



非感染性肝病诊疗 新进展

范建高 主编

2011 - 2012



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

非感染性肝病诊疗新进展

FEIGANRANXING GANBING ZHENLIAO XINJINZHAN

顾 问 曾民德 庄 辉

名誉主编 贾继东

主 编 范建高

编 委 (以姓氏笔画为序)

马 雄	王炳元	厉有名	许建明	李光明
李良平	李瑜元	何方平	沈 薇	宋育林
陆伦根	陈东风	范建高	施军平	贾继东
徐可树	徐有青	韩 英	韩 涛	

学术秘书 丁晓东

统筹策划 马兆毅 冯晓冬 熊柏渊 史仲静 吴 超



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

非感染性肝病诊疗新进展/范建高主编. —北京: 人民军医出版社, 2011. 9
ISBN 978-7-5091-4958-4

I. ①非… II. ①范… III. ①肝疾病—诊疗 IV. ①R575

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 140518 号

策划编辑: 吴 磊 黄建松 文字编辑: 黄 婷 责任审读: 黄栩兵

出 版 人: 石 虹

出版发行: 人民军医出版社

经 销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮 编: 100036

质量反馈电话: (010)51927290; (010)51927283

邮购电话: (010)51927252

策划编辑电话: (010)51927300 - 8163

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京印刷一厂

开本: 889mm × 1194mm 1/16

印张: 13.25 字数: 342 千字

版、印次: 2011 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001 - 1500

定价 (含光盘): 70.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

全国继续医学教育委员会文件

全继委办发 [2006]06 号

关于推荐学习 《国家级继续医学教育项目教材》的通知

各省、自治区、直辖市继续医学教育委员会：

为适应我国卫生事业发展和“十一五”期间继续医学教育工作需要，开展内容丰富、形式多样、高质量的继续医学教育活动，全国继续医学教育委员会同意中华医学会编写《国家级继续医学教育项目教材》。《国家级继续医学教育项目教材》是从每年的国家级继续医学教育项目中遴选，经近千名医学专家重新组织编写而成。《国家级继续医学教育项目教材》按学科编辑成册，共 32 分册，于 2006 年 4 月陆续与读者见面。

《国家级继续医学教育项目教材》主要是提供通过自学进行医学知识更新的系列学习教材，该教材包括文字教材和光盘，主要反映本年度医学各学科最新学术成果和研究进展。教材侧重最新研究成果，对医疗、教学和科研具有较强的指导性和参考性。它的出版为广大卫生技术人员特别是边远地区的卫生技术人员提供了共享医学科技进展的平台。

请各省、区、市继续医学教育委员会根据实际情况协助做好教材的宣传、组织征订和相关培训工作。

全国继续医学教育委员会办公室(代章)

二〇〇六年七月十八日

抄送：各省、自治区、直辖市卫生厅局科教处，新疆生产建设兵团卫生局科教处

中华医学会函(笺)

医会音像函[2006]80号

中华医学会关于转发全国继续医学教育委员会“关于推荐学习《国家级继续医学教育项目教材》的通知”的函

:

现将卫生部全国继续医学教育委员会办公室“关于推荐学习《国家级继续医学教育项目教材》的通知”转发给你们。

《国家级继续医学教育项目教材》系中华医学会接受全国继续医学教育委员会委托,与全国继续医学教育委员会联合编辑出版,是由各学科知名专家在国家级继续医学教育项目基础上按学科系统重新编撰的,反映医学各学科最新学术成果和研究进展的,集权威性、先进性、实用性为一体的继续医学教育教材,对医疗、教学和科研具有较强的指导性和参考价值。该出版物已被新闻出版总署列入“十一五”国家重点出版物出版规划(新出音[2006]817号)。

请各地方医学会和各专科分会根据实际情况协助做好教材的组织征订和相关培训工作。

特此函告。





内 容 提 要

编者结合国内外肝病诊疗最新进展，详细讲解了肝大、肝酶异常、黄疸的诊断程序，介绍了酒精性肝病、非酒精性脂肪性肝病、药物性肝损伤、肝豆状核变性、原发性血色病、胆汁淤积性肝病、原发性硬化性胆管炎、自身免疫性肝病重叠综合征、肝脏血管性疾病、肉芽肿性肝病、妊娠相关肝病、隐源性肝炎等非感染性肝病的诊断与治疗，以及保肝药物、利胆药等的临床应用。本书内容突出学科的先进性、时效性和实用性，是临床医师学习与再提高的实用工具书。



