

小儿动脉导管未闭_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E5_8A_A8_E8_c22_608912.htm 动脉导管未闭(patent ductus arteriosus, pda)是小儿最常见的先天性心脏病之一。动脉导管是胎儿期血液循环的主要生理性血流通道。正常在出生后即功能上关闭，继而解剖上闭合，但在某些病理情况影响下，动脉导管仍持续开放，即成为动脉导管未闭。由于主动脉压高于肺动脉压，因此无论在收缩期或舒张期均有血液从主动脉经未闭导管向肺动脉分流，因而致使左心室容量负荷过重及肺血流量明显增多，导致产生肺动脉高压及右心室负荷过重。肺动脉高压开始由动力性逐渐发展为阻力性，最终出现右向左分流。【诊断】(一)症状 导管小、分流量少者无自觉症状，导管中至大者运动时有呼吸困难，平日易疲乏，反复发作呼吸道感染或伴有心力衰竭，或并发细菌性心内膜炎时，有全身感染症状，如发热、胸痛及周围血管栓塞症状。(二)体征 分流量大者可有发育障碍。一般多有脉压增宽、舒张压降低、水冲脉、毛细血管征及枪击音等周围血管征。心脏可中度扩大，以左室为主，于胸骨左缘1~2肋间可扪及收缩期震颤，有时可伸展至舒张期，并闻及连续性机器样双期杂音，分流量大者在心尖部可闻舒张期流量性杂音。肺动脉高压者可仅闻收缩期杂音，严重者可出现青紫，而杂音多不明显或根本听不到。(三)x线检查 导管小者肺片正常或肺血轻度增多，或仅见左室轻度增大，导管较大者肺血多，心脏增大以左室、左房为主，肺动脉段膨隆，主动脉结增宽，可有漏斗征。肺动脉高压者右室亦可明显增大，透

视下有“肺门舞蹈”现象。（四）心电图导管小者可正常，大者电轴左偏，左室肥厚，导联p波宽大，提示左房大。肺动脉高压者可双室肥厚，严重者以右室为主，电轴右偏。（五）超声心动图二维在主动脉短轴切面可见主肺动脉与降主动脉间有交通，但假阳性率较高，左房、左室大。脉冲多普勒在主肺动脉内取样可有舒张期湍流频谱，肺动脉高压时仅在舒张前期部分出现湍流频谱，乃有力的佐证。彩色多普勒在主肺动脉内可见由降主动脉分流而来的五彩相间的分流束。（六）心导管及造影中、小导管者无创检查即可确诊。对疑难病例可做逆行升主动脉造影。可见升主动脉和主动脉弓扩大，肺动脉和主动脉同时显影，有时见到未闭动脉导管的存在。【治疗】（一）手术效果好，一旦确诊均需手术治疗，手术死亡率低于1%。未经手术者有合并感染性心内膜炎的可能。选择性手术年龄为1~6岁。术后绝大多数患儿连续性杂音即刻消失，心影在手术后3~6个月即明显缩小，逐渐完全恢复正常，导管结扎后再通极少发生，但如发生则需再次手术切断缝合。（二）近年来国内外均有应用介入性方法堵塞导管的报道。方法先将钢丝绳从动脉端插入，通过动脉导管经右心再由静脉端拉出，使在体内形成环形径路，再将准备好的塑料塞子经循环径路，推送至动脉导管形成堵塞。学龄前儿童因血管细不易成功。（三）早产儿动脉导管未闭在出生后待至成熟年龄多可自然闭合，故无症状者可不予处理，如有症状可试用前列腺素合成酶抑制剂消炎痛治疗，每次0.2mg/kg，口服、灌肠或静注，如无效隔8小时可重复1~2次，总量不超过0.6mg/kg。肾功能不良，血清肌酐 >7.1 mmol/l(20mg/dl)、有出血倾向、血小板 $<50 \times 10^9/l$ 或疑有坏

死性小肠结肠炎者禁忌。对消炎痛治疗无效或有禁忌证者，应及时予以手术治疗。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