



GÖĞÜS AĞRILI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. CUMALİ DOĞRU

Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

Acil Tıp Kliniği

SUNUM SIRASI

- 1- Göğüs Ağrısı Nedenleri**
- 2- Göğüs Ağrısının Özellikleri**
- 3- Genel Yaklaşım**
- 4- Hikaye ve Fizik Muayene**
- 5- Tanısal Tetkikler**
- 6- Klinik Tablolar**



English

yenibir.com

Genç Hürriyetim

Agora

Gündem

Politika

Avrupa Birliği

Dünya

Ekonomi

Spor

Yaşam

Teknonet

Tüm Haberler

Yazarlar

Kültür Sanat

14.12.2002

Doktorları kalp krizi geçirdiğine inandıramadı

■■■■■■■■■■/DHA

Kalp krizi korkusuyla haftada iki kez hastaneye giden ■■■■■■■■■■ gerçekten kriz geçirdiğine doktorları inandıramayınca hayatını kaybetti. ■■■■■■■■■'nin ailesi doktorlar hakkında suç duyurusunda bulunurken, hastane başhekimisi “Arkadaşlarımız bu sefer atlamışlar” diye açıklama yaptı.

■■■■■■■■'nin ■■■■■■■■■ ilçesi'nde market işleten 40 yaşındaki ■■■■■■■■■, dedesi, babası, halası dahil ailesinden yedi kişiyi kalp krizinden kaybetmesi nedeniyle uzun süredir kalp krizi korkusuyla yaşıyordu. Bu korkuyla haftada iki kez “Göğsümde ağrı var, kalp krizi geçiriyorum” diyerek hastaneye başvuran ■■■■■■■■■ her seferinde doktorlar tarafından evine gönderildi. İki çocuk babası ■■■■■■■■■, önceki gece yine göğsünde ağrı şikayetiyle S■■■■■■■■ Hastanesi'ne gitti. Ancak iddiaya göre, artık kendisini çok iyi tanıyan doktorlar, ■■■■■■■■■'yi “Yine mi geldin. Bir şeyin yok” deyip “■■■■■■■■” adlı ağrı kesici iğne yaparak evine gönderdiler. ■■■■■■■■■, eve döndükten 3,5 saat sonraysa kalp krizi geçirerek öldü.

GİRİŞ

Acil servise yapılan başvuruların en sık nedenlerinden biridir.

Günümüzde ölüm nedenlerinin başında gelmektedir.

ABD: Yılda 5 milyon göğüs ağrısı başvurusu var (% 40 yatış).

Hayatı tehdit eden hastalıklara bağlı olabileceği gibi ayaktan tedavi edilebilecek hastalıklara da bağlı olabilir.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1990 yılında ölüm ve sakat kalma nedenleri arasında 5. sırada yer alan kardiyovasküler hastalıkların

2020 yılında ise 1. sırada yer alacağı ve yılda 25 milyon ölüme neden olacağı öngülmektedir.

Yaş, Hiperkolesterolemi, Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Obesite, Sigara, Stresli yaşam tarzı, Düzenli spor yapma alışkanlığının olmaması ve Aşırı karbonhidrat alımı önemli risk faktörlerdir.

GİRİŞ

Ölüm oranının diğer hastalıklara göre daha yüksek olması, yanlış tanı nedeniyle taburcu edildiğinde hastane dışı ölüm risklerinin yüksek olması,

HUKUKİ problemlerle uğraşmak zorunda kalınacağından dolayı hasta çok dikkatli değerlendirilmelidir.

Ölümcül olabilen tanıları dışlanmalı, hastanın riski düşünülmeli ve gelişebilecek komplikasyonlar için önlem alınmalıdır.

GÖĞÜS AĞRISI NEDENLERİ

Göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastaların %30'nun kalp kaynaklı Akut Miyokard İnfarktüsü veya Kararsız Anjina oluşturmaktadır.

%70'inde de Aort Diseksiyonu ve Pulmoner Emboli gibi hayatı tehdit eden veya kas-iskelet sistemi hastalıkları, abdominal nedenler ve psikolojik durumlar gibi ölümcül olmayan nedenlerdir.

