

## 第4 失神研究会

会期 平成 25 年 7 月 7 日 (日)

会場 昭和大学 16 号館  
東京都品川区旗の台 1-5-8  
TEL 03-3784-8000

主催 失神研究会

第 4 回失神研究会  
会長 高瀬 凡平  
防衛医科大学校 集中治療部

## 第4回失神研究会のご挨拶

突然死と失神の関連を考慮すると、失神診療に関する知識・診療能力は極めて重要な日常診療能力の一つと考えられます。これまで失神診療に極めて有用な議論を積み重ねてきた失神研究会も、今年で第4回目を迎えることとなり、ますます失神診療に関する学術的及び診療技術的議論を深める必要性が増しているものと認識されます。また、失神の診断・治療ガイドライン(2012年改訂版)も昨年公表され、第4回失神研究会は、失神の診療に関する認識を新たにする節目の年の研究会となります。

第4回失神研究会は、ホームページにも既に掲載してございますが、失神の権威でいらっしゃる David G. Benditt 先生の講演、田中英高先生による「小児の失神」の特別講演、また教育講演として「失神ガイドラインと失神患者の自動車運転に関するステートメント」等のプログラムを用意して、先生方のご参加をお待ち申し上げます。

広く失神に関しましてご議論いただくため、循環器病学をご専門にされる先生方のみならず、総合臨床科・救急部診療科・神経内科・精神科・小児科等、幅広い先生方による、多面的な議論が、失神診療に重要と考えられます。

日頃失神の診療に携わっている先生方はもちろんのこと、そうでない先生方にも是非ともご参加していただき、失神に関するより深い議論がなされることが、本研究会をより実りあるものにする確信しております。

多くの先生方のご参加を切にお願いして挨拶に代えさせていただきます。

第4回失神研究会

当番会長 高瀬 凡平

(防衛医科大学校 集中治療部 部長 臨床教育教授)

## 第4回失神研究会：プログラム 2013年7月7日（日）

9:00-9:05 会長挨拶：高瀬 凡平

9:05-9:41 セッション1 冠攣縮

座長：西崎 光弘（横浜南共済病院 循環器センター）

古川 俊行（聖マリアンナ医科大学病院 循環器内科）

1. 深夜に失神し冠攣縮の関与が疑われた41歳男性の一症例
2. 反射性失神が疑われた一過性意識消失の1例
3. 寒冷刺激により near syncope を起こす一例

9:44-10:20 セッション2 ループレコーダー・ペースメーカー

座長：宮内 靖史（日本医科大学付属病院 循環器内科）

住吉 正孝（順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科）

4. 疼痛による状況失神が植え込み型ループレコーダーで高度房室ブロックと診断できた1症例
5. 二枝ブロックを伴う意識消失症例に埋込型ループレコーダー（ILR）を移植したところ、洞不全症候群が指摘された一例
6. 側頭葉てんかんによる Ictal asystol 5症例の長期フォロー成績

10:20-10:30 休憩

10:30-11:18 セッション3 心原性失神・ガイドライン

座長：浜部 晃（自衛隊中央病院 内科）

丹野 郁（昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門）

7. 繰り返す意識消失発作に対し数年間てんかんの治療を受けていた心原性失神の1例
8. 突然の失神発作を認めた潜在性WPW症候群の1例
9. 若年発症のBrugada症候群の1例
10. 3症例から失神ガイドラインによる診療を考える

11:20-11:40 教育講演

座長：安部 治彦（産業医科大学医学部不整脈先端治療学講座）

「失神ガイドラインと失神患者の自動車運転に関するステートメント」

演者：住吉 正孝（順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科）

11:40-11:55 失神研究会観察研究（SOS-Japan）報告

演者：小林 洋一（昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門）

12:00-12:50 特別講演①（Lunch on Seminar）

座長：高瀬 凡平（防衛医科大学校 集中治療部）

「小児の失神」

演者：田中 英高（大阪医科大学附属病院 小児科）

共催：第一三共株式会社

13:00-13:48 セッション4. Head-up tilt 試験

座長：水牧 功一（富山大学臨床研究・倫理センター）

北井 敬之（自衛隊札幌病院 内科）

11. 早期再分極症候群とJ波症候群における自律神経機能異常

12. 運動誘発性失神例のT-wave alternansに関する検討

13. Physical Counterpressure Manoeuvre による失神予防機序が確認できた1例

14. 当院におけるHead up tilt 試験の現状

13:48-14:00 休憩

14:00-14:50 特別講演②（同時通訳有り）

座長：小林 洋一（昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門）

「Unexplained Syncope and Sudden Cardiac Death」

演者：David. G. Benditt, M.D. (Cardiovascular Division, University Minnesota)

