

糖,每三个月监测一次糖化血红蛋白,记录在册,及早发现低血糖,及早救治,避免产生严重后果。④适当放宽老年人血糖控制的标准,以空腹血糖不超过8.0mmol/L,餐后血糖不超过11.1mmol/L,糖化血红蛋白不超过正常上限1%为宜<sup>[11]</sup>。⑤医务人员应提高对低血糖的认识,一旦确诊低血糖症及早治疗,以挽救生命,避免留下后遗症。严防老年人漏服和重复使用降糖药。

总之,应对低血糖症提高认识,积极防治低血糖症,提高老年糖尿病患者生存质量。

#### 参考文献:

- [1] 许曼音. 糖尿病学[M]. 第1版. 上海:上海科学技术出版社, 2003,413~417
- [2] Cryer PE, Davis SN, Shamon H. Hypoglycemia in Diabetes[J]. Diabetes Care, 2003, 26: 1902~1912
- [3] American Diabetes Association, Work group on Hypoglycemia. Defining and Reporting Hypoglycemia in Diabetes; a report from the American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia[J]. Diabetes Care, 2005, 28: 1245~1249
- [4] 中国糖尿病防治指南编写组. 中国糖尿病防治指南[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2004: 23~24
- [5] 廖二元, 超楚生. 内分泌学(下册)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001: 1639~1659
- [6] 周鑫君. 药物性低血糖昏迷26例临床分析[J]. 浙江临床医学, 2004, 6(6): 503~504
- [7] 晓云, 高宏健. 糖尿病低血糖反应35例诱发因素分析[J]. 基层医学论坛, 2008, 12(5): 126~127
- [8] 李庆川. 糖尿病患者低血糖反应47例临床分析[J]. 临床医药实践杂志, 2008, 7(17): 569~570
- [9] 李玉兰. 2型糖尿病低血糖昏迷15例病因分析[J]. 广西医学, 2004, (1)26: 111~112
- [10] 潘长玉, 主译. Joslin 糖尿病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 622~623
- [11] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2004: 815~817

[收稿日期:2010-12-20]

## 自身免疫性胰腺炎的MRI表现

陈嘉麟 栾立 郑田玲

(新疆医科大学附属中医医院影像中心, 乌鲁木齐, 830054)

**【摘要】**目的:探讨自身免疫性胰腺炎的MRI表现。方法:回顾分析4例经实验室及病理证实自身免疫性胰腺炎的MRI表现。结果:3例表现为胰腺弥漫性增大,1例为胰尾局限增大,4例均有胰管不规则狭窄,增强后胰腺延迟均匀强化及胰周纤维包壳为特征性表现。结论:MRI检查对自身免疫性胰腺炎的诊断起着重要的作用。

**【关键词】**自身免疫性胰腺炎;磁共振成像

中图分类号: R814.42 文献标识码: A

自身免疫性胰腺炎(autoimmune pancreatitis, AIP)是近年来确诊的一种特殊类型的慢性胰腺炎。有报道证实自身免疫性胰腺炎与其它自身免疫性疾病如 Sjogren 综合症(SjS)<sup>[1]</sup>、原发性硬化性胆管炎(primary sclerosing cholangitis, PSC)及原发性胆汁性肝硬化共存。目前 AIP 作为一个独立的临床疾病,逐渐引起人们的重视,其影像学表现、临床特点、治疗及预后均有不同之处。笔者收集我院 2007 年 1 月至 2009 年 10 月经临床病理证实的 4 例 AIP 患者的临床资料,进行回顾性分析,旨在提高对本病的影像表现的认识。

### 1 资料与方法

回顾性分析 2007 年 1 月~2009 年 10 月经临床证实的 AIP 患者 4 例,其中 3 例男性,1 例女性,年龄 58~65 岁,平均年龄 62 岁。临床表现:4 例均有上腹部及背部不适,3 例有皮肤黄染,2 例伴皮肤瘙痒。实验室检查:4 例血尿酸淀粉酶均正常,3 例免疫球蛋白 G 升高,1 例纤维蛋白原升高,抗核抗体及双链 DNA 阳性;3 例肿瘤标记物 CA19-9 升高。4 例均无急性胰腺炎发作病史、酗酒及胆结石病史。

