

- 変行伝導(頻脈のため生じた機能的な脚ブロック)
- 旋回路が特殊→WPW 症候群で副伝導路が2本存在し、それらの副伝導路を旋回路に用いていた、副伝導路は1本でも房室間の順伝導に副伝導路を使用している場合など
- そのほかにも、心房頻拍や心房粗動の興奮がバイスタンダーの副伝導路を降りて行くとき

- 最初の2つはよくみるが、うしろの2つは稀。臨床電気生理のプロ以外は診断できなくてよい。
- wide QRS tachycardia を前にしたときは、特発性 VT の2つのタイプをまず頭に思い浮かべる。

Key Point : 特発性 VT は、

- 1) 右脚ブロック+左軸偏位(左室中隔下位に起源)
- 2) 左脚ブロック+右軸偏位(右室流出路かその近傍に起源。左室流出路も含む)

- なぜ、特発性 VT を知っていたほうがよいのか？

- 有効な薬剤がある。
 - 右脚ブロック+左軸偏位型には、ワソラン® が効く(このため、“ベラパミル感受性 VT” と呼ばれる)。
 - 左脚ブロック+右軸偏位型には、 β 遮断薬とワソランが効きやすい。
- どちらもカテーテルアブレーションが有用。

- 特発性が否かは問わず、VT らしいと判断するには、

- A. P 波をさがす
 - P と QRS の解離がある→VT
 - P と QRS の解離がよくわからない→?
 - P と QRS が 1:1 に対応している→?
- B. 融合収縮(fusion beat)を探す……一部に心房からの興奮があれば、VT を疑う。テキストには簡単そうに書いてあるが、実は難しい。
 - 融合収縮あり→VT
 - 融合収縮なし→?
- C. 胸部誘導に RS 波形がまったくみられない→VT
- D. 胸部誘導で QRS の開始から S 波の先端までが 100 ms 以上→VT
- E. 右脚ブロックパターンのとき、
 - V_1 誘導が単相性か二相性+ V_6 で $R < S$ →VT
- F. 左脚ブロックパターンのとき、
 - V_1 , V_2 にノッチ(notch)がある→VT