

めまいの診断



琉球大学大学院医学研究科
耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座
鈴木 幹男

はじめに

めまいは眩暈と書くように、目がくらんでボーとしてしまう状態を指します。自分や周囲が動いていないのに動いているように感じる運動感覚ですが、患者さんの訴えるめまいは、はっきりとした回転感を伴っためまい (vertigo)、ふらつき (dizziness、floating sensation)、眼前暗黒感・立ちくらみ (faintness)、転倒感など様々です。耳鼻咽喉科では、主に内耳に由来す

るめまいを診察しますが、問診、理学所見から疾患の大まかな診断を行い、必要に応じて耳鼻咽喉科検査、平衡機能検査、画像検査などを行って診断を確定してゆきます。本プライマリ・ケアコーナーではめまい診断のポイント・ピットホール、代表的なめまいについて概説します。

めまい疾患診断のポイント・ピットホール

めまい診療において最も大切なものは問診です。まずめまいの性状 (回転性めまい、ふらつき、立ちくらみ、転倒感など)、めまいの頻度・持続時間、めまいが生じる頭位、めまいに随伴する症状 (難聴・耳鳴などの蝸牛症状、視野異常・構音障害・頭痛・意識障害などの中枢神経症状、嘔気・嘔吐などの自律神経症状)、を問診します。図1に示すように問診に基づいて疾患を予測し、理学所見、各種検査を行って診断を確定します。一般市中病院耳鼻咽喉科へめまいを主訴として受診した患者さんの疾患別の統計では、最も多いめまい疾患は良性発作性頭位めまい症で疑い例を入れると約40%に上ります。しかし、診断のつかないめまい症も約20%あると報告されています。¹⁾ 内耳疾患によるめまい症例ではめまい発作期には眼振が観察できることが多いのですが、めまいがおさまると眼振所見は消失し、めまい症としか診断できないこともあります。めまいの診断には初診時の眼振観察、記録が特に重要であることがご理解いた

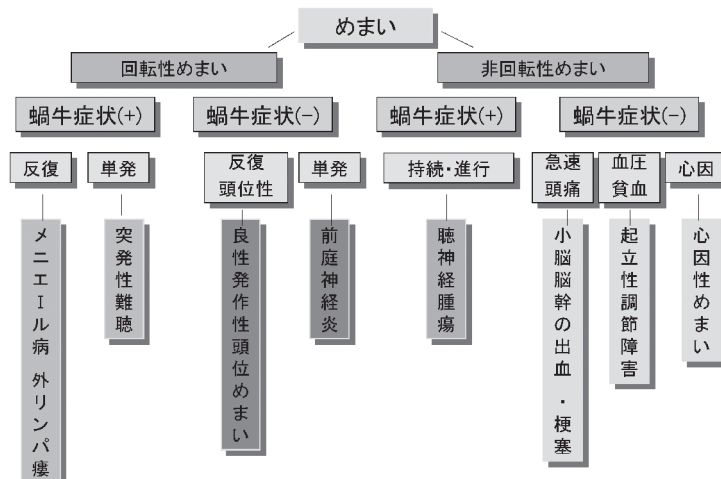


図1

だけだと思います。

眼振は、急速相と緩徐相の2相から構成されます。眼振の方向は急速相の方向と定義されています。例えば、眼球がゆっくり右側へ動いた後、早い動きで左側へ移動した場合は、左向き眼振と表現します。この眼振と間違い易いのは、不随な眼球の動き（急速相と緩徐相がなく、いわゆるキョロキョロした眼球運動）と先天性眼振（激しい振り子様の眼球運動が生じ、固視させても眼球運動は持続しますが、左右へ固視点を動かすとある点で眼振がほぼ消失する静止位が存在する）です。先天性眼振は激しい眼球運動が観察されますが、通常はめまい感を伴いません。眼振を観察する場合には、指などを固視させながら各眼位での眼振をみる注視眼振検査、フレンツェル眼鏡を使用して観察する自発眼振検査（眼位は正中で観察）、頭位眼振検査（ベット上で仰臥位にさせ、左右、懸垂頭位にして眼振を観察する）、頭位変換眼振検査（懸垂頭位から座位、座位から懸垂頭位にする）を行います。フレンツェル眼鏡は固視による眼振抑制を取り除く効果があり従来型の凸レンズを用いたものと赤外線を用いたものがあります。フレンツェル赤外線眼鏡は凸レンズのものより眼振を誘発しやすく、さらに眼球運動を記録できる利点があります。救急外来で専門医が不在の場合でも眼振記録をおこなっておくことにより、off-lineで正確な診断を行うことができます。平成24年度の診療報酬改訂ではフレンツェル赤外線眼鏡検査が新設されましたので、めまい患者さんをみる機会が多い先生方は眼振記録を行っていただきたいと思います。

