心因性めまい症例について

水 野 正 浩

Psychogenic Vertigo

Masahiro Mizuno

(Tokyo Metropolitan Neurological Hospital)

Ten cases of so-called psychogenic vertigo are described.

These cases were classified into three groups according to the neurotological findings and organic disorders.

Group A showed no abnormal neurotological findings or any organic disorders.

Group B showed abnormal neurotological findings without any organic disorders.

Group C showed abnormal neurotological findings and organic disorders, but these organic disorders were not the cause of the vertigo.

Dysequilibrium and hearing impairment were common but nystagmus, canal paresis and abnormal OKN or ETT were not observed.

Diagnosis was not easy in some cases, so several diagnostic problems are discussed.

は じ め に

耳鼻咽喉科外来を受診する患者の中には、心因性要素に基づくものが比較的多いことは、日常臨床において経験されることである。

「めまい」を主訴とする患者においても、器質的病変だけでは仲々説明のつかないめまい症例、心因あるいは心理的反応に基づくいわゆる心因性めまい症例が時に見受けられる。これら心因性めまい症例の診断は、その存在も念頭に置いていれば比較的容易であるとは言うものの¹⁾、一般的には必ずしも容易でないと思われる。

最近著者の経験したこれらのいわゆる心因性めまい症例について、自らの反省の意味をこめて考察すると共に、多少の知見を含めて報告する。

心因性めまいの定義と分類

心因性めまいの定義は種々ありまだ完全な一致はなされていないようであるが^{1) 3) 4) 7) 10) 11)}、ここでは次のようなものを考えた。即ち、器質的疾患の存在しないいわゆる神経症としてのめまいと、器質的疾患は存在するがその後の心理

的過程によって増幅されたいわゆる狭義の心身症としてのめまいとを含めた。

上記の神経症や心身症を含めた意味での心因性めまいについて、神経耳科学的検査を行ってる者の立場から、神経耳科学的異常所見と器質

的病変の有無に基づいて次の三群に分けて考察してみた(表1)。

A群はめまい・平衡障害を訴えるが神経耳科学的検査で全く異常所見が得られず、また器質的病変も認められないものである。

B群は神経耳科学的検査で異常を認めるが、器質的病変を認めないもので、機能性難聴に伴うめまい例や、作為的な平衡障害などが含まれる。

C群は器質的病変に基づく神経耳科学的異常所見が認められるが、これが主訴であるめまい・平衡障害の直接の原因となっていないもので

ある。

A, B群には神経症や詐病が含まれ、C群は狭義の心身症である。

表1 いわゆる心因性めまい

A群	神経耳科学的検査において異常所見が認められず、器質的病変もないもの。
B群	神経耳科学的検査において異常所見が認められるが、器質的病変に基づかないもの。
C群	神経耳科学的検査において器質的病変に基づく異常所見を認めるが、主訴(めまい)の原因とはなっていないもの。

症 例

症例1. 20才女, [REDACTED]

抜歯後に浮動性めまいを自覚し受診。神経耳科学的検査で異常を認めず。1カ月後にめまいは自然に消失した。3年後に左顔面を中心とする神経痛様発作も反復自覚し、同時に再び浮動性めまいも再発した。この時点においても神経耳科学的検査では異常を認めなかった。神経痛様疼痛の部位が解剖学的に奇異であること、めまい発作時に過呼吸症候群が出現したこと、顔貌が仮面様であることなどから心因性(転換ヒステリー)と診断された。抜歯治療に対する不信心、仕事(精神科看護婦)に対する不安、家庭環境(母子家庭)、未熟な性格などの問題点が存在した。簡易精神療法と薬物治療により症状は改善した。この症例は神経耳科学所見が認められず、A群に相当する。

症例3. 30才女, [REDACTED]

生来斜視による弱視あり。20才頃から浮動性めまいが持続したが難聴は自覚しなかった。その後、発熱、口内炎、関節痛などの反復出現あり、Behçet病を疑われステロイド剤投与を受けた。30才時、反復性めまいと右耳鳴を主訴として当科初診。この時起立検査、足踏検査で平衡障害を認めたが、聴力は正常、眼振なく、C Pも認めなかった。初診後2年以上にわたってめまいは反復持続し、次第に両側感音難聴が出

