

Göğüs Ağrısına Yaklaşım

Approach to Chest Pain

Uzm. Dr. Ahmet Murat IŞIL
Dr. Aslı GÜLER BAYINDIR
Uzm. Dr. Özge TUNCER
Dr. Rana GÜNDOĞAN

Aile Hekimliği Uzmanı, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Uzm. Dr. Ahmet Murat IŞIL
Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi, Saim Çıkrıkçı Caddesi No:59 35370 Bozyaka İzmir

Tel/phone: +90 505 8075818
E-mail: muratistan@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

Göğüs Ağrısı, Aile Hekimliği

Keywords:

Chest Pain, Family Medicine

Geliş Tarihi - Received
23/11/2016

Kabul Tarihi - Accepted
25/12/2016

Öz

Göğüs ağrısı yaşamı tehdit eden birçok hastalığın ortak bulgusu olan, ileri derecede çeşitlilik gösteren, multidisipliner yaklaşım gerektiren bir semptomdur. Bu yazıda ana hatları ile göğüs ağrılı hastaya yaklaşım, olası tanılar, ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gerekenler, tanı sonrası adımlar ve işleyişte karşılaşılabilen sorunlar özetlenmiştir.

Abstract

Chest pain is a common symptom of many diseases that threaten life. It is a highly diverse symptom that requires multidisciplinary approach. This article summarize main approach to the patients with the chest pain, steps outlined for possible diagnosis, tricks should be considered in the differential diagnosis and process issues that can be encountered in management of chest pain.

Bu yazının amacı göğüs ağrısına yaklaşım ile ilgili olarak tek bir branşın bakış açısından daha geniş bir yaklaşımla ve akademik ayrıntılara girmeden, mesleki uygulamalarımızda akılda kalacak şekilde yalnız bir derleme sunmaktır.

Göğüs ağrısı; aile hekimliğinin yanı sıra acil tıp, iç hastalıkları, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, genel cerrahi, genel pratisyenlik öncelikli olmak üzere tüm branşların pratiğinde karşılaşılabilen, karakteristik özellikleri ileri derecede çeşitlilik gösteren ve en sık ölüm nedeni olan patolojilerin ortak bulgusu olması nedeniyle her zaman hatırdan bulundurulması gereken bir semptomdur.

Öyküde tanımlanan ağrı bir kenara bırakılırsa göğüs ağrısı şikayeti ile en sık acil servis hekimleri karşılaşırlar. Hastanelerin kapasitelerine göre çeşitlilik göstermekle birlikte acil servis başvurularının en az %5'i göğüs ağrısı şikayeti ile gelmektedir. Göğüs ağrılı hastalar triajda öncelikli hastalardır. Göğüs ağrısı, mortalitesi yüksek birçok tanının ortak bulgusu olması nedeniyle ayırıcı tanı basamaklarının hızla geçilmesi gereken bir semptomdur.

Çoğunluğu kalp dışı sebeplere bağlı olsa da bir sağlık kuruluşuna göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran her hastanın yakınması, öncelikle kardiyak kökenli olarak değerlendirilmelidir. Ateş, nabız, solunum sayısı, kan basıncı gibi sayısal bulguların alınması ile genel durum değerlendirmesinden hemen sonra intranasal oksijen desteği sağlanmalı, damar yolu açılmalı, akabinde ağrının tanımlanmasına odaklanılmalıdır. Bu amaçla ağrının karakteri, süresi, lokalizasyonu, yayılımı, solunumla ilişkisi sorgulanmalıdır.

Öyküde koroner girişim, egzersiz intoleransı, ailede koroner arter hastalığı, yakın geçmişte travma, doğum, cerrahi girişim öyküsü ya da ruhsal travma, sigara kullanımı, hi-

pertansiyon, diyabet, dislipidemi, obezite gibi tanılarının varlığı mutlaka dikkate alınmalıdır. Özellikle ilaç kullanımı ve ilacı aksatma durumu doğru tanıya ulaşmayı kolaylaştırabilir. Akut koroner sendrom tanısı alan hastaların yaklaşık %40'ının acil servise başvurularında klasik koroner arter hastalığı bulgularını tanımlamadıkları ve göğüs ağrısı şikayeti ile gözlem altına alındıktan sonra taburcu edilen hastaların %5'inin, takip eden 24 saat içinde akut koroner sendrom tablosu ile tekrar acil servise başvurdıkları dikkate alınmalıdır.