Çalışmalar, hekimin göğüs ağrısını ciddiye almamasının tanı ve tedavide gecikmelere yol açtığını göstermiştir.

GÖĞÜS AĞRISI NEDENLERİ

- 1- Kardiyak Nedenler**
- 2- Pulmoner Nedenler**
- 3- Vasküler Nedenler**
- 4- GI Nedenler**
- 5- Muskuloskeletal Nedenler**
- 6- Diğer Nedenler**

GÖĞÜS AĞRISI NEDENLERİ

KARDİYAK NEDENLER

Koroner arter hastalığı

Stabil anjina

Anstabil anjina

Varyant anjina

Akut miyokard infarktüsü

Perikardit (tamponad ile)

Kapak hastalıkları

Aort stenozu

Subaortik stenoz

Mitral valv prolapsusu

PULMONER NEDENLER

Plevral irritasyon

- **İnfeksiyonlar**
- **İnflamasyon**
- **İnfiltrasyon**

Barotravma

- **Pnömotoraks**
- **Pnömomediastinum**

Trakeobronşit

GÖĞÜS AĞRISI NEDENLERİ

VASKÜLER NEDENLER

- Aort diseksiyonu
- Pulmoner emboli
- Pulmoner hipertansiyon

Gİ NEDENLER

- Biliyer kolik
- Pankreatit
- Dispepsi
- Ösefajial spazm
veya reflü
- Ösefagus rüptürü
- Mallory Weiss
sendromu

GÖĞÜS AĞRISI NEDENLERİ

MUSKULOSKELATAL NEDENLER

- Kostokondrit
- İnterkostal kas gerilmesi
- Servikal torasik omurilik problemleri

DİĞER NEDENLER

- Herpes zoster
- Göğüs duvarı tümörleri



GÖĞÜS AĞRISININ ÖZELLİKLERİ

Göğüs ağrısının kesin **ayırıcı tanısını yapmaktaki zorluk** bazı önemli nöroanatomik faktörlerden kaynaklanmaktadır.

Torasik visseral organlardan kaynaklanan ağrının ne tipi ne de yoğunluğu bir organ sistemi için spesifik değildir.

Örneğin; özefagus spazmı, kardiyak iskemik ağrılar ve büyük damarların gerilmesi nedenli ağrılarının hepsi basıcı, yakıcı ya da kıvrandırıcı olarak hissedilebilirler.

GÖĞÜS AĞRISININ ÖZELLİKLERİ

Göğüs ağrısının lokalizasyonu ve yayılımı ağrının hangi organ sisteminden kaynaklandığını bulmada güvenilir değildir.

Torasik organ patolojileri toraks dışında örneğin epigastrium, boyun ya da çenede ağrı ile başvurabilirler.

GÖĞÜS AĞRISININ ÖZELLİKLERİ

Bu tip yansıyan ağrıların anatomik açıklaması

Kolun deri ve kaslarından köken alan duysal afferent sinir lifleri kalp, özefagus ya da diğer torasik organlardan çıkan visseral afferent sinir lifleri ile aynı seviyeden omuriliğe girerler.

Ayrıca dorsal nöral segmentler omuriliğe girdikleri düzeyden 3 segment yukarı ve aşağıya kadar yayıldıkları için torasik ağrı boyunda ya da abdomende hissedilebilir.



ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM

ALTIN KURAL

- 1-Altta yatan nedenin hayatı tehdit eden bir patoloji olduğunu düşünmek ve hastaya tedavi önceliği vermek**
- 2-İlk adımda hastayı stabilize etmek ardından**
- 3-Ölümcül olabilecek patolojileri akla getirmektir.**

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM

- Akut göğüs ağrılı hastanın **tedavi önceliği** vardır.
- Bu hastalarda hayatı tehdit edebilecek **şu hastalıklar düşünülmelidir**:
 - * Akut MI
 - * ASAP
 - * Aort diseksiyonu
 - * Pulmoner emboli
 - * Basıncılı (tansiyon) pnömotoraks
 - * Ösefagus rüptürü

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM

ÖNCELİK: Stabilizasyon Girişimleri (Güvenlik çemberi)

