論

説

阪大におけるめまい患者の受診動態

まつ
松

なが
永

たかし
喬・

た
田

がみ
上

えつ
悦

こ
子・

おく
奥

むら
村

しん
新

いち
一

ふる
古

かわ
川

ゆにか
裕・

かわ
川

もと
本

ひろ
浩

やす
康・

ない
内

とう
藤

とし
備

I. は じ め に

著者らは1959年来、大阪大学病院においてめまい患者を follow up してきた。ここ数年来の受診患者の傾向を見ると、まず第1にめまい患者の外来新患々者総数に対する割合が、年々増加して来たこと³⁾⁴⁾があげられる。第2には、このようなめまい疾患は、だんだんその内容を変え、メニエール病確実例が少なくなり、難聴、耳鳴の随伴しない迷路性眩暈症⁴⁾、頭頸部外傷後遺症としてのめまい¹⁾、脳動脈硬化症、高血圧症、低血圧症、椎骨脳底動脈循環不全症やその他原因不明の眩暈症⁴⁾が多くなって来たこと⁴⁾である。さらに第3には、50才以上の老年層のめまい患者の受診が多くなって来たことも注目に値する⁶⁾。

そこでわれわれ耳科医の取扱うめまい疾患も、従来のようにメニエール病一辺倒だけでは、すまされなくなり、ここに神経耳科学の必要性が生じ、聴覚平衡覚の末梢受容器のみならず、脳幹・小脳・大脳などの聴覚系および身体平衡系(バランス系⁴⁾)の中枢神経機構の研究、検査が必要になって来た。この必要性から著者らは1968年(昭和43年)6月より“めまい外来”を設け、めまい患者を重点的に follow up すると共に、取扱う“めまい・平衡障害”も、従来の古典的な“前庭学”から“身体平衡学”ないしは“めまい学”へと、まためまい・平衡障害の検査も“前庭機能検査”より、もっと広い視野に立っての“平衡機能検査”ないしは“めまいの検査”へと研究分野・検査分野を拡げようと考えたのである。

ここでは、まず最近のめまい患者の受診動態の状況について、1956年以後の大阪大学病院のめまい患者のうち、主として1968年めまい外来開設以降の統計をもとに報告する。

II. めまい患者の外来新患々者総数に対する比率の年次的変遷 (図1)

1956年度から1974年度までの19年間に、大阪大学病院耳鼻咽喉科を受診しためまい患者は、図1のごとく、最近数年間に少しづつ増加している。1968年めまい外来開設以来、めまい患者を重点的に follow up するようになって、めまい患者の外来新患々者総数に対する比率は増加し、ここ数年は約5~6%となっている。

図1 大阪大学耳鼻咽喉科外来新患々者総数に対するめまい患者の比率 (%)

Statistics on Vertiginous Patients.
Takashi Matsunaga, Etsuko Tagami, Shin-ichi Okumura, Yutaka Furukawa, Hiroyasu Kawamoto and Toshi Naito.
大阪大学医学部耳鼻咽喉科学教室 (主任: 内藤備教授)

III. めまい疾患の変遷 (図2, 3, 4)

図2 耳鼻咽喉科外来新患々者総数に対するめまい疾患比率の変遷 (阪大めまい外来)

めまい疾患の変遷について検討するため、1959年度、10年後の1969年度、およびその5年後の1972年度の夫々1年間に大阪大学病院を受診しためまい患者の疾患名の外来新患々者総数に対する比率を比較してみた。(図2)．メニエール病は1.60%、0.83%、0.45%と漸次少くなり、代って迷路性眩暈症が0.03%、0.10%、0.63%と多くなって来た．脳循環障害や眩暈症が、0.98%、1.32%、2.23%と多くなり、また頭頸部外傷後のめまいが、1969年度が最高で1.99%であったが、1974年度は0.39%になり、1959年度の0.18%の2倍程度に減少して来た。

いま1969、1970年度の2年間のめまい外来受診患者総数827名と4年後の1973、1974年度の

図4 めまい外来受診患者診断名 (阪大めまい外来, 1973, 1974)

