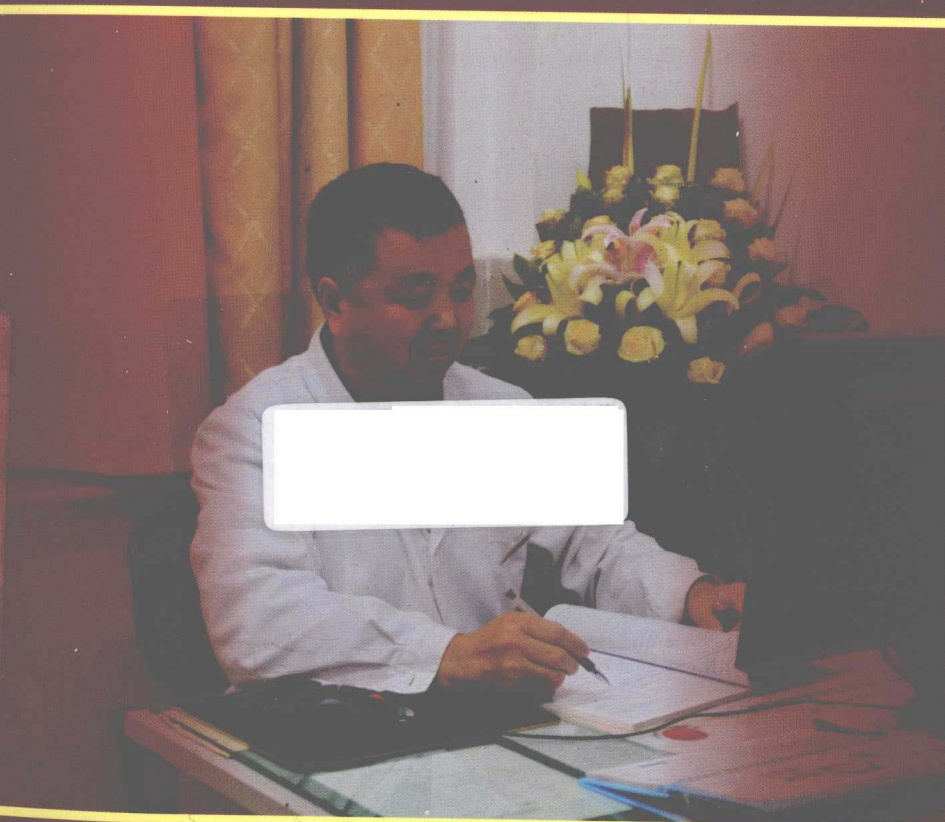


GANYINGHUA BINGFEI BUZHIZHIZHENG

肝硬化并非不治之症

孙新民 编著



陕西出版集团
陕西科学技术出版社

CLARIFY THE MISCONCEPTIONS OF HEPATITIS B AND C IN CHINESE

肝硬化并非不治之症

陈国良 编著



ISBN 7-309-05886-8
中国医药出版社

肝硬化并非不治之症

孙新民 编著

陕 西 出 版 集 团
陕西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

肝硬化并非不治之症 / 孙新民编著. — 西安 : 陕西科学技术出版社, 2012. 5

ISBN 978-7-5369-5380-2

I. ①肝… II. ①孙… III. ①肝硬变—诊疗 IV.
①R575. 2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 064457 号

-
- 出 版 者 陕西出版集团 陕西科学技术出版社
西安北大街 131 号 邮编 710003
电话(029)87211894 传真(029)87218236
<http://www.snstp.com>
- 发 行 者 陕西出版集团 陕西科学技术出版社
电话(029)87212206 87260001
- 印 刷 西安力顺彩印厂
- 规 格 850mm×1168mm 1/32 开本
- 印 张 5.5
- 字 数 138 千字
- 版 次 2012 年 5 月第 1 版
2012 年 5 月第 1 次印刷
- 定 价 18.50 元
-

