

特发性乳糜性心包炎一例报告

Chylous ascites due to pericarditis: a case report

崔丰和, 谢模彦, 黄江平 (湖北省荆州市中心医院胸心外科, 荆州 434100)

[关键词] 心包炎; 乳糜; 病例报告
[中图分类号] R 542.11 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2006)04-0366-01

1 临床资料 患者, 女, 35 岁, 因“间断心慌伴颜面、下肢水肿 1 个月”在外院就诊, 拟诊“结核性心包积液”, 行心包切开引流术, 术后一直予抗结核治疗。反复复查 B 超提示心包内大量积液, 并间断行心包穿刺。症状无明显好转。7 个月后转入我院, 查体: BP 105/85 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), Hr 101 次/min; 颜面水肿, 颈静脉充盈; 双肺呼吸音清晰, 未闻及干湿性啰音; 心界扩大, 心音遥远, 未闻及病理性杂音; 腹软, 肝脾不大, 无移动性浊音; 双下肢见轻度水肿。询问病史, 20 年前曾因“肺结核”行抗结核治疗。无明确胸背部手术、外伤史。胸片及胸部 CT 均仅提示心包大量积液 (未发现明确肺部结核病灶及钙化点)。结核菌素试验 (PPD) 阴性, 红细胞沉降率 (ESR) 20 mm/1 h。入院后行心包穿刺引流 (使用深静脉导管), 起始为暗红色血性液体, 5 d 后引流逐渐呈粉红色, 1 周后呈乳白色。引流液检查: 乙醚试验 (+), 胆固醇 4.6 mmol/L, 三酰甘油 36.6 mmol/L, 总蛋白 90.2 g/L。每日引流约 300~400 ml。外周血查丝虫微丝蚴阴性。确诊为特发性乳糜性心包炎。行乳糜管低位结扎及心包切开引流术, 术后恢复好, 出院后 3 个月复查, 心包内未见积液。

2 讨论 乳糜性心包炎较少见, 轻症患者可在胸透时发现, 重症患者以运动后心慌、气喘及颜面、下肢水肿等为首发症状, 严重时可能出现急性心包填塞。因无特殊症状, 就诊时常首先被考虑为结核性心包炎, 只有当穿刺抽液发现典型的

乳糜液后确诊。

原发性乳糜性心包炎可能由于胸导管及其与心包淋巴管交通的分支瓣膜受损, 或同时伴有胸导管压力的异常增高所致。继发性乳糜性心包炎可能因心胸手术损伤、原发性纵隔淋巴瘤、纵隔肿瘤等引起, 丝虫病造成的淋巴管或锁骨下静脉的栓塞亦是较常见的病因。诊断常首先依靠 B 超、CT 或 X 线发现心包积液, 而心包液的生化检查则可明确为乳糜性, 常用的包括乙醚试验, 蛋白、胆固醇、三酰甘油定量。常以三酰甘油 > 1.24 mmol/L, 蛋白 > 30 g/L 为真性乳糜。同时需排除纵隔内占位性病变的存在, 有时需检查有无丝虫病。

治疗原则和乳糜胸的治疗基本一致。内科保守治疗包括反复多次心包穿刺及心包闭式引流, 常需辅助低脂饮食或禁食并同时辅助静脉高营养。但长期的乳糜液引流, 会造成电解质、蛋白的丢失, 易引起营养衰竭和免疫力减退。因此部分患者最终需外科手术治疗, 方法包括心包周围迷走淋巴管的彻底结扎以及胸导管低位结扎和心包开窗术, 也可行置入 Denver 分流管行心包腹膜分流术。

[收稿日期] 2006-02-15 [修回日期] 2006-03-13
[本文编辑] 孙 岩

[作者简介] 崔丰和, 主治医师, E-mail: cuicandu@126.com