

· 病例报告 ·

不典型心肌梗死误诊后的思考

谢华强*, 曹政, 罗涛, 杨勇, 凡孝琴

(湖北医药学院附属太和医院心血管内科, 十堰 442000)

【关键词】 心肌梗死;重症心肌炎;误诊

【中图分类号】 R541.4

【文献标志码】 B

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2017.06.105

随着研究的深入,人们对心肌炎的认识和诊断水平已经明显提高。但是,急性心肌梗死与重症心肌炎在临床中仍然难以鉴别,误诊不在少数。本文报道了1例临床症状和辅助检查结果均酷似急性重症心肌炎,但通过冠状动脉造影检查最终明确诊断为急性心肌梗死的病例,以期为临床提供参考。

1 临床资料

患者男性,62岁,因“头晕、恶心、呕吐2 d,呼吸困难1 d”于2016年5月27日入院。入院前2 d无明显诱因突发头晕、视物旋转、站立不稳、不敢睁眼,伴恶心和呕吐,呕吐物为胃内容物,无胸闷、胸痛,无发热、咳嗽、咳痰,无呕血、黑粪,无呼吸困难,无肢体活动障碍及大小便失禁等伴随症状。起病后在当地某医院诊断为后循环缺血,给予输液、扩张血管、改善脑供血等治疗,其头晕症状减轻。第2天突发呼吸困难、端坐呼吸,伴咳嗽、咳粉红色泡沫痰,测血压96/66 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),心率48次/min,吸氧状态下氧饱和度82%,诊断为急性左心衰竭,行利尿、减轻心脏负荷等治疗,其呼吸困难症状减轻,但仍不能平卧入睡,间断仍有咳嗽,咳白色浆液样痰,伴大量出汗,血压持续性偏低(90/50 mmHg),应家属要求转入我院。病程中,患者神志清楚,精神差,纳差,睡眠差,大便可,小便量少,否认糖尿病、高血压病史,无吸烟和饮酒史,无毒品接触史。

入院查体 体温 36.4℃,心率 50 次/min,呼吸频率 30 次/min,血压 92/68 mmHg。神志清楚,呼吸急促,口唇紫

绀,半卧位,咽无充血,颈静脉怒张,肝-颈静脉返流征(+),双肺呼吸音粗,中下肺均可闻及湿性啰音,无哮鸣音,心音低钝,节律整齐,心界稍向左扩大,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,无心包摩擦音,腹平软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及肿大,肝区叩痛明显,双下肢无浮肿,病理征检查(-)。

辅助检查 血常规白细胞 $16.99 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $13.64 \times 10^9/L$,血红蛋白 112 g/L,血小板 $80 \times 10^9/L$ 。尿液分析:尿糖(3+),蛋白(-)。大便常规与潜血(-)。血糖:随机血糖 16.29 mmol/L,空腹血糖 8.6 mmol/L,餐后 2 h 血糖 20.8 mmol/L。血脂:甘油三酯 1.6 mmol/L,总胆固醇 3.36 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇 2.62 mmol/L。凝血功能正常,血气分析 pH 值 7.446,氧分压 55.9 mmHg,二氧化碳分压 17.6 mmHg,碱剩余 -9.2,可提取性核抗原(extractable nuclear antigen,ENA)阴性,补体(C3和C4)、抗链球菌溶血素O、类风湿因子和红细胞沉降率正常,甲状腺功能正常,乙肝病毒标志物、丙型肝炎病毒、人类免疫缺陷病毒及梅毒螺旋体明胶颗粒凝集试验均为阴性,风疹病毒、巨细胞病毒和单纯疱疹病毒抗体(-)。24 h 动态心电图示窦性心律,心率 95 次/min,偶发室性早搏 206 次/min,模拟导联 $V_1 \sim V_3$ 异常Q波,完全性右束支传导阻滞。腹部及胸腔超声示腹腔少量积液,左侧胸腔少量积液,右侧胸腔中等量积液。心脏超声示左心扩大(左心房 39 mm,左心室 51 mm),室间隔 9.2 mm,左室后壁 8.5 mm,左室壁运动普遍减低,二、三尖瓣少量反流,心功能不全,射血分数 28%,少许心包积液。不同时间实验室检查的各指标见表1。心电图结果见图1。

