

# 难治性肾病综合征合并药物性肝病 1 例报告

熊维建 陈原 杨敬  
(重庆市中医院 重庆 630013)

关键词: 难治性肾病综合征; 药物性肝病; 中西医结合疗法; 六味地黄汤; 强的松; 病例报告

中图分类号: R 692

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0074-02

## 1 病例介绍

患者男性, 17 岁, 反复头昏、头痛 1 年, 伴双下肢水肿 2 月, 于 2001 年 12 月 21 日入院。患者 1 年前无明显诱因出现头昏、头痛, 不伴恶心呕吐, 精神紧张及活动加重, 平静休息可缓解, 未引起重视, 未到医院诊治。2 月前, 无明显诱因出现双下肢轻度水肿, 尿量减少, 无发热、皮疹和关节痛, 到某大医院就诊, 查血压 150/110mmHg, 尿常规: Pro(++++), RBC (1~2 个/HP)。诊断: 肾病综合征。收入住院, 予以抗感染、降压、利尿及激素(强的松 60mg/d)治疗, 水肿消失, Pro(+++), 出院。出院后继续服用强的松等药物。2001 年 12 月 21 日到我院就诊, 收入住院。入院时述头昏、乏力、双下肢水肿。查体: T 36.5℃, P 84 次/min, R 20 次/min, BP 140/90mmHg, 发育正常, 营养良好, 全身皮肤及巩膜无黄染, 无肝掌和蜘蛛痣, 咽充血, 扁桃腺无肿大, 心肺(-), 腹软, 肝脾未扪及, 移动性浊音阴性, 双肾区无叩痛, 双下肢轻度水肿。既往无肝病及饮酒史。实验室检查: 血常规: RBC  $3.99 \times 10^{12}/L$ , Hb 110g/L, WBC  $7.4 \times 10^9/L$ , N 0.82, PLT  $159 \times 10^9/L$ 。尿常规: Pro(+++), BLD (+)。24h 尿蛋白定量 2.84g/L。生化: ALT 357U/L, AST 79U/L, AST/ALT 0.22, ALP 49U/L, LDH 230U/L, GGT 134U/L, TBA 18  $\mu\text{mol/L}$ , TP 52 g/L, ALB 33g/L, GLO 19.00g/L, A/G 1.74, TBIL 7.3  $\mu\text{mol/L}$ , DBIL 1.4  $\mu\text{mol/L}$ , GLU 4.4  $\mu\text{mol/L}$ , Urea 7.44  $\mu\text{mol/L}$ , CRE 90  $\mu\text{mol/L}$ , UA 362  $\mu\text{mol/L}$ , CHO 4.34 mmol/L, TG 1.17mmol/L, HDL-C 2.1mmol/L, LDL-C 1.62mmol/L, K 5.12 mmol/L, Na 139.3 mmol/L, Cl 5.5 mmol/L, CO<sub>2</sub>CP 24 mmol/L, Ca 2.23 mmol/L, IP 1.21mmol/L。凝血象: APTT 23.0 S, PT 10.9S, PA 299.0%, PTR 0.8g, INR 0.80, DfBg 2.479g/L, 乙肝三对 (-), HAV(-)。心电图: 左室电压稍高。胸片: (-)。B

超: 肝脏回声密集, 胆囊稍偏小, 左肾回声稍增强。初步诊断: 难治性肾病综合征, 药物性肝病。给予强的松、硫糖铝; 维生素 B<sub>6</sub>、维生素 E、绞股蓝总甙、火把花根片、洛丁新、得高宁、乐力胶囊、先锋必、川芎针、甘利欣及中药六味地黄汤加减等药物治疗, 2002 年 1 月 23 日查尿常规: Pro(+++), BLD (+)。24h 尿蛋白定量 4.08g/L。肝功: ALT 366U/L, AST 91U/L, AST/ALT 0.25, ALP 49U/L, LDH 263U/L, GGT 226 U/L, TBA 47  $\mu\text{mol/L}$ , TP 58g/L, ALB 37g/L, GLO 21.00g/L, A/G 1.76, TBIL 11.3  $\mu\text{mol/L}$ , DBIL 2.1  $\mu\text{mol/L}$ 。因尿蛋白未能控制, 病人及家属十分焦急, 在其一再坚持下试用环磷酰胺 0.6g+ 肌苷 1.6g 静滴。2002 年 2 月 4 日复查尿常规: Pro (+)。24h 尿蛋白定量 2.1g/L。肝功: ALT 668U/L, AST 123U/L, AST/ALT 0.18, ALP 49 U/L, LDH 299U/L, GGT 256U/L, TBA 36  $\mu\text{mol/L}$ , TP 569/L, ALB 39g/L, GLO 17.00g/L, A/G 2.2, TBIL 15  $\mu\text{mol/L}$ , DBIL 5.2  $\mu\text{mol/L}$ 。除洛丁“新、得高宁、硫糖铝之外的药物全部停用, 强的松更换为甲基强的松龙片, 予以阿托莫兰、能量合剂静滴, 2002 年 3 月 4 日复查: Pro (+++)。24h 尿蛋白定量 4.09g/L。肝功: ALT 298U/L, AST 53U/L, AST/ALT 0.20, ALP 55U/L, LDH 290 U/L, GGT 165 U/L, TBA 47  $\mu\text{mol/L}$ , TP 60g/L, ALB 42g/L, GLO 18.00g/L, A/G 2.33, TBIL 10.8  $\mu\text{mol/L}$ , DBIL 5.2  $\mu\text{mol/L}$ 。继续保肝治疗并予以霉酚酸脂控制尿蛋白, 患者肝功进一步好转, 尿蛋白亦较前减少。

