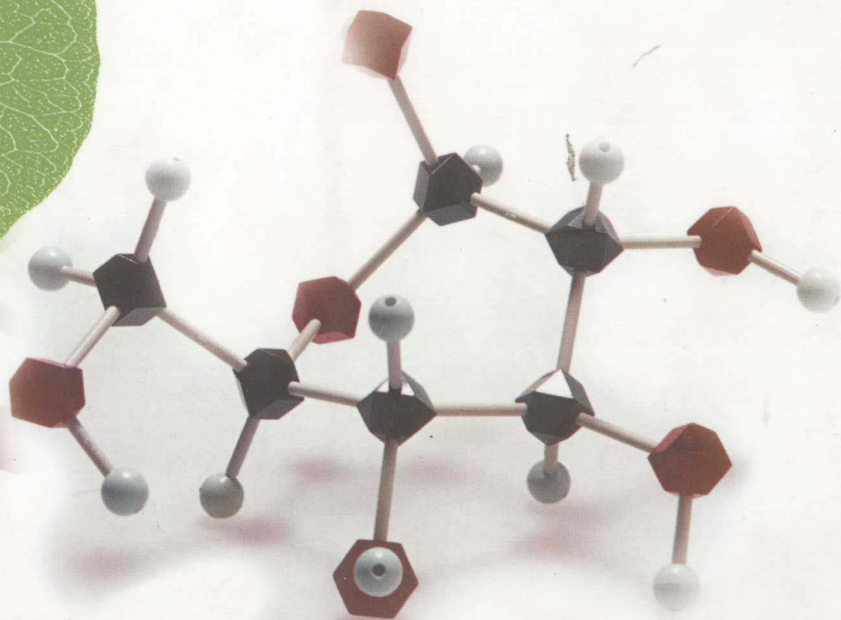


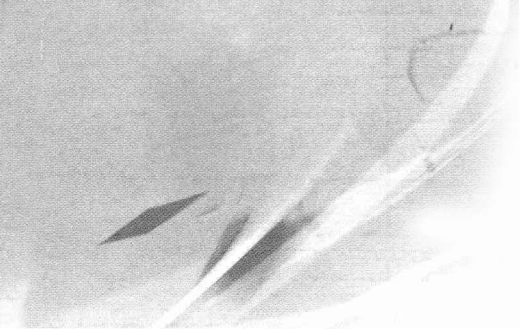
肝硬化的中西医结合治疗

GANYINGHUA DE ZHONGXIYI JIEHE ZHILIAO

陈 昱 陈振华 主编



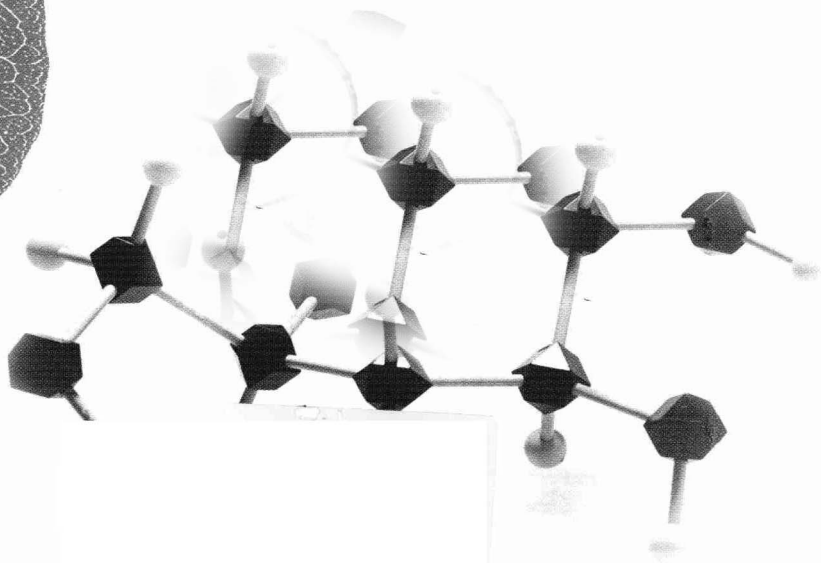
甘肃科学技术出版社



肝硬化的中西医结合治疗

GANYINGHUA DE ZHONGXIYI JIEHE ZHILIAO

陈 昱 陈振华 主编



甘肃科学技术出版社
兰州

图书在版编目 (C I P) 数据

肝硬化的中西医结合治疗 / 陈昱, 陈振华主编. —兰州:
甘肃科学技术出版社, 2008.12
ISBN 978-7-5424-1191-4

I. 肝… II. ①陈… ②陈… III. 肝硬化—中西医结合疗
法 IV. R575.205

中国版本图书馆CIP数据核字 (2008) 第186034号

责任编辑 陈学祥 (0931-8773274 gstpchen@sina.com)

