めまい発作を誘因とした心因性難聴例

坪川 操¹⁾・坪川 俊仁²⁾・富永八千代³⁾
大坪 俊雄⁴⁾・斎藤 等¹⁾

Functional Hearing Loss Induced by Vertigo ; A Case Report

Misao Tsubokawa and Hitoshi Saito
(Fukui Medical School)

Toshihito Tsubokawa
(Tsubokawa ENT Clinic)

Yachiyo Tominaga
(Tominaga ENT Clinic)

Toshio Otsubo
(Matsunami General Hospital)

We report a case of functional hearing loss induced by vertigo. It was difficult to diagnose it correctly because of accompanying vertigo, suspected of being due to vestibular neuritis.

An 8-year-old-boy came to the hospital complaining of severe vertigo. There was spontaneous nystagmus to the left side and sensorineural hearing loss of the right side on pure-tone audiometry. The caloric response was diminished on the same side. We diagnosed sudden deafness with vertigo or labyrinthitis on the right side and started treatment. During treatment, a contradiction between his behavior and his hearing capacity was noticed, and the ABR test and stapedial reflex showed normal reactions. We finally diagnosed this case as functional hearing loss induced by vertigo. His hearing loss recovered when the vertigo disappeared.

Key words: vertigo, vestibular neuritis, functional hearing loss, ABR

はじめに

近年、小児の心因性難聴(機能性難聴)が増加してきているといわれているが¹⁾、その治療に当たっては、心因となっている原因を把握して児童精神科および家庭も含めた包括的治療を要

する場合があります¹⁾²⁾、また診断に際しては、聴力検査結果のみの判断で突発性難聴などの器質性難聴と誤診されることも多い³⁾⁴⁾。これらのことから、心因性難聴を早期に正確に診断することが重要になってきている。

1) 福井医科大学耳鼻咽喉科学教室

3) 富永耳鼻咽喉科医院(福井市)

2) 坪川医院耳鼻咽喉科気管食道科(福井市)

4) 松波総合病院耳鼻咽喉科

松波総合病院においても, 平成元年4月に耳鼻咽喉科診療を開始して以来1年6カ月の間に7例(15歳以下)の心因性難聴を経験した(表1). Maxwellら⁵⁾はめまいを訴えて約5カ月後に心因性難聴を生じた1例を報告しているが, 我々も7例のうち前庭神経炎が疑われるめまい発作が背景にあったために, 診断が困難であった極めて稀な1例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する.

症 例

患者: 8歳, 男児.

主訴: めまい.

既往歴: 在胎週数39週, 出生時体重1730g. 生後2カ月間保育器で保育された.

1歳時, 左鼠径ヘルニア手術を受け, 7歳時, 右鼠径ヘルニア手術を受けた. これまでに難聴を指摘されたことはない.

家族歴: 特記すべきことはなし.

家族環境: 最近両親が離婚したため, 平成2年1月より転校の予定.

現病歴: 平成2年1月5日の昼頃より嘔吐を10数回繰り返し, めまい, 悪心, 頭痛を訴え松波総合病院小児科を受診し, 髄膜炎疑いのため

緊急入院となった. 血液検査, 髄液検査, 頭部CT検査で異常なく, 1月8日に当科を紹介され入院となった.

入院時身体所見: 右鼓膜は軽度発赤. 左鼓膜は正常. 咽頭は中等度発赤. 左頸部に強い自発痛, 圧痛のあるリンパ節を触知した. めまい, 悪心, 左頸部痛が強く, 右側臥位以外の体位を

図1 入院時(1月8日)のオーディオグラム

表1 1年6カ月間に経験した小児心因性難聴症例

症例	年齢	性別	主訴	初診時聴力	合併症	心 因
1	6	女	右難聴	両側中等度感音性難聴	な し	不 明
2	9	女	左難聴	左側中等度伝音性難聴	な し	不 明
3 (本症例)	8	男	めまい	右側高度感音性難聴 左側軽度感音性難聴	前庭神経炎	両親離別 母子家庭 転校予定
4	9	女	難聴	両側中等度混合性難聴	腹 痛 心窩部痛	母子家庭
5	11	男	難聴 耳鳴	両側中等度感音性難聴	な し	不 明
6	15	女	右難聴 右耳鳴	右側中等度感音性難聴	な し	両親離別 集団就職直後
7	8	女	健診で 難聴	両側中等度感音性難聴	な し	不 明

