

良性発作性頭位眩暈症

(BPPV)

H 6. 6. 23

加島 郁雄

症例報告

症例 ST 59歳 女 事務員

初診 平成5年9月13日

主訴 目がまわる

現病歴 子供の頃より、よく乗り物酔いをした。乗り物酔いは、約7年前の慢性副鼻腔炎の手術後より、さらに酷くなった。

本年7月25日に父が脳梗塞で倒れ、介護疲れのためか体重が約1か月に14Kgも痩せた。9月1日、急に体重が減ったので心配になりS総合病院外科を受診し、腸の検査を依頼した。9月6日の朝、昨夜より下剤をかけS総合病院を受診しようとして立ち上がって洋服ダンスを開けようとしたとき、急に自分がぐるぐる回ったため、畳にしがみついた。めまいはすぐにおさまったが吐き気がした。その後、いつものように起き上がろうとするとめまいと吐き気が起こるため怖くなり、昼過ぎに近所のH内科医院を受診した。内科では「異常はありません。疲れじゃないですか」といわれ、血液循環を促進させる薬と精神安定剤を3日間投与された。その後仕事を1週間休み少し良いようだが、体を動かそうとするとめまいと吐き気が起こり、症状に基本的な変化が認められないため友人の紹介で来院した。

現在、寝ていてさっと起き上がろうとしたとき、自分がぐるぐる回っているような激しいめまいを感じる。そのとき吐き気はあるが、耳鳴、難聴、頭痛はない。めまいはじっとしていると感じないので、なるべく動かないようにしている。耳閉感、頭重感、嘔吐、口唇のシビレ、手足の冷え・シビレ・マヒ・脱力感、複視、言語障害(舌のもつれ)、嚥下障害、食欲不振、巧緻運動障害、膀胱・直腸障害はない。頸肩のコリを感じるが、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、糖尿病、顔面神経麻痺、意識喪失等の既往症はない。10年程前より遠視のため、事務のときのみメガネをかけている。常用している薬物はない。仕事は公務員で一般事務をしている。スポーツは

していない。アルコールは飲めない。その他一般状態は良好である。既往歴 約7年前の慢性副鼻腔炎の手術後より、疲れると鼻の周囲が腫れて痛む。

家族歴 特記すべきものなし

[診察所見] 身長162cm、体重43kg。やせ型。血圧は臥位130-91mmHg、立位132-90mmHgでシェロング・テスト陰性¹⁾。裸眼下で自発眼振、注視眼振(正面、左右、上下)ともに陰性²⁾³⁾。頭位眼振は仰臥位において右下頭位陽性で約30秒認められ、そのときめまいと吐き気を訴えた⁴⁾。その後、同検査を4回行ったが、めまいと吐き気に疲労現象が認められた。マン検査は開眼、閉眼ともに陰性³⁾⁶⁾。単脚直立検査の開眼は両足ともに30秒で、閉眼は両足ともに15秒で身体が動揺し足をおろし陰性³⁾⁷⁾。ウエーバー検査陰性⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。膝蓋腱反射、アキレス腱反射ともに正常。心理学的検査はMS調査表(6問)陰性。自律神経症状調査表(23問)陽性。SRQ-D調査表(17点)陽性。エゴグラムはCP-12点、NP-17点、A-8点、FC-3点、AC-18点が認められた(図1)¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。筋の過緊張が後頸部、外側頸三角部、胸鎖乳突筋部に認められた(図2)。圧痛は右側の天柱、風池、完骨、天窓、A点、B点、両側の肩井、肩中兪に認められた(図3)。

要約 本症例のめまいは、体を急に動かしたときのみ誘発される激しい回転性のもので、持続時間が30秒以内である。さらに上記の動作により再発を繰り返している。めまいに伴う聴覚症状、神経症状がない。頭位眼振は陽性で、再検査でめまいの疲労現象が認められる。マン検査、単脚直立検査、ウエーバー検査がすべて陰性。膝蓋腱反射、アキレス腱反射ともに正常などから良性発作性頭位(変換)眩暈症(以下BPPVという)と推測される。本症例は良性で数週間から数か月で自然に軽快することが多いといわれていることから、鍼灸治療は適応と考えられる¹⁴⁾¹⁵⁾。

