

---

---

# 第8回失神研究会

---

---

会期 平成29年7月1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8回 失神研究会

当番会長 安部 治彦

(産業医科大学 医学部不整脈先端治療学 教授)

## 第8回失神研究会のご挨拶

欧米の失神に関する研究・診療レベルを国内の現状と比較しますと、残念ながら国内レベルはまだまだ発展途上にあると言わざるをえません。その理由の第一が、失神診療に関心や興味を持つ臨床医が非常に少ないことです。決して失神患者が少ないからではありません。第二に、失神は自動車運転を始め就労や就学等の社会的関心度が極めて高い種々の問題を抱えています。原因疾患が複雑で診療に時間がかかり鑑別診断に困難を伴うことが少なくありません。労力を費やす割に診療報酬が低く報われない点もあるでしょう。そもそも反射性失神の多くは生活指導や起立調節訓練などで容易に完治できるにも関わらず、それらの治療すら十分になされていない国内の現状があります。卒後教育に欠陥があることも一因ですが、こと循環器学に関しては、カテーテル治療やデバイス植込み手技さえできれば一人前の循環器医である、と錯覚している若手医師が多いのも事実です。

我々臨床医は、いつの間にか患者一人一人の悩みや症状を有する患者の立場にあるべき本来医師としての姿から、マスコミや病院評価で取り上げられ易い診療実績や手術件数を上げることにとらわれ過ぎるようになっていきます。真の臨床力とは、高い診断率、低い誤診率、過剰で無用な検査や治療を防ぐことにあり、単に治療件数や診療報酬を増やし、医療機関に好まれるだけの医師になることでは無い筈です。心電図で長い心停止が捕まった患者に何も考えず安易にペースメーカーを植込み、その後も失神が改善しないため患者とトラブルになって相談されるケースが最近増えてきました。危惧していたことが現実となりつつあることに少し不安を感じています。

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研究会であり続けたいと考えています。

第8回 失神研究会

当番会長 安部 治彦

(産業医科大学 医学部不整脈先端治療学 教授)

## 第8回失神研究会：プログラム

2017年7月1日(土)

- 13:00-13:05 開会挨拶
- 13:05-13:55 **特別講演「失神とてんかん－鑑別から稀な合併例まで－」**  
共催：第一三共株式会社  
座長：安部 治彦（産業医科大学 不整脈先端治療学 教授）  
演者：赤松 直樹（国際医療福祉大学 医学部神経内科 教授、  
福岡山王病院 脳・神経機能センター 神経内科）
- 13:55-14:45 一般演題 1 (1～4)「失神と心臓突然死」  
座長：西崎 光弘（関東学院大学 / 小田原循環器病院）  
小林 洋一（昭和大学病院 副院長、医療安全部門 教授）
- 14:45-15:35 一般演題 2 (5～8)「心電図モニター」  
座長：住吉 正孝（順天堂大学 医学部附属練馬病院 循環器内科 教授）  
水牧 功一（アルペン室谷クリニック 副院長）
- 15:35-15:45 Break
- 15:45-16:30 **教育講演「失神患者における長時間心電図モニターの有用性」**  
共催：日本メドトロニック株式会社  
座長：渡邊 英一（藤田保健衛生大学 循環器内科 教授）  
演者：河村 光晴（昭和大学 医学部内科学講座  
循環器内科学部門 講師）
- 16:30-17:20 一般演題 3 (9～12)「失神と原因診断」  
座長：櫻田 春水（東京都立保健医療公社大久保病院 名誉院長）  
小貫 龍也（昭和大学 医学部内科学講座 循環器内科学部門 講師）
- 17:20-17:30 閉会挨拶および次回開催案内  
小林 洋一（昭和大学病院 副院長、医療安全部門 教授）
- 17:35- 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。



## 【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1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1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下さい。
- ・ 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下さい。
- ・ 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下さい。
- ・ 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。

13:05-13:55 **特別講演「失神とてんかん ―鑑別から稀な合併例まで―**  
共催：第一三共株式会社  
座長：安部 治彦（産業医科大学 医学部不整脈先端治療学 教授）  
講師：赤松 直樹（国際医療福祉大学 医学部神経内科 教授、  
福岡山王病院 脳・神経機能センター 神経内科）

