
第6回失神研究会

会期 平成27年7月4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6回失神研究会

当番会長 水牧 功一

(富山大学 臨床研究・倫理センター 特命准教授)

第6回失神研究会のご挨拶

失神は日常診療の場でよく遭遇する病態であり、日本国内で年間約80万人の失神患者が医療機関を受診していると推定されています。2013年1月に「失神の診断・治療ガイドライン(2012年改訂版):JCS2012」が公表されて2年あまりが経過し、植込み型のループレコーダーが導入され、我が国においても失神の原因となる病態生理の理解が深まってきていると思います。一方で、失神患者は一般総合内科、循環器内科、神経内科、脳神経外科、救急科、心療内科など様々な診療科が関与し、各科の連携など必ずしもあらゆる診療機関で失神の適切な診療が可能になっているとは言えない実情があると考えられます。

さて、これまで失神の診療に多くの有用な議論を重ねてきた失神研究会も今年で第6回目を迎えることとなり、ますます失神診療に関する議論を深める必要性が増しています。第6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、失神の病態生理について多くの重要な研究成果をご発表されている、愛知医科大学生理学講座の岩瀬敏先生による「失神における交感神経の役割」の特別講演、また聖マリアンナ医科大学循環器内科 古川俊行先生による「診断は寝て待て—ILRベースの失神診療」の教育講演等のプログラムを用意して、先生方のご参加をお待ちしております。

失神の診療については、循環器科の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、診療科の垣根を越えた多面的な議論が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6回失神研究会

当番会長 水牧 功一

(富山大学 臨床研究・倫理センター特命准教授)

第6回失神研究会：プログラム

2015年7月4日（土）

- 13:00-13:10 開会挨拶
- 13:10-13:58 一般演題1（1～4）「神経調節性反射性失神」
座長：池田 隆徳（東邦大学医学部内科学講座循環器内科学分野）
長山 雅俊（榊原記念病院 循環器内科）
- 13:58-14:46 一般演題2（5～8）「心室性不整脈」
座長：西崎 光弘（横浜南共済病院 循環器内科）
深水 誠二（東京都立広尾病院 循環器科）
- 14:46-15:00 Break
- 15:00-15:30 教育講演「診断は寝て待て—ILR ベースの失神診療」
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）
演者：古川 俊行（聖マリアンナ医科大学循環器内科）
- 15:30-15:45 Break
- 15:45-16:35 特別講演「失神における交感神経の役割」
座長：水牧 功一（富山大学臨床研究・倫理センター）
演者：岩瀬 敏（愛知医科大学生理学講座）
- 16:35-17:23 一般演題3（9～12）「失神・その他」
座長：櫻田 春水（東京都立保健医療公社大久保病院）
吉岡公一郎（東海大学医学部循環器内科）
- 17:23-17:33 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）
- 17:33-17:43 閉会挨拶および次回開催案内
- 18:00-19:00 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

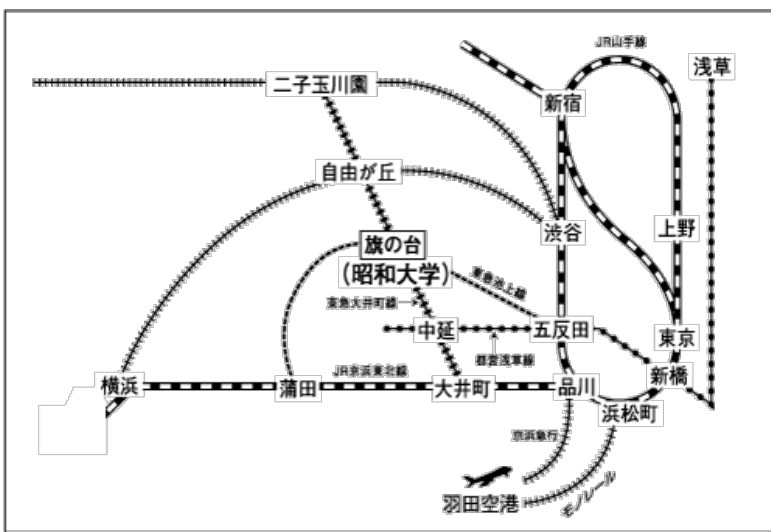
< J R 横浜・川崎駅方面からお越しの場合 >

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 18:00~19:00

入院棟 17階 タワーレストラン昭和
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4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4日（土） 13：10

