

风湿热 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__E9_A3_8E_E6_B9_BF_E7_83_AD_c22_301718.htm 名称风湿热所属科室心血管内科病因本病多发生于气候多变的冬春季节，在潮湿拥挤的环境中发病较多，好发年龄5 - 15岁，复发多在初发后的3 - 5年内，复发可导致心脏损害加重。近年来由于抗生素的应用及居住。营养条件等的改善，发病率已明显下降。病理风湿病病理变化可累及全身结缔组织中的胶原纤维，以关节、心脏、血管及浆膜等处改变为最常见，但以心脏病变最为重要，可波及心内膜、心肌及心包，心肌间质内胶原纤维及血管四周，其发展过程可分为三个阶段。一、变性渗出期胶原纤维肿胀变性，四周有淋巴细胞及园细胞浸润及浆液渗出。本期可持续1 - 2月。二、增殖期主要病变为阿少夫小体（Aschoff体），是风湿热的特征病变，小体中心胶原纤维变性坏死，四周有椭圆多形细胞，体积大，胞浆丰富呈嗜硷性。并有淋巴细胞和浆细胞浸润，此期持续3 - 4月。三、硬化期阿少夫小体中心变性坏死物质吸收，四周炎症细胞减少，病变纤维化，形成瘢痕组织。由于本病反复发作及慢性迁延过程，上述三期常交叉存在。风湿病变可侵及心脏各部分，心肌炎和心内膜炎最常见和最重要。心肌中可见有典型的阿少夫小体，主要存在于心肌间质血管四周的结缔组织中，心内膜炎主要累及瓣膜，导致瓣膜肿胀及增厚，表面出现小赘生物，瓣叶闭合处有纤维蛋白沉着，形成瓣叶间粘连，风湿若反复发作可使瓣膜病变加重，引起瓣叶间粘连，缩短变形，加上腱索和乳头肌粘连使变形加重，形成瓣口狭窄。心包的浆液渗出吸收后，轻型病例可完全恢复，多数病例反复迁

延发作，使心瓣膜变形及心肌瘢痕形成。关节炎以渗出为主，炎症消退后不遗留后患。临床表现风湿热主要表现为多发性关节炎、心脏炎、皮肤环形红斑、皮下结节与舞蹈病等，于链球菌感染后，单独或不同组合出现。随着社会进步、医疗卫生居住营养条件的改善，风湿热的临床表现与以前已有明显的不同。除发病率下降外，不典型及轻型病例增多，心脏受侵的数字及严重程度均有明显减轻。发病期1 - 4周，约1/2患者有急性咽炎、扁桃腺炎、可有发热、乏力、出汗、贫血、体重下降等症状，部分人亦可无任何不适。

一、心脏炎为最严重的病变，多见于青少年风湿热患者，心脏炎发病率和严重程度随发病年龄增长而渐减低。轻者无症状，心包、心肌、心内膜可个别受累，或同时三层不同程度受累称为全心炎。

（一）心肌炎症状取决于心肌受侵的范围与程度，可有心悸及心前区不适；严重者并发心力衰竭，出现咳嗽、呼吸困难、出汗等，常是急性期患儿死亡的主要原因。查体：可有与体温不成比例的心动过速，心脏普遍增大，心尖第一心音减低，可以出现舒张期奔马律，心脏杂音等及其他心衰体征。心电图有房室传导阻滞、早搏、房颤、T波平坦或倒置，ST段下移及Q-T延长，提示心肌损害。

（二）心内膜炎急性期可无明显体征。初发风湿热可由于血流加速，心脏扩大或者由于瓣膜水肿，炎症反应而产生相应杂音，心脏杂音多数源于二尖瓣，小部分源于主动脉瓣。由于心肌病变及二尖瓣炎症反应所产生的舒张中期杂音，又名Carey-Coombs杂音。急性期的杂音常需追踪观察，轻者随风湿热控制可消失。若反复风湿活动可产生瓣膜永久损害，杂音可持续存在。产生永久损害一般约需2年以上，约有1 / 2心脏炎患者初始无

症状而最终发生慢性心瓣膜病。（三）心包炎为风湿性全心炎或浆膜炎的一部分。常先有纤维蛋白的渗出，患者有胸痛，可闻及心包摩擦音，继之可有浆液渗出形成心包积液，但液量常不多。可同时有胸膜炎或肺炎。心电图可有ST段上移及T波倒置。据统计约有1/3心脏炎患者无明显自觉症状，最终发展为慢性心瓣膜病。多见于成年人。

二、关节炎是风湿热最常见的主要表现，随着患者年龄的增长，关节炎多见，为不对称性，游走性，大关节炎。其严重程度差异较大，轻者只有关节痛而无炎症表现，典型者可有红肿热痛，活动受限。炎症消退后不遗留关节功能障碍。关节炎与心脏炎症严重程度不相关。成人风湿热患者多以关节炎为突出表现，而青少年幼儿则以心脏病变为主。

三、皮肤表现 环形红斑及皮下结节为特征性。环形红斑多发生于躯干或四肢的内侧，为一种轮廓清楚易消退的淡红色环形红斑，周边可有葡行疹，中心苍白，常呈一过性。皮下结节为2 - 5毫米大小的皮下硬结，圆形或椭圆形，不与皮肤粘连，无压痛，可移动。常出现于大关节的伸侧，尤其是肘、膝及腕关节，枕骨区或胸腰椎棘突等部位。皮下结节多与心脏炎同时存在。近年来皮下小结较为少见。

