

めまいの救急対応と鑑別

川越耳科学研究所クリニック院長

坂田 英明

(聞き手 池脇克則)

めまいは、耳鼻科で対応することが多いですが、救急で来院されたときの疾患の鑑別や初期対応についてご教示ください。

<千葉県開業医>

池脇 救急でめまいはけっこう多く、質問の先生は耳鼻科で対応することが多いということですが、病院の体制によっては、内科、脳神経外科など、耳鼻科以外の医師も対応することがあるように思うのですけれども、どうでしょう。

坂田 主に耳鼻科、内科、大学病院や総合病院では総合診療科の内科の医師が多いのでしょうか。ただ、一般の実地医家のところにも、「めまいがする」と、特に回転性めまいの患者さんが来院されているのではないかと考えています。

池脇 具体的な数字があるかどうかはわかりませんが、救急外来でめまいを主訴として来られる患者さんはどのくらいいらっしゃるのでしょうか。

坂田 救急外来の中で子どもから高

齢の方までのだいたい10%弱ぐらいは何らかのめまい、気持ち悪さ、嘔吐で来院されるのではないかと思います。

池脇 救急外来に来られるぐらいですから、症状はひどい状況で、どうやって対応していくかという質問です。

まずは、めまい、これはどう考えていったらいいのでしょうか。

坂田 主に回転性めまいと、ふわふわする浮動性めまいとあるのですが、ここで対象になるのは急激に発症する回転性めまいです。まず、末梢性と中枢性の鑑別。学生時代によく習うのですけれども、末梢性の良性発作性頭位めまい、内耳の耳石が関係しているめまいが多くなります。それからメニエール病、前庭神経炎、少ないですが内耳炎、こんなところが代表的な末梢性のめまいです。

池脇 末梢性のめまいは耳鼻科の医師が専門として診ている。一方で中枢性のめまいに関しては、どういう疾患があるのでしょうか。

坂田 我々が注意しなければならないのは、軽度の小脳梗塞、出血です。これは多彩な症状を示します。症状は末梢性のめまいとほとんど同じです。ほかにはまれではありますけれども、延髄外側症候群であるフレンベルグ症候群も発症起点は回転性めまいで突然来ますので、鑑別の念頭に入れておかなければならない疾患だと思っています。

池脇 回転性か浮動性かで、末梢か中枢か、分けてしまいそうな気がするのですが、必ずしもそうではない。一部の中枢性では回転性もあるのですね。

坂田 そうですね。

池脇 典型的な症例は別にすれば、回転性か浮動性かだけで、なかなか結論づけられないとなると、めまいの性質として、それ以外の症状も考えていけないわけですね。

坂田 そうですね。最初に起きためまいがいつだったのかが大事です。例えば、脳梗塞は夜中から明け方に血管が詰まりやすい。夜中目が覚めて頭位関係なく回転性めまいがしたら中枢を考慮します。それに対して、末梢性のめまいの中で良性発作性頭位めまいとか、メニエール病、前庭神経炎などは

夜とは限らない。昼でも、いつでも起きてしまう。

それともう一つは、頭位との関係です。頭の位置によるめまいの誘発があるかないか。例えば、良性発作性頭位めまいは頭の位置、寝返りとか、起き上がったとかの動作を加えたときに起きるめまいです。前庭神経炎では頭位は関係ないです。また、メニエール病などの内耳末梢性めまいは健側下位をとると楽になるなどの特徴があります。それに対して、中枢性は小脳ですと、患側下位の頭位が楽になります。また、夜、目を開けたら天井がぐるぐる回っていた。頭を動かしてもいない。位置の変化はない。これはほとんどが中枢性になります。

次にめまいの持続時間です。良性発作性頭位めまいは数秒から数分です。

池脇 短いですね。

坂田 はい、短いです。メニエール病は内耳の水腫が原因ですから、数分ということはなくて、数時間発作が続く。しかし翌日はけろっとしています。前庭神経炎は、早い人でも3日ぐらいかかります。あと、5日ぐらい回転性めまいが持続してしまうので、これは鑑別が容易です。中枢性めまいは、多彩で一過性脳虚血発作、椎骨脳底動脈循環不全など数秒から数分、数時間となります。主に小脳出血、小脳梗塞は数日間続きます。また、小脳の脳出血や脳梗塞の後遺症としてのめまいは浮

