



第13回失神研究会

Congress President
Seiji Fukamizu



Chairperson

Naoki Akamatsu Taku Asano Haruhiko Abe
Masataka Sumiyoshi Bonpei Takase Mitsuhiro Nishizaki
Seiji Fukamizu Rintaro Hojo Koichi Mizumaki

Speaker

Rie Akagawa Shuhei Arai Tomoyuki Arai
Katsunori Ishii Yuhei Kasai Katano Kosuke Yohei Kawatani
Kengo Kusano Ritsuko Kohno Atsuya Shimizu
Naoki Dotani Toshiyuki Furukawa Yasuyuki Furuta
Kazuki Mitarai Hitoshi Minamiguchi Yuichiro Miyazaki
Keishiro Uagyu Misa Watanabe

Live Streaming from Tokyo

July 22, 2023



プログラム

プログラム

大会長挨拶

9:10 ~ 9:15

特別企画

リードスペースメーカー Aveir が切り開く未来
~新時代の幕開け~

9:15 ~ 10:15

座長：浅野 拓（昭和大学医学部内科学講座循環器内科部門）

演者：南口 仁（大阪警察病院循環器内科）

共催：アボットメディカルジャパン合同会社

一般演題 1 「失神・徐脈」

10:20 ~ 11:20

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）
北條林太郎（東京都立広尾病院循環器科）

- 01** 急性期に生じた完全房室ブロックが軽快したたこつぼ症候群の1例
清水 厚哉（横浜南共済病院循環器内科）
- 02** 反射性（神経調節性）失神を予測する
古川 俊行（哺育会浅草病院内科／聖マリアンナ医科大学循環器内科）
- 03** 発作性上室性頻脈と機能的徐脈による心停止を合併する壮年女性の治療に苦慮した1例
柳生圭士郎（産業医科大学循環器内科・腎臓内科）
- 04** 増悪する洞不全症候群と起立性低血圧を契機に神経免疫疾患を診断し得た1例
道谷 直樹（富山県立中央病院循環器内科）
- 05** 重症の混合型神経調節性失神に合併した発作性心房細動に対する自律神経叢への高周波アブレーションにより失神の改善を認めた1例
赤川 理恵（新潟大学医歯学総合病院循環器内科）

スポンサードセミナー
その心停止にペースメーカー治療は必要ですか？
ー抗てんかん薬でも治るかもー

11:25 ~ 12:15

座長：赤松 直樹（国際医療福祉大学医学部脳神経内科学／国際医療福祉大学成田病院脳神経内科）

演者：河野 律子（産業医科大学医学部不整脈先端治療学）

共催：第一三共株式会社

一般演題2 「心停止・致死性不整脈」

13:05 ~ 14:05

座長：西崎 光弘（小田原循環器病院）
水牧 功一（アルペン室谷クリニック）

- 06** 心肺停止の原因検索に Head up tilt 試験が有用であった冠攣縮性狭心症の1例
新井 智之（東京都立広尾病院循環器科）
- 07** AEDの不適切作動を来した一過性意識消失発作の1例
御手洗和毅（大分大学医学部循環器内科・臨床検査診断学講座）
- 08** 血液透析で引き起こされるQT延長によって、多形性心室頻拍の失神を呈した1例
石井 克政（昭和大学藤が丘病院循環器内科）
- 09** 失神の既往があるQT延長症候群患者に対する植込み型心臓モニターの有用性
宮崎裕一郎（国立循環器病研究センター心臓血管内科部門不整脈科／
熊本大学大学院医学教育部循環器先進医療学）
- 010** 日内変動するJ波増高時に trigger PVC から Electrical Storm を呈した早期再分極症候群の1例
新井 脩平（昭和大学病院内科学講座循環器内科学部門）

