

先天性主动脉瓣二叶畸形合并亚急性感染性心内膜炎误诊一例

· 病例报告 ·

刘丁洋, 董立杰, 郑振中

作者单位: 330006 江西, 南昌大学第一附属医院心血管内科

作者简介: 刘丁洋(1992-), 男, 在读研究生, 住院医师, 研究方向: 心血管疾病诊治。E-mail: 503931490@qq.com

通讯作者: 郑振中(1975-), 男, 博士, 主任医师, 博士生导师, 研究方向: 心血管疾病介入治疗。E-mail: grateful@163.com

[关键词] 肺部感染; 先天性主动脉瓣二叶畸形; 感染性心内膜炎

[中图分类号] R 542.4⁺1 [文章编号] 1674-3806(2017)06-0579-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.06.26

1 病例介绍

患者,男,25岁,因咳嗽伴低热、盗汗1月余,胸闷、乏力3d于2016-12-13入院。患者于1月余前受凉后出现咳嗽症状,无咳痰,无咯血,伴低热、盗汗,体温最高37.8℃。无胸闷、气急,无头痛、头晕,无腹痛、腹泻。至当地卫生院就诊,考虑上呼吸道感染,给予口服头孢类及阿奇霉素治疗,症状未见明显好转。遂至当地人民医院就诊,门诊胸部CT提示肺部感染,同时给予莫西沙星抗感染治疗,亦未见明显好转。3d前开始出现胸闷、乏力,无胸痛、晕厥,伴左肘关节疼痛,活动受限。遂于2016-12-13转入我院治疗。患者自发病以来,精神一般,食纳欠佳,睡眠可,大小便正常。既往无特殊,无吸烟、饮酒史,无吸毒等不良嗜好。未婚未育。父母体健,无特殊家族疾病史。查体:体温36.3℃,脉搏118次/min,呼吸20次/min,血压98/45 mmHg。发育、营养一般,口唇色泽正常,胸廓无畸形,双侧语音震颤正常,无胸膜摩擦音,胸部叩诊呈清音,双侧呼吸音粗,右肺可闻及少许细湿啰音,心尖搏动位于左腋前第五肋间。心界向左下扩大,心前区无隆起,心率118次/min,律齐,主动脉瓣听诊区可闻及3/6级舒张期叹息样杂音,向心尖部传导,股动脉可闻及枪击音,可触及水冲脉,毛细血管搏动征阳性。入院查血生化基本正常,血常规示白细胞 $11.40 \times 10^9/L$,血红蛋白98 g/L,中性粒细胞百分比75.1%,红细胞 $9.40 \times 10^9/L$,血沉60 mm/h, B型脑钠肽1497 pg/ml, C反应蛋白116 mg/L。入院心电图:(1)窦性心动过速;(2)室性早搏;(3)部分导联ST段改变;(4)Q-T间期延长。胸腹部CT:双肺炎症灶,双侧少量胸水,脾大(见图1~3)。心脏彩超:左房、左室增大,余房室腔大小正常,主动脉左冠

瓣舒张期脱入左室流出道,另探及一大小18 mm × 8 mm的低回声附着,主动脉右冠瓣增厚,回声增强,开放可,关闭见明显间隙。主动脉及肺动脉未见扩张。心包腔内探及少量游离液性暗区,左室长轴观右室前壁前方深度约5 mm。左房前后径44 mm,左室舒张末径69 mm,主动脉瓣环25 mm,主动脉窦部内径33 mm,升主动脉径30 mm,左室射血分数52%,主动脉瓣口探及大量反流,速度约4.2 m/s(见图4,图5)。检查结论:(1)主动脉瓣脱垂并赘生物形成,主动脉瓣重度关闭不全,拟为先天性主动脉瓣二叶畸形;(2)左房左室扩大;(3)心包微量积液。后血培养报告为草绿色链球菌。考虑诊断为亚急性感染性心内膜炎,主动脉瓣重度关闭不全伴赘生物形成,先天性主动脉瓣二叶畸形。先后给予美洛西林舒巴坦钠、左氧氟沙星抗感染,万古霉素抗感染,强心、利尿、支持治疗。患者血压持续偏低,内科保守治疗1周效果欠佳,胸闷无明显改善,遂考虑行外科手术治疗,2016-12-21转入胸外科在全麻下行主动脉瓣机械瓣膜置换术。术中探查发现主动脉呈二叶畸形,瓣膜穿孔脱垂,瓣膜赘生物形成,大小约20 mm × 10 mm。切除病变的主动脉瓣,发现瓣环侵蚀,瓣环上下均见赘生物形成,术中成功植入20号ATS-AP360机械主动脉瓣1枚。术后病理报告示主动脉纤维素样增生合并黏液变性,病理诊断:主动脉瓣赘生物形成。术后患者体温恢复正常,血压维持于110~120/70~80 mmHg,胸闷、乏力症状明显好转出院。术后1周后复查心脏彩超示左房前后径28 mm,左室舒张末径53 mm,主动脉瓣环24 mm,主动脉窦部内径32 mm,升主动脉径30 mm,射血分数55%,多切面探查见人工主动脉瓣位置正常、固定,开放、关闭活

动可,人工瓣膜与瓣周组织活动协调,未见反流血流信号。检查结论:主动脉瓣置换术后,人工主动脉瓣功能尚可。左房、左室大小正常并收缩、舒张功能正常。术后1周复查胸片示心脏金属瓣环置换术后改

变(见图6)。出院后继续万古霉素抗感染4周,终身华法林抗凝治疗,随访4个月余患者一般情况可,无明显胸闷、乏力等不适,定期复查心脏彩超无明显异常。

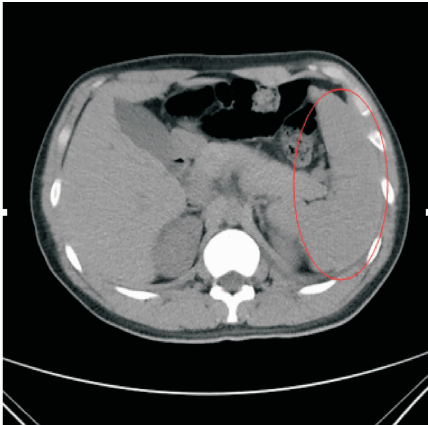
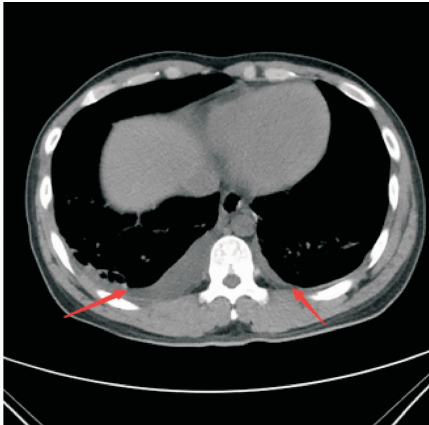
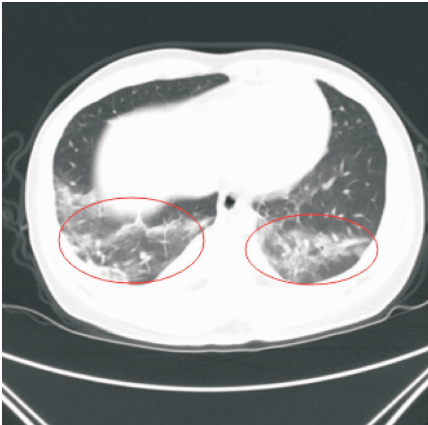


