

2011年儿科护理：小儿先天性心脏病动脉导管未闭 PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4](https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_84_BF_c21_3530.htm)

[_E5_84_BF_c21_3530.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_84_BF_c21_3530.htm) 小儿先天性心脏病动脉导管未闭：
病理生理，临床表现，诊断检查，治疗。动脉导管未闭约占
先天性心脏病发病总数的15%~20%，女性较多见。小儿出
生后，随着呼吸的开始，肺循环压力降低，动脉导管于10
~15h内在功能上关闭。多数婴儿在生后3个月左右在解剖上
完全关闭。若持续开放并出现左向右分流者即为动脉导管未
闭。1.病理生理 血液自主动脉向肺动脉分流，肺循环血量增
加，回流到左心房和左心室的血量增加，出现左心房和左心
室扩大，室壁肥厚。分流量大者，长期高压冲击造成肺动脉
压力增高可致右心室肥大和衰竭。当肺动脉压力超过主动脉
时，即产生右向左分流，造成下半身青紫，亦称差异性青紫。
2.临床表现 症状取决于动脉导管的粗细。导管口径较细者
，分流量小，临床可无症状，仅在体检时发现心脏杂音；导
管粗大者，分流量大，表现为气急、咳嗽、乏力多汗、生长
发育落后等。偶见扩大的肺动脉压迫喉返神经而引起声音嘶
哑。体检：可见患儿多消瘦，轻度胸廓畸形，胸骨左缘第2
肋间可闻及粗糙响亮的连续性机器样杂音，占据整个收缩期
和舒张期，向左上和腋下传导，可伴有震颤。肺动脉高压或
心力衰竭时，主动脉与肺动脉舒张期压力差很小，可仅有收
缩期杂音。肺动脉瓣区第二心音增强或亢进，脉压多大于
5.3kPa(40mmHg)，周围血管征阳性，包括水冲脉、毛细
血管搏动和股动脉枪击音等。有显著肺动脉高压者可出现下
半身青紫。3.诊断检查 (1)胸部X线检查 导管口径较细、分

流量小者可无异常发现，导管粗、分流量大者有左心室和左心房增大，肺动脉段突出，肺门血管影增粗，肺野充血。有肺动脉高压时，右心室亦增大，主动脉弓往往有所增大。

(2) 心电图 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