

DOI: 10.12209/CAIM202210260013

· 中西医结合临床案例 ·

1 例以咽痛为主诉 非典型性心肌梗死的快速识别与分诊

冯亚静¹, 韩建萍¹, 王业平², 周洁¹, 刘欢¹, 黄迎雪¹, 刘雁¹

(1. 北京中医药大学东方医院 急诊科, 北京, 100078; 2. 中日友好医院 呼吸与危重症医学科四部, 北京, 100029)

摘要: 心肌梗死是我国死亡率最高的疾病之一, 发病急, 进展快, 有些患者心肌梗死症状不典型, 在急诊预检分诊中很难鉴别。本文总结了 1 例不典型心肌梗死患者, 通过智能化预检分诊系统工具以及分诊护士“望、闻、问、切”等病情分级, 早期快速识别并启动心肌梗死绿色通道, 为患者争取抢救时间。

关键词: 咽痛; 心肌梗死; 绿色通道; 预检分诊; 鉴别诊断

Rapid identification and triage of atypical myocardial infarction in a patient with chief complaint of throat pain

FENG Yajing¹, HAN Jianping¹, WANG Yeping², Zhou Jie¹,LIU Huan¹, HUANG Yingxue¹, LIU Yan¹

(1. Department of Emergency, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078;

2. Fourth Department of Respiratory and Critical Care Medicine, China-Japan Friendship Hospital, Beijing, 100029)

ABSTRACT: Myocardial infarction is one of the highest mortality diseases in China, with rapid onset and rapid progress. Some myocardial infarction symptoms are atypical, so it is difficult to identify in the emergency pre-examination and triage. This paper summarized a case of atypical myocardial infarction patient who had a chief complaint of throat pain. Assisted by the intelligent pre-detection and triage system tools and condition classification methods of “look, smell, ask and triage”, early and rapid identification and triage of atypical myocardial infarction was conducted, and green channel of myocardial infarction was activated, for shortening rescue time of patients.

KEY WORDS: throat pain; myocardial infarction; green channel; pre-diagnosis triage; differential diagnosis

心肌梗死是一种以冠状动脉急性、持续性缺血缺氧致心肌缺血或坏死为病因, 以剧烈持久性胸痛后疼痛为临床表现的心血管疾病, 患者发病后仅通过服用硝酸酯类药物和休息无法实现症状缓解, 需及时到院抢救治疗, 多数患者常伴心律失常、心力衰竭及休克, 严重时危及生命^[1]。而临床上有一部分急性心肌梗死患者缺乏典型的临床症状和心电图, 分诊护士在分诊过程中容易误诊、漏诊, 分诊错误率高, 延误患者的抢救^[2]。而心肌梗死是一种严格要求治疗“时间窗口”的疾病, 早期识别, 尽早开通绿色通道治疗, 行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)手术, 严防并发症的发生, 是降低患者死亡率的重要措施^[3]。本文总结了分诊护士

通过分诊经验, 快速识别出 1 例不典型症状心肌梗死患者的救治成功案例, 现报告如下。

1 临床资料

患者男性, 54 岁, 于 2021 年 10 月 15 日 23:00 就诊, 主诉“咽部酸痛 1 小时”。现病史: 1 h 前无明显诱因咽部酸痛, 双臂及肩部放射痛, 无胸痛胸闷, 无喘憋, 无头晕头痛, 恶心呕吐, 呕吐物为胃内容物, 无血丝。近期无感冒史。既往有高血压病史 20 年, 高血脂病史 5 年, 否认糖尿病、冠心病等慢性病史。未服药物治疗。

