

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.33.025

文章编号: 1005-8982 (2018) 33-0127-02

感染性心内膜炎合并中枢神经系统感染延诊 1 例

苗艳天¹, 窦永青², 郝彦琴², 王勤英²

(1. 山西医科大学 第一临床医学院, 山西 太原 030001; 2. 山西医科大学第一医院
感染病科, 山西 太原 030001)

关键词: 发热; 感染性心内膜炎; 中枢神经系统感染; 延误诊断

中图分类号: R515

文献标识码: D

1 临床资料

患者, 女性, 27 岁, 主因持续发热 1 个月入院。患者入院 1 月前无明显诱因出现发热, 体温最高 38.8℃, 以午后为著, 伴头痛、全身乏力, 无发冷、寒战, 无咳嗽、咳痰、盗汗, 无恶心、呕吐及腹痛, 无皮疹、肌肉关节痛及口腔溃疡等, 多次就诊于当地县医院, 诊断不清, 均以上呼吸道感染给予抗感染、对症治疗, 效果不佳。为求进一步诊治就诊于我科门诊, 以不明原因发热收住院。患者既往诊断为“心脏瓣膜病(具体不详)”; 近 1 个月体重下降约 5 kg。否认糖尿病、脑血管疾病史, 否认患疟疾、肝炎、结核等传染病及接触史。入院查体: 体温 38.5℃, 脉搏 82 次/min, 呼吸 19 次/min, 血压 120/76 mmHg, 神志清楚, 查体合作, 轻度贫血貌, 咽部无充血, 扁桃体不大, 心肺及腹部未见阳性体征, 双下肢无水肿。颈无抵抗, Kernig 征、Brudzinski 征均阴性。

入院后完善相关化验检查, 血常规: WBC 7.57×10^9 个/L, HGB 93.0 g/L, NEUT% 62.8%, ESR 84.00 mm/h; 尿便常规、肝肾功能、电解质、凝血、ENA 多肽酶谱、肝炎系列、结核蛋白芯片、肥达试验、外斐试验、布鲁菌抗体凝集试验、梅毒抗体及 HIV 抗体均未见异常; 腹部彩超提示, 肝脏弥漫性改变, 胆囊炎性改变, 脾大并不均匀性改变(脾梗死? 脾脓肿?)。综合分析, 考虑患者感染性发热的可能性大, 给予头孢西丁钠+盐酸左氧氟沙星抗感染治疗。患者体温仍持续不降, 头痛明显, 反复查脑膜刺激征均为

阴性, 考虑患者头痛明显, 经知情同意, 行腰椎穿刺术, 颅压: 220 mmH₂O, 脑脊液常规: 无色、半透明, 红细胞: 790.00 个/mm³, 白细胞: 410.00 个/mm³, 多核细胞: 35.00%, 淋巴细胞 65.00%; 脑脊液生化: 葡萄糖 2.29 mmol/L, 氯 126.0 mmol/L, 蛋白 0.74 g/L; 脑脊液墨汁染色、抗酸染色、TB-DNA 检测均未见异常; 行头颅 MRI 平扫+DWI+头颈部 MRA 示: 左侧枕叶异常信号, 考虑脑梗死(急性期)可能性大, 左侧枕叶脑裂内异常信号(脑膜炎? 蛛网膜下腔出血?) 头颅+颈部 MRA 未见明显异常。根据患者病史、症状体征、脑脊液及影像学检查, 考虑结核性脑膜炎可能性最大, 进一步完善 PPD、胸部 CT、头颅 MRI 增强+SWI, 给予异烟肼、利福平、吡嗪酰胺及盐酸左氧氟沙星四联抗结核治疗、甘露醇脱水降颅压等, 治疗 10 余天后患者体温仍持续不降, 最高体温 38.5℃, 复查血常规: WBC 10.30×10^9 个/L, HGB 86.0 g/L, NEUT% 72.6%; 随后 2 次血培养回报均有草绿色链球菌生长(对头孢曲松、利奈唑胺及万古霉素敏感), 仔细心脏听诊主动脉瓣区可闻及 4/6 级双期杂音, 行超声心动图检查提示: 主动脉瓣多发赘生物形成, 主动脉瓣穿孔可能, 主动脉瓣重度狭窄伴关闭不全; 胸部 CT 示: 双肺间质性改变并炎性改变, 双侧胸腔积液; 头颅 MRI 增强+SWI 回报为: 左侧枕叶病灶明显均匀强化, 结合病史考虑脑梗死; 双侧大脑脑沟裂内软脑膜强化, 考虑脑膜炎改变。

