

《ワンポイント・レクチャー》

診察時に心室性不整脈を見たら

基礎心疾患の有無について検索するとともに、心室性不整脈に伴う自覚症状の有無と心室性不整脈の程度を評価することが重要です。

まず、既往歴、現病歴、家族歴、理学的所見、胸部X線写真、標準12誘導心電図検査、断層心エコー検査により、狭心症、心筋梗塞、高血圧性心疾患、心筋症、そして鬱血性心不全の有無について診断を行い、次に、禁忌がなければ運動負荷心電図検査により運動負荷時の心室性不整脈増悪の有無をチェックします。そして、最後にホルター24時間心電図検査により、心室性不整脈に関連する自覚症状の有無とLow分類を判定する、という順に検査を進めると良いでしょう。

心筋梗塞、心筋症、鬱血性心不全を合併している例や家族歴に突然死を有する例では、心室性不整脈が心臓突然死の原因となることがありますので、専門医療機関に重症度評価と治療法についての検討を依頼する方が良いでしょう。

心室性不整脈の薬物療法に用いられる薬剤としては、抗不整脈薬(Vaughan Williams分類の群薬)のほかに、カリウムやマグネシウムの補給、遮断薬(Vaughan Williams分類のI群薬)やアンギオテンシン変換酵素阻害薬も有効です。

基礎心疾患が明らかでない心室性不整脈については、自覚症状が強ければ遮断薬や少量の群抗不整脈薬を注意深く用いてもよろしいですが、副作用の出現について厳重に監視する必要があります。

(九州大学循環器内科助手/大原郁一)

《循環器内科学・生涯講座からのお知らせ》

来る平成12年4月下旬より、第19期循環器内科学生涯講座を開始いたします。今期は、一ヶ月に一度、全12回の予定で、前期と同様に第三または第四木曜日の午後7時より開催いたします。

かねてより要望の強かった心エコー検査についての系統的講義や、心疾患に限らず関連分野のトピックスを交えた内容を予定しておりますので、多数の方の受講をお願いする次第です。

案内書および申込書は3月中旬に発送する予定です。内容についてのお問い合わせは、循環器内科の担当(大原、本松)まで、お電話(092-642-5359)でお問い合わせ下さい。

(生涯講座担当/循環器内科助手 大原郁一)



by Dr. Mayu Inoue

《Q & Aコーナー》ここでは、先生方からお寄せいただいた御質問にお答えします。

質問1) 高血圧患者の消化器術後の経口摂取が出来るようになるまでの降圧剤の選択について(アダラート舌下、フランドル・テープ、ミリスロール、ヘルベッサの使い分け) 福岡市 O. K. 先生

回答1) 降圧を目的とした場合、硝酸薬のテープ製剤はあまり効果がありません。術後の降圧薬の選択は患者さんの合併症の有無によって異なります。

- (1) 特に合併症がない場合；
アダラート舌下でも持続点滴製剤でもかまいません。
- (2) 虚血性心疾患、心機能障害、腎機能障害、脳循環障害がある場合；
血圧の変動幅の激しいアダラート舌下はこれらの病状を悪化させる危険があるので、使用しない方が無難です(使うなら少量)。持続点滴の降圧薬がよいでしょう。降圧効果としては(あくまでも経験的なものですが)、
ソディウム・ニトロプルシッド(SNP) > ベルジピン > ミリスロール ニトロール > ヘルベッサ
但し、ニトロプルシッドは3, 4日くらいで止めるのが無難ですし、ベルジピンは高濃度を末梢からいく場合、血管炎を起こすことがあります。

質問2) 心房細動の治療について症例提示

福岡市 N. S. 先生

〔症例〕69歳男性。アルコール性肝障害、陳旧性肺結核、塵肺症で当院を時々受診してました。毎年健康診断を受けており、昨年まで洞調律で問題ありませんでしたが、平成11年10月16日職場検診で心房細動を始めて指摘されました。自覚症状はないようですので、いつ発症したのか正確にはわかりません。平成11年11月13日に当院を受診されました。

脈拍 70-90分、BP 152/83mmHg 胸写では心胸比50%
心臓超音波では、AoD 22mm, LAD 41mm, IVS 9mm, LVPW 9mm, LVDd/Ds 46/30mm, EF 71%, MR(II), AR(I)
明らかな心房内血栓なし。

心房細動出現後、一ヶ月は経過しているようでしたので、脳塞栓症の発症予防のため、ワーファリンを開始しました。また脈拍コントロールのため、メインテートも半錠処方しました。一週間後に受診してもらい、心房細動が持続してましたので、サンリズム150mgを開始しましたが、2週間後も心房細動が持続しています。仕事が多忙のため、土曜日しか受診が難しいようです。

- 1) 心房細動がどの程度持続したら、ワーファリンによる抗凝固療法が必要なのでしょう。この症例の場合は、最初からリスモダン注などの投与を行った方がよかったですでしょうか。
- 2) 今後のことですが、洞調律化のために、他の抗不整脈薬の変更や電氣的除細動を早目に行った方がよいでしょうか。

回答2)

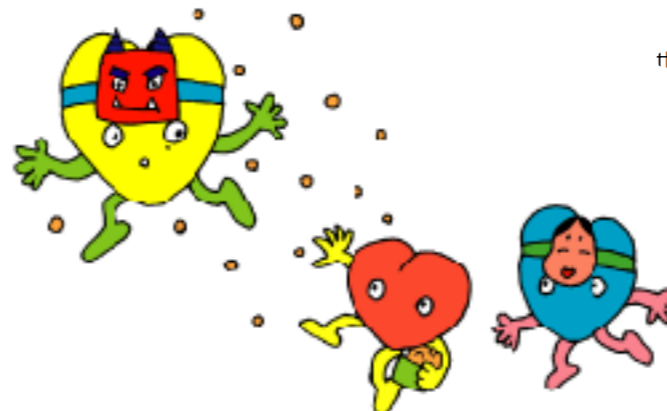
1) 現時点では、65歳以上の人で心房細動が48時間以上持続したら抗凝固療法を始めるよう推奨されています。よってこの患者さんも先生の処置で良かったこととなります。但し、抗凝固療法は除細動前に最低3週間、除細動後に4週間続けるように言われています(これはDCカウンターショックあるいは薬物による除細動、の別を問いません)。

2) 基礎心疾患がなく、心房細動になって1年以内でf波が大きく、左心房があまり拡大していない(45mm以下)場合、一度は除細動を試していいと思います。あらかじめ心拍数をジギタリスやベータ遮断薬、ペラパミルで調節して、洞調律を維持する抗不整脈薬(IaやI群)を内服しておいてから行います。

その際、(1) IaやI群の抗不整脈薬の注射薬を試して、だめな場合に電氣的除細動、(2) 最初から電氣的除細動、のどちらでもかまいません。

但し、この患者さんは基礎に肺疾患があるので、仮に洞調律に戻ってもその維持が難しいかも知れません。

(以上 回答/循環器内科 佐藤真司)



by Dr. Mayu. Inoue

2月に入り、寒い日が続いています。暖かい春が待ち遠しい今日この頃です。
今回、福岡市 N.S.先生より実際御経験された症例についての相談を受けました。このような質問も面白いですし、他の先生方にもお役に立つと存じます。いつでも大歓迎ですので、どしどし編集部へお寄せ下さい。

(広報誌編集担当 佐藤真司)