

鳥取県における医師を対象としたメニエール病に関する疫学調査

鳥取大学医学部衛生学教室 (主任 中山英明教授)¹⁾
鳥取大学医学部耳鼻咽喉科学教室 (主任 生駒尚秋教授)²⁾
鳥取県根雨保健所³⁾

岡本幹三¹⁾・森尾眞介¹⁾・鈴木健男²⁾・吉田良平³⁾・中山英明¹⁾・生駒尚秋²⁾

Epidemiological Study of Meniere's Disease : Diagnosis and Treatment in the Responses of Doctors of Tottori Prefecture to a Questionnaire

Mikizo OKAMOTO¹⁾, Shinsuke MORIO¹⁾, Takeo SUZUKI²⁾,
Ryohei YOSHIDA³⁾, Hideaki NAKAYAMA¹⁾, Hisaaki IKOMA²⁾

¹⁾*Department of Hygiene, Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago 683, Japan*

²⁾*Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago 683, Japan*

³⁾*Tottori Prefectural Neu Health Center, Hino-cho 689-51, Japan*

ABSTRACT

In order to estimate the accuracy of diagnoses of Meniere's disease, we investigated the diagnosis and treatment by doctors in Tottori prefecture by means of a questionnaire between July and August, 1994.

The questionnaire included the following items : age, sex, symptoms, findings of clinical examinations, severity of Meniere's disease, treatment, and prognosis.

Responses from 192 doctors were analyzed, and the attitude of otorhinolaryngologists, internists, and surgeons were compared.

Diagnosis and treatment for Meniere's disease were found to vary considerably.

It was noted that about a half of respondents have read or heard the criteria for the diagnosis of Meniere's disease, but only 11% of them remembered the criteria accurately ; especially, the rate of rememberers was lower in the internists, and surgeons than in the otorhinolaryngologists.

It is important to standardize the criteria for the diagnosis of Meniere's disease and the estimation of its prevalence, but also to investigate its cause and establish its treatment.

The present results coincided with the responses of doctors working in Tottori University Hospital in a pilot study.

(Accepted on March 13, 1995)

Key words : Meniere's disease, examination results, questionnaire investigation, prognosis, criteria for diagnosis

はじめに

一昨年、および昨年の統計学的推計⁵⁾¹⁰⁾により、メニエール病の全国有病数は約12万(95%信頼限界: 61,174~170,588)と推計された。この数値は鳥取県が1990年に行った患者調査(以下、患者調査)結果に基づいたもので、厚生省研究班で使用するメニエール病の診断基準¹¹⁾や日本平衡神経科学会の診断基準³⁾を満たさない症例も多数含まれていると考えられる。

実際、患者調査に基づくメニエール病の有病数の推計では、患者個人票の診断欄にメニエール(病、症候群など)の記載のあるものを選んだもので、医師がメニエール病と診断した患者数を基にしており、診断基準のチェックはなされていない⁶⁾。従って、診療科による診断名の記載の不統一は避けられない。とくに、耳鼻咽喉科以外の診療科を対象とした広範囲の調査では、ある程度のあいまいさがあることはやむを得ない⁷⁾。それは、メニエール病のように診断基準が必ずしも一般的となっておらず、確定診断までに各種の検査、経過観察が必要な場合が少なくない疾患では、調査結果に目的以外の境界域の疾患(メニエール症候群など)が取り込まれる可能性が多分にある¹²⁾からである。従って、結果的には有病数の過大評価につながるものが十分予測される¹⁾。

著者らは前報¹⁰⁾において、箕輪ら⁴⁾が厚生省患者調査から推計したメニエール病の総患者数の推計値は、約10万(95%信頼限界: 87,610~109,037)であり、上記の全国患者数のそれは調査年代や医療施設の規模別抽出率の違いなどを考慮するとほぼ妥当な値と説明した。

