

Dylematów lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dotyczących zapisów EKG ciąg dalszy...

The dilemmas of the general practice regarding ECG records continued...

Ewa Górską¹, Rafał Baranowski²

¹Poradnia Lekarza POZ w Warszawie

²Klinika Zaburzeń Rytmu Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Rafał Baranowski

Minął już jakiś czas, od kiedy ostatnio odpowiadałem na pytania dotyczące problemów opisu elektrokardiograficznego (EKG) w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Na tej „pierwszej linii frontu” EKG jest wykonywane i najczęściej pozostaje nieopisane. Ogólnie rzecz ujmując, EKG to badanie, w przypadku którego odsetek braku opisu jest największy. Czy ktoś widział ostatnio nieopisane badanie radiologiczne (RTG) albo pozbawioną opisu echokardiografię serca? Na wynikach badań laboratoryjnych z reguły są podane wartości norm, a jak wygląda sytuacja z badaniem EKG? Możemy mieć opis automatyczny, ale o tym, ile jest on wart, już kiedyś pisałem, przedstawiając przykłady błędów takiego opisu. To badanie bez opisu jest po prostu bezwartościowe.

Kto ma opisywać EKG w ramach POZ? Najlepiej, jeśli to robi przeszkolony i doświadczony lekarz, który na co dzień opisuje przynajmniej kilka badań, dzięki czemu nie traci umiejętności. Pomysł, by każdy lekarz POZ umiał opisać EKG (czy prawidłowo je zinterpretować i wyciągnąć właściwe wnioski) jest, moim zdaniem, niemożliwy do realizacji. Trzeba również zdawać sobie sprawę z tego, że nawet doświadczony lekarz opisujący EKG może natrafić na problemy i potrzebować wsparcia specjalisty.

W mojej macierzystej poradni POZ (każdy powinien mieć lekarza rodzinnego, nawet lekarz) opisem EKG zajmuje się Pani dr Ewa Górską (której pacjentem mam przyjemność być). Czasem konsultuję zapisy wykonane przez Panią Doktor i właśnie kolejne ich przykłady chciałobyśmy Państwu zaprezentować.

dr Ewa Górską

Muszę prosić o pomoc. W tych zapisach EKG (ryc. 1–3) na pierwszy rzut oka widoczne są bradykardia i nadkomorowe zaburzenia rytmu, na drugi rzut oka — niemiarowość zatokowa i pobudzenia przedwczesne przedsionkowe, na trzeci rzut oka z kolei dopatrzyłam się bloku zatokowo-przedsionkowego typu Mobitz... i poległam. Mogłoby to być jeszcze nadkomorowe wędrowanie rozrusznika, zwłaszcza że we wcześniejszych zapisach u pacjenta włączał się rytm dolnoprzedsionkowy. Zastanawiam się ponadto, czy to widoczne odchylenie osi w lewo to już blok przedniej wiązki lewej odnogi (LAH, *left anterior hemiblock*). Komputer podaje, że to minus 38 stopni. Za dużo tych rozpoznań...

