

# 肝 硬 化



孙 宏 训 编 著

上海科学技术出版社

# 肝 硬 化

孙宏训 编著

上海科学技术出版社

## 內 容 提 要

本书采集有关肝硬化的近代国内外主要文献，結合作者本人的临床观察，以及祖国医学对肝硬化的認識和診治方法等資料而編写的。肝硬化的病因与发病机制比較繁复，对本病的分类，各家意見尚不一致，作者綜合病原、解剖学改变、临床表现特征和肝功能分期，拟定一个綜合性的分类法。門静脉性肝硬化，無論在发病率或病理生理方面都占重要位置，故本书中特作重点叙述。其他如胆汁性、心原性、色素性肝硬化，以及由班替氏綜合征所形成的，亦作了全面而簡要的闡述。本书对于一般临床医师具有一定的参考价值。

## 肝 硬 化

孙魯宏 訓 編 著

\*

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

上海市书刊出版业营业登记证出093号

新华书店上海发行所发行 各地新华书店經售

上海市印刷三厂印刷

\*

开本 850×1168 1/32 印张 5 10/32 插頁 1 字数 147,000

1959年12月第1版 1963年2月第6次印刷

印数 15,001—20,000

統一書号：14119·849

定 价：(十二)0.82元

## 序

肝硬化为常見之疾病，也是在临床上亟待解决治疗和預防的疾病之一。所以編写一本有关肝硬化方面的書籍实有其必要。但由于編者的学术水平和經驗都很淺薄，只能暂时編写一本較為淺近的書，以供参考。

本書主要是綜合各家的一些已成熟的意見，也有一些是在各家的理論基础上补充和发展起来的，还有一些极少的个人經驗和看法。本書采用有关肝硬化的国内材料較少，取材多参考国外者，尤以英美德日的材料較多。又由于个人对于中医中藥的学习和体会很不够，所以在本書中采用的一些中医中藥知識是有限的，而且也难免有些生硬的，有待于以后改进和补充。

本書脫稿后承許本謙院长校閱全稿，馬允平主任校閱有关外科的治疗部分，中医学教研組貝叔英、張慰丰医师校閱有关中医的部分，对他們表示深切的感謝。在收集資料、編写制图、繪表过程中承馬文珠医师协助，在此亦致謝意。

孙 宏 訓

1959年5月于南京第一医学院

# 目 录

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 第一章 祖国医学对肝硬化的認識和貢獻 ..... | 1  |
| 第二章 定义与分类 .....          | 4  |
| 第三章 門静脉性肝硬化 .....        | 9  |
| 定义 .....                 | 9  |
| 发病情况 .....               | 9  |
| 病原学 .....                | 12 |
| 病理学 .....                | 22 |
| 病理生理学 .....              | 27 |
| 一、腹水形成的机制 .....          | 27 |
| 二、侧枝循环的形成 .....          | 33 |
| 三、肝硬化时的内分泌变化 .....       | 35 |
| 四、肝硬化时的血液学改变 .....       | 38 |
| 五、肝性昏迷之发病机制 .....        | 43 |
| 症状与体征 .....              | 46 |
| 一、症状 .....               | 48 |
| 二、体征 .....               | 51 |
| 实验室检查及特殊检查 .....         | 68 |
| 诊断 .....                 | 81 |
| 并发症 .....                | 83 |
| 死亡原因 .....               | 89 |
| 预后 .....                 | 90 |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| 治疗 .....                   | 92  |
| 一、支持疗法 .....               | 92  |
| 二、腹水的疗法 .....              | 99  |
| 三、肝性昏迷的疗法 .....            | 106 |
| 四、胃腸道出血及門静脉高压的外科疗法 .....   | 113 |
| 预防 .....                   | 126 |
| 第四章 胆汁性肝硬化 .....           | 129 |
| 分类 .....                   | 129 |
| 发病因素 .....                 | 130 |
| 病理学 .....                  | 131 |
| 临床表现 .....                 | 133 |
| 临床病程 .....                 | 137 |
| 实验室检查 .....                | 138 |
| 诊断 .....                   | 140 |
| 预后及死亡原因 .....              | 142 |
| 治疗 .....                   | 142 |
| 第五章 斑替氏綜合征 .....           | 143 |
| 第六章 心原性肝硬化 .....           | 147 |
| 第七章 色素性肝硬化 .....           | 152 |
| 第八章 中医对肝硬化的<br>诊断与治疗 ..... | 187 |
| 主要参考文献 .....               | 163 |