しかし、メニエール病に対する各専門分野の医師の経験・認識がどう違うのか“診断の実態”についてはまだ良くわかっていない。そこで今回は以上の点をふまえて、患者調査におけるメニエール病診断名の意味を検討するため、鳥取県の医師を対象にしたメニエール病の疫学調査を実施した。

なお、今回の調査に先立ち鳥取大学医学部附属病院の勤務医を対象にパイロット調査を実施した。その結果は、既に報告している¹⁰⁾。

対象および方法

調査対象は、鳥取県医師会名簿にある耳鼻咽喉科、内科、神経内科、精神科、外科を標榜する全

医師であった。

調査方法は、自記式無記名のアンケート調査票による郵送法で、調査票の送付件数は598件であった。調査項目は、メニエール病診断の経験の有無、メニエール病の発症年齢、性(差)、メニエール病診断時に重要視する症状、および検査所見、メニエール病発症と関係の深いと思われる因子、メニエール病の治療方法、予後などの15項目であった。アンケートの作成は、パイロット調査の結果¹⁰⁾、および厚生省の前庭機能異常調査研究班の班員の意見を取り入れて完成されたものである。

回収率は32.6%(195件)、有効回答数は192件(32.1%)であった。

なお、調査期間は1994年7月6日から8月19日の1ヶ月半であった。また、本調査の集計解析には鳥取大学情報処理センター・米子サブセンターのプログラム統計パッケージSAS(Statistical Analysis System)を利用した。

結 果

1. 回答者の専門分野・年齢階級別特性

表1に有効回答者の標榜科・年齢階級別分布を示す。表1より、年齢階級別には60歳代が最も多く、女性は19名で約1割であった。専門分野別には、内科医が75%、耳鼻咽喉科医(耳鼻科医と略記)が9%で外科医は8%、その他は8%であった。勤務形態別には、診療所が56%、病院が41%で不明は3%であった。

2. メニエール病診断をめぐる耳鼻科医、内科医、および外科医の比較

メニエール病の診断名を付けたことがあるのは、耳鼻科医では94%、内科医は86%、外科医では65%で平均82%であった(表2)。

診断する際にメニエール病とメニエール症候群を区別するのは、図1に示す通り、耳鼻科医が67%で最も高く、内科医で42%、外科医で40%と少なかった。

メニエール病の好発年齢は、表3の通り耳鼻科医では30、40歳代、内科医、外科医では40、50歳代、を回答するものが多く、とくに外科医では70歳以上を回答するものが27%もあり幅広い範囲を回答した。性別では、いずれも女性が多いとする回答がほとんどであった。

メニエール病診断時に重要視する症状は、めまいがほとんどで、次いで耳鳴り、難聴、嘔気・嘔

表1 標榜科・年齢階級別調査対象数

	-29	-39	-49	-59	-69	70-	不詳	計
耳鼻科*	1 5.9	6 35.3	2 11.8	2 11.8	6 35.3	0 -	0 -	17 8.9
内科	4 2.8	32 22.2	35 24.3	24 16.7	34 23.6	15 10.4	0 -	144 75.0
外科	0 -	1 6.7	2 13.3	4 26.7	6 40.0	2 13.3	0 -	15 7.8
その他	0 -	3 18.8	3 18.8	2 12.5	4 25.0	2 12.5	2 12.5	16 8.3
計	5 2.6	42 21.9	42 21.9	32 16.7	50 26.0	19 9.9	2 1.0	192 100.0

註) 上段は例数、下段は構成割合(%)を示す。女性は19名。

*: 耳鼻咽喉科(以下の図表もすべて耳鼻科と略記)

表2 メニエール病(またはメニエール症候群)の診断経験

	ある	ない	その他	計
耳鼻科	16 94.1	1 5.9	0 -	17 8.9
内科	123 85.4	20 13.9	1 0.7	144 75.0
外科	10 66.7	5 33.3	0 -	15 7.8
その他	9 56.3	7 43.7	3 18.8	16 8.3
計	158 82.3	33 17.2	1 0.5	192 100.0

