• 短篇论著 •

老年重型戊型肝炎临床特点及预后分析

张海燕 范振平 蔡少平 吉英杰 罗生强 张文瑾

戊型肝炎(简称戊肝)是老年急性病毒性肝炎的主要病因之一。据报道,老年戊肝发病率有上升趋势,重型肝炎发病率和病死率逐年增加。为探讨老年戊型肝炎的临床特点及相关预后因素,笔者对解放军第302医院2002年12月至2006年12月收治的老年戊肝进行了回顾性分析,报道如下。

1 资料和方法

1.1 病例选择 依据2000年第六次全国传染病寄生虫病学术会议制定的《病毒性肝炎防治方案》中戊型肝炎诊断标准,选取2002年12月至2006年12月收治的所有145例老年戊肝患者。

1.2 分组及相关定义 根据总胆红素(total bilirubin, TBIL)和凝血酶原活动度(prothrombin activity, PA),将患者分为老年普通型戊肝组(普通组)和老年重型戊肝组(重肝组)(TBIL≥171μmol/L, PA≤40%)。既往肝炎病毒感染的定义为:既往有急性肝炎病史或者入院查体发现丙肝抗体阳性而HCV RNA阴性或乙肝两个以上抗体阳性而抗-HBcIgM及HBVDNA阴性。糖代谢紊乱的定义为:既往血糖正常,而发病后空腹血糖>7.0mmol/L或者<3.9mmol/L者。酒精性肝病的诊断依据《酒精性肝病诊疗指南》,指长期饮酒史,一般超过5年,折合酒精量男性≥40g/d,女性≥20g/d,或2周内大量饮酒史(>80g/d)。日平均TBIL上升值=(最高TBIL)/(从出现黄疸到最高TBIL天数)。

1.3 检测方法和试剂 甲肝抗体、乙肝五项、丙肝抗体、抗HEV IgG、抗HEV IgM、抗HIV均采用ELISA方法,试剂盒由北京科卫试剂厂提供。肝功能检测使用奥林帕斯7500全自动生化分析仪。所有检测均在解放军第302医院检验科完成。检测方法均参照试剂盒说明书。

1.4 统计学处理 应用SPSS13.0统计软件,对定性资料作Pearson χ²检验或Fisher精确检验,对定量资料作t检验。

2 结果

2.1 重肝组与普通组临床特点比较(表1) (1)一般特点:两组之间年龄、男性比例无明显统计学差异。重肝组合并酒精性肝病、重叠其他病毒感染、合并肝硬化者比例明显高于

普通组(分别为34.5%vs13.8%,34.5%vs9.5%,20.7%vs0.9%),而两组在既往肝炎病毒感染、多发性肝囊肿、脂肪肝、糖尿病史等方面无明显区别。(2)生化特点:重肝组谷丙转氨酶(ALT)、TBIL都明显高于普通组;而PA、入院时白蛋白、胆碱酯酶(CHE)和总胆固醇(TC)水平则明显低于普通组。谷草转氨酶(AST)、直接胆红素/总胆红素(D/TBIL)虽高于普通组,但无明显统计学差异。(3)并发症:重肝组合并腹水、腹膜炎、糖代谢紊乱者比例明显高于普通组,并有肝性脑病10例、脑水肿4例、肝肾综合征3例,普通组无肝性脑病、脑水肿、肝肾综合征发生。(4)治疗结果:重肝组病死率为27.6%,而普通组为0,两者之间存在明显差异。重肝组治愈者平均住院日明显长于普通组。

2.2 老年重型戊肝死亡组与存活组预后因素分析 根据治疗效果将老年重型戊肝患者分为死亡组和存活组。6例老年重型戊肝患者因住院时间短,治疗结果为无效或者未治,预后不详,被排除在外。