一般演題3 「ICM・メディカルプロフェッショナル」

14:10～15:10

座長：安部 治彦（産業医科大学医学部不整脈先端治療学）
高瀬 凡平（防衛医科大学校集中治療部）

O11 失神診療における植込み型心電図モニタ (ICM) の植込み深度と検出される QRS 電位についての検討

川谷 洋平（鎌ヶ谷総合病院心臓血管外科）

O12 動悸・胸痛後の再発性失神に対して植込み型心電計 (ICM) を留置し、房室回帰性頻拍 (AVRT) 合併の異型狭心症 (VSA) と診断し得た 1 例

笠井 裕平（札幌ハートセンター札幌心臓血管クリニック循環器内科）

O13 当院失神外来における患者背景と課題

片野 皓介（河北総合病院心臓・血管疾患センター）

O14 植込み型ループレコーダーのセンシング不全の要因とその対策についての分析

渡邊 未紗（済生会熊本病院中央検査部生理検査室）

O15 院内転倒・転落の原因として「失神」が関与するか？ ～ 2018 年から 2021 年までの院内集計からの検討～

古田 康之（昭和大学病院医療安全管理部門）

特別講演

失神外来（気絶外来）の取り組み

15:15～16:05

座長：深水 誠二（東京都立広尾病院循環器科）

演者：草野 研吾（国立循環器病研究センター病院心臓血管内科部門不整脈科）

共催：日本メドトロニック株式会社

総括 / 表彰

16:05～16:15

抄 録

O1 急性期に生じた完全房室ブロックが軽快したたこつぼ症候群の 1 例

清水 厚哉¹⁾、清水 雅人¹⁾、一色 亜美¹⁾、鈴木 秀俊¹⁾、藤井 洋之¹⁾、鈴木 誠¹⁾、
西崎 光弘²⁾、笹野 哲郎³⁾

¹⁾ 横浜南共済病院循環器内科、²⁾ 小田原循環器病院、³⁾ 東京医科歯科大学循環器内科

症例は 70 歳代女性。慢性心房細動・連合弁膜症術後のため加療中、失神発作のため当院に救急搬送された。心電図では心拍数 30/分の完全房室ブロックを認め、心エコーでは心尖部の無収縮・心基部の過収縮所見を認め、採血上トロポニン T が陽性であった。緊急冠動脈造影では有意狭窄は認めず、たこつぼ症候群と診断し一時的ペーシングを施行した。その後房室ブロックは改善せず、第 12 病日に永久ペースメーカ移植術を施行し退院となった。退院後 1 ヶ月で自己心拍の再開を認め、遠隔期のペースメーカチェックでは 72% が自己心拍となっていた。当院においてたこつぼ症候群と診断された 89 例では 4 例に完全房室ブロックを認めたが、他の 3 例では房室ブロックは遠隔期にも改善しなかった。たこつぼ症候群に合併した完全房室ブロックが自然に改善する症例報告は少なく、文献的考察を含めて報告する。

O2 反射性（神経調節性）失神を予測する

古川 俊行^{1,2)}、原田 智雄²⁾、明石 嘉浩²⁾

¹⁾ 哺育会浅草病院内科、²⁾ 聖マリアンナ医科大学循環器内科

【背景】 反射性失神は予後良好な失神であるが、再発例も多い。前駆症状が欠如している患者では発作時の対応が難しく、2 次性の外傷の原因にもなりうる。回避行動が可能となる。自覚症状以外に発作を予測する方法は少なく、失神の発生が予測可能であれば予防上非常に有用である。

【目的】 チルト試験において多くの患者が反射性失神誘発の前段階において頻脈傾向となりその後、気分不快や眼前暗黒感などを伴い意識消失をきたす。このことより、心拍数の変化を解析することで失神発症の予測が可能かどうか検討した。

【方法】 335 件のチルト試験のデータより失神発症前の心拍数（R - R 間隔）の変化より失神の発症が可能であるか検討した。

【結果】 235 件（70%）のチルト試験において前失神も含む迷走神経反射が誘発された。心拍数の変化率の解析より発症予測のアルゴリズムを作成した。チルト試験の後ろ向きデータにおいて発症が予測された患者の 94% において失神および前失神の症状が確認された。

