

第 5 回失神研究会

会期 平成 26 年 7 月 5 日 (土)

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 5 回失神研究会 当番会長
横浜南共済病院 循環器内科
副院長 西崎光弘

第5回失神研究会のご挨拶

突然死と失神の関連を考慮しますと、失神診療における診断・治療の進歩は突然死予防に極めて重要な役割を果たすと考えられます。これまで失神診療に有用な議論を積み重ねてきた失神研究会も、今年で第5回目を迎えることとなりました。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。

第5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、遺伝性疾患における不整脈診療の権威でいらっしゃる清水 渉先生による「遺伝性不整脈疾患と失神」の特別講演、また教育講演として「ICD と失神：道路交通法改正に伴う運動制限の現状」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5回失神研究会 当番会長
横浜南共済病院 循環器内科
副院長 西崎光弘

第5回失神研究会：プログラム
2014年7月5日（土）

13:00-13:05 開会挨拶

13:05-13:53 一般演題1 (1-4) 失神の診断と検査

座長：原田智雄 聖マリアンナ医科大学循環器内科
水牧功一 富山大学臨床研究・倫理センター

13:56-14:44 一般演題2 (5-8) 心室性不整脈

座長：櫻田春水 東京都立保健医療公社大久保病院
渡邊英一 藤田保健衛生大学循環器内科

14:44-14:54 Break

14:54-15:44 特別講演「遺伝性不整脈疾患と失神」

座長：西崎光弘 横浜南共済病院循環器内科
演者：清水 渉 日本医科大学循環器内科

15:44-15:54 Break

15:54-17:06 一般演題3 (9-14) デバイス治療と予後

座長：沖重 薫 横浜市立みなと赤十字病院心臓不整脈先進診療科
深水誠二 広尾病院循環器科

17:08-17:28 教育講演「ICDと失神：道路交通法改定に伴う運転制限の現状」

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
演者：安部治彦 産業医科大学医学部不整脈先端治療学講座

17:30-17:40 失神観察研究(SOS-Japan) 報告

小林洋一 昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門

17:40-17:50 閉会挨拶および次回開催案内

18:30-20:00 懇親会 入院棟17階 クラウン昭和

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

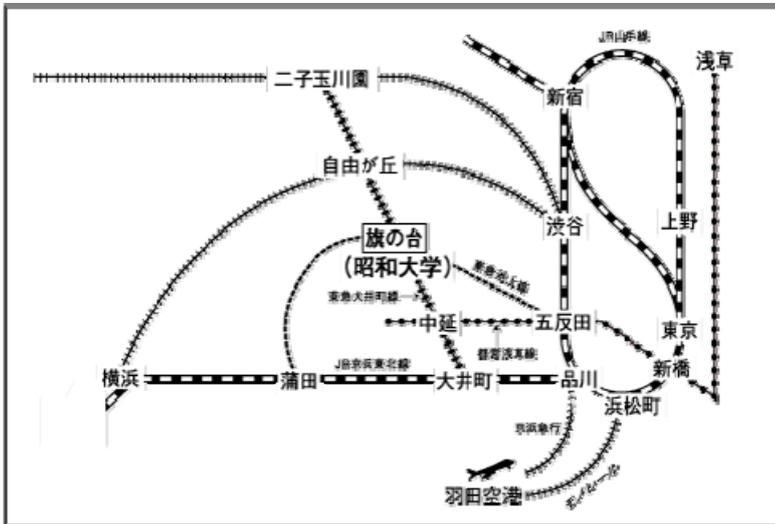
< J R 横浜・川崎駅方面からお越しの場合 >

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 18:30~20:00

入院棟 17階 ターレストラン昭和
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5日(土) 12:30～

● 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5日(土) 13:05

● 失神研究会は、不整脈専門医の更新単位加算対象学術集会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7分、討論5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Windows7、アプリケーションはPowerPoint2010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（Windows7）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。
- ・ 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。

