

2. 右脚ブロック様波形をとまない突然死をきたす Brugada 症候群

1992年 Brugada らにより報告されたもので、成人男性に多く右脚ブロック様心電図波形と V1~V3 誘導において coved 型 または saddle-back 型の ST 上昇を呈し心室細動による突然死をきたす症候群である。

児童・生徒には比較的少ないが、最近注目されており心臓検診においても無症候性 Brugada 型心電図を有するものが時々ある。

Brugada 型心電図に関して「日本小児循環器学会の小児 Brugada 様心電図例の生活管理基準作成に関する研究委員会による分類」を下記に示す。

coved 型	saddleback 型
	
ST-T 部位の波形が J 点付近から緩徐に下降し基線または一時基線よりも低下した後基線に戻る形をとるもの	ST-T 部位の波形が原則として基線より上で二峰性の頂点を示すもの

小児 Brugada 様心電図例の生活管理基準作成に関する研究委員会（2006 年）
日本小児循環器学会雑誌 Vol.22 No.6 P67-76

* 右側胸部誘導（V1－3）のいずれかで、J 点で 0.2mV 以上 ST が上昇し、かつ ST-T 部位が coved 型または saddle-back 型をとるもの。

右脚ブロックパターン（後ろの R 波の小さな場合を含む）をしばしば合併する。
J 点は左側胸部誘導の QRS 終末点の時相とする。

3. S terminal delay

下図のように、coved 型のうちで S 波の幅が広い (S terminal delay を有する) 例は心室細動や失神を起こす危険性が高いとされており特に注意を要する。



V1 誘導における QRS 波と ST 部分

S terminal delay (*) を認め S 波の幅が広がっている

For the idiopathic ventricular fibrillation investigators

: new ECG criteria for high-risk Brugada syndrome

Atarashi et al: Circulation Journal Vol.67:8-10.2003 より改変引用

4. 2 次検診における Brugada 型心電図の取り扱い方

coved 型は 3 次病院へ紹介する

saddle-back 型は以下①～③の場合を除いて E 可とする

①失神等の既往歴がある (夜間睡眠時に多い)

②本症候群の家族歴 または 突然死の家族歴がある

③ 1 ～ 2 肋間上で V1～V3 誘導を記録すると coved 型へ移行する

①～③の場合は 3 次病院へ紹介する

まず、十分な問診をして saddle-back 型は胸部誘導を 1 ～ 2 肋間上で再度記録することが重要である。また、管理区分決定における所見を必ず記載する。Brugada 症候群では自律神経などの関与により ST 波高や形状が変化するため saddle-back 型で本症候群を疑うときはできるだけ頻回に心電図を記録し coved 型の出現に注意することが必要である。はじめて抽出した場合は器質的心疾患を否定するために心臓超音波検査をすることが望ましい。

5. ARVC (不整脈原性右室異形症) と Brugada 症候群

ARVC の比較的初期では右室の形態異常があまり顕著でなく、右脚ブロックや右側胸部誘導の ST 上昇を認めるものがあり、Brugada 症候群との鑑別は難しい。表 2 のように鑑別するが、Brugada 症候群も加算平均心電図が陽性になることがあり、一般的に ARVC は単形性心室頻拍 Brugada 症候群は多形性心室頻拍を起こすといわれているが、単形性もある。このような場合、Na 遮断薬負荷試験 遺伝子診断が有効といわれている。なお、遺伝子解析でもはっきりしない場合は、ARVC は病変が進行するので右室の形態変化 (右室