## 2 体会

2.1 对于肾病综合征合并药物性肝病者应予以高度重视。肾病综合征由于具有大量蛋白尿、高脂血症、高凝血症和 / 或高血压, 治疗时间长, 治疗药物多, 治疗过程中又常继发各种并发症, 故易引起药物性肝损害, 使治疗矛盾更加复杂。临床

回声的不均匀, 晚期呈囊性变时, 表现为无回声和极低回声, 肌瘤钙化可发生在任何部位, 最常见于肌瘤表面表现, 形成肌瘤的强回声光环。

子宫腺肌症多见于 30~50 岁的经产妇或多次刮宫术后, 发病率的报道差异较大, 最高者报道 88%, 普遍认为发病率 10%~30%; 50% 合并子宫肌瘤。而当子宫内膜在子宫肌层中呈局限性生长形成的结节或团块时称为子宫腺肌瘤, 两者在超声图像上较难区别, 故易误诊。子宫腺肌症由于异位于肌层内的子宫内膜呈周期性出血, 造成局部纤维组织增生, 子宫壁的增厚, 肌层回声则是呈散在不均匀的强点状回声, 部分病灶内见低回声的积血小囊。局限型腺肌症, 使得子宫不均匀性增大, 宫内见圆形或类圆形低回声团, 或等回声, 稍强回声团, 边界模糊, 无包膜及声晕。

经腹超声由于患者憋尿不理想、肥胖等因素, 使得子宫肌壁显示不清, 而经阴道超声频率高, 且直接靠近子宫、附件等被检查脏器, 避开了肠道气体干扰及腹壁脂肪的衰减, 可行多方位扫查, 探头分辨力好, 被检测脏器及病变的结构, 边缘显示的更清晰, 使诊断正确性得以明显提高。

通过以上回顾性对照分析, 我们认为, 经阴道超声检查能较好地显示子宫大小、形态、肌壁厚度、肌层回声特点, 能将子宫腺肌症与子宫肌瘤鉴别, 为病人选择适当的治疗方法提供了可靠的依据。

## 参考文献

[1] 常才. 经阴道超声诊断[M]. 北京: 科学出版社, 1999: 251  
[2] 王淑贞. 实用妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 78

(收稿日期: 2005-03-15)

# 肝豆状核变性误诊 1 例

沈伟钢 张菁

(浙江省绍兴市第二医院 绍兴 312000)

关键词:肝豆状核变性;误诊;病例报告

中图分类号: R 742.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0075-01

## 1 临床资料

患者,男性 20 岁,未婚,农民,浙江绍兴人。2000 年 7 月出现双膝关节僵硬,屈曲困难,活动时疼痛,当地医院双膝关节 X 线未见异常,诊断为生长发育引起的关节疼痛,建议休息。半年后关节疼痛僵硬自愈。2002 年 7 月出现语言模糊,讲话不流利,在绍兴某医院五官科诊断为慢性咽喉炎,与消炎润喉治疗,无效。转投多家医院五官科检查治疗,行副鼻窦 CT 未见异常。2003 年 11 月到上海某医院五官科求诊,诊断为精神性构音障碍,建议心理治疗。因家在农村,无条件而未作治疗。2003 年底出现排尿不畅,但一直未作诊治。2004 年 7 月语言模糊日益明显,在绍兴二院行头颅 CT 未见异常。11 月排尿不畅加重到内科治疗。B 超示:肝硬化,脾肿大,双肾轻度弥漫性病变。门诊护肝治疗,效果不理想而于 2004 年 12 月以肝硬化、脾肿大收住入院。查体:神志清楚,五官端正,语言不清,表情呆板,四肢肌力正常,病理反射未引出,腹平软,肝肋下未及,脾肋下 3cm,无压痛,双下肢瘀点瘀斑,色素沉着。实验室检查:白细胞  $4.2 \times 10^9/L$ ,血红蛋白 146g/L,血小板  $58 \times 10^9/L$ ,谷草转氨酶 38U/L,碱性磷酸酶 186U/L,肝炎全套正常。

