

水肿、气促、多浆膜腔积液的缩窄性心包炎 病例1例

刘 杰, 李桂琼*

重庆医科大学附属第二医院, 全科医学科, 重庆

收稿日期: 2023年7月26日; 录用日期: 2023年8月18日; 发布日期: 2023年8月25日

摘 要

缩窄性心包炎典型表现多表现为心悸、气促、乏力等, 心脏彩超可有心包粘连、增厚或钙化, 明确诊断不难, 但在临床上, 有相当一部分CP起病隐匿, 临床表现不典型, 给临床工作带来一定难度及挑战。本文报道了一例反复双下肢水肿、气促、多浆膜腔积液为主要表现, 起初诊断为肝硬化, 后再全科诊疗思路下诊断为缩窄性心包炎的病例1例, 并重点阐述了全科管理模式下减少了再入院率, 为患者减轻经济负担。

关键词

缩窄性心包炎, 水肿, 肝硬化

A Case of Constrictive Pericarditis with Edema, Shortness of Breath and Multiple Serous Effusion

Jie Liu, Guiqiong Li*

Department of General Medicine, The Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing

Received: Jul. 26th, 2023; accepted: Aug. 18th, 2023; published: Aug. 25th, 2023

Abstract

The typical manifestations of constrictive Pericarditis are mostly palpitations, shortness of breath, fatigue, etc. The color Doppler echocardiography can show pericardial adhesion, thickening or calcification, which is not difficult to make a clear diagnosis. However, clinically, a considerable num-

*通讯作者。

ber of CP onsets are hidden, and the clinical manifestations are not typical, which brings some difficulties and challenges to clinical work. This paper reports a case of recurrent edema, shortness of breath, and multiple serous cavity effusion in both lower limbs, which was initially diagnosed as cirrhosis, and then diagnosed as constrictive Pericarditis under the general practice. It focuses on the reduction of readmission rate under the general practice management mode to reduce the economic burden of patients.

Keywords

Constrictive Pericarditis, Edema, Cirrhosis

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 病例简介

患者张某, 男, 75岁, 汉族; 主诉: 反复双下肢水肿伴气促2年, 加重2月。

2年前, 患者无明显诱因出现双下肢水肿, 水肿呈凹陷性水肿, 双侧对称, 伴有喘累、气促, 与活动无关, 患者于当地医院就诊完善相关检查提示胸腔、腹腔积液, 予以呋塞米、螺内酯利尿及对症支持治疗后好转。此后患者反复出现多浆膜积液(胸腔、腹腔)及双下肢水肿, 辗转多家医院就诊, 未明确多浆膜腔积液原因, 均予以对症治疗后好转。2月余前, 患者再次出现双下肢水肿, 伴有呼吸喘累、气促不适, 伴少尿, 于当地医院就诊完善相关检查提示“胸腔积液, 腹腔积液, 肝硬化”。予以对症利尿、补充白蛋白、胸腔穿刺引流等处理后。患者为进一步明确反复多浆膜腔积液、双下肢水肿及肝硬化原因于全科住院治疗。

既往史: 否认高血压、糖尿病、心脏疾病、肝炎、长期吸烟、酗酒、药物史。一般情况: 患者长期生活在当地农村, 经济条件较差, 文化程度不高, 对于自己疾病不重视, 但患者反复住院已经严重影响了生活, 经济压力大, 承担不起反复住院高昂的住院费。

2. 全科诊疗思路

该患者主要以双下肢水肿、气促、多浆膜腔积液为主要表现。反复辗转多家医院未确诊, 多次予以利尿等处理后症状均可缓解。全科诊疗模式下, 我们从症状学入手, 首先双下肢水肿, 病因最常见的为心源性、肾源性、肝源性等[1], 而对于肝源性水肿, 肝硬化是肝源性水肿最常见的原因, 结合该患者特点, 目前需考虑: 1) 肝硬化: 支持点: 外院影像学资料提示肝硬化, 肝硬化导致低蛋白血症, 可导致双下肢水肿、多浆膜腔积液, 需考虑。2) 心源性: 支持点: 反复出现双下肢水肿、呼吸困难等心衰表现, 需警惕心脏病等可能。3) 暂未发现肾源性依据。

