

ICS 11.020
C 61

WS

中华人民共和国卫生行业标准

WS/T 210—2011
代替 WS/T 210—2001

WS/T 210—2011

克山病诊断

Diagnosis of Keshan disease

中华人民共和国卫生
行业标准
克山病诊断
WS/T 210—2011

*

中国标准出版社出版发行
北京复兴门外三里河北街16号
邮政编码:100045

网址 www.spc.net.cn

电话:68523946 68517548

中国标准出版社秦皇岛印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 880×1230 1/16 印张 1 字数 19 千字
2011年5月第一版 2011年5月第一次印刷

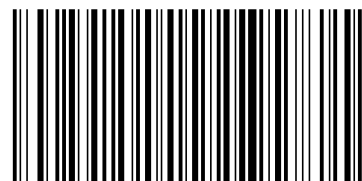
*

书号: 155066·2-21868 定价 18.00 元

如有印装差错 由本社发行中心调换

版权专有 侵权必究

举报电话:(010)68533533



WS/T 210-2011

2011-04-26 发布

2011-11-01 实施

中华人民共和国卫生部 发布

前 言

本标准由 GB 17021—1997《克山病诊断标准》和 WS/T 210—2001《克山病病理诊断标准》整合修订而来。自本标准实施之日起,WS/T 210—2001《克山病病理诊断标准》废止。

本标准与 WS/T 210—2001《克山病病理诊断标准》相比主要变化如下:

- 将 GB 17021—1997 整合入本标准中,作为本标准的一部分;
- 将《克山病病理诊断标准》名称修改为《克山病诊断》;
- 删除 GB 17021—1997 附录 B(心脏增大的检查方法与判定基准)中的第 B1 章、第 B2 章,并将第 B3 章调整为本标准中的附录 B(胸部 X 线异常判定基准);删除 GB 17021—1997 的附录 C“心电图的检查方法与判定基准”和附录 D“心肌梗死的诊断与心脏功能不全判定的基准”;
- 增加超声心动图异常判定基准,即附录 C;
- 用克山病分型取代 GB 17021—1997 中的克山病临床分型标准;
- 增加心肌损伤标志物检查。

本标准的附录 A、附录 B、附录 C、附录 D 为规范性附录,附录 E 为资料性附录。

本标准由卫生部地方病标准专业委员会提出。

本标准由中华人民共和国卫生部批准。

本标准起草单位:中国疾病预防控制中心地方病控制中心、山东省地方病防治研究所、哈尔滨医科大学、西安交通大学附属第二医院。

本标准主要起草人:王铜、相有章、尹新华、牛小麟、金晓明、吴长君、李奇。

本标准所代替标准的历次版本发布情况为:

- GB 17021—1997;
- WS/T 210—2001。

型克山病很相似,此时靠临床表现或胸部 X 线片鉴别有一定困难,超声心动图发现液性暗区可助鉴别。

表 E.1 急型、亚急型克山病与急性病毒性心肌炎的鉴别要点

鉴别要点		急型、亚急型克山病	急性病毒性心肌炎
流行病学		有地区性、季节性和人群选择性	无地区性,随时可发生
临床特点		急型克山病发病急骤,心肌细胞损伤重,重者出现心源性休克,多为全心衰,少为左心衰、肺水肿。亚急型克山病病情进展较缓慢,出现心力衰竭,特别是急性左心衰竭	病毒性心肌炎小儿及青少年多见,表现有发热、胸痛、紫绀、心律失常、心力衰竭和休克;细菌性心肌炎常见于呼吸道感染,如急性咽喉炎、化脓性扁桃体炎、白喉、肺炎等
感染病史		无明显的感染病史	病毒性心肌炎多由柯萨奇病毒、腺病毒引起;细菌性多由链球菌感染引起
临床检查		心脏扩大,心律不齐,呼吸困难,咳嗽,满肺水泡音等。血清 CTnT 或 CTnI、CK-MB 增高明显	病毒性心肌炎急性期血清 CTnT 或 CTnI 常增高,血清中可检测到抗心肌抗体,外周血淋巴细胞增多;细菌性心肌炎外周血中性粒细胞增多
病理变化	心肌细胞	急型克山病心肌细胞变性坏死范围广泛而严重,主要为多发性小灶状心肌坏死;亚急型克山病比急型克山病轻些	病毒性心肌炎心肌细胞可单个或小群变性和坏死;细菌性心肌可见小脓肿灶
	病变分布	病变分批发生,新旧并存。病灶常沿室壁冠状动脉分支分布	病变常同一批发生。除有时可见血管周围炎外,看不出病灶与血管的关系
	炎症反应	炎症反应较轻,主要为坏死后吞噬吸收现象。除临近坏死灶处外,心内膜、心外膜炎不明显	炎症反应程度不一。常同时伴心外膜与心内膜的炎细胞浸润
	预后	修复后遗留替代性纤维化	炎症吸收消散或遗留间质性纤维化

E.3 慢型克山病的鉴别

E.3.1 扩张型心肌病(DCM)

本病的临床表现与慢型克山病十分相似,二者的鉴别主要依据流行病学特点。慢型克山病心脏扩大程度一般比 DCM 明显,心电图 RBBB 多(30%~50%),而 DCM 以完全性左束支传导阻滞(LBBB)或左前分支传导阻滞(LVH)者为多。具体的鉴别要点见表 E.2。

E.3.2 缺血性心脏病

本病系冠状动脉狭窄,长期供血不足,心肌反复缺血损伤导致心肌纤维化、心脏扩大,可发生心力衰竭、心律失常。有动脉粥样硬化和心绞痛的病史,有诱发冠心病的危险因子(见 E.1.2),有用药(硝酸甘油)和休息后症状缓解的经历,心腔一般不扩大或心脏轻度增重。根据流行病学特点和病因不同有助鉴别,必要时可行冠状动脉 CT 或冠状动脉造影进行鉴别。

克山病诊断

1 范围

本标准规定了克山病诊断要点以及分型的技术指标。
本标准适用于克山病的病例诊断。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

克山病 Keshan disease

一种原因不明的地方性心肌病,主要病理学改变为心肌实质的变性、坏死和瘢痕形成,心脏呈肌源性扩张,心腔扩大,室壁趋向变薄。主要临床特征是心功能不全和心律失常。

3 诊断原则

在克山病病区连续生活六个月以上,具有克山病发病的时间、人群特点(见附录 A)。具有心肌病或心功能不全的临床表现,或心肌组织具有克山病的病理解剖改变,能排除其他心脏疾病,尤其是心肌疾病者。

4 诊断

符合克山病诊断原则,具备 a)~c)中的任何一条,并同时符合 d)~h)中任何一条或其中一项表现,可诊断为克山病:

- a) 心脏增大。
- b) 急性或慢性心功能不全的症状和体征。
- c) 快速或缓慢性心律失常。
- d) 心电图改变:
 - 1) 房室传导阻滞;
 - 2) 束支传导阻滞(不完全右束支传导阻滞除外);
 - 3) T 波和(或)ST 段改变;
 - 4) Q-T 间期明显延长;
 - 5) 多发或多源性室性期前收缩;
 - 6) 阵发性室性或室上性心动过速;
 - 7) 心房颤动或心房扑动;
 - 8) P 波异常(左、右房增大或两房负荷增大)。
- e) 胸部 X 线改变:各型克山病的异常判定符合附录 B 中 1 项即为异常。
- f) 超声心动图改变:符合附录 C 中 1 项即为异常。
- g) 心肌损伤标志物检查: