



あらかきのぶお 1978年に慶應義塾大学医学部を卒業し、神経内科の大学院に進み、脳循環、自律神経、頭痛などの研究を行う。1988年～1990年、米国ペンシルバニア大学脳血管研究所に留学。1998年より埼玉医科大学神経内科講師、1999年助教授、2004年から教授。2011年日本頭痛学会会長。今回の慢性頭痛診療ガイドライン作成委員会委員長。

表-01 「慢性頭痛の診療ガイドライン」改訂版に新たに付け加えられたCQ

I. 頭痛一般	「頭痛診療においてチーム医療は必要か」 「解離性動脈瘤に伴う頭痛はどうか」
II. 片頭痛	「片頭痛の前兆にはどのようなものがあるか」 「片頭痛の前兆のメカニズムはどのように考えられているか」 「片頭痛の疼痛はどのように考えられているか」 「慢性片頭痛とはどのようなものか」 「片頭痛は脳梗塞の危険因子か」 「片頭痛患者におけるビルの使用は安全か」 「抗うつ薬とトリプタンの併用は安全か」 「頭痛のない前兆にどのように対処するか。視覚性前兆のみで頭痛を伴わない場合はどのように診断し治療するか」 「慢性片頭痛の治療をどうするか」
III. 緊張型頭痛	「変容性片頭痛とTTHの関連はどうか」
IV. 群発頭痛およびその他の三叉神経自律神経性頭痛	「発作性片側頭痛治療薬にはどのような種類があり、どの程度有効か」 「SUNCT、SUNAの治療薬にはどのような種類があり、どの程度有効か」
V. その他の一次性頭痛	今回、新たなCQの追加はない。
VI. 薬物乱用頭痛	「薬物乱用頭痛の患者はどれくらいいるか」
VII. 小児の頭痛	「小児に慢性連日性頭痛はどのくらいあるか。また、その診断と治療はどのように進めるか」
VIII. 遺伝子	「片頭痛の遺伝子診断はできるか」

ン」と「バルプロ酸による片頭痛治療ガイドライン」などを付録として掲載することになりました。

また、科学的根拠の検索には、系統だった手法を用いました。すなわち、PubMed、Cochrane Library、医学中央雑誌などを利用して検索、その結果を統合して各CQに対する推奨グレードを作成しました。そして重要な論文はできるだけアブストラクトフォームを作成し、学会のホームページで見られるようにすることも決まりました。

実作業としては、各委員の分担を決め、執筆した後は各グループ内で議論を行い、その結果をインターネット上で全委員に公開し、ブラッシュアップを行いました。2012年6月3日には全委員が集まり、すべての項目のブラッシュアップを行いました。その後、2012年11月17日に行われた日本頭痛学会総会で、ガイドラインに関するシンポジウムを行い、広く意見を求めました。評価・調整委員からの意見も集め、全学会員にも公開して、パブリックコメントを求めました。そして2013年3月20日に最終的なまとめを行い、5

月に「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」を出版することになりました。

改訂版でつけ加えたCQ

前回の「慢性頭痛の診療ガイドライン」に新たに付け加えたCQは、以下の通りです。

以上、今回作成したガイドラインの作成の経緯や新たに付け加えた点などについて述べましたが、今後、このガイドラインが大勢の方々のお役に立つことを願ってやみません。

●参考文献

- 1) Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 8 (Suppl.7), 1988, 9-96.
- 2) 坂井文彦, 荒木信夫, 五十嵐久佳, 横田潤一, 作田学, 平田幸一, 鈴木則宏, 竹島多賀夫, 山根清英, 若田宣博, 若田誠, 中島健二. 日本神経学会治療ガイドライン 慢性頭痛治療ガイドライン2002. 臨床神経学42, 2002, 330-362.
- 3) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 24 (Suppl 1), 2004, 9-160.
- 4) 日本頭痛学会編. 慢性頭痛の診療ガイドライン. 東京: 医学書院; 2006.
- 5) 国際頭痛分類 第2版: 新訂増補日本語版. 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会訳. 医学書院, 2007, 230p.

慢性頭痛の診療ガイドライン 2013改訂のポイント

埼玉医科大学神経内科教授

荒木 信夫

日本薬剤師会雑誌 第66巻第3号別刷

慢性頭痛の診療ガイドライン

2013改訂のポイント

ARAKI Nobuo
荒木 信夫*日本における頭痛の
ガイドラインに関する歴史

国際頭痛学会は1988年にThe International Classification of Headache Disorders¹⁾を発表し、世界で共通の頭痛分類、診断基準ができ、頭痛研究の基盤ができた。それに応じて、わが国でも日本頭痛学会、日本神経学会が中心となり慢性頭痛の研究がすすみ、2002年には日本神経学会治療ガイドラインの一つとして、「慢性頭痛治療ガイドライン2002」²⁾が臨床神経学に発表された。2004年になり、国際頭痛学会は初版を改訂してThe International Classification of Headache Disorders: 2nd Edition (ICHD-II)³⁾を発表した。これに応じて、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業として、慢性頭痛の診療ガイドライン作成に関する研究班(主任研究者: 坂井文彦先生)が作られ、2005年に「慢性頭痛の診療ガイドライン」がまとめられ、2006年に「慢性頭痛の診療ガイドライン 編集: 日本頭痛学会」⁴⁾が出版された。また、2007年にはICHD-IIを日本語に訳した「国際頭痛分類 第2版新訂増補日本語版訳: 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会」⁵⁾が出版された。

このガイドラインができたことにより、日本各地で「頭痛外来」が作られ、片頭痛急性期治療薬のトリプタンがより普及し、次第に片頭痛の予防薬も認知されるようになってきた。

新たな慢性頭痛の診療

ガイドラインへの取り組み

2006年のガイドラインが果たした役割は大きなも

Key words 片頭痛/緊張型頭痛/群発頭痛/薬物乱用頭痛/ガイドライン

* 埼玉医科大学神経内科教授

のがあったが、その後も頭痛に関する新知見が増えてきたことから「慢性頭痛の診療ガイドライン」(2006年)を改定するため、日本頭痛学会では、第2版の「慢性頭痛の診療ガイドライン」作成を2010年11月より開始した。その後、2011年になって、日本頭痛学会と日本神経学会が中心となり、日本神経治療学会、日本脳神経外科学会の協力のもと、この改訂作業が行われた。日本頭痛学会ガイドライン委員39名のうちグループリーダー12名を神経学会のガイドライン委員とし、27名が神経学会のガイドライン協力委員とすることが決まった。また、評価・調整委員7名を新たに追加し計46名で構成される委員会となった。

はじめに、ガイドライン委員およびガイドライン協力委員が集まり、Minds (Medical information network distribution service) の吉田雅博先生にガイドラインについての基本的考え方をご教授いただいた。その後も数回集まって議論を重ね、さらにwebでの意見交換を頻繁に行い、最終的には全員で集まり議論し、全体をまとめていった。

この改訂作業の初めに内容の組み立ての方針として、第1版の構成にならって作成することを決めた。第1版でもClinical Question (CQ)を採用していたので、同じ形式でまとめる方針のもと、第1版と同様に以下の8つの章に分けた。

- I. 頭痛一般
- II. 片頭痛 (1. 診断・疫学・病態・誘発因子・疾患予後, 2. 急性期治療, 3. 予防療法)
- III. 緊張型頭痛
- IV. 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛
- V. その他の一次性頭痛
- VI. 薬物乱用頭痛
- VII. 小児の頭痛
- VIII. 遺伝子

以上の8つの章に加えて、スマトリプタン在宅自己注射ガイドラインとバルプロ酸による片頭痛治療

ガイドライン、プロプラノロールによる片頭痛治療ガイドラインを付録として掲載することも決まった。

科学的根拠の検索には系統だった手法を用いた。すなわち、PubMed, Cochrane Library, 医学中央雑誌その他を利用して検索、その結果を統合してそれぞれのCQに対する推奨グレードを作成した。また、重要な論文はできるだけ、アブストラクトフォームを作成し、学会のホームページでみられるようにすることも決まった。

各委員の分担を決め、執筆した後、各グループ内での議論を行った。そして、その結果をインターネット上で全委員に公開し、ブラッシュアップを行った。2012年6月には委員が集まり、すべての項目のブラッシュアップを行った。その後、2012年11月に日本頭痛学会総会でガイドラインに関するシンポジウムを行い、広く意見を求めた。また、評価・調整委員からの意見を求め、また日本神経学会、日本頭痛学会の全学会員に公開しパブリックコメントを求めた。2013年3月20日に最終的なまとめを行い、5月に「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」⁶⁾として出版の運びとなった。

