

Interpretacja EKG cz.II

ZABURZENIA RYTMU

- Bradykardia $<60/\text{min}$
- Tachykardia $>100/\text{min}$

Rytm przedsionkowy

- częstość 40-100/min
- (-)P w II, III, aVF
- odst PQ $>0,1$ sek

Trzepotanie przedsionków

- „zęby piły” w II, III, aVF
- załamek P w postaci fal (trzepotania)
- częstość 250-350/min
- QRS prawidłowy, wąski

Zastępczy rytm węzłowy

- częstość 40-60/min
- QRS prawidłowy
- PQ $<0,1$ sek lub P po QRS
- P (-) w II, III, aVF

Ekstrasystolia komorowa

- Przedwczesny nieprawidł. QRS
- QRS $>0,12$ sek
- brak poprzedzającego P
- przeciwny kierunek odc. ST i zał.T
- przerwa wyrównawcza

Trzepotanie komór

- sinusoidalna fala trzepotania
- częstość 180-250/min
- brak możliwości identyfikacji QRS

Niemiarowość oddechowa

- odst. PP $>0,16$ sek
- wdech = przyspieszenie rytmu

Ekstrasystolia przedsionkowa

- przedwczesny P o zmienionym kształcie
- odst. PQ $>0,1$ sek
- prawidłowy QRS

Migotanie przedsionków

- drżą przedsionki
- rytm komór niemiary
- częstość 350-600/min
- QRS przeważnie prawidłowy
- brak P i T
- falowanie linii izoelektrycznej

Zastępczy rytm komorowy

- częstość $<40/\text{sek}$
- QRS zniekształcony, $>0,12/\text{sek}$
- przeciwny kierunek odc. ST i zał.T

Częstoskurcz komorowy VT

- rytm miarowy
- częstość 100-250/min
- QRS $>0,12$ sek
- przeciwny kierunek odc. ST i zał.T

Migotanie komór

- chaotyczna, nieregularna fala
- częstość 150-500/min
- brak możliwości identyfikacji QRS

Interpretacja EKG - ZABURZENIA PRZEWODZENIA

Blok AV Ist.

- PQ > 0,20 sek

Blok AV IIst. Mobitz I (Wenckebach)

- stopniowe wydłużanie PQ
- okresowe wypadanie QRS
- najkrótszy PQ po wypadnięciu QRS
- najdłuższy PQ przed wypadnięciem QRS

Blok AV IIst. Mobitz II

- stały odstęp PQ
- okresowe wypadanie zespołów QRS

Blok AV IIIst.

- czynność A niezależna od V
- częstość P większa od QRS

Blok prawej odnogi pęczka Hisa RBBB

- QRS \geq 0,12 sek
- QRS w V1 i V2 w kształcie M
- przeciwstawny kierunek odc. ST i zał. T w V1
- szerokie S w V5 i V6
- opóźniony zwrot (-) w V1 i V2 o > 0,05 s

Blok lewej odnogi pęczka Hisa LBBB

- QRS \geq 0,12 sek
- QRS w V5 i V6 w kształcie M
- w V5 i V6 brak Q
- przeciwstawny kierunek odc. ST i zał. T w V5 i V6
- opóźniony zwrot (-) w V5 i V6 o > 0,06 s

ZESPOLY PRZEKSCYTACJI

Zespół Wolffa-Parkinsona-White'a WPW

- PQ < 0,12 sek
- QRS > 0,11 sek
- obecna fala „delta” (ramię wstępujące R)

PRZEROSTY

Przerost LV

- R > 26mm w V5 i V6 lub
- lub R > 20mm w I, II, III
- S w V1 + R w V5 lub V6 > 35mm
- obniżony ST skośnie do dołu
- T (-) lub (-/+) w V5, V6, I, aVL
- opóźniony zwrot (-) > 0,05s w V5 i V6

Przerost RV

- odchylenie osi elektr w prawo > +110st.
- R > S w V1
- głęboki S w V5 i V6
- obniżony ST skośnie do dołu
- T (-) lub (-/+) w V1 i V2
- opóźniony zwrot (-) > 0,035s w V1 i V2

CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA

Dławica piersiowa

- obniżenie ST (poziome/skośne)
- płaski dwufazowy lub (-) T

ZAWAŁ – pierwsze h

- nieznaczne uniesienie ST
- wysoki, symetryczny T
- R prawidłowy/zmniejszony

ZAWAŁ – pierwsza doba

- uniesienie ST (fala Pardego)
- spadek amplitudy R

ZAWAŁ – druga doba

- patologiczny Q
- $Q \geq 0,04$ sek, amplituda $>1/4$ R
- odwracanie T
- uniesienie ST maleje

ZAWAŁ – kilka dni

- patologiczny Q lub QRS
- brak R
- odwrócony, głęboki T
- ST zwykle w linii izoelektrycznej

ZAWAŁ – kilka tygodni/miesięcy

- patologiczny Q lub QRS
- odwrócony, płytki T
- może wystąpić R

ZAWAŁ LOKALIZACJA

- rozległy przedni V1-V6, I, aVL
- przednio-przegrodowy V1, V2, V3, V4
- przedniej ściany V3, V4
- przednio-boczny V4-V6, I, aVL
- dolnej ściany II, III, aVF
- tylnej ściany serca - V1, V2 ("Efekt lustra" = T (+) zamiast (-), R wysoki i obniżony ST w V1 i V2;

KONIEC

W razie jakichkolwiek uwag
prosze pisac w komentarzach