

1 例腹痛型心肌梗死患者误诊原因分析及护理对策

许珊珊,戴新娟

(南京中医药大学附属医院,江苏南京,210029)

[关键词] 心肌梗死;腹痛;误诊;护理

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2017)09-0077-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.09.018

Causes of misdiagnosed abdominal myocardial infarction

Xu Shanshan, Dai Xinjuan//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(9): 77.

(The Affiliated Hospital, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China)

[Key words] myocardial infarction; abdominal pain; misdiagnosis; nursing

急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)是由于冠状动脉急性缺血、缺氧所引起的心肌急性缺血性坏死,临床常表现为胸骨后剧烈疼痛、心力衰竭、心律失常、心电图进行性改变等,具有较高的死亡率^[1]。当心肌缺血时间大于 20~30min 时,心肌细胞开始出现坏死,缺血超过 6h 后,缺血区域 20%~80%的心肌发生坏死^[2],因此 AMI 越早得到治疗,患者获益越大。典型 AMI 诊断并不困难,但仍有 20%~30%的患者临床表现不典型,容易误诊、漏诊,延误最佳治疗时机。其中,以消化系统症状为首发表现者占 15.7%~30%,占 AMI 总误诊率的 27.32%^[3]。AMI 在国外文献报道的误诊疾病中也始终位列前位^[4]。据调查^[5-6],因 AMI 等疾病误诊而导致人均医疗赔偿金额高达 20.9 万美元,甚至医者被判以 2.5~6.1 个月的监禁。鉴于此,笔者对本院 1 例心肌梗死误诊为胃病腹痛患者的临床资料进行分析,并结合近 10 年的文献回顾,探寻鉴别二者的护理观察要点,以期今后胃肠型心肌梗死患者尽早确诊,采取相应的护理经验提供借鉴,现报道如下。

1 病例介绍

患者,男,50 岁,因上腹胀痛 1 个多月,加重半个月,于 2016 年 5 月 10 日收治本科室治疗。入院时患者诉 3 年前开始于饭后 2h 左右出现腹痛、腹胀,伴有夜间腹痛,疼痛,持续约几分钟至十几分钟不等,自行缓解,受凉及进食生冷食物后加重。半月前,无明显诱因上腹隐痛,反射至后背,伴腹胀,饥饿时明显,无胸闷、心慌、恶心、呕吐,大便每日 1~2 次,不成形,舌红,边有齿印,苔薄黄,脉细弦。无高血压、糖尿病病史。入院时体温 36.6℃,脉搏 78 次/min,血压 145/74mmHg。实验室检查显示:肌酸激酶 234u/L,甘油三酯 2.55mmol/L,钾 3.39mmol/L,凝血酶原活动度 150%。心电图提示:窦性心律,左心室肥厚伴劳损。全腹 CT 显示:双侧肾上腺增厚,考虑增生。5 月 13 日胃镜检查显示轻中度慢性浅表性胃炎,急性活动期。给予枸橼酸钾补钾,兰索拉唑抑酸护胃,参芎葡萄糖益气活血等治疗。5 月 16 日 7:00 患者诉胃脘部不适,给予铝镁加混悬液(安达)1.5g 口服,9:10 患者出现持续性上腹胀痛,活动受限,给予山莨菪碱及硫酸镁注射液静脉滴注止痛,10:30 患者腹痛加剧,立即急查心肌酶谱显示谷草转氨酶 114u/L,肌酸激酶 1 355u/L,CK 同工酶 123u/L,乳酸脱氢酶 1 020u/L;心电图显示:窦性心动过速,STV₁₋₃ 上抬 0.1_{mn}~0.4_{mn},V₁₋₃ 导联见异常 Q 波,T 波 I 导联低平,avL、V₄、V₅ 倒

[收稿日期] 2017-03-12

[作者简介] 许珊珊(1985-),女,安徽庐江人,主管护师,硕士在读,主要从事消化内科临床护理工作。

[通信作者] 戴新娟,主任护师,本科,E-mail: xingjdai@163.com。

置, V_6 双向, III 导联 Q 波 $>R/4$, 考虑急性 ST 抬高型广泛前壁心肌梗死, 紧急转入心内科行冠状动脉造影术。造影显示: 左前降支自近端起完全闭塞, 右回旋支近中段 50%~60% 狭窄, 遂行左前降支球囊扩张并行支架置入术, 术后入住心内科 ICU, 7 日后好转出院。

