

第6回 滋賀不整脈カンファレンス

日 時：平成8年3月9日(土)

場 所：滋賀医科大学附属病院

当番世話人：滋賀医科大学検査室 五十川静男

1. 心室内変行伝導に酷似した心室性期外収縮の1例

滋賀医科大学

検査部 五十川静男, 吉川真由美

清水 祥子, 藤澤 義久

第1内科 伊藤 誠

洞機能にわずかな変化が見られる時, 心室内変行伝導と心室性期外収縮の鑑別が難しいことがある。

症例は74歳女性, 平成3年8月からDCM・LBBBのため某医院に受診中であった。平成7年3月3日に肺水腫にともなう cardiac asthma のため他病院に緊急入院の既往がある。また, 10年前から歩行時に息切れ等が出現していた。職歴は30歳より農業に従事し現在に至る。タバコ・アルコール・コーヒーは摂取しない。今回DCM精査および不整脈のコントロールを目的に本院に入院となった。

入院時の12誘導心電図では左軸偏位, 左脚ブロックで心房性期外収縮を認める。またT波の頂点にP波があり, さらに先行R-R間隔も延長しているので心室内変行伝導になったと考えた。(連結期は0.60秒) また, P波の形状もわずかに変化しておりR-R間隔は一定していないため基本調律は, はっきりしない。連結期0.48秒の右脚ブロックパターンの心室波形が見られる。同様に不顕伝導・補充収縮・右脚ブロック波形(連結期0.48秒と一定であるがP波の出現が不規則である)が見られる。この右脚ブロック波形は心室内変行伝導とは1) 連結期が異なる。2) 先行P波に関連がない。3) II誘導の波形が僅かに違う点で心室性期外収縮と考えた。今回は心室内変行伝導と酷似した心室性期外収縮の1例を提示した。

2. 洞性刺激が房室伝導における gap 現象を呈した房室接合部期外収縮の 1 症例

滋賀県立成人病センター

検査科 宮川 利郎

かとう医院

加藤 孝和

76歳男. 意識消失発作で受診. 12誘導では明らかな ST-T 変化は認められない. 基本洞調律(58/分)に対してやや短い周期(0.76秒)の房室接合部期外収縮が出現. PP 間隔は1.04秒で規則正しく出現するものの種々の程度の房室伝導遅延を呈しながら期外収縮を周期更新するために次に来る洞性 P 波があたかも心房期外収縮のように種々の時相に生じた. RP 0.38秒では PR 0.16秒で基本波形 QRS が出現するが, 0.15秒では PR 0.18秒で伝導して右脚ブロック型変行伝導し, それより短い0.10秒では伝導途絶した. しかしさらに短い RP 0.08秒では PR 0.39秒に延長した結果, 房室伝導が成立して正常 QRS が出現した. そしてさらに短い RP 0.06秒では房室伝導は行われなかった. RP 0.15秒では右脚のみ不応期にかかり右脚ブロック型変行伝導し, RP 0.10秒では両脚とも不応期にかかったため HV ブロックを生じた. RP 0.08秒の時は AH 伝導に時間がかかったため両脚とも不応期から回復したが, RP 0.06秒では AH ブロックが生じたものと考えられた.

3. 高度房室ブロックに合併した二重心室副調律の 1 症例

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

かとう医院

加藤 孝和

互いに保護ブロックを有する二つの心室副調律を呈した高度房室ブロックの 1 例を報告した.

症例は67歳男性. 6ヶ月前の心電図では洞調律(72/分), 左軸偏位, 右脚ブロックで PR 0.19秒であった. 今回動悸で受診した際の心電図は, 高度房室ブロックで, 二つの心室調律を認めたが, 互いに reset さ

れることはなくそれぞれ独自の周期性を有する点で通常の補充調律とは異なった. 二つの心室副調律はいずれも右脚ブロック型で片方は左軸偏位を, 他方は右軸偏位を呈し, それぞれ毎分35, 34でほぼ等頻度の自動能を有していた.

ホルターではこれと別に左脚ブロック型を呈し, 右脚起源と考えられる心室補充収縮を認めたが, これは保護ブロックは示さなかった. また, まれに洞性 P 波が心室を捕捉することもあり二つの副収縮と交錯してきわめて多彩な不整脈を呈した. 以上, 高度房室ブロックの症例において, 左脚の前枝と後枝に二つの心室副中枢を, 右脚ブロック遠位端に心室補充中枢を有するきわめて稀な 1 例を報告した.

4. WPW 症候群の 1 例

公立甲賀病院

内科 辻田 靖之, 川嶋 剛史

岡林 旅人

71歳男性. 主訴全身倦怠感, 労作時呼吸困難. 高血圧で近医通院中. WPW 症候群を指摘されていたが, 特に愁訴なく経過していた. しかし突然頻脈発作が出現し近医を受診した. PSVT(narrow QRS), HR 146/min で近医にて各種の I a 群抗不整脈薬を投与されていたが無効で心不全の出現もあり当院紹介となった. 来院時の心電図はデルタ波をともなう上室性頻拍で HR146/min. 形の異なるデルタ波をともなう QRS 波があり軸も異なっており複数の副伝導路の存在が疑われた. またデルタ波が出たり消えたりする上室性頻拍もあった. また心房細動時の心電図では pseudo VT 波形が出現しており, 最短 RR 間隔は280msec であった. この症例は複数副伝導路の可能性もあり急死の risk は高いと考えられた. 本例はカテーテルアブレーションの適応ありと考えられたが本人が拒否し, 薬物療法のみとなっている.

5. 間歇性心室副調律の1症例

かとう医院

加藤 孝和

四国中検

二宮 英樹

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

58歳女, 高血圧. 12誘導では洞徐脈, 房室補充収縮. ST-Tに異常ない. 心室期外収縮はQRS幅0.09秒でfascicular. その連結期は0.86~1.20秒と著しく変動し, 最短期外収縮間隔(XX)は2.32秒でほぼ一定しており, 得られた記録でこのXXは最高5拍連続し, 長い期外収縮間隔が正確にXXの整数倍になる所もあり副調律の診断は確定した. しかし長い期外収縮間隔がXXの整数倍にならない所も多数あり, これについて以下検討した.

結果:①副収縮の直前の心拍は副中枢をresetしなかったと考えられるが0.42~1.66秒と2.24秒の二つのzoneに存在した.②長い期外収縮間隔の後に出る期外収縮の連結期は0.97~1.20秒と変動するが, そのもう1拍前の心拍とのRR間隔は2.32秒でほぼ一定していた.③resetした心拍は予想される副収縮の後1.76~1.96秒のzoneに集中した.以上よりXXの整数倍にならない長い期外収縮間隔がどの心拍でresetされたか解析可能で, 間歇性副調律の診断を確認した.