

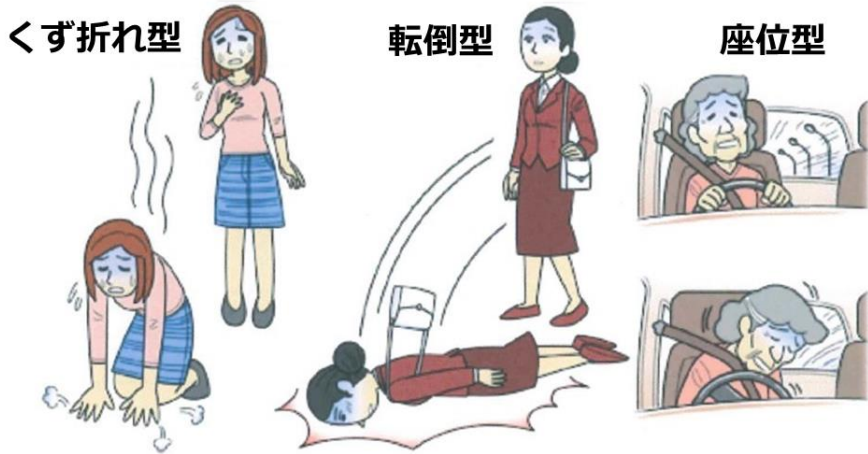
失神 (Syncope)

■失神とは

“突然の意識消失発作により、姿勢の保持が困難となる症候〔Fig.1〕”を云います。

Fig.1 失神発症時の状況による分類

失神の病型	発症時の体位	外傷	顔面蒼白	備考
くず折れ型	立位	なし	あり	
転倒型	立位	あり	あり	頭部顔面外傷の原因
座位型	座位	なし	あり	高齢者に多い 交通事故の原因



一過性で速やか、かつ完全に回復する（通常は数分以内に回復）ことを特徴とする、なんらかの原因によって生じた急速な血圧低下による全脳虚血状態です。多くは軽症ですが、生命にかかわる疾患もありますので、要注意です。〔Fig.2〕

Fig.2 失神をきたす疾患

見逃してはいけない疾患	よくある疾患
大量出血 肺塞栓 心筋梗塞 くも膜下出血	神経調節性失神 （迷走神経反射） 起立性低血圧 不整脈

“貧血をおこして倒れた”と云う人も時々いますが、決して血液が少なくなって倒れたのではなく、一過性の脳虚血（いわゆる脳貧血）による失神でしょう。

失神と区別しなければならない意識障害として、てんかん、低血糖、中毒、過換気症候群、ヒステリーなどがあります。

■原因

原因は多岐にわたりますが、特定できた場合は、大きく3つに分類されます。これらに分類できない原因不明の失神が30-40%を占めます。

1) 神経調節性（反射性）失神（20-30%）〔Fig.3〕

Fig.3 神経調節性失神

迷走神経反射	感情的苦痛を介する（不安・痛み・血液恐怖症など） 起立による緊張
状況性	咳・くしゃみ・胃腸刺激〔嚥下・排便（気張る）・内臓痛）・排尿（排尿後）・運動後・食後・ほか（笑う・金管楽器演奏・重量あげ）
頸動脈洞性	襟がきつい/ひげ剃り/頸部の運動
非典型例	明らかなきっかけがない・非典型的な症状

2) 起立性低血圧による失神（10-15%）〔Fig.4〕

Fig.4 起立性低血圧による失神

一次性自律神経障害 （中枢神経系障害に起因）	多系統萎縮症・Parkinson病・Lewy小体認知症 ・Wernicke's disease・脳腫瘍・多発性硬化症・脊髄症
二次性自律神経障害 （末梢神経系障害に起因）	糖尿病・アミロイドーシス・尿毒症・脊髄損傷 ・膠原病・アルコール・感染症
中枢/抹消神経系とは 関連のない自律神経機能障害	純粋な自律神経障害・高齢・薬・内分泌疾患・僧坊弁逸脱 ・体液量減少（出血/下痢/嘔吐）・電解質異常 薬剤（アルコール・血管拡張剤・利尿剤・フェノチアジン ・抗うつ剤）

