

かった。

2. 健康学童生徒の心室性期外収縮の起源部位について の研究

〔方法〕

VPC の起源部位の分類は Rosenbaum の方法に準じて行った。対象は VPC を認めた健康小学校1年生52例、中学校1年生55名である。

〔成績〕

健康小学校1年生と中学校1年生の VPC の起源部位は表1の如くであった。すなわち、健康小学校1年生で見られる VPC では左脚前枝領域起源のものが最も多く、

表1 心室性期外収縮の起源部位

起源部位	対象 小学校1年生	中学校1年生
左脚前枝領域	21(40.4%)	12(21.8%)
左脚後枝領域	7(13.5%)	5(9.1%)
右室流出路	14(26.9%)	26(47.3%)
右室流入路	6(11.5%)	6(10.9%)
その他	4(7.7%)	6(10.9%)
計	52(100.0%)	55(100.0%)

一方、中学校1年生では右室流出路起源のものが最も多かった。

〔まとめ〕

(1) 不整脈児の学童生徒を対象に運動負荷心電図検査を行うことが多い。その際、期外収縮ではマスター二階段試験(double test)を行い、上記のA群、B群に属するものは運動規制は不要と判定して良いと思われた。一方、C群、D群、E群に属するものについては、さらにブルース法によるトレッドミル負荷心電図検査を行い、運動規制の有無を決定する方法が良いと思われた。また、症例に応じて長時間心電図記録も必要である。

マスター二階段試験を実施する際、中学校生徒が対象の場合に、運動負荷が double test でも不十分なことがあること、さらに、小学校低学年が対象の場合に、階段が高く昇降が困難なことがあり、今後、年令別の負荷時間や器具を検討する必要があると思われた。

(2) 健康学童生徒で見られる心室性期外収縮の起源部位は、年令と共に左脚前枝領域起源のものが減少し、右室流出路起源のものが増加する傾向がみられた。今後、心室性期外収縮の起源部位と運動負荷心電図所見の関連につき検討していく予定である。

二次口心房中隔欠損術前術後の刺激伝導系機能について

島根医大小児科 羽根田 紀 幸
 齋 藤 正 一
 楫 野 恭 久
 岡 阜 進
 森 忠 三
 同 第1外科 岡 本 好 史

〔はじめに〕

二次口心房中隔欠損(ASD)においては、上室性不整脈や、洞房結節及び房室結節機能異常を合併しやすいといわれている。ASD の術後管理指導を行っていく上で、術後の洞房結節及び房室結節機能を知ることは有用なことと思われる。今回は ASD 術前、術後について、電気生理学的検討を加えたので報告する。

〔対象〕

対象は当科で昭和56年8月～56年12月の間に心臓カテーテル検査を施行した ASD 術前5例、術後5例である(表1)。なお術後の心カテは術後8～11カ月経過して施行した。

〔方法〕

まず2本の双極カテーテルをそれぞれ右房と右室に挿入し、表面心電図1誘導とともに右房上部電位(HRA)

表 1

ASD (pre-op)

Case (ID)	Age	Sex	CL (msec)	AH (msec)	HV (msec)	HRA pacing rate	Wenckebach (/min)	SNRT (HRA pacing (msec) /min)
1. 018-865-6	1 Y 9 M	M	610	105	30	180 (+)		900(180)
2. 003-774-8	2 Y 8 M	M	530	110	40	210 (-)		655(210)
3. 024-467-6	7 Y 3 M	M	690	75	45	180 (+)		985(165)
4. 024-142-9	7 Y 6 M	F	665	80	45	150 (+)		800(180)
5. 000-779-9	9 Y 5 M	F	570	80	45	180 (+)		720(195)

ASD (post-op)

Case (ID)	Age (post-op)	Sex	CL (msec)	AH (msec)	HV (msec)	HRA pacing rate (/min)	Wenckebach (/min)	SNRT (HRA pacing (msec) /min)
1. 012-800-7	7 Y 6 M (8M)	M	725	85	40	180 (+)		1335(210)
2. 003-421-9	9 Y 8 M (9M)	M	655	105	35	180 (+)		800(180)
3. 004-831-7	10 Y 8 M (11M)	M	840	80	35	180 (+)		1160(180)
4. 000-470-1	16 Y 0 M (11M)	F	1010	105	60	125 (+)		1250 (90)
5. 003-292-1	16 Y 4 M (10M)	F	820	80	40	110 (+)		

とヒス束電位 (HBE) を同時記録した。次に HRA においたカテーテルより刺激電圧 1.5~2.0 mV の出力でペースングを行った。ペースングはその時の心拍数より 20~30/分多いレートより開始し、30 秒続けた後中止、30 秒休んだのち刺激レートを 15~20/分増加させて再び 30 秒行うというようにしてくり返し、210/分まで行った。それぞれのペースング中止時には sinus node recovery time (SNRT) を測定した。

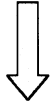
〔結果〕

術後例全例に HRA ペースング 180/分以下の刺激レートで Wenckebach 型 2 度 AH ブロックが出現した。AH ブロックは年齢が長ずる程低いレートで出現する傾向にあり、16 才女児の 2 例では、それぞれ 110/分、120/

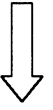
分で認められた。又、SNRT が延長しているのが 1 例、非ペースング時に AH 時間の軽度延長が認められたのが 2 例あった。術前例についてみると、AH 時間軽度延長が 2 例、HRA ペースングで 150/分で AH ブロック 1 例、180/分で AH ブロック出現が 3 例にみられた。SNRT は正常であった。

〔まとめ〕

ASD 術前術後例について刺激伝導系の機能を検討した。刺激伝導系の機能障害は、術後例でも術前と同様あるいはそれ以上に認められた。一見予後良好と考えられている ASD 術後にも刺激伝導系の面からみると問題は多く、一生経過観察が必要と思われる。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



〔はじめに〕

二次口心房中隔欠損(ASD)においては,上室性不整脈や,洞房結節及び房室結節機能異常を合併しやすいといわれている。ASDの術後管理指導を行っていく上で,術後の洞房結節及び房室結節機能を知ることは有用なことと思われる。今回はASD術前,術後について,電気生理学的検討を加えたので報告する。