版权所有 翻印必究

作者简介

孙新民教授是著名肝病专家,毕业于西安医科大学医疗系,留校在第二附属医院工作三十余年至今。主要从事肝病的中西医结合临床诊治与实验研究。尤其对慢性肝炎、肝硬化、肝腹水有独特的治疗方法,疗效显著。曾任西安医科大学第二附属医院肝胆病医院院长,传染科主任。现任陕西省肝病学会委员,美国疼痛研究院名誉院长,德国中国传统医学研究院客座教授、美国中医药大学教授。对慢性乙型肝炎,肝硬化、肝癌有扎实的基础与临床研究,倡导“中医辨证,西医确诊,急重症西医先行,稳定期中药调控,中医宏观指导,西医具体施治”的治肝法使无数重危患者得到及时、规范、系统、科学的治疗,而重获新生。在国内首创分型、分期、分步、定位肝病诊断法,把肝病分为五型、十五期、五十步,使每位患者明确自己的病情进程,制定出精确、到位的针对性治疗方案。特别是采取西医治疗的同时,运用中草药进行高浓度、少剂量、间歇性、周期性治疗方法,开创了祖国医学临床用药的新思维,新突破,该项成果已向全国推广,无数肝硬化患者从中受益,得以康复。先后出版《乙肝保健与咨询》、《乙肝康复指南》、《实用肝病学》、《肝病诊治揭秘》、《肝病诊治之困境与对策》等专著,应邀出访美、法、荷、意、日等十几个国家进行学术交流,其中《中国大陆肝病现状与对策》一文在西班牙、法国等国际肝病学术会议上讲演,引起极大轰动,《肝硬化微循环障碍的改善中草药占主导地位》《肝星状细胞凋亡与肝纤维化的因果关系评价》《不同类型肝硬化患者的优化治疗策略》在 58 届美国肝病学会年会上、欧洲 12 届肝病学会年会上,以及亚太肝病学会演讲后引起广泛关注与共鸣。他独特创新的治疗理念,极其认真负责的工作态度,崇高无私的医德风范,使无数国内外肝病患者从中受益,得到了社会各界的一致好评与赞誉。

作者从事肝病学术研究历程

1980 年承担西安医科大学《双黄赤丹汤治疗重症黄疸的临床研究》课题,并对赤芍、葛根、当归、丹参等药进行动物急性毒性、慢性毒性、以及药效试验,并获得满意基础研究数据。

1983 年与中国人民解放军传染病总院病毒室合作,在培养皿中对甲型肝炎病毒进行抗体抗原研究,并在荧光显微镜下观察到 IgM 及 IgG,成功发明甲肝早期诊断方法。

1986 年至今重点对乙肝的发病机理及临床用药进行研究,其中“肝复星”系列科研用药,冲剂、胶囊、滴丸等剂型先后研制成功,广泛应用于临床,总有效率 82%,被中央、陕西、中国卫生界杂志、中国中西医肝病杂志等新闻单位及刊物报道。

1987 年主编《乙肝保健与咨询》陕西科学技术出版社出版发行,同年被评为陕西省科技先进工作者。专著被评为陕西省科技之春图书奖,并再版发行。中标课题《肝复星基础与临床研究报告》在省卫生厅主持的专家评审会上通过成果鉴定,并批准文号,同年进入第三期临床研究。

1990 年独创“中医辨证,西医确诊,急重症西医先行,稳定期中药调控,中医宏观指导,西医具体施治”的治肝法,已被多家医院采用。

1991 年与全国 75 名著名教授合著《实用肝病学》,由青岛人民出版社出版发行,同年获西安医科大学第二临床医学院讲课第一名。

1992 年任西安医科大学第二附属医院肝胆病医院院长,传染科主任,主持参与繁忙的教学、医疗、科研工作。

当年赴美参加第二届世界传统医学大会,《中国大陆肝病现状与对策》论文获大会金奖,并且在我国西北地区首次在显微镜下采

用荧光免法测定乙型肝炎、丙型肝炎病毒抗体获得成功。

1993 年主编《乙肝康复指南》陕西科学技术出版社出版发行，同年赴美参加国际疼痛医学会议，《肝硬化癌变的早期中西医结合治疗调控》论文获杰出贡献奖。

1995 年首次在国内推出以病理变化、临床体征、检测结果、自我症状为依据，创立肝病五型、十五期、五十步临床诊断法，使中西医结合疗法向更准确的方向迈进了一大步，被众多肝病专业医务工作者学习采纳。

