

Göğüs Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım



Dr. Mehmet Nuri BOZDEMİR
Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi
Acil Tıp Kliniği

Göğüs Ağrısının Özellikleri

- Göğüs ağrısının gerçek nedenini saptamak zordur.
- Ne ağrının tipi ne de şiddeti organa özgül değildir.
- Ağrının lokalizasyonu ve yayılımı organ spesifik değildir.

Acil Yaklaşım

- Hastalar tedavi önceliğine sahiptir.
- Hemen stabilizasyonlarını sağlamak
- Ölümcül olabilecek nedenleri hatırlamak

Göğüs Ağrısının Önemli Nedenleri

Viseral ağrı

Tipik egzersiz anjina

Atipik anjina

Anstabil anjina

Akut miyokard infarktüsü

Aort disseksiyonu

Perikardit

Özofagial reflü veya spazm

Özofagial rüptür

Mitral valv prolapsusu

Göğüs duvarı ağrısı

Kostosternal sendrom

Kostokondrit(Tietze sendromu)

Prekordiyal yakalama sendromu

Kosta kayma sendromu

Ksifodinya

Radiküler sendromlar

İnterkostal sinir sendromu

Fibromiyalji

Plöretik ağrı

Pulmoner emboli

Pnömoni

Spontan pnomotoraks

Perikardit

Plörezi



Masif Pulmoner
Emboli

Aort
Disseksiyonu

Perikardiyal
Tamponat

Tansiyon
Pnömotoraks

Özofagus
Rüptürü

Akut Koroner
Sendrom

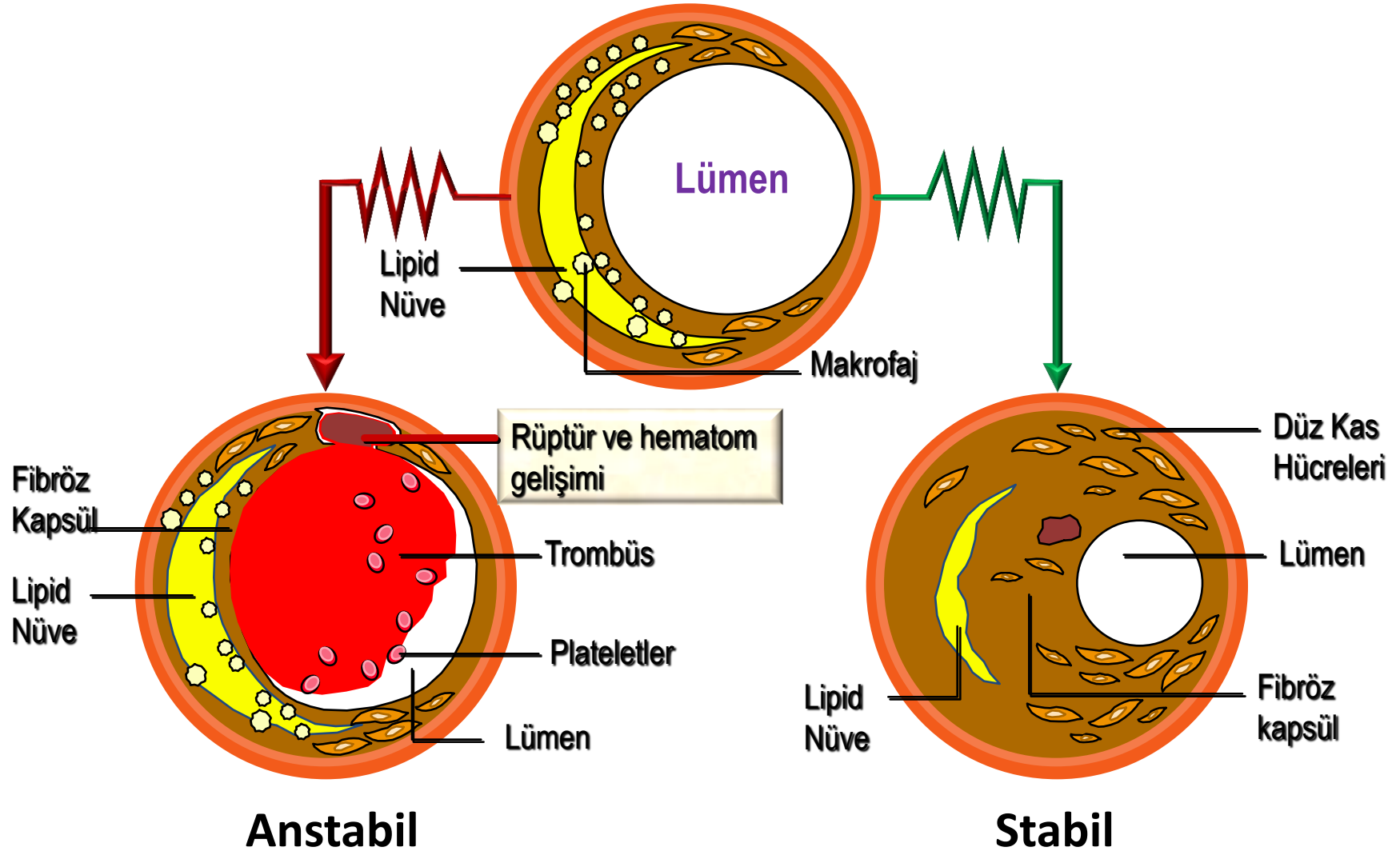
Hayatı Tehdit Eden Göğüs Ağrısı Nedenleri