動性でふわふわ感が数カ月持続する場合があります。こういった特徴があります。

池脇 めまいが起こってすぐに来られた方の場合にはそれほど長くないのですが、今の先生のお話をうかがうと、めまいが今朝起こった、そこだけで問診を終わらずに、もう少し詳しく、どういう体勢で起こったか、あるいはどのくらい持続しているか、少なくとも末梢性めまいに関してはある程度鑑別できるような印象を持ちました。

坂田 そうですね。最後にもう一つ、末梢性めまいかどうかという随伴症状です。これは挙げるときりがないのですが、蝸牛症状、つまり耳鳴りや耳閉塞感は末梢性のめまいを伴いやすいので、聞いていただく。

あとは、筋トーンに注意しています。つまり、中枢性のめまいの患者さんの場合には、ふらふらして力が入らないということではなくて、どちらか片側性とか両側性とかに筋トーンが低下していることが多いのです。両手両足の筋トーンチェックをしていたら、鑑別の手段になるかと思えます。

池脇 これは神経症状としての筋トーンの異常と考えてよいですか。

坂田 そうですね。

池脇 進め方に関してはだいぶはっきりしてきたように思うのですが、今先生がおっしゃったのが、症状、

随伴する症状も含めてですが、それ以外に救急でチェックしなければいけない項目というところでしょうか。

坂田 眼振、目の異常な動きの有無になります。耳鼻科医はフレンツェル眼鏡で見ているのですけれども、もし手元がない場合でも、患者さんの目の動きが、右を向いたら右と方向が一定しているのか、または左を向いても上下でも右というように方向が一定していないか、この辺でもだいぶ鑑別ができるのです。つまり、目の向いた方向、左右、上下で方向が変わるかが大事です。内耳、それから中枢性の回転性めまいの場合にはほとんど眼振が出ますので、眼振が出ていなければ、内耳や脳から来るめまいではなくて、ほかの高血圧や、貧血、低血糖、脳腫瘍の脳室穿破したケース、胃穿孔、急性脳症、心因性のようなこともあります。まず目の動きを見ていただくとよいと思います。

池脇 先生が言われた症状の取り方で、末梢性かどうか、さらには末梢性の中のどれかまで絞り込めると思いますが、眼振はさらに重要な情報を与えてくれるということでしょうか。

坂田 そうですね。フレンツェル眼鏡ですから、耳鼻科に限らず、内科、救急、脳外科、神経内科の医師、まずめまいの患者さんが来たら目の動きを見ていただくとよいかと。慣れてきますと目の動きの急速相、緩徐相という

のがあるのですが、この動き方で末梢性か中枢性か、だいたいわかるようになります。LED付きのフ렌ツェル眼鏡やCCDで、より微細な眼の動きを診察できるタイプ、最近ポータブル機器の開発もされています。ぜひ若い医師にも聴診器感覚で持っていただくとよいと思います。

池脇 末梢性では説明がつかないのであれば、中枢性を疑って画像診断を行うことになりますか。

坂田 末梢性はいつまでもだらだら続くことはないのです。つまり、内耳の水腫などが終われば、何事もなかったかのように正常に戻るわけです。中枢性のめまいの方は、脳に画像には出ない小さな梗塞、特に小脳、上部脳幹にぼやが起きたのちの、いわゆるグリオーシスです。それが引き金となって、その後、慢性浮動性めまいに移行して、ふらふらする。こういう方たちは中枢のダメージが画像にほとんど出ません。ふわふわめまいの症状がだらだらと持続してしまうことがあります。こんな患者さんがいらっしやいましたら、中枢性を疑っていただきたいと思っています。

池脇 ここまで診断の話でしたが、初期対応はどうなりますか。

坂田 これは末梢性のめまい、中枢性のめまいの鑑別によっても違うのですけれども、まず我々が使う薬の点滴はメイロン、重曹ですね。それから中枢性のめまいの場合にはニコリンのような薬を点滴します。それからまず患者さんの興奮を抑えなければならぬので、アタラックスPのような麻酔の前投薬ですが、15mgほど筋注しますと、かなり落ち着き少し眠くなります。それから制吐剤、プリンペランなどを1A静注していただきますと、まず初期のめまいを抑えることができます。また問診を取って、既往歴に糖尿、高血圧、コレステロール、不整脈のようなものがあるかをチェックしていただくとよいかと思います。

池脇 診断と一緒に進めるような感じですね。

坂田 そうですね。

池脇 細かいですけれども、メイロンは点滴がいいのか、静注がいいのか、どうでしょう。

坂田 血管痛に注意していただきながら、高齢者の場合には少し注意が必要です。250mlのボトルがありますので、ゆっくり落としながらのほうが効果があるのではないかと考えています。

池脇 ありがとうございます。