

经验交流 ·

尿激酶心包腔灌洗治疗心包积液 11 例

赵振元

(武威市凉州区医院儿科,甘肃武威 733000)

[中图分类号] R542.1⁺2 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2003)06-0562-01

心包积液是渗出性心包炎最常见体征,易引起心包粘连、缩窄,大量心包积液可发生严重血流动力学改变,出现休克和心力衰竭等症状,对心包积液的治疗目前尚无较好办法。我科自1995年以来,采用经皮穿刺心包置管引流,尿激酶心包灌洗治疗心包积液11例,取得满意疗效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

将心包积液患儿18例分为两组,1995~2003年1月住院病例为尿激酶临床治疗观察组,其中男8例,女3例,年龄5~15岁;对照组为1990~1994年住院病例,其中男5例,女2例,年龄6~15岁。结合临床表现、超声心动图、心电图、实验室和病理等检查,诊断为结核性心包积液6例,化脓性心包积液3例,病因不明2例。

1.2 方法

两组患儿均在常规抗结核、抗菌治疗及对症、支持治疗的基础上采用心包穿刺套管针加负压行经皮穿刺心包腔置管引流,以每分钟15~30滴的速度持续引流,直至积液不再流出。引流速度不宜过快,以免引发心力衰竭,当流速减慢时,可用注射器抽吸至无积液流出。用生理盐水100~200 ml缓慢滴入心包腔,保留1 h左右再将其排出或抽尽。

观察组除上述处理外,加用尿激酶5 000~10 000单位,加入生理盐水20~100 ml经引流管滴入心包腔,保留2 h后全部排出或抽尽。结核性心包积液患儿,在使用尿激酶灌洗后,再用异烟肼100 mg、地塞米松2 mg注入心包腔并保留4~6 h。

待患儿病情稳定,灌洗液清亮,引流管不再有积液流出,即停止灌洗和注药并拔出引流管。

2 结果

两组病例每例引流量为200~500 ml,平均约300 ml,观察组留置引流管时间5~7 d,每例尿激酶灌洗1~7次,平均5次,灌洗拔管后复查胸片,心影恢复正常者10例,心影明显缩小者1例;复查超声心动图液性暗区消失9例,少量积液2例,未见心包缩窄。对照组留置引流管时间9~16 d,平均12 d,拔管后复查胸片心影恢复正常者5例,心影明显缩小者1例,复查超声心动图液性暗区消失5例,少量积液1例,心包缩窄1例。两组疗效比较,观察组治疗效果优于对照组,引流管留置时间亦较对照组短,均 $P < 0.05$ 。

3 讨论

心包积液是致炎因子促使纤维蛋白在心包腔中大量渗出所致。因此,治疗的关键在于减少和清除心包腔内增多的纤维蛋白,尿激酶属非特异性外源性纤维蛋白系统激活剂,能直接激活体内纤维蛋白酶原转变为纤维蛋白酶,从而发挥溶解性纤维蛋白的作用。我们在引流心包积液的基础上,应用尿激酶、生理盐水、地塞米松等药物进行心包腔灌洗引流,这一方法对保持心包引流畅通,减少心包腔内纤维蛋白的渗出与沉积,防止心包粘连或缩窄起到积极的作用。有作者认为^[1],尿激酶溶纤治疗应在纤维蛋白沉积与机化前尽快进行。

本方法操作简便、技术安全,疗效显著、疗程短,未见明显副作用,具临床应用价值。

[参考文献]

- [1] 严庆惠. 心包内注射尿激酶治疗渗出性纤维素性心包炎[J]. 国外医学内科学分册, 1995, 22(10): 450.

(本文编辑:吉耕中)

[收稿日期] 2003-04-01; [修回日期] 2003-06-30

[作者简介] 赵振元(1957-),男,中专,副主任医师,儿科主任。主攻方向:小儿急救。