Hastalık	Ağrı lokalizasyonu	Ağrı karakteri	Ağrı yayılımı	Eşlik eden semptomlar
Anjina pektoris	Retrosternal veya epigastrik	Ezilme, baskı, ağırlık, sıkma	Sağ veya sol omuz, kol el, çene	Bulantı, terleme, nefes darlığı
Masif pulmoner emboli	Tüm göğüs	Ağırlık, sıkma	Yok	Nefes darlığı, instabil vital bulgular, ölüm korkusu
Segmenter pulmoner emboli	Fokal göğüs	Plöretik	Yok	Taşikardi, taşipne
Aort diseksiyonu	Orta hat substernal	Yırtılma ,sökme	Sırtta skapuların arasında	Aortdan çıkan damarlarda tıkanma bulguları
Pnomotoraks	Göğüs tek tarafı	Ani, keskin, plöretik	Omuz, sırt	Nefes darlığı
Özofagial rüptür	Substernal	Kusma sonrası ani keskin	Sırt	Nefes darlığı, terleme, sepsis bulguları
Perikardit	Substernal	Keskin, sürekli veya plöretik	Yok	Ateş, perikardiyal sürtünme sesi
Pnömoni	Göğüs tek taraflı	Keskin, plöretik	Yok	Ateş, sepsis bulguları
Perfore peptik ülser	Epigastrik	Şiddetli, keskin	Sırt, göğüs	Akut distres, terleme

Akut Koroner Sendrom

- ❑ Gelişmiş ülkelerdeki en sık ölüm nedeni
- ❑ 28 günlük ölüm oranı % 10 civarında
- ❑ Acile başvuran travma dışı göğüs ağrısının % 15-30 u
- ❑ Tanısı:
 - ❖ Karakteristik göğüs ağrısı
 - ❖ Eşlik eden spesifik semptomlar
 - ❖ EKG değişikliği
 - ❖ Kardiyak markerlerin yükselmesi

Aterosklerotik Plak Oluşumu



Akut Koroner Sendrom

- ❑ İskemik ağrı da EKG 10 dakikada çekilmeli ve yorumlanmalı
- ❑ Akut koroner sendrom:
 - Anstabil anjina
 - ST yüksekliği olmayan miyokard infarktüsü
 - ST yüksekliği olan miyokard enfarktüsü

Acil Yaklaşım

- ☐ Hava yolu, solunum ve dolaşım
- ☐ İlk hikaye ve muayene
- ☐ 12 derivasyonlu EKG
- ☐ Resusitasyon ekipmanları hasta başında hazır
- ☐ Kardiyak monitorizasyon
- ☐ Oksijen verilmesi
- Damar yolu ve kan tahlili

❑ Akut koroner sendromu düşündüren göğüs ağrısı

- Hızlı bakım için triaj
- Odaklanmış hikaye ve muayene
- 160-325 mg aspirin çiğnetilmesi
- SL nitrogliserin 0.4 mg her 5 dakikada
- Morfin sülfat 2-4 mg sonra 2-8 mg
- 5- 15 dakikada gerekli ise
- Damar yolu sağlanmalı
- Laboratuvar çalışması için kan
- Serum biyomarkerları
- Sürekli EKG monitorizasyon
- Oksijen desteği

❖ 12 derivasyonlu EKG tanısal değilse; her 5-10 dakikaya bir tekrarlanmalı

- ST yükselmesi veya yeni olduğu düşünülen LBBB

- Antikuagulan tedaviler
- Beta blokörler
- nitrogliserin

- Yapılabiliyorsa Primer PCI 90 dakikadan daha az süre
- Veya
- 30 dakika içinde trombolitik

- İskemi için yüksek şüphe
- Ama belirgin ST yükselmesi olmayan

- Antikuagulan tedavi
- Beta blokör
- İV nitrogliserin

- ❖ Yüksek risk ?
 - ST depresyonu
 - Kardiyak marker yükselmesi
 - Devam eden göğsü ağrısı
 - Hemodinamik instabilite
 - TIMI risk skoru ≥ 3

- Yüksek risk varsa anjiyografi
- Düşük risklilerde anjiyografi veya medikal yaklaşım

- Normal veya tanısal olmayan EKG ve normal kardiyak biyomarkerler

- Acil veya monitörlü yatakta değerlendirme ve tedavi
- EKG tekrarı ve 6-12 H bir biyomarker tekrarı

