

# 心原性失神の診断 up to date — 植込み型ループ式心電計を中心に



佐藤宏行 (東北大学病院循環器内科)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は<https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/>をご参照ください。

▶ 登録手続

<b>Introduction</b>	p2
<b>1</b> 失神とは何か?	p3
<b>2</b> 失神の鑑別診断	p6
<b>3</b> 失神に対するリスク層別化	p8
<b>4</b> 心原性失神の原因検索	p11
<b>5</b> 植込み型ループ式心電計 (ILR)	p14
<b>6</b> 症例提示	p18

▶ 販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

# Introduction

## 1 失神とは何か？

- ・病態生理として「一過性の脳の低灌流」によって生じる。
- ・「一過性意識消失 (TLOC) をきたし体位の維持ができなくなるが、後に自然に完全回復するもの」と定義される。
- ・意識障害や他の TLOC (特に、てんかんによる痙攣発作) と区別する。
- ・“一生で7人に1人が一度は経験する”commonな主訴・症候である。
- ・心原性失神は予後不良であり、見逃さない！

## 2 失神の鑑別診断

- ・病態生理による3つの分類をもとに、鑑別診断を挙げる。

## 3 失神に対するリスク層別化

- ・鑑別診断をもとに、病歴聴取・身体診察・検査を進める。
- ・「失神患者を帰してもよい？ 入院？」  
→ 予後予測スコア (clinical prediction rule) を活用する

## 4 心原性失神の原因検索

- ・非不整脈性失神 (killer chest pain, 構造的な疾患) を除外する。
- ・心機能低下 [左室駆出率 (LVEF)  $\leq 35\%$ ] と冠動脈疾患を除外する。
- ・不整脈性失神を示唆する心電図所見を見逃さない。
- ・不整脈発作に対する長時間心電図記録を適切に選択し、検査する。

## 5 植込み型ループ式心電計 (ILR)

- ・植込み型ループ式心電計 (ILR) の適応：原因不明、再発性
- ・ILR 植込み手技と、遠隔モニタリングによるフォローアップを行う。

## 6 症例提示

- ・Case 1：80歳代男性（洞停止→ペースメーカー植込み）
- ・Case 2：70歳代男性〔非持続性心室頻拍→心臓電気生理学的検査（EPS）→カテーテルアブレーション〕

### 伝えたいこと…

失神は生涯で7人に1人が経験する common な症候です。患者さんは「脳神経の病気？ 頭部CT・MRIを撮って欲しい」と希望して受診されることも多いかもしれませんが、実際にそれは間違いです。一方、心原性失神と確定できるケースや、循環器内科医までたどり着くことが多いわけではありません。失神の初診外来の受診先はプライマリケア医・実地医家であることが多いと思います。専門分野を問わず、適切なリスク層別化の評価や失神の鑑別診断を進めましょう。そして、原因不明の失神患者に非常に有用な植込み型ループ式心電計（ILR）の存在をぜひ知って頂き、診断に困る場合は気軽に対応可能な専門施設へご相談ください。

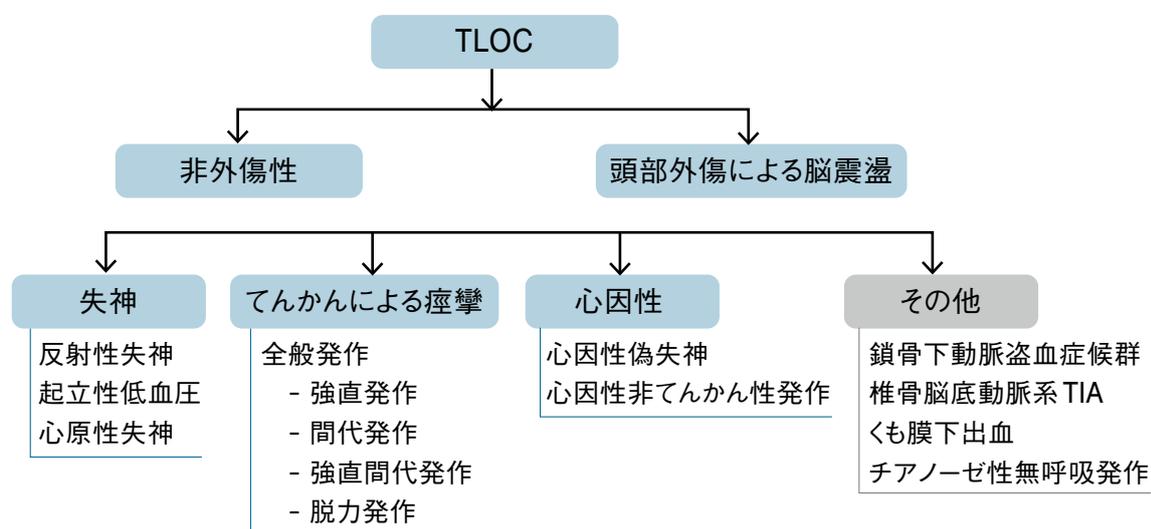
## 1 失神とは何か？

### (1) 失神の病態生理と定義

まず、「失神 (syncope)」の病態生理と定義を考えてみる。失神は、「一過性の脳の低灌流」によって、「一過性意識消失 (transient loss of consciousness : TLOC) をきたし体位の維持ができなくなるもの」を指す<sup>1)</sup>。意識障害との区別として、数秒から数分以内に“自然に完全回復する”点が重要である。そのため、低血糖発作などは失神をきたす病態としては外れる。失神の原因が「脳の器質的異常であることはきわめて稀」であると

