

病毒性肝炎肝外病变 及并发症的诊治

主编：江顺林 副主编：刘家琴

6

中国科学技术大学出版社

97
R512.6
27
2

病毒性肝炎肝外病变 及并发症的诊治

主 编 江顺林
副主编 刘家琴
编著者 (以姓氏笔划为序)
史东岩 刘家琴 江顺林
江立怡 吴国隆 陆阳芝
李 旭 钱元太 魏少峰



3 0109 4239 3

中国科学技术大学出版社

1996·合肥



C

421131

图书在版编目(CIP)数据

病毒性肝炎肝外病变及并发症的诊治/江顺林 主编. —

合肥:中国科学技术大学出版社,1996年12月

ISBN 7-312-00838-0

- I 病毒性肝炎肝外病变及并发症的诊治
- II 江顺林 主编
- III ① 病毒性肝炎 ② 肝外病变 ③ 并发症诊治

中国科学技术大学出版社出版发行

(安徽省合肥市金寨路96号,邮编:230026)

中国科学技术大学印刷厂印刷

全国新华书店经销

开本:787×1092/32 印张:8.5 字数:219千

1996年12月第一版 1996年12月第一次印刷

印数:1—2000册

ISBN 7-312-00838-0/R·41 定价:12.00元

内 容 简 介

病毒性肝炎不仅是肝脏病，而且常累及全身各系统、组织，但并未引起人们普遍认识和重视，仅在书刊上有一些零星报道，以致临床上常误诊和延误治疗，往往造成严重后果。作者根据多年的经验、体会和教训，以病毒性肝炎的诊断、治疗及其对其他脏器的危害为基点，结合有关文献，全面而系统地写成本书，共十五章和附录二篇，内容新颖、具体、实用，能帮助内科（包括消化、心血管、肾、内分泌、血液、精神神经、结缔组织病等）、传染病、呼吸系统病，以及外、神经、儿、皮肤科等医务人员提高业务水平，解决有关疑难问题。对于病毒性肝炎患者，也可从本书中尤其二篇附录中，获得防治病毒性肝炎的正确观念，避免盲目用药、延误病情和浪费大量金钱。

前 言

病毒性肝炎全球广泛流行,危害极大。经几十年的研究,逐渐认识到病毒性肝炎不局限于肝脏病,而且常累及全身各系统、组织。但是,后者尚未受到普遍认识和重视,国内外尚缺少系统介绍其机理及临床表现的专业书,仅在期刊上有零星报道,以致常在临床工作中延误诊断和治疗,甚至造成严重后果。作者经过长期实践的积累编写本书,立意新颖,内容翔实,以期能对病毒性肝炎及其引起全身各系统、组织的病变和临床症状有正确及时的综合诊断和治疗。

全书共十五章和附录二篇,就发病机理、诊断和治疗一一叙述,可以扩大传染病学、内科(包括心血管、消化、肾、内分泌、血液、结缔组织病、神经精神各方面)、肺科、五官科、皮肤科、外科和儿科等各级医务人员的视野,有助于业务水平的提高。对于肝炎患者,可提供正确的防治概念,避免盲目用药和不恰当的甚至有害的治疗方法。

限于作者水平,不足之处请读者指正。

江顺林

1996年5月于安徽医科大学附属医院

目 录

前 言	(I)
第一章 消化系统	(1)
第一节 腮腺肿大	(1)
第二节 流涎症	(1)
第三节 食管炎	(2)
第四节 胃	(3)
第五节 肠	(12)
第六节 胆道	(13)
第七节 胰腺炎	(24)
第八节 肝脏	(42)
第二章 腹部	(70)
第一节 自发性腹膜炎	(70)
第三章 呼吸系统	(80)
第一节 类似普通感冒	(80)
第二节 类似流行性感冒	(80)
第三节 胸膜炎	(80)
第四节 肝性胸水	(86)
第五节 自发性脓胸	(89)
第六节 肺炎	(90)
第七节 肺动脉高压	(91)
第八节 肺水肿	(92)
第九节 成人呼吸窘迫综合征	(94)

