

Oireiden arviointi

7.40 Sydänperäiset oireet ja niiden arviointi

Jari Laukkanen, Tuomo Nieminen, Sinikka Yli-Mäyry

Sydänperäiseksi sopivat oireet voivat vaihdella yksilöstä toiseen. Usein rintakehän kipu, epä-mukavuus tai muu oire johtuu muusta kuin sydänperäisestä syystä, mutta toisaalta vaikeaa-kin sydäntautia sairastava voi olla vähäoireinen. Sydänperäisen kivun kokeminen on yksilöllistä. Varsinkin miehet saattavat vähätellä oireitaan.

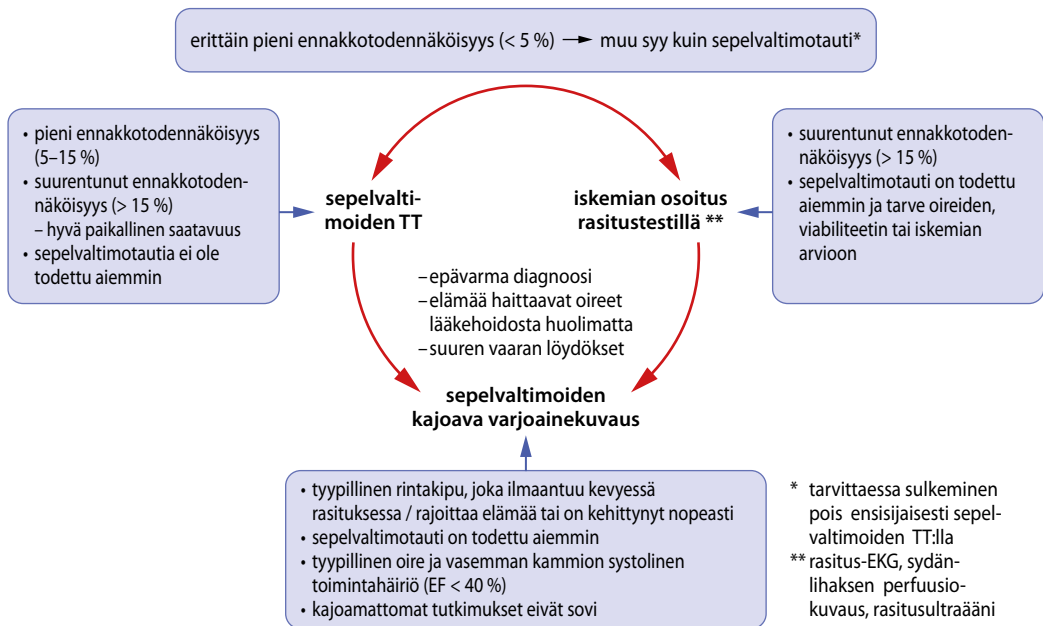
Lääkärin tulee tarkentaa potilaan kertomusta, verrata sitä mahdollisiin aiempiin tutkimuslöydöksiin, sydänsairauksien riskitekijöihin ja suku-taustaan.

Oireiden vakavuus

Rintakipu, hengenahdistus ja tajunnan menetys ovat oireita, jotka voivat liittyä sydänsairauteen tai sydämen toiminnan tilapäiseen häiriöön. Sepelvaltimotaudin ohella rintakipua aiheuttavia verenkiertoelimistön sairauksia ovat keuhko-veritulppa (keuhkoembolia), aortan sisäkalvon repeämä (aortan dissekoituma) sekä sydänpuussin (perikardiitti) tai sydänlihaksen tulehdus (myo-kardiitti) ja rytmihäiriöt.

Sydänsairauden vakavuutta ei aina voida päätellä oireiden ja niiden vaikeusasteen perusteella. Merkittävä sydänsairaus voi olla pitkään oireeton, toisaalta hankala vaaraton sydänoire voi invalidi-soida potilaan.

