

现代临床医学丛书

现代内科治疗学

主编 谭新洪 黄震东 副主编 冯建章 孙家珍 黄光华 张礼康



现代内科治疗学

主 编 谭新洪 黄震东

副主编 冯建章 孙家珍 黄光华 张礼康

广东科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

现代内科治疗学/谭新洪主编. —
广州: 广东科技出版社, 1997. 4
ISBN 7-5359-1714-3

I. 现…
II. 谭…
III. 内科-治疗学
IV. R5

出版发行: 广东科技出版社
(广州市环市东路水荫路 11 号 邮码: 510075)
经 销: 广东省新华书店
排 版: 广东科电有限公司
印 刷: 广东省肇庆新华印刷厂
(肇庆市郊狮岗 邮码: 526060)
规 格: 787×1092 1/16 64.25 印张 字数 1460 千
版 次: 1997 年 4 月第 1 版
1997 年 4 月第 1 次印刷
印 数: 0001-10200 册
I S B N 7-5359-1714-3
分 类 号: R·295
定 价: 68.00 元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

主 编 谭新洪 黄震东

副主编 冯建章 孙家珍 黄光华 张礼康

编 委 (按撰写章节顺序排列)

刘道良 黄思贤 谭新洪 黄震东 冯建章
孙家珍 黄光华 钟寿光 杨周灼 黄梓伦
崔炎棠 詹国华 崔锦芳 关可群

编 者 (按撰写章节顺序排列)

刘道良 陈小苹 罗励祥 陈国环 李明耻
陈 刚 褚云霞 谭新洪 彭锦泉 陈正贤
刘宏新 黄思贤 孙 颖 李海杰 欧阳非凡
郑祥生 邓浩发 黄震东 莫羨机 张汉波
张端伟 黄 平 李崇惠 饶栩栩 许 燕
陈富荣 冯秀华 冯健章 林曙光 林展翼
陈鲁原 邓法权 孙家珍 陈传荣 靳立军
黄奕高 黄 涛 陈少琼 吴书林 蒋祖勋
尹滔业 姚 桦 黄光华 李子俊 门增轩
钟寿光 岑荣英 詹德娟 陈植荣 张昌洋
吴云章 杨建铸 王启仪 黄楚铮 王缉玲
郝文科 何 斌 钱芸娟 杨周灼 尹培达
李宗亮 崔锦芳 叶林辉 林 伟 李群华
邹小立 陈澍英 杜 欣 黄铮人 黄梓伦
陈雪英 曾淑燕 李明珍 韩凤兰 邹 菱
崔炎棠 杨华章 裴剑浩 詹国华 于连国
徐书雯 卢植生 关可群

序

已有五十年历史的广东省人民医院是我省医疗中心，院本部和心血管病研究所及老年医学研究所不但肩负日常繁重的医疗重担，而且还负担起教学、科研和老年保健任务。就诊患者不少是属专科性的疑难和复杂病例，内科医生为解决这些问题曾花了不少心血，也积累了不少宝贵经验，这些经验很值得我们留存下来。

本书由我院八十多位较长期从事临床第一线的高年资内科医生从繁忙工作中主动挤出时间，默默耕耘，把自己多年来的专科经验参考有关文献编写成书。

全书分九章，共约 140 万多字，内容基本上包括现代内科各专科系统常见病和多发病，既有丰富的传统临床经验，又有近年来各专科的发展和动向。读后感到实用性强，既获得内科的基本知识，又易于具体应用于临床工作。愿将本书推荐给内科和各专科医生参考。

罗征祥

一九九六年秋

前 言

内科学是一门临床医学，也是临床医学的基础。近年来，自然科学的新进展，物理、化学、生物学和基础医学理论的飞跃发展和成就，为内科学领域各个专业不断增添和更新治疗方法和手段。

