个案与短篇 文章编号:0253-3626(2009)01-0127-01

毒蕈中毒所致中毒性肝炎 6 例临床分析

樊 霞

（遵义医学院附属医院 ICU，贵州 563003）

【中国图书分类法分类号】R575.1 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-05-26

毒蕈俗称毒蘑菇，因其外观与可食的无毒野生蕈相似，易被误采食用而引起中毒。由于毒蕈所含毒素不同，中毒后临床表现多样，故给临床诊断和治疗带来一定困难，病死率较高。我们对 2006 年 6 月我院收治的 6 例以肝损害为主要表现的急性毒蕈中毒（白毒伞）的诊治经过进行了分析，旨在提高广大医师对该类疾病的认识，及时采取有效的防治措施。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者 6 例，男 5 例，女 1 例，年龄 14~20 岁，平均年龄 17 岁，均为在校学生。所有患者因采食野生蘑菇（白毒伞）集体中毒，于当地医院给予洗胃、输液等治疗，3 d 后病情加重而转入我院。

1.2 临床表现

全部病例于食用毒蕈后 4~12 h 出现恶心、呕吐、全腹持续性钝痛、水泻、大便 3~12 次 /d，每次量约 300~500 ml，继而出现头晕、乏力、纳差、心慌、黄疸。其中呕吐咖啡色液体 2 例，便血 1 例，血尿 1 例，里急后重 1 例，谵妄、烦躁不安、嗜睡、昏迷 4 例。体征：患者均有巩膜黄染，上腹部及脐周不同程度的压痛，肝区叩击痛，但无腹肌紧张及反跳痛；3 例肠鸣音增强，1 例触及肝肋下 2 cm。

1.3 实验室检查

入院查白细胞计数 $>10\times10^9$ 个 /L 2 例，中性粒细胞分类 >0.706 例，心肌酶谱升高 1 例，肝胆超声示肝肿大 1 例，6 例患者肝功能检查转氨酶及黄疸指数均明显升高，ALT (501~2327)u/L；AST（268~1947）u/L；总胆红素（35~108.5）μmol/L；直接胆红素（11.5~61.2）μmol/L；均有凝血功能异常及血氨不同程度升高，血浆凝血酶原时间（PT）为（20~120）s，凝血酶原活动度（PT%）（0~58）%；血氨（94~249）μmol/L；心电图示窦性心动过缓 1 例，窦性心动过速 2 例，肾功能均正常。

1.3 治疗及转归

入院诊断：毒蕈中毒。其中并发：中毒性肝炎 6 例，上消化道出血及肝性脑病 4 例。所有患者入院时在外院已给予催吐、洗胃、输液等处理，入院后给予甘利欣、门冬氨酸钾镁、促肝细胞生长素等保肝、退黄，积极补液纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱。有上消化道出血者给予制酸、止血、保护胃粘膜治疗，恶心、呕吐、腹痛明显者，给予阿托品；2 例患者短期应用地塞米松每日 10~20 mg；4 例并发肝性脑病者给予支链氨基酸、谷氨酸钠，弱酸液灌肠，促进氨的代谢，甘露醇脱水降颅压，其中 2 例患者给予血浆置换 2 000 ml，但为时已晚。4 例并发肝性脑病者最终因肝功能、凝血功能进行性损害而放弃抢救，出院后于次日死亡，2 例救治成功，痊愈出院。

2 讨 论

蕈俗称蘑菇，分有毒和无毒两种，有毒者种类繁多。毒蕈含有多种毒素，目前已知的毒蕈毒素为 150 余种[1]，大多含剧毒，若误食可引起中毒，多发生于农村，且常为集体中毒。毒蕈中毒的潜伏期为 3~24 h，根据中毒的临床表现，大致可分为四型[2]：胃肠炎型、神经精神型、溶血型、中毒性肝炎型。中毒性肝炎型毒蕈中毒病情凶险，如不积极治疗，死亡率高达 50%~90%。本组 6 例患者系集体中毒发病，有共同食用野蕈史，结合临床表现，可确诊为毒蕈中毒，根据患者描述，考虑为白毒伞中毒。起病时胃肠道症状较显著，经过 2~3 d 的假愈期后，随后出现肝功能损害的突出表现，出现黄疸、肝大、消化道出血，4 例并发肝性脑病、肝昏迷，最终死于暴发性肝衰竭。引起肝功能损害的毒蕈所含毒性成分主要为毒伞毒素（毒伞肽）（Amatoxins）及鬼笔毒素（毒肽）（Phallotoxins）。鬼笔毒素作用快，主要作用于肝脏；毒伞毒素作用较迟缓，但毒性较鬼笔毒素大 10~20 倍，能直接作用于细胞核，有可能抑制 RNA 聚合酶并能显著减少肝糖元而导致肝细胞迅速坏死。

对于中毒性肝炎型毒蕈中毒的治疗，目前尚无确切有效的药物。主要采取综合治疗措施，包括及时、彻底洗胃以排除尚未吸收的毒物；适当补充蛋白质，摄入充足的热量，补充多种足量的维生素，以利于肝细胞修复与再生，促进病情恢复。重视假愈期的治疗。假愈期实为内脏损害已经开始，假愈期中积极的护肝治疗可使部分轻度患者由此进入恢复期。重视并发症的防治。本组 4 例患者因肝功能损害严重，转氨酶和胆红素进行性升高，并发肝性脑病，虽经积极治疗，但最终死于肝衰竭。在治疗中应避免使用对肝、心、肾等器官有损害的药物。目前认为含巯基酶的药物可与毒素结合，打断了其分子中的硫醚键，使其毒力减弱，从而保护了体内含巯基酶的活性，甚至恢复部分已与毒素结合的酶的活力[3]，因此主张对中毒性肝炎型患者及处于假愈期的患者早期应用，本组病例因药源等问题未使用。国内文献报道[4,5]，血浆置换能够快速有效地清除血液中的毒物，最大限度地减轻毒物对器官和组织的损害，保护器官和组织的功能，能迅速有效地降低重症肝炎患者血清总胆红素及谷丙转氨酶，提高抢救的可靠性和成功率。但应尽早应用，本组患者给予血浆置换 2 例，但为时太晚，置换时已并发肝性脑病，疗效不佳，未能成功救治，因此强调早期进行血浆置换的重要性。

综上所述，中毒性肝炎型毒蕈中毒死亡率较高，尤其是出现肝性脑病、消化道出血等严重并发症时，加强早期治疗，尤其是以血浆置换为主的早期综合治疗，并积极监测肝功能，凝血功能是提高治愈率，改善预后的有效措施，若出现严重的转氨酶和胆红素升高，提示预后不良。

参 考 文 献

[1] 方克美，杨大明，常 俊.急性中毒治疗学[M]. 南京：江苏科学技术出版社，2002.311.

[2] 陈灏珠.实用内科学[M].第 10 版.北京：人民卫生出版社，1998.711.

[3] 柴湘平. 中毒性肝炎型毒菌中毒[J]. 中华医学杂志，2002，26(5)：286-287.

[4] 童环祥，李碧娟，王智纯，等.血浆置换的临床应用[J]. 中国现代医学杂志，2001，11(4)：86.

[5] 陈祝英，谢崇嘉，梁柱石，等.综合治疗加血浆置换救治重症肝炎疗效观察[J]. 中国危重病急救医学，1997，9(7)：422.

（责任编辑：冉明会）