



内科护理

第三章 循环系统疾病病人的护理





第三章 循环系统疾病病人的护理

第七节

感染性心内膜炎病人的护理

主讲人：XXX



病人，男性，58岁，心脏杂音病史20余年，因发热2周入院。查体：眼睑膜见淤点，心尖部闻及双期杂音。超声心动图检查示二尖瓣增厚、回声增强，二尖瓣狭窄并关闭不全，二尖瓣叶可见赘生物。化验类风湿因子（+），血培养两次草绿色链球菌（+）。

临床诊断：感染性心内膜炎



- 1.该病人感染性心内膜炎的诊断依据是什么?
2. 该病人的主要护理诊断/ 问题有哪些?



知识目标:

1. 掌握感染性心内膜炎的护理诊断、 护理措施。
2. 熟悉感染性心内膜炎的病因、 临床表现、 并发症。
3. 了解感染性心内膜炎的发病机制。

能力目标:

能为感染性心内膜炎病人正确采集标本, 实施健康教育。

素质目标:

具有良好的沟通能力, 严谨细致的工作作风。

重点

感染性心内膜炎病人的病因、临床表现、并发症。

难点

感染性心内膜炎病人的护理诊断、护理措施。



感染性心内膜炎（IE），为心脏内膜表面的微生物感染，伴赘生物形成。赘生物为大小不等、形状不一的血小板和纤维素团块，内含大量微生物和少量炎症细胞，瓣膜为最常受累部位。

- 根据病程可将IE分为急性和亚急性；
- 根据获得途径可分为社区获得性IE、医疗相关性IE（院内感染和非院内感染）和经静脉毒品滥用者IE；
- 根据瓣膜材质可将IE分为自体瓣膜心内膜炎（和人工瓣膜心内膜炎）。



IE的主要病原微生物是链球菌和金黄色葡萄球菌。

急性者主要是由**金黄色葡萄球菌**引起，少数由肺炎球菌、淋球菌、A组链球菌和流感杆菌所致。

亚急性者主要由**甲型溶血性链球菌**引起,其次为D组链球菌（牛链球菌和肠球菌）、表皮葡萄球菌等。



(一) 健康史

- 询问病人年龄、居住环境、工作环境;
- 有无心脏病史;
- 皮肤及组织器官感染情况;
- 静脉滥用药史;
- 是否厌食、乏力、高热寒战、体重下降。



(二) 身体状况

- **发热**：是最常见的症状。亚急性者起病隐匿，可有全身不适、乏力、畏食和体重减轻等非特异性症状。可出现弛张性低热，一般不超过 39°C ，午后和晚上高热，常伴有头痛、背痛和肌肉关节痛。急性者呈暴发性败血症过程，可有高热寒战。
- **心脏杂音**：80%~85%病人有病理性杂音，可由基础心脏病和赘生物的形成、脱落以及组织坏死引起心脏瓣膜穿孔或腱索断裂所致。



(二) 身体状况

- **周围体征：**多为非特异性，近年已不多见，包括：
 - ①瘀点：可出现在任何部位，以锁骨以上皮肤、口腔黏膜和睑结膜多见；
 - ②指（趾）甲下线状出血；
 - ③Osler结节：在指（趾）垫出现的豌豆大的红或紫色痛性结节；
 - ④Roth斑：为视网膜的卵圆形出血斑，中心呈白色；⑤Janeway损害：为手掌和足底处直径 1 ~ 4mm 的无痛性出血红斑。



(二) 身体状况

- **动脉栓塞**：赘生物碎片脱落可导致栓塞，约占 20%~40%。可发生于机体的任何部位，常见于脑、心脏、脾、肺、肾、肠系膜和四肢。
- **感染的非特异性症状**：①贫血：较为常见；②脾大：占 15%~50%。



(三)并发症

- **神经系统并发症**：IE患者约20%~40%可发生神经系统并发症，大部分由赘生物脱落所致。
- **肾脏并发症**：大多数病人有肾损害，包括肾动脉栓塞和肾梗死、肾小球肾炎、肾脓肿等。
- **心脏并发症**：心力衰竭为最常见并发症，IE并发室性心律失常提示心肌受累，且预后较差。
- **风湿性并发症**：有肌肉骨骼症状如关节痛、肌痛及后背痛，可为IE的首发症状。
- **脾脓肿**：左心IE脾梗死发生率约40%，仅5%脾梗死患者会进展为脾脓肿。



