

易误诊为病毒性肝炎的疾病

杨崇美 朱彦华

病毒性肝炎是各种肝炎病毒引起的以肝脏炎症和坏死为主的一组传染病,目前已知的肝炎病毒有甲、乙、丙、丁、戊、庚和近年发现的TTV。我国为肝炎高发区,临床上诊断病毒性肝炎并不难,但病毒性肝炎的临床表现呈多样性,黄疸、发热、食欲不振、恶心、呕吐、腹部不适、乏力等症状和肝大、腹水等体征并非病毒性肝炎所特有。临床上出现与肝炎相似的症状、体征和肝功能异常时,易被误诊为肝炎。为减少漏误诊,现将易误诊为病毒性肝炎的疾病综述如下。

1 肾综合征出血热

肾综合征出血热是由出血热病毒引起的全身性疾病,可致多脏器多系统损害,肝受损发生率为30%。由于出血热病毒对肝细胞的直接侵犯或免疫复合物在肝组织沉积以及肝内微循环障碍、微血栓形成等,均可引起肝细胞的破坏,而导致肝功能异常,可出现转氨酶明显升高、黄疸等,酷似病毒性肝炎。若患者以消化道症状为首表现,尚未出现出血热的特异症状或体征,易误诊为病毒性肝炎,已有多例误诊为病毒性肝炎的报道^[1,2]。笔者曾遇到6例患者,因发热、食欲不振、恶心、呕吐、黄疸,在当地医院误诊为病毒性肝炎,治疗效果不好,由基层医院转来,后证实为肾综合征出血热。

2 非肝炎病毒的病毒性肝损害

在原因未明的肝炎中,非肝炎病毒感染引起的肝炎近年有上升趋势,如EBV、巨细胞病毒、柯萨奇B组病毒,其临床表现和肝功能检查与病毒性肝炎相似。健康成人单核-巨噬细胞病毒性肝炎并不罕见,且无性别差异,也有传染性单核细胞增多症(EBV感染)误诊为病毒性肝炎的报道^[3]。因此,当肝功能异常,而肝炎病毒指标均阴性时,应注意检测这些病毒学指标,临床上经常遇到由CMV和EBV造成的肝损害。

3 肝豆状核变性

肝豆状核变性,又称Willson病,是以铜代谢障碍为主的一种常染色体隐性遗传病,铜在体内蓄积,肝脏最先受累,肝损伤常是最早的表现之一,且发生率最高,无特异性,极易误诊,早期误诊为病毒性肝炎,晚期误诊为肝硬化,单纯肝损伤尚未伴有神经系统症状出现时很难想到本病,故误诊率高,误诊时间长,杨绍基报道6例肝豆状核变性误诊为肝炎^[4]。

4 恶性组织细胞病(恶组)

恶组是单核巨噬细胞系统中的组织细胞异常增生,异常组织细胞浸润是本病的病理学基础。该病致多个器官受累,受累程度也有很大差异,所以临床表现复杂多样,常被误诊为其他多种疾病,当以肝脏浸润为突出表现时,可表现为黄疸、肝功能损害、肝大、高热等,易误诊为肝炎。张建民报道1例因高热、黄疸、乏力、纳差、恶心、呕吐入院,ALT410~504IU/L,按肝炎治疗无效,后证实为恶组^[5]。

5 Dubin-Johnson 综合征

Dubin-Johnson综合征是一种先天性非溶血非梗阻性以结合胆红素增高为主的间歇性黄疸,在肝细胞中有特殊色素沉着,肝功能可有轻度异常为特征的疾病,易误诊成肝炎。鲍云曾报道1例,因肝功能异常、肝大、黄疸、右上腹不适、纳差而误诊为病毒性肝炎^[6]。

6 妊娠特发性黄疸和妊娠合并脂肪肝

妊娠特发性黄疸可能是由于肝细胞分泌胆汁的过程发生障碍和毛细胆管膜的通透性增高所致^[7,8],大多数出现在妊娠后3个月,可有黄疸、皮肤瘙痒,尿色加深或白陶土样大便,全身情况好,偶有轻度肝大,肝功能检查ALT轻中度升高,分娩后黄疸很快消退,易误诊为胆汁淤积性肝炎。妊娠合并脂肪肝为发生于妊娠晚期的严重肝病,预后极差,病因不明,病理特点为肝脏严重脂肪浸润,临床表现与急性肝炎相似,急性起病,恶心、呕吐进行性加重,可伴有上腹疼痛,数天后出现黄疸,呈迅速加深,可伴出血、肾衰竭和妊高征。

7 甲状腺机能亢进

甲亢患者中,肝损害的发生率可达37.9%,近年来有关甲亢时黄疸的报道有增多趋势。甲亢时肝损害的原因和致病机制是多方面的,可能与甲状腺素异常增多,分解代谢亢进和自身免疫有关。有些患者以肝损害和黄疸为首发症状时,易误诊为肝炎。侯俊秀报道3例因食欲不振、恶心、呕吐、黄疸、肝大、肝功能异常,被误诊为急性病毒性肝炎^[9]。笔者曾遇2例因黄疸,肝功能损害为首诊的甲亢患者。

8 肺结核

肺结核病^[10]为少见病,由于临床表现缺乏特异性,容易漏诊或误诊,对发热、黄疸、肝大、肝功能异常,常首先考虑病毒性肝炎,而忽视了肺结核,应注意肝穿刺检查以资鉴别。

9 自身免疫性疾病

自身免疫性疾病种类较多^[11],如系统性红斑狼疮(SLE)、变应性血管炎、炎症性肠病等,可表现为肝大和肝功能损害,早期易误诊为肝炎,SLE有肝脏受累者约占39%~50%,以肝脏受累为首诊患者并非少见,易误诊为肝炎。

10 缺血性肝炎

肝脏急性缺血、缺氧导致肝细胞变性、坏死和肝功能损害,即可称为缺血性肝炎或缺氧性肝炎。其特征是患者在休克、严重低血压、急性左心衰竭或其他原因致急性严重缺氧发作24~36小时内血清转氨酶闪电式迅速显著升高,约48小时达高峰,峰值可达正常值的60~200倍;而在致肝脏缺血缺氧因素缓解或纠正72小时后即自动快速显著下降,约7~10天恢复或接近正常。病程可伴有黄疸、不适、厌食、肝大,ALT迅速升降(峰值可达正常上限的16~28倍)。陈义森^[12]报道2例,1例因消化道症状和肝功能损害误诊为病毒性肝炎入院,入院后即纠正诊断是冠心病,陈旧性心梗,心功能Ⅳ级,抗心衰治疗3天后黄疸消退,ALT由1200IU/L降至200IU/L,10天后完全恢复正常,血清学检查肝炎病毒指标全部阴性,肝、胆、脾、胰B超未见异常。另1例为慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、心功能不全入院,PaO₂为50.2mmHg,PaCO₂为103.2mmHg,ALT1080IU/L,于心功能好转后复查ALT即明显下降,2周后恢复正常。

11 血卟啉病

张守省报道1例肝性血卟啉病误诊为病毒性肝炎达14年。男,33岁,因间断纳差乏力尿黄14年,加重5天入院。14年前因先后5次查ALT、AST、TBIL升高而误诊为非甲非乙型病毒性肝炎,经治疗效果不好,后确诊是肝性血卟啉病^[13]。

