维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)02－0243－01

副伤寒甲并发肺炎及多发性脾脓肿 1 例

秦　波，郭树华

(重庆医科大学第二临床学院感染病科，重庆　400010)

【中国图书分类法分类号】R512.6　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2002－07－17

1　临床资料

患者，男，42 岁，因持续发热 3 周于 2001 年 10 月 29 日以“发热待查”住院。3 周前无明显诱因出现发热，体温波动于 37～40℃，并感乏力、食欲减退和左上腹隐痛不适，不伴盗汗、咳嗽等伴随症状，大、小便正常。在外院曾静滴青霉素、“先锋霉素”8 天，症状无缓解。11 天前在外院检查发现糖尿病并用胰岛素治疗。入院查体：T37.0℃，P82 次/min，R20 次/min，BP110/78mmHg，神志清楚，皮肤粘膜无瘀斑瘀点，全身浅表淋巴结无肿大，心肺无异常，腹平软，全腹无压痛和反跳痛，肝脾肋下未扪及，肝区、肾区无叩痛，脊柱四肢无异常。实验室检查：WbC5.4×10^9/L，N0.64，L0.36，血沉正常，空腹血糖 8.0mmol/L，尿糖＋＋＋，尿酮体＋，自身抗体谱全阴性，肥达反应阴性，大、小便常规正常。B 超提示“肝大、脾大，胆囊息肉样变，其余无异常”，胸片正常，PPD 皮试阴性。

入院后第 2 天出现腹痛、腹泻和脐周阵发性胀痛不适，水样便，无粘液脓血，大便数次/日，复查血常规、大便常规均正常，尿培养阴性，两次血培养和骨髓培养阴性，骨髓常规示“骨髓激惹象”。患者持续高热伴寒战，呈稽留热型，无相对缓脉，考虑“感染性发热、败血症及伤寒不能除外”，于入院后第 3 天开始经验用药，应用头孢三嗪 4g/日、甲硝唑 1.0g/日抗炎治疗，并对症、支持及胰岛素控制血糖治疗，3 天后体温降至正常，症状改善，但体温正常两天后在继续应用抗菌素过程中，患者体温无诱因又上升至 38.9℃以上且持续不降，并出现轻微咳嗽、无痰，查体咽部无异常、心肺正常，复查 B 超示“脾脏见 6.9 cm×4.6 cm 极低回声区，边界清楚、边缘不规则，无明确包膜”，进一步做 CT 检查示“1、脾内多个低密度影，最大病灶直径约 5.0 cm，病灶边界清晰，周围无水肿；2、左下肺少许炎症”。遂转入我院外科，于 11 月 9 日行剖腹探查术，术中见脾脏肿大约 20.0 cm×15.0 cm×18.0 cm，脾脏被大网膜包绕并与膈肌粘连，左半横结肠与脾下极粘连，脾上极见 5.0 cm×5.0 cm 脓腔，内有坏死组织，即行脾切除术。术后病理诊断“多发性脾脓肿”，脓汁培养“甲型副伤寒杆菌生长”。术后第 2 天患者体温即降至正常，自述无特殊不适，继续予抗菌素治菌必妥 4.0 g/日抗炎治疗，同时为防治厌氧菌感染加用甲硝唑 1.0 g/日静滴，治疗 1 周后病情稳定于 11 月 16 日出院，出院诊断：副伤寒甲伴左下肺炎及多发性脾脓肿。出院后病情无反复。

2　讨　论

患者有糖尿病基础，其机体抵抗力较弱，容易招致感染。副伤寒甲临床表现多样，但甲型副伤寒杆菌引起脾脓肿同时合并肺炎者则极为罕见。本病例有持续发热及腹痛、腹泻等胃肠道症状，又有肺炎及脾脏脓肿，故病程迁延。B 超脾液性占位病变是诊断重要线索，因此可疑病例应做血、尿、粪便细菌学培养及肥达反应检查，但细菌学检查受许多因素干扰，副伤寒甲的血清学效价也不如伤寒升高明显，故结果阴性者尚不能完全排除本病的可能。本病单用抗菌素治疗无效，经外科手术去除脾脏病灶后治愈；较小的脾脓肿内科保守治疗可能痊愈。

作者介绍：秦　波(1966－　)，男，副教授，医学博士，
主要研究方向：病毒性肝炎的发病机理及治疗。