

第23回 滋賀不整脈カンファレンス

日 時：2006年10月7日(土)

場 所：大津市民病院 9 F 大会議室

当番世話人：滋賀医科大学 循環器内科

不整脈センター 芦原 貴司

1. 長年近医にて頻拍症としてフォローされ電気生理学検査にて ATP 感受性心房頻拍症と判明し根治に成功した 2 症例

彦根市立病院

循環器科 曹 謙次, 大橋 直弘

山田 美保, 二宮 智紀

宮澤 豪, 益永 信豊

綿貫 正人, 日村 好宏

【症例 1】 40年前より動悸を自覚し症状の頻度が増加しベラパミル無効であり入院となった。洞調律時と心房頻拍時の P 波形は異なっていた。ATP 6 mg 投与により心房頻拍は停止し ATP 感受性頻拍と考えられた。CARTO システムにて心房頻拍中の右心房のマッピングを行い、三尖弁輪の前壁側起源の AT と診断した。カテーテルアブレーションを施行し頻拍は停止し以後再発を認めなかった。

【症例 2】 10年以上前より動悸発作があり近医にて頻脈症と診断され向精神薬など内服薬を処方される。症状が軽快しないため当科受診。ATP 4 mg 投与により心房頻拍は停止し ATP 感受性頻拍と考えられた。CARTO システムにて心房頻拍中の右心房のマッピングを行い、分界陵起源の AT と診断した。カテーテルアブレーションを施行し頻拍は停止し以後再発を認めなかった。

原因の不明な頻拍症があり、薬剤抵抗性で症状の強い場合は、EPS の適応となり得ると考える。

2. WPW?

滋賀医科大学 循環器内科 不整脈センター

八尾 武憲, 城 日加里

中澤 優子, 伊藤 英樹

芦原 貴司, 杉本 喜久

伊藤 誠, 堀江 稔

動悸を主訴とし、心電図にてデルタ波を呈し WPW

症候群と診断された2症例について. 症例1は16歳男性. PR84ms, QRS 130ms, デルタ波極性はI, II, V1(+), aVF(±)で, 右側自由壁の副伝導路と推定された. 心内電位では洞調律時最早期心室波を三尖弁輪に認め, 周期430ms, 最早期心房波を三尖弁輪自由壁側とする頻拍(orthodromic AVRT)が誘発された. 三尖弁輪での焼灼開始直後にデルタ波は消失し, 副伝導路の離断を確認した. 症例2は60歳女性. PR 146ms, QRS146msでPRは短縮していないがQRSはデルタ波様を呈し. I, aVF(±), V1(-)で右側中隔の副伝導路と考えられた. A-H正常, H-Vの短縮を認めたが, 心房・心室波の連続はなく, His束以下で心室内に伝導を示す束枝・心室副伝導路(fhsciculoventricular connection)の存在が示唆された.

3. Triple pathwayの縦解離をともなうHis束伝導障害による右脚ブロックと心室二重応答

かとう医院

加藤 孝和

北海道大学

名誉教授 木下 眞二

大津市民病院

循環器内科 辻村 吉紀

診療情報管理室 佐々木嘉彦

三栄メディシスホルター解析センター

中村 香織

76歳男性, 右脚ブロック. PR 0.20秒で左脚ブロック型の“期外収縮”を認めた. 連結期変動性であるが副調律は否定的で, しかも先行洞心拍なしに出ることもあることから心室二重応答と考えられた.

His束内の右脚へ向かう線維の伝導障害により, 左脚へ向かう線維束を伝導した際はPR 0.20秒で右脚ブロック型となる. 左脚束から右脚束への逆伝導は一方向性ブロックにより進入できないため, 右脚へ向かう線維束を緩徐に伝導して, 左脚の伝導は横伝導の分遅延するため左脚ブロック型となる. その際PRは0.60, 0.80, 1.00と3段階の不連続な房室伝導時間を示した. 3拍連続の洞性P波の緩徐伝導も認めた.

緩徐伝導のあと0.21~0.24秒で陰性P波が出て, 再び0.36秒の緩徐な順伝導で左脚ブロック型が出る. 一方, 緩徐伝導のあと0.36~0.43秒でやはり緩徐

な逆伝導により陰性P波が出た後, 0.24~0.27秒の順伝導で右脚ブロック型QRSが出た. 以上よりHis束内伝導障害による右脚ブロック, triple pathwayの第1例と診断した.

4. 房室ブロック, 発作性頻拍の1例

大津市民病院

循環器内科 辻村 吉紀

診療情報管理室 佐々木嘉彦

かとう医院

加藤 孝和

73歳男性. 平成15年から房室ブロックおよび脳梗塞のため外来通院中. A, Bは以前の房室ブロック時の記録. C-Fは今回, 頻拍を呈しホルター心電図を施行した時の記録である. Aは2:1房室ブロック, BはWenckebach型の房室ブロックと思われるが, 第2拍目のQRSの後のP波は房室ブロックのため伝導されていない. そのP波の後に早期の心房興奮を認めるがこれは波形も異なることから単に期外収縮とも考えられるが, 同日のホルター心電図のその他の部分の記録でも同様の箇所があり, Slow pathwayを通った興奮が回帰して心房興奮を起こした可能性が高いと思われる. Cは頻脈時の記録で, 第1, 2, 第9拍~13拍までslow pathwayを順行して, fast pathwayを逆伝導する頻脈と考えられるが, 第3, 5, 7, 8拍はPR時間は延長しているが伝導した拍と考えられる. 問題は6拍目で心室期外収縮の可能性は高く, 逆伝導して心房を興奮させたと考えるのが妥当と思われる.

Dについて第1, 2拍は正常伝導であるが第3拍からはPR時間の著しい延長をともなっているが, 興奮はfast pathwayを通りがたいためSlow pathwayをとおり心室に伝導されていると思われた.

E, Fは頻拍時の記録であるが, Fは倍速で記録している. Slow pathwayを順行し(伝導時間は0.50秒), fast pathwayを逆伝導している可能性が高いが, 2拍目, 第6拍目の後のP波の形が他のP波と異なる. これは恐らく逆伝導するfast pathwayに2つの経路があってより速い回路をとった興奮が心房に達した後再び房室伝導を順行し, 伝導がやや悪いfast pathwayを逆行してきた興奮が融合収縮を作ったと考えられる.

5. 2種類の幅広いQRSをともなった発作性頻拍症の1症例

医療法人 浜本内科医院

浜本 肇

滋賀医科大学 循環器内科 不整脈センター

大崎 健夫, 伊藤 誠

堀江 稔

かとう医院

加藤 孝和

症例:68歳, 男子. 主訴:動悸.

12誘導心電図は特に異常なし. 症例呈示したホルター心電図は, 上段がCM5, 下段がNASA誘導である. Cにおいて, 第4拍目より, 右脚ブロック型の Short runs を認め, 心室頻拍を思わせる. しかし, 第4拍目のQRSの前に, P波を認め, 順次T波の上にもP波の重なりを認める. すなわち, 上室性頻拍症が右脚ブロック型の変行伝導をともなったものであり, これは次第に左脚ブロック型に移行している. 連結期が0.32~0.34秒では右脚ブロック型を示し, 0.28秒から左脚ブロック型に移行し, 0.30秒では, その中間の波形を示す. 右脚ブロック型の変行伝導が連結期の短縮に従って, 順次左脚ブロック型の変行伝導に移行していく現象は稀であり報告した. 一般的に右脚は左脚と比べてかなり不応期が長いとされているが, 本症例では, 左脚の不応期が右脚に近いので, このような現象が起こったものと考えられる.