

• 论著 •

813 例急性胸痛患者的临床分析

吴晓新¹, 陈墩帆¹, 闫春江¹, 丁邦晗¹, 张敏州²

(广东省中医院 ①急诊科, ②重症医学科, 广东 广州 510120)

【摘要】 目的 分析总结 2011 年广东省中医院急诊科和重症医学科以急性胸痛为主要症状就诊患者的诊治情况,以期提高对急诊科高危胸痛患者的早期识别、诊断并及时给予对症处理,避免漏诊误诊。方法 对本院 2011 年 1 月至 12 月收治的 813 例急性胸痛患者的临床诊疗情况进行回顾性分析。所有胸痛就诊患者均按胸痛中心制定的胸痛诊治流程实施,即在 10 min 内完成第 1 份心电图检查,30 min 内完成相关性生化项目的采集检查。结果 根据相关检查最后确诊,各疾病所占比例由高到低依次为不稳定型心绞痛 276 例,占 33.95%;稳定型心绞痛 145 例,占 17.84%;急性心肌梗死 121 例,占 14.88%;呼吸系统疾病 103 例,占 12.67%;骨骼肌肉疾病 78 例,占 9.59%;消化系统 46 例,占 5.66%;高危非心源性胸痛(主动脉夹层/瘤撕裂、急性肺栓塞) 12 例,占 1.48%。785 例患者在 10 min 内完成第 1 份心电图检查,147 例在 1 h 内完成胸部 CT 平扫。结论 急性胸痛是急诊科常见症状,需要按流程快速识别出高危胸痛患者,并给予及时、有效处理。

【关键词】 胸痛; 诊断; 处理流程

A clinical analysis of 813 patients with acute chest pain WU Xiao-xin*, CHEN Dun-fan, YAN Chun-jiang, DING Bang-han, ZHANG Min-zhou. *Department of Emergency, Guangdong Provincial Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou 510120, Guangdong, China
Corresponding author: DING Bang-han, Email: banghanding@139.com

【Abstract】 Objective To analyze patients with acute chest pain as their chief complaint in order to improve our capability of early identifying and diagnosing high-risk patients, give them proper treatment in time and avoid misdiagnosis and improper treatment. **Methods** The clinical data of 813 patients with chest pain as their chief complaint admitted in the emergency department and critical care medicine department in Guangdong Provincial Traditional Chinese Medicine Hospital from January to December in 2011 were retrospectively analyzed. According to the process of diagnosis and treatment formulated by the chest pain center, all the patients must immediately finish the first electrocardiograph (EEC) examination in 10 minutes and the relevant blood biochemical examinations within 30 minutes after admission. **Results** In accordance with the relevant examinations, the confirmed diagnoses were as follows: there were 276 cases of unstable angina, accounting for 33.95%; 145 cases of stable angina, 17.84%; 121 cases of acute myocardial infarction, 14.88%; 103 cases of respiratory system disease, 12.67%; 78 cases of skeletal muscle disease, 9.59%; 46 cases of the digestive system disease, 5.66% and the high-risk non cardiac chest pain (such as aortic dissection/rupture of tumor or acute pulmonary embolism) 12 cases, 1.48%. Seven hundred and eighty-five patients finished the first EEC examination in 10 minutes, and 147 patients completed the chest computed tomography (CT) scan within an hour. **Conclusions** Acute chest pain is a common symptom in emergency department. It is necessary to identify the high-risk patients according to a process as soon as possible in order to get an accurate diagnosis and an effective treatment in time.

【Key words】 Chest pain; Diagnosis; Process of management

以急性胸痛为主诉而就诊的患者在急诊科中占较大比例。有资料显示:以急性胸痛就诊的患者占急诊内科疾病的 5%~20%,在三级医院占 20%~30%^[1],急救派遣中心接诊的患者中占 60%^[2],急诊室接诊的患者中占 45%^[3]。其病因多种多样,涉及多个器官系统,与之相关的致命性疾病很多,包括急性冠脉综合征(ACS)、急性肺栓塞(APE)、主动脉夹层、张力性气胸等^[4]。据广州市 120 指挥中心资料显示,在 97 823 例院前急救患者中循环系统急症死亡居首位^[5]。能否准确、快速地识别高危胸痛

