

09年临床执业医师辅导：常见症状与体征肝肿大临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/647/2021\\_2022\\_09\\_E5\\_B9\\_B4\\_E4\\_B8\\_B4\\_E5\\_BA\\_c22\\_647231.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/647/2021_2022_09_E5_B9_B4_E4_B8_B4_E5_BA_c22_647231.htm)

一、概念 肝肿大可由许多疾病引起，是临床上一个重要的体征。正常肝上界位于右锁骨中线第5肋间，下缘一般在肋缘下触不到，在剑突下可触及肝下缘，多在3cm以内。肝的位置与性别、年龄、体形有关，可随呼吸、内脏活动及体位的不同发生一定的变化。触及肝脏时应详细描述肝脏的大小、质地、表面状态和边缘，有无压痛、搏动，肝区摩擦感和肝震颤。结合肝脏叩诊，描述肿大的肝脏还可通过三个测量。

二、常见病因与发病机制

(一) 感染性肝肿大

- 1.病毒性感染；
- 2.衣原体性感染；
- 3.立克次体性感染；
- 4.细菌性感染；
- 5.螺旋体性感染；
- 6.真菌性感染；
- 7.原虫性感染；
- 8.蠕虫性感染。

上述原因均可引起感染性肝肿大，其中以病毒性肝炎最为常见，主要是由于肝脏的炎症，充血，组织水肿，炎细胞浸润。

(二) 非感染性肝肿大

- 1.中毒性、药物性肝炎：化学药物如四氯化碳、氯仿、乙醇、酚、苯、萘、毒蕈、铍、金、铋等；药物如利福平、四环素、吡嗪酰胺、硫唑嘌呤等可引起中毒性肝炎；氯丙嗪、甲睾酮、口服避孕药、甲基多巴、苯妥英钠、苯巴比妥、咪喃类、磺胺类、硫脲类等可通过免疫机理引起药物性肝炎。

来源：考试大的美女编辑们

- 2.淤血性：充血性心力衰竭、心包炎、心肌病、三尖瓣狭窄或关闭不全、先天性心脏病、Budd-Chiari综合征等，肝脏均因淤血而肿大。
- 3.胆汁淤积性：各种原因的肝内，外胆汁瘀滞可引起肝肿大，特别是肝内病因不易去除，长期瘀胆可致胆管系统的炎症和增生，继

而引起肝大。4.代谢障碍性：脂肪肝、肝豆状核变性、血色病、肝淀粉样变等。5.肿瘤和囊肿：肝细胞癌、胆管细胞癌、肝转移癌等均可使肝大。；7.血液病：白血病、霍奇金病、多发性骨髓瘤、真性红细胞增多症等，均可因肿瘤细胞浸润或继发性炎症、感染使肝大。8.其他：免疫损伤，如乙型病毒性肝炎与免疫反应有关，肝硬化早期可有肝大，与脂肪浸润、再生结节形成有关。来源：考试大按发病时间的长短，又可分为急性肝肿大和慢性肝肿大。肝发生炎症及肝细胞坏死持续6个月以上称为慢性肝炎。

### 三、诊断方法

(一) 病史 病史往往能提供肝脏病的诊断线索。要详细了解有无传染病的接触史、使用血液制品史、旅居流行病地区史，有无药物或毒物接触史，有无慢性酗酒史。注意询问伴随症状或体征：是否伴肝区疼痛、发热、纳差、黄疸等。

