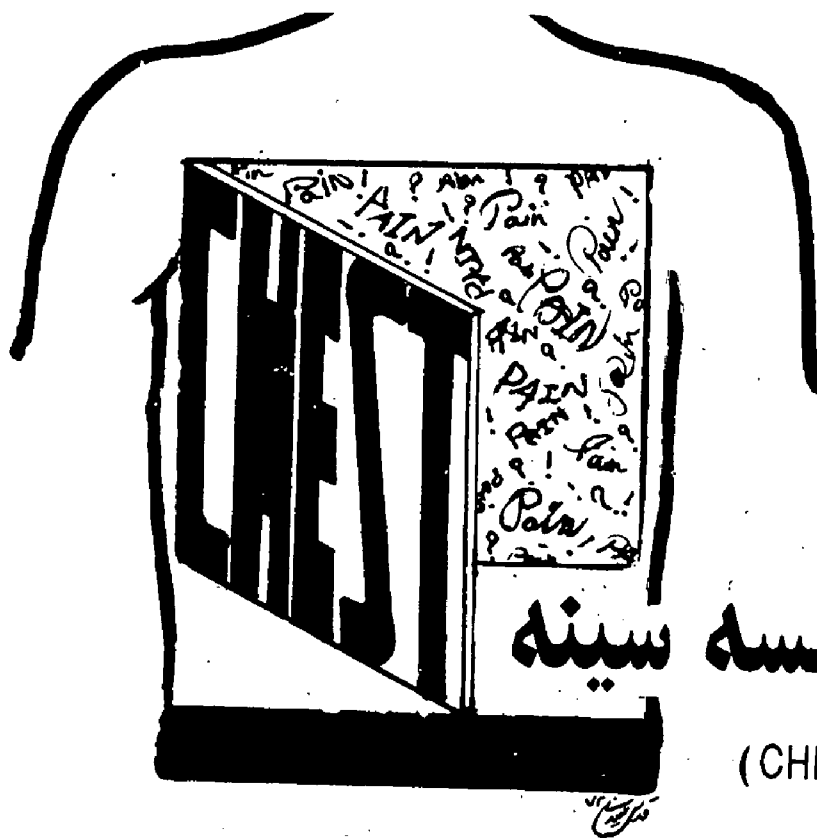




درد قفسه سینه

(CHEST PAIN)

ترجمه و تلخیص :

میرمیسعود ذکی پور

دانشجوی ترم هشتم کارشناسی پرستاری

قبیل وجود درد ، هوشیاری بیمار ، ظاهر و برخورد او و همچنین اظهارات بیمار توجه نمود .

وقتی که از بیمار تاریخچه پرستاری تهیه می کنید به عین لغاتی که در توصیف شدت ، موضع ، مدت و کیفیت درد بکار می برد ، توجه کنید . آیا او از لغاتی مانند « پاره شدن » و « خنجرمانند » که ممکن است از علائم یک پنوموتراکس (۱) باشد ، استفاده می کند ؟ یا او از درد « فشاردهنده » که ممکن است در اثر اسپاسم مری باشد شکایت دارد ؟ آیا می گوید که احساس خفگی دارد ؟ آیا بیمار یک

اغلب بیماران می پندارند که درد قفسه

(Chest Pain) نشانگر یک سکته قلبی است . البته

الزاماً این طور نیست ، درد ممکن است منشأ ریوی ، معده - روده ای ، روانی یا ماهیچه ای - استخوانی داشته باشد ، وقتی دو مورد و یا بیشتر از آن با هم همراه شوند ، علائم بروز می کند . همه اینها تشخیص درد سینه را مشکل می سازد . فقط با جداکردن علائم فردی و بیماریهای مربوط به آن می توانید یک تصویر تشخیصی معین و واضحی را ترسیم کنید . در این تصویر باید به تمامی علائم از

مشت بسته یا يك دست را روی قفسه سینه خود فشار می دهد ؟ احتمال آنژین ناشی از اسپاسم کرونر را افزایش می دهد . یا آیا او نقطه ویژه یا سطح معین با منشاء ریوی را نشان می دهد ؟

بهرتر است دقیقاً همان لغاتی را که بیمار در توصیف دردش بکار می برد تکرار کنید . این کار درك شما را تقویت ، اضطراب بیمار را کاسته و يك « کمک کننده » در تشخیص بیماری برای شما فراهم می کند .

