

ST 段抬高重症心肌炎患者 12 例临床分析

迟永辉 黄乐富 唐煜 王乐丰 杨新春

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2015.01.019

心肌炎是指各种原因引起的心肌的局限性或弥漫性炎症,病情轻者可无明显症状,或仅有发热等非特异性症状;病情重者可并发严重心律失常、心功能不全,甚至猝死^[1]。近年来,心肌炎的发病率明显提高,部分患者,尤其是重症心肌炎患者,在临床症状、心肌酶学和心电图等方面酷似急性心肌梗死(AMI),然而两者的治疗措施却截然不同^[2]。AMI 的治疗关键是尽快开通闭塞血管,使缺血心肌获得再灌注;而重症心肌炎则主要是对症支持、积极纠正心力衰竭等综合治疗。因此,充分了解重症心肌炎的临床特点,减少误诊、误治,早期明确诊断,有重要意义。

1 对象与方法

1.1 临床资料

我院从 2006 年 1 月至 2014 年 1 月,共收治 76 例急性心肌炎患者,其中 12 例心电图酷似 AMI。患者年龄 18~39 岁,男性 10 例、女性 2 例,合并原发性高血压 1 例,吸烟>400 支/年者 2 例,均无糖尿病、高脂血症的病史。发病时间春季 2 例、夏季 1 例、秋季 3 例、冬季 6 例。

1.2 研究方法

参照 1999 年中国心肌炎心肌病对策专题组指定的急性心肌炎诊断标准^[3],回顾性分析患者病史、临床表现、心电图改变、心肌损伤标志物及超声心动图结果。

2 结果

入院前 3~14 d,在 12 例患者中,11 例有明确的发病前驱症状,7 例表现为发热伴咳嗽、流涕等上呼吸道感染症状,3 例表现为腹泻、呕吐等消化道症状,1 例有肺部感染。所有患者均出现乏力、胸闷、气短表现,其中晕厥 1 例,低血压休克死亡 1 例。

所有患者入院时心电图均呈现 AMI 样变化:多导联 ST 段抬高,出现在前壁导联 1 例、前壁合并下

壁导联 1 例(见图 1)、前壁合并侧壁导联 1 例、下壁导联 4 例、下侧壁导联 3 例、侧壁导联 2 例。另外,2 例合并有异常 Q 波,1 例合并间歇性 III 度房室传导阻滞,1 例死亡前发生室速、室颤。



图 1 心肌炎患者心电图前壁和下壁导联 ST 段抬高

24 h 动态心电图发现,8 例患者存在 ST 段-T 波改变,2 例频发房性及室性早搏,1 例频发室性早搏,短阵室性心动过速伴间歇性 III 度房室传导阻滞,1 例死亡未行检查。

所有患者入院时心肌肌钙蛋白均升高,2 例患者明显升高,且升高时限长,其中 1 例死亡。

所有患者均行超声心动图检查:9 例心脏结构及功能未见明显异常,1 例心包少量积液,1 例左室射血分数稍减低(42%),1 例重症心肌炎死亡患者出现节段性室壁运动异常和左室射血分数明显减低(20%)。所有患者均排除心脏瓣膜病。

所有患者均未行心内膜活检术。由于上述患者心电图表现酷似 AMI,入院时 7 例同意行急诊冠脉造影术,均未见明显狭窄(见图 2),1 例可见心肌桥,1 例冠状动脉血流略缓慢(TIMI 血流 2 级)。



图 2 冠脉造影未见明显异常

2.3 治疗及转归

严格监测所有患者生命体征,对于心功能不全、严重心律失常、心源性休克等积极对症治疗,包括强心、利尿、调节电解质、血管活性药物、抗心律失常、营养心肌、心脏辅助器械的应用等。11 例好转出院,1 例因泵衰竭发生恶性心律失常而死亡。

