

図1 右脚ブロックの心電図
V₆誘導では深く広いS波が記録され、心室中隔の誘導であるV₁ではrSR'型のQRSとなります。

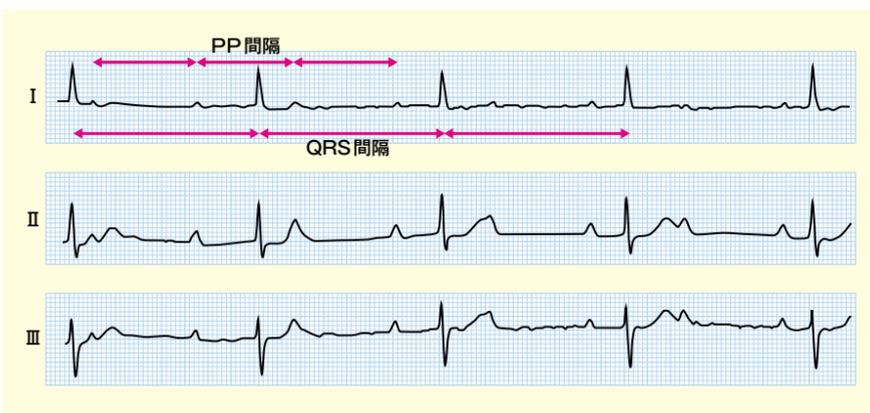


図2 完全房室ブロック
P波とQRSのつながりがなく、お互いが無関係に出現して、PP間隔・QRS間隔は一定となります。



の全収縮期雑音が出現し、時に振戦 (thrill) を伴います。全収縮期雑音を伴う合併症は心室中隔穿孔の他に僧帽弁逆流があり、まれに三尖弁逆流も発生します。雑音の最強点は、心室中隔穿孔では胸骨左縁、僧帽弁逆流では心尖部ですが、最強点が特定できず、鑑別診断が困難な場合もあります。しかし、前者の多くは左室拡張期圧の上昇によって拡張末期にも左右短絡が生じるため、前収縮期雑音も聴取されます。胸部X線検査では心拡大や肺うっ血などの急性心不全像を呈しますが、乳頭筋断裂との鑑別はできません。心電図では心室中隔穿孔に特異的な所見はありませんが、時に右脚ブロック

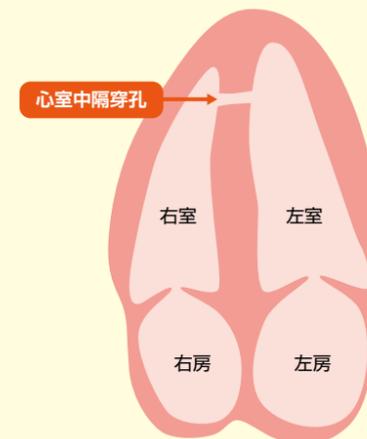
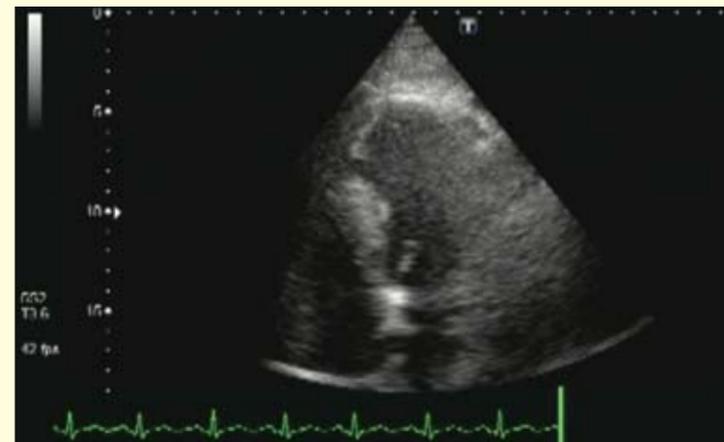
(図1) や房室ブロック (図2) を認めることがあります。

心室中隔穿孔の心エコー所見

前述のように、心室中隔穿孔の診断には心エコーが非常に有用です。エコーでは右室容量負荷所見 (右室の拡大、拡張期心室中隔の圧排など) を認めます。断層像による心室中隔の欠損孔自体の検出率は40~70%ですが、断層像で確認できる場合は比較的大きな穿孔です。小さな欠損孔では断層法による特定が困難であるため、カラードプラ法で左右シャント血流を検出することが重要です (図3)。カラードプラ法を用いると、

