

GÖĞÜS AĞRISI*

Uyarlayan:Uzman Hemşire Emine TÜRKMEN

I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu

Araştırma Görevlisi

Hastalar, çoğu zaman göğüs ağrısını kalp krizinin bir işareti(belirtisi) olarak değerlendirirler. Ancak bu, her zaman böyle değildir. Göğüs ağrısı, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, kas iskelet sisteminden kaynaklanabilir ya da psikolojik kökenli olabilir. Bu nedenlerin iki veya daha fazlası birarada olduğunda, belirtiler daha da karmaşık hale gelir (1).

Kesin bir tanı koyabilmek için, hastanın genel görünümü, tutumu, ağrıyı ifade etme biçim gibi her türlü ipucu araştırılmalıdır. Hastanın hikayesi alınırken, ağrının yerini, süresini, şiddetini ve niteliğini tanımlamada kullandığı sözcüklere çok dikkat edilmelidir. Örneğin; pnömotoraks bulgusu olabilecek yırtılma veya bıçak saplanır tarzda bir ağrıdan mı şikayet ediyor? Veya spazmını düşündüren sıkıştırıcı bir ağrı mı tarif ediyor? Ölüm korkusu veya boğulma hissi olduğunu mu söylüyor? Ağrıyı eliyle nasıl gösteriyor? Anginayı düşündüren biçimde, elini açık şekilde veya yumruk yaparak göğsüne mi bastırıyor? Hasta ağrıyı tanımlarken hastanın kullandığı sözcüklerin tekrar edilmesi, hastanın anksiyetesini azaltmada ve ağrının olası nedenini belirlemede yardımcı olacaktır (2).

Hikayenin Alınması

Hastaya, daha önceden böyle bir ağrısı olup olmadığını, eğer bu tip bir ağrısı oldu ise ne yaptığını sorunuz. İşten çıktıktan sonra çok hızlı yürümüş mü? Ailesi ile tartışmış mı? Eğer durum böyle ise miyokard infarktüsünden şüpheleniniz. Miyokard infarktüsü,sıklıkta bu gibi stresli aktiviteler sonrası gelişmektedir. Eğer uzun bir süre eğik bir şekilde oturmuşsa veya çömelmişse (örneğin futbol maçı izleme gibi), sorun, göğüs adalesinin kasılması olabilir. Ağrı, yemek yeme ile ilişkili veya ilişkisiz biçimde günün aynı saatlerinde

* "Green, E.; Solving the Puzzle of Chest Pain, *American Journal of Nursing*. 32-40, January, 1992."den uyarlanmıştır.

oluyorsa, bunun gastrointestinal sistemden kaynaklandığı düşünülebilir. Ağrının şiddeti değişiyor ve 10 dakika içinde sonlanıyorsa, bu klasik bir anjina'dır. Eğer ağrı gece uykudan uyandırıyor, bu koroner spazmın tipik şeklidir; kötüye giden ve tıbbi tedavi gerektiren bir göğüs ağrısıdır(2).

Diğer yandan göğüs ağrısını yeri, yayılımı ve şiddeti yönünden değerlendiriniz. Ağrıya neden olan durumları araştırınız. Hastaya, ağrı başladıktan sonra aktiviteye devam edip edemediğini sorunuz. Yatmanın veya oturma'nın ağrıyı etkileyip etkilemediğini öğreniniz(2).

Örnek Vak'a

55 yaşında, erkek bir hasta, substernal bölgede, sıkıştırıcı özellikteki göğüs ağrısı nedeni ile acil birime başvurmuştur. Oldukça huzursuz görünen hasta, "Bu o mu, yoksa değil mi? Ölüyorum, daha önce hiç böyle bir şey yaşamadım" der. Daha sonra, günün erken saatlerinde sessizce kitap okurken nefesinin kesildiğini, bulantısının olduğunu ve göğüsünün ortasında sıkıştırıcı tarzda bir ağrısı olduğunu, hastaneye gelinceye kadar yaşayamayacağından korktuğunu ifade eder. Ağrısında çok hafif bir azalma vardır, hala anksiyeteli görünmektedir(2).

