

46 例非典型心肌梗死误诊分析

郑福建

(山东省鱼台县人民医院 鱼台 272300)

摘要:目的:探讨非典型心肌梗死的误诊原因。方法:对就诊于我院门诊、急诊的非典型心肌梗死初诊误诊的 46 例患者进行回顾性分析。结果:在 46 例中,以消化系统表现为主而误诊为急性胃炎者 4 例,急性胰腺炎者 6 例,急性胆囊炎者 3 例;以呼吸系统表现为主而误诊为慢性支气管炎 2 例,肺部感染 2 例,肺心病 4 例;以心悸表现为主而误诊为心律失常者 11 例,急性心衰者 6 例;以意识障碍为突出表现而误诊为脑出血者 8 例。结论:对于非典型心肌梗死临床上并不少见,往往由于临床表现不典型,而易使早期心肌梗死误诊,以致延误治疗,从而威胁到患者的生命。

关键词:非典型心肌梗死;误诊;原因分析

中图分类号:R 542.22

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0036-02

心肌梗死是在冠状动脉粥样硬化病变的基础上,并发生血管腔内血栓形成,动脉内膜下出血或动脉持续性痉挛,使管腔迅速发生持久而完全的闭塞。由于临床表现形式多样,若警惕性不高,极易引起误诊,延误治疗。现对我院 1998 年 6 月~2003 年 6 月间门诊以及急诊误诊的 46 例非典型急性心肌梗死患者进行回顾性分析,以便从中吸取经验教训。

1 临床资料

1.1 一般资料 46 例患者中男 27 例,女 19 例;年龄 42~89 岁,平均 63.4 岁。无明显发病诱因者 29 例,有诱因者 17 例,其中情绪激动 7 例,劳累 5 例,暴食 3 例,用力排便 2 例。既往史:高脂血症 7 例,动脉硬化症 10 例,冠心病 7 例,高血压病 9 例,肺心病 7 例,心律失常 5 例,慢性胃炎 1 例。

1.2 症状与体征 以突发呼吸困难、不能平卧、胸闷、咳嗽等为主要表现者 8 例,占 17.39%;以上腹痛、恶心、呕吐等上消化道症状为首发表现者 13 例,占 28.26%;以心悸、气短为主诉而表现为心律失常者 11 例(Ⅲ度房室传导阻滞 4 例,心房纤颤 7 例),占 23.91%;以低血压休克为明显异常体征者 6 例,占 13.04%;以意识障碍为突出表现者 8 例,占 17.39%。

1.3 误诊情况 误诊为急性胃炎者 4 例,急性胰腺炎者 6 例,急性胆囊炎者 3 例,慢性支气管炎者 2 例,肺部感染者 2

例,静脉回流到右心室障碍,静脉输液可以对抗这种障碍,但是作用短暂。静脉输液可增加心脏内压,在增加心输出量的同时也增加心脏伤口的出血,给予液体可以暂时改进血流动力学,但需要更有力的继续输液以补充它造成的恶果,如果这一恶果发生,心脏压塞的可能性就值得考虑。

3.5 机械通气 正压机械通气可使胸内压升高,静脉回流减少,也可能引起病情急速恶化,正压通气加上心包压塞则可引起血流动力学抑制。如果心包有堵塞而病人又必须在手术室内行气管插管的话,应先消毒胸部并铺巾,以便在气管插管正压通气后出现血流动力学恶变时能够迅速解除心包压塞。

3.6 心包压塞体征 心包压塞很少有可靠的体征。Beck's 三联征即低血压、静脉怒张和心音微弱等征,有时可以单独出现,但很少一齐出现。如果颈静脉怒张,即应怀疑诊断;如果病人有低血容量加心包压塞,则颈静脉怒张可不出现。急诊室内行心脏听诊常很困难,心音遥远和奇静脉都是不可靠的体征。来院时心电图的弥漫性低电压是一个微妙的变化,

例,肺心病者 4 例,心律失常者 11 例,急性心衰者 6 例,脑出血者 8 例。后经确诊治疗后,治愈 37 例,死亡 9 例,死亡率为 19.56%。

2 误诊原因

2.1 对无痛性心肌梗死重视不够 无痛性心肌梗死因缺乏特征性胸痛易造成误诊,文献报道无痛性心肌梗死占老年性心肌梗死的 18.5%^[1],其原因可能与老年人心肌植物神经功能变性、痛阈增高以及敏感性、反应性差有关,或因心脏并发症如休克、严重心律失常、心力衰竭、脑卒中,其疼痛因症状严重而掩盖,造成无痛假象。

