DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.s1.022

缩窄性心包炎的诊断及外科治疗

王明荣 陈虎平（第一附属医院 胸外科）

我院自1976年～1986年，经手术治疗的缩窄性心包炎共42例。现分析讨论如下：

临床资料

一、一般资料 本组42例中，男性25例，占59.52%；女性17例，占40.48%。年龄7～49岁，其中7～20岁者28例，占66.9%。全组平均年龄23岁。

二、症状与体征 有呼吸困难、心慌、气短者34例，占81%；有腹水、下肢水肿者38例，占90%；有胸水者15例，占35.7%；本组42例中均有不同程度的颈静脉怒张及肝肿大。术前有外周静脉压记录的35例均高于正常。在200～410mmH_2O之间者33例，占94.3%；其中200～300mmH_2O者12例，占28.57%；310～410mmH_2O者21例，占50%。另外150～190mmH_2O者2例。

三、心电图及X线改变

本组有心电图记录者41例均有不同程度的改变。有心肌劳损者26例，QRS波低电压者22例，窦性心动过速者10例，心房纤颤者2例，心房扑动者1例。

胸部X线平片显示心影较正常增大者22例，仅1例心影缩小。其它改变有肺纹理增多、心脏各弓弧消失、上腔静脉增宽、肋膈角变钝等，其中可见心包钙化影者7例。

四、手术经路与治疗结果

本组42例手术治疗均采用心包部分剥脱术，其中左侧经路（取前外侧切口第四、五肋间进胸）者24例；包括术中横断胸骨者2例。正中劈胸经路18例，术后行外周静脉压测定者21例，除2例较术前下降不明显外，其余均较术前明显下降；下降幅度为70～260mmH_2O，平均下降158mmH_2O。下降程度与两种不同手术经路无直接关系（主要与心包剥脱程度和心肌功能有关）。术后死亡1例，死亡率为2.38%。其余病人随访观察疗效满意，心功能均有明显改善。

讨论

一、病因

缩窄性心包炎半数以上的病例病因不明。一般认为结核为最常见，经病理检查证实为结核性病变者约占40%。本组42例中术后经病理检查为结核性病变者12例，占28.57%；余为慢性炎症改变或纤维组织改变。其结核性病变低于文献[1]报道的原因与病程长，大多经过长期抗结核治疗，使结缔组织增生，肉芽组织消失，瘢痕组织形成，而不易查出结核性病理的特征改变有关。

二、诊断

典型病例：诊断并不困难。但因缩窄部位及程度不同等原因，临床上常突出某些症状和体征。我们体会以下几点对诊断有帮助。

1．腹水较下肢水肿更严重：由于心包的炎性改变，使与其相连的横膈亦发生粘连，致使腹腔淋巴液回流受阻，腹腔液体外渗。加之心包缩窄，门脉压力增高，因而腹水更明显。

2．外周静脉压增高明显：心包缩窄后，压迫心脏和大血管根部，尤其是心室舒张受限，静脉血回流受限，致外周静脉压增高多达200mmH^2O以上。本组所测35例中200～410mmH^2O者达33例，占94.3%。

3．X线可见心包钙化影：X线照片中除显示有心影增大，边缘毛糙外，如可见心包钙化影，结合临床往往可确诊。

4．心电图多有心肌损害及QRS低电压：心脏由于长期受缩窄心包的束缚，心肌萎缩变性及去极化时限缩短，心电图出现心

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

肌损害及低电压等表现。本组心肌劳损26例，占62%，低电压22例，占52%。

三、手术与疗效

1．手术时机：有人认为早期手术便于剥离心包，疗效高，死亡率低。有的作者虽也认为早期手术效果好但需待血沉降至正常后方可。我们认为一经确诊的非急性心包炎，且出现心包填塞者均应尽早手术。病程越长，心肌萎缩越重，甚至心包钙化灶嵌入心肌，给手术造成困难。从本组所见，只要不是活动性肺结核或全身结核感染者，血沉增快并不影响手术治疗。我们对10例血沉在20mm/h以上（最高达150mm/h）者进行了手术治疗，术后经抗结核治疗，疗效较好，并未发生结核播散。

2．术前准备：除一般抗结核治疗外，应加强全身的对症治疗。如纠正水、电解质平衡失调，增加蛋白饮食，适当利尿，减轻心脏负荷，以及术前1～2日对大量胸、腹水的病例予以抽吸，改善呼吸循环功能，都是非常必要的。

3．手术切口的选择：双侧开胸横断胸骨，虽然暴露好，剥除心包理想，但因组织创伤大，术后呼吸功能影响重，我们已不采用。凡患者呼吸功能差，心脏位置又居正中，我们采用正中切口，否则多采用左前外第四或第五肋间切口，从术后外周静脉压测定结果看，两种切口无明显差异。关于心包切除范围，原则上应尽量彻底，但如有以下情况者，应适可而止。（1）心肌血运差，且因心肌萎缩，心包切开后心缩无力者；（2）心肌应激性高，虽经处理仍有严重心律失常者；（3）心包钙化灶嵌入心肌，两者分界面不清切除困难者。但必须松解左、右心室和心尖部。另外，对于已分离的心包不要急于切除，以便在发生心肌撕破出血时修补止血。

4．术后处理：本组手术死亡率2.38%，我们体会术后监护对治疗非常重要。（1）术后一定要重视心电监护，以及时处理各种心律失常；（2）注意电解质平衡。因术后心肌收缩改善，第三间隙的水分回吸收而产生利尿，钾离子丢失较多，故应注意有无低钾血症；（3）严格限制液体输入量及速度，以避免加重心脏负担，导致心力衰竭；（4）慎用毛地黄药物治疗，尤对病程长，心肌缺氧明显者更应慎重。我们曾遇一例成人患者，术后仅用0.2mg西地兰即出现中毒症状，经及时处理才得以纠正。（5）对术中有心包局限性干酪样组织或积液者，且术前血沉快，一般术后常规抗结核治疗3～6个月，以防结核扩散及再次狭窄。

参考文献

1. Hirschman JV. Pericardial constriction. Am HJ 1978; 96(1):110
2. 钱中希，等。心包切除术治疗慢性缩窄性心包炎。中华外科杂志 1964；12(6):538
3. 吴英恺，等。胸部外科。第1版 北京：人民卫生出版社 1974：(26)527
4. 郑笑莲，等。缩窄性心包炎手术治疗100例资料分析。解放军医学杂志 1983；8(1):25

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net