

失神の診断*

小林 洋一**

(神経治療 32 : 134, 2015)

はじめに

失神は一般的かつ重要な症状であるが、関わる科が多岐にわたるため、系統立てた診断が難しい症状でもある。失神は急激に生じて、持続が短く、診察時には完全に回復するため診断を付けづらく、原因不明とされる症例が20～40%にも及ぶ。しかし、失神の予後は原因によっては突然死にも繋がるために明らかにしなければならない。1990年代に失神の診断に大きなエポックメイキングな診断法としてチルト試験が導入された。以後、失神に対する神経反射の関与の重要性が報告されてきた。しかし、わが国では早くからチルト試験の重要性が叫ばれてきたものの、保険収載が2012年ときわめて遅くなってしまったことにより十分に普及されていない。それに加え、ようやく2009年から植え込み型ループ心電レコーダー（ILR）が保険収載されたことにより、予後不良の心原性失神の診断率の向上が望めるようになってきた。

I. 失神の定義

失神の定義としては、1) 意識消失があり、2) 一過性で、3) 急激に発症し、4) 短時間で、5) 自然に完全に回復する、と定義される。原因は脳全体の一過性灌流低下によるが、当然姿勢を維持することができなくなるが、臥位時に生じると診断は難しい。意識消失のない意識障害や転倒は失神とは言わない。また、昏睡や、蘇生例は失神から鑑別される。その結果最終的に鑑別が必要なのは失神、てんかん、精神疾患などとなる。

II. 失神の分類

失神の分類としては、起立性低血圧による失神、反射性（神経調節性）失神、心原性（心血管性）失神、に分類される。しかし、原因による分類には限界がある。例えば、頸脈による失神には必ずしも心拍出量が関係するわけではなく、血圧維持のための反射の障害が関与する。例えば、上室性頻拍症で失神を生じる症例は、非失神例に比較して必ずしも発作時の心拍が速いわけではなく、むしろ、非発作時のチルト試験が陽性となる症例に失神例が多いなどはその典型といえる。つまり、心原性失神といえども反射の関与がある。また、徐脈による失神で永久的ペースメーカー植込み後も失神を繰り返す例や、Brugada症候群や早期再分極異型（ERV）と反射性失神の合併例など、純粋な合併も存在する。いずれにせよ、最も予後不良の心原性失神の存在を確認することが重要である。

なお、ESC GL 2004とJCS GL 2007では脳血管障害による失神が分類に含まれていたが、脳全体の一過性灌流低下となることは少なく、脳の一部の虚血による局所症状が出現することから、ESL GL 2009⁴から除かれている。JCS GL 2012もこれに倣っている。

この講演では、失神の診断の進歩と、それらを用いた診断の進め方、そして、診断の問題点などについて述べてみたい。

* Diagnosis of Syncope.

** 昭和大学内科学講座循環器内科学部門 Youichi KOBAYASHI : Division of Cardiology, Department of Medicine, Showa University School of Medicine