

## · 病例报告 ·

## 妊娠合并甲型肝炎一例

王文志 聂梦琪 程明亮

近些年,由于居住环境、卫生条件和生活条件的改善,甲型肝炎的暴发已鲜有报道,以散发为主。贵州省地处中国西部,甲型肝炎也并不多见,妊娠后感染甲型肝炎更为罕见。贵阳医学院附属医院于2012年6月13日收治妊娠合并甲型肝炎患者1例,现报道如下。

## 一、病例基本情况

患者,女性,32岁,已婚。28 d前无明显诱因出现全身皮肤巩膜黄染,小便黄伴纳差,遂就诊于当地人民医院,查肝功能示ALT 696.60 U/L, TBil 166.14  $\mu\text{mol/L}$ , DBil 99.86  $\mu\text{mol/L}$ , 抗-HAV-IgM阳性,诊断“甲型病毒性肝炎”,给予丁二磺腺苷蛋氨酸、多烯磷脂酰胆碱治疗,于住院第5 d出现全身皮肤瘙痒,为明确诊断转入本院。

入院后追问病史,既往21周前停经,当地医院行人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, HCG)及超声检查诊断宫内妊娠,平素月经无异常。体格检查:神清,全身皮肤巩膜轻度黄染,全身皮肤见较多抓痕,四肢末端明显,心肺听诊无异常,腹部膨隆,肝、脾肋下未触及,肝、肾区无叩痛,移动性浊音阴性,双下肢轻度水肿;产科检查子宫底脐下一指,腹围35 cm,病理征未引出。血常规:WBC 12.38 g/L、Hb 87.00 g/L、PLT 328.00 g/L、中性粒细胞绝对值(neutrophil, NEUT#) 9.71 g/L;肝功能:ALT 179.30 U/L、AST 90.20 U/L、ALB 27.30 g/L、白蛋白/球蛋白(A/G) 1.054、DBil 56.60  $\mu\text{mol/L}$ 、TBil 131.10  $\mu\text{mol/L}$ 、胆汁酸(bile acid, BA) 163.10  $\mu\text{mol/L}$ ;甲胎蛋白(alpha fetoprotein, AFP) 148.80 ng/ml;抗-HAV-IgM(+);乙型肝炎表面抗原(-),丙型肝炎、戊型肝炎抗体均(-)。

腹部超声示宫内妊娠,单活胎,头位,胎盘0级,胎儿相当于24周;完全性前置胎盘。初步诊断:病毒性肝炎甲型急性黄疸型;妊娠期肝内胆汁淤积症(intrahepatic cholestasis of pregnancy, ICP);完全性前置胎盘;中度贫血。

入院后给予卧床休息,消化道隔离,清淡饮食,保肝退黄(还原型谷胱甘肽2.0 g、多烯磷脂酰胆碱1.995 g、丁二磺腺苷蛋氨酸1.0 g),抗过敏(西替利嗪、葡萄糖酸钙)等对症、支持治疗,治疗7 d后复查肝功能:ALT 55.20 U/L、AST 39.10 U/L、ALB 26.80 g/L、TBil 39.90  $\mu\text{mol/L}$ 、DBil 17.80  $\mu\text{mol/L}$ 、TBA 76.10  $\mu\text{mol/L}$ 。查体黄染较前好转,皮肤瘙痒改善不明显,请妇科医师会诊后考虑ICP,转入妇科行子宫双动脉栓塞术+利凡诺羊膜腔内引产术+死胎接生+胎盘钳

夹+清宫术。术后皮肤瘙痒迅速缓解,肝功能正常,临床治愈出院。出院劝告:注意休息,营养饮食;禁同房及盆浴2周;3 d后复查超声,明确是否有残留;院外继予复查血常规、肝、肾功能及电解质,如有异常,随时就诊;继续给予芒硝、生麦芽回奶治疗;继予硫酸亚铁叶酸片口服治疗。

**讨论** 甲型病毒性肝炎是由甲型肝炎病毒引起的急性消化道传染病,主要经粪-口途径传播,人群普遍易感,其中以儿童和青少年多见,甲型肝炎患者和隐性感染者是主要传染源<sup>[1-2]</sup>。我国主要在西部和东部地区,四季皆可发病,以冬、春季发病率高,散发为主,水源和食物污染可呈现爆发性流行。大多数患者可有发热,恶心,呕吐等症状,肝脏肿大亦可发现,黄疸,生化异常,血清抗-HAV-IgM阳性。抗-HAV-IgM 1~2个月阳性率下降,于3~6个月消失,因此对早期诊断十分重要<sup>[3]</sup>。在医疗照顾下,甲型肝炎对孕妇、分娩过程及婴儿均未造成不良影响,妊娠也未加重甲型肝炎的病情<sup>[4]</sup>。胆汁在肝脏内合成,正常情况下经胆管流向小肠,胆汁在小肠内可以帮助消化食物。妊娠期胆汁淤积症患者则出现胆盐排泄不畅,则在人体血液中堆积起来,主要发生于妊娠中晚期,自觉皮肤瘙痒及黄疸,实验室检查可见血清ALT、AST和胆汁酸(bile acid, BA)升高,易引起早产、胎儿宫内缺氧、产后出血、甚至胎儿突然死亡,在分娩后1~2周,瘙痒症状即可完全消失,肝功能亦迅速恢复正常,但再次妊娠可重复出现<sup>[5]</sup>。妊娠期肝内胆汁淤积症发病机制目前尚不十分明确,可能与雌激素、遗传及环境等因素有关,可能是雌激素代谢异常及肝脏对雌激素的高敏感性所致。

该年轻女性患者发病前有不洁饮食史,甲型肝炎病毒抗体阳性,病毒性肝炎甲型急性黄疸型诊断明确。本例患者病史相对较长,在外院即开始行保肝降酶治疗,肝功能检查反复波动,症状改善不明显,四肢瘙痒难忍,影响日常生活。入院后继续给予保肝退黄治疗,转氨酶及胆红素逐渐恢复正常,胆汁酸下降不理想,瘙痒无明显缓解。ICP患者瘙痒严重经对症治疗无效者,有时亦可终止妊娠<sup>[6]</sup>。考虑到妊娠期间长期用药会影响胎儿发育,患者强烈要求放弃妊娠,终止妊娠后症状明显缓解。临床报道妊娠后感染甲型肝炎患者较少,预后一般良好。

## 参考文献

- 1 吴孟超,李梦东.实用肝病学.北京:人民卫生出版社.2011:67-68.
- 2 王吉耀.内科学.北京:人民卫生出版社.2010:489-490.
- 3 达万明,黄文荣.病毒感染与再生障碍性贫血.中国实用内科杂志

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2013.05.030

作者单位: 550004 贵阳, 贵阳医学院(王文志、聂梦琪), 贵阳医学院附属医院肝病科(王文志、程明亮)

通讯作者: 程明亮, Email: chengml@21cn.com

志,2002,22(3):133-134.

6 史常旭,辛晓燕.现代妇产科治疗学.北京:人民军医出版社.2007:469-470.

4 周伯平,崇雨田.病毒性肝炎.北京:人民卫生出版社.2011:323-324.

5 乐杰.妇产科学.北京:人民卫生出版社.2011:101-103.

(收稿日期:2013-04-08)

(本文编辑:李卓)

王文志,聂梦琪,程明亮.妊娠合并甲型肝炎一例[J/CD].中华实验和临床感染病杂志:电子版,2013,7(5):736-737.

