

## Rzekomy częstoskurcz przedsionkowy

Atrial tachycardia or atrial flutter

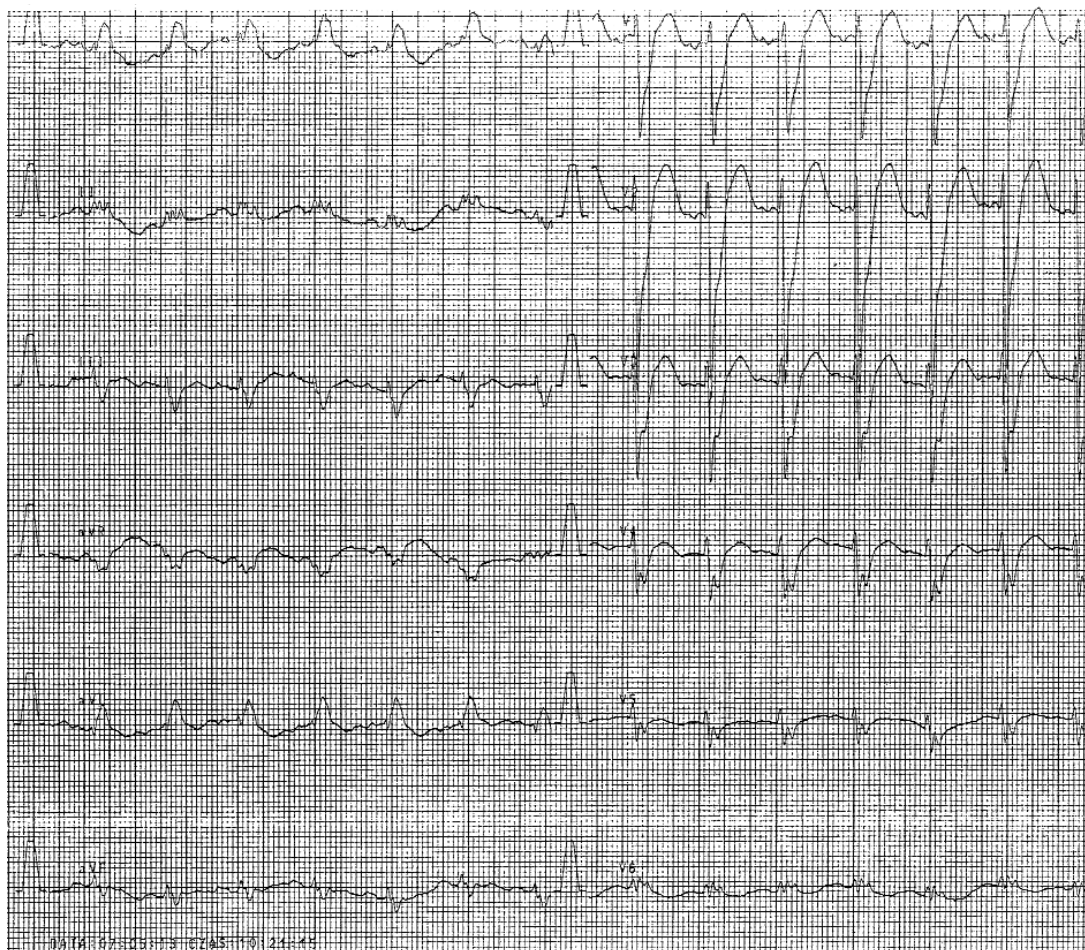
**Bronisław Bednarz, Piotr Kokowicz**

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Kardiol Pol 2007; 65: 836-838

Przedstawiamy przypadek 67-letniej kobiety hospitalizowanej na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej naszej Kliniki.

Chora została przyjęta z powodu ok. 20-minutowego spoczynkowego bólu w klatce piersiowej o charakterze wieńcowym i zasłabnięcia bez utraty przytomności



Rycina 1.

**Adres do korespondencji:**

dr hab. n. med. Bronisław Bednarz, Klinika Kardiologii, CMKP, ul. Grenadierów 51/59, 04-073 Warszawa, tel.: +48 22 810 50 30, faks: +48 22 810 17 38, e-mail: bednarz@kckmkp.pl



Rycina 2.

poprzedzonego przyjęciem dwuazotanu izosorbitu *s.l.* W wywiadzie u chorej stwierdzono: przewlekłą niewydolność serca z frakcją wyrzutową 20% (przebyty obrzęk płuc w 2005 r.), dwa zawały serca (ściany przedniej i dolno-bocznej w 1991 r.), CABG (1995 r.), PTCA prawej tętnicy wieńcowej (1996 r.), zatorowość płucną (2002 r.), zespół pozakrzepowy (ostatnio odstawiony acenokumarol z powodu masywnych krwawień z nosa), nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2 w okresie insulinoaterapii, WZW typu B, chorobę wrzodową dwunastnicy oraz jaskrę, obecnie nieleczoną.

W chwili przybycia do sali R chora pozostawała w stanie ogólnym średnim, była w pełni przytomna, obserwowano objawy przedmiotowe lewostronnego zapalenia płuc, obukomorowej niewydolności serca (obrzęki obwodowe, rzężenia nad obu polami płucnymi, hipotonia – ciśnienie skurczowe 90 mmHg, tachykardia ok. 100 uderzeń/min).

