**★考点 14　二尖瓣狭窄**

　　1.临床表现　正常的二尖瓣瓣口面积为 4~ 6 cm 2 ，瓣口面积减小至 1.5~2.0 cm 2 属于轻度狭窄;1.0~1.5cm 2 属于中度狭窄;<1.0 cm 2 属于重度狭窄。 一般瓣口面积<1.5 cm 2 时始有临床症状。 主要症状是呼吸困难和咯血，其中呼吸困难是最常见的症状。

　　2.体征

　　(1)听诊:心尖部舒张期隆隆样杂音是二尖瓣狭窄最重要的体征。 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 2 肋间闻及递减型舒张早期叹气样杂音，称 Graham-Steel 杂音。

　　(2)其他:重度二尖瓣狭窄的患者两颊紫红，呈二尖瓣面容。

　　3.辅助检查

　　(1)X 线检查:左房、右室扩大，心影梨形。

　　(2)超声心动图:是确诊该病最敏感可靠的方法。 M 型超声示二尖瓣前叶“城墙样”改变。

**★考点 15　二尖瓣关闭不全**

　　1.症状

　　(1)急性轻度二尖瓣反流仅有轻微劳力性呼吸困难。

　　(2)慢性轻度二尖瓣关闭不全可终身无症状。

　　2.体征

　　(1)急性二尖瓣关闭不全:心尖区收缩期杂音是二尖瓣关闭不全的主要体征。

　　(2)慢性二尖瓣关闭不全:左心室增大时心脏向左下移位，心尖区全收缩期吹风样杂音，可伴有收缩期震颤。 前叶损害为主杂音向左腋下和左肩胛下区传导，后叶损害为主杂音向心底传导。 典型的二尖瓣脱垂为随喀喇(失调)音之后的收缩晚期杂音(最具有特征性)。 腱索断裂杂音似海鸥鸣或乐音性。

**★考点 16　主动脉瓣狭窄**

　　1.症状　心绞痛、晕厥和呼吸困难为典型主动脉狭窄常见的三联征。

　　2.体征　胸骨右缘 1~2 肋间收缩期性杂音，向颈部传导。

**★考点 17　主动脉瓣关闭不全**

　　1.症状

　　(1)急性主动脉瓣关闭不全:轻者可无症状，重者出现肺淤血和低血压。

　　(2)慢性主动脉瓣关闭不全:最早的主诉为与心搏量增多有关的心悸、心前区不适、头部强烈搏动感等症状。晚期出现左心衰竭表现。

　　2.体征

　　(1)急性主动脉瓣关闭不全:重者可出现休克的表现。 二尖瓣提前关闭导致第一心音减弱或消失，肺动脉高压可闻及肺动脉瓣区第二心音亢进。 听诊肺部可闻及哮鸣音。 无明显周围血管征。

　　(2)慢性主动脉瓣关闭不全:舒张早期杂音，前倾坐位和深呼气时易听及;杂音为乐音性时，提示瓣叶脱垂、撕裂或穿孔。 重度反流者，在心尖区可闻及舒张中晚期隆隆样杂音(Austin-Flint 杂音)，为主动脉瓣反流使左心室舒张压快速升高，导致二尖瓣处于半关闭状态。 可见周围血管征。

　　3.X 线检查

　　(1)急性:心脏大小正常。 常有肺淤血和肺水肿征。

　　(2)慢性:心胸比率增大。 主要为左心室增大，升主动脉结扩张，呈靴形心。

**★考点 18　感染性心内膜炎**

　　1.病因　急性感染性心内膜炎的病原体主要为金黄色葡萄球菌。 亚急性感染性心内膜炎的病原体以草绿色链球菌多见。

　　2.临床表现

　　(1)发热:感染性心内膜炎最常见的症状。

　　(2)心脏杂音:瓣膜损害所致的新的或增强的杂音，主要为关闭不全的杂音，尤以主动脉瓣关闭不全多见。

　　(3)周围体征:①淤点，可出现于任何部位，以锁骨以上皮肤、口腔黏膜和睑结膜常见，病程长者较多见;②指和趾甲下线状出血;③Roth 斑，为视网膜的卵圆形出血斑，其中心呈白色，多见于亚急性感染;④Osler 结节，为指和趾垫出现的豌豆大的红或紫色痛性结节，较常见于亚急性者;⑤Janeway 损害，为手掌和足底处直径 1~4mm 无痛性出血红斑，主要见于急性患者。 引起这些周围体征的原因可能是微血管炎或微栓塞。

　　(4)动脉栓塞。

　　(5)感染的非特异性症状:脾大、贫血，部分患者可见杵状指。

　　3.治疗

　　抗微生物治疗是最重要的治疗措施，用药原则包括早期应用、足量用药、静脉用药为主等。