メニエール病患者の受診と診療の実態

(国立病院を対象としたアンケート調査)

たかやす しょうし かとり さなえ ほりうち なおみ
高安 勁次*・香取 早苗**・堀内 尚美**

緒 言

メニエール病に関する従来の統計的な観察は、一大学又は一病院のめまい外来や平衡神経外来のめまい患者を対象とするか、あるいは全国的調査の場合には全国の大学や病院の耳鼻咽喉科を対象としており、耳鼻科以外の診療科におけるメニエール病の実態については殆ど判っていない。

我々は、昭和49年度より発足した、厚生省特定疾患、メニエール病調査研究班に班員として参加し、調査研究の一部を分担する機会をえたので、班としての疫学的調査と併行して全国国立病院を対象に診療科全体からみたメニエール病の実態調査を計画、実施した。

目 的

この調査研究の目的は、メニエール病患者が一般にはどの診療科を受診し、どのように診断され、どんな治療を受けているかの実態を知り、それを通して、①診療科によってメニエール病の疾患概念にどんな差があるか、②メニエ

ール病と鑑別を要する疾患は何か、③診療科によって特殊な治療法があるか、などを明らかにし、④真のメニエール病例を抽出して班の疫学調査に資すると共に、追跡観察のためのデータベースとしての基礎を作ることにある。

方 法

この調査に当って予測されたことは、メニエール病の診断が各診療科でかなり違った基準によっているであろうことと、特定疾患の研究開始以来急激に増加したアンケート調査依頼のため、繁雑な調査では協力が得られ難いことであった。そこで実施の段階で特に留意したことは調査依頼先の負担をできるだけ軽減すること、集計側で一定の診断基準を設定し、集計側でメニエール病を診断できるようにすること、詳細な疫学的調査は集計側で厳選した症例にのみ実

施し、結果的不適当例にまで記入作業を行う無駄をできるだけ省略することであった。

そのため、この調査研究を次の順序で行った。

1) メニエール病と診断された症例数の把握

このため先づ国立病院(温泉病院を含み、療養所除外)施設長宛に調査研究の主旨を申し述べ、施設長を窓口とする調査依頼の方法に協力を仰いでのち、各施設長宛に予備調査として、「昭和47、48年度内の実患者数、めまい症

Statistics on Meniere's Disease in National Hospitals in Japan.

Shoji Takayasu, Sanae Katori and Naomi Horiuchi.

*国立立川病院耳鼻咽喉科

**国立立川病院めまいセンター

メニエール病，メニエール症候患者の

個人調査表（その1）

受診年度	貴院におけるカルテ番号	年	令	性	別

主症状について（以下の該当する事項を○で囲って下さい）

I めまい、

I-1) めまいの起り方 発作性、非発作性、非発作性のものが発作的に増世。 不明。

I-2) めまいの性質 回転性、非回転性。 不明。

I-3) めまいの程度 激しくて起立し得ぬ、動作中のみ、動作が妨げられた。 不明。

I-4) めまいの持続 隔間的、数分～数時間、半日位、1日位、1日以上。 不明。

I-5) めまいの既往 今後が初めて、発作が反復している。ダラダラと続いている。 不明。

II 聴覚について なし。 あり（II-1以下にも御記入下さい）。 不明。

II-1) 聴覚の起り方と起った例（両耳の場合は右、右耳毎に）

起った例	起り方	めまいと同時間	めまいと相関係	耳前からの聴力が増えたか、音が遠くなったか	不明
右	耳				
左	耳				

II-2) 聴覚の持続時間、数日以内に回復、回復したか以前より聴こえにくい、回復せず。 不明。

III 耳鳴について なし。 あり（III-1以下にも御記入下さい）。 不明。

III-1) 耳鳴のおこり方とおこった例（両耳の場合は右、右耳毎に）

起った例	起り方	めまいと同時間	めまいと相関係	耳前からの耳鳴りが増えたか、音が遠くなったか	不明
右	耳				
左	耳				

III-2) 耳鳴の性質 高調音（左、右）、低調音（左、右）、耳閉塞感（左、右）、 不明。

III-3) 耳鳴の持続 数日以内に回復、持続、回復せず。 不明。

IV 自律神経症候について なし。 あり（IV-1以下にも御記入下さい）。 不明。

IV-1) 起り方 めまいの前、めまいのあと、めまいの最中。 不明。

IV-2) 種 知 覚心、嘔吐、冷感、便意、動悸、意切れ、頭痛、その他。

臨床検査について：

I 平衡機能検査 しない。 した。

II 純音聴力検査 しない。 した。

III その他実施した検査名（ ）。（ ）。（ ）。（ ）。（ ）。（ ）。

鑑別診断について：

I このめまいの原因となり得る他の疾患が、 ない。 ある（病名 ）。

図1 第一回個人調査表

例数及びメニエール病（と診断された）数の調査を依頼した。

2）メニエール病診断例の一次チェック

結果と検討

1. 予備調査

全国92施設に依頼した予備調査の回答は72施設から得られ、回答率は78.3%であったが、そのうち具体的数値の記入のないもの20施設、「調査不能」の回答が1施設で、集計可能な回答は51施設（55.4%）、93診療科から得られた。

表1はその集計結果の診療科別成績で、各診療科ごとに上下2段の数値のうち、上段はその科の全回答の集計であり、下段はめまい症例数に記載のない回答を除いた残り、即ち記載完備の回答分の集計を示してある。この表から明らかなように、婦人科と小児科から集計可能な回

1）の調査で各施設、診療科におけるメニエール病（と診断された）症例数が判明するから、次に第一回個人調査票（図1）を相当枚数だけ送付して調査を依頼した。この個人調査票は自覚的症状から、メニエール病と診断された症例を「メニエール病らしい例」と「除外すべき例」とにふるい分けるためのものである。以後の調査依頼時に、カルテ抽出が容易であるよう、その施設におけるカルテ番号を必ず記載していただいた。

3）班の診断基準（2次案）に該当するメニエール病例の二次チェック

2）の調査で回答のあった症例を、メニエール病調査研究班で定めた暫定的診断基準の第2次案の症候学的特徴を参考として、診断基準に該当する可能性のある例と、該当しない例とを分類し、前者に対して図2の第二回個人調査票を送付して継続調査を依頼した。送付する調査票には、その施設のカルテ番号を我々が記入して、カルテ抽出を容易にすると共に、継続調査を希望する症例を我々が指定する形式を用いた。この調査は、他覚的検査所見から、メニエール病確実例、疑い例及び除外例を精選するためのもので、同時に治療に関する資料の入手も計った。

答は得られなかったものの、メニエール病と診断されるような症例は、必ずしも耳鼻科だけを受診しているのではなく、いろいろな診療科を受診している。耳鼻科については、患者総数119,782例中メニエール病診断例603例（0.50%）で、この値は内藤の報告⁶⁾にほぼ等しいが、全体的には327,276例中1,043例（0.32%）と耳鼻科の成績を下まわっていた。推計学的には神経内科の成績が総患者数8,122例中104例（1.28%）となり、危険率0.5%以下で高度有意に多いことを示した。また患者総数に対するめまい症例数は全国平均で1.25%（237,435例中2,968例）であり、神経科と神経内科では総

メニエール病に関する個人調査票

秘

No. _____

(厚生省特定疾患・メニエール病調査研究班)

貴施設カテ照 No. _____ 該当する欄に記入し又は該当する番号を○でかこめて下さい(重複する場合はその全部をし。この調査票は本症実修把握のために個人の秘密は厳守します。)

