

めまい解説

三好耳鼻咽喉科クリニック院長
南京医科大学国際鼻アレルギーセンター主任教授
中山医科大学耳鼻咽喉科客員顧問
蘇州眼耳鼻咽喉科医院名誉院長

三好 彰

| | |
|-------------------|-----|
| はじめに | 101 |
| めまいとは？ | 101 |
| 1 グルグル回るめまい | 102 |
| 2 フラフラするめまい | 108 |
| 3 立ちくらみ様のめまい | 113 |
| 4 まっすぐ歩けないなどの平衡失調 | 114 |
| めまいの検査（神経耳科学的検査） | 115 |
| 1 聴覚検査 | 115 |
| (1) 純音聴力検査 | 116 |
| (2) 語音聴力検査 | 116 |

| | |
|--------------------|-----|
| (3) 他覚的聴力検査 | 116 |
| 2 平衡機能検査 | 117 |
| (1) 足踏み検査 | 117 |
| (2) 遮眼書字検査 | 117 |
| (3) 重心動揺計 | 118 |
| (4) 眼振検査 | 118 |
| ① 自発眼振検査 | 118 |
| ② 誘発眼振検査 | 119 |
| (a) 頭位変換眼振検査 | 119 |
| (b) 回転眼振検査 | 120 |
| (c) 温度眼振検査 | 120 |
| (d) 指標追跡検査 (ETT) | 121 |
| (e) 視運動性眼振検査 (OKN) | 122 |
| めまいの治療 | 123 |
| おわりに | 124 |
| あとがき | 126 |

はじめに

めまい、それはどんな感覚なのでしょう？ めまいなんて、私は一度も体験したことが無い。そうおっしゃる方も、おられるかも知れません。

そんな方にはこう申し上げましょう。

めまいとは、空っぽになってしまった自分のサイフの底を覗き込むときの、まるで自分の存在している位置が地球上のこの場所ではないような、あの空虚感なのです。

冗談はさておき、めまいと一口に言ってもそれはいくつかの感覚のグループであるように、感じられます。

ここではそれらの感覚ごとにめまいについて解説し、めまいを感じる体の構造や病気のしくみ、そしてその治療法などについてお話を進めたいと思います。

めまいとは？

めまいと一口で表現するとき、それはいくつかの病的感覚を一纏（ひとま

とめ)にして話をしています。それらの感覚を一つひとつ解きほぐしながら、背景に存在する病態に触れます。

めまいとは大きく分けて、グルグル回る回転感と、フラフラする動揺感もしくは浮動感、立ちくらみ、まっすぐ歩けないなどの平衡失調、の4つに分類できます。そしてそれぞれの成り立つ病態が、その後ろに控えています。

1 グルグル回るめまい

自分が回転したり、周りのものが回ったりするめまいです。時計の針の方向に回る右回りの場合と、逆方向に回る左回りの場合とがあります。

耳の奥の内耳には、音を感じる蝸牛管(音のセンサーだと思ってください)と、体の向きやその移動を感じる前庭・三半規管(半規管と平衡斑からなっています)が、体位置のセンサーだと理解してください)とが存在します。

これらのうち蝸牛管は、空中から音波(物理的振動)として伝わって来た音信号をキャッチして、電気信号に変えて脳に送ってやる働きをしています。ですからここに病気が起きると、音波を電気信号に変えてやることができず、聞こえが悪くなります。またこの部分の機能が落ち、いわば部品の接触不良

が生じるようになると異常放電の状態となり、脳へ向けて意味の無い電気信号が送られることとなります。それが、つまり耳鳴りです。

それに対して、前庭・三半規管の病気ではセンサーの機能が落ちることがあり、体位置やその移動を十分に感じ取ることができなくなり、体がフラフラします。これについては、後でまた触れます。さらにセンサーの異常放電を生じることもあり、体自体はまったく動いていないのにまるで体がグルグル回っているように感じることもあります。それが回転性のめまいなのです。先にご説明したように、内耳には体の方向別に、いわばX軸・Y軸・Z軸のようにセンサーが入っていますから、病変の部位によって回転感を感じる方向は違います。