编 委 会

顾 问

蒋作君 钟南山

主任委员

祁国明 孟 群

副主任委员

刘玉清 赵继宗 湛贻璞 罗 玲 杨 民 解江林

张 辉

执行副主任委员

王云亭 敬蜀青 马志泰 吴贯军 史 红 冯秋阳

专家委员会委员 (以姓氏笔画为序)

于 欣 于健春 王 辰 王宁利 王拥军 王晓峰

丛玉隆 刘国仗 刘梅林 孙 燕 孙宁玲 纪立农

李 宁 李大魁 李兰娟 李春盛 杨文英 杨庆铭

张学军 张建中 陆道培 陈洪铎 范建高 林三仁

周东丰 郎景和 赵水平 赵堪兴 赵靖平 胡大一

项坤三 贾继东 高兴华 高润霖 郭应禄 郭继鸿

黄 峻 梁万年 韩德民 傅志宜 曾正陪 黎晓新



前言

医疗卫生事业发展是提高人民健康水平的必然要求，医药卫生人才建设是推进医疗卫生事业改革发展、维护人民健康的重要保障。卫生部《医药卫生中长期人才发展规划（2011-2020年）》要求全国卫生技术人员继续医学教育覆盖率达到80%，因此，继续医学教育作为全国医药卫生人员毕业后业务再提高的重要方式任重道远。

《国家级继续医学教育项目教材》（以下简称《教材》）在2005年经卫生部科教司、全国继续医学教育委员会批准，由全国继续医学教育委员会和中华医学会共同组织编写。该《教材》具有以下特点：一是权威性，由全国众多在本学科领域内知名的院士和专家撰写；二是具有很强的时效性，反映了经过实践验证的最新研究成果；三是强调实用性、指导性和可操作性，能够直接应用于临床；四是全面、系统，以综述为主，能代表相关学科的学术共识，而非某些专家的个人观点；五是运用传媒出版技术，图文视听并举。

“十一五”期间，《教材》在最短的时间内启动了策划、编辑制作、学术推广等工作，自2006年以来已出版60余个分册，涉及近30个学科，总发行量50余万册。综观《教材》，每一册都是众多知名专家智慧的结晶，其科学、实用的内容得到了广大医务工作者的欢迎和肯定，被全国继续医学教育委员会和中华医学会共同列为国家继续医学教育唯一推荐教材，同时被国家新闻出版总署定为“十一五”“十二五”国家重点出版物。本套教材的编辑出版得到了卫生部科教司、全国继续医学教育委员会和中华医学会各级领导以及众多专家的支持和关爱，在此一并表示感谢！

限于编写时间紧迫、经验不足，本套系列教材可能存在不足之处，真诚希望广大读者谅解并提出宝贵意见，我们将在再版时加以改正。

《国家级继续医学教育项目教材》编委会

2011年6月

目 录

第1章 肝大的诊断流程与鉴别诊断要点	韩 涛 邢 晶	(1)
一、肝大的诊断流程		(1)
二、鉴别诊断要点		(4)
第2章 肝酶异常检测及常见肝病酶异常监测	许建明 宋育林	(8)
一、肝酶异常检测		(8)
二、常见肝病酶异常监测		(10)
第3章 黄疸	俞慧宏 沈 薇	(16)
一、胆红素的正常代谢		(16)
二、病因分类、发病机制及临床特征		(17)
三、诊断要点		(20)
四、鉴别诊断		(23)
第4章 酒精性肝病	王 颖 王炳元	(29)
一、发病机制		(29)
二、临床分类		(30)
三、临床表现		(31)
四、诊断和鉴别诊断		(31)
五、治疗		(33)
六、预防		(35)
第5章 非酒精性脂肪性肝病的诊断与治疗	施军平 黄 谦 范建高	(37)
一、诊断		(37)
二、治疗		(40)
第6章 药物性肝损伤	韩 英 韩者艺	(44)
一、发病机制		(44)
二、危险因素		(45)
三、临床表现和肝组织学特点		(47)
四、临床诊断评分系统与诊断标准		(47)
五、辨认单一致病药物和确诊 DILI 的辅助检查		(50)
六、处理		(51)
第7章 肝豆状核变性	丁晓东 杨 旭	(54)

