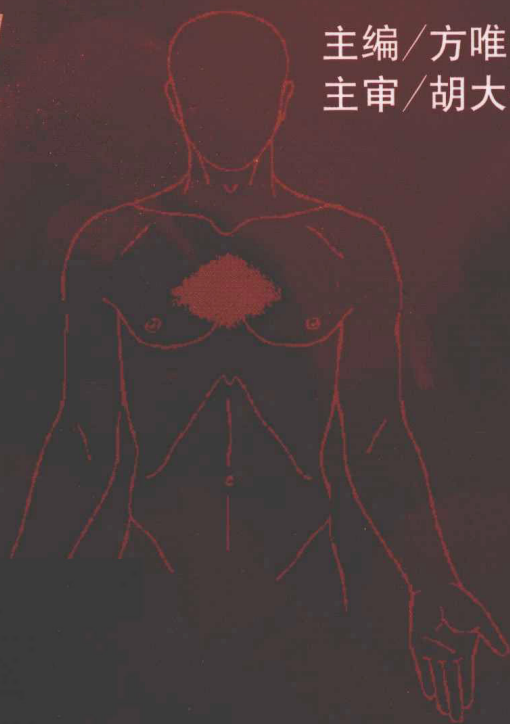


胸痛 Chest pain

——快速诊疗方略



主编/方唯一
主审/胡大一



北京大学医学出版社

胸痛

Chest
Pain

——快速诊断与处理

主编 王辰
副主编 葛均波



人民卫生出版社

胸痛

——快速诊疗方略

主 编 方唯一
主 审 胡大一

北京大学医学出版社

XIONG TONG——KUAI SU ZHEN LIAO FANG LUE

图书在版编目(CIP)数据

胸痛——快速诊疗方略/方唯一主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2010. 11
ISBN 978-7-5659-0056-3

I. ①胸… II. ①方… III. ①胸痛—诊疗 IV. ①R441.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 224938 号

胸痛——快速诊疗方略

主 编: 方唯一

出版发行: 北京大学医学出版社(电话: 010-82802230)

地 址: (100191)北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京画中画印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 高 瑾 **责任校对:** 金彤文 **责任印制:** 张京生

开 本: 787mm×1092mm 1/16 **印张:** 18.5 **字数:** 420 千字

版 次: 2010 年 11 月第 1 版 2010 年 11 月第 1 次印刷 **印数:** 1—5000 册

书 号: ISBN 978-7-5659-0056-3

定 价: 48.50 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编委会成员

主 编： 方唯一 上海交通大学附属胸科医院 教授、主任医师

主 审： 胡大一 北京大学人民医院 教授、主任医师

副主编： 郭航远 浙江绍兴市人民医院 主任医师、院长

编 委： 丁荣晶 北京大学人民医院 副主任医师

方文涛 上海交通大学附属胸科医院 主任医师

李国庆 新疆维吾尔自治区医院 主任医师

施海明 上海复旦大学附属华山医院 教授、主任医师

吴文育 上海复旦大学附属华山医院 副主任医师

其他编写人员（按姓氏拼音排序）：

程 慧 戴俊杰 傅世杰 关韶峰 郭自同 韩文正

侯旭敏 茅 腾 曲新凯 施海峰 仲晨曦

前言

胸痛是一种症状，在临床上尤其在门诊中十分常见，为急诊就诊的第二大常见原因。有些胸痛反复发作（如肋软骨炎和焦虑症等），虽然不是由危及生命的严重疾病所致，但在一定程度上影响患者的情绪和生活质量；有的胸痛尤其是急性心血管源性胸痛（如急性心肌梗死和主动脉夹层），来势汹汹、程度剧烈，如未得到及时、准确而有效的诊治，会危及患者的生命。从病因学上来看，能引起胸痛的疾病有五十余种，涵盖的系统和器官包括：神经、皮肤、五官、骨科、呼吸、消化、循环和精神等。从发病情况来分，可以分为急性胸痛和慢性反复性胸痛。一些患者有典型的胸痛症状，能够准确和详细地描述每次胸痛发作的性质、部位、诱因和持续时间等有助于诊断的信息；而有些患者的胸痛症状则不典型，对胸痛的性质有多种描述，疼痛部位也游走多变，诱因不详，给临床诊断带来很大的困难。一项来自北京的急性胸痛注册研究报告显示，在 17 家医院的 5666 例急性胸痛患者中，急性冠状动脉综合征（ACS）患者占 27.4%，主动脉夹层患者占 0.1%，肺栓塞患者占 0.2%，非心源性胸痛患者占 63.5%，说明了胸痛疾病的多元性和复杂性。由于能引起胸痛的疾病很多，加之每一位患者对胸痛的反应性不一致，在临床上常出现漏诊和误诊的情况，这给患者疾病的诊治带来很大问题并可能造成医疗资源的浪费。可以说，胸痛的临床特点是发病率高、漏诊及误诊率也高。

