

Ostry Zespół Wieńcowy (OZW) = Acute Coronary Syndrome (ACS)

Rekomendowany algorytm postępowania dla zespołów ratownictwa medycznego u pacjentów z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego **AKTUALIZACJA 2026**

1

Zbierz wywiad medyczny wg schematu **SAMPLE**:

S - symptomy - charakter dolegliwości

A - alergię

M - przyjmowane leki

P - przebyte choroby

L - ostatni spożyty posiłek

E - okoliczności zdarzenia oraz diagnostyka różnicowa

Wykonaj Badanie **ABCDE**:

A - drogi oddechowe (drożne, niedrożne, zagrożone niedrożnością)

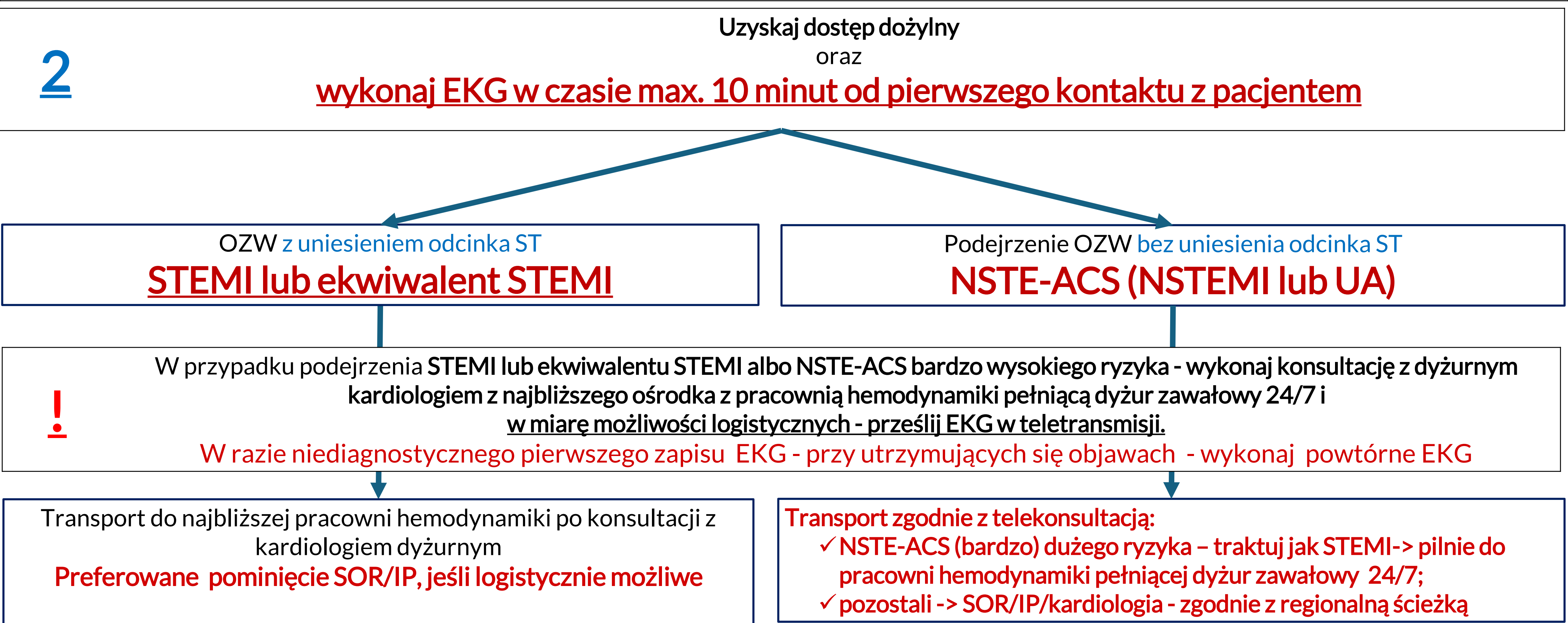
B - oddychanie (częstość oddechu, wysięk oddechowy, saturacja)

