

GÖĞÜS AĞRISI

Dr .Öğr. Üyesi
Mustafa Ahmet AFACAN

Göğüs ağrılı hasta

- BULMACA
- En zor ve tanıda gecikmenin çok ağır sonuçlara neden olduğu hasta grubu

Acil servis başvuruları arasında en sık yakınma nedenlerinden biridir.

- ABD'de Yaklaşık 5 milyon başvuru. (% 5)

Göğüs ağrısının

Ne

lokalisasyonu

tipi

yoğunluğu

yayılımı

bir organ sistemi için **spesifik DEĞİL !!!!!!!**

Tanısal yaklaşımda iki ana hedef olmalıdır:

Yüksek riskli hastaların çok hızlı bir şekilde saptanıp tedavisinin
planlanması

Ve

Hayati tehlikesi çok az olan veya hayati tehlikesi bulunmayan
hastaların belirlenmesidir.

göğüs ağrılı hastaya yaklaşım

Muayene ve tetkikte **öncelik ver**

hastayı stabilize et

Şimdi ölümcül olabilecek tüm göğüs ağrısı nedenlerini aklına getir

Ve

hastanda varlığını araştır.



stabilizasyon

Solunum kontrolü

Oksijenizasyon

Monitorizasyon

Damar yolu açılması

Vital bulguların yakın takibi

AYIRICI TANI İŞLEMLERİ DAHA
SONRA

Göğüs ağrısı değerlendirilirken;

- Ağrının lokalizasyonu,
 - karakteri,
 - yayılımı,
 - ne kadar sürdüğü,
 - başlatan faktörler,
- ağrıyı geçiren faktörler ve
- ağrı ile birlikte olan semptomlar

beraber değerlendirilmelidir.

Tipik ve Atipik Göğüs Ağrısı

Tipik

- Ağrı yerine rahatsızlık / baskı olarak karakterize edilir
- Süre > 2 dak
- Aktivite / egzersiz ile tetiklenme
- Yansıma (kol, çene)
- Solunum / pozisyon ile değişmez
- Terleme/ mide bulantısı ile ilişkili
- Dinlenme / nitrogliserin ile hafifletilir

Atipik

Tek parmakla lokalize edilen ağrı

Günlerce süren sürekli ağrı

Birkaç saniye süren ağrılar

Hareket / palpasyonla ortaya çıkan ağrı

Ayırıcı tanı

Non-ischemic cardiovascular

Aortic dissection*

Myocarditis

Pericarditis

Chest wall

Cervical disc disease

Costochondritis

Fibrositis

Herpes zoster (before the rash)

Neuropathic pain

Rib fracture

Sternoclavicular arthritis

Pulmonary

Pleuritis

Pneumonia

Pulmonary embolus**

Tension pneumothorax*

Psychiatric

Affective disorders (eg, depression)

Anxiety disorders

Hyperventilation

Panic disorder

Primary anxiety

Somatiform disorders

Thought disorders (eg, fixed delusions)

Gastrointestinal

Biliary

Cholangitis

Cholecystitis

Choledocholithiasis

Colic

Esophageal

Esophagitis

Spasm

Reflux

Rupture*

Pancreatitis

Peptic ulcer disease

Nonperforating

Perforating*

Hayatı Tehdit Eden Göğüs Ağrısı Nedenleri

Akut Koroner Sendromlar

Pulmoner Emboli

Aort Diseksiyonu

Tansiyon Pnömotoraks

Ösefagus Rüptürü

Perikardit (+Tamponad)

Olgu 1.

51 yaşında bayan hasta akut başlangıçlı
hafif göğüs ağrısı
Sağ bacak / kol 4/5
ve
afazi şikayeti ile geldi.