「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」

で新たに付け加えたCQ

前回の「慢性頭痛の診療ガイドライン」(2006年)に新たに付け加えた主なCQは以下のようである。

- I. 頭痛一般：以下の2項目のCQを加えた。
 - 「頭痛診療においてチーム医療は必要か」
 - 「解離性動脈瘤に伴う頭痛はどう診断するか」
- II. 片頭痛：新たに以下の9項目のCQを加えた。
 - 「片頭痛の前兆にはどのようなものがあるか」
 - 「片頭痛の前兆のメカニズムはどのように考えられているか」
 - 「片頭痛の疼痛はどのように考えられているか」
 - 「慢性片頭痛とはどのような疾患か」
 - 「片頭痛は脳梗塞の危険因子か」
 - 「片頭痛患者における低用量経口避妊薬の使用は安全か」
 - 「抗うつ薬(SSRI/SNRI)とトリプタンの併用は安全か」
 - 「頭痛のない前兆にどのように対処するか。視覚性前兆のみで頭痛を伴わない場合はどのように診断し治療するか」
 - 「慢性片頭痛はどのように治療するか」
- III. 緊張型頭痛：「変容性片頭痛と緊張型頭痛の関連はどうか」を加えた。
- IV. 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛：以下の2項目を加えた。
 - 「発作性片側頭痛治療薬にはどのような

種類があり、どの程度有効か」

「SUNCT, SUNAの治療薬にはどのような種類があり、どの程度有効か」

V. その他の一次性頭痛：今回、新たなCQの追加はない。

VI. 薬物乱用頭痛：次の1項目を加えた。

「薬物乱用頭痛の患者はどれくらいいるか」

VII. 小児の頭痛：次の1項目を加えた。

「小児に慢性連日性頭痛はどのくらいあるか。また、その診断と治療はどのように進めるか」

VIII. 遺伝子：次の1項目を加えた。

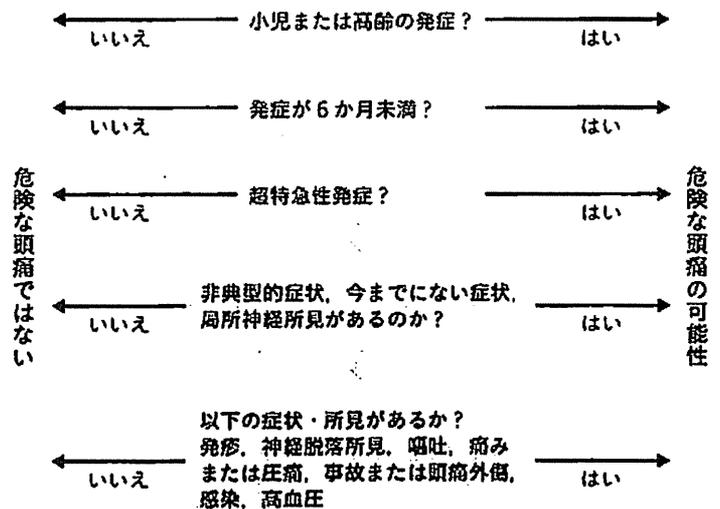
「片頭痛の遺伝子診断はできるか」

まとめ

確実な頭痛の診断がついてから、はじめて治療を行うという点が、頭痛診療では特に重要である。現在の国際頭痛学会の診断基準を用いることが、診断の正確さを向上させることにつながると思われる。特に器質的疾患の除外を確実にすることが重要である。ガイドラインで紹介されている危険な頭痛の簡易診断アルゴリズム(図1)および頭痛患者のスクリーニング(図2)を示す。

本ガイドラインでは診断から治療にいたるまで、Clinical Question(CQ)が用意されているので、頭痛診療の現場で使用しやすいと考えられるが、このガイドラインは正確な頭痛の診断のうえに適用されるものであることに留意していただきたい。

今回のガイドラインでは、片頭痛の治療薬を有効度別にまとめて示している(表1)。また、片頭痛の予防薬も有効度別にまとめて示している(表2)ので、参考していただきたい。



(慢性頭痛の診療ガイドライン2013, p24)

図1 危険な頭痛の簡易診断アルゴリズム

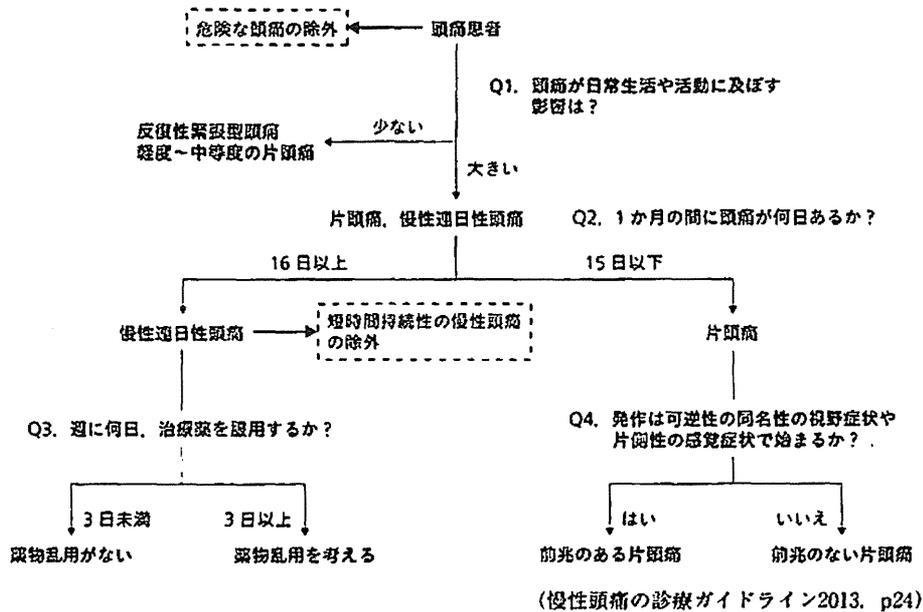


図2 頭痛患者のスクリーニング

(Dowson AJ, Bradford S, Lipscombe S, Rees T, Sender J, Watson D, Wells C: Managing chronic headaches in the clinic. Int J Clin Pract 2004; 58(12): 1142-1151.)

表1 急性期治療薬効群

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効, 副作用に注意)	Group 5 (無効)
トリプタン スマトリプタン スマトリプタン点鼻 スマトリプタン注射 アンプル スマトリプタン自己注射 sumatriptan (suppositories) sumatriptan (subcutaneous) ゾルミトリプタン zolmitriptan (nasal spray) エレクトリプタン リザトリプタン ナラトリプタン naratriptan (injection) almotriptan frovatriptan	副吐薬 メトクロプラミド メトクロプラミド筋注 メトクロプラミド静注 ドンペリドン アセトアミノフェン・非ステロイド系消炎鎮痛薬 アセトアミノフェン アスピリン イブプロフェン ジクロフェナク ナプロキセン エトドラク セレコキシブ メフェナム酸 ザルトプロフェン プラノプロフェン ロキソプロフェン ロルノキシカム その他 マグネシウム製剤	ステロイド点滴静注 デキサメタゾン ヒドロコルチゾン	精神安定薬, 麻酔薬 ドンペリドン坐薬 プロクロルペラジン プロクロルペラジン筋注 クロルプロマジン クロルプロマジン筋注 ドロペリドール筋注 プロポフォール静注 ジアゼパム筋注・静注 エルゴタミン エルゴタミン・カフェイン配合薬 エルゴタミン・カフェイン・ピリン系配合薬 ジヒドロエルゴタミン その他 トラマドール トラマドール・アセトアミノフェン配合薬 トラマドール筋注	

(慢性頭痛の診療ガイドライン2013, p117)

表2 予防薬剤薬効群

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効, 副作用に注意)	Group 5 (無効)
抗てんかん薬 バルプロ酸 トピラマート β遮断薬 プロプラノロール timolol 抗うつ薬 アミトリプチリン	抗てんかん薬 レベチラセタム ガバペンチン β遮断薬 メトプロロール アテノロール ナドロール 抗うつ薬 fluoxetine Ca拮抗薬 ロメリジン ベラパミル ARB/ACE阻害薬 カンデサルタン リシナプリル その他 feverfew マグネシウム製剤 ビタミンB ₂ チザニジン A型ボツリヌス毒素	抗うつ薬 フルボキサミン イミプラミン ノルトリプチリン パロキセチン スルピリド トラゾドン ミアンセリン デュロキセチン クロミプラミン Ca拮抗薬 ジルチアゼム ニカルジピン ARB/ACE阻害薬 エナラプリル オルメサルタン	Ca拮抗薬 flunarizine その他 methysergide ジヒドロエルゴタミン melatonin オランザピン	抗てんかん薬 クロナゼパム ラモトリギン カルバマゼピン Ca拮抗薬 ニフェジピン β遮断薬 アセプトロール ピンドロール アルプレノロール オクスプレノロール その他 クロニジン

