琉球大学学術リポジトリ

[症例報告]痙攣と多彩な不整脈を伴った急性心筋梗塞の1例

メタデータ	言語: 出版者: 琉球大学医学部 公開日: 2010-06-30 キーワード (Ja): キーワード (En): acute myocardial infarction, Stokes-Adams attack, AV block, left bundle branch block 作成者: 仲里, 政泰, 丸岡, 雄二, 柊山, 幸志郎, 与儀, 裕, Nakazato, Masayasu, Maruoka, Yuji, Fukiyama, Kosiro, Yogi, Yutaka メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002015640

Ryukyu Med. J, 10(3,4):173～176,1988.

痙攣と多彩な不整脈を伴った急性心筋梗塞の1例

仲里　政泰　　丸岡　雄二　　柊山幸志郎　　与　儀　裕*

琉球大学医学部附属病院　第三内科
*与那原中央病院内科

はじめに

急性心筋梗塞には種々の合併症が起こるが[1)-4)]，我々は下後壁梗塞の発作時にStokes-Adams発作と思われる意識消失を起こし，その急性期に，一過性にIII度からI度に至る房室ブロック及び左脚ブロックを合併した症例を経験したので報告する．

症　　例

患者：71歳，女性

主訴：嘔気，胸部圧迫感

現病歴：昭和62年5月29日，12時30分に嘔気及び嘔吐の後，胸部圧迫感を訴え，13時30分某院を受診した．心電図より急性心筋梗塞（下後壁）及び完全房室ブロック（III度房室ブロック）と診断され、14時30分当科へ緊急入院となった．当科入院時，痙攣を伴う意識消失発作が出現したがアトロピン2筒を静脈内衝撃注入したあと，直ちに回復した．アトロピンにより脈拍数は増加したがその後も完全房室ブロックに伴う徐脈（脈拍数45/min)が持続したのでペーシングカテーテルを右室内に挿入し，一時ペーシングを開始した．

既往歴、家族歴：特記すべきことなし．

喫煙歴：一日20本，10年間．飲酒歴なし．

入院時理学的所見：身長142cm，体重56kg，血圧96/60mmHg，脈拍45/min整，前胸部と背部に湿性ラ音を聴取した．頸静脈怒脹，肝腫大，心雑音，奔馬調，浮腫は認めなかった．

入院時検査成績：末梢血の白血球数は8800，Hb 13.8/dl，Ht 41％であった．動脈血ガス分析ではPH 7.34，PO_2 58(Torr)，PCO_2 46(Torr)，HCO_3^- 24.6(mmol/l)，O_2 sat 88(％)であった．胸部レ線上，明らかな胸水や肺うっ血の所見は認めなかった．血清酵素学的変化を第3病日までは8時間ごと，それ以降については第4，6，11，20，27病日に1回／日の頻度にて追跡した．CPK，CK-MB及びGOTは第2病日に一峰性のピークを，またLDH及び白血球は第3病日にピークを示した．冠動脈硬化の危険因子として喫煙，肥満が考えられた．

心電図経過：胸部圧迫感が出現し約1時間後に記録された心電図ではFig. I a)の如くII，III，aVf，V_5-V_6の誘導においてST上昇を認めた．I、aVL，V_1-V_4の誘導のST低下は後壁におけるST上昇の鏡面像と思われた．基本調律は心室レートが毎分45の完全房室ブロックであった．（Fig. I b)）．以上より心電図上心筋梗塞の部位は，下壁，後壁，及び一部側壁と考えられた．第7病日にペーシングを一時中断して完全房室ブロックの消失を確認した後，ペーシングカテーテルを抜去した．第10病日に房室伝導が正常に復帰するまで下記の如く多彩な不整脈が観察された．房室ブロックは第1－第6病日においてIII度を示し，第6－第9病日にはFig. I c)に示す如く3:2及び5:4伝導のII度AVブロック（Wenckebach type)やFig. I d)に示す如くI度AVブロック又は2:1ブロックへの移行がみられた．完全左脚ブロックは第5－第7病日に出現した．

冠状動脈造影所見：冠状動脈造影を第44病日に施行した．右冠状動脈はその近位部の右室枝

を分枝した直後（AHA分類のSegment 2）において完全閉塞を示した．左冠状動脈は75%以上の有意狭窄はなく，回旋枝による側壁の灌流領域は狭かった．以上の所見より梗塞の責任動脈は右冠状動脈一枝のみと考えた．