## 第一章 祖国医学对肝硬化的 認識和貢獻

我国古代医学文献中，虽然没有今日所稱謂的肝硬化之病名，但在古代各种文献中，却記載了很丰富的有关腹水的各种名称，不过当时称之为石水、臃脹、肝水、水蠱、单臃以及单腹脹等。分析这些腹水的征候，确实包含了今日所認識的肝硬化腹水在里面。

例如很早的祖国医学名著素問大奇論一节中：“腎肝并沉为石水”；阴阳別論中：“阴阳結斜，多阴少阳曰石水。”灵樞經邪气脏腑病形篇中也記載：“腎脉微大为石水，起臍已下至小腹，脛脛然上至胃脘，死不治。”从这些記載里，可以看出我国最早的医書中已有接近于肝性腹水的記載，不过称之为石水罢了。又例如灵樞經水脹篇：“岐伯答曰，水始起也，目窠上微肿如新臥起之状，其頸动时欬，阴股間寒，足脛肿，腹乃大，其水已成矣，以手按其腹，随手而起，如裹水之状，此其候也。”从症状描写中来推测，极其近似腎性水肿，但随后又进一步提出另一种腹水病候：“臃脹何如？岐伯曰：腹脹身皆大，大与肤脹等也，色蒼黄，腹筋起，此其候也。”这所謂臃脹的病例，虽然不能完全摒除心脏性、腎原性以及其它原因所引起的腹水，但“腹筋起”三字，便似乎把这类腹水病例限制在肝原性腹水上了。腹水患者伴有腹壁上靜脉怒張，这正是肝硬化腹水的特征之一。由于前面对腎性水肿症候加以分別的提出，可見当时对这两种腹水已有初步的鉴别能力。灵樞經中繼又写道：“先泻其脹之血絡，后調其經，刺去其血絡也。按此証由脾阴受伤，胃虽納谷，脾不运化，或由怒心伤肝，漸蝕其脾，脾气虛极，故阴阳不交，清浊相混，隧道不通，郁而为热，热留为湿，湿热相生，故其腹脹大，中空无物，外皮綳急，状如肤脹，有筋起为异，若肚臍突出，皮光如油者不治。”可知古代医家对腹水之描写是非常毕肖的，严重者腹壁皮肤緊張

而发光犹如擦油一样，这种病人往往为不治之症。

再看金匱要略水气篇中：“肝水者，其腹大，不能自轉側，肋下腹痛。”这里的肝水，更可能是指由肝硬化所引起的腹水了，因为腹大所以身体轉側不灵活，并有肋下腹痛，这种肋下腹痛与肝硬化的症状有相应之处。

肝硬化患者在出現腹水以前，往往先有臌脹，法国人称之为先风后雨。試看我們的医学入門中也早已經有記載：“凡脹初起是气，久則成水，治比水肿更难，盖水肿飲食如常，臌脹飲食不及常，病根深固……。”

隋巢元方諸病源候論中的記載更生动細致了：“此由水毒气結聚于內，令腹漸大，动搖有声，常欲飲水，皮肤黧黑，如似肿状，名水蠱也。”这些描写极其近似現在我們所描写腹水的振水音、波动感、移动性浊音等体检的征状。所謂水毒有可能包括血吸虫的尾蚴在內。因为古代称“水毒病春秋輒得”（病源候論）；“凡山水有毒虫，人涉水之时，中人似射工而无物，初得之恶寒，微似头痛目匡痛”（千金方）；“凡水毒惟山高及山峡溪源繚繞处多有之”（圣济总录）；“男子病此者甚多，而东方沿海一带，比他处更多……”（寓意草）；如果諸病源候論中所指的水毒果真是血吸虫尾蚴的話，那末他所指的水蠱，就是我們現在所称的血吸虫病引起的肝硬化合并腹水了。这种疾病在华东地区、尤以溪源繚繞之处的确最多，和近代文献上的統計是完全一致的。肝硬化合并腹水的記載至此已經涉及病原的記載了。