入院后查体: 体温(T) 36.4℃, 心率(HR) 67 次/min, 呼吸(R) 16 次/min, 血压(BP): 144/91

收稿日期: 2022-10-26

通信作者: 韩建萍, E-mail: hanyim80@163.com

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

mmHg, 氧饱和度(SpO_2): 99%。患者神清、精神可、言语流利, 查体合作, 对答切题, 双瞳孔等大等圆、对光反射存在、双肺呼吸音清、未闻及明显干湿啰音、各瓣膜未闻及病理性杂音、腹平软、无压痛反跳痛、墨菲氏征(-)、麦氏点无压痛、肠鸣音正常存在, 双下肢无水肿。神经系统检查: 生理反射存在, 病理反射未引出。实验室检查: WBC $13.43 \times 10^9/\text{L}$, GRAN $7.03 \times 10^9/\text{L}$, ck 210 U/L, ck-MB 19 U/L, TNI 0.02 ng/ml, K 3.3 mmol/L, GLU 7.57 mmol/L。心电图: 窦性心律, 律齐, V1-V4、I、aVL 导联 ST 段抬高, 诊断为急性 ST 段抬高型心肌梗死。

患者立即启动急诊绿色通道, 收入抢救室, 同时通知心内科二线会诊, 给与心电监护, 双鼻导管吸氧 3L/min, 于左上肢建立静脉通路, 静脉采血化验, 协助医生做好急诊 PCI 术的术前准备。医嘱下病重通知, 内科一级护理。给予患者口服阿司匹林 300 mg、替格瑞洛 180 mg, 密切监测患者的生命体征及病情变化, 床旁备除颤仪, 以防室颤的发生。于 2021 年 10 月 16 日经家属同意后送至导管室行前降支急诊 PCI 术, 术程顺利。转至 CCU 继续治疗。经过心内科专业治疗与专业护理病情好转, 于 2021 年 10 月 26 日出院。

2 快速识别与分诊

2.1 分诊思路

急诊预检分诊的护士的职责是快速分诊, 为患者分诊到相应的科室就诊, 同时遇到急危重症患者配合医生启动一切抢救流程^[4]。

2.1.1 分诊护士问诊思路: 根据急诊常见症状的分诊思路, 使用“望、闻、问、切”法分诊。“望”是指通过视觉观察患者的面容、步态等; “闻”是指通过嗅觉、听觉来判断患者身上的气味及气息; “问”是指通过询问患者症状, 咽痛症状的性质, 持续时间, 病史(既往史、服药史), 伴随症状的严重程度及化验异常情况。“切”通过测量患者的生命体征监测患者病情变化。此病例患者主诉 1 h 前无明显诱因咽部酸痛, 双臂及肩部放射痛, 伴恶心呕吐, 呕吐物为胃内容物, 无血丝, 近期无感冒史。既往有高血压病史 20 年, 高血脂病史 5 年, 未服药物治疗。

2.1.2 分诊护士病情分诊思路: 主要通过患者的意识状态, 生命体征以及症状分级。根据急诊预检分诊分级标准划分。此患者神志清楚, 1

小时前无明显诱因咽部酸痛, 双臂及肩部放射痛, 无胸痛胸闷, 伴恶心呕吐, 有高血压, 高血脂病史, T 36.4℃, HR 67 次/min, R 16 次/min, BP 144/91 mmHg, SpO_2 99%。预检分诊系统^[5]根据患者的神志、生命体征、休克指数=0.47(脉压/收缩压)将病情分级自动划分为Ⅳ级, 护士根据对急性心肌梗死危险因素的认识以及分诊经验, 本着“不漏诊, 不误诊”原则, 将病情分诊级别提级到Ⅱ级, 内科优先就诊。

2.1.3 分诊护士疾病分诊思路: 患者男性, 54 岁, 1 h 前无明显诱因咽部酸痛, 双臂及肩部放射痛, 伴恶心呕吐, 有高血压, 高血脂病史, 无感冒病史。分诊护士根据患者的症状给出的拟诊断: 急性冠脉综合征。立即给予做心电图, 立即启动绿色通道^[6]。