Uykuya meyilli

TA 180/110 , 37.5°C, SS 16, HR 110, Normal S₁, S₂

Baldır hassasiyeti veya şişliği yok, ödem yok, zayıf distal nabızlar

Batın rahat

ciltte yoğun ter

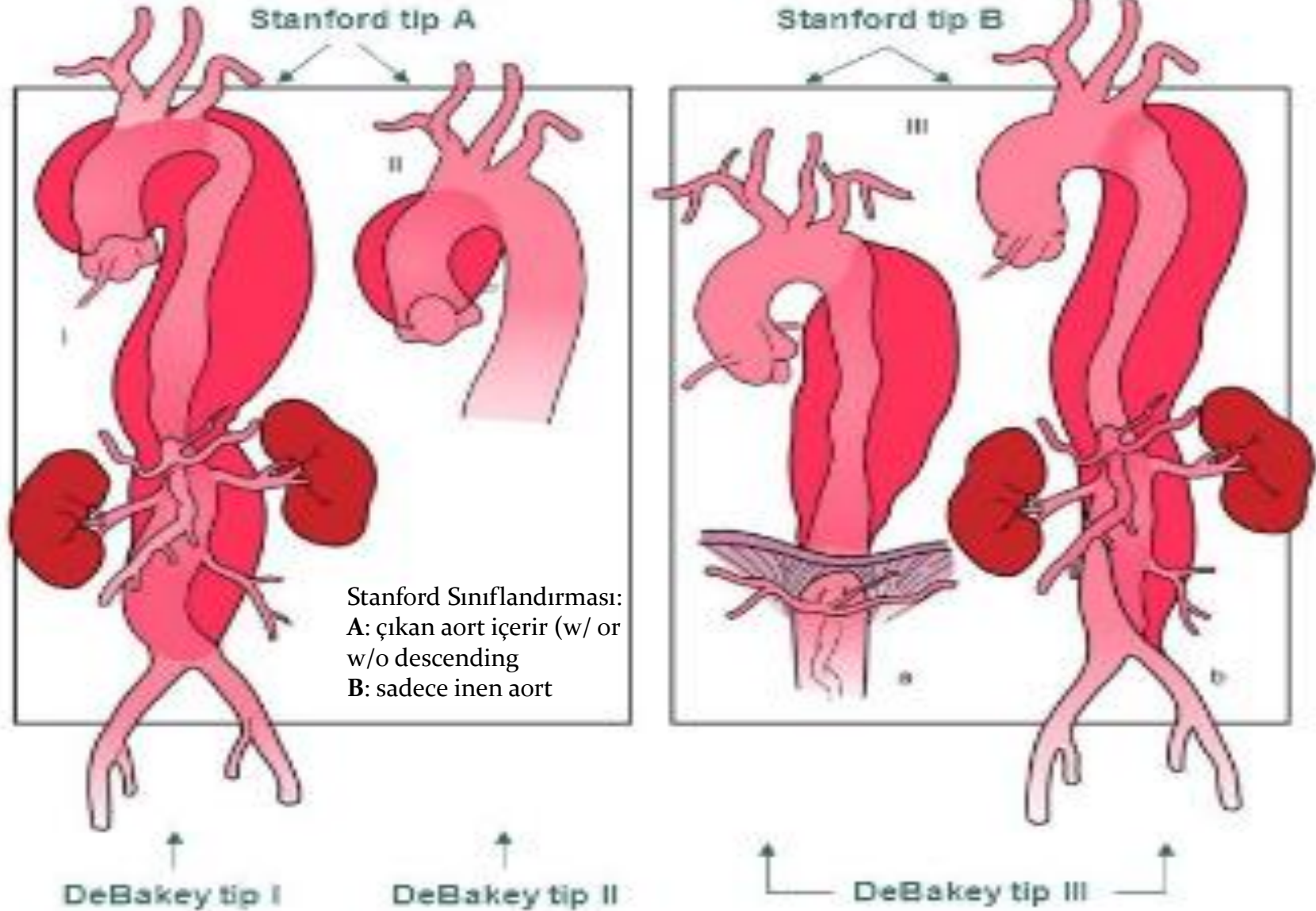


Yalancı lümen

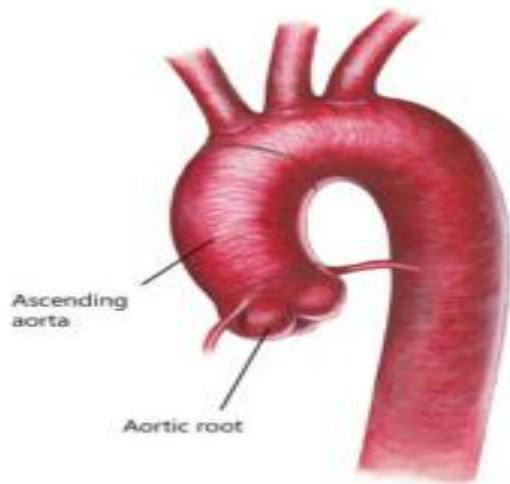
Gerçek lümen



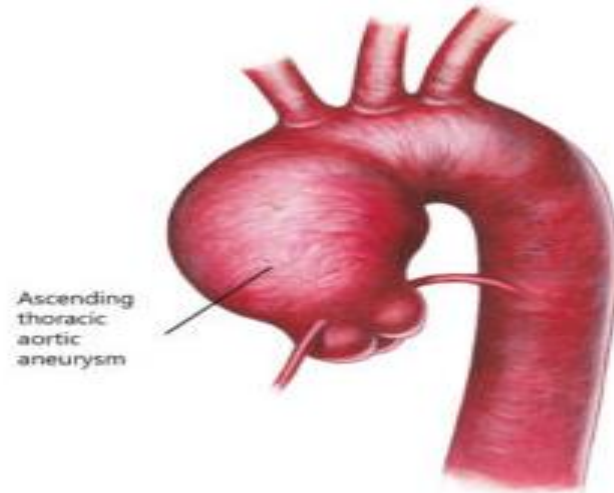
AORT DİSEKSİYONUNDA SINIFLAMA



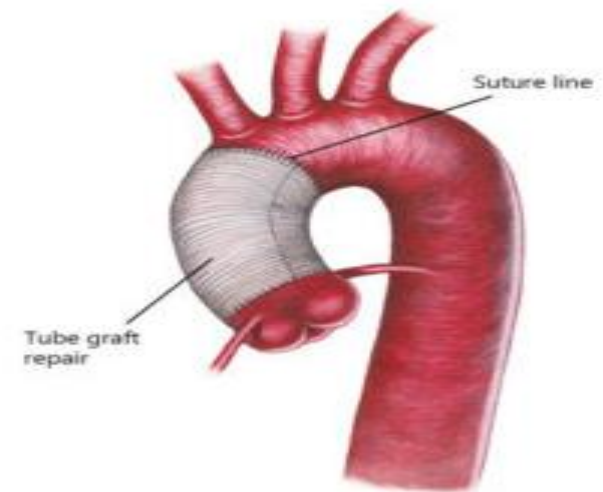
Normal Aorta



Before Surgery



After Surgery



Aort diseksiyonu:

İntima ve adventisya arasındaki ayrışma

Aort anevrizmalı hastaların çoğunluğu yaşlı hipertansif erkeklerdir.

