

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2022.06.038

View this article at: <https://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2022.06.038>

新生儿化脓性腮腺炎合并同侧结膜炎 1 例并文献复习

马亚男, 方晓慧, 吕安平, 张金萍

(上海交通大学附属第六人民医院儿科, 上海 200233)

[摘要] 新生儿化脓性腮腺炎(neonatal suppurative parotitis, NSP)是一种罕见的感染性疾病, 发病率为0.38‰~1.4‰, 特征为腮腺肿胀、疼痛和腮腺部皮肤红斑, Stensen管可能有脓性渗出物。主要病原菌为金黄色葡萄球菌。本文报告1例NSP合并同侧结膜炎病例, 为日龄14 d的足月男婴, 有腮腺肿胀、疼痛和局部红斑病史。其超声检查显示腮腺增大, 但无脓肿。腮腺Stensen管和眼部的分泌物同时发现了表皮葡萄球菌的生长, 静脉注射抗生素反应良好。

[关键词] 腮腺炎; 化脓性; 新生儿

Neonatal suppurative parotitis complicated with ipsilateral conjunctivitis: A case report and literature review

MA Yanan, FANG Xiaohui, LÜ Anping, ZHANG Jinping

(Department of Pediatrics, Sixth People's Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200233, China)

Abstract Neonatal suppurative parotitis (NSP) is a rare infectious disease. The incidence rate is 0.38‰–1.4‰. The clinical manifestation of NSP is swelling, pain, erythema of the parotid gland, and purulent exudate may be also found in the Stensen duct. The main pathogen of NSP is *Staphylococcus aureus*. We reported a 14-day-old full-term boy diagnosed with NSP, who had ipsilateral conjunctivitis with a history of parotid swelling, pain and erythema. Ultrasound examination shown that the parotid gland was enlarged without abscess. The growth of *Staphylococcus epidermidis* was found in the secretion of parotid gland and ipsilateral eye simultaneously, and intravenous antibiotics treatment was effective.

Keywords parotitis; suppurative; newborn

新生儿化脓性腮腺炎(neonatal suppurative parotitis, NSP)为腮腺局部感染的非传染性疾病, 住院新生儿的发病率为0.38‰~1.40‰, 男女比例约为3:1, 其中1/3为早产儿^[1]。临床表现为发热、腮腺肿胀、腮腺导管有脓性分泌物溢出、易

激惹及触痛等, 金黄色葡萄球菌是该病的主要致病菌。多数病例通过静滴抗生素保守治疗可以治愈, 早期治疗可以降低脓毒症和腺内脓肿等并发症的风险^[2]。其致病可能与早产、腮腺导管发育不良或堵塞、口腔黏膜干燥、口腔不清洁或破溃、

收稿日期 (Date of reception): 2021-07-20

通信作者 (Corresponding author): 张金萍, Email: zhang-jin-ping@163.com

基金项目 (Foundation item): 上海市卫健委适宜技术课题 (2019SY051)。This work was supported by the Suitable Technical Subject of Shanghai Municipal Health Commission, China (2019SY051).

