

二尖瓣狭窄_心血管内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E4_BA_8C_E5_B0_96_E7_93_A3_E7_c22_611209.htm

二尖瓣狭窄多为风湿性，早期瓣膜边缘炎症、赘生物形成，后由于瓣叶间粘连和纤维化瓣叶增厚，僵硬或叶间融合，腱索增粗、粘连、缩短，常同时伴有关闭不全。女性多见。先天性二尖瓣狭窄罕见。

【诊断】1.症状与二尖瓣瓣口狭窄程度有关，瓣口面积小于正常， $lt. 1.0cm^2$ 为重度。早期多无症状，狭窄程度加重后，可出现夜间阵发性或劳力性呼吸困难，严重者出现急性肺水肿。患者可有咳嗽及咯血，易并发肺部感染。肺阻性充血引起肺小动脉痉挛，肺动脉高压，右心室代偿性肥厚，日久可产生右心衰竭，有腹胀、水肿和尿少，此时呼吸困难反有减轻，若有肺小动脉硬化，呼吸困难及紫绀仍存在。

2.体征 心尖部有舒张中晚期隆隆样杂音，并常伴有舒张期细震颤，肺动脉瓣第二心音亢进与分裂，心尖部第一心音亢进和胸骨左缘第三、四肋间有二尖瓣拍击音，后二者为瓣膜活动度尚好的临床标志。右心衰竭后，长期肝肿大可有心源性肝硬化，出现黄疸，肝大且质硬，体循环淤血减轻后，肝缩小不明显，并有腹水。重度肺动脉高压时，三尖瓣区有由于右室增大所致的相对性三尖瓣关闭不全的全收缩期杂音，有时可在心尖部闻及，在肺动脉瓣区有收缩期喷射音或肺动脉瓣相对性关闭不全的舒张期杂音，吸气时加强。左房增大还可压迫食管、支气管及喉返神经，出现咳嗽、声嘶等症状和体征。

3.辅助检查 x线检查。轻度二尖瓣狭窄，心影常正常。狭窄较重时，左房扩大，继之右室增大，肺动脉干突出，肺门

影加深，右肺下动脉增宽常 $>1.4\text{cm}$ ，肺野肺血管影增强，病程久者，肺部可有含铁血黄素沉着。心电图.波宽，有切迹，右室肥厚，电轴右偏。二维超声显示二尖瓣口面积。二尖瓣叶增厚，回声增强钙化，活动受限以瓣尖为著，腱索亦可增粗、缩短。左房增大，肺动脉增宽，肺动脉瓣提前关闭。m型超声显示二尖瓣前叶曲线呈平顶（城墙样）改变，前后瓣同向运动。彩色多普勒可见舒张期通过瓣口的五彩血流束变细，频谱呈正向湍流图型，全舒张期血流速度增高。还可估测跨膜压差、肺动脉压，以及心功能和心输出量等参数。

4. 鉴别诊断 注意与先天性二尖瓣狭窄、三尖瓣狭窄、相对性二尖瓣狭窄和左房粘液瘤鉴别。【治疗】1.无明显症状，心脏不扩大，为窦性心律者，不需治疗。注意控制病灶和预防复发性风湿热，避免过度体力活动，出现心房纤颤若在1年以内，左房扩大不严重者，可考虑药物或电复律。若心房纤颤病程长，左房明显增大，转复心律常不能巩固，应首先控制心室率，以免诱发心力衰竭，可用洋地黄或必要时加用少量 β -受体阻滞剂。2.单纯二尖瓣狭窄有心功能不全时，需限制钠盐摄入，适当利尿及选用血管扩张剂，但不宜用小动脉扩张剂。重度心力衰竭可用洋地黄类药物，但需慎重。3.经皮瓣膜球囊扩张术适用于瓣膜动度尚好，瓣叶无钙化，瓣下组织腱索无明显缩短，或粘连的中、重度单纯二尖瓣狭窄以及左房无血栓者。4.外科手术治疗。瓣膜动度好，单纯狭窄可做瓣膜分离术。若瓣膜已固定或有钙化，或并有二尖瓣关闭不全时，应做瓣膜成形或置换术。有风湿活动者，应在风湿活动控制半年后再考虑手术。

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