註) 上段は例数、下段は構成割合(%)を示す。

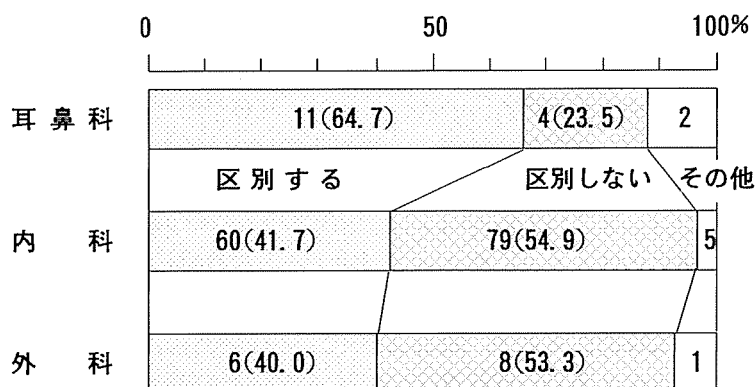


図1 メニエール病とメニエール症候群の区別

表3 メニエール病の好発年齢（重複回答）

	-29	-39	-49	-59	-69	70-
耳鼻科	4	11	9	3	1	0
	23.5	64.7	52.9	17.6	5.9	0.0
内科	10	33	82	61	31	3
	7.0	23.1	57.3	42.7	21.7	2.1
外科	0	2	7	6	4	4
	0.0	13.3	46.7	40.0	26.6	26.7

註) 上段は例数、下段は構成割合(%)を示す。

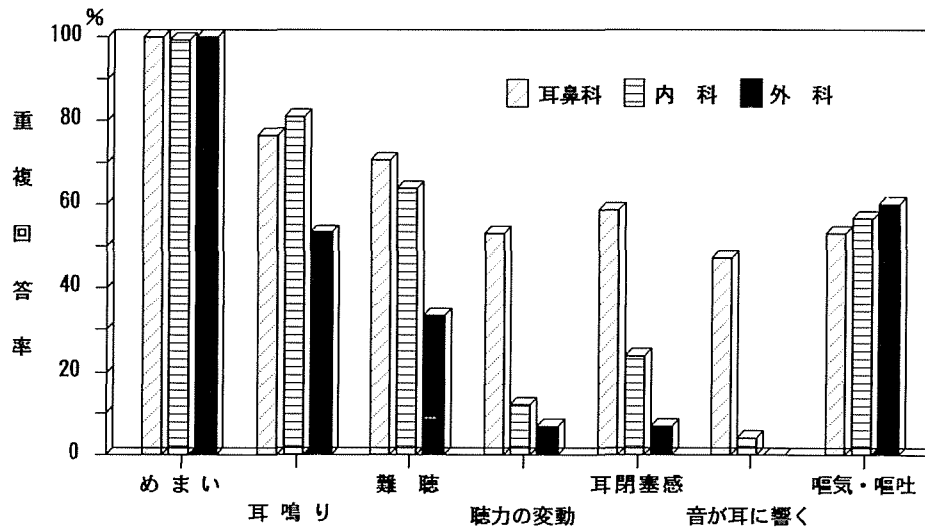


図2 メニエール病の診断時に重要視する症状

吐で、耳鼻科医のみ重視する症状は、聴力の変動、音が耳に響く、耳閉塞感の順であった(図2)。とくに、めまいの性状では、全般的に回転性めまいが最も重視され、とくに内科医が最も重視する割合が高く、次いで反復性めまい、浮動感(50%以下)の順であった。

一方、メニエール病診断時に重要視する検査所見は、すべて耳鼻科医が高く、聴覚障害、自発眼振、および中枢神経疾患の否定で、耳鼻科医のみ重視する検査は、内耳補充現象、温度刺激検査、四肢の偏倚、グリセロールテストであった(図3)。

