

小儿病毒性心肌炎 40 例临床分析

李 仲 芝

(醴陵市人民医院儿科, 412200)

我院在 1990 年 1 月~1995 年 4 月共收治小儿病毒性心肌炎 40 例,按九省市小儿病毒性心肌炎协作组制订的诊治标准^[1],经应用大剂量维生素 C 和激素等综合治疗,取得较好疗效,现分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男 26 例,女 14 例。年龄最大 12 岁,最小 8 个月。以冬春季发病为主。

1.2 临床表现

患儿在心脏症状出现之前常有呼吸道感染或胃肠道感症状,如发热、咳嗽、气促、呕吐、腹泻、面色苍白等;婴幼儿除面色苍白外,还有烦躁、拒乳、发绀等。心脏症状出现后,根据病情可分为轻、中、重三型^[2]:轻型,发现患儿有精神差、无力、食欲不振、心动过速,心电图检查时仅有 ST—T 改变;中型,起病多急促,患儿

表现为拒食、心悸和气促明显,叩诊有心界扩大,听诊有心动过速、心音低钝、奔马律等,心电图检查时除有ST—T改变明显外,可有房性过早搏动和室性过早搏动;重型,除有中型患儿的症状外,常出现烦躁不安、皮肤湿冷等。本文有轻型14例(35%),中型16例(40%),重型10例(25%)。在重型患儿中,有一例出现充血性心力衰竭。

1.3 实验室及辅助检查

心电图检查发现ST段下移,T波低平倒置共17例,室上性心动过速并有各种过早搏动19例,I度房室传导阻滞1例,II度1例,左前半支阻滞1例,右束支阻滞1例,右室扩大15例。X线检查发现心界扩大10例,白细胞增高27例,血沉加快15例,抗“O”大于500个单位10例,血清乳酸脱氢酶增高25例。

1.4 治疗

绝对卧床休息,除综合性治疗外,10例重症患儿应用激素,先用地塞米松每天 $0.25 \sim 0.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 体重,病情好转后改口服,加大剂量维生素C每天 $100 \sim 200 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 体重静脉滴注,严重心律失常的患儿应用心得安、心律平、乙胺碘呋酮和阿托品等。

1.5 疗效及预后

一般经治疗2~4周病情稳定,心律失常控制,一般情况改善。住院时间7~32天,治愈20例,占50%;好转17例,占42.5%;无变化2例,死亡1例。

2 讨论

文献报道,在我国小儿病毒性心肌炎常由柯萨奇B组病毒、埃可病毒、巨细胞病毒、风疹病毒等感染引起^[1,3]。患儿一般先有全身症状,继而出现心脏受累症状和体征,本文患儿病程大都如此。也有些患儿感染病毒后起病急骤,心脏体征首先出现,在诊治时尤应注意,笔者有以下体会。

2.1 诊断及鉴别诊断

本文40例病毒性心肌炎患儿均符合九省市小儿病毒性心肌炎协作组拟定的诊断标准^[1]。症状明显者作心电图等检查可及时诊断

得到早期治疗。对于症状不明显,临床遇有不明原因的发热、乏力和面色苍白等不好用其他疾病解释时,要及时作心电图检查,心电图检查几乎都有不同程度改变。

2.2 药物应用

本组10例重症患儿应用激素4~6周,病情稳定后口服,并逐渐减量停药,从病理生化机制上可用抗氧化剂治疗。大剂量维生素C能使体内细胞内外维持一定维生素C的浓度水平,起到清除自由基,防止脂质过氧化作用^[4]。一个月內大部分基本恢复正常。

2.3 预后

小儿病毒性心肌炎只要及时诊断,一般治疗4~6周,临床症状均可减轻或消失。多数患儿预后良好,但若延误诊治,则预后不佳。本文一例4岁患儿因发热、咽痛、心悸、面色苍白在乡镇医院诊为“重感”,病情加重来我院就诊时,出现烦躁不安、脉搏细弱、心音低钝、奔马律,心电图检查发现ST—T段明显改变。经治疗无效死亡。激素应用不能突然停药,尤其是有心律失常患儿。本文3例患儿由于突然停用激素,疾病复发而再次住院治疗。

参考文献

- 1 九省市小儿心肌炎协作组. 病毒性心肌炎诊断依据参考. 中华儿科杂志, 1981, 19(1):62
 - 2 梁翊常. 心肌炎. 见诸福棠, 吴瑞萍, 胡亚美(主编). 实用儿科学(下册). 北京:人民卫生出版社, 第4版, 1985; 408~415.
 - 3 朱家菜, 谢莉莉, 照日格图, et al. 小儿病毒性心肌炎七种病毒特异性IgM抗体的检测及临床分析. 临床儿科杂志, 1995, 13(3):165~166.
 - 4 陈俊涟. 7例重症病毒性心肌炎诊治体会. 临床儿科杂志, 1995, 13(3):164
- (本文1995-11-25收到)