1998 年应邀出访西班牙，参加“东西方医学研讨会”，其《肝病误诊误治在中国已成为社会问题》在大会发言后，引起国外专家极大关注。又应邀赴德国、法国巡回交流讲学。

1999 年出席意大利肝病国际学术研讨会，其《中国大陆肝病防治现状简析》在大会宣读后被评为优秀论文。

2000 年“乙型肝炎防治中值得医患共同注意的几个问题，”在医学与哲学杂志上发表。

2001 年主编《肝病诊治揭秘》陕西科学技术出版社出版。

2002 年“肝硬化患者如何提高生存质量”中西医结合杂志上刊登。

2002 年“慢性肝炎自我保健之我见”一文发表在《中国中西医结合肝病》杂志上，被《医学与哲学》杂志转载，《参考消息》连载。

2003 年“乙型肝炎引起的社会问题分析与思考”发表于《中国医学伦理》杂志上。“提高肝硬化生存质量的几点建议与希望”被《中华实用医学》杂志刊出，被《中国行为医学》转载，同年申报省级、国家级科研课题《微循环障碍与肝细胞凋亡的临床研究》并进入实验研究、病例观察阶段。

2003 年“脂肪肝患者病情转归特点初探，(附 160 例)”分析，被《中华现代医学杂志》刊登。

2004 年立项“复方赤丹汤对肝星状细胞增殖和凋亡的影响”

研究,并进行临床观察实验。

2004年,在健康报举办“全国老百姓安全用药”调查活动中,特邀参加在钓鱼台国宾馆召开的总结大会。并进行大会发言,其中涉及老百姓用药的困惑、以及商品经济社会对医患关系的干扰与挑战等观点阐述,受到了中央及卫生部领导的关注与肯定。

2005年专题重点研究赤芍、葛根、山药、女贞子、黄芪、黄精等中草药抗肝纤维化、改善肝脏微循环、提高细胞免疫功能的作用、进一步证实临床治疗的客观指标改善的确切疗效。

2006年参加全国第七届肝病学术会议,论文“慢性肝炎 AFP 升降与病情转归的关系”一文在大会宣读。

2007年,应邀参加第二届世界中药学联合会肝病专业委员会学术会议,“慢性型肝炎,肝硬化甲胎蛋白含量检测的临床意义”论文在大会发言。

2007年,立项对慢性乙型肝炎抗病毒进行临床观察,分干扰素组,中草药组,对照组,作双盲测试、以生化、分子变化,病理检查为依据,从中证实目前抗病毒的真正、真实效果,最终达到科学指导患者及医生的合理用药。

2008年,主编《肝病诊治之困境与对策》陕西科学技术出版社出版。

2009年,“不同病期肝硬化中西医治疗方案的认知与评估”。全国第三届肝病治疗进展学术会议上作大会报告。“早、中期肝癌、非手术疗法对患者生存时限的影响评估”在美国 61 届肝病学会年会上交流。

