
第9回失神研究会

会期 平成30年7月15日(日)

会場 昭和大学 上條講堂

東京都品川区旗の台1-5-8

TEL 03-3784-8000

主催:失神研究会

第9回 失神研究会

当番会長 櫻田 春水

(公益財団法人東京都保健医療公社大久保病院 名誉院長)

第9回失神研究会のご挨拶

これまで失神の診療に関する多くの有用な議論を重ねてきた失神研究会も今年で第9回目を迎えることとなります。失神あるいは前失神は日常診療でよく遭遇する病態ですが、その診療における体系的なアプローチが議論されるようになってそれほど長い歴史があるとは言えません。ESCの失神ガイドラインも今年改訂されたばかりですが、“We have the knowledge, we need to teach it”がkey messageとのこと。 “知識を得てこれを伝える”ために失神研究会は、真の臨床力を備えた医師や医療従事者を育てる会であり続けるべきと考えます。

今回の第9回失神研究会では、ランチョンセミナーとして埼玉医科大学国際医療センター小児心臓科の住友直方教授に「小児の失神」をテーマに講演頂き、また、特別講演として金沢大学医薬保健学総合研究科 脳老化・神経病態学（神経内科）の山田正仁教授には「認知症と失神」に関する興味深い講演をお願いしております。その他、例年通り一般演題の中から優秀演題賞を選出する予定としております。

失神診療に関与する各診療科の先生方のみならず、全ての部門の医療従事者の方々の参加を大いに歓迎いたします。多方面からの切り口が非常に重要になる病態である失神について、診療科の垣根を越え皆でより議論を深めることが日常臨床の一助となればと願い、挨拶に代えさせていただきます。

第9回 失神研究会

当番会長 櫻田 春水

(公益財団法人東京都保健医療公社大久保病院 名誉院長)

第9回失神研究会：プログラム

2018年7月15日(日)

- 10:00-10:05 会長挨拶
- 10:05-10:55 一般演題1 (1～4)「遺伝性不整脈疾患・その他」
座長：住吉 正孝 (順天堂大学練馬病院 循環器内科)
高橋 尚彦 (大分大学医学部 循環器内科・臨床検査診断学講座)
- 10:55-11:45 一般演題2 (5～8)「反射性失神・その他」
座長：水牧 功一 (アルペン室谷クリニック)
高瀬 凡平 (防衛医科大学校 集中治療部)
- 11:45-11:55 休憩
- 11:55-12:40 ランチョンセミナー「小児の失神」
座長：西崎 光弘 (関東学院大学 / 小田原循環器病院)
演者：住友 直方 (埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓科)
共催：日本メドトロニック株式会社
- 12:40-12:50 休憩
- 12:50-13:50 一般演題3 (9～13)「失神の診断・治療」
座長：安部 治彦 (産業医科大学医学部 不整脈先端治療学)
小林 洋一 (昭和大学病院 医療安全部門)
- 13:50-14:35 特別講演「認知症と失神」
座長：櫻田 春水 (東京都保健医療公社 大久保病院)
演者：山田 正仁 (金沢大学医薬保健学総合研究科 脳老化・神経病態学
(神経内科))
共催：第一三共株式会社
- 14:35-14:50 閉会挨拶および次回開催案内
小林 洋一 (昭和大学病院 医療安全部門)
- 15:00- 懇親会 入院棟 17階タワーレストラン昭和
※優秀演題表彰式も行いますので、ご参加をお願い致します。

[会場ご案内]

