

2022年3月16日  
症例共有会

# 突然の難聴

医療法人SHIODA 塩田病院 脳神経内科

野村 浩一

症例

67歳 男性

**【主 訴】** 浮動性のめまい、右難聴

**【現病歴】** 2021年9月某日、起床時より **浮動性のめまい感** を呈するもなんとか寝室を出て、リビングまで自力歩行可能であった。テレビのスイッチを入れたところ、**右耳のみ音が聞こえない** ことを自覚した。

友人に電話で相談し、ただちに病院を受診することをすすめられたため、自ら救急要請し、当院救急外来へ搬送された。

**【既往歴】** 陳旧性心筋梗塞（63歳時 経皮的冠動脈形成術の施行歴あり）  
2型糖尿病、高血圧症、脂質異常症（いずれも 内服加療中）

**入院時内服薬** アスピリン **100mg**, プラスグレル **3.75mg**, (アムロジピンOD **5mg**, テルミサルタン **80mg**),  
ロスバスタチンOD **2.5mg**, エンパグリフロジン **10mg**, (ビルダグリプチン **100mg**, メトホルミン **1000mg**)

**【家族歴】** 心血管疾患、脳卒中の家族歴を認めない

**【生活歴】** 自営業(夫婦で糸の販売をしている)

都内在住、別荘(千葉県)も頻回に利用しており、滞在中に発症

**【嗜好歴】** 喫煙歴：20本 x 40年、飲酒歴：機会飲酒程度

**【アレルギー】** なし

症例

67歳 男性

### 【入院時現症】

意識レベル JCS I-1, GCS E4V5M6  
血圧 152/70 mmHg, 脈拍 72(整), 呼吸数 24,  
体温 36.7°C, SpO2 98%(room air)  
胸腹部理学的に異常所見なし

### 【胸部レントゲン】

CTR 58%, 肺野に明らかな異常所見なし

### 【心電図】

HR 70, 明らかなST-T変化を認めない

## 【入院時検査所見】

**WBC** 8450

Hb 14.8 g/dL

Plt 19.7 x10<sup>4</sup>

PT-INR 0.96

APTT 25.7 sec

D-dimer 0.9 µg/mL

AST 15 U/L

ALT 26 U/L

LD 151 U/L

TP 6.5 g/dL

Alb 3.9 g/dL

Na 139 mEq/L

K 3.6 mEq/L

CRP 0.04 mg/dL

LDL-C 46 mg/dL

HDL-C 58.8 mg/dL

TG 51 mg/dL

**HbA1c** 7.1 %

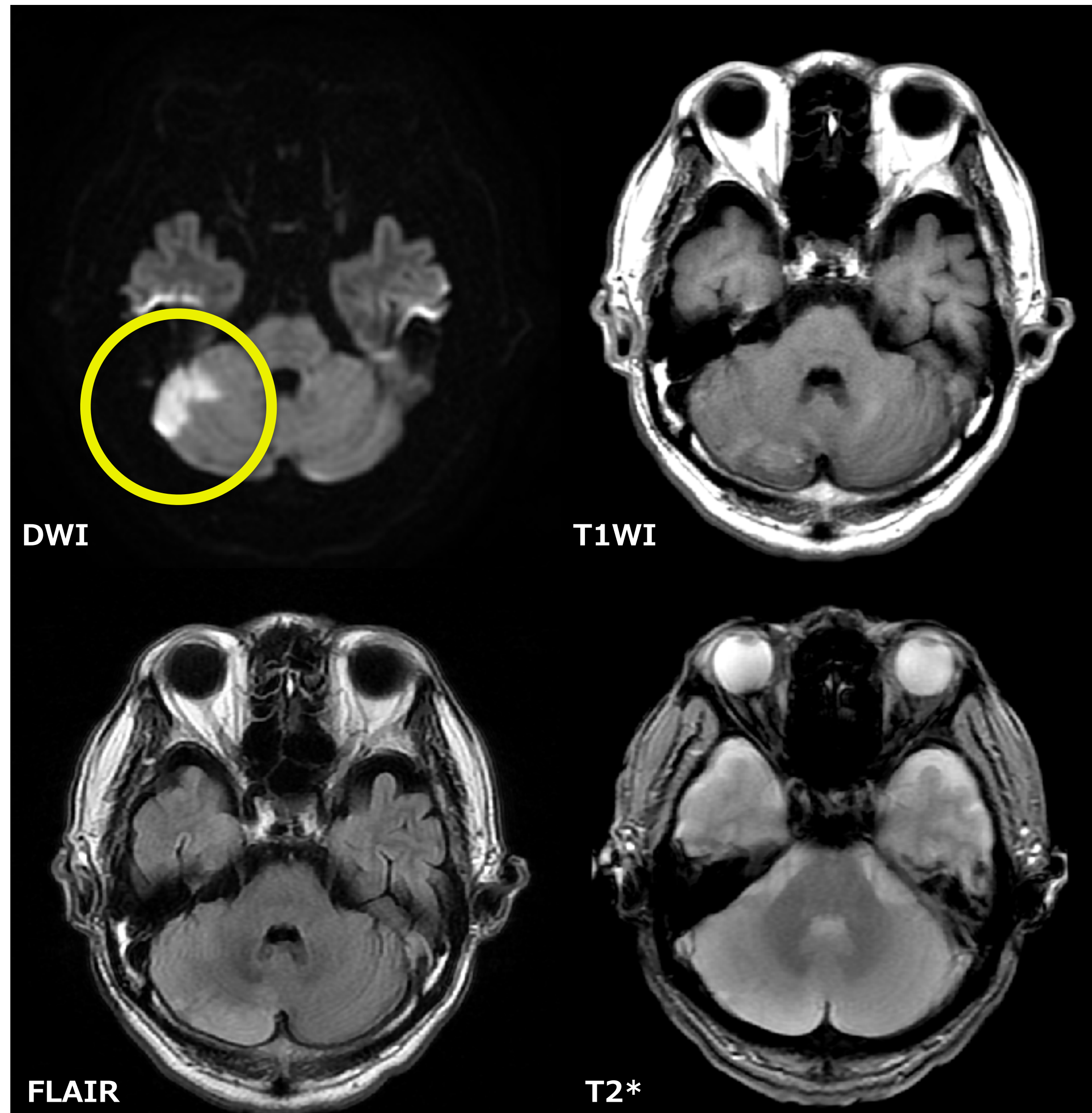
**BG** 156 mg/dL

Cre 0.92 mg/dL

eGFR 64 mL/min

NT-proBNP 28 pg/mL

# 頭部MRI (Day 1)



前下小脳動脈(AICA) 領域  
に急性期脳梗塞所見あり

## 【神経学的所見のまとめ】

右外転神経麻痺

右末梢性顔面神経麻痺 + 左不全麻痺 (交代性片麻痺)

