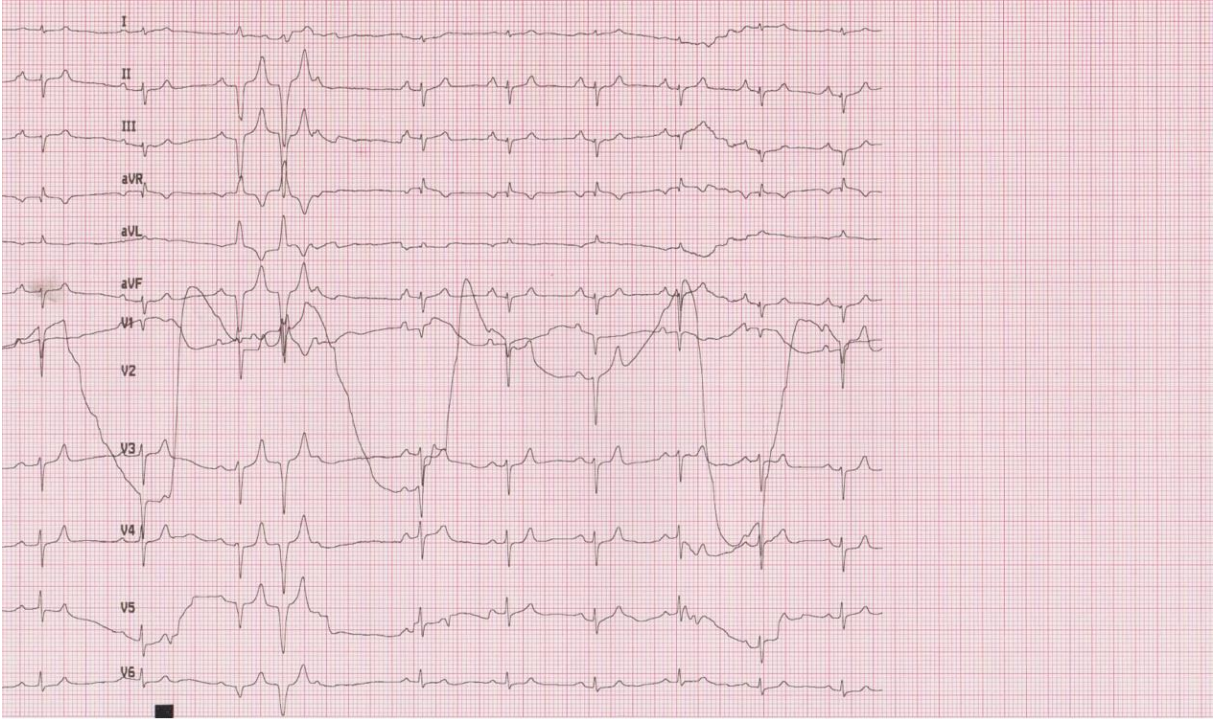
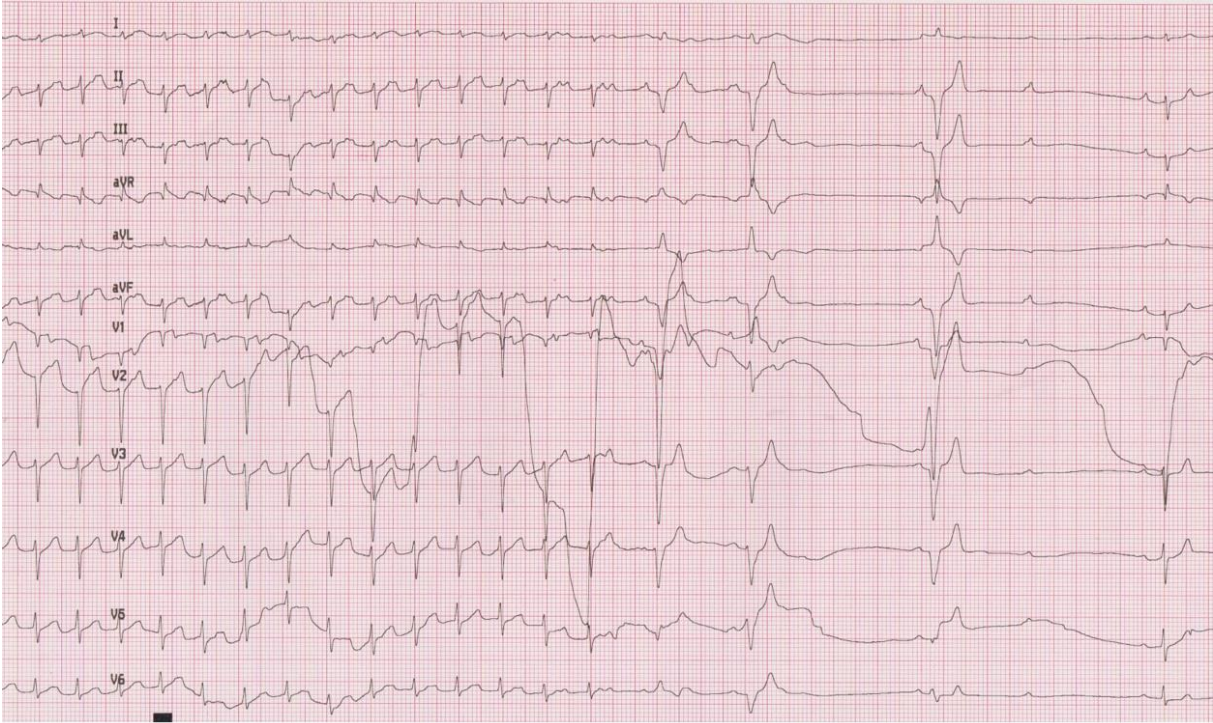


