

血，左総大腿静脈脱血による部分体外循環下に，腹腔動脈，上腸間膜動脈の灌流を併用した．腎動脈は腎保護液を灌流した．中枢側は Coselli グラフト（20mm）を用い，腹腔動脈，上腸間膜動脈，腎動脈を再建．末梢は4分枝付きの Interguard Quattro（20mm）を使用し両側とも外腸骨，内腸骨動脈と吻合した．術後は5病日で抜管．CT検査で大きな問題なし．合併症なく17病日に退院となった．

冠動脈疾患を合併した胸腹部大動脈瘤は少なくなく，治療方法，治療時期が議論となるが，今回は CABG を先行させ，二期的に胸腹部大動脈瘤に対する人工血管置換を行い良好な結果を得た．

5 通常型房室結節リエントリー性頻拍とアデノシン感受性左心房頻拍を合併した1例

飯嶋 賢一・池主 雅臣・有田 匡孝
長谷川 奏恵・園田 桂子・八木原伸江
佐藤 光希・和泉 大輔・渡部 裕
古嶋 博司・相澤 義房

新潟大学大学院医歯学総合研究科
循環器学分野

症例は62歳，男性．narrow QRS 頻拍のカテーテルアブレーション目的に入院した．臨床的に出現していた頻拍は通常型房室結節リエントリー性頻拍であり，遅伝導路の焼灼により消失したが，その後の心房期外刺激で新たな long RP' 頻拍が再現性を持って誘発された．誘発時に jump up 現象は伴わず，期外刺激の連結期と刺激後の return cycle は逆相関を示し，頻拍機序としてリエントリーが疑われた．同頻拍は右室期外刺激でも室房伝導を介して VAAV パターンにより誘発されたが，頻拍中の右室単発刺激ではリセット現象は見られなかった．この頻拍は ATP 3 mg 静注で AH 間隔は不変のまま AA 間隔が徐々に延長した後，停止した．頻拍中の心房最早期興奮部位は当初，冠静脈洞入口部近傍であったが，通電による頻拍停止を繰り返しながら，徐々に冠静脈洞遠位へ移動した．最終的に入口部から約 2 cm 遠位

の fragmentation を伴う電位（ -40ms ）への通電で頻拍は停止し，以後誘発不能となった．房室結節リエントリー性頻拍とアデノシン感受性左心房頻拍が合併した稀な例と考え報告する．

6 徐脈頻脈症候群に対して心房細動アブレーションを施行した1例

保坂 幸男・高橋 和義・尾崎 和幸
土田 圭一・小林 剛・矢野 利明
池上龍太郎・佐藤 迪夫・大久保健志
大槻 総・三井田 努・小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

【背景】心房細動に対するカテーテルアブレーションは，開始から10年が経過し，その有効性が確立されるとともに安全性も向上し，心房細動に対する第一選択治療として推奨されつつある．今回，当科において，失神を伴う徐脈頻脈症候群の症例に対して心房細動アブレーションを施行したので報告する．

症例は72歳，男性．近医にて発作性心房細動に対して内服加療（シベンゾリン 300mg/日，ワルファリン 3 mg/日，動悸時にプロプラノロール 10mg）されていた．2010年2月，労作中に動悸が出現し，動悸の停止とともに意識消失し自然に回復した．2011年2月，動悸が出現しプロプラノロール 10mg を内服し，動悸の停止とともに血の引く感じを自覚し，6秒程度の心停止がホルター心電図にて確認され，当科紹介受診した．2011年10月，発作性心房細動・粗動に対するカテーテルアブレーション目的に当科入院した．入院後，経皮的カテーテル心筋焼灼術（肺静脈拡大隔離術，三尖弁一下大静脈峡部焼灼術）を施行した．術中・術後の合併症を認めず，抗不整脈薬は内服中止とし，ワルファリン 3 mg/日のみ内服継続とした．以降，動悸・失神等の症状の再発を認めない．

【まとめ】失神を伴う徐脈頻脈症候群の症例において，発作性心房細動・粗動に対するカテーテルアブレーションを施行し，ペースメーカー植込み術を施行せず，症状が消失した．心房細動を含