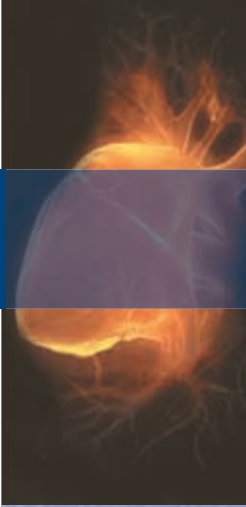


Μέρος 1

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ

Ιστορικό	Κεφάλαιο 1
Κλινική Εξέταση	Κεφάλαιο 2



Η κλινική εξέταση που συνίσταται από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια και αρχική προσέγγιση σε κάθε ασθενή που προσέρχεται με πιθανή καρδιολογική συμπτωματολογία. Το πολυάσχολο των ιατρών και η πληθώρα των προσφερόμενων διαγνωστικών δοκιμασιών οδηγούν δυστυχώς πολλές φορές τους ιατρούς να αγνοούν το ιστορικό ή να το περιορίζουν σημαντικά.

Η λήψη ενός επαρκούς ιστορικού, ανάλογα και με τις εκάστοτε συνθήκες (εξωτερικό καρδιολογικό ιατρείο ή τμήμα επειγόντων) είναι όμως απαραίτητη γιατί όχι μόνο θα ευοδώσει το αίσθημα εμπιστοσύνης του ασθενούς προς τον ιατρό αλλά θα βοηθήσει τον ιατρό να κατανοήσει τους λόγους προσέλευσης του ασθενούς και να αντιληφθεί περαιτέρω τους φόβους του, τη συναισθηματική του κατάσταση και τη στάση τους ως προς την αρρώστια. Επιπρόσθετα από τα στοιχεία του ιστορικού και την κλινική εξέταση ο ιατρός μπορεί να οδηγηθεί με ασφάλεια σε μια ή περισσότερες πιθανές διαγνώσεις και να περιορίσει σημαντικά τις απαιτούμενες εξετάσεις.

Όσον αφορά την τεχνική λήψης του ιστορικού μία λογική προσέγγιση είναι να αφήσουμε τον ασθενή να εκφραστεί αρχικά ελεύθερα για τα συμπτώματά του (με τον κίνδυνο να αναφερθεί σε λεπτομέρειες που δεν σχετίζονται με τη νόσο και την παρούσα κατάσταση). Ακολούθως με στοχευμένες ερωτήσεις ανάλογα με τα συμπτώματα, ο ιατρός μπορεί να λάβει το οικογενειακό και ατομικό αναμνηστικό και να αποσαφηνίσει τη φύση των συμπτωμάτων του ασθενούς (**Πίνακας 1**).

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

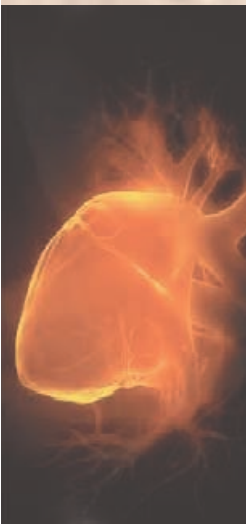
Τα κύρια συμπτώματα που σχετίζονται με καρδιακή νόσο περιλαμβάνουν δυσφορία στο στήθος, δύσπνοια, κόπωση, οίδημα, αίσθημα παλμών, και συγκοπή. Βήχας, αιμόπτυση, κυάνωση μπορεί επίσης να εμφανιστούν. Διαλείπουσα χλωρότητα, πόνος στα άκρα, οίδημα, και ο αποχρωματισμός του δέρματος υποδηλώνουν συνήθως αγγειακή διαταραχή.

Θωρακικός πόνος/Δυσφορία

Ο θωρακικός πόνος είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που καλείται να διερευνήσει ο καρδιολόγος και αίτιο προσέλευσης των πλείστων των ασθενών στα ιατρεία. Πράγματι ο θωρακικός πόνος/δυσφορία αποτελεί κύρια εκδήλωση καρδιολογικών νόσων μπορεί όμως να προέρχεται και από άλλες ενδοθωρακικές δομές (π.χ. από τον οισοφάγο σε οισοφαγίτιδα) ή και από παθήσεις υποδιαφραγματικών οργάνων που αντανακλούν στο θώρακα. Συνοπτικά τα αίτια θωρακικού πόνου συνοψίζονται στον **πίνακα 2**.

