18ヵ月までに発症

C. At least one other paroxysmal phenomenon is associated with the bouts of hemiplegia or occurs independently, such as tonic spells, dystonic posturing, choreoathetoid movements, nystagmus or other ocular motor abnormalities and/or autonomic disturbances

C. 片麻痺発作と関連して、あるいは独立して、緊張性発作、ジストニー姿勢、舞踏病アテトーゼ様運動、眼振、その他の眼球運動異常、自律神経障害などのその他の発作性現象が少なくとも1つ起こる

D. Evidence of mental and/or neurological deficit(s)

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

E. Not attributed to another disorder.

E. その他の疾患によらない

Comment:

コメント;

This is a heterogeneous neurodegenerative disorder. A relationship with migraine is suggested on clinical grounds. The possibility that it is an unusual form of epilepsy cannot be ruled out. Mutations in the *ATP1A3* gene (encoding the sodium-potassium [Na/K] ATPase $\alpha 3$ subunit) are likely to be responsible for at least 70% of cases.

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稀な型である可能性も否定できない。*ATP1A3* 遺伝子 (Na-K ATPase $\alpha 3$ サブユニットをコードする)の変異が本症の 70%以上に認められる。

A1.6.6 Vestibular migraine

A1.6.6 前庭性片頭痛

Previously used terms:

以前は

Migraine-associated vertigo/dizziness;

片頭痛関連めまい

migraine-related vestibulopathy

片頭痛関連前庭障害

; migrainous vertigo.

片頭痛性めまい

という用語が用いられていた。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. At least five episodes fulfilling criteria C and D

A. C と D を満たす反復発作症状が 5 回以上ある

B. A current or past history of 1.1 Migraine without aura or 1.2 Migraine with aura¹

B. 過去または現在において 1.1「前兆のない片頭痛」または 1.2「前兆を伴う片頭痛」の確かな病歴がある (注 1)

C. Vestibular symptoms² of moderate or severe intensity,³ lasting between 5 minutes and 72 hours⁴

C. 5 分から 72 時間の間で持続する中等度または重度の前庭症状がある

D. At least 50% of episodes are associated with at least one of the following three migrainous features⁵:

D. 50%以上の反復発作症状が, 以下の 3 つの片頭痛症状のうち少なくとも 1 つに付随しておこる

1. headache with at least two of the following four characteristics:

1. 以下の 4 つの特徴のうち少なくとも 2 項目を伴う

a) unilateral location

a) 片側性

b) pulsating quality

b) 拍動性

c) moderate or severe intensity

c) 中等度または重度

d) aggravation by routine physical activity

d) 日常的な動作により頭痛が増悪する

2. photophobia and phonophobia⁶

2. 光過敏と音過敏

3. visual aura⁷

3..視覚性前兆

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis or by another vestibular disorder⁸.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく, 他の前庭疾患によらない

Notes:

注

1. Code also for the underlying migraine diagnosis.

1. 基礎疾患としての片頭痛もコード化すること

2. Vestibular symptoms, as defined by the Bárány Society's Classification of Vestibular Symptoms and qualifying for a diagnosis of A1.6.6 Vestibular migraine, include:

2. A1.6.6「前庭性片頭痛」の前庭症状は Bárány 平衡医学会による前庭疾患国際分類に準拠した下記のものを含む

a) spontaneous vertigo:

a) 自発性めまい

(i) internal vertigo (a false sensation of self-motion);

(i) 内側性めまい(自分自身が動いているように感じる)

- (ii) external vertigo (a false sensation that the visual surround is spinning or flowing);
 - (ii) 外側性めまい(周囲が回ったり揺れたりしているように感じる)
 - b) positional vertigo, occurring after a change of head position;
 - b) 頭位変換後に起こる頭位性めまい
 - c) visually induced vertigo, triggered by a complex or large moving visual stimulus;
 - C) 複雑で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) head motion-induced vertigo, occurring during head motion;
 - d) 頭位変換時に起こる頭位変換性めまい
 - e) head motion-induced dizziness with nausea (dizziness is characterized by a sensation of disturbed spatial orientation; other forms of dizziness are currently not included in the classification of vestibular migraine).
 - e) 悪心を伴う頭位変換性のめまい感(空間認知の障害によるめまい感であり, その他のめまい感 は前庭性片頭痛には含まない)
3. Vestibular symptoms are rated moderate when they interfere with but do not prevent daily activities and severe when daily activities cannot be continued.
3. 前庭症状は中程度で日常生活に多少の支障はあるが, 日常生活が妨げられるほど重度なものではない
4. Duration of episodes is highly variable. About 30% of patients have episodes lasting minutes, 30% have attacks for hours and another 30% have attacks over several days.
4. 発作持続期間は極めて多様である。患者の約 30%は数分程度, 30%は数時間, 30% は数日に及ぶ。

The remaining 10% have attacks lasting seconds only, which tend to occur repeatedly during head motion, visual stimulation or after changes of head position.

残りの 10%は頭位変換後や視覚刺激時, 頭位変換中の数秒程度のものを繰り返し経験している。

In these patients, episode duration is defined as the total period during which short attacks recur.

これらの患者では, 短期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。

At the other end of the spectrum, there are patients who may take 4 weeks to recover fully from an episode. However, the core episode rarely exceeds 72 hours.

別に完全回復するまで 4 週かかると記載されているが, 各発作症状が 72 時間を超えることはな

い。

5. One symptom is sufficient during a single episode. Different symptoms may occur during different episodes. Associated symptoms may occur before, during or after the vestibular symptoms.

5. 1つの発作に1つの前庭症状を伴うが、前庭症状はいつも同じではなく、違う前庭症状が別の発作時に起こることがある。関連症状は前庭症状が起こる前、発作中、起こった後のいずれでも起きる。

6. Phonophobia is defined as sound-induced discomfort.

6. 音過敏は音に対する不快感として認識される。

It is a transient and bilateral phenomenon that must be differentiated from recruitment, which is often unilateral and persistent.

通常一過性で両側性であり、片側性で持続性のことが多い聴覚補充現象とは区別しなければならない。Recruitment leads to an enhanced perception and often distortion of loud sounds in an ear with decreased hearing. 聴覚補充現象では、聴覚障害のある耳で一定以上の大きさを超えた音を聞くと、激しく響き不快に感じる。

7. Visual auras are characterized by bright scintillating lights or zigzag lines, often with a scotoma that interferes with reading.

7. 視覚性前兆は閃光やジグザク線として現れ、しばしば暗点を伴い視覚に影響を及ぼす。

Visual auras typically expand over 5~20 minutes and last for less than 60 minutes.

視覚性前兆は5~20分かかけて広がるのが典型的であり、60分以内に消失する。

They are often, but not always restricted to one hemifield.

片側視野に起こることが多いが、必ずしも片側のみとは限らない。

Other types of migraine aura, for example somatosensory or dysphasic aura, are not included as diagnostic criteria because their phenomenology is less specific and most patients also have visual auras.

例えば感覚性前兆や失語性前兆などの他の片頭痛前兆は本症に特異的ではなく、視覚性前兆を伴うものがほとんどであるので、診断基準には含まない。

8. History and physical examinations do not suggest another vestibular disorder or such

a disorder has been considered but ruled out by appropriate investigations or such a disorder is present as a comorbid or independent condition, but episodes can be clearly differentiated.

8. 病歴や身体診察で他の前庭疾患が疑われないこと, 適切な検査で他の前庭疾患が鑑別されていること, あるいは前庭疾患を併存または別個に有していても, 発作の原因がそれによらないことが鑑別されていること

Migraine attacks may be induced by vestibular stimulation.

片頭痛発作が前庭症候により誘発されることがある。

Therefore, the differential diagnosis should include other vestibular disorders complicated by superimposed migraine attacks.

そのため, 片頭痛発作を伴う他の前庭疾患も含まれることになる。

Comments:

コメント

Other symptoms

他の症候

Transient auditory symptoms, nausea, vomiting, prostration and susceptibility to motion sickness may be associated with A1.6.6 Vestibular migraine. However, as they also occur with various other vestibular disorders, they are not included as diagnostic criteria.

一過性の聴覚症状, 悪心, 嘔吐, 臥床および動作による不快感などは A1.6.6「前庭性片頭痛」に関連して発症することがあるが, 他の様々な前庭疾患でもみられるので, 診断基準には含めない

Relation to migraine aura and migraine with brainstem aura

片頭痛前兆および脳幹前兆を伴う片頭痛との関連

Both migraine aura and migraine with brainstem aura (formerly: basilar-type migraine) are terms defined by ICHD-3 beta.

片頭痛前兆および脳幹前兆を伴う片頭痛(脳底型片頭痛と以前は呼称)がこの国際分類で記載されている。

Only a minority of patients with A1.6.6 Vestibular migraine experience their vertigo in the time frame of 5~60 minutes as defined for an aura symptom.

A1.6.6「前庭性片頭痛」の患者の少数のみが 5~60 分にわたる前兆症候としてめまいを自覚する。

Even fewer have their vertigo immediately before headache starts, as required for 1.2.1.1 Typical aura with headache. Therefore, episodes of A1.6.6 Vestibular migraine cannot be regarded as migraine auras.

A1.2.1.1「頭痛に伴う典型的前兆」のような頭痛が発症する直前にめまいを自覚することはほとんどないので、A1.6.6「前庭性片頭痛」の反復発作症状は片頭痛前兆には含めない。

Although vertigo is reported by more than 60% of patients with 1.2.2 Migraine with brainstem aura, ICHD-3 beta requires at least two brainstem symptoms in addition to visual, sensory or dysphasic aura symptoms for this diagnosis.

1.2.2「脳幹前兆を伴う片頭痛」の 60%以上の患者にめまいを認めるが、診断するためには視覚、感覚または失語前兆に加えて 2 つ以上の脳幹症状を求めている。

Fewer than 10% of patients with A1.6.6 Vestibular migraine fulfil these criteria. Therefore, A1.6.6 Vestibular migraine and 1.2.2 Migraine with brainstem aura are not synonymous, although individual patients may meet the diagnostic criteria for both disorders.