2年間のめまい外来受診患者総数769名について、その疾患名を検討したのが図3、4である．最近の1973、1974年度の2年間では、4年前の2年間に比べ、やはりメニエール病が、110名14%から75名10%と減少し、迷路性眩暈症が13名2%から114名15%と大巾に増加している．一時マスコミを賑わした頭頸部外傷が255名30%より88名11%と少なくなり、脳血管循環障害が43名5%から104名14%と多くなって来た．また眩暈症も172名21%より242名31%と少し多くなって来ている．

以上をまとめると、最近のめまい疾患は、末梢性疾患としては、メニエール病とそれに類似の迷路性眩暈症が最も多く、ほかに内耳炎、発作性頭位眩暈症などが見られた．中枢性疾患としては、脳血管循環障害 (椎骨脳底動脈循環不

図3 めまい外来受診患者診断名 (阪大めまい外来, 1969, 1970)

全症, 高血圧症, 脳動脈硬化症, 低血圧症, 高脂血症など), 小脳橋角部腫瘍, 脳腫瘍, 頭頸部外傷が多く, 先天性眼振やてんかんも少数であるが認められた。また眩暈症が多いのも, め

まいが全身病で一つの診療科の診断検査では, その病因・病態・病巣部位が不明のことが多いためといえよう。

IV. めまい外来受診患者の被紹介科 (図5, 6)

めまい外来にめまい患者を紹介してくる診療科について検討した。

めまい外来開設当時の1970年度では, そのほとんど(93%)が, 何等かの診療科の医師の紹介であった(図5)。耳鼻科医が最も多く158名(36%), ついで内科医114名(25%), 災害外科医45名(10%), 整形外科医34名(8%)の順であり, 外科医29名(6%), 精神神経科医14名(3%), 脳外科医10名(2%)がこれに続いた。めまい平衡障害の症状は, 色々な診療

図5 めまい外来受診患者の被紹介科
(阪大めまい外来, 1970)

図6 めまい外来受診患者の被紹介科
(阪大めまい外来, 1973, 1974)

めまい外来受診患者769名中紹介あり560名(73%)なし209名(27%)である。()内の%数字はめまい外来受診患者769名に対する割合, □内の%数字はそのうち紹介があった560名に対する割合である。

科と関係が深いことが改めて認識された。

ところがそれから数年後の1973, 1974年度2年間の統計では, 図6のごとく約30%の患者は紹介医なしで, 患者自身でめまい外来を受診し, 特殊外来としての“めまい外来”が, 一般に認識されつつある傾向がうかがえた。また患者の被紹介科は, 内科医が40%と圧倒的に多くなり, ついで耳鼻科医(15%), 脳外科医(12%), 精神神経科医(10%), 災害外科医(7%)となっている。

V. めまい外来受診患者の性別・年齢別頻度 (図7, 8, 9)

1969年度, 1972年度, 1974年度のめまい外来受診患者総数は, それぞれ387名, 458名, 369名であったが, それぞれの年代におけるめまい外来受診患者の年齢別頻度を見ると, 図7のごとくになった。1969年度は30才代にピークがあったが, 1972年度, 1974年度では, 40才代にピークが見られ, また1969年度に比べ, 少しづつ老年層の受診患者が多くなっている傾向が見られた。図8に1972年度のめまい外来受診患者の各年代別耳鼻咽喉科外来新患者数に対する比率を検討したが, 40才代にピークが見られ, 50才代, 60才代が丁度30才代, 20才代と同じ割合

が見られ, また1969年度に比べ, 少しづつ老年層の受診患者が多くなっている傾向が見られた。図8に1972年度のめまい外来受診患者の各年代別耳鼻咽喉科外来新患者数に対する比率を検討したが, 40才代にピークが見られ, 50才代, 60才代が丁度30才代, 20才代と同じ割合

図7 めまい外来受診患者の年齢別頻度
(阪大めまい外来, 1969, 1972, 1974)

図9 めまい外来受診患者の性別・年齢別頻度
(阪大めまい外来, 1973, 1974)