本书主要由广东省人民医院、广东省心血管病研究所和广东省老年医学研究所内科同仁参考近年来国内、外有关文献资料，结合科研、临床和教学工作编写。本着以实用为原则，故以大内科各系统包括感染性疾病、呼吸、心血管、消化、肾脏、血液和造血、内分泌代谢、神经和风湿病临床常见和多发的疾病、症状、综合征或治疗方法为题，介绍现代实用的治疗方法和手段。祈望能供读者临床参考，而作者、编者本身相应亦能得到不同程度的知识更新。广东省人民医院、广东省心血管病研究所和广东省老年医学研究所是以心血管病防治研究为重点的综合医院，所以心血管系统在本书所占篇幅相对较多，其中近年进展较快的心血管病介入性治疗和风湿热、风湿性心脏病等亦作为重点介绍。

本书编写得到院、所领导关怀、鼓励，杨精珍、潘甜美、姚桦、何斌医师和图书资料室同志们帮助，以及中山医科大学尹培达教授热情支持，承蒙罗征祥老院长作序，均此表示衷心感谢。

由于本书是集体执笔，作者较多，文笔不尽相同，当今内科系统基础理论和临床实际进展一日千里，更兼作者和编者水平和临床经验有限，不足和错漏在所难免，敬请同道批评指正。

谭新洪

1996 年秋，广东省人民医院

目 录

第一章 感染性疾病	(1)
第一节 病毒性肝炎	(1)
第二节 钩端螺旋体病	(16)
第三节 登革热和登革出血热	(23)
第四节 伤寒	(27)
第五节 阿米巴病	(31)
阿米巴肠病	(31)
阿米巴肝脓肿	(35)
第六节 细菌性痢疾	(36)
第七节 狂犬病	(41)
第八节 破伤风	(45)
第九节 疟疾	(47)
第十节 流行性出血热	(56)
第十一节 败血症	(60)
第十二节 感染性休克	(68)
第十三节 医院感染与控制	(75)
第二章 呼吸系统疾病	(85)
第一节 支气管哮喘	(85)
第二节 支气管扩张症	(91)
第三节 肺脓肿	(95)
第四节 肺结核病	(101)
第五节 社会获得性肺炎	(105)
第六节 医院获得性肺炎	(109)
第七节 吸入性肺炎	(113)
第八节 衣原体呼吸道感染	(117)
第九节 胸腔积液	(120)
第十节 自发性气胸	(125)
第十一节 胸膜间皮瘤	(128)
第十二节 支气管肺癌	(130)
第十三节 肺栓塞	(140)
第十四节 原发性肺动脉高压	(144)
第十五节 肺气肿	(147)
第十六节 慢性肺原性心脏病	(150)
第十七节 急性（成人）呼吸窘迫综合征	(159)
第十八节 呼吸衰竭	(164)

第十九节 机械通气的临床应用	(171)
第二十节 呼吸内科重症患者的监测	(180)
第三章 心血管系统疾病	(197)
第一节 房性心律失常	(197)
房性早搏	(197)
交界区早搏	(197)
心房扑动	(198)
心房颤动	(198)
窦房结折返性心动过速	(200)
多源性房性心动过速	(200)
自律性房性心动过速	(201)
房室结折返性心动过速	(202)
房室交界性心律	(203)
非阵发性交界区心动过速	(203)
自主性交界区心动过速	(204)
第二节 室性心律失常	(204)
室性早搏	(204)
室性心动过速	(206)
心室扑动和心室颤动	(212)
第三节 房室传导阻滞	(213)
第四节 心室内传导阻滞	(216)
第五节 预激综合征	(219)
房室旁道——Kent 束	(219)
房室结旁道——James 束	(224)
结室或束室旁道——Mahaim 束	(225)
第六节 病态窦房结综合征	(226)
第七节 心搏骤停	(229)
第八节 猝死	(240)
第九节 急性肺水肿	(241)
第十节 舒张功能不全性心力衰竭	(246)
第十一节 充血性心力衰竭	(249)
第十二节 顽固性心力衰竭	(261)
第十三节 心源性休克	(265)
第十四节 先天性心脏病	(282)
心房间隔缺损	(284)
心房间隔缺损并二尖瓣狭窄	(288)
心室间隔缺损	(288)
动脉导管未闭	(292)
冠状动脉瘘	(295)
主动脉窦动脉瘤破裂	(296)

