

急性重症病毒性心肌炎 26 例临床分析

王 运

作者单位: 463000 河南,驻马店市中心医院呼吸重症医学科

作者简介: 王 运(1975-),男,医学硕士,主治医师,研究方向:重症医学。E-mail:wangyun19750802@163.com

[摘要] **目的** 探讨急性重症病毒性心肌炎的临床特点、治疗方法及效果。**方法** 对 26 例急性重症病毒性心肌炎患者的一般资料、感染情况、临床表现、相关检查结果、治疗和预后情况进行分析总结。**结果** 22 例患者抢救成功,成功率为 84.6%。死亡 4 例,其中 2 例死于急性期(均存在心源性休克),另 2 例死于急性肺水肿。**结论** 急性重症病毒性心肌炎病情发展迅速,预后欠佳,在临床上应高度重视,尽早诊断并积极治疗。

[关键词] 病毒性心肌炎; 急性重症; 免疫病理机制; 临床治疗

[中图分类号] R 542.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2011)09-0836-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.09.09

Clinical analysis of 26 case of severe acute viral myocarditis WANG Yun. Department of Respiratory Critical Care Medicine, the Central Hospital of Zhumadian City, Henan 463000, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical treatment method of severe acute viral myocarditis and analyze its efficacy. **Methods** The clinical data of 26 cases of severe acute viral myocarditis were retrospectively analyzed including general data, infection situation, clinical manifestations, clinical test results, treatment and prognosis. **Results** 22 of 26 cases were successfully rescued. The success ratio was 84.6%. 4 cases died, including 2 cases died in the acute stage with cardiogenic shock, the other 2 cases died from acute pulmonary edema. **Conclusion** Severe acute viral myocarditis is an acute disease with poor prognosis. More attention should be paid to early diagnosis and positive treatment of this disease.

[Key words] Viral myocarditis; Severe acute; Immunopathogenesis; Clinical treatment

急性重症心肌炎的病死率约占发病人数的 10%,主要原因是由于持续室性纤颤及心动过速、心脏猝死、严重心动过缓及心力衰竭所引起,且急性期存活患者可能会出现远期死亡情况,部分患者还会出现慢性迁延,同时转变成扩张型心肌病,进而逐步转化为治疗相对困难的慢性心力衰竭^[1]。笔者对 2007-05~2010-05 我院收治的 26 例急性重症病毒性心肌炎患者的临床资料、诊治方法及治疗预后进行回顾性分析,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 26 例急性重症病毒性心肌炎患者中男 12 例,女 14 例,年龄 17~69(38.1±9.8)岁。所有患者的诊断均符合《急性病毒性心肌炎的诊断标准》^[2]。主要临床特征为充血性心力衰竭、持续室性心动过速伴低血压、Adms-Stokes 综合征、心包炎、心源性休克等。全部患者中有 23 例明确存在病毒感染史,其中 13 例在感染 2 周内或感染同时出现

发热;上呼吸道感染 18 例,肠道感染 2 例;4 例虽患者出现发热而未存在肠道感染史或上呼吸道感染等体征。发病时间 1~3 月 10 例,4~6 月 4 例,7~9 月 2 例,10~12 月 10 例。临床表现:(1)呼吸困难:10 例患者的就诊原因为突然气喘、呼吸困难、无法平躺,约占 38.5%。(2)心源性休克:17 例患者入院时有心源性休克表现,约占 65.4%。(3)发热:14 例患者有发热,约占 53.8%,体温 38~39.2℃。(4)晕厥:有 15 例患者出现晕厥或无意识现象,约占 57.7%,经心电图检查显示室性心动过速或三度房室传导阻滞(AVB)。(5)胸痛:3 例患者以胸痛主诉,约占 11.5%。

1.2 辅助检查 (1)12 导联心电图检查:有 4 例患者 ST 段出现压低,并且有 2 例患者出现 ST 段弓背抬高,1 例 ST 段出现压低,并有 2 例患者出现 Q 波;9 例患者示三度 AVB,1 例伴左束支传导阻滞,1 例伴短阵室速,1 例伴室内传导阻滞,1 例伴束支传导

阻滞,1 例伴房颤;交界性逸搏心律 1 例,窦性心动过缓 1 例,窦性心动过速 1 例,窦性停搏 1 例,完全性右束支传导阻滞伴左前分支传导阻滞 1 例;3 例患者示频发室性早搏及心脏短阵性室性心动过速。(2)全部患者在入院 2 d 后行超声心动图检查,其中 4 例左心室内径出现增大,3 例患者在病情痊愈后转为正常;7 例患者左室室壁运动出现减弱现象,1 例患者室间隔运动出现减弱现象,ST 段出现弓背上抬、与急性心肌梗死的表现较为一致,证实室壁运动大部分都出现减弱现象;1 例发现有包积液,1 例表现为扩张性心肌病样改变。(3)实验室检查:全部患者入院后均进行静脉采血检测心肌酶谱,以后隔日再行复查,检查结果 26 例的肌酸激酶同工酶为 41~281 U/L,血清肌酸激酶 201~1 900 U/L,与正常范围比较存在程度不一的增高情况。没有出现与心肌梗死症状较相似峰值改变情况,在 7 d 内 13 例肌酸激酶同工酶、血清肌酸激酶转为正常。17 例患者行肌钙蛋白的检测,11 例阳性。8 例患者行柯萨奇 B 组病毒检测,2 例阳性。