を示し、50才以上の受診患者が多くなって来ている事実を示した。

性別から見ると、1973、1974年度2年間のめまい外来受診患者では、男女共30才代、40才代に多く、男性では40才代、女性では30才代にピークがあった(図9)。

図8 めまい外来受診患者数の各年代別耳鼻咽喉科外来新患者数に対する比率(阪大めまい外来, 1972)

VI. 年齢層とめまい疾患の頻度 (図10)

図10 青年層、老年層と疾患別頻度(阪大めまい外来, 1973, 1974)

1973, 1974年度 2 年間のめまい外来受診患者 769 名のうち, 青年層 (20才代, 30才代) と老年層 (60才代, 50才代) の受診患者のめまい疾患別頻度を図10に示した. メニエール病, 迷路性眩暈症, 慢性中耳炎によるめまいなど内耳性

疾患では, 両層に差異は認められなかったが, 椎骨脳底動脈循環不全症, 脳動脈硬化症, 脳循環障害によるめまい, 高血圧症によるめまいなどは, 圧倒的に老年層のめまい患者に多かった。

VII. めまい患者のめまい外来受診時めまいの有無 (表 1)

1973, 1974年度 2 年間のめまい外来受診患者 769 名中, 受診時めまいを訴えたのは, 504 名 (66%), 訴えなかったのは, 265名 (34%) であった. これを疾患別にみると (表 1), メニ

エール病は57%とめまい疾患の中では少なく, 迷路性眩暈症, 術後耳めまい, 脳循環障害によるめまい, 迷路梅毒などは70~80%とめまいを訴えて受診することが多かった。

表 1 疾患別めまい外来受診時めまいの有無
(阪大めまい外来, 1973, 1974)

めまい			めまい		
疾患名	(+)	(-)	疾患名	(+)	(-)
メニエール病 (75名)	43名(57%)	32名(43%)	脳循環障害 (104名)	80名(77%)	24名(23%)
迷路性眩暈症 (114名)	87 (76)	27 (24)	V B I (41名)	32 (78)	9 (22)
頭位眩暈 (14名)	12 (86)	2 (14)	T I A (3名)	2 (67)	1 (33)
SM・KM 中毒平衡 障害 (4名)	3 (75)	1 (25)	脳動脈硬化 (6名)	5 (83)	1 (17)
慢中によるめまい (12名)	8 (67)	4 (33)	高血圧 (25名)	20 (80)	5 (20)
術後耳めまい (5名)	4 (80)	1 (20)	低血圧 (13名)	8 (62)	5 (38)
迷路梅毒 (4名)	3 (75)	1 (25)	高脂血症 (7名)	6 (86)	1 (14)
顔面神経麻痺 (16名)	4 (25)	12 (75)	その他 (9名)	7 (78)	2 (22)
神経性難聴・耳鳴 (24名)	0 (0)	24 (100)	動揺病 (7名)	0 (0)	7 (100)
突発性難聴 (10名)	2 (20)	8 (80)	先天性眼振 (3名)	2 (67)	1 (33)
頭頸部外傷 (88名)	57 (65)	31 (35)	S M O N (9名)	6 (67)	3 (33)
聴神経腫, 小脳橋 角部腫瘍 (9名)	7 (78)	2 (22)	眩暈症 (242名)	167 (69)	75 (31)
その他の脳腫瘍 (9名)	6 (67)	3 (33)	その他 (20名)	13 (65)	7 (35)
総 計			769名	504 (66)	265 (34)

VIII. 眩暈症の被紹介科・併存症状・合併疾患

最近増加して来た眩暈症の病因, 病態, 障害部位を究明する一助として, 1973, 1974年度 2

年間の眩暈症について, その被紹介科, 併存症状, 合併疾患について検討した。

A 被紹介科について (図11)

図6のめまい外来受診患者の被紹介科と同様、242名の眩暈症の29%が、紹介医なしで直接めまい外来を受診している。紹介医のあった173名の眩暈症のうち、内科医からの紹介がやはり54%と圧倒的で、ついで耳鼻科医、脳外科医、精神神経科医となっている。眼科医、外科医、整形外科医などは、他のめまい疾患の被紹介科医に比べ少なかった。