13:55-14:45 **一般演題 1（1～4）「失神と心臓突然死」**  
座長：西崎 光弘（関東学院大学 / 小田原循環器病院）  
小林 洋一（昭和大学病院 副院長、医療安全部門 教授）

**1 . 繰り返す失神に対し植込み型心電計移植術後 2 日目に心室細動から突然死した一例**

札幌心臓血管クリニック ハートリズムセンター  
北井 敬之 谷口 宏史 鶴野 起久也

**2 . 失神をきたした、胸背部痛を伴わない Stanford A 型急性大動脈解離の一例**

東京都立広尾病院<sup>1</sup> 関東学院大学<sup>2</sup> 小田原循環器病院<sup>3</sup>  
東京都保健医療公社大久保病院<sup>4</sup> 取手北相馬保健医療センター医師会病院<sup>5</sup>  
宮原 大輔<sup>1</sup> 北條 林太郎<sup>1</sup> 宮澤 聡<sup>1</sup> 河村 岩成<sup>1</sup> 中田 晃裕<sup>1</sup> 永嶺 翔<sup>1</sup>  
増田 新一郎<sup>1</sup> 土山 高明<sup>1</sup> 深水 誠二<sup>1</sup> 渋井 敬志<sup>1</sup> 西崎 光弘<sup>2,3</sup> 櫻田 春水<sup>4</sup>  
平岡 昌和<sup>5</sup>

**3 . 失神を繰り返し、ホルター心電図で多形性心室頻拍が検出された重症 3 枝病変の 1 例**

昭和大学病院内科学講座循環器内科学部門<sup>1</sup> 昭和大学病院内科学講座神経内科学部門<sup>2</sup>  
小貫 龍也<sup>1</sup> 安達 太郎<sup>1</sup> 吉川 浩介<sup>1</sup> 後閑 俊彦<sup>1</sup> 小崎 遼太<sup>1</sup> 中村 友哉<sup>1</sup>  
越智 明德<sup>1</sup> 正司 真<sup>1</sup> 箕浦 慶乃<sup>1</sup> 河村 光晴<sup>1</sup> 濱寄 裕司<sup>1</sup> 木庭 新治<sup>1</sup>  
小野 賢二郎<sup>2</sup> 小林 洋一<sup>1</sup>

**4 . 失神で発症し、心肺停止に至った冠攣縮性狭心症の 1 例**

横浜南共済病院 循環器内科<sup>1</sup> 関東学院大学 保健センター<sup>2</sup>  
東京都保健医療公社大久保病院<sup>3</sup> 取手北相馬保健医療センター医師会病院<sup>4</sup>  
山上 洋介<sup>1</sup> 山分 規義<sup>1</sup> 大森 真理<sup>1</sup> 埜本 優太<sup>1</sup> 金田 俊雄<sup>1</sup> 飯谷 宗弘<sup>1</sup>  
佐藤 慶和<sup>1</sup> 島田 博史<sup>1</sup> 萬野 智子<sup>1</sup> 清水 雅人<sup>1</sup> 藤井 洋之<sup>1</sup> 鈴木 誠<sup>1</sup>  
西崎 光弘<sup>2</sup> 櫻田 春水<sup>3</sup> 平岡 昌和<sup>4</sup>

14:45-15:35 一般演題2 (5～8) 「心電図モニター」

座長：住吉 正孝 (順天堂大学医学部附属 練馬病院 循環器内科 教授)  
水牧 功一 (アルペン室谷クリニック 副院長)

**5 . 植込み型除細動器 (ICD) 適応判断に対して植込み型心電計 (ILR) が有用であった Brugada 症候群の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 近藤 秀和 篠原 徹二 谷野 友美 御手洗 和毅 川野 杏子  
石井 悠海 三好 美帆 秋岡 秀文 手嶋 泰之 油布 邦夫 中川 幹子  
高橋 尚彦

**6 . 夜間の尿失禁を認めた親子の症例**

昭和大学医学部 内科学講座 循環器内科学部門

千葉 雄太 小貫 龍也 吉川 浩介 後閑 俊彦 中村 友哉 大沼 善正 宗次 裕美  
伊藤 啓之 渡辺 則和 箕浦 慶乃 安達 太郎 河村 光晴 小林 洋一

**7 . 植込み型ループ式心電計 (ILR) の Pitfall**

産業医科大学循環器・腎臓内科<sup>1</sup> 産業医科大学不整脈先端治療学<sup>2</sup>  
大江 学治<sup>1</sup> 河野 律子<sup>1,2</sup> 高橋 正雄<sup>1</sup> 荻ノ沢 泰司<sup>1</sup> 安部 治彦<sup>1,2</sup>