2010年,“588 例晚期肝硬化主客观因素对预后影响评估、预案报告”一文参加欧洲第十二届肝病学会年会、学术交流会。

2011年,立项对“肝硬化、肝癌微循环改善与中药调控的机理研究”并对 318 例病人进行临床用药双盲对照观察。

前 言

眼下肝硬化对人们正常生活的影响,已远远超出除恶性肿瘤以外的其他疾病,正因为它的存在,给人们的生存、生命带来许多预料不到的烦恼与不幸,众多幸福家庭由于它的出现会霎时变得黯淡起来,这中间不论男女老少,一旦被确诊为肝硬化,给心灵深处蒙上一层难以消除的阴影。在病愈之前出现对工作、学习、恋爱、婚育、家庭等方面无奈与苦恼会接踵而来,这沉重的精神打击与肉体折磨常人难以想像。这无穷无尽的烦恼使患者深受煎熬,与其相处的恋人、妻子、丈夫、儿女、亲友大多数都会为他操心与担忧,也有不能忍受身边病人呻吟而背离他。患者本身就苦恼,再加上情感上的打击,等于雪上加霜,病情会迅速加重,不少肝硬化患者都是内外因素相加导致病情恶化。任何肝病转为肝硬化后都比较棘手,这无情的杀手像幽灵一样在心灵深处存在,坦诚地讲以上如发生在你及你亲人的身上,真若如此,对你将意味着什么?所以,防止肝病向慢性化发展,尽快控制肝硬化,想方设法延缓肝癌的生存时间,已成为防治肝病永恒的迫切话题。

作者在对慢性肝炎、肝硬化、肝癌的研究过程中已探索与拼搏了近40年,取得了一些成绩,也摸索了一整套属于自己的治疗方案,同时也遇到了不少难题与教训,面对一个个求生者的各期肝硬化、肝癌,因没有特效的治疗方法,致其中部分病例不能朝健康方向转归而深感内疚。说实在的时下有效地中医、西医治疗方法的确太少了,坦率地讲,到目前为止,对慢性肝炎、肝硬化、肝癌有特效的药物还没有发现,特别是能使乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒复制终止,永久不复发的抗病毒药物更是世界性难题。但是不管怎样,作为医生就应该以把病人的痛苦减少到最低程度为己任,在实

践过程中不懈努力去探索出有效的方法措施来。我们说,无论是医生还是病人,任何一方如不负责任地认真对待,都会对病情稳定和恢复造成负面效应。现在少部分医生,无论在哪一级医院,不论职称高低,年龄大小,工作年限长短,接诊病人普遍存在公式化的接诊模式,即问病、开检查单、开药。当然这样并非全是错误,但应该指出在没有给病人提出一整套自我保健的措施前,采取草率的做法肯定收不到理想的疗效。不少医生对除药以外的疗法了解甚少,勉强回答病人的提问,也缺少一定的理论依据,我们说任何一种疾病的治疗方案都是从病因、病症、以及它对细胞、器官、系统损伤,代谢功能紊乱,免疫病理反应等方面综合分析归纳得来的,而不是凭空想像信口开河罢了。

以上种种客观现实,使我深感写一本既能让医生作参考,又能给肝硬化、肝癌患者带来启发与帮助的专著十分必要,如何使书中内容既能让肝硬化患者受益,又能受到同行专家的认可,并证实具有国内领先水平,在国际上又有一定的影响力,能做到这一点,要求就非常苛刻,首先必须是一位名副其实治疗肝硬化的专家,而且有广泛的患者群和一定的社会影响力。作者所创立的治肝法把中医、西医、中西医结合、国内外研究动态有机的结合起来,明确分型、分期、分步定位、施治的基本原则、力求做到理论与实践结合统一,使每一位肝硬化患者能尽快病愈归入健康人行列。基于以上现实,最终构思、归纳总结使《肝硬化并非不治之症》一书问世。

肝硬化的痊愈靠的是三分治疗七分养,这七分养说起来容易做起来难。七分养到底如何做起,尤其是早、中、晚期肝硬化患者如何掌握自我保健方法绝不是千篇一律,而是每人一方,因人而异,文中对一些有代表性的方法已详细介绍,故请详阅。另外,大量事实证明,病人之所以盲目投医求治,不少人病情由轻到重甚至恶化,或者说本来就不是肝病被误诊误导后盲目服药等等,其根源主要是由于缺乏基本专业知识,忽视了自我防保意识,从而才陷于

