

## めまい発作に襲われたら

稲福 繁

愛知淑徳大学健康医療科学部教授、愛知淑徳大学クリニック院長

### What to do in a dizzy spell

Shigeru INAFUKU

突然めまい発作に襲われたらどうすればよいのか、ご家族がめまいを訴え、倒れたらどう対応すればよいのか、何に注意すればよいのか、さらにご自身がめまい発作に遭遇したらどうすればよいのか、これらの注意点を記し、めまい発作を惹起する疾患の特徴とその対策を解説した。

Keywords：中枢性めまい、耳性めまい、メニエール病、良性発作性頭位めまい症、乗物酔い

Central Vertigo, Aural Vertigo, Meniere's Disease, BPPV, Motion Sickness

#### 1. 初めに

耳鼻咽喉科外来にめまいを訴えて受診する患者は年々増加している。この理由は第一にめまい疾患の鑑別治療に耳鼻咽喉科医が関わっていることが市民に広く理解されてきたこと、第二に高齢化社会になって病気を持ちながらも長寿を全うする方々が増えたこと、第三に社会が複雑化してストレス社会になったことなどが挙げられる。著者が以前に勤務していた愛知医科大学病院ではめまい平衡障害を主訴として受診する患者が耳鼻咽喉科だけで年間数百名から一千名近くにもなっていた。多くは精査のための紹介患者であったが、ご自身がめまいに遭遇し精査治療のために受診してきた患者も多かった。著者の記憶では愛知医科大学病院は最近 30 年、24 時間体制で全ての科の救命救急患者を受け入れてきた。この点も患者数が増えた要因であろう。数年前までめまいを訴えてきた患者さんは、即、耳鼻咽喉科医が対応し生命に影響する「中枢性めまい」か、生命に影響はないがめまい症状のひどい「耳性めまい」かを即時に鑑別する体制をとっていた。この体制は患者さんにとって極めて有用な体制であった。しかし時間外救急患者数が多くなるにつれ、初診は他科の医師を含む若い医師が診察するようになった。彼らで判断がつかなければ当直の耳鼻咽喉科医を呼び出すシステムに変更した。この理由は耳鼻咽喉科の医師数も限られており、夜間は自科の入院患者の治療を優先してもらうようにしたからである。特に頭頸部癌患者が増えるようになって、その術後管理や重篤な病態に多くの時間を取られたからである。もちろん、めまい患者を軽視しているわけではない。他科を含む若い医師たちにめまい疾患の鑑別の要点を教育し、特に生命に影響する疾患の鑑別については責任を持って対処できるシステムの構築と教育を積み重ねた上での決断であった。

そういう救急体制の中でも、めまいで緊急入院を要した患者は年間数十名にも上った（鈴木薫・稲福繁、他 1994）。その実数は 2010 年現在もほとんど変わっていない。多くは耳性めまいであったが、中枢性めまいを疑った例も 20% 近くあった。

現在、愛知県では救命救急を標榜し24時間体制で活動している病院も少なくない。急なめまい発作に襲われたらどうするか、その場合とりあえず救急病院で診てもらい診断・治療を受けることが重要である。これに越したことはない。しかし前記したが、医師側からの観点も理解していただきたい。全てのめまい救急患者を時間外救急で受け入れるとなると人的にも資金的にも余裕がなくなり、他の救命を要する重篤な患者の受け入れに影響しかねない。一方、患者の側から観ると原因不明のめまいに襲われて立つことすらままならないのだから、早く専門医の判断と治療を受けたいとなるのももっともである。この背反する両者の要求を円満に解決するには、医療側も努力する必要があるが患者側も協力していただきたい。すなわち、めまいやめまい発作に関する知識を共有し、どの症状が生命に影響するのかを具体的に知ることである。このことが第一に患者自身を救うことにもなるし、第二に多忙な救命救急病院を煩わせることなく安全に治癒軽快に至らせるのではないかとと思われる。

