

主动脉瓣关闭不全 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E4_B8_BB_E5_8A_A8_E8_84_89_E7_c22_301698.htm 名称主动脉瓣关闭不全

所属科室心血管内科病因主动脉瓣关闭不全（aortic insufficiency）可因主动脉瓣和瓣环，以及升主动脉的的病变造成男性患者多见，约占75%；女性患者多同时伴有二尖瓣病变。慢性发病者中，由于风湿热造成的瓣叶损害所引起者最多见，占全部主动脉瓣关闭不全患者的三分之二。病理主动脉瓣增厚缩短，僵硬，游离缘有赘生物。瓣膜根部常有交界处粘连，可造成不同程度狭窄。风湿性主动脉瓣关闭不全多与狭窄并存。在舒张期，左心室与主动脉压差较大，由于有主动脉瓣关闭不全，左心室同时接受左心房和主动脉返流的血液，左心室充盈过度，舒张期负荷加强，引起左心室代偿性扩张及肥厚，以较长期维持有效心排量正常。当心率加快时，舒张期缩短，可减少返流，故本病患者可较长期能支持正常的体力活动。一旦左心室功能失偿。左心室舒张末压增高，此时，主动脉返流量有减少，最终出现左心衰竭，左心房压力增加，出现肺淤血和肺动脉高压，以至右心衰竭。由于主动脉在舒张期反流，使主动脉舒张压减低，脉压增加，可引起四周血管体征。另外，可导致冠状动脉灌注不足，发生心绞痛。临床表现一、症状可长期无症状，若无感染性心内膜炎，甚至终生无影响，若有明显主动脉瓣关闭不全及四周血管体征的患者，可有头颈部搏动感，心悸等。出现左心功能不全后，病情进行性加重，可有不同程度呼吸困难，以至肺水肿，最后也可出现右心衰竭。部分病人有心绞痛，多

在夜间发生。二、体征 心尖搏动增强，范围增大并向左下移位。心浊音界向左下扩大。在胸骨左缘 - 肋间及主动脉瓣区有舒张早期泼水样杂音，向主动脉瓣区及心尖部传导，坐位及呼气时明显。明显的主动脉瓣关闭不全，可在心尖部出现Austin-Flint 杂音。四周血管体征包括 收缩压增高，舒张压减低，脉压差增大。 水冲脉。 颈动脉搏动增强。口唇及指甲毛细血管搏动。 动脉有击音。 用胸件稍加压，可出现双期血管杂音，叫杜氏(Duroziezs) 征。常并有瓣膜狭窄体征。临床表现一、症状 通常情况下，主动脉瓣关闭不全患者在较长时间内无症状，即使明显主动脉瓣关闭不全者到出现明显的症状可长达10~15年；一旦发生心力衰竭，则进展迅速。1、心悸 心脏搏动的不适感可能是最早的主诉，由于左心室明显增大，心尖搏动增强所致，尤以左侧卧位或俯卧位时明显。情绪激动或体力活动引起心动过速，或室性早搏可使心悸感更为明显。由于脉压显著增大，常感身体各部有强烈的动脉搏动感，尤以头颈部为甚。2、呼吸困难 劳力性呼吸困难最早出现，表示心脏储备能力已经降低，随着病情的进展，可出现端坐呼吸和夜间阵发性呼吸困难。3、胸痛 心绞痛比主动脉瓣狭窄少见。胸痛的发生可能是由于左室射血时引起升主动脉过分牵张或心脏明显增大所致，亦有心肌缺血的因素。心绞痛可在活动时，和静息时发生，持续时间较长，对硝酸甘油反应不佳；夜间心绞痛的发作，可能是由于休息时心率减慢致舒张压进一步下降，使冠脉血流减小之故；亦有诉腹痛者，推测可能与内脏缺血有关。4、晕厥 当快速改变体位时，可出现头晕或眩晕，晕厥较少见。5、其他症状 疲乏，活动耐力显著下降。过度出汗，尤其是在出现

夜间阵发性呼吸困难或夜间心绞痛发作时。咯血和栓塞较少见。晚期右心衰竭时可出现肝脏淤血肿大，有触痛，踝部水肿，胸水或腹水。急性主动脉瓣关闭不全时，由于忽然的左心室容量负荷加大，室壁张力增加，左心室扩张，可很快发生急性左心衰竭或出现肺水肿。

