

01

# 救急外来でのめまい診療 ——プロローグ

## 結論から先に

- ★めまいで最もコワイ病気は小脳出血である！
- ★めまい診療は、病歴聴取（問診）がすべてである。「めまい」という言葉をなるべく使用しない！
- ★症状の残存するめまいは帰宅させるな！

## SCENE ① 58歳の女性Aさんが救急車で来院！と、その前に…

指導医：O K先生、もうすぐ58歳のめまいの患者さんが搬送されてきます。患者さんが到着したらできるだけ1人でがんばって診察してみてください。診察前から人（＝患者さんの年齢等）と、（発症）場所、（発症）時間から、ある程度、病気を推測し

ながら準備を開始することは大切ですね。しかしながら実際の診療においては、患者さん本人からの訴えがめまいだからといって、あまりバイアスをかけないほうがよかったということもありますね。

よし、念のため診察前に、めまいの患者さんの診療についておさらいしておきましょう。まず、最も見逃してはいけない疾患は？

研修医：K 小脳出血、小脳梗塞ですか？

指導医：O そう！ K先生、素晴らしい。とにかくまずは小脳出血ですね。脳卒中を鑑別するために、最終的には画像診断をすることになりますが、小脳梗塞は来院してすぐにわかるわけじゃないですよ。それはなぜ？

研修医：K もともと頭部CT検査は、脳梗塞が発症してから3時間程度たたないとわからないし、小脳のある後頭蓋窩はアーチファクト\*1のため画像所



見の判断に迷うことがよくあるからです。

\*1:アーチファクト:実際の物体ではない, CTスキャン装置により発生した二次的な画像。

**指導医:O** そうです。発症直後の急性期の脳梗塞を見わける頭部MRIのdiffusion撮影でもはっきりしないことがありますからね。

それでは、めまい診療を開始するにあたって、まず何が大切でしょうか？

**研修医:K** O先生が救急外来でよく言っている問診ですか？

**指導医:O** そう！ 他の症状と同様、**問診が一番大事**ですね。(テレビドラマ「ER」の指導医を思い浮かべながら)私自身は救急外来での問診の重要性はかなり高く、診療の9割がたが問診で決まる、と思っています。



そして、ここが大切なのですが、**めまいを訴え**

**てきた患者さんに問診するときに、「めまい」という言葉をなるべく使わないようにすることが問診をうまく進めるコツ**なんですよ。

**研修医:K** えっ！ めまいなのに、「めまい」という言葉を使わないって…？

**指導医:O** 「めまい」と患者さんが訴えてきても、回転性のめまい以外に、「急性大動脈解離に伴って一過性に意識が消失した」、「脊髄梗塞に伴って両下肢に力が入らない」、「急性上気道炎の発熱に伴って体がふらつく(腰が立たない?)」ことを患者さんが「めまい」と言っている場合などもあるので、様々な状況を想定しなければなりません。

そのため、できるだけ「めまい」という言葉を使わずに、**「実際にどういうふうだったか」を具体的に聞かないと、大きく診断をはずしてしまいます**。当然、**既往や随伴症状などを聞くことも忘れてはいけません**。

**研修医:K** はい、よくわかりました。あ、救急車が到着したようです！

玄関に迎えに行きます。

## SCENE ② いよいよ救急車到着！

(救急車が到着。患者さんはゲーゲー嘔吐している)

**指導医:O** (2人で看護師とともに患者さんの傍に付き添いながら)

早速、患者さんをみていきましょう！

**研修医:K** わかりました。こんにちは、研修医のKです。大丈夫ですか？ めまいは

いつからですか？ あっ、そうか。「めまい」という言葉は使っちゃいけないんだっけ！

患者さん こんにちは。どんなふうになりましたか？  
(ゲーゲー、オエエー)……。

研修医：K ああ、こりゃダメだ！（救急隊員に向かって）どんな状況でめまいを起こされたのですか？ 搬送時のバイタルはいかがでしたか？

救急隊員 ご家族の話では1時間ほど前の今朝5時頃、トイレに行こうとしてめまいを起こしたようです。血圧は186/124で心拍数は76です。

指導医：O 看護師さん、点滴をとってルートをキープして下さい。嘔吐しているのでプリンペラン<sup>®</sup>1Aを静注して下さい。  
(処置後、患者さんの症状は少し落ちついてくる)