貴施設名: _____ 科 _____ 主治医氏名: _____

所在地: _____ 都道府県 _____ 記載年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名	性別	男女	生年月日	明治 昭和	年	月	日
現住所	都道府県	市区	町村	番地	発病時の住所	都道府県	市区 (外国)
発病時の職業	発病年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	午前午後	時頃 (才)			
受診状況	1.主:に外来 2.主:に入院 3.入院と外来 4.その他 5.不明	初診年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	第 _____ 日	病日	発後作・中	
家族からの発病者	1.なし 2.あり (患者との続柄) 3.不明	初診受診科	1.内科 2.神経内科 3.小児科 4.精神科 5.耳鼻科 6.脳外科 7.その他 () 8.不明				
発症について	前検査項目	1.なし 2.あり (消検施設名)					

既往疾患	1.中耳炎 2.耳管カタル 3.頭頸部外傷 4.結核(メーイ) 5.梅毒 6.動脈硬化 7.高血圧 8.低血圧 9.脳血管障害 10.糖尿病 11.心・血管疾患 12.顔面痛 13.アレルギー 14.感染症 15.なし 16.その他 () 17.不明
発症時罹患疾患	1.中耳炎 2.耳管カタル 3.頭頸部外傷 4.結核(メーイ) 5.梅毒 6.動脈硬化 7.高血圧 8.低血圧 9.脳血管障害 10.糖尿病 11.心・血管疾患 12.顔面痛 13.アレルギー 14.感染症 15.なし 16.その他 () 17.不明
発症誘因	1.精神的過労 2.肉体的過労 3.感情動揺 4.気圧変化 5.強心剤 6.乗車 7.飲食 8.喫煙 9.睡眠不足 10.風邪 11.月経 12.妊娠 13.出産 14.入浴 15.なし 16.その他 () 17.不明
発症時状況	1.頭眩 2.歩行 3.乗車 4.スロープ 15.なし 16.その他 () 7.用便 8.睡眠中 9.起床時 10.電話 11.休息 12.歩行 13.乗車 14.スロープ 15.なし 16.その他 () 17.不明

治療開始はメーイ発作後	1.当日 2.3日以内 3.7日以内 4.11日以内 5.1ヶ月以内 6.6ヶ月以内 7.1年以内 8.1年以上 9.不明
初回治療時のメーイ発作回数	1.初発発作 2.3回以内 3.5回以内 4.10回以内 5.10回以上 6.不明
薬物療法	1.血管拡張剤 2.代謝促進剤 3.精神神経安定剤 4.鎮吐剤 5.利尿剤 6.ステロイド 7.自律神経調整剤 8.重曹水 9.抗ヒスタミン剤 10.ビタミン剤 11.鎮痛剤 12.星状神経節ブロック 13.ストマイ 14.安静 15.しない 16.その他 () 17.不明
手術療法	1.鼓室神経切断術 2.内リンパ囊切開 3.内耳閉塞術 4.球形嚢手術 5.Osmotic induction 6.内耳破壊術 7.超音波手術 8.凍結手術 9.前庭神経切断(後頭蓋蓋法・中頭蓋蓋法) 10.星状神経節切除 11.しない 12.その他 () 13.不明
発作間隔延長効果	1.著効 2.有効 3.やや有効 4.有効薬式 () 5.不変(薬式) 6.悪化(薬式) 7.観察期間: 年 月 8.不明
手術効果	1.著効 2.有効 3.やや有効 4.有効術式 () 5.不変(術式) 6.悪化(術式) 7.観察期間: 年 月 8.不明
発作間隔延長効果	1.著効 2.有効 3.やや有効 4.有効術式 () 5.不変(術式) 6.悪化(術式) 7.観察期間: 年 月 8.不明

(註) 治療効果欄の()の中には薬剤名・手術名を番号で記入して下さい。

平衡機能検査所見

項目	検査目	1.昭 (発作中、後 日、間歇)	2.昭 (発作中、後 日、間歇)
1.直立検査	直立 Mann 單脚起立	+	+
2.偏倚検査 (足踏検査)	前 左 右	+	+
3.自発眼振	Frenzel ENG (遮眼・閉眼)	遮・閉	遮・閉
4.正視眼振	正視	+	+
5.頭位眼振	頭位	+	+
6.頭位変換眼振	頭位変換	+	+
7.温度眼振検査	温度	+	+
8.その他			

聴力検査所見

検査日: 1.昭
2.昭
3.昭

1.純音聴力:

2.補充現象:判定(+) (±) (ー) 未検(右, 左) (検査日:昭 . . .)

A B L B: KHz (±) (ー) 未検

S I S I:

周波数	右	左	耳
H z	%	%	%
H z	%	%	%

3.その他:

一般症状

1.脳神経症状:

2.血圧:

3.その他:

頸椎異常:

梅毒反応:

自律神経失調:

図2 | 第2回個人調査表

表 1

診療科	施設数	① 総患者数	③めまい例数 ^(①に対する%)	③メニエル病例数 ^{(①に対し)(②に対し)}	科別比 ^(資料出所)
耳鼻科	33 (27)	119,782 (99,789)	1,929 (1.93)	603 (0.50) 506 (26.23)	57.8%
内 科	26 (21)	156,893 (131,247)	809 (0.62) **	237 (0.15) 158 (19.53)	22.7
神経科	5 (1)	8,562 (1,747)	100 (5.72) **	61 (0.71) 17 (17.00)	5.8
神経内科	5 (1)	8,122 (1,732)	90 (5.20) **	104 (1.28) ** 19 (21.10)	10.0
精神科	11 (0)	20,104 (0)		19 (0.09)	1.8
脳外科	10 (2)	11,884 (2,846)	37 (1.30)	18 (0.15) 3 (8.11)	1.7
外 科	1 (0)	1,855 (0)		0	0.1
整形外科	1 (1)	74 (74)	3 (4.05)	0 0	0.0
合 計	93 (53)	327,276 (237,435)	2,968 (1.25)	1,043 (0.32) 703 (23.7)	100

患者に対するめまい症例の割合が高度の有意差をもって多く、内科では高度の有意差をもって少ないことが判った。尚、表の右に示した科別比とはこの資料、即ちメニエル病診断例 1,043 例の入手配分率を表わしている。

表 2 は表 1 の資料を各診療科 1 科当りの平均として示したものである。表の右に示した受診率とは、メニエル病と診断されるような患者 100 名がどの診療科になん人受診するかを表わしたもので、殆どが神経内科、耳鼻科及び神経科に集中していることを示した。

次に、メニエル病患者に対する耳鼻科の役割の一端を知る目的から、耳鼻科を開設している施設と、耳鼻科が欠員である施設とに分けて資料を集計し、耳鼻科以外の診療科のメニエル病例受診状態を検討してみた。これに該当するものは内科と神経科で、その結果は表 3 の通りである。患者総数の中で占めるめまい症例の割合は高度の有意（危険率 0.5% 以下）をもって耳鼻科のある施設の内科（A）が耳鼻科のな

表 2 診療科 1 科当りの平均

診療科	患者総数	めまい例数	メ病例数	受診率
耳鼻科	3,629.8 3,696.0	71.44	18.3 18.7	28.2 29.4
内 科	6,034.3 6,250.0	38.52	9.1 7.5	14.0 11.8
神経科	1,712.4 1,747.0	100.0	12.2 17.0	18.8 26.7
神経内科	1,624.4 1,732.0	90.0	20.8 19.0	32.0 29.8
精神科	1,827.6		1.7	2.6
脳外科	1,188.4 1,423.0	18.5	1.8 1.5	2.7 2.4
外 科	1,855.0		1.0	1.5
整形外科	74.0 74.0	3.0	0.0 0.0	0.0 0.0
合 計	17,945.9 14,942.0	321.46	64.9 63.7	100.0 100.0

