

• 短篇及病例报道 •      doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.20.052

# 乙型肝炎肝硬化并发肝性脊髓病 1 例报道

杜 青,赵晓慧,孙 娜,李乐军<sup>△</sup>  
(南京中医药大学连云港附属医院脑病科 222004)

[中图分类号] R512.6+1      [文献标识码] C      [文章编号] 1671-8348(2016)20-2879-02

肝性脊髓病为慢性肝脏疾病中不常见的一种神经系统并发症,人们对该病认识较晚。目前该病的发病机制仍不十分清楚。临床主要以缓慢进行性痉挛性截瘫为特征性表现。一般仅累及双下肢,感觉及括约肌一般不受累,长时间可导致废用性肌萎缩。临床上较易出现误诊、漏诊。本文报道 1 例本科收治的肝性脊髓病,总结其临床特点及诊治体会,现报道如下。

## 1 临床资料

患者,男,31 岁,因双下肢乏力 50 d 于 2015 年 6 月 23 日入院。患者于入院前 50 d 在当地中医院肝病科治疗肝性脑病期间出现双下肢乏力,行走不稳,偶有小便失禁,逐渐加重,不能行走,予对症治疗后血氨指标恢复正常,但下肢乏力未恢复。予营养神经等治疗(药物包括甲钴胺针剂及叶酸片剂)症状仍未改善。入院时患者神志清醒,精神差,双下肢无力,不能行走,无肢体麻木疼痛,无呼吸困难,无吞咽异常。既往有乙型肝炎、肝硬化病史 15 年。2014 年因脾功能亢进及反复上消化道出血行脾脏切除及门体静脉分流手术。入院查体:血压(BP)120/80 mm Hg(双上肢),慢性肝病面容,营养差,全身皮肤黏膜轻度黄染,巩膜中度黄染,未见角膜 K-F 环,双手见肝掌,心肺听诊正常。腹胀,叩诊肝浊音界 2 个肋间,肝区有叩痛,腹腔移动性浊音阳性,双下肢轻度水肿。神经系统查体:神清,脑膜刺激征阴性,颅神经检查无异常,双上肢肌力 4+级,肌张力正常,腱反射++,双下肢肌力 1 级,肌张力增高,腱反射++++,双侧 Babinski 征阳性,浅感觉无障碍,双下肢振动觉减退。入院后辅助检查:红细胞  $2.58\times 10^{12}/L$ ,血红蛋白 88 g/L,红细胞比容 25.3%。凝血酶原时间 26.4 s(10~14 s),活动度 26.5 (75~150),国际标准化比值 2.13(0.8~1.24),部分凝血酶原时间 67.7 s(20~35 s),纤维蛋白原 1.3 g/L(2~4 g/L),凝血酶时间 25.4 s(14~21 s)。乙肝两对半提示 2、4、5 项阳性。梅毒特异性抗体、人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体及丙型肝炎抗体均为阴性。肝功能:总胆红素 66.5  $\mu\text{mol/L}$ (0~21  $\mu\text{mol/L}$ ),直接胆红素 35.6  $\mu\text{mol/L}$ (0~10  $\mu\text{mol/L}$ ),总蛋白 58.6 g/L(60~80 g/L),清蛋白 29.1 g/L(35~55 g/L)。腹部超声:肝硬化、腹腔积液。头颅 MRI 未见异常。颈椎、胸椎、腰椎 MRI 提示颈 3~7 椎间盘轻度突出,胸、腰椎未见明显异常。神经传导速度(NCV)检查显示双下肢周围神经损害。肌电图提示上运动神经元损伤,重复电刺激检测未见异常。诱发电位提示脑干听觉诱发电位异常,下脑干受累。视觉诱发电位异常,双侧视通路损害。体感诱发电位上肢异常,左侧皮层下深感觉通路受累,体感诱发电位下肢异常,双下肢深感觉通路损害。入院后诊断考虑:(1)肌无力原因待查;(2)乙型肝炎肝硬化;(3)低蛋白血症。(4)营养不良性贫血。住院期间主要予保肝、营养神经、改善贫血、补充清蛋白、新鲜冰冻血浆等对症治疗,但效

果不显。请南京脑科医院专家会诊后诊断为:肝性脊髓病。治疗方案:给予促进氨吸收及增加肝素循环药物、大剂量神经营养剂、多巴胺替代治疗、改善微循环药物。因患者家庭经济原因,患者在会诊后签字出院,出院后携带以上治疗方案至当地医院继续治疗。两周后电话随访,患者仍以卧床为主,但自觉双下肢力量较之前改善,能短时间抬离床面。目前仍在用药过程中。

