

内リンパ水腫（蝸牛型メニエール病）の 治療評価法の新規作成と治療体験

東京都市大学 名誉教授 近藤 雅雄

近年、高齢者に蝸牛型メニエール病(急性低音障害型感音性難聴, ALHL)の発症が増加している。本症は「内リンパ水腫」を原因とするのでメニエール病の不全型ともいえる。症状は激しい回転性のめまいはなく、低音が聞こえにくい難聴、耳鳴り、耳閉塞感を主とし、状態がよくなっても再発を繰り返すのが特徴で、メニエール病に移行することが多い。病気が完成すると難治性となるため、早期の治療が重要である。しかしながら、現代の医療では治療法は確立していない。一般的によく言われているのが、安静の確保とストレスを取り除くこと。そして、基本的な薬物療法を行うことである。薬物療法の第一選択は強い浸透圧による脱水力による内リンパ水腫を軽減させるイソソルビドなどの利尿剤が用いられる。内耳の血液循環改善薬が使われることも多い。また、炎症を抑えるためにステロイド剤や精神安定剤、ビタミンB₁₂製剤も使われることがある。

本稿では、筆者自らALHLを発症したのを契機に、治療に対する評価法を新たに作成し、科学的に原因究明と治療の経過を追及したので報告する。また、本疾患を体験して、大学病院の耳鼻咽喉科における医療の現状について報告する。(2022年8月1日発表)

I. 病 歴

患者は筆者、70歳。2019年11月23日(土)、起床後、突然に左耳が聞こえなくなり、突発性難聴と疑ったが、同時に浮動感と激しい高音性耳鳴り、耳閉塞感、そして、吐き気、熱感などの自律神経症状が出たため都内の某有名大学病院に連絡した。耳鼻科の専門医と連絡が取れ、医師は「急ぐ必要はないので25日の月曜日に受診するよう」指示した。受診するまでの注意事項についての指示はなかった。2日後、大学病院耳鼻咽喉科外来を受診した。そして、型通り、重心動揺計、耳音響放射検査、標準純音聴力検査、めまいの検査、血液および尿の検査を受けた。その結果、ALHLと診断された。すなわち、聴力検査にて左耳の低音部の難聴が指摘された(図1)ことが診断の根拠になっている。血液・

尿検査では白血球(好中球)、CRPが正常値の上限、貧血が指摘された以外、免疫疫学的検査、生化学検査等すべて正常であった。次回、3週間後受診ということでその間の薬物を処方され

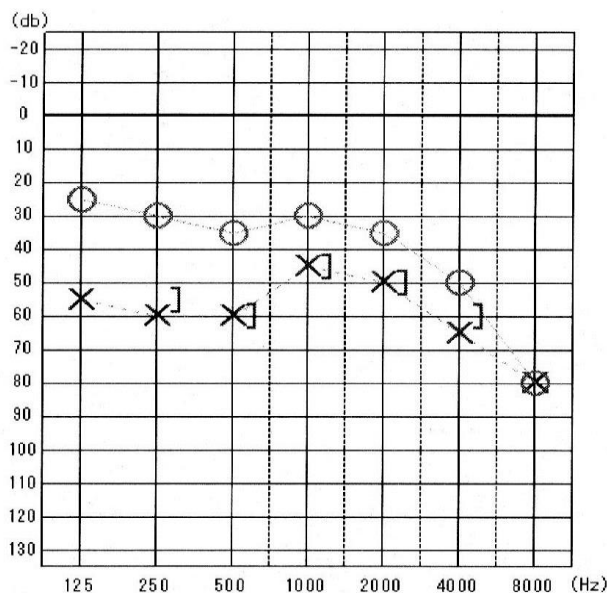


図1. 聴力検査 ○：右聴力、×：左聴力
左耳の低音領域の聴力(X)が右聴力(O)に比し著しく低下。

た。薬物はイソバイドシロップ70%(30ml)(イソソルビド;利尿促進)、アデホスコーク顆粒10%1g/P(脳血流改善)、カリジノゲナーゼ錠50IU(末梢血流改善)およびメチコバル錠500μg(ビタミンB₁₂;内耳有毛細胞保護)の4種であった。その他、指示はなかった。