Sydänsairauksiin sopivia oireita voi esiintyä myös terveillä ihmisillä. Tällöin kokonaiskäsitys potilaasta on ratkaiseva, kun punnitaan tutki-mustulosten kliinistä merkitystä (kuvat 7.40a ja 7.40b). Potilaan selviytyminen normaalissa arjessa ja työssä arvioidaan huolellisesti. Jos fyysinen suo-rituskyky ei riitä arkisiin askareisiin, tulee pohtia



Kuva 7.40a. Tutkimusten valinta sepelvaltimotautia epäiltäessä. Tutkimusten valinta kroonista sepelvaltimotautia epäiltäessä taudin ennakkotodennäköisyyden ja muiden tietojen perusteella. Lähde: Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä. Käypä hoito -suositus, 2022.

Sepelvaltimotaudin ennakkotodennäköisyys iän, kipuoireen ja riskitekijöiden perusteella																		
Ikä	Muu kipu						Epätyypillinen rintakipu						Tyypillinen rintakipu					
	Nainen, riskit ¹			Mies, riskit ¹			Nainen, riskit ¹			Mies, riskit ¹			Nainen, riskit ¹			Mies, riskit ¹		
	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5
30-39	EP	EP	EP	EP	EP	EP	EP	EP	EP	EP	EP	P	EP	EP	P	P	P	S
40-49	EP	EP	EP	EP	EP	P	EP	EP	EP	EP	P	P	EP	P	P	P	S	S
50-59	EP	EP	EP	EP	P	P	EP	EP	P	P	P	S	P	P	S	S	S	S
60-69	EP	EP	P	P	P	S	EP	P	P	P	S	S	P	P	S	S	S	S
70-80	EP	P	P	P	S	S	P	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

¹ Riskitekijät: sukhistoria, tupakointi, dyslipidemia, kohonnut verenpaine ja diabetes

Kuva 7.40b. Ahtauttavan sepelvaltimotaudin ennakkotodennäköisyys sukupuolen, iän, riskitekijöiden lukumäärän ja rintakivun luonteen mukaan. EP (valkoinen) = Erittäin pienen ennakkotodennäköisyyden (< 5 %) potilailla on todennäköistä, että oireet johtuvat muusta syystä kuin sepelvaltimotaudista. P (vihreä) = Kun ennakkotodennäköisyys on pieni (6–15 %), löytyy ennusteen kannalta merkittävä sepelvaltimotauti vain harvoin ja diagnostisia tutkimuksia tulee käyttää harkiten. S = Kun ennakkotodennäköisyys on suurentunut (> 15 %), diagnostisten tutkimusten hyöty on suurin.

oireen syytä ja mahdollista sydänperäisyyttä (tapausesimerkit 7.40a ja 7.40b). Poikkeava väsyminen voi johtua sydänsairaudesta.

Rintatuntemukset

Sellainen rintakipu tai hengenahdistus, joka tuntuu pääosin vain levossa, mutta helpottuu tai ei vaikeudu fyysisessä ponnistuksessa, johtuu harvoin vakavasta sydänsairaudesta (ks. 7.50). Valitettavan usein äkillistä sepelvaltimokohtausta poteva odottaa kivun laantumista kotikonstein.

Sydänoireisten ja rintakivuista kärsivien potilaiden kirjo on laaja. Rintakipu voi johtua monista syistä, siksi rintakipuoireet tulee arvioida perusteellisesti. Rintakipua esiintyy perusterveydenhuollon päivystystasvastaanoton potilaista noin viidenneksellä.

Rytmihäiriöt

Äkillisesti alkanut toimintakykyä haittaava rytmihäiriö pitää tutkia. Sydän voi lyödä epätasaisesti tai liian nopeasti. Toisaalta liian harva sydämen syke voi olla merkki sydänsairaudesta.

Joskus rytmihäiriöön liittyy heikotusta ja tajunnan menetys joko levossa tai rasituksessa. Oireiden syy on tutkittava tarkasti. Sydämen muljahduksia esiintyy myös terveillä. Tällöin jatkotutkimukset voidaan tehdä rauhallisella aikataululla.

Hengenahdistus ja suorituskyvyn lasku

Rasitukseen liittyvä hengenahdistus on sydämen vajaatoiminnan tyypillinen oire (ks. 32.10). Sepelvaltimotautiin voi myös liittyä hengenahdistusta.

