



浙医一院

从《胸痛共识》解读临床医师 对胸痛诊疗的规定

浙江大学医学院附属第一医院

朱建华

2012.7.5

杭州



浙医一院

概述



胸痛是一种症状，引发
胸痛的疾病有50余种

胸痛为急诊就诊的第二
大常见因素

病因

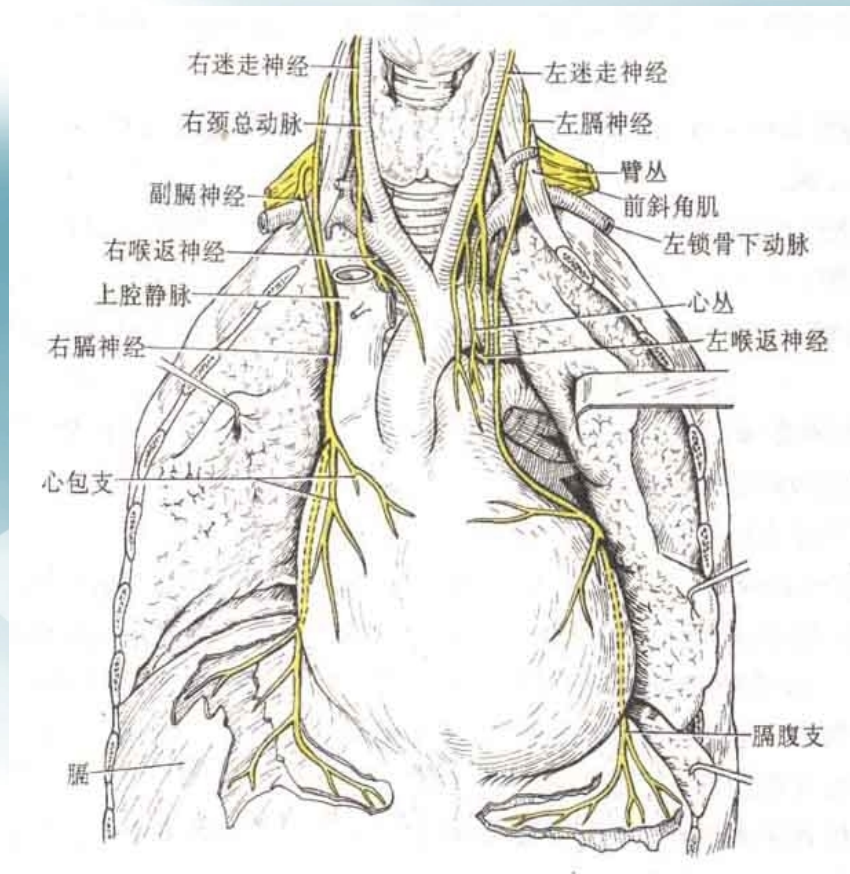
- 病因复杂性、多元性
- 能够引发胸痛的疾病有50余种
- 涉及循环、呼吸、消化、神经、皮肤、五官、骨科、精神等多个学科