第四章 心脏	(105)
第一节 心肌炎	(105)
第二节 心包炎	(127)
第三节 肝-心综合征	(130)
第五章 血管	(132)
第一节 结节性多动脉炎	(132)
第二节 混合性冷凝球蛋白血症	(133)
第六章 肾脏	(136)
第一节 膜性肾小球肾炎	(136)
第二节 肾小管性酸中毒	(138)
第三节 肝肾综合征	(144)
第七章 血液系统	(154)
第一节 再生障碍性贫血	(154)
第二节 出血	(156)
第三节 弥散性血管内凝血	(163)
第八章 内分泌系统	(182)
第一节 糖尿病	(182)
第二节 低血糖	(192)
第三节 干燥综合征	(192)
第九章 精神-神经系统	(197)
第一节 脑水肿	(197)
第二节 肝性脑病	(202)
第三节 脑出血	(213)
第四节 多发性神经病	(214)
第五节 其他	(215)
第十章 皮肤	(216)
第一节 血清病样反应	(216)

第二节	儿童丘疹状肢端皮炎·····	(220)
第三节	其他·····	(222)
第十一章	关节·····	(223)
第十二章	肌肉·····	(224)
第十三章	淋巴结·····	(225)
第十四章	眼、耳·····	(226)
第一节	视神经乳头炎·····	(226)
第二节	内耳病变·····	(226)
第十五章	酸碱平衡失调·····	(228)
第一节	代谢性酸中毒·····	(228)
第二节	代谢性碱中毒·····	(229)
第三节	呼吸性碱中毒·····	(232)
第四节	混合性酸碱失衡·····	(233)
附录一	病毒性肝炎治疗药物基本概念·····	(235)
附录二	病毒性肺炎患者应用抗菌药物的基本概念·····	(255)

第一章 消化系统

第一节 腮腺肿大

慢性肝炎、肝硬化患者可有非特异性腮腺肿大,局部不红、不痛,腮腺开口(位于平对上颌第二白齿的颊粘膜上)不红肿,也无下颌下腺(开口于舌下肉阜)和舌下腺(舌下腺小管开口于舌下襞,舌下腺大管开口于舌下肉阜)的红肿,与流行性腮腺炎、副流感病毒、流感病毒、巨细胞病毒、肠道病毒(脊髓灰质炎病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒)、淋巴细胞脉络膜脑膜炎病毒等引起的腮腺炎不同。

与化脓性腮腺炎也不同,化脓性腮腺炎有全身症状如恶寒、发热等,小儿可因高热而发生惊厥;血白细胞增多,中性粒细胞增多;腮腺肿大时并无这些表现;如果因继发性细菌感染,引起化脓性腮腺炎时,当然可出现以上情况。

一般不需治疗,可能随肝病的恢复而有所减轻,治疗肝病是基础。

第二节 流涎症

有报道急性肝炎(无黄疸型)时出现流涎症者,每日排出600~800ml,腮腺不肿大,肝炎恢复后自愈。

第三节 食管炎

急性重型肝炎、慢性肝炎、肝硬化患者均可发生，肝硬化失代偿期较为多见，可能与胃液和胃蛋白酶反流有关。

(一) 临床表现

胸前灼痛感，咽下痛或胸骨后痛，少数有出血、咽下困难、梗阻感而疑为食管癌。

有人将食管炎分为 3 型：

1. 颜色改变型 食管粘膜颜色以发红或红白相间为主。
2. 糜烂、溃疡型 食管粘膜表面有缺损。
3. 肥厚隆起型 食管粘膜有多发性小隆起；粘膜增厚。

粘膜活组织检查可见 3 种情况：

1. 急性炎症 有明显中性粒细胞浸润。
2. 糜烂性炎症 粘膜上皮缺损。
3. 慢性炎症 有间质纤维化。

(二) 诊断

根据临床表现，用纤维胃镜检查即可作出诊断，X 线钡剂食管造影意义不大。

(三) 治疗

除治疗肝病外，应注意饮食，宜进半流质、软质、无刺激性、温和食物，可用氢氧化铝胶加入庆大霉素片，取卧位慢慢吞服，氢氧化铝胶成人每次 10~15ml，一日 3~4 次，食前一小时和睡前服，病情严重者可加倍，氢氧化铝可妨碍磷的吸

