ΟΞΥΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Βλάσης Πολυχρονόπουλος –

Α Πνευμονολογική Κλινική ΥΓΕΙΑ

Τι είναι πόνος;

Δυσάρεστο αίσθημα σχετιζόμενο με πραγματική ή δυνητικά ιστική βλάβη και είναι

Πάντοτε υποκειμενικός

Murray, J: Clinical Pulmonology
p 848, Saunders

- **Ο ασθενής που αναφέρει πόνο, είναι ο πρώτος και ο τελευταίος που καθορίζει την ποιότητα και την ένταση του πόνου**
  - **Ο πόνος επηρεάζεται από:**

•Την ψυχική καλλιέργεια του ατόμου
•Προσδοκίες και προγενέστερες εμπειρίες
•Τρόπο αντίδρασης του ατόμου
•Συνθήκες κάτω από τις οποίες ο πόνος εμφανίζεται

•*ΣΗΜΕΙΟ ΠΡΟΣΟΧΗΣ*:
•Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΌ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΙ ΣΥΧΝΑ ΣΕ ΚΑΛΟΗΘΗ ΑΙΤΙΑ(Κρύωσα)

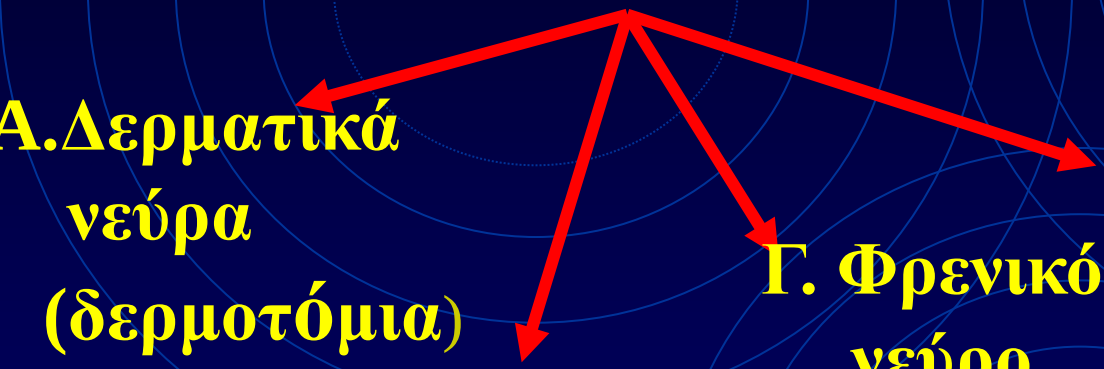
ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

- ΣΥΧΝΑ ***ΔΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΤΑΙ*** ΩΣ ΠΟΝΟΣ,ΑΛΛΑ
- Ως βάρος, αίσθημα πίεσης, δυσφορία, αιμωδία,

ΣΥΧΝΑ ΕΚΦΡΑΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΩΣ ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΑΝΙΚΟΥ

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ: ΑΝΑΤΟΜΙΑ (1)

Προσαγωγές οδοί του πόνου



Α.Δερματικά νεύρα (δερμοτόμια)

Β. Πνευμονογαστρικό Παλίνδρομο νεύρο

Γ. Φρενικό νεύρο

Δ. Συμπαθητική άλυσος

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ :ΑΝΑΤΟΜΙΑ (2)

- **Δερματικά νεύρα: Οργανωμένα σε δερμοτόμια:**

- **Πόνος από ένα δερμοτόμιο,ίσως γίνεται αντιληπτός σαν πόνος από κάποιο άλλο**
- **Μεγάλη αλληλοεπικάλυψη δερμοτομίων**

- **Αποτέλεσμα:πάσχουσα η θέση Α-συμπτωματική η Β**

Θωρακικός Πόνος – Ανατομία-(3) Προσαγωγές Οδοί

- **Πνευμ/κό–παλίνδρομα νεύρα:** Νευρώνουν: οισοφάγο,πνεύμονα,καρδιά, ΓΕΣ

↓

- **Προσαγωγές ώσεις από τα ανωτέρω, καταλήγουν στον προμήκη:**

↓ Μηχανισμός ΄΄κεντρικών αλληλοεπιδράσεων»

↓

- **Λόγω νευρικών συνάψεων στο στέλεχος, → επικάλυψη, ή αναντιστοιχία σημάτων από ΓΕΣ, καρδιά, πνεύμονες**