なお、図1～図3の傾向は、とくに内科医のメニエール病診断経験の有無にはほとんど影響されなかった。

図4より、予後については専門に限らず、寛解と再発を繰り返すと考えるものが多く、寛解期間は1～5年とする回答が最も多かった。内科医は1～5年で寛解治癒とするものが多く、耳鼻科医

ではメニエール病の治癒は困難として、5年以上で寛解固定とするものが多いとする傾向がみられた。メニエール病の再発については、わからない、無回答が半数以上あった。

3. メニエール病の診断基準をめぐる耳鼻科医と内科医および外科医の比較

メニエール病の診断基準については、全体で約半数強がこれを聞き、11%しか覚えていない。しかし、耳鼻科医だけは47%の約半数が覚えていと回答した。ちなみに聞いたことがあるとするのは、耳鼻科医で90%、内科医で50%、外科医で40%であった(図5)。診断経験があるものの内訳では、耳鼻科医で94%、内科医で55%、外科医で40%で、そのうち覚えていいるものは耳鼻科医で50%、内科医で7%、外科医で10%と少なかった。従って、診断経験の有無による影響はほとんどなかった。

さらに診断基準を聞いたことがあるかどうかにか

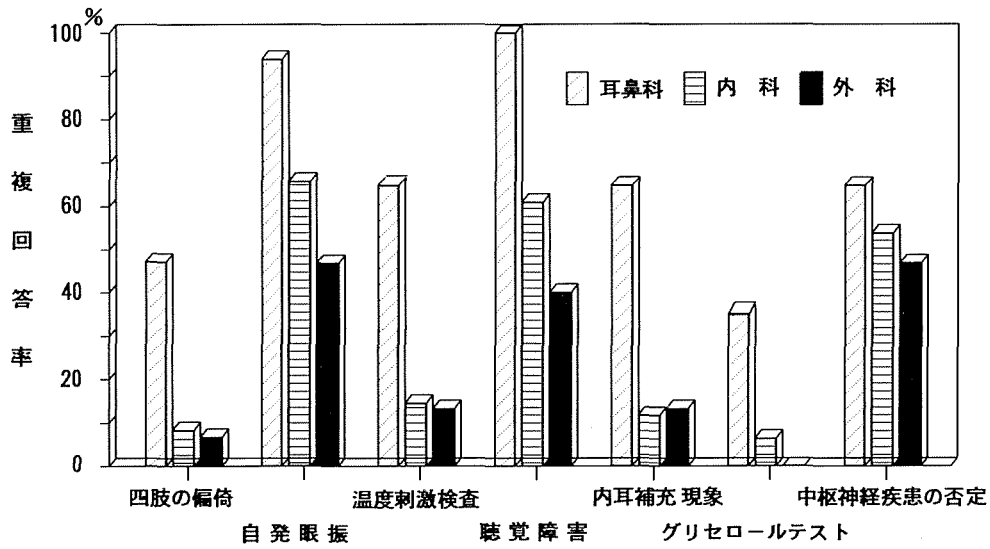


図3 メニエール病の診断時に重要視する検査・異常所見

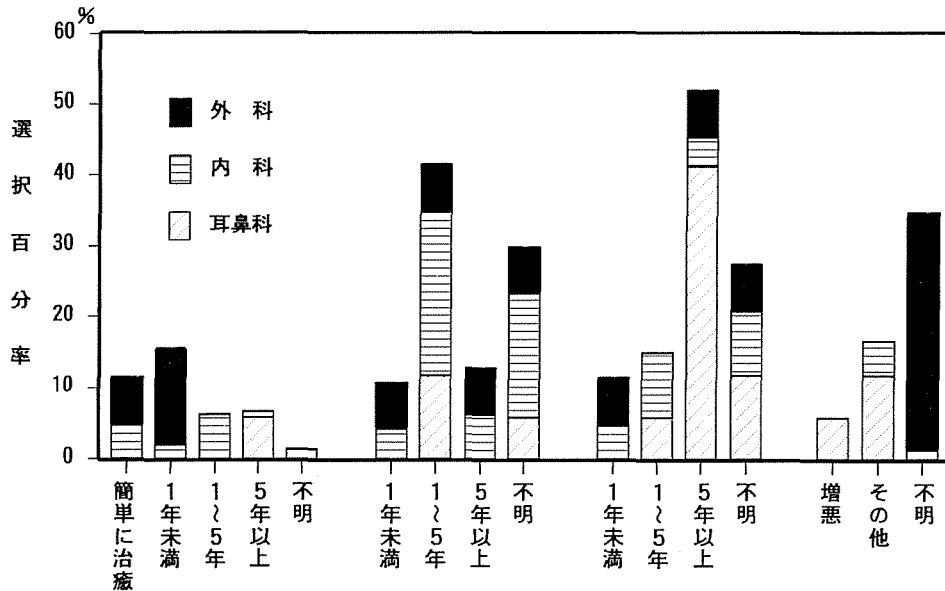


図4 メニエール病の子後に関する意識

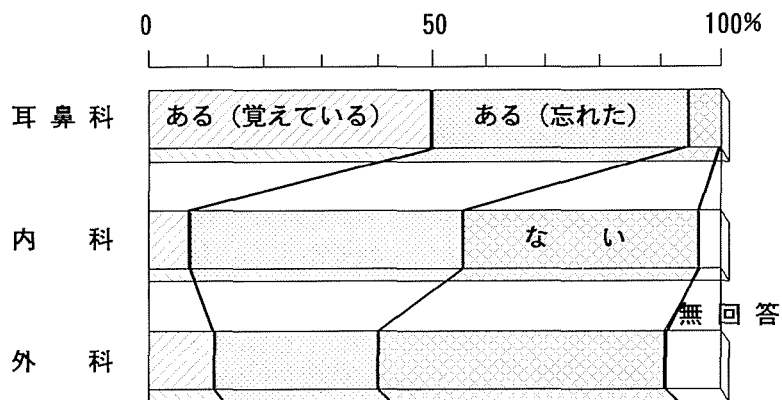


図5 メニエール病の診断基準について聞いた記憶

表4 診断基準の記憶の有無別医療行為の比較, 内科医
