

非创伤性胸痛2例临床特点及病因分析

刘靖, 宋小兵

作者单位: 武汉大学中南医院急救中心, 湖北 武汉 430071

通信作者: 宋小兵, 男, 副主任医师, 研究方向为急诊急救及创伤急救, E-mail: Songxb2010@163.com

摘要:目的 探讨非创伤性胸痛的临床特点及病因。方法 选取2016年7月及2017年10月武汉大学中南医院急救中心接诊的非创伤性胸痛2例, 观察临床特点, 并分析病因及发病机制。结果 不同病因的非创伤性胸痛病人胸痛位置、胸痛程度、胸痛时间、影像资料和实验室检查均不同, 2例病人在采取相应对症治疗后, 均治愈出院。结论 不同病因形成的以胸痛为主诉的非创伤性胸痛病人的临床特点各不相同, 在诊疗过程中应根据病人的不同临床特点, 给予及时准确治疗。

关键词:胸痛/诊断; 急症; 心肌疾病; 主动脉瘤; 非创伤性胸痛

Clinical characteristics and etiological analysis of two patients with non-traumatic chest pain

LIU Jing, SONG Xiaobing

Author Affiliation: Emergency Center, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan, Hubei 430071, China

Abstract: **Objective** To investigate the clinical features and causes of non-traumatic chest pain. **Methods** The clinical data of 2 patients with non-traumatic chest pain in the Emergency Center of Zhongnan Hospital of Wuhan University in July 2016 and October 2017 were selected to observe the clinical characteristics of patients with different causes, and analyze the etiology and pathogenesis of patients. **Results** There were significant differences in the location of chest pain, chest pain, chest pain, imaging data, and laboratory tests among patients with different causes. Two patients were cured and discharged after appropriate symptomatic treatment. **Conclusion** The clinical characteristics of non-traumatic chest pain patients with chest pains mainly caused by different etiologies are different. In the course of diagnosis and treatment, timely and accurate treatment should be given according to different clinical characteristics of patients.

Key words: Chest pain/diagnosis; Emergency; Cardiomyopathies; Aortic aneurysm; Nontraumatic chest pain

胸痛病因复杂, 不同病因引起的胸痛病人预后程度不尽相同, 一些以胸痛为临床表现的高危症状可在短时间内危及病人生命, 因此对急诊非创伤性胸痛病人给予快速诊断和及时相应治疗, 是对病人生命安全和身体健康的保障^[1]。本研究选取2例不同病因引起以胸痛为主诉症状的急诊病人, 进行临床特点分析, 以期对此类病人进行快速临床诊断和正确处理提供相关依据, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年7月及2017年10月武汉大学中南医院急救中心接诊的非创伤性胸痛2例, 男1例, 女1例, 年龄为男45岁、女57岁; 病程: 男5 h, 女5 h。病人及近亲属签署知情同意书。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。

1.2 方法 接诊后立即对病人进行心电图、超声心动图等检查, 并详细询问病史, 结合病史记录, 对有心电图异常、高血压史及冠心病史病人急诊行心肌

酶谱与心肌梗死标志物检查, 密切观察病人临床症状变化, 必要时行胸片、冠状动脉造影、急诊食管镜检查。根据检查结果分析病因, 对症治疗。

2 结果

2例病人分别为应激性心肌病和De Bakey I型主动脉夹层导致急性心肌梗死。具体情况见表1。

3 讨论

急诊非创伤性胸痛病人病因复杂, 涉及人体多个系统, 部分疾病非常凶险, 可在短时间内危及病人生命。因此, 正确诊断病因并对症治疗, 对保障急性非创伤性胸痛病人生命安全具有非凡意义。本研究选取病例临床症状均比较凶险, 分别为应激性心肌病及主动脉夹层。医学文献报道: 应激性心肌病的住院病死率为4.2%^[2]; 主动脉夹层发病后15 min死亡率为20%, 如不及时对症治疗, 24 h、48 h死亡率分别为25%和50%^[3]。根据临床症状迅速查找病因, 是做出快速正确诊断和及时治疗的关键, 现