とすることは困難な状態であった。

入院時検査所見：①血液検査(1月5日)；末梢白血球数12,180(正常値3,900～9,800)と軽度増加。梅毒反応陰性。②髄液検査；異常を認めず。③頭部CT検査；異常を認めず。④聴力検査(1月8日)；右側高度感音性難聴・左側軽度感音性難聴を認めた(図1)(RION, AA-96S)。⑤平衡機能検査(1月8日)；立位不能。左向き水平回旋混合性の自発眼振を認めた。温度検査は20℃5mlで両耳とも無反応であった。氷水による温度検査は左耳5mlで最大緩徐相速度16°/sec, 反応持続時間30秒であったが、右耳は全く反応を認めなかった。瘻孔症状は加圧、減圧ともに自覚所見において陰性であった。

臨床経過ならびに治療経過

内耳炎や、めまいを伴う突発性難聴、あるいは既往歴から先天性難聴に前庭神経炎が加わった病態などの器質的疾患を考え、抗生剤、ステロイド剤、ビタミン剤、血管拡張剤の点滴を開始した。

第6病日の1月10日頃より自覚的にめまいが軽快し、嘔吐、頭痛も改善してきた。また、他覚的には自発眼振が消失し、頭位眼振では左側臥位の上に左向き眼振を認めた。1月12日の時

点で、めまい、自発眼振、頭位眼振すべて消失した。この日のオーディオグラムでは図2のようにやや改善していた。

1月16日、主治医は、病室で右耳にイヤホンを入れてTVゲームをしている患児を見つけた。主治医がイヤホンの音量を確認したところ、患児はやや小さめの音量でゲームを楽しんでいることが判った。患児にゲームの音が聞こえているかを確認したところ、「よく聞こえる」と返答した。治療により聴力が改善したと考え、ただちに聴力検査を施行したが右60dB(4分法、以後聴力は4分法で記載)、左25dBの感音性難聴の所見であった(図3)。この時点で純音聴力検査所見に疑問を持ち、詳細な問診を患児に行った。その結果、ゲームの音量は本人にとって自覚域値の快適レベルにあること、また発病後も難聴の自覚のないことが判明した。さらに他覚的聴力検査を行い、ABR(Medelec Screener BS1)で両耳とも20dBnHLまでV波が確認でき、I-V波間潜時の延長は認められなかった(図4)。また耳小骨筋反射検査は両耳とも80dBまで反応を認めた。これらの検査結果から、1月16日の時点では感音性難聴ではなく、前庭神経炎が疑われるめまい発作に心因

図2 1月12日のオーディオグラム

図3 1月16日のオーディオグラム

性難聴を合併したものと診断した。しかし、初診時の診断に関しては、他覚的聴力検査を行っていなかったために、心因性難聴疑いの域を脱し得なかった。

母親に病態の説明を十分にいき、主治医としては患児となるべく接触を取って話相手になり、経過観察を行った。

1月20日、咽頭痛、頸部痛が消失したため退院とし、以後、外来で経過観察となった。

外来における1月23日のオーディオグラムを図5に示した。その結果右33.8 dB, 左23.8 dB

図4 1月16日のABR

図5 1月23日のオーディオグラム

と改善していた。2月13日の純音聴力検査では、右耳25 dB, 左耳20 dBとさらに改善していた。

4月11日に軽度のふらつきで受診したが、聴力は両耳ともほぼ正常であった(図6)。同時に行った平衡機能検査で自発眼振、頭位および頭位変換眼振を認めなかった。温度眼振検査は20°C 5 mlで、右耳は反応なし、左耳は最大緩徐相速度32°/sec, 反応持続時間120秒であった。また右耳は氷水5 ml注水でも温度眼振を認めなかった。

平成3年2月5日、頭部打撲後のめまいを主訴として受診。自発眼振、頭位および頭位変換眼振を認めず、CT, MRI 検査所見にて異常なく、純音聴力検査も正常であった。循環改善剤と精神安定剤を投薬してめまいは消失した。以後、ときどき腹痛、頭痛で小児科を受診しているが明らかな器質的疾患は認めておらず、聴力の悪化も認めていない。

考 察

平成元年4月から平成2年9月までの1年6カ月間の当院耳鼻咽喉科初診患者のうち、15歳以下で難聴、難聴疑い(学校健診において難聴疑いを指摘されたものも含む)、耳鳴、耳閉感、めまいを主訴に受診した患者は80名であった。

図6 4月11日のオーディオグラム

80名中、耳鏡検査、標準純音聴力検査、ティンパノメトリーのうち一つでも異常を認めた者は54名、異常を認めなかった者は26名であった。54名中7名が我々の経験した心因性難聴であり、全体の8.8%を占めていた(表2)。この頻度については、工藤ら⁶⁾の小児難聴外来新患者の8.6%とする報告とほぼ同じであった。症例数も少なく単純には比較できないが、当院での頻度もほぼ同率であることより、当院のような一般総合病院においてもかなりの頻度で心因性難聴患者と遭遇する機会があることが判った。

