

The background is a solid teal color. On the left and right sides, there are faint, stylized palm fronds extending from the edges towards the center.

爆发性心肌炎的诊断与治疗

关注中青年猝死现象

- ✓ 冠心病，但得到足够重视！
- ✓ 心力衰竭常常有基础心脏病，易于诊治！
- ✓ 主动脉夹层、嗜铬细胞瘤时常漏网
- ✓ 肺栓塞并非罕见，但难以诊断
- ✓ 心律失常防不胜防
- ✓ 重症心肌炎最容易被忽视

易漏诊的暴发性心肌炎！

- 一种可怕现象（各个医院均有碰到）
 - 中青年人
 - 感冒发热/腹痛腹泻-->诊上感/急性胃肠炎
 - 用药/输液-->猝死（输液室/家里）
 - 尸体解剖，暴发重症心肌炎
 - 纠纷，赔钱，冤！
- 是医生诊断意识不强？
- 是患者表现不典型？

心肌炎概述

- 概念：心肌或心肌间质有炎症
 - 局限/弥漫
 - 急性/慢性
- 流调：相对发病率不断增加
 - 婴幼儿病情多较重，
 - 成年人中青少年较多见
 - 重症心肌炎也不少见
 - 重症心肌炎猝死发生率较高，国内报道占26.4%，仅次于冠心病。

心肌炎的病因

1、— 感染性疾病引起：

- 病毒(嗜心肌柯萨奇病毒、ECHO病毒...)、
- 细菌、霉菌、立克次体、螺旋体或寄生虫

2、— 非感染疾病引起：

- 过敏或变态反应所致的心肌炎
 - » 风湿热、SLE...
- 化学、物理或药物所致的心肌炎
 - » 化学品或药物如吐根素、三价铋、阿霉素等
 - » 电解质平衡失调：均可造成心肌损害
 - » 心脏区过度放射，也可引起类似的炎性变化。
 - » 中毒

病毒性心肌炎----发病机制

- 发病机制

- 0-3天：病毒感染和复制

- 直接导致的心肌损伤

- 3-14天：免疫反应(细胞免疫+体液免疫)+生化机制(细胞因子)

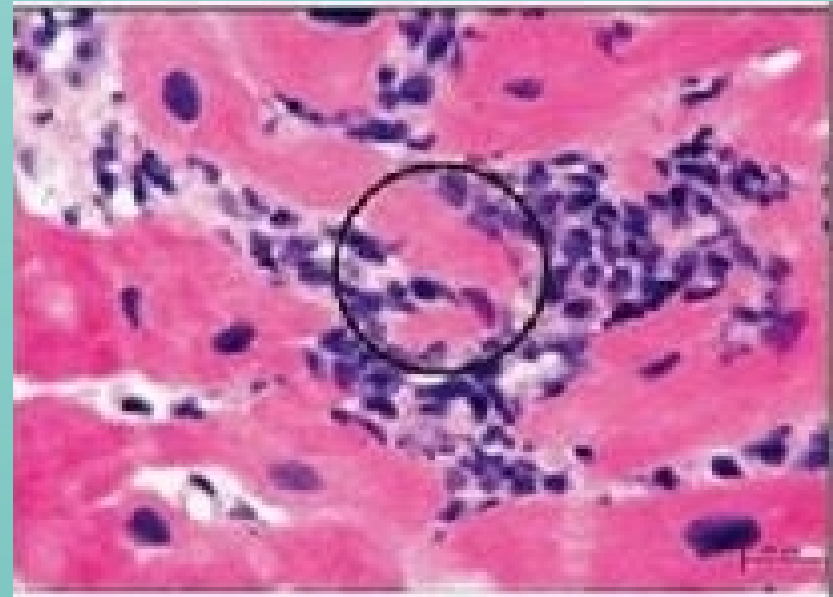
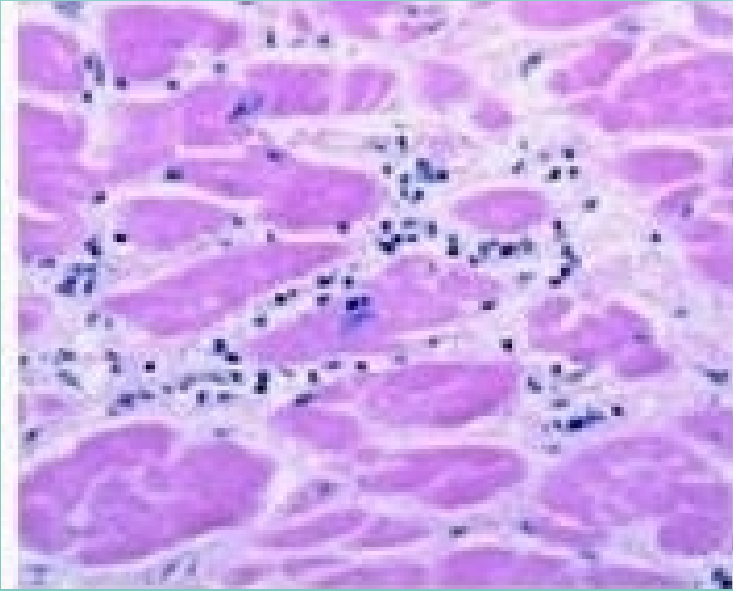
- 自身免疫介导的心肌损伤