丹溪心法称臌脹又名单臌，并报道有一个姓楊的病人，性嗜酒，病瘥已半年，患臌病，手足瘦而腹大如蜘蛛。又报道陈氏年四十余嗜酒，大便时見血，于春間患臌病，色黑而腹大，其形如鬼。这些記述进一步說明肝硬化与酒精中毒、瘥疾之間的关系。

寿世保元則称腹水为单腹脹，他形容这种病人：“喘急气滿，肿而不安，四肢微肿”，对肝硬化腹水病人之姿态和体征描写得恰到好处。張氏医通中記載了一个生动的病例：“喻嘉言治一血蠱，服药百日后大腹全消，左肋始露病根一条如小枕状，以法激之，呕出黑污血斗許，余从大便泄去始消。”这喻氏所治的就是指左肋部的

大脾脏，呕出黑污水一斗左右，脾脏就缩小了。这个例子记述合并胃肠道出血的肝硬化患者可称是维妙维肖的。

祖国医学中对腹水的病因及发病机制有如下的描写，例如素问五藏生成篇：“腹满臌脹，支膈胛脇，下厥上冒，过在足太阴阳明”（按足太阴指脾，足阳明指胃）。灵枢邪气藏府病形篇：“三焦病者，腹气满小腹尤坚，不得小便，窘急，溢则为水，留则为脹。”素问阴阳别论：“三阴结，谓之水”（按三阴指肝、脾、肾）。灵枢本神篇：“脾气实则腹脹，溼洩不利。”又经脉篇：“足太阴之别……虚则臌脹”（按足太阴之别系指脾经之别络）。又五常政大论：“诸腹脹大，皆属于热。”景岳全书：“凡七情、劳倦、饮食、房闋，有过份者，皆能戕贼脏器，以致脾土受亏，轉輸失职，正气不行，清浊相混，乃成此証。”意即脾虚不能制水，中气虚寒，水湿停留而成臌脹。巢氏病源：“凡诸疸病，皆由饮食过度、醉酒劳伤所致。”丹溪心法附余：“七情内伤，六淫外侵，饮食不节，房劳致虚，脾土之阴受伤，轉輸之官失职，胃虽受谷，不能运化……清浊相混，隧道壅塞，气化浊血，瘀郁而为热，热留而久，气化成湿，湿热相生，遂成脹满，經曰臌脹是也。”沈氏尊生书：“水蠱一症，因水毒之气结聚于内，令其腹渐大……其原多因他病久而变成”；又称：“臌脹由于怒气伤肝，渐蝕其脾，脾气虚，故阴阳不交，清浊相混，隧道不通，故其腹脹大。”

根据以上所述，祖国医学对腹水的形成主要由于脾胃和三焦等器官之不健全，而造成这些器官失职的病因则为七情内伤，六淫外侵，如风寒侵袭，精神创伤，饮食不調或酒色过度，以及寄生虫病等（可能血吸虫病亦在内）均可引起。由于这些病因而致轉輸之官失职，胃不运化，清浊相混，隧道壅塞，致虚，致蓄水，致蓄瘀，致热，致湿而脹满，乃呈寒、热、虚、实、气、血、水、湿等之征候群。

祖国医学对有关肝硬化的预后见解也很多。灵枢玉版篇：“腹脹，身热，脉大，是一逆也；腹鳴而满，四肢清泄，其脉大，是二逆也；……腹大脹，四末清，脱形，泄甚，是一逆也；腹脹便血，其脉大，时絕，是二逆也。”医学津梁上称：“臌脹之病，臍满者重，臍突者死，发热者重，坚满者死。”沈氏尊生书上记载：“得效方曰：腹脹未久，或脹或消，腹皮稍軟，不泄不喘，此则随治随差。若臍心突起；利后



腹脹急，久病羸乏，喘息不得安，名脾腎俱敗，不治；”又称：“腹滿欬逆，不得小便不治，腹大滿而下泄不治。”医宗必讀上有云：“腹滿脉实大者可治，虛微者难治。”根据以上記載，中医強調有高度腹水、便血，发热或惡病質者，預后皆極惡劣，与近代医学見解完全符合。