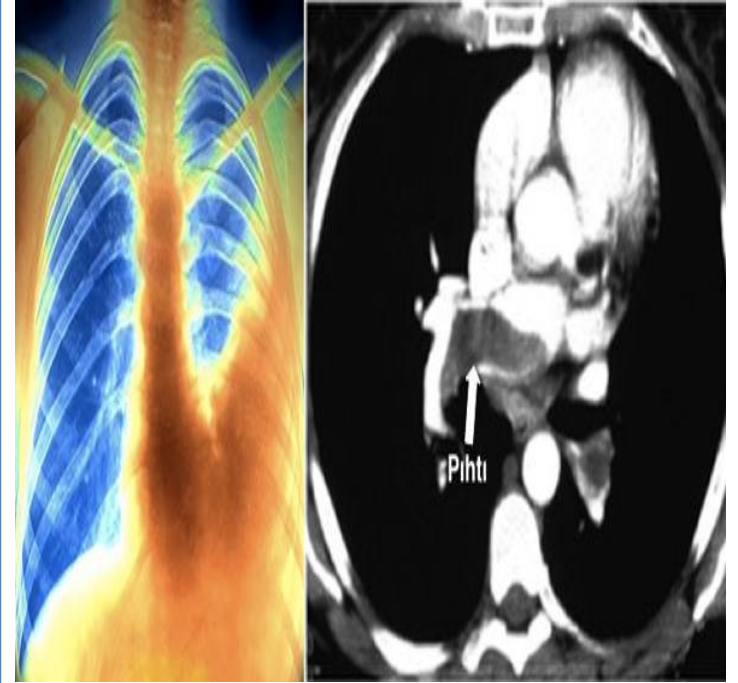
- İskemi/enfarkt belirtileri

- Stres testi veya görüntüleme

- ST yükselmesi olmayan AKS ted

Masif Pulmoner Emboli

- ❑ Emboli 100 000' de 112 bunları % 8'i masif
- ❑ Ölüm en sık ilk iki saatte görülür.
- ❑ Avrupa da yıllık 300 000 ölüm



Klinik Bulgular	Sıklık
Semptomlar	
Nefes darlığı	% 73
Plöretik göğüs ağrısı	% 66
Öksürük	% 37
Hemoptizi	% 13
Bulgular	
Taşıpne	% 70
Raller	% 51
Taşikardi	% 30
Dördüncü kalp sesi	% 24
İkinci kalp sesinin pulmoner bileşenin belirginleşmesi	% 23
Dolaşım Kollapsı	% 8

Wells Kriterleri	
DVT'nin klinik semptomları (bacakta şişlik, palpasyonda ağrı)	3.0
Pulmoner emboli dışındaki tanıların olasılığının düşük olması	3.0
Kalp hızı >100	1.5
İmmobilizasyon (≥3 gün) veya dört hafta öncesine kadar cerrahi	1.5
Daha önce DVT/PE	1.5
Hemoptizi	1.0
Malignite	1.0
Geleneksel klinik olasılığın değerlendirilmesi (Wells kriterleri)	
Yüksek	>6.0
Orta	2.0 - 6.0
Düşük	<2.0
Basitleştirilmiş klinik olasılığın değerlendirilmesi (Modifiye Wells kriterleri)	
Olası PE	>4.0
PE olası değil	≤4.0

Tanı

☐ Klinik şüphe!

☐ Hipoksemi

☐ Hipotansiyon;

- ❖ Sistolik kan basıncı 15 dakika veya daha uzun süre 90 mmHg nin altında
- ❖ Veya belirgin şok belirtilerinin olması

☐ Transtorasik veya transözofagial EKO

- Sağ ventrikül çapında artma
- Sağ ventrikül fonksiyonunda azalma
- Triküspit yetmezlik
- Sağ ventrikül apeksinde kısmi hareket bozukluğu(Mc Connells belirtisi)

Tedavi

- ☐ ABC ve resusitasyon
- ☐ Yeterli sıvı infüzyonu
- ☐ İnotropik destek
- ☐ tPA
 - ❖ Rekombinan
 - ❖ Fibrine bağlanır
 - ❖ Fibrinin plasminojene afinitesini artırır
 - ❖ Plazminojen aktivasyonunu artırır İntravasküler fibrinolizis
 - ❖ 100 mg (2 saat iv infüzyon)
 - ❖ Plazma yarılanma süresi en kısa (2 – 6 dakika)
- ☐ Cerrahi tedavi

Aort Disseksiyonu

- ❑ Nispetten nadir görülen 100 000 de 3 gibi
- ❑ Aortik intima da yırtılma proksimal ve distale ilerleme
- ❑ Stanford sınıflaması;
 - ❖ Tip A; asendan aorta disseksiyonu, desendanın iki katı
 - ❖ Tip B; diğerlerinin hepsi
- ❑ İlerlediği yere göre;
 - ❖ Aort yetmezliği, tamponad
 - ❖ Koronar, serebral, spinal ve viseral bulgular