A1.6.6「前庭性片頭痛」の 10%以下の患者しかこの診断基準を満たさない。従って、A1.6.6「前庭性片頭痛」と1.2.2「脳幹前兆を伴う片頭痛」の両方の診断基準を満たす症例もいるかもしれないが、これらの疾患名は同義ではない。

Relation to benign paroxysmal vertigo

良性発作性めまいとの関連

Although A1.6.6 Vestibular migraine may start at any age, ICHD-3 beta specifically recognizes a childhood disorder, 1.6.2 Benign paroxysmal vertigo.

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、A1.6.2「良性発作性めまい」はこの国際頭痛分類では小児期疾患とされている。

The diagnosis requires five episodes of vertigo, occurring without warning and resolving spontaneously after minutes to hours.

前兆や予兆のないめまいで、数分から数時間で自然消失し、診断にはこのようなめまいが 5 回必要である。

Between episodes, neurological examination, audiometry, vestibular functions and EEG

must be normal.

発作中の神経学的検査や聴覚前庭機能、脳波は正常である。

A unilateral throbbing headache may occur during attacks but is not a mandatory criterion.

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 Benign paroxysmal vertigo is regarded as one of the precursor syndromes of migraine. Therefore, previous migraine headaches are not required for diagnosis.

1.6.2「良性発作性めまい」は片頭痛の前駆症状の1つとして認識されているので、発作前の片頭痛の有無は問わない。

As the classification of A1.6.6 Vestibular migraine does not involve any age limit, the diagnosis can be applied in children when the respective criteria are met.

A1.6.6「前庭性片頭痛」の診断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「前庭性片頭痛」と診断される。

Only children with different types of vertigo attacks, for example short-duration episodes of less than 5 minutes and longer-lasting ones of more than 5 minutes, should receive both these diagnoses.

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めまい発作を呈する子供にだけ、両疾患名が同時に適応される。

Overlap with Ménière's disease

メニエール病の重複

1. Migraine is more common in patients with Ménière's disease than in healthy controls. 健常者よりもメニエール病患者に片頭痛はよく認められる。

Many patients with features of both Ménière's disease and A1.6.6 Vestibular migraine have been reported.

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。

In fact, migraine and Ménière's disease can be inherited as a symptom cluster.

実際、片頭痛とメニエール病は症候群として受け継がれる。

Fluctuating hearing loss, tinnitus and aural pressure may occur in A1.6.6 Vestibular migraine, but hearing loss does not progress to profound levels.

変動する聴覚障害、耳鳴と耳閉感は A1.6.6「前庭性片頭痛」で認められるが、聴覚障害は重症化しない。

Similarly, migraine headaches, photophobia and even migraine auras are common

during Ménière attacks.

同様に片頭痛と光過敏および片頭痛前兆はメニエール病の発作中にも認められる。

The pathophysiological relationship between A1.6.6 Vestibular migraine and Ménière's disease remains uncertain.

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。

In the first year after onset of symptoms, differentiation between them may be challenging, as Ménière's disease can be mono-symptomatic with only vestibular symptoms in the early stages of the disease.

メニエール病の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。

When the criteria for Ménière's disease are met, particularly hearing loss as documented by audiometry, Ménière's disease should be diagnosed, even when migraine symptoms occur during the vestibular attacks.

聴覚検査で聴覚障害が明らかで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。

Only patients who have two different types of attacks, one fulfilling the criteria for A1.6.6 Vestibular migraine and the other for Ménière's disease, should be diagnosed with both disorders.

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。

A future revision of ICHD may include a vestibular migraine/Ménière's disease overlap syndrome.

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。

Bibliography

参考文献

Bisdorff A, von Brevern M, Lempert T and Newman-Toker DE (on behalf of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Ba. ra. ny Society). Classification of vestibular symptoms: Towards an international classification of vestibular disorders. J Vest Res 2009; 19: 1.13.

Brantberg K and Baloh RW. Similarity of vertigo attacks due to Meniere'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. 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.

Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria. Consensus document of the Bárány Society and the International Headache Society. *J Vest Res* 2012; 22: 167.172.

Heinzen EL, Swoboda KJ, Hitomi Y, et al. De novo mutations in ATP1A3 cause alternating hemiplegia of childhood. *Nat Genet* 2012; 44: 1030.1034.

Neff BA, Staab JP, Eggers SD, et al. Auditory and vestibular symptoms and chronic subjective dizziness in patients with Meniere's disease, vestibular migraine and Meniere'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.

Radtke A, Neuhauser H, von Brevern M, et al. Vestibular migraine . Validity of clinical diagnostic criteria. *Cephalalgia* 2011; 31: 906.913.

Versino M and Sances G. Dizziness and migraine: A causal relationship? *Funct Neurol* 2003; 18: 97.101.

A2. Tension-type headache (alternative criteria)

A2. 緊張型頭痛(代替診断基準)

The following alternative criteria may be applied to A2.1 Infrequent episodic tension-type headache, A2.2 Frequent episodic tension-type headache, A2.3 Chronic

tension-type headache.

下記の代替基準は, A2.1「稀発反復性緊張型頭痛」, A2.2「頻発反復性緊張型頭痛」, および A2.3「慢性緊張型頭痛」に適用できる。

They define a core syndrome of tension-type headache.

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。

In other words these criteria are very specific but have low sensitivity.

言い換えれば, この基準は極めて特異的であるが, 感度は低い。

Alternative diagnostic criteria:

代替診断基準:

A. Episodes, or headache, fulfilling criterion A for [whichever of 2.1 Infrequent episodic tension-type headache, 2.2 Frequent episodic tension-type headache or 2.3 Chronic tension-type headache] and criteria B-D below

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」]の基準 A を満たし, かつ下記の基準 B-D を満たす

B. Episodes, or headache, fulfil criterion B for [whichever of 2.1 Infrequent episodic tension-type headache,

2.2 Frequent episodic tension-type headache or 2.3 Chronic tension-type headache]

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」]の基準 B を満たす

C. Headache has at least three of the following four characteristics:

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. bilateral location

1. 両側性

2. pressing/tightening (non-pulsating) quality

2. 性状は圧迫感または締め付け感 (非拍動性)

3. mild or moderate intensity

3. 強さは軽度～中等度

4. not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs

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. No nausea, vomiting, photophobia or phonophobia

D. 悪心 (食欲不振は起こりうる), 嘔吐, 光過敏, 音過敏がない

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A3. Trigeminal-autonomic cephalalgias (TACs)

A3. 三叉神経・自律神経性頭痛

A3.6 Undifferentiated trigeminal autonomic cephalalgia

A3.6 分類不能の三叉神経・自律神経性頭痛

Description:

解説:

A trigeminal autonomic cephalalgia-like disorder occurring in children and adolescents with characteristics of the disorder not fully developed.

三叉神経・自律神経性頭痛様の症状を子供や若年者に認めることがあるが、その臨床的特徴についてはあまり解明されていない。

Comments:

コメント

Incomplete brain development may alter the presentation of trigeminal autonomic cephalalgias (TACs).

脳の発達段階において、三叉神経・自律神経性頭痛の症状を変容させる可能性がある。

Patients coded A3.6 Undifferentiated trigeminal autonomic cephalalgia would, typically, be children or adolescents whose headaches have characteristics strongly suggestive of a TAC, but mixed and incomplete; for example, they may have lateralized headache attacks lasting 30 minutes with autonomic features, but without the expected responses to indomethacin, oxygen or triptans.

A3.6 「分類不能の三叉神経・自律神経性頭痛」の典型例は子供または若年者にみられ、その頭痛は三叉神経・自律神経性頭痛の特徴を認めるが、例えば自律神経症状を伴う 30 分程度しか持続しない頭痛でインドメタシン、酸素投与、トリプタンが無効であるというように、三叉神経・自律神経性頭痛 (TACs) の診断基準に完全には合致しない。

Longitudinal studies are required to understand these presentations better and in order to propose criteria for their diagnosis.

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。

A4. Other primary headache disorders

A4. その他の一次性頭痛

A4.11 Epicrania fugax

A4.11 一過性表在頭痛

Description:

解説

Brief paroxysmal head pain, with stabbing quality, describing a linear or zigzag trajectory across the surface of one hemicranium.

発作時間は短く、一側の頭部表面を直線状またはジグザグ線状に横切る様に、刺すように感じる痛み

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Recurrent stabbing head pain attacks lasting 1-10 seconds, fulfilling criterion B

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

The pain is felt to move across the surface of one hemicranium in a linear or zigzag trajectory, commencing and terminating in the territories of different nerves

B. 痛みは一側の頭部表面を直線状またはジグザグ線状に異なる神経支配領域を横切る

C. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

C. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント

A structural lesion must be excluded by history, physical examination and, when appropriate, investigation.

器質病変は病歴、身体診察、適切な検査により除外しなければならない

Patients with A4.11 Epicrania fugax describe their painful experience in terms of the trajectory of the pain between two distant points on the head surface, with motion from onset to termination taking just a few seconds.

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。

Such dynamic topography is a distinctive attribute that differentiates A4.11 Epicrania fugax from other epicranial headaches and neuralgias.

このような劇的な痛みの動きは他の表在頭痛や神経痛にはない A4.11「一過性表在頭痛」の特徴である。

The onset and termination points remain constant in each patient, with the pain strictly unilateral, although some patients have shifting sides.

患者ごとに発痛点と終息点は一定している。罹患側が対側に変わる患者も存在するが、必ず一側性である。

The pain usually moves forward, but backward radiation is also possible.

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

Forward-moving pain starts in a posterior hemicranial area and tends to reach the ipsilateral eye or nose.

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。

Backward-moving pain starts in a frontal or periorbital area and tends to reach the occipital region.

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

At the end of the attacks, ipsilateral autonomic signs such as lacrimation, conjunctival injection and/or rhinorrhoea may occur.

発作後に同側の流涙、結膜充血、鼻汁などの自律神経症状を認めることがある

Although the attacks are mostly spontaneous, they may occasionally be triggered by touch on the point of onset, which may remain tender in between attacks.

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、発作間歇期でも発痛点に痛みが残存することがある

Bibliography

参考文献

Cuadrado ML, Go. mez-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.

