

• 临床病例(病理)讨论 •

# 第 62 例——消瘦、发热、腹泻、休克

黄采 林卫 张馨元

【关键词】 消瘦； 发热； 腹泻； 休克

报告 1 例以消瘦、发热、腹泻、休克原因入院患者的诊治经过,并进行讨论。

## 1 病历简介

患者男性,67 岁,因发热、腹泻 3 d 来诊;体温最高 38.9℃,伴寒战、腹泻,稀水样便,每日约 20 次,每次量较多;伴脐周绞痛,便后缓解,有恶心、呕吐(胃内容物),无里急后重,无便中脓血。否认不洁饮食史和近期用药史。患者近 1 年来自觉乏力、纳差、恶心,体重下降 15 kg。外院曾怀疑为消化道肿瘤,但经 CT、全消化道造影、胃镜及结肠镜检查均未见异常。患者无冠心病、原发性高血压、糖尿病、肝炎、结核病、家族遗传病史。查体:体温 38.9℃,心率 94 次/min,呼吸频率 21 次/min,血压 105/55 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),身高 173 cm,体重 57 kg;明显消瘦,嗜睡,皮肤干燥,弹性差,皮温较低;浅表淋巴结不大,甲状腺阴性,颈无抵抗,双颈静脉无怒张,心肺无异常;腹软,无压痛、反跳痛,莫非征阴性,肠鸣音活跃;无神经系统定位体征。白细胞  $9.8 \times 10^9/L$ ,中性淋巴细胞 0.87,血红蛋白 134 g/L,血小板计数  $129 \times 10^9/L$ 。尿、粪常规及粪潜血均阴性。肝功能无异常,血  $Na^+126 \text{ mmol/L}$ ,  $K^+3.7 \text{ mmol/L}$ ,  $Cl^-94 \text{ mmol/L}$ ,  $HCO_3^-19.8 \text{ mmol/L}$ ,肌酐(Cr)  $147 \mu\text{mol/L}$ ,尿素氮(BUN)  $13.8 \text{ mmol/L}$ ,血糖  $3.9 \text{ mmol/L}$ ,总胆固醇  $3.96 \text{ mmol/L}$ ,三酰甘油  $0.84 \text{ mmol/L}$ ,高密度脂蛋白胆固醇  $1.19 \text{ mmol/L}$ ,低密度脂蛋白胆固醇  $3.41 \text{ mmol/L}$ ,纤维蛋白原  $6 \text{ g/L}$ 。血中肿瘤标记物检测:癌抗原 19-9 为  $3.4 \text{ kU/L}$ 、癌抗原 125 为  $1.7 \text{ kU/L}$ 、癌胚抗原为  $2.4 \mu\text{g/L}$ 。血气分析:pH 值 7.45,动脉血氧分压( $PaO_2$ )  $80 \text{ mm Hg}$ ,动脉血二氧化碳分压( $PaCO_2$ )  $31.8 \text{ mm Hg}$ 。心电图:窦性心律,  $V_5 \sim 6$

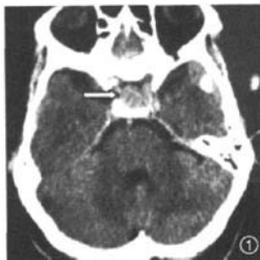


图 1 CT 平扫见患者鞍区可疑占位(箭头所示) 图 2 CT 片示患者垂体占位性病变,直径约 2 cm,符合垂体腺瘤(箭头所示)

