

急性心包炎_心血管内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_BF_83_E5_c22_611229.htm 心包炎（pericarditis）是最常见的心包病变，可由多种致病因素引起，常是全身疾病的一部分，或由邻近组织病变蔓延而来。心包炎可与心脏的其他结构如心肌或心内膜等的炎症同时存在，亦可单独存在。心包炎可分为急性和慢性两种，前者常伴有心包渗液，后者常引起心包缩窄。急性心包炎（acute pericarditis）是心包膜的脏层和壁层的急性炎症，可以同时合并心肌炎和心内膜炎，也可以作为唯一的心脏病损而出现。【诊断】在心前区听得心包摩擦音，则心包炎的诊断即可确立。在可能并发心包炎的疾病过程中，如出现胸痛、呼吸困难、心动过速和原因不明的体循环静脉淤血或心影扩大，应考虑为心包炎伴有渗液的可能。渗液性心包炎与其他原因引起的心脏扩大的鉴别常发生困难。颈静脉扩张而伴有奇脉、心尖搏动微弱、心音弱、无瓣膜杂音、有舒张早期额外音；x线检查或心脏计波摄影示心脏正常轮廓消失、搏动微弱；心电图示低电压、st-t的改变而qt间期不延长等有利于前者的诊断。进一步可作超声波检查、放射性核素检查和磁共振显像等，心包穿刺和心包活检则有助于确诊。非特异性心包炎的剧烈疼痛酷似急性心肌梗塞，但前者起病前常有上呼吸道感染史，疼痛因呼吸、咳嗽或体位改变而明显加剧，早期出现心包摩擦音，以及血清谷草转氨酶、乳酸脱氢酶和肌酸磷酸激酶正常，心电图无异常q波；后者发病年龄较大，常有心绞痛或心肌梗塞的病史，心包摩擦音出现于起病后3~4天，心电图有异常q波、弓

背向上的st段抬高和t波倒置等改变，常有严重的心律失常和传导阻滞。如急性心包炎的疼痛主要在腹部，可能被误诊为急腹症，详细的病史询问和体格检查可以避免误诊。不同病因的心包炎临床表现有所不同，治疗亦不同。【治疗措施】急性心包炎的治疗包括对原发疾病的病因治疗、解除心脏压塞和对症治疗。患者宜卧床休息。胸痛时给予镇静剂，必要时使用吗啡类药物或左侧星状神经节封闭。风湿性心包炎时应加强抗风湿治疗，一筋骨和肾上腺皮质激素较好（见“急性风湿热”章）；结核性心包炎时应迟早开始抗结核治疗，并给予足够的剂量和较长的疗程，直到结核活动停止后一年左右再停药（参见“结核病”章），如出现心脏压塞症状，应进行心包穿刺放液；如渗液继续产生或有心包缩窄表现，应及时作心包切除，以防止发展为缩窄性心包炎；化脓性心包炎时应选用足量对致病菌有效的抗生素，并反复心包穿刺抽脓和心包腔内注入抗生素，如疗效不著，即应及早考虑心包切开引流，如引流发现心包增厚，则可作广泛心包切除；非特异性心包炎时肾上腺皮质激素可能有效，如反复发作亦可考虑心包切除。心包渗液引起心脏压塞时应作心包穿刺抽液，可先作超声波检查确定穿刺的部位和方向。并将穿刺针与绝缘可靠的心电图机的胸导联电极相联结进行监护。还应预防性地使用阿托品，避免迷走性低血压反应。穿刺的常用部位有两处（图1）：胸骨剑突与左肋缘相交的尖角处，针尖向上略向后，紧贴胸骨后面推进，穿刺时患者采取半卧位。此穿刺点对少量渗液者易成功，不易损伤冠状血管，引流通畅，且不经过胸膜腔，故特别适用于化脓性心包炎以免遭污染。左侧第五肋间心浊音界内侧1~2cm，针尖向后向内

