

重度复合伤并急性重型戊型肝炎1例

周伟, 刘昕, 周旻, 伍艳玲, 高庆伟 (大连市第六人民医院 大连 116031)

1 病例资料

1.1 主诉 患者, 男性, 33岁, 因“乏力, 恶心, 呕吐, 尿黄1周”入院。

1.2 现病史 患者于2010年11月因“车祸致重度复合伤: 四肢复合性骨折、颧骨骨折、脾破裂后切除、肝顿挫伤后行肝脏修补术、胆囊造瘘术、部分空肠切术”入院。治疗过程中输血15 000 ml左右, 出院17天后无明显诱因出现发热, 体温达37.6℃, 有明显乏力、嗜睡、纳差、恶心、厌油食、尿黄, 伴胸闷, 气短咳嗽, 复诊于市中心医院, 胸片示右侧胸腔大量积液, 肝功异常, HEV-IgM、HEV-IgG抗体均阳性, PTA 17%, 行右侧胸腔闭式引流术1天, 以“病毒性肝炎(戊型)急性重型”由120救护车急转本院。

1.3 入院后诊疗经过 2010年2月22日首次入院。入院查体: 体温37.5℃, 精神差, 反应迟钝, 被动体位, 皮肤巩膜重度黄染, 右侧颈深静脉置管通畅, 右侧胸腔行闭式引流术, 引流管中可见红色胸水, 右胸壁皮下可见组织肿胀, 触之疼痛, 双下肺呼吸音消失, 心律齐, 脉搏76次/分, 腹软, 无压痛, 胆囊造瘘术后胆汁引流管封闭中, 移动性浊音阴性, 扑翼样震颤阳性。右上肢及双下肢骨折钢板钢钉固定中, 四肢活动重度受限。入院诊断: ①急性重型病毒性肝炎(戊型); ②肝性脑病Ⅱ度; ③重度复合伤: 右上肢骨折钢板固定术后、左下肢骨折钢板固定术后、右下肢骨折钢钉固定术后、右踝关节骨折支架固定术后、多肋骨骨折; ④胸腔闭式引流术后、右侧胸壁血肿; ⑤肝顿挫伤修补术后; ⑥脾切除术后; ⑦胆

囊造瘘术后。患者入院后给予保肝、降黄、利尿、抗炎、解氨、促进肝细胞再生、补充人血白蛋白、凝血因子、纠正贫血、纠正离子紊乱、放胸水及支持治疗后肝脏合成功能好转, 白蛋白上升, 在感染控制基础上, 胸水由血性转为淡黄色, 量渐减少, 入院第18天成功拔除胸腔闭式引流管及胆汁引流管, 患者病情渐恢复, 引流管拔除后愈合良好, 入院第26天复查各项指标恢复良好, 患者出院于骨科进行康复治疗。

1.4 既往史 患者身体健康, 无肝炎病史。

1.5 辅助检查 血常规: WBC $13.69 \times 10^9/L$, RBC $2.38 \times 10^{12}/L$, Hg 71g/L, N% 52.2%; 血液生化检测: K^+ 3.8 mmol/L, Na^+ 132 mmol/L, Cl^- 99 mmol/L; BUN 8.7 mmol/L, Cr 55 μ mol/L, PT 41秒, PTA 17%; 血氨137 μ mol/L; 白蛋白23 g/L; ALT 1280 U/L, CHE 1811 U/L, AST 1515 U/L, TBil 271.88 μ mol/L; 胸水常规: 李凡它(+), WBC $2520 \times 10^6/L$, N% 64%; 胸水生化检测: TP 4.83 g/L, Glu 5.5 mmol/L, Cl^- 99 mmol/L; HEV-IgM、HEV-IgG抗体均为阳性。血培养未见致病菌生长。肺部CT示双侧胸腔可见明显积液影, 右肺上、下叶, 左肺下叶局部可见明显受压缩小、实变, 右肺中叶可见多发小片状密度增高影, 密度不均, 边界模糊不清, 右侧胸腔可见一管状影, 与体外相连, 右胸皮下组织明显肿胀, 可见团状稍高密度影, 双侧胸膜可见不均匀增厚; 纵隔左移; 心包增厚, 其内可见液性密度影; 右侧第5~7肋外侧可见骨皮质连续性中断, 可见骨折线。腹部CT示肝实质密度明显减低, 肝包膜下血肿, 肝脏修补术后改变; 胆囊显示不清, 胆囊窝可见片状液性密度影, 可见一管状影