良性発作性頭位めまい症

本疾患は、前庭（耳石器）の耳石膜から半規管へ、特に後半規管へ、耳石が迷入することにより生じます。²⁾ 半規管内に迷入した耳石が頭位変換により半規管内を移動し内リンパ液の移動を生じる、あるいはクプラと結合して頭を動かした時にクプラを大きく偏位させる、ことにより眼振を伴うめまいを生じます。後半規管型

の場合、病側を下にした懸垂頭位にすると病側へ向かう眼振が生じます。眼振は懸垂頭位にした数秒後から生じ、持続時間は1分以内です。懸垂頭位から座位に戻すと反対側へ向かう眼振が観察されます。抗めまい薬の投与で改善することが多いのですが、患側が明らかであれば頭位変換法（頭の位置を変えることにより半規管内迷入耳石を前庭へ戻す）も有効です。³⁾ 診察室にストレッチャーや車イスで入室してきた患者さんが頭位変換法をおこなった後、普通に歩いて帰宅することもよく経験します。頭位変換法は原因半規管を正確に診断しなければ有効でないため、眼振の詳細な観察が必要です。また、高齢者のめまい、椎骨脳底動脈血流不全などでも頭位性めまいを主訴に受診することがあります。上述した特徴のある眼振を確認することが本疾患の診断に必須といえます。また、めまいにともなう耳鳴や難聴はありません。

メニエール病

繰り返す回転性めまいに反復消長する蝸牛症状（耳鳴、難聴、耳閉感など）を伴います。同様の症状を示す中枢性・末梢性疾患を除外し診断します。メニエール病は人口10万人あたり15名前後であり、決して多い疾患ではありません。メニエール病めまい発作の特徴は、数時間持続し、嘔吐などの強い自律神経症状を伴い、発作時には著明な自発眼振を生じることです。本疾患の本態は特発性内リンパ水腫（内耳に内リンパ液が増加した状態）であるため、蝸电图検査、脱水検査（グリセロール検査）などで内リンパ水腫があることを確認します。初期には難聴や耳鳴の程度は軽いため、めまいが主訴となりますが、めまい発作を繰り返してゆく間に難聴が進行し、固定します。約30%で両耳が罹患するため、長期経過後は難聴が主訴となってきます。

前庭神経炎

数日以上持続する強い回転性めまいとして発症します。原因は不明のことが多いのですが、

一側の前庭機能が高度に障害されており、頭位を変えても方向が変わらない定方向性の注視眼振・自発眼振が数日以上持続します。眼振は健側向きに生じます。メニエール病との鑑別が必要ですが、メニエール病では1日を超えて眼振が持続することはありません。また、難聴・耳鳴をとまわらないことが特徴です。時に、前下小脳動脈の閉塞でも同様の所見を示すことがあり注意が必要です。ステロイド投与が眼振消失、前庭機能回復に有効であるとされています。

めまいをとまわう突発性難聴

前庭神経炎と同様のめまい症状・眼振所見を示します。また発症早期はめまい症状が強く難聴や耳鳴りを訴えないこともあるため、初診医は指こすり試験でもよいので聴覚の左右差を検査する必要があります。めまい発作にて救急病院に運ばれたあと、強いめまい症状が1週間程度で改善した頃に難聴・耳鳴に気づき突発性難聴とわかることがあります。突発性難聴は初期治療が聴力予後に重要であることから、注意が

必要です。

おわりに

めまい症状で医療機関を受診する患者さんは、耳鼻咽喉科だけでなく、内科、脳神経外科、救急外来も受診します。めまい疾患を正確に診断し、有効に治療するためには初診医の診察が最も重要です。中枢疾患、心血管系疾患などによるめまいを見逃さないためにも、きちんとした問診と所見をとることが大切です。

参考文献

- 1) 宇野敦彦, 長井美樹, 坂田義治ら: 市中病院耳鼻咽喉科における最近のめまい統計. 日耳鼻 104: 1119-1125, 2001
- 2) Parnes LS, McClure JA: Free-floating endolymph particles: a new operative finding during posterior semicircular canal. Laryngoscope 102: 988-92, 1992.
- 3) 板谷隆義, 北野博也, 矢沢代四郎, 他: 頭位変換法での良性発作性頭位めまい症治療. 耳鼻臨床 88: 857-862, 1995

