

Przypadki kliniczne EKG

Przedrukowano z: Mukherjee D. ECG Cases pocket. Börm Bruckmeier Publishing LLC, Hermosa Beach, CA, 2006: 205–208 (przypadek 48); 229–232 (przypadek 54)

PRZYPADEK NR 1

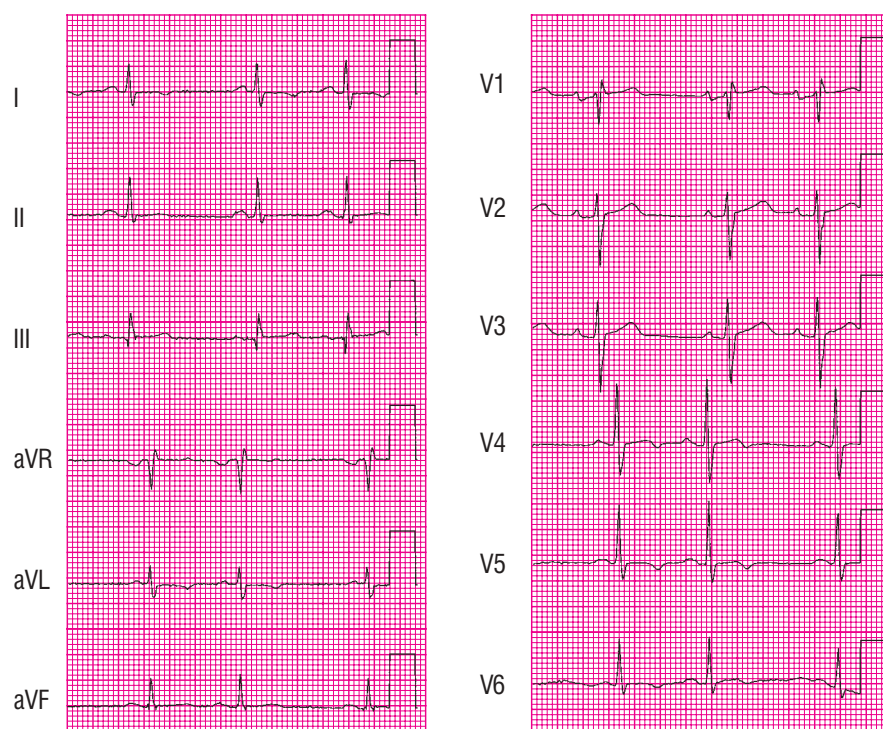
1.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu zgłosił się 62-letni mężczyzna w celu oceny układu krążenia. Do tej pory pacjent chorował na nadciśnienie tętnicze oraz przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). Podczas badania przedmiotowego pacjent był przytomny, bez cech stanu zagrożenia życia, można było nawiązać z nim kontakt słowny. Chory nie gorączkował, częstość akcji serca wynosiła 70 uderzeń/min, częstość oddechu 14/min, a ciśnienie tętnicze 129/65 mm Hg. W badaniu lekarskim układu krążenia słyszalne były prawidłowe tony serca, bez cech rytmu cwałowego, patologicznych szmerów czy tarcia osierdziowego. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG.

1.2. Pytania

1. Co przedstawia zapis EKG?
2. Jaki jest optymalny sposób leczenia tego chorego?

1.3. Zapis EKG



1.4. Odpowiedzi

1. W wykonanym 12-odprowadzeniowym EKG można zaobserwować rytm zatokowy (kod ABIM # 7) powikłany **blokiem zatokowo-przedsionkowym (SA, sinoatrial) 3:2 typu I** (kod ABIM # 12) oraz niecałkowitym blokiem prawej odnogi pęczka Hissa (kod ABIM # 44).
2. W typie I bloku SA czas trwania odstępu PP ulega stopniowemu skróceniu wraz z każdą kolejną ewolucją serca, aż dochodzi do wypadnięcia kolejnego załamka P (podobnie jak w przypadku bloku przedsionkowo-komorowego II stopnia typu I), podczas gdy w przypadku typu II bloku SA II stopnia czas trwania odstępu PP jest dokładną wielokrotnością czasu trwania cyklu zatokowego, a załamki P występują regularnie zarówno przed, jak i po wypadnięciu jednego z nich. Blok SA zazwyczaj ma charakter przejściowy i nie powoduje istotnych objawów. Może występować u zdrowych osób z nasiloną aktywnością nerwu błędnego, ale może być także wykrywany u osób z chorobą wieńcową, zawałem dolnej ściany serca oraz po zatruciu preparatami digoksyny. Pacjenci bezobjawowi nie wymagają w związku z tym schorzeniem leczenia w żadnej formie.