二、体征

1、心脏听诊

主动脉瓣区舒张期杂音，为一高调递减型哈气样杂音，坐位前倾呼气末时明显。最响区域取决于有无显著的升主动脉扩张；风湿性者主动脉扩张较轻，在胸骨左缘第3肋间最响，可沿胸骨缘下传至心尖区；马凡综合征或梅毒性心脏所致者，由于升主动脉或主动脉瓣环可有高度扩张，故杂音在胸骨右缘第二肋间最响。一般主动脉瓣关闭不全越严重，杂音所占的时间越长，响度越大。轻度关闭不全者，此杂音柔和，仅出现于舒张早期，只在病人取坐位前倾、呼气末才能听到；较重关闭不全时，杂音可为全舒张期且粗糙；在重度或急性主动脉瓣关闭不全时，由于左心室舒张末期压力增高至与主动脉舒张压相等，故杂音持续时间反而缩短。如杂音带音乐性质，常提示瓣膜的一部分翻转、撕裂或穿孔。主动脉夹层分离有时也出现音乐性要音，可能是由于舒张期近端主动脉内膜通过主动脉瓣向心室脱垂或中层主动脉管腔内血液流动之故。明显主动脉瓣关闭不全时，在心底部主动脉瓣区常可听到收缩中期喷射性，较柔和，短促的高调杂音，向颈部及胸骨上凹传导，为极大的心搏量通过畸形的主动脉瓣膜所致，并非由器质性主动脉瓣狭窄引起。心尖区常可闻及一柔和，低调的隆隆样舒张中期或收缩期前杂音，即Austin-Flint杂音。此乃由于主动脉瓣大量返流，冲击二尖瓣前叶，妨碍其开启并使其震动，引起相对性二尖瓣狭窄；同时主动脉瓣返流血

与左心房回流血发生冲击，混合，产生涡流所致。此杂音在用力握掌时增强，吸入亚硝酸异戊酯时减弱。当左心室明显扩大时，由于乳头肌外移引起功能性二尖瓣返流，可在心尖区闻及全收缩期吹风样杂音，向左腋下传导。瓣膜活动很差或反流严重时主动脉瓣第二心音减弱或消失；常可闻及第三心音，提示左心功能不全；左心房代偿性收缩增强时闻及第四心音。由于收缩期心搏量大量增加，主动脉忽然扩张，可造成响亮的收缩早期喷射音。急性严重主动脉关闭不全时，舒张期杂音柔和，短促；第一心音减弱或消失，可闻及第三心音；脉压可近于正常。

2、其他体征 颜面较苍白，心尖搏动向左下移位，范围较广，且可见有力的抬举性搏动。心浊音界向左下扩大。主动脉瓣区可触到收缩期震颤，并向颈部传导；胸骨左下缘可触到舒张期震颤。颈动脉搏动明显增强，并呈双重搏动。收缩压正常或稍高，舒张压明显降低，脉压差明显增大。可出现四周血管体征：水冲脉（Corrigans pulse），毛细血管搏动征（Quinckes sign），股动脉枪击音（Traubes sign），股动脉收缩期和舒张期双重杂音（Duroziezs sign），以及头部随心搏频率的上下摆动（de-Mussets sign）。肺动脉高压和右心衰竭时，可见颈静脉怒张，肝脏肿大，下肢水肿。

辅助检查一、X-线 左心室增大，心影呈靴形，主动脉弓凸出，有明显搏动。二、心电图 左心室肥大及劳损。电轴左偏。三、超声心动图 M型：主动脉瓣开放与关闭速度增快，关闭不能合拢。呈二线或三线。左心室及流出道增宽，主动脉内径增大。 二维超声：示主动脉根部内径增大，主动脉瓣一叶或数叶增厚，回声增强，瓣叶缩短。左心室增大。 多普勒超声：示主动脉瓣下测出

舒张期湍流频谱。四、心血管造影 升主动脉造影可估计主动脉瓣关闭不全的程度，了解主动脉根部情况，对确定手术方案有帮助。诊断临床诊断主要是根据典型的舒张期杂音和左心室扩大，超声心动图检查可明确诊断。鉴别诊断一、升主动脉扩张的相对性主动脉瓣关闭不全 多为单纯性主动脉瓣关闭不全，不伴有其他瓣膜病，常见的原因有梅毒性、主动脉粥样硬化或中层退化、高血压、主动脉窦瘤破裂等，除各有其本身特点外，发病年龄大，多见于男性，升主动脉明显扩张，超声波及心血管造影均有助于鉴别。二、感染性心内膜炎 本病急性起病，无器质性心脏病基础，忽然出现主动脉瓣区舒张期杂音，由于感染的瓣膜变形，破裂或穿孔以及赘生物重力牵拉所致。杂音多变，不伴其他瓣膜病变，有感染的临床征象有助于鉴别。三、相对性肺动脉瓣关闭不全 多继发于肺动脉高压，杂音于吸气时明显，不伴有四周血管体征，超声波亦可协助鉴别。四、室上嵴上型室间隔缺损伴主动脉瓣脱垂 本病除主动脉瓣关闭不全外，还有室间隔缺损的临床特征。并发症轻、中度主动脉瓣关闭不全，易并发感染性心内膜炎，晚期可发生心力衰竭。治疗一、内科治疗 适当限制体力活动。在口腔治疗、器械检查或手术前后应注重预防感染性心内膜炎。积极治疗心律失常、心绞痛。预防风湿热复发。二、外科治疗 已有心绞痛或心力衰竭出现后，手术效果欠佳。瓣膜置换术的适应证为 心功能 II - III 级。 X - 线、心电图、超声波显示左心室有进行性增大。 急性主动脉瓣关闭不全，并出现心功能不全。 血压舒张压 $< 5.2\text{kpa}(40\text{mmHg})$ 。 超声波示左心室收缩末内径 $> 55\text{mm}$ 。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