< J R 東京・品川駅方面または J R 新宿駅方面からお越しの場合 >

J R 山手線五反田駅にて東急池上線乗り換え、旗の台下車

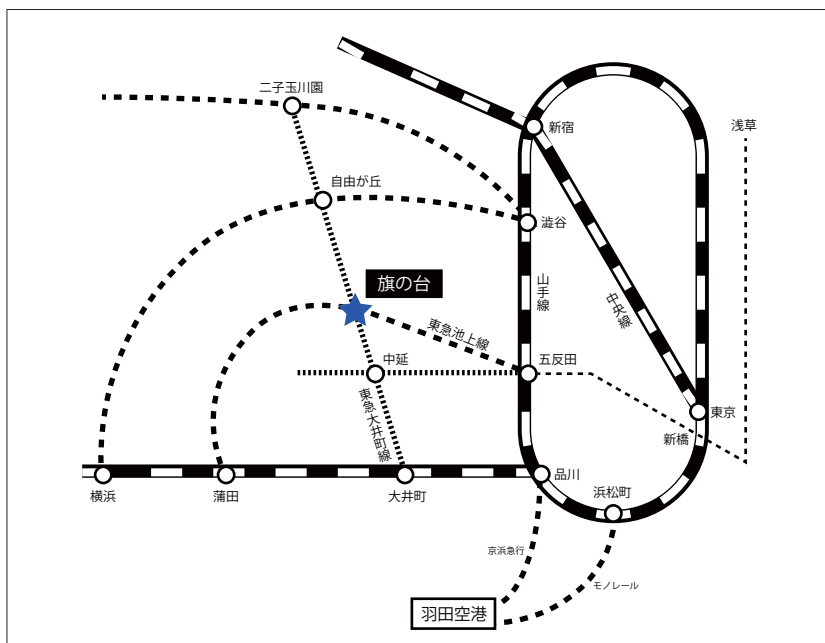
< J R 横浜・川崎駅方面からお越しの場合 >

J R 京浜東北線大井町駅にて東急大井町線乗り換え、旗の台下車

< 羽田空港よりお越しの場合 >

京浜急行羽田駅より、品川にて、J R 山手線乗り換え後、

J R 五反田駅にて、東急線乗り換え、旗の台下車



東急池上線・大井町線 旗の台駅東口下車 徒歩5分

都心からお越しの場合は JR 五反田乗換→池上線

または JR 大井町乗換→大井町線

東急池上線と大井町線が交差している「旗の台駅」で降りて下さい。

降車後は東口の改札を出て左折し、右の地図に従ってお進み下さい。

懇親会 15:00～

入院棟 17階 タワーレストラン昭和で
優秀演題の表彰式も行いますので
ご参加をお願い致します。



【参加者の方へ】

● 参加受付

会場（昭和大学 上條講堂）ロビーにて参加受付を下記時間帯に行います。

7月15日（日）9：00～

● 参加費

5,000円

参加費と引き換えに参加証（領収書付ネームカード）

招待者の方は、招待者受付でネームカードをお受け取りください。

● 開演時間（講演・学術発表）

7月15日（日）10：05

● 失神研究会は、不整脈専門医の更新単位加算対象学術集會に認定されています。

今回のご参加により更新1単位が取得できます。

【発表者の方へ】

一般演題は、発表8分、討論4分で行います。各セッションの座長の指示に従ってください。

また、発表はすべてPCプレゼンテーションとなりますので、以下の要領をご確認のうえ、発表の30分前までにPC受付へお越し下さい。

● Windowsにてデータを作成された場合：データをお持ち下さい。

- ・USBフラッシュメモリに保存してご提出下さい。
- ・OSはWindows 10、アプリケーションはPowerPoint 2007/2010/2013に対応しております。それ以外のソフトや動画の多い場合は、ご自身のPCをお持ち下さい。
- ・フォントはOS（Windows 7）標準のもののみ用意いたします。
これ以外のフォントを使用した場合、文字・段落のずれ・文字化け・表示されない等のトラブルが発生する可能性があります。
- ・セッション進行上PowerPointの発表者ツールは使用できませんのでご注意ください。
- ・ご用意いただくUSBフラッシュメモリのウイルスチェックを事前に行ってください。
- ・発表開始時刻の30分前までに、受付にて発表データを試写確認のうえ、ご提出下さい。
- ・発表データは事務局で責任を持って消去致します。

● Macintoshにてデータを作成された場合：ご自身のPCをご持参下さい。

- ・必ずACアダプターをご用意下さい。バッテリーでのご使用はトラブルの原因となります。
- ・動画をご利用の場合、再生できることをPC受付にて必ずご確認ください。
- ・利用機種・OS・アプリケーションに制限はありませんが、D-sub15ピンによるモニター出力が必要です。ご持参いただくPCからD-sub15ピンへの変換コネクタが必要な場合には、各自でご用意下さい。D-sub15ピン以外の接続はお受けできませんので予めご了承下さい。
- ・スクリーンセーバー、ウイルスチェックならびに省電力設定は予め解除しておいて下さい。
- ・発表開始時刻30分前までに、PC受付にて試写を行ってください。
- ・ご持参頂くPCに保存されている貴重なデータの損失を避けるため、必ず事前にデータのバックアップを取っておいて下さい。

10:05-10:55 一般演題 1 (1～4) 「遺伝性不整脈疾患・その他」

座長：住吉 正孝 (順天堂大学練馬病院 循環器内科)

高橋 尚彦 (大分大学医学部 循環器内科・臨床検査診断学講座)

1 . ダイエットが契機となり Torsades de Pointes を発症したと考えられる QT 延長症候群の 1 症例

日本大学附属板橋病院 循環器内科¹ 滋賀医科大学 呼吸循環器内科²
大久保 公恵¹ 奥村 恭男¹ 堀江 稔²

2 . 植込み型除細動器 (ICD) 適応判断に苦慮し、植込み型心電計 (ILR) を挿入した Brugada 症候群の 1 例

横浜南共済病院 循環器内科¹ 関東学院大学 保健センター²
東京都保健医療公社大久保病院³ 東京医科歯科大学医学部附属病院⁴
大森 真理¹ 鈴木 誠¹ 原 果里奈¹ 埜本 優太¹ 金田 俊雄¹ 飯谷 宗弘¹
山上 洋介¹ 島田 博史¹ 萬野 智子¹ 一色 亜美¹ 清水 雅人¹ 藤井 洋之¹
西崎 光弘² 櫻田 春水³ 平岡 昌和⁴

3 . 下壁誘導に早期再分極所見を有し、右冠動脈造影中に心室細動を発症した 1 例

大分大学 循環器内科・臨床検査診断学講座
吉村 誠一郎 篠原 徹二 谷野 友美 原田 泰輔 齋藤 聖多郎 福井 暁
岡田 憲広 秋岡 秀文 秋好 久美子 手嶋 泰之 油布 邦夫 中川 幹子
高橋 尚彦

4 . 冠動脈起始異常により失神・心肺停止に至った 2 症例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓科¹
埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科²
長田 洋資¹ 住友 直方¹ 連 翔太¹ 今村 知彦¹ 小柳 喬幸¹ 小島 拓朗¹
葭葉 茂樹¹ 小林 俊樹¹ 柘岡 歩² 鈴木 孝明²

