

# Κλινική προσέγγιση του θωρακικού πόνου

***ΒΛ. ΣΠ. ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ***

***2008***

<u>Ορισμός</u>	<u>Στεφανιαία νόσος και θωρακικός πόνος</u>
<u>Στοιχεία που καθορίζουν τον πόνο</u>	<u>Νοσήματα γαστρεντερικού και θωρακικός πόνος</u>
<u>Ανατομία – Φυσιολογία</u>	<u>Νοσήματα αναπνευστικού και θωρακικός πόνος</u>
<u>Επιδημιολογικά στοιχεία</u>	<u>Μυοσκελετικά αίτια θωρακικού πόνου</u>
<u>Επικίνδυνα για την ζωή αίτια θωρακικού πόνου</u>	<u>Πανικός – άγχος- υπεραερισμός και θωρακικός πόνος</u>

# Ορισμός – Στοιχεία καθοριστικά του πόνου

- Πόνος ονομάζεται η δυσάρεστη αίσθηση που μπορεί να οφείλεται ή να μην οφείλεται σε ιστική βλάβη και που καθορίζεται κατ' απόλυτο τρόπο από τον ασθενή, με βάση:
- Την ψυχική του καλλιέργεια (χρήση διαφορετικού λεξιλογίου, τρόπος έκφρασης)
- Προγενέστερες εμπειρίες
- Συνθήκες εμφάνισης του πόνου

# ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ (1)

## Προσαγωγές οδοί του πόνου



# ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ (2)

- **Μεγάλη αλληλεπικάλυψη δερμοτομίων**

- **Μεταφορά ερεθισμάτων όχι μόνον από το δέρμα αλλά και τους υποδόριους ιστούς**

Προσαγωγές και απαγωγές οδοί προς και από

νωτιαίο μυελό: σε στενή ανατομική συσχέτιση με

**προσαγωγούς υποδοχείς άλγους** → περιφερική σωματοσπλαχνική αλληλεπίδραση

# ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ (3)

- Μεταφορά ώσεων από υπεζωκότα.  
καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό,

- δια των ινών

πνευμονογαστρικού, του οποίου οι κλάδοι

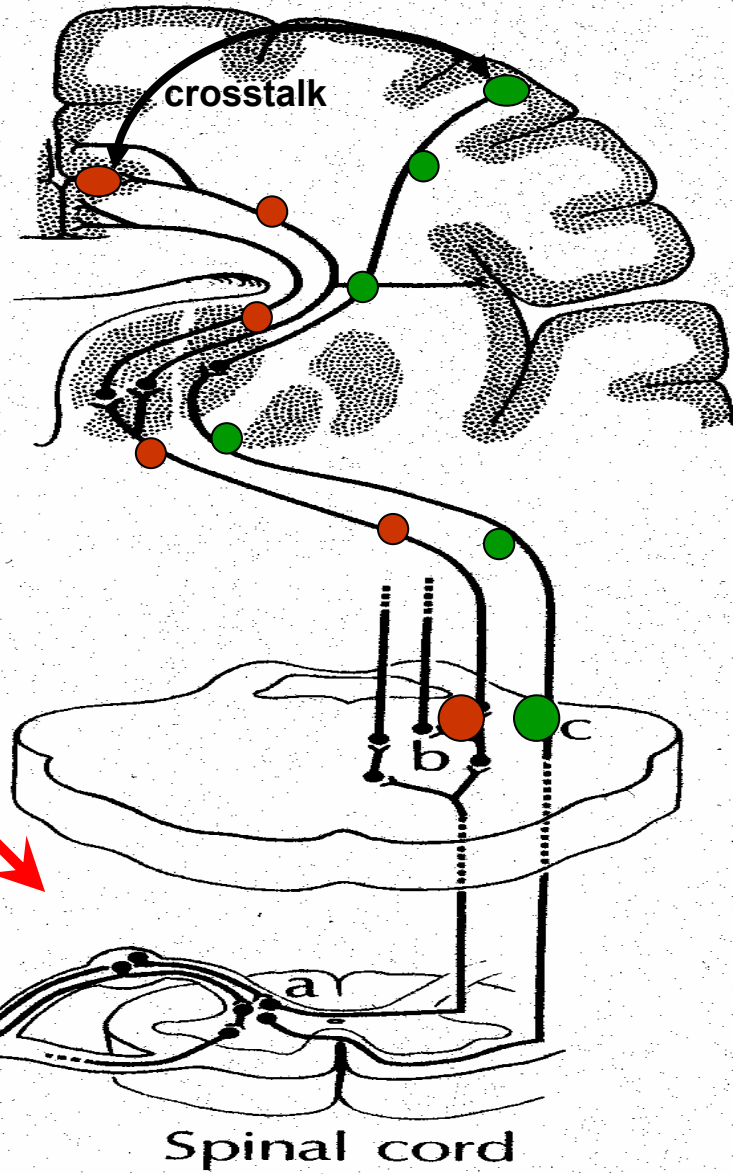
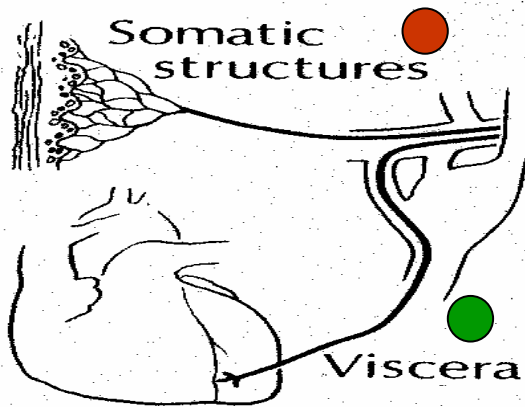
δεν καθορίζονται σαφώς