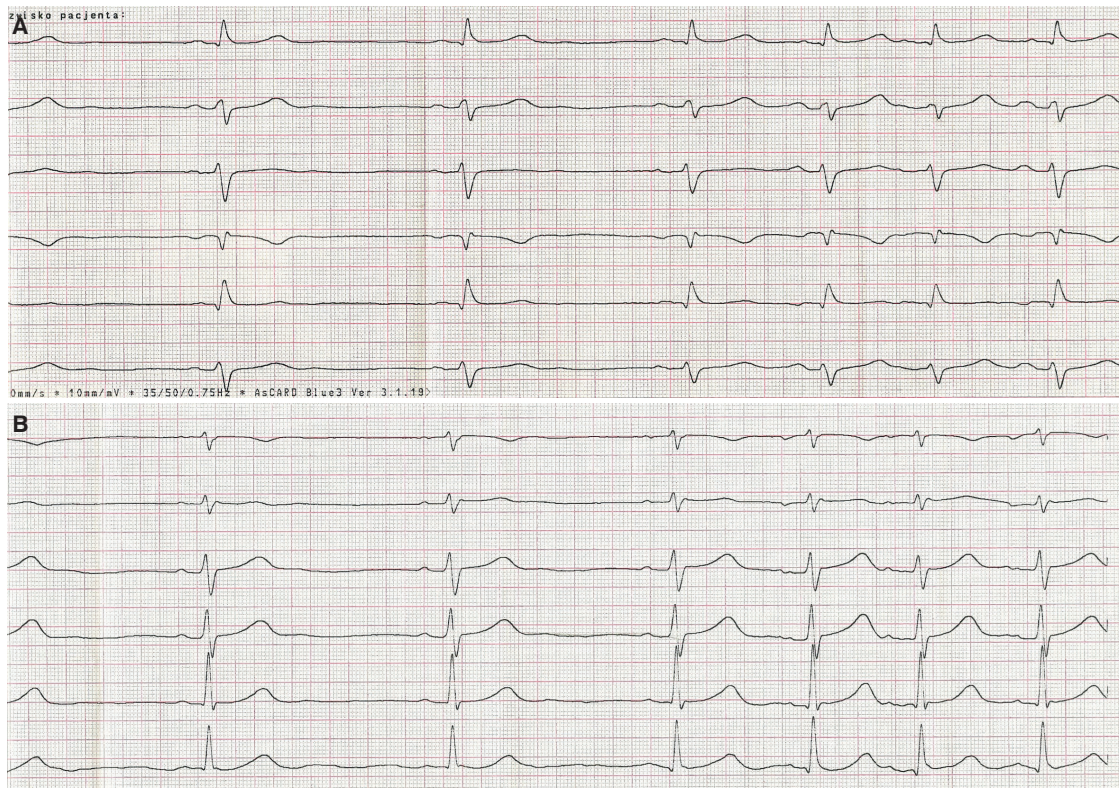
prof. dr hab. n. med. Rafał Baranowski

Po kolei, Pani Doktor. Popatrzmy najpierw na zapisy EKG (ryc. 1–3).

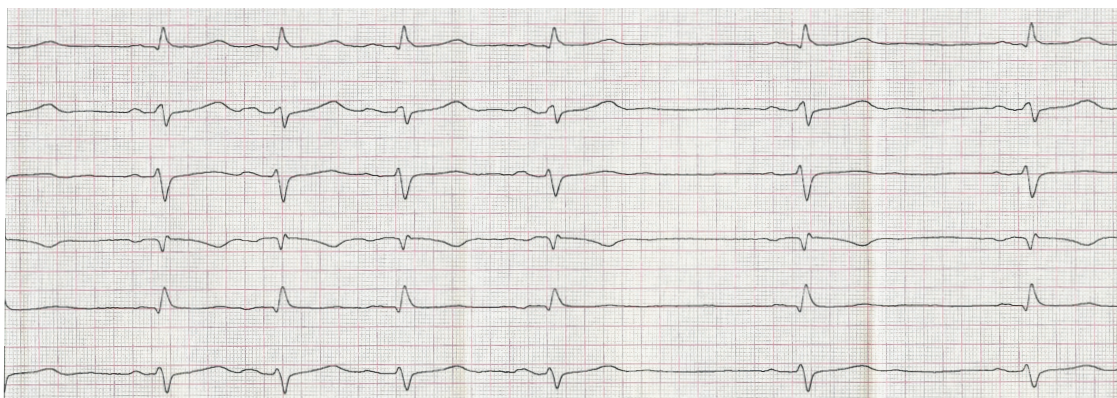
Zapisy 1. i 2. wykonano z przesuwem 50 mm/s, a zapis 3. — z przesuwem 25 mm/s. Zaczniemy od 1A i 1B, czyli zapisów jednoczasowych z odprowadzeń kończynowych i przedsercowych. Trzy pierwsze ewolucje to bradykardia zatokowa około 50/min. Oś elektryczna odchyłona lekko w lewo. Aparat wyliczył minus 38 stopni, do czego wrócimy za chwilę. Morfologia załamka P — jak to

Adres do korespondencji:

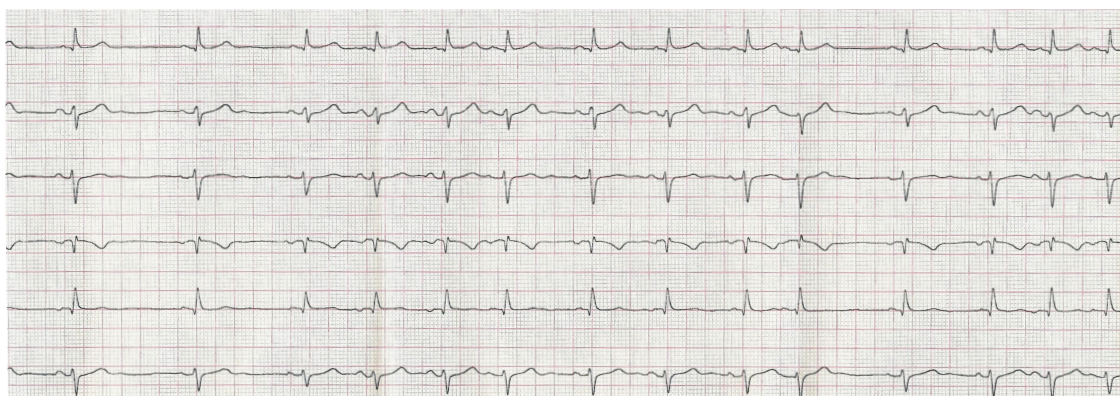
lek. Ewa Górską
Poradnia Lekarza POZ
ul. Soczi 1, 02-760 Warszawa
tel. 22 642 69 33
e-mail: gorska.em@gmail.com