(慢性頭痛の診療ガイドライン2013, p150)

なお、国際頭痛学会は2013年9月に国際頭痛分類第3版の試案としてThe International Classification of Headache Disorders : 3rd Edition (ICHD-3 beta)⁷⁾を発表した。今後、ガイドラインもこの第3版に沿って改変していく必要があると考えられる。

以上、今回作成したガイドラインの作成の経緯や新たに付け加えた点などについて述べたが、今後、この「慢性頭痛診療ガイドライン2013」が頭痛の臨床現場でお役に立つことを願ってやまない。

文献

- 1) Headache Classification Committee of International Headache Society : Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 8 (Suppl. 7) : 9-96, 1988.
- 2) 坂井文彦, 荒木信夫, 五十嵐久佳, 濱田潤一, 作田学, 平田幸一, 鈴木則宏, 竹島多賀夫, 山根清美, 若田宣雄, 岩田誠, 中島健二 : 日本神経学会治療ガイドライン 慢性頭痛治療ガイドライン2002. 臨床神経学 42 : 330-362, 2002.
- 3) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders : 2nd edition. Cephalalgia 24 (Suppl 1) : 9-160, 2004.
- 4) 日本頭痛学会編. 慢性頭痛の診療ガイドライン. 東京 : 医学書院 : 2006.
- 5) 国際頭痛分類 第2版 新訂増補日本語版 訳 : 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会. 東京 : 医学書院 : 2007.
- 6) 日本神経学会・日本頭痛学会監修. 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会編. 慢性頭痛の診療ガイドライン2013. 東京 : 医学書院 : 2013.
- 7) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders : 3rd edition (beta version). Cephalalgia 33 (9) : 629-808, 2013.



頭痛診療における Pitfall と解決策

埼玉医科大学東洋医学センター 講師

山口 智
Satoru Yamaguchi

埼玉医科大学東洋医学センター

菊池友和
Tomokazu Kikuchi

テーマ

薬物療法で期待すべき効果が得られない 患者に対する次の治療ツール

— 予防薬、湯液(漢方薬)でも患者の満足度が得られなかったら —

[症例]

32歳女性。小学生のころより非拍動性の軽度の頭痛があり、特に月経になると増悪し、その際は市販薬で対応していた。就職後より種々のストレスにより、拍動性・片側性で日常生活に支障のある前兆のない片頭痛が出現し、予防薬として筋弛緩薬やCa拮抗薬・抗てんかん薬、発作頓挫薬として非ステロイド系抗炎症薬(NSAIDs)やトリプタンが処方され、中等度以上の頭痛は月数回の頻度で良好にコントロールされていた。X年4月ごろより仕事のストレスなどにより肩こりが強くなった **Pitfall ①**。症状が悪化し月経時には職場を休む程の頭痛が出現したため、ピルを服用開始し、その後呉茱萸湯が処方され、発作頻度はやや軽減するも日常生活への支障が強かった。頭部MRIにて明らかな頭痛の原因となる所見はなく、ひどい頭痛の前に頸が締め付けられる感覚も出現し、発作時にはいつもと違う強い肩こりを訴え、頓挫薬を服用し頭痛が消失するとともに肩こりも改善するとのことであった **Pitfall ②**。患者が症状のさらなる軽減を希望し、神経内科より鍼(ハリ)治療を目的に当科紹介された。

Pitfall ①の Solution

本症例は、肩こりの増強とともに頭痛の頻度と程度が増悪した症例である。近年、片頭痛と肩こりの関連について研究が進められている。Scharffら¹⁾は片頭痛の誘因は情動要因が最も多いとし、Blauら²⁾は片頭痛の誘因として頸のこりを挙げている。以前はストレスがあり肩こりが強いと緊張型頭痛と認識されがちであっ

たが、片頭痛に関しても高頻度にストレスと肩こりが誘因となることが明らかとなった。こうしたことから、肩こりの増悪とともに片頭痛発作が出現したのか、緊張型頭痛が出現したのかについて問診にて詳細に確認することが重要である。当科の調査では、頸こりの程度と片頭痛、肩こりの程度と緊張型頭痛が相関することを報告³⁾している。

Pitfall ②の Solution

本症例の肩こりを詳細に問診すると、患者の肩こりは2種類あり、①いつもの肩こりであるいわゆる肩こりと、②片頭痛の予兆としての肩こりである。片頭痛発作前に出現し、頭痛の改善とともに軽減するいつもと違う肩こりは、片頭痛の予兆としての症状と考えられ、頸髄神経領域のアロディニアと何らかの関連が示唆されている。また頭痛発現後にみられる肩や頸のこりは三叉神経脊髄路核を介した頸髄神経領域への放散痛の可能性が考えられている。本症例は、中等度以上の頭痛の増悪とともに肩こりが増強したことから、片頭痛の誘因なのか結果なのかは不明な点もあるが、肩こりがこれに密接に関与していることも推測される。そこで、薬物療法を継続するも期待すべき患者の満足度が得られなかったことから、鍼治療目的の紹介となった。片頭痛に対する鍼治療は、こうした頸肩部や顔面部の反応部位を触診すると、三叉神経領域の側頭筋や咬筋、三叉神経脊髄路核を介した上部頸神経領域の頭半棘筋や僧帽筋部・板状筋などに反応が現れ、古来から言われている頭痛に対する経穴(ツボ)(図1, 2)とよく一致する。さらに、こうした現象は片頭痛のメカニズムとして有力視されている三叉神経血管説とも合致すると考えている。

本症例に対し鍼治療を週1回、4週間継続することにより、頸・肩こりや頸肩部や顔面部の圧痛が改善するとともに全頭痛日数は23日→10日、中等度以上の頭痛日数10日→1日と軽減した。

われわれは、中等度以上の頭痛日数と頸肩の圧痛の改善が相関することを明らかにしている(図3)⁴⁾。鍼治療は誘因である肩こりを改善するだけでなく、片頭痛の原因として近年注目されている migraine generator などの高位中枢における機能異常の結果としての頸肩部への過剰な症状(予兆としての肩こりなど)に対しても、鍼刺激が求心路として入力され、高位中枢に影響を及ぼし片頭痛の改善に寄与したものと考えている。現在、3TのASL(arterial spin labeling)MRIを用い高位中枢への関与を検討⁵⁾している。

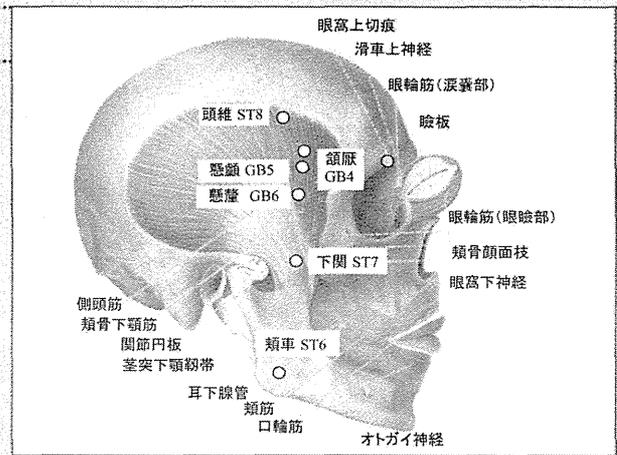


図1 鍼治療部位

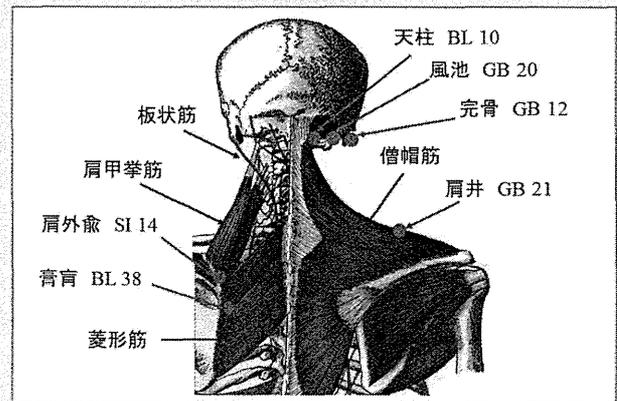


図2 鍼治療部位

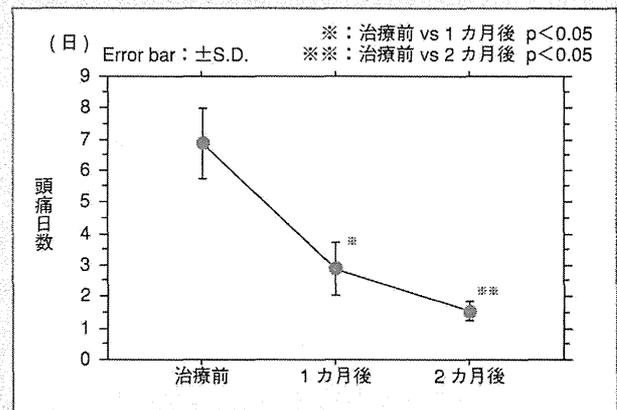


図3 鍼治療前後の頭痛日数(中等度～重度)

