

第20回 滋賀不整脈カンファレンス

日 時：2003年10月11日(土)

場 所：大津市民病院

当番世話人：彦根市立病院 循環器内科

松井 茂雄

1. 期外収縮により明らかになった房室二重経路

かとう医院

加藤 孝和

北海道女子大学

人間福祉学部 木下 眞二

大津市民病院

循環器内科 辻村 吉紀

血液浄化部 佐々木嘉彦

三栄メディシス

中村 香織

心房性, 心室性期外収縮を契機にして認められた房室二重経路の2症例を報告する.

症例1. 72歳女性ホルター心電図で心房期外収縮が連発した後にRR0.62秒で基本QRS波形と同じ心拍が2-4拍出現することがたびたび記録された. 従来なら非発作性房室接合部性頻拍と診断していたが, 心房性頻拍で誘発される機序が明らかでなく, 房室二重経路によるS路伝導と考える方が理解しやすかった. なお非通常型(Fast-Slow)房室接合部内リエントリー頻拍が観察されたことも房室二重経路を支持する所見であった. 症例2. 14歳女子. 学校健診で不整脈を指摘されてホルターをうけた. 心室期外収縮を契機に基本QRSと同じ波形がRR間隔0.68秒で出現した. これより長い1.10秒で洞心拍が出ており, 0.68秒を補充収縮とは考えられず房室二重経路のS路伝導と考えられた. なお当初, 心室性期外収縮と考えた幅広いQRS波形もS路伝導の変行伝導である可能性も示唆され, 臨床心電図を理解する上で房室二重経路は注意すべき不整脈である.

2. Brugada 症候群の一例

九谷医院

内科 佐伯 満男

滋賀医科大学

呼吸循環器内科 伊藤 誠

64歳, 男性. 兄, 洞不全症候群でペースメーカー植え込み. 失神の既往なし. 2型糖尿病, 高脂血症で治療中であったが, 平成15年6月16日心房細動出現. 心エコーでは異常なく, また, 甲状腺機能も正常であった. シベンゾリン300mg, メチルジギトキシン0.1mg, アスピリン100mgで3日後, 洞調律に復帰した. しかし, これらの治療にもかかわらず, 約1ヶ月後, 風邪症状にともなって心房細動再発. シベンゾリンを塩酸ピルジカイニド150mgに変更. 2日後, 洞調律に復帰したが, V1およびV2で典型的な coved 型 ST 上昇が観察された. 塩酸ピルニカイニドにより Brugada 型心電図が誘発されたと診断, 同薬を中止. アミオダロン200mgを代えたところ, 翌日には coved 型 ST 上昇は saddle-back 型 ST 上昇に変化していた. 運動負荷では(脈拍57から72/分に増加), 従来の報告と異なり ST の上昇が増強する傾向を示した.

3. 房室二重経路伝導のため房室解離の様相を呈した間歇性左脚ブロック

大津市民病院

循環器内科 辻村 吉紀

血液浄化部 佐々木嘉彦

かとう医院

加藤 孝和

60歳男性, 狭心症で受診. 大動脈弁狭窄(圧較差100mmHg)と診断され弁置換術をうけた. 術後ICUにおいてPP間隔0.50~0.52秒(毎分118~120)にたいしてPR間隔0.16秒で左脚ブロックがでていた. これに対して連結期0.41~0.48秒の心室期外収縮が出現し, 0.43~0.48秒のときはPR0.16秒で洞心拍が続くが, 0.41~0.42秒では期外収縮後に房室解離の様相を呈した. しかしQRS波形は変わらず, RR間隔もまったく同じ0.51秒で持続したので心室頻拍は考えられず房室二重経路のS路伝導と考えられた. なおRR間隔0.50~0.51秒のままでnarrow QRSが出現し, しかも左脚ブロック波形との中間的な波形(融合収縮)も認められ間歇性左脚ブロックと診断され

た. 融合収縮の機序としてはRR間隔がまったく変わらないことから左脚の伝導性の回復が不十分な状況にあり右脚伝導と正しく同期しなかったため不完全左脚ブロック波形となったと考えられた. 洞頻脈のために臨床心電図の計測のみでは過常期伝導とは確診できなかったが, 心室期外収縮後のQRSは左脚ブロックのままであったことから過常期伝導と考えられた.

4. トレッドミル運動負荷心電図中に心房細動とwide QRS tachycardiaを示した1例

滋賀医科大学

呼吸循環器内科 伊藤 誠

たかはし小児科・循環器科

高橋 良明

かとう医院

加藤 孝和

症例は53歳男性, 動悸のため受診し運動負荷心電図中に心房細動と左脚ブロック型のwide QRS tachycardiaを示し精査加療のために入院した. 心房期外収縮の連発から心房細動への移行が見られたことから, 肺静脈起源の発作性心房細動と考えた. 心臓電気生理学的検査では副伝導路はなかった. また, pilsicainide 静注後の心房刺激を周期500msecから350msecに短縮したところで左脚ブロック型の心室内変行伝導を認めた. 心房細動中の先行RR間隔が250msec以下では左脚ブロックを示したことから, 本例では左脚の不応期が右脚より長く250msecと考えられ, いったん左脚ブロックになると右脚から心室中隔を伝わってきた興奮が左脚に入り込み不応期を作ることから次の心拍も左脚ブロック型の変行伝導となったと考えた. RR間隔が290msに延長した時にQRS波形が正常化したのは左脚が不応期を脱したためと判断した. その後の心拍でRR間隔が220msecに短縮してもQRSが正常波形を示した理由としては, 運動によるカテコラミンの増加が左脚(および右脚)の不応期を短縮させた結果と推測された. なお, 本例の心房細動は肺静脈からの頻発性興奮から生じており, カテーテルによる肺静脈隔離術(PV isolation)が有効であった.