封面设计 新印象

出版发行 甘肃科学技术出版社(兰州市南滨河东路520号 0931-8773237)

印 刷 甘肃新新包装彩印有限公司

开 本 850mm×1168mm 1/32

印 张 8.25

插 页 2

字 数 206 000

版 次 2009年1月第1版 2009年1月第1次印刷

印 数 1~1000

书 号 ISBN 978-7-5424-1191-4

定 价 23.00元

前 言

肝硬化是各种原因所致的肝脏炎症的晚期阶段，很多诱因均可引起肝功能失代偿，发生并发症——门静脉高压、肝硬化食管静脉曲张与上消化道出血、脾功能亢进、腹水、胸水、自发性腹膜炎等往往是临床医师诊治中最棘手的问题，也是造成患者死亡率高的主要原因，本书较系统介绍了这些病症的正确治疗方法。

随着医学科学的不断发展，越来越要求对一种疾病有更深入、更广泛的认识，才能达到更有效的治疗。将基础知识和临床经验汇集，依据各国医学专家对化解肝纤维化这一理论的肯定，证明肝纤维化是可逆的，也就是将沉积到肝脏、肝细胞之内的纤维组织可以从肝脏中带出，使硬化的肝脏软化成为正常的肝脏。从生理特征上讲，肝细胞是人体再生功能最强的细胞，这就更加有利于肝细胞的再生，有利于肝硬化的逆转。

本书在编写过程中，谬误疏漏、偏颇不全在所难免，敬请专家及广大读者斧正！

目 录

第一章 肝硬化概述	(1)
第一节 肝硬化的概念	(1)
第二节 肝硬化的病因	(2)
第三节 肝硬化分类	(3)
第四节 肝硬化的预后	(5)
第二章 中医学对肝硬化的认识	(7)
第一节 中医对肝硬化的有关论述	(7)
第二节 中医对肝硬化病因病机的认识	(19)
第三节 中医对肝硬化的治疗	(22)
第三章 肝炎后肝硬化	(54)
第一节 病毒性肝炎和肝炎后肝硬化	(54)
第二节 病毒性肝炎慢性化与发生肝硬化的机制	(55)
第三节 肝炎后肝硬化的临床表现	(57)
第四节 肝炎后肝硬化的治疗	(73)
第四章 酒精性肝硬化	(75)
第一节 临床流行病学	(75)
第二节 发病机制	(76)
第三节 病理	(77)
第四节 临床表现	(78)
第五节 诊断和鉴别诊断	(79)
第六节 治疗	(80)

第七节 预后	(82)
第五章 胆汁性肝硬化	(83)
第一节 原发性胆汁性肝硬化	(83)
第二节 继发性胆汁性肝硬化	(93)
第六章 心源性肝硬化	(96)
第一节 发病机制	(96)
第二节 病理	(97)
第三节 临床表现	(97)
第四节 诊断	(98)
第五节 治疗	(98)
第七章 肝硬化的六大并发症	(100)
第一节 门静脉高压症	(100)
第二节 肝硬化食管静脉曲张与上消化道出血	(106)
第三节 脾功能亢进	(128)
第四节 肝硬化腹水	(131)
第五节 肝硬化腹水合并胸水	(149)
第六节 肝硬化合并自发性细菌性腹膜炎	(149)
第八章 肝硬化肝功能生化检测	(164)
第一节 肝病时的常用生化检测指标	(164)
第二节 肝硬化时肝功能生化检测	(179)
第三节 不同原因肝硬化生化指标的特点	(185)
第四节 肝硬化与肝癌生化指标的鉴别	(187)
第九章 肝纤维化的检测	(190)
第一节 胶原及其代谢产物的检测	(191)
第二节 非胶原糖蛋白及其受体的检测	(197)
第三节 蛋白多糖的检测	(200)
第四节 胶原酶及其抑制物的检测	(202)
第五节 肝纤维化代谢相关酶的检测	(204)