12月16日外来受診。3週間、症状の改善がまったくみられなかったため、翌日から休養も兼ね1週間入院し、ステロイド治療(プレドニン60~20mg)を試みた。入院時、治療方法などの説明はとくにはなかった。入院中、高音性耳鳴りと難聴は寛解せず、逆に入院4日目に難聴と激しい耳鳴り、熱感が再発した。しかし、聴力検査などの診察、原因究明、生活指導などはなかった。そこで、医師になぜ聴覚検査をしなかったのかを聞いたが、残念ながら返答はなかった。大学は研究機関であり、発症原因を検討しなかったのは大学のミスであった。さらに、患者にとって入院中に起った身体の異常に対しての説明・ケアは一切なかったのは病院にとって本来あってはならないことであった。

入院中には医師や看護師のいくつかの職務上の怠慢など、患者である筆者にとっては色々なストレスを経験した。そして、退院時に医師より「内リンパ水腫」には有効な治療法は無いとの説明を受けた。一方で、別の医師からは薬物投与は必須で、その他有酸素運動が良いとのアドバイスを受けた。これに対して、絶対安静と言う医師もいた。いずれにせよ、入退院・外来通院を通し専門医による治療の説明は異なり、しかも不明瞭であった。このことから、現代医学では本疾患の根治療法はなく、難治性であることを理解した。また、本領域の研究レベルの低さを痛感した。そこで、鍼やマッサージ、指圧などの伝統療法による治療を試みた。また、当帰芍薬散などの漢方薬や健康食品を試したが、難聴と高音性耳鳴りの症状は改善されなかった。このことは、書店にて「耳鳴り・難聴」

に関する書物が沢山販売されていることをみても患者数が多いが、患者によって治療効果がさまざまであり、治療が難しいことを物語っている。

II. 難聴治療の独自評価法開発とその結果

本症に対する根治治療法は無いことから、医師に頼らず「自分で治す」と決め、さまざまな検討を行った。まず、難聴・耳鳴りの治療効果を科学的に評価するために、これら症状の数値化を試みた(左耳の難聴についてはテレビの音量と難聴との関係を数値化した。耳鳴りは電気的な放電現象のような金属音の持続時間と強度を数値化した)。図2は左耳の難聴に対して具体的にTVの音量を用いて聴力の回復度合いを数値化したものである。これを利用して実際に左耳の聴力をデータ化したのが図3の回復曲線(100%回復から0%までを示した)である。図より、入院直後50%回復を示したが、入院4日後(12/21)に再発し0%となった。退院後、徐々に回復し100%に到達したが、2020年4月21日~6月5日までの46日間、再発と回復傾向を9回繰り返した(図3)。この再発は回転性のめまいあるいは左右の直進運動性のめまいなど新たな症

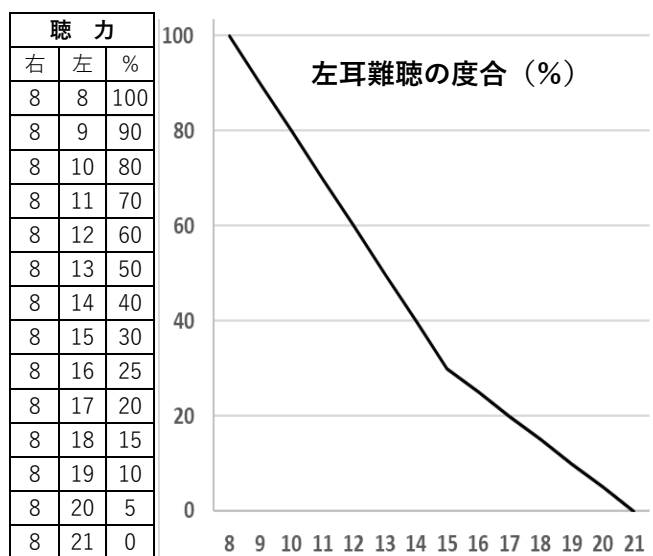


図2. 左耳難聴度合の数値化

左耳難聴の数値化：右聴力はTV音量の8で聞こえるが、左は聞こえず、21で聞こえる。これが13で聞こえた場合を50%回復、8で聞こえた場合を100%回復とした。縦軸：聴力%、横軸：音量(TV)

