

مقدمه..... ۹

## بخش دوم

تظاهرات اصلی بیماری‌های قلبی..... ۱۱

۱۲.....	احساس ناراحتی در قفسه سینه.....	فصل ۱۴
۲۸.....	سنگوب.....	فصل ۲۱
۴۲.....	هیپوکسی و سیانوز.....	فصل ۴۰
۴۸.....	ادم.....	فصل ۴۱
۵۴.....	برخورد با بیمار دارای سوفل قلبی.....	فصل ۴۲
۷۰.....	تپش قلب.....	فصل ۴۳

## بخش پنجم

بیماری‌های عفونی..... ۷۳

۷۴.....	اندوکاردیت عفونی.....	فصل ۱۲۸
---------	-----------------------	---------

## بخش هشتم

اختلالات سیستم قلبی عروقی..... ۱۰۱

۱۰۲.....	نحوه برخورد با افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی احتمالی.....	فصل ۲۳۶
۱۰۷.....	بیولوژی پایه سیستم قلبی عروقی.....	فصل ۲۳۷
۱۲۶.....	اپیدمیولوژی بیماری‌های قلبی - عروقی.....	فصل ۲۳۸
۱۳۵.....	معاینه بالینی سیستم قلبی - عروقی.....	فصل ۲۳۹
۱۵۳.....	الکتروکاردیوگرافی.....	فصل ۲۴۰
۱۶۸.....	تصویربرداری غیرتهاجمی قلب اکوکاردیوگرافی، کاردیولوژی هسته‌ای و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی / توموگرافی کامپیوتری.....	فصل ۲۴۱
۲۱۲.....	کاتتریزاسیون قلبی تشخیصی و آنژیوگرافی کرونری.....	فصل ۲۴۲
۲۲۵.....	اصول الکتروفیزیولوژی بالینی قلب.....	فصل ۲۴۳
۲۳۸.....	برادی‌آریتمی‌ها: اختلالات گره سینوسی دهلیزی.....	فصل ۲۴۴
۲۴۹.....	برادی‌آریتمی‌ها: اختلالات گره دهلیزی بطنی.....	فصل ۲۴۵
۲۶۱.....	رویکرد به تاکی‌آریتمی‌های فوق بطنی.....	فصل ۲۴۶

۲۴۷	فصل	تاکی کاردی سینوسی فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک
۲۴۸	فصل	تاکی کاردی دهلیزی کانونی
۲۴۹	فصل	تاکی کاردی های فوق بطنی حمله ای
۲۵۰	فصل	فلاتر دهلیزی شایع و تاکی کاردی های دهلیزی با باز چرخش درشت و چندکانونی
۲۵۱	فصل	فیبریلاسیون دهلیزی
۲۵۲	فصل	رویکرد به آریتمی های بطنی
۲۵۳	فصل	انقباضات زودرس بطنی، تاکی کاردی بطنی غیر پایدار، و ریتم ناشناخته بطنی تسریع شده
۲۵۴	فصل	تاکی کاردی بطنی پایدار
۲۵۵	فصل	تاکی کاردی بطنی چندشکلی و فیبریلاسیون بطنی
۲۵۶	فصل	VT بی وقفه و طوفان الکتریکی
۲۵۷	فصل	نارسایی قلبی: پاتوفیزیولوژی و تشخیص
۲۵۸	فصل	نارسایی قلبی: درمان
۲۵۹	فصل	کاردیومیوپاتی و میوکاردیت
۲۶۰	فصل	پیوند قلب و کمک طولانی مدت به گردش خون
۲۶۱	فصل	تنگی دریچه آئورت
۲۶۲	فصل	رگورژیتاسیون آئورت
۲۶۳	فصل	تنگی دریچه میترال
۲۶۴	فصل	رگورژیتاسیون میترال
۲۶۵	فصل	پرولاپس دریچه میترال
۲۶۶	فصل	بیماری دریچه های تری کوسپید
۲۶۷	فصل	بیماری دریچه ریوی
۲۶۸	فصل	بیماری های دریچه ای متعدد و مختلط قلب
۲۶۹	فصل	بیماری های مادرزادی شب در بزرگسالان
۲۷۰	فصل	بیماری های بیکارت
۲۷۱	فصل	میگزوم دهلیزی و سایر تومورهای قلبی
۲۷۲	فصل	ترومای قلبی
۲۷۳	فصل	بیماری ایسکمیک قلب
۲۷۴	فصل	سندرم حاد کرونری بدون صعود قطعه ST (انفارکتوس میوکارد و آنژین ناپایدار بدون صعود قطعه ST)
۲۷۵	فصل	انفارکتوس میوکارد با صعود قطعه ST
۲۷۶	فصل	مداخلات کرونری از طریق پوست و سایر روش های مداخله ای
۲۷۷	فصل	هیپر تانسیون
۲۷۸	فصل	بیماری کلیوی - عروقی
۲۷۹	فصل	ترومبوز سیاهرگ های عمقی و ترومبواسبولی ریوی
۲۸۰	فصل	بیماری های آئورت