3) 心原性失神 (10-15%) [Fig.5]

Fig.5 心血管性失神

不整脈	徐脈性	洞機能不全・房室伝導疾患・埋め込みデバイス異常・薬剤
	頻脈性	上室性・心室性(特発性・器質的心疾患・伝導路異常)・薬剤
器質的疾患	心臓	心臓弁膜症・急性心筋梗塞/虚血・肥大型心筋症・心臓腫瘍(心房粘液腫・腫瘍)・心膜疾患・タンポナーデ・先天性冠動脈疾患・人工弁機能不全
	心臓以外	肺塞栓・大動脈解離・肺高血圧・くも膜下出血・一過性脳虚血発作

4) 原因不明 (30-40%)

重症度は、心原性失神が最も高く、早急な対応が必要なことも多く、突然死を来たすこともあります。

神経調節性失神の発生機序

本人にとって、ストレスなどの不都合な状況が続くことで、自律神経系の調節不全を来たし、失神を招来(心臓の交感神経の亢進や、その反動としての迷走神経の活動の急激な亢進により、心拍数の減少・血管拡張⇒血圧低下し、失神に至る)します。高齢者では、頸部の圧迫や首を回すだけで、失神することもあります。

起立性低血圧による失神の発生機序

仰臥位から急に立位になると、心臓への還流血液量が減少します。これにより、心拍出量が減少し、血圧が低下傾向になります。通常であれば、自律神経が適切に機能し、血圧を維持しますが、自律神経障害や薬剤性、循環血液量の減少などにより血圧が低下し、引き起こされます。

心原性失神の発生機序

不整脈性失神と器質性心疾患によるものに分けられます。

- 1) 不整脈性失神 (アダムス・ストークス症候群)
 - a) 徐脈性不整脈 (洞不全症候群、房室ブロックなど)
 - b) 頻脈性不整脈 (心室細動、心室頻拍、ブルガダ症候群、QT 延長症候群など)
 - c) 薬剤誘発性不整脈 [Fig.6]

Fig.6 薬剤性失神

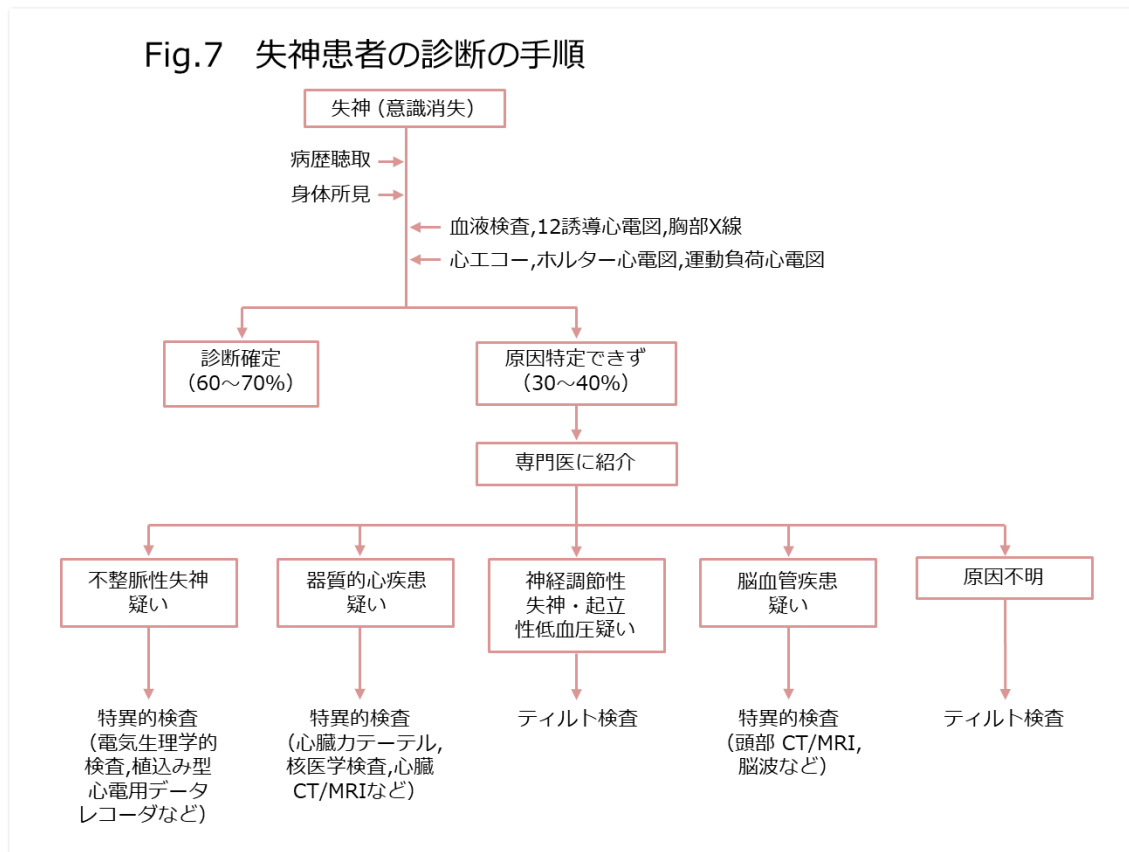
徐脈	ジコキシシム・β blocker・カルシウム拮抗剤
QT延長	Ia抗不整脈剤・マクロライド系抗生物質・三環系抗うつ剤・抗アレルギー剤・有機リン
起立性低血圧	α blocker・ニトロ・利尿剤・降圧剤・抗パーキンソン薬・睡眠薬・精神安定剤 (tranquilizer)

