

ZHONG
XIYIJI
HE
GA
NDAN
BING
HILIA
OXUE



中西医结合
肝胆病
治疗学

王凯 主编
山东大学出版社

内 容 提 要

本书分总论和各论两部分。总论部分阐述中西医对肝胆病的认识,包括肝胆的解剖学、生理学和病理生理学知识及肝胆病中医辨证施治原则。各论部分阐述了常见肝胆病中西医诊断和治疗方法。本书力求反映中西医在治疗肝胆病方面的新进展,立足临床、坚持实用,适合广大基层医务人员及青年医师学习和参考。

编 著 者

主 编: 王 凯 山东医科大学附属医院硕士

主 审: 袁孟彪 山东医科大学附属医院教授

编著人员: (按姓氏笔划为序)

丁 克 山东中医学院附属医院硕士

于幼梅 山东临邑县中医院副主任医师

王 青 山东医科大学附属医院硕士

王 岩 铁道部十四局中心医院主治医师

刘乾和 山东临邑县中医院副主任医师

刘瑞鸣 山东省千佛山医院主治医师

白爱国 铁道部十四局中心医院主治医师

毕玉华 山东省千佛山医院主任医师

吕翠兰 济南铁路中心医院主治医师

朱苏虹 济南铁路中心医院主治医师

李 勇 山东中医学院附属医院硕士

杨 竟 山东医科大学附属医院主治医师

杨景玉 山东医科大学硕士研究生

杨崇美 山东省立医院硕士

杨占华 济南市中心医院医师

孟宪庆 山东临邑县中医院主治医师

单玉森 山东临邑县人民医院医师

赵炳治 山东临邑县中医院医师

赵耀星 山东临邑县人民医院医师

周 唯 山东中医学院助教(研究生毕业)
钟学军 中国人民解放军空军济南医院主治医师
秦成勇 山东省立医院硕士
隋瑞林 中国人民解放军空军济南医院主治医师
程寿惠 山东临邑县人民医院医师
樊 薇 山东医科大学附属医院医师
魏良洲 山东医科大学硕士研究生

序 言

肝胆疾病是我国人民的多发病，严重影响人民健康和我国社会主义建设事业。在我国已有一亿二千万以上人口呈乙型肝炎感染和发病状态，由此为主要因引起的肝硬化、肝癌也呈逐年增长趋势，全国每年约有10余万人死于肝细胞癌。又如胆石症的发病率约为6~7%，随着我国人民食物中脂类成份比例及老龄化社会人口比值增加，罹患胆石症者亦将急剧增加。

为了防治肝胆疾病，国内外众多学者正积极从事着肝胆病的基础理论及临床诊疗方面的研究，并取得长足进展，有必要将其成果作系统介绍。祖国医学对防治肝胆疾病积累了数千年辨证施治的丰富经验，并独成理论体系。尤在近年来应用科学方法论证和发展了传统中医药学理论，取得了丰硕成果，使之成为举世瞩目，倍受医界和民众青睐的一种民族传统医学。中西医结合的新医学，正是发挥中西医各自优势，相互取长补短、融汇贯通，在目前对肝胆疾病防治尚欠完善的困境中无疑将成为一支较为理想的医学新体系，并已成为临床实践所证实。

由王凯硕士医师主编，并邀集二十余位从事中西医临床和科研工作的硕士医师和各级医师撰写的《中西医结合肝胆病治疗学》一书，收集了大量参考资料，对常见的肝胆系疾病的诊断与治疗，从中西医两方面作了详实和精辟介绍，内容新颖实用，适合于各级医院特别是基层医疗单位临床医师实际应用，为临床提供了肝胆病的新理论体系和治疗方法。

袁正彪

1991年10月

前 言

肝胆病是严重危害人民健康的常见病、多发病。国内外学者为防治肝胆疾病在肝胆疾病的基础理论和临床诊疗方面进行了深入的研究，不断寻找更有效的诊疗手段。祖国医学对肝胆疾病的诊治积累了数千年的经验，中西医结合正是将两种医学理论体系结合起来，发挥各自的优势，相互取长补短，对治疗肝胆疾病可获得较好的疗效。