● 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。

13:10-13:58 一般演題 1 (1~4) 「神経調節性反射性失神」

座長：池田 隆徳（東邦大学医学部内科学講座循環器内科学分野）

長山 雅俊（榊原記念病院 循環器内科）

1. 発作性心房細動に対する肺静脈隔離術により術後急性期に起立性低血圧や反射性失神出現を助長する可能性がある

山口大学大学院医学系研究科 器官病態内科学¹、山口大学大学院医学系研究科 保健学系学域²

大野 誠¹、吉賀 康裕¹、上山 剛¹、文本 朋子¹、石口 博智¹、清水 昭彦²、矢野 雅文¹

2. 長時間の心停止を伴う血管迷走神経性失神の長期予後

富山大学 医学部 第二内科¹、富山大学 臨床研究・倫理センター²、済生会富山病院³
辻野 泰¹、山口 由明¹、片岡 直也¹、中谷 洋介¹、坂本 有¹、西田 邦洋¹、水牧 功一²、井上 博³

3. 植込み型心電計とポケット部皮膚壊死

産業医科大学医学部 不整脈先端治療学¹、産業医科大学病院 循環器内科、腎臓内科²
河野 律子^{1,2}、林 克英²、大江 学治²、高橋 正雄²、荻ノ沢 泰司²、安部 治彦^{1,2}

4. 繰り返された失神発作の原因診断に対して植込み型心電計が有用であった1例

大分大学医学部 循環器内科・臨床検査診断学講座¹

石井 悠海¹、篠原 徹二¹、近藤 秀和¹、大坪 豊和¹、油布 邦夫¹、高橋 尚彦¹

13:58-14:46 一般演題 2 (5~8) 「心室性不整脈」

座長：西崎 光弘 (横浜南共済病院 循環器内科)

深水 誠二 (東京都立広尾病院 循環器科)

5. 冠攣縮性狭心症発作による心室性不整脈により失神をきたしたと考えられる1例

福島県立医大 会津医療センター附属病院 循環器内科¹

星野 弘尊¹ 玉川 和亮¹ 鶴谷 善夫¹

6. 失神で発症したたこつぼ心筋症症例の検討

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

飯谷 宗弘¹、清水 雅人¹、雨宮 未季¹、佐藤 慶和¹、増田 怜¹、中村 玲奈¹、
中野 国晃¹、島田 博史¹、瀬戸口 雅彦¹、藤井 洋之¹、山分 規義¹、西崎 光弘¹、
櫻田 春水²、平岡 昌和³

7. 繰り返す失神発作に対して抗てんかん薬で加療されていた先天性QT延長症候群の一例

昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門¹

千葉 雄太¹、箕浦 慶乃¹、浅野 拓¹、小川 洸¹、中村 友哉¹、越智 明德¹、
猪口 孝一郎¹、宗次 裕美¹、小貫 龍也¹、渡辺 則和¹、安達 太郎¹、河村 光晴¹、
小林 洋一¹

8. 上室性不整脈による失神が疑われたカテコラミン誘発性多形性心室頻拍の1例

東京都立広尾病院 循環器科¹、横浜南共済病院²、東京都保健医療公社 大久保病院³、
取手北相馬保健医療センター医師会病院⁴

宮部 倫典¹、北條 林太郎¹、新井 真理奈¹、稲垣 大¹、吉田 清孝¹、宮澤 聡¹、
中田 晃裕¹、河村 岩成¹、森山 優一¹、荒井 研¹、北村 健¹、青山 裕也¹、
小宮山 浩大¹、深水 誠二¹、西崎 光弘²、櫻田 春水³、平岡 昌和⁴

15:00-15:30 教育講演「診断は寝て待て—ILR ベースの失神診療」
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）
演者：古川 俊行（聖マリアンナ医科大学循環器内科）

