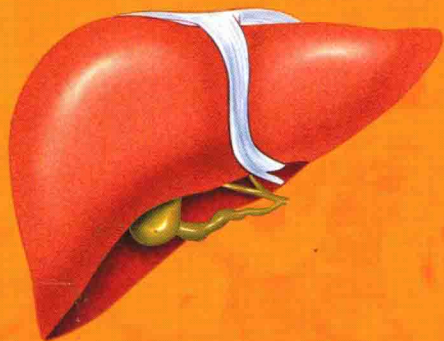


脂肪肝 中西医实用手册

ZHIFANGGAN

ZHONGXIYI SHIYONG SHOUCHE

◎ 主 编 朱肖鸿



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

脂肪肝

中西医实用手册

ZHIFANGGAN ZHONGXIYI SHIYONG SHOUCHE

主 编 朱肖鸿

副主编 施维群 王邦才 朱小区

编 者 (以姓氏笔画为序)

王邦才 王培劼 叶小丹 边雪梅

朱小区 朱肖鸿 吴春明 何 创

宋诗雅 张晓兰 陆庆宇 施维群

顾晓春 黄 强 黄灵跃



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

脂肪肝中西医实用手册/朱肖鸿主编. —北京:人民军医出版社,
2014. 9

ISBN 978-7-5091-7827-0

I. ①脂… II. ①朱… III. ①脂肪肝—中西医结合—诊疗—
手册 IV. ①R575.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 206822 号

策划编辑:王海燕 文字编辑:李丹阳 陈 娟 责任审读:周晓洲

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)51927300-8013

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:6.75 字数:178千字

版、印次:2014年9月第1版第1次印刷

印数:0001—3000

定价:30.00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



内 容 提 要

本书分 4 章,分别阐述了脂肪肝的基础知识、西医治疗、中医治疗、临床护理与家庭保健,尤其对脂肪肝的中西医认识、中西医药物治疗、脂肪肝的预防及其他治疗手段、饮食管理、日常生活注意事项、生活方式的干预、食疗和中医保健进行了详尽的阐述。附录中汇集了国内外脂肪肝的诊疗指南(专家共识),为脂肪肝的中西医结合治疗提供了具有可操作性的建议和指导。本书适合中医、西医、中西医结合临床医师及本科以上学生使用,也可作为脂肪肝患者临床护理和家庭保健的参考书。

前言

脂肪肝是指肝弥漫性脂肪浸润,可伴有肝内炎症、肝细胞坏死、肝纤维化或硬化等病理学改变。脂肪肝是遗传-环境-代谢应激相关因素所致的以肝细胞脂肪变性为主的临床病理综合征,各种因素错综复杂,并与心脑血管疾病并发症和糖尿病等疾病的发病密切相关,相互作用。现代人生活节奏快、工作压力大、长期熬夜、暴饮暴食、运动减少。近年来我国肥胖症患者也迅速增多,并且年轻化趋势明显,大约 2/3 的儿童肥胖症患者合并 NAFLD,19% 的肥胖症患者可能并发 NASH。轻者可以没有任何症状,重者可发生肝硬化,甚至发生肝衰竭、肝癌死亡,严重影响患者及其家人的情绪、健康、生活质量和幸福指数。因此,有必要了解肝的生理和病理知识,掌握临床常用诊疗方法和相关的护理预防措施,减少脂肪肝的发生和发展,减少肝硬化、肝癌、肝衰竭等并发症的发生,延长寿命,提高生活质量。

西医理论以还原论为根本,以人体解剖、病理学为基础。西医对脂肪肝的诊断及治疗发挥了重要作用,现代实验室相关检查为脂肪肝的诊断提供了依据,药物干预为适合者提供了选择。人工肝、肝移植为晚期病毒性肝炎患者带来希望。中医理论以整体为根本,以阴阳学说为中医灵魂,中医学具有整体观、辨证观的特点,积累了数千年的医学理论和临床实践经验,自古以来在疾病防治中发挥了重要

的作用。为了改变生活习惯、预防脂肪肝的发生、提高临床疗效、节约医疗资源,发挥中西医两种医学各自的特色和优势,服务于脂肪肝患者,我们汲取中医学精华融入现代医学理论和技术,编著本书,呈现给读者。

