

儿童先天性三尖瓣脱垂并重度关闭不全 1 例

程玉梅¹, 黄萍², 姚艺¹, 孙善权¹

(1. 武汉亚洲心脏病医院儿童中心, 2. 华中科技大学同济医学院同济医院儿科, 湖北 武汉 430022)

[中图分类号] R41.1 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2008)01-0091-02

1 临床资料

患儿,男,2岁。因“发现心脏杂音1年”入院。患儿于2005年3月因“感冒”到当地医院就诊,听诊时发现心脏杂音。无紫绀、晕厥及心衰等病史,生长发育及活动量与正常同龄儿童无明显差异。入院时体检:T 37℃,R 28次/min,P 100次/min,BP 85/46 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),SPO₂ 97%,发育一般,营养中等,神志清楚,面色红润,口唇、四肢末端未见紫绀,无杵状指趾。咽无充血,胸廓无畸形,双肺呼吸音清晰,心前区无隆起,心尖搏动位于第5肋间左锁骨中线上,胸骨左缘未及震颤,心界向左扩大,P2>A2,心率100次/min,律齐,胸骨左缘第5肋间闻及2/6级柔和收缩期杂音,传导较局限。腹软,肝、脾肋下未及,双侧足背动脉搏动良好,周围血管征阴性。超声心动图示:三尖瓣回声尚可,收缩期前瓣越过瓣环水平突向右房,与余瓣对合错位,关闭不良,其右房侧可见重度返流信号,舒张期三尖瓣开放可,三尖瓣附着点位置正常,右房收缩期内径3.9 cm,右室舒张期内径3.6 cm,肺动脉不宽,肺动脉瓣无狭窄,心内未见异常分流(图1)。胸部正位片示:右房、右室扩大,心胸比率0.73(图2A)。心电图示:窦性心律,不完全性右束支传导阻滞。入院后完善术前准备,于入院第11天在全麻低温体外循环下行三尖瓣成形术。术中所见:右房、右室明显扩大,三尖瓣前瓣腱索缺如、脱垂,瓣环扩大。手术用6/0 Prolene将三尖瓣前、后瓣腱索边缘缝合、二瓣化,三尖瓣后半环用心包条环缩5针。术中经食道超声提示:三尖瓣成形满意,仅轻微返流,无狭窄。术后复查超声心动图示:三尖瓣活动改善,收缩期右房侧见轻度返流信号,右房收缩期内径2.9 cm,右室舒张期内径2.7 cm,心包腔内右房顶见稍强回

声,厚0.7 cm(图2B)。考虑术后积血,可以自行机化,未作处理。胸部正位片提示:心影较术前小,心胸比0.62。术后恢复顺利。

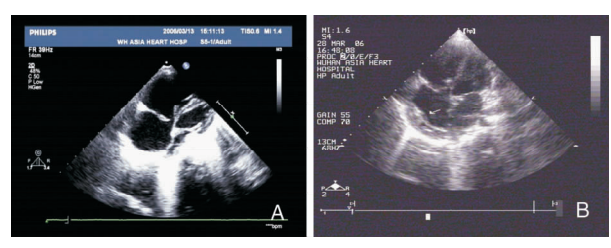


图1 超声心动图 A:收缩期前瓣越过瓣环水平突向右房,与余瓣对合错位,关闭不良,三尖瓣附着点位置正常,右房、右室扩大;B:术后三尖瓣活动改善,心包腔内右房顶见稍强回声,厚0.7 cm。

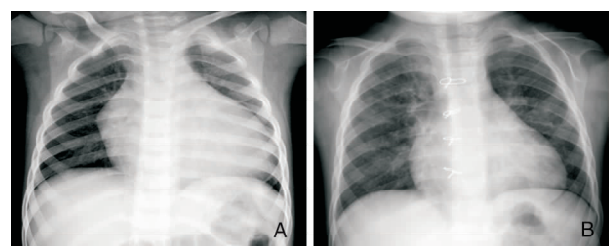


图2 X线胸片 A:右房、右室扩大,心胸比率0.73;B:心影较术前小,心胸比0.62。

2 讨论

单纯性三尖瓣关闭不全按病因可分为原发性和继发性,前者是由于瓣膜及附属结构先天性发育异常所致,瓣叶局限性或广泛性增厚、腱索乳头肌发育异常、隔瓣紧附室间隔上和(或)部分瓣叶缺失。后者则是右室压力负荷或容量负荷过重引起^[1]。原发性单纯性三尖瓣关闭不全的病因包括:外伤、心内膜炎、类癌综合征、大量心包积液、先天性三尖瓣畸

