



遵义医学院附属医院

AFFILIATED HOSPITAL OF ZUNYI MEDICAL COLLEGE

遵义医学院附属医院

团结

自强

敬业

创新

胸痛鉴别诊断

遵义医学院附属医院/心血管医院

赵然尊

1. 概念

- 定义：指原发于胸部，或由躯体其他部位放射到胸部的疼痛。
- 胸痛是多种疾病的首发症状，其中隐匿着一些致命性疾病。

2. 流行病学概况

- 多见，至少有30种疾病；
- 胸痛或胸部不适占急诊20%~30%。
- **急诊**：>50% 心血管疾病（急性心肌梗死AMI、不稳定心绞痛UA、肺栓塞PE、心力衰竭HF）
- **门诊**：稳定的心绞痛、肺部疾病、肌肉骨骼疾病、消化道病变、精神疾患
- **其他疾病**：发性气胸、大叶性肺炎、带状疱疹、胸膜炎、急性心包炎、胃食管反流性疾病。

3. 诊治思路 – 胸痛危险分层

危险分层	常见疾病
高危胸痛	<ul style="list-style-type: none">① 急性冠脉综合征 (ACS)② 主动脉夹层③ 急性肺栓塞④ 气胸
低危胸痛	<ul style="list-style-type: none">① 食管疾病② 急性心包炎③ 胸膜炎④ 颈椎骨关节炎⑤ 胸廓出口综合征⑥ 肋间神经炎、胸椎脊髓损伤⑦ 肺尖肿瘤、纵膈肿瘤等；⑧ 非化脓性肋软骨炎；⑨ 胸壁外伤和感染⑩ 带状疱疹⑪ 心脏神经官能症及其他，如戒断综合征等

病因分类

病因分类	常见疾病
心血管源性	<ul style="list-style-type: none">① 急性冠脉综合征 (ACS)、稳定型心绞痛、X 综合征② 瓣膜病③ 心肌炎、心包炎、肥厚型心肌病等④ 主动脉夹层⑤ 急性肺栓塞⑥ 肺动脉高压
非心血管源性	<ul style="list-style-type: none">① 肺脏及纵膈疾病；② 消化系统疾病；③ 肌肉骨骼系统疾病；④ 神经系统疾病⑤ 感染性疾病⑥ 心理性疾病

4. 临床识别要点

- 患者年龄、性别；
- **胸痛特点**：疼痛部位、性质、持续时间、诱因和缓解方式？
- 体格检查：
- **辅助检查**：必查：心电图和胸片；必要时心脏超声、胸部CT（胸部血管CT、肺动脉CT和冠脉CT）和MRI等；
- **实验室检查**：
 - ① 胸痛五项：肌钙蛋白、肌红蛋白、CK-MB、NT-proBNP和D2聚体；
 - ② 血常规、凝血功能等、

5. 高危胸痛 - 急性冠脉综合征

ACS分型	临床诊断
STEMI	1) 典型胸痛，持续不缓解； 2) 心电图改变； 3) 心肌损伤标志物（非必须条件）；---- 任意两点。
NSTEMI	1) 胸痛，非持续性、阵发性、反复发作； 2) 心电图改变：ST段压低、或T波改变； 3) 心肌损标志：可能轻微升高。
UAP	1) 典型胸痛； 2) 心电图一过性ST-T改变，压低或升高； 3) 心肌损伤标志物多正常。

- **AMI:** 发病前多无胸痛史；突发胸痛、剧烈持续不缓解；部分回旋支闭塞患者无心电图ST段抬高，且心肌酶升高不显著。
- **NSTEMI:** 强调是持续或间断胸闷胸痛，伴心肌酶升高，心电图不典型。

持续胸痛/胸闷，但心电图改变不明显，怎么办？

- 背部脊柱部位痛不？
 - 痛，则为主动脉夹层可能性大；少数夹层合并AMI。
- 伴CK-MB、cTnT升高么？
 - 非老年患者，轻微升高，考虑心梗，回旋支可能性大；
 - 老年患者，多支血管病变可能性大。
- 心电图S_IQ_{III}T_{III}，心脏彩超提示肺动脉高压？
 - 警惕肺栓塞，查D2聚体和肺血管CT。
- 体型瘦弱者，注意体格检查，一侧呼吸音消失
 - 警惕气胸，行胸部X线检查。

