

最新疗法丛书

肝胆胰病的最新疗法



长春出版社

最新疗法丛书

肝胆胰病的最新疗法

王长嘉 崔新江 编著
刘秉义 房学东

长 春 出 版 社

内 容 提 要

本书是《最新疗法丛书》之一,由长期从事肝病内科、普通外科临床工作者撰写,着重介绍治疗各型肝炎、肝脓肿、肝硬化、肝性脑病、急慢性胆囊炎、胆结石、急慢性胰腺炎、糖尿病、糖尿病酮症酸中毒等30多种肝胆胰病的最新、最有效的疗法。

本书适合从事肝病内科、传染病学、普通外科工作的医务人员及肝胆胰病患者阅读。

(吉)新登字10号

肝胆胰病的最新疗法

王长嘉等 编著

责任编辑:翟志强

封面设计:王爱宗

长春出版社出版
(长春市建设街43号)

新华书店北京发行所发行
吉林农业大学印刷厂印刷

开本:787×1092 1/32

1993年11月第1版

印张:4.5

1993年11月第1次印刷

字数:97 000

印数:1—10 000册

ISBN 7-80573-865-3/R·46

定价:3.20元

《最新疗法丛书》编委会

主 编

高燕华 王恩荣 郭长水 宋述博 宋柏林 张颜彤

副 主 编

韩 捷 马克仁 马鸿鸣 李春生 侯英山 华云学

编 委

(按姓氏笔划)

马克仁	马志有	马继波	马鸿鸣	从 戎	王 俊
王天壮	王正路	王恩荣	王集明	王新华	孔令奇
申光宪	付宝东	付维权	华云学	孙甲申	孙邦胜
孙学实	孙湘溶	刘 锋	刘安良	刘忠宝	师锦波
宋述博	宋柏林	李春生	李建国	李淑芳	李敏夫
李逢润	陈世远	陈 强	陈继先	陈德兴	苗永年
金光日	金松哲	张云五	张永太	张宝川	张朝民
张道良	张颜彤	杨述勋	杨庆丰	周士忠	孟兆华
胡安仁	赵庆祥	姜守威	侯玉文	侯英山	郑英善
高燕华	韩 捷	韩玉芝	韩漫夫	倪勇培	康长福
黄宝仁	黄敬生	崔兴烈	崔寅午	崔景龙	郭长水
程玉书	程振远	董 斌	董玉杰	鲍长途	鞠延鸿

出版者的话

现代临床医学不断进步的突出标志，除了充分利用现代科学技术的诊断技术外，便是各种新的治疗手段、方法，以及层出不穷的新药的问世。诊断为治疗提供可靠的依据，而治疗则是疗疾祛病的最终目的。因此，从临床实用角度看，要想把握医学科学，尤其临床医学进展的脉搏，最根本的就是要把握住诊断和治疗疾病的方法，相对说来，治疗方法更为重要、实用。《最新疗法丛书》正是基于这种思考而设计组织、编辑出版的。这一编辑思想贯穿于从设计到组稿、编修、版式设计等图书出版的全过程。归纳起来主要体现在以下几方面：

1. 注重新知识

新与旧是相对的，医学知识的更新，单就某一层次来讲应该说是比较快的，但其由点到面的推广、发展仍较缓慢。比如某种治疗方法，对某些国家和地区来讲是全新的，或较新的；而对某些国家和地区来讲可能是较陈旧的，或已被废止不用的。因此，本丛书既注重新知识的更新，又要照顾到更多的读者，特别是基层医务工作者和疾病患者。丛书中所收的“最新”治疗方法，既有国内、国际上公认，尚未普及的新方法、新药物，也有国内通行的常规方法、一般药物。对于某些有代表性的治疗新进展，附专题讲座予以介绍。但对

于理论上已被否定或临床实际工作中多数人已不赞同的方法，基本弃之不录。

2. 强调实用性

这是组稿过程中向编著者一再强调的内容之一。本着“实用”原则，本丛书在总体设计及编写中摒弃以往医学专业书籍编撰时严格按系统、按科别，讲究各系统疾病完整性介绍的做法。具体表现在：

从每种书的命名上看，首批 10 种，有按部位命名，如《食管胃肠病的最新疗法》、《心脑血管病的最新疗法》、《肝胆胰病的最新疗法》、《气管和肺病的最新疗法》、《肛肠病的最新疗法》；有以病症命名，如《不孕症的最新疗法》、《癌症的最新疗法》、《性病的最新疗法》、《性功能障碍的最新疗法》。有的与现行医院临床科室一致，如《脊柱四肢病的最新疗法》；有的则兼融内外科范畴。