## 2. めまい発作に襲われたら

### I. ご家族がめまい発作に遭ったら

- 1) まず初めに症状をよく聞いて、患者さんの話していることが理解できるか否か、すなわち言語障害があるか否かを確認することが最も重要である。会話ができれば意識障害がないことの証拠にもなる。話し方がもつれていれば脳血管障害などの危険性が高い。その場合、即、救急車を呼ぶべきである。初めてのめまい発作の際は素人では耳性めまいか中枢性めまいかの鑑別ができないはずであり、救急車を呼ぶことはやむを得ない。
- 2) めまい発作の時は嘔吐を伴うことが多い。患者さんの頭を横にして嘔吐物を誤嚥しないようにしていただきたい。吐いた物を気管に誤嚥するとそれだけで生命に関わるからである。めまい患者の対処の仕方では基本的には頭を動かすことは好ましくない。しかし患者に訊くとめまい感の少ない体位があるので、その体位で寝かせて、その後は頭を動かさないようにするべきである。
- 3) 救急車が到着するまでに四肢(手足)に麻痺があるかどうかの症状も確認してもらいたい。両手を交互に握り、握り返してもらうと力が入っているかどうかで麻痺の有無か判断できる。耳鳴りがあるのか聴こえが悪くなっているのか、頭痛の有無など発作時の症状は鑑別に際し重要な参考所見になる。
- 4) 衣服は緩めにする。一般的にゆったりさせた方が患者さんは楽であり吐き気が軽減する。救急車で来院した患者に対し医師・看護師はまず初めに血圧測定と血管確保をするのが常である。一刻の余裕もない場合、きつい衣服を脱がせるのはたとえ短時間であっても医療側にとっては無駄な時間である。超緊急な場合、衣服は脱がせるのではなくハサミで切って脱がせる。その上で血管確保や血圧測定を行う。
- 5) 患者が、会話ができた場合は、意識があることを再確認し眼を閉じて安静にさせていただきたい。「大丈夫だよ」と声をかけ、精神的にも安心させながら症状を確認していただきたい。「大丈夫だよ」の一言は初回発作で言うのは躊躇するだろうが、発作が2回目以上の場合、その言葉言うだけでまたは説明するだけで安心して症状が軽くなることがある。
- 6) 患者の顔を観察しなければいけないのでまっ暗な部屋は好ましくないが、明るすぎてもめまい患者には良くない。
- 7) めまいが少し落ち着いたら、患者の眼を見てその眼が一定方向にゆれているかどうかを確認していただけると医師としては有難い。つまり、めまいは文字通り「眼が舞う」状態なのである。眼がゆれている、つまり専門的には眼振というが、めまいの際は耳性めまいであれ中枢性めまいであれ、眼振が観察されるものである。めまい発作における眼振の有無やその性状や方向性など、これらは鑑別の重要な他覚的所見になるからである。眼振が観察されたと言うだけで心因性めま

いやヒステリーは除外できる。但し、この眼振の観察を素人に要求するのは酷である。何回もめまい発作に襲われたら、落ち着いて医師側に協力していただきたいということである。患者さんには一時的に軽く眼を開けてもらい、眼はキョロキョロしないで前方の遠くを見るように言ってその眼を観察すればよい。めまい発作に慣れよというのは言い難いが、患者ならびにご家族が落ち着いていたら眼振を観察していただきたいということである。