本书采用新的编写方法和编排体系，辨病与辨证相结合，较系统地论述肝胆病中西医疗方法，将中西医不同的治疗方法、治疗经验及治疗学进展展示给读者。本书由中医和西医消化专业医师集思广益、共同撰写。本书阐述的治疗学方法新颖、详尽、实用，可供广大基层医务人员及青年医师学习和参考。

鉴于编著时间仓促，不足与错误难免，诚望同道批评指正。

编 者

1991年10月于济南

目 录

总 论

第一章 肝胆的解剖.....	(1)
第一节 肝脏的解剖.....	(2)
第二节 胆道系统的解剖.....	(10)
第二章 肝胆的生理和病理生理.....	(14)
第三章 肝胆病的诊断学总论.....	(20)
第一节 肝功能实验室检查总论.....	(20)
第二节 肝胆疾病的影像学诊断.....	(31)
第三节 祖国医学对肝胆病诊断的认识.....	(38)
第四章 肝脏移植.....	(58)
第五章 肝胆病的中医治疗总论.....	(65)

各 论

第六章 病毒性肝炎.....	(69)
第七章 慢性肝炎.....	(92)
第八章 慢性活动性肝炎合并溃疡性结肠炎的 中医证治.....	(107)
第九章 药物性肝病.....	(114)
第十章 酒精性肝病.....	(127)
第十一章 原发性肝癌.....	(151)
第十二章 肝硬化.....	(165)
第十三章 胆汁淤积症.....	(189)
第十四章 暴发性肝衰竭.....	(208)

第十五章	脂肪肝	(237)
第十六章	肝性脑病	(253)
第十七章	肝脓肿	(272)
第一节	细菌性肝脓肿	(272)
第二节	阿米巴肝脓肿	(283)
第十八章	肝包虫病	(299)
第十九章	胆石症	(311)
第二十章	胆囊炎	(321)
第一节	急性胆囊炎	(321)
第二节	慢性胆囊炎	(330)
第三节	祖国医学对胆囊炎的论治	(333)
第二十一章	胆管炎	(337)
第一节	急性梗阻性化脓性胆管炎	(337)
第二节	原发性硬化性胆管炎	(345)
第二十二章	胆道蛔虫病	(355)
第二十三章	胆道肿瘤	(368)
第一节	胆道良性肿瘤	(368)
第二节	胆道恶性肿瘤	(370)
第三节	祖国医学对胆道肿瘤的论治	(387)
第二十四章	黄疸	(393)
第二十五章	腹水	(414)
第二十六章	上消化道出血	(430)

附 篇

附录一	方剂索引	(450)
附录二	常用肝功能检查正常参考值	(456)

总 论

第一章 肝胆的解剖

肝脏是人体内最大的实质性脏器，其大小因人而异，一般左右径（长）约25cm，前后径（阔）约15cm，上下径（厚）约6cm，即我国成人的肝脏大小约为 $25 \times 15 \times 6 \text{cm}^3$ 。肝脏重1200~1500g，约占成人体重的 $1/50 \sim 1/36$ 。在胚胎和新生儿时期，肝脏的比例较成年人大多得多，约占体重的 $1/16 \sim 1/20$ ，其主要原因是左外叶比较大。肝脏是由肝实质和一系列管道结构组成。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。前者又包括门静脉、肝动脉和肝管，三者被包裹于一结缔组织鞘内（称Glisson鞘），经肝脏脏面的肝门（称第一肝门）处出入于肝实质内，此三者不论在肝内或肝门附近都是在一起的。肝静脉是肝内血液的输出道，单独构成一系统，它的主干及其属支位于Glisson系统的叶间裂或段间裂内，收集肝脏的回心血液，经肝脏上方的腔静脉窝（称第二肝门）注入下腔静脉。

肝脏不仅解剖结构复杂，而且又具有十分重要和复杂的生理功能，它与消化、物质代谢、贮存、解毒、血液凝固等功能都有密切的关系、肝脏疾病的发生、发展以及诊断和治疗与肝脏的解剖、组织学、生理学、病理学等变化有着同样密切的关系。因此，提高对肝脏的认识，深入了解、掌握肝脏解剖生理功能对肝脏疾病的预防和诊治具有十分重要的意义。