Fontalba-Navas M and Arjona-Padillo A. Atypical migraine progressing from nummular headache to epicrania fugax. Neurologia 2011; 26: 60.61.

Guerrero AL, Cuadrado ML, Porta-Etessam J, et al. Epicrania fugax: Ten new cases and therapeutic results. Headache 2010;

50: 451.458. Herrero-Vela. zquez S, Guerrero-Peral AL, 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-Vela. zquez S, et al. Epicrania Fugax with backward radiation. Clinical characteristics of 9 new cases. J Headache Pain 2011; 12:

535.539. Pareja JA, Alvarez M and Montojo T. Epicrania fugax with backward radiation.

J Headache Pain 2012; 13: 175. Pareja JA, Cuadrado ML, Ferna. ndez de las Pen. as C,

et al. Epicrania fugax: An ultrabrief paroxysmal epicranial pain. *Cephalalgia* 2008; 28: 257-263.

A5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

A5. 頭頸部外傷による頭痛

A5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

A5.1 頭部外傷による急性頭痛

Comment:

コメント

The current stipulation that headache must begin (or be reported to have begun) within 7 days of head injury (or awareness of the injury) is somewhat arbitrary.

頭部外傷後(あるいは外傷後意識が戻った後) 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。

Some data suggest that headache may begin after a longer interval. Future studies should continue to investigate the utility of diagnostic criteria for A5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head that allow for headache to begin up to 30 days after the injury.

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。A5.1「頭部外傷による急性頭痛」の診断基準については外傷後 30 日以上経過して発症した頭痛についても含めることを考慮し、今後も検討を続けていくことが望ましい。

A5.1.1.1 Delayed-onset acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

A5.1.1.1 中等症または重症頭部外傷性傷害による遅発性急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A. 頭痛は C および D を満たす

B. Traumatic injury to the head has occurred, associated with at least one of the following:

B. 頭部外傷があり、下記のうち少なくとも 1 項目を満たす

1. loss of consciousness for >30 minutes

1. 30 分を超える意識障害

2. Glasgow Coma Scale (GCS) <13

2. グラスゴー・コーマ・スケールが 13 点未満

3. post-traumatic amnesia lasting >24 hours

3. 24 時間を超える外傷後健忘

4. alteration in level of awareness for >24 hours

4. 24 時間を超える意識レベルの変動

5. imaging evidence of a traumatic head injury such as intracranial haemorrhage and/or brain contusion

5. 頭部外傷（脳内出血、脳挫傷の両方またはいずれか一つ）を示す画像所見

C. Time of onset of headache is uncertain, and/or headache is reported to have developed >7 days after all of the following:

C. 頭痛の発症時間が明確でないか、下記のすべての事象の後 7 日を超えてから頭痛が発症している（あるいはその両方）

1. the head injury

1. 頭部外傷

2. regaining of consciousness following the head injury (when applicable)

2. 頭部外傷後の意識障害からの回復（該当症例のみ）

3. discontinuation of medication(s) that impair ability to sense or report headache following the head injury (when applicable)

3. 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬物の中止（該当症例のみ）

D. Either of the following:

下記のどちらか一方をみたす

1. headache has resolved within 3 months after the head injury

1. 頭痛は頭頸部外傷後, 3 ヶ月以内に消失する

2. headache has not yet resolved but 3 months have not yet passed since the head injury

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. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A5.1.2.1 Delayed-onset acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

A5.1.2.1 軽症頭部外傷性障害による遅発性急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A. 頭痛は C および D を満たす

B. Traumatic injury to the head has occurred, fulfilling both of the following:

B. 頭部外傷があり、下記の両方を満たす

1. associated with none of the following:

1. 下記の項目を認めない

a) loss of consciousness for >30 minutes

a) 30 分を超える意識障害

b) Glasgow Coma Scale (GCS) <13

b) グラスゴー・コーマ・スケールが 13 点未満

c) post-traumatic amnesia lasting >24 hours

c) 24 時間を超える外傷後健忘

d) altered level of awareness for >24 hours

d) 24 時間を超える意識レベルの変動

e) imaging evidence of a traumatic head injury such as intracranial haemorrhage and/or brain contusion

e) 頭部外傷（脳内出血、脳挫傷の両方またはいずれか一つ）を示す画像所見

2. associated, immediately following the head injury, with one or more of the following symptoms and/or signs:

頭部外傷直後に下記の 1 つ以上の症候をみとめる

a) transient confusion, disorientation or impaired consciousness

a) 一過性の意識不鮮明, 見当識障害, 意識障害

b) loss of memory for events immediately before or after the injury

b) 外傷後または外傷直前の出来事の記憶障害

c) two or more other symptoms suggestive of mild traumatic brain injury: nausea, vomiting, visual disturbances, dizziness and/or vertigo, impaired memory and/or concentration

c) 軽症頭部外傷を示唆する以下の症状のうち 2 つ以上をみとめる; 悪心, 嘔吐, 視覚障害, 浮動感, めまい, 記憶力障害または注意力障害

C. Time of onset of headache is uncertain, and/or headache is reported to have developed >7 days after all of the following:

C. 頭痛の発症時間が明確でないか, 下記のすべての事象の後, 7 日を超えてから頭痛が発症していること

1. the head injury

1. 頭部外傷
2. regaining of consciousness following the head injury (when applicable)
2. 頭部外傷後の意識障害からの回復(該当症例のみ)
3. discontinuation of medication(s) that impair ability to sense or report headache following the head injury (when applicable)
3. 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬物の中止(該当症例のみ)

D. Either of the following:

下記のどちらか一方をみたす

1. headache has resolved within 3 months after the head injury
1. 頭痛は頭頸部外傷後, 3ヵ月以内に消失する
2. headache has not yet resolved but 3 months have not yet passed since the head injury
2. 頭痛は持続しているが, 頭頸部外傷から3ヵ月は経過していない
- E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

A5.2 頭部外傷による持続性頭痛

Comment: The current stipulation that headache must begin (or be reported to have begun) within 7 days of head injury (or awareness of the injury) is somewhat arbitrary. Some data suggest that headache may begin after a longer interval. Future studies should continue to investigate the utility of diagnostic criteria for A5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head that allow for headache to begin up to 30 days after the injury.

コメント: 頭痛は頭部外傷 (もしくは外傷に気付いて)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。いくつかのデータは, もっと長い期間の後に

頭痛が始まることを示唆している。頭部外傷から 30 日以内に始まった頭痛も認める A5.2「頭部外傷による持続性頭痛」の診断基準の効用について、今後も調査を継続すべきである。

A5.2.1.1 Delayed-onset persistent headache attributed to moderate or severe 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

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A. 頭痛は C および D を満たす

B. Traumatic injury to the head has occurred, associated with at least one of the following:

B. 頭部外傷があり、以下のうち少なくとも 1 項目を満たす

1. loss of consciousness for >30 minutes

1. 30 分を超える意識消失

2. Glasgow Coma Scale (GCS) <13

2. グラスゴー・コーマ・スケールが 13 点未満

3. post-traumatic amnesia lasting >24 hours

3. 24 時間を超える外傷後健忘

4. alteration in level of awareness for >24 hours

4. 24 時間を超える意識レベルの変化

5. imaging evidence of a traumatic head injury such as intracranial haemorrhage and/or brain contusion.

5. 頭蓋内出血または脳挫傷など頭部外傷を示す画像所見

C. Time of onset of headache is uncertain, and/or headache is reported to have developed >7 days after all of the following:

C. 頭痛の発症時刻は不明瞭, または以下の全項目が起きた後 7 日を超えてから頭痛が始まったと報告されている

1. the head injury

1. 頭部外傷

2. regaining of consciousness following the head injury (when applicable)

2. 頭部外傷後, 意識回復 (該当症例のみ)

3. discontinuation of medication(s) that impair ability to sense or report headache following the head injury (when applicable)

3. 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬物の中止 (該当症例のみ)

D. Headache persists for >3 months after the head injury

D. 頭痛は頭部外傷後, 3 ヶ月を超えて持続する

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A5.2.2.1 Delayed-onset persistent headache attributed to mild 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

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A. 頭痛は C および D を満たす

B. Traumatic injury to the head has occurred, fulfilling both of the following:

B. 頭部外傷があり, 以下の両方を満たす

1. associated with none of the following:

1. 以下の全てがない

a) loss of consciousness for >30 minutes

a) 30 分を超える意識消失

b) Glasgow Coma Scale (GCS) <13

b) グラスゴー・コーマ・スケールが 13 点未満

c) post-traumatic amnesia lasting >24 hours

c) 24 時間を超える外傷後健忘

d) alteration in level of awareness for >24 hours

d) 24 時間を超える意識レベルの変化

e) imaging evidence of a traumatic head injury such as intracranial haemorrhage and/or brain contusion.

e) 頭蓋内出血または脳挫傷といった頭部外傷を示す画像所見

2. associated, immediately following the head injury, with one or more of the following symptoms and/or signs:

2. 頭部外傷直後より以下の症候のうち 1 つ以上がみられる

a) transient confusion, disorientation or impaired consciousness

a) 一過性の意識不鮮明, 見当識障害または意識障害

b) loss of memory for events immediately before or after the injury

b) 頭部外傷直前または直後のできごとについての健忘

c) two or more other symptoms suggestive of mild traumatic brain injury: nausea, vomiting, visual disturbances, dizziness and/or vertigo, impaired memory and/or concentration

c) 軽症頭部外傷を示唆する 2 つ以上の他の症状: 悪心, 嘔吐, 視覚障害, 浮動性めまい・回転性めまい, 記憶力障害・集中力低下

C. Time of onset of headache is uncertain, and/or headache is reported to have developed >7 days after all of the following:

C. 頭痛の発症時刻は不明瞭, または以下の全項目が起きた後 7 日を過ぎてから頭痛が始まったと報告されている

1. the head injury

1. 頭部外傷

2. regaining of consciousness following the head injury (when applicable)

2. 頭部外傷後, 意識回復 (該当症例のみ)

3. discontinuation of medication(s) that impair ability to sense or report headache following the head injury (when applicable)

3. 頭部外傷後の頭痛の自覚もしくは訴えを抑制する薬物の中止 (該当症例のみ)

D. Headache persists for >3 months after the head injury

D. 頭痛は頭部外傷後, 3 ヶ月を超えて持続する

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A5.7 Headache attributed to radiosurgery of the brain

A5.7 脳の放射線手術による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 新たな頭痛は C を満たす

B. Radiosurgery of the brain has been performed

B. 脳の放射線手術が施行されている

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている

1. headache has developed within 7 days after radiosurgery

1. 頭痛は放射線手術後, 7 日以内に生じる
2. headache has resolved within 3 months after radiosurgery
2. 放射線手術後, 3 ヶ月以内に頭痛が消失する
- D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Although de novo headache has been described after radiosurgery, most studies do not provide detailed descriptions of its clinical characteristics, neither is it usually clear whether headache occurring after radiosurgery represents an exacerbation of an underlying headache disorder or a new headache.