Προσαγωγές ώσεις από τα ανωτέρω καταλήγουν  
στον προμήκη → μηχανισμός κεντρικών  
αλληλεπιδράσεων → αλληλεπικάλυψη

Limbic, parietal  
and insular  
cortex

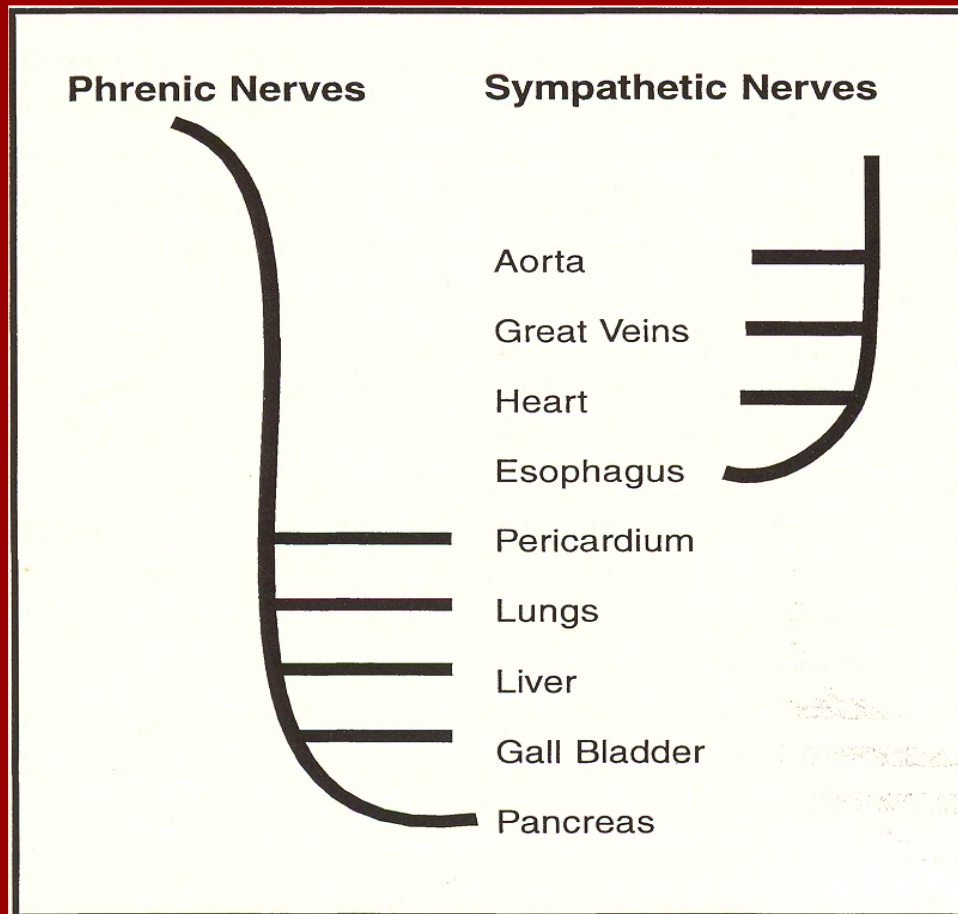
Thalamus

Brainstem





# ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ (4)



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

# Συμπέρασμα 1°

- Τα δερματικά νεύρα, δια των δερμοτομίων, άγουν όχι μόνον επιπολής αλλά και εν τω βάθει ερεθίσματα (από τον ΥΔ ιστό) και αλληλοεπικαλύπτονται
- Οι κλάδοι του πνευμονογαστρικού άγουν ερεθίσματα από ΓΕΣ, υπεζωκότα, καρδία και λόγω του φαινομένου crosstalk, αλληλοεπικαλύπτονται
- Συμπαθητικό – περιφ. υποδοχείς άλγους (δερμοτόμια): Στενή ανατομική συσχέτιση
- Φρενικό νεύρο: Διάφραγμα- ωμική ζώνη (Φλεγμονή του πρώτου → άλγος ώμου)

# ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ (5)

- Αποτέλεσμα όλων των ανωτέρω συσχετίσεων



ΠΑΣΧΟΝ ΟΡΓΑΝΟ Α → ΑΝΤΙΛΗΠΤΟΣ Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ Β



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

# Επιδημιολογία θωρακικού πόνου (1)

- 10% του συνόλου των προσφάτων συμπτωμάτων
- 30 ανά 1000 άτομα ανά έτος .
- 50% περίπου των αρχικώς θεωρηθέντων ως στεφ.νόσος (από ιστορικό, κλινική εξέταση, ΗΚΓ) αποδείχθηκε τελικά .

1. Irwin 1997 *Resp. Symptoms*

2. Bart 1999 *Am. J. Emerg*

# Επιδημιολογία θωρακικού πόνου (2)

- Στεφανιαία νόσος : 10%-20%
- Οισοφάγος: 30%
- Μυοσκελετικό αίτιο: 30%
- Υπεζωκώς (συλλογή ή ΠΘΕ): 15%
- Πανικός – άγχος – υπεραερισμός (αμιγής) : 15%
- Φάρμακα, πεπτικό έλκος, νεφροί, κ.λ.π. : <5%

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

*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

# ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ (1)

- Εξαρτάται από τον ψυχισμό του ατόμου και τα προγενέστερα βιώματα
- Δερματομυϊκός πόνος: περιγράφεται συνήθως ως: θερμό, ψυχρό, καύσος, κέντρισμα, κάρφωμα
- Σπλαγχνικός θωρακικός πόνος: πίεση, σφίξιμο.

# ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ (2)

- Αναπαραγωγίμος πόνος (με κίνηση, πίεση):  
**Εκφράζει συχνά-ΟΧΙ ΜΟΝΟ- τον**  
**δερματομυοσκελετικό πόνο**

Θέσετε τελική διάγνωση με  
βάση ΜΟΝΟ τις ανωτέρω  
περιγραφές

ΜΗΝ

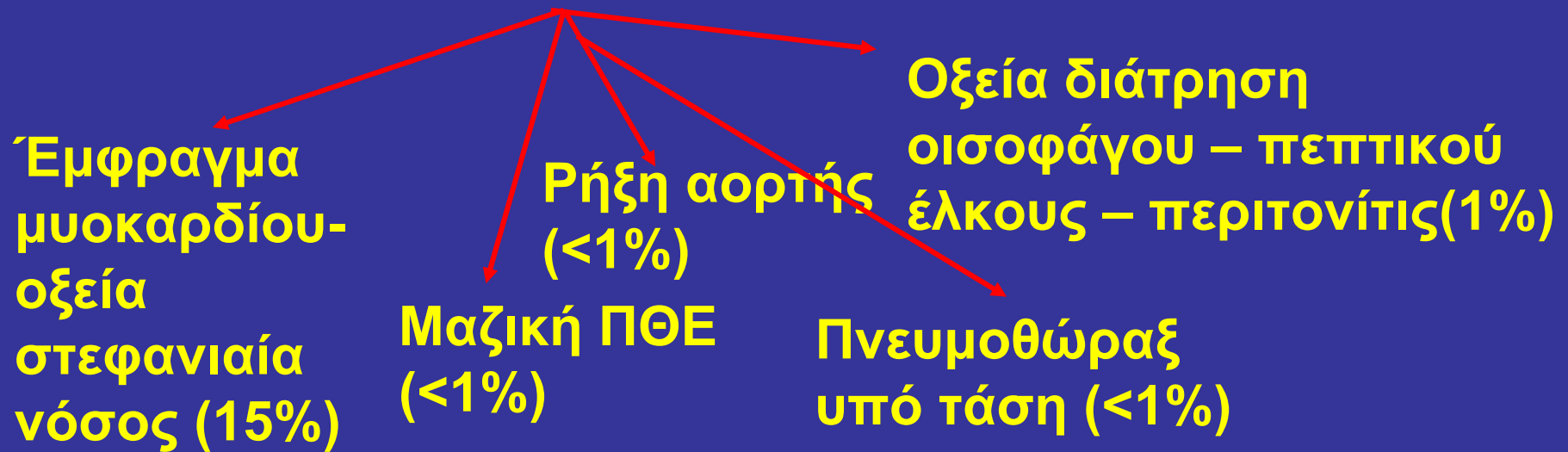
Αναγκάζετε τον ασθενή να περιγράψει  
ό,τι αισθάνεται, σύμφωνα με την αρχική  
σας διάγνωση –Αφήστε τον να  
εκφρασθεί ελεύθερα



