教育講座

外来診療におけるめまい診断・治療のポイント

竹山 勇

The Main Points of Diagnosing and Treating Patients with Vertigo
and/or Equilibrium Disturbances

Isamu Takeyama

Takeyama ENT Clinic

(Emeritus Professor St. Marianna University School of Medicine)

Recently, cases of vertigo have shown a tendency to increase, especially among middle age, and elderly patients. However, these patients often consult an internist or clinical neurologist. Therefore, I will touch upon the main points of diagnosing and treating patients with vertigo at an ENT clinic.

As an approach to diagnosis, first, taking the history plays a great role, secondly, neurological signs are useful for distinguishing peripheral and/or central vertigo. Next, from among the vestibular function tests available, examination of eye movements, spontaneous nystagmus include gaze nystagmus, positional and positioning nystagmus, head shaking nystagmus and stabilometry are significant.

In this paper, I report cases of vertigo or equilibrium disorders and discuss the treatment or prescription based on my clinical experience.

Generally, ENT doctors should treat patients with vertigo.

Key words: taking of history, neurological signs, eye movements, head shaking nystagmus, stabilometry, peripheral vertigo, central vertigo

はじめに

めまい疾患は近年、増加の傾向にあり、とくに中高年層のめまい症例を取り扱うことが多い。しかし、めまいという疾患の背景因子が多様なためか、日本平衡神経科学会がめまい・平衡障害の研究と併せ、診断や治療にも力を注ぎ一般臨床医のめまいに対する関心を高め、めまい症例を耳鼻科医が取り扱うべき守備範囲であることの啓蒙も行い、平衡機能検査に対する保険点数の引き上げ

や、新しい検査の保険適用などに努力してきたが、実地医家によるめまい症例は耳鼻科よりも一般内科や神経内科を訪れている実状は残念に思われる。そこで今回は現場の耳鼻科医がめまい疾患をより手軽に、より手早く対応され、めまい・平衡障害が耳鼻科医の日常診療範囲の対象として取り扱われることを願い、めまい診断・治療のポイントを述べた。

ポイント I

めまいを大別して末梢性、中枢性に分け、中でも生命に関わる病態か否かの振り分けが大切である。

竹山耳鼻咽喉科クリニック
(聖マリアンナ医科大学 名誉教授)

図1 めまいの起こり方

図3 めまいの起こり方、経過のチェック

図2 「めまい」と「平衡障害」

めまいの起こり方をみると内耳及び視器や深部知覚系の異常に基づく末梢性障害と、脳幹、小脳あるいは大脳の障害による中枢性の病因に分けられ (図1)、めまい発作に伴い身体の平衡障害を来すことも少なくない。めまいと平衡障害の関わりをみると (図2)、末梢性の場合ではめまいが烈しい時に平衡障害もほぼ同程度に強く、中枢性の疾患ではめまいよりも平衡障害が強く前面に出てくることもみられる。

ポイントⅡ
病歴聴取・問診

めまい患者に対する外来診察においては病歴聴取に始まり神経学的検査、聴力検査、眼振検査と進めてゆくのが一般の手順と思うが、めまい患者の診察は患者の入室時から始まるもので、患者の歩行状態、顔色、顔貌をチェックし、歩行困難か強度の失調症かといった平衡障害の程度を見分け、顔面の状態からめまい感の強弱、貧血の有無も判別できる。対座して血圧測定、脈搏、呼吸数などからバイタルサインをチェックし、次いで問診に移るが、言語 (発語) 状態にも注意し、円滑

- ① めまい症状の確認
- 回転感
 - 位置異常感
 - 昇降感
 - 酩酊感、浮動感、動揺感
 - 眼前暗黒感、脱力感、不安定感
 - 沈む感じ
 - 倒れる感じ
- ② 副症状、随伴症状の確認
- 耳鳴、難聴 (蝸牛症状)
 - 頭痛
 - 視力障害
 - 知覚・運動障害
 - 意識障害
- 突発性
進行性
反復性
持続性
不規則性

