

# 早期误诊为肝性脑病患者的临床分析21例

隆莉, 张继万

隆莉, 张继万, 武警四川总队医院感染科 四川省乐山市 614000

作者贡献分布: 此课题由隆莉与张继万设计; 研究过程由隆莉与张继万共同完成; 数据分析和论文写作由隆莉完成。

通讯作者: 隆莉, 614000, 四川省乐山市市中区柏杨路, 武警四川总队医院感染科. lsllili-2001@163.com

电话: 0833-2452779 传真: 0833-2452778

收稿日期: 2008-03-18 修回日期: 2008-04-24

接受日期: 2008-05-12 在线出版日期: 2008-07-08

## Clinical analysis of 21 cases with early misdiagnosis as hepatic encephalopathy

Li Long, Ji-Wan Zhang

Li Long, Ji-Wan Zhang, Department of Infectious Diseases, Sichuan Corps Hospital of Chinese People's Armed Police Forces, Leshan 614000, Sichuan Province, China

Correspondence to: Long Li, Department of Infectious Diseases, Sichuan Corps Hospital of Chinese People's Armed Police Forces, Baiyang Road, Shizhong District, Leshan 614000, Sichuan Province, China. lsllili-2001@163.com

Received: 2008-03-18 Revised: 2008-04-24

Accepted: 2008-05-12 Published online: 2008-07-08

### Abstract

**AIM:** To investigate underlying causes for early misdiagnosis as hepatic encephalopathy and thereby to gain a better understanding of hepatic encephalopathy.

**METHODS:** Twenty-one cases misdiagnosed as hepatic encephalopathy were retrospectively analyzed, including their possible causes and clinical features.

**RESULTS:** Final diagnosis included hyponatraemia encephalopathy, alcohol withdrawal syndrome, chronic alcoholism Wernicke encephalopathy, hypoglycemic coma, cerebral hemorrhage and uremia acidosis. The underlying causes for misdiagnosis may be: narrow clinical diagnosis thinking; lack of complete understanding of pathogenic condition; undetailed inquiry and check-up and failure to master differential diagnosis of hepatic encephalopathy.

**CONCLUSION:** When patients with liver diseases

es present with mental disorders, detailed and complete inquiry and check-up are required, and relevant laboratory tests and causal analysis from perspective of diagnostic thinking should be done to avoid a misdiagnosis.

**Key Words:** Hepatic encephalopathy; Early diagnosis; Misdiagnosis

Long L, Zhang JW. Clinical analysis of 21 cases with early misdiagnosis as hepatic encephalopathy. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008; 16(19): 2181-2183

### 摘要

**目的:** 研究早期误诊为肝性脑病的原因, 提高对肝性脑病的认识。

**方法:** 采用回顾性调查方法, 分析21例误诊为肝性脑病患者的早期误诊原因及临床特点。

**结果:** 确诊为低钠性脑病、酒精戒断综合征、慢性酒精中毒Wernicke脑病、低血糖昏迷、脑出血和尿毒症酸中毒, 误诊原因: 临床诊断思维狭隘, 先入为主; 对病情缺乏全面分析; 问诊不仔细, 查体不全面; 对肝性脑病诊断及鉴别诊断不熟悉。

**结论:** 临床医师对肝病患者出现神经精神症状, 应全面询问病史及仔细查体, 及早进行相关的实验室检查, 从诊断思维入手进行病因分析, 避免误诊。

**关键词:** 肝性脑病; 早期诊断; 误诊

隆莉, 张继万. 早期误诊为肝性脑病患者的临床分析21例. *世界华人消化杂志* 2008; 16(19): 2181-2183

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/2181.asp>

### 0 引言

肝性脑病(hepatic encephalopathy, HE)在我科是常见的危重症, 是严重肝病引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合征, 其主要临床表现包括神经和精神方面的异常, 如意识障碍、行为失常和昏迷。但临床也常遇

### ■背景资料

肝性脑病是临床常见的危重症, 是严重肝病引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合征。但肝病患者临床出现的神经精神方面异常, 也常遇见误诊为肝性脑病。