Risk Faktörleri

- ❑ İleri yaşlarda;
 - Erkek cinsiyet
 - Sistemik hipertansiyon
 - Ateroskleroz
 - Aort anevrizma varlığı
- ❑ 40 yaş altı risk faktörleri
 - Kollojen doku hastalıkları
 - Vaskülitler
 - Biküspit aorta
 - Aort koarktasyonu
 - Turner sendromu
 - Daha önce geçirdiği kapak operasyonu
 - Ağır yük kaldırma veya egzersiz
 - Kokain kullanımı

Klinik

❑ Asenden aorta;

➤ göğüs anteriorunda şiddetli, keskin yırtılma tarzında ağrı

❑ Sol subklavian distaline ilerlerse;

➤ Göğüs posteriorunda ve sırt ağrısı şeklinde

❑ Eşlik eden semptomlar;

➤ Senkop

➤ Stroke semptomları

➤ Miyokard infarktüsü

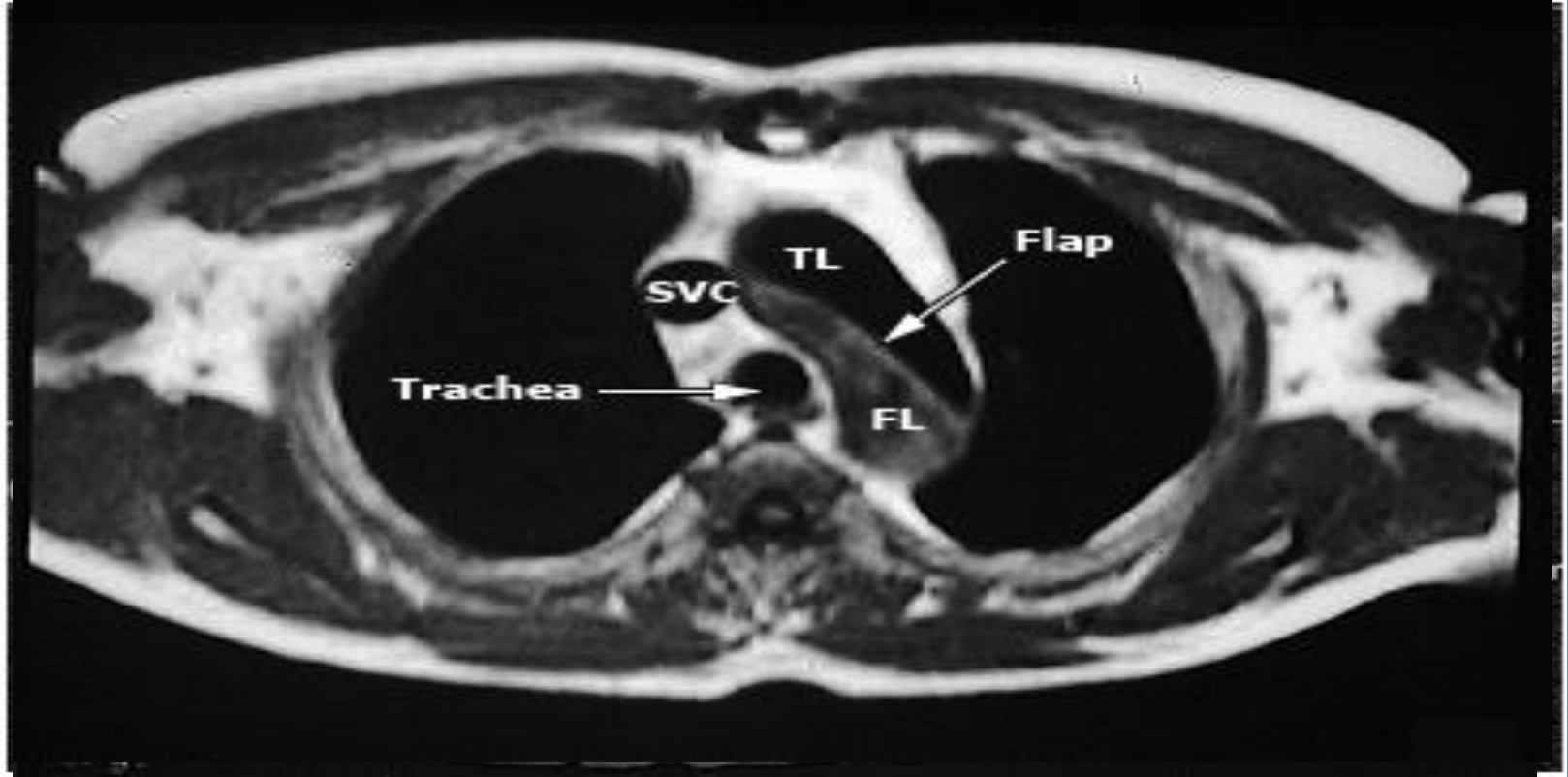
➤ Kalp yetmezliği

➤ Hedef organ iskemileri

❑ Hipertansiyon daha çok tip B ye eşlik eder

Tanı

- ❑ Düşük riskli hastalarda D-dimer <500 ng/mL dışlamada kullanılabilir



Avrupa Kardioloji Derneği Aort Diseksiyonu Başlangıç Tedavi Klavuzu	Sınıf
1. Detaylı medikal hikaye ve tam fizik muayene (Hastanın durumu uygunsa)	I