导联 ST 段轻度压低。

## 2 诊疗经过

入院诊断:急性胃肠炎;消瘦原因待查。入院后给予流质饮食、补液及抗感染,静脉滴注(静滴)左氧氟沙星 250 ml,每日 2 次,奥硝唑 250 ml,每日 1 次,患者病情无好转,体温升高至 40.0℃,寒颤剧烈,血培养及粪培养阴性。入院后 2 d 患者血压下降至 80/55 mm Hg,心率 135 次/min,呼吸频率 36 次/min,抗生素改为美罗培南 1 g,每日 3 次。插入中心静脉导管,迅速补液后患者中心静脉压(CVP)由 8 cm  $H_2O$  (1 cm  $H_2O$  = 0.098 kPa)升至 18 cm  $H_2O$ ,但血压仍低,给予静脉泵入去甲肾上腺素。但患者逐渐出现意识不清、呼之不应,急诊查血  $Na^+132 \text{ mmol/L}$ ,  $K^+3.7 \text{ mmol/L}$ ,  $Cl^-98 \text{ mmol/L}$ ,  $HCO_3^-12.8 \text{ mmol/L}$ , Cr  $167 \mu\text{mol/L}$ , BUN  $81.0 \text{ mmol/L}$ ,血糖  $2.6 \text{ mmol/L}$ ,乳酸  $5.6 \text{ mmol/L}$ ;心肌肌钙蛋白 I(cTnI)0;动脉血气分析显示:pH 值 7.25,  $PaCO_2$   $19.8 \text{ mm Hg}$ ,  $PaO_2$   $72 \text{ mm Hg}$ 。静脉推注 50%葡萄糖 20 ml 后,患者血糖升至  $8.5 \text{ mmol/L}$ ,但意识无改善。

请相关科室专家会诊,根据该患者休克的分布性特点,应重点怀疑是否存在肾上腺危象。追问病史,患者 1 年前曾有一过性剧烈头痛。再次查体,患者无皮肤色素沉着,但腋毛及阴毛明显稀疏。紧急行头颅 CT 检查,可见鞍区有可疑占位性病变(图 1)。立即行相关内分泌

素检查,并行鞍区核磁共振成像(MRI)。考虑到该患者病情危重,临床高度怀疑是否存在肾上腺危象。立即静滴琥珀酸氢化可的松 100 mg,每日 3 次。补充激素后患者病情迅速好转,8 h 后意识转清,血压稳定;停用血管活性药物,2 d 后体温降至正常。再次行内分泌激素检查:血中游离皮质醇  $12.7 \text{ nmol/L}$  (正常参考值  $110.0 \sim 616.0 \text{ nmol/L}$ ),促肾上腺皮质激素(ACTH)  $2.79 \text{ pmol/L}$  (正常参考值  $<10.12 \text{ pmol/L}$ ),游离三碘甲状腺原氨酸  $1.97 \text{ pmol/L}$  (正常参考值  $2.77 \sim 6.31 \text{ pmol/L}$ ),游离甲状腺素  $13.2 \text{ pmol/L}$  (正常参考值  $20.0 \sim 35.0 \text{ pmol/L}$ );促甲状腺素激素(TSH)  $0.65 \text{ mU/L}$  (正常参考值  $0.38 \sim 4.34 \text{ mU/L}$ ),睾酮  $0.21 \text{ nmol/L}$  (正常参考值  $9.70 \sim 38.20 \text{ nmol/L}$ ),卵泡刺激素(FSH)  $1 \text{ U/L}$  (正常参考值  $1 \sim 7 \text{ U/L}$ ),黄体生成素(LH)  $0.11 \text{ U/L}$  (正常参考值  $1.00 \sim 8.00 \text{ U/L}$ )。MRI 检查示垂体占位性病变,直径约 2 cm,符合垂体腺瘤(图 2)。继续给予患者糖皮质激素及甲状腺素补充治疗,转神经外科择期手术。

## 3 讨论

主治医师:根据该患者临床特点及实验室检查,入院后给予流质饮食、积极补液及抗感染等治疗,但病情反而加重,是否与导致慢性体重减轻的原因有关,请上级医师进一步明确诊断。

副主任医师:该患者为老年男性,以

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2010.01.024  
作者单位:264000 山东,烟台白石肛肠医院普通内科

