DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.02.031

右冠状动脉左室瘘（附一例报告）

史鉴运 刘欲团 张载高（第二附属医院 胸外科）

右冠状动脉左室瘘较为罕见，我科治疗一例报告如下：

临床资料

病人男，12岁，自幼活动后心慌气急于1985年11月入院。出生后一年检查有先心病，七岁上学常感到头晕，活动后心悸气急，无心绞痛史。发育稍差，体重25kg，血压120/40mmHg，左胸壁稍隆起，心律不齐，心率68次/分。胸骨右缘第四肋间闻及以舒张期为主的连续性杂音。心电图：双室肥厚；频发性室早；并提示部分心肌供血不足。X线胸片：双肺野清晰，肺门略纤细，心脏明显增大近似靴形，心胸比率0.67，主动脉增宽，左右心室明显增大。心脏记波片显示主动脉搏动明显增强，有陷落波。逆行升主动脉造影见升主动脉明显扩张，宽5.5cm，降主动脉宽2.6cm，主动脉无造剂返流入左室，右冠状动脉明显增粗，宽2.5cm，伴有扭曲，于膈肌上心底部可见左心室内有造影剂显影。二维超声心动图：主动脉窦部增宽，右冠窦可见“腊肠”形膨出，直径2.6cm，此管状结构通向左心室，左室流出道可记录到舒张期湍流。右心导管检查：右室及肺动脉压力正常，无分流，股动脉血氧饱和度97%。诊断为先天性右冠状动脉左室瘘。术前激化液静注10天，并口服慢心律使频发性室性早搏消失。1986年1月3日在浅低温部分体外循环下手术。正中切口，左室明显肥厚增大，主动脉根部扩张直径5.5cm。右冠状动脉从主动脉起部开始扩张直径2.5cm，可触及双期震颤，舒张期震颤明显，与右心耳及右心房壁有紧密的粘连，其末端呈囊状扩张，可触到一瘘口约1cm大小进入左心室的隔面。左冠状动脉发育正常。经右心耳插入右心房32号静脉引流管，主动脉根部插入灌注管，体外循环并循，未阻断主动脉，心脏仍跳动，将心脏上抬，心尖部垫高，分离右冠状动脉末端约2cm，用二根七号丝线试扎后震颤消失，心电图无改变，即双重结扎。瘘口处用七号涤纶线带垫片褥式缝合二针，缝针深及左心室肌层，然后打结闭合瘘口。术中出现短暂的心室纤颤，未做处理自行恢复窦性心律，体外循环25分钟，术终血压110/70mmHg。术后心杂音消失，于1月16日出院。随诊半年患儿已上学，活动后无不适。二维超声心动图及X线检查见左室已变小。

讨论

先天性冠状动脉瘘是少见的心血管畸形，右冠状动脉左室瘘较罕见。1981年Lowe报告先天性冠状动脉瘘28例并收集文献258例，其中冠状动脉左室瘘仅占2%[1]。1977年Midell报告一例左冠状动脉左室瘘并收集文献报告5例，6例中左冠状动脉左室瘘2例，右冠状动脉左室瘘4例[2]。本例患儿自幼发现心杂音，活动后有心慌气急头晕。胸骨右缘第四肋间有一双期杂音，以舒张期杂音为主，脉压差大，周边血管征阳性，心电图显示双室肥大及部分心肌供血不足，应与室缺合并主动脉瓣闭锁不全、主动脉窦瘤破入右室等鉴别。但患儿X线胸片心影增大，肺野清晰。右心导管检查右室无分流存在，压力正常。二维超声心动图及Doppler检查和主动脉造影显示右冠状动脉明显扩张并进入左室而确诊。手术指征：冠状动脉左室瘘是左向左的分流，临床表现类似主动脉瓣闭锁不全，病程进展较快，从无症状发展为早期劳力性心累气急，进而充血性心衰，心绞痛，心肌梗塞，感染性心内膜炎，冠状动脉瘤样扩张或破裂、猝死。故冠状动脉左室瘘确诊后即或无症状也应及时手术治疗。手术方法：如瘘口靠近左室前面，可在常温下手术，不需体外循环。本例瘘口在左室隔面需抬高心尖操作，故选用体外循环并循，未阻断主动脉，在心脏跳动下结扎右冠状动脉末端并修补瘘口，便于观察心电图变化和了解震颤消失情况，术中虽然出现短暂室颤，在体外循环下未作处理自行恢复窦性心律。术后随诊半年，效果满意。

参考文献

1. Lowe JE, et al. Surgical Management of Congenital Coronary Artery Fistulas. Ann Surg 1981; 194:373
2. Midell AI, et al. Surgical closure of left coronary artery-left ventricular fistula. J Thorac Cardiovasc Surg 1977; 74:199

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