

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, 昆明

【编者按】 1999 年 9 月在昆明召开了全国小儿心肌炎、心脏病学术会议, 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、V5)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。

(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、原发性心脏病、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)

(收稿日期: 1999-09-27)

(本文编辑: 滕淑英)

通信作者: 吴铁吉, 首都儿科研究所, 100020

第三届国际 Tourette 综合征研讨会在美国纽约召开

第三届国际 Tourette 综合征(TS)研讨会于 1999 年 6 月 4 日~6 日在美国纽约召开。来自世界 30 个国家和地区的 350 名代表参加了会议。我国北京儿童青少年心理卫生中心的张世吉教授等 2 人参加了会议。大会期间共有学术报告 33 篇, 壁报交流 51 篇, 圆桌会议 9 个。

会议就 TS 的现状和研究进展, 进行了广泛深入的交流。

内容涉及 TS 的流行病学、病因与发病机制、临床现象学与其伴随疾病、神经心理学、影像学、免疫学、分子遗传学、神经生化以及治疗进展等方面, 做了全面介绍和深入讨论。

每十年举行一次的第四届国际 Tourette 综合征研讨会拟定于 2009 年 6 月召开, 具体举办国待定。

(刘智胜)