Hengenahdistus ja ilman loppumisen tunne voivat liittyä sydänsairauteen, mutta oireiden taustalla voi olla myös muu kuin sydänperäinen syy. Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihaksen pumpauskyky on heikentynyt, mikä johtaa vasemman kammion lepovaiheen paineen nousuun. Paineen kohoaminen heijastuu keuhkoverisuoniin, jolloin nestettä tiikuu keuhkokapillaareista keuhkokuokseen. Tällöin kaasujen vaihto keuhkoissa vaikeutuu, mikä johtaa valtimoveren happipitoisuuden laskuun ja hengenahdistukseen.

Hengenahdistus on epämiellyttävä tunne, ja se vaihtelee vähäisestä hengityksen epäsäännöllisyyden tunteesta tukehtumisen tunteeseen. Hengenahdistus on subjektiivinen, yksilöllinen ja epätyypillinen oire.

Fyysisesti hyväkuntoisella ihmisellä poikkeava hengenahdistus ilmenee vain voimakkaassa ponnistuksessa eikä herätä herkästi epäilyä sairaudesta. Fyysisesti huonokuntoisella tai ylipainoisella henkilöllä suorituskyvyn lasku voi aiheuttaa rasisushengenahdistusta ilman sydänsaurautta. Epänormaalia hengenahdistus on, kun se esiintyy levossa tai vähäisessä rasituksessa.

Tapausesimerkki 7.40a.**Huoli rintakipuoireesta uhkasi työkykyä***Sinikka Yli-Mäyry*

Yläkoulussa opettajana työskentelevällä Liisalla (53 v) oli ilmennyt parin vuoden aikana rintakipua liikunnan yhteydessä. Joskus kipua ilmeni myös levossa. Liisa käveli säännöllisesti, yleensä viitenä päivänä viikossa vaivatta yli tunnin lenkkejä. Hänellä oli kohonnut verenpaine, lääkkeenä oli losartaani (50 mg/vrk). Kotimittauksissa verenpaine oli keskimäärin 125/80 mmHg.

Rintakivut alkoivat huolestuttaa Liisaa yhä enemmän. Hän ei saanut öisin unta, ja töissä käyminen alkoi tuntua hänestä raskaalta.

Arvio työterveyshuollossa

Liisa hakeutui työterveyslääkärin vastaanotolle. Liisa kertoi, että kipu tuntui paikallisena vasemmalla rintakehällä. Kipu ei Liisan mielestä säteillyt kaulalle, mutta kipuun liittyi pahoinvoinnin tunnetta.

Liisa oli lievästi ylipainoinen (BMI 28). Hänen isällään ja suvussa oli sepelvaltimotautia, mutta hän ei muistanut oliko isä tai kukaan muu lähisukulainen sairastanut koskaan sydäninfarktia. Pari vuotta aiemmin otettu pienitiheyskinen rasvaproteiini (LDL) oli ollut 2,8 mmol/l.

Liisa ei ollut koskaan tupakoinut, ja hänen alkoholin käyttönsä rajoittui yksittäisiin viinilasillisiin perhe- ja muiden juhlien yhteydessä.

Työterveyslääkäri arvioi Liisan oireet epätyypilliseksi rintakivuksi. Hän suosittelee, että tilannetta seurattaisiin, ja seurantakäynti sovittiin kolmen kuukauden päähän.

Seurantakäynnillä Liisa kertoi, että rintakipuoireet olivat jatkuneet, työssäjaksaminen oli heikentynyt ja unettomuus lisääntynyt. Epätyypillisten rintakipuoireiden ja Liisan heikentyneen kunnon vuoksi lääkäri teki lähetteen sydänpoliklinikalle.

Kardiologin tilannearvio

Sydänpoliklinikan kardiologi havaitsi, että Liisa oli todella huolestunut tilanteestaan ja väsyneen olinen. Kliinisessä tutkimuksessa ei ilmennyt tavanomaisesta poikkeavaa. Kaikututkimus oli normaali. Sovittiin, että tarkistetaan veriarvot ja EKG ja keskustellaan tuloksista puhelimesta.