一般演題 1 (1-4) 失神の診断と検査

13:05-13:53

座長：原田智雄 聖マリアンナ医科大学循環器内科

水牧功一 富山大学大学院医学薬学研究部内科学第二

1. 問診が重要であった、非心原性失神の1例

富山県立中央病院 内科（循環器）¹

油谷 伊佐央¹、本道 俊一郎¹、徳久 英樹¹、木下 正樹¹、平澤 元朗¹、丸山 美知郎¹
永田 義毅¹、臼田 和生¹

2. Postprandial Hypotension にて失神を来たしたと考えられる3症例

東京都立広尾病院 循環器科¹、横浜南共済病院²、東京都立保健医療公社大久保病院³
取手北相馬医師会病院⁴

森山 優一¹、北條 林太郎¹、吉田 精孝¹、河村 岩成¹、中田 晃裕¹、荒井 研¹、
宮澤 聡¹、貝原 俊樹¹、名内 雅宏¹、麻喜 幹博¹、福岡 裕人¹、北村 健¹、
青山 祐也¹、小宮山 浩大¹、深水 誠二¹、手島 保¹、西崎 光弘²、櫻田 春水³、
平岡 昌和⁴

3. 失神の継続診療に同意されない患者の特徴と臨床経過

聖マリアンナ医科大学 循環器内科¹

古川 俊行¹、山田 麻里可¹、高木 泰¹、高野 誠¹、中野 恵美¹、原田 智雄¹、
明石 嘉浩¹

4. BNP 値は、心原性失神の予測因子となりうるか？

昭和大学 内科学講座 循環器内科学部門¹

小貫 龍也¹、伊藤 啓之¹、千葉 雄太¹、川崎 志郎¹、大西 克実¹、宗次 裕美¹、
菊地 美和¹、箕浦 慶乃¹、渡辺 則和¹、安達 太郎¹、浅野 拓¹、小林 洋一¹

一般演題2 (5-8) 心室性不整脈

13:56-14:44

座長：櫻田春水 大久保病院循環器科内科

渡邊英一 藤田保健衛生大学循環器内科

5. シベンゾリン中毒による Wide QRS tachycardia が原因で意識消失をきたした 1 例
順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院 循環器内科²、順天堂大学医学部附属浦安病院 循環器内科³
木村 友紀^{1,2,3}、住吉 正孝¹、三浦 誠司¹、小松 さやか²、塩澤 知之²、田淵 晴名²、林 英守²、関田 学²、代田 浩之²、戸叶 隆司³、中里 祐二³

6. ピルジカイニド負荷時の ST 波形に著明な日差変動を認めた Brugada 症候群の 1 例
横浜南共済病院 循環器内科¹、東京都保健医療公社大久保病院²、取手北相馬保健医療センター医師会病院³
高宮 智正¹、山分 規義¹、李 基鎬¹、羽田 泰晃¹、中野 国晃¹、稲村 幸洋¹、島田 博史¹、中村 知史¹、清水 雅人¹、藤井 洋之¹、西崎 光弘¹、櫻田 春水²、平岡 昌和³

7. 頻脈性心室性不整脈による失神を来した、原因疾患の特定が困難であった 1 例
福島県立医科大学 会津医療センター 循環器内科¹、福島県立医科大学附属病院 循環器・血液内科学講座²
星野 弘尊¹、玉川 和亮¹、鶴谷 善夫¹、金城 貴士²、鈴木 均²、竹石 恭知²

8. 当初神経調節性失神と考えられた、心源性失神が看過されかけた一例
横浜市立みなと赤十字病院 心臓不整脈先進診療科¹
中村 知史¹、沖重 薫¹、後藤 健太郎¹、加藤 信孝¹、川口 直彦¹、長谷川 智明¹、山下 光美¹、浅野 充寿¹、志村 吏左¹、鈴木 秀俊¹、青柳 秀史¹、倉林 学¹

特別講演

14:54-15:44

「遺伝性不整脈疾患と失神」

座長：西崎光弘 横浜南共済病院循環器内科

清水 渉 日本医科大学循環器内科

MEMO

座長：沖重 薫 横浜市立みなと赤十字病院心臓不整脈先進診療科
深水誠二 広尾病院循環器科

9. 放射線障害に関連した心原性失神の一例

旭中央病院¹

宮地 浩太郎¹、門岡 浩介¹、名倉 福子¹、佐藤 奈々恵¹、サッキヤ サンディープ¹、
早川 直樹¹、鈴木 洋輝¹、小寺 聡¹、石脇 光¹、櫛田 俊一¹、神田 順二¹、
佐藤 寿俊¹

10. ILR で捕まった失神発作を伴う発作性房室ブロック患者の臨床経緯

産業医科大学 不整脈先端治療学¹、産業医科大学 循環器内科²

河野 律子^{1,2}、林 克英²、高橋 正雄²、渡部 太一²、大江 学治²、荻ノ沢 泰司²、
安部 治彦^{1,2}

11. 心臓植込み型除細動器患者における不適切作動による失神の頻度

藤田保健衛生大学病院 ME 管理室¹、藤田保健衛生大学循環器内科²

山本 賢¹、藤原 麻未¹、奥田 健太郎²、越川 真行²、市川 智英²、山本 真由美²、
祖父江 嘉洋²、辻川 圭亮¹、渡邊 英一²、尾崎 行男²

12. 心機能低下例に合併する血管迷走神経性失神—正常心機能例との比較—

富山大学大学院医学薬学研究部内科学第二¹、富山大学臨床研究・倫理センター²

山口 由明¹、水牧 功一²、西田 邦洋¹、坂本 有¹、中谷 洋介¹、片岡 直也¹、
井上 博¹

13. 血管抑制型神経調節性失神により転倒・骨折を繰り返した高齢女性の一例

昭和大学藤が丘病院¹、昭和大学藤が丘リハビリテーション病院²

若月 大輔¹、下島 桐¹、南雲 さくら¹、礪 良崇²、鈴木 洋¹

14. 血管迷走神経性失神に対する Impedance threshold device の有用性

慶應義塾大学 医学部 救急医学¹

鈴木 昌¹、堀 進悟¹

教育講演

17:08-17:28

「ICD と失神：道路交通法改定に伴う運転制限の現状」

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

演者：安部治彦 産業医科大学医学部不整脈先端治療学講座

MEMO

失神觀察研究 (SOS-Japan) 報告

17:30-17:40

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

1. 問診が重要であった、非心原性失神の1例

富山県立中央病院 内科（循環器）¹

油谷 伊佐央¹、本道 俊一郎¹、徳久 英樹¹、木下 正樹¹、平澤 元朗¹、丸山 美知郎¹、永田 義毅¹、臼田 和生¹

症例は50歳代男性。201X年4月、車で通勤中に意識消失あり。近医脳神経外科受診、異常なしとされた。同年6月就業前の喫煙中に、眼のかすみ・手足のしびれが出現。椅子に座ったあとに短時間の失神あり、当院救命センター受診となった。12誘導心電図ではHR 40bpm 位の洞性徐脈・完全右脚ブロックを認め、洞不全症候群・Brugada 症候群を含めた心原性失神が疑われ当科コンサルトとなった。一泊経過観察入院としたが、心室性不整脈や著明な徐脈はみられなかった。以後当科外来にてフォローとした。冠動脈CTおよび頭部MRIでは特記すべき所見はみられず。7・8月の外来での問診では、全身がしびれると痒いの間のようなになり、その後焦点が合わなくなり意識を失う、とのことであった。同年11月再度失神あり受診。頸部に発赤あり。後日皮膚科受診にて確定診断に至った。失神の鑑別診断として重要と考え、文献的考察を加え報告する。

2. Postprandial Hypotensionにて失神を来たしたと考えられる3症例

東京都立広尾病院 循環器科¹、横浜南共済病院²、東京都立保健医療公社大久保病院³、
取手北相馬医師会病院⁴

森山 優一¹、北條 林太郎¹、吉田 精孝¹、河村 岩成¹、中田 晃裕¹、荒井 研¹、宮澤 聡¹、
貝原 俊樹¹、名内 雅宏¹、麻喜 幹博¹、福岡 裕人¹、北村 健¹、青山 祐也¹、
小宮山 浩大¹、深水 誠二¹、手島 保¹、西崎 光弘²、櫻田 春水³、平岡 昌和⁴

Postprandial Hypotension (PPH)は食後に遷延する低血圧であり、背景に高齢、Parkinson病、糖尿病、末期腎不全を有していることが多く、失神に至ることもある。症例1は88歳女性。昼食後に失神し、低血圧が遷延するため当院に入院となった。入院後も食後2時間まで遷延する低血圧をみとめ、降圧剤の減量にて経過を見ている。症例2は87歳男性。繰り返す食後の低血圧と失神のため入院された。MIBGの心筋への集積低下を認め、認知症もあることからレビー小体型認知症と診断された。降圧剤中止後も失神が認められている。症例3は72歳男性。失神精査のため施行したHead up tilt試験にて起立性低血圧の診断となった。その後も食後、座位にて低血圧と失神をみとめ、内服加療を開始するも改善に至っていない。PPHは確立した治療法がなく、今回治療抵抗性の症例を経験したため文献的考察を踏まえ報告する。

3. 失神の継続診療に同意されない患者の特徴と臨床経過

聖マリアンナ医科大学 循環器内科¹

古川 俊行¹、山田 麻里可¹、高木 泰¹、高野 誠¹、中野 恵美¹、原田 智雄¹、明石 嘉浩¹

背景：失神診療において、診療の継続に同意されない患者も存在する。これらの患者の臨床的特徴および臨床経過を明らかではない。

方法および結果：2012年4月から13年6月に失神外来を受診した失神患者：114例（男性66・女性48、57±23歳）について検討した。27例(24%)が診療の継続に同意されなかった。主な理由は入院による精査や植え込み型心電計の移植を含む侵襲的な検査に対する不同意であった。これらの患者では65歳以上、失神による2次性の外傷、器質的心疾患の合併が68%、44%、24%と診療を継続した患者の42%、26%、8%に比べ有意に多かった(p<0.05)。平均4 +/- 4ヶ月の観察期間では、診療の継続に同意しなかった患者の再発率は41%(観察可能であった17例中)と診療に同意された患者の12%に比べ有意に高頻度であった(p<0.03)。

結語：失神診療の継続に同意されない患者は、同意される患者に比べよりリスクが高く、再発のリスクも高いことが明らかになった。

4. BNP 値は、心原性失神の予測因子となりうるか？

昭和大学 内科学講座 循環器内科学部門¹

小貫 龍也¹、伊藤 啓之¹、千葉 雄太¹、川崎 志郎¹、大西 克実¹、宗次 裕美¹、
菊地 美和¹、箕浦 慶乃¹、渡辺 則和¹、安達 太郎¹、浅野 拓¹、小林 洋一¹

背景：心原性失神は、初期検査だけでは診断が難しいことがある。心疾患の重症度評価にBNPはよく使われる。我々は、初期検査で原因が分からなかった心原性失神患者のBNP値について検討した。

方法：対象は、初期検査で原因が分からず、その後の検査で診断することができた連続178例の失神患者。(平均年齢62±19歳、男103例) BNPは初診時の血液データを使用した。

結果：178例中、その後の検査で心原性失神は107例(徐脈性不整脈54例、頻脈性不整脈24例、器質的心疾患29例)、非心原性失神は71例(反射性失神54例、起立性低血圧17例)診断することができた。心原性失神は、非心原性失神に比べ有意に初診時のBNP値が高かった。(133.7 ±191.7 pg/ml vs 38.9 ±18.1 pg/ml, p<0.0001)。BNPのカットオフ値を30.2 pg/mlにすると、感度74.5%、特異度66.0%であった。(AUC= 0.745)

結語：初診時のBNP値は、初期検査で原因が分からなかった心原性失神患者の判定に有効と思われる。

5. シベンゾリン中毒による Wide QRS tachycardia が原因で意識消失をきたした 1 例

順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院 循環器内科²、順天堂大学医学部附属浦安病院 循環器内科³

木村 友紀^{1,2,3}、住吉 正孝¹、三浦 誠司¹、小松 さやか²、塩澤 知之²、田淵 晴名²、林 英守²、関田 学²、代田 浩之²、戸叶 隆司³、中里 祐二³

74 歳、女性、心房細動 (AF)、高血圧、糖尿病のため他院で通院加療中であった。2013 年 7 月上旬より食欲低下、尿量減少、7 月中旬、入浴後に意識消失をきたし、救急車で当院の救急外来へ搬送。来院時、意識はやや混濁 (JCS I-2)、血圧 80/60mmHg で心不全を呈し、カテコラミン等で治療を開始した。心電図は著しい QRS 幅の延長を伴った wide QRS 頻拍 (116/分) を認め、シベンゾリン (Cib) 200mg/日服用中であることより Cib 中毒を疑い、補液と CHDF を開始した。頻脈は入院 6 時間後より incessant type となり、24 時間後には消失、AF に移行した。心エコーでは明らかな基礎心疾患なく、左房拡大 (55mm) を認めるも LVEF 66%であった。入院時の Cib 血中濃度は 1313ng/ml と有効血中濃度上限の 5.3 倍であった。カルベジロール、ジゴキシンで心拍数コントロールを行い 14 病日に退院となった。本症例では脱水による急性腎不全に伴い Cib 中毒をきたしたと考えられた。

6. ピルジカイニド負荷時の ST 波形に著明な日差変動を認めた Brugada 症候群の 1 例

横浜南共済病院 循環器内科¹、東京都保健医療公社大久保病院²、取手北相馬保健医療センター医師会病院³

高宮 智正¹、山分 規義¹、李 基鎬¹、羽田 泰晃¹、中野 国晃¹、稲村 幸洋¹、島田 博史¹、中村 知史¹、清水 雅人¹、藤井 洋之¹、西崎 光弘¹、櫻田 春水²、平岡 昌和³

症例は 29 歳、男性。2013 年 1 月中旬、昼食後、嘔気を自覚して起立した直後に失神した。突然死の家族歴はなし。来院時、12 誘導心電図 1 肋間上記録で type2 心電図を認めた。心エコー、冠動脈 CT は異常なく、起立負荷、頸動脈洞マッサージ、tilt 試験はいずれも陰性であった。LP は陽性であったが、ホルター心電図では不整脈を認めず、TWA 陰性であり、また、運動負荷でも不整脈や心電図変化を認めなかった。入院後、初回のピルジカイニド負荷では ST 上昇を認めたが、coved 型心電図への変化は軽度であった。しかし、後日、ピルジカイニド負荷を再施行したところ、典型的な type1 心電図に変化した。電気生理検査では右室流出路からの 3 連期外刺激で心室細動が誘発され失神した。以上より、Brugada 症候群と診断、ICD 植込みを施行した。Brugada 症候群では、ST 波形の日内変動、日差変動が知られているが、ピルジカイニド負荷時の日差変動についての報告は稀である。

7. 頻脈性心室性不整脈による失神を来した、原因疾患の特定が困難であった1例

福島県立医科大学 会津医療センター 循環器内科¹、福島県立医科大学附属病院 循環器・血液内科学講座²

星野 弘尊¹、玉川 和亮¹、鶴谷 善夫¹、金城 貴士²、鈴木 均²、竹石 恭知²

症例は74歳男性。既往歴：高血圧、2型糖尿病で他院加療中。ゲートボール中に眩暈と眼前暗黒感あり、数秒の意識消失。痙攣や四肢麻痺は認めず。頭部MRIでは異常なし。後日、再び意識消失、ホルター心電図で数秒のTorsades de pointesを認めた。心エコーで下後壁に重度壁運動低下、特に後壁基部は菲薄化しakinesisを認めた。入院後、トレッドミル運動負荷心電図では多源性心室性期外収縮出現し、冠動脈造影にて左右とも有意狭窄なし、左室造影では後下壁壁運動低下、特に後壁基部は瘤状であった。心臓電気生理検査で右室心尖部より心室頻拍が誘発され、血圧低下し、意識消失した。心サルコイドーシスを疑い、心臓MRI、Gaシンチを施行したが、異常所見なし。皮膚、眼病変とも認めなかった。原因疾患の特定はできなかったが、頻脈性心室性不整脈に対し、アミオダロン内服、ICD植え込みを行い、経過観察中である。

8. 当初神経調節性失神と考えられた、心源性失神が看過されかけた一例

横浜市立みなと赤十字病院 心臓不整脈先進診療科¹

中村 知史¹、沖重 薫¹、後藤 健太郎¹、加藤 信孝¹、川口 直彦¹、長谷川 智明¹、山下 光美¹、浅野 充寿¹、志村 吏左¹、鈴木 秀俊¹、青柳 秀史¹、倉林 学¹

症例は61歳男性。結婚式にて痛飲した後の帰宅途中に意識消失し、頭部を打撲したため当院に緊急搬送された。当院受診時は覚醒しており血行動態も保たれていたが、過度な酩酊状態のため病歴や症状の聴取は不可能であった。

頭部打撲の精査のため頭部CTを施行したが、施行中に心肺停止となった。心電図モニターにて心室細動であり、電氣的除細動により洞調律に復した。心拍再開後の心電図では下壁誘導にてST上昇がみられ、急性冠症候群に伴う心室細動と診断された。緊急心臓カテーテル検査では右冠動脈#3の完全閉塞が認められ、経皮的冠動脈形成術による血行再建に成功した。術後に合併した頭蓋内出血に対する治療を行い、第33病日に独歩退院した。過度な飲酒に続発する意識消失発作は、酩酊によるものや神経調節性失神がほとんどを占めるが、本例のように致死的な心源性失神が潜んでいる可能性があり、注意を喚起する一例と考えられた。

9. 放射線障害に関連した心原性失神の一例

旭中央病院¹

宮地 浩太郎¹、門岡 浩介¹、名倉 福子¹、佐藤 奈々恵¹、サッキヤ サンディープ¹、
早川 直樹¹、鈴木 洋輝¹、小寺 聡¹、石脇 光¹、櫛田 俊一¹、神田 順二¹、佐藤 寿俊¹

症例は 59 歳女性。1986 年に左乳癌に対して乳房切除と放射線療法(前後方向、合計 50Gy の照射)を施行。2012 年頃から意識消失発作を生じるようになり、3 回目の意識消失発作で受診した。ホルター心電図を施行するも異常所見はなし。4 回目の失神で再度受診した際胸骨左縁 2-3 肋骨で収縮期雑音を聴取、心電図上 QTU 間隔の延長を認め経過観察入院となった。入院中に突然の完全房室ブロックによる失神と痙攣発作を繰り返し生じた。精査の結果右室流出路狭窄、軽度の大動脈弁逆流症、心臓電気生理検査では間欠的な HV block を認めた。HV block が失神の原因であると診断し右側胸部にペースメーカー埋め込みを施行した。

