

医学教育网心血管内科主治医师: 《答疑周刊》2023 年第 20 期

二尖瓣狭窄是心脏瓣膜病当中考查频率最高的一种疾病,包括临床表现、并发症和治疗。下面统一来介绍一下。

**问题索引:**

二尖瓣狭窄的临床表现、并发症和治疗。

**具体解答:**

二尖瓣狭窄的临床表现、并发症和治疗。

**临床表现**

(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 $P_2$ 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。

### 并发症

1. 心房颤动 房颤为二尖瓣狭窄最常见的心律失常,也是相对早期的常见并发症。
2. 急性肺水肿 为重度二尖瓣狭窄的严重并发症。患者突然出现重度呼吸困难和发绀,不能平卧,咳粉红色泡沫状痰,双肺满布干湿性啰音。
3. 血栓栓塞 20%的患者发生体循环栓塞,其中 80%伴房颤。血栓栓塞以脑栓塞最常见,约占 2/3。来源于右心房的栓子可造成肺栓塞。
4. 右心衰竭 为晚期常见并[医学教育网原创]发症。并发三尖瓣关闭不全时,可有难治性腹水。
5. 感染性心内膜炎 单纯二尖瓣狭窄并发本病者较少见,在瓣叶明显钙化或心房颤动患者更少发生。
6. 肺部感染 本病常有肺静脉压力增高及肺淤血,易合并肺部感染,感染后常诱发或加重心力衰竭。

### 并发症的处理

1. 大量咯血 应取坐位,用镇静剂,静脉注射利尿剂,以降低肺静脉压。
2. 急性肺水肿 处理原则与急性左心衰竭所致的肺水肿相似。但应注意:①避免使用以扩张小动脉为主、减轻心脏后负荷的血管扩张药物,应选用扩张静脉系统、减轻心脏前负荷为主的硝酸酯类药物;②正性肌力药物对二尖瓣狭窄的肺水肿无益,仅在心房颤动伴快速心室率时可静脉注射毛花苷 C。
3. 心房颤动 治疗目的为控制心室率,争取恢复和保持窦性心律,预防血栓栓塞。
  - (1) 急性发作伴快速心室率,血流动力学稳定,可先静脉注射毛花苷 C,联合经静脉使用  $\beta$  受体拮抗剂、地尔硫草、维拉帕米;血流动力学不稳定,应立即电复律,如复律失败,应尽快用药减慢心室率。
  - (2) 慢性心房颤动:①如心房颤动病程 $<1$ 年,左心房直径 $<60$ mm,无高度或完全性房室传导阻滞和病态窦房结综合征,可行电复律或药物转复。②如患者不宜复律、或复律失败、或复律后不能维持窦性心律且心室率快,则可口服  $\beta$  受体

拮抗剂。③如无禁忌证,应长期服用华法林,预防血栓栓塞。

4. 预防栓塞若无禁忌,无论是阵发性还是持续性房颤,均应长期口服华法林抗凝,达到 2.5~3.0 的国际标准化[医学教育网原创]比值(INR),以预防血栓形成及栓塞时间发生。

### 手术治疗

当二尖瓣口有效面积 $<1.5\text{cm}^2$ ,伴有症状,尤其症状进行性加重时,应用介入或手术方法扩大瓣口面积,减轻狭窄。如肺动脉高压明显,即使症状轻,也应及早干预。

1. 经皮球囊二尖瓣成形术 为缓解单纯二尖瓣狭窄的首选方法。
2. 二尖瓣分离术 有闭式和直视式两种。
3. 人工瓣膜置换术 适应证为:①严重瓣叶和瓣下结构钙化、畸形,不宜做分离术者;②二尖瓣狭窄合并明显二尖瓣关闭不全者。