推进，指向脊柱，穿刺时患者应取坐位。操作应注意无菌技术，针头推进应缓慢，如觉有心脏搏动，应将针头稍向后退，抽液不宜过快，在抽液后可将适量抗生素注入心包腔内。

【病因学】急性心包炎几乎都是继发性的，它的病因实质上是各种原发的内外科疾病，部分病因至今不明。其中以非特异性、结核性、化脓性和风湿性心包炎较为常见。国外资料表明非特异性心包炎已成为成年人心包炎的主要类型；国内报告则以结核性心包炎居多，其次为非特异性心包炎。恶性肿瘤和急性心肌梗塞引起的心包炎在增多。随着抗生素和化学治疗的进展，结核性、化脓性和风湿性心包炎的发病率已明显减少。除系统性红斑狼疮性心包炎外，男性发病率明显高于女性。急性心包炎的病因分类（一）非特异性心包炎（二）感染性心包炎1.细菌性 化脓性， 结核性；2.病毒性如柯萨奇、埃可、流感、传染性单核细胞增多症和巨细胞病毒等；3.真菌性如组织胞浆菌、放线菌，奴卡氏菌、耳状菌、分支杆菌等；4.其他如立克次体、螺旋体、支原体、肺吸虫、阿米巴原虫和包囊虫等。（三）伴有其他器官或组织系统疾病的心包炎1.自身免疫性疾病如风湿热、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、皮炎、硬皮病、多关节炎、心包切开术后综合征、心肌梗塞后综合征、透析治疗、肾移植和艾滋病等；2.过敏性疾病如血清病、过敏性肉芽肿和过敏性肺炎等；3.邻近器官的疾病如心肌梗塞、夹层动脉瘤、肺栓塞、胸膜、肺和食管疾病等；4.内分泌代谢性疾病如尿毒症、粘液性水肿、糖尿病、痛风、阿狄森病、胆固醇性心包炎等；5.其他如胰腺炎、地中海贫血、肠源性脂肪代谢障碍、非淋病性关节炎，结膜、尿道炎综合征等。（四）物理因素引

起的心包炎1.创伤 如穿透伤、异物、心导管、人工心脏起搏器和心脏按摩等的创伤；2.放射线。（五）药物引起的心包炎 如胍苯哒嗪、普鲁卡因酰胺、苯妥英钠、青霉素、异烟肼、保泰松和甲基硫氧嘧啶等。（六）新生物引起的心包炎1.原发性间皮瘤、肉瘤等；2.继发性肺或乳腺癌、多发性骨髓瘤、白血病和淋巴瘤等转移。【发病机理】心包渗液是急性心包炎引起一系列病理生理改变的主要原因。心包渗液由于重力作用首先积聚于心脏的膈面，当渗液增加时充盈胸骨后心包间隙，然后除心包反摺的心房后面这部分外，心脏的两侧均可充满渗液。由于渗液的急速或大量积蓄，使心包腔内压力上升，当达到一定程度时就限制心脏的扩张，心室舒张期充盈减少，心搏量降低。此时机体的代偿机制通过升高静脉压以增加心室的充盈；增强心肌收缩力以提高射血分数；加快心率使心排血量增加；升高周围小动脉阻力以维持动脉血压，如此保持相对正常的休息时心排血量。如心包渗液继续增加，心包腔内压力进一步增高，心搏量下降达临界水平时，代偿机制衰竭，于是升高的静脉压已不能增加心室的充盈；射血分数下降；过速的心率使心室舒张期缩短和充盈减少，不再增加每分钟心排血量；小动脉收缩达极限，动脉血压下降，导致心排血量显著下降，循环衰竭而产生休克，此即为心脏压塞或称心包堵塞。正常人在吸气时动脉血压可有轻度下降（降低不超过1.33kpa(10mmhg)，因此周围脉搏强度无明显改变。当心包渗液引起心包堵塞时，吸气时脉搏强度可明显减弱或消失。其机制为： 吸气时胸腔负压使肺血管容量明显增加，血液贮留于肺血管内，而心脏而受渗液包围的限制右心室的充盈不能显著增加，右心室的排血量不足以

补偿肺血容量的增加，使肺静脉回流减少甚至逆转，于是左心室充盈减少；受液体包围的心脏容积固定，吸气时右心室血液充盈增加，体积增大，室间隔向后移位，左心室容积减少，因而充盈减少；吸气时膈下降牵扯紧张的心包，使心包腔内压力更加增高，左心室充盈进一步减少，三者相结合使左心室排血量锐减，动脉血压显著下降[超过1.33kpa(10mmhg)]，出现奇脉。【病理改变】心包炎炎症反应的范围和特征随病因而异。可为局限性或弥漫性，病理变化有纤维蛋白性（干性）和渗出性（湿性）两种，前者可发展成后者。渗液可为浆液纤维蛋白性、浆液血性、出血性或化脓性。炎症开始时，壁层和脏层心包出现纤维蛋白、白细胞和内皮细胞组成的渗出物。以后渗出物中的液体增加，则成为浆液纤维蛋白性渗液，量可达2~3l，外观呈草黄色，清晰，或由于含有较多的白细胞及内皮细胞而混浊；如含有较多的红细胞即成浆液血性。渗液多在2~3周内吸收。结核性心包炎常产生大量的浆液纤维蛋白性或浆液血性渗出液，渗液存在时间可长达数月，偶呈局限性积聚。化脓性心包炎的渗液含有大量中性粒细胞，呈稠厚的脓液。胆固醇性心包炎渗液中含有大量的胆固醇，呈金黄色。乳糜性心包炎的渗液则呈牛奶样。结核性或新生物引起的出血性心包炎渗液中含有大量的红细胞，应与创伤或使用抗凝剂所致含纯血的心包相鉴别。炎症反应常累及心包下表层心肌，少数严重者可累及深部心肌，甚至扩散到纵隔、膈和胸膜。心包炎愈合后可残存局部细小斑块、普遍心包增厚，或遗留不同程度的粘连。粘连可以完全堵塞心包腔。如炎症累及心包壁层的外表面，可产生心脏与邻近组织（如胸膜、纵隔和膈）的粘连