四、舞蹈症 成人中少见，在儿童中发生率也很低，多见于女孩。在链球菌感染后数月出现。由于风湿脑血管病变引起，为无意识不协调的手足动作，有时面部抽搐，常与心脏炎并存。

五、其他表现 其他心外风湿活动如风湿性肺炎或胸膜炎。以腹痛为主的腹膜炎，风湿性肾炎，其肾功正常，可有蛋白尿及血尿，风湿性脉管炎，可发生在大小动脉，如肺、脑小动脉可造成肺、脑梗塞、累及冠状动脉可出现心绞痛。

检查一、反映链球菌感染指标（一

) 咽拭子培养 要采取新鲜标本，采后立即培养。阳性者只说明有此菌感染，阴性者不能排除风湿热。（二）链球菌抗体测定 常用的为抗链球菌溶血素O或ALSO（Anti-Streptolysin O）。在感染后2周开始升高，至第5、6周达高峰，下降较慢，抗O滴度 500u才有意义。滴度的高低与下降速度与病的严重性及预后无关。升高只说明近期有溶血性链球菌感染，不是本病特异性诊断指征。其他尚有抗透明质酸酶（AH）、抗链球菌激酶（ASK）、抗脱氧核糖核酸（抗DNA酶）。后者维持阳性时间较长。若 > 20 万 u / L ($> 200u / ml$) 说明有链球菌感染。

二、反映非特异性炎症指标（一）白细胞计数及中性粒细胞比例增高，并有贫血。（二）血沉增快，可能与球蛋白及纤维蛋白原升高有关，前者与免疫反应有关，后者与炎症反应有关，心衰时血沉可正常。（三）粘蛋白升高，正常为 $30 - 70g/L$ ($30 - 70mg/ml$)。（四）C反应蛋白阳性，C反应蛋白是炎症时血中出现的蛋白。贫血时血沉增快，C反应蛋白阴性，心衰病人血沉正常，C反应蛋白阳性。以上实验室检查指标应联合进行，综合分析。诊断有链球菌感染的依据同时有两个主要表现或一个主要加两项次要表现，则风湿热可能性很大。主要表现：心脏炎、多关节炎、舞蹈病、边缘性红斑、皮下结节次要表现：临床、曾患风湿热或风湿性心脏病、关节痛、发热、急性期反应、血沉、C反应蛋白、白细胞增多、P - R间期延长鉴别诊断一、以心脏炎为主要临床表现时，若没有明显的杂音，需注重与病毒性心肌炎鉴别。二、若以关节炎、发热、血沉快为主要临床表现时需注重与类关节炎 > 风湿性关节炎、结核性变态反应性关节炎（Poncet氏综合征）、结缔组织病进行鉴别。三、链球菌

感染后病情轻，心脏不受侵，仅有关节酸痛，常为链球菌感染后状态。四、已有慢性风湿性瓣膜病，判定有无风湿活动的诊断参考条件：（一）原有器质性杂音性质变化或有新的病理性杂音。（二）近来出现无明显诱因的心脏增大或心力衰竭。（三）心力衰竭难以控制，毛地黄耐受量降低，且出现中毒表现。（四）新近出现各种心律失常，或未用毛地黄而安静情况下窦性心动过速 >100 次/分。（五）心衰时血沉正常，心衰控制后或心脏手术后出现能排除其他原因所致的血沉增速。（六）近期上感后出现发热、出汗、乏力、关节酸痛，心衰症状出现或加重。（七）出现风湿热的心外表现。（八）抗风湿试验治疗后病情显著好转。治疗控制炎症，预防复发，保护心脏。

一、一般治疗 急性期应卧床休息，有心脏炎者严格卧床休息，减轻心脏负担，直到风湿活动症状消失及各项指征恢复正常。饮食应易于消化及富于营养。

二、抗生素 应用青霉素每日160-480万u，持续两周。若对青霉素过敏时可用红霉素。

三、水杨酸制剂 此药能抑制前列腺素的合成。从而减轻炎症反应。成人每日4 - 6g，小儿100-150mg/kg体重，分3 - 4次口服。症状控制后可酌情减量，风湿活动停止后2 - 4周方可停药。其副作用为出血或/及消化道反应。

四、肾上腺皮质激素 能减少组织反应，适用于高热、心脏炎、出现心力衰竭、或有完全性房室传导阻滞出现阿斯综合征。紧急时可静脉给药地塞米松每次5-10mg或的氢化考地松每次50-100mg，每日2-4次。一般情况下可用强的松每日30-60mg口服，2周后减量。总疗程6 - 8周。在激素治疗减量或停药时，可有反跳现象，轻者2 - 3天消失，有时持续1 - 2周，此时仍应按风湿活动处理。预防及预后主要为

预防与控制链球菌感染 一、注重防寒保暖，加强抵抗力。二、患过风湿热者，应用长效青霉素肌注，每日一次，于好发季节应用，并定期追踪随访。三、风湿活动停止后，可去除慢性病灶。 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