

完全房室ブロックにより救急外来で心停止となった1例

中川 孝, 田 渕 晴 名, 住 吉 剛 忠
野 上 慶 彦, 林 晋 太郎

はじめに

完全房室ブロックは心停止をきたす疾患のひとつであるが, 救急外来で12誘導心電図の記録中に心停止となった1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 75歳 男性

主訴: めまい, 痙攣, 意識障害

既往歴: 高血圧, 糖尿病, 高脂血症(内服治療)

* 1年前から時々めまい(眼前暗黒感)があった。

家族歴: 特記事項なし

現病歴: 平成19年8月21日16時頃からめまい・嘔吐・冷汗があった。19時には数回の嘔吐後に痙攣が出現したため, 妻が119番通報した。救

急車内ではJapan Coma Scale (JCS): 100, 脈拍: 30 bpm, 2回の痙攣有り。当院救命救急センターに搬送された。

来院時現症: JCS: 100, 血圧: 104/79 mmHg, 脈拍: 32 bpm, Spo2 98% (リザーバー10 L/min)

呼吸数: 38回/min, BT 36.2°C

搬入後経過: モニター心電図から, 完全房室ブロックが疑われた。当直医が12誘導心電図を記録中に, 突然心停止に陥った(図1, 図2)。

当直医がすぐに心臓マッサージを開始。続いて経皮ペースティングを施行したところ, 脈拍触知が可能となり, 意識もJCS3程度に回復した。ペースティングによる疼痛対策として, ミダゾラムによる鎮静を行いつつカテーテル室へ移動した。なお, 心電

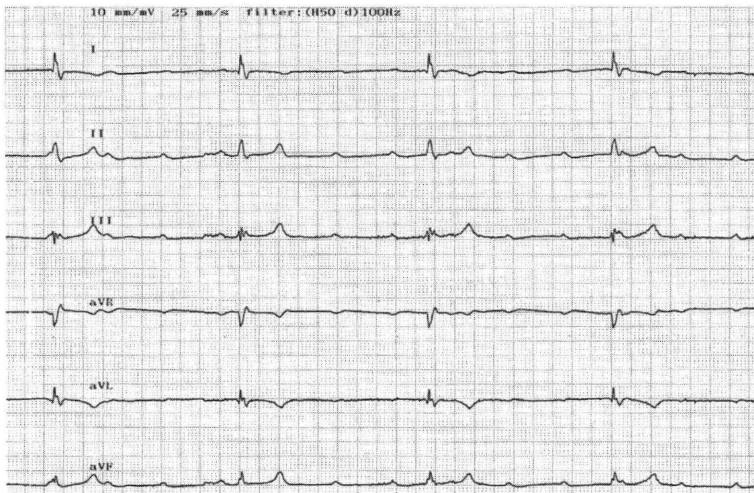


図1. 来院時心電図(肢誘導) 完全房室ブロック
P-R間隔, R-R間隔は一定だが, P-R間隔が各々異なる(房室解離).
QRS波は, 幅が広く, HR: 30 bpmと遅い。補充収縮である。

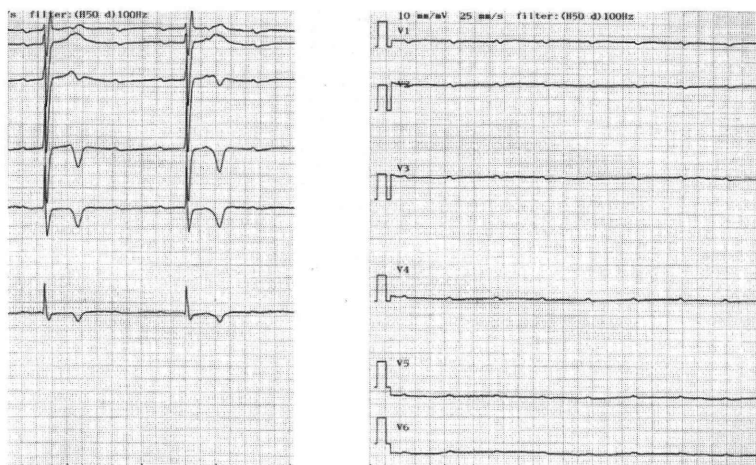


図2. 来院時心電図
胸部誘導記録時に、補充収縮が突然停止した（QRS波がなくなってP波のみになった）。これは「心静止」である（P wave asystole）。

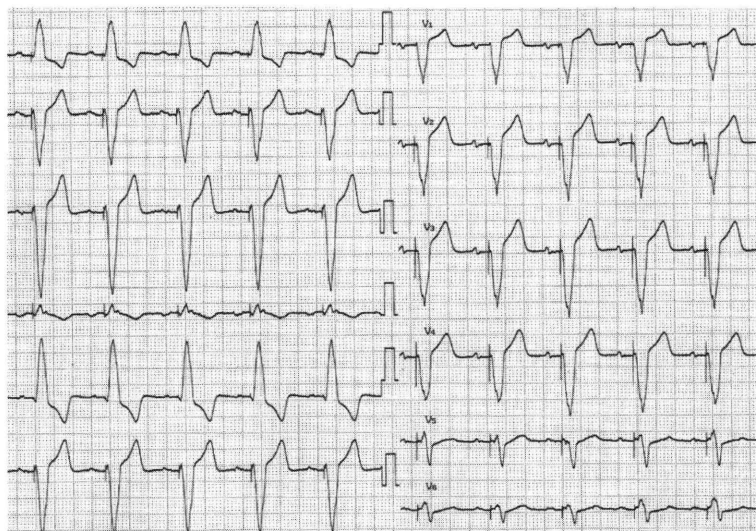


図3. 経静脈的ペースメーカー挿入後
設定はVVI: 80である。80 bpmで心室ペーシングが入り、血圧も安定した。

図・心エコー・血液検査では急性心筋梗塞や電解質異常などによる房室ブロックは否定的であった。

循環器科医師により緊急で経静脈的ペースメーカー挿入が行われた。意識は回復し、バイタルも安定し、CCUへ入室した（図3）。

入院後経過：入院後の経過は良好。一時的な心停止による肝・腎機能障害や心不全の改善を待つ

て、8月27日（第7病日）に永久式ペースメーカー植え込み術を施行した。術後の経過も良好で、9月3日（第13病日）に退院した。後遺症はなし。

考 察

完全房室ブロックは基本的にヒス束以下で生じるブロックであり、電導途絶部位直下から生じる補充収縮は不安定であることが多い。特に本症例

のような wide QRS で遅い補充収縮の場合は心停止に陥る危険性が高く、緊急で一時的ペースの適応となる(薬剤は無効, と考えてよい)。経皮的ペースは完全房室ブロックを含め、すべての症候性徐脈に対する Class I 勧告 (AHA ガイドライン 2005) の治療手技であり、特殊な技術が必要とせずベッドサイドで行うことができ、合併症も少ない。循環器科医師による経静脈的ペー

スメーカー挿入までの「つなぎ」として最も有効である。

本症例でも目の前で心停止に陥るという緊急事態に対して、当直医が冷静に心臓マッサージ、経皮ペースを行った(来院直後にペースパッドを貼っていた) ことにより後遺症も残さずに退院することができた。救急医療に関わる医師として習得しておくべき手技であると考え。