C - krążenie (częstość pracy serca, ciśnienie tętnicze)

D - ocena zaburzeń świadomości AVPU (A–Alert (przytomny), V–Voice (głos), P–Pain (ból), U–unrespondable (brak reakcji), glikemia, źrenice, czucie)

E - ekspozycja pacjenta

ORAZ



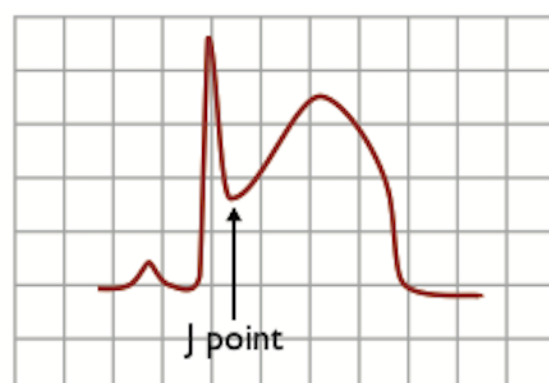
STEMI lub ekwiwalent STEMI

- ✓ Nowe uniesienie odcinka ST w punkcie J w co najmniej dwóch sąsiednich odprowadzeniach (II, III, aVF lub I, aVL lub V1-V6):
 - $\geq 2,5$ mm u mężczyzn <40 lat lub
 - ≥ 2 mm u mężczyzn ≥ 40 lat lub
 - $\geq 1,5$ mm u kobiet niezależnie od wieku w odprowadzeniach V2-V3
 - i/lub ≥ 1 mm w pozostałych odprowadzeniach (przy braku cech przerostu lewej komory lub bloku lewej odnogi pęczka Hisa)
- ✓ Blok (lewej lub prawej) odnogi pęczka Hisa lub pacjent z stymulatorem serca z objawami klinicznymi wskazującymi na OZW
- ✓ U pacjentów z podejrzeniem STEMI ściany dolnej wykonaj rejestrację odprowadzeń prawokomorowych (V3R i V4R) w celu oceny uniesienia odcinka ST
- ✓ Można również zarejestrować odprowadzenia znad ściany tylnej (V7-V9) w celu diagnostyki STEMI ściany tylnej

I. STEMI

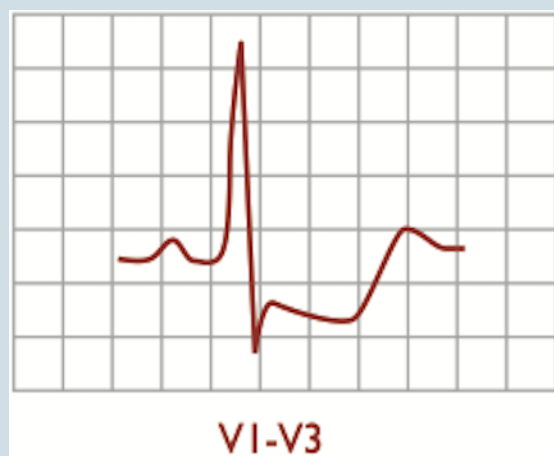
(Patrz definicja powyżej)

- II, III, aVF – ściana dolna
- I, aVL, V5-V6 – ściana boczna
- V1-V5 - ściana przednia
- Uniesienie w aVR z obniżeniami w V1-V4 – ryzyko zamknięcia pnia lewej tętnicy wieńcowej



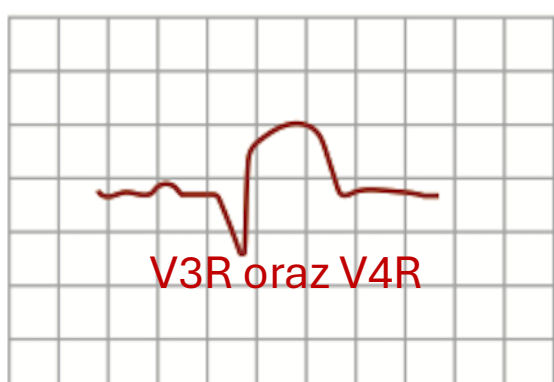
II. STEMI ściany dolno-podstawnej/ tylnej

