

## 心電図検査 所見名の解説(アイウ順)

ア	
RSR'パターン	心房からの電気刺激は心室に入ると右室は右脚、左室は左脚前枝・後枝に分かれ合計 3 本の心筋内伝導ルートを伝わり左右心室の筋肉を収縮させます。RSR' パターンは、右脚の電気の流れがわずかに障害されている場合に認めます。いわゆる異常心電図波形として指摘されますが、健常者でも認めることがあり問題ありません。
R 波増高不良	心電図波形のR波(上向きの幅の狭い波)は、胸の左側の電極で記録した方が、胸の真ん中付近の電極で記録したものよりも大きくなるのが普通です。これが、ほとんど大きさが変わらない場合をR波増高不良と呼びます。心筋梗塞や肺気腫、心筋症などでみられますが、痩せ型の体型の方にもよく現れます。
異常 Q 波	心電図波形の Q・R・S 波は、上向きの R 波と下向きの Q 波、S 波で成り立っています。そのうち Q 波が著しく大きくなる場合を異常Q波といいます。心筋梗塞や心筋症など強い心筋障害によって見られます。健常人でも軸や電気の流れの方向によって異常 Q 波となったりします。
異所性調律 ・冠静脈洞調律 ・左房調律 ・房室接合部調律	通常心臓のペースメーカーの役割を果たすのは洞結節ですが、ペースメーカーが洞結節以外にある場合を異所性調律といいます。刺激発生が異なりますが、正常に脈が保たれていれば特に問題ありません。
右胸心	通常左側にある心臓が右側にある人です。心臓だけが右側にある人と、内臓すべてが反対になっている人がいます。
右脚ブロック	右脚の電気の流れがブロックされた状態です。基礎疾患のない右脚ブロックは問題のない場合が多く、電気の流れは左脚を通して伝わりますので右脚の収縮には影響ありません。定期的に心電図検査を受けるようにしてください。初めて指摘された場合は要精密検査となる場合があります。また、狭心症、高血圧性心疾患などを合併し指摘された場合には原疾患に対する治療が行われます。
ST-T 異常	心電図波形で、ST 部分が基線より上がっている又は下がっている状態です。心臓の筋肉の血液の流れが悪い場合(心筋虚血)や、心臓の筋肉が厚くなった状態(心肥大)などで起こりますが、病気でなくても起きることがあります。ただし、心臓疾患が疑われた場合は心臓超音波検査等の精密検査が必要になる場合があります。
ST 上昇 ・軽度 ST 上昇 ・J 波を伴う ST 上昇	心電図波形のうちで、ST部分が通常より上がった状態です。心筋梗塞、心筋炎、ブルガダ症候群や正常な方でもみられることがあります。ST 部分への移行部である J 点に現れる小さな波を J 波といいます。
カ	
期外収縮 心室性期外収縮 上室性期外収縮	本来心臓の収縮が指令されない場所から、通常のリズムよりも早く発生した状態をいいます。健康な人では興奮、喫煙、過労などでみられます。心臓疾患の方でみられた場合、危険な不整脈に移行する可能性を検査する必要があるため、精査が必要な場合があります。
QT 延長 QT 短縮	QT 間隔(時間)は QRS 波の最初から T 波の終末部までの時間で、心拍数や自律神経、電解質(カリウム、カルシウム)、薬物(抗不整脈薬・抗精神薬・抗生物質

	の一部)などにより変化します。 QT が延長すると危険な不整脈を引き起こすこともあります。
高電位	左胸の電極で記録した心電図波形の上向きR波が通常より高い場合や、中央で記録した心電図波形の下向きのS波が深い場合です。左心室由来の電位が高く記録されているという意味で、左室肥大などで現れますが、ST低下を伴わない場合は問題ないことが殆どです。
サ	
左脚ブロック ・左脚前枝ブロック ・左脚後枝ブロック ・完全左脚ブロック	左脚ブロックはその背景に心疾患を有する場合があります。狭心症、高血圧性心疾患、心筋炎などの心筋障害、弁膜症などが原因になることがあります。左脚の伝導路のうち前枝または後枝のそれぞれ1本が障害されている場合と、両方ブロックされている場合(完全)があります。さらなる障害が生じる場合があります。定期的な心電図検査による経過観察が必要です。
徐脈・頻脈	心拍数 100/分以上、49/分以下をそれぞれ頻脈・徐脈と言います。日常生活でも心拍数は変動しますが、極端に徐脈や頻脈になったり、不整脈で心拍数が変化したりする場合には精査や治療が必要です。
心筋梗塞 ・前壁(中隔) ・下壁・側壁・後壁 ・右室梗塞	梗塞を起こすとその部分の冠動脈が詰まってしまう心臓を動かすための血液が送られなくなってしまいます。胸痛・息切れ・倦怠感等様々な症状が現れます。心電図検査で心筋梗塞が疑われた時は精査が必要です。前壁・下壁・側壁・後壁・右室梗塞はそれぞれ梗塞部位を表わします。
人工ペースメーカー調律 ・A・V・D	ペースメーカーによる調律をしている心電図です。 Aは心房、Vは心室、Dは心房・心室両方をペーシングしています。
心室内伝導障害	QRS波形の幅が広く、左脚ブロック・右脚ブロック・WPW症候群の典型的な波形を示さないものを指しています。 心室内の伝導が何らかの障害を受けている可能性があるため、精査が必要となる場合があります。
心肥大 ・右室肥大(軽度) ・左室肥大(軽度) ・右房拡大 ・左房拡大	胸部誘導 V1-2 の R 波が高いと右室、V5-6 の R 波が高いと左室に負荷がかかっていることが考えられます。ST や T 波に変化があれば心室の肥大が疑われます。 P 波が高い又は幅が広いと心房の拡大が疑われます。弁膜症等も考えられるため、心電図の変化や症状によって精査が必要となることもあります。
心房細動	心房内で洞結節とは異なる無秩序な電気信号が発生し、その興奮が不規則に心室に伝わる状態です。心房の中で血流が滞り血栓を作ることがあるため、脳梗塞の予防も含めた治療が必要です。
心房粗動	心房が1分間に 240 回以上で規則的に収縮する状態です。心室へ伝わる数が多く頻脈となっている場合や心房の中に血栓ができて脳梗塞を起こす危険があるため、治療が必要です。
タ	
高い T 波	心電図のT波は収縮した心臓が元に戻るときにできる波です。高い T 波とは、通常はなだらかな山型をしているT波の高さが通常より高く尖鋭化することをいいます。高カリウム血症や健常者でもみられる場合があります。
WPW 症候群 ・A 型	心房-心室間の電気が伝わる正常なルート以外に副伝導ルート(ケント束)が存在するため心房心室伝導時間が短縮します。異常な伝導による頻拍発作がなく

