

第15回 滋賀不整脈カンファレンス

日 時：2001年2月3日(土)

場 所：大津市民病院

当番世話人：滋賀医科大学 第一内科 伊藤 誠

1. 連続的に交代する心室内変行伝導を呈した心房性2段脈の1症例

大津市民病院

辻村 吉紀

同検査部 佐々木嘉彦, 松井 里美

中野 博之, 青木 裕子

森 恵美子

かとう医院

加藤 孝和

北海道女子大学

木下 眞二

交代性の心室内変行伝導(Ab)を連続的に示した心房性二段脈の1症例を報告する。

80歳男性, 高血圧で治療中. 12誘導心電図ではPR 0.14秒, 左室高電位($S_{V1} + R_{V5}$ 35mV)とV₄₋₆で軽度ST低下とT波平低を認めた. 心房期外収縮が出る際, 連結期が長い時(0.52秒)はP'R 0.14秒で正常伝導し, 連結期0.39秒で右脚ブロック型Ab, 0.37秒で非伝導となった. これに対し, 基本周期がやや異なるが連結期0.32秒で左脚ブロック型Abを示し, 右脚の過常期伝導と考えられた. 連結期0.38秒ではほぼ固定性の心房期外収縮二段脈の時, 右脚ブロック型Ab(P'R 0.18秒)となり, その後の正常洞心拍の次は左脚ブロック型Ab(P'R 0.14秒)となり, その後の正常洞心拍の次は, 左脚ブロック型Ab(P'R 0.14秒)となり, これを最長5周期反復した. その機序としてAbの対側脚への逆行性不顕伝導のために交互にAshman効果が働いたと考えられた. 通常的心房性二段脈には認められない現象なので本例では何か特殊な状況, 例えば房室結節を含むHis束縦解離により房室二重経路が生じた可能性も考えられた.

2. 慢性好酸球性肺炎, COPD の治療中に記録し得た多彩な不整脈の1症例

社会保険滋賀病院

検査部 青山 泰久, 瀬戸 幸男
循環器内科 大村 具子, 大道 信之
山岡 修, 西 高広

かとう医院

加藤 孝和

80歳女性, 1990年頃より近医でCOPD治療中, 1998年発熱と右肺野陰影を指摘され当院に紹介入院となった. 末梢血好酸球増加, CRP 上昇を認め好酸球性肺炎と診断され, 2000年5月労作時呼吸苦増強のため再入院. 末梢血 WBC・好酸球, CRP, HANP 等の増加を認め PIE・COPD と心不全の合併が疑われた. 7月動悸を訴えホルター ECG で多彩な不整脈を呈した.

12誘導心電図では PR0.16秒, QRS0.08秒, 洞調律と左房負荷・左室高電位と上室性頻拍・発作性心房粗細動を認めた. ホルター ECG では, 1) PP 間隔0.64秒, RR 間隔0.48秒で房室解離をともなう QRS 幅0.12秒の VT, 2) CM5・NASA 誘導とも洞調律時は上向きの P 波であったのが, 上室性期外収縮をきっかけに NASA 誘導で陰性 P 波, CM5誘導で一見陰性 P 波と δ 波を疑うような AVNRT を呈した. しかし, 両誘導波形をよく比較すると NASA 誘導の P 波の時相に一致して CM5誘導の QRS 波前半部分に上向きの P 波がありこれを δ 波かと思われた事が判明した. 3) 上記不整脈に対し, 投薬治療を開始しホルター ECG を再検したところ, PP0.88秒の洞調律から突然心房頻拍を呈しかつ何種類かの形の P 波で PP 間隔0.28~0.36秒, RR 間隔0.44~0.60秒と変動していた. その頻拍の中で突然 PP が0.52秒と延長し RR も0.80秒と延長した. この機序として, a) 異所性自動能亢進 b) 単純な心房内リエントリー c) 多源性心房頻拍などが考えられたが P 波の波形が同一でなく PP 間隔の不整が著しく不安定な状態である事から, この頻拍は多源性心房頻拍と考えられた.

3. 興味ある二側枝ブロックの1症例

近江八幡市民病院

中央検査科 東 明美, 田淵 幹章
川端 陽子, 川添智佳子
内科 中川 千明

かとう医院

加藤 孝和

症例は76歳男性で, 胸部不快感, 失神などで救急搬送されてきた. 直後の心電図では P は規則正しく出ていたが QRS は P と一定の関係をもたず遅いリズムで出現し, 左軸偏位型右脚ブロック波形(E1)と正常軸右脚ブロック波形[E2]を認め, E1は左脚後枝に, E2は左脚本幹に起源をもつ補充収縮と考えた. また R-R 間隔が E1, E2 より早く出る正常軸右脚ブロック波形[X]もみとめ E2, E1 と III 誘導の形が違いかつ P と一定の関係がないので X は左脚本幹に起源をもつ期外収縮と考えた. その後の心電図で, 新たに左脚ブロック波形[E3](右脚に起源をもつ補充収縮)が加わり, E3, X, E1 を繰り返し, E3, と E1 の融合収縮も散見された. この症例では元々 I 度房室ブロックと完全右脚ブロックを認めていたので, 左脚ブロックが加わった二側枝ブロック(完全房室ブロック)となり 3箇所から起源をもつ補充収縮と期外収縮が出現する極めて興味深い心電図であった.

4. ホルター記録中に右脚ブロック・左脚ブロックが記録された1症例

彦根市立病院

中央検査部 森嶋 信子, 小川 都世
鈴木奈賀子

大津市民病院

臨床検査部 佐々木嘉彦

かとう医院

加藤 孝和

右脚ブロック症例のホルター心電図で左脚ブロック型, 正常 QRS 波形が交錯して出現し, 交代性脚ブロックとの鑑別を要したので報告する. 86歳男性, 12誘導では洞調律, 右脚ブロック(QRS 幅0.12秒)で PR 間隔0.19秒であった. ホルター心電図で PP 間隔0.82~0.84秒の洞不整を認めた際, 正常 QRS 波

(0.08秒),左脚ブロック型波形(0.12秒)を認め,その時のPRがおのおの0.16秒,0.14秒と一定であった.右脚ブロックの時が0.19秒で一定であるのは当然であるが左脚ブロックの際にも0.14秒で一定であったため交代性脚ブロックとの鑑別が必要となった.詳細にみると正常と左脚ブロックの間にいくつか中間的な波形があり,PRが短い程左脚ブロックが明らかであった.以上より洞調律とほぼ等頻度の異所性心室自動能亢進(Accelerated idioventricular rhythm)が右脚ブロック遠位側に存在すると診断した.交代性脚ブロックとの鑑別上興味深いので報告した.