

病例报告 ·

甲型副伤寒合并急性胰腺炎 2 例

舒远琴,姚家会

(遵义市 3417 医院,贵州 遵义 563003)

[中图分类号] R561.3 [文献标识码] E

1 临床资料

例 1,男,12 岁。因腹痛伴发热 7 d,呕吐 2 d 入院。腹痛以中上腹为主,持续性钝痛,体温在 39~40 之间,呕吐物均为胃内容物。无流行性腮腺炎接触史及病史,无暴饮暴食史。体查: T 39.2, P 106 次/min, R 26 次/min,神志清,腮腺区无肿痛,腮腺管口无渗液及红肿,心肺正常。中上腹压痛明显,左上腹局部紧张,无反跳痛,肝脾不大,肝区叩痛明显。实验室检查:血常规 WBC $4.4 \times 10^9/L$, N 0.76, L 0.24, 血淀粉酶 228.5 U/dl, 尿淀粉酶 2160 U/dl (本院血淀粉酶正常值为 40~100 U/dl, 尿淀粉酶 100~800 U/dl)。尿常规:蛋白++。血清谷丙转氨酶 64 U/L。B 超示胰尾肿胀,内部回声欠均匀,提示胰腺炎。胸片阴性,伤寒快诊胶乳法阳性,血凝法 1 160(+), 血肥达氏反应 O 1 160(+), H 1 40, A 1 320(+), B 1 40, C 1 40, 入院诊断为甲型副伤寒合并急性胰腺炎。予头孢噻肟钠每日 50~100 mg/kg、氧氟沙星每日 10~15 mg/kg, 抑肽酶 2 U 1~2 次/日, 并禁食, 解痉, 胃肠减压, 维持水电解质平衡等治疗, 住院第 4 日体温降至正常, 无腹痛呕吐, 出院前复查尿淀粉酶降至正常 (640 U/dl), B 超示胰腺肿胀消失, 肝功能及尿常规均正常, 住院治疗 19 d, 痊愈出院。

例 2,女,10 岁。因发热腹痛 2 天伴呕吐入院。体温持续在 40~41, 上腹部阵发性剧痛, 呕吐 7~8 次/d, 为胃内容物, 非喷射样。病前无暴饮暴食史, 无流行性腮腺炎接触史及病史, 当地流行伤寒。体查 T 41.2, 心肺无异常, 腹软, 左中上腹压痛明

显, 无反跳痛及肌紧张, 肝区叩痛明显。实验室检查: WBC $10 \times 10^9/L$, N 0.69, L 0.31。尿淀粉酶 2 010.5 U/dl, 血淀粉酶 68 U/dl, 伤寒快诊胶乳法 (+), 血凝法 1 320(+), B 超检查: 胰腺呈弥漫性肿胀, 内部回声不均匀, 提示胰腺炎。入院后 3 日查肥达氏反应, O 1 320(+), H 1 160(+), A 1 160(+), B 1 40, C 1 40, 确诊为甲型副伤寒并急性胰腺炎。予氧氟沙星+头孢噻肟钠抗感染, 禁食, 胃肠减压, 解痉, 抑酶, 补充水电解质等治疗。住院第 6 日体温平稳, 无腹痛呕吐, 腹部压痛不明显, 出院前复查尿淀粉酶正常, B 超示胰腺正常, 治疗 14 d 痊愈出院。

2 讨论

儿童伤寒并多器官损害曾有报道^[1], 但伤寒并发急性胰腺炎较少报道^[2], 甲型副伤寒既往认为临床症状体征较轻, 并发症少, 甲型副伤寒并发急性胰腺炎更为罕见。本组报道的 2 例, 均经临床实验室、B 超检查确诊, 其可能机制是由于伤寒杆菌感染后引起十二指肠部位淋巴结肿大, 压迫胰导管开口部位, 致使胆汁、胰液引流不畅, 返流至胰腺, 引起自身消化所致。由于急性胰腺炎来势凶猛, 易发生休克, 甚至导致死亡, 因此要求临床医生应提高对本病的认识, 积极诊断治疗, 避免造成严重后果。

[参 考 文 献]

- [1] 李献珍, 鲁明辉, 王炜. 小儿伤寒多器官损害 24 例分析 [J]. 中华儿科杂志, 1998, 36(3): 181.
- [2] 陶玉. 伤寒合并急性胰腺炎 1 例 [J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(8): 502.

(本文编辑: 吉耕中)