臨 床

アンケートよりみた我国におけるめまい患者の治療傾向

まつ なが たかし おく むら しん いち
松 永 喬・奥 村 新 一*

I. は じ め に

最近平衡機能検査の普及と共に、耳鼻咽喉科外来を受診するめまい患者が多くなって来ている。阪大¹⁾でも第1図の如く昭和31年から、少しずつめまい患者の増加の傾向がみられる。しかもその疾患の種類も、従来の耳鼻咽喉科めまい疾患の花形であった真性のメニエール病が少なくなり、かわって頭頸部外傷後遺症としてのめまい、中枢性眩暈症が多くなって来ている(第2図)。したがっていわゆる“めまい学”も、古典的な前庭学から身体平衡学へと研究分野を広げざるを得なくなってきた。

かかる際、診断決定後どのような治療方針で、どのような治療をすればよいか問題となり、従来のメニエール病中心主義から離れて、もっと広い観点から治療内容が再検討されねばならない。

たまたま第29回日本平衡神経学会(1971)で、めまいの治療がシンポジウムとして取り上げられた。それを機会に日本平衡神経学会々員の諸先生にアンケートを依頼し、つぶさにめまい疾患の治療内容を御教示願える事ができたので、ここにまとめて報告する。

第1図 耳鼻咽喉科外来患者総数に対するめまい患者の比率% (大阪大学耳鼻咽喉科)

第2図 耳鼻咽喉科外来患者総数に対するめまい疾患の比率 (大阪大学耳鼻咽喉科)

II. 調査方法および調査対象

今回のアンケートの質問内容は、第1表の如くメニエール病の急性期、慢性期めまい症状、後遺症の治療内容およびメニエール病以外の末

梢性めまい、中枢性めまい、原因不明のめまい症状に対する治療内容、さらにめまいの薬物療法についての考え方、めまいの手術療法につい

Current Therapy for Vertigo from the Questionnaire in Japan

Takashi Matsunaga and Shinich Okumura

*大阪大学医学部耳鼻咽喉科学教室 (主任: 内藤 僑教授)

第 1 表

めまい患者薬物療法アンケート

御病院名 ()
御 芳 名 ()

下記の項目につき出来るだけ具体的に(内服薬の名前, 投与量など)お書き下さい.

1. メニエール病の薬物療法について
- (a) 発作時は, どの様な薬物療法を行なっておられますか
- (b) 慢性のめまい症状にはどの様な薬物療法を行なっておられますか
- (c) 後遺症としての耳鳴, 難聴の治療は如何されていますか
2. メニエール病以外の末梢性眩暈症に対してどの様な薬物療法を行なっておられますか
3. 中枢性眩暈症に対してどの様な薬物療法を行なっておられますか.
4. 原因不明の眩暈症に対してはどの様な薬物療法を行なっておられますか
5. 眩暈症の薬物療法をどの様に考えておられますか
6. 眩暈症(主として末梢性)に対する手術療法をどのように考えておられますか

での考え方などの 6 項目である.

対象は日本平衡神経科学会 会員名簿より 選
び, 開業医, 病院医, 大学医など立場がちが
えばめまいに対する薬剤(抗めまい剤という,
以下同じ)の使い方, めまい疾患の手術療法に
差異があるかどうかを検討するため **at random**
に抽出した開業医 69 名, 病院医 84 名, 大学医
40 名計 193 名である. なお開業医のみその一部
は大阪大学耳鼻科教室同窓会々員名簿(参九会
会員名簿)より **at random** に選んだ. そのう
ち回答をいただいたのは, 開業医 30 名, 病院医
40 名, 大学医 26 名計 96 名で回答率は丁度 50% で
あった(第 2 表).

