

胸痛患者早期识别

民医院胸痛中心

杨凡

日

荆门市第二人

2019年06月01



概述

- 胸痛是急诊患者就诊常见的主诉，约占急诊总数的5%。
- 急性胸痛有可能预示严重的不良预后；
- 急性胸痛病因复杂、确诊难度大：漏诊可能致命。
- 急性胸痛中预后不良的疾病往往有很强时间依赖性。
- 因此，首诊医师，特别是急诊医师,应尽快将那些具有生命威胁的胸痛甄别出来，使其得到及时救治。



胸痛的来源

器官/系统	危重症	急症	非急症
心脏血管	急性心肌梗死 主动脉夹层 心脏压塞	不稳定心绞痛 变异性心绞痛 冠状动脉痉挛 心肌炎	心脏瓣膜病 二尖瓣脱垂 肥厚性心肌病
胸肺	肺栓塞 张力性气胸	气胸 纵隔炎	肺炎、胸膜炎 肺癌
消化道系统		食道撕裂 食道裂孔疝 胰腺炎	食道反流、食道癌 消化性溃疡、胆囊炎
骨骼、肌肉、关节			肌肉劳损、胸骨、肋骨骨折、肋软骨炎、多发性骨髓瘤
神经系统			肋间神经炎、带状疱疹
其他			心理性过度通气



如何避免漏诊

- 时刻保持对这些疾病的警惕性；
- 掌握这些疾病主要的临床特征；
- 鉴别这些疾病的合理流程；
- 能够提供必要的检查手段



诊断思维的程序

- 疼痛的部位和放射；
- 疼痛的性质；
- 疼痛诱发的因素；
- 疼痛的时限；
- 疼痛缓解的因素；
- 疼痛的伴随症状；



疼痛部位

- **心前区疼痛**：多见于心绞痛、急性心肌梗死、心包炎、心肌炎、夹层主动脉瘤；
- **胸骨后疼痛**：多见于心绞痛、急性心肌梗死、心包炎、心肌炎、食管疾病、纵隔疾病等；
- **一侧胸痛**：多见于肺炎、胸膜炎、肺癌、气胸、膈下脓肿；
- **后背痛**：见于脊柱疾病、夹层动脉瘤、胆囊炎；
- **放射痛**：多见于心绞痛、急性心肌梗死、夹层动脉瘤。



疼痛性质

持续性痛

阵发性发作性疼痛

刀割样、针刺样剧痛

胀痛

闷痛

酸痛

压榨样疼痛

由于心、肺、大血管及食管
的传入神经进入同一个胸背
神经节，不同脏器疼痛会产
生类似的特征，如**烧灼感、
疼痛时限**
针刺样、刀割样或压榨样。



诱发及缓解因素

- **劳累、饮食、情绪激动诱发**：多见于心绞痛、急性心肌梗死；
- **与咳嗽、深呼吸有关**：多见于胸膜疾病、胸部肌肉及肋骨疾病；
- **吞咽诱发**：多见于食管及纵隔疾病；
- **运动后减轻**：多见于心脏神经症；
- **休息和含服硝酸甘油减轻**：见于心绞痛；
- **转动身体疼痛加剧**：见于脊神经后根疾病所致。



疼痛时限

- **瞬间或15秒之内**：肌肉骨骼神经疼痛、食管裂孔疝、功能性疼痛；
- **2至10分钟**：心绞痛；
- **10至30分钟**：不稳定心绞痛；
- **30分钟或持续数小时**：AMI、心包炎、主动脉夹层、带状疱疹，肌骨骼痛；



几种致命的胸痛

致命性胸痛疾病主要包括：

- ✓ 急性冠状动脉综合征（ACS）
- ✓ 肺栓塞
- ✓ 主动脉夹层
- ✓ 张力性气胸等等



急性胸痛的早期快速甄别

□ 急性冠脉综合征：包括急性ST段抬高心肌梗死、非ST段抬高心肌梗死、不稳定型心绞痛

- ✓ 表现：胸骨后压迫样疼痛、向肩背部放射、出汗
- ✓ 诊断：心电图、心肌损伤标志物
- ✓ 治疗：STEMI急诊介入

□ 主动脉夹层：主动脉内的血液通过动脉内膜的破口进入主动脉壁中层，将动脉壁撕裂，形成夹层血肿

- ✓ 表现：突发胸骨后、背部剧烈撕裂样疼痛，并可能向腹部及腰部延伸,四肢血压不一致
- ✓ 诊断：超声、主动脉CTA
- ✓ 治疗：镇静、有效地控制血压，尽早行介入或外科手术治疗



急性胸痛的早期快速甄别

□ 急性肺栓塞：常并发于外科手术或外伤、下肢静脉血栓

- ✓ 表现：典型肺栓塞三联征--呼吸困难、胸痛、咯血
- ✓ 诊断：D二聚体检测、肺动脉CTA
- ✓ 治疗：在症状发作的48h内进行溶栓获益最大

□ 张力性气胸：常有咳嗽、剧烈运动等诱因

- ✓ 表现：突发剧烈胸痛及呼吸困难，可能有烦躁不安、大汗、血压下降等休克症状
- ✓ 诊断：听诊、胸片可以确诊。
- ✓ 治疗：中-大量气胸立即胸腔穿刺或闭式引流



急性胸痛早期识别重要性-时间就是生命

□ 急性心肌梗死

- ✓ 1小时内死亡率1.6%
- ✓ 6小时 6%

□ 主动脉夹层

- ✓ 发病后48小时内每小时死亡率增加1%

□ 急性肺梗塞

- ✓ 死亡多在早期确诊前
- ✓ 明确诊断后极少死亡



高危胸痛早期甄别核查评估要点

□心电图检查：

- ✓ 急性胸痛患者在首次医疗接触后**10分钟内完成**12/18导联心电图检查

□心电图诊断：

- ✓ 确保在首份心电图完成后10分钟内由具备诊断能力的医师解读，若急诊医师不具备心电图诊断能力，心血管内科医师或心电图专职人员应在10分钟内到达现场进行确认，或通过远程12导联心电图监护系统或微信传输等方式远程确认心电图诊断



高危胸痛早期甄别核查评估要点

- ❑ 明确诊断ACS的患者进入“ACS急诊处理流程”
- ❑ 诊断不明确、暂无急性心肌缺血证据的急性胸痛患者，应复查心电图（15-30分钟）、肌钙蛋白（6小时），病情变化或加重时及时评估
- ❑ 经临床初步评估高度怀疑主动脉夹层或急性肺动脉栓塞的患者，能在30分钟内（从通知CT室到患者开始扫描）进行“增强CT扫描”；
- ❑ 怀疑A型夹层、急性心包炎者能在30分钟内完成心脏超声检查；



Thankyou !