第六节 肝纤维化血清标志物的选择与联合检测	(206)
第十章 肝硬化及合并肝癌的影像诊断	(209)
第一节 肝硬化CT、MRI诊断	(209)
第二节 肝硬化超声诊断	(221)
第十一章 肝性脑病	(226)
第一节 肝性脑病的诱发因素	(227)
第二节 肝性脑病的发病机制	(228)
第三节 肝性脑病脑水肿的发病机制	(239)
第四节 肝性脑病的临床	(246)
第五节 肝性脑病的治疗原则	(249)
参考文献	(255)

第一章 肝硬化概述

第一节 肝硬化的概念

肝硬化系指各种原因所致的肝脏组织炎症、坏死发生的肝脏纤维化和残存肝细胞结节性再生。结节 $<3\text{mm}$ ，均一，累及全小叶者称微结节型或小结节型肝硬化；结节 $>3\text{mm}$ ，大小不一，累及一肝小叶以上谓大结节型肝硬化。

肝纤维化瘢痕形成和肝细胞再生是肝脏对长期存在的炎症性、中毒性、代谢性和充血性损害做出的反应。随着上述因素的存在促使纤维组织呈条状或环绕状形成，而其内肝细胞再生成小结，病理上称假小叶。肝纤维化形成，肝结构破坏，肝小叶形态消失，肝内血管扭曲变形，从而使门静脉压力升高，肝内静脉血向动脉分流，或形成侧支，肝细胞由此而致血流供应不足，加之直接承受毒性、炎性或代谢性物质的损害而功能失常。所以肝硬化的临床表现是一系列的肝功能损害和门脉高压症。

肝硬化是一种常见病症，在我国主要与病毒性肝炎有关。嗜肝病毒中甲型肝炎病毒和戊型肝炎病毒很少发展为肝炎肝硬化，除非引起重症肝炎伴严重肝坏死者；庚型肝炎病毒，输血传播的肝炎病毒与肝硬化的关系尚待研究；丁型肝炎病毒需在乙型肝炎病毒感染的基础上方可传染。所以引起肝硬化的肝炎病毒主要是乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒。

第二节 肝硬化的病因

1. 感染

①病毒感染；②血吸虫病；③肝吸虫病；④弓形体病；⑤梅毒螺旋体感染；⑥棘球绦虫病。

2. 药物与毒物

①酒精；②甲氨蝶呤；③异烟肼；④四氯化碳；⑤甲基多巴；⑥硫氧嘧啶；⑦砷剂；⑧醋氯酚汀、双醋酚汀；⑨磷；⑩氯丙嗪；⑪口服避孕药；⑫胺碘酮；⑬吡咯烷类生物碱；⑭环己哌啶顺丁烯盐酸；⑮维生素A；⑯真菌毒素。

3. 代谢性

①肝豆状核的变性；②血色病；③儿童遗传性疾病；④胆固醇的沉积病；⑤脑苷脂沉积病；⑥沃尔曼病。

4. 心血管疾病

①慢性右心衰竭；②布一加（Budd-Chiari）综合征；③静脉阻塞性疾病。

5. 胆道阻塞

①原发性胆汁性肝硬化；②肝内胆汁淤积征；③囊性纤维化；④胆管闭锁；⑤硬化性胆管炎；⑥胆管结石；⑦慢性胰腺炎；⑧胰或胆管癌。

6. 其他原因

①自身免疫性肝炎；②糖尿病；③先天性出血性毛细血管扩张症；④肉样瘤病；⑤镰状细胞病；⑥慢性炎症性肠病；⑦空一回肠短路。

7. 隐源形

系不明原因的肝硬化，还有待深入研究。

第三节 肝硬化分类

肝硬化的分类较复杂，可按病因、病理、临床分；也有病因结合病理进行分类的。这是因为病因不同，则炎症程度不一，病情进展速度与程度也有很大差异；如单按病因分则有病因不明的肝硬化，单按病理分对临床指导少，病因与病理联合分类又因同一病因而又有不同的病理形态。为此，当前国内外分类还不统一。本文拟将三种分类方法分列如下，以供参考。