左向き水平回旋混合型眼振

右Horner症候群

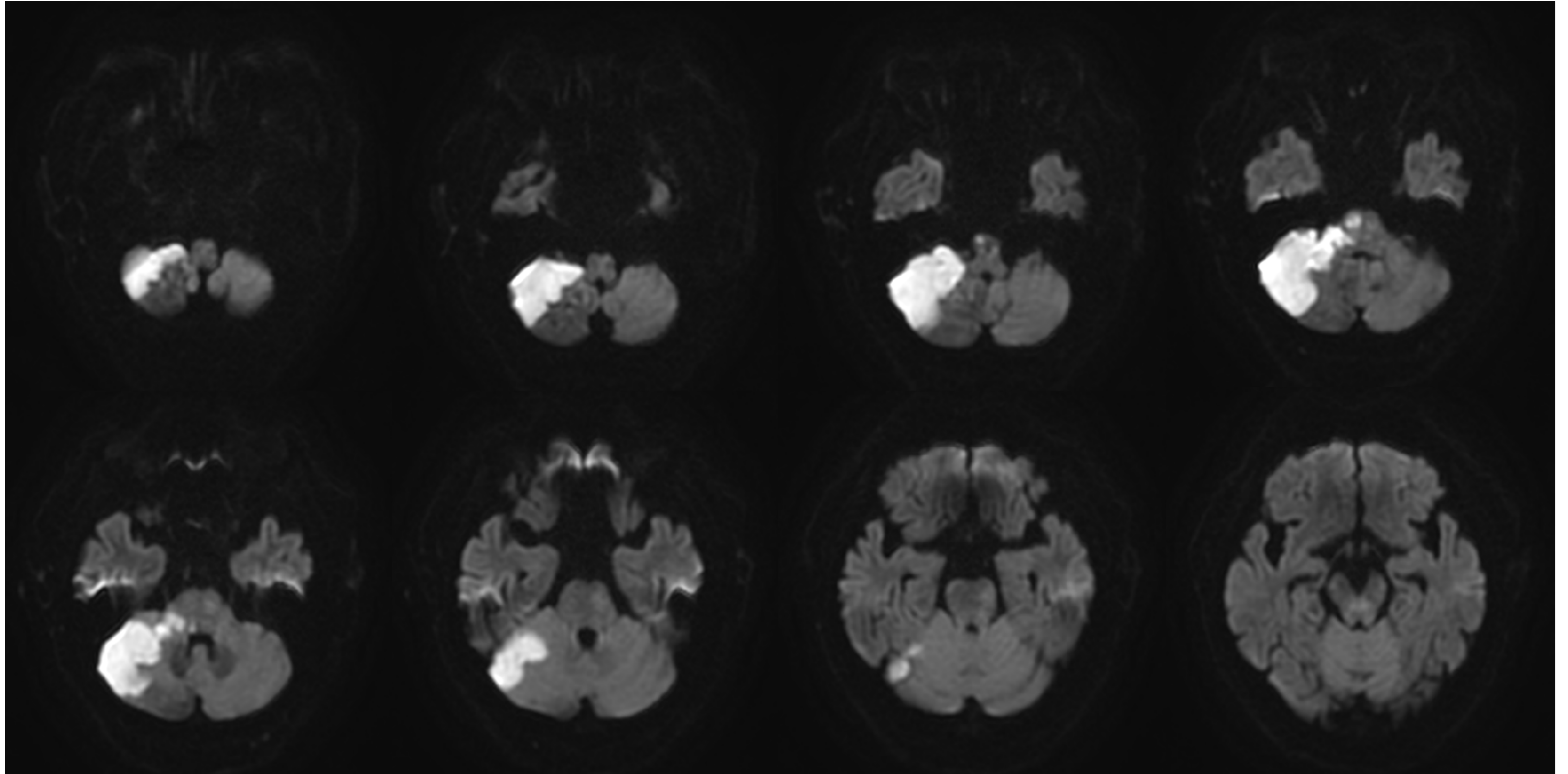
右難聴

浮動性めまい(+)