« بررسی تاریخچه »

از بیمار بپرسید آیا قبلاً از چنین دردی رنج برده است ، تا اگر این طور بوده ، او در حال انجام چه کاری بوده ، آیا او عجله داشته که از در خارج و به سر کار برود ؟ يك جر و بحث خانوادگی داشته ، یا یکی دو ساعت قبل از درد شدیداً مشغول جمع آوری برگها بوده ، اگر چنین بوده به فکر انفارکتوس میوکارد (MI) باشید . انفارکتوس میوکارد اغلب اوقات یکی دو ساعت پس از مواجهه بودن با اضطرابهای شدید (و نه بصورت فوری) رخ می دهد . اگر او برای مدت طولانی به طرف جلو خم شده یا قوز کرده باشد ، برای مثال هنگام قماشای يك برنامه فوتبال ، ممکن است برای او مشکل سندرم پریکاردیال ، سینه چارلی هورس (۲) بوجود آید . آیا این درد به صورت يك مشکل در يك وقت معین از روز است ، به خوردن یا نخوردن ارتباط دارد ؟ در این صورت ممکن است درد منشأ معده - روده ای داشته باشد . آیا شدت درد متغیر است ، کمتر از ۱۰ دقیقه طول می کشد و بعد آرام

می شود ؟ این علامت آنژین کلاسیک است اگر درد به گونه ایست که او را از خواب بیدار می کند ، نشانه اسپاسم کرونر می باشد که يك درد بد و مستلزم توجهات فوری پزشکی می باشد . به خاطر داشته باشید که دید مردم نسبت به درد بسیار متفاوت است . بعضی ها در برابر هر نوع ناراحتی طاقت کمی دارند و این روی دید و عکس العمل آنها مستقیماً اثر کرده و آن را بزرگتر جلوه می دهند . برعکس بعضی ها صبورند و از رفتن به بخش اورژانس امتناع می ورزند تا اینکه دیگر دیر شده است .

از شخص بپرسید که قادر به ادامه فعالیت بوده یا اینکه با شروع درد « خشکش زده است » . از او بپرسید که به نظرش چه چیزی موجب درد شده است . اغلب بیماران بطور شگفت انگیزی در مشاهدات و نتایج خود این موضوع را می فهمند . اثرات دراز کشیدن یا نشستن را روی درد جستجو کنید . برای مثال ، اغلب راست نشستن دردهای با منشأ معده - روده ای را تسکین می بخشد ، همانطور که خوردن یا نخوردن این تاثیر را می گذارد .

به عبارت دیگر ، نگاه کنید چرا ، کی و کجا درد سینه داشته و چه مدتی طول کشیده ، همچنین در ابتدا با خصوصياتی مانند محل ، انتشار ، و شدت آن چگونه بوده است . بخاطر بسپارید يك نشانه غیر متداول و غیر تیپیکال ، مثل درد راجعه به چانه یا درد در قسمت داخلی بالای بازوی چپ می تواند تنها نشانه باشد .

۱) Pneumothorux

۲) Chest Charlie horse

مثال یا نمونه

تمام قطعات را کنار هم بگذارید ، اجازه بدهید تصور کنیم که يك مورد ۵۵ ساله با CP فشار دهنده در قسمت زیر جناغ سینه (۱) به بخش اورژانس آمده است . او با اضطراب می پرسد : « این دیگر خودش است ، مگر نه ؟ من دارم می میرم » او به شما می گوید که قبلاً هرگز دچار درد سینه نشده است . سپس ، در اوایل آن روز او به آرامی در حال مطالعه بوده که دچار تنگی نفس ، حالت تهوع و درد شدید انقباضی در ناحیه میانی فقسه سینه شده است . او می ترسید که حتی آنقدر زنده نماند که به بیمارستان برسد . او هنوز مضطرب است برای اینکه درد فقط مقداری آرام شده است .

