予後よりみた良性発作性頭位眩暈症

しらべ 調
しげ 重
あき 昭

I. はじめに

現代社会では日常生活においても精神的・肉体的なストレスが多いのであろう。本来はバランスをとり、素速い運動にも適応出来るように働く半規管・耳石器が、乗物・音響・薬物などの文明の産物によって障害を受け、老化現象のような頭位性メマイを訴える患者が増加している。すなわちわれわれのクリニックには蝸牛症状を伴わぬメマイが次第に多く受診するようになり、このなかでも良性発作性頭位眩暈症が一番多くて、メマイ・平衡障害の全患者の約20%を算えているのである。

II. 診断にあたって

「良性発作性頭位眩暈」という症候(群)を一つの独立した疾患名として用いることの是非はさておき、ここでは1970年の26回日本平衡神経学会のworkshopに倣い「蝸牛症状を欠く頭位または頭位変換性の典型的なメマイ発作で、回旋性眼振を示すことが多い。中枢神経症状はなく、回旋性眼振は必ずしも純回旋性でありかつ潜伏性や減弱疲労性を伴わなくてもよい」とした。検査時期によっては他覚的な特長ある眼振が全部揃って認められるとは限らず、今回の対象となった60名の中でも5名は初診時の検査では頭位または頭位変換眼振はnegativeであった。音響外傷・頭頸部外傷・ストマイ注射などに関係したり高令者に多いといわれるが、一応因果関係のはっきりしているものは除外した。年令分布は成書にある如く壮年期に多いが、われわれの60名は男性31名、女性29名で男性は30才台と40才台が比較的多く、女性は40才台・50才台が多い。男性の職業ではタクシー

・バスの運転手7名、管理職7名、騒音職場関係3名と普段から加速度やストレスを受け易くまた疲労が溜り易い人が多いようである。最年少者では18才の男子学生が2人いた。女性では29名のうち25名が既婚の家庭婦人であった。

III. 眼振所見について

ENG記録よりみた眼振所見を表1で示す。自発眼振のうち水平性両視線方向性のものが6例あり、一方向性のものは20例である。頭位(変換)眼振は当然のことながら5例を除く他は全部記録され、方向変化性(Nylén I型)のものは1例を除き13例が向上(求心)性で、5例は回旋性成分が認められた。方向固定性(II型)は70%の41例で、そのうち15例は純回旋性眼振であった。ただしこれらの眼振所見は発病翌日のもあれば数ヶ月後のものも含まれる初診時の検査結果である。

表1 良性発作性頭位眩暈症の他覚所見(60例)

自発眼振		頭位(変換)眼振			カロリグラム			立直り障害		
(+)	(-)	I	II	(-)	CP	DP	正常	(+)	(+)	(-)
26	34	14	41	5	4	14	42	6	14	40

福岡大学病院 昭和48年8月~50年5月
頭位眼振I型：方向変化性, II型：方向固定性

10%以上の持続時間の差によって判定したカロリグラム(Hallpike氏法)では正常範囲のものが多く、DPは正常例の $\frac{1}{3}$ にすぎない14例でみられた。立直り検査では正常のものが $\frac{1}{3}$ を占めた。聴覚は8例において耳鳴の訴えがあり、中耳炎術後の伝音難聴1、両側の混合難聴2、以前より既に固定している両側の軽度神経

Positional Vertigo of Benign Paroxysmal Type and its Prognosis.
Shigeaki Shirabe.
福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室

難聴 5 例の他は全く正常である。

IV. 治療および予後

われわれの症例では頭位眼振と頭位性メマイが唯一つの所見で、自発眼振 negativ、カロリグラムは正常範囲にとどまり、立直り障害もないというものが多かった。5 例では少し浮動感が歩行時にあると訴えるが頭位（変換）眼振も認められなかった。初診時にはメマイが軽快しているか既になような、数日の経過のものが全体の約半数を占めている。数日ではなくても数週間のうちに治癒したものを合わせると、本当の意味で経過良性といえるものは42例(70%)に達する（表 2）。このグループに属するもの

表 2 予後よりみた良性発作性頭位眩暈症 (60例)

メマイ発作の経過	持 続	例 数 (%)
一 過 性	＜数 日 週	28(47%)>42(70%) 14
再 発 性 (3 回以上)	＜一回の発作が 数 日 週	4 2 > 6(10%)
持 続 性	＜軽 快 変	7 2 > 9(15%)
予 後 不 明		3(5%)

は殆んど治療はしなくても治癒したと思われる。一旦メマイ発作は起らなくなっても数ヶ月、数年の後に同様の発作を来とし、2 回のみならず 3 回以上再発して明らかに、一過性の良性群とは異なる経過をとるものが10%にみられている。この群こそ医師のムンテラ（言葉は悪いが）と治療により予後が影響を受けるし、こういうグループがあることを医師はわきまえ、患者が神経質にならぬ程度の生活指導をすることが必要である。次に簡単に再発例と難治持続群の典型例を紹介する。

症例 1 40才 男性（タクシー運転手）

昭和43年 6 月頃、頭を挙げる時などにフラッシュとすることがあり間もなく日常の体動時にも回転性メマイを来たすようになり、特に起床時や寝返りをうつ時（左側位）には必発した。数ヶ月仕事を休み次第に発作は起らなくなった。