每种书中所选病种，主要依其病种是否常见，治疗方法是否多样和有无新进展为标准，对于那些治疗方法单一，如先天性疾病多只有手术治疗一法的疾病，本丛书几乎都弃之未收。

3. 突出治疗法

对所收每种病症及症型，除简要介绍最新诊断标准外，着重介绍各种最新、最有效的治疗方法，包括药物治疗、物理疗法、手术疗法、偏方秘方疗法、自然疗法、针灸与推拿疗法、气功疗法、食疗法、超短波疗法、磁疗、水疗、家庭理疗、自我按摩、手足按摩、各种新型保健制品疗法等。

4. 力求大众化

尽管本书是以临床医生为主要读者对象而设计的，但同

时也考虑到一般读者的阅读接受能力。因此，在选材、行文等方面力求大众化，以方便更多的读者从这套丛书中寻求医疗服务信息。

作为出版者，当他策划出版的产品将要面市的时候，他所担心的和演员担心自己装扮的角色是否被观众接受，歌手的歌是否被听众接受一样。特别是设计、组织、编修出版这样一套与同类选题形式不大相同的书，效果怎样？心里实在没有底。这套书我们是打算继续出下去的，因此，诚望读者多提意见和建议，使之更臻完善。如果有兴趣，欢迎您提出可容纳到这套丛书中的新选题来，与我们共同合作。

目录

甲型病毒性肝炎	(1)
乙型病毒性肝炎	(4)
丙型病毒性肝炎	(13)
丁型病毒性肝炎	(16)
戊型病毒性肝炎	(19)
重症肝炎	(21)
肝脓肿	(27)
细菌性肝脓肿	(27)
阿米巴性肝脓肿	(31)
脂肪肝	(33)
药物性肝病	(36)
酒精性肝病	(40)
原发性胆汁性肝硬化	(43)
肝硬化	(46)
门脉高压症	(51)
肝性脑病	(56)
肝肾综合征	(61)
肝脏海绵状血管瘤	(64)
肝囊肿	(66)
肝损伤	(68)

急性胆囊炎	(71)
慢性胆囊炎	(76)
胆道蛔虫病	(79)
原发性硬化性胆管炎	(82)
肝胆管结石与胆管炎性狭窄	(86)
胆总管结石	(89)
胆囊结石	(92)
胆总管囊肿	(97)
胆囊息肉	(100)
胆道出血	(102)
糖尿病	(105)
糖尿病酮症酸中毒	(113)
急性胰腺炎	(115)
慢性胰腺炎	(120)
假性胰腺囊肿	(123)
胰腺囊肿	(126)
胰岛素瘤	(131)

甲型病毒性肝炎

广义的病毒性肝炎是指由各种病毒所引起的肝脏炎症。狭义的病毒性肝炎是一组传染病，是由甲、乙、丙、丁、戊（也有己型报告）型嗜肝病毒所致的肝脏炎症。一般所谓的病毒性肝炎主要是指后者。甲型病毒性肝炎（HA）是由于甲型肝炎病毒（HAV）侵犯肝细胞所引起的肝组织炎症。该病毒为RNA病毒，100℃5分钟及紫外线照射1小时可被灭活。本病主要经消化道传播，病人粪便在潜伏末期及发病后2~3周均有传染性，无慢性携带者。本病一般预后良好，未见慢性化者。对于危险人群可在接触后10天内，肌注丙种球蛋白被动免疫，用量为成人3~6ml，儿童0.05~0.1ml/kg。

【诊断】

潜伏期2~6周，以儿童及卫生习惯不良者多见。

1. 症状

近期出现难以解释的食欲不振、恶心呕吐、厌油食、腹胀、腹泻、全身乏力、肝区不适感。可有上呼吸道感染样表现。也可有腹痛、黄疸。孕妇症状较重，且易出现流产、死胎等。

2. 体征

一般有肝脏肿大，有压痛或叩击痛和脾肿大和黄疸。

3. 实验室检查

(1) 血清酶的测定：谷丙转氨酶 (ALT) 明显增高。常超过正常值 4 倍以上。

(2) 甲肝病毒 (HAV) 检测：用免疫电泳在发病前 2 周 (潜伏末期及急性期阳性率最高) 至发病后 2 周 (转氨酶达高峰后或出现黄疸后) 粪便和血液中查到 HAV。

