

病例讨论

急性重症肝炎病案

王占奎^{*} 刘英^{*} 姜萍^{*} 周海蓉^{*} 李大可^{*}

主题词 肝炎/中医药疗法 病案

1 病历摘要

于某某,男,8岁,因间断发热伴皮疹1个月余于2004年8月6日入院。

患者1个月前无明显诱因发热,体温最高39.6℃,随即面部、大腿内侧及上臂内侧出现红色皮疹,当地医院诊断为“急性荨麻疹”,给予黄芪注射液、抗生素、口服抗组胺药、火把花根片,外用炉甘石洗剂,药后皮疹减轻,但体温波动在37℃~40℃之间,1周前在某医院住院治疗,查心电图正常,未行肌肉活检,疑诊“皮炎”,静脉滴注氢化可的松200mg/d,头孢曲松钠、胸腺肽,并行其他对症治疗,3天后,体温正常。但撤减氢化可的松到100mg/d时,依然发热。现症见发热,伴恶寒,午后和夜间明显,大腿内侧、上臂见褐色皮疹,上臂及小腿肌肉疼痛,乏力,手足心热,纳呆,无关节痛,无反复口腔溃疡。入院查体:体温36℃,脉搏84次/分,呼吸20次/分,血压149/80mmHg。头颅无异常,咽部轻度充血,扁桃体I度肿大,左颌下一淋巴结如花生米大,无压痛,心、肺、腹部未见异常,四肢肌力V级,上臂及腓肠肌压痛,舌淡、苔薄黄,脉滑。化验:白细胞 $4.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.79,淋巴细胞0.12,血红蛋白101g/L,红细胞 $3.61 \times 10^{12}/L$,血小板 $135 \times 10^9/L$,血沉32mm/h,大小便常规(-)。血生化:甘油三酯2.48mmol/L,总胆固醇4.66mmol/L,尿酸173μmol/L,碱性磷酸酶(AKP)187U/L,乳酸脱氢酶(LDH)412U/L,α-羟丁酸脱氢酶(α-HBDH)375U/L,肌酸激酶31U/L,天冬氨酸转氨酶(AST)43U/L,丙氨酸转氨酶(ALT)81U/L,谷氨酰转肽酶(γ-GT)117U/L,总胆红素52.7μmol/L,直接胆红素28.5μmol/L,间接胆红素24.20μmol/L,总蛋白51.6g/L,白蛋白25.9g/L,白蛋白/球蛋白0.90,总胆汁酸328.9μmol/L,β₂-微球蛋白(β₂-MG)6.45mg/L(0.30~3.00mg/L),转铁蛋白164.9mg/dl(200~360mg/dl)。抗甲、乙、丙型肝炎病毒抗体(-),ANA、

ENA、dsDNA均(-)。胸透、腹部超声波检查未见异常。入院诊断:中医:肌痹(热毒炽盛);西医:(1)皮炎;(2)肝炎待诊。

治疗经过:给予清热解毒、益气活血,以清营汤加减:生地黄15g,牡丹皮12g,半枝莲20g,白花蛇舌草20g,赤芍15g,延胡索15g,生石膏30g,黄芪20g,金银花20g,知母10g,薏苡仁20g,萼澄茄12g。西药给予强的松45mg/d,分3次口服,静脉滴注极化能量合剂,黄芪注射液60ml/d,清开灵注射液60ml/d。药后患者体温正常,肌痛皮疹均消失。但8月11日,出现胃脘饱胀,巩膜轻度黄染,肝区叩击痛,肝掌,腹部及注射部位瘀点瘀斑,腹水征(-),化验:血糖3.8mmol/L,甘油三酯2.17mmol/L,总胆固醇2.96mmol/L,尿酸116μmol/L,AKP180U/L,GPT1259U/L,GOT426U/L,γ-GT151U/L,α-HBDH1750U/L,LDH2845U/L,肌酸激酶56U/L,肌酸激酶MB同工酶31U/L,总胆红素61.1μmol/L,直接胆红素30.2μmol/L,间接胆红素30.9μmol/L,总蛋白56.1g/L,白蛋白29.0g/L,白蛋白/球蛋白0.93。凝血功能:凝血酶原时间(PT)14.3秒,活化部分凝血活酶时间(APTT)30.8秒,国际标准化比率(INR)1.10(0.8~1.2),凝血酶时间(TT)24.9秒,凝血酶时间比值1.38(0.7~1.26),纤维蛋白原(Fib)1.48g/L(2~4g/L)。甲胎蛋白(AFP)9.5ng/ml(0~13.6ng/ml)。血常规:白细胞 $31.2 \times 10^9/L$,淋巴细胞0.82,红细胞 $3.71 \times 10^{12}/L$,血小板 $64 \times 10^9/L$,异型淋巴细胞0.08~0.27;骨髓穿刺:淋巴细胞增生明显活跃,比值升高,异型淋巴占5%。本周蛋白尿(-),24小时尿蛋白定量0.12g。

