

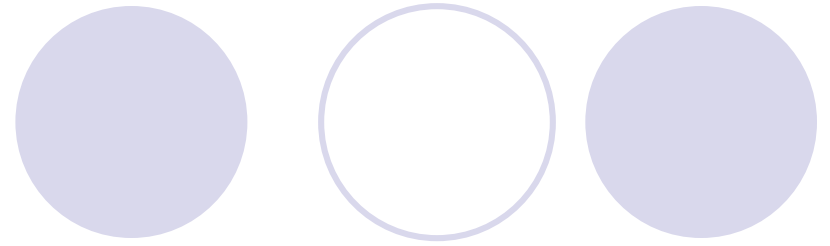
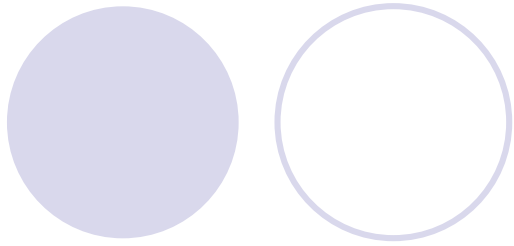
平成28年7月29日

こんな時は漢方でしょう！

～第2回～

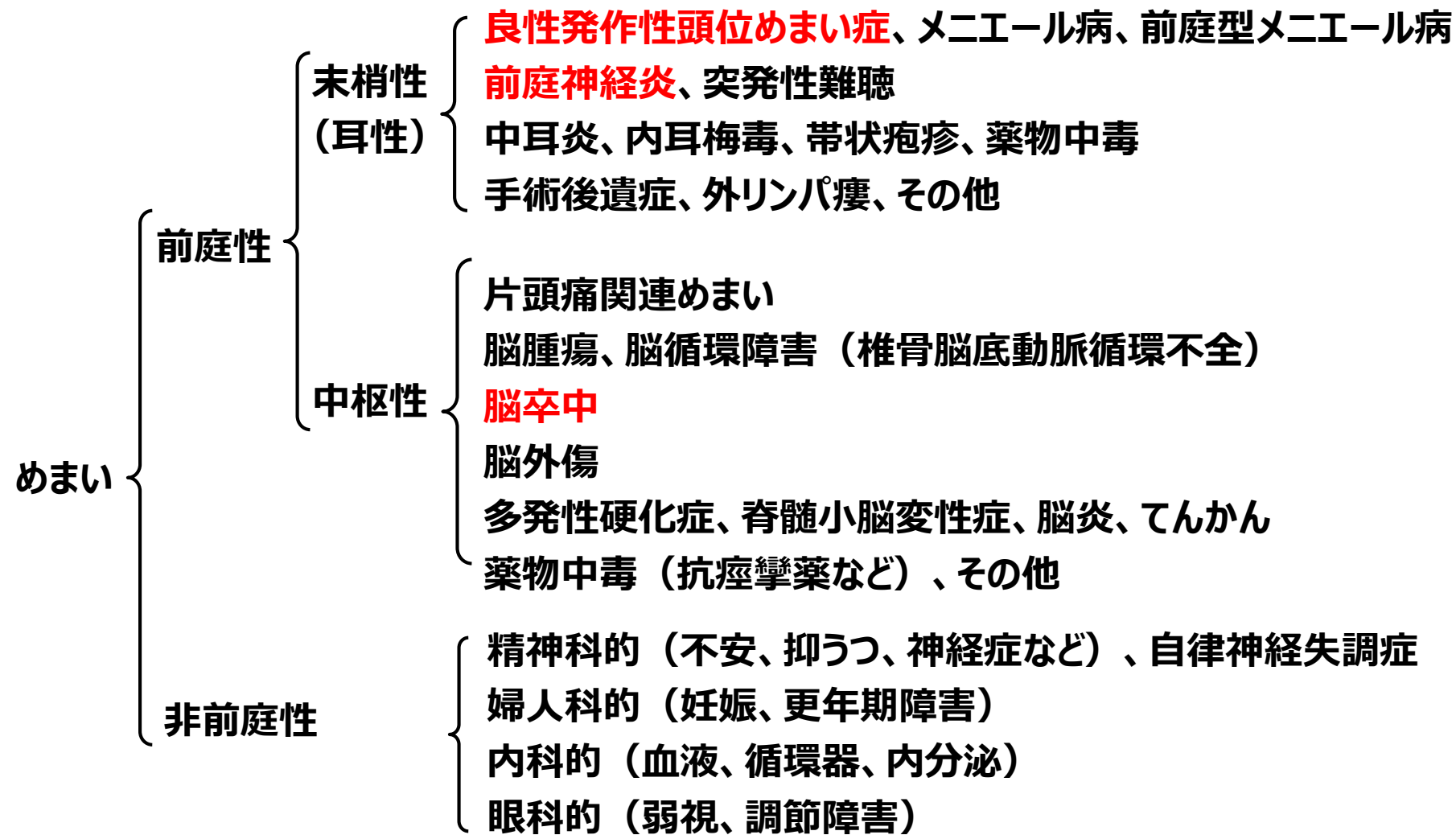
「めまい・頭痛」

**地域医療推進学
中澤 勇一**



めまい

めまいの原因



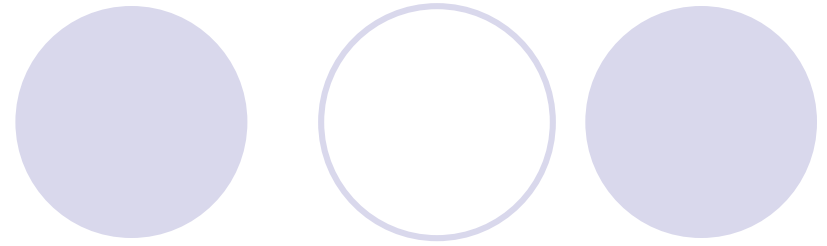
めまいの分類

- Vertigo（回転性めまい）
 - 末梢性 中枢性
- Pre-syncope（前失神）
- Dizziness（浮動性めまい）
- Disequilibrium（平衡障害）

めまいを訴える872名を対象したstudy：62%は上記4つから1つのTypeに分類できない。52%は1回目と2回目の問診で症状が変化した

Mayo Clin Proc. 2007;82(11):1329-1340

急性重度めまい



- **Acute vestibular syndrome (AVS)**

- 数時間から数日持続する回転性めまいで、頭位変換で悪化し、嘔気嘔吐を伴い、自発眼振があり、歩行が不安定なめまい

- **原因**

- 末梢性⇒**前庭神経炎**
- 中枢性⇒**小脳梗塞**などAVSの25%
 - 12%が48時間以内の頭部MRI拡散強調画像で陰性
- 末梢性と中枢性の鑑別⇒HINTS
 - AVSで**脳梗塞**を除外する感度はHINTSがMRIより優れる

前庭神経炎

- 蝸牛症状を伴わない突発性の激しい回転性めまい
- 第Ⅷ脳神経以外の神経症状がみられない
- めまい、眼振の持続は数日間程度
- 先行する感冒様症状がみられる場合がある
- 原因は不明
- 治療は急性期のステロイド剤投与、対症療法
- 予後は良好（前庭代償が進む）

HINTS

- **H**ead **I**mpulse test

- **N**ystagmus

 - 注視方向交代性眼振

 - 脳梗塞への感度38%、特異度92%

- **T**est of **S**kew

 - 眼球の斜偏位

 - 脳梗塞への感度30%、特異度98%

Head Impulse Test

- 正常と中枢性めまい⇒前庭機能正常は眼球は固視を保持できる（目線が鼻から外れない）
- 末梢性めまい⇒前庭機能異常では固視を保持できず、後から補正する(corrective saccade)