2.2 缺乏全面考虑、综合分析的能力 AMI 患者多为老年人,而老年人常患有多种慢性疾病,如慢支、肺气肿、肺心病、消化道慢性疾病等,当 AMI 病人临床表现不典型时,极易用单一疾病解释而忽视 AMI 的存在,临床医生往往陷于既往疾病的诊断模式而不作具体分析,忽视包括急诊心电图在内的全面检查,从而造成误诊,或因病人就诊于呼吸内科、消化内科而延误诊治。

2.3 局限于本专业情况,忽视兼证 由于临床专业分科,临床医生往往拘泥于本专业,注重专业情况,思路狭窄,忽视兼证的存在,从而造成误诊。此种误诊、漏诊情况多见于以脑循环但极易漏掉。对于心包压塞而情况稳定的病人,胸片有时显示出球形心影有助于诊断。

3.7 胸部外伤病人往往伴有腹部脏器损伤,胸腹联合伤是胸部外伤中比较严重和复杂的一种,发生休克率高达 60%,死亡率达 25%~35%,伤员不仅呼吸、循环机能障碍,而且胸腹腔内多个脏器破裂、大出血,若延误治疗或处理不当,常造成病人死亡^[2]。本组病例中就有 3 例肝脾损伤,由于患者入院时血压非常低,腹部彩超未发现明显腹腔积液和肝脾损伤,患者经过液体复苏后血压升高,肝脏、脾脏灌注压力升高而引起肝脾损伤大出血,此时患者血压再次下降,误认为心脏损伤严重,心脏功能无法恢复而延误治疗。

参考文献

[1]苏应衡,郭兰敏.实用胸部外科手术学[M].济南:山东科学技术出版社,1996.381~384,388~390
[2]郎宇磷,王晴.心肌钝性损伤的早期诊断及临床意义[J].中华胸心血管外科杂志,1996,12(1): 35~36

(收稿日期:2006-08-01)

经皮肺动脉瓣球囊成形术治疗重度肺动脉瓣狭窄20 例体会

阮冬云 王晓华 盛国太 余茂生 王和平 阮浩航 周裔忠 葛郁芝
(江西省人民医院 南昌 330006)

摘要:目的:评价经皮肺动脉瓣球囊成形术对肺动脉瓣狭窄的治疗效果。方法:经皮 seldinger 穿刺右股动脉成功后,用 inoue 左房室瓣球囊或自制肺动脉瓣球囊反复扩张肺动脉瓣。结果:20 例患者手术均获成功,随访 6 个月症状明显改善,复诊彩超右室流出道梗阻明显减轻。所有患者术前右室造影均有射流征,术后射流征消失。结论:肺动脉瓣球囊成形术是治疗先天性肺动脉瓣狭窄简便有效、安全、经济的首选方法。

关键词:肺动脉瓣狭窄;右室流出道梗阻;经皮肺动脉瓣球囊成形术

中图分类号:R 654.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0037-02

我院自 1998 年 9 月~2005 年 7 月共完成 20 例肺动脉瓣狭窄球囊扩张,单纯肺动脉瓣狭窄(PS) 19 例,合并房缺 1 例,皆取得令人满意的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 1998 年 9 月~2005 年 7 月共完成 20 例肺动脉瓣狭窄球囊扩张,其中女性 8 例,男性 12 例;年龄 2~58 岁,平均年龄(25± 5)岁;单纯 PS 19 例,合并房缺 1 例。术前经询病史、体格检查、超声心动图检查等确诊,并经多普勒超声估测跨瓣压差。

1.2 方法 经皮 seldinger 穿刺右股静脉成功后,常规行右心导管检查,测跨瓣压差。用 6F 猪尾导管行右室造影(取左侧位),测量肺动脉瓣环直径选择球囊大小。前 10 例用“j”型钢丝经右心导管送至左上或下肺动脉远端,后 10 例用左房钢丝盘在扩张的肺动脉内,用扩张管扩张皮下及股静脉。前 14 例用 inoue 左房室瓣球囊,后 6 例用自制肺动脉瓣球囊,参照造影像定位,将球囊前囊扩起,后撤至肺动脉瓣口上,将后囊扩起,腰部消失,反复扩张 2~3 次,听诊杂音消失后,撤出左房钢丝,用球囊连续测压,测术后跨瓣压,再次左室造影。