今回は昭和49年 9 月 5 日より再び体動時のメマイを覚える。検査の結果両耳共聴覚は正常であるが、時々左耳鳴がある。自発眼振は水平性の両視線方向性、頭位眼振は左側位で水平・回旋性の右向きである。カロリグラム、立直り検査は正常範囲であった。セファドール、ビタミン B₁ 剤などの内服により数日でメマイは感じられなくなり他覚所見も改善された。

症例 2 32才 男性（会社員）

前病歴・家族歴は特記すべきことなく、初診は昭和50年 1 月28日である。初診の 2 日前より頭位変換に際しメマイが起り、左頸捻転や左側位になることが出来ない。蝸牛症状は自・他覚的にない。激しいメマイを伴う左側位での潜時を有する純回旋（CW）性眼振が著明であった。カロリグラムは正常範囲である。セファドールの内服やテラプチック 45mg 静注（9 回）などで次第にメマイ発作は軽くなってきたが、5 ヶ月を経過した 6 月末でもなお歩行時に時として浮動感を感じ、寝起きに際し瞬間フラッシュとすると訴える。現在も左側位での垂直性下眼瞼向き眼振や回旋性眼振が認められる。

この症例 2 は発病後約半年を経過し、持続性の軽快型に属する。患者は職務を充分に果せないということで心理的にもかなり悩んでいる。実際に器質的障害のある、例えば Buerger 氏病や頸椎異常があるとか、あるいは中枢疾患においてもしばしば発作性頭位眩暈がみられ、坂田¹⁾らはこれを抗治療性(遷延性)とよび良性(軽症)であるものとは予後の点からも区別すべきであるという。われわれの持続・難治型の 9 例は末梢性ではないという所見は見出されずに、他に考えられる原因・誘因もないのである。最近まではこれらの病態は限局性であり主として耳石器官の障害であるために易代償性であるとしてきた。また比較的重症のものにはテラプチックが特効的に効くと信じ、事実かなりの成績をあげている²⁾³⁾。手術療法としては Schuknecht の Labyrinthectomy (1969) や Citron, Hallpike の第 8 神経の頭蓋内切断

(1962) が有名であるが、興味ある文献では、Arulpragasam (1960)⁴⁾ は鼓索と耳石器官の関連から頭位性メマイに鼓索神経切断を行なっている。Gacek (1974)⁶⁾ は1年以上難治の5症例に後膨大部神経切断を行ない症状・所見の改善をみたと報じている。

V. ま と め

昭和48年8月からの「良性発作性頭位眩暈症」60例の自験例の臨床像をまとめた。特に予後に関しては必ずしも良性に経過しないものが20～30%に存在することを述べた。これらをかながみて治療方針の再検討・確立を計るべきである。

主 要 文 献

- 1) 坂田英治, 他: 中年以後にみられるメマイ, とくに「発作性頭位眩暈(眼振)」を中心に, 老人病 **7**: 349, 1963.

- 2) 調 重昭, 他: 眩暈症における Théraptique の応用. 耳鼻, **11**: 98, 1965.
- 3) 中島雅子, 他: 発作性頭位性眩暈症について. 耳鼻 **14**: 237, 1968.
- 4) Arulpragasam, A.C.: The effect of division of the chorda tympani nerve in a case of persistent positional vertigo and some observations and comments. J. Laryng. **74**: 117, 1960.
- 5) 調 賢哉, 他: 鼓索神経切断術の臨床的意義を中心に. 耳鼻 **19**: 733, 1973.
- 6) Gacek, R.R.: Transection of the posterior ampullary nerve for the relief of benign paroxysmal positional vertigo. Ann. Otol **83**: 596, 1974.

(原稿到着: 昭和50年7月4日)
 (別刷請求先: 調 重昭)
 ☎ 814 福岡市西区大字七隈34
 (福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

良性発作性頭位性眩暈症例の診断と治療

とき 田

たかし 喬

メニエール病を中心とする原因不明の内耳性めまい診断のために私共は診断基準をつくっています。診断基準設定の意図の1つは、病歴よりの診断段階と聴力・平衡機能・神経学的検査所見を考慮した診断段階を区別したいと考えたことです。

良性発作性頭位性眩暈症 (benign paroxysmal positional vertigo, BPPV) に就てもこの観点より次の如き診断基準を設定しています。

I 病歴にて

- 1 原因不明.
- 2 前庭迷路症状以外めまいと関連ある神経症状を認めない.

- 3 回転性めまいが一定の頭位によって誘発される (頭位性眩暈).
- 4 めまいに蝸牛症状 (耳鳴, 難聴) を伴わない.

II 聴力・平衡機能・神経学的検査にて

- 1 めまいと関連ある聴力損失を認めない.
- 2 頭位・頭位変換眼振検査で迷路性の特徴をもつ回旋眼振の出現を認める. すなわち, ① 頭位・頭位変換で回旋眼振が出現し, ② 回旋眼振はめまい感を伴い, ③ 反覆検査で減弱する.
- 3 めまいに関連ある内耳以外の障害を認