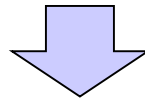
○AVSでHIT正常の時

- 脳梗塞（小脳梗塞など）
 - 感度85%、特異度95%、陽性尤度比18.39

CMAJ 183 E571 2011

HINTS

- HITが末梢パターン（異常）
- 注視方向交代性眼振なし
- Skew deviationなし



ほぼ中枢性病変を否定できる

急性脳梗塞に対するMRIの感度

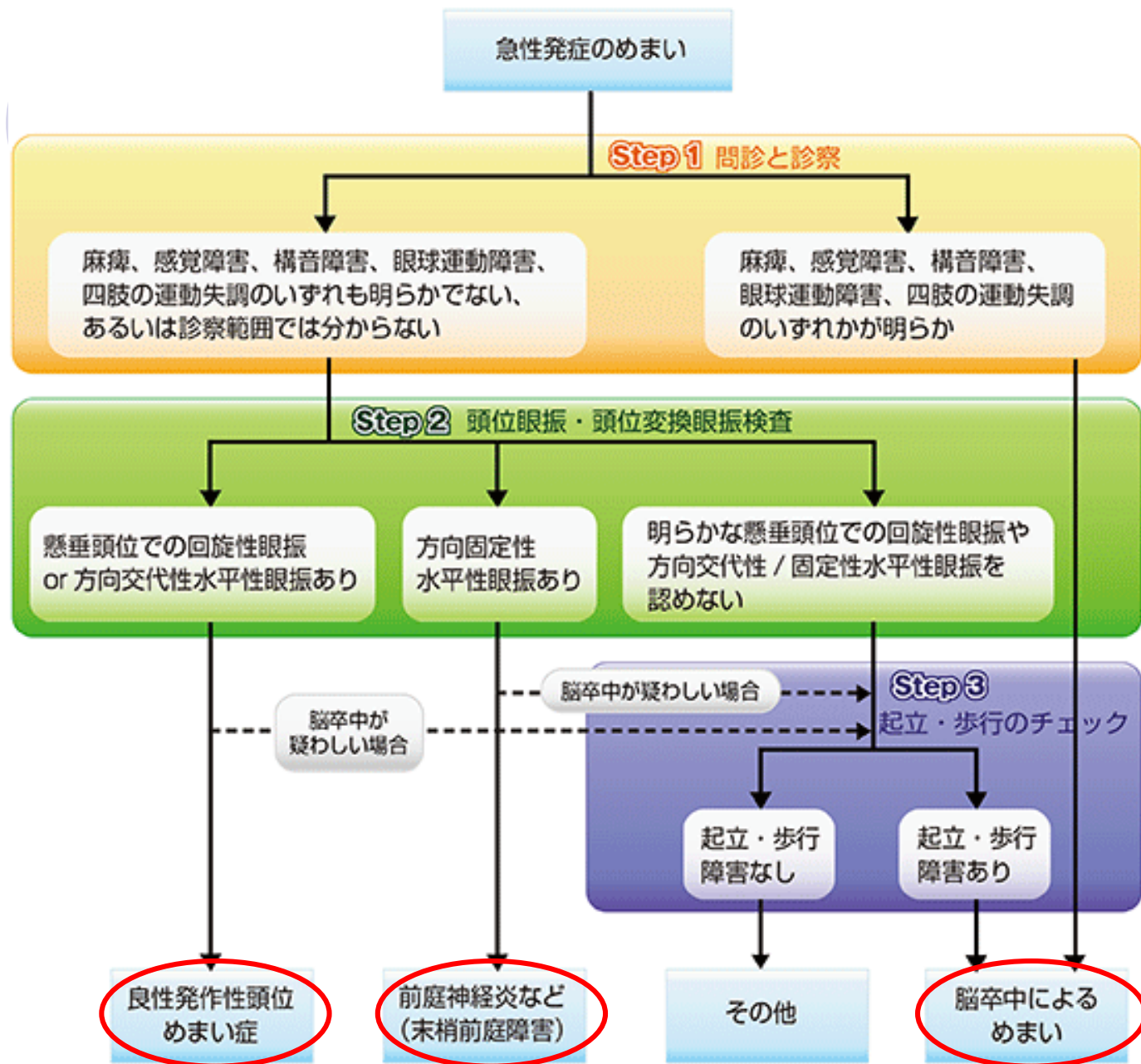
Lancet 2007;369:293

	n	Acute stroke		Acute Ischaemic stroke	
		CT	MRI	CT	MRI
Sensitivity					
All	356	26% (20–32)	83% (78–88)	16% (12–23)	83% (77–88)
>12 h	135	22% (14–33)	91% (82–96)	16% (9–27)	92% (83–97)
3–12 h	131	29% (19–41)	81% (70–89)	20% (12–33)	81% (69–90)
<3 h	90	27% (17–40)	76% (64–86)	12% (5–24)	73% (59–84)

