

隐源性肝硬化并发自发性细菌性腹膜炎及多浆膜腔积液1例

黄更珍¹, 贺国斌¹, 张耀丹², 陈予¹, 廖娟¹, 明文¹, 张琴¹ (1.川北医学院附属医院 消化内科, 南充 637000; 2.川北医学院附属医院 神经内科, 南充 637000)

隐源性肝硬化又称特发性肝硬化, 可进展为肝癌, 但发生肝癌的比例较乙型肝炎肝硬化低, 随年龄增长呈上升趋势。本文报道1例隐源性肝硬化并发自发性腹膜炎及多浆膜腔积液病例, 旨在加强临床医生对此病的认识, 以免误诊。

1 病例资料

1.1 主诉 患者, 男性, 38岁, 因“腹胀2+月”于2012年12月17日入院。

1.2 现病史 患者入院前两个多月无明显诱因出现腹胀, 伴腹围增大及腹泻, 腹泻3~4次/d, 无黏液及脓血, 无里急后重, 伴咳嗽及咳痰, 偶有痰中带血丝, 体重减轻约8 kg, 尿量少, 无畏寒、发热, 无心悸、气促, 无胸闷、胸痛, 无反酸、嗝气、烧心, 无恶心、呕吐, 无腹鸣及腹部包块, 无呕血、黑便, 无眼黄、身黄、尿黄, 无纳差、厌油, 无口腔、鼻及牙龈出血, 无尿频、尿急、尿痛, 无关节疼痛及肿胀, 精神、睡眠欠佳, 食欲减退, 为进一步诊治入院。

1.3 入院后诊疗经过 入院后查体示体温38℃, 脉搏88次/分, 呼吸20次/分, 血压100/62 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。发育正常, 营养中等, 慢性病容, 神志清楚, 精神尚可。皮肤黏膜无黄染, 未见肝掌及蜘蛛痣, 未见色素沉着, 全身浅表淋巴结未扪及肿大。胸廓对称, 双肺未闻及干湿啰音。心界不大, 律齐, 心间区可闻及收缩期杂音。腹部膨隆, 未见腹壁静脉曲张, 无胃肠型及蠕动波, 腹壁张力高, 质韧, 全腹压痛、轻反跳痛、轻度肌紧张, 未触及腹部包块, 肝脾肋下未满意触及, 墨菲征阴性, 肝区叩击痛(+), 移动性浊音阳性, 双肾区无叩痛, 肠鸣音正常。脊柱四肢无活动障碍, 关节无红肿, 双下肢轻度凹陷性水肿, 神经系统检查未见异常。完善相关检查后诊断为: 肝硬化失代偿期伴自发性腹膜炎、多浆膜腔积液; 胆囊炎; 双肺炎。经保肝、利尿、放腹水、补充白蛋白、维持水电解质、抗感染等及对症治疗病情好转, 患者因经济原因要求出院。

