

• 病例报告 •

无器质性心脏病患者感染性心内膜炎 1 例

董宏艳 亢鹏

1 病历摘要

患者男性,50岁,外科医师。以间断发热1个月余就诊。既往有慢性咽炎病史,无风湿热、心脏病史。每年干部体检未发现心脏杂音。2003年6月中旬无诱因出现发热,晚间体温最高38.5℃,感全身乏力,无咳嗽、咯痰,无咽痛,无尿急、尿痛,无恶心、呕吐、腹痛、腹泻。自服感冒冲剂及阿司匹林,体温暂时降至正常,全天体温波动在37.0~38.5℃,正常上班。6月底行胸部CT检查未见异常,用左氧氟沙星0.2g及克林霉素0.6g静点2次/d,4d后体温全天正常,停药。7月20日再次出现发热,体温最高38.0℃,7月21日收住院治疗。查体:体温38.0℃,脉搏80次/min,呼吸19次/min,血压110/60mmHg。皮肤黏膜未见出血点,无瘀斑。咽部稍充血,咽后壁淋巴滤泡增生,扁桃体I度肿大,表面未见分泌物。颈静脉无怒张,甲状腺正常大小无触痛。双肺呼吸音清,未闻及啰音。心界无扩大,心率80次/min,律齐,主动脉瓣听诊区可闻及轻度舒张期杂音。无心包摩擦音。腹部无压痛,肝脾未触及。四肢肌力、肌张力正常。双手杵状指,毛细血管波动(+)。入院后查血常规中性粒细胞75.9%,白细胞及色素正常,生化检查肝肾功正常,肥大反应、冷凝集实验、类风湿因子、肺炎支原体抗体均阴性,结核三项阴性,PPD试验阴性。中段尿培养及血培养未见细菌生长。颅脑、胸、腹部CT平扫未见异常。甲状腺超声未见异常。腹部超声胆囊壁毛糙。心电图正常,动态心电图窦性心律,偶发房性早搏、偶发室性早搏,ST-T未见异常。超声心动图:主动脉瓣右冠瓣开放偏心,关闭对合不拢,脱向左室流出道,超声诊断主动脉瓣脱垂、轻度返流。临床诊断为主动脉瓣脱垂,上呼吸道感染,感染性心内膜炎?治疗上给予头孢噻肟2g静点1次/8h,第2天体温正常,继续头孢噻肟治疗3d后上班;7月30日因劳累再次发热,体温38.3℃,改用阿莫西林/克拉维酸钾1.5g静点2次/d,8月2日体温正常,连用7d后改为来立信0.2g静点2次/d,8月11日停药,患者自动出院。9月15日患者无诱因第4次出现发热,体温最高38.8℃,再次住院治疗。查体:体温38.5℃,脉搏84次/min,呼吸19次/min,血压120/60mmHg。浅表淋巴结无肿大。皮肤黏膜未见出血点,无瘀斑。咽部稍充血,咽后壁淋巴滤泡增

生,扁桃体I度肿大,表面可见干酪样分泌物。颈静脉无怒张,双肺呼吸音清,未闻及啰音。心界无扩大,心率84次/min,律齐,主动脉听诊区可闻及叹息样舒张期杂音,向心尖部传导。无心包摩擦音。肝脾肋下未触及。双手杵状指,毛细血管波动(+)。四肢生理反射存在,病理反射未引出。血常规色素138g/L,白细胞正常,中性粒细胞74.1%。住院期间多次咽拭子、中段尿及血细菌培养阴性。胸片双肺纹理增粗,腹部超声肝脾未见异常。超声心动图提示主动脉瓣关闭不全伴轻度狭窄,可疑穿孔。经食道超声心动图检查提示主动脉瓣瓣叶赘生物形成,主动脉右冠瓣可疑小穿孔并中量返流。给予阿莫西林/克拉维酸治疗,2.4g静点1次/8h,2d后体温正常,继续抗感染治疗5周后行主动脉瓣置换术,术中见主动脉瓣膜表面粗糙,右冠瓣穿孔4.5mm。