۶۶۷	بیماری‌های شریانی اندام‌ها	فصل ۲۸۱
۶۸۲	بیماری مزمن وریدی و لنف ادم	فصل ۲۸۲
۶۹۳	افزایش فشارخون بالای ریوی	فصل ۲۷۷

**بخش هشتم** مراقبت‌های حیاتی پزشکی ..... ۷۰۹

۷۱۰	رویکرد به بیمار مبتلا به شوک	فصل ۳۰۳
۷۲۲	سپسیس و شوک سپتیک	فصل ۳۰۴
۷۳۰	شوک کاردیوژنیک و ادم ریوی	فصل ۳۰۵
۷۵۴	کلاپس قلبی - عروقی، ایست قلبی و مرگ ناگهانی قلبی	فصل ۳۰۶

A7 اطلس الکتروکاردیوگرافی ..... ۷۷۳

نمایه ..... ۷۸۷

[www.abadisteb.pub](http://www.abadisteb.pub)

## ۱۴ احساس ناراحتی در قفسه سینه

David A. Morrow



می‌شوند یک انفارکتوس میوکارد (MI) تشخیص داده شده داشته‌اند که بعدها رخ دادن آن مشخص می‌شود. بیمارانی که MI در آن‌ها تشخیص داده نشود به طور تقریبی خطر مرگ در ۳۰ روزه دو برابر بیشتر نسبت به بیماران مشابه بستری شده خواهند داشت.

سیر بالینی ACS، میوکاردیت، بیماری‌های حاد پریکارد امبولی ریوی و اورژانس‌های آنورت به ترتیب در فصل‌های ۲۷۰، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۹ و ۲۸۰ بحث شده است. در مطالعه‌ای بر روی بیش از ۳۵۰,۰۰۰ بیمار دچار احساس ناراحتی قفسه سینه با فرض وجود علت غیر قلبی ریوی غیر اختصاصی میزان مرگ‌ومیر ۱ سال پس از ترخیص کمتر از ۲٪ بوده و تقابن بارزی با میزان مرگ‌ومیر در جمعیت عمومی مطابقت داده شد از نظر سنی نداشته است. میزان حوادث قلبی عروقی عمده در ۳۰ روز اول در بیمارانی با درد حاد قفسه سینه که کم‌خطر ارزیابی شده بودند در یک مطالعه بزرگ براساس جمعیت، ۲/۵ درصد بود که بیماران با بالا رفتن قطعه ST یا درد قفسه سینه غیر قلبی قطعی از مطالعه خارج شده بودند.

