

第11回 滋賀不整脈カンファレンス

日 時：1998年 9月12日(土)

場 所：滋賀医科大学病院 3 F 第1会議室

当番世話人：井上医院 井上 優

1. 多彩な QRS 波形を呈した発作性心房粗細動の 1 例

近江八幡市民病院

中央検査部 安田 文子, 東 明美
川端 陽子, 鯉堂 和宏

頻脈性心房細動例で心室内変行伝導を生じることがしばしば認められるが, 変行伝導の法則に必ずしも合致しない多彩な QRS 波形を呈した心房粗細動を経験した.

T.Y.71歳男. 幅広い QRS(0.16秒)の頻脈発作(207/分)で救急受診. 電氣的除細動により洞調律になったものの血圧低下が続き, 多源性心室期外収縮が出現したが頻脈時 QRS とは異なった. Brugada の基準により V₆の RS 時間が100msec であることから心室頻拍と診断した. 2日後にこれとは QRS 波形のまったく異なる頻脈発作を起こし, しかも頻脈の途中で QRS 波形が変化した. RR 間隔が絶対不整であることから心房細動と診断. 一部胸部誘導で FF 間隔0.22秒(270/分)の心房粗動と思われる所もあったが恒常性がなく, 全体としては心房細動と診断した. 前壁梗塞, 左軸偏位, 心室内伝導障害が基盤にあるため心室内変行伝導が非定型的な波形を呈したものと考えられたが, きわめてまれな波形と考え, 報告した.

2. 補充収縮一回帰心拍の二段脈を呈した洞房ブロックの1例

大津市民病院

循環器科 辻村 吉紀
中央検査部 青木 裕子, 佐々木嘉彦
金子 裕, 中野 博之
松井 里美

かとう医院

加藤 孝和

金田医院

金田 吉正

洞房ブロック例で escape-capture bigeminy がしばしば認められることを Schamroth が報告した。我々はこれに追加すべき新しい二段脈として escape-reciprocal bigeminy を報告する。

症例は84歳女性, 徐脈と胸部閉塞感で紹介され入院。長い RR 間隔1.75秒の後に右脚ブロック型心室補充収縮が出, その後 RP' 時間0.44秒で逆行性 P' 波が出現し, その後 P' R 時間0.45秒で正常 QRS 波が出, これをくり返した。その機序を解明するため長い記録で検討すると, P' P 間隔1.84秒で洞性 P 波が出ること, 3つ連続で洞性 P 波が出る際の P' P 間隔は P' P₁, P₁P₂, P₂P₃間隔がそれぞれ1.90, 2.35, 1.70秒であった。洞房伝導時間を100msec と仮定すると PP 間隔は1.70秒となり第2度洞房ブロックが基礎にあって escape-reciprocal bigeminy が出現すると診断された。また逆行性 P' 波が洞周期を更新した後, 次の洞性 P 波が出現して escape-reciprocal-capture bigeminy を形成する時, 心房脱分極としてはきわめて稀な atrial escape-capture bigeminy を形成しており, 併せて報告した。

3. 多彩な QRS 波形を呈した心房細動・間歇性右脚ブロック・過常期伝導の1例

かとう医院

加藤 孝和

北海道女子大学

人間福祉学科 木下 眞二

頻脈依存性の間歇性右脚ブロック例で過常期伝導により一定の短い RR 間隔で正常 QRS 波が出るこ

とを既に報告した。今回はそれよりもさらに RR が短くなるにつれて不完全右脚ブロック+著しい左軸偏位, 右脚ブロック+軽度左軸偏位, 右脚ブロック+正常軸が出現したので報告する。この現象を理解するためにヒス束・右脚伝導時間(H-RB)を50msec とした時ヒス束・左脚前枝伝導時間(H-LA)とヒス束・左脚後枝伝導時間(H-LP)をそれぞれ5 msec 遅れの55msec で正常 QRS 波を形成していると仮定して考察した。その結果, H-RB は50から第3相不応期により70msec へ, H-LA は55から65, 75msec へと順次延長し, H-LP は55から70, 75msec へと順次延長したと考えれば, それぞれの不応期の微妙な差によって, RR 間隔が短くなるにつれて前述の多彩な QRS 波形の出現が理解可能であった。

4. 学校の心電図検診で発見された Accelerated Idioventricular Rhythm (AIVR) の1例

井上医院

井上 優

滋賀医科大学

小児科 中川 雅生

症例は16歳男子。学校の心電図検診で WPW 症候群あるいは心室性頻拍(VT)を疑われ, 精査目的で来院した。

家族歴に特記すべきことなし。既往歴として, 幼稚園入園時の検診で不整脈を指摘され, 心電図検査を受けたが異常なしと診断された。以後, 小学校および中学の心電図検診では異常を指摘されたことなく, 運動も制限なく行っていた。胸痛や動悸などの自覚症状はなく, 高校ではテニス部に属していた。

高校1年の健診で記録された心電図では, 四肢誘導の最初の1拍のみが洞調律で他はすべて RR 間隔が約710msec の心室調律であった。QRS に先行する P 波はみられず, WPW 症候群は否定的であった。Holter 心電図では基本調律は正常洞調律と考えられ, 融合調律, 心室調律が認められた。PP 間隔は670-675msec で, 心室調律時の RR 時間が約700msec であることから, 洞調律とほぼ同じレート的心室固有調律, すなわち accelerated idioventricular rhythm (AIVR) と考えた。以上より, 本症例にみられた心室調律は, 心拍数が40くらいであれば心室固有調律

(IVR)と呼べるがそれよりも多く、心室頻拍と呼べる100よりも少ない、すなわち accelerated idioventricular rhythm (AIVR)と考えられる。一般には、心筋梗塞急性期や他の心筋の傷害により惹き起こされると推測されているが、この患児には特別な既往症や心筋炎などを疑わせる所見はなく原因は不明である。また、悪性のものではなく治療の必要はないと考えられており、さらにこの患児では、sinus rateが増加すると overdrive により消失するので、運動の制限や投薬は行わず経過観察中である。しかし、原因が不明であること、これから本来の心室頻拍が発生する可能性があることから、12誘導心電図や Holter 心電図、運動負荷心電図、さらに心エコー図や心筋シンチグラムを含め、定期的な検診を行っていく必要があると思われる。