

小儿风湿性二尖瓣狭窄_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E9_A3_8E_E6_c22_608996.htm 在风湿热病程中，二尖瓣最容易被侵犯，一般从初次感染至形成风湿性二尖瓣狭窄(rheumatic mitral stenosis)约需两年左右，狭窄程度需达到正常的50%时始出现症状。故临床甚至约需10年才有明显症状。因此，在儿童时期严重的二尖瓣狭窄并不多见。【诊断】（一）一般表现1. 症状 轻度可不出现症状，中度以上狭窄患儿可出现疲乏、心悸、气短、活动后呼吸困难，并伴有口周轻度青紫，面颊潮红，所谓“二尖瓣面容”，严重者可出现咯血或血性泡沫痰，端坐呼吸及阵发性夜间呼吸困难。2. 体征 心前区饱满，心尖部可闻低调隆隆样舒张期杂音，杂音范围较局限，常伴有舒张期震颤。心尖部第一心音亢进，肺动脉第二音亢进且分裂。胸骨左缘3~4肋间或心尖部内上方可闻响亮的二尖瓣开放拍击音（二尖瓣开瓣音）。有活动性风湿性心脏炎及左房扩大、压力增高者常并发房性心律失常，如房性早搏、房性心动过速及心房纤颤等，尤其后者多提示有风湿活动。（二）x线所见 可有左房、右室大，肺动脉膨隆及肺淤血。（三）心电图 轻度者可正常，重症者电轴右偏、右室肥厚，二尖瓣p波即p_a，增宽，常有切迹，p_a呈双向甚或倒置，p波电压大于0.2mv(肺动脉高压)。（四）超声心动图 m型示二尖瓣前叶双峰曲线消失，代之以“城墙”样改变，后叶与前叶同向运动，活动幅度小。二维左室长轴切面示二尖瓣回声增强，开放受限，左房、右室大；主动脉短轴切面可见二尖瓣口呈“鱼嘴”状并确定其口径大小；多普勒超声

在二尖瓣口左室侧可取到舒张期湍流频谱。【治疗】二尖瓣狭窄程度较轻，心脏无明显扩大，临床亦无明显症状者，活动量可不必过多限制，但要避免体力劳动以减少心脏负荷。积极防治风湿活动及感染性心内膜炎。（一）有轻度心功能不全者可采用低盐饮食、阻滞剂或钙通道阻滞剂以减慢心率。至于洋地黄制剂的应用目前仍有争议。有人认为洋地黄的正性肌力作用加强了左心室收缩力，增加了心排血量，但同时也增加了左房压力，因而加重二尖瓣狭窄症状；反之也有人认为，洋地黄类药物可通过增加左心室压力，降低左心室舒张末压力，从而达到降低左房压力的作用。因此，在轻症病例原则上一股不用。（二）有心房纤颤者可考虑应用小剂量快速地高辛治疗；房颤持续者可应用电转复。复律后如心率仍较快者可加用阻滞剂或钙阻滞剂。（三）手术治疗心功能在Ⅱ或Ⅲ级，无合并活动性风湿者可考虑手术治疗，施行二尖瓣交界分离术或二尖瓣膜成形术。但在儿童时期多伴有活动性风湿故应暂不施行手术，而首先予以抗风湿治疗。对病情严重造成二尖瓣毁损、钙化狭窄或并有二尖瓣关闭不全者，则只能施行瓣膜切除和人工瓣膜置换术。对年轻患者因生物瓣的耐久性不可靠，故必须使用机械碟瓣或球笼瓣。术后则需进行持续的抗凝治疗。手术后约20%患者可发生“分离术后综合征”，表现在术后10日至2个月内，出现左胸疼痛可放射到左肩，并伴有发热、出汗、咳嗽、呼吸困难等及胸膜、心包摩擦音，白细胞增高及血沉加快等，对激素治疗反应良好，在1~2周内好转，原因不明，可能为变态反应。

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