B 併存症状 (図12) について

メニエール病との鑑別診断のため、耳鳴・難聴の併存について検討した。ここでいう併存症

状とは、めまいとの関連性の有無とは関係なく、めまい発作の以前からあったものも含んでいるので、いわば合併症状(めまいに従属あるいは別個に無関係に併立した症状をいう)の意味である。242名の眩暈症のうち、めまいだけのものは113名47%と半数を占めていた。耳鳴を併存したものは67名28%で、約3分の1に認められた。耳鳴と難聴を併存したものは、38名16%、難聴のみは少なく、24名9%であった。めまい発作に随伴した耳鳴は8名のみに認められたが、他はすべてめまい発作に関係なく、耳鳴と難聴および難聴はめまいと無関係に併存した症状であった。

C 合併疾患 (図13) について

242名の眩暈症のうち、約半数の100名42%に、何等かの合併疾患があった。ここでいう合併疾患は、前述の併存症状と違って、めまいに比較的關係があると思われる疾患を取り上げた。合併疾患を有していた100名のうち、9名は2種類の合併疾患を有していた。神経性難聴耳鳴以外に高血圧症、低血圧症、高脂血症、糖尿病など脳血管循環障害に関連ある疾患が約3分の1を占めていた。

図11 眩暈症の被紹介科 (総計 242 名)
(阪大めまい外来, 1973, 1974)

図12 眩暈症の併存症状
(阪大めまい外来, 1973, 1974)

図13 眩暈症の合併疾患
(阪大めまい外来, 1973, 1974)

IX. 総括と考案

冒頭で述べたごとく、メニエール病をはじめ、近代病あるいは stress disease といわれる

めまい疾患は、近時年々増加の傾向を示し、そして50才代、60才代の老年層のめまい患者が多

くなって来た。さらにめまい疾患の種類も、年代と共に移り変わり、最近ではメニエール病以外の疾患、特に内科的な脳血管循環障害に起因すると思われるめまい疾患の増加が目されるようになった。この傾向は平均寿命の延長と共に、今後とも増加すると予測される。したがって、われわれ神経耳科医も、従来の古典的な前庭系にのみとらわれることなく、内科医、脳外科医などとの team work により、めまい・平衡障害を全身病としての立場より考えて行かねばならないだろう。

われわれにとって残念なことに、めまい患者は、まず内科医を受診し、そして内科医の紹介によって、めまい外来を受診することが多い。めまい外来開設当時は、一般の人々に対する P.R. が不足していたためでもあり、何等かの診療科よりの紹介が93%と圧倒的であった。またその紹介医も耳鼻科医が最も多かった。その後数年たって一般の人々にも、めまい外来の認識を得るようになり、めまい患者の30%は、自分で受診して来たが、やはり内科医からの紹介が42%と圧倒的に多い。めまい診療を標榜する神経耳科医としては、切歯扼腕の感がしないでもない。今すこし、一般の人々へのめまい外来の啓蒙も必要かと考えている。

図5、6から見て分るごとく、めまい平衡障害は、いずれの診療科も関係するから、他科との学際領域医学 interdisciplinary medicine の一つといえるだろう。

前述のごとく、最近のめまい疾患の傾向は、メニエール病が少なくなり、迷路性眩暈症や脳血管循環障害によるめまい、さらに病因、障害部位の不明な眩暈症が多くなったことであろう。メニエール病と迷路性眩暈症との鑑別については別に報告する予定であるが、迷路性眩暈症とは、聞きなれない疾患名であろうと思うので、ここで少し説明したい。メニエール病の triad が揃わないめまい症例は、少なくない。これをメニエール病確実例とするか、疑い例とするか、何か別の種類の病気と考えるかは大

