

資料

急性期めまいの診療フローチャート

学会のあり方委員会

担当理事：宇佐美真一，室伏利久，北原 紘

委員長：内藤 泰

委員：牛尾宗貴，城倉 健，伏木宏彰，中村 正，
関根和教，宇野敦彦，杉内友理子

はじめに

「めまい」は自身の回転感だけでなく，運動時の不安定感，空間識の異常感，意識が失われそうな感覚など，多様な異常感覚を表現しており，原因となる疾患も多彩である。特に急性期のめまいでは，生命予後に関わる病態か否か，必要な検査や治療の選択，入院の要否など，限られた時間で多くの判断が必要になるため，その診療を担う医師の負担は大きい。さらに，めまいの原因となり得る疾患の種類は多く，複数の診療科の専門領域にまたがっており，一つの診療科だけであらゆるめまい疾患を急性期から慢性期，治癒まで一貫して診療することは困難である。このような背景から，日本めまい平衡医学会では，急性期のめまい診療において，より適切な診

断と治療を行う一助とするために，「急性期めまいの診療フローチャート」を策定した。このフローチャートが使用される状況としては，主に耳鼻咽喉科におけるめまい初診診療を想定しているが，救急救命センター，脳神経内科，脳神経外科，総合内科等の診療部門，診療科で活用されることも念頭においている。このフローチャートを掲載するホームページには評価欄を設けるので，使用された医師は，是非この評価欄を活用してフローチャートを評価し，今後の改良にご協力いただきたい。本稿では，今回策定した「急性期めまいの診療フローチャート」を示して解説する。

表1 急性めまいの診療フローチャートの構成

1. 問診

- ・発症様式，誘因・合併症，蝸牛症状，中枢症状で中枢性，末梢性の見当を付ける

2. 診察

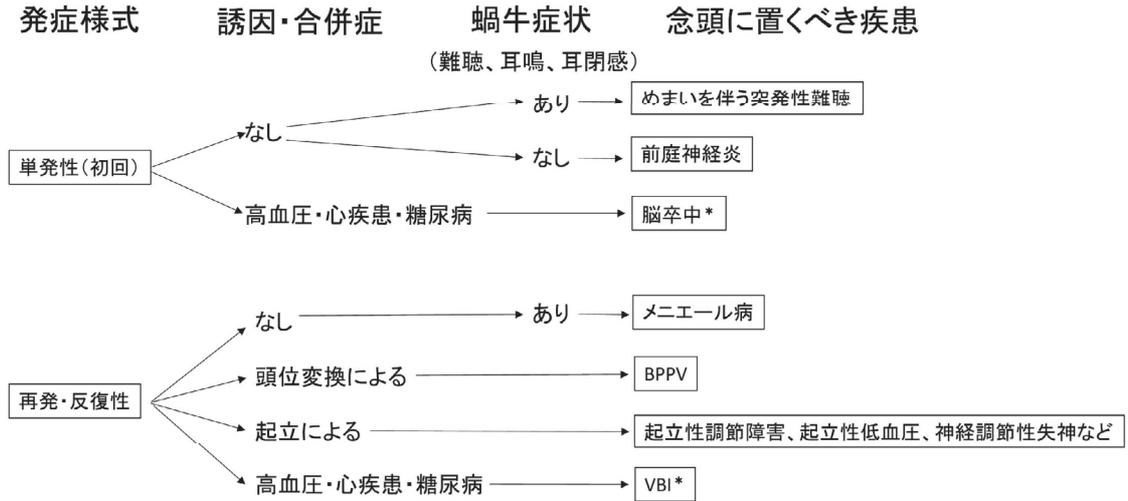
2-1. 急性めまい診療では頻度は多くないが致死性疾患の除外が重要

- ・ショックや失神を「めまい」と訴える場合がある→血圧，眼瞼結膜チェック。低血圧はショックの，高血圧は脳卒中のサイン。
- ・脳卒中によるめまいの診断→眼球運動障害・構音障害の有無，顔面・上下肢の運動麻痺，感覚障害の有無，小脳症状の有無

2-2. 致死性疾患除外後，眼振所見から診断を進める

- ・方向固定性眼振を認めた場合は一側性内耳障害の可能性が高い。音叉やストップウォッチによる簡易聴力検査が有用。
- ・方向交代性眼振（あるいは懸垂頭位での回旋性眼振）を認めた場合はBPPVの可能性が高い。
- ・急性めまいを訴えるにもかかわらず，中枢所見・眼振とも認めない場合は起立・歩行をチェック。異常を認める場合は再度脳卒中によるめまいも考える。

