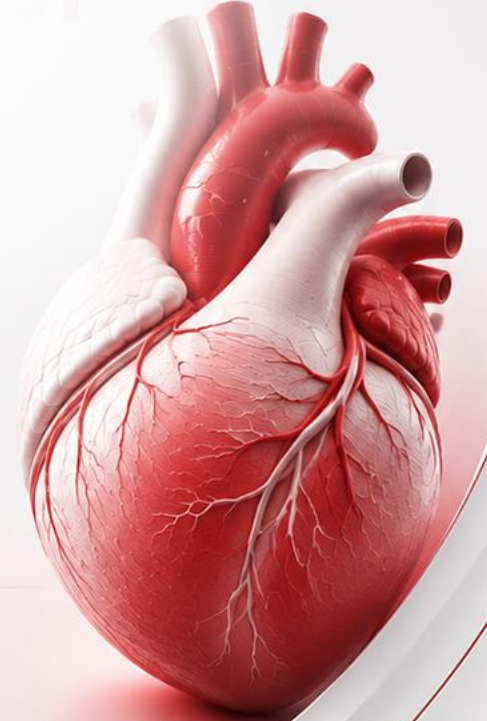
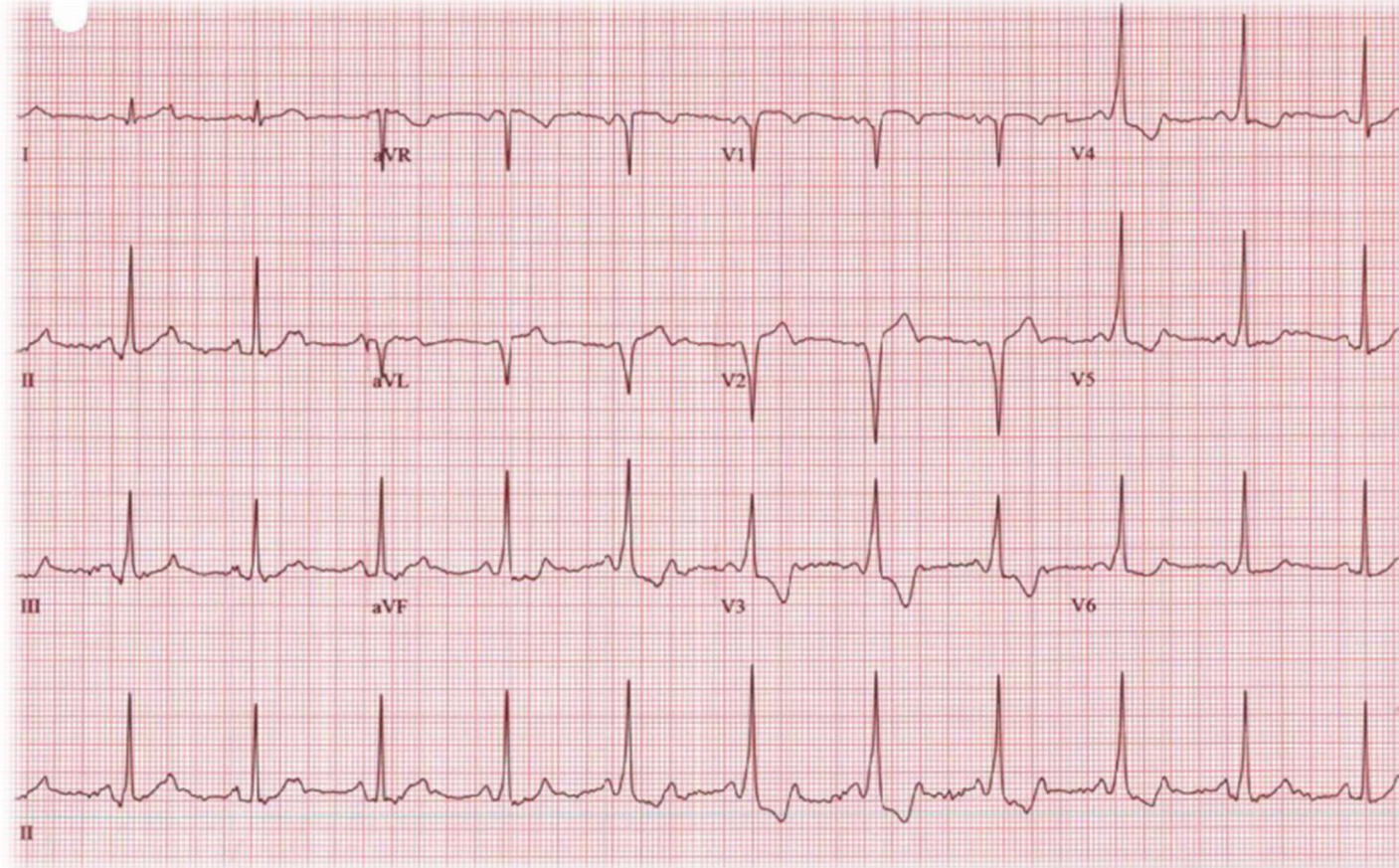


AYIN EKG'si..



