

基层适宜技术

心肌病的诊断与治疗

心肌病是由不同病因导致心肌结构和/或功能异常的一组疾病,表现为心室肥厚、心腔扩张和/或心电活动异常。心肌病可局限于心脏,也是全身系统性疾病在心脏的表现。由心脏瓣膜病、高血压病、冠状动脉疾病、先天性心脏病和肺源性心脏病等其他心血管病导致的心肌病理改变,不属于心肌病的范畴。

心肌病的分类标准尚不统一。根据是否有明确继发性因素可分为原发性心肌病和继发性心肌病。根据其临床表现可分为扩张型心肌病、肥厚型心肌病、致心律失常型右室心肌病、限制型心肌病和未定型心肌病。综合基因遗传背景和获得性因素,心肌病可以分为以下几种类型。

原发性心肌病
遗传性心肌病:肥厚型心肌病、右心室发育不良心肌病、左心室致密化不全、糖原贮积症、先天性传导阻滞、线粒体心肌病、离子通道病(包括长QT间期综合征、短QT间期综合征、儿茶酚胺敏感性室性心动过速等)。
混合性心肌病:扩张型心肌病、限制型心肌病。

继发性心肌病
全身系统性疾病所致心肌病变。

扩张型心肌病
临床表现:扩张型心肌病以左心室(多数)或右心室明显扩大、心室收缩功能减退为特征,常伴有心力衰竭、心律失常、血栓栓塞等并发症。

扩张型心肌病起病缓慢,可在任何年龄发病,20岁~50岁较为多见,多在临床症状明显时才就诊,可出现乏力、呼吸困难、水肿、腹胀、食欲不振、心力衰竭等症状。体格检查可发现心脏扩大、心尖搏动弥散、奔马律、心律失常、交替脉及肺循环和体循环瘀血等表现。

辅助检查
心电图:QRS波低电压,多见非特异ST段压低,T波低平或倒置,少数患者有病理性的Q波。可见各种类型的心律失常,如室性心律失常、心房颤动、房室传导阻

滞及束支传导阻滞。

X线检查:心影增大,心胸比例大于0.5,可见肺瘀血及胸腔积液。

超声心动图:早期心脏轻度扩大,后期出现全心扩大,尤以左心室扩大较为显著,心脏可呈球形,左心室流出道增宽。室间隔和心室游离壁的厚度变薄,但亦可正常。室壁运动弥漫性减弱,左心室射血分数降低。二尖瓣瓣叶舒张活动幅度减低,运动曲线呈钻石样改变。瓣环扩大导致相对性二尖瓣、三尖瓣关闭不全。附壁血栓多见于左心室心尖部。

核素显像:核素心血池显像可见心腔扩大,左心室收缩功能减退。心肌灌注显像可见室壁运动弥漫性减弱,可见散在灶性放射性减低。

心导管和血管造影检查:左心室舒张末期压、左心房压及肺毛细血管楔压升高,每搏输出量和心脏指数减低。

心室造影可见心腔扩大,室壁运动减弱。冠脉造影结果正常,有助于与冠心病鉴别。

心内膜心肌活检:病理学检查可发现心肌细胞肥大、变性,间质纤维化,但对扩张型心肌病的诊断缺乏特异性。可同时进行病毒学检查。

血清学检查:血清中抗心肌线粒体ADP/ATP载体抗体、抗肌球蛋白重链抗体、抗B₂受体抗体、抗M₂胆碱受体抗体阳性有助于辅助诊断。

诊断与鉴别
缺乏特异性诊断标准,必须排除其他特异性(继发性心肌病)心肌病和地方性心肌病(克山病),包括缺血性心肌病,围产期心肌病,酒精性心肌病,代谢性心肌病和内分泌性疾病(如甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、淀粉样变性、糖尿病等所致的心肌病),遗传性神经肌肉障碍所致

的心肌病,全身系统性疾病(如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等所致的心肌病,中毒性心肌病等),才可诊断为扩张型心肌病。

