

救急で困る一過性全健忘 (transient global amnesia)

筑波大学 総合診療グループ

作成者:PGY 4 宮崎 賢治

監修者:小曾根 早知子

五十野 博基

2016年12月1日



筑波大学
University of Tsukuba

分野:神経内科
テーマ:診断

症例：68歳男性 主訴：記憶がない

【現病歴】

受診当日朝に本人がどこかへ出かけた。同日夕方頃本人から妻へ電話があり、「今いる場所(近所のパチンコ屋から徒歩5分の距離)がわからない。周りの建物を伝えるから迎えに来てくれ。」と話があった。

妻は本人を発見して家に連れて帰ってきたが、「どうやって家に帰って来たのか？」という質問を家族に繰り返したため、当院救急外来を受診した。

【既往歴】

陳旧性無症候性脳梗塞

（認知機能・ADL共に異常なし。）

【内服歴】

アスピリン、ロスバスタチンカルシウム、ファモチジン

（近医脳神経外科処方）

【家族歴】

特記事項なし

【生活歴】

喫煙 10本×45年、飲酒ビール350ml 2缶/日

【ROS】

陰性：失神、痙攣、しびれ、筋力低下の自覚、言語障害、
バランスの異常、歩行異常

【身体所見】

身長 168cm 体重 65 kg BMI 23.0

外観:意識清明、協調性あり

GCS E4V5M6 BP 146/73 mmHg PR 88 bpm(reg.)

BT 37.2 °C RR 14/min SpO2 98%(RA)

神経所見:脳神経 II-XII 異常なし

Barre徴候 -/- Mingazinni徴候 -/-

感覚低下なし(温・痛・触)

構音障害なし、指鼻指試験陰性、

回内・回外試験陰性、膝踵試験陰性

【血液検査(受診当日)】

WBC 8100/ μ l, Hb 15.7 g/dl, Plt 24.5万/ μ l

BUN 18.1 mg/dl, Cre 0.79mg/dl, Na 138 mEq/l, Cl 98 mEq/l,

K 3.9 mEq/l, Ca 9.4 mg/dl, Glu 228 mg/dl, HbA1c(NGSP) 5.4 %,

NH₃ 38 μ g/dl, TSH 1.756 μ IU/ml, FT4 0.91 ng/dl, CRP 0.08 mg/dl

【心電図(受診当日)】

HR 80 bpm, Sinus rhythms, ST変化なし

【頭部CT(受診当日)】

高吸収域なし, 腫瘍なし

【頭部MRI(受診翌日)】

拡散強調画像特記事項なし, MRA特記事項なし

【脳波(外来)】

異常波形なし

診断

一過性全健忘(Transient global amnesia)

