

ICS 11.020
C 61



中华人民共和国国家标准

GB 17021—1997

GB 17021—1997

克山病诊断标准

Diagnostic standard for keshan disease

中华人民共和国
国家标准
克山病诊断标准
GB 17021—1997

*

中国标准出版社出版
北京复兴门外三里河北街16号
邮政编码:100045

电话:68522112

中国标准出版社秦皇岛印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售
版权专有 不得翻印

*

开本 880×1230 1/16 印张 1 字数 19 千字
1998年1月第一版 1998年1月第一次印刷
印数 1—1 000

*

书号: 155066·1-14525 定价 12.00 元

*

标目 328—42



GB 17021—1997

1997-10-06 发布

1998-10-01 实施

国家技术监督局
中华人民共和国卫生部

发布

前 言

本标准是在《克山病防治工作标准(试行)》(1982年制定)的基础上,参照国内、外心肌病诊断和鉴别的有关资料,进行修改和补充编写的。

自本标准实施之日起,原有的《各种克山病诊断标准、临床分型(草案)》作废。

本标准的附录 A、附录 B、附录 C 是标准的附录。

本标准的附录 D、附录 E 是提示的附录。

本标准由中华人民共和国卫生部提出。

本标准由中国地方病防治研究中心克山病研究所负责起草,云南省克山病防治研究中心和白求恩医科大学地方病研究所参加起草。

本标准主要起草人:夏德义、于维汉、倪国治、牛存龙。

本标准由卫生部委托技术归口单位中国预防医学科学院负责解释。

因子(见 E1.2)、其心脏的扩大不如慢型显著等,不难鉴别。

E2.4 心包炎:渗出性或缩窄性有心包填塞,静脉回流受阻的心室扩张不全出现的体征与慢型克山病很相似,不同的是,心包炎的心脏搏动极弱,心电图的 ST-T 改变是各导联均有改变,无心肌病样镜像关系,超声心动图可示有超声液性暗区(超声的游离腔)。

E2.5 风心病:以二尖瓣闭锁不全为主的风湿性心脏瓣膜病心衰时与慢型克山病相似。但本病心尖部的收缩期杂音强,且向腋窝传导,常同时合并二尖瓣狭窄的舒张期杂音,超声心动图示二尖瓣反光强、瓣叶增厚、二尖瓣前叶“城墙样”改变及风湿热的既往史等。

E3 亚急型的鉴别

E3.1 急、慢性肾小球肾炎或慢性肾脏疾病:小儿肾病或急、慢性肾炎常因浮肿特别颜面浮肿或并心力衰竭而误诊为亚急型。如果注意血压高、尿蛋白(+++)以上或血尿及管型等即可与亚急型克山病相区别。

E3.2 支气管肺炎:并发心力衰竭时,也常误为亚急型,本病均有发烧史,咳嗽明显,肺部的干湿罗音显著,心脏不大常可区别。

E3.3 心内膜弹力纤维增生症:是儿科领域的心内膜心肌病,大多数患儿于二岁前死亡。发病年龄较大者,对洋地黄治疗反应好的,预后较好。主要表现全心扩大特别是左心扩大,心动超声检查只要发现心内膜肥厚(反光强),对本病诊断亦即明确。

E3.4 心包炎:见慢型的鉴别诊断。

E4 潜在型克山病的鉴别

E4.1 局灶性心肌炎:因心肌局部的坏死、瘢痕、纤维化而致的异位兴奋呈现“室早”或“RBBB”常与潜在型相混。不同点为既往有心肌炎病史,双份血清反应多阳性,心脏不大,预后良好。

E4.2 肥厚型非梗阻性心肌病(HCM):潜在型病人有时也可见有轻度的室间隔或左室增厚或两者同时出现,但与 HCM 不同点为其肥厚不超过 15 mm,心电图少见左室肥厚或异常 Q 波。

E4.3 心脏神经官能症亦称神经循环衰弱症或 β 受体兴奋性增强:本病病人多有心悸感或心率快、心前区不适、易疲乏或过度呼吸。亦可有“室早”等,即自觉症状多,但无心脏方面的体征:如无心电图的异常(或有 ST-T 改变但心得安试验阳性),亦无心脏扩大等所见。