

重症心肌炎伴心室颤动 1 例

徐化洁 赵 昕 禹子清 彭 娟 樊 冰

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2016.01.020

1 病例简介

患者男性,37 岁,因胸背部疼痛 3 d 就诊于当地医院。有吸烟史。查体:血压 80/50 mmHg,精神萎靡,面色苍白,双肺未闻及啰音,双下肢无水肿。心音低钝,心率 82 次/min,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音及心包摩擦音。心电图示窦性心律、广泛 ST 段抬高(见图 1)。肌钙蛋白 T(cTnT)158 ng/mL, N-末端 B 型利钠肽原(NT-proBNP)20 300 pg/mL,肌酸激酶同工酶(CK-MB)310.0 ng/mL。肝肾功能:白蛋白 33.2 g/L,球蛋白 32.0 g/L,谷丙转氨酶 89 U/L,谷草转氨酶 540 U/L,尿素氮 9.8 mmol/L,肌酐 180 μ mol/L,尿酸 463 μ mol/L。EB 病毒、柯萨奇病毒抗体阴性。经胸超声心动图显示,心功能减退,左室射血分数(LVEF)为 35%,二尖瓣、三尖瓣轻度反流。急诊冠状动脉造影未见异常。初步诊断:急性重症心肌炎、心力衰竭(纽约心脏协会心功能分级Ⅲ级)、心源性休克、肝功能异常、肾功能异常。给予患者甲泼尼龙、头孢唑肟、利巴韦林以及还原型谷胱甘肽等对症支持治疗,患者症状好转。入院第 8 天患者突发意识丧失,心电监护示心室颤动(见图 2)。立即给予心肺复苏,间断除颤 3 次,胺碘酮药物复律后转为窦性心律。即刻血气分析:血钾 2.6 mmol/L,给予补钾治疗。患者发病后 3 周转入我院,心肌标志物逐渐恢复正常,柯萨奇病毒 IgG、IgM 阳性,继续予以甲泼尼龙减量口服、辅酶 Q10 等治疗。期间患者体温升高至 39 $^{\circ}$ C,血常规示白细胞计数为 11.47×10^9 /L,中性粒细胞为 8.3×10^9 /L,予抗生素治疗后体温恢复,患者病情好转后出院。

2 讨论

该患者无前驱感染征象,以胸背部疼痛急性起病,心电图表现为广泛 ST 段抬高,心肌标志物大幅上升,肝肾功能受损,行冠状动脉造影排除冠心病后拟诊为重症心肌炎。

大部分心肌炎起因是病毒感染,如肠道病毒、腺病毒、流感病毒等。本例患者原发症状不明显。在心肌炎的鉴别诊断中,须排除急性冠脉综合征或

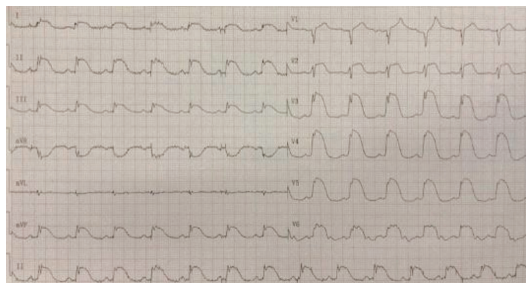


图 1 患者入院时心电图

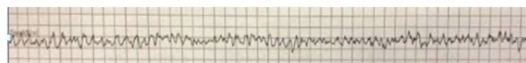


图 2 患者入院第 8 天突发心室颤动

其他非炎症性疾病。根据临床观察,心肌炎患者合并其他心血管疾病较为罕见。若临床证据不充分,心内膜心肌活检(endomyocardial biopsy, EMB)为首选确诊方法。心肌标志物、C 反应蛋白升高提示炎症反应,肝肾功能受损可能是由于低氧血症以及病毒引起的免疫损害导致了全身免疫综合征。研究表明,心肌炎患者的心电图 QRS 波增宽(非左束支传导阻滞)可作为生存率的独立预测因素^[1]。心脏磁共振显像(cardiology magnetic resonance, CMR)对诊断和评估病情有较高价值。对于心肌炎症状不典型者,特别是假梗死,欧洲指南推荐行 EMB。若患者在心肌炎规范治疗中出现病情急剧恶化或者心肌标志物持续不降、左右心室功能进行性减弱,那么 CMR 或 EMB 是首选。

目前,肠道病毒感染仍缺乏公认的抗病毒治疗方法。研究显示,干扰素可清除肠道病毒染色体,并改善患者的心功能分级及预后^[2]。免疫抑制剂在心肌炎治疗试验中呈中性结果,应在 EMB 排除急性感染后开始。糖皮质激素大剂量冲击治疗有增加感染扩散的危险,在治疗期间应密切观察。

参 考 文 献

- [1] Kühl U, Schultheiss HP. Viral myocarditis[J]. Swiss Med Wkly, 2014,144:w14010.
- [2] 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.
- [3] 迟永辉,黄乐富,唐煜,等. ST 段抬高重症心肌炎患者 12 例临床分析[J]. 国际心血管病杂志, 2015,42(1):63-64.

(收稿:2015-07-13 修回:2015-12-03)

(本文编辑:梁英超)

作者单位:200031 上海,复旦大学附属中山医院心内科

通信作者:樊 冰,Email:fan.bing@zs-hospital.sh.cn