# ΠΡΩΤΟ ΜΕΛΗΜΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ



## Ο ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΑΙΤΙΩΝ



- **ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ** : Ιστορικό – κλινική εξέταση – ΗΚΓ φημα ( $\pm$  συνεχής λήψη)
- Α/α θώρακος ( $\pm$  άνω κοιλίας)
- Αέρια αίματος ( $P_{A-O_2}$ )

- **ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΚΤΙΜΗΣΗ, ΣΕ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:**

- Ένζυμα, D-dimer
- Υπερηχοκαρδιογράφημα
- Σπειροειδής CT

*Heart 2005; 91:105 Mayo Clinic  
(MN): Cardiology Clin 2006 (24)1-17  
Emerg. Med 2004; 21:226*

# Αποκλεισμός ΠΝΟ υπό τάση - Διάτρησης έλκους

- Α/α θώρακος

(1) •Κλινική εξέταση – Ιστορικό

- ↓↓Ραρτ, ταχυσφυγμία, υποξυγοναιμία

(2) •Α/α θώρακος ( $\pm$  άνω κοιλίας)

- Ιστορικό – κλιν εξέταση

- Συνύπαρξη επιγαστραλγίας

Ποιο εκ των κατωτέρω απαντάται σπανιότερα στους ασθενείς με ρήξη της αορτής;(1)

1. Έλλειψη σφυγμού μηριαίας
2. Αυξημένα D-dimer
3. Μεταναστευτικός πόνος
4. Υπέρταση
5. Παθολογικό διοισοφάγειο ECHO

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

1. Υπέρταση: 50% (25% ↓Ραρτ, 25% κ.φ)
2. Έλλειψη σφυγμού μηριαίας: <15%- υψηλή ειδικότητα
3. Αυξημένα D-dimer: 100%  
*JAMA 2002; 287 (17)*  
*Circulation 2004; 110 (17) 370*  
*Chest 2003; 123 (5) 1375*
4. Μεταναστευτικός πόνος :25%
5. Παθογνωμονικό διοισοφάγειο ECHO :97%

# Ρήξη αορτής (2)

• Τριάδα: 3Δ : Διαξιφιστικό μεσοπλαταίο άλγος

+

Διαστολ. φύσημα

+

Διαπλάτυνση μεσοθωρακίου (στην α/α)

35%

15%: Απουσία θωρακικού πόνου

CT : Σχεδόν πάντα παθολογική

Αγγ.εγκεφαλικό

Συγκοπτικό επεισόδιο (15%)

Οσφυαλγία – κοιλ.άλγος

# Ρήξη αορτής (3)

- **SMMHC (smooth muscle myosin heavy chain)**  
Ανοσοφθορισμός: ευαισθ.- ειδικότητα: >95% Μόνο τις 3 πρώτες ώρες
- Να προηγείται θρομβόλυση εάν υπάρχουν στο ΗΚΓ ενδεικτικά εμφράγματος (ανασπαση ST) και να ακολουθεί η CT ή το διοισοφάγιο ECHO

• *Mayo Clin. Proc. 1993; 68 (7)*

• *Prim. Care Clinics in office practice  
Saunders 2006 (33): 625*

• *Radiol. Clin of North Am. 2006 (44)  
165-79*

• *Radiology 2003; 228 (2) 430*

# Αποκλεισμός μαζικής ΠΘΕ.

- **ΙΣΤΟΡΙΚΟ + ΚΛΙΝ.ΕΚΤΙΜΗΣΗ (Wells score)**
- **Κλινική εξέταση (καταπληξία- D- dimer)**
- **Διοισοφάγιο ECHO- Spiral CT**

**NEJM 2003; 349 (13) 1247**



- 64χρονη καπνίστρια με ιστορικό ΣΕΛ, προσέρχεται με αιφνίδιο άλγος αριστερού ημιθωρακίου με αντανάκλαση στο δεξιό άνω άκρο και έντονο αίσθημα δύσπνοιας. Α/α θώρακος: Μικρές υπεζ. συλλογές άμφω, ΡΑ-αο2 35, Κλιν. εξέταση: Ταχυκαρδία, συρίπτουσα αναπνοή, αναπαραγωγίμος πόνος με την πίεση αριστερά. ΗΚΓ: Ανεστραμμένα Τ (II, III)

Ποια από τις κατωτέρω προτάσεις είναι σωστή;