MEMO

15:45-16:35 特別講演「失神における交感神経の役割」
座長：水牧 功一（富山大学臨床研究・倫理センター）
演者：岩瀬 敏（愛知医科大学生理学講座）

MEMO

16:35-17:23 一般演題 3 (9~12) 「失神・その他」

座長：櫻田 春水（東京都立保健医療公社大久保病院）

吉岡公一郎（東海大学医学部循環器内科）

9. 肩の痛み、背部痛後の意識消失発作の一例

榊原記念病院 循環器内科¹

小室 仁¹、高見澤 格¹、桃原 哲也¹、井口 信雄¹、長山 雅俊¹、高山 守正¹、梅村 純¹、
住吉 徹哉¹、友池 仁暢¹

10. 運動により失神したと考えられた若年男性の一例

昭和大学 藤が丘病院 循環器内科¹

間瀬 浩¹、若月 大輔¹、田代 一真¹、藤本 竜平¹、会田 健太¹、倉田 征昭¹、
辻内 美希¹、佐藤 千聡¹、水上 正宏¹、久野 越史¹、野木 彩夏¹、前田 敦雄¹、
前澤 秀之¹、若月 大輔¹、若林 公平¹、磯 良崇¹、下島 桐¹、佐藤 督忠¹、
江波戸 美緒¹、鈴木 洋¹

11. 失神と癲癇の鑑別が困難な一例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院循環器内科¹、聖マリアンナ医科大学病院循環器
内科²

中山 由衣¹、古川 俊行²、山田 麻里可²、高野 誠²、原田 智雄²、明石 嘉浩²、
大宮 一人¹

12. 痙攣を伴わず立位・座位のみの意識消失発作で反射性失神とてんかんの鑑別が困難で
あった1症例

防衛医科大学校 集中治療部¹、自衛隊中央病院 内科²

高瀬凡平¹、橋本賢一¹、荒川純子²、浜部晃²、田畑博嗣²

17:23-17:33 失神觀察研究 (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)

MEMO

1. 発作性心房細動に対する肺静脈隔離術により術後急性期に起立性低血圧や反射性失神の出現を助長する可能性がある

山口大学大学院医学系研究科 器官病態内科学¹、山口大学大学院医学系研究科 保健学系学域²

大野 誠¹、吉賀 康裕¹、上山 剛¹、文本 朋子¹、石口 博智¹、清水 昭彦²、矢野 雅文¹

【背景・目的】心房細動に対して肺静脈隔離術（PVI）を行うことにより、肺静脈周囲の迷走神経叢に対する修飾が起り、術後に副交感神経活性が抑制されることが報告されている。そこでPVIを行う前後での起立負荷に対する自律神経調節能の変化について検討した。【方法】当院で肺静脈隔離術を施行された発作性心房細動患者32名を対象とした。PVI前後でヘッドアップチルト試験（HUT）を行い、その際の圧受容体感受性（BRS）と心拍変動の計測を行った。【結果】1日総心拍数は術前90878.3拍/日、術後1107857.3拍/日と増加していた（ $p < 0.05$ ）。HUT時に計測されたBRSは、PVI前後で安静臥位で13.1ms/mmHgから5.87ms/mmHgと有意に低下した（ $p < 0.05$ ）。HUT時に起立性低血圧や反射性失神が出現した患者は術前3名から術後11名に増加した。【結語】PVI後に起こりうる副交感神経活性の低下により、新たな自律神経機能不全症状が出現する可能性があると考えられた。

2. 長時間の心停止を伴う血管迷走神経性失神の長期予後

富山大学 医学部 第二内科¹、富山大学 臨床研究・倫理センター²、済生会富山病院³
辻野 泰¹、山口 由明¹、片岡 直也¹、中谷 洋介¹、坂本 有¹、西田 邦洋¹、水牧 功一²、井上 博³