Tilannearvio tutkimusten jälkeen

Puhelinkeskustelussa kardiologi pystyi rauhoittamaan Liisaa, sillä tutkimuksissa ei tullut esiin poikkeavaa. EKG:ssä oli sinusrytmi ja sykenopeus oli 68 minuutissa. Johtumisajat, QRS-heilahdus sekä ST-taso olivat normaalit. Pieni verenkuvaa, munuaistoiminta, kalium- ja natriumarvot sekä verengluukoosi olivat normaalit.

Vaikka sepelvaltimotaudin ennakkotodennäköisyys oli pieni (noin 10 %), pitkään jatkuneiden rintakipuoireiden syyn selvittämiseksi ja epävarman työssä selviytymisen takia oli hyvä tehdä tietokonekerroskuvaus (TT) (kuva 7.40b). Liisalla oli riskitekijöinä sukutausta, raja-arvoinen LDL sekä kohonnut verenpaine sekä pelko työkyvyn menettämisestä.

Tietokonekerroskuvauksen tulos ja jatkohoito

Seuraavalla vastaanotolla käytiin läpi TT:n tuloksia. Kuvauksessa oli havaittu lievä seinämäkalkki (plakki) vasemman laskevan etuhaaran (LAD) keskivaiheilla.

Liisalle määrättiin hyytymisenestolääkkeeksi asetyylisalisyylihappo (100 mg/vrk). Sepelvaltimotaudin etenemisen hidastamiseksi hänelle aloitettiin kolesterolilääke (simvastatiini 20 mg/vrk) ja LDL-kolesterolin tavoitteeksi asetettiin alle 1,8 mmol/l.

Sovittiin, että veriarvot tarkistetaan noin kolmen kuukauden kuluttua ja tilannetta arvioidaan puhelin-vastaanotolla. Seuraava käynti olisi vuoden kuluttua työterveyshuollossa.

Pohdinta

Vaikka Liisalla oli pieni sepelvaltimotaudin ennakkotodennäköisyys, tietokonekerroskuvauksen tekeminen oli perusteltua, kun huomioitiin kivun aiheuttama stressi, unettomuus ja sairausloman uhka.

Tietokonekerroskuvauksen herkkyys on yli 95 prosenttia, ja se poissulkee sepelvaltimotaudin luotettavasti. Jos se on saatavilla, se on ensisijainen tutkimus sepelvaltimotaudin diagnostiikassa, kun potilaalla on pieni sairauden ennakkotodennäköisyys.

Jos tietokonekerroskuvausta ei ole saatavilla, tehdään rasituskoee. Ongelmallista on rasituskokeen väärän positiivisen ja väärän negatiivisen löydöksen mahdollisuus.

Tapausesimerkki 7.40b.

Pallolaajennus palautti työkyvyn

Sinikka Yli-Mäyry

Antero (63 v) tuli kardiologin vastaanotolle yhdessä vaimon kanssa. Antero kertoi, että vaimo oli vaatinut lääkäriin menoa jo pitkän aikaa. Lopulta Antero oli suostunut tilaamaan ajan työterveyshuoltoon, kun hän oli kävelylenkillä joutunut pyytämään vaimoa hidastamaan vauhtia ylämäkiä kuljettaessa useita kertoja. Kirvesmiehen työssään Antero oli huomannut, että voimat ja työteho olivat heikentyneet.

Sydänpoliklinikalle kardiologin vastaanotolle pariskunta oli päätnyt työterveyslääkärin lähettämänä, CCS-luokan 2–3 oireiden takia, ja koska työterveyshuollossa mitatut laboratoriotulokset olivat säikäyttäneet Anteron puolison. Anteron kolesterolia oli ollut yli 7 mmol/l ja LDL 3,8 mmol/l. Myös Antero oli huolestunut tilanteestaan.

Tutkimukset ja löydökset

Vastaanottoa edeltävän puolen vuoden aikana Antero oli tuntenut usein painon tunnetta portaita noustessaan. Hän arveli kivun olevan lihasperäistä, koska töissä joutuu usein kurkottelemaan. Oire ei ollut kuitenkaan poistunut kesäloman aikana.

Anteron painoindeksi oli 29. Hän oli lopettanut tupakoinnin noin viisi vuotta aiemmin. Alkoholin käyttö rajoittui yleensä muutamaan saunaolueen, mutta joskus olutta ja väkeviäkin tuli käytettyä vähän enemmän. Liikunnan harrastaminen oli vähäistä, silloin tällöin vaimo sai houkutelua mukaansa kävelylenkille.

