

つめ
たまい
らいと
どの
よう
に
考
え
る
か
？



沖縄県立中部病院総合内科
本村 和久

はじめに

めまい、頭痛とも一般診療（プライマリ・ケア）でよく見られる症状である。両方見られるときにどのようにアプローチすべきであろうか。実際のケースを元にした架空の症例検討会にお付き合い頂きたい。

38歳男性、いままで入院歴のない健康な方である。主訴は同じだが、診断がどのように異なるのであろうか。

38歳男性：ケース1

車の運転中に、徐々に悪化する後頸部痛があり、あわてて路肩に車を止めた。車を止めるときに、目の前の景色が揺れるようなめまい感あり。ギアシフトが揺れて見えてうまく握れない感じがした。明らかな脱力、しびれはない。ろれつ難の自覚もなし。頭痛は1時間程度で徐々に改善。目の前が揺れるようなめまいも2時間程度持続したが、その後徐々に消失。車内で1時間休んだ後、自分で車を運転、自宅に帰ったが、家族が受診を勧め受診。耳鳴なし。難聴なし。いままで頭痛、めまいなし。胸痛なし、動悸なし。

38歳男性：ケース2

1年前から目の前が回るようなめまい（回転性）が主に頭を動かすときに出現。持続時間は3分から15分程度。2年前からの頭痛持ち（拍動性、4～5時間続き、左片側、吐き気を伴うと、会社を休むことがある）だが、めまいと頭痛発作は関係あるときとないとき（頭痛がなくめまいのみ）がある。耳鳴なし。難聴なし。半年前に、この症状（めまい）で医療機関を受診、頭部MRI、MRAで異常なしと言われた。最近めまいが毎日2～3回起こるため（多くは頭痛を伴う）、当院を受診された。

どちらのケースも受診時には症状消失しており、バイタルは正常、ホルネル徴候など神経所見も含め、身体所見に異常は見られなかった。診断は？

めまいと頭痛の疫学

めまい、頭痛とも一般診療（プライマリ・ケア）でよく見られる症状である。プライマリケアの外来でどのような主訴が多いのか様々な研究があるが、米国でのデータ¹⁾では、主な外来受診の理由（定期外来通院を含む）のうち、めまいは0.9%、頭痛は1.3%（ちなみに最も多い訴えは咳の4.2%）である。

しかし、めまいに頭痛が加わると、より重篤な疾患が鑑別の上位にあがる（表1）。頭痛は、Red Flags（危険信号：生命に関わる重篤な徴候）と言われる症状の一つである。めまいで怖いのは、脳血管障害と心血管障害であり、歩行障害、麻痺や失調などの神経学的異常、胸部症状や失神などの心血管障害から起こりうる症状、またバイタルサインの異常がよく言われるRed Flags²⁾となる。めまいと頭痛が併存するときの鑑別診断については、脳血管障害や感染症など多岐にわたる（表2）。

表1 めまいの Red Flags (危険信号)

脳血管障害
頭痛
神経学的異常 (歩行障害、麻痺)
心血管障害
失調
胸部症状や失神

表2 めまいと頭痛が併存するときの鑑別診断

末梢性
中耳炎 緊張性頭痛 副鼻腔炎 聴神経腫
中枢性
脳梗塞(脳幹部梗塞、小脳梗塞など) 脳出血 椎骨脳底動脈解離 頭部外傷後頭痛 髄膜炎・脳炎
その他
片頭痛関連めまい

診断と経過

ケース1

診断 椎骨動脈解離

めまい症状で、緊急性を要するは、脳血管障害か心血管障害・不整脈である。病歴から初回の頭痛(緩徐発症)があり、若年でも脳血管障害を念頭に入れる必要がある。片側性の神経症状なく、疑うとすれば、小脳、脳幹部の病変が

部位として考えられる。脳動脈瘤破裂や小脳梗塞も鑑別に上がる。急性発症の後頸部痛、その後のめまい症状でこわいのは、脳血管障害であろう。椎骨脳底動脈解離で起こる頭痛は突然発症とは限らず(20%)³⁾、突然発症=脳血管障害ではない(緩徐発症でも否定は出来ない)ことに注意が必要。

経過

病歴から椎骨脳底動脈解離を疑い、すぐに頭部造影CT(3D CT)を施行、椎骨動脈に狭窄部位を認め、解離があると考えられた(図1)。

入院での抗凝固療法(ヘパリン)を勧めたが、症状もなく、仕事も忙しいとのことで、抗血小板薬のみの投与で経過をみた(抗凝固療法と抗血小板療法の優劣を明確に示した臨床試験はないが、アメリカ心臓協会AHAは6ヶ月間を目処とした抗凝固療法を推奨、アメリカ胸部疾患学会ACCPは抗血小板療法でもよいとしている⁴⁾)。このケースでは、その後再発することもなく良好な経過をみた。

