

ここで差がつく！

失神の 診かた・治しかた

エキスパートはこう診る

編 古川俊行 (浅草病院内科部長)



失神の定義と疫学

POINT

- 失神とは一過性意識消失の中にある症状である。
- 病態生理としては、一過性の脳全体の低灌流による意識消失とされる。
- 失神は若年者と高齢者に多く発生し、女性に多い傾向にある。
- 循環器科医として失神を診る場面でも、非失神による意識消失は含まれるため、失神以外の意識消失の知識も必要になる。

1 失神の定義

「失神」は一般的にも使われる用語であるが、医学用語としての「失神」とは使い方が違う。失神とは一過性意識消失 (transient loss of consciousness: TLOC) の中に含まれる1つの症状であるが(図1), 一般的な使用方法では「一過性意識消失=失神」となるケースがよくみられる。日本循環器学会の「不整脈の診断とリスク評価に関するガイドライン」¹⁾では以下のように記載されている。

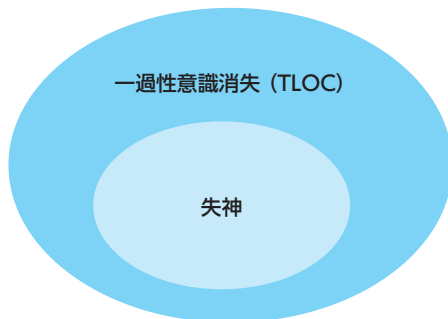


図1 一過性意識消失・失神の関係

- 一過性意識消失発作とは、「突然発症する意識消失発作であり、短時間で自然回復する一過性のもの」
- 失神とは、「一過性意識消失をきたし体位の維持ができなくなるもの」
- 病態生理学的には一過性の全般性脳虚血で発生する

一文で記載すると「脳全体の低灌流により発症する、短時間で回復する意識消失」であり、意識消失の中の1つの症候ということになる。「体位が維持できない」に関しては、ごく短時間であれば姿勢を維持している場合もあり、臨床上、倒れなかったから失神ではないと言いきることはできない。また「前失神」とは失神に至る前段階であり、脳血流が低下することで、ごく短い時間に意識がなくなりそうでなくなる状態になることであるが、患者からの訴えであるため、失神とは関係ない内耳性のめまいや筋力低下によるふらつきも含まれる。ただ、このような患者も原因がはっきりしない場合は失神として診療し評価する必要がある。患者の中には、意識がなくなっても、その自覚がない場合もある。特に高齢で、座っている間に意識がなくなり眼球を上転し痙攣していても、回復すると「寝ていた」「ちょっとボーっとしていた」という表現になることもあり、目撃者の話や動画での確認や、必要に応じて入院してもらい、医師自ら確認することが必要になる。図2²⁾に意識消失を起こした患者の診療の考え方を示す。

まずは「意識がなくなったのかどうか」の確認から始まり、診療を行っていく。一過性で自然に目が覚めたものなのかを確認し、TLOCがあったと判断し

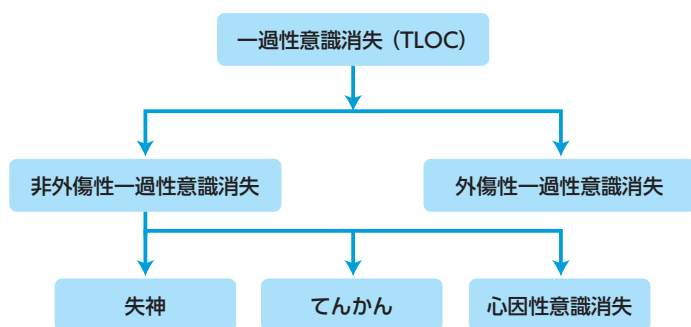


図2 一過性意識消失の診療の考え方

(文献2より改変)

外来に失神患者が来たら

ここで差がつく！～プロの眼・プロの思考～

失神らしさの吟味

- ①「突然発症する意識消失発作であり、短時間で自然回復する一過性のもの」の定義を満たすか？
- ②「どこまで覚えている？」「どこから覚えている？」

きっちり見分ける・振り分ける

- ①直後がわからなければてんかんかも？
- ②失神した状況をイメージできるまで聞くのが大切。

危険な徴候を見逃さない

- ①動悸や胸痛を伴う失神は要注意。
- ②できるだけ以前の心電図と比較して。
- ③臥位での失神は心停止かも？

あえて深追いしない

- ①外来では問診票を利用して取りこぼしなく情報収集をする。
- ②基本検査は心臓超音波検査と12誘導心電図。必要と判断すれば植込み型ループレコーダ (ILR) を積極的に提案する。

