メマイ患者の統計的観察

(大阪市大メマイ外来より)

田中 耕一・井元 俊夫・松原 律子

Statistical Observations on Patients with Vertigo and Dizziness

Koichi Tanaka, Toshio Imoto, Ritsuko Matsubara

(Osaka City Univ.)

Statistical observations were made of outpatients with vertigo and dizziness seen in the Dept. of Otorhinolaryngology, Osaka City University from 1972 to June 1977. The results are reported herein:

1) Those with vertigo and dizziness included 4-6% of the total number of outpatients. However, the number of Equilibrium function tests carried out in our patients was extremely large, as many more outpatients were seen in our clinic as compared with the number in other universities.

2) There was almost no difference in the number of males and females with vertigo and dizziness. Occurrences were in the descending order of 40>30>50>20.

3) About 70% of the patients were introduced by other physicians. They were mainly otorhinolaryngologists outside the hospital or physicians in the Depts. of Orthopedics, Internal Medicine and Neurosurgery in our hospital.

4) When we investigated statistics of diseases, we found that Meniere's disease accounted for about 10% and an extremely large number of patients with "cerebral vascular insufficiency" (our term) and patients with trauma at the head and neck were encountered.

5) Fifty percent of all patients revealed abnormalities in blood pressure, and 60% belonged to III and IV field as to CMI.

は じ め に

近年社会機構が複雑になるに従って、メマイを訴える患者は増加の傾向にある。しかしメマイ、平衡障害を訴える患者の適確な診断およびその治療を行なうことは時として困難なことがある。昭和47年より大阪市立大学附属病院耳鼻咽喉科にメマイ外来を設置すると共に、当科外来の診療形態も変更し、その他の特殊外来（アレルギー、中耳疾患）も同時に開設した。メマイ外来の最大の目的は、「1人1人の患者の訴えを時間をかけて聞く」ということにあり、待ち時間を少なくするために予約制をとっている。そこで今回は昭和47年以降における当科で平衡機能検査を行なった患者について、疾患別、年度別等の統計的観察を行なったので報告する。

I. 外来診療システム

当科ではメマイ患者の診療は田中が、検査は検査技師の松原が、次いで統計処理について井元が参画している関係上、当科を訪れる患者はまず耳鼻咽喉科外来で耳鼻咽喉頭部の視診の上、(メマイ発作を起こしているとか、その他特殊な場合を除いて)図1の如き、側頭骨レ線血液検査(梅毒反応、血清脂質、一般検血、肝機能等)、平衡機能検査(立ち直り反射から視運動刺激検査まで)、CMIと検査の予約を行ない、検査後病歴を再聴取して総合判定を行っている。その後他科紹介、紹介医、紹介科への返事の要あるものは行ない、当科で Follow-up できるものはメマイ外来にて時間予約制で Follow-up するシステムをとっている。一般的に二次平衡機能検査といわれるものまで、当科でルーチン検査とすることには検査時間や経費等で多少問題があるが、①メマイ外来に従事

めまい患者の検査システム

する医師の少ないこと。②原因不明のメマイ患者が多いので、単純なる末梢性眩暈患者は少なく視運動刺激検査まで施行してはじめて診断がつくことが多いことの点から二次平衡機能検査まで、ルーチン検査としている。

II. 統計的観察

①平衡機能検査数

表1の如く平衡機能検査は昭和47年から昭和49年までは300前後であったが、50年の4月より前述の如く、平衡機能検査の方法を統一して以来、メマイ、平衡障害のない患者一例え側弯症か慢性中耳炎の術前検査一も行なうようになり、表2の如く、半年間に約250名近くの検査を施行している。現在のシステムでは一人の検査時間が約2時間近くかかり、一日に3人までしか施行できない。従って検査技師の疲労の問題、あるいは休日、休暇等も考えれば1年間に約500～550位が、最大の検査数であり、待ち時間の問題、検査数の制限等、人員の増加がなければ、限度に達していると考えられるのでこれらの点が今後の問題と考えられる。