【結語】 実用化には大幅な改良と実証実験が必要であるが、反射性失神の発作を予測可能にするアルゴリズムを開発した。尚、本アルゴリズムは特許出願中（PCT/JP2022/013898）である。

03 発作性上室性頻脈と機能的徐脈による心停止を合併する壮年女性の治療に苦慮した1例

柳生圭士郎¹⁾、河野 律子^{1,2)}、中村 勇輝¹⁾、宮本 太郎¹⁾、大江 学治¹⁾、荻ノ沢泰司¹⁾、片岡 雅晴¹⁾、安部 治彦^{1,2)}

¹⁾ 産業医科大学循環器内科・腎臓内科、²⁾ 産業医科大学不整脈先端治療学

症例は16年前(34歳)から短時間の動悸を自覚している50歳女性。Holter心電図でPSVT・発作性房室ブロック(PAVB)が捕捉されていたが、失神はなし。動悸はベラパミル・β遮断薬でコントロールされていたが、勤務中に胸部違和感・動悸に引き続く失神前駆症状を繰り返し当科紹介。OD負荷試験に異常なく、運動負荷心電図も正常反応であった。ILRでは症状時にlong RP'/short RP'のPSVTおよび最長4.1秒の心停止を伴うPAVBを認め、PSVTは日中、PAVBは夜間に繰り返し出現した。EPSでは房室二重伝導路や副伝導路はなく、電気刺激で頻拍は誘発不能であった。ATP負荷では先に洞機能が抑制された。

本症例は機能的房室伝導障害による徐脈の併発および年齢を踏まえ、現在まで保存治療で対応している。今後は

- ① ペースメーカ植込み後に抗不整脈薬(β遮断薬増量も含む)投与
- ② 抗不整脈薬投与後に徐脈が更に悪化すればペースメーカ植込み
- ③ ILRで引き続きフォローし、PSVTが今後増悪すればあくまでアブレーションによる頻拍根治など検討しているが、方針決定に苦慮した症例であり、ご意見伺いたく提示させていただく。

04 増悪する洞不全症候群と起立性低血圧を契機に神経免疫疾患を診断し得た1例

道谷 直樹¹⁾、白田 和生¹⁾、宮 有佑¹⁾、白田 圭佑¹⁾、近田 明男¹⁾、音羽 勘一¹⁾、丸山美知郎¹⁾、多田 康剛²⁾

¹⁾ 富山県立中央病院循環器内科、²⁾ 富山県立中央病院脳神経内科

症例は70歳代男性。繰り返す起立時のめまい、転倒を主訴に救急搬送された。意識は清明であったが座位にて心拍数30台の洞性徐脈と収縮期血圧60mmHg台の血圧低下を認めるため、起立性低血圧として入院し補液による加療を行った。しかし入院後も症状は改善せず、むしろ増悪した。吃逆後に徐脈と洞停止を生じる特徴を認めた。入院3日目には最大19秒の洞停止を呈する状態となったため体外式ペースメーカを留置した。失神発作は消失したが、吃逆と起立性低血圧は残存した。頭部MRIにて延髄背側にFLAIR高信号域を認め、また血清中抗アクアポリン4抗体が陽性であり、視神経脊髄炎関連疾患と診断した。延髄孤束核の病変が迷走神経を刺激したことによって高度徐脈や起立性低血圧を来したと考えられた。ステロイドパルス療法を行うと洞停止は改善し、吃逆は減少した。2クール後には起立性低血圧も軽快して離床可能となり、また吃逆は消失した。3クール施行後に独歩退院した。現在もプレドニゾロン内服療法を継続している。洞停止による失神の精査で、視神経脊髄炎関連疾患と診断された症例を経験したので、考察を交えて報告する。

