文章编号:0253－3626(2003)01－0111－01

主动脉弓走行异常 1 例

李骊华，马康华，杨自容，李　越

(重庆医科大学临床学院心内科,重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R543.1　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2002－01－09

1　临床资料

患者、男、78 岁,因反复发作心绞痛 4 年,加重 4 月入院。入院检查,气管左移,心界不大,心率 84 次/min,律齐,无杂音;心电图为电轴轻度右偏,下壁原发性 ST－T 改变;胸片示:双上肺陈旧性结核,左上肺胸膜增厚、粘连,左肺门向外上移位,气管、纵膈及心脏向左侧移位,心影狭小;考虑冠心病,行冠脉造影检查以明确诊断。

采用 Judkins 法行冠脉造影术,C 臂 X 光机正后位透视,经右股动脉穿刺插管、术中见左冠脉造影导管(J6FL4)依次经右股动脉、髂动脉逆行至主动脉弓部时,在透视下反复试送,均转向降主动脉左侧(正常时,应转向右侧)并下行至升主动脉中段,当造影导管沿升主动脉下降至主动脉窦时则转向了右侧(正常时应转向左侧)。然后向左旋转造影导管并向前轻轻推送,使导管到达左冠脉口,行左冠脉造影。随后进行了右冠脉造影,示右冠脉近中段病变,安置了 AVE 4.0mm×24mm 支架,手术顺利,术后病人心绞痛症状消失。

2　讨　论

冠脉造影术中发现因动脉硬化致髂动脉、降主动脉走行迂曲者较多,外科手术中遇见血管先天畸形者较多。

主动脉弓中断合并动脉导管未闭和室缺[1]、主动脉闭锁合并室缺[2],主动脉窗伴右冠状动脉起源异常[3],胸主动脉异常走行并发食管癌者[4]均有临床报道,但尚未见升主动脉扭转到降主动脉左侧的报道。

本例患者于 43 年前曾行左上肺叶切除术,术后的残腔充填,可出现余肺复张,膈肌上移,左上侧胸廓塌陷、纵隔轻度向左侧平行移位等变化;加之左上肺胸膜增厚、粘连,由此气管、纵隔、心脏均向左侧移位,但升主动脉不应扭转到降主动脉左侧。本例患者已行手术几十年,虽然无术前、术后胸片的对比,但由于肺结核病及肺叶切除术均不会导致类似异常的血管走行,因此,患者有可能为先天性血管畸形。

有报道冠脉造影术中因右髂动脉严重硬化,迂曲呈"Z"型,最后导管呈近似"S"型通过右髂动脉到升主动脉在术中也发现许多右髂动脉硬化、迂曲者,最典型 1 例患者从右髂动脉逆行至升主动脉,血管走行近似"弓"字型,造成导管在血管腔内走行不畅,导管张力增加。这种情况下宜选用长导管鞘,跨过迂曲部位,减少导管的张力。

经此例报告说明:术前检查除超声心动图外,应有胸片资料,对整个纵膈、心脏和双肺的形态、结构有全面的了解,才能对血管走行异常的情况有充分的估计和认识,术中遇见血管畸形时,应认真分析,选用合适的器材,操作应仔细、规范,手法要轻柔,切忌动作粗暴、急躁,做到稳妥可靠,才能使手术顺利完成。



图 1　根据造影导管走行可判断升主动脉在降主动脉左侧

参　考　文　献

[1]　李新民,张仁福,汪曾炜,等.主动脉弓中断合并心内畸形的外科治疗[J].中华胸心外科杂志,2000;(1):46.

[2]　Black MD, Smallhorn JF, Freedom RM. Aortic atresia with a ventricular septal defect: modified single－stage neonatal biventricular repair[J]. Ann Thorac surg, 1999;67(3):751－755.

[3]　Grunenfelder J, Zund G, Vogt PR, et al. Aortopulmonary window with anomalous origin of the right coronary artery[J]. Ann Thorac surg, 1999;67(1):233－235.

[4]　王延明,臧玉林,李险波.完全性心包缺如、胸主动脉异常走行并发食管癌 1 例[J].中华胸心外科杂志,1999;(2):120.

[5]　侯玉清,刘伊丽,贾满盈,等.选择性冠状动脉造影术导管断裂的处理[J].中国介入心脏病学杂志,1995;3(2):64.

作者介绍:李骊华(1970－　),女,主治医师,硕士,
主要研究方向:冠心病的诊断和治疗。