放射線手術後, 新たに発生した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, 新たに発生した頭痛なのか, 大抵ははっきりしない。

In cases where a previous history of headache was not present, the headache syndrome was short-lived, occurred more than a year after the procedure, and resembled migraine or thunderclap headache.

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きており, 片頭痛または雷鳴頭痛に類似していた。

Therefore, causal relationships between these headaches and the radiosurgical procedures preceding them were highly doubtful.

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極めて疑わしい。

Carefully controlled prospective studies are necessary to determine whether A5.7 Headache attributed to radiosurgery of the brain exists as an entity and, if so, how it is related to the type and location of the lesion being irradiated and/or the dosage and radiation field employed.

A5.7「放射線手術後による頭痛」が一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 Acute headache attributed to other trauma or injury to the head and/or neck

A5.8 その他の頭頸部外傷・傷害による急性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A. 頭痛は C および D を満たす

B. Trauma or injury to the head and/or neck of a type not described above has occurred

B. 上記以外(A5.1~A5.7)のタイプの頭頸部外傷

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のどちらかまたはその両方が示されている

1. headache has developed in close temporal relation to the trauma or injury

1. 頭痛の出現と頭頸部外傷が時期的に一致する

2. other evidence exists of causation by the trauma or injury

2. 外傷・傷害が原因であるとする他の証拠が存在する

D. Either of the following:

D. 以下のうちいずれかを満たす

1. headache has resolved within 3 months after the trauma or injury

1. 頭痛は頭頸部外傷後、3 ヶ月以内に消失する

2. headache persists but 3 months have not yet passed since the trauma or injury

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. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A5.9 Persistent 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

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criteria C and D

A. 頭痛は C および D を満たす

B. Trauma or injury to the head and/or neck of a type not described above has occurred

B. 上記以外(A5.1~A5.8)のタイプの頭頸部外傷

C. Evidence of causation demonstrated by either or both of the following:

C. 以下のどちらかまたはその両方により因果関係が認められる

1. headache has developed in close temporal relation to the trauma or injury

1. 頭頸部外傷に時期的に一致して、頭痛が生じている

2. other evidence exists of causation by the trauma or injury

2. 外傷が原因であるとする他の証拠が存在する

D. Headache persists for >3 months after the trauma or injury

D. 頭痛は頭頸部外傷後、3 ヶ月以上持続する

E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

E. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Bibliography

Lucas S, Hoffman JM, Bell KR, et al. Characterization of headache after traumatic brain injury. *Cephalalgia* 2012; 32: 600.606.

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.

A6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

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

A6.10 Persistent headache attributed to past cranial or cervical vascular disorder

A6.10 過去の頭頸部血管障害による持続性頭痛

A. Headache previously diagnosed as 6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder or one of its subtypes or subforms, and fulfilling criterion C

A. 以前に 6「頭頸部血管障害による頭痛」または、そのサブタイプと診断されていて、以下の C を満たす

B. The cranial or cervical vascular disorder causing the headache has been effectively treated or has spontaneously remitted

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. Headache has persisted for >3 months after effective treatment or spontaneous remission of the vascular disorder

C. 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 ヶ月を超えて頭痛が持続する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Headaches meeting the criteria for A6.10 Persistent headache attributed to past cranial or cervical vascular disorder, if they exist, have been poorly documented; research is needed to establish better criteria for causation.

A6.10 「過去の頭頸部血管障害による持続性頭痛」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良い診断基準を確立するために、研究が必要である。

A7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

A7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛

A7.6.3 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache

A7.6.3 電気痙攣療法 (ECT)後頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Recurrent headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は反復性で、Cを満たす

B. A course of electroconvulsive therapy (ECT) has been given

B. 電気痙攣療法(ECT)が施行されている

C. Evidence of causation demonstrated by all of the following:

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. headache has developed after 50% of ECT sessions

1. 頭痛は、50%の治療セッション後にみられる

2. each headache has developed within 4 hours after ECT

頭痛は、ECT 後 4 時間以内に生じる

3. each headache has resolved within 72 hours after ECT

3. ECT 後、72 時間以内に頭痛が消失する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Clear descriptions of headache associated with electro-convulsive therapy are sparse. Published data are not adequate to define A7.6.3 Post-electroconvulsive therapy (ECT) headache operationally.

ECT に伴う頭痛を明快に記述したものはほとんどない。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切れない。

A7.9 Persistent headache attributed to past non-vascular intracranial disorder

A7.9 非血管性頭蓋内疾患の既往による持続性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache previously diagnosed as 7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder or one of its subtypes or subforms, and fulfilling criterion C

A. 頭痛は、以前に 7「非血管性頭蓋内疾患による頭痛」かそのサブタイプと診断されており、C を満たす

B. The non-vascular intracranial disorder causing the headache has been effectively treated or has spontaneously remitted

B. 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. Headache has persisted for >3 months after effective treatment or spontaneous remission of the non-vascular intracranial disorder

C. 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 ヶ月を超えて頭痛が持続する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Headaches meeting the criteria for A7.9 Persistent headache attributed to past non-vascular intracranial disorder, if they exist, have been poorly documented; research is needed to establish better criteria for causation.

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、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良い診断基準を確立するために、研究が必要である。

Bibliography

- Belcastro V, Striano P, Kasteleijn-Nolst Trenite DGA, et al. Migraine, hemiparesis, epileptiform activity, 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.
- Mendez MF, Doss RC, Taylor JL and Arguello R. Relationship of seizure variables to personality disorders in epilepsy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5: 283.286.
- Parisi P, Striano P, Kasteleijn-Nolst Trenite DGA, et al. ‘Ictal epileptic headache’: Recent concepts for new classification criteria. *Cephalalgia* 2012; 32: 723.724.
- Schweder LJ, Wahlund B, Bergsholm P and Linaker OM. 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. Headache attributed to a substance or its withdrawal

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 Persistent headache attributed to past use of or exposure to a substance

A8.4 物質の使用・曝露の既往による持続性頭痛

A8.4 Persistent headache attributed to past use of or exposure to a substance Coded elsewhere: 8.2 Medication-overuse headache.

A8.4 「物質の使用・曝露の既往による持続性頭痛」は、8.2 「薬物乱用頭痛」にコード化する

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache previously diagnosed as 8.1 Headache attributed to use of or exposure to a substance or one of its subtypes, and fulfilling criterion C

A. 頭痛は、以前に 8.1「物質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

B. Use of or exposure to the substance has ceased

B. 物質の使用または曝露は中止している

C. Headache has persisted for >3 months after exposure has ceased

C. 曝露の中止後 3 ヶ月を超えて頭痛が持続する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A9. Headache attributed to infection

A9. 感染による頭痛 (Headache attributed to infection)

A9.1 Headache attributed to intracranial infection

A9.1 頭蓋内感染症による頭痛

A9.1.3.3 Persistent headache attributed to past intracranial fungal or other parasitic infection

A9.1.3.3 過去の頭蓋内真菌または他の寄生虫感染による持続性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache previously fulfilling criteria for 9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection, and fulfilling criterion C

A. 頭痛は、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

B. Intracranial fungal or other parasitic infection has resolved

B. 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染は治癒している

C. Headache has persisted for >3 months after resolution of the intracranial fungal or

other parasitic infection

C. 頭蓋内真菌または他の寄生虫感染の治癒後、3 ヶ月を超えて頭痛が持続する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis, and hydrocephalus has been excluded by neuroimaging.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がなく、画像上水頭症が除外される

A9.1.6 Headache attributed to other infective space-occupying lesion

A9.1.6 感染性頭蓋内占拠性病変による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. A space-occupying lesion of infective nature, other than brain abscess or subdural empyema, has been demonstrated

B. 脳膿瘍あるいは硬膜下膿瘍以外の感染性頭蓋内占拠性病変

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to development of the infective space-occupying lesion, or led to its discovery

1. 感染性頭蓋内占拠性病変の進展と時期的に一致して頭痛が悪化するか、頭痛が発見の契機になる

2. headache has significantly worsened in parallel with deterioration of the infective space-occupying lesion, shown by any of the following:

2. 感染性頭蓋内占拠性病変の悪化と並行して頭痛が有意に悪くなることが、以下のいずれかにより示される

a) worsening of other symptoms and/or clinical signs arising from the infective space-occupying lesion

- a) 感染性頭蓋内占拠性病変によるその他の症状または臨床徴候の悪化
- b) evidence of enlargement of the infective space-occupying lesion
- b) 感染性頭蓋内占拠性病変の増大の証明
- c) evidence of rupture of the infective space-occupying lesion
- c) 感染性頭蓋内占拠性病変の破裂の証明
- 3. headache has significantly improved in parallel with improvement in the infective space-occupying lesion
- 3. 感染性頭蓋内占拠性病変の改善と並行して頭痛が有意に良くなる
- 4. headache has at least one of the following three characteristics:
- 4. 頭痛は、以下の 3 つの特徴のうち少なくとも 1 項目を満たす
 - a) intensity increasing gradually to moderate or severe
 - a) 強度は徐々に、中等度あるいは重度にまで悪化する
 - b) aggravated by straining or other Valsalva manoeuvre
 - b) いきみや他のヴァルサルヴァ手技により悪化する
 - c) accompanied by nausea
 - c) 悪心を伴う
- D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A9.3 Headache attributed to human immunodeficiency virus (HIV) infection

A9.3 ヒト免疫不全ウイルス (HIV) による頭痛

Coded elsewhere:

他疾患にコード化する:

Headache occurring in patients with HIV infection but caused by a specific opportunistic infection should be coded to that infection.