- 14天后：病毒持续存在+凋亡+免疫反应

病理

- 炎症：淋巴细胞浸润、心肌细胞坏死
- 部位：间质、心肌、传导束

淋巴细胞浸润间质



间质炎症伴心肌破坏

心肌活检的局限性-----敏感性？特异性？

病理与临床

- 心肌间质炎症为主
 - ECHO: 心腔正常, 室壁厚
 - 心肌酶学稍升高
 - 舒张性心力衰竭
- 心肌细胞坏死为主
 - ECHO: 心腔扩大, 节段/弥漫收缩减弱/消失
 - 心肌酶学升高明显, 快速性心律失常、收缩性心力衰竭
 - 易误诊AMI
- 伴传导束损害
 - AVB或束支传导阻滞

病毒性心肌炎——临床表现

- 临床表现
 - 咽痛、乏力、发热、咳嗽、咳痰
 - 腹痛、腹泻、恶心、呕吐
 - 胸闷、心慌、胸痛
 - 头晕、气促、少尿
- 早期：无阳性体征，心动过速或早搏
- 比较重的体征（提示预后差）
 - 低血压、休克
 - 心音低钝、奔马律
 - 口唇紫绀、血氧饱和度低
 - 面色灰暗
 - 双肺湿罗音

重症心肌炎

- 临床特点
 - 青年或儿童
 - 重症心肌炎少见
 - 起病急
 - 进展快
 - 合并症多
 - 心衰
 - 心源性休克
 - 阿斯综合征（严重心律失常）
 - 猝死（虽然足够重视，**27%**）
 - 心包炎
 - **MOF**

辅助检查

– 心电图

- 心动过速、早搏
- **ST-T非特异改变**
 - 部分类似**STEMI**，但演变不一样

– 胸片或胸部CT

- 心脏增大、胸腔积液、肺水肿

– 心超

- 早期：舒张功能不全（间质）室壁增厚
- 晚期：节段或弥漫性收缩下降

– 心肌酶学：肌钙蛋白升高，CK-MB升高，肝酶升高

– 血象：白细胞总数不高，淋巴分类升高

病毒性心肌炎诊断

- 临床诊断

- 病毒感染史（@教课书的误导）

- 一周前病毒感染的前驱感染期？

- 临床表现：可能与心脏病有关的症状与体征

- **ECG**、心肌标志物

- 确诊：心内膜心肌活检为金指标

- 重要，但不方便，阳性率低，特异性差。

- 鉴别诊断（可能只满足感冒与胃肠炎）

- 急性肺内感染、肺炎

- 急性胃肠炎（有多疾病可有胃肠炎表现）

- 急性心肌梗死

- 心包炎、肺栓塞、胸膜炎

鉴别诊断

- **1.风湿性心肌炎：**多见于5岁以后学龄前和学龄期儿童，有前驱感染史，除心肌损害外，病变常累及心包和心内膜，临床有发热、大关节肿痛、环形红斑和皮下小结，体检心脏增大，窦性心动过速，心尖二尖瓣区可听到收缩期反流性杂音，偶可听到心包摩擦音。**ASO**增高，咽拭子培养**A**族链球菌生长，血沉增快，心电图可出现一度房室传导阻滞。
- **2.β受体功能亢进症：**系β-肾上腺素能受体的反应性增高所引起的交感神经活动亢进的一系列临床表现及心电图非特异性**ST-T**改变。多见于6~14岁学龄女童，疾病的发作和加重常与情绪变化（如生气）和精神紧张（如考试前）有关，症状多样性，但都类似于交感神经兴奋性增高的表现。体检心音增强，心电图有**T**波低平倒置和**S-T**改变，普萘洛尔试验阳性。
- **3.先天性房室传导阻滞：**多为III度房室传导阻滞，患儿病史中可有晕厥和阿-斯综合征发作，但多数患儿耐受性好，一般无胸闷、心悸、面色苍白等。心电图提示III度房室传导阻滞，**QRS**波窄，房室传导阻滞无动态变化。出生史及既往史有助诊断。
- **4.自身免疫性疾病：**多见全身型幼年型类风湿性关节炎和系统性红斑狼疮。全身性幼年型类风湿关节炎主要临床特点为发热、关节疼痛、淋巴结、肝脾肿大、充血性皮疹、血沉增快、**C**反应蛋白增高、白细胞增多、贫血及相关脏器的损害。累及心脏可有心肌酶谱增高，心电图异常。对抗生素治疗无效而对激素和阿司匹林等药物治疗有效。系统性红斑狼疮多见于学龄女童，可有发热，皮疹，血白细胞、红细胞和血小板减低，血中可查找到狼疮细胞，抗核抗体阳性。
- **5.川崎病：**多见于2~5岁幼儿，发热，眼球结膜充血，口腔黏膜弥散性充血，口唇皸裂，杨梅舌，浅表淋巴结肿大，四肢末端硬性水肿，超声心动图冠状动脉多有病变。需要注意的是，重症川崎病并发冠状动脉损害严重时，可出现冠状动脉栓塞、心肌缺血，此时心电图可出现异常**Q**波，此时应根据临床病情和超声心动图进行鉴别诊断。

危险分层

– 心功能评估

- 心功能损害程度判断
- 舒张功能（间质）或收缩功能（心肌）为主

– 心电评估

- 有无恶性心律失常（VF/VT）
- 有无传导阻滞

– 电紊乱与机械受损并存否？

– 病情的急骤进展性！

（具体见附表）

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/696113133004010110>