Bir yandan olayı tekrar ederken, diğer yandan hastanın ağrıyı eliyle nasıl gösterdiğini belirleyiniz. Ağrıyı, sıkışmış yumruğu göğüsüne koyarak belirtmesi, ağrının kardiyak kaynaklı olduğunu gösterir. Eğer hasta sadece tek bir noktaya işaret ediyorsa, bu daha çok pulmoner sistem veya kas-iskelet sistemi ile ilgilidir. Konuşması sırasında esneme ve iç çekme olmaması, hiperventilasyon sendromundan çok koroner yetmezlik veya miyokard infarktüsü gibi kardiyak nedenlerle meydana geldiği şüphesini güçlendirmektedir(2).

Ağrıların egzersiz sırasında değil de sessizce kitap okurken meydana gelmesi, bunun muhtemelen anjina olmadığını gösterir, çünkü klasik olarak anjina, egzersiz veya emosyonel bir stresle başlayan, giderek artan ya da azalan tipte ve egzersiz sonlandırıldığında geçen bir ağrıdır. Oysa hastanın ağrısı başladığından bu yana aynı şiddettedir. Yirmi dakikadan daha uzun süren herhangi bir göğüs ağrısında, durum kesin olarak belirlenene kadar miyokard infarktüsünden şüphelenilmelidir(2).

Anjinanın atipik bulgularla olabileceği de (bazen hiç ağrı olmayabilir) akılda tutulmalıdır. Hastanın ağrısının sadece göğüste değil çenesinde ve üst kolunun iç kısmına yayılması, fazla miktarda terlemesi, ölüm korkusunun olması ve halsiz olması, durumun miyokardla ilgili olduğu şüphesine götürür(2).

YAYILAN GÖĞÜS AĞRILARI

1. MİYOKARD İNFARKTÜSÜ

- . 20 dakikadan daha uzun süren, şiddetli, baskı veya sıkıştırma tarzında bir ağrıdır,
- . Sternum altında(substernal)dır, parmaklara yayılabilir.

2. ANJİNA

- . 5 ile 10 dakika süren, yanma ve baskı tarzında bir ağrıdır(çoğu zaman hastalar sıkılmış yumruğunu sternum üzerine koyarak ağrıyı belirtirler),
- . Sternum altındadır(substernal); omuzlara, boyuna, çeneye, kollara(daha çok sol kola), sırta yayılabilir

3. AORT DİSEKSİYONU

- . Ani (birden) başlayan, çok şiddetli, yırtılma şemkinde bir ağrıdır,
- . Sternum altındadır; sırta, boyuna ve bacaklara doğru yayılabilir.

4. AORT ANEVİRİZMASI

- . Anevrizmanın yerine, büyüklüğüne ve çevre dokulara yaptığı basıya göre değişen ağrı veya rahatsızlık hissi,
- . Sternum altındadır; boyuna, sırta ve karına doğru yayılır; günlerce veya aylarca sürebilir.

5. MİTRAL KAPAK PROLAPSUSU

- . Ani başlayan, yaygın, dakikalarca veya saatlerce süren, 5. İnterkostal aralıkta midsistolik klik ve geç sistolik üfürümle birlikte olan bir ağrıdır,
- . Sternum altındadır, sol kolun alt bölümüne yayılır.

6. PERİKARDİT

- . İspirasyon sırasında şiddeti artan, batıcı ve yakıcı, devamlı bir ağrıdır,
- . Sternum altında ve sternumun sol tarafındadır; boyuna, sol omuza, sol memeye, sırta ve nadiren kollara yayılır.

7. ÖZOFAGUS SPAZMI

- . Birkaç saniye veya birkaç dakika süren, rakümbent pozisyonda artan, şiddetli, yanma ve sıkıştırma tarzında bir ağrıdır,
- . Sternum arkasındadır; sol kola, boyuna, çeneye ve sırta yayılabilir.

