Przypadki kliniczne EKG

Przedrukowano z: Mukherjee D. ECG Cases pocket. Börm Bruckmeier Publishing LLC, Hermosa Beach, CA 2006: 151–154 (przypadek 35); 253–256 (przypadek 59)

PRZYPADEK NR 1

1.1. Scenariusz kliniczny

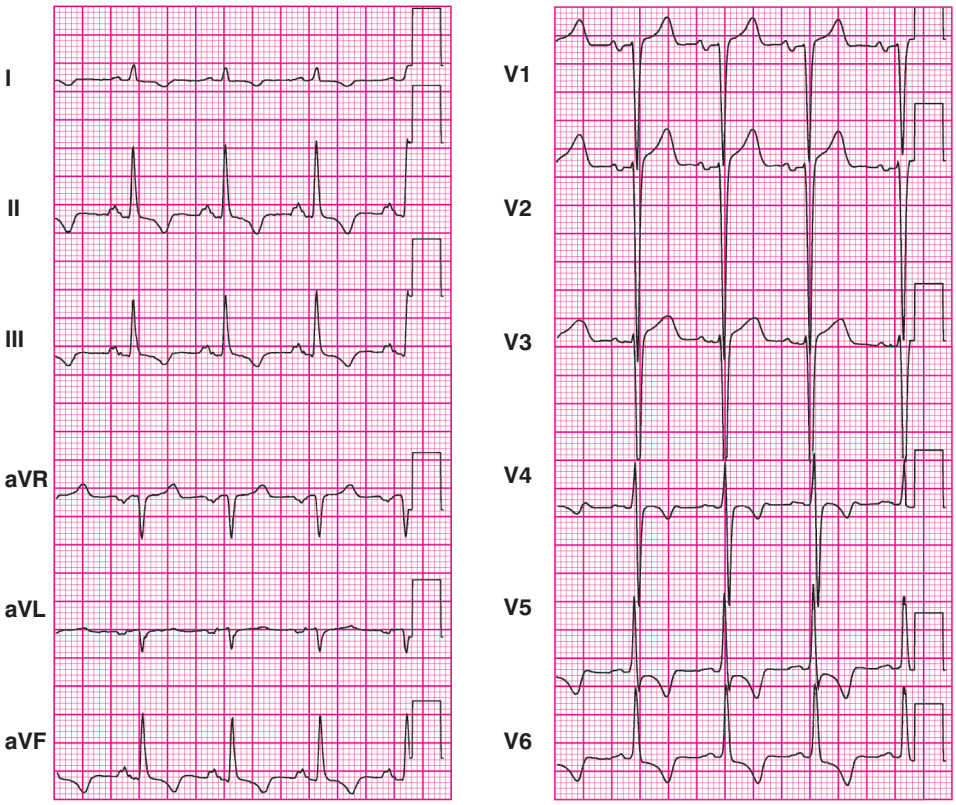
63-letni chory zgłosił się do gabinetu, uskarżając się na ból w klatce piersiowej, który pojawia się podczas wysiłku fizycznego. Ponadto mężczyzna ma nadciśnienie tętnicze oraz zapalenie stawów. Podczas przeprowadzania badania przedmiotowego chory jest spokojny, nie odczuwa nasilonych dolegliwości bólowych. Pacjent nie gorączkuje, jego akcja serca wynosi 86 uderzeń na minutę, częstość oddechu wynosi około 14 na minutę, a ciśnienie tętnicze 136/66 mm Hg. Podczas osłuchiwania serca stwierdzasz galop serca (obecność IV tonu serca) oraz słyszalny nad aortą późnoskurczowy szmer wyrzutu o głośności VI/VI. Osłuchowo pola płucne wydają się bez zmian.

1.2. Pytania

1. Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie kliniczne?
2. Jakie badanie należy wykonać w następnej kolejności?
3. Co przedstawia zapis EKG?
4. Jakie jest optymalne leczenie dla tego pacjenta?

Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 1897–3590

1.3. Zapis EKG



1.4. Odpowiedzi

1. Najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem klinicznym jest ostre zwężenie zastawki aorty.
2. Następnym badaniem diagnostycznym, które powinno być wykonane, jest echokardiogram serca w celu oceny funkcji zarówno zastawki aorty, jak i lewej komory.
3. W wykonanym 12-odprowadzeniowym badaniu elektrokardiograficznym widoczny jest rytm zatokowy (kod ABIM # 7), **przerost lewej komory mięśnia sercowego** (LVH, *left ventricular hypertrophy*) (kod ABIM # 40) oraz zmiany odcinka ST i/lub załamka T wtórne do przerostu mięśnia sercowego (kod ABIM # 67).

   Elektrokardiograficzne kryteria rozpoznania przerostu lewej komory mięśnia sercowego:
   - amplituda załamka R w odprowadzeniu aVL > 9 mm (kobiety) i > 11 mm (mężczyźni),
   - amplituda załamka R w odprowadzeniu aVL + amplituda załamka S w odprowadzeniu V3 > 20 mm (kobiety) oraz > 25 mm (mężczyźni).

Kryteria Sokołow-Lyon:

— amplituda załamka S w odprowadzeniu V1 + amplituda załamka R w odprowadzeniu V5 lub w V6 (wybierz większy) > 35 mm.

