

## 第25回 滋賀不整脈カンファレンス

日時：2009年4月18日(土)

場所：大津市民病院 9F「会議室」

当番世話人：滋賀医科大学 呼吸循環器内科

伊藤 誠

### 1. 過常期伝導のみを呈した間欠性左脚ブロックの1症例

かとう医院

加藤 孝和

北海道大学

名誉教授 木下 眞二

三栄メディシスホルター解析室

中村 香織

間欠性脚ブロックは、連続して2拍以上同じPR時間で脚ブロックが出現あるいは消失するものと定義されている。われわれは、過常期伝導のみを呈する症例を経験した。

患者は80歳男性。基本調律は洞調律で、PR 0.22秒、QRS 幅0.16秒の左脚ブロック。心房性2段脈が持続しており、時間帯によってすべての期外収縮が伝導するときは、RR間隔は交互に0.52秒と0.78秒となる。これに対し、RR間隔0.79秒で洞心拍と0.79秒で伝導した心房期外収縮はQRS幅が0.12秒と心室内伝導が改善した。2素子のホルター記録であるので確定はできないものの、II類似の第1素子がRS型になったことから、左脚後枝の伝導が改善して、左脚ブロック型、左軸偏位となったものと考えられた。その際のPR間隔は0.21秒と計測された。このほかにQRS幅の狭い心拍がいくつか観察されたが、期外収縮との融合収縮と考えられ、連続して2拍以上同じPR間隔で脚ブロックが消失する記録は得られなかった。木下は過常期伝導をとまなう間欠性左脚ブロック(Am J Cardiol 1984)を、加藤は過常期伝導をとまなう間欠性右脚ブロック(Clin Cardiol 2000)を報告したが、過常期伝導のみを示す間欠性脚ブロックの報告はみられず報告した。

### 2. 2種類の波形を示す発作性頻拍の1症例

大津市民病院

小児循環器科 早野 尚志

循環器科 辻村 吉紀

診療情報管理室 佐々木嘉彦

中央検査部 中島かおり, 宇留賀和代

金子 裕, 田口なおみ

青木 裕子, 森 恵美子

19歳女性。生下時より心雑音、チアノーゼあり。精査にて右心性単心室、単心房、肺動脈弁狭窄、左肺動脈大動脈起始、左上大静脈遺残と診断。2歳10ヵ月時両側上大静脈-肺動脈吻合術施行。その後上大静脈から奇静脈を経て下大静脈にシャントする血流が増えチアノーゼが増強。12歳6ヵ月時奇静脈結紮閉鎖、半奇静脈-左肺動脈吻合術施行するも左肺動脈のGlenn循環は成立せず、Fontan適応なしとされる。その後、共通房室弁の閉鎖不全が進行し、心房・心室の著しい拡大を認め、利尿薬、肺血管拡張薬、抗血小板薬投与下に外来にて経過観察されていた。

2006年12月10日(17歳1ヵ月)早朝4時頃150bpm程度の頻拍30分ほど続き自然に停止したとの本人よりの報告があり、頻拍発作の初めてのエピソードと思われた。2007年1月1日動悸のため当院ER受診。血圧70mmHgであったが意識清明。頻拍のレートは約150bpmでRRはほぼ一定で一拍毎にQRSの極性が異なる波形を認めた。QRS幅はやや広くみえたが、120ms以下で、QRSの後にT波と重なり陰性Pと思われる波形を認めたため、上室性頻拍と考えた。QRSの波形が異なる理由としては、複数の副伝導路と変行伝導の組み合わせの可能性が第一に考えられるが、単心室系の先天性心疾患にはdual AV nodeを認めることがあり上室性頻拍の回路とAV nodeの位置関係により微妙なタイミングで異なった心室内伝導を起こしている可能性も考えられ、興味深い症例と考え報告した。本例はablation可能か否かEPSを予定している。

## 3. 期外収縮short-runを繰り返す1症例

大津市民病院

診療情報管理室 佐々木嘉彦  
 小児循環器科 早野 尚志  
 循環器内科 辻村 吉紀  
 中央検査部 中島かおり, 宇留賀和代  
 金子 裕, 田口なおみ  
 青木 裕子, 森 恵美子

かとう医院

加藤 孝和

Short-run を繰り返す小児例を経験したが, 心室性か否かの判断に苦慮したので報告する.

9歳男児. 小学入学時点から不整脈を指摘されていたが, 自覚症状はまったくない. 心聴診でも異常ない. 基本調律は洞調律(80前後/分)でPR間隔0.14秒であるが, 陰性P波が先行する下位心房調律J1(P'R 0.14秒, 105/分)と陰性P波がQRSの後にくる房室接合部調律J2(RP' 0.14秒, 85/分)と診断された. それには, 洞心拍とJ1のQRS波形は同じであるが, J2はnarrowながらもQRS波形が明らかに異なり, 鑑別可能であった. 洞調律とJ1, J2の間で互いにペースメーカー移動が生じ, また洞調律とJ2の間で, またJ1とJ2の間に融合収縮もみられて, 極めて複雑な様相を呈した. すなわち, J1はWenckebach型の進出ブロックを呈し, ブロックが生じるとJ2にペースメーカー移動する. また, 洞調律も呼吸性不整脈のためにPP間隔が延びると, J1にペースメーカー移動する. J2の陰性P波が心室へ回帰すると幅広い左脚ブロック型の心拍をとめない, 回帰が繰り返されるとshort-runとなる. しかしshort-runの1拍目, あるいは1, 2拍目が変行伝導せずにnarrow QRSのこともあり, 全体をみれば心室性ではなく上室性と判断された. Short-runには心房への逆伝導を示さずに, リエントリーだけは維持されることもあり, 心室性との鑑別は極めて困難であった.

## 4. 心房細動に対するベプリジルの適正使用について

滋賀医科大学

呼吸循環器内科・不整脈センター

芦原 貴司, 八尾 武憲  
 森田 幸弘, 中澤 優子  
 城 日加里, 伊藤 英樹  
 杉本 喜久, 伊藤 誠  
 堀江 稔

56歳女性. 発作性心房細動とバセドウ病の治療のため近医の外來に通院していた. そこでピルジカイニド抵抗性の心房細動に対し, 2008年11月よりベプリジル200mg分2/日が投与された. 2009年2月, 友人と談笑中に失神し心肺停止状態となり, bystander CRPを開始. 救急隊にてVFが確認された. AEDで除細動施行後, 洞調律に復帰. 前院でベプリジル導入前に施行された心電図では, QT/QTcは430/396msであったが, 今回のイベント後の当院搬送時には498/517msとQT延長していた. 幸いにしてこの患者は脳低体温療法などの治療を経て, VF再発もなく良好に経過し退院した.

ベプリジルは, K, Ca, Naチャンネルに作用するマルチチャンネル遮断薬であり, 高い抗不整脈効果が期待されるが, 実際, 最近の医師主導治験(J-BAP試験)の結果を受けて, 持続性心房細動に対する適応拡大が認められた. 一方, 著明なQT延長による致死的なTorsade de Pointesを発現したとの報告もあり, ベプリジルの使用にあたっては①心房細動の持続例ないし他剤無効例への投与, ②2~3週間の入院でQTをモニター, ③低用量(100mg)投与からの開始などの安全性に留意した投薬が必要と思われ報告した.