2 方法

2.1 文献检索方法

误诊原因分析, 以“胃痛、腹痛、心肌梗死、误诊”为主题词组合检索了中文数据库(中国知网、万方知识总库、重庆维普、中国生物医学文献服务系统 CBM); 并以“misdiagnos*”、“overdiagnos*”、“underdiagnos*”、“erroneous diagnosis”、“diagnostic error”、“mimick*”、“delay*” “dilemma”、“malpractice”及 AMI 为主题词检索了英文数据库(Pubmed、elsevier、web of science、Ebsco), 剔除重复文献 67 篇, 初检出心肌梗死误诊中文文献 174 篇, 英文文献 89 篇, 经过浏览题目及摘要, 限定 2006 年 1 月以后发表, 筛选了中文文献 66 篇, 英文文献 23 篇进行文献全文阅读, 最终选择了有代表性的中文文献 10 篇^[7-16], 英文文献 6 篇^[17-22]纳入分析。纳入标准: ①误诊的患者包含 60 岁以下的中青年; ②因腹痛为表现而导致误诊。排除标准: ①缺少针对性原因分析的单纯误诊报道; ②原因分析内容相似时排除年代久远的文献。

2.2 误诊原因分析

2.2.1 慢性胃肠病掩盖 AMI 表现 慢性胃肠病合并 AMI 时, 其表现常被胃肠病掩盖, 但 AMI 发作往往不是孤立存在, 而是互相影响, 共同引起腹痛。消化系统疾病, 如胃溃疡、胆囊炎发作时, 伤害性刺激神经传导, 导致心脏血管痉挛, 容易诱发 AMI^[7]。AMI 引起腹痛的机理^[8-10]: ①下壁 AMI 时缺血坏死刺激迷走神经的传入纤维感受器, 引起腹痛; ②心肌缺血坏死刺激膈肌及周围内脏器官神经冲动释放, 导致同一节段脊神经分布区域产生腹痛错觉; ③心室腹壁血栓脱落使肠系膜动脉栓塞引起腹痛; ④心肌梗死出现右心力衰竭时, 可因胃肠道瘀血而出现腹胀、腹痛; ⑤内脏牵涉痛, 冠状动脉内脏放射痛也可引发腹痛。该例患者胃镜

检查结果表明有慢性胃炎, 且处于急性活动期, 有胃食管反流病史 10 年, 因此误将腹痛归于旧病复发, 干扰诊断。

2.2.2 中青年患者对健康状况盲目自信, 诱导医生判断中青年人群长期受高压、强体力劳动影响, 容易将疾病归于饮食不规律及胃病发作, 忽视心脏潜在危险因素, 入院后常不做肌钙蛋白、心肌酶谱等筛查, 容易漏诊^[11,16]。高血压及 AMI 的发病已呈现年轻化的态势; AMI 患者因年轻而导致误诊, 甚至猝死等严重后果也时有报道^[12,17-18]。调查发现^[19], 在 AMI 的延误治疗诸因素中, 比例最高的并非就医后的延误, 而是患者从不适到前来就诊的院前耽搁。该例误诊患者即源于患者是初次诊断高血压, 虽然父亲有高血压病史, 却未引起重视, 平素未加强血压监测, 盲目地坚信自己是胃病发作, 诱导医护人员按照胃病诊疗。即使血压两次测量结果偏高之后, 仍不相信自己有高血压, 将结果归于测量误差和一时情绪波动。

2.2.3 依赖单次的检查结果 据以往经验, 单次心电图、肌钙蛋白等辅助检查结果阴性并不能排除 AMI 的可能; 而阳性的结果也不一定是 AMI 发作, 可能仍合并其他致命性疾病, 需引起重视^[13,20-21]。该例患者入院常规行心电图检查, 显示左心室肥厚伴劳损, 没有心肌梗死的典型表现, 导致医护人员初步排除了该例患者心肌梗死的可能, 干扰了治疗方向。研究表明^[22], 要想更准确地判断 AMI, 每周至少需要 20 次以上的心电图动态、连续监测方可提高精确度。

2.3 护理

2.3.1 深入病情观察 胃肠疾病引起的腹痛和心绞痛在发病部位、诱因、疼痛性质上有类似和交叉之处, 如均可发生在上腹部或剑突下, 饱餐为诱发因素之一, 疼痛可呈烧灼样, 但并非无法区分。心肌梗死发作前常有心绞痛的表现, 心前区疼痛大多发生在半夜或凌晨, 持续时间不超过 30min, 服用抑酸护胃剂无效; 而胃病引发的疼痛持续时间相对较长, 服用抑酸剂有效^[23]。心肌梗死疼痛可放射至下颌、肩背、腋下等处, 而消化系统腹痛除了胆囊炎可放射至后背外, 较少见放射痛。伴随症状及诱发因素的问诊对疾病的鉴别尤为重要; 胃病

