

Przypadki kliniczne EKG

Przedrukowano z: Mukherjee D. *ECG Cases pocket*. Börm Bruckmeier Publishing LLC, Hermosa Beach, CA, 2006: 97–100 (przypadek 22); 65–68 (przypadek 14)

PRZYPADEK NR 1

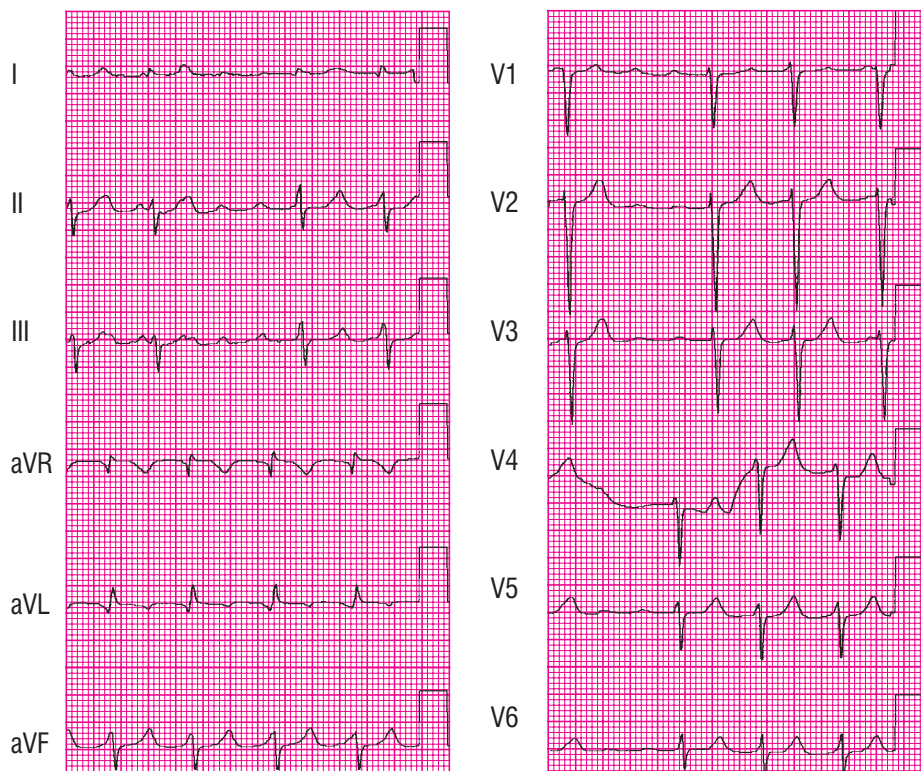
1.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu na wizytę kontrolną zgłosił się 59-letni mężczyzna z objawami duszności. Pacjent jest obciążony kardiomiopią rozstrzeniową mięśnia sercowego pochodzenia niewieńcowego, zastoinową niewydolnością krążenia oraz niewydolnością nerek. Obecnie pacjent przyjmuje preparat digoksyny, karwedilolu oraz losartanu. Podczas badania przedmiotowego chory był spokojny, nie gorączkował, jego akcja serca wynosiła 93 uderzenia/minutę, a ciśnienie tętnicze 133/81 mm Hg. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego zapisu elektrokardiograficznego.

1.2. Pytania

1. Co przedstawia zapis EKG?
2. Jakie jest optymalne leczenie dla tego chorego?

1.3. Zapis EKG



1.4. Odpowiedzi

1. W 12-odprowadzeniowym zapisie EKG widoczny jest **napadowy częstoskurcz przedsionkowy z blokiem przewodzenia przedsionkowo-komorowego o zmiennym stopniu** (kod ABIM # 15), który jest wynikiem **toksycznego działania digoksyny** (kod ABIM # 71).
2. Toksyczność digoksyny jest jednym z głównych czynników wywołujących częstoskurcz przedsionkowy. Mechanizmem leżącym u podstaw genezy tej arytmii jest aktywność wyzwalana. Częstoskurcz przedsionkowy wtórny do zatrucia digoksyną często przebiega wraz z blokiem przewodzenia przedsionkowo-komorowego i/lub arytmiami pochodzenia komorowego. Rozpoznanie tego problemu klinicznego na tak wczesnym etapie jest bardzo istotną sprawą, ponieważ arytmie nadkomorowe mogą być zwiastunem złośliwych arytmii pochodzenia komorowego. Leczenie polega na odstawieniu digoksyny oraz wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych. Podanie przeciwciał skierowanych przeciwko digoksynie jest wskazane zazwyczaj podczas wystąpienia bloku przewodzenia przedsionkowo-komorowego wysokiego stopnia, istotnej bradykardii i arytmii komorowej. Wykonanie zabiegu kardiowersji elektrycznej w związku z arytmiami nadkomorowymi jest najczęściej przeciwwskazane z uwagi na możliwość rozwinięcia się tachyarytmii komorowej.