第一节 肝脏的解剖

一、肝脏的表面结构

肝脏呈一不规则的楔形，右侧钝厚而左侧扁窄，表面呈红褐色，质软而脆，易受外界的暴力损伤而破裂、出血。肝脏可分为上下两面和前、后、左、右四缘。肝的上面向前上方隆起，对着膈，又称膈面。膈面呈凸形，在其表面借镰状韧带分为左右两叶。膈面的上部接在膈的下面，其前部在胸骨下角的下方，与剑突和腹前壁相贴，并通过裸区直接与膈相连。肝的下面凹凸不平，向后下方，与腹腔脏器相对又称脏面。此面有左右两条纵沟和中间一条横沟，呈“H”形，横沟即为肝门，或称第一肝门，居下面的中部，有肝管、门静脉、肝固有动脉、淋巴管及神经等出入。通常肝管位于最前方，其后为肝固有动脉及门静脉，这些结构被结缔组织所包绕，总称肝蒂。左纵沟名左矢状裂，可分前后两部，前部名脐静脉窝，从肝前缘的脐切迹向上后伸延至肝门的左端，内有肝圆韧带，肝圆韧带是胚胎时脐静脉闭锁而成，自脐连结到门静脉左支，脐静脉的管腔生后并未完全消失，必要时可插管施行门静脉肝造影或向肝内注入药物；后部名静脉导管窝，内有静脉韧带，为胚胎时静脉导管闭锁而成。右纵沟比较宽阔，名为右矢状窝，其前半部容纳胆囊，称胆囊窝，由肝前缘至肝门，后半部内有下腔静脉通过，称腔静脉窝，由肝门斜向后上方至肝后缘。腔静脉窝处因有三条大的肝静脉和若干肝小静脉经此出肝注入下腔静脉，故又称第二肝门。在下腔静脉窝下段，接受来自右半肝脏血的静脉及尾状叶的一些小静脉，统称为短肝静脉，此处即第三肝门。

二、肝脏的位置与周围脏器的关系

肝脏位于腹腔上部横膈之下，而大部分位于右侧季肋部，仅小部分横过腹中线而达左上腹，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，肝脏左侧达第6肋骨平面正中线左侧5cm处，剑突下约3cm。肝脏的位置可随呼吸、内脏活动及体位的不同而发生一定程度的改变，例如：站立位及吸气时下降，而仰卧位和呼气时上升，在平静呼吸时升降之差约3cm。肝的位置也与性别、年龄及体型有关，例如：女性和小儿的肝下界略低。1岁以内小儿的肝下界平均在右侧肋弓下2.2cm，1~3岁为1~2cm，4~7岁不超过1cm，7岁后则位于右侧肋弓内，矮胖型人的肝脏是横位，在肋弓下缘不易触及，而瘦长型人的肝呈直位，其前缘往往超过肋弓。肝脏与体表的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肋软骨距正中线左侧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的凸面和右缘，第二点与第三点的连线相当于肝的下缘。在正常情况下，右肋缘下未能触及肝脏，但对肺气肿或内脏下垂者，往往在右肋缘下扪及肝的边缘，此时应注意与病理性肝肿大相鉴别，前者肝上界也相应下降，扪诊时肝质地软，边缘锐薄；但后者肝上界可在第五肋间以上，质地较硬，边缘钝厚。此外，生长在肝下部的肿瘤常可在腹部扪诊时摸到，而肝脏上部肿瘤从腹部不易扪到，但可表现为肝上界抬高，X线检查有时可见右膈顶异常隆起、抬高和运动受阻。

肝脏的右顶部与膈肌和右肺相邻，肝的左侧膈面与膈、心包和心脏以及左肺底的小部分相邻，在左肝膈面可见一心压迹。肝脏肿大时，脓液可穿破肝上面及膈进入胸腔，形成脓胸，甚至穿破肺底而进入肺内。肝的左侧脏面与食管腹段、胃、胰等相毗

邻，在左外叶后面有食管压迹；在右侧脏面与十二指肠、胆囊、横结肠和右侧肾及肾上腺等器官相毗邻，使肝脏表面呈现相应的压迹；尾状叶和第10~11胸椎相对应，尾状叶和腹主动脉之间隔以右膈下动脉和右膈肌脚；后缘与下腔静脉、食管及膈接触；右侧缘位于右侧第7~11肋骨深面，全部和膈相贴，在膈中线居肋缘稍下方，借膈与肺及膈肋窦相隔。