構音障害

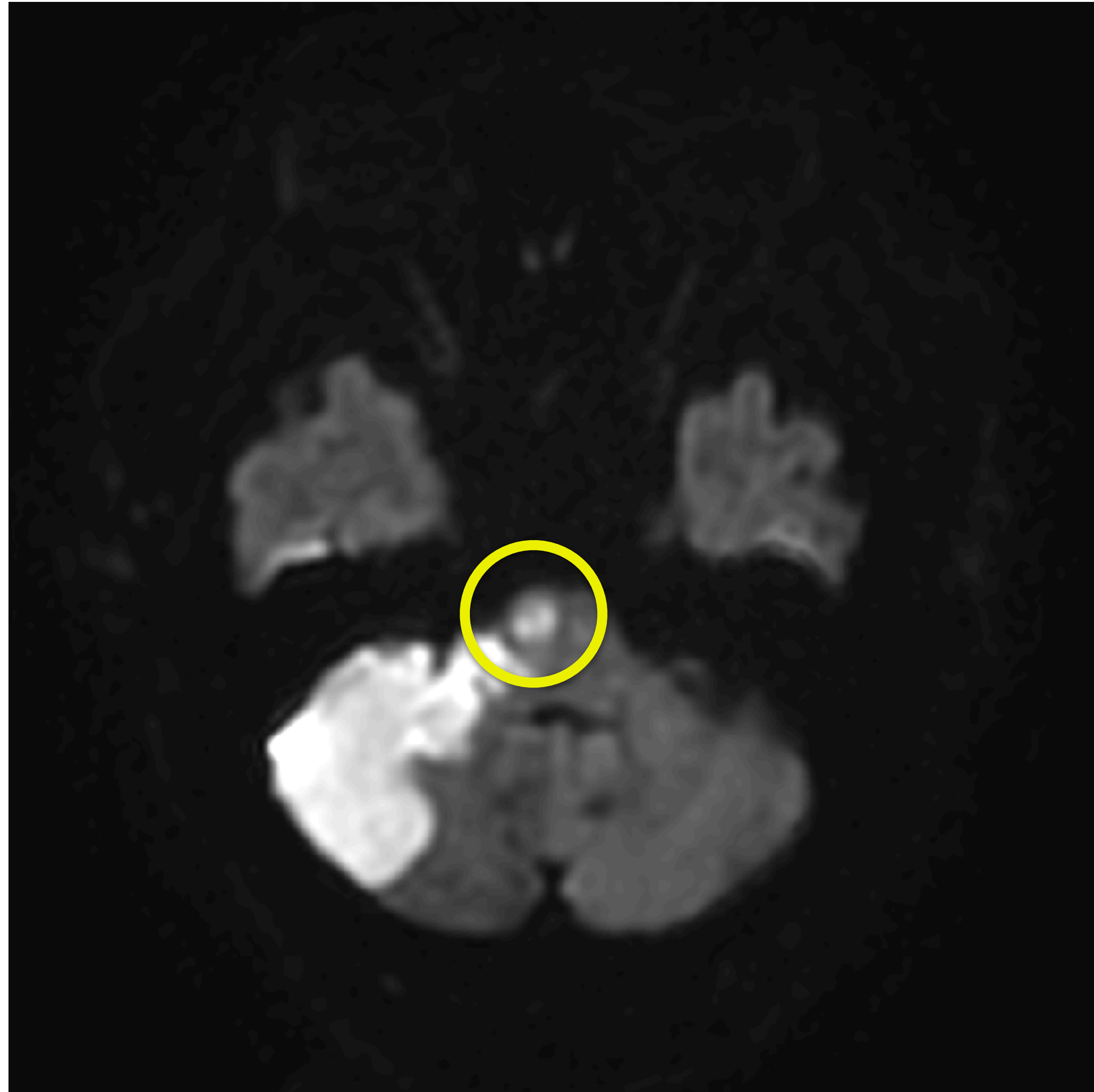
右上下肢の失調症状

# 頭部MRI (Day 3)





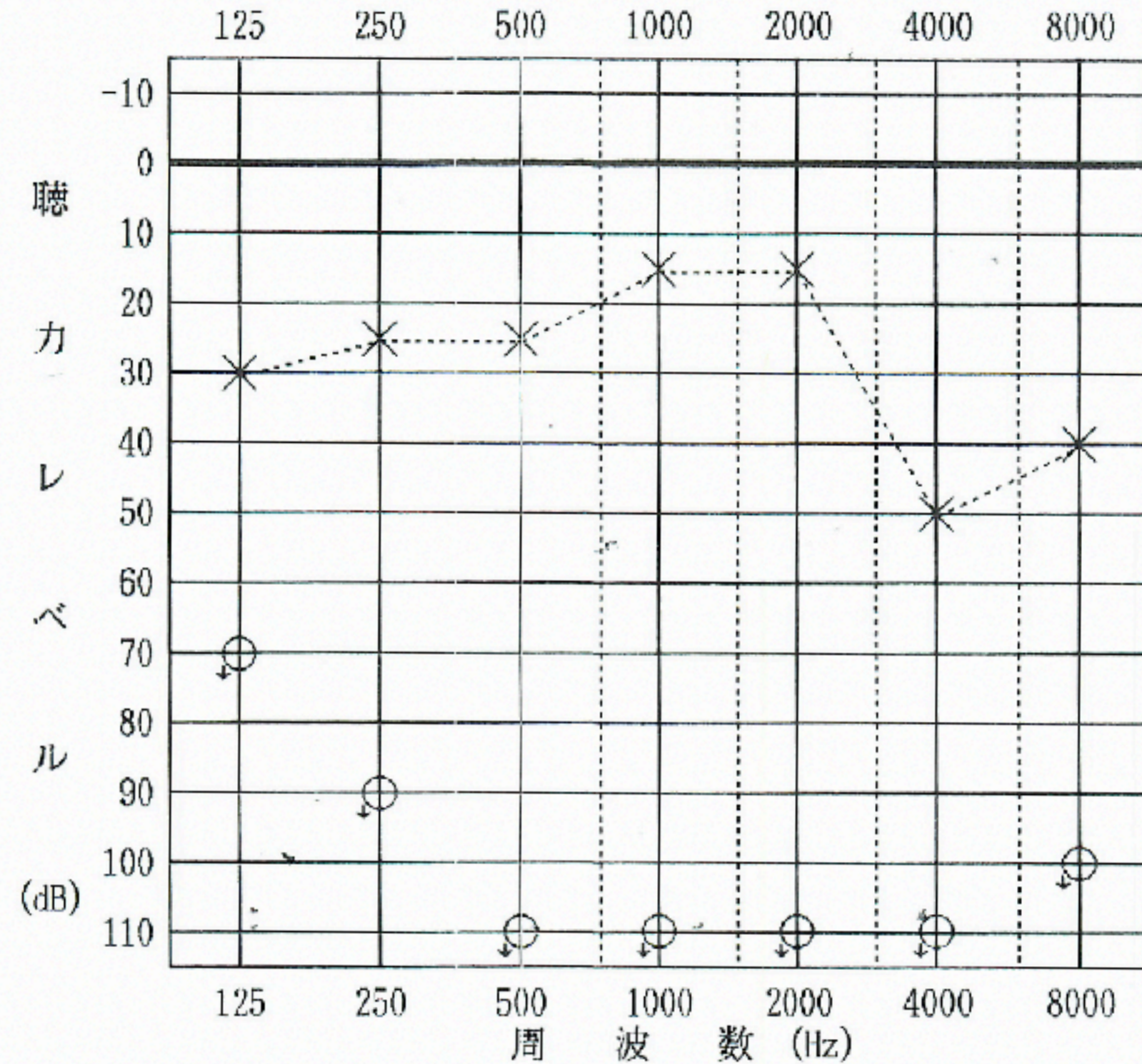
# 頭部MRI (Day 3)



