

协和名医健康指导丛书

心脏病是一大类涉及心肌组织病理变化疾病的总称，包括扩张型心脏病、肥厚型心脏病、限制型心脏病以及其他各种特殊原因引起的心肌疾病。了解各种就诊断问、患者容易出现错误理解以及医患共同面对的问题，有助于广大读者认识心脏病。

心脏病

张抒扬 吴 炜 主编



科学出版社

www.sciencep.com

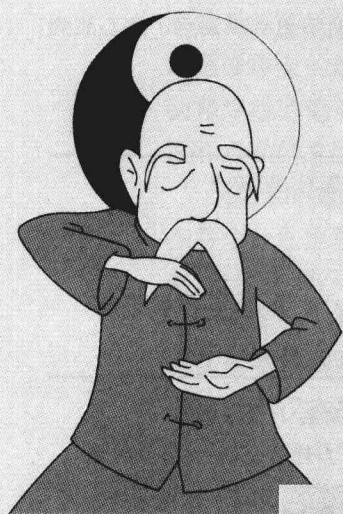
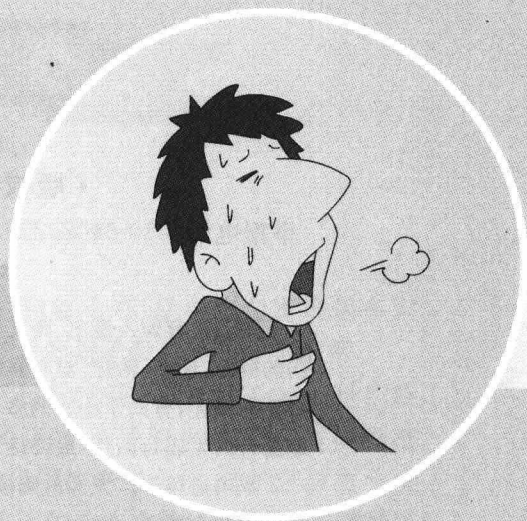
心 肌 病

本书是《中国大百科全书·临床医学》卷第100册《心脏病学》分卷的组成部分，主要介绍各种心肌病的病因、发病机制、病理生理、临床表现、诊断、鉴别诊断、治疗和预后。全书共分10章，由国内著名的心脏病学专家编写，内容翔实，重点突出，是从事心脏病学工作的临床医生、科研人员和医学院校师生的重要参考书。

（北京）人民卫生出版社

协和名医健康指导丛书

心脏病



张抒扬 吴 炜 编著

科学出版社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书内容深入浅出、图文并茂、语言通俗易懂,全面系统地介绍了心肌病的概念、诊断、治疗,对心肌病患者关心的常见问题进行了详细和具有针对性的阐述,有助于心肌病患者对自身疾病增进了解,做好自我管理,更好地配合医生进行治疗,最终达到提高疗效和改善预后的目的。

本书适用于广大人群阅读,尤其适用于心肌病患者以及想了解心肌病知识的广大读者。

图书在版编目(CIP)数据

心脏病 / 张抒扬,吴炜编著. —北京:科学出版社,2010.8

(协和名医健康指导丛书)

ISBN 978-7-03-028482-2

I. 心… II. ①张… ②吴… III. 心脏病-诊疗 IV. R542.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 148961 号

策划:美得康传媒 / 责任编辑:杨 扬 曹丽英 / 责任校对:李 影

责任印制:刘士平 / 插图绘制:美得康传媒 / 封面设计:美得康传媒

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双 青 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2010 年 8 月 第 一 版 开本:B5(720×1000)

