

# 肝病患者胆囊病变 425 例分析

王融冰\* 李明慧\* 江宇泳\* 孙凤霞\* 吴璐\*

**摘要** 目的:了解肝脏病变时,胆囊形态变化及其临床意义,探讨经脉络属的临床表现与体征的关系。方法:采用随机序贯登记调查分析方法,对 425 例肝病患者进行症状、肝功能、病原学及 B 超观测胆囊形态综合分析。结果:发现肝病患者的胆囊壁普遍增厚,呈非特异性炎症表现,与临床症状相关性不明确,与肝病病程、病情、低蛋白血症密切相关,随肝功能好转而减轻。结论:无明显原因的胆囊壁增厚可作为慢性肝病的佐证。胆囊炎、胆石症、胆囊息肉在乙型肝炎患者中高发,可能与乙型肝炎病毒(HBV)持续感染、肝功能异常相关。中医认为,肝胆经脉络属,肝病及胆,在证治上以肝为主的脏腑辨证思想与肝病患者临床表现及病理改变是一致的。

**主题词** 肝病/并发症 胆囊疾病/病因学

肝病时胆囊的变化及其与肝功能、病原学的关系,目前尚缺乏系统临床资料,为此我们对 425 例各型肝炎、肝硬化病例进行临床、生化、B 超观察,并对临床治愈病例治疗前后对比,发现肝病时胆囊病变发病率增高,现将调查分析情况报告如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准:按 1995 年中华医学会、肝病学会联合修订诊断标准为依据。

1.2 观察对象:全部是我院住院的男性患者,其中急性肝炎 76 例、慢性肝炎 192 例、肝硬化失代偿期 157 例,共 425 例,病原学分为甲、乙、丙、戊、未分型及酒精性肝病,年龄 18~70 岁,平均  $41 \pm 11$  岁。

## 2 方法

2.1 观察方法:全部病例按常规保肝、对症治疗,观察治疗前后的症状、体力、肝区或胆囊区的自我感觉、莫非氏征及维持时间、记录病程、病情、丙氨酸转氨酶(ALT)、胆红素(TBIL)、血清白蛋白、病原学、血常规等,治疗前做 B 超观察肝、胆、脾等形态大小,由于胆囊形态的高度可变性,故主要记录胆囊壁的厚度(正常值  $<0.3\text{cm}$ ),有无结石、息肉、胆汁淤积等情况。肝功能正常或稳定接近正常,临床治愈后全面复查。

2.2 统计学方法:采用  $\chi^2$  检验。

## 3 结果

3.1 基本病情及转归:本组病例全部为病情活动期成

年男性患者,合并腹水者 112 例,并发自发性细菌性腹腔感染 53 例,细菌性胆囊炎拟诊 7 例,慢性胰腺炎急性发作 3 例,408 例临床治愈或病情稳定好转出院,死亡 17 例。

3.2 全部患者胆囊壁增厚情况:胆囊壁增厚现象十分普遍,本组共有 359 例 B 超下显示不同程度增厚,占被调查人数中的 69%,壁厚  $\geq 0.6\text{cm}$  患者 133 例,占被调查人数的 31%。壁厚最严重者达 1.1cm。胆囊壁增厚病例分布:急性肝炎 29 例,慢性肝炎 134 例,肝硬化 131 例,3 组两两之间的比较,差异均有显著性( $P < 0.01$ )。以肝硬化组壁厚  $\geq 0.6\text{cm}$  所占比例最高,达 65%(87/133)。慢性肝炎与肝硬化比较,差异有显著性( $P < 0.01$ )。

3.3 胆囊壁增厚与年龄、症状、病情的关系:胆囊壁增厚与患者年龄无关,将 30 岁以下、30~60 岁、60 岁以上患者分为 3 组进行统计,胆囊壁增厚人数分别是 34/49 例、238/318 例、40/58 例,组间比较  $P > 0.05$ 。慢性肝病患者在病情活动期临床肝区症状并不明显。急性肝炎虽症状突出,但以上两组病例胆囊壁增厚的病例数与症状表现无关,与肝病病程长、病情重、肝功能衰竭严重、血浆白蛋白水平低下的程度呈正相关,见附表。肝硬化腹水病例胆囊显著增厚,可呈“双边”,胆囊也显著增大,重度黄疸者部分可见胆囊内胆汁淤积。

