

## 第 19 回九州不整脈研究会

日 時：2006 年 10 月 28, 29 日

会 場：阿蘇アソシエート

会 長：田崎 考 (佐賀整肢学園こども発達医療センター)

## 1. 発作性上室性頻拍の 2 例

九州大学病院小児科

山脇かおり, 宗内 淳, 山口賢一郎  
池田 和幸, 金谷 能明

症例 1: 45 生日, 女児. 在胎 40 週 5 日, 3240g で出生. 顔色不良・活気低下のため近医受診し頻脈 (心拍数 280/分) を指摘され当科紹介入院. 血圧 71/49mmHg であったが多呼吸 (呼吸数 100/分), 肝腫大を認めた. 家族歴は特記なし. 〈心電図〉① ATP 0.2mg/kg 静注により頻拍停止 (胸部誘導のみ, V2 は食道誘導). 心拍数 280/分, QRS 軸 +90 度, QRS より約 80msec 後方に逆行性 P' 波を認め, orthodromic AVRT と診断された. また P' 波の極性は V1 陽性, I, aVL で陰性であり左室側壁の Kent であろうと推測された. 洞調律時は  $\delta$  波がみられず concealed WPW 症候群と診断された. V6 誘導でスラーがあるようにみられたが, これは早期興奮でない可能性が高く V7, V8 誘導を記録することで Q 波が検出できるのではないかと考えられた.

症例 2: 12 生日, 男児. 在胎 37 週 3 日, 1,992g で出生. 啼泣後より顔色不良となり, モニター上頻脈 (HR 300/分). 血圧 78/54mmHg. 〈心電図〉① ATP 0.2mg/kg 静注により頻拍停止 (胸部誘導のみ, 食道誘導記録なし). 心拍数 280/分の narrow QRS tachycardia であり, V1 誘導で QRS 直後にみられるノッチが逆行性 P' 波であろうと思われた. 頻拍停止時にその逆行性 P' 波がみられないので AVNRT と診断された. 新生児期にはほとんどが AVRT であるので AVNRT は非常に珍しいが, 体表面心電図を詳細に検討することが正しい診断への一歩である. ジゴキシン投与で頻拍は抑制されている.

## 2. 新生児 wide QRS tachycardia の 2 例

九州厚生年金病院小児科

森鼻 栄治, 山村健一郎, 永田 弾  
渡辺まみ江, 大野 拓郎, 城尾 邦隆

症例 1: 日齢 8 の女児. 在胎 34 週に胎児不整脈を指摘. 出生後は VPC のみであったが, 日齢 8 より心室頻拍がみられ当院へ転院. 180/min の洞性頻脈と A-V dissociation を伴

う 190/min の monofocal な wide QRS tachycardia を繰り返しており心室頻拍と診断. 血行動態は安定していたが Holter 心電図で全心拍の 53% が心室性で減少傾向がなかったため日齢 15 よりカルテオロール 0.3mg/kg/day 内服を開始. 効果は不十分でリドカイン 30  $\mu$ g/kg/min 静注により心室頻拍は著しく減少したためメキシレチン 6mg/kg/day 内服開始したところ心室性不整脈は 0.3% まで減少した.

症例 2: 日齢 10 の男児. 在胎 40 週に胎児不整脈を指摘. 出生後全身状態は良好であったが, 200/min 前後の R-R 間隔がやや不規則な narrow QRS tachycardia と wide QRS tachycardia の混在がみられ, 日齢 4 に当院へ転院. 食道誘導心電図では QRS 波形のいかんにかかわらず P 波が必ず先行した. P-P 間隔は不規則で P 波は正常洞調律のもの以外に 3 種類以上存在し, 変行伝導を伴う multifocal atrial tachycardia と診断した. 次第に 200/min を超える時間が長くなり, ジギタリス 0.005mg/kg の静注を行ったところ頻拍の頻度は激減した.

## 3. 診断・治療に苦慮した narrow QRS tachycardia の 1 女児例

九州大学病院救命救急センター

金谷 能明

同 小児科

宗内 淳, 山脇かおり

症例: 1 歳, 女児.