1.3 治疗方法 所有患者均给予卧床休息及心电图监护,同时采取改善心肌代谢及清除氧自由基等治疗措施。对于存在三度 AVB 和(或)心源性休克的患者给予甲基强的松龙 40 mg 静脉滴注,1~2 次/d,治疗 7 d 后针对患者的病情予以缓慢减少剂量,对于三度 AVB 严重者予以静脉滴注异丙基肾上腺素,有 1 例患者由于三度 AVB 持续时间在 3 周以上,予以安装心脏起搏器。对存在心源性休克或心衰者予以米力农($0.5 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)或多巴胺($3 \sim 10 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)治疗,改善心功能,维持动脉压。4 例心源性休克患者予以主动脉内球囊反搏治疗。

2 结果

26 例患者中有 22 例抢救成功,成功率为 84.6%,其中 2 例遗留室性早搏,1 例发展为扩张型心肌病,余 19 例均恢复正常,无后遗症。死亡 4 例,有 2 例死于急性期,均存在心源性休克,病程均很短,平均病程为(1.6 ± 0.8)d,其中 1 例尖端扭转室速电复律后心跳骤停,1 例伴有室颤。另 2 例死于急性肺水肿。

3 讨论

3.1 急性重症病毒性心肌炎是心内科较常见重症病,病毒感染是该病发病的主要原因之一。该病存在明显的季节性^[3]。病毒一般为柯萨奇病毒、巨细胞病毒等。患者感染之后心肌细胞及组织间隙之间

出现弥漫性炎症,而表现为心肌细胞出现肿胀、变性、坏死及溶解现象。由于病情发展较快,心肌可以在较短的时间内产生较为严重的损伤或坏死,患者如得不到及时恰当的救治,很可能造成死亡。本组中有 23 例明确存在病毒感染史,其中 13 例在感染 2 周内(或感染同时)出现发热;本组上呼吸道感染 18 例,肠道感染 2 例;4 例患者虽出现发热但未存在肠道感染史或上呼吸道感染等体征。该病发病一般在冬秋季节发病,夏季最少^[4]。本组发病在 1~3 月份者 10 例,4~6 月份者 4 例,7~9 月份者 12 例,10~12 月份者 10 例,与文献报道一致^[3,4]。因此,临床上针对患者出现季节性腹泻或上呼吸道感染等者应密切观察,对出现心脏症状者应尽早予以相关实验室检查,以便尽早确诊和治疗。

3.2 急性重症病毒性心肌炎对心肌产生损伤的机制主要为:(1)免疫反应;(2)病毒的感染和复制;(3)生化机制等。细胞死亡和心肌损伤的主要因素为自体免疫应答。国内有研究发现在心肌炎患者体内存在心脏自身的抗体(抗膜受体的抗体、抗肌球蛋白 α 和 β 重链的抗体、抗肌膜抗体及抗线粒体蛋白的抗体)^[5],证实了该病存在一定的免疫病理机制。

3.3 该病的治疗主要为综合性治疗,包括卧床休息、消除氧自由基、营养心肌、免疫调节药物应用等,另外可针对性予抗生素及中药治疗等。对早期患者出现的过度免疫反应及细胞毒性作用者可予以糖皮质激素治疗,以增强心肌细胞溶酶体膜的稳定性,减少心肌局部渗出,改善传导,以增强提高机体应激性^[6]。对累及传导系统并导致严重的起搏功能或传导功能障碍者需要安装临时心脏起搏器。

参考文献

- 1 倪俊亮,贺永明.急性病毒性心肌炎 42 例临床分析[J].中国现代医药杂志,2008,10(10):19-21.
- 2 王玉平,刘彤.分型论治病毒性心肌炎[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(9):51.
- 3 胡柯,龚立权.急性重症心肌炎 38 例临床分析[J].实用医学杂志,2010,26(12):2182-2183.
- 4 刘桂华,钱婕.28 例成人急性重症病毒性心肌炎临床分析[J].中国临床实用医学,2008,2(5):66-67.
- 5 李茂查.中西医结合治疗急性病毒性心肌炎 28 例观察[J].安徽医药,2010,14(7):823-824.
- 6 毛春霞.28 例急性重症病毒性心肌炎诊治分析[J].中国医药导报,2009,6(23):152-153.

[收稿日期 2011-05-04][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]