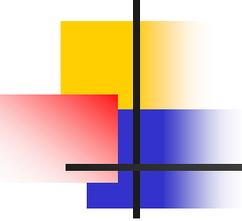


讲授目标和要求

1. 掌握感染性心内膜炎临床表现、诊疗和治疗方法
2. 熟悉该病病理、并发症
3. 了解其病因和发病机理



讲授主要内容

概述

发病机制

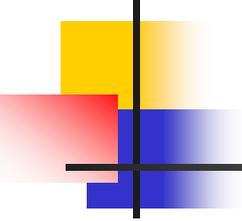
病理

临床表现

试验室和其它检验

诊疗标准

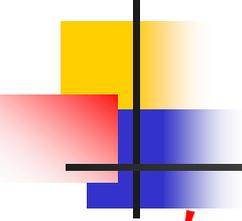
治疗



概述

感染性心内膜炎 (infective endocarditis, IE) 为心脏内膜面微生物感染体赘生物形成。瓣膜为最常受累部位，但感染也可发生在间隔缺损部位或腱索与心壁内膜

依据病程分为急性和亚急性，并可分为自体瓣膜，人工瓣膜和静脉药瘾者心内膜炎

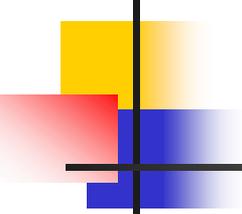


自体瓣膜心内膜炎

病因 链球菌和葡萄球菌分别占自体瓣膜心内膜炎 (native valve endocarditis) 病原微生物65%和25%

急性者，主要由金黄色葡萄球菌引发

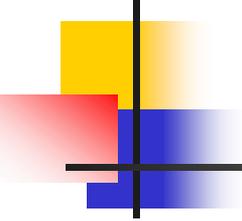
亚急性者，草绿色链球菌最常见



人工瓣膜和静脉药瘾性心内膜炎

人工瓣膜心内膜炎 (prothetic valve endocarditis)

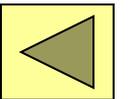
术后60天以内者为早期人工瓣膜心内膜炎(葡萄球菌多见)。术后60天以后者为晚期人工瓣膜心内膜炎(草绿色链球菌常见),除赘生物形成外,常致人工瓣膜部分破裂,瓣周漏,瓣环周围组织和心肌脓肿。最常累及主动脉瓣

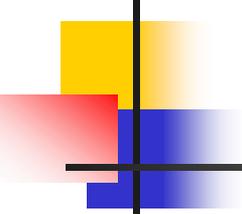


静脉药瘾者心内膜炎（endocarditis in intravenous drug abusers）

多见于年轻男性。致病菌最常起源于皮肤。主要致病菌为金黄色葡萄球菌

大多累及正常心瓣膜，三尖瓣受累占50%以上



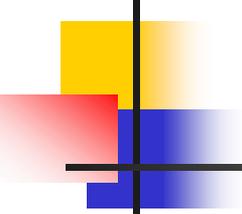


自体瓣膜心内膜炎发病机制

一、亚急性 最少占据2/3病例，发病与以下原因相关：

1. 血液动力原因 亚急性者主要发生于器质性心脏病，首先为心脏瓣膜病，尤其是二尖瓣和主动脉瓣；其次为先天性心血管病，如室间隔缺损等

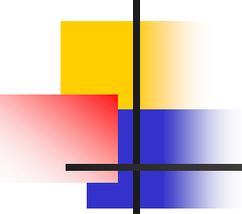
2. 非细菌性血栓心膜炎 血小板微血栓和纤维蛋白沉着，成为结节样无菌性赘生物，是细菌定居瓣膜表面主要原因



3. 短暂性菌血症

各种感染或细菌借居皮肤黏膜创伤（如手术、器械操作等）常造成暂时性菌血症

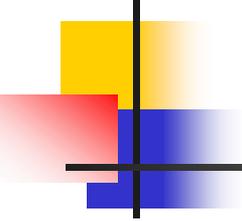
循环中细菌如定居在无菌性赘生物上，感染性心内膜炎即可发生



4. 细菌感染无菌性赘生物

①发生菌血症之频度和循环中细菌数量

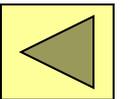
②细菌粘附于血小板微血栓和纤维蛋白能力。草绿色链球菌从口腔进入血流机会频繁，粘附性强，因而为亚急性感染性心内膜炎最常见致病菌

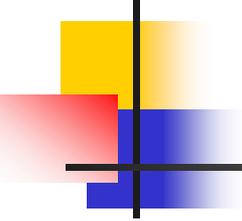


二、急性

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、骨骼或肺等部位活动性感染灶，循环中细菌量大，细菌毒力强，含有高度侵袭性和粘附于内膜能力。主动脉瓣常受累



