

# 心房粗動を見つけたら

札幌市医師会  
(公財)北海道労働保健管理協会 札幌総合健診センター

なかむら かずひろ  
中村 一博

私は心電図の読影で心房粗動を見つけると、ちょっと緊張します。心房粗動は対処のしかたを間違えると大変なことになるからです。

心房粗動を洞調律に復帰させようとI群の抗不整脈薬を投与すると、そのNaチャンネル遮断作用によって粗動波のFF間隔が延長して1:1房室伝導を起こすことがあります。一般的に心房粗動の粗動波の速さは240bpm以上なので、もし、房室結節を1:1伝導で通過すれば心拍数が240bpm以上となり、高度な頻脈のため血圧が急激に低下してショック状態になることがあります。したがって、特に内服でのI群の抗不整脈薬の単独投与は、洞調律へ復帰させる効果が低いうえに1:1房室伝導を起こす危険性があり、避けるべきと考えられます。院内であればカルディオバージョンなどの救命処置ができるかもしれませんが、院外で頻脈を起こしてショック状態になれば、事故や突然死につながる可能性があります。

右の心電図は当センターの受診者さんのものです。右の心電図の左側(II誘導)では、下向きの鋸歯状の粗動波を認める通常型心房粗動が、右側(胸部誘導)からは完全左脚ブロックを合併しているのが読み取れます。粗動波の房室伝導比が変動するとRR間隔にばらつきが起こり、心房細動と紛らわしくなるのですが、II、III、aVF誘導に着目して鋸歯状波形の有無を確認すれば、心房粗動と診断できると思います。この受診者さんは動悸などの自覚症状は全くなく、普通に健康診断を受けるため来院されたのですが、胸部単純X線写真では心陰影の拡大を認めました。さらに完全左脚ブロックが器質的心疾患の存在を予感させます。心房粗動の発生には喫煙、PR延長、心筋梗塞、心不全が関連していると報告されています。そこで、ご本人には至急、循環器内科を受診するようお勧めしました。

受診先の循環器内科では器質的心疾患の有無について精密検査を行い、レートコントロール、抗凝固療法、カテーテルアブレーションの適応について検討することになるでしょう。心房粗動の9割を占める通常型心房粗動では、右心房内の三尖弁輪が興奮波のリエントリー回路になっているので、三尖弁輪から下大静脈にかけての解剖学的峽部に線状焼灼を加えるだけでリエントリー回路を遮断できます。ですから、通常型心房粗動に対するカテーテルアブレーションは、心房細動のそれと比べて根治率が非

常に高く、侵襲性は低く、高齢者にも行うことができます。このように、心房粗動はカテーテルアブレーションの適応になることが多いので、できるだけ不整脈専門医に紹介するようお勧めします。

心房粗動の波形は心房細動に似ていますが、病態や対処のしかたは異なります。心電図を読影していて心房粗動かなと思ったら、まず、II、III、aVF誘導の鋸歯状の粗動波を確認し、心房粗動と判断したら、洞調律に復帰させようと不用意にI群の抗不整脈薬を投与しないで、直ちに循環器内科(可能であれば不整脈専門医)へ紹介してあげてください。

## II誘導

