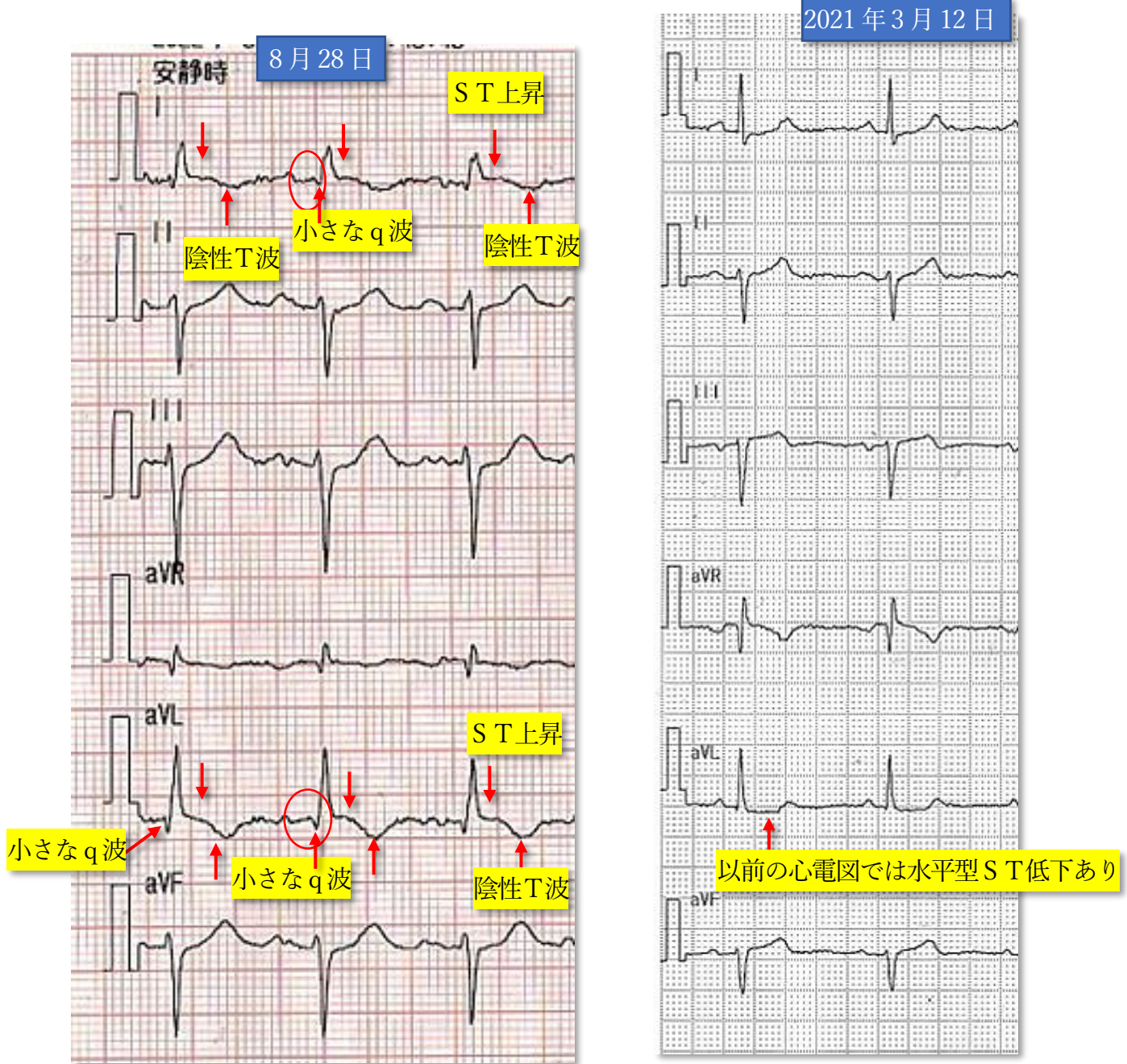


8/28(日)に当直医の先生から入院中の患者さん(H.Nさん)の件で電話での相談があり、私の意見を述べましたが気になったので(根が真面目なので;笑)、病棟に行きました。胸写所見はCTで確認しましたが、肺炎が主体でした。8/28の心電図は次頁で解説しますが心房細動をベースにして完全左脚ブロックが見られました。

血液検査でCPK469と高値、また心筋トロポニン(トロップT)が1,049と極めて高く心筋壊死が疑われましたが、8/28の心電図では局在が明らかではありません。

翌日8/29の心電図(下左図)では以前の心電図では見られないI、aVLでの小さなq波、及びST上昇陰性Tを認め側壁梗塞(高位側壁梗塞)が疑われます(q波は小さく貫壁性梗塞では無いと考えます)。



左右を良く比較していただきたいと思いますが、I、aVL誘導以外は特に変わりはありません。心筋壊死を示す所見があって、I、aVLのみの変化は側壁(高位側壁)梗塞を示唆すると考えます。ただ、完全な異常Q波ではなく心筋の一部の壊死が起こっていると考えます。尚、胸部誘導は以前の心電図と比較して変化がなかったため呈示していません。