図4a 問診の要点

な話し方か否かも判断する。問診票により、めまいの発生状況 (起こり方、経過) など (図3)を一読したら、さらに要点を聞き出していく (図4a, 図4b)。患者や家人に話をさせると時間もかかり、その人の知的レベルにも差があって要領の得ないことも多いので、考えられる病態の同定、否定を中心とした聞き出し方が大切であり、時間の無駄も少ない。

病歴においてはめまいの性質、めまいの持続時間、めまいの起こり方、めまいの経過と同時に随伴症状、神経学的徴候 (図5) などの聴取を行い、また、外傷、交通事故、薬剤中毒の既往歴と併せ家族歴も参考にしたい (図6)。

神経疾患の殆どは要点を得た病歴聴取や問診により、ある程度の病態を診断することが可能であるが、めまい疾患においても問診は大切なポイントの一つであり、問診内容から内耳性障害か中枢

③ めまい発現時の状況

運動・スポーツのあと
 入浴中、入浴後
 掃除、草むしり、天井のすす払いなど仕事中、体位、頭位の変換した後
 早朝 起床後
 夕方 疲労後
 興奮した後
 かぜの後

④ 病変部位の推定

耳科領域 ← 問診 (現 症) 検査
 他科領域 (既往歴 家族歴)

⑤ 原因の推定

血 管 性
 腫 瘍 性
 炎 症 性
 薬 物 中 毒
 そ の 他

図 4 b

蝸牛症状(耳鳴、難聴、耳閉塞感、一側、両側)
 頭痛、嘔吐
 意識障害
 手足のしびれ
 舌のもつれ、嚥下時にむせる
 複視、視力低下
 歩行障害、書字、共同運動障害
 階段の昇降が下手
 知覚(痛、温覚)障害

図 5 随伴症状、神経学的徴候

既往歴 一般的疾患(罹患時年齢)
 頭～頭部外傷、感冒
 職業～環境歴(炭坑、重金属)
 常用薬(バルビタール類、鎮痛剤)
 既往療薬(アミノ配糖体、解熱剤)
 対人疾患
 家族歴 変性疾患
 脳循環障害
 梅毒
 精神神経疾患

図 6 病歴聴取(既往歴、家族歴)の参考事項

性障害かを推定できる(図7, 8)。しかし、自覚的
 症状としてめまいを訴えてもその背景に多様な
 病態のあることも考慮し、めまいに伴う異常反射
 に留意すべきである(図9)。

ポイントⅢ

検査のすすめ方

既述した問診に始まり、次いで検査に移るが

1. 激しい回転性めまい発作
自発性、反復性、可逆性
2. 一側性の耳鳴、難聴、耳閉塞感が
めまいと同時にあるいは発作に前
後して随伴する。
3. 歩行偏倚などは日中より夕方、夜
間が強い。
4. ある頭位により「めまい」が誘発
されるが短時間で減衰する。
5. VIII脳神経以外の神経症状が見当
らない
6. 既往歴に中耳炎、音響外傷、内耳
振盪、ストマイ注射、などがある。

図 7 内耳性障害を考えさせる問診内容

1. 「めまい」に随伴する蝸牛症状がない。
2. 神経症状を伴うことが多い。
a. 複視。顔面、口唇、四肢のシビレ感。
嘔吐。嚥下障害。言葉のもつれ。
b. 激しい頭痛、けいれん、振せん、
意識障害などの合併。
3. 平衡障害が強い。
a. 倒れやすい。
b. 階段を降りる時うまく歩けない。
昇る時に力が入らない。
c. つまづき易い。スリッパが脱げる。
字が書きにくい。
4. その他
a. 半身の感じが鈍い。
b. 冷たい、熱いの感触が鈍い。
c. 手足に力が入らない。
d. 視力、視野がおかしい。

