

·病例报告·

人疱疹病毒 3 型引起急性肝衰竭 1 例

曹秀波¹ 罗雨晴¹ 庄彦² 秦晓依² 俞康² 陈怡²¹温州医科大学第一临床医学院(信息与工程学院),温州 325000;²温州医科大学附属第一医院血液内科,温州 325000

通信作者:陈怡,Email:chenyi19527@163.com

【关键词】疱疹病毒 3 型,人;肝衰竭;炎症因子;二代测序

基金项目:温州市基础性科研项目(Y20210159)

DOI: 10.3760/ema.j.cn331340-20211101-00208

患者,女性,13岁,因“确诊慢性粒细胞性白血病4年,发热2周”于2021年4月24日收入温州医科大学附属第一医院血液内科。患者既往于2018年5月开始服用伊马替尼400 mg/d,后自行不规则服用并于2020年5月停药。2020年7月患者确诊为慢性粒细胞性白血病转变成急性淋巴白血病,无激酶区基因突变,改服用氟马替尼600 mg/d,半年后复查血液学缓解,BCR-ABL融合基因表达为138%,建议行异基因造血干细胞移植,患者家属拒绝。后患者自行不规则服用氟马替尼,于2021年4月复查骨髓提示复发。患者既往于2020年7月查血液、脑脊液确诊梅毒,使用长效青霉素治疗后于2021年4月复查血液梅毒TRUST、梅毒特异性抗体阴性。患者既往于2020年7月24日至2020年10月29日期间输注悬浮红细胞24 U。

患者4月24日入院体检显示,体温39.9℃,血压98/55 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),心跳138次/min。实验室检查结果显示,白细胞 $3.78 \times 10^9/L$,幼稚细胞百分数0.130,血小板 $242 \times 10^9/L$,红细胞 $2.19 \times 10^{12}/L$,血红蛋白63 g/L,C-反应蛋白152.5 mg/L,血液酸碱度7.462,凝血酶原时间16.1 s,凝血酶原活动度68%,国际标准化比值1.27,纤维蛋白原6.24 g/L,D-二聚体0.80 mg/L,降钙素原7.290 ng/mL;N端B型钠尿肽前体149.0 ng/L,肌红蛋白 <21.00 ng/mL,ALT 9 U/L,AST 15 U/L,肌酐58 $\mu\text{mol/L}$;痰培养、血培养显示无细菌及真菌生长。心功能超声检查显示,轻度肺动脉高压伴轻度三尖瓣反流;B超检查显示脾肿大;CT检查显示两侧胸腔少量积液。骨髓细胞学检查示骨髓增生极度减低,原始与幼稚细胞约32.0%。考虑患者感染性发热,肿瘤热不能除外,予注射用哌拉西林钠他唑巴

坦钠抗感染治疗。入院后患者反复高热,先后予注射用亚胺培南西司他丁钠、万古霉素、注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠联合阿米卡星加强抗感染,予地塞米松抗炎,予甘露醇降颅压治疗。排除禁忌证后,行CVIP方案(长春地辛、环磷酰胺、伊达比星、地塞米松)化疗。期间患者多次输注冷沉淀凝血因子、红细胞、血小板及血浆,体温波动于36.7~39.6℃。

入院第15天(5月9日),患者面部及全身开始出现散在红色水疱、丘疹(如图1),实验室检查示白细胞 $0.36 \times 10^9/L$,血小板 $6 \times 10^9/L$,血红蛋白60 g/L,C-反应蛋白48.1 mg/L,予以对症支持治疗。当日患者诉腰背痛,腹部膨隆,腹肌紧张,无压痛及反跳痛,CT检查示结肠扩张积气伴较多肠内容物,考虑“粪源性肠梗阻”,予灌肠、胃肠减压后症状未缓解。5月10日患者面部及躯干红色皮疹增多,生殖器新增红色皮疹,考虑“疱疹病毒感染”,予阿昔洛韦抗病毒治疗、护肝及调节免疫治疗等,后经二代测序(NGS)为人疱疹病毒3型,并进行水痘-带状疱疹病毒(VZV)基因深度分析最符合J1型。下午,患者出现氧饱和度下降,心率快,小便难解,导尿见浓茶样血性尿液700 mL,并予10 L/min储氧面罩给氧。同时急查血常规仍示红细胞,白细胞和血小板下降,ALT明显升高,凝血功能明显异常,IL-6、IL-8呈上百倍升高(表1),考虑“炎症因子风暴,急性肝功能衰竭”,予美罗培南抗感染,维生素K1改善凝血功能,甲泼尼龙抗炎及护肝治疗。5月11日患者复查血常规仍示三系下降,ALT呈上百倍升高,因患者呼吸急促、血氧饱和度低下予气管插管,因凝血功能极差予血浆置换,当日下午患者心率下降至30次/min,血氧饱和度未能测出,抢救一次后自动出院。