

## めまい講演のキーワード

1. めまいの原因は内耳の三半規管だけではない
2. 良性発作性頭位めまいの原因は本当に耳石の移動？
3. メニエール病の原因はヘルペスウイルスの可能性が高い
4. あなどるなかれ、中高年のめまい

# めまい講演のエッセンス

額田記念病院 内科

中山杜人

## 1. めまいの原因は内耳の三半規管だけではない

めまいの代表的な疾患は良性発作性頭位めまい、メニエール病、前庭神経炎といわれていますが、メニエール病は決して多くないですし、前庭神経炎など診断基準に従えば、滅多に遭遇することはありません。それに、ドイツの神経内科のある有名教授は、「前庭神経炎の70～90%は脳梗塞である」と言っているとのこと。

## 2. 今話題の「良性発作性頭位めまい」の原因は本当に耳石の移動？

●首に起因することが多い「**中枢性発作性頭位めまい**」という疾患の概念が、まだ医師の間で十分認識されていないので、この疾患が内耳での耳石移動が原因とされる「良性発作性頭位めまい」と混同されています。(残念ながら、このことは**まだ広く知られていないのが実情です**)

筆者はめまいを訴えるほぼ全症例に対し、頭部MR I, MR A (MRを用いて造影剤を使用せずに動脈を描出する方法) や、特に**頸部MR Aで動脈病変を詳細に観察した結果**、椎骨脳底動脈の血行不全によるこの疾患概念を認識するようになりました。

●**首こり、肩こり**については、一部の神経内科、脳神経外科の医師は別として、耳鼻咽喉科においてもほとんど関心がありません。頸椎の問題にしても、中高年者では変形性頸椎症からの首・肩こりが多いですが、まれには骨棘による椎骨動脈への直接圧迫が原因となる場合もあります。**今や若い世代でも、スマホ、携帯、ノート型パソコン、読書などでうつむき姿勢をとる機会が多く**、ストレートネック、後彎による首・肩こりが椎骨脳底動脈の血行不全を引き起こし、脳幹や小脳の平衡維持機能の低下(今の頭部MR Iでは異常を指摘できません)となり、「**中枢性発作性頭位めまい**」を生じる重要な要因となっています。

●耳石移動に起因するという定説を支持する多くの医師達の間では、「良性発作性頭位めまいは薬物治療は効かないが、耳石を卵形嚢に戻す目的で運動・理学療法を行うことで良くなる」という意見が多数を占めています。

しかしながらこの**運動・理学療法が過剰になると、寝ている時以外、常にぐらぐら、ふわふわのめまいとなり、進行すると寝ていてもこの不快なめまい感が続く**という状態に陥り、日常生活もままならない状況になることがあります。中にはうつ病を併発するケースもあります。このような状況に陥りますと、いかなる治療でも治らなくなってしまいます。**(残念ながら、このことはまだ広く知られていないのが実情です)**

特に高齢者と首に問題のある人はこのような持続性のめまいに陥ることがあるようです。ただ、例外的によくたった人は、ビタミンB3の注射が効を奏しました。

●この耳石移動説についてはまだ仮説の段階であり、最前線の医療現場では運動・理学療法をしなくても、工夫すれば抗めまい薬による治療は効を奏します。昔から薬は選び方とサジ加減というではありませんか。

またそれらが効かない場合でも、良性発作性頭位めまいに対し抗ヘルペスウイルス薬が劇的に効くケースが存在します。この事実は専門家の間でもまだ知られていません。

実際の臨床では、こうした症例が存在するので、発症原因を耳石の移動という一つの理論だけで説明することはできないと思います。

### 3. メニエール病の原因はヘルペスウイルスの可能性が高い

メニエール病の原因はヘルペスウイルスとの見解を世界で初めて発表したのは、北海道の七戸医師です。この治療を行っているのは、全国で同医師と私と数人の内科医、耳鼻咽喉科医のみです。よく質問を受けますが、東京、横浜、川崎、大阪、名古屋、京都のような主要都市では誰も行っていません。抗ヘルペスウイルス薬は「メニエール病のめまい」に効を奏しますが、耳鳴、難聴については、めまいよりも効果が落ちます。しかし、中には劇的に改善する方もいます。日本の学会は、抗ヘルペスウイルス薬を用いた治療を認めていませんので、まだ保険を使えないのがデメリットです。