表 3 耳鼻科併設の有無による受診状態の相異

診療科		1 患者総数	2 めまい例数(1 との比)	3 メ病例数 (1 との比) (2 との比)
内科	A (18)	128,089 (102,443)	717(0.70%)**	179(0.14%) 100(13.95%)**
	B (8)	28,804 (28,804)	92(0.32%)	58(0.20%) 58(63.04%)
神経科	A (2)	4,248 (1,747)	100(5.72%)	35(0.82%) 17(17.0%)
	B (1)	998		12(1.20%)

(註) Aは耳鼻科のある施設, Bはない施設

い施設の内科(B)より大きいのに対し、患者総数に対するメニエール病診断例も、総めまい症例に対するメニエール病診断例も共に高度の有意(0.1%以下)をもってAの方がBより小さい。これには種々の要因が考えられるが、少なく共、耳鼻科がある施設ではメニエール病と診断されるようなめまい例は耳鼻科に転科するのに対し、耳鼻科のない施設では内科を受診したメニエール病例がそのまま内科で治療されていると云うことができよう。神経科に関しては資料不足の感はあるが、耳鼻科の有無に拘わらず有意差がなく、いずれも神経科が独自の立場で治療している可能性が強いことを示していた。

2. 個人調査票(第1回)

予備調査によって得られた1,043例のメニエール病(と診断された)例について実施した第1回個人調査のうち、回答のあった518例の結果は次のようであった。

自覚症状をめまいについては発作性、回転性及び反復性の有無、蝸牛症状についてはめまいとの随伴性の有無で分類した成績が表4である。めまいの性状については「発作性、回転性反復性」めまいが157例で最も多く、以下「その他のめまい」「発作性、回転性、非反復性」「発作性、非回転性、非反復性」及び「発作性非回転性、反復性」の順であった。めまいに随伴する蝸牛症状については、「難聴、耳鳴共に随伴」が168例と最も多く、以下「随伴せず

(115例)」「耳鳴のみ随伴(102例)」「その他の蝸牛症状が随伴(94例)」の順であった。総合的には「発作性、回転性、反復性めまいと随伴する難聴、耳鳴」と云う典型的3主徴を備えた例が61例(11.8%)で最も多かったが、以下「その他のめまいと難聴・耳鳴の随伴」が38例(7.3%)、「その他のめまいにその他の蝸牛症状の随伴」が35例(6.8%)、「発作性、回転性、反復性めまいで難聴・耳鳴共に随伴せず」が29例(5.6%)……など、メニエール病が極めて漠然とした基準で診断されていることを示していた。

そこで、この518例を表5に示したメニエール病調査研究班第2次案の「診断の手引き」の自覚症状を主とした下線部分の条件によって診断基準該当の確実例と疑い例及び非該当の除外例の3つに分類して、それらを各診療科別に整理したものが表6である。全体としては518例中、症候学的見地から除外すべき症例は118例で、400例(77.2%)が該当例として残った。診療科別では神経内科、神経科及び耳鼻科がそれぞれ100%、85.1%及び82.6%の該当例で、診断の確かさが高率を示したが、内科では僅か34.8%に過ぎず、推計学的にも高度の有意をもって該当例が少なくなっていた。

表7はメニエール病の診断に最低限必要な臨床検査である聴・平衡機能検査の実施状況についての調査結果である。518例中、聴力検査も

表4 メニエール病と診断された例の自覚症状

随伴性		難聴(+) 耳鳴(+)	難聴(+) 耳鳴(-)	難聴(-) 耳鳴(+)	難聴(-) 耳鳴(-)	その他の 蝸牛症状	合 計
めまい							
発作性(+)	(+)	61(38.9%) (36.3%)	13(8.3%) (33.3%)	28(17.8%) (27.5%)	29(18.5%) (25.2%)	26(16.6%) (27.7%)	157(100%) (30.3%)
回転性(+)	(-)	28(29.2%) (16.7%)	6(6.3%) (15.4%)	22(22.9%) (21.6%)	25(26.0%) (21.7%)	15(15.6%) (16.0%)	96(100%) (18.5%)
発作性(+)	(+)	19(37.3%) (11.3%)	3(5.9%) (7.7%)	8(15.7%) (7.8%)	15(29.4%) (13.0%)	6(11.8%) (6.4%)	51(100%) (9.8%)
回転性(-)	(-)	17(32.1%) (10.1%)	4(7.5%) (10.3%)	13(24.5%) (12.7%)	11(20.8%) (9.6%)	8(15.1%) (8.5%)	53(100%) (10.2%)
発作性(-)	(+)	0(0.0%) (0.0%)	1(12.5%) (2.6%)	4(50.0%) (3.9%)	0(0.0%)	3(37.5%) (3.2%)	8(100%) (1.5%)
回転性(+)	(-)	5(38.5%) (3.0%)	2(15.4%) (5.1%)	1(7.7%) (0.01%)	5(38.5%) (4.3%)	0(0.0%)	13(100%) (2.5%)
その他の めまい		38(27.4%) (22.6%)	10(7.2%) (25.6%)	26(18.7%) (25.5%)	30(21.6%) (26.1%)	35(25.2%) (37.2%)	139(100%) (26.8%)
めまい (-)		0	0	0	0	1(100%) (1.1%)	1(100%) (0.2%)
合 計		168(32.4%) (100%)	39(7.5%) (100%)	102(19.7%) (100%)	115(22.2%) (100%)	94(18.1%) (100%)	518(100%)

表5 メニエール病診断の手引き (第2次案)

1) 回転性めまい発作を反復すること

(説明)

めまいは一般に特別の誘因なく発来し、嘔気・嘔吐を伴い、数分ないし数時間持続する。
発作のなかには、「回転性」めまいでない場合もある。
発作中は水平・回旋混合性の自発眼振をみることが多い。
反復性の確認されぬ初回発作では、めまいを伴う突発性難聴と十分鑑別されねばならない。

2) 耳鳴・難聴などの蝸牛症状が反復・消長すること。

(説明)

耳鳴・難聴の両方またはいずれかの変動に伴いめまい発作を来すことが多い。
耳閉塞感や強い音に対する過敏性を訴える例も多い。
聴力検査では、著明な中・低音部域値変動や音の大きさの補充現象陽性を呈することが多い。
一耳罹患を原則とするが両耳の場合もみられる。

3) 1), 2) の症候を来す中枢神経疾患、ならびに原因既知の、めまい・難聴を主訴とする疾患が除外できる。

(説明)

これらの疾患を除外するためには、問診・一般神経学的検査・平衡機能検査・聴力検査などを含む専門的な臨床検査を行ない、時には経過観察が必要な場合もある。

診断の基準

I. 確実例：1), 2), 3) の全条件を満たすもの

II. 疑い例：1) と 3), または 2) と 3) の条件を満たすもの。

(注) 1), 2) の症候の原疾患として、充分に中耳炎・耳中毒・梅毒などの原因既知の疾患を除外し得なかったときは、これらの疾患名を併記することとする。

表 6 メニエール病診断例 518例の自覚症状による分類

	メニエール病診断例	基準該当例		TOTAL	除外例
		確定例	疑い例		
耳鼻科 (N° 18)	403	193 (47.9%)	140 (34.7%)	333 (82.6%)	70
内科 (N° 9)	66	13 (16.2%)	10 (15.2%)	23** (34.8%)	43
神経科 (N° 2)	27	13 (48.1%)	10 (37.0%)	23 (85.1%)	4
神経内科 (N° 1)	19	12 (63.1%)	7 (36.8%)	19 (100%)	0
脳外科 (N° 1)	3	1 (33.3%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	1
TOTAL	518	232 (44.8%)	168 (32.4%)	400 (77.2%)	118

