

# Brugada 症候群・特発性心室細動 登録用紙

## 心電図チェックリスト(計6枚)

- 登録用心電図  
 運動負荷心電図x3枚(前、ピーク、後2分)  
 薬剤負荷時心電図x2枚(前、後)

## 患者管理番号

患者名 ( ) (男・女)

(匿名化は国循で行いますが、各施設で行っていただき、名前の代わりに書いていただいても結構です)

生年月日 (西暦 年 月 日)

初診日 (西暦 年 月 日)

臨床診断名 有症候性Brugada症候群、 Brugada型心電図 特発性心室細動、

早期再分極症候群、原因不明の失神、原因不明の失神

その他 ( )

発端者との関係 本人、家族( )、その他( )

施設名 ( ) 報告者氏名 ( ) 記入日 ( )

報告者連絡先(電話: - - ) (FAX: - - )

(Email: )

家系登録番号 ( ) 患者登録番号 ( )

安静時心電図 コピーの提出をお願いします

最も典型的と思われる心電図 ( 有、無 )

臨床所見

失神 ( 有、無 )

初回失神時年齢 ( 才 )

回数 ( 1回、 2回、 3回以上 )

主な失神出現時間 ( 2-7時、 8-13時、 14-19時、 20-01時、 不明 )

心停止・心室細動 ( 有、無 )

初回心停止、心室細動確認日時 ( 年 月 日 )

急性期での心室性期外収縮 ( 有、無、不明 )

有の場合 ( 発作前後のみ、非発作時のみ、常時 ) ( 多発、散発、稀 )

合併症

心房細動 (□有、□無) 有りの場合 (□一過性、 □慢性)  
 QT延長症候群 (□有、□無) 洞機能不全症候群 (□有、□無; ありの場合タイプ I, II, III)  
 房室ブロック (□有、□無; ありの場合詳細 )  
 完全右脚ブロック (□有、□無) 完全左脚ブロック (□有、□無)  
 その他 ( )

家族歴

有症候性Brugada症候群 (□有、□無) Brugada型心電図 (□有、□無 ) 突然死 (□有、□無)  
 失神 (□有、□無) 心筋症 (□有、□無) )

検査所見

運動負荷検査 (□施行、□未施行) 検査日 ( 年 月 )  
 運動の種類 (□ Treadmill, □ Ergometer, □ Master法 )  
コピーの提出をお願いします (立位前、ピーク時、回復期1, 2分)

I群薬剤負荷検査 (□施行、□未施行) 検査日 ( 年 月 )  
 薬剤名 ( ) (□静注 □経口)  
 投与量 ( mg) 患者体重 ( kg)  
 ST上昇/増悪 (□有、□無)  
 PVCの出現/増悪 (□有、□無)  
 NSVTの出現/増悪 (□有、□無)  
コピーの提出をお願いします (負荷前、最大変化時)

冠動脈造影 (□施行、□未施行) 検査日 ( 年 月 )  
 有意狭窄(75%以上) (□有、 □無)  
 冠攣縮誘発 (□施行、□未施行) 薬剤 (□Ach, □Erg)  
 誘発の有無 (□有、□無) 有りの場合 (□ RCA, □ LAD, □ LCX )

電気生理学的誘発検査 (□施行、□未施行) 検査日 ( 年 月 )

			Not	NS. Poly. Morphic	VF
未施行/施行			Induced	VT	
右室心尖部	□ □	SingleP	□	□	□
	□ □	DoubleP	□	□	□
	□ □	TripleP	□	□	□
	□ □	BurstP	□	□	□
右室流出路	□ □	SingleP	□	□	□
	□ □	DoubleP	□	□	□
	□ □	TripleP	□	□	□
	□ □	BurstP	□	□	□
左室	□ □	SingleP	□	□	□
	□ □	DoubleP	□	□	□
	□ □	TripleP	□	□	□
	□ □	BurstP	□	□	□