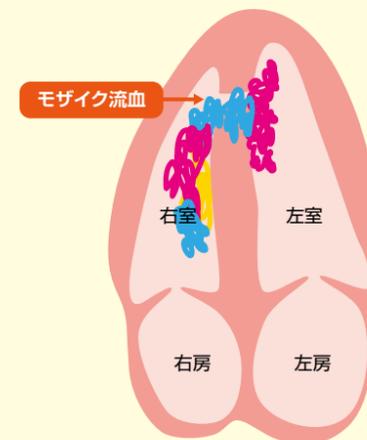
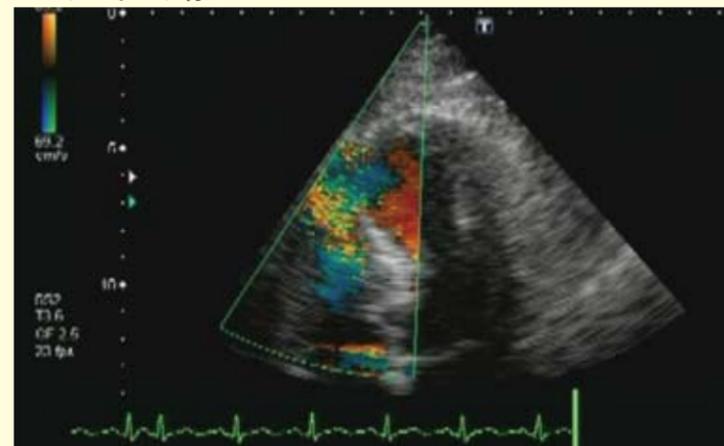
左室から右室への短絡血流の検出率は85~95%と非常に高くなります。また通常の断面のみでは見落としてしまう可能性があり、心室中隔をさまざまな断面で描出しながら穿孔部を検出しようとする努力が大切です (図4)。中隔穿孔は、梗塞中心領域ではなく梗塞領域と正常領域の境界部分周辺に生じやすくなり、断裂部の周辺では壁厚の減少、エコー輝度の上昇、心室中隔運動の変化などを認めます (図3)。血行動態が安定していれば、ドプラ法を用いて肺体血流比 (Qp/Qs) も推定できます。

A 断層像



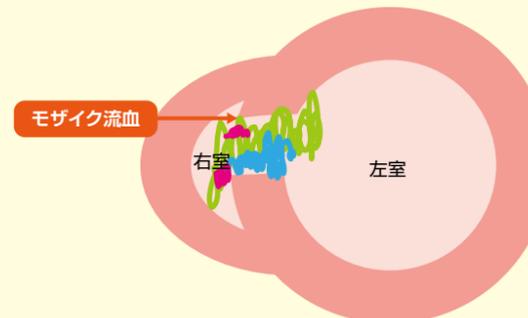
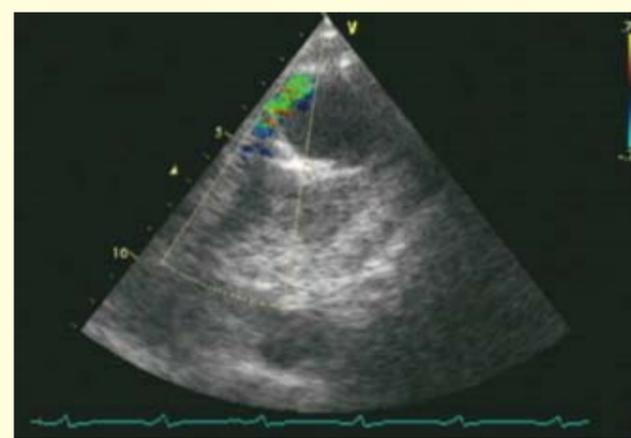
心室中隔心尖部寄りに心室中隔穿孔を認めます。

B カラードプラ像



同部位に左室から右室への短絡血流を認めます。

図3 72歳男性：前壁の急性心筋梗塞発症の3日後に発症



左室心尖部から右室への短絡血流を検出しました。

図4 73歳女性：短軸像での心室中隔穿孔