

扩张型心肌病 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\\_\\_E6\\_89\\_A9\\_E5\\_BC\\_A0\\_E5\\_9E\\_8B\\_E5\\_c22\\_301892.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E6_89_A9_E5_BC_A0_E5_9E_8B_E5_c22_301892.htm) 名称扩张型心肌病  
所属科室心血管内科病因病因不明，可能与下列因素有关：  
一、病毒性心肌炎 近年来病毒性心肌增多，尤其Coxsackie B病毒对心肌具有亲和力，心肌炎后心肌纤维化，心肌肥大最后形成心肌病。Cambridge测定50例扩张型心肌病患者  
的Coxsackie B病毒中和抗体，发现扩张型心肌病患者中和抗体  
1024者远较对照组为多。并发现病程短于一年及起病时  
发热者中和抗体明显增高。Wilson动物实验，实验  
性Coxsackie B病毒性心肌炎，数月后心肌纤维化及小灶性炎  
细胞浸润，形成心肌病，Burch用电镜在心肌病患者心肌内发现  
病毒样颗粒，以上说明，部分心肌病是心肌炎发展的后果。  
二、变态反应 本病部分患者抗病毒抗体增高。常有抑制T  
细胞功能障碍，认为本病是病毒感染后，机体变态反应所致。  
三、高血压 本病中大约10%血压增高。但血压增高多发生在  
心力衰竭时，随心力衰竭的控制，血压下降，因而血压增高  
不是本病的主要因素。四、营养不良 门脉性肝硬化并发本  
病者，多于一般人群，生活贫困的居民发病率较高提示本病  
与营养有关，机体某些必需氨基酸或微量元素的缺乏，可能  
是发病因素之一。病理扩张型心肌病心脏常增大，心脏扩张  
以双侧心室最明显，因而称扩张型心肌病，心腔扩张较轻者  
，心室壁稍增厚，病变发展，扩张加重，心室壁相对变薄，  
心室壁厚度正常或稍增厚。由于心肌纤维化，心肌收缩无力  
，射血分值下降，半月瓣口可能出现功能狭窄，左右心室扩  
张，可致房室瓣口相对性关闭不全，血流反复冲击致房室瓣

膜轻度增厚，心肌病变可扩及心内膜，以及心内局部压力的升高局部供血不足，可致心内膜斑状纤维性增厚，约60%的病例有附壁血栓形成。冠状动脉正常，或有与患者年龄相适应的动脉硬化性病变，光学显微镜下可见程度不等的心肌细胞肥大，排列不等，胞核增大，半数病例有灶性纤维化，电镜下可见肥大的心肌细胞核增大，线粒体数目增多，核糖蛋白、糖元颗粒和肌原纤维增多，提示心肌细胞合成代谢旺盛。扩张型心肌病心腔明显扩张，而心室壁增厚不明显，心室壁软弱，收缩无力，射血分值下降，搏出量减少，心腔内残余血量增多，心室舒张末期压力增高，肺血回流受阻，则肺淤血，左心衰竭。本病大约1/3先有左心衰竭，有的起始即为全心衰竭。扩大的心腔中，有附壁血栓形成，因而动脉栓塞常见，由于心肌纤维化可累及起搏及传导系统，易引起心律失常。临床表现一、症状 扩张型心肌病是原发性心肌病中最常见的类型，30 - 50岁最多见，男多于女，起病缓慢，可有无症状的心脏扩大许多年，或表现各种类型的心律失常，逐渐发展，出现心力衰竭。可先有左心衰竭，心慌、气短、不能平卧。然后出现右心衰竭，肝脏肿大，浮肿、尿少。亦可起病即表现为全心衰竭。胸部隐痛或钝痛，典型心绞痛少见。由于心搏出量减少，脑供血不足而头晕或头痛，甚或晕厥。由于心脏内附壁血栓，可致肺、脑、肾、四肢动脉栓塞。心律失常较常见，以异位心律，尤其室性期前收缩多见，心房颤动发生率约10 - 30%，也可有各种类型程度不等的传导阻滞。心律失常可能是病人唯一表现。可因心律失常或动脉栓塞而忽然死亡。二、体征 心脏扩大最多见，心尖部第一心音减弱，由于相对性二尖瓣关闭不全，心尖常有收缩期杂音