標準純音聴力検査

氏名 XXXXXXXXXX ID: XXXXXXXXXX  
 ( 67才 ) ( 男 ) 女

骨導検耳: 乳突 開放



平均聴力レベル

	3分法	4分法	6分法
右	(115.0) dB	(105.0) dB	(115.0) dB
左	18.3 dB	17.5 dB	22.5 dB

マスキングノイズレベル (dB)

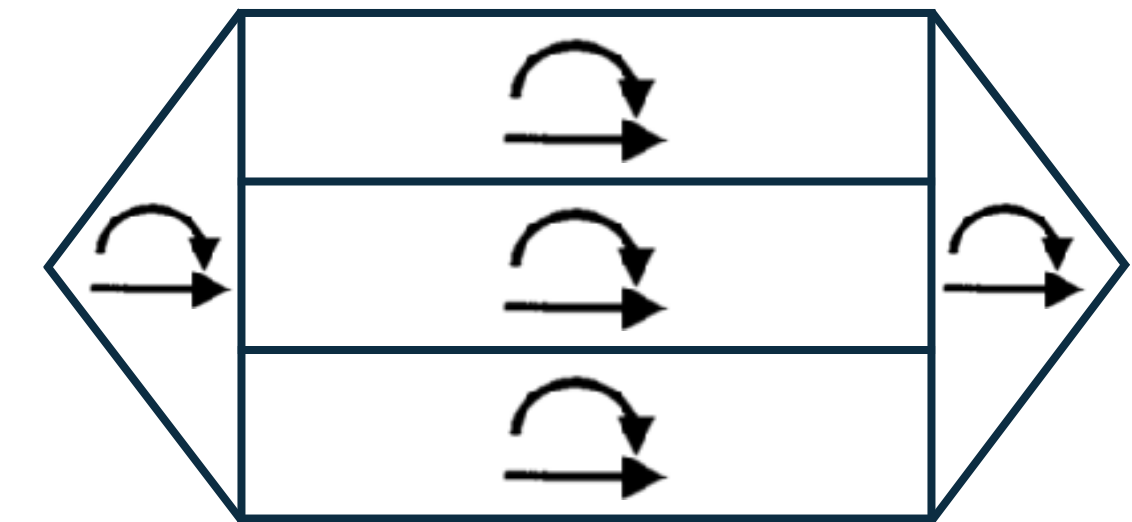
周波数	125	250	500	1000	2000	4000	8000
気導 右	60	60	60	60	60	60	60
気導 左	OFF	OFF	OFF	OFF	OFF	OFF	OFF
骨導 右							
骨導 左							

## 【標準純音聴力検査】

右側: スケールアウト (→ 右は高度難聴)

