

会阴脓肿引发慢加急性肝衰竭1例

陈峭, 李岩, 王垂杰

■背景资料

引发肝功能衰竭的原因很多, 在我国引起肝衰竭的主要病因是肝炎病毒(主要是HBV), 其次是药物及肝毒性物质(如酒精、化学制剂等)。而急性肝功能衰竭(ALF)是发生于正常个体的罕见病状, 表现为肝功能结果的迅速恶化, 并导致精神异常及凝血障碍。

陈峭, 辽宁中医药大学 辽宁省沈阳市 110032

李岩, 王垂杰, 辽宁中医药大学附属医院消化科 辽宁省沈阳市 110032

作者贡献分布: 陈峭与李岩对此文所作贡献均等; 本文由王垂杰教授指导。

通讯作者: 王垂杰, 教授, 110032, 辽宁沈阳皇姑区北陵大街33号, 辽宁中医药大学附属医院消化科. pkq215765@qq.com

收稿日期: 2009-10-22 修回日期: 2009-11-26

接受日期: 2009-11-30 在线出版日期: 2010-04-18

Perineal abscess-induced acute-on-chronic liver failure: a report of one case

Qiao Chen, Yan Li, Chui-Jie Wang

Qiao Chen, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning Province, China
Yan Li, Chui-Jie Wang, Department of Gastroenterology, the Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning Province, China

Correspondence to: Professor Chui-Jie Wang, Department of Gastroenterology, the Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, 33 Beiling Street, Huanggu District, Shenyang 110032, Liaoning Province, China. pkq215765@qq.com

Received: 2009-10-22 Revised: 2009-11-26

Accepted: 2009-11-30 Published online: 2010-04-18

Abstract

A 42-year-old male patient presented with nausea and vomiting after drinking. During hospitalization, he developed hemorrhoids and anal fistula infection, which led to left scrotal cellulitis, perineal abscess and eventually liver failure. After undergoing an operation, his condition improved.

Key Words: Infection; Abscess; Acute-on-chronic liver failure

Chen Q, Li Y, Wang CJ. Perineal abscess-induced acute-on-chronic liver failure: a report of one case. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(11): 1182-1183

摘要

患者, 男, 42岁, 因5 d前饮酒后出现恶心呕吐症, 于2005-07-06收入院, 住院期间患者因痔疮、肛瘘感染导致左侧阴囊蜂窝组织炎、会

阴脓肿, 高热不退, 进而引发肝功能衰竭, 经手术后病情得到好转。

关键词: 感染; 脓肿; 慢加急性肝衰竭

陈峭, 李岩, 王垂杰. 会阴脓肿引发慢加急性肝衰竭1例. *世界华人消化杂志* 2010; 18(11): 1182-1183

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/1182.asp>

0 引言

肝衰竭是多种因素引起的严重肝脏损害, 导致其合成、解毒、排泄和生物转化等功能发生严重障碍或失代偿, 以出现凝血机制障碍和黄疸、肝性脑病、腹水等为主要表现的一组临床症状候群。肝衰竭的处理是不仅是对内科医生临床医疗技术的挑战, 更是临床医疗管理上的挑战。改进和提高诊疗措施, 尽快明确肝衰竭的病因和诊断, 对于其预后具有重要意义。