05 重症の混合型神経調節性失神に合併した発作性心房細動に対する自律神経叢への高周波アブレーションにより失神の改善を認めた1例

赤川 理恵¹⁾、長谷川祐紀¹⁾、鈴木 尚真¹⁾、井神 康宏¹⁾、大槻 総¹⁾、池主 雅臣²⁾、猪又 孝元¹⁾

¹⁾ 新潟大学医歯学総合病院循環器内科、²⁾ 新潟大学医学部保健学科

症例は59歳男性。10年前、月に数回の頻度で繰り返す失神のため精査を行った。器質的心疾患は認めず、ヘッドアップチルト試験において受動立位10分後に血圧低下、直後に洞徐脈を呈し、失神した。混合型神経調節性失神(NMS)と診断し、生活指導と薬物治療を行うも、改善に乏しかったため6年前に恒久的ペースメーカー植込み術を施行した。その後失神は月に1回程度に減少したが、前失神症状は頻回に認めていた。

今回、症候性の発作性心房細動を認め、カテーテルアブレーション(高周波アブレーションによる拡大肺静脈隔離、上大静脈隔離)を施行した。特に左房内の自律神経叢(GP)を高頻度刺激により、また上大静脈-大動脈間のGPを解剖学的に特定し、重点的にアブレーションした。アブレーション直前に施行したヘッドアップチルト試験は、受動立位9分後にこれまでと同様の血圧低下、直後の洞徐脈、失神を来したが、アブレーション後の同試験において心抑制は発生せず、受動立位25分を経過して血圧低下のみを来し失神した。その後約1ヵ月の経過で前失神すら生じなくなった。

GPをターゲットにしたアブレーション治療は、NMS患者の心抑制を制御するのに有効である可能性がある。

06 心肺停止の原因検索に Head up tilt 試験が有用であった冠攣縮性狭心症の1例

新井 智之、北條林太郎、三浦麻利衣、鈴木 美波、小峰 征也、神崎 拓、砂川 昌隆、津野 航、水沼 吉章、佐々木高史、山岡広一郎、鯨岡 裕史、高橋 正雄、深水 誠二

東京都立広尾病院循環器科

症例は74歳男性。自宅前で倒れているところ発見され、救急要請となった。救急隊接触時は意識あったが、その後、asystoleとなり、心肺蘇生が施行され、2サイクルで自己心拍再開した。他院に搬送されたが、PCR検査にてCOVID-19陽性となり、当院へ転院となった。冠動脈に有意狭窄はなく、アセチルコリン負荷試験にて左冠動脈にびまん性の冠攣縮が誘発され、カルシウム拮抗薬が開始となった。夜間排便時に、心拍数の上昇後、一過性の高度房室ブロックを呈し、神経調節性失神の関与も疑われた。カルシウム拮抗薬開始2日後にHead up tilt試験(HUT)を施行した。無投薬では失神は誘発されなかった。ニトログリセリン0.3μg舌下後に、HUTを行ったところ、開始11分で、心電図にて下壁誘導のST上昇と完全房室ブロックを呈し、失神が誘発された。カルシウム拮抗薬の効果が不十分であった可能性も考え、4日後にHUTを再検したところ、ニトログリセリン投与後も冠攣縮、失神は誘発されず、血管抑制型の反応を呈した。心肺停止後の原因検索にHUTが有用であった1例を経験したので報告する。

07 AEDの不適切作動を来たした一過性意識消失発作の1例

御手洗和毅、近藤 秀和、廣田 慧、福井 暁、篠原 徹二、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