**発症3時間以内で7割，12時間以内でも8割！
脳幹・小脳ではもっと感度が悪化する！**

めまいの主な原因の頻度

	例（1332例中）	
良性発作性頭位めまい	716例	54%
後半規管	202例	
外側半規管（半規管）	153例	
外側半規管（クプラ）	162例	
前半規管	2例	
疑い	197例	
緊張性頭痛	211例	16%
うつ病	61例	4.5%
前庭神経炎	52例	4%
低血圧	51例	4%
脳卒中	22例	1.7%
メニエール病	6例	0.5%
原因不明	203例	15%



中枢性？ 末梢性？

- 複視、呂律障害、麻痺
- 神経所見
 - 指の追視（眼球運動）
 - 構音障害
 - バレー徴候
 - ロンベルグ試験
 - 反復拮抗運動
 - 指鼻試験
 - 起立、歩行障害

良性発作性頭位めまい症

benign paroxysmal positional vertigo (BPPV)

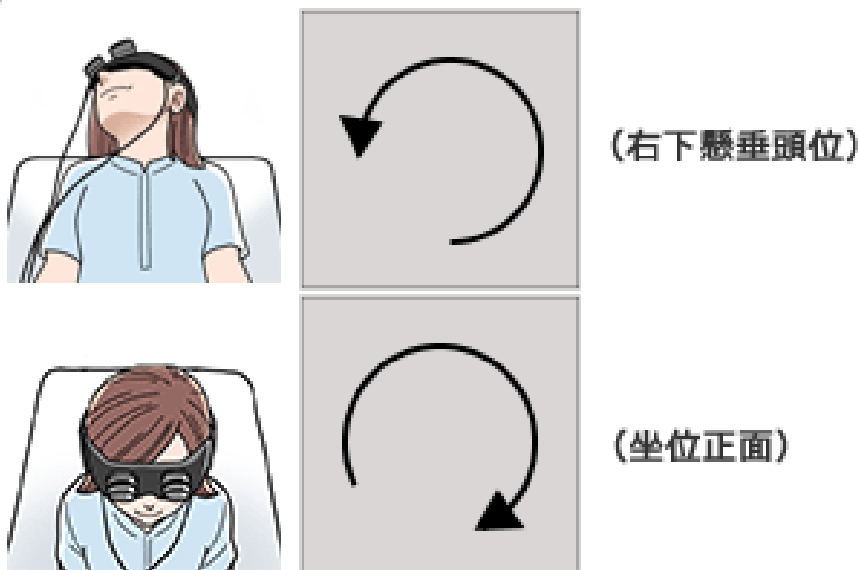
- 頭を動かすと目がぐるぐるまわる
- 1回のめまいの持続は2～3分間程度
- めまいには難聴、耳鳴を伴わない
- 2～3週で自然治癒することが多い
- フレンツェル眼鏡下での

頭位眼振検査、頭位変換眼振検査

右後半規管型BPPV

Dix-Hallpike test

①



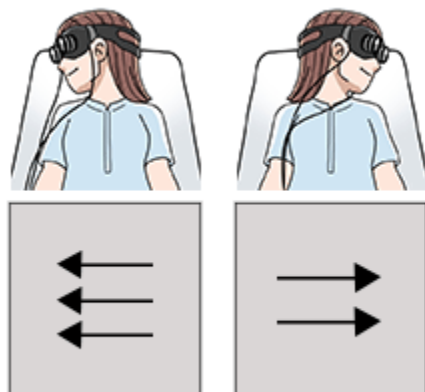
- 患側を下にした懸垂頭位への変換で、患側に向かう回旋性眼振を認める。（懸垂頭位での回旋性眼振）
- 眼振消失後、坐位に戻すと逆向きの回旋性眼振が出現する。