3. 診断基準（→注記）



* これらが全例脳卒中、VBIというわけではなく、あくまでフローチャートでは念頭に置くべき疾患を提示している。脳卒中、VBIを疑った場合はさらに以下の中核症状について問診する。物が二重に見える、ろれつが回らない、顔面・手足のしびれや動かしにくさなど。

図1 急性めまいの診療フローチャート：問診

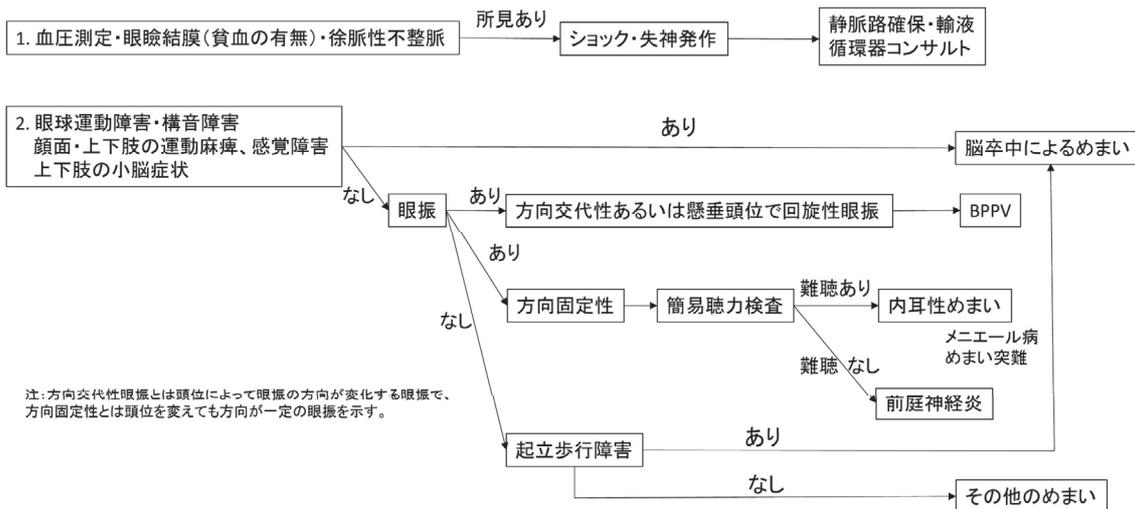


図2 急性めまいの診療フローチャート：診察

急性期めまいの診療フローチャート

本フローチャートでは最初にチャート内の各項目の説明が示され(表1)、次いで1. 問診, 2. 診察, 3. 診断基準の3項目が配置されている。さらに、2. の「診察」項目は、発症様式、誘因と合併症、蝸牛症状の有無に関する問診結果から念頭に置くべき疾患を示した問診チャート(図1)と、初診時のバイタルサインチェック、基本的な神経学的診察、眼振と体平衡観察に応じて循環器疾患、脳卒中、その他のめまいをふるい分ける診察チャート

(図2)に分かれる。3. の診断基準(注記)では、BPPV(良性発作性頭位めまい症)、メニエール病、めまいを伴う突発性難聴、前庭神経炎の診断基準、その他のめまいに含まれる疾患が示されている。全体として、初診医が急性期めまい患者においてこのフローチャートに沿って診療を進めれば適切な診断にたどり着けることを目標としているが、めまい疾患患者の病態、病期、診察した医師の専門診療科等によって必ずしも所期の目標を達成できないかもしれない。このフローチャートで不足する点や不適切

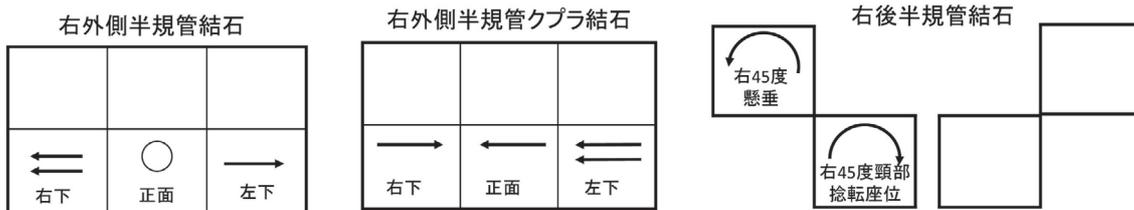


図3 良性発作性頭位めまい症の眼振所見

な点を修正，改善してより完成度の高いものにするために，当学会の当該ホームページに本フローチャートの①医学的妥当性，②臨床的有用性，③使いやすさ，④見栄え，に関する評価欄を設ける。