(二) 体格检查

- 1.病变范围 (1) 是弥漫性肿大，还是局限性肿大。前者见于普遍性肝脏疾病，如各种肝炎、脂肪肝、肝淀粉样变性、淤血肝、肝硬化、弥漫性肝癌、肝转移癌等；后者见于肝内占位性病变，如肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤或肝包虫。阿米巴肝脓肿与肝包虫病多位于肝右叶，而血吸虫病则多从左肝肿大为重。(2) 轻度肿大指肋下1~3cm，见于各种感染；中度肿大指肋下4~5cm，见于肝淤血、淤胆、肝脓肿、肝肿瘤；重度肿大指平脐，见于巨大肝癌等。(3) 进行性肝肿大见于肝结核、原发性肝癌及继发性肝癌。
- 2.肝的质地：是质软、质中，还是质硬。正常人体质瘦弱者可触及肝边缘且质软，触之如噉起之口唇；肝脏中等硬度见于肝炎、肝脓肿、血吸虫病、脂肪肝或疟疾等，质韧触之如鼻尖；肝脏质地坚硬，见于肝硬化、晚期血吸虫病、恶性肿瘤、白血病、肝淀

粉样变性等；如触前额。 3.肝的边缘和表面：正常肝表面光滑，边缘整齐，且厚薄一致。慢性肝炎、脂肪肝、淤血肝的边缘较钝，表面尚光滑；肝硬化、肝癌、多囊肝的表面不光滑，呈结节不平，边缘厚薄不一致；肝表面呈大块状隆起者，见于巨块状肝癌、肝脓肿和肝包虫病。来源

：[www.examda.com](http://www.examda.com) 4.压痛：正常肝无压痛；轻度弥漫性压痛见于急性肝炎、急性肝淤血、胆道感染；细菌性或阿米巴性肝脓肿时压痛更为剧烈，且主要为局限性压痛，肝癌常无明显压痛。叩击痛见于深部肝脓肿。 5.搏动：正常肝或由炎症、肿瘤等原因引起的肝肿大并不伴有搏动；凡肝肿大未压到腹主动脉或右心室未增大到向下推压肝时，也不出现肝的搏动。如果触到肝搏动，应注意是单向性还是扩张性。当右心衰竭引起肝淤血肿大时，用手压迫肝可使颈静脉怒张更明显，称为肝-颈静脉回流征阳性。 6.肝区摩擦感：见于肝周围炎等。 7.肝震颤：见于肝包虫病。 8.发热：感染性肝肿大大多伴有发热，急性梗阻性化脓性胆管炎及细菌性肝脓肿时多有寒战。疟疾则多有典型的热型。 9.黄疸：病毒性肝炎、胆汁性肝硬化及肝外胆道梗阻时多见。 10.脾大：病毒性肝炎、伤寒、传染性单核细胞增多症、布氏菌病、阿米巴肝脓肿、疟疾、血吸虫病、脂肪肝、肝硬化、白血病等可有脾大。 11.消瘦：肝癌可伴明显的消瘦。 12.腹水：肝癌、肝硬化、急性与亚急性肝坏死、循环障碍等可见。 13.肝掌和蜘蛛痣：多见于慢性肝实质性病变，如肝硬化。 14.紫癜、牙龈出血等出、凝血障碍：见于严重的肝脏病、长期阻塞性黄疸和血液病、钩端螺旋体病。（三）实验室检查 1.血液检查：病毒性疾病可通过血清抗体效价增高或病毒的血清标志物来诊断。如乙型肝炎

炎病毒的血清学标志物包括：HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb.另还可检测乙肝病毒的DNA.其他原因也有其各自的标志或特异的抗体，如自身免疫性肝炎有独特的血清学特点，而肝癌则有其较为特异的标志。

2.尿检查：其中的胆红素、尿胆原对于判断黄疸的性质有重要意义。

3.粪便检查：粪便中可找到相应的虫卵或滋养体。

4.十二指肠引流：对胆道感染所致肝肿大的诊断有帮助。

5.肝功能试验

(1) 酶学的试验：是肝病临床上不可缺少的生化检查手段，对于发现肝胆疾病、阐明疾病的性质、明确病变的细胞内定位有重要意义。分为：1) 主要用于肝实质损害的酶类；2) 主要用于诊断胆汁淤积的酶类；3) 用于诊断肝纤维化的酶；4) 用于诊断肝肿瘤的酶。