Rycina 1A, B. Zapis pierwszy, prędkość przesuwu papieru 50 mm/s: **A.** Odprowadzenia kończynowe; **B.** Odprowadzenia przedsercowe



Rycina 2. Zapis drugi, prędkość przesuwu papieru 50 mm/s, odprowadzenia kończynowe



Rycina 3. Zapis trzeci, prędkość przesuwu papieru 25 mm/s, odprowadzenia kończynowe

bywa przy przesuwie 50 mm/s — „rozmyta”; można się zastanawiać, czy w odprowadzeniach III i aVF w końcowej części załamka nie jest widoczna faza ujemna. Wówczas moglibyśmy opisywać zaburzenia przewodzenia międzyprzedsionkowego. Przewodzenie przedsionkowo-komorowe jest prawidłowe. Zespoły QRS — czas trwania 100–110 ms. W odprowadzeniach kończynowych koniec QRS jest „rozmyty”, łagodnie przechodzi w odcinek ST. W odprowadzeniach przedsercowych warto się przyjrzeć drugiej ewolucji, zwłaszcza w odprowadzeniach V3 i V4 — rozpoczyna się na „grubej kresce”, a więc łatwiej będzie ocenić czas trwania zespołu QRS. Wynosi on dokładnie 100 ms. Pamiętajmy, że liczy się maksymalny czas QRS w 12 odprowadzeniach, a — ściśle mówiąc — czas od najwcześniejszego początku zespołu QRS do najpóźniejszego końca. W tym EKG czas QRS nie przekracza 120 ms; mamy odchylenie osi w lewo, załamek Q w odprowadzeniu VL i czas do załamka R w odprowadzeniu aVL wynoszący około 50 ms. Teoretycznie możemy rozpoznawać LAH, aczkolwiek jeżeli prawdziwy jest pomiar osi minus 38 stopni, to według kryteriów nie powinniśmy. Ma to *nota bene* małe znaczenie dla tego pacjenta. Kryteriów przerostu komór ani cech martwicy nie znajdujemy, a obraz odcinka ST można określić terminem „w granicach normy”. Teraz zajmijmy się końcowym fragmentem. Widzimy trzy ewolucje o częstotliwości nieco powyżej 100/min poprzedzone załawkami P o innej morfologii. Możemy to opisać jako częstoskurcz przedsionkowy, ale bez określenia czasu

trwania; rejestracja kończy się po pierwszych trzech ewolucjach.

Na drugim zapisie, opisując „obrazkowo”, mamy niemiarywość ze zmiennym obrazem załawków P. Widzimy przynajmniej trzy morfologie. Najwłaściwszym rozpoznaniem będzie wędrowanie rozrusznika.

Trzeci zapis (wykonany z przesuwem 25mm/s) przedstawia dość podobny obraz. Niemiarywość i zmienna morfologia P są na tym zapisie lepiej widoczne dzięki przesuwowi 25 mm/s. Taki przesuw lepiej prezentuje „oble” załamki EKG. Ponownie możemy opisać wędrowanie rozrusznika oraz przedwczesne pobudzenie przedsionkowe (10. ewolucja). Jak widać, wątpliwości Pani Doktor wynikały tylko z bogactwa zmian uwidocznionych w jednym zapisie EKG, a wszystkie podejrzenia i rozpoznania były w pełni uzasadnione. Całość nie wygląda groźnie. Decyduje oczywiście obraz kliniczny, czyli to, czy u pacjenta występują takie objawy, jak omdlenia, zawroty głowy, utraty przytomności. Ich brak nie wskazuje na konieczność wykonywania kolejnych badań, czyli kierowania do kardiologa.

Nie są to rzadkie obrazy w praktyce POZ. Początkowo mogą dezorientować i budzić chwilowe trudności w interpretacji. Systematyczna ocena EKG i znajomość kryteriów doprowadzi do zakończenia opisu. Jak ukazujemy na załączonym przykładzie, niekiedy mamy do czynienia z większą liczbą nieprawidłowości i trzeba dokonać kilku rozpoznań. Nie zawsze na podstawie jednego zapisu można być pewnym swoich wniosków i trzeba rozważyć zastosowanie jako możliwych wariantów alternatywnych rozpoznań.