治疗方法
治疗目标是有效控制心力衰竭和心律失常,缓解心肌免疫损伤,提高患者的生存率及生活质量。早期阶段使用血管紧张素转换酶抑制剂及β受体阻滞剂,可减少心肌损害,改善心脏重构。中期阶段有液体滞留者应限盐,监测体重,使用利尿剂改善呼吸困难及水肿,并根据患者的血流动力学状态酌情使用血管扩张药物。地高辛可用于协助降低心力衰竭的住院率并控制心房颤动患者的心室率,但心肌病容易发生洋地黄中毒,用量宜小。终末期心力衰竭患者可在上述药物基础上短期应用多巴酚丁胺、米力农等正性肌力药物。存在心脏收缩不同步且符合适应症的患者可进行双心室起搏治疗,以改善心脏运动的同步性,降低心力衰竭患者的再住院率及死亡率。β受体阻滞剂、胺碘酮多用于治疗扩张型心肌病患者的心律失常,埋藏式心脏复律除颤器可降低合并心力衰竭的患者因室性心律失常导致的猝死风险。在预防血栓栓塞并发症上,应长期使用阿司匹林或华法林。改善心肌能量代谢的药物(如曲美他嗪等)及具有免疫调节作用的中药(如黄芪)亦可应用于扩张型心肌病患者。心脏移植适用于经内科、外科常规治疗无效的终末期心脏病患者。心室辅助装置可用于心脏移植前的过渡治疗及终末替代治疗。

肥厚型心肌病
肥厚型心肌病是以左心室和/或右心室心肌肥厚(常为非对称性)、心室腔变小、左心室舒张期顺应性下降和充盈受限为特征

的心肌病。根据左心室流出道有无梗阻,肥厚型心肌病可分为梗阻性心肌病和非梗阻性肥厚型心肌病。
临床表现:临床表现多样,部分患者无症状,部分患者表现为劳力性呼吸困难、胸闷、胸痛及心悸。头晕及晕厥(多在运动时出现),与左心室舒张末期容积降低,左心室流出道梗阻及非持续性室性心动过速等相关。猝死可为首发症状,也是肥厚型心肌病的主要死亡原因。少数患者最后出现收缩功能下降,室壁变薄,左心室扩大,类似扩张型心肌病。

体格检查:心脏轻度增大,可闻及第四心音。梗阻性肥厚型心肌病患者胸骨左缘第3~4肋间可闻及粗糙的收缩期喷射性杂音,可伴震颤,为左心室流出道梗阻所致。杂音受心肌收缩力、左心室容量及射血速度的影响,应用β受体阻滞剂及α受体阻滞剂可使杂音减轻,应用强心药物、利尿剂、硝酸甘油或做瓦氏动作可使杂音增强。梗阻性心肌病患者因血流经过狭窄处时的漏斗效应,吸引二尖瓣前叶收缩期前向运动,贴近室间隔,可进一步加重左心室流出道梗阻,同时出现二尖瓣关闭不全,在心尖可闻及全收缩期吹风样杂音。

辅助检查
胸部X线检查:心脏大小正常或增大,出现心力衰竭时心影明显增大,可见肺瘀血。
心电图检查:常见左心室肥厚和ST段-T改变,常在胸前导联出现巨大倒置T波。部分患者在II导联、III导联、aVF导联、V₁导联、V₂导联可出现深而不宽的病理性的Q波。常伴室性期前收缩、阵发性室性心动过速、心房颤动及束支传导阻滞等心律失常。

超声心动图检查:室间隔显著增厚,舒张期末的室间隔厚度>15毫米或与后壁厚度之比>1.3;

左心室流出道狭窄;二尖瓣前叶收缩期前向运动;主动脉瓣收缩中期提前关闭。心尖肥厚型心肌病可见心尖室间隔和左心室后下壁明显肥厚。

心脏磁共振成像检查:可直观显示心脏结构,对于特殊部位的心肌肥厚具有诊断价值。

心导管检查及心室造影检查:左心室舒张末期压力增高,梗阻性患者左心室与左心室流出道之间出现压力阶差。

心室造影可见心腔呈狭长裂隙样改变,心尖肥厚患者可呈香蕉状、犬舌样和纺锤状。冠状动脉造影多无异常。

心内膜心肌活检:心肌细胞肥大畸形,排列紊乱。

诊断与鉴别
根据劳力性呼吸困难、胸痛、晕厥等症,心脏杂音特点及典型超声心动图改变,可考虑肥厚型心肌病的诊断。肥厚型心肌病需要与运动员心肌肥厚、高血压心脏病、心肌淀粉样变性、主动脉瓣狭窄、冠心病、先天性心脏病等相鉴别。

治疗方法
治疗原则为改善左心室舒张功能,减轻左心室流出道梗阻,缓解症状,治疗心律失常,降低猝死风险。患者要避免剧烈运动、持重及屏气。β受体阻滞剂及非二氢吡啶类钙通道阻滞剂可减轻左心室流出道梗阻,并改善左心室的顺应性。梗阻性肥厚型心肌病患者慎用增强心肌收缩力和降低心脏前负荷的药物,如洋地黄、硝酸甘油及利尿剂,以免加重左心室流出道梗阻。药物治疗无效患者,可考虑经皮室间隔心肌消融术(目前临床有酒精化学消融和射频消融)或外科手术治疗。猝死高危患者应植入埋藏式心脏复律除颤器。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

