

平成 30 年 5 月 24 日

症例報告 良性発作性頭位めまい症

板橋支部 折原瑛哲

本症例は、回転性のめまいがおこり、めまい外来にて治療および投薬を受けた後に、それまでとは違うめまいに襲われ当院に来院した。鍼灸治療を施したところ、1 回の治療で症状の緩解が得られた症例である。

症 例：55 才 女性 主婦・美容院勤務

初 診：平成 30 年 12 月 6 日

主 訴：起き上がりなどの体動でぐらぐらとしためまいが起こる。

現病歴：平成 30 年 12 月 3 日、朝起きたときにまわりの景色がぐるぐると回る回転性のめまいに襲われたが、自分で頰のマッサージをおこなったところ、めまいが無くなった。

12 月 4 日、朝起きると昨日と同じめまいがおきたので、近所の総合病院を受診した。良性発作性頭位めまい症と診断され、応急に内耳の耳石を動かす体操をした。

12 月 5 日、同病院のめまい外来を受診して、ふたたび体操（エプリー法と思われる）をした後、投薬がおこなわれ、薬（メリスロン・アデホス）を服用した。

12 月 6 日、朝起きあがると今までと違うぐらぐらとしためまいに襲われ、立ってられないような状態となり、当院に来院した。

歩行は不安定ではない。巧緻運動障害、膀胱・直腸障害はない。頭部外傷・てんかん等の既往はない。糖尿病はない。3 年前から高血圧で降圧剤を服用している。

アルコールは飲まない。タバコは吸わない。

既往歴：椎間板ヘルニア（当院にて、平成 30 年 8 月 9 日~11 月 8 日まで治療し緩解）

家族歴：特記すべきことなし

診察所見：身長 160cm。体重 68kg。閉経 52 才。血圧 125-82mmHg。膝蓋腱反射は左右ともに消失。アキレス腱反射は左右ともに減弱。眼振（裸眼下）は認められない。注視追跡運動時の眼球の動きはスムーズである。耳鳴り、難聴、耳閉感などは無い。悪心、おう吐、顔面蒼白、動悸などは無い。顔面や四肢のしびれ、麻痺、脱力感、構音障害、意識障害、頭痛、複視、眼前暗黒、発熱などは無い。帯状疱疹は無い。最近、風邪をひいたことは無い。家庭や仕事で特に大きな変化は無い。後頸部、胸鎖乳突筋部、肩背部には強い緊張が認められる。圧痛は、側頭部の右側卒谷、右側風池、右側 A 点、右側肩井、右側魄戸、外三里、太衝、俠谿等に認められた。

診 断：本症例は総合病院のめまい外来にて良性発作性頭位めまい症と診断され、治

療が行われた後に、それまでとは違うめまいが発症している。頭痛・発熱・おう吐・麻痺・眼前暗黒・複視・意識障害などが認められないことや深部反射の亢進が認められないことから、鍼灸治療は適応すると判断し、治療を行うこととした。

対 応：あなたのめまいは特に危険な原因によるものとは考えられません。耳石の位置を動かしたばかりでまだ落ち着かなかつたり、頸や肩の凝りなどが強いことから、血液や体液の循環が悪いことなどが重なっておきていると考えられます。また、起き上がりの動作がめまいをおこす誘因となっているようなので、急激に起きあがることは避けてゆっくりと落ち着いて起きあがるように心がけてください。

治療・経過：鍼灸治療は頸・肩部の血液およびリンパの循環を改善し、めまいの症状緩解を目的とし行った。

第1回 治療体位は仰臥位で行った。使用鍼は1寸6部4号（50mm-22号）を用いた。両側のA点に直刺で10mm 刺入、右側俠谿に直刺で5mm 刺入し10分間の置鍼をすると同時に、黒田製カーボン灯 3000-5000番で足底・膝部を10分間ずつ照射した。抜鍼後、右側太敦に半米粒大で直接灸を6壮施灸した。その後、軽いマッサージを施し治療を終了した。治療直後の起き上がり動作時には、めまいは8割方軽減した。

生活指導：急激な体位（頭位）の変換をしないように指導した。しびれや半身の麻痺しゃべりにくいなどの症状が出てきたら、すぐに大きな病院に行くように指導した。

第2回（7日目） 前回治療の翌日からほとんどめまいは無い。前回の治療を中止し、両側の陽陵泉に下方に向け45°で5mm 刺入し10分間の置鍼を行った。黒田製カーボン灯の照射は前回同様。症状緩解とみて、治療を終了することとした。

考 察：本症例は、回転性のめまいが起こり耳鼻科で良性発作性頭位めまい症と診断され治療が行われた後に、ぐらぐらとした非回転性のめまいが発症している。

めまいを大きく分けるとその大半は末梢（内耳）性が占め、原因の81%が耳鼻科疾患である。

さらに、回転性のめまいは末梢（内耳）性が多い。

これに対して中枢性（脳卒中）で起こるめまいのうち、60～70%は非回転性のめまいである。1)2)

上記のことから本症例で最初に鑑別すべきは、中枢性めまいであると考えられる。

しかし、脳幹や小脳の出血や梗塞では、末梢性めまいと同様の急速かつ激しいめまいを生ずるため、発症の様式のみでの鑑別は困難である。

問診においていくつかの随伴症状を確かめることは診断を導く上で大切であると考えられる。

以下、随伴症状について述べる。3)

