



علت آن اسپاسم مری است، شکایت دارد؟ آیا او بیان می‌دارد که احساس خفگی یا مشرف به مرگ بودن را میکند؟ آیا او با مشت بسته یا دست باز خود بر روی قفسه سینه‌اش فشار وارد می‌آورد که این مورد احتمال اسپاسم عروق کرونر که موجب آنژین صدری می‌شود را افزایش می‌دهد. یا او نقطه یا محوطه بخصوصی که نمایانگر دردی با منشاء ریوی است را نشان میدهد؟ در حالیکه بیمار درد را توصیف

تشخیص علت درد قفسه سینه را مشکل می‌کند. تنها با تفکیک علائم فردی و بیماریهای وابسته می‌توان یک تصویر تشخیصی معین و واضحی را بوجود آورد. هر نوع کلید احتمالی از جمله ارزشیابی ذهنی بیمار از درد، ظاهر او، نگرش، اشارات و سلامتی وی باید بررسی شود.

هنگام تهیه تاریخچه از بیمار، دقیقاً باید به لغاتی که بیمار جهت تفسیر شدت، محل، دوره و کیفیت درد بکار می‌برد، توجه شود. آیا او از لغاتی نظیر "پاره شدن"^۲ و "خنجر زدن"^۳ که نشان دهنده وجود هوا در قفسه سینه^۴ است، استفاده میکند؟ یا از درد فشاری که احتمالاً

ترجمه: سلوانیک پور فوق لیسانس داخلی و جراحی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران
ویراستار: اقدس دواچی فوق لیسانس روان پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اغلب بیماران تصور میکنند که درد قفسه سینه، صرفاً نشانه یک حمله قلبی نیست. البته الزاماً چنین نمی‌باشد. درد ممکن است منشاء ریوی، معدی، روده‌ای، روانی یا عضلانی استخوانی داشته باشد. از این عوامل چنانچه دو مورد یا بیشتر با هم ترکیب شوند، نشانه‌های مشابه با هم تداخل میکنند. تمام این عوامل

1-Chestpain

2-Tearing

3-Stabbling

4-Pneumothorax

میکنند، دقیقاً لغاتی را که بکار میبرد، تکرار کنید. این کار تاکید بر درک شما داشته، به کاهش نگرانی او کمک کرده و تصویر دقیقی را به دست می‌دهد که به تشخیص روشن و واضح کمک می‌کند.

بررسی زمینه تاریخچه‌ای

از بیمار سوال کنید که آیا در گذشته دچار چنین دردی شده است یا نه؟ اگر چنین بوده، او چه کرده بود؟ آیا با عجله به سرکار خود رفته، آیا مشاخره خانوادگی داشته یا یکی دو ساعتی قبل از درد مشغول شن کش کردن برگها بوده است؟ در این صورت به نارسایی میوکارد^۱ فکر کنید. شروع نارسایی میوکارد غالباً به دنبال فعالیتهایی این چنین که مملو از تنش هستند نه بلافاصله، بلکه یک یا دو ساعت بعد، آغاز می‌شود.

چنانچه فرد برای مدت طولانی روی چیزی خم شده یا قوز کرده است، به عنوان مثال مشغول تماشای بازی فوتبال بوده، مشکل مربوط به سندرم گرفتگی قفسه سینه در نزدیکی قلب^۲ می‌باشد. از بیمار بپرسید که آیا درد بصورت یک مشکل مداومی درآمده که همیشه در یک زمان بخصوص از روز همراه با خوردن یا نخوردن روی می‌دهد؟ این درد ممکن است منشاء گوارشی

داشته باشد. آیا در شدت درد نوسان وجود دارد، کمتر از ده دقیقه طول می‌کشد و سپس تسکین می‌یابد؟ در آنژین صدری این جزء علائم کلاسیک است. چنانچه درد، فرد را از خواب بیدار کند علامت مشخصی از گرفتگی کرونر است و درد مربوط به قفسه سینه بوده که نیاز به مداخلات سریع پزشکی دارد.

به خاطر داشته باشید که درک از درد در نزد افراد متفاوت است. برخی تحملشان نسبت به هر نوع ناراحتی بسیار کم است و این عامل مستقیماً موجب تشدید درک و واکنش آنان نسبت به درد می‌شود برخی نیز صبورند و از رفتن به بخش اورژانس سرباز می‌زنند تا زمانیکه دیگر دیر شده است.