GÖĞÜS AĞRISININ KAYNAKLANDIĞI YERE GÖRE ÖZELLİKLERİ

	DURUM	AĞRININ NİTELİĞİ	SÜRESİ	YERİ	ŞİDDETİ
KARDİYAK	Miyokard İnfarktüsü	. Ezme, basma ve sıkıştırma hissi	. 20 dakikadan daha uzun	. Sternum altındadır; parmaklara yayılır.	. Şiddetli
	Anjina	. Yanma ve baskı, genellikle de basınç veya sıkıştırma hissi	. 5-10 dakika	. Sternum altındadır; omuzlara, boyuna, çene ve kollara yayılır.	. Hafif ya da uykudan uyandıracak veya halsiz bırakacak kadar şiddetli
	Aort diseksiyonu	. Yarıлма veya yırtılma tarzında	. Saatler veya günler	. Sternum altındadır; boyuna, sırta ve bacaklara yayılır.	. Başlangıçtan itibaren çok şiddetli
	Aort anevrizması	. Ağrı veya rahatsızlık hissi anevrizmanın yerine, büyüklüğüne ve çevre dokulara yaptığı basıya göre değişir.	. Günler	. Sternum altındadır; sırta, omuzlara ve karna yayılır.	. Başlangıçtan itibaren şiddetli
	Mitral kapak prolapsusu	. Yaygın bir ağrı	. Dakikalar veya saatlerce	. Sternum altındadır; sol kolun alt bölümüne yayılır.	. Hafif veya şiddetli
PERİKARDİYAL	Perikardit	. Plörezi de olduğu gibi, sıklıkla batıcı, keskin bir ağrı	. Tedavi edilene kadar devam eder.	. Sternum altındadır; boyuna, sırta, sol omuz ve kola yayılır.	. Hafif veya şiddetli, inspi-rasyonda şiddetli artar.
PULMONER	Pulmoner emboli	. Bıçak saplanır tarzda (diğerlerinden çok farklıdır)	. Dakikalar veya saatlerce	. Sternum altındadır.	. Çok şiddetli
	Pnömotoraks	. Batıcı veya yırtıcı tarzda	. Birkaç saat	. Göğüs yan duvarında (yan ağrısı)	. Hafif veya şiddetli
GASTROİN-TESTİNAL	Özofagus spazmı	. Yanma ve sıkıştırma tarzında	. Birkaç saniye veya dakika	. Retrosternal bölgededir; sol kola, boyuna, çene ve sırta yayılır.	
KAS - İSKELET	Tietze sendromu	. Kostakondral ve kostasternal ekleme bastırıldığında ağrı veya rahatsızlık hissi artar	. Saatler veya günlerce	. Kostakondral eklemlerde	. Şiddetli

	BAŞLANGICI	DİĞER BELİRTİLER	PRESİPİTAN FAKTÖRLER	RAHATLATAN GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
KARDİYAK	.Birdenbire şiddetle başlar veya giderek artar.	. Ölümlü korkusu, bulantı, kusma, terleme, huzursuzluk, renginde solma, senkop	. Stres, şişmanlık, ateroskleroz, hipertansiyon	. Nitrogliserin, dinlenme, morfin	. Kapailler dolgunluk 3sn'den uzun EKG de-ğişiklikleri, izoenzimlerde artma
	. Ani veya şiddetli giderek artan nitelekte olabilir	. Dispne, terleme, halsizlik	. Egzersiz, ağır bir yemek, üzüntü, sıkıntı, heyecan, rüyalar	. Nitrogliserin, dinlenme, oturma	. Hastanın avucunu sternum ortasına koyarak ağrısını belirtmesi
	. Ani	. Senkop, terleme, geçici paraliziler, konfüzyon	. Hipertansiyon, Nartan sendromu ağır kaldırma, aort yayında infeksiyon hamilelik	. Narkotik analjezikler, cerrahi müdahale	. Bacaklardaki arteryal kan basıncı koldakından düşüktür
	. Şiddetli giderek artar	. Omuzlarda, sırtta, karında ağrı, dispne, ses kısıklığı, öksürük	. Ateroskleroz, ağır kaldırma	. Cerrahi müdahale	. Şok belirti ve bulguları yönünden değerlendiriniz.
	. Ani	. Efor dispnesi, anjina, çarpıntı, çabuk yorulma	. Romatizmal ateş, egzersiz, yorgunluk	. Endokardit profilaksisi	. Apekte midsistolik klik veya geç sistolik üfürüm araştırılmalıdır.
PERİKARDİYAL	. Ani	. Perikard frönmanı, ateş, yüzeysel solunum	. Miyokard infarktüsü, sırt üstü yatmak derin solunak, öksürük, gövreyi sağa sola çevirmek ağrıyı artırır.	. Oturup öne doğru abanmak ağrıyı hafifletir.	. Stetoskobu basturmakla veya yutkunmakla ağrı şiddetlenir.
PULMONER	. Ani	. Dispne, taşikardi, taşipne, hemoptizi, solunum seslerinde azalma	. Herhangi bir yerden kopup gelen pıhtı, hareketsizlik, oral kontraseptifler	. Fowler pozisyon verilmesi	. 2. Kalp sesinde pulmoner kapak sesinde belirginleşme
	. Ani	. Siyanoz, taşikardi, etkilenen bölgede göğüs hareketlerinde azalma solunum seslerinde azalma	. Öksürük, egzersiz (spotan olarak da meydana gelebilir)	. Göğüs tübii yerleştirilmesi	. Etkilenen tarafta göğüs hareketlerinde azalma
GASTROİNTESTİNAL	. Ani	. Kusma, dispne	. Soğuk sıvılar, egzersiz (ancak spotan olarak da oluşabilir)	. Nil. veliserin	. Rükümbent pozisyonunda artar.