【目的】長時間の心停止を伴う血管迷走神経性失神の長期予後について検討した。【方法】Head-up tilt 試験（HUT）を施行した385例のうちHUTで7秒の心停止を伴う心抑制型反応を呈し、3年以上の長期経過観察が可能であった7例（男性5例、 23 ± 8 歳）について検討した。【結果】7例はいずれもbaseline HUTで7-22（ 14.6 ± 5.4 ）秒の痙攣を伴う心停止が誘発された。HUT後3例はdisopyramide（DSP）単独、2例はDSP+midodrine、1例はtilt training、1例は無治療で経過観察され36～258（ 141 ± 102 ）ヶ月間の再発はDSP+midodrine治療例1例（12ヶ月後）のみであり、心停止を認めなかったHUT陽性例の36～313（ 122 ± 80 ）ヶ月間の再発率（10%、4ヶ月以降）と差はなく、心事故や死亡例もみられなかった。【総括】HUTで7秒以上の心停止を認めた症例の失神の再発はそれ以外のHUT陽性例と同等で、ペースメーカー植え込み例はなかったが長期予後は良好であった。

3. 植込み型心電計とポケット部皮膚壊死

産業医科大学医学部 不整脈先端治療学¹、産業医科大学病院 循環器内科，腎臓内科²
河野 律子^{1,2}、林 克英²、大江 学治²、高橋 正雄²、荻ノ沢 泰司²、安部 治彦^{1,2}

目的と方法：植込み型心電計（ILR）は，術前のベクトルマッピングで高い R 波高が得られた部位と方向にポケットを作成し植込むのが一般的である．当院の ILR 患者 70 人（69 ± 16 歳，BMI 23 ± 3，男性 44 人）で，植込み部位と皮膚壊死や違和感の出現との関連性を調べた．

結果：3 人の ILR 植込み男性患者（70 ± 12 歳，BMI 21 ± 3）にポケット皮膚壊死が発生した（植込み後平均 72 ± 42 日目）．いずれも痩せ型体型で前肋骨に対し比較的垂直（鎖骨中線から各々 11, 45, 50 度方向）に ILR が植込まれていた．一方，皮膚壊死はないものの慢性期にも継続してポケット部の違和感を訴える 5 人（49 ± 18 歳，BMI 22 ± 3，男性 2 人）も同様に前肋骨に対し比較的垂直（平均 27 ± 8 度）に植え込まれていた．

考察：ポケット部の皮膚壊死や慢性期の違和感の継続は，前肋骨に対し比較的垂直方向に植込まれた ILR 患者に起こり易いことが判明した．痩せ型の男性患者への ILR 植込み留置部位の決定には，特に注意が必要である．

4. 繰り返された失神発作の原因診断に対して植込み型心電計が有用であった 1 例

大分大学医学部 循環器内科・臨床検査診断学講座¹

石井 悠海¹、篠原 徹二¹、近藤 秀和¹、大坪 豊和¹、油布 邦夫¹、高橋 尚彦¹

症例は 82 歳男性。2011 年 9 月に突然失神を起こし，近医に緊急搬送入院された。安静にて軽快したため退院となった。2013 年 9 月に失神発作を認めたため，近医に再入院となった。電気生理学的検査および冠攣縮誘発を含めた冠動脈造影検査が行われたが，異常を認めなかったことから血管迷走神経性失神を疑われて退院となった。同年 12 月に再度失神を起こしたため，原因精査目的で当科紹介入院となった。再度心臓カテーテル検査が施行されたが，前回と同様に異常を認めなかった。このため，原因精査目的で植込み型心電計移植術が施行された。以降失神発作は出現していなかったが，2014 年 5 月に行われた定期的な検査にて，発作性房室ブロックと思われる約 12 秒の心停止所見を認めた。恒久式ペースメーカー移植術施行後は，失神発作を認めていない。電気生理学的検査では診断できなかったが，植込み型心電計が原因診断に有用であった心原性失神を経験したので報告する。

