

Przypadki kliniczne EKG

Przedrukowano z: Mukherjee D. ECG Cases pocket. Börm Bruckmeier Publishing LLC, Hermosa Beach, CA, 2006: 89–92 (przypadek 20); 167–170 (przypadek 39)

PRZYPADEK NR 1

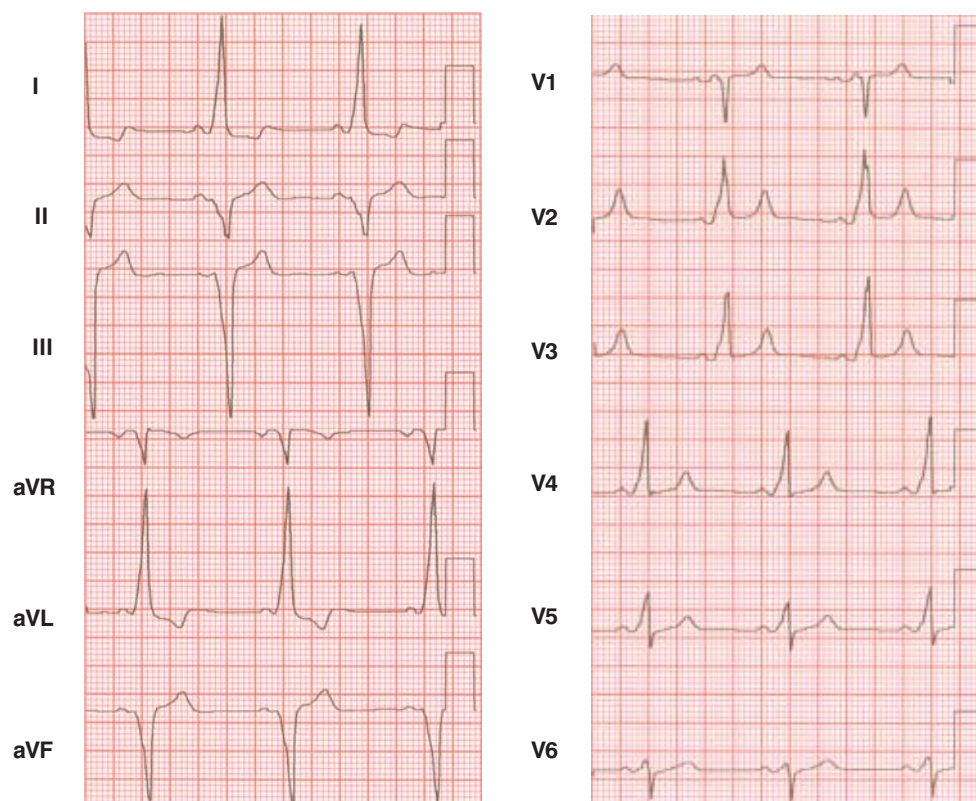
1.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu zgłosił się 33-letni pacjent. W wywiadzie chory podawał epizody palpitacji serca oraz zawroty głowy. Nie gorączkował, podczas przeprowadzania badania przedmiotowego był spokojny, częstość jego akcji serca wynosiła 60 uderzeń/min, a ciśnienie tętnicze 128/65 mm Hg. Zlecono 12-odprowadzeniowe badanie elektrokardiograficzne.

1.2. Pytania

1. Co przedstawia zapis EKG?
2. Jak chory powinien być leczony?

1.3. Zapis EKG



1.4. Odpowiedzi

1. W wykonanym 12-odprowadzeniowym EKG można zaobserwować skrócenie odstępu PR, poszerzenie zespołu QRS oraz obecność fali delta co odpowiada cechom charakterystycznym dla zespołu **Wolffa-Parkinsona-White'a (WPW)** (kod ABIM # 34).
2. Zespół WPW jest jednym z najczęstszych zespołów preekscytacyjnych. Istotą choroby jest obecność dodatkowej drogi przewodzenia między przedsionkiem a komorą — zwanej również pęczkiem Kenta. Przewodzenie impulsów elektrycznych w obrębie pęczka może odbywać się w kierunku zstępującym (*anterograde*), wstępującym (*retrograde*) lub w obydwu tych kierunkach. Osoby zdrowe są chronione przed nadmiernym wzrostem częstości akcji serca w przebiegu na przykład migotania przedsionków poprzez relatywnie długi czas trwania okresu refrakcji węzła przedsionkowo-komorowego. Jednak u pacjentów z zespołem WPW droga dodatkowa bardzo często charakteryzuje się znacznie krótszym czasem trwania okresu refrakcji, pozwalając tym samym na znacznie szybsze przewodzenie impulsów i — co za tym idzie — znacznie szybszą akcję komór, co potencjalnie może prowadzić do rozwoju migotania komór. W przypadku, kiedy migotanie przedsionków leczone jest za pomocą konwencjonalnych środków farmaceutycznych, które wydłużają czas trwania okresu refrakcji węzła przedsionkowo-komorowego (np. leki z grupy antagonistów wapnia, β -adrenolityki, digoksyna) częstość i szybkość przewodzenia impulsów elektrycznych poprzez drogę dodatkową może zwiększyć się z następczym wzrostem częstości akcji komór. Może to prowadzić do powstania arytmii, która może przekształcić się w migotanie komór. Prokainamid zastosowany w dawce 17 mg/kg mc. *i.v.* (nie należy przekraczać dawki 50 mg/min) blokuje przewodzenie w drodze dodatkowej i jest lekiem preferowanym dla pacjentów z WPW. U chorych z WPW oraz migotaniem przedsionków przebiegającym z hipotensją wskazane jest wykonanie pilnego zabiegu kardiowersji elektrycznej. Definitywną formą terapii jest zabieg ablacji drogi dodatkowej, który można rozważyć u chorych, opierając się na częstości występowania epizodów tachyarytmii.