共催：日本メドトロニック株式会社

14:50-15:00 優秀演題表彰

15:10-15:10 閉会の挨拶 次期会長：西崎 光弘（横浜南共済病院 循環器センター）

[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 >

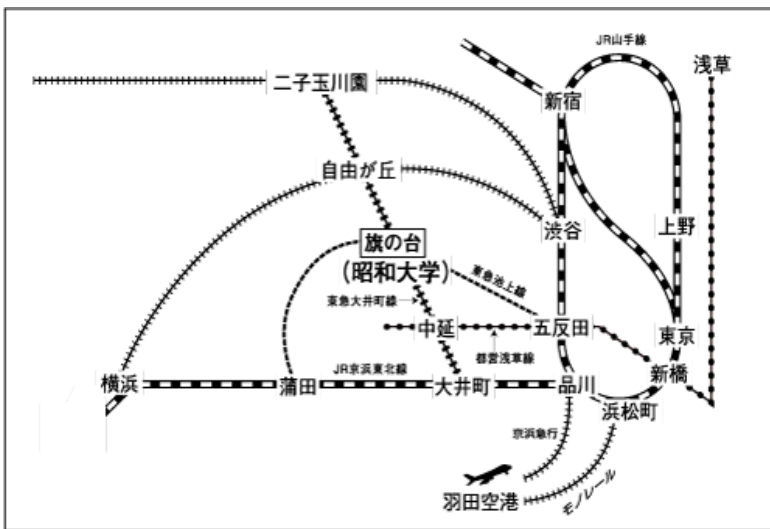
J R 山手線五反田駅にて東急池上線乗り換え、旗の台下車

< 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



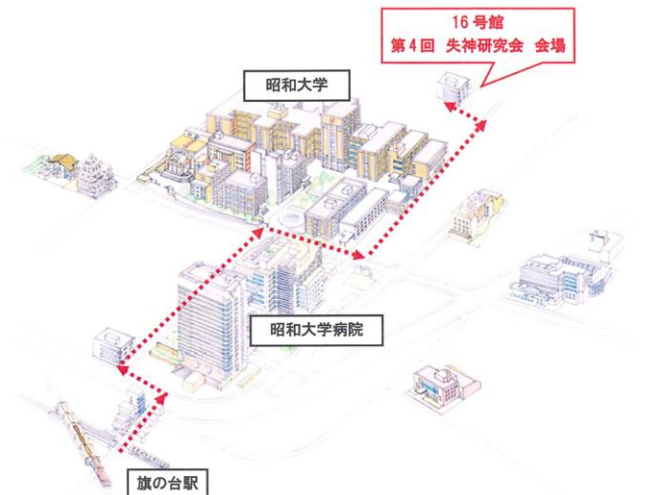
昭和大学 〒142-8666  
東京都品川区旗の台 1-5-8  
旗の台駅東口下車徒歩 5 分  
TEL:03-3784-8000

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。



## 【参加者の方へ】

### ● 参加受付

会場（昭和大学 16 号館）ロビーにて参加受付を下記時間帯に行います。

7 月 7 日（日） 8：30～15:00

### ● 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、世話人の方は、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 7 日（日） 9：05

## 【発表者の方へ】

一般演題：12 分（発表 7 分、討議 5 分）

教育講演：講演 15 分、質疑応答 5 分

特別講演：講演 45 分、質疑応答 5 分

失神研究会観察研究（SOS-Japan）報告 10 分、質疑応答 5 分

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上、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 7、アプリケーションは PowerPoint 2010 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、
- ・ 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。午前の最初のセッションの時間帯では PC 受付が混雑しますので、お早めに PC 受付をお済ませ下さい。
- ・ 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、ウィ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下さい。PC受付ならびにPCオペレーション席ではデータの修正・変更は行えません。
  - ・ 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。

## 9:05-9:41 セッション1 冠攣縮

座長：西崎 光弘（横浜南共済病院 循環器センター）

古川 俊行（聖マリアンナ医科大学病院 循環器内科）

### 1. 深夜に失神し冠攣縮の関与が疑われた41歳男性の一症例

東京医科大学茨城医療センター 地域医療人材育成寄付講座<sup>1</sup> 東京医科大学茨城医療センター 循環器内科<sup>2</sup>

大久保 豊幸<sup>1,2</sup> 関谷 宗篤<sup>2</sup> 小松 靖<sup>2</sup> 木村 一貴<sup>2</sup> 阿部 憲弘<sup>2</sup> 田辺 裕二郎<sup>2</sup>  
佐野 剛一<sup>2</sup> 石井 朝夫<sup>1</sup> 大久保 信司<sup>2</sup>

### 2. 反射性失神が疑われた一過性意識消失の1例

聖マリアンナ医科大学病院 循環器内科<sup>1</sup>

御手洗 敬信<sup>1</sup> 古川 俊行<sup>1</sup> 高木 泰<sup>1</sup> 高野 誠<sup>1</sup> 中野 恵美<sup>1</sup> 小山 幸平<sup>1</sup>  
米山 喜平<sup>1</sup> 金剛寺 謙<sup>1</sup> 原田 智雄<sup>1</sup> 明石 嘉浩<sup>1</sup>