②メマイ患者の性別、年齢

表1, 2に見られる如く男女差は過去5年間の統計ではほとんど見られない。表3の如く年齢別では40才代が一番多く、次いで30才代, 50

才代, 20才代と続くが、40才代は社会的に重要な地位を占める年代であり、多くのストレスがかかり、また体調の変化する年代であることも考えれば当然のことと考える。10才代がかなり多いのは、メマイはほとんどないが、整形外科よりの側弯症の症例が多いことが考えられる。さらに最近では、平均年齢の高令化のためとも考えられるが70才代以上の年齢層の増加も見られるようである。

③受診状況

原則的には、大学病院はいかなる診療科あるいは如何なる病気にかかわらず紹介されて受診するのが望ましいと著者は考えるが、当大学の立地条件やその他種々のことにより、すべてが紹介されたものではない。表4の如く、当科を受診したメマイ患者は70%弱から75～6%まで紹介患者である。しかし逆に30%から24～5%の患者はメマイを訴える場合、他科を受診せず耳科を受診したことは、メマイのある時はまず

表 1 平衡機能検査数 昭和47年～51年

	昭和47年	48年	49年	50年	51年	計
人 数	307	298	311	333	506	1755
男	170	157	160	163	263	913
女	137	141	151	170	243	842
外 来	6,747	6,677	7,193	7,484	7,944	36,045
総 数	(4.55%)	(4.46%)	(4.32%)	(4.45%)	(6.37%)	(4.87%)

表 2 平衡機能検査数 昭和50年7月～52年6月迄

	昭和50.7～50.12	51.1～51.6	52.7～51.12	52.1～6	計
人 数	213	244	262	230	949
男	100	135	128	126	489
女	113	109	134	104	560
外 来	3,355	4,532	3,412	4,969	16,268
総 数	(6.35%)	(5.38%)	(7.68%)	(4.63%)	(5.83%)

表 3 メマイ患者の年齢

年度	昭和47年	48年	49年	50年	51年	計
10才以下	0	4	3	3	4	14
10～19才	19	21	11	21	36	108
20～29才	48	46	39	45	57	235
30～39才	81	57	64	68	117	387
40～49才	77	85	98	91	125	476
50～59才	48	45	49	62	117	321
60～69才	29	30	43	33	33	168
70才以上	5	10	4	10	17	46
	307	298	311	333	506	1,755

表 4 受診状況

	S 47年	48年	49年	50年	51年
紹介あり	233名 (75.9%)	207名 (69.5%)	203名 (74.0%)	229名 (68.7%)	386名 (76.3%)
紹介なし	74名 (24.1%)	91名 (30.5%)	81名 (26.0%)	104名 (31.3%)	120名 (23.7%)
合 計	307名	298名	311名	333名	506名

表 5 紹介患者の内訳け

	47年	48年	49年	50年	51年	合 計
A. 他医より紹介	66名 (28.3%)	58名 (28.0%)	56名 (24.3%)	65名 (28.4%)	108名 (28.0%)	353名 (27.5%)
耳鼻咽喉科医	16名	25名	13名	29名	56名	
内科医	24名	23名	33名	27名	38名	
整形外科医	26名	8名	7名	9名	9名	
その他	0名	2名	3名	0名	5名	
B. 他科より紹介	148名 (63.5%)	141名 (68.1%)	167名 (72.6%)	157名 (68.6%)	272名 (70.5%)	885名 (68.9%)
内科	74名	44名	55名	56名	73名	
脳外科	38名	52名	58名	48名	87名	
整形外科	21名	26名	29名	33名	88名	
神経科	4名	5名	6名	6名	7名	
その他	11名	14名	19名	14名	17名	
C. その他の紹介	19名 (8.2%)	8 名 (3.9%)	7 名 (3.1%)	7 名 (3.0%)	6 名 (1.5%)	47名 (3.6%)
	233名	207名	230名	229名	386名	1,285名

耳科へという考え方が多少なりとも普及したのではないかと考える。さらに紹介患者の内訳けは表5の如くである。院外の先生よりの紹介が平均27.5%，院内の各科よりの紹介が68.9%，その他の紹介36%である。その他の紹介は医師でない人からの個人的紹介である。紹介患者の院外の耳科医からの紹介では 50年，51年 では44.6%から50強に達し，当科のメマイ外来が認識されて来たためと考えられる。また院内各科からの紹介では，当初は内科からの紹介が半数を占めていたが，脳外科の充実のためか整形外科からの側弯症，頸性眩暈等の検査依頼が次第に増加し，昭和51年では整形外科，脳外科，内科と順位が逆転し，内科の紹介の占める割合は26.8%となっている。いずれにしても紹介医としては，耳鼻科医，内科医，脳外科医，整形外科医が圧倒的に多く，神経科医，眼科医よりの紹介は極めて少数である。