Ποιότητα/Χαρακτήρας θωρακικού άλγους

Η σπηθάγχη είναι ο χαρακτηριστικός πόνος που παρατηρείτε κατά την ισχαιμία του μυοκαρδίου. Πρόκειται για αίσθημα «σφιξίματος-πνιγμονής» και όχι για τυπικό πόνο. Έτσι πολλές φορές περιγράφεται ως ένα δυσάρεστο αίσθημα «σφιξίματος», «πνιγμονής», «περιορισμού», «καψίματος» ή «βάρους» στο στήθος. Χαρακτηριστι-



Πίνακας 1. Στοιχεία ατομικού αναμνηστικού, οικογενειακού ιστορικού και συμπτωμάτων

Ατομικό αναμνηστικό	<ul style="list-style-type: none"> • Προηγούμενα νοσήματα από άλλα συστήματα • Γνωστά καρδιολογικά προβλήματα • Λήψη φαρμάκων • Κατανάλωση αλκοόλ • Νόσοι θυρεοειδούς • Φυσική κατάσταση • Παράγοντες κινδύνου <ul style="list-style-type: none"> ο Κάπνισμα ο Φυσική δραστηριότητα ο Έμμηνος ρύση (στις γυναίκες) ο Υπέρταση ο Δυσλιπιδαιμία ο Σακχαρώδης διαβήτης ο Συμπτώματα περιφερικής αγγειοπάθειας
Οικογενειακό ιστορικό	<ul style="list-style-type: none"> • Πρώιμης στεφανιαίας νόσου • Αιφνιδίου θανάτου • Μυοκαρδιοπάθειας
Συμπτώματα	<ul style="list-style-type: none"> • Είδος συμπτωμάτων • Εντόπιση • Εκλυτικοί παράγοντες • Ανταπόκριση στη θεραπεία • Ποιότητα συμπτωμάτων • Διάρκεια συμπτωμάτων

κό επίσης σημείο του στηθαγχικού πόνου είναι ότι οι ασθενείς τον περιγράφουν φέρνοντας τη γροθιά τους μπροστά στο στήθος (Σημείο Levine). Κάποιες φορές οι ασθενείς δεν περιγράφουν στηθάγχη αλλά ισοδύναμα αυτής όπως δύσπνοια. Στις περιπτώσεις αυτές η δύσπνοια συχνά εντοπίζεται στο μέσο του θώρακα. Ως ισοδύναμα στηθάγχης οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν επίσης πόνο μόνο στα σημεία επέκτασης αυτής (κάτω γνάθος, άνω άκρα κτλ.) και όχι στο θώρακα, ερυγές, ναυτία, δυσπεψία, ζάλη και εφίδρωση. Οι ασθενείς που εμφανίζουν συχνά επεισόδια στηθάγχης αναγνωρίζουν τον πόνο ο οποίος παρότι μπορεί να διαφέρει σε ένταση και διάρκεια έχει τα ίδια ποιοτικά χαρακτηριστικά.

Εντόπιση

Καθώς η καρδιά προέρχεται εμβρυολογικά από το μεσόδερμα, το στηθαγχικό άλγος τυπικά παρατηρείται οπισθοστερνικά ή και στις δύο πλευρές του θωρακικού τοιχώματος, συνηθέστερα όμως αριστερά. Μπορεί επίσης να εντοπίζεται στο επιγάστριο. Ως σπλαχνικού τύπου άλγος, οι ασθενείς δεν μπορούν να εντοπίσουν με ακρίβεια τη προέλευσή του (διάχυτο άλγος). Εάν το άλγος εντοπίζεται με ακρίβεια στο δέρμα ή σε άλλες

Πίνακας 2. Αίτια θωρακικού πόνου/δυσφορίας

Καρδιακά αίτια	<ol style="list-style-type: none"> 1. Στηθάγχη/Ισχαμία του μυοκαρδίου 2. Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου 3. Περικαρδίτιδα 4. Πνευμονική εμβολή 5. Πνευμονική υπέρταση 6. Διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής
Ενδοθωρακικές παθήσεις	<ol style="list-style-type: none"> 1. Πλευρίτιδα 2. Πνευμοθώρακας 3. Μεσοθωρακίτιδα 4. Οισοφαγίτιδα 5. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση 6. Σύνδρομο Mallory Weiss 7. Μυϊκή θλάση 8. Νοσήματα οστών αρθρώσεων (θωρακικής μοίρας σπονδυλικής στήλης/πλευρών π.χ. Πλευροχονδρίτις) 9. Έρπης ζωστήρας
Υποδιαφραγματικά αίτια	<ol style="list-style-type: none"> 1. Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος 2. Χολοκυστίτιδα 3. Παγκρεατίτιδα

επιφανειακές δομές και αν αναπαράγεται με την τοπική πίεση, τις κινήσεις ή την αναπνοή, τότε δεν πρόκειται για στηθαγχικό άλγος. Συχνά πέραν της κύριας εντόπισής του, το άλγος αντανακλά στα άνω άκρα και συνηθέστερα στο αριστερό και την ωλένια επιφάνεια αυτού. Συχνά επίσης επεκτείνεται μέχρι τους καρπούς και τον αριστερό ώμο ή την κάτω γνάθο.