右外側半規管型BPPV

Supine head roll test

右外側半規管型BPPV（半規管結石症）

②

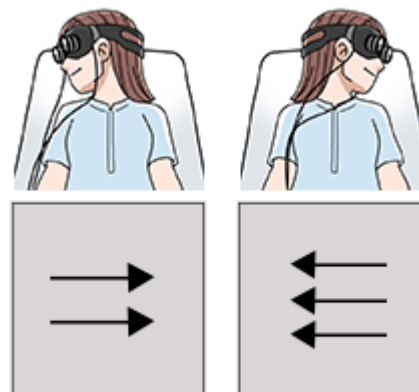


（右下頭位）

（左下頭位）

- 右向きで右向き眼振、左向きで左向き眼振（方向交代性下向性眼振）
- 患側下頭位でより強い眼振となる。

右外側半規管型BPPV（クプラ結石症）



（右下頭位）

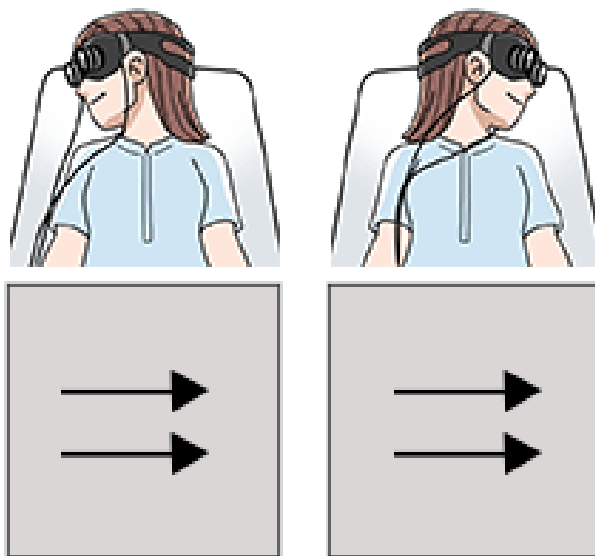
（左下頭位）

