

● 一般演題

PTCA で改善した完全房室ブロックを伴う
急性心筋梗塞例

獨協医科大学越谷病院循環器内科 渡辺淳一郎・高柳 寛・幡野浩一
津田麻希子・津田早絵子・千田龍二
久内 格・林 輝美・酒井良彦
諸岡成徳

はじめに

急性下壁梗塞の中には、発症早期から重症ショックや、重篤な徐脈性不整脈を呈する例が含まれる。従来から行われてきた輸液療法、IABP（大動脈バルーンポンピング）、心室ペーシング等の治療によっても死亡率が高いことが報告されている。今回われわれは、完全房室ブロックの精査で入院し、急性心筋梗塞を併発した例に対して血行再建直後より完全房室ブロックから洞調律への回復を認めた症例を経験したので報告する。

1 症 例

症例：71歳，男性。

主訴：呼吸困難。

現病歴：平成10年2月6日より夜間呼吸困難，起座呼吸出現するも自然軽快，2月9日朝食後嘔吐転倒しているところを家人に発見され近医を受診した。心電図上完全房室ブロックを認め，Adams-Stokes syndromeが疑われた。その後心電図で一過性の心停止があり，挿管にて精査加療を目的として緊急入院となった。

既往歴：68歳，脳梗塞。

身体所見・検査所見心電図は完全右脚ブロック，心拍数140（前医よりのイソプロテレンールの影響）（図1），血圧77/29 mmHgショック状態，心雑音なし。肺野に軽度ラ音を認めた。白血球数14500，GOT130，LDH928，CK690，

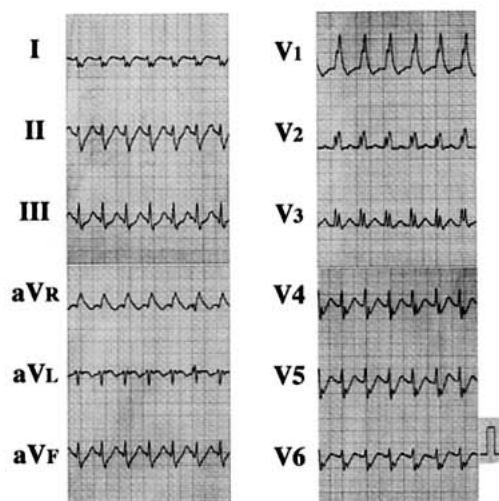
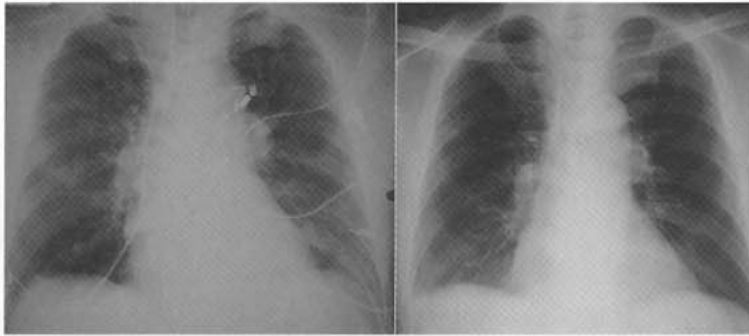


図1 入院時心電図
イソプロテレンールの影響にて心拍数140

CKMB 113.5，血液ガス分析（アンビュー下）pH 7.161，pCO₂ 51.3，胸部X線写真上肺うっ血がみられた（CTR 0.52）（図2）。

前医よりのイソプロテレンール中止後約30分後高度房室ブロックにより心停止をきたし一時的ペースメーカを挿入した（ペーシングレート80 bpm）（図3）。心不全のためレスピレーター管理を行い，IABP挿入下で急性心筋梗塞診断加療目的にて緊急冠動脈造影検査を施行した。右冠動脈造影上#1 90%狭窄#2 99%狭窄（右冠動脈より左前下行枝へ中隔枝を介し側副