Τρόπος έναρξης και υποχώρησης άλγους

Στη σταθερή στηθάγχη το άλγος παράγεται χαρακτηριστικά στην προσπάθεια μετά από συγκεκριμένο «έργο προσπάθειας», για παράδειγμα κατά την άνοδο σκάλας, η την ταχεία βάδιση στην ανηφόρα ή αντίθετα από τον άνεμο. Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν μάλιστα το συγκεκριμένο έργο προσπάθειας που τους προκαλεί στηθάγχη. Πολλές φορές βέβαια το άλγος παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά την επέλευση του π.χ. επέρχεται πιο εύκολα σε ψυχρό καιρό ή μετά από ένα βαρύ γεύμα. Επίσης εκλύεται πιο εύκολα το πρωί (σε μικρότερη προσπάθεια) από ότι τις άλλες ώρες τις ημέρας. Στηθάγχη μπορεί ακόμα να προκληθεί μετά από έντονα συναισθηματικά γεγονότα. Στην ασταθή στηθάγχη το άλγος εμφανίζεται με προοδευτικά μεγαλύτερη συχνότητα σε μικρότερη προσπάθεια και διαρκεί περισσότερο ή εμφανίζεται και στην ηρεμία. Σε ασθενείς με στηθάγχη Prinzmetal, το άλγος χαρακτηριστικά παρουσιάζεται στην ηρεμία και δεν επηρεάζεται από την κόπωση.

Το άλγος της σταθερής στηθάγχης συνήθως υποχωρεί με την ανάπαυση του ασθενή ή τη λήψη υπογλώσσιας νιτρογλυκερίνης ή δισκίου δινιτρικού ισοσορβίτη.

Διάρκεια

Η αποσαφήνιση της διάρκειας του άλγους είναι σημαντική αφού παρέχει πληροφορίες που μπορούν να μας βοηθήσουν στη διαφοροδιάγνωση και να κατανοήσουμε την προέλευσή του. Το στηθαγχικό άλγος είναι συνήθως βραχύ διάρκειας 2-10 λεπτών. Αν ο πόνος είναι στιγμιαίος, διαξιφιστικός, που διαρκεί κάτω από 15 δευτερόλεπτα ή 1-2 αναπνοές τότε συνήθως δεν είναι στηθαγχικός και μπορεί να είναι αποτέλεσμα μυϊκού σπασμού, διαφραγματοκήλης ή λειτουργικός. Στηθαγχικό άλγος που διαρκεί περισσότερο, μέχρι και ώρες, μπορεί είτε να οφείλεται σε ασταθή στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου, διαχωριστικό ανεύρυσμα, περικαρδίτιδα, χρήση κοκαΐνης είτε σε μη οργανικά αίτια.

Διαφορική διάγνωση

Με βάση τα χαρακτηριστικά του στηθαγχικού άλγους που αναφέρθηκαν στις προηγούμενες ενότητες (χαρακτήρας, εντόπιση, παράγοντες πρόκλησης και διάρκεια) θα γίνει η διαφορική διάγνωση αυτού από καταστάσεις όπως:

Οξεία περικαρδίτιδα. Το άλγος εντοπίζεται πιο αριστερά και επεκτείνεται και στην πλάτη. Χαρακτηριστικό της περικαρδίτιδας είναι ότι το άλγος υποχωρεί στην καθιστή θέση με πρόσθια κλίση του κορμού, επιτείνεται με τις κινήσεις του κορμού και τις αναπνευστικές κινήσεις.

Διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής. Η υποψία της διάγνωσης αυτής πρέπει να τίθεται σε αιφνίδια έναρξη του άλγους που επεκτείνεται στην πλάτη και στα άνω άκρα, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει ιστορικό υπέρτασης ή συνδρόμου Marfan.

Πνευμονική εμβολή. Η πνευμονική εμβολή συχνά εμφανίζεται με πλευριτικού τύπου άλγος αιφνίδιας έναρξης που μπορεί να συνοδεύεται από δύσπνοια. Είναι συχνή σε ασθενείς κατακεκλιμένους, με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, με καρδιακή ανεπάρκεια ή μετά από χειρουργική επέμβαση.

Νοσήματα γαστρεντερικού. Νοσήματα του γαστρεντερικού όπως ο σπασμός του οισοφάγου, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, το έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου, η χολοκυστίτιδα και η παγκρεατίτιδα μπορεί να εμφανίζονται με συμπτώματα κυρίως από το θώρακα. Στις περιπτώσεις αυτές επιβοηθητικά της διάγνωσης είναι η μελέτη των υπολοίπων χαρακτηριστικών του πόνου, η σχέση τους με τα γεύματα και η ανακούφισή τους με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Στην παγκρεατίτιδα ο πόνος συνήθως ανακουφίζεται με πρόσθια κλίση του κορμού.

