

本症例は体がフラフラすると訴えて来院した患者である。発症状況、その他の愁訴および問診、診察所見から心因性めまいと診断した。頸肩背部の血液循環の促進を目的とした鍼灸治療により1回でめまいが消失した。

症例 37歳 男 インターネット・プロバイダ会社 営業

初診 平成17年8月9日

主訴 立ち上がるとフラフラする

現病歴 約5年前、営業の管理職になってから長時間労働とノルマによる緊迫感のせいか精神的、肉体的に疲れることが多くなり眠れなくなった。不眠状態が続いたせいか、昔からの慢性的な頸肩背のこりが強くなり頸の前がむくむ感じがして胃がむかむかするようになったため、4～5軒の内科を受診した後、医師の紹介で会社の近くの総合病院神経内科を受診した。神経内科では血液検査、胃カメラ、臨床諸検査の結果「自律神経失調症」といわれ、血液循環を促進させる薬と精神安定剤、さらに不眠の薬を投与された。その後、数カ月通院し症状は一時的に楽になったような気がしたが、症状に根本的な変化が認められないため薬だけを続け、近所で鍼灸マッサージを受けた。鍼灸マッサージはそこそこ症状が楽になるため、それ以来少しでもつらくなると鍼灸マッサージを受けていた。

約6カ月前、長時間労働と激務による精神的、肉体的疲労に限界を感じたため、辞めるつもりで長期休暇を取っていたとき、友人の誘いで別のインターネット・プロバイダ会社に移った。今度も営業の管理職であったが、仕事は以前よりは多少楽だった。その後、仕事に関係したストレスは少し軽減されたが、症状に根本的な変化が認められないため薬と鍼灸マッサージを続けていた。

今回、最初は少し楽だった仕事も責任が段々重くなり、以前と同じようになってきた。約3週間前より体がフラフラするようになり、約5年前同様の強い症状も出現したため、いつもと同じように鍼灸マッサージを受けようとしたところ、通院していた鍼灸マッサージ治療院が引っ越したため、約5年前より薬を出してもらっている総合病院神経内科を受診した。内科ではX線検査等で「異常はない」といわれ胃薬を指示されたが、むかむか感はさらにひどくなり、他の症状もまったく変化がないため、友人の紹介で来院した。

現在、座っていても立っていても体がフラフラし、それが一日中続いている。フラフラ感は歩けないほどではないが、朝が一番楽で夕方から夜にかけてひどくなる。後頸部

から肩背のこりが強くなり痛く感じるようになってきた。頸の前の方がむくむ感じがして、喋るのがつらい(図1)。また常に胃がむかむか(悪心)している。耳鳴、難聴、耳閉感、頭痛、頭重感、嘔吐、口唇のシビレ、手足の冷え・シビレ・マヒ、動悸、眼前暗黒感、眼精疲労、眼痛、複視、言語障害(舌のもつれ)、嚥下障害、巧緻運動障害、膀胱・直腸障害はない。頸上肢の自発痛、夜間痛はない。頸椎の運動時痛はない。高血圧症、低血圧症、脳動脈硬化症、中耳炎、頭部外傷、意識喪失等の既往症はない。近視、乱視、遠視はない。仕事は営業であるが、これらの症状があるため無理に明るくしようと努力することがとてもつらく、仕事の集中力も欠如するようになり、焦りや不安、イライラが増加している。パソコンには仕事場で一日3時間程向かっている。スポーツはしていない。アルコールは飲まない。その他一般状態は良好である。