表 7 診断に必要な機能検査実施状況

	N°	聴力(+) 平衡(+)	聴力(-) 平衡(+)	聴力(+) 平衡(-)	聴力(-) 平衡(-)
耳鼻科 (N° 18)	403	330** (81.9%)	23 (5.7%)	25 (6.2%)	25** (6.2%)
内科 (N° 9)	66	14 (21.2%)	4 (6.1%)	1 (1.5%)	47** (71.2%)
神経科 (N° 2)	27	4 (14.8%)	17 (63.0%)	4 (14.8%)	2 (7.4%)
神経内科 (N° 1)	19	10 (52.6%)	0	0	9 (47.4%)
脳外科 (N° 1)	3	0	0	1 (33.3%)	2 (66.7%)
TOTAL	518	358 (69.1%)	44 (8.5%)	31 (6.0%)	85 (16.4%)

平衡機能検査も共に実施してあるものは 358例 (69.1%)，共に実施しなかったものは 85例 (16.4%)であった。診療科別では、耳鼻科が前者で81.9%，後者で 6.2%とそれぞれ最高及び最低率を示し、推計学的にも他の診療科との間に高度の有意差を示した。これに対して内科では聴・平衡機能検査を行わない例が66例中47例 (71.2%)もあり、他の診療科との間にも高度の有意差を示しており、メニエール病の診断が殆ど自覚症状のみによっていることを示していた。また神経科の成績はやや特徴的で、聴力

検査を行わず、平衡機能検査のみを行った例が 27例中17例 (63.0%)もあり、検査の主眼が平衡機能にあることを示した。これは他の診療科との間にも高度の有意差をもっており、神経科が耳鼻科 (防音室や audiometer) の力を借りずに独自でメニエール病の施療に当たっている可能性を強く示唆していた。その他の診療科には推計学的に有意な特徴は認められなかった。

表 8 は、この 518例をメニエール病と診断するに当って鑑別を要した他の疾患名についての調査結果を診療科別に示したものである。鑑別すべき疾患のあった回答は耳鼻科 85例 (21.1%)，神経科14例 (51.9%)，内科13例 (19.7%) の3科のみであった。推計学的に有意とは云えないが、鑑別疾患に診療科の特性がうかがえることは、それぞれ他の診療科が参考とすべき問題を提示していると解された。

3. 個人調査票 (第2回)

この調査の本来の目的は班の疫学調査に提供し得るメニエール病確定例の抽出にあったので、第1回個人調査の結果症候学的に班基準に該当した 400例のうち、聴・平衡機能検査を全く実施しなかった16例を除いた 384例を対象とし、回答のあった 250例の他覚的所見から再評価した。結果は表 9 であり、メニエール病確定例18例、疑い例54例が抽出されたに過ぎなかった。判定保留とは聴・平衡機能検査成績に中枢性障害を疑わせる所見があったり、自律神経症状を全く欠いていた、突発難聴との鑑別上、経過観察を要する、などの症例で、これが45例あった。結局残り 133例は、他覚的検査成績、鑑別検査の所見などから、非メニエール病例と判定され、対象から除外されるべきものであった。

最後は本研究のもう一つのテーマである、「治療」についての調査結果である。

回答のあった 250例に関する限り、手術的治療の実施例は1例もなく、すべて保存的治療法が採られていた。個人調査票の薬物療法欄に記載されている17項目の使用件数を、前項で述べ

表 8 鑑別を要した疾患

耳鼻科 (85例)	神経科 (14例)	内科 (13例)
心・血圧異常 24	心身症 4	高血圧症 3
中・内耳疾患 19	脳動脈硬化症 4	感 冒 2
頭頸部外傷 9	前庭神経炎 2	腎疾患 2
自律神経失調 7	ストマイ中毒 1	肝疾患 1
神経症 4	てんかん 1	貧 血 1
内分泌系疾患 4	梅 毒 1	交通外傷 1
脳器質的障害 4	耳管狭窄 1	下 痢 1
ストマイ中毒 3		パーキンソン病 1
鼻疾患 3		N C A 1
眼科的疾患 3		
梅 毒 2		
糖尿病 2		
腎疾患 1		
腰部疾患 1		

表 9 第 2 回個人調査で回答のあった 250 例の最終的判定結果

メニエール病確実例	18 例
メニエール病疑い例	54 例
判定保留例	45 例
除 外 例	133 例
合 計	250 例

使用件数はストマイの 0 件で、利尿剤も僅か 2 件であった。使用件数の診断群による特徴は殆どなく、ほぼ同じ使用傾向を示した。ただ確実例群の「安静」が推計学的に有意に高くなっていた。これは確実例のめまい発作が激しいことを意味していると考えられた。

表11はこれら薬剤の効果をめまいの強さに対する効果とめまい発作の間隔に対する効果とに分け、各診断群別に整理した時の「効果が認められた件数」を表示したものである。除外例群と保留例群では薬剤の如何を問わずめまいの強さに対する有効件数と発作間隔に対するそれとが殆ど等しい中であって、薬剤 No. 8 (7%

たメニエール病確実例 (18例)、疑い例 (54例)、診断保留例 (45例) 及び除外例 (133例) の 4 群に分けて示したものが表10である。最多使用件数は鎮暈剤の 118 件で、ビタミン剤と血管拡張剤がそれぞれ 106 件でこれに次ぎ、最少

表10 治療薬剤と使用件数

診断群 薬剤名	確実例 件数 (%)	疑い例 件数 (%)	保留例 件数 (%)	除外例 件数 (%)	合 計
1. 血管拡張剤	7 (14.9)	26 (17.6)	23 (18.1)	50 (16.5)	106
2. 代謝促進剤	1 (2.1)	7 (4.7)	3 (2.4)	9 (3.0)	20
3. 精神安定剤	4 (8.5)	21 (14.2)	18 (14.2)	41 (13.5)	84
4. 鎮吐剤		2 (1.3)	3 (2.4)	2 (0.7)	7
5. 利尿剤		1 (0.6)	1 (0.8)		2
6. ステロイド		1 (0.6)	4 (3.1)	1 (0.3)	6
7. 自律神経調整剤	3 (6.4)	7 (4.7)	5 (3.9)	17 (5.6)	32
8. 7 %重曹水	5 (10.6)	14 (9.6)	10 (7.9)	21 (6.9)	50
9. 抗ヒスタミン剤	1 (2.1)	4 (2.7)	3 (2.4)	1 (0.3)	9
10. ビタミン剤	8 (17.0)	26 (17.6)	19 (15.0)	53 (17.5)	106
11. 鎮暈剤	8 (17.0)	20 (13.5)	29 (22.8)	61 (20.1)	118
12. 星状神経節遮断	1 (2.1)	2 (1.3)	2 (1.6)	1 (0.3)	6
13. ストレプトマイシン					0
14. 安 静	5 (10.6)**	3 (2.0)		2 (0.7)	10
15. しない	4 (8.5)	12 (8.1)	6 (4.7)	36 (11.9)	58
16. その他		2 (1.3)		3 (1.0)	5
17. 不 明			1 (0.8)	5 (1.7)	6
合 計	47 (100.0)	148 (100.0)	127 (100.0)	303 (100.0)	625