(いずれも文献4より引用)

References

- 1) Scharff L, Turk DC, Marcus DA : *Headache* 35: 397-403, 1995
- 2) Blau JN, MacGregor EA : *Headache* 34: 88-90, 1994
- 3) 菊池友和, 山口 智 : *現代鍼灸学* 12: 93-100, 2012
- 4) 山口 智, 菊池友和, 小俣 浩ほか : *温気物医誌* 76: 2013(投稿中).
- 5) 山口 智, 荒木信夫, 松田博史ほか : *埼玉医科大学雑誌* 39: 39-40, 2012

鍼灸クリニカルレポート

総合医療に向けて医科大学からの発信

第21回 めまいに対する鍼治療

埼玉医科大学東洋医学センター 菊池友和・山口 智

1. はじめに

「めまい」は日常の鍼灸臨床でしばしば遭遇する症状であり、その性状はさまざまに病態も異なる。めまいの多くは予後良好なものであるが、なかには生命の危険を伴うものや、後遺症が残る急性疾患もある。また、慢性的ではあるがQOLを深刻に障害するものも存在する。めまいの医学的な定義は「三次元空間における位置感覚の異常である」¹⁾とされる。1987年に作成された小松崎らによるめまいの診断基準化のための資料(表1)²⁾が日本めまい平衡医学会などで診断に用いられ、現在でもほぼ同様であるが「12. 聴神経腫瘍〔〔補遺〕鑑別すべき小脳橋角部病変-神経血管圧迫症候群-〕」と「15. 頸性めまい〔〔補遺〕頭頸部外傷後のめまい〕」が追加されて使われている。実際の臨床では生命の予後などに危険のある中枢性なのか、後遺症の危険のある末梢性なのかを見極めることが重要であり、回転性が非回転性かによって病態把握を進めていき、症状で分類されることが多い。

「めまい」の用語については『神経学用語集 改訂第3版』³⁾では「dizziness, giddiness, vertigo: めまい〔感〕、くらくら感、回転性めまい」とある。これらはともに日本語でめまい、「眩暈」の字を当てることが多く、「めまい」と「眩暈」との字義的な

区別はなく、両者ともに目がくらみ、目がまわり、物の輪郭がぼけ、不安定感、もうろう感を呈することを指すとされる。英語での“vertigo”は「回転」から来る用語で、周囲のものが回って見え、身体の不安定感が強いものを指す。俗に用いられる“dizziness”は、少し曖昧な不安定感、気の遠くなる感じなどを指している。しかし、実際には“vertigo”も“dizziness”も常に厳密に区別して用いられているとは限らない。もし区別して用いるなら、“vertigo”に回転性の意味をもたせて「回転性めまい」を当てるのが妥当で、“dizziness”を「浮動性めまい」を用いるのが妥当とされている。さらに、めまい感は、浮動性・頸部体幹の不安定感・動揺視・気が遠くなる感じに分類される(表2)⁴⁾。また、疫学では①すべての年齢層に見られるが、高齢者に多く、また男性より女性に多い傾向がある。②良性発作性頭位眩暈症は40歳代～60歳代に多く、女性にやや多い。③高齢者ほど2種類以上のめまい感を訴えることが多く、発作性に起こるめまいが多い。④高齢者のめまいは、心血管系や神経感覚系の障害、精神的問題、多数の薬の服用歴など、複数の要因が考えられるといわれている⁵⁾。

当科では、めまいやめまい感を主訴に来院する患者よりも頭痛の随伴症状としてめまい感を訴える患者が多い。緊張型頭痛では項部筋の緊張を伴うもの

表1 めまいの診断基準化委員会答申

<ol style="list-style-type: none"> 1. 慢性中耳炎由来の内耳障害 (Inner ear disorders from chronic otitis media) 2. メニエール病 (Meniere's disease) 3. 遅発性内リンパ水腫 (Delayed endolymphatic hydrops) 4. めまいを伴う突発性難聴 (Sudden deafness with vertigo) 5. 外リンパ瘻 (Perilymph fistula) 6. 前庭神経炎 (Vestibular neuronitis) 7. 良性発作性頭位めまい症 (Benign paroxysmal positional vertigo) 8. 中枢性頭位めまい (Positional vertigo of central origin) 9. 薬物による前庭障害 (Vestibular dysfunction due to ototoxic drugs) 10. 内耳梅毒 (Syphilis of the labyrinth) 11. ハント症候群 (Hunt's syndrome) 12. 聴神経腫瘍 (Acoustic tumor) 〔補遺〕 鑑別すべき小脳橋角部病変：神経血管圧迫症候群 (Neurovascular compression syndrome) 13. 椎骨脳底動脈循環不全 (Vertebro-basilar insufficiency) 14. 血圧異常によるめまい (Vertigo or dizziness due to the unstable blood pressure) 15. 頸性めまい (Cervical vertigo) 〔補遺〕 頭頸部外傷後のめまい (Vertigo following head and neck trauma) 16. 心因性めまい (Psychogenic vertigo)
--

(小松崎篤, 二木隆, 原田康夫, 他. めまいの診断基準化のための資料—1987年めまいの診断基準化委員会答申書. Equilibrium Research 1988; 47(2): 245-73. をもとに作成)

表2 めまいの分類

	回転性めまい		非回転性めまい			
			浮動性	頸部体幹の不安定感	動揺視	気が遠くなる感じ
性 状	自分がぐるぐる回る 周囲がぐるぐる回る 目が回る、天井が回る		身体がふわふわする 宙に浮いた感じ 船に揺られた感じ	頸や身体がぐらぐらする、ふらふらする、身体がゆらゆらと揺れる	物がゆらゆらと揺れて見える	気が遠くなる目の前が暗くなる 頭から血が引く感じ
障害部位	内耳、前庭神経	前庭神経核 脳幹、小脳	非特異的	頸部、体幹	脳幹 (特に被蓋) 小脳	全脳
起こり方	発作性、反復性	持続性	持続性	持続性	持続性	一過性、反復性
眼 振	方向固定性	注視方向性	なし	なし	注視方向性 down-beat 眼振	なし
随伴症状	しばしば耳鳴、難聴	脳神経麻痺 小脳症状 運動・感覚障害 意識障害	疾患特有の症状	頸部筋力低下 肩こり、頭痛 頸部痛、不安感 疾患特有の症状	小脳症状、脳幹症状 (MLF症候群) など	疾患特有の症状
原因疾患	良性発作性頭位めまい症 Meniere病 突発性難聴 前庭神経炎 脳腫瘍 外リンパ瘻 薬剤 (アスピリン、アミノグリコシド系抗生物質)	脳血管障害 (ワレンベルグ症候群) 脳腫瘍 脊髄小脳変性症 多発性硬化症 脳幹脳炎	脳血管障害 (特に内頸動脈系) 脳腫瘍 脊髄小脳変性症 てんかん、高血圧 緊張型頭痛 心療内科疾患 (身体表現性障害、気分障害、不安障害) 薬剤 (抗痙攣薬、抗不安薬、睡眠薬)	頸椎疾患 頭蓋骨・椎骨接合部の奇形 筋疾患 脊髄小脳変性症	アーノルド・キアリ奇形 脳血管障害 (脳幹、小脳病変) 脳腫瘍 (天幕下)	起立性低血圧 過換気症候群 多系統萎縮症 パーキンソン病 不整脈 てんかん アダム・ストークス発作 薬剤 (降圧薬)

(富安斎, 平塚真紀, 吉井文均. めまいを知る—めまいの分類と病態生理. Medicina 2002; 39(6): 972-5. をもとに作成)

や、頸椎症の有する例ではめまいが発症しやすい⁶⁾。

山根らは緊張型頭痛114症例中めまいが存在したのは69例(60.5%)であり、その内訳は回転性めまい(verigo)が43例(62.3%)、浮動性めまい(dizziness)が26例(37.7%)であったことから、めまいの原因の鑑別として緊張型頭痛を念頭に置くことが重要であると報告している⁷⁾。筆者らは、筋弛緩剤・自律神経調節剤・精神安定剤などの薬物療法が無効な、専門医より依頼のあった緊張型頭痛に伴うめまいを分析した結果、頸肩部の過緊張や圧痛が認められる症例が多かった。これらのめまい患者に対して鍼治療を行ったところ、86.7%の有効率であった。めまい感の改善率と頭痛および頸肩こりの改善率の関連について分析した結果、めまい感と頸肩こり・頭痛の改善率に正の相関が認められ、頭痛よりも肩こりに強い相関があった。

