

Jan W. PęksaPoradnia Lekarza Rodzinnego „COR VITA”
Kraków
I Klinika Kardiologii i Elektrokardiologii
Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego,
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Stany nagłe w Podstawowej Opiece Zdrowotnej: 61-letni pacjent z migotaniem przedsionków rozpoznany po raz pierwszy w POZ. Opis przypadku

Emergencies in Primary Health Care: 61-year-old patient with first-ever atrial fibrillation registered in General Practitioner's office. Case report

STRESZCZENIE

Migotanie przedsionków jest najczęstszą tachyarytmią nadkomorową. Częstość występowania migotania przedsionków w populacji ogólnej w pierwszych latach XXI wieku określano na 0,5–1%. Szacuje się, że obecnie w Polsce na migotanie przedsionków choruje aż 400 000 osób. Z tego względu należy dążyć do posiadania aktualnego epidemiologicznego, klinicznego i społecznego obrazu tego schorzenia. W artykule przedstawiono przypadek kliniczny 61-letniego pacjenta z migotaniem przedsionków rozpoznany po raz pierwszy w POZ. Pacjent wymagał pilnego przekazania do oddziału kardiologicznego w celu podjęcia decyzji o umiarkowaniu rytmu serca i ustaleniu dalszego leczenia. W pracy omówiono etiologię, leczenie oraz możliwe powikłania migotania przedsionków z naciskiem na wiele informacji szczególnie przydatnych dla lekarzy POZ.

Forum Medycyny Rodzinnej 2018, tom 12, nr 2, 70–78

Słowa kluczowe: migotanie przedsionków, powikłania zakrzepowo-zatorowe, leczenie przeciwzakrzepowe

ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most common supraventricular tachyarrhythmia. The prevalence of atrial fibrillation in the general population in the first years of the 21st century was estimated at 0.5–1%. It is estimated that currently as many as 400,000 people suffer from atrial fibrillation in Poland. Therefore, the current epidemiological, clinical and social picture of this disease should be sought. The article presents a clinical case of a 61-year-old patient with atrial fibrillation diagnosed for the first time in the General Practitioner's office. The patient

Adres do korespondencji:

lek. Jan W. Pęksa
I Klinika Kardiologii i Elektrokardiologii
Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego,
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
ul. Kopernika 17, 31–501 Kraków
e-mail: janwpeksa@gmail.com

required an urgent transfer to the Cardiology Department in order to make a decision to restore the sinus rhythm of the heart and determine further treatment. The article discusses the etiology, treatment and possible complications of atrial fibrillation with an emphasis on a number of information particularly useful for primary care physicians.

Forum Medycyny Rodzinnej 2018, tom 12, nr 2, 70–78

Key words: atrial fibrillation, thromboembolic complications, anticoagulant therapy

OPIS PRZYPADKU

Sześćdziesięcioletni, pracujący mężczyzna zgłasza się na pierwszorazową wizytę do placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Wcześniej uczęszczał przez wiele lat do przychodni w innej, oddalonej części miasta. Do gabinetu lekarskiego przychodzi około godziny 17.00, z towarzyszącą mu partnerką. Pacjent chce, aby partnerka towarzyszyła mu podczas całej wizyty.

Zgłaszane dolegliwości to głównie bardzo nasilona duszność, która pojawiła się po raz pierwszy w godzinach porannych tego samego dnia. Mężczyzna podaje również bardzo złe samopoczucie i osłabienie, które wystąpiły w tym samym czasie, co duszność, oraz znaczną męczliwość uniemożliwiającą wykonywanie wysiłku fizycznego. Neguje występowanie tego typu dolegliwości w przeszłości. Neguje także występowanie bólu w klatce piersiowej, bólu głowy, brzucha. Zaprzecza występowaniu krwiopłucia, kaszlu, omdleń. Nie mierzy regularnie ciśnienia tętniczego krwi i w związku z tym nie wie, jakie są jego średnie wartości.