**8 . 失神専門外来における薬物療法の実際**

聖マリアンナ医科大学 東横病院 失神センター<sup>1</sup>

聖マリアンナ医科大学 東横病院 心臓病センター<sup>2</sup>

聖マリアンナ医科大学 循環器内科<sup>3</sup>

古川 俊行<sup>1</sup> 中山 由衣<sup>1,2</sup> 高木 泰<sup>1,2</sup> 徳丸 睦<sup>2</sup> 米山 喜平<sup>2</sup> 田中 修<sup>1,2</sup>  
原田 智雄<sup>3</sup> 明石 嘉浩<sup>3</sup>

15:45-16:30 教育講演 「失神患者における長時間心電図モニターの有用性」

共催：日本メドトロニック株式会社

座長：渡邊 英一 (藤田保健衛生大学 循環器内科 教授)

演者：河村 光晴 (昭和大学 医学部内科学講座 循環器内科学部門 講師)

16:30-17:20 一般演題3 (9～12) 「失神と原因診断」

座長：櫻田 春水 (東京都立保健医療公社大久保病院 名誉院長)

小貫 龍也 (昭和大学 医学部内科学講座 循環器内科学部門 講師)

**9 . 複数のQT延長をきたす要因が加わり Torsades de pointes による失神を発症した1例**

順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科

石川 剛 木村 友紀 日下 国彦 近田 雄一 石浦 純子 塩崎 正幸  
福田 健太郎 田村 浩 井上 健司 藤原 康昌 住吉 正孝

- 10. 失神を契機にたこつぼ心筋症を発症した完全房室ブロックの1例**  
昭和大学藤が丘病院  
和田 大輔 間瀬 浩 若月 大輔 下島 桐 浅野 拓 鈴木 洋
- 11. 柑橘類の嚥下時に房室ブロック、洞停止を認めた嚥下性失神の1例**  
富山大学附属病院第二内科<sup>1</sup> アルペン室谷クリニック<sup>2</sup>  
山口 由明<sup>1</sup> 水牧 功一<sup>2</sup> 辻野 泰<sup>1</sup> 中谷 洋介<sup>1</sup> 坂本 有<sup>1</sup> 西田 邦洋<sup>1</sup>  
絹川 弘一郎<sup>1</sup>
- 12. 非痙攣性てんかんの診断に植込み型ループレコーダが有用であった一例**  
昭和大学江東豊洲病院 循環器センター 循環器内科  
三好 史人 菊地 美和 柴田 恵多 古屋 貴宏 佐藤 千聡 西蔵 天人  
池田 尚子 若林 公平 土至田 勉 丹野 郁

## 【特別講演】

### 失神とてんかん ―鑑別から稀な合併例まで―

国際医療福祉大学 医学部神経内科 教授、  
福岡山王病院 脳・神経機能センター 神経内科

赤松 直樹

意識消失発作の主な鑑別は、Fits, Faint, Funny turns の3Fである。Fitsとはてんかん発作 epileptic seizure のことを指す。Faint は失神 syncope のことである。Funny turns は直訳すると、変な（体の）回転になるが、心因性発作（いわゆるヒステリー発作）のことをさす。一過性の意識消失をきたす原因は多岐にわたるが、意識消失発作の最も頻度が高い原因は、3Fである。診断では発作を見ていた人から正確に発作の状況を聞き出すことが重要である。回復までの時間、顔色、呼吸、四肢の様子など具体的に問診する。全般てんかんの強直間代発作では、持続時間は通常60－90秒であることがビデオ脳波モニター検査で知られている。てんかん発作を目撃した人は、5分位持続したように感じることも稀ではない。目撃者が来院していない場合、携帯電話で目撃者からの情報を得るのも有力な方法である。失神とてんかんの鑑別で、目撃情報が確かで、本人の述べる発作直前の症状も典型的な場合、診断に苦慮することはあまりない。臨床情報を総合して診断する。てんかん診断に特異度がかなり高い症状としては、特有の前兆、頭部向反発作（頭部が左右どちらかに強く回旋する発作）、1分間位持続する痙攣、咬舌、発作後筋痛などがある。またてんかんでは、発作間欠期脳波が重要な診断ツールとなる。失神発作を示唆する所見としては、長時間の起立、意識消失前の発汗、嘔気、前失神症状、顔面蒼白をあげている。これらの症候の特異度、感受性を理解して診療にあたるべきである。