### ■同行评议者

关玉盘, 教授, 首都医科大学附属北京朝阳医院消化科

#### ■同行评价

本文具有临床诊疗参考价值,但误诊病例临床资料分析过于简单,学术价值一般。

见误诊为HE病例<sup>[1]</sup>,现将1999-01/2007-12我科收治的早期误诊为肝性脑病的21例病例分析如下。

## 1 材料和方法

1.1 材料 21例患者均为住院患者,男15例,女6例,年龄30-75(中位年龄44)岁,均为慢性肝病患者,其中肝炎肝硬化7例,酒精性肝硬化7例,原发性肝癌2例,重型肝炎5例。所有患者均出现精神精神症状,早期被误诊为HE。

1.2 方法 慢性肝病诊断标准依据2000-09中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合修订标准<sup>[2]</sup>。HE主要诊断依据为:严重肝病和(或)广泛门体侧枝循环分流;精神紊乱、昏睡或昏迷;HE的诱因;明显肝功能损害或血氨增高。扑击样震颤和典型的脑电图改变有重要参考价值<sup>[1]</sup>。本组患者均慢性肝病患者,临床表现均有肝功能受损表现:如乏力、纳差、厌油、肝区不适,其中腹水、双下肢水肿12例;黄疸10例;14例有肝掌或蜘蛛痣,7例有皮肤瘀点、瘀斑或牙出血、鼻出血;2例出现呕血、黑便。肝功检查均有不同程度损害,胃镜检查16例有不同程度的食道、胃底静脉曲张。均出现神经精神症状:嗜睡4例、昏睡2例、昏迷3例、谵妄2例,躁狂2例,晕厥1例、抽搐1例,偏瘫2例。采用回顾性研究方法。

## 2 结果

2.1 确诊 早期均诊断为并发HE,经系统检查或按肝性脑病治疗无效,后被确诊并发低渗性脑病9例,酒精戒断综合征4例,慢性酒精中毒Wernicke脑病2例,低血糖昏迷3例,脑出血2例,尿毒症酸中毒昏迷1例。

2.2 治疗及转归 确诊为低渗性脑病9例,基础疾病为肝硬化5例,重型肝炎3例,肝癌1例,血Na<115 mmol/L、OSM<250 mmol/L,补钠后低渗性脑病治愈。补钠量=(142-实测血钠值)×体重(kg)×0.2。但1例重型肝炎因肝功能衰竭住院1 mo后死亡。确诊为酒精戒断综合征4例,予纳洛酮治疗,慢性酒精中毒Wernicke脑病2例,予维生素B1、烟酸治疗,基础疾病均为酒精性肝硬化,治疗后神经精神症状消失。确诊为低血糖昏迷患者,系肝癌1例,重型肝炎1例,肝硬化出现肝源性糖尿病1例,血糖均<2.8 mmol/L,予高渗葡萄糖治疗后意识回复。确诊为脑出血2例,系肝硬化失代偿期1例,重型肝炎1例,均经头颅CT确诊,1例重型肝炎并发脑出血死亡。确诊为尿