2010 年 8 月第一次印刷 印张:5 1/2

印数:1—8 000 字数:89 000

定价:18.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

总序

ZONG XU

这是一套实用而有意思的科普丛书,从中您会发现很多声名远扬的北京协和医院医学专家参与了最基础的文字编写。

数不清多少个日子,当人们已经吃完午饭享受午休时,他们还在门诊为患者排忧解难;当夜幕降临、万家灯火时,他们才刚刚拖着疲惫的步伐回家。在如此高强度的辛劳之外,他们还致力于推动医学事业的最新进展,发表高深的专业论著……今天,在医学界头角峥嵘的他们,更是凭一颗真诚的心、满腔的热情,以专业的态度和亲和的文字,为广大普通读者撰写了这套优秀的科普丛书。

《协和名医健康指导丛书》按照多种常见、多发疾病汇编成册,在各个分册里您会了解到各种常见病的起因、症状、诊断、治疗、康复,以及健康行为指导与疑难问题解答等读者最为关心的话题。

作为协和的医生,他们深深地理解患者求医的心情。《协和名医健康指导丛书》正是从提高读者对疾病认识的角度出发,希望读者不仅在罹患疾病时能从本书中学到有用的知识,更希望读者多关注书中健康行为指导的内容及早了解未病先防的重要性。古人有言曰:“与其临渊羡鱼,不如退而结网。”我们相信,拥有健康的生活方式才是预防疾病的有效方式。

1996年,江泽民总书记莅临北京协和医院,欣然题写了“严谨、求精、勤奋、奉献”的指导思想,这也成为了北京协和医院的院训,协和人在院训的指引下正在为人民健康事业做出新的贡献。

恰逢祖国60华诞,在举国欢腾的日子里,望此套丛书成为北京协和医院医务工作者献给祖国人民的厚礼。

最后,需要强调的是,我们并不认为《协和名医健康指导丛书》能解决所有的健康问题,我们也不能拍胸脯说它是最好的,我们只知目前不可能更好了,因为,作者尽力了。

北京协和医院院长



2009年9月28日

前 言

QIAN YAN

心肌病是一大类涉及心肌组织病理变化疾病的总称,包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病、限制型心肌病以及其他各种特殊原因引起的心肌疾病。由于疾病本身较难掌握,如何向不具备医学知识的大众介绍心肌病?本书中大多数文字像是临床医生在向患者进行病情介绍,语言通俗易懂,而且通过各种各样的比喻来形容或解释某种专业术语,使得枯燥的内容变得生动起来,让读者在享受整个阅读过程的同时也了解了心肌病的有关知识。

作为北京协和医院一线的临床医生,我们在本书中提到的各种患者疑问、患者容易出现的错误理解以及医患共同面对的问题都是临床中的真实情况,是我们日复一日、年复一年反复向患者解释的内容,把这些问题的答案写出来,有助于广大读者认识心肌病。

