

全科临床诊疗思维系列:胸闷、心悸

闫桂霞¹, 马力^{2*}

(1. 北京市东城区体育馆路社区卫生服务中心 全科医疗科, 北京 100061; 2. 首都医科大学附属北京天坛医院 全科医疗科, 北京 100070)

【摘要】全科医师接诊胸闷、心悸患者时需注意从患者的众多不适中识别出主要症状, 通过体格检查发现可能存在的心律失常, 心电图即可确诊部分心律失常, 然后根据患者情况展开相关辅助检查, 评估患者的潜在风险, 继而根据病情制定诊疗和干预计划。本文以北京市东城区体育馆路社区卫生服务中心接诊胸闷、心悸的真实患者为例, 模拟临床诊疗过程, 对胸闷、心悸的临床诊疗思维进行介绍, 并首次发现心律失常患者需转诊。

【关键词】胸闷; 心悸; 室性期前收缩

【中图分类号】 R441

【文献标志码】 A

【文章编号】 1672-3384(2019)03-0038-05

doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2019.03.010

Clinical diagnosis and treatment thinking series of general practice: chest tightness and palpitation

YAN Gui-xia¹, MA Li^{2*}

(1. Department of General Practice, Tiyyuguanlu Community Health Service Center, Dongcheng District, Beijing 100061, China; 2. Department of General Practice, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100070, China)

【Abstract】 When treating patients with chest tightness and palpitation, general practitioners (GPs) should pay attention to identify the main symptoms from complex complaints, detecting possible arrhythmia through physical examination and electrocardiogram. Then, relevant auxiliary examinations can be carried out according to the patients' conditions to assess the potential risks of patients. GPs can make plans for diagnosis, treatment and intervention according to the results above. Though the real patient with chest tightness and palpitation, simulating the clinical diagnosis and treatment process, the author introduces the clinical diagnosis and treatment thinking of chest tightness and palpitation. Patients with arrhythmia first discovered need referral.

【Key words】 chest tightness; palpitation; ventricular premature contraction

胸闷、心悸是全科医疗科门诊常见症状, 在门诊患者中占16%^[1]。很多患者对症状的描述并不清楚, 容易和其他症状混淆, 病因复杂多样, 需临床医师认真鉴别。

1 临床病例

主观资料(S): 女性, 55岁, 主因“间断胸闷、心悸1周”于2016年3月7日到社区卫生服务中心(以下简称我中心)全科门诊就诊。

问题1——什么是胸闷、心悸, 接诊时应如何问诊?

思路 患者对胸闷的表述不一, 经常和其他症

状同时出现, 面对胸闷的患者首先需从众多主诉的症状中找出主要症状, 以便于进一步寻找病因。

知识点1 患者对胸闷的典型描述。胸闷(chest tightness)是一种症状的集合, 患者的描述经常和呼吸困难、憋气等同时出现, 患者的典型描述可以是发憋、憋得慌、喘气费劲、胸口被什么压着等, 常有胸痛、心悸、喘憋等伴随症状, 且各种症状常描述不清。

知识点2 与胸闷表述类似的临床症状。①心悸(palpitation): 对心跳的一种感觉异常, 通常是良性的, 可由心脏本身原因引起, 也可能是心外原因影响

[收稿日期] 2019-01-26

[作者简介] 闫桂霞, 女, 副主任医师; 研究方向: 社区慢性病管理; Tel: 18210538434; E-mail: guixiayan7011@126.com

[通信作者] *马力, 女, 副教授, 硕士生导师, 主任医师; 研究方向: 全科医学与常见慢性病管理; Tel: (010)59978009; E-mail: mali_tty@126.com

