

## 第26回 滋賀不整脈カンファレンス

日 時：2010年6月19日(土)

場 所：大津市民病院 9F「会議室」

当番世話人：かとう医院 加藤 孝和

### 1. NPPV装着患者にみられた発作性上室性頻拍の1症例

ヴォーリズ記念病院

臨床検査科・ME サービス室 鯉江 賢二

**【症例】** 81歳,男性. COPDの診断で,平成17年より在宅酸素療法中.平成21年12月17日外来診察にてCOPD急性増悪と診断.当日入院.NPPV(非侵襲的人工呼吸器)vivo40<sup>®</sup> (株)チェストを装着する.設定をS/Tモード,呼吸回数12回分,IPAP/EPAP10cm/5cm,FiO<sub>2</sub> 8 l/分で導入開始.翌日,酸素化の改善はみられるものの,PaCO<sub>2</sub>の改善がみられないためIPAPを10cmから12cmに変更.12月22日から酸素化が改善されたことにより,FiO<sub>2</sub>を下げ始める.12月24日,FiO<sub>2</sub>を3 l/分まで下げたところ,しばらくして苦痛を訴え,パルスオキシメーターにてSPO<sub>2</sub>92%,心拍数178回/分であったため,すぐに主治医に連絡し,FiO<sub>2</sub>を4 l/分にし,心電図を記録した.

心電図測定後,心電図モニターを着けるが,着け終わった時の波形は心拍数86回/分の洞調律にもどっていた.

**【考察】** 突然に発生し突然に治まる頻拍,発作性上室性頻拍を初めて12誘導心電図で記録した.発作時の心電図からは多形のP波,そのP波の形は常に同一.そしてRR間隔一定から発作性上室性頻拍の原因は自動能亢進による自動能亢進性頻拍と考えられた.

COPDを含むII型呼吸不全の酸素濃度設定はCO<sub>2</sub>ナルコーシスを防ぐためとCO<sub>2</sub>排出を目的に高濃度酸素でなく,PaO<sub>2</sub>値・SPO<sub>2</sub>値はI型呼吸不全に比べ低めに維持しているが,FiO<sub>2</sub>を下げる時は心疾患も考え注意が必要だと考えた.

## 2. 糖尿病性ケトアシドーシスで認められた心電図

社会保険滋賀病院

小児科 岡川 浩人

内科 横幕由喜代, 佐藤 喜祝

有村 哲朗

J波増高の原因として知られる低体温症, アシドーシス, 高カリウム血症, 心筋虚血を合併した糖尿病性ケトアシドーシスの1例を経験した. 症例は42歳男性. 高血糖, 意識障害, ケトアシドーシス, 高カリウム血症, 低体温, ショック状態で入院し, 心電図にて著明なJ波の増高を認めた. 翌日の心電図, CPKの上昇から心内膜下心筋虚血の合併も示唆された. 単独の原因では, 本症例の著明なJ波増高を説明はできず, それらが複合的に関与した可能性が考えられた.

## 3. ヒス束内縦解離をともなうヒス束内3重経路により等頻度房室解離の様相を呈した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

大津市民病院

循環器内科 辻村 吉紀

医療情報管理室 佐々木嘉彦

三栄メデシスホルター解析室

中村 香織

ヒス束に生じた伝導障害が不均一であると, ヒス束内に縦解離が生じて様々な不整脈を生じる. 我々はすでに, ヒス束内縦解離により生じた交代性脚ブロック, ヒス束内縦解離により生じたtriple pathways, 心室2重応答を報告した. 今回はヒス束内縦解離によるvery slow pathwayの伝導により, あたかも等頻度房室解離の様相を呈した1例を報告した.

患者は81歳男性, 慢性透析中である. 12誘導ではやや尖鋭なT波のほか異常ない. 基本心拍はPR0.22秒のnarrow QRSである. これに対し, PR1.13-1.17秒で左軸偏位を示す幅広いQRSが生じ, 見かけ上は次のP波に対してPR0.19-0.21秒のいわば等頻度房室解離であるかの様相を呈した. 次のP波との間に3段階のPR間隔に対応して3段階のQRS波形変化を

示す融合収縮が観察され, 前のP波が伝導していることがわかった. これとは別に, PR0.31-0.45秒で左軸偏位, 右脚ブロックの第3の伝導路も示唆されて, 3重房室伝導路と診断した.

## 4. 心不全とV1誘導のP波:僧帽弁狭窄症における検討

滋賀医科大学

呼吸循環器内科 林 秀樹, 宮本 証

谷口 晋, 吉野 知秀

川口 民郎, 杉本 喜久

伊藤 誠, 堀江 稔

【はじめに】 Morrisらは, 心臓弁膜症において左心房負荷が加わると心電図V1誘導のP波が2相性になることを報告した. 左心房負荷は電気的かつ解剖学的リモデリングを惹起し心房細動が発症しやすくなると考えられる. 我々は, 左心房負荷所見のある症例に有意に心房細動が発生したことを報告した. 今回, 僧帽弁狭窄症患者において経時的なP波の変化と心房細動発生の関係を検討した.

【症例】 62歳, 女性. 既往歴:特記すべきことなし. 家族歴:特記すべきことなし. 現病歴:生来健康. 19歳の時に, リウマチ熱に罹患した. 49歳の時に, 僧帽弁狭窄症に対して僧帽弁交連切開術を受けた. 62歳の時に, 動悸が出現し心房細動を認めて入院となった. 初診時心電図:正常洞調律, 正常軸, 左房負荷を認めた. 経過:僧帽弁狭窄症例において, 洞調律から心房細動に移行する経過を4年間にわたって観察したところ, 心房細動が起こる前に右心房を表すP initial portionの面積と電位は増加し, 左心房を表すP terminal portionの面積と電位は減少した. 心房細動が起こる前には, P initial portionとP terminal portionの持続時間に有意な変化はなかった.

【結語】 僧帽弁狭窄症において, 心房細動の慢性化に先行して, 右房心筋の増加と左房心筋の減少が示唆された.