Havayolu Açılması

Solunum Kontrolü

Oksijenizasyon

Monitorizasyon

Damar yolu açılması

Vital bulguların yakın takibi

AYIRICI TANI İŞLEMLERİ DAHA SONRA

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM

İlk stabilizasyondan sonra

Tanısal yaklaşımlar

Hikaye

Fizik muayene

Laboratuvar tetkikleri

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM

HİKAYE

Yaş,

Cinsiyet,

Risk faktörleri,

İlaçlar,

Özgeçmiş

Soygeçmiş,

Ağrının başlangıcı,

Tipi,

Yayılımı

Eşlik eden bulgular

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM

FİZİK MUAYENE

Vital bulgular

Genel görünüm (Visseral ağrı ve somatik ağrı bakımından)

Sistem muayeneleri (Hikaye göz önünde bulundurulmalı)

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM

TETKİKLER

EKG

PAAC

Kardiak enzimler

Kan gazı

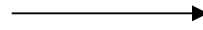
Ekokardiografi, TEE

sBT

Anjiografi

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM - TETKİKLER

EKG



AMİ ?

Perikardit ?

PE ?

**Göğüs ağrısı
olup acil servise
başvuran hastalarda
olası bir iskemik
olayı dışlamak için
tekrarlayan kardiyak
enzim ve EKG
takipleri
önerilmektedir.**

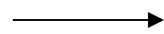
ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM - TETKİKLER

Kardiyak enzimler

- Myoglobin
- Troponin (T,I)
- CK
- CK-MB,

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM - TETKİKLER

PA Akciğer grafisi



Pnömotoraks ?

Kalp yetmezliği ?

Pnömoni ?

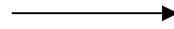
Aort diseksiyonu ?

Pnömomediastinum ?



ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM - TETKİKLER

Arteriyel kan gazı



Hipoksemi derecesi ve
tedaviye alınan yanıt ?

PE (% 10-20 normal) ?

Pnömoni ?

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM - TETKİKLER

Bilgisayarlı tomografi →

Aort diseksiyonu ?

Anjiyografi

AMİ ?

Ekokardiografi
(TEE)

PE?

ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM - TETKİKLER

Aort, pulmoner damarlar ve koroner damarların aynı anda görüntülenebilmesini sağlayan yeni bir bilgisayarlı tomografi tekniği olan **“TRİPLE RULE-OUT”** teknolojik alt yapısındaki yeni gelişmelerle akut göğüs ağrısı takip protokollerini değiştirmeye aday bir tanı yöntemidir.

Yapılmış çalışmalar bunun acil serviste kullanılabilirliği tartışılmaktadır.

Önümüzdeki yıllarda acil servislerde TRO-BT’yi daha sık kullanacağımız aşikardır.

GÖĞÜS AĞRILI HASTANIN ACİL SERVİS YÖNETİMİ

Hastanın hemodinamik açıdan stabil olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir.

Hemodinamik olarak stabil olmayan hastada ölümcül tanılar düşünülmeli

Bu tanılara yönelik laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri hızlı bir şekilde ve mümkün ise hasta resüsitasyon odasından çıkarılmadan yapılmalıdır.

GÖĞÜS AĞRILI HASTANIN ACİL SERVİS YÖNETİMİ

Hemodinamik olarak stabil hastalarda; öncelikle ağrının başlangıç zamanı, süresi ve şekli sorgulanmalıdır.

Tüm göğüs ağrılı hastaların EKG'si çekilmelidir.

Tipik göğüs ağrısı olan ve EKG bulgusu olan hastalar koroner ünitesine transfer edilmelidir.

GÖĞÜS AĞRILI HASTANIN ACİL SERVİS YÖNETİMİ

Tipik göğüs ağrısı olan fakat EKG bulgusu olmayan hastalardan gelişinde, ağrının başlangıcının 6. ve 12. saatinde Kardiyak Markır çalışması için kan örnekleri alınmalıdır.

Göğüs ağrısı olan ve Laboratuar bulgusu pozitif olan hastalar koroner ünitesine transfer edilmelidir.

GÖĞÜS AĞRILI HASTANIN ACİL SERVİS YÖNETİMİ

Tipik göğüs ağrısı ve EKG bulgusu olmayan hastalarda kalp dışı göğüs ağrısı yapabilecek nedenler de araştırılmalıdır.