Διαγνωστική πληροφορία - υπολογισμός κινδύνου

Με βάση τα χαρακτηριστικά του στηθαγχικού πόνου και τις διαφοροδιαγνωστικές πληροφορίες είναι δυνατό να καταλήξουμε με σχετική ακρίβεια αν το άλγος είναι καρδιακής ή όχι αιτιολογίας. Για παράδειγμα πόνος οξύς και βραχύς έχει 0,3 φορές σχετική πιθανότητα (κίνδυνος) να οφείλεται σε καρδιολογικό πρόβλημα, ο πλευριτικού τύπου πόνος έχει 0,2 φορές σχετική πιθανότητα και ο πόνος που αναπαράγεται με την ψιλάφηση έχει 0,3 φορές σχετική πιθανότητα. Έτσι μπορούμε να πούμε με σχετική ασφάλεια ότι ένας τέτοιου είδους πόνος δεν είναι καρδιολογικής προέλευσης. Αντίθετα δυσφορία που αντανάκλα στους ώμους και τα άνω άκρα και επιτείνεται με την άσκηση έχει 4,1 και 2,4 φορές αντίστοιχα, αυξημένη πιθανότητα να οφείλετε σε καρδιολογικό αίτιο.

Δύσπνοια

Η δύσπνοια ορίζεται ως το υποκειμενικό αίσθημα δυσχέρειας στην αναπνοή, είναι συχνό σύμπτωμα σε πάσχοντες από καρδιολογικά και πνευμονολογικά νοσήματα, μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε μία σειρά από άλλες παθολογικές καταστάσεις. Δύσπνοια εμφανίζεται και σε φυσιολογικά άτομα μετά από έντονη ή μέτρια προσπάθεια ανάλογα με το επίπεδο φυσικής δραστηριότητάς τους. Έτσι θεωρείται παθολογική μόνο όταν συμβαίνει σε ηρεμία ή σε επίπεδο φυσικής δραστηριότητας που δεν θα αναμενόταν να συμβεί.

Δύσπνοια λοιπόν παρατηρείτε σε μία σειρά από παθολογικές καταστάσεις της καρδιάς, των πνευμόνων, του θωρακικού τοιχώματος και μπορεί να παρουσιάζεται ως οξεία ή ως χρόνια όπως φαίνεται και στον **πίνακα 3**.

Η δύσπνοια καρδιολογικής αιτιολογίας προκαλείται από πνευμονική συμφόρηση όπως σε περιπτώσεις αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας και στένωσης μιτροειδούς όπου το διάμεσο και κυψελιδικό οίδημα ενεργοποιεί τους υποδοχείς J των πνευμόνων διεγείροντας την αναπνοή. Σπανιότερα μπορεί να προκαλείται λόγω χαμηλής καρδιακής παροχής.

Δύσπνοια που παρατηρείται μόνο κατά την ανάπαυση και απουσιάζει κατά την άσκηση είναι συνήθως λειτουργική. Η δύσπνοια στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια είναι η κλινική έκφραση της αυξημένης πνευμονικής φλεβικής και τριχοειδικής πίεσης. Συμβαίνει είτε κατά την προσπάθεια είτε κατά την κατάκλιση σε οριζόντια θέση που σύντομα υποχωρεί με την έγερση (ορθόπνοια). Οι ασθενείς αυτοί συνήθως μαθαίνουν να κοιμούνται με 2 ή περισσότερα προσκέφαλα για να αποφεύγουν το σύμπτωμα αυτό.

Παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια. Η δύσπνοια αυτή παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς με αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια λόγω διάμεσου οιδήματος των πνευμόνων 2-4 ώρες μετά την κατάκλιση και υποχω-

Πίνακας 3. Αίτια οξείας και χρόνιας δύσπνοιας**Οξεία δύσπνοια**

1. Πνευμονικό οίδημα
2. Πνευμονική εμβολή
3. Πνευμοθώρακας
4. Κρίση άσθματος
5. Πνευμονία
6. Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας
7. Πνευμονική αιμορραγία
8. Ατελεκτασία

Χρόνια Δύσπνοια

1. Καρδιακή ανεπάρκεια
2. Πνευμονική θρομβοεμβολική νόσος
3. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
4. Άσθμα
5. Πλευριτική συλλογή
6. Διάμεση πνευμονική ίνωση
7. Πνευμονική υπέρταση
8. Βαριά αναιμία
9. Εγκυμοσύνη
10. Παχυσαρκία
11. Ψυχογενής δύσπνοια
12. Κακή φυσική κατάσταση

ρεί προοδευτικά σε διάστημα περίπου 30 λεπτών μετά την έγερση.

Οξύ πνευμονικό οίδημα. Αποτελεί οξεία κατάσταση που προκαλείται λόγω κυψελιδικού οιδήματος. Εμφανίζεται οξέως είτε σε ασθενείς με γνωστή καρδιακή ανεπάρκεια λόγω απορρύθμισης είτε σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενη καρδιακή ανεπάρκεια λόγω οξείας ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας ή εμφράγματος τους μυοκαρδίου κ.α.