本书的目的更在于努力帮助患者建立对心肌病诊治过程的信心,帮助患者防治心肌病、改善症状、提高生活质量以及延长生命。

作者谨以此书献给广大读者,希望每个人都能够拥有一颗健康的心脏。

张抒扬 吴 炜

2010年7月于北京

目 录

MU LU

总序

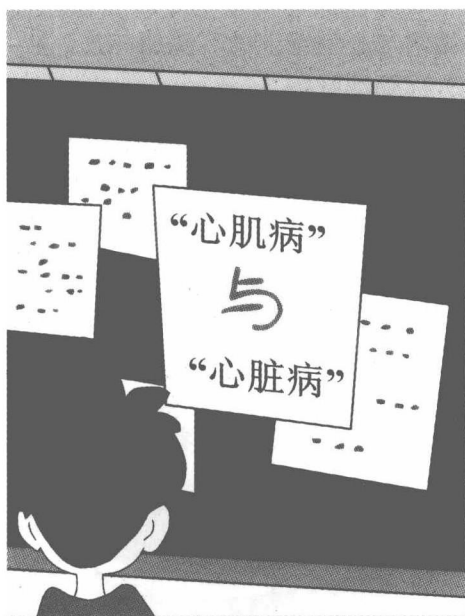
前言

第1章 心肌病的概述	(1)
第1节 心肌病定义的发展历史	(5)
第2节 心肌病的发病机制	(6)
第3节 心肌病的流行病学	(8)
第4节 心肌病的诊疗现状	(12)
第2章 心肌病的分类及危险因素	(14)
一、心肌病的分类	(15)
二、心肌病的危险因素	(18)
三、心肌病危险因素的分类	(23)
第3章 各种心肌病的临床表现及诊断方法	(26)
第1节 心肌病的临床表现	(26)
第2节 心肌病的诊断方法	(31)
第4章 心肌病的防治	(43)
第1节 心肌病的防治原则	(43)
一、原发病的防治	(43)
二、针对心肌病所造成的心脏不良结果的治疗	(49)
第2节 不同类型心肌病的药物治疗	(51)
一、扩张型心肌病的治疗	(51)
二、肥厚型心肌病的治疗	(55)
三、限制型心肌病的治疗	(57)
第3节 心肌病的装置或手术治疗	(57)
第5章 心肌病的自我管理和临床常见问题	(62)
第1节 心肌病的自我管理	(62)
第2节 临床常见问题	(65)
一、为什么会得心肌病	(65)
二、心肌炎和心肌病是一回事吗	(66)

三、得了心肌病,还能够活多久	(69)
四、扩张型心肌病该怎么治疗,是否能治好	(70)
五、肥厚型心肌病的临床表现和治疗方法	(72)
六、如何诊断围生期心肌病	(73)
七、患了心肌病,饮食上需要注意的地方	(74)
八、心室肌致密化不全是怎么回事	(75)
九、致心律失常性右室心肌病是怎么回事	(77)
十、心肌病治疗药物的不良反应	(78)

心肌病的概述

第一次听说“心肌病”的时候,对于不具备临床医学知识的普通人群来说,一定要注意不要与“心脏病”相混淆,虽然它们“长得很像”。在临床医师看来,“心肌病”是一大类相对比较少见的疾病(与冠心病、高血压相比),从定义上讲属于心脏病中的一个范畴。“心肌病”一定不能与“心肌炎”相混淆,虽然只差了一个字,但是“炎”和“病”是两回事。心肌炎是心肌发生的局限或弥漫性炎症,凡是炎症都需要有炎性因子的激活和(或)炎性细胞的浸润。而心肌病范围更广,不一定需要炎性因子的激活和炎性细胞的浸润,详细的内容可以看一看后述的心肌病定义。



在介绍心肌病之前,我觉得还是有必要介绍一下心脏的结构和功能,附带介绍一些专用名词,这些基本的知识对于后面理解心肌病各方面的内容是非常必要的。心脏位于人体胸腔的中部稍偏左,两肺之间,膈肌之上,前面是胸骨和肋软骨,后面是食管和脊柱。我们心内科门诊经常有就诊的人

士(尚不能称之为患者)一上来就指着自己的左胸部说“我心脏不舒服”,其实确切地说应该是“我左胸部不舒服”,因为心脏周围有很多组织和器官,这个部位的不舒服并不代表一定是心脏的问题。正常心脏如本人的拳头大小,但是很多病理状态会导致心脏增大。

1. 心脏的构成

心脏是人体的肌性器官,由特殊的心脏横纹肌——心肌细胞构成。心脏的内部被上下房间隔和室间隔及左右房室瓣口分为4个腔:右心房、右心室、左心房和左心室,如有兴趣可上超市买一个猪心(穆斯林病友或家属可以买一个牛心)看看,对于了解心脏的结构非常有帮助,而且临床上这两种动物的心脏与人类的心脏非常接近。简单介绍一下4个心腔的结构特点:

(1) 右心房,房壁较薄,根据血流方向,右心房有3个入口,一个出口。入口即上、下腔静脉口和冠状窦口。冠状窦口为心壁静脉血回心的主要入口。出口即右房室口,右心房借助其通向右心室。