表1 非创伤性胸痛2例电子病历记录

临床资料	应激性心脏病($n=1$)	De Bakey I 型主动脉夹层($n=1$)
性别	女	男
年龄/岁	57	45
婚姻状况	丧偶	已婚
入院时间	2016年7月12日01时24分	2017年10月6日03时31分
症状主诉	胸痛	突发胸痛,胸骨后部压榨性痛,向左侧肩部放射,持续不能缓解
病程/h	5	5
病史	无	高血压病史1年,未使用降压药物,未监测血压。
入院时		
查体	急性痛苦面容,双肺呼吸音清,心前区无异常突起,心界无扩大,心脏无杂音,双下肢无水肿	病人焦躁不安,疼痛剧烈;无发热、心悸、恶心、呕吐、呼吸困难。
心电图	V_{1-4} 导联ST段弓背向上抬高 $0.1\sim 0.3\text{ mV}$, V_{2-6} 导联T波倒置。	提示下壁、后壁ST段抬高型心肌梗死表现
心电监护		Ⅲ度房室传导阻滞,交界性逸搏心律
心率/(次/分)	70,律齐	40~50
脉搏/(次/分)	—	52
血压/mmHg	155/105	93/39
肌钙蛋白 I /(ng/mL)	15.842	0.25
肌红蛋白/(ng/mL)	77.39	—
肌酸肌酶同工酶/(ng/mL)	14.43	—
D-二聚体定量/(ng/mL)		>20 000
脑钠肽/(pg/mL)	2 221.20	
N-前 B 型脑钠肽/(pg/mL)		<5
低密度脂蛋白胆固醇/(mmol/L)	3.52	—
血常规	正常	—
肝肾功能	正常	—
电解质	正常	—
凝血功能	正常	—
急诊动脉造影	左右冠状动脉管壁光滑,未见有临床意义的狭窄病变	右冠脉(RCA)近开口处狭窄约95%~99%,前向血流T1-MIO-1级。
左心室造影	左心室流道梗阻	—
考虑诊断	应激性心脏病	急性心肌梗死合并血流动力学不稳定
治疗	紧急给予负荷剂量的双抗联血小板治疗	于RCA病变处植入1枚Buma 4 mm×20 mm支架和临时起搏器,给予多巴胺维持血压及抗栓治疗。术后第2d,病人出现烦躁、对答不切题等表现,予以面罩吸氧和BIPAP治疗后血氧仍在80%~90%之间波动,并出现多器官衰竭及乳酸酸中毒现象,遂转入ICU行气管插管后接呼吸机辅助治疗,血氧恢复正常。
入院 4 h		
心电图	V_{1-4} 导联无Q波形ST段弓背向上抬高 $0.1\sim 0.2\text{ mV}$, V_{2-6} 导联T波倒置	—
超声心动图	心尖部呈球形改变,心尖部运动明显减弱,左心室流出道梗阻改变	—
入院第 2 天		
心肌肌钙蛋白/(ng/mL)	12.297	—
脑钠肽/(pg/mL)	137.68	—
入院第 3 天心电图	V_{1-3} 导联R波递增不良, V_{2-5} 导联ST段抬高	—
胸腹部 CT		升主动脉、胸主动脉、上腹主动脉管腔增宽,增强后于升主动脉起始处水平发现破口,撕裂内膜片累及至双侧肾动脉水平,假腔内可见长段充盈缺损。
确诊	应激性心脏病	De Bakey I 型主动脉夹层导致急性心肌梗死
入院第 4 天超声心动图	左心室心尖段运动减弱,左心室功能测定值正常	—
入院第 6 天心电图	大致正常	—
治疗	心电图大致正常后,停用双抗,给予依那普利、瑞舒伐他汀、曲美他嗪、心理疏导等对症支持综合性治疗	停用双抗,给予镇静、控制血压、降低心率、营养心肌、护胃、护肝等对症支持治疗,病情稳定后手术治疗。
转归及预后	症状明显缓解后出院,1年后复查,心电图、超声心动图提示正常	痊愈出院

分别讨论所选病例的不同发病机制。

3.1 应激性心肌病 应激性心肌病亦称“心碎综合征”,发作时伴有心尖部收缩功能障碍,以左心室短暂功能紊乱为特征,以绝经后妇女发病率最高,约占78.0%~86.7%^[4]。也有学者认为,男性发病猝死率高,是导致临床男性发病率的原因^[5]。

目前,应激性心肌病的发病原因尚不完全明确,仍以交感神经功能过度兴奋,冠状动脉痉挛及冠状动脉微血管收缩功能异常,雌激素缺乏为主要研究方向。其中以机体使用超生理剂量儿茶酚胺导致的心脏毒性作用是现在最被认可的发病机制^[6]。目前临床上以 Mayo 医疗中心应激性心肌病诊断标准^[7]为诊疗标准:①短暂性的左心室中部伴或不伴心尖部受累,运动减弱、消失或运动异常超出单一冠状动脉供血范围,同时存在应激因素;②冠状动脉造影无明显狭窄或斑块;③血清肌钙蛋白正常或轻度升高,可伴有心电图改变;④排除嗜铬细胞瘤、心肌炎、肥厚型心肌病、颅内出血、阻塞性冠状动脉疾病等;⑤心脏收缩功能短时间可恢复,预后良好,很少遗留后遗症。本研究中,病人由于丧偶致伤心过度,存在应激源,通过心电图、急诊冠脉造影、左心室造影结果提示,初步考虑为应激性心肌病,按照急性冠脉综合征进行监护和治疗,症状缓解后,再经过仪器复查及结果比对,确诊为应激性心肌病,遂采取缓解症状和减少并发症等对症支持治疗,痊愈出院。

