

# Przypadki kliniczne EKG

Przedrukowano z: Mukherjee D. ECG Cases pocket. Börm Bruckmeier Publishing LLC, Hermosa Beach, CA 2006: 121–124 (przypadek 28); 237–240 (przypadek 56).

## PRZYPADEK 1

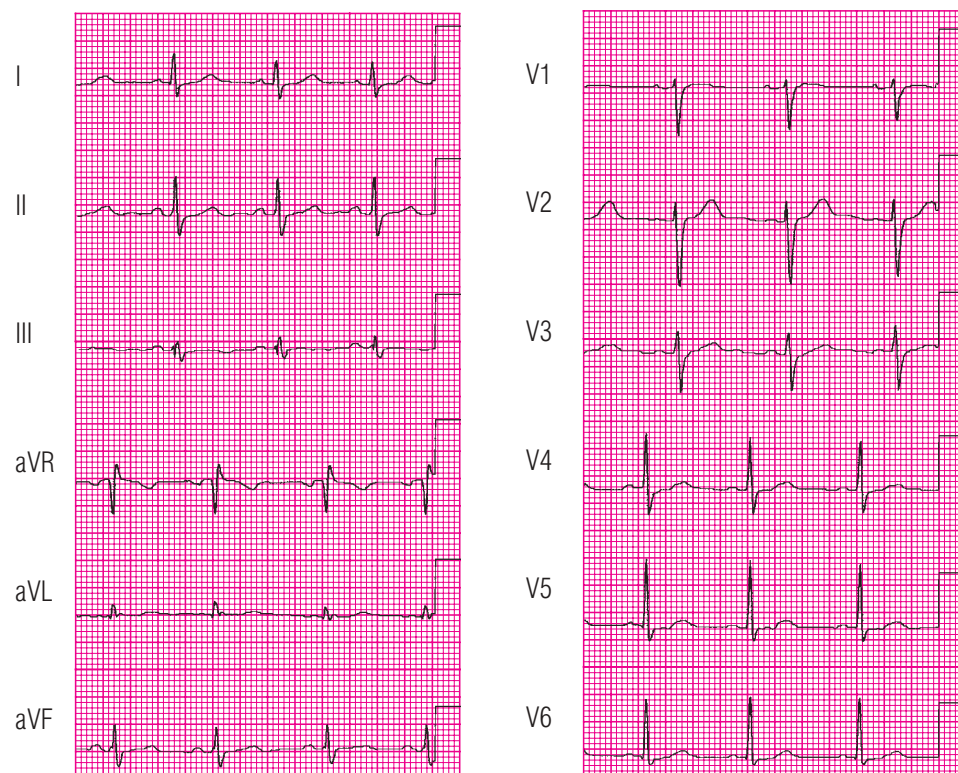
### 1.1. Opis przypadku

Kobieta, w wieku 39 lat, zgłosiła się na badanie z powodu okazjonalnie pojawiającego się kołatania serca i duszności po wysiłku fizycznym. Podczas badania przedmiotowego temperatura ciała była w granicach normy, akcja serca wynosiła 80 ud./min, ciśnienie tętnicze — 113/81 mm Hg. Zlecono 12-odprowadzeniowe EKG.

### 1.2. Pytania

1. Co wykazało EKG?
2. Jaki jest następny krok?

### 1.3. Zapis EKG



#### 1.4. Odpowiedzi

1. Na 12-odprowadzeniowym EKG widać rytm zatokowy i jest to prawidłowy zapis EKG.
2. Na podstawie EKG można stwierdzić brak wskazań do rozpoczęcia terapii farmakologicznej. Pacjentka może wymagać dalszych badań, w zależności od stanu klinicznego, jednak duszność po dużym wysiłku fizycznym może się wiązać ze złą kondycją. Jeżeli kołatania serca będą się powtarzać, można wykonać badanie metodą Holtera z opcją rejestracji zdarzeń na żądanie.