④疾患別統計

前述した如く，昭和47年にメマイ外来を設置後，その後約3年間はまず患者の訴えを十分に聞くということで，検査の手順や内容方法等に

ついては，暗中模索の状態であったが，昭和50年4月より，メマイ検査の方法を統一したので50年7月から52年6月末までの2年間における患者の疾患および検査結果について検討を加えた。メマイ患者の疾患別統計は表6の如くである。主として内耳由来のものではメニエル病はメマイ患者の約10%弱であり外来総数から見れば0.53%である。次いで中耳炎性内耳炎であるが，これはすべてがメマイを訴えたのではなく，慢性中耳炎の手術目的で入院した際，術前に平衡機能検査を施行し，その結果内耳障害と考えるものも含んでいる。次いで内耳循環不全症，突発性難聴である。主として中枢性メマイと考えられるものでは，我々の提唱する「いわゆる脳循環不全症」および血圧異常が極めて多く，243例（26.5%）に達すると考えられる。次いで多いのは頭頸部外傷患者で男女差が著明にみられる。次いで椎骨動脈循環不全症および頸性メマイと続く。猶，椎骨動脈循環不全症や頸性メマイと考えられるもののうち，病歴より外傷のあるものは頭頸部外傷とした。

表 6 めまい外来受診患者の男女別疾患の頻度
(昭和50年 7 月～昭和52年 6 月)

主として内耳由来のもの			主として中枢性のもの		
	男 例数 (%)	女 例数 (%)		男 例数 (%)	女 例数 (%)
メニエル病	39 (7.9)	48 (10.4)	いわゆる脳循環不全 (血圧異常も含む)	102 (20.9)	141 (30.7)
中耳炎性内耳炎	37 (7.6)	32 (7.0)	頭頸部外傷	114 (23.3)	44 (9.6)
内耳循環不全症	23 (4.7)	42 (9.1)	椎骨動脈循環不全	27 (5.5)	29 (6.3)
突発性難聴	15 (3.0)	13 (2.8)	頸性めまい	24 (4.9)	25 (5.4)
良性発作性頭位眩暈	11 (2.2)	7 (1.5)	側弯性	4 (0.8)	17 (3.7)
突発性前庭障害 (前庭神経炎も含む)	16 (3.3)	8 (1.8)	聴神経腫瘍	4 (0.8)	6 (1.3)
薬物中毒	5 (1.0)	9 (2.0)	小脳疾患	8 (1.6)	2 (0.4)
迷路振盪症	4 (0.8)	2 (0.4)	脳血管障害	7 (1.4)	2 (0.4)
内耳梅毒	4 (0.8)	2 (0.4)	先天性眼振	1 (0.2)	2 (0.4)
ベル麻痺ハント症候群	2 (0.4)	2 (0.4)	その他の中枢障害 (原因不明も含む)	36 (7.4)	25 (5.4)
原因不明の迷路障害 (その他の原因も含む)	4 (0.8)	2 (0.4)			
耳管狭窄疑い	11 (2.2)	4 (0.9)	心因性めまい	6 (1.2)	9 (2.0)

表 7 聴力検査の結果
(昭和50年 7 月～昭和52年 6 月)

	例数 (%)
正 常	395 (41.6)
異 常	551 (58.1)
感性性難聴	
片 側	149 (15.7)
両 側	224 (23.6)
伝音性難聴	
片 側	52 (5.4)
両 側	22 (2.3)
混合性難聴	
片 側	110 (11.6)
両 側	46 (4.8)

表 8 立ち直り反射検査
(昭和50年 7 月～昭和52年 6 月)

	例 数 (%)
正 常	161 (17.0)
異 常	767 (80.1)
軽度障害	343 (36.1)
中等度障害	380 (40.0)
高度障害	44 (4.6)

