

11 例非典型心肌梗死误诊为消化系统疾病原因分析

胡建奎

(山东省枣庄市峄城区中医院急诊科 枣庄 277300)

关键词 误诊 原因分析 心肌梗死 消化系统疾病

中图分类号 R 542.2² 文献标识码 B 文献编号: 1671-4040(2004)02-0061-01

急性心肌梗死(AMI)是内科常见急危症之一。在美国每年有 90 万人患 AMI,其中约 22.5 万人死亡,至少半数死亡者于症状发作后 1h 内和到达医院急诊科之前^[1]。能否及时诊断是决定预后的关键,而 AMI 缺乏典型症状者约占 1/3^[2],以消化道症状为突出表现者易误诊为消化道疾病。我们从 1996~2000 年共收治 AMI 病人 86 例,以腹部症状为主的有 16 例,其中误诊为消化系统疾病 11 例,现将原因分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男 9 例,女 2 例,年龄 51~76 岁,平均 64 岁;既往有高血压病史 4 例,高胆固醇血症 2 例,冠心病心绞痛 2 例,糖尿病 1 例,胆囊炎 1 例,胃溃疡 1 例,慢性胃炎 3 例。全部病例的诊断符合 WHO1979 年急性心肌梗死标准。

1.2 临床表现 11 例均无典型胸痛,首发症状为上腹痛 9 例,上腹部灼热感,反酸 1 例,剑突下胀闷 1 例,恶心呕吐 10 例,腹泻 2 例,胸闷 8 例,心悸气短 3 例,剑突下压痛 7 例,右上腹压痛 1 例,饱餐后发病 6 例,活动中发病 4 例,静息时发病 1 例。

1.3 误诊疾病 误诊为急性胃炎 6 例,占 54.5%;急性肠炎 2 例,占 18.1%;急性胆囊炎 1 例,占 9%;胃溃疡 3 例,占 27.2%。误诊时间最短 45min,最长 51h。

1.4 梗死部位 下壁 5 例,下壁合并右室 2 例,广泛前壁 3 例,高侧壁 1 例。

2 原因分析

以胃肠道症状为主的心梗约占 AMI 的 2.7%~17.6%^[3]。临床上易误诊为消化道疾病,本组以腹部症状为主者 16 例,占同期 AMI 的 18.4%;其中误诊 11 例,误诊率 68.7%。分析原因有以下几点:

2.1 对以消化道症状为主者认识不足 AMI 的消化道表现多与下壁 AMI 有关,因迷走神经传入纤维的感受器几乎全部位于心脏下壁表面,当心肌缺血缺氧时刺激迷走神经是下壁 AMI 产生腹痛的原因^[4]。如本组 1 例 67 岁男性,上腹部剧痛伴烧灼感,恶心呕吐 4h 来诊,20 年前有胃溃疡病史,查体腹肌紧张伴压痛,诊断为胃溃疡穿孔,拟行剖腹探查术。术前心电图检查示:急性下壁心肌梗死,心肌酶明显升高。

2.2 不重视辅助检查 国内报道仅靠症状线索诊断 AMI 的正确率为 50%~60%^[5],心电图动态监测的诊断可靠性约为

80%,肌酸磷酸激酶监测的诊断敏感性在发病后 5~8h 达 83.3%,在 9~24h 可达 90%~92%^[6]。对 AMI 诊断既要重视临床表现,更应重视心电图及心肌酶学检查,特别是动态监测对于提高 AMI 正确诊断,减少漏诊、误诊具有重要意义。

2.3 对不典型心电图缺乏认识 异常心电图是诊断 AMI 的重要依据,但是 AMI 超急性期心电图表现多以高尖对称 T 波为主,高尖 T 波演变为倒置 T 波之前可表现为 T 波正常化,此时极易忽略。笔者体会对不典型心电图表现者要注意以下几点:(1)QRS 波起始向量的突然改变是关键,不仅要重视梗死性 Q 波,还要注意 R 波降低、增高或增宽。(2)心电图形态的易变性是 AMI 的特点,要高度重视,既要注意从正常变异常,也要注意图形从异常变正常。(3)既要观察 ST 段动态变化,又要注意观察 ST 段变化持续时间。(4)常规描记 18 导联心电图可以减少漏诊和误诊。

2.4 医生责任心不强 询问病史及体检不仔细,仅凭患者的主诉就武断地做出诊断及处理,也是造成误诊的原因。本组 1 例 56 岁男性,因饱餐后上腹痛,恶心呕吐 2h 就诊,医生只简单做了腹部检查,即诊断为急性胃炎,给予肌注胃复安 10mg,3h 后复诊,患者面色苍白,皮肤湿冷,大汗淋漓,血压 60/20mmHg,心电图 V₁~V₆ ST 段弓背抬高与 T 波融合成单向曲线,诊断为急性广泛前壁心肌梗塞,经抢救无效死亡,教训深刻。所以对年龄较大有突出消化系统症状者不能忽视心血管方面的检查。

参考文献

[1]National Heart lung and Blood institute.Morbidity and mortality: chart-book on cardiovascular and Blood Disease [M]. Bethesda Md: us Department of Health and Human services public Health service National Institutes of Health,may 1992

[2]冯希乐,张玉家.急性心肌梗死 5 例误诊原因分析[J].中国实用内科杂志,1999,19(5):702

[3]唐定全.特殊类型心肌梗死[M].北京:人民军医出版社,1992.43

[4]陈在嘉,徐义枢,孙华宇.临床冠心病学[M].北京:人民军医出版社,1994.404

[5]崔广根.急性心肌梗死早期诊断的线索[J].实用内科杂志,1987,7(9):450

[6]张文武.急诊内科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.1009

(收稿日期:2003-10-20)

肠管安静,对于二次手术盆腔粘连及手术难度大病人,CSE 充分发挥优势,不受手术时间限制,明显降低 EA 存在的肌松效果不理想及牵拉反应等特点,也便于术后镇痛,故在妇产科

领域具有广泛的推广应用价值。但是,该麻醉包价格昂贵,在贫困地区推广应用有一定困难。

(收稿日期:2003-09-01)