切なことである。このような場合、著者らは病歴および各種検査を行い、めまいが末梢迷路障害（内耳性障害）に由来すると考えられるときは“迷路性眩暈症⁴⁾”と名付け、メニエール病確実例や中枢疾患と区別している。1974年にメニエール病が厚生省特定疾患に指定され、メニエール病の診断基準が示されたが、迷路性眩暈症はメニエール病疑い例に属すると考えている。いま原因不明の内耳性めまいには、①メニエール病、②突発性めまい（前庭障害）、③良性発作性頭位眩暈、④内耳循環不全、⑤突発性難聴、⑥メニエール病類似疾患が考えられるが、迷路性眩暈症は、このうち②、④、⑥を含むと考えている。自覚症状、眼振検査、偏倚、立ち直り検査、温度検査、振子様回転検査、眼球反対回旋運動検査などで診断をつけている。

脳血管循環障害によるめまいも増加しているめまい疾患の1つである。東大病院老人科の統計²⁾でも、老人のめまいの70~80%は、脳血管循環障害によるものであるという（図14）。図4に1973、1974年2年間に104名の脳血管循環障害をみるが、その内訳は、vertebrobasilar insufficiency 41名、transient ischemic attack 3名、脳動脈硬化症6名、高血圧症25名、低血圧症13名、高脂血症7名、その他として、小脳循環障害1名、後交通動脈閉塞1名、および、その他の脳血管循環障害7名、計9名で、椎骨

図14 老人のめまい・平衡障害疾患
(東大病院老人科外来の統計²⁾より)

脳底動脈領域の循環障害、高血圧症、低血圧症に関係するもの、高脂血症のあるものにめまいが多い。これらの疾患は、いずれも、内科医にとっては、積極的に治療を必要とするほどの重篤な所見でないことが多いが、このような高血圧、高脂血症、脳動脈硬化症、低血圧にしろ、その border line ないしは、前段階の所見が、“流れもの”であるめまいを考える時には、大切な所見で、めまいは器質的な脳血管循環障害の“premature sign”であると考えてよい。特に最近のように50、60才の老年層のめまい患者の診療に際しては、内耳性めまいであるメニエール病より、まず脳血管循環障害による機能的な cerebrovascular disorder の有無を検討すべきであろう。そのためには自覚症状と共に、平衡機能検査だけでなく、眼底検査、Doppler 検査⁷⁾、血清脂質測定⁵⁾⁸⁾¹⁰⁾¹²⁾、体位変換時血圧測定⁶⁾、平均動脈圧測定¹⁾⁹⁾など機能的な検査も行い、めまいの発症因子を見付けることが診断の上にも、治療の上にも大切である。

頭頸部外傷¹¹⁾は、自動車事故の多発が鞭打ち損傷として1965年頃よりマスコミのブームにのり、一大社会問題にまで発展し、1969年頃ピークに達したが、その後減少し、1974年頃では、最盛期の5分の1に減少している。これは、交通戦争が緩和したためか、鞭打ち損傷が、マスコミに修飾された病気であったためか不明であるが、医療従事者として反省しなければならない点もあるようだ。

メニエール病は、中枢性めまいや眩暈症に比して、受診時めまいを訴えることが比較的少なかった。これはメニエール病のめまいが、発作

性、可逆性、反復性であり、持続性でないことの証左である。このような患者は、めまいの原因究明と後遺症の耳鳴難聴の治療を希望して受診することがほとんどであった。これに反して、中枢性めまいや眩暈症では、やはりめまいが不定の愁訴でその治療を希望して受診することが多く、難治例もあり、根気よく治療を続けねばならない。

最後に診断不明のめまい疾患を眩暈症としているが、この病因、病態、障害部位を見付ける何等かの手掛を得るためその併存症状、合併疾患について検討した。めまいだけのものが半数あり、残りの30%に耳鳴を訴えていた。難聴があれば、内耳性めまいの可能性も多いが、それは9%と少ない。めまいに随伴する耳鳴あるいは難聴などの蝸牛症状がほとんど認められなかったこと、また併存症状として、難聴より耳鳴が多いところから、眩暈症は、末梢性より中枢性に病巣障害部位を考えたい。眩暈症は、病巣的には①中枢性めまい、②内耳性中枢性めまい、③内耳性めまいの可能性があり、病態的には①脳循環不全によるめまい、②自律神経失調によるめまい、③心因性によるめまいが多いと考えられるが、それ以外にも色々原因があろうし、現在の医学では、まだ充分診断し得ない。今後の負荷検査、機能検査の充実を待ちたい。合併疾患として、神経性難聴耳鳴以外に高血圧症、低血圧症、高脂血症、糖尿病など脳血管循環障害不全が多く、身体平衡系の angiopathia, angioneurosis, microembolisation が subclinical level でおこっているのかも分らない。根気よく症例を積み重ね、検討したい。