諸家の報告から、今回経験した診断困難な症例に関して次の2つの点が重要と考えた。

第1の重要な点は、他の難聴性疾患とは全く異なった治療が必要であり、早期に確実に診断をつけることは過剰な治療を防止できるという点である。

心因性難聴は両側性のことが多いが、中等度以上の難聴の場合は、日常会話に支障を来さないことが多いなどの理由から診断をつけることは容易である。しかし、片側性難聴の場合は突発性難聴と診断されることも稀ではない³⁾⁴⁾。心因性難聴の他覚的診断に関してはABRや耳小骨筋反射が有用とされているが、耳小骨筋反射においては正常人でも反応の出現しない場合⁷⁾やsensation levelの問題もあって、軽中等度難聴の診断に対する正診率が低く⁸⁾、横山⁹⁾はbivariate plotting法が有用であると報告している。ABRに関しては、現在心因性難聴の

診断に最も有用であるとの報告がある¹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。誘発耳音響放射に関しては、島田ら¹²⁾は、ABRのように500～2000回の平均加算を必要とせず、また、睡眠および全身麻酔を必要としない利点があり、小児心因性難聴耳と小児聴力正常耳の見かけ上の域値の間に有意差を認めなかったことなどから、片側性、両側性を問わず心因性難聴の診断において有用な検査であると報告している。

本症例の場合、1月16日の時点で1kHzの耳小骨筋反射しか行い得ず不十分ではあるが、両側とも80dBまで反応を認めた。sensation levelを考慮にいれても聴力正常と考えられたが、ABRによる精査を行い、両側20dBnHLまで反応を認めたことより、両側とも聴力正常と診断した。誘発耳音響放射に関しては検査機器を有しておらず行っていない。1月8日にこれらの検査を行い得たなら、難聴の有無が確認でき、早期診断がなされた可能性が強いと推察した。

第2の重要な点として、心因性難聴は難聴という症状で発症した心身症の一つとも言われているが、今回めまい発作が加わることによってそれが誘発されたことである。

心因性難聴は精神的葛藤という発生母地の上に、直接の引金となる何らかのきっかけが加わり発症するとも言われている¹⁰⁾¹³⁾。小児の心身症に関して高木¹⁴⁾は、小児の場合、間脳および大脳辺縁系(旧皮質)に比し大脳新皮質の発育が不十分なため、感情を理性で統御することが難しく、心身症が起こり易いと述べている。また、心因性難聴の発症機序として古賀ら¹⁵⁾は、網様体は大脳皮質および自律神経の中枢である視床下部と連絡し、相互に影響しあって体性感覚を制御しているが、小児の場合には新皮質の分化が未熟なために心理的ストレスからの不均衡をきたしやすく、そのために聴力閾値の上昇が起こる、と報告している。本症例の場合、家庭環境や転校などの複雑な環境の変化によって患児の心理状態は絶えず不安定な精神的葛藤状

表2 初診時、難聴、難聴疑い、耳鳴、めまい、耳閉感を訴えた患者80名の内訳

異常なし 26名			
異常あり 54名	→	滲出性中耳炎	35名
	→	感音性難聴	7名
	→	心因性難聴	7名
	→	その他	5名

態にあったと考えられる。そのためか、入院前や退院後もしばしば心因性と考えられる腹痛や頭痛で小児科を受診している。しかし、同時に受診した耳鼻科で聴力検査上難聴は認められなかった。また、頭部打撲や軽度のふらつきで耳鼻科受診した際にも難聴は認められなかった。つまり、これらの程度によるストレスでは心因性難聴を引き起こすまでの理性の混乱や心理的不均衡をもたらさず、心因性難聴発症の引金とはならなかったといえる。今回の心因性難聴を生じた原因には、強いめまい発作が不可欠であり、それが引金になったものと考えられた。すなわち、前庭神経炎が疑われる強いめまい発作を理性で統御することが困難となり、心理的ストレスが多量に働いて心身症としての心因性難聴を生じたものと考えた。めまい感の消失と共に難聴も改善していった臨床経過は、めまい発作が誘因となって生じた心因性難聴であることを強く示唆した。現在まで、退院後20カ月間経過観察しているが、心因性難聴は引き起こされていない。

心因性難聴の治療にあたっては、難聴はもちろんのこと他の疾病にも注意し⁴⁾、精神的問題を認めた場合にはその精神科的解決が重要となり、たえず家族や周囲の環境および本人に注意を払いながら聴力検査による経過観察を行い、聴力悪化の際には精神科受診も必要かも知れない。しかし、精神的問題が明らかでない場合にも、これらのことは重要である。松木¹⁰⁾は入院させて1対1でカウンセリングを連日行えば、1週間程度でも治療効果の大きいことを報告している。本症例に関しても心因性難聴と診断がついてからの聴力改善が良好であったことは、先に述べためまいの改善によることもあるが、我々が患児と母親にできる限り接触を保ち、話相手になった効果も現れたものと推察した。

