

小儿风湿热

PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

http://www.100test.com/html/309/s_309316_c22.htm

%-:%名称小儿风湿热所属科室儿科诊断风湿热的诊断主要依靠综合临床表现。由于缺乏非凡诊断方法，目前仍沿用近期个性的琼斯（）风湿热诊断标准。主要表现包括心脏炎、多发性关节炎、舞蹈病、皮下结节及环形红斑。心脏炎的诊断应具有以下四点之一：新出现有意义的杂音，如心尖部收缩全期杂音或舒张中期杂音；心脏增大；心包炎；心力衰竭。次要表现包括发热，反应蛋白阳性或白细胞增多，既往有风湿热史或有风湿性心瓣膜病。显然主要表现较次要表现更有意义，两项主要表现加两项次要表现可靠。尤其是多发性关节炎、发热、血沉增快这组症状常见于幼年类风湿病、系统性红斑狼疮、化脓性关节炎及结核病毒。另外，对早期风湿热以及不典型的轻症病例则需全面了解病史，细致观察病情变化以及治疗的反应，综合分析才可达到明确诊断。实验室诊断主要针对最近的链球菌感染和全身炎性状态的存在，如两者缺一，则难下诊断。诊断过宽不但需要进行一些不必要的治疗，而且要进行长期的药物预防，这对病人的经济和精神都是一个沉重的负担；诊断过严则可能将症状不典型的心脏炎漏诊，以致发展为慢性心瓣膜病，造成终身残废。此外确定风湿有无活动性也是诊断中很重要的一方面。下面三种情况提示风湿活动的持续存在，即：体温不正

常，体重不增加，运动耐量不恢复； 心律不正常，易有变化，脉搏快速； 血沉快，反应蛋白不转阴性，抗链球菌抗体滴定度不下降或白细胞未恢复正常。治疗在风湿热的治疗方面应注重把握以下原则： 早期诊断，合理治疗，病情进展造成心脏发生不可恢复的改变； 根据病情轻重，选用合理的抗风湿药物使危重患儿避免死亡，对一般病便能及时控制症状，减少患儿痛苦； 控制及预防组&溶血性链球菌感染，防止疾病复发； 风湿热为一反复发作的慢性过程的疾病，在反复及长期用药过程应注重药物的副作用的发生，故应权衡利弊合理使用。急性风湿热的治疗.根据病情，卧床休息及控制活动量在急性期如发热、关节肿痛者，应卧床休息至急性症状消失。有心脏炎并发心力衰竭者则应绝对卧床休息，休息时间一般无明显心脏受累者大约个月左右；有心脏受累者约需~个月；心脏扩大伴有心力衰竭者，约需个月左右方可逐渐恢复正常活动。 .饮食应给轻易消化，富有蛋白质、糖类及维生素的饮食，宜少量多餐。有充血性心力衰竭者可适当地限制盐及水分。应用皮质激素的患儿亦应适当限制食盐。 .控制链球菌感染应肌注青霉素万单位，每日次，用~天。或次肌注苄星青霉素万单位。如不能应用青霉素时可用红霉素，分~次口服，服用天。 .抗风湿药的应用常用的有阿司匹林及肾上腺皮质激素，两者均有退热、消除关节症状及抑制心脏炎的抗炎作用，药物的选用、用量及疗程必须根据临床表现来决定。肾上腺皮质激素作用较强，心脏炎伴有心力衰竭者必须首选强的松，对危重病人可拯救生命。多发性关节炎者首选阿司匹林，对于舞蹈病，两者均无明显效果。风湿热初次作大多于~周能自选消退，抗风湿药物只起到抑

