鳥取大学付属病院医師を対象としたメニエール病意識調査

岡本 幹三¹⁾・森尾 眞介¹⁾・鈴木 健男²⁾・中山 英明¹⁾

Meniere's Disease: Diagnosis and Treatment in Tottori University Hospital-Doctors' Responses to a Questionnaire

Mikizo Okamoto¹⁾, Shinsuke Morio¹⁾, Takeo Suzuki²⁾, Hideaki Nakayama¹⁾

¹⁾ *Department of Hygiene, Faculty of Medicine, Tottori University*

²⁾ *Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Tottori University*

In order to estimate the accuracy of diagnoses of Meniere's disease (M.D.) we designed a pilot study to investigate the diagnosis and treatment by doctors in our university hospital by means of a questionnaire in November, 1993.

The questionnaire included the following items: age, sex, symptoms, examination findings, severity of M.D., treatment and prognosis.

Responses from 98 doctors were analyzed, and the attitudes of internists and otorhinolaryngologists were compared.

M.D. diagnosis and treatment were found to vary considerably.

It is important to standardize the criteria for the diagnosis of M.D. and the estimation of its prevalence, but also to investigate its cause and establish its treatment.

In our next study, we will survey all the doctors in Tottori prefecture and discuss the results of a survey of patients.

Key words: Meniere's disease, doctor, symptom, examination results, medical treatment, questionnaire investigation

はじめに

1992年および1993年の統計学的推計¹⁾²⁾により、メニエール病の全国有病数は約12万(95%信頼限界: 61,174~170,588)と推計された³⁾。この数値は鳥取県が1990年に行った患者調査結果に基づいたもので、全診療科を含んでおり、厚生省研究班で使用しているメニエール病の診断基準⁴⁾を満足させない症例も含まれていると考えられる。患者調査に基づく推計では、患者個人票の診断欄

にメニエール(病、症候群など)の記載のあるものを選んだもので、診断基準による患者のチェックはなされていない⁵⁾。従って、診療科による診断名の記載のバラツキは避けられない。とくに、耳鼻科以外の診療科も対象とした広範囲の調査では、ある程度の蓋然性があることはやむを得ない⁶⁾。メニエール病のように診断基準が必ずしも一般的となっておらず、確定診断までに各種の検査、経過観察が必要な場合が少なくない疾患では、調査結果に目的以外の疾患が取り込まれる可能性が多分にある⁷⁾からである。従って、結果的には有病数の過大評価につながるものが十分予測され

¹⁾ 鳥取大学医学部衛生学教室

²⁾ 鳥取大学医学部耳鼻咽喉科学教室

る⁸⁾。

過去の調査では、1976年の全国全ての大学病院（69施設）および総合病院（121施設）の内科および耳鼻咽喉科を対象にした調査⁹⁾¹⁰⁾でメニエール病有病数は約4千人（人口10万対3.5）、厚生省患者調査から推計した病院におけるそれは、約1万8千人（人口10万対16）となった。また、1986年の病床数200以上の全医療機関（3,529施設）および大学関連医療機関（509施設）の調査⁶⁾¹¹⁾では、メニエール病の1年間期間有病数は7,073人（人口10万対5.8）が得られた。これらの数値はいずれも昨年度の調査よりかなり低い数値である。これらの調査の有病数の違いは、メニエール病の診断基準の相違によるものと、調査対象に一般診療所が含まれていないことによると考えられる。しかし、著者らは前報³⁾において、簗輪¹²⁾が厚生省患者調査から推計したメニエール病の総患者数の推計値は約10万（95%信頼限界：87,610～109,037）であり、調査年代や医療施設の規模別抽出率の違いなどを考慮すると昨年度のメニエール病推計患者数はほぼ妥当な値と説明している。

いずれにしても、メニエール病に対する各専門分野の医師の経験・認識がどう違うのか“診療の実態”についてはまだ良くわかっていない。

以上の点をふまえ我々は、患者調査でのメニエール病診断名の正確性を推定するため、医師を対象としたメニエール病意識調査を計画し、今年度は鳥取大学医学部付属病院においてパイロット調査を実施した。

方 法

調査対象は、鳥取大学医学部付属病院に勤務する内科系および耳鼻咽喉科の医師であった。

調査方法は、アンケート調査票による自記式留置法で行った。

調査項目は、メニエール病診断の経験の有無、メニエール病の発病年齢層、性差、メニエール病診断時に重要視する症状および検査所見、メニエール病発症と関係の深いと思われる因子、メニエール病の治療方法、予後などであった。

