

失神のアプローチ

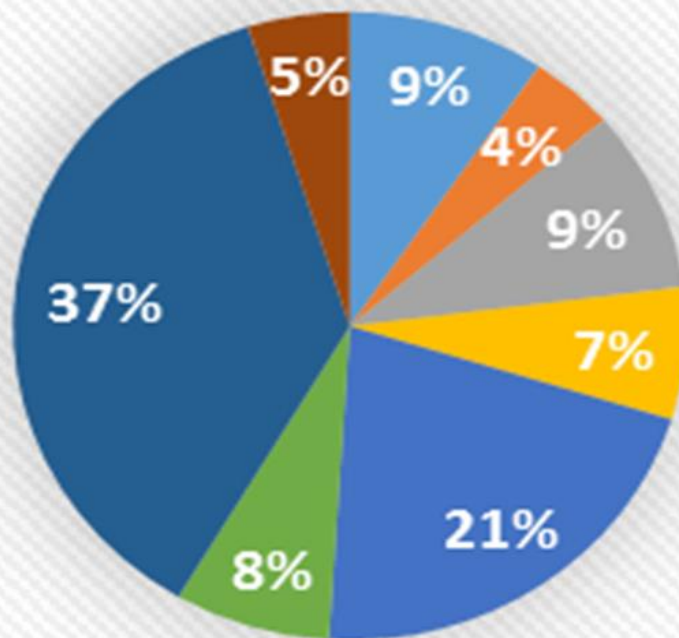
旭町内科クリニック

森岡 明

一過性意識消失発作の原因

(%)(n=822)

(Soteriades ES, et al. N Engl J Med 2002 ; 347 : 878-885 より改変)



■ 心原性

■ 脳血管疾患

■ 起立性低血圧

■ 薬剤性

■ 神経調節性

■ その他

■ 不明

■ てんかん

初期評価；

失神か非失神かの鑑別が重要

失神とは、脳の全体的な血流低下による急性発症で、短時間の、自然に完全回復する一過性の意識消失をいう

失神と鑑別を要する意識障害の3大原因

1. てんかん
2. 代謝性疾患（低血糖、低酸素血症、低二酸化炭素血症を伴う過呼吸）
3. 中毒

意識障害の鑑別診断“AIUEOTIPS”

A	A lcohol	急性中毒、離脱、Wernicke脳症、AKA
I	Insulin	低血糖、高血糖（HHS、DKA）
U	Uremla	尿毒症
E	Encephalopathy Electrolytes Endocrine-metabolic	肝性、高血圧性、浸透圧性 Na ↑ ↓、Ca ↑ ↓、Mg ↑ ↓ 甲状腺、副腎、下垂体、副甲状腺、ポルフィリア
O	Oxygen Overdose	O ₂ ↓、CO ₂ ↑、CO、シアン 麻薬／鎮痛薬、向精神薬
T	Trauma Tumor Temperature	頭部外傷 頭蓋内腫瘍、傍腫瘍症候群 低体温、高体温（熱射病、NMS）
I	Infection	感染症（中枢、全身性）
P	Psychiatric Poison	ヒステリー、過換気、カタトニー、重症うつ、 薬物
S	Shock Stroke Seizures	ショック 脳血管障害 けいれん、けいれん後、non-convulsive status epilepticus

