维普资讯 http://www.cqvip.com

281

心脏病，超声动图，心外因素，诊断

第21卷 第3期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.3

1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1996

超声心动检测对心外因素所致心脏杂音的诊断体会
——附2例报告

第一医院超声心动图室 邓琼珍

中图分类号 R541.04

冉某，男，34岁，农民。低热、咳嗽、左胸隐痛9月，劳力性心累、气急、痰中带血7月，吞咽困难3月，经正规抗痨治疗7月无效，于1988－06－27入肺科。既往无心脏病史。

T37.2℃，P100/min，R22/min，BP11.9/7.9kPa，神清，消瘦。左锁骨上可扪及2个绿豆大淋巴结，气管左移，左肺语颤减弱，叩浊，呼吸音明显减弱。右肺(－)。心尖搏动在左锁中线内，搏动弥散，心浊音界不易叩得，律齐，心尖区可闻及Ⅲ级收缩期杂音，舒张中晚期隆隆样杂音，临床拟诊风湿性心脏病二尖瓣双病变。

超声心动图 B型：左室长轴观，可见心外有一12cm×9.8cm光团，包膜较清晰，回声不均质，压向左房、挤压左房室环及部分左室。左房呈一狭缝，左房室口狭小，二尖瓣开放受限，后叶下移。M型：4区 左房内径仅10mm，左房之后见12cm宽的条状回声；2b区 二尖瓣前后叶异向，全收缩期后叶向后移位，呈吊床样改变。

胸片 心影轮廓不清，左下肺叶不张，并可见12cm×10cm大的密度不均、界限模糊的肿块，x线诊断肺癌。纤维支气管镜检，发现左支气管开口下2cm处管腔内有新生物突出，表面尚光滑，易出血，诊断支气管肺癌。

韦某某，男，50岁，农民。心累、气促来院就诊。体检：消瘦，贫血貌，心率85/min，律齐，心尖区可闻及Ⅲ级收缩期杂音。

超声心动图 B型：左室长轴观，可见心外有一4.5cm×3.7cm的光团，边界较清楚，形态基本规则，回声不均质，紧靠左房室环，压迫部分左室、左房。二尖瓣关闭错位。M型：3区 二尖瓣前叶双峰，搏动幅度不低，左房之后可见3.7cm宽的中等强度的条状回声；2b区 二尖瓣前后叶异向，后叶收缩中晚期向后移位，似吊床样改变。前后叶回声纤细，反光不强。2a区 左室增大，舒张末内径60mm，收缩末内径43mm。

胸片 左肺门有一串珠样高密度影，左肋膈角消失，左膈面模糊，左心缘界限不清，提示左下肺野有改变。结合80mA透视，左心缘后有一3.5cm×3.5cm大小的块影，致左膈有幕状阴影，左膈升高。侧位左肺门有一肿大的淋巴结。心影主A型，心腰凹陷，考虑左肺Ca。

讨论 心尖区杂音，临床一般诊断为二尖瓣病变或左房粘液瘤。此二例，一例临床诊断为风湿性心脏病二尖瓣双病变；另一例的申请单上，提出注意有否二尖瓣病变。超声对二尖瓣病变及左房粘液瘤的诊断具有特异性。此二例的超声心动图显示，二尖瓣前后叶纤细，活动无僵硬状，前后叶异向；左房内亦无异常回声团。而心外有一回声团压迫左房、左房室环及部分左室，心脏失去正常形态。故我们认为，心尖区的杂音系心外因素所致，而非瓣膜本身病变或左房粘液瘤造成。两例均有的心尖区收缩期杂音，可能是由于二尖瓣后叶根部受压而向前、下移位，使后腱索相对变长(超声实时显像可见后腱索较松驰)，以致后叶脱垂而造成二尖瓣关闭不全。一例心尖区的舒张期杂音，与其心外回声团较大有关。较大回声团压迫左房室环及部分左室的程度显著，导致二尖瓣开放受限而呈狭窄。此两病例，诉心累、气急，在外诊断为"风心病"，或未查出病因。来我院经超声心动图检查，发现心外回声团后，建议作摄片等检查，即诊断为左侧肺Ca。因此，超声心动图检查能及早发现心脏周围某些病变，对正确诊治有一定帮助。

(收稿日期 1996－01－23)