既往歴 特記すべきものなし

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 身長 178cm、体重72kg。血圧は臥位 125-88mmHg、立位 127-88mmHg、シェロング・テスト陰性。瞳孔の左右差はない。対光反射正常。裸眼下およびフレンツェル眼鏡による自発眼振、頭位眼振はともに陰性。頭位変換性のめまいはない。ロンベルグ検査は開眼、閉眼ともに陰性。膝蓋腱反射、アキレス腱反射ともに正常。握力左39、右41。後屈痛、側屈痛、回旋痛はなく、めまいの誘発もない。モーリー・テスト陽性。アドソン・テスト陰性。筋萎縮はない。触覚障害はない。二頭筋・腕撓骨筋・三頭筋反射正常。バビンスキー反射正常。スパーリング・肩圧迫・ライト・エデン・三分間拳上テストすべて陰性。心理学的検査のMS調査表は「はい」が21問で陽性。自律神経症状調査表は「はい」が17問で陽性。SRQ-D調査表は「はい」が25点で陽性。僧帽筋部、斜角筋部、胸鎖乳突筋部に過緊張が認められた。圧痛は風池、下風池、完骨、下完骨、四頸、五頸、六頸、七頸、肩井、肩中兪、魄戸、斜角、上斜角、天容に認められた(図2)。

診断 本症例は、問診と診察所見から心因性めまいと診断した。鍼灸治療は自発眼振、嘔吐、頭痛を伴う口唇のシビレなどの陽性所見が認められないため適応と考えられる。

対応 このめまいは、仕事によるストレスなど精神の不安定な状態が続いたことで、首肩の血液循環が悪くなり、筋肉が過緊張を起こして出現したものと思われます。鍼灸治療で首肩の血液循環を良くすることで、めまいは治まると思います。

治療・経過 鍼灸治療は頸肩背部の血液循環の促進を目的に以下のように行った。

第1回 治療体位は仰臥位で使用鍼はステンレス・1寸6分-3号(50mm-20号)を用いた。百会の後方に向け斜刺で、天容、斜角、上斜角、中院、下院、合谷、足の三里、三陰交は直刺で約10mm刺入し、「天容-上斜角」に1Hz×10mAで15分間のパルス通電を行った。置鍼中、上腹部を遠赤外線灯で加温しながら、中院、下院にカマヤミニで各1本の施灸を行った。続いて伏臥位で風池、下風池、完骨、下完骨、四頸、五頸、六頸、七頸、肩井、肩中兪、魄戸、厥陰兪、膈兪、肝兪、脾兪、胃兪に直刺で約15mm刺入し、

「風池-下風池」「四頸-五頸」「六頸-肩井」に1Hz×10mAで15分間のパルス通電を行った。置鍼中、頸肩背部を遠赤外線灯で加温しながら、肩井、魄戸、膈兪、肝兪、脾兪、胃兪にカマヤミニで各1社の施灸を行った(図3)。

生活指導として、首を冷やさないようにまた過労にならないようそしてリラックスできる自由な時間をできる限りつくるように指示した。

第2回(8月13日・5日目) 前回治療後より頭がすっきりしてめまいと悪心をまったく感じなくなり、後頸部から肩背の痛みと前側頸部のむくみ感もほとんどなくなり、喋るのが楽になった。しかし後頸部から肩背のこりと前側頸部のむくみ感は一昨日から徐々に戻り、現在は前回の約50%程度感じる。治療は前回と同様。

第3回(8月20日・12日目) めまいと悪心をまったく感じない。後頸部から肩背のこりと前側頸部のむくみ感は3~4日良好だったが、現在初回の約30%程度感じる。治療は前回と同様。

第6回(9月10日・33日目) めまいと悪心をまったく感じない。後頸部から肩背のこりと前側頸部のむくみ感も前回の治療(9月3日)から1週間良好だった。現在まったく感じない。治療は前回と同様。

考察 本症例は、仮面うつ病により誘発された心因性めまいと診断した<sup>1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22) 23) 24) 25) 26) 27) 28) 29) 30) 31) 32) 33) 34) 35) 36)</sup>。以下、その理由を述べる。