患者并及时提供充分、有效的治疗已成为急诊科诊治胸痛患者的重点与难点。广东省中医院是全国最早开通急性心肌梗死(AMI)绿色通道中医院^[6],并于 2010 年 12 月正式成立了广东省内第一家胸痛中心,这也是全国中医院中最早成立的胸痛中心^[7]。国内多家胸痛中心的建立^[8],优化了胸痛患者的诊治流程,为所有胸痛患者提供低费用、高效益的彻底评估,以避免误诊和漏诊、不适当的出院和住院,使患者救治成功率大幅上升^[9]。本研究回顾性分析 2011 年 1 月至 12 月广东省中医院急诊科接诊的 813 例急性胸痛患者的临床资料及追踪信息,分析、探讨胸痛病因学构成及诊治情况,以期提高临床诊治水平,减少临床漏诊、误诊。

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2013.06.012

基金项目:卫生部国家临床重点专科建设项目(ZP1901ZZ020);广东省科技计划专项资助(2011B032200006)

通信作者:丁邦晗, Email: banghanding@139.com

1 资料与方法

1.1 基本资料:系统收集、分析广东省中医院急诊科以急性胸痛为主诉就诊 813 例患者的临床资料,其中男性 417 例,女性 396 例;年龄 15~101 岁,平均 62.23 岁。以到急诊科就诊时间为止,胸痛发作时间在 1 h~1 周内不等。

本研究符合医学伦理学标准,经医院伦理委员会批准,所有治疗或检查获得患者或家属知情同意。

1.2 诊断方法:所有胸痛就诊患者均按胸痛中心制定的胸痛诊治流程实施。即在 10 min 内完成第 1 份心电图检查,30 min 内完成相关生化项目的采集检查。对高度怀疑心肌缺血而第 1 份心电图无明显异常者,在 30~60 min 内复查心电图。对怀疑大血管病变或 APE 患者,1 h 内行胸部 CT 增强检查和血管重建^[10]。对于怀疑早期主动脉夹层而超声或 CT 增强未能发现者,可考虑行主动脉造影或磁共振成像检查^[11-12]。对疑似肺部占位或纵膈病变患者,根据情况进行胸部 X 线或 CT 平扫检查。对于怀疑其他系统疾病的患者,补充完善相关检查。

2 结果

2.1 确诊结果(表 1):813 例急性胸痛患者经完善相关检查最后确诊,所占比例由高到低依次为不稳定型心绞痛、稳定型心绞痛、AMI、呼吸系统疾病、骨骼肌肉疾病、消化系统疾病、高危非心源性胸痛(主动脉夹层/瘤撕裂、APE)等。

表 1 813 例急性胸痛患者的确诊结果

确诊疾病	例数	百分比 (%)	确诊疾病	例数	百分比 (%)
不稳定型心绞痛	276	33.95	骨骼肌肉疾病	78	9.59
稳定型心绞痛	145	17.84	消化系统疾病	46	5.66
AMI	121	14.88	高危非心源性胸痛	12	1.48
呼吸系统疾病	103	12.67	其他	32	3.93

注:高危非心源性胸痛包括主动脉夹层/瘤撕裂或 APE

2.2 执行诊断流程情况

2.2.1 心电图检查:813 例胸痛患者中有 785 例患者均在 10 min 内完成第 1 份心电图检查;而在最后确诊为 AMI 和不稳定型心绞痛的 397 例患者中,有 61 例患者第 1 份心电图检查结果为无明显心肌缺血异常,但根据复查心电图和心肌坏死标志物予以诊断。肌钙蛋白 I 是反映不同发病时间常用的心肌损伤标志物,单纯检测肌酸激酶同工酶(CK-MB)不再作为心肌梗死的主要标志物,但在评估事件发生的时间上有一定参考价值^[13]。

2.2.2 CT 检查:在 813 例胸痛患者中,有 147 例患

者在 1 h 内完成胸部 CT 平扫检查;而有 45 例患者在 1 h 内直接完成胸部 CT 平扫+增强 CT 检查,其中 11 例诊断为高危非心源性胸痛(主动脉夹层/瘤撕裂、APE),另外有 1 例主动脉夹层是在就诊 10 h 后才行胸部 CT 增强检查发现的。

2.3 12 例高危非心源性胸痛(主动脉夹层/瘤撕裂、APE)患者临床诊治情况及预后。

2.3.1 主动脉夹层:5 例,其中 Stanford A 型 1 例,采取药物保守治疗,患者于入院后 48 h 经抢救无效宣布临床死亡。Stanford B 型 4 例,其中 1 例采取药物保守治疗,出院后 1 个月死亡;另 3 例均实施主动脉大血管支架植入手术,术后连续 6 个月随访情况良好。病死率(40%)与薛令辉和刘义^[14]临床报道的结果大致相同。阿尔茨海默病(AD)临床上多见于中老年患者,突发撕裂样胸、背部剧烈疼痛,90%有高血压病史。常可表现为主动脉夹层累及分支动脉闭塞,导致脑、肢体、肾脏、腹腔器官缺血症状^[15]。