2.2 快速识别

心肌梗死患者最简单直观的手段, 除患者特异性症状外, 心电图是最重要的标准之一。分诊护士在 5 min 内完成患者的问诊, 分诊, 以及心电图检查^[6-8]。

此病例第 1 次心电图时间为 2021 年 10 月 15 日 23:05, 心电图显示: 窦性心律, 律齐, V1-V4、I、aVL 导联 ST 段抬高为急性如 st 段抬高型心肌梗死。如图 1。

2.3 鉴别诊断

2.3.1 典型性心肌梗死的表现: 胸痛为首发症状, 突发胸骨后或心前区压榨性疼痛, 持续半小时以上, 休息和舌下含服硝酸甘油无法缓解症状, 常伴有烦躁不安, 冷汗, 恐惧感或濒死感。这种症状分诊典型, 分诊护士很容易发现, 不容易漏诊^[1,9]。

2.3.2 非典型性心肌梗死的表现: ①上腹部或剑突部位疼痛, 同时伴有胸骨下段后部常有胸闷不适, 或伴恶心呕吐, 下壁心肌梗死常见, 也常被误认为是急腹症或急性胰腺炎, 急性胃穿孔等^[10]。②不典型的疼痛还有右胸痛, 牙痛, 下颌痛, 咽部酸痛^[11], 颈痛, 罕见的头、下肢、脚趾、甚至足跟痛, 无相应的体征, 伴胸闷, 气短, 大汗, 也应考虑心肌梗死。③高龄、糖尿病患者等发生心肌梗死的症状往往比较隐匿, 当患者突发心衰, 休克, 意识障碍, 上腹部隐痛, 腹泻等症状时, 都应考虑发生急性心肌梗死的可能^[10]。④不明原因的休克患者, 无既往病史, 无服药史, 无药物食物过敏史, 无内外出血史的患者, 考虑急性心肌梗死的可能^[10]。

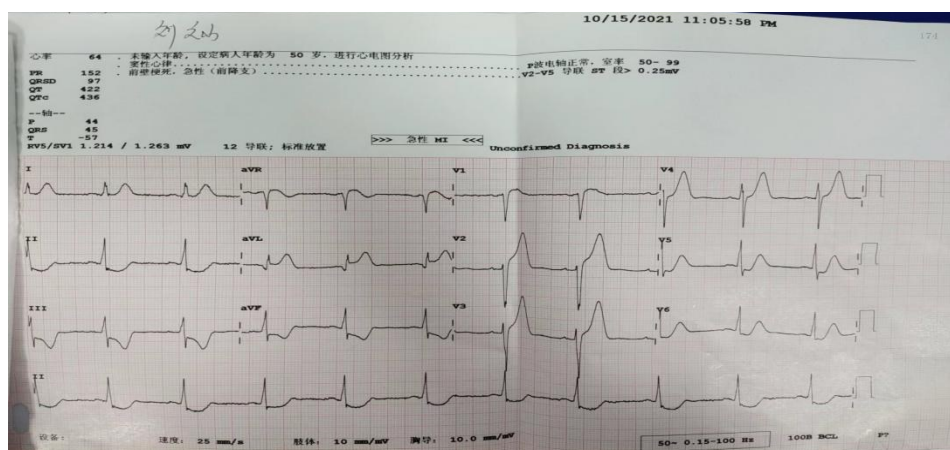


图1 患者第1次心电图

2.4 快速启动AMI绿色通道

预检分诊护士在心电图显示急性心肌梗死,立即启动AMI绿色通道先救治后挂号缴费,立即将患者收入抢救室,同时通知诊室医生,请心内科医生会诊^[12-13]。抢救组护士帮助患者摆好体位,舒适卧位,1 min内给予患者心电监护监测生命体征,双鼻导管吸氧3 L/min,2 min内于左上肢建立静脉通路,3 min内完善实验室抽血检查^[14-15]。协助医生床旁做18导联心电图,配合医生做好急诊PCI术的术前准备,遵医嘱尽早给予患者口服阿司匹林300mg、替格瑞洛180 mg,密切监测患者的生命体征及病情变化,床旁备除颤仪,以防室颤的发生。心内科医生考虑行PCI,家属同意并签署知情同意书、定好PCI手术的时间,通知导管室医护人员就位,由导管室医护人员接送到导管室进行手术。手术结束后收入CCU进行专科治疗。整个绿色通道要始终保持通畅,任何环节出错,都会威胁患者的生命安全,对患者地预后有很大影响。此病例由于患者家属对疾病知识缺乏,经医生地多次沟通下于2021年10月16日1:30同意手术住院,送入导管室手术。