一、发病机制	(54)
二、病理	(56)
三、临床表现	(57)
四、临床分型	(59)
五、实验室和辅助检查	(59)
六、诊断	(61)
七、治疗	(61)
八、预后	(65)
九、值得注意的几个问题	(66)
第8章 原发性血色病..... 葛文松 范建高	(70)
一、定义与分类	(70)
二、病因和发病机制	(71)
三、临床表现和并发症	(71)
四、诊断	(72)
五、治疗	(74)
第9章 自身免疫性肝炎的诊断与治疗..... 马 雄 王绮夏	(78)
一、诊断	(79)
二、治疗	(84)
第10章 胆汁淤积性肝病	陆伦根 蔡晓波 (88)
一、病因	(88)
二、发病机制	(88)
三、病理	(90)
四、临床表现	(90)
五、实验室检查	(91)
六、诊断	(91)
七、治疗	(91)
第11章 原发性胆汁性肝硬化的诊断与治疗	贾继东 段维佳 (95)
一、诊断	(95)
二、治疗	(97)
第12章 原发性硬化性胆管炎	李良平 邱春华 (102)
一、临床表现及辅助检查	(102)
二、诊断和鉴别诊断	(105)
三、并发症和合并症	(107)
四、治疗	(108)
五、预后评估	(110)

第13章 自身免疫性肝病重叠综合征	李瑜元 (112)
一、AIH-PBC 重叠综合征	(112)
二、AIH-PSC 重叠综合征	(113)
三、PBC-PSC 重叠综合征	(114)
四、AIC-AIH 重叠综合征	(114)
五、AIH-病毒性肝炎重叠综合征	(114)
第14章 肝脏血管性疾病	孙 超 范建高 (117)
一、门静脉血栓形成	(117)
二、肝窦阻塞综合征	(120)
三、布-加综合征	(121)
四、先天性血管畸形	(124)
第15章 肉芽肿性肝病	李 鑫 徐有青 (127)
一、病因	(127)
二、发病机制	(128)
三、病理特点	(129)
四、诊断	(130)
五、治疗原则	(131)
第16章 妊娠相关肝病	徐可树 邓 亮 (133)
一、妊娠剧吐	(133)
二、妊娠肝内胆汁淤积	(134)
三、妊娠急性脂肪肝	(136)
四、妊娠期高血压疾病相关肝损害	(137)
第17章 全身性疾病的肝脏表现	陈东风 艾正琳 孙文静 (141)
一、缺血性肝炎与休克肝以及缺氧性肝病	(141)
二、心源性肝硬化	(142)
三、甲状腺功能异常	(142)
四、炎症性肠病	(143)
五、急性胰腺炎	(143)
六、肾病的肝脏损害	(144)
七、恶性肿瘤	(144)
八、免疫系统疾病	(145)
九、中毒性肝损害	(146)
第18章 隐源性肝炎	何方平 (148)
第19章 非感染性肝病与保肝治疗	施军平 (154)
一、非感染性肝病与生物膜损伤	(154)