Göğüs ağrısının atipik görünümleri, klasik vak'alarda bile oldukça sık rastlanan bir durumdur. Bunun için tanıda önemli olabilecek belirtileri araştırınız: Göğüs ağrısı nerede başladı? Nereye doğru yayıldı? Periferik nabızları (radyal, femoral, popliteal, pedal) değerlendiriniz. Bu nabızlar var mı? Dolgunluk yönünden eşit mi? Her iki koldaki arter kan basıncını almız ve birbiri

ile kıyaslayınız. Sistolik kan basınçları arasındaki farkın 20 mmHg'dan fazla olması, düşük basınçlı kolun arterinde aterosklerotik bir tıkanıklık olduğunu düşündürür. Bacaklardaki basınç kollardaki basınca göre 20-30 mmHg yüksektir. Femoral, popliteal veya pedal nabızlardan biri zayıf alınıyor veya hiç yoksa; alt ekstremitelerde trombus gibi herhangi bir tıkanıklığı belirleyebilmek için arter kan basınçlarını ölçünüz. Derin ven trombozu belirti ve bulgularını araştırınız (bacaklarda kıllanmada azalma, ılık veya soğuk bacaklar). Derin ven trombozu, pulmoner emboli meydana getirebilir. Pedal nabızların zayıf alınması ile birlikte bacakların sıcak olması venöz pıhtıyı, soğuk ve alacalı görünümde olması ise arteryal pıhtıyı düşündürür(2).

Hastanın derisi turgor, ısı ve kuruluşu yönünden değerlendiriniz. Özellikle koltuk altında ve göğüste peteşi varlığını araştırınız. Bu durum, kalp atağını taklit eden ve acil tıbbi tedavi gerektiren yağ embolisinin bulgusudur. Ayrıca eşlik eden aritmi var mı? Hastaya ağrıyı başlatabilecek hipertansiyon, anemi, diabetes mellitus, safra kesesi hastalıkları ve hiatus hernisi gibi durumlar var mı? Bunları araştırınız(2).

Ağrı sırasında elektrokardiyogram (EKG) çekiniz. Çünkü EKG'deki ST değişiklikleri ve aks kayması gibi bulguları ancak ağrı sırasında çekilen EKG'de görmek mümkündür. (Hiperventilasyon sendromunun da anormal EKG bulguları oluşturabileceğini unutmayınız(2).

Kalp seslerini oskulte ediniz. Üfürüm, frotman, atriyal veya ventriküler gallop gibi anormal kalp sesleri yönünden değerlendiriniz(2).

ANJİNA

Anjina pektorisle ağrının nedeni miyokardın oksijenlenmesinin azalmasıdır. Ağrı substernal bölgededir; sol veya sağ kola (daha çok sol kola), supraklavikular bölgelere, çeneye, dişlere, sırtta, boyuna, interskapular aralığa, seyrek olarak da epigastriuma yayılır. Ağrı şideti değişmekle beraber, genellikle sıkıştırıcı ve bastırıcı niteliktedir. Bazen sadece bir ağırlık veya sıkışma hissi şeklinde ortaya çıkabilir. Ağrı, egzersiz, ani duygusal streslerle (üzüntü, sıkıntı, heyecan) ortaya çıkar. Yine ağır ağır bir yemek sonrası veya cinsel ilişki sırasında görülebilir. Çoğu zaman dinlenme ve nitroglicerine alma ile sonlanır. Ağrı genellikle 15 dakika içinde geçer(1,2).