### علل احساس ناراحتی در قفسه سینه

علل عمده احساس ناراحتی قفسه سینه در این بخش بحث شد و در جدول ۱-۱۴ خلاصه شده است. سایر عوامل مربوط به شرح حال، معاینه فیزیکی و آزمایشات تشخیصی که به افتراق این علل کمک می‌کنند در ادامه بحث خواهند شد (قسمت «برخورد با بیمار» را ببینید).

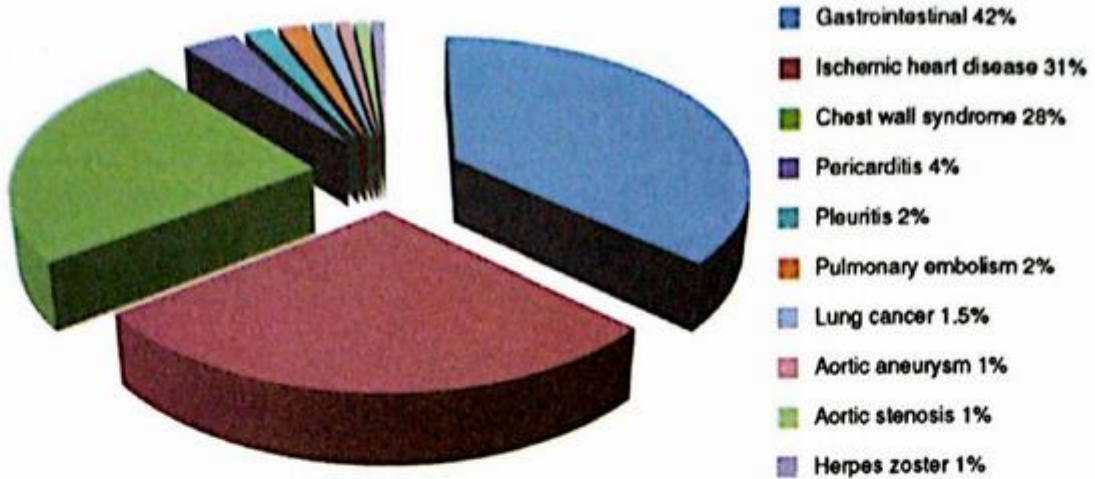
### ■ ایسکمی / آسیب میوکارد

ایسکمی میوکارد منجر به احساس ناراحتی قفسه سینه، که آژین صدری نام دارد، یک نگرانی بالینی اصلی در بیماران مراجعه‌کننده با علائم قفسه سینه است. ایسکمی میوکارد در اثر یک عدم تعادل بین نیاز به اکسیژن در میوکارد و میزان اکسیژن دریافتی میوکارد رخ می‌دهد که منجر به عدم کفایت اکسیژن‌رسانی جهت تأمین نیازهای متابولیک قلب می‌شود. مصرف اکسیژن میوکارد می‌تواند در اثر افزایش ضربان قلب، استرس بر روی دیواره‌های بطنی و انقباض پذیری میوکارد افزایش یابد و میزان اکسیژن دریافتی میوکارد نیز توسط جریان خون کرونری و میزان اکسیژن شریانی‌های کرونری تعیین می‌شود. در صورتی که ایسکمی میوکارد به اندازه کافی شدید

احساس ناراحتی در قفسه سینه یکی از شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به بخش اورژانس (ED) یا درمانگاه‌های سرپایی به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی است. ارزیابی ناراحتی قفسه سینه غیرترومایی به علت طیف وسیع علل احتمالی و همچنین به علت این‌که برخی از این علل تهدیدکننده حیات‌اند و غافل شدن از آن‌ها خطرناک است، دشوار است. قراردادن اساس ارزیابی تشخیصی اولیه و تریاژ بیماران دچار احساس ناراحتی حاد قفسه سینه بر حول این سه طبقه‌بندی کمک‌کننده است: (۱) ایسکمی میوکارد؛ (۲) سایر علل قلبی ریوی (بیماری میوپریکاردی، اورژانس‌های آنورت و مسائل ریوی)؛ و (۳) علل غیر قلبی ریوی. با وجود این‌که شناسایی هرچه سریع‌تر شرایط پرخطر یک اولویت در روند ارزیابی اولیه است اما استراتژی‌های مبتنی بر استفاده روتین و آزادانه از آزمایشات ممکن است منجر به اثرات زیان‌بار ناشی از بررسی‌های غیرضروری شوند.

