

特集 頭痛と眼**序 論**

石川 均*

日々の外来で「目が痛い」と訴えて受診する患者は非常に多い。その原因は角結膜疾患や異物などの前眼部疾患が多く、その診察はまず細隙灯顕微鏡検査から始まる。しかし、角結膜に異常がなく、訴えも「眼を動かすと痛い、下を向くと痛い」といった、痛みの誘発、性状がまったく異なることもある。この場合は眼窩内、特に外眼筋の異常や視神経炎の周囲への炎症波及など、細隙灯顕微鏡では確認できない深部における疾患を考えるべきである。さらに忘れてはならないのは、急性上顎洞炎を主とする隣接の副鼻腔の炎症である。これらの確定には、血液検査やCT、MRIなどの画像検査が必要となる。上記の二者は一見まったく異なるように思われるが、何らかの方法で病巣が見つかる、器質的疾患であるという共通点がある。

そのほか、眼科医を一番悩ます「痛み」は頭痛や病巣のはっきりしない慢性痛、機能的疾患による痛みではないだろうか。そのなかには片頭痛、群発頭痛、眼精疲労による頭痛、筋収縮性頭痛などが存在する。片頭痛には古典的に前駆症状として閃輝暗点を生ずるものもあれば、頭痛は軽度でも羞明を中心に訴えて来院するものもいる。また、眼精疲労と筋収縮性頭痛との鑑別が困難なこともしばしばある。

私の専門としている神経眼科領域は従来、視神経疾患、眼球運動障害、自律神経異常を扱ってきた。基礎研究、臨床研究、両者の進歩から、近年は「痛み」という新たな領域が出てくることとなった。本特集では、脳神経内科医を含め、4名のエキスパートに頭痛、特に片頭痛の発生メカニズム、それに続く羞明のメカニズムを最新情報とともに詳細に記載していただき、「痛み」についての情報が満載である。さらに、それらの治療法も新たな作用機序の抗体薬など、非常に多くの選択肢が増えてきたことが紹介されている。

本特集のタイトルは「頭痛と眼」であるが、お読みいただくと、眼圧が正常範囲であり、細隙灯顕微鏡検査で陽性所見の得られない、「痛み」を主訴とする患者の診察において幅が広がるものと思われる。

*Hitoshi ISHIKAWA 北里大学医療衛生学部視覚機能療法学専攻