現し進行した。ステロイドを含む各種薬剤にも反応を示さなかった。しかし内科における尿検査において蛋白尿は卵白であり作為的なものと判明し、聴力についても自記オージオメトリーでJerger V型、アブミ骨筋反射や聴性脳幹反応も正常であることが確認され、めまいも心因性のも(神経症)と診断された。簡易精神療法により聴力は正常化し、平衡障害も消失した。この症例は平衡障害や難聴といった神経耳科学的異常所見を呈したが、器質的病変に基づくものではなく、B群に相当する。

症例4. 47才女, [REDACTED]

1年前に運転中に左側より他車に衝突され短時間意識消失した。翌日から回転性めまいが1週間続き、その後もフラフラ感が続いている。事故後より肩および頸部の疼痛、左視力低下、左難聴耳鳴あり、ムチ打症として3ヶ月入院した。退院後も左視力低下と左難聴は増悪し、さらに言語障害、嚥下障害、右片麻痺、味覚障害、嗅覚障害が出現した。

某院脳外科より紹介された精査のため当院神経内科に入院し、右片麻痺、交叉性知覚障害、舌萎縮などを指摘され、聴力とめまいの精査のため当科を受診した。なお事故後に離婚している。

受診時、両側軟口蓋麻痺、舌萎縮を認め、純

音聴力検査で左聾、電気味覚計検査では両側舌前 $\frac{2}{3}$ 、後 $\frac{1}{3}$ ともに 30dB 以上であった。起立検査、足踏検査などで平衡障害著明であったが、眼振は認めず、OKPやETTは正常、温度眼振検査でCPはなく、visual suppression も正常であった。

訴えが多く、態度も不自然であったため聴力を精査したところ、アブミ骨筋反射および聴性脳幹反応は両側とも正常であったので、左難聴は心因性と考えた。さらにめまいについても他覚的所見を欠くことから心因性と考えた。後日眼科的にも左視力0.01、求心性円筒状視野狭窄あるも透光体、眼底正常、視性誘発反応正常であり心因性視力障害と診断された。その後神経学的にも右片麻痺や知覚障害は心因性と考えられたが、心理的効果をも考慮してリハビリテーションを行い次第に筋力は改善した。舌萎縮と軟口蓋麻痺は筋電図学的にも確認され器質性と考えられた（延髄型脊髄性進行性筋萎縮症SPMA）。

本症例のまとめ：交通事故と離婚が原因と考えられるが、多彩な耳科学的愁訴の外に眼科および神経学的症状も呈し、神経耳科学的所見を端緒として他科における診断にも役立ったものである。多彩な症状を呈し、平衡障害や難聴などの神経耳科学的異常所見を示したが、器質的障害に基づくものは少なく、B群に相当する。治療については心理的効果をも考慮してリハビリテーションを行い良好な結果を得た。

症例8. 54才女、

3年前めまいを伴う右突発性難聴に罹患し、めまいは消失したが右高度難聴は改善しなかった。1カ月前回転性めまい発作あり当科を受診したが、この時右感音性難聴（75dB）、平衡障害、右CPを認めたが自発眼振は明らかでなかった。右突発性難聴後遺症によるめまいと考えたが、その後再びめまい、嘔吐発作により当科に緊急入院し、この時再現性の乏しい平衡障害を示すも眼振は認められず、仮面様顔貌と過呼吸症候群を呈したため、めまいは心因性のものと

と判断した。

この症例は、教員を退職後の家庭生活に対する不満と既往の突発性難聴再発の恐怖が原因と考えられた。十分な説得と支持により症状は直ちに消失し以後再発をみない。

この症例では陳旧性突発性難聴という器質性病変は存在するが、今回のめまいの直接原因とはなっていないもので、C群に相当する。

4. 症例のまとめと考察

最近著者の経験した明らかな心因性めまい症例は表2に示す10例である。

年齢は8才から54才（平均36.4才）にわたるが成人に多くみられた。心因性難聴は小児にもかなり多くみられると言うが、心因性めまいは小児には少く成人に多いと思われる。性別は男性2例、女性8例と女性に多くみられた。年齢、性別に関する発現率は他の報告者と同様の傾向であった¹⁰⁾¹²⁾。

当科初診時診断は心因性めまいよりは器質性疾患を疑ったものが多いが、最終的には心因性めまいあるいは器質性疾患に合併した心因性めまい（心身症）と診断されている。しかし初診より最終診断に至る迄の期間は、1カ月以内5例、1年以内1例、1年以上のもの4例であり、平均1年1カ月であった。このように最終診断に至る迄長期間を要した例も多数あることは、心因性めまいの診断の難しさを示していると思われる（表2）。