図 8 中枢性障害を思わせる問診内容

図9 「めまい」に伴う異常反射

図10 検査のすすめ方

(図10), 耳鼻科的検査 (耳, 鼻, 咽, 喉検査) と併せ脳神経症状, 小脳症状の有無を確認する。耳鼻科医にとっては身近にある診療器材の綿棒や舌圧子, 喉頭鏡を用いれば顔面の知覚異常, 角膜反射, 咽頭反射の状態や声帯運動の所見などと併せ各脳神経症状のチェックはベッドサイドにおいて可能である。小脳症状の所見としては共同運動の異常 (dyssynergia) が大切で, その代表的検査として筆者は指鼻 (あるいは指指) 試験と手首の回内, 回外運動における拙劣の程度 (adiadochokinesis) をチェックし, また Holmes-Stewart 現象の陽性か否かを検査している。めまい・平衡障害の検査に際しては, 身体に現れる平衡障害と眼に現れる平衡障害 (眼振, 眼球の運動障害) とに分けて検査することが大切である。身体に現れる

平衡障害として立直り, 偏倚の異常を検査する方法もあるが, 多忙な日常診療では Mann 検査と重心動揺検査で十分であろう。重心動揺検査においては体重心の揺らぎの変化を客観的に捉え, 定量的に分析することが可能であり, 特徴的な動揺パターンが示された場合には迷路性か中枢性平衡障害, 中でも小脳系, 脊髄反射系, 大脳基底系の障害による平衡障害かの推定に役立つ (図11)。

眼に現れる平衡障害は眼球運動系の異常として観察され, とくに眼振検査は多くの情報を提供してくれる大切な検査法である。

眼球運動の検査

眼球の二点交互試験の便法として患者の眼前約 30 cm に指をゆっくり左→右→左と左右に移動させ患者の眼球の追従運動に注意する。これは追従眼球運動検査 (ETtest) に相当し, smooth pursuit eye movement が観察できる。もう一つの方法は指の移動を左→右→左に急速に行うもので, これは saccade の検査として代用され, 眼球運動の dysmetria (hypometria, hypermetria) の有無が判定できる。

眼振の検査

各検査法の手技や所見の記載法は成書に譲るが前述の眼球運動の観察に続いて, 開眼下で注視眼振の有無をチェックする。この際, 眼振の有無と併せ, 眼球運動の障害 (注視麻痺) も観察する。注視眼振の発現はめまい疾患の診断上大切であり, 中枢性障害の場合には左右方向への注視眼振や注視麻痺の所見もみられる。

自発眼振, 頭位眼振, 頭位変換眼振, 頭振り眼

図11 各種平衡障害例の重心動揺パターン (時田 喬, 1995¹⁾)

振の検査では非注視下の条件が大切であり、Frenzel 眼鏡の装着が望ましい。自発眼振がみられる場合はめまいが存続し、しかも、めまい発作中ないし発作直後の病態を示唆している。頭位眼振検査では仰臥位で行い、その後、頭位変換眼振に移行できるので、若干、時間も掛かるが座位の頭位眼振検査より診断が確かとなる。一般的にみて末梢性疾患では定方向性の回旋成分を伴った水平性の自発眼振や頭位眼振を認め、頭位変換眼振では回旋性の要素を伴う垂直回旋混合型の眼振が認められ、中枢性病変では方向不定の水平性眼振を示すことが多く、また、垂直性眼振、斜行性眼振の発現があれば中枢性疾患と考えて差し支えない。

頭振り眼振検査は簡便で、その誘発率も高く優れたスクリーニング検査といえる。筆者は水平方

向と矢状方向にそれぞれ20回頭振りを行ってFrenzel 眼鏡下で観察しているが、垂直性眼振の発現は中枢性病変(後頭蓋窩領域の循環不全など)に多い。

その他、眼振以外の異常眼運動の発現にも留意すべきで、異常自発眼運動の存在そのものが病巣局在診断に役立つことが多い(図12)。

外来におけるめまい検査としては時間的制約もあるので前述の手順まででめまい疾患の診断は大体において推定が可能になると考えられる。

さらに、精密な検査が必要である時は、例えば視運動性眼振検査や space taking lesion を疑う症例では頭部の CT, MRI などの画像検査を病院に依頼紹介すべきであろう。

