

抄 録

第19回山口県臨床不整脈検討会

日 時：平成24年6月1日（金）18：30～20：45

場 所：山口グランドホテル3階「末広の間」

主 催：サノフィ・アベンティス株式会社

後 援：吉南医師会，山口市医師会，
宇部市医師会，小野田市医師会，
厚狭郡医師会，山口大学医師会

〈一般演題〉18：45～19：45

座長：JA山口厚生連 周東総合病院 循環器内科
部長 弘本光幸 先生

1. 心房細動の維持に肺静脈の関与が示唆された徐脈頻脈症候群の一例

山口県立総合医療センター 循環器科

○金本将司，上田 亨，西村滋彦，内海仁志，
中尾文昭，田中申明，藤井崇史

症例は75歳，女性。数年前より頻回のめまいを自覚していた。2012年2月に同様のめまいを自覚し，近医受診。心電図で心房細動を認めたため，入院の上，モニター監視を行われたところ，心房細動停止時に約6秒の洞停止を認め，この際にめまいを自覚したため精査加療目的で当科入院となった。後日カテーテルアブレーション施行。検査室入室時は心房細動で，電氣的除細動を行うも，数拍洞調律を挟んで心房細動となった。心房細動のtriggerとなる期外収縮は，右上肺静脈起源であった。心房細動中に右肺静脈の電氣的隔離を行ったところ，右肺静脈内は心房細動であるにも関わらず，洞調律に復帰。その後左肺静脈の電氣的隔離を行い手技を終了した。以後めまいの自覚症状は完全に消失した。本症例は，心房細動の維持に肺静脈の関与が示唆されたと思われた。

2. 早期再分極症候群の2症例

総合病院社会保険徳山中央病院 循環器内科

○木村征靖，小川 宏，分山隆敏，岩見孝景，
波多野靖幸，望月 守，明石晋太郎，宮崎要介，
中島忠亮

早期再分極の所見は古くから知られ予後は良好とされてきた。しかし近年，早期再分極と特発性心室細動の関連が指摘され注目されるようになってきた。今回，早期再分極異常と特発性心室細動の関連が示唆された2症例を経験したので報告する。

【症例1】58歳，男性。平成23年11月11日午前3時頃に息苦しそうなお様子を家族が発見し声をかけたが反応がないため救急要請となった。救急隊が到着時に心室細動であったためAEDにて除細動され当院に搬送となった。血行動態は安定していたものの低酸素脳症を合併していたため，低体温療法を行ったところVF stormとなった。心エコーでは器質的心疾患を認めず，冠動脈にも有意狭窄はなかったが，心電図でⅡ，Ⅲ，aVF，V4-6にてJ waveを認めたため，早期再分極症候群によるVF stormと診断し，カテコラミンの投与を行ったところVFはみられなくなった。その後，意識レベルは改善したため，早期再分極症候群に対してICD植込みを行い退院となった。【症例2】31歳，男性。平成22年3月28日午前3時頃に，家族が大きな物音を聞きかけつけたところ，仰向けで倒れていた。意識がなかったため救急要請されたが，当院到着時は意識レベルも改善していた。脳神経センターで精査されたが問題なく経過観察となった。しかし，その後も意識消失発作を認めるため当科に紹介となった。心電図上V2-6でST上昇を認めたが，心エコーでは器質的心疾患を認めず，冠動脈にも有意狭窄はなかった。加算心電図はLP陰性で，ピルジカイニド負荷試験も陰性であった。さらに，ヘッドアップチルトテストや頸動脈洞マッサージも陰性であった。心臓電気生理検査ではVFが誘発され，失神の原因として早期再分極症候群によるVFが考えられたため，ICD植込みを行い退院となった。

一般の集団の中で早期再分極を認める例は多数であるが，その中から心臓突然死に結びつく高リスク群をどのように同定するかが今後の課題と考えられた。

3. 不整脈評価における心エコー法の有用性

尾崎循環器内科

○尾崎正治

不整脈の診断やその心機能への影響について、心エコー法の有用性について実例を挙げて報告する。理論的根拠として、51回日本循環器学会（1987，東京）で発表した犬での超音波マイクロクリスタル法による動物実験での「ペースング部位による局所心筋壁動態および冠血流量変化についての実験的研究」において、心室心外膜ペースングではペースング部位直下の心筋はsystolic thinning (dyskinesis) になることを初めて報告したが、その現象を臨床の心エコーに応用し、dyskinesis部位がVPCの発生源であることが視覚的に認識できることを報告する。CLBBBタイプのVPCのこの症例では心室中隔がdyskinesisとなり、その心室中隔右室側がVPC発生源であると確定できる。CRBBBタイプのVPCのこの症例では左室側壁がdyskinesisとなっており、その部位がVPC発生源であることが視覚的に認識

できる。2対1伝導の心房粗動ではF波がT波の頂点と一致しているこの症例では、心拍数135の洞性頻脈と誤診してしまうが、この症例に季肋下部からのアプローチでの心房中隔の動きをみると、270/分のFに一致した収縮があり、心房粗動であることが診断できる。VPCのこの症例のように、VPCによる収縮では大動脈弁の開放がほとんど無い（心拍出が無い）症例もあり、VPC発生部位によるdyssynchronyの程度により、心機能への影響に差があることが左室流出路でのflow patternまたは大動脈弁エコーにより評価できる。この方法はペースングの最適部位の決定にも有用である。

〈特別講演〉 19：45～20：45

座長：山口大学大学院医学系研究科 保健学系学域
教授 清水昭彦 先生

「症例から考える不整脈診療」

帝京大学医学部附属溝口病院 第四内科
教授 村川裕二 先生