本书内容涵盖了各型病毒性肝炎的基础知识、西医治疗、中医治疗、临床护理、家庭保健、注意事项、饮食管理,以及脂肪肝常用的诊疗技术,为脂肪肝的中西医结合综合治疗提供了指导。

由于作者水平有限,书中不足之处恳请读者批评指正。

浙江中医药大学第一临床医学院 朱肖鸿

目 录

第 1 章 正常肝的解剖学、肝细胞超微结构、生理与生化代谢功能	1
第一节 正常肝的解剖学	1
一、肝的大体形态解剖	1
二、肝组织学结构	9
第二节 肝细胞的超微结构及其功能	17
一、细胞膜	17
二、肝细胞的胞质	18
三、细胞核	23
四、常见的肝细胞病理改变	24
第三节 肝生理与生化代谢功能	28
一、肝的脂蛋白和胆固醇代谢	28
二、肝的糖和脂肪酸代谢	31
三、肝合成与分泌血浆蛋白	33
四、肝维生素和激素代谢	35
五、胆汁酸代谢和肠肝循环	39
六、卟啉的合成与卟啉病	41

第2章 脂肪肝的西医认识	44
第一节 脂肪肝病因学	44
一、脂肪肝常见病因	44
二、脂肪肝常见病因分类	49
第二节 脂肪肝的流行病学	50
一、非酒精性脂肪肝的流行病学	51
二、酒精性肝病的流行病学调查	53
三、代谢综合征的流行病学调查	53
第三节 脂肪肝的临床表现、诊断和鉴别诊断	55
一、症状	55
二、体征	56
三、实验室检查	56
四、影像学检查	60
五、病理学检查	63
六、诊断依据和鉴别诊断	66
第四节 脂肪肝的治疗	70
一、基础治疗	70
二、药物治疗	75
三、并发症治疗	81
四、终末期治疗	85
五、脂肪肝治疗的选择	89
第3章 脂肪肝的中医治疗	92
第一节 中医对脂肪肝的认识	92
一、病因病机	92
二、辨证要点	95
三、治疗原则	95

四、分型论治·····	95
五、预防·····	101
第二节 中草药治疗·····	102
一、辨证论治·····	102
二、辨病论治·····	105
三、辨病与辨证结合·····	108
第三节 中成药治疗·····	110
一、辨证论治应用中成药·····	110
二、辨病论治应用中成药·····	112
第四节 中药外治·····	113
一、辨证论治·····	114
二、辨病论治·····	115
第五节 食疗药膳·····	116
一、辨证论治应用药膳·····	117
二、辨病论治应用药膳·····	122
第六节 临床验案选·····	127
第4章 脂肪肝的临床护理与家庭保健·····	132
第一节 临床护理·····	132
一、一般处理·····	132
二、病情改变·····	133
三、给药护理·····	133
四、饮食护理·····	134
五、情志护理·····	143
六、日常起居护理·····	143
第二节 家庭保健·····	144
一、居住适宜,起居合理·····	144
二、保持精神愉快·····	145
三、饮食适宜·····	146
四、针灸推拿调养·····	146
五、家庭保健要点·····	148

附录 相关指南	152
附录 A 2012 版美国非酒精性脂肪性肝病诊断与治疗 指南简介	152
附录 B 2010 欧洲肝病学会非酒精性脂肪性肝病专家 共识简介	159
附录 C 中国非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010 年 修订版)	175
附录 D 酒精性肝病诊疗指南(2010 年 1 月修订)	184
附录 E 脂肪性肝病诊疗规范化的专家建议	190
参考文献	198

第1章

正常肝的解剖学、肝细胞超微结构、 生理与生化代谢功能

第一节 正常肝的解剖学

肝是人体最大的腺器官,也是最大的消化腺,由肝实质和伴随着一系列管道的间质所组成。肝大小因人而异,左右径约 258mm,上下径约为 58mm,前后径约为 152mm。我国成年男性肝重 1.2~1.85kg,女性肝重 1.1~1.3kg。成年人肝重占体重的 1/50~1/40。胎儿期因造血功能活跃,肝相对较大,占体重的 1/20~1/16。肝的血液供应十分丰富,活体肝呈红褐色。肝充填着丰富的血窦,加之体积大、质柔脆、血管布局特殊、位置固定,故易受暴力而破裂,可致大出血。