همانطور که شما به آرامی توضیحات او را تکرار می کنید ، متوجه می شوید که او از يك مشت بسته برای توصیف دردش استفاده می کند مشت بسته درد با منشأ قلبی است . اگر او منحصرأ يك نقطه مشخص را نشان می دهد ، درد احتمالاً بیشتر يك طبع ریوی یا عضلانی داشته است . او هوشیار به نظر می رسد ، و اصلاً بی حس و بی حال (۲) نیست ، چرا که یکی از علائم حتمی بیماری عروق کرونر (۳) می باشد . در حقیقت وقتی تکلم او با خمیازه یا آه کشیدن همراه نیست ، به نظر می رسد از احتمال سندرم تندى نفس (۴) جلوگیری کرده و اینکه درد به موجب مشکل قلبی مانند

عدم کفایت کرونر (۵) یا انفارکتوس میوکارد

وجود آمده است .

از آنجائیکه شروع درد زمانی بوده که او به

آرامی مشغول خواندن کتاب بوده است ، حدس می زنید که درد احتمالاً آنزین نبوده که بطور کلاسیکی ، ورزش یا استرس روانی بوجود می آید و از علائم اختصاصی آن « زیاد شدن و بالارفتن » یا بتدریج « قوی شدن » درد می باشد . و درد این مرد تقریباً از وقتیکه شروع شده ثابت مانده است . هر درد سینه ای که بیش از ۲۰ دقیقه به طول انجامد همیشه باید MI را در نظر گرفت تا وقتیکه خلاف آن ثابت شود .

همچنین به خاطر بسپارید که درد آنزین می تواند علائم غیر تیپیک را داشته باشد (گاهی اوقات اصلاً دردی وجود ندارد) . حتی اگر درد محدود به چانه یا قسمت داخلی از بالای بازو و اصلاً در سینه نباشد ، این علامت همراه با عرق زیاد ، ضعف و ترس مشرف به مرگ توجه شما را به احتمال مشکل مایوکاردیال هدایت می کند . علامت غیرکلاسیک CP متداولتر از آنست که مثال های کلاسیک را انتظار داشته باشیم . بنابراین ، بخاطر داشته باشید اگر درد منشعب می شود ، از کجا به کجا حرکت می کند ؟ نبض های محیطی شامل رادیال ، فمورال ، پوییتال و پدال را بررسی کنید . آیا وجود دارند و برابر هستند؟ فشارخون هر دو بازو را مقایسه کنید تا تفاوت را پیدا کنید ، اختلاف فشار سیستولیک بیشتر

۱) Substernal

۲) Lethargic

۳) Coronary Arterydisease

۴) Hyperventilation

۵) coronary Insufficiency

صورت عدم درد وجود ندارد ، را دارا باشد . توجه داشته باشید که سندرم تندى نفس (Hyperventilation) هم می تواند يك ECG غیرطبیعی را سبب شود . برای مثال وجود بیماری شریان کرونر ممکن است تولید صداهای سریع شریانی بطنی تند و انقباضات PVC زودرس نماید . گوش کردن به صداهای قلب ، اطلاعات اساسی را می تواند آشکار کند . ارزیابی کنید که آیا صداهای غیرطبیعی مانند مرمرها ، مالش های اصطکاکی یا صداهای اضافه مانند يك ریتم gallop وجود دارد مهم است که هرچند تا از متغیرها را ارزیابی کنید .

آنژین (Angina)

آنژین ممکن است با درد و یا بدون درد باشد . شکایت اولیه ممکن است . « سنگینی » ، « تنگی » و یا تنگی نفس باشد . احتمالاً بیمار بطور معمول از خواب بخطر درد و ناراحتی بیدار می شود . معمولاً بعد از فعالیت ، بخصوص فعالیتی که بازوها و پاها در گیرند و یا هنگام بالا رفتن از سربالائی ، بسیار ناتوان می شود . علائم ممکن است فقط بعد از مصرف يك وعده غذای سنگین و زیاد وقتی که خون از قلب به معده برای کمک در هضم غذا منحرف می شود ، بروز کند .