W wywiadzie pacjent podaje, że „choruje na serce”, ale nie wie, jakie to są dokładnie schorzenia. Neguje u siebie choroby płuc, cukrzycę oraz inne choroby przewlekłe. Pacjent przyjmuje obecnie kilka leków. Nie pamięta jednak nazw tych substancji, nie wziął również ze sobą dokumentacji medycznej od lekarza kardiologa i z placówki POZ, do której wcześniej uczęszczał. Od momentu wystąpienia opisywanych dolegliwości nie zażywał dodatkowych leków poza tymi przepisany na stałe.

Podaje, że pali od kilku papierosów do około pół paczki dziennie od około 35 lat,

alkohol pije bardzo sporadycznie, ale w dużych ilościach. Podaje, że w ostatnim tygodniu pił ze względu na okres okołoswiąteczny dużo wódki — do kilkunastu kieliszków dziennie. Neguje przyjmowanie substancji psychoaktywnych. Prowadzi mało aktywny tryb życia. Nie wykonuje regularnie ćwiczeń fizycznych. W wywiadzie rodzinnym mężczyzna podaje, że rodzice chorowali na serce, ale nie wie, jakie dokładnie to były choroby. Zmarli w podeślonym wieku.

Po zebraniu wywiadu lekarskiego przeprowadzono badanie przedmiotowe pacjenta i dostępne badanie dodatkowe, których wyniki przedstawiono poniżej.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Stan ogólny średni. Akcja serca niemiarowa, o częstości około 160/min. Tętno serca czyste, o prawidłowej akcentacji. Osluchowo nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy nieznacznie ściszony. Brzuch miękki, niebolesny, bez wyczuwalnych oporów, perystaltyka zachowana. Częstość oddechów około 30/min. Widoczne użycie dodatkowych mięśni oddechowych (zaciąganie przestrzeni międzyżebrowych). Ciśnienie tętnicze krwi wynosi 172/100 mm Hg na ramieniu lewym, 168/98 mm Hg na ramieniu prawym (średnia z dwóch pomiarów w odstępach 2-minutowych). Brak innych odchyleń od normy w badaniu przedmiotowym.

BADANIA DODATKOWE

■ EKG

Migotanie przedsionków o częstości rytmu komór od około 160/min do około 220/min.

Lewogram. Zespoły QRS nieposzerzone o czasie trwania około 80 ms. Bez cech niedokrwienia mięśnia sercowego lub przerostu lewej komory.

■ **Inne badania dodatkowe**

Inne badania dodatkowe, które powinny zostać w pierwszej kolejności wykonane u opisywanego pacjenta to badania laboratoryjne krwi z oceną czynności tarczycy i nerek, oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy i ocena morfologii krwi obwodowej. Ponadto u wszystkich pacjentów z migotaniem przedsionków zalecana jest echokardiografia przeklatkowa, wykorzystywana do identyfikacji chorób strukturalnych (np. wad zastawkowych), a także oceny wielkości i czynności lewej komory (skurczowej i rozkurczowej), wielkości przedsionków oraz czynności prawej komory [1].

W gabinecie lekarza POZ nie było możliwości szybkiego wykonania i uzyskania wyników badań laboratoryjnych wymienionych powyżej, echokardiografia również nie była dostępna.

ROZPOZNANIE KLINICZNE

■ **Migotanie przedsionków.**

Uzasadnienie rozpoznania

Ostateczne postawienie rozpoznania migotania przedsionków wymaga udokumentowania rytmu serca w EKG, w którym stwierdza się typowy obraz tej arytmii — zupełnie niemiarowe odstępy R-R oraz brak widocznych załamków P [1]. Taki zapis EKG występował w opisywanym przypadku. Na postawione rozpoznanie wskazywały również wywiad z pacjentem oraz badanie przedmiotowe ze stwierdzeniem zupełnej niemiarowości rytmu podczas osłuchiwania serca.

Decyzja o dalszym postępowaniu

Po otrzymaniu zapisu EKG potwierdzającego rozpoznanie nasuwające się już po wykonaniu badania przedmiotowego, zdecydowano o pilnym przekazaniu pacjenta do pobliskiego

szpitala posiadającego w strukturze oprócz oddziałów ogólnointernistycznych również oddział kardiologiczny. Wystawiono odpowiednie skierowanie w trybie pilnym. Podczas wizyty zalecono również dostarczenie dokumentacji medycznej do tamtej placówki oraz, po hospitalizacji, do przychodni POZ.