## 2 讨 论

肝性脊髓病是慢性肝脏疾病中不常见的一种神经系统并发症,人们对该病认识较晚,国内外临床报道也不多。1949 年 Leigh 等<sup>[1]</sup>首次报道本病。国内在 1976 年由河北省唐山工人医院内科神经病小组首次报道。本病至今无公认的诊断标准。头颅、脊髓 MRI 可完全正常,脑脊液检查多为正常,肌电图检查往往表现为上运动神经元损害。长期的高血氨聚集造成神经系统损害被认为是导致该病的重要因素<sup>[2]</sup>。此外低蛋白血症、营养不良、B 族维生素缺乏亦可能与之有关<sup>[3]</sup>。目前该病的发病机制仍不十分清楚,最为大家公认的机制为(1)毒性物质增多机制。(2)营养物质缺乏机制。该病主要以缓慢进行性痉挛性截瘫为特征性表现。一般仅累及双下肢,感觉及括约肌一般不受累,长时间可导致废用性肌萎缩。该患者诊断依据为(1)患者有慢性肝病史和肝功能异常,且有肝性脑病发病史;(2)在门体静脉分流术后发生;(3)起病隐匿、以双下肢为主的进行性不完全性痉挛性截瘫为主要症状,椎体束征阳性,一般无感觉、括约肌功能障碍;(4)患者头、脊髓 MRI 检查正常;(5)排除脊髓压迫症、脊髓炎、脊髓亚急性联合变性、遗传性截瘫、运动神经元病、肝豆状核变性等。

该患者下肢神经传导检查提示双下肢周围神经损害及双下肢振动觉减退是在早期将该病考虑为脊髓亚急性联合变性可能的重要原因。从目前分析患者的周围神经损伤及深感觉障碍应与肝性脊髓病无相关性,该情况可能存在于肝性脊髓病之前。因患者长年肝硬化病史,导致饮食严格受限,维生素 B<sub>12</sub> 的长期摄入不足,最终导致双下肢周围神经损失及深感觉障碍。最重要的是经维生素 B<sub>12</sub> 及叶酸治疗后,该患者的双下肢肌力无任何改善,这充分说明,其痉挛性截瘫与维生素 B<sub>12</sub> 缺乏无相关性。另该患者为肝性脑病发作后迅速出现脊髓病症状,临床上并不多见。以往报道中多为脾切除及门体静脉分流术后多先有脑病发生,之后才逐渐出现脊髓病表现;二者之间平均的时间间隔为 17 个月,迅速出现脊髓症状考虑分流术后的肝性脊髓病与肝性脑病可能有其各自不同的发病机制,所以肝性脊髓病并不是都会在肝性脑病后固定的时间段内出现。这种观点曾被 Zucker 等<sup>[4]</sup>在观察 1 例分流术后出现脊髓病症状,但始终未出现意识障碍等肝性脑病的病例中提出过。该病

特征性病理改变为皮质脊髓侧索对称性脱髓鞘,全脊髓均可见,以胸、腰段最为明显<sup>[5]</sup>。一般颈膨大及以上很少累及,而该患者存有双上肢对称性轻度瘫痪较罕见。但从另外角度分析,患者长期素食,营养状态差,且出现了低蛋白血症及营养不良性贫血,以上疾病也可能会引起患者肌力较正常有所下降。故不能完全断定其双上肢轻度瘫痪与肝性脊髓病有直接相关性。

肝性脊髓病并无有效的预防和治疗方法,关键还是治疗原发病,改善肝功能。肝移植可能是治疗该病的有效方法<sup>[6]</sup>,但涉及肝源、手术风险、免疫抑制剂使用、经济等问题导致不能广泛应用。近年来在国内采用血浆置换联合灌流法治疗肝性脊髓病<sup>[7]</sup>,且取得了较满意的疗效。中医药在治疗本病的报道较少,钱英教授认为该病属中医“风痺”病范畴,以肝肾阴阳两虚多见,在临床上运用地黄饮子治疗该病取得一定临床疗效<sup>[8]</sup>。该病的出现往往标志着肝硬化已经发展到晚期。肝性脊髓病本身不会加重原有肝病,也不直接威胁生命<sup>[9]</sup>。患者通常死于肝衰竭、肝肾综合征、肺部感染等。目前据报道出现症状后存活期最长为 7 年<sup>[10]</sup>。该患者的预后情况仍需长期随访。

参考文献

[1] Leigh AD, Card WL. Hepato-lenticular degeneration; a case associated with postero-lateral column degeneration [J]. J Neuropathol Exp Neurol, 1949, 8(3): 338-346.

