

方型(以中枢神经系统和皮肤受累为主)和亚洲型(多表现为多器官衰竭、肝脾大、全血细胞减少及噬血细胞综合征),多混合存在。中枢神经系统 IVLBCL 多位于脑内,呈多灶性,而其分布与脑血管解剖不相符合;少数可累及脊髓、特别是胸髓,常与

脑内病变同时出现,临床多表现为双下肢进行性麻木无力,伴排尿、排便障碍;由于肿瘤细胞局限于血管内生长,脑脊液细胞学检查多为阴性。脑内 IVLBCL 需与脑梗死鉴别,合并脊髓受累时需与脱髓鞘疾病鉴别。确诊需赖病理学检查。

Prenatal ultrasonic diagnosis of anomalous origin of right pulmonary artery from innominate artery: Case report

产前超声诊断右肺动脉异常起源于无名动脉 1 例

廖志鹏, 章 鸣, 徐赣琼

(中南大学湘雅二医院超声诊断科, 湖南 长沙 410011)

[Keywords] anomalous origin of right pulmonary artery; ultrasonography, prenatal

[关键词] 右肺动脉起源异常; 超声检查, 产前

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.039

[中图分类号] R714.53; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)11-1754-01

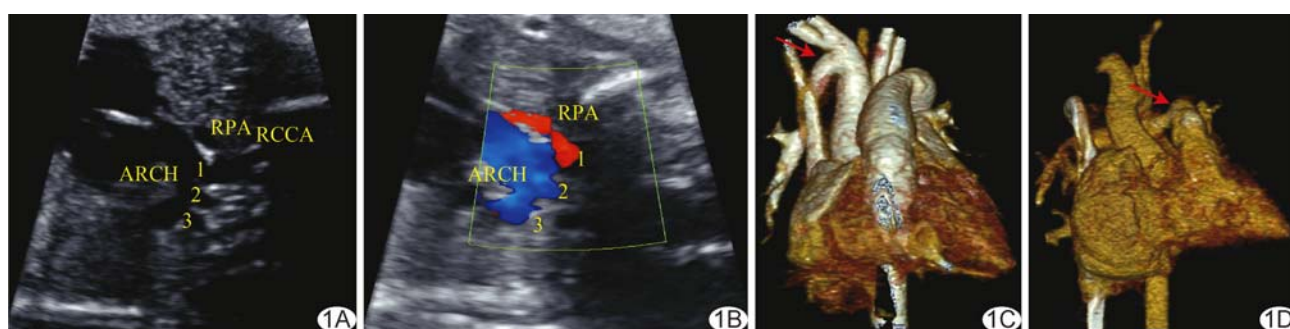


图 1 胎儿右肺动脉异常起源于无名动脉 A、B. 产前二维声像图(A)及CDFI(B)示主动脉弓长轴切面(ARCH: 主动脉弓; 1: 无名动脉; 2: 左颈总动脉; 3: 左锁骨下动脉; RPA: 右肺动脉; RCCA: 右颈总动脉); C. 新生儿心脏 CTA 三维成像示右肺动脉异常起源(箭); D. 术后 CTA 示右肺动脉(箭)

孕妇 30 岁, 孕 30⁺6 周定期产检超声提示胎儿右肺动脉异常起源于升主动脉(anomalous origin of the right pulmonary artery from the ascending aorta, AORPA), 孕 31 周羊水穿刺染色体畸变检测无异常; 既往体健, 孕 1 产 0, 无家族史。孕 35⁺2 周胎儿超声心动图: 心脏位置、方向正常, 心房正位, 心室右襟, 大动脉正位; 可见卵圆孔瓣; 各房室大小正常; 可见 2 组房室瓣及主、肺动脉瓣, 房室连接、心室-大动脉连接正常; 肺动脉分叉未显示, 肺动脉主干仅发出左肺动脉, 右肺动脉发自左位主动脉弓第一分支(无名动脉)(图 1A、1B); 可见左位动脉导管; 超声诊断: 右肺动脉异常起源于无名动脉。于孕 39⁺6 周自然娩出一女婴。新生儿超声显示右肺动脉异常起源于无名动脉, 右肺动脉中段狭窄, 肺动脉高压; CT 血管造影(CT angiography, CTA)三维成像: 右肺动脉通过无名动脉发出侧支供血(图 1C)。于出生后 1 月余行右肺动

脉重建术, 术中见右肺动脉异常起源于无名动脉, 中段闭塞。术后超声及 CTA(图 1D)提示重建右肺动脉管腔通畅。

讨论 AORPA 包括近端型(靠近主动脉瓣)和远端型(靠近或位于无名动脉), 前者的右肺动脉近端由右第 6 弓近端发育而来, 多不伴狭窄; 本例属于后者, 右肺动脉中段进行性狭窄、最终闭塞, 右肺动脉近端可能由右第 6 弓背侧(包含动脉导管组织)与第 5 弓发育而来。超声检查对于诊断 AORPA、监测病情和随访极为重要, 可为临床诊治提供可靠依据。产前超声诊断 AORPA 困难, 多根据起源位置鉴别其两种类型。此外本例患儿合并肺动脉高压, 可能因右肺接受体循环高压血流灌注及右肺血管床异常引起血管收缩, 左肺接受右心室整体输出量所致。本例产前超声未显示肺动脉分叉时应考虑单侧肺动脉异常起源, 并仔细寻找异常起源的肺动脉。

[第一作者] 廖志鹏(1996—), 男, 湖南娄底人, 在读硕士。E-mail: 1462246169@qq.com

[收稿日期] 2022-06-01 [修回日期] 2022-08-16