- 右向きで左向き眼振、左向きで右向き眼振（方向交代性上向性眼振）
- 健側下頭位でより強い眼振となる。

右前庭神経炎

Supine head roll test

③



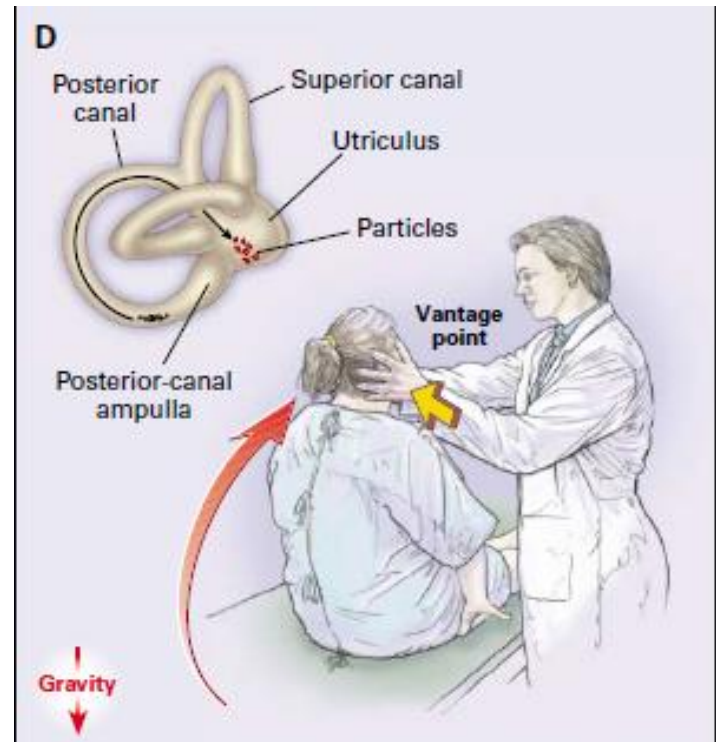
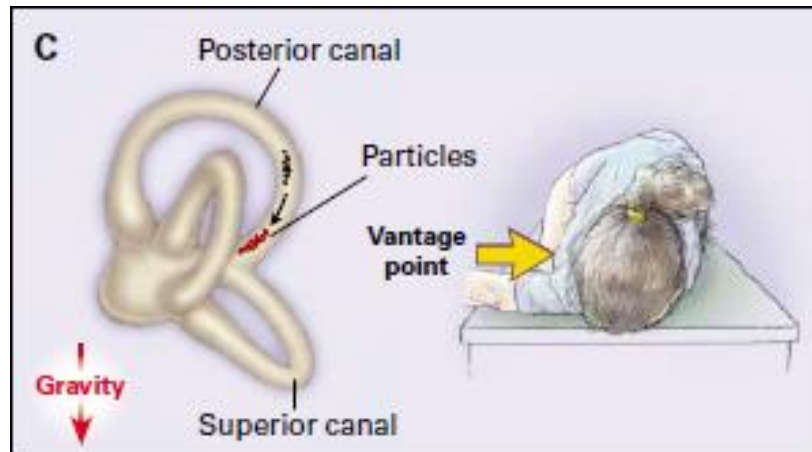
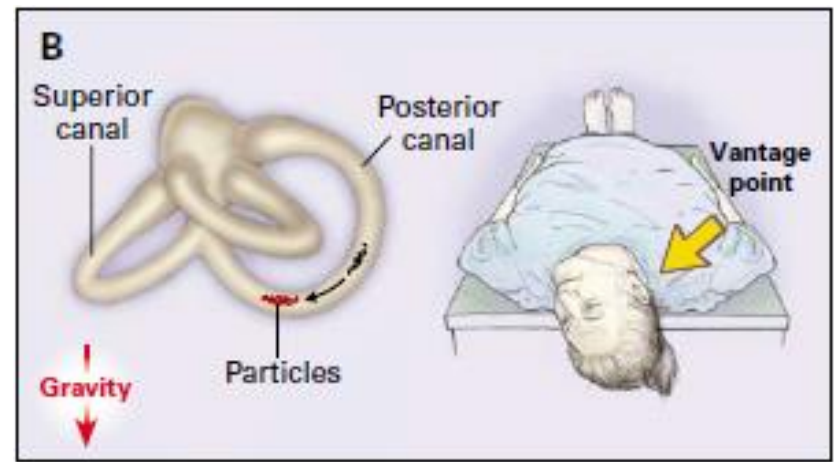
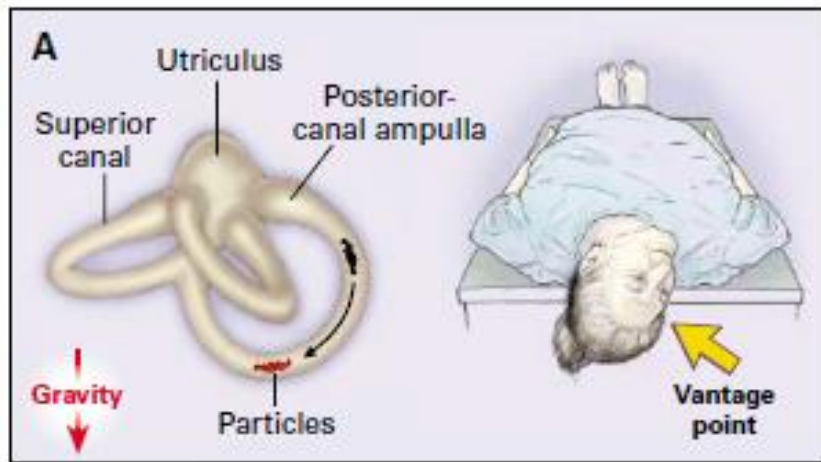
(右下頭位)

(左下頭位)