疼痛多伴有纳呆、反酸、嗝气,较少有胸闷、气促、汗出等症状,与饮食关系更为密切,而心肌梗死疼痛发作与天气、活动、情绪等易引起冠脉痉挛的因素关系较为密切,中青年患者尤以精神、体力应激及饮酒等不良生活方式为最常见诱发因素^[24]。该例患者发作的疼痛有典型的凌晨发作特征,但因其有胃食管反流病史,干扰了诊断,但是服用抑酸后疼痛未明显缓解,及疼痛在活动后自止的现象均一定程度提示着非单纯胃病的可能性。

2.3.2 重视体格检查 随着科技进步和辅助检查手段的精细化,查体不仔细,不重视心脏体格检查而导致 AMI 误诊的现象越来越普遍^[14-15]。心脏体格检查不应归入心脏专科检查内容,应成为各科室人员必备的基本技能。当反复多次行心电图、肌钙蛋白的条件和经费不允许的情况下,借助心脏听诊进行初步的筛查和多次复查,更为迅速、便捷和有效。尤其对于腹痛性质不明的急诊患者,CT、心脏彩超、动态心电图等辅助检查的等待排队时间和延迟治疗,往往是患者病情加重,甚至猝死的危险时段。

2.3.3 发挥中医特色 现代医学科技及先进设备的迅猛发展正一步步地揭开中医的“望闻问切”神秘面纱,如借助仪器的舌面比色研究也验证了舌苔颜色的改变与内脏器官病变的密切联系^[25]。中医诊断更是一门博大精深的学问。据文献记载^[26-28],心肌梗死患者,其掌纹生命线尾端会出现米字纹,拇指根及内关可呈现青筋凸起、扭曲、紫暗等改变;舌下静脉可见曲张;脉象整体脉管僵硬,左寸脉呈滞脉,局部心脉涩。而相对应的,如若病位在胃,则在胃对应的反射区出现异常改变,右关脉浮涩。

2.3.4 注重人文关怀 患者在描述病情时往往因医学知识的缺乏导致细节遗漏。我们应主动构建和谐护患关系,积极讲解疾病知识,鼓励患者细致、生动形象并真实地描述自己的不适症状,避免焦虑等心理影响患者的主观感受。同时,适时宽慰有利于患者平复情绪,防止心肌缺血进一步加重。此外,加强科学方法的学习与应用,如借助思维导图等手段能帮助我们条理清晰地进行沟通与宣教^[29]。

3 讨论

该例患者虽然转诊及时,最终转危为安,但通过此次经验教训,并结合文献回顾发现,心肌梗死误诊的病例并不少见,尤以消化系统表现而误诊最常见。从护理角度来看,我们自身尚有病情观察不仔细或思维局限之处,对今后的工作借鉴如下:①不能思维定式于医生的首诊,应重视患者的每一次不适主诉,立足当下,多问为什么,治疗对不对,追问具体的疼痛性质和发作规律,而不仅仅遵医嘱用药;②常存关爱之心、慎独精神,不能有多一事不如少一事的心态,为了患者的安全,宁愿多询问、多测量、多巡视,不能因为忙碌而明知有风险却不去监测或汇报;③积极进行文献检索,加强专科知识学习,中西合璧,增强透过现象参本质的疾病鉴别能力和洞察力。知识更新日新月异,例如,只有看过 AMI 曾出现了牙痛、腰腿痛、肩颈痛等不典型表现而误诊的报道^[30],才可能在遇到类似病例时保持警惕;了解了女性的 AMI 表现较男性更加不典型的特征^[31-32],才会在遇到女性患者腹痛时更加注意鉴别^[16]。

参考文献:

- [1] 于莉薇,王洪智,吴怀兰,等.思维导图在急性心肌梗死患者心理护理中的应用[J].现代临床护理,2014,14(11):12-15.
- [2] 王淑华.急性 ST 段抬高心肌梗死患者多学科联合无缝管理模式探讨[J].护理学杂志,2015,30(5):58-60.
- [3] 窦存芳.以腹痛为首发表现的老年急性心肌梗死八例误诊报告[J].临床误诊误治,2015,28(11):10-12.
- [4] SKINNER T R, SCOTT I A, MARTIN J H. Diagnostic errors in older patients: a systematic review of incidence and potential causes in seven prevalent diseases [J]. Int J Gen Med, 2016, 20(9):137-146.
- [5] FLANNERY FT, PARIKH PD, OETGEN W J. Characteristics of medical professional liability claims in patients treated by family medicine physicians [J]. The Journal of the American Board of Family Medicine, 2010, 23(6):753-761.
- [6] Wu K H, Yen Y L, Wu C H, et al. Learning from an analysis of closed malpractice litigation involving myocardial infarction [J]. J Forensic Leg Med, 2017, 48:41-45.
- [7] 马芷琴,张宏考.以急性腹痛为首发症状的急性心肌梗死患者的诊治体会[J].山西医药杂志,2011,40(19):

