

● 一般演題

一過性房室ブロックと心筋逸脱酵素の上昇を
認めた1例埼玉医科大学総合医療センター第三内科 本間浩彦・橋本 実・竹田 宏
瀬川和彦・田中秋悟・吉本信雄

はじめに

急性心筋梗塞における完全房室ブロックは、下壁梗塞に合併するものは一過性で予後良好であり、前壁梗塞に合併するものは持続性で予後不良とされている。

今回われわれは、前壁中隔梗塞に一過性の完全房室ブロックを合併した症例を経験したので報告する。

1 症 例

患者：64歳，男性

主訴：胸部圧迫感。

既往歴：昭和54年胃潰瘍。平成元年より高血圧。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成7年8月30日朝10時ごろ、農作業中に胸部圧迫感出現し、嘔気、意識低下を

認めるようになり近医受診。徐脈および血圧の低下を認め、急性心筋梗塞疑いで入院となった。

入院時現症：入院時、血圧114/70 mmHg、脈拍50/min、意識は清明で胸部に心雑音、ラ音なし。

入院時検査所見：血液、尿検査所見を表1に示す。胸部X線写真では特に異常は認めなかった。心電図は完全房室ブロックで、心室補充調律は心拍数36/min、右脚ブロック左軸偏位パターンでV₁-V₃誘導のinitial Rが欠如しており、またV₁-V₄誘導でSTの上昇がみられた(図1)。

入院後経過：入院後、心拍数20台と低下したため硫酸アトロピンの静注を行ったが反応なく意識レベルの低下を認めたため、体外式ペースメーカーを右室へ挿入し心室ペーシングを行っ

表1 入院時検査成績

| | | | | |
|---------|---------------------------------------|-------------------|------------|-----------------------------|
| WBC | 6400/mm ³ | トロポニンT | 1.56 ng/ml | urine analysis |
| RBC | 437×10 ⁴ /mm ³ | ミオシン LC1 | 8.0 ng/ml | pH 6.5 |
| Hb | 13.9 g/dl | Na | 138 mEq/l | 比重 1.024 |
| Hct | 41.1% | K | 4.9 mEq/l | 糖 3+ |
| Plt | 20.9×10 ⁴ /mm ³ | Cl | 109 mEq/l | 蛋白- |
| T. P. | 5.8 g/dl | Ca | 8.1 mg/dl | 潜血± |
| GOT | 287 IU/l | Cr | 1.2 mg/dl | ケトン体 1+ |
| GPT | 114 IU/l | BUN | 35 mg/dl | |
| LDH | 956 IU/l | glucose | 224 mg/dl | 血液ガス (room air) |
| T. Bil | 1.1 mg/dl | HbA _{1c} | 5.6% | pH 7.427 |
| Amylase | 80 IU/l | T. Chol | 137 mg/dl | PaCO ₂ 29.8 mmHg |
| CK | 411 IU/l | TG | 43 mg/dl | PaO ₂ 83.2 mmHg |
| CK-MB | 59 IU/l | | | BE -2.9 mmol/l |

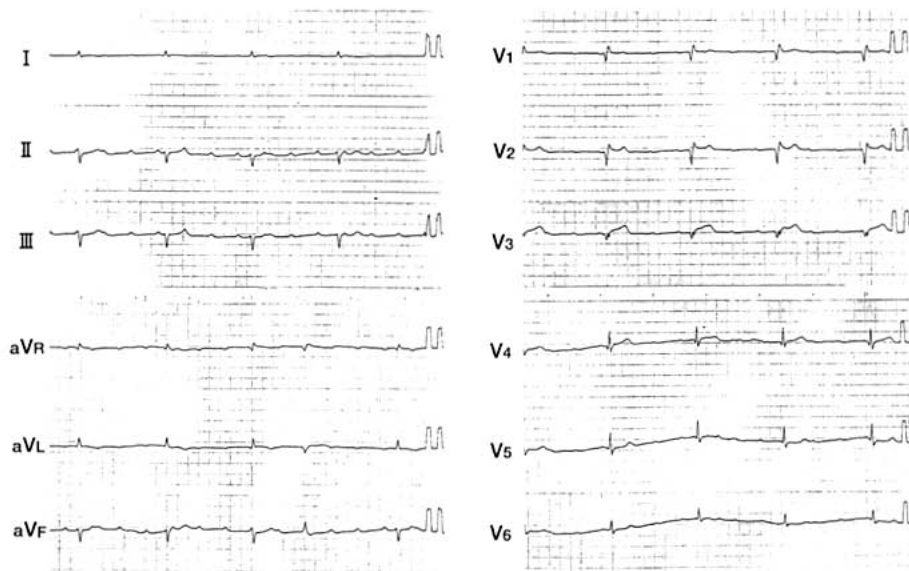


図1 入院時12誘導心電図

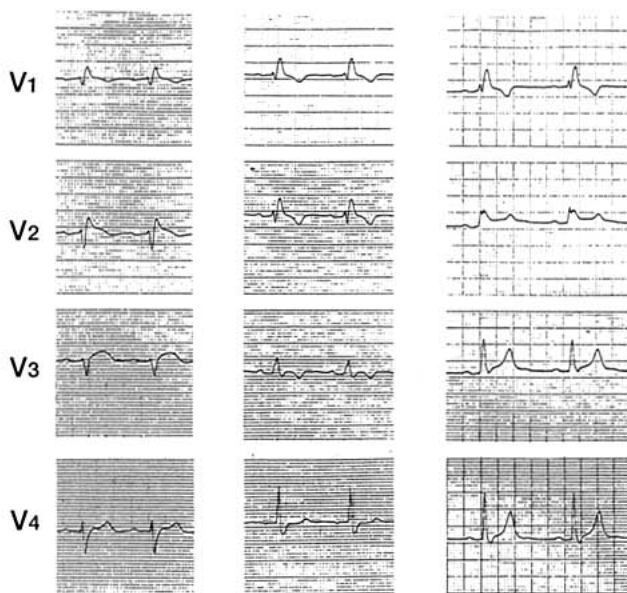


図2 入院後心電図経過
左：第2病日，中：第4病日，右：第30病日

た。翌日には、1度房室ブロックとなり、 V_1 - V_3 誘導でST上昇、 V_1 - V_4 誘導でinitial Rのpoor R progressionを認めた(図2左)。第4病日にはinitial Rの増高、STの正常化およびT波の陰転化が認められ(図2中)、約1ヵ月後の心電図では V_1 誘導以外のT波は陽転し、普

通の完全右脚ブロックの心電図となった(図2右)。なお、今回の入院以前の12誘導心電図は入手できず、以前より右脚ブロックが存在したかは不明である。

Swan-Ganz カテーテル検査では、心係数 2.28 l/min/m^2 、PCWPが 16 mmHg とForres-

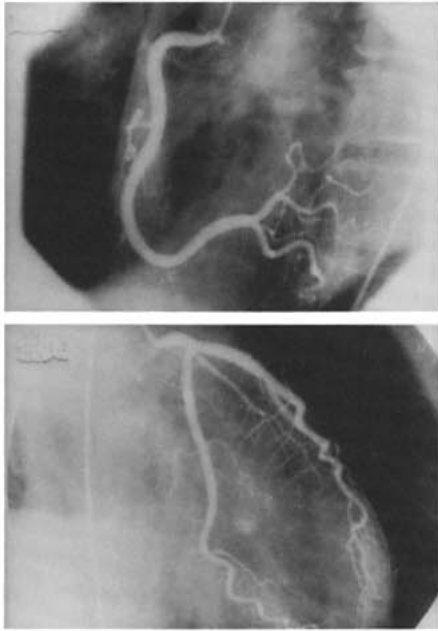


図3 冠動脈造影
上：RCA，下：LCA

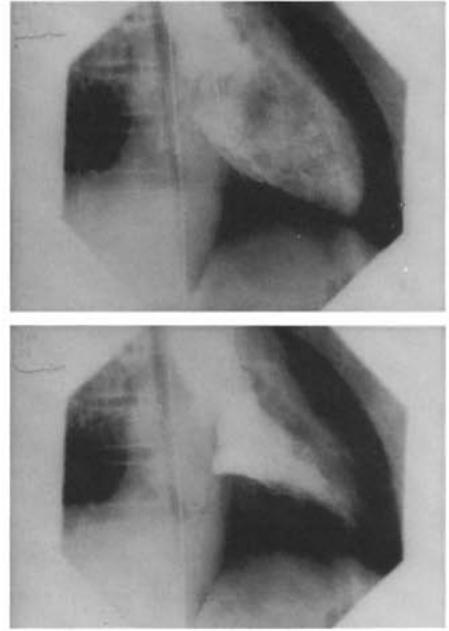


図4 左室造影
上：拡張期，下：収縮期

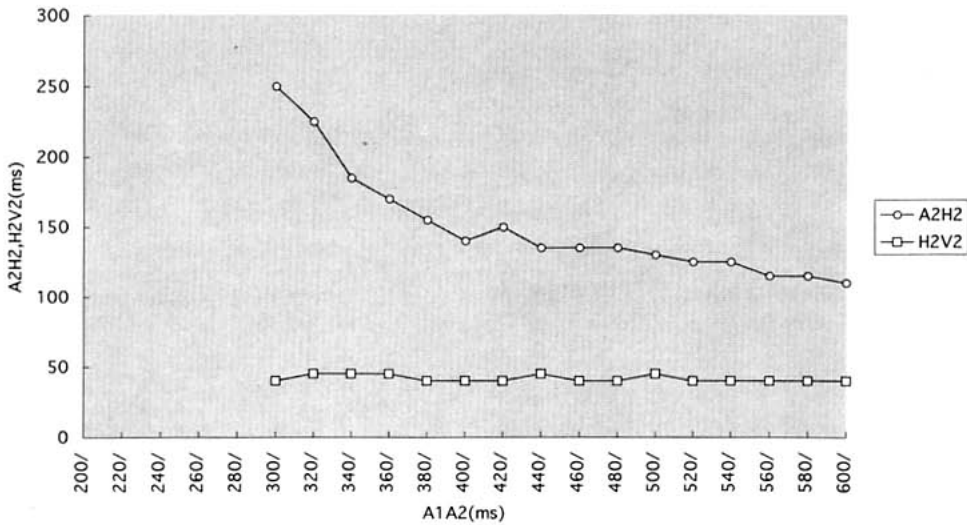


図5 房室伝導曲線

ter I群であった。

25 W 3分間の運動負荷と dipyridamole 0.57 mg/kg 負荷による心筋 Tl シンチグラムでは、早期像にて中隔の心基部より RI 集積欠損を認

め、同部位に再分布は認めなかった。また、心エコー図においても前壁中隔の壁運動低下を認めた。トレッドミル運動負荷試験では Bruce III 度 30 秒まで行い、自覚症状、ST-T 変化なく

negative と判定した。

入院約1ヵ月後に行った冠動脈造影では、有意な病変は認めなかったが、左室造影では前壁#2の壁運動低下を認めた(図3, 4)。同日に行った電気生理学的検査ではAH時間110ms, HV時間40msと延長を認めず、房室伝導曲線ではS₁S₂280msで心房を捕捉しなくなるまでの伝導に異常を認めなかった(図5)。以上より、冠動脈 spasm による前壁の急性心筋梗塞に合併した一過性の完全房室ブロックと診断した。

2 考 察

急性心筋梗塞に合併する2度以上の房室ブ

ロックの頻度は、下壁梗塞の10数%に出現するが、右冠動脈の支配を受ける房室結節の虚血によることが多く一過性のことが多い。また、前壁中隔梗塞に房室ブロックを合併することは比較的まれであるが、多くは両脚ブロック(三束ブロック)によって起こるもので人工ペースメーカーの適応となることが多い。

今回われわれは、前壁中隔梗塞に一過性の完全房室ブロックを合併した症例を経験したが、冠動脈造影において有意な病変を認めず、その機序として冠動脈 spasm の関与が示唆された。