- α. Η ασθενής πάσχει από πλευρίτιδα λόγω ΣΕΛ
- β. Ο ΣΕΛ αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα μυοκαρδίου
- γ. Η έλλειψη ανασπάσεως  $ST > 1\text{mm}$ , πρακτικά (>95%) αποκλείει το έμφραγμα.
- δ. Το αναπαραγωγίμο του πόνου, αποκλείει το έμφραγμα
- ε. Η βελτίωση του πόνου με αντιόξινα και αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI), πρακτικά αποκλείει την διάγνωση του εμφράγματος

# Θωρακικός πόνος επί εμφράγματος (1)

- Συχνότερα (65%): Οπισθοστερνικό συσφιγκτικό άλγος - αντανάκλαση : άνω άκρα, κυρίως στο δεξιό, εφίδρωση – ψυχρά άκρα- δύσπνοια – ναυτία- έμετος. άνω του 1 λεπτού  
*J. Int. Med. 1990; 227:165*
- Λιγότερο συχνά (35%) Άτυπος: Επιγαστρικός πόνος, μόνον έμετος, πλευριτικός (15%) αναπαραγωγίμος (10%), αιχμηρός (20%) αίσθημα πανικού (15%)

- ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: Παράγοντες κινδύνου: Υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία, ιστορικό στηθάγχης, σακχαρώδης διαβήτης, κάπνισμα, ηλικία, παχυσαρκία.
- Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου: ΣΕΛ, RA, HIV+

- *Arch Int. Med . 1985: 145*
- *Angiology 1994; 45 (1)*
- *Prim Care Clin. In office practice: Saunders 2006 133:625*

# Θωρακικός πόνος επί εμφράγματος (2)

## Συνδυασμός με:

ΗΚΓ/φημα

Ένα; Το πρώτο; → Ευαισθησία 18-65%

Συνεχές monitoring; Σύνολο ημερών; 95%

*Radiol Cl. N. Am. 2006: 165*

Ειδικό; Νέα ST (ανασπ>1mm) -νέα Q  
(Ειδικότητα 80%)

*JAMA 1998; 200*

• Έως 20% των ΗΚΓ : πτώση ST - αναστρ. T

• Μιμούνται έμφραγμα στο ΗΚΓ (χωρίς αυξ.ένζυμα):

Υπερτροφία κοιλιών, ΠΝΟ, περικαρδίτιδα, ΠΘΕ,  
υπερκαλιαιμία, μυοκαρδιοπάθεια, αποκλ.αρ.σκέλους

- ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ:Α/α θώρακος: **Εικόνα**  
συμφ. καρδ. ανεπάρκειας, φυσιολογική,  
αποκλεισμός άλλων αιτίων
- Διαθωρακικό + διοισοφάγιο υπέρηχο:
  - > 90% ευαισθησία
  - 65% ειδικότητα

# Θωρακικός πόνος επί εμφράγματος (3)

## Συνδυασμός με

### Ένζυμα

- c Tn I και c Tn T: ειδικοί δείκτες- εάν αρχικά φυσιολογικοί, επανάληψη (<10% αρν)
- CK/MB: Αυξάνει η ευαισθησία με τον χρόνο συμπτωμάτων (ανά 3h έως 15h) ευαισθησία 90% - ειδικότητα 95%
- Θωρακικός πόνος μειωμένος αισθητά ή απών, συχνά επί ηλικιωμένων, σακχ.διαβήτη: αδυναμία, μείωση διαν.ικανότητας, δύσπνοια
- Συχνά συνυπάρχει με ΓΟΠ και ο πόνος υφίεται με PPI

*Cardiol. Clinics 2006 (24) 1:17*

# ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ-ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΕΣ

## **A/α Θώρ. -CT (θώρ+κοιλ)**

### Ασυνήθεις

αιτίες θωρακικού πόνου

Οισοφάγος: Ρήξη,

Περισφιγμένη Κήλη

- Οξεία εισβολή έντονου πόνου(85%)
- 20% μόνο θωρακικός
- 30% θώρακα και κοιλιά
- 70% έμετος, 30% υποδόριο  
εμφύσημα
- Υπεζ. συλλογή (35%)↑↑αμυλάση
- Μεσοθωρακίτιδα :Πνευμομεσοθωράκιο

# Συμπέρασμα 2° (α)

- Θωρακικός πόνος: Άσχετα με το πώς περιγράφεται και πόσο δυνατός είναι:

Εκτιμήστε (με ιστορικό + κλιν.εξέταση + ΗΚΓ+Α/α) τον ασθενή

A. Καταπληξία:  ανάνηψη

α/α θωρ+άνω κοιλ (ΠΝΟ, διάτρηση) -ελικ.CT:Π.Θ.Ε  
καρδ.ένζυμα, αμυλάση (Έμφρ.,παγκρ). D-dimer:Π.Θ.Ε  
ECHO (ρήξη αορτής, strain δεξ: ΠΘΕ, έμφραγμα)