2 第1次病例讨论(2004年8月12日)

王占奎医师(风湿免疫科):患者以间断发热,伴四肢皮疹入院,化验检查肝酶及心肌酶谱均升高,最近肝酶急剧上升,且出现皮下出血现象,提示肝功能急剧破坏,现在皮炎的诊断已可排除:(1)患者无眼睑紫色水肿斑,V型皮疹,Gorron征等皮炎特有的皮疹;(2)虽有肌酶升高,但同时有肝酶上升,且后者明显,皮炎/多发性肌炎的主要表现为近端肌无力,肌肉痛和/或压痛,肌酶升高以肌酸激酶为主,部分患者轻度

* 山东中医药大学附属医院风湿免疫科,山东省济南市文化西路12号(250011)

收稿日期:2004-12-02

肝酶升高,而该患者恰恰肌酸激酶开始正常,最近轻度上升,也无心电图的异常表现,对激素治疗不敏感;(3)其他的自身免疫疾病,如系统性红斑狼疮,抗核抗体系列均阴性,也无相对应的临床表现,可以排除;自身免疫性肝炎多发于女性,为缓慢进展的肝损害,与此例急剧肝功能恶化不相符,可查抗线粒体抗体等自身免疫性肝炎的确诊项目。请相关科室会诊讨论肝炎的原因及处理方法。

迟莉莉医师(消化内科):患儿因反复发热,皮疹,曾以“皮炎”在外院多种药物治疗。现明显乏力,纳呆,胃脘饱胀,近期肝酶迅速上升,并黄染,且肝脏储备功能严重不足,因此血浆白蛋白、胆固醇、血糖、尿酸均明显降低。查体:腹部及注射部位有淤点淤斑,考虑凝血机制障碍。目前存在肝细胞坏死,肝脏储备功能下降。诊断:急性重症肝炎(药物性?免疫性?)。建议:(1)排除病毒性肝炎,如戊型肝炎;(2)定期查凝血功能,如持续恶化,给予止血敏、止血芳酸、维生素 K 制剂等;(3)近期复查肝功能、血生化、B 超等;(4)应用阿拓莫兰、门冬酸甲镁保肝治疗;必要时加用促肝细胞生长素(肝复肽)100mg/d 静脉滴注;(5)白蛋白 20g/d 静脉滴注,减轻肝脏负荷;(6)排除病毒性肝炎后加用肝立欣 100mg/d 静脉滴注;(7)禁食蛋白类食物,给予乳果糖 15ml,1 日 3 次,支链氨基酸 250ml 静脉滴注,以防止肝功能恶化,出现肝性脑病;(8)防治感染,低钾等电解质紊乱;(9)进一步查心功能,排除心源性肝炎。

李勇医师(消化内科):同意迟医生的意见,患儿现烦躁,乏力明显,纳差,持续高热,肝功能严重破坏。查体:腹部膨隆,腹壁静脉暴露。根据目前情况综合分析,患儿肝脏方面出现肝功能衰竭征象,其原因是由于免疫性疾病或血液系统累及,应继续排查上述疾病。目前治疗以防止肝衰竭为主:(1)持续低流量吸氧;(2)可以用止血合剂,如立止血 1U/d,肌肉注射;(3)中医辨证根据以上表现及舌红、苔黄腻、脉滑数,辨证为肝胆湿热,血热妄行,治疗应以清利肝胆,凉血止血,给予羚羊角粉 2g/d 冲服,汤剂处方:柴胡 18g,黄芩 15g,茵陈 24g,败酱草 20g,板蓝根 20g,牡丹皮 15g,生地黄 15g,沙参 12g,砂仁 9g,焦神曲 15g,田基黄 24g,三七粉 2g(冲服),甘草 3g。如患儿无法口服,可水煎 100ml,保留灌肠,每日 2 次。