1 病例报告

男, 42岁, 5 d前因饮酒后出现恶心呕吐症, 呕吐为胃内容物, 门诊以“胃肠功能紊乱”为诊断于2005-07-06收入院, 既往酒精性脂肪肝病1年, 痛风性肾病1年。近十年来每日酒精摄入量约400 g, 查体: T 36.5 °C, P 95次/分, R 16次/分, BP 125/95 mmHg, 神清, 巩膜无黄染, 心肺(-), 腹平坦, 肝脾肋下未及。腹软, 无压痛及反跳痛。移动性浊音(-), 肠鸣音亢进。彩超示: 脂肪肝。初步诊断: (1)胃肠功能紊乱; (2)酒精性肝病, 酒精性脂肪性肝炎。入院后查胃镜, 补充诊断为: 浅表性胃炎(重度), 十二指肠球炎(中度)。查肝功示: ALT: 52 U/L, AST: 181 U/L; 血常规: WBC: $4.9 \times 10^9/L$, RBC: $4.67 \times 10^{12}/L$, HGB: 164 g/L, PLT: $62 \times 10^9/L$, 甲乙丙戊肝炎病毒标志物: HBSAB(+), 余指标均阴性。予患者保肝降酶补充水、电解质, 维生素, 同时抑酸保护胃黏膜治疗, 予5%葡萄糖250 mL, 门冬氨酸钾镁2.0 g日一次静点, 0.9%氯化钠100 mL, 奥美拉唑40 mg日一次静点, 临时予5%葡萄糖250 mL, 生脉注射液60 mL一次静点, 病情尚平稳。07-11复查

■同行评议者

田宇彬, 教授, 青岛大学医学院附属医院消化内科;
徐可树, 教授, 华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科

肝功示: TP: 63.4 g/L, ALB: 31.6 g/L, GLB: 31.8 g/L, A/G: 1.0, TBIL: 22.6 $\mu\text{mol/L}$, DBIL: 12.4 $\mu\text{mol/L}$, ALP: 192 U/L, GGT: 254 U/L, ALT: 69 U/L, AST: 180 U/L, 07-22患者突然发热, 查体: T 39.5 $^{\circ}\text{C}$, 神清, 巩膜无黄染, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿性罗音. 腹平坦, 无压痛及反跳痛. 双下肢无水肿. 急查血常规: WBC: $9.9 \times 10^9/\text{L}$, RBC: $4.07 \times 10^{12}/\text{L}$, HGB: 141 g/L, NE: 89.6%, PLT: $63 \times 10^9/\text{L}$, 补充诊断: 发热原因待查(感染可能性大), 予物理降温, 头孢曲松钠静点抗炎, 效不佳. 患者发热持续不退, 07-24查体患者巩膜、皮肤黄染, 腹部膨隆, 腹壁静脉显露, 复查肝功: TP: 59.1 g/L, ALB: 27.7 g/L, GLB: 31.4 g/L, A/G: 0.9, TBIL: 134.5 $\mu\text{mol/L}$, DBIL: 85.7 $\mu\text{mol/L}$, ALP: 186 U/L, GGT: 651 U/L, ALT: 74 U/L, AST: 97 U/L, PT: 13.8 S, APTT: 45.1 S, PT%: 62.2%. 详询病情, 患者诉07-21曾于病房内摔伤后左髋部不适, 查局部皮肤红肿, 阴囊明显肿大, 超声示: (1)肝大; (2)脂肪肝; (3)双附睾体、尾增大, 回声欠均; (4)阴囊皮下与睾丸鞘膜之间积液(考虑积血). 请泌尿外科会诊意见: 考虑阴囊肿大不排除低蛋白血症所致局部水肿, 暂不予特殊处理. 然患者黄疸迅速加深, 胆红素持续升高(每日升高 $>17.1 \text{ mmol/L}$), 肝功继续恶化, 腹水迅速增加, 伴有恶心、呕吐等消化系症状, 07-27复查肝功: TP: 48.0 g/L, ALB: 22.8 g/L, GLB: 25.2 g/L, A/G: 0.9, TBIL: 205.1 $\mu\text{mol/L}$, DBIL: 136.3 $\mu\text{mol/L}$, ALP: 114 U/L, GGT: 296 U/L, ALT: 43 U/L, AST: 106 U/L. 出凝血时值: PT: 17 S, APTT: 41 S, PT%: 35.6%. 血氨: 80 $\mu\text{mol/L}$. 07-27下午出现肝性脑病, 临床诊断为慢加急性肝功能衰竭, 予密切监测患者肝功及出凝血时, 并向家属告知预后不佳. 患者阴囊水肿继续增大, 表面破溃, 有液渗出, 追询病史, 家属诉既往曾于沈阳肛肠医院诊断有痔疮, 肛瘘. 再请泌尿外会诊予局部消毒抽出脓性液10 mL, 送检常规及细菌培养示: 李凡他反应(+), 白细胞计数: $289 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞: 87%, 蛋白定量: 2.4 g/L, 于07-28转入泌尿外科继续治疗. 泌尿专科检查: 左侧阴囊肿大, 表皮破溃, 色红. 耻骨上腹股沟区红肿压痛, 阴囊根部与直肠之间可见脓肿, 范围约6 cm \times 3 cm, 其中央皮肤苍白坏死有破溃, 脓汁恶臭, 诊断: (1)左侧阴囊蜂窝组织炎; (2)会阴脓肿. 请肛肠科会诊补充诊断: 肛周脓肿, 肛瘘. 诊予阴囊脓肿切开引流, 无菌换药, 抗炎, 保肝降酶利