<ul style="list-style-type: none"> <li>・B 型</li> <li>・C 型</li> </ul>	<p>自覚症状もなければ問題ありません。頻拍発作の回数が多く日常生活に制限が生じる場合や失神などの重い症状を認める場合には医療機関を受診し精査を受けてください。</p>
<p>低電位差</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・四肢誘導</li> <li>・胸部誘導</li> </ul>	<p>心電図のQRS波の高さ(振れ幅)が小さくなる所見です。心筋梗塞などで心臓の収縮力が弱った時、体内の水分貯留や肺気腫など肺に含まれる空気が増加した時、肥満などでみられます。</p>
<p>電気軸</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・不定軸</li> <li>・左軸偏位(軽度)</li> <li>・右軸偏位(高度)</li> <li>・S1,S2,S3 パターン</li> </ul>	<p>心臓が動く時に流れる電流の方向のことを平均電気軸といいます。この軸が通常より右側(時計回転方向)に傾いていることを右軸偏位、左側(反時計回転方向)に傾いていることを左軸偏位といいます。</p> <p>判定が困難な場合を不定軸、通常と反対の軸を S1S2S3 パターンと言います。</p> <p>体格や心肥大等でも軸偏位は起こりますが、特に問題が無い場合もあります。</p>
<b>ナ</b>	
<p>二枝・三枝ブロック</p> <p>梗塞周囲ブロック</p>	<p>左脚ブロックには左脚の伝導路のうち前枝または後枝のそれぞれ 1 本が障害されている場合と、両方ブロックされている場合(完全)があります。</p> <p>前枝又は後枝ブロックに 1 度房室ブロックがあると二枝ブロック、右脚ブロックや完全左脚ブロックがあれば三枝ブロックとなります。</p> <p>心筋梗塞後を起こした部位は伝導路がブロックされることがあります。</p>
<b>ハ</b>	
<p>反時計回転</p> <p>時計回転</p>	<p>心臓は通常、右上から左下に向かって配置されていますが、その向きは個人差があります。心臓が働くときに流れる電気の流れの方向(電気軸)が、通常より右に傾けば「時計回転」、左に傾けば「反時計回転」と表現されます。</p>
<p>PR 短縮・延長</p>	<p>PR は心房から心室に刺激が伝わる時間です。刺激の伝導路が通常と違い近道がある場合は短縮し、心房と心室の間に障害があると延長します。</p> <p>短縮と△波があれば WPW 症候群、延長が進むと房室ブロックとなります。</p>
<p>ブル型心電図</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Coved型ST上昇</li> <li>・Saddleback 型 ST 上昇</li> </ul>	<p>右胸部誘導でST上昇を示す右脚ブロック波形が特徴です。若年男性に多く、突発性の不整脈を起こすことがあります。ST上昇の波形は coved 型と saddleback 型があります。精査や治療が必要な場合があります。</p>
<p>平低 T・陰性 T</p>	<p>心電図波形のT波は収縮した心臓が元に戻るときにできる波です。通常はなだらかな山型をしているT波が平坦になったり反対の山形になった状態で、心筋梗塞や左室肥大ではST部分の異常を伴ってみられます。健常人でもみられることがあります。</p>
<p>房室ブロック</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・I 度房室ブロック</li> <li>・II 度房室ブロック</li> <li>ウエンケバッハ型</li> <li>モビッツII型</li> <li>2:1(高度)</li> <li>・完全房室ブロック</li> </ul>	<p>心房-心室の間に何らかの障害があり、伝わりにくい状態を房室ブロックと言います。</p> <p>遅くても必ず伝導される場合を I 度、徐々に長くなって最後に伝導が途絶え、その後元に戻るものをウエンケバッハ(II 度)、時々急に伝導しなくなるものをモビッツ(II 度)、2 回に 1 回は伝わらないことを 2:1(II 度)、全く伝導されないものを完全房室ブロックと言います。</p> <p>精査や治療が必要な場合があります。</p>