

No. 30

# これってWPW 症候群？

## —B 型 WPW 症候群と左脚ブロックの鑑別

塗木徳人

**【症例】** 49 歳，男性．突然の動悸があり近医受診．発作性上室性頻拍の診断を受け，精査加療目的で当院紹介受診となった．

### 診断

当院受診時の心電図（図 1）は，洞調律，QRS 時間は延長（0.16 秒），V<sub>1</sub> 誘導は rS 型，側壁誘導（I, aVL, V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>）で q 波の消失を示し，左脚ブロックのパターンである．しかし，PQ 時間は短縮（0.06 秒），デルタ波を認め，B 型 WPW 症候群と診断した．

### 診断のポイント

WPW 症候群の心電図所見は，  
 ① PQ 時間の短縮（<0.12 秒），  
 ②デルタ波の存在，③QRS 時間の延長（≥0.12 秒）などである．心房心室間に房室結節より伝導速度の速い副伝導路が存在するため，より早く心室を興奮させる．そのため，上記のような心電図所見となる．副伝導路の心室附着部位により QRS 波形の形態に特徴があり，本邦の日常診療では Ueda らの分類がしばしば用いられる（表 1）<sup>1)</sup>．

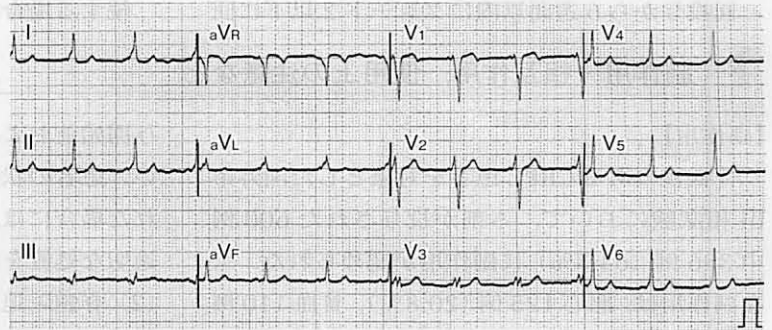


図 1 受診時心電図所見

表 1 WPW 症候群の心電図分類

	A 型	B 型	C 型
副伝導路の心室附着部位	左室自由壁	右室自由壁	中隔部
右側胸部誘導 (V <sub>1</sub> , V <sub>2</sub> ) の特徴	高い R 波	深い S 波	Qr ないし Qs パターン
V <sub>1</sub>			
V <sub>2</sub>			

(Ueda H, et al : Jpn Circ J 1957 ; 21 : 361-375 より引用)

右心室と左心室の位置関係は前胸部誘導 (V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>) から見ると，前胸部側が右心室，背側が左心室となる．心電図の特徴は，電極に向かう興奮は陽性波，遠ざかる興奮は陰性波となる．左脚ブロックでは，右心室から興奮した後左心室が興奮するため，V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub> 誘導から見ると興奮波

Is this electrocardiogram WPW syndrome? : Differential diagnosis of type B WPW syndrome to left bundle branch block. Norihito Nuruki : Department of Cardiology, National Hospital Organization Kagoshima Medical Center. 国立病院機構鹿児島医療センター循環器内科医長

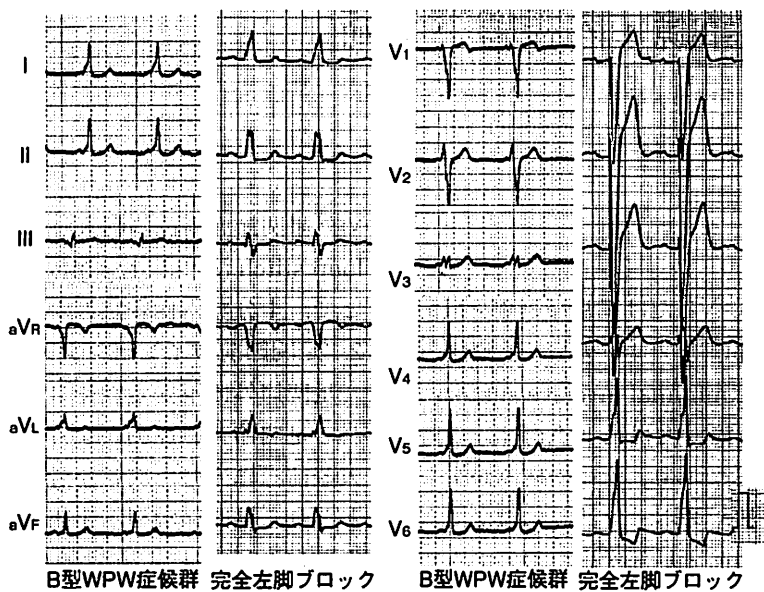


図2 B型WPW症候群と完全左脚ブロックの12誘導心電図所見

は遠ざかっていくので陰性波を示し、S波が深くなる。同様に、副伝導路が三尖弁輪にあるB型WPW症候群は、右心室から興奮するので、左脚ブロックと類似した興奮パターンを示す。そのためB型WPW症候群と左脚ブロックは同様のQRS波の形態を示す(図2)。

### ⊕ 治療

WPW症候群は、1,000~2,000人中2~4人に認められ、決してまれではない。このような患者に接したときに重要なことは、治療を要するかどうかの判断である。

治療の目標は、QOLの改善と突然死の予防である。心房細動や回帰性頻拍の合併例では心室細動の危険が高い。本症例は発作性上室性頻拍を合併しており、カテーテルアブレーション治療が第一選択であり、根治が望める。社会的適応という観点から、特に交通機関の運転手など、多くの人命にかかわる職業の場合は、無症状であっても高リスク群(心房細動時の最短R-R間隔が0.22秒未満、副伝導路有効不応期が0.25

秒未満)ではカテーテルアブレーション治療が勧められる。

WPW症候群に対するカテーテルアブレーション治療の成功率は非常に高く、かつ再発率、合併症発生率は共に低い。薬物療法と比較し、根治療法であり医療経済的にも優れた方法で本疾患の第一選択の治療である。

### ⊕ ポイント

1. WPW症候群はQRS波の形態で、副伝導路心室付着部位の推定ができる。
2. B型WPW症候群と完全左脚ブロックはPQ時間、デルタ波で鑑別できる。
3. カテーテルアブレーション治療は安全で効率的に根治ができ、合併症も少ない。

### 文献

- 1) Ueda H, Nameki C, Saruta H, et al: Further Studies on the W.P.W. Syndrome (Pre-excitation Syndrome) with Special Reference to the Intracardiac and Esophageal Lead. *Jpn Circ J* 1957; 21: 361-375.