肝新陈代谢极为活跃,功能极其复杂,具有消化、代谢、贮血、解毒等重要生理功能,并直接参与调节物质代谢、人体免疫、防卫、凝血等机制。除人脑外,其功能之多元化堪称为人体之最。

一、肝的大体形态解剖

(一)肝的形态

肝呈不规则的楔形,分为上、下两面,前、后、左、右四缘。肝上面隆凸,与膈穹相对,叫作膈面(diaphragmatic surface),见图 1-1。表面由镰状韧带(falciform ligament)分为左、右两叶。右叶大而厚,左叶小而薄。肝上面后部冠状韧带(冠状韧带由肝膈面和脏面包膜反折至横膈而成,分左、右冠状韧带)前、后层间有一无腹膜被覆的三角

区,叫作肝裸区(bare area of liver),借结缔组织与膈相连。肝下面凹陷,与腹腔脏器接触,叫作脏面(visceral surface),见图 1-2。生有“H”形沟,左纵沟较窄,其前半部有肝圆韧带(ligamentum teres hepatis),是脐静脉闭锁后形成的索条;后半部有静脉韧带(ligamentum venosum),由静脉导管萎缩形成。右纵沟较宽,其前半部为胆囊窝(fossa for gallbladder),容纳胆囊;后半部为腔静脉窝(sulcus for vena cava),下腔静脉从此穿过,肝左、中、右静脉在此注入下腔静脉,故称为第二肝门(secondary porta of liver)。横沟有肝管、淋巴管、神经、门静脉及肝动脉的分支出入,称为肝门(porta hepatis)或第一肝门。这些进出肝门的结构,周围为结缔组织所包绕,称为肝蒂。在行半肝切除术时,常需在此分离、结扎、切断肝管、肝动脉、门静脉的相应分支,同时在第二肝门处理相应的肝静脉。肝下面左纵沟的左侧为左叶(left lobe of liver),右纵沟的右侧为右叶(right lobe of liver),两纵沟之间的部分又被横沟分为前方的方叶(quadrate lobe)和后方的尾叶(caudate lobe)。肝下缘锐利,生有两个切迹,右侧者为胆囊切迹,左侧者为肝圆韧带切迹。