加算平均心電図 (  施行、 未施行 ) 検査日 (            年            月 )  
 Late Potential (  判定可、 判定不可及び その理由 \_\_\_\_\_ )  
 判定 (  陽性、 陰性、  境界 )  
 ART社製機器で記録された症例は下記の指標の値をお書きください  
 fQRS (                          ms),    LAS40 (                          ms),    RMS40 (                          uV)

心エコー図所見 (  施行、 未施行 ) 検査日 (            年            月 )  
 左室壁運動異常 (  有、 無、中隔拡張末期厚 (                          mm )、EF (                          % )  
 左室拡張末期径 / 収縮末期径 (                          mm /                          mm )、左房径 (                          mm )  
 右室形態学的異常 (  有、 無、 未検 )

TWA (  施行、 未施行 ) 検査日 (            年            月 )

#### 現在の治療

植込み型除細動器 (ICD) の植込み (  有、 無 ) 植込み日 (            年            月            日 )  
 ICDの種類 (  single chamber,  dual chamber )  S-ICD  その他

併用薬剤 (  有、 無 ) ありの場合、併用薬剤にチェックしてください。

- |                                  |   |                                 |                                    |
|----------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> キニジン    | <input type="checkbox"/> ジソピラミド   | <input type="checkbox"/> メキシレチン | <input type="checkbox"/> 他のI群抗不整脈剤 |
| <input type="checkbox"/> β受容体遮断剤 | <input type="checkbox"/> ソタロール  | <input type="checkbox"/> アミオダロン | <input type="checkbox"/> カルシウム拮抗剤  |
| <input type="checkbox"/> β受容体刺激剤 | <input type="checkbox"/> その他 (    ) |                                 |                                    |

#### 最終状況

生存  死亡 (心臓突然死)  死亡 (他の原因 :    )  死亡 (原因不明)  
 最終状況確認日 (            年            月            日 ) (死亡時は死亡時間年齢) (            才)

#### 家族歴 家系

## QT延長症候群\*・QT短縮症候群・CPVT・その他の登録用紙

臨床診断名： QT延長症候群、QT短縮症候群、カテコラミン誘導多型性心室頻拍(CPVT)  
その他の不整脈（ ）

注意：QT延長症候群の場合、①遺伝子解析をしたことはない、②遺伝子解析をして変異がわかった、のケース・家族では、本研究では遺伝解析を行うことはできません。通常の保険医療で遺伝子解析を行ってください。①②以外の場合は本研究の研究責任者に問い合わせてください。

施設名（ ） 記入日（ ）  
 報告者名（ ） メール（ ）

### 基本情報

- A. 患者名（ ）  
 （匿名化は国循で行いますが、各施設で行っていただき、名前の代わりに書いていただいても結構です）
- B. 生年月日 西暦 年 月 (yyyy/mm/dd) （ / / ）
- C. 性別 男 女
- D. Status 発端者 家族 (発端者との関係： )

### 臨床情報

- E. 失神発作 ( $\beta$ -blocker非内服下)： 有 (初回失神発作年齢： 才) 無  
 誘因 運動中 水泳中 音刺激 妊娠中 安静睡眠時 その他  
 (具体的な発作出現時の状況： )

- F. 心停止/心室細動  
 ( $\beta$ -blocker非内服下)： 有 (初回心停止、VF年齢： 才) 無  
 誘因 運動中 水泳中 音刺激 妊娠中 安静睡眠時 その他  
 (具体的な発作出現時の状況： )

- G. TdP (Torsade de Pointes)  
 確認 無 有  
 (心電図の添付をお願い致します。)

- H. 交替性T波確認 無 有  
 (判断困難の場合は空欄として下さい)

- I. ノッチT波確認 無 有  
 J. 徐脈 無 有  
 K. 聾 無 有

- L. 家族歴 無 有  
 (家族歴あれば右に家系図を書いて  
 ください)