10:55-11:45 一般演題 2 (5～8) 「反射性失神・その他」

座長：水牧 功一 (アルペン室谷クリニック)

高瀬 凡平 (防衛医科大学校 集中治療部)

5 . 睡眠時無呼吸症候群による洞停止を合併した咳嗽失神の 1 例

順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科
佐藤 彰洋 木村 友紀 塩崎 正幸 清水 めぐみ 福田 健太郎 比企 優
久保田 直純 田村 浩 井上 健司 藤原 康昌 住吉 正孝

6 . 食事性低血圧による失神を契機にレビー小体病の診断に至った一例

東京都立広尾病院 循環器科¹ 東京都立広尾病院 神経内科²
新井 真理奈¹ 北條 林太郎¹ 宮澤 聡¹ 河村 岩成¹ 深水 誠二¹ 三笠 道太²
北見 真喜子² 平澤 基之²

7 . 嚥下性失神に頸動脈過敏症を合併した2症例

産業医科大学医学部 不整脈先端治療学¹ ミネソタ大学病院 循環器科²
河野 律子¹ 安部 治彦¹ David G. Benditt²

8 . 運動後のクールダウンにより抑制できた運動誘発性失神の1例

昭和大学医学部 内科学講座 循環器内科学部門
猪口 孝一郎 小貫 龍也 中村 友哉 後閑 俊彦 谷澤 宏樹 千葉 雄太
川崎 志郎 大西 克実 宗次 裕美 伊藤 啓之 渡辺 則一 箕浦 慶乃
安達 太郎 河村 光晴 小林 洋一 新家 俊郎

11:55-12:40 ランチョンセミナー「小児の失神」

座長：西崎 光弘（関東学院大学 / 小田原循環器病院）
演者：住友 直方（埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓科）
共催：日本メドトロニック株式会社

12:50-13:50 一般演題3（9～13）「失神の診断・治療」

座長：安部 治彦（産業医科大学医学部 不整脈先端治療学）
小林 洋一（昭和大学病院 医療安全部門）

9 . 失神の原因疾患の診断に苦慮した一例

社会福祉法人三井記念病院 循環器内科¹ 東京都保健医療公社大久保病院²
小宮山 浩大¹ 田邊 健吾¹ 富井 大二郎¹ 中西 亨¹ 二宮 開¹ 小関 啓太¹
田中 徹¹ 奥野 泰史¹ 佐藤 優¹ 佐藤 啓¹ 矢作 和之¹ 小池 秀樹¹
青木 次郎¹ 櫻田 春水²

10. 植え込み型ループレコーダーにより診断し得た食後失神の一例

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科
高橋 佳美 江口 久美子 山口 展寛 尾上 紀子 石塚 豪 篠崎 毅

11. 発作性完全房室ブロックによる失神患者に対しリードレスペースメーカー植込術を施行した症例

昭和大学藤が丘病院 循環器内科¹
昭和大学医学部内科学講座 循環器内科学部門²
間瀬 浩¹ 浅野 拓¹ 若月 大輔¹ 倉田 征昭¹ 鈴木 洋¹ 小林 洋一²

12. 北里大学病院救急部門における失神診療の現状

北里大学医学部循環器内科学¹ 横浜旭中央総合病院循環器内科²
練馬光が丘病院循環器内科³

西成田 亮¹ 庭野 慎一¹ 松浦 元¹ 荒川 雄紀¹ 小林 周平¹ 白川 裕基¹
堀口 愛¹ 中村 洋範^{1,3} 石末 成哉¹ 及川 淳¹ 五十嵐 巖¹ 岸原 淳¹
佐藤 陽² 深谷 英平¹

13. 失神センターにおける漢方の使用経験

聖マリアンナ医科大学 東横病院 失神センター¹

聖マリアンナ医科大学 東横病院 心臓病センター²

高木 泰^{1,2} 古川 俊行¹ 伊藤 史之^{1,2} 徳丸 睦^{1,2} 田中 修²

13:50-14:35 特別講演「認知症と失神」

座長：櫻田 春水（東京都保健医療公社 大久保病院）

演者：山田 正仁（金沢大学医薬保健学総合研究科 脳老化・神経病態学
（神経内科））

共催：第一三共株式会社

【ランチョンセミナー】

小児の失神

埼玉医科大学 国際医療センター 小児心臓科

住友 直方

本セミナーでは小児失神の特徴について述べる。

【乳児の失神】乳幼児には次の2つの特徴的な失神がある。一つは乳児反射性失神発作(蒼白型息止め発作、反射性無酸素発作)と呼ばれるもので、不快な出来事などの後、迷走神経が緊張し、心臓抑制で発症する。もう一つはチアノーゼ型息止め発作と呼ばれ、転倒などによる痛み、叱責などの後、涕泣時に息をこらえ、チアノーゼが出現し、一過性に意識消失を起こす。

【失神の診断】現病歴、家族歴、心電図検査が反射性失神とその他の原因を鑑別するのに最も有効である。家族歴が陽性であれば、遺伝性不整脈疾患が最も考えられるが、反射性失神でも家族歴を有するものがある。またヘッドアップチルトテスト(HUT)は小児では偽陰性、偽陽性が多く、反射性失神の診断時には注意が必要である。成人のプロトコルではHUTの特異度が低いので、思春期では傾斜角60~70°、10分の短いHUTが有用(特異度>85%)との報告がある。

