

酷似急性冠脉综合征样胸痛4 例临床分析

唐虹 周微

(江苏省无锡市中医医院 无锡 214071)

摘要:目的:分析 4 例酷似急性冠脉综合征样胸痛患者的胸痛临床特点。方法:对 4 例酷似急性冠脉综合征样胸痛患者的临床表现、实验室、影像学检查资料及诊治过程进行回顾性分析。结果:发现主动脉夹层、肺栓塞、急性心包炎、纵膈感染为急性胸痛的常见病因。结论:仔细询问病史、症状特点,体格检查、分析细致、具备鉴别诊断意识,重视检验、心电图、影像学检查及报告解读,掌握主动脉夹层、肺栓塞、急性心包炎、纵膈感染导致的急性胸痛临床特征,多学科协作,可减少误诊。

关键词:酷似急性冠脉综合征;胸痛;误诊

中图分类号:R541.4 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.054

急性冠脉综合征是特指冠心病中急性发病的类型^[1],包括 ST 段抬高性心梗、非 ST 段抬高性心梗及不稳定性心绞痛。急性冠脉综合征发病率高,危害严重,临床医师过分重视该疾病,往往忽视了其他疾病导致的急性胸痛,容易出现误诊漏诊。现将临床中遇到的酷似急性冠脉综合征样胸痛 4 例分享如下:

1 病例简介

1.1 患者 1 男性,55 岁,因“胸痛 15 min”于 2020 年 2 月 20 日 24 时来院就诊。既往有高血压,平时未用药。15 min 前患者突发胸痛,呈烧灼样,部位胸骨后及右前胸、右上腹部,并牵及右后背部,疼痛剧烈,汗出湿衣,来院后症状稍改善,疼痛呈阵发性加剧,伴汗出,诉坐位疼痛会减轻,卧位症状会加重,无恶心呕吐,无气促。查体:血压 206/112 mm Hg;呼吸 20 次/min;心率 73 次/min,律齐;各瓣膜听诊区未及杂音。辅助检查:心肌酶谱 CK-MB 11.23 ng/ml (0.00~5.00 ng/ml);肌钙蛋白 I 0.093 ng/ml (0.000~0.100 ng/ml);凝血功能,D-二聚体 2.46 mg/L;心电图,窦性心律,ST 段抬高(Ⅱ、Ⅲ、aVF、V₁~V₅ 抬高 0.025~0.250 mV),心电轴左偏,异常 Q 波,轻度 ST 段改变,T 波改变,QT 间期延长(见图 1)。第二次复查心电图无动态改变,胸部 CT 平扫:两肺下叶胸膜下及左肺上叶舌段条索影。急诊医师阅读胸部 CT 未见主动脉壁新月形或环形增厚、内膜钙化斑块移位及撕裂内膜片,不考虑主动脉夹层,初步诊断为急性冠脉综合征、急性心梗可能。但该患者突发剧烈疼痛,疾病发作开始即为剧烈疼痛,不能耐受,这种胸痛疼痛的高峰早,疼痛部位涉及右前胸及右后背部,疼痛与体位有关,疼痛特点不符合急性冠脉综合征,进一步查主动脉 CTA 提示胸腹主动脉夹层(DeBaKeyⅢ)(见图 2),确定诊断:主动脉夹层(DeBaKeyⅢ)。