2.3.2 主动脉瘤撕裂:4 例,均采取药物保守治疗,出院后连续 6 个月随访,1 例死亡,另 3 例胸痛症状仍间断发作。

2.3.3 APE:3 例,其中危险分级诊断高危患者 1 例,经溶栓和无创机械辅助通气治疗,出院 6 个月随访病情稳定;中危分级患者 2 例,经抗凝和无创机械通气治疗,出院 6 个月随访病情稳定。国外研究显示,肺栓塞(PE)的发病与年龄有明显相关性,白种人 PE 的平均发病年龄为 62 岁,>60 岁者占 65%^[16]。APE 临床表现多样化,有研究表明,同时具有胸痛、呼吸困难以及咯血三联征的 APE 患者只占 10.0%^[17]。PE 一旦确诊,应立即行危险性评估分层,以便及时有效治疗^[18],治疗包括一般治疗、抗凝治疗、溶栓治疗、介入和外科治疗,主要以抗凝和溶栓治疗为主^[19]。APE 不能早期诊断是其病死率居高不下的主要原因,可见提高临床医师对 APE 的认识和警惕性是降低误诊率、减少病死率的关键^[20]。

2.4 心源性胸痛情况:542 例心源性胸痛患者中各疾病所占比例由高到低见表 2。根据患者就诊临床表现及心电图、心肌坏死标志物等检查结果,所有怀疑诊断为 ACS 的患者均按照绿色通道进行救治。通过对 397 例 ACS 患者入院后的危险因素分析,结果显示合并高血压 208 例,合并血脂异常 116 例,合并糖尿病 73 例。397 例 ACS 中,选择冠状动脉(冠脉)造影检查的共 178 例,造影结果显示,罪犯血管为左主干(LM)11 例,左前降支(LAD)61 例,左回旋支(LCX)26 例,右冠脉(RCA)28 例,3 支病变

15 例,冠脉无明显狭窄 37 例。据临床调查发现,罪犯血管和危险因素不同直接影响到患者的预后和转归^[21]。因此,在明确罪犯血管后要采取及时治疗措施并治疗合并症,才能提供高救治成功率。而对于冠脉造影正常的胸痛患者,并不能完全排除冠心病,要考虑非冠心病性器质性心脏病和 X 综合征等众多的影响因素^[22]。

表 2 542 例心源性胸痛患者的诊断结果

确诊疾病	例数	百分比 (%)
不稳定型心绞痛	276	50.92
稳定型心绞痛	145	26.75
ST 段抬高型心肌梗死	73	13.47
非 ST 段抬高型心肌梗死	48	8.86

3 讨论

随着社会现代化和人口老龄化的不断加剧,因胸痛就诊的患者越来越多。有资料显示,120 调度中心 25% 的患者主诉为胸痛,约占急诊内科患者总数的 20% 左右^[23]。如何快速、准确地诊断和鉴别 ACS 及其他致死性胸痛的病因,成为急诊处理的难点和重点。随着我国“胸痛中心”建立的普及和“急性胸痛”诊治流程的规范化^[24],胸痛的诊疗水平将不断提高,从而改善患者预后,节约医疗资源。

急性胸痛的病因学构成复杂,重点、难点在于早期识别诊断高危胸痛疾病。通过 813 例急性胸痛患者的病因学资料分析可以发现,导致急性胸痛的病因繁多,危险性与预后也存在很大的区别。如主动脉夹层、APE、ACS 等致命性高危疾病,诊断越早、治疗越及时,预后则越好,反之则带来灾难性后果^[25]。因此,临床急诊医生必须时刻提高警惕,在众多表现为急性胸痛的患者中识别出这些高危胸痛患者,快速作出鉴别诊断,并给予及时、有效的处理。

高危胸痛疾病发病迅速、病情急、预后极差,一旦出现漏诊、误诊,错过最佳治疗窗往往会导致患者死亡。因此如何做到早期、准确识别高危胸痛疾病就显得非常重要。这些高危胸痛患者能否在急诊科被及时准确地识别出来主要依靠:①急诊医生时刻保持对高危胸痛疾病的警惕性,既要重视高危胸痛疾病的典型症状,更不能放过非典型症状的高危患者;②充分利用现代检验检查手段,特别是床旁快速检测(POCT)在急诊科的开展与利用;③急诊科要与介入科、放射科等相关科室达成共识,为高危胸痛患者 24 h “亮绿灯”,保证夜间 CT 增强扫描或血管造影等检查的及时进行;④院前与院内的无缝连