Laboratuvar bulguları çok değerli kanıtlar sunsa da göğüs ağrısında temel dayanak daima yeterince ayrıntılı ve hızlı sorgulama ve hemen sonrasında etkin bir klinik gözlem olmalıdır. Klinisyenin deneyimi ölçüsünde zaman en verimli şekilde kullanılmalı, değerlendirme uzun sürmemelidir. Tetkik sonuçlarını beklerken harcanan zaman da hastada telifisi mümkün olmayan zararlara sebep olabilir. 12 derivasyonlu EKG, hasta başvurusundan itibaren en geç 10. dakikada çekilmiş ve değerlendirilmiş olmalıdır. EKG'nin ne sıklıkta tekrarlanması gerektiğine, hastanın klinik durumuna göre karar verilmelidir. İmkanlar elverdiği ölçüde göğüs ağrısı olan ve kardiyak nedenler ekarte edilemeyen tüm vakalar monitorize edilmelidir. Eşzamanlı olarak hemogram, acil biyokimya, troponinT ve I, miyogloblin, kreatinin fosfokinaz, ve MB izoenzimi de dahil kardiyak belirteçler için kan örneği alınmalı, aciliyet düzeyi numune ile birlikte laboratuvara iletilmelidir. Görüntüleme işlemleri hızla sonuçlandırılmalıdır. Vaka, Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti, fibrinolitik tedavi, cerrahi girişim gibi seçeneklere aday ya da yoğun bakım ihtiyacı var ise hastane içinde ilgili birimle ya da sevk edilecek üst merkez ile iletişime geçilmelidir.

Hasta ile ilgili temel veriler ışığında ayırıcı tanıda olası tüm seçenekler dikkate alınmalıdır. Bu aşamada olası tanılar hekimin kişisel deneyimine göre sıklık sırasına, mortalite düzeyine, sistematik sıralamaya, anatomik lokalizasyona ya da bunların çeşitlendirmelerine göre ele alınabilir. Her yöntemin kendine has üstün yanları olmakla birlikte esas olan hekimin alışkın olduğu algoritmayı hızlı ve hatasız uygulayabilmesidir.

Göğüs ağrısı yakınması ile gelen hastada dikkate alınması gereken tanılar; akut miyokard infarktüsü, kardiyak tamponad, aort diseksiyonu, valvülopatiler ve özellikle mitral valv prolapsusu, pneumothoraks, pulmoner emboli, perikardit, mediastinit, pnömoni, plörezi, hiatus hernisi, subdiaphragmatik abse, mezotelioma, travma, kosta fraktürü, kostokondrit, intrakostal miyalji, özofagus rüptürü, özofajit, gastrit, peptik ülser perforasyonu, pankreatit, metastatik tümörler, Hodgkin hastalığı, herpes zooster, intervertebral disk protüzyonları ve psikojenik nedenler olarak özetlenebilir. Her bir tanının ayrıntılı olarak açıklanması yazının amacı dışından olduğundan değinilmeyecektir.

Tanı aşamasında yol gösterici olabilecek birkaç ipucu şöyle özetlenebilir: Özellikle yaşlı hastalarda, diyabetiklerde dispne özellikle sorgulanmalı, angina eşdeğeri bulgu olarak dikkate alınmalıdır. Dispne; bulantı, kusma, terleme ve senkop şikayetlerine odaklanıldığında gözden kaçabilir. Angi-

na olmaması akut koroner sendrom tanısını ekarte ettirmez. Gençlerde ve özellikle genç kadınlarda sadece vakaların %35 kadarı klasik angina yakınması tanımlar. Akut koroner sendromun gençlerde daha yüksek mortalite ile seyrettiği bilinmektedir. Birçok kez acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvurduğu ve akut koroner sendrom olmadığı ispatlanan hastalarda minimal mitral valvprolapsusu, intervertebral disk protüzyonu ve psikiyatrik nedenler ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Yakın zamanda geçirilmiş büyük cerrahi girişim ya da doğum öyküsü pulmoner emboli tanısını düşündürmelidir. Ani başlangıçlı, çok şiddetli, yırtılma hissi ile seyreden göğüs ağrısında dissekan aort anevrizması öncelikle hatırlanmalıdır.

Hastanın tanısı konulduktan sonra aciliyet durumu, yataş endikasyonu varsa nereye yatırılacağı konusunda kararı belirleyecek nesnel ölçütlere ihtiyaç duyulur. Goldman kriterleri, EKG'de akut miyokard infarktüsü şüphesinden hareketle ilk 72 saat içinde gelişebilecek yaşamı tehdit eden olayları belirlemede oldukça yardımcıdır. ST yükselmesi ve yeni Q dalgası saptanan hastalar risk hesaplanması ile vakit kaybedilmeden ivedilikle bir koroner yoğun bakım ünitesinde tedaviye alınmalıdır. İkidenden fazla derivasyonda ST çökmesi ve T negatifliği belirlenen hastalarda; kararlı angina kliniğinin kötüleşmesi, sol kalp yetmezliği bulgularının ortaya çıkması, hipotansiyona eğilim, aritmi, invazif koroner girişimler sonrası gelişen durum olup olmamasına göre orta ya da yüksek risk kararı verilir. EKG değişikliği saptanmayan ve ek risk faktörü bulunmayan hastalar makul bir gözlem süresi sonrasında poliklinik kontrolüne yönlendirilebilir.