到心跳的频率、节律和强弱^[1],患者可有心慌、心跳过强、心脏不跳了、心跳不规律、心跳时快时慢、心跳慢等不同主诉;②胸痛:胸前区的不适或疼痛感,也可被患者描述为压迫、不适、紧缩、憋闷等多种情况,容易与胸闷的描述混淆,有时并无本质区别;③憋气或呼吸困难:由气道阻力增加或低氧血症等引起,伴呼吸肌力量或呼吸频率、深度的变化。经常有患者主诉憋气,甚至伴有呼吸节律和深度的变化,如突然深吸一口气或深吸一口气或叹口气后缓解,可由心因性因素引起。

知识点 3 胸闷、心悸患者症状问诊要点。胸骨后紧缩感是典型的心绞痛表现,很多患者也会表述为胸闷,因此对于胸闷的患者,首先需询问胸闷的性质、部位、诱因和持续时间,排除心绞痛。然后进一步询问与活动、进餐、情绪、体位等的关系,有无发热、咳嗽、咳痰、咯血、心悸、发绀、反酸、吞咽困难、呼吸困难等伴随症状及其严重程度,诊疗经过及治疗效果等以便于进一步的诊断和鉴别诊断。对于心悸的患者,需仔细询问患者心悸发作和终止的情况、自觉心跳快慢以及伴随症状,突发突止通常是典型的阵发性室上性心动过速的表现,自觉心跳快慢可在一定程度上反映心搏的实际速率和规律,心悸发作伴黑蒙、晕厥可能提示恶性心律失常如室性心动过速等。

2 临床病例(续)

主观资料(S):患者近1周来经常出现胸闷、心悸、气短,无胸痛,夜间明显,可平卧。症状发作与活动、饮食等无关,逐渐出现,持续时间较长,多为数小时甚至全天持续性,自觉心跳不规律。无头晕、头痛,无恶心、呕吐。饮食二便正常,睡眠差。因患高血压、糖尿病来我中心取药。

既往史:高血压2年,血压最高达170/110 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),坚持服用氨氯地平2.5 mg 每日1次降压治疗,血压控制稳定。2型糖尿病2年,坚持服用格列喹酮60 mg,每日3次,二甲双胍缓释片1.0 g,每日1次降糖治疗,血糖控制不达标,空腹血糖8~9 mmol·L⁻¹、餐后2 h血糖8 mmol·L⁻¹左右。

个人史:50岁绝经。丈夫半年前去世。无外伤、手术史,无药敏史。

家族史:母亲患糖尿病。否认高血压、冠心

病、脑血管病、高脂血症、慢性阻塞性肺疾病等慢性病家族史。

生活习惯:无烟酒嗜好,生活规律,饮食清淡,不爱运动。

问题2——该患者应首先考虑哪些情况?

思路 临床接诊胸闷、心悸的患者时,即使获取了详尽病史和查体信息,有时也很难准确诊断,需根据患者的临床特征选择合适的检查。

病例特点:中老年女性,既往有高血压、糖尿病病史,已绝经,有糖尿病家族史;近半年心情不好,性格内向;间断胸闷、心悸1周,自觉心跳不齐。

知识点 如何从病史上鉴别功能性胸闷和器质性胸闷、心悸?

完整而详实的病史采集是鉴别功能性与器质性心悸、胸闷的第一步^[2],然后依据患者症状的典型程度、诊断倾向性及危险分层决定个性化、适度合理的辅助检查,通常心电图筛查是必须的。临床必需首先排除器质性疾病后才能考虑功能性疾病。

问题3——该患者在社区卫生服务站查体应重点检查哪些方面?

思路 全科医师更应该重视体格检查基本功,通过体格检查可提示进一步检查的思路。

一般情况:有无苍白、出汗、消瘦,意识状态等。视诊:皮肤是否有湿润、干燥、肿胀,有无胸廓畸形等。触诊:甲状腺有无肿大、结节,胸部、颈椎、胸椎有无压痛。叩诊:有无浊音、过清音、心脏浊音界扩大。听诊:肺部呼吸音、心率、心律、心脏杂音等。双下肢:有无水肿、周径不对称、腓肠肌压痛等。