尿, 补充白蛋白及对症治疗. 术后患者阴囊部脓肿逐渐愈合, 会阴部创面缩小, 未再发热, 肝功能逐渐恢复, 黄疸、腹水逐渐消退, 09-12复查肝功示: TP: 76.1 g/L, ALB: 37.1 g/L, GLB: 39.2 g/L, A/G: 0.9, TBIL: 33.5 $\mu\text{mol/L}$, DBIL: 12.6 $\mu\text{mol/L}$, ALP: 110 U/L, GGT: 128 U/L, ALB 37.1 g/L, ALT: 38 U/L, AST 54 U/L, PT: 13.6 S, APTT: 36.5 s, PT%: 64.2%. 血常规: 大致正常. 患者病情好转, 于09-14转肛肠科继续治疗, 予其肛瘘瘻管切开术后, 病情好转出院.

2 讨论

引发肝功能衰竭的原因很多, 在我国引起肝衰竭的主要病因是肝炎病毒(主要是HBV), 其次是药物及肝毒性物质(如酒精、化学制剂等). 较常见的病因还包括细菌及寄生虫等病原体感染, 严重或持续感染(如败血症、血吸虫病等), 妊娠急性脂肪肝, 自身免疫性肝病等. 少见或罕见病因包括代谢异常、缺血缺氧、肝移植、肝脏肿瘤、创伤、辐射等^[1]. 治疗时必须查明病因, 针对病因治疗方可取得满意疗效. 本例患者是在慢性酒精性肝病基础上, 短期内出现胆红素升高(总胆红素 $>171 \mu\text{mol/L}$), 凝血酶原时间 $<40\%$, 并在2 wk内出现肝性脑病, 符合慢加急性肝衰竭诊断. 患者出现腹水、阴囊水肿等表现考虑与其肝功能升高、低蛋白血症有关, 予保肝降酶等治疗后效并不佳. 在详细询问病史和查体后, 发现患者因痔疮、肛瘘感染导致左侧阴囊蜂窝组织炎、会阴脓肿, 高热不退, 进而引起肝功能严重损害, 手术后病情得到迅速改善, 对于这种因严重细菌感染引发的肝功能衰竭临床上我们应给与重视. 同时, 本病例亦告诫我们在临床工作中必须一丝不苟, 对于出现中到重度的急性肝炎症状的患者, 应立即进行详尽的病史采集、细致的体格检查、全面的实验室检测, 以便早期对患者作出初始评估. 一旦作出急性肝衰竭的诊断, 尽早转入重症监护室(ICU)是首选处理措施^[2]. 任何一个细节都可能对诊治疾病有帮助. 只有这样, 才能做到不误诊、漏诊, 不延误患者的治疗.

3 参考文献

- 1 李兰娟. 肝衰竭诊疗指南. 中华内科杂志 2006; 45: 1053-1056
- 2 王宇明, 晏泽辉. 对美国肝病联合会《急性肝衰竭的处理》推荐意见的评述. 中华肝脏病杂志 2006; 14: 72-75

■同行评价

本文报告的病例是肝病基础上由感染诱发的肝衰竭, 有典型意义, 对医务人员的工作具有告诫作用.