3.4 胆囊病变与病原学关系:病原学标志以乙肝病毒为主,占 75%(318/425 例),其中胆囊病变者 285 例,

附表 各型肝炎胆囊病变统计(例)

| 病种   | 分型  | 例数  | 胆囊壁增厚 | 壁厚 $\geq 0.6\text{cm}$ | 胆结石 | 胆囊息肉 |
|------|-----|-----|-------|------------------------|-----|------|
| 急性肝炎 | 甲   | 13  | 9     | 0                      | 2   | 0    |
|      | 乙   | 15  | 7     | 0                      | 2   | 1    |
|      | 丙   | 1   | 1     | 0                      | 0   | 0    |
|      | 戊   | 13  | 6     | 0                      | 1   | 0    |
|      | 未   | 8   | 3     | 0                      | 1   | 0    |
|      | 合计  | 76  | 29    | 0                      | 6   | 1    |
| 慢性肝炎 | 乙   | 160 | 109   | 36                     | 13  | 3    |
|      | 丙   | 7   | 2     | 1                      | 1   | 0    |
|      | 乙+丙 | 5   | 4     | 2                      | 1   | 0    |
|      | 酒精  | 20  | 19    | 7                      | 6   | 1    |
|      | 合计  | 192 | 134   | 46                     | 21  | 4    |
| 肝硬化  | 乙   | 143 | 121   | 85                     | 24  | 5    |
|      | 丙   | 5   | 3     | 0                      | 1   | 3    |
|      | 乙+丙 | 9   | 7     | 2                      | 0   | 0    |
|      | 合计  | 157 | 131   | 87                     | 28  | 8    |

\* 北京地坛医院,北京市安定门外大街地坛公园 13 号 (100011)

收稿日期:2001-05-24;修回日期:2001-09-07

占病变总数的 79% (285/359 例), 胆囊壁的增厚与病原标志无关, 而与临床诊断相关, 胆石症、胆囊息肉的发病者几乎全部是慢性肝炎和肝硬化, 且病毒标志以乙型肝炎病毒占绝大多数, 见附表。

3.5 临床治愈患者胆囊壁厚度的变化: 治疗后对 273 例肝功能稳定好转或临床治愈者进行 B 超复查, 主要观察胆囊壁厚度变化。急性肝炎 20 例在肝功能完全正常后约病程第 40~50 天时进行, 全部病例胆囊壁厚度均正常或接近正常。慢性肝炎肝功能正常者 136 例进行复查, 103 例有明显改善或接近正常。肝硬化肝功能稳定改善, ALT、TBIL 接近正常、血浆白蛋白均值提高、腹水消退、全身情况显著改善, 117 例复查, 其中 37 例胆囊壁厚度明显变薄, 但未完全复常。

3.6 死亡病例的合并病症: 死亡 17 例全部是慢性重型肝炎(含肝硬化), 其中 15 例合并腹水、腹腔感染。死亡原因有消化道大出血、肝肾综合征、严重细菌感染、肝性脑病等。7 例生前有右上腹压痛、肌紧张, 而后全腹压痛, 腹水培养为大肠杆菌, 生前拟诊为细菌性胆囊炎, 但常规抗感染治疗不满意, 8 例胆石症中 2 例出现胰腺炎急性发作(1 例做尸检)。

#### 4 讨论

肝炎患者胆囊病变与肝功能关系密切: 肝炎患者的胆囊常发生非特异性炎症改变, 在 B 超检查时可发现普遍表现为胆囊壁增厚, 这一改变随病程、病情和肝功能的衰减而加重, 随肝功能的好转而改善。急性肝炎可复原。慢性肝炎、肝硬化, 胆囊壁增厚可长期存在, 因此应作为慢性肝病肝外表现, 并作为临床诊断的参照。肝硬化肝功能失代偿, 重度低白蛋白血症时胆囊壁可显著增厚或呈双边。肝病时常见症状如纳差、厌油、肝区不适等, 在有胆囊病变者均可发生, 故胆囊壁的变化与这些症状无直接关系。这些症状是肝细胞受损、炎症和肝脏淤血在消化系统和局部的表现。