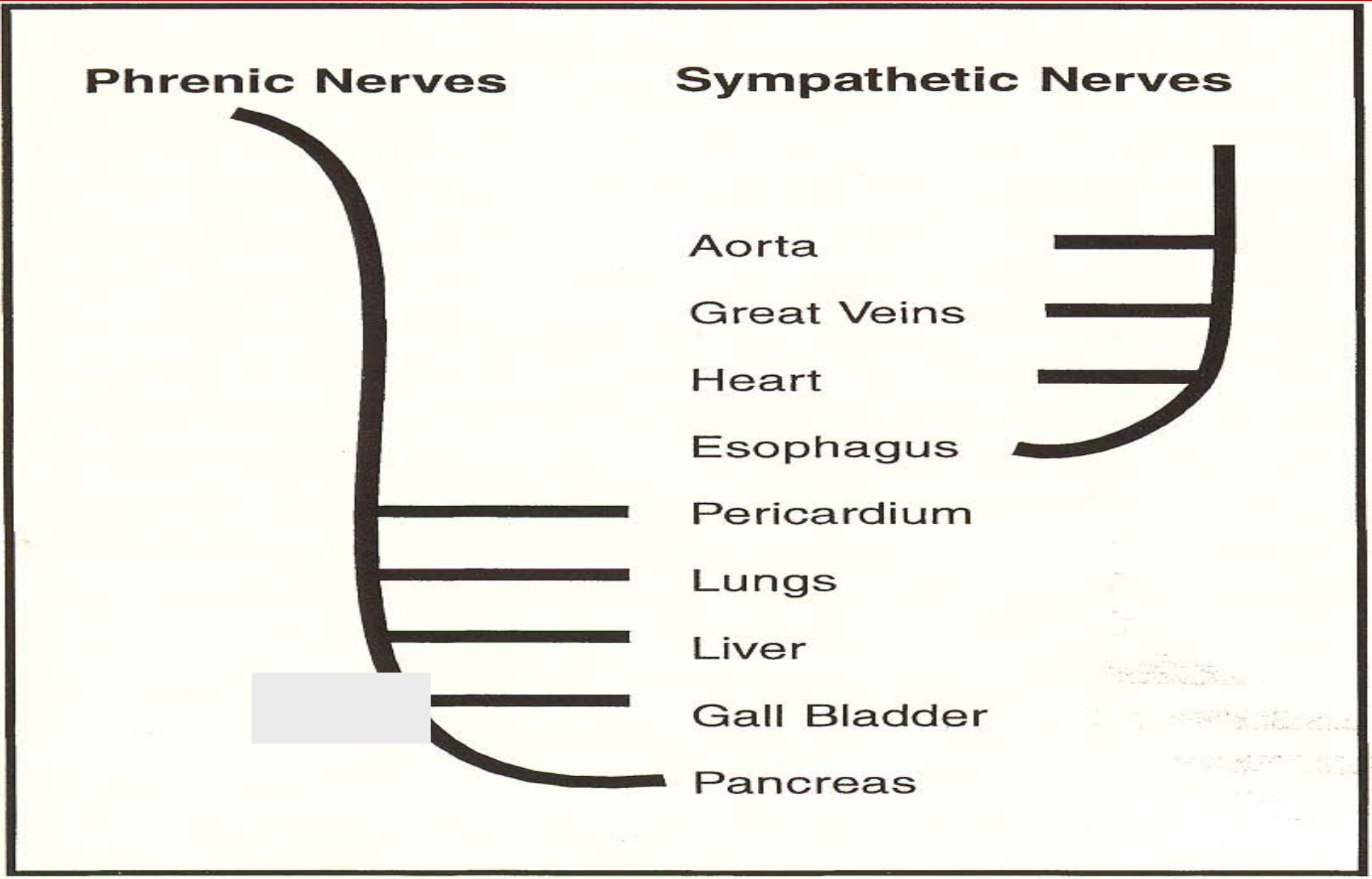
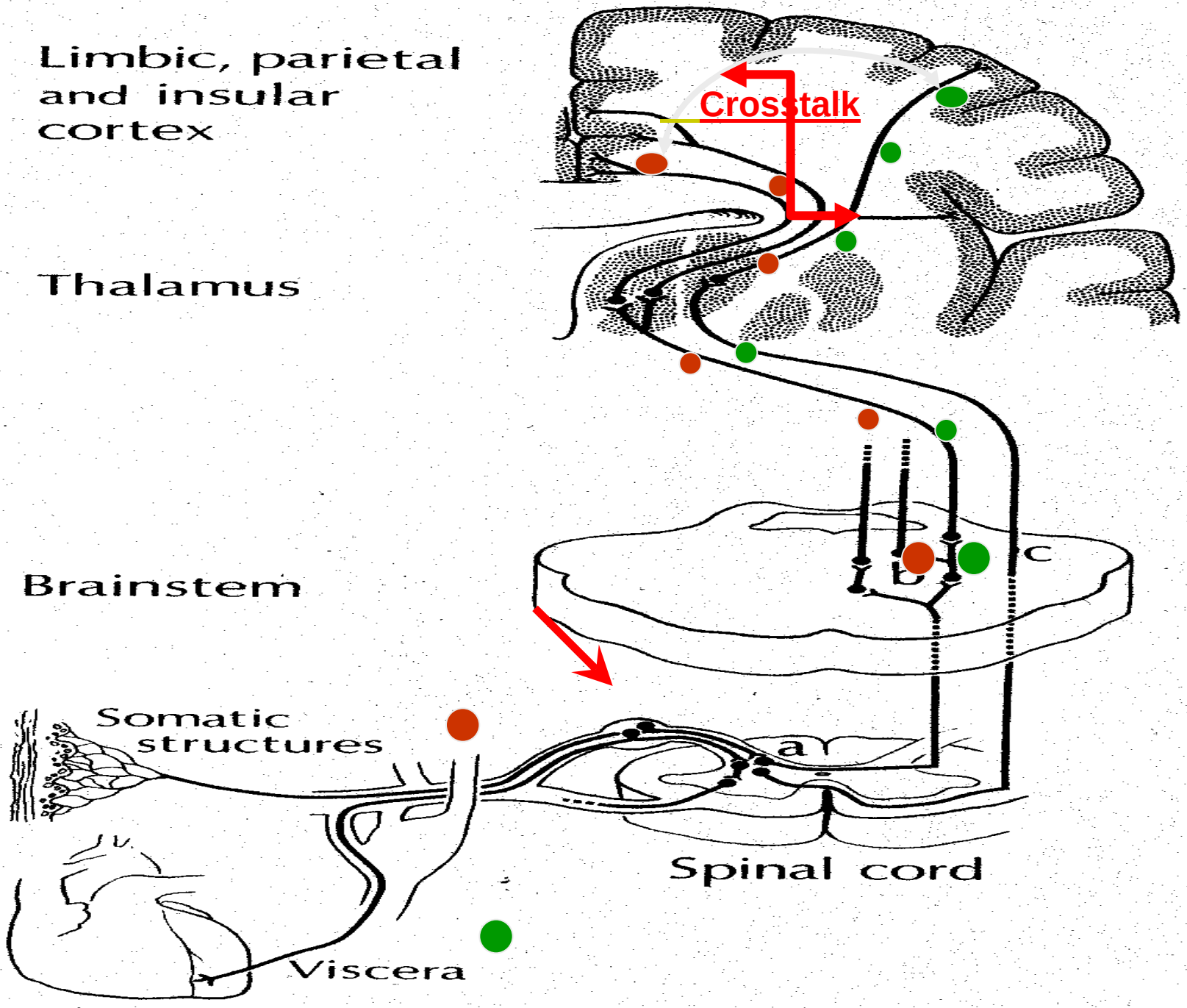


Figure 3. Schematic drawing of the organs innervated by the phrenic and sympathetic nerves.


