个案与短篇 文章编号：0253-3626(2009)05-0655-01

左侧大叶性肺炎诱发急性上腹部疼痛 1 例

赖苏何，张宏宇，张才全
（重庆医科大学附属第一医院普外科，重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R563.1+1 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-07-16

1 临床资料

患者，女，58 岁，住院号：547693。因右中上腹疼痛 4 d，加重 1 d 伴畏寒发热、黄疸，凌晨由外院转入我科 ICU 治疗。该患者 1 周前曾受凉后出现上呼吸道症状，自服抗生素和感冒药治疗。既往有高血压病史 4 年，胆囊结石 2 年余。入院查体：T 38.4℃，P 112 次 /min，R 24 次 /min，BP 79/53 mmHg。神志清，可问答，巩膜黄染可疑。双肺呼吸音粗，左下肺可闻及少许湿啰音。心率 112 次 /min，未闻及杂音。腹平坦，未见胃肠型及蠕动波；右中上腹明显压痛，反跳痛及轻度肌紧张，Murphy 征（±）；移动性浊音（-），肠鸣音弱。辅助检查：血常规 WBC：33.3×10^9 个 /L，N：0.85；尿常规（-）；肝功 TB：50.5 μmol/L，IB：44.6 μmol/L，ALB：24 g/L；心肌酶谱（-），SpO_2 95%~100%。急诊 B 超示：肝内胆管轻度扩张，胆囊结石，胆囊炎，胆总管内径略宽。经普外科、肺科、心内科会诊后，考虑：①感染性休克，②胆囊炎、胆囊结石，化脓性胆管炎？③肺部感染？④高血压。外科鉴于腹部体征改变与全身症状不符，急诊 B 超提示胆道梗阻证据不足，血胆红素升高以间接胆红素为主，感染性休克可能有其他原因，未进行急诊胆道引流手术。立即采用抗生素强化治疗并积极纠正休克。6~8 h 后休克逐渐纠正，血压：90/60 mmHg（多巴胺 7 μg/(kg·min) 泵入）。次日复查 B 超：胆囊大小正常，壁不厚，内壁欠光滑，内见 1 枚强回声伴声影，大小约 25 mm，胆总管内径 6 mm，肝内胆管不扩张；胸片（图 1）：左肺中下野大片密度增高影，上缘欠清晰，右肺未见明显异常，心影不大。诊断：①左肺大叶性肺炎；②感染性休克；③慢性胆囊炎、胆囊结石。转入肺科 ICU 治疗好转出院（图 2）。



图 1 入院后胸片左肺中下野大片密度增高影



图 2 出院时胸片左肺中下野密度增高影消退

2 讨 论

近年来由于广普抗生素的广泛使用和/或患者不规范服用，使高热、寒颤，胸痛、气促，咯铁锈色痰等典型肺炎表现被掩盖[2]。部分下肺叶肺炎，刺激壁层胸膜及肋间神经（$T_{7\sim12}$）往往反射性引起同侧腹痛，常会误诊为外科急腹症。该患者由于左中下肺大叶性肺炎引起中上腹、右上腹疼痛及黄疸少见，其机制可能是：高热或细菌产生的毒素致胃肠功能紊乱，迷走神经受炎症刺激后反射性引起胃肠痉挛，以及致病菌随淋巴通道和血液播散引起肠系膜淋巴结炎进而引起腹痛等消化道症状和体征；其血清胆红素水平增高，可能与低氧血症，毒血症损害肝脏，肺脏内红细胞破裂有关[1]。故临床上对近期有上呼吸道症状的急性腹痛患者，尤其是肺部听诊呼吸音粗、有湿啰音者，要慎重处理；行胸片检查有重要意义。

作者介绍：赖苏何（1983-），男，硕士，
研究方向：胃肠外科。
通讯作者：张宏宇，男，副主任医师，E-mail：zhy86@hotmail.com。

参 考 文 献

[1] 何礼贤. 肺部感染性疾病[M]. 上海：上海医科大学出版社，1996.100.
[2] 林 琴，余更生，田 杰. 儿童大叶小生肺炎病原学变迁的临床分析[J]. 重庆医学，2005，34(2)：214-215.

（责任编辑：冉明会）