**頭位によらず、患側から健側へ向かう水平性眼振
(方向固定性水平性眼振)**

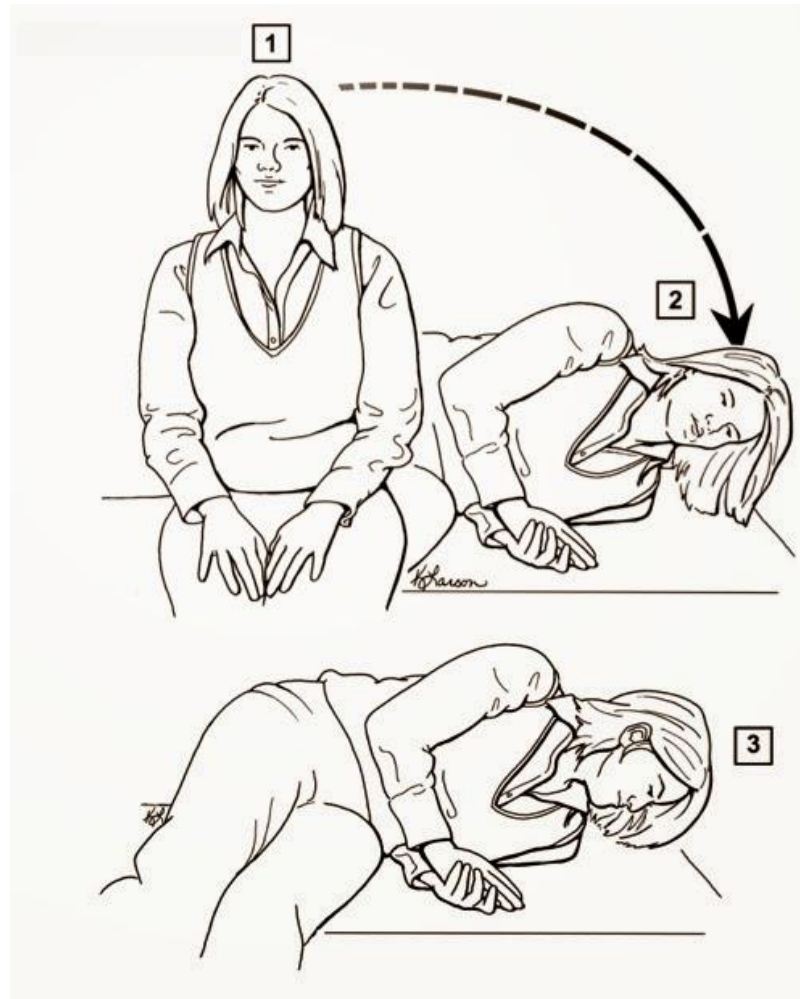
めまいの治療

- BPPV⇒耳石置換法
- 前庭神経炎⇒抗ヒスタミン剤、ステロイド
- 末梢性めまい一般
 - 質の高いエビデンスがあると認められる薬剤なし
 - メイロン
 - メリスロン
 - セファドール
 - アデホス
 - セロクラール



Epley法
（後半規管の耳石置換法）
 一回での奏効率8割（44%～90%）

Gufoni法（外側半規管の耳石置換法）



- 眼振が弱い方へ倒れて2分
- 45度床側へ顔を向けて2分
- その後座位に戻る

めまいの診療のポイント

- 中枢性と末梢性を鑑別する
- 末梢性めまいのBPPVと前庭神経炎を診断できる
- 頭部MRI検査の感度は100%でない
- BPPVには耳石置換法
- 西洋薬の有効性は必ずしも明らかにされていない

頭痛

頭痛の分類（ICHD-II）

一次性頭痛（機能性頭痛）

1. 片頭痛
2. 緊張型頭痛
3. 群発頭痛とその他の三叉神経・自律神経性頭痛
4. その他の一次性頭痛（スポーツをしたときの頭痛など）

二次性頭痛（症候性頭痛）

5. 頭部外傷による頭痛
6. 頭頸部血管障害による頭痛（くも膜下出血などによる頭痛）
7. 脳腫瘍など頭蓋内疾患による頭痛
8. 物質またはその離脱による頭痛（二日酔いの頭痛、薬物乱用頭痛）
9. 感染症による頭痛（かぜの頭痛など）
10. ホメオスタシスの障害による頭痛（高血圧による頭痛など）
11. 眼・耳・鼻、口腔疾患による頭痛
12. 精神疾患による頭痛