解剖学基础

- 肋间神经
- 膈神经
- 脊神经后根
- 迷走神经

心脏及附近重要神经



分类

➤ 按照起病病程

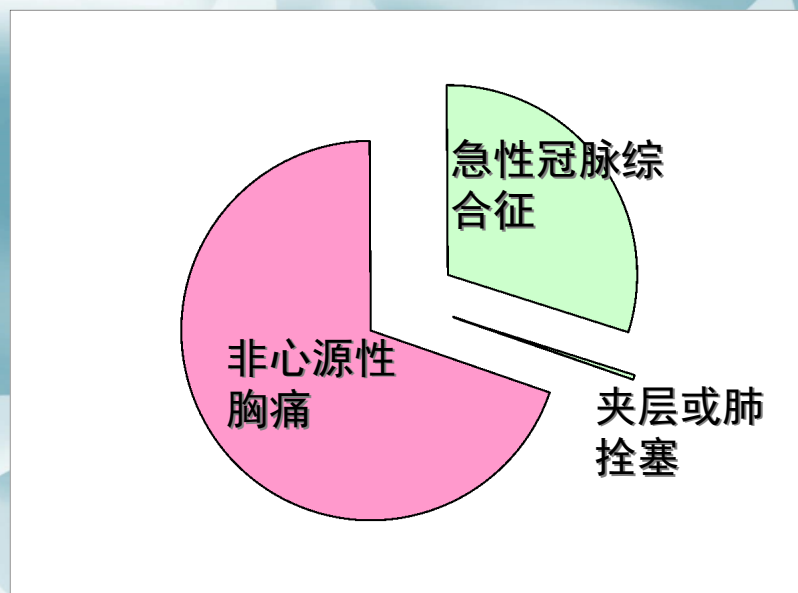
- 1. 急性胸痛（突发）
- 2. 慢性胸痛（重复发作）

➤ 按照病因

- 1. 心源性胸痛
- 2. 非心源性胸痛
- 3. 大血管性胸痛

➤ 急性胸痛中，急性冠脉综合征占27.4%，主动脉夹层占0.1%，肺栓塞占0.2%，而非心源性胸痛则占到了63.5%

急性胸痛的病因



“急性非创伤性胸痛”救治现状

- 急性非创伤性胸痛的鉴别诊疗缺少规范流程
- ACS治疗过分和治疗局限性现象并存，医疗资源应用不合理
- 多个因素造成STEMI治疗延误，再灌注时间远未达成（ACC/AHA）指南推荐的原则
- 心肌梗死患者预后差

《共识》出台过程

- 2010年6月 在北京第一次讨论会
- 2010年8月初 在乌鲁木齐第二次讨论会
- 2010年8月底 在杭州第三次讨论会
- 2010年 长城会公布

《共识》重要内容

- 一、共识目的
- 二、“急性非创伤性胸痛”救治现状
- 三、“胸痛中心”概念来源、发展与优势
- 四、我国建立“胸痛中心”及规范“急性胸痛”救治流程的必要性
- 五、胸痛中心组织架构及功效
- 六、急性非创伤性胸痛救治规范流程
- 七、对心源性胸痛患者无创诊疗的应用建议

《共识》目的

- 规范急性胸痛的救治流程
- 提高我国胸痛诊疗、鉴别诊疗与治疗水平
- 提高致命性胸痛早期诊疗和早期救治率
- 筛查ACS低危人群及其它造成胸痛的病因
- 改善患者预后
- 避免过分检查和治疗，节省社会医疗资源

<共识>但愿解决的问题

- 认清我国胸痛诊治现况
- 提高对急性胸痛的诊治水平---建立国际原则化的胸痛中心
- 建立胸痛诊治的长效机制---规范化胸痛的诊治流程

急性胸痛

- 急诊科常见就诊症状
- 如何快速、精确诊疗是难点和重点
- 与之有关的致命性疾病涉及：
 - 急性冠状动脉综合征（ACS）
 - 肺栓塞
 - 主动脉夹层

胸痛有关的其它疾病

- **心脏**
 - ❖ 心绞痛
 - ❖ 心包炎
- **呼吸系统**
 - ❖ 气胸
 - ❖ 肺炎
- **消化系统**
 - ❖ 胃食管返流
 - ❖ 食管痉挛
 - ❖ 胆囊炎
 - ❖ 胃溃疡
 - ❖ 胰腺炎

胸痛有关的其它疾病

- 肋软骨炎
- 带状疱疹
- 肌肉骨骼疾病
- 焦虑

急诊的“胸痛”—— 风险高、数目大、责任重：

胸痛是造成急诊就诊的第二大常见病因*

风险高：心血管病 = 我国死亡人数的36%

首要死因

数目大：“胸痛” = 占急诊就诊量的 5.3% (美国数据)

57% 住院，但仅有30%发生急性冠脉综合症

阴性检查每年耗费 \$30亿。

责任重：漏诊的心肌梗死 = 2.3% (0-11%), 因素何在？：

病史：33% 不发生“胸痛”

心电图：35% 非诊疗性；8%“正常”！

心肌标志物：44% 在达成急诊时正常

急诊的“胸痛”- 责任重:

在急诊室中被漏诊的急性心肌缺血 – Pope et al.

- 急诊室的 10,689 位患者
- 17% ACS = 8% MI + 9% UA
- 漏诊的 AMI = 2.1% (95%CI 1.1-3.1%)
- 漏诊 AMI 的范畴: 0-11.1%
- 死亡风险 – 死亡的可能性增加 90%
- 漏诊的 UA = 2.3% (95%CI 1.3-3.2%)
- 死亡风险 – 死亡的可能性增加 70%



浙医一院

- **建立国际原则化的胸痛中心**
- **政府和医院的职责**
- **医师的主动参加**
- **多职能部门的合作**
- **全民健康教育和素质的提高**

临床医师对胸痛的规定（一）

- 询问病史——有针对性
- 体格检查——全方面细致
- 辅助检查——必不可少！
- 系统掌握多学科知识



注意互相间的联系、生命体征的变化和胸痛随着征





浙医一院

临床医师对胸痛的规定 (二)

