第４回 滋賀不整脈カンファレンス

日　時：平成７年７月８日(土)
場　所：瀬田アーバンホテル
当番世話人：井上　　優

１．多彩な変行伝導を呈し心室頻拍との鑑別を要した発作性心房細動の１例

井上医院
井上　　優
かとう医院
加藤　孝和

発作性心房細動に多彩な心室内変行伝導を呈する症例を経験したが，心室頻拍との鑑別に注意を要する所見と思われたので報告する．

30歳男性．健康診断で不整脈を指摘されて受診．心聴診，12誘導心電図，胸Ｘ像，心エコー図ではいづれも異常なく，甲状腺疾患を示唆する所見も認めなかった．ホルター心電図では基本の洞調律(90/分)に対して，発作性心房粗動・頻拍，房室接合部頻拍というべき部分も認められたが，いづれも持続が短いごく限られた部分的現象であり，またＰ'Ｐ'間隔も不規則であることから全体としては発作性心房細動と考えられた．

短い連結期で出た心房期外収縮で右脚ブロック型変行伝導のほかに左脚ブロック型変行伝導も認められた．後者も明らかにＰ'が先行し，全体的に前者の連結期よりも短い傾向にあった．後者が３拍連続してあたかも心室頻拍にみえる所もあるが，それぞれＰ'が先行すること，心室期外収縮にみられる逆行性不顕室房伝導による長い休止期はないことから，左脚への逆行性不顕伝導のために左脚ブロック型変行伝導が連続したものと考えられた．

２．興味ある変行伝導の様式を呈した間歇性不完全左脚ブロックの１例

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

心房期外収縮の変行伝導に右脚・左脚ブロック型を認めたが，その際連結期との関係に興味深い所見を認めたので報告する．

76歳女性．発熱，倦怠感，肝障害で受診した際，間歇性不完全左脚ブロック(QRS0.10秒)を認めた．PRは0.12秒で一定であった．

心房期外収縮が変行伝導する際，連結期が短くなるにつれて左脚ブロック型変行伝導，正常伝導，右脚ブロック型変行伝導をへて非伝導心房期外収縮となりきわめて稀な現象と考えられた．先行心拍が左脚ブロックの際は左脚電位は右脚電位よりも約40 msec 遅れると考えられるので心房早期刺激が心室に到達した際左脚はまだ不応期から十分回復していないため左脚ブロック型変行伝導を示す．さらに早期になると両脚とも伝導遅延する結果同期して見かけ上正常波形となる．これに対して先行心拍が正常伝導であると両脚ともにほぼ同時に脱分極されて再分極が進行するため相対的に右脚の回復が遅れて右脚ブロック型変行伝導となったと考えられた．

３．胸部外傷例に見られた間歇性 WPW 症候群の１例

大津市民病院
心臓血管センター
野田　信一，辻村　吉紀
中央検査部　佐々木嘉彦
かとう医院
加藤　孝和

症例は20歳の男子学生でスキー場にて転落し胸背部を打撲し心不全を起こして入院した．入院時の心電図ではQRS 波形が間歇的に変化しているのが観

察された.第1誘導でみると第1～2,6～13拍にQRS幅の延長,PR時間の短縮,デルタ波を認めた.第3～5拍はQRS幅が正常でありデルタ波をともなう時PR時間は短縮しているが,0.09秒と一定で,またデルタ波をともなわない時のPR時間は0.12秒と一定であることから間歇性のWPW症候群が疑われた.aVF,V1ではデルタが明瞭ではないためどれが副伝導路を通過した心拍か分からないが,aVFでは第1～2拍,V1では第8～9拍がそれにあたるものと考えられる.V4では第1～5拍,第9～13拍のPR時間は短縮し,QRSの延長がみられ,立ち上がりにデルタ波を認めた.

これに比してV4の第7,8拍はqRパターンを呈し正常伝導路のみを通ったものと推定され,間歇的WPW症候群は確定的となった.

V4の第6拍目はP波をともなわないQRSで早期に出現していることから心室性期外収縮とみなされた.

正常伝導した時の12誘導心電図ではI,aVLで異常Q波を認めさらにT波の逆転を認めたことから胸部打撲による心外傷が窺われる.しかし副伝導路を通過したと思われた時の12誘導心電図ではその事実が完全にマスクされている.このようにWPW症候群では副伝導路を通過するためもともとの心電図の判読が困難となるため基礎疾患の有無を知るべく心臓超音波法などの検索が望まれる.

4. 2種類の上室性頻拍を呈したWPW症候群に対し高周波カテーテルアブレーションを施行し一期的に両頻拍を根治させた1症例

滋賀医科大学
第一内科　伊藤　誠,浜本　徹
杉本　喜久,大道　信行
木之下正彦
第2岡本病院
山口　勝造,真城　巌

症例は40歳男性,主訴動悸.1年前より1回/月の頻度で軽い動悸を認めていた.1994年秋頃より動悸が強くなり1995年3月頃からは夜間に呼吸困難をともなう強い動悸発作を1－2回/月認めるようになったため近医を受診しWPW症候群と診断され,精査加療の目的で当科に紹介入院した.入院時心電図はA型WPW症候群を示していた.上室性頻拍は2種類あり,頻拍1は周期0.58秒でQRS直後に陰性のP波を認め,isoproterenol点滴静注時に誘発された頻拍2は周期0.36秒でQRSの直後には明らかなP波を認めなかった.心臓電気生理学的検査の結果,頻拍1は房室結節slow pathway順行,左側副伝導路逆行の房室回帰性頻拍(AVRT)で,頻拍2は房室結節slow pathway順行,fast pathway逆行の通常型房室結節リエントリー性頻拍(AVNRT)と診断した.無投薬時,左側副伝導路の順行性不応期は房室結節fast pathwayおよびslow pathwayの順行性不応期より長く(またfast pathwayの不応期>slow pathwayの不応期),左側副伝導路の逆行性不応期は房室結節fast pathwayの逆行性不応期よりも短かったためAVRTが出現した.また,isoproterenol投与時には左側副伝導路の逆行性不応期より房室結節fast pathwayの逆行性不応期の方が短縮したためAVNRTが誘発されたと考察した.病歴での強い動悸発作はAVRTよりも頻拍周期の短いAVNRT(頻拍2)であることが推測された.房室回帰性頻拍と房室結節リエントリー性頻拍の合併例は比較的少なく貴重な症例と考え報告した.