

三尖瓣狭窄 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E4_B8_89_E5_B0_96_E7_93_A3_E7_c22_305426.htm 名称三尖瓣狭窄所属科室心胸外科临床表现三尖瓣狭窄的主要症状是由胃肠道和肝脾郁血引起的，如肝区不适、食欲不振、消化不良和腹胀等。有时伴有乏力和四肢浮肿。单纯性三尖瓣狭窄，心肺病象多不明显，伴有二尖瓣狭窄的病人，也因右心室血流量减少，心肺症状较单纯性二尖瓣狭窄者为轻。体格检查可见面颊轻度发绀和黄疸（慢性肝郁血引起）。颈静脉怒张，甚至有搏动。肝肿大，质较硬，有触痛，有时可扪到收缩期前搏动。有腹水者，腹部膨胀，有移动性浊音。心脏检查时，心浊音界向右侧扩大。三尖瓣区第1音亢进，第2音后可有开放拍击音。胸骨左缘第4肋间可闻收缩期前或舒张期滚筒样杂音，有时可触及震颤。深吸气时，由于胸腔负压增加，右心房血流量增多，杂音明显加强，可与二尖瓣狭窄相鉴别。辅助检查X线检查：后前位照片示右心缘下部向右扩大，上腔静脉阴影增宽。在单纯性三尖瓣狭窄，肺野清楚，且无肺动脉扩大或肺郁血。心电图特点是P波增高，但无右心室肥厚现象。超声心动图检查：三尖瓣的回声波与二尖瓣狭窄相似，三尖瓣狭窄病人，双峰曲线消失，E F段降速减慢，呈现墙垛样改变。舒张期隔瓣活动反常，右心房扩大；在右心室舒张末压上升时，AC期间延长。切面超声心动图显示三尖瓣瓣膜增厚，舒张期开放活动受限制。右心导管检查显示右心房压力明显增高。右心房和右心室有显著的收缩期前或舒张期压力阶差，一般为0.5~1.1kPa（4~8mmHg）。心血管造影检查：导管顶端置于右心房。右前斜位电影摄片可显示三尖瓣瓣

叶增厚，活动减弱，造影剂于舒张期经狭窄瓣孔流入右心室，且右心房造影剂排空时间延长。诊断单纯性三尖瓣狭窄病例尚不难诊断，但在联合瓣膜病变者，三尖瓣狭窄往往易被忽视，应保持警惕。必要时进行右心导管检查。个别可疑病例，在心内手术中，经手指探查右心房可明确诊断。鉴别诊断X线检查：后前位照片示右心缘下部向右扩大，上腔静脉阴影增宽。在单纯性三尖瓣狭窄，肺野清楚，且无肺动脉扩大或肺郁血。心电图特点是P波增高，但无右心室肥厚现象。超声心动图检查：三尖瓣的回声波与二尖瓣狭窄相似，三尖瓣狭窄病人，双峰曲线消失，E F段降速减慢，呈现墙垛样改变。舒张期隔瓣活动反常，右心房扩大；在右心室舒张末压上升时，AC期间延长。切面超声心动图显示三尖瓣瓣膜增厚，舒张期开放活动受限制。右心导管检查显示右心房压力明显增高。右心房和右心室有显著的收缩期前或舒张期压力阶差，一般为0.5~1.1kPa(4~8mmHg)。心血管造影检查：导管顶端置于右心房。右前斜位电影摄片可显示三尖瓣瓣叶增厚，活动减弱，造影剂于舒张期经狭窄瓣孔流入右心室，且右心房造影剂排空时间延长。治疗三尖瓣狭窄的治疗，原则上和二尖瓣狭窄相同，但闭式扩张分离术轻易撕破瓣膜造成严重关闭不全，目前已不主张应用。（一）三尖瓣交界切开术适用于单纯交界融合、瓣膜组织良好的病例。经右心房切口，直视下用刀分别切开前瓣和隔瓣及后瓣和隔瓣的融合交界，使之分离成两个瓣叶。切开前瓣和后瓣的交界融合轻易产生严重的关闭不全，故应慎重。（二）三尖瓣替换术适用于瓣膜严重毁损畸形或合并关闭不全者。手术经右心房切口。切除瓣膜，放置缝线和置入人工瓣膜的步骤基本上与二

尖瓣替换术相同。但应注重：三尖瓣瓣环结构不够坚韧，穿缝瓣环的褥式缝线均需带垫片以防撕裂；在隔瓣叶部位缝线不可穿过瓣环，以防损伤传导束；鉴于三尖瓣轻易发生术后血栓，而且瓣膜承受的压力较主动脉瓣和二尖瓣部位小，替换人工生物瓣较为合适。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