- 快速识别急性胸痛和慢性胸痛
- 识别就诊患者胸痛严重程度
- 快速鉴别心源性胸痛或非心源性胸痛
- 分析可能的预后



浙医一院

病史的问诊

- 发病的年纪
- 胸痛的部位与范畴
- 胸痛的性质
- 胸痛的持续时间
- 胸痛的诱发和缓和因素
- 胸痛的随着症状

发病年纪

- 青壮年——肋间神经痛、神经官能症等居多，还应考虑气胸、胸膜炎、心包炎等
- 40岁以上男性及绝经后女性——首先应考虑心绞痛、心肌梗死、主动脉夹层和肺动脉栓塞等

注意：心源性胸痛的发病年纪有年轻化趋势！



胸痛的部位与范畴（一）

- 胸壁疾病
- 疼痛部位局限，局部有压痛；
- 外伤或炎症所致的胸壁痛，可有局部的红肿热痛等体现
- 带状疱疹
- 典型胸痛沿某一周边神经分布区排列，以胸段(肋间神经)最多见
- 随着腋窝以及背部痛，可放射至颈部、肩部和上肢
- 胸痛范畴小至几厘米，大能够至半个躯干部

胸痛的部位与范畴（二）

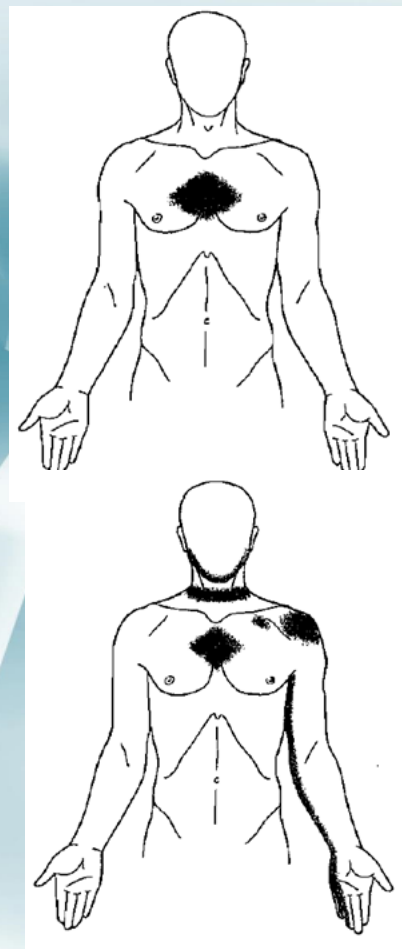
- 肋软骨炎
- 疼痛往往累及邻近胸骨的多个肋关节，以第2~5肋关节多见
- 胸痛的范畴还常放射至炎症同侧的肩部或手臂，呈弥漫性分布
- 食管、胃及纵隔病变
- 胸痛多位于胸骨后，进食或吞咽时症状可加重
- 胃食管返流疾病和食管狭窄引发的胸痛都位于胸骨后
- 上消化道溃疡的疼痛多位于上腹部，偶然放射至胸骨下缘。

胸痛的部位与范畴（三）

- 食管、胃及纵隔病变
- 胸痛多位于胸骨后，进食或吞咽时症状可加重
- 胃食管返流疾病和食管狭窄引发的胸痛都位于胸骨后
- 上消化道溃疡的疼痛多位于上腹部，偶然放射至胸骨下缘，如果疼痛涉及后背，要警惕消化道穿孔
- 气胸、胸膜炎、肺栓塞
- 多位于患侧腋前线 and 腋中线附近，范畴普通为手掌大小
- 如果病变累及肺底和膈胸膜的话，也可放射至同侧肩部和

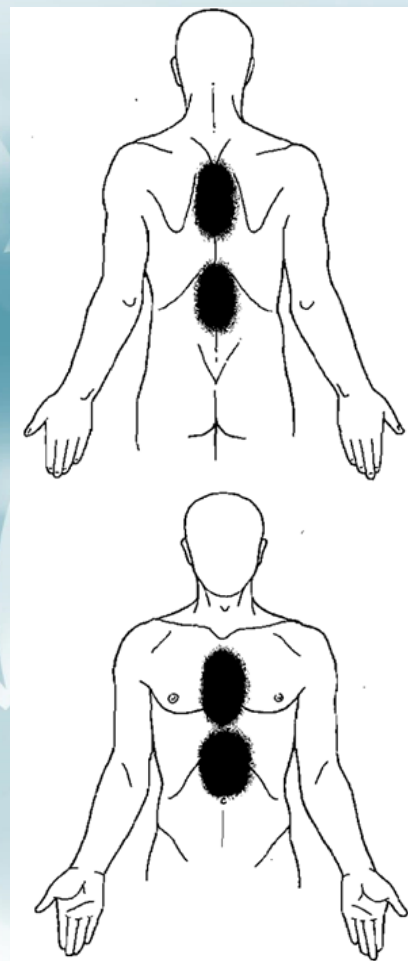
胸痛的部位与范畴（四）

- 冠心病(心绞痛和心肌梗塞)
- 普通位于心前区、胸骨后或剑突下
- 放射部位多为颈部、下颌、肩膀及左上肢内侧，偶然疼痛也会放射至手指、手臂、颈部或下颌
- 疼痛范畴相称于一种拳头大小
- 心肌梗塞时的疼痛位置与心绞痛相似，但持续时间长，更为激烈