2.İntravenöz damar yolu, kan örneği(CK, troponin I, myoglobin, WBC, D-dimer, hematocrit, LDH)	I
3. ECG: iskeminin belgelenmesi için	I
4.Kalp atımı ve kan basıncı monitorizasyonu	I
5. Ağrı kesici (morphine sulphate)	I
6.Sistolik kan basıncını azaltmak için beta blokör kullanımı (IV propranolol, metoprolol, esmolol, veya labetalol)	I
7.Yoğun bakıma transfer	I
8.Çok yüksek tansiyonu varsa ilave vazodilatatör eklenmesi (IV sodium nitroprusside kan basıncını100-120 mmHg olacak şekilde)	I
9.Eğer hasta da KOAH varsa kan basıncını düşürmek için kalsiyum kanal blokörleri	II
10.EKG de iskemi bulguları ile birlikte diseksiyon şüphesi varsa tromboliz öncesi görüntüleme	II
11. Göğüs x-ray	III

**Hemodinamik anstabil olan diseksiyon şüpheli hastalarda
Avrupa Kardioloji Derneği Tedavi Klavuzu**

Sınıf

1. Hemodinamik anstabilite: entubasyon ve ventilasyon.

I

2. Transözofagial EKO tek tanı aracı olarak kullanılarak cerrah aranmalıdır.

II

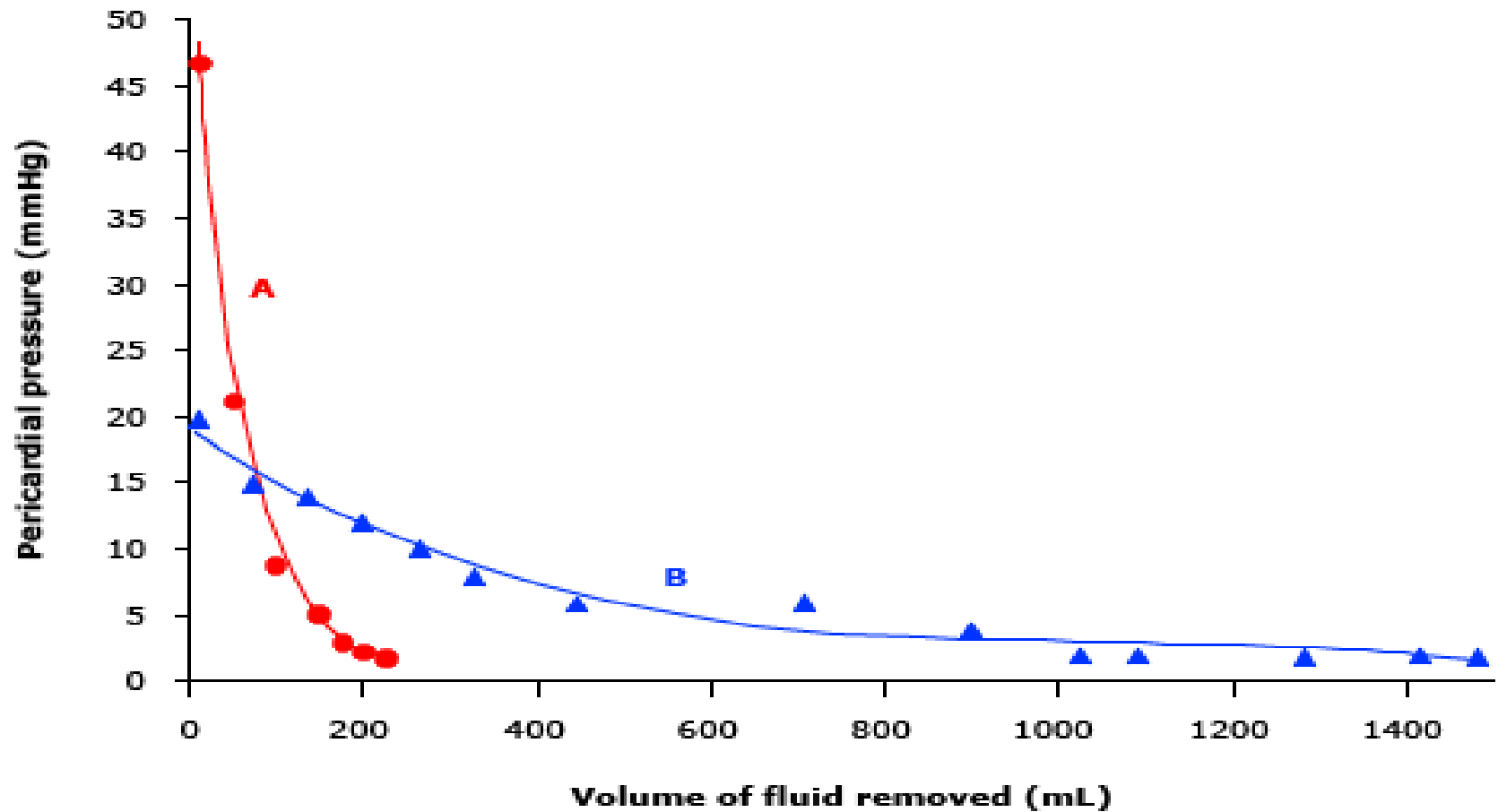
3. Transtorasik EKO da tamponad bulguları varsa cerrahiye alınmalı.