当科で取り扱った緊張型頭痛に伴うめまい患者に対する鍼治療は中枢性のめまいには効果が認められないもの、おおむね期待すべき効果が得られ、現代医療における鍼治療の有用性が高いことを報告している⁸⁾。

そこで本稿では、鍼灸臨床に必要な中枢性と末梢性の鑑別および末梢性めまい疾患のなかで最も高率である、良性発作性頭位めまい症と鍼灸治療の実際について当センターにおける鍼治療方針と方法を紹介する。症例は、良性発作性頭位めまい症と診断され頭位治療を行うも改善せず、鍼治療を行い良好な経過を得られた例を報告する。

2. 中枢性・末梢性の鑑別

めまいの診察は、問診と神経学的所見が重要である。鍼灸外来を受診する多くのめまい患者は末梢性のものであるが、めまいの背景疾患は多彩であり、そのなかには生命への危険をもたらす脳血管障害や頭蓋内占拠病変のような中枢性の疾患も含まれてい

るため、めまい診察では初診時の的確な鑑別診断が要求される。しかしながら、めまいの診察で難しい点は、症状の程度と原因疾患の程度が相関しない点であり、良性の疾患である末梢性のめまいのほうが生命に危険のある中枢性疾患より症状が激しいことが多いといわれている⁵⁾。めまい患者が訪れた際にまず問題となるのはめまいの治療ではなく、末梢性と中枢性との鑑別、すなわち原因疾患の解明が優先となる。中枢性の原因疾患の多くは頭蓋内病変であり、診断の遅れが生命に危険を及ぼす可能性が高く、背景疾患を見落とさないことが重要となる。また、末梢性めまいのなかにも後遺症を残しうる疾患もあり、注意を要する。中枢性めまいの可能性が高くなれば、すぐに専門医へ紹介する。代表的な中枢性めまいと末梢性めまいの特徴を表3に示すが、問診や他覚的な検査などの総合的な診察により最終的には判断する⁶⁾。

(1) 問診

患者が訴える「めまい」・「めまい感」は多彩であり、性状、発症の仕方、誘因、薬歴、随伴症状について詳細に問診する。

a. 発症様式（「めまい」の疾患と現れ方）

主な疾患と現れ方としては、①単一の急性の回転性めまいは前庭神経炎が最多で、その他に外傷性、感染性、血管性（内耳性または中枢性）を疑う。②再発性（recurrent）・反復発作性（episodic）の回転性めまいは、頭位の位置や動きによって誘発される場合は良性発作性頭位性めまい（benign paroxysmal positional vertigo：BPPV）がほとんどであるが、ときに片頭痛性めまい、稀に後頭蓋窩病変の場合がある。自発性のもものでは片頭痛性めまいが多く、メニエール病、前庭性発作症、椎骨脳底動脈系TIA、反復発作性運動失調症（episodic ataxia）などが続き、③慢性的な不安定感・浮動感のいずれかを明らかにすることが大切である。神経疾患では両側前庭障害が考えられるが、最も多いのは小脳疾患、パー

表3 中枢性めまいと末梢性めまいの特徴

	末梢性	中枢性
めまいの性状	回転性>浮動性	浮動性>回転性
めまいの強さ	強い	軽いことも多い
めまいの持続時間	短い>長い	長い>短い
眼振の方向	一方向性	注視方向性
自発眼振の性状	水平回旋混合性	純回旋性、垂直性
固視の影響	眼振抑制	抑制無
注視眼振の強くなる方向	健側	患側
蝸牛症状	伴うことが多い	伴うことは稀
中枢神経症状	なし	あり
脳神経症状	なし	時に随伴
悪心、嘔吐	あり	軽度

キンソン症候群、脊髄病変、末梢神経障害、脳小血管病（多発ラクナ梗塞やピンスワンガー病）によるものがあり、非特異的なものでは内科的疾患、薬物副作用、軽度の前庭系障害、心因性などがありうる。

b. 時間経過

めまいの持続時間は重要であり、秒・分・時間・日単位、増悪傾向か改善傾向か、反復しているのかを確認する。秒単位で改善するものの多くは、良性発作性頭位めまいであり、分単位では椎骨脳底動脈不全が考えられ、メニエール病などでは数分以内にピークに達した後、数時間かけて徐々に改善する。また、数日に及ぶものは急性末梢前庭障害、突発性難聴、迷路損傷・梗塞その他、内耳、前庭神経領域の外傷などを念頭に入れるが、これらの疾患のため完全に片側の機能が消失しても中枢が代償性に働くため、めまいは改善してゆく。逆に代償機構が働かない場合は、中枢性の病変について再検討する必要がある。さらに、数週間から数カ月かけて徐々に増悪傾向のものは、聴神経腫瘍・小脳・脳幹部などの変性疾患を念頭に置く。

c. 随伴症状

めまいが起こったとき、その他の症状の有無について問診し、病変部位の予測に用いる。発汗、蒼白、

悪心、嘔吐などの自律神経症状は前庭領域の障害によるものが多く、前庭神経核に近接する延髄嘔吐中枢の刺激によるものといわれている。また、いわゆる急性末梢前庭障害の典型例では、回転性めまい、眼振、失調（平行障害）、悪心嘔吐を呈する。さらに、蝸牛症状として、難聴・耳閉感・耳鳴りが現れる。内耳孔が傷害されると、聴力障害に加え顔面神経麻痺が生じ、さらに小脳橋角障害ではこれに加えて同側上下肢の失調症状や三叉神経痛がみられることもある。また、動作変換時のクラクラ感や歩行時のフワフワ感を主訴に頸こりや頭痛を随伴症状で訴える場合は、緊張型頭痛などの随伴症状であることが多い。それらは頸部の筋群の過緊張により、頭の位置や姿勢の情報を中枢に伝える頸部固有感覚受容体の情報が混乱し、めまい感に至るものといわれている⁷⁾。

d. 既往歴・合併症状

2～3週間前、あるいは発症時に上気道感染症状がある場合には前庭神経炎が疑われ、頭部外傷の既往があれば骨折の有無にかかわらず迷路損傷をきたしていることもあり、再発性のめまいの原因であることもある。さらに、耳の手術の既往は迷路損傷の主な原因といわれている。また、高血圧、糖尿病、高脂血症などのアテローム硬化の危険因子を持つ患

者は、脳血管障害に伴うめまいを検討する必要がある。一方、交通事故の既往や頭痛、うつ病でもめまいを発症するため詳細な問診が必要である。

e. 薬物歴

抗うつ薬や抗生物質の一部さらに抗てんかん薬でもめまいは起こり、降圧薬でも失神型めまいを起こすことがある。

(2) 他覚所見

a. 歩行テスト

歩行が不安定になる場合には、一側の障害では病変側に偏倚していくことが多い。小脳病変では運動失調性の開脚歩行がみられる。タンデム歩行（右足のつま先に左足の踵をつけて、左足のつま先に右足の踵をつけて一直線上を歩く継足歩行）や片脚起立も観察する。

b. 眼振

通常はめまいに伴い、水平性・一方向性のものが多く、体位変換によって誘発されることもある。

c. 腕偏倚試験

患者は椅子に座った姿勢で、両上肢を前方水平に拳上し、示指を伸ばす。検者は自分の両示指を患者のそれに向かい合わせて固定し、元の位置の指標とする。その後患者を閉眼させ、示指がどのように偏倚するか観察する。前庭系障害があれば水平方向に偏倚していく。一般に、末梢性障害では平行に偏倚することが多いのに対し、中枢性障害では一側優位となり非平行性に偏倚する傾向がある。

d. ロンベルグ試験

閉眼するとやがて身体が主に横方向に、ときに前後方向にゆっくりと動揺してくる。一般に、末梢性障害では眼振の緩徐相（病変側）に向かう傾向があり、中枢性障害では方向に特異性はない。

e. 閉眼足踏み試験

患者は直立し、閉眼し、その場所を変えないように足踏みをする。異常があるとき、30歩を超えるあたりで左右どちらかへ回旋してくる。50歩で45

度以上回旋する場合を異常とする。一般に、末梢性障害では眼振の緩徐相（病変側）に回旋する傾向があり、中枢性障害では回旋方向に特異性はない。

f. Head thrust（頭部強制回旋）試験

前庭眼反射をみる試験の一つであり、患者を座らせ、正面視させたまま急速に頭部を左右いずれかの方向に急速に15度ほど回旋させる。正常であれば、遅滞なく元の視線の位置（眼の水平外側方向）に移動する。片側前庭神経障害（代表的には前庭神経炎）では遅れがみられる。

g. フレンツェル眼鏡試験

自発眼振や注視眼振がみられないときに、フレンツェル眼鏡により非注視条件を設定できるので、眼振の観察が容易になる。頭位・体位変換による誘発も観察する。しかし、外来診療では使えないことも多いので自発眼振での診察でも有用である。眼振は診察時には消失してしまっていることも多いが、認められれば非常に重要な情報である。詳細は成書にゆずるが、ポイントは、一方向性あるいは注視方向性なら中枢性病変はほぼ確実であり、その逆の一方向性あるいは水平方向性なら内耳障害の可能性が高いが例外もあるため他の所見と統合的に判断する。

h. 聴力検査

耳鳴や難聴の有無と、もしある場合は「めまい」との時間的関係を問診する。簡易に聴力を評価するには一側の耳ごとに指をこする音などを聞かせ、左右差をみる。必要に応じウェーバーテストやリンネテストを行う。

i. シェロングテスト

安静仰臥、急速立位、立位5分後における血圧、脈拍の測定を行い、収縮期血圧21mmHg以上の低下、脈拍16mmHg以上の狭小化、または、脈拍の21以上の増加をみたときに陽性とする