表II 有効薬剤

薬 剤 No.	確 実 例			疑 い 例			保 留 例			除 外 例		
	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)
1	7	1(14.3)	1(14.3)	26	21(80.8) ※ △	15(57.7)	23	13(56.5)	14(60.9)	50	20(40.0)	18(36.0)
2	1	0(0.0)	0(0.0)	7	6(85.7)	2(28.6)	3	2(66.7)	1(33.3)	9	4(44.4)	3(33.3)
3	4	1(25.0)	3(75.0)	21	9(42.9)	6(28.6)	18	8(44.4)	8(44.4)	41	17(41.5)	20(48.8)
4				2	0(0.0)	0(0.0)	3	1(33.3)	2(66.7)	2	1(50.0)	0(0.0)
5				1	0(0.0)	1(100.0)	1	0(0.0)	1(100.0)			
6				1	1(100.0)	0(0.0)	4	3(75.0)	2(50.0)	1	1(100.0)	1(100.0)
7	3	1(33.3)	3(100.0)	7	2(28.6) △	2(28.6)	5	1(20.0)	1(20.0)	17	10(58.8) ※	11(58.8)
8	5	3(60.0)	1(20.0)	14	10(71.4)	5(35.7)	10	7(70.0) △	3(30.0)	21	12(57.1)	5(23.8)
9	1	1(100.0)	1(100.0)	4	3(75.0)	1(25.0)	3	2(66.7)	2(66.7)	1	1(100.0)	1(100.0)
10	8	2(25.0)	4(50.0)	26	9(34.6)	6(23.1)	19	11(57.9)	11(57.9)	53	17(32.1)	22(41.5)
11	8	1(12.5)	3(37.5)	20	11(55.0)	10(50.0)	29	10(34.5)	13(44.8)	61	26(42.6)	24(39.3)
12	1	1(100.0)	0(0.0)	2	0(0.0)	1(50.0)	2	2(100.0)	1(50.0)	1	1(100.0)	1(100.0)
13												
14	5	0(0.0)	2(40.0)	3	0(0.0)	0(0.0)				2	0(0.0)	0(0.0)
15	4	0(0.0)	0(0.0)	12	0(0.0)	0(0.0)	6	0(0.0)	0(0.0)	36	0(0.0)	0(0.0)
16				2	2(100.0)	1(50.0)				3	0(0.0)	1(33.3)
17							1	0(0.0)	0(0.0)	5	0(0.0)	0(0.0)
計	47	11(23.4)	18(38.3)	148	74(50.0)	50(33.8)	127	60(47.2)	59(46.5)	303	110 (36.3)	108 (35.6)

(註) 薬剤 No. の薬剤名は表10参照 (以下同じ). ※は危険率5%以下, △は10%以下.

重曹水) だけが共にめまいの強さに対して推計学的に有意(危険率5%以下), 及びほぼ有意(危険率10%以下)の差で高率を示した. 「疑い例群」では, 合計有効件数がすでに「めまいの強さ」で多くなっており, 個々の薬剤では薬剤 No. 2 (代謝促進剤)で推計学的に有意, No. 1 (血管拡張剤)と No. 8 (7%重曹水)ではほぼ有意の高率を示した. 「確実例群」ではこれに反して, 合計有効件数が「発作間隔」に多くなっており, 薬剤では No. 3 (精神神経安定剤)と No. 7 (自律神経調整剤)で, 「めまいの強さ」に対する効果件数との差が50%以上を示した. これは, 確実例のめまい発作が短時間に消失ないし軽快するため, 効果判定の比重が発作間隔の延長と云う点におかれることを

示唆すると共に, No. 3 や No. 7 の薬剤がそれに有効であることを示したと云えよう. しかしこの群にあっても尚 No. 8 (7%重曹水)は「めまいの強さ」に対して有効性が高くなっていった. これは7%重曹水があらゆるめまいに対して, その強さを改善する効果をもった薬剤であることを示したと云えよう.

表12~15は上記の薬物効果を程度別に分類したものである. いずれも推計学的に有意の特徴はなかったが, 確実例群に著効例が全くなかったと云うことは, メニエール病が難病であることの一面を示していると思われた.

尚, 診療科による治療法の相異や, 治療効果の相異については, 推計学的に何らの有意差も認められなかった.

表12 著効率

薬 剤 No.	確 実 例			疑 い 例			保 留 例			除 外 例		
	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)
1	7	0(0.0)	0(0.0)	26	3(11.5)	1(3.8)	23	0(0.0)	0(0.0)	50	1(2.0)	0(0.0)
2	1	0(0.0)	0(0.0)	7	2(28.6)	1(14.3)	3	0(0.0)	0(0.0)	9	0(0.0)	0(0.0)
3	4	0(0.0)	0(0.0)	21	1(4.8)	0(0.0)	18	0(0.0)	0(0.0)	41	0(0.0)	1(2.4)
4				2	0(0.0)	0(0.0)	3	0(0.0)	0(0.0)	2	1(50.0)	0(0.0)
5				1	0(0.0)	0(0.0)	1	0(0.0)	0(0.0)			
6				1	0(0.0)	0(0.0)	4	0(0.0)	0(0.0)	1	0(0.0)	0(0.0)
7	3	0(0.0)	0(0.0)	7	2(28.6)	1(14.3)	5	0(0.0)	0(0.0)	17	0(0.0)	0(0.0)
8	5	0(0.0)	0(0.0)	14	1(7.1)	0(0.0)	10	0(0.0)	0(0.0)	21	2(9.5)	0(0.0)
9	1	0(0.0)	0(0.0)	4	1(25.0)	0(0.0)	3	0(0.0)	0(0.0)	1	0(0.0)	0(0.0)
10	8	0(0.0)	0(0.0)	26	1(3.8)	1(3.8)	19	0(0.0)	0(0.0)	53	0(0.0)	0(0.0)
11	8	0(0.0)	0(0.0)	20	1(5.0)	0(0.0)	29	0(0.0)	0(0.0)	61	1(1.6)	0(0.0)
12	1	0(0.0)	0(0.0)	2	0(0.0)	0(0.0)	2	0(0.0)	0(0.0)	1	0(0.0)	0(0.0)
13												
14	5	0(0.0)	0(0.0)	3	0(0.0)	0(0.0)				2	0(0.0)	0(0.0)
15	4	0(0.0)	0(0.0)	12	0(0.0)	0(0.0)	6	0(0.0)	0(0.0)	36	0(0.0)	0(0.0)
16				2	0(0.0)	0(0.0)				3	0(0.0)	0(0.0)
17							1	0(0.0)	0(0.0)	5	0(0.0)	0(0.0)
計	47	0(0.0)	0(0.0)	148	12(8.1)	4(2.7)	127	0(0.0)	0(0.0)	303	5(1.7)	1(0.3)