肺动脉口狭窄	(297)
特发性肺动脉扩张	(299)
主动脉缩窄	(299)
主动脉口狭窄	(301)
三房心	(303)
纠正型大血管转位	(303)
右位心	(305)
法乐四联症	(305)
右心室双出口	(307)
三尖瓣下移畸形	(310)
肺静脉畸形引流	(313)
艾森曼格综合征	(314)
先天性肺动静脉瘘	(316)
第十五节 风湿热	(317)
第十六节 风湿性心脏病	(323)
二尖瓣狭窄	(325)
二尖瓣关闭不全	(338)
二尖瓣狭窄及关闭不全	(341)
主动脉瓣狭窄	(342)
主动脉瓣关闭不全	(345)
二尖瓣病合并主动脉瓣病	(348)
三尖瓣狭窄	(350)
三尖瓣关闭不全	(351)
第十七节 非风湿性瓣膜病	(352)
二尖瓣病	(353)
二尖瓣脱垂	(353)
二尖瓣瓣环钙化	(355)
急性二尖瓣关闭不全	(355)
主动脉瓣病	(358)
钙化主动脉瓣狭窄	(358)
急性主动脉瓣关闭不全	(359)
三尖瓣病	(361)
类癌综合征	(361)
第十八节 类风湿性心脏病	(362)
第十九节 强直性脊椎炎与心脏病	(363)
第二十节 Reiter 综合征与心脏病	(364)
第二十一节 心内膜心肌纤维化	(364)
第二十二节 感染性心内膜炎	(365)
第二十三节 心包疾病	(370)
急性心包炎	(370)
急性良性心包炎	(371)

化脓性心包炎	(371)
结核性心包炎	(372)
真菌性心包炎	(373)
急性心包填塞	(374)
肿瘤性心包炎	(375)
第二十四节 心肌疾病	(376)
扩张型心肌病	(376)
肥厚型心肌病	(379)
限制型心肌病	(380)
酒精性心肌病	(381)
围产期心肌病	(381)
病毒性心肌炎	(382)
第二十五节 主动脉疾病	(384)
主动脉夹层动脉瘤	(384)
马凡综合征	(385)
主动脉瘤	(386)
梅毒性主动脉炎	(387)
多发性大动脉炎	(388)
第二十六节 周围血管疾病	(390)
血栓闭塞性脉管炎	(390)
闭塞性动脉硬化	(391)
急性动脉闭塞	(392)
雷诺综合征	(394)
血栓性静脉炎	(396)
上腔静脉综合征	(397)
下腔静脉综合征	(398)
第二十七节 原发性高血压病	(399)
第二十八节 继发性高血压病	(410)
第二十九节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(416)
第三十节 高脂血症	(433)
第三十一节 直立性低血压	(448)
第三十二节 直背综合征	(451)
第三十三节 小心脏综合征	(452)
第三十四节 心脏血管性神经衰弱	(453)
第三十五节 心脏康复	(456)
第三十六节 妊娠与心脏病	(464)
第三十七节 介入心脏病学	(474)
概论	(474)
冠状动脉内溶栓术 (coronary thrombolysis)	(475)
经皮冠状动脉腔内成形术	(477)

冠状动脉支架植入术	(479)
冠状动脉定向斑块旋切术	(482)
冠状动脉旋磨术	(483)
冠状动脉激光成形术	(483)
经皮气囊二尖瓣成形术	(484)
经皮气囊主动脉瓣成形术	(491)
经皮气囊肺动脉瓣成形术	(496)
经皮气囊三尖瓣成形术	(500)
经皮气囊多瓣膜成形术	(501)
经皮心导管法治疗动脉导管未闭	(502)
经心导管修补房间隔缺损	(504)
经心导管修补室间隔缺损	(505)
射频消融术	(506)
第三十八节 心律失常的电复律	(512)
第三十九节 人工心脏起搏器的临床应用	(517)
第四十节 心脏病重症监护	(522)
第四十一节 心脏移植	(531)
第四章 消化系统疾病	(547)
第一节 贲门失弛缓症	(547)
第二节 胃食管返流病	(549)
第三节 慢性胃炎	(552)
第四节 消化性溃疡	(557)
第五节 上消化道出血	(563)
第六节 下消化道出血	(568)
第七节 溃疡性结肠炎	(571)
第八节 克隆病	(575)
第九节 大肠癌	(578)
第十节 胃癌	(584)
第十一节 肝硬化	(588)
第十二节 原发性肝癌	(595)
第十三节 肝性脑病	(602)
第十四节 急性胰腺炎	(606)
第十五节 胰腺癌	(610)
第十六节 胆结石	(615)
第十七节 胆囊炎	(620)
第十八节 结核性腹膜炎	(623)
第五章 泌尿系统疾病	(631)
第一节 尿路感染	(631)
第二节 肾盂肾炎	(636)