- Obniżenie odcinka ST w V1-V3 oraz jednoczesne uniesienie ST $\geq 0,5$ mm w odprowadzeniach V7-V9



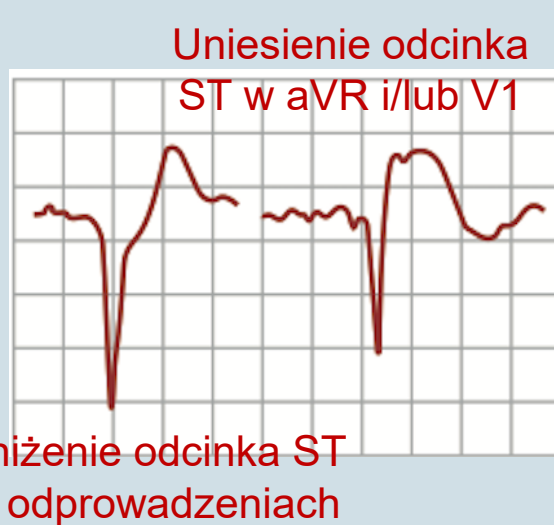
III. Zawał prawej komory

- Uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach prawokomorowych V3R i V4R



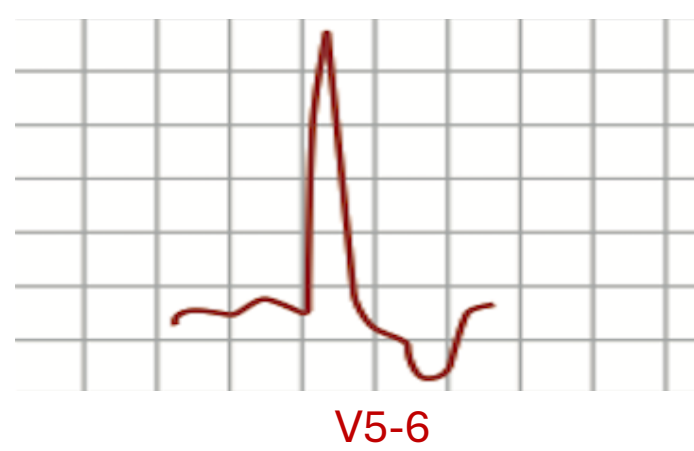
IV. Choroba
wielonaczyniowa
lub zwężenie pnia
lewej tętnicy
wieńcowej

- Obniżenie ST ≥ 1 mm w sześciu lub więcej odprowadzeniach wraz z uniesieniem ST w aVR i/lub V1



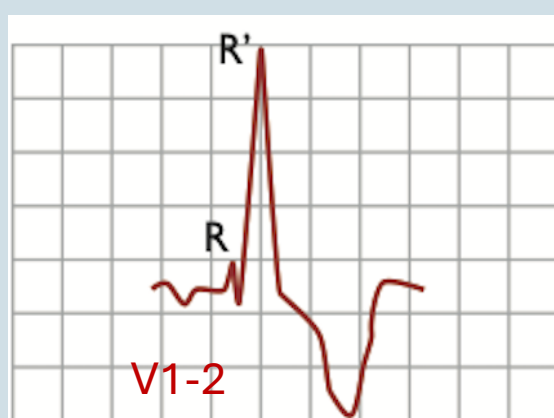
V. Blok lewej
odnogi pęczka
Hisa – LBBB/ rytm
stymulatorowy

