

告示	番号	47	慢性心疾患
	疾病名	心房粗動	

心房粗動

しんぼうそどう

概念・定義

心房内のマクロリエントリーであり、通常型では三尖弁周囲を反時計回転方向もしくは反時計方向に、非通常型ではそれ以外の回路を利用する。通常型は上大静脈、分界稜、下大静脈、Eustachian 弁、冠静脈洞が解剖学的障壁となり、その外側がリエントリー回路となる。緩徐伝導はないが、下大静脈—三尖弁輪峡部(cavo-tricuspid isthmus: CTI)が共通の回路である。器質的心疾患を持たない例の発生頻度は極めて少ない。新生児期に限定して認めることがある。1:1 房室伝導をきたすと失神、突然死を起こす可能性がある。長期に心房粗動が続くと、心筋症（心機能不全）、血栓、塞栓症の原因となりうる。薬物治療、カテーテル治療が施行される。

症状

1:1 房室伝導をきたすと失神、突然死を起こす可能性がある。通常は2:1~4:1の房室伝導であり、運動、日常の動作、感情の高ぶりなどに

より頻拍となり、動悸を訴える。心房粗動が停止すると、洞結節機能低下を合併する例では洞停止となり、失神、めまいの原因となる。また、長期に心房粗動が続くと、心筋症（心機能不全）、血栓、塞栓症の原因となりうる。

心内大血管奇形を合併しない本症 (isolated corrected TGA) では成人期まで無症状である

治療

頻拍の停止：心不全やショック（血圧低下）をきたしている場合など不安定な血行動態では静脈麻酔後、心電図 R 波に同期して DC（1J/kg: 成人では 50J）により速やかに粗動を停止させる。

血行動態が安定している場合には、心室レートが 100/分以上ではまずレートコントロールを目的として房室結節を抑制する薬物（β 遮断薬・ジゴキシン・ベラパミル・ジルチアゼム・ベプリジル）を投与する。2 歳以下では Ca チャネル遮断薬は心血管系の虚脱をきたすことがあるため投与に注意する。

頻拍の予防：

- 1) 第一選択としては心房筋の不応期延長を目的として中等度以上の K チャネル遮断作用を持つ薬物を選択する。静注薬ではプロカインアミド・ニフェカラント、経口薬ではプロカインアミド・キニジン・ベプリジル・ソタロールなどである。第二選択は峡部緩徐伝導の抑制を目的とし解離速度の比較的遅い Na チャネル遮断薬 (intermediate - slow drug) を用いる

- 2) 経食道ペースング：経食道ペースングによるオーバードライブペースングは心房レートの25%以上速いレートで施行する。侵襲が少なく、無麻酔下での施行が可能（軽い鎮静があったほうがスムーズであることもある）な点より多くの例に試みることができる方法である。
- 3) 心房粗動にたいするカテーテルアブレーションは有効性が高く比較的安全に施行できる

抜粋元：http://www.shouman.jp/details/4_8_12.html