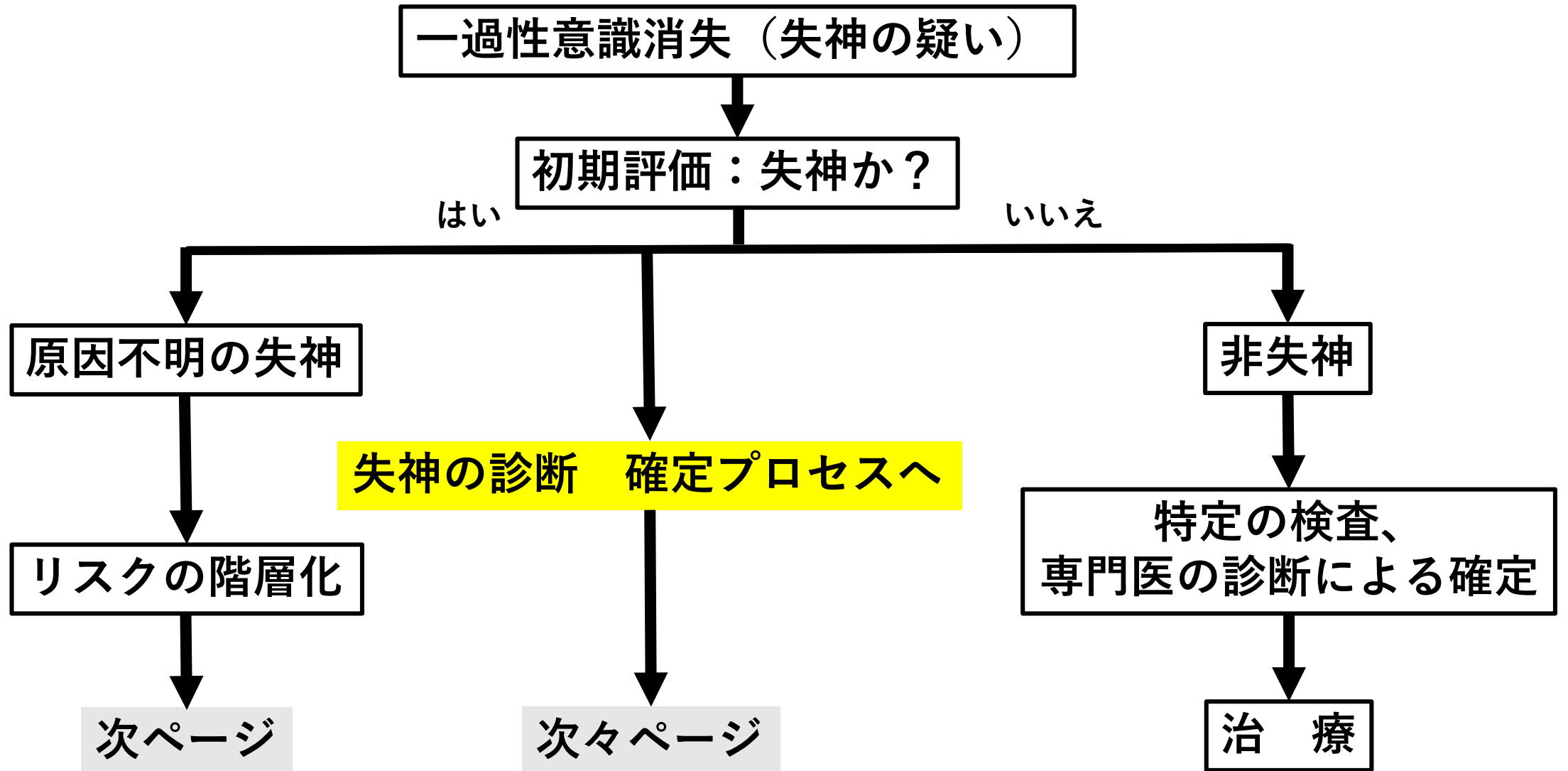
AKA : alcoholic ketoacidosis(アルコール性ケトアシドーシス)