6. 高危胸痛 – 主动脉夹层

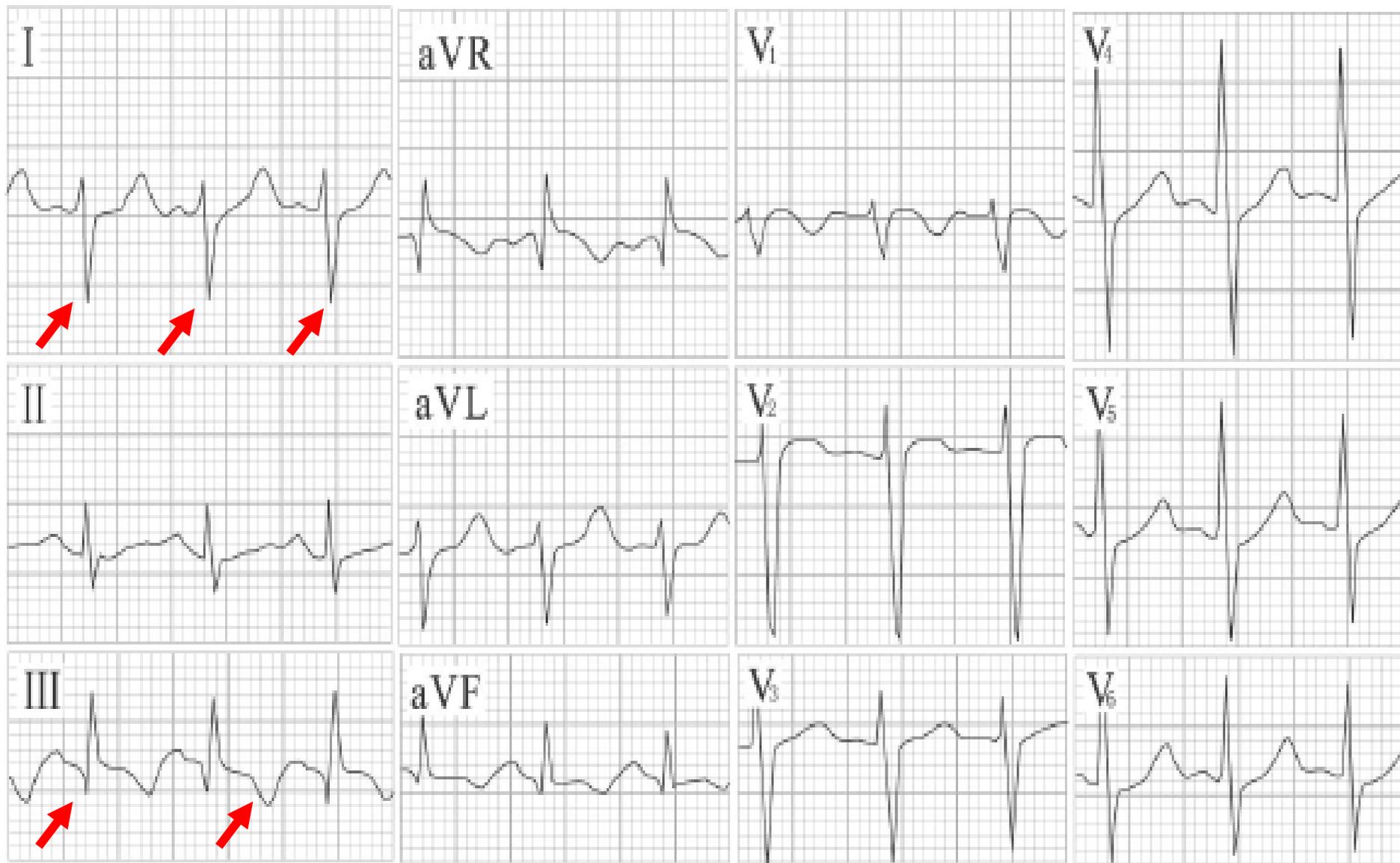
- **胸痛**：类似于AMI，但：
 - ① 程度更剧烈，一开始即达到高峰，无持续加重或减轻；
 - ② 伴背部脊柱部位疼痛；
 - ③ 疼痛有没有延伸，必须胸痛延伸至腹部，警惕主动脉夹层扩展；
 - ④ 多伴有血压升高。
- 心电图：除非累及冠状动脉口，否则一般不会有缺血改变；
- 心肌损伤标志物：多正常，或CK-MB正常，肌钙蛋白轻微升高。
- 胸部血管CT造影：怀疑主动脉夹层，应尽快行该检查。

