

Echocardiographic diagnosis of myocardial infarction with interventricular septal dissection: a case report

超声心动图诊断心肌梗死合并室间隔夹层 1 例

时宁晗 张楠 朱梅

[中图法分类号]R540.45

[文献标识码]B

患者男,46岁,因突发胸闷、胸痛于外院就诊,冠状动脉造影提示左前降支近段次全闭塞,左回旋支近段完全闭塞,右冠状动脉近段狭窄率70%~80%,远段狭窄率50%~60%,后室间支纤细,近中段狭窄率60%~70%。为行手术治疗于我院就诊,自述既往体健;体格检查:心率82次/min,血压123/84 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),心前区无异常隆起,心界略大,心尖波动位置基本正常,心律规整,心音低钝,心尖部可闻及Ⅲ期/6级收缩期吹风样杂音。实验室检查:D-二聚体 1.95 mg/L,超敏肌钙蛋白T 136 pg/ml,肌红蛋白 33 ng/ml,N末端脑钠肽前体 6134 pg/ml。心电图提示:急性前壁心肌梗死,室性早搏。床旁超声心动图检查:室间隔心尖段探及回声中断(图1A),大小约1.9 cm,中断区上缘室间隔见夹层回声(图1B),中断区及夹层区范围约4.0 cm×3.5 cm;左室射血分数约36%;室间隔中下段、前壁中下段、下壁心尖段、侧壁心尖段心肌明显变薄,厚度约0.3 cm,动度消失;左室心尖部呈瘤样向外膨出(图2A),基底部直径约4.9 cm,膨出径约3.0 cm;左室下壁心尖段心肌呈矛盾运动;CDFI于心室水平探及左向右分流(图2B),束宽约1.9 cm,连续多普勒测得中断区分流峰值流速约400 cm/s,最大压差64 mm Hg,夹层内可探及血流信号,破口处束宽分别约1.0 cm、0.5 cm。超声心动图提示:广泛左室前壁心肌梗死,室间隔穿孔,室间隔夹层,左室心尖部室壁瘤形成。术中经食管超声心动图示室间隔心尖部探及

穿孔血流信号(图3);行冠状动脉搭桥术+室壁瘤切除修补术+室间隔穿孔修补术,术中见:左室增大,前壁心肌梗死样改变,并室壁瘤形成,大小约6 cm×5 cm,与心包粘连,纵行切开室壁瘤见室间隔穿孔大小约2.0 cm,术中应用牛心包补片修补室间隔穿孔,应用三明治法修补室壁瘤,同期行冠状动脉搭桥术。术后患者复查超声心动图示心功能明显改善,病情稳定后出院。

讨论:心脏破裂是急性心肌梗死极为严重的并发症,包括游离壁破裂、室间隔穿孔、乳头肌断裂及心肌夹层,其中心肌夹层较罕见,通常始于心肌梗死部位。超声心动图可表现为心内膜面心肌回声中断,其内可见形状规则长条或不规则的无回声区,随心动周期收缩、扩张,心肌夹层可为盲腔,也可为左、右心室间不在同一水平的交通;CDFI可探及穿梭血流,同时伴有节段性室壁运动不良,也可合并室间隔穿孔、室壁瘤形成、乳头肌或腱索断裂的发生^[1]。本例超声心动图表现典型。心肌夹层

