

ピットフォールにハマらない ER診療の勘どころ

ER診療に潜むあなたのピットフォール(落とし穴)を君は見抜けるか? エビデンスやちょっとしたコツを知り「勘どころ」をつかめば、明日からのER診療が待ち遠しくなること間違いなし!

徳竹 雅之 健生病院救急集中治療部 ER



第12回 めまい診療をTiming and Triggerでスッキリ整理! dangerous diagnosisを見逃すな②

めまい診療後編は、EVS (episodic vestibular syndrome) についてです。前回(本紙3513号)のフローチャートを確認してください(下記QRコード参照)。安静時や診察時にめまいの症状がないことが特徴となるカテゴリーです。本稿でも、よくある疾患 vs. 見逃してはいけない疾患をどのように鑑別して対応すれば良いかを考えていきましょう。

t-EVS ではBPPV vs. 起立性低血圧 or CPPVを鑑別!

t-EVSの特徴は、「ベースには全くめまいがなく、頭位変換によりめまいが出現する」ことです。安静にしていれば、患者さんは何ともないような表情をしていることがほとんどです。最も多い原因はもちろん良性発作性頭位めまい症(BPPV)! その診断と治療のポイントを押さえてから、見逃してはならない起立性低血圧や中枢性発作性頭位めまい症(CPPV)の見極め方を考えましょう。

BPPVの診断: Dix-Hallpike testとhead roll test

まずBPPVの特徴を押さえます。t-EVSと判断でき、「特定の頭位変換により、数秒の潜時をおいて症状が出現し、次第に増強した後に1分以内に減弱ないし消失するめまい」であればBPPVの可能性が高くなります¹⁾。さらに、寝返りやベッドから起きる動作で発症したという病歴があれば、陽性尤度比が60と非常に強い疑いが持てます²⁾。

BPPVが疑われれば、どの半規管に

耳石が迷入しているかを判断して治療につなげる努力をします。耳石の迷入部位として、後半規管:60~90%程度、外側半規管:20%程度、前半規管:1%程度であるため、ER診療においては後半規管型(pc-)BPPVと外側半規管型(hc-)BPPVへの対応をできるようにすれば合格です(表)。それぞれDix-Hallpike testやhead roll testで鑑別を行います(具体的な方法はガイドライン¹⁾などをご確認ください)。ガイドラインでは頻度の高いpc-BPPVの診断に必要なDix-Hallpike testをまず行うよう推奨がありますが¹⁾、筆者はhead roll testから行うことが多いです。救急搬入されたt-EVSを呈する患者に対して寝たまま顔を左右に向けるだけのhead roll testは簡便で行いやすいですし、hc-BPPVはDix-Hallpike法でめまい/眼振が誘発されてしまう可能性があることも理由の1つです。

BPPVの病型がわかったら、耳石置換法をやってみよう!

BPPVと診断し耳石の迷入部位が推定できたら、耳石置換法を行います。練習すべき手技はこれまた2つだけ! Epley法とGufoni法です(こちらもガイドライン¹⁾などで確認してください)。特に、Epley法は症状消失についてNNT(number needed to treat)=3と、とても有効性が高いことが知られており³⁾、実臨床でもサクッと治せて非常にやりがいのある処置です。薬剤なしで治療ができて、患者さんにはびっくりされることが多いです。救急医はDix-Hallpike testやEpley法を行わないことが多いとされていますが⁴⁾、やら

ずに寝かせておくのはもったいないですよ。

注意点として、頸椎や腰部に異常がある患者にはリスクがあり、耳石置換法は行わないほうが良いとされています⁵⁾。筆者もそのような患者や関節リウマチ患者(→環軸椎亜脱臼のリスク)等には耳石置換法は行わず、自然治癒を望める疾患でもあることから経過観察を勧めています。症状が強い場合には抗ヒスタミン薬や制吐薬などの投与を行うこともあります⁶⁾。文献上は症状の改善とは関連がないとされています⁵⁾。

CPPVって何だろう?

t-EVSのカテゴリーに含まれますが、その中でも中枢神経障害が原因となるものを総称してCPPVと呼びます。後頭蓋窩(特に第4脳室付近)に問題があることが多く、悪性腫瘍や脳卒中、脱髄疾患などが原因となります⁶⁾。BPPVを疑ったものの、以下のような所見がある場合にはCPPVの可能性があると考えて軌道修正が必要になります^{6,7)}。

- BPPVにはあり得ない所見がある
 - ・頭痛や頸部痛、複視など
 - ・脳神経障害
- 頭位変換で眼振のみが出現し、めまいがない
- 非典型的な眼振がある
 - ・垂直方向性眼振、下向き眼振など
 - ・潜時のない眼振、90秒以上持続する眼振、増強した後の減衰がない眼振
 - ・検査ごとに眼振の方向が異なる
- 耳石置換法への反応性が乏しい

起立性低血圧との鑑別は?

典型的には、臥位→立位など重力に抗した運動により生じるめまいが起きます。眼前暗黒感を伴うことが有名ですが、実はvertigo(回転性めまい)の訴えが多いことはあまり知られていません。やはりsymptom quality approachはうまくいきません(本紙3513号参照)。起床時のめまいではBPPVを考えたいのですが、特に高齢者では安易に考えないほうが賢明です。少なくとも寝返りでのめまい誘発は起立性低血圧では起こり得ないことはBPPVとの鑑別に有用です⁸⁾。寝返りは大丈夫だけど、ベッドから頭を起こすとめまいがする場合には、起立性低血圧を考えるべきです。

そして、リスク因子や随伴症状をとらえることが重要です。降圧薬や利尿薬、ChE阻害薬などの薬剤を内服している場合にはリスクが高まりますし、出血/嘔吐/下痢/多尿/多汗などの随伴症状や循環血流量減少の徴候を見逃さないようにしましょう。異所性妊娠破裂など強い疼痛を伴う循環血流量減少性ショックではしばしば経験することですが、循環血流量減少があっても必ずしも頻脈を呈するわけではないことには十分注意が必要です⁹⁾。

s-EVSは1にも2にもTIA!

