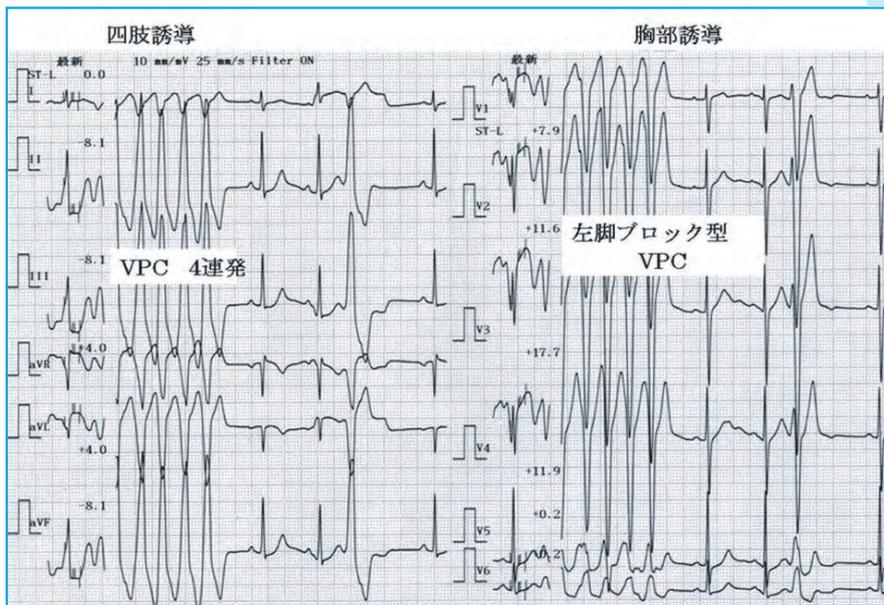


心室性期外収縮・心室頻拍

近畿大学医学部奈良病院 循環器内科 教授 横田 良司

心室性期外収縮 (ventricular premature contraction: VPC) は健康診断でたまたま発見され、本人に全く自覚症状がない場合があります。多くは無害で予後も悪くないとされていますが、隠れている器質的心疾患 (心筋梗塞、心筋症など) を調べる必要があります。このため、専門医に一度、ご紹介いただければ幸いです。原因精査の検査としては心エコー検査が最適です。それで異常がなければ放置してよい場合が多いです。また、運動負荷心電図 (トレッドミルなど) を施行してVPCが抑制される場合はよいですが、逆にVPCが増悪して心室頻拍に移行する場合 (図1) は注意が必要です。ホルター心電図を施行すれば、夜、睡眠中に多いか、日中活動時に多いか、また一日中出ているのかよくわかります。単発だけでなく3連発以上の心室頻拍があるかもしれません。意外に自覚していなくても、言われてみればなんとなくしんどいという場合も、治療後によくなって初めてわかる場合があります。運動時に心室頻拍になってめまいがする、あるいは失神する (このときは血圧が低下していると考えられます) ことがあります。あるいは二段脈になると期外収縮は有効な血圧とならないため、徐脈として感じられ「脈が30になった!」と驚いて受診される場合もあります。

図1 運動負荷3分後の12誘導心電図



治療が必要なケースは、失神をおこし危険である場合や動悸、めまい、息切れなど症状がある場合です。器質的心疾患がある場合はその治療、心不全がある場合はその治療が優先されます。

治療は①薬物療法、②カテーテルアブレーション、③植込み型除細動器（ICD）があり、これらをうまく組み合わせて治療します。

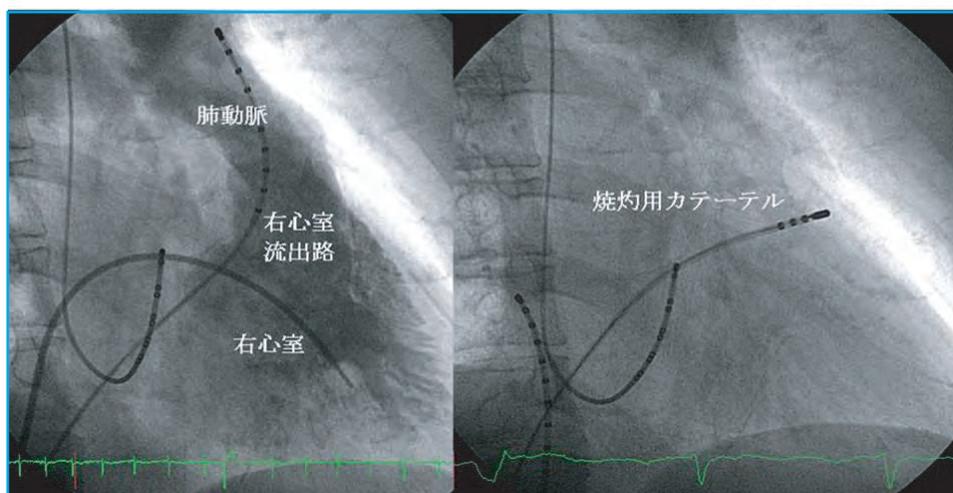
①薬物療法

器質的疾患はなくてもホルター心電図で総心拍数の約20%以上を超えてくると単発のVPCでも心臓に負担がかかり、胸部レントゲン上も心拡大がおこり、心エコー上も左室拡大がみとめられることがあります（文献）。このような場合や症状が強い場合はメキシチールやアスペノンのようなIb群抗不整脈薬、メインテートなど選択的 β 1ブロッカーが著効する場合があります。しかし、症状のある限り長期に渡って内服する必要があり、とくに比較的若年者の場合には問題となります。虚血性心疾患の場合は β ブロッカーやアミオダロンというIII群抗不整脈薬が使われ有効であることがわかっていますが、アミオダロンは甲状腺機能異常や間質性肺炎などの副作用に注意して使う必要があります。専門医に相談されたほうが無難です。

②カテーテルアブレーション（経皮的な心筋焼灼術）

器質的心疾患がなく薬物療法で症状が改善しない場合や、薬物療法を希望されない場合は適応となります。とくに図1に示すように左脚ブロック型のVPCの場合は治療による合併症のリスクも少なく成功率も高いので試す価値のある治療法と考えられます。右室流出路起源（図2）のVPCは比較的容易に治せますが、右室からみて反対側にある大動脈弁冠尖からのアプローチが必要なこともあります。心室性期外収縮の起源が心外膜側や心室中隔深部にある場合は一般的には治療困難となります。

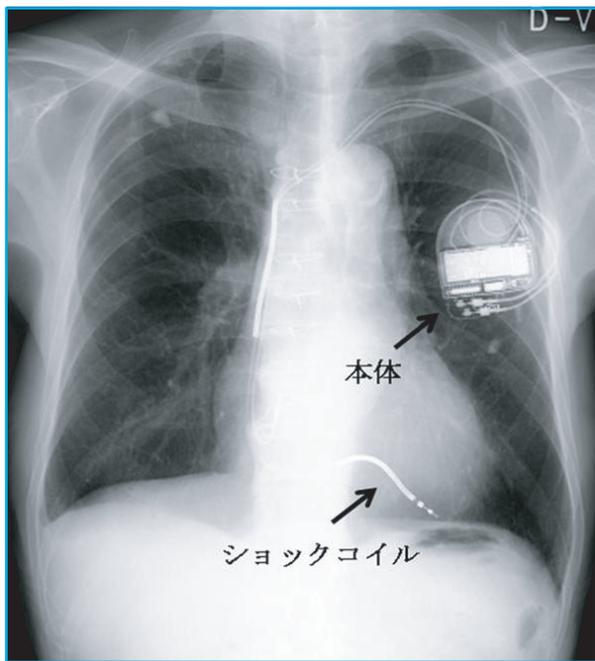
図2 右心室流出路と焼灼用カテーテル



③植込み型除細動器（ICD）

器質的心疾患のある患者で持続性心室頻拍（30秒以上続く心室頻拍）があり、それによる失神や血圧低下がある場合（二次予防）、あるいは非持続性心室頻拍でも心不全で低心機能（駆出率 \leq 35%）の場合（一次予防）は適応となります。ICD（図3）は心室頻拍時やさらに心室細動に移行しても頻拍ペースキングや電気ショック治療を自動的にしてこれらの不整脈を停止させ、命を救うことができます。しかし、心室頻拍を予防する効果はないので、頻回に発作がある場合は発作を抑制するために①の薬物療法が必要で、さらに②のカテーテルアブレーションが必要となることもあります。ICDは命を救ってくれますが、電磁干渉（ICDへ影響する体外からの電場や磁場）による誤作動としての電気ショック、電磁干渉を避けるための生活や職業的な制限、自動車運転免許取得の制限等、患者さんのQOLを低下させ、精神的苦痛を与えることもあり十分に考慮する必要があります。

図3 埋め込み型除細動器



文献 : Takemoto M et al. J Am Coll Cardiol 2005; 45: 1259-1265