主訴: 浮腫, 活気低下.

周産期・既往歴: 特記事項なし.

現病歴: 7 月上旬ごろから両親が心拍数が速いことに気づいていたが機嫌も良く元気であったため様子を見ていた. 7 月 7 日ごろより機嫌不良と夜間不眠が出現した. 7 月 9 日朝より顔面浮腫が出現し元気がなくなり, 夕方には下肢の浮腫も認めたため急患センターを受診. ネフローゼ症候群を疑われたため前医を紹介受診. 胸部 X 線で著しい心拡大を認め, 心エコーで心機能異常を認めたため心筋炎, 心筋症の急性増悪を疑われ同日当院救急・集中治療部に転院搬送となった.

現症: 体重 7.015kg, 身長 70cm, 心拍数 190/分, 血圧 85/55mmHg, 呼吸数 55/分, SpO<sub>2</sub> 99%, 体温 38.5°C, 全身状態: 不良, 意識: JCS 0, 全身蒼白, 顔面, 四肢末梢の浮腫あり, 〈呼吸〉呼吸音良好, 〈心臓〉心音は遠く奔馬調律, II 音肺動脈成分充進なし, 〈腹部〉肝臓: 3cm 触知, 軟, 〈四肢末梢〉著しい浮腫あり, 冷感あり, 毛細血管再充填時間の延長 ( $\geq$  3sec) を認めた.

別刷請求先:

〒 812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1

九州大学病院小児科

宗内 淳

検査所見：WBC 11,100/ $\mu$ l, Hb 9.4g/dl, Plt 33.4万/ $\mu$ l, Na 141mmol/l, K 4.6mmol/l, Cl 102mmol/l, Ca 8.8mg/dl, Mg 2.4mg/dl, CRP 陰性, LDH 397U/l, T-CK 205U/l, CK-MB 30U/l, BNP 6,949.1pg/ml, 〈胸写〉CTR 70%, 〈心エコー〉著しい左心系拡大あり, EF 45%, MR 3度, TR 2度. 〈ECG〉心拍数 190/分, narrow QRS tachycardia, 不定軸, 先行する P 波を認めず.

経過：ATP 投与により頻拍発作の停止を認めたため PSVT と診断しジギタリス投与を行ったが発作頻度は増加した。安静時と比べ発作時の QRS 軸が変化していること（安静時：正常軸）、ときどき逆行性 P 波および房室解離を認めたことから His 束近傍の Prukinje 線維起源の心室頻拍と診断した。キシロカイン、プロカインアミドでは発作は減少せず、アミオダロン投与を開始した。アミオダロン開始後、発作頻度は減少傾向にあったが、依然として全心拍数の 65% が VT であった。心機能の改善後、プロプラノロールを開始したところ発作頻度は全心拍数の 25% まで減少した。

#### 4. 多源性心室性期外収縮の 1 例

久留米大学医学部小児科

岸本慎太郎, 家村 泰史, 西野 裕  
籠手田雄介, 伊藤 晋一, 工藤 嘉公  
石井 治佳, 須田 憲治

症例：小学校 1 年時学校心臓検診で VPC を指摘されたが、連発なく管理区分 E-可とされた。小学校 2 年時の定期検診で多源性 VPC の多発、2 段脈を認めた。自覚症状や心拡大（CTR 47%）なし。〈家族歴〉父：中学 1 年時に不整脈のため内服加療も自己中断（詳細不明）、〈Holter 心電図〉VPC 27%, 〈運動負荷心電図〉target HR (192bpm) に達した時点で VPC 消失し, HR 110bpm で再出現した。多源性 VPC が多発。自覚症状なし。