経過

夜間救急外来を受診され、経過観察目的で入院し、翌日には退院となった。外来で行った脳波は異常なく、発症から2週間後の再診時にも再発は認めず終診とした。

CQ

CQ1 一過性全健忘と診断したが、良かったのか？

CQ2 無治療としたが良かったのか？

CQ

CQ1 一過性全健忘と診断したが、良かったのか？

→TGA の臨床的特徴、診断基準

CQ2 無治療としたが良かったのか？

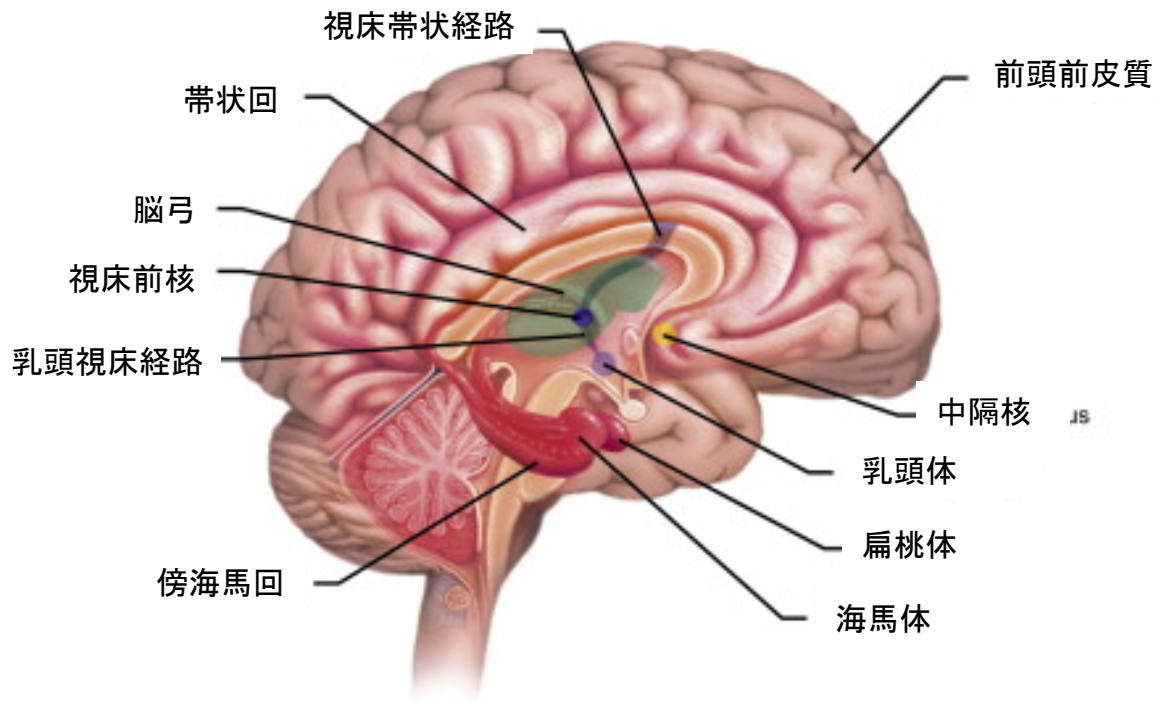
→TGAの再発率

健忘とは何か。

まずは「記憶」についてのおさらい。

脳の記憶に関わる重要な回路：Papez回路

(海馬→脳弓→乳頭体→視床前核→帯状回→海馬傍回→海馬)



記憶の3つの型

1) 即時記憶 (ワーキングメモリー)

Papez回路を活用しなくても行えるほどの短時間の記憶。

2) 短期記憶 (エピソード記憶)

Papez回路を使用する、数分後から数時間の記憶。

3) 長期記憶 (意味記憶)

複数の大脳皮質が関連する、長期間の記憶や意味記憶。

3つの記憶の確認例

1) 即時記憶 (ワーキングメモリー)

例)「今から言う7つの数字を繰り返して下さい」

2) 短期記憶 (エピソード記憶)

例)「今から言う7つの数字を繰り返して下さい」

3) 長期記憶 (意味記憶)

