

• 病例报告 •

登革热并发急性胰腺炎 1 例并文献复习*

卢建辉¹ 黎洁莹¹ 刘南² 余锋²

[关键词] 登革热;急性胰腺炎;并发症

doi:10.13201/j.issn.1009-5918.2020.06.017

[中图分类号] R512.8 [文献标志码] D

Acute pancreatitis in dengue fever: a case report

Summary A 30-year-old female with fever and persistent abdominal pain and vomiting was diagnosed as dengue fever complicated with acute pancreatitis. ARDS, acute myocarditis, acute liver injury, acute renal and encephalopathy common in dengue fever. Acute pancreatitis is a rare complication. So we report this case to attract the attention of major clinicians. Early diagnosis and treatment can avoid the occurrence of important organ damage.

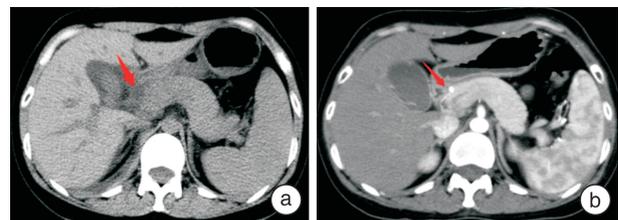
Key words dengue fever; acute pancreatitis; complications

1 病例报告

患者,女,33岁,因“发热5d,腹痛伴呕吐3d”于2019-9-19入院。患者于2019-09-15晚上出现发热,热峰达38.6℃,伴恶寒、全身乏力、肌肉酸痛,无呼吸系统、胃肠道系统、泌尿系感染症状。遂至当地医院就诊,予退热等对症治疗后发热反复。2019-09-17再次出现发热恶寒,伴上腹部持续剧烈胀痛,恶心呕吐、食入则吐;2019-09-19至我院急诊就诊,生命体征:BP 83/55 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)、P 66次/min、T 37.2℃、R 18次/min;血液分析:WBC $4.42 \times 10^9/L$ 、NEU $3.17 \times 10^9/L$ 、NEU% 71.8%、PLT $10 \times 10^9/L$ 、HCT 0.436;凝血四项:PT 11.1 s、APTT 48.3 s;AMY 68 U/L;anti-DENV IgG(-)、anti-DENV IgM(+),DENV NS1(+),登革热 RNA 阳性;上腹部 CT 平扫提示:考虑急性胰腺炎可能,少量腹水,脾大(图1)。心酶五项、超敏肌钙蛋白、血气组合、胸片未见异常。以“重症登革热;急性胰腺炎”收入院。

入院第2天患者体温逐渐降至正常,四肢开始出现散在红色皮疹(图2),可见“皮岛”样改变,伴瘙痒。双上肢内侧可见皮下出血点、束臂试验阳性。实验室检查提示 WBC、NEU、PLT 呈进行性下降(图3),凝血四项:APTT 55.7 s,生化示 ALT 121 U/L、AST 132 U/L、GGT 209 U/L、TB 31.1 $\mu\text{mol/L}$ 、DB 19.4 $\mu\text{mol/L}$ 、IB 19.4 $\mu\text{mol/L}$ 、ALB

28.1 g/L。住院期间患者上腹部持续胀痛,伴恶心呕吐,胸闷心慌,气促,上腹部腹肌稍紧张,压痛、反跳痛明显。复查血淀粉酶正常。治疗上嘱禁食,予进行液体复苏,静脉滴注乌司他丁注射液、醋酸奥曲肽注射液、艾司奥美拉唑钠注射液,并予五味双柏散外敷腹部。治疗期间,患者月经期提前,经量较平时多,予请妇科医师会诊后考虑登革热引起血小板降低、凝血功能下降导致,建议予输注血小板。遂予输注血小板治疗。2019-09-24复查上腹部增强 CT 提示(图1b):急性水肿型胰腺炎好转,肝脾轻度肿大。2019-09-29患者神志清,无发热,无腹部胀痛及恶心呕吐症状,四肢散在红色皮疹已基本消退;达出院标准,予办理出院。



a:入院前;b 治疗后。

图1 上腹部 CT

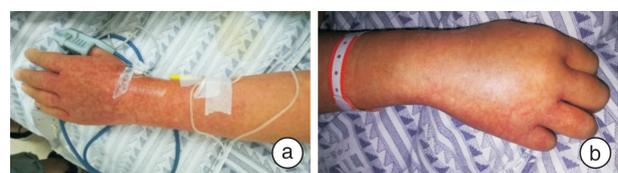


图2 “皮岛”样改变皮疹

*基金项目:广东省广州市科技计划项目重大专项课题(No:201508020263)

