DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.05.018

先天性心脏病三房心诊断的探讨

鲁云敏 祝善俊 翟 瑜（新桥医院 心内科）

先心病三房心是1种罕见的先天性畸形，发病率占先心病的0.1%，国内仅有少数报道。我院近3年来应用2-DE、心血管造影检查诊断三房心3例，并经手术证实，现报道如下。

资料与方法

本组3例男性1例、女性2例，年龄3～18岁。3例术前均经胸片、心电图、心导管、心血管造影、2-DE等项检查。

仪器：采用美国MK600型超声心动图显像仪。此机具有二维扇形实时显像和超声脉冲Doppler血流分析双重功能，探头频率3 MHz，取胸骨旁左室长轴切面及各短轴切面，心尖四腔切面探查。

结果

本组3例病人术前均行心电图、胸片、心导管检查、心血管造影及2-DE检查。其中心血管造影和2-DE检查与手术的符合率分别为66%和100%，见附表。

附表 3例患者各种检查及手术结果

例号	心电图	胸片	心导管 右室压力	心导管 肺动脉压力	心血管造影	2-DE	手术所见
例1	窦性心律 右室肥大	双肺充血 右房、右室增大	5.33kPa	5.33kPa	肺动脉造影副房及左心房显影，其内有一透光带	长轴及四腔切面左房内可见一分隔回声，分隔中部见一缺如回声直径约0.8cm	左房内可见一纤维性分隔，其中部有直径约0.8cm的缺口
例2	窦性心动过速，右室肥大	双肺充血 右房、右室增大	4.13kPa	4.13kPa	肺动脉造影心上型全肺静脉畸形引流伴房缺	四腔平面左心房可见异常带状回声，并将左心房分成二腔	左房内有一纤维性隔膜将左心房分成二腔
例3	窦性心律 右室肥大	双肺充血 右房、右室增大	8.53kPa	8.53kPa	肺动脉造影副房及左心房均见显影，其间有一透光带	长轴及四腔平面见左房内有一回声增强的光带，一端与左房后壁相连，一端与房隔的上端相连，其隔膜上可见裂孔0.6cm，房间隔有双重缺损	左房内有一纤维性隔膜，其上及房间隔上均有约0.5cm大小之缺损
手术符合率					66%	100%	

讨论

三房心是指左心房被纤维肌性隔膜分为两心房腔，加上右心房称为三房心。它是1种少见的先天性心脏畸形，常合并心脏其它畸形，如房间隔缺损（房缺），肺静脉畸形引流，动脉导管未闭，临床上常易误诊。为引起临床上重视，现作简要分析。

一、临床表现及诊断[1][4][5]

三房心因为解剖上有许多变异，临床表现酷似房缺或异位肺静脉引流。如若副房血

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

流直接或间接分流到右房，则血流动力学改变类似房缺。本文3例均以房缺或房缺合并异位肺静脉引流而收入院。入院后经查体、心电图、胸片、心导管等项检查无1例提示三房心，后经2-DE检查、心血管造影始得确诊。因本病手术疗效好，本文3例皆痊愈出院。反之，术前诊断不明确，例如Ⅰ型三房心，若误为单纯房缺，而未切除左房内的异常隔膜而行房缺修补术，致使肺静脉的副房血液无通路，造成肺静脉回流受阻，必然导致术后病情突然恶化，甚至死亡。所以术前诊断至为重要。文献上提到有下列情况（1）临床酷似风心病，有肺瘀血，但左房不大者；（2）胸骨左缘至心尖区有收缩期杂音，尤其伴有震颤，但无左房、左室大者；（3）听诊和心导管检查提示大房缺，但收缩期杂音伴有震颤；（4）心导管检查，肺动脉压、肺楔状压高而左房压不高者，均应想到三房心之可能。

二、2-DE对先天性三房心的诊断[2][3][5]

近年来2-DE是用于诊断三房心的1种新的检查手段。本组3例三房心均清楚显示左房内有附加线性回声，将左房分隔成两腔。例3附加线性回声显示超声失落，同时可见双房隔缺损。2-DE优于右心导管、心血管造影、胸片。对心脏各个切面可反复探查，能观察心内结构，能清楚显示左房内异常隔膜。本文3例经2-DE检查与手术符合率100%，心血管造影与手术符合率66%，故2-DE检查对本病诊断有重要价值。

参考文献

1. 曹风侍。心血管病译文 1986；4:32
2. Smollborn JF, et al.Br Heart J 1981; 46:30
3. Righy MI, et al Br Heart J 1981; 46:403
4. 阙绪光。中国超声医学杂志 1987；3:267
5. Canedo MI, et al.AM J Cardiol 1977; 40:615

（收稿：1989.2.28；修回：1989.6.27）

常量利多卡因引起呼吸心搏骤停原因的探讨

杨国芳（新桥医院 心内科）

利多卡因（Lid）目前广泛用于防治快速性心律失常，一般用量安全，超量可引起呼吸抑制、心搏骤停等不良反应[1]。但我院遇到2例病人，而是在常规剂量下引起了呼吸、心搏骤停的危急征象，实属罕见。

例1，男，11岁，体重25kg。因心脏杂音5年、活动后心慌气急2年，于1984年4月入院。经体查、胸片及心脏B超均提示先天性心脏病、室间隔缺损。为进一步确诊及了解肺动脉压力情况，行右心导管检查。检查术中每当导管触及心室壁时，即出现顿发室性早搏及短阵室速，故给予Lid50mg加10%葡萄糖液20ml静注，时间5 min，注入后患者面色苍白、烦燥不安，一声惊叫，随之四肢抽搐，眼球上翻，意识丧失，呼吸、心跳停止，心电示波器成一直线。立即拳击心前区，胸外心脏挤压，人工辅助呼吸，静脉推注安定5 mg。40s后抽搐停止，呼吸、心跳恢复，神志清醒。15min后，静脉滴注Lid 1～2 mg/min，继续心导管检查，未再出现不良反应。

例2，女，33岁，腹胀、浮肿、劳力性心慌、气促半年，于1988年2月3日入院。经胸片、心脏B超、心电图及其它多种检查，诊断为充血性心肌病、慢性全心衰竭、心源性休克。1日，患者突感心悸、不适。心电图显示室性心动过速（室速），心室率140～180/min。用Lid50mg加入10%葡萄糖液10ml内静脉推注，5 min推完后，病人四肢抽搐、

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