



みどり



175号『めまい③』

2023年3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/>

めまいを生じる疾患を発症様式によって分類し解説する3回目になります。今回は慢性めまいを生じる疾患を紹介します。

慢性めまいを生じる疾患

慢性的なめまいには2種類あります。一つは何らかの急性あるいは発作性めまいが先行し、その後に慢性化する場合です。代表的な疾患として持続性知覚性姿勢誘発めまい、脳血管障害後遺症や一側前庭障害の代償不全があります。もう一つは発症当初から緩徐に進行し、慢性的に経過する場合です。代表的な疾患に、心因性めまい、加齢性前庭障害や神経変性疾患があります。

今回は持続性知覚性姿勢誘発めまい、心因性めまいと加齢性前庭障害を解説します。

持続性知覚性姿勢誘発めまい

持続性知覚性姿勢誘発めまい（persistent postural-perceptual dizziness：PPPD）は、何らかの急性めまいに続発する、慢性の前庭症状を呈する疾患です。2017年に診断基準が策定された新しい疾患概念です（表1）。

表1. 持続性知覚性姿勢誘発めまいの診断基準
以下の基準A~Eで定義される慢性の前庭症状を呈する。診断には5つの基準全てを満たすことが必要である。

A.浮動感、不安定感、非回転性めまいのうち一

つ以上が、3ヶ月以上にわたってほとんど毎日存在する。

1. 症状は長い時間（時間単位）持続するが、症状の強さに増悪・軽減がみられることがある。
2. 症状は一日中持続的に存在するとは限らない。

B. 持続性の症状を引き起こす特異的な誘引はないが、以下の3つの因子で増悪する。

1. 立位姿勢
2. 特定の方向や頭位に限らない能動的あるいは受動的な動き
3. 動いているもの、あるいは複雑な視覚パターンを見たとき

C. この疾患は、めまい、不動感、不安定感を引き起こす病態、あるいは急性・発作性・慢性の前庭疾患、他の神経学的・内科的疾患、心理的ストレスによる平衡障害が先行して発症する。

1. 急性または発作性の病態が先行する場合は、その病態が回復するにつれて症状は基準Aのパターンに定着する。しかし、症状は初めに間欠的に生じ、持続性の経過へと固定していくことがある。

2. 慢性の疾患が先行する場合は、症状は緩徐に進行し、次第に悪化していくことがある。

D. 症状は、顕著な苦痛あるいは機能障害を引き起こしている。

E. 症状は、他の疾患や障害ではうまく説明できない。

持続性知覚性姿勢誘発めまいでは、各種の平行機能検査、画像検査や心理検査などで特異的な所見は報告されていません。従って問診による症状や病歴の詳細な聴取が診断の要となります。スクリーニングのために簡易な問診票（Niigata PPPD Questionnaire：NPQ）も利用されます（表2）。各項目の症状の程度を0から6の7段階で評価します。

表2. 持続性知覚性姿勢誘発めまい
診断のための問診票

あなたのめまい症状は、次のようなことで悪化しますか

- Q1. 急に立ち上がる、急に振り向くなど、急な動作をする。
- Q2. スーパーやホームセンターなどの陳列棚をみる。
- Q3. 普段通りに、自分のペースで歩く。
- Q4. TVや映画などで、激しい動きのある画像を見る。
- Q5. 車、バス、電車などの乗り物に乗る。
- Q6. 丸椅子など、背もたれやひじ掛けのない椅子に座った状態を保つ。
- Q7. 何の支えなく、立ったままの状態を保つ。
- Q8. パソコンやスマートフォンのスクロール画面を見る。
- Q9. 家事など、軽い運動や体を動かす作業をする。
- Q10. 本や新聞などの細かい文字を見る。
- Q11. 比較的速い速度で、大股で歩く。
- Q12. エレベーターやエスカレーターに乗る。

治療は薬物療法や前庭リハビリテーション、認知行動療法の有用性が報告されています。

心因性めまい

めまいの原因となる精神疾患は、大きく分けて不安症、うつ病、身体症状症の3つに分けられます。不安症のうち、全般性不安障害の身体症状として慢性めまいが知られています。不安症やうつ病はめまいの原因となるだけでなく、メニエール病などに器質的前庭疾患に合併し、めまい症状の増悪因子となっている場合があります。そのような状態も含めて広義の心因性めまいと呼びます。心因性めまいには抗不安薬や抗うつ薬の効果が期待できます。

加齢性前庭障害

加齢性前庭障害は2019年に診断基準が策定された新しい疾患概念です。3ヶ月以上続く慢性の姿勢保持障害、不安定感、歩行障害、浮動性めまい感、繰り返す転倒といった前庭症状が少なくとも2つ認められます。発症年齢は60歳以上とされています。

* * *

加齢性前庭障害の発症年齢のカットオフ値として、国際連合の高齢者のカットオフ値である60歳が採用されています。病理学的には、40歳代から前庭神経線維数の有意な減少が始まり、50歳ごろから半規管や耳石の感覚上皮において、前庭有毛細胞数の明らかな減少が認められるようになります。さらに前庭末梢器官の構造的な退化が60歳でみられることが示されています

* * *

ビデオヘッドインパルス検査、回転検査や温度眼振検査で、背景にある両側の外側半規管機能低下が証明されることが必要です。

加齢性前庭障害に対する有効な治療法については、診断基準が策定されてからまだ日が浅いこともあって知見が少ないのが現状です。

（文責：金子 由夏）