DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.06.034



状，大小不一，内含巧克力色液体。手术切除囊肿，送病理检查，病理诊断为肠系膜多房性淋巴管瘤。术中取脾组织做病理检查，未见异常。术后康复出院。

肠系膜囊肿临床上少见，可为先天性发育异常，或为寄生虫性和外伤性囊肿，或属于新生物类，如囊性淋巴管瘤。囊性淋巴管瘤儿童多见，好发于回肠系膜，有的弥漫分布于整个小肠系膜。本例系成年患者的横结肠系膜的囊性淋巴管瘤。由于病变向脾区生长，遮盖部分脾脏并与之广泛粘连，致使B超等检查提示脾脏病变。诊断本病主要依靠临床表现，对左上腹包块、胀痛伴消化道症状，B超提示囊性病变而难以用其它疾病解释者，应想到此病。

（收稿：1988.4.16；修回：1988.6.3）

# Lutembacher's综合症一例

曾会昌 王玉阶 龙子善 陈虎平 朱金如 （西南医院 胸外科）

患者女性，25岁，因活动后心慌、气促10个月，加重伴双下肢水肿1月于87年5月5日入院。查体：BP14.1/10.7kPa，二尖瓣面容，无紫绀，颈静脉轻度怒张，心界向左扩大，胸骨左缘第二肋间扪及收缩期细震颤，心尖区第一音增强，闻及2/6级收缩期吹风样杂音及舒张期隆隆样杂音。胸骨左缘第二肋间闻及4—5/6级粗糙的吹风样收缩期杂音，$P_2$亢进。肝肋下扪及3cm。心电图：电轴右偏，左右房大，右室肥厚劳损。超声心动图：左房40mm，左室30mm，右房52mm，右室62mm。房间隔中断3.5～4.0cm，二尖瓣增厚，后瓣明显，活动较差，短轴开口0.7×1.6cm。胸片：双肺血多，主动脉结小，肺动脉段突，右下肺动脉直径2.5cm。心脏呈二尖瓣型，右房右室明显增大，可见双心房影，心胸比例0.67。术前诊断：先天性心脏病，继发孔房间隔缺损合并风湿性心脏病，二尖瓣狭窄。心功能3级。

同年6月17日在低温全麻体外循环下行二尖瓣交界分离及房缺修补术。术中探查左右房及右室显著增大，主肺动脉增粗，主肺动脉与升主动脉比例为4：2。经右心耳探查：下腔型房缺4.0cm，通过缺损探查二尖瓣口1.2cm，无回流，瓣膜边缘增厚粘连，无钙化。大瓣活动好，瓣下无粘连。经房缺用扩张器分次扩张分离二尖瓣口至3.3cm。房缺直接“8”字缝合修补。术后经过稳定，心脏杂音消失。出院时心功能明显改善，心影缩小，胸心比例为0.57

## 讨 论

Lutembacher's综合症是一种少见心脏病。在一组25 000例尸检中仅发现5例[1]。它的主要畸形包括继发孔房缺合并二尖瓣狭窄。有的作者也提出了广义的概念，认为除了典型的Lutembacher's综合症外，还将包括继发孔房缺合并其它二尖瓣有病理改变者均属本综合症[1]。本例术中见二尖瓣瓣膜增厚粘连，为风心病二尖瓣狭窄合并先心病继发孔房缺，属广义的Lutembacher's综合症。由于二尖瓣狭窄，阻碍了血流进入左室，经房缺的左→右分流显著增加，体循环血减少肺循环血增多，表现为特征性肺动脉巨大扩张。病人常感疲乏气促。自开展无创性超声心动图检查以来，诊断不困难[2]。手术在低温体外循环下一次完成。二尖瓣狭窄经房缺行交界切开或用器械行交界分离术。对合并二尖瓣闭锁不全者，可根据病变程度行二尖瓣成形术或瓣膜置换术。

## 参 考 文 献

1. Graham and Rossi E. Heart Disease in Infants and Children. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1980:235
2. 高秀蓉，等。二维超声心动图诊断鲁登巴赫病一例。临床心血管病杂志 1987；3（2）：103～104

（收稿：1987.10.26；修回：1988.8.10）

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