Limbic, parietal and insular cortex
Crosstalk
Thalamus
Brainstem
c
b
Somatic structures
a
Spinal cord
Viscera

Συμπέρασμα

Δερματικά νεύρα, (δια των δερμοτομίων): άγουν και επιπολής αλλά και εν τω βάθει ερεθίσματα και αλληλοεπικαλύπτονται

- **Οι κλάδοι του πνευμονογαστρικού άγουν ερεθίσματα από ΓΕΣ, υπεζωκότα, καρδία και λόγω του φαινομένου crosstalk, ΕΠΙΣΗΣ αλληλοεπικαλύπτονται**
- **Συμπαθητικό – περιφ. υποδοχείς άλγους (δερμοτόμια): Στενή ανατομική συσχέτιση**
- **Φρενικό νεύρο: Διάφραγμα- ωμική ζώνη (Φλεγμονή του πρώτου → άλγος ώμου)**

ΑΛΛΗΛΕΠΙΚΑΛΥΨΗ:

- **Αποτέλεσμα όλων των ανωτέρω συσχετίσεων**

ΠΑΣΧΟΝ ΟΡΓΑΝΟ Α→ΑΝΤΙΛΗΠΤΟΣ Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ Β

ΑΓΝΩΣΤΟ ΑΚΟΜΗ: ΤΟ Α ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΚΑΙ ΤΟ Β (Η ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΑ);(↑↑Επίπτωση της ΓΟΠ σε στεφ.ασθενείς)

Evaluation of the adult with chest pain in the Emergency Dpt
Judd E Hollander, MD, Maureen Chase, MD, MPH
Up To Date 3/2020-

- Thoracic organs share afferent nervous system pathways.
- This creates significant ***overlap*** in the symptoms patients experience when thoracic organs develop disease,
- and makes it *difficult to distinguish* which organ system is involved purely on the basis of history.

50% περίπου των αρχικώς θεωρηθέντων ως ισχαιμία μυοκαρδίου (από ιστορικό, κλινική εξέταση, ΗΚΓ) αποδείχθηκε τελικά ως στεφανιαία νόσος

1. *Irwin 1997 Resp. Symptoms*
2. *Bart 1999 Am. J. Emerg*

Επιδημιολογία θωρακικού πόνου

- **Στεφανιαία νόσος : 10%-20%**
- **Οισοφάγος: 30%**

(Can. Fam. Phys. 2007; 53: 261-6)

- **Μυοσκελετικό αίτιο: 30%**
- **Υπεζωκώς (συλλογή ή ΠΘΕ): 15%**
- **Πανικός – άγχος – υπεραερισμός (αμιγής) : 15%**
- **Φάρμακα, πεπτικό έλκος, νεφροί, κ.λ.π. :<5%**

Eur. Heart. J. 1996; 17:1082-- Meisel J: Up to Date 2005; V13, N2

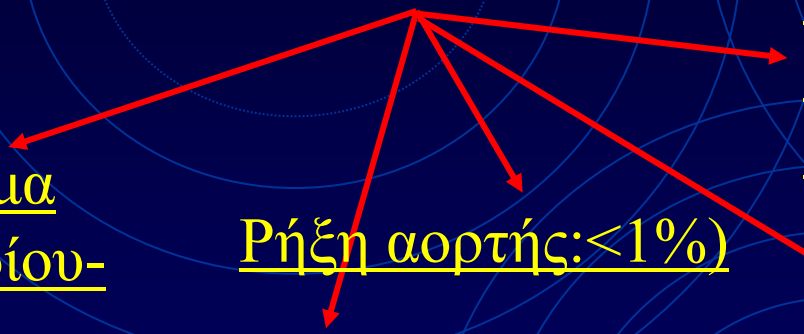
ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

- **75% με θωρακικό πόνο αποδίδεται σε ένα αίτιο**
- **20% σε δύο αίτια**
- **5% σε τρία αίτια**

Heart J. 1996;17

ΠΡΩΤΟ ΜΕΛΗΜΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΑΙΤΙΩΝ



Οξεία διάτρηση οισοφάγου – πεπτικού έλκους – περιτονίτις(1%)

Έμφραγμα μυοκαρδίου-οξεία στεφανιαία νόσος (15%)

Ρήξη αορτής:<1%)

Επικίνδυνη για τη ζωή ΠΘΕ (<1%)

Πνευμοθώραξ υπό τάση (<1%)

Ποιο εκ των κατωτέρω απαντάται ***σπανιότερα*** στους ασθενείς με ρήξη της αορτής;

- **α. Έλλειψη σφυγμού μηριαίας**
- **β. Αυξημένα D-dimer**
- **γ. Μεταναστευτικός πόνος**
- **δ. Υπέρταση**
- **ε. Παθογνωμονικό διοισοφάγειο ECHO**

Ποιο εκ των κατωτέρω απαντάται ***σπανιότερα*** στους ασθενείς με ρήξη της αορτής;

α. Υπέρταση: 50% (25% ↓Ραρτ, 25% κ.φ)

β. Έλλειψη σφυγμού μηριαίας: <15%- υψηλή ειδικότητα

γ. Αυξημένα D-dimer: 100%

JAMA 2002: 287 (17)
Circulation 2004; 110 (17) 370
Chest 2003; 123 (5) 1375

δ. Μεταναστευτικός πόνος :25%

ε. Παθογνωμονικό διοισοφάγειο ECHO :97%

ΗΚΓ:κ.φ.31%, 42%:μη ειδικές αλλοιώσεις (ST, T,) 15% ισχαιμία

Α/Α :90% διαπλάτυνση μεσοθωρακίου ή αορτής +απώλεια αορτικού κομβίου.

Παθογνωμονικό σημείο της νόσου :

"Σημείο της ασβέστωσης"(>1cm : απόσταση αποτιτανωμένου έσω χιτώνα αορτικού τόξου από το όριο του έξω χιτώνα).

Insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection. Circulation April24,2018: Vol 137,Issue 17

- ***<u>Πιθανότητα ύπαρξης ρήξης αορτής αυξάνεται:</u>***
- Ιστορικό: απότομη έναρξη του πόνου
- Κλινική εξέταση: απουσία καρωτιδικού σφυγμού ή άνω άκρων και διαφορά αρτηριακής πίεσης >20 mmHg στα άνω άκρα
- Ακτινολογικά ευρήματα μεσοθωρακίου/ αορτής

- *Von KodolitschY,Schwartz AG, Nienaber CA,Clinicalprediction of acute aortic dissection Arch.Intern.Med 2009:160:2977*

Περιστατικό ΤΕΠ

58 χρονος καπνιστής με ιστορικό ΧΑΠ,αναφέρει από 4h αίσθημα δυσφορίας στο θώρακα , έντονη εφίδρωση, και δύσπνοια στην κόπωση-

Ποιό από τα κατωτέρω αυξάνει την πιθανότητα του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου;

α. Η συνύπαρξη ΧΑΠ
β. Η εφίδρωση
γ. Η πρόσφατη και οξεία έναρξη της δυσφορίας
δ. Το ΗΚΓ με συνεχή λήψη
ε. Η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας
στ. Ολα τα ανωτέρω

Περιστατικό ΤΕΠ

58 χρονος καπνιστής με ιστορικό ΧΑΠ,αναφέρει από 4h αίσθημα δυσφορίας στο θώρακα , έντονη εφίδρωση, και δύσπνοια στην κόπωση-

Ποιό από τα κατωτέρω αυξάνει την πιθανότητα του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου;

α. Η συνύπαρξη ΧΑΠ
β. Η εφίδρωση
γ. Η πρόσφατη και οξεία έναρξη της δυσφορίας
δ. Το ΗΚΓ με συνεχή λήψη
ε. Η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας

στ. Ολα τα ανωτέρω

Clinicians in the ED focus on the immediate recognition and exclusion of life-threatening causes of chest pain.

Patients with life threatening etiologies for chest pain ***may appear deceptively well,*** manifesting neither vital sign nor physical exam abnormalities.

Up To Date 3/2020-

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ-ΣΤΗΘΑΓΧΗ

ΜΗΝ ΑΠΟΚΛΕΙΕΤΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ(35%)

(Πλευριτικός:13%; Με κίνηση ή ψηλάφηση:7%; καύσος ή δυσπεψία:23%, αιχμηρός ή κάρφωμα: 22%;)

(Lee, Arch. Int. med. 145;1985)

(Lucia- Angiology 1994)

- **ΑΝΤΙΘΕΤΑ:**
- **Εξω- καρδιακή νόσος με στηθαγχικού τύπου πόνο:**
  - **Μυοσκελετικός 20%**
  - **Οισοφάγος (παλινδρόμηση) 40%**
  - **Πανικός, υπεραερισμός 35%**

Botoman;J.Clin Gastr.2002;
Murray J: Textbook of Resp.Med 2005

1:Ανακούφιση με αντιόξινα δεν αποκλείει συνυπάρχουσες: ΓΟΠ+ στηθάγχη. *Howell J.M. Am.J. Emerg. Med 1991;9*

2: Ανακούφιση με υπογλώσσια νιτρογλυκερίνη, δεν διαχωρίζει την καρδιακή ισχαιμία, από άλλα αίτια θωρακικού πόνου. Emerg.Med.2012

***3: Προηγηθείσα αρνητική δοκιμασία κοπώσεως, δεν αποκλείει το οξύ στεφ.σύνδρομο, σε ασθενείς με οξύ πόνο στα ΤΕΠ* UpToDate 3/2020-**

***4: Ναυτία, έμετος , επιγαστρική δυσφορία*, δεν αποκλείουν, αλλά συχνά συνυπάρχουν ως εκδηλώσεις της στεφ.νόσου**

Πιθανόν ο ασθενής να εκφράζεται δογματικά υπερ της <<καλοήθειας >> των συμπτωμάτων του.

ΕΦΙΣΤΑΤΑΙ Η ΠΡΟΣΟΧΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

ACC/AHA guidelines(2019):a standard twelve lead EKG should be performed within 10 minutes of a patient with acute chest pain.

EKG should be repeated every 15-30 minutes for evaluation of evolving MI within the first hour of presentation .

A normal EKG does not exclude ACS, although the estimated prevalence of ACS with a normal EKG is 1-6% .

PREDISPOSING FACTORS: Age, smoker, previous CORONARY DISEASE, obese, cholesterol,hypertension, diabetes :

TO BE CAREFULLY EVALUATED

Περιστατικό ΤΕΠ

- 47 ετών ♀- μη καπνίστρια
- Ελεύθερο α.α
- Από 3ημέρου εμπύρετο(έως 39^{o}C), βήχα, καταβολή, θωρακαλγία
- $Sp0_2$ 93-94% (21%)
- **Α/α Θώρακος**: πνευμονικά διηθήματα επιδιαφραγματικά άμφω
- PCR για γρίπη θετική (H1N1)
- Αγωγή με οσελταμιβίρη+κεφτριαξόνη

- 3ο 24ωρο νοσηλείας απύρετη

αλλά

- Sp02 93%-έντονη ***θωρακαλγία-δύσπνοια κόπωσης και ταχυκαρδία------ΖΗΤΗΘΗΚΑΝ:***
- D-dimer +

- CT αγγειογραφία---ΠΕ

Ποια από τα παρακάτω είναι σωστά;

1. Η ασθενής είχε αυξημένη κλιν. πιθανότητα ΠΕ
2. Πυρετική κίνηση απαντάται συχνά στην ΠΕ
3. Θωρακικός πόνος εμφανίζεται συχνά σε ΠΕ
4. Έως 40% των ασθενών με ΠΕ έχουν φυσιολογική οξυγόνωση
5. Όλα τα παραπάνω είναι σωστά

Ποια από τα παρακάτω είναι σωστά;

1. Η ασθενής είχε αυξημένη κλιν. πιθανότητα ΠΕ
2. Πυρετική κίνηση απαντάται συχνά στην ΠΕ
3. Θωρακικός πόνος εμφανίζεται συχνά σε ΠΕ
4. Έως 40% των ασθενών με ΠΕ έχουν φυσιολογική οξυγόνωση
5. **Όλα τα παραπάνω είναι σωστά**

