

如何做延误病例分析

解放军南部战区总医院 易绍东

广东省胸痛中心协会

病例一

李XX 男 56岁 住院号: XXXXXX

急诊接诊医生: 王XX 心内经治医师: 张XX

- ❏ 病例特点: 1.患者男性, 急性发病。
- ❏ 2.患者因“突发胸痛8小时”入院。2018-02-08日04:00睡眠中突发胸痛, 为胸骨中上段约1掌范围绞榨样不适, 伴出汗、头晕、头痛, 无他处放射痛, 无心慌、乏力、恶心呕吐等不适。疼痛持续不缓解, 遂自行前往我院急诊科就诊, 6:00左右到达我院急诊科时仍有胸痛, 6:00心电图示V2-V4导联ST段抬高约0.05-0.2mv, 7:08心梗三项阴性。9:04复查心电图示V3-V4导联ST段抬高0.05-0.1mv, 9:10复查心梗三项阳性: CKMB 20.3ng/ml, MYO>500ng/ml, TNI 0.41ng/ml。9:46请我科急会诊后诊断为“急性心肌梗死”, 9:50予“阿司匹林”“波立维”各300mg抗血小板治疗, 10:08送达我科导管室行冠脉介入诊疗术, 于前降支植入支架1枚, 术后胸痛缓解。因心内科无床, 术后转急诊科监护治疗。

3.既往史：既往体健，否认糖尿病、高血压等慢性病史。否认肝炎等传染病史。否认药物、食物过敏史。否认外伤史。否认手术史。预防接种史不详。吸烟30余年，每天6-7支；偶有饮酒。输血史不详。

4. 辅助检查：急诊提示心电图示前壁导联ST段抬高；急诊查心梗三项阳性。

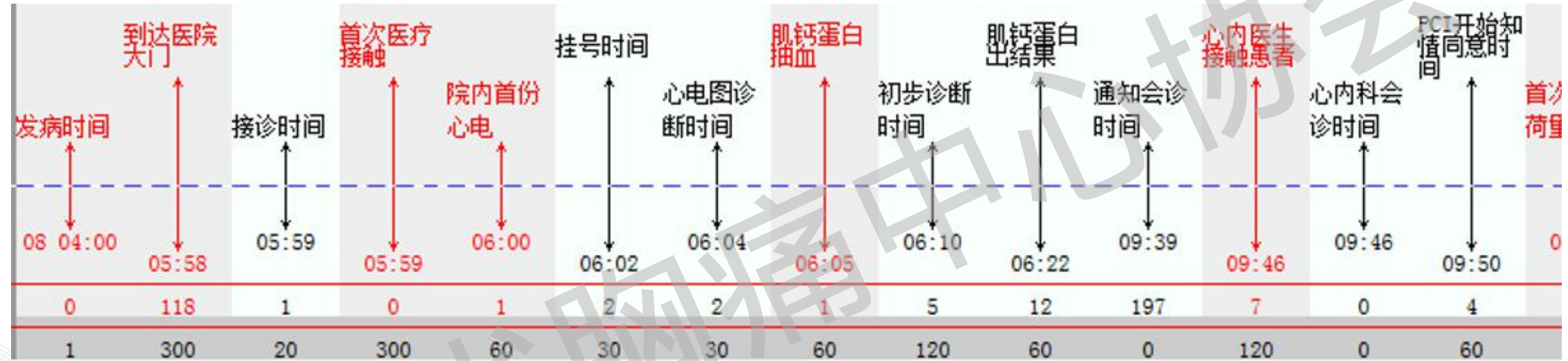
心梗3项：

抽血结果：Tnl： >30.00 ng/ml、MYO： 432.00ng/ml、CKMB： >80.00ng/ml

初步诊断：**1.冠心病 1.1急性前壁ST段抬高型心肌梗死**

1.2.前降支支架植入术；

1.3.killip II级



- 来院方式：自行来院
- **D2W时间：285分钟**
- **急诊停留时间：232分钟（非常重要的指标）**
- 绕行心内科CCU病房直达导管室
- 导管室处置共计用时：35分钟