2 讨论

2.1 感染性心内膜炎的诊断 感染性心内膜炎(infective endocarditis, IE)的诊断主要依据:除具备器质性心脏病、不明原因发热、贫血、脾大、栓塞等表现外,必须具备下列条件之一:(1)至少3次血培养阳性且为同一病原菌;(2)心脏超声发现明确的赘生物、瓣膜脓肿或瓣膜的连枷样改变;(3)手术证实有瓣膜病变。而近年来,随着IE的致病微生物、流行病学、临床表现等方面的变化,不典型病例越来越多,诊断难度增大,误诊漏诊增高。文献报道^[1]IE患者动脉栓塞、脾肿大和杵状指明显减少;原无器质性心脏病的IE所占比例明显增加^[2],而因对本病认识不足,发热被误诊为上呼吸道感染的多见^[3]。

2.2 感染性心内膜炎的治疗 既往IE的致病菌多为革兰阳性菌,而近年来有研究表明各种病原菌均可成为IE致病菌,加之IE瓣膜赘生物的特殊结构,治疗上抗生素应及早、大剂量、较长时间以抑菌剂与杀菌剂联合使用。目前国内外均主张IE的抗菌疗程为4~6周,青霉素G剂量1000~2000万单位或更大。严重病例应合用氨基糖苷类抗生素,疗程一般6周以上,外科手术治疗可改善预后及降低死亡率^[4]。上呼吸道感染可能为IE的诱因,而抗生素的不合理使用或用量不足、疗程不够,又导致致病菌耐药,使IE表现更不典型,血培养阳性率降低。有报道对于应用过抗生素而又怀疑IE的病例,可通过将其血标本用培养基稀释20倍的办法来提高血培养的阳性率,对于用过青霉素加青霉素酶者,应使用头孢菌素加高渗培养基以提高培养的阳性率^[5]。

2.3 感染性心内膜炎的诊治体会 本例患者无风湿性心脏病、先天性心脏病、瓣膜或心肌病变等基础心脏病史,平素体能强健,临床上无皮肤黏膜出血点、贫血、脾大等栓塞体征,

收稿日期:2006-11-29

作者单位:100101北京市,解放军306医院干部病房

作者简介:董宏艳,女,1964年11月生,天津市人,医学学士,副主任医师。Tel:010-66356307

间断发热、胸片肺纹理增多,自认为是慢性咽炎、上呼吸道感染,因而未及时做全面查体及相关检查;发病1个月后超声心动图提示主动脉瓣脱垂、轻度返流,考虑有感染性心内膜炎的可能,又因抗生素的使用不规范及疗程短,使感染未能彻底控制,且影响多次血培养结果。我们体会,即使无典型临床表现,无基础心脏疾病、血培养阴性,但若有不明原因的反复发热,抗生素治疗短期有效,且出现新发的瓣膜病变,应考虑IE的可能,及早进行全面检查,特别是食道超声检查。抗生素的治疗应及时、大量、足疗程。如瓣膜出现穿孔、脱垂等严重损害应及时选择手术治疗,防止心功能进行性损害。

参考文献

[1] 梁庆祥,许金成.感染性心内膜炎的诊断变化趋势.临

床心血管杂志,1996,12:140-142.

[2] 汪建新,李卓仁.近20年感染性心内膜炎致病菌和临床特征的演变趋势.中华医学杂志,1998,22:163-164.

[3] 张文,严晓伟,王爱民,等.感染性心内膜炎误诊研究.中国误诊学杂志,2001,1:33-36.

[4] Wilson WR, Karchmer AW, Dajani AS, et al. Antibiotic treatment of adults with infective endocarditis due to streptococci, enterococci and staphylococci, and HACEK in microorganisms. JAMA, 1995, 274: 1706.

[5] 曾武海,陈国伟.感染性心内膜炎的临床近况.国外医学内科学分册,1996,23:100-103.