状が出現し、メニエール病に移行したのかと危惧したが、6月6日以降は回復すると共に、高音性耳鳴り、浮動感、熱感、吐き気も無くなった。突発性難聴が2019年11月23日に発症してから2020年6月5日に回復するまでに約半年要したが、その後、現在の2022年5月5日まで再発はなく、健常状態を維持している。しかし、発症歴があるということは、また、いつ再発するかもしれないということである。したがって、現在は自分の身体から発するサインに耳を傾けながら、QOLの向上に努めている。なお、図2の難聴の数値化については、TVの音量、聞こえ具合はTVの機種やTVからの測定距離によって聴覚が異なるので、これらを同じくするのが条件である。

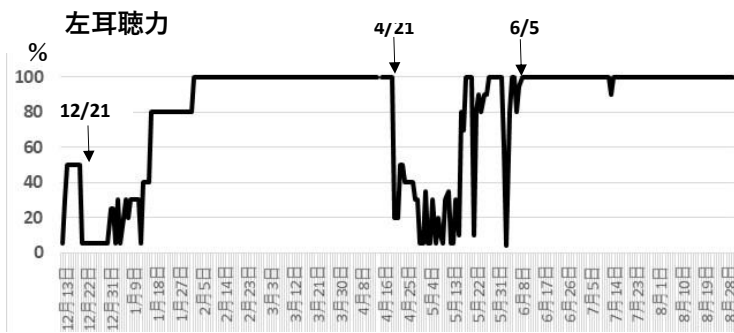


図3. 左耳聴力の回復曲線

Ⅲ. 内リンパ水腫の発症原因と治療

左耳の難聴および高音性耳鳴り、浮動感や耳閉塞感(耳管狭窄症)の発症原因として考えられたのはストレスであった。医療系専門学校の学校長在職中に改革(91件に及ぶ校則の作成や医療機関の見学・各種実習等の協定書締結、厚生労働省等の行政対応と生徒指導)と教育(年間28コマの講義と3年生の担任;1コマ90分授業、したがって、週6日間、毎日3時間以上の講義を行っていたこととなる)、そして、新型コロナウイルス感染症対応など、心労が重なって発症したものである。

そこで、学校の理事長、教職員および生徒に大変な迷惑をかけることになったが学校長および理事を退職し、治療に専念した。そして、難聴・耳鳴りは生理学的に循環と聴覚機能障害、耳閉塞感は炎症、循環障害と判断し、さまざまな検討を行った。

以下にさまざまな検討を行った中で、治療上効果があったものを5つ挙げた。

1. ストレスからの解放

過度なストレスが誘発因子となったことは明らかであった。また、治癒の要因はすべての職責からの解放が最も大きいと思われた。すなわち、学校に関わるストレス、そして入院中における病院に対するストレスなどが発症・再発の原因である。これらから完全に解放されるのに半年を要したが、現在は前向きに読書や本の執筆、散歩などを楽しんでいる。

2. 有酸素運動の実施

有酸素運動はウォーキングとランニング合わせて毎日1~2時間、1万歩を目標に天候に関わらず実行している(表1)。内リンパ水腫が発症する前の2018年5月から毎日歩数を記録しているが、発症した時点での月の1日の平均歩数は3,927歩から2022年4月には12,500歩となり、約3倍増加した(図4)。また、症状は、歩数が増加すると共に改善した(図3)。治癒後の平均歩数は、2019年、厚生労働省の国民健康・栄養調査により健康成人男性6,793歩、女性5,832歩に比べると約2倍多い。循環・聴覚機能障害の改善として1万歩前後の適度な有酸素運動が有効であったと考える。