### 3. 寒冷刺激により near syncope を起こす一例

横浜市立みなと赤十字病院<sup>1</sup>

川口 直彦<sup>1</sup> 岩井 慎介<sup>1</sup> 山下 光美<sup>1</sup> 長谷川 智明<sup>1</sup> 加藤 信孝<sup>1</sup> 浅野 充寿<sup>1</sup>  
鈴木 秀俊<sup>1</sup> 志村 吏左<sup>1</sup> 青柳 秀史<sup>1</sup> 倉林 学<sup>1</sup> 沖重 薫<sup>1</sup>



9:44-10:20 セッション2 ループレコーダー・ペースメーカー

座長：宮内 靖史（日本医科大学付属病院 循環器内科）

住吉 正孝（順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科）

4. 疼痛による状況失神が植え込み型ループレコーダーで高度房室ブロックと診断できた1症例

東京都立広尾病院<sup>1</sup> 横浜南共済病院 循環器科<sup>2</sup> 東京都保健医療公社大久保病院<sup>3</sup>  
福岡 裕人<sup>1</sup> 北條 林太郎<sup>1</sup> 河村 岩成<sup>1</sup> 中田 晃裕<sup>1</sup> 森山 優一<sup>1</sup> 荒井 研<sup>1</sup>  
名内 雅宏<sup>1</sup> 西村 卓郎<sup>1</sup> 渡邊 智彦<sup>1</sup> 北村 健<sup>1</sup> 小宮山 浩大<sup>1</sup> 田辺 康宏<sup>1</sup>  
深水 誠二<sup>1</sup> 手島 保<sup>1</sup> 平岡 昌和<sup>1</sup> 西崎 光弘<sup>2</sup> 櫻田 春水<sup>3</sup>

5. 二枝ブロックを伴う意識消失症例に埋込型ループレコーダー (ILR) を移植したところ、洞不全症候群が指摘された一例

京都大学医学部附属病院 循環器内科<sup>1</sup>

八幡 光彦<sup>1</sup> 静田 聡<sup>1</sup> 早野 護<sup>1</sup> 中井 健太郎<sup>1</sup> 後藤 貢士<sup>1</sup> 土井 孝浩<sup>1</sup>  
牧山 武<sup>1</sup> 木村 剛<sup>1</sup>

6. 側頭葉てんかんによる Ictal asystol 5症例の長期フォロー成績

産業医科大学 循環器内科, 腎臓内科<sup>1</sup> 産業医科大学 神経内科<sup>2</sup>

河野 律子<sup>1</sup> 安部 治彦<sup>1</sup> 赤松 直樹<sup>2</sup> 林 克英<sup>1</sup> 荻ノ沢 泰司<sup>1</sup> 大江 学治<sup>1</sup>  
尾辻 豊<sup>1</sup>

10:30-11:18 セッション3 心原性失神・ガイドライン

座長：浜部 晃（自衛隊中央病院 内科）

丹野 郁（昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門）

7. 繰り返す意識消失発作に対し数年間てんかんの治療を受けていた心原性失神の1例

順天堂大学 循環器内科<sup>1</sup> 順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科<sup>2</sup>

小松 さやか<sup>1</sup> 林 英守<sup>1</sup> 関田 学<sup>1</sup> 代田 浩之<sup>1</sup> 住吉 正孝<sup>2</sup>

8. 突然の失神発作を認めた潜在性 WPW 症候群の1例

富山大学大学院医学薬学研究部内科学第二<sup>1</sup> 富山大学臨床研究・倫理センター<sup>2</sup>

山口 由明<sup>1</sup> 水牧 功一<sup>2</sup> 西田 邦洋<sup>1</sup> 坂本 有<sup>1</sup> 片岡 直也<sup>1</sup> 井上 博<sup>1</sup>

9. 若年発症の Brugada 症候群の1例

富山県立中央病院 内科（循環器）<sup>1</sup>

中村 一樹<sup>1</sup> 油谷 伊佐央<sup>1</sup> 小林 拓<sup>1</sup> 真弓 卓也<sup>1</sup> 原田 智也<sup>1</sup> 木下 正樹<sup>1</sup>

平澤 元朗<sup>1</sup> 丸山 美知郎<sup>1</sup> 永田 義毅<sup>1</sup> 臼田 和生<sup>1</sup>

10. 3 症例から失神ガイドラインによる診療を考える

日本医科大学付属病院 循環器内科<sup>1</sup>

八島 正明<sup>1</sup> 淀川 颯司<sup>1</sup> 小野 卓哉<sup>1</sup> 岩崎 雄樹<sup>1</sup> 林 明聡<sup>1</sup> 宮内 靖史<sup>1</sup>

清水 渉<sup>1</sup>

11:20-11:40 教育講演

座長：安部 治彦（産業医科大学医学部不整脈先端治療学講座）

「失神ガイドラインと失神患者の自動車運転に関するステートメント」

演者：住吉 正孝（順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科）

MEMO

11:40-11:55 失神研究会観察研究 (SOS-Japan) 報告

演者：小林 洋一 (昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門)

MEMO

12:00-12:50 特別講演① (Lunch on Seminar)

座長:高瀬 凡平(防衛医科大学校 集中治療部)

「小児の失神」

演者: 田中 英高 (大阪医科大学附属病院 小児科)