知识点 可能与胸闷、心悸有关的临床情况。

①心脏疾病:包括心绞痛、各种心律失常、心功能不全、心脏瓣膜病、心肌病及起搏器综合征。类似典型心绞痛的胸闷发作通常与心肌氧代谢供需失衡有关,需注意排除心绞痛,此外还可能与主动脉瓣狭窄、肥厚型心肌病等疾病相关;②心脏高循环动力状态:因心脏搏动增强、心率增快等原因,可出现心悸、胸闷症状,查体可闻及心尖区有2/6~3/6级吹风样收缩期杂音,可有收缩压增高、脉压差增大。生理情况可见于情绪激动、运动或妊娠,病理情况可见于甲亢、严重贫血、发热等;③呼吸系统疾病:如慢性阻塞性肺病、肺间质病等引起的呼吸

困难易与不典型胸闷混淆,可出现多种心律失常而导致心悸症状;④心理精神性疾病:如广泛性焦虑状态/焦虑症、抑郁状态/抑郁症、惊恐发作等,可引起心悸、胸闷症状,多不典型,持续时间长,需首先排除器质性疾病后方可考虑;⑤其他:代谢性疾病如低血糖、血脂异常、肥胖等。由药物或饮食引起的包括拟交感药物、缩血管药物、抗胆碱能药物、含咖啡因饮品、 β 受体阻断剂戒断、尼古丁摄入以及安非他命类(含冰毒、摇头丸)、可卡因等药物滥用。正常人也可能出现。

3 临床病例(续)

客观资料(O):体温 36.2°C ,脉搏每分钟88次,呼吸每分钟18次,血压 $126/78\text{ mmHg}$,身高 162 cm ,体重 80 kg ,BMI $30.48\text{ kg}\cdot\text{m}^{-2}$,腰围 110 cm 。神清、精神好,情绪低,不善言辞,口唇无苍白,甲状腺不大,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心尖搏动位于胸骨左侧第五肋间内 0.5 cm ,心率每分钟88次,律不齐,可闻及早搏每分钟10次, $A2=P2$,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软,无压痛、反跳痛及肌紧张。双下肢无水肿。

问题4——问诊和体格检查结束后初步考虑患者诊断是什么?

思路 患者中老年女性,已绝经,丈夫半年前去世后心情低落,既往有高血压、糖尿病病史。近1周有胸闷、心悸症状,查体发现心律不齐,可闻及早搏,故根据问诊和查体考虑心律失常诊

断明确,具体心律失常的类型和导致心律失常的病因不清。

知识点 期前收缩指异位起搏点较基本心律提前发出异位激动,过早引起心脏局部或全部提前除极,又称早搏,是最常见的心律失常。根据期前收缩起搏点的不同,可分为窦性、房性、交界性和室性期前收缩,其中室性最为常见。听诊可发现心律不规则,期前收缩后有较长的代偿间歇。

问题5——该患者在社区卫生服务站应进行哪些辅助检查?

①心电图:可通过心电图诊断期前收缩及其分类、严重程度,还有助于寻找导致心律失常病因的线索,如低血钾引起的U波、高血钾引起的T波高尖、急性心肌梗死及严重心肌缺血等;②血常规:有无贫血;③心肌损伤标志物:除外急性心肌梗死、心肌炎等引起的心律失常;④其他:如血糖、肝肾功能等。

4 临床病例(续)

客观资料(O):心电图见图1。

5 临床病例(续)

评估(A):①临床诊断。心律失常-频发室性期前收缩,高血压病3级极高危分层,2型糖尿病。②健康问题。绝经期女性;半年来情绪低落;既往有高血压、糖尿病病史,坚持服药,血糖控制不满意;母亲患糖尿病;运动不足;肥胖。