経過：管理区分 E-禁で管理した。小学 3 年時検診では自覚症状なかったが CTR 49% であり, Holter 心電図で VPC 30%, 30 秒以上続く VT を認めた。4 年時検診では Holter 心電図 VPC 27% であったが多源性 (3 種波形), 持続的に 2~3 段脈となっていた。また CTR 54% と心拡大を認め, 心エコーでも LVDd 47mm (+3.5SD), EF 74% であった。BNP 39.5pg/ml と上昇もあった。β ブロッカー (テノミン 12.5mg/日 × 1) 内服し, 管理区分 D-禁とした。

#### 5. 運動選手の房室ブロックの 1 例

長崎大学医学部歯学部附属病院小児科

山本 浩一, 本村 秀樹

症例：14 歳, 男性, 主訴：心電図異常, 既往歴：特記事項なし, 家族歴：祖父に不整脈。

現病歴：小学校の入学時健診で I 度房室ブロックを指摘され 7 歳時に当院初診となった。特に自覚症状はなく, 心電図は HR 75bpm, PR 0.22~0.26sec, QRS axis 60°, I 度房室ブロックのみであった。9 歳から課外クラブでバスケット部に所属し週に 3 回練習を始めた。中学校入学後 (12 歳時) の

心電図では PR 0.4~0.52sec の Wenckbach 型 II 度房室ブロックが認められた。トレッドミル運動負荷では PR 短縮し, 心拍数は 180bpm まで上昇, 負荷中および回復期に II 度以上の房室ブロックは認めなかった。ホルター心電図では夜間に Mobitz II 型も記録されていた。2005 年 4 月 (13 歳時), ホルター心電図で夜間に III 度ブロックになっていることがあった。同年 12 月受診時には心拍数 44 と PR が著明に延長した II 度房室ブロックとなっており, ホルター心電図では夜間の III 度のブロックが目立つようになっていた。2006 年 3 月, 心電図は心拍数 42bpm で PR が著明に延長した II 度房室ブロックと変化なかったが安静時心拍数が低下していた。同年 8 月のホルター心電図では心拍数 30~144bpm (平均 48bpm, 最大 RR2.57sec), 昼間にも一部 III 度のブロックが認められるようになった。しかし, トレッドミル運動負荷では心拍数 65~175bpm と心拍応答は良好で回復期にも I 度ブロック (PR 0.36s) が認められたのみであった。なお, 徐脈による症状は採血後に気分不良になることが 1 回あったが, それ以外は (めまい, 失神など) 全く認められていない。同年 10 月の胸部 X 線上は CTR 42% で心拡大なし。心エコーでは LVIDd = 49.8mm, EF 58%, LVPWTd = 6.0mm で房室弁の逆流はなかった。血液検査でも電解質を含めて異常なく, BNP 17.8pg/ml, ANP 20pg/ml で血中カテコールアミン分画も正常であった。しかしながら, MRI では心筋がやや菲薄化しており delayed image では diffuse にわずかに染まりがあり DCM 様の所見が指摘された。スポーツ心臓としての運動量はなされておらず, スポーツ心臓は考えにくい。心電図では AV 伝導の fast の成分が認められ slow な因子のみと思われる。機能性ではなく器質的なものである可能性も高く今後も経過観察が必要である。

#### 6. 完全房室ブロックによる心室停止を起し緊急ペーシングにより救命し得た急性心筋炎の 1 例

熊本赤十字病院小児科

平井 克樹, 池田ちづる, 菊川 美美  
竹内 美実, 武藤雄一郎, 本村 栄章  
右田 昌宏, 西原 重剛

症例：5 歳 5 カ月。

既往歴：生来健康。けいれん, アレルギー歴なし。

家族歴：特になし。

現病歴：2006 年 9 月 2 日夕方, 37°C 台の発熱。翌 3 日朝, 37.5°C。14 時 12 分, 全身性の強直間代性痙攣出現し救急車要請。14 時 44 分, 当院到着。痙攣は頓挫中。JCS 0, 体温 37°C, 口唇チアノーゼ, 四肢冷感あり, SpO<sub>2</sub> 100% (room air)。血圧 104/74mmHg。15 時 00 分, 小児科コンサルト。聴診上徐脈あり。12 誘導心電図にて完全房室ブロックの診断。以後, 数分ごとに徐脈-心停止を繰り返した。16 時 00 分, 心カテ室にて体外式ペーシングワイヤー挿入術施行。ペーシング後, 循環安定。17 時 05 分, 全身管理のため ICU 入室となる。