针对患者肝硬化原因详细询问病史后发现该病人有以下特点:青年男性,肝硬化,脾肿大,肾损害,骨关节损伤,神经系统损害。家属否认近亲结婚,否认有家族性遗传病史,否认嗜酒史。多系统病变以肝硬化为主,从一元论出发肝豆状核变性可能。首先眼科会诊在裂隙灯下检查发现不典型 K-F 环。然后予头颅 MR:两侧基底节区对称性 T<sub>1</sub> 加权低信号, T<sub>2</sub> 加权高信号,边界清晰。符合肝豆状核变性表现。最后神经内科会诊查血铜蓝蛋白  $<0.02g/L$ ,诊断为肝豆状核变性,继发

性肝硬化、脾肿大。予青霉胺和硫酸锌口服,同时服用维生素 B<sub>6</sub> 片等治疗,治疗后症状好转。

## 2 分析

该病人误诊有以下几个方面原因:(1)患者首发症状为双膝关节僵硬,无其他表现,而且半年后自愈,使患者产生了麻痹思想。在相当长的时间内一直未到医院求诊,延误了疾病的诊治。(2)病人一直以单个症状为治疗目的影响医生的判断。患者首先因双膝关节病变在骨科求诊,后因语言模糊至五官科治疗,两者缺乏特异性而且相隔 2 年,在求诊时未将病史全面叙述,导致医生只注意局部脏器病变而没有将他们联系起来综合考虑。(3)专科医学在诊治过程中,诊断思路狭窄,对本病认识不足,如骨科医生单只考虑骨关节病变而未考虑神经系统损害所致;五官科医生在本科检查无明显异常情况下也考虑其他疾病可能。以上医生均未行腹部 B 超检查或血生化、脑电图等检查,未能诊断本病。(4)放射科医生对肝豆状核变性的 CT 改变特征不熟悉也影响本病的诊断。(5)发现肝硬化、脾肿大后首先考虑为肝炎性或酒精性肝硬化,未明确病因的情况下盲目地对症治疗,延误了疾病的诊治。

## 3 经验教训

肝豆状核变性临床表现复杂多变,可为脑、肝、肾、骨关节等不同损害,缺乏特异性。且进展缓慢,可在相当长的时间内仅出现 1 个脏器受累的表现,极易误诊。临床发现青少年有不明原因脑、肝、肾、骨关节、神经系统损害时,应全面考虑进行眼科及铜代谢、腹部 B 超、头颅 MR 等检查,以利于早期诊断,早期治疗,改善肝豆状核变性的治疗效果。

(收稿日期: 2005-03-28)

上更多见一过性轻微肝脏损害或仅表现为 ALP、LDH、GGT、TBA 异常,不经处理或稍加治疗,肝功即得到改善的病人,对有个体差异、合并严重肝脏损害者易于忽视,从而造成不良后果。

2.2 治疗肾病综合征可能引起肝脏损害的药物 据资料报道,有明确肝脏损害作用的药物有环磷酰胺、硫唑嘌呤、先锋必等。强的松未有明确损肝作用,但因经肝脏代谢,加重负担,故以直接发挥效用的甲基强的松龙更为适宜。火把花根片未见损肝报道,但因系免疫抑制中成药,亦宜慎用。霉酚酸脂是一种新型的免疫抑制剂,主要通过抑制嘌呤代谢途径中的次黄嘌呤单核苷酸脱氧酶而抑制细胞的增殖。该药主要影

响 B 和 T 淋巴细胞,强有力地抑制抗体生成,抑制免疫细胞表面分子的合成,抑制细胞毒性 T 细胞的产生,调节亢进的体液及细胞免疫,无肝肾损害作用。但目前临床上已有引起肝功能改变的散在报道。在已发生肝脏损害的情况下,除必需药物一律停用,此时,中草药的使用亦应慎重。

2.3 对于肾病综合征合并药物性肝病者应及时处理 本文病例肝细胞损伤和胆道损伤均存在,经选用还原型谷胱甘肽、补充维生素及葡萄糖,并停用相关药物,使病情得到一定程度的缓解。

(收稿日期: 2005-02-28)