2) 器質性疾患

- a) 心疾患；弁膜症、心筋梗塞等の虚血性心疾患、肥大型心筋症、心タンポナーデ、心臓腫瘍など
- b) その他；肺塞栓症、急性大動脈解離、肺高血圧症など

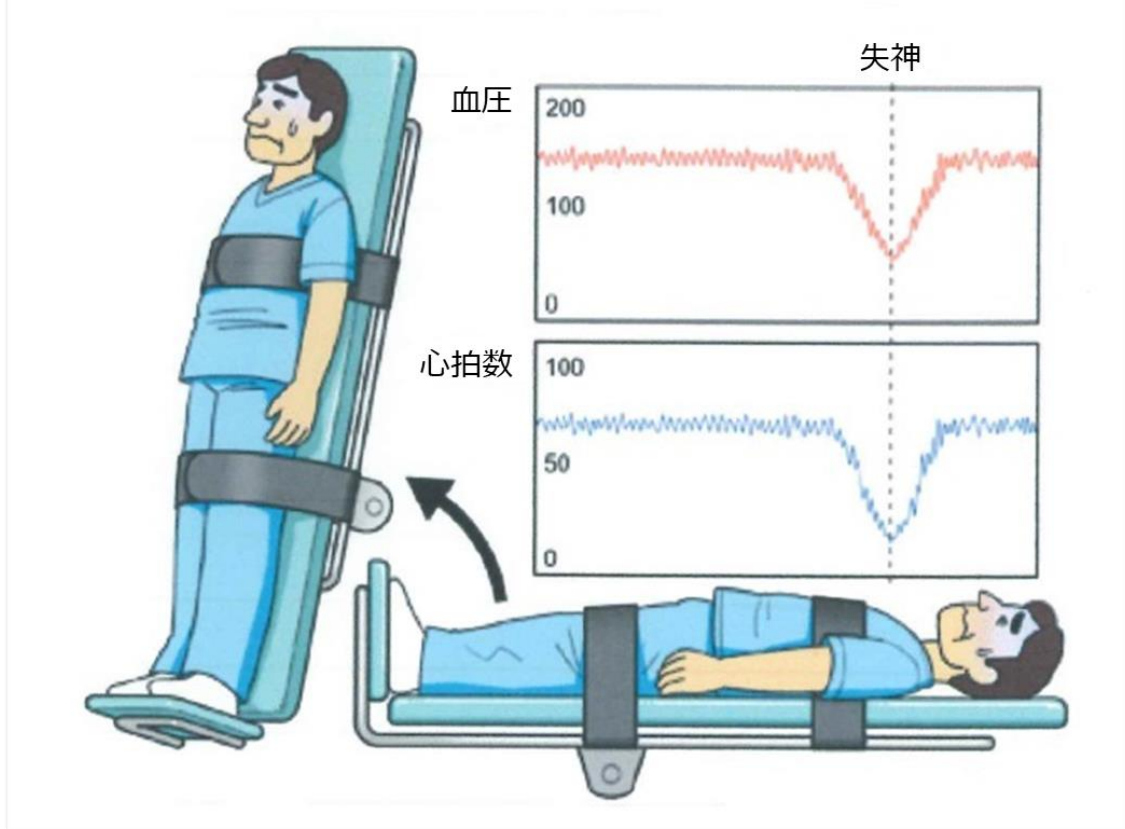
■ 診断

失神回復後の診断手順を示します〔Fig.7〕。病歴を慎重に取ることが、診断の近道です。問診をしっかりとした上で、診察（身体チェック）し、器質性疾患を想定した諸検査（血液検査、心電図、レントゲン検査など）を行います。この時点で、約2/3が診断可能です。残り1/3の原因が特定されないものは、専門医に紹介した方が良いでしょう。各専門医にて、更なる精密検査をして、確定診断します。



cf) head-up ティルト検査 [Fig.8]

Fig.8 ヘッドアップティルト試験 (Head-up tilt test)



神経調節性失神や起立性低血圧疑いの際、施行する検査で傾斜台に被検者を仰臥位に寝かせ、台を立てていき、不完全立位（傾斜角 60-80 度）の状態、失神を誘発する検査です。

問診時の注意点

環境・状況因子が直接の引き金となります。

失神直前の姿勢（長時間立位；朝礼・通勤・通学）、急な起立、感情ストレス（恐怖・疼痛・採血など）、自然環境（炎天下・高温多湿など）、疲労・不眠・脱水・空腹・排尿・排便など

前駆症状・随伴症状も参考になります。

発作直前には、眼前暗黒感、吐気、頭重感、頭痛、複視、冷汗などを伴うことがあります。動悸・胸痛が前もってあれば、不整脈性もしくは器質性心疾患が、失神後に片麻痺やしびれがあれば、脳血管疾患に起因して生じた可能性が高いでしょう。