STEP-1 それって本当に失神でいいの？

1 問診がいかに大事か

失神患者を診療するにあたって問診が非常に重要である。失神の原因は反射性失神、起立性低血圧、心原性失神に大別されるが、問診の内容によっては精査の方針に影響を及ぼす。筆者は都内の病院で失神外来を開設し失神患者の診療にあたっては、診察前に問診票(図1)への記入をお願いしている。失神患者には若い患者も多いため病院受診歴すらなく、これまでの診療情報がない方も少なくない。そのため既往歴の記載のほか、健康診断の情報も記載頂くようお願いしている。最も力を入れて記載頂いているのが、裏面の「⑤当時の状況について教えてください」の内容である。待ち時間が長いせいなのかもしれないが、A4用紙1枚分をびっしり書いて頂ける方が多い。

大切なのは「失神に至るまでの状況がイメージできるか」である。問診票への記載のみでは限界があるので、実際に診察室で詳細に深掘りしていくことになる。たとえば問診票に載せている例において、朝食を7時15分に食べ始め、30分頃に終えている。約15分間朝ご飯を食べていることになるが、その15分間は座って食べていたのか？ そうであれば起立性低血圧の要素も考慮するだろう。「その後、立ち上がって台所に向かって歩いたら失神した」という状況ならば、台所から倒れた場所までの距離はどのくらいなのか？(ここでは数歩と記載)明確な定義があるわけではないが、比較的距離が短いのであれば起立性低血圧らしくあるし、それなりの距離があれば労作時の失神であり心原性失神らしさが出てくる。

また、反射性失神患者でよくみられる前兆としての自律神経症状は、患者ごとに表現が様々である。これは心原性失神患者の失神直前の胸部症状(胸部違和感など)についても通ずるものではあるが、問診票に記載された情報を1つひとつ丁寧に確認することで、失神の状況をより正確にイメージすることができる。そのため、この作業を行いながら「この人は心原性失神らしいな」「反射性失神の要素もかぶっていきそうだな」と考察していく。これはあくまで当院での例であるため、今後問診票を作成する場合の参考にして頂けたらと思う。自

由記載ではなく選択式の間診票を採用している病院も多いので、どちらが良いかは個々の診療スタイルによるだろう。

2 失神だけどてんかん疑い

「意識を失って痙攣をした」ということで、てんかんを疑われて脳神経内科を受診している患者は意外に多く、精査してもてんかんの証拠がつかめなかったが、抗てんかん薬を処方されているという患者を診療することがある。もちろん1回の脳波検査にも限界があるので、本当にてんかんである患者もいるだろうが、そうした中に失神患者が少なくないと筆者は考えている。表1¹⁾に示す通り、失神でも痙攣する。ただし痙攣する時間は短い。これに関しては目撃者がいないと知ることは難しいが、重要なのはその後である。「どこから覚えているか？」について、失神であれば「気がついたら仰向けに倒れていて周りの人が救急車を呼んでくれました」と詳細に答えるのに対して、てんかんの患者は「救急車で運ばれたかどうかはわかりませんが、気がついたら病院にいました」というように記憶の復帰が遅い傾向にある。そのため、この質問は失神かてんかんかを見きわめるのに重要である。加えて舌咬傷についても参考になる。失神の場合、重力に従って舌が前面に出て、頭部や顔面を打撲することで舌前面に咬傷が生じる。一方で、てんかんは舌を引っ込めた後に咬傷が生じるため、

表1 失神とてんかんの鑑別

臨床的特徴	失神	てんかん発作
トリガーの有無	多い	少ない
トリガーの内容	痛み, 立位, 感情, 嚔下	点滅光
前駆症状	自律神経症状, 動悸, 胸痛	幻聴, 幻覚, 既視感 (Déjà vu), aura (幻臭等)
痙攣	10秒以内	20~100秒
舌咬傷	先端	辺縁
意識消失時間	10~30秒	数分
意識回復	すぐに	しばらくしてから

(文献1より改変)