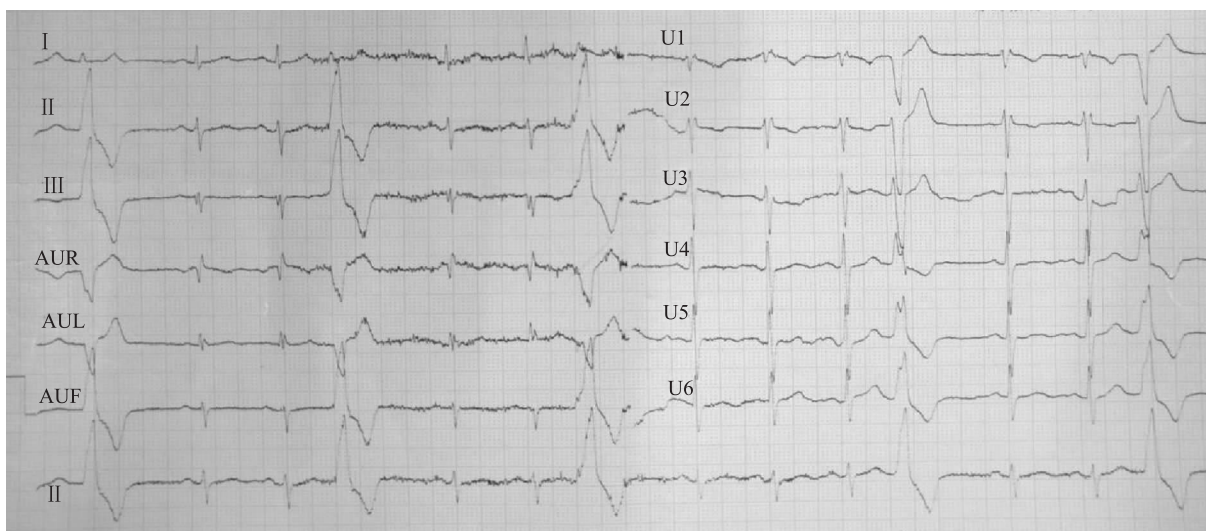


图1 胸闷患者心电图

问题 6——该患者频发室性期前收缩的原因应考虑哪些?

思路 该患者频发室性期前收缩诊断明确, 因近 1 周有胸闷、心悸症状, 既往有高血压、糖尿病、家族史、肥胖等危险因素, 故应首先注意除外器质性疾病导致的心律失常, 如急性冠脉综合征、电解质紊乱等。

6 临床病例 (续)

处置计划 (P): ①诊断计划。转诊上级医院, 查心肌损伤标志物、电解质除外急性冠脉综合征和电解质紊乱; 查动态心电图对室性期前收缩负荷进行评价, 并明确有无其他类型心律失常; 查甲状腺功能、超声心动图等明确心律失常原因并指导进一步治疗。②治疗计划。a. 药物治疗为应用美托洛尔 25 mg 每日 2 次; b. 低盐低脂糖尿病饮食; c. 心理疏导; d. 联系上级医院, 绿色通道转诊。③健康教育计划。a. 心律失常、高血压、糖尿病知识指导; b. 生活方式和行为指导; c. 用药指导; d. 自我保健知识指导; e. 患者家属教育。

问题 7——哪些心律失常需要转诊?

知识点 1 心律失常转诊指征^[3]: ①首次发现心律失常, 需行进一步检查明确心律失常类型及原因; ②具有需要处理的心律失常的原发病; ③恶性心律失常可能, 或不能判断心律失常的危害性; ④需调整药物治疗方案的心律失常; ⑤需心血管专科就诊的其他情况; ⑥心律失常的定期复查和综合评估。

知识点 2 美托洛尔在室性期前收缩中的应用: β 受体拮抗剂可用于缓解室性期前收缩引起的症状^[1],

并对室性期前收缩有一定的抑制作用^[4]。当不能完全排除冠状动脉疾病引起的心律失常时, 还可降低心肌耗氧量, 改善心肌缺血症状、预防恶性心律失常。

7 临床病例 (续)

患者于就诊当天下午到综合医院急诊, 复查心电图提示室性期前收缩四联律, 急查 cTnT (-), 血生化: K^+ $3.77 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, GLU $12.87 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 肝肾功能正常。予吸氧 2 d 后建议患者门诊治疗。

