

Przypadki kliniczne EKG

Przedrukowano z: Mukherjee D. ECG Cases pocket. Börm Bruckmeier Publishing LLC, Hermosa Beach, CA, 2006: 97–100 (przypadek 22); 101–104 (przypadek 23)

PRZYPADEK NR 1

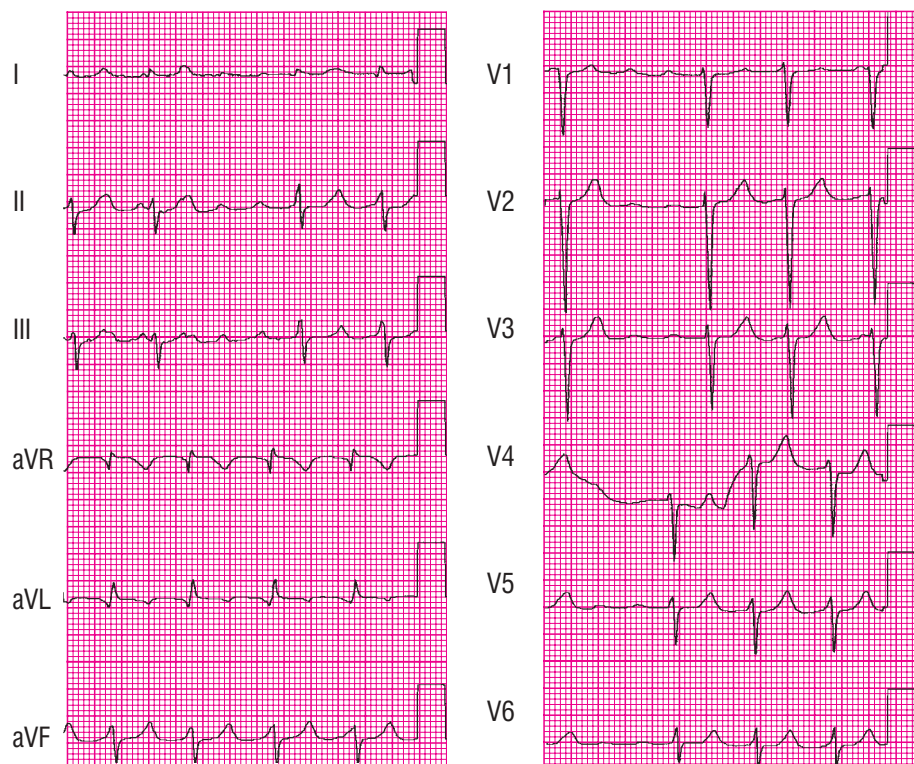
1.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu na wizytę kontrolną zgłosił się 59-letni mężczyzna z objawami duszności. Pacjent jest obciążony kardiomiopatią rozstrzeniową mięśnia sercowego pochodzenia niewięńcowego, 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.

PRZYPADK NR 2

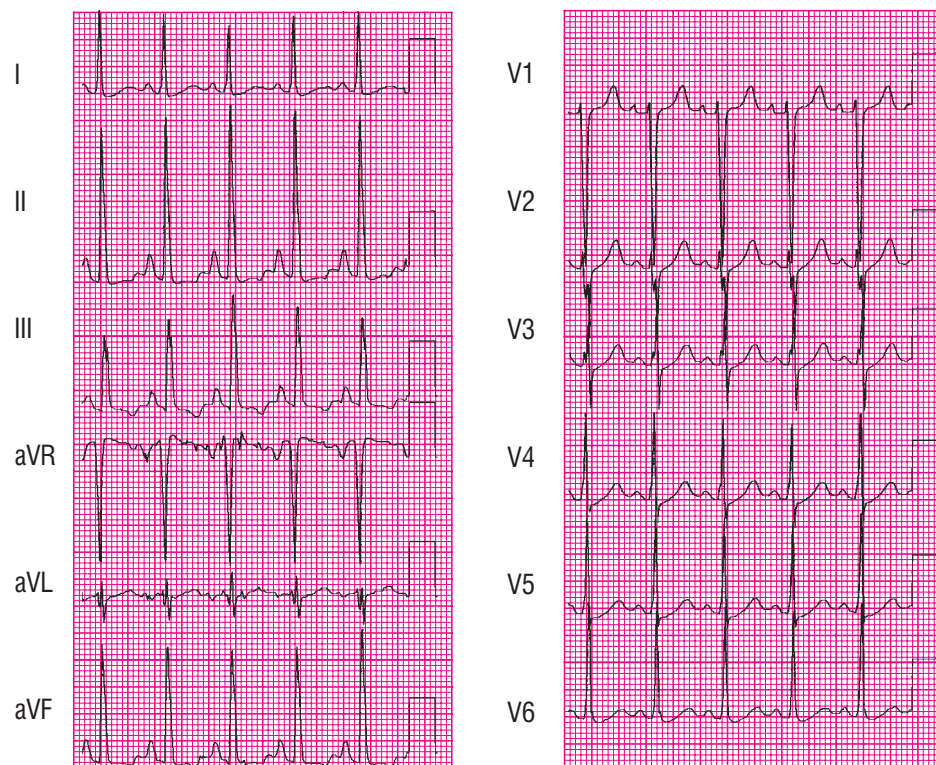
2.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu zgłosiła się 32-letnia chora w celu wykonania rutynowego badania lekarskiego. W przeszłości pacjentka uskarżała się na epizody palpacji serca. Podczas badania przedmiotowego chora była spokojna, bez zauważalnych cech stanu zagrożenia życia, nie gorączkowała, jej akcja serca wynosiła 120 uderzeń/minutę, częstość oddechu: 14/minutę, a ciśnienie tętnicze 107/66 mm Hg. W badaniu przedmiotowym układu sercowo-naczyniowego słyszalny głośny, wyraźnie rozdwojony pierwszy ton serca oraz szmer rozkurczowy nad zastawką trójdzielną o głośności II/VI, który nasila się podczas wdechu. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG.

2.2. Pytania

1. Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie kliniczne?
2. Co przedstawia zapis EKG?
3. Jakie jest optymalne leczenie dla tej pacjentki?

2.3. Zapis EKG



2.4. Odpowiedzi

1. Najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem klinicznym jest zwężenie zastawki trójdzielnej.
2. W wykonanym 12-odprowadzeniowym EKG widoczna jest **tachykardia zatokowa** (kod ABIM # 10) z wysokim załamkiem T w odprowadzeniach II, III, aVF, który odpowiada powiększeniu prawego przedsionka mięśnia sercowego (kod ABIM # 5).
3. Zwężenie zastawki trójdzielnej zwiększa opór krwi płynącej na drodze od prawego przedsionka do prawej komory. Objawy kliniczne są zazwyczaj łagodne i należy do nich zaliczyć uczucie palpitacji serca, ziębnięcie skóry oraz zmęczenie. Palpitacje serca można skutecznie leczyć, stosując leki z grupy beta-adrenolityków, które wydłużają zarazem czas napełniania prawej komory mięśnia sercowego na drodze wydłużenia czasu trwania rozkurczu serca. Ostatecznym sposobem terapii jest wykonanie zabiegu walwuloplastyki lub kardiochirurgicznej wymiany zastawki trójdzielnej.