左側: 17.5dB (4分法) 正常範囲

## 【眼振検査】



注視眼振検査

注視眼振検査: 健側向きの水平回旋混合性眼振

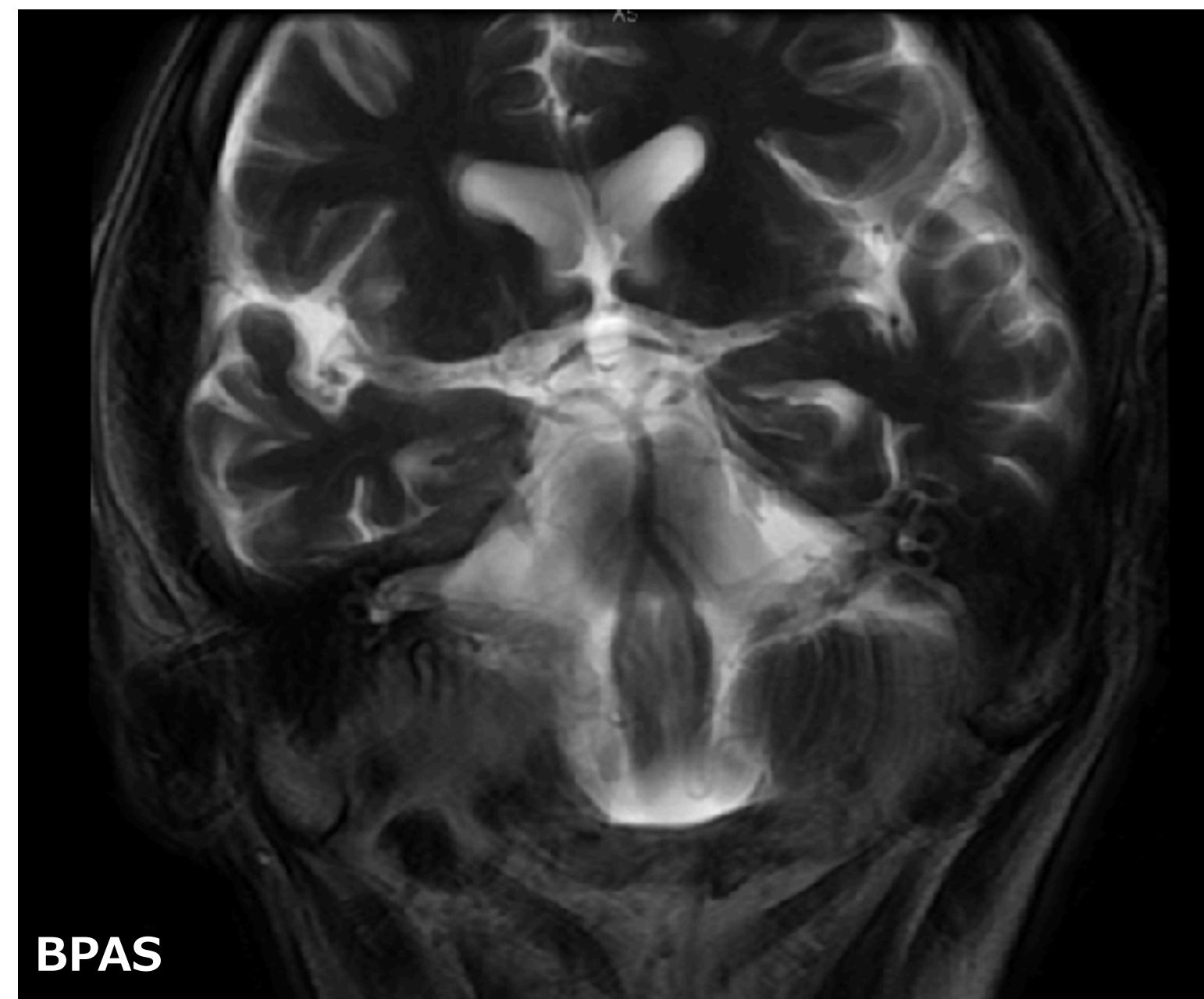
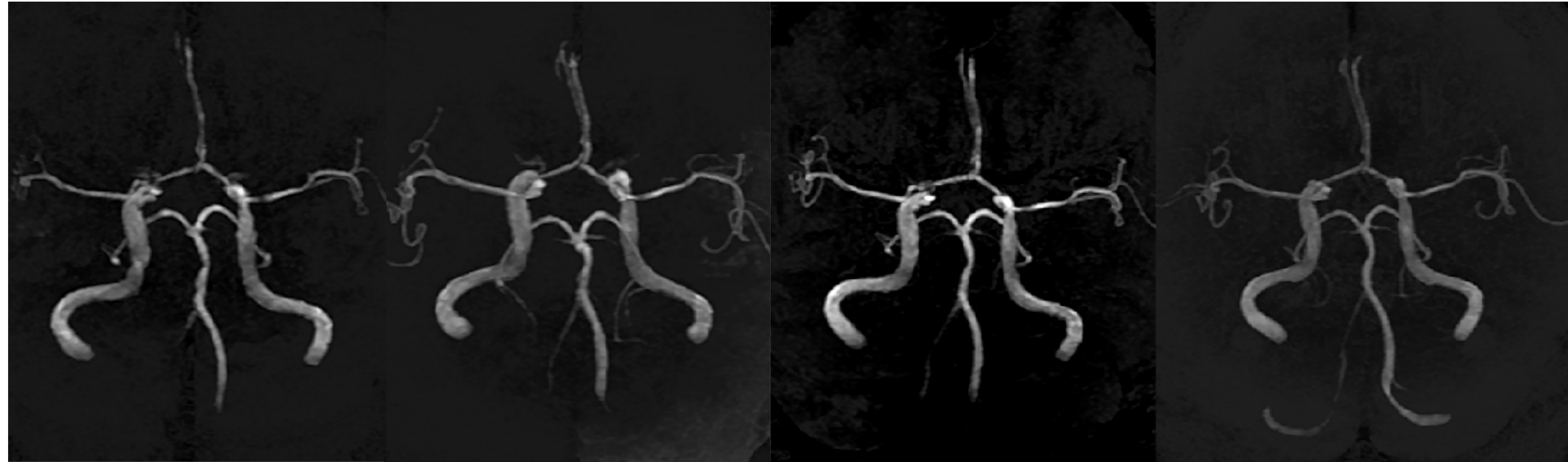
頭位眼振検査: めまいが強かったため未施行