中医治疗肝硬化的历史甚为悠久，不仅有一套完整的理論，而且也累积了不少寶貴和丰富的經驗。远在二千余年前，內經就有鷄屎醴一方，謂消腫脹有效。随着医学的发展，更有以辨証論治为准则，按病証的阴阳虛实，而有主攻、主补、攻补兼施或先补后攻等治疗方法。对于积聚——肝脾腫大，內經上亦有“坚者削之，留者攻之，結者散之，客者除之……”的記載。石室秘錄上称：“病有坚勁而不肯輕易散，当用軟治。如人生块于胸中，积痞于腹內，法用藥以軟之。”景岳全書上也記載：“凡积坚气实者非攻不能去；……凡不堪攻击者，止宜消导漸磨；……若积聚下之不退而元氣未亏者，当以行气开滯等剂，融化而潜消之。”除內用藥外，尚有外敷藥膏，更兼以針灸治疗者。总之，有关祖国医学对治疗肝硬化方面也有不少經驗，尤其是晋唐医家，对所謂水毒引起的肝硬化（血吸虫病性肝硬化），以及宋代以后的医家們致力于单腹脹、臃脹的治疗也有相当成就。这些都是我們今后追求良策善謀的方向，在治疗肝硬化这一疾病上可能得到惊人的成就，讓祖国医学的花朵盛开在世界医学园地中。

## 第二章 定义与分类

“肝硬化”(Cirrhosis)一辞系来自希腊文“Kirros”，原文的意义是“桔黄或黄褐色”，为肝脏发生硬化后所形成顏色方面的改变。实际上，希腊文中硬化一辞应当是“Skiros”(Schirrhosis)，可惜临床家們不用“Skiros”而用“Kirros”，直到現在仍沿用着这个习惯性的，具有历史意义的名称“Kirros”(Cirrhosis)來說明肝硬化。

肝硬化是指肝脏受某些損害性因素之作用而发生肝細胞变性

或坏死，并有肝細胞再生及結締組織增殖等变化。引起肝脏硬化的因素很多，归納起来可分为营养性，生物性，毒物性，胆道性，代謝性，循环性以及內分泌性等七大类：

一、营养性：缺乏蛋白質、維生素或抗脂肪因素。

二、生物性：

1. 病毒性感染：病毒性肝炎。

2. 細菌性病：梅毒。

3. 原虫病：瘧疾。

4. 多細胞寄生虫病：血吸虫病、中华分枝睾吸虫病。

三、毒物性：氯仿、四氯化碳及其他氯化烴类、黃磷、靛酸、毒性蕈菌、三硝基甲苯、辛可芬、苦味毒等。

四、胆道性：胆石、胆道炎症、胆道癌肿、寄生虫所致之胆道堵塞。

五、代謝性：糖尿病(先脂肪肝，后肝硬化)、糖元累积病，肝豆状核变性(Wilson氏病)、范可尼氏綜合征(Fanconi syndrome)、着色性肝硬化(Pigmentary cirrhosis or Hemochromatosis)。

六、循环性：門靜脉性血栓形成、班替氏綜合征、克-鮑二氏病(Cruveilhier-Baumgarten Disease)、肝动脉栓塞、肝靜脉閉塞(受压迫或血栓形成、所謂柏-希二氏綜合症 Budd-Chiari Syndrome)、心力衰竭、縮窄性心包炎等。

七、內分泌性：繼发于甲状腺中毒症，Haben、Roessle氏等有过报告。

肝脏可由上述一种或多种因素持久或反复作用使肝細胞发生变性及坏死，繼以肝細胞再生及結締組織增殖而形成肝硬化。

肝硬化的分类方法虽很多，但尙无一个較为完善和切合实际需要的分类方法。現在的一些分类法中，有的偏重于解剖和病理的分类，有的根据病原或临床特征的分类。如何将肝硬化的分类結合到解剖、病理、病原以及临床，較为实用而全面的分类是极为需要的。下面所以要列举出这些分类法，目的是在于給讀者参考后，能在这些基础上提出一个更好的分类方案。