3 讨论

急性心肌梗死是一种严重心血管疾病,起病急,病情变化快,治疗时有严格的时间窗。所以急性心肌梗死的早期识别诊断,对后期治疗和预后具有重要意义^[16]。马文建^[17]研究提示90 min内完成PCI手术治疗的急性ST段抬高型心肌梗死患者的预后效果良好,并发症少,所以早期启动绿色通道是中心环节。

随着人群对急性心肌梗死的认识和关注越来越多,也越来越重视,同时对急诊分诊护士的分诊

能力要求也越来越高^[18]。分诊护士应该熟练掌握如何做心电图,如何在心电图上识别急性心肌梗死的定位和恶性心律失常,早期快速的通过症状和心电图识别急性ST段抬高型心肌梗死,快速启动绿色通道,为患者争取更多的抢救时间^[6]。另外要熟知诊断急性心肌梗死的血清心肌损伤标记物的测定值^[19]:①血清肌酸磷酸激酶(CK):急性心肌梗塞发生后4~8 h升高,24 h达高峰,3~4 d恢复正常。②血清肌酸磷酸激酶同工酶(CK-MB):3~4 h开始升高,10~24 h达高峰,8~72 h恢复正常。③血清天冬酸转氨酶(AST):6~8 h升高,24~48 h到达高峰,3~5 d恢复正常。④肌钙蛋白T和肌钙蛋白I:2~4 h开始升高,10~24 h达高峰,可持续5~14 d。

此外,分诊护士也要掌握心肌梗死的危险因素,如有高血压史、高血脂史、糖尿病史、冠心病家族史、肥胖、吸烟、大量饮酒等,多见于青年男性,女性多在绝经后发生,老年患者多伴有高血压、高血脂、糖尿病、冠心病病史^[9, 20-21]。分诊护士在分诊过程中,应该对这些心肌梗死高发人群提高警惕,加强关注,防止发生漏诊。