Omówienie przypadku i komentarz w odniesieniu do aktualnych wytycznych

Migotanie przedsionków jest stanem, w którym przedsionki serca kurczą się szybko (częstość ich skurczów wynosi 350–700/min) i w nieskoordynowany sposób. Prowadzi to do utraty efektywności hemodynamicznej ich skurczu oraz do niemiarowego rytmu komór. Częstość rytmu komór jest zależna od właściwości elektrofizjologicznych węzła przedsionkowo-komorowego, czynności układu vegetatywnego oraz od działania stosowanych leków. Może być ona prawidłowa (około 70–90/min w czasie spoczynku), przyspieszona lub zwolniona [2]. W opisywanym przypadku mieliśmy do czynienia z migotaniem przedsionków z bardzo szybką akcją komór (od około 160/min do około 220/min).

Warto podkreślić, że migotanie przedsionków jest najczęstszą tachyarytmią nadkomorową. Częstość występowania migotania przedsionków w populacji ogólnej w pierwszych latach XXI wieku określano na 0,5–1%. Szacuje się, że obecnie w Polsce na migotanie przedsionków choruje aż 400 000 osób [3]. Dlatego też nie dziwi fakt, że do gabinetu lekarza POZ zgłosił się pacjent, u którego występowała ta właśnie arytmia.

Przyczyny migotania przedsionków można podzielić na sercowe oraz pozasercowe. Do sercowych przyczyn zalicza się nadciśnienie tętnicze, nabyte wady zastawkowe, chorobę niedokrwinną serca, wrodzone wady serca, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, przebyte operacje serca, zespół chorego węzła zatokowego, zespół preekscytacji, choroby układowe z zajęciem serca, nowotwory serca pierwotne i przerzutowe. Do przyczyn

Tabela 1

Postacie migotania przedsionków (AF)

Postać AF	Definicja
AF rozpoznane po raz pierwszy	AF, które nie było rozpoznawane wcześniej, niezależnie od czasu trwania arytmii oraz występowania i nasilenia objawów związanych z AF
Napadowe AF	AF ustępujące samoistnie, w większości przypadków w ciągu 48 h. Niektóre napady AF mogą trwać do 7 dni. Epizody AF poddane kardiowersji w ciągu 7 dni należy traktować jako napadowe AF ^a
Przetrwale AF	AF trwające dłużej niż 7 dni, włącznie z epizodami przerwany przez kardiowersję farmakologiczną lub elektryczną po upływie 7 lub więcej dni
Długotrwałe przetrwale AF	AF trwające ciągle ≥ 1 roku, kiedy zdecydowano o wyborze strategii kontroli rytmu serca
Utrwalone AF	AF, które zostało zaakceptowane jako rytm serca przez pacjenta (i lekarza). U pacjentów z utrwalonym AF z definicji nie podejmuje się więc interwencji w celu kontroli rytmu serca. W przypadku ponownego wyboru strategii kontroli rytmu serca należy zmienić klasyfikację arytmii na długotrwałe przetrwale AF

AF (*atrial fibrillation*) — migotanie przedsionków

^awłaściwe rozróżnienie między napadowym a przetrwalym AF często nie jest możliwe bez dostępu do długoterminowego monitorowania. Sama ta klasyfikacja jest więc często niewystarczająca do wyboru określonego leczenia. Jeżeli występują epizody zarówno przetrwałego, jak i napadowego AF, arytmie należy klasyfikować zgodnie z przeważającą postacią
 Źródło: The European Society of Cardiology: Wytyczne ESC dotyczące leczenia migotania przedsionków w 2016 roku, opracowane we współpracy z EACTS. *Kardiologia Polska*, 2016; 74, 12: 1359–1469

pozasercowych zaliczane są: nadczynność tarczycy, ostre zakażenie, znieczulenie ogólne, choroby płuc, guzy chromochłonne, otyłość, cukrzyca, przewlekła choroba nerek, różne substancje, w tym używki (alkohol, kofeina, tlenek węgla, niektóre leki, np. beta₂-mimetyki) [2]. Z przeprowadzonych metaanaliz wynika, że istnieje silny związek między przewlekłym nadużywaniem alkoholu i częstością występowania migotania przedsionków. Ryzyko wystąpienia migotania przedsionków rośnie liniowo wraz z dzienną dawką spożywanego alkoholu [4].