1. めまいの性状が非回転性(浮動性)で動揺感を認め、経過は進行性でない。
2. 後頸から肩背部に慢性的なこり、前側頸部のむくみ感を伴う喋りにくさ、悪心、不眠などの不定愁訴が認められる。
3. 耳鳴、難聴、耳閉感、頭痛、頭重感、嘔吐、口唇のシビレ、手足の冷え・シビレ・マヒ、眼前暗黒感、眼精疲労、眼痛、複視、言語障害(舌のもつれ)、嚥下障害、巧緻運動障害、膀胱・直腸障害などの随伴症状を伴わない。
4. 瞳孔の左右差、自発眼振、頭位眼振、頭位変換時のめまいおよび頸椎の運動時に誘発されるめまい、ロンベルグ現象はすべて陰性である。
5. 血圧は正常でシェロング・テストが陰性である。
6. 対光反射、膝蓋腱反射、アキレス腱反射は正常である。
7. 近視、乱視、遠視はない。
8. 高血圧・低血圧・脳動脈硬化症、中耳炎、頭部外傷、意識喪失等の既往症がない。
9. 心理学的検査のMS調査表、自律神経症状調査表、SRQ-D調査表がすべて陽性である。
10. 握力は正常で、頸上肢の自発痛、夜間痛、頸椎の後屈痛、側屈痛、回旋痛、筋萎縮、触覚障害もない。
11. アドソン・スパーリング・肩圧迫・ライト・エデン・三分間挙上テストがすべて陰

性である。

12. 二頭筋・腕橈骨筋・三頭筋・バビンスキー反射は正常である。

なお、臨床症状および経過から、以下の類症疾患を除外した。

1. 起立性低血圧(起立性自律神経失調症)<sup>1) 2) 3) 4) 5) 6)</sup>  
血圧は正常でシェロング・テストが陰性である。眼前暗黒感の経験もない。
2. 起立性低血圧(椎骨脳底動脈不全症)<sup>1) 6) 7) 8) 9) 10) 11)</sup>  
血圧は正常でシェロング・テストが陰性である。眼前暗黒感、複視、嚥下障害がなく、回転性めまいでもない。
3. 頸性めまい<sup>12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19)</sup>  
頭位変換時および頸椎の運動時に誘発されるめまいはない。
4. メニエール病<sup>10) 20) 21) 22) 23) 24) 25) 26) 27)</sup>  
聴覚症状がなく、回転性めまいではない。頭位眼振がない。
5. 良性発作性頭位変換めまい症<sup>20) 26) 27) 28) 29) 30)</sup>  
頭位変換時のめまいはなく、回転性めまいでもない。頭位眼振がない。
6. 過換気症候群<sup>4) 10) 31) 32)</sup>  
口唇のシビレ、手足のシビレ、動悸がない。

以上、臨床症状と心理学的検査から仮面うつ病により誘発された心因性めまいと診断した。

さて、加我は本症例のめまい発作の誘因として、「男では過労、騒音、生活や業務への不安感、…すなわち、男では仕事に関係したストレス…が誘因になりやすいようである」と述べている<sup>33)</sup>。また、川崎らは本症例のめまい患者について「性格として神経質的な傾向を持ち、外的な刺激に対しても適合が十分でなく、不安定で健康成人に比べて過大な反応を示す傾向がある。このような傾向がめまい患者の自律神経機能異常、特に交感神経の機能亢進と密接な関係にあるものと考えられる」とし、さらに「そのベースに全身的な副交感神経機能の低下の状態が存在し…そこに何らかの外的および内的な刺激が加わると、めまい患者では健康成人と比較して、より強度の反射的な交感神経の緊張状態が惹起される。そして、交感神経と副交感神経の適度なバランスのうえに成り立っている自律神経機能に破綻をきたす。さらに局所的な自律神経反射の左右差が助長されて、椎骨動脈血流を始めとする脳幹内耳の血流障害や、前庭神経系に対する自律神経系の修飾に左右差をきたし、めまいが発生する」と主張している<sup>34)</sup>。

以上の知見から、本症の発症機序を以下のように推測した。

1. 新しい職場で管理職についたことで責任感が増し、職場での人間関係による緊張や営業目標を達成しようとするための努力が過度の精神的、肉体的疲労を生んだ。
2. 元々神経質な性格であったため、これら外的な刺激に対してうまく適合ができず、過大な反応を示すようになり、自律神経のバランスが崩れた。

