

以异位疼痛为首发表现的急性心肌梗死的误诊原因及防范措施

张洁

(吉林省通化市中心医院 134000)

【摘要】目的:分析急性心肌梗死患者出现异位疼痛为首发表现后误诊的原因,并对原因进行分析,总结预防措施。方法:选择32例急性心肌梗死患者,均为首发表现为异位疼痛的患者,对其进行诊断,观察异位疼痛为首发表现的患者当中,出现误诊的患者情况,并对其误诊原因进行分析,总结防范对策。结果:所选32例患者中,发生误诊28例,占87.50%,诊断局限性思维18例,占56.25%,查体检查不完整22例,占68.75%,其他症状不典型25例,占78.12%。结论:急性心肌梗死对患者的生命威胁性较强,其在发病后多存在首发胸前区疼痛等症状,此类患者的诊断难度较低,但同样存在以异位疼痛为首发的急性心梗患者,此类患者的疼痛表现典型性较差,因此容易出现误诊,医生经验丰富、能够进行针对性的查体,并充分重视患者的既往病史,是减少异位疼痛为首发的急性心梗患者的误诊风险,值得关注。

【关键词】急性心肌梗死;异位疼痛;误诊原因;对策总结

Cause of misdiagnosis and preventive measures of acute myocardial infarction with ectopic pain as the first manifestation

Zhang Jie

(Tonghua Central Hospital, Jilin Province 134000)

[Abstract] Objective: To analyze the causes of ectopic pain in acute myocardial infarction, analyze the causes and summarize the preventive measures. Methods: 32 patients with acute myocardial infarction were selected, all patients with the first manifestation of ectopic pain were diagnosed. Among the patients with the first manifestation of ectopic pain were observed, the causes of misdiagnosis were analyzed, and the preventive countermeasures were summarized. Results: Among the 32 patients selected, 28 were misdiagnosed, accounting for 87.50%, 18 were of restricted thinking, accounting for 56.25%, 22 had incomplete physical examination, accounting for 68.75%, and 25 had other atypical symptoms, accounting for 78.12%. Conclusion: acute myocardial infarction life threat to patients with strong, its more after the onset of the first chest pain symptoms, such patients with the diagnosis difficulty is low, but also exist in ectopic pain for the first patients with acute myocardial infarction, such patients with pain typical is poor, so prone to misdiagnosis, the doctor experienced, can targeted physical examination, and fully pay attention to the patient's past history, is to reduce the ectopic pain of acute myocardial infarction patients, deserve attention.

[Key words] acute myocardial infarction; ectopic pain; cause of misdiagnosis; summary of countermeasures

急性心肌梗死是心肌缺血引起的心脏急症,该症导致患者猝死的风险性较高,因此临床对患者的诊治十分重视。急性心肌梗死在发病早期存在较为典型的症状,包括胸骨、心前区疼痛、胸闷、心律不齐等症状,患者在自觉不适的情况下到院就诊时,经过查体和检查,可以获得明确的诊断效果^[1-2]。但有相当一部分患者,其在急性心梗发病早期并未出现典型症状,以非典型症状为主,甚至出现“伪改善”情况,这对临床的诊治工作带来了较大的压力。其中异位疼痛是较为常见的非典型症状表现,患者多数会到疼痛部位的科室就诊,易造成误诊、漏诊^[3-4]。本研究主要针对以异位疼痛为首发表现的急性心肌梗死患者的误诊情况进行研究,分析误诊原因,并总结对策,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2023年1-12月32例急性心肌梗死患者,患者均在我院就诊并全程配合实验,无中途离院、死亡情况。资料见表1(P>0.05)。

表1 两组一般资料($\bar{x} \pm s/n, \%$)

一般资料		例数
性别	男	18
	女	14
平均年龄(岁)		65.78 ± 5.36
平均病程(h)		28.45 ± 2.11
既往病史	高血压	11
	冠心病	10
	胆囊炎	8
	其他	3
	情绪激动	10
诱发因素	饮食过饱	9
	重体力运动	7
	无明显诱因	6