表13 有効率

薬 剤 No.	確 実 例			疑 い 例			保 留 剤			除 外 例		
	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)
1	7	1(14.3)	1(14.3)	26	10(38.5)	8(30.8)	23	8(34.8)	4(17.4)	50	11(22.0)	11(22.0)
2	1	0(0.0)	0(0.0)	7	3(42.9)	0(0.0)	3	2(66.7)	0(0.0)	9	2(22.2)	1(11.1)
3	4	1(25.0)	2(28.6)	21	5(23.8)	3(14.3)	18	4(22.2)	4(22.2)	41	10(24.4)	12(29.3)
4				2	0(0.0)	0(0.0)	3	1(33.3)	1(33.3)	2	0(0.0)	0(0.0)
5				1	0(0.0)	1(100.0)	1	0(0.0)	0(0.0)			
6				1	1(100.0)	0(0.0)	4	3(75.0)	1(25.0)	1	1(100.0)	1(100.0)
7	3	1(33.3)	2(66.7)	7	0(0.0)	1(14.3)	5	1(20.0)	0(0.0)	17	7(41.2)	7(41.2)
8	5	2(40.0)	0(0.0)	14	7(50.0)	3(21.4)	10	6(60.0)	2(20.0)	21	8(38.1)	3(14.3)
9	1	1(100.0)	1(100.0)	4	1(25.0)	0(0.0)	3	1(33.3)	1(33.3)	1	1(100.0)	1(100.0)
10	8	1(12.5)	2(25.0)	26	8(30.8)	5(19.2)	19	9(47.4)	5(55.6)	53	8(15.1)	11(20.8)
11	8	1(12.5)	2(25.0)	20	7(35.0)	8(40.0)	29	7(24.1)	6(20.7)	61	11(18.0)	13(21.3)
12	1	0(0.0)	0(0.0)	29	0(0.0)	1(50.0)	2	2(100.0)	1(50.0)	1	1(100.0)	1(100.0)
13				2								
14	5	0(0.0)	2(40.0)	3	0(0.0)	0(0.0)				2	0(0.0)	0(0.0)
15	4	0(0.0)	0(0.0)	12	0(0.0)	0(0.0)	6	0(0.0)	0(0.0)	36	0(0.0)	0(0.0)
16				2	2(100.0)	1(50.0)				3	0(0.0)	0(0.0)
17							1	0(0.0)	0(0.0)	5	0(0.0)	0(0.0)
計	47	8(17.0)	12(25.5)	148	44(29.7)	31(20.9)	127	43(33.9)	25(19.7)	303	60(19.8)	61(20.1)

表14 稍有効率

薬 剤 No.	確 実 例			疑 い 例			保 留 例			除 外 例		
	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)
1	7	0(0.0)	0(0.0)	26	8(30.8)	6(23.1)	23	5(21.7)	10(43.5)	50	8(16.0)	7(14.0)
2	1	0(0.0)	0(0.0)	7	1(14.3)	1(14.3)	3	0(0.0)	1(33.3)	9	2(22.2)	2(22.2)
3	4	0(0.0)	1(25.0)	21	3(14.3)	3(14.3)	18	4(22.2)	4(22.2)	41	7(17.1)	7(17.1)
4				2	0(0.0)	0(0.0)	3	0(0.0)	1(33.3)	2	0(0.0)	0(0.0)
5				1	0(0.0)	0(0.0)	1	0(0.0)	1(100.0)			
6				1	0(0.0)	0(0.0)	4	0(0.0)	1(25.0)	1	0(0.0)	0(0.0)
7	3	0(0.0)	1(33.3)	7	0(0.0)	0(0.0)	5	0(0.0)	1(20.0)	17	3(17.6)	4(23.5)
8	5	1(20.0)	1(20.0)	14	2(14.3)	2(14.3)	10	1(10.0)	1(10.0)	21	2(9.5)	2(9.5)
9	1	0(0.0)	0(0.0)	4	1(25.0)	1(25.0)	3	1(33.3)	1(33.3)	1	0(0.0)	0(0.0)
10	8	1(12.5)	2(25.0)	26	0(0.0)	0(0.0)	19	2(10.5)	6(31.6)	53	9(17.0)	11(20.8)
11	8	0(0.0)	1(12.5)	20	3(15.0)	2(10.0)	29	3(10.3)	7(24.1)	61	14(23.0)	11(18.0)
12	1	1(100.0)	0(0.0)	2	0(0.0)	0(0.0)	2	0(0.0)	0(0.0)	1	0(0.0)	0(0.0)
13												
14	5	0(0.0)	0(0.0)	3	0(0.0)	0(0.0)				2	0(0.0)	1(50.0)
15	4	0(0.0)	0(0.0)	12	0(0.0)	0(0.0)	6	0(0.0)	0(0.0)	36	0(0.0)	0(0.0)
16				2	0(0.0)	0(0.0)				3	0(0.0)	1(33.3)
17							1	0(0.0)	0(0.0)	5	0(0.0)	0(0.0)
計	47	3(6.4)	6(12.8)	148	18(12.2)	15(10.1)	127	26(20.5)	34(26.8)	303	45(14.9)	46(15.2)

表15 無効率

薬 剤 No.	確 実 例			疑 い 例			保 留 例			除 外 例		
	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)	件数	めまいの 強さ(%)	発作間隔 (%)
1	7	3(42.9)	2(28.6)	26	1(3.8)	1(3.8)	23	4(17.4)	3(13.0)	50	14(28.0)	15(30.0)
2	1	0(0.0)	0(0.0)	7	0(0.0)	0(0.0)	3	1(33.3)	1(33.3)	9	1(11.1)	1(11.1)
3	4	0(0.0)	0(0.0)	21	2(9.5)	2(9.5)	18	4(22.2)	4(22.2)	41	10(24.4)	12(29.3)
4				2	0(0.0)	0(0.0)	3	1(33.3)	1(33.3)	2	0(0.0)	0(0.0)
5				1	0(0.0)	0(0.0)	1	1(100.0)	0(0.0)			
6				1	0(0.0)	0(0.0)	4	1(25.0)	0(0.0)	1	0(0.0)	0(0.0)
7	3	0(0.0)	1(33.3)	7	0(0.0)	1(14.3)	5	2(40.0)	2(40.0)	17	3(17.6)	3(17.6)
8	5	0(0.0)	0(0.0)	14	1(7.1)	2(14.3)	10	2(20.0)	1(10.0)	21	6(28.6)	6(28.6)
9	1	0(0.0)	0(0.0)	4	0(0.0)	0(0.0)	3	1(33.3)	1(33.3)	1	0(0.0)	0(0.0)
10	8	1(12.5)	1(12.5)	26	2(7.7)	2(7.7)	19	2(10.5)	2(10.5)	53	15(28.3)	17(32.1)
11	8	2(25.0)	1(12.5)	20	3(15.0)	3(15.0)	29	7(24.1)	6(20.7)	61	14(23.0)	14(23.0)
12	1	0(0.0)	0(0.0)	2	0(0.0)	0(0.0)	2	0(0.0)	0(0.0)	1	0(0.0)	0(0.0)
13												
14	5	1(20.0)	1(20.0)	3	0(0.0)	0(0.0)				2	0(0.0)	0(0.0)
15	4	0(0.0)	0(0.0)	12	0(0.0)	0(0.0)	6	0(0.0)	0(0.0)	33	0(0.0)	0(0.0)
16				2	0(0.0)	0(0.0)				3	0(0.0)	0(0.0)
17							1	0(0.0)	0(0.0)	5	0(0.0)	0(0.0)
計	47	7(14.9)	6(12.8)	148	9(6.1)	11(7.4)	127	26(20.5)	21(16.5)	303	63(20.8)	68(22.4)

考 按

〔受診状況について〕

メニエール病患者はその自覚症状からも当然耳鼻科を受診するものと、我々も考え、また一般にもそう考えられて来たであろうことは、従来のメニエール病の調査に耳鼻科以外の診療科への考慮が払われていないことから明らかである。しかるに、今回の全国的、全診療科的調査により、耳鼻科を受診するメニエール病患者は、全メニエール病患者の約30%に過ぎないことが明らかとなった。数値から見れば、むしろ神経内科に最も多くの患者が受診するほか、神経科、内科、精神科、脳外科など、広い範囲の診療科に亘っていた。このうち内科や脳外科を受診した患者は、いずれ耳鼻科への紹介、転科と云う経路をとることになるのに対し、神経科や神経内科を受診した患者は、それぞれの科で診断、治療されている場合が多いことに、我々耳鼻科医は注目すべきである。