B. Διατηρεί τις αισθήσεις ο ασθενής

Αποκλείστε πρώτα αίτια απειλητικά για τη ζωή (με βάση τα ανωτέρω)

*Heart 2005; 91: 105*

*Can Fam. Phys. 2007; 53: 261-6*



# Συμπέρασμα 2<sup>ο</sup> (β)

## Έμφραγμα μυοκαρδίου:

Μην το αποκλείσετε λόγω ατυπίας του θωρ.πόνου (αναπαραγωγίμος, πλευριτικός, πανικός, επιγαστρικός)

Σωστό ιστορικό + κλιν.εξέταση + ΗΚΓ:  
>90% ευαισθησία

Συχνά (>40%) συνυπάρχει με ΓΟΠ και ο πόνος υφίεται με PPI, αντιόξινα

- 64χρονη καπνίστρια με ιστορικό ΣΕΛ, προσέρχεται με αιφνίδιο άλγος αριστερού ημιθωρακίου με αντανάκλαση στο δεξιό άνω άκρο και έντονο αίσθημα δύσπνοιας A/α θώρακος: Μικρές υπεζ. συλλογές άμφω, PA-αο2 35, Κλιν. εξέταση: Ταχυκαρδία, συρίπτουσα αναπνοή, αναπαραγωγίμος πόνος με την πίεση αριστερά. ΗΚΓ: Ανεστραμμένα Τα (II, III)

Ποια από τις κατωτέρω προτάσεις είναι σωστή;

α. Η ασθενής πάσχει από πλευρίτιδα λόγω ΣΕΛ

β. Ο ΣΕΛ αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα μυοκαρδίου

γ. Η έλλειψη ανασπάσεως ST>1mm, πρακτικά (>95%) αποκλείει το έμφραγμα.

δ. Το αναπαραγωγίμο του πόνου, αποκλείει το έμφραγμα

ε. Η βελτίωση του πόνου με αντιόξινα και αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI), πρακτικά αποκλείει την διάγνωση του εμφράγματος

# Ποιες από τις κατωτέρω προτάσεις είναι λάθος;

- α. Ο Θωρακικός πόνος κατά 65% οφείλεται σε μη καρδιοαναπνευστικά αίτια
- β. Σε σταθεροποιημένο ασθενή, αποκλείοντας τα δυνητικά θανατηφόρα αίτια, η διερεύνηση του θωρ.πόνου πρέπει να ξεκινά εκτός καρδιοαναπν/κού
- γ. Ο οισοφάγος αποτελεί το λιγότερο πιθανό αίτιο θωρακικού πόνου
- δ. Η ΓΟΠ (γασ/οισοφαγική παλινδρόμηση) προκαλεί σε έως και 30% των ασθενών μόνο θωρ.πόνο (χωρίς συμπτώματα ΓΟΠ)
- ε. Το συχνότερο (>80%) εύρημα στους ασθενείς με θωρ.πόνο λόγω ΓΟΠ, είναι το χαμηλό ΡΗ οισοφάγου

# ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ασθενής σε εγρήγορση-Κλιν.εξέταση+ ΗΚΓ,Α/α  
(Καρδιακά ένζυμα και D-dimer, 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,  
τραύμα.

# ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

- Ιστορικό: Αποκλείοντας δυνητικά επικίνδυνα αίτια, ξεκινήστε την διερεύνηση του πόνου, ΕΚΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ-
- Εστίαση σε καρδία-πνεύμονες → απώλεια >35% αιτίων (ΓΟΠ, δερμ.έρπτης, ΕΤΒΦ, τραύμα, φάρμακα, ιογ.λοιμώξεις, υπερκόπωση, άγχος-πανικός)
- Κλινική εξέταση: Ξεκινήστε από μη καρδιοαναπνευστικά αίτια

# Οισοφάγος και θωρακικός πόνος (1)

- ΓΟΠ : το συχνότερο αίτιο μη καρδιογενούς θωρακικού πόνου"-έντονος πόνος οπισθοστερνικά – 20% εξαπλώνεται ως η στηθάγχη – 70% με συνοδά ΓΟΠ συμπτώματα
- 20% μόνον των ασθενών με ΓΟΠ εμφανίζουν ταυτόχρονα θωρακικό πόνο + ↓↓ ΡΗ οισοφ-
- 30%: μόνο θωρακαλγία ( ΡΗ μετρία: λιγότερο σημαντική σήμερα σε σχέση με προ 1996)

- Χορήγηση PPI επί 2-3 μήνες: ευαισθησία και ειδικότητα 70-90% ΓΟΠ (αποκλ. στηθάγχη)
- Μανομετρία οισοφάγου: Για τη διάγνωση της δυσκινησίας, αχαλασίας
- Ιστορικό- αποκλεισμός στηθάγχης (stress ECHO) πειραματική χορήγηση PPI → επανεκτίμηση  
Αποφύγετε μελέτη βαρίου, οισοφαγοσκόπηση, ΡΗμετρία;