消化道症状为首表现,急性腹泻是常见疾病,病因多为感染,合并发热,提示病情较重。稀水样便,便中无脓血,一般多见于病毒和细菌毒素所致腹泻。每次腹泻量大提示小肠受累,水盐吸收受到影响。绝大多数急性腹泻病程自限,对症处理即可,但应警惕少数严重传染病,如霍乱。其他可能导致小肠源性腹泻的疾病包括小肠吸收不良、内分泌疾病、自身免疫性疾病和肿瘤,这些疾病多造成慢性腹泻,但偶尔也可急性起病。腹泻是否由消化道外疾病引起?患者近 1 年来出现体重明显下降,原因不明,按照一元论的原则,需将此次急性腹泻和慢性体重减轻联系起来考虑。引起体重明显下降的常见疾病有恶性肿瘤、糖尿病、结核和甲状腺功能亢进(甲亢)等。该患者虽然已接受了大量消化道方面的检查,但恶性肿瘤尚不能完全除外,例如小肠淋巴瘤即不易为消化道造影所发现。糖尿病若血糖控制不好可有非特异性全身症状,如乏力和纳差等,可进行血糖检查加以明确。甲亢患者可有大便次数增加,但通常不足以引起严重的水样泻。患者有发热、心率和呼吸频率加快,提示存在脓毒症。患者整体病程符合慢性消耗性疾病合并急性感染。皮肤表现提示患者为严重腹泻导致脱水致容量不足。嗜睡而神经系统无局限性体征,考虑代谢性脑病的可能性较大,立即行肝肾功能、血电解质及血气检查示 Cr 和 BUN 升高,提示为肾前性灌注不足。低钠血症可能与患

者意识改变相关。粪常规阴性表明肠黏膜炎症不明显,不支持侵袭性细菌感染(如菌痢),以病毒感染性腹泻可能性大。血气分析结果为呼吸性碱中毒,可能与脓毒症相关。该患者严重脱水、意识改变和肾功能受损,病情较重,需立即干预。

专家组分析:患者有高热、低血压、代谢性酸中毒,尽管细菌培养阴性,仍应高度怀疑脓毒性休克。经给予广谱抗生素、积极补液和血管活性药物治疗后病情无好转,且出现血压下降。从病理生理学角度考虑,平均动脉压=心排血量×外周循环阻力,心排血量=每搏量×心率,而每搏量取决于心脏前、后负荷和心肌收缩力。该患者经积极补液后 CVP 已明显升高,既往无心脏病史,临床无心功能不全表现,且心肌酶阴性,因此考虑低血压的主要原因很可能不是心排血量下降,而是外周循环阻力不足。按血流动力学分类,该患者应为分布性休克。除脓毒症外,分布性休克病因还包括过敏性休克、急性胰腺炎、急性肝衰竭和肾上腺危象等。该患者目前有低钠血症、低血糖和顽固性休克;既往长期纳差、乏力和体重减轻,应重点怀疑是否存在肾上腺危象,经内分泌激素检查及影像学检查验证诊断,补充激素后患者病情迅速好转。

肾上腺皮质功能减退分为原发和继发两种。前者是由于肾上腺本身的病变(如结核)导致肾上腺腺体破坏;后者是由于下丘脑-垂体病变导致 ACTH 产生减少。有无皮肤色素沉着是一个重要的

鉴别点,该患者皮肤颜色正常,且有毛发脱落,提示雄激素分泌不足,加之有头痛病史,头颅 CT 可见鞍区占位,因此高度怀疑其为垂体瘤导致继发性肾上腺皮质功能不全。患者皮质醇、甲状腺激素及性腺激素水平均减低,而 ACTH 和 TSH 并无反应性升高,提示垂体前叶功能减低。从影像学照片来看,该腺瘤内信号不均,加之患者曾有头痛病史,推测曾有垂体卒中。至此诊断终于明确,为垂体腺瘤压迫垂体,导致全垂体前叶功能减低。从临床表现来看,该患者的腹泻很可能为病毒感染所致,而其长期纳差、乏力和体重减轻可用全垂体前叶功能减低(主要是继发性肾上腺皮质功能减退)解释。