5. 冠攣縮性狭心症発作による心室性不整脈により失神をきたしたと考えられる1例

福島県立医大 会津医療センター附属病院 循環器内科¹
星野 弘尊¹、玉川 和亮¹、鶴谷 善夫¹

症例：70歳男性。既往歴：高血圧症、脂質異常症、57歳 狭心症でBMSステント留置（右冠動脈#1）。2008年夏に土木作業の休憩中に数分の失神あり、経過観察となる。2011年2月単独で農作業中、失神した。2時間後に救急搬送受け、痙攣ありとの由で、搬送先でてんかんと診断され、デパケン開始。2012年6月夜、テレビ視聴中に失神、デパケン増量された。同年11月に再び失神し、前医にて同年12月冠動脈造影実施され有意狭窄なく、トレッドミル運動負荷心電図で虚血所見を認めず。2014年10月、車の助手席にて胸部圧迫感後に失神した。失神精査目的に紹介された。心エコー、ティルト試験で異常を認めず、冠動脈造影で右冠動脈#3に90%狭窄を認めた。アセチルコリン負荷で同部位は遅延伴う99%狭窄となり、非持続性心室頻拍が出現した。同部位にPCI施行、薬物追加後、失神の再発なし。冠攣縮性狭心症発作時に心室性不整脈が生じ、失神に至ったと推測された。

6. 失神で発症したたこつぼ心筋症症例の検討

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

飯谷 宗弘¹、清水 雅人¹、雨宮 未季¹、佐藤 慶和¹、増田 怜¹、中村 玲奈¹、
中野 国晃¹、島田 博史¹、瀬戸口 雅彦¹、藤井 洋之¹、山分 規義¹、西崎 光弘¹、
櫻田 春水²、平岡 昌和³

背景：たこつぼ心筋症の多くは胸痛・呼吸困難などの症状で発症し、失神で発症する症例は少ない。失神で発症する症例群・それ以外の症状で発症する症例群の特徴を比較検討した。

方法・結果：心肺停止で発症した2例を除く連続38例を検討した。失神で発症した5例をGroupA、残りの33例をGroupBとした。GroupAとGroupBは年齢（A:75.0±14.4, B:77.0±8.8, P=0.67）、性別（男性:A:0例, B:5例, P=1.00）などに差はみられなかったが、入院後のmaxCKMB（A:91.0±91.1, B:26.5±24.8, P=0.001）、トロポニンT（A:0.63±0.45, B:0.24±0.34, P=0.04）はGroupAで有意に高値を示した。30日以内の心臓死亡については、両群で差は認めなかった（A:1例, B:4例, P=0.35）。

結論：失神で発症するたこつぼ心筋症症例は、他の症状での発症症例に比べて急性期の心筋障害が強いことが示された。

7. 繰り返す失神発作に対して抗てんかん薬で加療されていた先天性QT延長症候群の一例

昭和大学医学部内科学講座循環器内科学部門¹

千葉 雄太¹、箕浦 慶乃¹、浅野 拓¹、小川 洗¹、中村 友哉¹、越智 明德¹、
猪口 孝一郎¹、宗次 裕美¹、小貫 龍也¹、渡辺 則和¹、安達 太郎¹、
河村 光晴¹、小林 洋一¹

症例は45歳女性、長期にわたり意識消失発作を繰り返し、他院でてんかんの診断で抗てんかん薬で加療された。母に繰り返す失神、兄に若年での突然死の家族歴がある。姉が他院でQT延長症候群(LQT)と診断され、遺伝性のある病気と認識し当院を受診した。心電図ではQTc620と著明なQT延長を認め、Holter心電図では失神に一致し著明なQT延長とtorsade de pointesが確認された。高分解能心電計(フクダ電子, DREAM-ECG)では、再分極異常を示すcorrected recovery time(RT-c dispersion), Tpeak-end intervalに延長を認めた(56ms, 83ms)。遺伝子検査ではKCNH2(hERG)のG572Sに変異を認めLQT type 2と診断した。植込型除細動器植込術とβ遮断薬の内服を開始し、以降、ICD作動、失神発作とも認めていない。カリウムチャンネルをコードするhERGのポア領域の変異は心臓突然死と関連する。今回、失神を繰り返し長期にわたりてんかんと考えられていたが、良好な予後を得たLQT type2の症例を経験したため報告する。

