

# 病毒性心肌炎诊断标准(修订草案)

中华医学会儿科学分会心血管学组 中华儿科杂志编辑委员会

1999年9月于昆明

【编者按】1999年9月在昆明召开了全国小儿心肌炎、心肌病学术会议,经与会代表充分讨论,修订了1994年5月在山东威海会议制订的《小儿病毒性心肌炎诊断标准》。现将修订后的诊断标准刊出,供临床医师参考。对本诊断标准不能机械搬用,有些轻症或呈隐匿性经过者易被漏诊,只有对临床资料进行全面分析才能作出正确诊断。

## 一、临床诊断依据

(一)心功能不全、心源性休克或脑脑综合征。

(二)心脏扩大(X线、超声心动图检查具有表现之一)。

(三)心电图改变:以R波为主的2个或2个以上主要导联(I、II、aVF、V<sub>5</sub>)的ST-T改变持续4天以上伴动态变化,窦房传导阻滞、房室传导阻滞,完全性右或左束支阻滞,成联律、多形、多源、成对或并行性早搏,非房室结及房室折返引起的异位性心动过速,低电压(新生儿除外)及异常Q波。

通讯作者:100020北京,首都儿科研究所(吴铁吉)

(四)CK-MB升高或心肌肌钙蛋白(cTnI或cTnT)阳性。

## 二、病原学诊断依据

(一)确诊指标:自患儿心内膜、心肌、心包(活检、病理)或心包穿刺液检查,发现以下之一者可确诊心肌炎由病毒引起。

1. 分离到病毒。
2. 用病毒核酸探针查到病毒核酸。
3. 特异性病毒抗体阳性。

(二)参考依据:有以下之一者结合临床表现可考虑心肌炎系病毒引起。

1. 自患儿粪便、咽拭子或血液中分离到病毒,且恢复期血清同型抗体滴度较第一份血清升高或降低4倍以上。
2. 病程早期患儿血中特异性IgM抗体阳性。
3. 用病毒核酸探针自患儿血中查到病毒核酸。

## 三、确诊依据

(一)具备临床诊断依据2项,可临床诊断为心肌炎。发病同时或发病前1~3周有病毒感染的证据支持诊断者。

(二)同时具备病原学确诊依据之一,可确诊为病毒性心肌炎,具备病原学

参考依据之一,可临床诊断为病毒性心肌炎。

(三)凡不具备确诊依据,应给予必要的治疗或随诊,根据病情变化,确诊或除外心肌炎。

(四)应除外风湿性心肌炎、中毒性心肌炎、先天性心脏病、结缔组织病以及代谢性疾病的心肌损害、甲状腺功能亢进症、原发性心肌病、原发性心内膜弹力纤维增生症、先天性房室传导阻滞、心脏自主神经功能异常、β受体功能亢进及药物引起的心电图改变。

## 四、分期

(一)急性期:新发病,症状及检查阳性发现明显且多变,一般病程在半年以内。

(二)迁延期:临床症状反复出现,客观检查指标迁延不愈,病程多在半年以上。

(三)慢性期:进行性心脏增大,反复心力衰竭或心律失常,病情时轻时重,病程在1年以上。

(吴铁吉 整理)

(载转于《中华儿科杂志》2000年第2期第75页)

## 第三届全国儿科急救医学学习班通知

受卫生部委托,北京医科大学第一医院定于2000年9月初举办“第三届全国儿科急救医学学习班”,本班为国家继续医学教育项目。讲课采用新修订的教材,重点介绍儿科急救医学(包括NICU及PICU)的新进展、新方法、重危疾病的临床诊疗知识及抢救设施的应用。由在北京的知名专家、教授授课,历时3周,授学分25分。如有意参加者请于2000年7月底以前与北京医科大学第一医院儿科王颖医师联系。通讯地址:北京市西安门大街1号,北京医科大学第一医院儿科ICU,邮编:100034,电话:(010)66171122-3200。