

# 第46回神奈川不整脈研究会プログラム

日時:2011年9月10日(土) 常任幹事・幹事会:3:30pm~4:00pm、研究会:4:00pm~7:15pm

会場:TKPコンカード横浜カンファレンスセンター2F「ホールA」

横浜市神奈川区金港町3-1コンカード横浜2F TEL:045-450-6317 <http://tkpey.net/>

会長:松本 直樹(聖マリアンナ医科大学 薬理学 准教授)

---

開会挨拶 会長 松本 直樹(聖マリアンナ医科大学 薬理学 准教授)

16:00~17:00 教育セッション

座長:西崎 光弘(横浜南共済病院 循環器センター 部長)

:東 祐圭(昭和大学藤が丘病院 循環器内科 准教授)

『心房細動アブレーションのPitfall —Anatomy から—』

井川 修 先生

(日本医科大多摩永山病院 循環器内科 教授)

『心房細動アブレーションのPitfall —Method から—』

高橋 淳 先生

(横須賀共済病院 循環器センター内科 部長)

17:00~18:00 一般演題 座長:原田 智雄(聖マリアンナ医科大学 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. 『冠静脈洞入口部起源の心房頻拍の1例』

1) 横浜総合病院 ハートセンター 2) 川崎幸病院 心臓病センター

中島 孝(1) 竹中 創(1) 山崎 継敬(2) 尾崎 弘幸(1) 中村 光哉(1) 大塚 雅人(1) 鶴見 由紀夫(1)

2. 『待機入院にて頻拍発生時に緊急アブレーション施行し、治癒し得た発作性心房細動の一例』

1) 横須賀共済病院 循環器病センター 内科

渡 雄至(1) 桑原 大志(1) 高橋 良英(1) 川口 直彦(1) 山尾 一哉(1) 中島 永美子(1) 滝川 正晃(1)

大久保 健史(1) 高木 克昌(1) 高橋 淳(1)

3. 『植え込みから約1年後にリード脱落を来した心室中隔ペーシングの1例』

1) 岡村記念病院 循環器内科 不整脈センター 2) 岡村記念病院 ME科

八尾 武憲(1) 北川 直孝(1) 杉山 弘一(2) 飯塚 宏(2) 水口 紀隆(2)

4. 『発作性心房細動に対するβ遮断薬の効果 -- J-RHYTHM II 試験サブ解析から -- 』

1) 聖マリアンナ医科大学病院循環器内科 2) 薬理学

高野誠 1) 松本直樹 2) 高木泰 1) 石川由香子 1) 西尾智 1) 渡邊義之 1) 長田尚彦 1)

明石嘉浩 1) 原田智雄 1) 三宅良彦 1)

