

风湿热性心脏病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E9_A3_8E_E6_B9_BF_E7_83_AD_E6_c22_305578.htm 名称风湿热性心脏病

所属科室心血管内科临床表现一．病史、症状：典型表现为：心脏炎，多发性游走性关节炎，皮肤环形红斑，皮下结节与舞蹈病等。发病前1～3周,半数病人可有急性扁桃体炎、咽喉炎等上呼吸道感染或猩红热病史。问诊要提问患者有无quot.、发热、乏力、皮疹，家庭居住环境等；有无心悸、胸闷、胸痛；有无大关节疼，是否呈游走性。二．体检发现：
心脏普遍增大，心动过速与体温不成比例，心尖部第一心音减弱，舒张期奔马律。心尖部 级以上高调，收缩全期杂音，并可有柔和、短促的低调舒张中期杂音

（Carey-Coombs杂音）；双肺底可出现细湿罗音等心衰体征；部分有心包摩擦音，可同时伴有胸膜摩擦音；关节红、肿胀，活动受限；少数患者在躯干或四肢的内侧皮肤可见淡红色环形红斑，中心苍白；在大关节伸侧，尤其是肘、膝及腕关节，枕骨区或胸、腰椎棘突等部可见2～5mm大小的皮下小结，无压痛，不与皮肤粘连，可移动；儿童可见手足无意识不协调的动作、挤眉弄眼等舞蹈症表现；心外的风湿表现：可有胸膜炎、肺炎、腹膜炎、肾炎、脉管炎、脑病表现。近年来环形红斑、皮下小结、舞蹈症较少见。检查咽拭子培养链球菌阳性；抗链球菌溶血素O（ASO）gt.20万u/L，血沉（ESR）增快，C反应蛋白（CRP）阳性；血常规可显示轻度贫血，白细胞总数及中性粒细胞比例增高；心电图（ECG）：房室传导阻滞、早搏、房颤、窦性心

动过速、P-R间期延长，ST-T改变：心肌损伤时ST段压低，急性心包炎时出现弓背向下的ST段抬高； X线：心界大，心包积液时心脏可呈烧瓶样改变； B超（UCG）：可见心腔扩大，心肌搏动幅度减低，心包腔可见液性暗区； 同位素心肌扫描（ECT）：心肌呈花斑样改变，心腔扩大。诊断上述典型（主要）表现中具备2项或1项，加上过去若患过风湿热或风心病，关节炎，发热，ESR增快，CRP阳性，白细胞增多，P-R间期延长，ST-T改变，Q-T延长或心律失常中有两项，则高度可疑有急性风湿热，若同时有ASO及抗DNA酶升高，近期患过猩红热，咽拭子培养发现A簇链球菌阳性多可确诊。有关风湿三项检查判定：当ASO升高，而ESR与CRP阴性，则表明有链球菌感染，或风湿热的恢复期；当ESR、CRP升高，而ASO正常，则考虑有其他感染；若三项均阳性，则提示风湿活动；风湿热伴右心衰时ESR可以正常，但CRP仍阳性；若三项均阴性，则多排除有活动期风湿热，但并不尽如此。有慢性风湿性心瓣膜病时，诊断风湿活动应注重有无以下情况一项以上：轻度贫血，窦性心动过速，关节疼，ASO升高和/或ESR、CRP升高。原有杂音性质改变或出现新的病理性杂音。新近出现无明显诱因的心脏增大或心力衰竭。顽固性心衰，对洋地黄制剂易中毒。新近出现各种严重心律失常。心衰时ESR正常，但心衰纠正后或手术后出现可排除其他原因的ESR升高。换生物瓣或瓣膜球囊成形术后1~2年内又出现较明显的瓣膜狭窄。出现风湿热的心外表现。诊断性抗风湿治疗后病情明显改善。鉴别诊断 应注重与感染性心内膜炎，病毒性心肌炎，类风湿性关节炎，Poncet综合征，急性化脓性关节炎，链球菌感染后状态，结缔组织

病等鉴别。治疗风湿热累及心脏者应绝对卧床休息，并住院治疗。抗生素选杀链球菌、敏感性高的抗生素，如青霉素400万u~800万u，VD，1/d，连续10~14天，再用80万u，im，2/d。当ASO正常时，改为长效制剂苄星青霉素120万u，im，1/d，共用5年，儿童应用至16岁；水杨酸制剂：选肠溶阿司匹林，成人4~6g/d，小儿100~150mg/kg体重，分3~4次饭后即时服，以减轻胃肠道症状，必要时服氢氧化铝凝胶。连服3~6个月，减量至2g/d，持续至1年；肾上腺皮质激素：出现高热时可用氢化考的松100mg 100ml液体，VD，1/d，体温控制后改用强的松30~40mg，1/晨，口服，2周后减量，每3天减2.5mg，直至5mg，1/晨，连续用8周后停药。当风湿活动完全控制后，有心肌炎患者仍须休息2周，然后才逐渐增加活动量。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