

めまい 適切な治療確立進む

めまいは診断と治療が難しい病気です。ただ今2012年以降は、「めまい平衡医学」に関する国際学会で診断基準の改定や制定が進んでいきます。

診断に当たっては原因とな

る誘発因子やめまいが続く時間、頻度が重要となります。

文献に基づく、めまいの約35%は「良性発作性頭位めまい症」が占めます。頭が特定の位置にくると起こり、診断は目の動きを診る眼振検査と問診です。原因となる耳石の位置を元に戻す治療をします。

次に多いのが「メニエール病」(約15%)です。内耳に

リンパ液がたまることが原因で、聴力の変動や問診で診断

します。治療は薬の内服が中心ですが、難治性の場合には「耳加圧療法」が18年から可能になりました。

「持続性知覚性姿勢誘発めまい」で、17年に診断基準ができました。ドイツでは「良性発作性頭位めまい症」の次に多く、病歴や「新潟大学方式」

と呼ばれる問診で診断します。めまいが起きた後、目と

体からの情報伝達の乱れが残ることが原因とされ、内服治療で7割程度の回復効果が見込まれています。これまで原因不明とされためまいの3分の2を占めると考えられています。治療法がなかった患者さんに、今後は適切な医療を提供できるようになるでしょう。

「前庭性片頭痛」(約10%)は、問診で診断し片頭痛の予防薬で治します。いわゆる起立性調節障害の「血行動態性めまい」も約10%です。血圧

変動を診る検査で診断します。内服や生活習慣の改善で治療できますが、特に子どもさんでは睡眠障害の追加治療

が必要となる場合があります。神経の炎症で起きる「前庭神経炎」と「めまいを伴う突発性難聴」が共に約3%で、前者は温度刺激検査で早期診断して治療しないと、後遺症が残る場合があります。後者はめまいの予後は良いのですが、こちらも早期治療で後遺症の難聴を防ぐ必要があります。

近年、めまいの正確な診断と、適切な治療が確立しつつあり、患者さんが満足できる医療提供が可能になってきました。

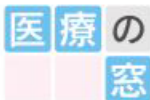
(松橋耳鼻咽喉科・内科クリニック院長)

私たちの体や心の病気に向き合う医療従事者。健康や医療に関する身近な話題を、県内の医師らに月1回、語ってまいります。

◆ ◆ ◆

◆ ◆ ◆

◆ ◆ ◆



MEDICAL-COLUMN

④ 松吉 秀武さん



◆まつよし・ひでたけ 1972年生まれ、熊本出身。産業医科大卒。耳鼻咽喉科専門医。日本めまい平衡医学会認定めまい相談医、めまい専門会員。医学博士。熊本大耳鼻咽喉科助教を経て、宇城市松橋町にクリニック開設。

持続性誘発因子頻度	良性発作性頭位めまい症	メニエール病	持続性知覚性姿勢誘発めまい	前庭性片頭痛	前庭神経炎
1分以内	20分から数時間	数ヶ月以上	数分	数日	なし
頭位変換	ストレスなど	視覚刺激・体動	食事・アルコール	通常回	
特定の頭位で発症	数回/週~月	持続的	数回/週		

めまいの診断