U opisywanego pacjenta jako przyczyny migotania przedsionków można wskazać: prawdopodobne nadciśnienie tętnicze, prawdopodobną chorobę niedokrwinną serca (pacjent leczy się kardiologicznie, przyjmuje kilka leków, występuje więc duże prawdopodobieństwo, że leczy się na przynajmniej jedną z tych chorób) oraz picie alkoholu.

Najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące leczenia migotania przedsionków z 2016 roku wyróżniają 5 postaci migotania przedsionków [1]. Przedstawiono je, podążając za wytycznymi, w tabeli 1.

Patrząc na postacie migotania przedsionków zawarte w powyższej tabeli można stwierdzić, że u opisywanego pacjenta mamy do czynienia z migotaniem przedsionków rozpoznany po raz pierwszy.

Jeśli chodzi o klasyfikację dolegliwości związanych z migotaniem przedsionków, to opisuje ją skala EHRA (*European Heart Rhythm Association*). Jest ona zalecana do oceny nasilenia objawów w praktyce klinicznej i badaniach naukowych w celu ilościowej oceny objawów związanych z migotaniem przedsionków [1]. Jej najnowszą wersję przedstawiono w tabeli 2.

Omawianego pacjenta, ze względu na bardzo nasiloną duszność uniemożliwiającą codziennie funkcjonowanie, można zaklasyfikować w momencie badania w gabinecie POZ do kategorii EHRA 3/4.

Rozpoznanie migotania przedsionków jest ustalane na podstawie badania przedmiotowego oraz zapisu elektrokardiograficznego. W badaniu EKG występuje niemiarywość zupełna rytmu zespołów QRS, brak załamek P, które zastępuje niemiarywa, różnokształtna fala migotania f. Częstotliwość fali f wynosi najczęściej powyżej 350/min i jest najlepiej

Tabela 2

Zmodyfikowana skala nasilenia objawów według *European Heart Rhythm Association* (EHRA)

Zmodyfikowana klasa EHRA	Objawy	Opis
1	Brak	AF nie wywołuje żadnych objawów
2a	Niewielkie	Objawy związane z AF nie wpływają na zwykłą codzienną aktywność
2b	Umiarkowane	Objawy związane z AF nie wpływają na zwykłą codzienną aktywność, ale są dolegliwe dla pacjenta ^a
3	Ciężkie	Objawy związane z AF wpływają na zwykłą codzienną aktywność
4	Inwalidyzujące	Zwykła codzienna aktywność została przerwana

^aKlasy 2a i 2b według EHRA można rozróżnić na podstawie tego, czy objawy migotania przedsionków (AF, *atrial fibrillation*) wywierają czynnościowy wpływ na pacjentów. Objawami związanymi z AF są najczęściej męczliwość/zmęczenie oraz duszność wysiłkowa, rzadziej kołatanie serca i ból w klatce piersiowej; na podstawie [1]

widoczna w odprowadzeniach V1, V2 [5, 6]. Aby potwierdzić podejrzewane migotanie przedsionków konieczna jest często rejestracja EKG metodą Holtera [2]. W opisywanym przypadku na podstawie badania przedmiotowego podejrzewano, że u pacjenta występuje napad migotania przedsionków. Rozpoznanie to zostało w pełni potwierdzone w wykonanym w POZ zapisie EKG.

W przypadku stwierdzenia nowych arytmii, nowych szmerów zastawkowych i innych patologicznych zjawisk osłuchowych pomocne w określeniu ich przyczyny jest właśnie badanie EKG. Aparat EKG jest jednym z wymaganych elementów wyposażenia do realizacji świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. [7].

