

# 彩色超声心动图对心房黏液瘤的诊断

李春敏,汪宝林,张先东,马新武

(山东省医学影像学研究所,山东 济南 250021)

[中图分类号] R445.1; R732.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2003)03-0382-02

作者对近5年来我所超声心动图室诊断的心房黏液瘤有完整资料并经手术证实的20例病人报告如下。

本组20例,男6例,女14例,年龄3~78岁。平均49岁。采用美国产ACUSON 128XP/10和GE-VIVID 7二维彩色超声诊断仪,探头频率为2.5~5.0MHz,对每一例病人

## 1 资料与方法

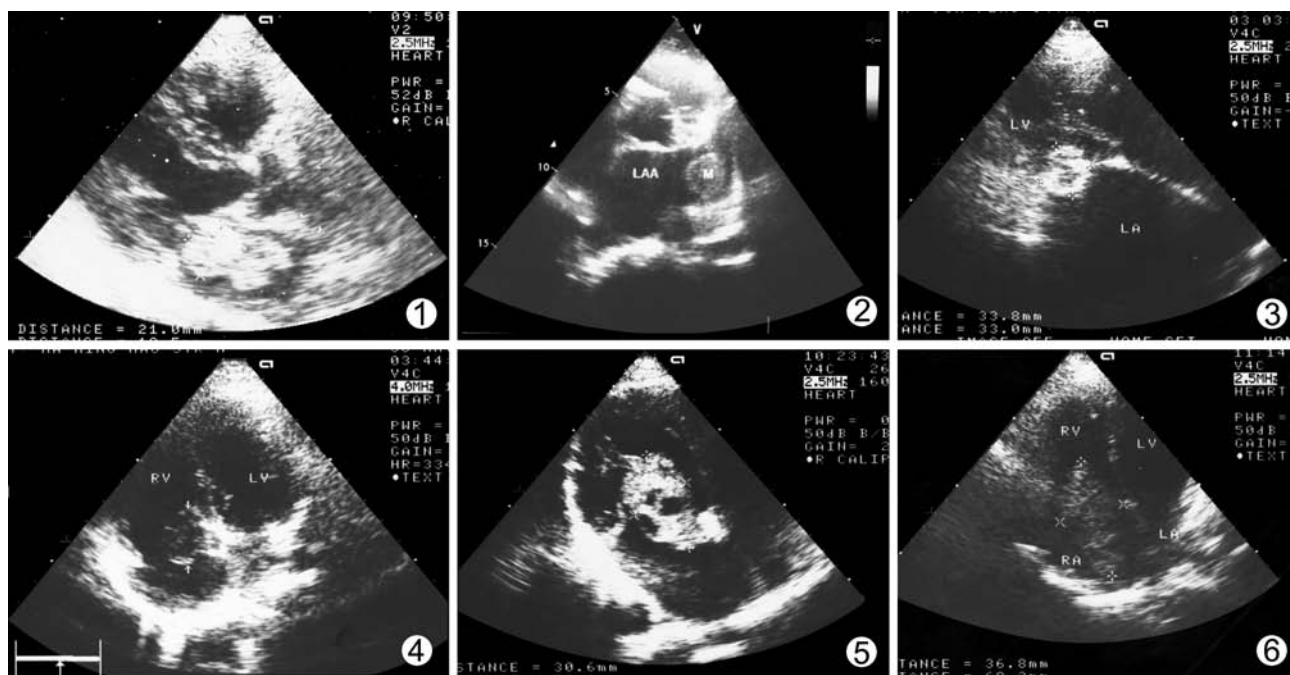


图1 左房黏液瘤,多发性,一腔两个,蒂较长 图2 左心耳黏液瘤,蒂附着于耳壁,动度小 图3 左室流入道内黏液瘤,瘤蒂附着于左房后壁与二尖瓣之间,舒缩期均位于流入道内,致二尖瓣口狭窄,左房(LA)扩大 图4 3岁儿童,右房黏液瘤,蒂附于房间隔下端 图5 左房黏液瘤,并不规则囊性变,瘤体舒张期阻塞左室流入道 图6 右房黏液瘤,蒂附着于房间隔上段,舒张期随血流瘤体形态拉长,并阻塞右室流入道

