

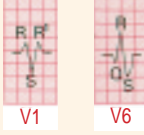
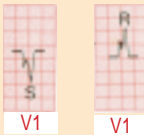
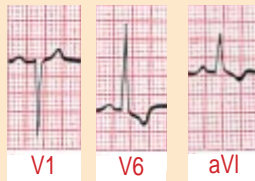
SCHEDA PER IL MEDICO
2

ECC A COLPO D'OCCHIO

Viene pubblicata su questo numero la seconda puntata delle tavole per la lettura corretta dell'elettrocardiogramma. La prima scheda è apparsa sul numero 1 del 2000 di Occhio Clinico, a pagina 30. Nelle prossime uscite della rivista verrà completata la serie

AUGUSTO AGOSTINI / MEDICINA GENERALE (FANO)

ENRICO SIRRI / DISTRETTO SANITARIO, PREVENZIONE MALATTIE RESPIRATORIE (FANO)

<p>BBD</p>	<p>QRS sup 0,12" V1 (a volte V2): onda R secondaria larga e impastata (a volte a forma di M) V4, V5, V6, D1, aVL: onda S ampia e impastata V1, V2, V3: sottoslivellamento di ST e inversione onda T L'asse elettrico è spesso indeterminabile</p>	<p>è presente in circa 2 soggetti su 1.000 privi di qualsiasi patologia cardiaca, senza alcuna variazione dell'aspettativa di vita</p>	
<p>BBS</p>	<p>QRS sup 0,12" V1: manca R1 V5, V6, D1, aVL: non vi sono onde Q; QRS con incisure, sottoslivellamento ST e inversione di T da V1 a V6: ST e T presentano direzione opposta a QRS deflessione intrinsecoide > 0,05"</p>	<p>in presenza di blocco di branca sinistra, cautela nel diagnosticare infarto miocardico acuto e ipertrofia ventricolare e nel determinare l'asse cardiaco</p>	
<p>EAS</p>	<p>asse elettrico deviato a sinistra (-30° o più) presenza di onda R iniziale in D2, D3, aVF rS in D2, D3 S in V5, V6 r o R in aVR uncinatura o ispessimento onda R in aVL a volte q in V1, V2 QRS fra 0,08" e 0,12" scarsa progressione di R nelle precordiali rotazione oraria del cuore Q1, S3</p>	<p>EPS asse elettrico deviato a destra (tra +100° e +180°) QRS ai limiti superiori della norma rS in D1 e aVL qR in D2, D3, aVF onda Q assente in V5, V6 S1, Q3</p> <p>NB: escludere infarto miocardico esteso antero-laterale, enfisema, IVD, soggetto alto e magro, difetto del setto interatriale, embolia polmonare</p>	
<p>IVS</p>	<p>S in V1, V2, V3 sup 30 mm R in V4, V5 e V6 sup 27 mm R in aVL sup 13 mm (criterio molto specifico: pochi falsi positivi) R in aVF sup 20 mm (criterio poco specifico) S in aVR sup 15 mm (criterio molto specifico) R in D1 sup 14 mm massima onda R + massima onda S sup a 45 mm nelle derivazioni precordiali (criterio molto specifico) R in V4, V5 o V6 + S in V1, V2 o V3 sup 40 mm criterio di Cornell: R in aVL + S in V3 sup a 24 mm nell'uomo e 20 mm nella donna (criterio molto specifico) indice di Sokolow: S in V1 + R in V5 o V6 sup a 35 mm (60 mm sotto i 20 anni) (criterio molto sensibile: pochi falsi negativi) indice di Lewis: (R in D1 + S in D3) - (R in D3 + S in D1): sup a 17 mm R in D1+ S in D3: sup 25 mm (criterio molto specifico) piccola onda Q in D1, aVL, V5, V6 sottoslivellamento ST o inversione onda T nelle precordiali sn frequente rotazione antioraria del cuore e presenza onda U in V1 - V4</p>		
<p>IVD</p>	<p>R dominante in V1 (> 7 mm) e rS in V5 - V6; a volte in aVL e D1 (nell'infarto posteriore si associa onda T elevata e abnormemente alta; nell'IVD si associa spesso T neg e ST sottoslivellato in V1-V2) asse elettrico deviato a destra (sup a 100°), QRS inf a 0,12" (escludere BBD), onda S in V5, V6, D1, aVL Indice di Sokolow II: R in V1 + S in V5 o V6: sup a 10,5 mm Indice di Whiteback: R in V1 + (S in D1-R in D3) inf a -14 mm complesso RSR' in V1 con R' > 10 mm assenza di segni di infarto antero-laterale rotazione oraria del cuore, associazione di IAD</p>		