ケース2

診断 片頭痛関連めまい

病歴から片頭痛の可能性が高いこと、また頭位と関係する回転性めまいから前庭症状と考え、片頭痛関連めまいを疑った。

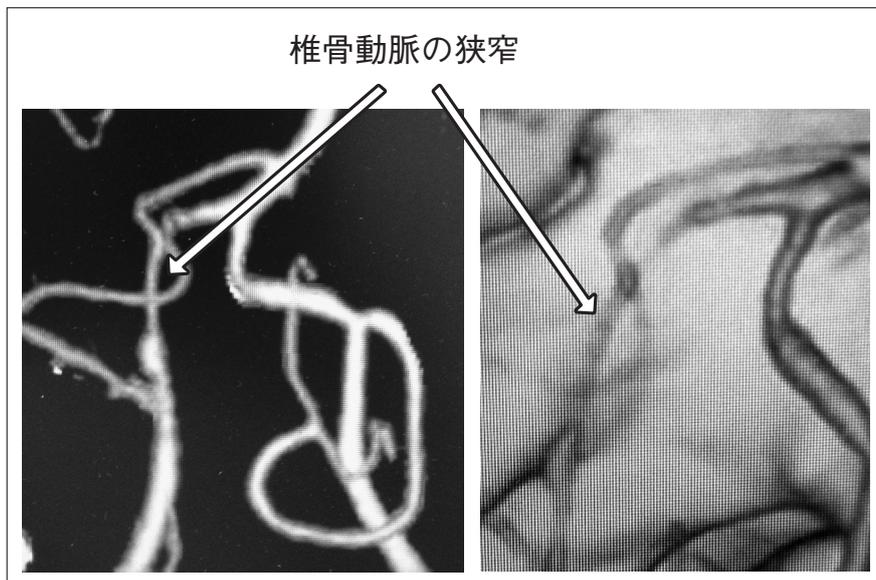


図1 椎骨動脈の狭窄

片頭痛の診断に役立つ“POUND”という5つの質問がある(表3)。このうち4つの質問が当てはまれば、片頭痛である確率が非常に高く(尤度比24)、2つ以下の場合確率が下がる(尤度比0.41)。このケースでは5/5で片頭痛と診断⁵⁾できる。

表3 片頭痛の診断に役立つ“POUND”

P	Pulsating(拍動性)
O	hOurs(4～72時間)
U	Unilateral(片側性)
N	Nausea(吐き気)、
D	Disabling(日常生活が出来なくなる)

片頭痛患者のうち28～30%に浮動性めまいが、25～26%に回転性めまいが認められており⁶⁾、「片頭痛関連めまい」として、下記のような診断基準が提唱されている⁷⁾。

表4 片頭痛関連めまいの診断基準(確実例)⁷⁾

1. 中等症以上の反復性の前庭症状
2. 国際頭痛学会の診断基準を満たした片頭痛を現在も有するか、病歴を有する
3. 二回のめまい発作のうち少なくとも一つの片頭痛症候 (片頭痛様頭痛, 光過敏, 音過敏, 視覚性かその他の前兆)を認めること
4. その他の原因の例外

経過

治療であるが、片頭痛を治療することでめまいも軽減することが知られている⁸⁾。このケースでは、片頭痛の予防薬であるカルシウム拮抗薬(ロメリジン)を使用したところ、片頭痛は激減、めまいも起こらなくなった。

まとめ

よくある訴えであるが、見逃すと重篤な疾患(椎骨脳底動脈解離)と症状緩和が治療可能である疾患(片頭痛関連めまい)について、ケースを元に解説した。駄文を連ねたが、明日の臨床にすこしでもお役に立つことが出来ればと思う。

参考文献

- Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments : United States, 2001-02. Vital Health Stat 13. 2006 Feb ; (159) : 1-66.
- Turner B, Eynon-Lewis N. Systematic approach needed to establish cause of vertigo. Practitioner. 2010 Sep ; 254 (1732) : 19-23, 2-3.
- Mitsias P, Ramadan NM. Headache in ischemic cerebrovascular disease. Cephalalgia 1992 ; 12 : 269.
- Lansberg MG, et.al Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke Chest. 2012 ; 141 (2 Suppl) : e601S.
- Detsky ME, et al. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging ? JAMA. 2006 Sep 13 ; 296 (10) : 1274-83.
- Kayan A, Hood JD Neuro-otological manifestations of migraine. Brain 1984 ; 107 (Pt4) : 1123-1142.
- Neuhauser H, Leopold M, von Brevern M, et al The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo. Neurology 2001 ; 56 : 436-441.
- Reploeg MD, Goebel JA. Migraine-associated dizziness : patient characteristics and management options. Otol Neurotol. 2002 ; 23 (3) : 364.