**Day 1**

**Day 3**

**Day 9**

**Day 37**

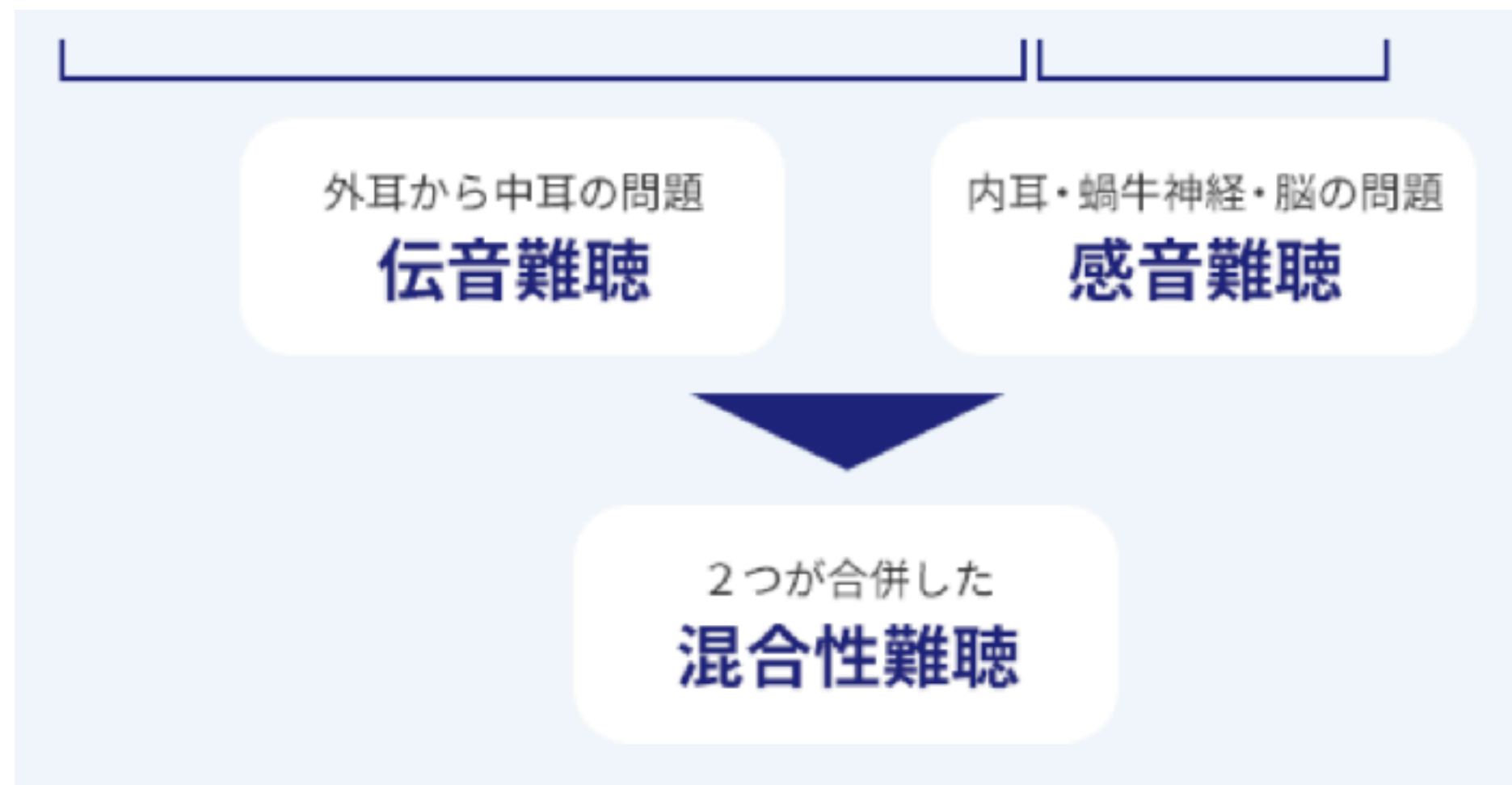
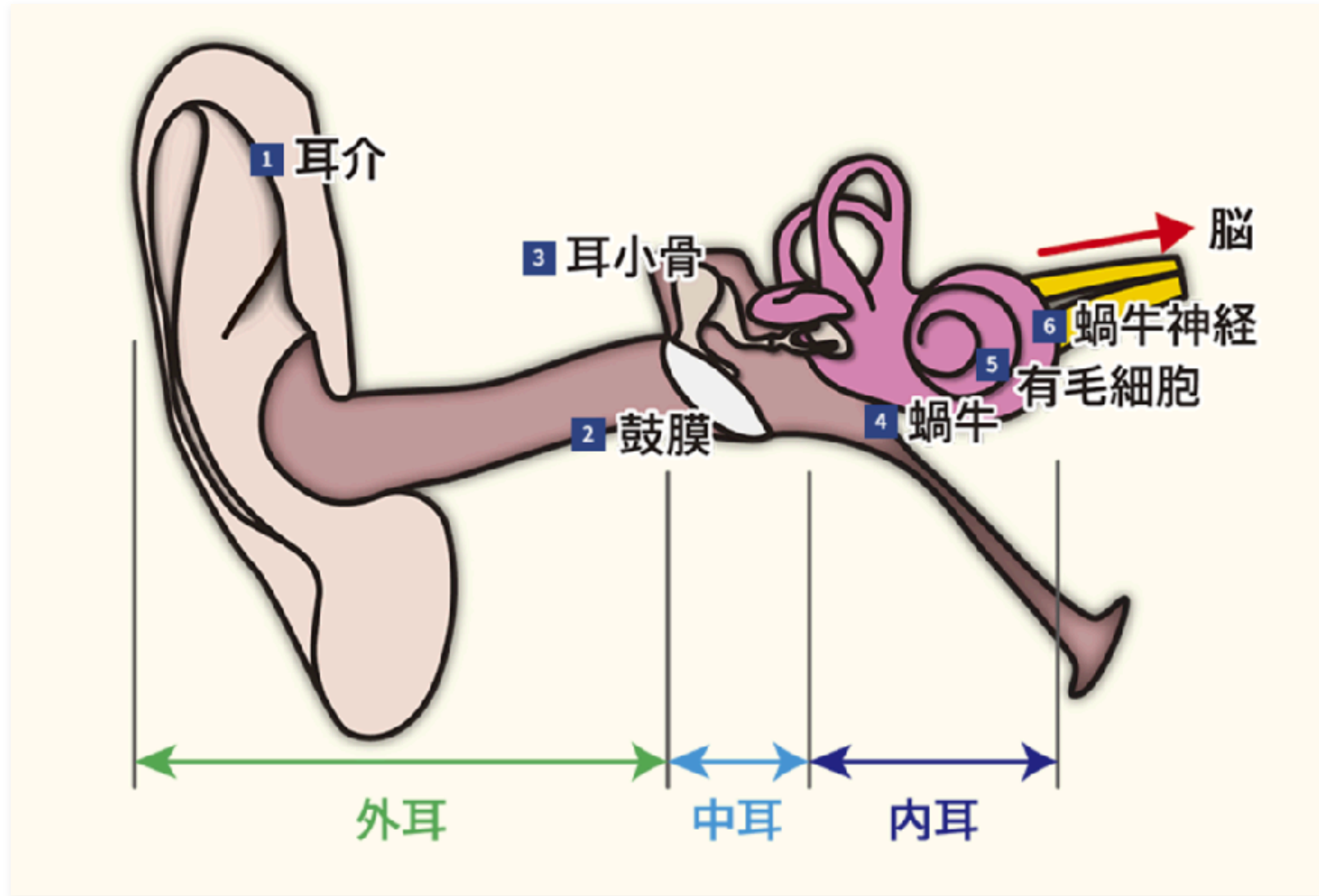