编写本书的初衷是想为临床一线医生提供一本有助于快速准确诊断胸痛的读物，立足点侧重诊断，在治疗方面仅进行纲要性介绍。为了全面认识胸痛，全书囊括了能够引起胸痛的绝大多数主要疾病。为了便于理解和有助于指导临床实践，本书将引起胸痛的疾病分为三部分，分别介绍，即：非心源性胸痛、心源性胸痛和大血管性胸痛。从内容来看，非心源性胸痛部分介绍了 29 种疾病，占全书篇幅的 3/5，既包含了内科疾病，又包含外科疾病，既有神经疾病和精神疾病的内容，又有骨科、呼吸和消化系统疾病的内容；余下 20 章对可引起胸痛的心血管疾病进行了介绍。同时，本书注重对胸痛诊治流程的优化和简化，在开篇和第三十章，分别加入慢性胸痛和急性胸痛的门急诊诊治流程图，便于医生对胸痛进行快速准确的诊断。在每一章中，结合图示重点介绍每一种疾病所致胸痛的特点、必要的检查方法和鉴别要点。鉴于以上特点，本书的读者人群是急诊科医生、心内科医生、疼痛门诊医生、胸痛中心医生和全科医生。希望本书能为广大的临床一线工作者提供较大的帮助。

方唯一

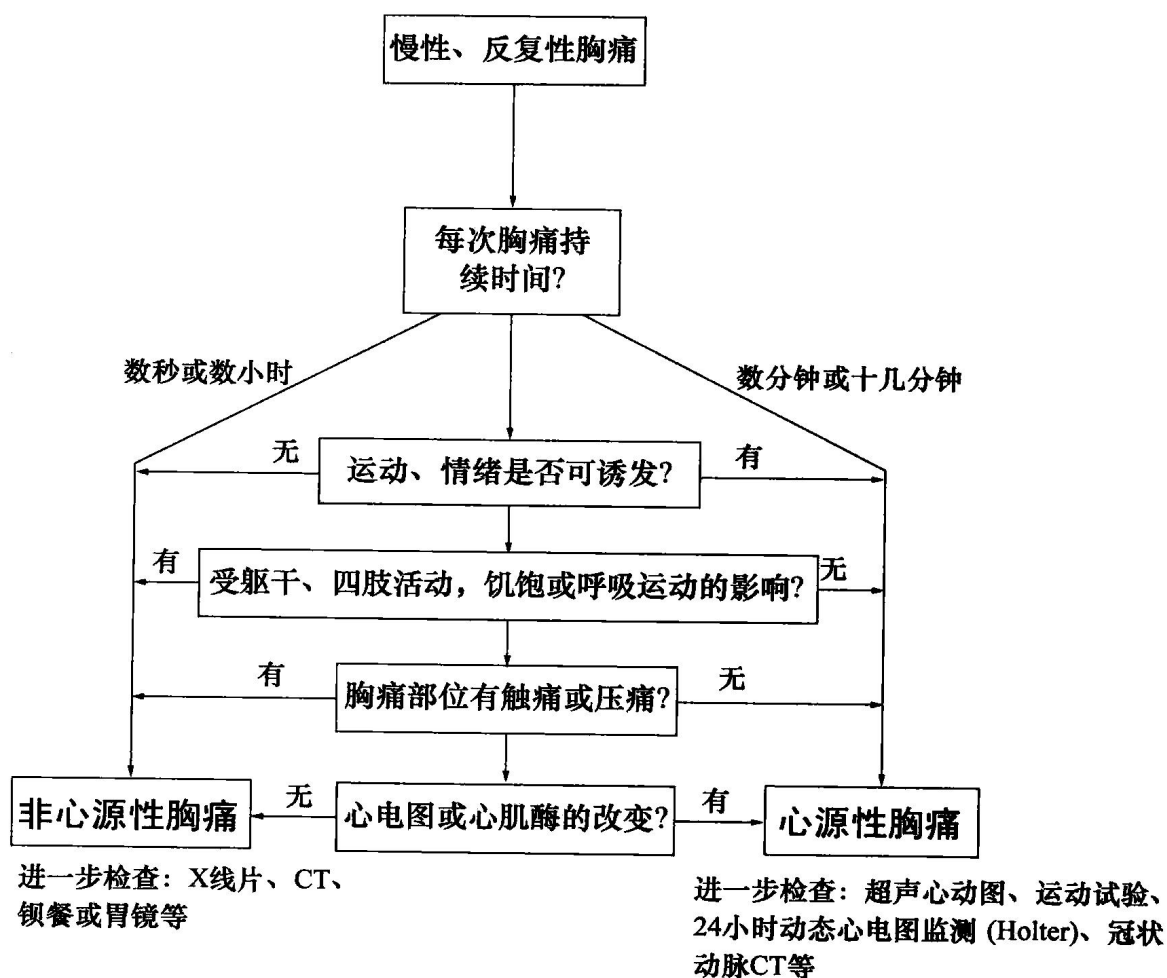
2010 年 10 月

目 录

慢性、反复胸痛门诊诊治流程	(1)
第一部分 非心源性胸痛	(3)
第一章 带状疱疹性疼痛	(5)
第二章 肋软骨炎引起的胸痛	(11)
第三章 胸廓出口综合征	(16)