## II. ご自分がめまい発作に襲われたら

- 1) ご家族が同じ部屋にいれば「めまいがする」「吐き気が」と言ってご家族に症状を具体的に伝えていただきたい。その際ご家族に「自分のしゃべり方は変じゃないよね」と確認し言語障害がないことを確認していただきたい。
- 2) 同時にご自身の手足に麻痺がないこと、つまり手指が動くこと、足首が動くことを確認していただきたい。これらの所見は医師にとって極めて重要な手がかりになる。
- 3) めまい発作の中でも、楽な体位があるはずである。一般的には横向きつまり側臥位が多い。この体位で動かないでいただきたい。耳性めまいの代表的な疾患、頭位性めまい症では頭を動かすとめまいは悪化する。嘔吐すると病気が長期化するような印象を持っている。
- 4) めまい発作の直後は眼を閉じてじっとしていただきたい。
- 5) めまいが少し落ち着いたら、そっと眼を開けて周囲がグルグル回っているのか確認していただきたい。回る方向はどちらなのか、すなわち玄関から筆筒の方向に回るのか、あるいは逆の方向に回ったのか記憶して教えていただきたい。回る方向で眼振の方向が推定でき、発作時の眼振の方向で患側を推測できる疾患があるからである。
- 6) 耳性めまい、特に頭位性めまい症では自然治癒することがある。投薬なしで軽快する例もある。とにかく強いめまい発作の時は無暗に動かないことである。めまいが軽くなり吐き気がおさまったら、少し動いて水分は補給してもかまわない。脱水は身体に好ましくないので市販されているスポーツ飲料でもよい。
- 7) 自然治癒するめまいがあるからと言って、受診しないのは好ましくない。受診するなら、めまい発作の直後か翌日には受診した方がよい。発作の翌日ならめまいの他覚的証拠である眼振が残存している可能性が高い。眼振さえ確認できれば向後の方針に困らない。めまいは患者では、その訴えだけではなく医師が他覚的所見を確認して初めて安心できるのであり、確定診断まで行かなければめまい発作の対策は難しい。患者によっては「先週めまいがあった」とか「先月めまいがしました」と訴え受診する方がいる。1カ月も経ってはいは医師にとってめまいの焼け跡さえ見つかからない場合がある。めまい発作の直後あるいはめまい発作中は眼振が確認でき、他の他覚的所見も把握できる。したがって確定診断がつきやすく根拠に基づいた治療ができる。繰り返して書くが、病気は早ければ早いほど対策は立てやすい。

## 3. めまいの原因となる疾患

表1に示すごとく、めまいの原因となる疾患は数多く、殆ど全ての診療科にまたがっている。めまい発作に襲われたらどの科に受診するか迷うものである。めまい疾患の多くは全身的な要因が多い。よって初診で近くの内科医に受診するのは正しい選択である。血圧や一般的な末梢血検査、他の臓器の疾患の有無を診てもらうのは良いことである。しかし一般内科だけでめまいが確定診断できるわけではない。特に耳性めまいの診断と治療は内科で完結するとは思えない。血圧や血液検査の結果を持って、症状により専門の診療科に紹介してもらうのが良い。血液検査の結果を持参してくれると無用な検査を省くことができる。めまいを訴えて受診すると、即、脳のCTやMRIを指示する医者が多い。脳のCTやMRIでめまい疾患を確定できるのはめまい外来では2-3%以内である。めまい症状を詳しく聞いて、神経内科



や耳鼻咽喉科など専門医の判断を要求するのが患者に対して親切である。CT や MRI あるいはレントゲンを撮ったら現物の写真となるべくなら放射線科医の読影報告書も持参していただけると有難い。危険な中枢性疾患や他の疾患が除外できる。

表1 めまいの原因となる疾患

内 科	高血圧 低血圧 貧血 不整脈
神 経 内 科	脳血管障害（脳出血、脳梗塞、小脳出血、小脳梗塞） 一過性脳虚血発作 脊髄小脳変性症 椎骨脳底循環不全症 脳脊髄炎薬物中毒 (抗結核剤のストマイ・カナマイ、シンナーなど有機溶剤、抗癌剤)
脳神経外科	脳腫瘍 脳血管障害 低髄液圧症候群 頭部外傷
精神神経科 ・心療内科	不安神経症 てんかん うつ病
整 形 外 科	むちうち症 変形性頸椎症
耳鼻咽喉科	メニエール病 前庭神経炎 めまいを伴う突発性難聴 頭位性めまい症 良性発作性頭位めまい症 悪性発作性頭位性眩暈症 聴神経腫瘍 ハント症候群 内耳炎 乗物酔い
産婦人科・ 小児科など	更年期障害 起立性低血圧 著しい視力の左右差