二、非感染性肝病的保肝治疗	(155)
三、膜修复剂在非感染性肝病中的作用	(156)
第20章 保肝药物在慢性肝病治疗中的应用	缪晓辉 (159)
一、把握病因治疗与保肝治疗的地位	(159)
二、正确处理降酶和退黄治疗与保肝的关系	(160)
三、慎重界定保肝治疗的疗程	(161)
四、注意保肝药物本身可能的损害	(161)
五、有效抗肝脏纤维化治疗	(162)
六、保肝治疗的一部分——维持肝脏功能	(162)
第21章 脂肪性肝病治疗方法比较	范建高 (164)
一、病因治疗诚然重要但是并非万能	(164)
二、抗炎药物疗效肯定但是风险太大	(165)
三、保肝药物理论上可行但是有效性的证据不足	(166)
第22章 胆汁淤积性肝病与利胆药	李光明 范建高 (168)
一、基本概念	(168)
二、正常胆汁分泌与胆汁淤积的发病机制	(169)
三、胆汁淤积性肝病的治疗	(170)
四、常用利胆药在胆汁淤积性肝病中的应用	(171)
附件1：日本东京2010非酒精性脂肪性肝炎专题研讨会纪要	段晓燕 范建高 (173)
1. 特别演讲	(173)
2. 专题讲座	(173)
3. 卫星会	(177)
4. 壁报展示	(178)
附件2：欧洲肝病学会非酒精性脂肪性肝病专家共识	段晓燕（译）范建高（审校）(183)
1. 基本概念	(183)
2. 流行病学	(183)
3. 临床特征	(184)
4. 诊断程序和策略	(186)
5. 发病机制	(188)
6. 治疗方法	(189)
测试题	(193)
学习培训学分申请办法	(196)



肝大的诊断流程与鉴别诊断要点

第 1 章

韩 涛 邢 晶
天津市第三中心医院

肝大作为重要的临床体征之一，可以是肝脏疾病的常见表现，也可与其他系统疾病累及肝脏所致。引起肝大的原因有感染性和非感染性因素：感染性因素有病毒、细菌、寄生虫、真菌等多种病原体；非感染性因素有先天性代谢障碍、血管性病变、脂肪肝、免疫性、中毒性或药物性等多种原因，如存在肝脏占位病变需要区分良恶性病变。肝大的诊断与鉴别诊断需要结合病史、临床表现、体格检查、实验室检查和影像学资料进行综合分析，必要时结合病理学资料明确诊断。

肝大是重要的临床体征之一，是肝脏疾病的常见表现，也可与其他系统疾病累及肝脏所致。因此，肝大的诊断与鉴别诊断需要结合病史、临床表现，以及必要的实验室检查和影像学资料进行综合判断，是临床医师需熟练掌握的重要内容。

一、肝大的诊断流程

（一）明确正常肝脏的大小

肝大的诊断一般可由体格检查确立，影像学检查如腹部 B 超也是重要的辅助诊断手段。正常成年人肝脏大小约为长径 25 cm，上下径 15 cm，前后径 16 cm，肝上界的位置一般位于右锁骨中线第 5 肋间，肝下界一般于肋缘下触不到，但腹壁松弛或体型瘦长者肝界可能下移，肝上界位置可能降至右锁骨中线第 6 肋间，而在右肋缘下 1~2 cm 可触及，剑突下一般应在 3 cm 以内可触及肝脏下缘，但不会超过剑突根部至脐距离的中上 1/3 处。如超出上述标准，可用叩诊法叩出肝上界，如肝上界也相应降低则为肝下移，如肝上界正常或抬高，则为肝大（hepatomegaly）。肺气肿、右侧大量胸腔积液等可造成肝下移，应与肝大区别。小儿的肝脏一般在胸骨柄及肋骨下缘很容易摸到，且因年龄大小可有不同。1 岁以内可在右肋下缘触到肝脏，但一般不超过 2~3 cm，随着年龄的增长，肝下缘逐渐上移，4 岁以后在右肋缘下多不易摸到肝脏，7 岁时则触摸不到。影像学检查如腹部 B 超可辅助诊断肝大。

（二）确定诊断思路

临床上，肝大可以为肝脏本身疾病所致，也可是一些侵袭肝脏的全身疾病引起，常提示感染性或非感染性肝脏病变。因此，肝大的诊断与鉴别诊断作为临床的重要问题之一，需要临床医师

有清晰的诊断思路。当临床上发现肝肋下可触及时，首先应除外肝下移，确立肝大的诊断。接下来需要仔细询问病史，结合临床表现、体格检查，分析肝大是由肝脏疾病本身所致还是其他系统疾病病变累及肝脏所致。在此基础上，依据实验室检查与影像学资料，必要时结合组织学资料明确诊断。