PRZYPADEK NR 2

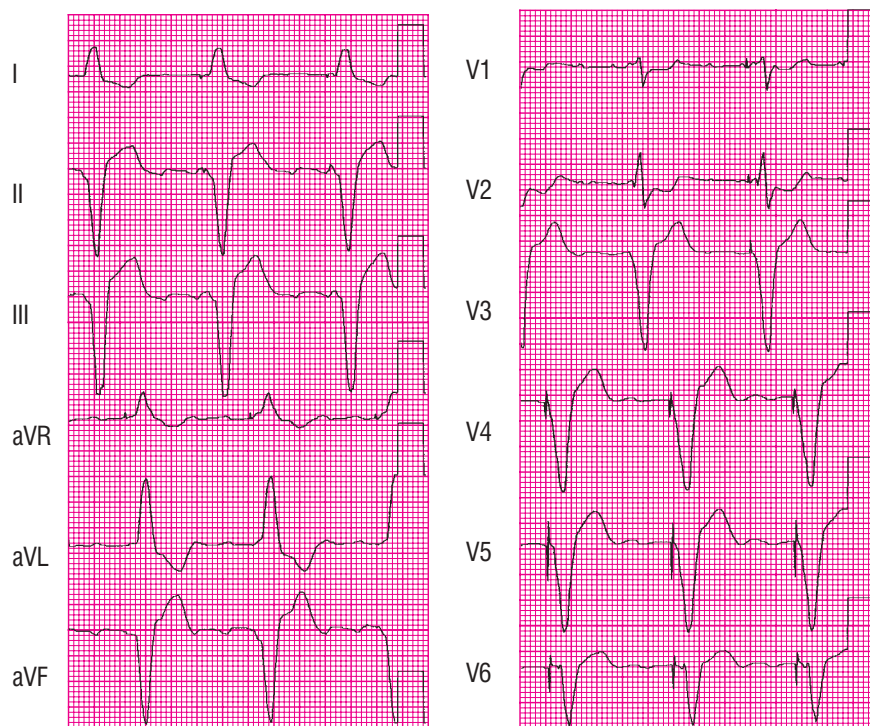
2.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu zgłosiła się 63-letnia kobieta celem rutynowej wizyty lekarskiej. Chora jest obciążona nadciśnieniem tętniczym oraz zapaleniem stawów. Poinformowała, że w przeszłości została poddana bliżej nieokreślonej zabiegowi kardiologicznemu. Podczas badania przedmiotowego chora nie gorączkowała, jej akcja serca wynosiła 66 uderzeń/minutę, częstość oddechu wynosiła 14/minutę, a ciśnienie tętnicze 136/66 mm Hg. W trakcie badania przedmiotowego układu sercowo-naczyniowego stwierdzono krótki szmer skurczowy (I/VI) nad zastawką aortalną. Osłuchowo nad polami płucnymi obustronnie nie stwierdzono zmian. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego zapisu elektrokardiograficznego.

2.2. PYTANIA

1. Co przedstawia zapis EKG?
2. Jakie informacje należy przekazać chorej na temat dalszej kontroli lekarskiej?

2.3. ZAPIS EKG



2.4. ODPOWIEDZI

1. Wykonane 12-odprowadzeniowe EKG ujawniło prawidłowy rytm zatokowy (kod ABIM # 7) oraz **skuteczną stymulację komorową na żądanie** (kod ABIM # 91).
2. Po zabiegu implantacji stymulatora serca konieczna jest dalsza regularna kontrola urządzenia, jak również opieka lekarska. Na częstość kontroli lekarskich ma wpływ wiele czynników, wliczając w to obecność innych schorzeń układu sercowo-naczyniowego i innych narządów, czas jaki upłynął od wszczepienia stymulatora oraz wyniki telefonicznych kontroli telemetrycznych urządzenia. Grupę pacjentów wymagających najczęstszej kontroli lekarskiej stanowią chorzy tak zwani „zależni od stymulatora”, których rytm własny serca jest na tyle niewydolny, że ich życie zależy wyłącznie od pracy stymulatora serca. Rutynowa kontrola stymulatora polega najczęściej na ocenie stanu zużycia baterii, progu stymulacji i czasu trwania impulsu, oceny poprawności funkcji czuwania oraz stanu wszczepionych elektrod.