D2B时间：285分钟

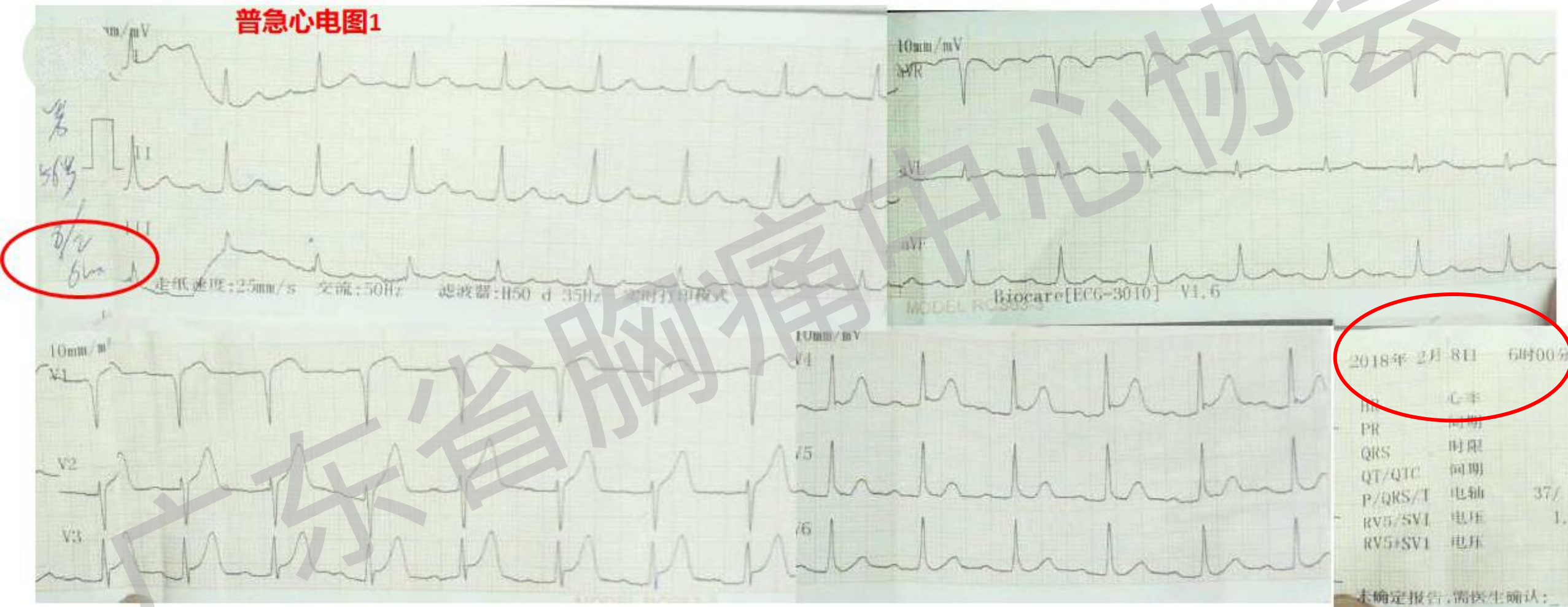
会诊时间节点

来院方式		<input type="checkbox"/> "120" <input type="checkbox"/> "110" <input type="checkbox"/> 外院转入 <input checked="" type="checkbox"/> 普急转入 <input type="checkbox"/> 家属朋友 <input type="checkbox"/> 其它					
处理完 毕时间	送病房 时间	送手术 时间	死亡 时间	尸体处 理时间			
简要病情记录: 胸闷反							
会诊情况				辅助检查			
会诊科室	通知时间	会诊时间	会诊医生	科室	检查项目	检查时间	回科时间
心内科	9:39	9:46	苏				
项目	时间						
体温°C	36.8						
脉搏次/分	79						
呼吸次/分	20						
血压mmHg	120/82						
SPO ₂ (%)	98						
意识	清						
GCS评分							
瞳孔	左反射						
	右反射						
尿量(ml)							