(四) 辅助检查

- 1.血培养 血细菌培养阳性是确诊感染性心内膜炎的重要依据
- 2.血液检查 血常规检查，为进行性贫血
- 3.尿液检查 常有显微镜下血尿和轻度蛋白尿
- 4.心电图
- 5.超声心动图
- 6.其他检查



(五) 治疗要点

1. 抗微生物药物治疗为最重要的治疗措施，用药原则为：

①早期应用；

②足量用药；

③静脉用药为主；

④病原微生物不明时，急性者选用针对金黄色葡萄球菌、链球菌和革兰阴性杆菌均有效的广谱抗生素，亚急性者选用针对大多数链球菌（包括肠球菌）的抗生素；

⑤已培养出病原微生物时，应根据药物敏感试验结果选择用药。



(五) 治疗要点

2.药物选择：本病大多数致病菌**青霉素**敏感，**可作为首选药物**。联合用药以增加杀菌能力，如氨苄西林、万古霉素、庆大霉素等，真菌感染者选用两性霉素 B。

3.手术治疗 有严重心脏并发症或抗生素治疗无效的病人应及时考虑外科手术治疗。





常见护理诊断/问题



1. 体温过高 与感染有关
2. 营养失调：低于机体需要量 与食欲下降、长期发热导致机体消耗过多有关
3. 潜在并发症：栓塞、心力衰竭



- 1.病人的体温恢复至正常范围。
- 2.病人的营养状况改善。
- 3.病人无并发症发生。
- 4.病人能了解疾病的相关知识。
- 5.病人能积极配合治疗及护理。



(一)一般护理

1. **休息与活动** 高热病人卧床休息, 病室的温度和湿度适宜。心脏超声可见巨大赘生物(≥ 10 mm)的病人, 应绝对卧床休息, 防止赘生物脱落导致栓塞而出现意外。

2. **饮食护理** 给予清淡、高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食, 以补充发热引起的机体消耗。鼓励病人多饮水, 做好口腔护理。有心力衰竭征象的病人按心力衰竭病人饮食进行指导。



(二)病情观察

- 注意观察体温、脉搏、呼吸、血压等
- 注意心脏杂音变化
- 观察皮肤黏膜非特异性体征
- 观察病人有无栓塞征象



(三)正确采集血标本

□□□□□□□□□□□□□□□□

- 对于未经治疗的亚急性病人,应在第 1 天每间隔 1 小时采血 1 次,共 3 次。
如次日未见细菌生长,重复采血 3 次后,开始抗菌药物治疗。
- 已用过抗菌药物者,停药 2~7 天后采血。急性病人应在入院后 3 小时内,每隔 1 小时采血 1 次,共取 3 次血标本后,按医嘱开始治疗。
- 无须在体温升高时采血,每次采血 10~20 mL。



四、应用抗生素的护理

遵医嘱应用抗生素治疗，严格按时间用药，以确保维持有效的血药浓度。注意保护静脉，可使用静脉留置针，避免多次穿刺增加病人痛苦。观察药物疗效、可能产生的不良反应，并及时报告医生。





五、心理护理

向病人和家属讲解本病的病因与机制，该病治疗周期较长，增强病人战胜疾病的信心。





六、健康指导

1. 生活指导 嘱病人平时注意防寒保暖, 避免感冒, 少去公共场所, 加强营养, 增强机体抵抗力, 合理安排休息。



六、健康指导

2. 疾病预防指导

- 向病人和家属讲解本病的病因与发病机制、致病菌侵入途径等。
- 指导病人养成良好的口腔卫生习惯和定期牙科检查的习惯。在施行口腔手术如拔牙、扁桃体摘除术, 上呼吸道手术或操作, 泌尿、生殖、消化道侵入性诊治或其他外科手术治疗前, 应说明自己患有心脏瓣膜病、心内膜炎等病史, 以预防性使用抗菌药物。