(3) 抗-HAV IgM：发病 2~3 周内达高峰，1~2 月内迅速下降，3 个月后消失。可做为急性甲肝的早期诊断指标。

(4) 抗-HAV IgG：急性感染后 3~12 周出现。6 个月达高峰后逐渐下降，可终生存在，故不宜做早期诊断指标，但可做既往感染指标。

(5) 胆红素定量：可发现血胆红素增加，总胆红素 $> 17.1 \mu\text{mol/L}$ 。

【治疗】

1. 隔离

发现病人立即隔离，时间为 30~45 天。

2. 一般治疗

本病为自限性疾病。一般经休息、加强营养及对症治疗绝大多数可痊愈。病理改变一般需 6 个月方能恢复正常，故出院后应休息 6 个月。

3. 一般药物治疗

维生素 C 0.2g，每日 3 次口服；维生素 B₁ 10mg，每日 3 次口服；复方益肝灵 2.0g，每日 3 次口服。

4. 黄疸的治疗

复方丹参注射液 10~15ml 加入 10% 葡萄糖溶液 100ml

中静点，或给苯巴比妥口服。也可给极化液或能量合剂。

5. 调节免疫

可以用干扰素、胸腺肽等，但意义不大。

乙型病毒性肝炎

乙型病毒性肝炎(HB)是由乙肝病毒(HBV)所引起的肝炎。乙肝病毒是DNA病毒,100℃10分钟可灭活,对5%过氧乙酸敏感。主要经血液或血液制品注射传播,还有母婴及密切接触传播。婴幼儿感染易形成慢性病毒携带者,成人感染多见急性肝炎,部分病人表现为重症肝炎,老年期感染一般症状较重。有报告我国乙肝病毒感染率约60%,病毒携带为10%以上。乙肝病毒在肝细胞内寄生,本身不致病,只是在宿主免疫系统清除病毒时破坏肝细胞,为自身免疫性肝损伤,免疫功能越强,肝损害越重。乙肝病毒除侵犯肝脏外还可侵犯全身其他组织。多数感染者预后良好,少数呈慢性经过,发展为肝硬化或癌变。对于新生儿及高危人群(有机会接触病人血液者),应接种乙肝疫苗,或先注射高效价乙肝免疫球蛋白,4周后再接种疫苗。

【诊断】

相当一部分病人为亚临床感染,症状及体征不明显。潜伏期45~160天,平均60~90天。

1. 消化系统症状

患者多表现为食欲不振、乏力、腹胀、肝区隐痛、恶心、呕吐、厌油腻、腹泻、发热、头痛等。

2. 全身症状

明显乏力、发热（多数为低热），高热以儿童多见。

3. 其他肝外器官表现

可有皮肤瘙痒、皮疹、关节炎、肾炎、脉管炎、结肠炎、再生障碍性贫血、干燥综合征等表现。

4. 体征

肝脏肿大有压痛，叩击痛阳性，可伴有脾肿大。有些病人有黄疸。病变时间长者可有肝病面容，皮肤出现出血点、蜘蛛痣、肝掌。有伴发症者可出现相应表现。

5. 实验室检查

(1) 血清酶学检查：单项 ALT 增高，或反复波动，AST 出现相应变化。AST/ALT 正常为 1.15，在 0.3 左右说明病变较轻，1.0 左右提示慢性肝炎，大于 2.0 提示肝硬化。乳酸脱氢酶同功酶测定中 LD₅ 在肝损伤时活性较高，LD₅>LD₄（此时总活性可不高）。2'，5'-寡核苷酸合成酶可作为病毒感染的间接证据。碱性磷酸酶在胆道梗阻时增高。

(2) 凝血酶原时间测定：时间延长提示肝脏酶（包括凝血酶）合成情况不良。

(3) 胆红素测定：胆红素>17.1μmol/L 提示有黄疸。

(4) 肝炎病毒抗原抗体及其相关物检测：目前可以测定 HBsAg/抗-HBs，HBeAg/抗-HBe，HBcAg/抗-HBc，前 S₂ 抗原/前 S₂ 抗体（PreS₂/抗-PreS₂），聚合人体血清白蛋白受体（PHSAr），DNA 多聚酶（DNA-P），PCR 法测定 HBV-DNA，抗-HBcIgM 等。

①感染标志：任何一项（或多项）抗原（包括 HBV-DNA）或抗体阳性，说明感染了乙肝病毒。发生基因变异时

可不产生 HBeAg 或 HBsAg, HBsAg 暂时阴转或急性肝炎早期 HBsAg 阴性。检测 HBcAg 有助于诊断。抗-HBc 可长期阳性, PCR 法检测 HBV-DNA 可发现 HBsAg 或 HBeAg 阴性的感染者。