失神とてんかんの鑑別において診断が確定できない場合は、脳波ビデオ長時間モニター検査、心電図、ホルター心電図、心電図ループレコーダー検査を必要に応じて行う。心電図ループレコーダー記録中に全般性強直間代発作をきたすてんかん発作が生じた場合、心電図記録にてんかん発作に特徴的な筋電図アーチファクト（強直間代相）が記録され、てんかんの診断が可能ながある。

## 【教育講演】

### 失神患者における長時間心電図モニターの有効性

昭和大学医学部 内科学講座循環器内科学部門 講師

河村 光晴

一般人口における失神の発生率は0.6%/年といわれている。失神の原因は様々存在し、この原因によっては予後の良い疾患から突然死に至るまでのものもある。心原性失神は患者の生命予後は非心原性失神患者よりも不良であり、心原性失神は10%にすぎず検査を行っても診断がつかない失神患者も存在する。今回我々は、通常の検査（問診、心電図、レントゲン、心臓超音波、24時間ホルター心電図、チルトテスト）で失神の原因不明であった症例に対して、長時間心電図モニターを施行し診断し得た致死的不整脈3症例を報告する。今回の講演を通して長時間心電図モニターの有効性は明らかになったが、限界も認められた。3症例とも致死的不整脈であり運良く診断し治療に持っていきましたが長時間心電図モニターは治療ができないためこのような症例は治療可能なデバイスを先に植え込むべきかどうか課題も見つかり今回の講演を通じて皆様と検討できればと思います。

## 1. 繰り返す失神に対し植込み型心電計移植術後 2 日目に心室細動から突然死した一例

札幌心臓血管クリニック ハートリズムセンター

北井 敬之 谷口 宏史 鵜野 起久也

症例は 62 歳女性。糖尿病のため近医通院中、2015 年 1 月意識消失のため当院へ救急搬送され精査目的で入院となる。入院中のモニター心電図で非持続性心室頻拍 11 連発を認めるものの、心臓超音波検査では壁運動異常なく病歴上は神経調節性失神が疑われた。冠動脈 CT で有意狭窄を認めため冠動脈ステント留置術を行い退院し、その後 1 年間失神なく経過していた。2016 年 4 月安静時に座位で 1 分程度の意識消失を来したため当院へ独歩で来院され精査目的で入院となる。心電図では心室性期外収縮 (PVC) 散発、有意な ST 変化なく、心臓超音波検査でも壁運動異常なく、冠動脈 CT でもステント留置部も含め有意狭窄なく心臓 MRI の遅延造影所見も認めなかった。入院前日にも 1 分程度の失神をしていたため失神精査目的で植込み型心電計 (ILR) 移植術を施行した。植込み翌日に退院したが、翌々日に突然死しており ILR の解析では心室細動を認めた。教訓的な症例であり考察を加え報告する。

## 2. 失神をきたした、胸背部痛を伴わない Stanford A 型急性大動脈解離の一例

東京都立広尾病院<sup>1</sup> 関東学院大学<sup>2</sup> 小田原循環器病院<sup>3</sup>  
東京都保健医療公社大久保病院<sup>4</sup> 取手北相馬保健医療センター医師会病院<sup>5</sup>

宮原 大輔<sup>1</sup> 北條 林太郎<sup>1</sup> 宮澤 聡<sup>1</sup> 河村 岩成<sup>1</sup> 中田 晃裕<sup>1</sup> 永嶺 翔<sup>1</sup>  
増田 新一郎<sup>1</sup> 土山 高明<sup>1</sup> 深水 誠二<sup>1</sup> 渋井 敬志<sup>1</sup> 西崎 光弘<sup>2,3</sup> 櫻田 春水<sup>4</sup>  
平岡 昌和<sup>5</sup>