收,长期大剂量应用不适宜;氢氧化铝可引起便秘,有长期便秘者慎用,防止便秘可与三硅酸镁或氧化镁交替服用,三硅酸镁(或三矽酸镁)成人每次0.3~1g,一日3次,食前服;氧化镁成人每次0.2~1g,一日3次。氢氧化铝口服后,有极少量在胃内转变为可溶性的氯化铝被吸收,并从尿中排泄,肾功能不全者可能导致血中铝离子浓度升高,引起痴呆等中枢神经系统病变;氢氧化铝用于肾功能不全患者亦可能导致滞留性中毒,故不可用。^①庆大霉素片,成人口服,每天240~640mg(=24万U~64万U),儿童每天15mg/kg,均分为4次服。口服庆大霉素约有1%被吸收,有肾功能不全者不宜长期服用。

第四节 胃

一、胃酸分泌减少

可见于肝硬化患者。

二、胃炎

急性重型肝炎可发生急性糜烂性胃炎,其发病与内毒素血症有关,或由于功能不全的肝脏对血中组胺灭活功能不佳,过多的组织胺引起胃酸过多所致。

其他各类型肝炎,均可能发生急性胃炎。

(一) 临床表现

轻重不一,急性胃炎病情轻者仅有上腹不适,食欲减退,

^① 这是正常剂量,凡抗菌药物在肝炎患者是否需要减量或慎用,参阅有关章节和附录二。

恶心、呕吐，呕吐后可感觉缓解，发热或低热，或有轻度腹泻，为稀便，一般 24~48 小时即可恢复，重者则上述表现更为加重。胃粘膜表面上皮一般 3 天更换一次，故损害的胃粘膜 3 天左右即可恢复。

重型肝炎可有胃出血，从大便匿血试验阳性至大量呕血。

(二) 诊断

主要根据临床表现。凡肝炎患者，有关肝炎的表现如食欲减退、黄疸，肝功能试验等均已减轻或恢复，仍有上腹部不适明显者，应考虑有胃炎的可能。如条件允许，可做纤维胃镜明确诊断。

重型肝炎患者出现上消化道出血，首先应排除食管或胃底静脉曲张破裂出血，其次要排除胃、十二指肠溃疡。只有在机体条件允许情况下，才能做纤维胃镜检查，或者因为抢救需要，在内窥镜观察下进行止血治疗，不得已而做胃镜。

(三) 治疗

轻症一般注意饮食，进食温软、易消化的饮食，如面条、软饭、稀饭等，每餐不宜饱，避免过热太冷以及辛辣等刺激性食物，即可缓解。

症状明显者可适当用解痉剂，可用痛痉平(Diphemin)成人口服一日 3~4 次，每次 1~3mg，皮下注射一次 2~6mg。必要时可适当应用制酸剂，参阅以下胃、十二指肠溃疡的治疗方法。

如有上消化道出血，应按肝炎并发上消化道出血的治疗方案，严密观察病情，一旦发现大便匿血试验强阳性，立即采取措施，其详情参阅胃、十二指肠溃疡出血的治疗。

三、胃、十二指肠溃疡

肝硬化患者无论有无门腔静脉吻合,胃溃疡发病率较高,据尸检证明,肝硬化患者胃溃疡发病率为10%,而无肝炎(病)者仅2%~4%。这种肝硬化并发胃溃疡患者可发生大出血,并易误认为曲张的食管、胃底静脉破裂出血。

(一) 病因

胃、十二指肠溃疡的病因尚不清楚,现认为慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡的发生与幽门螺杆菌或称螺杆菌(*Helicobacterium pylori*, HP)感染有关。幽门螺杆菌为革兰氏染色阴性,形状弯曲、细长,一端或上端有1~3根鞭毛。

(二) 临床表现

轻重不一,典型病例可有发作性上腹部疼痛,一般局限于上腹部3~4cm直径的范围,胃溃疡的疼痛常在前正中线偏左,而十二指肠球部溃疡则常在正中线右方,高位小弯溃疡则常在剑突下近胸骨处。