視運動性眼振検査の診断的意義は高いが外来における簡便な検査法として高価な装置がなくても

障害部位		異常眼運動
脳 幹	中 脳	動眼神経に関する症候 核上性眼運動の障害 Parinaud 症候、輻輳障害(麻痺、眼振) 後退眼振 閃光様眼球運動
	橋	健側への共同偏視、患側への注視障害 左右側方注視眼振 MLF 症候 Ocular bobbing
	延 髄	回旋性眼振、see-saw 眼振
小 脳	半 球	opsoclonus flutter-like oscillation rebound nystagmus dysmetria, saccadic pursuit
	虫 部	自発性下眼瞼向き垂直眼振 垂直性頭位変換眼振

図12 局在病巣（障害部位）と異常眼運動

巻尺の目盛を眼前の右あるいは左に引き出して目盛を移動させ、発来する視性眼運動を定性的にチェックすることも可能である。筆者はめまい症例の対応には病歴聴取→局所診察→神経学的検査→眼球運動の観察（眼振を含む）→重心動揺検査までを約15～20分程度で済ませている。眼振の検査には ENG の使用は客観性の評価と記録保持のために大きな利点のあることは論を俟たないが、回旋性成分の記録には難点もあり、今回は外来における実地的な検査法としての眼振検査は Frenzel 眼鏡下での裸眼観察でも十分に役割りを果たすことを述べた。その他、めまいの全身の検査として血液生化学的検査や生理学的検査などもあるが、近年の人口動態から高老年層の増加に伴い、高血圧症、動脈硬化症や、高脂血症などの背景因子が血流障害を引き起こし、めまいを発来することも考慮し、血液生化学的検査、なかでも赤血球、ヘマトクリット、血小板凝集能、フィブリノーゲン値あるいは総コレステロール、 β -リポ蛋白、中性脂肪、遊離脂肪酸、磷脂質、HDL など血清脂質の測定も大切である。

ポイントⅣ

診断

症例の提示

Case 1 突発性難聴に伴うめまい

27歳、男性、会社員

2日前の早朝、起きたとき右耳の閉塞感、耳鳴、回転性めまいがあり、悪心、嘔吐もあった。家人との対話で右耳の遠いことに気付いた。来院時の右聴力は 60～70 dB の水平型感音難聴を示し、自発眼振検査で左向き水平・回旋混合型の眼振が認められた。随伴症状としての神経学的所見は認められず、右突発性難聴と判断し来院時、直ちにステロイドを含んだ点滴療法を行い、翌日は大学病院に受診するよう指示し紹介した。

この症例ではめまいと耳鳴があり、高度の一側性難聴がみられたが、脳神経症状や小脳症状の所見もなく、末梢性めまい疾患と考えられ、とくに発症の難聴が突発的であり他に誘因も見当たらないことから突発性難聴に伴っためまい症と考え、大学病院に紹介し、幸いにも聴力が改善した例である。

Case 2 左メニエール病

34歳、女性、主婦

数年前からめまいを訴え、同時に左耳の閉塞感、耳鳴を感じ、めまいは2～3時間持続し、その後軽快し、蝸牛症状も減弱するといった回転性めまい発作をこれまでに4～5回経験しているが、ここ1週間前よりめまい感が強く、頭重感、体の不安感もあるので来院した。

局所所見には異常なく、神経学的徴候もみられないが血圧 102/63 mmHg、自発眼振はみられないが、頭振り眼振にて左向き水平・回旋性眼振を発来し、聴力検査では左側の低中音域に 30～40 dB の感音難聴を示した。家族構成のうち祖母が在宅し軽度の痴呆性にて介助の必要があり、長男の中学受験を控えているなどの心因的なストレスも見受けられた。この症例は耳鳴、難聴、めまいがあり、しかも、めまい発作時には耳閉塞感、耳鳴などの蝸牛症状の悪化がみられた典型的なメニエール病であるが背景因子としてストレスが関わっていると思われたので、内服療法と併せ精神神経科医との連携を保ち加療を行いつつ軽快に向かった。