气促, 最常见的病因为呼吸系统疾病、心源性疾病、血液病等[1], 结合该患者特点, 目前需考虑: 1) 胸腔积液: 患者老年男性, 既往有胸腔积液病史, 合并有呼吸困难, 故需考虑。2) 心源性: 患者老年男性, 有双下肢水肿及呼吸困难病史, 故需考虑。3) 肺部肿瘤: 患者老年男性, 既往有吸烟史, 反复出现呼吸困难, 需警惕。4) 结核: 患者老年男性, 病史长, 病情反复, 结合我国结核多发, 结核表现形式不一, 需警惕。

多浆膜腔积液, 多浆膜腔积液病因众多, 有文献报道恶性肿瘤和自身免疫性疾病是多浆膜腔积液主要的病因, 其次是结核、肝硬化、心功能不全、低蛋白血症等[2] [3] [4]。结合本病例特点, 目前需考虑:

1) 肝硬化: 老年患者, 外院影像学资料提示肝硬化, 且合并有低蛋白血症, 可出现多浆膜腔积液, 一般都是漏出液, 可待积液性质确定。2) 右心功能不全: 右心功能不全致上腔静脉流障碍, 可出现胸腔积液; 下腔静脉回流障碍导致腹腔积液和双下肢水肿; 心包静脉回流受影响可引起心包积液; 右心功能不全引起的浆膜腔积液一般都是典型的漏出液, 可待积液性质确定。3) 肿瘤: 目前多浆膜腔积液最常见的原因[3], 患者老年男性, 既往有吸烟史, 长期双下肢水肿、胸腔积液, 影像学提示肝硬化, 应注意排除肿瘤, 如肝癌、肺癌、淋巴瘤等。4) 其他, 自身免疫性疾病等目前不支持。

目前考虑诊断: 1) 双下肢水肿、呼吸困难、多浆膜腔积液原因待查: 心源性? 肝硬化? 肿瘤? 其他?

2) 肝硬化原因待查: 肝炎? 心源性? 其他?

3. 入院后诊疗经过

入院后完善相关辅助检验, 血常规: 红细胞: $2.67 \times 10^{12}/L$; 血红蛋白: 70 g/L; 平均红细胞体积(MCV): 84.9 fl; 平均红细胞血红蛋白量(MCH): 26.1 pg; 白细胞: $3.47 \times 10^9/L$; 中性粒细胞: 66.4%; 血小板: $128 \times 10^9/L$; C 反应蛋白: 24.17 mg/L。肝功能: 总胆红素: 19.6 $\mu\text{mol}/L$; 直接胆红素: 12.8 $\mu\text{mol}/L$; 总蛋白 64.7 g/L, 白蛋白 34.0 g/L, 丙氨酸氨基转移酶: 14 IU/L; 门冬氨酸氨基转移酶: 31 U/L; γ -谷氨酰转移酶: 97 IU/L。肾功能: 肌酐 89.5 mmol/L, 尿素氮 4.03 $\mu\text{mol}/L$, 内生肌酐清除率 75.9 ml/min, 肾小球滤过率 74.2 ml/min。BNP 前体: 241.79 pg/ml; D 二聚体: 2165.7 ng/ml。自免肝抗体谱: 阴性。乙肝两对半、丙型肝炎: 阴性。PPD 试验: 阴性。为明确胸水性质, 前后两次行胸腔穿刺术完善胸水生化检查, 结果见表 1; 完善胸水常规检查, 结果见表 2。

Table 1. Biochemical comparison of pleural fluid

表 1. 胸水生化对比

	2021.07.09	2021.07.12	单位
葡萄糖	7.49	8.12	mmol/L
总蛋白	22.6	25.1	g/L
白蛋白	14.1	15.9	g/L
球蛋白	8.5	9.2	g/L
乳酸脱氢酶	136	254	U/L
腺苷脱氨酶	6.4	6.8	U/L

Table 2. Comparison of routine pleural effusion

表 2. 胸水常规对比

	2021.07.09	2021.07.12	单位
颜色	黄色	黄色	
浊度	微浑	清	
有无凝块	有小凝块	无	
李凡他蛋白定性	微量	阳性(P)	
细胞总数	$7230 \times 10^6/L$	$1150 \times 10^6/L$	
有核细胞数	$230 \times 10^6/L$	$150 \times 10^6/L$	
单个核细胞比率	96.1	91.5	%
多个核细胞比率	3.9	8.5	%