第 2 表 めまい患者薬物療法アンケート (7/71)

	発 送	回 収
開 業 医	69	30
病 院 医	84	40
大 学 医	40	26
	193	96

回収率(御返答) 50%

III. 治療内容の集計結果

1. 抗めまい剤の種類

アンケートを集計すると, 現在用いられている
抗めまい剤は, 商品名のわかったところで第
3 表の如く, ざっと 130 種類もあった. これだ
けの抗めまい剤がほとんど末梢性, 中枢性めま
いの区別なしに用いられている事が分った. こ
れを日本医師会医薬品分類に準じて, 大ざっぱ
に整理すると第 3 表(a)の如くルミナール, フェ
ノバル, コントミンなどの精神身体神経安定
剤(精神安定剤, 自律神経安定剤, 精神々経用
剤, 催眠鎮静剤などを便宜上総称していう. 以
下同じ), 第 3 表(b)の如くカピラン, ヘクサニ
シット, ズファジラン, メイロンなどの循環改
善剤(血管拡張剤, 血流改善剤, 血管収縮剤,
血管強化剤, 循環器官用剤, 動脈硬化用剤など
を便宜上総称していう. 以下同じ), 第 3 表(c)
の如くビタメジン, コバマイドなどのビタミン

剤およびニコリン, ガンマロンなどの代謝改善
剤(脳, 細胞, 組織代謝機能賦活剤などを便宜
上総称していう. 以下同じ)の四者が最も多く
一般薬として使用され, ついで利尿剤, 抗ヒス
タミン剤, ステロイド剤などが撰択薬として経
験的に使い分けされている.

2. メニエール病に対する薬物療法

(a) 発作時(急性期)に対して(第 3 図).

めまい発作時, まず用いられるのは, 開業
医, 病院医, 大学医を問わず, 精神身体神経安
定剤でセルシン, コントール, ウインタミン,
フェノバル, ベレルガル, PZC, トリオミン
などで, そのうち 2 種類が併用されている場合
もある. ついで長谷川教授創案の 7% 重曹水
(メイロン) が 70~80% に用いられているが,
これは循環系障害に基因するめまいが多く,
7% 重曹水がその本態的治療剤のためである

第3表 現在使用されている抗めまい剤

- a { ルミナール, フェノバル, バルビタール, セルシン, トリオミン, ホリゾン, バランス, コントール, アタラックスP, ネルフェンルー, ノバミン, ウィンタミン, PZC, ベレルガル, テブロン, ピレチア, ノブロン, キシロカイン, アトロピン, ノイロキシ, コントミン, アボミン, ハイロング
- b { カピラン, ヘクサニシット, ロニコールタイムスパン, ユークリダン, アブラクタン, ヒデルギン, メリスロン, カルニゲン, セファドリー, カリクレイン, サークレチン, メイロン, ズファジラン, パスカラート, パパベリン, エホチール, インデラール
- c { ナイクリン, Vit B₁, Vit B₂, ビタメジン, ビタノイリン, アリナミン, ビタモーゲン, ノイロビタン, Vit C, パントシン, カロマイド, スリービー, ニコチン酸, ノイロビタン, ストラーゼ, コメタミン, コバマイド, ベストン, ノイビタ, フレスミン, ビオタミン, ビトレン, ユベラN
- トラベルミン, ドラマミン, ボナミン
- ベナドリー, タベジール, ハイスタミン, レスタミン, アレルギン, ポララミン
- ダイアモックス, ラシックス, マンニトール, フルイトラン, デキスラン(低分子), ペレストンN, ブドウ糖, ラクテック, マニトンS, クリニット
- リンデロン, ベトネラン, デカドロン, デキサセロソ, セレスタミン, プレドニン
- ニコリン, シチコリン, ATP, アデホス, ルシドリー, メトキナール, エンボール, ガンマロン, γ-OZ, ハイゼット, アスバラ, ポニトン
- メジン, トランコパール
- リポスタビル, MDS, アンデニン
- 星状神経節ブロック, CO₂吸入, 強ミノC, セファランチン, ブチロン, 新グレラン, テラプチーク, コンドロン, ガンベタール, トリプタノール, ナイアマイド, リゾチーム, タンデリー, ポンター, ミオプタズリン, プリンペラン, トレステン