一、病因分类

可分为10类：①肝炎后肝硬化；②坏死后肝硬化；③胆汁性肝硬化；④自免性肝硬化；⑤心源性肝硬化；⑥酒精性肝硬化；⑦药物性肝硬化；⑧血吸虫病肝硬化；⑨代谢性肝硬化；⑩隐源性肝硬化。

其中在我国以病毒性肝硬化最为常见，占患病人数中的90%左右，尤以乙肝最为常见。通常一位慢性乙肝患者，在医生观察下短者5个月，长者10余年，平均4~5年即可发展成肝硬化，或死于肝硬化的并发症。因此，病因治疗，尤其是抗病毒治疗特别重要，积极治疗原发病是预防肝硬化形成的关键。

二、病理分类

病理分类的核心是假小叶的形成。肝组织在病原、免疫细胞、细胞因子及炎症介质的作用下合成大量胶原纤维，形成广泛纤维束，纤维束自汇管区向另一汇管区或中央静脉方向延伸，延伸的纤维隔，叫主动隔；肝小叶内肝细胞坏死，网状支架塌陷形成修复性纤维束向外向汇管区方向伸展，称被动隔；两种纤维束相连，将残存的肝小叶分割包围，其内肝细胞再生形成结节，这

种纤维隔分割的结节为假小叶。一旦假小叶形成，肝小叶结构即被破坏，病变即至肝硬化。据此病理分类可分为：

（一）病理表现

（1）早期肝硬化。肝大小正常，质稍硬。主要特点是纤维增生活跃，形成大小不一的纤维束，但再生结节不均匀，仅少数假小叶形成。

（2）晚期肝硬化。肝体积缩小，表面不平，质硬。纤维隔充满，有较大的多小叶性再生结节形成，肝细胞辐射状排列的小叶不复可见，假小叶广布肝实质。

（二）病理形态

1974年国际肝胆会议确定按肝脏病理切片所见小叶再生性结节的大小为标准。

（1）小结节型。结节大小较均匀，一般在3mm以内，最大不超过1cm，假小叶大小较一致，纤维隔较细。

（2）大结节型。结节粗大，一般1~3cm，大小不一，最大可达3~5cm，结节包含几个肝小叶，假小叶大小不一，纤维隔宽窄不一。

（3）大小结节混合型。大小结节同在一肝组织内，比例基本相等。

（4）不完全分隔型。纤维隔占突出地位，但部分分隔终止于肝实质，不与汇管区纤维连接，腺泡结构可正常。此型系我国学者在观察血吸虫病肝硬化时发现和描述的，值得研究。

三、功能性分类或临床分类

肝组织学证实为肝硬化，但肝功能检测结果不一，据其临床表现和肝功能损害的情况，可分为：

（一）肝功能代偿期

中度肝功能不全，如ALT、AST轻度升高，无黄疸，血清白

蛋白轻、中度降低，凝血酶原时间正常，血氨正常。

人体肝脏具有很强的代偿能力，当肝功能损害不是很严重时，往往不易发现。患者症状较轻，常缺乏特异性，以疲倦乏力、食欲减退及消化不良为主。可有恶心、厌油、腹部胀气、上腹不适、隐痛及腹泻。其中以乏力、食欲不振出现较早，并且突出。

此期病人的确诊依赖于肝脏穿刺活体组织学检查，B超、CT有一定参考价值。

（二）肝功能失代偿期

急性营养障碍，如皮肤晦暗、色素斑、毛细血管扩张、蜘蛛痣，ALT、AST升高，血清胆红素升高，凝血酶原时间延长，血氨升高；或肝功能衰竭，如黄疸显著升高，凝血酶原时间明显延长，血清白蛋白严重不足，转氨酶升高，胆固醇降低，血氨升高，意识障碍。

明显的门静脉高压症，食管静脉曲张，或消化道出血，腹水出现，尿少，腹胀。

1977年Leevy, Hanspopper及Sherlock对混乱的分类进行了综合，认为门脉性肝硬化和坏死后肝硬化应废除，因门脉性肝硬化即相当于小结节型肝硬化，坏死后肝硬化相当于大结节型肝硬化，与病理分类法重复，且欠准确。随后世界卫生组织对肝硬化的病因学和形态学进行了比较分析，认为应以病因结合病理进行分类。最后定论有待进一步研究。

