

二尖瓣关闭不全 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E4_BA_8C_E5_B0_96_E7_93_A3_E5_c22_301700.htm 名称二尖瓣关闭不全
所属科室心血管内科病因大多为风湿性，其中约1 / 2患者合并有二尖瓣狭窄，男性较多见。其他原因引起的多为乳头肌功能不全，二尖瓣脱垂和左心室增大所致的功能性二尖瓣关闭不全。病理主要病理变化为瓣叶，乳头肌和腱索的粘连、缩短，使瓣膜在收缩期不能正常关闭，左心室部分血流返流入左心房，使左心房扩张及肥厚，肺毛细血管扩张，肺静脉淤血，在舒张期，左心室充盈量增多，肺淤血减轻，故二尖瓣关闭不全的早期，肺淤血是间歇性，病人可较长期无症状。若出现左心衰竭，左心室舒张末压增高，肺淤血加重，继之，肺动脉压也增高，出现右心室肥厚和右心室衰竭。临床表现一、症状 无症状期较长，一旦出现左心衰竭，有乏力、易倦怠，心悸及呼吸困难，病情急剧进行恶化。也可合并心房颤动。肺水肿及咯血较二尖瓣狭窄为少见。二、体征 心尖搏动向左移位，心尖部可触及抬举性冲动，心浊音界向左下移位。心尖部有3级及以上全收缩期杂音，向左下及背部传导，可伴有收缩期细震颤，心尖部第一心音正常或减弱，少数病例有第三心音及短促的舒张期杂音，此杂音由于舒张期左心房血流快速通过二尖瓣口进入左心室产生。肺动脉瓣区第二音亢进及分裂。辅助检查一、X - 线 左心房及左心室增大，以后可有肺动脉干凸出，肺血管影增多，右前斜位可见食道因左心房增大向右向后移位。二、心电图 左心室肥大，电轴左偏，P波双峰及增宽。三、超声心动图 M型：仍呈双

峰，但EF下降较快，左心房前后径增大。 二尖超声：瓣膜及腱索增厚，回声增强，收缩期前后叶不能闭合完全，左心房左心室内径增大。 多普勒超声：在二尖瓣上可测出收缩期湍流频谱。诊断一、急性者，如突发呼吸困难，心尖区出现收缩期杂音，X线示心影不大，而肺瘀血征明显及有病因可寻(如二尖瓣脱垂、感染性心内膜炎、急性心梗等)，可以诊断。二、慢性者，心尖区有典型的杂音，伴左室、左房增大，亦可诊断。确诊有赖于超声心动图。鉴别诊断典型者诊断并不困难，需注重与其他非风湿性二尖瓣关闭不全鉴别。

一、急性二尖瓣关闭不全 由于感染性心内膜炎致的瓣膜破裂、穿孔，急性心肌梗塞致的乳头肌功能不全，或者外伤等原因引起。临床上多为忽然发病，心尖部新近出现收缩期杂音，严重者有急性左心衰竭。 二、二尖瓣脱垂综合征 常由于二尖瓣后叶组织粘液性变，使二尖瓣在收缩期突入左心房，而产生二尖瓣关闭不全的相应杂音，并有收缩期喀喇音。本病可伴有胸廓异常、直背、脊柱侧突等异常。 三、乳头肌功能不全 由于乳头肌慢性缺血、纤维化或附着部位改变，左心室扩大使乳头肌收缩时位置偏移等，均可导致乳头肌收缩无力，功能障碍。其临床特征为心尖部有全收缩期杂音；杂音不恒定，随体位、呼吸变化，可伴有舒张期奔马律，第四心音，其病因可以是慢性冠脉供血不足，心肌病，心肌淀粉样变化，类癌，先天性乳头肌、腱索畸形等。并发症感染性心内膜炎，多易发生于中、轻度二尖瓣关闭不全的病例，心房颤动较常见，病人常合并有二尖瓣狭窄，发生体循环栓塞者较二尖瓣狭窄少见。治疗一、内科治疗 对中、轻度二尖瓣关闭不全病例，主要注重预防风湿活动复发，进行手术和器械操

作前后及时用抗生素防止感染性心内膜炎。有心房颤动及心衰时，应用洋地黄及血管扩张剂。

二、外科治疗

（一）二尖瓣置换术

二尖瓣关闭不全和狭窄，以二尖瓣关闭不全为主或者虽以狭窄为主，但为漏斗型病变，心功能Ⅱ级，或有急性二尖瓣关闭不全，症状进行性恶化并出现急性左心衰时，均可考虑行瓣膜置换术。

（二）二尖瓣环成形术

若由于瓣环扩张或者瓣膜病变轻，活动度好，以关闭不全为主的病例，可考虑行二尖瓣环成形术。

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