

内科主治医师考试：《答疑周刊》2019 年第 22 期

问题索引：

一、【问题】二尖瓣狭窄临床表现有哪些？

二、【问题】二尖瓣关闭不全临床表现有什么？

三、【问题】急性心包炎的临床表现有哪些？

具体解答：

一、【问题】二尖瓣狭窄临床表现有哪些？

(一) 症状 在二尖瓣中度狭窄（瓣口面积 $<1.5\text{cm}^2$ ）时有临床症状。

1. 呼吸困难为最常见的早期症状。常以运动、精神紧张、感染、妊娠或心房颤动为诱因，并多先有劳力性呼吸困难，随狭窄加重，出现静息时呼吸困难、阵发性夜间呼吸困难，甚至端坐呼吸。

2. 咯血 ①大咯血，通常见于严重二尖瓣狭窄，可为首发症状。②阵发性夜间呼吸困难或咳嗽时的血性痰或带血丝痰。③急性肺水肿时咳大量粉红色泡沫状痰。④肺梗死伴咯血为本症晚期伴慢性心力衰竭时的并发症。

3. 咳嗽 多在夜间或劳动后出现，可能与支气管黏膜淤血水肿易患支气管炎或左心房增大压迫左主支气管有关。

4. 声嘶 较少见，由于扩大的左心房和肺动脉压迫左喉返神经所致。

(二) 体征 重度二尖瓣狭窄常有“二尖瓣面容”，双颧绀红。

1. 二尖瓣狭窄的心脏体征 ①视诊心尖搏动正常或不明显；②心尖区可闻第一心音亢进和开瓣音，提示前叶柔顺、活动度好；如瓣叶钙化僵硬，则第一心音减弱，开瓣音消失；③心尖区有低调的隆隆样舒张中晚期杂音，局限，不传导。常可触及舒张期震颤。窦性心律时，由于舒张晚期心房收缩促使血流加速，使杂音此时增强，心房颤动时，不再有杂音的舒张晚期增强。

2. 肺动脉高压和右心室扩大的心脏体征 右心室扩大时可见心前区心尖搏动弥散，肺动脉高压时 P2 亢进或伴分裂。当肺动脉扩张引起相对性肺动脉瓣关闭不全时，可在胸骨左缘第二肋间闻及舒张早期吹风样杂音，称 Graham-Steel 杂音。右心室扩大伴相对性三尖瓣关闭不全时，在三尖瓣区闻及全收缩期吹风样杂音，吸气时增强。

二、【问题】二尖瓣关闭不全临床表现有什么？

(一) 症状

1. **急性** 轻度二尖瓣反流仅有轻微劳力性呼吸困难。严重反流很快发生急性左心衰竭，甚至发生急性肺水肿、心源性休克。

2. **慢性** 轻度二尖瓣关闭不全可终身无症状。严重反流有心排出量减少，首先出现的突出症状是疲乏无力，活动耐力下降；肺淤血的症状如呼吸困难出现较晚。发展至晚期则出现右心衰竭的表现，包括腹胀、食欲减退、肝脏淤血肿大等。

(二) 体征

1. 慢性二尖瓣关闭不全

(1) **心尖搏动**：呈高动力型，左心室增大时向左下移位。

(2) **心音**：风心病时瓣叶缩短，导致重度关闭不全时，第一心音减弱。二尖瓣脱垂和冠心病时第一心音多正常。由于左心室射血时间缩短，主动脉瓣关闭提前，第二心音分裂增宽。严重反流时心尖区可闻及第三心音。

(3) **心脏杂音**：二尖瓣关闭不全的典型杂音为心尖区全收缩期吹风性杂音，杂音强度 $>3/6$ 级，可伴有收缩期震颤。前叶异常时，杂音可向左腋下和左肩胛下区传导。后叶异常时，杂音则向心底部传导。

2. **急性二尖瓣关闭不全** 心尖搏动为高动力型。第二心音肺动脉瓣成分亢进。非扩张的左心房强有力收缩所致心尖区第四心音常可闻及。心尖区收缩期杂音是二尖瓣关闭不全的主要体征，可在心尖区闻及 $>3/6$ 级的收缩期粗糙的吹风性杂音，出现急性肺水肿时双肺可闻及干、湿性啰音。

三、【问题】急性心包炎的临床表现有哪些？

1. **症状** 心前区疼痛为主要症状，如急性非特异性心包炎及感染性心包炎；疼痛性质可尖锐，与呼吸运动有关，常因咳嗽、深呼吸、变换体位或吞咽而加重；位于心前区，可放射到颈部、左肩、左臂及左肩胛骨，也可达上腹部；疼痛也可呈压榨样，位于胸骨后。

2. **体征** 心包摩擦音是急性心包炎最具诊断价值的典型体征，呈抓刮样粗糙音。典型的摩擦音可听到与心房收缩、心室收缩和心室舒张相一致的三个成分，但大多为与心室收缩、舒张相一致的双相性摩擦音；多位于心前区，以胸骨左缘第3、4肋间最为明显；心包摩擦音可持续数小时或持续数天、数周；当积液增多将二层心包分开时，摩擦音即消失。



内科主治医师考试：《答疑周刊》2019 年第 22 期（word 版下载）

〔医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任〕