音波の電気信号の送り先は脳ですが、体位置やその移動の信号送付先は小脳です。大脳皮質聴覚野の老人性変化（老化）は老人性難聴の原因の一つですが、それと似たような理由から小脳に病変が存在してもめまいを感じます。

聴覚（聞こえの感覚）においても、両耳聴（両側にある2つの耳で音を聞くこと）ならばつまりステレオと同じで、音源の位置を把握し易いものです。

平衡感覚（体のバランス感覚）も、両方の内耳に前庭・三半規管が存在して体の位置を感じていることが、バランス感覚には非常に重要です。そして両内耳は車の両輪みたいなもので、両側が同じように機能していると車の両輪の速度が同じであるみたいに、車（この場合は人体）はまっすぐ進みます。

ところが、両輪に相当する両側内耳のいずれか片方が病的なオーバークラッシュをしたり、回転数が異常低下したりしたら、車（人体）はまっすぐ前進できません。内耳の病変でめまいを生じるのは、このような片側内耳のオーバークラッシュもしくは回転数異常低下が発生しているためです。

なおこうしためまいは、内耳の信号送付先である小脳のそれぞれの担当部位に病変が存在しても、当然発生します。

これら車の両輪に例えるめまいの理論からは、例えば右の内耳に病変が存在し異常放電を起こした場合には、車が左にカーブするみたいに、体も左に寄って倒れてしまうことが理解できます。この倒れかける状態を、偏倚現象と表現します。専門用語としてはやたら小難しいのですが、つまり片方へ寄って行ってしまうことです。

逆に右側内耳の機能低下では、車が右へ曲がるみたいに体も右方へ偏倚し

ます。

ところで車が片方へ寄って行ってしまったら、運転手はどうするでしょうか。そうです。反対方向へハンドルを切って、車を少しでも元の位置へ戻そうと努力しますよね。

人体でも同じことが起こります。

一例ですが、右側内耳の異常放電から体の位置が左方へ偏倚しようとしたら、人体は右へ向かってハンドルを切り、少しでも体の態勢を元の位置へ戻そうと無意識の努力をします。この人体の無意識の努力を、立ち直り反射と称します。

専門用語で、チンブンカンブンだとも思いかも知れませんが、偏倚現象とは車輪の回転異常のために体がカーブしそうになること、立ち直り反射とはそれに対して無意識にハンドルを逆方向に切ること、それだけのことです。

さてそうやって考えて来ると、グルグル回るめまい発作が生じるのは、片方の内耳の突然のオーバーランか回転数減少であることが判ります。もちろんこれは、内耳からの信号受信部位である小脳の、それぞれの担当部所の変でも同じことは起こります。

こうした回轉性めまいを起す内耳病変としては、メニエール病、突発性難聴、良性発作性頭位眩暈症（BPPV）などが存在します。また小脳の病変としては、小脳へ酸素を送っている後下小脳動脈（PICA）の梗塞や出血が原因となるWallenberg症候群や、小脳腫瘍などが原因となります。

いずれも、病変のために異常放電の生じているときには反対側への偏倚が、逆に病変の結果患側（病気の存在する側）の機能低下の発生した場合に患側への偏倚が、それぞれ起こります。

回轉性めまいの方向ですが、例えば体の右方偏倚が生じ体全体が右に倒れそうになる場合には、外の光景は左へ向かって移動しますから、左へ向かうめまいが発生します。逆に左方偏倚では、右へ向かうめまいとなる訳です。

眼球振盪（眼振、Nystagmus）という、目玉が片方へ向かってピクツピクツと律動的に動く現象がめまいの際に良く見られ、めまい検査の指標となっています。これは眼球に現われる偏倚現象と立ち直り反射であって、右への偏倚では眼球も体と一緒に右方へゆっくりと動きます。眼窩の中でなければ眼球はそのまま360度右へ向かって回り続けるのかも知れませんが（一度見てみたいような気もします）、現実には制限があります。一度眼球も元に