每周一练

(心脏骤停、心律失常、原发性高血压)

一、心源性猝死最主要的病因是

- A. 急性心肌梗死
- B. 心肌病
- C. 冠心病及其并发症
- D. 主动脉瓣狭窄
- E. 二尖瓣脱垂

二、患者为男性,70岁,行走时突然跌倒,不省人事,立即送急诊,呼之不应,呼吸停止,颈动脉搏动消失,心音未能闻及,可以确定的诊断是

- A. 卒中
- B. 心脏骤停
- C. 癫痫大发作
- D. 大面积肺栓塞
- E. 主动脉夹层破裂

三、心脏骤停进行胸外按压时正确的方法是

- A. 按压左胸部使心脏受到挤压
- B. 在右侧胸部加压
- C. 在胸骨上段按压
- D. 在胸骨下半部、压力要使胸骨下沉5厘米
- E. 在剑突下向心脏方向按压

四、患者为男性,50岁,散步时突然倒地,查体:意识丧失,大动脉搏动消失,抽拉样呼吸,随即消失。应首先采取的措施是

- A. 舌下含服硝酸甘油
- B. 开放气道
- C. 人工呼吸
- D. 按压人中
- E. 胸外按压

五、治疗心室停顿的首选药物是

- A. 盐酸胺碘酮
- B. 利多卡因
- C. 盐酸多巴酚丁胺
- D. 肌苷
- E. 肾上腺素

C. 盐酸胺碘酮 150毫克静脉注射

D. 阿托品 0.1毫克静脉注射

E. 360焦耳直流电除颤

七、心跳、呼吸停止后,最容易出现的继发性病理改变是

- A. 肾小管坏死
- B. 心肌损伤
- C. 脑缺血缺氧性改变
- D. 肺水肿
- E. 肝坏死

八、心脏骤停发生时最常见的ECG表现是

- A. 室性停搏
- B. 窦性停搏
- C. 无脉电活动
- D. 心房颤动
- E. 心室颤动

九、患者为男性,42岁,风湿性心脏病二尖瓣狭窄合并心房颤动半年有余,现口服地高辛0.25毫克/天,活动后心悸。心电图检查结果显示:心率约130次/分。控制心律失常最宜采取的措施是

- A. 加用盐酸胺碘酮
- B. 地高辛加量至0.5毫克/天
- C. 加用盐酸索他洛尔
- D. 加用盐酸普罗帕酮
- E. 加用美托洛尔

十、患者为男性,50岁,突发心悸1小时,20年前曾诊断为“预激综合征”,血压70/50毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),心率190次/分,心律绝对不齐,心电图QRS波宽大畸形。该患者的最佳治疗措施是

- A. 静脉推注盐酸维拉帕米注射液
- B. 颈动脉窦按摩
- C. 同步直流电复律
- D. 静脉推注去乙酰毛花苷注射液
- E. Valsalva动作(一种临床生理试验)

十一、高血压伴支气管哮喘患者禁用

- A. 螺内酯
- B. 氯氮地平
- C. 氢氯噻嗪
- D. 盐酸维拉帕米缓释片
- E. 美托洛尔

本期答案			
一、C	二、B	三、D	四、E
五、E	六、E	七、C	八、E
九、E	十、C	十一、E	

科普专家话健康

如何预防夏季肠道传染病

□文萍

夏季,气温升高,雨水增多,细菌、病毒也跟着活跃起来。这个时节,有一类疾病需要特别警惕——肠道传染病,比如细菌性痢疾、诺如病毒性胃肠炎、手足口病、伤寒等。

肠道传染病的主要传播途径是“病从口入”,也就是吃了被污染的食物、喝了被污染的水,或者手没洗干净就抓东西吃;主要症状是上吐下泻、发热、肚子疼,如果迁延不愈,还可能引起营养不良、贫血、身体抵抗力下降;严重的会导致脱水,极个别病例甚至会有生命危险。

其实,预防肠道传染病并不复杂,关键就是大家一起把“入口”关,养成几个简单的好习惯,筑牢健康防线。

正确认识肠道传染病

常见的肠道传染病有哪些?
细菌性痢疾:由痢疾杆菌引起,表现为发热、腹痛、腹泻,大便带黏液或脓血,里急后重(总想拉又拉不多)。

诺如病毒性胃肠炎:传染性强,传播速度快,感染后12小时~48小时出现呕吐和腹泻,一般两三天可自愈。

手足口病:由肠道病毒引起,好发于儿童,表现为手、足、口腔、臀部等部位出现疱疹或斑疹,还可能伴有咳嗽、流涕、食欲不振、腹泻等症状,大多数一两周可自愈。

为什么夏季容易得肠道传染病?

