

耳鼻咽喉科医の考える

めまい診断



琉球大学医学部附属病院
耳鼻咽喉科 大田 重人

1. はじめに～めまい・ふらつきとはなにか？～

私たちはほとんど無意識に空間を認識し、2足直立の不安定な体で安定したバランスを保ちながら日常生活を行っています。これは私たちの体に平衡機能が備わっているからです。平衡機能は視覚系、前庭系、自己受容感覚（深部知覚）系からの情報を運動反射や姿勢反射により眼球運動、骨格筋運動として引き起こすことで行われ、それぞれの中枢を介して制御されています。このシステムのどこかに異常をきたせば、めまい、ふらつきが出現するわけです。めまいとは“身体の位置や運動に関する異常感覚”と表現され、異常感覚からくる不快感や不安感も含んだ、いわば心理的な現象といえます。一方、ふらつきは姿勢反射の障害からくる体の動揺や運動異常といった自他覚的な身体現象です。

2. めまいの診断

I. 問診

どんな疾患でも大抵はそうだと思いますが、めまいを診断する上でもっとも大切なのは問診

です。診断の60～70%は問診によって決まるといわれます。めまいの表現はさまざまで抽象的で曖昧なことも多く、ある程度疾患を想定した誘導も必要となってきます。いろいろな本にめまい診療のフローチャートを見かけます。どれか一つ頭に置いておくと、考えをまとめる助けになり、自分の経験によって枝葉が増えてくるものと思います。耳鼻咽喉科めまい外来での統計では原因不明のいわゆるめまい症が全体の20～30%をしめると報告されています。（宇野ら；日耳鼻104. 1119-1125,2001）そのため診断に苦慮することが多々ありますが、大切なのはめまい患者の不安な心理状況を理解し、その原因を見つけようとする姿勢だと考えます。以下に耳鼻咽喉科医の考える問診のポイントを示します。

<問診のポイント>

- 性状：めまい—①回転性（vertigo）、
②浮動性（dizziness）、
③眼前暗黒感（black out）、
立ちくらみ
(light-headedness)
ふらつき—④バランスがとれない、平衡失調（ataxia）
- 発症：突発性or持続性、持続時間
(一瞬、数分、数時間、数日)
- 経過：単発性（初発）or反復性
- 誘因：なしorあり（頭位、頭位変換、頸部捻転、起立、歩行、運動、入浴、外傷、潜水、乗り物、ストレス、過労など）
- 随伴症状：蝸牛症状（難聴、耳閉感、耳鳴）、自律神経症状（悪心・嘔吐、冷汗）中枢神経症状（しびれ、運動麻痺、知覚障害、言語障害、意識障害、視力・眼球運動障害、頭痛、小脳性失調）
- 既往：高血圧、糖尿病、高脂血症、心疾患、不整脈、中耳炎など
- 薬剤：アミノ配糖体系抗生剤（ストレプトマイシン、ゲンタマイシンなど）、抗けいれん剤、抗ガン剤、利尿薬など

II. めまいの検査

問診で得られた情報を基にある程度の疾患を想定し、鑑別に必要な検査を施行していきま
す。実際にはルーチンとする検査はある程度決
まっています。検査を行いながら問診を追加し
たり、次に必要な検査を考えていきます。ルー
チンで行える簡易検査と2次的に施行していく精
密検査とに分けて耳鼻咽喉科的めまい検査を
示します。

<簡易（スクリーニング）検査>

- ①一般診察：バイタルチェック、貧血の有無、
神経学的所見（小脳・脳幹機能異常など）
- ②耳鼻咽喉視診（中耳炎の有無など）
- ③純音聴力検査
（あるいは音叉による Weber、Rinne 検査）
- ④眼振（注視・自発・頭位・頭位変換）検査
（フレンツェル眼鏡、CCD カメラ）
- ⑤耳単純 X 線（Schuller、Stenvers、経眼窩法）
- ⑥体平衡検査：両脚直立検査（ロンベルグ）、
マン検査、単脚直立検査
足踏み検査、重心動揺検査

以上の検査により中枢性か末梢性（内耳・前
庭性）かを判断し、精密検査へと進めます。

<精密検査>

- ①平衡機能検査：温度眼振（カロリック）検
査、回転検査、視運動性眼振検査、視標追
跡検査、急速眼球運動検査
- ②聴覚検査：蝸電図、耳音響放射、ABLB、
Bekesy、ABR
- ③画像検査：CT、MRI、MRA

III. 主なめまい疾患とその特徴

問診、検査とすすめていくうえで、疾患が浮
かんでこなければ診断はできません。耳鼻咽喉
医の考える主なめまい疾患を列挙します。な
お、日本めまい平衡医学会のホームページには
“めまいの診断基準化のための資料”として16
のめまい疾患の解説が公開されているので参考
にするといいでしょう。

- ①メニエール病：蝸牛症状（難聴、耳鳴）を
伴い、めまい発作を反復する内耳性めま

い。蝸牛症状はめまいに関連して消長す
る。病態は内リンパ水腫と考えられてい
る。低音部の聴力低下が特徴的である。初
回発作時には突発性難聴との鑑別が難しい
ことがある。

- ②遅発性内リンパ水腫：高度難聴となった数
年～10年後に同側あるいは対側に内リン
パ水腫を生じ、メニエール病様のめまい発
作を繰り返す。
- ③突発性難聴：突然起こる原因不明の感音難
聴でときにめまいを伴う（約40%）こと
がある。めまい発作をくり返すことはない。
- ④外リンパ瘻：ダイビング、重いものを持
つ、強く鼻をかむなど髄液圧あるいは鼓室
圧が急激に変化したあとに外リンパが内耳
窓から漏出し、難聴、耳鳴、耳閉感、めま
いを生じる。
- ⑤前庭神経炎：突発的に発症し、激しい回転
性めまいが数時間続く。その後浮動感が持
続する。蝸牛症状は伴わない。通常、大発
作は1回だけで、反復しない。上気道感染
が先行する場合がある。
- ⑥良性発作性頭位めまい症（BPPV）：起床
時や臥床時に自覚することが多く、特定
の頭位にて回転性めまいを生じるが、じっ
としておくと消失する。めまいをくり返
しているうちに減弱し、消失する。蝸牛症
状を認めない。めまい疾患の中でもっとも頻
度が高い。
- ⑦聴神経腫瘍：内耳道内に発生する神経鞘腫
で進行する一側性の難聴、耳鳴を主訴と
し、めまいは軽度の浮動感で回転性めま
いはまれである。
- ⑧椎骨脳底動脈循環不全：頸部の捻転、過伸
展で誘発され、回転性めまいが多く、浮動
感、眼前暗黒感のこともある。蝸牛症状は
通常伴わない。視覚障害、意識障害、しび
れなどを訴えることがある。
- ⑨起立性調節障害：起立時の眼前暗黒感、立
ちくらみ。蝸牛症状を伴わない。