

# 婴儿期感染性心内膜炎伴二尖瓣后叶瓣膜穿孔 1 例

刘静 陆彪

(宁夏医科大学总医院儿科,宁夏 银川 750004)

患儿,男,6 个月,因间断发热半月余入院。入院前半月余无明显诱因出现发热,体温最高 38℃,家长自予口服布洛芬悬液后患儿体温可降至正常,间隔 12 h 后患儿再次出现发热,就诊于当地医院行胸片示“右下肺炎症改变、肺门结核?”,初步临床诊断为肺部感染。给予抗生素治疗 5 d,无明显效果。心脏彩超示“左心增大、二尖瓣前后叶钙化、左房内赘生物、二尖瓣关闭不全(中度)、二尖瓣赘生物?、三尖瓣反流(轻度)”。为求进一步诊治故来我院门诊以“发热待查”收住院。患儿病程中精神好,食纳欠佳,无恶心及呕吐,无先天性心脏病史及外伤史,入院前两周有上呼吸道感染史。患儿系第 1 胎第 1 产,足月顺产出生,出生体重 3345 g,生后一般状况好,无窒息抢救史。母乳喂养至今。

入院时体温 36. 5℃,脉搏 129 次/min,呼吸 30 次/min,体重 9. 6 kg,神清,反应好,发育及营养中等,贫血面容,全身无皮疹,全身浅表淋巴结无肿大,前囟平软,双侧结膜正常,口唇润,咽充血,双肺呼吸音粗,未闻及干湿罗音。心音有力,律齐,心前区可闻及Ⅲ/6 级收缩期及舒张期杂音,传导广泛,无震颤。腹软,肝脾不大,肠鸣音正常。神经系统未见异常。四肢活动自如。入院当天检查血常规示:WBC 14. 41 × 10<sup>9</sup>/L, N 0. 445, L 0. 653, Hb 76 g/L, PLT 165 × 10<sup>9</sup>/L。血生化未见异常。尿便常规未见异常。超敏 CRP 增高(31. 4 mg/L)。血沉加快(54 mm/h)。免疫球蛋白基本正常。胸片提示:双肺纹理明显增粗,纹理模糊,心影增大,考虑先天性心脏病。血培养示革兰阳性球菌阳性。末梢血涂片示白细胞总数偏高,以中性粒细胞为主。心脏彩超示:(1)左房内二尖瓣后叶根部附着一不规则团块样强弱不等回声,约 15 mm × 10 mm,另可见 5 mm × 6 mm 强回声团;(2)左室、左房、右房明显增大,右室略增大;(3)二尖瓣前后叶瓣尖不光滑、略厚,后叶瓣体部可探及 4 mm 穿孔并见血流信号通过,收缩期经

瓣尖可探及反流信号;三尖瓣形态未见明显异常。收缩期经瓣口可探及细束状反流信号;(4)左室收缩功能测定:正常。心脏超声提示:左房内二尖瓣后叶根部团块样回声(赘生物可能性大);全心增大;二尖瓣反流(中度,反流 + 穿孔);三尖瓣反流(轻度)。患儿入院后给予拉氧头孢及头孢硫咪抗感染对症治疗,入院后第 2 天体温降至正常,无发热,一般状况良好,心脏外科会诊后感染性心内膜炎诊断明确,且伴有赘生物形成及二尖瓣后叶瓣膜穿孔,有手术指针,但考虑患儿年龄小,瓣膜尚未发育成形,赘生物手术中可能脱落形成栓塞,手术风险大,暂未予手术治疗,家属要求转北京医院继续治疗。

讨论:感染性心内膜炎是由于致病微生物侵入心瓣膜、心内膜及大血管内膜而发生的炎症性疾病,是先天性心脏病最严重的并发症之一,其基本病理改变是心瓣膜、心内膜及大血管内膜面附着疣状感染性赘生物,赘生物可致瓣膜溃疡、室间隔穿孔、甚至堵塞瓣膜口或肺动脉,主要侵犯瓣膜(以主动脉瓣和二尖瓣最多见),婴儿期出现二尖瓣后叶瓣膜穿孔甚为少见。易感因素有先天性心脏病、二尖瓣脱垂伴反流、心导管检查及免疫功能低下。最常见的病原菌为金黄色葡萄球菌及草绿色链球菌,近年国外报道, HACEK 菌组(嗜血杆菌、放线杆菌、人心杆菌、埃肯菌及 K-ingella 杆菌)儿童的发病率国内为 1. 5% ~ 5. 2%,国外为 1. 2% ~ 1. 3%<sup>[1]</sup>。本例患儿入院前有上呼吸道感染史,出现 1 周以上的发热,贫血貌,心前区可闻及Ⅲ/6 级收缩期及舒张期杂音,超敏 CRP 增高,血沉加快,血培养示革兰阳性球菌,心脏彩超可见赘生物,基于以上病史特点,“感染性心内膜炎”诊断明确。有研究报道<sup>[2]</sup>,感染性心内膜炎患儿平均年龄 7. 8 ± 4. 0 岁,平均体重 21. 9 ± 9. 2 kg,但该患儿系 6 个月,体重 9. 6 kg,年龄及体重均小,并伴赘生物形成且二尖瓣后叶瓣膜穿孔,国外有瓣膜穿孔报道<sup>[3-4]</sup>,而国内少有报道,故本例报告较罕见。感染

