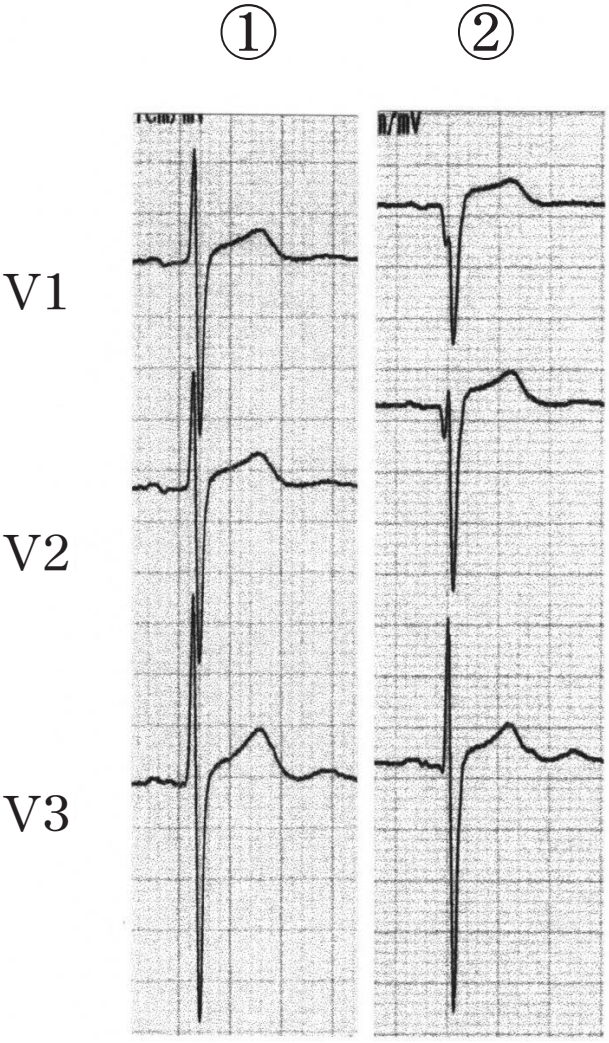
めったに見ないが無視できない

札幌市医師会
(公財)北海道労働保健管理協会 札幌総合健診センター
中村（なかむら）　一博（かずひろ）

心電図読影では、めったに見ないが無視できない所見があります。今回紹介するV1とV2誘導のQ波（qrSパターン）もそのような所見の一つです。帝京大学の村川裕二教授が書かれた2007年の心電図読影の記事に、「V1、V2誘導にQ波を認めたら異常とみなすこと」とあり、その頃に出版された心電図の教科書にも同様の記載がありました。そのため私も知識としては知っていましたが、実際にそのような心電図を見ることはめったにありませんでした。

右の心電図は当センターの自験例です。①は2023年の、②は2024年の同じ受診者さんの心電図です。①では特に異常を認めませんが、１年後の②ではV1とV2誘導にQ波が出現し、R波が減高しています。この②のQ波は心筋梗塞の異常Q波と考えるには小さすぎるし、虚血にともなう明らかなST-T波の変化も認めません。しかし、R波は明らかに減高していますから、心筋の起電力が低下している（＝心筋が壊死か変性を起こしている)と考えられます。この所見の原因として、私は心室中隔の、心筋梗塞もしくは心筋症による変性を疑いました。二次性心筋症である心臓サルコイドーシスでは、心室中隔基部に変性や菲薄化を起こすことがあります。

見かたによっては、②の所見はQ波ではなくQRSのノッチにも見えますが、ノッチもまた心筋の異常を示唆する所見です。村川先生によれば「ノッチは異常Q波の弟」だそうです。いずれにせよ、この②の心電図所見は健康診断であれば「要精査」ですし、外来など臨床の現場で見つけたのであれば、循環器内科へ紹介する必要があると思います。

Q波は必ずしも異常とは限りません。Ⅰ、aVL、V5、V6など心臓を左方向から見る誘導に現れる幅の狭い小さなQ波は、心室中隔の興奮によるもので「中隔性Q波」と呼ばれています。また、Ⅲ誘導のみに単独で認められるQ波は、QRSの電気軸とⅢ誘導との角度が広いとき、心室の興奮がⅢ誘導から見て遠ざかるベクトルとなり波形が陰性化したもので、これも異常とは言えません。立位心のときのように、心臓が通常より下方に位置することにより、V1やV2電極が心臓を上から見下ろした状態になると、その誘導にQS波が出現することもあります。しかし、本来Q波が見られないはずのV1とV2誘導において、ノッチのようなQ波が出現し、R波が減高することは「異常なし」とは考えられません。

このV1とV2誘導のQ波が心室中隔の梗塞によるものであれば、冠動脈の他の部位にも狭窄があり、再度心筋梗塞を起こす可能性がありますし、心臓サルコイドーシスなどの心筋症によるものであれば、不整脈による突然死もあり得ます。このQ波の所見は些細に見えますが、じつは水面下に隠れている氷山の一角で、精査により大きな病気が見つかるかもしれません。「V1、V2誘導にQ波を認めたら異常とみなすこと」は、めったに見ないが無視できない、大切な教訓だと思います。