他にもカロリック試験やテーブル傾斜検査、重心動揺検査などもあるが機材や患者の負担の問題もあり、専門書を参考にされたい。

a～iのほか、局所神経徴候の有無（片麻痺・失語症・眼球運動障害・四肢や顔面の知覚・筋力など）を確認する。また、めまいにおいて頸椎周辺疾患との関係も考えられることから、当科ではジャクソンテスト、スパーリングテスト、イートンテスト、アレテスト、アドソンテスト、ライトテスト、モーリーテストなども適宜行う。さらに前・後頸部、肩甲上部、肩甲間部の筋との関係も深いことから、筋の伸展テストや各筋の圧痛・筋緊張を詳細に観察する。めまいでは後頸筋群や胸鎖乳突筋、椎前筋の圧痛が観察される⁸⁾が、この場合は「痛い気持ちがい」といった表現が多い。さらに、頸椎所見も重要でアライメントでは頸椎の前弯が消失している例が多く、X-p上でも同様な所見がみられる。棘突起・椎間関節部周囲の圧痛なども詳細に確認することが必要不可欠である。

3. 良性発作性頭位めまい症（BPPV）

(1) BPPVとは

BPPV (benign paroxysmal positional vertigo) は、特定頭位で誘発されるめまい（頭位誘発性めまい）を主徴とし、これに随伴する眼振を特徴とする（表4）⁹⁾。頭位誘発性めまいの原因にはBPPVのほかに、中枢障害によるめまい（中枢性頭位めまい症）、椎骨脳底動脈循環不全、頸性めまいなどが挙げられるが、BPPVは内耳の前庭器（耳石器、半規管）の障害で発症する疾患である。また、めまい疾患中の患者比率は、末梢性めまい疾患のなかで最も高率である。

(2) BPPVの症状の特徴

特定の頭位をとると、回転性（症例によっては動揺性）のめまいが起こる。実際には、起床・就寝時、棚の上の物を取る上向き、または洗髪のような下向き頭位、寝返りなどで誘発されることが多い。

めまい発現まで若干の潜時があり、次第に増強した後に減弱、消失する。めまいの持続時間はおおむ

表4 良性発作性頭位めまい症の診断の手引

1. 空間に対し特定の頭位変化をさせたときに誘発される回転性めまい。
2. めまい出現時に眼振が認められるが、次の性状を示すことが多い。
 - ①回転性要素の強い頭位眼振。
 - ②眼振の出現に潜時がある。
 - ③めまい頭位を反復することで眼振は軽快または消失する傾向をもつ。
3. めまいと直接関連をもつ蝸牛症状、頸部異常および中枢神経症状を認めない。

（日本めまい平衡医学会診断基準化委員会編. 良性発作性頭位めまい症診療ガイドライン（医師用）. Equilibrium Res 2009; 68(4): 218-25. をもとに作成）

ね数秒～数十秒である。このめまいは開、閉眼に関係なく発現することが多い。

引き続き同じ頭位を繰り返すと、めまいは軽減または起きなくなることが多い。

めまいには難聴や耳鳴りなどの聴覚症状を随伴しない。また、嘔気・嘔吐をきたすことがあるが、めまい以外の神経症状を随伴することはない。

これらの頭位誘発性めまいと眼振は、メニエール病、めまいを伴った突発性難聴、前庭神経炎などの経過中に発現することがある。

(3) BPPVの病態

頭位誘発性めまいは、Bárányにより報告され、BPPVの疾患概念を明確にしたのはDix & Hallpikeであり、その病因を耳石器の障害としている。また、後年Schuknechtは側頭骨病理標本から、耳石器（卵形囊）から剥離した耳石の後半規管感覚器（クブラ）への付着であるとし、さらにHallらは後半規管内に生じた浮遊耳石（半規管結石）と考察し、個々の症例においてこれらのいずれかが、または、複合して病因となっている可能性があると考えられている。このうち半規管内の結石についてはBPPVの頭位治療との関連で近年注目されている。この方法論に基づく、頭位による重力に対する位置関係の変化に

伴って、付着した耳石によるクプラの偏位が発生するか、半規管内を浮遊耳石が移動し同様のクプラの偏位によりめまいが発現し、これに伴って特徴的な眼振が発現すると考えられている。BPPVの病態に関する諸説には、それぞれを肯定するものと否定するものがあり、現時点で必ずしも確定的なものではなく今後の研究が待たれている。

(4) BPPVの治療

一般的なめまい治療の基本は薬物治療であるが、BPPVの場合は病因として半規管結石（またはクプラ結石）によると想定されることから、これらの移動を目的とした頭位治療が提唱されている。近年、一般臨床への頭位治療の応用が進められている。またBPPVは自然治癒例が少なくなく、抗めまい薬、抗不安薬、血管拡張薬などめまいに対する一般的な治療によりめまい症状を抑制し、自然軽快を図ることも可能である。頭位治療は、諸家の経験により高い有効率（60～80%）が報告されているが、必ずしも全例に有効な訳ではない。これら難治性のBPPVに対する治療法は今後の課題とされている。頭位治療は、頸椎異常の既往、可能性がある場合は十分な注意のもとで治療を行うか、場合によっては治療を行わない。また、治療中にめまい以外の頸部痛、感覚障害、意識障害などの症状が発生した場合は治療を中止するとされている。

4. 鍼灸治療の実際

めまいと頸や肩のこりの関係については、古くから報告されており¹⁰⁾、頸部の筋の過緊張が頸反射を介するか、また直接的に血管を圧迫するかについては明らかにされていないが、頸部の筋緊張亢進状態がめまいのメカニズムに関係するといわれている。

代田¹¹⁾は6カ月以上または入院で1カ月以上の西洋医学的治療を受けて無効であった症例で、少なくとも5カ月間、眩暈発作を繰り返しているメニエール

病のめまいに対し、頸部の鍼治療に百会を追加すると有効率が上昇し、さらに規則的な発作が起こる症例のほうが効果が高かったことを報告している。中山ら¹²⁾は、激しいめまい後の長期のめまい感（ふらふら感）に対して天柱や風池にブロック注射を行い、良好であったことを報告している。また、寺本ら¹³⁾は緊張型頭痛の随伴症状で起こるめまいが筋弛緩剤で有効であったことは、頸部の筋緊張緩和が関与していると考察している。

一方、めまいの発症因子の一つとして、めまい患者の全身的な自律神経異常は副交感神経の低下であり、めまい患者ではストレスに対する交感神経の反応性の低下が存在している。交感神経の反応性の低下は椎骨動脈の自動調整能の低下をきたし、ストレス負荷時に椎骨動脈血流の左右差を生じ、内耳血流の左右差による前庭系の興奮性がめまいの機序に関与していることが示されている¹⁴⁾。またメニエール病患者の瞳孔の左右差が生じることや顔面部の皮膚温の左右差が生じることが報告¹⁵⁾されていることから、めまい患者は自律神経機能の異常が深く関与していることが示唆される。

そこで当科での鍼灸治療はこうした筋群の過緊張を緩和し、循環動態と自律神経の正常化をすることを目的に行う。前頸部では胸鎖乳突筋や椎前筋、さらにC6横突起部で星状神経節近傍、後頸部では僧帽筋や頭半棘筋部の天柱・風池、胸鎖乳突筋や頭板状筋の停止部の完骨、肩甲上部では僧帽筋上部線維上の肩井、肩甲間部では各筋が交差する膏肓、また、側頸部の板状筋部や肩甲挙筋部（肩甲背神経部）、肩甲骨上角部（肩甲挙筋停止部）を治療部位として選択する。また、患者の体力や体調、症状の程度により刺激量を調整するが、各筋の過緊張部位に鍼通電療法（1Hz・10～20分）を施行することが多い。また、耳周辺の経穴（翳風、頭竅陰、角孫、聽宮など）や耳に関連する経絡（腎経、胆経、三焦経など）の四肢末端の要穴を選択することもある。