共同回忆当时的具体情景，还原发病现场，必要时当场对质

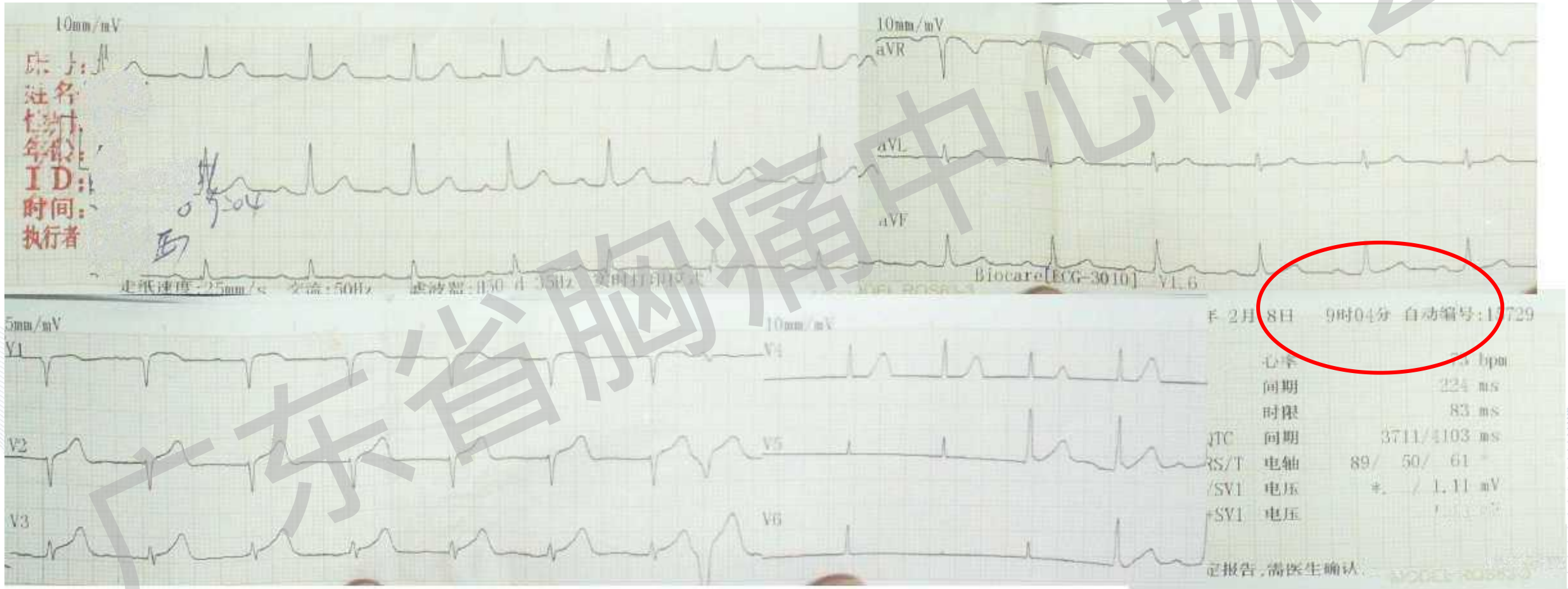
首份心电图：6点00分

普急心电图1



2018年 2月 8日 6时00分

第二份心电图：9点04分



7: 08肌钙蛋白

2018-2-8 7:08

METER NR 00072291
TEST TIME 7:08 18 02 08
USER ID 9999999999
REF. RANGES: S.O.B.