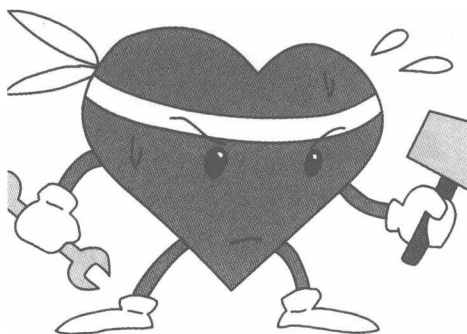
(2) 右心室有出入二口,入口即右房室口,其周缘附有3块叶片状瓣膜,称右房室瓣(即3尖瓣)。按位置分别称前瓣、后瓣、隔瓣。瓣膜垂向室腔,并借许多线样的腱索与心室壁上的乳头肌相连。出口称肺动脉口,其周缘有3个半月形瓣膜,称肺动脉瓣。

(3) 左心房有4个入口,一个出口。在左心房后壁的两侧,各有一对肺静脉口,为左右肺静脉的入口;左心房的前下有左房室口,通向左心室。

(4) 左心室有出入二口。入口即左房室口,周缘附有左房室瓣(二尖瓣),按位置称前瓣、后瓣,它们亦有腱索分别与前、后乳头肌相连。出口为主动脉口,位于左房室口的右前上方,周缘附有半月形的主动脉瓣。

2. 心脏的功能

心脏在人的一生中不停止地工作,起着动力血泵的功能,负责血液在全

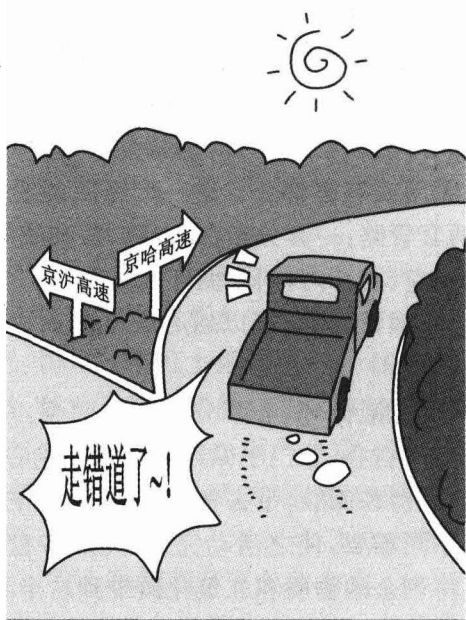


身的循环流动,把血液输送到脑部、冠状动脉、四肢,还有腹部的器官,如肝脏、肾脏、胃肠道等。血液通过分布在动脉、动脉分支、毛细血管形成的广泛管路,将营养物质和氧气运送分配到各个组织器官;由静脉系将使用后不需要的东西带走,运送到排泄废物的器官,也就是通过渗透及处理,回收可以再利用的部分,排出无用或有害部分。这一套密闭的管道系统就是循环系统。这个系统分为两套管路:一套分布在头、胸、腹和肢体各部,叫大循环或体循环,另一套分布到左、右肺内,叫小循环或肺循环。为什么吃完饭,尤其是吃完午饭以后人会犯困,因为吃饭以后心脏泵出的血液会更多地流往胃肠道,而大脑则相对缺血。

为了分担大小两套血液循环,心脏分成左右两半,左半就叫左心,是大循环的驱动泵,右半就叫右心,分担小循环的任务。左心将血液通过体动脉送到头部、躯干、腹内脏器和四肢,带去各种营养、必需的物质和充分含氧的红细胞,供应它们的不同需要,使之活动完好,完成各自的任務。通过组织器官,静脉内血液又将剩余的物质和二氧化碳带到右半心脏,右心将血泵入肺,在肺内血液与进入肺泡的空气进行气体交换,排出二氧化碳,吸进氧气,使血液重新获得充分的氧气后又通过肺静脉回到左心,开始第二轮周游全身的供给工作。这就是一个循环过程。这个循环过程是通过心脏的收缩和舒张(这就是我们可以感觉到的“心跳”)来完成的。