表1 实验室检查的各指标
Table 1 Laboratory examination indices

Date	ALT(IU/L)	AST(IU/L)	Cr(mmol/L)	BNP (pg/ml)	CK(IU/L)	CK-MB (IU/L)	cTnT (μg/L)
2016-05-29	1138	1456	120.3	4859	2889	84	2
2016-05-30	3001	3096	112.3	-	3082	56	>50
2016-05-31	3235	2672	-	4642	1008	28	-
2016-06-01	1682	1258	110.7	-	363	22	50
2016-06-11	136	40	85.4	1091	124	16	0.91

ALT: alanine aminotransferase; AST: aspartate aminotransferase; Cr: creatinine; BNP: brain natriuretic peptide; CK: creatine kinase; CK-MB: creatine kinase MB; cTnT: cardiac troponin-T

收稿日期: 2017-01-14; 修回日期: 2017-03-03

通信作者: 谢华强, E-mail: xiehqiang@126.com

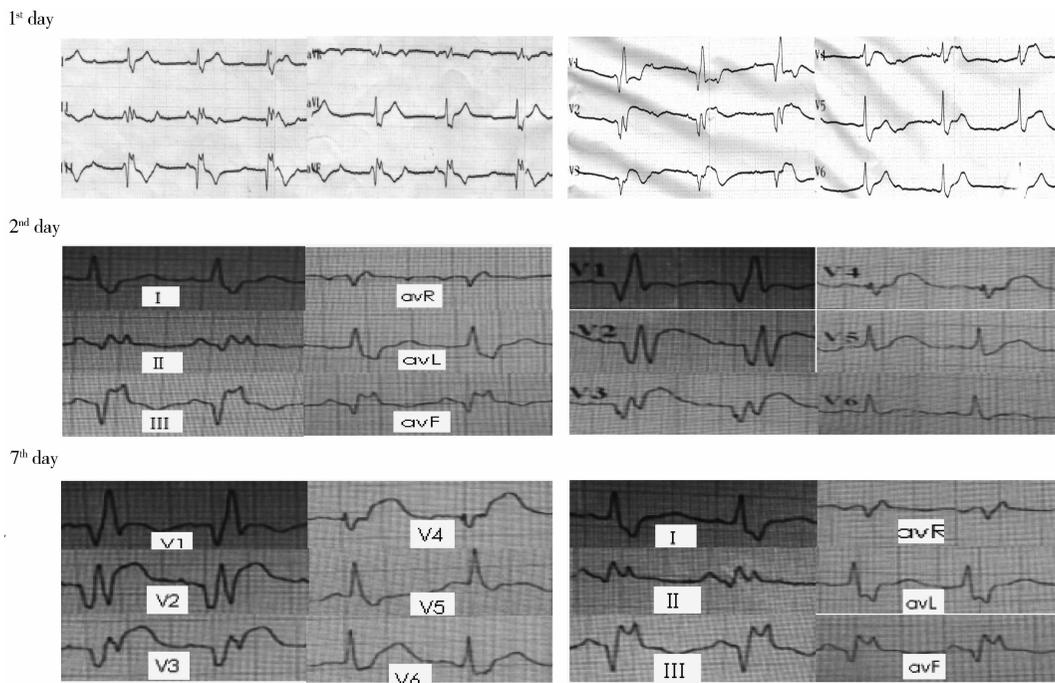


图1 心电图

Figure 1 Electrocardiogram

冠状动脉造影 三支病变,右冠状动脉远段局限性狭窄70%~80%,狭窄远端可见血栓影,心肌梗死溶栓治疗试验(thrombolysis in myocardial infarction, TIMI)3级;前降支中远段局限性狭窄90%,于第1对角支发出后偏心性狭窄85%~90%,TIMI血流3级;回旋支于第1钝缘支发出后完全闭塞,TIMI血流0级。