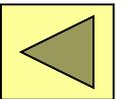
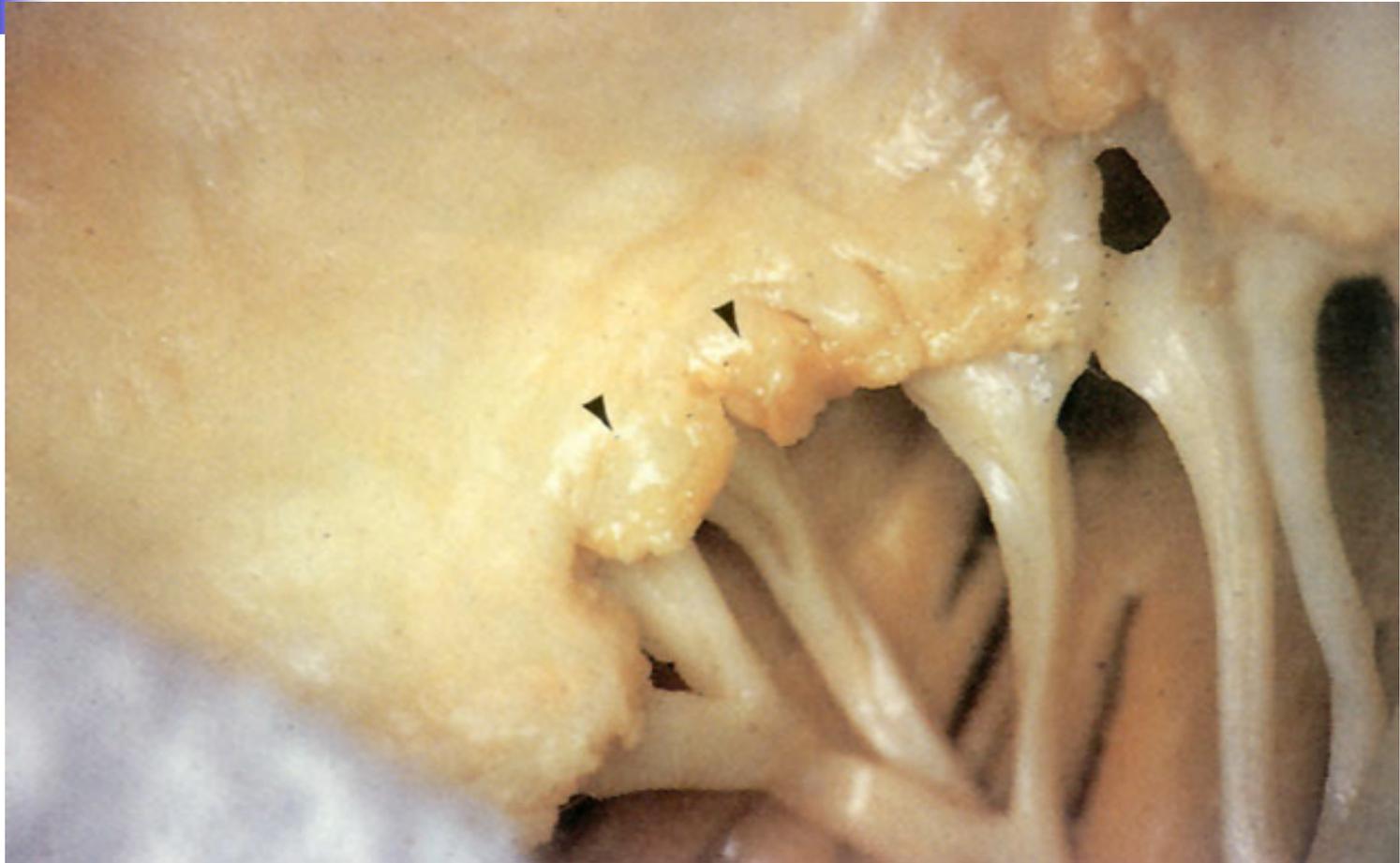


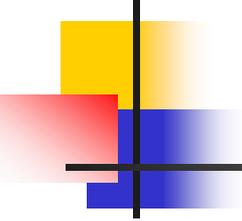
病理

1. 心内感染和局部扩散
2. 赘生物碎片脱落致栓塞
3. 血源性播散
4. 免疫系统激活

①脾大②肾小球肾炎③关节炎、腱鞘炎、心包炎和微血管炎

感染性心内膜炎二尖瓣之赘生物





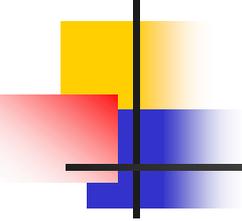
临床表现

一、发烧

发烧是感染性心内膜炎最常见症状

二、心脏杂音

80%~85%患者可闻及心脏杂音，可由基础心脏病和（或）心内膜炎造成瓣膜损害所致



三、周围体征:多为非特异性,近已不多见,包含:

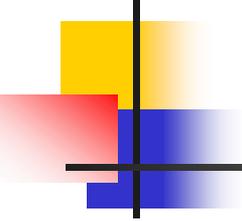
①瘀点

②脂(趾)甲下线状出血

③Roth斑,为视网膜卵圆形出血斑

④Osler结节,为指(趾)垫出现豌豆大红或紫色痛性结节

⑤Janeway损害,为手掌和足底处直径1~4mm出血红斑引发这些周围体征原因可能是微血管炎或微血栓



四、动脉栓塞

赘生物引发动脉栓塞占20%~40%，尸检检出亚临床型更多。脑、心脏、脾、肾、肠系膜和四肢为体循环动脉栓塞部位

五、感染非特异性症状

1. 脾大 见于15%~50%、病程>6周患者，急性者少见
2. 贫血 较常见，为慢性疾病性贫血

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/428001125071006107>