注 記

(1) BPPV（良性発作性頭位めまい症診療ガイドライン¹⁾より)

症状の特徴

1. 特定の頭位をとると，回転性（症例によっては動揺性）のめまいが起こる。実際には，起床・就寝時，棚の上の物を取る上向き，または洗髪のような下向き頭位，寝返りなどで誘発されることが多い

2. めまい発現まで若干の潜時があり，次第に増強した後に減弱，消失する。めまいの持続時間は概ね数秒～数十秒である。このめまいは開，閉眼に関係なく発現することが多い（図3）

3. 引き続き同じ頭位を繰り返すと，めまいは軽減または起きなくなることが多い

4. めまいには難聴や耳鳴などの聴覚症状を随伴しない。また，嘔気・嘔吐をきたすことがあるが，めまい以外の神経症状を随伴することはない

5. これらの頭位誘発性めまいと眼振は，メニエール病，めまいを伴った突発性難聴，前庭神経炎などの経過中に発現することがある

(2) メニエール病（メニエール病診療ガイドライン²⁾より)

・ 確実例

難聴，耳鳴，耳閉感などの聴覚症状を伴うめまい発作を反復する

・ 非定型例

1. 蝸牛型

聴覚症状の増悪・軽快を反復するが，めまい発作を伴わない

2. 前庭型

確実例に類似しためまい発作を反復する。一側または両側難聴を合併している場合もあるが，この症状は固定性で，めまい発作に関連して変動することはない。この病型の診断にはめまい発作の反復の状況を慎重に評価し，内リンパ水腫による反復性めまいの可能性が高いと判断された場合に診断すべきである

(3) めまいを伴う突発性難聴（めまいの診断基準化のための資料³⁾より一部改変)

・ 病歴からの診断

1) 聴覚症状

1. 突然に高度の難聴が発生する， 2. 難聴は一側性の場合が多い， 3. 難聴の原因が不明である， 4. 耳鳴が難聴の発生と同時に又は前後して生じる例が多い

2) 前庭症状

めまい（嘔気，嘔吐を伴うことがある）が，難聴の発生と同時に又は前後して生じるが，めまい発作を繰り返すことはない。難聴の前または同時に起こるめまいは回転感が多く，後に起こるめまいは動揺感又は浮動性が多い

3) 第8脳神経以外に顕著な神経症状を伴うことはない

・ 検査からの診断

1) 難聴は高度の感音性難聴で補充現象の有無は一定しない。聴力の改善悪化の繰り返しはない

2) 自発又は頭位眼振を難聴発生時に認めることが多い。ごく初期は患側向き，その後反対側向きとなり，やがて消失する

3) 温度眼振検査では患側反応低下を認める

4) X線検査では器質的異常は認めない

(4) 前庭神経炎（めまいの診断基準化のための資料^{3,4)}より)

・病歴からの診断

1. 突発的なめまい発作を主とする。大きなめまいは一度のことが多い
 2. めまい発作の後、ふらつき感、頭重感が持続する
 3. めまいと直接関連を持つ蝸牛症状（聴力低下あるいは耳鳴）を認めない
 4. めまいの原因、あるいはめまいを誘発すると思われる疾患を既往歴にもたない
 5. めまいの発現に先行して7～10日前後に上気道感染症、あるいは感冒に罹患していることが多い
- ・検査からの診断
1. 聴力検査で、正常聴力または、めまいと直接関係しない聴力像を示す
 2. 温度眼振検査で患側の温度反応高度低下、又は無反応を示す。時に、両側性のものがある
 3. めまい発作時には自発及び頭位眼振検査で方向固定性水平性（時に水平・回旋混合性）眼振を見る。通常健側向きである
 4. 神経学的検査で前庭神経以外の神経障害所見なし

(5) その他のめまい

- ・この項目には、以下のめまいが含まれる：自覚症状のみで、眼振が誘発されないBPPV、心因性めまい（パニック障害、うつ、全般性不安障害によるめまい）

文 献

- 1) 日本めまい平衡医学会診断基準化委員会：良性発作性頭位めまい症診療ガイドライン（医師用）. Equilibrium Res 68: 218-225, 2009
- 2) 前庭機能異常に関する調査研究班：メニエール病診療ガイドライン2011年版. 金原出版, 東京, 2011
- 3) 日本めまい平衡医学会診断基準化委員会：めまいの診断基準化のための資料—1987年めまいの診断基準化委員会答申書一. Equilibrium Res 47: 245-273, 1987
- 4) 日本めまい平衡医学会診断基準化委員会：めまいの診断基準化のための資料 診断基準2017年改定. Equilibrium Res 76: 233-241, 2017