Ağrı tipik olarak **ani** başlangıçlı, **yırtıcı** bir şekilde başlar.

Çoğunlukla **sırta** yayılır,

İki kol arasında tansiyon farkı, nörolojik ve kardiyak bulgularda olabilir.

Röntgen, eko kardiyografi, ve bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda yardımcıdır.

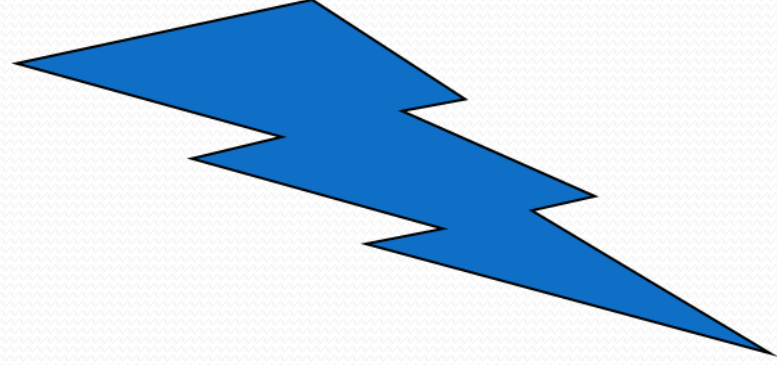
Hipotansiyon

+

Sırt ağrısı

+

Pulsatil abdominal kitle



Göğüs ağrısı

Karın ağrısı

Sırt ağrısı

Yan ağrısı

Kasık ağrısı

Bacak ağrısı

Skrotal ağrı

Disfaji (disfagia aortica)

%96

Diseksiyonun ilerlemesine dayanan ilişkili semptomlar:

Karotid arterler: inme.