三、肝的被膜和膈下间隙

肝实质表面被覆一层结缔组织膜，即肝纤维囊，又叫Glisson囊，此纤维囊在肝门处特别发达，包绕肝管和血管，形成Glisson鞘进入肝内成为Glisson系统。肝除上面裸区直接借结缔组织与膈相连外，其余部分的纤维囊外面均被浆膜即腹膜脏层所覆盖。腹膜反折处形成韧带，使肝固定于膈及腹前壁。肝的韧带主要有：肝镰状韧带、肝冠状韧带、肝三角韧带、肝胃韧带及肝十二指肠韧带。肝镰状韧带为矢状位的双层腹膜皱襞，由腹前壁上部的腹膜脏层反折至肝上面所形成，自脐延伸至肝上面，其游离缘内包有肝圆韧带；肝冠状韧带是膈与肝之间的腹膜反折而成，呈冠状位。冠状韧带分左右两部，称左右肝冠状韧带，肝冠状韧带的前后两层稍分开，附盖在肝上面的后部，形成一个三角形的无腹膜区称裸区，在肝的左右两端，肝冠状韧带的前后两层会合，分别形成左右肝三角韧带。肝胃韧带和肝十二指肠韧带是从肝门和静脉导管窝底部移行于胃小弯和十二指肠上部的双层腹膜，两者又合称小网膜，肝十二指肠韧带内包有胆总管、肝固有动脉、门静脉以及淋巴管、淋巴结和神经等。

肝及其所属韧带把膈与横结肠及其系膜之间的区域分成若干间隙，总称膈下间隙，为脓肿的好发部位，膈下间隙包括七个间隙，其中六个在腹腔内，一个在腹腔外，腹腔内的间隙与腹腔腔以及彼此之间自由交通。

(一)右肝上前间隙 位于肝上面与膈之间，后方为肝冠状韧带，左侧为肝镰状韧带，此间隙的脓肿可由胃前面、十二指肠或胆囊的感染扩散而来。

(二)右肝上后间隙 位于冠状韧带的后方，较小。此部脓肿可由阑尾炎，十二指肠穿孔及胆囊炎扩散而来。

(三)右肝下间隙 (Morison囊) 横位于肝右叶之下，十二指肠右侧和右肾的前方，其右侧为肝右叶和膈，此间隙脓肿也可由十二指肠、阑尾或结肠感染扩散而来。

(四)左肝上间隙 在左肝上面与膈之间，右侧为肝镰状韧带，后方为肝冠状韧带，此间隙感染可由胃前壁穿孔或胃术后切口漏扩散而来。

(五)左肝下前间隙 在肝左叶下面与胃及小网膜的前面，感染到此间隙的途径与左肝上间隙相同。

(六)左肝下后间隙 实际上是网膜囊的上部，位于肝尾状叶的下方和胃及小网膜的后方，感染可来自胰或胃后壁穿孔。

(七)腹膜外间隙 为肝冠状韧带前后层间的肝裸区与膈之间的间隙，此部感染可由淋巴流扩散而来，肝脓肿破溃可经此间隙流入胸腔。膈下脓肿约有75%发生在右侧，而右肝上后间隙最易受侵犯，其次为肝下间隙和右肝上前间隙，最常见的原因是阑尾炎，十二指肠穿孔和胆囊炎。

四、肝脏的分叶与分段

肝脏被镰状韧带和左纵沟分为左右两叶。在下面右叶还借肝门和右纵沟分出肝门前方的方叶和肝门后方的尾状叶，右叶为位于镰状韧带以右的部分，是肝叶中最大者，约占肝脏体积的4/5，右叶脏面靠近肝门处有十二指肠压迹；稍前侧有结肠压迹，后部尚有肾压迹，肾压迹的后上方有肾上腺压迹，左叶为位于镰状韧带以左的部分，较右叶为小，约占肝脏体积的1/5~1/4。左叶上

面（膈面）略扁平有心脏压迹；脏面有胃压迹，方叶在肝脏的脏面，肝门的前方，紧邻幽门及十二指肠的上部，它的前方即为肝的前缘，后方为肝门，左侧为肝圆韧带沟，右侧为胆囊窝，尾状叶在肝脏的脏面及上后缘，它的左侧为静脉韧带沟，前为肝门，右侧为下腔静脉窝。