¹广州中医药大学第一临床医学院(广州,510405)²广州中医药大学第一附属医院

通信作者:刘南,E-mail:liunan0954@126.com

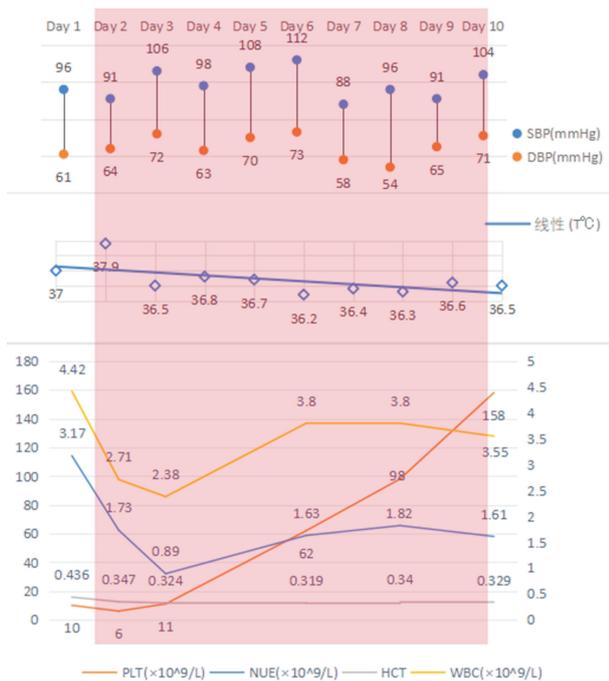


图 3 动态变化

2 讨论

登革热是一种节肢动物携带的单链 RNA 病毒,属于黄病毒科,由埃及伊蚊和白纹伊蚊传播。登革热病毒有 4 个血清型,分别为 DENV-1、DENV-2、DENV-3 和 DENV-4,均可感染人,其中 2 型重症率及病死率均高于其他型^[1]。登革热在全球范围内流行,其中以热带和亚热带为主,据统计,每年近 3 900 万人感染,960 万人发病^[2],世界卫生组织(WHO)估计超过 25 亿人面临登革热的危险,每年 50 万重症登革热需要住院治疗^[3],病死率可达 0.20%~0.88%^[4-6]。根据病情严重程度,可将登革热分为普通登革热和重症登革热两种临床类型。登革热患者临床症状可表现为无症状隐性感染,亦可导致非重症及重症感染等^[1]。

登革热患者临床表现除了典型的发热、皮疹、头痛、肌肉疼痛等症状外,胃肠道症状亦是登革热患者常见临床表现^[7-8],主要有恶心(43.3%)、呕吐(40%)、腹部疼痛(41.3%)、消化不良(32%)和腹泻(12%)。约 40%的重症登革热患者有腹痛和呕吐^[9]。

该患者登革热诊断明确,且符合重症登革热诊断。患者于发病第 3 天出现腹部剧痛、持续呕吐,上腹部 CT 提示考虑急性胰腺炎,查血脂、免疫系统相关检查均正常,可排除胆源性、脂源性、自身免疫性及手术相关的胰腺炎,考虑为重症登革热出现胰腺的损伤。在登革热患者中,腹痛的原因包括肝

炎、非结石性胆囊炎、消化性溃疡病^[10]。在 Khanna 等^[7]的研究中,纳入 55 例登革热伴有腹痛的患者中急性肝炎 20 例(36.4%),胆囊炎 9 例(16.4%),急性胰腺炎 8 例(14.5%),阑尾炎 3 例(5.5%),自发性细菌性腹膜炎 2 例(3.6%),肠炎 8 例(14.5%),消化性溃疡 2 例(3.6%),胃糜烂 3 例(5.5%)。急性胰腺炎是登革热罕见的并发症,我们报道的该例患者血清淀粉酶数值一直处于正常范围。因此,登革热患者出现腹痛症状,血清学检查阴性不能排除急性胰腺炎的发生,应行腹部 CT 检查,避免漏诊,延误治疗。

急性胰腺炎在登革热感染中的病理生理机制尚不清楚,目前有两种假说:第一种假说认为病毒感染会引起胰岛细胞的自身免疫反应,从而导致壶腹部水肿并阻碍胰液排泄;第 2 种假说是认为由同一病毒直接炎症和破坏胰腺腺泡引起。纵观国内外关于登革热的诊疗指南均未提及此并发症,对登革热并发急性胰腺炎无相关诊疗意见。治疗上,目前登革热指南^[11]推荐普通登革热患者以口服补液为主,重症登革热补液在维持良好的组织灌注和尿量达约 0.5 mL·kg⁻¹·h⁻¹的前提下,应控制静脉补液量,避免发生输液过量,导致大量胸腔积液、腹水。但是,急性胰腺炎指南推荐液体复苏、扩容治疗,两者在治疗上出现矛盾。因此,希望通过该病例报道能引起重视,对如何达到两者的平衡,制定相关诊疗方案,填补空白。