Koroner arterler: MI, aort yetersizliği; perikardiyal efüzyon/tamponad

Spinal arterler: parapleji.

Abdominal aort / böbrek arterleri / ilyaklar: Karın / yan ağrısı.

Laringeal sinir sıkışması: ses kısıklığı.

Trakeal bası: dispne / stridor / hışıltı.

Yemek borusu bası: yutma güçlüğü.

Tedavi

Hedef SBP 100-110 mm Hg; HR 60-80

Nitroprusside
Esmolol
Labetalol

Hızla KVC konsultasyonu

OLGU 2

40 yaşındaki erkek hasta,
akut başlangıçlı nefes darlığı ve sağ tarafta
plöretik göğüs ağrısı ile başvurdu

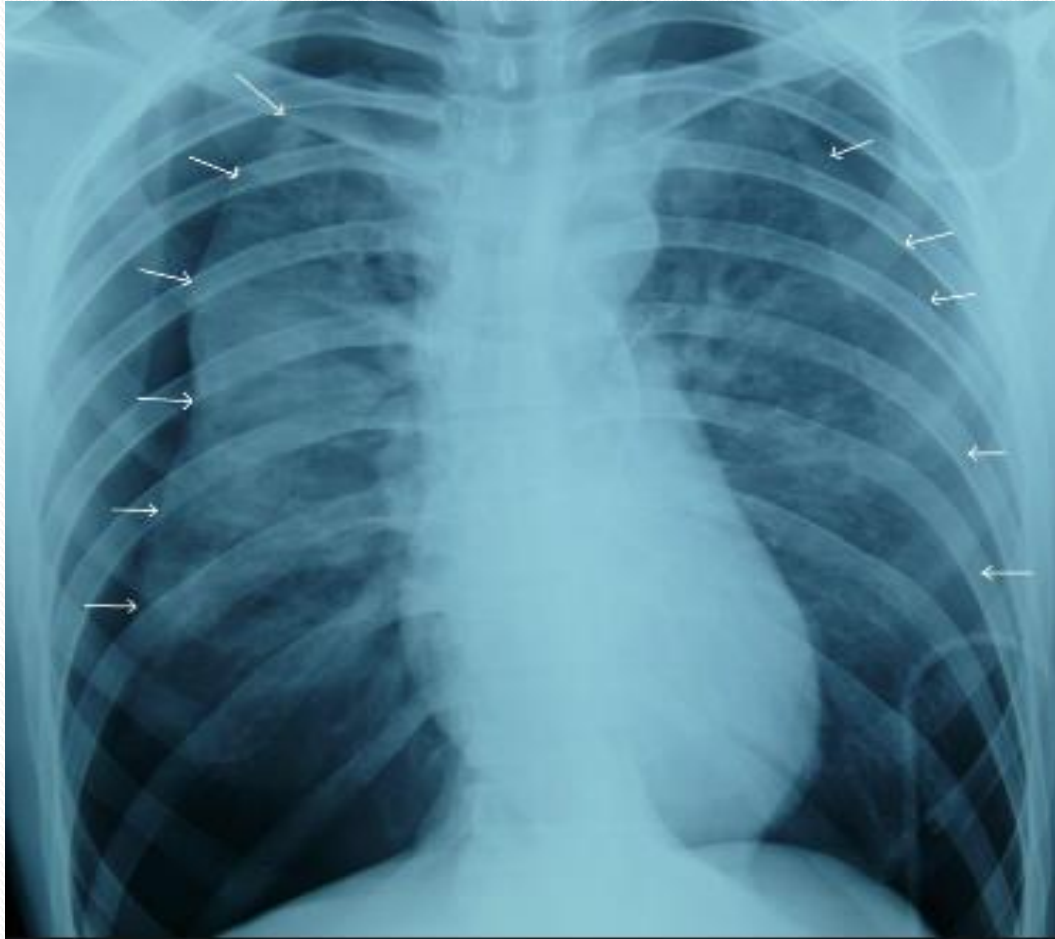
Orta düzeyde huzursuz

37 ° C, SS 22/dk, HR 120, TA 145/95 mmHg

Solunum sesleri Sağda azalmış, takipneik.

Batın rahat.

Harici: Baldır hassasiyeti veya şişliği yok, ödem yok, güçlü distal nabızlar



Özellikle **uzun** boylu, **ince** , **erkek** **sigara** içenler.

