



みどり



174号『めまい②』

2023年1月1日発行／編集責任者 田中 眞／毎月1日発行／群馬県藤岡市篠塚105-1
<http://www.shinozuka-hp.or.jp/center/>

新年を迎え、謹んでご挨拶申し上げます。良質な医療，看護，介護と福祉を継続して提供できるよう，一層努力してまいります。

* * *

先月に引き続き，めまいを生じる疾患を発症様式によって分類し解説します。

発作性にめまいを生じる疾患

1) メニエール病

メニエール病は，難聴，耳鳴や耳閉塞感等の聴覚症状を伴うめまい発作を反復する疾患です。めまいは回転性の場合が多いですが，浮動性的の場合もあり，10分程度から数時間程度持続します。めまい，聴覚症状以外の神経症状は伴いません。

メニエール病には，めまい発作を頻繁に繰り返す発作期と，めまい発作のない間歇期がありますが，間歇期にも浮動感やふらつき，聴覚症状が残存する傾向があります。めまい発作の頻度は年に数回程度から週に数回程度まで様々です。ストレスが発作の誘因になることが多いとされます。

メニエール病の非定型例として，めまい発作のみを繰り返す病型や，聴覚症状のみを繰り返す病型があります。

* * *

メニエール病の病態は特発性内リンパ水腫で

す。内耳は蝸牛（聴覚器官）と前庭（平衡覚器官）で構成され，骨に包まれた管状構造（骨迷路膜）は外リンパ（液）で満たされており，さらにこの中の膜に包まれた管状構造（膜迷路）に内リンパ（液）が存在します。内リンパの産生過剰または吸収障害で膜迷路の容積が増大した状態が内リンパ水腫です。内リンパ水腫はウイルス感染や内耳疾患罹患後などにもみられますが，メニエール病においては，その原因を特定できない“特発性”内リンパ水腫です。

* * *

診断のために聴覚検査，平衡機能検査や内耳の画像検査が行われます。

メニエール病の治療は急性期と間歇期に分けられます。急性期の治療はめまい症状の軽減と感音難聴の改善を目的に行われます。めまいが高度の場合には点滴治療が選択されます。間歇期の治療はめまい発作の予防を目的に行われます。生活改善やストレスの緩和に努めることも重要です。

2) 良性発作性頭位めまい症

じっとしているときはめまいが起こりませんが，特定の頭位をとるとめまい（多くは回転性）が起こる疾患です。めまいが起こる頭位は人によって異なり，寝返り，寝た状態から起き上がる，上を向く，下を向くなどの頭位をとると，

数秒後にめまいが誘発されます。めまいは1分以内に治ることがほとんどですが、しばしば嘔気、嘔吐を伴います。めまいを起こす頭位をとるとめまい発作が何度も起りますが、繰り返し同じ頭位をとることで、めまいは軽減していきます。

原因は三半規管に迷入した耳石（カルシウムの小さな粒）です。本来、耳石は内耳の前庭にある耳石器にあって平衡感覚に重要な役割を担っています。しかしなんらかの原因で耳石が剥がれて半規管に入り込んでしまうと、特定の頭位で半規管が刺激され、めまいが誘発されます。耳石が剥がれる原因はわかっていませんが、60～70歳代の女性に多いことから、加齢、女性ホルモンや骨代謝との関連が推測されています。

良性発作性頭位めまい症では、めまい発作が誘発された時に眼振が見られることも特徴です。この眼振を誘発する検査（頭位眼振検査、頭位変換眼振検査）が診断に必須となります。

治療として半規管に迷入した耳石を移動させる頭位療法や薬物療法が行われます。多くは数日から数週間で治癒します。

3) 前庭性発作症

前庭性発作症は、短時間（1分以内）の回転性あるいは非回転性めまい発作を反復する疾患です。めまい発作中に片側の耳鳴や聴覚過敏などの聴覚症状を伴うことがあります。内耳神経が血管によって圧迫されることが原因で、神経が刺激されることで症状が生じます。頭部MRIでその所見が認められることがあります。抗てんかん薬が奏功します。

4) 椎骨脳底動脈循環不全症

椎骨脳底動脈の血流障害により、めまいを含む神経系の症状が出現します。多くは椎骨脳底動脈系の一過性脳虚血発作と考えられており、めまい症状は24時間以内（多くは1時間以内）

に消失します。原則として、めまい単独の出現では一過性脳虚血発作とみなされず、血流障害が生じた領域に由来する多彩な脳神経症状が随伴します（表1）。

表1. 椎骨脳底動脈循環不全症におけるめまいの随伴症状

- 1) 視覚症状；複視，霧視など
- 2) 感覚障害；顔面・四肢のしびれ，など
- 3) 運動障害；構音障害，片麻痺，など

診断には画像検査による血管系の評価や脳梗塞のリスク因子を評価することが重要です。

5) 前庭性片頭痛

前庭性片頭痛は、繰り返すめまい発作の半数以上に片頭痛兆候を伴う疾患です。診断基準を表2に示します。

表2. 前庭性片頭痛の診断基準

- A. CとDを満たす発作が5回以上ある
- B. 現在または過去に「前兆のない片頭痛」または「前兆のある片頭痛」の確かな病歴がある
- C. 5分から72時間の間で持続する中等度または重度の前庭症状がある
- D. 発作の少なくとも50%は以下の3つの片頭痛徴候のうち少なくとも1つを伴う
 1. 頭痛は以下の4つの特徴のうち少なくとも2項目を満たす
 - a) 片側性
 - b) 拍動性
 - c) 中等度または重度
 - d) 日常的な動作により頭痛が増悪する
 2. 光過敏と音過敏
 3. 視覚性前兆
- E. 他に最適な国際頭痛分類第3版の診断がない、または他の前庭疾患によらない

治療は片頭痛に準じて、頭痛発作の頓挫や頭痛発作の予防を目的とした治療が行われます。

（文責：金子 由夏）