	NORMAL	ABNORMAL
CKMB	0.0- 4.3	> 4.3
MYO	0.0- 107	> 107
TNI	0.00- 0.40	> 0.40
BNP	0.0- 100	> 100
DDIM	0.0- 600	> 600

S.O.B. DLN 63105
PAT.ID 0000

心
缺
压
异常

CKMB	1.3	ng/mL
MYO	98.6	ng/mL
TNI	<0.05	ng/mL
BNP	< 5.0	pg/mL
DDIM	< 100	ng/mL

INT. QC: PASS

9: 31复查肌钙

床号 姓名 年龄 56
采血时间 18年2月8日 9时31分
结果时间 18年2月8日 9时31分
执行者签名

METER NR 00072546
TEST TIME 9:31 18 02 08
USER ID 9999999999
REF. RANGES: CARDIAC

	NORMAL	ABNORMAL
CKMB	0.0- 4.3	> 4.3
MYO	0.0- 107	> 107
TNI	0.00- 0.40	> 0.40

CARDIAC DLN 63295
PAT.ID 3

CKMB	20.3	ng/mL
MYO	> 500	ng/mL
TNI	0.41	ng/mL

INT. QC: PASS
PAT. RESULT ABNORMAL

术后复查肌钙

床号 姓名 年龄 56
采血时间 2018年2月8日 4时18分
结果时间 2018年2月8日 4时18分
执行者签名

METER NR 00072546
TEST TIME 4:18 18 02 08
USER ID 9999999999
REF. RANGES: S.O.B.

	NORMAL	ABNORMAL
CKMB	0.0- 4.3	> 4.3
MYO	0.0- 107	> 107
TNI	0.00- 0.40	> 0.40
BNP	0.0- 100	> 100
DDIM	0.0- 600	> 600

S.O.B. DLN 63105
PAT.ID 222

CKMB	>80.0	ng/mL
MYO	432	ng/mL
TNI	>30.0	ng/mL
BNP	20.9	pg/mL
DDIM	< 100	ng/mL

INT. QC: PASS
PAT. RESULT ABNORMAL

手术描述

造影结果：

冠脉分型：均衡型

血管：左主干 冠脉血管未见明显异常，血流通畅，TIMI血流：3级 参照血管直径：3.5-4.0mm

血管：前降支 部位：近段 病变长度：20mm 狭窄程度：100% 闭塞；急性 TIMI血流：0级 参照血管直径：2.5-3.0mm

血管：回旋支 开口，近段 狭窄程度：100% 闭塞；急性 TIMI血流：3级 参照血管直径：2.5-3.0mm

血管：右冠脉 中段 狭窄程度：60% TIMI血流：3级 参照血管直径：3.0-3.5mm

介入治疗过程：

病变血管：前降支 指引导管：3.5mm 指引导管到位，进 指引导丝
球囊扩张，压力10atm，后扩张球囊，冠状动脉球囊扩张导管：LAH 3.5mm X 10mm，最大扩张压力14atm；残余狭窄<10%，血管并发症：无，TIMI血流：3级。

诊断：

诊断：冠心病，急性前壁心肌梗死

血管诊断：三支血管病变

PCI术：前降支

LM未见异常

LAD闭塞

LCX狭窄

RCA狭窄

LAD支架植入



广东省胸痛中心协会

该病例延误原因结论：

- 1、**急诊科医师识别心电图不敏感，缺乏仔细读图意识和鉴别的能力；**
- 2、**不重视临床症状与体征，完全依赖肌钙蛋白的结果；**
- 3、**过于武断，没有严格按流程，及时上传心电图及请会诊；**



改进措施：

1、加强急诊科医师的培训，提高能力。

1、提高读图能力，定于2019年4月6日，由心内科王医师在急诊科办公室给急诊科医师行典型及不典型心电图的培训，并于5月8日进行识图能力考核；

2、STEMI不强调TNI，所有急诊医师必须扭转观念，症状+心电图即可诊断。心内值班医师无论何时接到请求，必须及时响应，若再有类似病例，请数据管理员三日内向总监报告，举行临时病例讨论会；

病例二



延误原因：知情同意时间太长

- 来院方式：自行来院
- **D2W时间：123分钟**

入门：17:05

首份心电图：17点18分

决定介入时间：17点25分

PCI 知情同意时间 18点00分

签署知情同意书时间：18点05分

病例三

张XX 男 57岁

住院号: XXXX

• 病例特点:

- 1. 中年男性，慢性病程，急性加重；
- 2. 患者因“反复腰背部疼痛7年余，再发3天，加重1天”入院。自诉7年来反复活动后腰背部疼痛，放射至肩胛区，步行500米左右即需休息，休息数十分钟可逐渐缓解，未予重视，未作特殊处理。患者于3天前走路时突发腰背部剧烈疼痛，胸口憋闷，放射至肩胛间区，持续约1.5小时后自行缓解，伴大汗淋漓、四肢乏力、无恶心、呕吐，无头晕、头痛、气促、呼吸困难。今日上午散步时再次发作同前，休息后无法自行缓解，托熟人在门诊代挂号后，于15:56分到达门诊心电图室，16:02首份心电图示Ⅱ、Ⅲ、avF、V7-9导联ST段抬高0.05-0.15mV，Ⅰ、avL、V1-5导联ST段压低0.05-0.4mV。考虑“急性下壁后壁右室ST段抬高型心肌梗死”，因患者家属未到位，收CCU，因与家属沟通不畅，延误至16点47分送入导管室行急诊PCI术。

- 3.辅助检查:
- 我院急诊16:02首份心电图示Ⅱ、Ⅲ、avF、V7-V9 ST段抬高0.05-0.15mV, I、avL、V1-5导联ST段压低0.05-0.4mV。
- 初步诊断: 1.冠状动脉粥样硬化性心脏病
 - 1.1.急性下壁、后壁、右室ST段抬高性心肌梗死
 - 1.2.Killip I级
- 2.高血压2级(很高危)

急救时间轴



发病至FMC时间
3小时26分钟

FMC至患者入导管室时间
51分钟

导管室开通血管
用时43分钟

首次医疗接触: 门诊心电图室技师;

入院方式: 自行来院;

D2B时间: 125分钟;

FMC2B时间: 94分钟;