例)「生まれはどこですか？」

健忘とは

健忘：Papez回路の障害に伴う短期記憶の障害
基本的には新しい記憶の作成障害（前健忘）が起こる。

1) 即時記憶（ワーキングメモリー）

2) 短期記憶（エピソード記憶）

3) 長期記憶（意味記憶）

そのため、

・ 運転（ワーキングメモリー+長期記憶）はできる。

一過性全健忘

【概念】

突然発症の前向性健忘※、同じ質問を繰り返し、24時間以内で自然軽快し、他の神経機能を損なわない症候群のことを指す。

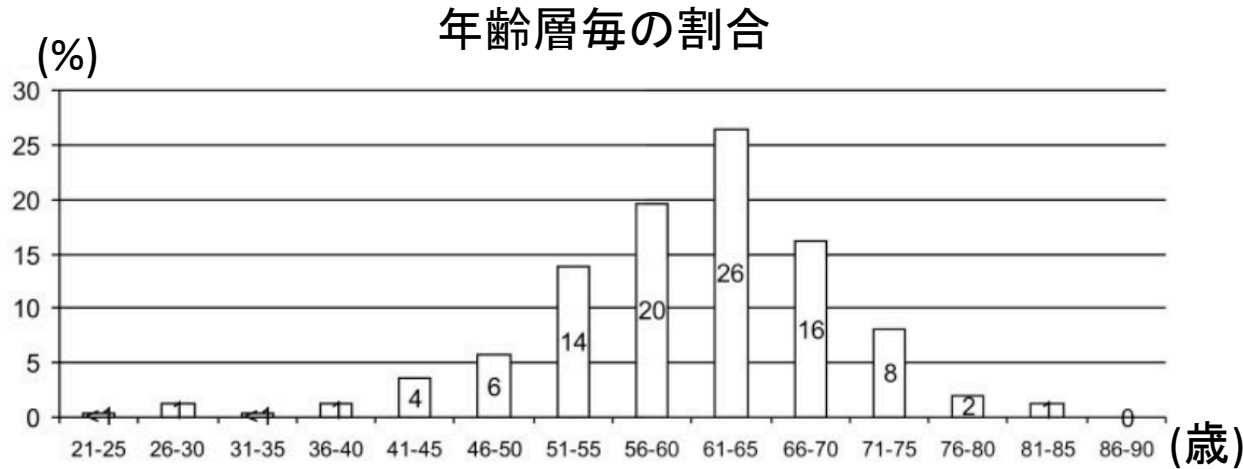
病態は未だに不明。

※前向性健忘：疾患発症後の短期記憶障害