Jeśli chodzi o inne badania dodatkowe (poza EKG) zalecane u wszystkich pacjentów z migotaniem przedsionków, to są nimi wspomniane w pierwszej części artykułu badania laboratoryjne krwi z oceną czynności tarczycy i nerek, oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy i ocena morfologii krwi obwodowej. Jeśli chodzi o badania obrazowe, to zalecana u wszystkich pacjentów z migotaniem przedsionków jest echokardiografia przezklatkowa, którą wykorzystuje się do identyfikacji chorób strukturalnych (np. wad zastawkowych),

a także oceny wielkości i czynności lewej komory (skurczowej i rozkurczowej), wielkości przedsionków oraz czynności prawej komory [1].

U wybranych pacjentów z opisywaną arytmia zalecane jest ambulatoryjne monitorowanie EKG, które może pozwolić na ocenę skuteczności kontroli częstości rytmu komór, powiązać objawy z nawrotami arytmii, a także wykryć ogniskową indukcję napadów migotania przedsionków. Echokardiografia przezprzełykową jest przydatna w celu dalszej oceny wad zastawkowych serca oraz wykluczenia obecności skrzeplin wewnątrzsercowych, zwłaszcza w uszku lewego przedsionka, w celu ułatwienia wczesnej kardiowersji lub ablacji przezcewnikowej. U pacjentów manifestujących podmiotowe lub przedmiotowe objawy niedokrwienia mięśnia sercowego należy wykonać koronarografię lub badanie obciążeniowe serca. U pacjentów z migotaniem przedsionków i objawami niedokrwienia lub udaru mózgu zalecana jest tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu w celu wykrycia i ustalenia lokalizacji udaru oraz ułatwienia decyzji dotyczących doraźnego leczenia i wprowadzenia długoterminowej antykoagulacji [1].

Wiele chorób układu sercowo-naczyniowego i stanów współistniejących zwiększa ryzyko wystąpienia migotania przedsionków, nawrotów tej arytmii oraz jej powikłań.

Zidentyfikowanie tych stanów, zapobieganie im oraz właściwe leczenie są ważnymi elementami przeciwdziałania występowania napadów migotaniu przedsionków i zmniejsza obciążenia związane z tą arytmia [1]. W opisywanym przypadku, z uwagi na bardzo niekompletne informacje podawane przez pacjenta odnoszące się do chorób współistniejących i ich leczenia, nie można w szczegółowy sposób opisać właściwej prewencji napadów arytmii.

Leczenie doraźne migotania przedsionków polega na wyrównaniu występujących zaburzeń elektrolitowych, kontroli częstotliwości rytmu komór za pomocą leków, takich jak antagoniści wapnia, beta-adrenolityki, digoksyna. Przy przedłużającym się napadzie (szczególnie > 24 godz.) uzasadniona jest kardiowersja farmakologiczna za pomocą propafenonu lub amiodaronu [2]. Kardiowersja farmakologiczna jest skuteczna w przywróceniu rytmu zatokowego u około 50% pacjentów z migotaniem przedsionków o niedawnym początku [1]. W przypadku, gdy migotaniu przedsionków towarzyszą istotne zaburzenia hemodynamiczne lub ból wieńcowy wskazane jest wykonanie w trybie pilnym kardiowersji elektrycznej, czyli wyładowania prądu elektrycznego zsynchronizowanego z załamkiem R z zapisu EKG [1, 8].

Leczenie przewlekłe napadowego migotania przedsionków polega na eliminowaniu czynników wywołujących napady, na przykład redukcji ilości spożywanego alkoholu, nadużywanej kofeiny czy nikotyny [1, 2]. Szczególna rola w kontroli i poradnictwie przy eliminowaniu czynników wywołujących migotanie przedsionków należy do lekarza rodzinnego.