ヒト免疫不全ウイルス感染者における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。

Headache caused by use of antiretroviral drugs should be coded to 8.1.11 Headache attributed to long-term use of non-headache medication.

抗レトロウイルス薬の使用による頭痛は、8.1.11 「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。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. C を満たすいずれの頭痛

B. Both of the following:

B. 以下の両方

1. systemic HIV infection has been demonstrated

1. 全身のヒト免疫不全ウイルス感染がある

2. other ongoing systemic and/or intracranial infection has been excluded

2. 他に活動性の、全身性および・または頭蓋内感染症が除外されている

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of HIV infection

1. 頭痛は HIV 感染と時期的に一致して出現する

2. headache has developed or significantly worsened in temporal relation to worsening of HIV infection as indicated by CD4 cell count and/or viral load

2. CD4 細胞数またはウイルス量で示される HIV 感染の悪化と並行して頭痛は有意に悪化する

3. headache has significantly improved in parallel with improvement in HIV infection as indicated by CD4 cell count and/or viral load

3. CD4 細胞数またはウイルス量で示される HIV 感染の改善と並行して頭痛は有意に改善する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comments:

コメント:

Headache is reported by more than half of people infected by human immunodeficiency virus (HIV)/ acquired immune deficiency syndrome (AIDS), and may be a part of the symptomatology of both acute and chronic HIV infection (through aseptic meningitis and similar mechanisms). In most cases, headache is dull and bilateral, or has the features of a primary headache disorder (1. Migraine or 2. Tension-type headache). Headache severity, frequency and disability seem associated with severity of HIV infection as indicated by CD4 cell count and/or viral load, but not with the duration of HIV infection or the number of prescribed antiretroviral medications. Only a minority of HIV patients have headache attributable to opportunistic infections, probably as a consequence of the availability of highly active antiretroviral therapy.

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 (AIDS)患者の半数以上で頭痛は報告されており、(無菌性髄膜炎や同様の機序による) 急性および慢性 HIV 感染の症候の一部であろう。ほとんどの例で頭痛は、両側性に鈍いか、一次性頭痛疾患 (1. 片頭痛 や 2. 緊張型頭痛)の特徴がある。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 患者にしかみられず、それは高活性の抗レトロウイルス治療の結果であろう。

The rationale for separating A9.3 Headache attributed to human immunodeficiency virus (HIV) infection from headaches attributed to other infections is three-fold:

- a) HIV infection is always both systemic and within the central nervous system; b) the central nervous system infection may progress independently of the systemic infection;
- c) HIV infection is still not curable.

A9.3 「ヒト免疫不全ウイルス (HIV)」による頭痛を、他の感染症による頭痛からわ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、全身性であって中枢神経系内である 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 感染症はまだ不治である

The positioning of A9.3 Headache attributed to human immunodeficiency virus (HIV) infection within the Appendix has been deemed necessary because it is extremely difficult to distinguish headache attributed purely to HIV infection from the primary-like headaches reported by most HIV patients. Application of these criteria in prospective studies may provide more conclusive evidence.

A9.3 「ヒト免疫不全ウイルス (HIV)による頭痛」を付記 (Appendix)に位置付けることは必要と認められる。なぜなら HIV 患者にみられる一次性様頭痛と純粹に 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。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。

During HIV infection, secondary meningitis and/or encephalitis associated with opportunistic infections or neoplasms can develop. The most common intracranial infections associated with HIV infection and causing headache are toxoplasmosis and cryptococcal meningitis. Headache occurring in patients with HIV infection but attributed to a specific opportunistic infection should be coded to that infection.

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おこりうる。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とクリプトコッカス髄膜炎である。HIV感染患者の頭痛でも、特定の日和見感染症に帰せられるものは、その感染症にコード化すべきである。

Antiretroviral drugs can also cause headache. In these cases, the headache should be coded as 8.1.11 Headache attributed to long-term use of non-headache medication.

抗レトロウイルス薬も頭痛をおこしうる。これらの場合は、8.1.11 「非頭痛治療薬の長期使用による頭痛」にコード化すべきである。

Bibliography

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 retro-spective, cross-sectional, and prospective analyses. *Pain* 2000;

85: 191.200.

Hollander H and Strimigari S. Human immunodeficiency virus-associated meningitis. Clinical course and correlations. *Am J Med* 1987; 83: 813.816.

Kirkland KE, Kirkland K, Many Jr WJ and Smitherman TA. 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.

. International Headache Society 2013

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. Headache attributed to disorder of homoeostasis

A10. ホメオスターシスの障害による頭痛 (Headache attributed to disorder of homoeostasis)

A10.7 Head and/or neck pain attributed to orthostatic (postural) hypotension

A10.7 起立性(体位性)低血圧による頭頸部痛

Description: Pain, mostly in the back of the neck but sometimes spreading upwards to the occipital region ('coat hanger' distribution), attributed to postural hypotension and developing only in upright posture.

説明: 起立性低血圧によりおき立位でのみ悪化する, おもに後頸部にあるが時に後頭部にまで(コートハンガー分布) 広がる頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Orthostatic (postural) hypotension has been demonstrated

B. 起立性(体位性)低血圧が証明されている

C. Evidence of causation demonstrated by two of the following:

C. 原因となる証拠として、以下のうち 2 項目が証明される

1. headache develops exclusively during upright posture

1. 立位の間のみ頭痛が悪化する

2. headache spontaneously improves in horizontal posture

2. 頭痛は水平な姿勢で自然に軽快する

3. headache is mostly in the back of the neck, sometimes spreading upwards to the occipital region ('coat hanger' distribution)

3. 頭痛はおもに後頸部にあるが時に後頭部にまで(コートハンガー分布) 広がる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment: When specifically asked, 75% of patients with orthostatic hypotension reported neck pain.

コメント: 特に尋ねられた時には, 起立性低血圧の 75%の患者が頸部痛を報告した

A10.8.1 Headache attributed to travel in space

A10.8.1 宇宙飛行による頭痛

Description: Non-specific headache caused by travel in space. The majority of headache episodes are not associated with symptoms of space motion sickness.

説明: 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と無関係である。

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any new headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. The subject is travelling through space

B. 患者は宇宙飛行中である

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている

1. headache has occurred exclusively during space travel

1. 頭痛は宇宙飛行時のみに起きている

2. headache has spontaneously improved on return to earth

2. 頭痛は、地球上への帰還時に自然に軽快する

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment: Of the 16 male and one female astronauts who participated in a survey, 12 (71%) reported at least one headache episode experienced while in space, whereas they had not suffered from headache when on earth.

コメント: 調査に参加した 16 人の男性と 1 人の女性飛行士のうち 12 人 (71%) が、宇宙飛行中に 1 回以上の頭痛を報告したが、地球上では頭痛に悩まなかった。

A10.8.2 Headache attributed to other metabolic or systemic disorder

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 disorders)

Headaches attributed to the following disorders may occur, but are not sufficiently validated:

anaemia, adrenocortical insufficiency, mineralocorticoid deficiency, hyperaldosteronism, polycythaemia, hyper-viscosity syndrome, thrombotic thrombocytopaenic purpura, plasmapheresis, anticardiolipin antibody syndrome, Cushing's disease, hyponatraemia, hyperthyroidism, hyperglycaemia, hypercalcaemia, systemic lupus erythematosus, chronic fatigue syndrome, fibromyalgia.

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、副腎皮質機能低下症、鉱質コルチコイド欠乏、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。

Well-controlled, prospective studies are needed to define more clearly the incidence and characteristics of headaches that occur in association with these disorders. In each case, only those patients who meet well-established diagnostic criteria for the disorders themselves should be evaluated.

これらの疾患と関連する頭痛の発生率と特徴をより明らかにするには、うまく管理された前向き研究が必要である。それぞれの場合に、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 Persistent headache attributed to past disorder of homeostasis

A10.9 過去のホメオスターシスの障害による持続性頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Headache previously diagnosed as 10. Headache attributed to disorder of homeostasis, and fulfilling criterion C

- A. 以前に 10.「ホメオスターシスの障害による頭痛」と診断された頭痛があり, C を満たす
- B. The disorder of homoeostasis causing the headache has been effectively treated or has spontaneously remitted
- B. 頭痛をおこしたホメオスターシスの障害は治療により改善した, または自然寛解した
- C. Headache has persisted for >3 months after effective treatment or spontaneous remission of the disorder of homoeostasis
- C. ホメオスターシスの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. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.
- D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Bibliography

Cariga P, Ahmed S, Mathias CJ and Gardner BP. 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. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

A11. 頭蓋骨, 頸, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口あるいはその他の顔面・頭部の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛 (Headache or facial pain attributed to disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structures)

A11.2 Headache attributed to disorder of the neck

A11.2 頸部疾患による頭痛

A11.2.4 Headache attributed to upper cervical radiculopathy

A11.2.4 上位頸髄神経根症による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Head and/or neck pain fulfilling criterion C

A. 頭頸部痛は C を満たす

B. Clinical or radiological evidence of a C2 or C3 radiculopathy

B. 臨床的にあるいは放射線学的に, C2 もしくは C3 神経根症の証拠がある

C. Evidence of causation demonstrated by both of the following:

C. 原因となる証拠として、以下の両方が示されている

1. at least two of the following:

1. 以下の少なくとも 2 項目を満たす

a) pain has developed in temporal relation to onset of the radiculopathy, or led to its discovery

a) 痛みは神経根症と時期的に一致して出現するか, 痛みが神経根症の発見の契機になる

b) pain has significantly improved or significantly worsened in parallel with improvement in or worsening of the radiculopathy

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する

c) pain is temporarily abolished by local anaesthesia of the relevant nerve root

c) 関連した神経根の局所麻酔により痛みは一時的になくなる

2. headache is ipsilateral to the radiculopathy

2. 頭痛は神経根症と同側である

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Pain is usually posterior but may radiate to more anterior regions. Often there are lancinations of pain in one of the areas subserved by the upper cervical roots on one or both sides, generally in the occipital, retroauricular or upper posterior cervical regions.