2 d 后门诊就诊, 查血常规正常。血生化: ALT $73 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, AST $55 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$, GLU $9.75 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, Cr $59.35 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, BUN $3.61 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, $URIC$ $263.31 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, TC $5.76 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, TG $3.49 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, $LDL-C$ $3.60 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, $HDL-C$ $0.97 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, K^+ $4.03 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, HbA_{1c} 7.5% 。甲状腺功能正常。动态心电图: 窦性心律, 偶发房性早搏, 频发室性早搏, 室性期前收缩每日 21 370 次。超声心动图: 静息状态下心内结构及血流未见明显异常。继续予美托洛尔 25 mg 每日 2 次治疗, 建议患者行射频消融术, 患者拒绝。

半个月后因心悸、胸闷症状明显, 再次复查动态心电图: 室性期前收缩每日 24 951 次, 患者积极要求导管射频治疗消融, 故接受腔内电生理 + 射频消融术。出院主要诊断: 特发性右室流出道室性期前收缩。术后予阿司匹林抗血小板聚集治疗, 继续美托洛尔 25 mg 早、12.5 mg 晚抑制交感神经兴奋。患者血糖控制不满意, 调整降糖药物后控制血糖满意。加用他汀类药物调脂治疗。射频消融术后 2 周复查, 无胸闷、心悸症状, 心电图未见早搏 (图 2), 动态心电图为室性期前收缩每日 36 次。

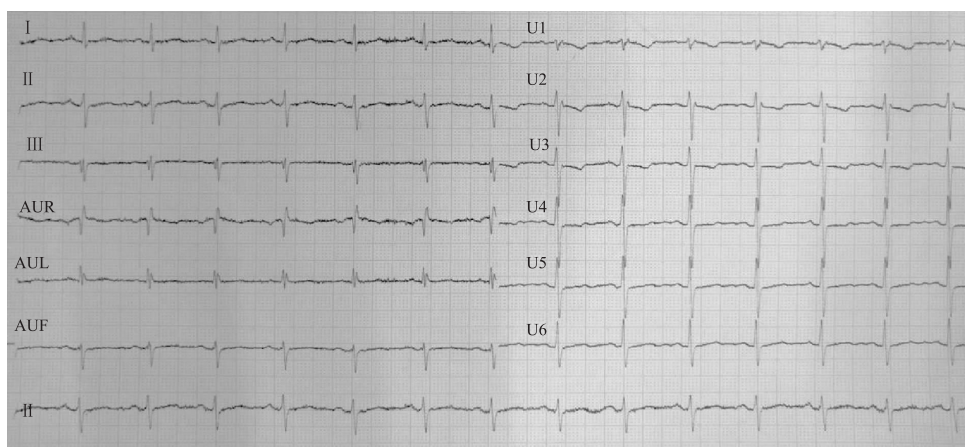


图 2 射频消融术后复查心电图

问题8——如何对室性期前收缩患者进行评价?

思路 评估室性期前收缩患者的第1步是确定是否合并结构性心脏病,可根据心电图、动态心电图、超声心动图、运动试验、冠状动脉影像学检查等作出诊断。

知识点1 不同检查方法在室性期前收缩评价中的作用:①室性期前收缩的诊断主要依赖12导联心电图和24h动态心电图检查,诊断信息应包括室性期前收缩的形态(单形还是多形)、数量、起源部位及与运动关系(增多还是减少)等^[5]。动态心电图对于判断室性期前收缩的总数、不同时间的分布情况、与自主神经张力变化的关联以及是否有多种形态具有重要价值。②超声心动图可评估心脏结构和功能、瓣膜异常及肺动脉压,用于症状性室性期前收缩、频发室性期前收缩(负荷>10%)患者或疑有结构性心脏病的患者。③运动试验用于判断运动后心肌缺血,以及运动与心律失常的关系。④其他影像学检查为冠状动脉CT或冠状动脉造影用于除外冠状动脉病变,MRI用于除外肥厚型心肌病、心脏淀粉样变、致心律失常性右室心肌病等情况。

知识点2 室性期前收缩负荷:室性期前收缩总数/24h总心跳数,室性期前收缩负荷占总心搏数的15%~25%以上与左心室收缩功能受损有关^[6]。

问题9——室性期前收缩应如何治疗?

