

『眉山』

徳島大学病院循環器内科 病診連携広報誌 NO.3

病診連携広報誌『眉山』第3号発刊の挨拶

徳島大学病院 循環器内科 科長 佐田 政隆

平素より大変お世話になっております。私が徳島大学循環器内科科長を拝命して、約一年半が経過しました。この間、地域の先生方との病診連携の円滑化、特に循環器急性期疾患へ迅速に対応する体制の確立に力を入れてきました。西村教授をはじめ救急集中治療部の先生方のご協力で、添付のとおり循環器疾患のホットラインを開設することができました。多くの先生方から貴重な症例をご紹介頂き、急性期治療、精査が終了しましたら、原則としてご紹介いただいた先生方にその後の経過観察をお願いしております。おかげをもちまして、徳島大学病院循環器内科の診療実績も着実に向上しております。先生方の日ごろのご支援に、教室員一同、深く感謝いたしております。

地域医療連携の円滑化、情報交流のために、昨年眉山循環器カンファレンスを開催させていただいております。第3回は「不整脈」をテーマとして先生方よりご紹介頂いた症例の経過報告並びに関連した最近の話題を提供いたしました。多数の先生方にご参加いただき、症例に関する活発な意見交換に加え当科に関する要望などもお聞かせいただきました。この場をお借りし厚く御礼申し上げます。参加いただけなかった先生方にも会の内容をお伝えすることができるよう、広報誌『眉山』第3号を発刊させていただきました。

本年9月、待望の西病棟が竣工しました。高度医療、救急治療、第一種感染症に対応しているばかりでなく、最新のアメニティ、ホスピタルギャラリー、展望レストランなどが取り入れられており、大変魅力的な施設となっております。概要を紹介したパンフレットを添付させていただきます。地域の先生方を対象にした施設見学会も随時企画していく予定です。

この『眉山』が、今後の病診連携の一助になれば幸いです。企画に工夫をこらしながら、今後も眉山循環器カンファレンスを定期的開催していく予定です。ご意見、ご質問、ご要望などがありましたら、いつでもご連絡ください。今後とも徳島大学循環器内科のご支援を何卒宜しくお願い申し上げます。

ピルジカイニド(サンリズム)の内服による心電図変化を契機に診断されたBrugada症候群の1例

楠瀬賢也、添木 武

症例は71歳 男性。家族歴として祖父、父が突然死している。失神の既往はなし。心房細動の診断にて、近医でピルジカイニド(サンリズム)の内服が開始された後、Brugada型心電図が顕在化したため、Ic群以外の抗不整脈への変更および精査・治療目的にて当科紹介された。まず、ピルジカイニドをベプリジル(ベプリコール)に変更したところ、心電図はBrugada型から正常パターンに戻った(図1)。その後、心臓電気生理検査を施行したところ、右室流出路からの2連刺激にて多形性心室頻拍～心室細動が誘発された。そのため、日本循環器ガイドラインのclass IIaに相当すると判断し、本人の希望もあったため植込み型除細動器(ICD)の植込み術を行った。

【解説】

心房細動にIc群抗不整脈薬を投与する際注意を要することとして、心室性の催不整脈(Brugada型心電図の顕在化、器質的心疾患症例におけるサインカーブ様を呈する単形性心室頻拍など)、徐脈頻脈症候群の顕在化(特にβ遮断薬、Ca拮抗薬、ジギタリスなどを併用する際)、心房細動の粗動化(β遮断薬、Ca拮抗薬、ジギタリスなどを併用していないと1:1になり易く、Ic群の伝導抑制効果と変行伝導とによりQRS幅が広い心室頻拍様の頻拍を呈することがある)等が挙げられる。本症例では、Ic群(Naチャンネル遮断薬)の投与によりBrugada型変化が顕在化した訳であるが、この機序は、Brugada症候群のST上昇機序のひとつが右室流出路心外膜心筋のNaチャンネルの障害であることから説明される(図2)。

治療に関しては、無症候性Brugada症候群では、ST上昇(薬物負荷含)に加えて、①失神既往、②電気生理検査によるPVT/VF、③突然死の家族歴のうち二つを満たした場合、ICD植込み術が勧められる。この症例では②、③の二項目合致によりICD植込み術が施行された。Brugada症候群症例には心房細動の合併が非Brugada例よりも多いとされており、本例のように突然死の家族歴や失神歴を有する心房細動に対しIc群で治療する際には、Brugada型心電図の顕在化にも注意をする必要があると思われる。

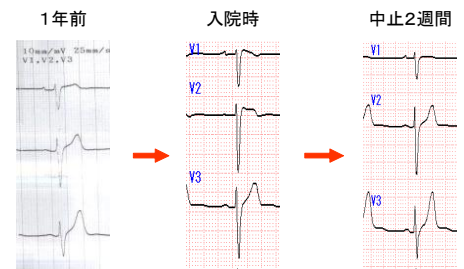


図1 心電図経過

ピルジカイニド(サンリズム)を中止しベプリジル(ベプリコール)に変更した。その後、心電図は1年前の波形に復帰した。

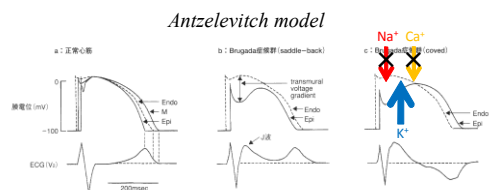


図2 Brugada症候群でのST上昇の機序

右室流出路心外膜心筋の活動電位第1相ノッチはきわめて大きい(一過性外向き電流I_{to}が発達)。この時相で流れる内向き電流の低下または外向き電流の増強でST上昇は顕著となる。

偽性心室頻拍に対してアブレーションを行った1例

小柴邦彦、添木 武

症例は26歳 女性。以前よりWPW症候群と診断されていたが、明らかな不整脈は捉えられておらず経過観察されていた。2008年10月11日走ったときに左前胸部ににぶい重苦しい感じがあり、血の気が引くような感じがあり救急車で近医を受診。心電図(図3)にて偽性心室頻拍(心拍数200-250bpm)と診断され、ピルシカイド 50mgのdivが施行され、短時間の心房細動を経て洞調律に復した。後日加療目的で当院に紹介された(図4)。既往歴として、高校生時に動悸を前駆する失神の既往あり。心臓電気生理検査を行ったところ、左室自由壁(前側壁)にKent束が存在していた。同部位を高周波アブレーションにて焼灼することにより心電図上δ波が消失し、Kent束が焼灼出来たと考えられた(図5)。

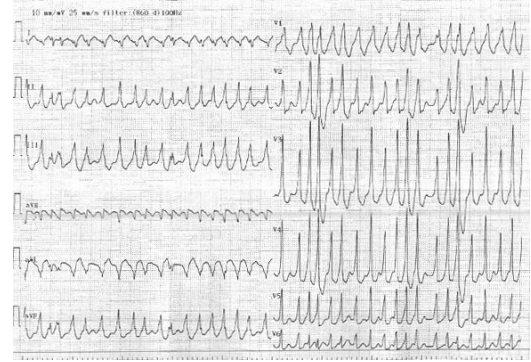


図3 発作時心電図(偽性心室頻拍)

【解説】

WPW症候群の5~35%が心房細動を合併し、特に不応期の短い例では、心室レートが異常に速くなり血行動態の悪化をきたす。このため、頻度はそれほど高くないものの、心室細動により突然死をきたすことがある(約1例/1000症例・年)。このように、副伝導路不応期が200~250ms以下と短く、心房細動を合併する例はハイリスク群と呼ばれる。よって偽性心室頻拍を一度でも経験した患者では、嚴重な治療が必要となる。本症例の場合、最高心拍数は250bpmで副伝導路の有効不応期は240msと推察され(図3)、ハイリスク群に属すると考えられた。

初期治療に関しては、Ca拮抗薬、ジギタリス、β遮断薬などは正常伝導を抑制し副伝導路の順行性伝導能を亢進させ心室細動に移行する可能性があり、原則禁忌である。代わりに、副伝導路の伝導能を低下させる(薬剤であるNa(+/-K)チャネル遮断薬=I群抗不整脈薬を投与する。本症例においても近医でのピルシカイドの投与が奏功した。WPW症候群の根治治療としては高周波アブレーションを行うが、その適応はガイドライン(不整脈の非薬物治療ガイドライン)にては次のようなことが挙げられている。

Class I : 1. 生命の危険がある心房細動発作または失神などの重篤な症状や、軽症状でもQOLの著しい低下を伴う頻拍発作の既往がある場合 2. 頻拍発作があり、薬物治療が無効または副作用のため使用不能または患者が薬物治療の継続を望まない場合 3. 頻拍発作はないが、パイロットや公共交通機関の運転手など、発作により多くの人命に関わる可能性がある場合 Class II a : 1. 早期興奮の有無に関わらず頻拍発作があり、薬物治療が有効であっても患者がカテーテルアブレーションを望む場合。本症例は、Class Iの1.に該当すると考えられ、高周波アブレーションを行った。

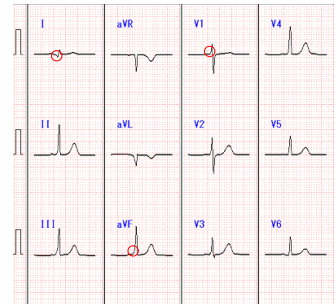


図4 非発作時心電図

δ波の極性は、I誘導で(-)、V1誘導で(+)であり、副伝導路は左室自由壁に存在することが示唆され、さらにaVF誘導で(+)より前壁あるいは側壁と推察される。

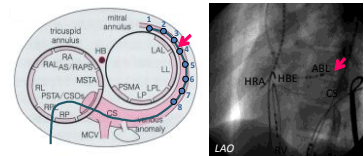


図5 副伝導路の高周波アブレーション

V波の最早期はCS3-4(前側壁)で同部位にKent束があると考えられ、同部位を焼灼したところ、δ波が消失しA波とV波が解離した。

眉山循環器カンファレンス 今後の予定

- 2009年開催予定日 : 10月22日【木】、12月17日【木】
- 場 所 : 徳島大学病院西病棟11階『日亜メディカルホール』
徳島市蔵本町3-18-15 連絡先 Tel. 088-633-7851 (循環器内科)
- 当日のプログラムは当科ホームページに掲載しております

徳島大学病院循環器内科 一紹介方法一

1. FAX新患予約 (受付: 平日9時~17時まで)
地域医療連携センターFAX予約室 (0120-33-5979) へFAXしてください。
<FAXの書式: 徳島大学病院ホームページ http://www.tokushima-hosp.jp/m_regional/fax.html>
不明な点は電話(088-633-9106)で地域医療連携センターにお問い合わせ下さい。
2. 時間内の緊急受診について (平日8時30分~17時30分まで)
内科外来に電話(088-633-7118)して頂き、循環器内科外来担当医にご相談ください。
木曜日は休診日です(緊急を要する症例には対応いたします)。
3. 時間外の緊急受診について (平日17時30分~8時30分、土・日・祝日)
時間外の場合、大学病院の事務当直(088-633-9211)に連絡してください。
連絡を受けた循環器内科オンコール医が対応します。
4. 循環器疾患重症症例について (24時間対応)
ホットラインに連絡してください。救急集中治療部医師が受け入れをその場で決定します。