第四章 前胸壁综合征	(23)
第五章 肩手综合征	(26)
第六章 肩关节滑膜炎引起的“胸痛”	(29)
第七章 肩袖腱炎、关节炎引起的“胸痛”	(32)
第八章 颈椎病、胸椎病引起的“胸痛”	(36)
第九章 Mondor 综合征	(38)
第十章 颈椎间盘综合征	(40)
第十一章 臂丛神经病引起的胸痛	(43)
第十二章 纵隔气肿引起的胸痛	(46)
第十三章 胸膜炎引起的胸痛	(50)
第十四章 气胸引起的胸痛	(54)
第十五章 急性肺栓塞与胸痛	(58)
第十六章 “餐馆冠心病”引起的胸痛	(64)
第十七章 食管运动功能障碍引起的胸痛	(68)
第十八章 胃食管反流病引起的胸痛	(73)
第十九章 食管破裂引起的胸痛	(77)
第二十章 食管狭窄性胸痛	(80)
第二十一章 艾滋病与胸痛	(84)
第二十二章 消化性溃疡与胸痛	(89)
第二十三章 胆绞痛与胸痛	(94)
第二十四章 急性胆囊炎与胸痛	(98)
第二十五章 焦虑症与胸痛	(102)
第二十六章 抑郁症与胸痛	(108)
第二十七章 诈病与胸痛	(114)
第二十八章 孟乔森综合征与胸痛	(119)
第二十九章 成瘾性胸痛	(124)
第二部分 心源性胸痛	(129)
第三十章 急性心血管源性胸痛的诊治流程	(131)
第三十一章 心绞痛与胸痛	(140)