被动。这一切都深刻说明,在当今信息时代,病人一概服从医生的说法已不一定完全成立,病人不懂医学常识已是过去的事。当然我无意说治疗用药不需要医生,只是提醒你认真反复考察选择能使你病情早日康复的医生,这正是验证你久病成医的水准如何,因为在现实生活中,医源性致病因素已不是个案,药源性缘故造成肝硬化、肝癌病情恶化的例子已非常多见,而且大大超过了肝硬化、肝癌本身对患者的影响,已成为不容乎视的社会问题,因此,把肝硬化及肝癌的治疗与社会、人文、医疗等方面的因素紧密地结合起来已非常必要。但愿每位肝病患者始终把主动权掌握在自己手中,多一份警惕,少一点遗憾,笔者真诚希望书中的内容特别是经我治愈的真实典型肝硬化病例,以及对肝硬化康复期的自我保健指导性建议能对专业工作者以及每一位肝病患者及家属带来帮助与教益。

孙新民

于西安交通大学医学院第二附属医院

2012年春节

目 录

- ▶ 肝脏的解剖与生理功能已遭受来自体内外多种不良因素影响使运转能力明显下降;改善生存环境,拯救肝脏刻不容缓,任重道远 (1)
- ▶ 尽可能把肝硬化的进程阻止在肝细胞大面积坏死前 (15)
- ▶ 不能等肝硬化并发症出现才治疗,那时会使治愈的难度大大增加 (23)
- ▶ 有效控制肝硬化的发展,是防止癌变的先决条件 (33)
- ▶ 根据肝病不同时期的损伤特点,分清轻重缓急,力争做到有的放矢 (36)
- ▶ 慢性肝炎的控制,理智选择用药是切断肝纤维化形成的关键 (38)
- ▶ 医源性过重、过度用药,已对肝硬化的逆转形成巨大威胁 (45)
- ▶ 不遵循肝病的发病规律,无视病毒难以控制的客观现实,无统一规范的中西医用药,各自为政是肝硬化不断增多的因素之一 (49)
- ▶ 把肝硬化治愈的机会应力争放在发病的早、中期,拖到晚期痊愈的希望将会很小 (57)
- ▶ 避免肝病治疗中的公式化、格式化、简单化,熟练掌握中西医结合疗法是摆在医务工作者面前的新课题 (64)
- ▶ 乙肝病毒 DNA 的测定是掌握体内病毒存在状况的灵敏方法,肝病疗效的判定应重点放在肝功代谢及肝纤维化恢复与逆转上 (71)

- ▶肝硬化的病理损伤因人而异,把以中医为主,西医为辅的
治疗方案贯穿在整个抗纤维化过程中则十分不易 (75)
- ▶肝病能否治愈主观因素占主导位置,客观影响与干预是
促使病程缩短的重要环节 (87)
- ▶以肝硬化不同时期的病变特点,周密制定每一位患者的
治疗方案,进行严密的临床观察,是保证最终治愈的先决
条件 (90)
- ▶慢性肝炎后期治疗必须尽可能少走弯路,重点放在肝脏
病理修复,防止肝细胞坏死方面 (97)
- ▶肝硬化的降酶、退黄与整个发病过程密切相关,只有肝细
胞炎症终止,肝内微循环重新建立才会自然恢复正常
..... (99)
- ▶丙型肝炎导致的肝硬化治疗难度明显大于乙型肝炎形成
的肝硬化,前者抗病毒与抗肝硬化应该并举,特别要当心
癌变 (106)
- ▶肝纤维化形成过程缓慢,肝硬化后会使病情迅速加重,故
应设法阻断,以防后患 (109)
- ▶肝癌的生存期限和选择手术与非手术疗法是否对症密切
相关,重视体内免疫功能的提高对抗癌作用意义重大。
同时要警惕肝硬化被误诊为肝癌而误治。后患无穷 ... (114)
- ▶脂肪肝的形成与摄入过多脂类以及脂质代谢异常有关,
肝内脂肪堆积会增加肝硬化治疗难度与风险 (124)
- ▶肝血管瘤与肝囊肿对肝硬化发展影响有限,应采取相应
的对症治疗,手术切除反而增加肝脏人为损伤,故应慎重
..... (127)
- ▶用现代医学理论指导中医的抗肝纤维化,是提高治愈率
的必由之路,传统的方剂不断更新与完善对疗效影响关
系重大 (129)