表1. 体重、体温と歩数の日変動

日数	体重(kg)	体温(°C)			歩数
		午前	午後	夜	
941日					
平均値	57.3	35.8	36.0	36.0	10363
最大値	58.3	36.7	36.8	36.7	24416
最小値	56.2	34.9	35	35	400
標準偏差	0.36	0.27	0.27	0.26	3963

2020年1月~2022年7月

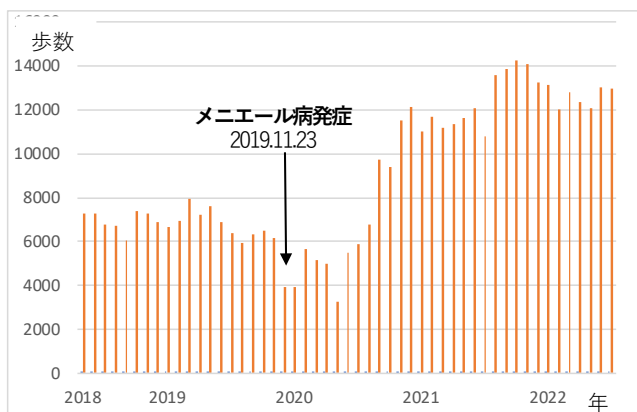


図4. 一日の歩数の月平均値 (2018年5月～2022年7月)

3. 医薬品、健康食品に頼らない

医師から処方された医薬品および20年以上摂取してきた総合ビタミン剤と5-ALAの摂取を止めて、「自分の体の声」を聞きながら、食品の素材と栄養素にこだわる自由で楽しい食生活に改めた。すなわち、生体を本来の自然の姿に戻し、70歳の機能を保持するために必要なカロリー、栄養素など摂取するものは基本的にすべて天然の食物からとした。そして、栄養素と生体との相互関係において、体調に即した栄養素の吸収効果および相殺効果や栄養バランスを考慮した食生活を意識して楽しむこととした。

4. 睡眠リズムの構築

脳の機能保持のためには睡眠は不可欠であり、さらに睡眠のリズムは1日のリズムを形成するうえで重要となる。人間は長い間、太陽のリズムを基本として自律神経系や内分泌系など生命・生体機能を獲得してきた。そこで、1日の始まりに重要な睡眠の時間はできる限り太陽のリズムに近づけ、20時30分～4時30分の8時間とした。これによって早朝の時間を有意義に活用できると同時に、1日のリズム、体内のリズム構築と恒常性維持機能に大きな効果があったと思われた。

5. 指圧・マッサージ

起床後、時間をかけて下肢から上肢とほぐし、最後に頸、顔、頭および翳風・聴宮、耳介部を

中心にマッサージを行った。つまり自分に合った療法を独自開発し、毎日実施することによって、難聴と高音性耳鳴りから解放された。耳鳴りは日本人の4人に一人が悩む国民病といわれている。その程度は個人差があり、現代医学の最も苦手とするオーダーメイドの治療が必要である。すなわち、個人によって治療法が異なり、それを見極める総合診療能力が必要な分野と思われた。

IV. おわりに

ある日突然左耳が聞こえなくなった。その後、激しい耳鳴り、浮動感、耳閉塞感を体験し、病院にて蝸牛型メニエール病と診断されてから約6か月半にかけての療養における治療と病院の問題について報告した。

第1に、治療においては、自らの体験を通して、ALHL治療の難しさを経験した。そこで、今回、自分に合った治療の評価法を開発し、さまざまな検討によって自然治癒力の強化によって治療しえた。ALHLの難聴においてはテレビの音量を用いた方法を開発、耳鳴りにおいては、耳鳴りの時間、強度を数値化し、科学的に定量化し、治療効果を評価した。