第三十二章	心肌梗死与胸痛	(151)
第三十三章	变异型心绞痛与胸痛	(160)
第三十四章	冠状动脉造影正常或基本正常的心肌梗死与胸痛	(166)
第三十五章	急性心包炎与胸痛	(173)
第三十六章	心律失常患者的胸痛	(181)
第三十七章	服用可卡因引起的胸痛	(191)
第三十八章	主动脉瓣狭窄引起的胸痛	(197)
第三十九章	主动脉瓣反流引起的胸痛	(204)
第四十章	风湿性二尖瓣狭窄引起的胸痛	(210)
第四十一章	二尖瓣脱垂与胸痛	(215)
第四十二章	肥厚型心肌病与胸痛	(221)
第四十三章	扩张型心肌病与胸痛	(233)
第四十四章	限制型心肌病与胸痛	(245)
第四十五章	X综合征与胸痛	(252)
第三部分	大血管性胸痛	(257)
第四十六章	肺动脉高压与胸痛	(259)
第四十七章	主动脉夹层引起的胸痛	(266)
第四十八章	主动脉血管瘤引起的胸痛	(274)
第四十九章	高血压与胸痛	(280)

慢性、反复胸痛门诊诊治流程



第一部分 非心源性胸痛



第一章 带状疱疹性疼痛



一、概况

带状疱疹 (herpes zoster) 是由水痘-带状疱疹病毒引起的急性疱疹性皮肤病。本病常起病急骤, 表现为成群的密集性小水疱, 沿一侧周围神经呈带状分布, 常伴有神经痛和局部淋巴结肿痛, 愈合后极少复发。本病的神经损害发生在一个或数个邻近的背根神经节或脑神经节中, 由严重的炎症性浸润开始, 扩展至相应的感觉性脊神经或脑神经, 炎症导致受累神经节内神经细胞被破坏。

人群中 有 $\frac{1}{3}$ 的人会罹患带状疱疹, 患病人群中年龄大于 60 岁者所占比例可达 $\frac{2}{3}$ 。发病以季节交替时较多, 常呈散发性, 无明显性别和种族的差异。并发症包括继发性细菌感染、瘢痕、痛觉过敏、运动麻痹、脑膜脑炎、截断性脊髓炎、脑血管炎、肺炎、视觉受损、听觉丧失、心肌炎、胰腺炎、食管炎和疱疹后神经痛。疱疹后神经痛 (PHN) 是带状疱疹常见的并发症之一, 发生率为 $10\% \sim 18\%$ 。

二、临床表现

带状疱疹的临床表现多种多样, 在典型症状发生之前, 通常均有前驱症状, 常有轻度的全身症状, 如低热、全身乏力、食欲不振等, 在此阶段头痛、畏光也很常见。在将要发疹的部位, 往往先有神经痛、痒感或皮肤感觉过敏, 而以神经痛最为突出, 约占 92% 以上。

在出现全身或局部前驱症状 1~4 天后, 局部皮肤先出现不规则的红斑, 继而出现数片成群但不融合的粟粒至绿豆大小的丘疹、丘疱疹, 很快变为水疱, 疱液澄清, 疱壁紧张、发亮, 周围有红晕。皮损常发生在身体的一侧, 沿某一周围神经分布区域排列, 一般不超过中线。

数日后水疱可混浊化脓, 或部分破裂, 露出糜烂面, 最后干燥结痂。痂皮脱落后, 遗留暂时性淡红色斑或色素沉着, 若无继发感染, 愈合后不留瘢痕。儿童及青年人病程约为 2~3 周, 老年人约为 3~4 周。

(一) 疼痛的特点

1. 带状疱疹的病程以及伴随的疼痛表现可分为前驱期、暴发期和疱疹后神经痛期。

2. 疼痛的性质：可表现为持续性或间断性锐痛、刺痛、烧灼痛、钝痛或持续性剧痛等。

3. 疼痛的常见部位：在所有阶段中，患者的典型主诉为单侧疼痛，沿某一周围神经分布区排列，以胸段（肋间神经）最为多见，约占 57%，可引起胸骨后、左侧或右侧胸痛，伴随左侧或右侧腋窝以及左侧背痛。疼痛也可放射至左侧颈部、肩部和上肢。其次为腰段、颈段及三叉神经分布区（图 1-1）。