アンケート調査票は、120名に配布し、98名より回答が得られた。回収率は、内科系で79%、耳鼻咽喉科系で100%であった。表1に回答者の専門分野別・年齢階級別分布を示す。

表 1 調査対象（専門分野別・年齢階級別）

専門分野	年 齢 階 級				合 計
	～ 2 9	～ 3 9	～ 4 9	～ 5 9	
耳 鼻 咽喉科	1 0 (66.7)	4 (26.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	1 5 (100.0)
内 科	3 3 (39.8)	3 4 (41.0)	1 5 (18.1)	1 (1.2)	8 3 (100.0)
合 計	4 3 (43.9)	3 8 (38.8)	1 6 (16.3)	1 (1.0)	9 8 (100.0)

註）（ ）内は%を示す。女性16名で、13名が20歳代。

結 果

1. 回答者の専門分野・年齢階級別特性

表1より専門分野別には、内科医が80%、耳鼻咽喉科医が20%であった。後者ではとくに20歳代が多かった（66.7%）。男女とも20歳代、30歳代が大半を占め50、60歳代は殆どいなかった。女性は16名で、13名が20歳代であった。

2. 内科医と耳鼻咽喉科医の比較

メニエール病の診断名を付けたことがあるのは、耳鼻科医では100%、内科医は53%であった。メニエール病とメニエール病症候群を区別するのは、耳鼻科医が殆どで、内科医では少なかった。

発症年齢は、耳鼻科医では30、40歳代、内科医は40、50歳代、性別では、いずれも女性が多いとする回答が殆どであった。

メニエール病診断時に重要視する症状は、両科の医師ともめまい、耳鳴り、難聴を重視し、耳鼻科医のみ重視する症状は、聴覚平衡障害の反復・消失、耳閉塞感、音が耳に響く、であった。一方、診断時に重要視する検査所見は、両科の医師がともにあげているのが中枢神経疾患の否定と自発眼振で、耳鼻科医のみ重視する検査は、グリセロール（フロセマイド）テスト、内耳補充現象、聴覚障害、四肢の偏倚であった（図2）。

発作期の治療は、両科の医師がともに最も多いのが安静と重曹水（メイロン®）、ついで耳鼻科医で多いのがステロイド剤、利尿剤、ビタミン剤、精神安定剤、ATP、内科医では抗めまい剤であった（図3）。発作のない時の治療は、両科の医師がともに生活指導と抗めまい剤を上げているが、いずれも耳鼻科医の方が多くの治療項目を選

図1 質問6. メニエール病の診断時に重要視する症状(複数回答)

図2 質問7. メニエール病の診断時に重要視する検査所見(複数回答)

扱っていた。他に約半数の耳鼻科医がビタミン剤と食事療法を上げていた(図4)。なお、図1～図4の傾向は、とくに内科医のメニエール病診断経験の有無には殆ど影響されなかった。

予後については両科の医師とも、寛解と再発を繰り返すと考えるものが多く、寛解期間は1～5年とする回答が最も多かった。

メニエール病の原因については、耳鼻科医の回答が循環不全とストレス、ウィルス、アレルギーであったのに対し、内科医のそれは内耳リンパ水

腫が最も多く、一部ストレスや自律神経異常の回答があった。

3. 年齢階級別のメニエール病診断の比較

耳鼻科医では、例数が少ないにも拘らず回答に年齢階級(経験年数)の違いが示唆される結果が得られた。つまり、経験年数が多いほどメニエール病診断時に重要視する症状および検査所見やメニエール病発症関連因子の回答が明確でしかも選択項目数も多い傾向をみた。また、若い医師ほど診断基準が十分認識されていないことが推察され

図3 質問9. 発作時の治療 (複数回答)

図4 質問10. 発作のない時の治療 (複数回答)

た。
他方、内科医では殆どの項目において年齢階級（経験年数）による違いは観察されなかった。
考 察
両科の医師の比較では、診断時に重要視する症状、検査所見、発作時の治療、および発作のない

時の治療や原因に関する意見で差異が認められた。耳鼻科医は3主徴のみならず、さらに耳鼻科的な症状を細かく聞いたり、特殊な検査も加えていることが伺える結果であった。聴覚平衡障害の反復・消失については両科の医師の認識の違いが示唆され、内科医では単発のめまいのみで診断す