## M. 合併症

心房細動、Brugada ECG、洞機能不全症候群、房室ブロック、右脚ブロック、  
左脚ブロック、てんかん、周期性四肢麻痺、その他 ( ) 無

## N. 安静時12誘導心電図 ※必ずコピーの添付をお願い致します。

心電図記録時 年齢： ( 才)

心電図記録時  $\beta$ -blocker内服の有無： 有、無、不明

## O. トレッドミル運動負荷心電図 ※コピーの添付をお願い致します。(立位開始前、ピーク、回復期4分)

トレッドミル運動負荷時 年齢： ( 才)

トレッドミル運動負荷時  $\beta$ -blocker内服の有無： 有、無、不明

P. ホルター心電図 総心拍数 ( /日)、VT 有 無 PVC 有 無

## 治 療

Q. 治療 有 治療開始時年齢 ( 才) 治療開始時年齢不明、無、治療の有無不明

R. 抗不整脈薬 薬物投与無

$\beta$ -blocker (薬剤名 : mg/日)

メキシレチン ( mg/日)

ベラパミル ( mg/日)

フレカイニド ( mg/日)

その他 (薬剤名 : mg/日)

※<  $\beta$ -blocker投与された場合>

内服中の失神発作： 有 (初回失神発作年齢 才) 無

内服中の心停止、心室細動発作： 有 (初回心停止、VF年齢 才) 無

S. ペースメーカー 有 無

T. 交感神経遮断術 有 無

U 植込型除細動器(ICD) 有 無 植込み日 ( 年 月 日)

ICDの種類 ( single chamber,  dual chamber)

V. 最終状況 生存 死亡 (心臓突然死)

死亡 (他の原因： ) 死亡 (原因不明)

W. 最終状況確認日 ( 年 月 日) (死亡時は死亡時間年齢) ( 才)

死亡時  $\beta$ -blocker内服の有無： 無 有

# 進行性心臓伝導障害 登録用紙

## 症例登録の基準（①②を満たすもの）

- ① 二束ブロック、2型2度房室ブロック、高度房室ブロック、完全房室ブロックを持つ  
 ② 失神などの徐脈による症状またはペースメーカー植え込みの既往歴や家族歴を持つ
- 器質的心疾患があっても、徐脈による症状・病態がそれに先だっている、あるいは徐脈の関与が疑われる症例は除外しない。

