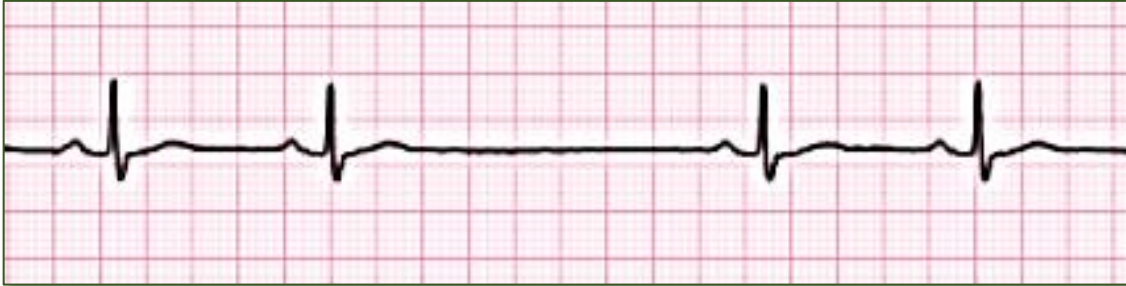


(看護師の皆さんのための不整脈心電図講座)

(4月1日午後に入院中の猪山さんのモニターで典型的な洞房ブロックが見られました。実際の波形を見たい方はカルテを見てください。今回、心電図の見方を洞房ブロックなどが見られる洞結節不全症候群 (SSS; Sick Sinus Syndrome) を中心に解説します。

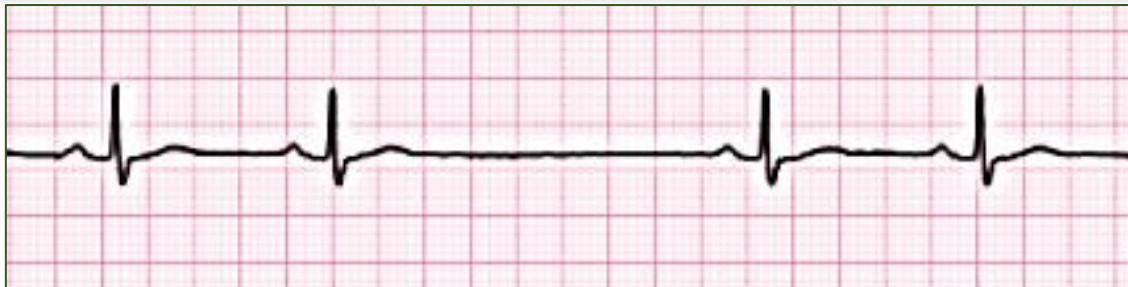
まず、下の心電図を見てください。どうでしょうか？



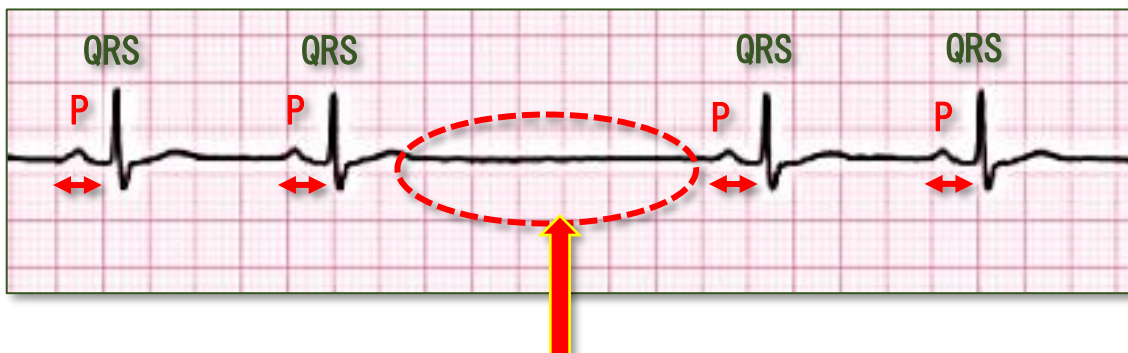
真ん中の部分が基線だけになっているのは分かりますが、さてどのように診断を付けていきますか？