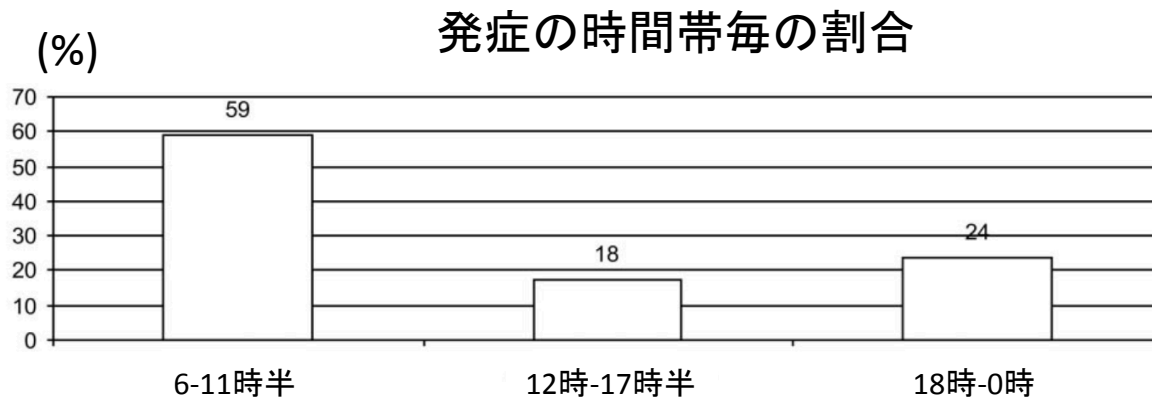
※逆向性健忘：疾患発症前の短期記憶障害

【疫学】

50歳～80歳に多く、朝の発症が多い



N=246人



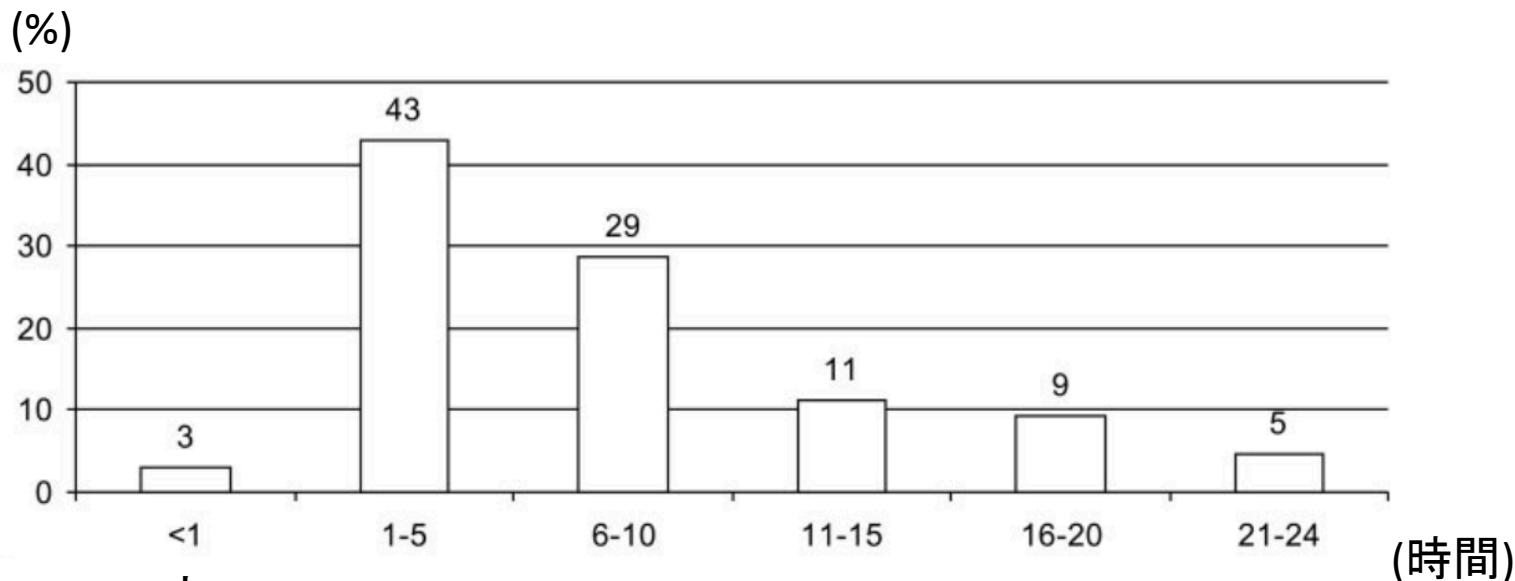
N=142人

一過性全健忘

【症状】

日付や周囲の環境について同じ質問を繰り返す。
(Broken radio question)

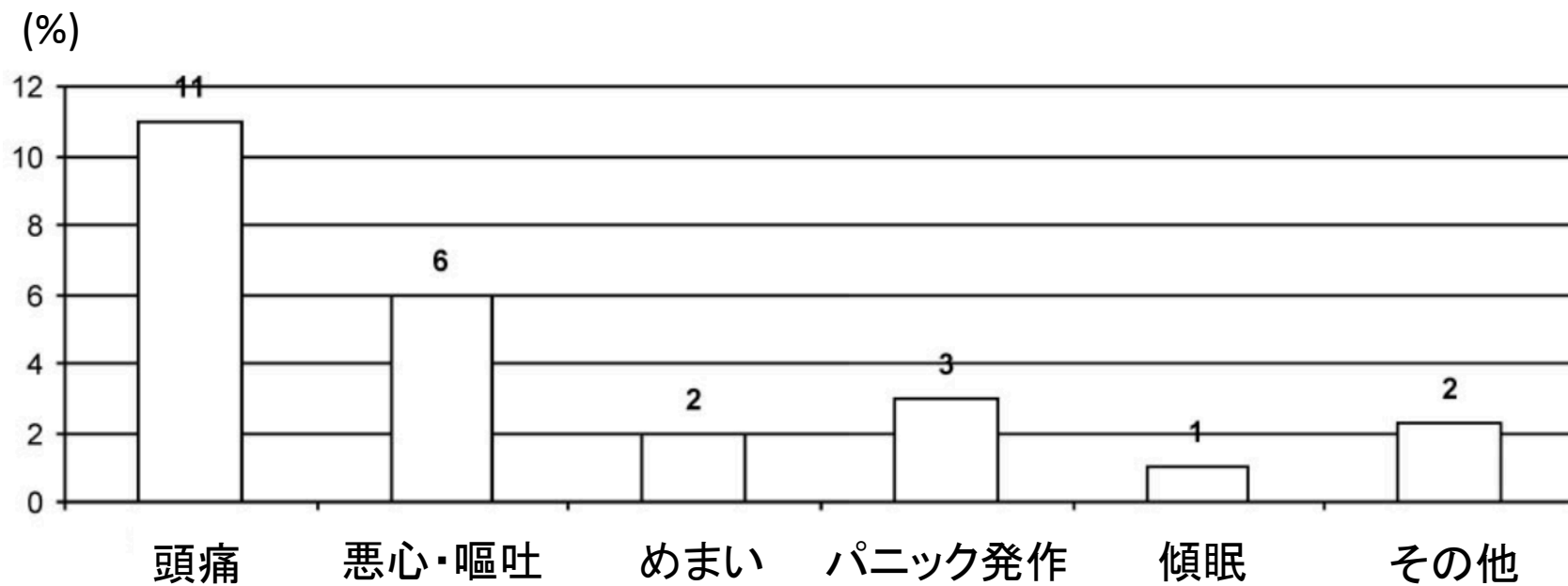
数唱は可能だが、遅延再生*は障害される。 *「桜、猫、電車」を聴取する。
持続時間は1～10時間以内が多い。



