

• 病例报告 •

中西医结合救治重症心肌炎 1 例

靳文学 乔秀兰 邹演梅 何德英

(重庆市中医院, 重庆 400021)

采用中西医结合救治 1 例重症急性心肌炎患者疗效显著, 现报告如下。

1 临床资料

患者男性, 23 岁, 因“胸闷胸痛 6 d, 加重伴呼吸困难 2 d”入院。患者入院前 10 d 感冒, 出现头痛、发热、咳嗽、咳白色黏痰, 自服感冒药(具体不详)后发热减退。6 d 前患者出现胸闷、胸痛、咳嗽、咳痰(痰中带血)、气短乏力; 2 d 前患者胸闷胸痛加重, 伴明显喘息、呼吸困难, 就诊于当地医院, 查肌钙蛋白 $>50 \mu\text{g/L}$, X 线胸片示: 双下肺感染, 以右下肺明显。心脏彩超示: 二尖瓣、三尖瓣、肺动脉瓣、主动脉瓣轻度反流; 左心收缩功能正常。遂到本院就诊, 门诊以“重症心肌炎”收入冠心病重症加强治疗病房(CCU)。入院症见: 精神萎靡、胸闷、胸痛、气促、呼吸困难, 动则加重, 伴乏力倦怠、舌质黯红、苔少、脉细数。既往体健, 无高血压、糖尿病和高脂血症等病史。体检: 体温 $36.5 \text{ }^{\circ}\text{C}$, 脉搏 128 次/min, 呼吸频率 28 次/min, 血压 105/65 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa); 意识清, 端坐呼吸, 颈静脉无怒张, 双肺呼吸音粗, 双下肺可闻及湿啰音; 心界不大, 心率 118 次/min, 律齐, 心音低钝, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音; 腹部未见异常, 双下肢无水肿。实验室检查: 血常规: 白细胞计数(WBC) $12.64 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞比例(N) 0.779, 红细胞计数(RBC) $4.94 \times 10^{12}/\text{L}$, 血红蛋白(Hb) 156 g/L, 血小板计数(PLT) $208 \times 10^9/\text{L}$; 血生化: 天冬氨酸转氨酶(AST) 251 U/L, 乳酸脱氢酶(LDH) 1 002 U/L, 肌酸激酶(CK) 1 450 U/L, 羟丁酸脱氢酶(HBDH) 1 227 U/L, 肌酸激酶同工酶(CK-MB) 133 U/L, 肌钙蛋白 I(TnI) $>50 \text{ mg/L}$, CK-MB $71 \mu\text{g/L}$, 肌红蛋白 509.5 $\mu\text{g/L}$; 血气分析: pH 值 7.49, 二氧化碳分压(PCO₂) 31 mmHg, 氧分压(PO₂) 65 mmHg。心电图示: 窦性心动过速, V3 ~ V5 导联 ST 段显著抬高。心脏彩超示: 心脏腔室大小正常, 左室壁部分呈同向运动, 左室顺应性下降、收缩功能降低、射血分数(EF) 0.44, 主动脉瓣、二尖瓣轻度反流, 三尖瓣局限性反流。X 线胸片示: 双侧中下肺实变, 建议进一步检查。

中医初步诊断: 胸痹, 辨证邪毒犯心、气阴两虚、血脉瘀阻。治以清热解毒、益气养阴、化痰通络; 以银翘散加减。处方: 黄芪 15 g, 西洋参 10 g, 苦参 15 g, 金银花 30 g, 连翘 15 g, 麦冬 20 g, 玉竹 15 g, 瓜蒌 15 g, 黄芩 15 g, 丹参 15 g, 赤芍 10 g, 生甘草 10 g。2 剂, 水煎取汁温服。