2.2.1 影响预后的因素 重叠其他病毒感染、最高TBIL、日平均TBIL上升值、最高TBIL≥513μmol/L、最低PA≤20%、重度肝性脑病(Ⅲ度以上)的百分比、肝性脑病、肝肾综合征的百分比、同时合并3种以上常见并发症的百分比,死亡组明显高于存活组;死亡组甲胎蛋白(alpha fetoprotein, AFP)≥2倍升高的百分比明显低于存活组;而年龄、男性比例,从发病到出现肝性脑病的时间、AST/ALT>1、腹膜炎和上消化道出血的发生率两组无明显差异(表2.3)。

2.2.2 重型老年戊肝组死亡原因统计 重肝组8例死亡患者中,死于Ⅲ度以上肝性脑病者4例,死于肝肾综合征者4例。

3 讨论

多种原因均可导致肝衰竭,不同类型肝衰竭的临床特点和预后有所不同,戊型肝炎导致的肝衰竭是国内常见的重型肝炎原因之一。因此,笔者在研究重型戊肝预警分析^[1]的基础上,对近年来笔者所在医院老年重型戊肝的临床特点及预后因素进行分析,以期找出老年重型戊肝的发病规律,从而达到及时诊治,降低病死率之目的。

本研究中老年重型戊肝发病率为20%,高于本院非老年戊肝患者中重型戊肝的发病率(17.0%)^[1]。与老年普通

收稿日期:2007-04-28

作者单位:100039北京市,解放军第三〇二医院十一科

作者简介:张海燕,女,1973年11月生,山东潍坊人,医学硕士,主治医师

通讯作者:张文瑾,E-mail:Zhangwenjin302@sina.com

表1 老年重型戊肝和老年普通型戊肝的比较

组别	n	ALT(U/L)	AST(U/L)	TBIL(μ mol/L)	D/TBIL
普通组	116	1099.59 $\pm$ 773.96	629.78 $\pm$ 625.85	167.29 $\pm$ 101.73	0.76 $\pm$ 0.11
重肝组	29	1662.47 $\pm$ 728.78	880.89 $\pm$ 815.35	423.78 $\pm$ 195.18	0.72 $\pm$ 0.08
t 值		2.78	1.75	9.85	-1.66
P 值		0.01	0.82	0.00	0.10
组别	入院时白蛋白(g/L)	PA(%)	入院时 CHE(U/L)	入院时 TC(mmol/L)	
普通组	32.57 $\pm$ 3.67	95.48 $\pm$ 25.08	4824.90 $\pm$ 1848.12	3.91 $\pm$ 1.45	
重肝组	29.48 $\pm$ 3.17	36.66 $\pm$ 22.11	2923.89 $\pm$ 1191.57	2.28 $\pm$ 1.06	
t 值	-4.11	-10.83	-5.16	-5.32	
P 值	0.00	0.00	0.00	0.00	

表2 老年重型戊肝死亡组与存活组预后的单因素分析[例(%)]

组别	n	年龄(岁)	男性	重叠其他病毒感染	最高 TBIL
死亡组	8	69.50 $\pm$ 7.07	8(100)	5(62.5)	506.50 $\pm$ 237.47
存活组	15	67.33 $\pm$ 5.18	12(80)	4(26.7)	317.88 $\pm$ 137.66
P 值		0.60	0.53	0.04	0.01
组别	日平均 TBIL 上升值(μ mol/L)	最高 TBIL $\geq$ 513 μ mol/L	最低 PA $\leq$ 20%	CHE $\leq$ 2000U/L	AFP $\geq$ 2 倍升高
死亡组	64.22 $\pm$ 35.69	6(75)	5(62.5)	2(25)	1(12.5)
存活组	34.36 $\pm$ 19.10	2(13.3)	1(6.7)	3(20)	10(66.7)
P 值	0.01	0.01	0.01	0.59	0.03
组别	AST/ALT $>$ 1	从发病到出现肝性脑病的时间(d)	III-IV度肝性脑病/出现肝性脑病的例数(%)		
死亡组	2(25)	20.2 $\pm$ 12.1	4/7(57.1)		
存活组	3(20)	18.2 $\pm$ 11.1	0/3(0)		
P 值	0.50	0.53	0.01		

表3 老年重型戊肝死亡组与存活组并发症比较[例(%)]

