

Az akut koronária szindróma helyszíni ellátása

Szabó János Dr.
SE Családorvosi Tanszék
Országos Alapellátási Intézet

Patofiziológia

Lényege: a szívizom oxigénigénye és a kínálat közötti diszkrépancia.

Oka leggyakrabban a koszorúér keringés elégtelensége (oxigénhiány), míg más esetekben az oxigénigény növekedése.

A koszorúér keringés zavarának oka:

- jelentős koronáriszűkület,
- a nem jelentős koronáriszűkületen plakkruptura vagy trombus,
- koronária spazmus,
- gyulladás az artériafalban.

Akut koronária szindróma:

- ST elevációval járó miokardiális infarktus (STEMI)
- ST elevációval nem járó miokardiális infarktus (NSTEMI)
- instabil angina esetén.

Hirtelen kezdődő mellkasi fájdalom

(karokba, állkapocsba, hátba, epigastriumba sugározhat)
Sápadtság, verítékezés, gyengeségérzés, halálfélelem

Anginás mellkasi fájdalom megjelenési formái

- mellkasi nyomás, nyomó fájdalom
- mellkasi szorító érzés
- mellkasi csavaró érzés
- mellkasi égés, égő fájdalom
- "mintha megcsavarták volna..."
- "mintha követ tettek volna..."
- "mintha belül megszorították volna..."

TÜNETEK: LEVINE JEL



A myocardialis ischémiára utaló fájdalom jellegzetességei

•15-20 percnél tovább tart
•Retrosternális területre lokalizálható, kisugározhat a vállba, karokba (rendszerint bal oldalra) hátra,nyakba, alsó állkapocsba, fogakba.
•A beteg a fájdalmat nyomó, vagy szorító jellegűnek írja le (előfordul, hogy légszomjat említ); légzés, mozgás nem befolyásolja a fájdalom súlyosságát
•A fájdalom fokozatosan alakul ki, folyamatos, erőssége nem változik érdemben
•A tünetek az akut has tünetegyüttesét (epigastriális fájdalom, hányinger) utánozhatják; különösen az inferoposterior fal ischémiája esetén a hányinger, hányás lehet az egyetlen tünet
•Az inferoposterior fal ischémiája, szédüléssel, ájulással járó bradycardiát, hypotóniát okozó vágusz reflexet válthat ki.
•A fájdalom kezdetét követő első 12 órában az EKG készítése kulcsfontosságú, azonban a normál EKG nem zárja ki a myocardialis infarctus lehetőségét

Mellkasi fájdalom

Ok	ITO
Szív eredetű	45 %
Csont/izület/izom eredetű	14 %
Tüdő eredetű	5 %
Gyomor/bél eredetű	6 %
Psychiatriai eredetű	8 %
Egyéb	26 %

Rizikószemélyek

- Hypertonia
- Hyperurikémia
- Dislipidémia
- Diabetes mellitus
- Hypothyreosis (nem kezelt)

Betegvizsgálat

Célzott anamnézis, vérnyomás mérés, pulzus, fizikális vizsgálat



EKG

Akut mellkasi fájdalom esetén kötelező a helyszíni EKG

EKG diagnosztika:

- Az EKG esetében a 12 elvezetés alap követelmény
- ST depresszió 0,5 mm felett szignifikánsnak tekinthető
- Végtagi elvezetésekből 1mm, mellkasi elvezetésekből 2 mm-es ST eleváció már szignifikáns
- Mellkasi elvezetésekből R hullám redukció
- Fontos a kontralaterális ST depresszió megléte

EKG:

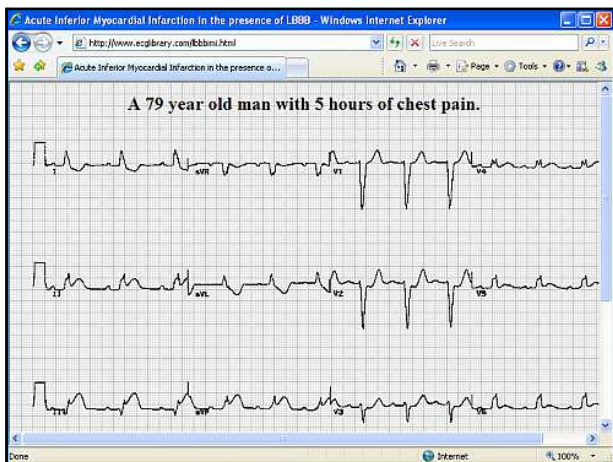
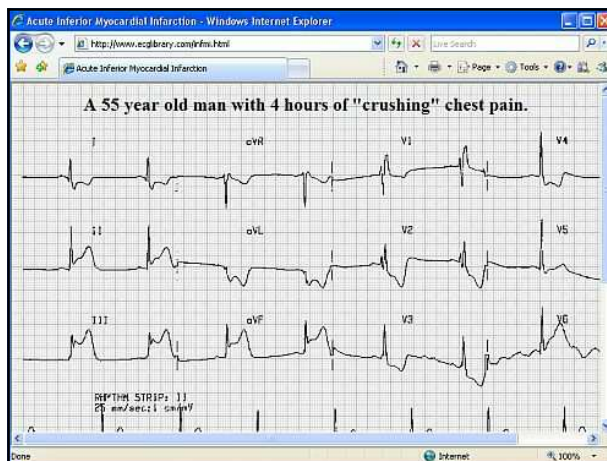
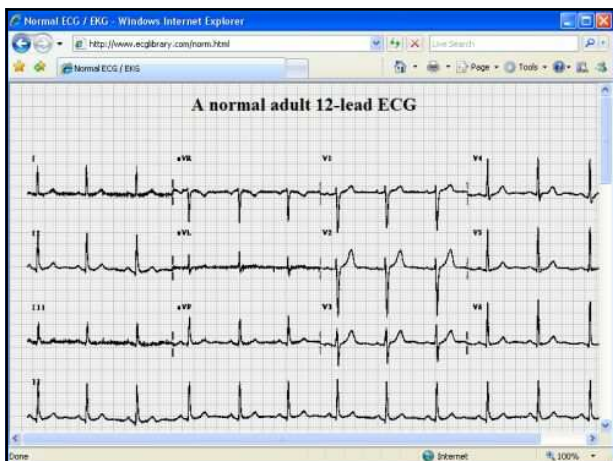
Akut mellkasi fájdalom esetén kötelező a helyszíni EKG

- Akut ST eleváció
- Frissen kialakuló bal-Tawara-szár-blokk



STEMI

ST elevációs miokardiális infarctus



Az isémiás terület lokalizációja

▪ szeptális	V1-2
▪ anterior	V3-4
▪ anteroszeptális	V1-4
▪ laterális	I-aVL-V6
▪ anterolaterális	I-aVL-V3-6
▪ extenzív anterior	I-aVL-V1-6
▪ inferior	II-III-aVF
▪ apikális	II-III-aVL-V1-4
▪ poszterior	R hullám ("negatív Q")
▪ jobb kamrai	V2-4-6(jobb old.)

Ha az EKG-n frissen kialakult ST eleváció vagy frissen kialakuló bal Tawara –szár-blokk észlelhető akkor az ST elevációs akut miokardiális infarktus a diagnózis.



Élelet nem veszélyeztető...

- Pericarditis, pleuritis,
- Mediastinitis,
- GERD,
- Tracheitis,
- Májtok feszülés,
- Ulcus duod.-ventr., epekövesség,
- Pancreatitis,

Negatív EKG önmagában nem zárja ki az akut koronária szindróma fennállását, hiszen ebben az esetben lehet nem ST elevációs akut miokardiális infarktusa vagy instabil anginája a betegnek

Instabil anginára utal:

- Nyugalomban, vagy minimális terhelésre jelentkező mellkasi fájdalom, mely 20 percen belül szűnik.
- Korábban satbil (effort) angina gyakoribbá, súlyosabbá, elhúzódóbbá válása illetve kiszámíthatatlan ismétlődése.
- Különös előzmény nélkül föllépő, elhúzódó mellkasi fájdalom

Negatív EKG lelet esetén, vagy ha a betegnek ismeretlen ideje fennálló bal Tawara-szár –blokkja van és az infarktus biztonsággal nem ítéhető meg, mindig a klinikai képet, a beteg panaszait, tüneteit kell figyelembe venni . Ezekben az esetekben is az akut koronária szindróma fennállást kell feltételezni és a beteg helyszíni ellátását ennek megfelelően kell végezni.

