

1970: 1, 73, 124, 152

[11] Kirklin JW and Pacifico A.D. In Pediatric Surgery. ed 3. Ravitch MM, et al. eds. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1979: 706
 [12] Kirklin JW, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1980; 80: 594
 [13] Kirklin JW, et al. Ann Surg 1983; 198: 251

[14] Oku H, et al. Ann Thorac Surg 1978; 25: 822
 [15] Shaher RM, et al. Ann Thorac Surg 1983; 35: 421
 [16] Starr A, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1973; 65: 45
 [17] Venugopal P, et al. Ann Thorac Surg 1974; 18: 228

(1986 年 8 月 30 日收稿, 1986 年 11 月 10 日修回)

未破佛氏窦瘤合并室间隔缺损 2 例报告

例 1 男, 13 岁。主诉自幼发现心脏杂音, 近 2 年来感胸痛, 近日出现活动后心慌气急。主要体征: 胸骨左缘第 3~4 肋间 III-IV 级收缩期杂音伴震颤, 肺动脉第二音亢进。心电图正常。胸片示肺纹理增强, 肺动脉段突出, 左右心室扩大。二维超声心动图: 主动脉根部短轴观示右冠状窦指状扩张并突入右室, 瘤壁回声纤细光滑, 未见破口; 左室长轴观示右冠状窦乳头状突向右室流出道, 未见主动脉瓣脱垂征。Doppler 检查: 左室流出道内录到血流方向朝下的不典型湍流频谱。右心导管检查: 右室血氧含量较右房高出 1.4 vol%。升主动脉造影: 右窦有一囊袋向右室突出。主动脉瓣关闭不全, 造影剂回流至左心室。通过以上检查诊断为未破佛氏窦瘤合并室间隔。手术所见: 右冠状窦明显扩张, 窦底突向右室, 主动脉瓣关闭不全; 室上嵴型室缺(1.5×0.5cm), 其后上有一突出至右室的窦瘤未破(直径约 1.5 cm)。用补片将室缺和窦瘤一起修补, 主动脉瓣关闭不全自然纠正, 心脏杂音消失, 痊愈出院。

例 2 男, 11 岁。自幼发现心脏杂音, 易患上感。主要体征: 胸骨左缘第 3~4 肋间 III-IV 级收缩期杂音并伴震颤。心电图示左心室肥大。胸片肺血增多, 主动脉结不大, 左右心室增大。二维超声心动图: 主动脉根部短轴观示右冠状窦囊样扩张并突入右室, 瘤壁回声纤细、光滑, 未见破口。左室长轴观示右冠状窦乳头状突向右室流出道, 室隔上端回声中断(见图)。Doppler 检查: 右室流出道探及收缩期湍流, 主动脉瓣下未作 Doppler 检查。放射性核素心血管造影示左心室轻度扩大, 无明显分流影像。右心导管检查: 各腔室血氧含量差值和压力无异常。升主动脉造影: 右窦膨大, 向右前方突出, 冠状动脉出自佛氏窦上方。以上检查符合未破佛氏窦瘤合并室缺的诊断。

遂即作低温体外循环心脏直视手术, 见: 肺动脉

瓣下型室缺(1.5 cm), 右佛氏窦瘤经缺损突入右心室, 直径 1.0 cm。术后杂音消失, 治愈出院。

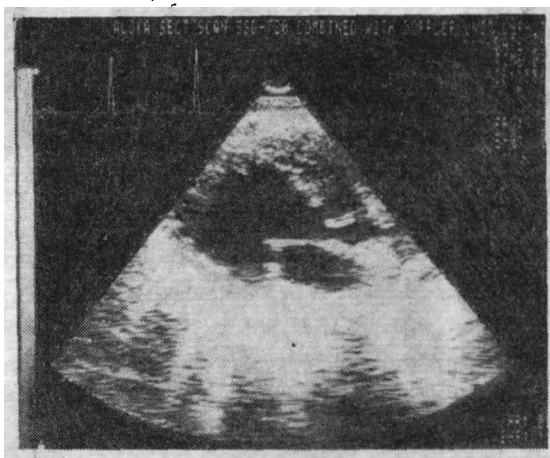


图 例 2 二维超声心动图(左室长轴观)示右冠状窦扩张突入右室

讨论

佛氏窦瘤破裂多见于青壮年期, 小儿时期较少发生。刘氏等报告 10 例, 最小 1 例 13 岁, 余 9 例均在 19 岁以上。阜外医院报告 100 例, 年龄 6~53 岁, 小于 9 岁者 5 例。佛氏窦瘤破入右室或右房, 引起左向右分流, 可发生心力衰竭, 如破入心包可引起心包填塞而死亡, 故应早作手术治疗。但如能在未破前手术治疗更为理想。未破的佛氏窦瘤多数临床上无症状和体征, 有些病例因主动脉瓣关闭不全而在主动脉瓣区有舒张期杂音, 有的因右室流出道梗阻而引起肺动脉瓣区收缩期杂音。无症状体征者有时在主动脉造影中偶尔发现。二维超声心动图对未破或已破的佛氏窦瘤有重大诊断价值, 可了解其形态、部位及大小, 与主动脉造影结果一致。本文 2 例主要特点是在胸骨旁短轴主动脉根部可见窦壁变薄、冠状窦扩大, 向右室突出, 胸骨旁长轴可见冠状