因此,在肝损害明显时诊断病毒性肝炎要注意肝损害的多因性,对临床资料进行综合分析,注意与全身性疾病的肝脏损害

相鉴别,可减少以肝病为首诊者的误诊。

参考文献

- 1 朱敏.肾综合征出血热肝损害 138 例临床分析.河北医学,1998,4(9):19-20
- 2 许斌.流行性出血热 589 例误诊分析.中原医刊,1996,23(7):46-47
- 3 张晋红,杨康平.巨细胞病毒性肝炎的流行病学和临床.临床肝胆病学杂志,1999,15(3):136-138
- 4 杨绍基.误诊为慢性病毒性肝炎的肝豆状核变性 6 例分析.中华传染病杂志,1997,15(2):111-112
- 5 张建民.恶性网状细胞病误诊为肝炎 2 例报告.临床误诊误治,1991,4(5):42
- 6 鲍云.Dubin-Johnson 综合征误诊为肝炎 4 例报告.医师进修杂志,1989,12(3):47
- 7 刘润,张玉凤,于永兴.妊娠特发性黄疸误诊 2 例分析.中国综合临

- 床,1999,15(4):391
- 8 刚光霞,徐良珍,康艳丽.误诊为病毒性肝炎 24 例分析.中国综合临床,1999,15(4):388
- 9 侯俊秀,闫朝丽,王凤岐.甲状腺机能亢进 3 例误诊为病毒性肝炎.临床误诊误治,1999,12(5):388
- 10 谭友文.肝结核 14 例漏诊误诊分析.临床误诊误治,1999,12(3):179
- 11 李双利.变应性系统血管炎误诊为病毒性肝炎 4 例分析.中华误诊学杂志,1999,3(6):907
- 12 陈义森.心血管病并发肝脏损害的表现与识别.中华误诊学杂志,1999,3(9):1238-1284
- 13 张守省.肝性血卟啉病误诊为病毒性肝炎 1 例.中华肝胆病杂志,1999,7(1):431

作者单位:(250021 济南)山东省立医院内科

肾病综合征继发高血糖误诊糖尿病肾病 2 例

张 峰

我院于 1999 年 12 月收治 2 例具有典型肾病综合征的临床表现与化验室检查的患者,同时其空腹血糖多次高于正常,已达糖尿病诊断标准,但既往史中均无糖尿病史及糖尿病的“三多一少”症状,其中 1 例一度诊为糖尿病肾病,经口服降糖药、皮下注射胰岛素等治疗后,血糖控制不满意,且大量蛋白尿无改善,故重新评价血糖与肾病综合征关系后,认为高血糖可能为肾病综合征所继发,因此加用激素与环磷酰胺冲击治疗后,大量蛋白尿得到控制,血糖亦恢复正常,另一例则未加用降血糖药,在单用激素治疗而大量蛋白尿未能较好控制时,加用环磷酰胺冲击治疗,大量蛋白尿消失,而空腹血糖亦恢复正常,现报道如下。

1 病例介绍

1.1 病例 1 患者男,51 岁,因颜面、下肢水肿 3 年于 1999 年 12 月 6 日入院。既往无糖尿病史。查体:BP150/90mmHg,P86 次/min,R20 次/min,T 36.5℃,意识清楚,自动体位,颜面、眼睑水肿,心肺腹无异常,双下肢中~重度水肿。化验室资料:24 小时尿蛋白 8.3g/100ml,血浆清蛋白 28.5g/L,TG 4.21mmol/L,Ch 7.11mmol/L,多次空腹血糖在 7.8~10mmol/L,BUN 9.3mmol/L,Cr 130μmol/L,血常规正常,肾图:双肾供血正常、分泌引流功能轻度受损。B 超:双肾(左 11.5cm×6.1cm×5.0cm,右 11.4cm×5.7cm×4.5cm)内部回声正常,集合系统不分离,肝内回声稍致密、增强,未见占位。眼底检查正常,心电图正常,胸片正常。拟诊:糖尿病肾病经糖尿病饮食,先后服优降糖、二甲双胍、皮下注射胰岛素而空腹血糖控制仍不满意,波动于 6.8~7.2mmol/L 间,大量蛋白尿无减少,加服强的松后,血糖未见明显升高,4 周后尿蛋白仍为 8g/1250ml,而加用环磷酰胺冲击治疗后 1 周,24 小时尿蛋白减至 6.5g,2 周后减至 3.0g,第 4 周后为 0.15g,血浆清蛋白正常,水肿消失,多次化验空腹血糖正常,停服降糖药、胰岛素、普通饮食,仍未见血糖升高超过正常,最后确诊:肾病综合征。