[收稿日期]2007-01-23;[修回日期]2007-05-31
[作者简介]程玉梅,女,大学,住院医师。主攻方向:儿童先天性心脏病。

形等^[2]。无三尖瓣下移畸形的先天性单纯三尖瓣关闭不全在临床上极为罕见。Aaron 等^[3]描述了先天性三尖瓣关闭不全特点如下:①局限性或弥漫性的瓣叶增厚;②腱索和乳头肌的发育不良,大多数总是粘合或圈合着瓣膜的边缘;③瓣叶从右室面不恰当地分离;④瓣膜组织的局限性发育不全。先天性单纯三尖瓣关闭不全与 Ebstein 畸形在临床表现上可能很相似,但是在解剖结构上却完全不同。Ebstein畸形的显著特征就是三尖瓣隔瓣的下移和右室房化。在先天性单纯三尖瓣关闭不全中,三尖瓣瓣叶都在正常水平,没有房化的右室,保留了右室肌性结构的整体完整性。先天性单纯三尖瓣关闭不全在术前确诊较为困难,确诊有赖于术中所见。本例患儿手术证实为先天性单纯三尖瓣关闭不全。

绝大多数先天性单纯三尖瓣关闭不全的自然病史很长,有相当长时间的代偿期,本例患儿无临床症状,但超声心动图提示三尖瓣前瓣脱垂并重度关闭不全,右房、右室显著扩大。胸片提示:右房、室扩大,心胸比率 0.73。患儿年龄幼小,但三尖瓣关闭不全程度重,进展快,右房、右室扩大明显,极易引起

右心功能不全,进而影响左心功能。患儿有手术适应证,鉴于患儿年龄幼小,处于生长发育中,手术选择三尖瓣成型术。术后复查心脏彩超:瓣膜活动改善,收缩期右房侧见轻度返流信号,右心较术前明显缩小。胸片:心影较术前小,心胸比 0.62。术后恢复顺利,手术效果确切。三尖瓣成型术对于儿童先天性三尖瓣关闭不全近期治疗效果是乐观的,但远期效果不太清楚,对于这类患者,应长期随访,动态观察,以为我们提供更多的临床资料作进一步的研究和分析。

[参 考 文 献]

[1] Hung MJ, Kuo LT, Wang CH, Cherng WJ. Reversible left ventricular function after tricuspid valve[J]. Echocardiography, 2002, 19(6):517-520.

[2] Sakai K, Inoue Y, Osawa M. Congenital isolated tricuspid regurgitation in an adult[J]. Am Heart J,1985, 110(3):680-681.

[3] Aaron BL, Mills M, Lower RR. Congenital tricuspid insufficiency: definition and review[J]. Chest, 1976, 69(5):637-641.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

小儿组织胞浆菌病伴分枝杆菌感染 1 例报告

陈永新,李文仲

(广东省人民医院儿科,广东 广州 510100)

[中图分类号] R379 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2008)01-0092-02

1 临床资料

患儿,男,5岁,散居农村儿童。因双侧颈部淋巴结肿大1月余,发热半个月于2004年12月2日入院。体查:T 38.4℃,P 120次/min,R 27次/min,血压 106/63 mmHg。神志清晰,中度贫血貌,双侧颈部、腋下及双侧腹股沟均可扪及成串大小不一淋巴结,以颈部淋巴结肿大明显,大小为1 cm×1 cm至4 cm×6 cm,质硬,可移动,有轻压痛。心肺未见异常。肝右肋下3 cm,脾左肋下3 cm可扪及,质

软,无压痛。实验室检查:WBC 14.63×10⁹/L,RBC 3.31×10¹²/L,HB 89 g/L,PLT 248×10⁹/L。ESR 48 mm/h,C反应蛋白 123 mg/L,肝肾功能正常。人类免疫缺陷病毒、梅毒抗体和结核抗体均阴性。痰涂片:未见真菌及菌丝。血真菌培养阴性。胸部X线检查未见异常。左颈淋巴结活检,结果提示:淋巴窦及组织细胞胞浆内见大量孢子样物,少数组织坏死,形态改变符合组织胞浆菌病。予静脉滴注氟康唑 6 mg/kg,每日1次,口服伊曲康唑 3 mg/kg,每日1次,5日后体温渐恢复正常。治疗2周,颈部淋巴结缩小到0.5 cm×0.5 cm至3 cm×3 cm,肝右肋下

[收稿日期]2007-04-10;[修回日期]2007-05-12
[作者简介]陈永新,男,硕士,主治医师。主攻方向:小儿呼吸专业。