از بیمار بپرسید که آیا قادر به ادامه فعالیت بوده یا اینکه درد او را از فعالیت بازداشته است. از او بپرسید که فکر می‌کند چه عاملی موجب درد او شده است؟ اغلب بیماران بطور حیرت آوری در مشاهدات و نتیجه گیریهای خود دقیقند. دریابید که آیا درد با خوابیدن یا نشستن تغییر می‌یابد. به عنوان مثال همانطور که خوردن یا نخوردن موجب تخفیف درد ناشی از ناراحتیهای معدی روده‌ای می‌شود.

نشستن نیز موجب تخفیف این دردها می‌شود.

به بیانی دیگر، در کنار خصوصیاتی چون محل درد، انتشار و شدت آن به دنبال چرا، چه زمانی و کجای درد قفسه سینه نیز باشید. به خاطر داشته باشید که نشانه‌های مشخصی چون دردی که به فک یا قسمت داخلی و فوقانی دست چپ منتشر میشود می‌تواند "تنها" نشانه باشد.

موردی به عنوان مثال:

جهت ترکیب تمامی این موارد در یک جا، مرد ۵۵ ساله‌ای که همراه با درد له کننده قفسه سینه در ناحیه زیر جناغ، در بخش اورژانس پذیرش شده است را در نظر بگیرید. او مضطربانه می‌پرسد، "این همان است، نه؟" من در حال مرگ هستم. او به شما می‌گوید که در گذشته هرگز درد قفسه سینه نداشته است. در آن روز بخصوص او مشغول مطالعه بوده که نفسش کوتاه می‌شود، دچار حالت تهوع می‌گردد و با درد گرفتگی شدید در ناحیه میان سینه، مواجه می‌شود. او از این

1-Myocardial Infarction

2-Precordial catch syndrom (chest charlie horse)

میترسد که اینقدر زنده نماند که بتواند خود را به بیمارستان برساند. او هنوز هم نگران است، زیرا دردش فقط تا حدودی تخفیف یافته است. در حالیکه توصیفات او را از وقایع مرور می‌کنید، متوجه می‌شوید که وی از مشت بسته جهت توصیف درد خود استفاده می‌کند. این مشت بسته کلیدی است جهت دردهایی که منشاء قلبی دارند. چنانچه او به نقطه خاصی اشاره کند، احتمالاً طبیعت درد چیزی بیشتر از درد ریوی یا ماهیچه‌ای است. او ظاهری هوشیار دارد، ابداً خسته نیست که علامت خوبی از نشانه‌های آشکار ظاهری بیمارهای سرخرگ کرونر میباشد. این حقیقت که حرف زدن او همراه با خمیازه یا آه کشیدن نیست و جود سندرم هیپرونتیلیسیون را مستثنی کرده و احتمال اینکه درد بعلت مشکلات قلبی چون نارسایی کرونر یا نارسایی میوکارد است را تقویت می‌کند.

از آنجا که وقتی درد شروع شد، او در حال مطالعه بوده است نه ورزش، شما احساس میکنید که احتمالاً درد مربوط به آنژین نمی‌باشد زیرا درد آنژینی با ورزش یا فشارهای عاطفی شدت می‌گیرد و از خصوصیات آن حالت پیش رونده درد و فروکش کردن آن با توقف

فعالیت می‌باشد. در مورد این بیمار، از زمانیکه درد او شروع شده یکنواخت باقی مانده است. هر درد قفسه سینه‌ای که بیش از ۲۰ دقیقه طول بکشد، باید آن را به عنوان نارسایی میوکارد به حساب آورد، مگر اینکه خلاف آن ثابت شود.

همچنین به خاطر داشته باشید که درد آنژینی می‌تواند علائم غیر مشخصی نیز داشته باشد (گاهی درد وجود ندارد). حتی اگر درد به فک و قسمت داخلی و فوقانی دست بزند و به قفسه سینه انتشار نیابد، همین دو علامت همراه با عرق زیاد، ضعف و ترس از قریب الوقوع بودن مرگ باید شما را به وجود مشکل میوکارد مشکوک کند.