(とくに顕著な差異がみられた項目を抜粋)

(1) 質問2 メニエール病とメニエール症候群の区別するかどうか

	区別する	しない	その他	計
聞いたことがある	33 (42.3)	42 (53.8)	3 (3.9)	64
聞いたことがない	23 (37.7)	36 (59.0)	2 (3.3)	53

(2) 質問8 メニエール病の診断時に重要視する検査・異常所見

	自発眼振	聴覚障害	内耳補充	グリセロールテスト
同上ある	56 (71.8)	56 (71.8)	13 (16.7)	8 (10.3)
同上ない	36 (59.0)	30 (49.2)	5 (8.2)	2 (3.3)

(重複回答)

よって、メニエール病の診断に違いがみられるかどうかを内科医について検討した結果を表4に示す。表より診断基準を聞いたことがある方が、メニエール病診断の区別する割合や重要視する症状、検査・異常所見の中でも自発眼振、聴覚障害、内耳補充現象、グリセロールテストの選択割合が高かった。

考 察

1. 回答者の専門分野・年齢階級別特性について
30～60歳代までの範囲を中心に60歳代が最も多い分布を示した。これは開業医の回答を反映しており、60歳代の約9割が開業医であった。

女性は19名で約10%、専門分野別分布では内科医が74.5%であるのに対し、耳鼻科医は8.9%、外科医は7.8%の割合であったが、回収率では耳鼻科医の61% (17/28) が最も高かった。これはやはり耳鼻科の専門性を反映した結果といえよう。しかし、集計上の問題として、専門分野を1科目に限定できない場合も多々あったので正確な専門分野別の回収率は算出できなかった。