研修医：K (落ちついてうっすら目を開けている患者さんに向かってほほえみながら) 大丈夫ですよ！ ここは病院です。もう安心ですよ。

指導医：O (小声で患者さんに聞こえないように、K先生に) そうですね！ 嘘でも患者さんを安心させてあげることは重要な治療のひとつです。必要に応じて緊急に頭部CTを撮ることもあるけれど、**まずは二次性に生じていると思われる患者さんの不安をとってあげる**ことも大切です。

多くのめまいの患者さんは来院したときに非常に不安感が強く、自分はどうなってしまうのだろうという気持ちになっています。通常の**良性発作性頭位めまい症**などでは、**安静を保つだけでもめまい症状が改善**することがよくあります。

研修医：K まず、患者さんの安静を保つことも大切なのですね。

指導医：O そうです。そのため、脳卒中などの重大な疾患が疑わしくない場合は、セルシン<sup>®</sup>やアタラックス<sup>®</sup>-Pのような薬を用いて安静を保つとより早期に症状がおさまります。実際、私の経験からも、興奮した状態がおさまって血圧が通常の数値になり落ちついてくると、めまいの症状も軽快している患者さんが多いです。



## SCENE ③ Aさんは帰宅、でも症状が残った患者さんはどうする？

(Aさんの状態は徐々に落ちつき、めまい症状もなくなって帰宅することになった)

研修医：K O先生、めまい診療はもうバッチリです！ 今日搬送されてきたAさんは幸いめまい症状がなくなって歩行が可能となり帰宅されましたが、もし症状が軽快しない患者さんの場合にはどうすればいいのですか？

指導医：O そうですね。最終的に、**典型的な回転性めまいと思われても、臨床症状のみで脳梗塞などを100%否定することはできません**。そこがめまい診療の悩ましいところでもあります。その場合は、**入院も考慮して患者さんの経過をみたほうがよいです**。

つまり、**症状の残るめまいは原則帰宅させないほうが無難**ですね。

それから、**ルーチンに神経学的所見をきっちり取ることも、重大な疾患、致命的な脳幹部の脳卒中などの見逃しを少なくする上で大切なこと**なので忘れないで下さいね。

研修医：K わかりました。今日はどうもありがとうございました。



**ジェネラリストもここまでやろう！**

▶**神経学的所見をルーチンに取るようにしましょう。**

**標語 覚えて便利！**

▶**めまいなら、とにかく鑑別、小脳出血！**

小倉憲一

## 04 循環器疾患とめまい

### 結論から先に

★「目の前が暗くなる」めまいは循環器疾患を疑おう！

★問診・聴診・心電図でコワイめまいを探し出そう！

### 症例 75歳女性

#### ●ある日の午後、ホットラインが鳴る

『75歳女性、めまいの患者さんの収容依頼です。昼食後より数回のめまいがあり救急要請。救急隊到着時はめまいなし。バイタル異常はなく麻痺もみられません。受け入れをお願いします。』

#### ●救急車到着<sup>※1</sup>

気道：開通。

呼吸：呼吸回数18回、努力様呼吸なし、SpO<sub>2</sub> 98%（室内気）。

循環：橈骨動脈触知可、CRT < 2秒、心拍数58回/分・整、血圧169/68mmHg。

意識：GCS15点、瞳孔径3mm/3mm、対光反射正常。

モニター：洞調律、心拍数58回/分。

※1：まず一次評価でABCDの確認から！ ABCDに異常がないので、めまいの性状について問診しよう。

#### ●看護師にルート確保を指示して問診開始

既往歴：糖尿病、高血圧で近医通院中。

現病歴：昼食後から2、3回めまいがしたため怖くなって救急要請した。めまいは、目の前が暗くなるようなめまい<sup>※2</sup>で突然発症し、10秒ほどで消失する。他に胸部絞扼感<sup>※3</sup>もある。

※2：「めまい＝前失神」だ。心原性を鑑別するために問診・聴診・心電図！

※3：胸部絞扼感を伴っている！ 急性冠症候群など心原性かもしれない。



## ●身体所見

眼瞼結膜貧血なし。呼吸音正常。心音異常なし※<sup>4</sup>，心雑音なし。腹部平坦，軟。圧痛なし。下腿浮腫なし。神経学的所見異常なし。

※<sup>4</sup>：聴診では収縮期雑音なし。大動脈弁狭窄症ではなさそうか…。採血と心電図を確認しよう。

心電図を準備していると患者さんが「さっきと同じめまいが…」と訴える。モニター(図1)をみると持続性心室頻拍を認めた。10秒ほどで自然停止後，12誘導心電図をとるとV<sub>1</sub>～V<sub>4</sub>誘導でST上昇あり！