このカテゴリーは「triggerなしに発

症する一過性のめまい発作」が特徴であり、多くの患者は受診時点では無症状です。定義上はベッドサイドでめまいを誘発することができないため、評価は病歴に大きく依存します。受診時点で症状が残存している場合には、AVS(acute vestibular syndrome)としての評価を行うこととなります(本紙3513号を参照)。そして、「慢性的に繰り返す症状」が診断に必要な疾患が含まれることから、ERでは診断がつけにくいカテゴリーです[前庭性片頭痛(s-EVSで最多)、メニエール病、パニック発作など]¹⁰⁾。

このカテゴリーで見張っておく疾患は、後方循環系TIA(一過性脳虚血発作)の一択です。後方循環系TIAの最大50%でs-EVSを呈すると報告されています¹¹⁾。それにもかかわらず見逃しが非常に多いことが知られており、初診時に9割が見逃されていたという報告もあります¹²⁾。強い疑いを持って臨まないことには見逃してしまいます。多くの臨床場面で有用な身体所見からは鑑別が進まず、診断は病歴と疫学的考察からなされることが多いです。頭痛や頸部痛などの随伴症状がある場合には、椎骨脳底動脈解離によるTIA/脳卒中を強く疑ってマネジメントを行いましょう。若年者で多い脳卒中の原因疾患です。また、ABCD2 score ≥ 3 であるような場合には、TIAのリスクが高いと考えて慎重な対応をとることが妥当でしょう¹³⁾。

ニガテな人が多いめまい診療について、ピットフォールになり得る項目を2回にわたってまとめました。筆者も初めは手も足も出ず、途方に暮れていたものです。少しでも本稿がお役に立てれば幸いです。

今回の勘どころ

- t-EVSではBPPVが最多。特徴を押さえて聴取しよう。
- BPPVと診断したら、耳石の迷入部位の推定と耳石置換法ができるようになろう。
- 典型的なBPPVの病歴や徴候と異なる場合、リスク因子や随伴症状の有無に応じて、CPPVや起立性低血圧との鑑別を行おう。
- s-EVSではTIAを鑑別の筆頭に挙げ、安易に否定しないように注意する。

参考文献

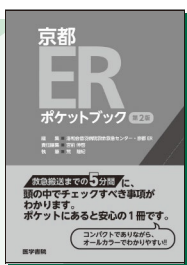
- 1) 日本めまい平衡医学会(編). 良性発作性頭位めまい症(BPPV)診療ガイドライン2023年版. 金原出版: 2023.
- 2) J Vestib Res. 2018 [PMID: 30149484]
- 3) Acad Emerg Med. 2020 [PMID: 32281203]
- 4) Emerg Med Australas. 2015 [PMID: 25651159]
- 5) Acad Emerg Med. 2022 [PMID: 36268806]
- 6) QJM. 2013 [PMID: 23404787]
- 7) J Emerg Med. 2018 [PMID: 29395695]
- 8) Clin Auton Res. 2011 [PMID: 21279415]
- 9) Am J Obstet Gynecol. 2003 [PMID: 14634556]
- 10) Neurol Clin. 2015 [PMID: 26231275]
- 11) J Eval Clin Pract. 2010 [PMID: 20367831]
- 12) Lancet Neurol. 2013 [PMID: 23206553]
- 13) Stroke. 2012 [PMID: 22442167]

救急診療のバイブルとして、ぜひ白衣のポケットに!

京都ERポケットブック 第2版

ER研修の壁を乗り越えるサポーターとして、上級医の頭の中を言語化してコンパクトにまとめるという趣旨はそのままに、第2版では日々の臨床の中で研修医との対話を通じて浮かび上がった皆が讀くERでのポイントを意識して改訂。また主語別アプローチの「アタマの中」は文字+イラストやフローで図示し、緊急性の高い病態対応の大きな幹をイメージ化し捉えやすくすることを目指した。

編集 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER
責任編集 宮前伸啓
執筆 荒 隆紀



『ベイツ診察法』のポケット版、大幅増頁・増強で使いやすく、より効果的に!

ベイツ診察法ポケットガイド 第4版

Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking, 9th Edition
▶身体診察と医療面接のスタンダードを示す、世界最高峰の指南書『ベイツ診察法』で解説した知識を凝縮したポケット版、8年ぶりの改訂。20章から27章に増え頁数も大幅アップ。親本にはない「診断アルゴリズム」45点を各章末に新規掲載。内容を大胆に補完・刷新。実践の場でも、どこでも参照、役立てることができる備忘録としてより充実した内容をお届けします。

日本語版監修: 有岡宏子 聖路加国際病院一般内科部長
井部俊子 聖路加国際大学名誉教授
山内豊明 放送大学大学院教授/名古屋大学名誉教授
定価4,950円(本体4,500円+税10%)
B6変 頁640 図221・写真300・表78 2023年
ISBN978-4-8157-3071-0