制炎性反应作用，故疗程宜~周或更长，视病情轻重而定。

()阿司匹林：用量~，每日用量不超过~，少数病需增加到，每小时次，分次口服，如效果不显或出现中毒反应，宜测血清阿司匹林水平，宜调节剂量将阿司匹林水平保持在~之间，避免中毒反应。开始剂量用至体温下降，关节症状消失，血沉、反应蛋白及白细胞下降至正常，大约周左右减为原量的，再用周左右，以后逐渐减量而至完全停药。单纯关节炎者用药~周，有轻度心脏炎者宜用周。阿司匹林可抑制凝血酶原的合成，和影响血小板的粘附作用，故可发生出血倾向，鼻衄及胃肠道出血。如有耳鸣、听力障碍应减量，发生酸中毒及精神症状应停药。饭后服阿司匹林可减少恶心呕吐等胃肠道一败涂地症状。如仍不能耐受可改用肠溶片。阿司匹林与抗酸药合用则疗效减低。近年报告阿司匹林可引起肝细胞损害、转氨酶升高等中毒性肝炎表现。

()强的松：用量为，分~次口服，对于严重心脏炎者可提高至，开始用量持续~周，以后缓慢减量，至周完全停药，或在停强的松这前周，加用阿司匹林治疗，继用~周，时间久暂可视病情而定。应用强的松可出现不良反应，患儿肥胖，圆月脸容，多毛，痤疮等，停药后均渐消失。其它尚有高血压、糖尿、精神异常、惊厥、消化性溃疡、骨质疏松、感染扩散及发育迟缓等。为防止出现肾上腺皮质功能不全，停用强的松时必需缓慢渐停，一般需时~周。用肾上腺皮质激素及阿司匹林治疗后，停药或减量时常出现反跳现象，但前者较常见，产生反跳的原因尚未明了，可能是风湿性炎症过程尚未结束就过早停药，使风湿热的自然病程又重新出现。反跳现象多在减量或停药周内出现，轻者表现为发热、关节痛、心脏杂音又

重现，血沉增快及反应蛋白阳性，重者可出现心包炎、心脏增大及心力衰竭，轻症通常于数日内自愈，很少需要用药，重症需再加用阿司匹林治疗。舞蹈病的治疗主要采取对症治疗及支持疗法。居住环境宜安静，加强护理工作，预防外伤，避免环境刺激。轻症可用苯巴比妥、安定等镇静剂。水杨酸及肾上腺皮质激素疗效不显著。近年报道用氟哌啶醇加同量安坦，每日次，可较快控制舞蹈动作，并减少氟哌啶醇的副作用，效果较好。心力衰竭的治疗严重心脏炎、心脏扩大者易发生心力衰竭，除用肾上腺皮质激素治疗以外，应加用狄高辛或静注西地兰及速效利尿剂如速尿等（详见心血管疾病篇心力衰竭节）。慢性心瓣膜病的治疗除临床上仍表现活动性需给抗风湿药物外，对无风湿活动临床表现者，则治疗时主要考虑以下几个方面。控制活动量由于瓣膜器质病变引起心脏肥厚扩大及一般心脏代偿功能减退，对这些病儿应注重控制活动量，避免剧烈运动。洋地黄长期治疗有慢性充血性心力衰竭者长期口服洋地黄，要随时调整剂量，保持有效维持量。扁桃体摘除如有慢性扁桃体炎，于风湿热控制后可摘除扁桃体，但在术前～天及术后～周注射青霉素，以防止发生感染性心内膜炎。在拔牙前后也应如此治疗。手术问题在心瓣膜严重损害时，可作瓣膜成形术或置换术，从而恢复瓣膜的正常功能，可使危重病儿的临床症状显著好转。但由于儿童期存在不断生长发育问题，可形成置换瓣膜相对狭窄现象，以及转换瓣膜的耐久性、术后抗凝治疗、预防感染等等问题，必须严重把握适应证。一般认为其适应证如下：（）

替换二尖瓣的适应症：
心功能 至 级；
血栓栓塞发生次以上；
左房大，有心房纤颤、房壁钙化者；
进展性肺

动脉高压，病情逐渐恶化者。()替换主动脉瓣适应征： 主动脉瓣病变引致明显冠状动脉供血不足、晕厥或心力衰竭者； 如患儿各项客观检查指标为阳性，并有心肌缺血症状，虽心功能尚好（小于 级）亦应作手术。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com