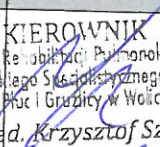


	Opieka nad pacjentem.	OP 2.5	
		strona	1 z 6
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY.			


	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Kierownik Oddziału	Krzysztof Szubert	31.12.2018	 KIEROWNIK Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wołocy k/Kalisza lek. med. Krzysztof Szubert
Sprawdził:	Kierownik Oddziału	Daniel Otmianowski	31.12.2018	 Daniel Otmianowski lek. med.
Zatwierdził:	Dyrektor Szpitala	Sławomir Wysocki	31.12.2018	 DYREKTOR Wojewódzkiego Specjalistycznego ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wołocy k/Kalisza lek. med. Sławomir Wysocki

### 1.1. Definicja:

Określenie „ostry zespół wieńcowy” (OZW) obejmuje trzy różne, ostre manifestacje kliniczne choroby wieńcowej: zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) i niestabilną dławicę piersiową (UA). NSTEMI i UA określane są wspólną nazwą non-STEMI OZW. Typ zmian w EKG odróżnia STEMI od non-STEMI OZW. OZW bez uniesienia odcinka ST może przebiegać z obniżeniami odcinka ST, niespecyficznymi zmianami odcinka ST lub nawet z prawidłowym zapisem EKG. W przypadku braku uniesienia ST w EKG/braku świeżego bloku lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB) obecność podwyższonego stężenia markerów sercowych, a w szczególności troponiny T lub I, jako najbardziej specyficznych dla komórek miokardium, pozwala rozpoznać zawał serca bez uniesienia odcinka ST.

### 1. Objawy OZW:

- Ból zamostkowy z typowym promieniowaniem (zuchwa, lewy bark), nie zależny od pozycji ciała, nieustępujący pod wpływem nitratów.
- Dusznosc.
- Tachykardia.
- Wzmozona potliwosc, bladosc skory.
- NZK ( najczesciej w mechanizmie VF).

	Opieka nad pacjentem.	OP 2.5	
		strona	2 z 6
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY.</b>			

U osób starszych, zwłaszcza kobiet oraz chorych na cukrzycę ból może mniej charakterystyczny lub nie występuje wcale – maska brzuszna OZW pod postacią bólu w nadbrzuszu (zawał ściany dolnej).


### 1. Postępowanie wstępne w OZW:

W przypadku podejrzenia OZW należy ocenić ABCD i wezwać pomoc. Chory powinien zostać podłączony do kardiomonitora z pomiarem NIBP, SpO<sub>2</sub> i zapasem EKG z trzech odprowadzeń. Tlenoterapia bierna zalecana jest jedynie w przypadku stwierdzenia duszności, hipoksemii lub cech niewydolności serca. Równolegle należy wykonać 12-odprowadzeniowe EKG. Należy osłuchać płuca i serce chorego. W następnej kolejności należy uzyskać pewny dostęp dożylny (wenflon) i pobrać krew do oceny markerów sercowych (zalecana cTn – troponina sercowa), morfologii oraz pozostałych parametrów krytycznych. Dalsze postępowanie uzależnione jest od zapisu EKG.

a) Uniesienie odcinka ST w co najmniej dwóch sąsiadujących odprowadzeniach:

- Kończynkowy  $\geq 0,1$  mV.
- Przedsercowy  $\geq 0,2$  mV u kobiet i mężczyzn powyżej 40 r.ż.  $\geq 0,25$  mV u mężczyzn poniżej 40 r.ż.
- Albo przypuszczalnie świeży LBBB.

b) rozpoznajemy STEMI.

	Opieka nad pacjentem.	OP 2.5	
		strona	3 z 6
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY.			

W przypadku zmian w odprowadzeniach ze ściany dolnej zaleca się wykonanie zapisu z odprowadzeń znad prawej komory (Vr4-Vr6, istotne uniesienie ST  $\geq 0,05$  mV).

a) Inne zmiany w EKG ( lub nawet prawidłowe EKG)


- =**NSTEMI** jeśli cTn dodatnia.

- = **niestabilna dusznica bolesna**, jeśli cTn pozostaje ujemna.

12- odprowadzenie EKG powinno być powtarzane po 60 i 90 minutach od pierwszego zapisu ( ocena ewolucji zmian). Można rozważyć wykonanie RTG klatki piersiowej w jednej projekcji. Badanie echokardiograficzne zaleca się w przypadku wstrząsu kardiogennego oraz w celu różnicowania przyczyn utrzymującego się bólu w klatce piersiowej. Diagnostyka różnicowa obejmuje przede wszystkim, rozwarstwienie aorty, zatorowość płucną, odemę opłucnową prężną, stenokardię w przebiegu arytmii, ostre zapalenie osierdzia.