آئورتیک (Aortic)

برخلاف احساس سنگینی یا به هم فشردگی دريك

از mmHg ۲۰ ممکن است نشانگر يك بلوک آترواسکلروتیک در بازوی با فشار کمتر باشد . فشار در پاها باید ۲۰-۳۰ mmHg بیشتر از فشار در بازوها باشد . هرگاه نبض های فمورال ، پوپیتال و پدال ضعیف یا اصلاً وجود نداشته باشند ، فشارخون در پاها را بگیرید تا احتمال يك بلوک مانند ترومبوزیس (۶) در قسمت پائین تنه را از بین ببرید . علاوه بر این ، پاها را بررسی کنید تا هر علامتی از ترومبوزیس وریدی عمقی را مشخص کنید اختلال مو دريك یا دو پا ، گرمی و سردی آن ممکن است در نتیجه آمبولی ریوی باشد . بخاطر داشته باشید که توأم بودن نبض های پدال ضعیف و يك پای داغ معمولاً نشانگر يك انسداد وریدی و سردی وجود خال ها و خطوط رگه رگه در پاها نشانه يك انسداد شریانی است . تورگر (Turgor) پوست بیمار ، درجه حرارت و رطوبت پوست را بررسی کنید . به هر Petechieae) پتشی خصوصاً روی اگزिला (axilla) یا فکسه سینه توجه کنید . وجود آن نشانه آمبولی چربی است و يك فوریت پزشکی محسوب می شود و از علائم يك حمله قلبی پیروی می کند . به هر گونه آریتمی همراه با درد قفسه سینه توجه کنید ، نهایتاً ، به حالت ها ، فتق هیاتال ، دیابت ملیتوس ، بیماری کیسه صفرا ، هیپوتانسیون و آئمی و سایر بیماری ها که می توانند تشدید و یا مستعدکننده بیمار به درد سینه باشند توجه کنید .

خوب است که نوار قلبی بیمار هنگام بروز درد گرفته شود . برای اینکه می تواند اطلاعات کلیدی مانند تغییر در محور یا در سگمنت ST باشد که در

معمولاً با درد قدامی و يك سري علامت ديگر مانند سرگیجه و سرسبکی ، سختی تنفس ، آئرين و طيش قلب دیده می شود . تب روماتیسم ، انفارکتوس میوکارده و نارسائی حاد بطن چپ ممکن است در این تصویر دیده شود . سمع نشان دهنده يك صدای میانی سیستولیک دیر با يك مرمر سیستولیک دیر یا هر دو می باشد . رادیولوژی ، کاردیوگرافی و الکتروکاردیوگرافی اطلاعات کلیدی فراهم می کند: بزرگ بودن دهلیز و بطن چپ با احتقان ورید ریوی همراه است . این حالت اغلب خوش خیم است ، اما بیماران ممکن است از سندرم مارفان (Marfan) بی کفایتی و سستی دریچه میترال ، یا هر دو رنج ببرند . چنانچه مرگ ناگهانی در اثر فیبریلاسیون يك احتمال است ، لازم است شخص مبتلا به پرولاپس دریچه میترال سریعاً مورد توجه پزشکی قرار گیرد .

پریکاردیال

چگونه يك بیمار از ناراحتی (Substernal)

حاد با درد تیز و پلورال شکایت می کند ؟ ممکن است علاوه بر ، نفس های عمیق سرفه کردن ، خمیازه کشیدن و بلع ، درد را بدتر کند . درد با راست نشستن یا به طرف جلو خم شدن تسکین می یابد . با وجودیکه علامت پریکاردیت و انفارکتوس میوکارده حاد مشترک هستند پریکاردیت يك احتمال اولیه است . همچنین سمع احتمالاً نشان می دهد که مالش اصطکاک پریکاردیال در هنگامیکه بیمار نفس خود را حبس می کند ، ادامه دارد و وقتی که به جلو خم شود بدتر می شود (عدم

