

発作性心房細動

心房細動はその持続時間から、発作性（7日間以内多くは48時間以内）、持続性（7日間以上）、長期持続性（1年以上）および永続性（除細動が不能）に分類される。発作性の心房細動は毎年5.0～8.6%で慢性化するとされている。なお、発作性から慢性への移行は初期に多く最初の5年で約25%が永続性の心房細動に移行するとのデータがある

最新の日本循環器学会ガイドラインでは、高度の左房拡大や左室機能低下を認めず、薬物治療抵抗性症候性発作性心房細動に対し、カテーテルアブレーションの適応はクラスIとなっている

正常左室機能の発作性心房細動患者において、一部に複数回のセッションを要した広範肺静脈隔離術によるアブレーション治療の約5年後の洞調律維持率は79.5%、臨床的改善率は92.5%と報告されている

初発の一過性心房細動の治療：

初発の一過性心房細動で、自然に細動が停止した場合は、通常半数の症例で再発を認めないため、CHADSスコアを確認し、脳梗塞のリスクファクターがない場合は薬物治療は控える。

逆に心原性脳梗塞の既往がある場合や脳梗塞のリスクファクターがある場合は、心房細動の再発がないと判断されるまでは、抗凝固治療を行うことが望ましい。また、心筋梗塞や心臓手術後の一過性の心房細動は、原因治療により改善することが多い。

心房細動アブレーション治療としての拡大肺静脈隔離術：

多くの発作性心房細動は、肺静脈内心筋起源の心房期外収縮から発生することが1998年に報告されて以来、肺静脈開口部への通電により肺静脈と左房を電氣的に隔離する肺静脈隔離アブレーションが、発作性心房細動の根治効果を発揮する方法として考案された。

当初は、個々の起源を標的としたアブレーションが施行されたが、再発率が高く肺静脈狭窄を合併するリスクが存在した。その後、2本のリング状電極カテーテルを上下肺静脈入口部へ同時に留置しその周囲を広範に焼灼する拡大肺静脈隔離術が施行されるようになり、より高い有効性が報告されている。

施設によっては、肺静脈と左房後壁を隔離する BOX 隔離術などが施行されている。

3D mapping による拡大肺静脈隔離術

2 本のリング状電極カテーテルを上下肺静脈入口部へ同時に留置し、3D mapping を使用した拡大肺静脈隔離術による発作性心房細動患者に対する有効性を示した報告である。対象は 41 例の症候性発作性心房細動患者、平均年齢 63 歳、男性 29 例であった。

隔離術後心房興奮とは解離した、肺静脈内自動能による興奮が右側で 87.8%、左側で 80.5% に認められ、また術中平均周期 189ms の肺静脈頻拍が自然発生的に出現あるいは誘発された。拡大肺静脈隔離術によるこれらの現象から肺静脈頻拍が発作性心房細動の不整脈基質である可能性を明らかにした。

心拍数の調整には、副伝導路を認めないことを確認した後で、持続性・永続性の心房細動に対して β 遮断薬であるメトプロロール（セロケン）、ビソプロロール（メインテート）、プロプラノロール（インデラル）などや非ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬であるベラパミル（ワソラン）、ジルチアゼム（ヘルベッサ）の投与を行う。また、経静脈投与ができる β 遮断薬はプロプラノロール（インデラル）とランジオロール（オノアクト）であり、経静脈投与ができる非ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬はベラパミル（ワソラン）、ジルチアゼム（ヘルベッサ）である。なお、エスモロール（ブレビブロック）は手術時のみ可能である

心不全を認める症例では、副伝導路を認めないことを確認した後で、心拍数調整を目的で、ジゴキシシン（ジゴシン）、アミオダロン（アンカロン）、ランジオロール（オノアクト）、カルベジロール（アーチスト）、ビソプロロール（メインテート）の投与を考慮する。ただし、アミオダロンの注射薬は我が国では応外である。なお、このうちジゴキシシン、アミオダロンが頸静脈で投与できる薬剤である。副伝導路を認める症例では、Ia 群であるプロカインアミド（アミサリン）、シベンゾリン（シベノール）、ジソピラミド（リスモダン）を、Ic 群薬であるピルシカイニド（サンリズム）またはフレカイニド（タンボコール）の静脈内投与を行う。