対応 Tさんは小さいときから、よく乗り物酔いをしたように、普通の人より体のバランスをとる器官が弱いのです。今回、お父様の介護疲れな

どで体力が消耗し、めまいが起こったものと思われます。鍼灸治療で頸肩の血液循環を良くし、普通の人以上に運動をして頂ければ、必ずよくなります。しかし問診のときのアンケートから貴方の生真面目でサービス精神あふれる生活が想像されます。精神的に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こころがけて治療に専念して下さい。

[治療・経過] 鍼灸治療は頸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 治療体位は伏臥位で行った。使用鍼はステンレス・1寸6分-1号(50mm-16号)を用いた。取穴は右側の天柱、風池、完骨、天窓、A点、B点、両側の肩井、肩中兪に直刺で約7mmそれぞれ刺入し、右側の「天柱-風池」「A点-B点」「完骨-天窓」、両側の「肩井-肩中兪」に1Hz×2mAで、15分間のパルス通電を行い置鍼中、通電部位を赤外線灯で加温した。抜鍼後、百会に半米粒大の灸を5壮行った(図4)。

生活指導として、なるべく体を動かすように、まためまいや吐き気を怖がらず仰臥位で積極的に頭を右下位に向けるよう指示した。

第2回(2日目) 前回治療後より、めまいが軽くなったような感じがする。めまいの回数も減ってきた。治療は前回と同様。

第3回(4日目) めまいは、ほとんど感じなくなった。気持ちも楽になり積極的に動くようにしている。明日から仕事に出る予定だ。

第4回(7日目) 前回治療後よりめまいはない。自覚症状が消失したので今回で治療終了とした。生活指導として過労にならないように、また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。

考察 本症例はBPPVと同様の誘発因子で発症する中枢性発作性頭位眩暈症(悪性持続性頭位眩暈症、以下MPPVという)との鑑別が必要と思われる。小脳の出血や腫瘍などが推測されるMPPVは、頭位を一定の方向へ向けていると、めまいが延々と続き、疲労現象がなく再現性があることから除外可能と思われる⁴⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。

つぎに心理学的検査で自律神経失調症が示唆されたが、心因性めまいは浮動性が多く、その原因とされる高血圧、低血圧、起立性低血圧は、

シェロング・テスト陰性から、遠視はメガネを3か月前に換えていることから、それぞれ可能性は少ないと思われる。また自律神経障害は嘔吐、発汗、顔面蒼白、冷汗などの自律神経症状がなく、本症例が頭位変換性で疲労現象のみられるめまいであることから考えにくい²⁰⁾²¹⁾。

メニエール病は、めまいに耳鳴、難聴を伴うため否定できると思う。

以上の点を考慮して、本症例は頭位や体位を一定の方向へ変化させたときのみ、一過性の激しい回転性めまいを起こし、持続時間が短く再発を繰り返していると疲労現象が認められ、めまいに伴う聴覚症状、神経症状がないことからBPPVと推測される⁴⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。

BPPVは耳石障害によって起こると想像されているが、原因はそのほとんどの例で不明である¹⁴⁾¹⁶⁾²²⁾。

心因性めまいに関して、中川は「CMI、MPIなどの心理学検査でBPPVの発症に明らかに心因の関与があると推論された²³⁾²⁴⁾」と述べている。

心理学的検査の結果、自律神経症状調査表は消化器系が一番多く8問を“はい”と答え、ついで運動器系の5問、循環器系の4問、神経系の3問、呼吸器系の2問、皮膚系の1問、で合計23問に“はい”と答え、自律神経失調症と評価された。SRQ-D調査表は、17点陽性で軽症うつ状態(仮面うつ病)と鑑別された¹¹⁾¹²⁾。エゴグラムはNPとACが高くFCが低いことから、自己否定、他者肯定の状態での自分の価値は認めにくく、私はOKでないが他人は優れていて貴方はOKであるという構えになっている。また本来、気性は強いが人情的にも愛情的にも厚く奉仕的な感情がある。結果として自分を犠牲にする従順な性格が作用して他人に気をつかいすぎて自己主張がなく、自主性も妥協性もない感情となり葛藤状態を余儀なくされている。それに加えて行動が引きこもる状態に進むため自責行為すなわち自分自信を責める感情になり、思考も行動も抑圧されて耐え忍んで生活するようになる“忍の字タイプ”といわれる感情を抑圧した状態になっていることが示唆された²⁵⁾。