頭部神経痛、中枢性・一次性顔面痛およびその他の頭痛

13. 頭部神経痛と中枢性顔面痛
14. どれにも該当しない頭痛

一次性頭痛の分類

	片頭痛	緊張型頭痛	群発頭痛
部位	片側性（60～70%） 両側性（30%）	両側性、全周性 後頭部	片側が多い 眼窩部、側頭部
頻度	12人に1人	4～5人に1人	800人に1人
持続時間	4～72時間	反復性では 30分～7時間	15分～3時間
性状	拍動性 日常生活に支障	非拍動性 圧迫感・絞扼感	激痛・爆発痛
誘因	アルコール、チョコレート、赤ワインなど	心理的ストレス	タバコ・アルコールなど
随伴症状	嘔気・嘔吐 光過敏・音過敏 前兆	なし	眼球結膜の充血 流涙・鼻汁・発汗 眼瞼下垂

片頭痛の症状の特性

	感度	特異度	LR+	LR-
嘔気	81%	96%	19.2	0.20
羞明	79%	86%	5.8	0.25
音過敏	67%	87%	5.2	0.38
身体活動で増悪	81%	78%	3.7	0.24
片側性	65%	82%	3.7	0.43
拍動性	73%	75%	2.9	0.36
チョコレートで誘発	33%	95%	7.1	0.70
チーズで誘発	38%	92%	4.9	0.68

片頭痛の問診“POUND”

- **P**ulsating(拍動性)
- **hO**urs(4～72時間)
- **U**nilateral(片側性)
- **N**ausea(吐き気)
- **D**isabling(何もする気が起こらなくなる)

4項目以上	⇒	LR+ = 24
3項目	⇒	LR+ = 3.5
2項目以下	⇒	LR+ = 0.41

片頭痛の急性期治療

日本頭痛学会 慢性頭痛の診療ガイドライン 2013

Group 1（有効）

トリプタン系製剤

Group 2（ある程度有効）

アセトアミノフェン、アスピリン、イブプロフェン、
ナプロキセンなどのNSAID s

制吐剤：メトクロプラミド、ドンペリドン

Group 3（経験的に有効）

ステロイド点滴静注

Group 4（有効も副作用に注意）

クロルプロマジン（静注）、エルゴタミン

予防療法の適応

- 片頭痛発作の頻度が多い
 - ◆月に2回以上、6回以上
- 急性期治療でも生活に支障をきたす
- 急性期治療薬が使用できない
- 急性期治療薬の頻用
 - ◆薬剤乱用頭痛

二次性頭痛を示唆する所見

- ◆いつもと様子の異なる
- ◆今まで経験したことのない
- ◆突然の
- ◆頻度と程度が増していく
- ◆発熱・項部硬直・髄膜刺激症状を伴う
- ◆神経脱落症状を伴う
- ◆50歳以降初発
- ◆癌を持つ患者、免疫不全患者
- ◆精神症状を有する患者

見逃せない二次性頭痛

- 脳血管疾患（特にくも膜下出血）
- 脳内感染症（細菌性髄膜炎）
- 脳腫瘍
- 緑内障
- 側頭動脈炎

増悪・突発・最悪

以上の質問に対してすべて「いいえ」で答えた場合、危険な頭痛（脳血管障害、脳腫瘍、髄膜炎）はほぼ100%否定できる！

Basugi A, Ikusaka M, Mikasa G, et al. Usefulness of three simple questions to detect red flag headaches in outpatient settings. Japanese Journal of Headache 2006; 33: 30-3. より

頭痛の診療のポイント

- 一次性頭痛と二次性頭痛を鑑別する
 - ◆ 二次性頭痛の致死的な疾患を見逃さない
- 生命の危険がない疾患であっても患者の苦痛は深い
- 一次性頭痛の急性期治療と予防療法
 - ◆ 片頭痛患者のQOLは低い