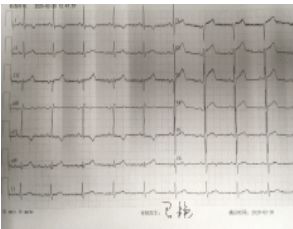


图 1 主动脉夹层患者心电图

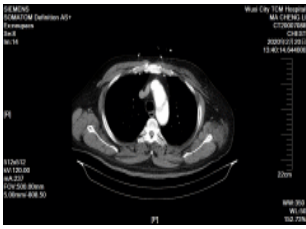


图 2 主动脉夹层患者 CTA 影像

1.2 患者 2 男性,48 岁,因“胸痛半个月”于 2018 年 11 月 26 日来院。有 2 型糖尿病史 1 年余,半月前出现咽痛、鼻塞流涕,未服药治疗,现上述症状已缓解。2 d 前出现发热,体温最高 38.5℃,自服布洛芬缓释片后体温恢复正常,无咳嗽咳痰。反复胸痛半个月,时伴后背部不适,疼痛呈间歇性发作,于卧位时加重,坐起或身体前倾时减轻,无腰背四肢放射痛,无咽喉部紧缩感,无大汗淋漓,无咳嗽咳痰,无黑矇晕厥,无恶心呕吐,无腹胀腹痛。查体:血压 118/70 mm Hg,两肺呼吸音清,未闻及干湿啰音;心率 96 次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。查心肌酶谱、肌钙蛋白正常;心电图,窦性心律,ST 段抬高(见图 3)。患者有糖尿病史,近期胸痛,心电图有 ST 段抬高,急诊医师初步诊断为“急性冠脉综合征”,收住入院。入院后仍按急性冠脉综合征处理,后 2 次复查心肌酶谱、心梗三联均正常,再仔细分析病情,患者近期有上呼吸道感染病史,半月来出现胸痛,时伴后背部不适,疼痛呈间歇性发作,于卧位时加重,坐起或身体前倾时减轻,期间听诊可闻及心包摩擦音,多次查心肌酶谱、肌钙蛋白正常,进一步查心脏彩超、胸部 CT 提示心包积液(见图 4),复查心电图,窦性心律,PR 段压低(Ⅰ、Ⅱ、aVF、V₃~V₆),PR 段抬高(aVR),ST 段抬高。ST 段抬高、PR 段下移是急性心包炎累及心室肌、心房肌,产生损伤电流所致,是急性心包炎特征性心电图改变^[2],确诊为急性心包炎。

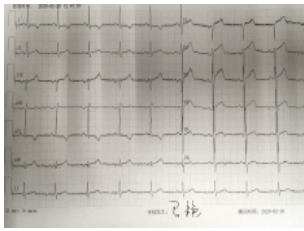


图 3 急性心包炎患者心电图



图 4 急性心包炎患者 CT 影像

1.3 患者 3 女性,61 岁,因“胸痛 4 d”于 2019 年 12 月 7 日来院。患者胸痛部位位于心前区,活动后明显,休息后可缓解,无放射痛,无心前区压榨感,无腹泻腹痛,无便血,无发热,无咳嗽咳痰,无咯血,起初未重视,后胸痛未见好转,来院。查体:血压 139/90 mm Hg;呼吸 16 次/min;血氧饱和度 94%;心率 77 次/min,律齐,未及杂音。查心肌四联,高敏肌钙蛋白 T 444.4 ng/L,NT-proBNP 2 309 ng/L,余正常;凝血七项,D-二聚体 2.31 mg/L,FDP 7.40 μ g/ml,余正常;静息时血氧饱和度 94%,活动后血氧饱和度 89%~90%;心电图,窦性心律、心电轴左偏、不典型不完全右束支阻滞、轻度 ST 段改变,T 波改变(II、III、aVF、V₄ 倒置,V₅ 低平)、QT 间期延长(见图 5)。胸部 CT 示两肺纹理增多,请结合临床;甲状腺右叶钙化灶。心脏彩超,室间隔增厚;左心室舒张功能减退;中度三尖瓣关闭不全;轻度肺动脉瓣关闭不全。患者活动后胸痛,心电图 ST-T 改变,肌钙蛋白增高,急诊医师初步诊断为“急性冠脉综合征”。后仔细观察病情,发现患者休息时 SPO₂ 94%,活动后 SPO₂ 89%~90%;心电图示窦性心律、心电轴左偏、不典型不完全右束支阻滞、胸导联 T 波改变、QT 延长,且 D-二聚体增高。患者血氧饱和度水平偏低,心电图胸导联 T 波改变,D-二聚体增高,是肺栓塞诊断的重要依据,进一步查肺血管 CTA,左、右肺动脉内多发充盈缺损(见图 6),确诊为肺栓塞。

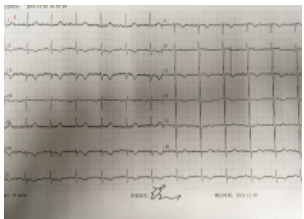


图 5 肺栓塞患者心电图



图 6 肺栓塞患者 CTA 影像

1.4 患者 4 男性,57 岁,因“胸痛半天”于 2020 年 1 月 15 日来院急诊。患者 5 d 前无明显诱因下出现咽痛不适,左侧明显,发热咳嗽咳痰,饮食有碍,声音嘶哑,当地卫生服务中心予抗感染、雾化等治疗,症