AORTİK

Ezici veya sıkıştırıcı tarzdaki miyokard infarktüsü ağrısından farklı olan aort diseksiyonu ağrısı ani başlayan, şiddetli, "bıçak saplanır" veya "yırılır/kesilir" tarzda, boyuna, kollara, karına ve alt ekstremitelere yayılan bir ağrıdır. Bu belirtiler, intima tabakasındaki rüptürün yerine ve diseksiyonun retrograd veya antegrad veya her ikisinin birlikte olma durumuna bağlıdır. Diğer

belirti ve bulgular, senkop, beniz solgunluğu, kalp atım sayısında artma, geçici peralizi veya his kaybı, bacaklarda kuvvetsizlik ve siyanozdur. 50 ile 60 yaş arasındaki siyah ırktaki erkekler en büyük risk grubunu oluşturmakla birlikte, yeni geçirilmiş göğüs travması, ağır bir şey kaldırma, hamilelik, Mafran sendromu, aort koartikasyonu, hipertansiyon gibi durumlar da aort diseksiyonunu oluşturabilir(1,2).

Aort anevrizması ağrısı, akciğerler, trakea, larenks ve spinal sinirler gibi çevre organlarda yaptığı basiya veya bu organlarda meydana gelen erozyona göre değişir. Sternum altında, omuzlarda, sırtta ve karında ağrı ile birlikte solunum sıkıntısı, boğuk seslilik veya ses kaybı bulunur. En sık olarak 50-70 arası erkeklerde ve ateroskleroz nedeniyle aort duvarının zayıfladığı kişilerde rastlanır(1,2).

MİTRAL YETMEZLİK

“Klik-Murmur Sendromu” veya “Barlow Hastalığı” olarak da bilinen Mitral kapak prolapsusu, 30-40 yaşları arasında ve kadınlarda sık rastlanan bir sendromdur. Hastaların çoğu semptomsuz olmakla birlikte, diğerlerinde atipik göğüs ağrısı, çarpıntı, fenalık hissi, yorgunluk, nefes darlığı gibi belirtiler görülebilir. Oskültasyonda apekte orta veya geç sistolik klik veya üfürüm duyulur. EKG genellikle normaldir. Ekokardiyografik tetkiki ile tanı kesinleşir. Bu durum genellikle selim bir olaydır, hastaların çoğu semptomsuz veya hafif şikayetlerle normal yaşantılarını sürdürürler. Bazı hastalarda ventrikül fibrilasyonu gibi aritmiler nedeniyle ani ölüm görülebilir(1,2,3).

Mitral kapak yetersizliğine neden olan diğer durumlar ise; romatizmal ateş (en sık nedeni), miyokard infarktüsü ve papillar adale disfonksiyonudur(3).

PERİKARDİYAL

Perikardit nedenleri arasında en sık görülenler şunlardır: Virüs infeksiyonları, akut romatizmal ateş, böbrek yetersizliği, bakteriyel infeksiyonlar (tüberküloz), kollajen doku hastalıkları, göğüs travmaları. Perikarditte retrosternal ve prekordiyal bölgede şiddetli ağrı görülür. Bu ağrı miyokard infarktüsü ağrısı ile karşılaştırılabilir(2,3).

Ancak perikardit frotmanının duyulması ile perikardit tanısı konur. Derin solunum, öksürme, esneme ve yutma sırasında ağrı artar, oturma veya uzanma ile hafifler. Akut perikarditte atriyal ektopik vurular, sistolik basınçta düşme ve effüzyonla birlikte EKG’de QRS kompleksi ve T dalgası voltajında azalma vardır(2,3).

PULMONER

Pulmoner kaynaklı ağrı (örneğin plöreziye olduğu gibi), genellikle öksürme, derin nefes alma ve yutma ile artar, oturmakta da hafifler. Raller ve wheezing ile birlikte dispne veya taşipne, plevra frotmanı ve solunum seslerinde azalma olması plöreziyi düşündürür. Pulmoner embolide ise çok şiddetli retrosternal ağrı ve sıkışma hissi vardır. Diğer belirti ve bulguları dispne, siyanoz, taşikardi ve oda havasında başlayan solunum alkolozudur. Pulmoner emboli yapan emboli, ekstremitelerden veya pelvis venlerinden gelir. Büyük embolilerde, embolektomi yapılmadığı takdirde hasta kaybedilir. Emboli oluşturabilecek nedenleri araştırınız (hareketsizlik, cerrahi mücadele, uzun süreli kontrastatif kullanımı gibi)(1,2).

