

Misdiagnosis of right coronary artery sinus aneurysm as ventricular septal aneurysm break into the right atrium: a case report

右冠状动脉窦瘤破入右房误诊为室间隔膜部瘤破入右房 1 例

徐迎迎 朱向明 胡国兵

[中图法分类号] R540.45

[文献标识码] B

患者女, 28 岁, 因“活动后胸闷气喘 2 个月余”来我院就诊。体格检查: 视诊胸前区无隆起, 心尖搏动位于胸骨左缘第 5 肋间锁骨中线内侧 0.3 cm, 心前区无异常搏动; 触诊胸骨左缘第三、四肋间可触及震颤; 叩诊心浊音界向左下增大; 听诊胸骨左缘第三、四肋间可闻及双期连续性Ⅲ~Ⅳ/6 级喷射性杂音。首次超声心动图显示: 心脏增大, 主动脉瓣下室间隔膜部见瘤体样结构凸向右房, 瘤体深约 12 mm, 基底部宽约 10 mm, 顶部显示宽约 5 mm 破裂口; 彩色及频谱多普勒示右房内探及自瘤体破裂处的收缩期为主的左向右分流血流信号及湍流频谱。超声心动图提示: 室间隔膜部瘤破入右房。二次超声心动图显示: 主动脉根部邻近右冠状动脉窦部, 紧贴隔瓣处见瘤体样结构凸向右房, 壁

薄, 呈囊袋状, 瘤体深约 10.0 mm, 基底部宽约 9.0 mm, 顶部显示宽约 6.8 mm 破裂口(图 1); CDFI 示右房内探及自瘤体破裂处的双期连续性左向右分流血流信号(图 2)。频谱多普勒示破裂口处探及双期连续性湍流频谱, 收缩期最大分流压差为 107 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)。见图 3。超声心动图提示: 右冠状动脉窦瘤破入右房。

手术所见: 心脏增大, 直视下发现窦瘤为右冠窦瘤, 瘤体紧贴三尖瓣隔瓣凸向右房, 顶部见一缺口, 宽约 5.5 mm, 深入右房约 20 mm(图 4)。术中行右冠状动脉窦瘤破裂修补术。术后诊断: 右冠状动脉窦瘤破裂入右房。

讨论: 本例为右冠状动脉窦瘤破入右房, 临床少见。从右心



图 1 大动脉短轴观示瘤体紧贴三尖瓣隔瓣凸向右房

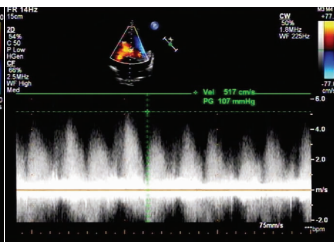


图 2 大动脉短轴观示舒张期瘤体破裂口处高速血流随开放的三尖瓣血流进入右室

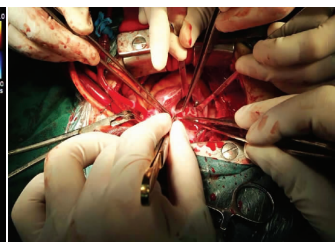


图 3 频谱多普勒示残存瘤体在右房内摆动明显, 且分流束与取样线夹角过大, 连续性频谱中间出现短暂“中断”现象

角度观察, 室间隔膜部被三尖瓣隔瓣前端和前瓣后端横跨而被分为室间部及房室部, 右冠窦被三尖瓣隔瓣根部横跨, 邻接右房和右室; 从解剖学关系来看, 两者形成的瘤体均可以紧贴三尖瓣隔瓣凸向右房^[1]。本例患者首次超声心动图误诊为室间隔膜部瘤破入右房, 分析原因可能: ①瘤体下降明显, 导致超声从各个切面均显示瘤体位于主动脉瓣环下方, 忽视对瘤体根部的观察; ②残存的瘤壁组织在右房内摆动幅度大, 且分流束与取样线夹角过大, 频谱多普勒中间出现短暂“中断”, 使超声医师误以为非连续性频谱^[2]; ③超声医师未进行听诊或未能准确判断出杂音存在的时相和性质。

综上所述, 主动脉根部的空间解剖关系较为复杂, 鉴于右冠状动脉窦瘤破入右房较少见, 超声医师需要掌握以上鉴别点, 提高对该类疾病的诊断水平, 为临床提供更准确的术前诊断。

参考文献

- [1] 孙明, 魏静义, 陈保俊, 等. 主动脉根部外科解剖及其与毗邻结构关系[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 18(6): 356-358.
- [2] 金岩, 王辉山, 方敏华, 等. 主动脉窦瘤破裂合并室间隔缺损的心脏解剖学特点及临床分析[J]. 中国心血管杂志, 2015, 20(5): 351-354.

(收稿日期: 2017-04-28)

基金项目: 2016 年安徽省全科医学临床科研课题(2016QK019)

作者单位: 241001 安徽省芜湖市, 皖南医学院弋矶山医院超声科

通信作者: 胡国兵, Email: guobing.hu@163.com