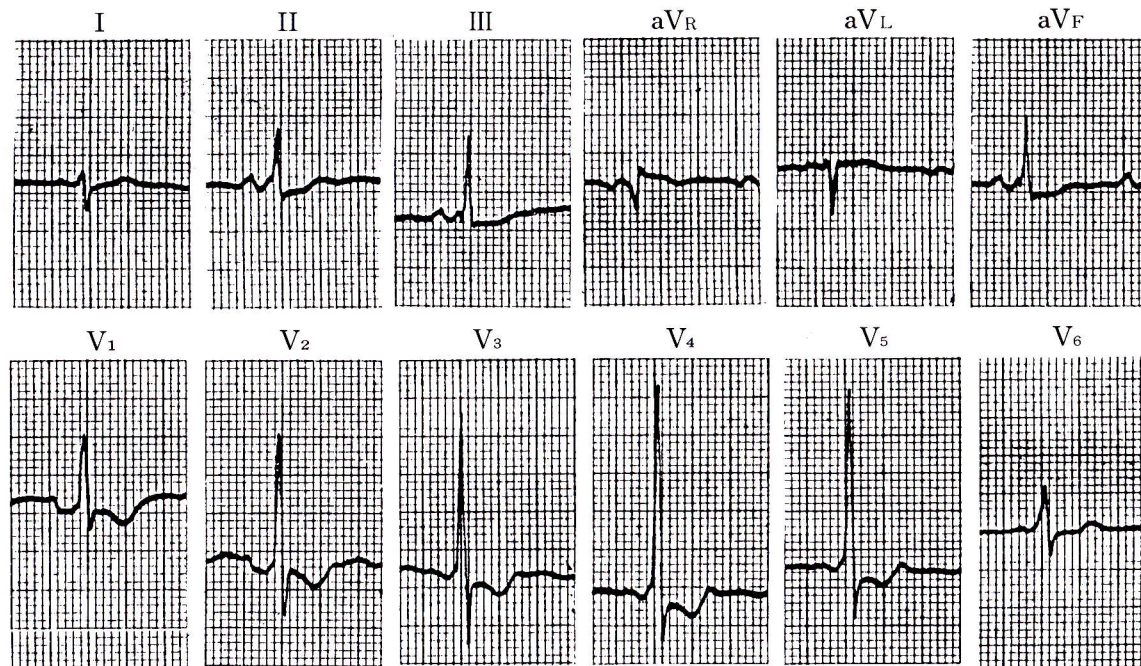


症例 64

●42歳 女

●健康診断で心電図異常を指摘されて来院。とくに自覚症状はない。

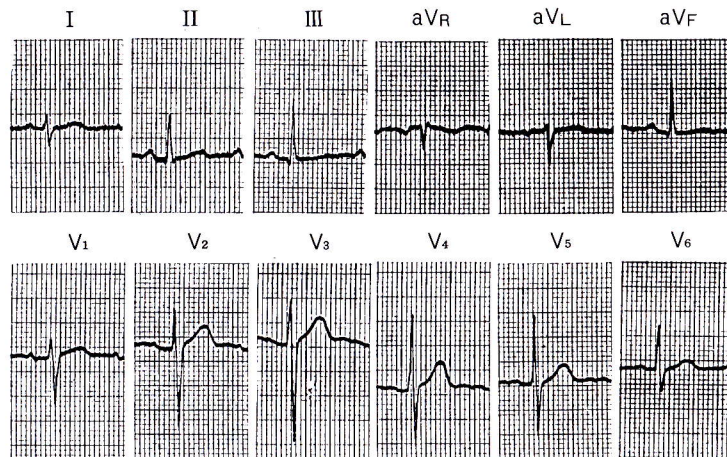


- 1) 胸部誘導を中心にかなり広範なS T低下, 2相性～陰性T波を認めるが, どう考えればよいか。

WPW症候群

II, aV_F, V₁ ~ V₆ のQRS波起始部がゆるやかに立ちあがっている。これは δ 波である。QRS幅は0.12秒, PQ時間は0.12秒であり, 本例はWPW症候群と考えられる。

WPW症候群では興奮伝播過程の異常に伴う2次性のST, T変化をみるため, 通常の心筋障害の判定基準は適用できない。右図は本例にプロカインアミド 200mg を静注し, 正常伝導にもどしたときの心電図波形である。前ページのWPW波形時にみられた広汎なST, T異常が消失し, 心筋傷害がないことがわかる。このようにWPW症候群, 脚ブロックなど伝導異常を示す症例での心筋傷害の判定は困難である。



MEMO

〈2次性T変化と非特異的心筋傷害〉

WPW症候群, 脚ブロック, 心室性心拍 (心室性期外収縮, 心室頻拍など) では, 心室内伝導異常のため, QRS波が変形するが, 脱分極過程だけでなく, 再分極過程にも異常が起こり, ST部分, T波が変化し, 平低~陰性T波がみられる (2次性T変化)。したがっ

て, このような場合のST, T波の判定は難しく, よほど高度のST低下がある場合を除いては, 心筋傷害の診断は避けるべきである。また高度の心室肥大でも同様の2次性T変化を生ずるので注意を要する (116ページ参照)。