戻らないと、引き続き偏倚に任せて回り続けることはできません。立ち直り反射を利用し、急いで振り出しに戻ります。

この、急いで振り出しに戻る動きが律動的な眼球運動として外からも明確に観察されますので、眼振としてめまい測定の指標に利用できるのです。

こうした眼振の動きですが、ここでもう一度おさらいします。

回転性めまいでは、例えば体の右方偏倚が生じ体全体が右に倒れそうになる場合には、外の光景は左へ向かって移動しますから、左へ向かうめまいが発生します。このとき、眼球も一緒に右へ向かって偏倚し、立ち直り反射とともに急いで左へ向かって動きます。外から眼振を見ていると、眼球は左方へ向かって急速に律動的に反復して動きます。検査所見としては、左方へ向かう眼振が出現していることとなります。つまりめまい感覚の方向と眼振の方向とは、まったく同じとなる訳です。

逆に、左方偏倚では右へ向かうめまいとなり、眼振も右方へ向かうそれが出現しています。

めまいの検査において眼振所見がとても重要視されるのは、こんな理由からなのです。

なお回転性めまいにおける内耳性と小脳性の区別ですが、ごく大雑把に言うると他の内耳症状（難聴や耳鳴り）がともなう場合には内耳性、内耳症状が目立たずむしろ脳神経症状が伴う場合には小脳性、と考えておいてください。いくつか両者を峻別する身近な検査もあるのですが、神経耳科学的検査やMRIなどで厳密に調べることができませんから、まず耳鼻咽喉科医に診せて頂く方が簡単です。

2 フラフラするめまい

動揺感あるいは浮動感型のめまいで、フラフラするとか雲の上を歩いているようだ、などと表現されます。

こういう感じのめまいは、メニエール病など内耳疾患の長引いたとき（慢性期・非急性期）もしくは慢性型小脳疾患の際に、見られます。さらにはゆるゆる自律神経失調症や、それと少し重なる部分もありますが、心因性・精神病的の疾患で生じます。

内耳疾患の場合ですが、長引くと前庭センサーの機能が落ちることがあり、体位置やその移動を十分に感じ取ることができなくなり、体がフラフラ

します。

小脳の慢性型疾患ですが、つい最近経験したと言うより本稿を執筆する前に判明したのですが、椎骨脳底動脈循環不全症の方でこのタイプのめまいの方がおられました。

前に触れた後下小脳動脈（PICA）などの大元は、この椎骨脳底動脈です。そして椎骨脳底動脈は、左右の鎖骨下動脈からそれぞれ枝分かれした2本の椎骨動脈が、1本に合わさって脳底動脈となります。後下小脳動脈（PICA）は椎骨動脈から分かれているのですが、この方は右側の椎骨動脈が先天的に欠けていました。そして左側の鎖骨下動脈から2本の椎骨動脈が発生していて、もともと小脳への血液補給はやや心許ないところがありました。椎骨動脈は頸椎の内側を通っていますが、頸椎の年令的变化とともに椎骨動脈が圧迫される形になることも少なくはないのです。この方はもともとフラフラするめまいが強くなって、眼振検査ではまるでアーノルド・キアリ奇形のような下眼瞼向きの眼振が見られました。つまり小脳脳幹の病変だということ、私たちの神経耳科学的検査で明確になっていたのです。この方のMRIは異常所見無く、私たちは脳外科に脳動脈造影を依頼しました。そ

の結果が、昨日判ったのです。

即ちこの方では、ここに述べたような動脈の先天奇形がもとも存在し、加えて頸椎の年令的变化が椎骨動脈の圧迫を生じていて、慢性型小脳性めまいの元となっていた訳なのです。

非常に貴重な体験を、私たちはさせて頂いたこととなります。

さて自律神経失調症では、更年期障害に関連するホルモン分泌異常と、心因性・精神病性疾患の関与する異常とが考えられます。

更年期障害はその時期の女性に特有ですので、ある程度想像がつかえます。心因性・精神病性のめまいでは、「不定愁訴」という言い方をしますが、とらえどころの無い漠然とした体調の悪さが、全身的に伴っているものです。ことにこれら心因性・精神病性のめまいの中でも、近年デプレッション（うつ病・うつ状態）によるそれが非常に多くなってきました。

デプレッションは、それに関与する脳内の因子がずいぶん明らかになって来ていますが、要するに精神的・体力的エネルギー消耗状態です。このため、ゆううつですべてがおっくうとなる精神的症状と、身体のあちこちに不具合の生じる身体的症状とが出現します。耳鼻咽喉科的には、めまいやのど