第2に、病院については、症状が出現した時点で、某大学病院に連絡したが、早期治療が重要であると言われているにも関わらず、当日は診てもらえなかった。さらに、翌日は日曜日で休診ということで2日後の月曜日に受診するよう指示されたが、この間の注意事項などは一切なかった。ここでは、某大学病院に通院、入院した経験から、病院の現状を紹介する。

①入院した病室のベッドに主治医、担当医他4名の医師の名前があったが、入院してから病室に来た医師は皆無であり、担当医と一般診察室で会う以外は他の医師と会うことはなかった。何のためのチーム医療なのか。その説明、インフォームドコンセントなどはなく、

チーム医療の役割が患者のためになっているかどうか不明であり、その必要性が形式的なもののように感じた。このことは4年前に他科に入院した時も同じであった。

- ②担当医名は大学の耳鼻咽喉科のホームページに掲載されていなかった。ホームページの管理が不十分であることは明らかである。
- ③看護師は医師や病院の悪口を頻繁に患者に言っていた。医師と看護師との間に意志の疎通が図られていないことがわかり、患者に不安感を与えた。
- ④入院中胸痛があり、看護師に伝えたが説明・対応はなく、さらに、医師への連絡もなく恐怖感を自覚した。
- ⑤2種類の薬物を、時間をかけて別々に点滴していたが、看護師は時間がないからといい、2種類の薬物を同時に点滴しようとしたので、わたしは薬物動態に影響が起ころうかもしれないからと断った。
- ⑥診療室にて、隣の診療椅子で、中年の男性患者が若手の女医に対して「何とか助けてください」と頭を深く下げ、懇願していたが、診察が終わると女医は無表情のまま挨拶もせず去って行った。

など、入院中の一例を挙げたが、病院の医師、看護師は患者とのコミュニケーションをほとんど行わなかった。これが現在の巨大大学病院の現実かもしれない。病院の各組織がそれぞればらばらに活動し、病院長、教授をはじめとしたガバナンスが徹底されていない。今回の通院・入院を経験して、病院の役割を果たしていなかったことは、まことに遺憾であった。新型コロナウイルスというパンデミックを期に、わが国における医学教育、医師の教育ならびに病院医療ガバナンスおよび医療のあり方について総点検する必要があるのではないだろうか。

参考文献

1. 吉江信夫：難聴・耳鳴・めまい、主婦の友社 1987.
2. 耳鳴り・難聴、耳鼻咽喉科の名医が教える最高の治し方大全、文響者、2020.
3. 遅発性内リンパ水腫（指定難病305）難病情報センター、2022.
4. 中島務：内リンパ水腫、長寿医療研究センター病院レター第51号：1-5、2014
5. 難治性聴覚障害に関する調査研究班報告書、令和元年度。

付記：メニエール病の発見史

1861年、フランスの医師プロスペル・メニエールはめまいを起こした後に死亡した患者の三半規管に出血があったことを発見し、フランスの生理学者フルーランが鳩の三半規管を破壊すると飛べなくなることを発見した報告と合わせて、めまい症の中には内耳が原因のめまい症があることを発見した（ただし、メニエールが診た患者は白血病のために内耳出血を起こしたものであり、今で言うメニエール病患者ではなかった）。

1867年、アダム・ポリッツァーはメニエールの発見から内耳が原因と思われるめまい症にメニエール症候群という名前をつけたが、これはめまいと聞こえなどの諸症状に対して付けられたもので、病態などは不明なままつけた名前であった（メニエール病以外のめまいを症状とする内耳疾患の多くも含まれる）。

1938年に大阪大学の山川強四郎とアメリカのホールパイクがそれぞれ独自に内リンパ水腫を発見し、また、メニエール病以外の内耳疾患も多くは病態が判明してきたので、メニエール病は内リンパ水腫を本体とする内耳疾患との定義が確立した。（参考資料：メニエール病：Wikipedia）