气温高、湿度大:这种环境有利于病原菌繁殖,食物被污染的可能性大大增加。

苍蝇蚊虫活跃:苍蝇蚊虫携带病菌到处飞,落在食物和餐具

上,成了移动的传染源。

生冷食物逐渐增多:天然爱吃凉拌菜、冷饮、西瓜、海鲜等,如果清洗不干净或未煮熟,容易吃进病菌。

饮用水卫生需要注意:气温升高,饮水量增加,喝生水和买路边摊饮料的情况可能增加,存在隐患。

手卫生面临挑战:夏季出汗多,孩子容易用手擦汗、摸脸,手部接触物品的频率增加;同时,户外活动增多,接触公共设施(如游乐设施)的机会也多了,如果洗手不及时,病菌就容易乘虚而入。

第一道防线

把好“入口”关,吃得安全

一、饮用水卫生要注意。

不喝生水,不用来源不明的水做饭、洗菜、洗漱。

二、饭菜要新鲜,尽量现做现吃,剩菜剩饭要尽快放进冰箱冷藏,再次食用前必须彻底加热。熟食在室温下存放不宜超过2小时,保存过程中注意防止苍蝇污染。

三、生熟分开,避免交叉污染。家里的菜板、刀具、碗筷要做到生熟分开。切生肉的案板不能直接用来切凉拌菜或水果,否则生肉上的细菌会污染熟食。

四、食物要煮熟,生吃要洗净。肉类、海鲜、蛋类一定要煮熟煮透。不要生吃水产品。凉拌菜、水果要反复清洗干净,能削皮的尽量削皮。

五、不吃变质食物,不买路边无证摊贩的食品。变质的食物会有异味、发酸、发黏,千万别舍不得扔,吃坏了肚子更麻烦。各种酱制品、熟肉制品在进食前应重新加热。外出就餐选择正规餐

馆。

第二道防线

手卫生,是阻断传播的关键。肠道传染病常见的传播方式就是“手-口”传播。认真洗手,是最有效、最简便的防护方法。

一、什么时候必须洗手?

饭前便后,外出回家,处理生肉、海鲜前后,摸过公共物品(电梯按钮、门把手、手机、钱币等),打喷嚏、咳嗽后,照顾过生病的人。

二、怎么洗才干净?

用流动水和肥皂(或洗手液)搓洗双手,搓揉手心、手背、指缝、指尖、手腕,至少20秒。没有条件时,可以使用免洗洗手液应急处理。

三、养宠物的家庭要特别注意。

养宠物的家庭,一定要搞好宠物卫生,同时不要一边吃东西一边喂宠物,避免病原体通过宠物传播。

第三道防线

校园卫生,共同守护师生健康

学校是孩子们每天学习生活的地方,人员密集,接触频繁,一旦有肠道传染病传入,很容易在班级里传播。夏季是诺如病毒性胃肠炎和手足口病的高发时节,特别容易在学校、托幼机构发生传播。

一、在校期间,这些细节要做好。

自带水杯,不共用水杯:每个孩子准备自己的水杯,不喝别人的水,也不让别人喝自己的水。水杯每天带回家清洗消毒。

不分享食物:在肠道传染病高发期,尽量不分享零食、水果、

饮料,减少交叉感染的机会。

饭前便后认真洗手:饭前、便后、体育课后一定要洗手。

二、学校食堂就餐要注意什么?

尽量在学校食堂就餐,少光顾校外路边摊。

吃饭时不打闹、不说话,避免食物飞溅。

如果发现饭菜有异味、不新鲜,及时告诉老师,不要勉强吃。

三、出现症状后,要及时报告老师。

如果在学校出现肚子疼、拉肚子、呕吐、发热等情况,要马上告诉老师,不要硬撑,不要带病上学,参加聚集性活动。这既是对自己负责,也是对全班同学负责。

四、学校要做好联防联控工作。

学校和托幼机构每日实施晨检、午检及因病缺勤追踪制度,可及早发现病例,避免将传染病带到校园。出现病毒传播苗头后,第一时间采取防控措施,尽最大可能降低病毒传播风险。家长可以主动了解学校的卫生管理措施,发现问题及时与学校沟通,共同维护校园卫生安全。

第四道防线

日常观察,早发现早隔离。肠道传染病发病急,一旦出现症状,及时处理能避免加重病情,也能防止传染给家人和同学。

一、这些症状要警惕。

拉肚子(大便次数增多,稀水样、带黏液或脓血),呕吐,恶心,肚子痛、发热、浑身没劲,口干(可能已经脱水)。

二、出现症状怎么办?