N=165人

【随伴症状】

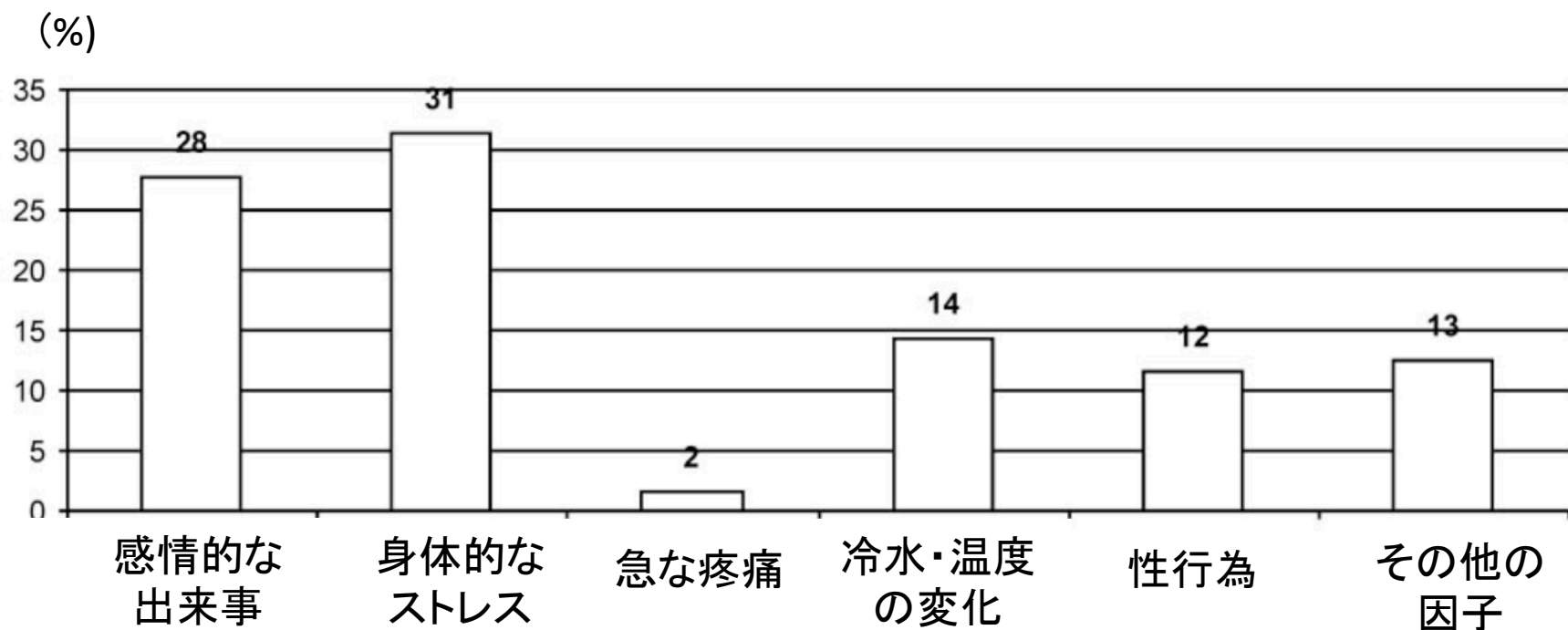
10-40%の症例に下記の症状を認める。



N=616人

【誘因】

33～89%の症例に以下の誘因を認める。



N=462人

CQ1 一過性全健忘の診断

診断基準:

- 1) 発作が目撃され、発作中の情報が観察者から得られる
- 2) 発作中、明確な前健忘が認められる。
- 3) 意識混濁・見当識障害がなく、高次機能障害は健忘による減弱のみに限られる。
- 4) 発作中、神経学的局所徴候は合併せず、発作後もない。
- 5) てんかんの特徴がない。
- 6) 発作は24時間以内に消失する。
- 7) 頭部外傷や活動性のてんかん(抗てんかん薬内服中または、2年間以内に1度以上の発作)がないこと。

CQ1 一過性全健忘の診断・鑑別

今回の症例では、2-7の項目に合致した。

診断基準：

- 1) 発作が目撃され、発作中の情報が観察者から得られる。
- 2) 発作中、明確な前健忘が認められる。
- 3) 意識混濁・見当識障害がなく、高次機能障害は健忘による減弱のみに限られる。
- 4) 発作中、神経学的局所徴候は合併せず、発作後もない。
- 5) てんかんの特徴がない。
- 6) 発作は24時間以内に消失する。
- 7) 頭部外傷や活動性のてんかん(抗てんかん薬内服中または、2年間以内に1度以上の発作)がないこと。