تظاهرات غیر مشخص درد قفسه سینه از موارد کلاسیک بیماری بیشترند. بنابراین به خاطر داشته باشید که گزارشی از نشانه‌ها و بیماریهای وابسته که در تصویر تشخیصی می‌آیند، تهیه کنید: در صورت انتشار درد توجه کنید که از کجا شروع می‌شود و به کجا میرود؟ نبض‌های محیطی رادیال^۱، فمورال^۲، پشت زانو^۳ و روی پا^۴ را بررسی کنید. آیا وجود دارند و مساویند؟ فشار خون هر دو دست را بگیرید و با هم مقایسه کنید تا متوجه هر نوع تفاوتی بشوید. تفاوتی بیش

از ۲۰ میلی متر جیوه در سیستول نشان دهنده انسداد آترواسکلروتیک در دستی که فشار کمتر دارد، می‌باشد. فشار خون پاها باید ۲۰-۳۰ میلی متر جیوه از دستها بیشتر باشد. هر زمان که نبضهای فمورال، پشت زانو و روی پا حس نشوند، فشار خون پاها را جهت تشخیص انسدادی چون ترومبوز در اندام‌های تحتانی کنترل کنید. به علاوه پاها را از نظر وجود ترومبوز وریدهای عمقی، فقدان مو روی یکی یا دو پا، گرم و سرد بودن پاها - که احتمالاً وجود آمبولی ریوی را می‌رساند، بررسی کنید. به خاطر داشته باشید که ترکیبی از نبض‌های ضعیف روی پا و پای داغ حاکی از وجود لخته سیاهرگی است. پای سرد و لکه لکه نشان دهنده لخته سرخرگی است.

قوام^۵ پوست، درجه حرارت و رطوبت آن را کنترل کنید. مشاهده هرگونه پتی شی^۶ خصوصاً در ناحیه زیر بغل و روی قفسه سینه را

1-R adial

2-Femoral

3-Popliteal

4-pedal

5-Turgor

6-Petechia

گزارش کنید. وجود آن نشان دهنده آمبولی چربی،^۱ مورد اورژانسی شبیه به حمله قلبی می باشد. هرگونه آریتمی همراه با درد قفسه سینه را گزارش کنید. نهایتاً جهت وجود شرایطی چون فتق مری،^۲ دیابت، بیماری کیسه صفرا، افزایش فشار خون و کم خونی - که بیمار را مستعد دردهای قفسه سینه می کنند، او را تحت نظر قرار دهید.

مطلوب است که در حین درد از بیمار نوار قلبی تهیه شود تا کلیدی راهنما جهت وجود تغییراتی در محور یا تغییراتی در قطعه ST که در حالت عدم وجود درد، این تغییرات مشاهده نمی شوند، باشد (توجه داشته باشید که سندرم هیپرونیترالسیون هم می تواند یک نوار قلبی غیر طبیعی را نشان دهد). به علاوه وجود بیماری سرخرگ کرونر، در برخی موارد، ممکن است صداهای گالوپ بطنی^۳ یا دهلیزی و انقباضات زودرس بطنی^۴ را ایجاد کند.

گوش کردن به صداهای قلبی اطلاعات حساسی را آشکار می سازند. تعیین کنید که آیا صداهای غیر طبیعی چون سوفل،^۵ صدای مالش (اصطکاک مالشی)^۶ یا صداهای اضافی چون ریتم گالوپ وجود دارد؟ پیدا کردن

مسیر اصلی و بررسی متغیرها تا حد ممکن ضروری است.

آنژین

آنژین ممکن است با درد یا تنها با درد مشخص شود. شکایت بیمار ممکن است از "سنگینی"، "گرفتگی" یا کوتاهی تنفس باشد. احتمالاً بیمار به خاطر درد یا ناراحتی از خواب بیدار می شود یا بطور معمول بعد از انجام فعالیت، تحملش کم می شود. خصوصاً فعالیت هایی که دستها را درگیر کند یا هنگامیکه بیمار در حال خمیده راه برود. ممکن است نشانه ها بعد از خوردن غذای سنگین، بخاطر هجوم خون از قلب به معده جهت کمک به عمل هضم، رخ دهند.