胸痛的部位与范畴（五）

- 主动脉夹层
- 疼痛的部位普通位于胸背部
- 可向下放射至下腹、腰部、两侧腹股沟及下肢
- 疼痛范畴扩大与夹层扩展有关



胸痛的性质（一）



- **患者对胸痛性质的描述
可因主观感受和体现能
力的限制而不尽相似**

胸痛的性质（二）

- 带状疱疹——呈刀割样，激烈难忍，不可触摸疱疹所在部位的皮肤
- 消化道疾病——以烧灼感为主
- 心绞痛及心肌梗死——体现为绞榨痛、烧灼痛、闷痛及重压窒息感，甚至出现恐惧、濒死的感觉
- 主动脉夹层——体现为难以忍受的胸背部撕裂样痛

胸痛的性质（三）

- **胸膜炎——呈激烈锋利刺痛及撕裂痛**
- **肺癌——有时会出现胸部闷痛**
- **肺栓塞——为激烈刺痛或绞痛，同时伴有呼吸困难**
- **焦虑、抑郁症及神经官能症——胸痛描述缺少特异性**

胸痛的持续时间

- 与胸痛产生的因素亲密有关
- 平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所引发的疼痛为阵发性(如心绞痛、消化道疾病等所引发的疼痛经常仅持续数分钟)
- 炎症、肿瘤、栓塞、梗塞及血管撕裂引

胸痛的诱发和缓和因素

- 心绞痛——劳累、紧张、激烈活动能够诱发心肌缺血，而休息、含服硝酸酯类药品则能够缓和心绞痛的发作
- 心肌梗死——诱因与心绞痛相似，但不易缓和
- 胸膜炎——症状可因咳嗽、呼吸而加剧
- 返流性食管炎——胸部烧灼痛于饱餐后出现，仰卧或俯卧位加重，服用抗酸药品或促胃动力药品后症状缓和
- 带状疱疹，肋软骨炎——呈持续性，无明确诱因

胸痛的随着症状

- 伴有吞咽困难、反酸、暖气、恶心呕吐等症状——可能为消化系统疾病
- 伴有呼吸困难，提示发生了较大范畴的肺部病变，如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎或肺栓塞等
- 心源性胸痛常伴发有心悸、呼吸困难等。当患者出现苍白、大汗、血压下降甚至休克体现时，多考虑严重的心绞痛或心肌梗死、急性纵隔或心包疾病、主动脉夹层或夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂或大块肺栓塞等


体格检查

- 认真认真
- 望触扣听一步不少
- 特性性体征



急性胸痛伴有生命体征不稳定的状况下，体格检查应与辅助检查同时快速进行！

体格检查——心绞痛

- 多数病人发作前后体格检查无明显异常，少数胸痛发作时常伴有嘴唇苍白、脸色灰暗、血压升高或减少，心率会加紧，严重时可闻及奔马律
- 既往有心肌梗死史的患者体检时可能会发现有心脏扩大、心前区异常隆起、二尖瓣反流、房性或室性奔马律、主动脉瓣反流或狭窄的杂音并向颈动脉传导等异常体征
-  心血管源性的胸痛患者在体检中如果发现血压下降、奔马律、心脏杂音等体征，多提示患者病情较为严重，应立即入院治疗！

体格检查——急性心肌梗死

- 胸痛激烈无法缓和，濒死感，脸色苍白，烦躁和出汗；心率可变快或变慢（下壁心肌梗死心率常减慢，左室功效不全可有窦速）
- 大面积心梗者血压可减少（部分因交感神经兴奋出现高血压）；颈静脉压力能够正常或者减少（如升高则可能有右室心梗）
- 心脏听诊
- 奔马律（可由严重的左室功效不全引发）
- 新发的杂音（缺血造成的乳头肌功效失调，如果伴有进行性恶化的心功效衰竭，则要考虑乳头肌断裂和室间隔穿孔）
- 部分患者可闻及心包摩擦音
- 肺部啰音（注意啰音的范畴——Killip分级）

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/407106040051006163>