“时间就是生命,时间就是心肌”分诊护士是患者生命的“第一站守护人”,也是绿色通道启动人之一,在分诊过程中要始终保持思路清晰,思维正确,对疾病症状不典型患者要时刻提高警惕,提高自身专业能力和分诊能力,规范使用“望、闻、问、切”分诊方法,提高预检分诊正确率。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中国医师协会中西医结合医师分会, 中国中西医结合学会心血管病专业委员会, 中国中西医结合学会重症医学专业委员会, 等. 急性心肌梗死中西医结合诊疗指南[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(3): 272-284.
BRANCH OF INTEGRATIVE CHINESE AND WESTERN MEDICINE CHINESE MEDICAL DOCTOR ASSOCIATION, COMMITTEE OF CARDIOVASCULAR DISEASES CHINA SOCIETY OF INTEGRATED TRADITIONAL CHINESE AND WESTERN MEDICINE, COMMITTEE OF CRITICAL CARE MEDICINE CHINA SOCIETY OF INTEGRATED TRADITIONAL CHINESE AND WESTERN MEDICINE, et al. Guidelines for diagnosis and treatment of acute myocardial infarction in integrated traditional Chinese and western medicine[J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2018, 38(3): 272-284. (in Chinese)
- [2] 吴旭娟, 毛芳芳, 邹洁. 改良早期预警评分系统在急诊胸痛患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(20): 71-73.
WU X J, MAO F F, ZOU J. Application of improved early warning scoring system in emergency patients with chest pain[J]. J Qilu Nurs, 2020, 26(20): 71-73. (in Chinese)
- [3] 王沛沛, 杨建萍, 苗开贵. 基于微信平台与绿色通道平台一体化胸痛中心的护理干预对急性心肌梗死患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(9): 39-42.
WANG P P, YANG J P, MIAO K G. Effect of nursing intervention based on WeChat platform and green channel platform integrated chest pain center on patients with acute myocardial infarction [J]. J Qilu Nurs, 2022, 28(9): 39-42. (in Chinese)
- [4] 急诊预检分诊专家共识组. 急诊预检分诊专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2018(6): 599-604.
EXPERT CONSENSUS GROUP. Expert consensus on pre-examination and triage in emergency department[J]. Chin J Emerg Med, 2018(6): 599-604. (in Chinese)
- [5] 赵雪红. 智能化急诊预检分诊信息系统[J]. 中国护理管理, 2019, 19(S1): 35-36.
ZHAO X H. Intelligent information system for pre-examination and triage in emergency department[J]. Chin Nurs Manag, 2019, 19(S1): 35-36. (in Chinese)
- [6] 李远强. 急诊分诊护士判读心电图对 ST 段改变型心肌梗死救治时间的影响[J]. 当代护士, 2021, 28(10): 98-99.
LI Y Q. Influence of ECG interpretation by emergency triage nurses on treatment time of ST-segment altered myocardial infarction [J]. Mod Nurse, 2021, 28(10): 98-99. (in Chinese)
- [7] 帅靖. 心电图对急性心肌梗死诊断的影响[J]. 中国城乡企业卫生, 2022, 37(10): 167-169.
SHUAI J. Influence of electrocardiogram on diagnosis of acute myocardial infarction [J]. Chin J Urban Rural Enterp Hyg, 2022, 37(10): 167-169. (in Chinese)
- [8] 连思君, 沈韵, 张洁, 等. 优化绿色通道流程在急诊胸痛病人分流中的应用[J]. 循证护理, 2021, 7(4): 534-536.
LIAN S J, SHEN Y, ZHANG J, et al. Application of optimizing green channel process in triage of emergency patients with chest pain [J]. Chin Evid Based Nurs, 2021, 7(4): 534-536. (in Chinese)
- [9] 罗芳, 宋咪. 1 例川崎病并发急性心肌梗死患者的护理体会[J]. 中西医结合护理, 2022, 8(4): 110-111.
LUO Fang, SONG Mi. Nursing management of a patient with kawasaki disease complicated with acute myocardial infarction [J]. Chin J Integr Nur, 2022, 8(4): 110-111.
- [10] 黄素芳, 汤晓丹, 李秀云. 急性心肌梗死预检分诊判断及护理[J]. 中华急诊医学杂志, 2002, 11(3): 216.
HUANG S F, TANG X D, LI X Y. Pre-examination and triage judgment and nursing care of acute myocardial infarction [J]. J Emergenoy Med, 2002, 11(3): 216. (in Chinese)
- [11] 朱艳, 陆娟. 一例不典型急性心肌梗死患者亚低温治疗的护理[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(35): 4540-4541.
ZHU Y, LU J. Nursing care of a patient with atypical acute myocardial infarction treated with mild hypothermia [J]. Chin J Mod Nurs, 2014, 20(35): 4540-4541. (in Chinese)
- [12] 彭红, 刘瑞华, 李雪, 等. 优化绿色通道护理流程对急诊缺血性脑卒中静脉溶栓时间节点的影响[J]. 中西医结合护理, 2022, 8(8): 121-124.
PENG H, LIU R H, LI X, et al. Effect of optimizing the nursing process of green channel on time course of intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke [J]. Chin J Mod Nurs, 2022, 8(8): 121-124.