连接与体外,肝内、外胆管无扩张;胰腺未见明显异常;脾脏缺如;腹腔内及盆腔内均可见明显积液。出院前复查各项检查指标,血常规:WBC $7.55 \times 10^9/L$, RBC $3.28 \times 10^{12}/L$, Hg $10^4 g/L$; 血液生化检测: K^+ 4.9 mmol/L, Na^+ 136 mmol/L, Cl^- 99 mmol/L; BUN 5.8 mmol/L, Cr 55 $\mu mol/L$, PT 11.7秒, PTA 81%; 血氨32 $\mu mol/L$; 白蛋白38.5 g/L, ALT 14 U/L, AST 31U/L, CHE 3689 U/L, TBil 43 $\mu mol/L$; 胸水常规:胸水少量,李凡它(一), WBC $1.1 \times 10^6/L$, N% 50%; HEV-IgM、HEV-IgG抗体均为阳性。胸部CT示左侧胸水消失,右侧胸水少量,纵隔居中,右侧肋骨见多处骨折改变,对位良好;肝脏体积可,表面光滑;胆囊不大;脾脏未显示,腹腔内可见少量腹水影,盆腔内未见明显积液。

2 讨论

戊型肝炎是我国常见散发的病毒性肝炎,经粪-口途径传播,多为不洁饮食或饮品引起,戊型肝炎潜伏期为15~75天,沿海地区相对常见,冬春季多发,以隐性感染多见,而显性感染多见于成年人,有一定的自限性。随着医疗卫生条件的好转,目前戊型肝炎发病率逐渐下降,戊型肝炎病毒致急性重型肝炎更不多见^[1],占急性肝衰竭病因的比例甚少(7%以下)^[2]。本例患者起病迅速,有严重消化道症状,多浆膜腔积液,患者白蛋白 $< 24 g/L$, TBil $> 171 \mu mol/L$, PTA $< 40\%$,血氨升高,有轻度肝性脑病表现,急性重型肝炎的诊断符合2007年肝衰竭诊疗指南标准^[3]。

关于急性重型肝炎的易发因素,认为孕妇和老人易发展为重型肝炎^[4],另外有单因素分析研究显示,年龄、重叠HBV感染、肝硬化病史均是戊型肝炎重症化的重要影响因素,在严重特殊条件下可能存在多种因素造成凋亡肝细胞发生继发性坏死^[5,6],肝脏创伤后微循环障碍在重型肝炎的发病中也起重要作用^[7],此外低血压、低氧血症、严重感染、大量输血在肝损害发生及创伤后的肝功能损害过程中都密切相关^[8]。急性重型戊型肝炎病死率极高,及时进行肝功能支持治疗十分重要,

必要时考虑人工肝替代治疗及肝移植术。

本例患者为青年男性,居住卫生条件相对较好,在戊型肝炎潜伏期内患者正住院治疗,饮食饮水控制严格,故感染途径尚不十分明确。患者既往无肝炎、肝硬化病史,发病1周即迅速进展为重型肝炎,在本病的发病过程中考虑与如下因素有关:①患者发病前受严重外伤,脾切除,肝脏顿挫伤,存在机体免疫中心严重受损,免疫功能低下;②戊型肝炎病毒引发细胞免疫介导肝细胞损害;③车祸后创伤继发因素对肝脏“双重”打击,复合伤致一定程度的低氧血症,大量输血,手术后恢复过程中仍存在肝脏严重微循环障碍;④感染。

本例患者在治疗方案选择中,考虑其外伤严重、多脏器损伤、血流动力学不稳定,给予内科保守治疗。治疗方案:①保护肝细胞,促进肝细胞生长:给予还原型谷胱甘肽维持肝细胞功能,减轻肝组织损伤,促进肝细胞修复;给予促肝细胞生长素,刺激肝细胞DNA合成,促进肝细胞再生;②止血、补充凝血因子:给予注射用血凝酶联合维生素 K_1 、酚磺乙胺止血补充凝血因子,降低肺毛细血管通透性,促进血小板凝血物质释放以达到止血目的;③降黄:给予亮菌甲素促进胆汁分泌,调节胆道压力,促进免疫功能改善蛋白代谢,调节肝功能;④抗感染:因患者有胸水严重感染且多处置管,可能加重感染,给予头孢吡肟联合氟罗沙星充分抗感染治疗;⑤解氨:给予六合氨基酸调节支芳族氨基酸比例,给机体提供能量,有利于肝功能恢复和肝细胞再生,保持正氮平衡;给予乳果糖口服,酸化肠道内环境,以改善体内氨代谢;⑥营养能量支持:主要充分补充白蛋白,白蛋白有维持血液渗透压及稳定调节循环的重要作用,对体内代谢毒素有运输作用。全面及时的对症支持治疗,且选择有效地抗生素是本治疗地关键所在^[9]。