る傾向があることが推察された。このことからメニエール病の診断基準が医師により異なっていることが示唆される。本調査でも、メニエール病とメニエール病症状候群を区別するのは、耳鼻科医が殆どで、内科医では少なかった。このことは、メニエール病とメニエール病症状候群を区別する場合は確診が多いが、区別しない場合は疑診を含むことになり、結果的にメニエール病有病数の過大評価につながるが考えられた⁶⁾。

従って、1990年鳥取県実施の患者調査では、圧倒的に内科医による報告が多く約77%、耳鼻科医によるそれは僅に12%しかなかった³⁾ことを考慮すると、メニエール病の有病数が過大評価されていることが推測された。

メニエール病の診断に関しては、既に厚生省の研究班でまとめられた「メニエール病診断基準」⁹⁾や日本平衡神経科学会の「臨床的な診断基準」¹³⁾があり、これら診断基準の普及・活用を図ることが信頼度の高い有病数を推計する上で必要であろう。

補足ながら、原因については多くの内科医が内耳リンパ水腫を上げているのに対し、耳鼻科医においては内耳リンパ水腫を上げているものは全く見られなかった。これは、殆どの耳鼻科医が内耳リンパ水腫＝メニエール病ととらえていることを反映するものとして注目される。

結 論

鳥取大学医学部付属病院においてパイロット調査を実施した。メニエール病の診断と治療に関して専門分野（診療科）による差異が認められ、メニエール病の対応が医師により異なっていることが示唆された。メニエール病の診断基準の普及は、有病数の推計のみならず、原因の究明、治療方法の確立に重要である。

謝 辞

今回の「メニエール病意識調査」にご協力いただきました本学付属病院内科系および耳鼻咽喉科系勤務医の皆様には厚く御礼申し上げます。また、本研究は、厚生省特定疾患前庭機能異常調査研究班の研究費援助により行われた。

文 献

1) 森尾眞介, 高井一岳, 中山英明: メニエール病及び前庭機能異常の全国有病数推計方法。

Equilibrium Res Suppl 8: 1-3, 1992

- 2) 近藤俊之, 藤本眞一, 大久保一郎: 総患者数の推計とその分析. 厚生省の指標 32: 31-38, 1984
- 3) 岡本幹三, 森尾眞介, 瀧田親友朗, 他: メニエール病全国患者数の推計. Equilibrium Res Suppl 9: 1-4, 1993
- 4) 渡邊 勲: 厚生省研究班のメニエール病診断基準について. 耳鼻臨床 69: 301-303, 1976
- 5) 中江公裕, 新田裕史, 服部芳明, 他: メニエール病の有病率. 耳鼻臨床 73: 1023-1029, 1991
- 6) 新関泰夫, 渡邊 勲, 水越鉄理, 他: メニエール病全国調査の解析 (続報). Equilibrium Res Suppl 6: 1-9, 1990
- 7) 渡辺行雄, 将積日出夫, 神田憲一, 他: 県医師会調査および当科受診症例による富山県のメニエール病疫学調査結果. Equilibrium Res Suppl 8: 4-8, 1992
- 8) 藤本眞一, 野崎貞彦: 国民生活基礎調査の傷病量の把握の妥当性の検討. 厚生省の指標 36: 30-35, 1989
- 9) 渡邊 勲, 中江公裕, 大久保仁, 他: 難病としてのメニエール病の全国実態調査報告. 厚生省特定疾患「メニエール病」調査研究班昭和52年度研究報告書: 29-36, 1978
- 10) 中江公裕, 新田裕史, 服部芳明, 他: メニエール病の有病率. 厚生省特定疾患「メニエール病」調査研究班 昭和52年度研究報告書: 133-139, 1978
- 11) 橋本 勉, 福富和夫, 永井正規, 他: メニエール病全国調査の解析—第一次調査, 第二次調査からの患者数の推計と性, 年齢分布—. Equilibrium Res Suppl 5: 22-25, 1989
- 12) 簗輪眞澄, 橋本修二, 永井正規, 他: 厚生省患者調査による難病患者数. 日本公衛誌 3: 219-224, 1991
- 13) めまいの診断基準化のための資料, 2. メニエール病 (1987年めまいの診断基準化委員会答申). Equilibrium Res 47: 247-248, 1988

(原稿到着: 平成6年5月10日)
別刷請求先: 岡本幹三
〒683 鳥取県米子市西町86
鳥取大学医学部衛生学教室