3.2 De Bakey I 型主动脉夹层导致急性心肌梗死 主动脉夹层是由于主动脉血管内膜撕裂,血液由此进入主动脉壁中层,形成血肿并延伸向血管远端撕裂剥离造成的严重心血管急症^[8]。主动脉夹层分3个 De Bakey 解剖分型:Ⅰ型病变累及升主动脉、不同程度的降主动脉和腹主动脉;Ⅱ型病变仅限于升主动脉;Ⅲ型病变累及降主动脉及不同程度的腹主动脉。临床以Ⅰ、Ⅱ型比较常见,可合并急性心肌梗死,预后差,死亡率高^[9]。据国际急性主动脉夹层注册(IRAD)数据显示主动脉夹层最常见的诱发因素是高血压和主动脉粥样硬化,高血压可导致主动脉壁长期处于应急状态,弹力纤维和胶原纤维的形态发生改变,发生囊性病变或坏死,增加血管壁的应力和僵硬,使血管内膜容易撕裂而导致主动脉夹层^[10]。本研究病例,入院后结合临床表现,心电图提示、动脉造影观察等因素,首先考虑为急性心肌梗死合并血流动力学不稳,但给予对应治疗后,却出现烦躁、对答不切题和多器官衰竭及乳酸中毒现象,经转ICU行呼吸机辅助治疗后,血氧才恢复

正常。遂根据病人患有高血压1年有余,加上胸痛症状持续不减,血浆D-二聚体定量>20 000 ng/mL等因素,考虑可能为主动脉夹层合并急性心肌梗死,并应用胸部CT复查确诊,对症支持治疗后,痊愈出院。

本次首诊急性心肌梗死合并血液动力学不稳,主要是重视了心电监护和冠脉造影结果,认为病人血压低是术后表现;忽视了后背部放射转移性疼痛,心电图无特征性转变,病人有高血压史的线索,而未选择特异性检查项目的原因^[11]。而按照急性心肌梗死治疗后出现不良现象,是因为主动脉夹层与急性心肌梗死治疗有着一定程度上的矛盾,针对急性心肌梗死的溶栓和抗血小板治疗,会加重主动脉夹层剥离延伸,致使夹层范围进一步扩大^[12]。

3.3 小结 不同急诊非创伤性胸痛的临床特点和发病机制各不相同,虽然有些病症有很高的相似度,但根据临床特点和发病机制也能够找出他们之间存在的不同,以利及时确诊对症治疗。由于篇幅所限,本研究仅选取了2例病例进行对比分析,存在诸多局限,不足之处还有待增加样本量,进一步研究。

参考文献

- [1] 文新强,郑冰,唐映利.不同性别急诊非创伤性胸痛患者的临床特点及病因分析[J].中国全科医学,2016,19(29):3607-3610.
- [2] BOLAND TA, LEE VH, BLECK TP. Stress-induced cardiomyopathy[J]. Crit Care Med, 2015, 43(3): 686-693.
- [3] 林长波,符伟国.主动脉夹层的治疗进展[J].中国普通外科杂志,2016,25(6):790-794.
- [4] 何艳茹,李晓微,麻薇,等.应激性心肌病最新研究进展[J].中国实验诊断学,2016,20(5):865-868.
- [5] 王晶晶,肖晗,张幼怡.应激性心肌病发病机制的研究进展[J].生理科学进展,2014,45(4):282-284.
- [6] 房加雄,齐跃,于慧春,等.应激性心肌病亚型及发病机制新认识[J].中华老年心脑血管病杂志,2016,18(3):317-320.
- [7] YOSHIKAWA T. Takotsubo cardiomyopathy, a new concept of cardiomyopathy: clinical features and pathophysiology[J]. Int J Cardiol, 2015, 182: 297-303.
- [8] 王进,刘一帆,王利,等.主动脉夹层研究进展[J].实用医院临床杂志,2016,13(4):209-212.
- [9] 易定华,段维勋.中国主动脉夹层诊疗现状与展望[J].中国循环杂志,2013,28(1):1-2.
- [10] 王晓敏,林春,陈关海,等.主动脉夹层发病机制的研究进展[J].海南医学,2019,30(6):792-795.
- [11] 陈雪峰,李小民,陈晓兵,等.主动脉夹层22例急诊误诊分析[J].临床误诊误治,2016,29(1):30-31.
- [12] 余宗超,刘璠娜. De Bakey I 型主动脉夹层导致急性心肌梗死1例[J].广东医学,2016,37(8):1227.

(收稿日期:2019-03-24,修回日期:2019-06-08)