

131) CRT-D植え込み後にV-V delayの有効性を検討した一例

(名古屋第二赤十字病院循環器センター内科)
松本正弥・吉田幸彦・泉 雄介・橋本踏青・
山本崇之・青山 豊・小椋康弘・鈴木博彦・
山下健太郎・村松 崇・立松 康・七里 守・
三輪田悟・平山治雄

症例は59歳男性。32歳時に僧帽弁置換術, 50歳時にAF徐脈に対してVVIペースメーカーが植え込まれた。薬剤抵抗性心不全となり別の病院でCRT-Dを施行されたがMedtronicのシステムでは左室リードの留置ができなかった。再手術目的で紹介入院。Guidantのシステムで再手術したところ左室リードの留置に成功した。術後左心室にカテ先マノメーター付きpigtailカテーテルを留置し, CRT-DのV-V delayを変更してLV dP/dt maxの変化を検討した。その結果両室同時ペーシング時が最もLV dP/dt maxを改善した。我が国においてCRT-DのV-V delayがLV dP/dt maxに及ぼす影響を検討した報告は少ないので報告する。

133) 単冠動脈を合併したWPW症候群の一例

(岐阜大学循環器内科) 名和隆英・
土屋邦彦・久保田知希・高杉信寛・小塩信介・
川崎雅規・西垣和彦・湊口信也・藤原久義

症例は35歳の男性。小学校5年生時に初めて動悸発作あり, 中学校の心電図健診でWPW症候群と診断された。その後年一回程度の頻拍発作あり, 最長時間は36時間。今回カテーテルアブレーション目的に当院入院。外来心電図では右後壁の副伝導路が疑われた。入院後の心エコーでは左室壁運動は全体にやや低下していた。左室造影でも軽度の壁運動低下あり, 冠動脈造影で冠動脈は一本で順行性に右冠動脈, 回旋枝, 前下行枝に3分岐していた。PSVTを起こす副伝導路は三尖弁後壁に存在し, 同部位のアブレーションにてデルタ波消失し, 頻拍は根治。単冠動脈とWPW症候群の合併は稀であることから今回症例報告した。

134) ICD植込後脳梗塞を繰り返した1例

(岐阜県立岐阜病院) 傍島卓也・
鈴木莊太郎・廣瀬武司・渡邊崇量・
割田俊一郎・小島 帯・岩間 眞・小野浩司・
高橋治樹・瀬川知則・松尾仁司・渡辺佐知郎

症例は57歳女性。平成17年5月より心室性期外収縮に対し, 内服薬コントロールされていた。平成17年10月19日, 持続性心室頻拍症を発症し再入院, 12月2日埋め込み形除細動器植え込みを施行される。12月17日突然のめまい, 嘔吐を自覚, 頭部CT上, 右小脳の脳梗塞を認めた。その後, 平成18年1月11日, 右後頭葉の脳梗塞発症, 心エコー検査上心内血栓は認められず, 頸部エコー検査, 脳3D-CTにても頸動脈狭窄, 椎骨脳低動脈の狭窄は認められなかった。その後, 4月7日脳幹部, 中脳部の脳梗塞発症, 経食道エコー検査にて卵円孔開存, 右左シャントを認め, 静脈系血栓が塞栓子と疑われた。下肢静脈の血栓有無を検索するも確認されず, 塞栓源として左鎖骨下静脈より留置されたペースメーカーリードによる血栓形成が疑われた。

135) 肺静脈起源カテコラミン感受性心房頻拍の一例

(静岡済生会総合病院不整脈科)
横山恵理子・小坂利幸・竹本芳雄
(名古屋大学環境医学研究所循環器分野)
児玉逸雄

【症例】51歳女性。主訴は労作時の動悸, めまい。ホルター心電図上, 労作に一致して“narrow QRS tachycardia” (rate: 240/min) の反復性の出現を認めた。頻拍はトレッドミルテストにて容易に誘発され運動誘発性と確認された。電気生理検査時, 頻拍はプログラム刺激では誘発されず, isoproterenol (ISO) 投与によりに出現した。頻拍の起源は右上肺静脈 (RSPV) に同定された。頻拍周期は100-130msと変動したが, RSPV内での興奮伝播過程は一定で局所起源と考えられた。心房への伝導は2:1-5:1のexit blockを呈した。RSPVを電氣的に隔離し頻拍は消失した。隔離後はISO投与にてもRSPV内には自発興奮は誘発されなかった。【総括】本頻拍の出現には先行心房興奮が必要で, その機序は異常自動能ではなくカテコラミンにより増強する撃発活動と考えられた。左房への伝導はexit blockを呈しこれにより周期の短い頻拍が心房細動に移行せず維持されたと判断された。

136) ICD植え込み4ヵ月後, 作動をきっかけに大量の心嚢水を認めた一例

(安城更生病院循環器センター循環器科)
河合秀樹・田中美穂・村田欣洋・清水優樹・
子安正純・堀部秀樹・竹本憲二・野々川信・
度会正人

症例は38歳男性。主訴は一過性意識消失。仕事で徹夜明け, 同僚と立ち話をしていた1分程度の意識消失あり, 当院内科受診。精査にてブルガダ症候群と診断し, 2006年2月2日ICD植え込み術を施行した。退院後自覚症状なく経過していたが, 同年5月26日から6月1日までに3回ICD作動あり。6月9日より労作時胸痛出現し, 同11日当院救急外来受診。バイタルは安定していたものの, 胸部X線上で著明な心拡大, 心エコー上多量の心嚢水を認め, 緊急入院となった。心嚢穿刺施行後心嚢水は消失し, その後増加を認めなかった。またICD機能としても異常を認めないため, 観血的治療は行わず, 保存的に経過観察とした。今回植え込み術4ヵ月後, ICD作動をきっかけに大量の心嚢水を認めた貴重な症例を経験したのでここに報告する。