痛みは通常後ろ側にあるが、より前側に放散することはあるであろう。電撃痛は、一側または両側上位頸髄神経根の 1 つの支配域にたびたび起こり、通常それは後頭部や耳介後部や後頸部である。

A11.2.5 Headache attributed to cervical myofascial pain

A11.2.5 頸部筋筋膜痛による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Head and/or neck pain fulfilling criterion C

A. 頭頸部痛は C を満たす

B. A source of myofascial pain in the muscles of the neck, including reproduceable trigger points, has been demonstrated

B. 再現性のあるトリガーポイントを含め、頸部筋に筋膜痛の原因が証明される

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. either or both of the following:

1. 以下のいずれかまたはその両方

a) pain has developed in temporal relation to onset of the cervical myofascial pain disorder

a) 痛みは頸部筋筋膜痛障害と時期的に一致して出現する

b) pain has significantly improved in parallel with improvement in the cervical myofascial pain disorder

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. significant pressure-tenderness is elicited in cervical muscles corresponding to the pain perceived by the patient

2. 患者が知覚する痛みに対応した頸部筋に圧痛がみられる

3. pain is temporarily abolished by local anaesthetic injections into trigger points, or by trigger point massage

3. トリガーポイントに局所麻酔薬を注射するか, 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. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント

Myofascial pain and its relation to so-called ‘trigger points’ is controversial. It has been difficult consistently to demonstrate supposed trigger points, and response to treatment varies.

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, 治療への反応は様々である。

A11.5 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses

A11.5 鼻・副鼻腔疾患による頭痛

A11.5.3 Headache attributed to disorder of the nasal mucosa, turbinates or septum

A11.5.3 鼻粘膜, 鼻甲介, 鼻中隔障害による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Clinical, nasal endoscopic and/or imaging evidence of a hypertrophic or inflammatory process within the nasal cavity

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

C. Evidence of causation demonstrated by at least two of the following:

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. headache has developed in temporal relation to the onset of the intranasal lesion

1. 頭痛は鼻内病変の発症と時期的に一致して出現する

2. headache has significantly improved or significantly worsened in parallel with improvement in (with or without treatment) or worsening of the nasal lesion

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する

3. headache has significantly improved following local anaesthesia of the mucosa in the region of the lesion

3. 病変部位粘膜の局所麻酔後に頭痛が有意に改善する

4. headache is ipsilateral to the site of the lesion

4. 病変部位は頭痛と同側である

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

備考:

Examples are concha bullosa and nasal septal spur.

例は水疱性甲介と鼻中隔棘である。

A11.5.1 鼻粘膜接触点頭痛 (Mucosal contact point headache)

A11.9 頭頸部障害後慢性頭痛 (Chronic postcraniocervical disorder headache)

A12. Headache attributed to psychiatric disorder

A12. 精神疾患による頭痛 (Headache attributed to psychiatric disorder)

Introduction

緒言

Headaches are commonly associated with various psychiatric disorders, but evidence of a causal relationship is lacking for most. The following are offered as candidate criterion sets to facilitate research into the possible causal relationships between certain psychiatric disorders and headache. It is not recommended that they be used routinely in clinical practice to describe the association between comorbid headache and psychiatric disorders. In the vast majority of cases, headache associated with these disorders most probably reflects common underlying risk factors or aetiologies.

頭痛があらゆる精神障害に伴って起こることは多いが、因果関係の有無や因果関係があるとするればどちらが原因となっているかという点は、なおも研究対象である。以下に示したのは、特定の精神障害と頭痛の因果関係の可能性についての研究に有用となるよう提案されている診断基準案である。頭痛と精神障害が併存する場合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。大多数の症例で、これらの障害に伴う頭痛は基礎にある共通の危険因子または病因を反映している可能性が最も高い。

In order to make any of the diagnoses listed below, it is crucial to establish a causal relationship between the headache and the psychiatric disorder in question. Thus, either the headache onset occurs simultaneously with the psychiatric disorder or the headache clearly worsens after the psychiatric disorder becomes evident. Definite biomarkers and clinical proof of headache causation are difficult to obtain, and the diagnosis should be based on high levels of clinical suspicion. Thus, for example, in a child with separation anxiety disorder, headache should be attributed to this disorder only in those cases where it occurs solely in the context of actual or threatened

separation, without any better explanation. Similarly, in an adult with panic disorder, headache should be attributed to the disorder only in those cases where it occurs solely as one of the symptoms of a panic attack.

なお、以下に挙げる診断名をつける場合、頭痛が当該精神障害の経過中のみ発生することを明らかにすることが非常に重要である。これは、頭痛が現れるのは精神障害の症状も現れているときに限られる、という意味に解釈すべきである。したがって、例えば分離不安障害を有する小児で、分離不安障害による頭痛であるとするのは、実際または切迫した分離の状況でのみ頭痛が生じる症例に限るべきである。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。

A12.3 Headache attributed to depressive disorder

A12.3 うつ病 [大うつ病性障害] による頭痛 (Headache attributed to major depressive disorder)

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Major depressive disorder (single episode or recurrent) or persistent depressive disorder has been diagnosed according to DSM-5 criteria

B. DSM-5 により、大うつ病 (単一エピソードか反復性エピソード) または持続性抑うつ障害 [気分変調症] と診断される

C. Headache occurs exclusively during depressive episodes

C. 頭痛はうつのエピソード時のみに起こる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Many antidepressants, especially tricyclic antidepressants, are effective against headache disorders even when depression is not present. This makes it difficult to determine whether remission of or improvement in a headache disorder associated with depression and treated with a tricyclic antidepressant is, in fact, evidence of causation. Remission of headache is more suggestive of a psychiatric cause when a major depressive disorder improves under treatment with other type of antidepressants shown to be less effective in headache treatment.

多くの抗鬱薬、特に三環系抗鬱薬は、うつ病がない時でも頭痛に有効である。このため、三環系抗鬱薬でうつ病に関連した頭痛が寛解または改善した際は、因果関係の判断が困難である。頭痛にはあまり効果的でない他の抗鬱薬でうつ病【大うつ病性障害】が改善した時、頭痛の寛解は原因が精神疾患であることをより強く示唆する。

A12.4 Headache attributed to separation anxiety disorder

A12.4 分離不安症【分離不安障害】による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Separation anxiety disorder has been diagnosed according to DSM-5 criteria

B. DSM-5 により、分離不安症【分離不安障害】と診断される

C. Headache occurs exclusively in the context of actual or threatened separation from home or from major attachment figures

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る

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Separation anxiety disorder is persistent, typically lasting at least 6 months, although a shorter duration may meet diagnostic criteria in cases of acute onset or exacerbation of severe symptoms (e.g. school refusal, or complete inability to separate from home or attachment figures). The disorder causes clinically significant distress and/or impairment in social, academic, occupational and/or other important areas of functioning.

分離不安症 [分離不安障害]は慢性疾患で典型的には6ヶ月以上続く。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、社会的に、学術的に、職業的にまたは他の重要な働きにおいて、臨床上多大な苦痛・障害をもたらす。

A12.5 Headache attributed to panic disorder

A12.5 パニック症 [パニック障害]による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛はCを満たす

B. Recurrent unexpected panic attacks fulfilling DSM-5 criteria for panic disorder

B. DSM-5 パニック症 [パニック障害]の診断基準を満たす、反復性の予期しないパニック発作がある

C. Headache occurs exclusively during panic attacks

C. パニック発作時のみ頭痛が起こる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

A12.6 Headache attributed to specific phobia

A12.6 限局性恐怖症による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Specific phobia has been diagnosed according to DSM-5 criteria

B. DSM-5 診断基準により 限局性恐怖症と診断される

C. Headache occurs exclusively when the patient is exposed or anticipating exposure to the phobic stimulus

C. 恐怖刺激への曝露や曝露が予期される時のみ頭痛が起こる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Specific phobias typically last 6 or more months, causing clinically significant distress and/or impairment in social, occupational and/or other important areas of functioning.

限局性恐怖症は典型的には 6 ヶ月以上続き、社会的に、学術的に、職業的にまたは他の重要な働きにおいて、臨床上多大な苦痛・障害をもたらす。

A12.7 Headache attributed to social anxiety disorder (social phobia)

A12.7 社交不安症 [社交不安障害] (社交恐怖)による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Social anxiety disorder (social phobia) has been diagnosed according to DSM-5

criteria

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)と診断される

C. Headache occurs solely when the patient is exposed or anticipating exposure to social situations

C. 患者が社会的状況にさらされたり, そう予期する時にのみ, 頭痛が起こる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

In social anxiety disorder (social phobia), there is marked fear or anxiety about one or more social situations in which the individual is exposed to possible scrutiny by others. Examples include social interactions (e.g. having a conversation), being observed (e.g. eating or drinking) or performing in front of others (e.g. giving a speech). The person fears that he or she will act in a way or show anxiety symptoms that will cause him or her to be negatively evaluated (e.g. be humiliated, embarrassed or rejected) or that will offend others. In children, the fear or anxiety may be expressed by crying, tantrums, freezing, clinging, shrinking or failure to speak in social situations. The fear or anxiety is out of proportion to the actual threat posed by the social situation. The disorder is persistent, typically lasting 6 or more months.

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), 人に見られる(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。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) ようにあるいは他人を怒らしてしまうように, 行動したり不安症状を見せてしまったりすることを, 怖れる。子供では, 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, 縮こまる, または社会的状況で話せなくなることで示されることがある。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つり合わない。疾患は典型的には 6 ヶ月以上続く持続的なものである。

A12.8 Headache attributed to generalized anxiety disorder

A12.8 全般性不安症 [全般性不安障害]による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Generalized anxiety disorder has been diagnosed according to DSM-5 criteria

B. DSM-5 診断基準により, 全般性不安症 [全般性不安障害]が診断される

C. Headache occurs solely during periods of anxiety

C. 不安の期間にのみ, 頭痛が起こる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Comment:

コメント:

Patients with generalized anxiety disorder present excessive anxiety and worry (apprehensive expectation) about two (or more) domains of activities or events (e.g. family, health, finances, school/work difficulties), on more days than not, for 3 months or more. Symptoms may include restlessness or feeling keyed up or on edge, and muscle tension. Behaviours associated with this disorder include avoidance of activities or events with possible negative outcomes, marked investment of time and effort in preparing for activities or events with possible negative outcomes, marked procrastination in behaviour or decision-making because of worries, and repeatedly seeking reassurance because of worries.