在心脏解剖上,包含有两套系统,静脉血流系统和动脉血流系统。静脉血流系统要把体内各器官所流回的血液收集到上腔静脉及下腔静脉,静脉血流回来之后,继续汇集到右心房,再经三尖瓣到右心室,右心室收缩时将血经肺动脉瓣把血泵入到肺动脉,到达肺脏。这些静脉系统的血流经肺循环气体交换以后,再由肺静脉回流,含氧量高的血再聚集于左心房。当左心房收缩和左心室舒张时,压力差异会冲开二尖瓣,使得血液进入左心室。左心室强力收缩则能打开主动脉瓣,将血液泵入大动脉进而输送至全身,从而完成体循环。

左、右心房,左、右心室两两之间有隔间存在,分别称为房间隔及室间隔。比如,大家可能听说过的先天性心脏病——房间隔缺损(房缺)和室间隔缺损(室缺),就是房间隔或室间隔在胎儿发育过程中出现了问题,导致左右心房或左右心室之间出现了血流相通。本来左右心的血液的氧气和营养物质的含量是不相同的,而且左右心的压力也是不同的,但是这种房间隔或室间隔的缺损使得左右心之间的血液相混合,该走体循环的血液去了肺循环,会产生不良后果。想象一下,本来应该走京沪高速公路的货车结果上了京哈高速公路,该去上海的货物运到了哈尔滨,怎么能不乱了套呢?



心房和心室之间,则有瓣膜的存在。右心房到右心室之间有三尖瓣,使血流得以单方向进入右心室。当右心室收缩时,瓣膜的门就关闭起来,血液只能进入肺动脉而不能进入右心房。舒张时,三尖瓣瓣膜打开,肺动脉瓣关闭,右心房的血液只能进入右心室,肺动脉的血液则不会回流。二尖瓣也是使血液单一方向地由左心房进入左心室而不逆流。任何病灶所引发的瓣膜破坏,增加心脏负担,便会造成心脏疾病的症状产生,不论是因为狭窄病变产生阻力,或是漏血即关闭不全而使血流在心房、心室间上上下下回流,皆造成心脏负担加重。关于心脏瓣膜的病变,大家最为熟悉的应该是风湿性心脏病。二三十年前,有不少女性心脏病患者的病历上会写着“风心、二狭”这四个字,其实就是“风湿性心脏病、二尖瓣狭窄”。当时风湿性心脏病发病率高的主要原因是医疗条件差,后来随着青霉素和头孢类抗生素的应用,风湿性心脏病在大城市已经非常罕见了。北京的医师现在能够看到的风湿性心脏病患者多数都是 70 岁以上的老年患者,只有少数贫困地区过来就诊的年轻风湿性心脏病患者。

心脏收缩后血液进入主动脉,主动脉同样也拥有这种维持不逆流功能的主动脉瓣,分为左冠状动脉瓣、右冠状动脉瓣及无名冠状动脉瓣。下肢静脉血管同样也有瓣膜。依靠下肢静脉瓣膜,加上腿部肌肉的收缩和呼吸时胸腔内负压抽吸的方法,将静脉血流推到右心房;脑部静脉血流,借由地心引力作用,把血液直接灌注到右心房。

这么多的名词实在难记,不过至少从侧面反映出当医师不容易,学医很辛苦。总结一下心脏结构和功能的要点,让大家方便掌握。①心脏一定是一收缩一舒张的,而且要有力量;②心脏应该是有规律的跳动,一般说来,心室比心房更重要,心室的问题比心房的问题更危险;③任何造成血流不通畅的因素(高血压、瓣膜病、心肌病、先天性心脏病等)都可能引起心脏病。