共催: 第一三共株式会社

MEMO

13:00-13:48 セッション4 Head-up tilt 試験

座長：水牧 功一（富山大学臨床研究・倫理センター）

北井 敬之（自衛隊札幌病院 内科）

11. 早期再分極症候群と J 波症候群における自律神経機能異常

昭和大学 医学部 内科学講座 循環器内科学部門<sup>1</sup>

千葉 雄太<sup>1</sup> 箕浦 慶乃<sup>1</sup> 大西 克実<sup>1</sup> 川崎 志郎<sup>1</sup> 大沼 善正<sup>1</sup> 菊地 美和<sup>1</sup>  
伊藤 啓之<sup>1</sup> 渡辺 則和<sup>1</sup> 安達 太郎<sup>1</sup> 浅野 拓<sup>1</sup> 丹野 郁<sup>1</sup> 小林 洋一<sup>1</sup>

12. 運動誘発性失神例の T-wave alternans に関する検討

防衛医科大学校 集中治療部<sup>1</sup> 自衛隊中央病院 内科<sup>2</sup>

高瀬 凡平<sup>1</sup> 浜部 晃<sup>2</sup> 永井 知雄<sup>2</sup> 田畑 博嗣<sup>2</sup>

13. Physical Counterpressure Manoeuvre による失神予防機序が確認できた 1 例

聖マリアンナ医科大学 循環器内科<sup>1</sup>

古川 俊行<sup>1</sup> 仲島 麻里可<sup>1</sup> 高木 泰<sup>1</sup> 高野 誠<sup>1</sup> 中野 恵美<sup>1</sup> 原田 智雄<sup>1</sup>  
明石 嘉浩<sup>1</sup>

14. 当院における Head up tilt 試験の現状

自衛隊札幌病院 内科<sup>1</sup> 社会医療法人社団 カレスサッポロ北光記念病院<sup>2</sup>

北井 敬之<sup>1,2</sup> 吉田 泉<sup>2</sup> 四倉 昭彦<sup>2</sup> 櫻井 正之<sup>2</sup>

14:00-14:50 特別講演②

座長:小林 洋一(昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門)

「Unexplained Syncope and Sudden Cardiac Death」

演者: David. G. Benditt, M.D. (Cardiovascular Division, University Minnesota)

共催: 日本メドトロニック株式会社

MEMO

## 1. 深夜に失神し冠攣縮の関与が疑われた 41 歳男性の一症例

東京医科大学茨城医療センター 地域医療人材育成寄付講座<sup>1</sup> 東京医科大学茨城医療センター 循環器内科<sup>2</sup>

大久保 豊幸<sup>1,2</sup> 関谷 宗篤<sup>2</sup> 小松 靖<sup>2</sup> 木村 一貴<sup>2</sup> 阿部 憲弘<sup>2</sup> 田辺 裕二郎<sup>2</sup>  
佐野 剛一<sup>2</sup> 石井 朝夫<sup>1</sup> 大久保 信司<sup>2</sup>

症例は 41 歳男性。既往歴、家族歴に特記すべき事無し。就寝中に胸部不快感を自覚し覚醒、トイレに行こうと歩き出した直後に意識消失。傍らの妻が救急車要請し受診。到着時意識清明、明らかな運動、感覚障害なくバイタルサインに異常なし。心電図ではほぼ全誘導で軽度の ST 上昇と V4-6 誘導で J 波を認めたが、経時的心電図記録では明らかな ST レベルの変化は認めなかった。精査目的に入院。採血、Holter 心電図、脳波等では異常なし。就寝中に失神直前に類似した胸部不快感の自覚があり、モニタ心電図波形で ST 上昇と洞停止+心室補充調律が記録された。冠動脈造影では器質的狭窄は認めず、冠攣縮性狭心症に伴う意識消失発作と診断、薬物療法下に外来経過観察となった。冠攣縮は失神以外にも心不全や突然死等の原因となる事も報告されているが、その診断は必ずしも容易ではない。若干の文献的考察を加え報告する。

## 2. 反射性失神が疑われた一過性意識消失の 1 例

聖マリアンナ医科大学病院 循環器内科<sup>1</sup>

御手洗 敬信<sup>1</sup> 古川 俊行<sup>1</sup> 高木 泰<sup>1</sup> 高野 誠<sup>1</sup> 中野 恵美<sup>1</sup> 小山 幸平<sup>1</sup>  
米山 喜平<sup>1</sup> 金剛寺 謙<sup>1</sup> 原田 智雄<sup>1</sup> 明石 嘉浩<sup>1</sup>

症例：41 歳、男性。外傷を伴う失神を認め、失神外来を受診。排尿前後に心窩部不快感及び冷汗を伴う失神であった。各種検査では異常なく、心原性失神の可能性は低いと考えられた。症状より反射性失神が疑われ、Tilt test を施行。失神は誘発されず陰性であった。植込み型心電計 (ILR) の移植を検討したが、発作は VSA 頻発時間帯の早朝であったため、アセチルコリン負荷テストを施行。コントロールでは有意狭窄は認めなかったが、右冠動脈にアセチルコリン 25  $\mu$ g 投与にて、#1 での完全閉塞を来し高度の徐脈となった。また、自然発作前と同様の症状を認めた。VSA による 2 次性の徐脈のための失神と考え、ニフェジピン 20mg/日の内服を開始後、失神及び胸部症状は出現していない。