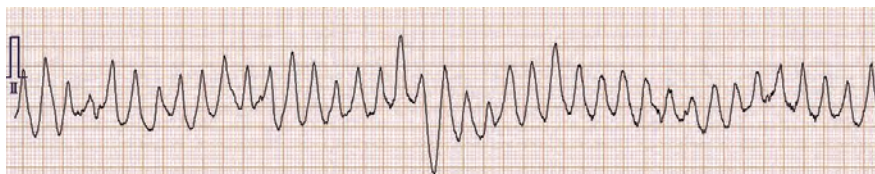


図1▶モニター波形

## ●診断～処置～その後の経過

- ▶**診断**：# 1：心室頻拍，# 2：急性心筋梗塞。
- ▶**処置**：アミオダロン静注を開始し，緊急冠動脈造影施行。左前下行枝近位部に99%狭窄を認めたため，経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を施行し，0%に開大した。
- ▶**その後の経過**：術後ICUに入室。血行再建後は心室頻拍を認めず，めまいも消失した。経過良好で第3病日に一般病棟へ。

### 本例の診察のポイントは…

- ▶「目の前が暗くなる」めまいから前失神を考え，循環器疾患を想起できた！
- ▶**的を絞った問診と聴診，心電図からめまいの原因を急性心筋梗塞と診断，根本治療(PCI)につなげた！**

- ▶循環器疾患によるめまいは，一過性の脳血流低下により起こり「目の前が暗くなる」「気が遠くなる」と訴えるめまいが特徴的である。前失神，失神性めまいとも言う。
- ▶失神に至っていないから大丈夫！ ではない。失神性めまい患者の予後は失神患者と同等との報告があり慎重な評価が必要である。問診でめまいの性状を確認，失神性なら“循環器疾患が原因かもしれない”と疑いを持ち，積極的に除外診断することが重要となってくる。

# 1. コワイめまい——緊急度・重症度の高いものは？

- ▶見逃してはいけないコワイめまいを表1に示します。これらの疾患は「めまい」が主徴になるイメージに乏しく鑑別に挙がりづらいかもかもしれませんが、「見逃せば生命を脅かす」疾患も含まれており、常に念頭に置く必要があります。「疑いあり」と判断したら直ちに専門医にコンサルトして下さい。

表1▶コワイ(緊急度・重症度の高い)めまい

脳血流低下の機序	代表的疾患
調律異常	頻脈性不整脈(心室頻拍, Torsades de Pointes, 発作性心房細動, 発作性上室性頻拍) 徐脈性不整脈(洞不全症候群, 房室ブロック) ペースメーカー不全
流出路狭窄	大動脈弁狭窄症, 閉塞性肥大型心筋症
左室収縮力低下	急性心筋梗塞, 急性心筋炎
閉塞による左室充満障害	肺塞栓症, 心タンポナーデ
頸動脈の狭窄・閉塞	大動脈解離

## 2. コワイめまいを鑑別しよう

- ▶主な診療の流れを図2に示します。これらコワイ疾患を鑑別していくには問診・聴診・心電図が役立ちます。

### 1 頻脈性/徐脈性不整脈→突然発症+動悸+心電図で疑え！

- ▶突然発症が特徴的で、動悸を伴う場合があります。失神の既往や突然死の家族歴も参考になります。
- ▶モニターや12誘導心電図で表1のコワイ不整脈を確認できれば診断は容易ですが、認めないからといって否定できるわけではありません。QT延長, Brugada型波形, 心筋虚血所見, デルタ波はコワイ不整脈を起こしていたかもしれない名残です。この名残まで必ず確認しましょう(表2)。

### 2 大動脈弁狭窄症, 閉塞性肥大型心筋症→労作時発症+収縮期雑音+左室肥大で疑え！

- ▶労作時に認め、息切れや動悸, 狭心痛を伴います。
- ▶聴診では駆出性収縮期雑音が聴取されます(大動脈弁狭窄症: 胸骨右縁~頸部に放散。閉塞性肥大型心筋症: 心尖部~胸骨左縁で聴取。立位増大)。
- ▶圧負荷によって左室肥大をきたしていることが多いため、12誘導心電図では