(上接第193页)

3 讨论

一般资料显示,老年患者、呼吸系统疾病患者、肿瘤患者、危重病人、长期住院者、介入性操作承受者以及手术患者感染率明显高于其他患者。本次调查的66.9%的>60岁的老年患者164例,与身体状况较差,患恶性肿瘤,并伴有其他多种疾病,不宜承受手术而选择保守治疗和介入操作有关。另外还与住院时间较长,受气候因素影响大等因素密切相关。因此,应将老年患者列为高危人群重点监控。在耐药性及多重耐药性方面,对老年患者感染菌进行常用抗菌药物MIC检测,其中同时耐3种以下的菌株92株(56.1%),耐3~5种者46株(28.0%),耐6种以上者26株(15.9%)。这些多重耐药性菌株,无疑会给临床抗菌治疗带来潜在威胁。老年人群感染菌最常见的是革兰阴性杆菌,对头孢噻肟耐药率较高。有报道^[1]表明,国内超广谱 β -内酰胺酶主要为头孢噻肟酶,即CTX-M酶。这明显影响了头孢噻肟对感染菌的治疗。由于第三代头孢菌素在临床上的广泛应用,出现了产 β -内酰胺酶的革兰阴性菌,且有逐年增多的趋势,其中肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌中 β -内酰胺酶的检出率最高^[2]。此次分离的38株大肠埃希菌和19株克雷伯菌中有18株(β -内酰胺酶),产酶率31.6%,多重耐药现象严重。特别是亚胺培南耐药株的出现^[3],使临床治疗面临诸多困难。大肠埃希菌对环丙沙星的耐药率高达87%,有报道国内大肠埃希菌对氟喹诺酮类的耐药率已超过60%,而国外仍很敏感,耐药率一般不到5%^[4],这与大量广谱抗生素的应用所形成的选择性压力以及医院交叉感染有关^[5]。所有革兰阴性菌对亚胺培南、美洛培能以及含酶抑制剂的复合药物均较敏感,非发酵菌次之,非发酵菌属的嗜麦芽窄食单胞菌对亚胺培南天然耐药^[6]。

金黄色葡萄球菌也是老年患者感染的重要病原菌之一,

此次分离的8株金黄色葡萄球菌中有5株甲氧西林耐药金黄色葡萄球菌。本次药敏试验中其他葡萄球菌对9种抗菌药物的耐药率均高达100%,是因为7株其他葡萄球菌均为甲氧西林耐药葡萄球菌。由此看出,凝固酶阴性的葡萄球菌也是对老年患者具有重要临床意义的感染菌。

真菌作为老年患者感染的病原菌约占30%,其中白假丝酵母菌最多。这说明它是老年患者真菌感染的重要菌群,这与该菌带菌率高、菌丝形成快而多、致病力强等有关。大剂量抗生素和免疫抑制剂在临床的广泛应用,加之老年患者免疫功能低下,是导致真菌感染的重要因素。

总之,人口老龄化注定要加强对老年患者感染及耐药现象的关注,因此做好老年人群细菌耐药性监测,不仅为老年人群临床合理使用抗菌药物提供依据,也对减少老年患者感染菌耐药株的发生具有重要意义。

参考文献

[1] 马越,李景云,张新妹.2002年临床常见细菌耐药监测.中华检验医学杂志,2004,27:38-45.

[2] 梁贤球,潘树根.大肠埃希菌感染的临床分布与耐药性.中国抗感染化疗杂志,2001,1:41-42.

[3] 上海市细菌耐药性监测协作组.上海地区细菌耐药性监测.中国抗感染化疗杂志,2002,2:9.

[4] 李家泰.中国细菌耐药监测研究.中华医学杂志,2001,81:8-16.

[5] Pittet D, Dharan S, Tourenne S, et al. Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. Arch Intern Med, 1999, 159: 821-826.

[6] 周贵民,张军民.我国细菌耐药性监测应注意的几个问题.中华检验医学杂志,2004,27:5-6.