此外，在分析引起肝大的原因时，还要区分是感染性因素还是非感染性因素所致、感染性病原体是病毒还是其他病原体、是急性感染还是慢性感染，并依据病原体检查进行判断。非感染性因素也很多，需要区分是先天性代谢障碍还是后天获得性损伤、是肝实质性病变还是血管性病变、是酒精性脂肪肝还是非酒精性脂肪肝、是药物或中毒因素还是免疫性因素，如存在肝脏占位性病变需要考虑是良性病变还是恶性病变。总之，需要结合疾病的各自特点做出正确诊断。

（三）询问病史

要详细询问患者是否有传染病接触史、输血或血液制品史、拔牙史、手术史、吸毒史，是否有药物或毒物接触史、酗酒史以及疫区居留史等。有病毒性肝炎尤其乙型肝炎家族史的患者应注意有无乙型病毒性肝炎；有输血或血液制品史、拔牙史、手术史、吸毒史或文身史的患者应警惕感染丙型病毒性肝炎的可能；而近期有不洁饮食者应注意排除甲型肝炎、戊型肝炎等感染；有生食鱼虾者应排除华支睾吸虫感染；有血吸虫、包虫病等疫区居留史或疫水接触史者必须筛查有无相应的传染病；有酗酒史，应注意有无酒精性肝病等。儿童肝大在除生理性外，多考虑遗传代谢性疾病；中青年患者多考虑各种原因所致的肝炎、肝硬化；中老年患者多考虑肿瘤、肝硬化等；有心肺疾病者，需要注意淤血性肝大；中年女性需要注意自身免疫性肝病；有服用药物及保健品者，需注意有无药物性肝病的可能等。另一方面，还需要仔细询问是否有其他系统疾病的病史或临床表现，如心血管疾病、血液病、风湿免疫性疾病、内分泌代谢性疾病等。

（四）临床症状特点

肝大伴有恶心、呕吐、纳差、腹胀等消化道症状，一般由肝功能异常引起。腹胀伴腹围增大者应排除肝硬化、布-加综合征等疾病引起的腹腔积液。病毒性肝炎、中毒性肝炎、药物性肝炎等肝脏疾病可因肝实质损害而表现为肝细胞性黄疸，造成胆道梗阻的多种疾病可能伴有梗阻性黄疸。肝大程度严重时，可表现为肝区疼痛，主要由肿大的肝脏牵扯肝包膜造成，病毒性肝炎多为肝区隐痛或不适，部分肝癌患者也可出现程度不等的肝区疼痛。肝癌患者可出现中低度发热，细菌性肝脓肿可出现急性高热等。皮下紫癜、牙龈出血可见于血液系统疾病或肝硬化失代偿期所致的血小板减少及凝血功能不良。

（五）体格检查

体格检查常为临床诊断提供重要的证据，查体时需要仔细进行全身体格检查，全面了解肝脏的触诊、叩诊情况及其他伴随体征，是否伴有脾大、腹水、黄疸，是否存在其他系统疾病的表现等。

1. **肝脏触诊** 除了解肝脏下缘位置外，应注意肝脏的质地、表面、边缘等情况。肝脏的质地一般分为质软、质韧和质硬。正常肝脏质地柔软，脂肪肝或急性肝炎时质地稍韧，慢性肝炎多质韧，肝硬化、肝癌质地较坚硬。肝脓肿或肝囊肿较大时可呈囊性感，脓腔或囊腔大且浅表者可有波动感。正常肝脏边缘整齐、厚薄一致且表面光滑；脂肪肝、肝淤血时肝脏边缘圆钝；边缘不规则、表面不光滑尤其呈不均一结节状者应考虑肝癌可能，肝脏表面大块状隆起常见于巨块型肝癌。肝包膜炎性反应或肝大使包膜受到牵拉时可产生压痛。压痛或叩击痛可见于肝淤血、肝脓肿及