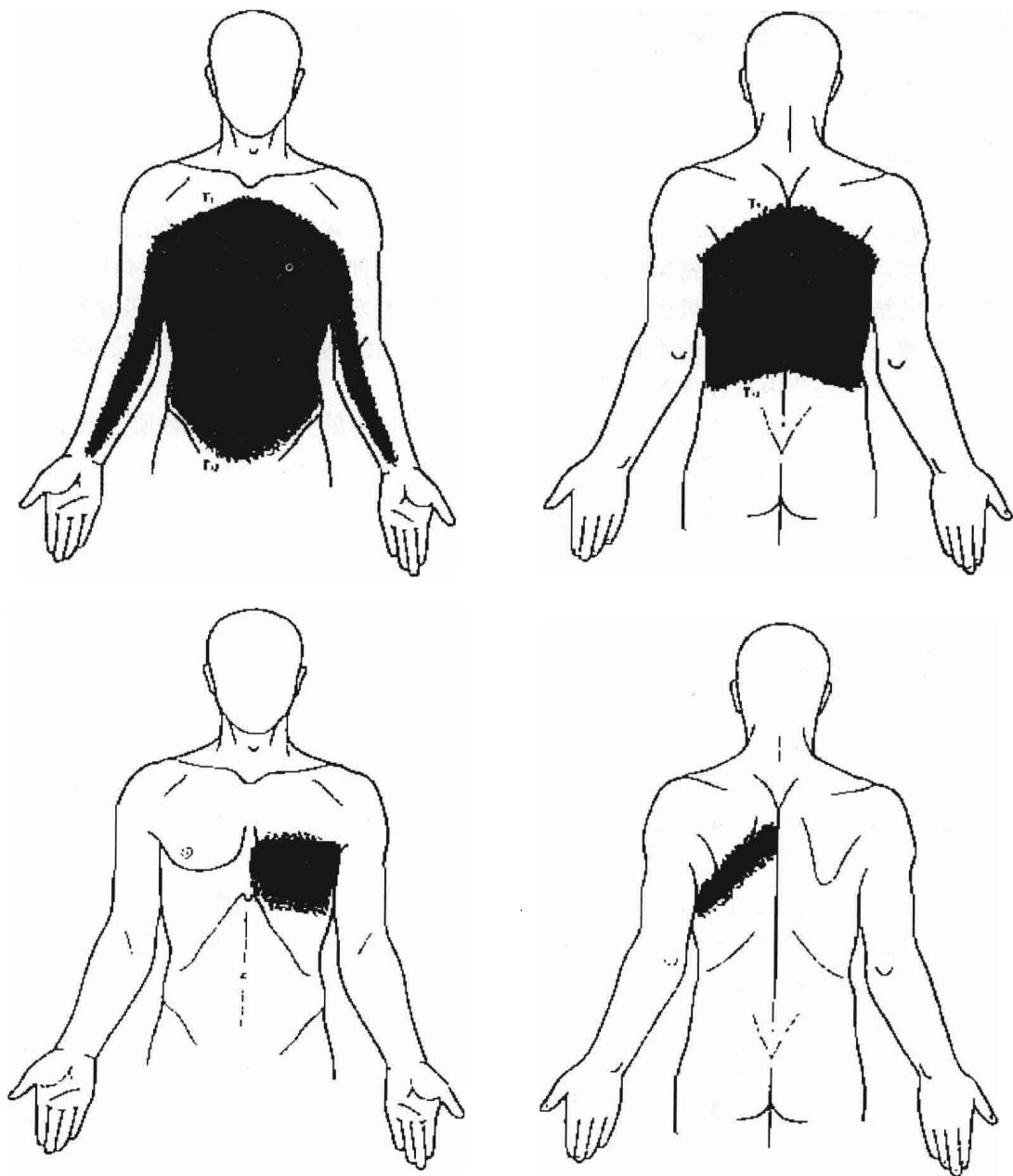


图 1-1 带状疱疹的胸痛部位

4. 疼痛的范围：带状疱疹引起的胸痛范围可以小至几厘米，大至半个躯干部。

5. 疼痛的持续时间：前驱期疼痛常常持续 1~3 天，暴发期疼痛可持续 1~3 周，此后疼痛逐渐减轻，也可持续成为疱疹后神经痛。疱疹后神经痛往往持续数月至数年，并严重影响生活质量。