Eforla sadece% 10 - 20 oranında görülür.

Çoğu subplevral bül yırtılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Semptomlar, pnömotoraksın ilerleme hızı ve büyüklüğüne göre değişir

Plevral boşlukta havanın toplanması,
ipsilateral akciğerin sönmesine

ve

ardından intratorasik basınç arttıkça
kardiyovasküler kollapsa neden olur

Tansiyon pnömotorax

Hemodinamik bozulma ile tanınır

İlgili tarafta solunum sesi kaybı,
hipotansiyon,
şişkin boyun damarları,
trakeal deviasyon

Tedavi acil iğne dekompresyonu
ve
sonrasında göğüs tüpü takılması

Olgu 3

53 yaş bayan hasta,

36 saat önce yapılan endoskopi sonrası başlayan ve artarak devam eden göğüs ağrısı

37,8 ° C, SS 22/dk, HR 120, TA 135/85 mmHg

EKG patoloji yok



Ösefagus rüptürü

Yemek borusundaki yırtılma, gastrointestinal içeriğin mediastene sızmasına neden olur.

İnflamasyon ardından gelişen enfeksiyon sepsis ve ölüme neden olabilir

Teşhis

Nadir ama yıkıcı

Risk Faktörleri: İyatrojenik, travma, yabancı cisimler, koroziv madde alımı

Radyoloji: PA AC veya BT de mediastinal hava



Tedavi

Antibiyotikler

Destekleyici bakım

Hızla göğüs cerrahisi konsültasyonu

OLGU 4

53 yaş erkek hasta

1 gündür devam eden göğüs ağrısı yaşadığını söylüyor, ama giderek kötüleşmiş.

Göğüs ağrısı nefes almakta daha da kötüleşiyor.

2 hafta önce solunum yolları enfeksiyonu geçirdiğini söylüyor.

37.9 °C, HR 104 TA 140/76 SS 20/dk , sPo2 % 95

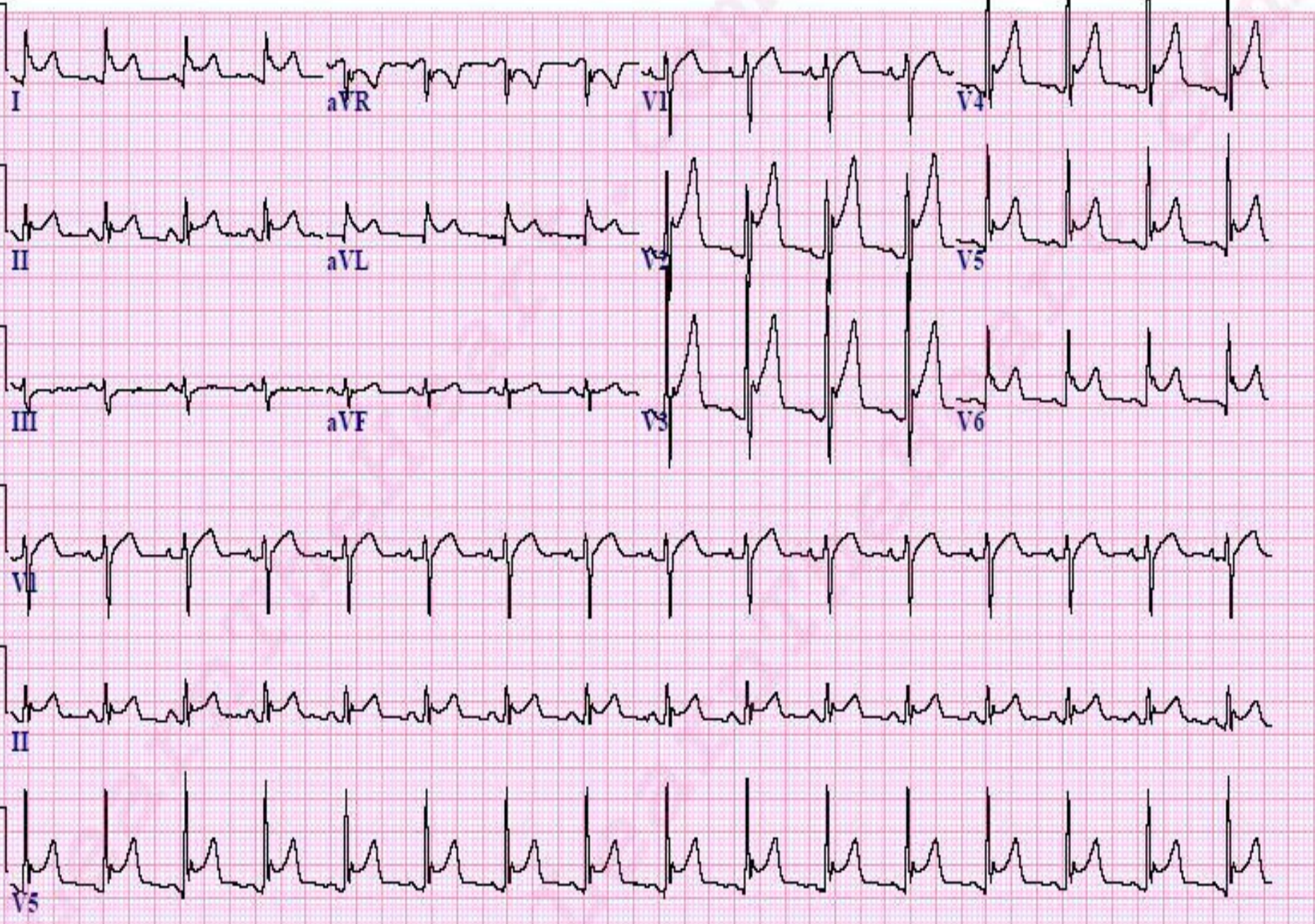
Göğüs ağrısı nedeniyle hafif bir sıkıntıda,