第四节 肝硬化的预后

肝硬化一般起病隐匿，可持续数年至数十年。肝硬化的预后与病因、病变类型、肝脏损害程度和有无并发症而差异很大，预后也不同。据文献报道，对4455例各种原因所致肝硬化之预后，

死于肝硬化及其并发症者占58%，死于与肝病无关疾患者占42%。近年随着对肝纤维化机制认识的深化，及对中医药研究的深入，国内有学者认为采用中西医结合的办法治疗肝硬化，可大大降低病死率，甚至根除肝硬化。

第二章 中医学对肝硬化的认识

中医学虽无现代医学肝硬化的病名，但根据其肝功能减退和门脉高压所引起的主要症状和体征以及该病不同程度的病变和临床表现，在中医“胁痛”、“积聚”、“鼓胀”（膨胀、蛊胀、单腹胀、蜘蛛蛊、水胀、酒鼓）等门下可以找到近于本病的记载。一般认为，早期肝硬化属中医的胁痛、积聚范围，晚期属鼓胀范畴。可见祖国医学对肝硬化已有详尽观察、描述与记载。

第一节 中医对肝硬化的有关论述

一、古代中医对“胁痛”的有关论述

邪在肝，则两胁中痛，寒中，恶血在内。（《灵枢经·卷之五·五邪第十二》）

厥阴所至为胁痛呕泻。（《黄帝内经·素问·卷第二十一·六元正纪大论篇第七十一》）

肝病者，两胁下痛引少腹。（《黄帝内经·素问·卷第七·藏气法时论篇第二十二》）

1. 胁痛成因

胁痛一症，不徒责在肝胆，而他经亦累及之。有寒热虚实之不同，痰积瘀血之各异。尝考经旨，谓肝脉挟胃络胆，上贯膈，布胁肋；胆脉贯膈，络肝，循胁里，其直者循胸过季肋。是两肋

之痛，皆属肝胆为病。内伤不外气血两端，外感责在少阳一经而已。盖肝为将军之官，其性暴怒，非拂意交加，则忧郁莫解，非酒色耗扰，则风寒外袭痛之所由生也。使其人而虚寒也者，则内脏亏而痛也；使其人而虚热也者，则隧道塞而痛矣；使其人而实热也者，或邪气入而痛，或有火发而痛矣。（《医述》引《会心录》）

左肋多因留血作痛，右肋悉是痰引作痛，其两肋只间，又可一概而言乎！若论其致病之邪，凡外之六淫，内之七情，劳役饮食，皆足以致痰气积血之病。虽然痰气固亦有流注于左者，然必与血相搏而痛，不似右肋之痛无关于血也。（《证治准绳·卷四·诸痛门·胁痛》）

内伤胁痛之因，或痰饮、悬饮凝结两肋，或死血停滞胁肋，或恼怒郁结，肝火攻冲，或肾水不足，龙雷之火上冲，或肾阳不足，虚阳上浮，皆成胁肋之痛矣。（《病因脉治·卷一·内伤胁痛》）

胁痛二三年不已者，乃胶痰淤结成积块。（《中国医药汇编·第三编论说部（四）病症分类·久痛不已》）

至于湿热郁火，劳役房色而病者，间亦有之。（《证治汇补·卷之六·腹胁门·胁痛》）

夫肋虽为肝位，而肝必克脾，脾受肝克，则脾亦能随肝而作痛。（《辨证录·卷之二·胁痛》）

由上述可知，肝居肋下，胆附于肝，肝与脾肾又相生相克，故胁痛乃肝胆脾肾之病也。若劳倦伤脾，土不荣木；房劳伤肾，水不涵木；或血虚肝失滋养而为胁痛者，属虚证也。若七情伤肝，肝郁气滞，气郁化火，气滞血淤，或肝胆湿热，或外邪犯少阳胆经而为胁痛者，属实证也。凡此外感内伤皆可致胁痛。