PRZYPADK NR 2

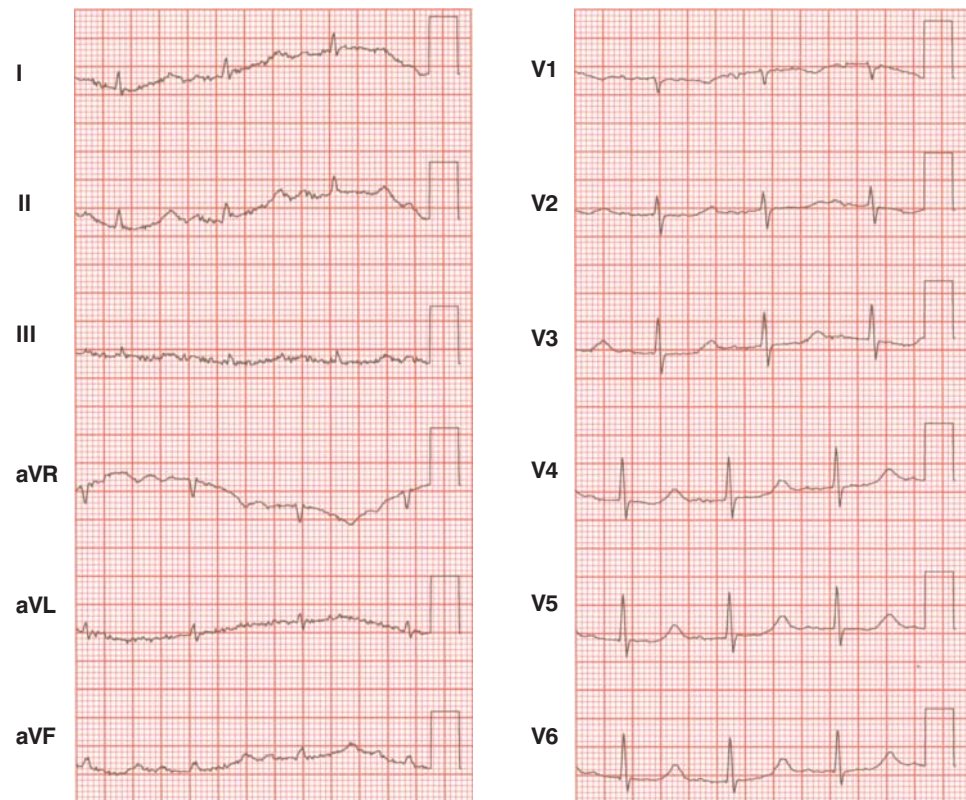
2.1. Scenariusz kliniczny

Do gabinetu zgłosił się 63-letni chory w celu odbycia pilnej konsultacji kardiologicznej. Pacjent uskarżał się na mrowienie i drętwienie występujące w okolicy ust i w obrębie palców rąk i stóp. W wywiadzie podawał także występowanie skurczy mięśni pleców oraz kończyn dolnych, a także epizod skurczu mięśni stopy i podudzia (*carpopedal spasm*). Dodatkowo pacjent był obciążony nadciśnieniem tętniczym, hiperlipidemią, chorobą wieńcową serca, a w ostatnim okresie przeszedł chirurgiczny zabieg usunięcia łagodnego nowotworu w okolicy szyi. Podczas przeprowadzania badania przedmiotowego chory wydawał się być nadmiernie drażliwy, jednak nie występowały u niego ostre dolegliwości bólowe. Chory nie gorączkował, częstość jego akcji serca wynosiła 79 uderzeń/min, częstość oddechu około 14/min, a ciśnienie tętnicze 127/66 mm Hg. Podczas osłuchiwania serca stwierdzono szmer skurczowy o stopniu nasilenia I/VI. Zlecono wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG oraz panelu badań metabolicznych.

2.2. Pytania

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

2.3. Zapis EKG



2.4. Odpowiedzi

1. W wykonanym 12-odprowadzeniowym EKG widoczne są rytm zatokowy (kod ABIM # 7), blok przedsionkowo-komorowy (kod ABIM # 29) pierwszego stopnia oraz cechy **hipokalcemii** (kod ABIM # 77). Zapis EKG podczas hipokalcemii typowo charakteryzuje się wydłużeniem czasu trwania odstępu QT oraz zmianami w zakresie okresu repolaryzacji, takimi jak inwersja lub też spiczaste uniesienie załamka T.
2. Pacjenci z niedoczynnością przytarczyc mogą początkowo otrzymywać doustną suplementację preparatów wapniowych. Dodatkową korzyść w zakresie wyrównywania niedoborów wapnia można uzyskać, stosując diuretyki tiazydowe (ze względu na ich działanie hiperkalcemiczne). U pacjentów z ciężką niedoczynnością przytarczyc konieczne może być leczenie z zastosowaniem preparatów witaminy D. Niedobór hormonów gruczołów przytarczycowych prowadzi do upośledzenia procesu konwersji witaminy D do kalcytriolu. W celu zwiększenia efektywności procesu leczniczego konieczne może być włączenie preparatów kalcytriolu lub 1- α -hydroksywitaminy D₃.