Po rozpoznaniu OZW należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem PRACOWNI HEMODYNAMIKI w celu ustalenia dalszego postępowania oraz wyboru leków przeciwpłytkowych ( klopidoogrel, prasugrel, tikagrelor, ew. blokery receptora GPIIb/IIIa) i przeciwkrzepliwych ( heparyny, biwalirudyna, fonodaparynuks).

Od momentu pierwszego kontaktu z chorym należy prowadzić ukierunkowaną ocenę jego stanu klinicznego. Do czynników wysokiego ryzyka należą: utrzymujący się lub nawracający ból w klatce piersiowej, hipotensja, obrzęk płuc, dynamiczne zmiany odcinka ST, arytmia komorowa oraz wywiad chorobowy ( niedawno przebyty OZW, rozpoznana choroba niedokrwienia serca, cukrzyca, niewydolność nerek).

	Opieka nad pacjentem.	OP 2.5	
		strona	4 z 6
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY.</b>			

### 1. Leczenie wstępne w OZW.

Choremu z OZW należy podać:


- **Nitroglicerynę s.l.**, jeśli SBP  $\geq$  90 mm Hg, HR  $>$  50/min, wyliczono zawał ściany dolnej/prawej komory, wykluczono przyjęcie fosfodiesterazy w przeciągu ostatnich 48 godzin w celu uśmierzenia bólu niedokrwiennego.
- Ewentualnie morfinę i.v. w dawkach powtarzalnych 3-5 mg w celu uśmierzenia bólu, zniesienia duszności, uspokojenia chorego.
- Kwas acetylosalicytowy (ASA) tbl. Do rozgryzienia lub i.v. w dawce 150-300 mg.
- Lek przeciwplatek: prasugrel, tikagrelor – po konsultacji z pracownią hemodynamiki; jeśli niedostępne: kłopidogrel p.o. w dawce 600 mg.
- Leki przeciwkrzepliwe – po konsultacji z pracownią hemodynamiki.
- Leki  $\beta$ - adrenergiczny p.o. jeśli nie ma przeciwwskazań.
- ACEI albo ARB p.o. w pierwszej dobie zawału.
- Statyna p.o. w pierwszej dobie zawału.

### 1. Leczenie STEMI

Preferowane pierwotne PCI, jeśli:

- Dostępne na czas ( $<$  60 min) w całodobowym ośrodku z doświadczeniem.
- Przeciwwskazania fibrynoliza.
- Wstrząs kardiogeny lub ciężka niewydolność prawej komory.

Preferowana fibrynoliza, jeśli PCI niemożliwe do przeprowadzenia bez opóźnienia i brak przeciwwskazań.

	Opieka nad pacjentem.	OP 2.5	
		strona	5 z 6
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY.</b>			

Leczenie fibrynolityczne powinno odbywać się w warunkach oddziału intensywnej terapii lub oddziału intensywnej terapii kardiologicznej, optymalnie < 30 min od wystąpienia objawów.

W przypadku niepowodzenia reperfuzji, nawracających objawów stenokardialnych czy wstrząsu należy wykonać pilną koronarografię z ratunkową PCI. PCI po skutecznym leczeniu fibrynolitycznym należy wykonać w ciągu 3-24 h od leczenia fibrynolitycznego.


### **Pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG)**

- Gdy nie można wykonać PCI lub ryzyko PCI jest zbyt duże (niekorzystna anatomia tętnic wieńcowych, zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej, choroba wielonaczyniowa).
- Gdy zabieg PCI był nieudany.
- U wybranych chorych we wstrząsie kardiogennym.
- W razie wystąpienia mechanicznych powikłań zawału (pęknięcie wolnej ścianki serca, przegrody międzykomorowej lub mięśnia brodawkowego).

### **1. Leczenie non-STEMI OZW**

Leczenie w tej grupie chorych uzależnione jest od indywidualnej oceny ryzyka w ukierunkowanej ocenie stanu klinicznego oraz ocenie w skali GRACE:

- Wczesna strategia inwazyjna – ryzyko duże. Koronarografia w przeciągu 24-72 h od przyjęcia do szpitala
- Jeśli arytmia komorowa, dynamiczne zmiany odcinka ST, hipotensja, obrzęk płuc – niezwłocznie PCI.
- Wczesna strategia zachowawcza – ryzyko małe (bez nawrotu bólu w klatce piersiowej, bez objawów niewydolności serca, prawidłowy EKG i prawidłowe stężenie cTn (wyjściowe i po 6-9 h) – koronarografia i PCI odroczone, wskazania jak w stabilnej dławicy piersiowej.

	Opieka nad pacjentem.	OP 2.5	
		strona	6 z 6
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY.			

**Piśmiennictwo:**

1. Wytyczne ERC 2015 – Wstęp[ne postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych.
2. Interna Szczeklika 2017, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
3. Sprigings D., Chambers J., Stany nagłe w medycynie – Praktyczny przewodnik postępowania w medycynie ratunkowej, Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław 2014.