2 结果

20 例患者手术均获成功,术前跨瓣压差 25~110mmHg,术后跨瓣压差 0~42mmHg,术前经多普勒超声估测跨瓣压差 24~112mmHg,术后估测跨瓣压差 15~40mmHg,其中以重度狭窄者扩张效果最好,有 1 例术后跨瓣压差为 0。但重度狭窄环障碍为主要表现的 AMI 患者,这可能由于其严重的心律失常、传导阻滞或泵衰竭,造成心排出量急剧下降而使大脑供血不足,也可因左颈交感神经支配的左室前壁发生心肌梗死,通过皮层脑干网状结构的反射作用引起脑循环障碍,从而出现休克、昏迷等临床表现。

2.4 对年青人心肌梗死重视不够 本组 46 例病人中,有 4 例 42~46 岁的心梗病人被误诊,可能因此类病人发病年龄轻,既往病史少,再加上临床表现不典型从而被误诊。

3 讨论

近年来随着人们生活水平的提高,心血管病的发病率呈逐年上升趋势,特别是心肌梗死的发病率更有所提高,非典型心梗若不及时得到正确有效的诊治,将直接危害病人的生命,本组 46 例误诊病人中死亡率就为 19.56%,教训可谓惨痛。笔者认为,作为医疗工作者要时刻提高警惕,尤其是急诊

者多合并有右室流出道继发性肥厚性梗阻,虽然跨瓣压差有明显降低,术后造影仍残留瓣下梗阻。我科有 10 例伴右室流出道梗阻患者随访 6 个月症状明显改善,复诊彩超右室流出道梗阻明显减轻。术前右室造影都有射流征,术后射流征消失。使用“j”型钢丝手术时间 60~90min,而使用左房钢丝手术时间 50~85min。其中自制肺动脉瓣球囊与肺动脉瓣环相适应,减少肺动脉瓣撕裂发生率。

3 讨论

单纯性肺动脉瓣狭窄,约占先天性心脏病的 6.8%,其手术治疗成功率高,死亡率低,约 2%。因此手术治疗曾是唯一有效的治疗方法。自 1982 年 Kan 倡导用球囊行肺动脉瓣扩张成形术治疗先天性肺动脉瓣狭窄以来,由于近期和中期疗效均达到治愈水平,加之创伤和并发症少,费用低廉,很快被美国 FDA 批准,现已替代外科手术,成为治疗肺动脉瓣狭窄简便有效、安全、经济的首选方法,并积累了丰富的经验^[1-5]。

本组 20 例手术,肺动脉瓣重度狭窄为手术适应证,且越早手术,效果越好,最佳年龄 2~4 岁。文献报告,随诊中发现年龄较小的患儿,尽管跨瓣压差和右室压力很高,提示狭窄严重,但右心室肥厚心电图的消退较右室压力相似的年长儿迅速^[6]。重度狭窄易合并右室流出道肥厚梗阻及右室肥厚,虽然术后跨瓣压差有明显降低,但术后造影仍然残留瓣下梗阻,近期效果良好,远期效果有待随访。我科有 10 例患者随访症状明显改善,复诊彩超右室流出道梗阻明显减轻,取得较明显效果。因此对单纯 PS 来说,PBPV 是解除右室流出道一线人员,对心梗的非典型表现应有足够的认识,时刻把心电图作为一项常规检查,尤其对那些高危人群。冠心病多发生于中老年阶段,同时不同程度存在着某些冠心病易患因素,对有长期吸烟史、形体肥胖者或有高血脂、高血压、糖尿病等病史的患者,不论以何种主诉就诊,都应重视心脏方面的有关检查,从而减少漏诊、误诊的几率。此外,本病发作大多无明显的诱因,常在安静或睡眠时发生,部分病人于剧烈体力劳动、精神紧张或饱餐后发生,休克、出血与心动过速等也可作为诱因。总之,医务人员应该尽量做到在很短时间内及时做出正确诊断,以避免误诊。

参考文献

[1]郭富山.急性心肌梗死临床表现与年龄的关系[J].临床荟萃,1995,10(14):642~643