Leczenie przewlekłe przetrwałego migotania przedsionków zależy od przyjętej przez kardiologa strategii postępowania: dążenia do przywrócenia rytmu zatokowego lub pozostawienia migotania przedsionków jako utrwalonego i optymalnej kontroli częstości rytmu komór. Kontrola częstotliwości rytmu komór jest uzyskiwana przez stosowanie leków przeciwarytmicznych: beta-adrenolityków,

antagonistów wapnia, digoksyny lub amiodaronu [1, 2].

Kardiowersje elektryczne są wykonywane najczęściej w warunkach szpitalnych, w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym [9]. Dlatego w praktyce lekarza POZ, jeśli mamy do czynienia z migotaniem przedsionków rozpoznany po raz pierwszy, szczególnie z szybką akcją komór, należy skierować pacjenta w trybie pilnym do szpitala, gdzie jest możliwość przywrócenia zatokowego rytmu serca (jeśli oczywiście zostanie podjęta taka decyzja). Tak właśnie postąpiono w opisywanym przypadku.

Ważne jest, że doraźną kardiowersję można wykonać u pacjentów, u których migotanie przedsionków trwa < 48 godz. lub których co najmniej trzy tygodnie leczono lekiem przeciwzakrzepowym. Leczenie przeciwzakrzepowe należy kontynuować przez cztery tygodnie po kardiowersji. Zalecenie to dotyczy pacjentów niewymagających długoterminowego leczenia przeciwzakrzepowego. Pacjentom, którzy są zagrożeni wystąpieniem udaru mózgu, na przykład z powodu wszczepienia sztucznej zastawki serca, leki przeciwzakrzepowe należy podawać bezterminowo [1].

W leczeniu przewlekłym kluczowe jest zapobieganie groźnym dla życia powikłaniom zakrzepowo-zatorowym, przede wszystkim udarowi niedokrwiennemu mózgu. Ryzyko wystąpienia udaru mózgu u chorych z migotaniem przedsionków niezastawkowym, w porównaniu z osobami bez tej arytmii, jest aż 5-krotnie wyższe [10, 11]. Leczenie przeciwzakrzepowe jest włączane w oparciu o otrzymany wynik w skali CHA₂DS₂-VASc, którą dla przypomnienia przedstawiono w tabeli 3.

Z powodu braku dokumentacji medycznej pacjenta, który pierwszy raz zgłosił się do POZ, nie można z całą pewnością stwierdzić czy pacjent będzie leczony lekiem przeciwzakrzepowym. Jest to jednak wysoce prawdopodobne. Pacjent podawał, że „choruje na serce” i przyjmuje kilka leków, jest więc bardzo prawdopodobne, że choruje na nadciśnienie tętnicze lub ma stwierdzoną chorobę naczyń.

Tabela 3

Kliniczne czynniki ryzyka udaru mózgu, przemijającego ataku niedokrwinnego i zatorowości w krążeniu systemowym uwzględnione w skali CHA₂DS₂-VASc

Czynniki ryzyka w skali CHA ₂ DS ₂ -VASc	Liczba punktów
Zastoinowa niewydolność serca <i>Objawy podmiotowe/przedmiotowe niewydolności serca lub obiektywne dowody zmniejszenia frakcji wyrzutowej lewej komory</i>	+1
Nadciśnienie tętnicze <i>Ciśnienie tętnicze w spoczynku > 140/90 mm Hg przy co najmniej dwóch pomiarach lub leczenie hipotensyjne</i>	+1
Wiek 75 lub więcej lat	+2
Cukrzyca <i>Stężenie glukozy we krwi na czczo > 125 mg/dl (7 mmol/l) bądź leczenie doustnym lekiem hipoglikemizującym i/lub insuliną</i>	+1
Przebyty udar mózgu, przemijający atak niedokrwienności lub incydent zakrzepowo-zatorowy	+2
Choroba naczyń <i>Przebyty zawał serca, choroba tętnic obwodowych lub blaszki miażdżycowe w aorcji</i>	+1
Wiek 65–74 lata	+1
Płeć żeńska	+1

CHA₂DS₂-VASc — skala obejmująca zastoinową niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, wiek ≥ 75 lat (2 pkt.), cukrzycę, udar mózgu (2 pkt.), chorobę naczyń, wiek 65–74 lata, płeć (żeńską); na podstawie [1]

