

めまい診療の実際 ～中枢性めまいを中心に～

筑波大学医学医療系神経内科学
玉岡 晃

めまいの発症機構

身体の平衡維持は、視覚系と迷路前庭系と体性感覚系の3種類の感覚入力中枢で統合、制御され、眼筋や四肢・体幹の運動器、自律神経系に出力されることによって成り立っている。従って、この平衡機能反射系の入力系や中枢の障害によって、身体の平衡維持に支障をきたし、めまいが生じる。めまいには、回転性めまい、浮動性めまい、失神しそう感じ(前失神)、ふらつき(平衡障害)が含まれる。回転性めまいは、運動の錯覚としての真性のめまいであり、その軽症例や慢性期には浮動性めまいを呈することもある。

回転性めまいの原因疾患

回転性めまいの大半は迷路・前庭系の障害による末梢性めまいであり、良性発作性頭位めまい症、前庭神経炎、メニエール病が主な原因である。末梢性めまいでは、平衡障害以外の神経症候は認められないが、平衡機能反射系の中枢には脳幹、小脳、大脳皮質が含まれるため、通常は様々な神経症候を呈する。また、末梢性めまいでは迷路・前庭系が障害されても、視覚系や体性感覚系で代償補正されることがあり、何とか体の平衡

維持ができる場合があるが、中枢が障害された場合は、代償が不可能で補正が効かず、体の平衡維持は困難となる。中枢性めまいの原因疾患としては、脳卒中が圧倒的に多い。

中枢性めまいの頻度

めまいを主訴に救急外来を受診する患者における脳卒中の頻度は3.2%であり、めまい以外の神経症候を全く伴わない場合は、0.7%と報告されている¹⁾。本邦では、めまい患者における脳卒中の頻度は1.7%という統計がある²⁾。急性発症のめまいは圧倒的に末梢前庭障害が多く、めまい患者の約半数は良性発作性頭位めまい症である。したがって、めまいのみで来院した患者が脳卒中である確率は極めて低く(2~3%)、純粋なめまいはむしろ脳卒中でないことを示唆する所見と考えられる。

めまいの原因となる脳卒中

脳幹では平衡機能の神経経路として、前庭神経核が眼球運動核群、小脳、脳幹網様体、脊髄などと密な神経ネットワークを形成している。また、これに近接あるいは一部を共有して、顔面や四肢の運動感覚神経路が存在する。したがって、脳幹の梗塞や出血により、めまいとともに多彩な運

動障害、感覚障害、眼球運動障害などを来す。一方、小脳の梗塞や出血では、上部の障害では小脳性運動失調が目立つが下部の障害では目立たず、小脳虫部障害による起立・歩行障害がみられる。

めまい以外の神経症候

純粋なめまいが脳卒中で見られることは稀なので、中枢性めまいでは、めまい以外の神経症候をチェックすることが重要である。もちろん、眼振などにより末梢性めまいをスクリーニングもしておく。

まず、患者の訴えとしては、「手足、顔面の動きにくさやしびれ感」、「ろれつがまわらない」、「ものが二重に見える」などに注意する。神経所見としては、視標の追視により眼球運動を調べることで、構音障害の有無に留意すること、バレー徴候により片麻痺の有無を確認すること、反復拮抗運動により小脳性運動失調の有無を調べることで、起立・歩行障害の有無を検査すること、が重要である。

中枢性めまいの危険因子

中枢性めまいの原因の多くは脳卒中であるので、脳卒中の危険因子である、高血圧、糖尿病、肥満、喫煙、心疾患の有無に注意する。糖尿病は、めまいの原因になりうる椎骨脳底動脈領域の脳幹や小脳に梗塞を生じることが多いため、特に気を付ける必要がある。

中枢性めまいの特徴

脳幹や小脳上部の脳卒中では、めまい以外の神経症候、即ち、運動障害、感覚障害、眼球運動障害、小脳性運動失調などを検索するのがポイントである。小脳下部の脳卒中では、起立・歩行障害を見逃さないことが重要である。

内科疾患にみられるめまい

高血圧では自動調節機能の破綻による脳の内圧上昇が生じ、めまいを来すことがある。また、高血圧に伴う脳卒中ではめまいを生じることがあるので、特に慢性腎臓病や原発性アルドステロン症の患者では注意が必要である。糖尿病や加齢に伴う自律神経障害や起立性低血圧でもめまいがみられるが、浮動性めまいや前失神が多い。過度の降圧や中枢性交感神経抑制薬による降圧治療でも同様のめまいが生じる。その他、透析、抗てんかん薬などにも注意が必要である。

めまい患者の診療の流れ

急性発症のめまい患者に遭遇した時は、まず脳幹ないし小脳上部の障害の有無を検索する。眼球運動障害、構音障害、顔面や上下肢の麻痺ないし感覚障害、上下肢の小脳性運動失調のいずれかが明らかであれば、脳卒中によるめまいを第一に考える。上記症候のいずれも明らかでない、あるいは診察した範囲でわからなければ、頻度の圧倒的に多い末梢前提由来のめまいを検索する。懸垂頭位での回旋性眼振、あるいは方向交代性水平性眼振がみられれば、良性発作性頭位めまい症を考える。方向固定性水平性眼振があれば、前庭神経炎を考える。以上の眼振が明らかでない場合は、念のため小脳下部障害の可能性を疑い、起立歩行障害の有無を検索する。起立歩行障害が認められれば、脳卒中によるめまいを考えなければならない。(図)

文献

- 1) Kerber KA, et al: Stroke: 2484-7, 2006
- 2) 城倉 健: 日本医師会雑誌, 134:1485-90, 2005

図. めまい診断のフローチャート
(文献²⁾より一部改変して引用)