均行常规多切面心脏探查。

## 2 结果

20例心房黏液瘤中,左房黏液瘤共15例,其中1例为多发性,即左房内同时发现两个黏液瘤(图1);左心耳部黏液瘤1例(图2);左室流入道内黏液瘤1例(图3);右房黏液瘤共5例,其中一例发生于年龄最小者3岁(图4)。同时二维彩超诊断左房黏液瘤合并风湿二尖瓣狭窄及窄漏3例(包括左心耳部黏液瘤并轻度二尖瓣狭窄1例),右房黏液瘤合并风湿二尖瓣窄漏1例。

二维超声表现:①形态及轮廓:20例患者中一例左房黏液瘤液体实质中可见3~4个大小形态不一之囊状回声区(表示瘤体部分液化)(图5),光团大小不等,形态各异,类圆、椭圆、分叶状或不规则形,其形态可沿血流方向伸展变长(图5、6),收缩期还可恢复原形。②蒂及附着部位:20例中可隐约显示瘤蒂附着部位者14例,蒂根直径约2~10mm之间。其中左心耳部及左室流入道内黏液瘤蒂较短,回声较强,分别附着于左心耳壁上及左房后壁与二尖瓣环之间,其余均附着于房间隔上,以卵圆孔边缘居多。③活动度及彩色血流显像:约15例左、右房黏液瘤活动幅度较大,即舒张期瘤体拉长向瓣口运动,不同程度阻塞房室瓣口,收缩期回到心房内。彩色多普勒显示在心房内有随血流周期性变形的瘤体相应部位血流信号充盈缺损,同时均可见舒张期房室瓣口处沿占位光团边缘灌

[作者简介] 李春敏(1962—),女,山东龙口人,学士,副主任医师。研究方向:心血管超声诊断。

[收稿日期] 2002-11-10

注心室之血流束,由宽渐细。而瘤蒂较短者,活动度较小,只呈现相应部位血流信号充盈缺损。左室流入道内之短蒂黏液瘤,活动度较小,部分阻塞左室流入道,其血流动力改变酷似二尖瓣狭窄,导致左房明显扩大。左心耳部黏液瘤蒂亦较短,且因耳部心腔狭小,活动度极小,又合并风心二尖瓣狭窄,须与附壁血栓鉴别。另有3例左右心房黏液瘤,因瘤体小,蒂短,未出现房室瓣阻塞现象。④其他20例中检出合并风心二尖瓣狭窄及窄漏的4例,均有相应的心超心动图特征。

**讨论** 心脏黏液瘤占心脏良性肿瘤的50%,儿童少见,婴儿未见发生,女性较男性多3倍,可发生于各心腔,左心房占首位,约为75%,其次是右心房及左右心室,肺动脉黏液瘤甚为罕见。沈阳军区医院蒲英英等曾在1997年报告1例主动脉多发生黏液瘤实属罕见。心脏黏液瘤原发于心脏,为一良性组织学结构的新生物,或系组织损伤后的增殖反应。大多病例为单发,少数为多发,即一腔多发或多腔多发。我所侯

家声教授曾在1984年报道过二维超声心动图诊断四心腔多发性黏液瘤,手术证实为9个,本病临床上由于缺乏特异性的症状及体征,早期的X线胸片和心电图均无特异性,故临床易误诊或漏诊。此病在病理基础上虽属良性,但其行为实属恶性,这是因为瘤体的下降或破裂阻塞房室瓣口或大动脉口,使心脏排血受阻,导致脑血管意外、偏瘫、休克或猝死。尤其在当今心血管介入治疗日益发展的现代治疗中更容易穿刺或损伤潜在的心脏黏液瘤,造成瘤体破碎导致严重后果,故须早期诊断、早期根治。实践证明,二维超声心动图可使本病诊断符合率达100%,是一种令人满意的诊断方法,并对心腔附壁血栓资以特异性鉴别。同时彩色多普勒还可观察心脏的血流动力学特征,了解肿瘤所致的瓣膜狭窄或关闭不全的程度,对诊断起辅助作用。此法是一种首选的安全无创且简便有效的检查手段,对本病的治疗方案、手术入路及介入治疗有重要价值。