*Neurogastr. Motil 2006 (18) 408  
J. Clin Gastrent. 2002; (35)307  
Arch. Int. Med. 2000; 160:844*

# Οισοφάγος και θωρακικός πόνος (2)

- Κοινή η προσαγωγός νεύρωση: κατώτερου οισοφάγου- καρδίας (από κλάδους IX)
- 50% ΓΟΠ σε στεφανιαίους ασθενείς (20% σε μη στεφανιαίους)
- 15% των ΓΟΠ την ώρα του θωρ.πόνου: ΗΚΓφημα συμβατό με ισχαιμία-- 40% καρδιοπαθών: την ώρα ΓΟΠ+ θωρ.πόνου: ↓↓ST (7% σε μη καρδιοπαθείς)
- ΓΟΠ:>50% παρόξυνση θωρ.πόνου κατά την σωμα.άσκηση
- Εάν η στεφανιογραφία είναι κ.φ. και ↓↓ST (ασκήσ)→ΡΗμετρία οισοφ. άσκησης ή ομεπραζόλη



# Ποιες από τις κατωτέρω προτάσεις είναι λάθος;

- α. Θωρακικός πόνος κατά 65% οφείλεται σε μη καρδιοαναπνευστικά αίτια
- β. Σε σταθεροποιημένο ασθενή, αποκλείοντας τα δυνητικά θανατηφόρα αίτια, η διερεύνηση του θωρ.πόνου πρέπει να ξεκινά εκτός καρδιοαναπνευστικού
- γ. Ο οισοφάγος αποτελεί το λιγότερο πιθανό αίτιο θωρακικού πόνου
- δ. Η ΓΟΠ (γασ/οισοφαγική παλινδρόμηση) προκαλεί σε έως και 30% των ασθενών μόνο θωρ.πόνο (χωρίς συμπτώματα ΓΟΠ)
- ε. Το συχνότερο (>80%) εύρημα στους ασθενείς με θωρ.πόνο λόγω ΓΟΠ, είναι το χαμηλό ΡΗ οισοφάγου

# Στηθάγχη και θωρακικός πόνος (1)

- Πλήρες ιστορικό + αντικειμενική εξέταση + ΗΚΓφημα: Ευαισθησία >90%, Ειδικότητα <60% 30% στεφανιογραφιών, αποβαίνουν αρνητικές

- Στεφανιαίος πόνος  
(οπισθοστερνικό σφίξιμο- πίεση- κατά την κόπωση)



2/3 : 85% των στεφανιαίων  
– 25% των μη στεφανιαίων  
(χαμηλή ειδικότητα)

- Διάρκεια <5min
- Πόνος ηρεμίας <2/10 επεισ.
- 10/10 επεισόδια λόγω του ίδιου επιπέδου εντάσεως σωμ.εργ.

# Στηθάγχη (σταθερή) και θωρακικός πόνος (2)

- Άτυπη εμφάνιση (20-35%) (υπεζωκοτικός, με κίνηση ή πίεση, δυσπεψία, αιχμηρός )

*Lucia; Angiology 1994*

- **Εξωκαρδιακά αίτια με στηθαγχικού τύπου πόνο**


Οισοφάγος 40%  
(±Στηθάγχη)

Μυοσκελετικά  
αίτια έως 20%

Πανικός –υπεραερισμός  
έως 30%

*(Botoman J. Clin. Gastr.2002;  
Murray J: Texbook of Resp. Med 2005)*

# Άτυπες μορφές στηθάγχης



Ασταθής: Ηρεμίας,  
Μπορεί: Φυσιολ  
ΗΚΓ, μη  
βελτιούμενη  
φαρμακευτικά

Ποικίλλουσα:  
όπως η  
σταθερή αλλά  
σε ηρεμία,  
ορισμένη ώρα

Σύνδρομο X :  
(φυσ. ΗΚΓ ηρεμ-↓ ST (ασκ  
-φυσ. στεφανιογρ)

# Λοιπά καρδιολογικά αίτια θωρακικού πόνου

Στένωση αορτής: Συγκοπτικό επεισόδιο  
Συσφιγκτικό άλγος προσπάθειας  
Κλινική εξέταση – ΗΚΓ- ΕCHO

Περικαρδίτιδα: Ιστορικό Κλινική εξέταση – Α/α – (CT)-  
(επιδείνωση πόνου σε ύπτια θέση, κατάποση  
εισπνοή)  
Περικαρδιακή τριβή (>90% ειδ 50% ευαισθ)

