

选择性冠状动脉造影 17 例报告

山东省立医院 王克平 朱兴雷 杨国钧

资料和方法

病例：本组17例，男14例，女3例，年龄13~70岁，平均43岁，临床诊断冠心病5例，可疑冠心病1例，法鲁氏四联症3例，法鲁氏三联症1例，佛氏窦动脉瘤破裂3例，风心病1例，房间隔缺损1例，Ⅲ°AVB1例，心肌病1例。

方法：本组17例中，9例采用Sones导

管及其技术，其中1例因无名动脉与主动脉弓交角畸形改用Judkins法。8例采用Judkins导管及技术。

记录方法：3例采用X线电影摄影，14例采用录相方法。

结果：本组17例中，12例冠状动脉无异常发现，5例冠心病，结果见表1：

并发症：1例用Judkins法腹股沟穿刺处血肿；1例Sones法前臂切口轻度感染；

表1 5例冠心病冠脉造影结果

病例	临床诊断	X线造影所见		左室造影 (LVG)	记录方法	造影诊断
		右冠 (RCA)	左冠 (LCA)			
1	不稳定性心绞痛	第二段狭窄70%	前降支 (LAD) 狭窄80%	正常	录相	冠心病
2	心绞痛	第二段轻度狭窄并痉挛	正常	正常	录相	冠状动脉痉挛
3	心绞痛	第二段狭窄90%	左旋支 (CX) 狭窄95% 前降支狭窄90% 对角支狭窄70%	左室腔小室壁厚且动度小	电影	冠心病左室功能减退
4	陈旧性下壁心肌梗塞	第二段狭窄98%	前降支、对角支 (D ₁) 狭窄70%，左旋支狭窄100%	左室1、2段运动减弱，左房区显影	电影	冠心病左室功能减退，二尖瓣关闭不全
5	陈旧性下壁心肌梗塞	100%阻塞侧支循环丰富	LAD Squeezing	正常	电影	冠心病

当导管进入左室后，9例出现室性早搏。本组病例无栓塞者。

讨论

适应症：冠状动脉造影可以在以下几个方面提供可靠的诊断资料：1、冠状动脉分支直径在0.1mm以上即可清楚地显示；2、冠状动脉内径大于1mm的所有分支，其管腔狭窄在20%以上时，或全部阻塞的病变均可证实；3、冠状动脉交通支在0.1mm时，不但能清楚显示图象而且也显示其灌注的远端；4、可证实冠状动脉痉挛并可与狭窄性病变相区别；5、心肌桥 (myocardial bridge)；6、冠状动脉钙化；7、心肌的冠状动脉外灌注 (内乳动脉)；8、冠状动-静脉瘘；9、左室造影可证实心肌梗塞引起的室壁瘤、间隔穿孔、二尖瓣返流。因此，该技术主要适应症为冠心病，也常用于(1)主动脉瓣病变伴有胸痛的中年以上患者，于瓣膜置换前必须进行检查；(2)先心病，特别是紫绀型心脏病，因大约有1~5%的病例可合并冠状动脉畸形，在进行右心导管

检查的同时，必须进行冠状动脉造影 (可经动脉)；(3)不明原因的胸痛；(4)心电图ST-T异常，不能确定其病因者，特别是疑有心肌病者，在作心内膜心肌活检前，应先做冠状动脉造影术^(1,2)。

关于方法的选择：目前国内各医院基本采用两类方法^(1,3)，Judkines法和Sones法，而Amplatz法多在上述两种方法不成功时才被采用。但无论采用那种方法，都可取得较好的效果，并发症很少发生 (3%以下)。两种方法有几个方面的不同，因而一些实验室常根据自己的条件择其一使用。两种方法比较见表2。

表2 两种方法比较表

	Sones 法	Judkins 法
成功率	95%以上	98%以上
优点	术中不必更换导管可完成检查	需更换三种导管
创伤	切开动脉，创伤较大	穿刺动脉创伤小
并发症	1、因进路短，栓塞少 2、导管尖端较细长，不易嵌闭冠状动脉，且极易退出，不易损伤内膜	1、进路长，主动脉多有硬化易有脱落物栓塞 2、导管尖端细部分短易嵌闭冠脉；当意外发生时，不易迅速退出
技术要求	需经一定训练	较易掌握

