

小儿房间隔缺损\_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\\_](https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_B0_8F_)

[E5\\_84\\_BF\\_E6\\_88\\_BF\\_E9\\_c22\\_608984.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E6_88_BF_E9_c22_608984.htm) 房间隔缺损(atrial septal defect)为心房间隔先天性发育不全所致。有原发孔和继发孔两型，是最常见的先天性心脏病之一。由于原发孔为胚胎发育期原发隔发育不全，未能与心内膜垫融合所致，因而常合并心内膜垫发育障碍，故目前多归入心内膜垫缺损一节。本节所指仅是继发孔型房间隔缺损。本型是由于继发房间隔发育不全或原发房间隔吸收过多所致。根据其缺损部位可分为四型：卵圆窝缺损型(中心型缺损)最常见，约占80%。上腔型(高位型缺损)较少见，仅占3%~4%。下腔型(低位型缺损)仅次于中心型，约占12%。混合型，两种或以上畸形同时存在，约占5%。由于心房水平的左向右分流，使肺循环血流量增加，肺动脉压和右室压可增加。此间因相对性肺动脉瓣狭窄而有一定压力阶差，本症收缩期杂音的产生，即是由于过多的血流经过正常的肺动脉瓣而产生的。相反，血流通过房间隔缺损，因左、右房间压力阶差小，流速慢，无涡流形成，故并不产生杂音，由于肺循环血流量大，也可产生肺动脉高压，晚期由于肺血管梗阻亦可出现右向左分流。【诊断】(一)临床表现1.症状 本症是最多见的单一心脏畸形。于儿童时期一般不危及生命，缺损小，分流量小，可长期无自觉症状，缺损较大者在学龄期可有乏力、气急，易有呼吸道感染，但多数症状并不明显。2.体征 体格发育或呈瘦长体型，分流量大者体重可低于同龄正常儿童。一般在3岁前杂音不明显，往往误认为是无害性杂音。2/3病例在胸骨左缘第一、

二肋间处杂音最明显，系喷射性收缩期杂音，但一般仅为2级，传导也不广泛，少数杂音可达3级(往往伴有肺动脉狭窄)，亢进，呈固定分裂，分流量大者于三尖瓣区可闻舒张中期充盈性杂音。伴二尖瓣狭窄者(称luten-bacher综合征)心尖区有舒张期杂音和开放拍击音。(二)辅助检查1.x线检查 缺损小者可无变化，中等以上者肺血增多，肺动脉段膨隆，主动脉结小，右房、右室扩大。2.心电图 电轴右偏，右室肥厚，v3r及v1qrs均呈rsr'型，约10%病例p-r间期可延长，p波约25%可有增高。3.超声心动图 四腔面可示房间隔有连续回声中断，右房及右室扩大，室间隔与左室后壁同向运动。脉冲多普勒在房间隔右房侧可探及舒张期湍流频谱，彩色多普勒在右房舒张期可见由左房分流来的五彩相间的血流束。本症一般经上述无创性检查临床即可确诊。4.心导管及造影 导管容易通过缺损到达左房。右心导管血氧含量结果亦有诊断价值。右房平均血氧含量gt.平均腔静脉血氧含量1.5容积%或gt.1.5:1的患儿均应手术治疗。手术死亡率在1%以下，多无残余分流。选择手术年龄为学龄前期。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](http://www.100test.com)