X. ま と め

1956年度から1974年度までの19年間に大阪大学病院耳鼻咽喉科を受診しためまい患者の変遷と1968年めまい外来開設以後のめまい患者の受診動態について検討した。

A 最近数年間にめまい患者は、少しずつ増加し、外来新患患者総数の約5～6%を占めた。

B 最近ではメニエール病が少なくなり、迷路性眩暈症、脳血管循環障害・循環不全によるめまい、眩暈症が多くなった。一時多かった頭頸部外傷後のめまいは、少なくなって来た。

C めまい外来受診患者は、内科医よりの紹介が一番多かった。

D めまい外来受診患者の年齢は、老年層にかたよる傾向にあり、性別では男性は40才代、女性には30才代にピークが見られた。

E 内耳性めまいは青年層老年層、共に同じように見られたが、脳血管循環障害・循環不全によるめまいは、圧倒的に老年層に多かった。

F 内耳性めまいは、受診時のめまいの訴えが、眩暈症、脳血管循環障害によるめまいに比し少なかった。

G 眩暈症の併存症状として耳鳴が多く、難聴は少なかった。また合併疾患は神経性難聴耳鳴を除けば、高血圧症、低血圧症、高脂血症、糖尿病などが、約3分の1に認められた。

本論文の要旨は第172回日耳鼻大阪地方会(1975.2)で発表した。なお本研究は、厚生省特定疾患メニエール病調査研究班の国庫補助金およびかなえ医学助成金の援助によった。

参 考 文 献

- 1) 後藤文男: 脳循環の Autoregulation. 呼吸と循環 **14**: 7; 569-576, 1966.
- 2) 平井俊策: 老人のめまい. クリニシアン **215**: 53-57, 1973.
- 3) 松永 喬: めまい. 大阪府保険医会実務研修会講演要旨, 1971.
- 4) 松永 喬: めまい (シンポジウム)—神経耳科医の立場より—日本医師会医学講座, 金原出版, 昭和47年刊: 237-249, 1972.
- 5) 松永 喬: めまいの診断—めまいの検査を中心に—大阪府保険医協会耳鼻科研究会講演要旨, 1974.
- 6) 松永 喬, 川本浩康, 奥村新一, 内藤 儒: めまい患者と超音波椎骨動脈血流検査法(Doppler法). 耳鼻臨床 **67**: 8; 763-774, 1974.
- 7) Matsunaga T., Kawamoto H., Okumura S. and Naito T.: Ultrasonic Blood Rheography in Vertebral Artery of Vertigo Patients (Doppler Method) —with the glass model experiments— Med. J. Osaka Univ. **25** (1-2): 43-56, 1974.
- 8) 内藤儒: メニエール病—教室における最近の業績を中心に—. 耳鼻臨床 **66**: 増1; 1-48, 1973.
- 9) Scheinberg P. and Stead E.A.: The Cerebral Blood Flow in Male Subjects as Measured by the Nitrous Oxide Technique, Jour. Clin. Invest., **20**: 1163-1171, 1949.
- 10) Spencer J. T.: Hyperlipoproteinemias in the Etiology of Inner Ear Disease. Laryngoscope **83**: 639-678, 1973.
- 11) 杉本 侃, 松永 喬, 他: 鞭打ち損傷—その病態と治療—永井書店, 1971.
- 12) 高橋三郎: 眩暈発作を反覆した高脂血症例. 耳鼻臨床 **67**: 12; 1335-1343, 1974.

(原稿到着: 昭和50年6月3日)
(別刷請求先: 松永 喬)
〒553 大阪市福島区福島一丁目
大阪大学医学部耳鼻咽喉科学教室)