[收稿日期]2012 - 07 - 27;[修回日期]2012 - 10 - 13  
[作者简介]刘静,女,硕士研究生。

性心内膜炎可并发心力衰竭、心肌炎、心肌脓肿及脑、脾、肾、肺、冠状动脉的栓塞,该患儿临床未发现栓塞症状(如小瘀点、欧式小结、脾大、血尿、血便、呕吐及惊厥等)。该病常需手术治疗,彻底清除感染组织,重建心脏形态,包括累及瓣膜的整形或置换,由于该患儿年龄及体重小,心脏瓣膜尚处于发育阶段,现瓣膜的整形存在争议,手术中赘生物可能脱落形成栓塞,手术风险大,故暂未予手术治疗。现儿童心脏瓣膜病的治疗仍是心脏外科医生的一个棘手问题<sup>[5-6]</sup>。

[参 考 文 献]

[1] 王茂贵,王宝西. 现代儿科诊断学[M]. 北京:人民军医出版

社,2006:325-328.  
[2] 龚霄雷,徐卓明,刘锦纷. 39 例小儿感染性心内膜炎外科治疗近期疗效[J]. 中华胸心血管外科杂志,2011,27(7):441-442.  
[3] Day MD, Gauvreau K, Shulman S. Characteristics of children hospitalized with infective endocarditis [J]. Circulation, 2009, 119(6): 865-870.  
[4] Holmes AA, Hung T, Human DG. Kingella kingae endocarditis: A rare case of mitral valve perforation [J]. Ann Pediatr Cardiol, 2011, 4(2): 210-212.  
[5] Pettersson GB. Surgical treatment of endocarditis: current status [J]. Tex Heart Inst J, 2011, 38(6): 667-668.  
[6] Evans CF, Gammie JS. Surgical management of mitral valve infective endocarditis [J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 2011, 3(3): 232-240.

(本文编辑:邓芳明)

· 消息 ·

“国际儿科肾脏病学会(中国)培训中心”招募学员通知

2010 年 4 月北京大学第一医院儿(肾)科联合香港玛嘉烈医院青少年部被国际儿科肾脏病学会(International Pediatric Nephrology Association, IPNA)正式批准为中国首家国际儿科肾脏病学会培训中心(IPNA Training Center);该中心主任为丁洁教授,副主任为赵孟准教授(香港)、肖慧捷主任医师、姚勇主任医师,主要专家还有钟旭辉、赖伟明(香港)、谢纪超(香港)等医师,中心秘书为钟旭辉副主任医师。我国拥有国际性儿科肾脏病培训中心可以避免在其他国家受训时的语言障碍,非常有利于我国儿肾医师队伍的培养和壮大。按照 IPNA 规定,学员在培训中心经过系统培训期满后,经中心评估、IPNA 审查后可以获得“IPNA Fellow”的称号,并享有 IPNA 给予的如下待遇:

(1) 获得 IPNA 颁发的“IPNA Fellow”证书;(2) 获得 IPNA 赠送的一部 Pediatric Nephrology 专著;(3) 由 IPNA 资助(免会议注册费,提供交通费和食宿费)参加一次亚洲或国内学术会议、或继续医学教育(CME)课程。

IPNA(中国)中心将于 2013 年继续招收培训学员,预计招收 2~4 名学员,培训时间约 9 个月(其中 2 个月在香港玛嘉烈医院青少年部接受培训);IPNA 将资助学员在培训期间的食宿费用、学员所在地至北京及北京至香港的往返机票。

申请者条件:医学本科以上学历、有儿内科执业医师证书并有三年以上儿科临床工作经验、有一定英语基础的儿科医生。

**申请程序:**(1) 申请者将个人简历(包括学历、职称、英语水平以及肾脏领域的医、教、研经历等)、所在单位(科室)负责人和一位正高级职称医师的书面推荐信寄往北京大学第一医院儿(肾)科,可在上述文件中表明申请目的,如本人或本单位的(儿肾)专业发展规划,希望通过参加培训达到的目标;(2) IPNA(中国)培训中心将对申请者材料进行审核;(3) 获准学员的资料将被报送 IPNA 备案;(4) 由 IPNA(中国)培训中心通知被批准学员具体事宜。

申请材料邮寄地址:北京市西城区西安门大街 1 号,北京大学第一医院儿科(信封外面标注“IPNA 培训中心”字样);邮编 100034;收件人钟旭辉医师。

**申请截止日期**为 2013 年 1 月 15 日。

**联系人:**钟旭辉医师;**联系电话:**010-83572168;**Email:** xuhui7876@yahoo.com.cn。

北京大学第一医院儿(肾)科  
2012 年 8 月 15 日