しかし、2009年に米国において、メニエール病に対する抗ヘルペスウイルス薬治療（ゾビラックス）に関する論文は、既に発表されています。それによると、めまいに対する有効率は91%、ただし耳鳴り改善率は50%、難聴は不変とのことでした。欧州では論文が一つだけ発表されていますが、薬の効果については否定的な結果を出しています。でもバルトレックスという種類の薬だけしか用いていませんし、症例数が非常に少ないので信頼できるかどうか疑問です。それ故、世界でもこの治療法を実践している医師はほとんどいないと思います。

額田記念病院では1種類の薬の画一的な治療でなく、3種類の抗ヘルペスウイルス薬を変更したり、内服量を加減したりして種々工夫を施しています。その結果現時点では、メニエール病のめまいに対する有効率は90.4%と米国の発表とほぼ同じです。

### 4. あなどるなかれ、中高年のめまい

●軽いめまいでも、脳梗塞や脳動脈瘤（まれに脳腫瘍）のような重大疾患が隠れていることがあります。かつて経験したケースですが、中年夫婦のめまいで二人とも軽度のめまい症状で受診し、頭部MRIでまったく同じ場所に脳腫瘍が発見されたことがあります。

高齢者は、一度は頭部MRI, MRA, 頸部MRAをチェックしておくことが望ましいです。頭部CTでは脳出血は別として詳細な病変を指摘できないことが多くあります。しかし、これらの画像が問題ないからといってその患者は「異常なし」ではありません。

たとえば「前庭神経炎」と診断されやすい「椎骨脳底動脈循環不全症」では、頭部MRIで脳は「異常なし」となることが多いのです。中枢性発作性頭位めまいも同様です。つまり「脳に異常がない」、すなわち「末梢（内耳）性めまい」という診断になってしまいます。

しかし「脳」に異常なければ「耳」の考え方は間違っています。

●椎骨脳底動脈の血行不全を証明するには、頸部MR Aで椎骨動脈を鎖骨下動脈からの分岐点から脳底動脈までを一気に全描出することが必要となります。しかしながら、めまいに対し頸部MR Aを用いてそこまで調べている医療機関は限られていますし、たとえ撮っていても、めまいとの関連性を指摘できるとは限りません。動脈硬化による蛇行、屈曲（これだけではめまいは起こりません）がベースになって、つまりその人が気付かないような血行不良がふだんから潜在する状態が続くようになり、さらに頸椎の異常とか首・肩こり、血圧変動、頭位変換、ストレスなどの幾つかの因子が上乘せされて、血行不良状態がさらに強くなって初めてめまいが生じるのです。

●糖尿病、高血圧、脂質異常症、肥満、喫煙のような危険因子をもつ人のめまいは要注意です。特に糖尿病と高血圧の合併は脳卒中の予備軍ともいわれています。

## 首に起因するめまいを画像で見ると！

### 右上を向いたときのみのめまいと眼前暗黒の40代男性

列車の中で、車内広告を見ようとして右上を向いたとたんにつわつし、眼の前が真っ暗になったとのこと。眼振検査の時に、ネクタイを締めた状態（首をソフトに絞められた状態）で仰臥位右下頭位にした際、「息苦しい」と言って顔面が苦悶状となりました。



図1 頸部MR A（仰臥位、右下頭位）

左椎骨動脈が赤印の部位で細くなっています。



図2 頸部CTA（仰臥位、右下頭位）

変形した頸椎の骨棘が左椎骨動脈を直接圧迫とまではいきませんが、周囲の軟部組織を介して圧排しているのが判明しました。

診断：椎骨脳底動脈循環不全症（「頸性めまい」の診断でも可）

中山杜人；画像と症例でみる内科医のための「危ないめまい・中枢性めまい」の見分け方、症例 27、P 68、丸善出版、2011 年より引用。

他にも同誌 P 77 に、一見「良性発作性頭位めまい」と同じ眼振でしたが、首が原因の 17 歳、女子高生の症例があります。アーチェリーの猛練習で首を過伸展したときに回転性めまいを起し、頸筋を押すと痛み、首・肩はバンバンで板のように凝っていました。