Case 3 起立性低血圧症によるめまい症

22歳、女性、会社員

5～6歳頃から立ちくらみがあり、中学～高校生の頃にもめまい感と体の横揺れや、急に立つとポツとして気分が悪くなったり朝の起床がづらい

などの訴えがあり、この2～3ヵ月前から同様の症状が強くなり大学病院を含め2～3の病院を受診したが軽快せず、知人の眼科医（患者の親族）より紹介来院した。来院時、顔面蒼白で無気力、偏頭痛も訴えていた。

局所所見、神経学的所見に異常なく、血圧 106/58 mmHg、手足がやや冷たく感ぜられた。眼球運動検査にても眼振らしい所見は得られなかったが、頭位変換時に気持ちが悪くなり軽度の悪心を伴った。Schellong test では起立時血圧下降は 18 mmHg で境界域を示したが起立性失調症状がみられ、眼科的な検査では眼底血圧も起立時の降下傾向があり起立性低血圧によるめまい症と診断した。昇圧剤と併せ循環改善剤の投与を続け、治療約 6ヵ月後には自覚的にもほぼ正常化し、日常生活も復してきた。

Case 4 中年層にみられるめまい症

51歳、女性、会社員

来院1週間前より立ちくらみがあり、3日前の昼食後、急に立ち上がった時にめまい感が数秒あり、座っていても持続し、間もなく治ったが夕方の帰途、体の不安定と歩行がぎこちないことを感じた。

来院時は血圧は 106/72 mmHg とやや低く、気分不快と軽度の悪心があったが、神経学的徴候もなく、眼球運動も smooth であり、頭位眼振検査および頭振り眼振検査で垂直性成分がみられた。立ち直り反射では Mann 検査で不安定を認めた。誘因としてはこの1ヵ月間、仕事量が多く、睡眠時間も短く、疲れ気味であった。来院時は点滴療法を行い、併せて内服を投与し2日後には自覚的にも改善し、5日後には気分も良好となり、歩行も正常となったが、血圧は 100/42 mmHg であった。本例は低血圧を伴った後頭蓋窩領域の脳循環不全と考えられるもので約1ヵ月間の内服療法で自覚症状は殆ど軽快したが、休薬するとめまい感を若干訴えるとのことであったので、その後2ヵ月間の服薬をすすめ改善に至った。

Case 5 高年層にみられるめまい症

66歳、女性、主婦

約10年前頃からめまいを訴え、悪心もあり、これまでにも近医も含め数カ所の病院を受診したが軽快に至らず、1ヵ月前頃から急に起き上がる時にめまい感が強くなり、今回、紹介来院した。初

STATOKINESIGRAM (CLOSE)

* LNG	362.24 Cm	*
* LNG/TIME	6.03 Cm/Sec	*
* B: LNG/E. AREA	7.67 1/Cm	*
* A: ENU. AREA	47.20 Cm2	*
* REC. AREA	110.53 Cm2	*
* RMS. AREA	16.76 Cm2	*

EVALUATION (GRAUICHART)

図13a 治療前

診時、神経学的症状もないが頭振り眼振検査で右向き水平性眼振がみられ、偏頭痛も訴えていた。血圧は 156/90 mmHg、重心動揺検査でびまん型の動揺パターンを示し、面積も増大していた（図13a）。この例は脳動脈硬化→脳循環不全と考え脳代謝改善薬の投与を約2ヵ月間行ったら、自覚的にもめまい感も消失し眼振もなく、重心動揺検査では改善を示した（図13b）。

ポイントV

治療

一般の実地臨床医にとってのめまい治療は薬物療法が主流であろう（図14）。めまい検査におい

STATOKINESIGRAM (CLOSE)

* LNG	156.25 Cm	*
* LNG/TIME	2.60 Cm/Sec	*
* B+LNG/E.AREA	9.54 1/Cm	*
* A+ENU.AREA	16.37 Cm2	*
* REC.AREA	29.99 Cm2	*
* RMS.AREA	7.74 Cm2	*

EVALUATION (GRAUICHART)