放射線後遺症による心臓障害は他にも多彩な病像を呈することが多く、またいずれの病態も心原性失神の原因となりうる。ペースメーカーの埋め込みのみで終わらず継続的な経過観察を要する疾患であり、報告する。

10. ILR で捕まった失神発作を伴う発作性房室ブロック患者の臨床経緯

産業医科大学 不整脈先端治療学¹、産業医科大学 循環器内科²

河野 律子^{1,2}、林 克英²、高橋 正雄²、渡部 太一²、大江 学治²、荻ノ沢 泰司²、
安部 治彦^{1,2}

目的：失神発作を伴う発作性房室ブロック (AVB), 及びペースメーカー (PM) 植込み後の発作性 AVB の自然経過は未だ不明な点がある。

方法：原因不明の失神発作を主訴に来院し、ILR で発作性 AVB と診断され PM 植込み治療がなされた 7 人 (平均 67±17 歳、男性 7 人) の治療後の臨床経緯を調べた。

結果：ILR 植込み後平均 113±85 日で AVB と診断され、PM 植込み治療により 7 人全員で失神発作は消失した。PM 植込み後平均 872±350 日の経過観察で、7 人中 5 人が PM 植込み後も累積心室ペーシング率 (cum%Vp) は平均 8.2 (0.1-24)% に留まった。しかし 2 人では PM 植込み後の 2 ヶ月目と 4 ヶ月目より突然完全 AVB に移行し、cum%Vp=100% で心室ペーシング依存状態となった。これらの患者で、ILR 植込みまでの失神の頻度や臨床的背景に差は認めなかった。

考察：失神発作を伴う発作性 AVB 患者に PM 治療は有効である。長期間発作性 AVB の状

態で経過する症例と、完全 AVB に移行し PM 依存となる症例が混在するが、その鑑別の予測は困難である。

11. 心臓植込み型除細動器患者における不適切作動による失神の頻度

藤田保健衛生大学病院 ME 管理室¹、藤田保健衛生大学循環器内科²

山本 賢¹、藤原 麻未¹、奥田 健太郎²、越川 真行²、市川 智英²、山本 真由美²、祖父江 嘉洋²、辻川 圭亮¹、渡邊 英一²、尾崎 行男²

【背景】植込み型除細動器患者は不適切作動により自動車運転禁止期間が延長する。これは、不適切作動に伴う失神が危惧されることが一因と思われる。

【目的】不適切作動に伴う失神の頻度を調べること。

【対象と方法】2008年4月～2013年12月に当院で ICD・CRT-D を植込んだ 101 例の作動状況を後ろ向きに調査した。

【結果】植込みデバイスの内訳は ICD : 50 例 (50%)、CRT-D : 51 例 (50%)。基礎疾患は虚血 (24%)、非虚血 (76%)。不適切作動を 14 例 (14%) に認めたが、失神を伴った症例はなかった。また、患者背景に差は認めなかった。不適切作動の原因は頻脈性心房細動 : 8 例 (35%)、心房頻拍 : 10 例 (43%)、洞性頻脈 : 3 例 (13%)、電磁ノイズ : 1 例 (4%)、リードトラブル : 1 例 (4%) であった。なお、不適切作動例は死亡例が多かった ($p=0.04$)。