以上のことを鑑みて、本症例の発症に心因性の関与をすべて否定することには無理があるように感じた。

本症例の場合、治療経過がよく、症状が比較的すみやかに軽快したことから鍼灸治療を選択したことは概ね妥当であったと思われる。

経穴の位置

A点-C_{3,4} 棘突起間右外方約3cmの圧痛点。

B点-C_{4,5} 棘突起間右外方約3cm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. 59～61、医学書院、1990。
- 2) 本庶正一：めまいの検査法、「めまい-基礎と臨床-」、P. 118～129、金原出版、1978。
- 3) 水越鉄理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 27～35、現代医療社、1988。
- 4) 植村研一：「頭痛・めまい・しびれの臨床」、P. 76～79、医学書院、1990。
- 5) 本庶正一：めまいの検査法、「めまい-基礎と臨床-」、P. 98～99、金原出版、1978。
- 6) 本庶正一：めまいの検査法、「めまい-基礎と臨床-」、P. 99～101、金原出版、1978。
- 7) 本庶正一：めまいの検査法、「めまい-基礎と臨床-」、P. 101～102、金原出版、1978。
- 8) 鈴木淳一：「図説めまい/診療の手引き」、P. 36、篠原出版、1985。
- 9) 吉江信夫：聴力検査、「必修耳鼻咽喉科学」、P. 71～72、南江堂、1987。
- 10) 平山恵造：聴覚の検査、「神経症候学」、P. 222～223、文光堂、1976。
- 11) 木下晴都：鍼灸臨床に交流分析の導入 2 「医道の日本 第50巻・第3号」、P. 6～10、医道の日本社、1991。
- 12) 石川 中：「心身医学入門」、P. 37～47、南山堂、1978。

- 13) 木下晴都：「東洋医学と交流分析」、P. 84～101、エンタプライズ、1993。
- 14) 加我君孝一：「めまいの構造」、P. 55～57、金原出版、1992。
- 15) Thomas Brandt、寺本 純訳：「VERTIGO めまい」、P. 106～115、診断と治療社、1994。
- 16) 野末道彦：良性発作性頭位めまい症の診断・治療、「めまいのみかた」、P. 120～125、金原出版、1992。
- 17) 松永 亨、久保 武：平衡機能検査法、「平衡機能検査の実際」、P. 87～P. 91、南山堂、1992。
- 18) 北原正章：めまい・平衡障害をきたす疾患「平衡機能検査の実際」、P. 56～P. 57、南山堂、1992。
- 19) Thomas Brandt、寺本 純訳：「VERTIGO めまい」、P. 127～128、診断と治療社、1994。
- 20) 水越鉄理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 14～16、現代医療社、1988。
- 21) 木下晴都：「最新鍼灸治療学 上巻」、P. 330～332、医道の日本社、1992。
- 22) 水越鉄理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 207～209、現代医療社、1988。
- 23) 水越鉄理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 18～21、現代医療社、1988。
- 24) 水越鉄理：「めまい・平衡障害の診断と治療」、P. 244、現代医療社、1988。
- 25) 木下晴都：「東洋医学と交流分析」、P. 46～54、エンタプライズ、1993。