一个胸痛4~6h的患者，如果心肌损伤标志物和心电图基本正常，则基本不担心心梗。

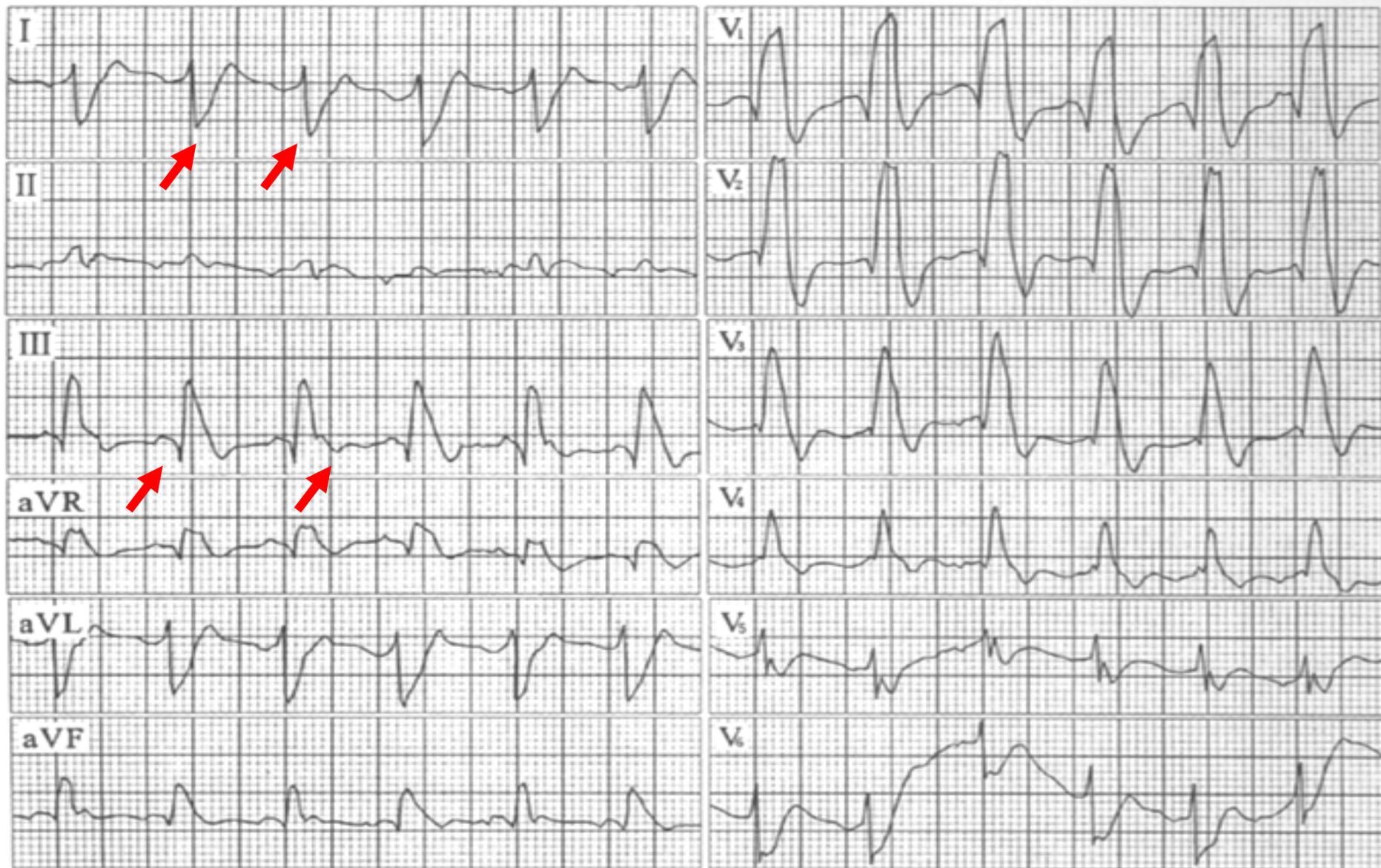
7. 高危胸痛 – 肺栓塞

- **胸痛**：类似于AMI，但：
 - ① 多伴呼吸困难，咯血少见，除非是大面积栓塞；
 - ② 多伴血氧饱和度下降，心脏彩超肺动脉高压征象；
 - ③ 老年患者，注意有无卧床病史和下肢水肿，尤其是不对称水肿。
- 心电图：注意识别 $S_I Q_{III} T_{III}$ ，非组合导联的一致性改变；
- 心肌损伤标志物：多正常，或CK-MB正常，肌钙蛋白轻微升高；D2聚体要注意复查，多升高。
- 肺血管CT造影：尽快行该检查。