一、Rolleston 及 Mc Nee (1929)二氏的分类：

1. 解剖学分类：(1)多小叶性肝硬化；(2)单小叶性肝硬化；(3)細胞間肝硬化；(4)混合性肝硬化；(5)散在性肝硬化。

2. 临床分类：(1)門靜脈性肝硬化；(2)胆汁性肝硬化。

二、Eppinger 氏(1937)的分类法：

1. 病理組織学分类：(1)周圍型肝硬化；(2)中央型肝硬化；(3)門靜脈周圍型肝硬化；(4)弥漫型肝硬化。

2. 临床分类：(1)肝功能代偿型；(2)肝功能代偿失調型。

三、Armas-Cruz 氏(1951) 病理形态学的分类：(1)門靜脈性肝硬化(Laennec 氏或酒精性肝硬化)；(2)胆汁性肝硬化；(3)中毒性大結节或坏死后肝硬化；(4)特殊型肝硬化。

四、Lichtman 氏的病源分类(1953)：(1)中毒性肝硬化；(2)真性肝硬化：1)門靜脈性肝硬化(代偿期及非代偿期)；2)胆道堵塞后之肝硬化；3)由代謝障碍引起之肝硬化；4)由血液內色素、鉄，或造血系統障碍引起之肝硬化；5)因脾脏病变形成之肝硬化；6)因网状內皮系統疾患所致之肝硬化。

五、Spellberg 氏(1954) 解剖学分类：(1)門靜脈性肝硬化；(2)胆汁性肝硬化；(3)坏死后肝硬化；(4)充血性肝硬化；(5)混合性肝硬化。

除以上这些分类法外，尚有最早的 Lanceraux (1899)、Chauffard (1902)、Naunyn (1904)，以及 Adami (1911)等氏的分类法，这里不再一一列举。从上面所介绍的这些分类法中可以知道每种分类有其特长及优点，但也有一定的缺点和不全之处。例如 Rolleston 及 Mc Nee 两氏的解剖学分类仅能表示大体解剖上的变化特征，不能包括病原，并且其临床分类似太簡略，仅为門靜脈性及胆汁性二类，而由代謝异常引起的 Wilson 氏病及着色性肝硬化，則应列入那一类中呢？Lichtman 氏分类法是以病原分类为其特点，但他将中毒性肝硬化与門靜脈性肝硬化分开，似乎中毒性肝硬化的病理特征及临床表现，与門靜脈性肝硬化不同而另辟一类；但实际上不少学者認為中毒性肝硬化可以納入門靜脈性肝硬化中，不必再成立一类。Armas-Cruz 及 Spellberg 氏的分类法，基本上相似，在門靜脈性肝硬化及胆汁性肝硬化二大类之外再加

上一些其他原因所引起的肝硬化。Eppinger 氏基于病理組織学的观点分类,仅以周圍型、中央型、門靜脉周圍型以及弥漫型等区分之,似不能給讀者以鮮明及具体的印象与概念。在他的临床分类,也因缺乏病原的記述而显得含糊。总之,到目前为止,尚没有一个完善的分类方法。理想的分类应包括解剖、病原、临床特征的类型以及肝功能等几个方面。基于这一个要求,著者(1958年9月)曾提出将肝硬化在解剖学特点上分为三大类,即門靜脉性肝硬化,胆汁性肝硬化以及特殊型肝硬化。其中,以門靜脉性肝硬化在临床上最为常見,胆汁性肝硬化則較為少見。所謂心脏性肝硬化、班替氏綜合征、色素性肝硬化以及 Wilson 氏病等均可划入特殊型肝硬化中。因为中毒、傳染性肝炎所引起的肝硬化就并入門靜脉性肝硬化中叙述。理由是这二者晚期肝硬化的最后临床現象可能是相似的,虽然在病理变化上或有区别,但在許多病例中甚或是不能鉴别的(Sherlock 氏等),所以不再另列所謂中毒性大結节或坏死后肝硬化(Armas-Cruz 和 Spellberg 氏等)。

著者并根据患者临床表現的特征分成六种临床类型:

1. 腹水型:此型在临床上主要表现为腹水,患者往往以腹脹、尿少、腹部日漸膨起而为就医的主要原因。

2. 消化道出血型:包括嘔血及黑糞,主要由于食道靜脉曲張破裂出血所引起。

3. 消化不良型:此类病例之肝硬化症状或体征不明显,仅因消化不良、腹部不适、脹悶或嘈杂感而就医,往往因檢查肝功能或肝脏活体組織檢查而发现有肝硬化。

4. 肝大或脾大型:此类患者的临床表現往往仅为肝脏肿大或脾脏肿大,亦可能二者同时肿大,其他症状及体征不明显,亦在肝功能檢查或肝脏活体組織檢查后确诊。

5. 昏迷型:患者就医时已呈昏迷状态,神志不清,有时易与其他原因所引起的昏迷相混淆。結合病史及体检和肝功能檢查可确定患者之诊断。

6. 潜伏型:此类患者之肝硬化症状均不明显,往往因体格檢查、肝功能檢查、肝脏組織檢查(包括活体組織檢查及尸体組織檢

查),始发现患者有肝硬化之证据。

又参考 Eppinger 氏的临床分期, 将肝硬化患者之临床病程分为 2 个时期:

1. 肝功能代偿期: 患者之临床症状仅有恶心、呕吐、消化不良、右上腹胀痛、大便不规则等表现, 肝功能检查有轻度或中度以下之损害。

2. 肝功能代偿失调期: 患者已出现腹水、食道静脉曲张、出血、显著营养不良, 以及肝昏迷等症, 肝功能检查有中度以上或严重之损害。

如此, 可将上面之各项分类结合起来, 依据下列步骤将肝硬化作出以下分类或诊断方式: ①解剖学分类, ②病原学分类, ③临床特征分类, 及④肝功能分期之分类。现在试举数例如下:

(1) 门静脉性肝硬化, 营养不良性, 消化不良型, 肝功能代偿期; (2) 门静脉性肝硬化, 血吸虫病性, 腹水型, 肝功能代偿失调期; (3) 胆汁性肝硬化, 毛细胆管炎性, 肝脾肿大, 肝功能代偿期; (4) 着色性肝硬化, 代谢障碍性, 肝大型, 肝功能代偿期。

著者认为如能按照如此分类, 则包括了解剖、病原、临床特征类型, 以及肝功能等各个方面, 使我们易于理会患者的疾病概况。

本书对最常见的门静脉性肝硬化叙述较详, 胆汁性肝硬化之叙述较少, 特殊型肝硬化则略予提及。

在结束本章之前, 再拟简单地小结一下肝硬化的病因, 并顺便附带提及它的转归, 作为本章的结语。

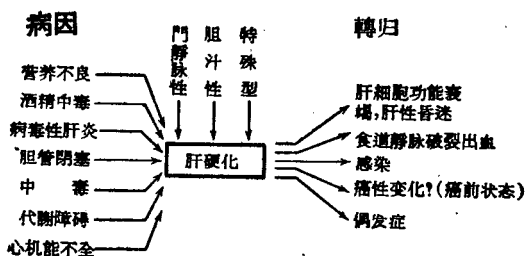


图 1 肝硬化之主要原因及转归

## 第三章 門靜脉性肝硬化

### 定 义

門靜脉性肝硬化是肝脏受到一种或多种損害性因素后,发生肝細胞慢性、进行性、全面性之变性和坏死,繼有新的肝細胞再生以及結締組織增殖。在临床上出現肝功能障碍,脾脏肿大、甚至腹水,側枝循环形成等門靜脉血流受阻的現象,最后导致肝功能衰竭等一种病症。

### 发 病 情 况

肝硬化为全世界各民族均有的疾病,而門靜脉性肝硬化为其中最常見的一种肝病變。全世界确实的发病数字記載不詳,根据 de Joselline de Jong 氏的大量尸体解剖数字(463562 例及 122,401 例),其中肝硬化的发病率为 3% 左右。Ratnoff 及 Patek 二氏在 1942 年温習文献,发现門靜脉性肝硬化之发病率为 0.43~6.95%。有关近代的全世界肝硬化之发病数字及門靜脉性肝硬化之发病数字(根据尸檢材料)尚不易获得。現在只能将 Ratnoff 及 Patek 二氏在 1942 年綜合世界医学文献之材料介紹于后(見表 1),虽然已为历史上的資料,在未获最新材料的今天,从中亦可窺見肝硬化病发数之一般。近代材料有待于病理学家們之研究及发表。

