

·病例报告 Case report·

右冠状动脉缺如一例

中国璋, 沈向前, 雷明慧, 汤彦, 何本让, 张启智

【关键词】 右冠状动脉; 冠状动脉造影; 冠状动脉畸形

中图分类号: 543.1 文献标识码: D 文章编号: 1008-794X(2006)05-0322-01

Absence of right coronary artery (case report) SHEN Guo-zhang, SHEN Xiang-qian, LEI Ming-hui, TANG Yan, HE Ben-rang, ZHANG Qi-zhi. Department of Cardiology; the 2nd Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, Hunan, 410011, China

【Key words】 Right coronary artery; Coronary arteriography; Coronary artery anomaly

患者男, 60 岁。因间断胸闷 6 个月入院。有高血压病史 5 年, 最高血压 160/90 mmHg, 口服降压药控制在 130/80 mmHg 左右, 无糖尿病史和烟酒嗜好。体格检查: 一般情况好, 肥胖体型, 心肺无阳性体征。心电图、胸片、肝肾功能、血糖和血脂正常, 心脏彩超示各房室大小正常, 左室舒张功能降低, 室间隔的厚度为 12.5 mm。常规穿刺右股动脉以 6F JL4.0 造

影导管行左冠状动脉造影, 多角度造影显示回旋支和前降支粗大, 回旋支远段向右侧心肌供血; 反复使用 6F JR4.0 和 AL2 造影导管均未能找到右冠状动脉开口, 升主动脉根部造影未见右冠状动脉显影。结合临床、升主动脉根部造影及左冠状动脉回旋支特点并且无右冠状动脉的侧支循环, 排除右冠状动脉开口闭塞, 考虑为右冠状动脉缺如(见图 1、2)。

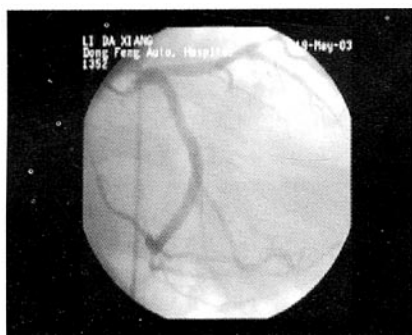


图 1 左冠状动脉造影见回旋支长而粗大, 远段向右侧心肌供血

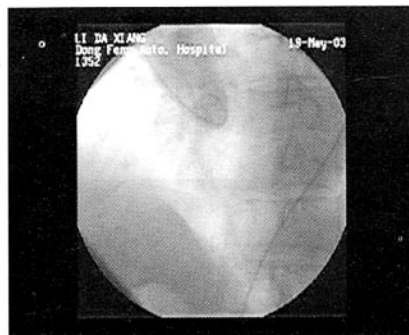


图 2 升主动脉造影未见右冠状动脉开口

讨论

冠状动脉造影是发现冠状动脉畸形的惟一方法, 但冠状动脉畸形给冠状动脉造影和结果评价带来很大困难, 易造成误诊。因此在冠状动脉造影时如果发现某支冠状动脉未显影, 应考虑冠状动脉畸形的可能, 以免误诊为冠状动脉闭塞。右冠状动脉畸形常见为右冠状动脉开口左冠状动脉窦、无冠状动脉窦、高位开口和左、右半月瓣联合的附近^[1,2], 而右冠状动脉缺如罕见。这种畸形可引起心肌缺血, 本患者有高血压心脏病改

变, 因此更易引起心肌缺血的症状, 亦可引起误诊, 此型冠状动脉造影的特点为: ①左冠状动脉造影时可见左前降支和左回旋支血管发达, 尤其是左回旋支, 向右侧心肌供血。②常规右冠状动脉造影时不能找到右冠状动脉开口, 升主动脉根部造影显示无右冠状动脉开口。

【参考文献】

- [1] 姚民, 陈珏, 吴元, 等. 成年人冠状动脉造影先天性变异分析[J]. 中国循环杂志, 1999, 14: 132 - 134.
- [2] 余志庆, 周爱卿, 高伟, 等. 冠状动脉瘘介入治疗的若干问题探讨[J]. 介入放射学杂志, 2006, 15: 134 - 136.