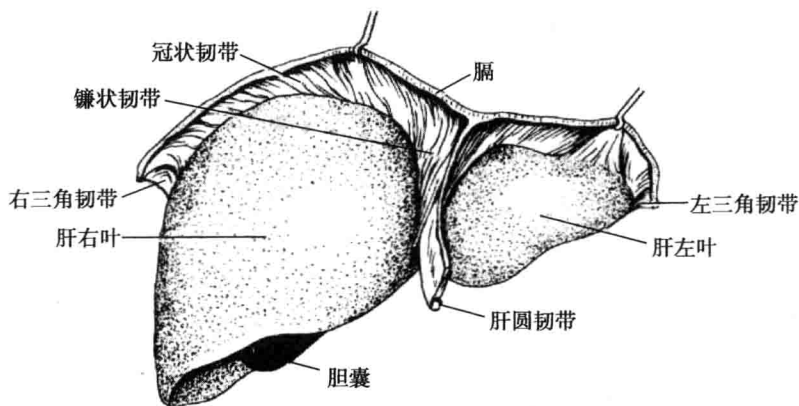


图 1-1 肝膈面

肝被包膜(Glisson 膜)所覆盖,Glisson 膜是腹膜脏层的一部分,

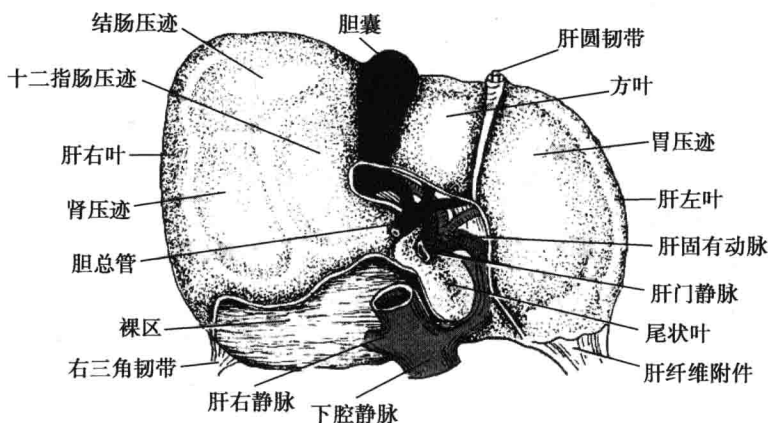


图 1-2 肝脏面

它们反折到横膈与腹膜壁层相连续。在肝门处包膜的结缔组织与包裹着肝门血管、胆管的纤维鞘相连续，一直延伸到血管、导管的最小分支，构成血管周围纤维囊，或称 Glisson 囊。

(二)肝的位置

肝的大部分位于右季肋区，小部分位于腹上区和左季肋区。除腹上区外均被肋骨、肋软骨所遮盖，当腹上区和右季肋区遭到暴力冲击或肋骨骨折时，肝可能被损伤而致破裂。肝的上界与膈穹基本一致，在右锁骨中线平第 5 肋，在前正中线越过胸骨体与剑突交界处，在左锁骨中线相当于第 5 肋间隙水平。肝下界右侧与右肋弓一致，在右侧第 8、9 肋软骨结合处低于肋弓，继而斜向左上经左侧第 7、8 肋软骨结合处，至左侧锁骨中线第 5 肋间隙与上缘相交会。

肝的位置随呼吸和体位的不同而变化，立位和吸气时下降，卧位和呼气时回升。在前正中线其下界突出于剑突下 2~3cm，而与腹前壁相接触，故在此可触及肝下缘。在深吸气时，肝下缘下降，于右肋弓下缘亦可触及。小儿肝相对较大，下界低于肋弓，但正常不超过肋弓下 2cm，7 岁以后，右肋弓下不能触到，若能触及，考虑病理性肝肿大。

(三) 肝的毗邻

肝右叶上面与右膈肋窦隔膈肌相对,右叶下面中部接近肝门处与十二指肠上曲相邻,前部与结肠右曲相邻,后部邻右肾及肾上腺,方叶下部接幽门;左叶下面与胃前壁相邻,后上部邻食管腹段。

(四) 肝的分叶与分段

肝从外形上分为左叶、右叶、方叶和尾状叶。但这种分法没有真正反映其内部管道系统的构造特征,因而不适应肝外科进行部分肝切除的需要。近代研究证明,肝内有 4 套管道,形成两个系统,即 Glisson 系统和肝静脉系统,见图 1-3。肝门静脉、肝固有动脉和肝管的各级分支在肝内的走行、分布基本一致,并有 Glisson 囊包绕,共同组成 Glisson 系统。肝段的概念就是通过对肝脏 Glisson 系统的研究,并以它的分支为基础对肝进行了分叶、分段。按照 Glisson 系统各分支的分布区,可将肝分为两个半肝(左、右半肝),进一步再分成 5 个叶(右前叶、右后叶、左内叶、左外叶与尾状叶)、6 个段(左外叶上段、左外叶下段、右后叶上段、右后叶下段、尾状叶左段、尾状叶右段)。但各派学者的划分法有所不同,命名也有差异,至今尚无统一的意见。