結語：原因不明の失神患者においては低リスクと考えられても、発症時間帯や症状に応じて本疾患の有無を確認する事で、ILR の使用を減らせる可能性がある。



### 3. 寒冷刺激により near syncope を起こす一例

横浜市立みなと赤十字病院<sup>1</sup>

川口 直彦<sup>1</sup> 岩井 慎介<sup>1</sup> 山下 光美<sup>1</sup> 長谷川 智明<sup>1</sup> 加藤 信孝<sup>1</sup> 浅野 充寿<sup>1</sup>  
鈴木 秀俊<sup>1</sup> 志村 吏左<sup>1</sup> 青柳 秀史<sup>1</sup> 倉林 学<sup>1</sup> 沖重 薫<sup>1</sup>

症例は70歳女性。近医で脂質異常症加療を受けていたが、数か月前より労作時胸痛を自覚し、また寒冷時に前失神症状を認めていた。狭心症が疑われ精査目的で当院紹介受診。冠動脈CT検査では有意狭窄を認めなかったが、トレッドミル負荷試験にてV2-5誘導でのST低下所見を示したため、冠動脈造影を施行した。器質的狭窄は認めず、冠攣縮性狭心症鑑別のためAch負荷試験を施行した。右冠動脈に20 $\mu$ g投与時に胸部誘導でのST低下所見を認め、その後完全房室ブロックが出現し、一過性にバックアップペーシング不能の状態となった。冠動脈造影所見としては右冠動脈本幹には有意な攣縮は認めなかったが、房室結節枝の一過性完全閉塞を認めた。その他Tilt test、加算平均心電図、Holter心電図などで有意な所見は認めなかった。以上より、寒冷刺激によるnear syncopeの原因として冠攣縮による一過性完全房室ブロックが原因である可能性が示唆された一例を経験したので報告する。

### 4. 疼痛による状況失神が植え込み型ループレコーダーで高度房室ブロックと診断できた

#### 1 症例

東京都立広尾病院<sup>1</sup> 横浜南共済病院 循環器科<sup>2</sup> 東京都保健医療公社大久保病院<sup>3</sup>  
福岡 裕人<sup>1</sup> 北條 林太郎<sup>1</sup> 河村 岩成<sup>1</sup> 中田 晃裕<sup>1</sup> 森山 優一<sup>1</sup> 荒井 研<sup>1</sup>  
名内 雅宏<sup>1</sup> 西村 卓郎<sup>1</sup> 渡邊 智彦<sup>1</sup> 北村 健<sup>1</sup> 小宮山 浩大<sup>1</sup> 田辺 康宏<sup>1</sup>  
深水 誠二<sup>1</sup> 手島 保<sup>1</sup> 平岡 昌和<sup>1</sup> 西崎 光弘<sup>2</sup> 櫻田 春水<sup>3</sup>

症例は46歳、男性。主訴は意識消失。20代より痛みによる失神を年に2,3回起こしていた。耳鼻科手術中、全身麻酔下で2:1の房室ブロックを認め、当科紹介となった。ホルター心電図では就寝中2:1の房室ブロックを認めた。心臓電気生理検査にて房室ブロックはAHブロックであった。Head-up-tilt testではIsoproterenol投与下で心拍数は上昇し、血圧が120台から70台へ低下し前失神となり、血管抑制型神経調節性失神が疑われた。以上の検査で確定診断とは至らず、植え込み型ループレコーダー(ILR)を植え込んだ。植え込み後、大雪で転倒し前失神が起こった。その際のILRで高度房室ブロックを認めペースメーカー植え込みの方針となった。本症例は確定診断がつかない失神に対し、ILRで発作性房室ブロックの診断ができた。各種誘発検査で診断できない失神にILRが有用であったことを報告する。

## 5. 二枝ブロックを伴う意識消失症例に埋込型ループレコーダー (ILR) を移植したところ、洞不全症候群が指摘された一例

京都大学医学部附属病院 循環器内科<sup>1</sup>

八幡 光彦<sup>1</sup> 静田 聡<sup>1</sup> 早野 護<sup>1</sup> 中井 健太郎<sup>1</sup> 後藤 貢士<sup>1</sup> 土井 孝浩<sup>1</sup> 牧山 武<sup>1</sup>  
木村 剛<sup>1</sup>