施設名（ ） 報告者氏名（ ） 記入日（ ）

報告者連絡先（電話： - - ）（FAX： - - ）

（Email： ）

患者名（ ）

（匿名化は国循で行いますが、各施設で行っていただき、名前の代わりに書いていただいても結構です）

発端者との関係  本人、 家族（続柄 ）

生年月日（西暦 年 月 日） 性別（男、女）

初診日（西暦 年 月 日）

安静時心電図 コピーの提出をお願いします

登録時心電図（ 有、 無）（ 歳）

登録前心電図（ 有、 無）（ 歳）、伝導障害の経年変化（ 有、 無）

## 臨床所見

失神（ 有、 無） 初回失神時年齢（ 才）

回数（ 1回、 2回、 3回以上）

失神出現の状況（ 安静時、 運動時、 睡眠中、 不明、 その他）

心停止・心室細動（ 有、 無）

初回心停止、心室細動確認日時（西暦 年 月 日）

ペースメーカー植え込み（ 有、 無） 植込み日（西暦 年 月 日）

植込み型除細動器(ICD)植込み（ 有、 無） 植込み日（西暦 年 月 日）

ICDの種類（ single chamber,  dual chamber）

## 主病名・合併症

洞不全症候群（ 無、 I、 II、 III）

房室ブロック（ 無、 I度、 Wenckebach  Mobitz II型、 高度、 III度）

右脚ブロック（ 完全、 不完全  無）

左脚ブロック（ 完全、 不完全  前枝ヘミブロック  後枝ヘミブロック  無）

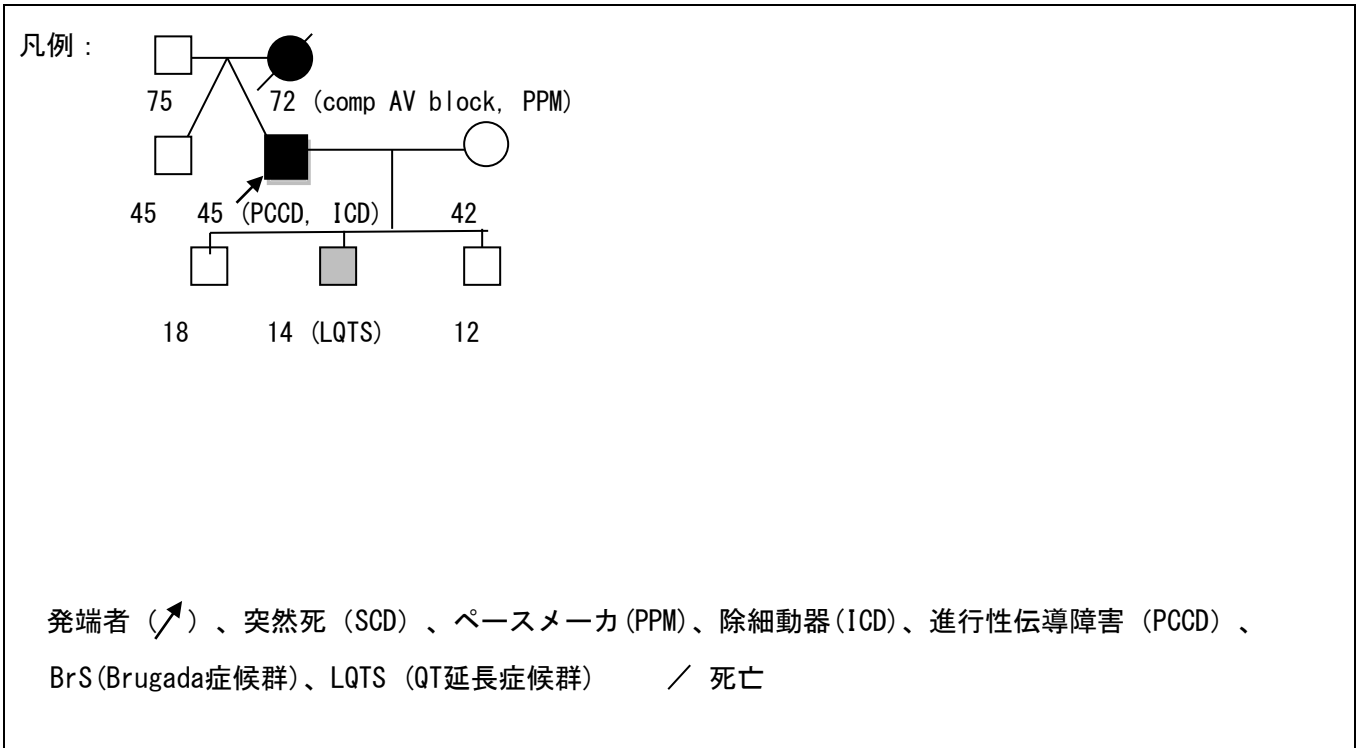
多枝ブロック（ 有、 無） 心室内伝導障害（ 有、 無）

- 心房細動 (  有、 無 ) 有の場合 (  一過性、  慢性 )
- QT延長症候群 (  有、 無 )
- Brugada症候群 (  有、 無 ) Brugada型心電図 (  Type-1でST>2mm、  Type2、 Type3 )
- その他の不整脈 (  有、 無 ) 有の場合病名 ( )
- 心筋症 (  有、 無 )  HCM、 DCM、 ARVC、 RCM、 NCLV、 その他 ( )
- 高血圧 (  有、 無 ) 糖尿病 (  有、 無 )
- その他の疾患 ( )