آنورتیک:^۷

بر خلاف درد، سنگینی و گرفتگی که مربوط به آنفارکتوس میوکارد است، مشخصه پارگی آنورت^۸، درد پارگی، خنجر مانند یا شکافنده شدید و ناگهانی در ناحیه زیر جناغ که به گردن، بازوها، شکم و اندام های تحتانی منتشر میشوند میباشد. نشانه ها به محل پارگی و اینکه آیا پارگی به طرف پشت، جلو یا هر دو است، بستگی دارد. نشانه ها سنکوپ، رنگ پریدگی، تعریق،

افزایش ضربان قلب، فلج موقت و یا کرخی، ضعف پاها و سیانوز میباشند. مردان سیاهپوست در سنین ۵۰ تا ۶۰ سالگی بیشتر در معرض خطرند. اگر چه که وجود صدمه اخیر به قفسه سینه، بلند کردن اشیاء سنگین، بارداری، سندرم مارفان،^۹ تنگی آنورت^{۱۰} و افزایش فشار خون نیز می توانند به این فوریت عروقی بیانجامند.

درد آنوریسم آنورتی^{۱۱} بسته به تغییر شکل ناشی از فشار یا سایدگی ساختمانهای اطراف مثل ریه ها، نای، حنجره و اعصاب نخاعی متفاوت است. درد زیر جناغ سینه در ناحیه شانه ها، قسمت پایین پشت یا شکم همراه با ناراحتی تنفسی مشخص و از دست دادن

1-Fat Embolism

2-hiatal hernia

3-Ventricular gallop

4-Premature -Ventricular contraction

5-murmur

6-Friction Rub

7-Aortic

8-Aortic Dissection

9-Marfan's Syndrom

10-Coarctation of Aorta

11-Aortic Aneurysm

صدا یا خشونت صدا، بیشتر در بین مردان سیاهپوست که سن آنها بین ۵۰ تا ۷۰ سال می باشد و کسانی که دیواره آئورتشان در نتیجه آترواسکلروز ضعیف شده، شایع می باشد.

نارسایی میترال^۱:

افتادگی دریچه میترال^۲ "سندرم سوفل کلیک"^۳ غالباً با درد قسمت قدامی و دامنه‌ای از نشانه‌ها که شامل احساس سبکی در سر، اشکال در تنفس، آنژین و تپش قلب می باشد مشخص می شود. تب روماتیسمی، انفارکتوس میوکارد و نارسایی حاد بطن چپ ممکن است قسمتی از تصویر بیماری باشد. گوش کردن به صداهای قلبی، یک کلیک متوسط تا دیررس یا سوفل سیتولیک ثانویه یا هر دو را نشان می دهد. عکسبرداری، اکوکاردیوگرافی^۴ و الکتروکاردیوگرافی^۵ داده‌های کلیدی هستند. همچنین بزرگی بطن و دهلیز چپ همراه با احتقان سیاهرگهای ریوی. این شرایط، اغلب خوش خیم‌اند ولی بیماران ممکن است از سندرم مارفان، دریچه‌های میترال شل یا هر دو رنج ببرند. از آنجا که احتمالاً در نتیجه فیبریلاسیون^۶ بطنی، مرگ ناگهانی

به وقوع می پیوندد، فرد مبتلا به افتادگی دریچه میترال باید هر چه سریع تر به پزشک مراجعه کند.

پریکاردیال^۷:

اینکه بیماری از ناراحتی حاد در زیر جناغ سینه همراه با درد برنده در ناحیه پلورشاکی باشد، نشانه چیست؟ ممکن است علاوه بر اینها، تنفس عمیق، سرفه، خمیازه و عمل بلع درد را تشدید کند. درد با نشستن یا خم شدن بطرف جلو تخفیف مییابد. با وجود اینکه نشانه‌های پریکاردیت^۸ و انفارکتوس حاد میوکارد، با هم نزدیکی دارند، اولین احتمال را به پریکاردیت می دهند. همچنین گوش کردن به قلب در حالی که بیمار نفس خود را در سینه حبس کرده است، صدای اصطکاک مالشی را، آشکار می سازد. اصطکاک مالشی با خم شدن بیمار بطرف جلو بدتر می شود. (عدم وجود مالش، تشخیص پریکاردیت را مستثنی نمی کند). در پریکاردیت حاد، نوار قلبی، ریتم‌های خارج دهلیزی، کاهش در فشار سیتولیک وافیوژن^۹ و کاهش در دامنه T و QRS را نشان می دهد.