西医诊断: 急性重症心肌炎; 肺部感染。

给予哌拉西林他唑巴坦抗炎; 果糖二磷酸钠、复合辅

酶、维生素 C 等营养心肌。患者入院后 2 d 血氧饱和度下降至 0.71, 先予无创呼吸机辅助通气, 查全血血气: pH 值 7.52, PCO₂ 26 mmHg, PO₂ 42 mmHg。患者意识淡漠, 呼吸急促, 汗出, 四肢厥冷, 舌黯紫, 苔少, 脉虚数; 查体: 脉搏 126 次/min, 血压下降至 70/40 mmHg, 血流动力学不稳定, 出现心源性休克。立即用微量泵持续泵入多巴胺维持血压; 气管插管, 呼吸机辅助通气, 选用有创正压通气(IPPV)模式, 丙泊酚镇静; 留置胃管, 加强营养。此时考虑系邪毒内陷、阴损及阳、阴阳俱竭、心阳欲脱。给予“参附龙牡救逆汤”回阳救逆, 潜阳护阴。处方: 生晒参 15 g, 制附子 12 g(先煎), 龙骨 30 g(先煎), 牡蛎 30 g(先煎), 白芍 15 g, 炙甘草 9 g。水煎取汁由胃管注入。抗菌药物选用以抗球菌为主的药物(万古霉素、泰能)静脉滴注(静滴), 甲泼尼龙琥珀酸钠以减轻炎症反应。患者血流动力学仍不稳定, 给予主动脉球囊反搏(IABP)机械辅助支持。监测出入量, 根据尿量补充入量, 加强营养支持。治疗 4 d 后患者胸闷胸痛缓解, 呼吸困难明显好转, 氧合指数 $>300 \text{ mmHg}$, 停用多巴胺后血压仍维持在 95/60 mmHg 以上, 予以脱机, IABP 使用 6 d 后脱离; 患者胸闷胸痛缓解, 仍有气短乏力、口渴咽干、舌红少苔、脉沉细。检测 TnI 1.347 $\mu\text{g/L}$; 心脏彩超示: 心脏各腔室大小正常, 左室顺应性降低, EF 0.60; 心电图 V3 ~ V5 导联 ST 段下降正常。此时邪已祛八九, 气阴两虚兼有余邪留恋为其基本特征, 治以益气养阴, 清养脾胃, 以麦门冬汤加减。处方: 黄芪 15 g, 太子参 12 g, 麦冬 15 g, 玉竹 15 g, 黄芩 12 g, 葛根 15 g, 法半夏 9 g, 扁豆 15 g, 生甘草 9 g。调理 5 剂后患者病情痊愈出院。

2 讨论

2.1 关于诊断: 急性重症病毒性心肌炎是由各类病毒引发的心肌炎症反应性病变, 好发于青壮年群体, 其主要病理改变是病毒直接对心肌侵袭和免疫损伤, 致心肌细胞及传导系统炎性水肿, 进一步发展为心肌细胞变性、坏死^[1]; 临床类型包括心律失常型、心力衰竭(心衰)型、泵衰竭型, 其起病迅速, 病程发展快, 病死率高, 严重威胁患者的生命安全。本例患者为青年男性, 既往身体健康, 发病前有明显的呼吸道感染病史, 起病急、病程短, 入院心电图前壁导联 ST 段显著抬高, 心肌酶和肌钙蛋白显著增高, 病情急剧恶化, 出现急性心衰、心源性休克, 临床虽无病毒学方面的证据, 但是病情演变迅速, 结合检查结果诊断急性重症心肌炎。

2.2 中医治疗: 心肌炎属于中医学“心悸”“胸痹”范畴, 发病前多有呼吸道感染病史, 初起常表现为感冒样症状, 如发热、头痛、咳嗽等, 待感冒缓解后, 或在感冒进程中, 突然出现或渐见心悸、气促、胸闷痛等症状, 严重者会发生心衰, 甚至猝死。中医学认为本病的发病与温毒有关, 正所谓“温邪

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2016.04.028

基金项目: 重庆市集成示范计划项目(este2015jesf10011)

通讯作者: 何德英, Email: hedeying_007@163.com

上受,首先犯肺,逆传心包”。时邪温毒或从肌表外袭,或从口鼻上受,导致肺卫不和,而见发热、咳嗽;温毒可由肺卫入血脉,导致温毒羁留不去,内舍于心,遂而出现心神不宁、心脉不齐、心络不通,甚至神昏厥脱而亡^[2]。目前中医对病毒性心肌炎的分型和分期尚无统一标准。本病轻重不一,临床表现差异大,证型多。归纳起来一般分为 3 期:急性期、恢复期、迁延期,急性期以邪毒内侵为其主要特征,治以清热解毒为主,方以银翘散加减;危重患者发生神昏厥脱者当回阳救逆,方选参附龙牡救逆汤。一般将后两期统称为中后期,以气阴两虚兼有余邪留恋为其基本特征^[3]。

2.3 本例患者的治疗体会与经验

2.3.1 发病急性期绝对卧床休息,镇静,应用营养心肌药物,降低心肌耗氧,可促进炎性病变的心肌尽快修复,防止病情恶化。

2.3.2 合并感染者,积极使用敏感抗菌药物控制感染;若单靠吸氧不能纠正低氧血症,尽快给予呼吸机辅助通气,减少心肺做功。

2.3.3 有血流动力学不稳定或反复心衰发作者应积极给予一线支持治疗。在急性期,特别是发生泵衰竭,建议进行机械辅助支持^[4-8],包括 IABP、经皮心肺支持系统(PCPS)、左心室辅助装置(LVAD)、体外膜肺氧合(ECMO)等。本例使用 IABP 后对稳定病情、抑制病情恶化起到了积极作用。