舌の辺縁に傷が見られることが多い。そのため頭部や顔面の外傷痕を観察しつつ、舌を診察することで失神に矛盾しないかどうかを確認することができる。

Advice

起立性低血圧は「立ち眩み」というエピソードがあれば容易に想像ができるものである。一方で、そうした患者は起立するたびに失神するわけではない。「〇〇さん、診察室にお入り下さい」と呼んで、どのくらいの時間で入室するか？患者によっては立ち眩みのせいで診察室の扉の取っ手にしがみついて、なかなか入ってこない方も経験する。しかし別の日にはスタスタと歩いて入室する。何が違ったか後で振り返ってみると、それは待っている間の坐位の時間であった。診察受付から呼び入れまで5分程度であれば大丈夫でも、15分以上の日は立ち眩んだ。当たり前かもしれないが、起立までの環境が立ち眩み発生に左右するので、普段の行動状況を詳細に把握することで、再発予防のための指導にも具体性が生まれる。

STEP-2 どんな失神なの？

1 「心原性失神らしさはあるのか」を常に念頭に

心原性失神の予後は悪く、以前の報告(図2)²⁾に則って筆者は「対応しなければ5年で半数が亡くなる」と説明している。もちろん見逃してはいけない疾患であり、失神の中に一定数隠れている心原性失神を見つけ出すことが、失神外来を担っている循環器内科医としての使命と考えている。そのため、危険な徴候を見逃さないように注意することが必要である。動悸や胸痛を伴うのであればわかりやすいが、心電図所見に気になるところがないか見るべきであり、臥位で失神していないかどうか聞き出すことも重要である。脳と心臓が同じ高さになる臥位で失神するという事は、心拍が不足して脳虚血を起こしている可能性があるため、早急な精査が要求される。心原性失神を強く疑う場合は、入院での精査を提案することになる。

反射性失神の診断と治療

ここで差がつく！～プロの眼・プロの思考～

失神らしさの吟味

- ① 血管迷走神経性失神では、長時間の立位あるいは坐位、環境要因、精神的・肉体的ストレスを誘因として発症することが多く、嘔気、冷汗、頭痛、頭重感、眼前暗黒感、腹痛などの前駆症状を伴うことが多い。

きっちり見分ける・振り分ける

- ① 若年で基礎疾患もなく、反射性失神らしい特徴がみられたら、ヘッドアップチルト試験を含めた検査を検討する。

危険な徴候を見逃さない

- ① 再発を繰り返しており、前兆がない失神や運転中の失神など、重症度が高い場合は、何かしらの治療介入が必要である。植込み型ループレコーダを使用した経過観察も検討すべきである。

あえて深追いしない

- ① 失神時にはっきりとした前兆があり、頻度も少ないのであれば、再発時に来院するように伝える。

STEP-1 反射性失神とは

1 反射性失神の分類

失神の原因疾患は大きくわけて、以下の3つに分類することができる。

- ① 反射性失神（血管迷走神経性失神・頸動脈洞失神・状況失神）
- ② 起立性低血圧
- ③ 心原性失神（不整脈によるものと構造的心肺疾患に伴うものがある）

反射性失神は、失神の原因の中で最も発生頻度が高く、60%が反射性失神であると報告されている¹⁾。また、失神患者の生命予後はその原因疾患によって異なることも知られているが、発生頻度が最も高い反射性失神の生命予後は良好である²⁾。反射性失神の多くは血管迷走神経性失神であり、頸動脈洞失神と状況失神の発生頻度は少ない。

2 反射性失神の機序

一般的には、肉体的や精神的なストレスがかかる状況が続くことで自律神経の調節不全が生じ、心臓の交感神経活動の過剰な亢進やそれに追従した迷走神経活動の急激な亢進により、心拍数の減少や血管拡張が生じて失神に至ると考えられている。頸部の圧迫や首の回旋がトリガーとなる頸動脈洞症候群、排尿、排便、咳嗽、嘔下などがトリガーとなる状況失神などがある。

正常な反応では、起立することで横隔膜より下部にある血管に血液が貯留し静脈還流量が減少する。それにより左室充満圧の低下と心拍出量の減少がみられて、血圧低下につながる。続いて動脈の圧受容体からの求心性インパルスが減少し、それに反応して遠心性交感神経活動の亢進と遠心性副交感神経活動の抑制が起こって血管運動中枢や副交感神経心臓抑制中枢に働きかけることで、血圧は保たれる。

一方で反射性失神では、左室充満圧が低下している心室で、血圧を維持するために陽性変力作用が働き、収縮が過動になることで左室の伸展や牽引などを感知する左室機械受容器が発火し、求心性無髄性迷走神経線維を求心性インパルスが上行していく。これは延髄孤束核に至り、ここから遠心路となる線維に