

单纯肺动脉口狭窄 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E5_8D_95_E7_BA_AF_E8_82_BA_E5_c22_307248.htm 名称单纯肺动脉口狭窄所属科室呼吸内科病因 肺动脉口狭窄是肺动脉出口处的局部狭窄，包括右心室漏斗部狭窄、肺动脉瓣膜狭窄和肺动脉及其分支的狭窄。单纯肺动脉口狭窄绝大多数是瓣膜狭窄（约占75%），少数是漏斗部狭窄，肺动脉及其分支的狭窄最少见。肺动脉瓣膜狭窄时，三叶瓣膜融合成一圆锥形的结构，中心留有小孔，直径常只有2~4mm，整个肺动脉瓣环可能亦变狭窄，肺动脉壁常较薄并扩张，称为狭窄后扩张。年长者瓣膜可发生纤维化和钙化。右心室漏斗部狭窄时，可能整个漏斗部肌肉增厚，形成长而狭窄的通道；亦可能在漏斗部一处形成一局部的纤维性隔膜，呈环状狭窄，将整个漏斗部或漏斗部的一部分与右心室隔开，造成了所谓第三心室，多不伴有狭窄后肺动脉扩张。肺动脉的狭窄可累及肺总动脉的一部分或全部，亦可伸展至左、右两分支处，常有狭窄后扩张。肺动脉口狭窄使右心室排血受阻，因而右心室的压力增高，肺动脉的压力则减低或尚正常。两者的收缩压差达1~3kPa（10mmHg）以上，可能达到20~32kPa（150~240mmHg）。长时间的右心室负荷增加，引起右心室肥厚，最后可发生右心衰竭。在高度狭窄、右心室内压力显著升高的病人，右心房压力亦相应地增高并可超过左心房压力，如心房间隔缺损或未闭卵圆孔，可引起右至左分流而出现紫绀。临床表现（一）症状 轻度狭窄可无症状，重度狭窄在劳累后可引起呼吸困难、心悸、乏力、胸闷、咳嗽，偶有胸

痛或晕厥。本病病人较易患肺部感染，如肺结核。后期可有右心衰竭症状。偶可并发感染性心内膜炎。（二）体征 最主要的是在胸骨左缘第二肋间有响亮（2~5级之间）而粗糙的收缩期吹风样杂音，呈喷射性，多数伴有震颤，向左锁骨下区传导，背部亦常可听到。狭窄愈重杂音愈响而高峰后移。肺动脉瓣区第二心音减轻而分裂。漏斗部狭窄时，杂音的最响处多在第三、第四肋间。肺动脉狭窄时，杂音常在腋部和背部处听到。轻、中度狭窄的病人，肺动脉瓣区在第一心音后可听到肺动脉收缩喷射音。此音仅发生于瓣膜型狭窄的病人，可能由于右心室排血时引起扩大的肺动脉壁忽然振动或瓣膜开启时振动所致。个别病人可在肺动脉瓣区听到由肺动脉瓣关闭不全引起的舒张期吹风样杂音。严重的狭窄可有右心室增大的体征，心前区有明显的抬举性搏动，病人发育可较差。伴有心房间隔缺损而有右至左分流的病人，可出现紫绀和杵状指。检查（一）X线检查 轻度狭窄的病人，X线表现可能正常；中、重度狭窄病人，肺血管影细小，整个肺野异常清楚，肺动脉总干弧凸出（狭窄后的扩张）而搏动明显，但肺门血管搏动弱，右心室增大。漏斗部型狭窄和肺动脉型狭窄的病人，肺总动脉则多不扩大。（二）心电图检查 心电图随狭窄的轻、重以及其引起右心室内压力增高的程度而有轻重不同的4种类型：正常、不完全性右束支传导阻滞、右心室肥大和右心室肥大伴劳损（心前区广泛性T波倒置）。心电图轴有不同程度的右偏。部分病人有P波增高，显示右心房肥大。（三）超声心动图检查 瓣膜型狭窄者，M型超声示肺动脉瓣回声曲线的“心房间隔缺损”“心室间隔缺损”“法乐四联症”）。治疗 主要施行手术切开瓣膜，或切除漏

斗部的肥厚部分。前者可在低温麻醉下施行，后者则需在体外循环条件下施术。下列情况是手术指征： 病人有明显的症状； 心电图或X线示显著右心室肥大； 静息时右心室与肺动脉间的收缩期压力阶差在5.3kPa（40mmHg）以上。肺动脉狭窄位于近端且狭窄段较短的病人，亦可施行手术治疗。在瓣膜切开术后可能发生关闭不全，但一般多不严重。近年应用导管介入法治疗瓣膜型狭窄，以带球囊的心导管送入狭窄的肺动脉瓣膜口，向球囊内注入稀释造影剂，加压至304～506kPa张开球囊，维持6～10s，从而扩张瓣膜，一般扩张2～3次，可免开胸手术，其长期疗效尚待明确。对于不施行手术治疗的病人，应密切注重预防感染性心内膜炎和心力衰竭的发生。预防及预后一般较好，重度狭窄的病人，可发生右心衰竭而死亡。 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