症例は67歳男性。旅行先の旅館で飲酒後に大浴場へ向かい浴槽内で浮いているところを他の客に発見された。救急隊接触時は総頸動脈触知できたが便失禁していた。自動体外式除細動器(AED)が装着された状態で救急搬送されていたところ、AEDによる直流通電が施行された。前医到着時に意識レベルは正常範囲に改善しており、バイタルサインは安定していた。致死性不整脈による失神が疑われ、温水の気管・肺内多量流入も疑われ精査加療目的に当院に搬送となった。当院到着後、12誘導心電図で急性冠症候群の否定が出来なかったため、心臓カテーテル検査を施行したが有意狭窄を認めず、エルゴノビン負荷試験も陰性であった。心エコー図検査では左室収縮能は正常範囲であり、入院中のモニター心電図や、ホルター心電図でも特記異常所見を認めなかった。Brugada症候群や早期再分極症候群を疑うJ波の変動を認めなかった。AEDに記録されていた作動時心電図を取り寄せ確認したところ、P波およびT波をオーバーセンスしたことによるAEDの不適切細動と考えられた。意識消失発作の原因は不明であるため、植込み型心電図記録計を植込み経過観察している。AEDの不適切作動は稀な現象であり報告する。

08 血液透析で引き起こされるQT延長によって、多形性心室頻拍の失神を呈した1例

石井 克政、小貫 龍也、杉山 拓士、間瀬 浩、鈴木 洋

昭和大学藤が丘病院循環器内科

症例は46歳女性。18歳時からIgA腎症を認め、202X-4年(42歳時)に腹膜透析導入した。うっ血性心不全の進行があり、202X年5月18日に血液透析に導入。その後、透析中に2回動悸を伴う前失神を認めたが、透析日に行ったHolter心電図は、失神を引き起こすような不整脈検出は認められなかった。6月27日血液透析中にQT延長(LQT)に伴う突然の多形性心室頻拍による意識消失を認め、当院循環器内科入院した。冠動脈造影検査で冠動脈に有意狭窄は認めなかった。右室ペーシング療法を行ったところ、血液透析中の心室頻拍の発症は認めなかった。LQT誘発薬剤が疑われるエボカルセット中止、カリウム補正、β遮断薬投与を行った。しかし、7月8日にペーシングオフで、透析後LQTによる多形性心室頻拍の失神を認めたため、経静脈植込み型除細動器(ICD)植込みを行った。ICDによる心房ペーシング(set rate 80bpm)加療後は心室頻拍を認めなかった。血液透析で引き起こされるLQTによって、多形性心室頻拍を呈した1例を経験したので報告する。

09 失神の既往がある QT 延長症候群患者に対する植込み型心臓モニターの有 用性

宮崎裕一郎^{1,2)}、相庭 武司¹⁾、岡 怜史^{1,2)}、若宮 輝宜¹⁾、上田 暢彦¹⁾、中島健三郎¹⁾、
鎌倉 令¹⁾、和田 暢^{1,2)}、石橋 耕平¹⁾、井上 優子¹⁾、宮本 康二¹⁾、永瀬 聡¹⁾、
草野 研吾^{1,2)}

¹⁾ 国立循環器病研究センター心臓血管内科部門不整脈科、²⁾ 熊本大学大学院医学教育部循環器先進医療学

失神既往がある QT 延長症候群 (LQTS) の症例に対する植込み型心臓モニター (ILR) の有用性を検討した。

【対象】 2017 年 1 月～2021 年 12 月に原因不明の失神に対し ILR 植込みを行った連続 140 症例のうち、LQTS と診断された 9 症例 (年齢 22 ± 14 才、男性 3 例、LQT1:5 例、QTc:498 ± 51ms)。

【結果】 ILR 植込み後 737 (IQR 488-1226) 日の観察期間中 3 例に失神の再発を認めた。症例 1 (17 才、女性) は ILR 後 737 日目に β 遮断薬服薬下でも運動中失神再発があり、ILR に多形性心室頻拍 (TdP) が記録され ICD 植込みとなった。症例 2 (11 才、男性) はてんかんの既往もある LQT1 患者で ILR 後 305 日目に失神を来したが、原因は洞停止 (最大 8.5 秒) でペースメーカー植込みとなった。症例 3 (20 才、女性) は ILR 後 396 日目に抜歯後に失神を来し、洞停止 (最大 10 秒) が検出された。

