

直背综合征的临床及 X 线诊断(附 3 例报告)

王立新 魏奉真

直背综合征为原因不明的胸部发育障碍所引起的一种综合征^[1,2],临床较为少见,国内文献渐有报道^[3,4]。

例1 男,22岁。胸闷、气促3年,加重1周就诊。3年前即常有此症状,尤以活动后为甚。体检:胸廓扁平,背部平直,左2~3肋间II~II级sm, $P_2 > A_2$ 。心电图示窦性心动过速,右束支传导阻滞。X线检查:正位胸片心脏大小、形态正常,胸廓横径26.5cm;侧位胸片见脊柱胸段平直,后凸消失,心脏前移致胸骨后心缘接触面增大,胸廓前后径9.0cm,胸廓前后径/胸廓横径为0.34。X线诊断为直背综合征(图1,2)。

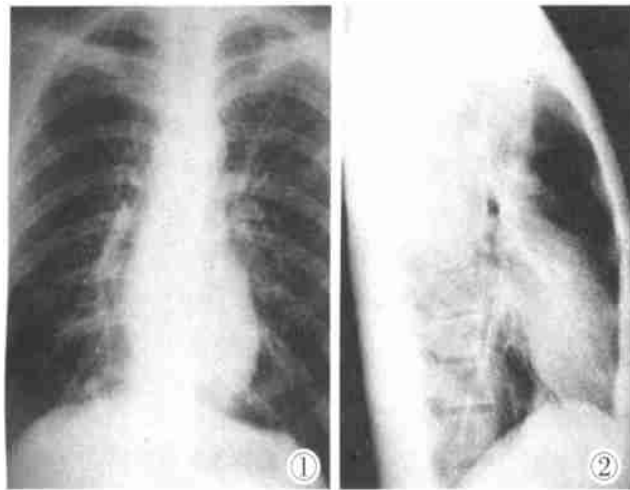


图1 正位胸片示心影不大,肺血正常,胸廓横径26.5cm

图2 同图1为同一患者,胸部侧位片脊柱胸段平直,前凸消失致心脏前移,胸骨后心缘接触面增大,胸廓前后径9.0cm。前后径/横径为0.34

例2 男,33岁。胸闷、头昏9年,加重1个月。临床拟诊“心肌炎”治疗数年。体检:胸廓扁平,胸段脊柱平直,左2~3肋间II级sm;心电图示I°房室传导阻滞,窦性心动过速。X线检查:正位胸片示两肺血正常,心脏不大,胸廓横径31.5cm;侧位胸片见脊柱胸段后凸消失、平直,胸骨稍有凹陷,心脏前移,胸骨后间隙消失,胸廓前后径9.5cm,胸廓前后径/胸廓横径为0.30cm。X线诊断为直背综合征。

例3 男,20岁。突发胸痛、气促就诊。体检见其脸色苍白,痛苦面容,听诊右肺呼吸音消失,临床诊断为“右侧自发性

气胸”。胸部正位片诊断为“右侧气胸,肺组织被压缩约70%”。入院后体检:见其体形显著清瘦,胸廓扁平,背部无正常后凸,且既往即有多年不明原因胸闷、心悸,尤以活动时加重,多次就诊均未明确诊断,故临床疑有直背综合征。1周后复查胸部正侧位X线片。正位胸片示右肺已完全膨胀,心脏不大,胸廓横径28.5cm,侧位片见胸段脊柱平直且反凸,心脏前移紧贴胸骨,胸廓前后径9cm,胸廓前后径/胸廓横径为0.32。

讨论 直背综合征病因不明。由于先天性胸段脊柱后凸消失致胸廓前后径缩短,胸部扁平为其最显著特征,故又称“扁胸综合征”。

本病又称“假性心脏病”。临床多无明显症状,主要为活动后心悸,休息后能缓解。体检时可见胸廓扁平,背部平直,脊柱胸段后凸消失甚至反凸,引起心脏及大血管向前移位,使右室和肺动脉紧贴于胸骨后缘,胸骨后心缘接触面增大,因而产生血流“增强”效果,故每个患者在肺动脉瓣区均可闻及I~III级收缩期杂音,肺动脉瓣区第二音亢进、分裂,临床易误诊为先天性心脏病,如房间隔缺损、肺动脉瓣狭窄等。但心电图、超声等检查又均无阳性发现。

直背综合征的诊断主要依靠X线检查,其它辅助检查如心电图、心脏超声及心导管等均不能提供特征性依据,因本病最显著特征是脊柱胸段后凸消失、变平甚至反凸,胸廓前后径明显缩短,心脏及大血管前移受压。上述特征胸部侧位片均能清楚显示,再通过测量胸廓前后径、横径和两者间比值,即可作出准确可靠的诊断。本文3例患者胸廓前后径/胸廓横径值均小于0.35,明显低于我国成人的正常比值0.44~0.465^[3]。因此,要确诊本病,摄正、侧位胸部X线片是最为准确、有效的手段。而以往较多的漏、误诊实为本病缺乏足够认识之故。

参考文献

- 1 邹仲.胸部X线诊断学.上海:上海人民出版社,1976.376.
- 2 Raudings MS. The Straight Back syndrome: A new cause of pseudohet disease. Amer J Cardion, 1960, 5: 333.
- 3 廖志学,金雪芳,黄美依.直背综合征临床X线表现.中华放射学杂志,1983,17: 120.
- 4 金兆麒,欧海平.直背综合征临床及X线表现.实用内科学杂志,1998,18: 494.

(1999-09-07 收稿)

430074 武汉华中理工大学医院

现明显的脊髓空洞症。所以,作者认为磁共振成像MRI为该病准确的简便诊断方法,不仅无辐射危害及创伤和其他并发症,同时能直接显示病变的部位、范围、形态及内部情况,指导临床

治疗,判断预后,且在术后进行随访时,能评估疗效。故此MRI为脊髓空洞症的首选和最佳诊断方法。

(1999-06-23 收稿)