如果症状不重:通过调整饮

食、休息、对症治疗,两三天症状即可改善。宜进食清淡、易消化的流质或半流质食物,腹泻减轻后逐渐过渡到正常饮食。不提倡禁食禁水,因为身体需要营养和水分来恢复健康。

防止脱水:脱水是腹泻常见并发症,表现为口干、尿少、皮肤干燥起皱、双眼凹陷。为防止脱水,可购买口服补液盐,按照说明书服用。

及时就医:如果呕吐腹泻严重,高烧不退,出现脱水迹象(口干、尿少、精神差),以及免疫力较低的儿童出现腹泻,要马上到医院急诊就医。

不要滥用抗生素:肠道感染有细菌性、病毒性之分,抗生素只对细菌有效。滥用抗生素不仅无效,还会破坏肠道菌群,甚至导致耐药。

消毒隔离:患者用过的餐具、水杯、便器、卧具等注意清洗消毒。衣物、用具勤洗勤换,注意居室通风,保持室内空气清新。

家中如有腹泻或呕吐患者时,可用含氯消毒剂消毒。

总之,肠道传染病防控起来其实不难,关键就是咱们大家把住“入口”关——吃熟食、喝开水、勤洗手、讲卫生。这些习惯看起来平常,却是有效的“防病疫苗”。

在学校里,大家也要互相提醒、互相监督,做到不分享食物、自带水杯、饭前洗手,若不舒服及时向老师报告。家庭和校一起努力,把“病从口入”的路防住,让健康常伴左右。

(作者供职于北京市丰台区疾病预防控制中心/北京市丰台区卫生健康监督所)

经验交流

经方辨治慢性鼻炎

□王付

马某,女性,37岁,有多年慢性鼻窦炎、慢性鼻炎病史,曾服用中药、西药均未能有效控制症状。患者经病友介绍,向笔者求助。患者头痛,鼻塞,流鼻涕,鼻痒,嗅觉减退,受凉加重,口干口渴,心烦,急躁易怒,倦怠乏力,大便干结,舌质淡红,苔黄腻夹白,脉沉弱。

辨证:寒热郁,气虚夹痰。

治则:散寒清热、益气行气、降逆化痰。

方药:大青龙汤、小柴胡汤、大柴胡汤、附子半夏汤、藜芦芍药汤合方。麻黄18克,桂枝6克,杏仁10克,石膏50克,柴胡24克,桔梗10克,红参10克,生半夏24克,大黄12克,制附子10克,藜芦1.5克,白芍12克,生姜10克,大枣12枚,炙甘草10克。共6剂。用水1000毫升~1200毫升浸泡30分钟,大火烧开后转小火煎50分钟,去滓取汁,每日分早、中、晚3次温服。

二诊:患者鼻塞减轻,仍有头痛。前方麻黄剂量改为20

克,白芍剂量改为24克。共6剂。

三诊:患者头痛明显减轻,受凉仍鼻塞,前方改制附子剂量改为12克。共6剂。

四诊:患者大便正常,仍口渴,口干口渴,心烦,急躁易怒,倦怠乏力,大便干结,舌质淡红,苔黄腻夹白,脉沉弱。

五诊:患者症状明显好转,守方服药30剂后症状基本消除,后又服药40剂巩固疗效,痊愈。

随访1年,患者症状未复发。

按语:根据患者头痛、鼻塞、受凉加重辨证为寒,心烦易怒辨证为气郁,口干便干结辨证为热结,倦怠乏力辨证为气虚,流涕鼻痒、苔黄腻夹白辨证为寒热夹风痰,综合辨证为寒热夹风痰,综合辨证为寒热夹风痰,综合辨证为寒热夹风痰,综合辨证为寒热夹风痰。

方用大青龙汤,宣散寒、清泻郁热;小柴胡汤,平调寒热、行气解郁;大柴胡汤,益气泻热;附子半夏汤,温阳化痰;藜芦芍药汤,缓急熄风。诸药合用,共奏全功。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院)

征稿

本版面在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。
邮箱:5615865@qq.com
联系人:朱沈飞 电话:13783596707