肝癌。

2. 腹部其他体征 肝脏疾病及其他可能引起肝大的疾病均可能发生腹腔积液。肝脾大可见于肝硬化、血液系统疾病如白血病、骨髓异常增生综合征、多发性骨髓瘤等。腹壁静脉曲张常见于门静脉高压或上下腔静脉回流受阻所建立的侧支循环。门脉高压显著时，于脐部可见一簇静脉曲张向四周放射，呈“水母头”状；而下腔静脉阻塞时，曲张的静脉大多分布在腹壁两侧，无论脐上或脐下的静脉血流均向上。胸壁静脉曲张根据其流向可辨别来源：上腔静脉阻塞时，静脉血流方向自上而下；下腔静脉阻塞时，血流应是自下而上。坐位或半坐位时，若颈静脉充盈怒张，可间接推测中心静脉压升高，多见于右心衰竭、缩窄性心包炎、心包积液等。以手压迫肝区，观察颈静脉充盈情况，如观察到颈静脉充盈过度则为肝-颈静脉回流征阳性，也是提示体循环淤血的证据。

3. 全身其他体征 慢性肝病患者可出现面色晦暗、肝掌、蜘蛛痣、皮肤黏膜黄染、紫癜或牙龈出血。梗阻性黄疸可有皮肤瘙痒、抓痕。双下肢水肿多见于肝硬化低蛋白血症、心力衰竭。非肝病所致的肝大可出现其他如心血管、代谢等系统疾病的体征。眼角膜色素环（Kayser-Fleischer环，K-F环）有助于肝豆状核变性的诊断。

（六）实验室检查

1. 肝功能 肝功能检查是评价患者肝功能的关键生化指标。血清白蛋白降低及白蛋白/球蛋白比例降低可见于慢性肝病或各型肝衰竭；球蛋白升高，特别是血清蛋白电泳显示 γ -球蛋白升高常提示免疫相关肝病；血清蛋白电泳出现M蛋白需要考虑有无骨髓瘤、巨球蛋白血症等血液疾病；丙氨酸氨基转移酶、天冬氨酸氨基转移酶升高常提示肝实质损伤，常见于各种原因引起的急性、慢性肝病；碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转肽酶升高可见于胆汁淤积或阻塞性疾病如原发性胆汁性肝硬化、硬化性胆管炎、酒精性肝病、药物性肝病、肝淀粉样变性等，也见于肝、胆、胰肿瘤压迫或占位造成的胆道梗阻；胆红素升高者可根据结合胆红素及非结合胆红素构成区分黄疸类型。出血异常常见于肝硬化、重型肝炎（肝衰竭）、血液疾病等。

2. 血细胞计数和分类 红细胞计数或血红蛋白下降应考虑造血系统疾病、消化道出血如肝硬化伴食管静脉曲张破裂出血等；红细胞计数升高应注意排除真性红细胞增多症；白细胞计数增高或中性粒细胞比例增大见于细菌感染，如肝脓肿、败血症等；白细胞减少见于伤寒、疟疾、黑热病以及病毒感染；嗜酸性粒细胞增多见于血吸虫病和肝棘球蚴病等；血小板计数减少常见于肝硬化脾功能亢进。

3. 病原学和免疫学指标 各型病毒性肝炎抗原、抗体标志物及病毒定量（如乙型肝炎病毒DNA、丙型肝炎病毒RNA等）检测有助于病毒性肝炎的诊断。对于感染其他嗜肝病毒、衣原体、支原体、真菌、钩端螺旋体、血吸虫等病原体的患者，可通过检查相应的病原、抗体确定诊断；粪便检测可查找华支睾吸虫虫卵或阿米巴滋养体等。自身免疫性抗体检查可发现自身免疫性肝病、结缔组织病等，部分药物性肝病、丙型肝炎患者也可出现某些自身抗体低中度升高或阳性。

4. 其他 肿瘤标志物的监测有助于肿瘤的发现，如甲胎蛋白（alpha-fetal protein, AFP）等升高对原发性肝癌有重要的诊断价值；CA199等对胆管肿瘤有提示作用。肝豆状核变性可出现血浆铜蓝蛋白降低。血清铁蛋白、转铁蛋白饱和度等检查可用于筛选血色病。

（七）影像学检查

1. 超声检查 超声检查因其无创伤性、方便快捷、实时动态等特点，已经在临床中普遍应用，在肝胆疾病的诊断中发挥着重要作用。超声下除可了解肝、脾、胆囊的形态大小，肝脏血管

