文章编号:0253－3626(2003)01－0112－01

胰管蛔虫致重症急性胰腺炎 1 例

陈道荣，王丕龙，周绍端

(重庆医科大学临床学院消化内科，重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R576　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2002－08－29

患者女，49 岁，因"腹痛伴呕吐 8h"入院。患者 8h 前无明显诱因出现中上腹持续性钝痛，阵发性加剧，无牵涉痛及放射痛，无明显的加重缓解因素，伴恶心，呕吐，畏寒发热。既往体健。查体：T36.8℃ P82 次/min R25 次/min BP130/85mmHg。急性痛苦面容，体形肥胖。皮肤巩膜无黄染，无瘀点瘀斑，浅表淋巴结未扪及肿大。心肺异常。腹稍膨隆，腹壁静脉无怒张，中上腹压痛、反跳痛及肌紧张，以偏右为显，肝脾未满意扪及，移浊阳性，肠鸣音减弱，约 2 次/min。血常规：WBC12.8×10^9；N:0.86L;0.14；血淀粉酶 4650U/L(正常值：0～200U/L)；尿淀粉酶 11200U/L(正常值：0～6000U/L)；血性腹水淀粉酶为 26000U/L，血钙为 1.84mmol/L，空腹血糖 12.1mmol/L，肝肾功正常。B 超示"胰腺增大，稍饱满，胰管扩张不明显，腔内欠清晰，有稀疏不均匀回声点；胆囊稍增大，胆管内径 0.7cm；腹腔积液。"入院诊断为重症急性胰腺炎，立即行内科保守治疗，病情无缓解。诊内镜见十二指肠乳头充血水肿明显，有 1 蛔虫嵌顿，取出 1 条长约 18cm 的活蛔虫后行 Oddi 括约肌切开术(EST)和鼻胰管引流术(ENBD)2 周后患者痊愈出院。

讨论　到目前为止胰管蛔虫引起轻型急性胰腺炎的报道有数十例，引起急性重症胰腺炎的报道极少。急性胰腺炎最常见的发病因素是胆道疾病，暴饮暴食及嗜酒等，其中胆道蛔虫所占的比例为 1.5%[1]。胰管蛔虫的发病率远低于胆道蛔虫。随着人们饮食卫生条件的改善及定期驱虫治疗，现在蛔虫引起胰腺炎的发生率也越来越低。

多数情况下，胆总管与胰管汇合后略膨大，形成 Vater 壶腹，借十二指肠乳头开口于十二指肠腔。蛔虫一般寄生于小肠中、下段，当寄生环境发生改变，如：腹泻、肠功能紊乱、饥饿等情况下，蛔虫可上窜到十二指肠内，经十二指肠乳头进入胆管或胰管[2]。因其由下向上进入乳头，故进入胆管的机会远大于胰管。B 超是胰管蛔虫及其并发症的首选检查，CT、ERCP 等也有较高的诊断价值。

胰管蛔虫致急性胰腺炎的机理如下：①蛔虫嵌顿在壶腹部，刺激 Oddi 括约肌痉挛、乳头水肿及直接进入胰管等都可造成胰管阻塞。当胰液分泌旺盛时，梗阻远端胰管内高压，可使胰管小分支破裂，胰液溢入胰实质，激活消化酶而发生胰腺炎。②蛔虫致壶腹部狭窄，使胆汁排出障碍，胆道内压力超过胰管内压力，造成胆汁逆流入胰管。且胆盐可改变胰管黏膜屏障的完整性，使消化酶易进入胰实质[3]。③蛔虫及其所带细菌分泌的毒素、释放的激肽，还有蛔虫表面的富含肠激酶的十二指肠液均可激活胰酶引起急性胰腺炎[1,3]。

胰管蛔虫症中 82% 蛔虫嵌于壶腹部，抗炎和解痉可促其退出胰管，无效者内镜拔除应作首选。少数位于胰体尾部或伴炎症性肿块，或为坏死性胰腺炎仍需手术治疗[4]。

作者介绍：陈道荣(1973－)，女，住院医师，博士研究生，主要研究方向：消化性疾病。

参 考 文 献

[1]　李尚勤，王莉瑛，董柏民，等. 196 例急性胰腺炎发病因素分析[J]. 临床荟萃，1999;14(23):1062－1063.

[2]　叶舜宾. 外科学[M]. (第 3 版)，人民卫生出版社，1995;336－338.

[3]　贝　濂，陈　杰. 急性胰腺炎[M]. 科学出版社，1998;1827－1839.

[4]　刘奇壁，林建灿，王伟林. 胰管蛔虫症 44 例回顾性分析[J]. 医师进修杂志，1994;17(2):9－10.