综合分析, 该患者感染性心内膜炎(infective

收稿日期: 2017-12-06

[通信作者] 王勤英, E-mail: wangqy8118@163.com

endocarditis, IE) 诊断明确。另外头颅核磁明确提示脑膜炎改变, 结核性脑膜炎诊断证据不足, 抗结核治疗效果差, 复查腰椎穿刺术, 颅压仍高, 为 230 mmH₂O, 脑脊液常规: 无色、透明, 红细胞: 8 个/mm³, 白细胞 44 个/mm³; 脑脊液生化: 葡萄糖 2.49 mmol/L, 氯 127.0 mmol/L, 蛋白 0.36 g/L; 脑脊液抗酸染色、墨汁染色均阴性。根据 2 次脑脊液化验结果及已有相关证据, 诊断感染性心内膜炎合并中枢神经系统感染, 根据药敏结果, 调整抗生素为头孢曲松 + 利奈唑胺治疗, 1 周后患者体温逐渐降至正常, 头痛消失, 症状显著改善, 又间隔 1 周分别 2 次复查血培养均无菌生长, 复查颅压正常, 共住院治疗 1 个月余患者病情好转出院。出院后于北京协和医院行心脏瓣膜置换术, 手术过程顺利, 术后随访 3 个月无再次感染, 心功能明显改善。

2 讨论

IE 指因细菌、真菌、病毒或衣原体等病原体侵入心内膜而引起的心瓣膜或心室壁内膜的炎症性疾病^[1]。约 1/3 的 IE 患者出现神经系统受累, 其中脑栓塞占 50%, 部分患者可因脑栓塞或细菌性动脉瘤破裂而出现脑出血, 少数患者并发细菌性脑膜炎、细菌性脑动脉炎及脑脓肿等^[2-3]。长期以来, 草绿色链球菌被认为是 IE 最主要的致病菌, 近年来欧美很多报道^[4-5]认为, IE 患者中葡萄球菌属细菌的分离率超过草绿色链球菌, 致病菌种类也较以往增多。然而, 国内研究数据^[6-7]显示虽然草绿色链球菌引起 IE 的比例下降, 但仍排在第一位。另外, 关于草绿色链球菌耐药性的报道^[8]显示该病菌耐药性不断增强, 除了对万古霉素、利奈唑胺及替考拉宁高度敏感, 对其余常用抗菌药物均产生了不同程度的耐药性, 本例结果与文献报道基本一致, 提示临床上应注意合理用药, 防止耐药性进一步发展。

基层临床医师对于不明原因发热病例诊疗不够

规范, 在发热原因不明时应尽量避免使用抗生素、激素或退热药物等, 以免使临床表现复杂化, 增加诊断难度。IE 早期心脏瓣膜损害不严重时, 不一定都能听到心脏杂音, 此时若医师诊断思维局限, 对该病认识不足, 很容易导致对该病的延误诊断。

近年来不典型结核常见, 尤其是肺外结核的表现多样, 结核仍是不明原因发热病因诊断应考虑的病种之一, 应尽可能明确诊断, 避免盲目诊断性抗结核治疗及放弃对真正病因的探究。

参 考 文 献:

- [1] 王波, 阎德民, 肖德锦. 感染性心内膜炎的诊断与治疗 [J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2010, 17(1): 70-73.
- [2] HABIB G, LANCELLOTTI P, ANTUNES M J, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The task force for the management of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM)[J]. Eur Heart J, 2015, 36(44): 3075-3128.
- [3] 廖一夫, 曹裕民, 张雄, 等. 感染性心内膜炎合并中枢神经系统并发症的回顾性研究 [J]. 岭南心血管病杂志, 2017, 23(1): 82-84.
- [4] HOEN B. Epidemiology and antibiotic treatment of infective endocarditis: an update[J]. Heart, 2006, 92(11): 1694-1700.
- [5] WINSTON L G, BOLGER A F. Modern epidemiology, prophylaxis, and diagnosis and therapy for infective endocarditis[J]. Curr Cardiol Rep, 2006, 8(2): 102-108.
- [6] 崔敏, 张真路, 王纯, 等. 868 例感染性心内膜炎感染部位与病原菌分析 [J]. 华中科技大学学报 (医学版), 2010, 39(3): 427-428.
- [7] MIRABEL M, RATTANAVONG S, FRICHITTHAVONG K, et al. Infective endocarditis in the Lao PDR: clinical characteristics and outcomes in a developing country[J]. Int J Cardiol, 2015(180): 270-273.
- [8] 王焕玲, 盛瑞媛. 感染性心内膜炎 70 例临床分析 [J]. 中华内科杂志, 2010, 49(1): 33-37.

(王荣兵 编辑)