发病至导丝通过时间: 5小时

挂号信息

查询条件

就诊日期 2019-09-15 至 2019-09-19 就诊科室 发票号
病人ID 姓名 姓名拼音 挂号员

病人ID	就诊日期	门诊号名称	门诊时间	就诊序号	姓名	性别	年龄
1	2019-09-19		上午			男	57

病人信息

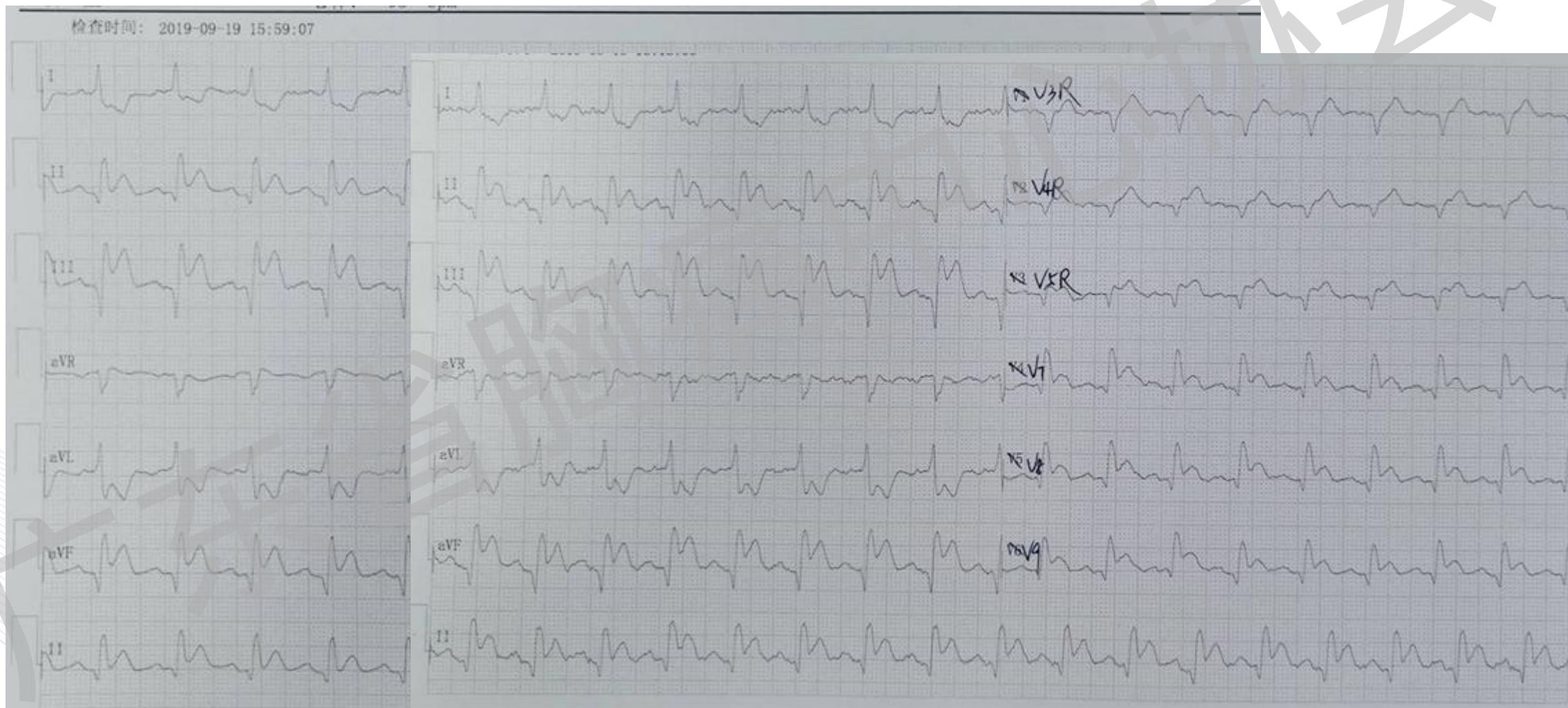
今天是2019-10-16 星期三

病人标识	M0020226842	姓名		性别	男	年龄	57