【結語】 LQTS と診断された場合も失神の原因は必ずしも TdP とは限らず、リスク評価や治療方針決定に ILR 植込みが有用である。

010 日内変動する J 波増高時に trigger PVC から Electrical Storm を呈した 早期再分極症候群の 1 例

新井 脩平¹⁾、浅野 拓¹⁾、後閑 俊彦¹⁾、中村 友哉¹⁾、猪口孝一郎¹⁾、大西 克実¹⁾、
新家 俊郎¹⁾、小林 洋一²⁾、渡辺 則和³⁾、吉川 浩介³⁾

¹⁾ 昭和大学病院内科学講座循環器内科学部門、²⁾ 昭和大学病院医療安全管理部門、³⁾ 関東労災病院循環器内科

症例は 31 歳男性。明け方の胸部不快感、発汗で覚醒した後に臥位で失神を繰り返し緊急搬送された。来院時は外傷なく、右脚ブロック型上方軸の心室期外収縮 (PVC) 二段脈を認めた。後日アブレーションを試みたが指標とする PVC の出現なく各種薬剤による誘発も無効であった。帰室後から初診時の波形を含む複数の trigger PVC から RonT、心室細動 (VF) となり Electrical Storm を呈した。心臓超音波検査で器質的心異常を認めず、VF の既往、下側壁誘導に J 波増高を伴う 0.2mV 以上の ST 上昇、RonT となる連結期の短い PVC から早期再分極症候群 (ERS) と診断した。J 波増高は徐脈時、夜間から明け方に顕著であり日内変動を認め、自律神経の関与が疑われた。イソプロテレノール持続静注は著効したが VF は再燃し、trigger PVC に対する緊急アブレーションを施行した。カテーテル室では PVC の自然発生なく、モニター心電図をもとに良好な pace map が得られた左室後中隔および僧帽弁輪側壁を面状に通電焼灼した。植込み型除細動器 (ICD) 移植術後に退院し、以後失神や VF を認めず経過している。日内変動する J 波増高時に trigger PVC から Electrical Storm になった ERS の 1 例を経験したため経過を踏まえ報告する。

O11 失神診療における植込み型心電図モニタ (ICM) の植込み深度と検出されるQRS 電位についての検討

川谷 洋平、堀 隆樹

鎌ヶ谷総合病院心臓血管外科

【背景】 ICM が植込まれた深さと検出される QRS 電位 (電位) との関係は明らかでない。

【方法】 2022 年 5 月から 4 月に施行した ICM(JOT DX) 植込み症例を対象とした。超音波画像ガイド下に TLA 麻酔を用いて皮下組織の可及的深部に植込んだ。ILR の位置を超音波画像で計測した。数値は中央値 (範囲)。

【結果】 49 例、年齢 75(28-87) 歳。電位 0.58(0.29-1.03)mV。D1:3.8(1.2-18.1)mm、D2:24(17-41)mm。電位と D1 には相関はなく ($p=0.144$)、D2 と負の相関があった ($r=-0.590$, $p<0.001$)。

【結論】 ICM は皮膚からの深さによらないが、可及的に心臓へ近づけることで良好な電位を観察できる可能性がある。皮下組織の可及的深部へ、超音波画像ガイド下に TLA 麻酔を用いて植込みを行うことが有用と考える。