组别	n	腹膜炎	肝性脑病	肝肾综合征	上消化道出血	3种常见并发症
死亡组	8	1(12.5)	7(87.5)	4(50.0)	3(37.5)	3(37.5)
存活组	15	2(13.3)	3(20.0)	0(0)	1(6.7)	0(0)
χ^2 值		0.00	1.45	10.16	3.32	7.23
P 值		0.73	0.01	0.01	0.10	0.03

型戊肝相比,老年重型戊肝合并酒精性肝病、其他病毒感染和肝硬化的患者的百分比明显升高,提示上述原因可能为导致老年戊肝重型化的相关因素。老年人肝脏解毒能力和再生能力差,因此一旦重型化,除 ALT、TBIL 明显升高外,其 PA、白蛋白、CHE、TC 等反映肝脏合成功能的指标明显降低,并且易出现腹水、腹膜炎、糖代谢紊乱、肝性脑病、脑水肿、肝肾综合征等并发症。这可能是老年重型戊肝病死亡率(27.6%)高于总体重型戊肝病死亡率(17.7%)^[2]的主要原因。

本研究中重叠其他病毒感染主要为乙型肝炎病毒感染,高庆华等^[3]认为慢性乙型肝炎重叠戊肝感染病理表现肝细胞坏死更严重,这可能为重叠其他病毒感染的重型戊肝患者病死率升高的原因。本研究发现,TBIL 高低反应肝脏损害程度,最高 TBIL 水平、日平均 TBIL 上升值与重型戊肝的病死率有关;最高 TBIL $\geq$ 513 μ mol/L 的患者病死率达 75%,最低 PA $\leq$ 20%病死率达 62.5%。说明 TBIL 和 PA 仍为老年重型患者主要的预后相关因素。由于急性戊肝患者多有明显

淤胆情况,故普通型戊肝与重型戊肝的 D/TBIL 无明显区别,这与其他原因导致的重型肝炎不同。

AFP 反应肝脏的再生能力,Schmidt 等^[4]认为 AFP 与患者预后有明显相关性,与本研究相一致,故 AFP 不失为重型戊肝的一个早期预后指标。

肝性脑病(尤其是 III 度以上者)、肝肾综合征等重型戊肝并发症与预后密切相关。本研究发现,一旦老年重型戊肝出现 3 种以上严重并发症导致的多器官功能衰竭,病死率可达 100%,因此在临床治疗中预防肝性脑病、肝肾综合征、腹膜炎、上消化道出血等严重并发症是降低重肝患者病死率的重要措施之一。重肝患者的预后与出现肝性脑病的时间无相关性,而与肝性脑病的严重程度有关,这与陈菊梅^[5]的观点一致。

本研究进一步说明,戊型肝炎也是老年肝衰竭的重要病因,尤其对于合并酒精性肝病、重叠其他病毒感染及肝硬化的老年戊肝,于起病之初即予积极支持、对症治疗,注意防治

多器官功能衰竭,特别是肝性脑病及肝肾综合征等并发症的发生,对于减少肝衰竭的发生率及病死率具有重要意义。

参考文献

[1] 张文瑾,范振平,张海燕,等. 重型戊型肝炎的早期预警分析. 中华医学杂志, 2006,86:2143-2145.

[2] Ramachandran J, Eapen CE, Kang G, et al. Hepatitis E superinfection produces severe decompensation in patients with chronic liver disease. J Gastroenterol Hepatol, 2004,19:134-138.

[3] 商庆华,于建国,肖德明,等. 慢性乙型肝炎患者重叠戊型肝炎病毒感染的临床与病理学研究. 中华内科杂志, 2002;656-659.

[4] Schmidt LE, Dalhoff K. Alpha-fetoprotein is a predictor of outcome in acetaminophen-induced liver injury. Hepatology, 2005,41:26-31.

[5] 陈菊梅. 对国内外重型病毒性肝炎(肝衰竭)一些认识问题的研究探讨. 传染病信息, 2005,18:S14-S17.