两次胸水结合抗体检查: 结核抗体 IgG 阳性(+), 结核抗体 IgA 阴性。完善相关检查结果, 心脏彩超: 1) 左房增大(左房前后径 49 mm); 2) 升主动脉增宽; 3) 左室舒张功能减低; 4) 脏层心包增厚, 心包积液(少量)。胸 + 全腹部 CT 提示: 1) 肝硬化, 脾大, 门脉高压, 食管下段、胃底静脉曲张; 2) 左侧胸腔少量积液; 3) 纵隔淋巴结增大; 双侧胸膜增厚; 4) 心包增厚伴钙化, 心包少量积液, 见图 1。

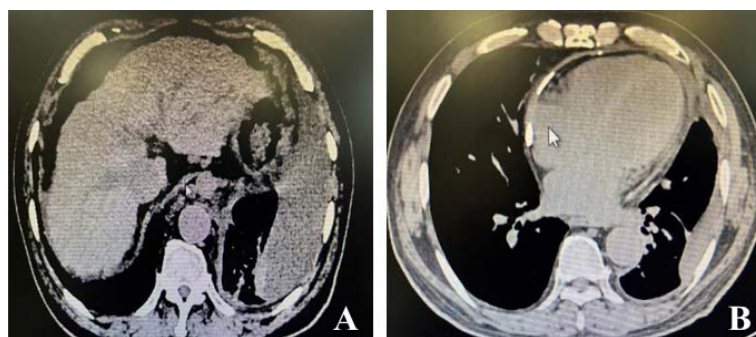


Figure 1. Chest and Abdomen CT. (A) Liver Cirrhosis; (B) Pericardium thickening with calcification, pericardial effusion

图 1. 胸腹部 CT。(A) 肝硬化; (B) 心包增厚伴钙化, 心包积液

两次胸水检查提示渗出液, 考虑合并感染可能, 患者反复多浆膜腔积液伴双下肢水肿, 单纯肝硬化不能完全解释, 且根据当前辅助检查肝硬化原因不明确, 暂除外我们常见的肝炎、自身免疫性肝炎、酒精、药物、寄生虫等导致。不能除外心源性因素导致一系列症状。考虑右心功能不全, 右心功能不全病因众多, 主要包括伴有右心室受累的原发性心肌病、右心室心肌缺血和梗死、各种引起右心室容量负荷增加的疾病(先天性心脏病、瓣膜性心脏病)以及压力负荷增加的疾病(左心疾病在内的各种原因引起的肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄)等[5]。结合患者目前完善心脏超声及胸部 CT 均提示: 心包增厚、心包积液, 进而完善心脏增强 MRI 提示: 心包增厚, 少量心包积液, 室间隔摆动, 左室舒张功能降低, 提示缩窄性心包炎, 见图 2。至此, 该患者临床诊断为: 1) 缩窄性心包炎心力衰竭; 2) 肝硬化失代偿期; 3) 多浆膜腔积液。

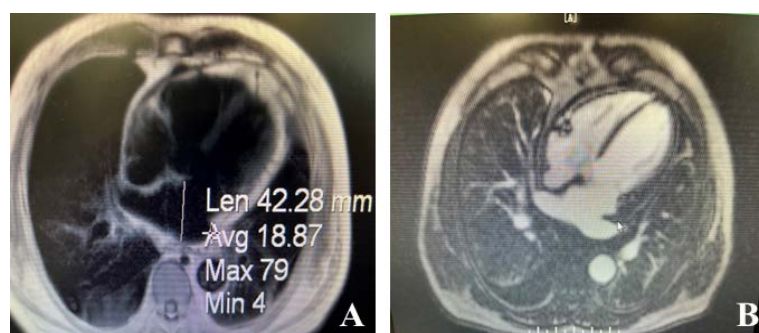


Figure 2. Cardiac Enhanced MRI. (A) Pericardial effusion and thickening; (B) Perfusion imaging

图 2. 心脏增强 MRI。(A) 心包积液、心包增厚; (B) 灌注成像影像

缩窄性心包炎[6][7]可导致充血性右心衰竭; 体循环回流障碍, 肝淤血导致肝硬化; 右心功能不全致上腔静脉流障碍, 可出现胸腔积液; 下腔静脉回流障碍导致腹腔积液和双下肢水肿; 心包静脉回流受影响可引起心包积液。合并肝硬化、低蛋白血症从而导致反复多浆膜腔积液伴双下肢水肿。建议患者行

