DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.04.007

扩张型原发性心肌病的远期预后

——附91例随访分析

李利华 倪廷枢 马慧卿 宋志远 刘 波

(第一附属医院)

提 要 作者对本院10年中所收治的扩张型原发性心肌病患者进行随访分析。118例中首次住院死亡12例，余106例中91例得到随诊，随诊率85.8%。随诊时间2月～10年（平均2.9年）。用寿命表法计算生存率为：1年85.25%，2年67%，5年43.7%，10年25.5%。提示本病预后凶险。年龄、心脏大小、心功能是影响预后的重要因素。严重及复杂的心律失常对无心衰患者，可使预后恶化，早期治疗及长期服用扩血管药消心痛可使预后改善。激素治疗对远期预后无关。

关键词：心肌病；心衰

扩张型原发性心肌病（简称扩张型心肌病）是原发性心肌病中最常见的类型，近年来有逐渐增多的趋势。为了解其病程及预后、影响预后的因素及加强对本病的防治，我们对本院10年来所收治的患者进行了随访。

对 象 及 方 法

对象 1975年8月至1985年8月本院共收治扩张型心肌病患者118例。全部病例均系经体检、X光及/或超声心动图检查有心脏增大、并或不并心力衰竭及心律失常，而排除了其他原因者。男性78例、女性40例，男:女=1.95:1。年龄14～76岁，50岁以下者52例（44%）、50～59岁者44例（37.2%），≥60岁者22例（18.6%）。较国内其他报告的年龄偏大。5例作了尸检，8例作了心内膜心肌活检。

随诊方法 1985年8月～1986年1月预约应随诊患者来院复查，不能来院者采用信访，少数进行家访。了解患者病情、生活及工作情况，来院复查者进行查体、X线、心电图及超声心动图检查。

统计方法 分别统计随诊病例心衰组、无心衰组及全组总的长期生存情况，按寿命表法计算生存率。其他不同的预后，以直接计算2年内死亡数及2年内病死率进行对比，并以卡方检验其差异显著性。

结 果

118例中首次住院死亡12例，应随诊106例，其中15例失访，91例得到随诊，随诊率为85.8%。随诊时间为2月～10年，平均2.9年。至随诊结束时止，91例中46例死亡，其中38例（82.6%）死于3年内。全组总的生存率见表1及图，1年生存率85.23%，2年生存率67%，5年生存率43.7%，10年生存率25.5%。

表1 扩张型原发性心肌病长期生存率

	例数	病程（年）										P值
		0～	1～	2～	3～	4～	5～	6～	7～	8～	9～	
总生存率（%）	91	85.2	67.0	50.4	47.2	43.7	41.2	37.5	32.8	25.5	25.5	
心衰组生存率（%）	69	82.5	61.8	44.2	40.5	36.4	33.6	28.8	22.4	11.2	11.2	<0.01
无心衰组生存率（%）	22	94.8	87.8	78.6	78.6	78.6	78.6	78.6	78.6	78.6	78.6	

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

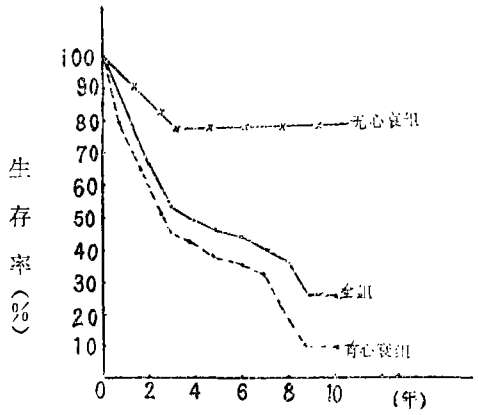


图 扩张型心肌病长期生存率曲线图

各种因素与长期预后的关系：表2

一、年龄与性别 <50岁者41例，死亡12例（26.8%），2年内死亡7例，2年病死率为17%。≥50岁者50例，死亡34例（68%），2年内死亡20例，2年内病死率40%。两组死亡率有显著差异（P<0.05）。年龄愈大，组织的营养障碍及退行性变使心肌细胞病变进一步加重，因此，年龄愈大，预后更差。男女性别在全组、≥50岁组及<50岁组中的病死率无差异。