85歳男性。以前より二枝ブロック（完全右脚ブロック＋左軸偏位）を認めていた。2010年5月歩行中意識消失発作を認め、近医でホルター心電図、心エコー、頸動脈エコー、頭部MRI施行も異常所見なく、当院紹介となった。電気生理学検査を施行したが洞機能や房室伝導に異常なし。2010年6月にILR移植術を施行、ILRにて洞調律時のP波が明瞭に確認できた。11か月後に以前と同様の意識消失感を自覚し、ILRの記録上P波の欠落を伴う約8秒のポーズを認め、洞不全症候群と診断された。このため、恒久的ペースメーカ植え込みとILR抜去を施行した。設定をDDD 60、AV delay 400msとした上で心房ペーシングが約80%、心室ペーシングが0%で経過しており、2年間は意識消失発作をみとめていない。ホルターや電気生理学検査では診断がつかなかった洞不全症候群がILRで確定診断された症例を経験したため報告する。

## 6. 側頭葉てんかんによる Ictal asystol 5症例の長期フォロー成績

産業医科大学 循環器内科，腎臓内科<sup>1</sup> 産業医科大学 神経内科<sup>2</sup>

河野 律子<sup>1</sup> 安部 治彦<sup>1</sup> 赤松 直樹<sup>2</sup> 林 克英<sup>1</sup> 荻ノ沢 泰司<sup>1</sup> 大江 学治<sup>1</sup> 尾辻 豊<sup>1</sup>

症例1：49歳，女性。20歳時に失神を繰り返しHolter ECGで約10秒間の心停止を認め、SSSの診断でVVIペースメーカ（PM）植込みを施行。症例2：47歳，男性。20歳時より失神を繰り返しHolter ECGで約15秒間の心停止を認め、難治性血管迷走神経性失神の診断で30歳時にDDD PM植込みを施行。症例3：70歳，女性。44歳時より失神を繰り返し、49歳時にHolter ECGで8.2秒の心停止を認めAV blockの診断でDDD PM植込み術を施行。症例1-3は脳波検査（EEG）でいずれも側頭葉てんかんと診断され、心停止の原因はIctal asystol (IA)であった。抗てんかん薬治療でいずれも症状は消失した。症例4：64歳，男性、及び症例5：74歳，女性。失神を繰り返し、ILRで心停止を認めたが、EEGで側頭葉てんかんによるIAと診断された。抗てんかん薬のみでIAと失神は消失した。考察：IAによる心停止患者は、てんかん治療が第一選択であり、PM治療には慎重な判断を要する。特に、若年者の心停止例ではまずIAの除外が必要である。

## 7. 繰り返す意識消失発作に対し数年間でんかんの治療を受けていた心原性失神の1例

順天堂大学 循環器内科<sup>1</sup> 順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科<sup>2</sup>

小松 さやか<sup>1</sup> 林 英守<sup>1</sup> 関田 学<sup>1</sup> 代田 浩之<sup>1</sup> 住吉 正孝<sup>2</sup>

症例は69歳、女性。5年前に意識消失発作が初発。前兆（左鼻奥の違和感）を伴い発作を繰り返すため神経内科を受診。諸検査より局在関連性でんかんが疑われ、抗てんかん薬を投与されたが発作は抑制されずてんかん専門機関へ入院。長時間脳波検査中に前兆を伴う意識消失を来たしたが、脳波ではflatの状態であり、心原性失神が疑われた。心エコー等で器質的心疾患は否定され、Tilt試験も陰性。電気生理検査（EPS）では洞機能、房室伝導は正常であり、ISPやPhenytoin等の薬物負荷でも失神の原因となり得る不整脈は誘発されなかった。しかしEPS施行後の夜、主治医と会話中に失神し、その際のモニター心電図で約15秒の洞停止が記録され、後日ペースメーカー植込み術を施行した。その後は失神発作なく経過良好である。数年間でんかんとして治療を受けていたが失神を繰り返し、Tilt試験やEPSでも原因が特定できず診断に苦慮した心原性失神の1例を経験したので報告する。

## 8. 突然の失神発作を認めた潜在性WPW症候群の1例

富山大学大学院医学薬学研究部内科学第二<sup>1</sup> 富山大学臨床研究・倫理センター<sup>2</sup>

山口 由明<sup>1</sup> 水牧 功一<sup>2</sup> 西田 邦洋<sup>1</sup> 坂本 有<sup>1</sup> 片岡 直也<sup>1</sup> 井上 博<sup>1</sup>

症例は63歳男性。運転中に明らかな前駆症状のない失神発作で衝突事故を起こした。12誘導心電図、心エコー、ホルター心電図、脳CT、脳波では失神の原因となる異常はなくhead-up tilt試験を施行した。60度30分のtilt負荷のみでは症状や血圧の有意な低下はなかったが、isoproterenol (ISP) 0.02 ( $\mu$ g/kg/min) 負荷 tilt 12分でPSVT (180bpm) が誘発され直後に収縮期圧が60台まで低下し失神した。失神の原因としてPSVTによる血圧低下が示唆され、カテーテルアブレーションを施行した。PSVTは左側壁の副伝導路を介する房室リエントリー性頻拍と診断され、アブレーションにより副伝導路の離断に成功した。以後、失神発作の再発はなかった。PSVTに伴う失神発作は頻拍に自律神経反射の関与が示唆され、突然の血圧低下により前駆症状無く失神する場合があります、tilt試験を含めた慎重な検討が必要である。