窦扩大向前方突出,有助于未破佛氏窦瘤的诊断。此外小儿多见室缺合并室隔瘤,与佛氏窦瘤合并室缺在二维超声检查表现相似,但前者可见瘤体收缩期突入右室,而佛氏窦瘤为舒张期突入右室,可助鉴别。作者还指出该病主动脉造影时如有主动脉瓣关闭不全表现而未见到扩大的佛氏窦,需排除单纯室缺合

并主动脉瓣关闭不全的可能。

(山东省立医院儿科 马沛然 曲声赞
汪翼 解青芳 山东省医学影像学研究所
彭世芳 侯家声)

右位永存动脉干型双腔心 1 例尸检报告

女,10个月。因发热、咳嗽、呼吸急促加剧2天入院。体检: T38.9°C, p140次/分, R32次/分。精神萎靡,面色苍白,口唇、四肢末稍指、趾发绀,指趾杵状,鼻煽。右心前区心尖搏动广泛,心界右侧明显扩大达腋前线,心音低钝,心前区可闻及SM、DM II~III,双肺痰鸣音。腹隆,肝左肋下3.5cm。胸部X线: 支气管周围炎,心脏右位。入院诊断: 右位心,法乐氏三联症,呼吸道感染,肝左位。追溯病史,患儿生后即口唇发绀,哭闹时明显。入院后经抗生素、激素、抗心衰及冬眠、物理降温、中草药等综合治疗,发热仍不能控制,两天后肺部出现湿性罗音,病情加重,嗜睡、烦躁交替出现,持续高热40°C,继而昏迷病情恶化死亡。尸体解剖结果:心脏右位,同正常呈镜向改变,心底仅见主动脉分出,主动脉弓位置基本正常,其上方分出三枝动脉。打开心脏,见室间隔及房间隔完全缺如,房室瓣5个,构成共同房室

口,关闭完全。大静脉位置未见异常。心房右侧见上、下腔静脉入口,相当左房后壁见四个肺静脉入口,心室仅见一个大动脉出口,位置相当,跨二室之间。近主动脉弓处左后方见一分枝,直径0.5cm,无瓣膜形成,经探针探寻,此分枝向下行2.5cm后形成左右分枝走入左右肺门,证实此分枝为肺动脉。心脏重70g。左肺二叶,右肺三叶,但右肺上、中二叶几乎完全融合,仅在前内侧有1.5cm叶间裂。腹腔所有脏器均与正常脏器左右位置相反。肝重312g。脾共5个,两个较大,另3个如蚕豆大,5个脾同在一处于脾门借脾蒂相连,脾总重570g。最后诊断: 右位永存动脉干型双腔心,腹腔脏器完全性大转位,多脾畸形。

(黑龙江省齐齐哈尔第一医学院
儿科 宋佩兰)

小儿紊乱性房性心动过速 33 例分析

上海医科大学儿科医院 聂淑文 洪黛玲 宁寿葆

内容提要 紊乱性房性心动过速(简称CAT)是一种少见的心律失常。本文报道1973年1月~1984年5月所见33例CAT,其中男20例,女13例,年龄1天~12岁。主要伴发病为病毒性心肌炎、先天性心脏病和呼吸道感染。临床表现以呼吸道和消化道症状为主,婴幼儿多无症状,年长儿多述心悸、胸闷、头晕。33例心电图均符合紊乱性房性心动过速的心电图特征。33例进行抗感染和抗心律失常治疗结果:治愈13例,好转12例,无效6例,死亡2例。16例进行2~11年随访,除1例遗留房颤外,15例经心电图、超声心动图、X线摄片及左心功能测定均正常。

紊乱性房性心动过速(Chaotic atrial tachycardia 下简称CAT),是一种少见的心律失常。小儿CAT与成人比较,在病因、预后及发病机制方面均有较大差异。现将本院自1973年1月~1984年5月共33例报道如下。

资料分析

一、一般资料

本组33例中,男20例,女13例。年龄最小1天,最大12岁;<1月6例(18.2%),1月~1岁16