

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)

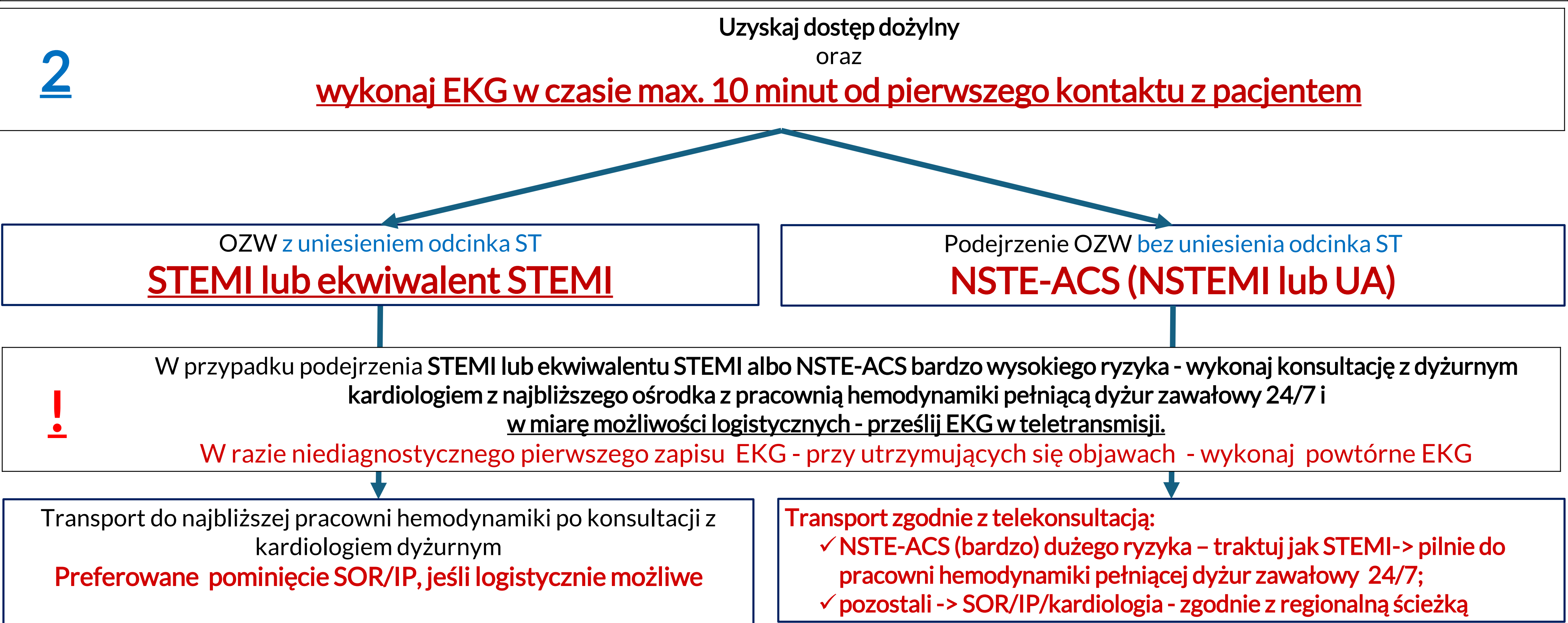
B - oddychanie (częstość oddechu, wysięk oddechowy, saturacja)

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		NSTE-ACS (NSTEMI lub UA)	
✓ Nowe uniesienie odcinka ST w punkcie J w co najmniej dwóch sąsiednich odprowadzeniach (II, III, aVF lub I, aVL lub V1-V6): - ≥2,5 mm u mężczyzn <40 lat lub - ≥2 mm u mężczyzn ≥40 lat lub - ≥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		✓ <u>Zapis EKG w przypadku NSTE-ACS może być prawidłowy u ponad jednej trzeciej pacjentów!</u> ✓ Często występują nieprawidłowości w EKG zwiększające prawdopodobieństwo diagnostyczne OZW: • obniżenie odcinka ST • zmiany załamka T (zwłaszcza dwufazowe T i wyraźne ujemne T)	
I. STEMI	(Patrz definicja powyżej)	I. Izolowana inwersja załamka T	➤ Odwrócenie załamka T >1 mm w ≥5 odprowadzeniach, w tym I, II, aVL oraz V2-V6
	➤ II, III, aVF – ściana dolna		➤ Obniżenie punktu J o: • ≥0,5 mm w V2 i V3 lub • ≥1 mm w pozostałych odprowadzeniach
II. STEMI ściany dolno-podstawnej/tylnej	➤ I,aVL, V5-V6 – ściana boczna	II. Obniżenie odcinka ST	➤ Następnie poziome lub skośne w dół obniżenie odcinka ST trwające ≥0,08s w ≥1 odprowadzeniu (z wyjątkiem aVR)
	➤ V1-V5 - ściana przednia		➤ Uniesienie ST w ≥2 sąsiadujących odprowadzeniach: • ≥2,5 mm u mężczyzn <40 lat • ≥2 mm u mężczyzn ≥40 lat • ≥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.
III. Zawał prawej komory	➤ Uniesienie w aVR z obniżeniami w V1-V4 – ryzyko zamknięcia pnia lewej tętnicy wieńcowej	III. Przemijające uniesienie odcinka ST	➤ Punkt J izoelektryczny lub minimalnie uniesiony (<1 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)
IV. Choroba wielonaczyniowa lub zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej	➤ Obniżenie odcinka ST w V1-V3 oraz jednoczesne uniesienie ST ≥0,5 mm w odprowadzeniach V7-V9	V. Objaw Wellensa	
V. Blok lewej odnogi pęczka Hisa – LBBB/rytm stymulatorowy	➤ Uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach prawokomorowych V3R i V4R		
VI. Blok prawej odnogi pęczka Hisa - RBBB	➤ Obniżenie ST ≥1 mm w sześciu lub więcej odprowadzeniach wraz z uniesieniem ST w aVR i/lub V1		
	➤ • 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		
	➤ • 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		

UWAGA!!! W przypadku NSTE-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!