

第28回 滋賀不整脈カンファレンス

日 時：2016年7月9日(土)

場 所：滋賀医科大学

当番世話人：浜本内科医院 浜本 肇

1. 最近経験した興味ある不整脈3症例

滋賀医科大学医学部附属病院

循環器内科 林 秀樹

検査部 清水 祥子, 澤田由梨子

【症例1】 71歳, 女性. 高血圧症, 2型糖尿病の治療中. 上段の心電図上, 4, 5, 6拍目のP波は, 心房性期外収縮である. 5拍目のP波は, 房室結節でブロックされたと考えられる. 下段では, 5, 6拍目のP波は心房性期外収縮である. 6拍目のP波は, 房室結節でブロックされたと考えられる.

【症例2】 65歳, 男性. 大動脈弁閉鎖不全症の治療中. Holter ECGでは, 心電図上3拍目は, 心房期外収縮の変行伝導, 4拍目は心室期外収縮と考えられる. または, 3拍目と4拍目はともに心房期外収縮の変行伝導とも考えられる.

【症例3】 58歳, 女性. 労作時呼吸困難, 動悸で受診した. P波がT波上にあり, 2:1房室ブロックと考えられたが, さらに心電図記録を行ったところ, P波とQRS波は独立しており完全房室ブロックと診断した. 心室期外収縮の出現を伴っている.

2. 異所性心室リズムに混在する種々の波形に対する解析

独立行政法人

地域医療機能推進機構滋賀病院

小児科 岡川 浩人

学校心臓検診心電図は短時間記録で患者背景等も不明で診断に難渋する場合がある. 今回, 異所性心室リズムに種々の波形が混在した症例を経験し解析したので報告する. 症例は10歳男児. 小学校1年次・4年次の学校心臓検診心電図で幅の広いQRS波形を認め心室固有調律を指摘されていた. P波の先行しないQRS幅の広い異所性心室リズムに本来のリズムよりも早期に幅の狭いQRSを認めた. T波に重なり先行するP波を認めたが, II・V5誘導で陰性P波であったことより洞性ではなく心房期外収縮が伝導したもの

と思われた。PQ時間は0.28と延長していたが、房室結節の相対不応期によると考えられた。一部、PQ時間0.12の洞調律と考えられる部分があったが、QRS波形が異所性心室リズム波形と心房期外収縮伝導波形の中間型であったことから融合波形と考えられた。異所性心室リズムは固定性ではなく、促進性心室固有調律よりもreentryによるものと思われた。

3. 心房細動に合併するWide QRS

—心室期外収縮か、変行伝導か—

浜本内科医院

浜本 徹, 浜本 肇

心房細動に合併する、幅広いQRSが変行伝導(以下ACと略す)か、心室期外収縮(VPC)かを鑑別することは必ずしも容易ではない。ACと診断するためには、アッシュマン現象(先々行RR/連結期比が大きい)は必須で、その他完全右脚ブロック型も参考になるが、完全左脚ブロック型になる事もある。一連の心電図で、他の個所に連結期とQRSの形状の相似性が高い心拍があれば、双方ともVPCの可能性が高い。症例提示したホルター心電図上の5連発の幅広いQRSは、解析センターから5連発のVPCとしてFAXされたものである。しかし、RR間隔が不整であるため、連発性のVPCは否定し、ACの連発と考えた。しかし、一部アッシュマン現象に合わない部分があり、ACの連発と断定し難く、VPCと考えざるを得ない心拍もあり、診断に難渋した。他の個所の、幅広いQRSについても検討したが、大部分の例で、ACともVPCとも考えられた。心房細動では、RR間隔が不整であるため、ACとVPCの鑑別は容易ではない。

4. 房室2重経路による見かけ上の等頻度房室解離

神吉医院

辻村 吉紀, 佐々木嘉彦

一見等頻度房室解離に見える心電図で、PR0.26秒の基本心拍Rと一見房室接合部補充収縮に見える心拍R'との間でR'R'間隔が一定せず、房室2重経路と心室2重応答によるS路伝導と診断した。等頻度房室解離ではRR'間隔とR'R'間隔が等しく、R'R'間隔が一定でなければならないことから、本例は木下・加藤のいうapparent escape beatと診断した。S路の伝導

時間は0.93-1.32秒であった。F路のPR時間は0.26秒であるが、先行心拍の逆行性不顕伝導により0.52-0.72秒に遅延するところがあり、triple AV pathの可能性についても考察した。

5. 房室2重経路とヒス束内triple pathwayの合併

かとう医院

加藤 孝和

三栄メディシス株式会社

ホルター解析センター

中村 香織, 高橋 理美

メディック

ホルター解析室

大谷 慶子, 山崎 尚子

82歳女性。一見AIVRに見える症例で基本心拍Rと一見心室調律に見えるwide QRS R'とでは、R'がR'よりも短いことから、房室2重経路・心室2重応答によるS路伝導と診断した。R'R'が微妙に変動すること、2種類のwide QRS波形が混在することから、ヒス束内の縦解離が考えられた。すなわち正常伝導路α路のほかに、左脚前枝に向かう線維束β路と左脚後枝に向かう線維束γ路のtriple pathに縦解離していて、α路を伝導した際は0.08秒、β路を伝導した際は右脚ブロック型やや右軸ぎみ0.13秒となり、γ路を伝導した際は右脚ブロック型左軸偏位0.15秒になると考えられた。房室2重経路とヒス束内triple pathの合併の報告はなく、世界第1例である。

レクチャー

『期外収縮の出現と消退』

かとう医院 加藤 孝和

北大名誉教授木下眞二によると、リエントリー性心室期外収縮は、リエントリー回路内で不応期の長いF路と不応期の短いS路に縦解離していて、S路のみを伝導した際に限り期外収縮が出る、F路S路ともに伝導しなければ、またともに伝導しても期外収縮は出ない(concealed)、ことを提唱した。研究の発端は、安定して出る2段脈で期外収縮が出ない時でも期外収縮が挟む洞性刺激が偶数であることを発見して「倍数律」と命名したことに始まる。翌年Schamroth Lによりconcealed bigeminyと命名されて世界的に認識され

た. その2段脈の終わり方について, XS間隔を計測してXSが長くても短くても2段脈が停止することからリエントリー回路の縦解離が着想された. S路の過常期伝導により2連発が出ること, 極めて長い連結期の期外収縮もリエントリーで起きることを立証した.