ریوی:

درد با منشاء ریوی (برای مثال در

پلورزی)^{۱۰} معمولاً همراه با سرفه، تنفس عمیق یا بلعیدن شدت می یابد و اغلب با نشستن تخفیف می یابد. اشکال در تنفس یا تنفس سریع^{۱۱} همراه با رال^{۱۲} و ویزینگ^{۱۳}، صدای اصطکاک مالشی و کاهش در صداهای تنفسی اشاره به پلورزی دارد. آمبولی یا ترومبوز ریوی معمولاً یا همراه با درد خفیف یا شدید در زیر جناغ سینه هست یا نیست. سه علامت آمبولی ریوی شامل اشکال در تنفس، افزایش در ضربان قلب^{۱۴} و شروع آکالوز تنفسی^{۱۵} در هوای اتاق می باشد. این بیماران مستعد به ایجاد

- 1-Mitral Insufficiency
- 2-Mitral Valve prolapse
- 3-Click - Murmursyndrom
- 4-Echocardiography
- 5-Electrocardiography
- 6-Ventricular Fibrillation
- 7-Pericardial
- 8-Pericarditis
- 9-Effusion
- 10-Pleurisy
- 11-Tachypnea
- 12-rale
- 13-Wheeze
- 14-Tachycardia
- 15-Respiratory Alkalosis

ترومبوفلیت^۱ در نتیجه صدمه، استفاده طولانی مدت از قرصهای ضد حاملگی خوراکی، بی حرکتی یا جراحی می باشند.

پنوموتراکس (وجود هوا در فضای پلور^۲) علت دیگری از درد قفسه سینه برنده و تیز می باشد. ممکن است به شانه مبتلا منتشر شود. کبودی، افزایش در تعداد نبض و تنفس، کاهش حرکات سینه و کاهش صداهای تنفسی در ناحیه مبتلا، از نشانه های بیماری می باشند. آزمایشات گازهای خون همراه با بررسی های فیزیکی و عکسبرداری (که وجود هوا در فضای پلوروکلاپس جزئی یا کامل ریه صدمه دیده را نشان می دهد) وجود پنوموتراکس را از سایر علل درد قفسه سینه مستثنی می کند.

معدی - روده های:

درد فتق مری و اسپاسم مری به دردهای قلبی شباهت دارد. البته می توانند همراه با مشکلات قلبی نیز وجود داشته باشند. بیماری که درد قفسه سینه با منشاء گوارشی دارند، غالباً متوجه می شوند که دردشان با نشستن تخفیف می یابد.

نیتروگلیسرین جهت تشخیص بکار نمی رود. ولی چنانچه این دارو، دردهای قفسه سینه را در مدت بیش

از ۳ تا ۵ دقیقه (زیرا که در این مدت چنانچه درد آئزینی باشد، باید بر طرف شده باشد) تسکین داد، درد مربوط به مری است. این تفاوت متغیری است که در ابتدا مورد استفاده قرار می گیرد. هر چند که ابزار تشخیصی نیست. همچنین چنانچه بیمار دریابد که در گذشته دریافت آنتی اسید و غذا کمک به تسکین درد می کرده است، یا اینکه نخوردن باعث ناراحتی او شده است، آنگاه نیز مشکل مری وجود دارد تا قلبی. اگر چه نشانه های قلبی می توانند در نتیجه مشکلات حاد مری بوجود آیند. مطالعات پرفیوژن اسیدی مری، به تعیین اینکه آیا مشکل مری تصویر بالینی دارد یا نه کمک می کند.

نهایتاً شنیدن صداهای روده جهت بررسی حرکات دودی روده مسلم است. گوش دادن جهت وجود صداهای عروقی خاص نیز از اهمیت برخوردار است. چنانچه شکم، متسع شده باشد گزارش کنید. آیا اسپاسم ماهیچه و حساسیت محیط وجود دارد؟

عضلانی - استخوانی:

سندرم لغزش دنده ای^۳ موردی است که چنانچه بیمار از درد خنجر مانند قفسه سینه در حال استراحت

و خم شدن یا کش آمدن یا حرکات چرخشی شکایت داشته باشد، باید مورد بررسی قرار گیرد. با گذاشتن گوشی روی دنده ها در قسمت پایین، صدای کلیک به گوش می خورد. لمس و حرکت به طرف جلو ناحیه، چنانچه شکستگی دنده وجود داشته باشد، موجب درد می شود.