Göğüs ağrısı geçen ve tekrar etmeyen hastalar 12 saatlik takipte herhangi pozitif bulgu olmadığı takdirde acil servisten önerilerle taburcu edilebilir.

HAYATI TEHDİT EDEN ACİL NEDENLER

AKUT KORONER SENDROMLAR

Akut MI

ASAP

Variant anjina



AORT DİSEKSİYONU

Orta hatta göğüs ya da sırtta çok şiddetli yırtıcı ya da parçalayıcı bir ağrıdan yakınırırlar.

Ağrı başlangıçta en şiddetlidir.

**Karotislerin tutulmasına bağlı SVO,
koronerlerin tutulmasına bağlı AMİ,
ya da ekstremitelerde iskemisi görülebilir**

PULMONER EMBOLİ

Göğüs ağrısının, otopsi öncesi tanısı zorlukla konabilen, ölümcül ama tanısı konduğunda tedavi edilebilir önemli bir nedenidir.

ABD’de yıllık 650,000 PE olgusunun % 2 – 10 kadarı ölmektedir ve bunların sadece % 10 – 30’una ölüm öncesi tanı konabilmektedir.

PULMONER EMBOLİ

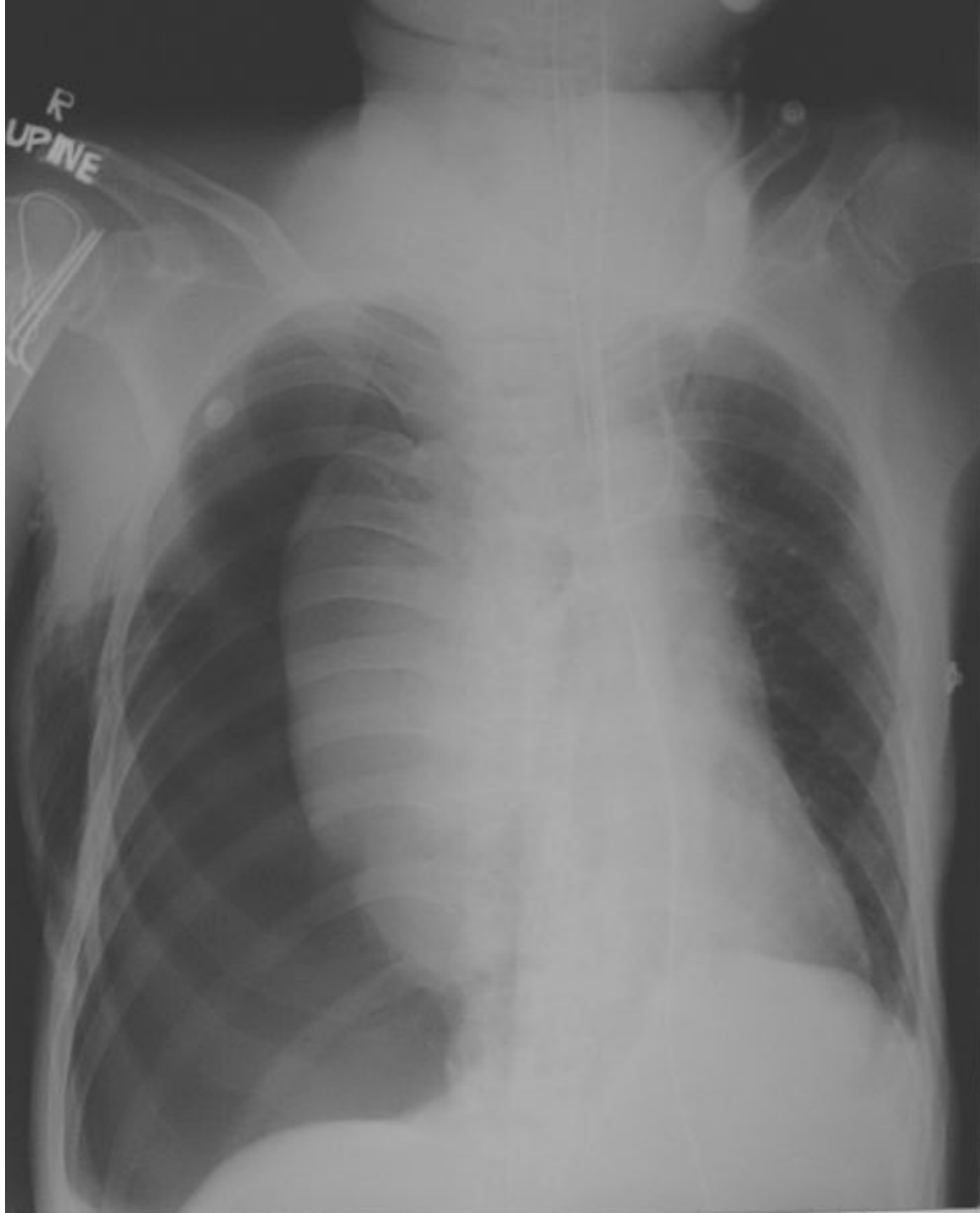
PE için spesifik hikaye, klinik ya da laboratuvar parametresi yoktur.