### اپیدمیولوژی و سیر بالینی

احساس ناراحتی در قفسه سینه یکی از شایع‌ترین مراجعه به اورژانس در ایالات متحده و علت ۶ الی ۷ میلیون مراجعه سالانه اورژانس است. بیش از ۶۰ درصد این بیماران برای پیگیری بیشتر بستری می‌شوند و باقی آن‌ها نیز تحت ارزیابی‌های بیشتر در ED قرار می‌گیرند. در کمتر از ۱۰٪ بیماران ارزیابی شده در نهایت تشخیص سندرم حاد کرونری (ACS)<sup>۱</sup> داده می‌شود که میزان آن در اکثر جمعیت‌های غیرانتخابی ۲۰-۱۰٪ و در برخی مطالعات کمتر از ۵٪ گزارش شده است. شایع‌ترین تشخیص علل گوارشی است (شکل ۱-۱۴) و کمتر از ۵٪ موارد را سایر علل قلبی ریوی تهدیدکننده حیات تشکیل می‌دهد. در درصد زیادی از بیماران با ناراحتی قفسه سینه حاد و گذرا، ACS یا سایر علل قلبی ریوی حاد رد می‌شود ولی علت دیگری نیز شناسایی نمی‌شود. در نتیجه منابع و زمان اختصاص داده شده جهت ارزیابی احساس ناراحتی قفسه سینه در غیاب یک علت شدید به طور قابل توجهی زیاد است. با این حال به نظر می‌رسد حدود ۶-۲٪ از بیماران با احساس ناراحتی قفسه سینه که با فرض وجود یک علت غیرایسکمیک از اورژانس ترخیص



شکل ۱-۱۴ توزیع تشخیص نهایی در زمان ترخیص در بیماران با درد حاد قفسه سینه غیر ترومایی.

جدول ۱-۱۴. تظاهرات بالینی معمول ناشی از علل عمده ناراحتی حاد قفسه سینه				
سیستم اختلال قلبی ریوی	زمان شروع / طول مدت	کیفیت یا ماهیت	مکان	تظاهرات همراه
قلبی ایسکمی میوکارد	آنزیم پایدار: شروع در اثر فعالیت، سرما یا استرس؛ ۱۰-۲ دقیقه آنزیم ناپایدار: الگوی افزایشی یا در زمان استراحت	احساس فشار، تنگی، پیچش، سنگینی، سوزش	پشت جناغ؛ اغلب انتشار به گردن، فک، شانه‌ها یا بازوها؛ گاهی اپی‌گاستریک	گالوپ S <sub>4</sub> یا سوفل رگورژیتاسیون میترال (نادر) در هنگام درد؛ S <sub>4</sub> یا رال در صورت وجود ایسکمی شدید یا عوارض انفارکتوس میوکارد
پریکاردیت	متغیر؛ ساعت‌ها تا روزه؛ ممکن است دوره‌ای باشد.	درد پاورتیک، تیز	پشت جناغ یا به سمت نوک قلب؛ ممکن است به شانه چپ منتشر شود	ممکن است درد با نشستن و خم شدن به جلو بهبود یابد؛ صدای مالش پریکاردی
عروقی سندرم حاد آئورتی	آغاز ناگهانی در غیر قابل تحمل	احساس پاره شدن یا شکافتن؛ درد خنجری	قفسه سینه قدامی؛ اغلب با انتشار به پشت؛ بین دو شانه	همراه با افزایش فشارخون و/یا بیماری زمینه‌ای بافت همبند؛ سوفل نارسایی آئورت؛ از دست رفتن نبض‌های محیطی
امبولی ریه	شروع ناگهانی	پلوریتیک؛ در صورت وجود امبولی بزرگ ریوی ممکن است به صورت احساس سنگینی باشد.	اغلب جانبی، در همان سمت امبولی	تنگی نفس، تاکی‌پنه، تاکی‌کاردی و کاهش فشارخون
افزایش فشارخون ریوی	متغیر، اغلب فعالیتی	فشاری	زیر جناغ	تنگی نفس، نشانه‌های افزایش فشار وریدی