## 【考 察】

- ① 当初より **動脈解離の可能性** も念頭に置き、MRIおよびMRA画像を経時的に撮像したが、典型的な所見は認めなかった。本来は **脳血管撮影, 3D-CTA** が必要である症例であったが、造影剤使用の了承を得られず、施行できなかった。
- ② **2次予防の抗血小板薬内服** については、循環器内科の医師とも協議した上で、プラスグレルを含めたDAPTを施行しているが、すでに経皮的冠動脈形成術施行から4年が経過しており、今後は **単剤への変更** も念頭に検討する必要がある。

## 【考 察】

- ③ 突然の難聴とめまいを発症した場合、**突発性難聴**の可能性を考慮される場合が多いが、まれに本症例のような急性期脳梗塞による症状である可能性もあるため、**耳鼻咽喉科との連携**も重要である。
- ④ 現在は少し落ち着いてきているが、**コロナ禍の影響**が残っており、回復期リハビリテーションへの移行に少し時間を要した



 <p>必要な音が聞こえず、 <b>社会生活</b>に影響を及ぼす</p>	 <p><b>危険を察知</b> する能力が低下する</p>
 <p>家族や友人との <b>コミュニケーション</b> がうまくいなくなる</p>	 <p><b>自信</b>がなくなる</p>
 <p><b>認知症</b>発症の リスクを大きくする</p>	 <p>社会的に孤立し、 <b>うつ状態</b>に 陥ることもある</p>

## 末梢性めまいと小脳梗塞との鑑別

**末梢性めまい** 生活支障度は高いが 生命予後には問題ない

**小脳梗塞** 軽症であっても その後生命が脅かされることもある  
(脳幹圧迫 や 水頭症)

まず 末梢性めまいの特徴を理解  
病態や経過が 末梢性めまいで説明がつかない(または 非典型的)

→ **小脳梗塞** を想定する

## 良性発作性頭位めまい (BPPV)

回転性めまいを起こす疾患で最多の原因  
メニエール病という患者申告も ほとんどこの疾患

**40**歳以降にみられやすい

耳鳴や進行性の難聴といった **聴覚症状は伴わない**  
(以前からの耳鳴はあっても 発作時の増強はない)

**体位変換後の特定の頭位** で回転性めまいが出現【長くても **1**分以内の持続】

自発眼振, 注視眼振 は確認できないことが多い  
(**フレンツェル眼鏡**を用いてはじめて 頭位変換後に主に回旋性の一過性眼振が認められる)