症例は 88 歳女性。3 月 27 日夕方に前兆なく失神。18 時まで記憶はあるが、覚醒時は 20 時であり前頭部を打撲している状態であった。目撃者はおらず、打撲部の疼痛以外自覚症状はなかった。4 月 6 日外来受診時に頭部 CT を施行するも明らかな異常なく、同 27 日当科紹介。受診時症状なく、心電図上も異常所見認めず失神精査目的で 5 月 9 日に入院となった。ホルター心電図、頸動脈超音波検査、冠動脈 CT 上異常所見はみとめられなかったが、血液検査にて D-dimer の上昇 (3.0  $\mu$ g/mL) と、胸腹部単純 CT にて偽腔閉塞型 Stanford A 型急性大動脈解離をみとめ、失神の原因と考えられた。初発症状として胸背部痛なく失神を来たす症例は稀であるが、高頻度に心タンポナーデや脳卒中、意識障害、脊椎梗塞等を起こすため死亡率は高く、鑑別を要する。胸背部痛を伴わない非典型的な症例において D-dimer を用いた診断戦略は有効と考えられる。

### 3. 失神を繰り返し、ホルター心電図で多形性心室頻拍が検出された重症3枝病変の1例

昭和大学病院内科学講座循環器内科学部門<sup>1</sup> 昭和大学病院内科学講座神経内科学部門<sup>2</sup>

小貫 龍也<sup>1</sup> 安達 太郎<sup>1</sup> 吉川 浩介<sup>1</sup> 後閑 俊彦<sup>1</sup> 小崎 遼太<sup>1</sup> 中村 友哉<sup>1</sup>  
越智 明德<sup>1</sup> 正司 真<sup>1</sup> 箕浦 慶乃<sup>1</sup> 河村 光晴<sup>1</sup> 濱寄 裕司<sup>1</sup> 木庭 新治<sup>1</sup>  
小野 賢二郎<sup>2</sup> 小林 洋一<sup>1</sup>

【症例】78歳、女性。【主訴】失神【現病歴】2014年に奇声を挙げて意識障害があり、非痙攣性てんかんと診断され抗てんかん薬を処方された。その後も半年に1回程度の意識障害を認めていた。2016年11月に歩行時に突然の失神を認め、救急外来受診した。心電図でT波増高はあったが、採血異常なく、胸部症状も認められなかった。非心原性意識消失と判断し帰宅したが、その後も頻回に労作性失神を認めた。失神精査のため、2017年2月Holter心電図を行った。心電図装着後、坂道を登っていた時に失神を認め、当院救急搬送された。受診時の心電図は、ST変化は無かったが、失神時のHolter心電図はST低下を伴う多形性心室頻拍をみとめた。緊急で心臓カテーテル検査施行したところ、右冠動脈近位部は慢性完全閉塞、左前下行枝近位部で90%、左回旋枝近位部に90%、#15に慢性完全閉塞の重症3枝病変を認めた。3枝病変に対し冠動脈形成術を行った。退院後は、失神は認められなかった。失神を繰り返し、ホルター心電図で多形性心室頻拍が検出された重症3枝病変の1例を経験した。

### 4. 失神で発症し、心肺停止に至った冠攣縮性狭心症の1例

横浜南共済病院 循環器内科<sup>1</sup> 関東学院大学 保健センター<sup>2</sup>  
東京都保健医療公社大久保病院<sup>3</sup> 取手北相馬保健医療センター医師会病院<sup>4</sup>

山上 洋介<sup>1</sup> 山分 規義<sup>1</sup> 大森 真理<sup>1</sup> 埤本 優太<sup>1</sup> 金田 俊雄<sup>1</sup> 飯谷 宗弘<sup>1</sup>  
佐藤 慶和<sup>1</sup> 島田 博史<sup>1</sup> 萬野 智子<sup>1</sup> 清水 雅人<sup>1</sup> 藤井 洋之<sup>1</sup> 鈴木 誠<sup>1</sup>  
西崎 光弘<sup>2</sup> 櫻田 春水<sup>3</sup> 平岡 昌和<sup>4</sup>