入院後経過：ペーシング（VVI, lower rate 90, out put 5mV, sense 1mV）下にて、鎮静、人工呼吸管理施行。内科治療として $\gamma$ グロブリン大量療法（2g/kg）も併用。入院時検査値はWBC 15,200/ $\mu$ l, AST 99IU/l, ALT 32IU/l, LDH 384IU/l, CK 365IU/l, CRP 1.12mg/dl, トロポニン T 陽性であった。その後心収縮力低下なく体外循環は必要とせずペーシングは4日間で終了。9月16日、独歩退院。現在、元気に幼稚園に通園中。

考察：完全房室ブロックによるAdams-Stokes発作により救急外来を受診した。心電図上、完全房室ブロックで広範囲の障害により左脚後枝からわずかに補充調律がでている状態で、数分後に心停止に陥った。救命はできたが、急性期の心筋傷害は著明であったため、今後長期的なフォローが必要と考える。

### 7. 心房停止の1男児例—発症に対するSCN5A遺伝子変異の関与—

長崎大学医学部歯学部附属病院小児科

山本 浩一, 本村 秀樹

心房停止は心筋筋の興奮性が機械的にも電気的にも消失した結果、徐脈、P波の消失、房室接合部調律を特徴とする洞不全症候群（以下SSS）に属するまれな不整脈である。心筋症、筋ジストロフィなど後天的心疾患に合併することも多いが、家族性が疑われる例もある。一方、心筋Naチャンネル遺伝子であるSCN5Aは、現在までさまざまな変異が報告されている。SCN5A関連の遺伝性不整脈は、QT延長症候群、Brugada症候群が従来知られており、多くは心室性不整脈を来していた。しかし最近、洞不全症候群、家族性心臓ブロック、心房停止などの心房、刺激伝導系の不整脈に関与することもわかってきた。今回われわれは、臨床的にSSSから心房停止と診断した1男児例に、SCN5A遺伝子変異を認めたので、疾患に対する関与も含め症例呈示する。症例は現在13歳の男児で4歳時にSSSの診断を受けた。失神感、めまいなどの症状があり、ホルター心電図上最大洞停止時間5.9秒であったため5歳時に心外膜方式のVVIペースメーカを埋め込まれた。その後、経年的にP波の消退が進み、AFに至ることなく、P波は消失した。また心房ペーシングでの反応も不良で心房停止と診断した。遺伝子検索の結果、SCN5A遺伝子領域に、母方からの変異（M1880V）と父方からの別の変異（801-803S）を認めcompound heterozygousで心房停止を発症したものと考えられた。なお、患者の33歳の母親は失神の既往はないが心電図の右側胸部誘導でST部のsaddle back型変化を示し、SCN5A遺伝子変異の保因者であるためEPS施行下にてフレカインド負荷を行ったところ同部がcoved型に変化しておりBrugada型心電図と診断した。しかし右室での2発期外刺激にてもVFの誘発はなく経過観察とした。

### 8. QT延長症候群の1家系

福岡市立こども病院循環器科

牛ノ濱大也, 石川 司朗, 佐川 浩一

東京医科歯科大学難治疾患研究所・分子病態分野

佐藤 光希, 木村 彰方

症例：〈発端者 = 長男〉小学校1年時学校心検でQT延長症候群が疑われた。8歳時に野球のダイヤモンド1周で失神発作を起こした。その際の心電図はHR 72bpm, QT 0.446s, QTc 0.495sであった。運動負荷で典型的なT波交代現象を認めた。14歳時に動悸を主訴に来院しAfbと診断した。〈長女〉2歳時安静時心電図はHR 92bpm, QT 0.397s, QTc 0.496sであった。小学校1年時心電図はHR 81bpm, QT 0.423s, QTc 0.497sであったが、HR 75bpm以上であり診断基準を満たさなかったので管理不要とされた。しかし、体育リレーの練習中に失神発作を起こした。4年時にも体育授業中に失神発作を起こした。