【小児における致死的失神の原因疾患】

血流障害によるものとして肥大型心筋症、大動脈弁狭窄症、肺血管性肺高血圧などがあり、心機能障害が原因のものとしては、心筋炎、心筋症、先天性冠動脈奇形、川崎病後冠動脈障害などがある。また不整脈が原因のものとしてはQT延長症候群、Brugada症候群、カテコラミン誘発多形性心室頻拍、WPW症候群、先天性心疾患術後不整脈、不整脈原性右室心筋症、Kearns-Sayre症候群(外眼筋麻痺、進行性房室ブロック)などがある。

【病歴】次のような病歴を聴取することが診断に結びつく。家族歴として40歳未満の突然死、遺伝性心疾患の家族歴の有無、心疾患の既往もしくは心疾患が疑われる家族歴、失神の誘引として大きな音、恐怖、精神的ストレスが関係しているかどうか、運動、水泳中の失神の有無、前駆症状のない失神、臥位、睡眠時、胸痛、動悸を伴う失神などを聴取する。

【治療の原則】小児の失神は稀ではないが、ほとんどが反射性失神であり、致死的失神の頻度は少ない。病歴、身体所見、心電図により良性か致死的失神かを鑑別する。迷走神経失神が疑われる病歴、正常心電図、家族歴がない症例ではそれ以上の検査を行うべきではない。また若年者の反射性失神では、患者に対する教育と安心感を与えることが治療につながる。

【特別講演】

認知症と失神

金沢大学医薬保健学総合研究科 脳老化・神経病態学（神経内科学）

山田 正仁

本講演では（1）認知症の実態と診療の進歩、（2）認知症にみられる失神、（3）失神をきたす代表的な認知症疾患であるレビー小体型認知症（DLB）について述べる。

- (1) 認知症の実態と診療の進歩：社会の高齢化に伴い認知症や軽度認知障害（認知症の前段階）の人は急増しており、65歳以上の人口の約3割が認知症あるいは軽度認知障害を有している。認知症の原因疾患は多様であるが、約6割はアルツハイマー病（AD）である。ADの診断では、最近、AD脳に蓄積するアミロイドβタンパクやタウを検出するバイオマーカー（PETや脳脊髄液マーカー）の使用により、高い確実度の診断や早期診断が可能となった。一方、従来、臨床的にADと診断されていた例の2割前後はアミロイド陰性の疾患群（suspected non-AD pathophysiology: SNAP）であることが明らかとなった。現在使用可能なAD薬は神経伝達を賦活する症状改善薬であるが、発病過程の上流にあるアミロイドやタウの蓄積を標的とする疾患修飾薬の開発が活発に行われている。
- (2) 認知症にみられる失神および失神類似の病態：認知症の原因疾患が高度の自律神経系病変を伴う場合、起立性低血圧等を起こし失神の直接的な原因となる（DLBが代表的）。また、認知症患者の多くは高齢者であり、併存する心血管病変（特に血管性認知症）、降圧作用を有する薬剤服用、脱水など、失神が誘発されやすい状況にある。AD治療薬、特にコリンエステラーゼ阻害薬は、徐脈、失神、それに伴う転倒を起こしやすいことに注意する。失神と鑑別を要する類似の病態として、てんかん（脳血管障害やADに随伴）がある。
- (3) レビー小体型認知症：レビー小体の出現を伴う疾患群はレビー小体病（LBD）と総称され、病変の出現部位や進展のしかたによって、認知症が先行するDLB、運動症状が先行するパーキンソン病（PD）、自律神経障害を主に呈する純粋自律神経不全症（PAF）などの表現型がある。DLBでは中枢および末梢の自律神経系に広範囲にレビー関連病理が出現し、症候性の起立性低血圧が30-50%にみられる。2001年、演者らは心臓交感神経節後線維の障害を示す¹²³I-MIBG心筋シンチグラフィの所見がDLB診断に有用であることを世界に先駆けて報告した。さらに、MIBGを用いたDLB診断の全国多施設研究を実施し有用性を確立した。演者を含む国際DLBコンソーシアムによるDLB臨床診断基準（2017年改訂版）ではMIBGは指標的バイオマーカーとして位置づけられ高い診断的価値が示された。

1. ダイエットが契機となり Torsades de Pointes を発症したと考えられる QT 延長症候群の 1 症例

日本大学附属板橋病院 循環器内科¹ 滋賀医科大学 呼吸循環器内科²

大久保 公恵¹ 奥村 恭男¹ 堀江 稔²

22 歳男性。就職活動のストレスから、1 ヶ月で 8kg の体重減少あり。

2011 年 8 月昼食後自室で飲酒中に意識消失と痙攣にて、当院救命センターに救急搬送された。来院時は意識清明であったが経過観察のため入院。頭部 CT は異常なし。心電図は HR74 回/分、整、QT 474ms, QTc 528 ms と延長し、K 3.3mEq/ml と軽度の低カリウム血症に対し補正を開始した。翌日モニター上、PVC の散発から T de P 型の VT となり、自然停止した。運動負荷試験では到達心拍数に達し、QT 延長は持続した。