Πνευμονική εμβολή. Στην πνευμονική εμβολή η δύσπνοια είναι αιφνίδιας έναρξης και μπορεί να συνοδεύεται από αιμόπτυση, αίσθημα επικείμενου θανάτου, πλευριτικού τύπου πόνο και αίσθημα παλμών.

Πνευμοθώρακας-εμφύσημα μεσοθωρακίου. Πρόκειται για μορφές δύσπνοιας που εμφανίζονται αιφνίδια και συνοδεύονται από οξύ και διαξιφιστικό θωρακικό πόνο.

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Στους ασθενείς αυτούς η δύσπνοια μπορεί να εμφανιστεί τόσο οξέως όσο και χρονίως. Η δύσπνοια συνοδεύεται από παραγωγικό βήχα και συχνά συνυπάρχει ιστορικό καπνίσματος.

Οίδημα

Η εντόπιση του οιδήματος είναι υποβοηθητική της διάγνωσης. Μονόπλευρο οίδημα στα κάτω άκρα οφείλεται κυρίως σε εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, κυτταρίτιδα ή απόφραξη της λεμφικής απορροής. Αμφο-

τερόπλευρο οίδημα των κάτω άκρων που επιτείνεται προς το βράδυ είναι χαρακτηριστικό καρδιακής ανεπάρκειας είτε αμφοτερόπλευρης φλεβικής ανεπάρκειας. Το οίδημα της καρδιακής ανεπάρκειας τείνει να είναι συμμετρικό ενώ συχνά της εμφάνισής του προηγείται αύξηση του σωματικού βάρους κατά 3-5 χιλιόγραμμα. Το οίδημα προοδευτικά μπορεί να επεκτείνεται και να φτάσει και στον κορμό ενώ σε κατακεκλιμένους ασθενείς μπορεί να εμφανίζεται κυρίως στην περιοχή της οσφύος και του ιερού οστού. Όταν το οίδημα συνοδεύεται από δύσπνοια συχνά οφείλεται σε καρδιακή ανεπάρκεια.

Οίδημα γύρω από το πρόσωπο και τους οφθαλμούς είναι χαρακτηριστικό του νεφρωσικού συνδρόμου, σπειραματονεφρίτιδας, μυξοιδήματος, υποπρωτεϊναιμίας. Οίδημα περιορισμένο στο πρόσωπο, τράχηλο και άνω άκρα συνήθως υποδηλώνει συμπίεση της άνω κοίλης φλέβας, ενώ οίδημα που συνοδεύεται από ίκτερο οφείλεται κυρίως σε ηπατική ανεπάρκεια.

Γενικευμένο οίδημα ή οίδημα ανά σάρκα μπορεί να παρατηρηθεί σε βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια ή ηπατική ανεπάρκεια και η ακριβής διάγνωση θα στηριχτεί σε στοιχεία του ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και σε βασικές εργαστηριακές εξετάσεις όπως φαίνεται στον **πίνακα 4**.

Απώλεια συνείδησης

Ένα άλλο συχνό σύμπτωμα είναι η παροδική απώλεια συνείδησης. Στις περιπτώσεις αυτές το ιστορικό είναι ουσιώδες αφού θα κατευθύνει τη διάγνωση και τις διαγνωστικές εξετάσεις ανάλογα με τη φύση και σοβαρότητα του επεισοδίου.

Με τον όρο **συγκοπή** εννοούμε τη παροδική απώλεια συνείδησης λόγω παροδικής υποάρδευσης του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια έναρξη, μικρή διάρκεια και πλήρη αποκατάσταση. Παθοφυσιολογικά τα αίτια της συγκοπής κατατάσσονται σε 3 κύριες κατηγορίες α) **αντιδραστική νευρογενής συγκοπή** (παρασυμπαθητικοτονία, περιστασιακή, μετά από διέγερση του καρωτιδικού κόλπου), β) **Ορθοστατική υπόταση** (ανεπάρκεια αυτόνομου νευρικού συστήματος, προκαλούμενη από φάρμακα, απώλεια ενδαγγειακού όγκου), γ) **Καρδιογενής συγκοπή** (αρρυθμίες βραδυαρρυθμία-ταχυαρρυθμία, μείωση της καρδιακής παροχής).

