

国内一次高危中的案例：某三甲医院急诊科的紧急处置实录

2023年夏季，南方某三甲医院急诊科接诊了一名48岁男性患者，因突发剧烈胸痛伴冷汗、呼吸困难被送入抢救室。初步心电图显示广泛导联ST段抬高，临床高度怀疑急性心肌梗死。但进一步检查发现，该患者既往无冠心病史，也无高血压、糖尿病等传统心血管危险因素。更关键的是，其血液检测中肌钙蛋白水平异常升高，且在短时间内持续上升，提示心肌损伤仍在进展。这一情况迅速触发了医院“高危胸痛”应急预案，启动多学科会诊机制，最终确诊为非典型性急性冠脉综合征，属于国内近年来少见的高危病例之一。

高危中的核心判断标准与识别难点

所谓“高危”，在临床语境中并非仅指病情严重程度，而是指存在明确生命威胁且需立即干预的病理状态。以本次案例为例，患者虽无典型风险因素，但具备三项高危特征：持续性胸痛超过30分钟、心电图动态演变、生物标志物显著升高。这三者构成了“高危胸痛”的黄金三角。然而，实际工作中常出现误判——部分医生因患者年轻或无基础病而低估风险，延误溶栓或介入治疗时机。尤其在基层医疗机构，缺乏即时心电图分析系统和快速转运通道，容易将此类患者误归为“功能性疼痛”或“胃食管反流”。

多学科协作下的应急响应流程

从患者入院到完成冠状动脉造影，整个过程严格遵循“时间就是心肌”的原则。急诊科第一时间启动绿色通道，同步通知心内科、影像科、导管室。15分钟内完成首次心电图，20分钟内完成血样采集与检验，30分钟内完成冠脉造影。结果显示，左前降支近段完全闭塞，伴有大量血栓形成。此时已错过溶栓最佳窗口期（发病后90分钟内），但通过急诊经皮冠状动脉介入治疗（PCI）仍可挽救心肌。手术团队采用抽吸导管清除血栓，并植入支架，术后患者症状迅速缓解，心功能恢复良好。

与常规病例的关键差异与警示

本例最突出的差异在于“无典型危险因素却发生高危事件”。传统观念中，高龄、吸烟、肥胖、高血压是主要诱因，但近年研究显示，约15%的急性心梗患者并无上述特征。这类人群往往被忽视，直到病情恶化才暴露问题。此外，部分患者症状不典型，如仅表现为上腹痛、牙痛、肩背酸胀，极易误诊为消化系统疾病。因此，对任何突发胸痛或类似症状，尤其是持续不缓解者，必须优先排除心源性病因。

| 项目 | 常规高危病例 | 本例特点 |

|-----|-----|-----|

| 年龄 | 多在55岁以上 | 48岁，偏年轻 |

| 危险因素 | 明显（高血压、糖尿病等） | 缺乏典型危险因素 |

| 症状表现 | 典型胸痛 | 不典型，初诊误判 |

| 治疗窗口 | 可及时溶栓 | 已超溶栓时限 |

日常预防与公众认知误区

公众普遍认为“只有老人才会心梗”，这种误解导致年轻人忽视体检和早期预警信号。事实上，长期熬夜、压力大、饮食不规律等现代生活方式，正在悄然提升心血管事件风险。另一个常见误区是“胸痛忍一忍就过去了”，殊不知心肌缺血不可逆，每延迟一分钟，就有数万心肌细胞死亡。建议有家族史、长期加班、情绪波动大的人群定期进行心脏评估，包括静息心电图、血脂、血糖及颈动脉超声筛查。

常见问题：

问：没有高血压的人会不会得心梗？

答：会。无高血压者仍可能因斑块破裂、血栓形成引发急性事件。

问：胸痛缓解了是不是就没事了？

答：不一定。部分患者症状暂时缓解，但血管仍处于高危状态，需专业评估。