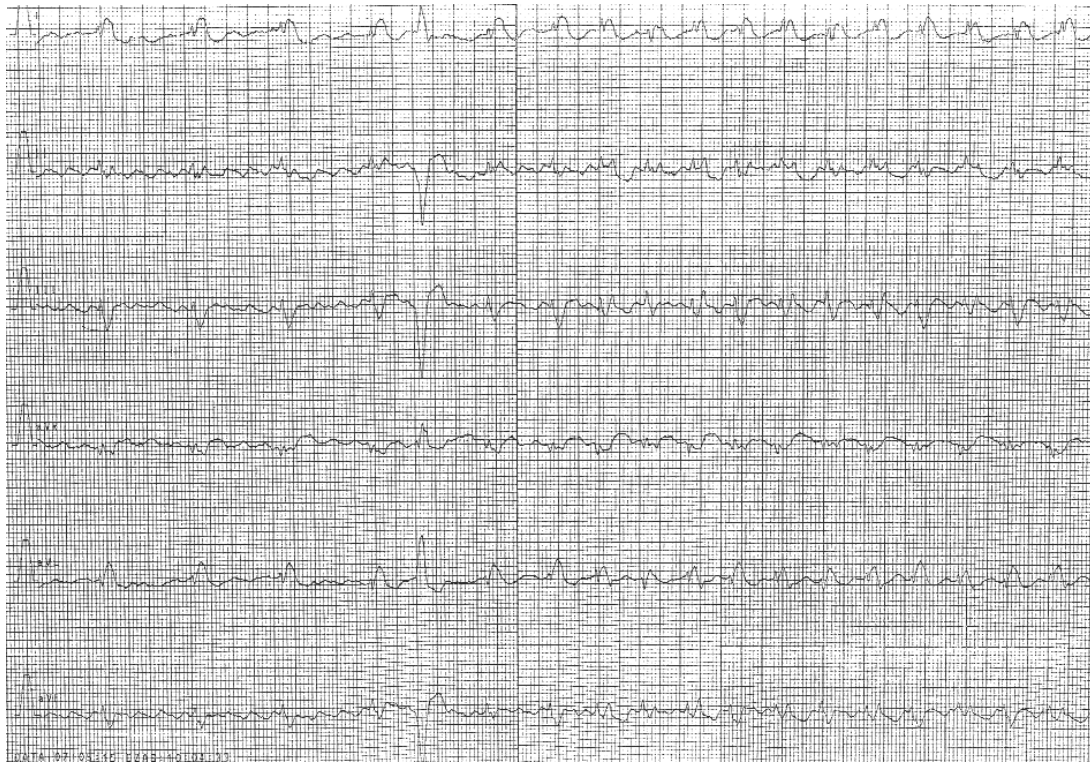
W badaniach dodatkowych zwracały uwagę: wysoka leukocytoza (30 tys./ml<sup>3</sup>), kreatynina 2,6 mg%, glukoza 288 mg%, TnI 0,8 ng/ml ( $n < 0,3$ ).

W badaniu EKG w dniu przyjęcia (Rycina 1.) rejestrowano rytm zatokowy, miarowy, z blokiem lewej odnogi pęczka Hisa.

W 2. dobie hospitalizacji wystąpił napad arytmii z częstotliwością akcji serca 130/min, podobnym do wyjściowego obrazem zespolów QRS (Rycina 2.) i zatkami P o odmiennej morfologii niż te stwierdzone w czasie rytmu zatokowego. Podanie amiodaronu i napaarstnicy nie wpłynęło na rytm serca. Podanie 6 mg adenozyliny *i.v.* ujawniło trzepotanie przedsionków jako przyczynę zaburzeń rytmu serca (Rycina 3.). Po kontroli poziomu napaarstnicy w surowicy krwi wykonano kardiowersję elektryczną.

Prosimy o interpretację elektrokardiogramów, a szczególnie badania nr 2 – czy w tym EKG można już było pokusić się o ocenę stopnia bloku przedsionkowo-komorowego w przebiegu tej arytmii przedsionkowej.

Czy nazwałaby Pani Profesor rytm wiodący w EKG na Rycinie 2. częstoskurczem przedsionkowym, czy trzepotaniem przedsionków?



Rycina 3.

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Kształt wychyleń przedsionkowych w EKG na Rycinie 2. rzeczywiście nie upoważnia do rozpoznania trzepotania przedsionków, ponieważ co druga fala F chowa się w szerokich zespołach QRS. Jednak pewne wątpliwości co do rozpoznania częstoskurczu dolnoprsionkowego może budzić kształt załamków P w odprowadzeniach II, III i aVF, gdzie po ujemnych wychyleniach pojawiają się niewielkie wychylenia dodatnie, jak w trzepotaniu przedsionków. Ponadto, porównując EKG na Rycinie 2. z EKG na Rycinie 1., można dostrzec jedną różnicę, sugerującą właściwe rozpoznanie, a mianowicie zmianę kształtu zespołów QRS w odprowadzeniu II – z typu wie-

lokrotnie pozawężlanego, małego załamka R w EKG 1. na typ  $rSr'$  w EKG 2. Ten drugi załamek S, na dodatek o biegunie nie spiczastym, ale zaokrąglonym, to właśnie nakładająca się na zespół QTS ujemna faza fali F, widoczna równo w połowie odstępu między dwoma rzekomymi ujemnymi załawkami P. Trzeba jednak przyznać, że są to szczegóły łatwe do przeoczenia i dopiero EKG na Rycinie 3. dostarcza oczywistego „dowodu prawdy” na rozpoznanie trzepotania przedsionków.

Przy okazji proszę zwrócić uwagę, że kształt zespołów QRS, niezależnie od cech bloku lewej odnogi, pozwala rozpoznać rozległe uszkodzenie roboczego mięśnia lewej komory – są one szerokie (do 160 ms), małe i pozawężlane. Taki obraz EKG uzupełnia dane z opisu klinicznego, wskazujące na ciężką pozawałową niewydolność serca.