1980年以降、小児の心因性難聴が数多く報告されている。その誘因については数多くみられるものの、明らかでない場合も多い。めまい発作を誘因として生じた心因性難聴の報告は、我

我が渉猟した限りでは Maxwell ら⁵⁾の左前庭神経炎あるいは迷路炎に罹患後5カ月を経過して診断された大人の1例を認めるのみであった。この報告は我々の症例と年齢、患側および誘因と発症時期の面で異なっており、我々が経験した症例は極めて稀な症例と考えられた。本症例はABRを行わなければ、突発性難聴あるいは内耳炎として治療を継続し、めまいの消退とともに難聴の改善を認め、退院となった可能性が極めて高い。心因性難聴は診断が極めて困難な場合もあり⁴⁾、今回の1例を経験し、小児感音性難聴に対してABRを行うことの重要性を再確認した。

ま と め

1) 8歳男児のめまい発作を誘因として生じた診断困難な心因性難聴の1例を経験した。誘因の消退とともに難聴も改善した。

2) 主訴はめまいで、右側高度感音性難聴・左側軽度感音性難聴、左向き自発眼振があり、右耳の温度眼振反応の著しい低下を認めたために、めまいを伴う突発性難聴または内耳炎の診断で、最初は治療していた。治療中、患児の行動と聴力検査に矛盾があったためABR、耳小骨筋反射検査を施行したところ、聴力は正常と判明し、右前庭神経炎が疑われるめまい発作と心因性難聴の合併と診断を訂正した。

3) 小児心因性難聴の早期診断には、他の器質的疾患の鑑別疾患として心因性難聴を念頭に置くことが重要であり、ABRによる診断、また早期治療の重要性も含めて再認識した。

4) 治療に当たっては誘因の除去が重要であり、家族と患児に対する接触、対話(カウンセリング)も必要であり、また有効であった。

本論文の要旨は第18回日本臨床耳科学会にて報告した。

参考文献

- 1) 大迫茂人：小児心因性難聴. *JOHNS* 6: 79~83, 1990.
- 2) 室伏利久, 原田勇彦, 仙波哲雄, 他：若年者の

- 機能性難聴について—発症様式による分類を中心として—。耳鼻臨床 82:213~219, 1989.
- 3) 林 琢巳, 秋定 健, 佐藤幸弘, 他: 心因性難聴の2症例。耳鼻臨床 補31:28~34, 1989.
- 4) 李 雅次, 伊藤真郎, 細谷 睦, 他: 糖尿病による突発性難聴が疑われた小児心因性難聴の1例について。耳鼻喉頭頸 62:407~410, 1990.
- 5) Maxwell VB and Brooks DN: Hysterical deafness; an usual presentation of stress in an air traffic control officer. Aviat Space Environ Med 57:263~266, 1986.
- 6) 工藤典代: 小児心因性難聴の基礎的および臨床的研究—聴覚学上の特徴について—。日耳鼻 88:1588~1597, 1985.
- 7) Jerger J, Jerger S and Mauldin L: Studies in impedance audiometry; I. normal and sensorineural ears. Arch Otolaryngol 96:513~523, 1972.
- 8) 横山俊彦, 米谷郁子, 岡田いく代: アブミ骨筋反射域値による聴力予測—4方法の比較—。Audiology Japan 31:165~175, 1988.
- 9) 横山俊彦: アブミ骨筋反射域値による聴力予測, とくに Hyde 式と bivariate plotting 方について。Audiology Japan 33:84~90, 1990.
- 10) 松木千加子: 機能性難聴の臨床的研究。日耳鼻 92:1371~1380, 1989.
- 11) 大迫茂人: 心因性難聴。小児科 28:323~330, 1987.
- 12) 島田 均, 田中康夫, 大内利明, 他: 小児心因性難聴の誘発耳音響放射。Audiology Japan 30:196~202, 1987.
- 13) 立木 孝: 機能性難聴の臨床的研究。Audiology Japan 25:373~374, 1982.
- 14) 高木俊一郎: 心身症。新小児医学体系14b 小児精神医学Ⅱ(鴨下重彦, 白木和夫, 松本脩三, 他編)。3~19頁, 中山書店, 東京, 1985.
- 15) 古賀慶次郎, 川城信子, 荒木昭夫: 小児心因性難聴の考察。厚生省特定疾患特発性の感音難聴調査研究班, 昭和55年度研究報告書。133~135頁, 1981.

(原稿受付: 平成4年9月1日)
(原稿採択: 平成4年11月9日)
別刷請求先: 坪川 操
〒910 福井市御幸2-20-25