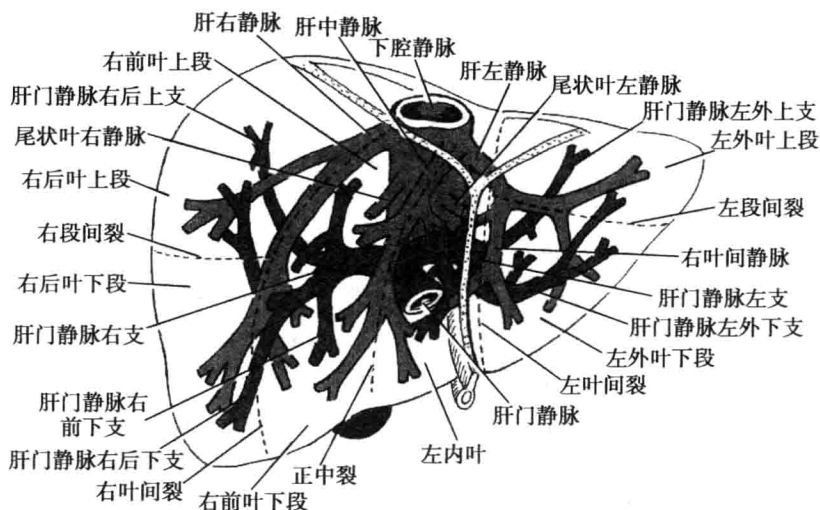


图 1-3 肝内管道与肝裂

多方面研究表明肝内存在明显的肝裂(hepatic fissure),在这些部位缺乏肝管、血管,它们与肝的某些表面标志并不吻合。肝有3个主裂:正中裂(middle hepatic fissure)和左、右叶间裂(left, right interlobar fissure),另有左、右2个段间裂和1个背裂。正中裂在膈面起自胆囊切迹,向后上方延伸至下腔静脉左缘;在脏面则以右纵沟为界,依此将肝分成右大左小两半,右半肝约占全肝重量的60%。通常正中裂经过尾状叶,并将其分成左、右两半。但在少数情况下,此裂并不全居中,而是将尾状叶与尾状突分开,尾状突归属右半肝,尾状叶属左半肝。左叶间裂起自脐切迹,向后上方抵于下腔静脉左缘,膈面以镰状韧带为界略偏左,脏面则以左纵沟为标志。此裂将左半肝分为左外叶和左内叶。右叶间裂起自肝右下缘,但起点的位置变化较大,相当于胆囊切迹与肝外缘之外、中1/3交界处,向右后上方延至下腔静脉右缘。此裂在肝表面标志不如正中裂和左叶间裂显著,它将右半肝分为右前叶和右后叶。右段间裂位于右后叶内,于脏面起自肝门之右切迹,横过右后叶达肝右缘之中点,将右后叶分为上、下两段。左段间裂位于左外叶内,起于肝左静脉入下腔静脉处,与左叶间裂成锐角,向左外侧斜行至肝左缘的后、中1/3交界处,将左外叶分为上、下两段。背裂位于肝后上缘之中部、尾状叶之腹侧肝静脉入下腔静脉处,形成一弧形线,而使尾状叶与其他肝叶分隔。

一些学者依据肝裂将肝划分为五叶四段,似更切合临床实际,见图1-4、图1-5。以正中裂为界,将肝划分为左、右两半,称为左、右半肝。正中裂为一斜裂,前起自胆囊窝中点,向后延至下腔囊静脉左缘。经半肝以左叶间裂为界,划分为左内侧叶和左外侧叶,后者又分为上段和下段,左叶间裂为矢状位,相当于左纵沟。右半肝以右叶间裂为界,划分为右前叶和右后叶,后者又分为上段和下段。右叶间裂后起下腔静脉右缘,前至肝右下角至胆囊窝中点连线的外、中1/3交界处,为一近水平位与冠状位之间的斜裂。尾状叶恰为正中裂所经过,将之分为左、右两部。

(五)肝的血管

肝具有双重血供——肝动脉和门静脉,前者来自腹腔动脉,后者

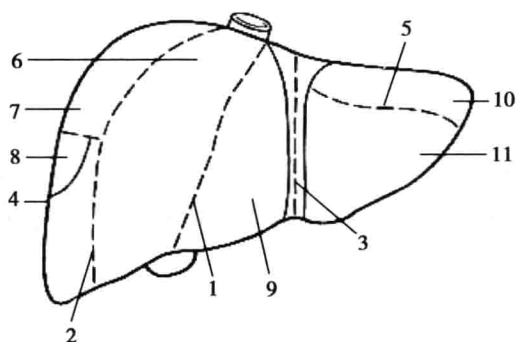


图 1-4 肝膈面的分叶、分段

1. 正中裂;2. 右叶间裂;3. 左叶间裂;4. 右段间裂;5. 左段间裂;6. 右前叶;7. 右后叶上段;8. 右后叶下段;9. 左内叶;10. 左外叶上段;11. 左外叶下段