突然死の家族歴があるかどうかの聴取

肥大型心筋症・QT 延長症候群・ブルガダ症候群は遺伝子異常に起因する疾患であるため、必ず聴取します。

ヒステリーによる意識消失

若い女性で、発作時の倒れ方が不自然で、人前でのみ倒れ、外傷を残さない等の特徴があります。

■治療

速やかに原因を調べて、それに応じた治療を開始することが大切です。初診時には、特に異常所見はなく、治療を要することは少ないので、その失神の原因検索を十分しておかなければなりません。特に、心原性失神は他と比較して予後不良で、心臓突然死もあり得ますので、原因が特定できない場合は、必ず循環器内科を受診すべきです。不整脈性失神の場合、ペースメーカーや植え込み型除細動器の植え込みが必要となることもあります。他の器質性疾患に対しては、各々の疾患に合わせた治療が必要となります。虚血性心疾患；ステント留置術、弁膜症；抗凝固薬・弁置換術など、TIA（一過性脳虚血性発作）；抗凝固薬などです。

繰り返す失神は、転倒時の外傷やQOL（生活の質）の低下を招きますので、再発予防が必要です。日常生活では、①睡眠不足や運動不足の防止、②過度の減量防止、③降圧薬の過剰投与の回避、④アルコール過飲防止などが大切です。また、前駆症状がある様な場合は、しゃがむことにより失神防止効果もあり、転倒による重症外傷も防止することも出来ます。

〈参考資料〉①症状からアプローチするプライマリケア；日本医師会雑誌 140(2)、②攻める診断学；レジデントノート 14(1)、③実践救急医療；日本医師会雑誌 135(1)、④失神；KOMPAS、⑤失神；オクダ内科循環器科（宇部市内科医会）、⑥意識消失発作（失神）；聖マリアンナ医大東横病院脳卒中センター