维普资讯 http://www.cqvip.com

(25)
79-80.71

脂肪肝，急性，妊娠并发症，病因，治疗

急性妊娠脂肪肝（附2例报告及文献复习）

R 714.255

第二医院妇产科 胡丽娜 顾美礼 蔡汉中 刘维超

中图分类号 R714.255

急性妊娠脂肪肝（AFLP）是一种发生于妊娠晚期的疾病。症状极不典型，常表现为暴发性肝衰竭、产后出血、弥漫性血管内凝血，死亡率很高。本文报道本院近年收治的2例，一例康复，一例死亡。

病例报告

1. 女，26岁，$G_3P_0 37^{+4}$周临产于83年7月27日入院。孕早期无特殊。自孕33周出现头昏、眼花、呕吐、腹泻、继之出现黑便。孕36周出现皮肤黄染不伴搔痒，小便色黄，牙龈出血，鼻衄。入院时血压17.3/12kPa，双下肢浮肿（+），皮肤、巩膜轻度黄染。产程进展顺利，宫口开全1小时血压升至22.7/13.3 kPa，即顺产一男婴，胎儿娩出后20min，因出血多行人工剥离胎盘，出血约700ml，血压降至7.2/0 kPa，四肢冰冷，脉搏140次/min。经补液、输血，促宫缩剂使用，按摩子宫，出血迅速减少。10min后血压恢复正常。产后一天全身黄染加深，神清，拟诊为①病毒性肝炎，②急性妊娠脂肪肝。实验室检查：Hb65g/L，WBC15×10^9/L，血小板24×10^9/L，凝血酶原432u/ml，GPT 611u，ZnT，TT正常，SB'2.84μmol/L，SB8.62 umol/L，II100u，空腹血糖3.24mmol/L，HBsAg（−），尿胆红质阴性，尿胆原弱阳性。产后三天BUN13.85mmol/L，Cr240μmol/L，尿酸1904 μmol/L，甘油三脂49.39mmol/L，β-脂蛋白2.57g/L，胆固醇5.3mmol/L，DIC试验除3P试验阳性，其他正常。B超示脂肪肝。经输液、抗感染、能量合剂，保肝治疗，肾功能转为正常，3P试验阴转，SB'，SB正常，肝功能恢复。产后50d肝穿活检，病检为急性妊娠脂肪肝。产后4月痊愈出院。

2. 女，33岁，$G_1P_0 41^{+2}$周孕，因临产5小时于1987年10月29日上午9点入院。患者婚后4年不孕，经克罗米酚治疗后妊娠。孕22周血压14.4/10.1 kPa，肝功：GOT49u，GPT57u，余正常。HBsAg（−）。孕28周出现下肢浮肿（+～++），尿蛋白（−），孕40^{+3}周血压16.3/12.3kPa，尿蛋白微量，双眼底无异常改变。入院查：T37℃，P79次/min，R21次/min，BP17.9/11.2 kPa，身高1.41m，体重67kg，除妊娠外无异常体征。Hb127g/L，$RBC4.0\times10^{12}$/L，$WBC 13\times10^9$/L，N83%，L17%，BT1$\frac{1}{2}$'，CT4'。胎心监护CST阴性。因活跃期产程停滞行人工破膜，羊水I°混浊，胎心减慢，114次/min，决定剖宫产。手术开始后，血压降至10.7/8kPa，用升压药维持在13.3/9.33 kPa，娩出一男活婴，Apgar评分10分，胎盘胎膜娩出完整，但子宫收缩欠佳，应用宫缩剂后，子宫收缩好转，关腹。术毕发现阴道流血约500ml，血压再次下降至4.0/kPa，子宫收缩差，经按摩子宫，促宫缩药物使用（催产素总量80u，麦角0.8mg），快速输液，输血，升压药物使用，血压无回升，再次进腹，经双侧子宫动脉结扎，宫腔填塞纱布，阴道仍流血不止，出现血液不凝固，经抢救无效死亡。尸检病理检查证实为急性妊娠脂肪肝、DIC，肝肾功能衰竭。