肺栓塞心电图表现： $S_I Q_{III} T_{III}$



肺栓塞心电图表现： $S_I Q_{III} T_{III}$ 合并RBBB

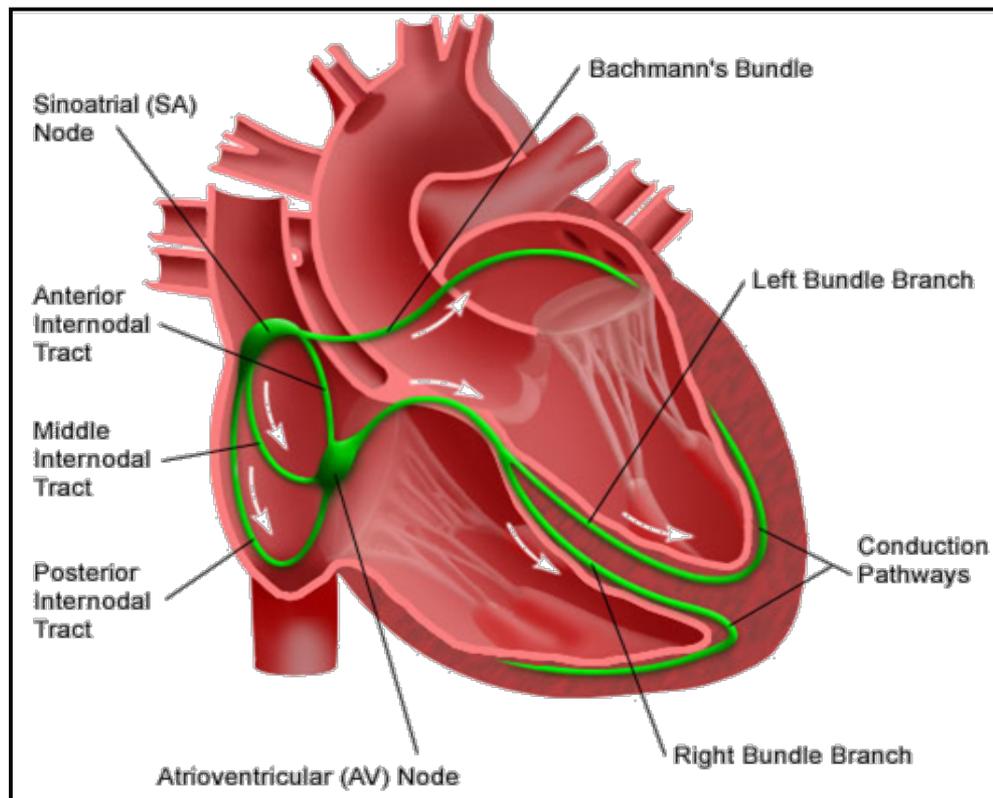


肺栓塞心电图表现机制： $S_I Q_{III} T_{III}$?

- 发生率10~50%。
- 其存在时间很短，肺栓塞发生后2周内消失；
 - ① I导出现S波或原有S波变深 >0.15 mV；
 - ② III导出现Q波呈qR或qr形，一般不出现QS型，Q波宽度多 <0.04 s，深度 $<1/4$ R波。II、aVF导联一般不出现Q波；
 - ③ 伴T波倒置。
- 反映了急性右心室扩张。也可能继发于左后支缺血导致的左后分支阻滞。

肺栓塞心电图表现机制：RBBB？

- 发生率约为25%（6~67%）；
- 可能与肺动脉主干栓塞，造成急性心室扩张限制向心内膜下右束支所在血管供血有关；
- 常为一过性，常在右心血流动力学参数恢复正常后消失。
- 新发生的右束支传导阻滞是肺动脉主干完全堵塞的标志



肺栓塞其他心电图表现

- ① $S_I Q_{III} T_{III}$ 改变
- ② 右束支阻滞（暂时性）
- ③ 右胸导联T波倒置
- ④ 电轴右偏
- ⑤ 肺型P波
- ⑥ 顺钟向转位
- ⑦ 窦性心动过速

8. 高危胸痛 – 气胸

- **胸痛**：如何发生于左侧气胸类似于AMI，但：
 - ① 突发一次剧烈胸痛，刺痛，或伴牵涉痛；
 - ② 多伴呼吸困难；
 - ③ 深呼吸加重；
 - ④ 注意患者瘦弱提醒，发病前用力病史
- 心电图：多无改变；
- 心肌损伤标志物：多正常。
- 尽快行胸部X线检查。

胸痛中心

- 万里长征第一步！！

