5. RINDKEREVALU

Rindkerevalu on üks levinum kiirabi väljakutsete kaebus. Diferentsiaaldiagnostiliselt on vaja mõelda rindkerevalu esile kutsuvale seisundile ning välistada eluohtlikud ning kohest hospitaliseerimist vajavad seisundid. Üldjoontes võib rindkerevalu põhjused jaotada kaheks: südamest põhjustatud ja südamega mitteseotud valu.

Eluohtlikud seisundid, mis põhjustavad rindkerevalu:

- Äge koronaarsündroom (ÄKS)
- Äge aordi dissekatsioon
- Kopsuarteri trombemboolia (KATE)
- Pingeline pneumotooraks (õhkrind)
- Südame tamponaad
- Mediastiniit (nt sögitoru rebend)

Mitte eluohtlikud seisundid, mis põhjustavad rindkerevalu:

- Südamehaigused (südamepuudulikkus, südameklappide haigusseisundid, perikardiit, müokardiit, endokardiit)
- Hingamisteede haigused (kopsupõletik, trahheiit, bronhiit, pleuriit, kasvaja, astmahoog)
- Seedetraktihaigused (refluksösofagiit)
- Lihasluukonna haigused (roidemurd, interkostaalne neuralgia (närvivalu) või müalgia (lihasevalu)
- Psühhiaatrilised haigusseisundid (paanikahoog, depressioon)
- *Herpes zoster* (vöötohatis)

Rindkerevalu kohta tuleb välja selgitada:

- Millal valu tekkis, kestvus, mis kutsus valu esile?
- Kas valu tekkis äkki või süvenes tasapisi? Kas valu on püsiv?
- Kas valu on pindmine või sügav? Kas esineb seoses hingamisliigutuste või kehaasendi muutustega või mitte?
- Valu iseloom (terav-lõikav, tuim, põletav, suruv…), muutus ajas?
- Valu lokalisatsioon ja kiirgumine (nt õlg, lõualuu, selg)?
- Kas varem on analoogset valu esinenud, mis on seda leevendanud?
- Kas patsient on ise võtnud midagi ette valu leevendamiseks ja milline onolnud meetmete efektiivsus?

- Kas patsiendil esineb teisi kaebusi peale valu (õhupuudus, köha, palavik, iiveldus, oksendamine, südamekloppimine, rütmihäired, nõrkus, külm higi, minestamine)
- Kas patsiendil on olnud traumat või infektsioonhaigust?
- Kas patsient põeb kroonilisi haigusi, milliseid ravimeid tarvitab?
- Kas on olemas varasemad EKG?

Objektiivne seisund:

Üldseisund

- teadvusseisund
- 12-lülitusega EKG, südame löögisagedus, rütm, vererõhk mõlemal käel
- hingamissagedus, SpO2, hingamistöö efektiivsus, kopsude kuulatlusleid
- kõhu palpatoorne leid
- rindkerevalu tugevuse mõõtmine 0-10 visuaalse analoogskaala ehk VAS alusel
- kehatemperatuuri mõõtmine

Lokaalne leid

- valulikkus rindkere palpatsioonil
- kas esinevad traumatunnused?
- naha värvuse hindamine, niiskus
- motoorika häire: kas on liikumine/liigutamine raskendatud vaid valu tõttu
- lööve rindkerel, lööbe iseloom

TÄHTIS:

- Ärge viitke aega lõpliku diagnoosi selgitamiseks, ebastabiilse haigega suunduge haiglasse nii kiiresti kui võimalik!
- Oluline on võimalikult kiiresti teha 12-lülituseline EKG, mõõta vererõhk ja SpO2!
- Valmisolek elustamiseks!

Käsitlus

- Mitte isheemilise rindkerevalu puhul sobib valu vaigistamiseks kasutada valuvaigisteid vastavalt „valutrepile“
    - Paratsetamool 1g + NSAID
    - efekti puudumisel lisaks opioidid

- Isheemilise valu puhul vt. vastav ravijuhis
- Ägeda hingamispuudulikkuse või hingamisseiskuse puhul patsiendi intubatsioon või alternatiivne meetod vabade hingamisteede tagamiseks ning kopsude mehaaniliseks ventilatsiooniks (vastava sündroomi käsitlus).
- Oksügenisatsioon (hapnikuravi eesmärgina saavutada SpO2 ≥ 94%).
- Hemodünaamika häire puhul kohene infusioonraviga alustamine (kristalloid, vajadusel kolloid), kardiomonitooring, šoki ravi (vastava sündroomi käsitlus).
- Pingelise õhkrinna muutmine lahtiseks – nõeldekompressioon V või VI roidevahemikust aksillaarjoonel.
- Kahtluste korral rindkerevalu patogeneesi osas on vajalik konsulteerida arstiga.

Kohest patsiendi hospitaliseerimist nõudvad seisundid:

Patoloogia	Iseloomulikud sümptomid
Äge koronaarsündroom	Vaata tegevusjuhend nr 6!
Traumaatiline või spontaanne õhkrind	Äkiline teke, terav, ühes pooles rindkeres lokaliseeruv pleuriitiline valu, mis seotud rindkere asendi ja hingamisliigutustega. Obj.: hingeldus, tahhükardia, hüpotensioon, hingamiskahin on nõrk või puudub, tümpaania. Võivad esineda nahaalune õhkemfüseem, trahhea dislokatsioon, tsüanoos ja täitunud kaelaveenid. Pingeline õhkrind vajab vältimatut abi, kuna võib kiiresti progresseeruda eluohtlikuks seisundiks.