家族歴

- 進行性心臓伝導障害 (  有、 無 ) (発端者との関係: )
- 突然死 (  有、 無 ) (発端者との関係: )
- 失神 (  有、 無 ) (発端者との関係: )
- ペースメーカー植え込み (  有、 無 ) (発端者との関係: )
- ICD植え込み (  有、 無 ) (発端者との関係: )
- QT延長症候群 (  有、 無 ) (発端者との関係: )
- Brugada症候群 (  有、 無 ) (発端者との関係: )
- 心筋症 (  有、 無 ) (発端者との関係: )
- HCM、 DCM、 ARVC、 RCM、 NCLV、 その他 ( )
- その他の不整脈 (  有、 無 )
- 病名: (発端者との関係: )
- 病名: (発端者との関係: )
- 病名: (発端者との関係: )
- 病名: (発端者との関係: )

家系図 (家族歴がある場合、凡例を参考に記入してください。枠が足りなければ拡大してお使いください)



## 検査所見 (施行したものにチェック・記入してください)

- 電気生理学的検査 検査日 ( 年 月 )
- 洞結節機能解析 (SACT ms, CSACT ms, SRT s, CSRT s)
  - His束心電図 (AH ms, HV ms, BCL ms)
  - AF誘発試験 判定 ( 陽性、 陰性、 境界 )
  - VT/VF 誘発試験 判定 ( 陽性、 陰性、 境界 )
  - その他の検査結果 ( )
- 加算平均心電図 検査日 ( 年 月 )
- Late potential (  陽性、  陰性、  境界 )
- fQRS ( ) ms、LAS40 ( ) ms、RMS40 ( )  $\mu$ V
- Brugada症候群のためのI群薬負荷検査 検査日 ( 年 月 )
- 判定 (  Type I 陽性、  陰性 )
- 運動負荷検査 検査日 ( 年 月 )
- 虚血 (  陽性、  陰性 )、伝導障害の増悪 (  陽性、  陰性 )、  
頻脈性不整脈の出現 (  陽性、  陰性 )
- 心エコー 検査日 ( 年 月 )
- 左室壁運動異常 (  有、  無 ) ( 有の場合所見 : )
- 左室拡張末期径 ( mm)、左室収縮末期径 ( mm)、中隔 ( mm)
- 左房径 ( mm)、EF ( %)、FS ( %)
- 弁膜異常 (  有、  無 ) ( 有の場合所見 : )
- その他の異常 (  有、  無 ) ( 有の場合所見 : )
- 心臓CT 検査日 ( 年 月 )
- 異常あり  異常なし ( 異常ありの場合所見 : )
- 心臓MRI 検査日 ( 年 月 )
- 異常あり  異常なし ( 異常ありの場合所見 : )
- 冠動脈造影 検査日 ( 年 月 )
- 狭窄 (  有、  無 )、有の場合の狭窄部位 ( )
- 左室造影 検査日 ( 年 月 )
- 異常あり  異常なし ( 異常ありの場合所見 : )
- 心筋生検 検査日 ( 年 月 )
- 異常あり  異常なし ( 異常ありの場合所見 : )

## 現在の治療

- 薬物治療 (  有、  無 ) 有の場合、使用薬剤にチェックしてください。
- I群抗不整脈剤 (種類 )
- $\beta$ 受容体遮断剤   $\beta$ 受容体刺激薬  気管支拡張剤  ソタロール
- アミオダロン  ペラパミル  ジルチアゼム
- 他のカルシウム拮抗剤  その他 ( )

## 最終状況

- 生存  死亡 ( 心臓突然死 )  死亡 ( 他の原因 : )  死亡 ( 原因不明 )
- 最終状況確認日 ( 年 月 日 ) ( 死亡時は死亡時間年齢 ) ( 才 )