

# 以右侧头 颈 胸部疼痛为表现的 心绞痛 1 例

· 病例报告 ·

廖晓明, 郑晓云, 廖进宝

作者单位: 362400 福建, 安溪医院内科(廖晓明, 廖进宝); 362442 福建, 安溪龙门卫生院(郑晓云)

作者简介: 廖晓明(1974-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 心血管和神经内科疾病诊治。E-mail: LXM2502@163.com

[关键词] 右侧头、颈、胸疼痛; 心绞痛

[中图分类号] R 54 [文章编号] 1674-3806(2014)01-0066-01

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.01.25

## 1 病例介绍

患者,男,60岁,吸烟史40余年,因发作性右侧头、颈和胸部疼痛1月余入院。患者1个月前始发作性右侧头额部疼痛,后疼痛迅速放射至右侧颞部、耳后、枕部、颈部、肩胛、腋下至右胸部。开始疼痛轻,后逐渐加重。剧痛时右颞部爆炸样跳动感,右胸部爆炸样疼痛及烧灼样难忍,伴全身出汗,用电风扇降温缓解症状。疼痛每于用力,如洗脸用力拧毛巾,洗足用力搓脚,吃饭用力咀嚼及夜间恶梦时诱发,每次持续20~30 min左右。曾就医二级和三级医院,以头部、颈部和胸背部疼痛,给予头颅、颈椎和胸椎CT检查,诊断“三叉神经痛”、“颈椎病”,口服卡马西平、颈椎牵引和针灸等治疗无效。高血压史4年,血压最高160/100 mmHg。查体:T 36.5℃,P 98次/min,R 19次/min,BP 140/90 mmHg。心尖部搏动弥散,左心界扩大,A<sub>2</sub>>P<sub>2</sub>,A<sub>2</sub>亢进,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。头颈部疼痛发作时心电图示窦性心律,完全性右束支传导阻滞,左心室肥大,V<sub>2</sub>V<sub>3</sub>ST段弓背抬高0.5 mv,V<sub>1</sub>~V<sub>4</sub>T波倒置深0.2~0.5 mv,V<sub>5</sub>T波低平,示前壁心肌损伤、缺血,彩色超声多普勒检查示双颈动脉粥样斑块,左心室肥大,室壁节段性运动障碍和舒张功能减退。肌钙蛋白T定量(TNT)47.02 pg/ml(参考值2.06~93.5 pg/ml),余无异常。诊断:(1)急性冠状动脉综合征,变异型心绞痛;(2)高血压2级,极高危。给予拜阿司匹林、硝苯地平控释片、比索洛尔和阿托伐他汀钙等治疗,病情稳定出院。

## 2 讨论

心绞痛是冠状动脉供血不足,心肌暂时性缺血、缺氧,导致心肌内代谢性产物积累过多或产生不正

常代谢产物,刺激心脏内的感觉纤维,反射到大脑皮质而产生的疼痛感觉,可伴有放射性疼痛。心绞痛常位于胸骨后,也可位于心前区,少数在剑突下。疼痛常放射至双肩,尤其是左肩和左臂内侧,也可放射至胸背部、颈、咽喉部、下颌部、舌头、鼻、耳垂和乳突等部位。部分病人心绞痛可局限于左上肢或颈部,并可向胸骨后放射<sup>[1]</sup>。老年人急性心肌梗死患者发病可无典型胸痛症状或疼痛部位不典型,疼痛可发生在上腹部、颈部、下颌和肩部等部位,表现为腹痛、头颈痛、咽痛、牙痛、肩背痛等<sup>[2]</sup>。本例两次误诊,均为未能详细询问病史和细致体检所致。因不详细询问病史,未能采集到头、颈、胸痛的特点、规律和诱因及高血压史,故未考虑冠心病心绞痛可能;因无详细体格检查,未能发现心脏扩大的物理体征,从而未进行心电图等检查以明确诊断。即使详细询问病史,以右侧头、颈、肩胛、腋窝和右胸部疼痛这极不典型心绞痛,也会给医生临床诊断带来困惑,造成误诊。但本例症状是发作性,且与用力,恶梦有关,这一特点多见于冠心病。由此给我们的启示是:凡由用力、恶梦等诱发的发作性不适或疼痛应考虑冠心病可能,及时心电图检查,明确诊断。关键是详细询问病史和细致体检,及时心电图检查,明确诊断,方能有效治疗。

## 参考文献

- 1 邱贺龄,胡品津,主编.内科疾病鉴别诊断学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2010:213-238.
- 2 陈书艳.老年患者不典型急性心肌梗死的早期诊断[J].老年医学与保健,2012,18(1):12-14.

[收稿日期 2013-07-18][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]