第三节 急性肾小球肾炎	(637)
第四节 慢性肾小球肾炎	(640)
第五节 肾病综合征	(643)
难治性肾病综合征	(650)
老年肾病综合征	(652)
第六节 间质性肾炎	(653)
急性间质性肾炎	(654)
慢性间质性肾炎	(656)
第七节 肾小管疾病	(657)
肾小管性酸中毒	(658)
肾性尿崩症	(660)
第八节 肾结核	(661)
第九节 妊娠与肾脏疾病	(664)
妊娠期高血压疾患	(664)
妊娠期发生的肾脏病	(666)
第十节 急性肾功能衰竭	(670)
第十一节 慢性肾功能衰竭	(674)
第十二节 血液净化疗法	(678)
第十三节 肾移植	(691)
第六章 血液和造血系统疾病	(702)
第一节 缺铁性贫血	(702)
第二节 再生障碍性贫血	(704)
第三节 自身免疫性溶血性贫血	(710)
第四节 感染、化学及物理因素所引起的非免疫性获得性溶血性贫血	(715)
第五节 葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺陷的溶血性贫血	(718)
第六节 阵发性睡眠性血红蛋白尿	(720)
第七节 地中海贫血	(723)
第八节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(727)
第九节 骨髓增生异常综合征	(733)
第十节 白血病	(740)
急性白血病	(746)
第十一节 慢性粒细胞性白血病	(752)
第十二节 慢性淋巴细胞性白血病	(757)
第十三节 淋巴瘤	(760)
第十四节 多发性骨髓瘤	(766)
第十五节 恶性组织细胞病	(771)
第十六节 真性红细胞增多症	(774)
第十七节 特发性血小板减少性紫癜	(778)

第十八节 血友病及有关疾病	(785)
血友病甲	(786)
血友病乙	(788)
血管性假血友病	(789)
第十九节 脾功能亢进	(790)
第二十节 弥散性血管内凝血	(791)
第二十一节 成分输血	(796)
第二十二节 输血反应	(803)
第二十三节 骨髓移植	(811)
自身骨髓移植	(811)
异基因骨髓移植	(815)
第七章 内分泌系统及代谢疾病	(825)
第一节 垂体前叶功能减退与危象	(825)
第二节 垂体瘤	(828)
第三节 巨人症和肢端肥大症	(831)
第四节 垂体性尿崩症	(833)
第五节 甲状腺功能亢进症	(836)
第六节 甲状腺功能减退症	(841)
第七节 甲状腺炎	(844)
亚急性甲状腺炎	(844)
慢性淋巴细胞性甲状腺炎	(845)
慢性侵袭性纤维性甲状腺炎	(847)
第八节 甲状旁腺功能亢进症	(848)
第九节 甲状旁腺功能减退症	(852)
第十节 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	(854)
第十一节 嗜铬细胞瘤	(859)
第十二节 皮质醇增多症	(865)
第十三节 原发性醛固酮增多症	(870)
第十四节 男性性腺功能减退	(875)
第十五节 先天性卵巢发育不全症	(879)
第十六节 女性更年期综合征	(880)
第十七节 糖尿病	(883)
第十八节 糖尿病酮症酸中毒	(891)
第十九节 高渗性非酮症糖尿病昏迷	(892)
第二十节 低血糖症	(893)
第二十一节 肥胖症	(896)
第二十二节 痛风	(902)
第八章 神经系统疾病	(910)

