

- 健康研究, 2005, 22: 59-61.
- [3] 王涤新, 李素彦. 铊中毒的诊断和治疗. 药物不良反应杂志, 2007, 9: 341-346.
- [4] 余高妍, 颜崇淮. 二巯基丁二酸治疗儿童铅中毒的研究进展. 国际儿科学杂志, 2007, 34: 148-150.
- [5] Jones CW, Mays CW, Taylor GN. Essential trace metal concentrations in beagle liver and bone tissue after prolonged Zn-DTPA treatment. Health Phys, 1989, 56: 223-227.
- [6] 王继芬, 李文君, 刘克林. 铊中毒及其检验方法. 中国人民公安大学学报, 2005, 46: 7-8.
- [7] 刘巍, 徐兆发, 杨海波, 等. 五味子乙素对汞性大鼠急性肾损伤的影响. 中国工业医学杂志, 2011, 24: 89-91, 97.
- [8] Pelclová D, Urban P, Ridzon P, et al. Two-year follow-up of two patients after severe thallium intoxication. Hum Exp Toxicol, 2009, 28: 263-272.
- [9] Bachanek T, Staroslawska E, Wolanska E, et al. Heavy metal poisoning in glass worker characterised by severe. Ann Agric Environ Med, 2000, 7: 51-53.
- [10] Rusyniak DE, Kao LW, Nanagas KA, et al. Dimercaptosuccinic acid and Prussian Blue in the treatment of acute thallium poisoning in rats. J Toxicol Clin Toxicol, 2003, 41: 137-142.
- [11] 张志叶, 徐小微, 朱珠. 喷替酸锌三钠. 中国药理学杂志, 2007, 42: 557-558.

(收稿日期: 2011-11-01) (本文编辑: 李银平)

## ·病例报告·

### 胸痛型重症胰腺炎 1 例

吴浩

【关键词】 胰腺炎, 重症; 胸痛

本院 2011 年 7 月 13 日收治 1 例胸痛型重症胰腺炎患者, 现将治疗经过报道如下。

#### 1 病例资料

患者女性, 41 岁, 以左侧胸痛 2 d、自服止痛药物(具体药名不详)无好转而急入本院。患者有不明原因低血压病史 10 余年, 最低血压(BP)达 80/50 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 有高血脂病史 5 年, 基本能忍受, 未行任何特殊治疗, 无结核病家族史, 曾行双侧输卵管结扎术。入院时查体: 呼吸频率 23 次/min, 脉搏 116 次/min, BP 94/62 mm Hg, 意识清, 双侧胸廓对称, 无畸形, 左下肺叩诊稍浊, 左肺呼吸音稍低, 无明显干湿性啰音, 右肺呼吸音正常; 心率 116 次/min, 律齐, 无病理性杂音; 腹平软, 上腹部深压痛, 墨菲征阴性, 双下腹无压痛, 脾未触及, 肝区无叩击痛, 移动性浊音阴性; 心电图示窦性心动过速; 血常规: 白细胞(WBC)  $15.6 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 0.84; X 线胸片: 左侧胸腔有少量积液; 总胆固醇(TC) 7.0 mmol/L, 甘油三酯(TG) 3.04 mmol/L, 血浆黏度 2.42 mPa·s, 血糖 6.9 mmol/L, 血钙 1.83 mmol/L, 肝、肾功能正常; 腹部 B 超: 胰腺明显肿大, 回声欠

均, 胰周见低回声区; 胰腺 CT: 胰腺弥漫增大, 轮廓与周围边界模糊不清, 胰周呈低回声区; 血淀粉酶 520 U, 尿淀粉酶 1296 U。入院诊断: 重症急性胰腺炎; 低血容量休克。

入院后紧急吸氧, 扩容, 抗休克。禁食水, 持续胃肠减压。减少胃酸分泌, 静脉给予质子泵抑制剂奥美拉唑 40 mg, 每日 3 次, 抑制基础胃酸分泌和刺激引起的胃酸分泌。静脉给予生长抑素奥曲肽 0.3 mg, 每日 2 次, 减少胰腺分泌, 减轻胰腺炎性病变, 从而使急性胰腺炎时胰蛋白酶、胰脂肪酶、淀粉酶及磷脂酶 A<sub>2</sub> 等胰酶入血量显著减少, 同时生长抑素能显著减少内脏血流, 使胰腺炎时入血的胰酶相对减少。加强抗感染, 静脉给予头孢他啶 4.0 g, 每日 2 次; 氧氟沙星 0.2 g, 每日 2 次; 氟康唑 100 ml, 每日 1 次; 地塞米松 10 mg, 每日 1 次。因左胸腔积液量较少, 暂未行胸腔抽液。合理使用山莨菪碱等解痉、止痛药物, 以及对症、营养支持等相关治疗。患者于入院第 3 日突发心搏、呼吸骤停, 经联合多种措施, 积极抢救 4 h 无效死亡, 家属拒绝尸检。

#### 2 讨论

急性胰腺炎致病因素较多, 且临床表现差异较大, 国内主要以胆道疾病为主, 腹痛是本病的主要症状, 治疗上除常规治疗外, 还可视患者情况给予肠内和

肠外营养, 保护肠黏膜屏障, 对重症胰腺炎的治疗起到积极作用<sup>[1]</sup>。而无腹痛型重症胰腺炎症状不典型, 病变进展快, 早期即出现休克、呼吸衰竭、肾衰竭、多器官功能衰竭等并发症, 早期诊断、早期治疗是降低患者病死率、改善预后的关键<sup>[2]</sup>。

本例患者以胸痛为首发症状, 较少见, 考虑原因可能为胰周渗液通过淋巴管进入胸腔刺激胸膜所致, 疾病部位较隐蔽, 故易误诊为胸膜炎、肺炎、冠心病、肺栓塞等胸部疾病。应提高对胰腺微循环障碍在急性胰腺炎发生发展中作用的认识<sup>[3]</sup>。胰腺小叶内动脉及其分支之间无吻合存在, 属终末动脉, 故胰腺组织对缺血高度敏感, 长期无明显原因的低血压、高血脂、高血液黏稠度等因素均可造成胰腺血液循环障碍而诱发胰腺炎。

#### 参考文献

- [1] 张美荣, 谭桂军. 肠内和肠外营养对重症急性胰腺炎的治疗作用. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13: 244-246.
- [2] 张建智. 重症急性胰腺炎治疗方法及其并发症临床探讨. 中国危重病急救医学, 2006, 18: 188-189.
- [3] 崔乃强, 吴咸中. 重症急性胰腺炎治疗的现状和展望. 中国危重病急救医学, 2004, 16: 705-707.

(收稿日期: 2012-02-17)

(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2012.06.007

作者单位: 442500 湖北省郧县人民医院