介绍完心脏的结构和功能,我们开始介绍心肌病的相关内容。心肌病是一大类病因复杂多样和临床表现繁多的疾病。由于病因和发病机制不明,因此,多年来对于心肌病的定义和分型模糊不清。对于心肌病进行系统和清晰的分类一直是各国心脏病学家和研究人员关注的热点。到目前为止,已经有不同的国家和组织对于心肌病的定义和分类进行了研究,相继发布了多个关于心肌病定义和分类的建议和共识,目前,比较公认的是1995年世界卫生组织(WHO)心肌病定义和分型共识。随着对心肌病病因和发病机制不断深入研究,美国心脏学会和欧洲心脏病学会心肌心包疾病工作组结合近年对于心肌病分子遗传和临床研究进展,相继发布了新的定义和分类建议,这些建议反映了近年有关领域研究的迅猛发展,但由于研究水平和局限,尚有许多问题未得到明确的结论,因此,对于心肌病定义和分类带来困惑。1995年世界卫生组织和国际心脏病学会工作组对心肌病的定义为:伴有心功能障碍的心肌疾病。同时根据病理生理学特点将心肌病分为4型,即扩张型心肌病、肥厚型心肌病、限制型心肌病和致心律失常型右室心肌病,同时保留不定型的心肌病。

第1节 心肌病定义的发展历史

心肌病名称在1957年首次被提出,此后对于不同表现的心肌病命名五花八门,缺乏统一的规则,俗话说“没有规矩,不成方圆”,连一个统一的名字都没有,大家怎么在一起交流和讨论这样的疾病?1968年世界卫生组织对心肌病的定义为“一种病因多样,具体不明的心脏疾病,常表现为心脏扩大伴心力衰竭”,这样的定义实在是太牵强了,比如,肥厚型心肌病就是典型的心肌病,但是却不符合这种标准。1980年,世界卫生组织首次统一心肌病的定义和分类,将心肌病定义为“原因不明的心肌疾病”,并且根据疾病病理形态改变分为扩张型心肌病、肥厚型心肌病、限制型心肌病。同时,将已知原因的或明确由其他系统疾病导致的心肌病变归为特异性心肌疾病。但是,在对特异性心肌疾病的定义中排除了明确由高血压、瓣膜病、冠心病和先天性心脏病所导致的心肌病变。随着对心肌病病因和发病机制的进一步

认识,同时也发现了其他新的心肌病的类型,到1995年,世界卫生组织再次对心肌病的定义和分类进行了修订,并成为目前被大家广泛接受的标准。此后,随着分子心脏病学研究的飞速发展,不同心肌疾病的分子机制被揭示,基于分子遗传机制,新的心肌病分型应运而生,逐渐出现了近年的美国心脏病学会心肌病工作组和欧洲心脏协会心肌和心包疾病工作组的新分型建议。

怎么去理解心肌病的定义,其实这不是我们读者应该做的事,把它留给临床医师吧!但是,这里我还是硬着头皮讲一点基础。首先,心肌病的原因很多,从广义上讲,任何造成心肌组织结构异常、心电活动障碍的疾病都可以引起心肌病。这些疾病可以是局限于心脏本身,如心肌梗死造成心肌细胞的死亡和心脏结构的破坏;也可以是全身系统性疾病的一部分,如系统性淀粉样变性、系统性结缔组织病等累及心脏。但是,临床医师从确切的、狭义的角度讨论心肌病时,是根据美国心脏病协会(AHA)2006提出的新的定义,其范畴将其他心血管疾病引起的心肌病理改变排除在外,如心脏瓣膜病、高血压性心脏病、先天性心脏病、冠心病等所致的心肌病变,也不包括心肌或心腔内的肿瘤。这样,心肌病的范围大大缩减,因为冠心病、高血压的发病率非常高,而狭义的心肌病发病率则低得多。其次,患者一定是出现了心脏功能的障碍,这既包括心肌机械收缩和舒张的功能异常,也包括心脏电活动的异常,最常见的表现是不恰当的心室肥厚或扩张,可以导致心功能不全或各种心律失常,最终引起心源性死亡。