②病毒复制指标: 抗-HBc 滴度高, 抗-HBc IgM 阳性、DNAP 阳性、PreS₂ 阳性等说明病毒在复制。

③抗-HBc 滴度及抗-HBc IgM 滴度、DNAP、PHSAr, PreS₂/抗-PreS₂ 的动态变化有助于判断疾病的转归及预后。

④抗-HBs 阳性说明病情恢复, 已产生免疫力。

6. 肝穿刺

可对病毒携带者、各型肝炎做确切诊断。

7. 诊断标准

上述乙肝病毒标记物一次阳性者可诊断为乙肝病毒感染。

(1) 急性乙型肝炎

①有明确的感染史, 接触血液或血液制品以及接受注射时间与潜伏期符合。

②上述消化道和全身症状及体征出现。

③ALT 增高。

④经灵敏方法检测证明发病前乙肝病毒标记物阴性, 发病后转为阳性。

(2) 急性黄疸性肝炎

在急性肝炎的基础上, 血清胆红素 $>17.1\mu\text{mol/L}$ 并可排除其他原因引起的黄疸, 可以诊断。

(3) 慢性迁延性肝炎 (慢迁肝、CPH)

①有急性肝炎病史 (有时不明确), 病程超过半年未愈。

②症状较轻。

③ALT增高，肝功能损害轻，不够诊断慢活肝者。

④肝活检：肝小叶内炎症，点状坏死，轻度纤维增生，不形成假小叶，无界板破坏或碎屑样坏死。

(4) 慢性活动性肝炎（慢活肝、CAH）

①既往有肝炎病史（有时病史不明确），有明显的临床症状，如乏力、食欲不振、腹胀、腹泻。

②体征明显：肝大，质中等度硬，可伴有肝性面容、黄疸、蜘蛛痣、肝掌及脾肿大。

③ALT反复波动或持续升高，浊度试验长期明显异常，或白、球蛋白比例倒置，胆红素长期或反复增高。

④肝外表现：关节炎、肾炎、脉管炎、皮疹、干燥综合征、溶血、再生障碍性贫血等。

⑤肝活检：碎屑坏死及桥状坏死，主动或被动性间隔形成。可见多数小叶结构。重者与肝硬化难以区别。

前四项中三项阳性或②、③两项阳性，或病理符合者，可诊断为慢活肝。

(5) 淤胆型肝炎

类似急性黄疸型肝炎，症状轻，但皮肤瘙痒，明显肝肿大，表现为梗阻性黄疸，持续3周以上，ALT、碱性磷酸酶， γ -谷氨酰转肽酶、胆固醇均明显增高。浊度试验多无改变，排除其他肝内外梗阻性黄疸者可诊断本病。

(6) 无症状HBsAg携带者

无肝炎的临床症状、体征，各项肝功能指标都正常，经6个月观察仍无变化，但肝活检证明仅有不到20%组织学正常。

【治疗】

●一般治疗

急性肝炎早期肝功能明显异常者或慢性肝炎恶化者，均应卧床休息。恢复期可适当活动，避免过劳。适当进食糖类，给予高维生素、高蛋白、低脂饮食。禁止饮酒，避免长期用药或滥用药；避免应用对肝脏有损害的药物。一般急性肝炎可在6个月内康复。

●抗病毒治疗

1. 干扰素 (IFN)

具有广谱抗病毒活性。一般认为：①对高水平ALT者效果好；②对HBV复制水平低者效果较好；③对女性效果较好；④对成人效果较好；⑤对伴随其他疾病者效果较好；⑥对母婴垂直感染者反应差。

$3\sim5\times10^6\text{IU}$ ，每日1次肌注，30天后改为隔日1次，连续用6个月，与其他抗病毒药联用可增加疗效。副作用有发热、白细胞减少等。一般认为剂量小于 $3\times10^6\text{IU}$ 无效。

2. 干扰素与阿糖腺苷 (AraA) 或阿糖腺苷磷酸 (Ara-AMP) 联合应用

可明显增加疗效：IFN $3\sim5\times10^6\text{IU/日}$ ，AraA $5\sim15\text{mg/kg}$ ，7~14天1个疗程，间隔4~6周进行下1个疗程。

3. 干扰素与激素联用

强的松龙每日40mg、20mg各2周，再休息2周，然后给予干扰素 $3\times10^6\text{IU}$ 治疗。

4. 阿糖腺苷 (AraA) 和其单磷酸盐 (AraAMP)

抑制DNAP及其他DNA合成酶。比较理想的用法是小