神経耳科学的検査における異常所見と神経耳科学的器質性病変の有無から10症例をはじめに述べた3群に分けた結果を示したものが表3である。症例1は神経耳科学的器質性病変も認めないA群である。症例2～6は神経耳科学的検査で異常を示すが機能的障害であり、神経耳科学的器質性病変の認められないB群である。症例7～10は神経耳科学的器質性病変が存在しそれに基づく異常所見を呈するが、それがめまいの直接原因となっていないC群である。

A群およびB群は身体所見（器質性病変）は存在せず精神的所見のみが存在する訳で神経症

に相当する。一方C群は身体的所見（器質性病変）が存在しそれに基づく心理反応による修飾を受けた精神反応が生じたと考えられ、心理反応ないし心身症に相当する²⁾⁴⁾⁷⁾。

10症例における神経耳科学的検査結果を表4に示す。異常所見の出現する頻度は身体の平衡障害と純音聴力検査における難聴が高い。しかし注視および非注視時眼振や、温度眼振検査におけるCP、OKPやETTの異常は少く、またもし存在する場合はC群である。平衡障害と難聴はB群においては診断が確定し適切な治療がなされると治癒するが、C群においては器質性病変が存在するため必ずしも治癒しない。

診断に関しては、心因性めまいの存在を念頭に置いて診察するならばその診断は容易である¹⁾とは言うものの、既に述べた様に長期間診断のつかない症例も多くあり、診断は必ずしも容易ではないと思われる。めまい症例の心理的検討も種々なされているが³⁾⁵⁾⁶⁾⁸⁾⁹⁾、そのみで診断を確定させることは現状では不可能のように思われる。

A群の症例においてはめまいを訴えるにもかかわらず、神経耳的異常所見を全く認めない訳

であるが、これをもって直ちに心因性と断定することは出来ない。他科とも協力の下に非前庭性要因も十分に除外し、かつ発作時にも異常所見のないことを確認した後に始めて心因性の疑いをもつべきである。

B群の症例においては何らかの神経耳科的異常所見が認められ、その多くは難聴と身体の平衡障害である。難聴はアブミ筋筋反射や聴性脳幹反応などの他覚的検査や、自記オーディオメトリなどによって機能性難聴であることが確認される。平衡障害はそれを十分に説明するに足る

表 3

症例	年齢	性	神経耳科的異常所見	神経耳科的器質病変	分類
1	20	女	—	—	A
2	8	男	+	—	B
3	30	女	+	—	B
4	47	女	+	—	B
5	43	女	+	—	B
6	54	男	+	—	B
7	22	女	+	+	C
8	54	女	+	+	C
9	36	女	+	+	C
10	50	女	+	+	C

表 2

症例	年齢	性	初診時診断	最終診断	初診より最終診断までの期間
1	20	女	眩暈症 三叉神経痛	転換ヒステリー	5ヵ月
2	8	男	頭部外傷後遺症	転換ヒステリー	15日
3	30	女	右耳性眩暈	神 經 症	2年5月
4	47	女	頭部外傷後遺症 左感音性難聴	転換ヒステリー SPMA	4日
5	43	女	前庭障害（内科）	神 經 症	0日
6	54	男	ムチ打後遺症（内科）	転換ヒステリー	0日
7	22	女	両側突発性難聴	転換ヒステリー	3日
8	54	女	右突発性難聴後 のメマイ	右陳旧性突発難聴 心理的反応	1年
9	36	女	両側慢性中耳炎術後 両側内耳障害	両側慢性中耳炎術後 心理的反応	2年8月
10	50	女	迷路梅毒	迷路梅毒 心理的反応	4年

他の所見や器質性病変が欠如することから心因性の疑いが持たれる。しかしいずれにしても前庭性および非前庭性の器質性病変を十分に否定することが必要である。C群は器質性病変と神経耳科学的異常所見が存在するので、ついこれをめまいと安易に結びつけて考えがちなので、診断は最も難しい。器質性病変の現在の状態と、めまいとの関連を十二分に吟味する必要がある。