6. 疼痛的诱发和缓解：感染部位的活动以及相关皮肤的触觉刺激都可加重疼痛。休息、镇痛剂和镇静剂的使用可缓解前驱期和暴发期的胸痛。对于疱疹后神经痛则需要额外的药物治疗。

（二）伴随症状

在极少数患者中，会出现带状疱疹感染区域皮肤感觉的缺失，患者常常主诉有麻木、刺痛的感觉。有少于 5% 的患者会出现运动性麻痹，包括肢体、膈肌、膀胱的运动功能受损，在多数患者中运动和感觉神经功能的损伤是可以恢复的。

（三）体格检查

尽管患者于早期即可出现疼痛，但一般缺乏皮肤的表现。伴有剧烈疼痛的患者可能出现焦虑不安、呼吸急促。最早的皮肤表现为红斑，通常颜色暗淡，无硬结。随着时间的推移，红斑逐渐变硬并高出皮面，在多数患者中红斑区域出现明显的、针尖样大小的水疱。起病初期由于水疱太小而难以辨别出其充满液体，临床上往往易误诊为丘疹。水疱通常集中于一块皮肤区域，散发的较少，后期水疱逐渐不透明，并可发展为脓疱，重症及合并细菌感染的患者可出现溃破和溃疡，导致节段性瘢痕和色素改变，并持续数月甚至数年。

三、疼痛的机制

水痘-带状疱疹病毒（VZV）是一类 DNA 病毒，在不同免疫力的人群中，引起两种独立的临床疾病。在无或低免疫力的人群中（多数为婴幼儿），与这种病毒接触后引起原发感染即为水痘。少数亦可呈隐性感染，感染后病毒进入皮肤的感觉神经末梢，且沿着脊髓后根或三叉神经节的神经纤维向中心移动，以一种潜伏的形式长期存在于脊神经或颅神经的感觉神经节的神经元中。但随着患者年龄的增长和免疫功能的衰退（如 HIV 感染、免疫抑制剂的应用、淋巴细胞增生性疾病、放射线暴露等）、其他感染、局部创伤、手术以及情感压力等事件发生，“潜伏”在体内的病毒可被再次激活，并在感觉神经节内复制，继而发生继发性病毒感染、神经元坏死，从而引起前驱期的神经痛。病毒沿着神经分布区到达皮肤，形成炎症和水疱，并激活皮肤的感觉受体，从而产生疼痛、烧灼及针刺样感觉。此外，近段病毒的传播可导致脊髓神经元的损伤，使运动神经功能受损，产生痛觉过敏。疼痛往往集中于单一神经节支配的皮肤区域，但临近区域亦可受累，程度略轻。

四、实验室检查

常规实验室检查无特异性表现。

五、非典型症状

在疾病的任何阶段，患者都会感到轻至中度的不适，较少数患者会主诉有全身性症状。有些患者可能因精神萎靡、头痛以及发热而到医院就诊，也有少数患者因为急性发作的剧烈胸痛、恶心、呕吐、气短以及大量出汗而到医院就诊。

由于个体的机体免疫状态不同，在临床上常有一些患者表现为不典型的临床症状：①免疫功能较强，可不出现皮疹，仅有神经痛，即所谓的“无疹型带状疱疹”，该亚型的发病率目前尚不明确，也比较少见；②仅出现红斑、丘疹而不发生水疱即消退型称为“顿挫型带状疱疹”或“不全型带状疱疹”；③免疫功能低下如老年、患恶性肿瘤或长期使用抗癌药物者可发生大疱，称为“大疱型带状疱疹”；④疱液呈出血性或形成血痂，称为“出血性带状疱疹”；⑤某些老年人或营养不良患者皮疹中心可坏死，形成黑褐色痂皮，称为“坏疽型带状疱疹”；⑥偶见同时累及两个及两个以上神经节产生双侧性或一侧同时有数个神经节分布区的损害。