のことが気になって仕方の無い咽喉頭異常感症が、ことに多い疾患です。

ご本人自身も、精神症状と耳鼻咽喉科的症状の関連に気付いていないことが多く、必要な情報を聞き出すのに手間のかかることがあります。たしかに耳鼻科へ来て、「ゆううつなんです」とか「この頃眠りが浅いんです」などとと言う病人が居るとは思えません。

けれども問診に際して、朝早く眼が覚め寝付くことのできない早朝覚醒や、午前中は症状がひどく調子が出ないのに午後になると急に調子の良くなる症状の日内変動などが確認できたら、診断は容易です。

デプレッションになり易い人は生真面目な人が多く、このために心身ともに疲弊するような病態に陥るのだと想像できるのですが、「病気になってからはできないが、病気になる前はすべてきちんとしなければ気が済まない性格だった」という病前性格まで把握できれば最高です。

デプレッションで注意すべきは本当に自殺を試みる方も実存すること、私自身もコミックみたいにデプレッションの方の親子心中を引き止めたこともありました。デプレッションの方は生真面目な病前性格なので、自殺を考えたらずまず主治医に連絡するようにと命じておけば、ちゃんと電話をよこす

のです。そのためには主治医として、どの日の何時何分にはどこに居るから、とご本人に伝えておかねばなりません。携帯電話の無い時期には大変な努力を要したことを、今でも憶えています。

なお五月病も、その原因はさまざまと想像できますが、重要な原因の一つとしてデプレッションを挙げることができます。

張り切って入社した新人社員が、その生真面目な性格のために新しい環境の中で、自分の限界を超えて仕事に熱中します。すると心身ともにエネルギー切れとなり、あせる気持ちに反してすべてがうまく行かなくなります。こゝろなはずじゃなかった、そう思う心の焦りが状況をさらに悪化させます。

そしてしまいには、本格的なデプレッションとなり、自殺を思い詰めるまでに至ることさえ、皆無ではない訳です。

現実には、石川先生のような名医がいらつしやいますから大丈夫ですが、軽く見られがちな五月病も本格的なデプレッションの兆しかも知れません。五月さんのような事例に至ることの無いよう、読者には正確な知識を本書から得ていただきたいものです。

3 立ちくらみ様のめまい

一瞬目の前が暗くなる、すーっと意識が遠くなる、そんな感じのめまいはそのほとんどが、短時間の脳循環障害を疑わせます。

一番多いと考えられているのは、いわゆる起立性低血圧です。これはシエロング・テストと言って、寝た状態での血圧と10分間立たせた後での血圧の変化を確認すれば、診断は簡単です。前者に較べ後者が、かなり低いからです。高血圧の方で、血圧を下げる薬の効き過ぎからこんなめまいを来していることもあります。そんなときには内科主治医に、ご相談ください。

胃潰瘍や十二指腸潰瘍に罹っていた方が、突然顔面蒼白となりこんなめまいを訴えたら、それは消化管からの大量出血を疑わねばなりません。前兆として、血便の見られることがあります。そんなめまいが生じたら、普段からかかりつけの消化器科医師に、指示を仰がねばなりません。

この形のめまいが小児に見られたら、起立性調節障害（OD）をも頭に入れ、小児科医に相談した方が良いでしょう。小児では、身長と体重の増加が常にバランス良く発育するとは限りませんので、急に起立したときなど一時

的に脳貧血を起こすことがあるのです。

なお心因性・精神病性疾患でも、こんなめまいとなることはあります。デプレッションですと「地の底に引きずり込まれるようだ」とか・・・。

4 まっすぐ歩けないなどの平衡失調

両側内耳の機能低下もしくは廃絶、小脳脳幹近辺の異常のときに、このめまいとなります。

急速にこんな状態となることはまず無く、以前から基礎疾患に対する治療を受けていることが多いので、治療の継続が原則となります。

ところで私たちはこれまで、こうした平衡失調の1型としてアーノルド・キアリ奇形を2例経験しています。

この奇形は先天性異常のために、小脳脳幹の一部が大後頭孔から下にずれ位置する病態で、小脳脳幹の圧迫症状が出現します。このため下眼瞼向き
の眼振など、通常は見られない特殊な神経耳科学的所見が得られます。

