## めまいの鑑別方法

## 横浜市民病院神経内科長

## 山口滋紀

(聞き手 池脇克則)

## めまいの鑑別方法についてご教示ください。

<埼玉県勤務医>

**池脇** 山口先生、私はめまいの患者 さんには「回転性ですか、浮動性です か」ということから入っていくのです けれども、先生はどのようにアプロー チして診断に結びつけていくのでしょ うか。

山口 私ども、神経内科の診療の場として通常の外来と、救急外来の2つの外来があり、それぞれの外来に来られる患者さんによってかなり状況が異なります。救急外来に来られる患者さんは、めまいのために動けなくなって、吐いたりしている状況なので、まず、その症状を少しでも緩和しながら診断を進めていくことになります。一方、通常の外来に来られる患者さんは、そのときにめまいを生じている方ももちろんおられますが、多くは様々なめまいを経験して、原因は何だろうと思って来られるという場合が多いので、落

ち着いてお話を聞きながら診断を進め ていくという違いがあります。

神経内科でなくても、一般の外来でも同じかと思うのですが、めまいは先ほど先生がおっしゃった回転性のめまい、浮動性のめまい、いわゆるvertigoとdizzinessという分類がなされています。一般に回転性であれば末梢性、浮動性であれば中枢性と単純に分けられるものではなく、回転性の場合は末梢性のほうが多い傾向がある、浮動性の場合は中枢性のものもありますよというぐらいのイメージでいたほうが、鑑別のときに怖い疾患を見逃さないかなと思っています。

それよりも、患者さんがおっしゃっているめまいというものがどういうものなのかをはっきりさせる必要があります。めまいというのは非常にあいまいな言葉なので、本当に周りがぐるぐ

る回っているのか、何となくふわふわする感じがするのか、それとも気が遠くなって、何か後ろに引っ張られるような感じがするのか等、患者さんが訴える症状を的確にお聞きする必要があります。典型的な末梢性のめまいで最も多い良性頭位性めまい、いわゆるBPPV(Benign Paroxysmal Positional Vertigo)ですが、その診断には問診が非常に大切です。

BPPVのめまい発作は、非常に激烈 な回転性めまいのために動けなくなっ てしまう方もいれば、何となくふわふ わするといった浮遊感を訴える方もい ます。めまい症状の出現時の状況を把 握する必要があります。よく寝返りを 打ったとたんに目が回ってしまったと か、棚の上のものを取ろうとして目が 回ってしまった等と訴える方がいます。 このような場合は、頭位性のめまいを まず疑います。もう一つ特徴がありま して、めまい症状自体は長く続くこと はなく、半日、1日続くことはまずあ りません。だいたい1~2分ぐらい。 長くても数分以内におさまります。同 様な症状が頭を動かすたびに、繰り返 し起こってくるために恐怖を感じて来 院される方が多いという印象です。

私どもはめまいは末梢性、中枢性と 原因による鑑別を念頭に診察を進めま すが、めまいを訴えて外来に来られる 多くの方は自分は脳卒中ではないかと 考えて来院されますので、実際の診療 の場では脳卒中によるめまいと末梢性 めまいの鑑別が最も大切になると思っ ています。

池脇 頻度的には、今おっしゃった BPPVが一番多いのですか。

山口 はい。めまい全体の中で3~5割ぐらいを占める疾患です。特に市中病院、クリニックなどでは、直接めまいで来院される患者さんのかなりの部分を占めていると思います。

池脇 問診あるいは状況といったものでそれらしいということではあっても、小脳出血はどうか、あるいは検査の希望があるとなると、「念のためにCTを撮っておきましょうか」ということが多いのですけれども、これはあまりよくない診療かもしれません。そのあたり、どう対応したらいいのでしょう。

山口 私どもでも現実的には画像所見に頼ることが正直多いです。神経内科医としては、自分の神経所見に自信を持って、それですべてのことがわかればいいのですが、中には末梢性と中枢性と完全に区別できないような場合もあります。

中枢神経疾患がめまい全体の中で占めるのは数%ぐらいといわれていますし、もっと少ない数字を出している先生もいらっしゃいます。どうしても中枢性疾患を否定できない部分があることは事実ですので、末梢性のめまいが強く疑われる場合でも、症状が続くよ

うな場合は、どこかの時点で画像の診断が必要でしょうし、少しでも中枢性めまいの存在を疑った場合は、できるだけ早期に画像を撮っていくことは大切であると考えます。CTなどはその日に撮れる病院も今は多いですから、救急の場だけではなく、外来でもできるだけ初診のときに画像診断を行っています。

ただ、先ほど先生がおっしゃったよ うに、めまいの場合の脳梗塞、脳出血 というと、小脳とか脳幹とかを考える ので、CTですと出血があるかないか ということの確認はできますけれども、 それ以外の脳梗塞に関しては、CTの 性質上、脳幹病変の描出は信頼性に欠 けますので、可能であれば早いうちに MRIを撮影しています。めまいの患者 さん全員にMRIを撮るかというのは非 現実的なので、中枢性を疑う場合はも ちろんですが、末梢性とちょっと合わ ない、もしくは末梢性だと思っても、 症状が定型的ではないという場合には MRIを撮ったほうがいいと思います。 そのためには障害部位診断の根拠とな る神経学的所見を取るというのが一番 大切だと思います。

