

## 第43回神奈川不整脈研究会プログラム

日時：2010年2月20日（土） 常任幹事・幹事会：3:30pm～4:00pm、研究会：4:00pm～7:15pm

会場：ワークピア横浜3F「かもめ」 横浜市中区山下町24-1 TEL：045-664-5252

会長：村川 裕二（帝京大学医学部附属溝口病院 第四内科 教授）

---

開会挨拶 会長 村川 裕二

16:00～17:15 教育セッション

座長：田邊 晃久（東海大学医学部循環器内科 教授）  
：桑原 大志（横須賀共済病院 循環器内科）

『CARTO merge system の基礎と臨床』

原田 智雄 先生

（川崎市立多摩病院 循環器科 部長）

『Ensite System の基礎と臨床』

畔上 幸司 先生（横浜市みなと赤十字病院 心臓病センター内科 部長）

質疑応答（15分）

17:15～18:00 一般演題 座長：庭野 慎一（北里大学医学部循環器内科 准教授）

※ 質疑応答含め1演題15分以内でお願いします。

1. 『心拍数上昇により心不全に至ったICD植込後閉塞性肥大型心筋症患者の1例』

横浜総合病院ハートセンター

竹中 創、中村 光哉、大塚 雅人、梅田 研、東田 隆治

2. 『左房-左上肺静脈接合部起源の心房頻拍の一例』

東海大学医学部附属八王子病院 循環器内科

森田 典成、飯田 剛幸、石井 孝政、岡本 奈美、二階堂 暁、滝川 道生、

及川 恵子、清岡 崇彦、小林 義典

### 3. 『ISP 負荷による上大静脈-右房間伝導促進により誘発された発作性心房細動の一例』

横須賀共済病院 循環器センター 内科

藤井 昭、桑原 大志、中島 永美子、久佐 茂樹、大久保 健史、藤野 紀之、  
高橋 良英、高橋 淳

18:00~18:15 休 憩

18:15~19:15 特別講演

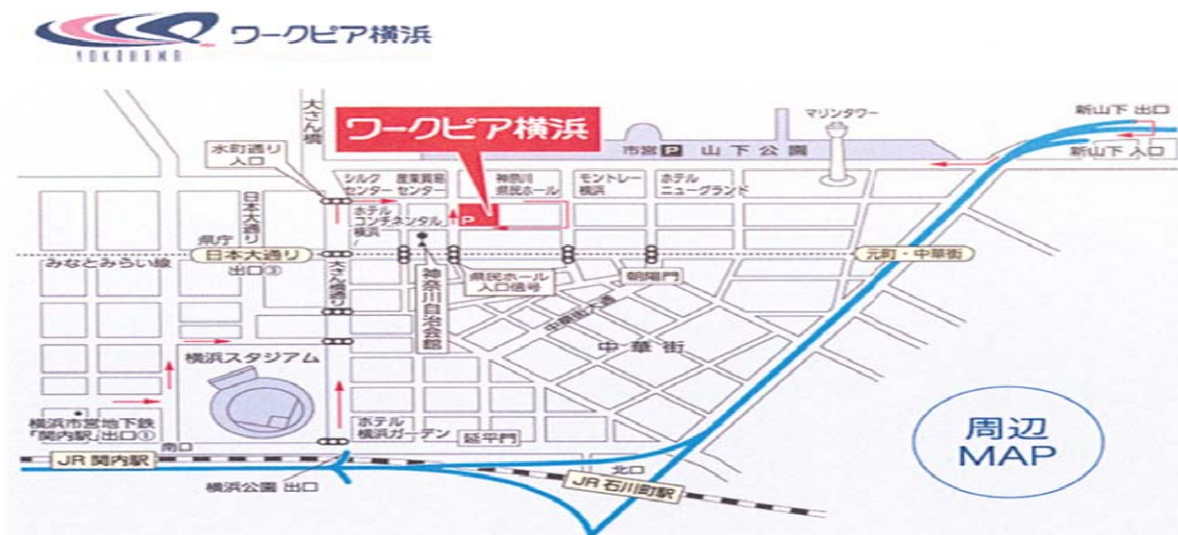
座長：村川 裕二 先生（帝京大学医学部付属病院 第四内科 教授）

『心房細動の周波数解析：抗不整脈薬とアブレーション治療における意義』

藤木 明 先生（静岡赤十字病院 循環器科 部長）

閉会挨拶 代表幹事 田邊 晃久

19:15~21:00 懇親会及び医療機器展示



住所／電話

〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町24-1(山下公園前、県民ホールとなり)  
TEL: 045-664-5252

