

气管的活瓣阻塞, 导致肺部过度膨胀破裂, 空气沿细支气管或血管间隙向纵隔扩散, 然后经主动脉及食管裂孔进入腹部膈下。因此, 当新生儿有高热、哭闹、拒乳、呕吐、腹胀、腹泻及败血症时, 应考虑到有消化道穿孔的可能, X 线检查是诊断新生儿消化道穿孔的重要手段^[6]。当临床高度怀疑消化道穿孔而无气腹时, 可以令患儿翻身或做仰卧动作, 游离的气体可能进入膈下。少量气腹可加摄侧位水平片。有作者提出向胃内注气或注入复方泛影葡胺以及用 CT 检查可以正确估计穿孔的部位^[6]。本组 15 例患者术前经 X 线确诊 14 例, 本文认为患儿病情多较危重, 应该以不同体位(立位、仰卧位和水平侧位等)的 X 线平片为首选, 尽量争取治疗时机。

参考文献:

- [1] 张忠杰. 新生儿胃穿孔一例报告[J]. 临床放射学杂志, 1985, 4(1): 4-5.
- [2] 张永辉. 新生儿肠穿孔一例报告[J]. 临床放射学杂志, 1985, 4(1): 29-31.
- [3] 叶念祖. 先天性胃壁肌层缺损合并十二指肠闭锁一例报告[J]. 临床放射学杂志, 1985, 4(1): 56-57.
- [4] 张卫民. 新生儿胃穿孔一例报告[J]. 实用放射学杂志, 1990, 6(1): 64-66.
- [5] 左隆治. 先天性胃壁肌层大面积缺损如致胃穿孔一例报告[J]. 临床放射学杂志, 1991, (增刊): 42-43.
- [6] 杨华元. 新生儿消化道穿孔的 X 线诊断[J]. 中华放射学杂志, 1992, 26(1): 58-60.

(收稿日期: 2004-10-27 修回日期: 2005-04-12)

• 病例报道 •

异常起源左冠状动脉肺动脉瘘一例

陆海容, 李洪奎, 赵倩

【中图分类号】R445.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2005)11-1009-01

病例资料 患者, 女, 15 岁。半年前无明显诱因出现胸闷, 活动后加重。查体: T 36.7℃, P 90 次/分, 心前区无隆起, 心尖搏动无弥散, 未触及震颤, 心界无扩大, 于胸骨左缘第 2、3、4 前肋间可闻及 4~6 级收缩期较粗糙杂音, 肺动脉瓣区第二音无亢进。实验室检查: 三大常规均正常。

超声心动图诊断: 先天性心脏病, 室间隔缺损; 左心室轻度扩大; 三尖瓣、肺动脉瓣少量返流; 左心室收缩功能正常。

心脏冠状动脉 DSA 示右冠状动脉增粗, 分支增多、迂曲, 血流速度明显增快(图 1), 动脉期见左冠状动脉显影(图 2), 动脉晚期见肺动脉干分支显影(图 3), 考虑右冠状动脉血管畸形。

手术所见: 全麻下胸部正中切口, 显露纵隔及心包, 切开心包, 缝线固定心包显露心脏, 心包内见少量黄色积液, 肺动脉轻度增粗, 主动脉肺动脉直径比为 1.5:2.0, 右冠状动脉正常开口偏前, 右冠状动脉迂曲、增粗, 突出心表面, 直径约 0.5~1.0 cm。左冠状动脉异常开口肺动脉左后根部, 左冠状动脉迂曲、增粗, 直径约 0.5~0.8 cm, 可触及收缩期震颤, 右房及右室轻度增大; 后建立体外循环, 行左冠状动脉肺动脉瘘闭合、左冠状动脉异常起源矫正术。术后诊断: 异常起源左冠状动脉肺动脉瘘。

讨论 异常起源的左冠状动脉肺动脉瘘, 一般分为婴儿型和成人型^[1]。婴儿型患者多为出生 2 个月内, 此时主动脉压和肺动脉压相近, 左冠状动脉供血很大一部分来自肺动脉, 患者

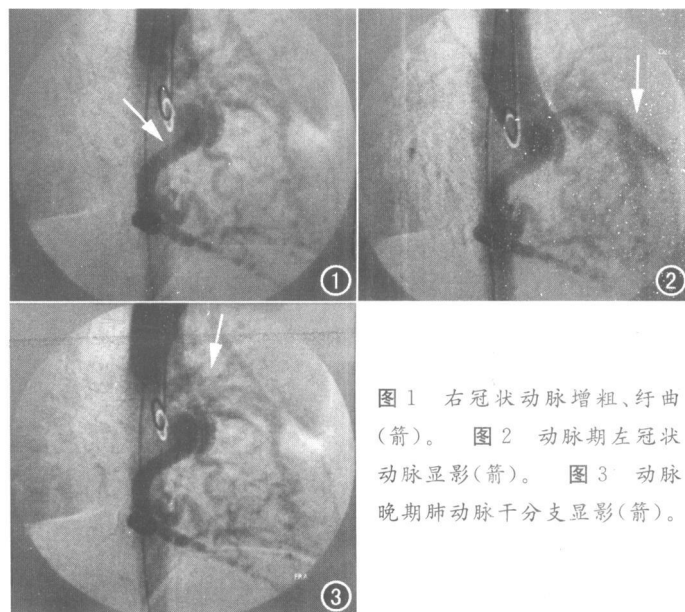


图 1 右冠状动脉增粗、迂曲(箭)。图 2 动脉期左冠状动脉显影(箭)。图 3 动脉晚期肺动脉干分支显影(箭)。

常发生缺氧和心力衰竭而死亡。至 1 岁左右, 由于肺动脉压降至主动脉压的 1/4, 左冠状动脉供血转为正常起源的右冠状动脉供血, 加上左、右冠状动脉侧支循环形成, 氧化血经此供应左冠状动脉的供血区域, 故少量患者可侥幸存活到成人, 但最终因心力衰竭、心绞痛、心肌梗死而死亡。

参考文献:

- [1] 耿洪业. 少见心脏血管疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 8.

(收稿日期: 2005-04-26)

作者单位: 067000 河北, 承德市第 266 医院放射科(陆海容、李洪奎); 100700 北京, 北京军区总医院放射科(赵倩)
作者简介: 陆海容(1974-), 男, 江苏海安人, 医师, 主要从事放射影像诊断及介入诊断及治疗工作。