母亲存在产道感染或化脓性乳腺炎等有关。

1 临床资料

患儿男, 14 d, 因“左眼脓性分泌物5 d、发热伴左面部肿胀1 d”入院。患儿系G2P2, 胎龄39周, 因“胎膜早破19 h”剖宫产娩出, 出生体重3 600 g, 出生史无特殊异常, 出生后纯母乳喂养, 母乳量不足, 未额外补充其他奶制品。否认擦口腔及皮肤破溃病史。其母孕期体健, 产后由母亲护理, 有护理不当情况, 很少清洁孩子。入院查体: 体温38 ℃, 哭闹不安, 左侧眼脓性分泌物较多, 左侧面部以耳垂为中心弥漫性肿大, 触诊质地较硬, 大小约5 cm×5 cm。皮温稍高, 中心可见蓝紫色瘀斑, 无波动感, 右侧面部及双侧外耳道无殊。左侧腮腺导管口红肿, 挤压左侧腮腺导管开口, 可见少许黄白色分泌物流出。血常规示: 白细胞(white blood cell, WBC) $30.02 \times 10^9/L$, 中性粒细胞(neutrophil, N) 76%, C反应蛋白(C-reactive protein, CRP) 75 mg/L, 血小板比积(platelet crit, PCT) 1.5 $\mu g/L$ 。免疫球蛋白测定示: IgE轻度升高, CD系列及补体检测均未见异常。完善眼部分泌物和腮腺导管口处分泌物培养, 腮腺B超(图1)示: 左脸颊皮下组织水肿增厚, 回声减低, 内见较丰富血流, 其周可见肿大淋巴结, 考虑左侧腮腺炎。口腔科会诊示: 符合左侧化脓性腮腺炎合并淋巴结炎表现。眼科会诊示: 左侧结膜炎。腮腺口分泌物培养同左眼分泌物培养: 表皮葡萄球菌, 阿莫西林克拉维酸钾敏感。诊断: 1) 新生儿化脓性腮腺炎; 2) 左侧结膜炎。予阿莫西林克拉维酸钾30 mg/kg(每8 h 1次)、托百士眼药水滴眼抗感染治疗, 同时按摩左侧腮腺区促进脓液排除, 生理盐水清洁护理眼部及口腔。治疗第2天患儿体温降至正常, 无吃奶时哭闹。第3天复查血常规: WBC 14.2×10^9 , N 52%, CRP <2.5 mg/L, PCT 0.25 $\mu g/L$ 。尿培养(-), 血培养(-); 面颊部肿胀逐渐消退, 左侧眼脓性分泌物减少。第7天面部肿胀完全消退, 皮温正常, 触之无异常哭吵, 挤压左侧腮腺区无异常分泌物流出, 眼部无异常分泌物。复查腮腺B超(图2)示: 双侧腮腺对照探查未见明显肿大, 血流未见异常; 复查血常规正常。住院第9天治愈出院。出院后来院复诊情况良好, 无复发, 腮腺导管口分泌物清亮, 新生儿哺乳正常。

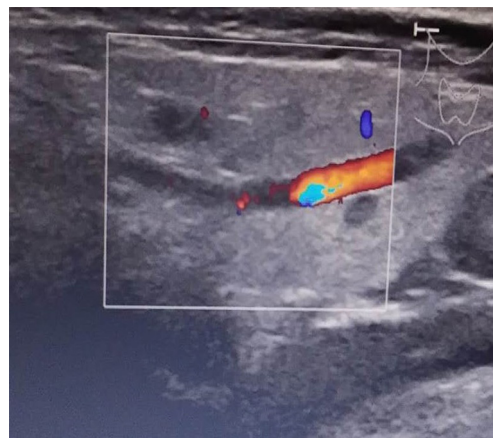


图1 腮腺肿大时超声图像

Figure 1 Ultrasonographic image of parotid gland enlargement

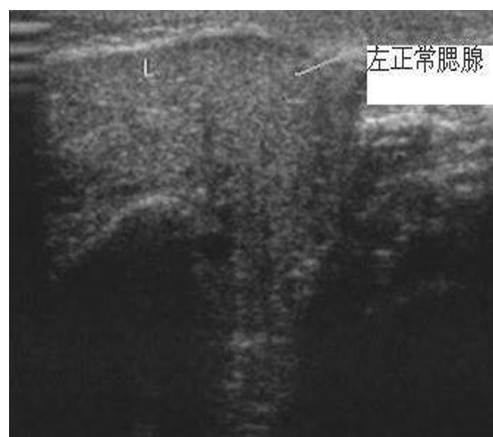


图2 腮腺恢复时超声图像

Figure 2 Ultrasonographic image of parotid gland after recovery

2 讨论

临床上NSP罕见, 1980年至今报告的病例不到100例。以色列学者Spiegel等^[1]统计了在2004年之前的35年中, 英文期刊上仅有32例NSP报道; 我国学者欧阳芳瑾等^[3]报告了18例, 杨学芳等^[4]报告了13例。相较于以往报告的病例, 本例患儿比较特殊, 其起病症状不典型, 病原体罕见。