2.3.4 目前在心肌炎治疗中不主张常规使用免疫抑制剂,但近年来相关文献与研究显示,对重症心肌炎合并心源性休克、致死性心律失常(三度房室传导阻滞、室性心动过速)患者可足量、短期应用糖皮质激素^[9-10]。这可能与肾上腺皮质激素可缓解心肌细胞炎症和水肿,从而改善患者一般状况及心肌微循环相关。

2.3.5 相关报道已表明,采用中西医结合治疗心肌炎有效^[11-13],积极发挥中医药优势,改善剂型及用药途径,取长补短,继承创新,增加中医药在危急重症中的参与率及抢救成功率,在临床上可选用黄芪注射液、生脉注射液、清开灵注射液等。本例患者经辨证使用中医汤剂治疗后,对促进患者

康复起到积极作用。

2.3.6 密切观察病情变化,及时救治及积极对症处理,有助于改善预后。

总之,重症心肌炎临床上进展快,病情凶险,病情多变,病死率高,早期诊断及中西医结合合理救治是抢救成功的关键。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:1586.
- [2] 毛开颜.毛德西教授治疗病毒性心肌炎经验集粹[J].中医药学刊,2004,22(7):1174-1175,1182,1183.
- [3] 苏朋朋,熊丽辉,孙大中.生脉饮加减治疗病毒性心肌炎随机对照研究的 Meta 分析[J].国际中医中药杂志,2015,(5):446-449.
- [4] 袁小丽.爆发性心肌炎[J].中国医刊,2013,48(2):107-109.
- [5] 杨婷,陈妙莲,梁宏开,等.体外膜肺氧合治疗重症登革热合并暴发性心肌炎 1 例报告[J].中华危重病急救医学,2015,27(4):317-318.
- [6] 侯晓彤,杨峰,童朝晖,等.中国开展成人体外膜肺氧合项目建议书[J].中华危重病急救医学,2014,26(11):769-772.
- [7] 张星宇,吕利雄,徐欣晖.微创正压通气联合主动脉内球囊反搏术成功救治重症心肌炎并发心源性休克 1 例[J].中华危重病急救医学,2007,19(2):116.
- [8] 王赞赞,李彤,刘迎午,等.体外膜肺氧合联合主动脉内球囊反搏抢救心源性休克 1 例[J].中华危重病急救医学,2012,24(12):766-767.
- [9] 董瑞庆,杨俊华.心肌炎的诊断与治疗现状[J].新医学,2011,42(2):71-74,84.
- [10] 吴琳琳,韩波.心肌炎的诊断与治疗[J].中国当代儿科杂志,2014,16(12):1283-1288.
- [11] 张锦华.中西医结合抢救重症心肌炎合并急性左心衰竭Ⅲ度房室传导阻滞成功 1 例[J].中国中西医结合急救杂志,2010,17(3):162.
- [12] 黄刚,郑建轮.中西医结合治疗病毒性心肌炎的体会[J].中国中西医结合急救杂志,2006,13(4):209-209.
- [13] 郭凯鸣,穿琥宁联合生脉注射液治愈急性病毒性心肌炎并心源性休克 1 例[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(2):110-110.

(收稿日期:2016-04-05)

(本文编辑:邸美仙 李银平)

· 学术活动预告 ·

第二届全国真菌感染与宿主免疫学术研讨会征文通知

由中国微生物学会真菌专业委员会与《中国真菌学杂志》共同举办的第二届全国真菌感染与宿主免疫学术研讨会将于 2016 年 9 月 23 日至 25 日在浙江省宁波市开元名都大酒店召开。会议将通过研讨各种致病真菌与宿主的相互作用,进一步揭示各种致病真菌感染的发病机制,以促进我国在真菌感染疾病发病机制研究方面的发展,为提高我国真菌感染的临床诊治水平提供理论基础。会议将邀请国内外知名专家就上述内容进行演讲,同时为国内真菌感染疾病相关工作提供学习和交流的学术平台。欢迎感染、呼吸、血液、ICU、器官移植、皮肤、妇产科及从事微生物研究的学者踊跃投稿,参会交流。

1 投稿要求:① 投稿内容:各种致病真菌与宿主相互作用的研究,包括真菌感染病例分析、实验研究、诊断与治疗等。② 投稿方式:将中文全文和 400 字以内的中文摘要通过电子邮件投稿,Email:medicalmycology@163.com,投稿时注明联系电话,并注明“2016 真菌感染与宿主免疫会议征文”。③ 截稿日期:2016 年 7 月 31 日。

2 会议注册及学分:会议注册费为 800 元;注册费包括学费、资料费和餐费,差旅及住宿费用自理。参会代表可授予国家级继续医学教育项目类学分 10 分。

3 投稿联系人:马立英;联系电话:13522393367,Email:medicalmycology@163.com。