5. 症例

【患者】

60歳代、女性、主婦。

【主訴】

めまい（回転性）。

【既往歴】

特記事項なし。

【現病歴】

特にエピソードなく、背臥位で就寝すると回転性めまいが出現するようになり、近医脳外科を受診した。頭部CTでは異常所見は認められず、症状が続くようなら耳鼻科を受診するように指示があった。回転性の数秒間のめまいも出現したため、近位耳鼻科を受診しBPPVと診断され、約3カ月間、血管拡張剤・ビタミン剤・抗不安剤・抗めまい剤の処方組み合わせて経過観察となったが、寛解・増悪を繰り返し、反復する回転性めまいは改善されなかったため当院神経耳科を紹介され受診した。BPPVに対して頭位治療を施行するも症状の改善が認められないため、当科に鍼治療の依頼があり、鍼治療開始となった。

【随伴症状】

肩こり、足の冷え。

【他覚所見】

身長161cm、体重52kg。血圧所見：背臥位血圧122/72mmHg・70bpm、立位時血圧134/70mmHg・p-91bpm、立位3分後124/70mmHg・p-68bpm。上肢の神経学所見は正常。頭位によるめまいは陽性、頸椎負荷テストは陰性、胸郭出口症候群は陰性。頸椎前消失。筋の圧痛と緊張が僧帽筋、板状筋、頭半棘筋、胸鎖乳突筋、斜角筋、小胸筋にみられた。

【評価】

1週間の平均のめまいと肩こりをVAS、SF-36、立位負荷の血圧変動、1週間の背臥位就寝時のめまいの出現回数で評価した。

【鍼治療方針】

頸部の筋群の緊張を緩和し、循環動態と自律神経の正常化をすることを目的に行う。

【鍼治療部位と方法】

初診時は天柱、風池、完骨、胸鎖乳突筋、肩井に切皮程度の刺入深度で行い、2診目以降は、後頭下筋群を意識して後頭骨に当たる程度まで刺入した。

使用鍼は、初診時は寸3-1番、2診目以降は寸6-2番鍼のセイリン社製ディスプレイ鍼を使用し、1週間に一度の間隔で鍼治療を行った。

【経過】(図1・図2)

<初診時>

立位時血圧は134/70mmHg・p-91bpmから立位3分後には124/70mmHg・p-68bpmに変動した。1週間の背臥位就寝のめまいの出現回数は7回であった。SF-36はすべての項目で国民標準値を下回っていた。

<2診目>

背臥位血圧は122/72mmHg・70bpmから128/68mmHg・75bpmに、立位時血圧121/74mmHg・p-81bpmに、立位3分後132/70mmHg・p-70bpmにそれぞれ変動した。1週間の背臥位就寝時のめまいの出現回数は3回であった。

初診時の刺激量でも十分と考えられたが、後頸部については後頭下筋群を意識して後頭骨に当たる程度まで刺入した。

<3診目>

背臥位血圧は126/66mmHg・73bpm、立位時血圧は122/69mmHg・p-75bpm、立位3分後は124/72mmHg・p-69bpmに変動した。1週間の背臥位就寝時のめまいの出現回数は0回であった。

めまいのない日が出現し、肩こりも改善し、就寝時のめまいは1週間出現しなかった。

<4診目>

背臥位血圧は120/74mmHg・72bpm、立位時血圧は122/71mmHg・p-74bpm、立位3分後は124/73mmHg・p-65bpm。1週間の背臥位就寝時のめまいの出現回

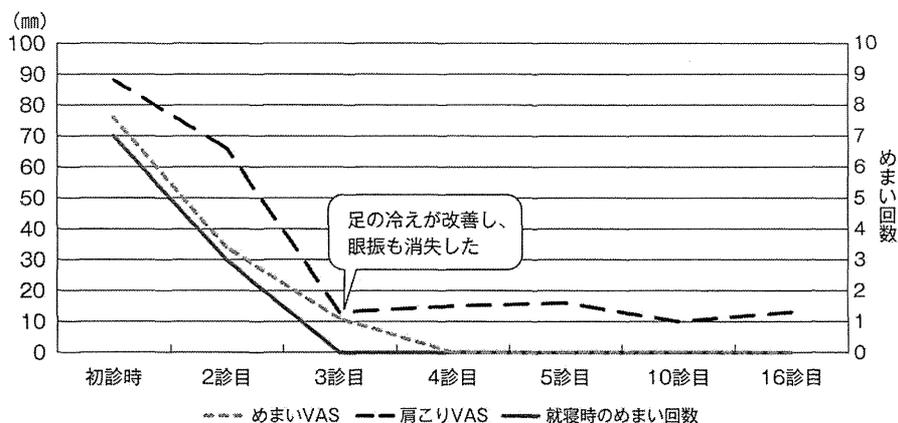


図1 ぬめい・肩こりのVASおよび就寝時のぬめい回数推移

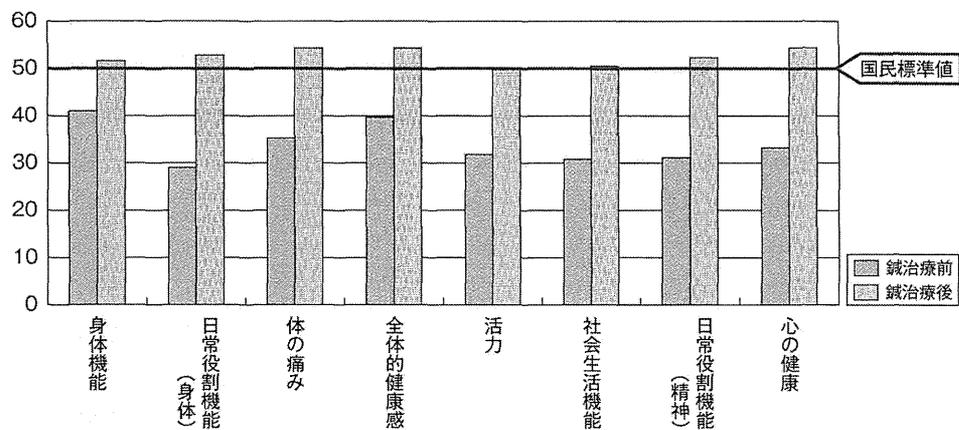


図2 鍼治療前後のSF-36の変化

数は0回であった。ぬめいが1週間出現せず、就寝時のぬめいも出現しなかった。

＜5診目＞

背臥位血圧は118/78mmHg・70bpm、立位時血圧は124/73mmHg・p-69bpm、立位3分後は126/70mmHg・p-69bpmであった。1週間の背臥位就寝時のぬめいの出現回数は0回であり、1週間ぬめいは出現しなかった。さらに、就寝時のぬめいも1週間出現しなかった。

＜10診目＞

ぬめいの改善が認められたため、主治医と相談し血管拡張剤・ビタミン剤・抗ぬめい剤を5診目以降中止したが、鍼治療を週1回継続し、背臥位血圧120/70mmHg・71bpm、立位時血圧128/70mmHg・p-70bpm、立位3分後120/72mmHg・p-71bpmとなった。1週間の背臥位就寝時のぬめいの出現回数は0回であり、1週間ぬめいは出現しなかった。一方、SF-36はすべての項目で国民標準値を上回った。

< 16 診目 >

本人の希望もあり、その後も予防目的に2週に1度の鍼治療を行っており、めまいは出現していない。

【考察】

今回の症例では頭位治療を行うも効果が認められず、鍼治療により症状の改善が認められた。中山ら¹⁶⁾は頸椎後弯があり、頭位治療を行って悪化した症例に対し、薬物療法に加えて枕の調節とマッサージを追加することでめまいが消失したことを報告している。2009年における良性発作性頭位めまい症診療ガイドラインでは、BPPVに対する第一選択は頭位治療と薬物療法であるが、それらの治療が無効もしくは用いづらい場合の次の選択肢は今後の課題とされている。これらのことから、鍼治療がBPPVに対する次の治療ツールの一つとなる可能性が考えられた。

鍼治療は後頸部や肩甲上部や肩甲間部の筋群の過緊張緩和を行うことで、前庭-頸反射や自律神経系に影響を及ぼし、一連の悪循環を断ち切ることで症状を緩和させ、頭位によるめまいが軽減したことにより、頭頸部を動かすことが可能となり、非特異的な頭位治療（頭部運動を反復すること）でBPPVが消失した可能性も考えられる。