约50%的NSP有危险因素^[3], 包括围生期感染、CPAP的应用^[5]、口腔黏膜损伤及腮腺结构发育不完善、先天性CMV感染、母体使用甲基多巴^[6]及脱水等。该患儿危险因素考虑同时存在脱水和感染两大因素。NSP的感染途径有血源性感染和沿Stensen导管逆行扩散2种。血源性感染极少见, 临床以沿Stensen导管逆行感染最常见^[1]。本例患儿

考虑为在眼部感染后, 病原体沿Stensen导管逆行扩散致病。NSP最常见致病菌为金黄色葡萄球菌(占55%)^[7], 本例患儿为表皮葡萄球菌, 自1980年以来, 因表皮葡萄球菌感染引起腮腺炎的报告仅1例^[8]。

急性化脓性腮腺炎的典型三联症包括腮腺肿胀、Stenson管引流脓液和脓液培养液中病原微生物的生长^[3]。不典型表现包括: 1) 全身表现。发热(41%)、体温不升、哭闹、拒奶、极度易激惹等表现^[9]; 2) Zurina等^[9]的研究显示眼部出现大量脓性分泌物可为新生儿发生急性化脓性腮腺炎的不典型表现, 本病例即为此种情况, 但较罕见。在已报告病例中, 仅2例患儿合并了结膜炎症状^[9-10]。

腮腺超声是最常用的无创检测方法之一, 可发现腮腺腺体增大、软组织肿胀、低回声区及血供丰富等改变, 腮腺内淋巴结肿大^[9,11]。实验室检查通常是非特异性的, 71%的病例会出现 $15 \times 10^9/L$ 以上的白细胞增多症, 其中以中性粒细胞为主; 20%会出现红细胞沉降率升高; 血清淀粉酶浓度在大多数情况下是正常的, 25%会出现血清淀粉酶水平较高^[11], 可能是因为新生儿唾液中的这种同工酶活性还不成熟。

典型急性化脓性腮腺炎根据典型三联症、腮腺超声及分泌物培养阳性可确诊。但NSP早期多为感染的非特异性表现, 易漏诊。针对于不典型NSP的诊断, 建议根据患儿的临床表现、腮腺超声及实验室检查来综合诊断, 但培养物阳性是确诊的必要条件, 化脓性分泌物的培养可发现感染源, 培养物包括血液、尿液和脑脊液的培养。

NSP确诊后应早期足量、足疗程选用有效抗生素, 早期应予以经验性抗生素治疗, 再依据脓液细菌培养及药敏试验指导用药^[12]。在没有败血症的情况下, 治疗金黄色葡萄球菌腮腺炎的最短持续时间为7 d, 一般为7~10 d, 或直至病变消失^[10]。对于厌氧微生物的最长有效时间为21 d。在决定治疗时间时, 需要考虑早产、败血症、其他器官受累和微生物类型等变量^[11]。对于早产儿、伴有严重感染或疾病后期败血症的患儿, 还应同时注意改善患儿免疫功能的治疗。同时每日按压患侧腮腺区促使脓液排除, 生理盐水护理口腔, 维生素C涂抹口腔刺激唾液分泌。只有23%的患者需要手术引流^[1,11]。

NSP一般预后良好, 自1970年Leake的研究^[11]后再无死亡报告, 也未出现无严重并发症。但感染严重患儿因病情进展快或治疗不及时, 可合并严重并发症, 甚至危及生命^[4]。本例患儿经敏感抗

生素阿莫西林克拉维酸钾治疗9 d即痊愈出院, 随访预后良好, 无复发及后遗症。

综上所述, 该例患儿以极其不典型症状——结膜炎起病, 病原体又是极其罕见的表皮葡萄球菌, 提示临床医生应注意NSP早期症状不典型, 加强对本病的认识, 仔细查体。临床遇到哭闹、拒乳、耳面部红肿、体温及血象异常的患儿, 应注意在患儿安静时按压腮腺, 观察有无痛苦反应, 腮腺管口有无红肿及脓液排出, 腮腺B超可辅助诊断, 必要时行局部穿刺抽脓以尽早确诊。应注意非典型病例的早期诊断和少见致病菌感染, NSP的早期诊断需结合典型临床表现、体征及辅助检查和微生物培养结果, 并警惕其非典型表现, 避免延误诊治。

