

儿童甲型副伤寒 69 例临床分析

简和, 周丽

(凉山州第一人民医院儿科, 四川 西昌 615000)

[中图分类号] R516.3 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)05-0665-02

为了解本地区儿童甲型副伤寒的临床特点及诊治措施, 回顾性分析 2004 年 5 月至 2007 年 12 月我院住院确诊为儿童甲型副伤寒 69 例的临床资料, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组儿童甲型副伤寒 69 例诊断标准依据《诸福棠实用儿科学》^[1], 即血及粪便培养获得相应病原菌; 肥达反应 O 抗体升高和副伤寒甲 H 抗体升高, 单份血清抗体效价 $\geq 1:160$ 或双份血清抗体效价 >4 倍升高。男 37 例, 女 32 例。年龄 2 岁 2 月至 14 岁, <6 岁 12 例 (12/69), 6 ~ 14 岁 57 例 (57/69), 全年均发病而以夏秋季 (6 ~ 11 月) 发病较高。

1.2 临床表现

所有病人均有发热, 不规则热 43 例 (62.3%) 弛张热 17 例 (24.6%) 稽留热 9 例 (13.0%)。热程 5 ~ 23 d。其中 5 ~ 7 d 31 例 (44.9%), 8 ~ 10 d 23 例 (33.3%), 11 ~ 15 d 10 例 (14.5%), >15 d 5 例。消化道症状 (纳差、呕吐、腹痛、腹泻) 36 例 (52.1%), 呼吸道症状 (流涕、咽痛、咳嗽) 32 例 (46.4%), 神经系统症状 (头痛、头昏、惊厥) 10 例 (14.5%), 畏寒、寒颤 11 例 (15.9%), 脾大 12 例 (17.3%), 肝大 8 例 (11.6%), 相对缓脉 9 例 (13.0%), 斑丘疹 1 例。

1.3 并发症

出现并发症 28 例, 单个脏器损害 18 例, 2 个脏器损害 9 例, 3 个脏器损害 1 例。上述并发症中表现为肝脏损害 13 例, 心肌损害 6 例, 胆囊炎 2 例, 支气管肺炎 5 例, 支气管炎 2 例, 蛋白尿 10 例, 中毒性

脑病 1 例。

1.4 实验室检查

血常规 WBC $<4 \times 10^9/L$ 5 例 (7.2%), $4 \sim 10 \times 10^9/L$ 53 例 (76.8%), $>10 \times 10^9/L$ 11 例 (15.9%); HB 80 ~ 100 g/L 3 例 (4.3%), 66 例正常; PLC 50 ~ 70 $\times 10^9/L$ 4 例 (5.8%) 65 例正常; 嗜酸性细胞绝对计数为 0 者 53 例 (76.8%), 明显下降 9 例; 尿蛋白 + ~ +++ 10 例 (14.5%); 血培养副伤寒甲型阳性 60 例 (86.9%), 肥达反应 O 抗体及副伤寒甲 H 抗体升高 37 例 (53.6%); 肝功能异常 13 例 (18.8%); 心肌酶谱异常 6 例 (8.7%); B 超示胆囊壁增厚积液 2 例; 胸片提示支气管或支气管肺炎改变 7 例 (10.1%), 62 例正常。

1.5 药敏试验

血培养阳性 60 例均做药敏试验, 结果 3 例对氨苄西林中介, 57 例敏感, 60 例均对哌拉西林、头孢他啶、头孢塞肟、头孢西丁、氨基曲南、环丙沙星、呋喃妥因、头孢他啶/棒酸、头孢吡肟、头孢塞肟/棒酸敏感。

1.6 诊断及治疗转归

所有病例首诊无 1 例以甲型副伤寒收住院, 首诊发热待查败血症 42 例, 上呼吸道感染 13 例, 支气管炎、支肺炎 6 例, 胃肠炎 8 例。69 例均依据血培养或 (和) 肥达反应异常而确诊, 其中血培养与肥达反应均阳性 28 例, 9 例血培养阴性者先后做了 2 次肥达反应, 双份血清抗体效价均 >4 倍。所有病例给予二联抗生素治疗, 头孢曲松与氨氯西林或左氧氟沙星或利福霉素, 有并发症者同时给予对症支持等综合治疗。随着原发病的好转各脏器损害也随之恢复正常, 全部病例治愈, 住院 4 ~ 20 d, 平均 10 d。