第一节	缺血性脑血管病	(910)
第二节	脑出血	(919)
第三节	蛛网膜下腔出血	(925)
第四节	癫痫	(930)
第五节	格林-巴利综合征	(937)
第六节	偏头痛	(941)
第七节	多发性硬化	(947)
第八节	重症肌无力	(952)
第九节	震颤麻痹	(959)
第十节	脑炎	(966)
	单纯疱疹病毒脑炎	(967)
	水痘-带状疱疹病毒脑炎	(969)
	散发性脑炎	(970)
第十一节	急性非特异性横贯性脊髓炎	(975)
第十二节	细菌性脑膜炎	(977)
第十三节	隐球菌性脑膜炎	(984)
第十四节	结核性脑膜炎	(986)
第九章	风湿病	(992)
第一节	系统性红斑狼疮	(992)
第二节	皮炎	(995)
第三节	白塞病	(999)
第四节	类风湿性关节炎	(1001)
第五节	硬皮病	(1005)
第六节	结节性多动脉炎	(1009)

第一章 感染性疾病

第一节 病毒性肝炎

【临床提要】

一、病毒性肝炎的主要特点

病毒性肝炎 (Viral Hepatitis) 依据病原的不同至少可分 5 型: 甲、乙、丙、丁及戊型。其中除乙型肝炎病毒为 DNA 病毒外, 其余 4 型均为 RNA 病毒, 且此 4 型之间也有较大的差异。5 型肝炎从流行病学、临床经过和预后等均不完全相同, 基本可分为两类: 一类包括甲型和戊型, 主要经肠道传播, 有季节性, 可引起暴发流行, 多可自限, 不变成慢性; 另一类包括乙型、丙型和丁型, 主要经肠道外传播, 无季节性, 多为散发, 常呈慢性化, 部分病例甚至发展成肝硬化或肝癌。5 型肝炎临床表现相似, 均可表现为无黄疸型或黄疸型。肝炎病毒在肝细胞的存在和复制, 病毒蛋白在肝细胞膜的表达, 引起宿主细胞免疫和体液免疫应答, 并激发自身免疫反应及免疫调节功能紊乱。免疫反应清除病毒的同时亦造成肝细胞坏死性炎症性免疫损伤。急性肝炎患者, 机体免疫状态多为正常, 随着病毒被清除, 上述免疫反应呈一过性。慢性肝炎患者免疫机能紊乱, 病毒和引起肝细胞损伤的免疫反应持续存在, 致使病情迁延不愈, 甚至发展成肝硬化或发生免疫复合物疾病的肝外表现如关节炎、结节性多动脉炎及膜性肾小球肾炎等。重型肝炎患者免疫机能亢进, 除较强的特异性免疫应答致肝细胞大量坏死外, 非特异性因素和继发因素如内毒素血症、微循环障碍和内环境失衡等可加重细胞损伤和器官功能衰竭。免疫机能低下或免疫耐受者难于激起免疫应答, 则表现为 HBsAg 携带者。另外, 除丁型肝炎病毒 (HDV) 是一种依赖 HBV 的缺陷病毒并与 HBV 同时或重叠感染外, 可发生 5 型病毒间两型或两型以上的重叠感染, 使临床过程复杂化, 其病情可能慢性化或无症状携带者, 也可能病情加重或急剧恶化。分子生物学研究还表明免疫的压力可促使病毒发生变异, 如乙型肝炎病毒 (HBV) 基因的前 C 编码区突变可导致 HBeAg 阴转而病毒继续复制, 甚至可使其致病力增强而导致病情迅速恶化引起暴发性肝炎; S 编码区 a 决定簇的突变可导致 HBsAg 抗原性改变而脱逃包括疫苗接种在内的抗 HBs 免疫攻击, 使 HBV 潜伏、复制及病情迁延不愈。仅依靠临床表现来鉴别各型肝炎是困难的, 只有通过各型肝炎病毒感染的特异性标志物检测, 特别是聚合酶链反应 (PCR), 并结合临床表现和肝功能指标综合分析, 才能对诊断、病情、传染性、预后和治疗等作出准确合理的判断。