エプレレノン内服で退院、HR 40 から 50 台、QT 596ms, QTc 497ms で経過している。退院後も同様の失神で再入院した経緯あり。

現在は、プロプラノロール、メキシレチン、スピロラクトン内服中である。

急激な体重減少に伴う心電図異常で、後天性の LQT と考えたが、遺伝子検査で、HERG 遺伝子の変異が明らかになった。

Exon12, E971K と Exon13 の D1003N の変異で、実際には HERG 遺伝子の変異を認めた、LQT2 であり、興味深い症例であった。

2. 植込み型除細動器 (ICD) 適応判断に苦慮し、植込み型心電計 (ILR) を挿入した Brugada 症候群の 1 例

横浜南共済病院 循環器内科¹ 関東学院大学 保健センター²

東京都保健医療公社大久保病院³ 東京医科歯科大学医学部附属病院⁴

大森 真理¹ 鈴木 誠¹ 原 果里奈¹ 埜本 優太¹ 金田 俊雄¹ 飯谷 宗弘¹ 山上 洋介¹
島田 博史¹ 萬野 智子¹ 一色 亜美¹ 清水 雅人¹ 藤井 洋之¹ 西崎 光弘²
櫻田 春水³ 平岡 昌和⁴

33 歳の男性。朝、労作中に眼前暗黒感を感じるようになり、その後立位にて失神して前傾に倒れて外傷を負った。今までにも同様の失神を 4 回起こしている。来院時の 12 誘導心電図では、通常肋間 V2 誘導及び 2 肋間上 V1-2 誘導で coved 型 ST 上昇を認めており、type1 心電図所見を有する Brugada 症候群と判断した。家族歴はなく、Holter 心電図、心臓電気生理検査にて多形性心室頻拍・心室細動は誘発されなかった。失神時には毎回前駆症状を伴っており、tilt test を施行したところ、イソプロテレノール負荷中に立位 80°で失神を認め、混合型神経調節性失神 (NMS) と診断した。本症例は Brugada 症候群患者における失神であるが、検査結果等より、NMS に伴う失神である可能性が高いと考えた。しかし、心室性不整脈の合併も否定できず、ILR と着用型除細動器の導入にて経過観察とした。ICD の適応判断に苦慮したが、今後同様の症例における対応については検討が必要であると報告する。

3. 下壁誘導に早期再分極所見を有し、右冠動脈造影中に心室細動を発症した 1 例

大分大学 循環器内科・臨床検査診断学講座

吉村 誠一郎 篠原 徹二 谷野 友美 原田 泰輔 齋藤 聖多郎 福井 暁 岡田 憲広
秋岡 秀文 秋好 久美子 手嶋 泰之 油布 邦夫 中川 幹子 高橋 尚彦

症例は 74 歳男性。失神歴はないが、労作時呼吸困難の増悪があり、心エコー上、左室収縮能は保たれるが、中等度の大動脈弁狭窄症(弁口面積 1.29cm^2 (連続の式))を認め、精査目的に当院入院となった。安静時 12 誘導心電図Ⅲ, aVF 誘導にて 1mm のスラー型 J 波を認めた。虚血性心疾患除外のため冠動脈造影を施行したところ、円錐枝選択造影や冠動脈の還流障害はなかったが、右冠動脈造影中に突如心室細動を発症した。電氣的除細動により自己心拍再開、その後のモニタリングでは心室頻拍・細動は検出されなかった。心室細動発症直前に下壁誘導の J 波顕在化を認めており、中等度の大動脈弁狭窄症があり、造影剤冠注に伴う一時的な心筋虚血が早期再分極を顕在化させ心室細動を誘発したと考えた。冠動脈造影中に発症した心室細動に早期再分極が関連したと考えられる症例を経験したためここに報告する。

4. 冠動脈起始異常により失神・心肺停止に至った 2 症例

埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓科¹
埼玉医科大学国際医療センター 小児心臓外科²

長田 洋資¹ 住友 直方¹ 連 翔太¹ 今村 知彦¹ 小柳 喬幸¹ 小島 拓朗¹ 葎葉 茂樹¹
小林 俊樹¹ 柘岡 歩² 鈴木 孝明²

【背景】冠動脈起始異常は心筋虚血により致死性不整脈を招く事が報告されている。【症例 1】9 歳男児。体育中に失神し心肺蘇生を施行された。搬送後の波形は心室細動だった。蘇生後、当科紹介となり心エコーで冠動脈構造は正常に見え、心臓カテーテル中の Ach 負荷で右冠動脈が攣縮したため、冠攣縮性狭心症と診断した。翌月、鬼ごっこ中に失神し、救急車内で心室細動となり心肺蘇生された。冠動脈 CT を施行し左冠動脈 (LCA) 起始異常と診断した。LCA 起始部 unroofing とループレコーダー植え込み術を施行した。装着型除細動器を導入し、作動状況から植え込み型除細動器は不要と判断した。【症例 2】14 歳女児。サッカーの試合中に突然倒れ心肺停止。心肺蘇生後、当院にて施行した造影 CT で左冠動脈無冠動脈洞起始を認めた。LCA 起始部 unroofing を施行した。【考察】不整脈源性を疑う心肺停止後の症例に冠動脈起始異常が一定の割合で存在する。文献的考察とともに報告する。