[收稿日期] 2008-04-24; [修回日期] 2008-05-22

[作者简介] 简和, 女 (1958 -), 学士, 副主任医师, 主攻方向: 小儿肾脏病。

2 讨论

甲型副伤寒是由甲型副伤寒沙门菌引起的急性消化道传染病,临床表现与伤寒相似但较轻,多见于成人,儿童少见^[2,3]。典型表现为发热、肝脾大、相对缓脉、表情淡漠、玫瑰疹、白细胞下降。然而随着菌株的变化,临床非典型病例不断增多,给诊断带来困难。从本组临床资料显示该病全年发病而夏秋季较多,82.6%见于学龄儿,婴幼儿少见,多数来自郊区农村。所有病人均有发热,62.3%为不规则热,弛张热仅24.6%,热型的变化可能与就医条件改善、早期使用抗生素及解热镇痛药等有关。热程5~23 d,平均9 d,在发热基础上52.1%伴有消化道症状,46.4%伴有呼吸道症状,仅少数有肝脾大,相对缓脉,皮疹极少见,玫瑰疹几乎不见。本组血培养阳性率为86.9%,有报道^[4]大便培养的阳性率可达100%。典型伤寒副伤寒外周白细胞多低于正常,本组结果并非如此,仅7.2%低于正常,76.8%在正常范围,少数高于正常。89.9%嗜酸性细胞绝对计数为零或明显下降,半数病例肥达反应阳性,明显低于报道,可能与采血时间或小儿自身免疫功能低有关。以上仍是为儿童甲型副伤寒的特点对诊断不失参考。而要确诊副伤寒沙门菌感染,血、大便培养阳性最可靠。并发症发生率为40.6%,可造成多器官功能损害,单器官损害多见,以肝功能损害及肾损害表现为明,主要是肝大及肝转氨酶异常和镜下血尿及蛋白尿。肾损害可能是体液或细胞介导的免疫反应,导致免疫复合物在肾内沉积,引起肾小球及间质损伤,并激发迟发变态反应所致^[5,6];其次是肺炎、心肌损害、胆囊炎,病情均不重随原发病好转而恢复,无消化道出血及肠穿孔。由于早期临床症状多不典型,有的早期在发热基础上以并发症为突出表现,极易误诊,所以凡遇不明原因发热5 d以上,外周嗜酸性细胞绝对计数为零或明显下降,特别是学龄儿,一定要想到甲型副伤寒的可能,尽可能早做血、大便培养,肥达反应检查。同时做三大常规、肝肾功能、腹部B超等检查以尽早发现并发症。但血、大便培养需时较长,肥达反应也有出现假阳性或

假阴性且热程2周起阳性率才逐渐升高^[7],难作为早期诊断依据。有资料^[8-10]显示LPS-PHA是测定伤寒副伤寒的特异性抗体IgM,感染早期即可测定,具有敏感性高,检出时间短,操作简单,结果稳定的特点,可作为早期诊断参考。

文献报道伤寒副伤寒杆菌耐药问题日益严重,且成多重耐药^[11-14]。但本组血培养69例阳性60例,所有阳性病例进行药敏试验,60株均对哌拉西林、头孢他啶、头孢塞肟钠、头孢西丁、氨基曲南、环丙沙星、呋喃妥因、头孢他啶/棒酸、头孢吡肟、头孢塞肟/棒酸敏感,60株中3株对氨基苄西林中介,其余敏感。说明该地区甲型副伤寒菌株耐药不显著,3代头孢及氟喹诺酮类普遍敏感,临床治疗效果良好,疗程一般2周左右,无1例复发。

[参 考 文 献]

- [1] 方鹤松,方红宇. 伤寒及其他沙门氏菌属感染[M]. //胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学(上册). 第7版. 北京:人民卫生出版社,2006,887-897.
- [2] 林厚基,张永涛. 伤寒与副伤寒[M]. //宫道华,吴升华. 小儿感染病学. 北京:人民卫生出版社,2002,835-849.
- [3] 尚建中,秦守杰,李新月,原志远. 感染性疾病诊断治疗[M]. 郑州:郑州大学出版社,2002,295-300.
- [4] 姚炳华,戴爱所. 小儿甲型副伤寒24例临床分析[J]. 临床儿科杂志,2000,18(3):145-146.
- [5] 刘子刚. 伤寒的肾损害[J]. 江苏医药,1999,24(12):925.
- [6] 黄爱萍,潘斌. 儿童甲型副伤寒40例临床调查研究[J]. 中国预防医学杂志,2005,6(6):525-526.
- [7] 赵云红. 小儿甲型副伤寒103例肥达氏反应阴性的临床分析[J]. 贵州医药,2003,27(10):907-908.
- [8] 张学义,金钰明,山惠明. 脂多糖-被动血凝试验诊断伤寒的临床评价[J]. 新医学,1997,28(3):132-133.
- [9] 严标燕,赵玉婉. 小儿伤寒副伤寒115例临床分析[J]. 浙江实用医学,2003,8(1):43-44.
- [10] 卢红艳,谢兴镛,王磊. 脂多糖-被动血凝试验早期诊断伤寒的实用价值[J]. 暨南大学学报,1998,19(4):66.
- [11] 罗友昌. 小儿伤寒甲型副伤寒224例耐药性分析[J]. 安徽医学,2006,10(5):367.
- [12] 赵德军,张碧霞,张彤,曹雁,毛跃,杨围. 112株甲型副伤寒沙门菌药敏分析[J]. 实用医技杂志,2006,13(22):3977-3978.
- [13] 周建芳,杨珊敏. 副伤寒甲连续5年流行特点及细菌耐药性监测[J]. 中华传染病杂志,2003,21(6):421.
- [14] 刘丹. 阿奇霉素治疗儿童伤寒疗效观察[J]. 中国当代儿科杂志,2005,7(1):57-58.

(本文编辑:吉耕中)