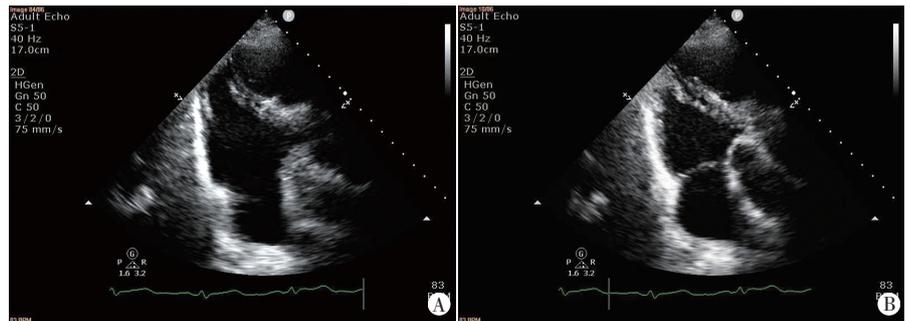


图1 术前经胸超声心动图(非标准心尖三腔心切面观) A:室间隔心尖段回声中断;B:收缩期室间隔夹层回声

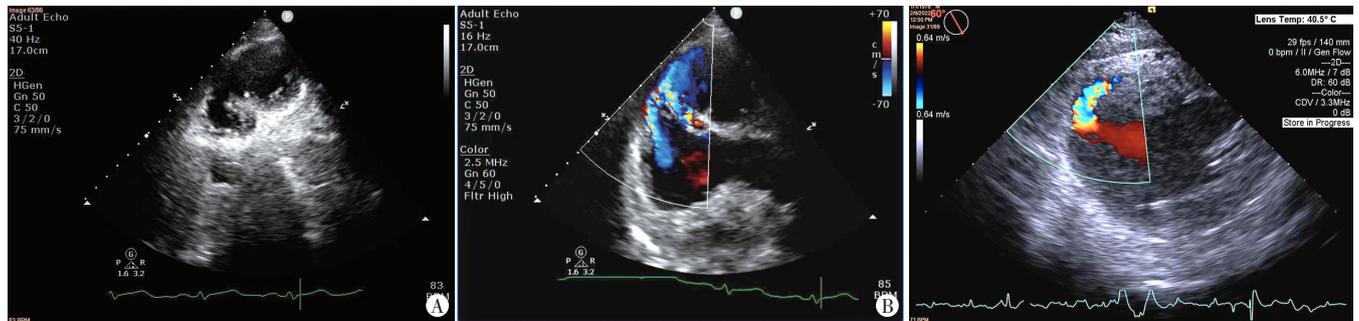


图2 术前经胸超声心动图 A:胸骨旁短轴心尖切面见室壁瘤形成;B:CDFI示心室水平穿隔血流信号及上缘夹层探及血流信号

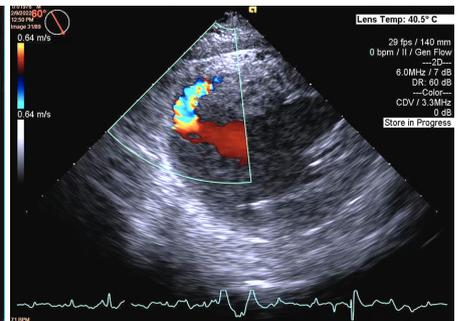


图3 术中经食管超声心动图示室间隔心尖部可探及穿孔血流信号

基金项目:山东省重点研发设计项目(2018GSF118112)

作者单位:250000 济南市,山东第一医科大学(时宁晗);山东第一医科大学附属省立医院超声科(张楠、朱梅)

通讯作者:朱梅,Email:15653101616@126.com

需与心室面粗大的肌小梁、心室附壁血栓、假性室壁瘤相鉴别。若夹层破口较小,经胸超声心动图鉴别困难时,可以联合左心声学造影、经食管超声心动图判断夹层情况^[2]。

特点及临床转归[J].中国医学影像技术,2015,31(7):1011-1014.
[2] 谢艳林,吴戴红,马穗红,等.超声心动图联合左心超声造影在心肌夹层和夹层血肿的应用[J].中国临床医学影像杂志,2020,20(12):903-905.

参考文献

[1] 赵映,何怡华,刘文旭,等.急性心肌梗死后心肌夹层的超声心动图

(收稿日期:2022-03-07)

· 病例报道 ·

Contrast-enhanced ultrasonic manifestations of cat-scratch lymphadenitis: a case report