その後の治療及び経過：多発する心室性期外収縮に対してキシロカインの点滴静注を第5病日まで継続した．急性期完全房室ブロック時の低血圧（収縮期血圧 80-98mmHg）に対してドブタミンの点滴静注を行なった．第5病日より，リハビリテーションを開始し，第11病日以降は不整脈の増大及び血圧の低下を認めることなく病室内歩行や排尿，排便が可能となり順調に回復した．

考　　察

本症例の急性期における意識消失発作は，発作前に完全房室ブロックに伴う徐脈を認めた事，及びアトロピン静注後直ちに回復した事よりStokes-Adams発作と考えられた．

下壁梗塞に伴なう完全房室ブロックの出現は一過

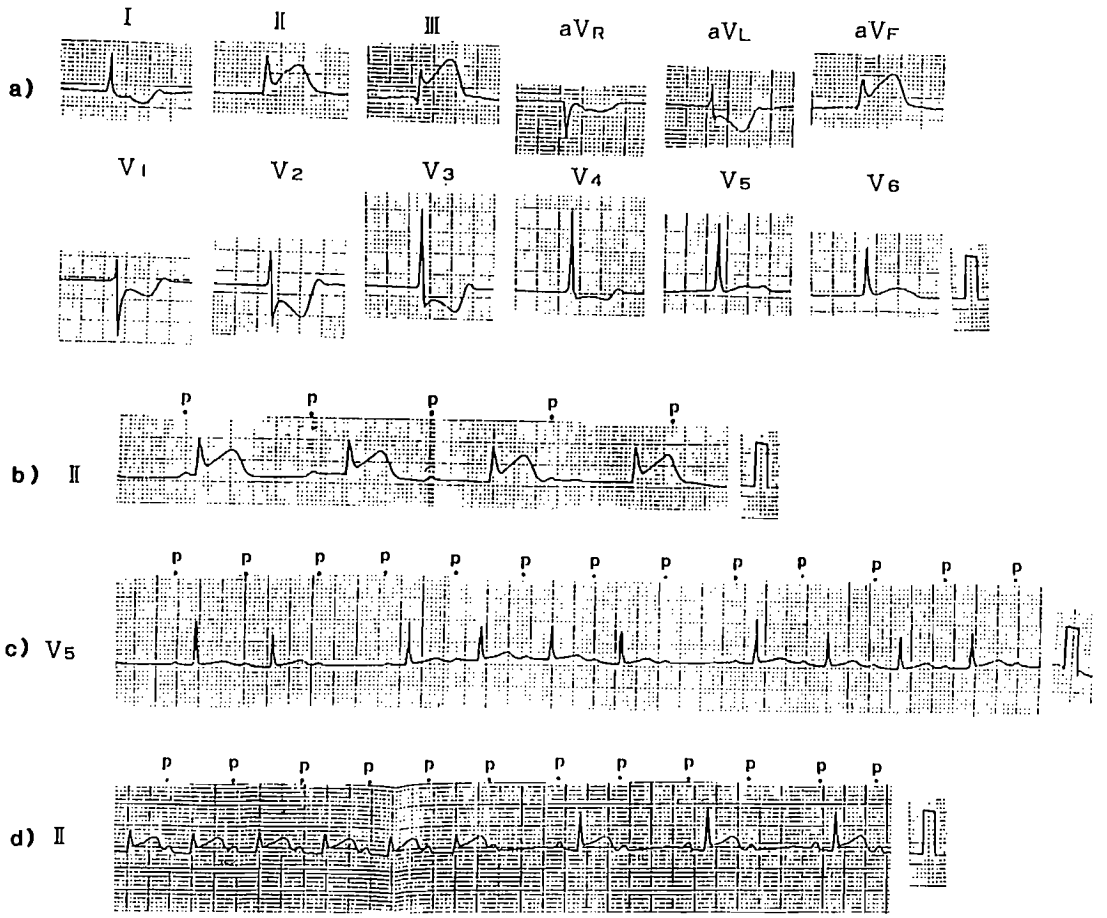

Fig. I：心電図経過　上段から順にa)，b)，c)，d)として表す．

a)発症1時間後の心電図：II、III、aVf，V_5-V_6においてST上昇が認められた．I，aVL，V_1-V_4のST低下は後壁におけるST上昇の鏡面像と考えられる．

b)発症1時間後の心電図（II誘導）：基本調律は心室レートが毎分45の完全房室ブロックであった．

c)第8病日の心電図（胸部V_5誘導）：3:2及び5:4伝導のII度AVブロック（Wenckebach type）を認めた．

d)第8病日の心電図（II誘導）：I度AVブロック及び2:1ブロックが観察された．

性であり薬物療法に良く反応し，予後も前壁梗塞に合併する場合と比較し良好と成書に記載[5]がある．しかし本症例の如く徐脈を示しStokes-Adams発作を起こす症例では一時ペーシングの適応と思われ，早急は処置が必要である．

下壁梗塞の発症直後より血圧下降に伴ない房室ブロックが生じる場合，迷走神経の関与が大きいと考えられ，アトロピンが効果的であると言われている[6]．

房室伝導が急性期を脱した後に回復する機序として迷走神経の緊張以外，下記の如く諸説[7)-10)]がある．即ち（1）心筋壊死周囲の細胞外における一過性のカリウム上昇が正常心筋の脱分極に影響を及ぼし，刺激伝導系から壊死周囲心筋へ変更伝導が生じ，カリウムの正常化とともに伝導が回復する．（2）刺激伝導系の線維細胞が虚血を耐え生き残った結果，伝導が回復する．（3）梗塞域に浸潤した好中球が経過と共に消褪することにより伝導が回復する，等である．

本症例は房室ブロックのみならず左脚ブロックも一過性であるが合併した．左脚ブロックが前壁梗塞に合併した場合，心不全による死亡率が高く[11]梗塞域が広い事が推測される．一方，本症例の如く下壁梗塞に伴う場合の頻度及び予後に関して詳細な報告は見当たらない．

本症例は右冠状動脈近位の閉塞より生じた心筋梗塞と考えられるが，左室下壁，後壁のみならず側壁にかけて広く梗塞が波及し，房室結節以下の刺激伝導系を取り囲む心筋に影響を及ぼし房室ブロック及び左脚ブロックを一過性に合併したと推測された．

結　　語

Stokes-Adams発作によると思われる意識消失をきたし，多彩な不整脈を呈した急性心筋梗塞の一例を報告した．

文　　献

1) Brown, R. W., Hunt, D. and Sloman, J. G. : The natural history of atrioventricular conduction defects myocardial infarction. Amer Heart J 78 : 460-466, 1969

2) Godman, M. J., Lassers, B. W. and Julian, D. G. : Complete bundle branch block complicating acute myocardial infaction. New Eng J Med 282 : 237-240 1970

3) Rotman, M., Wagner GS. and Waugh RA : Significance of high degree atrioventricular block in acute posterior myocardial infarction. Circulation 47 : 257-262, 1973

4) Gould, L., Ramana, C. V. and Gomprecht, R. F. : Left Bundle Branch Block. JAMA 225 : 625-627, 1973

5) Petersdorf, R. G. et al : Harrison's principles of Internal Medicine. 10th edn pp 1438 Mcgraw-Hill Book Company 1983

6) 五十嵐正男：不整脈の診かたと治療，p330 4 th edition，医学書院 1984

7) Sutton, R., and Davies ,M., : The conduction system in acute myocardial infaction complicated by heart block. Circulation 38 : 987-992, 1968

8) Hackel, D. B., Wagner, G., Ratliff, N. B., Cies, A. and Estes, E. H. : Anatomic studies of the cardiac conduction system in acute myocardial infarction. Amer Heart J 83 : 77-81, 1972

9) Bilbao, E. J., Zabalza, I. E. Vilanova, J. R. and Froufe, J. : Atrio-Ventricular block in posterior acute myocardial infarction : a clinicopathologic correlation. Circulation 75 : 733-736 1987

10) Udelnov, M. G. : The role of necrosis in the origin of electrocardiographyic alterations characteristic of myocardial infarction. Circulation 25 : 110-122, 1961

11) Sandue, E., and Sigurd, B., : Arrhythmia diagunosis and management, pp295 Fachmed AG ,St. Gallen 1984

A Case of Acute Myocardial Infarction Complicated with Stokes-Adams Attack and Various Heart Block

Masayasu Nakazato, Yuji Maruoka, Kosiro Fukiyama and Yutaka Yogi*

Third Department of Internal Medicine, School of Medicine, Univercity of the Ryukyus.
*Yonabaru Central Hospital Internal Medicine

Key Words : acute myocardial infarction, Stokes-Adams attack, AV block, left bundle branch block

Abstract

We report a case acute myocardial infarction, in which syncopal attack with convulsion occured at emergency admission. After the admission, temporaly RV pacing was performed against bradycardia due to third degree AV block, and various degree AV block and left bundle branch block were monitered transiently in the following hospital days.