Πολλά αίτια (μη καρδιολογικής αιτιολογίας) μπορούν να προκαλέσουν επεισόδια απώλειας συνείδησης που να εκληφθούν λανθασμένα σαν συγκοπή όπως φαίνεται στον **πίνακα 5**. Έτσι για να διευκρινιστεί αν πρόκειται πράγματι περί συγκοπής πρέπει να απαντηθούν τα ακόλουθα ερωτήματα: α) συνέβη πραγματική απώλεια συνείδησης; β) Η απώλεια συνείδησης ήταν παροδική, αιφνίδιας εγκατάστασης, μικρής διάρκειας και με αυτόματη επαναφορά; γ) υπήρχε τραυματισμός πριν το επεισόδιο απώλειας συνεί-

Πίνακας 4. Διαφορική διάγνωση γενικευμένου οιδήματος (κύρια σημεία)

Καρδιακή ανεπάρκεια	Δύσπνοια προσπάθειας, ορθόπνοια, παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια	Διάταση σφαγιτιδών, S3, καλπασμός, ψυχρά άκρα, μικρή πίεση σφυγμού	↑ Ουρίας, κερατινίης, ηπατικών ενζύμων ↓ Νατρίου
Ηπατική ανεπάρκεια	Κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης. Δύσπνοια μόνο επί παρουσίας σημαντικής ασκτικής συλλογής	Ασκτική συλλογή, Ίκτερος, ηπατικές παλάμες, ηπατικός τρόμος, γυναικομαστία, σημείο Duguytren, ηπατική εγκεφαλοπάθεια κ.α	↑ ηπατικών ενζύμων ↓ αλβουμίνης, χοληστερόλης Αναπνευστική αλκάλωση
Νεφρική ανεπάρκεια	Σπάνια δύσπνοια. Σημεία ουραιμίας (διαταραχή επιπέδου συνείδησης, όρεξης, γεύσης κ.α.)	Αύξηση αρτηριακής πίεσης, οίδημα βλεφάρων, περικαρδιακή τριβή	↑ Ουρίας, κρεατινίης, καλίου. Μεταβολική οξέωση
S3: τρίτος καρδιακός τόνος ↑: Αύξηση, ↓: Μείωση			

δησης; δ) υπάρχει ιστορικό λήψης φαρμάκων; ε) πόσο συχνά επαναλαμβάνονται τα επεισόδια; στ) υπάρχει ατομικό αναμνηστικό καρδιακής νόσου ή οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίου θανάτου; ζ) τι προηγήθηκε της συγκοπής, υπάρχουν εκλυτικά αίτια;

Ειδικότερα, αν τα επεισόδια απώλειας συνείδησης επαναλαμβάνονται συχνά τότε πρόκειται συνήθως για κρίσεις Adams-Stokes (παροδική ασυστολία κατά την εγκατάσταση πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού), καρδιακές αρρυθμίες ή επιληψία.

Καρδιογενής συγκοπή

Συνήθως είναι αιφνίδια ή προηγείται αίσθημα παλμών αν οφείλεται σε αρρυθμία. Μπορεί να παρουσιαστούν

περιορισμένης έκτασης μυοκλονικοί σπασμοί και απώλεια ούρων ή κοπράνων. Οι ασθενείς μετά το επεισόδιο συνήθως επανέρχονται πλήρως χωρίς υπολειπόμενα συμπτώματα. Αν το επεισόδιο οφείλεται σε αποφρακτικές βλάβες που εμποδίζουν τη φυσιολογική ροή του αίματος τότε η συγκοπή εμφανίζεται συνήθως κατά την προσπάθεια ή αμέσως μετά τη διακοπή της.

Αίσθημα παλμών

Το αίσθημα παλμών αποτελεί κοινό σύμπτωμα που συχνά περιγράφεται ως ένα δυσάρεστο αίσθημα δυνατών ή γρήγορων παλμών της καρδιάς. Οι ασθενείς επίσης το περιγράφουν ως «πτερούγισμα», «αίσθημα κενού» ή αναπήδηση. Οφείλεται συνήθως σε διαταραχές του καρδιακού ρυθμού όπως ταχυαρρυθμίες, βραδυαρρυθμίες, παύσεις και έκτακτες συστολές. Ειδικά στις έκτακτες συστολές οι ασθενείς δεν καταλαβαίνουν την ίδια την έκτακτη συστολή αλλά την αναπληρωματική παύλα που ακολουθεί ή την επόμενη έντονη συστολή.

Το ιστορικό είναι βασικό γιατί θα κατευθύνει τη διάγνωση και θα μας προσανατολίσει ως προς τη σοβαρότητα της υποκείμενης νόσου. Όταν το αίσθημα παλμών συνοδεύεται από χαμηλή καρδιακή συχνότητα μπορεί να οφείλεται σε κολποκοιλιακό αποκλεισμό ή σε νόσο φλεβοκόμβου. Όταν το αίσθημα παλμών ξεκινάει και σταματάει απότομα μπορεί να οφείλεται σε παροξυσμική ταχυκαρδία όπως η κολποκοιλιακή ταχυκαρδία επανεισόδου, η κομβική ταχυκαρδία επανεισόδου ο κολπικός πτερυγισμός και η κολπική μαρμαρυγή. Ιδιαίτερα στην κολπική μαρμαρυγή ο ασθενής νιώθει και τη μεταβολή στην καρδιακή συχνότητα. Αντίθετα όταν το αίσθημα παλμών παρουσιάζει σταδιακή έναρξη και αποδρομή συνήθως