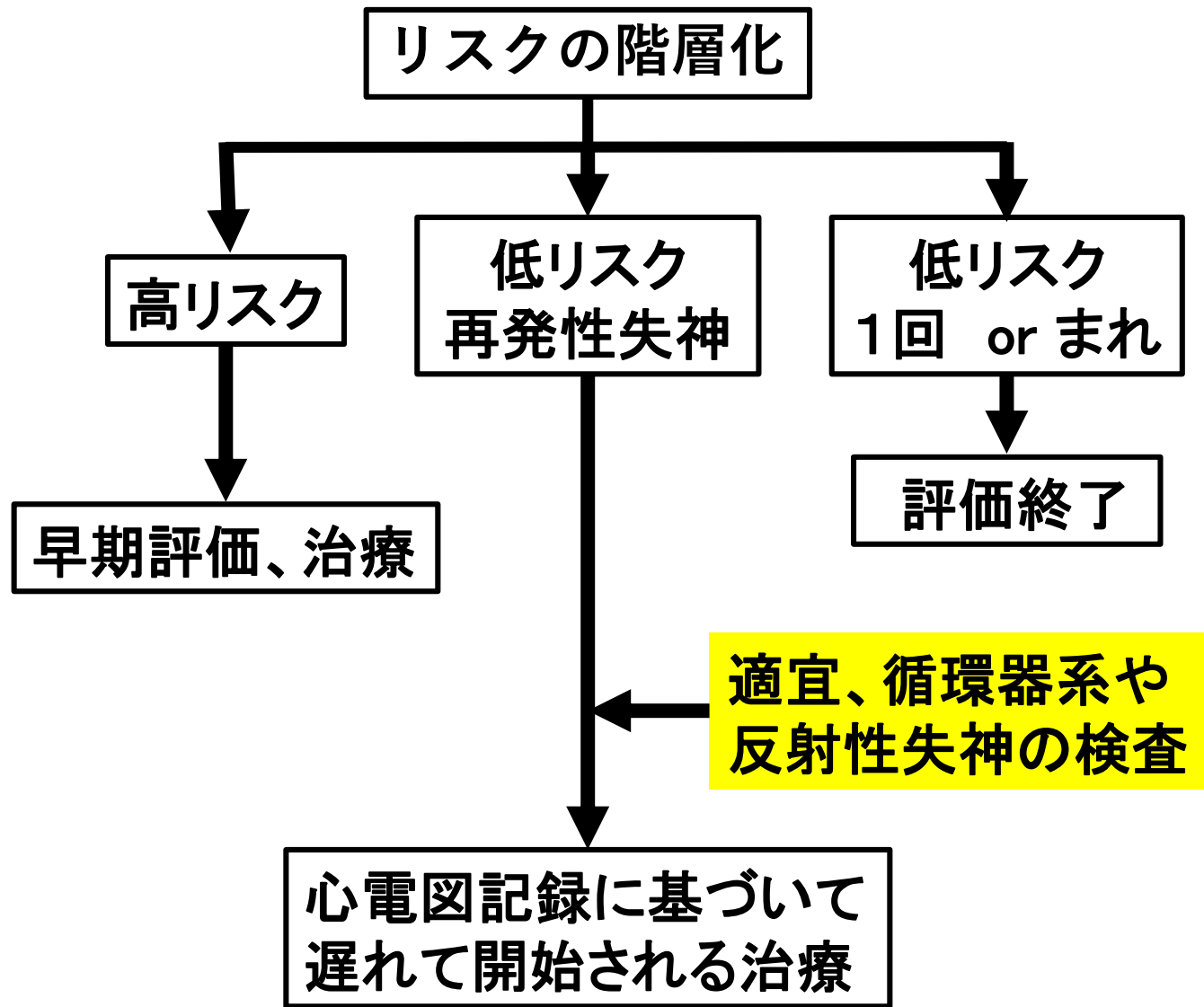
HHS : hyperosmolar hyperglycemic state (高浸透圧高血糖症候群)

DKA : diabetic ketoacidosis (糖尿病ケトアシドーシス)

NMS : neuroleptic malignant syndrome (悪性症候群)