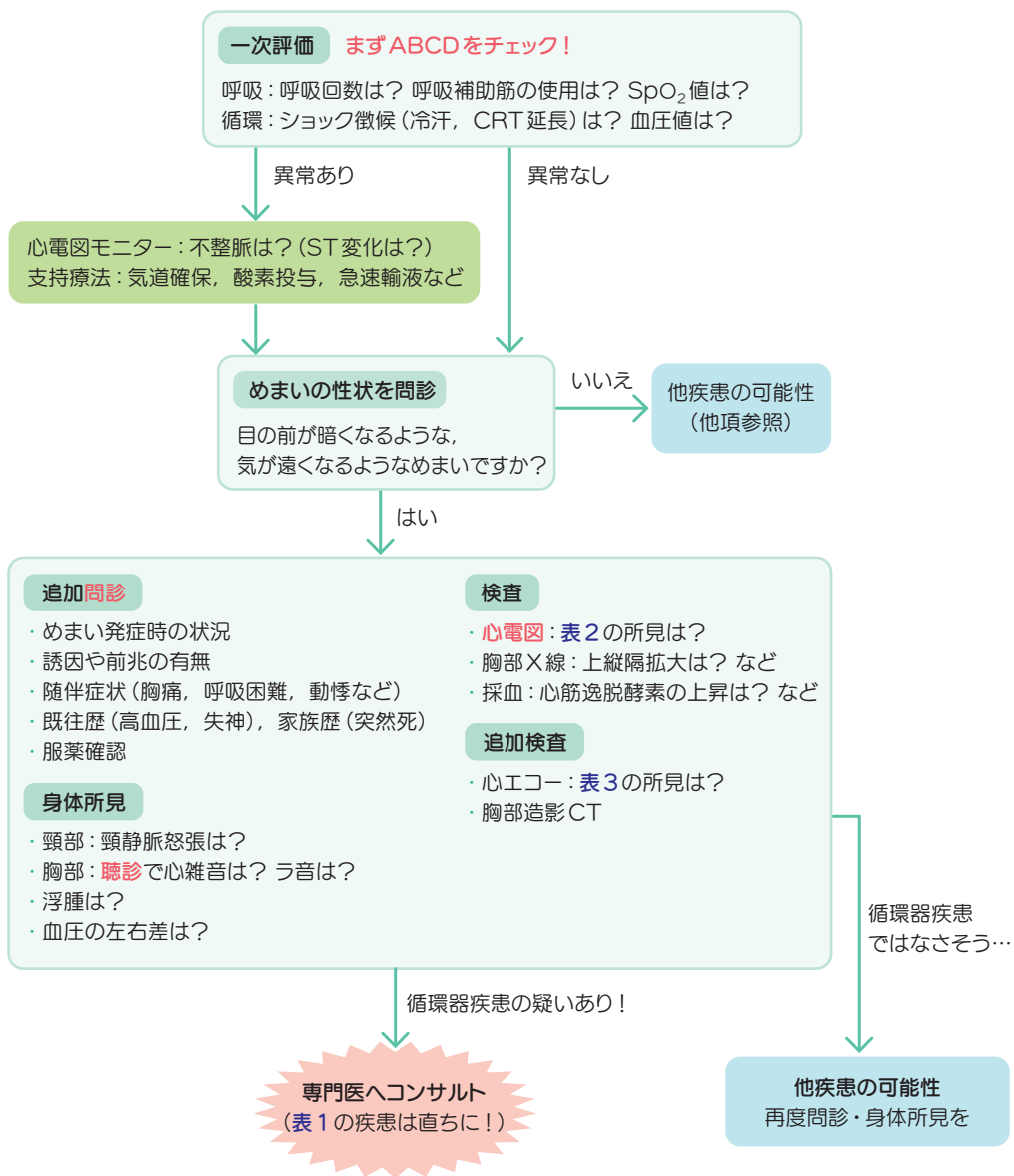


図2 ▶めまい診療の流れ

表2 ▶12誘導心電図で確認すべき所見

<ul style="list-style-type: none"> <li>・コワイ不整脈(表1)はみられないか?</li> <li>・不整脈を起こしていたかもしれない名残はないか? —— QT延長, Brugada型波形, 心筋虚血所見, デルタ波(WPW症候群)</li> <li>・心筋梗塞, 心筋炎を示唆するST変化はないか?</li> <li>・左室肥大所見はないか?</li> <li>・右心負荷所見はないか?(V<sub>1</sub>~V<sub>3</sub>のT波陰転化, S<sub>1</sub>Q<sub>III</sub>T<sub>III</sub>パターン, 右脚ブロック)</li> </ul>
---