Acil servis doktorunun PE tanısı için özellikle risk faktörleri olan hastalarda PE olasılığını hatırlaması gerekmektedir.

TANSİYON PNÖMOTORAKS

Plevral boşluğuna akciğerlerden hava kaçıışı sonucu görülür.

İntraplevral basıncın artması sonucu mediasten karşı tarafa doğru itilir ve sağ kardiyak dolumda azalma görülür.



TANSİYON PNÖMOTORAKS

**Ani başlangıçlı batıcı
göğüs ağrısı**

Beraberinde

- Dispne
- Terleme
- Taşikardi
- Taşipne
- Hipotansiyon görülür.

Fizik muayenede

- Juguler venöz dolgunluk
- Trakeal deviasyon
- Perküsyonda timpanik ses alınması
- Aynı taraf solunum seslerinde azalma görülür.

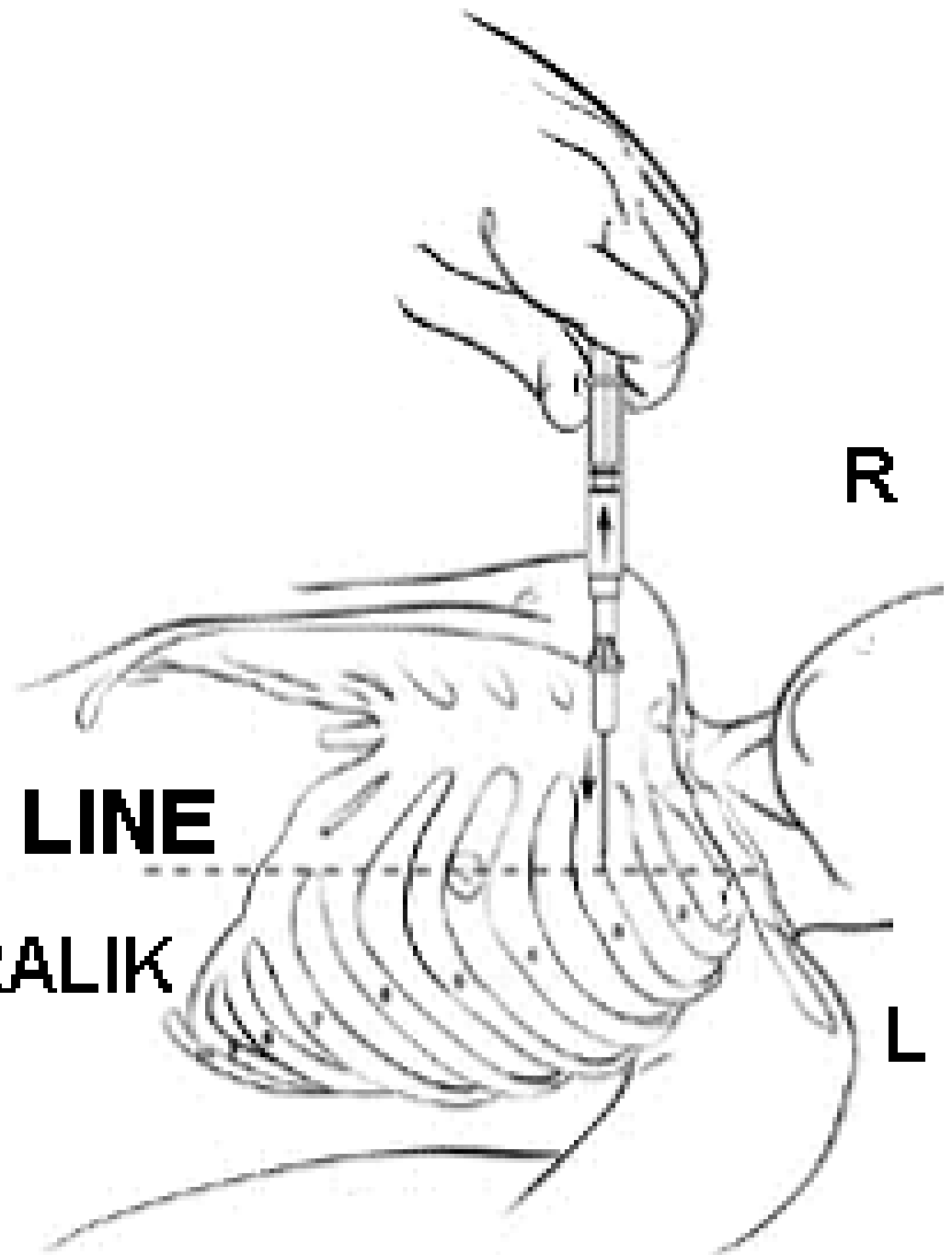
**Tanı klinik ile konur, hızla
müdahale gerektirir**