さらに上記のA～Cの各群に共通して注意を要する点を以下に述べてみたい。まず第一であるが、めまいなどの症状の細部について詳しく問われると応答があいまいであることが多い。次いで第二に硬く表情に乏しい仮面様の顔貌や、ぎこちなく不自然な態度がみられることも多い。足踏検査で転倒するにもかかわらず独歩で退室したり、一側聾であるのに会話時に健側耳を突き出して聞く態度などはしばしば経験させられる。第三にめまい発作時に眼振などがみ

られなく、過呼吸症候群などの特有の症状を呈することがある。第四に検査所見相互間の不一致、特に自覚的検査で異常がありながら他覚的検査で所見がないことが多い。又、主として自覚的検査では反復検査による不一致、再現性の欠如がみられ、解釈に苦しむことが多い。この様な場合他科の所見も参考になることがある。最後に患者との意志の疎通がある程度できた段階でよく聞くと本人の性格や環境に何らかの問題点が存在することが常である。

治療法に関しては診断が確定した段階で特別なことを行わずに多くは解決するが、中には薬物治療や長期の精神療法を要したものもあった。特に小児や若年者の場合には治癒が遅延する傾向がみられた。更に身体の運動麻痺などを訴えた症例には心理的效果をも目的としてリハビリテーション(PT, OT)を行い効果が得られたもの(症例4, 5)もあった。

ま と め

最近著者の経験した心因性めまい10例について報告した。これら心因性めまいについて神経耳科学的検査における異常所見の有無と、神経耳科学的器質性病変の有無とに基づいて3群に分類することを提唱し、それら各群について若干の考察を加えた。

表 4

症例	平衡障害	眼振	C P	OKP ETT)の 異 常	難聴	合 併 症
1	—	—	—	—	+	三叉神経痛
2	+	—	—	—	+	頭部外傷
3	+	—	—	—	+	視力障害 蛋白尿
4	+	—	—	—	+	左失明, 頭部外傷, 右片麻痺, 球麻痺, 味覚障害, 嗅覚障害
5	+	—	—	—	—	心臓神経症
6	+	—	—	—	+	ムチ打後遺症 梅毒反応陽性
7	+	+	—	—	+	潜伏眼振
8	+	—	+	—	+	右突発難聴(陳旧性)
9	+	—	—	—	+	両側慢性中耳炎術後
10	+	+	—	—	+	梅毒反応陽性 甲状腺機能亢進症

本論文の要旨は第40回日本平衡神経科学会総会において口演した。

文 献

- 1) Moore, B.E. and Atkinson, M.: Psychogenic vertigo. Arch Otolaryngol 67: 347 ~ 353, 1958.
- 2) Spoerri, T.: 精神科マニュアル (鹿子木敏範訳) 文光堂, 東京, 1980.
- 3) 松 学, 日根其二, 中西和仁, 多田 豊: 神経耳科の立場よりみたいわゆる外傷性心因性めまい—Adrenalin 負荷による平衡試験を利用した診断法—. Eguilibrium Res. 34: 73~74, 1975.
- 4) 石川 中: 心因性めまい. Medical Companion 1: 803~806, 1981.
- 5) 中西和仁, 松 学, 牛尾信也: 心因性めまいの神経耳科学的アプローチ: 頭頸部外傷例を対象とした心因性めまい検出を意図した平衡試験の成績と矢田部・ギルフォード性格検査のそれとの相関. 耳鼻臨床 74: 773~779, 1981.
- 6) 野口節子, 竹森節子: めまい患者の心理学的検討. Eguilibrium Res. 40: 33~37, 1981.
- 7) 野末道彦, 矢野純: めまいの初期診療, 篠原出版. 東京, 1981.
- 8) 北原正章, 岸本誠司, 松原秀春: 心身医学的にみたメニエール病. 耳鼻臨床 70: 1778~1782, 1977.
- 9) 大内利昭, 神崎仁, 阿部正, 高橋正紘, 桜井栄: めまい症例の心身医学的検討. Eguilibrium Res. 37: 291~300, 1978.
- 10) 高安勲次: 心身症としてのめまい. 耳鼻と臨床 24: 535~538, 1978.
- 11) 滝口 紘, 加我君孝: 心因性めまいについて. 耳鼻と臨床 24: 538~539, 1978.
- 12) 筒井末春: 心療内科領域における「めまい」. 耳鼻臨床 70: 1476~1486, 1977.

原稿到着: 昭和58年12月26日
別刷請求先: 水野正浩
〒183 東京都府中市武蔵台 2-6-1
東京都立神経病院神経耳科