1.2 病例 2 患者女,45 岁,因颜面、四肢水肿 2 个月,加重 4 日于 1999 年 12 月 20 日入院。既往健康,无糖尿病史。查体:BP100/70mmHg,P72 次/min,R18 次/min,T 36.4℃,意识清楚,颜面、眼睑水肿,心肺无异常,腹部微隆,移动性浊音(+),肝脾未扪及,双上肢轻度水肿,双下肢重度水肿。化验室资料:24 小时尿蛋白 14.3g/1500ml,血浆清蛋白 18.3g/L,BUN 4.3mmol/L,Cr55μmol/L,TG 3.97mmol/L,Ch 13.31mmol/L,HDL-C 1.49mmol/L,LDL-C 6.44mmol/L,多次空腹血糖检查

波动于 7.7~12.2mmol/L 间,胸片正常,B 超:①肝内回声稍粗糙,未见占位;②双肾形态饱满,实质回声稍增强(左 11.7cm×5.7cm×4.3cm,右 10.0cm×5.3cm×4.5cm);③中量腹水,眼底检查正常。入院后治疗上吸取上 1 例经验,未加降血糖药,而给予激素、环磷酰胺冲击治疗 8 周后,大量蛋白尿消失,血浆清蛋白恢复正常,水肿消退,空腹血糖亦恢复正常,最后诊断:肾病综合征。

2 讨 论

Christian 于 1932 年应用肾病综合征(nephrotic syndrome)这一名称,来概括因多种肾脏病理损害所致的严重蛋白尿为主要临床表现的病征^[1]。本病最基本的特点是大量蛋白尿(≥3.5g/d)、常伴有低清蛋白血症(≤30g/L)、水肿、高脂血症。根据病因分为原发性和继发性,前者诊断主要依靠排除继发性肾病综合征。继发性肾病综合征的原因很多,常见者为糖尿病肾病、肾淀粉样变、系统性红斑狼疮肾炎、新生物、药物过敏及感染所致,糖尿病肾病的诊断无特殊的临床和实验室表现。尿蛋白是诊断糖尿病肾病的主要线索,较长期的糖尿病史者出现蛋白尿,伴糖尿病眼底改变,又除外高血压病及其他肾脏病时,应考虑为糖尿病肾病^[2]。而原有糖尿病患者出现下列情况,可能系非糖尿病性肾小球硬化所致:糖尿病史少于 6~8 年便出现持续性蛋白尿;不伴有糖尿病眼底改变者;肾功能恶化迅速者;无蛋白尿阶段即出现肾功能损害者;明显的血尿者等。此 2 例患者既往无糖尿病病史、眼底检查无异常,在大量蛋白尿得到控制后,血糖亦恢复正常,因此高血糖为继发性。肾病综合征继发高血糖机制可能为:①低清蛋白血症继发胰腺组织水肿、胰岛 β 细胞功能降低、胰岛素分泌障碍,葡萄糖利用减少,因此血糖升高;②肝脏在因尿中大量蛋白丢失而合成清蛋白功能加强时,肝糖输出增多^[3],导致血糖升高。通过对此 2 例患者的治疗,我们认为在临床中遇到具有典型大量蛋白尿(≥3.5g/d)、低清蛋白血症、高脂血症、水肿而又伴有高血糖,但病史中无糖尿病史及眼底改变时,诊断上应考虑以肾病综合征为主,高血糖可能为继发性的。

参 考 文 献

- 1 王海燕主编.肾脏病学.第 2 版.北京:人民卫生出版社,1996.631
- 2 叶任高,沈清瑞主编.肾脏病诊断与治疗学.第 1 版.北京:人民卫生出版社,1994.300
- 3 陈灏珠主编.实用内科学.第 10 版.北京:人民卫生出版社,1998.832

作者单位:(650000)云南省思茅地区医院肾血液科