

2010年内科护理：风湿热诊断护士资格考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c21_1332.htm

迄今风湿热尚无特异性的诊断方法，临床上沿用修订Jones诊断标准，主要依靠临床表现，辅以实验室检查。如具有两项主要表现，或一项主要表现加两项次要表现，并有先前链球菌感染的证据，可诊断为风湿热。在临床上应用上述标准时，对不典型的轻症或早期病例，容易漏诊和误诊。1981年全国第八届儿科学会心血管专业委员会制定了不典型风湿热的诊断标准：

发病前1周有链球菌感染征象：咽喉炎，扁桃体炎或猩红热；ASO阳性；或溶血性链球菌抗原皮肤试验阳性。百考试题(100test.com)

全身症状：进行性面色苍白，乏力多汗，心悸，游走性关节痛，发热2周以上。百考试题(100test.com)

心脏表现：无其它原因的持续性窦性心动过速，第一心音减弱，心尖区二级收缩期杂音，或第三心音增强；心电图PR间期或QT间期延长及ST段改变。

其它表现：血沉增快，C反应蛋白阳性；诊断性阿司匹林治疗有效：阿司匹林每天10mg/kg，口服3~5天，体温下降，症状好转，用药期间热度不再回升。总之，具体病人的诊断，必须全面考虑病情，综合分析，作好鉴别诊断，不可过分强调上述标准。更多信息请访问：百考试题护士网校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