#### 4. 各疾患の病態解説

めまいを訴える代表的な疾患について記す。

##### 1) 脳血管障害

脳血管障害（稲福繁、他 1985）すなわち脳梗塞や脳出血患者でめまいを伴う例がある。大脳の梗塞などではめまいより他の症状が前面に出てくるが、小脳梗塞や小脳出血ではめまいが主症状となる例がある。小脳疾患の初期には、めまいだけを訴える場合があり（Nakayama M. Inafuku S. et al 1988）注意を要する。小脳梗塞の初期では神経症状も少なく医師も迷うことがある。一般に小脳病変ではめまい感より、立ってられない、歩いて診察室に来ることができないなど開眼していても平衡障害が著明なことが多い。専門的になるが、脳血管障害では観察される眼振の強さに比し自覚的なめまい感が少ない。症状が進行すると構音障害や四肢の障害、神経症状が出てくる。眼振の特徴だが注視方向性眼振が観察できる。すなわち、右を向かせると右向きに眼振が出て左を注視させると左方向への眼振が観察できる。このような眼振を注視方向性眼振といい耳性めまいでは起こり得ない所見である。後頭蓋窩疾患の代表的なワレンベルグ症候群では上記の眼振が見られる。プルンス眼振といって眼振に左右差が見られる例があり、眼振の強い方向に病変が予測される。言語障害や他の症状が見られたら、あるいは脳血管障害を疑ったら、即、救急車を要請し救命救急外来に直行するべきである。血栓溶解剤など発症直後が有効な薬品がある。なお脳炎や頭部外傷で惹起される眼振は多彩である。

##### 2) 高血圧や低血圧によるめまい

内科で定期的に治療を受けるべきであろう。高コレステロール血症など中枢性めまいや耳性めまいの重要な因子になっている。高血圧症で急に血圧を下げるとめまいを起こす患者さんがいるが、症状を丁



寧に説明すれば医師は投薬の内容を再検討するはずである。

低血圧、特に起立性低血圧は高齢者に多い。急に立ち上がった時に血圧が降下するが、若い女性にも見られる。若い方には運動して下半身を強化するように勧めている。低血圧はメニエール病や一過性脳虚血発作、脳梗塞の患者にも見られる。低血圧はこれらの疾患の誘因にもなるので軽視するべきではない。学童・思春期では起立性調節障害がある。朝、起きづらいと訴え登校拒否と誤診される例もある。臥位および立たせた直後の立位の血圧を比較すると訴えがよく理解できる。立つと収縮期血圧の著明な低下が認められる。目の前が暗くなるとか訴えるが、眼振は観察できない。学童や思春期の子供にもよく運動するように、肉体訓練・スポーツをするように勧めている。症例によっては投薬も必要である。

### 3) メニエール病

めまいを主訴とする代表的な疾患である。しかし本症例は意外に少ない。愛知医科大学での統計によると全めまい患者の5%くらいがメニエール病であった。メニエール病は繰り返すめまい発作と耳鳴り、難聴を伴う疾患である。病因は内リンパ水腫と言われ内耳の水分代謝に問題があると思われる。めまい発作の前あるいはその最中に片方の耳が聴こえなくなり耳鳴りを伴う。メニエール病の初期では難聴は回復する。しかし頻回のメニエール病の後には、難聴は不可逆性になり不治の内耳性難聴になる。一般的に眼振は発作時に患側に向かうが、眼振の方向が逆転する患者も多い。難聴と耳鳴りで患側を判定する。メニエール病の初期は片方の耳だけに罹患するが、両耳に罹患する例も多い。両耳罹患例は両耳同時にめまいを起こすのではなく、片方の難聴が進行し、その後に反対側の耳が罹患する。両耳が聴こえなくなると日常生活もままならない。難聴が高度になると補聴器装用が必須になる。全く聞こえなくなるのではと心配する患者がいるが、現代の医学では人工内耳という治療法もあり、何とか対策できると安堵させた方がよい。メニエール病は原因不明の疾患であるが、めまいを繰り返していると仕事に影響が出て、家族に迷惑をかけるなど、患者がストレスを感じるようになる。そのストレスがさらに大きくなると睡眠も障害され、メニエール病の発作も頻発する。メニエール病は男女ともに働き盛りの年齢で起こりやすい。男性なら40-50代、女性なら30-40代が罹患しやすい。ただこの年齢も1970年代と2000年代では後者の方が高齢でメニエール病発作を起こしている。発作年齢が高齢化した原因は不明だが、お元気な年寄りが多くなったからと説明している。