状未见明显缓解。患者来院前 1 d 晚 8 时睡眠中突发右侧胸部撕裂样疼痛,持续 10 min 左右,伴恶心,大汗,咯脓血少许,后症状有缓解,仍感胸痛不适。当地卫生服务中心建议转上级医院进一步诊治,故赴我院急诊内科。查体:体温 37.3℃,血压 132/84 mm Hg(右),125/76 mm Hg(左);心率 75 次/min,律齐。查血常规,WBC $19.12 \times 10^9/L$ 、N 74.74%,HCRP 328.39 mg/L;心电图,窦性心律,ST 段抬高(见图 7);颈部 CT 平扫+胸部 CT 平扫,两肺上叶多发肺大泡、两肺条索影,前纵隔及右侧心膈角混杂密度结节,主动脉壁局部钙化,口咽左侧壁形态不整、积气,环状软骨左侧积气(见图 8)。患者中年男性,急性胸痛,心电图示 ST 段抬高,急诊科医师初步考虑胸痛,病因为急性冠脉综合征。后仔细分析病情,查体发现左颈部有肿胀,红肿压痛,阅读胸部 CT,左侧颈部及上纵膈有明确气肿及脓肿。结合患者病史及胸痛特点,胸部 CT 征象,考虑咽部感染并发纵膈感染。建议进一步至外院诊治。跟踪病情:患者入住上海中山医院,诊断为咽旁间隙感染、纵膈感染,予留置胃管、抗感染等治疗,好转出院。

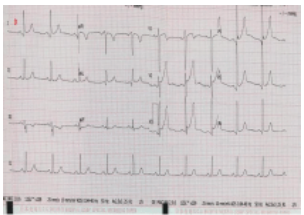


图 7 纵膈感染心电图



图 8 纵膈感染 CT 影像

2 讨论

急性胸痛病因复杂多样,由于急性冠脉综合征发病率高、致死率高,临床医师对急性冠脉综合征诊断意识明显增强,优先考虑急性冠脉综合征,进而出现一些误诊。为提高诊断准确率,减少误诊,可主要从以下几个方面着手。面对每个急性胸痛患者,均要有鉴别诊断意识。仔细问诊、体格检查,掌握胸痛的临床特点及体征,对胸痛特点与所拟初步诊断不符合的情况,应进一步详细询问,发现诊断线索。上述 4 例胸痛患者其胸痛各具特点。患者 1,主动脉夹层,胸痛疼痛部位位于胸骨后及右前胸、右上腹部,并牵及右后背部,为突发剧烈疼痛,胸痛一开始即达高峰,胸痛放射范围更为广泛,疼痛高峰时间较急性冠脉综合征的高峰时间为早,胸痛放射范围大^[2]。患者 2,急性心包炎,胸痛,疼痛间歇性发作,于卧位时加重,坐起或身体前倾时减轻,近期有感染史,病程中体检可及心包摩擦音。患者 3,肺栓塞,活动后胸痛,

休息时无症状,仅凭症状容易误诊。患者 4,纵膈感染,近期有左侧咽旁间隙感染史,突发胸部撕裂样疼痛伴大汗出,持续 10 min 左右症状改善,仍感胸痛不适,同时存在发热,吞咽困难,声音嘶哑,应考虑到合并纵膈感染。纵膈感染可因头颈部感染经颈筋膜间隙扩散,如气管前间隙、颈鞘间隙和椎前间隙,导致肺部和纵膈内感染^[3]。此患者病初为咽部感染,后感染播散至纵膈,纵膈感染发病率不高,医师认知度不高,容易漏诊。

高危胸痛患者按胸痛流程操作,临床症状+心电图+心肌酶谱、肌钙蛋白。按入院 10 min 内、30 min 至 1 h、3 h、6 h 动态复查心电图、心肌酶谱、肌钙蛋白(具体按照临床情况检查),并请心内科专科会诊,对于急性冠脉综合征不能漏诊。但对于病程中,心电图无动态改变,肌钙蛋白水平无动态改变者,需提高警惕,排除其他疾病导致的急性胸痛。急性各类胸痛,心电图各具特点,加强心电图学习可减少误诊。如患者 2、患者 3,心电图征象上即应怀疑合并心包炎、肺栓塞。心肌酶谱、肌钙蛋白增高,必须正确解读。患者 1、患者 3,心肌酶谱、肌钙蛋白增