まとめ：2種類のLQT1遺伝子変異を認めた1家系を経験した。従来の学校心臓検診QT延長診断基準（HR  $\leq$  75bpm, QTc (Bazett)  $\geq$  0.45またはHR > 75bpm, QTc > 0.5）では不十分であり、詳細な既往歴・家族歴の確認が必要である。

### 9. 学校心臓検診で発見されたsustained VT

総合病院鹿児島生協病院小児科

西島 信, 立岡 祐司

症例：小学校1年の内科健診で頻脈を指摘され、直前に行った心臓検診の心電図で140bpmの心室頻拍を示した。自覚症状も失神の既往もなく、血行動態は維持されていた。心臓検診の心電図はQRSの立ち上がりのよい右脚ブロック、左軸偏位型のVTで、ホルター心電図では登校時の歩行等の少しの労作でも容易にVTを認め、午後の50%以上がVTだったが、帰宅後は全くVTはなくVPCも少なかった。VTは140~150bpmでほぼ固定rateで、開始はVPCから、停止時は突然洞調律に復していた。顔面冷水浸水負荷心電図（10°C, 10秒）では浸水直後にjunctional escapeを認めたが、VTは誘発されなかった。トレッドミル負荷心電図検査（modified Bruce法）では開始直後にHR 135bpm以上で、同様のRBBB, LADのVTとなり、HR 150bpm以上で再度洞調律に戻った。運動負荷中止後にはHR 150bpm以下になったところでVTとなり、数分して突然HR 85bpmの洞調律に戻った。

治療： $\beta$ ブロッカー（propranolol）を内服しはじめたところ、VT, VPCの頻度は減少したが、まだ午後の時間を中心に同様のVTが頻発していた。

### 10. 3回の失神発作を呈した心室頻拍の1例

九州厚生年金病院小児科

永田 弾, 大野 拓郎, 宗内 淳

山村健一郎, 森鼻 栄治, 渡辺まみ江

城尾 邦隆

症例は10歳女児、不整脈、突然死の家族歴はない。生来健康で学校健診で異常を指摘されていない。運動が好きでバ

スケートボール部に所属している（1日3時間、週4回の練習）。2004年8月、非常に暑い日で、体育館でのバスケットボールの練習中に数分間の失神発作と痙攣を起こした。軽度の熱中症との親の判断で医療機関の受診はしていなかった。2005年6月、50m泳いだ後、プールから上がろうとしたときに数分間の失神と痙攣が起こった。近医で頭部CTと脳波を行ったが異常はなかった。2006年6月、水泳の際にプールに浮かんでいるのを発見された。前医受診し、運動負荷心電図で多形性心室頻拍を認めたため精査加療目的で当科へ紹介となった。安静時心電図では、HR 56bpm, NSR, QRS axis 60°, PR 0.12sec, QRS 0.08sec, QT (V5) 0.41secであった。運動負荷心電図では開始後4分で、多形性のVPCが出現し、VPC 3連発がみられた（主たる波形の起源は左室流出路で中隔寄りと考えられた）。ホルター心電図では、安静時でのVPCの出現は数回だが、運動時（バスケットボール練習中）に多形性VPCが頻発しはじめ、2連発も形成する。イソプロテレノール負荷を行ったが、0.1γから開始し、HR 150bpmまで上昇したところで嘔気出現（BP 120/56mmHg）したため、0.3γまで負荷し中止した。VTの出現はなかった。冷水負荷、加算平均心電図、運動負荷心筋シンチ、心臓MRIでは異常はなかった。以上よりカテコラミン感受性多形性心室頻拍と診断し、β blockerの内服を開始した。今後の治療としてICDは年齢を考えると、留置後の精神的不安が強くなる懸念される。Ca antagonistの併用も効果が期待されるが、ablationの適応も考えられ、専門機関での検討を予定している。