⑤検査成績について

a. 聴力検査

949名中946名について施行しているが、両側共正常域にある例は、41.6%であった。異常群は58.1%であり、一側または両側が感音性難聴を示すものは、39.3%、同様に伝音難聴または混合難聴を示すものは24.1%である。但し両側が各々感音、伝音、混合難聴のいずれかで両側異なる場合があるので症例数は異常例 551症例よりも増加している。但し異常者群でも今回はメマイとの関係については検討していないので、これらの難聴群がメマイと関係あるかどうか不明である。今後検討の予定である。また興味あることは、自覚的な難聴の有無と他覚的な難聴との間に時として大きなずれがあることで、他覚的な中等度難聴でも、高令になると自覚的に難聴を訴えない人があることである。

b. 立ち直り反射

施行例は 928例でそのうち80%に異常をみると、軽度障害例36.1%、中等度障害例40.0%、高度障害 4.6%であり、多くの異常を示し検査時期にもよると考えられるが、平衡障害の検出

表9 偏倚検査
(昭和50年7月～昭和52年6月)

	上肢	下肢
正 常	752(79.2)	675(71.1)
異 常	169(17.8)	255(25.8)

() 内は%

表10 異常眼運動検査
(昭和50年7月～昭和52年6月)

	例 数 (%)
自発眼振のあるもの	47 (5.0)
注視眼振のあるもの	24 (2.5)
頭位眼振のあるもの	211 (22.2)
頭位変換眼振のあるもの	169 (17.8)
ENGで初めて眼振を認めるもの	165 (17.4)

表11 迷路刺激眼振検査
(昭和50年7月～昭和52年6月)

	例 数 (%)
A. 回転後眼振検査	
正 常	864 (91.0)
D P	50 (5.3)
自律神経反射	10 (1.1)
施行せず	25 (2.6)
B. 温度性眼振検査	
左右差なし	642 (67.7)
C P	
片 側	188 (19.8)
両 側	11 (1.2)
D P	
片 側	74 (7.8)
両 側	0 (0)
施行せず	48 (5.1)

には極めて有効な検査法と考えられる。また経過を知る場合にも、手軽にできる検査であり、動揺計を併用すれば、さらに有効な検査法であると考え。

c. 偏倚検査

表9の如く、偏倚異常は立ち直り反射に比較して極めて少ない。即ち上肢は 17.8% (921例中)、下肢は 25.8% (930例中) の異常発現率

であり、下肢の偏倚異常を示すことが多いことが考えられる。これは他の報告例1～4と同様であるが、異常発現率は生駒¹⁾ の41.3%、若山等³⁾ の36.0%よりは低いが、吉本等⁴⁾ の28%とほぼ近い値を示す。これは検査時期および疾患内容の相違によるものと考えられる。

d. 眼振検査

表10の如く、注視眼振は 2.5%に、自発眼振は 5%に、頭位眼振のあるものは22.2%、頭位変換眼振は17.8%にみられた。これらはいずれも裸眼およびフレンツェル眼鏡下での観察でみられたものである。その後ENGを使用して、初めて眼振をとらえたものが18.4%あり、合計約40%弱に眼振がみとめられると考えられる。眼振の出現率の報告は種々あるが、加我等⁵⁾ によれば正常人でも41%にENG上眼振を認めるとされ、眼振の検討には、まず裸眼およびフレンツェル眼鏡下での観察を充分に行ない、その後でENGでの記録を参考とするにとどめたいと考えている。但し今回の我々の報告では、頭頸部外傷で頭位の動きが充分でなく、施行を拒否する患者もあり、眼振出現率はもう少し増加するものと考えられる。

e. 迷路刺激検査

従来より耳石の機能検査を除いて、半規管の機能検査については多数考案されているが、当科では回転後眼振検査として20秒間10回転での後眼振の観察、温度眼振検査としては 30°および44℃20ml注水の冷温交互試験を採用している。その結果は表11の如く、回転後眼振検査の異常出現率は極めて低くDPを示すもの5.3%、その他自律神経反射のみとめられたもの1.1%、残りは左右差なしか事情により施行できなかった症例である。また冷温交互試験では異常出現率は約30%弱に異常がみられ、従来の報告通り冷温水交互試験の方がはるかに有効な検査と考えられる。その内訳は機能低下群が21.0%であり、DP群は7.8%にみられた。更に施行しない48例は、鼓膜に穿孔のみられるものか術後耳の症例である。