以及胆道的分支情况，还对肝内占位性病变如囊肿、肿瘤、脓肿等的诊断具有重要意义。此外，临床上经常借助超声引导进行肝组织学活检、置管以及介入性检查和治疗等。

2. CT 与 MRI CT 和 MRI 对肝内占位性病变的诊断有重要的价值，尤其是影像增强检查对鉴别肝内占位的良恶性有重要的鉴别意义。CT 血管成像可显示肝门静脉、下腔静脉和肝静脉系统，有助于血管性因素所致肝大的诊断，并为介入及手术方案的选择提供术前依据。磁共振胰胆管造影（magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP）可显示胆道系统，有助于明确有无胆道梗阻。

3. 肝血管造影 肝血管造影是肝胆疾病诊治的重要手段。肝动脉造影可鉴别肝脏肿瘤的良恶性并评价肿瘤血供情况，并行介入栓塞治疗，且对肿瘤手术方案的选择有一定帮助；门静脉造影可了解门脉系统的梗阻情况并测定门静脉压力；肝静脉造影可了解肝静脉的梗阻情况。

4. 经内镜逆行胰胆管造影 经内镜逆行胰胆管造影（endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP），是在内镜下经十二指肠乳头插管注入造影剂，从而逆行显示胰胆管的造影技术，已成为胰、胆管疾病诊治的重要手段之一。

5. X 线检查 胸片可显示右膈位置，并可在胸部 X 线透视下观察其形状及运动，还可显示心脏大小及肺门情况，对提示淤血性肝大的病因有一定意义。消化道造影可发现食管胃底静脉曲张，并有助于发现胰头癌或壶腹癌引起的胆道梗阻。

（八）肝穿刺活检

对于一些其他检查无法明确诊断的肝病，肝脏穿刺活检可提供组织学诊断依据，超声引导或腹腔镜下活检可提高其阳性率。

二、鉴别诊断要点

（一）感染性肝大

病毒、细菌、真菌、立克次体、螺旋体或寄生虫等感染均可能引起肝大，以病毒性感染发生率较高。各种感染因素侵袭肝脏引起炎症反应，血管充血、组织水肿、炎症细胞浸润、炎性物质渗出而使肝脏肿大；同时也可引起细胞变性、肿胀或刺激细胞大量增生而造成肝大。

1. 急、慢性病毒性肝炎 是肝大常见的病因，临床上常表现为乏力、食欲缺乏、厌食油腻、恶心及肝功能异常，部分病例可伴有黄疸。结合病史、临床症状体征、肝功能改变及病毒性肝炎血清标志物检测不难诊断，但应与其他嗜肝病毒感染鉴别，如 EB 病毒、巨细胞病毒、腺病毒等。EB 病毒为常见的嗜肝病毒，常有肝大、肝功能异常、发热，体温比病毒性肝炎高，发热时间久；同时常伴咽痛、颈部或其他部位表浅淋巴结大；白细胞计数正常或增高，单核细胞比例增高（常大于 50%），且异常淋巴细胞在 10% 以上；嗜异性凝集试验阳性，抗 EB 病毒抗体阳性；肝活检可见弥漫性单核细胞浸润及局灶性坏死。一些药物性或中毒性肝炎、脂肪肝、血吸虫病及华支睾吸虫病病例可有与病毒性肝炎相似的临床表现，但一般肝损害较病毒性肝炎轻，转氨酶轻度升高，且肝炎标志物阴性，有药物、毒物接触史或疫区居留史等。

2. 血吸虫病 在我国境内仍有散发。急性血吸虫病特征较明显，常表现为疫水接触史后发生的发热、腹泻等症状，血常规表现为嗜酸性粒细胞升高。慢性血吸虫病缺乏特异性表现，常无明显症状，有些病例仅表现为轻度肝大。可通过一些特殊检测发现本病，如尾蚴膜试验、环卵沉淀试验、间接血凝试验、酶联免疫吸附试验等；粪便检查或直肠镜下取得黏膜活检获虫卵或孵化试