。急性纤维素性心包炎的炎症渗出物常可完全溶解而吸收，或较长期存在，亦可机化，为结缔组织所代替形成疤痕，甚至引起心包钙化，最终发展成缩窄性心包炎。【临床表现】

（一）症状可能为原发性疾病如感染时的发冷、发热、出汗、乏力等症状所掩盖。心包炎本身的症状有：1.心前区疼痛主要见于炎症变化的纤维蛋白渗出阶段。心包的脏层和壁层内表面无痛觉神经，在第五或第六肋间水平以下的壁层外表面有膈神经的痛觉纤维分布，因此当病变蔓延到这部分心包或附近的胸膜、纵隔或膈时，才出现疼痛。心前区疼痛常于体位改变、深呼吸、咳嗽、吞咽、卧位尤其当抬腿或左侧卧位时加剧，坐位或前倾位时减轻。疼痛通常局限于胸骨下或心前区，常放射到左肩、背部、颈部或上腹部，偶向下颌，左前臂和手放射。右侧斜方肌嵴的疼痛系心包炎的特有症状，但不常见。有的心包炎疼痛较明显，如急性非特异性心包炎；有的则轻微或完全无痛，如结核性和尿毒症性心包炎。2.心脏压塞的症状可出现呼吸困难、面色苍白、烦躁不安、紫绀、乏力、上腹部疼痛、浮肿、甚至休克。3.心包积液对邻近器官压迫的症状肺、气管、支气管和大血管受压迫引起肺淤血，肺活量减少，通气受限制，加重呼吸困难，使呼吸浅而速。患者常自动采取前卧坐位，使心包渗液向下及向前移位，以减轻压迫症状。气管受压可产生咳嗽和声音嘶哑。食管受压可出现咽下困难症状。4.全身症状心包炎本身亦可引起发冷、发热、心悸、出汗、乏力等症状，与原发疾病的症状常难以区分。（二）体征1.心包摩擦音是急性纤维蛋白性心包炎的典型体征。因发炎而变得粗糙的壁层与脏层心包在心脏活动时相互摩擦产生的声音，呈抓刮样粗糙的高频

声音；往往盖过心音且有较心音更贴近耳朵的感觉。典型的摩擦音可听到与心房收缩、心室收缩和心室舒张相一致的三个成份。大多为与心室收缩和舒张有关的两个成份，呈来回样。在此音开始出现的阶段和消失之前，可能只在心室收缩期听到。它在心前区均可听到，但在胸骨左缘第三、四肋间、胸骨下部和剑突附近最清楚。其强度常受呼吸和体位的影响，深吸气、身体前倾或让患者取俯卧位，并将听诊器的胸件紧压胸壁时摩擦音增强。常仅出现数小时、或持续数天、数星期不等。当渗液出现两层心包完全分开时，心包摩擦音消失；如两层心包有部分粘连，虽有大量心包积液，有时仍可闻及摩擦音。在心前区听得心包摩擦音，就可作出心包炎的诊断。

2.心包积液 积液量在200～300ml以上或渗液迅速积聚时产生以下体征：

心脏体征：心尖搏动减弱、消失或出现于心浊音界左缘内侧处。心浊音界向两侧扩大、相对浊音区消失，患者由坐位转变为卧位时第二、三肋间的心浊音界增宽。心音轻而远，心率快。少数患者在胸骨左缘第三、四肋间可听得舒张早期额外者（心包叩击音），此音在第二心音后0.1秒左右，声音较响，呈拍击样，是由于心室舒张时受心包积液的限制，血流突然中止，形成旋涡和冲击心室壁产生震动所致。

左肺受压迫的征象：有大量心包渗液时，心脏向后移位，压迫左侧肺部，可引起左肺下叶不张。左肩胛肩下常有浊音区，语颤增强，并可听到支气管呼吸音（Ewart征）。

心脏压塞的征象：快速心包积液，即使仅100ml，可引起急性心脏压塞，出现明显的心动过速，如心排血量显著下降，可产生休克。当渗液积聚较慢时、除心率加速外，静脉压显著升高，可产生颈静脉怒张，搏动和吸气时扩张，肝