讨论

AFLP于1934年首次报道，并认为是一种罕见病。其发病率估计为妊娠人数的1/百万[1]。1931～1984年国外至少有70例活检确诊[2]，自1980年以来，已有45例报道，其

维普资讯 http://www.cqvip.com

发病率为分娩人数的1/13,328[1]。发病率增高的主要原因是对该病的认识提高。

该病的发病机制不清，有人认为它属微泡脂病群的一种。与肝细胞代谢紊乱，尤其是线粒体，核糖体代谢紊乱有关。由于线粒体、核糖体受损，导致三羧酸酶系功能紊乱，核糖体6-磷酸葡萄糖酶功能降低，脂肪酸酶系功能紊乱，引起高血氨、低血糖、血清游离脂肪酸升高，肝细胞内甘油三酯聚积。其病因与病毒感染、药物中毒、营养等因素有关[8]。也有人认为它与妊高征有关，由于全身各器官小动脉痉挛，引起肝、肾功能受损，尤其是DIC，加重肝细胞线粒体、核糖体损伤[4]。

AFLP发病期在孕30～38周，常见于35周以后。多见于初产妇伴孪生或男胎者。AFLP孕妇恢复后再次妊娠可完全正常[8]。以恶心，反复呕吐、腹泻，约一周后出现黄疸并进行性加深为主要症状，继之出现暴发性肝功能衰竭，肾功能衰竭，肝性脑病及DIC。出血、休克、低血糖及肾功能衰竭为常见的死亡原因。少数伴急性胰腺炎、低蛋白的血症。胎儿常为死胎、死产[1~3]。

实验室检查：外周血WBC常>15×10^9/L，可高达30×10^9/L。血小板减少，可见幼红细胞。血清转氨酶增高，但很少>500u[1]。絮状反应一般正常[5]。血清直接胆红素增高，而尿胆红素阳性，尿胆原不增高。血氨增高[3,4]。凝血酶原时间延长，伴DIC者纤维蛋白原降低。BUN呈进行性升高，尿酸明显增高，低血糖常见[3]。血中游离脂肪酸增高，甘油三脂，胆固醇降低。B超可见典型脂肪肝波，如密集微波。但确诊依赖肝组织活检，HE染色肝细胞肿胀，胞浆有大量微小空泡形成[5]。油红O染色见肝细胞胞浆内有充满脂肪的微小空泡[2-3]。除肝细胞受损外，还伴有多器官损害：①肾小管液化性坏死和脂肪空泡形成；②胰腺炎；③中枢神经系血管周围嗜伊红坏死；④肾、肠道广泛出血和溃疡。

AFLP的临床诊断较困难，确诊必须经肝组织病理学检查。由于以下原因常造成漏诊：①临床经过良性，未考虑AFLP；②并发DIC时未行肝穿活检；③肝组织病变轻微。未采用脂肪特殊染色，亦可造成漏诊。其诊断依据为①病史：凡妊娠后期出现黄疸，恶心、呕吐和迅速肝功能衰竭，低血糖和DIC者更应警惕；②白细胞增多，高胆红素血症及血氨增高；③B超示脂肪肝波形；④病检示脂肪肝。对AFLP的诊断关键在于对该病的认识和警惕。本院2例、一例病程缓起，实验室检查多项指标符合AFLP，诊断亦明确，经抢救康复。另一例为暴发起病，病情凶险，无恶心、呕吐、黄疸等症状而表现为出血不止，以致根本未考虑AFLP的可能性。AFLP需与以下疾病鉴别：①病毒性肝炎：常有接触史，肝功明显损害，有血清学特异性病毒标志，病检肝组织广泛坏死。②妊娠期肝内胆汁淤积症：多先出现搔痒，后黄疸，无DIC及肝衰，经过良性，产后黄疸迅速消退。③妊高征：常无黄疸或轻度黄疸。