Anteron isä oli sairastanut sydäninfarktin 68-vuotiaana ja isän veli 58-vuotiaana.

Edelliset verikokeet oli otettu työterveyshuollossa noin viisi vuotta aiemmin. Kolesterolipitoisuus oli silloin ollut yli 6 mmol/l. Kolesterolin seurannan tarpeesta oli keskusteltu, mutta Antero ei muistanut, mitä oli sovittu. Myös verenpainetta oli kehoitettu seuraamaan, mutta Anterolla ei ollut verenpainemittaria, joten mittaukset olivat jääneet. Vastaanotolla Anteron verenpaine oli 158/96 mmHg.

Vastaanottokäynnin yhteydessä rekisteröidyssä EKG:ssä oli sinusrytmi ja pientä T-inversiota V_3 – V_6 . Sydämen kaikututkimuksessa ilmeni vasemman kammion seinämäpaksuntumaa (13 mm), muuta poikkeavaa ei ollut.

Tilannearvio ja hoito

Kardiologi totesi, että Anterolla oli sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine ja kolesterolia sekä lievä ylipaino. Oireet olivat CCS 2–3-tasoiset (taulukko 7.40a). Lääkäri teki lähetteen varjoainekuvaukseen, sillä sepelvaltimotautin ennakkotodennäköisyys oli merkittävä. Koska työ oli fyysisesti rasittavaa, lääkäri ehdotti sairausloma, mutta Anteron mielestä se ei ollut tarpeen.

Verenpainelääkkeinä aloitettiin losartaani (50 mg/vrk), bisoprololi (2,5 mg/vrk), kolesterolilääkkeenä simvastatiini (40 mg/mg) ja hyytymisen estolääkkeenä asetyyliisalisyylihappo (100 mg/vrk). Rintakipuoireisiin aloitettiin nitrosuihke tarvittaessa käytettäväksi.

LDL-tavoitteeksi asetettiin alle 1,4 mmol/l ja verenpainetavoitteeksi 130/80 mmHg tai matalampi. Antero oli halukas pudottamaan painoaan. Pariskunta totesi, että rasvan käyttöä voidaan vähentää ruuanlaitossa ja muutenkin. Liikuntaa Antero aikoi lisätä, lääkäri kehotti etenemään tuntemusten mukaan ja maltilla.

Sovittiin, että Antero mittaa verenpainetta aluksi päivittäin kahden viikon ajan, jotta nähdään lääkehoidon vaikutus. Puoliso lupasi hankkia verenpainemittarin ja varmistaa, että mittaukset tulevat tehtyä.

Hoito erikoissairaanhoidossa

Kolmen viikon kuluttua tehdyssä sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa todettiin merkittävät ahtaumat (yli 80 %) sekä vasemmassa laskevassa etuhaarassa (LAD) että vasemman kiertävän sepelvaltimon isossa haarassa (LOM). Molemmat valtimot laajennettiin onnistuneesti ja niihin asetettiin lääkeverkkoputket.

Kotiutuksen yhteydessä Antero kertoi lääkärille, että epäili simvastatiinin aiheuttavan lihaskipuja. Tilalle vaihdettiin rosuvastatiini (10 mg/vrk). Hyytymisenestolääkitykseksi aloitettiin kaksoisantitromboottinen lääkitys (ASA ja klopidooreeli) 6 kuukauden ajan, jatkossa ASA pysyvästi. Muu lääkitys jatkui ennallaan.

Sovittiin, että Antero varaa seurantakäynnin työterveyslääkärille kolmen kuukauden päähän. Ennen seurantakäyntiä tuli käydä verikokeissa. Antero sai ohjeet verenpaineseurannasta, liikunnasta ja ruokavaliosta sekä muista sydänterveyteen vaikuttavista asioista.

Sairausloman kestoksi tuli kaksi viikkoa.

Tapausesimerkki jatkuu seuraavalle sivulle.

Tapausesimerkki jatkuu edelliseltä sivulta.