3 讨论

本组急性重症心肌炎患者大部分有胸闷、胸痛等症状、且心电图呈多导联 ST 段抬高,心肌损伤标志物升高等酷似 AMI 表现,临床上容易误诊、误治^[4]。

国外学者曾提出,缺乏冠心病危险因素年轻急性冠脉综合征患者,尤其是心电图异常提示超过单支冠状动脉支配区域或无定位趋向者,不能排除急性重症心肌炎的可能^[5]。急性重症心肌炎的致病机制包括病毒直接侵犯和免疫反应所致的心肌损伤,故不一定符合冠状动脉供血区域定位。心电图 PR 段压低有助于鉴别急性心肌炎和 ST 段抬高型 AMI^[6],在本组患者中也有类似现象。

结合本组患者的特点及相关文献,可以从以下几个方面鉴别诊断:(1)急性心肌炎的患者多较年轻,且无高血压、糖尿病等。(2)急性心肌炎患者起病前有明确的前驱症状,如发热、上呼吸道感染或消化道症状。(3)心肌酶谱变化与 AMI 不同。(4)急性心肌炎患者冠脉造影检查均为阴性。

急性心肌炎患者心肌核磁共振会出现钆增强扫描阳性,其特征表现为心肌散在斑驳样改变,与冠状动脉分布区域无关,位于心外膜下;而 AMI 缺血范围与冠状动脉分布区域一致^[7]。ST 段抬高型

AMI 的治疗指南要求在发病 12 h 内、入院 90 min 内行冠状动脉介入术^[8],故在临床上难以鉴别时,建议有条件的医院考虑行急诊冠脉造影或冠状动脉 CT 血管成像协助诊断。

目前,尚无公认的急性重症心肌炎的治疗指南。加强对症支持治疗、使用血管活性药物,必要时应用心脏辅助器械装置维持血流动力学稳定是治疗急性重症心肌炎的关键。国外流行病学调查显示,急性心肌炎在心源性猝死的原因中占 8.5%^[9]。重症心肌炎一经治愈,不遗留左室功能障碍及其他后遗症,预后优于非重症心肌炎^[10]。

参 考 文 献

- [1] Magnani JW, Dec GW. Myocarditis current trends in diagnosis and treatment[J]. Circulation, 2006, 113(6): 876-890.
- [2] Sheldon SH, Crandall MA, Jaffe AS. Myocarditis with ST elevation and elevated cardiac enzymes misdiagnosed as an ST-elevation myocardial infarction[J]. J Emerg Med, 2012, 43(6): 996-999.
- [3] 中华心血管病杂志编辑委员会心肌炎心肌病对策专题组. 关于成人急性病毒性心肌炎诊断参考标准和采纳世界卫生组织及国际心脏病学会联合会工作组关于心肌病定义和分类的意见[J]. 中华心血管病杂志, 1999, 27(6): 405-407.
- [4] Schultz JC, Hilliard AA, Cooper LT Jr, et al. Diagnosis and treatment of viral myocarditis[J]. Mayo Clin Proc, 2009, 84(11): 1001-1009.
- [5] Ukena C, Mahfoud F, Kindermann I, et al. Prognostic electrocardiographic parameters in patients with suspected myocarditis[J]. Eur J Heart Fail, 2011, 13(4): 398-405.
- [6] Porela P, Kytö V, Nikus K, et al. PR depression is useful in the differential diagnosis of myopericarditis and ST elevation myocardial infarction [J]. Ann Noninvasive Electrocardiol, 2012, 17(2): 141-145.
- [7] Gutberlet M, Spors B, Thoma T, et al. Suspected chronic myocarditis at cardiac MR: diagnostic accuracy and association with immunohistologically detected inflammation and viral persistence[J]. Radiology, 2008, 246(2): 401-409.
- [8] 沈卫峰. “2013 年 ACCF/AHA ST 段抬高型心肌梗死处理指南”点评[J]. 国际心血管病杂志, 2013, 40(1): 1-2.
- [9] Fabre A, Sheppard MN. Sudden adult death syndrome and other non-ischaemic causes of sudden cardiac death [J]. Heart, 2006, 92(3): 316-320.
- [10] Amabile N, Fraisse A, Bouvenot J, et al. Outcome of acute fulminant myocarditis in children [J]. Heart, 2006, 92(9): 1269-1273.

(收稿: 2014-07-28 修回: 2014-10-08)

(本文编辑: 丁媛媛)