- 1) 物が縦に揺れる。中枢性めまいを示唆する垂直性眼震の存在を疑う。
- 2) しびれ。四肢のしびれ（手袋靴下型）、顔面を含む半身のしびれなど。めまいを起こした後日にしびれが出現することもあるので、経過観察を確実に行う。

- 3) 複視。複視があればそれだけで末梢（内耳）性めまいは否定される。
- 4) 頭痛。特に一側の耳後部痛・後頭部痛
- 5) 眼前暗黒。めまいにこの症状を伴えば、中枢性めまいを疑う。患者によっては景色が真っ白になったと表現する場合がある。これを **white out** と称するが、同義である。
- 6) 短時間（数分以内）の意識消失（失神）。
- 7) 構音障害。めまいを起こした後日に出現することもある。
本症例では、上記随伴症状は認められない。
続いて、いくつかの行うべき検査について述べる。6)
- 1) 静止の検査；ロンベルグ検査、マン試験を行う。眼を開いていても直立時にふらつきが大きいときは脳幹や小脳の障害を疑う。内耳性の平衡障害はこれに反して眼を閉じたときにいちじるしいのである。
しかし、本来ロンベルグ検査とは、中枢性（小脳）機能の評価ではないということは知っておくべきである。
- 2) 運動時の検査；歩行時に偏奇がある時（左右へ偏ってゆく状態）一方の内耳に障害があるときなどはその代表である。
よろめきは障害が中心性にあるときで、脳や両方の内耳に同時に障害があるときみられる。（その他、足踏み検査等がある。）
本症例では、歩行を観察してよろめき等は認められなかった。
上記より中枢性めまいの可能性は低いと判断した。
本症例との鑑別すべき疾患を以下に述べる。4)5)
- 1) メニエール病；めまいの起こり方が誘発性であり、耳鳴り、難聴を伴わない。
- 2) 前庭神経炎；発症の以前に感冒様症状は認められない。発作は通常 1 回限りであり繰り返さない。
- 3) 内耳炎；中耳炎の既往がなく頭痛、耳鳴り、発熱、おう吐を伴わない。
- 4) 突発性難聴；耳鳴り、難聴を伴わない。
- 5) ストマイ・カナマイ中毒；そもそも使用していない。
- 6) ハント症候群；带状疱疹が認められない。
- 7) 心因性めまい；本症例の浮遊耳石説はまだ仮説の段階であり、心因性の否定はできない。

4月24日放送のTV番組で見たのだが、脊柱管狭窄症でもめまいは起こる。座骨神経痛、間欠性跛行が認められない段階であり、ロンベルグ徴候陽性および振動覚障害が認められた。L5神経が障害され足の裏の感覚障害が起こり床が波打つような特殊なめまいが出現していた。

本症例は後日（3か月後）座骨神経痛が再発。MRI検査を依頼したところ、ヘルニ

アと脊柱管狭窄症と診断された。ロンベルグ徴候陽性の所見が得られた場合には、温痛覚や振動覚の検査は取り入れるべき検査だと考える。

最後に治療についての考察を述べる。

めまいに限らずいわゆる耳鼻科疾患の鍼灸治療において、A点をどこに定めるかは重要である。A点のツボの取り方によって、治療の成績は左右されると考えている。

経穴の位置

A点 C3棘突起外方3cmの硬結、陥凹または圧痛

参考文献・資料

- 1) 循環器情報サービス <http://www.ncvc.go.jp>
- 2) 中山杜人：内科医のための「危ないめまい・中枢性めまい」の見分け方、p.11、丸善出版株式会社、2011.
- 3) 同上 p.19~22、
- 4) 同上 p.117.
- 5) 坂田英治：めまいの臨床、p14~22. 株式会社新興医学出版社 2003.
- 6) 同上 p.41~43

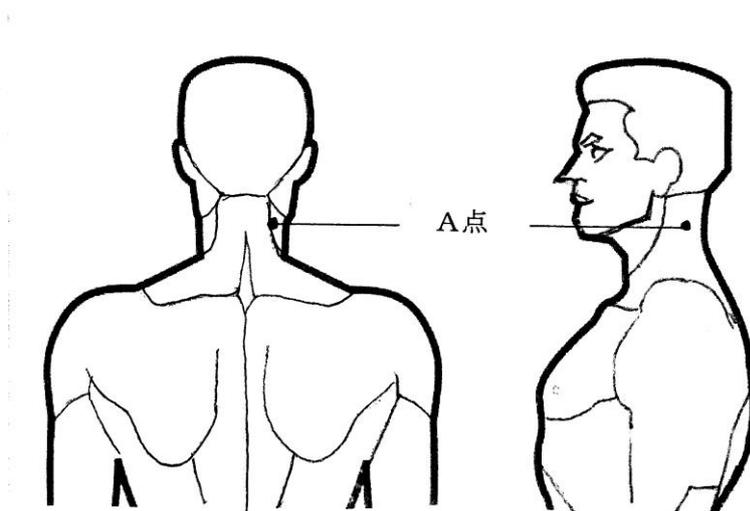


図1：A点