表 1 門靜脉性肝硬化之发病率(根据尸檢材料)

| 国 名   | 調查年份      | 肝硬化发病率 | 門靜脉性肝硬化发病率 |
|-------|-----------|--------|------------|
| 中 国   | 1923      | 4.4    | 5.75       |
|       | 1950~1956 | 7.7    |            |
| 日 本   | 1924      | 1.77   |            |
| 菲律賓群島 | 1907~1930 |        | 0.99       |
| 土耳其   | 1931      | 4.4    | 3.63       |
| 錫 兰   | 1934—1935 | 5.6    |            |

| 国 名                     | 調 查 年 份   | 肝硬化发病率 | 門静脉性肝<br>硬化病发病率 |
|-------------------------|-----------|--------|-----------------|
| 印 度                     |           |        |                 |
| 加 尔 各 答                 | 1911      | 6.9    | 2.82            |
| Vezagapatum (南 印 度)     | 1925~1934 | 9.3    | 5.2             |
| 馬 德 拉 斯(南 印 度)          | 1927~1931 | 4.4    |                 |
| 美 国                     |           |        |                 |
| 洛 杉 磯(加里福尼亚)            | 1918~1932 | 0.65   |                 |
| 洛 杉 磯(加里福尼亚)            | 1933~1937 | 1.86   |                 |
| 巴的摩尔Baltimore(Maryland) | 1890~1929 | 2.2    |                 |
| 波 士 頓(麻 省)              | 1912      | 1.04   |                 |
| 波 士 頓(麻 省)              | 1897~1932 | 5.89   | 2.9             |
| 明尼普列斯(明尼苏答)             | 1910~1931 |        | 2.05            |
| 圣 路 易 斯(米 苏 里)          | 1921      | 1.6    |                 |
| 紐 約(紐 約 州)              | 1917      |        | 1.72            |
| 辛 辛 南 提(奧 歇 亥 州)        | 1938      | 4.7    |                 |
| Portland (Oregon 州)     | 1933      | 1.7    | 0.48            |
| 菲拉台尔菲亚(本薛尔文尼亚州)         | 1933~1935 | 6.1    | 3.75            |
| 菲拉台尔菲亚(本薛尔文尼亚州)         | 1938~1939 | 5.3    | 1.0             |
| 加 拿 大                   |           |        |                 |
| Montreal                | 1886~1898 | 4.9    |                 |
| 英 国                     |           |        |                 |
| 倫 敦                     | 1867~1899 | 3.52   |                 |
| 倫 敦                     | 1901~1906 | 7.7    |                 |
| 曼 彻 斯 特                 | 1897      | 4.0    |                 |
| 德 国                     |           |        |                 |
| 勃 萊 斯 勞                 | 1878~1907 | 2.67   |                 |
| 山 根 堡                   | 1920      | 1.55   |                 |
| 荷 兰                     |           |        |                 |
| 亚 姆 斯 特 丹               | 1921~1929 | 2.0    |                 |
| Utrecht                 | 1931      | 2.85   |                 |
| 瑞 典                     | 1931      | 4.4    | 2.85            |
| 瑞 士                     |           |        |                 |
| 日 内 瓦                   | 1931      | 9.4    | 6.95            |
| 苏 黎 世                   | 1930~1931 | 10.1   | 4.5             |

从表 1 中,可知肝硬化在中国的病发率甚高,其中有关門靜脈性肝硬化的統計資料虽不多,但实际上是占所有肝硬化数字中最多比例的。现在再将我国近代医学文献中所发表的住院发病率汇集如下(見表 2):