肝脏外形分叶与内部结构不一致，因此肝表面的分叶不能适应肝脏外科手术的需要。从外科观点出发，需按肝内管道系统，即格利森（Glisson）系统的分布并结合肝外形来划分肝脏的区域，即肝叶和肝段，肝内的门静脉系统铸型标志清楚地显示，肝内存在一些裂隙，裂隙所在平面缺少Glisson系统的分布，即称为肝裂。肝裂为肝分叶分段的自然分界线。肝脏有三个叶间裂和二一个段间裂。叶间裂包括正中裂、左叶间裂、右叶间裂，段间裂包括左外叶段间裂和右后叶段间裂，正中裂将肝脏分为左右半肝；左半肝被左叶间裂分为左外叶和左内叶，而右半肝被右叶间裂分为右前叶和右后叶；左外叶被左外叶段间裂分为左外叶上下段，右后叶被右后叶段间裂分为右后叶上下段，此外尚有尾状叶，尾状叶的左半属于左半肝，右半则属于右半肝，即将肝脏分为五个叶（左外叶，左内叶、右前叶、右后叶和尾状叶）和四个段（左外叶上段、左外叶下段、右后叶上段和右后叶下段）。

五、肝的血液循环

肝脏的血流来源为肝动脉和门静脉，其中肝动脉占25%，为肝脏的营养血管，内含丰富的氧和营养物质供给肝脏的物质代谢，其血流量虽仅占肝血供的1/4，但占氧供应来源的80%，压力较门静脉高30~40倍。如肝内动脉受阻，即使门静脉通畅，肝组织也会发生缺氧性病变。门静脉血量占肝血供的3/4（75%），为肝脏的机能血管，压力较低，约1.3~2.4kPa，内含丰富的营

营养物质，当血流经窦状隙时，即被肝细胞吸收，再经肝细胞加工，而一部分排入血液，供机体利用；其余暂时贮存在肝细胞内，以备需要时利用。肝动脉和门静脉在肝门处进入肝脏后，在肝内分成许多小分支，最后形成毛细血管与肝细胞紧密接触，以后再汇入肝小叶的中央静脉，经肝静脉回流到下腔静脉，据研究经过肝脏的血流量每分钟为1500毫升，占心脏排血量的20~30%，每24小时肝脏的血流量约为2000升。

(一) 肝动脉

肝固有动脉由肝总动脉发出。肝总动脉由腹腔动脉发出后，从网膜囊后壁(腹膜)的后面，经胰腺上缘向右走行，随即转向前上方，进入肝十二指肠韧带内，到达十二指肠上部的上方时，分出胃十二指肠动脉，此后主干继续向肝门方向走行，即称肝固有动脉，肝固有动脉分出胃右动脉后，在肝十二指肠韧带的两层腹膜内与门静脉，胆总管一起形成肝蒂共同上行。在肝门附近分为左右两支进入肝脏，然后再在肝内逐级分支。

胆囊动脉，由肝固有动脉右支近肝发出后向下前方行走，位于胆囊三角内，循胆囊颈分为两支，分布于胆囊的游离面(下面)及肝面(上面)。

(二) 门静脉

门静脉主干是由肠系膜上静脉和脾静脉汇合而成，后者又收集肠系膜下静脉的血液。门静脉主干在肝门处分为左右两支，分别进入左右半肝，逐渐分支，其小分支和肝动脉小分支的血流汇合于肝小叶内的肝窦(肝毛细血管网)，然后流入肝小叶的中央静脉，再经肝静脉而流入下腔静脉，所以门静脉是位于两个毛细血管网之间：一端是胃、肠、脾、胰的毛细血管网；另一端是肝小叶的肝窦。在汇入中央静脉以前，门静脉系与肝动脉系之间已有广泛交通与吻合，这些交通支正常时多不开放，但当肝内病变使肝窦状隙受窄或闭塞时才逐步开放，压力高的肝动脉内血液可

流入门静脉，这对门静脉压力的增高有一定的影响。

成人的门静脉长度为5.5~8厘米，平均为6.5cm，门静脉直径约为1cm，有报道直径最大为2cm。腹腔内消化系器官及脾脏的静脉血，约有95%经门静脉流进肝脏，其余的5%流向体循环，流经门静脉的血液约20~40%来自脾，所以门静脉压力增高时，脾脏切除可缓解门脉高压。