いう点に、まず注意したい。

一方、てんかんによる痙攣発作 (seizure) も同様にTLOCをきたすが、一過性の脳の低灌流ではなく、脳の神経細胞の異常興奮が原因となる。痙攣発作が目撃されなかった場合は、失神との鑑別が困難なことも少なくない。また、鑑別診断 (脳の器質的異常) も異なってくるため、主訴を取り違えないように注意しなければならない (図1)<sup>2)</sup>。このように、“失神”疑いの患者を診察した際には、まずは「TLOCとして失神と判断してよいか」「意識障害や神経学的異常の遷延・残存がないか」を十分に確認する必要がある<sup>2)</sup>。



TLOC : 一過性意識消失  
TIA : 一過性脳虚血発作

図1 TLOCの鑑別

(文献2より改変)

## (2) 失神の発生率

失神の発生率は比較的高く、1年間で1000人中6.2人が失神を起こす<sup>3)</sup>。生涯罹患率にすると、7人に1人が一度は失神を経験する。失神は、時には骨折などの外傷を伴うこともあったり、中には致命的疾患が潜んでいることもあったりするが、比較的commonな主訴・症候である。そのため、診療科を問わず、どの医療機関でも初診で受診する可能性が高いと考えられる。筆者は循環器内科を専門としているが、失神は、非専門医や

プライマリ・ケア医も適切な対応・フォローアップを習得すべき症候のひとつであると考える。

### (3) 失神の長期予後

失神診療で最も重要なことは「心原性失神」を見逃さないことに尽きる。Framingham研究では、心原性失神の1年後死亡率は24%と、非常に予後不良である。一方、失神で最多(約60%)を占める反射性失神(迷走神経反射)の長期生存率は、失神がない患者と同等で、良性疾患と言える(図2)<sup>3)</sup>。そのため、失神患者に対してはまず「心原性失神を疑うリスク所見」の有無を早急に確認し、原因に対する適切な診断・治療を行うことが臨床重要となる。

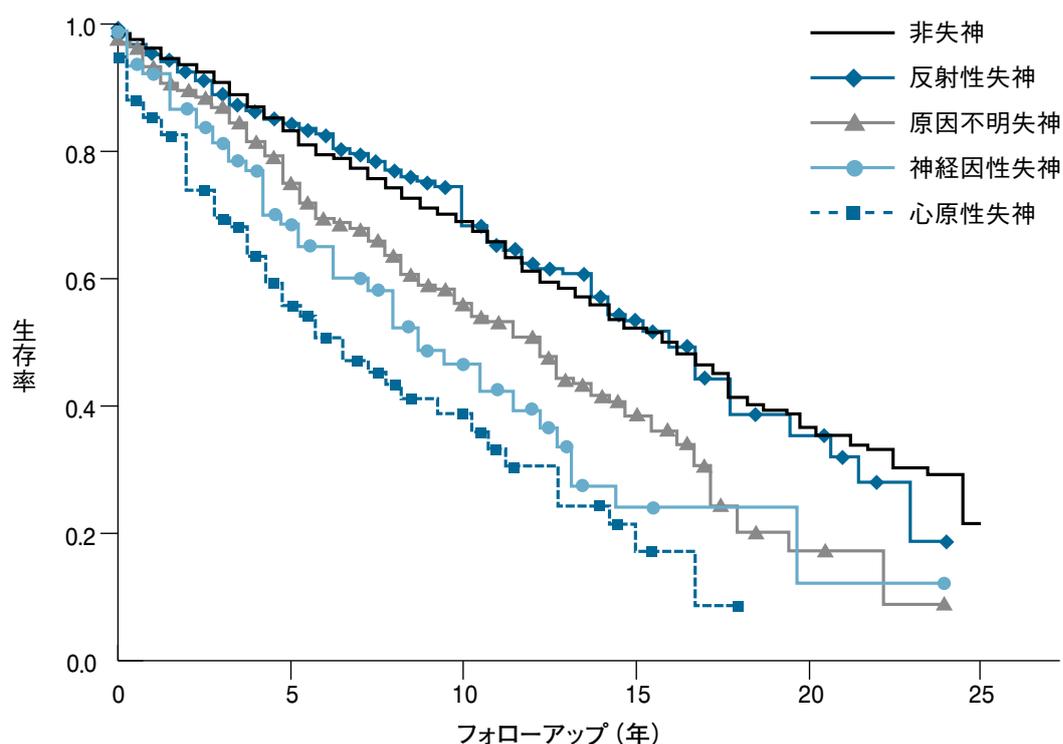


図2 失神患者の長期予後

(文献3より改変)