メニエール病の原因は水分代謝であろうと記した。近年までは水分を過剰に摂取することや塩分を過剰に摂取することを禁じていた。しかし、最近の研究では水分を摂取させた方がよいとの論文も出ている。この件については昨年中部地方の有力な新聞にも報道されたが、水分負荷の有効性については長期的な検討を要すると思われる。現在脱水剤を投与する検査があるが、服用後2-3時間で聴力が回復する。これをグリセロールテストと称する。この結果に基づいて多くの医師はメニエール病に対し脱水剤を投与してきた。この脱水剤の長期投与で良好な結果が得られたとの報告も多い。現段階で勧められることは、まず塩分制限をする、水分を過剰にすることはしない、水分代謝を良くするためにも運動して汗を流すように勧めている。耳鼻科に受診すると、メニエール病の治療は内服だけでなく中耳経由で薬物を内耳に投与する場合がある。さらにローゼンの手術や内リンパ嚢開放術などの手術的手段もある。内リンパ嚢開放術は愛知県では著者が始めたが、どのような症例に有効なのかいまだに確定的なエビデンスを得ていない。患者さんには、最終的には手術する手段もあり、内耳摘出術をすればめまいは完治できると説明している。生命に直接的な影響のないメニエール病では、手術は第一選択でない。なお、メニエール病や前庭神経炎、内耳炎、めまいを伴う突発性難聴などに見られる眼振は水平回旋混合眼振である。

### 4) 良性発作性頭位めまい症、頭位性めまい

めまい外来では最も頻繁に見られる疾患である。この疾患は内耳特に三半規管内に代謝産物 debris(耳石のゴミ)が浮遊しているとの説が有力である。Debrisは三半規管特に後半規管に迷入浮遊することが

多い。この病気は長期臥床後や頭の外傷後でも発現しやすい。しかし多くは原因不明である。めまいは寝返りをうったり、頭を挙げて棚の上の荷物を取ろうとした際に起こりやすい。また、うつむいたりしても惹起される病気で、頭位（体位）に関係している疾患である。なお、めまい平衡神経学会では体位と記さずに頭位と記す。めまい患者では頭の位置が重要なので、頭位と正確に記している。この疾患では頭を動かさなければめまいは起こらない。つまり頭位の変化・誘発で起こるめまいである。このめまいを良性発作性頭位めまい症 BPPV (Benign Paroxysmal Positional Vertigo) または BPPN (Benign Paroxysmal Positional Nystagmus) と称している。一般的にはグルグル回る回転性めまいで数秒か1-2分間めまいが続く。寝た直後に周囲が時計方向に回っている例では右耳の後半規管の病変の可能性が高い。寝た位置から座位に戻した直後に眼振の方向が反時計方向の回旋性眼振が確認できたら、右側の後半規管病変と確定できる。左側の耳が患側なら、前記の逆方向の回旋の眼振が観察できる。患側を確定するのは治療方針や病気に対する対策のために重要である。近年この debris を半規管内からめまいの起こらない内耳の特定の部位へ移動させる、つまり頭位を変換しながら耳石を移動させる治療法が開発された。この治療法には批判的な論文もあるが、今では世界的に施行されている。著者もわが国でその治療法を推奨、紹介してきた一人（稲福繁 1997）である。

頭位に依存するめまい症例を観察していると、めまいが1-2分間どころか1-2時間グルグル回っている症例がある。このような症例でBPPVに移行した例もあるが、中枢性病変が確認できるものがあり注意を要する。この様な症例を全て頭位性めまいと記している文献もあるが、実際には専門医でも鑑別が困難な例が多い。随伴する神経症状の有無やCTやMRIを根拠に鑑別している。

#### 5) 突発性難聴に伴うめまい

ある朝、突然片方の耳が聴こえなくなると訴える方がいる。この病気を突発性難聴という。厚生労働省指定の難病で原因不明の疾患である。突発性難聴は通常聴こえを司る蝸牛だけの障害であるが、症例によっては病変が蝸牛を超えて三半規管まで進展している例がある。めまいを伴う突発性難聴という。その症状はめまい、難聴、耳鳴りの三主徴である。メニエール病と同じ症状であるが、メニエール病と異なり突発性難聴の発作は一回のみで繰り返すことはない。難聴は、メニエール病に比し病気の初期から高度難聴になる。突発性難聴は発症後2週間しか投薬に反応しない。発症後1週間以内に治療を受けていると難聴はかなり回復する。難聴が起こり、もたもたしていると2週間くらい直ぐに経ってしまう。繰り返すが、突発性難聴は2週間後には薬物に反応しなくなる、つまり治療効果が無くなるので発症直後に受診し治療を受けていただきたい。一般的には入院治療を勧める。耳は、両耳が機能してはじめて音の方向感などを同定できるからである。突発性難聴は2週間以内に治療をすべきだと耳鼻科医として警鐘をしなければならない。突発性難聴の経過を取りながら脳腫瘍、つまり小脳橋角部に腫瘍が見つかる時も稀ではない。聴神経腫瘍が多い。CTや内耳道のレントゲンは必須である。

