

·临床研究报道·

小儿急性胰腺炎 20 例临床分析

毕可礼

(洛阳市第一人民医院儿科,河南 洛阳 471002)

[摘要] 目的 探讨儿童急性胰腺炎的临床特征及诊断方法。方法 对 20 例儿童急性胰腺炎的诱因,临床特征和治疗进行分析。结果 小儿急性胰腺炎的相关诱因:Reiter 综合征 1 例(5%),外伤 2 例(10%),川崎病 1 例(5%),腮腺炎 4 例(20%),胆道蛔虫 1 例(5%),有饮酒史 3 例(15%),有家族病史 2 例(10%),病因不明 5 例(25%)。结论 小儿急性胰腺炎早期特异可靠的诊断和治疗可以减少该病的死亡率和手术需要。

[关键词] 急性胰腺炎;离子胰蛋白酶;超声波;CT

[中图分类号] R657.5⁺1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2001)02-0200-02

儿童急性胰腺炎为相对少见病,其相关诱因、临床表现、诊断与治疗与成人不尽相同,我院从 1979 年至 1999 年共收治小儿急性胰腺炎 20 例,现将该病的病因、诊断与治疗分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

我院从 1979 年 8 月至 1999 年 8 月共收治小儿急性胰腺炎 20 例,其中男 19 例,女 1 例,年龄在 3~17 岁,平均年龄(11.1±2.3)岁。首诊病程 2~26 d。

1.2 临床表现

中上腹压痛反跳痛 20 例(100%),休克 4 例(20%),呕吐 5 例(25%),抽搐 1 例(5%),发热 3 例(15%),腹水 1 例(5%),肠麻痹 2 例(10%),Grey-ture 征 1 例(5%)。

1.3 相关诱因

Reiter 综合征 1 例(5%),腹部创伤 2 例(10%),腮腺炎 4 例(20%),过多输入钙剂 1 例(5%),胆道蛔虫 1 例(5%),川崎病 1 例(5%),有饮酒史 3 例(15%),有家族病史 2 例(10%),病因不明 5 例(25%)。

1.4 诊断

对 20 例患儿均进行了血清双抗体放射免疫胰蛋白酶和血清淀粉酶测定,其中胰蛋白酶在 200 pg/ml,10 例(50%),150 pg/ml 5 例(25%),计算血

清淀粉酶~肌酐廓清率>4% 5 例,查血清钙 1.0 mmol/L 以下 3 例(15%),“B”超检查,胰腺回声密度小于肝脏回声密度 4 例(20%),做胰腺 CT 扫描 2 例,其中 1 例显示胰腺及周围组织明显水肿。

1.5 治疗

20 例均采取禁食,胃肠引流,全肠道外营养,抗生素,纠正水电解质平衡,纠正低血钙,扩容(输血、血浆),纠正休克等支持措施全部治愈,无 1 例死亡及转外科手术。

2 讨论

在成人中急性胰腺炎多数以饮酒,胆石症为主要病因,而在儿童近几年的报道与成人不太相同,而以 Reiter 综合征、溶血尿毒综合征、胶原血管病、感染、外伤、先天及后天胆管阻塞、高血脂症、囊性纤维变性、高钙血症、药物、家族倾向,以及一部分原因不明的所谓“特发性胰腺炎”为常见诱因。Reiter 综合征引起胰腺炎的机制可能与该综合征中肝脂肪变性的同时引起胰腺的类似改变有关^[1]。急性胰腺炎与外伤之间的关系可能系外伤引起潜伏在胰腺体中的酶剂释放激活消化酶原变为消化酶而引起自身消化^[2]。

儿童急性胰腺炎的临床表现往往不典型。腹痛可以在中上腹,右上腹,脐周,全腹。可以放射到背部,下腹及前胸部。持续几小时至几天,进食加重,上腹有压痛,反跳痛,个别病人亦可无腹痛,仅以休

克,抽搐症状为主,大部分病人有肠麻痹,少数病人有发热,腹水及 Greyture 征(腰部瘀斑)^[1]。症状不典型给诊断造成一定困难,因此可利用特殊检查以明确诊断。放射免疫测定离子胰蛋白酶对早期诊断起决定作用。正常人血清中胰蛋白酶在 50 ~ 100 pg/ml^[3,7]。超过 110 pg/ml 即有诊断意义,一般在发病第 1 天血清胰蛋白酶就升高,第 5 天达到高峰,此法比传统测定淀粉酶的方法要准确且敏感性高。同时配合凝胶过滤法测定激活胰蛋白酶的抑制因子(灭活因子), α_2 抗胰蛋白酶, α_2 巨球蛋白对于估计病情的严重程度亦有很大意义。