Jatkohoito ja -seuranta

Kolmen kuukauden kuluttua työterveyslääkärin vastaanotolla Antero kertoi olevansa oireeton. Hän oli palannut töihin heti sairausloman jälkeen. Työterveyslääkärin kehotuksesta Antero varasi ajan työterveyshoitajalle verenpaineen ja painon seurantaa varten. Myös ruokailutottumuksia tuli vielä tarkistaa.

Pohdinta

Sepelvaltimotaudin ennakkotodennäköisyys oli Anteron kohdalla suuri (kuva 7.40b). Kaikututkimuksessa havaittu seinämäpaksuntuma viittasi jo pitkään koholla olleeseen hoitamattomaan verenpaineeseen.

Lisäksi riskitekijöinä tuli esiin sukurasitus ja suurentuneet kolesterolipitoisuudet sekä lisätekijöinä vähäinen liikunta, ylipaino ja miessukupuoli.

Anteron tapauksessa rasisuskoe ei ollut aiheellinen. Se olisi pitkittänyt varjoainekuvaukseen pääsyä, joten suuren ennakkotodennäköisyyden takia oli perusteet edetä suoraan varjoainekuvaukseen.

Ennusteen kannalta myönteistä oli se, että Antero oli halukas muuttamaan elintapojaan ja tupakanpoltosta hän oli luopunut jo aiemmin. Lääkehoidon suhteen ei ollut ilmennyt ongelmia. Anteron halu jatkaa kirvesmiehen työtä ja puolison tuki auttavat sairauden hoidossa.

Taulukko 7.40a. Rintakipu ja CCS (Canadian Cardiovascular Society) -luokitus.

Luokka	Oireet	Suorituskyky rasisuskokeessa
CCS I	Tavallinen räsitus ei aiheuta rintakipua. Raskas tai pitkään kestänyt ponnistelu voi aiheuttaa rintakipua.	120 W tai enemmän
CCS II	Rintakipu aiheuttaa vähäisen rajoitteen tavalliseen toimintaan. Rintakipua esiintyy rivakan kävelyn ja portaiden nousemisen aikana tai liikkuesssa aterian jälkeen, kylmässä, tuulessa tai heräämisen jälkeen. Yli 200 metrin normaalivauhtinen kävely tai yli kahden kerrosvälin nousu aiheuttavat rintakipua.	80–120 W
CCS III	Rintakipu aiheuttaa merkittävän rajoitteen tavalliseen toimintaan. Rintakipua ilmenee alle 200 metrin normaalivauhtisessa kävelyssä tai yhden kerrosvälin nousussa.	20–80 W
CCS IV	Mikä tahansa räsitus aiheuttaa rintakipua, ja sitä voi ilmetä jo levossa.	Alle 20 W

Taulukko 7.40b. NYHA (New York Heart Association) -luokitus.

NYHA-luokka I	Suorituskyky ei ole merkittävästi heikentynyt. Tavallinen räsitus, kuten tasamaakävely ja usean kerrosvälin nousu, sujuu oireitta.
NYHA-luokka II	Suorituskyky on rajoittunut. Voimakas räsitus, kuten ylämäkeen kävely, aiheuttaa poikkeavaa hengenahdistusta tai väsymistä.
NYHA-luokka III	Suorituskyky on voimakkaasti alentunut. Rauhallinen tasamaakävely tai yhden kerrosvälin nousu aiheuttaa hengenahdistusta tai väsymystä.
NYHA-luokka IV	Kaikenlainen fyysinen toiminta aiheuttaa oireita. Oireita voi olla myös levossa.

Rasitushengenahdistus toistuu tavallisesti aina samankaltaisessa rasituksessa ja helpottaa levolla. Oire voi hieman helpottua elimistön ”lämmettyä”, kun verenkiertoelimistön toiminta vilkastuu.

Sydämen vajaatoiminnan tyyppioireet ovat rasitukseen liittyvä ahdistus ja väsyminen sekä makuuasentoon liittyvä hengenahdistus (ortopnea). Ylävartalon kohottaminen tyynyillä helpottaa oiretta.