- 1015-1016.
- [8] 柳双桂. 以急性腹痛为首发症状的急性心肌梗死的诊治分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2013, 21(6): 108-109.
- [9] 陈诗华, 倪广婷, 刘伟, 等. 对 38 例以急性腹痛为首发症状心肌梗死患者分析体会[C]. 江西: 江西省中西医结合消化系统疾病学术交流会, 2011.
- [10] 孙诚. 症状不典型急性心肌梗死患者院前急救与误诊探讨[J]. 中国医院药学杂志, 2016, 9(36): 4.
- [11] 张羽坤, 沈万贵, 胡兴丽. 误诊为慢性非萎缩性胃炎的非 ST 段抬高型心肌梗死临床报告[J]. 临床误诊误治, 2015, 28(8): 3-5.
- [12] 施洪. 青年人急性心肌梗死 23 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(21): 5249-5250.
- [13] 赵刚. 以腹痛为首发症早期心电图正常的急性心肌梗死 10 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(27): 6675.
- [14] 董辉, 黄斌. 腹痛型急性心肌梗死 26 例误诊分析[J]. 中华保健医学杂志, 2012, 14(3): 235-236.
- [15] 朱从飞. 以腹痛恶心呕吐为主要表现的急性心肌梗死 12 例分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(28): 3476.
- [16] 曾凡杰, 钱洪津, 史鑫. 以胃肠道症状为首发症状的急性心肌梗死 29 例急诊救治分析[J]. 中国全科医学, 2010, 13(6B): 1928-1929.
- [17] HILL D, WALDMAN A, VIVEK D. A 16-year-old with ST elevation myocardial infarction: case report and review of the literature[J]. *Cardiol Young*, 2016, 26(2): 230-236.
- [18] VIVO R P, KRIM S R. ST elevation myocardial infarction in a teenager: case report and review of the literature[J]. *South Med J*, 2009, 102(5): 523-526.
- [19] BEIG J R, TRAMBOO N A, KUMAR K, et al. Components and determinants of therapeutic delay in patients with acute ST-elevation myocardial infarction: a tertiary care hospital-based study[J]. *Journal of the Saudi Heart Association*, 2017, 29(1): 7-14.
- [20] WILDI K, GIMENEZ M R, TWERENBOLD R, et al. Misdiagnosis of myocardial infarction related to limitations of the current regulatory approach to define clinical decision values for cardiac troponin[J]. *Circulation*, 2015, 131(23): 2032-2040.
- [21] AXINTE C I, ALEXA T, CRACANA I, et al. Macro-creatine kinase syndrome as an underdiagnosed cause of ck-mb increase in the absence of myocardial infarction: two case reports[J]. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 2012, 116(4): 1033-1038.
- [22] HUITEMA A A, ZHU T, ALEMAYEHU M, et al. Diagnostic accuracy of ST-segment elevation myocardial infarction by various healthcare providers[J]. *Int J Cardiol*, 2014, 177(3): 825-829.
- [23] 尤黎明. 内科护理学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 165-166.
- [24] 伏蕊, 杨跃进, 窦克非, 等. 中国不同年龄段急性心肌梗死患者临床症状和诱发因素的差异分析[J]. 中华心血管病杂志, 2016, 44(4): 298-302.
- [25] KAINUMA M, FURUSYO N, URITA Y, et al. The association between objective tongue color and endoscopic findings: results from the Kyushu and Okinawa population study (KOPS)[J]. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 15(1): 372-379.
- [26] 蔡虹光. 观手知健康——经络全息手诊[M]. 2 版. 广州: 广东科技出版社, 2011: 25-26.
- [27] 周幸来, 周幸秋, 孙冰. 舌诊快速入门[M]. 3 版. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2010: 67.
- [28] 范建忠. 一脉诊病[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2013: 182-183.
- [29] 于莉薇, 王洪智, 吴怀兰, 等. 思维导图在急性心肌梗死患者心理护理中的应用[J]. 现代临床护理, 2015, 14(11): 12-15.
- [30] 刘亚萍, 余剑波. 误诊疾病数据库 2004—2013 年单病种误诊文献研究: 急性心肌梗死[J]. 临床误诊误治, 2016, 29(7): 12-19.
- [31] KHAN J J, ALBARRAN J W, LOPEZ V, et al. Gender differences on chest pain perception associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey[J]. *J Clin Nurs*, 2010, 19(19-20): 2720-2729.
- [32] ZBIERAJEWSKI-EISCHEID S J, LOEB S J. Myocardial infarction in women: promoting symptom recognition, early diagnosis, and risk assessment[J]. *Dimens Crit Care Nurs*, 2009, 28(1): 1-6.

[本文编辑: 刘晓华]