

三尖瓣关闭不全 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_E5_c22_305438.htm

名称三尖瓣关闭不全
所属科室心胸外科病理三尖瓣关闭不全的病理生理是三尖瓣返流的结果，即收缩期血流从右心室返流入右心房，造成右心房高度扩大，压力升高，静脉血液回流障碍。由于右心室负荷增加，代偿而肥厚，轻易发生右心衰竭。临床表现三尖瓣关闭不全的症状和体征与瓣膜关闭不全的程度有关。轻度关闭不全临床上不易觉察。较严重者可有疲乏、胃纳不佳、肝区胀痛、腹部膨胀和下肢水肿等。典型体征是：颈静脉怒张伴搏动；肝肿大并能扪及搏动；以及胸骨左缘第4肋间的全收缩期吹风样杂音，杂音在深吸气末增强（Carvallo征）。典型体征在严重三尖瓣返流的病人中可以缺如。如肝脏长期郁血而致硬化，反而不再有搏动；右心容量负荷达到极点后，杂音不再随吸气而增强，故Carvallo征可以阴性。X线照片示右心房和右心室肥大，心脏右缘凸出，同时伴有其他瓣膜病变造成的改变。心电图示心房肥大，P波高宽；并有右束支传导阻滞或右心室肥大，甚至心肌劳损。常有心房颤抖。超声心动图及多普勒检查：切面超声可探测三尖瓣环的大小，了解瓣膜的增厚情况，有助于分辨相对性和器质性病变。三尖瓣关闭不全时，超声造影可见微泡往返于三尖瓣；多普勒能直接监测到右室至右房的异常信号，并可估计返流的程度。心导管检查表现为右心房压力波形的V波突出，y降支变陡，在吸气时更为明显。右心房压力波形与右心室压力波形相似，仅振幅较小，称为右室化的右房压，是重度三尖瓣返流

的表现。心血管造影检查：右室造影、右前斜位电影摄影可显示三尖瓣返流及其程度。但由于心导管跨过三尖瓣，有潜在性假阳性。三尖瓣关闭不全的诊断，应包括对关闭不全程度的了解。典型的临床体征对诊断重度三尖瓣关闭不全有一定价值。过去用右心室造影作为诊断可疑病例和估计返流程度的手段。近年来，超声和多普勒检查已逐渐替代了创伤性检查。治疗相对性三尖瓣关闭不全程度轻者在原发其它瓣膜病变纠正后，经过一段时间的恢复，由于右心室压力下降，右心缩小，其关闭不全的程度大多减轻，甚至消失。但部分重症风湿性心脏病患者，术后数日内三尖瓣返流所造成的血流动力学障碍是促成低心排血量，进而导致手术死亡的因素之一。还有部分肺动脉高压病人则得不到预期效果，术后长期处于右心衰竭。故近年来主张对中等度以上的三尖瓣关闭不全，在其他瓣膜手术完成后，同期施行三尖瓣瓣环成形术，以期得到较满足的效果。器质性三尖瓣关闭不全，一般都需手术治疗。病变轻者，可先直视切开融合交界，再行瓣环成形术；病变较重者，应行瓣膜替换术。三尖瓣成形术：常用方法有三种 瓣环缝缩术（图1），沿前瓣和后瓣交界处及后瓣瓣环用双头无创伤缝线作1~2针褥式缝合，两侧都衬垫片，结后短缩瓣环。 De Vega术（图2），用带双头针的无创伤缝线沿前瓣和后瓣瓣环作双层交叉连续缝合，两端进出针处各带一垫片，收紧缝线结，以缩短扩大的后瓣和前瓣基部瓣环。 Carpentier环固定术（图3），Carpentier环是仿照三尖瓣环形态，用不锈钢制成的椭圆形半圆环，外用涤纶布包裹，有不同的号码。手术时沿三尖瓣环放置褥式缝线，再缝于适合号码的Carpentier环上。结固定后即可将扩大的前

瓣和后瓣基部瓣环缩小，而使三尖瓣恢复对合良好。经改良的carpentier环，采用弹性材料制环，能适应心脏周期房室环的活动，减少缝合圈上的应力，从而减少撕脱的可能性。图1 三尖瓣关闭不全的瓣环缝缩术图2 De Vega三尖瓣成形术图3 三尖瓣关闭不全Carpentier环固定术（1）~（4）示手术步骤（5）示Carpentier改良型三尖瓣环 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