

儿童病毒性心肌炎中医诊疗方案 (2018年版)

一、诊断

(一) 疾病诊断

参照 1999 年 9 月全国小儿心肌炎、心肌病学术会议制订的《病毒性心肌炎诊断标准（修订草案）》中小儿病毒性心肌炎的诊断标准。

(1) 临床诊断依据

①心功能不全、心源性休克或心脑综合征。

②心脏扩大（X 线、超声心动图检查具有表现之一）。

③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。

④CK-MB 升高或心肌肌钙蛋白（cTnI 或 cTnT）阳性。

(2) 病原学诊断依据

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。

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。

(3) 确诊依据

①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。

②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。

③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。

④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。

(4) 病程分期标准

- ①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。
- ②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。
- ③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1年以上。

(5) 病情分型标准

参照《诸福棠实用儿科学》(第8版)，本病急性期可分为轻、中、重三型。

①轻型：可无症状或仅有一过性心电图ST-T的改变，或有非特异性症状，精神不好、无力、食欲缺乏、第1心音减弱，或有奔马律，心动过速，心界大都正常，病情较轻，经治疗于数天或数周内痊愈，或呈亚临床经过。

②中型：除以上症状外，多有充血性心力衰竭，起病多较急、患儿拒食、面色苍白、呕吐、呼吸困难、干咳。儿童可诉心前区疼、头晕、心悸，可有急性腹痛及肌痛、呼吸困难、端坐呼吸、烦躁不安、面色发绀、心界扩大、心音钝、有奔马律或心律紊乱。双肺出现啰音，肝大有压疼，而水肿往往不著。可并发神经系统及肾脏损伤。如及时治疗，多数病例经数月或数年后可获痊愈，部分患儿于急性期死于急性充血性心力衰竭，或迁延未愈，遗留心肌损害。

③重型：可因严重心律失常，如完全性房室传导阻滞、室性心动过速、心室颤动致晕厥发作或猝死，或暴发心源性休克，患儿烦躁不安、呼吸困难、面色苍白、末梢发绀、皮肤湿冷、多汗、脉搏细弱、血压下降或不能测出、心动过速、有奔马律，部分患儿以严重腹痛或肌痛发病，病情进展急剧，如抢救不及时，可于数小时或数天内死亡。重型也有以急性或慢性充血性心力衰竭起病，症状如中型病例，部分因急性心力衰竭急速发展未能控制而死亡，少数病例从急性转为慢性，因感染或过劳，心力衰竭反复发生，迁延数年，心脏明显增大，呼吸困难，肝大，水肿明显，心力衰竭难于控制而死亡。慢性经过者，常并发栓塞现象，或心律失常。脑栓塞者有偏瘫、失语、肾栓塞有血尿等症状。

(二) 证候诊断

参考《中医儿科常见病诊疗指南》(中华中医药学会发布，2012年)中小儿病毒性心肌炎的证候诊断标准拟定。本病病位主要在心，涉及肺、脾、肾，总属本虚标实之证。以下证候可以单独出现，也可以兼夹出现。

1. 标实证

(1) 热毒犯心证：低热不退，或反复发热，咽红肿痛，咳嗽，肌痛，皮疹，舌质红，苔薄，脉浮数或滑数。

(2) 湿毒侵心证：发热起伏，汗出不解，全身疼痛，咽喉红肿，恶心呕吐，腹痛，泄泻，纳呆，倦怠乏力，胸闷腹胀，舌质红，苔腻，脉濡数或濡缓。

(3) 气滞血瘀证：面色暗滞，口唇发青，心中刺痛，心悸怔忡，乏力盗汗，胸中窒闷，心脏扩大，舌质隐青或有瘀斑，苔薄，脉涩或弦细或结代促。

(4) 痰湿痹阻证：胸闷憋气或长出气，心悸气短，头晕目眩，食少纳呆，胸痛，舌体胖，苔白腻，脉濡滑或结代。

2. 本虚证

(1) 气阴虚损证：明显乏力，头晕，多汗，心悸，心烦，口干舌燥，舌质淡或红，苔少，脉细数无力或结代。

(2) 阳气虚弱证：面色苍白，四肢发凉，心悸，气短，乏力，自汗，甚则肢体浮肿、尿少、胸闷气急，舌质淡或淡胖，苔薄白，脉迟缓无力或结代。

(3) 气血不足证：面色苍白或萎黄，心悸怔忡，乏力，头晕，自汗气短，舌质淡，苔薄，脉细或结代。

二、治疗方法

(一) 辨证论治

1. 标实证

(1) 热毒犯心证

治法：疏风清热，解毒护心。

推荐方药：银翘散（《温病条辨》）加减。野菊花、大青叶、射干、玄参、生地、赤芍、丹皮、川连、玉竹、甘草等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。偏风热，加薄荷、荆芥穗、金银花、连翘；偏热毒，加贯众、虎杖、重楼。或改用柴琥清心饮（验方），常用柴胡、人参、半夏、炙甘草、瓜蒌、连翘、琥珀。

(2) 湿热侵心证

治法：化湿清热，解毒宁心。

推荐方药：葛根黄芩黄连汤（《伤寒论》）加减。葛根、黄芩、黄连、甘草、焦神曲等。或具有同类功效的中成药。偏湿重，加厚朴、茵陈、茯苓、藿香；偏热重，加苦参、板蓝根。

(3) 气滞血瘀证

治法：活血化瘀，养血通脉。

推荐方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。当归、生地、桃仁、红花、柴胡、生山楂、赤芍、川芎、枳壳等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。偏气滞，加厚朴、降香；偏血瘀，加丹参、生山楂、三七、片姜黄。