神経学的診察の結果、麻痺とめまいがあれば、めまい症状というよりは脳卒中と考えて治療をするわけですけれども、そのほかにも、ろれつが回らない、どこかに顔の痺れがあるとか、失調症状といって小脳症状が目立ってい

るというものであれば、脳卒中の存在 を疑うことにあまり悩むことはないと 思いますが、神経学的所見をスクリー ニングをして脳卒中の存在が疑われる 場合は、実地医家の先生方は、発症の 時期にもよりますけれども、できるだ け早く画像検査ができる医療機関に紹 介するというのが一番現実的だと思い ます。

池脇 今先生がおっしゃったことは 大事ですので、私なりにまとめさせて いただくと、末梢性か中枢性か。特に 中枢性では深刻な病気が隠れている可 能性がありますので、その場合には、 めまいの性状、あるいはそれ以外のい わゆる神経学的なものを加味して、必 要であれば画像診断をしていくという ことで、タイムリーな診断につなげて いくということでよろしいですか。

山口はい。

**池脇** 耳鼻科的なめまいといったらいいのでしょうか、先生方もよく診断されると思うのですけれども、先生方で最終的に診られるのか、あるいは耳鼻科の先生に紹介するのかについてはどうでしょう。

山口 先ほどもお話が出てきた一番 多いといわれているBPPVですが、耳 鼻科の先生が診ることが多いと思います。ただ、例えば私どもの病院であれば、耳鼻科の先生もめまいを診ていただく、神経内科のほうもめまいを診るというかたちで、そのときによって、

患者さんがどちらを選ぶかというのも あるのですが、どちらで診ても、これ は耳鼻科的な要素だな、もしくは中枢 性の要素だなということであれば、す ぐ連絡を取って、お互いクロスオーバ して診るというかたちにしておりま すので、末梢性にせよ中枢性にせよ、 うちのようなシステムでは見落としが 少なくなるのかなと思っています。

耳鼻科の先生にまず診察していただ いたほうがいい疾患としては、名前が よく知られているメニエール病という 疾患があります。回転性のめまいを繰 り返すという訴えに対してメニエール 病という診断をつけられてご紹介して いただく場合が多いのですが、実はメ ニエール病というのはそれほど多い疾 患ではないという印象を持っています。 メニエール病の場合は、患者さんのお 話を聞いて、いわゆるめまい症状、前 庭神経の症状だけではなくて、耳鳴り とか難聴などの蝸牛症状を伴うめまい を繰り返すエピソードが特徴的です。 また突発性難聴などもめまいを伴いま す。原則として私どもが考えているの は、いわゆる耳鳴り、難聴などの蝸牛 症状を伴うめまいの場合は耳鼻科優先 で診ていただいたほうがいいと考えて います。

**池脇** 最後に、めまいということに関しては、最近のトピックスはあるのでしょうか。

山口トピックスといいますか、片

頭痛に伴うめまい(片頭痛関連めまい: MAV migrane related dizziness)がメニエール病と鑑別すべき疾患として注目されています。もともと頭痛自体も片頭痛の国際基準を満たす頭痛を有している方が、回転性めまいを繰り返すという症状が特徴です。治療は片頭痛のお薬が効く方がいますので、片頭痛に対する薬剤療法の効果がある「めまい」という意味では患者さんのメリットも大きく、診断基準を頭の隅に置いて診療にあたることが大切かと思います。

**池脇** これは片頭痛の発作のときに一緒にめまいも伴うということですか。

山口 片頭痛発作とめまい症状が同時に発症する場合もありますし、頭痛を欠いて、めまいだけ訴える方も中にはいるようなので、その方の病歴をよくお聞きして、片頭痛を持っている方にめまいを伴った場合は、そのめまいに対して片頭痛のお薬が効く可能性があるということは念頭に置くべきだと思います。

**池脇** 治療法が違うという意味では 頭の片隅に置いておく必要があります ね。ほかにはありますか。

山口 ほかには、病気自体は最近認識されてきましたけれども、脳脊髄液減少症という病態があります。起立時に頭痛やめまいをはじめとする様々な症状が起こるというのが特徴とされています。この疾患を疑う場合は、髄液

漏出を診断するために脳槽シンチグラフィや脊髄MRI/MRミエログラフィなどの画像診断が必要となります。

特に高齢者の初発のめまいの場合は、 様々な疾患が隠れている可能性があり ますので、神経内科医が言うのもなん ですが、しっかりと神経学的所見をとることは言うまでもありませんが、神経学的所見だけに自信を持ち過ぎないで、画像的なアプローチも加えて診療を進めていくことが大切かと思います。 **池脇** ありがとうございました。