合同单位		身份	一般人员	费别	保		
医保帐号		医保类别		总费用			

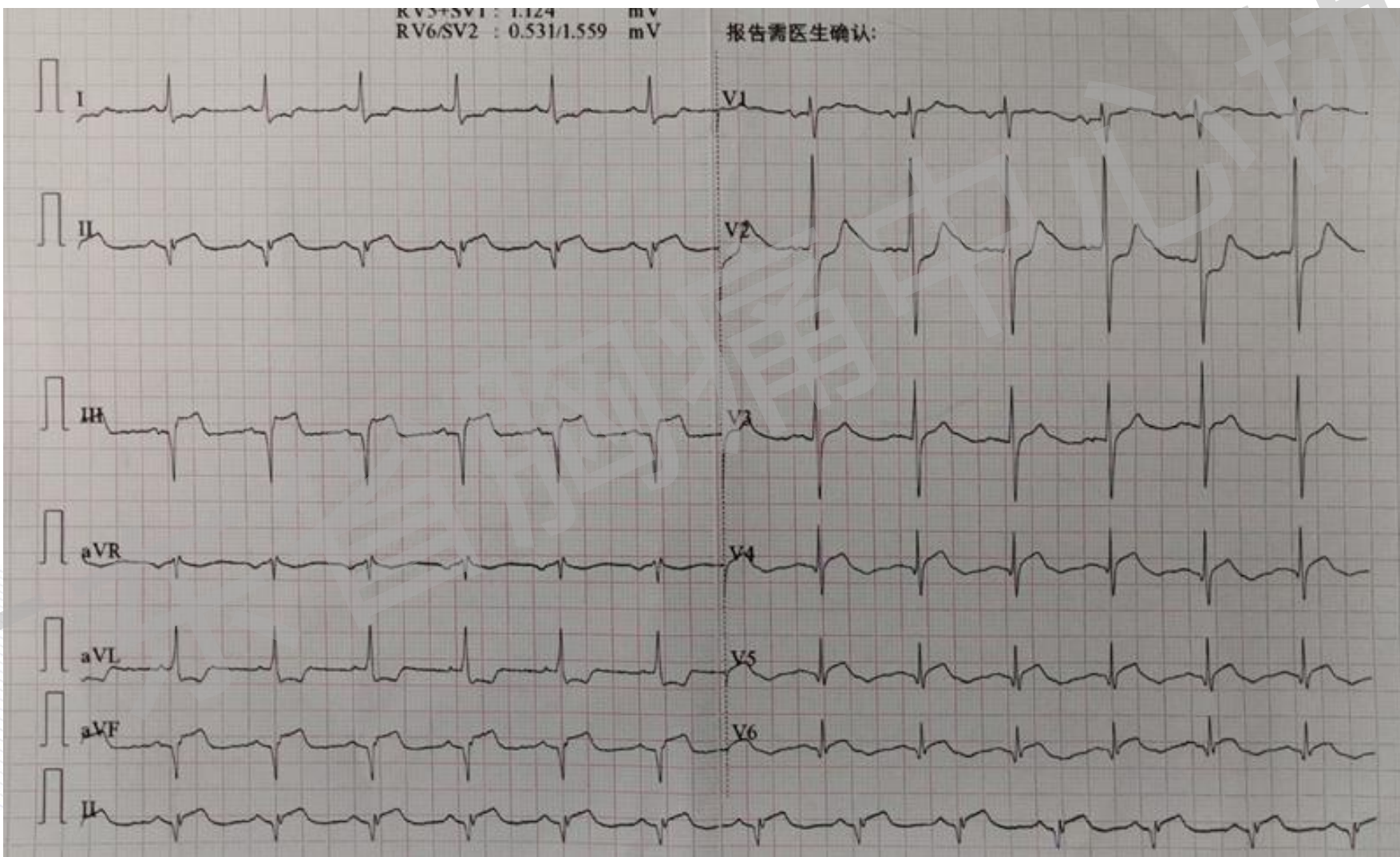
就诊日期	2019-09-19	门诊时间	上午	就诊序号	404	挂号状态	就诊
门诊号别	脊柱一二	门诊科室	脊柱一二科专家门诊				
序号	4	医生姓名		门诊类别	专家		
初诊标志	初诊	提供病案		挂号费	.00		
挂号员		挂号日期	2019-10-16 07:48	诊疗费			
退号员		退号日期		其他费用			