TANSİYON PNÖMOTORAKS

Tedavide

- Hastada öncelikle bir 14-16 G kanül ile 2. interkostal aralık orta klaviküler hattan batırılarak tansiyon pnömotoraksın açık pnömotoraks haline getirilir
- Daha sonra 32-36 F göğüs tüpünün takılması gerekmektedir.

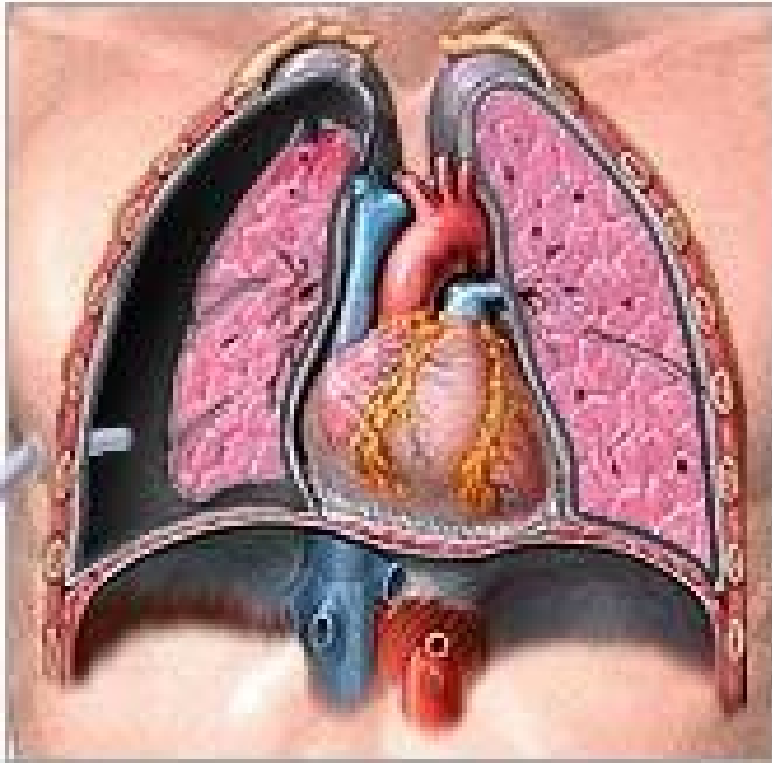
SOL TANSİYON PNÖMOTHORAKS



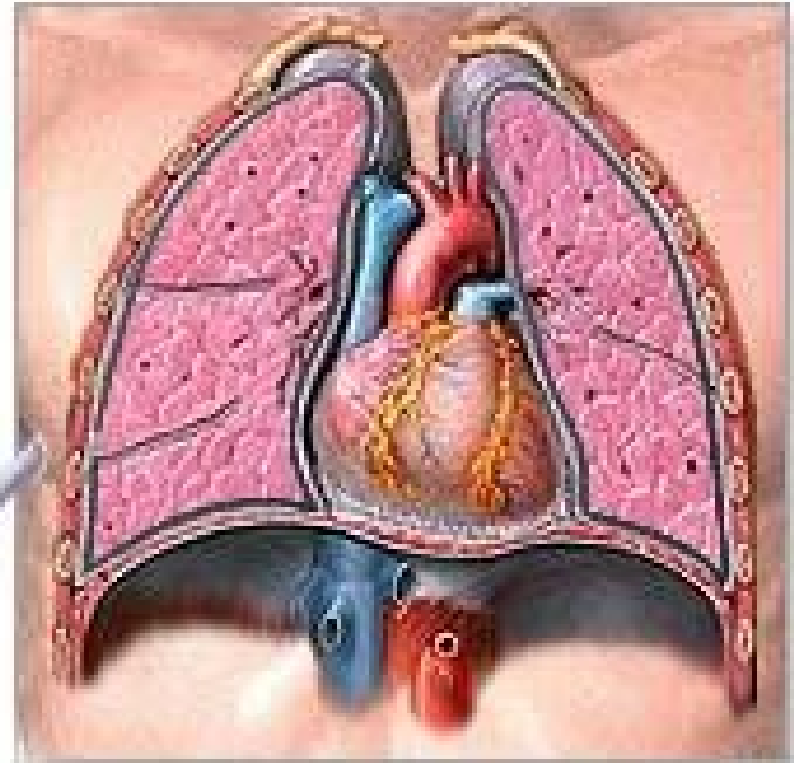
MID-CLAVICULAR LINE

2. İNTER KOSTAL ARALIK

Chest tube



Pneumothorax



Re-expanded lung

ÖZEĞAGUS RÜPTÜRÜ

Travma, yabancı cisim yutmaları, ya da medikal girişimler sonrası oluşabileceğı gibi genellikle intraabdominal basıncı ani ve aşırı miktarda arttıran durumlardan sonra görülür

Abdominal basınçta ani artışa yol açan durum hıçkırık, kusma, öksürük, doğum, defekasyon, epileptik nöbet gibi epiglottisin kapanmasına yol açan Valsalva manevrasıdır.

ÖZEĞAGUS RÜPTÜRÜ

Genellikle yırtık servikal özefagustadır.

Mediastinal dokularda asit yanığı ve virölansı yüksek bakterilerle temas oluşur.

Hasta ani başlangıçlı plöretik tarzda, boyuna yayılan göğüs ve karın ağrısından yakınır.