2. メニエール病診断をめぐる専門分野による違いについて

メニエール病の診断経験があるのは、耳鼻科医、内科医、外科医の順、メニエール病とメニエール病症候群を区別する割合も耳鼻科医が高いことから、耳鼻科医が最も診断する機会が多く、かつまた診断基準にそったメニエール病の診断を行っていることが想像された。

同様のことは、メニエール病診断時に重要視す

る症状や検査・異常所見にも反映され、耳鼻科医は3主徴(めまい、耳鳴り、難聴)のみならず、さらに耳鼻科的な症状(聴力の変動、音が耳に響く、耳閉塞感など)を細かく聞いたり、特殊な検査(四肢の偏奇、温度刺激検査、内耳補充現象、グリセロールテストなど)も加えていることが観察された。一方、内科医や外科医では単発のめまいのみで診断する傾向があることが推察された。これらのことから、メニエール病の診断名をつける際の専門科による医師の意識・認識の違いが伺える回答が得られたといえる。

またメニエール病の予後については、内科医、および外科医では寛解期間は1～5年で寛解治癒とするものが多く、耳鼻科医では寛解期間は5年以上で治療困難ということで寛解固定が多い傾向をみた。これは、耳鼻科医にかかる患者の方が重症度が高くなる傾向があることの反映ではないかと考える。今回の調査だけでは、患者の流れや重症度を把握することはできないが、メニエール病診断に対する医師の専門性を反映した妥当な結果といえる。つまり内科医で診る患者、あるいは受診する患者はより軽症な段階のものが多く、内科医ではうまく対応できないより重症な患者が耳鼻科医に紹介されたり受診したりするため、耳鼻科医の診るメニエール病患者の予後は必然的に寛解固定までの期間が長くなることが推察される。

3. メニエール病診断基準の統一・普及について
診断基準については、全体では約半数が聞いたことがあると回答しているものの、そのうち11%しか覚えていないのは注目される。耳鼻科医では、

表5 1990年の鳥取県患者調査におけるメニエール病患者数⁸⁾

	男 性	女 性	計
医療機関			
診療所	24 (85.7)	67 (78.8)	91 (80.5)
病院	4 (14.3)	18 (21.2)	22 (19.5)
診療科目			
内 科	22 (78.6)	66 (77.6)	88 (77.9)
耳 鼻 科	5 (17.9)	9 (10.6)	14 (12.4)
外 科	1 (3.6)	9 (10.6)	10 (8.8)
泌尿器科	0 (0.0)	1 (1.2)	1 (0.9)

ほとんどのものが聞いたことがあり、かつまた覚えているものも多いが、内科医や外科医では約半数のものしか聞いてことがなく、内科医では6%、外科医では13%しか覚えていなかった。このことは、診断基準の普及・活用の必要性を示唆する結果といえる。

また、1990年の鳥取県患者調査におけるメニエール病の記載・報告は、表5⁸⁾からもとくに内科医による報告が最も多く約80%、耳鼻科医によるそれは僅に12%しかなかったことを考慮すると、メニエール病の有病数の推計が過大評価されていることが推測される。

メニエール病の診断に関しては、既に厚生省の研究班でまとめられた「メニエール病診断基準」¹¹⁾や日本平衡神経科学会の「臨床的な診断基準」³⁾があり、これら診断基準の普及・活用を図ることが信頼度の高い有病数を推計する上で必要である。

しかし、日常診療で遭遇するめまい患者は、これら診断基準に合わないものが大部分であるという報告²⁾もある。

本調査に先立ち、鳥取大学医学部附属病院医師を対象にしたパイロット調査¹⁰⁾を実施したが、本調査においてもその結果とほぼ同様の成績・知見を得ることができた。このことから、病院・診療所あるいは勤務医・開業医による勤務形態の違いではなく、専門分野による意識・認識の違いがメニエール病診断を大きく左右する要因となることが再度確認された。