# 乳腺囊性增生病的声像图诊断

连娟<sup>1</sup>,张援朝<sup>2</sup>,陈永超<sup>1</sup>,毛萍<sup>1</sup>,金磊<sup>2</sup>

(1.解放军第105医院特诊科,安徽合肥 230031; 2.合肥遨海科贸公司)

[中图分类号] R445.1; R655.8 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2003)03-0383-02

本文报道1991年3月至2002年7月间由我科超声诊断并经组织学穿刺,病理证实的乳腺囊性增生病患者17例。

## 1 资料与方法

17例均为女性患者,年龄28~41岁,平均年龄36岁,均为两侧乳腺同时患病。

采用美国HDI-esp型彩色超声诊断仪,探头频率7.5~10MHz,及日本Aloka SSD-250型黑白超声诊断仪,探头频率5MHz,选择小器官条件。受检者根据需要,取仰卧位及侧卧位,行纵、横向或放射状扫查乳腺各象限,观察腺体组织的厚度,导管的分布、走向、有无扩张及异常回声,肿块的大小、形态、分布范围,内容物的性质。并选择供组织学穿刺的最佳部位。常规消毒下,高频探头导向,应用德国产Magnum<sup>TM</sup>型自动活检枪,Bard TruGuide<sup>TM</sup> 16~18G组织活检针,及国产第二代穿刺枪,切割深度根据肿块大小,肿块周围乳腺组织的厚薄,深度调节至15~22mm不等。针尖定位于距肿块包膜2~4mm处,以确保取材部位贯穿整个肿块,活检组织经固定后送病检。

## 2 结果

(1)双侧乳腺同时探及多发性低回声肿物,其透声好的后壁增强效应明显,囊壁清晰,可直接判断为囊肿,内容物粘稠,透声差的后壁效应不明显(图1)。

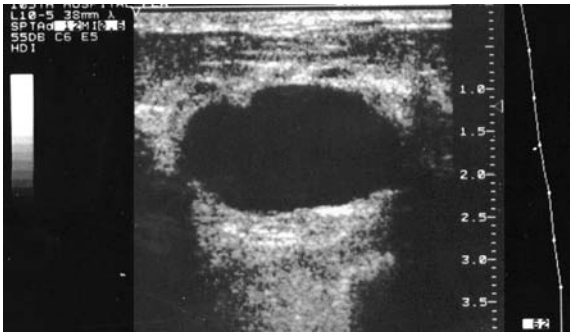


图1 乳腺内较大的囊肿后壁效应不明显

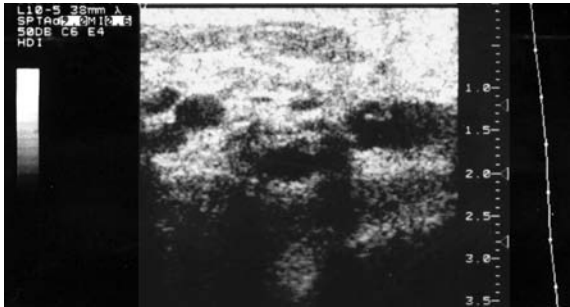


图2 部分囊内乳头样隆起伴囊壁增厚,周围组织回声增强

(2)17例中,肿物最大52mm×28mm,最小6mm×4mm,均顺输乳管方向排列生长,肿物可呈散在性分布,亦可聚集成团。

[作者简介] 连娟(1954—),女,山东人,研究生,副主任医师。

[收稿日期] 2002-11-22