Hastada hızla şok ve sepsisemi gelişir. 24 saat içinde cerrahi girişim uygulanırsa mortalite % 5 iken, 24 saati geçen olgularda % 75 civarındadır.

ÖZEĞAGUS RÜPTÜRÜ

Acil servise bilinci kapalı olarak getirilmiş farenks, larenks, özefagus manüplasyonu uygulanmış, CPR yapılmış hastalarda

Boyuna penetran yaralanması olanlarda

Kronik alkolizm

Hiperemezis gravidarum, Status astmatikus gibi aşırı öğürme, kusma ya da öksürükle seyreden durumlar sonrası gelişen ani göğüs ağrısı ve cilt altı amfizemi olan hastalarda

özefagus rüptüründen şüphe edilmelidir.

ÖZEĞAGUS RÜPTÜRÜ

Yabancı cisim

Mediastinal hava

Mediastinal hava-sıvı seviyesi

Kardiyak ve plevral effüzyon varlığı araştırılmalıdır

Çekilen grafide;

- Perforasyon şüphesi var ise suda çözünen bir kontrast madde ile özefagografi çekilmelidir.
- Kontrastlı çalışmalar yapılamıyor ise özefagoskopi istenmelidir.

Hızla IV antibiyotik (sefoksitin ve klindamisin) uygulanmalı ve cerrahi konsültasyon istenmelidir.

GÖĞÜS AĞRISI ŞAKAYA GELMEZ!!!!

TEŞEKKÜRLER