3. それらのストレスが引き金となって交感神経の機能が亢進し、後頸から肩背部の慢性的なこりはさらに緊張度を増し痛みを誘発させた。
4. 後頸から肩背部のこりに誘発され、前側頸部のむくみ感を伴う嘔りにくさ、悪心、不眠などの不定愁訴が出現した。
5. これら自律神経機能の破綻により、椎骨動脈や脳幹の血流が障害されめまいが発生した。

心理学的検査の結果、MS調査表は仰うつ0問、不安4問、敏感5問、怒り7問、緊張5問、合計21問、陽性で神経症が、自律神経症状調査表は運動器系7問、神経系4問、循環器系2問、消化器系4問、呼吸器系・皮膚系ともに0問で合計17問、陽性で自律神経失調症が、SRQ-D調査表は25点、陽性で軽症うつ状態（仮面うつ病）とそれぞれ推測された<sup>35) 36)</sup>。

心因性のめまいはほとんどの症例で頸肩背部のこりが確認される。鍼灸治療は経験的に頸肩背部の血液循環の促進に有効であると考えられている。したがって本症例は鍼灸治療の適応疾患であり、その予後も良好であると推測した。治療部位は頸肩背部のこりを中心に精神的、肉体的にリラックスさせることを目的として全身へのアプローチも行った。初診時の治療直後からめまいと悪心は完全に消失し、今のところ症状の再現はない。他の症状は26日目以降33日目まで、すべての症状の完全消失が認められている。

最後に今回の治療は概ね妥当であったと推測されるが、本症例は性格に起因し、仕事に関係したストレスにより自律神経機能が破綻し発症した疾患であり、このまま仕事を続けている限り、いつ症状の再現があってもおかしくない。本症例は鍼灸治療で治療効果を確認しながら治療間隔をあけていき、患者に自分自身で心因となっているものを悟らせるようにカウンセリングを行うことも必要であると考える。

#### 経穴の位置

- 斗 角—斜角筋中で鎖骨上縁より約1横指上方。
- 上斜角—斜角筋中で斜角より約1横指上方の圧痛点。
- 下風池—風池の下方でC<sub>2</sub>棘突起外方の圧痛点。
- 下完骨—完骨の下方でC<sub>2</sub>棘突起外方の圧痛点。
- 四 頸—C<sub>4</sub>棘突起外方大筋外縁部の圧痛点。
- 五 頸—C<sub>5</sub>棘突起間外大筋外縁部の圧痛点。
- 六 頸—C<sub>6</sub>棘突起間外大筋外縁部の圧痛点。
- 七 頸—C<sub>7</sub>棘突起間外大筋外縁部の圧痛点。