1.2 方法

研究方法:对患者的临床表现进行分析,并对患者出现误诊的原因进行调查分析,总结误诊原因,并进行对策探讨。

诊断方法:在患者入院后,立即对其进行生命体征观察,并根据其症状表现选择相应的检查,对出现误诊的患者进行心肌损伤标志物、心电图、冠脉造影等检查,并做出最终的

诊断,同时对患者的预后情况进行观察。

1.3 疗效判定

观察所选患者的误诊情况。分析误诊的疾病类型并对误诊发生率进行计算。误诊发生率=误诊发生例数/32*100%。

观察误诊患者的最终确诊情况,对患者的心梗部位进行观察,并计算占比。

观察误诊患者的心电检查异常表现。观察误诊患者实验室检查异常占比。

分析误诊患者的误诊原因。

1.4 统计学分析

录入 SPSS27.0 软件分析,计数资料用率描述,使用独立样本卡方检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,用t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察所选患者的误诊发生情况

所选 32 例患者中,发生误诊 28 例,占 87.50%,其中急性胆囊炎/胆结石 7 例,占 21.87%,急性胃炎 8 例,占 25.00%,颈椎病 5 例,占 15.63%,肩周炎 4 例,占 12.50%,肌纤维组织炎 2 例,占 6.25%,急性牙髓炎 1 例,占 3.12%,急性咽炎 1 例,占 3.12%,见表 2。

表 2 误诊发生情况 (%) [n (%)]

误诊情况	例数	发生率
急性胆囊炎/胆结石	7	21.87
急性胃炎	8	25.00
颈椎病	5	15.63
肩周炎	4	12.50
肌纤维组织炎	2	6.25
急性牙髓炎	1	3.12
急性咽炎	1	3.12
合计	28	87.50

2.2 误诊患者的确诊情况

28 例误诊患者最后的确诊情况中,下壁梗死 5 例,占 15.63%,前壁 7 例,占 21.87%,前间壁 6 例,占 18.75%,下壁及前间壁 6 例,占 18.75%,下壁及正后壁 1 例,占 3.12%,心内膜下 3 例,占 9.38%,见表 3。

表 3 误诊患者的确诊情况 (%) [n (%)]

心梗部位	例数	发生率
下壁	5	15.63
前壁	7	21.87
前间壁	6	18.75
下壁及前间壁	6	18.75
下壁及正后壁	1	3.12
心内膜下	3	9.38
合计	28	87.50

2.3 误诊患者的心电检查异常情况

误诊患者中,出现 ST 段抬高 15 例,占 46.87%,ST 段压低 13 例,占 53.13%,T 波对称性倒置 ≥ 1 mm 为 16 例,

占 50.00%,左束支传导阻滞 19 例,占 59.37%,见表 4。

表 4 误诊患者的心电、实验室检查异常 (%) [n (%)]

检查指标	例数	发生率
ST 段抬高	15	46.87
ST 段压低	13	53.13
T 波对称性倒置 ≥ 1 mm	16	50.00
左束支传导阻滞	19	59.37

2.4 误诊患者实验室检查异常占比

误诊患者中,CTnI $\geq 1 \mu\text{g/L}$ 为 18 例,占 56.25%,CK-MB $\geq 8.6 \mu\text{g/L}$ 为 28 例,占 87.50%,AST 异常升高 16 例,占 50.00%,AST/ALT ≥ 1 为 12 例,占 37.50%,见表 5。

表 5 误诊患者实验室检查异常占比 (%) [n (%)]

检查指标	例数	发生率
CTnI $\geq 1 (\mu\text{g/L})$	18	56.25
CK-MB $\geq 8.6 (\mu\text{g/L})$	28	87.50
AST 异常升高	16	50.00
AST/ALT ≥ 1	12	37.50

