

病例报告

胆管结石导致婴儿肝炎综合征 1 例报告

王艳 彭丽 常桂芬

(吉林大学第一医院小儿呼吸二科, 吉林 长春 130021)

患儿,男,5个月。因肝功能异常4月余,发热4 d入院。患儿入院前4月余即生后22 d因皮肤偏暗行肝功能检查提示总胆红素、直接胆红素、总胆汁酸升高,给予口服“熊去氧胆酸”10 d。复查肝功能仍异常,调整为口服“茵栀黄”半月,后口服“益肝灵”半月,复查肝功能无好转,且入院前3个月皮肤、巩膜出现黄染,于我院门诊静脉滴注保肝药物7 d(具体不详),后继续口服“茵栀黄、熊去氧胆酸、维生素C、泼尼松”(具体时间及剂量不详),黄疸减轻。入院前7 d出现持续性白陶土样大便。入院前4 d出现发热,体温均在39℃以下,每日发热1~2次。病程中尿色深黄,无腹痛、腹泻,无呕吐。患儿系第1胎第2产,孕33⁺1周早产出,出生体重2.24 kg。出生时呼吸困难,于我院新生儿科诊断为“新生儿呼吸窘迫综合征、早产儿(适于胎龄儿)、低出生体重儿、双胎之小、新生儿感染”,住院治疗23 d。生后禁食8 d,给予脂肪乳及氨基酸静脉营养,后奶粉喂养。母孕期健康。否认肝病及其他遗传性疾病病史。双胎之大健康。入院体查:精神状态可,发育正常,营养良好,皮肤巩膜轻度黄染,双肺呼吸音粗,未闻及干湿罗音,心脏听诊无异常,腹平软,无压痛、反跳痛及肌紧张,肝肋下4 cm,质韧,脾肋下未触及,余无异常。入院肝功能检查:门冬氨酸氨基转移酶60 U/L(参考值8.0~40.0 U/L),丙氨酸氨基转移酶81 U/L(参考值8.0~50.0 U/L), γ -谷氨酰转肽酶423 U/L(参考值5.0~54.0 U/L),碱性磷酸酶394 U/L(参考值15.0~112.0 U/L),总蛋白62 g/L(参考值60.0~83.0 g/L),总胆红素29.7 μ mol/L(参考值6.8~30.0 μ mol/L),直接胆红素20.1 μ mol/L(参考值0~8.6 μ mol/L),间接胆红素9.6 μ mol/L(参考

值5.1~21.4 μ mol/L),总胆汁酸89.9 μ mol/L(参考值0~10.0 μ mol/L)。血糖、血脂正常。凝血常规正常。乙型肝炎病毒抗原阴性。丙型肝炎病毒抗体阴性。弓形虫、风疹、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒、EB病毒抗体检测示IgG、IgM均为阴性。梅毒、艾滋病毒抗体阴性。血常规:白细胞 $15.05 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比0.52,淋巴细胞百分比0.32,单核细胞百分比0.12,红细胞 $4.06 \times 10^{12}/L$,血红蛋白110 g/L,血小板 $298 \times 10^9/L$ 。超敏C反应蛋白10.20 mg/L。腹部彩超示肝位置上界右肋第6肋间,右肋弓下42 mm,剑突下32 mm,形态正常,肝被膜光滑,实质回声均匀,管道系统清晰,门静脉内径正常,肝内胆管未见扩张,胆总管内径增宽,内径4.4 mm;餐后3 h胆囊20 mm $\times$ 7.0 mm;脾厚径17 mm,肋弓下无,实质回声均匀;胰腺大小形态正常、轮廓光滑,胰管未见扩张。肝胆动态显影:1、2、6、24 h肠道所在区未见明确示踪剂分布。磁共振胆道水成像提示肝略大、梗阻性胆管扩张,梗阻部位在胆总管末端,考虑结石可能性大。腹部CT扫描提示考虑梗阻性肝内外胆道扩张,梗阻部位在胆总管胰头段,梗阻原因考虑结石可能性较大(图1)。临床诊断为婴儿肝炎综合征、肺炎、胆结石?。积极抗感染,肺炎好转后于我院肝胆胰外科全麻下行胆道探查术,术中见胆总管略扩张,于胆总管下段见黑色结石一枚,直径约0.4 cm,胆总管炎症较轻。根据术中取出结石标本颜色、部位、质地,考虑为胆色素结石。临床诊断为胆总管结石。术后恢复良好,尿便正常,皮肤巩膜无黄染。术后7 d复查肝功能:总胆红素、直接胆红素、间接胆红素正常,丙氨酸氨基转移酶略升高, γ -谷氨酰转肽酶及碱性磷酸酶较前明显降低。