(2) 胆红素和胆汁酸代谢的实验：血清胆红素测定可了解有无黄疸、黄疸的程度和演变的过程，反映肝细胞损害的程度和判断预后。血清胆汁酸可灵敏地早期发现轻度肝损害，可将肝炎、肝硬化与肝内或肝外胆汁淤积而肝细胞功能正常者进行鉴别。

(3) 脂类代谢试验：血清磷脂测定对于肝细胞急性梗阻性黄疸的鉴别有意义。

(4) 血浆蛋白的测定：如 球蛋白在急性肝炎时正常或稍高，而在肝硬化时则明显升高。肝病中甲胎蛋白升高，反映肝细胞再生，与病情活动有关，并非肝癌所特有。

(5) 吲哚氰绿排泄试验。

(6) 其他。

(四) 辅助检查

1.超声检查：超声在肝胆疾病中的诊断上可用于测量肝脾及胆囊的位置、大小、形态以及观察肝静脉、门静脉及其分支的直径、有无栓子等；确定肝胆疾病的性质、部位和范围；证实临床诊断和解决特殊问题；各种疾病引起的肝肿大在超声下有不同的表现。可在超声引导下进行经皮、经肝穿刺胆道造影和引流

，肝穿刺活体组织检查；对已确诊的肝胆疾病进行治疗随诊观察；进一步验证核素检查的结果，确定病变的性质和深度，以及肝胆疾病与邻近脏器的关系。

2.X线检查（1）胸透：可确定右膈的位置、形状及运动。（2）胃肠造影：能发现食管静脉曲张，并且对发现胰头癌或壶腹癌所引起的胆道梗阻有帮助。（3）胆道造影及ERCP：对胆道及胰腺疾病的诊断很重要。

3.CT与MRI：对肝、胆及胰腺等腹部疾病的诊断均很重要。本文来源:百考试题网

4.放射性核素扫描：可以动态观察在肝、胆管、胆囊中放射性浓集和通过情况，可显示肝内占位性病变，血池填充对血管瘤有确诊意义，还可协助鉴别肝内胆汁淤积和肝外胆管梗阻。

5.腹腔镜检查：除可直接观察肝、胆及脾脏外，还可在直视下取活检。

6.肝血管造影。

7.肝穿刺活体组织检查：病理检查对于诊断至关重要，各有其特点。

#### 四、常见疾病的鉴别诊断（一）病毒感染

1.病毒感染是我国引起肝肿大的最常见的原因。其中又以乙型肝炎病毒最常见。丙型肝炎病毒是另一常见的原因。

2.慢性肝炎可由乙型、丙型及丁型肝炎病毒感染引起。

3.慢性肝炎分活动期及缓解期，在病理学上各有其特点，预后也不同。

4.慢性肝炎的临床表现不尽一致，从轻度无明显症状，至重者表现为严重的肝功能损害：肝大，质地中等或充实感，有压痛及叩痛。多有脾大，甚至黄疸加深、腹水、出血倾向及肝性脑病。病人可有肝外表现。症状可与肝硬化无显著差别。

5.慢性肝炎的实验室检查 在活动期可有血清转氨酶和胆红素的升高，血清白蛋白降低，球蛋白升高，凝血酶原时间延长，血清碱性磷酸酶和  $\gamma$ -谷氨酰转移酶有不同程度的升高，吲哚氰绿排泄实验有明显滞留。