PRZYPADK NR 2

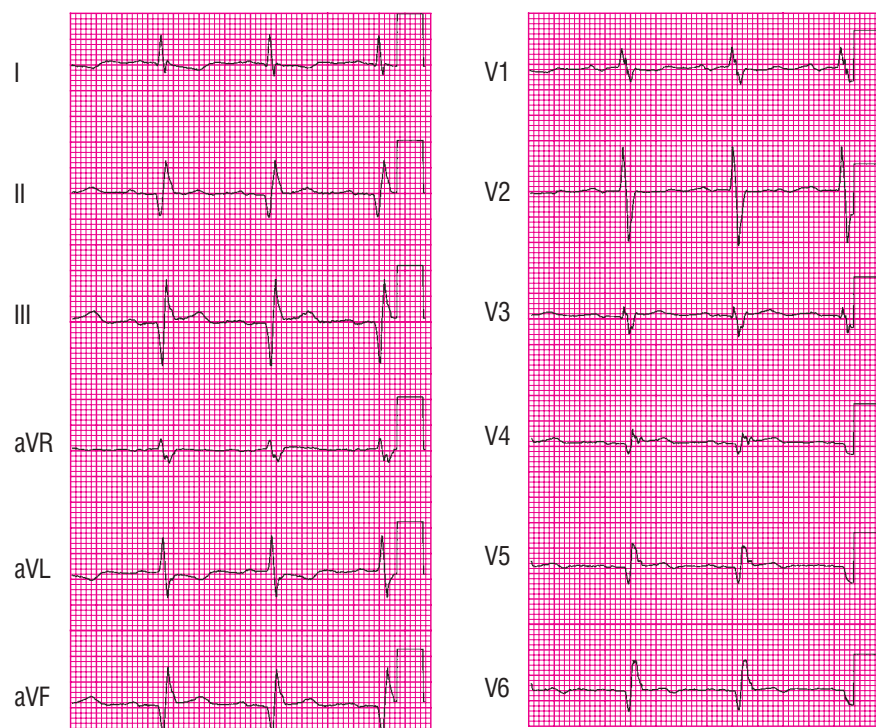
2.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu zgłosił się 75-letni mężczyzna w celu oceny przedoperacyjnej przed zabiegiem z zakresu chirurgii naczyniowej. Pacjent zaprzeczał odczuwaniu jakichkolwiek bólów o charakterze dławicy piersiowej. W trakcie wywiadu okazało się, że prowadzi siedzący tryb życia, wykazując minimalną aktywność fizyczną. Podczas badania przedmiotowego chory nie gorączkował, częstość jego akcji serca wynosiła 71 uderzeń/min, a ciśnienie tętnicze 148/79 mm Hg. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG.

2.2. Pytania

1. Co przedstawia zapis EKG?
2. Czy chory musi być poddany jakimkolwiek innym badaniom przed elektrywnym zabiegiem z zakresu chirurgii naczyniowej?

2.3. Zapis EKG



2.4. Odpowiedzi

1. W wykonanym 12-odprowadzeniowym EKG widoczny jest rytm zatokowy (kod ABIM # 7) powikłany blokiem przedsionkowym-komorowym I stopnia (kod ABIM # 29). Widoczne są głębokie załamki Q w odprawdzeniach II, III, aVF, które odpowiadają przebytemu **zawałowi dolnej ściany serca** (kod ABIM # 58), a także załamki R w odprawdzeniach V1-V2, co z kolei sugeruje przebyty **zawał tylnej ściany serca** (kod ABIM # 60). W zapisie EKG można także zauważyć śródkomorowe opóźnienie przewodnictwa (kod ABIM # 49).
2. Poddanie pacjentów ze słabą wydolnością czynnościową, u których planowe są wysokiego ryzyka zabiegi z zakresu chirurgii naczyniowej, dodatkowym nieinwazyjnym badaniem oceniającym ryzyko sercowe może przynieść tej grupie pacjentów wymierne korzyści. Rozpatrywany w tym przypadku kliniczny chory został poddany testowi obciążeniowemu z dobutaminą, który zakończył się wynikiem dodatnim. W wykonanym badaniu koronarograficznym wykryto zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej oraz chorobę trójnaczyniową z istotnym uszkodzeniem niedokrwiennym mięśnia sercowego. W związku z powyższym chory przed zabiegiem chirurgicznym przeszedł skuteczną procedurę przeszskórnej rewaskularyzacji wieńcowej.