失神とは、**脳の全体的な血流低下**による急性発症で、短時間の、自然に完全回復する一過性の意識消失をいう





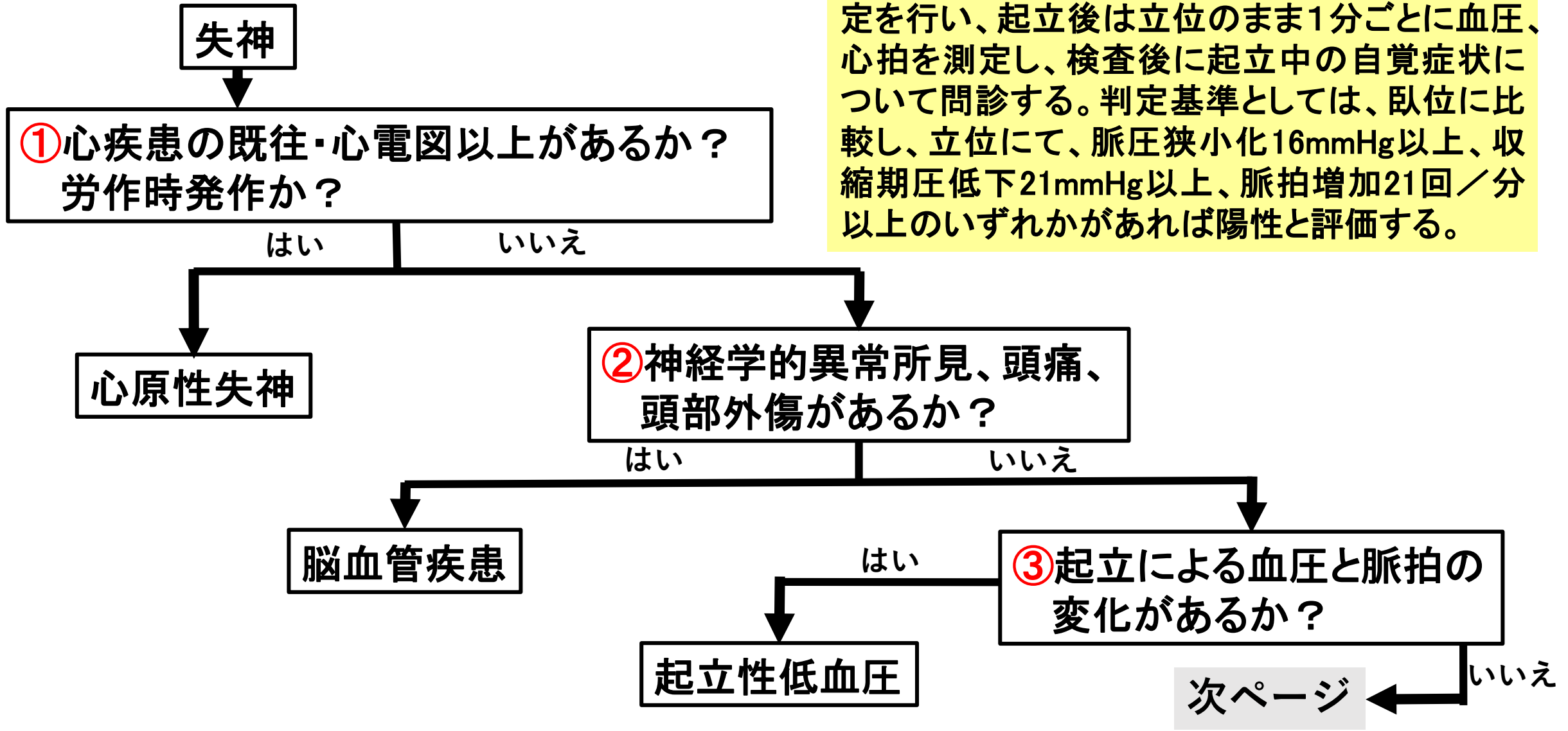
リスクの階層化について

- ①年齢
65歳以上
- ②既往症
心疾患
心室性不整脈
虚血性心疾患
中等度以上の弁膜疾患
- ③家族歴
心臓突然死または遺伝性不整脈疾患
- ④症状
胸痛・背部痛
突発する頭痛
呼吸困難
失神の前駆症状なし
- ⑤バイタルサインと身体診察
15分以上持続するバイタルサインの異常
呼吸数 > 24/分
心拍数 > 100/分、または < 50/分
収縮期血圧 < 90mmHg、または > 160mmHg
SPO2 < 90%
異常心音や肺野のラ音
神経学的異常
治療を要する外傷
- ⑥12誘導心電図
異常
- ⑦その他の検査(検査の必要性を判断して施行する)
血液検査
ヘマトクリット < 30%
BNP > 300pg/ml
心筋特異的トロポニン陽性
D-ダイマー陽性
便潜血反応陽性
- ⑧臨床医の印象
重症感