二、心功能 有心力衰竭者69例，无心力衰竭者22例。两组生存率及生存率曲线见表1及图。有心衰组的2、3、5及10年生存率较无心衰组明显降低。说明心衰是影响预后的重要因素。39例曾作心阻抗微分图检测左室功能，其中心指数（CI）>2.5L/min/M²者28例，2年内死亡5例，病死率17.8%。CI≤2.5L/min/M²者11例，2年内死亡10例，病死率90.9%，两者差异非常显著（P<0.001）。提示CI≤2.5者预后凶险。

表2 年龄、性别、心指数、心胸比率与预后

		例数	总死亡数	二年死亡数	二年病死率	P值
年龄	<50	41	12	7	17.0%	<0.05
	≥50	50	34	20	40.0%	
性别	男	63	31	21	33.3%	>0.05
	女	28	15	6	21.4%	
CI(L/min/M²)	>2.5	28	12	5	17.8%	<0.001
	≤2.5	11	11	10	90.9%	
心胸比率	0.53～0.55	17	2	1	5.8%	<0.05
	0.56～0.6	24	9	5	20.8%	
	>0.6	41	31	17	41.4%	

三、心脏大小 85例患者之X线胸片示心脏增大。心胸比率0.53～0.55(轻度增大)者17例，2年病死率5.8%，0.56～0.6（中度增大）者24例，2年病死率20.8%，>0.6（重度增大）者41例，2年病死率达41.4%。三组结果差异显著。说明心脏愈大，预后愈差。

四、心律失常 心衰组69例中有心律失常者51例，随访中死亡33例（64.7%），无心律失常者18例，死亡10例（55.5%），较有心律失常者略低，但统计学处理差异不显著。无心衰组中有心律失常者18例，3例死亡，无心律失常者4例，无1例死亡。说明心律失常无论在心衰组抑或无心衰组中均看不出对预后有何影响。但在无心衰患者，死亡的3例均并严重心律失常，1例为室性心动过速、另2例为多源性室性早搏并房室传导阻滞或束支传导阻滞。提示并严重室性心律

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

失常及复杂心律失常者预后不良。

五、入院前病程 ＜3月者17例，死亡5例，3月～1年者33例，死亡17例，1～3年者30例，死亡21例，3～10年者19例，死亡12例，＞10年者4例，死亡3例。病程＜3月者死亡率较病程长于3月以上者为低（$P<0.01$），提示早期治疗可能改善预后。

六、扩血管药治疗对预后的影响 在≥50岁组中有心衰患者42例，其中18例长期服用（持续半年以上）消心痛治疗，2年内死亡5例，2年病死率27.7%，24例未用消心痛或用消心痛治疗在1月以内，其2年病死率为58.3%。两组差异显著（$P<0.05$）。表明消心痛长期服用对心衰患者的远期预后起有益作用。用激素与不用激素死亡率无明显差异。

讨 论

从本组随访结果看，心衰组及无心衰组的2年、4年及10年生存率，与罗德诚等[1]报告117例的远期随访结果相比，本组偏低，可能与本组病例年龄偏大者多、心衰及心律失常的并发率较高有关。1980年Shirey等[2]报告113例本病随访8年结果，5年后生存率33%，7年后生存率19.5%，1984年Unverferth报告69例本病，1年内病死率为35%[3]，较本组结果更为严重。因此，我们认为扩张型原发性心肌病是慢性心脏病中远期预后极为恶劣的一种，危害极大。

