

病。入院时营养较差,皮肤巩膜无黄染。心肺正常。上腹部及剑突下压痛明显,肝肋下 4cm,剑突下 5.5cm,脾肋下 0.5cm。查血 SGPT 185~215 μ , TFT ++~+++ , TTT 19~24 μ 。A/G 2.88/7.3。蛋白电泳 A 29.5%, α_1 5%, α_2 6%, β 6.5%, γ 53%。白细胞 8,600~19,800/mm³,嗜酸性粒细胞 26~56%。大便虫卵及阿米巴培养(一)。肝超声波检查提示肝实质普遍结构异常,未见液平反射波。入院后虽经多种抗菌素治疗 3 周,但体温仍呈弛张型。外科会诊疑为多发性肝脓肿,行剖腹探查,见肝左右叶明显肿大,表面有 0.5~1.5cm 黄白色结节,穿刺抽出混浊液体。肝组织病理报告为多发性肝脓肿,镜下可见少数夏科雷登氏结晶。术后第 6 天在总胆管引流液中发现肝片吸虫 1 条,并多次找到肝片吸虫卵(见图),用依米丁 9~12mg, 2 次/日,肌注,病情好转后转他院进一步治疗。

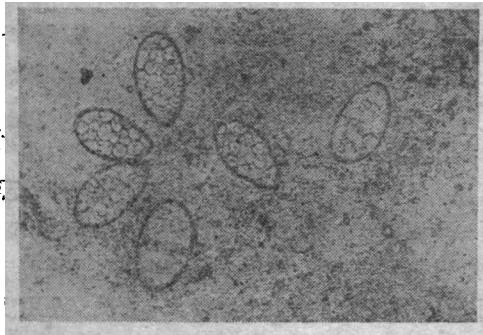


图 虫卵呈椭圆形、淡黄褐色,小大为 130~150 \times 63~90 μ m,卵内充满多量卵黄细胞。虫卵周围组织为胆汁 \times 105 倍

例 2 男,5 岁。河南方城县人。因不规则发热 35 天于 1984 年 1 月 21 日转来我院。患儿曾因发热、SGPT242 μ 疑为病毒性肝炎、沙门氏菌感染住传染病院。当时查肝肋下 3cm,剑突下 5cm,有轻压痛,脾肋下 1.5cm。白细胞 10,900/mm³,嗜酸性粒细胞 20%,嗜酸性细胞计数 2,816。血沉 97mm/h。血、胆汁、骨髓培养均(一)。肥达氏反应(一)。肝 B 超检查无异常。入院后患儿仍持续发热长达 3 个月。粪检找到蛔虫卵。阿米巴酶联免疫试验(一)。 α -FP(-),

E 玫瑰花结形成率 54%。IgG 17.96mg/ml; IgA 0.88mg/ml, IgM 2.71mg/ml。^{99m}Tc 扫描提示肝内占位病变。曾在院内外先后作肝 B 型超声波检查达 18 次,其结果不一,开始为正常所见,以后提示为肝实质弥漫性改变、肝占位病变、多发性肝脓肿、胆管炎、总胆管轻度扩张、肝内胆管扩张伴周围炎等。入院后虽经多种抗菌素(包括先锋霉素第三代)治疗,均未见好转。于 5 月 11 日作十二指肠引流, A、B、C 三管有白细胞 5~15/HP, 隐血试验强阳性,找到肝片吸虫卵,未见夏科雷登氏结晶,胆汁培养绿脓杆菌生长,确诊为肝片吸虫伴胆道感染。给别丁(Bitri-x) 250mg 隔日口服, 3 次/日,共 15 天。羧苄青霉素静滴 3 周。自服别丁后患儿未再发热,肝渐缩至肋下 1cm,脾未及。药后 1 月、3 月分别复查十二指肠引流,胆汁中未找到肝片吸虫卵。

讨论 肝片吸虫(Fasciola Hepatica Linnaeus) 又称肝蛭、肝瓜子仁虫,是水草畜牧地区牛羊常见的寄生虫,人生食附有该虫囊蚴的水生植物或喝含有囊蚴的生水也可患病。囊蚴于十二指肠脱囊成幼虫,幼虫穿过肠壁进入腹腔而后侵入肝脏,寄生于胆道成为成虫。本病依幼虫移行部位不同,而产生诸如发热、多汗、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肝肿大等临床症状。热型不规则,重者呈弛张型,热退后精神尚可。腹痛轻重不一,多位于右上腹或脐周。肝肿大在病初可不显著,以后呈进行性肿大,左叶为著,可有压痛、叩击痛。外周白细胞数可升高。本病国内罕见,未被大家所熟悉,给诊断带来一定困难。临床表现酷似肝脓肿。如患者嗜酸性粒细胞持续增高,要特别警惕本病之可能。确诊则有赖于十二指肠引流,在胆汁中查找虫卵。胆汁常呈咖啡色或棕绿色,隐血试验强阳性。有时可见到夏科雷登氏结晶。肝 B 超检查早期可能改变不大,在肝实质结构遭到较广泛损害时,常提示为多发性肝脓肿,尤需指出的是该虫多寄生于胆道系统,故要特别注意胆囊、总胆管、肝内胆管扩张等情况。本病治疗以别丁最显效。

(中国人民解放军总医院儿科
吕善根 钟炎皋 秦保贵)