入院時 回復時
 図 2 入院時, 回復時 Chest X-P

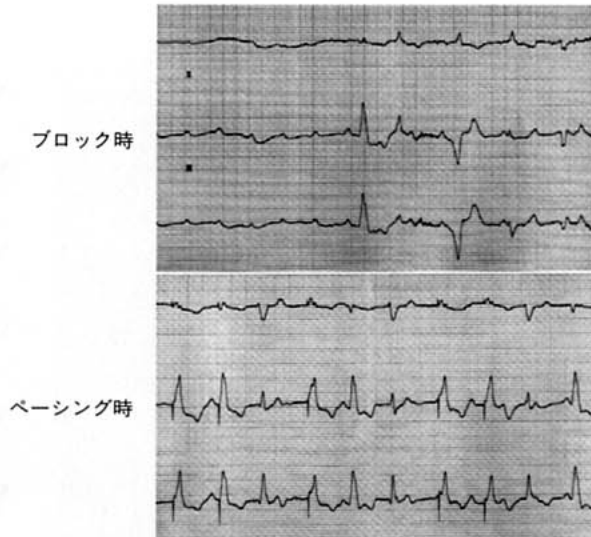


図 3 前医よりのイソプロテレンール中止後約 30 分後高度房室ブロックにより心停止をきたし一時的ペースメーカーを挿入した (ペーシングレート 80 bpm)

血行路あり) を認め, 左冠動脈造影上左前下行枝# 6 および# 11 完全閉塞(第 1 対角枝より左前下行枝および回旋枝へ側副血行路あり) を認めた(図 4)。# 11 へはステントを留置した。血行再建直後より完全房室ブロックから正常洞調律に回復し, 洞徐脈のため翌日までペースメーカー作動していた(図 5)。# 1 に PTCA 施行し, 50% 狭窄へ改善した。# 2 へはステント留置した。PTCA 施行目的にて# 6 にガイドワイヤー通過試みるが不通過だった (図 6)。

意識レベルも徐々に回復し翌日夕刻には正常に回復した。心不全はカテコラミン, 利尿剤にて回復した。慢性期胸部 X 線写真にて CTR はほとんど変化はみられなかったが, 肺うっ血は改善した(図 7)。慢性期心電図所見は血行再建後と大きな変化はみられなかった。慢性期心筋シンチグラムでは SPECT 上前壁から心尖部にかけて軽度再分布がみとめられ, 後壁には梗塞巣を思わせる SPECT の欠損がみられた。左室造影所見は前壁から心尖部にかけては心室瘤

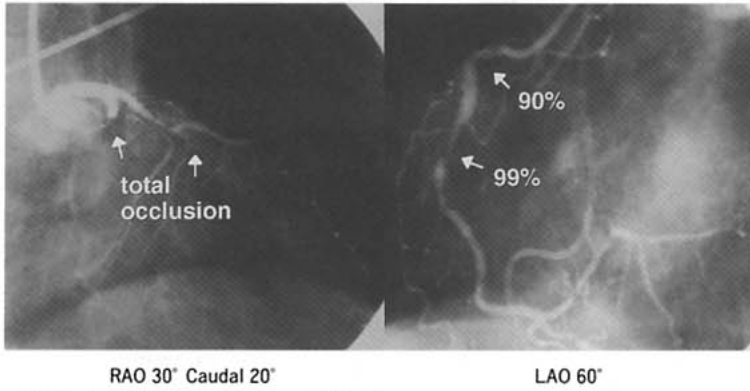


図4 急性期CAG所見 (pre-PTCA)

