

Dwa (typy załamków P) w jednym (elektrokardiogramie)

Two types of P wave configuration in one ECG

Jan Zambrzycki

Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Szpital Czerniakowski, Warszawa

Kardiol Pol 2006; 64: 1132-1134

Przedstawiam elektrokardiogram, jaki nieczęsto się spotyka. Wydaje mi się, że są tu obecne dwa rytmy: zatokowy i przedsionkowy, co zaznaczyłem na marginesie zapisu.

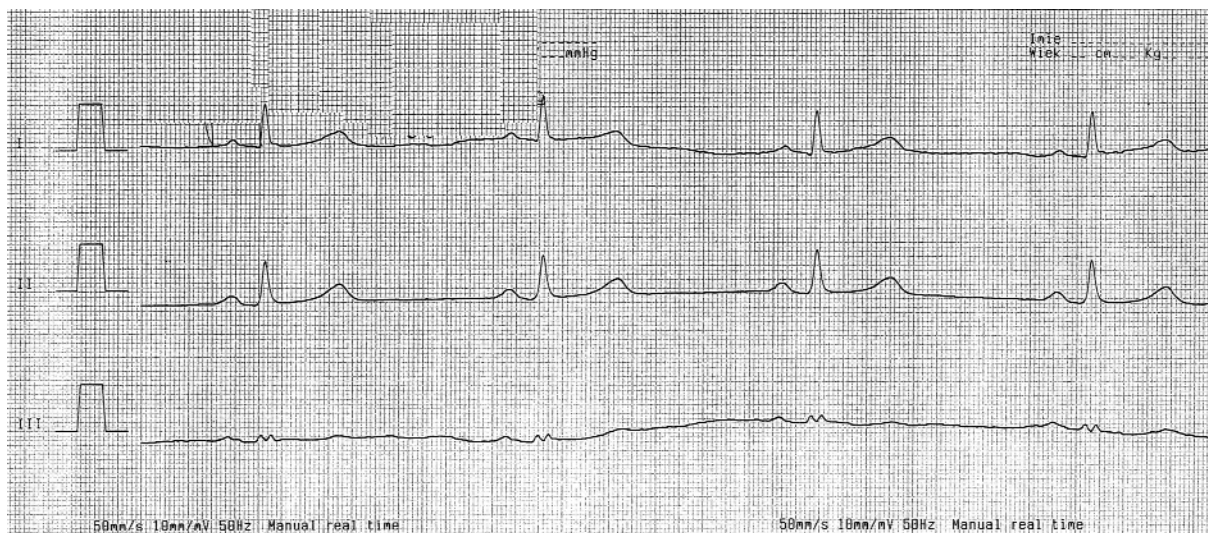
Opis przypadku

Pacjentka w wieku 58 lat, przyjęta z powodu dwóch zaszaleń, drugiego z pełną utratą świadomości na kilka minut. Objawy wystąpiły w Poradni Chirurgicznej, po zdjęciu szwów po operacji cholecystektomii. Osłabienia następowały falami, z dzwonieniem w uszach

i zimnym potem. Przewieziona do Izby Przyjęć, gdzie wykonano wspomniany EKG (Rycina 1). Przyjęta wkrótce na nasz Pododdział. Stwierdzono: RR 106/66 mmHg, częstotliwość rytmu serca miarowa, 55/min. W EKG z monitora rytm zatokowy, bez innych zmian (Rycina 2).

W wywiadach kolki wątrobowe i słabości z potami, wymiotami śluzowymi, ostatnio częściej występujące – stąd cholecystektomia. Wcześniej uczucie słabości przy silnych emocjach. Z powodu niedoczynności tarczycy leczona lewotyrosyną – ostatnio 25 µg/dzień. Ponadto przyjmuje enalapryl 2×5 mg i bisoprolol 1×5 mg – nie każdego dnia.

