

Dr. 増井の めまい処方はどうする？



増井伸高（札幌東徳洲会病院救急センター部長）

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

Introduction p2

1 めまい処方、そもそも必要か p4

2 非専門医版めまい診断 p6

3 めまいの処方薬 p14

4 めまい診断ができたとき、何を処方するか？ p19

5 めまい診断ができないときの処方は？ p24

6 めまいは、診断7割、説明3割、処方は1割未満 p27

▶HTML 版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツ
を制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

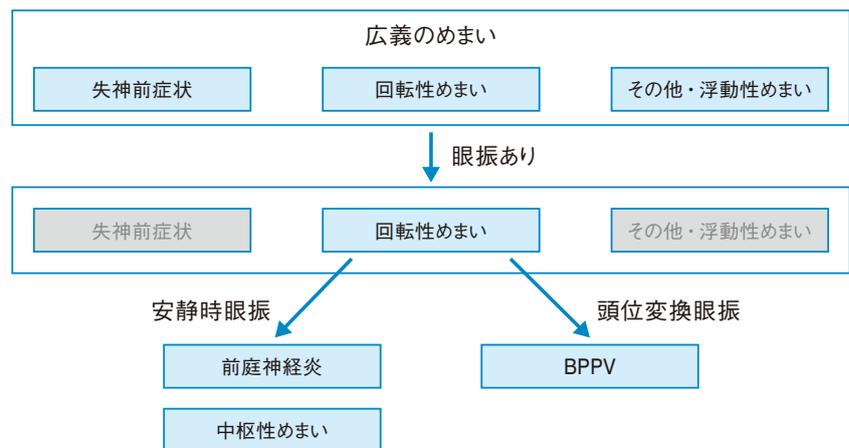
Introduction

1 極論，非専門医はめまい処方をなるべくしない

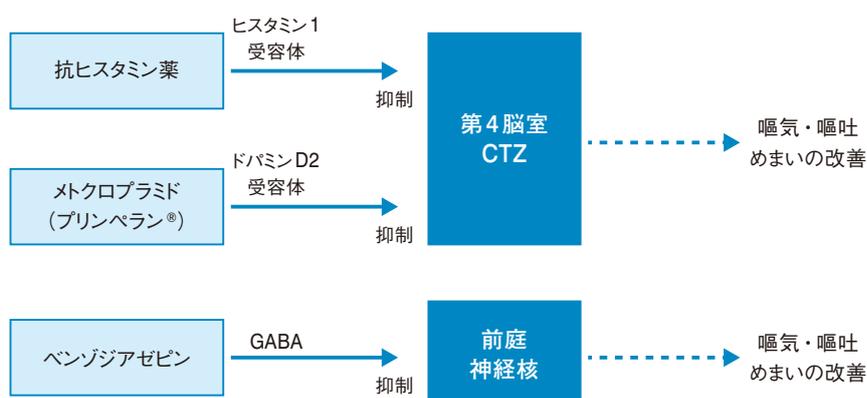
- ・理由1 非専門医にとって，めまい診療の目標は診断であり，処方ではない
- ・理由2 そもそもストロングエビデンスのある，めまい処方がない
- ・理由3 めまい処方をすると，診療をした気分になり，診断をつけなくなる

2 非専門医版めまい診断

- ・疾患1 良性発作性頭位めまい症 (BPPV)
- ・疾患2 前庭神経炎
- ・疾患3 中枢性めまい
- ・その他のめまい診断



3 めまい処方薬の作用機序



4 めまい診断ができたときの処方は？

- ・BPPV：頭位治療で軽快すれば，処方は不要
- ・前庭神経炎：症状が強ければ，抗ヒスタミン薬，ベンゾジアゼピン，プリンペラン®，メイロン®のいずれかを，副作用を十分考慮して処方してもよい

- ・中枢性めまい：脳卒中の処方（治療）。めまいが強ければ，ベンゾジアゼピン，プリンペラン®を処方してもよい

5 めまい診断ができないときの処方は？

【入院となった場合】

- アタラックス®-P (25mg/1mL) 1Aを緩徐に静注
 - * 緑内障や前立腺肥大の患者には禁忌
 - ホリゾン® (10mg/2mL) 5mg/1mLを緩徐に静注
 - * ふらつきや呼吸抑制作用などの副作用に留意する
 - プリンペラン® (10mg/2mL) 1Aを生食50mLに溶解し，15分以上かけて点滴する
 - * 静注すると錐体外路症状が出現しやすいので，点滴投与する
 - メイロン® 静注8.4% (20mL/A) 1Aを緩徐に静注
 - * 十分なエビデンスはない
- ★救急外来でも入院後でも，必ず頓用とする
★処方の選択は患者背景を考慮し，また副作用を加味して選ぶ

【帰宅する場合】

- ベタヒスチン (メリスロン® 錠6mg) 3錠/日 分3 3~5日
 - * 消化性潰瘍や気管支喘息の既往がないことを確認
- ジフェニドール (セファドール® 錠25mg) 3錠/日 分3 3~5日
 - * 前立腺肥大や緑内障の既往がないことを確認