[2] Bourgeois S. Hepademyelopathy[J]. Neurology, 1993, 43(3): 629.

[3] 吴欣,郑伟,唐云,等. 肝性脊髓病 11 例临床分析[J]. 中

华消化杂志, 2001, 21(6): 379-380.

[4] Zucker G, Labay GR, Goldfarb S, et al. Myelopathy associated with cirrhosis of liver and portacaval shunt [J]. New York State J Med, 1974(7): 402-406.

[5] Upton MP, Pai RK, Vieth M, et al. Esophageal disease and pathology [J]. Ann N Y Acad Sci, 2011, 1232(4): 376-380.

[6] Bain VG. Hepatorenal syndrome, hepatopulmonary syndrome, and now, hepatospinal syndrome? [J]. Liver Transpl, 2003, 9(9): 995-996.

[7] 王媛媛,张福民,吕洪波,等. 血浆置换联合灌流治疗肝性脊髓病的临床研究[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2014, 48(3): 241-242.

[8] 勾春燕,钱英,李晶莹,等. 钱英教授运用地黄饮子治疗肝性脊髓病经验初探[J]. 中西医结合肝病杂志, 2014, 24(1): 50-51.

[9] Shang QL, Xiao EH, Zhou QC, et al. Pathological and MR-DWI study of the acute hepatic injury model after stem cell transplantation [J]. World J Gastroenterol, 2011, 17(23): 2821-2828.

[10] Lebovics E, Dematteo RE, Schaffner F, et al. Portal-systemic myelopathy after portacaval shunt surgery [J]. Arch Inter Med, 1985, 145(10): 1921-1922.

(收稿日期:2016-01-18 修回日期:2016-03-27)

(上接第 2868 页)

基,科学促进人文发展”的理论机制。

可见,基于“供给侧”战略下重新思考的中医全程就业指导培养课程是立足于全程贯穿大学生涯,对应学生不同学期心理发育阶段及基础专业课程设置情况,着眼于中医人文素养过程培育、紧贴行业用人需求、引入行业共建指导就业的复合立体式就业指导培养新模式。

这一新模式下的专科层次中医全程就业指导课程对建立中医药文化自觉和行业自信,新常态下创造性发展中医药产业,提升自身核心竞争力,不仅在就业数据上更在人才培养质量上突破就业压力瓶颈具有重要意义,值得深入探索。

参考文献

[1] 白冰,宋岩静. 中医药相关专业高职毕业生就业质量情况调查[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(17): 143-145.

[2] 白冰,于昕. 中医药高职院校学生就业价值观调查与分析——以山东中医药高等专科学校为例[J]. 职业教育(下旬), 2013(4): 59-60.

[3] 邵敏敏. 当代高校就业指导工作的思考与再认识[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(1): 74-75.

[4] 滕野,张宗明. 中医院中医药文化建设探讨[J]. 中国医药导报, 2015, 12(28): 72-76.

[5] Chen J. Occupational guidance in american colleges and universities; supporting theories and their revelation [J]. J

College Advisor, 2013(4): 99-100.

[6] Watts AG, Sultana RG, Mccarthy J. The involvement of the European Union in career guidance policy: a brief history [J]. Inter J Educat Vocation Guid, 2010, 10(2): 89-107.

[7] 赵兰芳,项中. 论国外就业指导先进经验的借鉴与启示 [J]. 中国高等医学教育, 2010(5): 129-130.

[8] 谭利斌,左志富. 医学院校全程化就业指导模式下就业指导课程建设的思考 [J]. 现代医院, 2012, 12(7): 119-120.

[9] 王凤枝,李伯和. 医学院校全程化就业指导模式下就业指导课程建设的思考 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(4): 160-162.

[10] 段国华,张艳红. 高等教育中人文与科学关系的历史探寻与现实突破 [J]. 河北大学学报(哲学社会科学版), 2014, 39(5): 83-87.

[11] 范春,谭少明,李渊,等. 中医类专业毕业生社会评价调查及就业指导策略分析 [J]. 中国医药导报, 2012, 9(14): 138-139.

[12] 陈军,周密思. 中医院校大学生就业研究 [J]. 浙江中医药大学学报, 2013, 37(11): 1349-1350.

[13] 陈英,曹晶晶. 专科医学生就业指导课程教学改革与体会 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(16): 68-69.

(收稿日期:2016-01-11 修回日期:2016-03-12)