(4) 痰湿痹阻证

治法：化痰理气，宽胸通阳。

推荐方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）合瓜蒌薤白半夏汤（《金匱要略》）加减。瓜蒌、薤白、半夏、陈皮、茯苓、枳壳、郁金、甘草等，或具有同类功效的中成药。偏痰湿，加炒白术、桂枝、橘红、炒薏米；偏水湿，加葶苈子、泽泻、猪苓。

2. 本虚证

（1）气阴虚损证

治法：益气养阴。

推荐方药：生脉散（《备急千金要方》）加减。太子参、麦冬、五味子、玉竹、黄精、炙甘草等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。偏气虚，加黄芪、党参；偏阴虚，加生地、玄参。

（2）阳气虚弱证

治法：温阳益气。

推荐方药：桂枝甘草龙骨牡蛎汤（《伤寒论》）合麻黄附子细辛汤（《伤寒论》）加减。桂枝、炙甘草、煅龙骨、煅牡蛎、炙麻黄、制附子、细辛、黄芪等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。阳虚重，加淫羊藿、鹿角霜。心阳虚衰，用参附龙牡汤（《正体类要》）加减。

（3）气血不足证

治法：益气养血复脉。

推荐方药：炙甘草汤（《伤寒论》）加减。炙甘草、生熟地、麦冬、阿胶珠、当归、苦参、太子参、桂枝等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。脉结代（过早搏动），加甘松、苦参、羌活。

（二）其他中医特色疗法

1. 体针：主穴取心俞、巨阙、间使、神门，配穴取内关、足三里、三阴交（温针灸）。用于心肌炎心律失常。

2. 推拿：开天门、推坎宫、运太阳，各 100 次；清肺经、清天河水，各 300 次；擦膻中，按弦走搓摩，各 2 min；摩腹 3 min，捏脊 5 次；补胃经、补脾经、补肾经，各 300 次；揉内关、足三里、神门、心俞、膈俞、脾俞、胃俞等穴，各 2 min。以上手法可随证加减。每次治疗约 20~30 min，隔日一次。用于心肌炎。

3. 穴位贴敷：以黄芪、沙参、丹参、党参、苦参、冰片等作为基本处方做成药饼；选取膻中、厥阴俞、巨阙、心俞等穴位。患者取坐位，穴位局部常规消毒后，取药贴于相应穴位，2~4h 后取下即可，隔日 1 次，14 天为一个疗程。用于心肌炎过早搏动。

4. 穴位注射：以益气或益气养阴类中药注射剂，主穴取足三里，隔日1次，15次为1个疗程。用于心肌炎迁延期。

（三）西药治疗

参照《诸福棠实用儿科学》（第8版），采用卧床休息、镇静及镇痛处理、免疫抑制剂、免疫球蛋白、对症治疗（抗心律失常、抗心力衰竭），以及其他治疗，包括维生素C、辅酶Q₁₀、1,6-二磷酸果糖、黄芪、抗病毒药物等。

（四）护理调摄要点

1. 密切观察患儿病情变化，一旦出现面色青紫、心率明显增快或减慢、严重心律失常、呼吸急促、血压异常下降等，应及时抢救。

2. 起居护理：注意休息，尽量保持安静。急性期卧床休息3~6周，重者宜6个月~1年；待热退后3~4周，心衰控制，心律失常好转，心电图改变好转时，可逐渐增加活动量。

3. 饮食调理：鼓励摄入低盐、清淡、易消化及富含维生素和蛋白质的食物，忌暴饮暴食，忌过于肥甘厚腻或辛辣刺激之品。

三、疗效评价

（一）疗效评价标准

1. 疾病综合疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则（第一辑）》中病毒性心肌炎的疗效评价标准拟定，标准如下：

（1）临床治愈：临床症状和体征完全消失，具有诊断意义的心脏电生理、胸部X线或超声心动图及CK-MB、心肌肌钙蛋白等指标，全部恢复正常。

（2）显效：临床症状和体征大部分消失，具有诊断意义的心脏电生理、胸部X线或超声心动图及CK-MB、心肌肌钙蛋白等指标，大部分恢复正常或有明显改善。

（3）有效：临床症状、体征部分消失或有改善，具有诊断意义的心脏电生理、胸部X线或超声心动图及CK-MB、心肌肌钙蛋白等指标，部分恢复正常或有明显改善。

（4）无效：不符合以上标准者。

2. 证候疗效评定标准

（1）痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ 。

（2）显效：中医临床症状、体征明显改善， $70\% \leq$ 证候积分减少 $< 95\%$ 。

（3）有效：中医临床症状、体征均有好转， $30\% \leq$ 证候积分减少 $< 70\%$ 。

（4）无效：中医临床症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少 $< 30\%$ 。

（二）评价方法

根据患儿入院和出院时的病情，按照疗效标准进行小儿病毒性心肌炎疗效评价。

参考文献

- [1]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.病毒性心肌炎诊断标准(修订草案)[J].中国实用儿科杂志,2000,38(5):75.
- [2]江载芳,申昆玲,沈颖.诸福棠实用儿科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,2015:1625-1630.
- [3]中华中医药学会.中医儿科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012.
- [4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S].1993.

牵头分会：中华中医药学会儿科分会

牵头人：胡思源（天津中医药大学第一附属医院）

主要完成人：

胡思源（天津中医药大学第一附属医院）

王雪峰（辽宁中医药大学附属医院）

冯晓纯（长春中医药大学附属医院）

丁樱（河南中医药大学第一附属医院）

王卉（天津中医药大学第一附属医院）