毒症酸中毒昏迷1例,基础疾病为肝炎肝硬化、乙肝相关肾,按尿毒症予透析、纠酸等综合治疗,无效,死亡。

## 3 讨论

HE是肝病患者常见的并发症和死亡原因,其诊治标准应该为临床医师掌握、熟悉,更应注意其鉴别诊断。肝硬化、重型肝炎患者肝功能不全,易发生水钠潴留,其形成机制较为复杂,与有效循环血量减少、肾血管收缩和血流重分配、RAAS激活、AVP/ADH分泌增加和灭活减少、前列腺素分泌减少等均有密切关系<sup>[3]</sup>。因此予低盐饮食,利尿等治疗,但因长期低盐饮食、稀释性低钠血症、腹泻、利尿剂等造成钠丢失出现低钠血症,进一步发展为低渗性脑病,脑细胞水肿,脑缺血缺氧,出现一系列神经系统症状,易误诊为HE,如继续限钠、利尿治疗,低渗性脑病病死率可高达100%<sup>[4]</sup>。本文9例误诊患者均有腹水,均存在上述诱因。酒精性肝硬化为临床肝硬化常见病因之一。长期饮酒者中枢神经系统处于抑制状态,突然戒酒或骤然减量,则失去抑制作用,导致交感神经系统被激活,引起酒精戒断综合征:如明显震颤及出汗,幻觉及意识障碍,并有定向力和近期记忆力障碍,易与HE混淆。本组误诊病例经详细询问病史,都有突然戒酒或骤然减量诱因,纳洛酮治疗症状迅速缓解。注意酒精戒断综合征患者的手震颤与HE的扑翼样震颤鉴别:前者是双上肢甚至四肢、全身的抖动,后者是举起双上肢时特异的掌指关节的扑翼样震动<sup>[5]</sup>。Wernicke脑病首先Cal Wernicke于1881年报道,是维生素B1缺乏所致的营养缺乏性疾病。临床以“眼肌瘫痪、共济失调、精神及意识障碍”三联症为主要表现<sup>[6]</sup>。患者可突发自知力、定向力障碍,焦虑不安,精神错乱,意识障碍,也可能与HE混淆。2例误诊病例经医师详细检查均有共济失调表现,予维生素B1、烟酸治疗后症状消失。肝病患者出现低血糖昏迷,一是肝源性糖尿病使用胰岛素过程中,一是重型肝炎、肝癌患者。肝源性糖尿病多继发于慢性肝炎、肝硬化,是指继发于肝实质损害的糖尿病,临床表现以高血糖,葡萄糖耐量减低为特征<sup>[7]</sup>。治疗原则上禁用口服降糖药,主要是因为多数药物存在肝损害,应尽量早用胰岛素<sup>[8]</sup>。在用胰岛素过程中容易出现低血糖昏迷,患者可能有躁动不安等表现,易与HE混淆,但注意测血糖<2.8 mmol/L,既能明确诊断。重型肝炎患者,当肝细胞损害超过80%

时,几乎均伴有糖代谢异常,其中70%表现为低血糖<sup>[9]</sup>。是因肝细胞大面积坏死,致使肝糖原耗竭,肝糖原合成和糖异生作用减弱,对胰岛素的分解作用降低导致。肝癌患者,肿瘤组织过多利用葡萄糖,还可以分泌异常激素或类胰岛素样物质,亦能导致低血糖<sup>[10]</sup>。后两类患者出现肝源性低血糖症与肝病经过相平行,肝病改善低血糖的好转,预后往往取决于肝病的病情。严重肝病造成合成凝血因子功能严重障碍,凝血酶原时间显著延长,容易发生自发性出血,当颅内出血时,临床出现神志改变与肝衰竭后期的HE的症状十分相似,易于误诊、漏诊<sup>[11]</sup>。此2例患者经全面分析均有颅内出血表现:如头痛、呕吐、神志改变、偏瘫等,神经系统检查有定位体征,均未引出扑翼样震颤,CT证实为颅内出血。因颅内出血病情凶险,常突然致脑疝形成,临床医师应特别重视。代谢性酸中毒昏迷,病因常是肾功衰、糖尿病酮症酸中毒、酒精中毒等,因有特殊病因,且有明确的实验室检查依据,一般不易与HE混淆,此例误诊病例基础疾病为肝炎肝硬化、乙肝相关肾,早期误诊系临床医师先入为主,只想到患者有肝硬化,未想到有乙肝相关肾,已经是尿毒症期。