二、临床与病原学分型的诊断依据

(一) 急性病毒性肝炎

1. 急性无黄疸型肝炎 ①有与确诊病毒性肝炎患者密切接触史, 或半年内曾接受输血、血液制品及消毒不严的注射、针刺和手术等。②急性起病, 出现无其他原因可解

释的乏力、食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、便溏、肝区痛等。③肝肿大并有压痛，部分病人可有轻度脾肿大。④血清谷丙转氨酶（ALT）活力增高。⑤病原学检测：Ⅰ. 甲型肝炎 血清抗 HAV IgM 阳性；急性期和恢复期双份血清抗 HAV 总抗体滴度 ≥ 4 倍；急性期粪便经免疫电镜找到 HAV 颗粒或用 ELISA 法检出 HAV-Ag；血清或粪便检出 HAV-RNA。以上任何一项阳性均可确诊 HAV 近期感染。Ⅱ. 乙型肝炎 血清 HBsAg、HBeAg、抗 HBe-IgM、HBcAg、抗 HBc-IgM、HBV-DNA 及 DNAP 等任何一项阳性均可诊断为现症 HBV 感染。急性乙型肝炎与慢性乙型肝炎急性发作相区别可参考下列动态指标：HBsAg 滴度由高到低，消失后抗 HBs 阳转；急性期抗 HBc-IgM 滴度高水平而抗 HBc IgG 阴性或低水平，其中一项即可诊断为急性乙型肝炎。Ⅲ. 丙型肝炎 血清抗 HCV-IgM 或 HCV-RNA 阳性。Ⅳ. 丁型肝炎 血清 HDAg、抗 HDV-IgM、HDV-RNA 等任何一项阳性。Ⅴ. 戊型肝炎 血清抗 HEV-IgM 或 HEV-RNA 阳性，或急性期患者粪便经免疫电镜找到 HEV 颗粒。

2. 急性黄疸型肝炎 凡符合急性无黄疸型肝炎诊断，且血清胆红素 $>17.1 \mu\text{mol/L}$ ，尿胆红素阳性，并排除其他疾病引起的黄疸者。

（二）慢性病毒性肝炎

1. 慢性迁延性肝炎（CPH） ①有确诊或可疑的急性乙型或丙型肝炎病史，病程超过半年尚未痊愈。②病情较轻，有乏力和肝区痛，轻度肝功损害或血清 ALT 升高。③不够诊断为慢性活动性肝炎或经肝活检符合 CPH 的组织学变化者。

2. 慢性活动性肝炎（CAH） ①既往有肝炎病史或急性肝炎病程迁延超过半年而有较明显肝炎症状如乏力、纳差、腹胀、便溏等。②肝肿大，质地中等硬度以上。可有蜘蛛痣，肝病面容，肝掌或脾肿大而排除其他原因者。③血清 ALT 活力反复或持续升高，血浆白蛋白减低，白/球蛋白比例异常，丙种球蛋白增高，血清胆红素长期或反复增高。④免疫学检测如抗 HBC-IgG、IgM 均阳性，抗核抗体、抗平滑肌抗体、抗细胞膜脂蛋白抗体、类风湿因子、循环免疫复合物等阳性均有助 CAH 诊断。⑤肝外器官表现如关节炎、肾炎、脉管炎、皮疹或干燥综合征等。⑥肝活体组织检查符合 CAH 的组织学改变者。

（三）重型病毒性肝炎

1. 急性重型病毒性肝炎 急性黄疸型肝炎起病 10 天内迅速出现：①精神神经症状，早期表现为行为异常、性格改变、意识障碍、精神反常；后期表现昏迷Ⅱ度以上或肝功能损害基础上Ⅰ度昏迷、抽搐、脑水肿等而无其他原因可解释者。②黄疸迅速加深（血清胆红素 $>171 \mu\text{mol/L}$ 或每天上升 $17.1 \mu\text{mol/L}$ 以上），肝功能异常（凝血酶原时间延长、凝血酶原活动度 $<40\%$ 、可出现胆酶分离现象）。③严重消化道症状（食欲缺乏、频繁呕吐、中毒性鼓肠和呃逆），肝脏迅速缩小，可出现腹水。④出血倾向。⑤急性肾功能衰竭（肝肾综合征）。⑥部分病例虽未达上述指标，但出现精神异常，经活检证实为急性大块肝坏死。