猫抓病淋巴结炎超声造影表现 1 例

李田田 朱 森 沈德娟 孙 梅

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者女,52岁,右侧腹股沟淋巴结肿大20d,质硬,有触痛,随病情进展淋巴结破溃流脓伴多处溃疡形成,近半年有幼猫饲养接触史。实验室检查示红细胞沉降率、C反应蛋白均升高。常规超声检查:右侧腹股沟见数个低回声,较大者32mm×26mm,短长轴比值>0.5,淋巴门高回声且结构明显偏移,内见多发筛网样回声;门部及周边可探及丰富血流信号,右侧腹股沟软组织明显肿胀,血供增多(图1)。常规超声提示:右侧腹股沟异常淋巴结肿大。超声造影检查:经左肘正中静脉注入造影剂2.4ml,造影后12s目标淋巴结呈离心性不均匀增强,22s增强达峰,内见数个不规则造影剂未填充区域,大部分未填充区域远离淋巴门,与周围增强区域形成鲜明对比,40s造影剂消退(图2)。超声造影提示:炎性可能性大,建议穿刺活检。病理结果:送检组织内见淋巴组织增生,增生的淋巴组织内见较多增生的上皮细胞巢,呈结节状分布,伴多核巨细胞形成,结节内见坏死组织,灶区结节内见较多中性粒细胞浸润,伴微脓肿形成(图3)。结合临床及接触史考虑猫抓性淋巴结炎,予以多西环素治疗后患者恢复良好。

染导致的化脓性炎性淋巴结炎,多表现为感染后引流区淋巴结肿大,以头颈部、腋窝、腹股沟等部位常见,随着家养宠物增多,本病的发病率也逐年上升。本例患者以右侧腹股沟淋巴结肿大为首发临床表现,常规超声提示淋巴结偏圆形,淋巴门回声增强,与文献^[1]报道一致。被感染的淋巴结血流信号丰富,有恶性病变征象,超声造影显示淋巴结内见数个不规则造影剂未填充区域,结合患者病史及实验室检查结果,考虑炎性可能。本病需与淋巴瘤、淋巴结转移肿瘤、淋巴结结核及组织细胞坏死性淋巴结炎等鉴别。猫抓病淋巴结炎常规超声诊断有一定困难,超声造影有其特征性表现,但确诊仍依靠病理检查,猫抓病淋巴结病理检查显示肉芽肿伴微脓肿形成是其特征性表现,其周围伴坏死区,此可能表现为超声造影图像中不规则未填充区域。总之,超声造影对淋巴结性质评估有重要价值,可为临床诊断提供参考。

参考文献

[1] Melville DM, Jacobson JA, Downie B, et al. Sonography of cat scratch disease[J]. J Ultrasound Med, 2015, 34(3): 387-394.

讨论:猫抓病淋巴结炎是一种因 Bartonella henselae 杆菌感

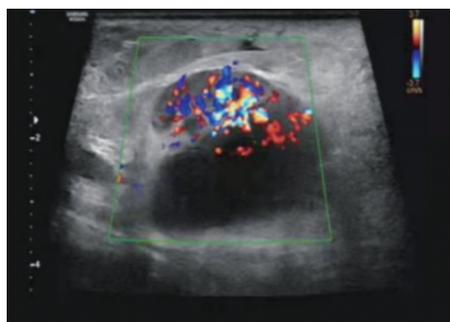


图1 常规超声示淋巴结短长轴比值增大,淋巴门高回声,门结构明显偏移,门部及周边可探及丰富血流信号

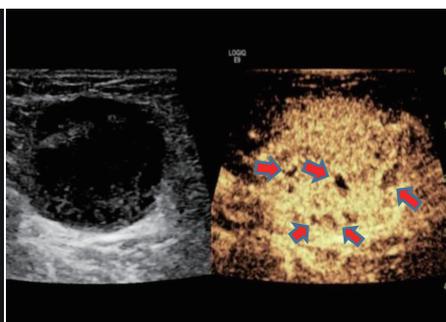


图2 超声造影示淋巴结内见数个不规则造影剂未填充区域(箭头示),大部分未填充区域远离淋巴门

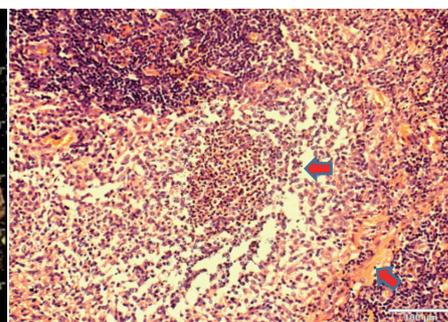


图3 猫抓病淋巴结炎病理图,箭头示特征性肉芽肿病变伴微脓肿形成(HE染色,×100)

(收稿日期:2022-05-01)