参考文献

- [1] 王晓今. 急性肝衰竭的病因及预后[J]. 肝脏,2007,12:11-13.
- [2] 于乐成,王守明,何长伦. 急性肝衰竭最新认识[J]. 肝脏,2008,13:404-410.
- [3] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学

- 会肝病学会重型肝病与人工肝学组. 肝衰竭诊疗指南[J]. 药品评价, 2007, 4: 3-7.
- [4] 杨绍基, 任红. 传染病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 23-51.
- [5] 姜天俊, 闫子国, 闫慧颖, 等. 戊型肝炎重症化早期预警指标[J]. 肝脏, 2007, 12: 74-75.
- [6] 官键, 宫琦, 金大地, 等. 创伤后肝细胞凋亡与坏死的检测及其意义[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22: 397-399.
- [7] 林世德, 罗亚文, 苏毅, 等. 重型肝炎研究进展[J]. 实用肝病杂志, 2009, 12: 73-75.
- [8] 钱何布, 郑志群. 严重创伤后急性肝功能损害的危险因素及防治策略[J]. 第三军医大学学报, 2006, 28: 1729-1730.
- [9] 唐克诚, 李海, 李谦, 等. 不同类型肝衰竭患者合并感染情况及对预后的影响[J]. 实用肝病杂志, 2007, 10: 109-111.

收稿日期: 2011-01-12

•消息•

医学论文写作中的注意事项

论文的写作前言主要概述研究的背景、目的、研究思路、理论依据等。有些研究还说明该研究开始的具体时间。前言必须开门见山、简要、清楚、切忌套话、空话、牵涉面过宽、详述历史过程或复习文献过多等。不要涉及本研究中的数据或结论。不要与摘要雷同。未经检索, 前言中不可写“国内外未曾报道”等字样, 也不可自我评价达到“XX水平”或“填补XX空白”等。前言通常不需要标题。论著文稿的前言一般不超过250字; 比较短的论文可以只用小段文字起前言作用。

方法主要介绍对象(人或实验动物, 包括对照组)的选择及其基本情况, 以及研究所采用的方法及观察指标。常用标题有“材料与方法”、“对象与方法”、“资料与方法”等。

临床研究需交代病例和对照者的来源、选择标准及研究对象的年龄、性别和其他重要特征等, 并注明参与研究者是否知情同意。临床随机对照组研究应交代干预方法的设计(随机方法)和所采用的盲法。实验研究需注明动物的名称、种系、等级、数量、来源、性别、年龄、体重、饲养条件和健康状况等。

个人创造的方法应详细说明“方法”的细节, 以备他人重复。改进的方法详述改进之处, 并以引用文献的方式给出原方法出处。原封不动使用他人方法, 应以引用文献的方式给出方法的出处, 无需展开描述。

药品、试剂应使用化学名, 并注明剂量、单位、纯度、批号、生产单位和生产时间。仪器、设备应注明名称、型号、规格、生产单位、精密度或误差范围。无须描述其工作原理。

统计学处理项应说明统计分析方法及其选择依据。

结果的叙述应客观真实、简洁明了、重点突出、层次分明、合乎逻辑, 不应与讨论内容混淆。若文稿设有图表, 则正文不需重述其全数据, 只需摘述其主要发现或数据。若使用文字描述, 内容冗长繁琐不易读懂, 则应改用图或表来表达数据, 以收到一目了然的效果。应认真核对正文和图表的数据, 达到准确、统一。统计学分析应交代统计方法、统计值, 仅有 P 值不能体现重要的定量信息。

讨论应着重讨论研究中的新发现及从中得出的结论, 包括发现的意义及其限度, 以及对进一步研究的启示。若不能导出结论, 也可以进行必要的讨论, 提示建议、设想、改进的意见或待解决的问题。应将研究结果与其他有关的研究相联系, 并将本研究的结论与目的相关联。不必重述已在前言和结果部分详述过的数据或资料。不要过多罗列文献。避免做不成熟的主观推断。讨论中一般不应设置图或表。

本刊编辑部