Πίνακας 5. Καταστάσεις που μπορούν να διαγνωστούν εκ λάθους σαν συγκοπή

Διαταραχές με μερική ή πλήρη απώλεια συνείδησης αλλά χωρίς υποάρδευση του εγκεφάλου
<ul style="list-style-type: none"> • Επιληψία • Μεταβολικές διαταραχές (υπογλυκαιμία, υποξία, υπεραερισμός με υποκαπνία) • Δηλητηρίαση από φάρμακα • Παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο από το σπονδυλοβασικό σύστημα
Διαταραχές χωρίς πραγματική απώλεια συνείδησης
<ul style="list-style-type: none"> • Καταπληξία • Πτώσεις • Ψυχογενής ψευδοσυγκοπή • Παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο προερχόμενο από τις καρωτίδες

Πίνακας 6. Στοιχεία ιστορικού χρήσιμα για τη διαφοροδιάγνωση του αισθήματος παλμών

Μεμονωμένα επεισόδια κενού “αναπηδήσεων”	Έκτακτες συστολές
Επεισόδια απότομης έναρξης > 120 σφύξεων/λεπτό ρυθμικά ή άρρυθμα	Παροξυσμικές υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες
Ανεξάρτητα από την κόπωση	Κολπική μαρμαρυγή/πτερυγισμός, θυρεοτοξίκωση, αναιμία, εμπύρετο, άγχος, υπογλυκαιμία
Ταχεία αλλά όχι αιφνίδιας έναρξης	Αναιμία, υπογλυκαιμία, όγκοι επινεφριδίων
Μετά λήψη φαρμάκων/ουσιών	Καφές, τσάι, αλκοόλ, καπνός αναστολείς μονοαμινοξειδάσης, αμινοφυλλίνη, θυρεοειδικές ορμόνες, ατροπίνη, β διεγέρτες
Κατά την ορθοστασία	Ορθοστατική υπόταση
Σε γυναίκες μέσης ηλικίας συνοδευόμενο από ιδρώτα και εξάψεις	Μετεμνηνοπαισιακό σύνδρομο
Με καλή καρδιακή συχνότητα και ρυθμό	Αγχώδεις συνδρομή

οφείλεται σε φλεβοκομβική ταχυκαρδία και σε άγχος. Αίσθημα παλμών που συνοδεύεται από προσυγκοπτικά ή συγκοπτικά επεισόδια μπορεί να οφείλεται σε κοιλιακή ταχυκαρδία. Στην κόπωση φυσιολογικά αυξάνεται η καρδιακή συχνότητα. Αν όμως παρατηρείται υπέρμετρη αύξηση ακόμα και σε μικρή κόπωση πρέπει να διερευνηθεί αν υπάρχει ιστορικό αναιμίας, καρδιακής ανεπάρκειας, θυρεοτοξίκωσης κτλ. Τα στοιχεία από το ιστορικό που θα μας κατευθύνουν στην αιτιολογία του αισθήματος παλμών φαίνονται στον **πίνακα 6**.

Κυάνωση

Η κυάνωση αποτελεί τόσο σύμπτωμα όσο και σημείο και ορίζεται ως η κυανή χροιά του δέρματος και τον βλεννογόνων που οφείλετε σε αυξημένη ποσότητα αναχθείσας αιμοσφαιρίνης (>5 gr/dl στα αρτηριακά τριχοειδή) ή στην παρουσία παθολογικής αιμοσφαιρίνης (μεθαιμοσφαιρίνη >0,5 mg/dl).

Η κυάνωση διακρίνεται σε κεντρική και περιφερική. Στην κεντρική κυάνωση παρατηρείται μειωμένος κορεσμός του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο λόγω διαφυγής από δεξιά προς τα αριστερά ή λόγω πνευμονολογικού νοσήματος. Στην περιφερική κυάνωση παρατηρείται ελάττωση του κορεσμού του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο μόνο στα περιφερικά τριχοειδή λόγω γενικευμένης αγγειοσύσπασης, που οφείλεται σε χαμηλή καρδιακή παροχή σε περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας ή στην έκθεση σε ψύχος.

Αν η κυάνωση περιορίζεται σε ένα άκρο τίθεται η υποψία φλεβικής ή αρτηριακής απόφραξης. Κυάνωση μόνο στην άκρα χείρα μπορεί να οφείλεται σε

φαινόμενο Raynaud. Οι ασθενείς με κεντρική κυάνωση συνήθως την επιδεινώνουν κατά την προσπάθεια ενώ δεν παρατηρείται αντίστοιχη επιδείνωση σε ασθενείς με περιφερική κυάνωση κατά την προσπάθεια.