TGA診断アルゴリズム

突然発症の全健忘

さらに神経学的または、
他に症状がある。

いいえ

はい

持続時間

他に可能性がある
診断病名が考えられる。

数分間

数時間

一過性てんかん性健忘

一過性全健忘の
可能性がある。

MRI
脳血管評価
ECG
EEG
検体検査

EEG

±MRI
±EEG
経過評価

TGA診断アルゴリズム

突然発症の全健忘

さらに神経学的または
他に症状がある。

いいえ

はい

持続時間

他に可能性がある
診断病名が考えられる。

数分間

数時間

一過性てんかん性健忘

一過性全健忘の
可能性がある。

MRI
脳血管評価
ECG
EEG
検体検査

EEG

±MRI
±EEG
経過評価

MRI, EEGを行うかは
判断が分かれる。

TGA以外の代表的な鑑別

TGAと臨床症候が似ている代表的な鑑別疾患として、TEA(一過性てんかん性健忘)、TIA(一過性脳虚血発作)がある。以下の様な特徴がある。

疾患	リスク因子	誘因	持続時間	随伴する神経症状	再発率
TGA	片頭痛	ある	4-6時間	なし	低い
TEA	なし	時にある	60分未満	時にある。 (口の自動症、 幻味など)	高い
TIA、Stroke	血管リスク	なし	数分から永 続する	時にある。 どんな症状 でもありうる。	低い

TEA(一過性てんかん性健忘)

【診断】

TEAの診断基準:

- 1)目撃される一過性の健忘を繰り返す。
- 2)発作中に記憶以外の認知機能は保たれている。
- 3)以下の1つ以上で痙攣が診断される。
 - a)てんかん型波形を示す脳波異常。
 - b)他にてんかんの臨床的特徴を伴う(唇鳴らし、幻嗅など)。
 - c)抗てんかん薬で明らかに反応する。

【治療】

抗痙攣薬により88.5%(71/80例)で健忘が改善する。

【疫学】

平均年齢は57.2歳。

【症状】

70.4%の症例が目覚めた時に発症する(51/71例)。

逆向性健忘>前向性健忘である。

平均持続時間 30-60分である。

※24.5%(23/93例)で1-24時間持続する。

50%程度の症例でTGAと同様の繰り返す質問をする。
(42/80例)

72%の症例が随伴症状を伴う。(36/50例)

幻嗅 42% (31/50例)

自動症 32% (16/50例)

既視感 10% (5/50例)

TIA(一過性脳虚血発作)/Stroke

- ・稀に健忘のみの脳梗塞も存在する

辺縁系に関連する後大脳動脈、前脈絡叢動脈、視床の穿通枝動脈の梗塞で健忘のみ、または主な臨床症状として発症しうることが報告されている。

[Ott BR.Stroke.](#) 1993 Jul;24(7):1033-42.

Unilateral amnesic stroke. Six new cases and a review of the literature.

- ・脳虚血のリスク評価でMRI適応を検討する。

リスク因子: 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、運動不足
心房細動、頸動脈狭窄症、家族歴、年齢(80歳以上)
他、性別、人種

リスク因子: Up to date: Overview of secondary prevention of ischemic stroke より

CQ2 TGAの管理

- TGA診断時、チアミン投与は検討される。
Wernicke Korsakoff症候群も健忘の代表的な鑑別疾患である。
- TGAの再発率は様々な追跡期間で2.9-26.3%の報告。
年間再発率は2.5-5.8%程度。年齢を合わせた比較研究では、TGAに続発して致死率やてんかん、脳卒中リスクは上昇しない。

CQ2 TGAの管理

- TGAにより認知機能が低下するかは不明。
TGA後の認知機能低下がコントロールと差がないとする症例対照研究、差があるとする症例対照研究がある。
(長期的な追跡で研究した文献は少ない。)
- 改善後の管理は不要。
発作が改善していたら治療の必要はなく、帰宅で良い。運転制限ふくめ、日常生活の制限は必要なし。

症例の振り返り

今回の症例では、

- 10時間以内で自然軽快した他に神経学的異常を伴わない前健忘患者だった。
- てんかんとしての特徴がない(痙攣の目撃がない、発作の持続時間が痙攣発作後には長い)と判断できた。ほぼTGAと診断して問題無い。
- 脳血管リスク自体はあり、陳旧性脳梗塞の既往から、脳卒中に伴う健忘の可能性は否定はできない。
- 健忘のエピソードを繰り返した場合はてんかんを考慮して、EEGでもよかった。
- 24時間以内にMRIを行くこと自体は妥当だったと考える。

Take home message

- TGAの診断基準を把握して、自信を持って診断しよう。
- 発作が改善するまで医療者がすぐに介入できる環境で経過観察が無難である。検査自体は総合的に判断する必要がある。
- 予後は良好で日常生活の制限は必要ない。
- 短期的(発症から1ヶ月以内)な認知機能障害は認めないが、長期的な認知機能障害の研究は少なく、今後さらなる研究が期待される。