#### 6) 乗物酔い

乗物酔いに困っている方も多い。乗物酔いから脱却するには基本的には乗物に慣れるしかない。バス旅行で乗物酔いが起これば、何回もバスに乗ることである。そのうち、酔わなくなる。初めて乗船する漁船の乗組員は1週間くらい食べ物を受け付けないそうである。遠洋漁船だと下船するわけにもいかないのだから、船に慣れるしかない。2週間も超えると吐かなくなると、船長らは経験的に理解しているそうである。著者も初めて船に乗った際、一昼夜乗物酔いで吐いていた。下船しても周囲がゆれているようで一日中頭重感と気分が悪かった記憶がある。ある年、乗船中に台風に遭い船が20mもの高波にもまれた。約3日間、大揺れの船の中で過ごした経験がある。びっくりしたことにその翌年、同じ船に乗ったが全く酔わなかった。半強制的に乗物酔いに慣れたからである。その後十数年、どんな船に乗っても酔うことはなかった。かなり経ってから久しぶりに師崎の釣り船に乗ったら、なんと船酔いが再発した。著者個人の経験だが、船酔いへの慣れは長期間続いたが、永久的ではなかった。過去の経験から直



ぐに再び釣り船に乗って、三半規管を慣れさせてみた。やはり効果的だった。著者の家族も乗物に弱い  
が、バスや船の旅行を嫌わないように慣れるべきだと論している。しかし乗物酔いに対する恐怖感は簡  
単には取れていない。乗り物に弱い方でも、自分が運転している場合は、乗物酔いは起きない。乗せて  
もらっている時だけ酔うという。この原因を研究した方々がいる。一般的には運転している際、右にカー  
ブする時は自分の体も右へ傾ける。しかし乗せてもらっている際は右にカーブすると遠心力で左へ身  
体が傾く。つまり左右へカーブする際の頭・三半規管への刺激が運転している時と乗せてもらっている  
時で全く異なっているからである。その辺りの研究は岐阜大学耳鼻咽喉科の故・福田精教授がなされて  
いた。先生は専門の平衡障害だけでなく「神棚」とか多くのエッセイも書かれていた。理科系出身とは思  
われぬ軽妙で読みやすい文章であった。若い頃、先生からその著書をいただき感激した記憶が残っ  
ている。今でもその著書は文字通り神棚に飾ってある。

## 5. めまい患者の一般的な留意点

### 1) 病歴や現在服用している薬も教えて下さい。

過去の病歴も重要で、現在服用している薬も全て教えていただきたい。めまいの薬で副作用の強い薬  
はないが、やはり併用してはいけない薬もある。特に精神安定剤や睡眠薬は重複すると危険な場合があ  
る。日常生活で不眠やストレスなど、初診の医者には言いにくいこともあろうが、なるべく正直に話し  
ていただきたい。

### 2) よく運動して汗を流すこと

患者によっては、めまいがするからと言って外出を控えている方がいる。まためまいがするから運動  
は避けているという方もいる。こういう態度ではめまいを慢性化するのに協力しているようなものであ  
る。一般的にめまいを主訴とする疾患で運動が禁忌という疾患は極めて少ない。中枢性めまいでは、も  
ちろん激しい運動を勧めない疾患もあるが、耳性のめまいでは、むしろ運動するべきである。平均台の  
上で宙返りをする体操選手を思い出していただきたい。練習さえすればあの狭い台上でもバック転が可  
能になる。運動しなさいと勧めても疲れが残るようではいけない。疲れな程度でやっていただきたい。  
運動といっても水中とか高所で動くことは禁じている。めまいで死亡することは極めて稀であろうが、  
水中で溺れるとか高所から落下して命を落とすことはあり得る。

