●报告与分析●

老年性心肌梗死 19 例误诊分析

郭伟[1] 王利军[2] 杨林[1]

（1 山东省济宁市中区人民医院 济宁 272105；2 山东省嘉祥县嘉祥镇医院 嘉祥 272400）

关键词：误诊；心肌梗死；老年人

中图分类号：R 542.2+2 **文献标识码**：B **文献编号**：1671-4040(2004)04-0067-01

老年急性心肌梗死由于症状不典型，对痛觉不敏感，在临床上易误诊，我院自 1996 年 1 月 ~2002 年 12 月收治 143 例，治疗中，误诊 19 例（13.2%）。现总结报告如下：

1 临床资料

19 例病人均为发病后 24h 内住院患者，其中男 10 例，女 9 例，年龄 60~70 岁 6 例，71~75 岁 4 例，76~80 岁 5 例，80 岁以上 4 例。

2 讨论

2.1 无痛性心肌梗死 无痛率有报道可达 15%~60%，患者在整个发病过程中胸痛轻微或根本无疼痛，多为平时身体状况较差的女性患者，或长期患糖尿病，有脑血管意外病史者。究其原因可能与以下因素有关：老年人疼痛阈值提高，敏感性差，心肌梗死后心输出量减少，加上颈动脉窦压力反射迟钝，脑血流减少，脑缺血缺氧，痛觉易丧失，长期存在无症状心肌缺血（SMI），此种发病心肌梗死范围小，持续时间长，不足以引起疼痛，老年人心肌梗死常伴有严重并发症，可掩盖其疼痛症状；糖尿病引起神经脱髓鞘病变，致神经功能障碍；脑血管意外的痛觉中枢受损，痛阈增高，痛感减弱。

2.2 疼痛部位和性质不典型 疼痛部位不是在胸骨后或心前区，而是表现在上腹部或剑突下，有的甚至在下腹部。疼痛性质非压榨性、压迫感、紧束感，而是疼痛不适，有的呈针刺样，伴恶心、呕吐、腹胀、腹泻等，易误诊为胃肠疾病，甚至胆囊炎、急性阑尾炎等。这可能有以下原因，迷走神经传入纤维几乎起源于心脏后下壁表面，当心肌缺血缺氧时受到刺激，心脏后下壁梗死时产生腹痛、恶心、呕吐。本组 2 例下壁 AMI 因表现为上腹疼痛不适，钡餐提示胃炎而误诊，1 例因广泛前壁及高侧壁心肌梗死，因腹痛、恶心、呕吐、右肩痛，误诊为胆囊炎。1 例因右下腹部疼痛，深压痛误诊为急性阑尾炎。

2.3 以脑血管疾病症状为主要表现 患者无明显心前区疼痛，主要表现为头晕、烦躁不安、情绪改变、肢体瘫痪或突然意识丧失、抽搐等症状。往往给以急诊颅脑 CT 而延误抢救时机。其原因可能是心肌梗死时心排血量减少，脑灌注压下降，脑供血不足，致脑缺血、缺氧、脑水肿。亦有人推测心脑血管病有等同的病理特征，心排血量减少时易患脑梗死。本组共误诊 2 例，1 例严重脑水肿，1 例脑梗死。

2.4 以呼吸道为主要表现 老年患者常有多种疾病存在，尤其是慢性咳嗽、咳痰最为多见。而老年心肌梗死心排血量减少，左室舒张末期压（LVEDP）升高，肺静脉压及肺毛细血管压升高，引起咳嗽、咳痰、憋喘、呼吸困难发生或加重，就诊时因胸痛不明显而误诊。本组因之误诊 2 例，其中 1 例因慢性咳嗽过程中突然呼吸困难加重，咳粘白痰增加而就诊，误诊为“慢性支气管急性发作”；另 1 例因过去有肺大疱形成，误诊为“自发性气胸”。但 2 例有一共同特征，在病程中难以找出呼吸道症状突然加重的原因。以下因素有助于心源性呼吸道症状的判断：病情重，症状多于体征，焦虑烦躁，发展迅速；平卧时症状加重明显，肺部体征变化大，肺部 X 线示胸淤血，间质性肺水肿，心脏可闻及奔马律。

2.5 在诊疗中漏诊为心功能不全 老年人在缓慢发展的冠状动脉粥样硬化过程中，多数已建立了有效的侧支循环，侧支循环提供的血流量能在应激状态下维持缺血心肌的存活力及一定的功能状态，但随病变的进展，代偿能力有限，在 AMI 诊疗中可能出现迟发性、隐匿性心功能不全，因心脏舒张功能异常而使左房内压升高，产生房性心律异常，在应用抗心律失常药过程中，使心功能不全显现。本文因之发生 3 例，经纠正心功能不全使心律失常消失。

2.6 以心律失常为主要表现 AMI（急性心肌梗死）患者几乎 75%以上发生心律失常，患者无心前区疼痛或疼痛轻微而突发早搏或其他心律失常。

2.7 以休克为主要表现 患者如血压明显下降或原有高血压无明显原因突然下降而发生休克者应想到 AMI 可能。可能为 AMI 后引起心肌收缩力下降，射血分数下降，心输出量减少，微循环灌注不良。

2.8 因无痛性心衰而误诊 老年 AMI 胸痛较少出现，常因胸闷突发呼吸困难、出汗、低血压，甚至休克而常常考虑充血性心力衰竭而误诊，本组 3 例，合并糖尿病 2 例，再发心梗 1 例。

2.9 提高重视程度 对于来就诊的老年人应详细询问病因、诱因、既往史、仔细查体，特别是对既往有冠心病、高血压病、糖尿病、痛风病、高脂血症、痛风病，有烟、酒嗜好者出现胸闷不适等应常规做 18 导联心电图，注意动态演变，同时应积极地进行心肌酶谱检查，肌红蛋白、肌钙蛋白（TnT）动态观察及放射性核素检查。对心电图不典型或阴性，而酶学和心肌蛋白还未显现，临床又高度怀疑为 AMI 者应及早按心肌梗死进行处理。

（**收稿日期**：2004 - 02- 07）