Gdy pacjent otrzyma co najmniej jeden punkt w skali CHA₂DS₂-VASc, należy rozważyć doustne leczenie przeciwzakrzepowe (zalecenie klasy IIa B). Gdy pacjent otrzyma co najmniej dwa punkty w skali CHA₂DS₂-VASc, leczenie przeciwzakrzepowe jest wskazane (zalecenie klasy I A) [1]. Podsumowując można powiedzieć, że gdy opisywany pacjent wróci do przychodni POZ, będzie konieczne dalsze prowadzenie leczenia przeciwzakrzepowego, czyli kontynuowanie leczenia jednym z antagonistów witaminy K lub jednym z nowych doustnych leków przeciwzakrzepowych (NOAC, *non-vitamin K antagonist oral anticoagulant*), na przykład rywaroksabanem, dabigatranem lub apiksabanem.

Zgłaszane przez pacjenta objawy obejmowały między innymi bardzo nasiloną duszność, która pojawiła się po raz pierwszy w godzinach porannych tego samego dnia. Warty podkreślenia jest fakt, że taki objaw wraz z innymi towarzyszącymi symptomami, na przykład bólem w klatce piersiowej, może sugerować zatorowość płucną. Dlatego przy zbieraniu wywiadu pogłębiono go o kwestie

związane z objawami zatorowości płucnej. Najczęstsze objawy tej jednostki chorobowej to duszność (występuje u około 80% chorych), ból w klatce piersiowej (około 50% chorych), kaszel, zwykle suchy (20%), zasłabnięcie lub omdlenie (14%), krwioplucie (7%). U około jednej trzeciej chorych występują również objawy zakrzepicy żył głębokich, czyli obrzęk, zaczerwienienie i ból nogi przeważnie po jednej stronie [12]. U opisywanego pacjenta nie występowały inne symptomy sugerujące wystąpienie zatorowości płucnej poza nasiloną dusznością.

Tematem wartym poruszenia jest obecność partnerki pacjenta podczas wizyty. Można zadać pytania: czy taka sytuacja powinna mieć miejsce? Czy bardziej wskazane jest dążenie przez lekarza do sytuacji, w której pacjent przebywa sam w gabinecie? Bez osoby towarzyszącej? Na to pytanie odpowiada Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Mówi ona, że „Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych” [13]

oraz „Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej” [14]. Z tych zapisów w jasny sposób wynika, że w omawianym przypadku obecność partnerki pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych była w pełni akceptowalna.

Podsumowując można powiedzieć, że z uwagi na wciąż rosnącą częstość występowania migotania przedsionków w populacji [15], należy dążyć do posiadania aktualnego epidemiologicznego, klinicznego i społecznego obrazu tego schorzenia. W praktyce lekarza POZ kluczowe jest właściwe rozpoznanie migotania przedsionków, wzięcie pod uwagę całego obrazu klinicznego i podjęcie odpowiedniej decyzji odnośnie do dalszego postępowania. Początkowa ocena pacjenta z nowo rozpoznanym migotaniem przedsionków powinna być dokonana w miejscu pierwszego kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej, co jest możliwe w większości miejsc sprawowania opieki medycznej (jeżeli tylko dostępny jest aparat EKG), a niezwłoczne zarejestrowanie tej arytmii jest skuteczną

i efektywną kosztowo metodą dokumentowania jej przewlekłych postaci [3, 16].