5. 睡眠時無呼吸症候群による洞停止を合併した咳嗽失神の 1 例

順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科

佐藤 彰洋 木村 友紀 塩崎 正幸 清水 めぐみ 福田 健太郎 比企 優 久保田 直純
田村 浩 井上 健司 藤原 康昌 住吉 正孝

46 歳、男性、失神のため近医でホルター心電図を施行、夜間就寝中に 5 秒の洞停止を認め当科に紹介。数か月前から連続した咳嗽後に失神発作を数回経験している。身長 180cm、体重 120kg と高度肥満を認め、既往歴に高血圧と糖尿病がある。喫煙は 20 歳より 20 本 / 日。心電図・心エコーでは明らかな異常なく、冠動脈造影では有意狭窄を認めなかった。頸動脈洞マッサージ、Valsalva 手技で血圧・心拍数共に有意な変化はなかった。連続した咳嗽時にも不整脈を認めず、心拍数の変化もなかった（血圧は測定不可）。臨床経過より咳嗽失神と考え、禁煙と鎮咳剤の投与を行った。また、重度の睡眠時無呼吸症候群（SAS）（AHI 93）と診断し、CPAP を開始、減量も行った。その結果、咳嗽の消失と共に失神の再発なく、外来でホルター心電図を繰り返すも洞停止は消失した。SAS による洞停止を合併した咳嗽失神の 1 例を経験したので報告する。

6. 食事性低血圧による失神を契機にレビー小体病の診断に至った一例

東京都立広尾病院 循環器科¹ 東京都立広尾病院 神経内科²

新井 真理奈¹ 北條 林太郎¹ 宮澤 聡¹ 河村 岩成¹ 深水 誠二¹ 三笠 道太²
北見 真喜子² 平澤 基之²

症例は 76 歳男性。2008 年頃より食後に前失神が出現し、頻度が増加したため 2015 年に精査を行った。シェロングテストで起立性低血圧は否定的であり、食後 2 時間以内に収縮期血圧が 38 mmHg 低下したため食事性低血圧と診断した。75 g ブドウ糖負荷試験でカテコラミン分泌不全を認め、頑固な便秘・嗅覚低下があり、自律神経障害の原因精査を行った。ドパミントランスポーターシンチで右被殻外側の取り込み低下があり、MIBG 心筋シンチで早期取り込み低下を認めた。以後、すくみ足、左手筋固縮が顕在化し、レボドパ・カルビドパ内服で症状が軽快し、レビー小体病と診断した。レビー小体病は、運動障害に先行し、自律神経障害や嗅覚低下をきたす事があり、食事性低血圧はレビー小体病の約 60-100% に認める。本例は、食事性低血圧による失神を契機に、神経変性疾患の診断に至った一例であり、食後血圧とカテコラミン値の推移結果を含め、文献的考察を行う。

7. 嚥下性失神に頸動脈過敏症を合併した 2 症例

産業医科大学医学部 不整脈先端治療学¹ ミネソタ大学病院 循環器科²

河野 律子¹ 安部 治彦¹ David G. Benditt²

嚥下性失神は、反射性失神の一種として知られるが、臨床的特徴に不明な点も多い。今回、頸動脈洞過敏症を合併した嚥下性失神の 2 症例を報告する。症例 1 は 63 歳、男性。飲水時に失神前駆症状を繰り返し、植込み型心電計で洞停止が確認された。症例 2 は 62 歳、男性。飲水後に胸部症状を自覚し、体外式モニター心電図で PP 間隔と PR 間隔の延長を伴った房室ブロックを認めた。両症例ともに、ペースメーカーの必要性を検討する目的で評価が行われ、両側での頸動脈洞マッサージ試験と嚥下試験で陽性反応を認めた。嚥下試験の結果は、症例 1 は心抑制型、症例 2 は血管抑制型であり、頸動脈洞マッサージ試験の結果とは異なる反応型であった。両症例ともペースメーカー治療は行わず、生活指導で経過観察を行うこととした。嚥下試験は、嚥下性失神を疑う患者に有用な誘発試験で、その結果は適切な治療法の選択に役立つ。また、嚥下性失神患者では頸動脈洞過敏症の評価も同時に施行する必要性が示唆された。

8. 運動後のクールダウンにより抑制できた運動誘発性失神の 1 例

昭和大学医学部 内科学講座 循環器内科学部門

猪口 孝一郎 小貫 龍也 中村 友哉 後閑 俊彦 谷澤 宏樹 千葉 雄太 川崎 志郎
大西 克実 宗次 裕美 伊藤 啓之 渡辺 則一 箕浦 慶乃 安達 太郎 河村 光晴
小林 洋一 新家 俊郎

18 歳男性。小児期よりサッカー部で運動も問題なくできていた。201X 年 5 月サッカーの練習直後、前兆なく意識消失した。後日、前医外来でトレッドミル検査 (TMT) 施行した所負荷終了直後の安静時に房室結節調律が出現し意識消失した。精査加療目的で同日緊急入院し当院へ精査目的で転院した。入院後の心臓超音波検査、脳 MRI、脳 MRA、脳波、心臓造影 MRI、加算平均心電図、ヘッドアップチルト検査では明らかな異常を認めなかった。TMT を再検した所負荷時に心拍数は 180bpm まで上昇し、負荷直後の安静時に房室結節調律となり意識消失を認めた。ホルター心電図では洞停止を認めないが、総心拍数 70702 拍 / 日 (最小心拍数 29bpm、最大心拍数 98bpm) と徐脈傾向であり、副交感神経優位な状態が疑われた。運動直後の交感神経調節障害による神経調節性失神と診断した。運動後の十分なクールダウンを指導する方針とし退院後失神は抑制され経過している。運動により誘発された神経調節性失神の 1 例を報告する。