奇妙なことにアーノルド・キアリ奇形では、検査所見はすごいのに自覚症状はまったくありません。

先に触れた椎骨脳底動脈循環不全症の方では、下眼瞼向き眼振など小脳脳幹症状が出現していましたが、めまいを自覚していましたが自分で縦に揺れるめまいを感じるとのことでした。

今にして思うと、神経耳科学的検査所見は似ていてもアーノルド・キアリ奇形とこの方とは、決定的に異なる疾患であった裏付けだったようです。

めまいの検査（神経耳科学的検査）

めまいの検査は、めまいの原因がさまざまであることから、複数の検査が組合せて行なわれます。しかし基本的には、内耳から小脳にかけての前庭系の検査が主ですから、それで異常が発見できなかった場合に他の検査を取り入れることが多いものです。

1 聴覚検査

内耳疾患によるめまいでは、前庭（半規管と平衡斑）だけでなく、隣り合って存在する蝸牛管にも病変の併存することが少なくなく、蝸牛管の検査で

ある聴覚検査は重要です。

(1) 純音聴力検査

音叉を使用して聴力を測定する方法もありますが、現在ではオージオメータという特定の周波数の音を、その大きさを変えて発生することのできる機器が、測定に使用されています。

(2) 語音聴力検査

老人性難聴など、大脳皮質に年令的な病理変化が生じている難聴では、音としては聞こえるけれどもその内容を把握しにくくなる場合があります。他の大脳の疾患でもこうした症状の出現することがあり、その典型は失語症です。そのような場合には純音聴力検査だけでは聞こえの状態が把握しにくく、ことばを聞かせて明瞭に聞き取れるかどうかチェックする必要があります。この目的で、ことばを音量を変えて聞かせてやり、何%聞き取りが可能かを調べる検査です。

(3) 他覚的聴力検査

音を聞かせて生体に生じる生物的反応をキャッチし、聴力検査として利用する方法があります。中でも脳波は利用価値が高く、特に聴性脳幹反応（A

BR)と呼ばれる検査は、内耳から脳幹までの聴覚伝導路の機能を検出できますので、聴神経腫瘍や脳幹の病変の検出に有用です。

2 平衡機能検査

めまいを分析するとき、偏倚現象とそれに対する立ち直り反射の把握が重要です。さらに身体全体でなく、より鋭敏にそれが観察し得る眼球運動の記録で、偏倚・立ち直りをとらえることもできます。さらにさまざまの刺激を加えた場合に、身体全体や眼球の動きがどうなるのかを観察する方法も、めまいの診断に有用です。

(1) 足踏み検査

目隠しをして50〜100歩その場足踏みをさせ、前後の身体の位置の変化を観察するものです。下肢に出現する偏倚現象の把握に役立ちます。

(2) 遮眼書字検査

目隠しをして例えば「あいうえお」と縦に字を書かせ、目隠し前の字と比較します。偏倚が存在する場合には、その方向に文字列が偏ることになります。また、内耳病変による偏倚現象では開眼での書字は正常ですが、遮眼時

の書字で偏倚が明確化します。それに対して小脳性の偏倚現象では、開眼時も遮眼時も文字列は傾いたままです。

これは内耳性めまい（末梢性めまい）では視覚の影響を受けるのに対し、小脳性めまい（中枢性めまい）では視覚は無関係だからです。

(3) 重心動揺計

人体が直立しているとき、足底で踏張って身体のバランスを保っています。その足底の踏張り具合をコンピュータに入力すると、足底のどこに重心が存在するのかが判ります。

めまいがあると、身体の傾き（偏倚）も足底でキャッチできますし、それに対する立ち直り反射も足底で記録することができます。

そうした身体の揺らぎを記録し分析するのが、重心動揺計です。

さらに人が歩行する際にも身体の揺らぎは足底で観察できる訳で、本書の主役である石川教授のお仕事の一つはこの歩行時の足底の重心移動の分析なのです。

(4) 眼振検査

自発眼振検査

なんら刺激を与えない状態での、眼球の動きを観察します。眼球に表われる偏倚現象と立ち直り反射が把握できます。

裸眼と言つて、まず検査用眼鏡をかけない状況で眼球を観察します。最初に正面を見させて眼球の動きを見、次いで右・左・上・下をそれぞれ向かせて、眼球の動きをチェックします。