疼痛与进食有一定的关系。胃小弯溃疡的疼痛常在进食后30~60分钟发作,持续1~2小时不待下次进餐即可自行缓解;十二指肠溃疡则常在餐后2~3小时或饥饿时发作,持续至下次进食后才得以缓解;常在午夜时疼痛,十二指肠溃疡尤为多见。

有一些胃、十二指肠溃疡患者,症状并不典型,上腹痛不明显,甚至不痛,而反射性胃肠功能失常的表现,如嗝气、反酸、恶心、呕吐等比较明显。此外,有些病例由于反复发作,溃疡较深,疤痕组织比较多,以致溃疡难以愈合,或由于复合溃

疡,或同时伴有胃窦炎,以上腹部痛和其他症状均比较重,无一定规律性,且可能发作时间延长而持续存在达数月之久。还有些病例,因为十二指肠后壁溃疡接近十二指肠上动脉,可首先出现上消化道大出血而无腹痛。或有些病例发生包裹性胃穿孔,疼痛位于背部,并放射至两肋或胸部,此时上腹部压痛点不明显,而脊椎旁压痛点可检出。

上消化道出血表现为柏油样黑粪至呕血,是由于溃疡溃破血管所引起,以十二指肠溃疡较为多见。胃溃疡出血时多表现为呕血,呕出物一般为暗褐色,是由于血红蛋白经胃酸作用变为酸性血红蛋白所致。十二指肠出血多表现为黑粪,但是如果出血量较大,在胃肠道滞留时间较短,则呕血及便血均可表现为暗红色甚至鲜红色血。缓慢的小量出血可无明显症状,急性的大量出血,出现头晕、眼花、心悸、乏力、冷汗、脉搏加快,血压下降至昏厥等休克表现。大多数病例于出血前疼痛加剧,出血后疼痛减轻甚或消失,如出血后疼痛不止甚或加剧,应警惕再度出血或发生胃穿孔的可能。

胃穿孔常发生于过分饱餐或饥饿等,肝炎患者用肾上腺皮质激素尤其易于发生;胃溃疡发生胃穿孔以前壁穿孔最为多见。患者常表现为突然上腹部剧痛,伴有恶心、呕吐,胃液流入腹腔,引起化学性腹膜炎,疼痛可迅速蔓延至脐周围或全腹,面色苍白、冷汗、烦躁、脉搏细速、血压下降、休克。有时胃液刺激膈肌可出现肩部疼痛;如胃内容物顺升结肠流至右下腹,可引起右下腹痛,酷似急性阑尾炎。体格检查可发现腹肌僵硬,有压痛和反跳痛,肝浊音界消失,肠蠕动音减弱或消失。X线检查可见到膈下游离气体。如果穿孔处能及时与大网膜或附近的脏器组织发生粘连而自行闭合,则临床上表现仅在初期与上述相同,但以后病情反逐渐减轻,呈亚急性过程。但

有时可因此而遗留胃肠粘连,引起胃与十二指肠梗阻,或因感染而形成局限性脓肿或膈下脓肿。

如果十二指肠溃疡或幽门溃疡周围组织充血水肿,反射性幽门痉挛,或疤痕挛缩,可引起幽门梗阻,表现为食后尤其是多进食后饱胀难受,上腹部痛无明显节律性,常有反复发作性呕吐,呕吐物多为酸臭味宿食,呕吐后胃部饱胀减轻。体格检查可发现上腹部有胃型、逆蠕动和震水音。

(三) 诊断

1. 胃、十二指肠溃疡的检查

(1) X线胃肠钡餐检查。

(2) 纤维胃镜检查:慢性肝炎、肝硬化患者,应注意过去有无胃病史,曾否做过X线、胃镜检查,这对治疗肝炎用药的选择有参考意义。

2. 幽门螺杆菌的检查

(1) 培养:将胃粘膜活组织用血琼脂培养基培养72小时至120小时,革兰氏染色。暗视野显微镜下观察无动力。

(2) 胃粘膜活组织切片,革兰氏染色,用荧光显微镜观察。

(3) 快速尿素酶试验:将胃粘膜研碎,直接在研磨器中加入液体尿素酶试剂0.5ml,在室温下直接观察1,2,3,4和20小时,共5次;试剂的指示剂酚红变为樱桃红色,是由于幽门螺杆菌在组织中繁殖后产生大量尿素酶,此酶能将尿素水解,使液体试剂变为碱性。