，偶而心尖部可闻张期杂音，心衰加重时杂音增强，心衰减轻时杂音减弱或消失，大约75%患者可闻第三心音或第四心音。10%患者血压增高，可能与心衰时儿茶酚胺分泌增高水钠潴留有关。心衰控制后，血压恢复正常，亦有并存高血压病者。辅助检查一、X线检查 心脏扩大为突出表现，以左心室扩大为主，伴以右心室扩大，也可有左心房及右心房扩大。心衰时扩大明显，心衰控制后，心脏扩大减轻，心衰再次加重时，心脏再次扩大。呈手风琴效应。心脏搏动幅度普遍减弱，病变早期可出现节段性运动异常。主动脉正常，肺动脉轻度扩张，肺淤血较轻。二、心电图 可有各种心律失常，以室性期前收缩最多见，心房纤维颤抖次之。不同程度的房室传导阻滞，右束支传导阻滞常见。广泛ST - T改变,左心室肥厚，左房肥大，由于心肌纤维化可出现病理性Q,各导联低电压。三、超声心动图 左心室明显扩大，左心室流出道扩张，室间隔及左室后壁搏动幅度减弱，二者搏动幅度之和 < 13mm。病变早期可有节段性运动减弱，二尖瓣前后叶搏动幅度减弱。二尖瓣开口小，二尖瓣叶可有轻度增厚。右心室及双心房均可扩大，心衰时，二尖瓣可呈类城墙样改变，心衰控制后恢复双峰。四、同位素检查 同位素心肌灌注显影，主要表现为心腔扩大，尤其两侧心室扩大，心肌显影呈弥漫性稀疏，但无局限性缺损区，心室壁搏动幅度减弱，射血分数降低，同位素心肌灌注显影不但可用于诊断，也可用于同缺血性心肌病相鉴别。五、心内膜心肌活检 扩张型心肌病临床表现及辅助检查，均缺乏特异性，近年来国内外开展了心内膜心肌活检，诊断本病敏感性较高，特异性较低。诊断一、充血性心力衰竭的病史。二、心脏体征：心界扩大，第一心音减

弱,心尖部收缩期杂音,心衰重杂音增强,心衰减轻杂音减弱或消失。常有病理性第三心音。三、X线,超声心动图、心脏造影及同位素扫描示心脏扩张,而无明显肥厚。四、心电图示异位节律,传导阻滞,广泛ST-T改变或有异常Q波。五、动脉栓塞现象。六、排除其他心脏病,或其他原因引起的继发性心肌病。由于本病缺乏特异性诊断依据,仍以排除诊断为主。鉴别诊断应与下列疾病进行鉴别:一、冠心病 当有胸痛胸闷心律失常,心电图ST-T改变及Q波时,两者鉴别困难。尤其40岁以上患者,极易误为冠心病。下列条件有助鉴别: 年龄:冠心病多发生在40岁以上者,而心肌病以中年人好发。 病史:冠心病往往有心绞痛或心肌梗塞史,而心肌病常有心衰史、心慌、气短、下肢浮肿。胸部可有刺痛或胸闷不适,有典型心绞痛者约占10%。 心脏扩大:冠心病在反复心力衰竭后方引起心脏扩大,心肌病时心脏扩大为主要表现,心脏扩大而搏动弱。 超声心动图:冠心病时,心脏扩大不明显,心脏呈局限性搏动减弱,而心肌病心脏显著扩张,心室壁搏动幅度普遍减弱。 冠心病易患因素,如高血压、高血脂、高血糖、心肌病少见。 同位素检查:同位素心肌灌注显影,心肌病大多双侧心室均扩大,而冠状病以左心室扩大为主,右心室扩大者较少。 冠状动脉造影:是两者鉴别的最可靠条件。扩张型心肌病时,冠状动脉无>50%的狭窄。二、高血压性心脏病 心肌病时血压可正常、偏低或升高,心肌病心力衰竭时,由于水钠潴留,血容量增多,组织缺氧,动脉痉挛及儿茶酚胺分泌增多,可导致血压暂时性升高,以舒张压升高为主,心力衰竭纠正后,血压多于数日内降到正常。但心肌病亦可与高血压并存。心肌病并存高血

