

I 薬物治療抵抗性の頻脈性心房細動患者に対する 房室結節アブレーションの有効性

洛和会丸太町病院 循環器科／井上美穂

近年、心房細動に対する根治的な高周波カテーテルアブレーションが注目されているが、長時間の手技を必要とし有効性に関しては未だ確立されていない。

当病院において、平成8年1月から平成10年8月まで、薬物治療抵抗性頻脈性心房細動患者6症例（58～87歳）に対し、高周波通電により房室結節アブレーションを行い房室ブロック作成術を行った。6症例のうち、2例が持続性心房細動患者で他の4例は発作性心房細動患者である。全症例がアブレーション前に頻拍依存性の心不全や持続性の頻拍発作のために1回以上の入院加療の既往を有し、ジギタリス製剤、 β ブロッカー、Ca拮抗剤、I群抗不整脈薬に対し抵抗性の頻拍を有していた。また、ペースメーカー非植え込み症例は1例のみで、持続性心房細動患者にはVVI、他の4例は徐脈頻脈症候群のためDDDペースメーカーの植え込みを行っていた。総通電回数は1回から13回（平均7回）であり、術中術後大きな合併症は認められなかった。5例で完全房室ブロックの作成に成功し現在も房室伝導の回復はみられない。また、1例では不完全ブロックのまま経過しているが、頻拍発作の再発は認められない。全例で自覚症状の著明な改善を認め、投与薬剤の使用量を減少させることができた。

比較的高齢者で、重篤な症状を有し多剤抵抗性の頻脈性心房細動患者に対する房室結節アブレーションは、ペースメーカー植え込みを必要とする可能性は大きいですが、自覚症状の改善や心機能の改善が期待でき、さらに通電回数が少なく実施時間も短い点有用な治療法だと考えられた。

II

通電中のdouble potential出現を指標に 高周波カテーテルアブレーションを施行した通常型心房粗動の1例

滋賀県立成人病センター 循環器内科/松井茂雄 本原征一郎 上畠 拓 玉井秀男
医仁会武田総合病院 循環器科/池口 滋

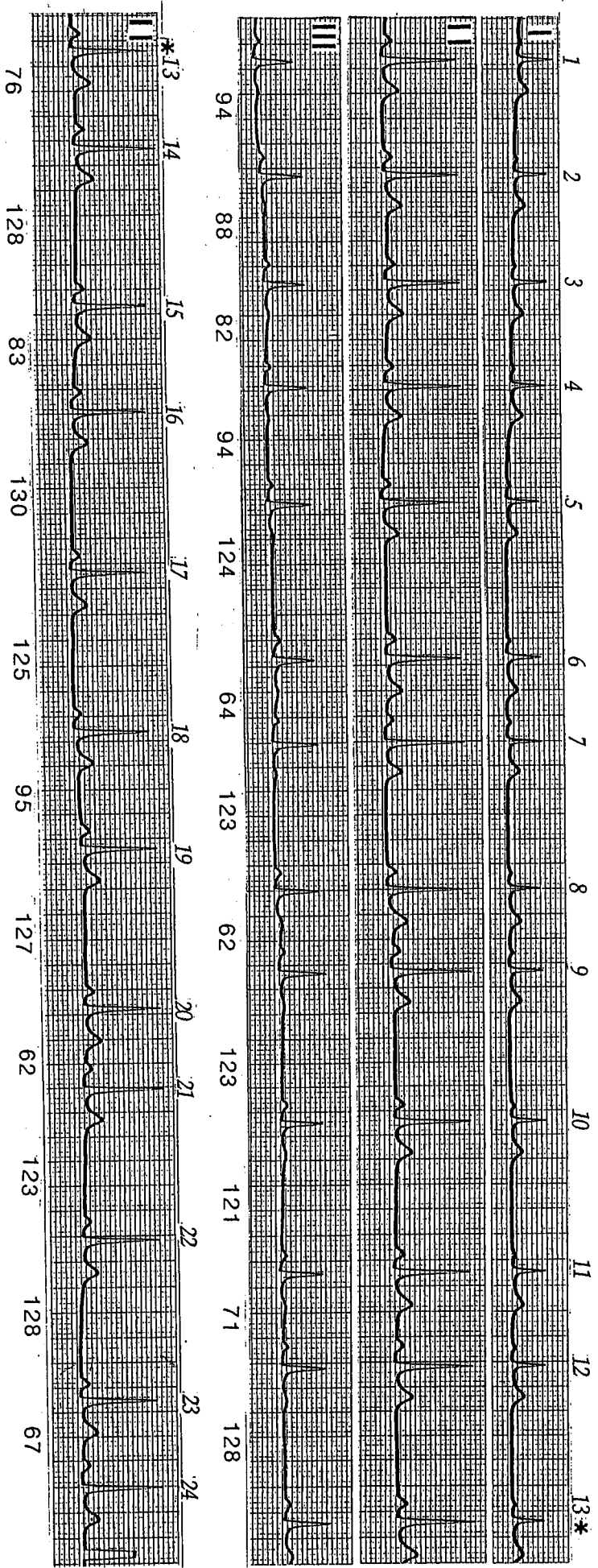
症例は78歳男性。平成10年8月中旬より動悸が持続するため本院外来受診し、心房粗動(A-rate 300/min. V-rate 150/min.)と診断され不整脈コントロールのため入院となる。心房粗動の停止にはIa,Ic,IV群薬は無効で直流通電を必要とし、同様の投薬にても再発は予防できなかったため、アブレーションの適応とした。9月28日心臓電気生理検査にて三尖弁-下大静脈間の解剖学的峽部を通り三尖弁輪を反時計方向に巡回するType I(commom type)の心房粗動であることを確認した。Mapping catheter先端電位でのdouble potentialより冠静脈入口部-Eustachian ridgeは機能的(解剖学的?)ブロックラインがあることを確認したため、三尖弁-冠静脈入口部間にて、通電中の先端電位(double potential)を指標にradio-frequency linear ablationを施行した。Complete blocking lineの作製に成功し、心房粗動を根治した。

III PP間隔が絶対不整と思われた1例

かとう 医院 / 加藤孝和
北海道女子大学 人間福祉学科 / 木下眞二
大津市民病院 中央検査部 / 佐々木嘉彦
同 循環器科 / 辻村吉紀

74歳男性、右足血行障害の疑いで受診。軽度高血圧以外には12誘導でST-T変化を認めない。P波はI、II、III誘導で陽性で、I、II、III同時誘導でみて同一波形で、すべて洞性P波と考えられたが、PP間隔が0.62~1.30秒の間で変動し、一見して絶対不整のように思われた。単純な呼吸性洞不整脈、2:1~3:2洞房ブロック、心房期外収縮では一元的に解釈できないため、一つの仮説を考察した。

諸先生方のご批判をいただきたい。



N 植え込み型除細動器 (ICD) を装着した 不整脈源性右室異形成 (ARVD) の1症例

医仁会武田総合病院 循環器科/池口 滋 綿貫正人 竹岡 玲 二宮智紀
白坂明宏 田中省三 橋本哲男
同 心臓血管外科/山田知行
滋賀県立成人病センター 循環器科/許 永勝

症例は56歳男性。主訴は動悸、高度の全身脱力感。

平成9年4月、職場にて突然動悸、高度の全身脱力感、冷汗、尿失禁をきたし近医へ緊急入院。220/分の心室頻拍にて直流除細動施行、洞調律へ復帰する。メキシレチン内服下での運動負荷テストにて心室頻拍を認め、アミオダロン内服開始。初期量400mg/日(2週間)、維持量200mg/日にてコントロールし退院。しかし6ヶ月後にDLCOが78%に低下しアミオダロンを100mg/日に減量したところ心室頻拍が再発、ICD植え込みのため当科へ紹介入院となる。右室造影にて右室の著明な拡大を認め不整脈源性右室異形成 (ARVD) と診断。心臓電気生理検査では単形性心室頻拍が3種類誘発されたがclinicalVTは誘発されずアブレーション治療は施行できなかった。右室中隔側にて十分な心室電位が得られたため除細動用心内膜リードを用いて第4世代ICD:Micro Jewel (Medtronic) を左鎖骨下に植え込んだ。レートの遅い心室頻拍に対しては抗頻拍ペーシングの設定を行い経過観察中である。

V 正常心電図所見からの移行を確認しえたBrugada症候群の一例

京都府立医科大学 第二内科／井上啓司 加藤久人 立石健人 白石裕一
白山武司 井上大介 中川雅夫
公立南丹病院 内科／寺田幸治

症例は56歳、男性。1993年までの心電図上正常範囲内であった。1994年に初めて右脚ブロック出現し精査されるも異常認めず無症状のため経過観察されていた。

1997年7月に夕食時飲酒後に意識消失を来し近医に救急搬送中に意識は自然回復し、心電図では心房細動を認め、血清カリウム値が2.7である以外異常なく退院。

1998年6月に再び夕食摂取・飲酒後に意識消失を来し近医に救急搬送中に意識は自然回復。近医到着時、心電図にて心房細動を認めたが、来院10分後に再び意識消失を来し心電図にて心室細動が確認され電氣的除細動200Jを実施。血清カリウム値は3.0。精査目的で当科に6月22日に当院転院した。

安静心電図検査では右脚ブロックとV1誘導でcoved型、V2誘導でsaddle-back型のST上昇を認めQTc=0.60であった。血縁者の心電図は正常範囲内であった。

心エコー検査異常・運動負荷心電図検査・運動負荷テトロフォスミン心筋シンチグラム検査・心臓MRI検査・呼吸機能検査では異常認めず。心臓カテーテル検査では、冠動脈病変なく、壁運動も正常であった。右室中隔心筋生検では軽度の肥大と線維化を認めた。心臓電気生理学的検査では、心房受攻性亢進を認めたが洞機能・房室伝導能正常範囲で、右室心尖部・右室流出路プログラム刺激で心室性不整脈の誘発不能であった。

以上の結果より、心室細動の原因としてBrugada症候群と診断、国立循環器病センターにて除細動器の植え込み術を施行して頂いた。

本症例は発症3年前に正常所見からBrugada型へ移行した心電図経過が確認されており、Brugada症候群の自然経過を考えるうえでも興味深い症例と考え報告する。