[收稿日期] 2013-09-16; [接受日期] 2014-01-16

[作者简介] 王艳,女,硕士研究生。



图1 患儿腹部CT影像 CT平扫提示胆总管胰头段可见结石(箭头所示)。

讨论: 婴儿肝炎综合征是指一组于婴儿期(包括新生儿期)起病,具有肝细胞性黄疸、肝大、质地异常及肝功能损伤为主要特点的临床症候群。病因复杂,婴儿出生前后不良的环境因素以及遗传因素都是临床医生需要考虑的致病因素,主要的病因应从宫内和围生期感染、先天性遗传代谢病和肝内外胆管发育异常三方面来考虑^[1]。

根据临床表现,婴儿肝炎综合征分为肝炎型和胆汁淤积型^[2]。胆汁淤积型是其主要类型。胆汁淤积型患儿黄疸较深,持续时间长,大便浅黄或病程中一过性白陶土色便,肝大、质地较硬,胆汁流明显减少,易发生胆汁性肝硬化。导致胆汁淤积的病因很广泛,Suchy等^[3]报道肝外胆道闭锁占25%~30%, $\alpha 1$ 抗胰蛋白酶缺乏占7%~10%,代谢障碍性疾病占20%,胆汁淤积综合征占15%~20%,细菌和病毒感染占5%~10%,原因不明的占15%。在胆汁淤积型婴儿肝炎综合征病因的认识上,我国与国外有差别,目前认为感染是其最常见原因^[4],多数由病毒引起,其中巨细胞病毒和乙型肝炎病毒最为多见。本例患儿病因明确为胆总管结石引起胆汁淤积。儿童胆石症发病率低,国内有学者报道为0.30%~1.16%^[5]。通常4~5岁以后发病,8~10岁后更为多见^[5-7]。儿童胆石症临床症状不明显,婴儿期主要表现为黄疸。婴儿胆道结石发病原因及形成机制尚未完全清楚,国内外学者一致认为静脉营养长期应用、使用头孢类抗生素、利尿剂、溶血性贫血、回肠吸收障碍、感染、胆囊、胆道系统畸形等原因都有可能形成胆结石^[8]。国内外大量的临床研究发现禁食、静脉营养长期应用、小胎龄、低体重、感

染等因素与胃肠外营养相关性胆汁淤积综合征有关^[9]。报道称静脉高营养的新生儿静脉营养2周以上,20%~35%小儿可发生胆汁淤积,早产儿可达30%,已证实主要与氨基酸有关。本例患儿生后应用静脉营养8d,是否与胆道结石形成有关尚不能确定。超声检查对胆结石的发现率一般为95%以上,但婴儿体质特殊,比成人更容易出现误诊,超声诊断婴儿胆道结石应非常谨慎,多次检查,注意随诊。磁共振扫描能更准确地诊断胆道系统疾病,但多在鉴别胆道梗阻的病因时应用。

在儿科临床工作中,病因诊断是婴儿肝炎综合征患儿临床诊疗中很重要的一项工作,是有效治疗的基础,是影响患儿预后的关键因素。该患儿明确病因后经积极手术治疗,术后恢复较好,皮肤巩膜无黄染,尿便正常,肝功能检查提示总胆红素、直接胆红素、间接胆红素正常,转氨酶略升高, γ -谷氨酰转肽酶及碱性磷酸酶较前明显降低。追踪随访半年,未出现黄疸及肝功能改变。

[参 考 文 献]

- [1] 徐灵敏. 婴儿肝炎综合征[J]. 中国临床医生, 2011, 39(5): 13-15.
- [2] 黄志华. 婴儿肝炎综合征胆道运动功能紊乱的诊断与治疗[J]. 实用儿科临床杂志, 2004, 19(3): 169-171.
- [3] Suchy FJ. Neonatal cholestasis[J]. Pediatr Rev, 2004, 25(11): 388-396.
- [4] 赵瑞秋, 管小琴, 罗治国, 等. 重庆地区胆汁淤积型婴儿肝炎综合征病因研究[J]. 重庆医科大学学报, 2010, 35(10): 1547-1549.
- [5] 蔡正林, 施霖, 陈肖鸣. 小儿胆石症13例[J]. 中华小儿外科杂志, 1994, 15(2): 102.
- [6] 叶卫雄. 儿童胆石症128例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(15): 2086-2087.
- [7] De Caluwe D, Akl U, Corbally M. Cholecystectomy versus cholecystolithotomy for cholelithiasis in childhood: long-term outcome[J]. J Pediatr Surg, 2001, 36(10): 1518-1521.
- [8] Bogue CO, Murphy AJ, Gerstle JT, et al. Risk factors, complications, and outcomes of gallstones in children: a single-center review[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2010, 50(3): 303-308.
- [9] 李艳华, 王新利. 早产儿胃肠外营养相关性胆汁淤积综合征的危险因素研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2013, 15(4): 254-258.

(本文编辑: 邓芳明)