9. 失神の原因疾患の診断に苦慮した一例

社会福祉法人三井記念病院 循環器内科¹ 東京都保健医療公社 大久保病院²

小宮山 浩大¹ 田邊 健吾¹ 富井 大二郎¹ 中西 亨¹ 二宮 開¹ 小関 啓太¹
田中 徹¹ 奥野 泰史¹ 佐藤 優¹ 佐藤 啓¹ 矢作 和之¹ 小池 秀樹¹ 青木 次郎¹
櫻田 春水²

症例は近医で高血圧症、2型糖尿病、自己免疫性肝炎を加療中の87歳女性。80歳頃から3カ月に1～2回の頻度で気分不快から始まる痙攣を伴わない失神発作が出現していた。2施設で失神の精査をしたが、起立性低血圧と軽度大動脈弁狭窄症（AS）のみであり、植込み型ループレコーダー（ILR）を勧められたが患者の希望で慎重な経過観察となっていた。その後も失神を繰り返していたが87歳時に大動脈弁狭窄症の進行が認められ当院に紹介となった。心臓超音波からASは重度であった。経過からも失神の原因はAS関連のみとは診断できなかったが、治療適応のある重度ASに対して経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）を実施した。TAVI後約4カ月は失神なく経過できたが、前失神症状（ふらつき、脱力感）が出現し再度当院に紹介。精査したが有意な所見が認められず、ILRに同意されたためILR導入した。導入後2カ月で失神発作を発症。ILRから失神時に一致した完全房室ブロックを認め、恒久的ペースメーカー導入し失神発作は消失した。失神の原因疾患の診断に苦慮した一例を経験したため文献的考察を含め報告する。

10. 植え込み型ループレコーダーにより診断し得た食後失神の一例

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

高橋 佳美 江口 久美子 山口 展寛 尾上 紀子 石塚 豪 篠崎 毅

症例は66歳男性。繰り返す食後の失神発作のため、前医でホルター心電図検査、脳波検査を施行されたが異常なく当院紹介となった。6日間ホルター心電図、Head up tilt試験は正常で、植え込み型ループレコーダー（ILR）を施行したところ、植え込みより10日後に食後に失神した。ILR記録では、心拍が増加してから徐々に減少し、その後、約15秒の洞停止を認めていた。心抑制型の神経調節性失神と診断しペースメーカー植え込み術を施行し、以降失神発作の再燃はない。本症例ではILRが繰り返す失神の診断に有用であった。

11. 発作性完全房室ブロックによる失神患者に対し リードレスペースメーカ植込術を施行した症例

昭和大学藤が丘病院 循環器内科¹ 昭和大学病院 医療安全部門²

間瀬 浩¹ 浅野 拓¹ 若月 大輔¹ 倉田 征昭¹ 鈴木 洋¹ 小林 洋一²

症例は64歳男性、主訴は失神。前医で1年前に二尖弁による重症大動脈弁狭窄症に対し大動脈弁置換術を施行している既往がある。2018年4月、河川敷を散歩中に前駆症状なく失神し、河川敷を転がり落ち全身を打撲した。目撃者により救急要請、当院搬送となった。来院時は意識清明であり、心電図では完全右脚ブロック、1度房室ブロックを認めた。来院前救急車内心電図でHR30bpm程度の徐脈を伴う完全房室ブロックを認めており、失神の原因と診断し、同日緊急入院した。入院後、房室ブロックの再発は一度も認めずに経過した。患者本人、家族と相談のうえリードレスペースメーカの方針とし、第5病日に挿入術を施行した。周術期合併症を認めず、現在まで失神の再発なく経過している。本症例のような有症候性発作性房室ブロックに対するペースメーカの適応とともに、リードレスペースメーカの有用性について検討する。

12. 北里大学病院救急部門における失神診療の現状

北里大学医学部循環器内科学¹ 横浜旭中央総合病院循環器内科²
練馬光が丘病院循環器内科³

西成田 亮¹ 庭野 慎一¹ 松浦 元¹ 荒川 雄紀¹ 小林 周平¹ 白川 裕基¹ 堀口 愛¹
中村 洋範^{1,3} 石末 成哉¹ 及川 淳¹ 五十嵐 巖¹ 岸原 淳¹ 佐藤 陽² 深谷 英平¹

背景：救急部門で遭遇する失神は、その原因の特定や正確なリスク層別が必要とされるが、実臨床における失神管理に関しては不明瞭な点が多い。

方法・結果：当院救急外来を受診した102名の失神患者を対象に実態調査を施行した。神経調整性(NMS)は43名、起立性低血圧(OS)は27名、心原性は17名、原因不明は15名であった。日本循環器学会ガイドラインによるリスク因子(65歳以上、心疾患既往、家族歴、胸部症状、vital signや心電図、血液異常、重症感)を元に、high risk群(≥3個)とlow risk群(≤2個)の2群に分けた。Low risk群と比較し、high risk群では循環器内科への紹介が多く、特にNMS及びOS症例において死亡率が高かった。また、救急部門での起立試験やhead up tilt (HUT)試験の施行率は低かった。

結論：当院における失神診療はガイドラインに準じて適切に行われていたが、起立試験やHUTの施行率は低かった。High riskなNMSやOSの診療には、より注意をする必要がある。