جدول ۱-۱۴. تظاهرات بالینی معمول ناشی از علل عمده ناراحتی حاد قفسه سینه (ادامه)

سیستم	اختلال	زمان شروع / طول مدت	کیفیت یا ماهیت	مکان	تظاهرات همراه
ریوی	پنومونی یا پلوریت	متغیر	پلورتیک	یک طرفه، اغلب موضعی	تنگی نفس، سرفه، تب، زال مالش (rub) گهگاه
	پنوموتوراکس	شروع ناگهانی	پلورتیک	جانینی در سمت پنوموتوراکس	تنگی نفس، کاهش صداهای تنفسی در سمت پنوموتوراکس
<b>غیر قلبی ریوی</b>					
گوارشی	ریفلاکس مری	۶۰-۱۰ دقیقه	سوزشی	زیر جناغ، اپی گاستریک	در حالت درازکش پس از غذا بدتر می شود. با درمان ضد اسید بهبود می یابد
	اسپاسم مری	۲-۳۰ دقیقه	فشاری، تنگی، سوزشی	پشت جناغ	می تواند بسیار شبیه آنزین باشد
	زخم پپتیک	طولانی؛ ۶۰-۹۰ دقیقه پس از صرف غذا	سوزشی	زیر جناغ، اپی گاستریک	با خوردن غذا یا درمان ضد اسید بهبود می یابد
	بیماری کیسه صفرا	طولانی	درد ناراحت کننده یا کولیکی	اپی گاستریک، ربع فوقانی راست؛ گاهی به پشت انتشار دارد	ممکن است پس از صرف غذا رخ دهد
عصبی عضلانی	کوستوکندریت	متغیر	درد ناراحت کننده	جناغی	گاهی تورم، حساسیت و گرمی روی مفصل وجود دارد. ممکن است در اثر فشار لوکالیزه در معاینه فیزیکی مجدد ایجاد شود
	بیماری دیسک گردنی	ممکن است متغیر، گاهی بلند	درد ناراحت کننده؛ بازوها و شانه ها		ممکن است با حرکت گردن بدتر شود
	تروما یا کشیدگی	حسب تابت و مداوم	بی حسی باشد	محدود به منطقه کشیدگی	در اثر حرکت یا لمس مجدد ایجاد می شود
	هرپس زوستر	اغلب طولانی	تیز یا سوزشی	توزیع درماتومی	راش وزیکولار در محل ناراحتی
روان شناختی	شرایط احساساتی و روان پزشکی	متغیر؛ ممکن است کوتاه یا طولانی باشد	متغیر؛ اغلب به صورت احساس تنگی و تنگی نفس به همراه احساس هراس یا ناراحتی	متغیر؛ ممکن است پشت جناغ باشد	عوامل موقعیتی ممکن است علائم را تشدید کنند؛ سابقه حمله هراس (Panic attacks) افسردگی

طول کشیده باشد (حداقل ۲۰ دقیقه) آسیب غیر قابل برگشت سلولی ایجاد شده که منجر به MI می شود. شایع ترین علت بیماری ایسکمیک قلبی بسته شدن یک یا چند شریان کرونری اپی کاردی توسط پلاک آتروماتیک است بیماری ایسکمیک قلبی پایدار (فصل ۲۷۳) اغلب در اثر پارگی شدن تدریجی شریان های کرونری به علت آترواسکلروز ایجاد