修正诊断 (1)冠心病,急性心肌梗死,心功能4级(Killip分级);(2)2型糖尿病。首先对回旋支行经皮冠状动脉介入治疗,择期再次对右冠状动脉前降支行介入治疗。术后患者恢复良好,术前出现的多种心律失常,予以对症治疗后完全恢复,复查24h动态心电图未见Ⅲ度房室传导阻滞,无房颤、房扑发生。心脏超声示心功能基本恢复,肝、肾功能完全恢复正常,随访半年病情稳定。

2 讨论

急性心力衰竭系指急性心脏病变引起心肌收缩力明显下降或心室负荷加重而导致急性心排量显著下降所引起的一系列临床综合征^[1]。急性心肌梗死和急性心肌炎是其常见的病因。但临床中不典型心肌梗死和急性重症心肌炎在临床特点、心肌酶变化以及心电图表现上十分相似,为诊断带来很多困扰,甚至容易误诊。心肌梗死实质上就是心肌细胞缺血性坏死。典型心肌梗死的诊断并不困难,可根据心肌坏死标志物、心电图、临床特点等综合分析确诊^[2]。急性心肌炎是心肌非特异性间质性炎症,临床表现可以从完全无症状到重症心肌炎的多器官功能衰竭,病理过程亦存在心肌细胞损伤,可以出现心肌坏死标志物升高、心电图动态变化,部分患者有胸闷、胸痛、气短、心悸等症状^[3],与心肌梗死十分相似。目前心肌炎的临床诊断主要依靠患者的前驱感染、

心肌损伤和病原学检查结果等临床资料。心肌活检虽然可以确诊,但其风险大且对操作者的技术要求高,目前已经不作为1类推荐。心肌核磁共振延迟显像技术在心肌炎诊断中有极其重要的价值,但因其对设备条件和诊断人员的水平要求均较高,因而不能得到普遍开展^[3]。本例患者在病程中快速出现心力衰竭、心律失常及心源性休克,而且伴有肝、肾等多器官功能不全,其病因首先考虑急性心肌梗死,且需与急性重症心肌炎鉴别。但是,该例患者心电图变化多样,心肌酶学演变不典型,也无病毒感染的直接证据,因此临床并不易快速做出正确的病因学诊断^[4]。

患者合并多器官功能不全,其发病病因并不明确,我们遵照“先治标,后治本”的原则,尽力医治,获得了较好的疗效。针对该患者,我们得到以下经验。(1)该患者合并多器官功能衰竭,给予维持血压、改善心功能和肝肾功能治疗,心功能及各器官功能逐渐恢复,为明确病因争取了时间。(2)在多器官功能衰竭状态下行冠状动脉造影检查,无疑会增加风险,但对于急性心肌梗死所致的心源性休克,尽早开通梗死血管才是纠正休克和救命的关键^[2,5]。因此,及早行冠状动脉造影检查可为明确病因提供依据。(3)对于不明原因的心力衰竭、低血压,需考虑急性心肌梗死,可干扰心肌酶学变化的因素有很多,不能因为其演变不典型而轻易否定诊断,临床需要根据患者的全身情况综合分析判断。(4)对于不明原因的头晕,即使无晕厥、黑矇症状,也需要考虑心律失常所致的脑血流灌注不足,心电图是一项基本、必要的检查,往往可以为临床医师提供线索。

本例患者无明确心血管相关病史,起病急促,临床症状不典型,心电图改变不显著,心肌酶学演变无规律,入院后很快进展为多器官功能衰竭,尤以心功能、肝功能持续恶化为

显著表现,临床需考虑急性心肌梗死继发多器官功能衰竭或急性重型心肌炎。最终通过冠状动脉造影明确为急性心肌梗死。急性心肌梗死与急性心肌炎不易区分,因此仍然需要不断总结积累经验,提高诊疗水平。

【参考文献】

[1] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, *et al.* 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC [J]. *Eur J Heart Fail*, 2016, 18(8): 891-975. DOI: 10.1002/ehf.592.