徐瑞荣医师(血液肿瘤科):患者反复发热及肝损害,外周血多次复查淋巴细胞增多,异型淋巴 0.08~0.27,白细胞 $31.2 \times 10^9/L$,血小板 $64 \times 10^9/L$ 。骨髓穿刺显示,异型淋巴细胞并淋巴细胞增生,考虑病毒感染

的可能性大,诊断:(1)病毒性肝炎;(2)流行性出血热;(3)传染性单核细胞增多症。目前肝炎病毒学检查均阴性,出血热的肾功能衰竭等并发症亦未出现,考虑传染性单核细胞增多症的可能性大。建议:(1)查血清嗜异凝集试验;(2)抗 EB 病毒抗体;病情严重时,可使用丙种球蛋白 5g/d,共 3 天,并发细菌感染选用抗生素时,应选用广谱低毒的青霉素等。

第 1 次病例讨论后,查抗戊肝抗体(-),肝抗原谱(-),抗平滑肌抗体(-),心脏彩色多普勒正常。血清嗜异凝集试验和抗 EB 病毒抗体因条件限制未能检查。根据会诊意见给予白蛋白、阿拓莫兰、门冬酸甲镁保肝治疗,乳果糖 15ml,1 日 3 次,支链氨基酸 250ml 静脉滴注;立止血、止血敏、止血芳酸、维生素 K,并甲基强的松龙 40mg/d 静脉滴注。经上述处理后,患者病情明显好转,皮下出血停止,食欲增强,体温正常。8 月 26 日化验:GPT81U/L,LDH338U/L, α -HBDH240U/L,AST、AKP、肌酸激酶均正常。凝血功能:PT-INR0.9,PT10.8 秒,APTT20.3 秒,TT25.2 秒,Fib1.98g/L。

3 第 2 次病例讨论(8 月 29 日)

尹常健医师(消化内科):患者虽无黄疸迅速加重,周身黄染如金,但有皮下瘀点瘀斑,化验肝酶急剧上升,仍属黄疸中的“急黄”范畴。现体温正常,纳食转香,无皮下瘀斑,舌淡红、苔薄黄,脉细数,说明肝胆湿热基本解除,血热妄行得到控制,此时属于余毒未尽,清解之药分量减轻,以免苦寒伤胃。以茵陈赤小豆汤化裁:茵陈 15g,赤小豆 30g,焦栀子 9g,黄芩 9g,生甘草 3g,丹参 15g,地锦草 15g,羚羊角粉 1g(冲服),板蓝根 15g,败酱草 15g,砂仁 9g,水煎服,每日 1 剂。

王占奎医师(风湿免疫科):总结该病例,有几点经验,首先,风湿免疫性疾病的肝脏损伤,包括自身免疫性肝炎在内,肝功能损害较轻,持续时间较长,进展缓慢,一般不会发生急性重症肝炎;某些非嗜肝病毒如 EB 病毒、CMV 病毒感染,出现严重的免疫损伤时,有时会造成急性肝炎,甚至肝功能衰竭。甲、乙、丙等型肝炎病毒检查呈现阴性时,不要忽视其他病毒造成的肝脏损伤。虽然未能检查抗 EB 抗体,但根据外周血多次复查淋巴细胞增多,骨髓穿刺显示异型淋巴细胞并淋巴细胞增生,仍考虑为 EB 病毒感染造成。其次,治疗本病,应中西医结合,迅速改善肝功能,防止肝细胞坏死造成肝功能衰竭及肝性脑病,亦属急则治其标的范围。此外,诊断疾病时,不应单纯考虑本专业范围,本专业疾病无法解释或治疗效果不佳时,应拓展思路,以免误诊误治。