سندرم تیتز^۴ و کاستوکندرادینا^۵ هر دو با مشخصه درد در ناحیه ای که دنده به غضروف می پیوندند تا به استرنوم متصل شود، خود را نشان می دهد. سندرم تیتز شرایط غیر ملموس است که در نواحی اتصال دنده ها، تورم وجود دارد در حالی که در سندرم کاستوکندرال که شایع تر است، تورم وجود ندارد. از آنجا که حساسیت ناحیه روی قلبی^۶ می تواند با آنفاریکتوس میوکارد همراه باشد، تشخیص صحیح اساسی است.

1-thrombophelebitis

2-Pneumothorax

3-Slipping rib syndrome

4-Tietzes syndrome

5-Costochondrodynia

6-Precordiol

خصوصیات درد قفسه سینه همراه با منشأ آن

سایر نشانه‌ها	شروع	شدت	محل	مدت	کیفیت درد	شرایط
تهوع - تعریق، ضعف، رنگ پریدگی، سنکوپ	تدریجی یا ناگهانی ۱ تا ۲ ساعت بعد از پدید مستعدکننده	عدم وجود درد تا درد شدید	زیر جناغ سینه منتشر به نوک انگلستان	بیش از ۲۰ دقیقه	حس سنگینی، فشار و گرفتگی	آفازکتوس میوکارد
اشکال در تنفس، تعریق - ضعف	ناگهانی یا تدریجی	خفیف تا شدید به حدی که بیمار را بیدار می‌کند تا ناتوان می‌کند	زیر جناغ منتشر به شانه‌ها گردن و دستها	۵ تا ۱۰ دقیقه	حس سنگینی، سوزش، فشار عمومی و له کننده	آنژین
سنکوپ، تعریق، فلج موقت، تیرگی شعور، ضعف پاها	ناگهانی	در هنگام شروع شدید	زیر جناغ سینه در ابتدا پارگی قدامی محکم است به گردن و پایین پشت تا پاها بزند	ساعتها تا روزها	درد برنده و پارگی مانند پارگی آنژوت	پارگی آنژوت
درد در شانه‌ها، پایین پشت و شکم، ناراحتی تنفسی، اشکال در تنفس، سرفه خشن، از دست دادن صدا	تدریجی	در هنگام شروع شدید	زیر جناغ سینه، منتشر به قسمت پایین پشت شانه‌ها یا شکم	روزها تا ماهها	ناراحتی دردناک و آزاردهنده که بسته به اندازه و محل آنژیسم فرق کرده و همراه با فشار روی بافتهای اطراف است	آنژیسم آنژوت
سبکی در سر - اشکال در تنفس - آنژین	ناگهانی	خفیف تا شدید	زیر جناغ سینه منتشر تا قسمت پایین بازوی چپ	دقائق تا ساعتها	پراکنده	افتادگی درجه میتال
اصطکاک مالشی، تب، تنفس کوتاه و کم عمق	ناگهانی	خفیف تا شدید دردم شدت می‌یابد	زیر جناغ سینه، به گردن شانه چپ، دست و پشت منتشر می‌شود.	مداوم تا وقتی درمان شود	معمولاً نیز مثل پلورزی	پرکاری دیت
تاکیکاردی، اشکال در تنفس، تاکی پنه، خلط خونی، کاهش صداهای تنفسی	ناگهانی	خفیف تا شدید	زیر جناغ سینه	دقائق تا ساعتها	درد شبیه چاقو یا اصلاً وجود ندارد	ترومبوز ریزی
سیانوز، تاکیکاردی، کاهش حرکات سینه و صداهای تنفسی در ناحیه مبتلا	ناگهانی	خفیف تا شدید	اطراف سینه	چند ساعت	درد برنده تا تیز	پنوموتراکس