Keskin ve bıçak saplanır tarzındaki ağrının bir diğer nedeni pnömotoraktır. Ağrı etkilenen taraftaki omuza doğru yayılabilir. Nabız hızlı, solunum sayısı hızlı ve yüzeysel, etkilenen taraftaki solunum sesleri ve göğüs hareketleri azalmıştır, siyanoz vardır. Fizik muayene ile birlikte kan gazları tetkikinin yapılması ve göğüs röntgeninde plevra boşluğundaki havanın tespit edilmesi ile pnömotoraks tanısı konur(2).

GASTROİNTESTİNAL

Hiatus hernisi ve özofagus spazmında, retrosternal bir ağrı veya disfaji ani olarak görülebilir. Ağrı, etli yemekler veya bikarbonatlı ve soğuk içecekler alınması ile ortaya çıkabilir. Bazen bu ağrılar anjina pektoris ağrısı ile karışabilir. Eğer geçmişte, aç kalındığında ağrı oluyorsa veya antiasit ve yiyeceklerin alınması ile ağrı geçiyorsa, sorun kardiyak olmaktan çok özofagus ile ilgilidir. Radyolojik tetkikle özofagustaki motilite bozukluğu saptanarak tanı konur. Bu hastaların tedavisinde, özofagusun reflünün etkisini azaltmak amacıyla antiasit ilaçlar verilir, sık sık ve az miktarlarda yemek yemesi sağlanır, yatağın başı kaldırılır. Bazı hastalarda nitrogliserin ağrıyı gidermede etkili olmaktadır(2,3).

KAS İSKELETE AİT (Slipping rib sendromu)

Kemik kaburga ile kıkırdak kaburganın birleştiği fibröz ekleme osteokondral birleşme denir. Kıkırdak kaburgalarla sternumu birleştiren ekleme kondrosternal eklem, klavikula ile sternumun birleşmesine de klavikulosternal eklem denir. Bu eklemlerin ve birleşme yerlerinin iltihaplanıp şişmesine ve ağrımasına Tietze Sendromu denir. Ağrı lokaldir, basmakla şiş farkedilir ve ağrı artar. Klavikulosternal eklem ağrılı şişmesi biraz daha sık görülür ve kol hareketleri ile ağrı artar. Spontan olarak geçip aynı yerde veya değişik bir yerde tekrarlayabilir(1,2).

PSİKOJENİK

Anksiyetenin gerek akut krizinde gerekse kronik şeklinde göğüs ağrıları bulunabilir. Akut anksiyete krizinde, genellikle hiperventilasyon bulunur. Hiperventilasyon sonucu solunum alkalozu, taşikardi, baş dönmesi ve göğüs ağrısı vardır. Ayrıca aralıklı iç çekme ve sık sık nefes alma ile birlikte hasta yeterince nefes almamaktan ekstremitelerde uyuşmadan şikayet etmektedir (hiperventilasyon sendromu)(1,2).

Akut anksiyete krizi her zaman hiperventilasyon sendromu ile birlikte değildir. Anjinayı taklit eden, göğüste baskı hissi ile karakterize keskin veya künt biçimde göğüs ağrısı olarak ortaya çıkabilir. Diğer belirtiler palpasyon, dispne, boğulma hissi, baygınlık, ellerde ve ayaklarda karıncalanma, halsizlik, titreme veya ürperme, sıcak veya soğuk basması ve terlemedir. Ayrıca ağız kuruluğu, pupillalarda dilatasyon, yutmada güçlük, bulantı ve kusma da görülebilir. Anksiyete krizi sırasında, plazmada katekolaminler de arttığından gerçek bir anjina pectoris krizi ve hatta miyokard infarktüsü gelişebileceği unutulmamalıdır(1,2).

Görüldüğü gibi, göğüs ağrısı birçok nedenle ortaya çıkmaktadır. Hastanın görünümü, hareketleri, belirtilerin ortaya çıkışı, beraberinde bulunan hastalıklar hakkında hızlı bir şekilde ayrıntılı bir hikayenin alınması uygun bir tedavi ve bakımın başlatılması ve sürdürülmesi yönünden çok önemlidir(1,2).

KAYNAKLAR

1. Abaoğlu, C., Aleksanyan, V.: Semptomdan Teşhise. 9.baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, (1985).
2. Green, E.: Solving the Puzzle of Chest Pain, *American Journal of Nursing*. 92 (1) 32-40, January, (1992).
3. Öbek, A. : İç Hastalıkları. 4.baskı, Güneş Kitabevi, Bursa, (1990).