

## ⑦ 心電図検査の所見

異常なし	心電図に異常な所見を認めません。
異常Q波・QS型パターン	心筋梗塞・心筋症などの疾患の他、健常者にもこの所見が見られることがあります。
R波増高不良	左心室肥大や回復後の心筋梗塞のこともあります。健常者にもしばしば見られます。
右軸偏位	心臓を収縮させるための電気の流れが右に偏っています。重症肺疾患で心臓に負担がかかるときに見られますが、痩せ型の健常者にも見られます。この所見のみではあまり問題はありません。
左軸偏位	心臓を収縮させるための電気の流れが左に偏っています。左心室肥大などの疾患の他に肥満者・高齢者にも見られ、この所見のみではあまり問題はありません。
R波高電位	心臓に対する負荷が大きくなっている状態と考えられ、肥満や高血圧、心筋症の方に多く認められます。ただし、健常者（高身長・痩せ型の若い男性が多い）にも見られます。この所見のみではあまり問題になりません。
低電位	心臓の電氣的興奮が弱い場合、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
左室肥大	左室肥大を起こす病態は、スポーツ心臓のように左室に余分な力がかかったとき、高血圧性左室肥大、肥大型心筋症などが考えられます。左室肥大では、R波の増高、ST降下、T波異常が組み合わさって認められます。左室肥大の程度が強くなればなるほど、これら3つの所見は著明に表れます。
右室肥大	右室の慢性的な圧負荷によって生じ、原発性肺高血圧症や二次性肺高血圧症を招く、僧帽弁狭窄症、慢性肺塞栓症、ファロー四徴症、肺動脈弁狭窄症、慢性閉塞性肺疾患などで観察されます。心電図所見としては、右軸偏位、肺性P波、V1～V3（ⅡⅢaVFも）のR波増高（R/S比>1）ストレイン型STT変化、I aVL V5V6の深いS波などが複数以上存在します。
ST低下	ST低下の状態には軽度から高度まで幅がありますが、心臓肥大や狭心症が疑われる場合があります。胸痛など自覚症状がある場合は、早急に循環器内科を受診してください。
陰性T波	陰性T波とは通常は山型をしているT波が谷のようにへこんだ状態で、心筋梗塞、高血圧や心筋症による心肥大、脳内出血などでみられます
平低T波	いろいろな原因が考えられ、健常者にも見られることもあります。
ST上昇	放置してよいものから至急受診を要するものまで、いろいろあるので、判定区分に従ってください。痩せ型の若い男性には正常でも見られま

	す。急性心筋梗塞にも見られるので、胸痛など自覚症状がある場合は、早急に循環器内科を受診してください。
P R 短縮	心房から心室へ刺激の伝わる時間が通常より短く、刺激伝達路に異常の疑いがあります。発作的な動悸などの自覚症状がある場合は、循環器内科を受診してください。
WPW症候群	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する病態です。異常な伝導による頻拍発作がなく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循環器内科を受診し精密検査を受けてください。
V1・2のR-R'型	波形に変化がありますが重大な所見ではなく、これだけではあまり問題になりません。
不完全右脚ブロック	右脚の電気の流れがわずかに障害されていますが、伝導時間は正常範囲内に保たれており問題のない状態です。
完全右脚ブロック	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事が多く、電気の流れは左脚を通して伝わりますので右心の収縮には影響はありません。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。
左脚ブロック	左室内の左脚前枝・後枝2本ともにブロックされた状態であり広範な心筋障害を有している場合があります、循環器内科を受診し精査を受けてください。
左脚前枝ブロック 左脚後枝ブロック	左脚ブロックはその背景に心疾患を有する事が多く注意が必要です。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に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。
房室ブロック	<a href="#">心房</a> から <a href="#">心室</a> に電気刺激が伝わらない、または刺激伝導が遅延する病態。房室ブロックは軽症から重症へ大きく3つに分類され、軽症から順に第1度房室ブロック、第2度房室ブロック、第3度房室ブロックと言います。
非特異的心室内伝導遅延	非特異的心室内伝導遅延は、QRS幅が0.12秒以上を示すが右脚ブロックあるいは左脚ブロックの形態を認めないものを指す。基礎疾患があると心室内伝導障害はさらに進展することがあるので、注意が必要です。
上室性期外収縮	心臓を収縮させる通常の刺激以外に、心房から異常な刺激が発生し、心拍が一瞬、不規則になります。高血圧、心臓病、貧血などや緊張、ストレスにより見られることがあります。ほとんどの場合、治療は不要です

	が、精査が必要な場合もあります。
心室性期外収縮	本来、心臓の収縮が指令されない心室から、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ります。
洞性徐脈	心拍数が1分間に50回未満の状態です。マラソンや水泳などの強く長い運動習慣のある方、自律神経の異常、甲状腺機能低下などで見られますが、心疾患による可能性もあります。心拍が少ないために息切れ・めまい・失神が起こるときは、早急に循環器科を受診してください。
洞性頻脈	心拍数が1分間に101回以上の状態です。発熱、心不全、甲状腺機能亢進症などのほかに、健康な人でも緊張などのストレス、アルコール摂取や運動で起こしやすくなります
洞性不整脈	心臓の拍動のリズムは正常ですが、興奮の間隔が不整となる状態をいいます。健康な人でもよくみられ、吸気時に心拍数が増加し、呼気時に心拍数が減少する呼吸性不整脈の一種です。
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。
左房負荷	僧帽弁膜疾患（僧帽弁狭窄症や僧帽弁閉鎖不全症などで左心房に負担がかかり、左心房が拡大して心電図のP波が幅広く二峰性に变化した所見です。
右房負荷	肺高血圧症や肺気腫、心房中隔欠損などで右心房に負担がかかり右心房が拡大して心電図のP波の高さが高く尖った形に変化した所見です。
異所性心房調律	心臓のリズムを作る場所が洞結節以外の心房（冠静脈洞や左心房など）にある場合をいいます。健康な人でもみられることがあります
Brugada 症候群の 疑い	ブルガダ型心電図として典型的ではありませんが、可能性も否定できません。過去に失神発作があるとき、近親者に突然死した人がいるときは循環器科を受診してください。