## 9. 若年発症の Brugada 症候群の 1 例

富山県立中央病院 内科（循環器）<sup>1</sup>

中村 一樹<sup>1</sup> 油谷 伊佐央<sup>1</sup> 小林 拓<sup>1</sup> 真弓 卓也<sup>1</sup> 原田 智也<sup>1</sup> 木下 正樹<sup>1</sup>  
平澤 元朗<sup>1</sup> 丸山 美知郎<sup>1</sup> 永田 義毅<sup>1</sup> 臼田 和生<sup>1</sup>

症例は 15 歳の男子。以前から I 度房室ブロックを指摘されていたが、経過観察の方針となっていた。

2013 年 1 月昼食後意識消失あり。てんかん疑いで精査されたがに頭部 CT、脳波検査を行うも異常なし。ホルター心電図で 1-2 秒の sinus pause が頻発していた。洞不全症候群が疑われ、精査加療目的に 2013 年 3 月当科紹介。各種精査で大きな異常なく 1 年後経過観察の方針とした。

2013 年 5 月 10 日授業中に心肺停止状態となり、担任が AED 使用。ショック施行され当院へ救急搬送となった。後に AED 確認すると心室細動が記録されていた。加療目的に当科入院とした。朝食後の一肋間上の 12 誘導心電図にて典型的な coverd type の Brugada 型心電図が記録され、Brugada 症候群からの心室細動と診断した。

2013 年 5 月 30 日 ICD 植え込み予定である。若年の Brugada 症候群症例としてここに報告する。

## 10. 3 症例から失神ガイドラインによる診療を考える

日本医科大学付属病院 循環器内科<sup>1</sup>

八島 正明<sup>1</sup> 淀川 颯司<sup>1</sup> 小野 卓哉<sup>1</sup> 岩崎 雄樹<sup>1</sup> 林 明聡<sup>1</sup> 宮内 靖史<sup>1</sup> 清水 渉<sup>1</sup>

失神ガイドライン改訂版が公表されている。失神・動悸症状で診療を受けた 3 例の臨床経過を確認し、ガイドラインに基づく診断・治療の検証を試みた。

症例 1：42 歳男性。失神し頭部打撲。脳出血で救命センターに入院した。HUT 試験を行い、陽性であり血管抑制型の反射性失神と診断した。

症例 2：45 歳男性。動悸を伴う前失神発作精査のため循環器内科に入院した。肥大型心筋症を有し、電気生理学的検査にて心室頻拍が誘発されたため、ICD の植え込みを行った。

症例 3：40 歳男性。動悸を主訴に循環器科クリニックを受診。母と兄に突然死の家族歴を有した。心電図でわずかな J 波を認めるが、本人の失神既往なく経過観察となった。

3 例は異なる部署で異なる基準で診療を受けた。ガイドラインの診断フローチャートは反射性失神のみならず、高リスクの器質的心疾患、非失神等も含んでいる。各部署に広くガイドラインが浸透すれば共通の基準で診療が可能になると考えられた。

## 11. 早期再分極症候群と J 波症候群における自律神経機能異常

昭和大学 医学部 内科学講座 循環器内科学部門<sup>1</sup>

千葉 雄太<sup>1</sup> 箕浦 慶乃<sup>1</sup> 大西 克実<sup>1</sup> 川崎 志郎<sup>1</sup> 大沼 善正<sup>1</sup> 菊地 美和<sup>1</sup>  
伊藤 啓之<sup>1</sup> 渡辺 則和<sup>1</sup> 安達 太郎<sup>1</sup> 浅野 拓<sup>1</sup> 丹野 郁<sup>1</sup> 小林 洋一<sup>1</sup>

【背景と目的】自律神経機能異常は突然死の一因であり、また早期再分極 (ER) 症候群や J 波症候群での突然死を引き起こすハイリスク群が報告されている。両症候群で自律神経機能異常が存在するか検討した。

### 【方法と結果】

対象は原因不明の失神歴のある 191 例 (男/女 99/92 例、 $49.9 \pm 21.4$  才)。高分解能心電計と胸郭インピーダンス法を用いて Head up tilt test (HUT) を施行した。立位 30 分で HUT 陰性であった症例では薬物負荷下で再度 HUT を施行した。安静時の心電図で、下後壁 (II, III, aVF) または側壁 (I, V4-6) 誘導のいずれかに J 点の上昇 ( $\geq 1\text{mm}$ ) を伴う ER pattern または、J 波を認めた症例は 58/191 例 (30.4%) であった。それらの症例では、いずれの誘導においても ER pattern または J 波を認めなかった症例に比べて有意に HUT で陽性であった (37/58 vs 50/133,  $p < 0.05$ )。