▶善待肝脏就是善待自己,让肝硬化得到彻底地逆转与恢复,让每一个肝硬化患者重新回到健康人群行列,是患者、医生、社会的共同责任与义务	(133)
▶净化医疗市场、重塑医德、呼唤良知,改善社会及自然环境,以科学、务实的态度建立一整套中西医结合的肝硬化防治体系已刻不容缓	(136)
▶完美无缺的疗法尚未确立,中西医结合二者互补,采取现代医学的观点,灵活运用中医辨证施治是每一位肝硬化、肝癌患者痊愈与稳定的唯一选择	(142)
后 记	(157)

肝脏的解剖与生理功能已遭受来自体内外多种不良因素影响使运转能力明显下降;改善生存环境,拯救肝脏刻不容缓,任重道远。

1. 肝脏的位置及与周围脏器的关系

肝脏的大部分位于右侧季肋部,仅少部分超越前正中线而达左季肋部。肝的上界相当于右侧锁骨中线第5肋间,下界与右肋缘平行,后面相当于第6—12肋骨,前面相当于第6—9肋软骨,左侧达第6肋软骨平面正中线侧约5cm处,剑突下约3cm。肝脏的位置可随呼吸上下移动,当吸气时,肝脏可随横膈的下降而下移。肝脏与体表投影可用三点连线为标志;即第一点为右锁骨中线与第5肋骨相交处;第二点为右腋中线与第10肋骨下1.5cm处的相交处;第三点为左第6肋软骨距中线左侧5cm处。第一点与第三点的连线即为肝的上界,第一点与第二点的连线表示右侧肝凸面和右缘,第二点与第三点的连线相当于肝的下缘。肝下界与肝前缘一致。因此肝脏细针吸取细胞一般在腋中线第8或第9肋间实音处进针,或选择较突出的结节处进针。在正常情况下,右肋缘下不能触及肝脏,但对肺气肿或内脏下垂者,往往在右肋缘下扪及边缘,此时应注意与病理性肝大相鉴别。

肝脏的膈面与横膈相贴,右顶部与右肺相邻,左顶部与心包和心脏以及左肺底的小部分相毗邻,在左肝膈面可见一心压迹。肝的左侧脏面与食管腹段、胃及胰相毗邻,在左外叶后面有食管生理压迹。在右侧肝的脏面与十二指肠、胆囊、横结肠和右侧肾及肾上腺等器官相毗邻,使肝表面出现相应的压迹。尾状叶和第10—11胸椎相对应,在尾状叶左后方为腹主动脉,尾状叶和腹主动脉之间隔下动脉和右膈肌脚。在腔静脉窝处有下腔静脉经过,其右侧为肝裸区,在裸区稍上方与右侧肾上腺紧邻,故当游离肝裸区时,应