yatakta oturur pozisyonda hafif öne eğilerek pozisyonunu koruyor

Göğüs duvarı; görünür döküntü yok, SS eşit, kalp sesleri zor duyuluyor

Diğer sistem muayeneleri doğal

Labs: WBC = 14000, CRP:28 MI paneli x 1 = negatif

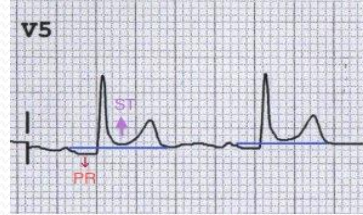


Tipik olarak, hastalar, oturarak veya öne eğilerek azaldığını ifade ettiği keskin, plöretik göğüs ağrısına sahiptir

Perikarditi destekleyen özellikler

Yaygın **konkav** ST elevasyonu olması
ST depresyonu (resiprok) olmaması

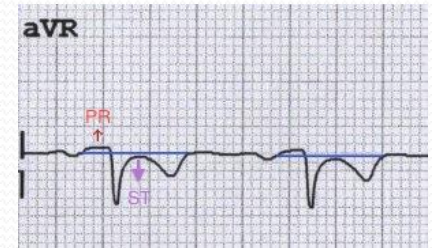
PR çökmesi varlığı



Normal T dalga amplitüdü

ST segment / T dalga oranı > 0.25

aVR' de PR elevasyonu ve ST çökmesi



Perikardit sınıflaması

Enfeksiyöz perikardit

Metabolik bozukluklarda perikardit

Sistemik otoimmün hastalıklarda perikardit

Çevreleyen organların hastalıklarında
perikardit ve perikardiyal efüzyon

Travmatik perikardit

İdiyopatik

TABLE 1

Etiology of Pericarditis

Idiopathic (nonspecific, probably viral)

Infectious causes

Viruses: coxsackievirus A and B, hepatitis viruses, human immunodeficiency virus, measles virus, mumps virus, varicella virus

Bacteria: gram-positive and gram-negative organisms; rarely, *Mycobacterium* species (tuberculosis)

Fungi (most often in immunocompromised patients): *Blastomyces dermatitidis*, *Candida* species, *Histoplasma capsulatum*

Noninfectious causes

Acute myocardial infarction*

Renal failure†

Malignancy: breast cancer, lung cancer, Hodgkin's disease, leukemia, lymphoma by local invasion

Radiation therapy (usually for breast or lung cancer)

Autoimmune disorders: mixed connective tissue disorder, hypothyroidism, inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, Wegener's granulomatosis, Takayasu's arteritis⁶