8. 上室性不整脈による失神が疑われたカテコラミン誘発性多形性心室頻拍の1例

東京都立広尾病院 循環器科¹、横浜南共済病院²、東京都保健医療公社 大久保病院³、
取手北相馬保健医療センター医師会病院⁴

宮部 倫典¹、北條 林太郎¹、新井 真理奈¹、稲垣 大¹、吉田 清孝¹、宮澤 聡¹、
中田 晃裕¹、河村 岩成¹、森山 優一¹、荒井 研¹、北村 健¹、青山 裕也¹、
小宮山 浩大¹、深水 誠二¹、西崎 光弘²、櫻田 春水³、平岡 昌和⁴

症例は40歳女性。中学1年生の際に走行中に失神。中学3年生の運動負荷心電図中に多形性心室頻拍を認め、臨床的にカテコラミン誘発性多形性心室頻拍(CPVT)が疑われたが、遺伝子検査は希望されなかった。β遮断薬の内服と運動制限にて発作なく経過されていた。2015年2月仕事中に動悸と失神のため他院へ搬送された。入院時に、心房頻拍・細動と洞性徐脈を認めた。β遮断薬の増量が必要であり、CPVTの合併も考えられたため、植え込み型除細動器(ICD)の植え込みを施行した。CPVT症例に対する非薬物療法は一定の見解が得られておらず、また、ICD植え込みを行った際には誤作動に対する万全の対策が必要である。本症例では、容易に上室性不整脈が誘発されたため、運動負荷心電図を指標に内服薬およびICDの調整を行い、誤作動なく職場に復帰されている。今回の調整の経過に、若干の考察を加えて報告する。

9. 肩の痛み、背部痛後の意識消失発作の一例

榊原記念病院 循環器内科¹

小室 仁¹、高見澤 格¹、桃原 哲也¹、井口 信雄¹、長山 雅俊¹、高山 守正¹
梅村 純¹、住吉 徹哉¹、友池 仁暢¹

症例は62歳男性。発作性心房細動に対しシベンゾリンとジゴキシンを内服中であった。冷汗を伴う肩の痛み、背部痛で覚醒し、その後数分間の意識消失発作を認めた。救急隊到着時、心電図モニターで心拍数30/分の完全房室ブロックを認め当院に救急搬送された。緊急造影検査で冠動脈に有意狭窄を認めなかったが、核医学検査では下壁の心筋代謝障害を認めた。入院後も早朝に肩の痛み、背部痛が出現したが心電図変化は認めなかった。冠攣縮を疑いアセチルコリン負荷を予定したが、検査当日早朝に症状が出現、心電図でⅡⅢaVF誘導で著明なST上昇を認めた。意識消失や房室ブロックは認めなかったが、症状の類似性や状況から右冠動脈の冠攣縮性狭心症に伴い完全房室ブロックが出現したと考えた。薬物療法を開始し、症状が見られなくなり外来での経過観察が可能となった。薬物療法にて意識消失発作が改善したと思われる冠攣縮性狭心症の一例を報告する。

10. 運動により失神したと考えられた若年男性の一例

昭和大学 藤が丘病院 循環器内科¹

間瀬 浩¹、若月 大輔¹、田代 一真¹、藤本 竜平¹、会田 健太¹、
倉田 征昭¹、辻内 美希¹、佐藤 千聡¹、水上 正宏¹、久野 越史¹、
野木 彩夏¹、前田 敦雄¹、前澤 秀之¹、若月 大輔¹、若林 公平¹、
磯 良崇¹、下島 桐¹、佐藤 督忠¹、江波戸 美緒¹、鈴木 洋¹

