

2024年 5月 卒後藤谷塾 議事録

開催日 2024年 5月8日(水) 7:00~8:00

■活動報告

- ①所属部署
- ②活動内容
- ③困っていること、その他相談など

【7期生】

A(神奈川県)

- ① 看護部
- ② 特定行為実施、病棟急変対応、病棟管理、手術助手
- ③ なし

B(福岡県)

- ① 看護部
- ② 内科入院患者の入院管理、特定行為実践
- ③ なし

C(愛知県)

- ① 看護部
- ② 内科・整形外科病棟管理、手術助手、全身麻酔維持、特定行為実践
- ③ なし

D(神奈川県)

- ① 総合診療部 ICU 勤務
- ② 診療介入、微量元素チーム、特定行為 (A line、PICC など)
- ③ なし

【8期生】

E(東京都)

- ① 診療部
- ② 総合診療内科にて研修
- ③ なし

F(埼玉県)

- ① 看護部
- ② 循環器内科回診(心エコー)、救急外来にて臨床研修、RST、AST 活動
- ③ なし

## G(東京都)

- ① 看護部
- ② 脳外科、循環器科にて臨床研修 動脈採血 PICC 挿入
- ③ なし

## H(新潟県)

- ① 一般病棟
- ② 外来、病棟、特養、介護医療院にて研修中
- ③ 手探り状態で1か月が経ったが、医師も自分も本当に研修がこれでいいのか分からない。

## J(東京都)

- ① 看護部長室
- ② 内科で指導医のもと研修中
- ③ NDC 一期生のため、実習内容がこれでいいのか分からない。

自分の病院にあった、自分がやりたい方向で、指導医とは話しており、外来では臨床推論、カルテ入力、入院から退院まで一通りやれるようになど伝えてはいるが、どうやれば良いものかを指導医と首を傾げる毎日。

## K(沖縄県)

- ① 病棟
- ② 病棟看護業務、外来と病棟で指導医の下に特定行為実践
- ③ 人員不足で看護業務が主となっていること

## L(東京都)

- ① 看護部
- ② 総合診療科医師と受け持ち。特定行為実践
- ③ 看護業務を行いながらの実習方法に指導医がどう対応していいかわからなさそうである

## M(奈良県)

- ① 診療支援室
- ② 循環器内科・糖尿病内科での指導医のもと研修中
- ③ なし

## ■症例発表

1 発表者

2 タイトル

転倒の原因を精査した一例

### 3 Active Problem List

- # 1 失神 中等症 AS
- # 2 左背部痛 胸椎捻挫
- # 3 骨粗鬆症
- # 4 両側変形性膝関節症
- # 5 脂質異常症

心エコー 1年半前と比較して AS の増悪なし。失神は半年前から。

AS 以外の失神の鑑別→ホルター心電図：洞不全症候群

### 4 最終診断

失神の原因は SSS による一過性脳虚血発作

### 5 総合考察

- ・失神：フローチャートに沿って精査。(反射性失神・起立性失神・心原性失神)
- ・洞機能不全：一過性の原因(自律神経や薬剤など)あるいは慢性の原因(変性や器質的心疾患)があり、洞結節自動能の低下や洞房間伝導障害が生じるために引き起こされる病態である。
- ・洞不全症候群：同機能不全のうち、慢性的な原因によって高度な障害が生じ、アダムス・ストークス症候群、心不全、易疲労感が出現するものを SSS とよぶ。
- ・ペースメーカーの治療適応を考えるうえで、徐脈に伴う症状の有無はきわめて重要である。

SSS による自覚症状

- ① 心拍出量低下による全身倦怠感・息切れ一過性脳虚血によるめまい・失神・眼前暗黒感
- ② 軽微な症状から失神までさまざまな症状が出現する。
- ③ 全身倦怠感・息切れは持続性徐脈が原因の場合が多い。
- ④ めまい・失神の症状は洞房ブロックや洞停止の場合が多い。
- ⑤ 徐脈頻脈症候群では、頻拍による動悸が停止した後にめまい・失神の症状を訴えるのが特徴的である

洞不全症候群の治療

- ・失神、痙攣、眼前暗黒感、めまい、息切れ、易疲労感などの症状あるいは心不全があり、それが一次性的洞結節機能低下に基づく徐脈、洞房ブロック、洞停止あるいは運動時の心拍応答不全によることが確認された場合、それが長期間の必要不可欠な薬剤投与による場合を含む (SSS に対するペースメーカー留置の推奨度 I)
- ・ペースメーカー植込み術を施行できない症候性の洞不全症候群・房室ブロックに対するテオフィリンあるいはシロスタゾールの経口投与 (推奨度 II a)

ホルター心電図の有用性

- ・ホルター心電図をはじめとする心電図記録で洞不全症候群が疑われた場合、有益な心電図記録を得るためには、繰り返し長時間の記録が必要である。

- ・心電図検査は非侵襲的であり、徐脈による症状と心電図所見の一致が診断上重要であることから、重要な検査である。
- ・ホルター心電図を、症状の有無によらず 発作性の不整脈の検出に使用する（推奨度 I）

#### まとめ

転倒した原因を明確にすることが重要。

一過性意識消失は失神と非失神の鑑別が重要。

失神は反射性失神、起立性失神、心源性失神に分類して鑑別する。

ホルター心電図検査は非侵襲的で簡便だが、感度が低いことに注意。

#### <筑井 NP>

失神の場合心原性失神を必ず否定する。

入院時はモニター心電図で持続的に不整脈を確認する。

心血管性失神として意識しておくべき具体的疾患： HEARTS（心筋梗塞・肺血栓塞栓症・急性大動脈解離・大動脈瘤切迫破裂・不整脈・心室頻拍・くも膜下出血）

心原性らしい所見の確認（60 歳以上、男性、虚血性心疾患の既往、運動中、仰臥位で失神など）

大動脈弁狭窄は予後予測ができる弁膜症（5 年狭心症 3 年失神 2 年心不全）

論文の引用を発表資料に掲載する。