1. Κλινική πιθανότητα για ΠΕ

Wells score

Criteria	Points
Clinical signs/symptoms of DVT	3
PE is most likely diagnosis	3
Tachycardia (>100 bpm)	1.5
Immobilization/surgery in previous 4 weeks	1.5
Prior DVT/PE	1.5
Hemoptysis	1
Active malignancy (trt w/in 6 month)	1

Low Risk	Intermediate risk	High risk
< 2 points	2-6 points	>6 points

PE unlikely	PE Likely
0-4 points	>4 points

- Υποξυγοναιμία εμμένουσα, αλλά περιορισμένα διηθήματα-χωρίς νόσημα αεραγωγών
- Οι λοιμώξεις αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες μετρίου κινδύνου για ΠΕ

Ασθενείς με γρίπη 7% ΘΝ

Clinical Int Dis 2011

Ασθενείς με COVID19 25% ΘΝ

ERJ/Thromb 2020

2. Πυρετός έως 38,5^{o} C απαντάται συχνά στην ΠΕ αλλά θ >38,5^{o} C σπάνια (7%)

3. Θωρακικός πόνος συχνά 50%

4. Υποξυγοναιμία :70-75% ασθενών

20%: φυσιολογική PA-aO2

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ(ΓΕΣ)

- **50% ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΧΟΥΝ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΝΟΣΟ**

- **25% ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΚΑΥΣΤΙΚΩΝ Η ΔΥΣΠΕΠΤΙΚΩΝ ΠΟΝΩΝ ΣΤΑ Τ.Ε.Π , ΕΙΝΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**

Richter; Ann. Int. Med. 1989;110

Evaluation of the adult with chest pain in the Emergency Dpt

Judd E Hollander, MD, Maureen Chase, MD, MPH

Wolters/Kluver; 4 : 2018

- ΓΟΠ, σπασμός οισοφάγου,διαφραγματοκήλη, ρήξη οισοφάγου (μετα από εργώδη έμετο):
- ***Νοσήματα Οισοφάγου***:Συχνά αίτια θωρακικού πόνου-Τα δεύτερα σε συχνότητα αίτια σε ασθενείς στα ΤΕΠ (Μετα τη στεφ.νόσο)

- Α/Α θωρακος, CT ΘΩΡΑΚΟΣ: Διαφυγή αέρα στο μεσοθωράκιο σε ρήξη οισοφάγου.----
- ***Αντανακλάσεις πόνου, εφίδρωση, επιγαστραλγία:***
- ΝΑ ΜΗΝ αποτελούν τα καθοριστικά αποκλεισμού

ή επιβεβαίωσης οισοφαγικού/στεφανιαίου νοσήματος

- **Παγκρεατίτιδα**

Συνήθως έναρξη με επιγαστρικό πόνο

- **ΣΥΧΝΟΣ και ο θωρακικός πόνος-σπάνια μόνον θωρακικός-**

- **Συνυπάρχουν:** πυρετός (80%), υπεζωκοτική συλλογή (15%) -αίσθημα διάτασης στην κοιλιακή χώρα (60%).

- Αμυλάση ορού:αυξημένη- ευαισθησία 50-80% (μετά 48 ώρες ελαττώνεται στο 35%) ενώ η ειδικότητά της ποικίλλει----
- CT κοιλιας: βοηθά σημαντικά

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ-ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΕΣ

- **Συχνά: Οισοφάγος** **Σπάνια: Πάγκρεας**
  (παλινδρόμηση) **Χοληφόρα, Έλκος**
- **Κοινή πνευμονογαστρική νεύρωση(οισοφάγος,στεφανιαία αγγεία)**

- **Η Παλινδρόμηση μπορεί να μιμηθεί Ισχαιμία Μυοκαρδίου ή να την προκαλέσει(Lancet 1986; i191)**

- **Εξαιρώντας τους ασθενείς με καρδιακής αιτιολογίας οξύ θωρακικό πόνο, ο οισοφάγος ευθύνεται για το 30-60%**

(Alban Davies: JAMA 1982:248)

Πνευμονία, Πνευμοθώρακας, Υπεζ.συλλογή

- 1: Ηλικιωμένοι, διαβητικοί, αλκοολικοί: ελαττωμένη αίσθηση πόνου
- 2: Μετά το 2ο 24h: Μείωση αισθήματος πόνου
- 3: ΔΙΑΓΝΩΣΗ:Κατά κανόνα αρκεί α/α θώρακος κλ.εξέταση/ιστορικό

CT ΘΩΡΑΚΟΣ: Σωλήνας παροχέτευσης, ανάδειξη υποκειμένου νοσ.σε ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ Πνευμοθώρακα

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ – ΥΠΕΖΩΚΟΤΑΣ- ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ,CT + Φυσική εξέταση

Μπορεί να αντανακλά

Ώμος (διαφρ.υπεζ)

Κοιλιά- Κάτω Μεσοπλευρ.υπεζ

- **ΕΩΣ 13% ΤΩΝ ΠΛΕΥΡΟΔΥΝΙΩΝ : ΣΤΗΘΑΓΧΗ Η ΕΜ**

(Lee; Arch. Int. med 1985;145)

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ- ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ, ΤΡΑΧΗΛΟΣ, ΔΕΡΜΑ, ΜΑΣΤΟΣ

Δέρμα

Κύρια:Ερπης Ζωστήρας
(πόνος πριν τις δερματικές βλάβες)

Μαστός

- Ελεγχος μαστών σε κάθε εντοπισμένο θωρακικό πόνο (γυναίκες)
- Εμφυτεύματα σιλικόνης:
Μπορεί να προκαλούν πόνο.