(收稿日期: 2005-11-28)

作者单位: 410011 湖南长沙 中南大学湘雅二医院心内科
(申国璋、沈向前); 衡阳医学院附属东风医院急救中心(申国璋、雷明慧、汤彦、何本让、张启智)

通讯作者: 申国璋

万方数据

右冠状动脉缺如一例

作者: [申国璋](#), [沈向前](#), [雷明慧](#), [汤彦](#), [何本让](#), [张启智](#), [SHEN Guo-zhang](#), [SHEN Xiang-qian](#), [LEI Ming-hui](#), [TANG Yan](#), [HE Ben-rang](#), [ZHANG Qi-zhi](#)

作者单位: [申国璋, SHEN Guo-zhang \(410011 湖南 长沙 中南大学湘雅二医院心内科; 贵阳医学院附属东风医院急救中心\)](#), [沈向前, SHEN Xiang-qian \(410011, 湖南, 长沙, 中南大学湘雅二医院心内科\)](#), [雷明慧, 汤彦, 何本让, 张启智, LEI Ming-hui, TANG Yan, HE Ben-rang, ZHANG Qi-zhi \(贵阳医学院附属东风医院急救中心\)](#)

刊名: [介入放射学杂志](#) **ISTIC PKU**

英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年, 卷(期): 2006, 15 (4)

被引用次数: 0次

参考文献 (2条)

1. [姚民](#), [陈珏](#), [吴元](#) 成年人冠状动脉造影先天性变异分析 [期刊论文] - [中国循环杂志](#) 1999
2. [余志庆](#), [周爱卿](#), [高伟](#) 冠状动脉瘘介入治疗的若干问题探讨 [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 2006

相似文献 (10条)