分析影响本病远期预后的因素与Fuster[4]报告的结果相似：(1)年龄在50岁以上者预后差。(2)并心衰者其1年、5年及10年的生存率均较不并心衰者明显减低。(3)无创性左心功能测定：$CI\leq 2.5L/min/M^2$者，2年内死亡率可高达90.9%。(4)随着心胸比率的增大，2年内病死率亦渐增加，说明心脏愈大，预后愈差。(5)心衰组中虽然并心律失常的百分比较高，但与无心律失常组相比，死亡率无明显差异。在无心衰患者中，并严重室性心律失常或复杂心律失常者，预后不良。本组未见栓塞病例，罗氏报告中亦仅有2例肺栓塞，而Fuster报告的病例中并发栓塞者占18%，且影响预后。Unverferth报告中影响预后的重要因素有：左室传导延缓（QRS＞0.10秒）、肺毛细血管压升高、射血分数减低及室性心律失常等。因此，年龄大于50岁、心脏中等以上增大、左心功能不全、严重室性心律失常或复杂心律失常及有栓塞等均为本病的危险因素。

林氏[5]等提出男性患者病情重、预后差，本组未发现男女之间病死率有明显差异。Halte等[6]发现本病有左室肥厚者较无肥厚者预后为好，其后Benjamin等[7]研究30例死后的扩张性心肌病的心脏也证实心室壁肥厚对预后有利。本组分析心电图上有心室肥厚与无心室肥厚两组病死率无明显差异。可能与心电图判断心室肥厚的敏感性和准确性较超声心动图或心室造影为差有关。

扩张型心肌病的原因未明，治疗多为对症。治疗中，激素的应用对远期预后无明显影响，但坚持长期服用消心痛可使心衰患者存活率提高，少数长期服用巯甲丙脯氨酸者效果亦较好。由于这些药减轻了心脏负荷、减少心肌氧耗、增加心肌氧供，有利于心功能的恢复及心肌病变的改善。

本文结果示治疗开始于发病3个月内或发生心衰前者，预后较好，因此若能对此病进行普查、早期发现、早期防治、定期随访及监护心脏功能及心律失常等可望改善本病的预后。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

参 考 文 献

1. 罗德诚，等。原发性充血性心肌病117例的远期随访。中华心血管杂志 1983；11:113。

2. Shirey LK, et al. Primary myocardial disease. Correlation with clinic findings, angiographic and biopsy diagnosis Follow-up of 139 patients. Am Heart J 1980; 59:198

3. Unverferth DV, et al. Factors influencing the one-year mortality of dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol 1984; 54(1):147

4. Fuster V, et al. The natural history of idiopathy dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol 1981; 47(3):525

5. 林琦，等。原发性充血性心肌病的诊断。中华内科杂志 1981；20(1):14

6. Halte L., et al. Chronic myocardial disease. Acta Med Scand 1976; 199:407

7. Benjamin IJ, et al. Cardiac hypertrophy in idiopathic dilated congestive cardiomyopathy:A clinicopathologic study. Circulation 1981; 64:442

Remote Prognosis of Primary Congestive Cardiomyopathy —An Analysis of 91 Follow-up Cases

Li Lihua, et al

(Department of Cadio-renal Diseases, First Teaching Hospital, Third Military Medical College)

In the past 10 years, 118 cases with primary congestive cardiomyopathy of first admittance to this institution were treated. 12 cases died in the course of hospitalization. Out of the 106 cases discharged after clinical recovery, 91 cases were followed up. In the follow-up period, 1 year survival rate was 85.25%, 2 year survival rate 67%, 5 year survival rate 43.7%, and 10 yaar survival rate 25.5%, as calculated with the life-span table method. The results suggest that the remote prognosis of this disease is poor. The factors influencing the prognosis of this disease were the age of the patient, the heart size, and the status of heart functions. Severe and complicated cardiac arrhythmias could worssen the outlook of the patient even though no heart failure occurred. Early and long term administration of vessel-dilatating agent such isoscorbide dinitrate can improve the prognosis but steroid therapy has no effect.

Key words: Cardiomyopathy; Heart failure

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net