

## 第1回滋賀不整脈カンファレンス

日時 平成6年7月16日(出)  
 場所 ニューサイチアネックス  
 世話人 かとう医院 加藤 孝和  
 滋賀医科大学第1内科 伊藤 誠

### 1. Short P'R を伴う発作性 上室性頻拍の1症例

友仁山崎病院  
 検査部 西川 操  
 滋賀医科大学  
 第一内科 伊藤 誠

25歳女性、心電図検査にて上室性期外収縮を指摘されてホルター心電図検査を受けたところ発作性上室性頻拍(PSVT)が記録された。12誘導ではPR=200msで心房期外収縮の後にII, III, aV<sub>F</sub>で陰性のP波を伴うPSVT 4連発が認められた。ホルター心電図では、PSVTの頻拍周期は360-500ms、頻拍中はCM 5で陰性のP'波を認めP'R=110-120ms, RP'=300-360msであった。PSVTの多くは心房期外収縮より始まっており、PSVTの開始時のP'R=200msと延長はなかった。PSVT停止時はR波の後に陰性のP'波を伴う場合と伴わないときがあった。1度だけR波の後に陰性P'波が2回続いてPSVTが停止していた。鑑別診断としてuncommon type AVNRT, atrial tachycardia(AT), permanent form junctional tachycardia(PJRT)が考えられたが、PJRTは臨床像や頻拍停止時R波の後にP'波を伴うことにより可能性は低く、ATはPSVTの周期が変わってもP'R間隔がほぼ一定であることから否定的であり心電図からはuncommon type AVNRTが示唆された。

### 2. 間歇性の不完全左脚ブロックを呈した 2側枝ブロックの1例

大津市民病院  
 心臓血管センター 辻村 吉紀  
 中央検査部 佐々木嘉彦  
 かとう医院 加藤 孝和

61歳、男性、感染性心内膜炎のため2弁置換(僧帽弁および大動脈弁)した症例。

12誘導心電図では洞調律、第1度房室ブロック(PR 0.38秒)、著明な左室肥大(QRS 0.09秒)。ホルター心電図でPR 0.38秒で一定のまま第2度房室ブロックを呈するところがありHVブロックが考えられた。ところが右脚ブロック波形(QRS 0.12秒)を呈する記録があり、その際PRは0.20秒で一定していた。

QRSが幅広くなった際にPRがむしろ短縮した理由について考察した。

その結果、例えば幅の狭いQRSの場合はPA 30 msec, AH 150msecとすると、HV 200msecとなる。右脚にもともと著明な伝導遅延(H-RB 200 msec)が存在しそこへ間歇性の左脚ブロック(左脚における伝導遅延)が生じたためH-LB時間が200 msecに延長したとすると右脚も左脚もきわめて遅い伝導で、同期して幅の狭いQRSを形成するものと考えられる。

これに対して間歇性の左脚ブロックが消失するとH-LBが70msecに回復して心室は左脚経路で興奮させられるためQRS波形としては右脚ブロックを呈するものと解釈される。

左脚伝導遅延は70msecと200msecの間でall or noneの形で変化するのではなしに多少の幅をもって変動するため、QRS波形のあたかもfusion beatと呼ぶべき中間波形が生じたものと考えられた。

### 3. 過剰伝導を呈した高度房室ブロック の1例

大津市民病院  
 中央検査部 佐々木嘉彦  
 心臓血管センター 辻村 吉紀  
 かとう医院 加藤 孝和

61歳、男性、労作時息切れを訴えて紹介され入院。洞性P波はPP間隔約1.00秒で規則正しい。

これに対してQRS波は2:1~3:1伝導の房室ブロックを呈し、QRS波0.18秒の左脚ブロック型であった。

連続して房室伝導が行われた場合PR時間は0.20秒で一定であったのでinfranodal block, HVブロックと考えられ、ヒス束心電図により確認された。

この症例において基本的に2:1房室ブロックの際、連結期(PP'間隔)0.70~0.76秒で生じた心房性期外収縮は当然、非伝導となって洞周期を更新したがさらに短い連結期0.54秒で心房性期外収縮が生じた際、0.20秒で伝導し基本心拍とほぼ同波形のQRSを呈したところから過剰伝導(supernormal conduction)と考えられた。

なお本例には心室性期外収縮が生じているがその連結期は約0.80秒でほぼ一定しているのに対し、この心房性期外収縮はRR間隔0.56秒ででている。またそのQRS波形は上記の心室性期外収縮と明らかに異なっているため、たまたま心房・心室期外収縮が同時に生じた可能性は否定できると考え、やはり過剰伝導と呼ぶべききわめてまれな現象と考えた。

#### 4. 進出ブロックを伴った先天性完全房室ブロックの1例

かとう医院 加藤 孝和  
 大津市民病院  
 心臓血管センター 辻村 吉紀  
 中央検査部 佐々木嘉彦

17歳女性。7歳の時から完全房室ブロックを指摘されて経過観察中。QRS幅0.08秒と正常。房室接合部補充調律の12誘導としてはST-Tに異常なく、心エコーでも合併奇形は認めない。ホルターでは心拍数20から72でアトロピン静注により53から69へと増加したのでAHブロックと予想している。

夜間、補充収縮はRR間隔約2.30秒(毎分26)でほぼ規則正しく出現するが、時にRR間隔3.32~3.48秒の長い時があり、この長いRR出現について検討した。

その結果、RR間隔1.15秒(毎分52)の補充調律が2:1ないし3:1伝導の進出ブロックを呈していると解析された。これは昼間の1:1伝導とよく近似しており、ホルター全記録を見直すことにより3:2伝導の記録が数ヶ所確認され、さまざまな比率の進出ブロックであることが確診された。

#### 5. 潜在性ケント束と三重房室経路による発作性上室性頻拍症の1例

かとう医院 加藤 孝和

大津市民病院

心臓血管センター 辻村 吉紀  
 中央検査部 佐々木嘉彦

53歳女性、動悸を主訴にホルターを施行。12誘導ではPR間隔0.14秒でデルタ波はない。心房期外収縮が連結期0.80秒で出現した時はエコーは生じないが、連結期0.36~0.50秒でエコーが出現し、数拍ないし持続的上室性頻拍となる。その際第1拍期外収縮のPR時間は0.38~0.46秒の幅で変動し、RP時間0.08秒でQRSの直後に陰性P波が出る。この陰性P波の次にQRSが出る際、0.80~0.90秒の長いPR時間の後、0.44秒の比較的短いPR間隔で頻拍をくり返すことから三重房室経路と考えた。

頻拍中に心室期外収縮が連結期0.45秒で出現する。これは頻拍のRR0.56秒よりもわずかに0.11秒早期に出現しており、RP時間0.08秒で同様の陰性P波が出現して頻拍は一度リセットされた形で持続している。もし本頻拍が房室結節内リエントリーとすれば下位common pathwayというべきヒス束付近へ興奮波が到達しているタイミングでありfast pathwayを逆行して陰性P波が出たとは考え難く、従って潜在性ケント束の存在が示唆された。

#### 6. Advanced A-V Block の1症例

滋賀医科大学

第1内科 野里 佳孝, 岩井 直温  
 伊藤 誠, 木之下正彦

症例は80歳男性。主訴、失神。入院時12誘導心電図では洞調律75回/分でPQ=0.28secの1度房室blockを伴う完全左脚blockを示していた。CAGでLAD近位部に90%狭窄を認めPTCAを施行した。しかし、入院中12誘導で洞調律83回/分のときPQ=0.30secの1度房室blockと完全右脚block+左脚前枝blockが記録された。以上より本例では、ヒス束以下左右脚枝の伝導障害の存在が推測された。ヒス束心電図では、洞周期980msecの時、AH=176, HV=60msecで完全左脚blockを示していた。心房刺激頻度140bpmのときQRSは左脚blockから突然右脚block+左脚前枝blockパターンに変化した。このときHV時間は60から130msecへと延長した。このことより、本例では右脚、左脚共に伝導障害が存在するが、伝導遅延は右脚に比べ左脚の方が

高度であるため通常は左脚 block を示しており，洞調律が早なったり心房高頻度刺激の際は，右脚の伝導遅延が著しくなり，左脚よりも伝導時間が延長したため右脚 block パターンが出現したと考えられた。ヒス束以下の左右の脚に広範囲な伝導障害があり，失神の既往もある事からペースメーカーの適応と考え，恒久的ペースメーカー植え込み術を施行した。