

克山病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E5_85_8B_E5_B1_B1_E7_97_85_c22_301877.htm 名称克山病所属科室心血管内科病因不明，病因的研究分生物地球化学病因和生物病因两大类。生物地球化学病因说认为病区水土中和微量元素硒、钼、镁或有关营养物质缺乏或失去平衡引起代谢紊乱心肌损伤。生物病因学说认为由病毒感染引起。或由于两种病因共同作用的结果，主要发生在我国从东北到西南的狭长地带内。病理主要病变是心肌实质变性，坏死和纤维化交织在一起，心脏扩张，心室壁不增厚，附壁血栓常见，光镜下可见心肌变性坏死。电镜下可见线粒体肿胀，嵴分离和断裂。临床表现可分四型：急型、亚急型、慢型和潜在型。急型：多冬季发病，常因严寒，暴饮，暴食分娩等而诱发。恶心、呕吐、头晕，严重者数小时内死亡。常有心源性休克，各种严重心律失常。心脏扩大，舒张期奔马律。急型发病后出现浮肿、肝肿大等体征三个月以上不消退者已由急型转为慢型；亚急型是小儿克山病的一种类型，春夏发病多，精神不振，食欲减退，面色灰暗、全身浮肿，心脏向两侧扩大，舒张期奔马律，肝脏肿大，三个月不缓解者，已转为慢型。慢型表现为充血性心力衰竭，心脏向两侧扩大，心尖部收缩期杂音，肝脏肿大，下肢浮肿，极似扩张型心肌病，潜在型是各型治疗之后，或是克山病的早期改变。检查血液检查急型和亚急型患者白细胞总数和中性粒细胞可增高，血沉可增快。急型重症者血清谷草转氨酶（SGOT）、肌酸磷酸激酶（CPK）和其同工酶、乳酸脱氢酶（LDH）及其同工酶的活力可有不同程度升高。多在发病后数小时上升，1~3天达高峰，1

~ 2周后渐恢复正常。近年亦有抗人心肌肌球蛋白的重链单克隆抗体制备成功，此亦有助早期心肌坏死的诊断。慢型和潜在型可见白蛋白偏低，球蛋白增高，血清蛋白电泳 α_1 和 α_2 球蛋白增高。辅助检查一、心电图检查 本病几乎均有心电图改变,主要表现为ST - T改变，低电压，Q - T间期延长。各种类型心律失常，尤以完全性右束支传导阻滞为多见。二、X线检查 心脏普遍扩大，搏动减弱，淤血较轻。三、超声心动图 双心室扩大，室壁搏动幅度普遍减弱，室壁无明显增厚，这些改变与扩张型心肌病相似。四、收缩时间间期测定此测定示PEP/LVET（喷血前期时间与左室喷血时间之比）比值高于正常（正常值 0.345 ± 0.036 ），反映本病心肌收缩力减弱。五、心内膜心肌活体组织检查这是与心导管检查相结合的活组织检查法，将取得的心内膜心肌组织作病理切片检查，有助于诊断本病。诊断克山病有流行病学特点，即地区，季节及人群发病特点，心脏扩大，心律失常，心力衰竭，奔马律及心功能有关的杂音，在克山病流行区诊断不难。根据流行病特点可与扩张型心肌病相鉴别。鉴别诊断急型克山病需与休克型肺炎、急性胃肠炎、急性心肌炎、急性心肌梗塞等鉴别。慢型克山病需与原发性心肌病、风湿性心脏病、心包炎等相鉴别。广义地说克山病属于原发性心肌病的一种，其临床表现、心电图、X线、超声心动图等表现与扩张型心肌病相类似，但克山病有显著的地方流行特点，结合以下几点可供鉴别参考： 年龄：克山病多见于育龄期妇女和儿童，而扩张型心肌病国内统计70%以上见于30岁以后； 性别：克山病多见于女性，而扩张型心肌病男性多见； 克山病主要发生于自产自给的农业人口中，非农业人口很少发病。扩张型心