2. 胁痛辨证

淤血作痛者，痛而不膨，按之亦痛，不按亦痛，其痛无时而息也。怒气作痛者，痛而且膨，得暖则缓，已而复痛，其痛有时

而息也。此非血与气之辨乎。（《玉案》）

胁痛亦分左右，辨虚实。左胁痛者，肝受邪也；右胁痛者，肝邪入肺也；左右胁胀痛者，气滞也；左右胁注痛有声音，痰饮也；左胁下有块作痛，夜甚者，死血也；右胁下有块作痛饱闷者，食积也；咳嗽引痛，喘息发热者，痰结也；时作时止，暴发痛甚者，火郁也；满闷拒按，烦躁多怒者，肝实也；耳目流脓，爪枯善怒者，肝虚也；隐隐微痛，连及腰膝，空软喜按者，肾虚也；胁痛咳嗽腥臭，面赤唾痰者，肺气伤也；胁内支满，目眩，前后下血者，肝血伤也；两胁搐急，腰腿疼痛不能转侧者，湿热郁也；胸右近肋一点刺痛，内热咳嗽者，肺病也，当须防之。（《证治汇补·卷之六·腹胁门·胁痛》）

胁者，足少阳胆经所络之地，左统于肝，右属于脾，上与肺相连，下与肾相通，痛时须辨明上下左右、腰肾、背脊之界地，则用药不差。（《七松岩集·常见病证辨治·十、胁痛》）

胁痛一证，部位虽肝胆所主，而《经》文有心、肝、太阳、少阳之异，且有饮食、色欲、劳伤、传移诸候。虽前贤凭理立论，以痰湿、死血、气虚等因分别左右，不过明左肺右肝部位，然左右皆肝胆经络，不必泥也。（《医级》）

综上所述，胁痛有脾弱、血虚、肾亏而肝失所养之虚证；有肝郁、湿热、痰饮、血瘀而肝胆为病之实证，当细辨之。

二、古代中医对“积聚”的有关论述

诸有形而坚着不移者为积，诸无形而留止不定者为聚……《难经》既以积聚分属脏腑，《巢氏病源》别立症瘕之名，以不动者为症，动者为瘕，亦犹《难经》之积聚而已。无形之瘕聚其易散，有形之症积其难破，治之者先辨有形无形，在气在血，可略得其概矣。（《类证治裁·卷之三·积聚论治》）

1. 积聚成因

卒然外中于寒，若内伤于忧怒，则气逆，气上逆则六输不通，温气不行，凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。（《灵枢经·卷之十·百病始生第六十六》）

积聚者，由阴阳不和，脏腑虚弱，受于风邪，搏于脏腑之气所为也……积者阴气，五脏所生，始发不离其部，故上下有所穷矣；聚者阴气，六腑所成，故无根本，上下无所留止，其痛无有常处。诸脏受邪，初未能为积聚，留滞不去，乃成积聚。（《诸病源候论·卷十九·积聚病诸候》）

症者，由寒温失节，致脏腑之气虚弱，而饮食不消，聚结在内，染渐生长，块段盘牢不移动者，是症也，言其形状，可征验也。若积引岁月，人即柴瘦，腹转大，遂致死。（《诸病源候论·卷十九·症瘕病诸候》）

然有得之于食，有得之于水，有得之于忧思，有得之于风寒，凡使血气沉滞留结而为病者，治须渐磨溃消，使血气流通，则病可愈矣。（《圣济总录·卷第七十一·积聚门》）

诸书所载，皆以内为喜怒忧思七情之气，克制五脏，结而不散，乃成积聚之症。余慎度之，必是因气结聚痰饮，或是积聚之物而后坚硬如此。（《大成》）

张子和曰：积之始成也，或因暴怒喜悲思恐之气，或伤酸甘辛咸之味，或停温凉寒热之饮，或受风寒暑湿燥火之邪，其初甚微……若久而延之，留滞不去，遂成五积。（《景岳全书·卷之二十三·杂症谟·积聚》）

又因食、酒、肉、水、涎、血、气入积，皆因偏爱停留不散，日久成积块。（《丹溪手镜·卷之下·积聚第六》）

大抵积块者，皆因一物为之根，而血涎裹之，而成形如杯如盘，按之坚硬也。食积、败血，脾胃有之。痰涎之积，左右皆有之。（《保命歌括》）