[2] 中国医师协会急诊医师分会, 中华医学会心血管病学分会, 中华医学会检验医学分会. 急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南[J]. *中华急诊医学杂志*, 2016, 25(4): 397-404. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2016.04.002.

Emergency Medical Branch of Chinese Medical Doctor Association, Chinese Society of Cardiology, Chinese Society of Laboratory Medicine, Emergency rapid diagnosis and treatment guidelines of acute coronary syndrome [J]. *Chin J Emerg Med*, 2016, 25(4): 397-404. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2016.04.002.

[3] Caforio AL, Pankuweit S, Arbustini E, *et al.* Current state of knowledge on etiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on myocardial and pericardial diseases [J]. *Eur Heart J*, 2013, 34(33): 2636-2648. DOI: 10.1093/eurheartj/eh210.

[4] 赵树梅, 沈潞华. 老年患者心力衰竭的临床特点 [J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2014, 13(9): 656-659. DOI: 10.3724/SP.J.1264.2014.000152.

Zhao SM, Shen LH. Clinical characteristics of heart failure in the elderly [J]. *Chin J Mult Organ Dis Elderly*, 2014, 13(9): 656-659. DOI: 10.3724/SP.J.1264.2014.000152.

[5] 李永建. 急诊经皮冠状动脉介入治疗高血栓负荷病变的处理策略——延期支架置入 [J]. *中国介入心脏病学杂志*, 2013, 21(6): 290-292. DOI: 10.3969/j.issn.1004-8812.2013.06.014.

Li YJ. Emergency percutaneous coronary interventional treatment for high blood clots load lesions treatment strategy — delayed stenting [J]. *Chin J Intervention Cardiol*, 2013, 21(6): 290-292. DOI: 10.3969/j.issn.1004-8812.2013.06.014.

(编辑: 吕青远)

· 消 息 ·

《中华老年多器官疾病杂志》“临床病理讨论”栏目征稿

临床病理讨论 (Clinicopathological Conference, CPC) 是临床实践中的一个重要环节, 是多个学科合作对患者进行个体化诊治的一种形式, 尤其对于一些疑难和罕见病例更为重要。综合患者的临床表现、实验室检查、影像学检查和病理检查等各项结果, 一方面可以明确疾病的诊断并制定治疗方案, 使患者受益, 另一方面亦有利于为临床医师提供更好的经验和更开阔的思路, 提高医师的诊疗能力。一篇好的临床病理讨论, 往往是教科书上找不到的活教材, 也是其他文体难以取代的好形式。

“临床病理讨论”一直以来都是本刊的一个特色栏目, 深受广大读者喜爱。所刊登的一般多为回顾性的病例讨论与总结, 旨在总结经验、吸纳教训和传播知识。在工作实践中, 我们根据广大读者和作者的建议, 对临床病理讨论文章的格式进行了调整。(1) 作者在文题下署名 (而非仅在文末注明由何人整理), 作者拥有本文的著作权。(2) 文章正文为中文, 正文前有言简意赅的中英文摘要。论文性质等同于本刊“论著”。(3) 所选病例可以是疑难、罕见病例, 也可以是诊断明确、但病情危重或有诸多并发症、治疗上甚为棘手的病例, 亦可为其他对临床实践有指导或提示意义的病例。

本刊热忱欢迎广大专家学者为本刊撰写或推荐相关稿件。

具体格式请参考本刊近期发表的“临床病理讨论”文章。

地址: 100853 北京市复兴路 28 号, 《中华老年多器官疾病杂志》编辑部

电话: 010-66936756

网址: www.mode301.cn

E-mail: zhldnqg@mode301.cn