• 病例报告 •

老年患者植入埋藏式心脏复律除颤器及随访 1 例

张刚 曹雪滨 崔英凯 黄雄 毛继康

1 临床资料

恶性心律失常是心脏猝死的主要原因,大多数患者死于院外。对恶性心律失常所致晕厥及心脏骤停的幸存者,植入埋藏式心脏复律除颤器(implantable cardioverter defibrillator, ICD)可降低心性猝死率。解放军第二五二医院心内一科于2004年11月成功救治1例陈旧性前壁心肌梗死、室性心动过速伴晕厥的高龄患者,为其植入ICD,并随访,报告如下。

患者男性,74岁,因间断性胸闷、胸痛1年余,晕厥1次入院,既往有2型糖尿病、脑梗死、慢性支气管炎病史。患者1年前因急性前壁心肌梗死在当地医院治疗,未行溶栓及经皮冠状动脉介入(percutaneous coronary intervention, PCI)治疗。本次因发生晕厥入解放军第二五二医院治疗。住院期间突然出现胸闷、心悸,心电图监护示短阵室性心动过速。立即给予利多卡因静推,50J同步电复律,仍有短阵室性心动过速发作,再次给予利多卡因静推,100J同步电复律,给予胺碘酮静推,室性心动过速消失,心律恢复窦性。查体:血压120/80mmHg,双肺底闻及细湿啰音,心界稍向左下扩大,心率100次/min,律齐,未闻及心脏杂音。化验:肝肾功能、电解质正常。心肌酶正常。心电图示窦性心律,陈旧性前壁心肌梗死,完全性右束支传导阻滞。X线胸片:慢性支气管炎。心脏超声:左心、右房稍大,节段性室壁运动异常,左心功能减低,左室射血分数43%。患者入院前曾发生晕厥症状。有心肌梗死病史,存在心衰,目前有反复发生室性心动过速,随时可能发生心源性猝死。予安置ICD。患者住院15d出院。出院后坚持口服胺碘酮等药物。

2004年12月3日患者在家中,ICD出现放电,来医院经

程控分析仪检测证实当时患者出现室颤,ICD成功复律除颤。2005年9月19日凌晨,患者出现心悸,ICD先后电复律除颤达15次,再次来住院治疗,后经程控分析仪检测证实当时患者反复出现室性心动过速、室颤,ICD成功复律除颤,成功挽救了患者生命。

2 讨论

恶性心律失常通常发生于器质性心脏病患者,如冠心病、扩张型心脏病、右室发育不全等,少数(约10%)患者无器质性心脏病,常因运动、精神紧张、咖啡、吸烟及饮酒而诱发。近年来抗心律失常药物发展很快,新药物不断出现,但药物并不能杜绝心脏猝死的发生。冠状动脉PCI和搭桥在理论上可改善冠脉循环,减轻心肌缺血,减少心律失常发生的机会,但亦不能防止心脏猝死。射频消融术虽然对某些室性心动过速有效,但不能治疗室颤。ICD目前已成为心脏骤停幸存者以及有危及生命室颤和(或)持续性室性心动过速的高危患者的首选治疗方法,可显著降低患者心脏性猝死的发生率和总死亡率。国内ICD的临床运用已日益增多,目前第四代ICD具有抗心动过速、低能量电转复、高能量电击除颤及抗心动过缓起搏及信息存贮等功能,且经静脉单导管置入操作相对简单,避免了开胸手术,从而降低了手术并发症。

本例为高龄患者,有明确冠心病、心肌梗死病史,同时共存2型糖尿病、脑梗死、慢性支气管炎等多种疾病,反复发生室性心动过速、室颤,伴有晕厥症状,有明确安置ICD的适应证。ICD植入后多次成功电复律,挽救了患者生命。笔者认为,对符合ICD适应证且能承受相关费用的患者,应尽量植入ICD,以防发生心源性猝死,延长患者的存活期。

收稿日期:2007-12-06

作者单位:071000 河北保定市,解放军第二五二医院心内一科

作者简介:张刚,男,1973年8月生,河北省蠡县人,医学硕士,主治医师。E-mail:zg252@126.com