六、鉴别诊断

对于处于暴发期或有典型疱疹样皮肤表现的患者，几乎不需要进行疼痛的鉴别诊断。对有单侧皮肤水疱样皮疹的患者，需同皮肤单纯疱疹鉴别，后者也可反复发作并伴有疼痛。早期的水痘虽然从皮损上难以与本病区分，但较少伴有疼痛症状。另外，极少见的是肺部肿瘤的胸壁转移，尽管也会有疼痛症状，但不会有皮肤表现。

鉴别诊断存在困难的情况是缺乏典型的单侧、水疱样改变的病例。表 1-1 为常见的需鉴别诊断的疾病。

表 1-1 带状疱疹常见的鉴别诊断

前驱期	暴发期	疱疹后神经痛
心绞痛	水痘（早期）	仅累及感觉神经
心肌梗死	皮肤单纯疱疹	心肌梗死
胸膜炎	热灼伤或化学灼伤	胸膜炎
胃食管反流	接触性皮炎	胃食管反流
十二指肠溃疡	转移性肿瘤	十二指肠溃疡
胆囊炎		胆囊炎
胆绞痛		胆绞痛
肾绞痛		肾绞痛
阑尾炎		阑尾炎
骨骼肌痛		骨骼肌痛
椎间盘疾病		椎间盘疾病
皮肤单纯疱疹		合并运动神经受累
		脑血管意外
		外周神经损伤

一些常规的实验室检查有助于带状疱疹的诊断和鉴别。Tzanck 试验（詹氏试验）是一种细胞学检测，用来分析水疱液中多核巨细胞的比例，这种细胞仅存在于带状疱疹和单纯疱疹感染中，因此该试验可作为鉴别病毒感染与非病毒感染的有效手段。直接荧光抗体检查法快速、可靠，对带状疱疹特异性高，但与 Tzanck 试验相比费用高，可操作性差。此外，可通过皮肤活检来检测多核巨细胞或病毒抗原，但此法不常用。对水疱的液体或活检组织可进行病毒培养，但通常需要 1 周的时间才能出结果。

七、治疗

本病有自限性，治疗原则是止痛、抗病毒、消炎，缩短病程及保护局部以预防继发感染。

（一）止痛

给予镇痛剂，如安乃近、卡马西平等。

（二）抗病毒剂

1. 核苷酸类抗病毒药：包括阿昔洛韦、伐昔洛韦、泛昔洛韦和更昔洛韦等，能选择性抑制病毒的 DNA 聚合酶，对宿主的细胞毒性甚低。宜早期用药，可减少新损害形成，减轻急性疼痛，制止病毒播散和减少内脏并发症。但本类药物对疱疹后神经痛无效。阿昔洛韦一次口服 200~400 mg，每日 5 次，连用 7~10 天；静脉给药 5 mg/kg，每日 3 次，持续给药 7~10 天。伐昔洛韦一次口服 300 mg，每日 2 次，连用 7~10 天。泛昔洛韦一次口服 250 mg，每日 3 次，连用 7~10 天。更昔洛韦静脉给药 250 mg，每日 3 次，连用 7~10 天。

2. 干扰素：是细胞对病毒感染或一些非病毒诱导剂反应合成的糖蛋白，主要依赖与细胞表面的神经节苷脂相结合。高剂量（每日 5.1×10^5 U/kg）早期应用可作为高危患者活动性感染的辅助治疗。

3. 阿糖胞苷：全身性泛发性带状疱疹每日 1~2 mg/kg，静脉注射 10 天，早期应用可减少急性疼痛和疱疹后神经痛，加速痊愈。

（三）免疫制剂

肌内注射胸腺肽、丙种球蛋白，静脉输入新鲜血浆以及皮下注射转移因子提高细胞免疫功能。

（四）皮质激素

合理地口服皮质激素可抑制炎症过程和减轻背根神经节的炎症后纤维化。在急性期用药可减少疱疹后神经痛的发病率，但有可能使病毒播散，所以应该在规则、足量使用抗病毒药物的前提下应用。对老年患者为预防疱疹后神经痛，以及病情严重患者如出血型、坏疽型、泛发型带状疱疹患者，可及早用药，尽可能在起病 7 天之内应用。口服泼尼松，每日 30~60 mg，疗程 5~7 天。