DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.027

肝硬化并长期发热的诊断—附72例分析

姜利国 廖福权 江正辉 （第一附属医院 内科）

肝硬化伴有长期发热者并非罕见，有时诊断较困难。兹将我院近12年来经手术、肝活检、尸检证实的肝硬化72例伴有长期发热者作一分析。并探讨除成象检查外，实验室及病理诊断的价值。

临 床 资 料

72例中，男65例，女7例，男:女为9.3:1，年龄40～60岁多见占58.3%。肝硬化病理类型：门脉性肝硬化70例，坏死后性肝硬化2例，均为失代偿期。热程＞2周。72例发热原因见表。

表 72例肝硬化发热原因分析

	例数	%		例数	%
呼吸道感染与肺炎	10	13.9	败血症与内毒素血症	4	5.6
自发性细菌性腹膜炎	18	25.0	并发肝癌	13	18.1
肠道感染	2	2.8	脾切除与其它术后	17	23.6
胆系感染	4	5.6	上消化道大出血后	2	2.8
霉菌感染	4	5.6	不明原因	4	5.6

同时有二种发热原因者6例

一、呼吸道感染与肺炎 9例体温＞38℃。X线摄片检查：支气管肺炎3例，肺纹增加模糊6例。痰培养绿脓杆菌1例。死亡4例，其中死于肝昏迷3例，失血性休克1例。

二、自发性细菌性腹膜炎（SBP） 9例体温＞39℃。腹水检查，白细胞数均＞0.5×10^9/L，最高达96×10^9/L，PMN＞0.25×10^9/L。腹水pH7.274±0.15（7.052～7.446），动脉血pH7.415±0.08（7.224～7.533），A-AF pH差值0.14±0.11(-0.06～0.284)。腹水培养6例阳性（大肠杆菌4例，产气杆菌2例）。死亡10例（肝昏迷9例，感染性休克1例）。

三、肠道感染 体温均＞38℃。为粘液水样便，粪便有少量白细胞、脓细胞及红细胞，1例粪培养为副大肠杆菌。

四、胆系感染 体温＞38℃，伴右上腹或上腹痛、黄疸及胆结石。3例十二指肠引流液培养为大肠杆菌。

五、霉菌感染 体温＞38℃，其中霉菌性肠炎及霉菌性肺炎各1例，粪便及痰培养为白色念珠菌。4例均死亡，2例尸检证实为全身播散性新生隐球菌病。

〔例1〕男，25岁。发热2月入院。曾用青霉素、红霉素、卡那霉素、庆大霉素、四环素及激素治疗。T39.2℃，右下肺实变体征及湿罗音，肝脾未及。尿蛋白（卅），RBC30～40/高，WBC5～10/高，脓球0～15/高。GPT102u，TTT30u，白蛋白2.4g%，球蛋白2.6g%，HBsAg（+），AKP 28.5u，LDH1 010u，γ-GT 250u，γ-球蛋白29.4%。入院拟诊胶原性疾病。经强的松（60mg/日）和地塞米松（10mg/日）治疗后，病情渐恶化，最后死亡。尸解病理诊断：门脉性肝硬化，全身播散性新生隐球菌病。镜下：肝小叶正常结构消失被假小叶代替，其周围带肝细胞坏死或呈囊状结构，囊内有多数隐球菌，纤维组织间隔中见成团或散在之隐球菌。

六、败血症与/或内毒素血症 体温＞39℃ 3例，有明显毒血症状。血培养大肠杆菌2例，副大肠杆菌1例，链球菌1例。死亡3例。

〔例2〕女，25岁。间断发热1年入院。体温为稽留或弛张热，高热时伴畏寒、肝区胀痛、皮肤出血点及低血压。B超示慢性肝病，脾大，静脉胆道造影示胆囊炎。做胆囊切除时发现肝硬化。术后仍发热，血、尿、痰和胆汁多次培养为大肠杆菌，厌氧菌（－），溶血试验（卅）。经多种抗生素治疗无效，改用多粘菌素B 100万u/日静滴，体温降至正常，随访3年良好。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

七、原发性肝癌　7例体温＞39℃，为弛张热。血性腹水1例，自发性癌结节破裂2例。死亡7例，其中4例肝昏迷，3例食道静脉曲张破裂大出血。

〔例3〕女，56岁。发热2月入院。弛张热，肝肋下未及，剑下3 cm，质中。WBC32×10⁹/L，N 92%，γ-GT 34.4u，ZnT 19.2u，A/G 3.9/3.2g%，血培养（-），AFP（血凝、对流、火箭自显影法）5次均在正常范围。B超和肝扫描未见占位性病变。抗生素治疗无效。入院后2月，肝肋下3 cm，剑下4 cm，表面不平。腹腔镜检，肝左右叶多个小核桃大癌瘤灶。1月后死亡。

八、手术后热　17例中9例为脾切除术后，体温38℃左右，除1例伴引流口感染外，余均无感染原因。

九、上消化道大出血后热　体温38℃左右。三腔管压迫止血无效，1例死亡，1例手术治愈。

十、原因未明　体温37.5～38℃，抗生素治疗无效，经保肝、利尿腹水消退，肝功能好转后体温降至正常。其发热可能与肝病活动有关。

讨　论

肝硬化患者由于营养不良、低蛋白血症、门－体侧枝循环、脾功能亢进、肝枯否氏细胞吞噬作用减退、免疫机能低下、易致细菌侵入，并发感染，常见者为肺炎、SBP及败血症。本组因感染所致发热者占58.2%，尤以SBP和呼吸道感染多见（38.9%）。细菌培养多为革兰氏阴性杆菌。SBP及败血症死亡率较高[1][2]，本组分别为55.6%与75.0%。故及时诊断，积极防治是降低死亡率的重要措施之一。近年来慢性肝病并发全身性霉菌感染日渐增多。本组4例霉菌感染，其中2例经尸检证实为全身播散性新生隐球菌病。4例均用多种抗生素与/或激素10天以上，故其感染可能与大量广谱抗生素、激素的应用以及肝硬化本身抵抗力下降和免疫功能低下有关[3]。故在应用抗生素和激素时，应严格掌握适应症，并定期进行呼吸道分泌物、尿及粪便霉菌检查，以便及时发现深部霉菌感染。

肝硬化合并原发性肝癌多见[4]。肝癌伴发热者约25%[5]，其原因可能与癌肿生长迅速压迫血管，引起肿瘤缺血性坏死，或与阻塞胆管引起感染有关。对AFP（-）或低浓度女性肝癌患者，成象、腹腔镜、B超引导下细针穿刺及病理检查有助诊断。

参 考 文 献

1. Clumeck N, et al. 肝硬化病程中的败血症和自发性腹膜炎。国外医学内科学分册 1981；8(8)：383
2. Carey WD, et al. Spontaneous bacterial peritonitis: Clinical and laboratory features with reference to hospital-acquired cases. Am J Gastroenterol 1986;81(12):1156
3. 周子成，等。慢性肝病与严重全身性霉菌感染5例。四川医学 1985；6(4)：204
4. 钟光汉，等。肝细胞癌一42例尸检的病理分析。第三军医大学学报 1981；3(3)：6
5. Leslie J. Primary hepatic carcinoma. Am J Gastroenterol 1980;74(6):512

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net