

Choroba niedokrwienna serca w EKG w podstawowej opiece zdrowotnej — przykłady z praktyki codziennej

Coronary heart disease on the ECG in general health care — examples from everyday practice

Ewa Górską, Rafał Baranowski

¹Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna w Warszawie

²Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie

dr hab. n. med. Rafał Baranowski

Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca to, można rzec, „chleb powszedni” lekarza rodzinnego. U takiej osoby badanie EKG jest zwykle wykonywane przynajmniej raz w roku (jeżeli stan kliniczny jest stabilny) — lub częściej, jeśli pacjent zgłasza nowe dolegliwości albo nawrót tych już wcześniej występujących. Samo wykonanie badania EKG to nie sztuka, trzeba jeszcze umieć je opisać i wyciągnąć właściwe wnioski.

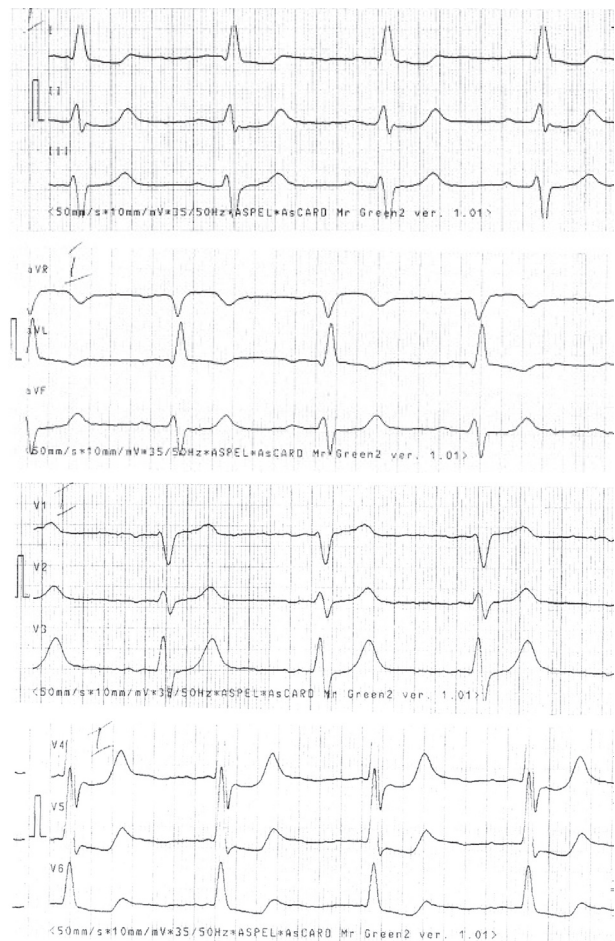
Zapoznajmy się z trzema przypadkami klinicznymi z praktyki Pani dr Ewy Górskiej — lekarza rodzinnego z warszawskiej Przychodni Rejonowo-Specjalistycznej przy ulicy Soczi.

PRZYPADEK 1.

dr Ewa Górską

Mamy do oceny dwa zapisy EKG jednego pacjenta wykonane w odstępie 15 minut — pierwszy zapis (ryc. 1) wykonano „z marszu”, czyli można powiedzieć, że pacjent miał szczęście, ponieważ nie czekał w kolejce i wkrótce po przyjeździe do Przychodni trafił do pracowni EKG (ze zleceniem wykonania kontrolnego EKG przed wizytą u lekarza).