### 11. 3歳から失神発作を反復した神経調節性失神（心抑制型）の1例

山口赤十字病院小児科

大淵 典子, 三井 敬一, 門屋 亮  
神田 岳, 山村 泰一

たはらクリニック  
田原 卓浩

症例：3歳時に病院で予防接種を受けた5分後の失神発作をはじめに、ドアで指をはさみ出血したとき、乳歯が抜けて出血したとき、母親の点滴処置時、木の葉で手を切ったとき、台風で急な停電時など、恐怖や疼痛を誘因として失神を反復して紹介された7歳女児。ホルター心電図装着し採血を行ったところ採血前に心拍数178/分へ増加後、採血数分後に血圧64/30mmHgに低下。引き続き58秒間の心停止が確認された。神経調節性失神（以下NMS）を疑いTilt試験を施行。開始時血圧121/69mmHg、心拍数128/分から、開始2分後に血圧82/46mmHg、心拍数69/分に低下し嘔気を訴え陽性と判定。エホチール効果判定のため内服40分後から再試験を行う。開始時血圧117/70mmHg、心拍数93/分から36分間は症状出現せず、37分に血圧91/51mmHg、心拍数90/分に低下し嘔気出現。エホチール有効と判断し以後内服を継続している。

まとめ：Tilt試験はNMSの診断に有用であるとともに治療薬効果判定にも有用であると考えられた。

### 12. 新生児心室性頻拍の1例

国立病院機構小倉病院小児科

竹中 聡, 東山 邦美, 山下 博徳

症例：日齢8男児。在胎37週0日、出生体重2,500gで仮死なく出生。日齢2に母体発熱、日齢8に児の末梢冷感、活動性の低下から新生児感染症が疑われ当科へ搬送。

経過：入院時はnot doing well、呼吸は不規則で無呼吸を伴った。心音は減弱しgallop rhythm。血液検査は血小板減少、逸脱酵素上昇、CRP陰性、髄液検査で単核球優位の細胞数増加を認め無菌性髄膜炎、DICと診断。心電図でSVPCを認め、心エコーで心機能低下があり心筋炎合併と考えた。人工呼吸器管理としてIVIG、DOA/DOBの投与。10時間後、HR 18bpmの頻脈となり洞性頻脈と診断。カテコラミン中止で改善。入院2日目に心機能改善なく再度DOBのみ再開。入院5日目にHR 21bpmのnarrow QRS tachycardiaとなりDOBを中止。QRS前にP波様の波形を認めるがPR 0.06msecと短くconductionは考えにくかった。ATP投与でもP波は不明で、HR 150bpmのjunctional rhythmとなった。その後、HR 210bpmの波形とHR 150bpmの波形を繰り返し、HR 150bpmに落ち着いた。20時間後に再度HR 210bpmの波形となり、ATP、リドカインを投与するも改善なく診断に難渋。洞頻脈も考えrate control目的でジギタリスを投与。7時間後、改善なくVPCが散見されリドカインを増量して投与するとVPCは消失し、ゆっくりとHR 110bpmの洞調律となり以降認めなかった。一連の不整脈は上室性頻脈と考えられたがりドカインの効果からVTと考えた。

### 13. 成人先天性心疾患の難治性上室性頻拍に対するアミオダロンの使用経験

国立病院機構長崎医療センター小児科

手島 秀剛, 岡崎 覚

症例1：28歳、男性。無脾症、単心室・単心房、肺動脈閉鎖のためフォロー中。21歳時に上室性頻拍発作初発。ジギタリス投与で洞調律へ復していたが、24歳時に頻拍発作再発し、ジソピラミド内服開始。房室弁逆流が影響していると考えられ、同年、房室弁形成術を施行したが逆流は残存し、以後もAF (Af)に伴う頻拍発作を繰り返すため、たびたび電氣的除細動を要していた。25歳時よりカルベジロール投与も行っていたが、著しい慢性心不全 (FS = 0.17) および腎不全 (腎前性・腎性)のため循環・薬物管理および不整脈のコントロールに困難を極めていた。2005年6月 (27歳)よりアミオダロン内服開始。以後、AFおよび上室性頻拍発作は認められず、投薬に伴う副反応もみられていない。腎機能は改善し、心機能もFS = 0.23まで改善。アミオダロン投与によりQOLは飛躍的によくなったが、長期予後を考慮すればAFに対するカテーテルアブレーションの適応と考えられた。