سایر نشانه‌ها	شروع	شدت	محل	مدت	کیفیت درد	شرایط
استفراغ و اشکال در تنفس	ناگهانی	خفیف تا شدید	پشت استخوان سینه در سراسر قفسه سینه منتشر به دست چپ، گردن، فک یا پشت	چند ثانیه تا چند دقیقه	گنگ، سوزشی، فشاری	اسپاسم مری
ممکن است با گذاشتن گوشی روی دنده یا بینی کلیک به گوش بخورد	ناگهانی	دردناک	دیواره سینه درد در قسمت فوقانی شکم	چند ثانیه تا چند دقیقه	درد تیز که در هنگام استراحت و با حرکت بوجود می‌آید	سندرم لغزش - دندهای
حساس بودن	ناگهانی	شدید	منتشر نمی‌شود	چند ساعت تا چند روز	درد تیز در محل اتصال غضروف به دنده‌ها	گاستروکلرودنیا
حساس بودن	ناگهانی	شدید	اتصالات غضروف و دنده	چند ساعت تا چند روز	حساس بودن نسبت به لمس روی ناحیه اتصال دنده به غضروف	سندرم تا تیز

عوامل مستعد کننده	تدابیر تسکین دهنده	تدابیر تسکین دهنده	عوامل مستعد کننده
تنبگی ها - چاقی - آترواسکلروز - افزایش فشار خون	مدت دپواره پر شدن مویرگی در انگشتان بیش از ۳ ثانیه - تغییرات در نوار قلبی افزایش در ایروآنزیمها	نیتروگلیسرین - استراحت - مرفین	افزایش فشار خون، سندرم مارفان، بلند کردن اجسام سنگین، عفونت قوس آئورت، بارداری
ورزش، غذای زیاد، تنبگیهای احساسی مرحله رویای خواب	مشمت گره شده بر میان جناغ سینه	نیتروگلیسرین - استراحت - نشستن	آترواسکلروز، بلند کردن اجسام سنگین، خودبخود خستگی، تب روماتیسمی، فعالیت
	فشار خون پاها به اندازه دستها یا کمتر از آن می رسد	داروهای مخدر و جراحی	
	به علائم و نشانه های شوک مراجعه کنید	جراحی	
	گوش کردن (شنیدن) صدای کلیک و سوفل در پنجمین فضای بین دندهای با استفاده از قسمت بل گوشی	درمان خاصی ندارد، پیشگیری از آندوکاردیت	
	فشار روی نواحی مزبور درد را بدتر می کند	وضعیت نیمه نشسته کامل	آترواسکلروز میوکارد یا سرفه و تنفس عمیق و دراز کشیدن بدتر میشود
	اهمیت دار شدن صدای دوم ریه	وضعیت نیمه نشسته کامل	کنده شدن ترومبوز، بی حرکتی، مصرف قرصهای ضد حاملگی خوراکی
	محدودیت در حرکات و اتساع بیشتر از حد در ناحیه صدمه دیده	اعمال لوله درناژ آبی (گذاشتن لوله در قفسه سینه)	سرفه، فعالیت و همچنین خود به خود
	در وضعیت خوابیده به پشت بدتر می شود	نیتروگلیسرین	مایعات سرد، ورزش (همچنین خودبه خود)
	گیرانداختن دنده توسط انگشتان و به آرامی بلند کردن آن صدای کلیک ایجاد می کند	برداشتن دنده	با چرخش و خم شدن بدتر می شود
	در محل درد تورم وجود ندارد	تزریق استروئید و مسکن	عفونت ناشی از آترواسکلروز میوکارد
	در محل درد تورم وجود دارد	تزریق استروئید	عفونت ناشی از آترواسکلروز میوکارد

روانی:

سندرم هیپرونتیلیسیون، می تواند منجر به اسپاسم کرونر شود. این سندرم به راحتی با آنژین اشتباه می شود. زیرا اغلب مشخصه آن درد تیز و سنگین در ناحیه زیر جناغ سینه است. نشانه های کلاسیک شامل آه کشیدنهای متناوب، خمیازه متناوب، حس سوزن سوزن شدن، کرخی در انتهاها و نواحی اطراف دهان، اسپاسم های پاها و دستها و شکایت بیمار از اینکه قادر به تنفس عمیق نیست، می باشد.