6 処方よりも説明が重要

- ・処方 >> 説明・診断になっていないか？
- ・診断 (7割) > 説明 (3割) > 処方 [1割未満 (数%)] が正解

1 めまい処方，そもそも必要か

めまい処方の話である。さっそく，次の症例の処方を考えてみよう。

症例 A	主訴：めまい
50歳，男性 病歴：めまいで救急搬送，症状が強く十分な診察は難しい。 何を処方するか？	

この質問を研修医にぶつけると、「メイロン[®]」「アタラックス[®]-P」「ホリゾン[®]」，そして嘔吐していたら「プリンペラン[®]」という答えが返ってくる人が多い。皆さんはいかがだろう？ では，次の症例ではどうだろう。

症例 B	主訴：胸痛
50歳，男性 病歴：胸痛で救急搬送，症状が強く十分な診察は難しい。 何を処方するか？	

こちらの質問だと、「胸痛の性状は？」「処方の前に心電図は？」とコメントする研修医が多い。症例Aと症例Bの違いは、「めまい」と「胸痛」という症候名だけである。しかし胸痛症例では，虚血性心疾患など緊急性疾患の診断除外が処方より重要と考えている。診断なしの処方はその場しのぎであり，根本的な問題解決にはなっていないと判断しているのだ。

めまいでも本来であれば，中枢性めまいなど緊急性疾患の診断除外は必要である。しかし，めまい症例だと処方名を即答してしまうのは，普段から診断せず処方に走っているからではないか？ この2つの症例への回答を比べると，胸痛では「診断>処方」という重みづけができていのに，めまいでは「処方>診断」と考えているところに，めまい処方のピットフォール(落とし穴)が見えてくる。

今回はめまい処方を解説するが，最も重要なのはこの落とし穴に落ちないことである。そのためには，「非専門医はめまい処方を，いったん

やめる」ことである。その理由は、次の3つにある。

理由1 非専門医にとって、めまい診療の目標は診断であり、処方ではない

理由2 そもそもストロングエビデンスのある、めまい処方がない

理由3 めまい処方をすると、診療をした気分になり、診断をつけなくなる

(1)理由1 非専門医にとって、めまい診療の目標は診断であり、処方ではない

処方に迷っためまい症例Aを、あなたが診断できたとしよう。「良性発作性頭位めまい症 (benign paroxysmal positional vertigo : BPPV)」 「小脳梗塞」など、とにかく診断できたとする。その上で、さて処方をどうするか？ 「症状が強かったら、処方はする。ただし、なくてもよい」と考えるのではなかろうか？ 診断できた途端に、めまい処方は対症療法だと理解できる。非専門医にとって、めまい診療の最重要項目は“診断”であり、“処方”ではない。ならば一生懸命、診断することが重要である。

(2)理由2 そもそもストロングエビデンスのある、めまい処方がない

めまい処方を行う場面は2つあり、その担い手は異なる。

場面1：継続的な末梢性めまいの患者 ➔ 主に耳鼻科医

場面2：突然発症の急性めまい症の患者 ➔ 耳鼻科医・脳卒中医・外来初療医

場面2で皆さんは、めまい処方に何を期待するだろう？ もし、“症状を軽減させ、帰宅可能な状態にする”，あるいは“入院期間を短くする”，そうしたことを期待していれば、裏切られることになるだろう。めまい処方によって，“外来滞在時間が短縮した”，あるいは“入院率が減少した” “入院期間が短くなった” というエビデンスはない。めまい処方に、非専門医のディスポジション (患者への適切な医療提供の決定) を変えるインパクトはない。めまい処方のエビデンスにあるのは、処方薬どうしの

違いを比較したランダム化比較試験 (randomized controlled trial : RCT)
1)~5)にとどまる。そして、それぞれの処方で、有意差はほとんどない。

めまい治療で効果とインパクトがあるのは、BPPVの頭位治療である。特に後半規管型BPPVに対する頭位治療の有効率は60~80%程度と高率であり、薬物治療との対照試験では有意差をもって有効と判定されている⁶⁾。

(3)理由3 めまい処方をすると、診療をした気分になり、診断をつけなくなる

症例Aのめまい症の患者に対して、初診医が以下のようにコメントしたとする。

初診医X：「1時間ほど寝かせてMRIも取っておいて」

初診医Y：「メイロン[®]とホリゾン[®]を入れて、1時間ほど寝かせてMRIも取っておいて」

初診医Xより初診医Yのほうが、めまい診療をしている雰囲気が出る。めまいの処方が無駄だと言っているのではない。エビデンスが低くても、患者のつらい症状を和らげることには意義がある。

しかし私は、めまい処方をしたために診断の手をゆるめた研修医を多く見てきた。めまい処方をした医師の診断へのモチベーションが半分以下になることはある。皆さんはどうだろう？ めまい処方の効果は、患者の症状軽減だけでなく、医師の不安解消効果もあるのだ。「メイロン[®]とホリゾン[®]を入れて……」という医師は、めまい診療で足踏みをしているのに、あたかも真相解明に近づいていると錯覚してしまう。このように処方をもつダークサイドには、注意が必要だ。

2 非専門医版めまい診断

やはり、めまい処方の前に診断をつけるべきである。とはいっても、難しく考える必要はない。非専門医は「BPPV」「前庭神経炎」「中枢性め