さらにフレンツェルの眼鏡という検査用眼鏡を装着し、視力が効かないようにして同様の検査を行ないます。これは遮眼書字検査で開眼時と遮眼時を比較するようなもので、末梢性のめまいなのか中枢性のそれなのかの分析に役立ちます。

② 誘発眼振検査

(a) 頭位変換眼振検査

フレンツェルの眼鏡を装着しているときには、頭位眼振検査と称して頭を右下にしたときや左下にしたとき、さらに懸垂頭位（頭をダラリと下げた形）正面・懸垂頭位右下・懸垂頭位左下のときの眼振を観察します。最後に頭位変換眼振検査と言つて、懸垂頭位から上体だけを起こした座位に変化させた直後や、逆に座位から懸垂頭位に変化させた直後の眼振を観察します。

この頭位変換眼振検査は前述のBPPVの検出に、とても有用です。

これらをフレンツェルの眼鏡でなく、赤外線で眼球観察の可能な眼鏡を使用して行なうこともあります。これはより厳密な遮眼の行なえることと、赤外線カメラの利用でビデオ撮影のできることが利点です。

(b) 回転眼振検査

被験者をグルグル回る椅子に座らせ、回転前後の眼振を観察します。

身体全体を回転させると、半規管内のリンパ液がスタート時は回転方向とは逆に、回転終了直後は回転方向に移動しますので、半規管刺激が起こります。その刺激でめまいや眼振の生じるのが正常で、半規管に病変があるところから正常な反応が生じなくなります。

(c) 温度眼振検査

回転眼振検査では回転によって半規管のリンパ液を動かしましたが、温度眼振検査は外耳道に体温より暖かいお湯や冷たい水を注入し、温度刺激でリンパ液を動かす方法です。

半規管は3つあって、空間のX軸・Y軸・Z軸をそれぞれ担当しています。これらのうち一番外側、つまり中耳もしくは外耳にもっとも近い位置に

存在するのが、ほぼ水平になっている外側半規管です。

被験者を仰向けに寝かせて外側半規管が垂直になるようにし、外耳道にお湯や水を注入してやると外側半規管に温度が伝わります。お湯では半規管内のリンパ液が上方向へ、水ではリンパ液が下方向へ移動し、まるで身体が動いたときのような刺激を内耳細胞に与えます。

それに反応があれば半規管は正常ですが、メニエール病などの内耳疾患や聴神経腫瘍では、半規管が侵され反応の低下していることもあります。

こうした検査に際して眼振の記録には、フレンツェル眼鏡や赤外線眼鏡だけでなく、電気眼振計（ENG）の用いられることも少なくありません。

(d) 指標追跡検査（ETT）

小脳の検査の一つに、指・鼻試験（Finger to Nose Test）があります。被験者自身の鼻と検査する人の指との間を、被験者の指で何度も行ったり来たりさせる検査法です。普通の人はもちろんなくこの検査が可能ですが、小脳に病変のある人では自分の指がうまくコントロールできず、自分の鼻や相手の指を正確に指すことができません。

同様に眼球運動でも、メトロノームのようなゆっくりと左右に動く指標を

追わせると、眼はメトロノームに付いて行くことができず、揺らめいたり行き過ぎたりします。

それをENGなどで記録し、小脳病変の検出に役立てます。

(e) 視運動性眼振検査 (OKN)

鉄道眼振 (Eisenbahn Nystagmus) と称する、有名な眼振があります。それは、汽車に乗ってうつろい行く外の景色を眺めている乗客の眼は、外の景色を次から次へと追って行くために、汽車の進行方向と逆の方向にゆつくりと動き、急いで進行方向に戻った後またゆつくりと外の景色とともに動く、というものです。

この鉄道眼振はしかし、脳幹に病変のある人では観察されません。脳神経核 (脳と各神経とを結ぶ中継地点) の集中している脳幹の病気では、窓の外の景色をスムーズに追いつけることが、不可能となるのです。

これを応用して、例えばメジャーを被験者の目前で右から左、もしくは左から右と動かして眼の動きを観察する検査があります。それがOKNです。現実にはこのOKN、記録の關係からENGを装着し、内側に縦縞の入った円筒を回転させて眼振がスムーズに発生しているのかどうかをチェックしま