Kuuhkosairauksista johtuva hengenahdistus

Hengenahdistusta aiheuttavat myös astma ja keuhkohtaumatauti, keuhkoveritulppa sekä keuhkopussiin (pleura) kertynyt neste. Ylipaino ja huono kunto ovat tavallisia hengenahdistuksen aiheuttajia. Hyperventilaatio-oireyhtymässä hengenahdistus liittyy psyykkisten tekijöiden aiheuttamaan ilman loppumisen tunteeseen.

Suorituskyky

Sydänpotilaan suorituskykyä voi määrittää hengenahdistusta kuvaavalla NYHA-luokituksella (New York Heart Association) tai rintakipua CCS-luokituksella (Canadian Cardiovascular Society). Ne ovat subjektiivisia mittareita, mutta tieto tulee kirjata sydänpotilaan sairauskertomukseen ja aina mahdolliseen läheteeseen. Jos esimerkiksi uusi tai vaikeutunut CCS-luokka arvioidaan III tai IV-tasoiseksi, jatkotutkimukset ovat aina aiheellisia. Taulukoissa 7.40a ja 7.40b ovat esillä jaottelun periaatteet.

Tajunnan menetys

Ohimenevä tajunnan menetys (synkopee) johtuu verenpaineen äkillisestä laskusta, jolloin aivoverenkierto häiriintyy. Synkopeen syynä voi olla hermoston säätelyhäiriön (vasovagaalinen synkopee) aiheuttama pyörtyminen. Pyörtymistä esiintyy täysin terveilläkin, jolloin se liittyy yleensä voimakkaaseen tunnereaktioon tai kipuun.

Pystyasentoon liittyvä verenpaineen lasku (ortostaattinen hypotensio) voi olla toistuvan pyörtäilyyn syy (ks. 22.50). Potilas voi oppia välttämään liian nopeaa pystyyn nousua ja näin välttää täyden

tajunnan menetyksen. Sen sijaan rasitustilanteeseen liittyvä tajunnan menetys voi olla merkki vakavasta sydänsairaudesta, jolloin jatkotutkimukset ovat aiheellisia.

Sydänperäinen synkopee johtuu tavallisimmin sydämen rytmihäiriöstä. Kohtauksittainen harvalyöntisyys tai tiheälyöntisyys voi johtaa äkilliseen verenpaineen laskuun ja sen seurauksena tajunnan menetykseen. Kohtaukseen voi liittyä edeltävästi työkytymisen tunnetta. Lisälyönnit ovat tavallisia myös terveessä sydämessä, ja erilaiset muljahdustuntemukset ovat yleensä vaarattomia. Lisälyönnit voivat aiheuttaa heikotuksen tunnetta, mutta eivät yleensä tajunnan häiriötä tai pyörtymistä.

Tiukka aorttaläpän ahtauma voi aiheuttaa tajunnanmenetyskohtauksia, jotka ilmenevät tavallisimmin rasituksen yhteydessä. Sydämen vasen kammio ei tällöin pysty supistuessaan pumpaamaan riittävästi verta ahtautuneesta läpystä nousevan aortan kautta (ks. 35.55).

7.50 Rintakipuoireen paikantuminen ja syyt

Jari Laukkanen, Tuomo Nieminen, Sinikka Yli-Mäyry

Rintakivun syyn selvittely on vaativaa ja monimutkaista, koska rintakivun kaltainen oire voi johtua ja heijastua sydämen lisäksi myös keuhkoista, ruokatorvesta ja ylävatsalta. Kivun luonnehdinta, esiintymistilanne, kesto sekä lääkärin tarkentavat kysymykset ja perustutkimukset ovat usein ratkaisevia taudinmäärityksessä. Näin voidaan välttyä turhilta tutkimuksilta ja toisaalta jatkotutkimusten viivästyimiseltä.

Kivun paikka

Sydämen hapenpuutteen aiheuttama kipuärsytys heijastuu rintakehälle laaja-alaisena puristavana tai polttavana tuntemuksena. Se voi säteillä kaulan ja käsivarsien sekä ylävatsan suuntaan ja joskus alavatsalle tai selkäpuolelle. Sydänperäiseen rintakipuun ei liity paineluarkuutta rintakehällä. Se on harvoin pistävää. Oire voi tuntua myös pakah-