



第29回 滋賀不整脈カンファレンス

日時：2016年12月3日(土)

場所：独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院

当番世話人：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

1. 学校心電図検診で見られた第Ⅱ度高度房室ブロックの1症例

浜本内科医院

浜本 肇, 浜本 徹

症例は17歳男子. 高校の陸上部. 学校心電図検査で, 第Ⅱ度Wenckebach型房室ブロックと診断された. ホルター心電図では, PR時間が0.20秒, 0.30秒, 0.40秒へと徐々に延長する部分は一見通常のWenckebach伝導を思わせるが, 最大0.68秒の長いPR時間からブロックされ, しかも連続2つのP波がブロックされており, 通常のWenckebach伝導では説明しえない. そこで, 房室2重経路の理論で考えたところ, すべて矛盾なく解析することができた.

さらに, 本例は興味深い点が3つある. 第1はPR時間が0.30秒から0.56秒, 0.40秒から0.64秒へと0.11秒以上の不連続な延長(sudden shift)を示すこと. 第2は, PR時間が, 0.56秒から0.48秒, 0.46秒, さらに0.32秒へと徐々に短縮していく逆Wenckebach現象を示す部分がある点である. 第3は, 2つのP波が連続してブロックされて, 第Ⅱ度房室ブロックの中でも高度房室ブロックというべき心電図であったことである. これは, 1つ目のP波がブロックされたものの電気緊張性脱分極により不応期が延長したために2つ目のP波もブロックされたためと考えられた.

以上, 一見通常のWenckebach伝導にみえたが, 房室2重経路の理論によってのみ解釈可能な症例に3つの興味深い特徴が見られた.

2. 房室結節内3重経路が疑われた1症例

神吉医院

辻村 吉紀, 佐々木嘉彦

房室伝導に3種類のPR時間を認められた症例を報

告した. 基本心拍は右脚ブロックでPR間隔は0.18秒である. これに対して, 基本心拍と同じく右脚ブロックでPR間隔が0.64-0.76秒と思われる心拍があり, さらにPR間隔が1.11-1.14秒と思われる心拍が再現性を持って認められたので, 房室結節のTriple pathwayが示唆された. さらに, PR時間が1.12-1.40秒で左脚ブロック型QRSも認められた. これが伝導したものとすれば, ヒス束内縦解離も合併している可能性も考えられたが, 再現性が十分とはいえないため考察にとどめた.

3. 心室期外収縮と回帰心拍が交互脈を呈した稀な1症例

京都工場保健会

検診技術課 山田 雅弘

幅広い心室期外収縮と幅狭いQRSとが交互に出て持続する極めて珍しい心電図を経験した. 53歳女性で特に動悸などの訴えはない.

12誘導心電図でwide QRSとnarrow QRSが交互に出るが第Ⅱ誘導との同時記録を見るとnarrow QRSの前に陰性T波があることが確認される. 心室期外収縮から逆行性伝導により陰性P波を形成したのちに順行性伝導によりnarrow QRSが出たと考えられた. 房室2重経路が基礎に在って回帰心拍が起きやすい症例であったことが判明した. 房室2重経路のある例では上室性頻拍を起こしやすいだけでなく, 心室期外収縮が連発している所もあるため, 精査が必要であり, アブレーションの適応にもなりうると思った.

4. 純高位後壁梗塞に伴ったRR不規則な心室頻拍と房室ブロックの混在のため診断に難渋した1症例

かとう医院 加藤 孝和

三栄メディシス 中村 香織, 高橋 理美

患者は女性. 臨床所見およびその経過の記録は一切ない. しかし, その特異な不整脈心電図は, 詳細な検討に値する診断上複雑な問題を提起している. ここに話題提供したい. 右脚ブロックの頻拍ないしshort-runが生じるがそのRR間隔が一定でなく短いRR間隔はP波が伝導したものと考えがちであるが一定のPR間隔を確認できない. Short-runの始まりは0.30秒でP波が伝導したかに見えるが, 頻脈依存性

の間欠性右脚ブロック波形が、頻拍発作のQRS波形とまったく同じなために、exit blockを伴う心室頻拍との鑑別が困難となった。長い記録からPR0.30秒で心室捕捉の12誘導を拾い出すと、V2, 3で深いST低下と高いR波があり、純高位後壁の心筋梗塞と診断された。であれば、房室ブロックも心室頻拍も当然合併して不思議ではない。本例を複雑にしたのは、房室ブロックと房室解離が混在したこと、心室頻拍がRR不規則であったこと、頻脈依存性の間欠性右脚ブロックと心室頻拍が同波形であったこと、があげられた。

5. wide QRS tachycardiaの1症例

JCHO滋賀病院

循環器内科 宮本 証

症例は代謝性アシドーシス・低K血症の状態で救急受診した62歳男性。心電図モニターにてwide QRS tachycardiaを認めたため、12誘導心電図を施行した。

ECG1では、明らかな逆行性P波は認めない左脚ブロック型のwide QRS tachycardia(148bpm)を認めた。Brugadaらの提唱する鑑別診断の基準に照らし合わせると前胸部誘導でのR波からSの谷までの最長間隔100msec以上(感度66%, 特異度98%)を満たさないことから、上室頻拍の可能性も考えられた。

ただ、V4誘導でわずかに認めるST部分のノッチは少しずつずれており房室解離したP波であると考えられたため、流出路起源の心室頻拍の可能性が高いと診断した。その後に記録されたECG2では、129bpmでP波を認め、洞性頻脈であった。(四肢誘導7拍目・胸部誘導9拍目にnarrow QRSの波形を認めたため、間欠型右脚ブロックと考えられた。)

なお、ECG3では四肢誘導4・9拍目・胸部誘導8拍目に、ECG1で認めた左脚ブロック型頻拍と洞性刺激との融合収縮と考えられる波形を認めている。

ミニレクチャー

『臨床にかかわる不整脈の性差について』

JCHO滋賀病院

循環器内科 宮本 証

不整脈のなかには、一般的に発生頻度に性差があるとされているものがある。例えば、房室ブロック・心房細動・房室回帰性頻拍・Brugada症候群などは男性に多いとされており、洞不全症候群・房室結節回帰性

頻拍・QT延長症候群などは女性に多いとされている。

男性に多いとされている心房細動については、その臨床像にも性別による違いがある。女性では、動悸症状が強くQOLが低い傾向にあり・抗凝固療法を行っていない場合の脳梗塞の頻度が高く・ワルファリン内服に伴う出血の合併頻度が高いとされている。そのため、女性の場合には、より厳密な抗凝固療法やレートコントロールが重要となる。

またBrugada症候群においては、女性では伝導障害が予後予測因子となるといわれているため、伝導障害に注目しておく必要がある。

このように不整脈の性差は、自覚症状や予後・危険因子などにも影響するため、不整脈の診断や治療を考えるうえで重要な意味をもつことがある。