最寄りの交通機関

**横浜駅よりバスをご利用の場合**

横浜駅東口バスターミナル2番ポールから8系統か58系統に乗車し、神奈川自治会館で下車してください。

**桜木町駅よりバスをご利用の場合**

桜木町駅前バスターミナル2番ポールから8系統か58系統に乗車し、神奈川自治会館で下車してください。

**地下鉄みなとみらい線をご利用の場合**

地下鉄みなとみらい線日本大通り駅3番出口を出て、山下公園方面に向かい徒歩2分です。

**JR根岸線をご利用の場合**

JR石川町駅北口を出て徒歩13分です。中華街から山下公園へと向かってください。

## 心拍数上昇により心不全に至った ICD 植込後閉塞性肥大型心筋症患者の 1 例

横浜総合病院ハートセンター

竹中 創、中村 光哉、大塚 雅人、梅田 研、東田 隆治

**【症例】**77 歳、女性

**【主訴】**呼吸困難

**【現病歴】**2003 年 12 月失神にて受診された際閉塞性肥大型心筋症 (HOCM) を指摘された。心エコー上左心室内圧較差約 80mmHg、また IVS/PW=22/22mm であった。以後 $\beta$ ブロッカーを導入され経過を診られていた。心エコー上左心室内圧較差は約 30mmHg に改善されていた。以後 2006 年にも失神されている。内服は Telmisartan 40mg、Atenolol 50mg、Diltiazem 200mg/日であった。2009 年 2 月意識混濁で救急外来を受診された際洞停止を認め、植込型除細動器 (ICD) を埋め込んだ。機種は Medtronic 社 Virtuoso DR で、設定は DDDR 60-120ppm、AV delay を paced/sensed AV delay=100/70mmHg と設定した。内服は Telmisartan 40mg、Inderal LA 120mg/日に変更した。以後心エコー上左心室内圧較差は約 10mmHg まで改善していた。また労作時息切れも消失していた。2009 年 10 月夫が風呂場で倒れたため助けようとしたところ急に呼吸困難感が出現し、救急車で当院搬送された。

**【入院後経過】**受診時 SpO<sub>2</sub>=80%、両側湿性ラ音を聴取した。また胸部レントゲン上肺うっ血を認めた。心不全は酸素・利尿剤投与で速やかに改善した。ICD をチェックしたところ夫が風呂場で倒れた時間に一致して HR 130bpm 以上の洞性頻脈を認めた。今回の心不全は心拍数の上昇により HOCM に対する pacing therapy が無効となったため、左心室内圧較差が急激に増大し心不全を来たしたものと考えられたため、房室ブロックの作成を行った。また Inderal LA を 240mg に増量した。

**【結語】**心拍数上昇により HOCM に対する pacing therapy が無効になったことを契機に心不全に至った 1 例を経験した。

## 左房-左上肺静脈接合部起源の心房頻拍の一例

東海大学医学部附属八王子病院 循環器内科

森田 典成、飯田 剛幸、石井 孝政、岡本 奈美、二階堂 暁、滝川 道生、  
及川 恵子、清岡 崇彦、小林 義典

症例は 17 歳、女性。数年前より動悸を頻回に自覚し、精査加療のため当院受診となった。心エコー上構造的疾患、また血液生化学検査上異常所見は認められなかった。動悸時の 12 誘導心電図上では心拍数は 120 拍/分で、V1 誘導で陽性 P 波を有し、同調律時の P 波に近似した P 波を呈する Long RP&rsquo; Tachycardia を認めた。今回心臓電気生理学的検査 (EPS) 目的に入院した。同頻拍はインセサントに期外収縮を伴わず出現と自然停止を繰り返し、心房頻拍 (AT) と考えられた。通常の高位右房(HRA)、ヒス束、冠静脈洞(CS)に配置したカテーテルによる電位記録からは AT 中の早期興奮部位は HRA であり、AT 起源は右房上部あるいは上大静脈 (SVC) に位置すると考えられた。まず AT 中の最早期興奮部位 (EAS) をより詳細にマッピングすべく、右房(RA)-SVC 接合部に Non-contact Mapping を配置した。RA-SVC 接合部に配置した Non-contact Mapping の範囲内では EAS は SVC 後方中隔側に位置し、P 波より 20ms 先行しており同部を起源とする AT と考えられた。しかし SVC 内の EAS に通電を行うも AT は停止せず、同部後方の右上肺静脈起源の可能性が考えられたため、次に Non-contact Mapping Array を経心房中隔的に左房(LA)内に挿入した。AT 中の LA 内の Non-contact Mapping では左上肺静脈(LSPV)入口部と LA 天井の接合部に EAS を認めた。EAS 部における局所電位は P 波に 40ms 先行し、また fragmentation を伴う電位を呈しており、また同電位は同部の局所 LA 興奮電位に連続していた。AT 中の同部のアブレーションにより約 2sec 後に AT は停止した。本例は、LSPV-LA 接合部に AT の起源を認め、LA-SVC 間の伝導を有した希な症例であり、ここに報告する。

## ISP 負荷による上大静脈-右房間伝導促進により誘発された発作性心房細動の一例

横須賀共済病院 循環器センター 内科

藤井 昭、桑原 大志、中島 永美子、久佐 茂樹、大久保 健史、藤野 紀之、  
高橋 良英、高橋 淳

症例は 60 歳男性。発作性心房細動と洞不全症候群のために 2010 年 1 月に、カテーテルアブレーションを実施した。左右肺静脈隔離後に高用量イソプロテレノール負荷を実施したところ、再現性をもって上大静脈より心房細動が誘発された。上大静脈内にリング状カテーテルを挿入し観察していると、体表の心電図は洞調律に回復したものの、上大静脈内は細動興奮が持続していた。そこで電気ショックにより上大静脈内の細動興奮を除細動したところ、洞調律下で上大静脈電位は確認されず、右房から上大静脈への興奮は認められなかった。イソプロテレノール負荷中止後は自然に上大静脈は細動興奮になるものの、体表心電図は洞調律を維持していた。カルトマッピングを使用し、上大静脈右房接合部位を円周状に焼灼したところ、高容量イソプロテレノール負荷でも心房細動は誘発されなくなった。本症例は初回アブレーションであったが、上大静脈から右房への潜在性の興奮が、イソプロテレノールにより顕在化し、上大静脈起源の細動興奮が心房に伝播し心房細動を引き起こしているものと考えられ、興味深い症例と思われ報告する。