1. 期刊论文 [曲小龙](#), [胡厚源](#), [涂爱华](#), [肖鹏](#), [梁华](#), [文玲](#) 右冠状动脉发育细小的临床评价 - [重庆医学](#) 2008, 37 (23)
目的 评价右冠状动脉发育细小(或发育不良)的临床意义. 方法 本组共收集到选择性冠状动脉造影表现为右冠状动脉发育细小者77例, 对其中43例单纯右冠状动脉发育细小者的临床症状和心电图表现进行了分析. 结果 43例单纯右冠状动脉发育细小者胸闷症状发生率较高, 达69. 8% (30/43); 而其中心电图活动平板试验阳性者仅有6例; 目前出院诊断均未单独列出“右冠状动脉发育细小”这一诊断, 而多采用了“心脏神经官能症”. 结论 右冠脉发育细小者较常出现胸闷症状, 建议临床采用“右冠脉发育细小(或发育不良)综合征”, 利于采用针对性药物治疗; 鉴于文献有右冠脉发育细小导致心源性猝死的报道, 因此对这部分患者做好随访也很有必要.
2. 期刊论文 [齐强](#), [张晓锁](#), [任振祥](#), [赵万里](#), [郑宝才](#), [李林](#), [王保申](#) 右冠状动脉起源于左前降支一例 - [中国心脏起搏与心电生理杂志](#) 2004, 18 (4)
患者男性, 62岁, 因冠心病心绞痛入院, 冠状动脉造影发现右冠状动脉起源于左前降支中段, 它是一种罕见的左单支冠状动脉畸形. 具有潜在的危险性.
3. 期刊论文 [王海兵](#), [黄佐](#), [樊民](#), [王磊](#), [吴宗贵](#), [赵君](#) 急性下壁心肌梗死心电图与冠状动脉造影的对比分析 - [第二军医大学学报](#) 2003, 24 (9)
为分析右冠状动脉(RCA)或左回旋支(LCX)急性下壁心肌梗死(AMI)时的心电图特征, 选择55例患者进行常规18导联心电图及选择性冠状动脉造影检查. 结果显示发生房室传导阻滞的RCA病变率明显高于无房室传导阻滞组(100% vs 70. 97%, $P < 0. 01$); STIII ↑ / STII ↑ 1组的RCA病变率明显高于STIII ↑ / STII ↑ ≤ 1组(100% vs 47. 68%, $P < 0. 01$); ST I ↓ + STaVL ↓ 组的RCA病变率明显高于非ST I ↓ + STaVL ↓ 组(90. 91% vs 66. 67%, $P < 0. 05$); V4RST ↑ 组的RCA病变率明显高于无V4RST ↑ 组(100% vs 75%, $P < 0. 05$). 研究认为急性下壁心肌梗死时发生房室传导阻滞、STIII ↑ / STII ↑ > 1、ST I ↓ + STaVL ↓ 和V4RST ↑ 有助于RCA病变的临床诊断.
4. 期刊论文 [梁国庆](#), [刘军翔](#), [张建起](#), [陈少伯](#), [赵季红](#), [姜铁民](#) 先天性右冠状动脉缺如一例 - [介入放射学杂志](#) 2010, 19 (1)
患者男, 64岁, 间歇胸闷、憋气1年, 加重半个月于2009年5月入院, 既往高血压病史3年, 血压最高达180/90mmHg, 未规律服用降压药. 入院体检: 血压140/70 mmHg, 脉搏56次/min, 呼吸19次/min. 双肺呼吸音清, 心界不大, 未闻及杂音, 双下肢无浮肿. 实验室检查: 血脂、血糖正常.
5. 期刊论文 [王华敏](#), [刘艺](#), [李松](#) 心电图对急性下壁心肌梗死患者右冠状动脉和左回旋支阻塞的识别 - [中国煤炭工业医学杂志](#) 2007, 10 (9)
目的 探讨急性下壁心肌梗死心电图对右冠状动脉和左回旋支阻塞的识别. 尤其是aVR导ST段改变对相关冠状动脉阻塞识别的意义. 方法 共收集30例急性下壁心肌梗死患者, 平均年龄(59. 1 ± 13. 9)岁; 男27例, 女3例. 所有患者均在发病24h内做心电图, 取其ST段改变最显著的一张心电图作为参照. 2~3周内做冠状动脉造影术, 并对比分析心电图ST段改变与冠状动脉造影资料. 结果 急性下壁心肌梗死患者中, 有如下5个指标可以用来识别右冠状动脉和左回旋支是罪犯血管: ① I 导ST段抬高; ② ST段抬高 II > III 或 II < III; ③ V4R导ST段抬高 ≥ 0. 5mm; ④ V1导和V2导ST段抬高或ST段压低; ⑤ aVR导ST段压低. 结论 用这5个指标识别急性下壁心肌梗死患者中右冠状动脉和左回旋支作为罪犯血管有一定意义, 尚需进一步的临床研究来证实.
6. 期刊论文 [王荣英](#), [谷新顺](#), [傅向华](#), [WANG Rongying](#), [GU Xinshun](#), [FU Xianghua](#) 右冠状动脉与左回旋支闭塞心肌梗死患者的临床对比分析 - [临床心血管病杂志](#) 2005, 21 (12)
目的: 对比分析右冠状动脉(RCA)与左回旋支(LCX)闭塞的急性下壁心肌梗死患者的心电图特征、心功能和预后. 方法: 90例首次急性下壁心肌梗死患者, 进行常规心电图及冠状动脉造影. RCA闭塞组(RCA组)63例, LCX闭塞组(LCX组)27例, 所有患者均在发病24 h内行直接冠状动脉介入术. 术后2周行99mTc-MIBI心肌灌注断层显像测定心肌梗死面积, 并行心血池显像测定左室射血分数(LVEF). 观察住院期间心律失常、心力衰竭或心源性休克的发生率及病死率. 结果: ① RCA组下壁及右室梗死的发生率显著高于LCX组($P < 0. 01$), 而并发侧壁梗死的发生率显著低于LCX组($P < 0. 01$). ② RCA组IIIst ↑ > IIst ↑ + aVLst ↑ > I st ↓ 的发生率也显著高于LCX组($P < 0. 01$). ③ RCA组肌酸激酶同工酶峰值及心肌梗死面积均大于LCX组($P < 0. 05$). ④ RCA组LVEF低于LCX组($P < 0. 05$). 结论: RCA闭塞较LCX闭塞的急性下壁心肌梗死患者心肌梗死面积大, 心功能和预后差.
7. 期刊论文 [陈志云](#), [李敬红](#), [麻新梅](#), [汪志华](#) 心电图运动试验中STV1改变与右冠状动脉近段病变相关分析 - [中国心血管病研究杂志](#) 2004, 2 (4)
为探讨STV1与冠状动脉病变部位的关系, 我们对86例行冠状动脉造影患者进行平板运动试验, 现将结果报告如下.
8. 会议论文 [史河水](#), [韩萍](#), [孔祥泉](#), [冯敢生](#), [Martin HK Hoffmann](#) 多排CT对先天性右冠状动脉变异的评价 2005

冠状动脉发生先天性变异者少见,发生率约1%。冠状动脉变异可以为良性,亦可危及生命,因为它可以引发心肌梗死致患者意外死亡。胸痛是患者主要的临床症状,但缺乏特异性,许多患者没有临床症状。一般用于检查冠状动脉变异的影像学方法有CA,经食管心脏超声,经胸心脏超声,磁共振(MR),电子束CT(EBCT)和MSCT。目前,16层CT已广泛应用于冠状动脉病变的检查。本文介绍了一组右冠状动脉变异的16层CT的表现,结果显示16层CT作为一种无创性检查冠状动脉病变的新的影像学方法,能准确地判断冠状动脉的异常起源和行程,可为进一步经导管冠状动脉造影检查和外科手术治疗方案的制定提供理论依据。

9. 期刊论文 吴梅. 古杰洪. 谢伟杰. 陈明旺. 林竹. 陈胜利. 王海林. Wu Mei. GU Jie-Hong. XIE Wei-Jie. CHEN Ming-

