

- 析 [J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(6): 369.
- [3] 梁伟波, 张颖, 谢平畅, 等. 11 例急性乌头碱中毒的临床分析 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(6): 384.
- [4] 武明东, 都广礼. 乌头碱中毒致室性心律失常 1 例救治体会 [J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(6): 377.
- [5] 刘小斌. 邓氏温胆汤治疗“痰证”临床解读 [J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2011, 28(4): 46-48.
- [6] 王磊, 赵光举, 洪广亮, 等. 双黄连对乌头碱所致 PC12 细胞损伤的干预作用 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(6): 408-411.

- [7] 张建平, 张森, 张红霞, 等. 田芬兰教授用中药治疗疑难病经验总结 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(1): 68-69.
- [8] 刘忠民, 李南, 于贺, 等. 参麦注射液对家兔心脏骤停后综合征影响的实验研究 [J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25(11): 664-668.

(收稿日期: 2015-04-03)(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

肝性脊髓病 1 例报告

李红峰¹ 武子霞²

(1. 宁夏回族自治区人民医院, 宁夏 银川 750021; 2. 天津市天津医院外科 ICU, 天津 300211)

1 病例简介

患者男性, 53岁。主因“小便失禁, 意识障碍 1周”入院, 既往有酒精性肝病史, 因肝病脑病多次住院治疗。1周前无明显诱因出现小便失禁, 伴四肢不自主抽动和短暂性意识丧失, 每次持续约 1min, 可自行缓解, 无失语及定向力障碍, 无牙关紧闭, 无双眼上翻, 大便正常, 以“慢性酒精性中毒性脑病、酒精性肝病”入院。入院查体: 体温 36.8℃, 呼吸频率 20 次/min, 血压 120/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 脉搏 80 次/min, 意识清楚, 呼吸平稳, 除双下肢肌力下降、肌张力增高、腱反射亢进外, 其余检查均无异常。追问病史, 患者近 2 年出现双下肢肌力下降, 开始为双下肢无力, 沉重感并进行性加重, 目前走路不稳。头颅 CT 诊断为双侧大脑半球多发腔隙性脑梗死。

补充诊断: ① 肝性脑病; ② 酒精性肝病; ③ 肝性脊髓病(HM); ④ 腔隙性脑梗死。

治疗方案: 治疗原发病, 改善肝功能, 限制高蛋白质饮食, 口服乳果糖, 减少血氨生成、吸收, 降血氨, 补充 B 族维生素、神经生长因子等药物促进神经功能恢复和神经再生。

结果: 治疗后患者肝功能有一定程度改善, 肝性脑病得以纠正, 但 HM 症状无明显改善。

2 讨 论

HM 是慢性肝病患者晚期的一种罕见并发症, 好发于男性, 病因主要为肝硬化, 病理生理改变为皮质脊髓束的髓鞘脱失和轴突变性, 因其发病率低, 无统一的诊断标准, 易发生误诊漏诊, 延误治疗。HM 发病机制尚不明确, 目前认为系直接到达大脑和脊髓的氨、吲哚、硫醇等毒性物质损伤轴突、神经元细胞及髓磷脂, 导致轴突变性和髓鞘脱失; 肝硬化患者神经营养缺乏, 扰乱脊髓神经的营养代谢; 脊髓细胞免疫损伤等^[1-2]。该患者有明确的慢性肝病史, 实验室检查提示存在肝功能异常, 且多次发作肝性脑病, 血氨增高。HM 临床表现为进行性不可逆的双下肢瘫痪, 典型表现为双下肢无感觉障碍以及肌肉萎缩的进行性痉挛性瘫痪, 无尿道或肛门

括约肌障碍, 常有下肢肌力下降、肌张力增高、腱反射亢进、病理反射及踝阵挛阳性, 对上肢影响较小; 同时可伴有乏力、纳差、黄疸、肝性脑病、门静脉高压等肝病表现。肝性脑病的性格改变、行为异常和意识障碍在经过常规治疗后是可逆的, 但下肢痉挛性轻瘫在经过降氨等治疗后大多数不可逆。该例患者存在下肢肌力下降, 且进行性加重, 上肢肌力未见异常, 查体支持 HM 诊断。本次入院以反复发作的一过性意识障碍和精神症状的肝性脑病期为主, 伴转氨酶升高、乏力、纳差等肝功能损害和门静脉高压表现, 同时伴有小便失禁, 经改善肝功能、治疗肝性脑病后, 小便失禁好转, 考虑与肝性脑病相关。脑和脊髓症状的不平衡, 大脑症状是重复和瞬间出现, 而脊髓症状出现缓慢且逐渐恶化。HM 的实验室检查无特异性, 多数为转氨酶升高、胆红素升高、血小板减低、白蛋白降低、血氨增高等慢性肝病的常见表现; 其影像学检查如头颅 CT 或 MRI、脊髓 MRI 可无异常表现; 肌电图改变为双下肢神经源性损害^[3]。

目前对 HM 的内科治疗能在一定程度上改善患者的肝功能, 但对脊髓症状无明显作用, 肝移植是目前认可的较有效的治疗方法。但该病发病隐匿, 早期出现脊髓脱髓鞘病变, 中晚期出现轴突损害^[3], 早期进行肝移植可有效改善肝性脊髓病患者神经传导障碍^[4], 但多数患者确诊时已处于脊髓病期, 延误了最佳治疗时机, 最后发展为截瘫甚至死亡。

参 考 文 献

- [1] Wang MQ, Liu FY, Duan F. Management of surgical splenorenal shunt-related hepatic myelopathy with endovascular interventional techniques [J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(47): 7104-7108.
- [2] 李向林. 肝硬化并发肝性脊髓病的诊治 [J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(15): 3559-3560.
- [3] Utku U, Asil T, Balci K, et al. Hepatic myelopathy with spastic paraparesis [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2005, 107(6): 514-516.
- [4] Baccarani U, Zola E, Adani GL, et al. Reversal of hepatic myelopathy after liver transplantation: fifteen plus one [J]. Liver Transpl, 2010, 16(11): 1336-1337.

(收稿日期: 2014-08-06)

(本文编辑: 李银平)