انفارکتوس میوکارده (MI) ، درد پارگی آئورت یا درد ناگهانی ، شدید ، « خنجرمانند » یا « پاره شدن » در قسمت Substernal که به گردن ، بازوها ، شکم و یا قسمت تحتانی بدن منشعب می شود ، بروز می کند . علامت به محل پارگی و این که پارگی به طرف جلو ، عقب و یا هردو پیشروی کرده بستگی دارد . علامت شامل غش کردن (Syncope) ، رنگ پریدگی ، عرق کردن ، افزایش ضربان قلب ، فلجی زودگذر یا کرختی ، ضعف پاها و سیانوز می باشد . مردان ، خصوصاً مردان سیاهپوست ، بین ۵۰-۶۰ سال در معرض خطر بالاتری هستند . اگر چه ترومای سینه ، بلند کردن وزن های سنگین ، حاملگی ، سندرم (Marfan) تنگی و به هم فشردگی آئورت ، و هیپرتانسیون می تواند اورژانس عروقی محسوب شود .

درد آنوریسم آئورت بخاطر فشردگی یا ساییدگی عضوهای احاطه کننده مثل ریه ها ، تراشه ، لارنکس و اعصاب نخاعی متفاوت است . درد در (Substernal) ، در شانه ها ، پائین کمر و شکم به مدت طولانی وجود دارد و نشانه هایی از اختلال شدید تنفسی و گرفتگی صدا یا از دست دادن صدا نیز دیده می شود ، این بیماری بیشتر در مردان سیاهپوست بین ۵۰-۷۰ سال و افرادی که دیواره های آئورت آن ها به سبب آترواسکلروسیس ضعیف شده ، شایع می باشد .

بی کفایتی دریچه میترال :

پرولاپس یا افتادگی دریچه میترال - سندرم مرمر



متمایز می کند .

معهده - روده ای

فتق هیاتال و اسپاسم مری معتبراً نشان داده است که درد قلبی را تقلید می کنند . البته آن ها می توانند همزمان با مشکلات قلبی موجود باشند . بیماران با درد منشا معده - روده ای معمولاً متوجه می شوند که با راست نشستن احساس بهتری دارند . نیتروگلیسرین نمی تواند در تشخیص استفاده شود ، اما اگر نیتروگلیسرین درد سینه را ۳ تا ۵ دقیقه طولانی تر از آن وقتیکه برای تسکین آنژین لازم است ، آرام کند ، درد ممکن است منشا مری داشته باشد . این تفاوت متغیرتر از آنست که بتواند به عنوان یک علت کلینیکی اساسی باشد ، با وجود این یک ابزار در تشخیص محسوب می شود . همچنین اگر در گذشته بیمار متوجه شده که آنتی اسید و غذا در تسکین درد کمک کرده ، یا که نخوردن ایجاد ناراحتی می کند ، بنابراین ممکن است به جای مشکل قلبی ، یک مشکل مربوط به مری وجود داشته باشد . مطالعات پرفیوژن (Perfusion) اسید مری کمک می کند تا معین کنید آیا یک مشکل مری در تصویر اولیه است یا نه . نهایتاً ، حائز اهمیت است که سمع صداهای Bowel که Peristalsis را بررسی می کند ، انجام گیرد . همچنین برای صداهای عروقی معین گوش کنید . آیا اسپاسم ماهیچه و حساسیت (Tenderness) وجود دارند ؟

وجود مالش ، تشخیص پریکاردیت را رد نمی کند . در پریکاردیت حاد ، ریتم شریانی اکتوپیک (ectopic) ، کاهش در فشار سیستولیک ، و یا effusion ، کاهش QRS و موج T را نشان می دهد .

