第2回阪神アブレーション電気生理研究会
プログラム

日　　時　平成10年10月24日(土) PM 15:00 ～ PM 18:00
会　　場　大阪ガーデンパレス
当番世話人　清水　宏紀「兵庫医科大学第一内科」

演題 1

「左室流出路起源心室性頻拍の若年者2例」

近畿大学医学部心臓小児科
谷平由布子、中村　好秀、福原　仁雄、田里　　寛、横山　達郎

演題 2

「房室三重伝導路を有した房室結節回帰性頻拍の一例」

大阪医科大学第一内科
児島　成之、中小路　隆裕、横田　直人、成山　　仁、中院　美香、星賀　正明

演題 3

「右脚ブロック、右軸偏井を呈し、左脚前枝が起源と考えられた心室頻拍の症例」

兵庫県立姫路循環器病センター循環器科
吉田　明弘、板垣　　毅、荘田　容志、梶谷　定志、宝田　　明、林　　孝俊
銕　　寛之、吉田　　浩

演題 4

「心房頻拍と鑑別が困難な稀有型房室結節回帰性頻拍症と考えられた一例」

兵庫医科大学第一内科
峰　　隆直、清水　宏紀、稲角　貴則、岩崎　忠昭

演題 1

「左室流出路起源心室性頻拍の若年者2例」

近畿大学医学部心臓小児科
谷平由布子、中村　好秀、福原　仁雄、田里　　寛、横山　達郎

症例1は12歳男児で、8歳時に運動誘発性心室頻拍と診断され投薬を受けていたが改善せず、当科へ紹介された。頻拍時のQRS波形は、左脚ブロック、垂直軸、V3でR/S＞1であった。電気生理検査で心室頻拍は誘発されなかったが、イソプロテレノール負荷で心室頻拍と同型の心室期外収縮（PVC）が頻回に出現した。大動脈弁左冠尖内に最早期興奮部位を確認し同部位で高周波カテーテルアブレーションを施行、1回の通電で成功した。

症例2は18歳男児で、17歳時に学校検診でPVC連発を認め、ホルター心電図で非発作性心室頻拍と診断された。運動負荷心電図では誘発されなかった。頻拍時のQRS波形は、左脚ブロック、垂直軸、V3でR/S＞1であった。電気生理検査で心室頻拍は誘発されなかったが同形のPVCが頻回に出現し、左室流出路内に最早期興奮部位を確認し同部位で高周波カテーテルアブレーションを施行、1回目の通電で成功した。

演題 2

「房室三重伝導路を有した房室結節回帰性頻拍の一例」

大阪医科大学第一内科
児島　成之、中小路隆裕、横田　直人、成山　　仁、中院　美香、星賀　正明

症例は57歳女性、10年来の動悸を訴え'97年11月近医を受診、心拍数210/分、Narrow QRS波形の頻拍発作が捉えられた。'98.5.13心臓電気生理検査およびカテーテルアブレーションを施行した。室房伝導は三重伝導であった。防室伝導は二重伝導形態を呈したが明らかなJunp upはみられなかった。心房期外刺激により房室遅（中間？）伝導路を順行し、速伝導路を逆行する房室結節回帰性頻拍が誘発された。洞調律下に冠静脈洞入口部、三尖弁輪部をマッピングするとSLow Pathway Potentialが記録され、同部位で高周波通電を開始した。接合部調律の出現を見、この後頻拍は誘発不能となった。焼灼後の室房伝導は二重伝導となり中間伝導路が消失していた。房室伝導の二重伝導形態も消失し速伝導路だけとなったがその不応期は延長していた。本症例の如く通常型房室結節回帰性頻拍でもその成立には必ずしも最下方の遅伝導路を含むとは限らないと考えられた。

演題３

「右脚ブロック、右軸偏位を呈し、左脚前枝が起源と考えられた心室頻拍の症例」

兵庫県立姫路循環器病センター循環器科
吉田　明弘、板垣　　毅、荘田　容志、梶谷　定志、宝田　　明、林　　孝俊、津村　泰弘
銕　　寛之、吉田　　浩

症例は46歳男性。拡張型心筋症にて通院加療中のH10年5月、HR150bpm、右脚ブロック、右軸偏位型の心室頻拍が出現し緊急入院した。リドカイン、ベラパミルは無効であり、プロカインアミド静注にて洞調律へ復した。心臓電気生理学的検査では、頻拍中に左室前部中隔から前壁にかけて拡張中期にPurkinje電位を認めたが、左脚前枝、後枝、右脚とも近位側から遠位側に興奮伝播しており脚枝間リエントリーは否定的であった。最早期のPurkinje電位を指標に高周波アブレーションを試みたが、通電中に一旦は頻拍は停止するもののQRS波形の異なる頻泊が出現した。計3回のセッションでも頻泊は消失せず、アブレーションによる根治は断念した。アミオダロン内服で経過観察としたが間質性肺炎を合併したためアミオダロン投与中止。プロカインアミド内服しているが十分には抑制できていない。さらに心機能も低下してきたため、現在心移植を検討中である。

演題４

「心房頻拍と鑑別が困難な稀有型房室結節回帰性頻拍症と考えられた一例」

兵庫医科大学第一内科
峰　　隆直、清水　宏紀、稲角　貴則、岩崎　忠昭

症例は27歳女性、平成9年3月頃より動悸発作を自覚、各種投薬をうけていたが改善せず入院。頻脈は心拍数180/分、narrow QRSを呈しP波はⅡ、Ⅲ、aVFで陰性、V1、V2で陽性でlong R-P'頻脈を呈した。電気生理学的検査では房室伝導二重伝導路特性は認めず、室房伝導を認めたがブロックレートは低かった。頻拍中の最早期興奮部位は右房後中隔でえあった。頻拍中、His束が不応期の際に右室より心室期外刺激をおこなったが頻拍はリセットされず、頻脈はATP2.5mgにて房室ブロックでverapamil 4mgにて室房ブロックで停止したことなどから本症例は稀有型房室結節回帰性頻拍症と考えられた。アブレーションを試みるが右房後中隔でのカテーテル操作中、一過性房室ブロックを認めその後、頻脈は誘発されなくなりアブレーション施行せず。本症例は心室刺激にても明確な室房伝導を認めない稀有型房室結節回帰性頻拍症でありカテーテル操作のみにて頻脈が抑制された興味ある症例と考えられた。