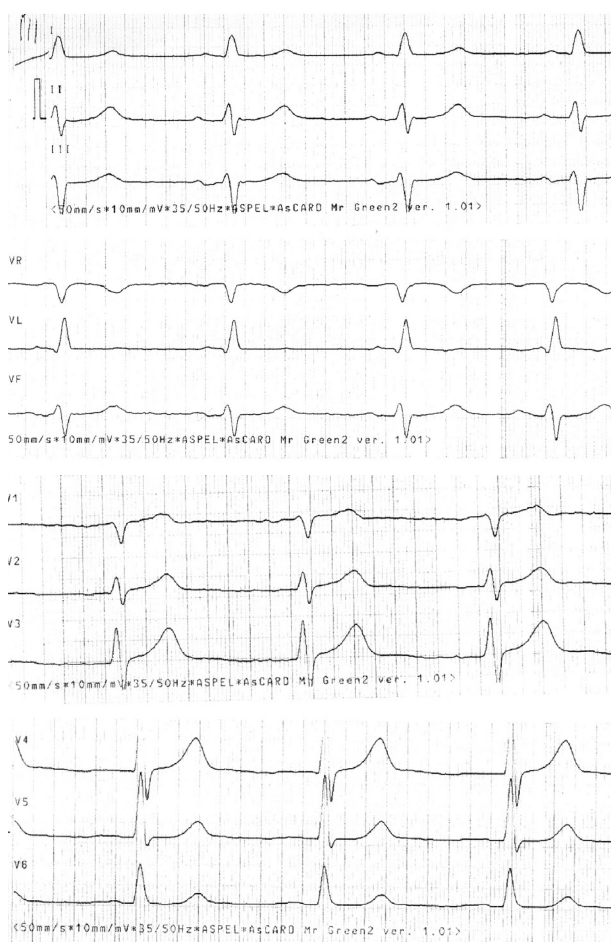
Wydrukowany zapis wzbudził ogromny niepokój techniczki — zaalarmowała mnie, chociaż pacjent nie zgłaszał dolegliwości. Opis EKG był następujący: rytm



Rycina 1. Przypadek 1. — pierwszy zapis EKG

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Rafał Baranowski
Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej
i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej
Instytut Kardiologii
ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa
tel.: 22 815 40 14, faks: 22 343 45 02
e-mail: rbaranowski@ikard.pl



Rycina 2. Przypadek 1. — drugi zapis EKG

zatkowy 80/min, oś pośrednia, graniczne załamki Q w odprowadzeniach I i aVL, istotne obniżenia odcinka ST — poziome i skośne w dół w odprowadzeniach I, II, aVL oraz V4–V6, widoczne małe uniesienie odcinka ST (< 1 mm) w odprowadzeniu aVR.

Ten zapis EKG wykonano bezpośrednio po wysiłku fizycznym, dlatego trudno go nazwać spoczynkowym. Właściwie badanie to nie powinno zostać przeprowadzone, ponieważ pacjent powinien najpierw odpocząć. W tym jednak przypadku niezachowanie standardu dotyczącego wykonania EKG było dla pacjenta korzystne — w zapisie EKG wykazano zmiany wskazujące na niedokrwienie. Zleciłam ponowne wykonanie badania po 10-minutowym odpoczynku. Spójrzmy na ten zapis (ryc. 2).

Jak możemy zauważyć, zapis uległ istotnym zmianom — praca serca zwolniła do 70/min i całkowicie ustąpiły zmiany odcinka ST. To EKG można określić jako „prawidłowe”. Gdyby był to jedyny zapis, jakże byłby mylący dla naszej oceny klinicznej pacjenta. Taka dynamika zmian

odcinka ST jednoznacznie wskazuje na cechy niedokrwienia, a trzeba dodać, że nie był to właściwie zapis wysiłkowy, ale wykonany już po zakończeniu wysiłku i przy częstotści pracy serca 80/min, a bynajmniej nie przy tachykardii cechy niedokrwienia są bardzo wyraźne.

Wkrótce się okazało, że pacjent ma wywiad wieńcowy — przebył między innymi incydent ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST, z próbą (nieudaną) udrożnienia prawej tętnicy wieńcowej. Pozostaje pod stałą opieką kardiologa. Miewa bóle w klatce piersiowej, ale — jak wyjaśnił — „gdy pomacha rękami, przechodzą”. Obraz kliniczny był zatem bardzo nietypowy.

Ze względu na stabilny stan pacjenta oraz prawidłową farmakoterapię zaleciłam przyspieszenie wizyty u kardiologa i wręczyłam pacjentowi kserokopie dwóch zapisów EKG.

Ten przypadek stanowi przypomnienie znanego faktu, że gdy na badanie EKG zjawia się pacjent z rozpoznaniem „diagnostyka, obserwacja w kierunku choroby niedokrwiennej serca” albo „obserwacja bólów w klatce piersiowej” czy standardowym „obserwacja serca”, to — jeśli zapis wykonanego rutynowo EKG jest prawidłowy — niestety, fałszywie uspokaja zarówno pacjenta, jak i lekarza. A nie zapominajmy, że dostęp do kardiologa jest coraz trudniejszy...