症例 2: 33 歳, 女性. 完全心内膜床欠損症, アイゼンメンゲル症候群, 上室性頻拍のためフォロー中. 手術歴はなくチアノーゼが持続している. 中等度の房室弁逆流があり, 軽度の心拡大を認めるが, 心機能は良好. 1997 年 (24 歳) に上室性頻拍発作初発, ATP iv にて頓挫した. 以後, しばしば上室性頻拍発作を生じるようになり, ジギタリス, 利尿剤, エナラプリル, ジソピラミド, カルベジロールの投与を行っていたがコントロール困難で, ほぼ 1 カ月に 1, 2 回の割合で頻拍発作を生じ, 救急外来で ATP iv またはベラパミル iv で頓挫させていた. 発作時にはベラパミルは有効であったが, 内服による発作予防には無効であり, 従来の抗不整脈薬ではコントロールできないと判断, 2004 年 12 月よりアミオダロン投与 (単独) を開始した. 以後, 頻拍発作は消退し, QOL は大きく改善した. 上室性頻拍停止時の心電図より房室結節回帰性頻脈が疑われ, カテーテルアブレーション治療の可能性を指摘された.

#### 14. Pilsicainide が有効であった verapamil 感受性心室頻拍の 1 歳男児例

福岡大学小児科

濱本 邦洋, 橋本 淳一, 吉兼由佳子

1 歳 10 カ月男児. 2005 年 11 月 7 日, 感冒症状と不機嫌, 抱くと児の胸がドキドキするも放置. 10 日, 嘔吐 2 回, 心拍 200/分 以上あり受診. 体重 9.1kg, 心拍数 240/分, 呼吸数 24/分, 不機嫌, 心雑音なし, 肝 1 横指触知, 浮腫なし. 〈胸部 X 線〉 CTR 55%, 〈心エコー〉 LVDd/Ds = 30/23mm, Ao/LA = 12/25mm, EF = 57%, 心電図は左軸偏位・右脚ブロック型 wide QRS tachycardia で逆行性 P 波あり. verapamil 感受性 VT を考えたが変行伝動を伴った AVRT も否定できなかった. ATP iv するも全く反応なく, verapamil iv にて発作停止したことより verapamil 感受性心室頻拍と診断した. 以後, verapamil 40mg/day 予防内服にて外来経過観察した. 2006 年 3 月 5 日, 発熱に伴い頻拍出現, 初回と同様の wide QRS tachycardia を確認した. verapamil iv を 3 回行うも一時的に洞調律に戻るのみで再び VT となる. ATP iv 試みるも全く反応なく, pilsicainide iv にて洞調律になる. 以後, pilsicainide 40mg/day 予防内服開始した. 同年 5 月 18 日, 自宅で 5~6 分のドキドキ発作あり, 再び予防内服を verapamil に変更した. 同年 6 月 4 日, 頻拍発作出現, verapamil を iv するも停止せず, pilsicainide の iv で頻拍停止した. 予防内服を再び pilsicainide に変更した. 同年 10 月 15 日, 4 回目の発作あり verapamil の iv にて頻拍停止. この症例では頻拍発作停止に verapamil, pilsicainide いずれの薬剤も有効であったが, 発作予防効果はどちらも不十分であった. 年少児であるが, 発作を繰り返すようであればカテーテルアブレーションの適応と考えられる.

#### 特別講演

##### 「標準心電図からの頻拍性不整脈診断」

日本赤十字社和歌山医療センター心臓小児科

中村 好秀

#### 教育講演

##### 「房室結節」

新村医院

新村 一郎