

# 电视胸腔镜下巨大心包囊肿切除 1 例报告

刘玉祥 张 钧 陈 勇

(武警上海总队医院外一科, 上海 201103)

中图分类号: R734.5

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2009)05-0417-02

心包囊肿是一种少见的纵隔囊肿疾病, 开胸手术切除囊肿是常规的外科治疗方法。我们在 2005 年 10 月收治 1 例巨大心包囊肿, 在电视胸腔镜下行心包囊肿切除术, 手术效果佳, 现报道如下。

## 1 临床资料

患者男, 19 岁, 因“咳嗽、咳痰伴发热 10 天”, 以“急性支气管炎”于 2005 年 10 月 17 日收入呼吸内科。查体: 体温 36.6℃, 双肺呼吸音粗, 未闻及明显干湿性啰音。心前区无隆起, 心脏相对浊音界无扩大, 心率 80 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。实验室检查: 血白细胞  $13.8 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 76%。余未见明显异常。气管镜检查、肺功能检查未见明显异常。胸部 CT 平扫 + 增强提示右侧前下纵隔右心室心膈角旁可见一类圆形密度增高影, 9 cm × 5 cm × 5 cm 大小, 边缘光整, 密度均匀, CT 值 1.75 HU, 增强后无明显强化(图 1)。诊断右侧纵隔内囊性占位, 心包囊肿可能性大。经哌拉西林抗感染治疗, 咳嗽、咳痰、发热等呼吸道症状明显缓解, 复查血常规基本正常。2005 年 11 月 22 日转入我科行电视胸腔镜下巨大心包囊肿切除术。术前准备同开胸手术。双腔气管插管, 全身麻醉。左侧

卧位, 左侧胸部垫高, 右侧在上。术中左侧肺单肺通气, 右侧肺萎缩, 显露良好术野。经右腋后线第 7 肋间切开约 1.5 cm 横切口分离进入胸腔, 置入胸腔镜, 探查无胸腔粘连, 无胸腔积液, 心包囊肿位于前中纵隔心膈角, 9 cm × 6 cm × 5 cm 大小, 包膜完整。分别于右腋前线第 4 肋间, 腋中线第 6 肋间切开 0.5 cm 横切口为手术操作孔。细针穿刺囊肿抽出淡黄色液体, 证实心包囊肿与心包腔不相通。在囊肿右前方提起囊肿包膜, 于纵隔胸膜与囊肿之间钝性分离囊肿, 电凝切断所遇小血管, 游离出大部分囊肿, 提起囊肿, 仔细分离处理囊肿后壁心脏侧, 完整切除心包囊肿(图 2)。创面彻底止血, 冲洗胸腔后于胸腔镜置入口放置胸腔闭式引流管 1 根。术中出血约 5 ml, 手术时间 25 min, 术程顺利。麻醉清醒后患者诉切口有轻微疼痛, 无胸闷、胸痛, 无心悸。当日即下床活动和进食。术后第 1 天胸腔闭式引流瓶可引出少量淡红色血液, 复查胸部平片示右肺膨胀良好, 术后第 2 天拔除胸腔闭式引流管。复查胸部 CT 平扫: 胸腔无占位病变(图 3)。病理报告为: 良性囊肿病变。1 周拆线出院。出院后随访 37 个月, 无任何不适感。

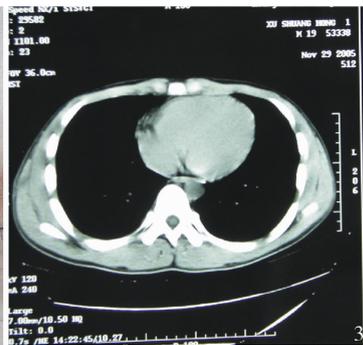


图 1 术前 CT 示右侧前下纵隔右心室心膈角旁可见一类圆形密度增高影, 9 cm × 5 cm × 5 cm 大小, CT 值 1.75 HU 图 2 切除的心包囊肿 图 3 术后 CT 提示胸腔无占位性病变

## 2 讨论

心包囊肿发生率约为 1/10 万<sup>[1]</sup>,一般认为是由于胚胎期组成心包膜的芽孢,心包腹侧壁层间质隐窝组织未能融合,残留发育而形成的先天性原发性的纵隔囊肿<sup>[2]</sup>。同时也有报道认为创伤、感染和心包膜的瘤样浸润也可导致心包囊肿的形成<sup>[3]</sup>。心包囊肿内衬为单层间皮细胞,整壁有结缔组织,内含水样液,多为单房,少数为多房;附着于心包外壁,多不和心包交通,与心包相通的又称为心包憩室。

心包囊肿多位于心膈角处,右侧较左侧多见,但有 8% ~ 11.5% 可见于左上纵隔、气管隆突下、主肺动脉窗、肺门、横膈上等不典型位置<sup>[4]</sup>。所以心包囊肿需要同畸胎瘤、淋巴瘤、气管囊肿、血管瘤、心室动脉瘤、胸腺瘤等其他原发性纵隔肿瘤相鉴别。虽然超声、CT 和 MRI 对心包囊肿定位和诊断有很大意义,但是病理仍是确诊的“金标准”。随着囊肿增大可出现胸腔脏器压迫症状,如胸痛、肺不张、腹胀、哮喘、气管梗阻、血管压迫等而影响心肺功能,或继发感染。所以我们认为手术治疗对于确定该疾病的组织病理学诊断和避免潜在的风险是非常必要的。

胸腔镜下心包囊肿切除较传统的开胸手术切除所具有的创伤小、痛苦轻、术后恢复快、住院时间短等特点得到大多学者的广泛认同<sup>[5]</sup>。心包囊肿多

具有完整的包膜,与周围心包组织多为疏松结缔组织相连,易于胸腔镜下钝性分离。一些小血管可电凝后切断,对于较大血管或囊肿的蒂可用钛夹或丝线结扎后切断。鉴别心包憩室可先行局部细针穿刺,如穿刺液为血液要高度警惕囊肿与心包腔相通。对于巨大心包囊肿,细针穿刺还可起到局部减压的作用,以扩大手术视野和便于手术操作。如果囊肿后壁心脏侧与心包致密粘连,强行分离可致心包壁缺损时,可残留部分囊壁,电凝烧灼。电视胸腔镜手术对于心包囊肿切除是最佳的手术方法,鲜有文献报道术后复发的,更易为无症状、各个年龄段的心包囊肿患者所接受。

## 参考文献

- 1 Caramori JE, Miozzo L, Formigheri M. Dyspnea through compression of mediastinal structures due to pericardial cyst. *Arq Bras Cardiol*, 2005, 84(6): 486 - 487.
- 2 陈光辉, 戴建华, 李国仁, 等. 纵隔心包囊肿的诊断和治疗. *临床医学*, 2004, 24(4): 46 - 47.
- 3 McAllister HA Jr. Primary tumors and cysts of the heart and pericardium. *Curr Prol Cardiol*, 1979, 4(2): 1 - 51.
- 4 孙红, 蔡祖龙, 惠萍, 等. 不典型部位心包囊肿的影像学诊断与手术对照. *中国医学影像学技术*, 2004, 20(4): 1705 - 1707.
- 5 陈德兴, 董加纯, 梁长乃, 等. 电视胸腔镜下心包囊肿摘除术 2 例报告. *中国微创外科杂志*, 2001, 1(6): 375.

(收稿日期: 2008 - 12 - 25)

(修回日期: 2009 - 03 - 09)

(责任编辑: 王惠群)