図13b 治療後

て中枢性病変，中でも space taking lesion と考えられる腫瘍あるいは変性疾患が疑われたら専門病院への紹介を計るべきである。末梢性疾患の中でもメニエール病と診断され，保存療法で改善が得られずめまい発作が頻繁で，聴力障害が悪化傾向を示す症例には内リンパ減荷術が薦められる。これらを除外すればめまいの背景因子を考慮しながら保存的な薬物療法で効果が得られる。めまいの発生には末梢領域であれ，中枢領域であっても血流の循環不全に基づく場合が多いことからめまい剤（表1）に併せて血管拡張剤（表2），あるいは脳代謝改善剤（表3）の投与が一般的であろう。また，めまいに伴う悪心，嘔吐，不安感に対

急性めまいの抑制

鎮静剤
催眠剤
制吐剤

めまい発生機序の抑制

向中枢神経剤 { 抑制剤
賦活剤
向自律神経剤 { 抑制剤
賦活剤
ホルモン剤
抗アレルギー剤
向循環系剤 { 循環促進剤
血管拡張剤
昇圧剤
向代謝系剤 { 塩分代謝剤
ホルモン剤
ビタミン剤
脂質代謝剤

再発防止

基礎疾患の治療

図14 薬物療法

表1 めまい薬

a フェノチアジン系	
thiethylperazine	トレステン
b 抗ヒスタミン薬および類似薬	
diphehydramine	トラベルミン
betahistine mesylate	メリスロン
difenidol hydrochloride	セファドール
c 交感神経刺激薬	
isoprenaline hydrochloride	イソメニール

（今日の治療薬'95：水島 裕編²⁾）

しては適宜制吐剤の投与や精神安定剤の使用も大切である。

処方例の提示

1. メニエール病症例に対して

メニエール病の病態が内リンパ水腫であることを考え，発作寛解のために脱水効果のある利尿剤の投与も行っている。

a. Rp1	イソパイド	60～90 ml
	3×	
2	メリスロン	3～6 錠
	トレンタール	3～6 錠
	カピラン (100)	3～6 錠
	メチコバル (250)	3～6 錠
	3×	
3	セルシン (2)	1 錠
	就寝前1×	
b. Rp	メリスロン	3～6 錠
	カルナクリン (50)	3 錠

表2 血管拡張剤

I. 血管・骨筋系に直接作用する薬剤

a. ババペリン系薬	
cyclandelate	カピラン
cinnarizine	アブラクタン
diazepam hydrochloride	コメリアン
difenidol hydrochloride	セファドール
b. ニコチン酸系薬	
nicotinic acid	ナイクリン
inositol hexanicotinate	ヘクサニシット
c. ビタミンE系薬	
tocopherol acetate	ユベラ
d. Ca拮抗薬	
nifedipine	ベルジピン
II. 神経作動性血管拡張薬	
a. α -受容体抑制薬	
tolazoline hydrochloride	イミダリン
b. β -受容体興奮薬	
isoxsuprine hydrochloride	ズファジラン
c. 血管運動中枢抑制薬	
vinpocetine	カラン
III. 循環系ホルモン剤	
1. kallidinogenase	サークレチン, カルナクリン
kallikrein	カリクレイン

IV. 末梢循環改善薬（脳循環を含む）

pentoxifylline	トレンタール
----------------	--------

(今日の治療薬'95: 水島 裕編²⁾)

表3 脳代謝改善剤

adenosine triphosphate disodium(ATP)	アデホス
meclofenoxate hydrochloride	ルシドリアル
ifenprodil tartrate	セロクラール
vinpocetine	カラン
celeport	セルポート
dihydroergotoxine mesylate	ヒデルギン
pentoxifylline	トレンタール
diazepam hydrochloride	コメリアン

(今日の治療薬'95: 水島 裕編²⁾)

アデホス (30)	3～6錠
トレンタール (100)	3～6錠
3×	

急性期の発作で内服が困難な場合には点滴療法を行う。

点滴	フルクトラクト	200～500 ml
	メイロン	60～100 ml
	ナイクリン	20～60 ml
	プレドニン	30～60 mg
	セルシン	5 mg

2. 末梢性めまい症に対して

中枢性所見もなく、末梢性めまいと考えられるめまい症全般に対してはメニエール病例とほぼ同様であるが、発症素因として自律神経不安定を伴う症例やめまいと偏頭痛あるいは耳鳴がある症例には、それぞれに適した薬剤も使用している。

