

## 失神

聖マリアンナ医科大学東横病院失神センター長

古川 俊行

(聞き手 池脇克則)

---

失神はリスクの高い心原性失神との鑑別が重要ですが、診断と治療のアップデートを含めてご教示ください。

<埼玉県勤務医>

---

**池脇** 失神についてはときどき質問をいただきます。失神といっても、リスクの高いものから、そうではないものまで、いろいろあるということ。そして、何といっても失神の特徴は、失神を起こして、意識を回復された状況で通常の外来、場合によっては救急外来に来るため、そこで診ていくとなると、問診を中心に診断を進めていくことになるのでしょうか。

**古川** まず、いらっしゃった患者さんには、どういう状況で倒れたのか、倒れたときにどのような症状があったか、既往歴、そういうものも詳しく聞きます。必ず行ったほうが良いといわれている心電図検査で、心電図の異常がないかどうか、心疾患が隠れていないかを見極めていきます。その後、採血とかレントゲンを撮らせていただき、

危険性を評価してから次の検査へ進んでいくというかたちになっていきます。

**池脇** 失神の場合には、倒れた瞬間はご本人は意識がないので、その場に居合わせている、主には家族の方でしょうけれども、そういう方々からの情報も重要ですね。

**古川** ご家族の方からお話を聞かなければいけないのが一つ。あと、最近よくいわれているのが、携帯電話で動画を撮っていただくというのがあります。一番初めに倒れたとき、ご家族の方がそこまでできることは少ないのですが、繰り返していて原因がわからない場合には、ご家族の方に携帯電話で動画を撮ってくださいと説明しています。

**池脇** 質問では、リスクの高い心原性、一応そういったものも可能性とし

てあるという前提でいろいろ話を聞くとなると、例えば気を失って外傷を負うとか、何となくご本人に猶予がないような失神となると、これはちょっとハイリスクな失神なのかと思いながら私も問診をします。先生方もやはりそういう感じなのでしょう。

**古川** 以前、僕が調べたデータでは、やはり外傷、特に頭部の外傷を伴っている方は心原性のリスクが高いという結果でした。また、倒れる前に胸痛、強い動悸を伴う患者さんはやはり不整脈や狭心症を疑い、診療を進めるべきと思います。

**池脇** 細かいですが、失神で初診の患者さんというのは、とりあえず診察の前に、例えば心電図は撮っておいてもらうとか、あらかじめ何か検査をされた上で診られるのですか。

**古川** 多くの場合は問診票を記載していただいて、問診票の中でリスク評価ができるようになっていて、それに加えて心電図と、貧血等がないかどうか、採血をしてからきていただきます。それを見てリスク評価をし、次の検査をするかどうかという話になっていくと思います。

**池脇** 一方で心原性のハイリスクな失神はあるけれども、一応、疫学というのでしょうか、原因としたら、いわゆる神経調節性失神が一番多いということなのでしょう。

**古川** そうですね。原因不明の失神

で一番多いのは神経調節性失神です。最近では反射性失神と呼ばれています。次に多いのは、統計上は徐脈性不整脈になります。反射性失神は問診である程度診断がつかますので、倒れる前に不快感がなかったか、前後で冷や汗をかいていなかったかどうか、また典型的なきっかけである、長い間立っていたとか、どこか痛みがあったかどうかです。比較的多いのが感情による失神です。感情が急に高ぶってしまうと失神してしまう、情動失神というのがありますので、問診でそういうものを見て、反射性失神かどうかは見極めていきます。

**池脇** 問診で、何となくそうだなというのは、排尿失神、特に飲酒のときにトイレに行って倒れたとか。そういう状況失神というのでしょうか、それである程度当たりをつけて、ただ、それらしくなくても心原性はきちんと否定しておく必要があるのでしょうか。

**古川** やはり心原性は否定する必要がありますので、心電図と、積極的に心エコーは行うようにしています。それ以上の検査は、回数が多ければホルター心電図を行います。最近では週1回以上失神がある人に対して適応といわれています。本当に回数が多い方は入院していただいて、どういうときに失神しているかどうか、失神のときの心電図を確認するということをしています。