A

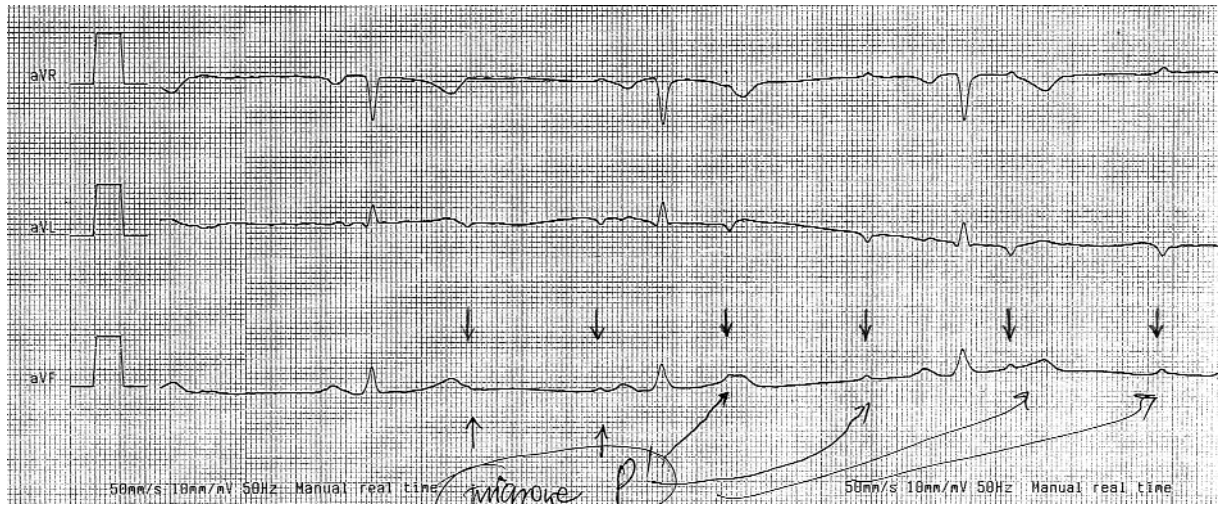


Rycina 1.

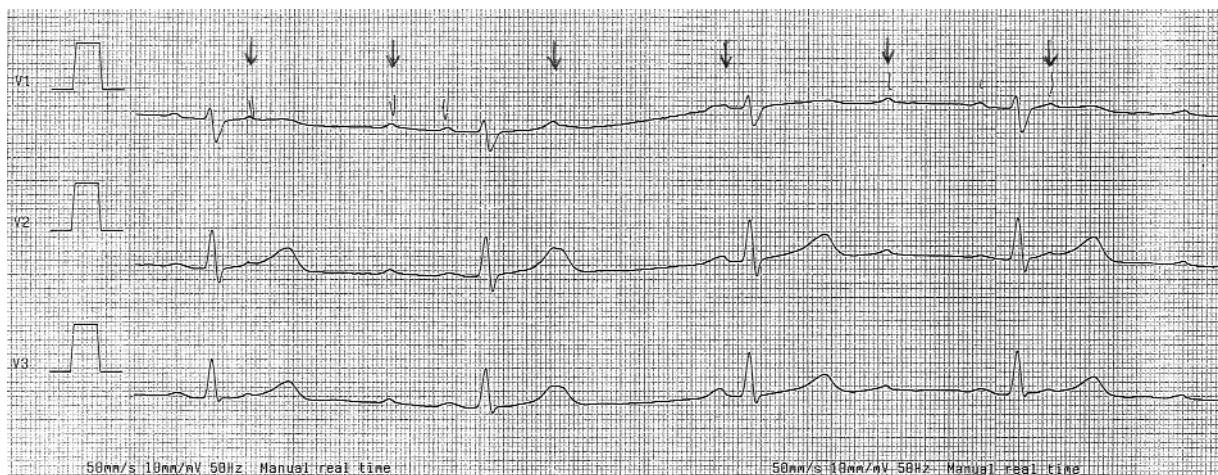
Adres do korespondencji:

dr n. med. Jan Zambrzycki, Kierownik Pododdziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Szpitala Czerniakowskiego, ul. Stępińska 19/25, 00-739 Warszawa, tel.: +48 22 318 62 77, e-mail: jzambrzycki@wp.pl