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΘΩΡΑΚΙΚΟΙ ΜΥΕΣ & ΟΣΤΑ

ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΗ ΑΙΤΙΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

- **7% ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΜΩΝ ΜΕ ΤΗ ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΩΝ ΠΟΝΩΝ ΣΤΑ ΤΕΠ : ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΙ**

- **Μετά πίεση, υπερκόπωση στηθικών μυών: Απότομος, οξύς, εντοπισμένος,αναπαράγεται**

- **Φλεγμονή μυών, άρθρωσης, σπονδυλικών νεύρων, ξιφοειδούς. (Tietze, ξιφοειδυνία, ινομυαλγία,μεσοπλεύριος νευραλγ-ιογενής)**
- **Συμπίεση νευροαγγειακου δεματίου από τραχηλική πλευρά (σ. Θωρ. Εξόδου)**

- **ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ Pancoast**

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΛΟΓΩ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- **ΟΛΟΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΠΟΝΟ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΡΩΤΗΘΟΥΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (Νόμιμη/ή παράνομη)**

  (Hollander J.E: Arch. Ind. Med.199 1998)

- **5FU → ΗΚΓ: Ισχαιμία**

- **Μπλεομυκίνη, MTX→Πλευροδ, πλευρίτιδα (ξαφνική εισβολή)**

- **Ρανιτιδίνη:Οξύς έντονος θωρακικός πόνος (αλληλεπίδραση με καρδιακούς H_2 υποδοχείς)**

  Οντασεντρόνη: Παροξυσμοί στηθάγχης

  Βανκομυκίνη: Οπισθοστερνικός

ΚΟΚΑΙΝΗ & ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (πίεση, οξύς, αμβλύς)

- 40% των χρηστών, που επισκέπτονται τα ΤΕΠ, παραπονούνται για θωρακικό πόνο
- 60 λεπτά μετά τη χρήση

αυξάνει τις ανάγκες σε οξυγόνο (↑↑ καρδιακό ρυθμό)

→ Στεφανιαίο σπασμό

→ Ισχαιμία

→ Σχηματισμό θρόμβου

ΠΑΝΙΚΟΣ-ΥΠΕΡΑΕΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ: ΜΗ ΔΙΑΦΥΓΕΙ ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ή Η ΣΤΗΘΑΓΧΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΝΙΚΟ

20% του οξέως εμφανιζόμενου θωρακικού πόνου στα ΤΕΠ
Worthington,J.Nerv.Ment. Dis1997

- **60% των ασθενών σε πανικό αναφέρουν θωρακικό πόνο ως κύριο σύμπτωμα**
- **30% των ασθενών με στεφανιογραφία : απλά πανικό και φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία**
- **17% των ασθενών με θωρακικό πόνο και τυπική στηθάγχη ή ΕΜ(ΗΚΓ+ένζυμα) είχαν ταυτόχρονα πανικό**
  Carter C.: Psychosomatics 1992

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ: ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

- **>40% των νόσων που προκαλούν θωρακικό πόνο μπορεί να ΧΑΘΟΥΝ ΕΑΝ :**
  - **Η ΠΡΟΣΟΧΗ ΕΣΤΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ.**

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ: ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ (1)

Ασθενής σε καταπληξία:

Κλιν.εξέταση+ΗΚΓ, CXR,ECHO.
Αίμα,ούρα,καρδ ένζυμα,δ-Διμερή

Προσπάθησε ανάνηψη

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ : ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ(2)

- **Εάν ισχύει ένα από τα εξής,αντιμετωπίστε άμεσα και διακομίστε σε Νοσοκομείο:**

•Απόφραξη αεραγωγού

•Αναπνοές <10 ή > 29/λεπτό

•Sao2 <93%

•Σφυγμοί <50 ή >120/λεπτό

•Συστολική ΑΠ<90mmHg

•Κλίμακα Γλασκώβης <12

(Laind C; Emerg Med J: 2004 21:226-232)

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ: ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ (3)

Ασθενής σε εγρήγορση-Κλιν.εξέταση+ ΗΚΓ,CXR
(Καρδιακά ένζυμα και D-dimers, εφ` όσον χρειάζονται)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ρωτήστε πρώτα για
ΜΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ-
ΜΗ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

ΓΕΣ,DVT,ΣΕΛ, Ιογενείς λοιμ.,Υπερκόπωση
ή τραύμα, φάρμακα, νεφρική νόσο

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- **Αρχίστε όχι από καρδιοαναπν ,**

Γαστρεν/κό, Δέρμα, Φλέβες, τραύμ

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ-ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (1)

Προσπάθησε ανάνηψη,αν απαιτείται :

- **ΗΚΓ(στηθ,ΕΜ),CK/MB(ΕΜ)ΤροπονίνηΤ(ΕΜ)ECHO**
  D- dimers + Wells score>2→ CTPA (ΠΕ)
  (Am. Fam. Physician Nov.2005)
- **Αίμα (Πνευμονία, παγκρεατίτιδα)**
- **Α/Α(πνευμονία,ΠΝΟ, πνευμομεσοθωράκιο,αορτή)**
- **Ιστορικό- (Φάρμακα, στηθάγχη, οισοφάγος)**
- **Κλινική εξέταση (Πνευμονία, ΠΝΟ)**

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (2)

Νέα άτομα (<40),χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες:

Α/α θώρακος(Πνευμονία, ΠΝΟ); αν αρνητική,

Σκεφθείτε τις πιο κοινές αιτίες:

Υπερκόπωση, μυϊκή φλεγμονή,
τραύμα, ιογενή πλευρίτιδα, φάρμακα,
αντανακλαστικό πανικού—H1N1-Covid:ΠΘΕ

Μεγαλύτερα άτομα(και νεότερα με προδιαθεσικούς παράγοντες)

Αποκλείστε στηθάγχη, ΕΜ, ΠΕ,
Διάτρηση(αορτή,οισοφάγος) ΓΕΣ,
Πλευρίτιδα

Lee T.H: NEJM 2000;342

ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (3)

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

(Meisel J: Up To Date 2005; V13, N2)

- 35% Μυοσκελετική φλεγμονή,υπερκόπωση, τραύμα
- 20% Συγκίνηση, πανικός
- 15% Οισοφαγίτιδα
- 10% Στηθάγχη
- <20% Νόσος Υπεζωκότα,ΠΘΕ

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

(P.Fruegaard:Eur. Heart Journ. 1996; 17: 1082)

