

ELEKTROKARDIOGRAFIESE STUDIES III

A. J. BRINK, M.D. (PRETORIA), M.R.C.P. (LOND.)

*Departement Interne Geneeskunde en Degenerasie Siektetoestande Groep, W.N.N.R., Universiteit van Stellenbosch,
Karl Bremer-Hospitaal, Bellville, Kaap.*

Geval 3. Vertraagde Verskyning van Elektrokardiografiese Beeld van 'n Hartinfarkt van die Agterwand

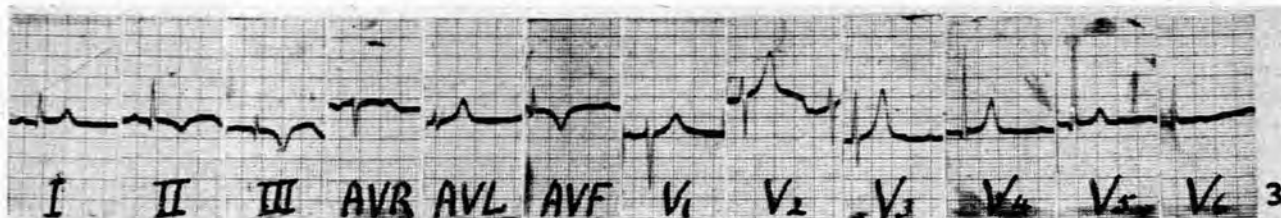
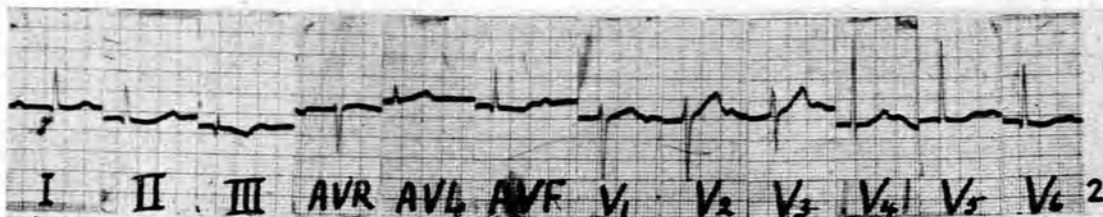
Die pasiënt is 'n 41-jarige Blanke man met 'n geskiedenis van substernale pyntoevalle met inspanning wat 6 weke voor toelating begin het. Die toestand het weer verbeter, en selfs verdwyn, maar ongeveer 'n week voor sy opname het soortgelyke pyntoevalle egter weer voorgekom. Die aanvalle het toegeneem en hy het die dag voor toelating 'n langdurige, hewige pyntoeval gekry wat substernaal geleë was. Dit het met rus aangekom en ongeveer 'n uur lank geduur. Gedurende dieselfde nag het hy weereens pyn in die borskas gehad wat 'n halfuur lank geduur het; toe het dit bedaar, en hy het geslaap. Die oggend wat hierop gevolg het, en die dag van toelating, het hy aan die ontbyttafel 'n toeval van floute gekry en gevolglik sy geneesheer gaan spreek.

Daar was by sistematiese navraag geen ander simptome nie.

By fisiese ondersoek was daar nie enige afwykings van betekenis nie, behalwe dat die bloeddruk slegs 100/70 was; ook het hy 'n bradikardie van 45 per minuut gehad. Andersins het die pasiënt goed daar uitgesien. Urine-ondersoek het geen afwykings gelewer nie. Die hemoglobien was 14.2 g.% (96%), rooibloedseltelling 4,500,000 per c.mm., witbloedseltelling 5,850 per c.mm. en bloedbesinking 7 mm. in die eerste uur. Die differensiële telling was normaal. Daar was geen verhoogde temperatuur nie.

ELEKTROKARDIOGRAMME

Afb. 1: Elektrokardiogram geneem op die oggend van toelating tot die hospitaal: Sinusritme 65 per minuut. Daar is geen geleidingstoornis nie. QRS-komplekse kom normaal voor. Twyfelagtige verbreding van Q, 0.03 sek. in standaardafleidings 3 en aVF. Daar is matige afsakking van die ST-segmente in aVF



en V4 tot V6. Die T-uitwykings is van lae spanningshoogte, maar binne normale perke.

Gevolgtrekkings

Die elektrokardiogram dui matige isemie oor die linker-ventrikel aan, maar is origins binne normale perke. 'n Kardio-gram, 24 uur later geneem, was onveranderd.

Afb. 2: Elektrokardiogram 48 uur na opname geneem. Spoed en ritme onveranderd. Daar is nou 'n meer prominente Q, 0.04 sek. in standaardafleidings II en III, asook aVF met 'n negatiewe T-uitwyking in standaard III en aVF. T-uitwykings in pre-kordiale afleidings V2 en V3 is verhoog in vergelyking met die uitwykings in die vorige afbeelding. Verder is daar nog die voorkoms van isemie in V4 tot V6.

Gevolgtrekkings

Daar is nou duidelik elektrokardiografiese bewys van 'n kardiaale infarksie van die agterwand.

Afb. 3: 14 dae na toelating tot die hospitaal: Hier is die voorkoms van 'n hartinfarkt van die agterwand elektrokardiografies nou nog meer prominent, met die kenmerkende Q en T veranderinge in II, III aVF en verhoogde T-uitwykings in die pre-kordiale afleidings V2, V3 en V4.

BESPREKING

Die pyngeskiedenis van hierdie pasiënt het kardiaale isemie, en moontlik infarksie, aangedui. Die betreklike lae bloeddruk het ook 'n moontlike infarksie aangedui. Daar was geen ondersteunende bevindings, soos 'n versnelde bloed-

besinking of 'n verhoogde witbloedseltelling nie. Die eerste elektrokardiografiese opname het ook net 'n geringe isemiese verandering aangetoon. Na 48 uur was die kardiografiese beeld van 'n hartinfarkt van die agterwand duidelik waar te neem, en het met verloop van tyd nog meer prominent geword.

Dit is dus duidelik dat die pasiënt se siektegeskiedenis, saam met 'n bloeddruk aan die onder-grense van normaal, genoegsame redes was om opvolg-elektrokardiogramme te neem. Ten spyte van die afwesigheid van verdere episodes van pyn, het die beeld van agterwand-infarksie tog na 48 uur te voorskyn gekom.

Opvolg-ondersoeke is nie noodsaaklik as daar reeds elektrokardiografiese bewys gelewer is van 'n infarksie nie. Wanneer infarksie egter nog nie gedemonstreer is nie, moet daar opvolg-grafieke gemaak word totdat 'n diagnose bereik is, of 'n ander diagnose in sy plek gestel kan word. 'n Tydperk van 3 tot 4 dae voor die verskyning van die diagnostiese beeld is nie seldsaam nie. Levine¹ vermeld selfs 'n geval wat 3 weke na die kliniese episode eers elektrokardiografiese bewyse van infarksie opgelewer het.

VERWYSING

1. Levine, S. A. (1951): *Clinical Heart Disease*, 4e druk. Philadelphia en Londen: W. B. Saunders & Co.