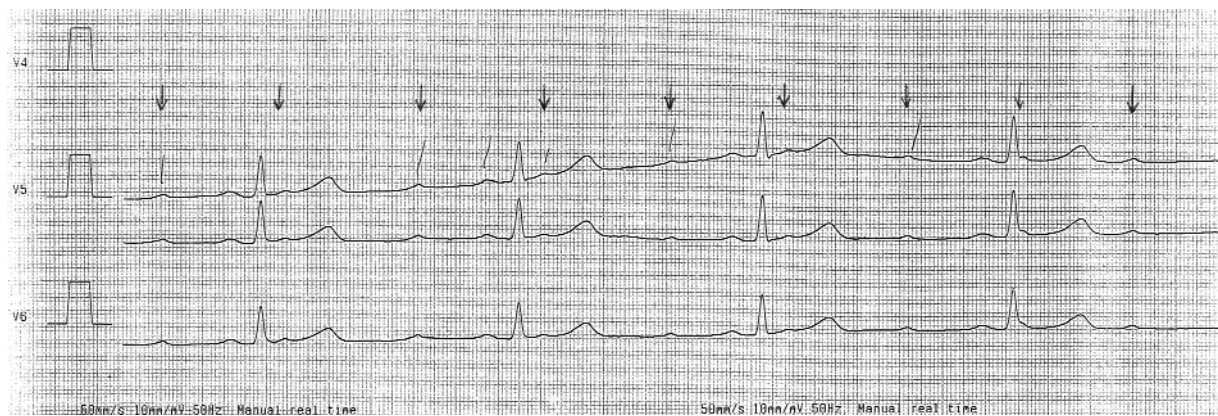
B



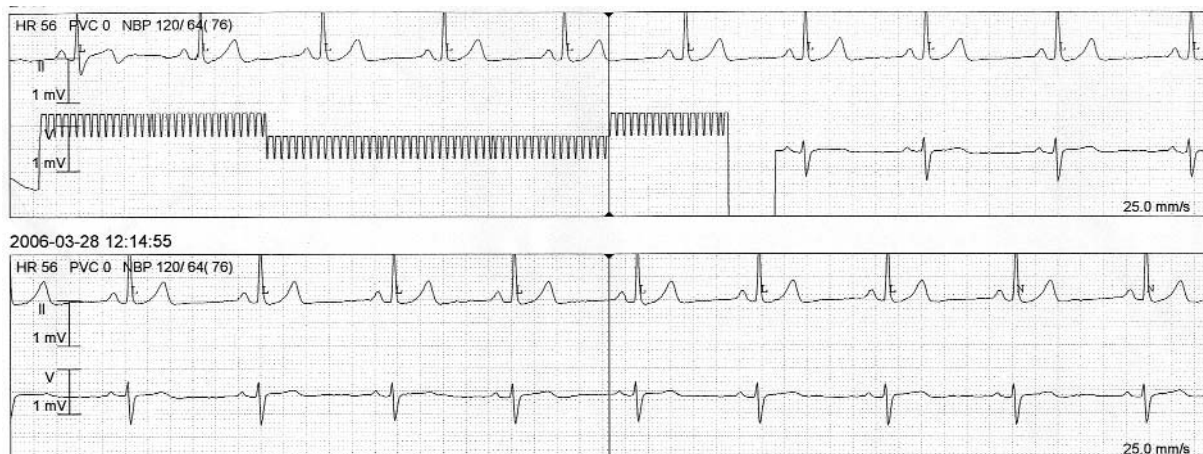
C



D



Rycina 1.



Rycina 2.

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Rycina 1. to rzeczywiście niezwykle elektrokardiogram. Obejrzyjmy go razem. Na pasku odprowadzeń I–III widzimy tylko bradykardię zatokową (52/min), ale już na pasku aVR–L–F oprócz zatokowych załamek P (przed zespołami QRS) pojawia się ektopowy rytm przedsionkowy o częstotliwości 100–112/min,

który na następnym pasku (odprowadzeń V1–V3) ulega zwolnieniu do 80–88/min, a na ostatnim pasku znów przyspiesza do ok. 110/min. Ektopowe załamki P zaznaczyłam pionowymi strzałkami z grotami w dół.

Jednak to co niezwykle w tym zapisie, to nie obecność parasistolii przedsionkowej, ale fakt, że nie wywiera ona żadnego wpływu na rytm zatokowy (prof. Surawicz nazywa taki stan rozkojarzeniem przedsionkowym [1]) oraz że pobudzenia ektopowe nie docierają do węzła przedsionkowo-komorowego i nie współzawodniczą z rytmem zatokowym w depolaryzacji komórek.

Taki obraz przypomina sytuację spotykaną czasem po przeszczepie serca, gdy podstawowy rytm przedsionków i komór pochodzi z węzła zatokowego serca prze-

szczepionego, a na zapis nakładają się załamki P z pozostawionego fragmentu prawego przedsionka własnego, wyciętego już serca (oczywiście z pozostawionym własnym węzłem zatokowym). Nie mam wątpliwości, że Pan dr Zambrzycki wspomniałby w swym liście o takim szczególe z historii choroby, gdyby miał on miejsce. Ale nawet gdyby zapomniał – mamy sposób, aby w tym przypadku wyłączyć taką możliwość: musimy w tym celu ustalić lokalizację ogniska ektopowego rytmu u chorej.

Przez długie lata diagnostykę EKG rytmów przedsionkowych ograniczyliśmy do obserwacji załamek P w odprowadzeniach znad dolnej ściany serca (ujemne oznaczały rytm dolnopredsiolkowy) i w odprowadzeniu I (ujemne były oznaką rytmu lewego przedsionka). Era ablacji *gdzie się da* (ablaconiści woleliby zapewne zwrot *gdzie należy*) znacznie zwiększyła zainteresowanie ustaleniem lokalizacji źródeł ektopowych rytmów przedsionkowych na podstawie EKG. Badania z ostatniego ćwierćwiecza nad kryteriami EKG pozwalającymi rozpoznać pochodzenie częstoskurczów przedsionkowych przypominają o opisanych znacznie wcześniej przez M. Mirowskiego i wsp. kopolasto-strzelistych załawkach P w V1 w rytmie lewego przedsionka [2] i o nieco mniej swoistym zna-