図1.超音波画像によるICMの深度と周囲の観察

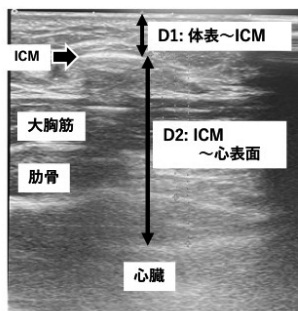
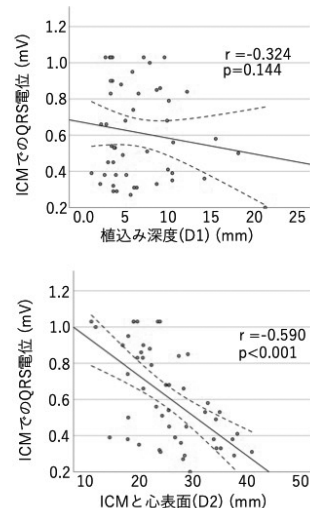


図2.ICMの位置(深さ)と電位の関係

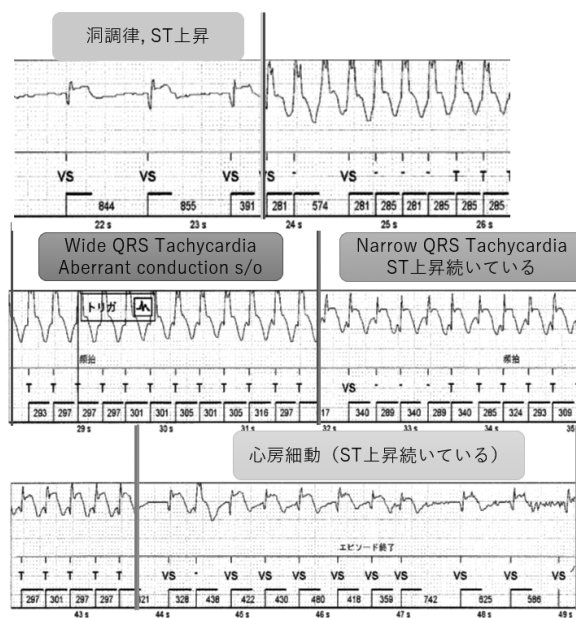


O12 動悸・胸痛後の再発性失神に対して植込み型心電計 (ICM) を留置し、房室回帰性頻拍 (AVRT) 合併の異型狭心症 (VSA) と診断し得た 1 例

笠井 裕平、森田 純次、北井 敬之、藤田 勉

札幌ハートセンター札幌心臓血管クリニック循環器内科

症例は 58 歳女性。数年前より胸痛、動悸の後意識消失を複数回起こし ICM を留置した。2 ヶ月後胸痛を自覚後に失神し当院受診。ICM で ST 上昇を認めた後、変更伝導を伴う上室性頻拍疑い (wide → narrow regular QRS tachycardia) および心房細動波形を認めた (図)。まずアセチルコリン負荷試験 (50ug 使用) を施行し VSA の診断となり、ベニジピン、ニコランジルを開始。翌日上室性頻拍に対する EPS を施行し、左側壁潜在性副伝導路を介した AVRT と診断した。副伝導路離断、両側肺静脈隔離を行い、以後失神発作なく経過している。ICM は失神の原因精査に有用だが、原因として AVRT 合併の VSA と診断できた 1 例を経験したため、文献的考察を含め報告する。



O13 当院失神外来における患者背景と課題

片野 皓介、浅野 嘉隆、長田 公祐、宮部 彰、サッキヤ サンディープ、
石原 龍馬、井藤 葉子、佐藤由里子、登坂 淳、前田 備子、水村 泰祐、
玉村 年健、杉村 洋一

河北総合病院心臓・血管疾患センター

【背景】当院では失神外来を開設し、失神診療を行っておりその患者背景について検討を行った。

【結果】2019年1月より2022年12月の4年間で264人(年齢 62.0 ± 21.4 歳、男性47%)の診察を行った。院内からの紹介が67%で、外部からの紹介は33%で、原因の内訳としては反射性失神が54%、起立性低血圧が2%、原因不明が40%だった。原因不明の失神のうち58%が植込み型ループレコーダーによる観察を開始している。その他の患者背景については表のとおりである。

