

放射诊断学第四章循环系统的X线诊断第六节常见的先天性心脏病实践技能考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/601/2021_2022__E6_94_BE_E5_B0_84_E8_AF_8A_E6_c22_601714.htm 第六节 常见的先天性心脏病 先天性心脏病简称先心病，临床上常根据有无紫绀分为紫绀型和非紫绀型两种。但从X线诊断学的角度上，一般先从肺血管是否正常？充血或少血进行分类。肺血管正常的先心病包括无其它畸形的单纯右位心，右侧主动脉弓，迷走锁骨下动脉及主动脉缩窄等。肺少血常见于肺动脉狭窄及法乐氏三联症。肺充血则见于左到右分流的先心病，其中常见为房间隔缺损、室间隔缺损及动脉导管未闭等。

一、房间隔缺损（Auricular septal defect，简称房缺，ASD）房间隔缺损是常见的先天性心脏病，分原发孔和继发孔，以后者多见。在通常情况下左心房压力高于右心房，因此房缺是左向右的分流，使右房、右室和肺动脉血流量增加，致肺充血、右房、室增大。一般肺动脉压力正常或轻度升高。显著的肺动脉高压多发生在成年，并可导致双向或右向左的分流。临床上为晚发性紫绀。X线征（图4 - 13）：后前位：心脏呈“二尖瓣”型。主动脉结小，肺动脉段凸出较明显，右房室增大，右房段延长（右心房 / 心高比值0.50）两肺充血。[医学教育网 搜集整理] 左前斜位：心前缘上段向前隆凸，有时与右室段呈“成角现象”，右心室向前圆隆。

二、室间隔缺损（Ventricular septal defect，简称室缺，VSD）室缺分为膜部和肌部缺损，以膜部缺损多见，如缺损小分流量少，心肺改变不大或仅有左室轻度增大，应结合临床体征确诊。缺损大，

有中～大量左向右分流，可引起左、右心室增大，左房轻度增大，肺充血，主动脉结正常缩小。由于大量分流肺循环阻力升高，右心室负荷加重，引起肺循环高压时则出现双向或右向左分流，临床出现晚发性紫绀。X线征（图4 - 14）图4 - 13 房间隔缺损，并发肺循环高压图4 - 14 室间隔缺损并发肺循环高压 后前位：缺损小分流量少，心肺多属正常。缺损大分流量多，心脏呈“二尖瓣”型，主动脉结正常或缩小，肺动脉段凸出，左室变圆隆，肺充血。右前斜位：心前下间隙变小或消失。心后缘左心房轻度增大。左前斜位：左、右心室增大，如有肺动脉高压则以右室增大为主，显示心前下缘变圆隆，膈面增宽。

三、动脉导管未闭（Patent ductus arteriosus，简称PDA）未闭动脉导管构成主动脉与肺动脉间的异常通道，由于主动脉压力高于肺动脉，血液连续地从主动脉经未闭的动脉导管分流至肺动脉。使体循环血流量减低，而肺循环及流至左心的血流量增加，引起肺动脉扩张，肺充血及左房、左室、右室增大，主动脉结增宽。当肺动脉高压时，右室增大更显著。X线征（图4～15）分流量少，心脏仅见左室轻度增大，肺充血轻。中～大量分流肺动脉段较凸出，肺动脉扩张，心脏外形多呈“二尖瓣”型。主动脉结增宽并凸出，食管的主动脉压迹加深，左右心室及左房增大，尤以左室增大为著。如并肺动脉高压，心脏以右室增大为主，中心肺动脉扩张，透视下有“肺门午”。外周肺血管扭曲、变细。

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