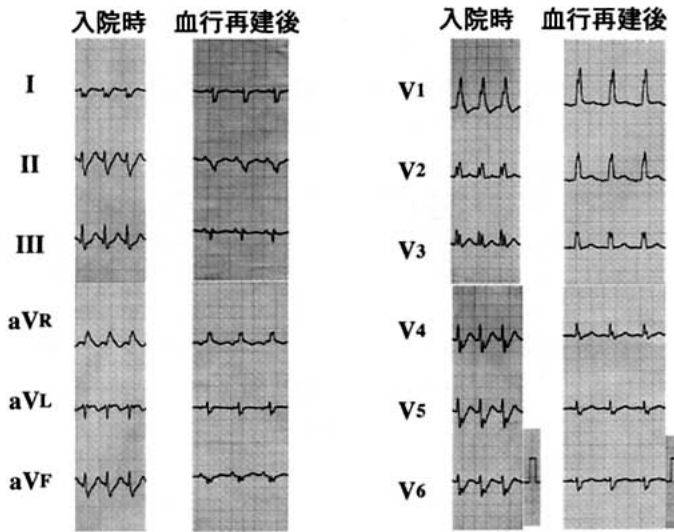


図5 入院時心電図, 血行再建後心電図

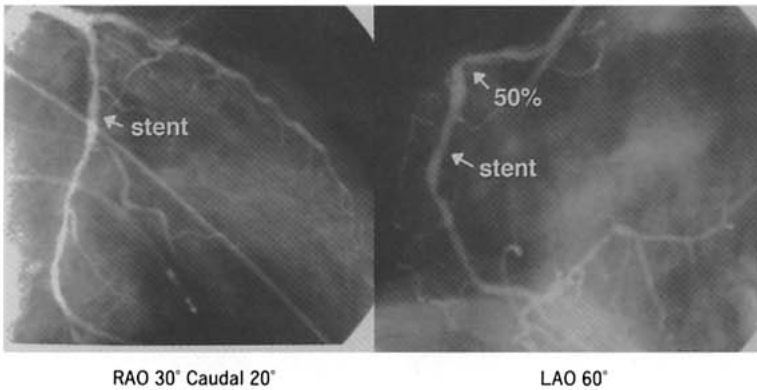


図6 急性期CAG所見 (post-PTCA)

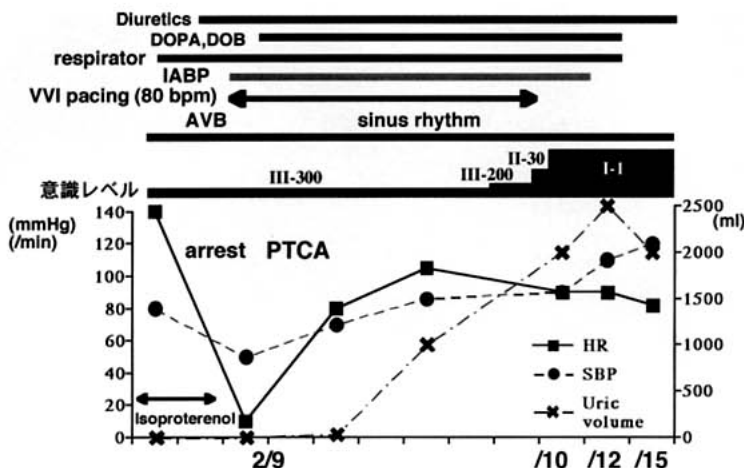


図 7 入院後経過表

がみられ、下壁から後壁にかけては壁運動の低下がみられた。駆出率は0.38と低下していた。慢性期冠動脈造影検査にても前回PTCA、ステント施行部再狭窄みられず、平成10年5月10日退院となった。

2 考 察

急性下壁梗塞に伴う完全房室ブロックの出現は約11~17%とされ¹⁾、その成因としては房室結節の虚血と迷走神経の興奮が考えられており、通常一過性である²⁾。房室結節が主として右冠動脈分枝の血流支配にあるが、左冠動脈からも側副血行が存在するためである。Bassanらは、下壁梗塞の一過性房室ブロックの出現にも、単に右冠動脈の狭窄だけではなく、左冠動脈領域の虚血の関与の重要性を報告している³⁾。この症例に関しても重症三枝病変であり左前下行枝は完全閉塞であり、同様の機序が考えられた。

また佐藤らは急性下壁梗塞に2度以上の房室ブロックを合併した例でブロック群をさらに発症から10時間以内にブロックが出現した早期発症群と10時間以降に発現した発現遅延群に分け、慢性期左室機能を検討すると、ブロックの発現遅発群では血行再建の効果不十分による心筋虚血が原因でブロックが出現し、局所壁運

動、左室駆出率の低下さらに左室拡大傾向を認めたと報告している⁴⁾。

下壁梗塞に限らず心原性ショック例では、IABPを併用してできるだけ速やかに再灌流を計るべきであるという報告もなされている⁵⁾。

本症例のような心原性ショックを示すような重症完全房室ブロック例に対しては、迅速な心室ペーシングとともに血行再建による治療法が最も重要であると考えられ報告した。

文 献

- 1) Norris RM, Mercer CJ: Significance of idioventricular rhythms in acute myocardial infarction. *Progr Cardiovasc Dis* 16: 455, 1974
- 2) Rosen KM *et al*: Site of heart block in acute myocardial infarction. *Circulation* 47: 257, 1973
- 3) Bassan R *et al*: Atrioventricular block in acute inferior wall myocardial infarction: Harbinger of associated of the left anterior descending coronary artery. *J Am Coll Cardiol* 8: 773, 1986
- 4) 佐藤勉: 下壁心筋梗塞急性期に合併する房室ブロックに関する臨床的検討. *獨協医誌* 10(2): 411-421, 1995
- 5) 光藤和明: 重症心筋梗塞例に対する冠動脈内血栓溶解療法. *J Cardiography* 16: 47, 1986