全般性不安症 [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)が, 3 ヶ月以上, 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, 緊張感または過敏, 筋緊張を含む。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出来事の準備に著しい時間や労力を要する, 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安心を求める, などが含まれる。

A12.9 Headache attributed to post-traumatic stress disorder

A12.9 心的外傷後ストレス障害による頭痛

Diagnostic criteria:

診断基準:

A. Any headache fulfilling criterion C

A. 頭痛は C を満たす

B. Post-traumatic stress disorder (PTSD) has been diagnosed according to DSM-5 criteria

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る

C. The headache first developed after exposure to the trauma stressor and occurs solely in the context of other symptoms of PTSD

C. 外傷性ストレスに曝露された後に頭痛が始まり, 心的外傷後ストレス障害の他の症状に関連してのみ起こる

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

D. 他に最適な ICHD-3 の診断がない

Note:

備考:

1. For example, headache occurs on exposure to reminders of the trauma.

1. 例えば, 外傷を思い出させるものへの曝露で頭痛が起こる

Comments:

コメント:

Exposure to actual or threatened death, serious injury or sexual violation may occur directly by experiencing the event, or it may occur indirectly: by witnessing the event; by learning that the event occurred to a close family member or friend; by experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the event (e.g. first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse).

This is not true of exposure through electronic media, television, movies or pictures, unless this exposure is work-related.

実際の死や危うく死にそうになること、重度の傷害または性暴力への曝露は、直接その出来事を体験する以外に、間接的にも起きるだろう。つまり、出来事を目撃する、親しい親族や友人におき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、残された人体を集める作業に最初にとりかかる人、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警察官）。これは仕事に関連するものでなければ、電子媒体、テレビ、映画、絵画を通じてのものは、曝露とはしない。

Given the high rate of comorbid depression with post-traumatic stress disorder (PTSD), the diagnosis of A12.9 Headache attributed to post-traumatic stress disorder should be reserved for those patients whose headache is not explained by comorbid depression (i.e. cases of headache attributed to PTSD in patients without comorbid depression).

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による頭痛 の診断は、共存するうつ病ではその頭痛を説明できない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の患者の頭痛）

Definition of terms

用語の定義

Accompanying symptoms

随伴症状

: Symptoms that typically accompany rather than precede or follow headache. In migraine, for example, the most frequent are nausea, vomiting, photophobia and phonophobia; osmophobia, diarrhoea and other symptoms occur more rarely.

: 頭痛の前後ではなく、いつも決まって随伴する症状。例として片頭痛では、悪心・嘔吐、光過敏および音過敏が最も多く、臭過敏、下痢およびその他の症状はそれよりは稀である。

Anorexia

食欲不振

: Lack of appetite and dislike for food to a mild degree.

: 食欲の欠如および食物に対する軽度の嫌悪感

Attack of headache (or pain)

頭痛(または痛み)発作

: Headache (or pain) that builds up, remains at a certain level for minutes to 72 hours, then wanes until it is gone completely.

: 頭痛(痛み)が発現増強し、一定の強さで数分～72 時間持続し、その後徐々に減弱し、完全に消失するまで。

Aura

前兆

: Early symptoms of an attack of migraine with aura, being the manifestations of focal cerebral dysfunction. The aura typically lasts 20-30 minutes and precedes the headache. See also: Focal symptoms, Prodrome, Premonitory symptoms, Warning symptoms and Neurological symptoms.

: 前兆のある片頭痛発作の初期症状で、局在性脳機能障害を発現する。前兆は典型的には 20～

30 分持続し、頭痛に先行する。局在症状、予兆、前駆症状、警告症状、●Neurological symptoms も参照のこと。

Central neuropathic pain

中枢性神経障害性疼痛

: Pain (qv) caused by a lesion or disease of the central somatosensory nervous system (see also Neuropathic pain).

: 中枢系の体性感覚神経系の病変あるいは疾患による痛み(Pain:参照) (Neuropathic pain も参照のこと)。

Chronic

慢性

: In pain terminology, chronic denotes persistence over a period longer than three months. In headache terminology, it retains this meaning for secondary headache disorders. For primary headache disorders that are more usually episodic (qv), chronic is used whenever attacks of headache (qv) occur on more days than not over a period longer than 3 months. The trigeminal autonomic cephalalgias are the exception: in these disorders, chronic is not used until the disorder has been unremitting for more than one year.

: 痛みの用語では、慢性は3ヵ月以上の期間にわたり痛みが継続することを意味する。頭痛の用語では、二次性頭痛においては同様の意味を持っている。通常は反復性(Episodic:参照)に生じる一次性頭痛においては、頭痛(発作)(Attack of headache [or pain]:参照)が数日以上続くが3ヵ月には達していない場合でも、慢性の用語が使用される。ただし、三叉神経・自律神経性頭痛は例外で、これらの頭痛では1年以上寛解することなく持続するまでは、慢性とはいわない。

Close temporal relation

時期的に一致する

: This term is used to describe the relation between an organic disorder and headache. Specific temporal relations may be known for disorders of acute onset where causation is likely, but have often not been studied sufficiently. For chronic disorders the temporal

relation as well as causation are often very difficult to ascertain.

:この用語は器質性疾患と頭痛との相互関連を言及するのに使われる。因果関係がありそうな急性発症の疾患では明確な時間的関連がわかることもあるが、これについてはいまままでに十分には研究されたわけではない。慢性疾患については、時間的關係と同様に因果關係を確定するのはしばしば非常に困難である。

Cluster headache attack

群発頭痛発作

: One episode of continuous pain lasting 15-180 minutes.

:一回あたり持続性の痛みが15～180分続く発作

Cluster period

群発期

: The time during which cluster headache attacks occur regularly and at least once every other day.

:群発頭痛発作が規則的に出現し、2日に1回以上出現する期間

Cluster remission period

群発寛解期

: The time during which attacks cease to occur spontaneously and cannot be induced with alcohol or nitroglycerine. To be considered a remission, the attack-free period must exceed one month.

:発作の発生が自然休止し、アルコールやニトログリセリンによって誘発されない期間。寛解とみなされるには、非発作時期が1ヵ月を超えなければならない。

Duration of attack

発作の持続時間

: Time from onset until termination of an attack of headache (or pain) (qv) meeting criteria for a particular headache type or subtype. After migraine or cluster headache, a

low-grade non-pulsating headache without accompanying symptoms may persist, but this is not part of the attack and is not included in duration. If the patient falls asleep during an attack and wakes up relieved, duration is until time of awakening. If an attack of migraine is successfully relieved by medication but symptoms recur within 48 hours, these may represent a relapse of the same attack or a new attack. Judgement is required to make the distinction (see also Frequency of attacks).

: 特定の頭痛タイプあるいはサブタイプの診断基準に応じた頭痛(痛み)発作 (Attack of headache [or pain]:参照)の出現から消失までの時間。片頭痛や群発頭痛の後に、随伴症状を伴わず軽度の非拍動性頭痛が持続することがあるが、これは発作の一部ではなく持続時間に含まれない。もし患者が発作中に入眠し、覚醒時に回復していた場合には、持続時間は覚醒時までとする。もし片頭痛発作が薬物によって奏功しても、48時間以内に症状が再発した場合には、これらは同じ発作の再燃のことも、あるいは新発作の出現のこともある。これを鑑別するためには判断を要する(Frequency of attacks:参照)。

Episodic

反復性

: Recurring and remitting in a regular or irregular pattern of attacks of headache (or pain) (qv) of constant or variable duration. Through long usage the term has acquired special meaning in the context of episodic cluster headache, referring to the occurrence of cluster periods separated by cluster remission periods (qv) rather than to attacks. Similar usage has been adopted in paroxysmal hemicrania.

: 一定もしくは様々な持続時間の頭痛(痛み) 発作(Attack of headache [or pain] 参照)が規則的あるいは不規則的なパターンで再発し消失すること。この用語は反復性群発頭痛に使われる場合には、特殊な意味合いをもって長らく使われてきた。すなわち個々の発作に対してではなく、群発寛解期(Cluster remission period:参照)によって分断された群発期の発来を示している。同様の使用法が発作性片側頭痛でも採用されている。

Facial pain

顔面痛

: Pain below the orbitomeatal line, above the neck and anterior to the pinnae.

: 眼窩外耳孔線以下、頸部以上、耳介前方の痛み。

Focal symptoms

局在症状

: Symptoms of focal brain (usually cerebral) disturbance such as occur in migraine aura.

: 片頭痛前兆で現れるような局在性脳(通常は大腦)症状。

Fortification spectrum

閃輝暗点[ギザギザの要塞像]

: Angulated, arcuate and gradually enlarging visual hallucination typical of migrainous visual aura.

: 片頭痛の視覚性前兆に代表される角形、弓形で徐々に拡大する視覚性幻覚。

Frequency of attacks

発作頻度

: The rate of occurrence of attacks of headache (or pain) (qv) per time period (commonly one month). Successful relief of a migraine attack with medication may be followed by relapse within 48 hours. The IHS Guidelines for Controlled Trials of Drugs in Migraine, 2nd edition, recommended as a practical solution, especially in differentiating attacks recorded as diary entries over the previous month, to count as distinct attacks only those that are separated by an entire day headache-free.

: ある期間(普通は 1 ヶ月)あたりの頭痛(痛み) 発作(Attack of headache [or pain]:参照)の発生率。薬物が片頭痛発作に奏功しても 48 時間以内に再燃することがある。国際頭痛学会の片頭痛における薬物対照試験のガイドライン第 2 版では、現実的な解決策として、前月にまたがる日記内容に記録された発作を鑑別する際に、完全な頭痛がない日によって分断された明瞭な発作のみを数えることを推奨している。

Headache

頭痛

: Pain (qv) located above the orbitomeatal line.