2.5 分析患者误诊原因

误诊原因中,表现不典型 26 例,占 81.25%,诊断局限性思维 18 例,占 56.25%,查体检查不完整 22 例,占 68.75%,其他症状不典型 25 例,占 78.12%,见表 6。

表 6 患者误诊原因 (%) [n (%)]

误诊原因	例数	发生率
表现不典型	26	81.25
诊断局限性思维	18	56.25
查体检查不完整	22	68.75
其他症状不典型	25	78.12

3 讨论

急性心肌梗死患者在发病前,心肌往往处于较长时间的缺血、缺氧环境中,这使得心肌细胞收到较大的损伤,出现磷酸肌水平下降、心肌细胞死亡等表现,同时由于心肌细胞坏死,其出现大量炎性、毒性代谢物,并最终影响心脏内神经功能,导致神经元兴奋性不断提高,导致牵涉痛的发生,这是急性心肌梗死发病、发病后出现疼痛的主要原因。在这一过程中,大部分患者的疼痛部位相对典型,临床总结后认为,心前区疼痛、胸骨疼痛等牵涉痛是典型症状^[5-6]。但非典型急性心肌梗死患者在发病时,其首发疼痛区域往往不在上述典型区域,多以牙髓疼痛、咽喉疼痛、颈项疼痛、后背疼痛等为主,这些区域疼痛症状对临床诊断造成了一定的混淆,因此临床多以急性牙髓炎、咽喉炎、颈椎病、胆囊炎等疾病为主进行诊断,如果病人在就诊时有上述疾病的患病史,则更容易误诊。但由于急性心肌梗死的病情进展迅速,对患者生命威胁性强,使得此类误诊、漏诊的风险性也随之提高,受到临床的重视。经研究发现,以异位疼痛为首发表现的急性心肌梗死患者,其误诊原因与临床诊治敏感度、医

生临床经验、查体与检查的涵盖范围等因素有关,通过针对性的改革与管理,可以有效提高其诊断准确性,避免误诊对患者生命威胁的影响。临床需对各科室医生进行相关的培训,加强医生对急性心肌梗死的诊治重视程度,以此尽量降低急性心肌梗死的误诊率,提高诊断的准确性,从整体上提高急性心肌梗死的诊治效率^[7-8]。

实验表明,所选 32 例患者中,发生误诊 28 例,占 87.50%,患者由于异位疼痛表现以及自身的既往病史,多在发生异常疼痛时,选择疼痛相关器官、组织的负责科室进行就诊,这使得患者在发病后,并未认识到自身是由于急性心肌梗死引发的疼痛,这使得患者的误诊风险提高,各科室根据患者病情与自身临床诊治经验进行诊断,往往忽视了急性心肌梗死的诊断。因此误诊的诊断结果,也多与患者的就诊科室有关。其中以胆囊炎、胆结石、急性胃炎、颈椎病、肩周炎、急性牙髓炎、咽炎等症状明显,疼痛高发的疾病类型为主。一旦发现患者的症状并未得到有效缓解,临床对患者进行进一步的诊断,扩大对疾病的检查、诊断范畴,此时往往通过心电图、心肌酶、冠脉造影等方式进行诊断,并观察到患者的心肌梗死症状,才能够获得正确的诊断。本次实验对误诊患者的梗死部位进行调查后发现,患者多存在下壁、前壁、前间壁、正后壁、心内膜等部位梗死引发疼痛和其他症状,上述部位梗死均会导致患者较为严重的生命威胁。虽然患者的疼痛部位属于非典型部位,但患者由于急性心肌梗死引发的心脏搏动异常等表现则依旧存在,通过心电图、心肌酶等诊断的效果较好,可以有效观察到患者的心脏病变程度。同时利用心肌酶检测等方式,也可以有效观察到患者是否存在心肌工学不足、心脏损伤,因此可以对误诊的急性心肌梗死患者产生准确的诊断。

原因分析:对所选患者发生误诊的原因进行观察后发现,主要由于 3 种原因导致急性心肌梗死患者在异位疼痛情况下就诊时出现误诊。其中以表现不典型的占比最高,占 81.25%,诊断局限性思维占 56.25%,查体检查不完整占