【結論】下後壁または側壁に ER pattern または J 波を示す症例では自律神経機能異常が高率に存在する。

## 12. 運動誘発性失神例の T-wave alternans に関する検討

防衛医科大学校 集中治療部<sup>1</sup> 自衛隊中央病院 内科<sup>2</sup>

高瀬 凡平<sup>1</sup> 浜部 晃<sup>2</sup> 永井 知雄<sup>2</sup> 田畑 博嗣<sup>2</sup>

運動誘発性失神はハイリスク群に属する。一方、T-wave alternans ( $\mu\text{V}$ ) は、心臓性突然死に関与する。運動誘発性失神例の Head-up tilt 試験中 (HUT) T-wave alternans を検討した。連続 304 失神症例中、非器質的心疾患例で反射性失神が疑われ HUT 施行した運動誘発性失神 HUT 陽性 9 例 (Ex-TLOC 群: 平均年齢  $22 \pm 5$  歳) と年齢・性が一致した非運動誘発性反射性失神 9 症例 (HUT 陽性; N-Ex-TLOC 群) を比較した。HUT 中に Holter 心電図で T-wave alternans を測定した。各群 9 症例は全症例 control HUT で陽性所見を示した。Ex-TLOC 群と N-Ex-TLOC 群の T-wave alternans を比較すると、最大 T-wave alternans  $\mu\text{V}$  は両群間で有意の差は認められなかった ( $24 \pm 5$  vs.  $21 \pm 7 \mu\text{V}$ )。結語: T-wave alternans の所見から、非器質的心疾患若年者運動誘発性失神例では、反射性失神が疑われ HUT が陽性である時には、致死性不整脈による失神のリスクは多くない可能性が示唆された。

### 13. Physical Counterpressure Manoeuvre による失神予防機序が確認できた 1 例

聖マリアンナ医科大学 循環器内科<sup>1</sup>

古川 俊行<sup>1</sup> 仲島 麻里可<sup>1</sup> 高木 泰<sup>1</sup> 高野 誠<sup>1</sup> 中野 恵美<sup>1</sup> 原田 智雄<sup>1</sup> 明石 嘉浩<sup>1</sup>

【症例】21 歳女性。

【経過】外傷を伴う失神の精査のため失神外来を受診した。心電図等の諸検査では心原性失神は否定的であった。前駆症状は明らかではなかったが、反射性失神が疑われ、Tilt Table Test を行った。ニトログリセリン(NTG)舌下後、3 分にて Mixed type の失神が誘発された。誘発された失神の症状は自然発作と一致し、原因は反射性失神と考えられた。安静後、再び Tilting を行い、NTG を舌下後、同様に前駆症状が出現した。Hand Grip による Physical Counterpressure Manoeuvre (PCM)を行ったところ、軽度の心拍数の低下を認めたが、徐脈は出現せず失神には至らなかった。検査中の記録を Taskforce Monitor にて確認すると、前駆症状と同時に PCM を施行する事で、1 回拍出量は低下せず、心拍数の上昇も抑制されるため強い反射が出現しなかったため失神の回避が可能であった。

【結語】PCM にて失神が抑制される機序が Taskforce Monitor にて確認できた 1 例を経験した。

### 14. 当院における Head up tilt 試験の現状

自衛隊札幌病院 内科<sup>1</sup> 社会医療法人社団 カレスサッポロ北光記念病院<sup>2</sup>

北井 敬之<sup>1,2</sup> 吉田 泉<sup>2</sup> 四倉 昭彦<sup>2</sup> 櫻井 正之<sup>2</sup>

背景：Head-up tilt 試験は血管迷走神経性失神の診断に対し高い推奨度があるものの、統一されたプロトコールはない。当院における tilt 試験のプロトコールおよびその結果、電気生理学検査や冠攣縮誘発試験との関係について検討する。対象：2012 年 1 月から 12 月に tilt 試験を施行した 55 試験，49 例（男性 32 例，女性 17 例，13 歳～88 歳，平均年齢 54 歳）。基礎心疾患なし 35 例(71%)。結果：tilt 陽性 23 試験，22 例(45%)，うち混合型 3 例，血管抑制型 14 例，心抑制型 5 例(うち 4 例は心停止)となり診断を得た。tilt 陰性 27 例のうち電気生理学検査により洞機能不全症候群 3 例、心室頻拍・心室細動 3 例，冠動脈造影検査により冠攣縮性狭心症 3 例の診断を得た。また tilt 試験陽性 22 例のうち電気生理学検査 16 例施行したが有意所見は 1 例のみ(非持続性心室頻拍)，冠動脈造影検査 5 例に施行し冠攣縮誘発例は認めなかった。結語：当院における tilt 試験における現状について文献的考察を加え報告する。

## 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ー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：東京都品川区旗の台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。

平成22年1月1日 発効  
平成22年3月1日 一部改定



## 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、臼田和生、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、小林洋一、小林義典、小松 隆、犀川哲典、斉藤 司、相良耕一、櫻田春水、静田 聡、清水昭彦、清水 渉、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、嶽山陽一、田中英高、丹野 郁、樗木晶子、池主雅臣、戸叶隆司、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、藤井理樹、古川泰司、堀 進悟、松本万夫、水牧功一、三村 将、百村伸一、吉岡公一郎、吉田明弘、渡辺一郎、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

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 一部改訂  
平成 22 年 6 月 1 日 一部改訂  
平成 22 年 6 月 18 日 一部改訂  
平成 23 年 7 月 2 日 一部改訂