75%:ΜΙΑ Διάγνωση
20%: ΔΥΟ
5%:ΤΡΕΙΣ

35% ΓΕΣ

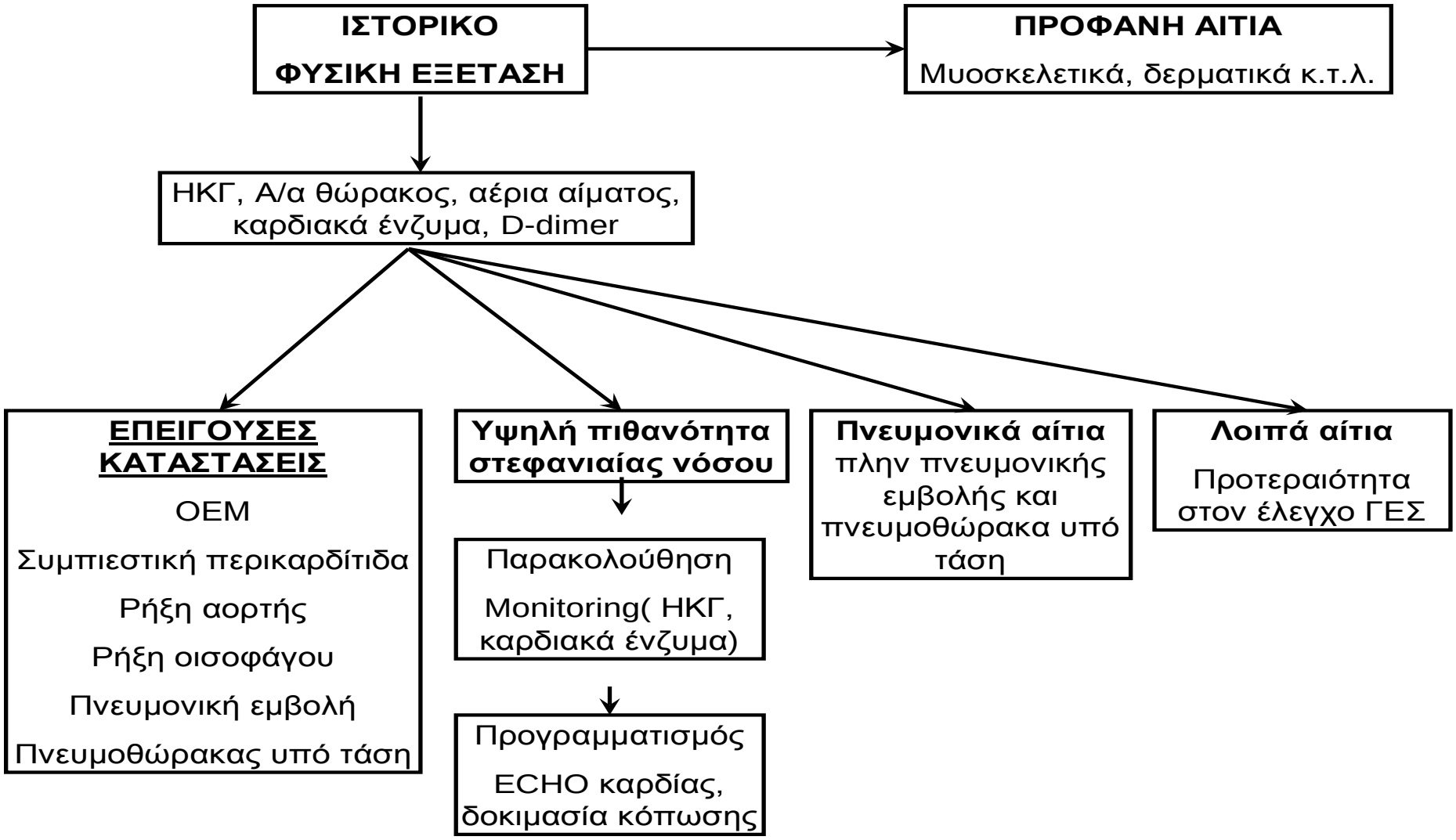
30%Στηθάγχη,ΕΜ

30% Μυοσκελετικά

< 10% ΠΘΕ,Πλευριτικά,

ΠΝΟ, Αορτικά

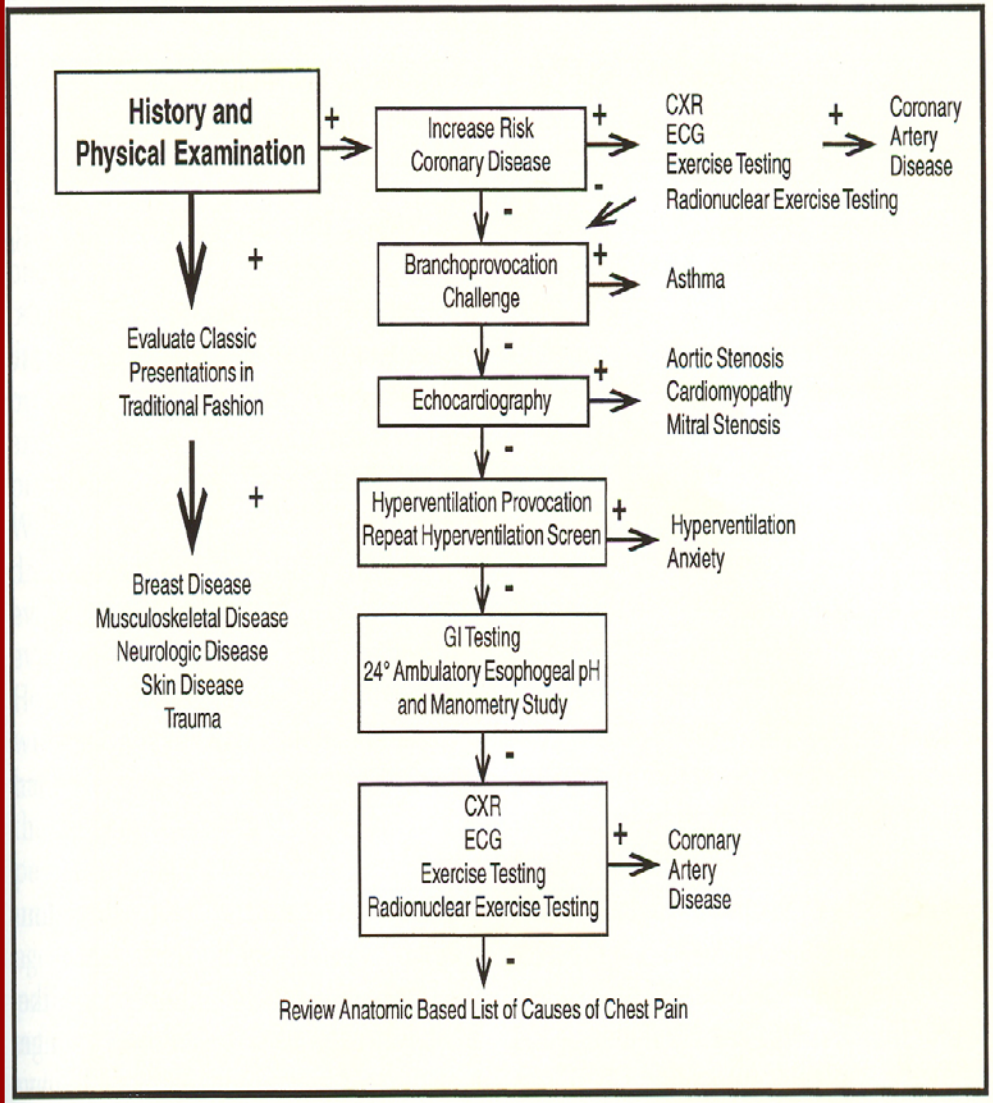
ΟΞΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ



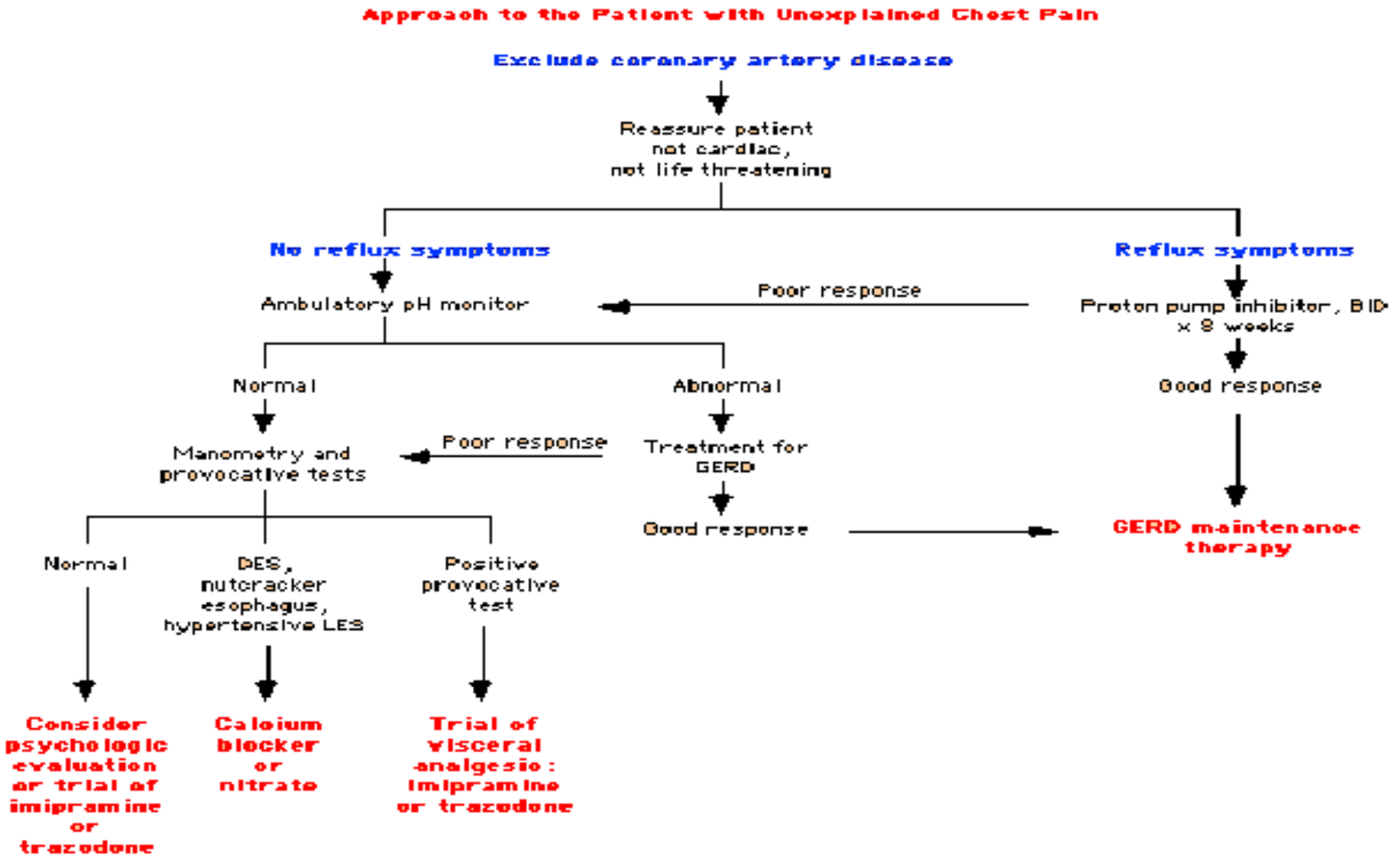
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Common Causes of Chronic Chest Pain in Adults

- Angina
- Aortic Stenosis
- Asthma
- Benign Overuse Syndrome
- Breast Cancer
- Cardiomyopathy
- Drugs
- Fibrocystic Breast Disease
- Gastroesophageal Reflux Disease
- Gastroesophageal Dysmotility
- Hyperventilation/Anxiety Syndrome
- Mitral Valve Prolapse
- Mitral Stenosis
- Pectoral Girdle Syndrome



Castell D. The acid suppression test for unexplained chest pain.
(Editorial) Gastenterology 1998



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