次に、我々の実施した全国的、全診療科的調査結果を評価する一つの目安として、メニエール病の全国的調査を行った内藤⁶⁾の成績と比較してみよう。内藤は耳鼻科を対象としているが、調査結果を大学病院、大病院及び開業医に分けて集計した。比較を容易にするため、その成績及び頻度を表1にならって表16に一括転載した。これと表1の耳鼻科の成績及び全国、全

診療科の合計した成績とを比較し、推計学的有意差を求めてみると、

① 総患者数に対するめまい例数の頻度は
大学病院≫大病院≫**国立病院（全）**≫開業
大学病院≫大病院≫**国立病院（耳）**≫開業

② 総患者数に対するメニエール病例の頻度は、
大学病院>大病院≫**国立病院（全）**≫開業
大学病院>大病院=**国立病院（耳）**≫開業

③ 総めまい例数に対するメニエール病例の頻度は、
大学病院<大病院<=**国立病院（全）**=開業
大学病院<大病院<=**国立病院（耳）**=開業
（不等記号>は危険率5%以下、≫は1%以下の有意差を示す。）

となった。大病院と国立病院（耳）の間に高度の有意差を認めたのは、内藤の調査対象が恐らくは「めまいに関心の高い病院」に選ばれたためと思われるが、それだけにこの結果は示唆に富んでいる。即ち、一般にめまいを主訴とする患者の中には、開業医→国立病院→めまいに積極的な大病院→大学病院の経緯をとることが多いこと、メニエール病の診断基準が、大学病院、めまいに積極的な大病院、国立病院（耳）、国立病院（全）、開業の順に厳格であること、などである。確かに今回の我々の調査でも、最

表16 耳鼻科を対象とした全国的調査の集計（内藤による）

施設別	施設数	総患者数	めまい例数	メニエール病数	施設別比
大学病院	31	262,878	10,471 (3.9%)	1,555 (0.59%) (14.9%)	55.3%
病 院	40	228,693	5,787 (2.5%)	1,228 (0.54%) (21.2%)	43.7%
開 業 医	3	23,565	140 (0.6%)	29 (0.12%) (20.7%)	1.0%
合 計	74	515,136	16,398 (3.2%)	2,813 (0.55%) (17.2%)	100%

（註）めまい例数はメニエール病例数と眩暈症例数の和として計算した。
（内藤 僑：耳鼻臨床 66：増1；4の表より）

終的には 250 例中確実例は僅か 18 例、疑い例 54 例、診断保留例が 45 例で、133 例の除外例があった。今、仮に前 3 者の合計 117 例がメニエール病該当例として、逆算すると、頭初の予備調査で得られた 1,043 例（表 1）のメニエール病診断例のうち基準該当例は 362 例（従って 703 例は 244 例）に過ぎないことになり、総患者数に対する頻度は 0.11%，総めまい例に対する頻度は 8.22% と著しく減少する。これを以て内藤の結果と比較した場合の前述各項の推計学的特徴は、

①で 大学病院≫大病院≫**国立病院**≫開業

②で 大学病院≫大病院≫**国立病院**=開業

③で **国立病院**≪大学病院≪大病院≪開業

となり、国立病院以外の施設の診断基準が必ずしも厳格であるとは云えないことが判る。これは、個々の症例の診断の確かさを、調査集計する側で全く点検できない従来のアンケート調査の方法に問題があり、従ってその結果の評価にも疑問が残ることを強く示唆するものである。
〔診断について〕

今回の我々の調査結果はメニエール病の診断に関して 2 つの問題を提起した。その 1 は、メニエール病が一般にいかにも漠然とした基準で診断されているかである。表 4 の自覚症状についても、発作性、回転性、反復性めまいと蝸牛症状の随伴と云う典型病像が有意差を示さない程に、雑多であり、他覚的検査の実施状況やその成績の評価方法も不十分（表 7）なため、最終的にメニエール病であったものは当初の 1,043 例のうち 362 例相当であると思われた。この数値は総めまい例数の 8.22% で、従来の報告¹⁾⁵⁾⁶⁾¹⁰⁾¹²⁾との間に有意差を認めないので妥当な数であろう。結局今回の資料の診断的中率は僅か 34.7% に過ぎなかった訳で、これは、メニエール病の診断基準の早急な確立だけでなく、それを各診療科に如何に浸透させるかが重要であることを示唆している。

第 2 の問題は、最終的にメニエール病でなかった 681 例の病名は何とすべきであったかであ

る。かつてならばメニエール症候群に該当するものであろうし、更に種々の臨床検査を行えば、その病因や病態が解明されるものが多数含まれていると思われる。しかし、今回の資料からは何の手懸りも得ることはできない。そこでこの様な症例に最小限どんな検査をすれば、どのような診断が下せる可能性があるのかを、別のめまい疾患の統計から検討してみよう。今回の我々の調査対象である昭和 47, 48 年近くを条件に、時田¹²⁾、渡辺¹³⁾、松永⁵⁾、生駒¹⁾、大谷⁷⁾、及び高安¹⁰⁾の報告を選び、めまい例総数に対する各疾患の頻度を整理して、推計学的に検討し、その中から報告者によって極端な疾患頻度の相異なる項目だけを抽出して、その推計学的特徴を示したものが表 17 である。この表から先づ云えることは、診断不明例が高度の有意差で多い報告では「頸性めまい」と「起立性調節障害」が高度に少ないこと、心因あるいは精神的疾患によるめまい例が有意に少ないこと、及び大谷報告⁷⁾でメニエール病類似症が極端に多く、しかもメニエール病例が高度の有意差で少ないのをはじめ、心因性めまい例以外の疾患がすべて高度の有意性をもって少ないことである。これはメニエール病類似症や診断不明例の中にこの低頻度疾患が含まれているためと思われる。また、起立性調節障害が他の 4 報告で高度の有意性をもって少ないのに対し、時田報告¹²⁾と高安報告¹⁰⁾で逆に極端に多いこと、頸性めまいが時田¹²⁾、生駒¹⁾の報告に比べて渡辺、松永及び大谷の報告が著しく少なく、逆に高安報告で極端に多いこと、頭頸部外傷後めまいが松永、生駒報告¹⁾で著しく多いのに時田¹²⁾、高安報告¹⁰⁾で有意に少ないことなどは、起立性調節障害や頸性めまいを診断するための検査を、より積極的に実施したか否かの差に他ならない。ただ時田¹¹⁾が頸部の病態をメニエール病の素因の一つと考えているのに対し、高安⁸⁾⁹⁾は治療法が全く異なることからこれを独立疾患と見なしているため、両報告者間の頸性めまい頻度に有意差が生じたのであろう。

表17 めまい症例の疾患頻度に見られる相異

報告者 (対象数)	時 田 (386)	渡 辺 (1450)	松 永 (769)	生 駒 (389)	大 谷 (1353)	高 安 (551)
メニエール病					☆☆少	
メニエール病類似症					☆☆多	☆☆少
頸性めまい		☆☆少	☆☆少		☆☆少	☆☆多
頭部外傷後めまい	☆少		☆☆多	☆☆多	☆☆少	☆ 少
自律神経失調症			☆☆少	☆☆多	☆☆少	☆☆多
起立性調節障害	☆☆多	☆☆少	☆☆少	☆☆少	☆☆少	☆☆多
心因、精神性めまい		☆☆少	☆ 少			☆☆多
不 明	☆☆少	☆☆多	☆☆多	☆☆少	☆☆多	☆☆少