知识点 室性期前收缩治疗:①偶然发现的室性期前收缩可见于40%的老年人,极少需要治疗^[7]。未合并结构性心脏病、无或仅有轻微症状的室性期前收缩患者,仅需安慰无需治疗。②药物治疗只在症状严重不能耐受或期前收缩可能发生室性心动过速、室性颤动等恶性心律失常时才应用。症状明显患者可考虑使用 β 受体拮抗剂或非二氢吡啶类钙拮抗剂,但疗效有限。 β 受体拮抗剂可作为药物治疗的首选^[8],相对安全。③导管消融治疗室性期前收缩的指征目前尚未达成共识^[4]。症状明显或不明原因的左心室功能障碍的频发室性期前收缩(>10 000次/24h)患者,导管消融可能有助于改善症状或左心室功能^[5]。

问题10——介入治疗后转回社区应如何进行管理?

心律失常患者社区管理要点^[3]:①建立健康档案。记录患者的既往患病情况、危险因素、发病情

况及发病时的心电图、上级医院就诊处理经过及结果,患者用药及调整等资料。②健康管理。a. 指导患者饮食、运动及心理等,避免劳累、烟酒茶咖啡、不良情绪等诱发因素;b. 向患者及家属交代疾病的情况,使用药物治疗的必要性及药物副作用,增加患者的依从性;c. 教会患者便捷的心律失常识别方法,如监测脉搏变化来监测心律变化等。③监测内容。a. 症状包括患者从上次就诊以来症状发作情况、有无新发症状或原有症状加重;b. 体征包括血压、心率、心律等;c. 生活方式评估及建议、服药情况、药物不良反应,必要时调整治疗;d. 根据病情定期做必要的辅助检查,包括心电图、血常规、肝功能、肾功能、电解质、凝血功能及超声心动图等。④随访评估。a. 评估是否存在危急或其他需转诊情况;b. 不需转诊的患者,询问上次随访到此次随访期间的症状;c. 测量心率、血压等;d. 询问患者疾病情况和生活方式,包括心脑血管疾病、吸烟、饮酒、运动等;e. 了解患者服药情况和药物不良反应,必要时调整药物治疗方案。

【参考文献】

- [1] Mengel M B, Peter Schwiebert L. Family medical; ambulatory care and prevention[M]. 5th ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 2009.
- [2] 陈尔冬, 李建平. 功能性器质性心悸、胸闷的鉴别[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(1): 3-6.
- [3] 吴浩, 吴永浩, 屠志涛. 全科临床诊疗常规[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018.
- [4] Stec S, Sikorska A, Zaborska B, et al. Benign symptomatic premature ventricular complexes: short-and long-term efficacy of antiarrhythmic drugs and radiofrequency ablation[J]. Kardiologia Pol, 2012, 70(4): 351-358.
- [5] 中华医学会心电生理和起搏分会, 中国医师协会心律学专业委员会. 室性心律失常中国专家共识[J]. 中华心律失常学杂志, 2016, 20(4): 279-326.
- [6] Ban J E, Park H C, Park J S, et al. Electrocardiographic and electrophysiological characteristics of premature ventricular complexes associated with left ventricular dysfunction in patients without structural heart disease[J]. Europace, 2013, 15(5): 735-741.
- [7] 墨塔. 全科医学[M]. 梁万年, 主译. 4版. 北京: 人民军医出版社, 2010.
- [8] 波特. 默克家庭医学手册[M]. 胡大一, 主译. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2014.

(本文编辑: 温玲玲)