結 語

メニエール病診断名の意味を検討するため、鳥取県内の医師を対象にした疫学調査を実施した。

その結果、メニエール病の診断と治療に関して専門分野（診療科）による意識と認識の違いが認められ、メニエール病の対応が各専門科の医師により異なっていることが示唆された。また診断基準について聞いたことがあるのは、診断経験ありでも約60%で、覚えているのは約10%と少なく、診断基準の普及・活用の必要性を示唆する結果が得られた。したがって、有病数の推計のみならず、原因の究明、治療方法の確立のためにもメニエール病の診断基準の各科医師への徹底が重要といえる。

今回の「メニエール病に関する疫学調査」にご協力いただきました鳥取県医師会の皆様に深謝いたします。また、本研究の調査、回収、およびデータ入力に終始ご協力いただきました本学医学部衛生学教室渡辺三也子事務補佐員に深謝いたします。なお、本研究は、厚生省特定疾患前庭機能異常調査研究班の研究費援助によって行われた。

文 献

- 1) 藤本眞一, 野崎貞彦 (1989). 国民生活基礎調査の傷病量の把握の妥当性の検討. 厚生省の指標 36, 30-35.
- 2) 加藤 功 (1994). メニエール病とその周辺疾患. 日本医事新報 No. 3664, 30-33.
- 3) 小松崎 篤, 二木 隆, 原田康夫, 朴沢二部, 石井哲夫, 亀井民雄, 小池吉郎, 松永 亨, 松永 喬, 水越鉄理, 野末道彦, 関谷 透, 鈴木淳一, 田口喜一郎, 時田 喬, 上村卓也. めまいの診断基準化のための資料 2. メニエール病 (1987年めまいの診断基準化委員会答申) (1988). Equilib Res 47, 247-248.

- 4) 簗輪眞澄, 橋本修二, 永井正規, 藤本眞一, 藤田利治 (1991). 厚生省患者調査による難病患者数, 日本公衛誌 3, 219-224.
- 5) 森尾眞介, 高井一岳, 中山英明 (1992). メニエール病及び前庭機能異常の全国有病数推計方法. Equilib Res Suppl 8, 1-3.
- 6) 中江公裕, 新田裕史, 服部芳明, 前田和甫, 渡邊 勲, 水越鉄理, 小松崎篤 (1991). メニエール病の有病率. 耳鼻臨床 73, 1023-1029.
- 7) 新関泰夫, 渡邊 勲, 水越鉄理, 渡辺行雄, 北原正章, 矢沢代四郎, 橋本 勉 (1990). メニエール病全国調査の解析 (続報). Equilib Res Suppl 6, 1-9.
- 8) 岡本幹三, 森尾眞介, 中山英明, 瀧田親友朗 (1993). 鳥取県患者調査からみたメニエール病患者の受療の特徴. 厚生省特定疾患「難病の疫学」調査研究班平成4年度研究報告書, 101-102.
- 9) 岡本幹三, 森尾眞介, 瀧田親友朗, 中山英明 (1993). メニエール病全国患者数の推計. Equilib Res Suppl 9, 1-4.
- 10) 岡本幹三, 森尾眞介, 鈴木健男, 中山英明 (1994). 鳥取大学医学部付属病院医師を対象としたメニエール病意識調査. Equilib Res Suppl 10, 1-5.
- 11) 渡邊 勲 (1976). 厚生省研究班のメニエール病診断基準について. 耳鼻臨床 69, 301-303.
- 12) 渡辺行雄, 将積日出夫, 神田憲一, 大村明彦, 石川美幸, 上田結花里, 水越鉄理 (1992). 県医師会調査および当科受診症例による富山県のメニエール病疫学調査結果. Equilib Res Suppl 8, 4-8.