Przypadek EKG 10.12.2023

Dr n. med. Grzegorz Kietbasa



Wyjaśnienie:

Powyższy zapis dotyczy podania adenozyiny u pacjenta z napadowym SVT, którym okazało się AT z załamkami P współtworzącymi dwugarbny T w trakcie częstoskurczu (w odprowadzeniu II czy III).

Kilka komentarzy praktycznych:

- podanie adenozyiny jest kojarzone jako interwencja terapeutyczna, natomiast spełnia ona również wspaniałą funkcję diagnostyczną nawet jeśli nie przerwie arytmii (AFL, większość AT – ale żeby było ciekawiej adenozyina MOŻE przerwać nawet niektóre rodzaje VT, szczególnie zależne od wiązek LBB ale nie tylko).

- adenozyiny nie należy:

- 1) podawać w dawce 3mg (a i 6mg nie ma większego sensu)
- 2) podawać do małego (np. różowego) wenflonu na dalekim obwodzie
- 3) podawać w wolnym wstrzyknięciu
- 4) podawać pacjentom z astmą oskrzelową – może powodować skurcz oskrzeli

- adenozyinę należy:

- 1) podawać w dawce 12mg a lepiej 18mg
- 2) podawać do dużego wktucia, im bardziej centralnego tym lepiej
- 3) podawać najszybciej jak się da i natychmiast „popchnąć” 10ml soli

- podawanie adenozyiny jest nieprzyjemne dla pacjenta, należy go o tym uprzedzić – ale ten dyskomfort trwa kilka, rzadko kilkanaście sekund, zaczyna się ok 10s po podaniu (i nie zawsze związany jest z wystąpieniem zaawansowanego AVB).

- podawanie adenozyiny NIE jest niebezpieczne (najdłuższa pauza jaką widziałem po adenozyinie wynosiła 11s, ale był to pacjent z nieuchwytną przyczyną nawracających omdleń, u którego wykonywałem EPS – nie osoba z SVT).

- przygotowanie atropiny „na zaś” przy podawaniu adenozyiny raczej nie ma specjalnie sensu – choćby dlatego, że leki te działają na inne receptory, nie konkurują więc o miejsce wiązania.

Bardzo zachęcam do niepodchodzenia do adenozyiny jak do jeża; lek ma dobry profil bezpieczeństwa, bardzo dużą skuteczność w przerywaniu SVT (wszystkie nawrotne zależne od AVN + niektóre inne) i równie dużą wartość diagnostyczną.