Aordi dissekatsioon	Tugev, terav ja äkiline, noahoopi meenutav (70-90%-l juhtudest) rindkere ja seljavalu. Sageli migreeruva iseloomuga. Võivad kaasuda ägeda südamepuudulikkuse nähud, sünkoop, kubemepiirkonna pulsi diferents, vererõhu diferents kätel (> 20 mmHg), ühe jala isheemia, neuroloogiline defitsiit (nt paraparees, paraplegia), kardiaalne äkksurm. 80-90% neist haigetest on hüpertooniatõve haiged. 1-2%-l juhtudest võimalik südame pärgarteri sulgusest tingitud südamelihase infarkti kliiniline pilt. **EKG-s** võivad esineda inferioorse südamelihase infarkti tunnused.
Patoloogia **Kopsuarteri trombemboolia**	**Iseloomulikud sümptomid** Hingeldus, millele järgneb pleuriitiline valu ja köha. Obj.: tahhüpnoe (>20x/min), auskultatsioonil krepitatsioonid, kiuned, tahhükardia (>100x/min), kliinilised süvaveenitromboosi tunnused (jäseme turse, valu, soojus ja erüteem), šoki tunnused. **EKG-s:** siinistahhükardia; ST depressioon ja negatiivne T V1 – V4 ja/või II, III, avF; HISI kimbu parema sääre blokaad; „P pulmonaale“; SI QIII sündroom; SI, SII, SIII sündroom; QT intervalli pikenemine; madal QRS voltaaž.
Südame tamponaad	Veri perikardiõõnes. Tekib enamasti läbiva südamevigastuse korral, harva tõmbi trauma korral. Haav lokaliseerub südame piirkonnas. Beck´i triaad: ületäitunud jugulaarveenid, nõrk pulss (AVR langus), tuhmid, tasased südametoonid.
Mediasteniit (nt. söögitoru rebend)	Ägeda kõhu kliiniline pilt. Vt. vastav tegevusjihend! **NB! Südamelihase tagaseina isheemia võib meenutada ägeda kõhu kliinilist pilti!**

Patsient tuleb hospitaliseerida sobivaid ravivõimalusi pakkuvasse haiglasse, eelnevalt informeerides patsiendi kriitilisest seisundist ja saabumise ajast. Transpordil tuleb kindlustada EKG, vererõhu ja SpO2 monitooring, vajadusel O2 manustamine maskiga, infusioonravi seisundi stabiliseerimiseks ja valuvaigisti manustamine valusündroomi kupeerimiseks. Kõikidele hospitaliseerimist vajavatele haigetele tuleb paigaldada veenikanüül.

Seisundid, mis ei nõua kiirkorras hospitaliseerimist, otsustada tuleb kaasuvate sümptomite järgi:

Patoloogia	Iseloomulikud sümptomid
Müoperikardiit	Terav, pleuriitiline, püsiv valu, praktiliselt ei reageeri koormusele, suureneb pigem seoses hingamisega ning voodis keeramisega, neelamisega. Lokaliseerub enam lateraalsele kui tsentraalsele, sageli kiirgub kaela. Aeglane algus. Valu väheneb istuvas asendis ettepoole kallutades. Sageli kaasneb palavik. Sageli seotud eelneva viirushaigusega. **EKG-s** sageli difuusne ST-segmendi elevatsioon ilma retsiprookse ST-segmendi depressioonita, PR(Q) segmendi depressioon
Pleuriit ja pleuropneumoonia	Aeglane teke. Palavik, hingamisega seotud torkiv valu, võimalik pleura hõõrdumiskahin. Kõige sagedamaks sümptomiks on köha. Puuduvad EKG muutused.
Vöötlihas ehk Herpes zoster	Lööve, mis on seotud hüperesteesiaga. Lööbele eelneb lokaliseeritud paresteesia. Puuduvad EKG muutused.
Seedetrakti-haigused **Refluksösofagiit**	Põletav valu rinnus ja epigaastriumis, kiirgub selga, kaela, lõualuu või kätte, tihti seotud söömisega. Süveneb lamavas asendis, aga ka analoogiliselt stenokardiaga füüsilisel pingutusel. Kaasuvad kõrvetised, köha ja düsfaagia. Puuduvad EKG muutused.
Paanikahoog	Rindkerevalule lisaks äkki tekkivad hirmuhood, millega kaasnevad sageli südamepekslemine, higistamine, nõrkus, jõuetus, minestustunne, peapööritus, vererõhu tõus. Sagedamini esineb noortel patsientidel. Kaasub pakitsus ja tuimus jäsemetes, peapööritus. Võib olla ise orgaanilise haiguse üheks sümptomiks. EKG-s võivad olla ST- ja T sakki mittespetsiifilised muutused.
Depressioon	Püsiv rõhumistunne rinnus, mis ei sõltu füüsilisest koormusest. Puuduvad EKG muutused.

Hospitaliseerimist mittevajavatele haigetele tuleb vajadusel selgitada perearsti vastuvõtule pöördumise olulisust kui hea ravitulemuse saavutamise osa.