慢性乙型肝炎与胆囊病变的关系: 乙肝病毒不但在肝内复制, 并可经血液到达胆道系统长期滞留, 也是引起慢性乙型肝炎与胆囊慢性炎症同时存在的原因。再者肝硬化时门脉高压、内毒素血症、低白蛋白血症使胆道系统一些粘膜组织发生慢性炎症且不易修复<sup>[1,2]</sup>。

慢性肝病、肝硬化患者胆石症发病率达 13% (55/425), 此与肝功受损, 胆固醇、胆汁酸代谢能力减退, 胆汁驱动力减弱, 胆囊贮存并使胆汁浓缩、结晶形成有关<sup>[2]</sup>。10 例胆囊息肉患者均为乙型肝炎, 提示乙型肝炎病毒持续感染可能是胆道系统上皮增生及癌前病发生因素之一。慢性肝炎胆石症常并发胰腺炎和感染

性胆囊炎, 是导致重型肝炎的发生及死亡原因。此因患者胆囊壁水肿, 屏障功能减退, 血源性或肠源性细菌感染, 严重者诱发败血症。胆系结石或慢性炎症, 其引流不畅, 又是肝炎并发胰腺炎的主要原因, 这些病变的发生与肝胆的解剖、生理、病理密切相关。按中医辨证多属中焦湿热或湿热蕴结于肝、胆、脾、胃<sup>[3]</sup>, 病属危重, 正虚邪实, 多是慢性肝病患者出现胆系感染、败血症, 或胰腺炎等, 均可造成严重的多系统损害, 处理不当可危及生命。

对肝胆相关的认识: 中医与现代医学在组织学、解剖学上不能相互涵盖, 中医认为, 肝、胆脏腑生理病理密切相关, 其为阴阳表里相合。胆附于肝, 胆承受肝之余气, 其经络属于肝, 共同发挥疏泄作用<sup>[4]</sup>。《脉诀刊误》注说: “故胆之精气则因肝之余气溢于胆”, 胆汁清淨又称“中精之腑”胆囊贮藏和排泄胆汁, 以助脾胃升降消化饮食, 其与腑器转输功能相近又名“奇恒之腑”。现代解剖学已经证实肝胆相连, 其结合部由肝细胞和胆管上皮共同组成。肝炎时肝内胆管呈多层重叠状, 有淋巴细胞和组织细胞浸润。上皮呈空泡状, 基底膜完整<sup>[5]</sup>, 病愈时上述病变恢复正常, 这些即是胆系非特异性改变。慢性肝病时, 肝外胆管系统随着上皮改变可有纤维化和水肿, 已有多家尸检报告(细菌感染病理改变另当别论)。

肝病时既有以肝病为主, 胆系为辅的非特异性从属病变, 又有受肝功能影响的特异性病变, 还有以胆囊病变为主影响及肝的严重疾病等, 应本着有诸内必形于外的基本求实观点, 加强对疾病本质的认识, 提高辨证施治的水平。

#### 参考文献

- 1 彭文伟, 姚集鲁, 肖杰生主编. 病毒性肝炎研究. 广州: 广东科技出版社, 1999: 27.
- 2 江绍基, 姚光弼, 巫协宁主编. 临床肝胆系病学. 上海: 上海科学技术出版社, 1994: 20-23, 35-36.
- 3 中华中医药学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医辨证标准. 全国中医肝病第六届学术会议论文汇编(青岛), 1994: 309-311.
- 4 孟景春, 周仲英主编. 中医学概论. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 35.
- 5 高寿征主编. 病毒性肝炎研究. 北京: 北京出版社, 1993: 114.

### 本刊“专题笔谈”栏目征稿

为了继续办好《中医杂志》“专题笔谈”栏, 欢迎读者踊跃投稿。现征集 2002 年稿件, 具体药名如下: 青黛、鸡血藤、贝母、桃仁、马齿苋、肉苁蓉、鹿角霜、何首乌、防风、旱莲草、狗脊、骨碎补、桑寄生、益母草、川芎、鹿衔草、牛膝、防己、败酱草。以上药物请任选某味介绍, 要求有别于教科书, 确为家传师授或个人在临床实践中积累的经验, 老药新用, 发前人所未发, 重点介绍个人独到的心得和体会。要求每种药篇幅限千字以内, 各药独立成篇, 以便于分检归类。稿件择优录用, 恕不退稿。来稿请寄至北京东直门内北新仓 18 号中医杂志社 2 号编辑收, 邮编 100700。