图1 患者入院胸部CT纵隔窗(红圈示双肺炎灶)图 图2 患者入院胸部CT肺窗(红色箭头示双侧少量胸水)图 图3 患者入院腹部CT(红圈示增大的脾脏)图

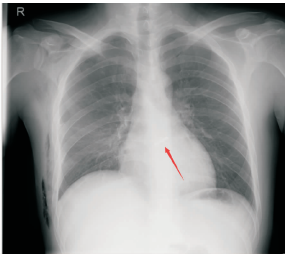
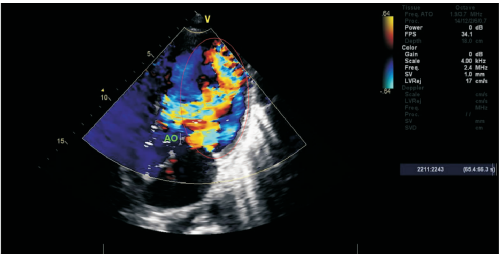
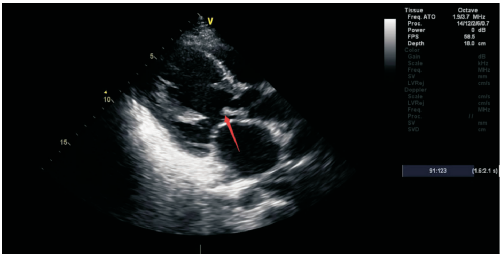


图4 患者入院心脏彩超左室长轴切面(红色箭头示主动脉瓣膜脱垂并赘生物形成)图 图5 患者入院心脏彩超四腔心切面(红圈内为主动脉瓣大量反流束)图 图6 术后1周胸片复查结果(箭头示心脏金属瓣环置换术后改变)

2 讨论

2.1 感染性心内膜炎(IE)病变基础为心内膜或瓣膜赘生物形成合并感染所致,赘生物大小、形态不一,瓣膜为最常受累部位,IE总病死率可达15%^[1]。由于IE早期症状及实验室检查无明显特异性,故临床上对IE容易出现误诊及漏诊。本病例因患者发病初期症状不典型,以上呼吸道症状为主,故两次在外院皆误诊为呼吸道感染,因此错失了早期治疗IE的最佳时机,临床上如遇青年患者在长期、反复抗感染治疗效果欠佳时,且持续血压偏低、心率增快,心电图异常表现,同时合并脾大、贫血等临床表现时需注意是否误诊,需及时完善心脏彩超、血培养检查排除该病。

2.2 IE根据病程可分为急性和亚急性感染性心内膜炎,亚急性感染性心内膜炎(SIE)病程可持续数周至数月,病原菌以草绿色链球菌为主,主要发生于器质性心脏病,如先天性,风湿性心脏疾病患者。因

持续的高压腔经病变瓣口或先天性缺损至低压腔产生高速射击下,所致局部损伤或内膜灌注减少,易导致赘生物形成。先天性心脏瓣膜病常伴有异常湍流,故赘生物常继发于先天性瓣膜疾病。在赘生物形成的基础上,发生短暂性菌血症,SIE即可发生。本病例是在受凉基础上,机体免疫力下降,导致了肺部感染,细菌顺血液循环粘附于无菌赘生物所致SIE的发生。而先天性二叶主动脉瓣(BAV)是成人先天性心脏病中最常见的类型之一,迄今BAV的病因尚不清楚,目前较多研究支持主动脉壁层结构变化的说法,如黏液性中层坏死^[2]等,由于年幼时二叶主动脉瓣与三叶主动脉瓣功能无明显差别,因而可以无明显症状而存活至成年。随着年龄的增加,由于瓣叶与瓣环的发育不匹配或者瓣叶的渐进性钙化,进而导致主动脉瓣关闭不全和(或)主动脉狭窄,故易合并继发性感染性心内膜炎^[3]。

2.3 患者入院心脏彩超证实患者BAV合并有SIE,

并在此基础上出现了血压下降、心力衰竭症状,因此患者病情可急剧恶化,病死率大大升高。而单纯内科治疗 IE 病死率高达 75% 左右,掌握外科手术时机甚为重要。据文献报道在抗感染的同时,对 IE 适时进行外科手术可使病死率大大降低^[4]。SIE 的手术适应证包括充血性心衰、积极抗感染治疗但难以控制的感染、反复全身栓塞、内科不易治愈(如真菌)感染时,更应尽早手术^[5]。国内外文献报道,SIE 及早手术通常能取得较好治疗效果,而盲目内科保守治疗常常导致病情加重,心功能恶化,使病死率升高。本例患者有行外科手术治疗指征,故应及时给患者行主动脉机械瓣置换术,术中证实主动脉呈二叶畸形,瓣膜穿孔脱垂,瓣膜赘生物形成。

2.4 因 SIE 的病原菌,常来自口腔、皮肤、肺等部位的活性病灶,血液中细菌量大,毒性强,故需同时在术前及术后给予强力抗感染治疗。SIE 常见致病菌为链球菌、肠球菌、葡萄球菌等革兰氏阳性球菌,现如今因抗菌素的滥用和抽血时机不当,血培养大约 40% ~ 50% 左右可表现为阴性,所以血培养结果未出之前甚至阴性情况下,就可常规使用抗阳性球菌药物,如大剂量青霉素、万古霉素、替考拉宁、利奈

唑胺^[6]。本病例培养出草绿色链球菌,共给予 6 周万古霉素足量抗感染治疗。术后患者体温恢复正常,心衰症状改善,长期随访患者一般情况可,活动耐量可,证明内外科联合治疗的安全性及有效性,本病例中,早期诊断 BAV 合并 SIE,术前术后规范使用抗生素得到足够疗程,把握手术指征积极行外科治疗是成功的关键。

参考文献

1 Chu VH, Cabell CH, Benjamin DK Jr, et al. Early predictors of in-hospital death in infective endocarditis[J]. *Circulation*, 2004, 109(14): 1745 – 1749.

2 Sabiston DC, Spencer FC. *Surgery of the chest* [M]. 6th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1995: 1733 – 1741.

3 Roberts WC. The congenitally bicuspid aortic valve. A study of 85 autopsy cases[J]. *Am J Cardiol*, 1970, 26(1): 72 – 83.

4 Delahaye F, Célard M, Roth O, et al. Indications and optimal timing for surgery in infective endocarditis[J]. *Heart*, 2004, 90(6): 618 – 620.

5 汪曾炜, 刘维永, 张宝仁. 心脏外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 1362 – 1363.

6 汪朝阳, 张志梁, 邵国丰, 等. 感染性心内膜炎的内外科综合治疗[J]. *心肺血管病杂志*, 2006, 25(1): 34 – 35.

[收稿日期 2017-04-12][本文编辑 韦颖]

护理研讨

心智觉知训练对缓解冠状动脉支架术后患者知觉压力及负性情绪效果分析

邱 杨

作者单位: 475000 河南, 开封市中心医院心内二科
作者简介: 邱 杨(1981-), 女, 大学本科, 学士学位, 主管护师, 研究方向: 心内科护理。E-mail: 809325518@qq.com

【摘要】 目的 探究心智觉知训练对缓解冠状动脉支架术后患者知觉压力及负性情绪的效果。**方法** 选择 2014-02 ~ 2015-12 期间该院收治的 92 例冠状动脉支架手术患者, 随机分为两组。对照组 46 例于术后予以常规健康宣教及心理疏导, 观察组 46 例于术后予以心智觉知训练, 共 8 周。观察对比两组干预后知觉压力正常率及干预前后负性情绪变化。**结果** 观察组知觉压力正常范围率明显高于对照组($P < 0.05$)。观察组干预后的 SDS 和 SAS 评分均明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 心智觉知训练有助于进一步缓解冠状动脉支架术后患者知觉压力, 并可改善焦虑、抑郁负性情绪, 有助于患者及时调整术后心理状态。

【关键词】 心智觉知训练; 冠状动脉支架术; 术后; 知觉压力; 负性情绪
【中图分类号】 R 54 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2017)06-0581-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.06.27