Przypominają mi się czasy, gdy jako kryterium niedokrwienia obowiązywało 0,5-milimetrowe obniżenie odcinka ST i zgodnie z tym opisałam badanie EKG przeprowadzone u pewnej 50-letniej pacjentki, **nie mając wcale przekonania**, że to niedokrwienie. Tymczasem pacjentka potraktowała to bardzo poważnie i możliwie wcześniej zgłosiła się na prywatną wizytę do kardiologa (rezygnując z dłuższego oczekiwania w ramach NFZ). Obecnie jest już po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych i ma założone stenty.

dr hab. n. med. Rafał Baranowski

Prawidłowe EKG to zawsze największa zagadka — zagadka, czy EKG czegoś przed nami nie ukrywa.

W podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) mniej więcej 1/3 zapisów jest prawidłowych. Czy ten pacjent będzie wymagał ponownej koronarografii, to już decyzja bardziej złożona. Należy wziąć w niej pod uwagę całościowy obraz kliniczny oraz całą historię pacjenta. Musi to być decyzja uwzględniająca wynik nieudanego zabiegu angioplastyki wieńcowej, wyników, na przykład badań wysiłkowych, oraz zgody pacjenta, na przykład na ewentualną operację pomostowania wieńcowego. Nie można kierować na

koronarografię osoby, która *a priori* odmawia poddania się takim złożonym działaniom interwencyjnym. Wiadomo również, że niepotrzebne interwencje na naczyniach wieńcowych w stabilnej chorobie wieńcowej nie zawsze przynoszą chorym korzyści. Są to już jednak problemy ośrodka kardiologicznego, w którym postępowanie z pacjentem musi zostać zweryfikowane, a Pani dr Górka zrobiła wszystko, co było możliwe w zakresie POZ.

Wróćmy jednak jeszcze do zmian w zapisie EKG. Jak wynika z naszych obserwacji, zmiany odcinka ST o typie obniżenia i ujemnych załamek T to dość powszechny problem w POZ. Opisując badania EKG w ramach programu współpracy Instytutu Kardiologii w Warszawie z przychodniami POZ, przy wsparciu firmy Polpharma, wiemy, że tego typu zmiany są widoczne w 10% zapisów. To jest znaczny odsetek i stwarza to problemy w codziennej interpretacji EKG. Czy można na przykład obojętnie podejść do takiego zapisu, jak przedstawiony na rycinie 3?

Nie mając zapisu EKG do porównania, w opisie i postępowaniu musimy uwzględnić podejrzenie ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST. Dobrze zebrany wywiad oraz dostęp do wcześniejszych zapisów



Rycina 3. Opis EKG: rytm zatokowy 65/min, oś pośrednia, zmiany odcinka ST — obniżenia ST poziome i skośne w dół około 1 mm w odprawieniach II, III, aVF i V3–V6 oraz nieznaczne uniesienie ST w odprawieniu aVR; podejrzenie ostrego zespołu wieńcowego

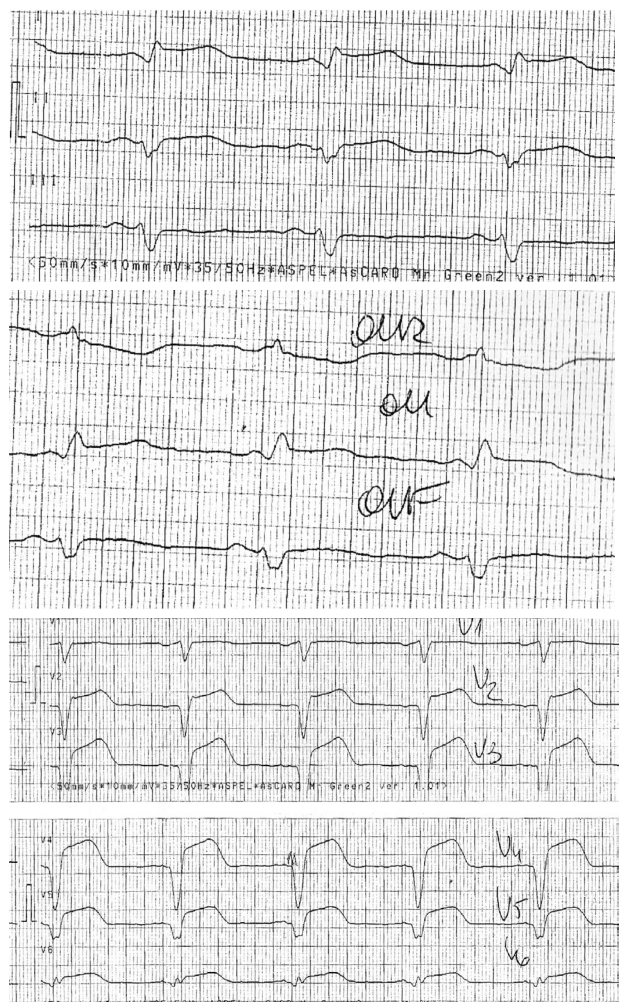
EKG jest bezcenny. Przestrzegam przed lekceważeniem zmian w EKG, a mam pod tym względem doświadczenie jako biegły sądu lekarskiego...