〔註〕①メニエール病類似症とは、メニエール病類似疾患（時田）、メニエール症候群（渡辺）、末梢性眩暈症（松永、大谷）、原因不明の迷路性めまい（生駒）、末梢性めまい（高安）を指す。

②生駒の症例中昭和35年分は除外した。

③空欄は推計学的に有意差のないこと。☆は危険率5%以下☆☆は1%以下の有意を示す。

この点を考慮すれば、今回の調査で最終的にメニエール病から除外されるべき681例の中には、頸性めまい、起立性調節障害及び心因性あるいは精神神経病性めまいが多数含まれているのではないかと考えられた。参考までに、国立立川病院めまいセンター受診患者のうち昭和47～49年間の診断の確定した687例を調査し、臨床症状及び通常の聴・平衡機能検査成績が表5の基準による確実例及び疑い例に該当するような109例を抽出し、当センターにおける診断名別に分類した結果を表18に示した。最終的にメニエール病であったのは僅か32例であり、頸性聴・平衡障害、起立性調節障害、心因ないし精神病性めまいなどが多く含まれていることが判る。これら77例についてはその診断根拠となった検査名も表18に附記したが、もしこれら検査を実施していなければ、その症例は当然メニエール病と診断されているであろう。

表5の診断基準には「中枢神経疾患、ならびに原因既知の疾患の除外」が条件づけられているが、その実施範囲はあくまでも診断する側の積極性に任している点が問題である。例えば、大谷ら⁷⁾の報告の中には、めまい外来初診

日に頸椎のレントゲン検査を実施しているが、頸性聴・平衡障害を診断する上に頸部レ線写真の診断的価値が乏しいことは我々がすでに指摘⁹⁾したところであり、蝸牛症状の随伴についても、頸部への負荷により初めて域値が上昇したり、既存の聴力障害がそれによって更に一過性、可逆性域値上昇を来たす現象⁸⁾の有無を検査すれば、交通外傷が多いと云う大谷ら⁷⁾の診断不明群からも、陽性所見が得られ、頸性めまいと診断できる例が相当数であるのではあるまいか。この積極性の差が表17の有意差として表われているのであろう。

この観点から、もし表18に示した77例がメニエール病でないとするならば、診断根拠となった臨床検査は重要な鑑別検査であり、もしメニエール病に含め得る症例があるならば、その診断名が示す疾患ないし病態はメニエール病の発症因子であるとも考えられるから、治療法を選択と云う意味で重要な病因検査であると云えよう。

従って、メニエール病の診断基準の中に、最少限実施すべき検査、あるいは最少限鑑別すべき疾患を、具体的に明示することが必要であ

表18 症候学的メニエール病該当例の最終診断

診 断 名	例 数	検 査 名
顎性聴平衡障害	35	顎性純音域値変動検査，顎性眼振検査，顎椎X－P
梅毒性迷路炎	4	梅毒反応
起立性調節障害	17	Schellong 試験，立位EKG，メコリールBAPG試験
自律神経失調症	1	同上
心臓疾患	2	EKG，負荷EKG
中枢性平衡障害	4	脳・脊髄神経学的検査
脳内血管障害	5	脳血管撮影
ヒステリー	4	眼科の精密検査，精神科学的検査
神経症	5	CMI
メニエール病	32	
合 計	109	

る。

〔治療について〕

メニエール病の治療には手術的治療と保存的治療がある。通常はまず保存的に加療し，効果のない例に手術的治療が行われている傾向を八木ら¹⁴⁾，松永ら⁴⁾の報告は示していた。しかし，我々の今回の調査では手術的治療の回答は一例もなく，すべて保存的治療の回答であった。

調査結果によると，治療に頻用される薬剤は，鎮暈剤が最も多く，以下血管拡張剤，ビタミン剤，精神神経安定剤，7%重曹水，自律神経調整剤，代謝促進剤の順で，この7種で使用件数の83%を占めていた。この成績は頻度順位に若干の相異はあるが，メニエール病に関する八木ら¹⁴⁾の報告，めまい全般に関する松永³⁾，亀井ら²⁾の報告にみられる成績と同じであり，めまい全般とメニエール病との間に保存的治療

法の上に何ら変るところがない，換言すればメニエール病に特有の保存的治療法は確立されていないと云うことになる。

ここに至って，我々が前項（診断について）で述べた病因検査あるいは鑑別検査が大きな問題を提起して来よう。メニエール病はもっと厳密に診断されるか，あるいはもっと積極的に発症因子が追求されるべきである。それが「メニエール病の治療法」を確立する近道であると考えている。

その意味でも，我々の調査結果をまとめた表11で，血管拡張剤がメニエール病確実例で有効性が低く，疑い例や保留例及び除外例で同程度に高い有効性を認めたこと，精神神経安定剤や自律神経調整剤が確実例でのみ，めまいの強さに対する効果より発作間隔の延長効果の方が高そうなこと，などは決して軽視できない示唆に富む成績と考えている。

ま と め

メニエール病が一般にはどの診療科にどれだけ受診し，どのように診断され，治療されているかの実態を調査して次の結論を得た。

1) メニエール病患者は，耳鼻科のみならず，神経科や神経内科にも同程度の頻度で受診している。

2) メニエール病の診断は，極めて漠然とした診断基準によっている。耳鼻科，神経科，神経内科では聴・平衡機能検査も積極的に行い，比較的正確に診断しているのに対し，内科では症候学的

- 1) 生駒尚秋: わが教室におけるめまい外来の現況. 耳鼻臨床 66: 281~287, 1973.
- 2) 亀井民雄, 他: 病因, 病態論からみたメマイの薬物治療. 耳鼻臨床 65: 643~652, 1972.
- 3) 松永 喬: めまいに対する薬物療法の撰択と効果. 耳鼻臨床 65: 653~671, 1972.
- 4) 松永 喬, 他: 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. 耳鼻臨床 65: 332~338,

1972.

- 5) 松永 喬：阪大におけるめまい患者の受診動態.
耳鼻臨床 68：1025～1213, 1975.
- 6) 内藤 僑：メニエール病. 耳鼻臨床 66：1973.
- 7) 大谷 晃，他：わが教室におけるメマイ患者の統計的観察（第一報：メマイ外来の現況と患者の一般特性）. 耳鼻臨床 67：751～761, 1974.
- 8) 高安劭次，他：頸性純音域値変動現象（C T S現象）Audiology 16：137～141, 1973.
- 9) 高安劭次，他：頸性聴・平衡害障診断の問題点（診断基準の提案）. 耳鼻臨床 66：865～871, 1973.
- 10) 高安劭次，他：国立立川病院におけるめまい外来の現況. 医療 27：41～47, 1973.
- 11) 時田 喬：内耳性めまいの素因（眩暈準備状態）の検査と治療. 日耳鼻第65回総会別刷, 1964.
- 12) 時田 喬，他：メニエール病ならびに類似疾患の診断基準の検討. 耳鼻臨床 68：857～866, 1975.
- 13) 渡辺 勲：“めまい”とは. 治療 57：1213～1219, 1975.
- 14) 八木伸也，他：我国におけるメニエール病治療の現況. 耳鼻臨床 65：923～930, 1972.

原稿到着：昭和51年7月19日
別刷請求先：高安劭次
〒190 東京都立川市曙町1—32—1
国立立川病院耳鼻咽喉科