第3図 メニエール病発作時の薬物療法

第4図 メニエール病慢性のめまい症状に対する薬物療法

う。ついで各種の循環改善剤が使用されている。概して精神身体神経安定剤、循環改善剤、ビタミン剤が主で、代謝改善剤、利尿剤、ステロイド剤、鎮量剤が撰択的に用いられている。星状神経節ブロックは病院医がしばしば行っている。利尿剤は病院医、大学医が撰択的に使用しているのみである。

(b) 慢性のめまい症状に対して (第4図)。
ほとんどの医師が、メリスロン、カピラン、カリクレイン、ヘクサニシット、メイロン、ロニコールタイムスパン、アブラクタンなどの循環改善剤をまず投与している。2種類を併用している事も多い。ついで精神身体神経安定剤、ビタミン剤となっている。概して循環改善剤、精神身体神経安定剤、ビタミン剤、代謝改善剤

が主である。星状神経節ブロックは病院医が好んで用いている。 β -histine (メリスロン) が40乃至50%の医師達に用いられている。

また主たる処方内容が急性期発作時と同じであるのは、開業医、病院医共13%であったが、大学医は全部発作時と異なる処方内容であった。

(c) 後遺症としての難聴、耳鳴に対して (第5図)。

開業医はビタミン剤が中心で、病院医、大学医は、これに循環改善剤をまず併用している。ついで精神身体神経安定剤で、通気療法も行なわれている。投薬せず、説得療法 (いわゆるムンテラ) というものもある。大学医の中には、手術療法 (Rosen, Portmann, 山川・内藤 式など) に切り換えるという回答もあった。

またメニエール病の慢性的めまい症状と同じ

第5図 メニエール病後遺症 (耳鳴、難聴) の薬物療法

第6図 メニエール病以外の末梢性眩暈症の薬物療法

処方内容であるのが開業医7%, 病院医13%, 大学医35%にみられ、症状固定した病像に対する各立場の医師達の治療態度に興味を持たれた。

3. メニエール病以外の末梢性眩暈症に対して (第6図)。

60~80%の医師がメニエール病の処方内容と同じである。めまいの性質上、循環改善剤が多く、それも2乃至3種類の併用が見られる。他科医へ紹介するものもある。星状神経節ブロックは病院医がやはりよく行っている。7%重曹水、 β -histine の使用が特に多い。

4. 中枢性眩暈症に対して (第7図)。

ルシドリール、ニコリンなどの代謝改善剤が循環改善剤と共に多いのが目につく。ついで精神身体神経安定剤である。開業医、病院医などでは他科医へ紹介しているものもある。また開業医では、診療した経験がないと回答した医師が

第7図 中枢性眩暈症に対する薬物療法

第8図 原因不明の眩暈症の薬物療法

第4表 めまい症に対する薬物療法

	メニエール病			中枢性 めまい	原因不明の めまい
	発作時	慢性の めまい症状	後遺症 (耳鳴, 難聴)		
開業医	①メイロン ②精安 ③循環 ④ビタミン ⑤鎮うん	①循環 ②精安 ③ビタミン ④メイロン ⑤鎮うん ⑥代謝	①ビタミン ②循環 ③精安 ④代謝	①循環 ②代謝 ③精安 ④ビタミン ⑤他科へ	①循環 ②精安 ③ビタミン ④鎮うん ⑤代謝
病院医	①精安 ②ビタミン ③メイロン ④循環 ⑤代謝 ⑥鎮うん	①循環 ②精安 ③ビタミン ④代謝 ⑤メイロン	①ビタミン ②循環 ③精安 ④代謝	①循環 ②代謝 ③精安 ④ビタミン ⑤他科へ	①循環 ②精安 ③ビタミン ④代謝 ⑤メイロン
大学医	①精安 ②メイロン ③循環 ④鎮うん ⑤ビタミン	①循環 ②精安 ③ビタミン ④代謝	①循環 ②ビタミン ③精安 ④代謝	①代謝 ②循環 ③精安 ④ビタミン	①循環 ②精安 ③ビタミン ④代謝 ⑤経過観察

