



医療連携 つつじ

第14号
平成22年1月発行

社会保険中央総合病院 〒169-0073 新宿区百人町3-22-1

総合医療相談室 電話/FAX03-3364-0366 <http://www.shahochu.com>

新年のごあいさつ

副院長 高添 正和

世界に冠たる数の質の高い医療機関が蝟集するここ東京の地で、社会保険中央総合病院が永く医業を継続していくためには、医療連携の充実が避けがたいと確信しております。

当院では、必要なアメニティーを整備し、人員を養成する事に鋭意取り組んで参りました。

去年は、公的病院としての存続の方向性が決まり、病院機能評価の更新認定を受け、病棟の整備、病院新システムの導入などを着々と進めております。人員の養成に際しては、医療現場では病態・社会的背景がさまざまな患者さんを診ておられる診療所の先生方が、毎日の診療の中でどんな些細な事にも全精神を集中して患者さんに対処しておられる姿勢に多くのことを学びました。この先生方の真摯な姿勢は、病院職員が診療所の先生方を再発見する一つの鍵となっています。医療人としての全幅の精神を以って、目の前の病人を診る。病状が軽くても重くても、鼻風邪だろうが重症の病だろうが、同じ態度で接し、いかなる時も、その姿勢は変わる事がない。事の軽重を問わず日常の事に、精神を集中させて心を散らすことがない。その瞬間、些事は些事でなくなります。そう気づいた時、我々病院の職員は診療所の先生方への尊敬の念を抱きました。

私どもは地域の先生方と当院職員との“人の輪”と“人の力”を柱にした安全で心温かい医療実践こそが医療連携の華と自負しております。

この先の見えない風雪の時代にいかに予測しがたい状況に陥ろうとも、医療という現場で、先生方と手を取り合って地域住民の健康と福祉の増進に努めて行く所存です。

今後とも社会保険中央総合病院をよろしくご願い申し上げます。



3. 慢性下気道感染症:

咳と痰があり、その痰の色が黄色あるいは緑色であれば感染症を疑います。たとえ単純写真で一見異常が無くとも、CTで見ると軽度の気管支拡張があることはしばしばあります。CTを撮る必要はしかし普通は無く、先ずは抗菌薬を投与してみることです。この場合、どんな抗菌薬でも良いというわけではありません。慢性下気道感染症の起炎菌に広い抗菌活性を持ち、喀痰移行の良い抗菌薬となると、レスピラトリーキノロンしかありません。具体的にはトスフロキサシン(オゼックス?)、ガレノキサシン(ジェリナック)、レボフロキサシン(クラビット)但し最近出た500mg錠or250mg錠に限ります)などです。ペニシリン系やセフェム系、マクロライド系はほぼ無効と考えて下さい。処方期間は5日～最長でも7日です。これ以上出す意味は全くありません。

4. 肺結核、肺癌:

頻度は稀れですが、これらの疾患の可能性も必ず頭のどこかには置いておくべきです。若い人の場合には肺結核もあり得ます。肺癌はさすがに高齢者で考えればよいでしょう。これらの鑑別のためにも胸部X線写真は必要と考えます。

5. 後鼻漏(PNS)、逆流性食道炎(GERD):

米国ではこれらの疾患が長引く咳の原因の最も主要なものを占めるとされていますが、我が国では稀れです。またこれらの疾患でも、治療はやはり吸入ステロイドが良いとの報告もあり、この二つの疾患にこだわる必要は余りありません。

6. 百日咳:

最近、我が国で、百日咳が増加しており、特に16歳以上の成人で増えていると言われます。これが長引く咳の原因では、との議論も近年は賑やかです。具体的に10～15%くらいは百日咳が原因、との推論もあります。しかし結論から申し上げますと、3週間以上続く咳の患者の場合、その可能性にこだわっても余り得るものはありません。まずこの病気の診断の難しさがあります。小児においては典型的な症状を呈するこの病気も、成人では特別な症状とはなりません。菌の検出は咳の出る時期(痙咳期といわれます)には通常極めて難しく、PCR法などいくつかの方法が試みられていますが、未だ一部の研究期間に限られ、一般的ではありません。現在は血清の凝集素価で見る方法が一部で行われていますが、しかし、ワンポイントで見える場合、いくら以上であれば病気と診断するのかについては定説が無く、血清検査は無用であると言いきる専門家もいます。そもそも痙咳期には菌はいないわけですから、この時期に抗菌薬(マクロライド、キノロンなど)を出しても、治療効果はありません。結局吸入ステロイドで行くしかない私と考えています。

以上まとめますと、3週間以上の長引く咳を訴えてくる方の7割以上は、アレルギー性の咳で、吸入ステロイドがよく効きます。



～～～メニエール病について～～～

耳鼻咽喉科部長

石本 晋一



はじめに

最近芸能人（歌手の加護亜依さん、久保田利伸さんや芸能人の美保純さん…）がメニエール病で公演を中止したり、番組から降板したりすることが新聞やテレビなどで報道されることがありました。そのため、今までほとんど知られていなかったメニエール病の病名も一般のひとの間にも知られるようになってきたようです。そのため‘めまい＝メニエール病’、‘回転性めまい＝メニエール病と’間違った認識の患者さんもいるようです。またメニエール病をはじめ‘内耳性めまい’に抗ウイルス剤を薦める記事を持参される患者さんもいるため先生方のなかでも驚かれる方がいらっしゃるのではないかと思います、今回は特にメニエール病についてご紹介いたします。