注意避免损伤右肾上腺及其血管。

2. 肝脏的形态及其变异

肝脏略呈不规则楔形,右侧钝厚而左侧偏窄,外观可分左、右、前、后四缘和膈、脏两面。膈面光滑隆凸,大部分与横膈相贴附,其前面有纵形的镰状韧带,前下缘于脐切迹处有肝圆韧带;镰状韧带向后上方延伸并向左、右伸展称冠状韧带,冠状韧带又向左、右伸展形成左、右三角韧带,在右冠状韧带前后之间,有一部分没有腹膜覆盖,称肝裸区。这些韧带将肝脏固定在膈肌与前腹壁上。肝脏的脏面有两个纵沟,构成“H”形。右纵沟由胆囊窝和腔静脉组成,其后上端为肝静脉进入下腔静脉处,即第二肝门所在;左纵沟则由脐静脉窝和静脉韧带组成;横沟连接于两纵沟之间,为第一肝门所在。在横沟右端伸向肝右外方,常见一侧沟,称右切迹。从这些沟内容易分离出门静脉、肝动脉和肝胆管的分支,同时这些沟又是肝脏分叶的脏面标志,故对肝脏手术有重要意义。在脏面有肝胃韧带和肝十二指肠韧带,前者亦称小网膜,一般只含细小的血管支;后者向上直达肝门横沟,内含门静脉、肝动脉和胆管等,另外,在右侧肝的脏面还有肝结肠有肝肾韧带。

肝的前缘有时可见到三个切迹,即脐切迹、胆囊切迹和右下缘切迹。前两个切迹比较恒定,是左叶间裂和正中裂的标志;后一个切迹可作右叶间裂的标志。

肝脏的分叶,过去以镰状韧带为界,将肝脏分为左、右两叶。这种分叶方法不仅与肝内血管分布不符合,也不能适应外科手术的要求。20世纪50年代以来,国内外有许多学者进行了肝内管道结构的研究,对肝内管道结构有了深入的了解。我国自从用肝内管道系统灌注法研究观察了肝内血管、胆管的分布规律以来,对肝脏的分叶有了新的认识。在灌注标本上看到肝内有若干平面缺少管道的分布,这些平面是肝内分叶的自然界线,称为肝裂。肝脏有三个主裂、两个段间裂和一个背裂。

(1)正中裂 此裂在肝的膈面,起自胆囊切迹,向后上方抵于肝左静脉进入下腔静脉处;在脏面以胆囊窝和腔静脉窝为界(即下腔静脉)。它将肝脏分成大小不等的左右二半,右半肝大些,约占全肝重量的 60%。裂的平面内有肝中静脉通过。

(2)左叶间裂 自脐切迹向后抵于肝左静脉进入下腔静脉处。膈面以镰状韧带附着线为界,脏面以左纵沟和静脉韧带沟为标志。它将左半肝分成外叶和左内叶,在裂内有肝左静脉的叶间支经过。左外叶又被左段间裂分成上、下二段。

(3)右叶间裂 此裂在肝表面无明显标志,一般自肝的右下缘,相当于胆囊切迹与肝外缘的外、中1/3交界处,斜向右后上方抵于肝右静脉进入下腔静脉处,为一接近水平位的斜裂。它将右半肝分成右后叶和右前叶,前者的膈面小而脏面大,后者则相反。在裂的平面内有肝右静脉经过。右后叶又被右段间裂分成上、下两段。

3. 肝脏的血液循环

肝脏是由肝实质和一系列管道结构组成,血液供应非常丰富。肝内有两个不同的管道系统,一个是 Glisson 系统,另一个是肝静脉系统。前者包含门静脉、肝静脉和肝胆管,三者被包于一结缔组织鞘内,称 Glsson 鞘,经肝脏面的肝门(称第一肝门)处出入肝实质内,此三者不论在肝门附近,都是走行在一起的。肝静脉系统是肝内血液输出道,单独构成一个系统。门静脉和肝动脉进入肝脏后,反复分支,在肝叶周围形成小叶间静脉和小叶间裂和段间裂后,经肝脏后上方的腔静脉窝(即第二肝门)注入下腔静脉入心脏。另有肝短静脉直接进入肝后面的下腔静脉,亦有人将其称为第三肝门。

正常肝血液供应 70%~80%来自门静脉,仅 20%~30%来自肝动脉,而供应肝脏的氧含量则相反。肝动脉输入血量不多,但其压力高(120mmHg),血中含氧量最多,约为 85%;而门静脉压力