EKG'de orta bölümde gözlenen değişiklik.?



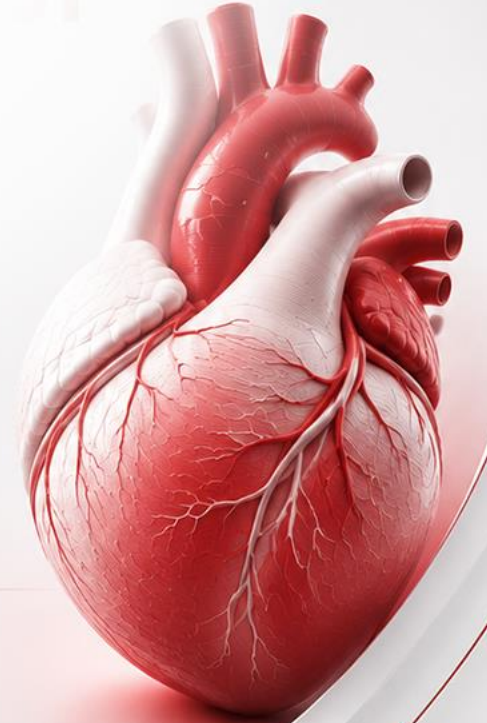
Bir P dalgası, kısa bir PR aralığı ve QRS başlangıcında hafif bir yükselme (slurring) gördüğünüzde, ayırıcı tanı her zaman: Ya preeksitasyon vardır ya da bir tür izoritmik ventriküler taşikardi (VT) söz konusudur.

Dolayısıyla böyle **değişken füzyonlar** görüldüğünde, örneğin üç farklı füzyon kompleksi varsa, bu çoğunlukla VPS'leri düşündürür. Bu preeksitasyon değildir. Aralıklı (intermittan) preeksitasyon bu şekilde davranmaz. Genellikle ya tamamen vardır ya da tamamen yoktur. Ayrıca genelde yalnızca tek bir morfoloji görülür. Aşağıda aynı hastanın bir sonraki EKG'si görülüyor...