肌病无此特点； 病程：慢型克山病的病程似较扩张型心肌病为长。此外，通过多年来给流行区人群口服亚硒酸钠，可降低其发病率，说明硒可预防本病。最后，心内膜心肌活组织检查亦有助于二者之鉴别。治疗本病应采用综合治疗。抢救心源性休克，控制心力衰竭和纠正心律失常等。一、急型克山病尽可能做到三早，即早发现、早诊断、早治疗。1.大剂量维生素C静脉注射首次剂量可用5~10g，24小时总量可达15~30g。一般可应用一周左右。改善心肌代谢药如辅酶A、辅酶Q10、三磷酸腺苷均可选用。2.冬眠疗法适用于频繁呕吐、烦躁不安者。用药后由于机体代谢率减低，心肌氧耗减少，有利于心功能恢复。成人用氯丙嗪50mg肌注（小儿用量1~2mg/kg），或用氯丙嗪25mg、异丙嗪25mg、哌替啶50mg肌注或静脉滴注。频繁呕吐尚可用甲氧氯普胺，并纠正酸碱平衡及电解质紊乱。地西洋亦可应用。注重充分供氧。3.血管活性药物应用对低血压或休克患者应用维生素C和补充血容量后血压仍未回升时，可应用血管活性药物如多巴胺、阿拉明和去甲肾上腺素等。如低血压同时有左心衰竭除可用强心药外，亦可将多巴胺或多巴酚丁胺与硝普钠合用，并根据血压调节药物浓度与滴注速度。4.强心药急型、亚急型有心力衰竭者，宜用快速洋地黄制剂如毛花甙丙0.4mg或毒毛旋花子甙K0.25mg稀释后静脉注射。上述治疗效不佳者尚可选用多巴酚丁胺、氨吡酮和甲腈吡酮。此外，用血管扩张药治疗急、慢性心力衰竭，疗效较好。肺水肿时还可静脉注射速尿或丁尿胺等快速利尿剂。5.抗心律失常频发室性过早搏动、室性心动过速可静脉注射或滴注利多卡因以及硫酸镁，待基本控制后可选用下列口服药维持，如美西律、普罗帕酮、胺碘酮

、丙吡胺、奎尼丁、受体阻滞剂等。室上性心动过速或快速心房颤抖可静脉注射毛花甙丙。高度或度房室传导阻滞心室率慢者，可选用肾上腺皮质激素、阿托品、异丙肾上腺素等治疗，必要安置人工心脏起搏治疗。二、慢型克山病主要控制心力衰竭和心律失常，并防止感染、过劳、受寒等诱因，以免加重心脏负担。强心药一般选用地高辛口服，成人0.125~0.25mg/d，根据个体化原则，并随病情需要调整量。利尿剂适用于有水肿者，可间断或每日口服双氢氯噻嗪、安体舒通和呋塞米等。应注重水、电解质平衡，并随时予以纠正。血管扩张剂可用于上述治疗效果不佳者，尤适用于顽固性心力衰竭。可选用硝酸异山梨醇、哌唑嗪、肼屈嗪、酚妥拉明、卡托普利、硝普钠等。此外，亦可选用多巴胺、多马酚丁胺、氨力农（Amrinone）等非洋地黄强心剂。心律失常治疗与急型克山病同。三、亚急型克山病治疗原则同慢型，伴有心源性休克者按急型治疗。四、潜在型克山病防止感染、过劳并注重营养，定期随访观察。预防及预后一、综合性预防措施注重环境卫生和个人卫生。保护水源，改善水质。改善营养条件，防止偏食，尤其对孕妇、产妇和儿童更应加强补充蛋白质，各种维生素及人体必需的微量元素，包括镁、碘等，并防治大骨节病、地方性甲状腺病。二、流行区推广预防性服药采用硒酸钠作为预防性服药，经多年推广，证实可明显降低发病率。通常采用每10天口服一次，1~5岁1mg，6~10岁2mg，11~15岁3mg，16岁以上4mg。非发病季节可停药三个月。此外，流行区推荐使用含硒食盐。农村使用含硒液浸过的种子种植。植物根部施加含硒肥料以提高农作物中含硒量。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接

下载。详细请访问 www.100test.com