

心血管内科主治医师考试：《答疑周刊》2022 年第 21 期

问题索引：

- 一、【问题】亚急性感染性心内膜炎诊断。
- 二、【问题】亚急性感染性心内膜炎治疗。
- 三、【问题】急性感染性心内膜炎常见致病微生物。
- 四、【问题】急性感染性心内膜炎发病机制。
- 五、【问题】急性感染性心内膜炎并发症。
- 六、【问题】急性感染性心内膜炎诊断、鉴别诊断及预后。

具体解答：

一、【问题】亚急性感染性心内膜炎诊断。

【解答】

阳性血培养对本病诊断有重要价值。凡有提示细菌性心内膜炎的临床表现，如发热伴有心脏杂音，尤其是主动脉瓣关闭不全杂音，贫血，血尿，脾大，白细胞增高和伴或不伴栓塞时，血培养阳性，可诊断本病。

亚急性感染性心内膜炎常发生在原有心脏瓣膜病或其他心脏病的基础之上，如在患者发现周围体征（淤点、线状出血、Roth 斑、Osler 结节和杵状指）提示本病存在，超声心动图检出赘生物对明确诊断有重要价值。【医学教育网原创】

二、【问题】亚急性感染性心内膜炎治疗。

【解答】

1. 抗微生物药物治疗 为最重要的治疗措施。用药原则为：①早期应用，在连续送 3~5 次血培养后即可开始治疗；②足量用药，选用杀菌性抗微生物药物，大剂量和长疗程，旨在完全消灭藏于赘生物内的致病菌；③静脉用药为主，保持高而稳定的血药浓度；④病原微生物不明时，急性者选用针对金黄色葡萄球菌、链球菌和革兰阴性杆菌均有效的广谱抗生素，亚急性者选用针对大多数链球菌（包括肠球菌）的抗生素；⑤已分离出病原微生物时，应根据致病微生物对药物的敏感程度选择抗微生物药物。

感染性心内膜炎上述抗生素治疗方案参考美国内科学会提出的指南，当 β 内酰胺类抗生素需要合并氨基糖苷类时都选择庆大霉素，然而，在我国庆大霉素发生耐药率高，而且庆大霉素肾毒性大，故多选用阿米卡星替代。

2. 外科治疗 有严重心内并发症或抗生素治疗无效的患者应及时考虑手术治疗。如果二尖瓣赘生物 $>10\text{mm}$ 或抗生素治疗下赘生物体积增大或赘生物位于二尖瓣闭合的边缘时应考虑尽早手术治疗。

右心系统 IE 预后较好。复发的肺动脉栓塞后三尖瓣赘生物 $>20\text{mm}$ 时，必须手术治疗。【医学教育网原创】

三、【问题】急性感染性心内膜炎常见致病微生物。

【解答】

急性者，主要由金黄色葡萄球菌引起，少数由肺炎球菌、淋球菌、A 族链球菌和流感杆菌等所致。

四、【问题】急性感染性心内膜炎发病机制。

发病机制尚不清楚，主要累及正常心瓣膜。病原菌来自皮肤、肌肉、骨骼或肺等部位的活动性感染灶，循环中细菌量大，细菌毒力强，具有高度侵袭性和黏附于内膜的能力。主动脉瓣常受累。

五、【问题】急性感染性心内膜炎并发症。

1. 心脏 急性患者发生化脓性心包炎，但发生率低。
2. 迁移性脓肿 多见急性患者，亚急性者少见，多发生于肝、脾、骨髓和神经系统。
3. 神经系统 约 1/3 患者有神经系统受累的表现：①中毒性脑病，可有脑膜刺激征；②脑脓肿；③化脓性脑膜炎，不常见。

六、【问题】急性感染性心内膜炎诊断、鉴别诊断及预后。

急性者应与金黄色葡萄球菌、淋球菌、肺炎球菌和革兰氏阴性杆菌败血症鉴别。未治疗的急性患者几乎均在 4 周内死亡。死亡原因为心力衰竭、肾衰竭、栓塞、细菌性动脉瘤破裂和严重感染。除耐药的革兰阴性杆菌和真菌所致的心内膜炎者外，大多数患者可获细菌学治愈。但本病的近期和远期病死率仍较高，治愈后的 5 年存活率仅 60%~70%。10%在治疗后数月或数年内再次发病。

【医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任】