压与高血压性心脏病的鉴别，主要依据 高血压病程，除急进型高血压外，高血压病发展到高血压性心脏病心力衰竭，往往要数年病史。 高血压严重程度，高血压导致高心病心力衰竭时，往往有较严重的血压升高。 高心病时左心室肥厚扩张，且伴有主动脉增宽。 高血压病时，常有高血压眼底改变及肾脏改变。

三、风湿性心脏病 心肌病由于左心室扩大，发生相对性二尖瓣关闭不全，可出现收缩期杂音，少数尚有舒张期杂音。X线检查常有左心房扩大，左心室及右心室扩大，常被误诊为风湿性二尖瓣病。鉴别要点： 心肌病时，杂音在心衰时出现或增强，心衰纠正后杂音减弱或消失。风湿性二尖瓣病，心衰纠正后，杂音增强。 X线所见，心肌病心脏普遍扩大，搏动普遍减弱、肺淤血程度较轻。风湿性二尖瓣病，肺动脉段突出，肺淤血较重。 心电图心肌病广泛ST - T改变，左束支传导阻滞病理性Q波。风心病少见。

超声心动图；心肌病时心腔普遍扩大，室壁搏动幅度弱，二尖瓣开口小，心衰时三尖瓣呈类城墙样改变，心衰纠正后恢复双峰形，与风湿性二尖瓣狭窄的城墙样改变不同。

四、心包积液 心肌病时心脏普遍扩大，搏动极弱易误为心包积液，可根据下列条件进行鉴别： 心脏增大，搏动减弱，病程长达半年以上者，以心肌病可能性大。 X线检查，左心室增大者，提示心肌病。 超声心动图，心脏显著增大而无液性暗区，支持心肌病。 心电图：左室高电压，左室肥厚，束支传导阻滞，异常Q波，室性心律失常等提示心肌病。收缩时间间期，PEP延长，LVET缩短，PEP / LVET比值增大，支持心肌病。

五、克山病 属地方性心肌病，有一定流行地区，以学龄前儿童及生育期妇女发病较多。扩张型心肌病属

散发性，以中年男性居多。治疗本病病因不明，也无特效疗法，尚未发生心力衰竭者，应预防感染，防止过劳，戒烟禁酒，以防发生心力衰竭。已发生心力衰竭者，可用强心、利尿剂，如收缩压不低于12.7kpa(95mmHg)可用血管扩张剂。由于心肌变性、坏死、纤维化，对地高辛耐受性差，宜用小剂量维持治疗。有心律失常者，可根据不同的心律失常，选择用药，血压偏低者，可静脉滴注多巴胺5ug/min。临床症状不能改善且活检证实为心肌炎的患者，可试用一个疗程的免疫抑制剂。病程短，起病有发热者，也可试用激素治疗。本病患者心肌 受体密度下调，随着心衰程度的加重，下调也更明显。为了提高心肌 受体密度，改善心肌的反应性，可用 受体阻滞剂治疗。收缩压不低于12.2kpa ( 90mmHg ) 者，可用美多心安6.25mg，一日3次，3 - 5天增加剂量一次，最大可用到50mg，口服每日3次。连用3 - 6个月，可使心脏功能改善，但各人耐受性不同，应注重血压及心功变化，对于重症，药物治疗无效者，可考虑心脏移植。预防及预后一旦发生心衰，预后不良，5年死亡率35%，10年死亡率70%。 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](http://www.100test.com)