猶C PおよびD Pの判定方法は①C Pについては

$$\frac{|(右側迷路の反応時間の和)-(左側迷路の反応時間の和)|}{右側迷路の反応時間の和+左側迷路の反応時間の和} \times 100 > 20\%$$

②D Pについては

$$\frac{|(右側への眼振持続時間の和)-(左側への眼振持続時間の和)|}{右側への眼振持続時間の和+左側への眼振持続時間の和} \times 100 > 20\%$$

とした。

表12 視運動性反射検査
(昭和50年7月～昭和52年6月)

A. 視標追跡検査	例 数 (%)
正 常	394 (48.4)
異 常	420 (51.6)
動揺型	245 (30.1)
脳幹型	110 (13.5)
小脳型	37 (4.5)
混合型	28 (3.4)
B. 視運動性眼振検査	
正 常	344 (42.9)
異 常	458 (57.1)
視性D P	53 (6.6)
解発不良(錯倒型も含む)	
片 側	151 (18.8)
両 側	254 (31.7)

表13 めまい外来受診患者の素因
(昭和50年7月～昭和52年6月)

*Shellong's Test	例 数 (%)
正 常	417 (43.9)
異 常	467 (49.3)
起立性障害	247 (26.0)
起立性障害の疑い	29 (3.1)
低血圧	217 (22.9)
高血圧	72 (7.6)
不 明	65 (6.8)
*血清脂質	
正 常	425 (92.2)
異 常	36 (7.8)
*梅毒反応	
陰 性	642 (93.3)
陽 性	46 (6.7)

表14 メマイ外来受診患者のCMI

	例 数 (%)
I 型	53 (19.1)
II 型	58 (21.0)
III 型	74 (26.7)
IV 型	92 (33.2)

f. 視運動性反射検査

視運動性反射検査は当科では前述の如く、ルーチン検査として施行しているが、猶未施行例も多く、視標追跡検査では 949例中814例で135例の未施行例が、視運動性眼振検査では施行例802例で147例の未施行例がある。また今回は報告していないが、視運動性後眼振になると、疲労や嘔気、嘔吐のためにさらに未施行例は増加している。視運動性眼振検査では、視標追跡検査と同様、パターン分析を試みているので、判定者の主観が多少入る余地があると考えられる。視標追跡検査では51.6% 420例に異常パターンがみられたが、動揺型即ち、小林ら⁶⁾の分類のI型もしくはII型にあたるものが、30.1%もあり、これがすべて異常所見とするには、多少問題もあるので、これらは今後検討の余地があると考えられる。従って明らかな異常と考えられるものは21.4%と考えられる。また視運動性眼振検査では57.1%に異常群がみられた。この場合も高令者の場合には、慎重に検討すべきであると考えている。

g. 全身的要因について

最近メマイ 患者については、平衡機能検査のみならず、その全身的要因を検討する試みが多くなって来ているが、当科でも、血圧測定、血液検査等施行して検討している。

① ショーロングテスト

起立性調節障害の診断基準⁷⁾のうちメマイ患者は異常群ではほとんど診断基準に合致する。大症状、小症状を満たすと考えられる。従って起立試験で脈圧の狭小化(16mmHg以上)、収縮期圧低下(21mmHg以上)、脈拍増加(21以上)のいずれかのあるものを起立性障害陽性としている。猶心電図はごく少数例を除いて測定していない。その結果、異常群49.3%で、ショーロングテスト陽性のもの26.0%、低血圧22.9%、高血圧7.6%であり、これらの血圧異常群が一つの原因となって脳循環不全症を引き起こすと考えられるので、視標追跡検査や視運動性眼振検査にも異常所見を示すと考えられる。

② 血清脂質

血清脂質、総コレステロール、リポ蛋白分画トリグリセライド等を施行しているが、血清脂質の増加により循環障害を来すと考えられるためである。しかし異常所見を呈したものは非常に少なく、わずかに36例(7.8%)に異常所見を示したのみである。

