

Prof. dr. Marko Noč, dr. med., mag. Špela Tadel Kocjančič, dr. med.

## Nenadna huda bolečina za prsnico – kaj storiti na terenu?

### UVOD

Prsna bolečina je eden najpogostejših vzrokov za obisk v ambulantni splošne medicine. Vzrok bolečine je lahko praktično vsaka struktura v prsnem košu. Tako lahko bolijo kosti (rebra, prsnica, hrbtenica), vezi, mišice in različni prsni organi (srce in osrčnik, velike žile, plevralna votlina, prekrita s poprsnico, požiralnik). Vzrok bolečine je lahko tudi izven prsnega koša. Bolečina pa se v tem primeru projicira ali širi v prsni koš. Kronična prsna bolečina bolnika praviloma neposredno ne ogroža in dovoljuje postopno stopenjsko obravnavo v splošni ambulantni in pri različnih specialistih. Če pa je bolečina nenadna in huda, pa se moramo zavedati, da gre lahko za stanje, ki bolnika neposredno življenjsko ogroža. V tem primeru moramo pomisliti na akutni koronarni sindrom, disekcijo aorte tip A, masivno pljučno trombembolijo ali tenzijski pnevmotoraks.

### Akutni koronarni sindrom

Po značaju je ta bolečina tiščoča, pekoča ali stiskajoča. Širi se lahko v vrat ali roke, pa tudi zgornji del trebuha. Tam se lahko tudi prične in se širi v prsni koš. Bistveno ne popušča po počitku ali po nitroglicerinu pod jezik. Je večinoma neodvisna od dihanja in položaja telesa. Ponavadi je huda in bolnik je ob njej prizadet in poten. Tak bolnik na terenu potrebuje acetylsalicylna kislino (Aspirin®), nitroglicerina, kisik in morfin, če ga še vedno močno boli (»MONA«). Treba je organizirati urgentni transport v bolnišnico, saj zamuda zmanjšuje uspeh zdravljenja. Ker takega bolnika ogroža nenadna prekatna tahikardija ali/in fibrilacija, mora biti ves čas priključen na elektrokardiogram z možnostjo takojšnje električne defibrilacije. Najsodobnejše zdravljenje akutnega koronarnega sindroma, ki vključuje tudi urgenten invaziven kardiološki poseg, je na voljo v Kliničnem centru v Ljubljani. Če razdalja do regionalne bolni-

šnice ni bistveno krajša od razdalje do Kliničnega centra, je smiselno, da bolnika s terena peljemo kar na Internistično prvo pomoč v Kliničnem centru.

### Disekantna anevrizma aorte tip A

Bolečina je velikokrat zelo podobna tisti pri akutnem koronarnem sindromu. Pomembna značilnost te bolečine je, da se lahko najprej pojavi v prsnem košu, nato pa se širi v hrbet in celo v trebuh in noge. Širjenju bolečine smo priča, če se disekcija v steni aorte širi iz ascendentnega dela v aortni lok in descendentno aorto. Če je disekciji aorte pridružena huda aortna insuficienca, je bolnik tudi hemodinamsko prizadet in dispnoičen. Če pride do delne rupture anevrizme v osrčnik, imamo lahko klinično sliko tamponade srca. Če se disekcija širi v posamezne veje aorte, smo priča ishemičnim zapletom, kot so prizadetost centralnega živčevja, ishemija okončin in trebušnih organov. Ti bolniki potrebujejo urgenten kardiokirurški poseg, ki je zaenkrat možen le v Kliničnem centru Ljubljana. Okvirno velja, da se z vsako uro zamude možnosti za preživetje zmanjšajo za 1 %. Na terenu moramo takemu bolniku zagotoviti analgezijo (morfin) in ga urgentno transportirati v najbližjo regionalno bolnišnico, ki lahko postavi dokončno diagnozo (transezofagealni ultrazvok, CT prsnega koša) in bolnika urgentno premesti v Klinični center. Če razdalja do regionalne bolnišnice ni bistveno krajša od razdalje do Kliničnega centra, bolnika s terena peljemo kar na Internistično prvo pomoč v Kliničnem centru.

### Masivna pljučna trombembolija

Poleg hude dispnoe in prehodne izgube zavesti je huda prsna bolečina eden najpogostejših simptomov masivne pljučne trombembolije. Značaj bolečine je podoben tistemu pri akut-

nem koronarnem sindromu in disekciji aorte. Na trombembolijo moramo pomisliti zlasti pri bolnikih, ki imajo dejavnike tveganja ali pa so to bolezen imeli že v preteklosti. Tak bolnik na terenu potrebuje čim več kisika (na primer Ohio maska), infuzijo tekočin in čimprejšen urgentni transport v bolnišnico. Tu se postavi diagnoza (ventilacijsko-perfuzijski scintigram, pljučna angiografija, spiralni CT) in začne zdravljenje (največkrat tromboliza).

### Tenzijski pnevmotoraks

Pri tenzijskem pnevmotoraksu je bolečina za razliko od prejšnjih treh stanj odvisna od dihanja in položaja telesa (plevralni tip bolečine). Ponavadi je pridruženo tudi težko dihanje in znaki obstruktivnega šoka. S pomočjo avskultacije pljuč lahko diagnozo postavimo že na

terenu. Na strani pnevmotoraksa je namreč dihanje praktično neslišno. Ker bo tak bolnik med transportom v bolnišnico zaradi obstruktivnega šoka lahko umrl, moramo to stanje vsaj začasno (punkcija v drugem medkostalnem prostoru v medioklavikularni liniji spredaj) rešiti že na terenu. Poleg tega bolniku damo tudi kisik in infuzije tekočin.

### SKLEP

Ob velikem številu bolnikov s prsno bolečino, s katerimi se srečuje zdravnik na terenu, moramo prepoznati tiste z nenadno hudo prsno bolečino. Le-ta največkrat pomeni neposredno življenjsko ogroženost, ki zahteva pravilno ukrepanje in urgenten transport v bolnišnico.

### LITERATURA

1. Erhardt L, Herlitz J, Bossaert L, Halinen M, Keltai M, Koster R, et. al. Task force on the management of chest pain. *Eur Heart J* 2002; 23: 1153–1176.