胰腺炎的诊断一般以测定淀粉酶为主,但影响因素较多如胆道疾病,消化性溃疡穿孔,腹部外伤,阑尾炎,糖尿病酮症酸中毒等,血清中淀粉酶均可明显增高,而真正胰腺炎淀粉酶反而可以正常。因此, Kenneth^[4]提出计算淀粉酶 ~ 肌酐廓清率,计算公式是:

$$\frac{\text{尿淀粉酶}}{\text{血清淀粉酶}} \times \frac{\text{血清肌酐}}{\text{尿肌酐}} \times 100 \%$$

正常均值为 (2.2 ± 0.4) %, 如果 > 4 % 即可确诊。

胰腺的超声检查探查胰腺的大小及与肝脏回声密度的比较对于诊断胰腺炎有很大意义,而回声密度的比较意义更大。超声检查同时还可以发现假性胰腺囊肿、胰腺脓肿、胆总管囊肿、结石等^[5]。CT 扫描胰腺周围的衰减带为胰腺周围水肿和液体。

由于肠道外营养的进展大大的推进了急性胰腺炎的保守治疗^[6]。一些成人中试图减少胰腺分泌和抑制胰蛋白酶分泌的药物如抗胆碱能药物,胰高血糖素,抑肽酶等在儿科应用还缺乏可靠的资料。内科治疗仍以禁食,胃肠引流,处理水电解质平衡,对症处理和制止并发症为主^[7]。因此,对急性胰腺炎的尽早诊断,早期正确治疗可大大减少死亡率和手术需要。

[参 考 文 献]

- [1] Weizman Z, Durie PR. Acute pancreatitis in childhood [J]. J Pediatr, 1988, 113(1 pt 1): 24 - 29.
- [2] Hfam PK, Glasgow AM. Acute abdomen traumatic in childhood [J]. J Pediatr Surg, 1985, 20(1): 56 - 58.
- [3] Largmani. Evaluation of ionic trypsin for acute pancreatitis [J]. Meth enzymol, 1990, 74(2): 272 - 290.
- [4] Kenneth I, Ament ME, Kara AH, et al. Measurement ratio of urinary and serum anylase to creatine and clinical significance [J]. J Pediatr, 1990, 96(3): 407 - 411.
- [5] Calmnel BI, Rebest J, Rod H, et al. Ultrasound of diagnosis for acute pancreatitis in childhood [J]. Pediatr Surg, 1988, 25(3): 137 - 139.
- [6] Goodgame J, Studen RJ, Finegold FC, et al. Total nutrition application in acute pancreatitis [J]. Ann Surg, 1988, 74(4): 620 - 621.
- [7] 曾芳如. 放射免疫法血清蛋白酶的测定. 见:上海医学化验所. 临床生化手册 [M]. 上海:上海科技出版社, 1982, 59.

(本文编辑:吉耕中)

(上接第 199 页)

炎患者中约 4.9 % 并发脑炎, 27 % 并发脑膜炎, 临床有明显脑膜脑炎症状者约占 10 %, 但脑脊液检查有异常者高达 65 %。本文报道的 283 例腮腺临床表现多数较轻, 无 1 例死亡, 预后良好。但集体儿童机构如隔离不当, 学龄及学龄前儿童易暴发流行。本组有 18 例发生在同一村中, 有 6 处小学校流行腮腺炎, 发病人数是在校总人数的 2/3 以上。流行性腮腺炎冬春季节为流行高峰, 但本组 203 例发生在 5 ~ 9 月份, 提示非流行季节亦可暴发流行。

典型病例不易误诊, 但少数病例发病时, 腮腺肿大已消退; 有的神经症状发生于腮腺肿大前; 部分病例出现头痛、呕吐、颌下腺肿大等症状, 但查脑脊液除压力高外无其它改变。因此, 应注意询问病史及流行病学史, 及时查脑脊液以免误诊。此组病例合并心肌炎 8 例, 胰腺炎 10 例, 颈前水肿 5 例, 但病情

较轻, 随腮腺的好转而好转。无 1 例并发睾丸炎, 说明流行性腮腺炎病毒仅侵犯生物学上有活性的组织, 而处于静止状态, 未发育的小儿生殖器官常幸免^[2]。治疗中除应用抗病毒药外, 对有颅内高压症状者应及时应用脱水剂和激素。

应当指出, 流行性腮腺炎合并腮腺、重症胰腺炎及心肌炎, 病情较重, 一旦确定诊断, 就要严密观察, 采取积极综合治疗措施, 才能收到满意疗效^[3]。

[参 考 文 献]

- [1] 诸福棠. 实用儿科学 [M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997, 751.
- [2] 张汝慧, 王玲. 流行性腮腺炎致多脏器损害 662 例临床分析 [J]. 临床儿科杂志, 1996, 14(3): 220 ~ 221.
- [3] 张石枚. 流行性腮腺炎腮腺外并发症 32 例 [J]. 小儿急救医学, 1998, 5(2): 94 ~ 95.

(本文编辑:吉耕中)