心包切除术助诊及治疗[6][8],但患者因自身因素无法行手术治疗。予以纠正心衰、改善心功能、改善下肢循环、护肝、降肝酶、利尿等对症支持治疗及予以生活方式干预指导[9](生活规律,低盐饮食,注意劳逸结合,避免过度劳累,避免熬夜,保证充足的睡眠;避免服用可能引起肝脏损伤的药物;避免受凉;注意调节情绪)好转,出院后嘱咐患者关注自己体重及尿量变化,及时调整利尿剂剂量,从而随访减少了患者的住院率,减轻的患者经济负担。

4. 讨论

此病例报道,从症状学出发找到一个常见的导致多浆膜腔积液的病因肝硬化,考虑是否还有其能合并存在的情况,最终诊断为缩窄性心包炎,不足之处在于本例患者最终未行心包切除术及组织病理活检,还有缩窄性心包炎病因未明确。但后续随访中,通过全科医师团队的生活指导(包括:1)运动:FITT模式,主要包括有氧运动、抗阻运动、柔韧性训练;2)药物:长期口服改善新功能药物及必要时服用利尿剂等;3)饮食:包括增加膳食纤维、低脂低钠半流食、清淡易消化、高钾、高镁,特别提醒注意胆固醇、糖类、脂肪的摄入,定期监测体重、BMI、腰围等;4)心理:专业心理医师干预,改善患者情绪,避免因疾病产生抑郁、焦虑情绪;5)生活方式干预:避免吸烟,包括二手烟等)。从而减少了患者住院率,减轻了患者经济压力,提供后续生活质量。从本病例我们不难看出,从病患纷繁复杂的信息中快速、全面且准确地做出鉴别诊断是一名合格全科医师的最重要标志之一,而要拥有这样的能力,就必须具备极强的临床思辨力。临床问题很复杂又千变万化,患者有时候表现不是单病,而是多种疾病、多种致病机理的综合,全科医疗涉及的疾病范围宽泛,症状早期不典型,很多时候依赖于全科医生的知识积累和社会经验,系统地对于致病机制的了解无疑是有帮助的。以经济合理的方式排除疾病,从而控制健康风险,缓解患者病痛;经过治疗症状缓解,与患者沟通,解释病情,与患者达成共识,从而避免反复就诊和减少转诊;同时对患者进行针对性健康教育,培养患者自我管理能力和动态观察病情变化,实现长期照顾。

参考文献

- [1] 胡品津, 谢灿茂. 内科疾病鉴别诊断学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [2] 宋俊贤. 以心包积液为主多浆膜腔积液患者的病因学分布和临床特征分析[J]. 中国循环杂志, 2021(3): 305-309.
- [3] 张弘, 蔡柏蕃. 多浆膜腔积液 241 例临床分析[J]. 临床内科杂志, 2003, 20(12): 644-646. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1001-9057.2003.12.010>
- [4] Losada, I., González-Moreno, J., Roda, N., et al. (2018) Polyserositis: A Diagnostic Challenge. *Internal Medicine Journal*, 48, 982-987. <https://doi.org/10.1111/imj.13966>
- [5] Bogaert, J., Meyns, B., Dymarkowski, S., et al. (2016) Calcified Constrictive Pericarditis: Prevalence, Itributionpatterns, and Relationship to the Myocardium. *JACC: Cardiovascular Imaging*, 9, 1013-1014. <https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2015.08.011>
- [6] WELCH, T.D. (2018) Constrictive Pericarditis: Diagnosis, Management and Clinical Outcomes. *Heart*, 104, 725-731. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-311683>
- [7] Chetrit, M., Natalie Szpakowski, N. and Desaim, Y. (2019) Multimodality Imaging for the Diagnosis and Treatment of Constrictive Pericarditis. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 17, 663-672. <https://doi.org/10.1080/14779072.2019.1657832>
- [8] Miranda, W.R. and Oh, J.K. (2017) Constrictive Pericarditis: A Practical Clinical Approach. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 59, 369-379. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.12.008>
- [9] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018 [J]. 中华心力衰竭和心肌病杂志(中英文), 2018, 2(4): 30.