### PRZYPADEK 2

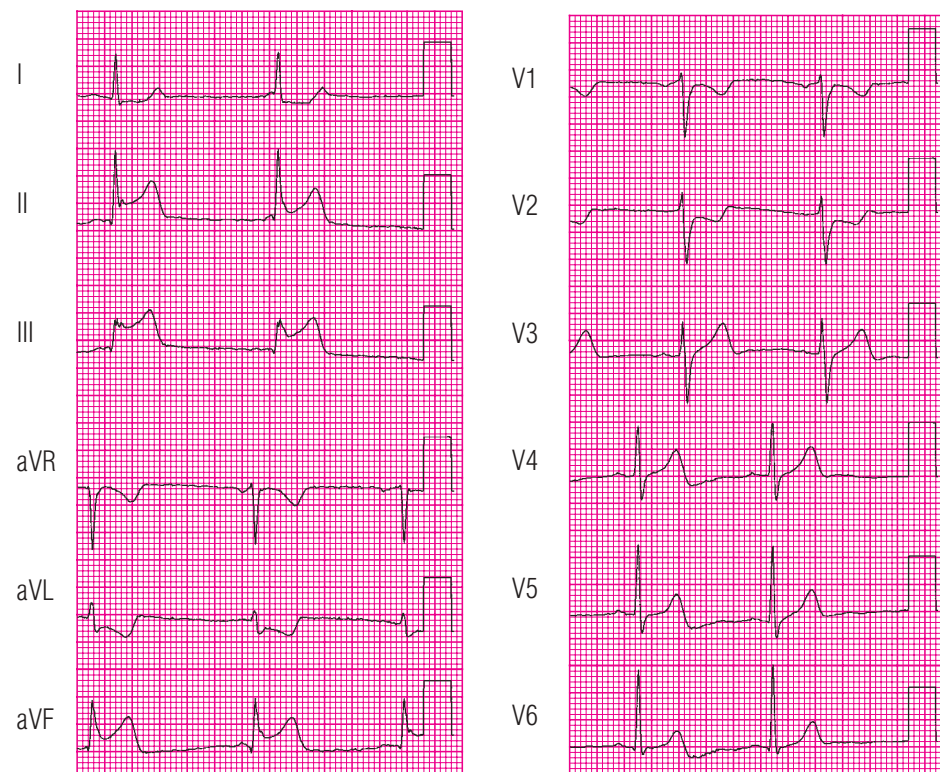
#### 2.1. Opis przypadku

Mężczyzna, w wieku 49 lat, zgłosił się na oddział ratunkowy z silnym bólem zamostkowym o charakterze ucisku. Podczas badania przedmiotowego wykazywał umiarkowane dolegliwości, temperatura ciała była w granicach normy, akcja serca wynosiła 55 ud./min, ciśnienie tętnicze — 108/79 mm Hg. Zlecono 12-odprowadzeniowe EKG.

#### 2.2. Pytania

1. Co wykazało EKG?
2. Jakie powinno być leczenie?

#### 2.3. Zapis EKG



## 2.4. Odpowiedzi

1. W 12-odprowadzeniowym EKG widać bradykardię zatokową, ostry zawał serca ściany dolnej; zmiany odcinka ST i/lub załamka T sugerują uszkodzenia pozawałowe oraz izorytmiczne rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe
2. U pacjentów z widocznym uniesieniem odcinka ST w 12-odprowadzeniowym EKG wskazane jest jak najszybsze włączenie leczenia reperfuzyjnego, bez oczekiwania na wyniki badań biochemicznych wskaźników kardiologicznych. Najkorzystniejsze byłoby skierowanie tego pacjenta do pracowni kardiologii inwazyjnej w celu wykonania pierwotnej angioplastyki. Jeżeli taka pracownia jest niedostępna lub transfer do niej zabierze więcej niż 60 minut, należy zastosować leczenie fibrynolityczne. Jeżeli istnieje możliwość natychmiastowego wykonania pierwotnej interwencji przezskórnej (PCI, *percutaneous coronary intervention*), należy wykonać taką procedurę u pacjentów z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST (w tym również u pacjentów z zawałem ściany tylnej) lub ze świeżym lub przypuszczalnie świeżym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, którzy mogą być poddani PCI zamkniętej tętnicy w ciągu 12 godzin od pojawienia się objawów. Procedura powinna być wykonana przez wyspecjalizowany personel, a czas do wypełnienia balonu nie powinien przekraczać 90 minut.