:眼窩外耳孔線より上部にある痛み(Pain:参照)。

Headache days

頭痛の日数

: Number of days during an observed period of time (commonly 1 month) affected by headache for any part or the whole of the day.

:観察時期(通常は1ヵ月)の間に、1日の一部あるいは全部が頭痛に冒された日数。

Heterophoria

眼球斜位

: Latent strabismus.

:潜在斜視

Heterotropia

斜視

: Manifest strabismus.

:顕在斜視

Intensity of pain

痛みの強度

: Degree of pain (qv) usually expressed in terms of its functional consequence and scored on a verbal four-point scale: 0, no pain; 1, mild pain, does not interfere with usual activities; 2, moderate pain, inhibits but does not wholly prevent usual activities; 3, severe pain, prevents all activities. It may also be expressed on a visual analogue scale.

:痛み(Pain:参照)の強度は、ふつう機能的な結果に対する用語として表現され、口頭4段階尺度(verbal 4-point scale)で点数化される;0、痛みなし、1、軽度の痛み、通常の活動への支障なし、2、中等度の痛み、通常の活動への支障はあるが全面的ではない、3、高度の痛み、すべての活動が支障される。これは視覚的アナログスケール(visual analogue scale : VAS)で表現してもよい。

Lancinating

乱刺痛

: Brief, electric, shock-like along a root or nerve.

根あるいは神経に沿った短時間で電撃ショックのような痛み

Neuralgia

神経痛

: Pain (qv) in the distribution of a nerve or nerves. (Common usage, especially in Europe, often implies a paroxysmal or lancinating (qv) quality, but the term neuralgia should not be reserved for paroxysmal pains.)

: 1 本あるいは複数の神経支配領域の痛み(Pain:参照)。(一般的な用法は、特にヨーロッパでは、しばしば発作性または乱刺痛(Lancinating:参照)の性質を意味するが、神経痛という用語は発作性の痛みにのみ限定するべきではない。)

Neuritis

末梢神経炎

: A special case of neuropathy (qv); the term is now reserved for inflammatory processes affecting nerves.

: 末梢神経障害(Neuropathy:参照)の特殊型。この用語は現在、末梢神経に対する炎症機転の意を有する。

Neuroimaging

神経画像検査

: CT, MRI, PET, SPECT or scintigraphy of the brain.

: CT、MRI、PET、SPECT あるいは脳シンチグラム

Neuropathic pain

神経障害性疼痛

: Pain (qv) caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system.

体性感覚神経系の病変あるいは疾患による痛み(Pain:参照)。

Neuropathy

末梢神経障害

: A disturbance of function or pathological change in a nerve or nerves (in one nerve: mono-neuropathy; in several nerves: mononeuropathy multiplex; when diffuse and bilateral: polyneuropathy). The term neuropathy is not intended to cover neurapraxia, neurotmesis, section of a nerve, disturbances of a nerve due to transient impact such as a blow, stretching or epileptic discharge (the term neurogenic applies to pain attributed to such temporary perturbations).

: 1本あるいは複数の神経の機能的あるいは病理学的変化による障害(1本の神経の場合:単神経障害;数本の神経の場合:多発単神経障害;両側びまん性の場合:多発神経障害)。

末梢神経障害という用語は、一過性神経伝導障害、神経断裂、神経切開や、衝撃、伸展、てんかん発作波のような一過性の負荷による神経障害は意味していない(そのような一過性の負荷による神経障害の場合には、神経原性という用語が、適している。)

New headache

新規頭痛

: Any type, subtype or subform of headache (qv) from which the patient was not previously suffering.

: 患者が以前に罹病したことのないあらゆるタイプ、サブタイプ、サブフォームの頭痛(Headache:参照)

Not sufficiently validated

正当性不十分

: Of doubtful validity as a diagnostic entity judged from the experience of the subcommittee and/or controversy in the literature.

: 委員会の経験、文献上の論議のいずれかあるいは両方から、疾患概念に関して正当性に疑いがあると判断されたもの。

Nuchal region

項部

: Dorsal (posterior) aspect of upper neck including the region of insertion of neck muscles on the cranium.

: 上頸部の背側(後部)で頸部筋群の頭蓋骨への付着部を含む。

Pain

痛み

: An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage (see also: Neuropathic pain, Central neuropathic pain and Peripheral neuropathic pain).

: 痛みは、組織の実質的あるいは潜在的な傷害に結びつくか、このような傷害を表わす言葉を使って述べられる不快な感覚、情動体験である (Neuropathic pain、Central neuropathic pain、Peripheral neuropathic pain も参照のこと)。

Pericranial muscles

頭蓋周囲筋

: Neck muscles, muscles of mastication, facial muscles of expression and speech and muscles of the inner ear (tensor tympani, stapedius).

: 頸部筋、咀嚼筋、表情および言語の顔面筋、内耳筋(鼓膜張筋、アブミ骨筋)

Peripheral neuropathic pain

末梢性神経障害性疼痛

: Pain (qv) caused by a lesion or disease of the peripheral somatosensory nervous system (see also Neuropathic pain).

: 末梢系の体性感覚神経系の病変あるいは疾患による痛み(Pain:参照) (Neuropathic pain も参照のこと)。

Phonophobia

音過敏症

: Hypersensitivity to sound, usually causing avoidance.

: 音に対する過感受性で、通常は回避の動機となる。

Photophobia

光過敏症

: Hypersensitivity to light, usually causing avoidance.

: 光に対する過感受性で、通常は回避の動機となる。

Premonitory symptoms

前駆症状

: Symptoms preceding and forewarning of a migraine attack by 2.48 hours, occurring before the aura in migraine with aura and before the onset of pain in migraine without aura. Among the common premonitory symptoms are: fatigue, elation, depression, unusual hunger, craving for certain foods.

: 片頭痛発作の 2～48 時間前に先行する症状ないし事前警告で、前兆のある片頭痛では前兆の前に、前兆のない片頭痛では痛みの出現前に現れる。一般的な前駆症状は、倦怠感、意気高揚、うつ、異常な空腹感、一定の食物への渴望である。

Pressing/tightening

圧迫感／締め付け感

: Pain of a constant quality often compared to an iron band around the head.

: 持続的性状の痛みで、しばしば頭のまわりの鉄の帯に例えられる。

Previously used term

以前に使用された用語

: A diagnostic term that has been used previously with a similar or identical meaning to

the classified term or is subsumed within it. Previously used terms are often ambiguous and/or have been used differently in different countries.

:過去に類似あるいは同一の意味の分類用語として用いられたり、その範疇に含められていた診断的用語。以前に使用された用語はしばしば曖昧であったり、国によって違う意味に用いられたり、その両方のこともある。

Prodrome

予兆

: This term has been used with different meanings, most often synonymously with premonitory symptoms. It should be avoided in the future.

:この用語は異なった意味で使用されてきており、最も多いのは前駆症状の同義語とされていた。この用後は今後、回避すべきである。

Pulsating

拍動性

: Varying with the heart beat; throbbing.

:心拍動に伴って変動する;ズキンズキンする。

Referred pain

関連痛

: Pain (qv) perceived in another area than the one where nociception arises.

:侵害知覚が発生する部位とは異なる部位で感知する痛み(Pain:参照)。

Refraction error

屈折異常

: Myopia, hypermetropia or astigmatism.

:近視、遠視、乱視。

Scintillation

閃輝

: Visual hallucinations that are bright and fluctuate in intensity, often at approximately 8.10 cycles/second. They are typical of migraine aura.

: 明るく、強さがおおむね 8～10 ヘルツで変動する視覚性幻覚。片頭痛前兆に典型的。

Scotoma

暗点

: Loss of part(s) of the visual field of one or both eyes. Scotoma may be absolute (no vision) or relative (obscured or reduced vision).

: 単眼あるいは両眼の視野の部分欠損。暗点は絶対的(完全視力脱失)なこともあり、相対的(霧視、視力低下)なこともある。

Stab of pain

刺痛

: Sudden pain (qv) lasting a minute or less (usually a second or less).

: 持続が 1 分以内(通常は 1 秒以内)の突然の痛み(Pain:参照)。

Substance

物質

: Organic or inorganic chemical, food or additive, alcoholic beverage, gas or vapour, drug or medication, herbal, animal or other substance given with medicinal intent although not licensed as medicinal products, etc.

: 有機または無機化学物質、食品や添加物、アルコール飲料、ガスまたは蒸気、薬物または薬物療法、ハーブ、動物または医薬品などとして認可されていないが薬用目的で与えられた他の物質など。

Teichopsia

星型閃光

: Synonym for fortification spectrum (qv).

: 閃輝暗点(Fortification spectrum 参照)と同義語(訳注: teichos とはギリシャ語で城壁のこと)。

Tenderness

圧痛

: A feeling of discomfort or pain caused by pressure that would not normally be sufficient to cause such sensations.

: 正常ならば感覚が惹起されない程度の圧力によって引き起こされる不快感あるいは痛み。

Throbbing

拍動性ないしズキンズキンする

: Synonym for pulsating (qv).

: 拍動性と同義語(pulsating:参照)。

Unilateral

一側性

: On either the right or the left side, not crossing the mid line. Unilateral headache does not necessarily involve all of the right or left side of the head, but may be frontal, temporal or occipital only. When used for sensory or motor disturbances of migraine aura it includes complete or partial hemidistribution.

: 正中線を越えない右側あるいは左側。一側性頭痛は必ずしも右側あるいは左側全体を含むとは限らず、前頭部、側頭部または後頭部のみのこともある。片頭痛前兆の感覚異常あるいは運動障害に対して用いられる場合には、完全あるいは部分的片側分布を含む。

Vasospasm

血管攣縮

: Constriction of artery or arterioles to such a degree that tissue perfusion is reduced.

: 組織灌流が低下する程度の動脈あるいは細動脈の収縮。

Warning symptoms

警告症状

: Previously used term for either aura or premonitory symptoms and therefore ambiguous. It should not be used.

: 前兆または前駆症状に対して以前に使用された用語で、あいまいである。この用語は使用すべきではない。

Zigzag line

ジグザグ形[稲妻線条]

: Synonym for fortification spectrum (qv).

: 閃輝暗点と同義語(fortification spectrum 参照)。