めまいは大きく脳梗塞（小脳梗塞など）をはじめとした中枢性めまいと内耳（三半規管・前庭）が原因である内耳性めまい、それ以外（心因性・頸性のめまいなど）に分類できます。簡単に中枢性と内耳性めまいの鑑別表を示します。（表1）

一般に激しい回転性のめまいは内耳性疾患によるものが多いです。また回転性のめまいであっても内耳性ということが結論できないのが難しいところです。回転性めまいでご紹介いただいた患者さんの中にも1時間もしないうちにろれつが回らなくなり呼吸困難になった症例もいてCT、MRIを施行したところ広範な椎骨脳底動脈の梗塞だった症例もありました。また‘めまい’を訴えて受診される患者さんは非常に多く、その原因も精神的な要因や起立性低血圧のような自律神経心因性や頸性によるめまいのような頸椎疾患、頭痛に伴うめまいなど非常に多くの疾患があります。当院で経験した症例でも‘めまい’を主訴に受診され、翌日心筋梗塞が原因であることが判明した方もいました。このように‘めまい’は非常に多くの疾患が原因で生じるためなかなか診断が厄介と思われる先生方も多いのではないのでしょうか？実際めまいの診療に当たる耳鼻咽喉科医師でも多くがめまいの診療は非常に難しいと感じています。

表 1

症 状	末梢神経障害（内耳性）	中枢神経障害
1：めまい	Vertigo	Dizziness
a) 性状	回転性	浮動性・身体不安感など
b) 程度	激しい	軽い
c) 頭位・体位との関係	あり	なし
2：耳鳴・難聴	あり	なし
3：中枢神経症状の合併	なし	あり
4：眼振	主に回旋性	主に垂直性

メニエール病とは

メニエール病とはフランスの医師、プロスパー メニエールが、それまでめまいの原因といえば脳卒中といわれていた時代（19世紀半ば）に、めまいが内耳（蝸牛・前庭・三半規管を含めた部位）から生じることを初めて提唱（1861年）しました。それにちなんで、内耳性めまいのある種のものがメニエール病とよばれるようになりました。

メニエール病では、突然激しい回転性めまい発作が起こり、それと同時に片耳の難聴・耳鳴り・耳閉塞感（耳がふさがった感じ）が現れます。めまい発作は通常30分から数時間で治まり、めまいが治まると難聴・耳鳴り・耳閉塞感も改善します。そして、同様の発作を反復することがメニエール病の特徴で、何度も発作を繰り返していると、そのうちめまいが治まっても耳鳴りや難聴が残ってしまいます。特に難聴は徐々に進行して全周波数にわたり高度難聴になって聞こえなくなる方もいらっしゃいます。また発作中は自律神経症状として悪心、嘔吐、冷汗、顔面蒼白、頻脈などを伴うことが多いため非常に患者さんにとってはつらい疾患です。メニエール病の好発年齢は30～50歳で、女性に起こりやすい傾向があります。普通は片耳の疾患ですが、両耳に起こる場合も20～30%あると言われています。またメニエールの発作は過労、睡眠不足、そしてストレスなどが誘引となるといわれています。さらに、天候や気圧の変化にも影響を受けやすいため初夏と晩秋には多いようです。患者さんの中にも毎年7月と11月にめまい発作が生じるということで受診されている方もいます。またメニエール気質とでもいうのでしょうか？非常に繊細で神経質の患者さんが多いようです。

診断基準（表2）

詳細は表2に示しました。

- 1) 数分から数時間の回転性めまい発作が反復する。
- 2) 耳鳴り・難聴・耳閉感がめまいに伴って消長する。
- 3) 諸検査で他のめまい・耳鳴り・難聴を起こす病気が鑑別できる。

上記の1) 2) 3) を満たせばメニエール病と確定診断をします。また、1) と3)、あるいは2) と3) のみの場合にはメニエール病の疑いとします。そのため1回のめまい発作では診断がつかないというのがメニエール病の特徴です。

メニエール病の病態

メニエール病の原因は不明ですが病気の本体は内リンパ水腫であり内耳の内リンパ液の入っている部位が膨れ上がり内リンパ液と外リンパ液を分ける膜が破綻して内リンパ液と外リンパ液が混合して電解質・浸透圧異常が生じて発作が生じるといわれています。その内リンパ水腫の原因としては内リンパ嚢（内リンパ液を吸収するところ）の吸収低下、内リンパ管（内リンパ嚢へつなぐ管）が閉塞して生じるのではないかと推測されていますが原因は明確になっていません。