(注) 精安：精神身体神経安定剤 循環：循環改善剤
代謝：代謝改善剤 鎮うん：鎮暈剤

大部分であった。メニエール病と同じ処方内容であるのは10～30%とやはり少ない。

5. 原因不明の眩暈症に対して (第8図)。

循環改善剤, 精神身体神経安定剤がまず用いられている。メニエール病と同じ処方内容というのも30～50%にみられる。しばらく経過を観察してみると回答されたものもある。ここでも7%重曹水, β -histine が用いられている。

6. 小括

以上疾患別の処方内容をまとめてみると第4表の如くなる。約130種類もの抗めまい剤も、時に2乃至3種類同じ種類のそれが併用される事もあるが、大体この表に整理される。

メニエール病発作時は、7%重曹水, 精神身体神経安定剤がまず用いられ、メニエール病慢性めまい症状には循環改善剤, 精神身体神経安定剤が、併発する耳鳴, 難聴にはビタミン剤が

多く用いられている。また中枢性眩暈症には代謝改善剤が循環改善剤と共に用いられ、原因不明の眩暈症には循環改善剤, 精神身体神経安定剤が用いられている。

いずれにしても精神身体神経安定剤, 循環改善剤, ビタミン剤, 代謝改善剤がめまいの一般薬のようで、これに利尿剤, 抗ヒスタミン剤, ステロイド剤, 消炎剤, その他が撰択的に用いられているのが、我国の現状である。

次に開業医, 病院医, 大学医と立場が異なれば一、二の点で処方内容に差異があったり、また概して開業医は対症的に、大学医はめまいの原因を考えて選択的に抗めまい剤を使用している傾向はあるが、根本的な差異は八木²⁾らも述べている如く特にないようだ。それぞれの立場で適した処方内容を用いている。

IV. 眩暈症の薬物療法に対する考え方

どのような考え方, 方針で抗めまい剤を投与しているかをまとめたのが第9図である. 開業医では約50%が対症療法を行っている. 大学医の方がめまいの原因を考えて薬剤の選択をしている傾向が多いのが分かる.

いずれにしても薬物療法以外に全身的立場より, めまいの背景疾患を見つけ加療する事, さらに心身の安静, 説得療法が必要である事の大切さを強調している. また抗めまい剤の薬効を全く認めておらない医師がいるのは, めまいが心理的主観的要素がつよいためだろうか.

第9図 眩暈症の薬物療法に対する考え方

V. 末梢性めまいの手術療法に対する考え方

めまい患者は, 大多数が薬物療法で治療されているが, メニエール病を中心とする末梢性めまいには, 手術療法が用いられている事がある.

アンケート(第10図)よりみると, 開業医は30名全員現在手術経験なく, 病院医18%, 大学医46%に手術経験がみられる.

手術経験のない開業医の手術に対する考え方は行った方がよい(行ってもよい)27%, 行う必要なし23%で, 大体賛否相半ばし, 他の50%は意見を述べられないと回答している. 病院医, 大学医で手術経験のある医師は, ほとんど積極的に手術を行った方がよいとしているが, 手術経験のない病院医では行った方がよい(行

開業医 30名
病院医 40名
大学医 26名 } 計96名

第11図 めまい(末梢性)の手術療法に対する考え方(2)

第5表 めまい(末梢性)の手術療法に対する考え方(3)

- 行なう必要なし
症例が少ない, 効果少ない, 再発あり, 自然になおる
 - 行なった方がよい(行なってもよい)
治療期間を短くする. 効果が確実, 患者との意志の疎通を得る.
- 対 象: 薬剤無効な頑固例
hydrops が考えられるもの
- 種 類: ローゼン法, Decompression 法, その他
- 問題点: 手術法の選択, 適応の決定
手術成績の評価(5年位)