症例は78歳男性。失神や胸痛の既往はない。下肢静脈瘤に対する静脈エコーを施行後、座位になったところ失神した。臥位にして意識は改善したが、再度座位になり失神した。再び臥位としたが意識は改善せず、心電図ではI、aVL、V2-6のST上昇を認めた。間もなく脈拍触知不能となりPEAとなった。心肺蘇生を施行し自己心拍の再開を認め、心電図上のST変化は改善していた。緊急冠動脈造影検査では左前下行枝#7に90%狭窄を認めたが、硝酸イソソルビドの投与にて消失した。病状の安定後に施行したACh負荷試験では、3枝全てに高度の冠攣縮所見を認め、その際に胸痛は無いが、ST上昇に伴い収縮期血圧50mmHgまでの急激な血圧低下を来した。冠攣縮性狭心症による失神、PEAと診断し、ニフェジピンCR、一硝酸イソソルビドにて薬物加療を行った。現在に至るまで失神を生じていない。

冠攣縮性狭心症において胸痛がないまま、血圧低下から失神及び心肺停止を来す症例は稀であり、報告する。

## 5. 植込み型除細動器 (ICD) 適応判断に対して植込み型心電計 (ILR) が有用であった Brugada 症候群の 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 近藤 秀和 篠原 徹二 谷野 友美 御手洗 和毅 川野 杏子  
石井 悠海 三好 美帆 秋岡 秀文 手嶋 泰之 油布 邦夫 中川 幹子  
高橋 尚彦

症例は 68 歳男性。201X 年 8 月から 3 回、眼前暗黒感を伴う失神を認めた。ホルター心電図にて非持続性単形性心室頻拍 (最長 10 連発) を指摘され、201X+1 年 4 月に当科紹介となった。12 誘導心電図では通常肋間 V<sub>2</sub> 誘導にて saddleback 型 ST 上昇を認め、2 肋間上 V<sub>1,2</sub> 誘導にて coved 型 ST 上昇を認め、プルシカイニド負荷試験で coved 型 ST 上昇が誘発されたため、Brugada 症候群と診断した。突然死の家族歴なく、心臓電気生理検査 (EPS) にて多形性心室頻拍・心室細動は誘発されなかったため、ICD 適応には至らず、失神の原因精査目的も含め ILR 植込みを行った。201X+3 年 2 月、ILR にて前失神症状時に一致して 230bpm 程度で 9 秒間持続する単形性心室頻拍が記録されたため、同年 4 月に完全皮下植込み型除細動器 (S-ICD) 移植術を行った。EPS まで行っても ICD 適応判断が困難な症例において、ILR が適応決定に有用である可能性を示唆する貴重な症例であり報告する。

## 6. 夜間の尿失禁を認めた親子の症例

昭和大学医学部 内科学講座 循環器内科学部門

千葉 雄太 小貫 龍也 吉川 浩介 後閑 俊彦 中村 友哉 大沼 善正 宗次 裕美  
伊藤 啓之 渡辺 則和 箕浦 慶乃 安達 太郎 河村 光晴 小林 洋一

夜間の尿失禁が診断の一助となり、良好な予後を得た Brugada 症候群の症例を経験したため報告する。

症例 1 は 41 歳男性。35 歳時に健診で Brugada 型心電図を指摘され受診したが通院を自己中断、41 歳時に再度心電図異常を指摘され来院した。明らかな失神の既往はないが、夜間の尿失禁があり、type1 (Spontaneous) の Brugada 型心電図を認めた。心臓電気生理学的検査 (EPS) では心室細動 (vf) が誘発され、一次予防で植込み型除細動器 (ICD) を植込んだ。44 歳時に入浴中の失神があり ICD が作動、vf が確認された。

症例 2 は 18 歳男性。症例 1 の長男である。3 日間に 2 回の夜間の尿失禁があり近医を受診した。父の経過に似ていることから致死的不整脈が疑われ紹介受診した。I, II, III, aV<sub>F</sub>, V<sub>4,6</sub> に notch を伴う ST 上昇を認めた。EPS で vf は誘発されなかった。尿失禁と致死的不整脈との関連を否定できず植込み型心電計を植込み、今後 ICD を検討している。

## 7. 植込み型ループ式心電計 (ILR) の Pitfall

産業医科大学循環器・腎臓内科<sup>1</sup> 産業医科大学不整脈先端治療学<sup>2</sup>

大江 学治<sup>1</sup> 河野 律子<sup>1,2</sup> 高橋 正雄<sup>1</sup> 荻ノ沢 泰司<sup>1</sup> 安部 治彦<sup>1,2</sup>

