DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.04.031

冠状动脉瘘10例X线分析

孙清荣 易习之 戴书华 彭 勇 卫致孝*（第三军医大学新桥医院 放射科）630037

本病为一少见的先天性心血管病，发病率占先心病0.2%～0.25%[1]。近10年来国内外对本病报道增多[2-5]，但普通X线诊断难以确诊，主要依靠造影检查，现将我院近13年来，经手术证实且资料完整者10例，作回顾性分析，以求提高对本病的认识。

1 临床资料

男性儿童9例（5岁～12岁），成年女性1例（23岁）。均于生后发现心脏杂音，3例无明显症状，余者活动后气急、心慌。2例剧烈活动后紫绀。8例右或左冠状动脉（以下简称冠脉）右室或右房瘘，胸骨左缘或右缘3～5肋间闻及连续性杂音，P_2增强，脉压为5.3kPa～6.7kPa。2例右冠脉左室瘘于胸右缘3～4肋间闻及双期杂音，P_2正常，脉压各为6.4kPa及9.3kPa。手术发现，4例右冠脉右室瘘，见右冠脉扩张、扭曲进入右室。3例左冠脉右室瘘，前降支扩张、迂曲下行入右室。1例左冠脉右房瘘见其回旋支扩大进入右房。2例右冠脉左室瘘示右冠脉显著扩张，扭曲进入左室，上述冠脉增宽多为1.0cm～2.0cm，进入心腔处呈喇叭状扩大。

2 X线表现

2.1 平片

2.1.1 7例右或左冠脉右室瘘，心影多呈二尖瓣型，1例心脏大小正常，余为轻～中度增大，3例左右室增大，仅右室或左室增大各为3例及1例。肺血轻～中度增多，肺动脉段凸出，主动脉结6例增宽及1例正常（图1），胸透或（和）记波片见主动脉及左室搏动增强，其中3例右冠脉右室瘘，于轻度左前斜位

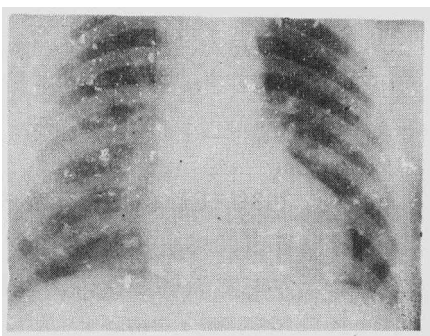


图1 左冠状动脉右室瘘平片，二尖瓣型心脏，左右室增大，肺动脉段平直，肺血多，主动脉结稍宽。

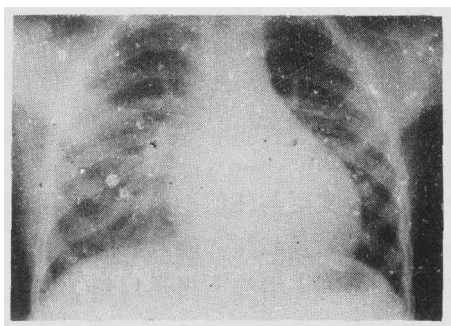


图2 右冠状动脉左室瘘平片，主动脉型心脏，主动脉宽，左室轻度增大，肺动脉段凹陷，肺血正常。

* 西南医院放射科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

或正位见心右前缘异样隆起。记波片见该处搏动强或搏动不规则。

2.1.2 1例左冠脉右房瘘，心脏呈二尖瓣型，右室中度增大，余房室稍大，肺动脉段明显隆凸，肺血稍多，主动脉结稍宽。

2.1.3 2例右冠脉左室瘘呈主动脉型心脏，心脏轻度及高度增大各1例，主要左室大，主动脉结显著增宽，肺动脉段凹陷，肺血正常或偏少（图2）。记波片见主动脉及左室波幅强及陷落波。其中1例左前斜位片见心右前缘呈波浪状隆起（图3）。上述10例平片初诊仅2例正确，8例误诊。