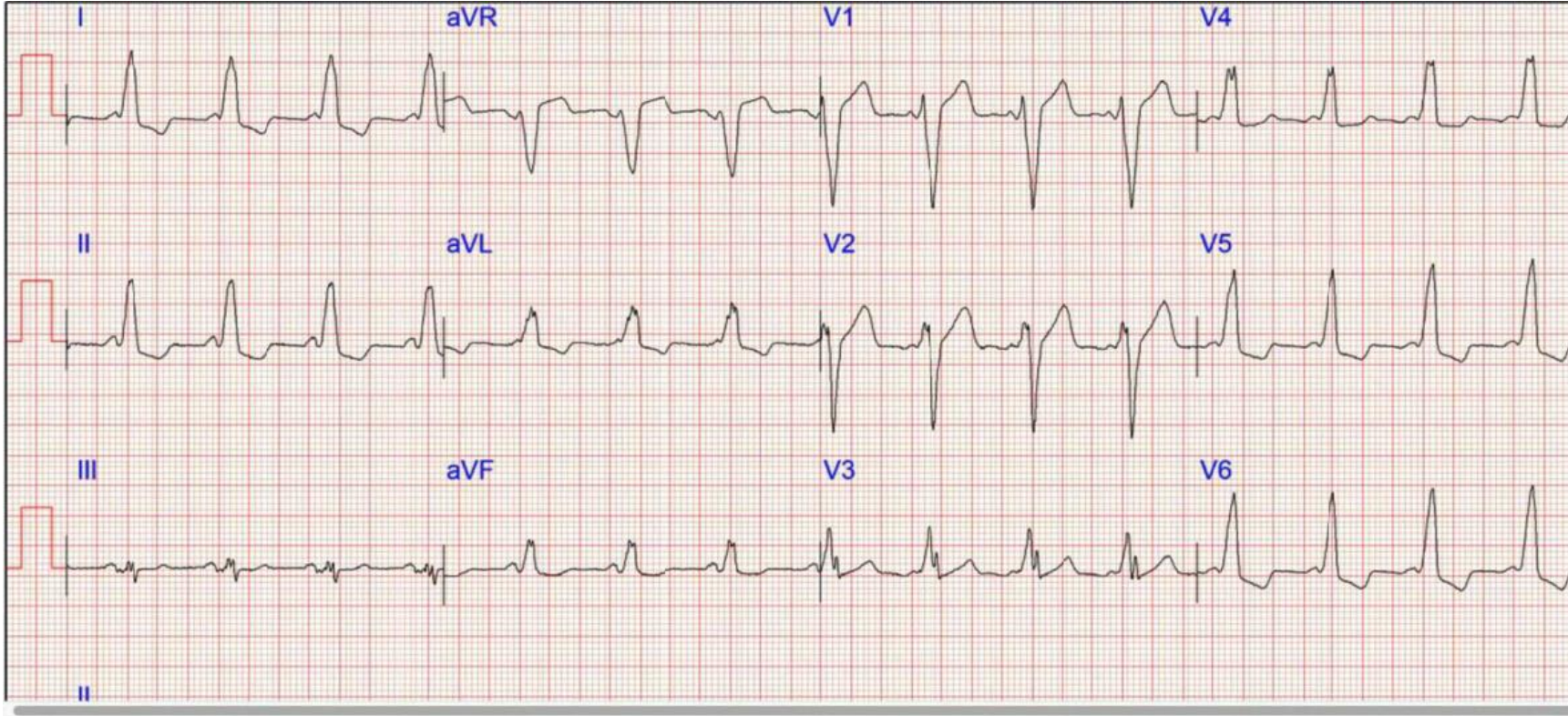




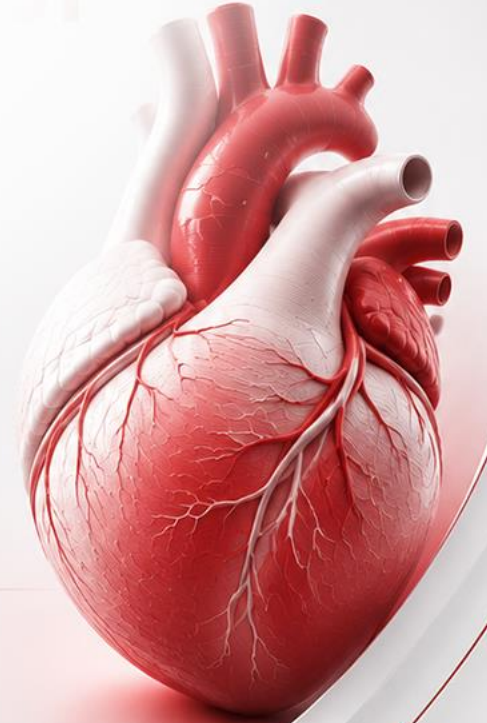
P dalgaları QRS kompleksleriyle birleşiyor ama QRS morfolojisi değişmiyor. Burada, izoritmik VT söz konusu. Ventriküler ritim — yani hızlanmış idioventriküler ritim (AIVR) ya da VT hızı — sinüs hızına çok yakın. Bu nedenle ikisi adeta birbirleriyle yarışıyor görünüyor....



Başka bir hasta...ve EKG



1. Short PR with LBBB
2. Pre-excited over right AP
3. Not possible to differentiate



Sağ aksesuar yol (AP) üzerinden preeksitasyon var. Peki neden bunun sağ taraflı bir AP olduğunu söylüyoruz? Çünkü V1'de RS oranı 1'den küçük ve D1'de QRS pozitifdir.

Ayrıca PR aralığı, sadece aberan iletimle açıklanamayacak kadar kısadır.

İlk kriter şu: kompleksler neredeyse tamamen preeksite görünüyor. Genel kural olarak, daha önce bir ablasyon sırasında AV düğümüne zarar verilmediyse, sol taraflı bir aksesuar yolda bu derece belirgin preeksitasyon görülmesi beklenmez. PR aralığı 100 ms veya daha kısa olduğunda, maksimal preeksitasyon varlığında aksesuar yolun sağ serbest duvarda ya da septuma yakın sağ tarafta olması beklenir; çünkü sol taraftan ventriküllere ulaşması daha uzun sürer.