AFLP的治疗应注意以下几点：①支持疗法：静脉输液以纠正低血糖症。②治疗DIC：输新鲜血浆，早期用小剂量肝素。③补充血小板纠正血小板减少症。④纠正肝肾功能衰竭。⑥及时终止妊娠。近年来，多数作者认为诊断AFLP后应及早终止妊娠。自采取尽早终止妊娠以来，产妇死亡率由75—85%下降到33%，胎儿死亡率由85%降至66.7%[3]。1984年Ebert复习文献并结合二例患者治愈的经验，认为尽早分娩对AFLP是有益的[2]。Kaplan认为AFLP的病情可以突然和迅速恶化，对母儿均有危险[1]。至今还无AFLP孕妇在分娩前恢复的报道。在母婴死亡的41例中，无1例分娩；而在母婴均存活的8例全部已终止妊娠[2]。Hou也报告2例AFLP孕妇剖宫产后孕妇均存活，二对孪生子仅一例死于胎儿宫内窘迫[8]。多数患

（下转71页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

被漏诊。故应提高对败血症的警惕，及时复查血象、腹水常规和细菌学检查。

5. 治疗 本组大多数病例均及时选用庆大霉素、氨苄青霉素、灭滴灵和先锋必等抗生素控制感染，故死亡率比国外文献报道的25%为低。治疗原则上应根据分离出的病原菌作药敏试验的结果选用抗生素，但在未分离出致病菌以前，应视病情轻重缓急，以临床经验为主，按多数细菌感染为革兰氏阴性菌，少数为革兰氏阳性菌，个别为微量需氧菌、厌氧菌或霉菌的原则选用抗生素[12]。同时加强支持疗法，及早控制细菌感染以降低与感染有关的死亡率。

参 考 文 献

[1] Wyke RJ. Gut 1987; 28:623
[2] Xiol X, et al. Hepatology 1990; 11:365
[3] Runyon BA. Hepatology 1988; 8:632
[4] Grange JL, et al. Hepatology 1990; 11:360
[5] Gihin N. Hepatology 1990; 11:896
[6] Hoefs JC. Hepatology 1990; 12:776
[7] Hoefs JC. Gastroenterology 1990; 98:230
[8] Gines P. Hepatology 1990; 12:716
[9] Tito L, et al. Hepatology 1988; 8:27
[10] Burroughs AK, et al. Gut 1984; 25:133
[11] Grandsen WR, et al. Br Med J 1985; 290:505
[12] Palmer KR, et al. Gut 1985; 26:1296

(收稿日期 1992-06-20)

HEPATIC CIRRHOSIS COMPLICATED BACTERIAL INFECTION --- ANALYSIS OF 826 CASES

Li Xiaosheng, et al

The Second Hospital

In this paper, 826 hepatic cirrhosis with complicated various bacterial infection admitted to our hospital from 1972 to 1991, are retrospectively analysed. The tendency of change, distribution of age, several common complicated infections of cirrhosis and measures of prevention and treatment are briefly discussed

KEY WORDS Hepatic cirrhosis; Bacterial infaction

(上接80页)

者产后2日可见好转，DIC、肾功衰，脑病均可改善[2][6]，肝功也可迅速好转[1]。分娩方式按一般原则处理，引产失败及有产科指征者应行剖宫产，术时选择硬膜外麻醉，禁用全身麻醉[2]。

参 考 文 献

[1] Kaplan MM. The New England Journal of Medicine 1985; 313(8):367
[2] Ebert EC, et al. Digestive Diseases and Sciences 1984; 29(5):453
[3] Sherlock S. Gut 1983; 24:265
[4] 刘运俊. 重庆医药 1984; 13(6):62
[5] 龙绍孙. 广西医药 1987; 9(6):501
[6] Hou SH. Digestive Diseases and Sciences 1984; 29(5):449

(收稿日期1991-05-15)