【結論】今回の調査結果は不適切作動に伴う失神例は認めなかった。今後は多施設での調査が必要であると考えられる。

12. 心機能低下例に合併する血管迷走神経性失神—正常心機能例との比較—

富山大学大学院医学薬学研究部内科学第二¹、富山大学臨床研究・倫理センター²

山口 由明¹、水牧 功一²、西田 邦洋¹、坂本 有¹、中谷 洋介¹、片岡 直也¹、井上 博¹

【目的】心機能低下例における血管迷走神経性失神は予後の悪化に関連する可能性があり、head-up tilt 試験 (HUT) を施行した左室収縮性低下例について検討した。**【方法】**HUT を施行した失神例 368 例のうち LVEF < 0.40 の 7 例 (拡張型心筋症 DCM6, 陳旧性心筋梗塞 1, LVEF = 33 ± 6%, 48 ± 19 歳) とそれ以外で比較した。**【結果】**HUT 陽性は 6 例 (86%, baseline tilt 3 例, NG 負荷 tilt 3 例) で LVEF ≥ 0.40 の症例での陽性率 192/361 例 (53%) より高率であった。HUT 後の失神の再発は 4 例 (57%, 1, 2, 4, 6 ヶ月) で認められ、LVEF ≥ 0.40 の症例の 12 ~ 111 (57 ± 26) ヶ月の follow up での再発率 (10%, 4 ヶ月以降) より高率で早期の再発を認めた。DCM 例で排便時に血管迷走神経反射が生じ低血圧が遷延した例や、入浴中に死亡し ICD 記録で VT, VF はなく死因に血管迷走神経反射の関与が疑われた HUT 陽性例が認められた。**【総括】**

左室機能低下例に合併する血管迷走神経性失神は難治性で予後の悪化に関連する可能性が示唆された。

13. 血管抑制型神経調節性失神により転倒・骨折を繰り返した高齢女性の一例

昭和大学藤が丘病院¹、昭和大学藤が丘リハビリテーション病院²

若月 大輔¹、下島 桐¹、南雲 さくら¹、礪 良崇²、鈴木 洋¹

症例は72歳、女性、BMI 15.2。主訴は失神。2011年転倒により左大腿骨頸部骨折を受傷し、術後にリハビリし退院した。その後、転倒はなかったが、2013年に自宅内で転倒し右手首を骨折。2014年1月転倒し肋骨を骨折した。失神の自覚はなかった。その後、外出を控えていた。3月意識消失して転倒した。入院し脳血管及び心疾患の所見を認めなかった。Head-up tilt testでは、開始から11分で心拍数減少を伴わず血圧が有意に低下した。この時、眼前暗黒感を認めるのみであった。ILR植え込みし退院した。退院3週間後に自宅前で眼前暗黒感と共に転倒した。頭部を受傷し、右上肢、肋骨、仙骨を骨折した。ILRで不整脈を検出しなかった。今回、血管抑制型神経調節性失神により転倒を繰り返した症例を経験した。失神の自覚症状に乏しく診断に苦慮した。Sarcopeniaの高齢者であり、循環器科、整形外科、リハビリテーション科が連携し、再発予防を行う必要があったと考えられた。

14. 血管迷走神経性失神に対する Impedance threshold device の有用性

慶應義塾大学 医学部 救急医学¹

鈴木 昌¹、堀 進悟¹

Impedance threshold device (ITD) は出血性ショックや心肺蘇生中に吸気時の胸腔内圧を陰圧化して前負荷を増やして血行動態を改善させる。この原理は血管迷走神経性失神 (VVS) の予防に有用な可能性がある。そこで、active standing 試験 (AS) で10分以内に血圧低下や徐脈が再現され、これが遷延する VVS 患者連続3例に ITD を使用した AS を行い良好な反応を認めたので報告する。**【症例1】** 25歳の男性。電車内で失神して搬入され、AS で収縮期血圧 (SBP) が111から70 mmHg に、心拍数 (HR) が97から77/分に減少して失神前駆症状が再現された。その後も AS で VVS が誘発されるため ITD を自己装着し AS を施行し、VVS は再現されなかった。**【症例2】** 34歳の女性。めまいを主訴に搬入された。AS で SBP が122から86 mmHg に、HR が65から48/分に減少し VVS と診断した。ITD を利用した AS では VVS が再現されなかった。**【症例3】** 34歳の男性。AS で VVS が誘発されたが、ITD で誘発されなかった。

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。

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、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、藤井理樹、古川泰司、古川俊行、堀 進悟、堀中繁夫、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
平成 24 年 7 月 7 日一部改訂
平成 26 年 3 月 22 日一部改訂