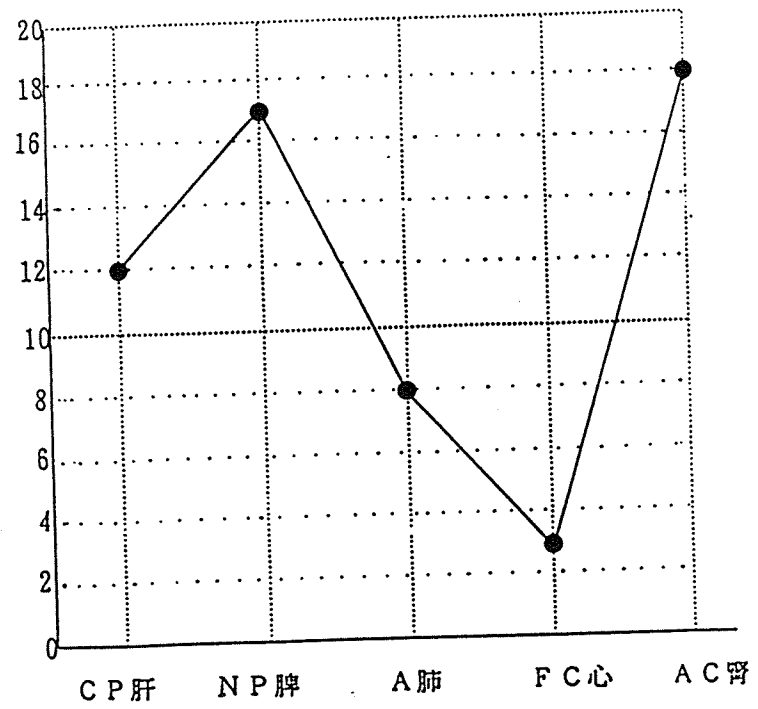


図1 エゴグラム

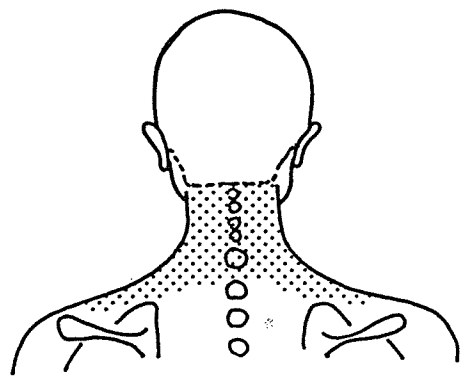


図2 筋の過緊張部位

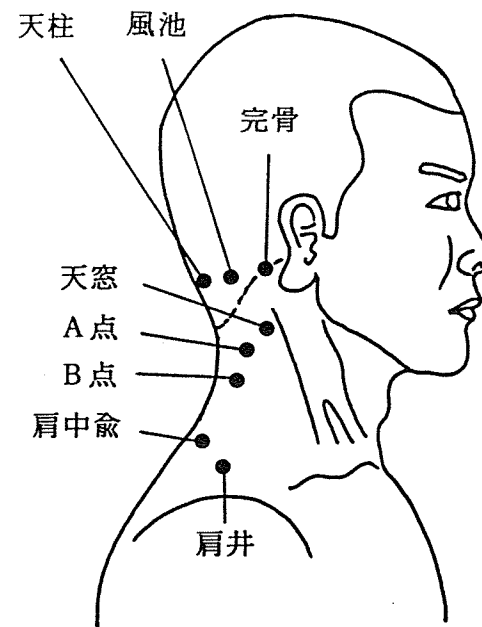


図3 圧痛部位

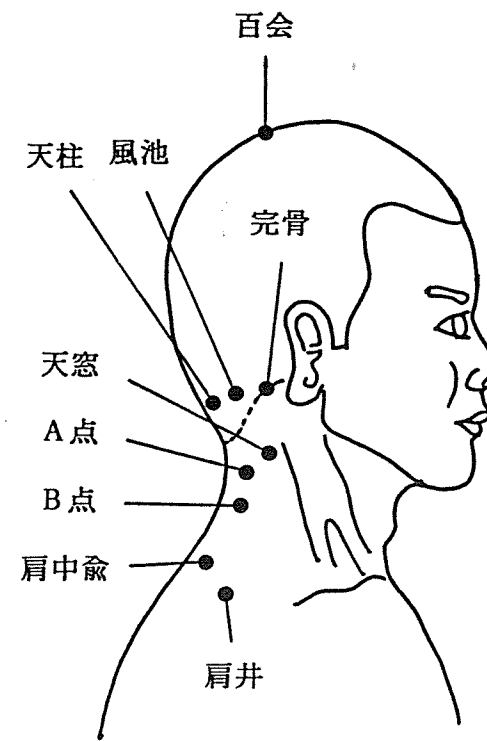


図4 刺鍼・施灸部位