表 2 門靜脈性肝硬化住院发病率

| 报告者         | 报告年份     | 地区 | 病例数 | 占总住院人数之百分率 | 占内科住院总人数之% |
|-------------|----------|----|-----|------------|------------|
| Wang, C. F. | 1936年7月  | 东北 | 54  | —          | —          |
| 朱长民等        | 1955年3月  | 华东 | 101 | —          | 2.5%       |
| 赵汝和等        | 1958年1月  | 华南 | 112 | 0.36%      | 1.98%      |
| 金振鐸         | 1958年1月  | 东北 | 282 | —          | 2.63%      |
| 叶維法等        | 1958年2月  | 东北 | 200 | —          | 3.4%       |
| 著者等         | 1958年9月  | 华东 | 146 | 0.64%      | 2.42%      |
| 卢添梧等        | 1959年11月 | 华南 | 103 | 0.43%      | 1.33%      |

从表 2 中也可看出,門靜脈性肝硬化在我国虽极为普遍,但对此病的調查研究还做得不够,全国各地地区报导的数字尚很少,不足以詳細說明本病在我国的发病情况。

年龄: 門靜脈性肝硬化可发生于任何年龄,文献上有报告二岁的女孩发生門靜脈性肝硬化者。但以二十岁以下的为数较少。常发生于中年及中年后期。根据国外文献报导,最多見于 40~60 岁,例如美国柯克州医院(Cook Country Hospital)之統計材料中 60%发生于 41~60 岁之間,大約 22%之患者年龄已超过 60 岁。Douglas 及 Snell 氏統計梅佑病院(Mayo Clinic)最近 444 例中也多为 50 岁及 60 岁以上的患者。国内的資料显示我国門靜脈性肝硬化的发生年龄較輕,約比国外早 10~20 岁,所有病例中以 20~50 岁之患者占絕大多数,如金氏报告者 20~50 岁之患者占总病例数之 85.2%,赵氏等为 83.1%,著者等为 82.1%。故国内門靜脈性肝硬化患者多为青年及壯年,較文献所載者为輕,可能与本国若干地区内早期感染寄生虫病有关。女性之发病年龄往往比男性为早,約早 5~10 年,原因尚不甚明了。

性别: 国外文献記載門靜脈性肝硬化多見于男性,約为女性



的2倍左右,或2~3:1。英国 Rolleston 及 Mc Nee 等氏(1929)統計文献中 645 例患者中 74%为男性。德国 Eppinger 氏統計之 373 例患者中 72%为男性。de Josseline de Jong 温习世界医学文献,发现男女之比为 2~3 ½:1。以上这些作者認為男性所以比女性多,主要是男子患酒精中毒者远較女性为多;因此在年輕的患者中,男女之病发数大致相等。国内之材料中亦以男性为多,男女之比为 3.6~8.1:1,男比女高出很多;其理由不一定以酒精中毒为主要原因,因为我国过去男子住院患者,远較女子住院为多,所以这些数字很难說明統計学上的意义。

职业: 职业可成为肝硬化形成及发展之有利条件及环境。如酒店服务员、酒販等易发生酒精中毒性肝硬化。农民涉水易感染血吸虫病、鈎虫病等而发生寄生虫性肝硬化。Rowntree 氏等指出門靜脉性肝硬化在美国以城市較农村为多見。但在东方及我国則相反,均以农村較城市为多見。根据国内材料,职业中以农民占多数(29.5~43.1%),其次为工人(17.5~29.4%)。其原因可能与我国在解放前农民和工人为被压迫階級,备受生活困苦,营养不良,寄生虫病流行有密切关系。

遺傳及家族史: 到現在为止尚无証据說明門靜脉性肝硬化有遺傳因素。仅有 Ratnoff 及 Patek 二氏曾报告姊(12岁)弟(11岁)2人同时发生門靜脉性肝硬化。一些学者認為一个家庭中有几个人同时发生肝硬化者,可能与遺傳性梅毒或营养不良、酒精嗜好等家庭环境有关。

## 病 原 学

許多性质不同的因素,如营养不良、酒精中毒、感染因素,化学毒素等均可使肝細胞发生变性及坏死,繼之以硬化。多数病例是由于多种因素长期作用的结果。現在將常見門靜脉性肝硬化的原因討論如下:

一、**营养不良** 門靜脉性肝硬化患者中营养不良的因素占着很重要的地位。Patek 及 Ratnoff 氏(1948)的报告中,有营养不良史者占 73%。Armas-Cruz 等氏亦报告为 64%。国内之报告