S. Dressler: (χειρουργείο bypass- διηθ. α/α +πυρετός) –  
Μυοκαρδιοπάθεια: ως στεφανιαίος: Α/α - ΕCHO

# Πνευμονολογικά αίτια θωρακικού πόνου

- Πνευμονία ή κακοήθεια ή ΠΘΕ ή ΠΝΟ: → υπεζ. αντίδραση (Ιστορικό – Κλινική εξέταση- Α/α θώρακος F/P – Εξετάσεις αίματος)



Σκεφθείτε την πιθανότητα ΠΘΕ (κλιν. κριτήρια Wells > 3 και θετικά D- dimer ελικοειδής CT)

# Θωρακικός πόνος: Πνευμοθώρακας

- Συχνά ο πόνος αμβλύνεται μετά την 2η ημέρα
- Συχνά δεν είναι τόσο έντονος – δεν συνοδεύεται από δύσπνοια σε νέα άτομα με ΠΝΟ <40%
- Δεν φαίνεται να υπερτερεί η εκπνευστική Α/α: πλάγια Α/α – ECHO
- Μεγάλες υποϋπεζωκοτικές bullae (μιμούνται ΠΝΟ –κατακεκλιμένη Α/α για μικρό ΠΝΟ)

# Θωρακικός πόνος: Άλλα αίτια

Τράχηλος



Όγκοι  
θυρεοειδούς

Δέρμα



Έρπης ζωστήρ

Μαστός



Εμφυτεύματα  
σιλικόνης

Πεπτικό έλκος, χολοκυστοπάθεια,  
παγκρεατίτιδα, νεφρ.αίτια (πυελονεφρίτιδα)



# Θωρακικός πόνος: Μύες – οστά (1)

- Θωρακικός πόνος έντονος, βασανιστικός, αναπαραγωγίμος- ασθενής σε άριστη κατάσταση (ακόμα κι αν ο πυρετός υψηλός)
- 10% του συνόλου των αναπαραγωγίμων θωρ.πόνων στα ΤΕΠ αφορούν σε στεφανιαία νόσο
- Από 15% έως 50% των στεφανιαίων πόνων (ανάλογα με τη μελέτη), αναπαράγονται με την ψηλάφηση ή υπάρχει ευαισθησία στην ψηλάφηση

# Θωρακικός πόνος: Μύες – οστά (2)

- Μύες – οστά: Αποτελούν το 35% του αιτίου θωρ.πόνου στα Κ.Υ (προσοχή στα ποσοστά για τα δεδομένα των Ελληνικών Νοσοκομείων)
- Προσοχή στον όγκο Pancoast (Α/α θώρακος σε υπερέκταση)
- Υπερκόπωση, φλεγμονή μυών, αρθρώσεων (ιογενείς, ιδιοπαθείς)

1. *Prim. Care: Clinics In affice practice. 2006 (33) 625*

2. *Canad. Fam. Physician 2007; 53:261*

3. *Rad. Clin. North.Am.2006;*

# Πανικός – άγχος- υπεραερισμός ΚΑΙ θωρακικός πόνος

- Μην διαφύγει η διάγνωση της ισχαιμίας μυοκαρδίου, επειδή η έκφραση του πόνου είναι πανικός



20% με αποδεδειγμένα στηθάγχη ή έμφραγμα : και πανικό

35% του συνόλου των θωρακικών πόνων οφείλεται σε πανικό μόνον ή πανικό, άγχος και ισχαιμία

- 50% των ασθενών με πανικό, αναφέρουν τον θωρακικό πόνο ως κύριο σύμπτωμα

• *Lancet* 1977; 2:i (8004) 155

• *Med. Clin. North. Am.* 1991; 75 (5):1175-88

• *Worthington: J.Nerv Mental Dis.* 1997- Carter C: *Psychosomatics* 1992

# 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, ΜΤΧ→Πλευροδ, πλευρίτιδα (αιφνίδια εισβολή)
- Ρανιτιδίνη:Οξύς έντονος θωρακικός πόνος (αλληλεπίδραση με καρδιακούς H<sub>2</sub> υποδοχείς)
- Οντασεντρόνη: Παροξυσμοί στηθάγχης
- Βανκομυκίνη: Οπισθοστερνικός

# ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ – ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής διατηρεί τις αισθήσεις του:



- Αποκλείστε καρδιακά αίτια
- Αποκλείστε δυνητικά θανατηφόρα αίτια
- Η αξία κάθε δοκιμασίας, εξαρτάται από την ποιότητά της (ευαισθ., ειδικότητα) και από την πιθανότητα η δοκιμασία αυτή να είναι θετική από την ήδη προηγηθείσα λήψη ιστορικού + κλινική εξέταση (+Α/α θώρ.+ ΗΚΓ), **ΑΛΛΟΙΩΣ Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ**

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ**