不整脈と良導絡 その2

—心房細動—

東京都 今井 力

Tokyo Tsutomu Imai

Arrhythmia and Ryōdōraku 2

—auricular fibrillation—

2 auricular fibrillation with heart failure were treated by F₄48, F₄50 needle pricking or H₂6 low frequency 15 minuits. 2 cases were used digitalis, diuretica too. After 1 years, the progress of both cases were better than only medicine therapy.

心房細動は期外収縮について多い不整脈の1つである。日常心悸亢進を訴えてきた患者で脈がまったく不規則でしかも大小の不同があり聴診するとI音の強弱があったら心房細動をまず疑わねばならない。心音の聴取と同時に脈搏をみ、心収縮と脈搏が同じでないことがわかったらどのくらいの脈搏欠損があるか数えて10以内におさまる様デギタリスを使うのが常識となっている。一方ECGを用いると心房細動であるかそうでないかをみきわめることは容易である。以下成書より引用すると原因としては第1に器質性心臓病特に僧帽弁膜症に多い。その他冠動脈疾患、心筋疾患、高血圧、肺性心、甲状腺機能亢進症、心房中隔欠損など。第2番目にW・P・W症候群はしばしば発作性心房細動を生じ、第3番目は健常者に一過性にみられることがある。又原疾患のない例にみられるものをlone fibrillation という。

心電図の特徴としてはP波:洞性P波がない。f波の存在:基線が不規則に動揺しP波のかわりに速いリズムの細動波fibrillation wave (f波)がみられる。f波の形、高さ、間隔はまったく不規則(f波の頻度:300~600/分) f波はP波が大きく記録される誘導(Ⅱ、Ⅲ、aV_F、V₁)で著明特にV₁は一番み易い誘導である。QRS:間隔がまったく不規則、QRSの出現が比較的整であるときは房室ブロックなどの他の不整脈の合併を考える。QRSの形も

心拍ごとにかなり変化することが多い。ST-T:心室レートの多い心房細動(頻拍型心房細動)が続くと心筋虚血のためにST、T変化が生じる。

治療としては一過性のもの基礎の心拍数が正常範囲のものは特別な治療を必要としない。デギタリスの使用は慢性心房細動で心拍数が100/分以上あるときまたは急性に生じたうっ血性心不全を伴うとき。キニジン、プロカインアミド、β遮断剤などは心拡大、心不全を伴わないが、患者の症状が強く洞調律に復帰させる目的で使用する。又いっきょに洞調律に復帰させたほうが好ましい場合は電気的除細動を用いる。ただし僧帽弁狭窄のように左房内に血栓形成があると考えられる場合は塞栓の危険がある。心房粗動はある決まった頻度で頻回に心房が興奮する状態で臨床的には心房細動と同じである。

筆者は数年来良導絡によって除細動しようと苦心してきたが未だに成功していない。従来電気的除細動としてはDr. LownによるD.C.

Defibrillatorがあるが、麻酔を必要とし、いづどこでもという訳にはいかない。そしてその適応として2年以上続いている慢性の心房細動や老人に見られる心拍数の遅い心房細動は除外されている。私が試みた例はいずれも2年以上経過した慢性例であった。一過性の或は新鮮な心房細動に試みたら成功する様な気がするが尚

今後の研究にまちたい。ともあれ薬物療法と良導絡を併用して従来より良い成績が得られたと思う2例について述べたいと思う。

症例〔1〕 54j♂ A・f+心不全
昭和55年2月初診息切れと胸内圧迫感で来院した。肝3横指、軟、うっけつ性心不全の診断のもとにデゴキシシン1Tab/1日、スロー-K3Tab/1日ラシックス1Tab/1日使用経過よく一進一退し、同年9月よりF₄48、F₄50の両側置針を週1～2回計15回併用した。Slide (1) F₄48、F₄50両側置針15分、T波、R波ともにやや大きくなって居り、自覚症も胸内が軽くなるといっている。Slide (2) 左側は置針開始前のECGで右側は10回後のECGでT波が著明に大きくなっている。胸部X線像は前

Slide (1)

Slide (2)

が Slide (3) CTR=54%後が Slide (4) CTR=54%で特に著変はみられなかった。全体

Slide (3)

Slide (4)

Slide (5)

Slide (6)

Slide (8)

Slide (7)

Slide (9)

の病像としては快方に向い、積極的に仕事ができるようになったと感謝されて居り、現在も薬物療法と共に1ヶ月に1回位置針を行っている。

症例〔2〕 63j ♂ Af+心不全
昭和56年7月8日、めまいにて来院 血圧190-110mmHg カルビスケン3 Tab/1日にて経過観察、140-90mmHg 位にコントロールされていた。同時に8月5日より良導絡治療、全身調整及基本治療点1～2型を10月7日迄10回行った。その良導絡チャートはSlide (5) H₁、H₂の興、F₃の抑、F₅F₆の抑であった。本人は軟式テニスのコーチもして居り、無理がたたったのか10月3日めまいがして立って居られないと云って来院 B・D90~60mmHg ECG所見

は心房細動で直ちに都門H₂₆両側低周波通電15分を行った。Slide (6) 通電後はECGのS波が消失し、S-Tが上昇してR、T波の増大をみて居り胸内が軽くなったという。Slide (7) その時の前後の良導絡チャートで、全体に低電位であった。以後デゴキシン、スローKと共にH₂₆通電20回実施、10回目頃から具合がよくなったと云って10月26日頃から勤務をはじめた。その時の血圧は115~80mm Hg であり、Slide (8) 左側は前のECG、右側は10回後のECGで特に著変はない。Slide (9) X線像。この例はデギタリス、利尿剤と併用して良い結果が得られたと思う。