

## 一過性の房室ブロック

帝京大学溝口病院第4内科教授

村川 裕二

(聞き手 池脇克則)

健診で実施した心電図で、Ⅰ度あるいはⅡ度の房室ブロックが時々見られる。受診のうへ、精査を受けるが中には受診時に消失していることもある。こうした一過性の房室ブロックの発生メカニズムと対処法についてご教示ください。

<奈良県勤務医>

**池脇** 村川先生、健康診断で見られる心電図異常の中で、房室ブロックの質問です。確かに房室ブロック、軽いものに関しては健診で見られることもあります。房室ブロックに関して、Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度とありますけれども、その概略をまず教えてください。

**村川** 心電図を見て房室ブロックを診断するというのを考えてみます。Ⅰ度というのは、PQが長い。房室の伝導時間が長い。でも、つながっているタイプです。Ⅱ度というのは、基本的にはつながっているのですが、時々QRSが抜ける。心室の興奮が抜けるというタイプです。3番目のものは完全房室ブロックで、P波とQRS、心房と心室の興奮が全く独立しているタイプです。Ⅲ度ともいいますが、実際はⅡ

度なのか、Ⅲ度なのかかわからないことがあります。そういうものは高度房室ブロックという呼び方も使います。それが心電図のブロックの診断となっております。

**池脇** 健康診断といいますと、比較的若い方から定年間際の方、そういう年齢層の違い、あるいは学校健診でしたら児童ということになりまして、年齢によっても房室ブロックの見方というのは変わってくるような気がするのですけれども。

**村川** 房室ブロックというのは、一番重いものですと命にかかわりますから、リスクをどう評価するかが非常に大事です。一般には年齢が一番関係しています。

若年の方であれば、かなり進んだⅡ

度房室ブロックまで見られ、PQ延長もごく普通に見られますけれども、そういう方は心臓の病気がない方が多いです。自律神経、特に副交感神経、それに影響された房室伝導障害です。病的な意味はないわけです。若い方に見られるⅠ度ブロック、Ⅱ度ブロックは、基本的に心配がないというふうに思ってもいいでしょう。

それに対して高齢の方、幾つから高齢というかはわかりませんが、50歳、60歳、それ以上ですと、いろいろな心筋の病気、例えば心筋梗塞や、目に見えないですけども、心筋の変性、伝導系の病気、そういうものがあります。時に、かなり高度なブロックに進行するおそれがあり、心電図では若年の方と同じであっても、危険性ははらんでいる場合もあると思います。

**池脇** 高齢になればなるほど、何か器質的な原因がそこに潜んでいる可能性があるのでは、見逃さずに、きちんと評価を、ということになりますね。

**村川** そうですね。ですから、心電図所見がどういう印象を与えても、ご年配の方ですと、リスクを考えて、丁寧に評価する必要があると思います。

**池脇** 房室ブロックも、脈が抜けるとなると、脈が遅くなる、いわゆる徐脈ということになりますし、もう一つの代表的なものでは、洞不全症候群がありますが、徐脈を呈する疾患をどう鑑別するのでしょうか。

**村川** 洞不全症候群も同じ徐脈、脈が遅い病気です。ペースメーカー、つまり洞結節という調律を取るところが右心房のほうにありますけれども、洞不全症候群というのは、そこの病気だといわれています。房室ブロックというのは心房と心室をつなぐところですから、より下方のほうの病気です。どっちも心拍数の低下という点は同じですが、リスクが違ってくると思います。

洞不全症候群は、仮にペースメーカーの場所がとまっても、下のほうが置き換わって心臓を動かしますので、生命の危険は低いです。ですから、症状を目安にして診療を行うことができます。それに対して、房室ブロックでは、症状がないのに、急に命にかかわる問題が起きてくることがあります。症状が当てにならないという意味では、同じ徐脈であっても、洞不全症候群と房室ブロックは違う扱いが必要だと思います。

**池脇** そうすると、房室ブロックのほうの場合によってはよりリスクをはらんだ病態というふうに考えてよろしいわけですね。

**村川** そうですね。それを心電図で見極められるかということ、必ずしもできるとは限りません。ある程度小さな変化も見逃さないというつもりで心電図を見ていただくざるをえないと思っています。

**池脇** そうですね。それで突然死を

起こされますとたいへんなことになり  
ますし、そういう面ではより慎重に、  
小さな変化に反応してもいいのが特に  
高齢者の房室ブロックということにな  
りますね。