メニエール病の治療と予防

メニエール病の誘引となる過労、睡眠不足を避け、ストレスをためないように生活習慣を改めることが第一にあげられます。またメニエール病の前兆（耳の違和感・閉塞感や軽いふらつきなど）が生じたらストレスがかかっていたり、睡眠不足気味ではないかと考えてストレス解消や睡眠を十分にとっていただくように心がけていただくことが重要です。また治療としては薬物治療が中心になります。めまいを軽くする抗めまい剤（トラベルミン・メリスロン）や嘔吐に対する制吐剤（プリンペラン・ナウゼリン）というような症状を軽減する対症的な薬剤の投与と内リンパ水腫本体を改善する治療薬の投与を行います。内リンパ水腫を軽減する目的では利尿剤系統の薬を多く使います。中でも、イソソルビド（イソバイド）が広く使われています。また、同時にステロイドも使用することがあります。内耳の神経細胞や内耳神経の活動を改善する目的で、ビタミン B12 や末梢血流改善剤なども使います。しかし、薬による治療でめまい発作を止めることができず社会生活に支障をきたすような場合や、聴力が段々悪化して行くときには手術も行われます。手術は内リンパ嚢（内リンパ液の吸収部位）を開放する内リンパ嚢開放術とバランスの神経であるところの前庭神経を破壊する前庭神経切断術があります。しかしながら手術で完全に改善する症例ばかりでないことや聴力が改善しないことから一部の施設でしか行われていないのが現実です。また聴力が消失する可能性もありますが耳毒性のあるゲンタマイシンを耳に注入して平衡感覚を司る細胞を障害してめまいを生じなくさせる方法もあります。ただ聴力の感覚細胞も障害される可能性があるため、この方法も一部の施設のみで行われている方法です。

メニエール病は反復するため発作ができるだけ生じないように長期にわたりうまく付き合っていかななくてはならない疾患です。そのため早期に正しく診断し、適切な治療・予防を行うことが最も大切になります。

内耳性のめまいについて

内耳性のめまい＝メニエール病と間違っている患者さんがいるようですがメニエール病自体はめまいの中で4番目に多い疾患で、めまい自体の数パーセントを占めるに過ぎません。一番多い疾患は良性発作性頭位めまい症（BPPV）であり、高齢者では高頻度に見られる疾患であります。

70歳までに高齢者の3割が少なくとも1度はBPPVを経験するとも報告されています。また他の内耳性のめまいではウイルスが原因といわれている前庭神経炎、突発性難聴にともなっためまい、内耳梅毒、外リンパ瘻（かんだことでリンパ液が漏れる疾患）聴神経腫瘍などが代表的な内耳性めまいの疾患としてあげられます。



メニエール病のアシクロビル（ゾピラックス）治療に関して

最近メニエール病の原因がストレスのかかった時や疲労時に生じることで臨床的に単純ヘルペスウイルス感染症と同様の発症パターンであり、メニエール病の原因がヘルペスウイルス感染症ではないかということのを推奨して積極的に抗ウイルス剤のアシクロビル投与を行っている一部の先生がおられます。

そのことで当院にも新聞記事を持参された患者さんがいました。

メニエール病の原因が内リンパ水腫であることは証明されていますが、その原因がヘルペスウイルスであることはいままでの多くの研究では同定されておらず（一部にメニエール病とウイルス感染症との論文はありますが・・・）めまい・平衡神経学会でもヘルペスウイルス感染症の可能性・アシクロビル投与に関して推奨はされていません。

めまいは多様な疾患から生じて、中には脳腫瘍や脳梗塞など生命に関する疾患が隠れていることもある疾患です。またメニエール病は反復して聴力も徐々に低下する病気です。耳鳴・難聴などがある場合・難治性のめまいの場合はご紹介いただければと存じます。今後とも宜しく願いいたします。

表 2

メニエール病の診断基準
<p>1. 回転性めまい発作を反復すること</p> <p>1) めまいは一般に特別の誘因なく発来し、嘔気、嘔吐を伴い、数分ないし数時間持続する</p> <p>2) 発作の中には「回転性」めまいでない場合もある</p> <p>3) 発作中は水平回旋混合性の自発眼振をみることが多い</p> <p>4) 反復性の確認されない初回発作では、めまいを伴う突発性難聴と十分鑑別されなければならない</p>
<p>2. 耳鳴、難聴などの蝸牛症状が反復、消長すること</p> <p>1) 耳鳴、難聴の両方またはいずれかの変動に伴いめまい発作をきたすことが多い</p> <p>2) 耳閉塞感や強い音に対する過敏性を訴える例も多い</p> <p>3) 聴力検査では、著明な中・低音部閾値変動や音の大きさの補充現象陽性を呈することが多い</p> <p>4) 一耳罹患を原則とするが両耳の場合もみられる</p>
<p>3. 1, 2 の症候をきたす中枢神経疾患、ならびに原因既知のめまい、難聴を主訴とする疾患が除外できる。これらの疾患を除外するためには、問診、一般神経学的検査、平衡機能検査、聴力検査などを含む専門的な臨床検査を行い、ときには経過観察が必要な場合もある。</p>
<p><診断基準></p> <p>確実例：1, 2, 3の全条件を満たすもの</p> <p>疑い例：1と3 または2と3の条件を満たすもの</p>