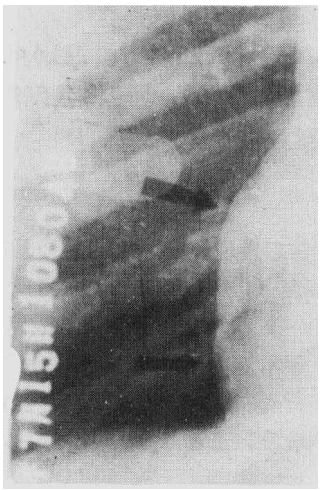


图3 图2病例，左前斜位片，心右前缘呈波浪状，为扩张之右冠状动脉。

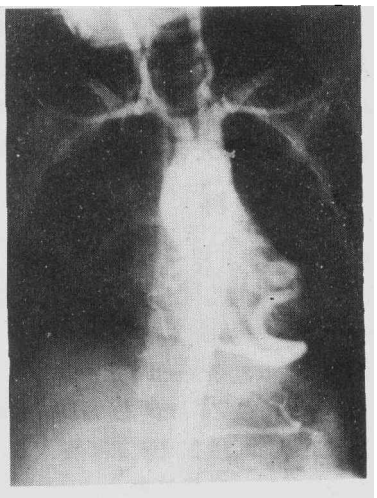


图4 左冠状动脉右室瘘，升主动脉造影：左冠状动脉前降支呈蚯蚓状扩张，绕心尖下行进入右室。

2.2 9例升主动脉造影

2.2.1 左右冠脉右室瘘各3例，右冠脉主干、锐缘支及左冠脉前降支均扩张、扭曲进入右室，入口处均膨大。右室、肺动脉相继显影，升主动脉增宽（图4）。

2.2.2 1例左冠脉右房瘘回旋支粗大，斜向右下方入右房。

2.2.3 两例右冠脉左室瘘见右冠脉扩张，向下及向左流入左室，末端膨大，升主动脉及左室重复显影，主动脉显影延长。

3 讨 论

冠脉及分支可与任何心腔及大血管直接相通。据Levin[2] 363例统计，本症累及左或右冠脉分别为50%及42%。瘘入右房、室、肺动脉及冠状静脉窦者占90%，其中右室占41%、左室仅3%。刘玉清等[3]报道14例，累及右冠脉11例，多瘘入左右室及肺动脉等。本组资料表明，累及右冠脉多于左冠脉，瘘至体静脉循环侧多于体动脉循环侧。

冠脉右室瘘为右室水平的左向右分流的X线表现。平片应与主动脉窦瘤破至右室及动脉导管未闭鉴别。前者有突然发病史，如心慌、呼吸困难及心衰等，心影多为中～高度增大。动脉导管未闭杂音部位高于本症，半数见漏斗征，本症则无。冠脉左室瘘宜与主动脉瓣关闭不全鉴别，主动脉瓣关闭不全多见于成人，主动脉瓣区有舒张期杂音。本症儿童多，自幼发现双期杂音。而平片常难以区分上述疾病。本症平片唯一特征表现是患侧冠脉扩张、纡曲所形成心缘异常隆凸。刘玉清等14例中6例有此象，本组4例发现心脏边缘不自然隆起，依累及左或右冠脉的行径，于正、斜或侧位多可察见。计波片见该处搏动强或搏动不规则。余6

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

例未进行多轴位透视摄片。升主动脉造影或选择性冠脉造影为确诊本症最重要手段，不仅能区别主动脉分流的其它疾病，且能显示患侧冠脉形态、走向、瘘口位置及瘘入心腔等，为手术提供有利条件。

关键词 冠状动脉瘘；X线

参 考 文 献

1. 邓东安 侯传举，主编。先天性心脏病影像诊断学。沈阳：辽宁科学技术出版社 1988:215
2. Levin DC, Fellows KE, Abrams HL. Hemodynamically significant primary anomalies of the coronary arteries: angiographic aspets. Circulation 1978; 58:25
3. 刘玉清 戴汝平。冠状动脉瘘的放射诊断。中华放射学杂志 1979; 13:200
4. 于秀章 郭静萱 胡旭东，等。冠状动脉瘘5例报告。中华心血管病杂志 1981; 9:37
5. De Nef JJE, Varghese PJ, Losekoot G. Congenital coronary artery fistula. British Heart Journal 1971; 33:857

（收稿：1991.01.16；修回：1991.06.14）

脑内胶质瘤术后的CT分析

王文献 易习之 彭 勇（第三军医大学新桥医院 放射科）630037

脑内胶质细胞类肿瘤最常见，外科手术常难以彻底切除，因此术后的CT随访很有必要。我们收集本院及外院送检病人54例，均经一次以上手术病理证实，本文就其术后的复查时间及复发等问题作一分析。

1 资 料 与 分 析

1.1 一般资料

54例中男性37人，女性17人，年龄11岁～60岁，其中20岁～50岁者31人，占57.4%。

1.2 病理分类与复发

星形细胞瘤40例，Ⅰ～Ⅱ级25例，复发9例。Ⅲ～Ⅳ级15例，复发8例；多形胶质母细胞瘤6例，复发5例；室管膜瘤2例均复发；髓母细胞瘤2例有1例复发；少枝胶质细胞瘤2例术后均见有钙化灶残留；1例神经节胶质瘤；1例胶质细胞混合瘤术后14年未见复发征象。

1.3 复发的CT表现

增强扫描显示为不规则环状、斑片状和结节状强化病灶，伴有不同程度的水肿区和占位效应。其中有1例恶性星形细胞瘤和1例多形胶质母细胞瘤分别于术后14 d及12个月发生脑室内转移，病人症状、体征迅速恶化。另外见术后局部脑出血1例，硬膜下血肿、积液各1例，梗阻性脑积水3例，穿通畸形1例，其余可见手术区大小不等的软化灶等。

1.4 术后的复查时间

术后1 d～14年不等。≤3个月者32例，其中19例在术后系列扫描中，14例强化病灶持续存在而诊断为肿瘤复发。另外5例病灶明显吸收好转；半年以内者9例，有6例复发；2年以内者11例，5例复发；2年以上者2例均未见复发。

2 讨 论

脑内胶质瘤由于生长不规则，边界不清及多源性生长的特点，再加上一些部位深在或毗

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net