

急性纤维蛋白性心包炎_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_E7_BA_A4_E7_c22_611230.htm 急性心包炎心包炎

系心包壁层及脏层的炎症。病因很多，常为全身疾病的一部分或被邻近组织病变所波及。根据病程可分为急性(<半年)与慢性(>半年)三种。急性心包炎多为继发性，临床上以结核、非特异性（多为病毒性）、风湿性、化脓性、尿毒症性、心肌梗死后（一种为急性心肌梗死后的急性心包炎症，称急性心肌梗死后心包炎。另一种为心包弥漫性非特异性炎症伴纤维沉积，称dressler综合征）、恶性肿瘤及结缔组织疾病等原因引起。根据病理变化，可分为纤维蛋白性和渗出性。【诊断】1.症状及体征（1）纤维蛋白性心包炎：心前区、胸骨或剑突下疼痛为主要表现。可为轻度不适、压迫感或尖锐的剧痛，疼痛可向斜方肌边缘、左肩、臂、背部放射，咳嗽、深呼吸及平卧位时加剧，前俯位时可缓解。常有发热、气急、干咳等。心包摩擦音为重要体征，在胸骨左缘第3~4肋间最清楚，前俯坐位时易听到。（2）渗出性心包炎：因心脏及邻近脏器受挤压，常有：心前区不适、呼吸困难、咳嗽、恶心、上腹胀痛、声音嘶哑和吞咽困难等。体征视积液多少而不同。心尖搏动减弱或消失。心浊音界向两侧扩大，相对浊音界消失。心率快、心音弱而遥远。大量积液时，左肩胛下叩诊呈浊音，语颤增强，可闻及管状呼吸音即尤尔特征（ewart征）。脉弱，有奇脉。收缩压下降，脉压小。亚急性或慢性心包炎可出现颈静脉怒张、肝颈回流阳性、肝大、皮下水肿和腹水等。（3）急性心包填塞：由于大量的

心包积液或迅速增长的少量积液，使心室舒张受阻，心排血量降低，临床表现为急性循环衰竭，如血压下降、心率增快、呼吸困难、紫绀、面色苍白、出汗、颈静脉怒张等。

2. 辅助检查

(1) x线检查：当心包积液量超过300ml时，心影向两侧增大；超过1000ml时心影呈烧瓶状或梨形，心影随体位而异。心膈角成锐角，上腔静脉影增宽而肺野透明。透视或计波摄片心搏动减弱。心包腔内注气术可见液平面、心脏大小、心包厚度及有无肿瘤。

(2) 心电图检查：纤维蛋白性心包炎阶段，各导联st段呈弓背向下型抬高，但avr导联st段压低，t波高耸，数日后st段回到等电位线上，t波变平、倒置。心包渗液时，qrs波群低电压，以肢体导联明显，t波低平或倒置。

(3) 二维超声检查：心包积液时显示心包腔内有无回声区：少量积液时，暗区常局限在房室沟及左室后壁之后（仰卧位）。中等量积液，无回声区扩大至心尖及右室前壁之前的心包腔，右室前壁搏动增强。大量积液，心脏周围无回声区增宽，心脏活动呈前后摆动，室壁搏动受限。

(4) 心包穿刺：可辅助诊断，指导治疗。

(5) 其他检查：必要时可行核素心脏扫描、心内co₂造影或心血管造影及与原发病有关的检查。

【治疗】

1. 一般处理 卧床休息，有气急、呼吸困难者吸氧。取半卧位，进流质或半流质饮食。疼痛时服镇静剂，必要时可用可待因、哌替啶（度冷丁）或吗啡。

2. 病因治疗

(1) 结核性心包炎：尽早行抗结核治疗，疗程宜长。有渗液者，在抗结核治疗基础上用泼尼松5ml~10ml,3次/日，口服，或于心包穿刺抽液后注入地塞米松1mg~2mg，或氢化可的松50mg~100mg，以促进渗液吸收。

(2) 风湿性心包炎：抗风湿治疗。

(3) 非特异性心包炎：镇静、止痛，可用如阿司

匹林、吲哚美辛（消炎痛）等，或用糖皮质激素控制急性病变，并结抗病毒药物。（4）化脓性心包炎：应选用对致病菌敏感的抗生素，给以足够剂量且疗程宜长。并应尽快反复行心包穿刺排脓及心包腔内注入抗生素。若全身中毒症状仍控制不满意或排脓不畅，应施行心包切开引流。（5）心肌梗死后心包炎（dressler综合征）：除以上一般处理外，可用非甾体抗炎药。上述治疗无效时，可选用糖皮质激素，必要时可加用阿司匹林，多可获较好效果。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