درد با منشا ریوی (برای مثال پلوروزی) با سرفه ، تنفس عمیق ، یا بلع شدید و با راست نشستن تسکین می یابد . سختی تنفس (Dyspnea) یا تاکی پنه ، همراه با رال یا ویزینگ (Wheezing) ، یک مالش اصطکاک پلوروزی ، و کاهش صداهای تنفس ممکن است نشانگر (Pleurisy) باشد . آمبولی یا ترومبوز (Thrombosis) ریوی (PE) ، معمولاً با درد (Substernal) حاد یا ملایم یا بدون درد می تواند باشد . علائم سه گانه PE شامل دیس پنه (Dyspnea) تاکی کاردیا ، و آلکالوز اولیه تنفسی در هوای اتاق می باشد . توجه به عوامل مستعد کننده ترومبوفلیت که در نتیجه صدمه ، استفاده طولانی از قرصهای ضدبارداری ، بی حرکتی یا جراحی ممکن است ایجاد شود ، ضروری است .

پنوموتراکس یک علت دیگر برای درد سینه تیز و خنجرمانند است . ممکن است به نشانه مربوط منشعب شود . سیانوز ، افزایش نبض و تعداد تنفس ، کاهش حرکات سینه و کاهش صداهای تنفس در طرف صدمه دیده نشانه های دیگری هستند . مطالعه گازهای خون در امتداد با بررسی فیزیکی و رادیولوژی (که هوا در فضای پلورال و افتادگی قسمتی یا تمام ریه را نشان می دهد) فرق بین پنوموتراکس و دردسینه را



عضلاتی یا اسکلتی

سندرم استخوان در رفته قفسه سینه باید مورد نظر باشد و قتیکه بیمار از درد سینه خنجرمانند هنگام استراحت و انجام حرکات خم شدن ، کشیده شدن و یا چرخیدن ، شکایت دارد . يك صدای « کلیک » در هنگام سمع قسمت تحتانی قفسه سینه شنیده می شود . لمس کردن و تحرك قسمت قدامی می تواند باعث درد شود اگر Costochondral یا شکستگی دنده وجود داشته باشد .

سندرم Tietze با درد در ناحیه ای که دنده به جناق متصل می شود ، بروز می کند . این سندرم يك وضعیت غیر معمول با تورم (Costochondral) می باشد در حالیکه (Costochondral) که شایع تر است این تورم را ندارد . تشخیص صحیح در این مورد مشکل است برای اینکه حساسیت پریداردیال می تواند با يك MI حاد همراه باشد .

روانی

سندرم نفس تند (Hyperventilation) می تواند منجر به اسپاسم کرونر شود . که به آسانی با آنژین اشتباه می شود . برای اینکه اغلب با درد سنگین و تیز Substernal مشخص می شود . علامت کلاسیک آن عبارتند از : آه کشیدن متناوب ، خمیازه کشیدن مکرر ، احساس کرختی یا احساس قلقلک در دستها و پاها و قسمت (Circumoral) اسپاسم کارپوپدال می باشد و نیز بیمار می گوید که

« نمی توانم نفس عمیق بکشم » .

اضطراب اغلب به صورت درد تیز یا درد سینه همراه احساس سنگینی دیده می شود ، مثل آنژین . علامت ممکن است شامل تپش قلب ، تنگی نفس ، احساس خفگی ، غش کردن ، احساس قلقلک در دست ها و پاها ، سرد یا گرم شدن و عرق فراوان باشد . همچنین ممکن است خشکی دهان ، گشاد شدن چشم ها ، سختی بلع ، تهوع و استفراغ نیز دیده شود .

نشانه های CP می تواند به دلایلی مختلفی ایجاد شود . درد موضعی در چانه ، شکم و دست ها و پاها باید بررسی شوند برای این که درد منشعب شده گاهی اوقات تنها یا اولین علامت خطر است . شما می توانید از روی تعداد علامت ، بیماریهای مربوط ، ظاهر ، بررسی شخص و ژست های بیمار تاریخچه مفصلی را جمع آوری کنید . شما می توانید از بروز شرایط تهدیدکننده جلوگیری کنید .

Green Ellie, "Chest Pain", AJN, VO.92, NO. 1, January 1992, PP: 32-37

