

## 抄 録

## 第5回 信州不整脈研究会

日 時：平成24年2月18日（土）

会 場：ホテルモンターニュ松本2F「フルール」

当番幹事：笠井 俊夫（長野市民病院循環器内科）

## 一般演題

## 1 カテーテルアブレーションに心タンポナーデ及びたこつぼ型心筋症を併発した1例

長野赤十字病院循環器内科

○臼井 達也, 柏木 大輔, 宮沢 泉  
戸塚 信之, 浦澤 延幸, 中嶋 博幸  
小林 隆洋, 持留 智昭, 吉岡 二郎

長野松代総合病院循環器内科

百瀬 智康

症例は77歳, 女性。平成23年12月に Wide QRS 頻拍のカテーテルアブレーションのため当科紹介となり, 平成24年1月に EPS 及びカテーテルアブレーションを施行した。

ISP 負荷下高位心房頻回ペーシング後に wide QRS 頻拍が誘発され, 房室解離が認められたことより VT と診断した。右室流出路中隔側肺動脈弁直下で42 msec 先行する心室電位を認め, 同部位の通電で VT は停止した。右鼠径穿刺部圧迫止血中に嘔気及び血圧低下を認めたため UCG を施行, echo free space が確認されたため緊急経皮的に心嚢ドレナージを施行した。ショック離脱直後に胸痛の訴えがあり, ECG で広範囲に ST 上昇を認めたため緊急 CAG を施行したが, 冠攣縮やプラーク破綻による冠閉塞は認められなかった。LVG で apical ballooning が認められ, 心原性ショックによるストレスが誘因となったたこつぼ型心筋症と診断した。血行動態は安定していたため心嚢ドレナージを留置したまま経過観察とし, その後心電図変化及び壁運動異常は自然消失を認めた。

## 4 持続性心室頻拍にて来院し, 心臓カテーテル検査にて陳旧性心筋梗塞と特異的な冠動脈造影像を示した若年例

長野中央病院循環器内科

○河合 俊輔, 河野 恆輔, 板本智恵子  
三浦 英男, 小林 正経, 呉林 英悟  
山本 博昭

症例は37歳男性。動悸, 息切れを主訴に当院救急搬送された。来院時起座呼吸で両側胸水貯留あり, 心不全を認めた。心電図で右脚ブロック型上方軸の持続性心室頻拍を認め, 薬理的には除細動できず電気的除細動を必要とした。心エコーではびまん性壁運動能の低下を認め, 左室駆出率は25%であった。当初拡張型心筋症を疑ったが, 冠動脈造影にて右冠動脈に完全閉塞病変と特異的側副血行を認めた。左室造影でびまん性壁運動能の低下があり, 特に下壁領域での壁運動能の低下を認めた。心臓 MRI で後壁にガドリニウム遅延造影で高信号を認め, 陳旧性心筋梗塞が心室頻拍の原因と考えられた。アミオダロン400 mg/day 内服下で心臓電気生理学的検査を施行したが, 右室心尖部からの3連続刺激で心室頻拍が誘発され, 血行動態は破綻し電気的除細動を必要とした。このため植え込み型除細動器の埋込を行い軽快退院された。外来でフォローしているがその後は心室頻拍の再発は認めていない。リスクファクターのない, 若年男性の陳旧性心筋梗塞を起源とした持続性心室頻拍症例であり, 血管炎などの関与も考えられ報告する。

## 5 AUTO PVARP機能により2:1ブロックを呈したCRT-D植込み後の1例

信州大学医学部附属病院循環器内科

○小口 泰尚, 竹内 崇博, 岡田 綾子  
相澤 万象, 富田 威, 笠井 宏樹  
伊澤 淳, 小山 潤, 池田 宇一

症例は近医にてCRTD (DDD 50-130 ppm) 植込みを受けた56歳女性。うっ血性心不全が増悪し入院。心室リードは右室流出路と大心臓静脈に植込まれ dyssynchrony が残存していた。後側壁枝に左室リードを追加後, IABP を離脱できた。術後42日目に嘔吐した直後, 突然, 2:1 ブロックを呈し心拍数は115 bpm から58 bpm に低下した。AUTO PVARP 機能を off にしたところP波追従心室ペーシングを確保できた。本来, AUTO PVARP 機能は, 心拍数の変化

に応じて PVARP を自動的に調節することにより、Wenckebach zone を延ばして 2 : 1 ブロックポイントを遅らせて自己心房レートが増加時に適切な P 波追従心室ペーシングを確保したり、mode switch detection が動作中は high rate tracking を制限することで動悸症状を制限したりすることを目的とした機能であるが、本例の場合、洞性頻拍中に嘔吐、迷走神経反射から一過性の洞性徐拍を呈した結果、PVARP が延長され、PVARP 内の P 波が感知されず 2 : 1 ブロックを呈したと推察された。2 : 1 block にならないようにするための AUTO PVARP 機能により 2 : 1 ブロックを呈した稀な症例を経験した。自己心拍数が変動する両室ペーシング中の患者のプログラミングにおいて注意を喚起する症例と考え報告する。

#### 特別講演

「心房細動のトータルマネージメント：  
薬物療法を中心に」

東邦大学医療センター大森病院循環器内科

池田 隆徳

日欧米の心臓病関連学会から「心房細動の管理に関するガイドライン」が発刊され、心房細動に対する薬物治療の指針が示されている。現在のガイドラインでは、持続様式の違いと心機能の程度によって推奨する薬物を分けており、実臨床に即した内容となっている。また、患者の症状と QOL の改善を重視して薬物を選択する方針を明確に打ち出しており、専門的な判断を

必要としない内容となっている。

現在の心房細動の薬物療法の中心は、言うまでもなく抗凝固療法である。まず抗凝固療法の必要性を吟味し、そのうえでリズムコントロール治療もしくはレートコントロール治療のいずれかを選択するのが最近のガイドラインで示された方針である。一般に症状が強く、QOL を損なう心房細動であればリズムコントロール治療、そうでなければレートコントロール治療が選択される。日本では、心房細動のリズムコントロール治療として Na チャネル遮断薬（I 群抗不整脈薬）の使用頻度が高いが、最近では欧米や他のアジア諸国と同様に K チャネル遮断薬（III 群抗不整脈薬）が使用することも多い。これは、Na チャネル遮断薬が有する陰性変力作用を危惧してのことである。また、薬物の作用機転としてこれまではチャンネルへの影響のみが考慮されてきたが、最近では受容体への影響も考慮されるようになってきている。レートコントロール治療においては、ジギタリス製剤や（非ジヒドロピリジン系）Ca 拮抗薬の使用頻度が減り、最近では  $\beta$  遮断薬の使用頻度が増えている。その理由は、 $\beta_1$  遮断薬は心拍数減少効果が他と比べて優れており、レートコントロール作用以外にも心機能改善効果や心房細動自体の抑制効果などの付加価値があるためである。

本学術講演会では、心房細動治療の第一ステップである抗凝固療法、次のステップと位置づけられるリズムコントロール治療とレートコントロール治療のあり方について最新の知見を交えて解説した。