ILRのPitfallと思われる2症例を報告する。症例1は64歳男性。失神の原因精査でILR植込みを行ったが、7ヶ月後に浮遊感を自覚し、脈拍数が異常に低いため来院。ILRの自動記録によるイベント発生は認めなかったが、心電図では完全房室ブロック(心拍数36bpm)が確認された。症例2は88歳男性。遠隔モニタリングで心停止アラーム(>3秒)が発生した。自覚症状はなく、実波形を確認しPVCのアンダーセンシングによる誤認識と判明した。ILRは3秒以上の心停止や高度徐脈(<30 bpm)の検出には優れているが、房室ブロックが発生しても>30 bpmの補充調律がある場合には自動記録されないため、診断が遅れる可能性がある。また、アンダーセンシングにより心停止と誤認識する場合もある。実波形の確認と症状との関連性の確認、イベント検出閾値の設定変更の検討などが重要である。

## 8. 失神専門外来における薬物療法の実際

聖マリアンナ医科大学 東横病院 失神センター<sup>1</sup>

聖マリアンナ医科大学 東横病院 心臓病センター<sup>2</sup> 聖マリアンナ医科大学 循環器内科<sup>3</sup>

古川 俊行<sup>1</sup> 中山 由衣<sup>1,2</sup> 高木 泰<sup>1,2</sup> 徳丸 睦<sup>2</sup> 米山 喜平<sup>2</sup> 田中 修<sup>1,2</sup>  
原田 智雄<sup>3</sup> 明石 嘉浩<sup>3</sup>

〔背景〕失神患者における薬物療法の実際は不明な点が多い。〔方法〕失神外来を受診した連続210例の患者について薬物の介入の有無について検討した。〔結果〕患者の平均年齢は57±22歳 56%は男性であった。診断の35%は反射性失神でもっとも多く、徐脈性不整脈 15%、起立性低血圧 7%、非失神性意識消失 7%、頻脈性不整脈 5%と続いていた。薬剤の介入は全患者の10%であった。もっとも多い薬剤の介入は降圧剤を含む薬剤の減量で31%であった。次にカルシウム拮抗薬、抗てんかん薬、抗不安薬、漢方薬、抗不整脈と続いていた。抗不安薬および漢方薬は反射性失神、起立性低血圧に対しての処方であった。〔結論〕失神患者において薬剤の投与は少数のみに行われており、もっとも多い介入は薬剤の減量であった。

## 9. 複数の QT 延長をきたす要因が加わり Torsades de pointes による失神を発症した 1 例

順天堂大学医学部附属練馬病院 循環器内科

石川 剛 木村 友紀 日下 国彦 近田 雄一 石浦 純子 塩崎 正幸  
福田 健太郎 田村 浩 井上 健司 藤原 康昌 住吉 正孝

29 歳、女性、失神の既往なく、突然死の家族歴なし。2016 年年末に感冒症状のため近医でガレノキサシンを処方、2017 年 1 月初旬、痙攣を伴う失神で当院へ搬送。入院後も失神が再発、心電図上 QT 延長 (QTc 0.50) を認め Torsades de pointes (TdP) を繰り返し storm の状態となった。硫酸 Mg 静注は無効、リドカイン・ランジオロールの持続投与で TdP は消失したが、心電図で下壁・胸部誘導 V1-6 に陰性 T 波を認めた。心臓超音波検査ではたこつぼ心筋症を示唆する所見であった。また、偽性副甲状腺機能低下症に伴う低 Ca 血症 (Ca 7.1mg/dl) を認め、Ca 補充療法を行った。心機能は約 2 週間でほぼ正常化、以前の健診でも軽度 QT 延長 (QTc0.46) を認め先天性 QT 延長症候群 (LQT) が疑われ、ビソプロロール内服で TdP 再発なく退院。本症例では、たこつぼ心筋症、低 Ca 血症、薬剤 (ガレノキサシン) といった要因が複合して TdP が発症、基礎に LQT の存在が示唆された。