Kryteria Romhlit-Estes:

— punkty przyznawane są za wartość amplitudy zespołu QRS, przerost lewego przedsionka mięśnia sercowego oraz obecność typowych dla przerostu lewej komory serca nieprawidłowości przebiegu okresu repolaryzacji. Kombinacja obecności przerostu lewego przedsionka serca i typowych nieprawidłowości podczas okresu repolaryzacji (5 punktów) przemawia za rozpoznaniem przerostu lewej komory serca, nawet jeżeli kryteria amplitudowe poszczególnych załamków nie są spełnione.

Kryteria Cornell:

— u mężczyzn: amplituda załamka S w odprowadzeniu V3 + amplituda załamka R w odprowadzeniu aVL > 28 mm,

— u kobiet: amplituda załamka S w odprowadzeniu V3 + amplituda załamka R w odprowadzeniu aVL > 20 mm.

4. Ciężkie zwężenia zastawki aorty u tego chorego potwierdzono, wykonując badanie echokardiograficzne. Powierzchnia zastawki aorty wynosiła 0,8 cm^2. Z powodu objawowego przebiegu zwężenia zastawki aorty, chory został zakwalifikowany do chirurgicznego zabiegu wymiany zastawki aortalnej.

PRZYPADEK NR 2

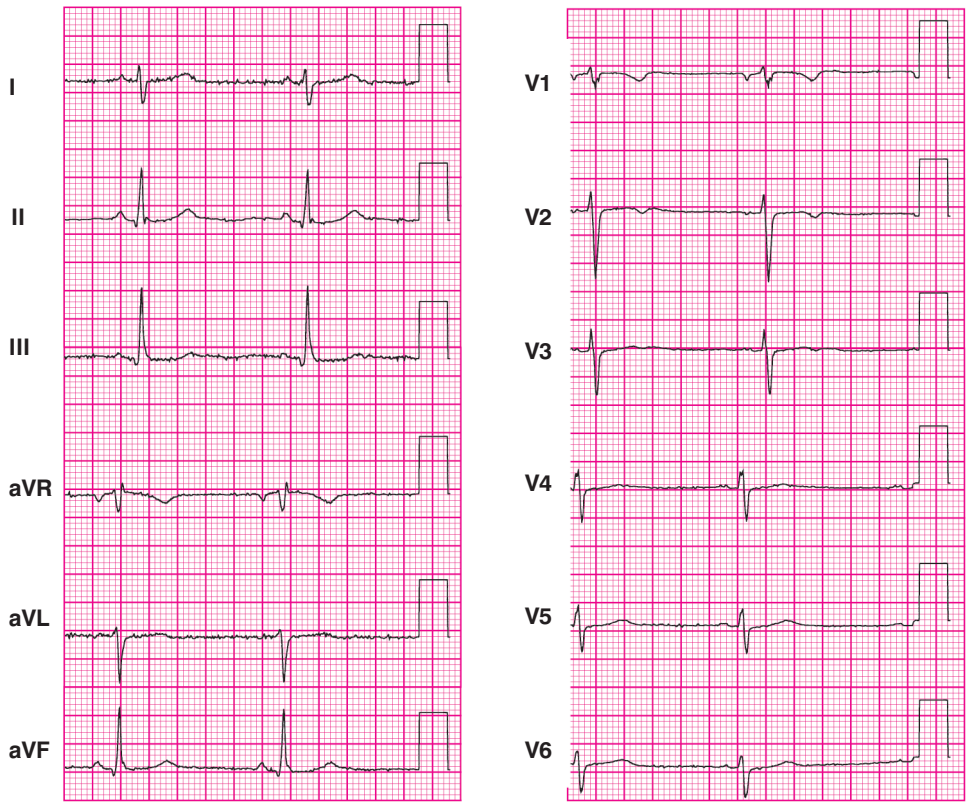
2.1. Scenariusz kliniczny

44-letnia chora zgłosiła się do gabinetu na wizytę kontrolną. Pacjentka ma nadciśnienie płucne, dlatego przyjmuje diltiazem. Podczas przeprowadzania badania przedmiotowego chora jest spokojna, nie gorączkuje, jej akcja serca wynosi 52 uderzenia na minutę, a ciśnienie tętnicze wynosi 123/69 mm Hg. Podczas osłuchiwania serca stwierdzono słyszalny nad tętnicą płucną głośny drugi ton serca.

2.2. Pytania

1. Co przedstawia zapis EKG?
2. Jakie są kryteria rozpoznania tej nieprawidłowości?

2.3. Zapis EKG



2.4. Odpowiedzi

1. W wykonanym 12-odprowadzeniowym badaniu elektrokardiograficznym widoczna jest bradykardia zatokowa (kod ABIM # 9) oraz **przerost prawej komory mięśnia sercowego** (RVH, *right ventricular hypertrophy*) (kod ABIM # 41).
2. Przerost prawej komory serca jest powszechnie związany z każdą formą zawężenia wypływu z prawej komory serca lub istnieniem nadciśnienia płucnego, które z kolei może być konsekwencją choroby lewej części mięśnia sercowego.

Elektrokardiograficzne wykładniki przerostu prawej komory mięśnia sercowego:

— odwrócenie schematu zespołów QRS w odprowadzeniach przedsercowych,
— wysoki załamek R w odprowadzeniu V1 oraz V2,
— głęboki załamek S w odprowadzeniu V5 oraz V6,
— prawidłowy czas trwania zespołu QRS,
— opóźnienie zwrotu ujemnego w odprowadzeniach V1 i V2,
— prawogram.