先天性弓形体病 1 例报告

患儿,男,50 天。第四胎第四产,足月顺产。因发热、咳嗽、腹部包块 1 个月,体检“肝脾大”,以“肺炎”、

“败血症”转入我院。母无流产史,家豢养猪一头。体检:T38 $^{\circ}$ C, P120 次/分, R40 次/分。发育营养一般,

体重 4kg。前囟 $2 \times 2\text{cm}$ 平坦,颈软。双肺可闻痰鸣音。肝剑突下 5cm,肋下 4cm,脾肋下 8cm。入院第 10 天频繁抽搐持续 4 天。无黄疸及出血点,表浅淋巴结不肿大。实验室检查:血 Hb8g/dl, RBC260万/ mm^3 , WBC28,500/ mm^3 N56%, L29%, M6%, E5%, EOS 直接计数 220, BPC 8 万/ mm^3 , 血钙、磷、镁值及肝功能正常。血 IgG 1300mg/dl, IgA 75mg/dl, IgM 238mg/dl(正常 50mg/dl)。血培养阴性。查尿沉渣未见巨细胞包涵体。脑脊液常规及培养无异常。胸片示间质性肺炎。眼底检查正常。骨髓检查类红白血病反应、继发性贫血。颅脑 CT 检查显示左侧脑水肿。母子弓形抗体测定用酶标记金葡菌 A 蛋白酶联免疫试验(PPA-ELISA)及间接血球凝集试验(IHA)均阳性。PPA-ELISA 法阳性与阴性判定标准:采用 DG-I 酶联免疫检测仪,以阴性 OD 值加 2 倍标准差($\bar{x} + 2SD$)的数值做为正常值上限,即 >0.39 者为阳性, <0.39 者为阴性。IHA 法诊断制剂系兰州兽医研究所供应(批号 851226),子与母滤纸于水滴检测结果抗体滴度 1:64(++)为阳性。本例确诊后给乙胺嘧啶及磺胺嘧啶治疗 21 天,佐以脱水剂及支持疗法。出院 5 个月随访,患儿营养发育一般,体重 6.5 kg,能独坐、扶站、会笑,肝剑突下 2cm,脾肋下 7cm,质较软。上述有关检查经复查均正常,但弓形抗体子与母仍阳性,可能与疗程尚短有关,故仍在治疗、随访中。临床诊断:新生儿先天性弓形体病伴肺、肝、脾、脑损害。

讨 论

弓形体病 (Toxoplasmosis) 是一种人畜共患传染病。人群感染率一般在 25~50% 左右。美国估计

每年有 3,000 名先天性弓形体患儿出生。国内 60 年代开始报告迄今仅 13 例。我省尚未见报导。我国一般调查患弓形体病母亲约 1/8 胎儿生后引起感染。本病过去因诊断方法不普及,误为少见病。实其流行范围广,危害孕妇,影响胎儿,存活者致多种畸形,故应引为重视。Desmonts 氏 64 例本病不显性型占 72%,显性型 28%。后者临床表现多样,累及周身脏器及中枢神经系统。急性期可发热、肝脾大、黄疸、贫血、淋巴结大、脑膜炎、脑水肿等。与新生儿期 TORCH 综合征(先天性梅毒、风疹、巨细胞病毒、单纯疱疹)引起先天性感染,在临床表现、血象改变难以分辨。若不进行流行病学、血清学检查极易漏诊。本例查 IgM 高于正常,作相应检查,排除了败血症、白血病,寻求宫内感染病因,经弓形体血清学检查而获确诊。本例所用血清学 PPA-ELISA 技术,系 1983 年沈继龙首创,此法以辣根过氧化物酶标记金葡菌 A 蛋白代替酶标第二抗体诊断弓形体病,是一项新技术且灵敏度高、特异性强、性质稳定。本例母子在半年内分别进行 6 次检测,弓形体抗体阳性,OD 值波动范围不大。复查时又附加用 1978 年全国推广应用特异性明显、快速、实用为优点的间接血球凝集试验(IHA法),亦证实患儿有高效价弓形体抗体。本例患儿受染与其母在孕期感染有关,其母在半年内检测 2 次均获阳性可证实,故可定为先天性感染。推测可能在母孕中后期受染,故幸存活,其受染程度尚不甚严重。

(山东省立医院儿科 郭淑清 项扬
卜国玮 李希林;山东医科大学寄生虫
教研组 徐贞光 李英 古钦民)

(上接第 160 页)

较重,肾小球病变呈进行性加剧,临床表现为肾病综合征、急进性肾炎或已伴肾功能不全者,应及早应用免疫抑制剂,进行联合治疗。本组肾炎型肾病 4 例,3 例均在激素治疗 8 周耐药时加用环磷酰胺而获临床缓解,随访 4~8 年,肾功能正常。由于病例数太少,治疗缺乏严格对照组,加之本病呈自限过程,故疗效难以评定。但我们认为遇持续大量蛋白尿,其尿蛋白选择性差,尿 FDP 持续升高及肾功能不全的严重病例,可及早采用免疫抑制剂并加用抗凝剂、抗血小板凝集剂治疗,可望减少或延长进入终末期肾

功能衰竭的时间。对此类病例应随访至少 5 年以上,必要时作肾活检判定预后并指导治疗。

参 考 文 献

- [1] Counahan R, et al. Br Med J 1977; 2: 11
- [2] Silber BL. pediatr Clin N Am 1972; 19(4):1065
- [3] Habib R, et al. pediatr Nephrology. Vol 3. New York and London: plenum press, 1976: 155
- [4] 王宝琳主编. 小儿肾脏病学. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社, 1982: 209
- [5] 潘伊若. 国外医学儿科分册 1982; (6): 306
(1985 年 5 月 29 日收稿, 1985 年 8 月 1 日修回)