肿大伴触痛，腹水，皮下水肿和肝-颈静脉反流征阳性等体循环淤血表现。动脉较收缩压降低，脉压减小，脉搏细弱，可出现奇脉。【辅助检查】心电图检查 急性心包炎因累及心包脏层下的心肌和心包渗液的影响，心电图可出现如下的改变：

- 1.st段移位 因炎症累及和心包渗液压迫心外膜下心肌，产生损伤和缺血。
- 2.t波改变 由于心外膜下心肌纤维复极延迟。
- 3.急性心包炎的心电图演变 典型演变可分四期：
st段呈弓背向下抬高，t波高。一般急性心包炎为弥漫性病变，故出现于除avr和v1外所有导联，持续2天至2周左右。v6的st/t比值0.25。几天后st段回复到基线，t波减低、变平。t波呈对称型倒置并达最大深度，无对应导联相反的改变（除avr和v1直立外）。可持续数周、数月或长期存在。t波恢复直立，一般在3个月内。病变较轻或局限时可有不典型的演变，出现部分导联的st段、t波的改变和仅有st段或t波改变。
- 4.p-r段移位 除avr和v1导联外，p-r段压低，提示心包膜下心房肌受损。
- 5.qrs波低电压 推测为心包渗液的电短路作用。如抽去心包渗液仍有低电压，应考虑与心包炎症纤维素的绝缘作用和周围组织水肿有关。
- 6.电交替 p、qrs、t波全部电交替为大量心包渗液的特征性心电图表现。心脏收缩时有呈螺旋形摆动的倾向，正常时心包对它有限制作用。当大量心包渗液时，心脏似悬浮于液体中，摆动幅度明显增大，如心脏以心率一半的频率作“逆钟向转-然后回复”的反复规律性运动时，引起心脏电轴的交替改变。
- 7.心律失常 窦性心动过速多见，部分发生房性心律失常，如房性早搏、房性心动过速、心房扑动或心房颤动。在风湿性心包炎中可出现不同程度的房室传导阻滞。

（五）x线检查 当心包渗液超过250ml以上时，可出

现心影增大，右侧心膈角变锐，心缘的正常轮廓消失，呈水滴状或烧瓶状，心影随体位改变而移动。透视或x线记波摄影可显示心脏搏动减弱或消失。x线摄片显著增大的心影伴以清晰的肺野，或短期内几次x线片出现心影迅速扩大，常为诊断心包渗液的早期和可靠的线索。另外，右心导管检查时推送导管顶住右心房右缘，选择性心血管造影或使患者取左侧卧位静脉内注入50~100ml二氧化碳后作x线摄片，如右心房右缘心内膜面至肺野间距离超过5mm时，对心包渗液有诊断价值。

（六）超声波检查 正常心包腔内可有20~30ml起润滑作用的液体，超声心动图常难以发现，如在整个心动周期均有心脏后液性暗区，则心包腔内至少有50ml液体，可确定为心包积液。舒张末期右房塌陷（图2）和舒张期右室游离壁塌陷是诊断心脏压塞的最敏感而特异的征象。它可在床边进行检查，是一种简便、安全、灵敏和正确的无损性诊断心包积液的方法。

（七）放射性核素检查 用 ^{113m}In 或 ^{99m}Tc 静脉注射后进行心脏血池扫描检查。心包积液时显示心腔周围有空白区，心脏可缩小也可正常，心脏的外缘不规整（尤以右缘多见），扫描心影横径与x线心影横径的比值小于0.75。

（八）磁共振显像 能清晰地显示心包积液的容量和分布情况，并可分辨积液的性质，如非出血性渗液大都是低信号强度；尿毒症、外伤、结核性液体内含蛋白和细胞较多，可见中或高信号强度。

（九）心包穿刺 有心包积液时，可作心包穿刺，将渗液作涂片、培养和找病理细胞，有助于确定病原。心包液测定腺苷脱氨基酶（ada）活性 30u/l ，对诊断结核性心包炎具高度特异性。抽液后再注入空气（100~150ml）进行x线摄片，可了解心包的厚度、心包面是否规则（肿瘤可引起局

限性隆起)、心脏大小和形态等。(十)心包镜检查凡有心包积液需手术引流者,可先行心包镜检查。它可直接窥察心包,在可疑区域作心包活检,从而提高病因诊断的准确性。

【鉴别诊断】急性心包炎诊断确立后,尚需进一步明确其病因,为治疗提供方向,四种常见的急性心包炎的鉴别诊断。

【预后】主要决定于病因,如并发于急性心肌梗塞、恶性肿瘤或系统性红斑狼疮等,则预后严重。如为结核性或化脓性心包炎等,及时有效的治疗,包括必要的心包穿刺抽液或心包切开排脓,可望获得痊愈。部分可遗留心肌损害和发展成缩窄性心包炎。100Test 下载频道开通,各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com