参考文献

- 1) 植村研一：「頭痛・めまい・しびれの臨床」、P. 56-62、医学書院、1990。
- 2) 加茂君孝：「めまいの構造」、P. 55-60、金原出版、1992。
- 3) 野村公方：めまい・平衡障害のメカニズム「めまいの医学」、P. 31、南山堂、1995。
- 4) 鈴木淳一他：「臨床めまい・診療の手引き」、P. 14、種原出版、1985。
- 5) 加茂君孝：「めまいの構造」、P. 103、金原出版、1992。
- 6) 鈴木淳一他：「臨床めまい・診療の手引き」、P. 20-26、種原出版、1985。
- 7) 水越依理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 9、現代医療社、1988。
- 8) 原家寛馬：中級性疾患「めまいの医学」、P. 117、南山堂、1995。
- 9) Thomas Brandt：「VERTIGO めまい」、P. 109、金原出版、1994。
- 10) 鈴木淳一他：「臨床めまい・診療の手引き」、P. 12-15、種原出版、1985。
- 11) Thomas Brandt：「VERTIGO めまい」、P. 128、金原出版、1994。
- 12) 水越依理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 242-245、現代医療社、1988。
- 13) 水越依理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 15、現代医療社、1988。
- 14) 曾 卓：「めまいの科学・心と身体の平衡」、P. 135、朝倉書店、1992。
- 15) 植村研一：「頭痛・めまい・しびれの臨床」、P. 50、医学書院、1990。
- 16) 平林 別：「慢性めまい」めまいの医学」、P. 142、南山堂、1995。
- 17) 鈴木淳一他：「臨床めまい・診療の手引き」、P. 52、種原出版、1985。
- 18) Thomas Brandt：「VERTIGO めまい」、P. 178、金原出版、1994。
- 19) Thomas Brandt：「VERTIGO めまい」、P. 216-219、金原出版、1994。
- 20) 水越依理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 201-208、現代医療社、1988。
- 21) 水越依理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 6、現代医療社、1988。
- 22) 加茂君孝：「めまいの構造」、P. 43、金原出版、1992。
- 23) 曾 卓：「めまいの科学・心と身体の平衡」、P. 101、朝倉書店、1992。
- 24) 曾 卓：「めまいの科学・心と身体の平衡」、P. 142、朝倉書店、1992。
- 25) 植村研一：「頭痛・めまい・しびれの臨床」、P. 72-73、医学書院、1990。
- 26) 小川 啓：「めまいの医学」、P. 98-103、南山堂、1995。
- 27) 鈴木淳一他：「臨床めまい・診療の手引き」、P. 62-64、種原出版、1985。
- 28) 加茂君孝：「めまいの構造」、P. 55-60、金原出版、1992。
- 29) 水越依理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 8、現代医療社、1988。
- 30) 加茂君孝：「めまいの構造」、P. 55、金原出版、1992。
- 31) 川城大夫：「内科疾患とめまい」めまいの医学」、P. 133-136、南山堂、1995。
- 32) 小川 啓：「めまいの医学」、P. 282、南山堂、1995。
- 33) 加茂君孝：「めまいの構造」、P. 131-135、金原出版、1992。
- 34) 川崎貞明：「自律神経失調とめまい」「HOOK 21 めまいのかた」、P. 180-185、金原出版、1992。
- 35) 木下晴彦：「東洋医学と交流分析」、P. 77-87、エンタプライズ、1993。
- 36) 石川 中：「心身医学入門」、P. 37-47、南山堂、1978。

