

亚急性感染性心内膜炎_心血管内科疾病库 PDF转换可能丢失
图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E4_BA_9A_E6_80_A5_E6_80_A7_E6_c22_611218.htm 【诊断】 1.易患因素

风湿性心脏病尤其是二尖瓣或主动脉瓣关闭不全。先天性心脏病以法洛四联症或动脉导管未闭多见。病前可有上呼吸道感染、分娩、拔牙、扁桃体摘除、皮肤化脓性感染、继发真菌感染、心脏手术、创伤性检查或静脉吸毒等因素。

免疫功能低下，如糖尿病、肝硬化或用免疫抑制剂过量等。

2.临床表现 起病缓慢，主要表现为全身感染症状。不规则发热较多见，亦可不发热，常见于老年人，心、肾功能不全或已用过抗生素者。乏力纳差，进行性贫血，肌肉关节酸痛，脾脏肿大，非紫绀型杵状指（趾）等。原有心脏杂音的性质与响度改变或出现新的杂音。 栓塞及血管病损。

约1/3病人栓塞为首发症状，可发生于脑、肾、脾、肺、冠状动脉等。在皮肤或粘膜上出现小出血点，中心呈白或黄色。

3.辅助检查 血培养阳性是确诊的主要依据。应用抗生素前或发热期采血，每小时1次，每次10ml以上，连续4~6次，培养基及培养时间要足够，必要时作特殊培养。白细胞数正常或轻度增高，血红蛋白、红细胞数降低，血沉增快，乳胶试验或类风湿因子阳性。多数病人免疫复合物阳性。可出现高%球蛋白血症和低补体血症。 发热期可有蛋白尿、镜下血尿，后期可有肾功能异常。 二维超声心动图可协助发现心脏瓣膜赘生物。自抗生素广泛应用以来，本病临床表现很不典型，凡不明原因发热%周以上，有心脏杂音伴或不伴有栓塞现象，均应疑为本病。 【治疗】 1. 抗生素治疗 按药敏

试验或经验选用杀菌抗生素，应早期、足量静脉给药，联合用药，疗程需4~6周以上。青霉素为首选药，1000万~2000万u/日，分次静脉滴注，也可联合用庆大霉素24万u/日，或链霉素+卡那霉素1g~1.5g/日，效果更好。青霉素过敏者，可选用头孢菌素类药，如头孢噻吩钠(先锋霉素Ⅰ)8g~12g/日，头孢噻啶(先锋霉素Ⅱ)4g~6g/日，头孢哌酮钠4g~8g/日，也可用万古霉素4g~8g/日，静脉滴注。葡萄球菌耐药菌株，可选用新型青霉素，如苯甲异唑青霉素、萘夫西林6g~10g/日，甲氧萘青霉素12g/日，或头孢菌素类药，分次或持续静滴，或联合用药。革兰阴性菌如大肠杆菌、变形杆菌、肺炎杆菌，可用氨苄西林6g/日静滴，或头孢菌素类药，联合庆大霉素、链霉素、卡那霉素。真菌可用两性霉素b，第一天1mg，每天递增3mg~5mg，直至25mg~30mg/日，静滴，用6~8周，该药毒性大，需严密观察。氟胞嘧啶每天50mg~150mg/kg，静滴，一般与两性霉素b合用，可增强杀真菌作用，减少两性霉素b的用量及减轻氟胞嘧啶的耐药性。咪康唑(达克宁)600mg~800mg/日，静滴。

2. 手术治疗 遇有下列情况可考虑手术治疗：各种足量抗生素治疗无效，尤其是真菌感染。人造瓣膜术后感染或持续感染者。危及生命的栓塞。严重心力衰竭内科无法控制者。术后一般继续使用抗生素4~6周。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com