

甲型 H1N1 流感危重症合并恶性心律失常 1 例

张艳芳 杨利荣 徐盈 钟玲 李波 陈国兵

【关键词】 甲型 H1N1 流感； 急性呼吸窘迫综合征； 恶性心律失常

报告 1 例甲型 H1N1 流感危重症患者成功救治体会如下。

1 病历介绍

患者男性, 36 岁, 因发热 4 d、气促、咯血 2 d, 于 2009 年 11 月 29 日 18:35 入院。患者 4 d 前无明显诱因出现发热, 无咳嗽、气促等症状, 自行服药治疗后症状有所缓解。2 d 前出现胸闷、气促、咳嗽、咯痰、痰中带血, 到当地医院诊治, 症状无缓解入本院急诊科。检查发现血压低, 考虑休克, 予以扩容, 收住急诊重症监护病房(EICU)。既往史: 轻度肥胖, 否认药物过敏史, 无动物接触史, 无甲型 H1N1 流感确诊病例接触史。

患者入院时体温 37.2 °C, 呼吸频率 46 次/min, 心率 150 次/min, 血压 80/50 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 脉搏血氧饱和度(SpO₂) 0.70~0.80, 咽部充血, 扁桃体不大, 呼吸困难, 全身发绀, 听诊肺部湿啰音, 心律齐、无杂音、心音低钝, 腹部检查无异常, 双下肢无水肿。入院前 1 d CT 检查示双肺散在斑片状云絮状稍高密度影; 入院时 X 线胸片示双肺纹理增多, 双肺野内多见团、片状渗出性病变。血常规及生化检查: 白细胞计数 10.3×10⁹/L, 中性粒细胞计数 8.1×10⁹/L, 淋巴细胞计数 1.5×10⁹/L, 血小板计数 283×10⁹/L, 血红蛋白 171 g/L, C-反应蛋白 25 mg/L。丙氨酸转氨酶 46 U/L, 天冬氨酸转氨酶 115 U/L, 总胆红素 14.1 μmol/L, 直接胆红素 4.0 μmol/L, 间接胆红素 10.1 μmol/L, 白蛋白、电解质均正常; 肌酸激酶同工酶 24.1 μg/L, 肌钙蛋白 I 15.1 μg/L, 肌红蛋白 140.5 μg/L; 肾功能正常。动脉血气分析: pH 值 7.52, 氧分压 67.1 mm Hg, 二氧化碳分压 15.7 mm Hg, 氧饱和度 0.95, 剩余碱 -10.3 mmol/L, 吸入氧浓度 0.60, 氧合

指数 111 mm Hg。心电图示: ①窦性心动过速, 心率 138 次/min; ②完全性右前分支传导阻滞; ③ST-T 改变; ④心脏顺时针转位; ⑤右室后壁无特殊。

入院后即予无创呼吸机辅助通气, 22:30 患者突然出现心率增快至 230~240 次/min, 心电监护示心室扑动, 外周 SpO₂ 及有创动脉压测不出, 意识丧失, 给予 50~120 J 电除颤, 并气管插管行呼吸机辅助呼吸, 动脉搏动仍不能触及, 心电监护示宽 QRS 波, 心动过速, 有创动脉压测不出, 并出现电-机械分离。行经皮心脏人工起搏及反复除颤后, 可触及颈动脉搏动, 可见动脉血压波形, 但血压低, 给予多巴胺、去甲肾上腺素、多巴酚丁胺维持血压, 考虑出现呼吸衰竭(呼衰)、重症肺部感染并急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、病毒性心肌炎并发恶性心律失常、多器官功能障碍综合征、感染中毒性休克; 甲型 H1N1 流感可能性大, 在给予咽拭子行 H1N1 核酸检测的同时即管饲奥司他韦(达非)75 mg、每日 2 次, 静脉滴注丙种球蛋白 50 g、每日 1 次, 丙泊酚镇静, 头孢哌酮/他唑巴坦 2.5 g、每日 3 次静脉注射。抽血培养, 物理降温并结合激素减轻炎症反应、盐酸氨溴索(沐舒坦)祛痰及能量合剂补液等处理。入院 24 h 后患者再次出现频发室性心动过速、抽搐、意识丧失, 先后予电复律 50 次及利多卡因、胺碘酮、补钾补镁, 纠正水盐及酸碱失衡。根据 12 月 4 日核酸检测结果确诊为甲型 H1N1 流感(危重症)。经过上述处理后患者病情好转, 12 月 6 日脱机拔管, 12 月 9 日转出 EICU 继续隔离治疗并加用替考拉宁 400 mg、每日 1 次, 共用 10 d。12 月 15 日肺部 CT 示炎性病灶明显吸收, 12 月 23 日核酸及血培养结果阴性。复查肝肾功能、心肌酶、动脉血气、血常规等指标均已恢复正常, 12 月 20 日咽拭子核酸检测阴性, 予以解除隔离出院。

2 讨论

甲型 H1N1 流感早期症状与季节性

流感相似, 主要为发热及上呼吸道卡他样症状。甲型 H1N1 流感重症患者病情可迅速进展, 来势凶猛、突发高热, 甚至出现 ARDS、呼衰以及多器官功能衰竭而导致死亡, 因此, 甲型 H1N1 流感危重症患者是救治的重点和难点。

本例为 36 岁男性患者, 平素体健, 以上呼吸道感染症状起病, 病情进展迅猛, 从发病到入住 EICU 仅 4 d, 入院前 1 d 外院检查, 提示可能有病毒性心肌炎。入院当日即使用达非非联合糖皮质激素; 入院后 2 h 出现恶性心律失常、心搏、呼吸骤停, 给予心肺复苏、经皮体外起搏等综合治疗后, 生命体征在血管活性药物维持下趋于平稳; 24 h 后患者再次出现频发恶性心律失常, 先后电复律 50 次, 补钾、补液、纠正水盐及酸碱失衡后, 生命体征逐渐平稳。第 7 日脱机拔管, 继续治疗 26 d 后痊愈出院。

甲型 H1N1 流感危重症患者出现自发性气胸已有报道^[1], 出现多器官功能障碍并发心肌损伤亦比较常见, 但由于心肌损伤而引发恶性心律失常未见报道。此病例提醒我们甲型 H1N1 病毒感染后, 不仅要重视由于病毒对肺的攻击、损伤而导致呼衰, 提供呼吸功能的支持治疗; 也要重视病毒对心肌的损伤有可能导致严重的、致命性心律失常, 及时采取有效措施, 挽救患者的生命。

参考文献

[1] 唐时元, 许树云. 甲型 H1N1 流感并发双侧气胸 1 例. 中国危重病急救医学, 2009, 21: 737.

(收稿日期: 2010-09-19)

(本文编辑: 李银平)

• 广告目次 •

- ① 广东天普药业: 天普洛安…… (封二)
- ② 珠海健帆: 血液灌流器…… (插页)
- ③ 天津生化制药: 琥珀氢可…… (插页)
- ④ 廊坊爱尔: 炭肾…… (插页)
- ⑤ 北京极远: 美国萨勃心肺复苏器…… (插页)
- ⑥ 第一制药: 克倍宁…… (封三)
- ⑦ 江苏新晨医药有限公司…… (封底)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2010.11.017

作者单位: 650032 昆明, 云南省第一人民医院 EICU