考

平衡機能検査の目的は坂田ら¹⁰⁾の述べている如く①中耳炎がある場合、内耳その他に合併症がないかどうか②患者の訴えるメマイは内耳疾患によるものかどうか③患者の訴える耳鳴や難聴は聴神経腫瘍である可能性はないか④患者にみられる平衡障害やメマイは中枢疾患による可能性はないかどうか、あれば病巣はどこにあるかと考えられる、その目的に沿った平衡機能検査を施行した上で、病歴を詳細に聴取して診断を下している。当科のメマイ外来は数年間田中が一人で経過を観察している。一人の医師が経過を診るということは独断的に陥入る危険性も考えられるが、それと表裏一体で、いつも同じ医師が診ることにより、メマイ患者は初診では見せることがなかったその患者の生活環境等のバックグラウンドについて赤裸々に語ることもあり、医療というものが単に病気を癒やすもので

③ 梅毒反応

一般的には梅毒反応陽性者が最近増加しているといわれるが、今回の施行例では46例、(6.7%)に陽性を示した。そのうち、内耳梅毒が疑われたのは、わずかに6例であった。

h. CMIについて

メマイ患者は多かれ少なかれ、精神的な要因が存在するものであり、そのために当科ではCMIを採用している。Y-Gテストも併用すべきであるという考え方もあるが、CMIのみで記入に20分以上かかることを考えると、アンケートに多数の時間をさくのは患者の苦痛を考え、我々はCMIのみ採用している。その結果表14の如く277例中、Ⅲ、Ⅳ領域に入るものは168例59.9%であった。深町によれば健康正常者でもⅢ、Ⅳ領域に入るものが20%であるとしている。また佐久間⁸⁾は鼻アレルギー患者ではⅢ、Ⅳ領域のものは39%としており、これらよりもはるかに高値であり、また池見ら⁹⁾の耳鳴患者の検討によれば、Ⅲ、Ⅳ領域に入るもの57%とほぼ近い値を示していると考えられる。

按

なく、病人を癒やすという考えからすれば、医師と患者の信頼関係を得られ、まことに都合の良い場合もあると考えられる。特にメマイ患者の場合はCMIのⅢ、Ⅳ領域に約60%近く入るので、信頼関係のない治療は無意味であると考えられている。このような考えで数年間メマイ外来にて多くの患者の経過を観察して来たが、メマイ患者の診断名についてはしばしば迷うことがある。そこでまず日常多くみられる疾患の我々の診断基準を明らかにしておきたい。

① メニエル病

メニエル病の診断基準に関しては、従来より多くの報告^{11)~14)}があるが、最近では厚生省メニエル病研究班の診断基準が多く使用されているようである。しかしこの診断基準についても多くの疑問が残る。このことについては別著にゆずるとして、現在使用している診断基準は下

記の如くである。

(a)原因不明である。(メマイと関連する)

(b)メマイは発作的で、反復性がある。

(c)メマイに関連する難聴を認める。(聴力検査時難聴がなくても、発作時自覚的に難聴があれば良い。また耳鳴のみの場合は含まないかメニエル病疑い例で経過観察する)

(d)難聴があれば内耳性聴聴

②突発性難聴

厚生省研究班の診断基準に従っている。

即ち

(a)突然起こった感音性難聴。

(b)原因が不明である。

(c)眩暈か耳鳴を伴うものもある。

(d)メマイ発作を繰り返したり、聴力の改善悪化を繰り返すことがない。

③突発性前庭障害(前庭神経炎)

(a)蝸牛症状は伴わない。(メマイと関連ある)

(b)反復性がない。

(c)メマイと関連のある神経障害がない。

(d)温度検査にて機能低下を認める。

(e)感冒その他ウィルスの感染を思わせるものに引き続き起こるメマイ(前庭神経炎)、あるいは誘因なく発作性メマイがおこる。(突発性前庭障害)

