维普资讯 http://www.cqvip.com

损伤，老年人应注意有无心绞痛或溃疡性疼痛，膀胱功能障碍和脊髓炎发生。(2)心肌损伤者卧床休息，注意心率，心律，ST—T 改变。(3)排尿困难者积极采取有效措施，防止泌尿系统感染。(4)肝，脑损伤时，或有共济失调，应防止外伤。观察有无头痛，皮肤黄染及转氨酶增高，性情转变等。(5)发热时卧床休息，保证充足睡眠，情绪稳定，补充足够营养，水分，及时给予物理降温，小儿防惊厥。

4.艾灸治疗带状疱疹的护理

艾灸加快血液循环，促进炎症渗出的吸收，减轻神经末梢压迫症状，降低炎症介质含量，艾灸局部可温经理气，疏通经脉，扶正祛邪。许多患者施灸后即感局部舒适，疼痛减轻，并且缩短疼痛时间，操作简单，费用低，安全，无不良反应。施灸时应注意，对空腹，年老，过饱，过度疲劳、灸法恐惧者，以及局部神经末梢受损，感觉障碍者，谨慎施灸，防止烫伤，晕灸，孕妇防止流产，一但局部施灸过量，出现水泡，应及时用滑石粉加压包扎或涂 1%龙胆紫。

5.预防

1.呼吸传染性强，呼吸道隔离，主要通过飞沫和直接接触传播，采取房间隔离。

2.水痘患者应隔离至疱疹结痂出疹后 7d。

3.污染的用具单独处理，用物不得互相借用，单独使用。

4.对于高危人群可注射丙种类蛋白，或带状疱疹免疫球蛋白，可以减轻发病后症状。

5.试用水痘-带状疱疹减毒活疫苗来免疫易感者。

(收稿日期：2002-01-22)

不典型急性心肌梗死 32 例误诊临床分析

刘艳姝* 张英萍* 王建华* 赵智宏*

近年来不典型急性心肌梗死发病率有上升趋势，临床上误诊情况也较常见。为提高对本病认识，进一步探讨本病的发病情况及临床特点，本文收集了近年国内医学文献报告的不典型急性心肌梗死误诊病例 32 例，就其临床特点及误诊情况进行分析。

一、资料与方法

1.临床资料：(1)30 例误诊患者中，男性 22 例，女性 10 例；年龄 42～74 岁。既往糖尿病 9 例，慢支、肺气肿 7 例，脑梗塞 3 例。在门诊或急诊误诊 27 例，入院后误诊 5 例。误诊时间 1h～3d。全部患者无心前区疼痛或仅有轻微胸闷症状。

2.主要表现为腹部不适、恶心、呕吐误诊为胃肠炎黄 14 例(43.8%)；咳嗽、咯痰、气急、喘憋误诊为慢支、肺气肿 8 例(25%)；左肩部、颈部疼痛误诊为颈椎病、肩周炎 5 例(15.6%)；嗜睡或肢体无力误诊为脑梗塞 3 例(9.38%)；生气后心悸、躁动不安，情绪激动误诊为心脏神经官能症 2 例(6.25%)。

二、结果

30 例患者经动态观察心电图变化，心肌酶检查确诊为急性心肌梗死，经抗凝、溶栓、改善心功能、抗心律失常治疗后 27 例好转出院，3 例因心源性休克、1 例因心脏破裂死亡。

三、讨论

由于不典型急性心肌梗死患者临床表现多样，缺乏典型心前区疼痛症状，易于造成误诊、漏诊，分析其原因如下：

某些患者特别是老年人神经系统功能减退，对于疼痛不敏感，痛阈升高；或者因急性心肌梗死的严重并发症如心力衰竭、心源性休克掩盖了疼痛症状；糖尿病患者由于自主神经损伤，无明显疼痛；既往曾患脑血管病的患者感觉迟钝等原因均可以使急性心肌梗死患者无明显心前区疼痛症状。据文献报道老年人无痛性心肌梗死的发病率为 18.6%～52.8%。本组患者中既往糖尿病 9 例，脑梗塞 3 例，说明糖尿病及脑梗塞不典型心肌梗死患者中发生率较高。

本组 32 例误诊患者中，误认胃肠炎占 43.8%，由于心肌梗死时梗死部位心肌缺血缺氧，刺激心脏表面的迷走神经传入纤维感受器，反射性引起胃肠肌痉挛，引起恶心、呕吐症状。急性心肌梗死心功能不全发生率较高，患者表现为咳嗽，气喘等症状，某些患者原有慢支、肺气肿病史，容易造成误诊。心肌梗死后心肌细胞乏氧，代谢产物如腺苷等刺激心脏交感神经传入纤维沿胸交感神经 1－5 节传入大脑中枢，疼痛向颈 2 至胸 10 放射，而误诊为颈椎病、肩周炎等。心肌梗死心排血量下降造成脑灌流不足引起嗜睡，肢体无力等症状，易误诊为脑梗塞。这种患者往往梗塞面积较大，容易出现严重心衰、心源性休克。对于原有神经官能症患者，特别是年轻女性，由于生气等原因表现为情绪激动，躁动不安，医生极易诊断为神经官能症、癔症等。综合上述原因，不典型急性心肌梗死，往往被误诊为消化系统、呼吸系统及脑血管疾病等。

为了避免急性心肌梗死的误诊，临床医师必须拓宽思路，提高对不典型急性心肌梗死认识，认识其多种多样的临床表现，进行细致全面体格检查和必要的辅助检查如心电图、心肌酶检查，特别对于老年人常规进行心电图检查。同时需要强调的是要注意观察患者病情变化，动态观察心电图情况，谨防心肌梗死漏诊、误诊。

(收稿日期：2002-01-14)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院循环科