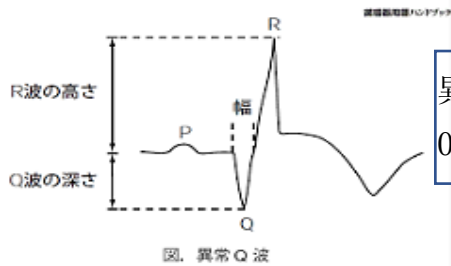


8月28日に記録された心電図を下に示します。右の通常見られる完全左脚ブロックの心電図と比較してみてください。赤楕円で囲んだ部分だけがHNさんのいつもの心電図パターンです。後は全て心房細動リズムです。一見すると心室期外収縮の連発のように見えますが、心房細動+完全左脚ブロックです。全て形が類似していることがわかると思います。I、aVLのST上昇があるようにも見えますが、この心電図では基線がブレていて判定はしづらいと思います。

通常の完全左脚ブロックの心電図



急性心筋梗塞で完全左脚ブロックが起こると異常Q波の確認が出来づらいため困難な事もありますが、通常は梗塞範囲が広いとST上昇などで鑑別はある程度可能です。ただ、今回のような小梗塞では心電図変化が確認出来づらいこともありますので、CK、トロポニンなども確認しておく必要があります。

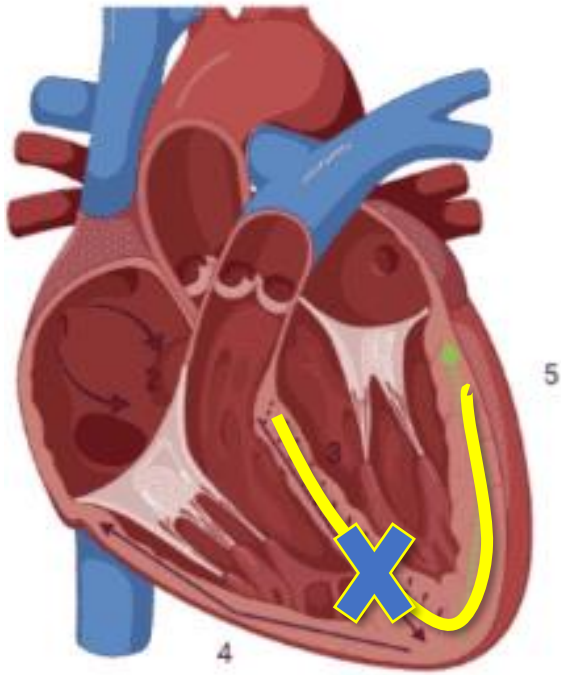


異常Q波の定義は一応Q波の深さがR波の高さの1/4以上或いは0.1mV以上で、幅が0.04秒（小さな横目盛りの1つ分）となっています。

折角ですので完全左脚ブロックは何故幅広い心電図になるのか解説します。

下の2つの心電図を比較してみてください。パターンは殆ど同じです。左脚ブロックでは左室の興奮が遅延するので幅広くなりますが、基本的な心電図パターンは同じです。

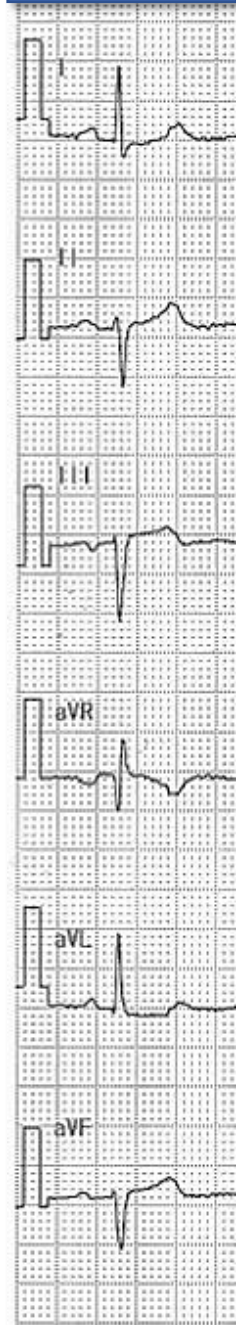
例えば1誘導を見て下さい。上向きのQRS波は同じですが幅広くなっています。回復が遅延するので陰性T波として記録されます。どうでしょう？そんなに難しくはないと思いますが。



完全左脚ブロックの心電図



正常な心電図



余談ですが、今は心カテなど全く無縁の私ですが、宮崎大学病院、県立宮崎病院（循環器部長）ではバリバリ心カテをしていました。総症例数は3,000例ほどになろうかと思います。急性心筋梗塞の治療が開始され初めてからは（当時はウロキナーゼ血栓溶解療法）、特に忙しく仕事をしていましたが、充実していた時期でした。九州大学病院にも研修に行かされましたが当時のN教授から厳しい指導を受けました。今は知らない人も多いと思いますが、ベクトル心電図（3D心電図の最初のような感じ）の研究もしていました。