

动脉导管未闭_心血管外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E5_8A_A8_E8_84_89_E5_AF_BC_E7_c22_611324.htm 动脉导管未闭是常见的先天性心脏病，约占先天性心脏病的15%~21%。其部位多在主动脉峡部，系胚胎时动脉导管在出生后未能闭合所造成。女性多见。导管直径差异很大，可自数毫米至2.0cm不等。

【诊断】1. 症状 取决于未闭动脉导管的粗细，细者可无症状或剧烈体力活动后方出现心悸、气短。粗者由于大量血液从左到右分流，在婴儿期即可出现肺部感染，呼吸困难，发育差等，甚至早期夭折。2. 体征 在肺动脉瓣区可扣到细震颤，并可听到连续性机器样杂音。若伴有严重肺动脉高压，可仅有收缩期杂音，肺动脉瓣区第二音亢进。导管粗大者，可出现脉压差增大，甲床下毛细血管搏动，腹股沟股动脉部位可听到射枪声。有严重肺动脉高压者，可出现右向左分流，肺动脉血经导管逆行流入降主动脉，出现分离性紫绀，即下半身紫绀较上半身明显。3. 辅助检查 x线透视可见肺动脉搏动强烈，有时可见“肺门舞蹈”。胸片显示主动脉结增宽，有时呈漏斗征。左心室扩大较常见。两肺纹理增多。有肺动脉高压者，可有右心室扩大及肺动脉圆锥隆突。偶见动脉导管部位有钙化影。心电图在部分患者可正常，多数有左心室肥厚。有肺动脉高压时出现双室或右心室肥厚。二维超声心动图可观察到降主动脉与肺动脉之间有血流交通，彩色血流多为连续性，随肺动脉压力升高，可为单纯收缩期或舒张期血流。严重肺动脉高压时，亦可出现右向左（肺动脉向主动脉）的分流。有经验者尚可明确未闭动脉导管的形态

、直径、长度以及肺动脉压力改变，是动脉导管未闭确诊的主要手段。右心导管检查和心血管造影。绝大多数病例已无必要。但对判断肺动脉高压程度和全肺血管阻力有重要意义。对复杂畸形合并动脉导管未闭病例，主动脉造影仍有必要。本病的临床表现，杂音性质及血流动力学改变与主-肺动脉间隔缺损、主动脉窦瘤破裂、室间隔缺损伴主动脉瓣关闭不全及冠状动脉心腔瘘相似，应注意鉴别。【治疗】1. 手术适应证 本病可并发心力衰竭、细菌性导管内膜炎，因此一旦确诊，若无手术禁忌证，如紫绀型心脏病的代偿导管及严重肺动脉高压伴右向左分流者，即应手术治疗。2. 手术 常规手术经左胸后外切口，第四肋间入路开胸，沿降主动脉长轴切开纵隔胸膜，将胸膜和迷走神经牵向肺动脉侧，顺序分离导管前壁、下壁、上壁后再小心分离后壁，最后根据导管情况，可直接结扎或切断缝合。分离和结扎导管时，应将动脉压降至8~10.7kpa(60~80mmhg)，减小导管张力，减少破裂出血机会。除此之外，尚应注意喉返神经和胸导管保护，防止术后声音嘶哑和乳糜胸等并发症。合并心内畸形的动脉导管未闭，可经纵隔分离结扎，与心内畸形同期矫治。若导管较粗，亦可在并行体外循环，低流量灌注下，切开肺动脉修补。对粗大导管伴严重肺动脉高压或有钙化，或导管结扎术后残余分流患者，均以体外循环下直视修补为好。随着手术技术和设备的发展，利用胸腔镜行未闭动脉导管结扎和经导管介入行未闭动脉导管栓塞等，也都积累了一定经验，尚需注意选择适应证，减少并发症，不断提高治疗质量。

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