W ocenie EKG, jak wynika z praktyki dr Górskiej, wielkość zmian 0,5–1 mm może już mieć znaczenie kliniczne. Nie traćmy czasu na aptekarską ocenę zmian odcinka ST, nie „wieszajmy” losu pacjenta na 0,5 czy nawet jednym milimetrze. Mając na względzie ograniczoną wartość diagnostyczną EKG, w wątpliwych sytuacjach sięgajmy po inne badania, oczywiście o ile są dostępne (np. oznaczenie troponin) i nie zapominajmy o powtórzeniu badania EKG — dynamika zmian ST zawsze musi budzić naszą czujność.

PRZYPADK 2.

dr Ewa Górka

Ten pacjent (ryc. 4) zasłabł 23 grudnia, wnosząc przedświąteczne zakupy na IV piętro. Potem poczuł się nieco



Rycina 4. Cechy martwicy oraz uniesienia odcinka ST w odprawieniach I, aVL i V2–V6

lepiej, więc nie wezwał pogotowia, ale po świętach, jadąc do pracy samochodem, wstąpił „na wszelki wypadek” do Przychodni na badanie EKG. Niestety, zjawił się trochę za późno.

Domyślamy się, że 23 grudnia dokonał się zawał serca ściany przedniej i bocznej. Od zawału do badania EKG minęły prawie 4 dni; pacjent miał szczęście przeżyć zawał. W EKG widać cechy martwicy oraz uniesienia odcinka ST (I, aVL, V2–V6). Pacjenta nie wypuściłam z Przychodni — odjechał wezwaną karetką pogotowia.

dr hab. n. med. Rafał Baranowski

To wywiad umożliwia nam określenie czasu dokonania się zawału — zapis EKG nie daje tej szansy. Nigdy nie próbujemy na podstawie zmian w zapisie EKG dokładnie określać czasu dokonania się zawału. Nie traktujemy cech martwicy z uniesieniem odcinka ST *a priori* jako „cechy przebytego zawału”.

PRZYPADEK 3.

dr Ewa Górska

Kolejną pacjentka (ryc. 5) zasłała kilkanaście lat temu po zmianie leków przeciwnadciśnieniowych. Podobno EKG było u niej wtedy prawidłowe. Potem już nie poddawała się temu badaniu. Z powodu trudności w chodzeniu nie opuszczała mieszkania, jednak była zmuszona do przeprowadzenia badań przed operacją zaćmy. Nie spodziewanie, dopuszczenie do zabiegu zaćmy uległo opóźnieniu i wydłużeniu o konieczną diagnostykę kardiologiczną.



Rycina 5. Opis EKG: rytm zatokowy 80/min, odchylenie osi w lewo, blok przedniej wiązki, blok prawej odnogi pęczka Hisa oraz cechy martwicy ściany przedniej — patologiczne Q w odprowadzeniach V1–V4, ujemne załamki T w odprowadzeniach V2–V5

dr hab. n. med. Rafał Baranowski

To duża i przykra niespodzianka. Zagadka kliniczna jest w tym przypadku jeszcze większa niż u poprzedniego pacjenta — trudno określić na podstawie wywiadu, kiedy dokonał się zawał, na który wskazuje EKG. To przykład kolejnego pacjenta z najprawdopodobniej przechodzącym zawałem, wymagający diagnostyki i odpowiedniego leczenia.