### 3) 水分を摂ること

メニエール病では過去は水分制限を勧めてきたが、今は重視していない。高齢者では水分を摂って血  
液をサラサラにした方が脳梗塞などの予防になる。脳梗塞などでは生命に影響するので水分は摂るべき  
である。メニエール病では水分を摂取しても動いて汗を流せばよい。

### 4) ストレスを貯めないこと

めまい疾患の多くは器質的な疾患であるが、ストレスが大きく関与していることは否めない。ストレ  
スの因子は血液生化学的にも証明されている。しかし著者は、ストレスがめまいの原因とは断じていな  
い。めまいが先に起こり原因不明と言われてストレスを感じたのか、ストレスが先にあってめまいが発  
症したのか、これは容易には解決できない問題である。卵が先か鶏が先かの議論になる。著者は、スト  
レスが後になって病気に影響するようになったと信じている。なぜなら、メニエール病の初めての発作  
では患者は比較的穏やかに明るくめまいについて説明しているものである。メニエール病では、予測で  
きないめまいを繰り返して仕事に支障を来すようになってはじめて神経質になりうつ状態にまで進展し  
ている。ストレスを溜めないようにという表現は正しいだろうが、実際には難しい。ストレスについて  
は、患者は人生や日常生活の全てから影響を受けているはずだから、ストレスを貯めるなどと言っても患  
者にとっては至難であろう。多くのメニエール病患者を診ていると真面目な方や几帳面な方々が多い。  
著者は、患者には少々ずぼらになった方がよいと勧めている。



## 5) 睡眠をよくとること

睡眠不足はめまいに大きく影響する。睡眠を充分に取るようにと勧めるが、入眠剤の投与を避けられない例も多い。よく寝なさいといっても寝られなければ致し方ないが、定時に寝るようにすると睡眠不足が避けられたという患者もいる。

## 6. 終わりに

どの病気でも同じであろうが、病気は医療側だけで治すものではない。病気の予防を含め患者さんの協力があつてはじめて有効な手が打てるものである。不幸にも病気になったら患者も疾患の実態を知り、病状の悪化や再発防止に力を入れるべきである。めまい疾患についてさらに勉強したい方は坂田英治先生の著書（坂田英治 2011）を勧めたい。

今後、愛知淑徳大学クリニック耳鼻咽喉科では耳鼻咽喉科一般の診察のみならず、今村はつ江医師らとともにめまい疾患とその対策にも重点を置きたいと願っている。さらには井脇貴子教授を中心に人工内耳症例の言語訓練（T. Iwaki, et al 2004）、二井裕子 ST、佐々木ひと美 ST らによる発達障害児の言語指導を根幹に、愛知淑徳大学の社会的貢献に繋がりたいと決意している。当クリニックでは諸先生方さらには各科職員のご指導・ご協力なくして、その発展は望めない。

なお本稿は著者らが作成した日本医師会インターネット生涯教育講座 e ラーニング教材（稲福繁、他 2009）を中心に、第 2 回愛知淑徳大学教員研修・講演会の講演記録を基にして加筆して報告した。拙稿の掲載を許可した編集委員会に深謝します。

## 文献

- 稲福繁、他（1985）「Downbeat nystagmus を唯一の神経学的徴候とした後大脳動脈部動静脈奇形」『神経内科』23, 178－181.
- 稲福繁（1997）「良性発作性頭位眩暈症に対する保存的治療」『耳鼻咽喉科・頭頸部外科 2. 『クリニカルトレンド』メジカルレビュー社.
- 稲福繁、他（2009）『めまい～その診断と治療～日本医師会インターネット生涯教育講座 e ラーニング教材』日本医師会.
- Iwaki T, et al (2004). Comparison of speech perception between monaural and binaural hearing in cochlear implant patient. *Acta otolaryngol.* 124(4), 358-362.
- Nakayama M. Inafuku S. et al (1988). A Case of Cerebello-pontine Angle Infarction found by Vertebral Angiography. *Auris-Nasus-Larynx.* 15, 173- 180
- 坂田英治（2011）『めまいがわかる』医学同人社.
- 鈴木薫・稲福繁、他（1994）「緊急入院を要しためまい患者の検討」『耳鼻咽喉科臨床』補 73, 81－87.