阅片中的几个问题：1、心肌桥，即冠状动脉穿壁支。常见部位为左前降支。近年来发现其它分支偶可有此现象，特点是在收缩期该支动脉局部显著狭窄，舒张期完全正常^(1、2)。其重要性在于与器质性狭窄鉴别，本组例4有此表现。

2、冠状动脉痉挛，极易发生于右冠状动脉，导管检查过程中可由导管刺激引起，多位于导管尖端，后退导管即可缓解。发生于第二、三段的痉挛，可为自发或诱发。在导管检查中，可使用硝酸甘油缓解；用冷水浸泡左手可诱发痉挛，此二点可与器质性狭窄相鉴别⁽¹⁾。本组例2，造影时发生痉挛，服硝酸甘油缓解。

3、左冠状动脉主干病变的识别。左冠状动脉主干病变，主要位于后方，轻时不易辨认（50%），此时除加半轴位，并需特别注意造影充盈之初或之末的特点，必要时倒放影片注意有无充盈缺损⁽²⁾。

4、100%阻塞或95~99%（次全）阻塞的识别一般不难，有时也可混淆。但前者狭窄远端晚期充盈良好，后者一般均无良好充

盈（除非已建立侧枝循环）。

5、关于左室功能，主要靠两个方面的资料，其一为血液动力学资料，即左室舒张末期压（LVEDP），左室心肌收缩力（ dp/dt ）及左室射血分数（EF），测量右前斜位左室舒张末期容积及收缩末期容积，即可求得EF值。其他指标可直接测量。其二为左室造影图像，根据心室壁各段收缩动度判断各部位之病变情况，其运动情况可分为正常、动度减弱、运动消失、收缩无力、矛盾运动、室壁瘤六种表现⁽²⁾。本组例3左室腔容量小，运动速度及幅度显著减小；例4左室1、2段运动幅度及速度明显减弱，并有造影剂逆流入左房，以上表现提示左室功能减弱，例4尚有二尖瓣关闭不全。

参考文献

1、GROSSMAN W: CARDIAC CATHETERIZATION AND ANGIOGRAPHY 147-168 2nd Edition 1982.

2、山口洋著：冠状动脉造影新法：58-61. 第一版发行，东京都，1974.

3、REAM A, K: ACUTE CARDIOVASCULAR MANAGEMENT 69-126, NEW YORK, 1982.

多 毛 细 胞 白 血 病 一 例 报 告

益都卫校 杨学水

益都中心医院 郝俊功 王方

郭某，男，61岁。因左上腹部包块进行性增大伴食欲不振及全身无力半年于1986年7月28日入院。

查体：T36.8℃，P90次，BP120/70。发育正常，贫血貌不明显，营养一般。全身皮肤无出血点，浅淋巴结无肿大，头颅无异常，胸骨无压痛，心肺听诊正常。肝剑突下未触及，右肋下2厘米。脾明显肿大，甲乙线20厘米，甲丙线25厘米，丁戊线5厘米，质中等硬，表面光滑，触痛不明显。

实验室检查：Hb12g，WBC21,600，N9%，嗜酸性1%，淋巴球35%，非典型淋巴55%，BPC8万，BT：2min，CT：2min，ESR2mm/h，HBSAg阴性。肝功能正常。B超：提示肝大，门静脉高压。

骨髓穿刺结果：①骨髓有核细胞增生活跃；②淋巴样细胞异常增多，比值高达49.5%；③粒、红二系增生尚可，比值相对

减低；④巨核系增生良好，血小板多见；⑤浆网未见明显异常，多为颗粒型网状细胞；⑥白细胞可见明显增多，毛细胞约占83%。

脾穿刺涂片：镜下多为淋巴样的网状细胞约占94%。

病人确诊以后，用长春新碱和强的松进行治疗一周，脾明显缩小，食欲好转。病人不同意手术治疗而回家继续化疗。

讨论：多毛细胞白血病较少见，其主要特点是：1、脾脏无痛性进行性增大伴食欲不振、全身无力为主要临床症状；2、巨脾，触痛不明显为主要体征；3、无畏寒发热，肝功能正常，血小板减少，白细胞增多，色素正常。

多毛细胞白血病的诊断主要依靠脾脏穿刺涂片和骨髓穿刺。

目前无统一治疗方案，我们对该病人实行长春新碱和强的松治疗一周，脾脏明显缩小，食欲好转，远期疗效待随访。