نگرانی که اغلب مشخصه آن در قفسه سینه، درد گنگ و برنده همراه با احساس سنگینی شبیه به درد آنژین می باشد. نشانه ها شامل تپش قلب، اشکال در تنفس، حس خفگی و خفه شدن، غش، حس سوزش در دستها، حس تکان و سوزش، گرگرفتگی سرد یا گرم یا (گرما یا سرمای ناگهانی) و تعریق می باشد. ممکن است دهان خشک، مردمک های گشاده، اشکال در بلع و تهوع و استفراغ هم وجود داشته باشد.

درد قفسه سینه ممکن است علل مختلفی داشته باشد. درد موضعی در نواحی فک، شکم و اعضای انتهایی باید مورد بررسی قرار گیرند.

چون گاهی اوقات درد ارجاعی اولین و تنها علامت مشکل است باید هر چه سریع تر اطلاعاتی در مورد دامنه نشانه های بیماریهای وابسته، ظاهر بیمار، بررسی های شخصی و اشارات بیمار و در کنار آن تاریخچه بیمار، جمع آوری نمود تا بهتر قادر به رفع حوادث ضمنی که تهدید کننده زندگی هستند، بود.

دردهای قفسه سینه که منتشر می شوند:

۱- آنفارتوس میوکارد:

- احساس سنگینی شدید و گرفتگی که بیش از ۲۰ دقیقه طول می کشد.

- درد زیر جناغ سینه که به نوک انگشتان منتشر می شود.

۲- آنژین:

- درد له کننده، سوزشی به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه که توصیف بیمار از آن بصورت مشت گره کرده ای روی مرکز جناغ سینه می باشد.

- درد زیر جناغ سینه که به شانه ها، گردن، فک و دستها منتشر میشود.

۳- پارگی آنورت:

- درد پارگی ناگهانی

- در زیر جناغ سینه که به گردن و قسمت پشت تا پاها منتشر می شود.

۴- آنوریسم آنورت:

- ناراحتی آزاردهنده و دردناک که بسته به اندازه و محل آنوریسم

متفاوت بوده و به انتهای اطراف فشار می آورد.

- درد زیر جناغ سینه، روزها تا ماهها طول میکشد. به قسمت پایین پشت، شانه ها و شکم منتشر میشود.

۵- افتادگی دریچه میترال:

- درد پراکنده و ناگهانی که چند دقیقه تا چند ساعت طول می کشد و به هنگام گوش کردن با گوشی بصورت کلیک یا سوفل در پنجمین فضای بین دنده ای، آشکار می گردد.

- در زیر جناغ سینه که به قسمت پایین بازوی چپ منتشر می شود.

۶- پریکاردیت:

- درد برنده و مداوم که به هنگام دم شدت می یابد.

- زیر جناغ سینه به گردن، شانه چپ، دست و پشت می زند.

۷- اسپاسم مری:

- درد فشاری، سوزشی و مبهم که در حالت خوابیده بدتر می شود و چند ثانیه تا چند دقیقه طول می کشد.

- در پشت استخوان سینه، در سر تا سر سینه به دست چپ، فک یا پشت منتشر می شود.

جهت متمایز ساختن کلیدهای که سریعاً بررسی های تشخیصی را محدود کند، به کجا باید نگاه کرد؟

منبع:

Green, Ellie. "Solving the Puzzel of Chest pain." A.J.N January 1992, pp 32-37

Puzzle resolution: chest pain

Nikpoor, S.

Most of the patients imagine that chest pain is not sign of heart attack. But, may be pain is not sign of heart attack. Pain source may be from pulmonary, stomach, intestinal, psychologic or musculoskeletal problems. From these factors, when two or more factors combine to each other, similar signs are happen. All of these factors harden diagnosis of chest pain reason. Only with separation of personal signs and related diseases can draw clear diagnostic image. Patient's subjective evaluation of pain, his/her appearance, attitude, mentions and health must be assessing. When we perform history taking, we must be attend to interpretation of severity, site, duration and quality of patient's pain. Is he/she using words such as "tearing" and "stabbing" that showing pneumothorax? Is he/she using words such as "crusher pain" that is sign of esophageal spasm? Is he/she saying that has feeling of asphyxia or nearing death? Is he/she compressing his/her chest with his/her hands or fist? It is may be due to coronary artery spasm and angina pectoris.

Key words: Chest pain, Heart attack, Angina pectoris