第2节 心肌病的发病机制

心脏科医师经常喜欢将心脏比作汽车的发动机,因为心脏通过不停地跳动将血液输送到全身,就像发动机产生动力带动汽车的运动一样。同样,心脏的工作原理也可以比喻为“打气筒”,每跳动一次就像打气筒给轮胎打一次气。下面简单介绍一下4大类心肌病的特点:

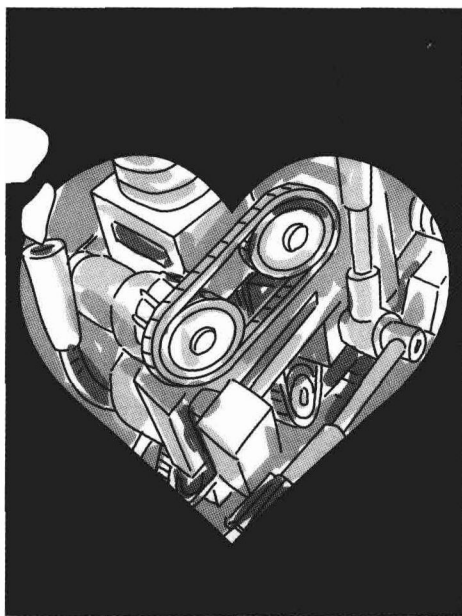
(1) 扩张型心肌病:扩张型心肌病的患者心腔扩大,尤其是心室会出现明显的扩大。有的读者可能觉得心腔越大,心脏搏动提供给全身的血液越多。其实不然,扩张型心肌病患者在心脏扩大的同时往往伴随着心肌变薄,心肌组织被没有收缩力量的纤维组织替代,所以,泵出的血液反而少得多。想象一下恰好盖50平方米房子的砖和水泥盖出了100平方米的房子,墙壁的厚度要小得多,房子的质量可以想象。所以,扩张型心肌病的患者很容易出现心力衰竭,一方面,心脏提供的血液无法满足全身的需要,另一方面,大量的血液淤积在肺部或者全身的静脉系统中,出现肺水肿或者肢体、内脏的

淤血和水肿。

(2) 肥厚型心肌病:心肌肥厚了收缩力不是增强了吗?如果是运动员(尤其是马拉松运动员)长期锻炼引起的心肌均衡性增厚,收缩力的确是增强了。但是,肥厚型心肌病患者的心肌基本是不对称性肥厚,这样的结果一方面是造成了心腔的狭小,心脏内能够容纳的血液减少,所以,泵出的血液也减少;另一方面,左室流出道的梗阻有可能造成血液不能被泵入大动脉中,造成大脑缺血而突然晕厥或猝死。同样用房子作比方,50平方米建筑面积的房子墙有5米厚,里面的空间当然小得多,而当靠近门的位置的厚墙使得门都无法打开了,这所房子也就失去了意义。

(3) 限制性心肌病:心脏的大小基本正常,但是心肌组织遭到了炎症或者其他物质的破坏和浸润,其舒张能力显著下降,同样会造成心力衰竭。此时的心脏就像被“蜘蛛网网住了”一样动弹困难,一颗不能弛张有度的心脏也是没有意义的。

(4) 致心律失常型右室心肌病:是一种较为罕见的遗传性心肌病,发展到一定阶段会突然造成室颤或室速,使得心脏不再进行规律地收缩而发生“抖动”或者停跳,致心律失常型右室心肌病的患者往往会突然发生猝死,或者出现不明原因的晕厥,它与肥厚型心肌病一样是年轻人猝死的重要原因之一。