## メニエール病

蝸牛管と三半規管内のリンパ水腫  
アクアポリン 2, 3 の関与も指摘されている

**2～3**時間持続する 回転性めまい, 一側性の 耳鳴, 難聴, 耳閉感 が見られる **【反復性】**  
(リンパ水腫が1分以内に改善することはない → **BPPVとは鑑別しやすい**)

初期には 難聴は変動するが, 次第に聴力を失う

**【鑑別】** 突発難聴に伴うめまい, 聴神経鞘腫, 脳幹梗塞 など

## 前庭神経炎

BPPV, メニエール病に次いで多い疾患  
ウイルス感染が想定され, 感冒症状が先行することがある

**急性発症**で, 持続性の回転性めまい, 起立時の不安定性, 強い嘔気や嘔吐がみられる

**聴覚症状は伴わない**

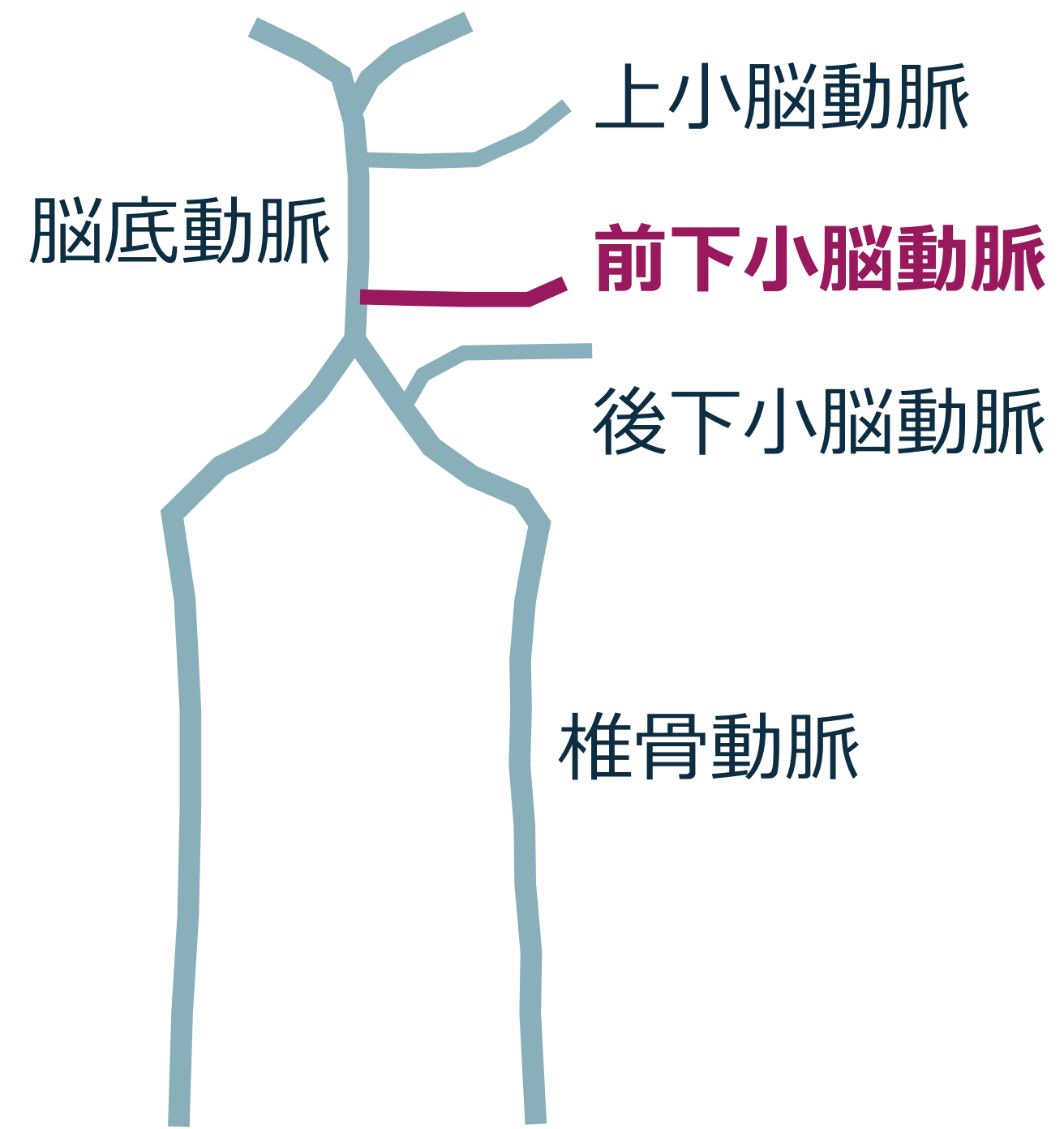
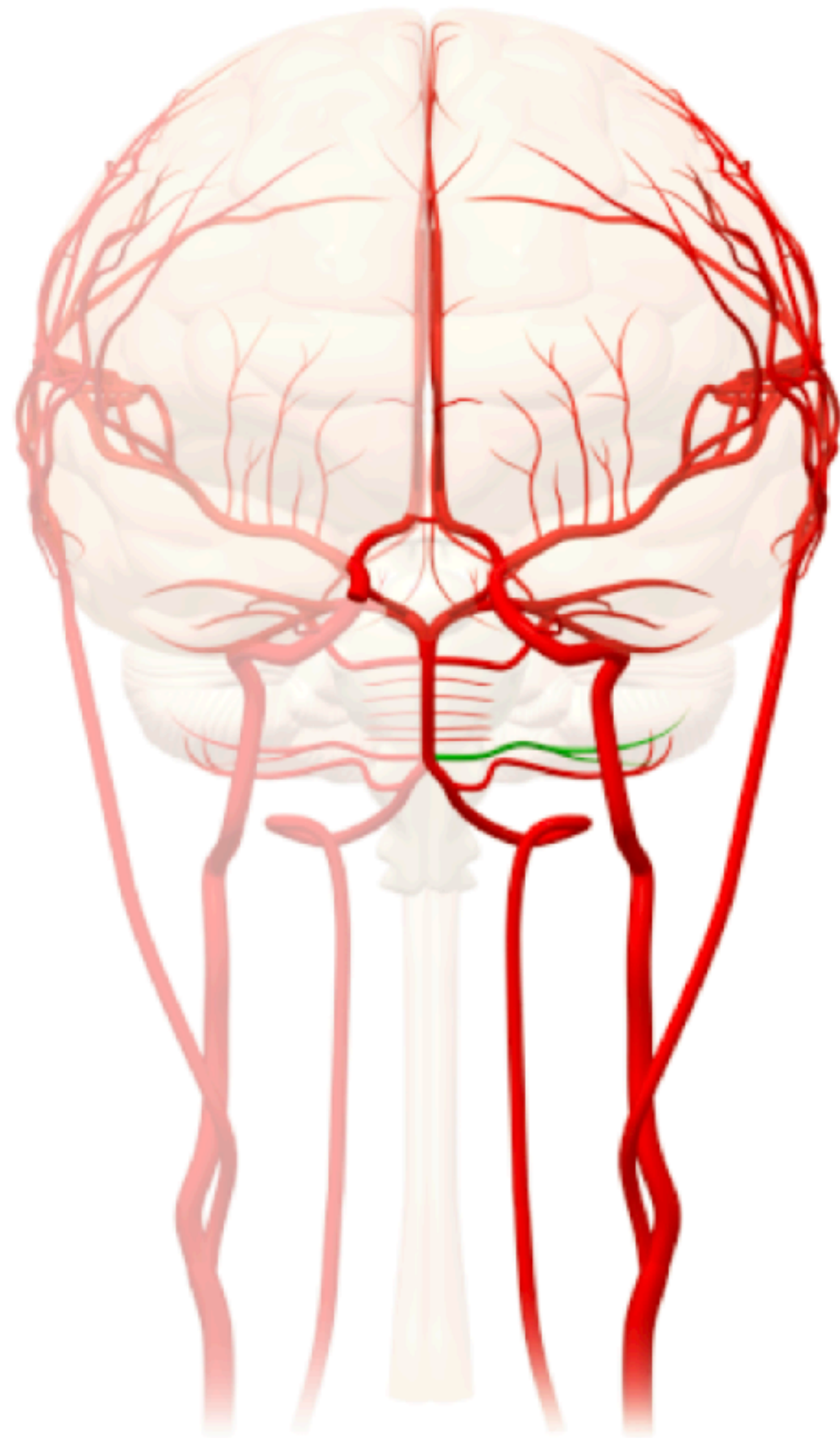
発症日に強く, **数日で軽快**するが, 完全回復には数週間を要することが多い

急性期には, **健側向きの強い一側性で定方向性の眼振** がみられる

## めまいで MRI拡散強調画像 が推奨される条件

- ① 高齢者
- ② 複数の血管危険因子
- ③ 方向交代性(注視方向性)眼振
- ④ 立位で転倒
- ⑤ 新規の後頭部痛
- ⑥ 新規難聴

# 【前下小腦動脈(AICA)症候群】



## 【前下小脳動脈(AICA)症候群】

前下小脳動脈(AICA)の閉塞によって発症

同側の末梢性顔面神経麻痺

同側の顔面温痛覚消失, 触覚鈍麻 + 対側の温痛覚鈍麻  
難聴, 耳鳴,

後下小脳動脈(PICA)に比べて 血管の走行が 1/3 以下と短く  
PICAによって代償されやすい

そのため 典型的な 前下小脳動脈(AICA)症候群は 少ないと考慮される