高,心肌酶谱异常,可见于急性冠脉综合征、其他心肌损伤和肌肉疾病、手术等;肌钙蛋白增高,除见于急性冠脉综合征,也可见于其他疾病导致的心肌损伤,氧供需失衡引起的损伤^[4]。高度怀疑主动脉夹层、肺栓塞、急性心包炎、纵膈感染等患者,应尽快完成主动脉 CTA、肺血管 CTA、心脏彩超、胸部 CT 等检查,临床医师也需会阅片,可以减少误诊。

综上所述,对于急性胸痛患者,临床医师须仔细询问病史,全面体检,及时完善辅助检查,掌握各种高危胸痛疾病的典型特征及鉴别要点,多科协作,以尽快明确诊断,减少误诊,使患者获益。

参考文献

[1]陈灏珠,何梅先,魏盟,等.实用心脏病学[M].第 5 版.上海:上海科学技术出版社,2016.895, 1119-1120.
[2]葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].第 9 版.北京:人民出版社, 2020.324.
[3]董青山,郭家平,王翔,等.口腔颌面部重度多间隙感染合并下纵膈炎的诊疗分析[J].临床口腔医学杂志,2018,34(3):170-173.
[4]吴金斌,邹德学,周逵,等.高敏肌钙蛋白 T 和普通肌钙蛋白 I 在急性心肌梗死早期诊断中的临床应用价值[J].国际检验医学杂志,2016,37 (13):1799-1800,1803.

(收稿日期: 2021-01-24)

黄芪益母汤治疗慢性肾病蛋白尿的临床价值分析

刘洪亮¹ 李瑞^{1#} 罗泉源²

(1 河南省郑州颐和医院 郑州 450047; 2 中国人民解放军 32090 部队 河北廊坊 065001)

摘要:目的:探讨黄芪益母汤治疗慢性肾病蛋白尿的临床疗效。方法:选取 2019 年 12 月~2020 年 11 月治疗的 70 例慢性肾病蛋白尿患者为研究对象,按奇偶数分为对照组和观察组,各 35 例。对照组采用常规西医治疗,观察组在对照组治疗基础上采用黄芪益母汤治疗,对比两组临床疗效、治疗前后 24 h 尿蛋白定量以及不良反应发生情况。结果:观察组治疗总有效率为 94.29%,显著高于对照组的 77.14%($P<0.05$);观察组治疗后 24 h 尿蛋白定量低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:对慢性肾病蛋白尿采用黄芪益母汤治疗效果确切,有助于促进患者恢复,改善患者肾功能。

关键词:慢性肾病;黄芪益母汤;蛋白尿;不良反应

中图分类号:R692

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.055

慢性肾病蛋白尿是临床上常见的一种泌尿系统疾病^[1]。发病因素比较复杂,多与急性肾炎存在密切关系,需要及时进行治疗,否则随着疾病进展,患者可能发展成为尿毒症、肾衰竭等,严重危及患者生命健康安全^[2]。本研究探讨对慢性肾病蛋白尿患者采用黄芪益母汤治疗的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 12 月~2020 年 11 月收治的 70 例慢性肾病蛋白尿患者,按奇偶数分为对照组和观察组,各 35 例。对照组男 20 例,女 15 例;年龄 43~66 岁,平均年龄(55.46± 2.47)岁。观察组

男 22 例,女 13 例;年龄 46~73 岁,平均年龄(55.85± 2.46)岁。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。诊断标准^[3]:尿液检查异常(蛋白尿、血尿、管型尿);伴有明显水肿及高血压症状和肾功能不同程度减退;病史在 6 个月以上;不包括继发性肾小球肾炎。本研究获得医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 纳入标准:年龄 40~75 周岁;24 h 尿蛋白定量>300 mg/d 并符合上述诊断标准;知情本研究,具有良好治疗依从性。排除标准:合并其他系统严重疾病患者;肝功能异常患者;有精神病史及

通信作者:李瑞, E-mail: liruiyun1985@126.com