137) 急性広汎前壁心筋梗塞に合併したelectrical stormの一例

(三重県立総合医療センター循環器科)
谷村宗義・熊谷直人・渡辺清孝・中森史朗・
尾邊利英・森木宣行・沖中 務・矢田隆志・
小西得司

症例は69歳男性。入院2日前発症の急性広汎前壁心筋梗塞にてNYHAV^oの心不全状態となり入院。冠動脈造影では左前下降枝#6で完全閉塞しており, 1枝病変であった。入院時, 高度の不穏状態であり, Haloperidol, Chlorpromazineを用いて鎮静を行った。発作性心房細動を繰り返しており, amiodarone, procainamideを投与。入院時QTcは470msと軽度の延長であったが, 3日後626msと著明に延長したため各薬剤を中止するも, 10日目にTorsade de pointes (TdP) からElectrical storm (ES) の状態となった。QTcも短縮してきたが, 薬剤抵抗性のTdPが持続。over-drive pacing施行下に, Carvedilolとamiodaroneの投与を行いVPCの出現は抑制された。心筋梗塞急性期に生じたESにて救命できた一例を報告する。

138) 房室結節“ultraslow pathway”を有し心室2重応答を呈した発作性心房頻拍の一例

(静岡済生会総合病院不整脈科) 竹本芳雄・
小坂利幸・横山恵理子・鈴木智之
(名古屋大学環境医学研究所循環器分野)
児玉逸雄

【症例】41歳女性。主訴は動悸。動悸に一致してlong RP型の“narrow QRS tachycardia”を認めた。心房早期刺激にて2段階の“AH jump up”を認め, 房室結節三重伝導路の存在が示唆された。頻拍はAH jump upとは関係なく誘発され, 室房伝導を認めないことより心房頻拍と診断した。最早期興奮部位は冠静脈洞開口部 (CSos) 近傍の右房後中隔に同定された。頻拍のAH時間は“short”, “long”の二通りを呈し, 前者はfast pathway, 後者はslow pathway経由の房室伝導と判断された。また, 一発の心房早期刺激に対し心室2重応答が認められ, この際にはfast pathwayとultraslow pathwayを経由していた。頻拍はATP 1mgにて停止するものの, 直後に出現する異所性心房興奮 (ATPにて誘発) をトリガーに容易に再出現。この異所性心房興奮に対し心室2重応答を生じ興味ある心電図所見を呈した。【総括】房室結節三重伝導路を有し, 種々の房室伝導パターンを呈したKoch三角起源ATP感受性心房頻拍を経験した。

139) 運動負荷で誘発された特発性心室頻拍の一例

(高岡市民病院内科) 村本明彦・平瀬裕章・
原城達夫

症例は65歳の男性で3時間以上持続する動悸で来院した。来院時心電図では心拍数188/分, 右脚ブロック, 右軸偏位型のVTを認めた。VTは運動負荷にて誘発された。電気生理学的検査ではVTは心室プログラム刺激で誘発されず, イソプロテノール負荷で容易に誘発され, ATP, ペラバミルの静注で停止した。カテーテル先端マッピングでは左室前側壁基部にQRS起始部より57ms先行する最早期興奮部位を認め, 同部への高周波通電によりVTは停止した。術後の運動負荷でVT誘発不能であった。今回我々は左室流出路に起源を有するアデノシン感受性VTを経験した。その機序としてtriggered activityが考えられ, 右室流出路起源VTと同様にカテーテルアブレーションが有効と考えられた。

140) 神経血管減圧術で治癒した舌咽神経痛に起因する徐脈性失神の一例

(順天堂大学医学部附属静岡病院)
宮崎忠史・住吉正孝・宮崎彩記子・林 英守・
一瀬哲夫・伊藤誠悟・川村正樹・小島 諭・
諏訪 哲・櫻井秀彦

83歳女性。右頸部から咽喉部の疼痛に伴い失神発作を繰り返し当院を受診。救急外来で一過性の洞停止と失神発作を認め緊急入院, 経静脈的に体外式ペーシングを施行した。食物の嚥下負荷時に疼痛の増悪と共に洞停止, 失神発作が再現されたが, 同発作は硫酸アトロピンで抑制されたため, 舌咽神経痛に起因する神経反射性失神と診断, 外科治療(神経血管減圧術)を施行した。術後, 神経痛は消失, 徐脈・失神発作もなくなり, 嚥下負荷でも発作は誘発されなかった。後日施行した心臓電気生理学的検査では洞機能・房室伝導能に異常なく, ペースメーカー植え込みは行わずに退院した。舌咽神経痛による徐脈性失神は神経反射に起因し, 外科治療により治癒が期待できる病態であり, 適切な診断により不必要なペースメーカー治療を避けることが可能である。