Wang. LIN Zhu. CHEN Sheng-Li. WANG Hai-Lin 16层螺旋CT冠状动脉造影重建的最佳时相选择 -中国动脉硬化杂志

2007, 15(11)

目的 探讨16层螺旋CT冠状动脉造影的最佳重建时相.方法 对136例临床诊断或拟诊冠心病的患者行16层螺旋CT冠状动脉造影,选取增强扫描R-R心动周期0%~100% 的10组图像(间隔10%),评价不同重建时相冠状动脉各主要分支的图像质量等级及可评价冠状动脉数,选择显示最清晰的一组记录时相.对最佳时相的薄层图像进行最大密度投影、二维曲面重建、多平面重建和容积再现重建.结果 每位患者的3条冠状动脉分支(左前降支、左回旋支、右冠状动脉)分别用于图像质量分析,各时相之间显示可评价冠状动脉血管数有显著性差异($P<0.05$).重建相位窗40%、50%、70%和80%与其它相位窗之间在显示高质量冠状动脉数量上有显著性差异($P<0.05$).左前降支、左旋支和右冠状动脉在80%和70%相位窗上显示最佳,其次是40%和50%相位窗.结论 选择最佳时相进行图像重建可以最大限度减轻心脏运动伪影,提高图像质量.相.对最佳时相的薄层图像进行最大密度投影、二维曲面重建、多平面重建和容积再现重建.结果 每位患者的3条冠状动脉分支(左前降支、左回旋支、右冠状动脉)分别用于图像质量分析,各时相之间显示可评价冠状动脉血管数有显著性差异($P<0.05$).重建相位窗40%、50%、70%和80%与其它相位窗之间在显示高质量冠状动脉数量上有显著性差异($P<0.05$).左前降支、左旋支和右冠状动脉在80%和70%相位窗上显示最佳,其次是40%和50%相位窗.结论 选择最佳时相进行图像重建可以最大限度减轻心脏运动伪影,提高图像质量.相.对最佳时相的薄层图像进行最大密度投影、二维曲面重建、多平面重建和容积再现重建.结果 每位患者的3条冠状动脉 支(左前降支、左回旋支、右冠状动脉)分别用于图像质量分析,各时相之间显示可评价冠状动脉血管数有显著性差异($P<0.05$).重建相位窗40%、50%、70%和80%与其它相位窗之间在显示高质量冠状动脉数量上有显著性差异($P<0.05$).左前降支、左旋支和右冠状动脉在80%和70%相位窗上显示最佳,其次是40%和50%相位窗.结论 选择最佳时相进行图像重建可以最大限度减轻心脏运动伪影,提高图像质量.相.对最佳时相的薄层图像进行最大密度投影、二维曲面重建、多平面重建和容积再现重建.结果 每位患者的3条冠状动脉 支(左前降支、左回旋支、右冠状动脉)分别用于图像质量分析,各时相之间显示可评价冠状动脉血管数有显著性差异(

10. 学位论文 周志文 左右冠状动脉病变临床特征初探 2007

目的: 比较冠状动脉粥样硬化性心脏病(conorary heart disease,CHD)右冠状动脉(right coronary artery,RCA)病变与左冠状动脉(left coronary artery, LCA)病变患者胸痛等心肌缺血症状的临床差异。

方法: 收集我科自2002年至2006年经冠状动脉造影(coronary arteriography, CAG)确诊CHD患者共408例,将其分急性心肌梗死(acute myocardial infraction,AMI)组和心绞痛(angina pectoris, AP)组。在AP组中,根据冠状动脉造影结果分为单支血管病变和多支血管病变两个亚组,统计各亚组RCA病变检出率和LCA病变检出率的差异。在AMI组中,先确定AMI的起病时间和梗死相关血管,再根据AMI之前是否存在胸痛等心肌缺血症状以及其心肌缺血症状的时间是否超过一个月,对RCA病变和LCA病变作出对比,以观察它们在AMI前存在心肌缺血症状的差异。

结果: 在AP组中,多支病变亚组中RCA病变检出率和LCA病变检出率差异不明显, ($P>0.05$),而单支病变亚组中RCA病变检出率明显低于LCA病变检出率($P<0.001$)。在AMI组中,LCA病变在AMI前存在心肌缺血症状患者明显比RCA病变多($P<0.05$),LCA病变在AMI之前存在心肌缺血症状时间超过一个月的患者也明显比RCA病变多($P<0.01$)。

结论: RCA病变时心肌缺血症状少,甚至缺乏,不易被发现而漏诊。

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfxszz200604024.aspx

授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 8f37023e-93cc-4e1b-a07c-9e1f0003f40c

下载时间: 2010年10月30日