症例は39歳の男性。マラソン後の失神を主訴に来院。来院時の血圧91/50mmHg、心拍数は65bpmであった。心エコーや冠動脈造影では異常所見を認めなかった。ホルター心電図では、夜間に補充調律を認めた。Head-up tilt test 施行したところ心拍数42bpmの著明な徐脈と伴に失神前駆症状が出現した。電気生理学的検査を施行した所、コントロールのsinus node recovery time (SNRT)は3688msであったが、除神経時のSNRTは809msと交感神経の機能低下と相対的な副交感神経の過緊張の存在が推察された。心室性不整脈の誘発は認められなかった。運動負荷心電図では、心拍数140bpmまでの心拍増加を認めた。心原性が否定出来ず、植込み型心電図植え込みした。運動を避けるように生活指導し、運動時の補充調律は認めるものの、その後18ヶ月失神はない。運動時に自律神経調節異常により、著明な徐脈を来たし失神したと考えられた若年男性を経験したため報告する。

11. 失神と癲癇の鑑別が困難な一例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院循環器内科¹、聖マリアンナ医科大学病院循環器内科²

中山 由衣¹、古川 俊行²、山田 麻里可²、高野 誠²、原田 智雄²、明石 嘉浩²、大宮 一人¹

症例は40歳の男性。11月、夕食後に立位にて失禁を伴い、一過性意識消失となる。小さな痙攣のあとに全身性強直を認め、意識は数分で回復した。救急車到着時はバイタル・意識に異常は認めなかった。搬送先の病院で心疾患および脳疾患は否定され、精査目的にて紹介となる。各種検査では癲癇は否定的であり、チルト試験による反射性失神の鑑別が必要と考えられた。ニトログリセリン負荷後に心拍数は上昇し、嘔気・冷汗等の症状を認めたが失神には至らなかった。誘発された症状も自然発作と一致せず、反射性失神は否定的と考えられた。低リスク失神と考え生活指導の上、経過観察していたが再発した。再発時は、座位より痙攣を認めており癲癇が疑われた。専門施設において長時間の脳波検査を施行したが診断にはいたらなかった。失神診療を行う上で癲癇との鑑別は非常に重要であり、今後の方針等を含め若干の考察を加えて報告する。

12. 痙攣を伴わず立位・座位のみの意識消失発作で反射性失神とてんかんの鑑別が困難であった1症例

防衛医科大学校 集中治療部¹、自衛隊中央病院 内科²

高瀬凡平¹、橋本賢一¹、荒川純子²、浜部晃²、田畑博嗣²

てんかんと反射性失神との鑑別は時として困難である。今回、16歳時より、立位時に眼前暗黒感を伴う意識消失発作があり、成人してからも症状が頻発するため、精神神経専門医療機関を受診。てんかん・神経的疾患は否定され、反射性失神と診断されるも、臨床症状が反射性失神に一部一致しない症例を経験したので報告する。症例は23歳女性。16歳時より、立位・座位で眼前暗黒感等を前駆症状とする意識消失発作を認めていた。腹痛・排尿が前駆症状のこともあった。既往歴・家族歴に特記すべきものなし。成人になっても意識消失発作が頻発するため、精神神経専門医療機関を受診し、脳波等の精査を受けるも原因は不明。反射性失神と転換性障害が疑われ、防衛医大病院紹介となった。病歴や仰臥位から立位への体位変換で血圧が低下すること、安静時より100/70 mmHgの低血圧が認められ、臨床的に反射性失神と診断して、メトリジン、フロリネフで治療開始した。しかし、意識消失発作は1-2ヶ月に一回の頻度であり、家人の目撃証言では、意識消失発作は突然発症するものの、回復が遅いことが観察されていることがのちに判明した。当院精神科受診とした。睡眠脳波を含む精査を実施したところ、脳波に異常なく、臥位での意識消失発作がこれまで認められていないこと、意識障害発作中閉眼していること、好発状況がある等の点から、精神的にはてんかんは否定されている。このため、Head-up tilt試験を実施したところ、80度 passive tiltにて、13分後に洞性頻脈に引き続き、血圧90/60mmHg保っており、徐脈も認めないまま、意識消失し、tilt downしてもすぐに意識回復を認めず、徐々に意識が回復した。本症例では、起立負荷による頻脈後に意識消失が誘発された。結語：本症例は、反射性失神と起立負荷による側頭葉てんかんの合併が否定できない。起立負荷で誘発されるてんかんの可能性も示唆され興味ある症例と考え報告する。

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