1.4 既往史 既往体健, 否认肝炎及结核病史, 无食物及药

物过敏史, 无疫水接触史, 无外伤史, 无输血史, 无家族遗传病史, 预防接种史不详。已婚, 育有一女, 家庭和和睦, 否认烟酒嗜好。

1.5 辅助检查 血常规: 白细胞(WBC) $4.10 \times 10^9/L$, 红细胞(RBC) $3.91 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白(HGB) 110 g/L, 血小板(PLT) $64 \times 10^9/L$, 淋巴细胞比例44%。肿瘤标记物、输血免疫全套检查、大便常规未见异常, 大便隐血(-)。甲型、乙型、丙型、戊型、庚型肝炎病毒标志物及自身免疫抗体、血吸虫抗体均未见异常, 血清铜蓝蛋白、血清铁蛋白、24小时尿酮均未见异常。生物化学检查: 门冬氨酸氨基转移酶43.8 U/L, 碱性磷酸酶112.9 U/L, 乳酸脱氢酶377.6 U/L, 总胆红素(TBil) 26.7 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素(DBil) 9.8 $\mu\text{mol/L}$, 白蛋白(ALB) 23.6 g/L, 白蛋白/球蛋白(ALB/GLB) 0.97, 空腹血糖6.29 mmol/L。肾功能: 尿素8.61 mmol/L, 尿酸708.6 $\mu\text{mol/L}$, 肌酐108.9 $\mu\text{mol/L}$; 电解质: Na^+ 129 mmol/L, Cl^- 106.8 mmol/L, K^+ 3.52 mmol/L, Ca^{2+} 2.01 mmol/L。血浆凝血酶原时间15.00 s, 凝血酶时间29.2 s, 部分凝血活酶时间43.2 s。CRP (C反应蛋白) 5.59 mmol/L。腹水常规及生物化学检查提示为漏出液, 腹水肿瘤标志物检测未见异常。心电图示窦性心律, 正常心电图。腹部超声示门静脉增宽, 中、大量腹水, 脾肿大; 肝脏左叶高回声区示脂肪瘤; 胆囊壁水肿, 第二肝门、肝静脉、下腔静脉显示不清。胸部CT示双肺下叶渗出性病灶, 考虑炎性改变; 双侧少量胸腔积液; 右肺中叶内侧段小空腔, 多系肺气肿。上腹部MRI示肝硬化, 门静脉高压伴脾门、食管胃底等侧枝循环形成, 腹腔大量积液, 脾大; 肝段下腔静脉至其入右房段管径扩大, 其远端下腔静脉管径明显变细, 管腔内未见充盈缺损; 肝左外叶及右后叶示囊肿可能; 胆囊炎; 双侧胸腔积液, 右下肺炎症。眼科检查示眼角膜未见K-F环。胃镜示重度食管静脉曲张。

2 讨论

肝硬化是临床上常见的、一种或多种病因引起的慢性进行性肝病, 起病隐匿, 病程发展缓慢, 病理上以肝脏弥漫性纤维化、残存肝细胞结节性再生和假小叶形成为主要特征, 早期可无明显症状, 后期以肝功能损害和门脉高压为主要表现, 并出现上消化道出血、继发感染、腹水、脾

功能亢进、肝性脑病等并发症。肝硬化病因慢性病毒性肝炎、慢性酒精中毒、血吸虫病、药物及化学毒物、胆汁淤积、营养不良、肝静脉回流受阻、肝豆状核变性、血色病等。隐源性肝硬化是指排除上述因素后仍未能明确病因的肝硬化,又称特发性肝硬化,可以进展为肝癌,但发生肝癌的比例较乙型肝炎肝硬化低,随年龄增长而呈上升趋势^[1,2]。有人统计70%隐源性肝硬化是由非酒精性脂肪肝引起^[3]。另有报道不明原因性肝硬化有家族发病趋势^[4]。

本例患者结合其临床表现及相关辅查,肝硬化诊断明确,依其病因可排除慢性病毒性肝炎、酒精性肝病、血吸虫病、胆汁淤滞、营养不良、肝静脉回流受阻、肝豆状核变性、血色病等,诊断为隐源性肝硬化。患者存在自发性细菌性腹膜炎(spontaneous bacterial peritonitis, SBP),可能与患者肝硬化门脉高压致肠道黏膜充血、肠道动力障碍、胆汁分泌减少、应用抗生素治疗等有关^[5,6]。此外,小肠细菌移位、肝脏Kupffer细胞吞噬能力下降及医源性因素如腹腔穿刺等可能是导致SBP发生的原因^[7],但有研究^[8]显示肝硬化患者肠道菌群失调与肝硬化病因并无相关性。患者发热、体温升高可能与SBP有关,亦与肺部感染有关,血培养提示为沃氏葡萄球菌且对亚胺培南西司他丁钠及哌拉西林他唑巴坦敏感,故给予亚胺培南西司他丁钠治疗,一周后体温降至正常,全身和局部感染症状基本消失,外周血WBC计数正常^[9,10]。同时口服微生态制剂双歧杆菌四联活菌,使患者肠道正常菌群得到恢复,改善患者肝功能,增强患者免疫力^[11],并加用西沙必利促进肠道动力,改善胃肠道血供,降低肠道通透性,减少细菌移位以控制感染^[12]。