Ιστορικό κυάνωσης σε παιδική ηλικία συνήθως οφείλεται σε συγγενή καρδιοπάθεια με επικοινωνία από δεξιά προς τα αριστερά. Σπάνια κυάνωση στην παιδική ηλικία μπορεί να οφείλεται σε μεθαιμοσφαιριναιμία και η διάγνωση τίθεται από το οικογενειακό ιστορικό κυάνωσης απουσία συγγενούς καρδιοπάθειας.

Ιστορικό κυάνωσης στη νεογνική περίοδο υποδηλώνει μεσοκολπική επικοινωνία με παροδική από δεξιά προς τα αριστερά επικοινωνία ή συχνότερα πνευμονική παρεγχυματική νόσο ή καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Κυάνωση εμφανιζόμενη σε ηλικία 1-3 μηνών συνήθως οφείλεται σε μείωση της ροής αίματος προς την πνευμονική κυκλοφορία μετά την αυτόματη σύγκλειση του αρτηριακού πόρου παρουσία συγγενών ανωμαλιών που προκαλούν απόφραξη της δεξιάς κοιλίας, όπως στην τετραλογία Fallot. Κυάνωση που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 6 μηνών συνήθως οφείλεται σε προοδευτική απόφραξη του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας παρουσία μεσοκοιλιακής επικοινωνίας. Επίσης, εμφάνιση κυάνωσης σε ηλικία 5-20 ετών σε ασθενή με γνωστή συγγενή καρδιοπάθεια οφείλεται πιθανότατα στην ανάπτυξη συνδρόμου Eisenmenger με αύξηση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων και δημιουργία επικοινωνίας με κατεύθυνση από δεξιά προς αριστερά. Τέλος, η κυάνωση που οφείλεται σε πνευμονική αρτηριοφλεβική επικοινωνία εμφανίζεται συνήθως στην παιδική ηλικία.

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ - ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

- Το ιστορικό και η φυσική εξέταση εξακολουθούν να αποτελούν την κύρια και αρχική προσέγγιση σε κάθε ασθενή που προσέρχεται με πιθανή καρδιολογική συμπτωματολογία.
- Από τα στοιχεία του ιστορικού και την κλινική εξέταση ο ιατρός μπορεί να οδηγηθεί με ασφάλεια σε μια ή περισσότερες πιθανές διαγνώσεις και να περιορίσει σημαντικά τις απαιτούμενες εξετάσεις.
- Μία λογική προσέγγιση για τη λήψη του ιστορικού είναι να αφήσουμε τον ασθενή να εκφραστεί αρχικά ελεύθερα για τα συμπτώματά του. Ακολούθως με στοχευμένες ερωτήσεις ανάλογα με τα συμπτώματα ο ιατρός μπορεί να λάβει το οικογενειακό και ατομικό αναμνηστικό και να αποσαφηνίσει τη φύση των συμπτωμάτων του ασθενούς.
- Τα κύρια συμπτώματα που σχετίζονται με καρδιακή νόσο περιλαμβάνουν δυσφορία στο στήθος, δύσπνοια, κόπωση, οίδημα, αίσθημα παλμών, και συγκοπή.
- Η στηθάγχη είναι ο χαρακτηριστικός πόνος που παρατηρείται κατά την ισχαιμία του μυοκαρδίου. Πρόκειται για αίσθημα «σφιξίματος-πνιγμονής» και όχι για τυπικό πόνο. Η διαφοροδιάγνωσή του από άλλα είδη πόνου γίνεται με βάση τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του πόνου, την εντόπισή του, τις αντανάκλασες του, τη διάρκειά του, τους εκλυτικούς παράγοντες και τον τρόπο ύφεσης του άλγους.
- Η δύσπνοια η οποία ορίζεται ως το υποκειμενικό αίσθημα δυσχέρειας στην αναπνοή εμφανίζεται σε μία σειρά από παθολογικές καταστάσεις. Η δύσπνοια καρδιολογικής αιτιολογίας προκαλείται από πνευμονική συμφόρηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Barsky, A.J., Palpitations, arrhythmias, and awareness of cardiac activity. *Ann Intern Med*, 2001. 134(9 Pt 2): p. 832-7.
2. Robert O. Bonow, D.L.M., Douglas P. Zipes, Peter Libby, BRAUNWALD'S HEART DISEASE: A TEXTBOOK OF CARDIOVASCULAR MEDICINE. 2012, Saunders, an imprint of Elsevier Inc.: 1600 John F. Kennedy Blvd. Ste. 1800 Philadelphia, PA 19103-2899.
3. Scano, G. and N. Ambrosino, Pathophysiology of dyspnea. *Lung*, 2002. 180(3): p. 131-48.
4. Swap, C.J. and J.T. Nagurney, Value and limitations of chest pain history in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndromes. *JAMA*, 2005. 294(20): p. 2623-9.
5. Task Force for the, D., et al., Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J*, 2009. 30(21): p. 2631-71.
6. Zimetbaum, P. and M.E. Josephson, Evaluation of patients with palpitations. *N Engl J Med*, 1998. 338(19): p. 1369-73.