(四) 治疗

1. 肝病的治疗 参阅附录一,以下同。

2. 胃、十二指肠溃疡和出血的治疗

(1) 饮食:食物宜温软,容易消化,少吃多餐,病情严重的,应进流质饮食,如豆浆、牛奶、米汤和蛋汤等,病情好转后改为半流质、软食,逐步过渡到普通饮食。

(2) 制酸剂和治疗胃、十二指肠溃疡药

① 氢氧化铝与铝镁加

i. 氢氧化铝:具有抗酸、吸着、止血、保护溃疡面等作用,现多用氢氧化铝凝胶,剂量与食管炎治疗中所述的相同。片剂为复方,每片含干燥氢氧化铝凝胶 0.245g、三硅酸镁 0.105g、颠茄浸膏 0.0026g,商品名胃舒平。成人每次 2~4 片,饭前半小时或胃痛发作时嚼碎后服,一日 3~4 次。

氢氧化铝制剂的效力较弱,缓慢而持久。

ii. 铝镁加(Hydrotalcite):本品中和胃酸作用迅速而持久,其抗酸作用机制是 pH、吸附胆酸和溶解时释放的铝离子使胃蛋白酶沉淀三者的结合。本品使胃液 pH 能较长时间保持在 3~5。实验证明,即使胃液 pH 为 1.2 时,也可缓冲 pH 至 3.8;铝镁加具有吸附能力,保护胃壁,体内试验铝镁加可从胆汁中除去相当量的胆酸;体外试验 pH2.5~3.5 时,铝镁加与胃蛋白酶结合并使之失活。

用量每次 1~1.5g(2~3 片),一日 4 次,饭后及睡前服。

② 组胺 H₂ 受体阻滞剂

i. 西咪替丁(甲氰咪呱):重型肝炎尤其是急性重型肝炎时,由于肝细胞对体内合成的组胺代谢能力减退,使血中组胺浓度明显增加,以及凝血因子缺乏和伴发弥漫性血管内凝血等而使各种粘膜特别是胃、十二指肠粘膜发生糜烂、溃疡,导致出血。

西咪替丁系氰胍基取代甲咪硫脲(Metiamide)的硫脲基

而合成,可特异性与组胺竞争 H_2 受体,进而阻断组胺的作用。

组胺为人体组织的正常成分之一,以肺、皮肤、胃肠道中浓度较高。组胺通过 H_1 和 H_2 受体发生效应,其中 H_2 受体与胃蛋白酶有关,故阻断 H_2 受体即可抑制胃酸和胃蛋白酶的分泌。

肝硬化并发门脉高压时,组胺 H_2 受体阻滞剂可防止胃酸侵蚀食管和胃粘膜。

肝病引起上消化道出血时,每天可用 200~400mg 静脉滴注(成人)。如肝病同时有肾功能不全,剂量应进一步减低。儿童应慎用。孕妇及哺乳妇禁用。有严重肾功能不全、心血管、呼吸系统疾病者均应减量慎用。

此外,西咪替丁可降低心得安、安定等药物的代谢,用时要全面考虑。

ii. 雷尼替丁(呋喃咪胍):作用比甲氰咪胍强 8 倍,不良反应更小,严重肾功能不全者亦可用,成人每天 150mg 口服,肌肉注射,每次 50mg,一日 2~3 次。静注 50mg/次,一日 2~3 次,生理盐水或葡萄糖液 20ml 稀释 2~3 分钟缓注,静滴用上液 250ml 稀释 2 小时滴完。8 岁以下儿童禁用,孕妇、哺乳妇仅在绝对必要时才用。严重肾功能不全者要减量。应用时出现重度头痛或精神症状时要停用。

由于本药应用广泛,现已发现不少不良反应,在临床上应加注意。

(a) 一般反应和过敏反应:头昏、便秘、嗜睡、腹泻,静脉用药有恶心、发热、出汗,注射部位红、痒。口唇水肿、喉痉挛、皮疹及全身瘙痒,可能与呋喃环过敏有关。

(b) 心血管系统反应:血压增高,窦性心动过缓。