Należy pamiętać, że podstawą leczenia migotania przedsionków jest farmakoterapia preparatami o działaniu antykoagulacyjnym i kontrola częstości rytmu komór serca. Prowadzona w ten sposób terapia znacznie obniża ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu i innych powikłań. Jednak dopiero przywrócenie rytmu zatokowego wykonywane w warunkach szpitalnych i jego trwałe utrzymanie (jeśli jest to możliwe), powoduje wyraźną poprawę jakości życia pacjenta i zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych. Przywoływane kilkakrotnie wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące leczenia migotania przedsionków z 2016 roku w zdecydowany sposób podkreślają rolę zintegrowanego leczenia pacjentów z tą arytmia następujące poprzez angażowanie w terapii zespołów wielodyscyplinarnych, wykorzystywanie narzędzi technologicznych, zapewnianie pacjentom dostępu do wszystkich możliwości leczenia oraz przede wszystkim angażowanie pacjentów tak, aby pełnili oni centralną rolę w systemie opieki, byli w odpowiedni sposób edukowani, zachęceni i upodmiotowieni w celu aktywnego udziału w leczeniu. Pacjenci powinni być adresatami fachowego poradnictwa i edukacji dotyczącej stylu życia, a decyzje dotyczące leczenia powinny być podejmowane wspólnie z nimi [1, 17].

PIŚMIENNICTWO

1. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. Wytyczne ESC dotyczące leczenia migotania przedsionków w 2016 roku, opracowane we współpracy z EACTS. *Kardiologia Polska*. 2016; 74(12): 1359–1469, doi: [10.5603/kp.2016.0172](https://doi.org/10.5603/kp.2016.0172).
2. Gajewski P (red.). *Interna Szczeklika 2014/2015*. Mały Podręcznik. Wyd. VI. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014: 190–197.
3. Woźniakowska-Kapłon B. (red.). *Migotanie przedsionków*. Wyd. 1. Via Medica, Gdańsk 2016.
4. Kodama S, Saito K, Tanaka S, et al. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2011; 57(4): 427–436, doi: [10.1016/j.jacc.2010.08.641](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.08.641), indexed in Pubmed: [21251583](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21251583/).
5. Zalecenia dotyczące stosowania rozpoznań elektrokardiograficznych. *Kardiol Pol*. 2010; 68(supl. IV): 1–56.
6. Górska E, Baranowski R. Co nurtuje lekarza rodzinnego, czyli dylemat: czy ten pacjent ma migotanie przedsionków? *Choroby Serca i Naczyń*. 2011; 8(3): 165–169.
7. Minister Zdrowia: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. *Dziennik Ustaw*, 2016, 86. <http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2016/86/1> (16.02.2018).
8. Kamińska A, Zapolski T, Wysokiński A. Miejsce kardiowersji w terapii migotania przedsionków. *Postępy Nauk Medycznych*. 2015; XXVIII(8B).

9. Rychlik WA. Kardiowersja elektryczna — aspekty praktyczne. *Emerg Med Serv.* 2017; IV(2): 110–116.
10. Wożakowska-Kapton B, Gorczyca-Michta I, Filipiak K, et al. Prewencja powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków — propozycja algorytmu dla lekarzy rodzinnych. *Forum Medycyny Rodzinnej.* 2013; 7(1): 1–15.
11. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke.* 1991; 22(8): 983–988, indexed in Pubmed: [1866765](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1866765/).
12. Frolow M. Zatorowość płucna. *Medycyna Praktyczna, Zakrzepica.* https://zakrzepica.mp.pl/wszystkoozakrzepicy/zatorowoscplucna/104653_zatorowosc-plucna (13.02.2018).
13. Sejm RP: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Tekst ujednolicony. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318, 1524. Art. 20.1. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090520417/U/D20090417Lj.pdf> (16.02.2018).
14. Sejm RP: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Tekst ujednolicony. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318, 1524. Art. 21.1. i 2. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090520417/U/D20090417Lj.pdf> (16.02.2018).
15. Średniawa B, Kalarus Z. Aktualna klasyfikacja migotania przedsionków i leczenie różnych jego postaci. *Medycyna po Dyplomie.* 2012(06).
16. Fitzmaurice D, Hobbs F, Jowett S, et al. Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2007; 335(7616): 383, doi: [10.1136/bmj.39280.660567.55](https://doi.org/10.1136/bmj.39280.660567.55).
17. Tran HN, Tafreshi J, Hernandez EA, et al. A multidisciplinary atrial fibrillation clinic. *Curr Cardiol Rev.* 2013; 9(1): 55–62, indexed in Pubmed: [23092274](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23092274/).