処方例1

1	メリスロン	3～6錠
	イソメニール	3～6錠
	アデホス (20)	3～6錠
	トレンタール	3～6錠
	3×	
2	セルシン (2 mg)	1T
	あるいは	
	セレナール (5 mg)	1T
	就寝前1×	
3	カフェルゴット	2T
	2×	

処方例2

カルナクリン (50)	3錠
トレンタール	3～6錠
カピラン (100)	3錠
メチコバル (250)	3錠
3×	

3. 動脈硬化症などによる脳循環不全症に対して

近年の人口動態により中高年層が増加し、めまいを訴えるケースが多い。

脳梗塞後遺症と考えられる症例にも度々遭遇する。急激な体動や起立時、前屈、後屈などの際に瞬間的なめまい感、眼前暗黒感を訴えることが多く、時に手足のシビレ感もあり、体の不安定感を訴えることもみられるが意識障害はなく、麻痺症状も殆どなく、機能的循環不全と考えられる症例

が多い。

処方例 1

セレポート	3錠
トレンタール	3錠
カラン	3錠
ヒデルギン (1~2 mg)	3錠
高血圧を伴う症例	
ペルジピン (10~20 mg)	3錠
いずれか	
あるいは	
ルシンドリール (100)	3錠〔外傷既往例〕
3×	

処方例 2

セレポート	3錠
カルナクリン	3~6錠
トレンタール	3錠
セロクラール (10)	3錠
3×	

その他、糖尿病、高脂血症、血小板凝集能亢進症など背景要素があり、動脈硬化症を来し、脳循環不全病態が考えられる症例にはそれぞれの背景を考慮した治療が合理的である。

処方例 1

コレキサミン (200)	3錠
MDS (150)	3錠
ユペラニコチネート	3錠
トレンタール	3錠
3×	

処方例 2

カピラン	3T
あるいは	
アブラクタン (50)	3T
トレンタール	3T
パナルジン	3T
3×	

内服投与によりめまいないし、めまい感は軽快傾向を示すが自覚症状のみならず他覚的所見の改善にもチェックし、少なくとも3ヵ月間の保存療

I. 対症療法 安静, 鎮静 薬物療法	病期別治療方針 1) 急性期(発作期) 安静, 制吐剤, 鎮静剤 7%重曹水, ステロイド 主として点滴, 皮下注
II. 原因療法 薬物療法 手術療法	2) 慢性期(間歇期) 精神安定剤, 鎮静剤, 脱水利尿剤 血管拡張剤, 循環改善剤 代謝賦活剤
III. 素因の治療 全身的 局所的	局所, 全身的背景因子に対する治療 3) 再発予防 生活, 環境指導改善策, 精神療法 血圧の調整, 循環改善 4) その他 リハビリテーション, 訓練, 介助器の整備

図15 治療

法は大切である。短期間の治療により再発あるいは再燃を繰り返すことも多いので、日常生活の指導や食事療法と併せた中〜長期の治療を心掛けるべきであろう(図15)。

おわりに

めまい症例は耳鼻科医がその対応に当たることの大切さを基本にして診断・治療のポイントを略述した。診断の中でも病歴聴取が大きな役割を占め、次いで神経学的徴候の有無により末梢性めまいか中枢性めまいかに振り分けられる。生命に重篤な疾患(脳幹〜小脳出血, くも膜下出血など)は一般診療所に訪れることは殆どないが, これらを除き必要に応じて関連他科(脳神経外科, 眼科, 精神神経科)との連携を保ちながら腫瘍性病変や変性疾患はその専門領域に紹介し, 典型的な内耳性病変をはじめ中高年層に多いめまい症にも耳鼻科医が取り組むことを期待したい。

文 献

- 1) 時田 喬: 重心動揺検査—その実際と解釈—。アニマ(株), 1995
- 2) 今日の治療薬'95: 水島 裕編

(原稿到着: 平成9年1月13日
別刷請求先: 竹山 勇
〒194 東京都町田市つくし野2-10-32)