接,力争在院前即开始诊治处理。

参考文献

- [1] 张金萍,邱南. 心血管内科速查. 北京:人民军医出版社,2005: 1.
- [2] Tan LL, Wong HB, Poh CL, et al. Utilisation of emergency medical service among Singapore patients presenting with ST-segment elevation myocardial infarction: prevalence and impact on ischaemic time. Intern Med J, 2011, 41 (12): 809-814.
- [3] Allaqaband S, Jan MF, Banday WY, et al. Impact of 24-hr in-hospital interventional cardiology team on timeliness of reperfusion for ST-segment elevation myocardial infarction. Catheter Cardiovasc Interv, 2010, 75 (7): 1015-1023.
- [4] 贾晨光, 宋建亭. 29 例猝死患者院前急救体会. 中国危重病急救医学, 2006, 18 (7): 412.
- [5] 张在其, 陈文标, 陈玮莹, 等. 广州市 97 823 例院前急救患者流行病学分析. 中国危重病急救医学, 2011, 23 (2): 99-103.
- [6] 张敏州, 丁邦哈, 张维东, 等. 375 例胸痹心痛患者冠状动脉造影结果与中医证型的对比研究. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11 (2): 115-117.
- [7] 张敏州, 周袁申, 郭力恒, 等. 中医院胸痛中心建立模式探讨. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20 (3): 129-130.
- [8] 张健, 胡大一, 孙金勇, 等. 急性胸痛患者的病因调查及胸痛中心对胸痛患者诊疗时间的影响. 临床心血管病杂志, 2010, 26 (8): 618-620.
- [9] 杨宁, 赵季红, 付丽, 等. 血糖在急性心肌梗死介入治疗患者的预后价值. 临床心血管病杂志, 2007, 23 (11): 861-863.
- [10] 李党育, 秦志强, 唐素兰, 等. 广西地区 13 家综合医院肺栓塞诊断技术分析. 中国危重病急救医学, 2010, 22 (3): 139-141.
- [11] 李海峰, 刘晓亮, 迟红丽, 等. 1 例易漏诊的主动脉夹层动脉瘤病例报告. 中华危重病急救医学, 2013, 25 (7): 439.
- [12] Goldhaer SZ. Pulmonary embolism//Libby P, Bonow RO, Zipes DP, et al. Braunwald's the heart diseases. Philadelphia Saunders, 2008: 1863-1882.
- [13] 尹扬光. 急诊高危胸痛 - 急性冠脉综合征的识别及处理原则. 重庆医学, 2010, 39 (16): 2222-2225.
- [14] 薛令辉, 刘义. 主动脉夹层 39 例临床分析. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19 (1): 51.
- [15] 沈洪. 急性胸痛的诊治. 中国临床医生杂志, 2008, 36 (1): 5-7.
- [16] Montagnana M, Favaloro EJ, Franchini M, et al. The role of ethnicity, age and gender in venous thromboembolism. J Thromb Thrombolysis, 2010, 29 (4): 489-496.
- [17] 王琼康, 黄晓莲, 张云强, 等. 50 例急性肺栓塞临床诊治分析. 中国危重病急救医学, 2011, 23 (1): 46-47.
- [18] Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J, 2008, 29 (18): 2276-2315.
- [19] 中华医学会心血管病学分会肺血管病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会. 急性肺血栓栓塞症诊断治疗中国专家共识. 中华内科杂志, 2010, 49 (1): 74-81.
- [20] 刘双, 朱小玲, 周奕, 等. 急诊中对肺血栓栓塞症的诊断及误诊病例分析. 中国危重病急救医学, 2004, 16 (8): 464-467.
- [21] 李志刚. 再次心肌梗死发生的高危因素分析. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18 (1): 38-40.
- [22] 郭雨青. 冠状动脉造影正常的胸痛患者病因分析. 现代生物医学进展, 2008, 8 (4): 683-685.
- [23] 杨美霞, 逯林欣. 120 例急诊胸痛病因分析. 山西职工医学院学报, 2012, 22 (4): 31-32.
- [24] 胡大一. 心血管疾病防治指南和共识 2010. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 37-61.
- [25] 褚晓波. 主动脉夹层 33 例临床诊治分析. 中国危重病急救医学, 2008, 20 (12): 768.

(收稿日期: 2013-07-30)

(本文编辑: 李银平)