13. 失神センターにおける漢方の使用経験

聖マリアンナ医科大学 東横病院 失神センター¹
聖マリアンナ医科大学 東横病院 心臓病センター²

高木 泰^{1,2} 古川 俊行¹ 伊藤 史之^{1,2} 徳丸 睦^{1,2} 田中 修²

反射性失神や起立性低血圧などの自律神経系失神患者における治療は、水分・塩分の摂取を促すなどの生活指導や、カウンター・マヌーバ法などの回避方法が中心となるが、それだけでは不十分な症例もしばしば経験する。しかし、自律神経系失神患者における薬物療法などその他の治療に関しては未だ確立されていない点が多い。また若い女性では妊娠などの問題もあり、西洋医学の薬を処方しづらい現状がある。そのような症例に対して、当院失神センターでは積極的に漢方を使用し、その一部に失神の再発予防において有効だと思われる症例を経験している。2016年8月から2018年3月までに、当院失神外来に527人の患者が受診し、その内37人(7%)に漢方を使用した。その内訳は柴胡加竜骨牡蛎湯が57%、半夏白朮天麻湯が34%、その他(補中益気湯、半夏厚朴湯)が9%であった。今回当院失神センターにおける漢方の使用経験を、実際の症例を含めて報告する。

失神研究会 会則

第一条（名称）

本研究会は " 失神研究会 " と称する。

第二条（目的）

臨床の場で失神の診断とマネジメントに携わっている医師および医療機関従事者により、失神に関する基礎的ならびに臨床的研究を推進し、失神における診断・治療の発展に寄与することを目的とする。

第三条（事業）

本会は前条の目的を達するため、つぎの事業を行う。

1. 研究会の開催
2. 記録集の発行
3. 失神に関する調査
4. その他、目的を達成する為に必要な事業

第四条（会員）

1. 会員は本会の目的に賛同する者とする。

第五条（会費）

1. 会費は会の運営および記録集の作成に当てる。
2. 研究会開催に際して会費を徴収する。

第六条（入会）

入会は研究会出席を持って入会の申し込みとする。

第七条（役員）

1. 本会に次の役員を置く
代表世話人
運営委員
世話人
事務局長
会計監査
2. 代表世話人および会計監査は推薦により選出する

第八条（役員の職務）

1. 代表世話人は本会を代表してその職務を総括する。
2. 世話人は本会の運営に関し適切な配慮を行い、問題があれば運営委員会へ提案する。
3. 運営委員は運営委員会を組織し会の運営が円滑に進むように配慮する。
4. 事務局長は事務局を代表し、その業務を総括すると共に、事務局の会計も兼務する。
又、議事録を残し、保管・管理する。
5. 会計監査は本会の事業業務執行状況および財産状況を監査する。

第九条（役員任期）

代表世話人、世話人、運営委員の任期は 3 年とし、再任を妨げない。
事務局長、会計監査の任期は 3 年とし、再任を妨げない。

第十条（会計）

本会の会計年度は毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日に終わる。
本会の経費は会費、寄付金その他の収入を持ってこれに当てる。
本会の予算および決算は世話人会の決議を得るものとする。

第十一条（事務局）

本会の事務局は、昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門内に置く。
住所：東京都品川区旗ノ台 1-5-8

第十二条（会則の変更）

本会会則の変更は、運営委員会の議決を経て、世話人会の承認を必要とする。
この会則は平成 22 年 1 月 1 日より施行する。

第十三条（細則）

本会の細則は運営委員会の議決を経て別途定める。

第十四条（その他）

本会の開催運営に関し問題が生じた時は適時世話人会を開催する。
その権限は代表世話人に委ねる。

施行細則

第一条（会費）

会の会費は研究会開催毎に 5,000 円を徴収する。

第二条（役員氏名）

代表世話人 小林 洋一

世話人 青沼和隆、赤松直樹、新 博次、安部治彦、阿部芳久、
池田隆徳、石川利之、石光俊彦、伊東春樹、今井克彦、
上村 茂、白田和生、岡崎 修、岡野喜史、沖重 薫、
小野克重、鎌倉史郎、河村 満、草野研吾、栗田隆志、
河野律子、五関善成、小林洋一、小林義典、小松 隆、
齊藤 司、相良耕一、櫻田春水、静田 聡、清水昭彦、
清水 涉、庄田守男、杉 薫、鈴木 昌、鈴木文男、
砂川賢二、住友直方、住吉正孝、関田 学、高瀬凡平、
高月誠司、高橋尚彦、嶽山陽一、田中英高、丹野 郁、
樗木晶子、池主雅臣、戸叶隆司、中井俊子、中里祐二、
長尾毅彦、長山雅俊、西崎光弘、新田順一、新田 隆、
野上昭彦、萩原誠久、東 祐圭、平尾見三、深水誠二、
藤井理樹、古川泰司、堀 進悟、堀中繁夫、松本万夫、
水牧功一、三村 将、古川俊行、百村伸一、吉岡公一郎、
吉田明弘、渡邊英一

運営委員 安部治彦、小林洋一、住吉正孝、高瀬凡平、西崎光弘、
水牧功一

事務局長 丹野 郁、箕浦慶乃

会計監査 安部治彦

（敬称略、五十音順）

平成 22 年 1 月 1 日発効
平成 22 年 3 月 1 日一部改定
平成 22 年 6 月 1 日一部改定
平成 22 年 6 月 18 日一部改定
平成 23 年 7 月 2 日一部改定
平成 24 年 7 月 7 日一部改定
平成 26 年 3 月 22 日一部改定
平成 27 年 7 月 4 日一部改定