误诊原因,临床诊断思维狭隘,先入为主:所有病例均为慢性肝病患者,且多数为肝硬化,患者一旦出现神经精神症状,受习惯思维的影响,易先入为主,考虑为HE。对病情缺乏全面分析:所有病例均有神经精神症状,临床医师只局限于HE的诊断,未考虑到脑部疾病、慢性酒精中毒、低血糖、代谢性酸中毒等其他可引起相同症状的疾病。且HE应该有明确的诱因:如上消化道出血、高蛋白饮食、感染、大量排钾利尿、放腹水、便秘等,而误诊病例往往缺乏明确诱因。问诊不仔细,查体不全面:低渗性脑病9例均有长期严格限制钠盐摄入,且在治疗中都应用了利尿剂,从而诱发低渗性脑病;酒精戒断综合征病例,都有近期突然中断饮酒,而问诊时忽视对近期饮酒史的询问;慢性酒精中毒Wernicke脑病查体均有共济失调表现,但早期误诊时未详细查体;脑出血昏迷患者的神经系统检查不仔细,出现一侧肢体活动障碍后才认真检查。对肝性脑病诊断及鉴别诊断不熟悉:注意肝硬化患者,如无明显发生肝性脑病诱因,大多

应考虑其他疾病,即应该注意HE的鉴别诊断。本文误诊病例中有一点值得注意:患者大多数都有血氨轻度升高,这可能也是误诊原因之一。氨中毒学说是HE的重要发病机制<sup>[12]</sup>,但血氨升高并不是HE确诊依据,特别是基础疾病为肝硬化的,血氨的含量与病情不一定呈平行关系<sup>[13]</sup>,临床中我们也可看见有的患者已深昏迷,血氨含量却不高,而有的肝硬化患者血氨含量 $\geq 200 \mu\text{mol/L}$ ,神志却较清醒。因为肝硬化患者,常伴有门脉高压,门体侧支循环建立,以致来自肠道的氨不经肝脏解毒而直接进入体循环,致使血氨增高;加上肝硬化患者肝脏解毒能力减弱,清除血氨的能力也不足,也致血氨进一步增加。个别肝硬化患者的血氨很高却不发生肝性脑病,考虑个体“氨耐受”或“氨适应”差异有关。

临床医师应该重视肝性脑病诊断及鉴别诊断,对肝病患者出现神经精神症状,应全面询问病史及仔细查体,及早进行相关的实验室检查,从诊断思维入手进行病因分析,避免误诊。

#### 4 参考文献

- 1 陈灏珠,廖履坦,杨秉辉.实用内科学.第12版.北京:人民卫生出版社,2005:2026,2031
- 2 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会.病毒性肝炎防治方案.中华传染病杂志 2001; 19: 56-62
- 3 Cárdenas A, Arroyo V. Mechanisms of water and sodium retention in cirrhosis and the pathogenesis of ascites. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2003; 17: 607-622
- 4 刘军,夏荣,刘冰.肝硬化低钠血症与相关合并症的治疗.中国老年学杂志 2005; 28: 973-97
- 5 李媚,梁颖茵,李鸣,王莺,林红征,徐雅.酒精性肝病合并酒精性戒断综合征32例临床分析.临床误诊误治 2006; 19: 37
- 6 韩顺昌,蒲传强,黄旭升,郎森阳,吴卫平,王培福. Wernicke脑病的临床、影像学及病理特点.临床神经病学杂志 2006; 19: 167-169
- 7 Sibley SD, Palmer JP, Hirsch IB, Brunzell JD. Visceral obesity, hepatic lipase activity, and dyslipidemia in type 1 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88: 3379-3384
- 8 姜丽萍,赵金满.肝源性糖尿病的诊断与治疗.世界华人消化杂志 2007; 15: 617-621
- 9 陈萍.血糖水平对重型肝炎患者预后影响的分析.中华肝脏病杂志 2006; 14: 572-573
- 10 袁泉云,杨新疆.低血糖昏迷31例误诊分析.右江民族医学院学报 2005; 27: 389-390
- 11 黄国栋,曹红,崇雨田,麦丽,赵志新.肝衰竭并发颅内出血13例临床特点及误诊分析.广东医学 2006; 27: 404-405
- 12 Lu LG. [Pathogenesis of hepatic encephalopathy] *Zhonghua Ganzangbing Zazhi* 2004; 12: 304
- 13 周镇先.血氨水平与肝性脑病关系的再认识.江苏医药 2003; 29: 560

编辑 李军亮 电编 何基才