

最新の不整脈ニュース

意識消失発作(失神)と神経調節性失神

防衛医科大学校 第一内科(救急部)
高瀬凡平

この“最新の不整脈ニュース”の創刊号でも取り上げられましたが、意識消失発作は、重症不整脈の兆候であり注意を要します。不整脈としましては、発作性房室ブロック、完全房室ブロック、同機能不全症候群、心室頻拍、心室細動があります。しかし、失神発作の原因には不整脈以外に、脳血管障害、脳神経疾患及びてんかん等があります。従いまして失神発作を有する症例の診断は難しいとされ、その原因を特定できない症例、いわゆる原因不明の失神発作症例が約30-50%存在するとされています。

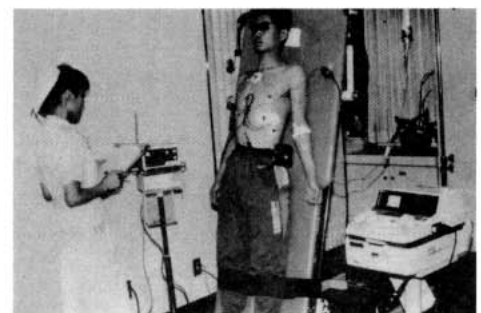
このなかで最も多い原因の一つが神経調節性失神(neurally mediated syncopeあるいはvasovagal syncopeやneurocardiogenic syncopeと同義で、いわゆる属に“脳貧血”と称する失神発作の多くが含まれます)です。1980年代の後半より神経調節性失神の診断にチルト試験(head-up tilt test)が有用であると報告されて以来(1)、原因不明の失神発作の多くが神経調節性失神であることがわかってきました。臨床的に発症した自然発作と同様の失神がチルト試験により再現可能なことより、神経調節性失神の病態生理の研究も飛躍的に進み、その発症機序もかなり明らかになってきています。

欧米の報告(2, 3)ですが、表のごとく35歳未満の若年者及び35-65歳までの中壮年者では、失神発作の原因の一位に神経調節性失神があげられております。理学所見及び12誘導心電図検査で器質的疾患が否定的でありかつ、病歴から神経調節性失神が疑われる場合にはチルト試験のよい適応となります。

一般に失神発作症例の診断治療をする際の病歴のポイントは、1)発作の特徴および長さ、2)目撃者からの状況聴取、3)患者年齢および既往歴(特に心疾患の有無)、4)失神発作に伴うか、あるいは先行する症状の有無(神経学的症状、狭心症様症状、動悸など)、5)前駆症状の有無、意識を回復してからの症状経過の特徴、6)発作時の環境および状況、7)運動、体位および情動状況、8)発作の頻度および前回発作との時間経過的關係、9)投薬の有無、10)家族歴等が具体的にあげられます。

これらの項目に従って神経調節性失神発作の特徴を述べると次のようになります。

1)発作は比較的突然発症し(後述する前駆症状があるとより神経調節性失神発作に特徴的です)比較的短時間で意識を回復しますが、時には軽度の頭痛やふらつき感が継続することがあります。2)年齢は若くかつ器質的疾患を認めない症例に多く、40歳未満の失神発作を考える場合には神経調節性失神の可能性が最も多いと考えられます。3)失神発作の前駆症状として、発汗、冷や汗、嘔気を含む消化器症状、不安感、めまい感、軽度の頭重感、眼前暗黒感、視野異常、脱力感などは神経調節性失神に特徴的です。4)神経調節性失神では、立位、食後、暑い環境下での激しい運動、塩分制限、脱水、精神身体的ストレスの状況下に発症することが多いとされています。時には、海外旅行に伴う時差が症状を増悪させることもあります。また、排尿、排便、採血等の状況により失神が誘発されることもあります。5)アルコールの摂取は神経調節性失神を誘発させやすくすることがわかっ



チルト試験

ており、また若年女性の場合には生理前に神経調節性失神発作が起こりやすく、加齢とともに軽快するものの、妊娠により再発する事があるとされています。さらに利尿剤、血管拡張剤の投与も神経調節性失神発作を誘発させることがあるとされています。6) 時に家族集積性があります。若年者ほどこれらの典型的な症状を有することが多いのですが、加齢とともに非典型的な症状を呈することが多くなり、高齢者の場合には必ずしも上記の特徴を有さない神経調節性失神例も存在するといわれています。

従いまして、このような特徴を有する症例では神経調節性失神発作を念頭においてチルト試験の適応を考えると良いと思われます。また、このような特徴がなくても病歴の聴取、理学所見、12誘導心電図検査で失神の原因が特定できない症例で、かつ器質的疾患の合併の可能性が低く、心臓超音波検査、運動負荷心電図、24時間心電図検査で原因が特定できない場合にはチルト試験を考慮すべきと考えます。

一部の難治症例を除けば、一般に神経調節性失神は予後良好であり、失神発作に伴う外傷等を回避できれば臨床的には生活指導等で対処可能です。従いまして、チルト試験により診断が確定されれば、患者様の不安を除くことにもつながります。しかし、チルト試験は時間と労力がかかりますので、必要に応じて施行可能な施設への紹介が必要と思われます。

表 失神の一般的原因疾患 (文献3より改変)

若年 (<35歳)	中壮年 (35~65歳)	老年 (>65歳)
神経調節性失神 精神神経疾患 てんかん Long QT症候群 WPW症候群 頻脈性不整脈 肥大型心筋症	神経調節性失神 心臓性 頻脈性不整脈 徐脈性不整脈 閉塞性疾患 (肥大型心筋症、弁膜疾患)	多因子性 心臓性 不整脈 閉塞性疾患 起立性低血圧 薬剤性 神経調節性失神

文 献

- 1) Kenny RA, Ingram A, Bayliss J, et al. Head-up tilt; A useful tool for investigating unexplained syncope. Lancet 1986;II:1352-1354.
- 2) Wayne HH. Syncope; physiological considerations and an analysis of the clinical characteristics in 510 patients. Am J Med. 1961;30:418-438.
- 3) Olshansky B. Syncope; Overview and approach to management. in :Grubb BP (ed): Syncope. pp15-72, New York, Futura Publishing, 1998.

■緊急又は日頃の診療で、心臓病、不整脈の患者さんに関してお困りの事がありましたら、下記までご連絡下さい。

地域幹事 **高柳 寛** (獨協医科大学越谷病院 循環器内科)
TEL:0489-65-1111 / FAX:0489-65-1127
 住所: 〒343-0845 越谷市南越谷2-1-5

編集発行: **埼玉不整脈ペーシング研究会**

代表 **松本 万夫** (埼玉医科大学 第二内科)

TEL:0492-76-1191 / FAX:0492-95-8399
 〒350-0495 入間郡毛呂山町毛呂本郷38