2. 亚急性重型病毒性肝炎 急性黄疸型肝炎起病 10 天以上 8 周以内，出现类似急性重型肝炎的临床特点。早期不一定出现精神神经症状，多以深度黄疸和重度腹胀及腹水为主。肝性脑病多出现于病程后期。

3. 慢性重型病毒性肝炎 临床表现同亚急性重型肝炎，但有慢性活动性肝炎或肝

炎后肝硬化病史、体征及重度肝功能损伤。

(四) 淤胆型病毒性肝炎

1. 急性淤胆型肝炎 ①临床符合急性病毒性肝炎诊断,肝炎病毒有关抗原抗体检测阳性。②以直接胆红素为主的黄疸(血清直接胆红素占总胆红素60%以上),持续3周以上。常伴皮肤瘙痒,大便颜色变浅或灰白。血清胆汁酸、AKP、r-GT、T-ch、Lp-x以及尿胆红素等增高和尿胆原减少等梗阻性黄疸特征。③黄疸“三分离”特征:Ⅰ.黄疸与消化道症状分离,即消化道症状较轻且不随黄疸加深而加重;Ⅱ.胆酶分离,即发病初期ALT轻度或中度升高,但黄疸加深后ALT反而下降;Ⅲ.黄疸与凝血酶原活动度分离,即黄疸重而凝血酶原时间延长或凝血酶原活动度下降不明显。④B型超声、CT及/或PTC、ERCP等检查均无肝内外胆管扩张等肝内外胆管梗阻和肝胆道肿瘤证据,并排除药物性肝内胆汁淤积。⑤肝组织活检符合急性淤胆型肝炎。

2. 慢性淤胆型肝炎 ①临床符合CAH或CPH的诊断,多有HBV及/或HCV感染血清学证据。②梗阻性黄疸持续3周以上,并排除肝内外其他原因所致的梗阻性黄疸。③肝活检符合CAH或CPH的组织学改变并有肝内胆汁淤积特征。

【治疗】

一、急性病毒性肝炎的治疗

甲、乙、丙、丁、戊5型肝炎均可发生急性肝炎,且多具有自限性,多在2~4个月可康复。各型急性肝炎治疗方法大致相同。在目前尚缺乏特效疗法情况下,主要是适当休息、防止过劳,忌酒,适当药物对症治疗,避免使用损伤肝脏药物,防治水电解质紊乱和继发感染等整体基础治疗。

(一) 适当休息

急性期症状明显,不论有无黄疸,均须卧床休息至症状和黄疸明显消退。以后根据症状好转和体力增进情况,逐渐扩大活动范围和时间,活动量以活动后不觉疲乏为度。肝功能恢复正常后仍需休息1~2个月;肝功能持续正常可恢复半天工作,并逐步过渡到全天工作,但在一年内免重体力劳动和剧烈运动。卧床休息可增加肝脏血流量,减轻体力和热量消耗,且可减少糖元和蛋白质分解及乳酸形成而加重肝脏的负担。但不能过份强调卧床休息,以免导致精神负担,影响大脑和内脏机能调节,防止过度营养和活动太少而形成脂肪肝。

(二) 合理营养

急性期以适合胃口的清淡易消化饮食为主。纳差、恶心呕吐明显者给予葡萄糖静滴,以保证热量需要为度。蛋白质按 $1.5\sim 1.8\text{g/kg}\cdot\text{d}$ 补充,同时给予维生素B、C、B₆等,黄疸较重者静滴维生素K₁10~20mg/d。不必片面强调长时间三高一低(高蛋白、高糖、高维生素、低脂肪),以免影响食欲恢复,防止医源性糖尿病和脂肪肝形成。

(三) 对症治疗

病毒性肝炎迄今尚无特效药物,所谓“保肝药”大都未能证实其疗效,多数可不用或少用。急性期重点在于对症治疗。纳差给予补液维持水电解质平衡,并口服多酶片、胰酶、酵母片等。恶心、呕吐和腹胀给予胃复安(灭吐灵)口服或肌注10mg,或吗丁啉或