## 2 结果

MRI表现:3例胰腺体积弥漫性增大呈“香肠样”(图1),信号不均匀,T1WI为高低混杂信号,T2WI以高信号为主,增强后胰腺延时均匀轻度强化,1例表现为胰尾部局限性增大呈肿块样改变,胰管不规则狭窄。4例胰腺周围均可见环状T1WI及T2WI均为稍低信号纤维环影,增强后呈包壳样环状强化(图2)。MRCP显示3例胰管轻度不规则狭窄,肝门区胆管不规则狭窄并肝内胆管轻度扩张。1例胰管轻度扩张。



图1 胰腺增大呈“香肠”样改变,密度不均匀,周围见低信号纤维环。

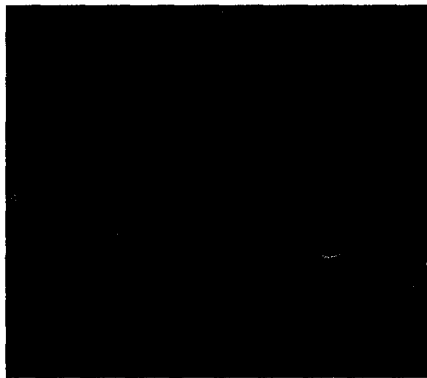


图2 增强后胰腺均匀强度强化,胰管不规则狭窄,胰周围结构清楚。

## 3 讨论

AIP起病隐匿,极少有急性胰腺炎的表现,约2/3的患者有梗阻性黄疸,多为轻中度。可呈进行性或间歇性,少数患者可伴全身皮肤瘙痒。1/3的患者非特异性的轻度上腹痛或上腹部不适,可向背部放射。AIP可伴有胆道狭窄、糖尿病、硬化性胆管炎、胆汁淤积性肝硬化、炎症性肠病、Sjogren综合征

等。AIP的病理特点为胰腺肿大和淋巴细胞、浆细胞浸润以及胰腺组织纤维化,可累及腹膜后胰周组织,很少出现胰腺钙化、胰腺结石,可合并胰腺假囊肿及胰腺萎缩和硬化。AIP可分为弥漫性和局限性两种类型。局限性AIP与胰导管癌相似,病变多位于胰头,呈灰色或黄色,正常小叶结构消失,邻近胰腺组织可肿大,病变处胰管可阻塞,根据胰腺肿大的程度,主胰管表现为相应节段的不规则狭窄,胰管周围炎性细胞浸润导致上皮皱褶,管腔狭窄,管腔横断面呈星形或不规则形。炎症极少累及胰周脂肪组织,但可伴有周围血管病变。Yoshihida等<sup>[2]</sup>最早提出AIP的诊断标准:血中球蛋白或IgG水平升高;出现自身抗体;胰腺弥漫性肿大;ERP可见主胰管弥漫性不规则狭窄。组织病理学表现:胰腺纤维化改变同时伴淋巴细胞浸润;无症状或有轻微症状,通常无急性胰腺炎发作;胰腺近端的胆总管狭窄伴上部胆总管扩张,可伴有胆汁淤积型肝功能障碍和高胆红素血症;无胰腺钙化;无胰腺囊肿;偶伴有其它自身免疫性疾病。

AIP对类固醇治疗有效,对轻微腹痛或背痛、阻塞性黄疸或硬化性胆管炎,泼尼松龙起始剂量为30~40mg/d,抗酸剂或抗胆碱能制剂用于减少对胰腺外分泌功能的刺激。非活动性病变不需要药物治疗,如有阻塞性黄疸、感染等并发症的患者,胆汁引流和应用抗菌素被认为优于激素治疗<sup>[3]</sup>。激素治疗能改善与AIP相关糖尿病。AIP的长期预后尚不清楚。AIP是由自身免疫机制引起的可逆性慢性胰腺炎,其患者使用类固醇激素治疗效果较好,故在正确诊断及治疗下预后良好。但AIP预后也取决于并发疾病的严重程度,如自身免疫性疾病或糖尿病,因绝大多数AIP的治疗及临床实验室改变经激素治疗可恢复<sup>[3-5]</sup>,所以预后取决于并发症的严重程度。

AIP要与恶性淋巴瘤、浆细胞瘤、转移性癌和胰腺弥漫浸润性癌相鉴别。大多数AIP经放射显像与其它疾病相鉴别,然而AIP常难与胰头癌或弥漫性胰腺癌相鉴别,需要结合临床及实验室检查。

### 参考文献:

- [1] 付金栋,卢雪峰.自身免疫性胰腺炎一个新的临床疾病实体[J].胃肠病学和肝病学杂志,2006,115(14):436~438
- [2] Yoshida K, Toki F, Tsuchi T, et al. [J]. Dig Dis Sci,1995,40(7):1561~1568
- [3] Okazaki K, Uchida K, Ohana M, et al. Autoimmune-related pancreatitis is associated with autoantibodies and a Th1/Th2-type cellular immune response[J]. Gastroenterology,2000,118(3):