第10図 めまい(末梢性)の手術療法に対する考え方(1)

ってもよい) 24%, 行う必要なし30%, 大学医では行った方がよい(行ってもよい) 47%, 行う必要なし33%となっており, 大学医の方が手術療法をすすめているのも, 各医師の立場, 疾患の性質, 重篤度の問題などがあるからであろう。

これらを一括すると第11図の如く, 手術療法に対して, 行った方がよい(行ってもよい) 39%, 行う必要なし26%, わからない35%で大体賛否相半ばする。

また手術を行う必要なしと答えた理由は第5表の如く, 実際に手術をするような症例が少ない, 手術を行っても効果が少ない, しばしば再

発がある, めまいは自然になおるなどである。

逆に手術を行った方がよい(行ってもよい)と答えた理由は治療期間を短かくする, 効果が確実, 患者との意志の疎通を得るなどである。

いずれにしても手術を行うには, 手術対象を撰択する事が大切で薬効無効な頑固な症例(約1年以上経過したもの), メニエール病のように内耳病態が *hydrops* のものに行うべきであるとしている。手術の種類は *Rosen* が多く, ついで *decompression* 手術が行われている。

手術療法で大切な問題点は, 手術法の撰択, 適応決定で, 少なくとも5年間位の成績評価が必要であるとしている。

VI. ま と め

現在我国で行なわれているめまいに対する薬物治療(抗めまい剤)にはどのようなものがあるか, それがどのように使い分けされているか, そして開業医, 病院医, 大学医で治療内容がちがうかどうか, さらにめまいの手術療法は是か否かを知る事が目的で, 主としてめまい患者を日常取り扱っている平衡神経科学会々員の諸先生にアンケートを依頼した。

結果の詳細は前述の如くであるが, まとめると抗めまい剤の中で精神身体神経安定剤, 循環改善剤, ビタミン剤, 代謝改善剤の四者が一般薬として用いられ, 利尿剤, ステロイド剤, 抗ヒスタミン剤, 消炎剤などは撰択的に用いられている。そしてかかる抗めまい剤は末梢性めまい, 中枢性めまいの区別なしに使用されている傾向がつよい。このように抗めまい剤投与時の方針として対症的使用が多いが, 中にはめまいの原因を考えて薬剤を撰択して投与している医師もみられる。

末梢性めまい疾患に対する手術療法に関しては手術方法, 手術適応を撰択すれば, 諸家の賛否は半々である。

以上めまいの薬物療法に関しては, 保険医療の問題もあって, 上記の治療内容が必ずしも各医師の理想的治療法を云い表わしているとは思えないが, 抗めまい剤の種類はこれでよいのか, ただ単なる対症的使用でよいのか, 何か撰択的使用は考えられないのか, さらに手術療法に関しては患者の経済的立場, 社会的立場が病める人間としての立場と共に併わせて考えられるべきで, これらの問題で今後の検討が望まれるように思う。

擧筆におあり, このアンケートに御協力下さった日本平衡神経科学会会員および参九会会員諸先生に衷心より謝意を表し, また御校閲下さった内藤教授にあわせて謝意を表します。

本論文内容の一部は第29回日本平衡神経科学会シンポジウム(1971, 東京都)および第160回日耳鼻大阪地方会(1972)で発表した。

参 考 文 献

- 1) 松永 喬: めまいシンポジウム, 一耳鼻科の立場より一, 昭和46年度日本医師会医学講座講演要旨, 大阪府医師会, 1971(昭46)
- 2) 八木 伸也・北原 正章: わが国におけるメニエール病治療の現況, 平衡神経学 29: 57, 1971(昭46)

(原稿到着: 昭和47年1月18日)

別刷請求先: 松永 喬

〒553 大阪市福島区堂島浜通3丁目1・2合併地
大阪大学医学部附属病院耳鼻咽喉科