68.75%,患者由于疼痛部位不在胸骨或心前区,使得在诊断时无法立即意识到患者是由于急性心肌梗死引发的疼痛。这一问题还受到医生临床诊治经验、疾病认知效果的影响。发生误诊的患者当中,近 60%的患者是由于医生对于患者疾病的诊断能力有所欠缺导致的,医生并未在早期发觉患者的病情,在后续通过心电图、冠脉造影等方式才做出准确的诊断。同时由于一些患者就诊时的发病时间较短,使得部分患者在就诊时的症状表现不够典型,梗死的范围较小,因此在诊断时容易受到混淆。部分患者甚至只存在却血样症状,如果医生在诊断时并未完全掌握急性心肌梗死的诊治技术,则容易发生误诊。此外,查体不完整也是影响诊断准确性的关键问题。在对患者的病情进行诊断时,医生往往根据自身的临床经验与自身科室的诊治需要开具检查,并未针对性开展急性心肌梗死的相关项目检查,这也是造成误诊的主要原因之一。

对策探讨:针对容易导致急性心肌梗死误诊的原因进行对策探讨,由于急性心肌梗死的诊断窗口时间较短,同时早期容易误诊的问题,需要针对性开展干预。在进行日常诊治工作时,需要在各科室均开展急性心肌梗死的诊断培训,使所有的科室医生均可以对急性心肌梗死产生警惕性,同时增加医生在临床中发现和了解急性心梗的经验,使其能够在患者就诊时及时发现患者的症状,开展急性心肌梗死的查体与诊断,同时也应避免过度检查,避免医患九分。在对患者进行查体和诊断时,需要详细的问诊与调查,对是否存在过劳、饱餐、情绪激动、用力排便等情况进行调查,尽早发现患者是否存在急性心肌梗死的诱因,增加诊治的依据。充分重视对患者急性心肌梗死的心电图、实验室诊断,在怀疑患者有急性心肌梗死的情况下,及时进行检查,尤其针对症状不典型的患者,需要重视其相关指标的检查,尤其需要对患者进行心电图、心肌酶谱的诊断,以此做到尽快发现患者心肌缺血症状,做到避免误诊。

参考文献:

- [1]谢文超.1 例以咽痛为临床表现的急性心肌梗死诊疗过程分析[J].中国社区医师, 2024, 40 (28): 41-43.
- [2]邹坤, 魏大闯, 李文华, 等.误诊为急性心肌梗死的主动脉瓣重度狭窄致心源性休克 1 例[J].中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22 (14): 2682-2684.
- [3]钱小菁, 张鹏飞, 高峰.以心外症状首发的老年急性心肌梗死临床误诊分析[J].临床误诊误治, 2024, 37 (04): 6-10.
- [4]杨艳梅, 李俊领, 张文秀, 等.碎裂心电图 QRS 波联合病理性 Q 波诊断急性心肌梗死的价值[J].临床医学工程, 2023, 30 (11): 1479-1480.
- [5]姚晓涛, 李星辉, 谢萍, 等.原发性醛固酮增多症误诊为急性非 ST 段抬高型心肌梗死一例[J].中国心脏起搏与心电生理杂志, 2023, 37 (04): 381-382.
- [6]高智文, 张明.超声心动图诊断急性心肌梗死的影像学特征及效能分析[J].现代医学与健康研究电子杂志, 2023, 7 (15): 94-96.
- [7]张振芳.心梗三项指标联合检测诊断急性心肌梗死的效果分析[J].中西医结合心脑血管病电子杂志, 2023, 11 (14): 96-98+95.DOI: 10.16282/j.cnki.cn11-9336/r.2023.14.030.
- [8]刘晓琳, 刘洁.心肌酶谱联合肌钙蛋白 I 检测在急性心肌梗死诊断中的价值[J].河南医学高等专科学校学报, 2023, 35 (02): 180-182.