573 ~ 581  
[4] Uchida K, Okazaki K, Nishi T, et al. Experimental immune mediated pancreatitis in neonatally thymectomized mice immunized with carbonic anhydrase II and lactoferrin[J]. Lab Invest, 2002, 82(4): 411 ~ 424

[5] Okazaki K, Uchida K, Chiba T [J]. J Gastroenterol, 2001, 36 (5): 293 ~ 302

[收稿日期: 2011-02-28]

## 序贯治疗幽门螺杆菌感染儿童 42 例临床观察

薛萌华 潘元海

(江苏国营新洋农场医院, 江苏射阳, 224314)

中图分类号: R725.7 文献标识码: A

幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, HP) 感染的治疗是我们临床医生关注的问题。由于幽门螺杆菌对抗菌药物产生的抗药性, 目前还没有一种单一抗菌药物能有效彻底根除人类幽门螺杆菌感染, 必须采用多种抗菌药物联合治疗才能奏效。我们选择抗菌素序贯联合质子泵抑制剂和枸橼酸铋钾的方法治疗儿童幽门螺杆菌感染, 取得比较满意的效果, 报告如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

2007年3月~2010年8月门诊因口臭、嗝气、上腹部不适或隐痛来诊治的患儿, 没有哮喘, 没有明确的药物过敏史, 常规检查血常规和凝血四项, 给无痛胃镜检查。患儿禁食12小时以上, 取左侧卧位, 下颌抵住胸骨, 由麻醉师负责静脉慢推芬太尼0.5~1 $\mu$ g/kg或丙泊酚1~2mg/kg, 同时观察心率、呼吸及血氧饱和度。患儿睫毛反射消失, 即行胃镜检查, 并用活检钳取出幽门前区(离幽门5cm内)大弯侧胃粘膜标本后手术结束, 即刻停止静脉用药, 时间约3~5分钟。用幽门螺杆菌快速尿素酶检测试剂盒(国食药监械准字2006第3400765号, 珠海丽珠试剂有限公司制造)测定, 用清洁棉签杆将胃粘膜标本从活检钳上取出放入试剂盒凝胶1~2分钟观察, 试剂变成红色即为幽门螺杆菌感染强阳性(+++), 如果试剂变橙色即为幽门螺杆菌感染阳性(++), 如果试剂不变色或仅粘膜周围略变橙色, 则过30分钟再观察, 期间颜色变橙色或红色即

为幽门螺杆菌感染阳性(+), 不变色即为阴性。我们选择幽门螺杆菌感染强阳性患儿90例, 年龄8~14岁, 平均12岁。随机分成两组: 治疗组42例, 男24例, 女18例; 对照组48例, 男26例, 女22例。两组患儿胃镜下均显示慢性浅表性胃炎, 性别、年龄无显著差异( $P > 0.05$ )。

#### 1.2 治疗方法

治疗组: 阿莫西林颗粒(国药准字H34023759, 上海中瀚投资集团宁国邦宁制药有限公司)0.5克+雷贝拉唑(国药准字H20040916, 江苏济川制药有限公司生产)10mg+枸橼酸铋钾(国药准字H20033756, 湖南华纳大药厂有限公司生产)0.3克, 每天早晚进食前30~60分钟口服, 5天, 然后呋喃唑酮(国药准字H14023937, 山西云鹏制药有限公司生产)0.1克+雷贝拉唑10mg+枸橼酸铋钾0.3克, 每天早晚进食前30~60分钟口服, 5天; 对照组: 替硝唑(国药准字H10940135, 浙江南洋药业有限公司生产)0.25克+克拉霉素(国药准字H20063468, 山东鲁抗辰欣药业有限公司生产)0.25克+雷贝拉唑10mg, 每天早晚进食前30~60分钟口服, 10天。

#### 1.3 疗效评估

治愈: 自觉症状完全消失, 4周后复查胃镜, 行快速尿素酶测定, 幽门螺杆菌阴性; 显效: 自觉症状消失, 4周后复查胃镜, 行快速尿素酶测定, 幽门螺杆菌阳性(+); 有效: 自觉症状好转, 4周后复查胃镜, 行快速尿素酶测定, 幽门螺杆菌阳性(+); 无效: 自觉症状好转不明显, 4周后复查胃镜, 行快速