Kardiyak kökenli patolojilerin ekarte edilmesi aşamasında, acil serviste görev yapan nöbet ekibinde sıklıkla kardiyo-oloji uzmanı desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak her hastanede kardiyo-oloji uzmanı bulundurulması ve koroner yoğun bakım ünitesi açılması gerçekçi bir hedef değildir. Bu noktada hastane idarelerinin mevcut uzman hekim kadrolarına ve hastanelerinin rolüne göre acil servislerinde uygulanacak protokoller ve algoritmaları tanımlamalarında fayda vardır. Belirsizliğin sürdüğü durumlarda hem hastanın zaman kaybına bağlı zarar görme ihtimali, hem de acil ekibinin ve konsültan hekimlerin iş yükü artmaktadır.

Günümüzde kamu ve özel hastanelerimiz hizmet kalitelerini çok artırmış olmalarına rağmen hala sahada göğüs ağrılı hastanın yönetiminde sorunlar yaşanabilmektedir. Üniversite hastanelerimiz ve Eğitim-Araştırma hastanelerimiz bölge hastanesi statüsünde hizmet verdiklerinden sıklıkla yoğun bakım ünitelerinde boş yatak bulunamamakta, teknik donanım yeterli olmasına rağmen uzman sayısı 24 saat nöbet sistemini yürütecek yeterlilikte olmadığından, örneğin PTCA endikasyonu konulduğunda işlemin gerçekleştirileceği merkezin belirlenmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Benzer zorluklar multitravmalı, göğüs cerrahisi ya da kardiyovasküler cerrahi gerektiren vakalarda da görülebilmektedir.

Yukarıda tanımlanan sorunlar, uzman profili ve teknik donanımı nisbeten daha kısıtlı perifer hastanelerinde, göğüs ağrısı yakınması ile gelen vakaya müdahale eden hekimin

ve ekibinin tıbbi sorumluluklarına ilave hukuki ve idari yükümlülükler getirmektedir. Hastanın hastaneye girişinden itibaren tıbbi gereklilikler eksiksiz yerine getirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Çoğunlukla sorun, olgunun bir üst merkeze sevk gerektiğinde ortaya çıkmaktadır. Hastanın stabilize edilmeden sevk işlemine başlanması tıbbi ve hukuki hatadır. Genel anlamda tüm sağlık ekibinin yapılan kadar yapılmayan işlerden de sorumluluğu vardır.

Göğüs ağrısı ile sınırlı kalmaksızın acil servis hizmetlerinin ve sevk işlemlerinin yürütülmesi hakkında 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesi hükümleri yürürlükte olup yapılması gereken iş ve işlemler ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Özveri ile yürütülen tıbbi hizmetlerin istenmeyen medikolegal sorunlar ile gölgelenmemesi için güncel mevzuata hakim olunmalıdır.

Göğüs ağrısı, pratikte sık karşılaşılmaması, olası medikal ve hukuki sonuçları nedeniyle önem taşımaktadır. Uygulanması gereken tanı ve tedavi yöntemleri eksiksiz yerine ge-

tirilmelidir. Tüm hekimlerin göğüs ağrısına temel yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gereklidir.

Kaynaklar

1. Orak M, Alan S, Akıl A, Göğüs ağrılı hastaya yaklaşım, Editörler: Bozdemir N, Kara İ.H, Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi, Nobel Kitabevi, 2010, s.508-540, 1141-1188, 1227-1229
2. Rakel R E, Rakel P R, Textbook of Family Medicine, Ninth Edition, Saunders, 2015
3. Garry B, Green PM, Approach to Chest Pain. In: Tintinalli JE, Gabar DK, Stephan J (eds), Emergency Medicine, 6th edition. New York: McGrawHill; 2004. 333-343
4. www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/06/20080626-3.htm (Son erişim 29.09.2016)
5. Wilson S A, Perkins J J, Weaver-Agostoni J, Acute Coronary Syndrome In: South-Paul J E, Matheny S C, Lewis E L, Current Diagnosis and Treatment in Family Medicine, 4th edition, New York, McGrawHill, 2015, 195-204