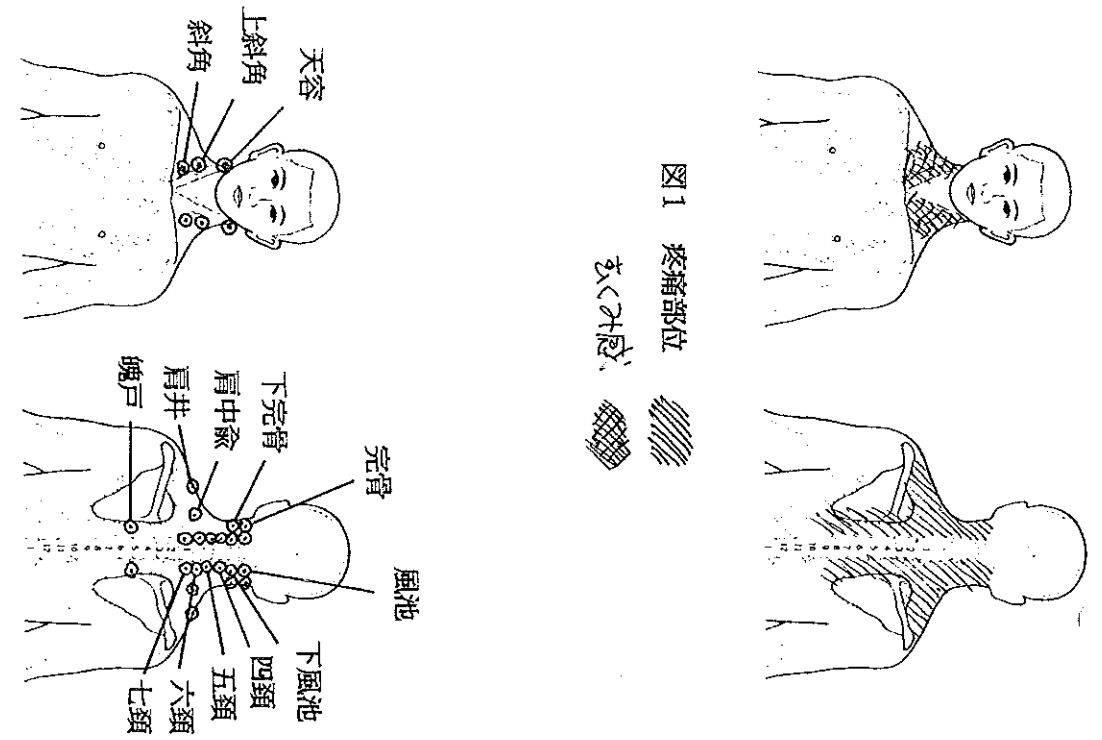


図1 疼痛部位  
むくみ感

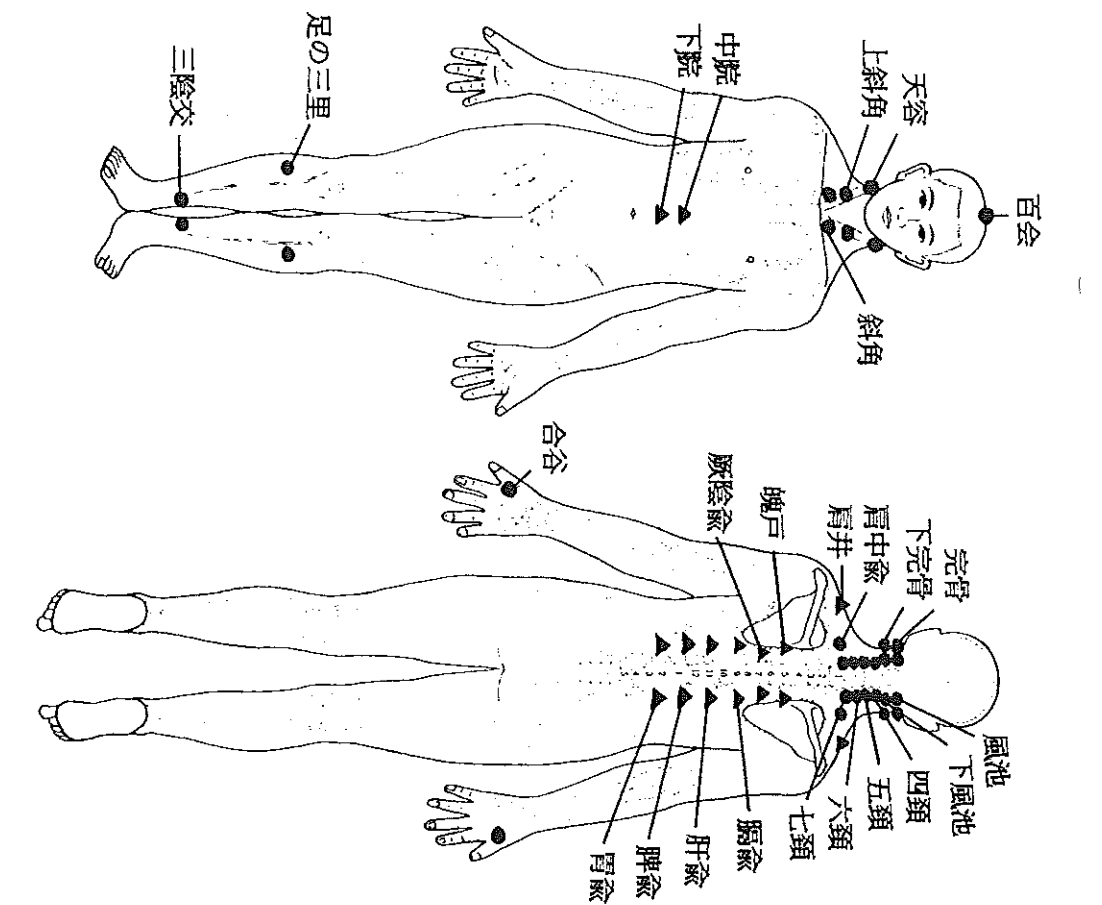


図3 治療部位  
鍼 ● 鍼灸 ▲