

Új felismerés egy klasszikus technikával

Az EKG még mindig tartogathat meglepetéseket

NAGY VIKTOR DR.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest

A XIX–XX. század fordulója körül a klasszikus fizika egén csupán két kis zavaró felhőt észleltek, az atomszerkezet leírását és a relativitáselméletet. A fizikusok úgy gondolták, hogy ezek játszva megoldhatók, ám e „két könnyű darab”-hoz kapcsolódó egyre újabb ismeret végül teljesen szétfeszítette a klasszikus fizika kereteit.

Hasonlóan értékelhető az orvostudományon belül a diagnosztika fejlődése. Kezdetben volt az egyre inkább tökélyre fejlesztett propedeutika, amelynek volt ugyan néhány vadhajtsága (például a kínai pulzusdiagnosztika), ám a betegségek felismerésében és a kezelés követésében szerepe elévülhetetlen. Manapság a modern vizsgálómódszerek egyre inkább előtérbe kerülnek, de az első benyomások megszerzése, a betegekkel kialakuló intim kapcsolat és a kivizsgálási terv felállítása ma sem törtenhet a betegek részletes és pontos fizikális vizsgálata nélkül.

A szív működéséről kialakult sok ismeretet pontosított, sok téveszmét pedig eltörölt az EKG bevezetése és elterjedése. Ez *Willem Einthoven* nevéhez fűződik, aki 1924-ben Nobel-díjat kapott a szív elektromos tulajdonságainak felfedezéséért, valamint az elektrokardiográf megalkotásáért és későbbi tökéletesítéséért. Az első ötezer EKG-felvételt mintegy 100 évvel ezelőtt készítette, és értékelésük közben felismerte, hogy a különféle szívbetegségekről nyert felvételek görbéi között alapvető eltérések vannak.

Manapság az EKG oktatása az orvostudományi egyetemeken a második és harmadik év folyamán kezdődik meg, mondhatjuk azonban, hogy a görbékkel kapcsolatos ismeretek bővítése olykor egy életen keresztül tart. Mindenesetre az biztos állítható, hogy az EKG készítése és értékelése alapvető orvosi tevékenység, a mindennapok feladata. A belgyógyászati gyakorlatokon azonban rendszeresen szembesülök azzal, hogy az orvostanhallgatók nem tudják értékelni az EKG-görbéket. Ezt tudomásul véve, mindig hosszabb időt szánok az EKG-elemzésre. Sajnos olykor találkozom olyan esetekkel is, amikor a fizikális vizsgálat és a panaszok alapján azonnal szükség lett volna EKG készítésére, de azt a területen sem a családorvos, sem a mentőorvos nem végezte el

– el lehetne gondolkodni azon, hogy miért nem. Végül három évvel ezelőtt – tehát amikor a heveny ST-elevációval járó szívinfarktus katéteres ellátása már a mindennapi gyakorlat része volt – egy családorvosi szimpóziumon előadást tartottam a mellkasi fájdalom elkülönítő diagnosztikájáról, s a levezető elnök a következőkkel igazított ki: „Ha a beteg szíve fáj, akkor nem kell babrálni az EKG-val, hanem gyorsan ki kell hívni a mentőt, az majd elviszi a beteget katéterezésre.” Tiltakozásom hatástalan maradt.

Tomcsányi János dr. és munkatársai a következő oldalakon a heveny anterior lokalizációjú szívinfarktus egy új, korai EKG-eltérését ismertetik, amely nem ST-szakasz-eleváció, mégsem lehet napokat várakozni a coronariaintervencióval [1]. Miről is van szó? Néhány éve konszenzusközlés jelent meg a szívinfarktus új, egyetemes diagnosztikájáról [2]. Erre azért volt szükség, mert a klinikai tüneteken, EKG-eltéréseken és kóros enzimértékeken alapuló kórismézésnek számos gyengeségére derült fény. Az EKG önmagában nem elegendő az akut myocardium ischaemia vagy infarktus meghatározásához, mert számos egyéb körképben fellépnek különféle ST-eltérések, sőt, Q-hullámok is. Mindenesetre mindig az összetartozó elvezetéseket kell értékelni, ezek pedig az anterior (VI-6), az inferior (II., III., aVF) és a lateralis (I., aVL), s ezen belül legalább két összetartozó elvezetésben kell megjelennie az ST-deviációnak. Az ischaemia és a nekrosis lokalizációjában az ST-eleváció sokkal specifikusabb jel, mint az ST-depresszió. Az ST-elevációval járó akut coronariaszindróma leggyakoribb oka a koszorúerekben kialakuló occlusiv thrombus. ST-elevációval nem járó akut coronariaszindrómában a biokémiai markerek emelkedő szintje dönti el a kimenetelt. Azonnali tennivalóink mindenesetre eltérnek az ST-elevációval járó vagy a nélküli akut coronariaszindrómában. ST-eleváció esetén azonnali revascularisatiót (szívkatéterezést és intervenciót) kell végezni, a másik formában pedig a beteg kockázati statusa határozza meg az intervenció időpontját. Tomcsányi János dr. és munkatársai dolgozatukban új felismerést közölnek. Olyan speciális EKG-jelet találtak, amely bár nem ST-ele-

váció, mégis azonnal el kell végezni a koszorúér revascularisatióját. Így menthető meg nagy tömegű szívizomzat, így javítható a betegek életminősége, így csökkenthető a mortalitás.

Ahhoz azonban, hogy mindez bekövetkezhesen, pontosabban kell oktatnunk az elektrokardiográfiát, az orvostanhallgatóknak „vérévé kell váljon” az EKG-diagnosztika, a kollégáknak, ha szükséges, akkor merniük kell elkészíteni az EKG-vizsgálatot annak reményében, hogy pontosan értékelik majd az eltéréseket. Így válhat a következő felismerés a mindennapok gyakorlatának részévé, amely a betegek gyógyulását szolgálja.

Irodalom

- [1] *Tomcsányi J., Nényei Z., Sármán B. és mtsai:* Az akut anterior myocardialis infarctus új EKG-jele. *Orv. Hetil.*, 2010, *151*, 387–389.
- [2] *Keltai M.:* A szívinfarktus új, egyetemes definíciója. *A Kardiológiai Szakmai Kollégium irányelvei. Kardiológiai Útmutató*, 2008, *1*, 130–145.

(Nagy Viktor dr.,
Budapest, Szentkirályi u. 46., 1088
e-mail: nagyvik@bel2.sote.hu)

Budapest II. kerületében több helyiséges, klimatizált, földszinti
orvosi rendelő kiadó.

Érdeklődni munkaidőben a 06-70-371-0506-os telefonszámon lehet.