六、健康指导

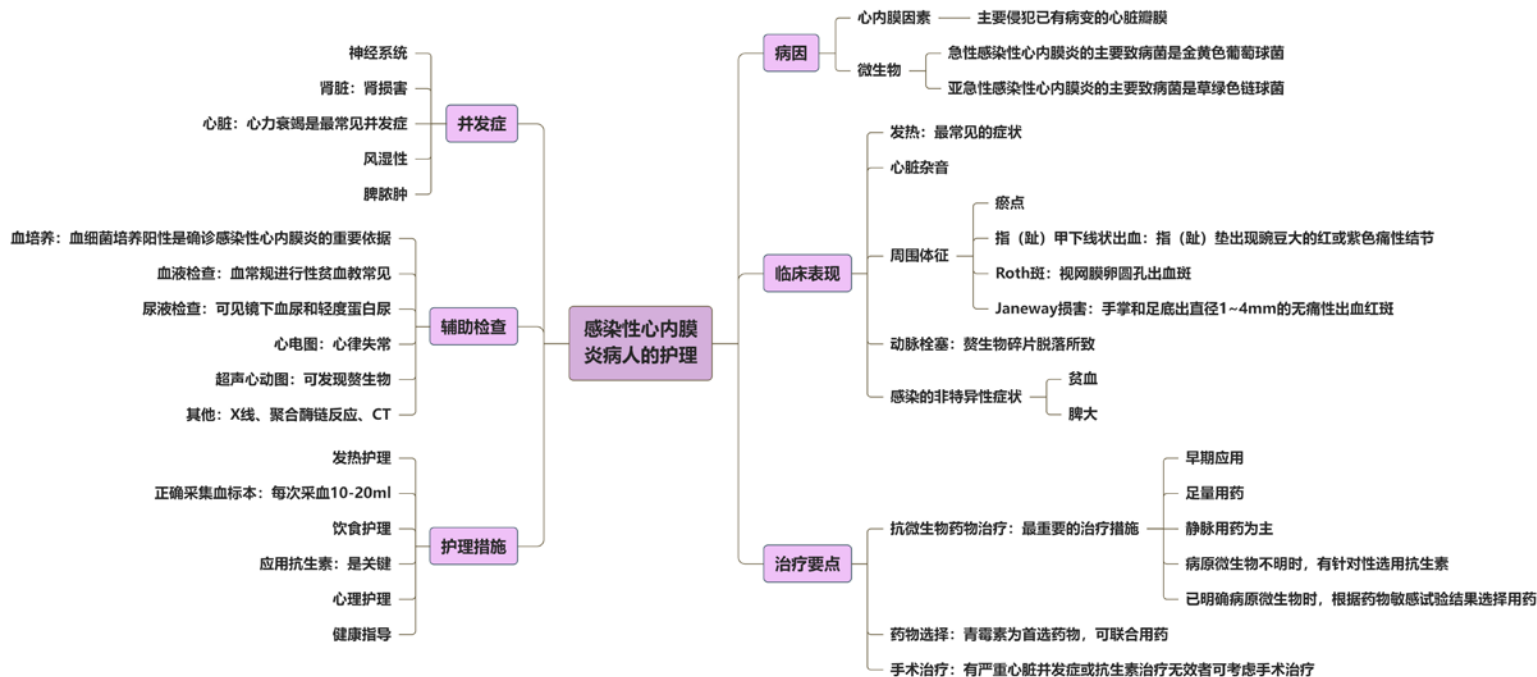
2. 疾病预防指导

- 勿挤压痤疮、疖、痈等感染病灶,减少病原体入侵的机会。
- 告知病人早期、足量应用抗菌药物是治疗 IE 的关键,应遵医嘱用药,切勿擅自停药,一旦出现不良反应,如恶心呕吐、食欲不振及真菌感染,应及时告知医生。
- 教会病人自我监测体温变化,有无栓塞表现,定期门诊随访。



病人体温是否恢复正常范围;
病人营养状况有无改善;
病人有无并发症发生;
病人是否了解疾病的相关知识;
病人能否积极配合治疗及护理。

小结





谢谢观看

