

- カテーテルアブレーション
……を考慮。

- カテーテルアブレーションは薬物治療が有効な心房粗動でも適応となる。しばしばレートコントロール以外の薬物治療を行わずに、カテーテルアブレーションを行うほうが望ましい選択である。

だめもとで経口薬による予防的治療を試すなら

- Ic 群は避けて、Ia 群か、Ib 群のアスペノンのみ。単剤は禁じ手。

Key Point : 心房粗動には I 群薬の単独投与は避ける。

- 長い粗動周期で房室伝導比が高まるかもしれない。I 群薬の単独投与は危険。
 - ▶ β 遮断薬 [メインテート[®](ビソプロロール, 2.5 mg), テノーミン[®](アテノロール, 25 mg/日)のいずれか] またはワソラン[®](3 錠/日)
+ I 群薬 [リスモダン R[®](ジソピラミド, 300 mg/日), シベノール[®](シベンゾリン, 300 mg/日), ピメノール[®](ピルメノール, 200 mg/日), アスペノン[®](アプリンジン, 40 mg/日)などのいずれか]
- β 遮断薬とワソランは 1 : 1 房室伝導の予防。前述のようなレートコントロールを目的とするときより少なめでもよい。インデラルは 1 日 3~4 回も服用するので面倒だが、最初に短時間作用型を使うのは慎重でよい。
- I 群薬も上記の 1.5 倍くらい服用すれば有効な症例も増えるかもしれないが、粗動が悪化するかもしれないので無理はしない。

* * *

■ なぜ抗不整脈薬の効きが悪いのか？

- 心房粗動を形成しているマクロリエンタリーを止めるには、
 - 1) 興奮波の終末に興奮波の先端がぶつかるか、
 - 2) 伝導性が低下しやすいところで伝導途絶を生じればよい。
- 素直に考えれば、活動電位持続時間(action potential duration: APD)の延長は 1) で、 Na^+ チャネル遮断作用は 2) のかたちで作用しそうだが、実際はそうとも言えない。
- 解剖学的峡部を含むリエントリー回路が成り立つためには、回路で囲まれて機能的に伝導できない領域が必要。
- Na^+ チャネル遮断作用は心筋の伝導性を低下させ、機能的伝導不能領域をしっかりと安定したものにして、粗動回路の出現と維持に働くと思われる。