## 10. 失神を契機にたこつぼ心筋症を発症した完全房室ブロックの 1 例

昭和大学藤が丘病院

和田 大輔 間瀬 浩 若月 大輔 下島 桐 浅野 拓 鈴木 洋

症例は 56 歳の女性。20xx 年 1 月末に一度失神し、近医に救急搬送されたが、異常所見を認めず、経過観察となっていた。同年 4 月 1 日に失神し、再度近医に救急搬送された。その際の心電図で完全房室ブロックを認めたため当院に緊急搬送となった。BNP 113.3pg/ml であり、起座呼吸を呈していたため、一時的ペースメーカーを留置した。冠動脈造影検査では異常所見を認めなかったが、心エコーで心尖部に全周性の壁運動低下と心基部から心中部の過収縮を認めた。また 123I-MIBG シンチグラフィで心尖部の取り込み低下と Washout の亢進を認めた。その他器質的病変を認めず、たこつぼ心筋症と診断した。たこつぼ心筋症による完全房室ブロックの可能性も考慮し、一時的ペースメーカー留置で経過観察としたが、第 8 病日、完全房室ブロックであったため、恒久型ペースメーカー植込み術を施行した。失神を契機にたこつぼ心筋症を発症したと考えられた完全房室ブロックの 1 例を経験したため報告する。

## 11. 柑橘類の嚥下時に房室ブロック、洞停止を認めた嚥下性失神の1例

富山大学附属病院第二内科<sup>1</sup> アルペン室谷クリニック<sup>2</sup>

山口 由明<sup>1</sup> 水牧 功一<sup>2</sup> 辻野 泰<sup>1</sup> 中谷 洋介<sup>1</sup> 坂本 有<sup>1</sup> 西田 邦洋<sup>1</sup>  
絹川 弘一郎<sup>1</sup>

今回、柑橘類や酸味を有する食物の摂取時に房室ブロック、洞停止を認めた嚥下性失神の1例を経験した。症例は76歳男性、食事時の失神で入院。ホルター心電図では再現性をもって食事時の房室ブロック(最大9.6秒のarrest)を認めた。食道造影ではアカラシアなど形態異常はなく胸部CTでも器質的異常はなかった。心電図モニター下でSBチューブによる食道の圧負荷、および舌根から咽頭部の物理的刺激を行うも異常はなく嚥下試験を実施した。冷温水や炭酸水、酸味のない固形物の嚥下では異常なく、柑橘類や柑橘類ゼリー、梅干しなど酸味を有する食物摂取時に再現性をもって房室ブロック、洞停止が誘発されたが、アトロピン静注後には誘発されなくなった。DDD型ペースメーカー植え込み後、失神の再発はなくなった。味覚刺激と迷走神経反射の関連が示唆された嚥下性失神の1例と考えられた。

## 12. 非痙攣性てんかんの診断に植込み型ループレコーダが有用であった一例

昭和大学江東豊洲病院 循環器センター 循環器内科

三好 史人 菊地 美和 柴田 恵多 古屋 貴宏 佐藤 千聡 西蔵 天人  
池田 尚子 若林 公平 土至田 勉 丹野 郁

一過性意識消失発作(Transient loss of consciousness 以下T-LOC)の背景には、多様な疾患が含まれ、特に非痙攣性てんかんの鑑別は苦慮することが多い。脳波検査で異常を認めず、抗てんかん薬の効果から、てんかんと診断されることもある。

症例は59歳、男性。10年前からT-LOCを認めていた。2015年以降、T-LOC頻度が増加し、自動車事故を2度起こしていた。近医で精査(脳波、頭部MRI、心エコー、ホルター心電図等)されたが、失神の原因を特定できず。原因不明の再発性失神に対し、2015年2月、当院で植込み型ループレコーダ(Implantable loop recorder 以下ILR)植込みを行った。ILR植込み後、再びT-LOCが出現。ILRの記録で、T-LOC前に一過性の心拍数上昇と筋電図の混入を認めたことから、てんかんが疑われた。脳波、MRI、SPECT等の再検査では、てんかんの確定診断とまでは至らなかったが、ILRによるてんかん疑いの所見から、抗てんかん薬を投与したところ、T-LOCは消失し、てんかんと診断することができた。

今回我々は、T-LOCの鑑別が困難であった患者の非痙攣性てんかんの診断に、ILRが有用であった一例を経験したので報告する。

## 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、  
斉藤 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、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