す。こうするとパターン化して一目で、眼球運動のスムーズさを検出できる（OKP）からなのです。

めまいの治療

めまいの治療はもちろん原因を確定して、それに対する治療を行なうのが当然です。

しかし、めまいという不愉快な発作をまずすこしでも楽にしてやるということも、当然重要です。ここではそうした、むしろ応急処置に関する情報を記載します。

めまいの発作中の人が診察に来られたら、まず中枢性の疾患かどうか眼振および眼球運動で確認します。

中枢性疾患が疑わしかったら、ただちにCTもしくはMRIを手配し、脳外科への転送を勧めます。

末梢性つまり内耳性の可能性が高い場合には、安静を確保しメイロン（重曹水）を静脈注射します。メイロンは人体のホメオスターシス安定に役立つ

と考えられますが、めまい発作のときには内耳の刺激が強く中枢である小脳の代償機構が働きにくくなっています。このため、少しでもホメオスタシスが働き易いよう、メイロンを使用するのです。

吐き気のひどい場合には、制吐剤を注射します。安定剤の筋肉注射も、役に立ちます。

内服として、メリスロンなどの鎮量剤や内耳循環改善剤を処方します。安定剤も気分を落ち着かせ、ホメオスタシスを回復するのに有用です。トラベルミンなど市販薬も、けっこう効くものです。

こうして発作がある程度治まったならば、本書に記した詳しい検査を行います。

病名に応じた治療について、紙面の都合上本書では詳しく触れることができません。

別の機会に譲りたいと考えます。

おわりに

最初に、めまいとは空っぽになってしまった自分のサイフの底を覗き込むときの、まるで自分の存在している位置が地球上のこの場所ではないような、あの空虚感だと書きました。本書でそれを読者の皆様に伝え切れたかどうか、はなはだ不安な一面があります。

ただ本書ではせめて、「めまい」として一括りにされがちな病気にも、実はさまざまな病態が絡んでいること、そしてそれを解き明かして行くことはとても楽しいことであることを、少しでも理解して頂ければうれしいと考えています。

ドイツ語に *Gedankengang* (考え方の筋道) という、私の大好きな言葉があります。

めまいほど、この *Gedankengang* に沿って冷静に解析を進めなければならぬ学問は、他に無いように思います。

いつものようなコミック形式ではありませんでしたが、私のメッセージを読者の皆様に理解して頂けるようでしたら、こんなうれしいことはありません。

あとがき

めまいという病気に興味を持つようになったのは、今から考えると岩手医科大学在学中の1973年、当時の脳解剖学教室に出入りを許され、小脳解剖の若き権威である川村光毅教授に教えを受けたことがきっかけだった。

耳鼻科医となつてからは、帝京大学耳鼻咽喉科の鈴木淳一教授のお世話で虎ノ門病院神経耳科の竹森節子先生に、めまいについてマンツーマンで教わるという絶好の機会を頂いた。

我ながら幸せだったと、思っている。

加えて最近になって、秋田大学耳鼻咽喉科の石川和夫

教授ならびに愛知医科大学耳鼻咽喉科の中山明峰助教授から、何かとめまいについて教えて頂けるようになった。

本書のテーマとなっている心因性・精神病性疾患については、1980年九州大学心療内科で故・池見酉次郎元教授にお教えを受けた。

今回それらの体験すべてをこのコミックに活かすことができ、幸いであった。

最後になったが、いつもこのようなコミック作成に絶大なお力添えを賜る、ぐるうぷ場の皆様に心よりの感謝を申し上げたい。

2003年2月19日 妻・明美の誕生日に

三好 彰

まんが みみ・はな・のどシリーズ・6

わしきわんこの憂鬱

2003年4月22日初版第一刷発行

著者代表 三好 彰

発行者 青木 八郎

発行所 株式会社 いちい書房

〒153・0061

東京都港区東麻布二・二八・六

TEL 03 (3585) 3015

FAX 03 (3560) 2047

企画編集 株式会社 ぐるうぷ場

〒990・2412 山形市松山一・一・八七

TEL 023 (641) 9888

FAX 023 (634) 6487

印刷所 アベ印刷株式会社