普通登革热通过补液、对症治疗,预后较好,但并发重要脏器损害,不仅增加患者医疗负担、延长住院率,还大大增加治疗难度。持续腹痛、呕吐为重症登革热预警指征,应提高警惕,因此我们报道该病例,希望引起各大临床医生的重视,早诊断、早治疗,避免发生重要脏器的损害。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 登革热诊疗指南(2014 年第 2 版)[J]. 传染病信息, 2014, 27(5):262-265.
- [2] Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, et al. The global distribution and burden of dengue[J]. Nature, 2013, 496(7446):504-507.
- [3] Murray NE, Quam MB, Wilder-Smith A. Epidemiology of dengue: Past, present and future prospects[J]. Clin Epidemiol 2013, 5:299-309.
- [4] Md-Sani SS, Md-Noor J, Han WH, et al. Prediction of mortality in severe dengue cases[J]. BMC Infect Dis, 2018, 18(1):232.
- [5] Pinto RC, Castro DB, Albuquerque BC, et al. Mortality predictors in patients with severe dengue in the state

- of Amazonas, Brazil [J]. PLoS One, 2016, 11 (8): e0161884.
- [6] Amancio FF, Heringer TP, Fassy LB, et al. Clinical profiles and factors associated with death in adults with dengue admitted to intensive care units, Minas Gerais, Brazil [J]. PLoS One, 2015, 10(6): e0129046.
- [7] Khanna S, Vij JC, Kumar A, et al. Etiology of abdominal pain in dengue fever [J]. Dengue Bull 2005, 29: 85—88.
- [8] Ramos-De La Medina A, Remes-Troche JM, González-Medina MF, et al. Abdominal and gastrointestinal symptoms of dengue fever. Analysis of a cohort of 8559 patients [J]. Gastroenterol Hepatol 2011, 34(4): 243—247.
- [9] Wijekoon CN, Wijekoon PW. Dengue hemorrhagic fever presenting with acute pancreatitis [J]. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2010, 41(4): 864—866.
- [10] Lee IK, Khor BS, Kee KM, et al. Hyperlipasemia/pancreatitis in adults with dengue haemorrhagic fever [J]. Pancreas 2007, 35(4): 381—382.
- [11] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 中国登革热临床诊断和治疗指南 [J]. 传染病信息, 2018, 31(5): 385—392.
- (收稿日期: 2019-11-20)

本刊参考文献著录规则

为了反映论文的科学依据和作者尊重他人研究成果的严肃性以及向读者提供有关信息的出处,应在论文中列出参考文献。所列的参考文献应限于作者直接阅读过的、最主要的、且为发表在正式出版物上的文章。参考文献应注重权威性和时效性,要求引用近 3~5 年发表的文献(以近 3 年为佳)。

文内引用参考文献的标注按文献出现的先后顺序用阿拉伯数字连续编码,并将序号置于方括号中。可根据具体情况分别按下述 3 种格式之一标注。①正文中已标明原始文献作者姓名时,序号标注于作者姓名右上角;②正文未标明作者或非原始文献作者时,序号标注于引用内容的句末;③正文直接述及文献序号将之作为语句的组成部分时不用角码标注。

文中多次引用同一参考文献,只在第一次出现时编排序号(在参考文献表中也只出现一次),其他处使用同一序号;如果多次引用的是同一参考文献的不同页的内容,则应在参考文献表中按引用顺序一一列出页码。

若某一问题使用了多篇文献说明,这时将各文献的序号在一个方括号内全部列出,中间加逗号,若遇连续序号,则在起止序号中间加“—”表示。图中引用参考文献,按其在全文中出现的次序编号,标注写在图的说明或注释中。表中引用参考文献,按其在全文中出现的顺序编号,在表注中依次标注或在表中单列一栏说明文献来源,该栏中应列出文献作者姓名,在姓名右上角标注文献标引序号。

参考文献附于正文之后,不与正文的层次标题连续编码。参考文献著录方法采用顺序编码制,即按论文中引用文献编码依次列出。格式如下(主要列出期刊和专著):

期刊:作者.题名[J].刊名,出版年,卷(期):起止页码。

作者:不超过 3 位应全部著录;如超过 3 位,只著录前 3 位,后加“等”或“et al”。题名:按著录来源所载的形式著录。外文题名除了首字母、专有名词、缩略语用大写外,其他均用小写。刊名:中文期刊采用全称,外文期刊采用缩写形式。年、卷(期)、起止页码均需用阿拉伯数字著录齐全,如无某项则略。

专著:作者.题名[M].版本.出版地:出版者,出版年:起止页码。

作者、题名、文献类型标志的著录同连续出版物。版本:第 1 版不著录,其他版本需著录,如“3 版”、“5th ed”。出版地:著录出版者所在地的城市名称。出版者:按著录来源的形式著录。出版年、起止页码同样需用阿拉伯数字著录齐全。