- • QRS >120 ms
 - Brak załamka Q w I, V5, V6
 - Jednofazowy załamek R w I, V5 i V6
 - ST i T przeciwnie do głównego wychylenia zespołu QRS
- Pacjenci z wysokim klinicznym podejrzeniem utrzymującego się niedokrwienia mięśnia sercowego powinni być leczeni jak STEMI



VI. Blok prawej
odnogi pęczka
Hisa - RBBB

- • QRS >120 ms
 - Wzór rsR' („uszy królika”) w odprowadzeniach V1–V3
 - Poszerzone załamki S w I, aVL oraz często w V5 i V6
- Pacjenci z wysokim klinicznym podejrzeniem utrzymującego się niedokrwienia mięśnia sercowego powinni być leczeni STEMI



NSTE-ACS (NSTEMI lub UA)

- ✓ Zapis EKG w przypadku NSTE-ACS może być prawidłowy u ponad jednej trzeciej pacjentów!

- ✓ Często występują nieprawidłowości w EKG zwiększające prawdopodobieństwo diagnostyczne OZW:

- obniżenie odcinka ST
- zmiany załamka T (zwłaszcza dwufazowe T i wyraźne ujemne T)

I. Izolowana
inwersja
załamka T

- Odwrócenie załamka T >1 mm w ≥5 odprowadzeniach, w tym I, II, aVL oraz V2–V6



II. Obniżenie odcinka ST

- Obniżenie punktu J o:
 - $\geq 0,5$ mm w V2 i V3 lub
 - ≥ 1 mm w pozostałych odprowadzeniach
- Następnie poziome lub skośne w dół obniżenie odcinka ST trwające $\geq 0,08$ s w ≥ 1 odprowadzeniu (z wyjątkiem aVR)



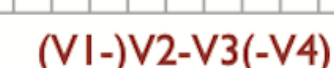
III. Przemijające uniesienie odcinka ST

- Uniesienie ST w ≥ 2 sąsiadujących odprowadzeniach:
 - $\geq 2,5$ mm u mężczyzn < 40 lat
 - ≥ 2 mm u mężczyzn ≥ 40 lat
 - $\geq 1,5$ mm u kobiet w V2–V3
 - i/lub ≥ 1 mm w innych odprowadzeniach
- utrzymujące się < 20 min (przy braku cech przerostu lewej komory lub bloku lewej odnogi pęczka Hisa).



V. Objaw
Wellensa

- Punkt J izoelektryczny lub minimalnie uniesiony ($< 1 \text{ mm}$)
+ dwufazowy załamek T w V2 i V3 (typ A)
- lub
- Symetryczne i głęboko ujemne załamki T w V2 i V3, czasami także w V1, V4, V5 i V6 (typ B)



W miarę możliwości zanotuj na wykonanym zapisie EKG:

- ✓ Czas wystąpienia bólu wieńcowego u pacjenta
- ✓ Czas przyjazdu ZRM do pacjenta
- ✓ Czas wykonania zapisu EKG

UWAGA!!! W przypadku NSTEMI-ACS oceń kryteria bardzo dużego ryzyka i poinformuj o nich w czasie konsultacji:

- niestabilność hemodynamiczna lub wstrząs kardiogeny (spadek skurczowego ciśnienia do 90 mmHg lub niżej)
- nawracający lub trwający >15 min ból w klatce piersiowej oporny na leczenie przeciwdławicowe
- ostra niewydolność serca (obrzęk płuc)
- utrzymujące się niedokrwienie mięśnia sercowego (zmiany ST-T w zapisach EKG)
- zagrażające życiu zaburzenia rytmu serca lub przewodzenia (częstoskurcz komorowy, migotanie/trzepotanie komór, blok A-V III stopnia)
- nawracające, dynamiczne zmiany w EKG sugerujące niedokrwienie (szczególnie z okresowym uniesieniem odcinka ST)

Pamiętaj o ciągłym monitorowaniu pacjenta oraz o nieprzerwanym dostępie do defibrylatora w czasie transportu do chwili przekazania pacjenta!