**村川** そうですね。

**池脇** 質問は、I度、II度の房室ブ  
ロックで、精査のときには消失してい  
る。すなわち、一過性の房室ブロック、  
これはどうして起こるのかということ  
ですけれども、これに関してはいかが  
でしょうか。

**村川** 頻度として見れば、自律神経、  
副交感神経の活動のレベルによって、  
活動のレベルが高ければブロックが起  
こるし、低ければ起きないというふう  
に、病的な意味の少ないものが多いと  
思います。もし先生方をご覧になって、  
ご自分で見られたときに心電図の所見  
が消えている。そして症状がない場合  
は、それ以上追跡するのは現実には難  
しいのではないかなと思います。

**池脇** 精査を受けたときに消失して  
いるということですが、ホルター心電  
図ぐらいはやっておいたほうがいいの  
でしょうか。

**村川** 患者さんにはご負担がありま  
すけれども、大人の方、50歳以上ぐら  
いの方だったら、やっておいたほうが  
いいと思います。先生方をご覧になっ  
た心電図の所見以外に、たまたまほか  
の所見も見つかるということがありま  
す。そういう可能性も含めて一度見て

おくのはいいかなと思います。

**池脇** そうしますと、I度、II度で、  
一過性で、それ以外の不整脈が出てい  
なければ、基本的には器質的なもの  
ない、機能的なというのでしょうか、  
自律神経による一時的なブロックとい  
うことで、基本的にあまり病的な意味  
はないというふうに考えてよろしいわ  
けですね。

**村川** 多くの場合はそうだと思います。

**池脇** 高齢の方では、内服中の方も  
多くなりますが、薬剤性ブロックにつ  
いてはいかがでしょうか。

**村川** 有名なものと、ジギタリス  
です。それからβ遮断薬、それから  
カルシウム拮抗薬ですと、ジルチアゼ  
ムやベラパミル、この三つの薬剤群が  
房室伝導を抑制する薬として有名です。

**池脇** そうすると、健診のときに内  
服している薬剤の情報も併せて検討す  
ることで、例えばジギタリスを使っ  
ていてブロックがあった。どっちを優先  
するかということに関して迷われる先  
生もいらっしゃると思うのですけれど  
も、このあたりはどう考えたらいいで  
しょう。

**村川** ジギタリスを使っていて、PQ  
が長い患者さんは少ないと思いま  
す。その場合は、定常的というか、変  
化がない患者さんであれば、危険性は  
ないと考えます。ただ、長期的にみれ  
ばリスクが増すおそれはあります。経

過を追っている先生が注意せざるをえないものと思います。

**池脇** あまり安心しきれないで、経過を見ていくことも必要になりますね。

**村川** そうですね。

**池脇** こういったブロックだけではなくて、ほかの心電図異常を合併した複合型の心電図異常というのでしょうか、そういったものも、まれかもしれませんがありませんけれどもあるのでしょうか。

**村川** これは健診のときに会うとは限らないですが、脚ブロックと一緒に見られるPQ延長ですとか、あるいはⅡ度の房室ブロックは注意が必要だと思っています。脚ブロックというのは、心室の伝導系で右側のほうの伝導の脚、左側の伝導脚、主に右脚がブロックされているケースはよくご覧になると思います。それとPQの延長がある場合には、伝導脚というのは3本ありますが、複数傷害されている可能性があります。進行性に、より高度の完

全房室ブロックや、高度ブロックになることを示唆しているケースが案外あり、しばしば見落とされています。それから、先にどういうリスクがあるのかを見極めるのは技術的には難しい面はあります。悩ましいところです。

**池脇** ちょっと細かい質問になるかもしれませんがけれども、器質的、例えば虚血でしたら、心筋梗塞というわけではないのだけれども、狭心症で一時的に虚血があって、そのときにブロックを生じるとということもあるのではないかと思いますので、これに関してはいかががでしょう。

**村川** これは有名です。いわゆる下壁梗塞に伴う房室ブロックを一過性に起こすことはありますが、実は病態としては複雑です。先々どうなるかという判断は専門医にゆだねるべき難しい問題もはらんでいると思います。

**池脇** どうもありがとうございました。