18:00~18:15 休憩

18:15~19:15 特別講演

座長：松本 直樹（聖マリアンナ医科大学 薬理学 准教授）

『In vivo 不整脈モデルの新展開：薬物性 TdP モデルおよび持続性 Af モデルの魅力に迫る』

杉山 篤 先生（東邦大学医学部医学科 薬理学講座 教授）

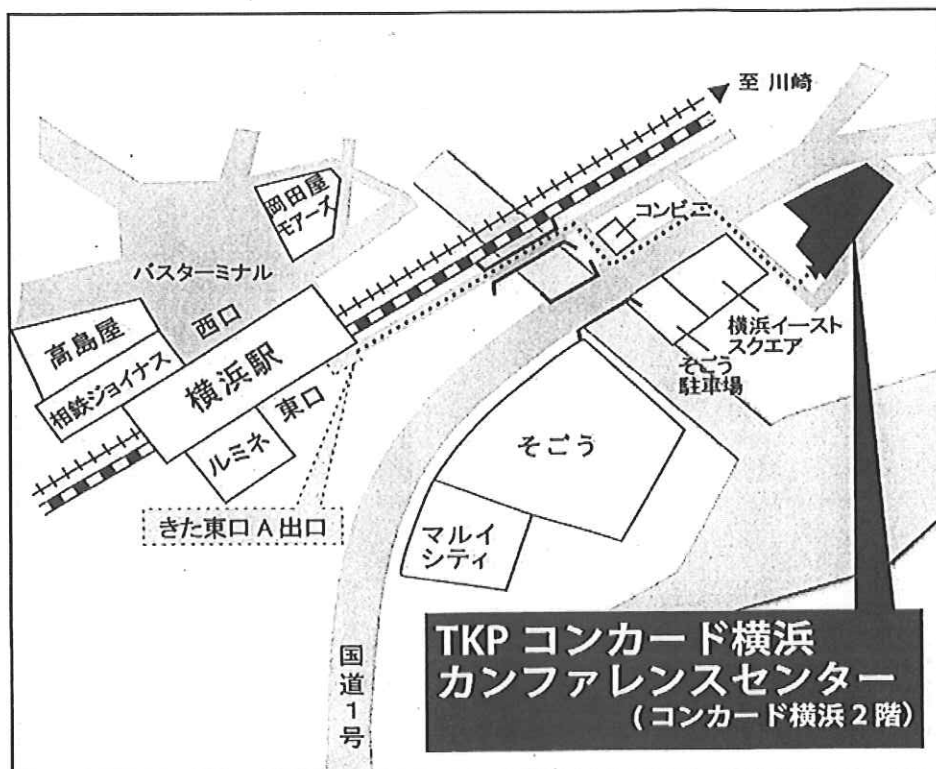
閉会挨拶 代表幹事 西崎 光弘

19:30~21:00 意見交換会及び医療機器展示

会場交通案内

所在地：横浜市神奈川区金港町 3-1(コンカード横浜 2階)

交通：横浜駅「きた東口 A 出口」より徒歩約 6 分



## 冠静脈洞入口部起源の心房頻拍の1例

1) 横浜総合病院 ハートセンター 2) 川崎幸病院 心臓病センター  
中島 孝(1) 竹中 創(1) 山崎 継敬(2) 尾崎 弘幸(1) 中村 光哉(1) 大塚 雅人(1)  
鶴見 由紀夫(1)

【症例】 67歳、女性

【主訴】 動悸

【現病歴】 以前より、動悸を自覚しており、近医にてpilsicainide 50mgの頓服にて加療されていた。平成23年初旬より症状の増悪を認め、24時間心電図上発作性上室性頻拍を認めた。薬剤抵抗性の発作性上室性頻拍に対してカテーテルアブレーション目的に当院紹介となった。

【入院後経過】 平成23年4月カテーテルアブレーションを施行。頻拍は右房頻回刺激にて容易に誘発・停止が可能であった。頻拍はjump upを伴わず誘発された。また頻拍中の心房最早期興奮部位はHis束であった。His束から冠静脈洞入口部までマッピングをしたところ、冠静脈洞入口部上縁後方に心房最早期興奮部位を認めた。頻拍中に同部位を通電したところ、頻拍は停止した。

【退院後経過】 24時間心電図上頻拍の再発は認めず、自覚症状も改善している。

## 待機入院にて頻拍発生時に緊急アブレーション施行し、治癒し得た発作性心房細動の一例

1) 横須賀共済病院 循環器病センター 内科

渡 雄至(1 桑原 大志(1 高橋 良英(1 川口 直彦(1 山尾 一哉(1 中島 永美子(1  
滝川 正晃(1 大久保 健史(1 高木 克昌(1 高橋 淳(1

症例は62歳女性。2006年に薬剤抵抗性の発作性心房細動に対して、両側拡大肺静脈隔離術および下大静脈-三尖弁峡部アブレーションを施行された。しかし術直後より動悸発作が残存し、モニター上心房性期外収縮および発作性心房細動を認めた。抗不安薬やベラパミルにて経過観察したが、同様の症状は定期的に出現した。携帯心電計にて発作時には反復性心房性期外収縮および心房細動を確認出来た為、2008年11月に2ndアブレーション施行となった。EPSにて、右肺静脈上下とも再伝導を認めたため同部位の再隔離施行。イソプロテレノール投与下でも心房性期外収縮は出現しないことを確認し終了となった。しかし、術直後より再度動悸発作出現し、心電図上も反復性心房性期外収縮、心房細動を認めた為、ベプリジル、ベラパミルにて経過観察となっていた。しかしその後も週に2-3回の割合で同様の発作が出現した為、3rdアブレーション考慮となった。