**池脇** 何回も繰り返す方というのはハイリスクな失神の可能性が高いという理解でよいのですか。

**古川** 一概にそうもいえないのですが、高齢の方で繰り返している方は不整脈の可能性が高いと思います。非常に若い方で繰り返している方というのは、不整脈というよりも、神経調節性失神や、いわゆる心因性、精神的な問題があって意識がなくなっている患者さんもありますので、その辺を見極めていく必要があります。

**池脇** リスクと回数というのは必ずしもパラレルではないのですね。

**古川** そうですね。

**池脇** 質問の中で、リスクが高い心原性との鑑別をどうやってするのかということについて、基本的にはハイリスクな心原性の失神に関してこの後お聞きしたいのですが、先ほどは徐脈性の失神、いわゆるアダムス・ストークスの失神が多いということでした。やはり頻脈性よりもそういった徐脈性のほうが多い傾向ですか。

**古川** 徐脈性のほうが多いです。頻脈発作に伴う失神の場合にはどこかで診断がついていることが多いようです。徐脈は診断がつきにくいところがあるのだと思います。そのため、原因不明の失神ということで調べていくと、徐脈の率が増えてしまうようです。

**池脇** そういう方は、それこそ最初のときの心電図がちょっと徐脈傾向と

図



か、あるいはブロックがあるとか、必ずしもそうではないのでしょうか。

**古川** 徐脈性不整脈で一番失神の原因になるのは房室ブロックなのです。房室ブロックの患者さんの特徴としては、二束ブロック以上の脚ブロックを伴っている患者さんが多いです。あと高齢の方で失神を繰り返している患者さんの場合、心房細動が隠れていて、いわゆる徐脈頻脈症候群も合併していることがあります。失神を繰り返していて心房細動があるとか、脚ブロックがある方というのは、ちょっと注意が必要と思っています。

**池脇** 確かに今おっしゃったブロックのパターンと、PAFが止まった後に心停止になるパターンがある。ブロックの場合にはある程度、心電図を撮るとそれなりの変化がありますが、PAFなどの場合には通常的心電図しか撮れないとなると、見つけ出すのは難しい

ですね。

**古川** それで回数が多い方は入院していただくのと、あと最近植え込み型のループ心電図（図）というのがあります。3～4cmぐらいのものなのですが、それを胸のところに植え込んで心電図を3年間撮るといものがあります。リスクが高く、診断が見つからない方には積極的に使うようにしています。

**池脇** これは不整脈あるいは失神が起きた場合には自動的に記録してくれるのですね。

**古川** 不整脈の場合は自動的に記録しますし、何か症状があった場合、自分でボタンを押して自分で記録することもできます。今はスマートフォンと連動している器械もあって、すぐにそういうデータが病院に送られてきますので、それを見ながら確認していくことも可能になっています。

**池脇** 心原性を疑ってやれることといたら24時間のホルター心電図ぐらいしかなくて、やったところで何も出ない。そういう意味では、この植え込み型のループレコーダーは診断率を上

げるという意味で貢献しているのでしょうか。

**古川** 原因がわからなかった患者さんで、植え込みをしたら、3カ月ぐらいで診断がつくということが少なからずありますので、植え込み型心電計が出てからは原因不明の失神はだいぶ減ってきていると思います。

**池脇** 原因がわからないと治療もできなかったけれども、そういった診断のデバイスの登場によって診断がつく。例えば、この場合には心原性の失神の診断がつくと、次は治療ということになります。新しい治療法は出てきているのでしょうか。

**古川** 一番使われるのはペースメーカーの治療になります。実際、反射性失神の治療法というのはまだ確立していないところがあります。一部にペースメーカーが有効であると言われているのですが、これをやれば確実に治るという治療法はまだありませんので、反射性失神の再発をどうやって予防していくかが一つの課題だと思います。

**池脇** ありがとうございます。