一方、末梢性めまいの発症機序に自律神経系が強く関与し、前庭系への循環血流の左右差、圧受容器反射との関係が考えられる。安静時脈拍数はめまい患者と健常者では差がないが、めまい患者は起立後に増加を示すものが多いことが報告¹⁷⁾され、めまいというストレスから起こる交換神経活動の亢進が推測されている。本症例においても、立位時に脈拍の増加が認められ、めまいの改善とともに起立時の脈拍も健常人のパターンに近づいたことから、自律神経の正常化により前庭系を介し循環血流の左右差などが改善し症状の改善に寄与した可能性も考えられた。

6. おわりに

今回、頭位治療を行うも効果が認められず、鍼治療により症状の改善が認められた症例を経験した。今後は質の高い大規模な臨床研究が行われ、頭位治療の次の選択肢に鍼治療が推奨されることを念願し筆をおく。

報告：菊池友和

【参考文献】

- 1) 神埼仁. めまいの医学. 南山堂, 1995.
- 2) 小松崎篤, 二木隆, 原田康夫, 他. めまいの診断基準化のための資料-1987年めまいの診断基準化委員会答申書. *Equilibrium Research* 1988; 47 (2): 245-73.
- 3) 日本神経学会用語委員会編. 神経学用語集改訂第3版. 文光堂, 1998. p. 14-5.
- 4) 富安齊, 平塚真紀, 吉井文均. めまいを知る-めまいの分類と病態生理. *Medicina* 2002; 39 (6): 972-5.
- 5) 近藤健, 酒井達也. めまい-中枢性と末梢性の鑑別. *EBMジャーナル* 2006; 7 (2): 350-4.
- 6) 大木宏一, 鈴木則宏. めまい鑑別診断のポイント-診察室での診察を中心に. *治療* 2006; 88 (5): 1465-71.
- 7) 山根清美, 白田明子, 武田貴裕, 小林正樹. 緊張型頭痛におけるめまいの臨床的検討. *日本頭痛学会雑誌* 2003; 30 (1): 118-20.
- 8) 山口智, 菊池友和. めまいに対する鍼灸治療の実際. *鍼灸OSAKA* 2006; 82: 29-36.
- 9) 日本めまい平衡医学会診断基準化委員会編. 良性発作性頭位めまい症診療ガイドライン (医師用). *Equilibrium Res* 2009; 68 (4): 218-25.
- 10) 北村博之. 首のこりと平衡障害. *耳鼻咽喉科臨床* 1986; 補冊 (7): 1-11.
- 11) 代田文彦. メニエール病の鍼治療. *耳鼻咽喉科臨床* 1978; 71 (3): 312-4.
- 12) 中山明峰, 中村彰良, 稲福繁, 他. めまいに係わる長期の愁訴に対する経穴ブロックの試み. *耳鼻咽喉科臨床* 2000; 補冊 (104): 75-80.
- 13) 寺本純, 榎原敏正, 小長谷正明, 他. 頭性眩暈に対するチザニジン (テルネリン®) の臨床効果. *診療と新薬* 1991; 28 (10): 1857-62.
- 14) 武田憲昭. めまいと自律神経. *自律神経* 1995; 32 (3).
- 15) 渡辺尚彦, 金子進, 比奈紀彦. めまい患者 (末梢性) の患側と頸筋緊張・サーモグラフィーの比較検討. *Biomedical Thermology* 1991; 2 (11): 163-5.
- 16) 中山杜人. 良性発作性頭位めまいと鑑別困難な2症例-中枢性発作性頭位めまいの疾患概念について-. *日本臨床内科医会誌* 2012; 27 (4): 463-8.
- 17) 高安庄次, 香取早苗. RR 間隔変動係数の耳鼻咽喉科領域への応用に関する検討. *耳鼻咽喉科臨床* 1987; 80: 1207-15.

このレポートの意味すること

山口 智

本 稿執筆者の菊池友和は、クリニカルレポート第3・14・16回を担当し、埼玉医科大学病院、同総合医療センター、同かわごえクリニックにて専任の職員として、診療や研究・教育に従事している。研究の主なテーマは、頭痛をはじめとする神経疾患や腰痛などの運動器疾患と多岐にわたる。昨年の12月には、VDT作業者の有する緊張型頭痛に対する鍼治療の臨床研究が日本神経治療学会誌（主に神経内科医が中心の学会）に掲載され高い評価を受けている。

めまいは、日常の臨床で頭痛や耳鳴り・頸肩こりに合併し、鍼灸治療を受診する患者は少なくない。めまいの病態は多種多様であり、その治療には多くの課題が残されている。末梢性のめまいはメニエール病、良性発作性頭位めまい症、突発性難聴、前庭神経炎などに分類される。また、中枢性めまいには聴神経腫瘍や椎骨脳底動脈不全症など多種多様である。鍼灸治療は末梢性のめまいに対し早期から治療を開始することで、現代医学的な治療に併用する治療法としてその果たす役割は大きい。

頸性めまいについては、専門医によりその見解は一部異なるが、鍼灸臨床においては重要な疾患である。その病態については、椎骨動脈の循環不全や頸部交感神経系、頸反射によることが推測される。特に交感神経の機能を有する椎骨神経（頸部交感神経）が刺激されて生じるめまいは後頭部痛、耳鳴りとともに発症することが多い。また、この後部交感神経系は豊富な交通枝により前部交感神経系や、神経根と密接に関連しているため、椎間板、後従靭帯、硬膜、関節包、筋膜、筋肉などに加わった刺激が、すべてこの交感神経系を介して同様のめまいを発症させる可能性がある。これらのなかで、関節包や筋・靭帯からのインパルスは頸反射によるめまいの発生源とされており、両機序によるめまいは類似し、しかも混在している可能性が高い。

鍼灸治療は、こうした観点から後頭部や肩甲上部、肩甲間部に散在する筋の圧痛や緊張を指標に治療点を選択する。また、前頸部からの刺鍼は星状神経節（第六頸椎横突起）を目標とした手法が重要であるが、星状神経節の刺激効果よりも椎前筋への刺激がめまいの軽減に重要な役割を果たしているものと考えている。

筆者らは、頸肩部への鍼灸治療が単に局所の反応（軸索反射）のみならず、高位中枢に影響を及ぼすことにより、めまいをはじめとする頭頸部の症状の改善に寄与することを明らかにしてきた。今後こうした分野の基礎・臨床研究をさらに推進する所存である。

鍼灸クリニカルレポート

総合医療に向けて医科大学からの発信

第23回 腰椎椎間板ヘルニアに対する鍼灸治療

埼玉医科大学東洋医学センター 菊池雅美・山口 智

1. はじめに

腰痛や腰下肢痛を主訴に鍼灸の専門治療施設を来院する患者の数はかなり多い。腰痛については厚生労働省の平成22年度国民生活基礎調査によると、有訴者率は男性1位、女性2位であった¹⁾。また、腰下肢痛の原因の一つである腰椎椎間板ヘルニアは20～40歳までの就労世代に好発するため、いったん発症すれば社会的損失も大きい。一方、発症直後の激しい疼痛にもかかわらず、80%程度は数カ月のうちに自然軽快していく²⁾。

腰椎椎間板ヘルニアの下肢痛には強い安静時痛や歩行時痛などさまざまあるが、その症状のほとんどが激しい痛みやしびれである。その痛みやしびれのために患者の日々の生活は苦痛を強いられ、QOLは低下する。

そこで本稿では、腰椎椎間板ヘルニアについて概説し、さらに「腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン」の診断基準³⁾(表1)を満たさない症例を経験し、整形外科脊椎診の専門医に診療依頼した。

その病態把握に基づき鍼灸治療方針を変更した結果、興味深い成績が得られた症例を提示する。

表1 腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン策定委員会提唱の診断基準

- 1) 腰・下肢痛を有する（主に片側、ないしは片側優位）
- 2) 安静時にも症状を有する
- 3) SLRテストは70度以下陽性（ただし高齢者では絶対条件ではない）
- 4) MRIなど画像所見で椎間板の突出がみられ、脊柱管狭窄所見を合併していない
- 5) 症状と画像所見とが一致する

(日本整形外科学会診療ガイドライン委員会, 腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン策定委員会編, 腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン改訂第2版, 南江堂, 2011, より引用)

2. 腰椎椎間板ヘルニア

(1) 疫学

厚生労働省の平成23年患者調査報告によると、腰痛症、坐骨神経痛、椎間板障害と診断されている推計患者数(調査日当日に受診した患者)は15万9800人(入院5800人、外来15万4000人)である¹⁾。腰椎椎間板ヘルニアは一般的な疾患であるが、有病率についての詳細な報告はない。米国では人口の約1%、年間280万人が罹患していると推定されている⁴⁾。男女比は2～3:1で男性に多く、好発年齢は20～40歳代、好発高位はL4/5、L5/S1である²⁾。

(2) 概念

腰椎椎間板ヘルニアとは、腰椎の椎間板を構成し