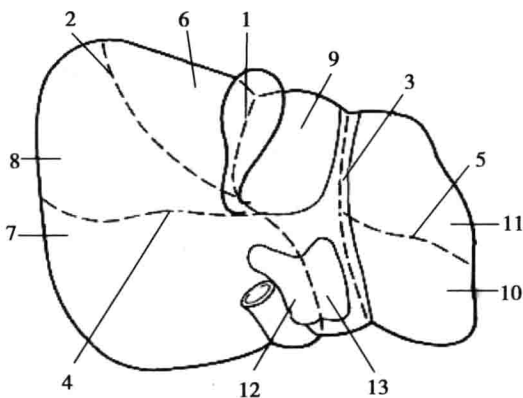


图 1-5 肝脏面的分叶、分段

1. 正中裂;2. 右叶间裂;3. 左叶间裂;4. 右段间裂;5. 左段间裂;6. 右前叶;7. 右后叶上段;8. 右后叶下段;9. 左内叶;10. 左外叶上段;11. 左外叶下段;12. 尾状叶右段;13. 尾状叶左段

则收集来自消化道、脾和胰等处的静脉血。肝动脉和门静脉入肝后反复分支,在肝小叶间分别形成小叶间动脉和小叶间静脉,均注入肝

窦中,然后经中央静脉、小叶下静脉而入肝静脉,最后汇入下腔静脉返回心脏。正常肝的血供70%~80%源自门静脉,仅20%~30%来自肝动脉,而供应肝的氧含量则恰恰相反。尽管肝动脉的输入血量远低于门静脉,但其压力可高达120mmHg(16kPa),血含氧量高,氧张力为80%;而门静脉压力为6~12mmHg(0.8~1.6kPa),氧张力仅约30%,故肝所需氧主要来自肝动脉,提供肝需氧量的60%~80%,而运送营养和代谢物质的功能主要由门静脉实现。

1. 肝动脉 肝总动脉是指从腹腔动脉分出后到胃十二指肠动脉起始部这一段。肝固有动脉实为肝总动脉的延续,是指从胃十二指肠动脉起始部到其分叉处的一段,多数在第一肝门外分为左、右肝动脉,少数则分成左、中、右三支,分别进入左、右肝叶。肝右动脉入肝前分出胆囊动脉。40%以上的患者可出现血管解剖学上的变异。

2. 门静脉 由肠系膜上静脉和脾静脉汇合而成。脾静脉除收集脾的血液外,还接受肠系膜下静脉的血,故门静脉引流腹部绝大部分消化管(包括食管的腹段在内,肛管下部除外)、脾、胰和胆囊的静脉回血。门静脉在肝门处分为左、右支与肝动脉的相应分支伴行入肝,但其右支较左支短。在小网膜内,门静脉位于胆总管和肝动脉的后方,胆总管位于门静脉右前方。成人门静脉及其属支没有瓣膜。研究表明,门静脉左、右支的血液存在分流现象,来自肠系膜上静脉的血大部分经右支入右肝,而肠系膜下静脉和脾静脉的血,则多经左支入左肝,在进入左、右肝之前并未充分混合。如血吸虫病主要位于直肠乙状结肠,故左肝病变更重,而阿米巴多从盲肠入肝,因此阿米巴脓肿多见于右肝叶。某些能引起肝损害的毒素、恶性肿瘤或传染性栓子也存在类似定位现象,因而易于分别累及左肝或右肝。

3. 肝静脉 肝静脉源自肝小叶中央静脉,引流小叶内肝窦的血液,导入小叶下静脉,最后汇合成较大的左、右、中三支肝静脉,分别来自左、右肝叶及尾状叶。它们自肝脏面的腔静脉沟上缘(即第二肝门处)穿出直接注入下腔静脉。一些较小的肝短静脉,少则3~4条,多至7~8条,则靠近肝的脏面直接注入下腔静脉的左右前壁,此处也称第三肝门。肝静脉内壁无瓣膜。