II

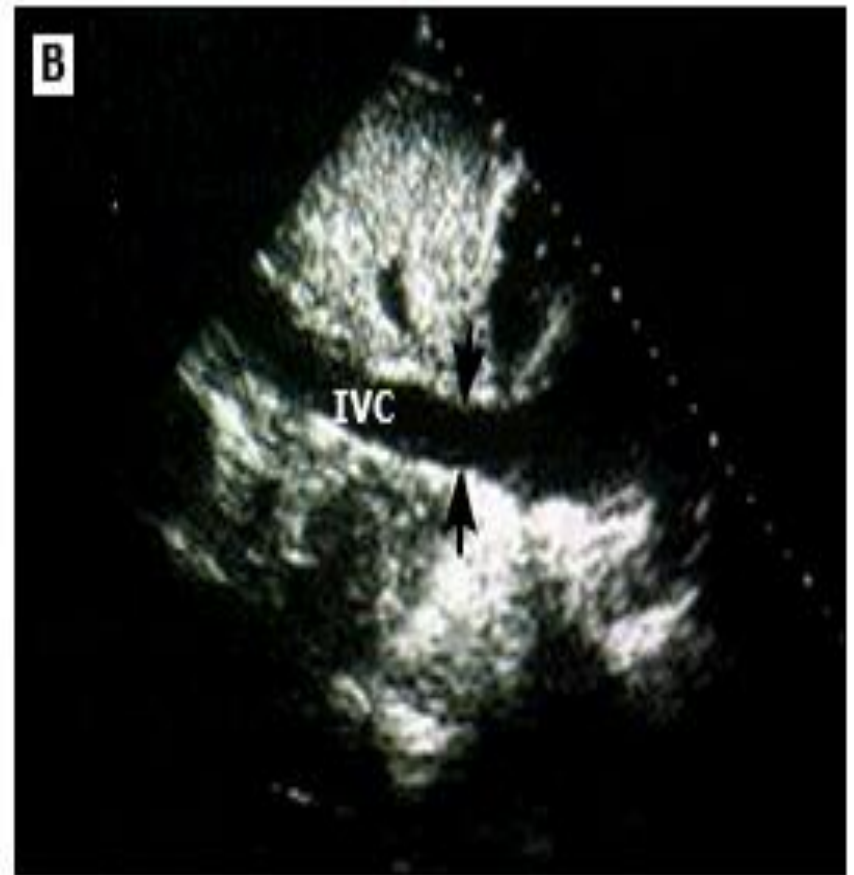
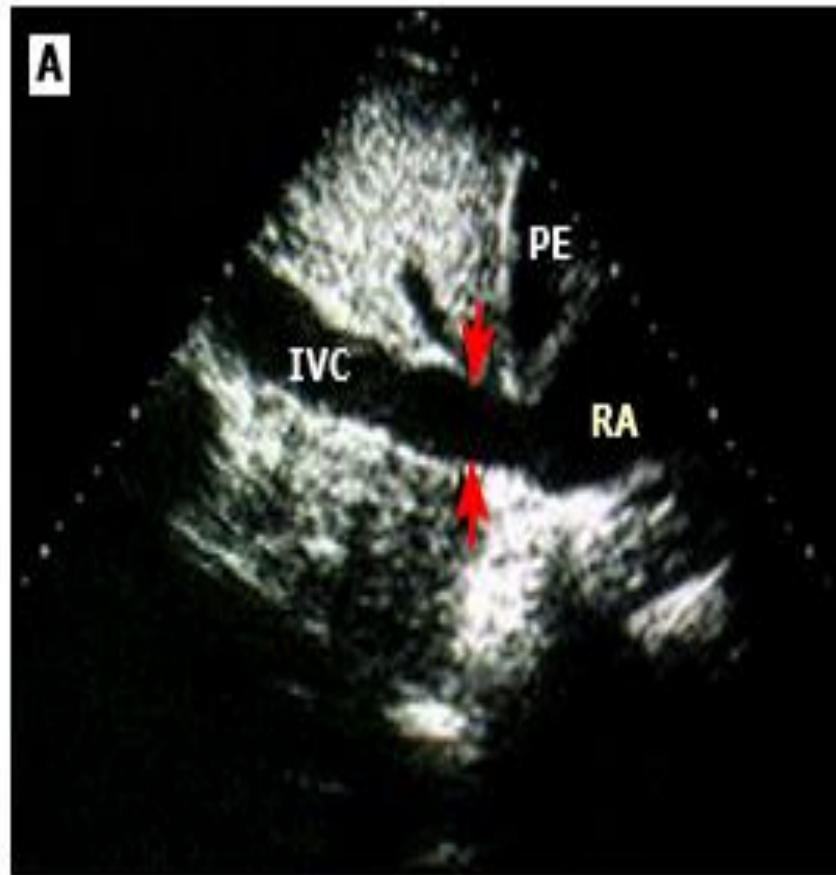
4. Perikardiyosentez(intraperikardiyal basıncı düşürerek tekrarlayan kanamaya neden olabilir).

III

Kardiyak Tamponad

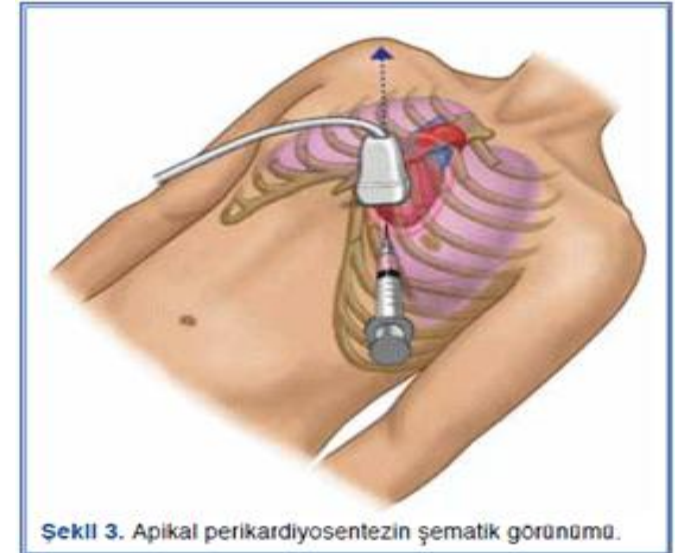
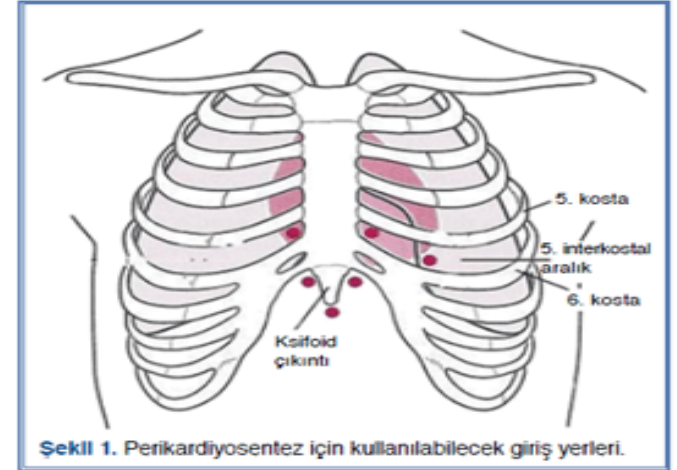


Tanı



Tedavi

- ☐ Drenaj yapılana kadar sıvı ve inotrop destek sağlanmalı
- ☐ Perkutan drenaj
- ☐ EKO eşliğinde perkutan drenaj
 - ❖ Subksifoid
 - ❖ Apikal
- ☐ Aort disseksiyonu ve travmaya bağlı ise kontrendike
- ☐ Açık cerrahi drenaj



Tansiyon Pnomotoraks



Boerhove Sendromu

- ❑ Tedavi gecikirse ciddi morbidite ve mortalite nedeni
- ❑ Nadir ve nonspesifik olduğundan tanı gecikmesi ve kötü sonuçlar
- ❑ 100 000 de 3.1 % 15 i spontan olur
- ❑ Ani özofagus içi basıncın artması ve negatif intratorasik basıncın kombine etkisi ile spontan
 - ❖ Normal özofagus,
 - ❖ Eozinofilik özofajit
 - ❖ Barret özofagus
 - ❖ Enfeksiyöz ülserler de

Boerhove Sendromu

- ❑ Yırtılma distal intratorasik özofasun sol posterolaterilinde sık
- ❑ Gastrik içerik mediastene açılır
 - ❖ Kimyasal mediastinit
 - ❖ Mediastinal nekroz
 - ❖ Plevral efüzyon
 - ❖ ampiyem
- ❑ Nedenler;
 - Öğürme, kusma
 - Nadir doğumda
 - Epilepsi
 - Uzun süreli öksürük, gülme
 - Ağırlık kaldırma