上に示すリスク因子の数が多ければ多いほど、高リスクになる。
高リスクを示唆するような因子のない場合は低リスクとする。

(日本循環器学会ほか、失神の診断・治療ガイドライン、2012より)

失神の診断 確定プロセスへ



Schellongテスト(能動的起立試験)

一般的には、10分間の安静臥位の後に10分間起立させる。起立前に3回程度心拍・血圧測定を行い、起立後は立位のまま1分ごとに血圧、心拍を測定し、検査後に起立中の自覚症状について問診する。判定基準としては、臥位に比較し、立位にて、脈圧狭小化16mmHg以上、収縮期圧低下21mmHg以上、脈拍増加21回/分以上のいずれかがあれば陽性と評価する。

次ページ ← いいえ

前ページ①②③すべて「いいえ」

降圧薬、アルコール、利尿薬、
抗不整脈薬の使用があるか？

はい

いいえ

薬剤性失神

過去に同様の病歴、何らかの前駆症状、
回復期の発汗があるか？

はい

いいえ

神経調節性失神

それ以外の疾患
心因性失神、もやもや病、
鎖骨下動脈盗血症候群など

◎ 心原性失神を疑った際のマネジメント

<基準>

入院適応

心原性の既往

心室性期外収縮(>10回/時、2連続以上、multifocal)の既往

胸痛など急性冠動脈症候群に合致する症状

心不全、弁膜症を示唆する身体所見

虚血、不整脈、QT延長、脚ブロックといった心電図異常

入院考慮

60歳以上

冠動脈疾患や先天性心疾患の既往

突然死の家族歴

若年で明らかな良性の原因がない場合の運動時失神

(参考文献; American College of Emergency Physicians Recommendation)

◎起立性低血圧の治療

1. 原因、誘因の除去

- ①活動時の降圧薬中止
- ②利尿薬中止
- ③ α 遮断薬(前立腺肥大治療)中止
- ④過食予防

2. 非薬物療法

- ①水分補給、塩分摂取増加
- ②腹帯・弾性ストッキング装着
- ③上半身を高くしたセミファウラー位での睡眠
- ④前駆症状出現時の回避法(足くみ、蹲踞姿勢等)
- ⑤急な起立の回避
- ⑥昼間の臥位を避ける

3. 体液量の増加

- ①貧血の治療(エリスロポエチン)
- ②フルドロコルチゾン(フロリネフ®)

4. 短時間作用型降圧薬

- ミドドリン(メトリジン®)
- エチレフリン(エホチール®)

5. その他

- オクトレオチド(サンドスタチン®)

(日本循環器学会ほか、
失神の診断・治療ガイドライン. 2012より)

◎失神を起こしやすい薬剤リスト

1. 血管拡張作用

降圧薬・ α 遮断薬、抗精神病薬・三環系抗うつ薬・MAO阻害薬、アルコール

2. 循環血漿量低下

利尿薬

3. QT延長、電解質異常による不整脈

マクロライド系・ニューキノロン系抗菌薬（QT延長）、漢方薬（低K）

◎神経調節性失神

1. 血管迷走神経性失神

長時間の立位あるいは座位姿勢、痛み刺激、不眠・疲労・恐怖などの精神的・肉体的ストレス、さらには人混みの中や閉鎖空間などの環境要因が誘因となって発症する。

2. 状況失神

発症状況(情動失神、咳嗽失神、嚥下失神、嘔吐失神、排便失神、排尿失神)が大きく関与する。

3. 頸動脈洞症候群

首を回した時、ネクタイをきつく締めたときに発症することがある。