【考察】失神外来開設後の2年間はCOVID-19の流行もあり受診者数は少なめだったがその後は増加傾向にある。一方で課題も散見されるため当院での現状について報告する。

Characteristics	Total (N=264)
Age-yr	62 ± 21.4
Comorbidities	
hypertension-no. (%)	100(38%)
diabetes mellitus-no. (%)	24(9%)
coronary artery disease-no. (%)	12(5%)
Symptom	
during effort-no. (%)	42(16%)
prodromal symptoms-no. (%)	148(56%)
palpitation-no. (%)	19(7%)
head injury-no. (%)	67(25%)
sudden onset-no. (%)	68(26%)
With family-no. (%)	65(25%)
Causes of syncope	
Reflex-no. (%)	143(54%)
Orthostatic hypotension-no. (%)	5(2%)
Ischemic-no. (%)	5(2%)
Seizure.etc-no. (%)	7(3%)
Unexplained syncope-no. (%)	105(40%)

O14 植込み型ループレコーダーのセンシング不全の要因とその対策についての分析

渡邊 未紗¹⁾、竹内 房子¹⁾、古山准二郎²⁾、奥村 謙²⁾

¹⁾ 済生会熊本病院中央検査部生理検査室、²⁾ 済生会熊本病院心臓血管センター

【背景】失神患者の診断において、植込み型ループレコーダー(ILR)は長期間のモニターを可能とする主要な診断ツールであり、その有用性については多くの報告がある。一方、デバイスのR波センシング不全の症例をまれに認めるが、その要因は不明な点が多い。ILR植込み症例におけるセンシング不全の臨床的要因を解析し、対応を考察した。

【対象と方法】対象は2016年11月から2023年5月に当院でILR植込みを受け、管理を行っている180例。偽陽性イベントを認めたセンシング不全群(17例)とセンシング不全を認めなかった群(163例)との臨床的背景を比較した。

【結果】センシング不全(17例)の内訳は、①R波センシング不全14例、②補充収縮アンダーセンス2例、①と②併存1例であった。植込み時のR波高値はセンシング不全有群と無群の間に差を認めなかったが、頻回に偽陽性イベントを認める症例では経時的R波高値の減高が認められ、有意に女性の割合が高かった。

【考察と結論】センシング不全を認める症例では植込み後のデバイスの移動や皮下脂肪量あるいは植込み部の線維化などが関連している可能性が考えられ、植込み時のマッピングの重要性が示唆された。

O15 院内転倒・転落の原因として「失神」が関与するか？ ～ 2018年から2021年までの院内集計からの検討～

古田 康之¹⁾、高橋笑美子¹⁾、北原佳代子¹⁾、小林 洋子²⁾、徳田 幸子³⁾、吉田 雅子³⁾、
小林 洋一¹⁾

¹⁾ 昭和大学病院医療安全管理部門、²⁾ 昭和大学病院附属東病院医療安全管理部門、³⁾ 昭和大学病院看護部

第11回失神研究会において、2020年度当院転倒・転落例を調査し、失神症例と疑い例が17.4% (63/362例) を占め、失神の予知・予測が転倒・転落を減少させる可能性があることを発表した。今回、検証を重ね、2018年4月から2021年3月までの3年間におけるインシデント報告内の転倒・転落事例における診療情報から失神・前失神例と疑い例を把握することにした。その結果、転倒転落事事例 (1,267例) のうち失神例と疑い例は18.4% (233例、年齢平均68.0 ± 17.0、男女133/100、18.4%) であった。失神の診断・治療ガイドラン (2012年改訂版) をもとに233例を失神分類したところ、反射性 (神経調節性) 失神 (55%)、起立性低血圧による失神 (31%) が多くを占めた。院内の転倒・転落の減少に向けたアプローチとして、やはり失神対策は必要であり、失神に関する問診情報や医師による失神の予知・予測などによって、失神による転倒・転落の発生を減少させる可能性が示唆された。