Klinik

☐ Perforasyon yeri

❖ Servikal

- Boyun ağrısı
- Disfaji, odinofaji
- Sternokleidomastoid kasta ağrı

❖ İntratorasik

- Göğüs arka kısmında ağrı

❖ İntraabdominal

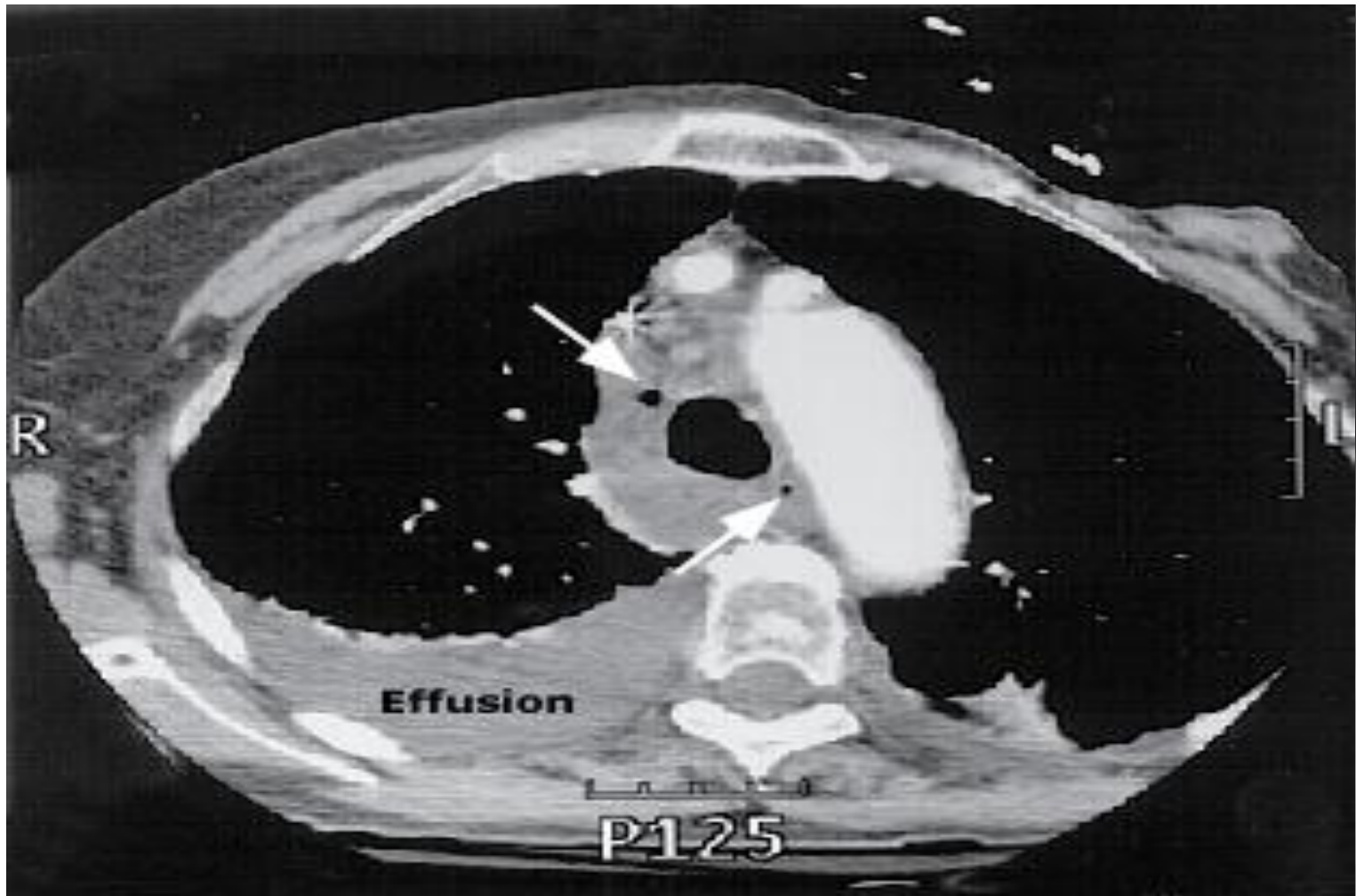
- Omuza vuran epigastrik ağrı
- Akut karın
- Sırt ağrısı ile birlikte supin pozisyonda yatamama

☐ Derecesi

☐ Kaçak miktarı

☐ Tanı için geçen süreye göre değişir

Tanı



Tedavi

- ☐ Oral alımın kesilmesi
- ☐ Parenteral beslenme
- ☐ İV geniş spektrumlu antibiyotik
- ☐ İV proton pompa inhibitörü
- ☐ Sıvı kolleksiyonu varsa drenaj
- ☐ Enfektif ve nekrotik dokunun debride edilmesi
- ☐ Cerrahi konsültasyon

Özet

- Göğüs ağrısının yaşamı tehdit nedenleri ekarte edilmeli
- Tanı için hikaye, fizik muayene, laboratuvar, EKG ve görüntüleme kullanılmalı



Sabrınız için teşekkürler