心電図を読む時は必ず、①P波はあるか、QRS波はあるかをまず確認します。両方ともあれば、②P波とQRS波間隔は常に一定かを確認します。この基本で下の心電図をもう一度見てください。

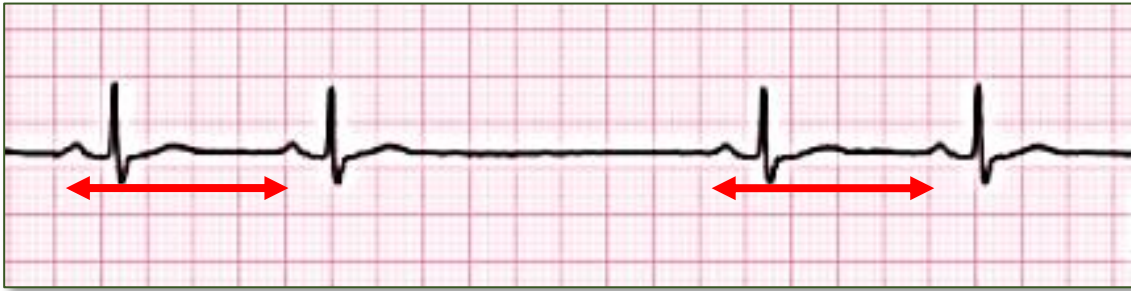


確認出来ました？下図のP波とQRS波を見るとPQ間隔 (↔) は一定であり、真ん中の基線が伸びている部分以外は確実に繋がっていることが分かります。ただ、PQ間隔は5mm (1mmは0.04秒なので0.2秒) あり、I度房室ブロックはあります。



それでは、この部分では何が起きているのでしょうか？ 次の頁で解説します。ちょっと考えてください。

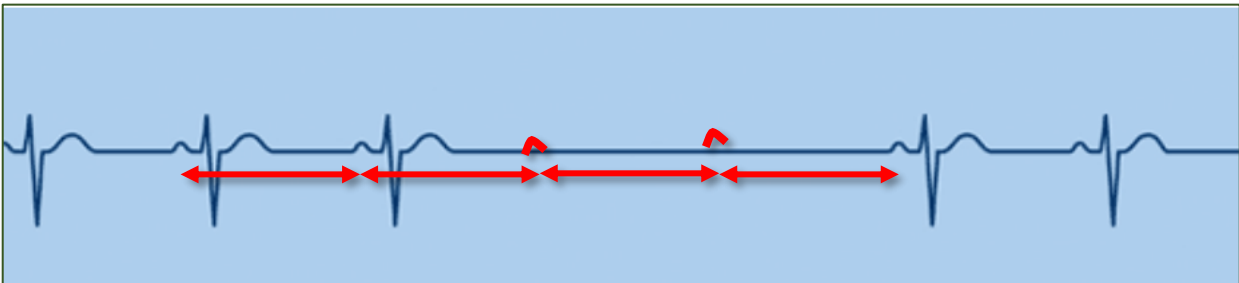
真ん中の基線の部分で何が起きているのかを考えてみます。



PP 間隔 (↔) は一定です。つながっている部分に問題はありません。



上図をみると P 波が出現すべき時間に 1 回だけ P 波が出なかった事が推測できます。このような心電図波形を洞房ブロックと呼びます。



上図は 2 回 P 波が出ていません。このように定期的に P 波が出ない場合を洞房ブロックと呼びます。余り長い間 P 波が出ない場合は心室からの補充収縮 (QRS 波の幅広い波形) が出ますが、全く出ない場合には心停止時間が長くなり失神発作などを起こします (アダムスストークス症候群)。



上図は同じような波形ですが、通常の PP 間隔の整数倍にはなっていないので、洞停止と呼びます。ただ、いずれの場合も洞結節の機能不全ですので診断の区別に神経を使わないで結構です。モニターでこのような波形が出た場合は当直医の先生へは「洞停止を認めます (出来ればおおよそ何秒間かも測定)」と報告すると、「出来る看護師だな」思われます (笑)。