- [13] 朱雪清, 葛杨, 王丽婷, 等. 新冠肺炎疫情防控期间医疗团队资源管理救护模式在急性心肌梗死患者中的应用[J]. 中国护理管理, 2021, 21(10): 1558-1562.
- ZHU X Q, GE Y, WANG L T, et al. Application of medical Team Resource Management and rescue model in the treatment of patients with Acute Myocardial Infarction under epidemic prevention and control[J]. Chin Nurs Manag, 2021, 21(10): 1558-1562. (in Chinese)
- [14] 初喆, 张春艳, 熊文燕, 等. 急诊重点病种全流程网格化管理模式应用效果评价[J]. 护理研究, 2021, 35(10): 1839-1842.
- CHU Z, ZHANG C Y, XIONG W Y, et al. Evaluation of application effect of full-process grid management model of key diseases in emergency department [J]. Chin Nurs Res, 2021, 35(10): 1839-1842. (in Chinese)
- [15] 朱陶锦, 周望梅, 甘秋萍, 等. 《急救护理学(第2版)》出版: 急救护理路径对急性心肌梗死患者急救效果的影响[J]. 介入放射学杂志, 2022, 31(5): I0005.
- ZHU T J, ZHOU W M, GAN Q P, et al. First aid nursing (2nd edition) was published: the influence of first aid nursing path on first aid effect of patients with acute myocardial infarction [J]. J Interv Radiol, 2022, 31(5): I0005. (in Chinese)
- [16] 孙冰, 王海昌, 孙冬冬. 急性ST段抬高型心肌梗死溶栓治疗的最新进展[J]. 心脏杂志, 2020, 32(1): 93-98.
- SUN B, WANG H C, SUN D D. Latest development of thrombolytic therapy for patients with acute ST-elevation myocardial infarction [J]. Chinese Heart J, 2020, 32(1): 93-98. (in Chinese)
- [17] 马文健. 90分钟内完成直接冠脉介入治疗的急性ST段抬高型心肌梗死患者晚期预后的影响因素研究及LCZ696对缺氧内皮细胞的影响和机制研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2021.
- MA W J. Study on influencing factors of late prognosis in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention with 90 minutes for acute ST-segment elevation myocardial infarction and influence and mechanism of LCZ696 on hypoxic endothelial cell [D]. Beijing: Peking Union Medical College, 2021. (in Chinese)
- [18] 谢咏湘, 李映兰, 石莲桂, 等. 急诊预检分诊护士核心能力评价指标体系的构建[J]. 中国护理管理, 2018, 18(5): 641-646.
- XIE Y X, LI Y L, SHI L G, et al. The construction of evaluation index system of core competence among preview emergency triage nurses [J]. Chin Nurs Manag, 2018, 18(5): 641-646. (in Chinese)
- [19] 吴秀娟, 王忠民, 刘煜昊, 等. 血清生物标记物对急性心肌梗死患者院内心功能衰竭的预测价值[J]. 岭南心血管病杂志, 2017, 23(5): 511-515, 520.
- WU X J, WANG Z M, LIU Y H, et al. Prediction value of serum biomarkers in hospital heart failure for the patients with acute myocardial infarction [J]. South China J Cardiovasc Dis, 2017, 23(5): 511-515, 520. (in Chinese)
- [20] 马丽媛, 王增武, 樊静, 等. 《中国心血管健康与疾病报告2021》概要[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2022, 30(7): 481-496.
- MA L Y, WANG Z W, FAN J, et al. Summary of China cardiovascular health and disease report 2021 [J]. Chin J Interv Cardiol, 2022, 30(7): 481-496. (in Chinese)
- [21] 郭继东, 王喜萍, 赵媛媛, 等. 急性心肌梗死发生的高危因素分析[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13(7): 65-68.
- GUO J D, WANG X P, ZHAO Y Y, et al. Analysis of high risk factors of acute myocardial infarction [J]. China Health Stand Manag, 2022, 13(7): 65-68. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。