验阳性可确诊该病。

3. **华支睾吸虫病** 主要分布在我国及其他东亚地区，多有食用未熟的鱼、虾病史，粪便或十二指肠引流胆汁找到虫卵即可确诊。

4. **肝包虫病** 主要流行于畜牧地区，该病潜伏期长，常无特异性症状，主要表现为上腹不适、胀满，若虫囊较大则可出现肝区牵扯性隐痛，可触及波动感或包虫震颤。可通过流行病学、影像学资料、包虫病皮内试验及手术活检证实。

5. **细菌性肝脓肿** 起病较急，常表现为高热、肝区隐痛、白细胞计数及中性粒细胞比例升高，B超或CT显示肝脓肿，肝穿刺可抽得脓液而确诊，常继发于全身尤其是腹腔感染，部分患者有糖尿病病史。细菌性肝脓肿需与阿米巴肝脓肿鉴别，后者是肠阿米巴病的最常见并发症，常有腹泻病史，起病缓慢，常见畏寒、弛张热，继而肝区持续钝痛、肝大，查体肝区可有压痛、叩击痛、挤压痛，若肝穿刺抽得巧克力色脓液、发现阿米巴滋养体可确诊。

当然，引起肝脏损害或肝大的感染性因素还有很多，病原体种类也很多，需要临床医师询问患者的病史及流行病学资料，并结合临床表现和相关检查进行甄别。

（二）淤血性肝大

淤血性肝大系体循环淤血、肝脏血流回流受阻致肝脏淤血增大。充血性心力衰竭、心包填塞、缩窄性心包炎、心包积液等可使体循环回流受阻，肝静脉畸形或阻塞亦可使肝脏血供回流受阻，以上因素均可引起肝脏淤血肿大。

1. **右心衰竭** 任何原因引起的右心衰竭均可使体循环静脉压明显升高而致体循环淤血，颈静脉怒张、肝-颈静脉回流征阳性是其特征表现，触诊时肝大且边缘圆钝，有时可伴压痛。该病肝大的特点是心力衰竭加重时肝脏增大，好转后显著回缩；B超除显示肝脏体积增大外还可有肝静脉扩张，肝功能一般正常。但长期慢性体循环淤血会导致心源性肝硬化，X线示肺门血管影明显，心界扩大，心脏搏动减弱，超声心动图检查可评估心脏形态与功能。

2. **布-加综合征(Budd-Chiari syndrome)** 是指多种原因引起的肝静脉和（或）肝段下腔静脉阻塞性病变，导致以下腔静脉高压为特点的一种肝后门脉高压症。其临床表现与阻塞的位置、程度及侧支循环的状况密切相关。急性患者常有右上腹痛、迅速出现的大量腹水、黄疸、肝大伴肝区触痛；有些患者可有肝功能异常，甚至可进展为肝衰竭。慢性晚期病例可表现为门静脉高压及下腔静脉高压，常被误诊为肝硬化。腹部B超检查可对多数病例作出筛选，CT、MRI也可提供有价值的诊断信息。目前认为肝静脉、下腔静脉及门静脉造影是布-加综合征最重要的诊断方法，同时为介入治疗或手术方法的选择提供重要依据。

（三）胆汁淤积性肝大与自身免疫性肝病

肝内毛细胆管病变、肝内外胆道梗阻、周围病变压迫胆道等因素均可使胆汁不能正常排出而在肝内淤积，造成胆汁淤积性肝大。临床上大致可分为肝内胆汁淤积和肝外因素所致胆汁淤积。

胆汁淤积性肝病常伴有肝外表现如乏力、皮肤瘙痒、骨质疏松等，肝功能检查可有不同程度的碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转肽酶和（或）胆红素升高。原发性胆汁性肝硬化是临床上常见的一种自身免疫性肝病，好发于中年女性，早期可无特殊临床症状，表现为碱性磷酸酶升高，血清抗线粒体抗体（antimitochondrial antibody, AMA）和（或）AMA-M2呈阳性；疾病进展至肝硬化后，可有肝硬化的临床表现及并发症；肝活检有助于明确疾病的病理诊断及分期。原发性硬化性胆管炎也会表现出肝内胆汁淤积，MRCP或ERCP可有特征性典型表现，部分患者可合并炎症性肠病；缺乏典型表现者，肝活检有助于其诊断。自身免疫性肝病除上述两种外，还包括自身免疫