本例患者多浆膜腔积液考虑为低蛋白血症引起,大量腹水可能与门脉高压、血浆胶体渗透压的下降、血容量不足有关,经3次腹腔穿刺放腹水后得到有效缓解,但仍需警惕其复发可能,同时输入足量的白蛋白及扩充血容量,防止全身血流动力学障碍及肾功能损害,减少并发症的发生^[13,14]。患者发生门脉高压且伴有重度食管静脉曲张,故给予普萘洛尔以降低门静脉压力、减少血流量,降低患者食管静脉曲张破裂出血的几率^[15]。患者伴有低钠血症,可能与钠摄入量减少、胃肠道吸收障碍有关。此外,腹水、自发性腹膜炎及使用利尿剂均能引起钠的流失。本例患者低钠血症属于稀释性低钠血症,治疗重点在于促进肾脏排除无溶质水,减少循环中相对于血钠来说过多的水^[16]。血钠高低直接影响肝硬化腹水的治疗及其预后,因此需积极治疗病因,及时补充钠盐,并加强血钠监测,指导患者科学合理饮食,延缓病情发展,提高患者生活质量,避免并发症的发生^[17]。本例患者血小板减少可能与自身免疫系统紊乱、血小板生成素生成减少有关,也可能与脾肿大、脾功能亢进导致血小板破坏增多有关,因此在肝硬化治疗的同时,需加强对患者凝血功能的监测^[18]。对肝病患者治疗应包括药物治疗、

饮食、生活习惯管理、心理指导、健康教育等综合治疗,因此需完善肝病随访体系,加强对患者宣教,提高患者对疾病的知晓率及重视程度,更好地让患者接受治疗^[19]。

总之,及时地诊断与治疗可以延缓隐源性肝硬化的进展,提高患者生存率及生活质量,改善患者的预后。

参考文献

- [1] 高政聰. 肝硬化诊断方法研究新进展[J]. 甘肃医药, 2012, 31: 675-677.
- [2] 徐正婕, 钟妍, 刘娇, 等. 上海地区58例隐源性肝硬化特点分析[J]. 临床肝胆病杂志, 2010, 26: 264-266.
- [3] 严明权, 王玉欣, 丁岩冰, 等. 扬州地区408例肝硬化病例分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21: 1094-1096.
- [4] 夏平松. 呈家族性发作的隐源性肝硬化四例[J]. 临床内科杂志, 2010, 27: 493.
- [5] 王学祥. 肝硬化合并自发性腹膜炎患者临床特点分析[J]. 中国实用医药, 2011, 5: 49-50.
- [6] 赵敏, 陈建, 刘凤军. 肝硬化肠道细菌移位的机制与防治[J]. 中国现代普通外科进展, 2012, 15: 216-218.
- [7] 李莎莎, 高学武, 谭林. 42例肝硬化腹水并发自发性细菌性腹膜炎病原菌的耐药情况分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2013, 38: 45-47.
- [8] 吴旭, 吴云峰, 毛朝亮, 等. 肝硬化患者肠道微生态的变化[J]. 世界华人消化杂志, 2012, 20: 2491-2495.
- [9] 姚朝光. 哌拉西林他唑巴坦治疗肝硬化合并自发性腹膜炎的临床观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23: 657-659.
- [10] 施光峰, 黄翀. 肝病患者抗生素的合理使用[J]. 中华肝脏病杂志, 2012, 20: 182-184.
- [11] 许明清. 双歧杆菌四联活菌片治疗肝硬化自发性细菌性腹膜炎43例[J]. 中国实用医药, 2012, 7: 155-156.
- [12] 辛洪英, 张凤朝, 李洪霞, 等. 促肠动力药对老年肝硬化患者肠源性内毒素血症的影响[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3: 93-94.
- [13] 王菲, 王炳元. 2010年欧洲肝硬化腹水临床实践指南介绍[J]. 中华肝脏病杂志, 2010, 18: 951-954.
- [14] 吴海清, 王晖. 肝硬化腹水伴自发性细菌性腹膜炎的诊断及治疗[J]. 临床肝胆病杂志, 2012, 28: 652-653.
- [15] 李树武. 普萘洛尔治疗肝硬化门静脉高压的临床观察[J]. 中国医药科学, 2012, 2: 47-48.
- [16] 王宇明. 肝硬化合并低钠血症-顽固性腹水-急性肾损伤的防治新认识[J]. 中华肝脏病杂志, 2012, 20: 481-486.
- [17] 赵明志. 肝硬化失代偿期合并低钠血症98例临床分析[J]. 中国医药科学, 2012, 2: 66.
- [18] 黎雪英, 邓丽花, 曹龙翔. 肝硬化患者血小板参数和凝血四项的变化及临床意义[J]. 中国医药指南, 2012, 10: 31-33.
- [19] 张笛, 赵光斌, 李良平, 等. 慢性肝病患者门诊随访情况调查[J]. 中华全科医师杂志, 2012, 11: 294-296.

收稿日期: 2013-03-15