④良性発作性頭位眩暈

(a)頭位性メマイがある。

(b)メマイに蝸牛症状を伴わない。

(c)頭位、頭位変換眼振検査で迷路性の特徴を持つ回旋性眼振をみとめる。

(d)メマイと関連ある内耳以外の障害を認めない。

⑤内耳循環不全症

(a)メマイに関連した内耳以外の神経障害がない。

(b)循環系の検査で血圧異常、動脈硬化等のみとめる。

(c)反復性がある。

(d)平衡機能検査にて前庭迷路の機能低下の所見がある。

⑥いわゆる脳循環不全症

過去、平衡神経学会⁵⁾⁶⁾ および日耳鼻総会¹⁷⁾において報告して来たが、詳細は別著にゆずるとして、大略を述べたい。即ち本疾患は椎骨動脈の如き、大血管の障害でなく、微細な血管の循環障害を示すものである。

(a)原因不明の中枢性眩暈である。

(b)低血圧、高血圧、起立性障害、動脈硬化等の循環系の障害がある。

(c)立ち直り反射障害がある。

(d)時として方向交代性頭位眼振がみられる。

(e)脳神経症状がない。

以上が当科で採用している主たる疾患の診断基準である。これらの診断基準に沿ってメマイ患者を検討してみた。

(I) 平衡機能検査数

数に関しては、当大学の立地条件、あるいは最近ではメマイ外来が認識されることにより極めて多い。吉本ら⁴⁾は2年間で741例を、若山等³⁾、大谷等²⁾は7年間で1353例を、生駒¹⁾は3年間で389例を、松永ら¹⁸⁾は2年間で769例を報告している。昭和47~50年までは吉本ら⁴⁾、松永ら¹⁸⁾の報告とはほぼ同数と考えられるが、大谷等²⁾、生駒ら¹⁾の報告例より年間の検査数は極めて多い。また51年に至って飛躍的に伸びているのは、慢性中炎例耳および側弯症例が加わったためもその一因と考えられる。また、各報告例共外来患者数の5~8%の間に存在することを考えれば、他の原因の一つは総外来患者数が極めて多いということが考えられる。

(II) 受診状況

当科外来を訪れるメマイ患者は年度に関係なく23~30%は直接受診患者である。但し直接受診患者でも、そのうちの何%かは近医の内科等を受診して、紹介状なしで受診する患者も含まれるので、生駒¹⁾、大谷ら²⁾、松永ら¹⁸⁾の報告と同様、全般的には、メマイがあればまず内科を受診する患者が多いと考えられる。紹介患者の内訳でも、院外からの紹介では耳鼻科医からの紹介は漸増しているが、この院外からの紹

介で47年度には整形外科医からの紹介が極めて多いのは、頭頸部外傷専門医からであり、以後減少したのはこの医師が退職したための特殊事情によるものと考えられる。また院内からの紹介は内科医からの紹介が以前多かったが、最近では脳外科および整形外科からの紹介の方が少数だが多くなっている。これは脳外科や整形外科の医師が平衡神経科学に注目している証と考えられる。

(Ⅲ) 疾患統計について

メマイ疾患の診断名については、諸家の報告によって、異なる場合が多い。吉本ら¹²⁾は、症状による診断名を用いているし、各報告者の診断に対する考え方も不明だが、メニエル病についての頻度は松永ら¹⁹⁾の報告と略々一致しており、メマイ患者の略々 8～10%、総患者数の

0.4～0.5%の頻度である。中耳炎性内耳炎が多いのは、あいかわらず慢性中耳炎というものは減少することなく、抗生剤の発達が逆に病巣を隠蔽するために、症状発現の時は、かなりひどい状態にあることか、あるいは、手術前の病変の拡がりを知る目的で、51年4月から、術前に検査を施行していることも関係があると思われる。松永ら¹⁸⁾の報告に非常に多い迷路性眩暈症について、我々は突発性前庭障害、内耳循環不全症と分類しており、さらにメニエル病類似疾患については、その一部はさらに、我々の提唱する「いわゆる脳循環不全症」の中に含まれる可能性も考えられる。また諸家の報告と比較して異なる当科の立地条件によるものか頭頸部外傷患者の多いことで、外傷患者の場合は後遺症等の認定について種々問題がある場合が多い。

