

序

めまいはありふれた症候の1つであるが、訴えの曖昧さやとらえにくさから初学者や見慣れていない医者には苦手意識がつきまってしまう。どうして苦手なのかを私が大づかみに分けて

- ① 患者のめまい感を正しく分類できない
- ② 良性発作性頭位めまい症 (BPPV) を適切に診療できない
- ③ 致死적疾患との遭遇が少なからずある
- ④ 根拠と効果の疑わしい治療法が行われていて混乱する

という点にあるのではないかと考えて研修医向け雑誌の特集にしたことがある〔「レジデントノート」2008年6月号特集「めまい診療を根底から見直そう！」(編集／箕輪良行)〕。幸いにその企画は、「めまい」に苦手意識をもっている若手医師が非常に多かったせいか、予想を遥かに超えた多くの読者(主に初期研修医)から反響をお寄せいただいた。

一般にジェネラリストであれば、発熱、胸痛、腹痛、頭痛といった主要な症候のすべてに関してそれぞれ30分程度で説明できるぐらいの臨床力があるのが望ましい。と考えながらも自省するとはなはだ心もとないな、と気づいたのはちょうど医者になって10数年目だった。ありふれた症候は自ら経験する機会もありテキスト、マニュアルに眼を通すことも多く学んでいたが、どうも「めまい」が死角になっていてあやふやだ、と気づいた。救命センターの部長を拝命した医者19年目の船橋市立医療センターでのことだった。北米の家庭医訓練を修了して帰国、茅ヶ崎徳洲会総合病院にいらした木村眞司先生(現 松前町立松前病院院長)がそのころ、BPPVへのEpley法の日常診療での有用性を紹介して普及を始めていた。さっそく救急車でやってきた患者を対象に試してみたのが、「めまい」修練のきっかけとなった。

自分自身の苦手意識を振り返りながら、上記の4つを確信した。患者の訴えを適切な医学用語として認識する過程は診断の入口、semantic sentenceの定着そのものであり、ジェネラリストの臨床能力そのものである。めまいはこの過程が結構むずかしく、訴えを分類したうえで、典型的な「回転性めまい」と把握して鑑別診断していく流れに入っていければしめたものである。ともすればこの病歴聴取の過程をすっ飛ばして、脳卒中、特に小脳病変の危険をおそれて「とにかく頭部CTだ」と盲目的に走ってしまうのがよくあるパターンである。2～5%にすぎない中枢病変にすぐにとびつかないで、よくあるありふれた病気へのアプローチを試みることを、さらにそれがうまくいく成功体験がないとますます「めまい」は苦手となってしまう。ここでBPPVが登場してくる。この病気がジェネラリストの知識として広がらなかったのは、教科書的に有名なメニエール病が医学生講義などでよく扱われてきたヒストリーに比べて、おそらくBPPVは学問的な蓄積や専門医の関心の低さも手伝っていたこと、さらには耳石置換法のような治

療法への興味が低かったことも関係していたのだろう。実際に治療に成功すると本疾患が身近に感じられてくる。

BPPVのように科学的な根拠も相当にそろっている疾患がめまいにもあって、ジェネラリストでも手が届くように感じることを、そしてそれ以外にも根拠の示された治療法が用意されてくると、「めまいは耳鼻科」と短絡することなく、心筋梗塞や糖尿病といった内科の病気と同じように扱えるようになるのではないかと、10年以上も前にかかわり始めためまいと私のお付き合いはとうとう、関連する領域で専門家がみてジェネラリストでも手にとどく一定の深さまで扱ってみようということに至った。苦手意識を生む背景に正面から立ち向かい、「めまい」の臨床的アプローチを根底から見直すことをめざすだけでなく、さらに一歩進んで、基本的知識のみならず、若手医師から上級医へとキャリアアップするために必要となる現場での考え方や実践法までも扱いたい。本書のねらいは、専門家からみたらまだまだ不十分だろうが、上記のような苦手意識を克服して、最後には科学的な根拠のある診療、未解決の課題の存在にまで至れば、症候からの診療を身上とするジェネラリストにまた1つ得意技が増えるようになることである。このねらいが実現でき、めまい苦手意識を少しでも和らげることになることを願っている。

2011年4月

聖マリアンナ医科大学救急医学
箕輪良行