イソプロテレノール投与下でも誘発不能な起源不明の心房細動に対して、自然に頻脈発作が起こった際にアブレーションを施行する必要がある為、2011年7月1日に経過観察入院とした。入院11日目夜に同様の発作を認めた為、同日緊急アブレーション施行となった。

まず左房より詳細にマッピングを行うも、明らかな肺静脈の再伝導および早期興奮部位を認めなかった。続いて右房をマッピングしたところ、上大動脈-右房接合部の後側壁に最早期興奮部位を認めた。

同部位は、透視画像上横隔神経直上にあると思われた為、通電により神経損傷の可能性も考えられた。そこで上大静脈上位より持続的にペーシングを行い横隔膜のトウィッチングを確認しながら通電し頻拍は停止した。

本例は、誘発不能な心房細動に対して自然発生を待ってアブレーションを施行した点において新しい治療スタイルと思われ報告する。

## 植え込みから約1年後にリード脱落を来した心室中隔ペーシングの1例

1)岡村記念病院 循環器内科 不整脈センター 2)岡村記念病院 ME科  
八尾 武憲(1 北川 直孝(1 杉山 弘一(2 飯塚 宏(2 水口 紀隆(2

症例は79歳男性。2010年2月25日、2:1 房室ブロックに対しDDDペースメーカー植込術を施行し、スクリーインリードを使用して心室中隔ペーシングを行った。その後のペースメーカー外来における経過観察では心室波高31mV以上、閾値1.0V/0.4msで安定していた。しかし、2011年3月25日のペースメーカーチェックで心室波高低下、閾値上昇(不安定)となり、胸部レントゲンにて心室リード先端が中隔から脱落しているのが確認された。リードを抜去し新しいリードを心室下壁に再留置した。スクリー先端に付着していた組織は線維性増生の目立つ組織で心筋細胞はなく、炎症所見も認められなかったことから無理な牽引や拒絶反応は否定的であった。また、ペースメーカーのデータからは事前にリード脱落を予測し得る情報はなかった。これまでの我々の検討から、心室中隔へのリード留置ではリード先端に牽引する向きの力がかかる状態となるため下壁留置に比べて力学的に脆弱となることが考えられる。仮に生理的ペーシングが長期予後を改善する効果を有していても、それを実現するために留置したリード自体に力学的な脆弱性が存在するならば、リード不全が生じる可能性が高くなるため、生理的ペーシングを行う意義を改めて考える必要があると言える。

発作性心房細動に対するβ遮断薬の効果 -- J-RHYTHM II 試験サブ解析から --

1) 聖マリアンナ医科大学病院循環器内科 2) 薬理学  
高野誠 1) 松本直樹 2) 高木泰 1) 石川由香子 1) 西尾智 1) 渡邊義之 1)  
長田尚彦 1) 明石嘉浩 1) 原田智雄 1) 三宅良彦 1)

現在心房細動の薬物治療のひとつとしてβ遮断薬は多く用いられている。しかしβ遮断薬は心拍数コントロールに用いられ、実際に心房細動の発現を抑制できるかどうかは明らかになっていない。そこで今回我々は J-Rhythm2 試験を用いてβ遮断薬投与群(n=157)と非β遮断薬投与群(n=62)において発作性心房細動の発現を抑制でき得たかを検討した。投与群は非投与群より脂質異常症患者が多かった(p<0.001)。また投与群は非投与群に比較し、BNP が有意に高値を示した(p<0.05)。結果として、1年間の経過観察において投与群と非投与群は発作性心房細動の発現率に有意な差はなく、また発作性から持続性への移行についても両群ともに有意差は存在しなかった。以上よりβ遮断薬は心房細動を抑制する効果は乏しいと考えられた。