上面简单介绍了4大类心肌病的特点。临床上还会根据病因对心肌病

进行命名,尤其是扩张型心肌病,其病因非常复杂,因此,涵盖的范围也非常广,如大量饮酒导致的酒精性心肌病;围生期女性出现的围生期心肌病;由于心肌长期缺血造成的缺血性心肌病;由于病毒性心肌炎造成的心肌坏死引起的扩张型心肌病以及不明原因造成的特发性扩张型心肌病等。心脏专科医师对患者扩张型心肌病的命名往往慎之又慎,因为一旦确定了患者的心肌病名称,则基本上为患者的发病原因作了定性,随之亦据此制订了治疗方案。例如,一名被诊断为扩张型心肌病的患者,如果只是被诊断为特发性扩张型心肌病,那么就意味着只能针对患者的心力衰竭进行治疗,而并没有去除病因的治疗手段。但是,如果注意到这个患者有明显的肥胖,则需要注意为患者制订减肥的计划,因为肥胖相关性心肌病的部分患者通过有效的减肥是可以改善心肌病的,这比所有的抗心力衰竭治疗的药物都要见效。但是,在实际的临床工作中,确定名称是非常困难的一件事,因为目前的医学手段并不是能确定所有的病因,常是根据患者的临床特点去怀疑某一种病因,所以,有时候我们这些临床医师给出的诊断往往是带着问号或者注明“……可能性大”,如“酒精性心肌病可能性大”,“肥胖相关性心肌病不排除”。这一点不能怪临床医师,主要还是诊断手段的限制以及对疾病的认识还不全面。

第3节 心肌病的流行病学

心肌病的流行病学分析很难,因为心肌病是一大类疾病的统称,包括扩张型心肌病、肥厚型心肌病、限制型心肌病以及其他特殊原因的心肌病。每一类的心肌病又包括了不同病因,因此,出于严谨的角度,医师一般不会单独讲心肌病的发病率或病死率。但是,有一点是可以明确的,就是心肌病本身的发病率并不高,比起高血压、糖尿病、冠心病来说可谓是小巫见大巫,但是一旦罹患心肌病,病死率还是比较高的。尤其是心肌病患者的年龄相对比较小,多为年轻的患者,因此对于个人和家庭、社会来说,负担则更为严重。据文献报道,10%~15%的心肌炎患者可以发展成为扩张型心肌病。心肌炎的发病率并不算高,而且大多数的心肌炎都是可以自愈的,只有少数心肌炎因为病情的进展而成为了扩张型心肌病。

相对于高血压病、冠心病等,心肌病的流行病学调查研究较少。欧美资料显示,心肌病年发病率在 3/100 000~6/100 000,其中扩张型心肌病占 40%~90%。南京市心肌病流行病学研究协作组对 1985~1989 年及 1990~1994 年南京市及郊区 60 岁以内自然人口作了发病率的调查,前 5

年心肌病年发病率为2.6/100 000,后5年为3.19/100 000,显示南京地区心肌病发病率逐年上升,且随年龄的增加而增加,50~59岁年龄组达到高峰,发病率男>女(1.6:1)。报告还指出该调查的局限性,如为排除可能存在的冠心病因素的影响,调查年龄为<60岁的人群而非整个年龄段。这都是十几年、二十几年前的资料了,从目前临床工作中的经验来看,心肌病的发病率有上升的趋势,尤其是酒精性心肌病和肥胖相关性心肌病,很显然,这与物质条件改善有密切的关系。



1. 克山病

有一些心肌病具有地方性,比如克山病,因在我国黑龙江省克山县发现的原因不明的扩张型心肌病而得名。后来在日本和朝鲜也发现了类似的病例。病因至今未明,有的研究发现克山地区的水源和土壤中缺乏微量元素——硒,可能是克山病的原因,于是后续就出现了大量的关于硒的研究,提出微量元素硒对人体的重要性。在克山县人群的综合治疗过程中,通过补充微量元素硒以及结合其他的生活方式改善,克山病已经得到了明显的控制。在日常生活中我们如果稍微注意一下就可以看到很多关于营养品的广告都宣传自身的产品富含硒,而一些大米产品亦宣传自身是富硒米。实际上,我们生活的环境中如果不缺乏硒,特殊地额外补充硒倒是没有必要。毕竟中国幅员辽阔,而克山病主要是发生于黑龙江的克山县地区以及其他部分地区。