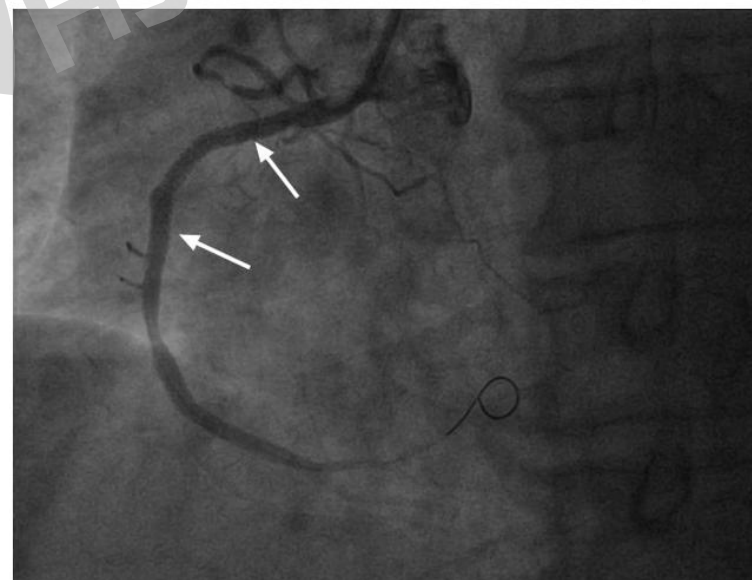
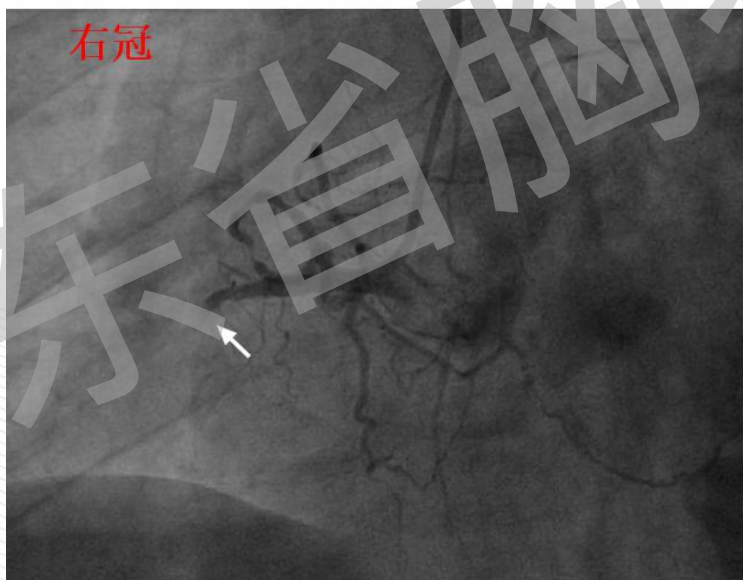
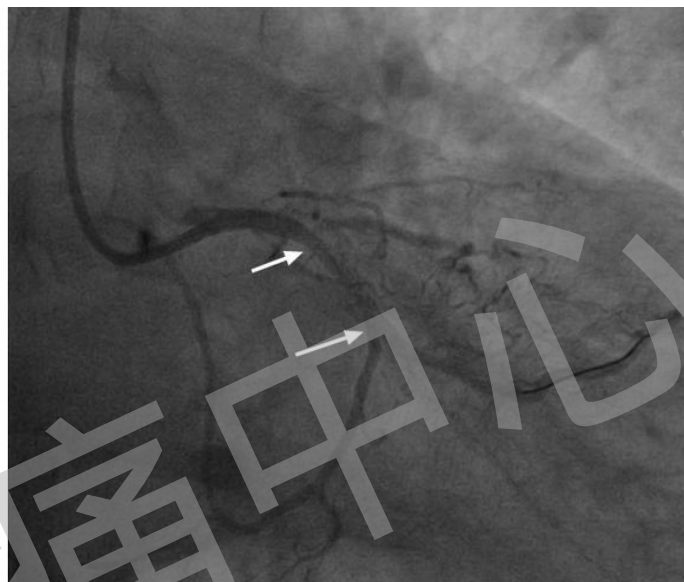
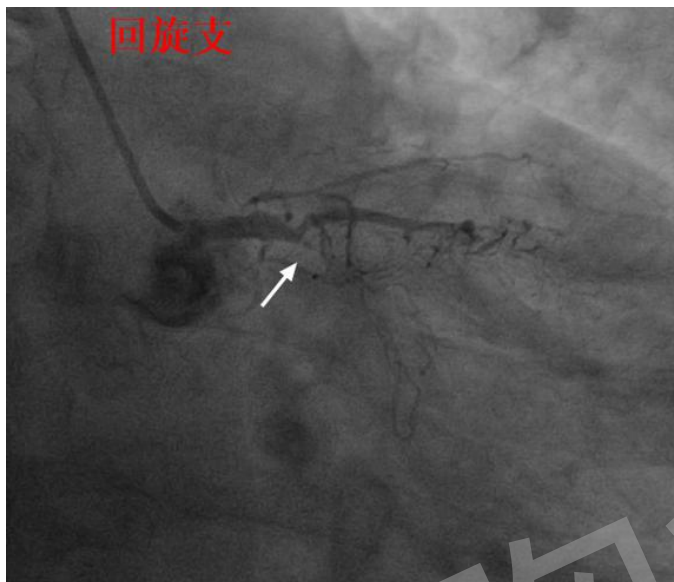
返回

首份心电图：16点00分



术后心电图





广东省胸痛中心协会

该病例延误原因结论：

- 1、患者作为医务工作者的亲属，严重缺乏自救急救意识和基本医疗常识；
- 2、本院工作人员也缺乏对胸痛及不典型胸痛的警惕意识；且为了避免麻烦，违背医疗常规，造成沟通上的误解；



心情复杂



天下大事，必作于细

心有猛虎，细嗅蔷薇

广东省胸痛中心协会

CCPCC 2019

致知力行，继往开来！

谢谢！

广东省肿瘤中心协会