点评:该例患者以非特异性消耗症状起病,迁延 1 年之久未能明确诊断。此次发病系由肠道感染诱发肾上腺危象,出现循环衰竭,病情一度危重。肾上腺危象为原发性慢性肾上腺皮质功能减退症急骤加重的表现,常发生于感染、创伤、手术、分娩、过劳、大量出汗、呕吐、腹泻、失水或突然中断治疗等应激情况下。对于有乏力、食欲减退、体重减轻、血压降低、皮肤黏膜色素加深者需考虑慢性肾上腺皮质功能减退症。该病例提示我们,很多系统性疾病临床表现都缺乏特异性,尤其是消化系统症状,临床医师务求拓宽思路。若只从本专业角度考虑问题,临床思维过于狭隘,容易发生漏诊误诊。

(收稿日期:2009-07-06)

(本文编辑:李银平)

## • 科研新闻速递 •

### 一种新的治疗脓毒性休克的抗微生物肽

意大利的科学家最近合成了一种新的抗微生物肽 KKIRVRLSA(M33),它拥有以赖氨酸为中心、连接 4 条肽链形成的四支链结构,因而显示出强大的对抗蛋白水解的功能,可以中和细菌脂多糖(LPS)刺激机体生成的细胞因子,治疗由临床常见细菌感染导致的脓毒性休克。高压液相色谱分析和质谱分析法均证实 M33 可在血浆中稳定存在超过 24 h,对革兰阴性菌尤其敏感。对于临床常见的多重耐药致病菌如绿脓杆菌、肺炎克雷伯杆菌和鲍曼不动杆菌等,其最低抑菌浓度在  $0.3 \sim 3.0 \mu\text{mol/L}$ 。夹心酶联免疫吸附法分析显示,M33 可中和绿脓杆菌和肺炎克雷伯杆菌的 LPS,阻止 LPS 激活巨噬细胞产生肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ ),其半数有效浓度分别为  $3.8 \times 10^{-8} \text{ mol/L}$  和  $2.8 \times 10^{-7} \text{ mol/L}$ 。M33 也可用于治疗脓毒症,临床应用  $5 \sim 25 \text{ mg/kg}$  即可有效改善大肠杆菌和绿脓杆菌引起的脓毒性休克症状。科学家相信,M33 的这些特点使其能够在临床上普遍应用,成为一种新的高效抗菌药物。

杨明星,编译自《FASEB J》,2009-12-01(电子版);胡森,审校

### 失血性休克复苏后出现的肺损伤使机体活性氧明显升高

缺血/再灌注后出现的急性肺损伤会使支气管肺泡灌洗液(BALF)中细胞因子和活性氧(ROS)大量增加,希腊雅典的医学研究人员对此进行了研究。他们将机械通气兔分为不处理组(对照组)和失血性休克组,每组 12 只。休克兔回输自体血液进行复苏,末期留取 BALF 测定氧化应激参数和细胞因子,可见巨噬细胞和丙二醛含量升高( $P=0.043$  和  $P=0.003$ )。与对照组相比,休克组动物的总抗氧化能力(TAC)下降( $P=0.009$ ),ROS 产物明显增多( $P<0.001$ ),BALF 中肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素- $1\beta$ (IL- $1\beta$ )和 IL-6 的含量升高近 2 倍,且组织病理检查显示休克组动物的组织损伤比对照组严重( $P=0.022$ )。巨噬细胞数量、ROS 和 TAC 水平与肺损伤程度关系密切( $P$  值分别为  $0.006$ 、 $0.02$  和  $0.04$ ),与细胞因子却无关系。研究人员认为,失血性休克复苏引起急性肺损伤,使肺的氧化应激和炎症反应增强。因此,BALF 中的 ROS 是反映缺血/再灌注后肺损伤严重程度的良好指标。

杨明星,编译自《Tohoku J Exp Med》,2009,219:193-199;胡森,审校

## 第62例——消瘦、发热、腹泻、休克

作者: [黄果](#), [林卫](#), [张馨元](#)  
作者单位: [烟台白石肛肠医院普通内科, 山东, 264000](#)  
刊名: [中国危重病急救医学](#) ISTIC PKU  
英文刊名: [CHINESE CRITICAL CARE MEDICINE](#)  
年, 卷(期): 2010, 22(1)

本文链接: [http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_zgwzbjyx201001024.aspx](http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgwzbjyx201001024.aspx)