ま と め

昭和47年より昭和52年の間の当科メマイ外来受診者の統計的観察を行ない次の結果を得た。

①年間のメマイ検査数は外来総患者数の4～6%であるが、外来総患者数が他大学に比較して多いので、メマイ検査数も極めて多い。

②メマイ患者の男女差はほとんどなく、年令的に40才代が一番多く以下30才代、50才代、20才代と続く。

③受診状況では約70%近くが紹介患者であり、その紹介も院外では耳鼻科医からの紹介が、院内では整形外科、内科、脳外科からの紹介が多い。

④疾患統計ではメニエル病はメマイ患者の約10%内外、外来患者総数の約0.5%である。いわゆる脳循環不全症か頭頸部外傷患者が極めて多い。

⑤検査結果では立ち直り反射異常に非常に高い異常発現率がみられる。

⑥素因の検査では血圧異常を示すものが、約50%近くあるが、血清脂質異常、梅毒反応陽性者は約6～7%である。

⑦CMIでⅢ、Ⅳ領域に入るものは約60%近くある。

稿を終るに臨み御指導と御校閲を賜った恩師中井義明教授に深甚なる謝意を捧げます。またこの小論文は中井教授の就任を祝って作成されたものである。またこの小論文を過ぐる日、迷路に落ち込んだ筆者の進むべき道をあたたく導いていただいた岐阜大学、時田喬教授に捧げます。

猶本論文の要旨は第176回日耳鼻大阪地方会（51年2月）、第178回日耳鼻大阪地方会（51年9月）第39回耳鼻咽喉科臨床会（52年10月）で発表した。

文 献

- 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) 大谷晃、他：わが教室におけるめまい患者の統計的観察（第1報 めまい外来の現況と患者の一般

- 特性) . 耳鼻臨床 67 : 751~761, 1974.
- 3) 若山徹, 他 : わが教室におけるめまい患者の統計的観察 (第2報 平衡機能検査所見を中心に) . 耳鼻臨床 67 : 939~947, 1974.
- 4) 吉本裕, 他 : めまい症例の統計的観察. 耳喉 40 : 885~894, 1968.
- 5) 加我君孝, 他 : ENGの診断学的意義に関する検討—正常例およびめまい. 平衡障害例における眼振出現率の検討—. Equilibrium Res. 32 : 92~93, 1973.
- 6) 小林淑子 : 神経耳科学的検査における視運動眼振と視標追跡検査について. Equilibrium Res. 35 : 65~67, 1976.
- 7) 市橋保雄, 他 : 起立性調節障害. 中外医学社, 1974.
- 8) 佐久間龍良 : 鼻アレルギーの心身医学的研究. 耳展 19 : 123~155, 1976.
- 9) 池見酉次郎, 他 : 心身医学から見た耳鳴. 日耳鼻 77 : 827~828, 1974.
- 10) 坂田英治編 : 映画「自発性異常眼運動の診断的意義」より.
- 11) 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.
- 12) 吉本裕 : メニエール病の診断をめぐる諸問題—とともに診断名, 診断基準について—. 耳鼻臨床 62 : 1431~1438, 1969.
- 13) American Academy of Ophthalmology and Otology (Committee on hearing and equilibrium, chairman B. R. Alord) : Meniere's disease : Criteria for diagnosis and evaluation of therapy for reporting. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 76 : 1462~1464, 1972.
- 14) 日本平衡神経科学会 : 診断名および診断基準の標準化. Equilibrium Res. 26 : 2~18, 1970.
- 15) 田中耕一, 他 : いわゆる脳循環不全症の診断と治療について. Equilibrium Res. 35 : 73~74, 1976.
- 16) 永田清員, 他 : いわゆる脳循環不全症の診断と治療について〔Ⅱ〕 Equilibrium Res. 36 : 141~142, 1977.
- 17) 田中耕一, 他 : いわゆる脳循環不全症の診断と治療について. 日耳鼻 : 80 : 1065, 1977.
- 18) 松永喬, 他 : 阪大におけるめまい患者の受診動態. 耳鼻臨床 68 : 1205~1213, 1975.
- 19) 松永喬, 他 : メニエール病の臨床統計と臨床検査成績. 耳鼻臨床 68 : 1367~1378, 1975.

原稿到着 : 昭和53年7月14日
別刷請求先 : 田中耕一
〒545 大阪市阿倍野区旭町1—5—7
大阪市立大学医学部耳鼻咽喉科学教室