参考文献

1. Spiegel R, Miron D, Sakran W, et al. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review[J]. *Pediatr Infect Dis J*, 2004, 23(1): 76-78.
2. Decembrino L, Ruffinazzi G, Russo F, et al. Monolateral suppurative parotitis in a neonate and review of literature[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2012, 76(7): 930-933.
3. 欧阳芳瑾, 钱家生, 吴循, 等. 新生儿急性化脓性腮腺炎18例[J]. *实用儿科临床杂志*, 2004, 19(4): 293-294.
OUYANG Fangjin, QIAN Jiasheng, WU Xun, et al. 18 cases of neonatal acute suppurative mumps[J]. *Chinese Journal of Applied Clinical Pediatrics*, 2004, 19(4): 293-294.
4. 杨学芳, 王亚娟, 丁翊君, 等. 新生儿化脓性腮腺炎13例临床分析[J]. *中华新生儿科杂志*, 2018, 33(1): 56-58.
YANG Xuefang, WANG Yajuan, DING Yijun, et al. Clinical analysis of 13 cases of neonatal suppurative parotitis[J]. *Chinese Journal of Neonatology*, 2018, 33(1): 56-58.
5. Deepak K, Garima G, U J. Bilateral acute neonatal suppurative parotitis: A rare finding in neonatal age[J/OL]. *J Neonatal Perinatal Med*, 2015, Epub ahead of print.
6. Todoroki Y, Tsukahara H, Kawatani M, et al. Neonatal suppurative parotitis possibly associated with congenital cytomegalovirus infection and maternal methyl dopa administration[J]. *Pediatr Int*, 2006, 48(2): 185-186.
7. D'Souza JN, Geary C, Mukerji S. Neonatal parotid gland enlargement: Is it suppurative parotitis? A case report[J]. *Am J Case Rep*, 2012, 13: 41-43.
8. 余晓军. 表皮葡萄球菌致新生儿化脓性腮腺炎1例[J]. *新生儿科杂志*, 1999(1): 3-5.

- YU Xiaojun. A case of neonatal suppurative mumps caused by Staphylococcus epidermidis[J]. Chinese Journal of Neonatology, 1999(1): 3-5.
9. Zurina Z, Wong HL, Jasminder K, et al. Parotid abscess in a late premature infant: a case report[J]. Med J Malaysia, 2012, 67(6): 631-632.
10. 周茜茜, 殷大欢, 夏世文. 新生儿化脓性腮腺炎一例[J]. 中国新生儿科杂志, 2015, 30(3): 194-195.
- ZHOU Qianqian, YIN Dahuan, XIA Shiwen. A case of neonatal suppurative parotitis[J]. Chinese Journal of Neonatology, 2015, 30(3): 194-195.
11. Leake D, Leake R. Neonatal suppurative parotitis[J]. Pediatrics, 1970, 46(2): 203-208.
12. 陈少峰. 新生儿化脓性腮腺炎1例[J]. 宁夏医学杂志, 2013, 35(7): 585.
- CHEN Shaofeng. A case of neonatal suppurative parotitis[J]. Ningxia Medical Journal, 2013, 35(7): 585.

本文引用: 马亚男, 方晓慧, 吕安平, 张金萍. 新生儿化脓性腮腺炎合并同侧结膜炎1例并文献复习[J]. 临床与病理杂志, 2022, 42(6): 1509-1512. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2022.06.038

Cite this article as: MA Yanan, FANG Xiaohui, LÜ Anping, ZHANG Jinping. Neonatal suppurative parotitis complicated with ipsilateral conjunctivitis: A case report and literature review[J]. Journal of Clinical and Pathological Research, 2022, 42(6): 1509-1512. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2022.06.038