门静脉系统有三个特点：(1)门静脉系统的静脉无瓣膜存在。(2)门静脉的两端都是毛细血管末梢，(3)门静脉系与腔静脉系之间存在有四个交通支：①胃底、食道下段交通支：门静脉血液经胃冠状静脉、胃短静脉，通过食管胃底静脉与奇静脉、半奇静脉吻合，流入上腔静脉。这是门静脉系侧支循环的最主要的途径。②直肠下端、肛管交通支：门静脉血流经肠系膜下静脉、直肠上静脉与直肠下静脉、肛管静脉吻合，流入下腔静脉。③腹壁静脉交通支：门静脉血流经脐旁静脉与腹壁上静脉或腹壁下静脉吻合，分别流入上下腔静脉。当肝硬化时，脐周围皮下出现海蛇头体征即与此静脉的侧支循环有关。④腹膜后交通支，在腹膜后有许多肠系膜上、下静脉分支与下腔静脉分支相互吻合，这些交通支在正常情况下都很细小，血流量都很少，但在门静脉高压时，则逐渐扩大受粗，形成静脉曲张，临床上特别重要的是胃底和食管下端静脉曲张，破裂后可发生致命的大出血。

(三) 肝脏的静脉

肝小叶窦状隙的血液经过肝细胞加工和物质交换后，入小叶内的中央静脉，而该静脉又汇入小叶下静脉。小叶下静脉单独走在肝小叶间的结缔组织内，并反复汇合，口径逐渐增大，最后汇成肝左、肝中、肝右三条静脉，出第二肝门注入下腔静脉。肝左静脉起于左外叶的前下缘，向后上走在左段间裂内，开口于下腔静脉的左壁或左前壁，主要收集左外叶的静脉血，有时它与肝中静脉合为一干后，注入下腔静脉；肝中静脉行于肝正中裂内，接

受左内叶和右前叶的静脉血，肝右静脉起于右叶外侧缘，其主干沿右叶外侧缘，其主干沿右叶间裂走行，开口于下腔静脉的前壁或右壁，收集右中后叶和右前叶上部的静脉血，此外，还有3~10支或更多的肝小静脉，收集肝后部和尾状叶的静脉血直接注入下腔静脉。

六、肝脏的淋巴和神经

肝脏输出的淋巴量很多，约占胸导管输入淋巴总量的1/4—1/2，蛋白质的输出是肝脏淋巴系统的主要功能，肝脏淋巴管内的蛋白质浓度相当于血浆内蛋白质的80%，较身体其他部分的淋巴管（包括肠淋巴管）内的蛋白质含量都高。

一般认为肝小叶内无淋巴管。肝淋巴来源于肝内组织间隙，肝细胞索与肝血窦内皮之间为小叶内组织间隙或称Disse氏间隙，该间隙与小叶间组织间隙即Mall氏间隙相连通。肝淋巴毛细起于Mall氏间隙。

肝脏的淋巴管分深浅两组，两者相互沟通，肝的淋巴主要经深淋巴管输出。肝淋巴管的浅组位于肝被膜的深面，有以下四个流向：①肝后面中部、尾状叶、膈面后部以及右叶下面后部的淋巴管伴下腔静脉注入下腔静脉末端周围的纵隔后淋巴结，冠状韧带和右三角韧带的淋巴管可直接注入胸导管。②肝下面其余部的淋巴管和膈面前部的淋巴管注入肝淋巴管。③肝左叶后部的少数淋巴管行至膈的食管裂孔，终于贲门旁淋巴结。④右叶膈面的部分淋巴管伴膈下动脉越右膈脚注入腹腔淋巴结。深组淋巴管开始于小叶间的毛细淋巴管，与小叶间血管及小叶间胆管伴行，彼此间相互吻合，分为两组。一组沿门静脉分支行向肝门、大部分汇入肝淋巴结；部分淋巴管不经肝淋巴结而注入胃上淋巴结或直接注入胸导管。另一组随肝静脉出第二肝门，注入膈淋巴结外组（膈外侧淋巴结）和腹腔淋巴结。