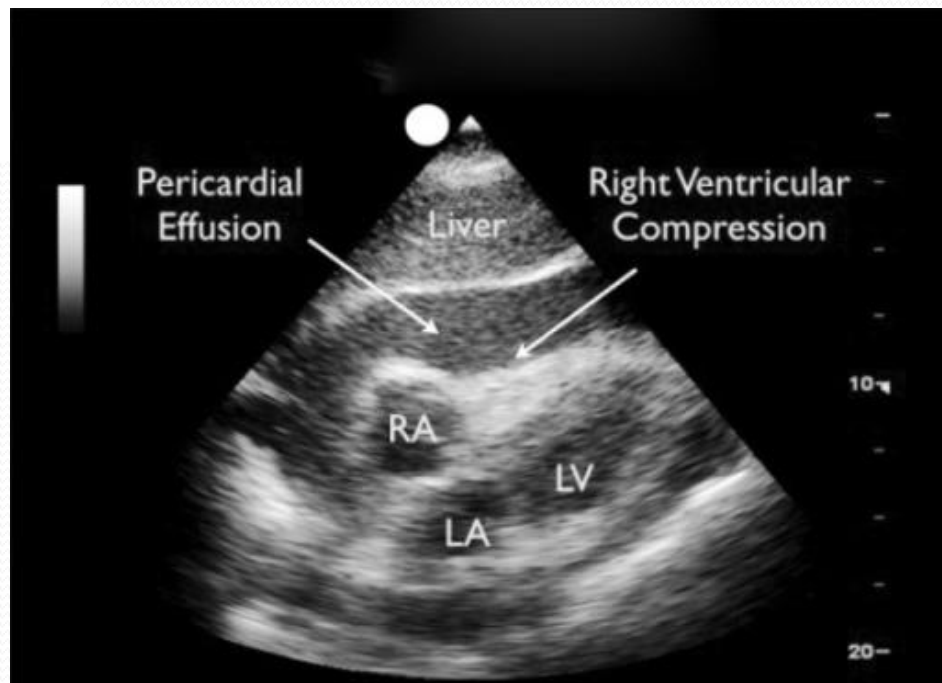
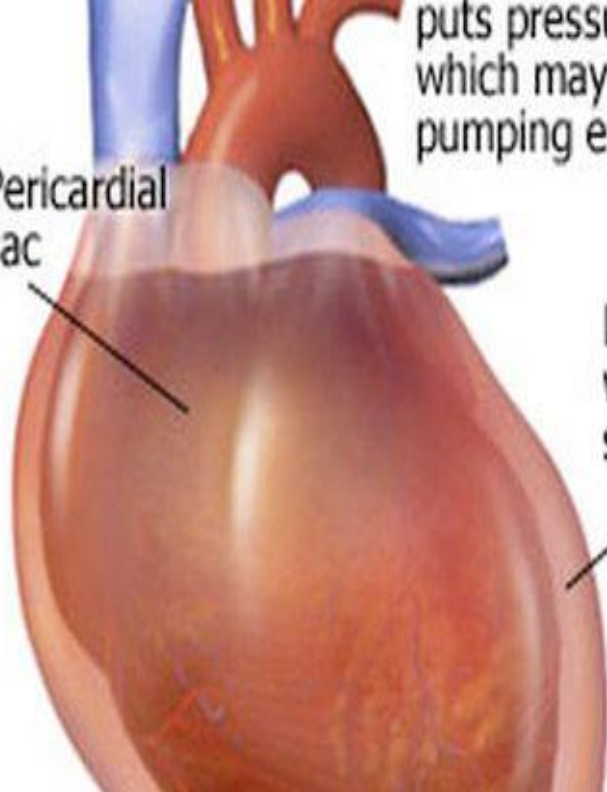
Trauma (including surgery): closed procedures and pacemaker implantation (puncture of myocardium)

Drugs‡: hydralazine (Apresoline), procainamide (Pronestyl), phenytoin (Dilantin), isoniazid (e.g., Nydrazid); with rifampin (Rifamate), phenylbutazone, dantrolene (Dantrium), doxorubicin (Adriamycin, Rubex), methysergide (Sansert), penicillin, mesalamine (Rowasa)⁷

puts pressure on the heart, which may prevent it from pumping effectively.

Pericardial sac

Fluid build-up within pericardial sac



Tamponad tedavisi