6.免疫学检查：活动期及病毒

复制时，与静止期有不同的病毒标志物及抗核抗体等结果。

7.诊断依据：临床表现、肝功能、肝穿刺活检和病原学检查

。（二）酒精性肝病 酒精性肝病是因长期、大量饮用各种含乙醇的饮料所致的肝脏损害性病变。主要表现为：酒精性脂肪肝、酒精性肝炎和酒精性肝硬化。三种形式可混合存在。三种形式的临床表现轻重程度不一，酒精性肝硬化时贫血、营养不良、肝掌、蜘蛛痣和男性乳房发育较病毒性肝硬化更常见。饮酒史在诊断中至关重要，B超示实质弥漫性细点回声，深部组织回声递减，同时应除外其他原因引起的肝肿大，必要时需肝脏活检。（三）自身免疫性肝炎 自身免疫性肝炎是一种病因不明的以高球蛋白血症、有多种自身抗体和汇管区呈碎屑样坏死为特征的肝脏炎症性病变。实验室检查：抗平滑肌抗体及血浆蛋白的变化较为特异。诊断：临床表现、实验室检查和肝穿刺活检。要排除活动性病毒感染（包括巨细胞病毒和EB病毒），无输血及血制品应用史，无过量饮酒史，无肝毒性药物应用史，并要排除胆道疾病、肝肉芽肿、肝脏铁或铜沉积。

6.分型根据血清免疫学检查分为三型。（四）肝硬化 肝硬化是一种以肝组织弥漫性纤维化、假小叶和再生结节形成为特征的慢性肝病。临床上有多系统受累，以肝功能损害和门脉高压为主要表现。

1.病因：在我国以病毒性肝炎所致者为主，国外以酒精中毒多见。

2.发病机制：包括以下4个方面：广泛肝细胞变性坏死、肝小叶纤维支架塌陷；残存肝细胞形成再生结节；假小叶形成；肝内血液循环紊乱，导致门脉高压，并进一步促进肝硬化的发展。

3.病理：早期肝脏肿大。分为3型：小结节性、大结节性、大小结节混合性。并有其他脏器相应的病理变化：门体侧支循环

开放、脾大、脾亢进、门脉高压性胃病、肝肺综合征。4.临床表现：代偿期无特别症状；失代偿期：肝功能减退及门脉高压两大类表现。5.并发症：上消化道出血、肝性脑病、感染（如自发性腹膜炎）、肝肾综合征、原发性肝癌、门脉血栓形成、电解质和酸碱平衡紊乱。各有其不同的发病机制。

6.实验室和其他检查 7.诊断（1）有病毒性肝炎、长期饮酒史等病史。（2）有肝功能减退和门静脉高压的临床表现。（3）肝脏质地坚硬有结节感。（4）肝功能试验常有阳性表现。（5）肝活组织检查见假小叶形成。（五）原发性胆汁性肝硬化

1.概念 原发性胆汁性肝硬化是一种原因未明的胆汁性肝硬化，较为少见。其病变主要为肝内细小胆管的慢性非化脓性破坏性炎症，有长期持续性肝内胆汁淤积，最终演变为再生结节不明显肝硬化。2.病理 有特征性的改变。并分为4期：胆小管炎期、胆小管增殖期、瘢痕形成期和肝硬化期。3.诊断依据 中年以上女性，有显著的皮肤瘙痒、肝大、黄疸；有显著的胆汁淤积性黄疸的生化改变；IgM明显升高、抗线粒体抗体阳性，且滴度很高。确诊靠肝穿刺活组织病理检查。鉴别诊断：首先要排除肝外胆管阻塞引起的继发性胆汁性肝硬化。（六）原发性肝癌

1.相关因素：病毒性肝炎、肝硬化、黄曲霉毒素、饮用水污染、其他。2.病理分型：大体分型分为块状型、结节型、弥漫型和小癌型；细胞分型分为肝细胞型、胆管细胞型和混合型。3.临床表现：肝区痛、肝肿大，伴黄疸、肝硬化征象、恶性肿瘤的全身性表现及转移灶症状。4.并发症：肝性脑病、上消化道出血、肝癌结节破裂出血及继发感染。5.肿瘤标志物：AFP等。6.影像学特点（七）肝性脑病

1.概念 是严重肝病引起的、以代谢紊乱为基础

、中枢神经系统功能失调的综合征，其主要表现是意识障碍、行为失常和昏迷。2.病因肝硬化，门体分流手术，少见于重症病毒性肝炎、中毒性肝炎、药物性肝病的急性或暴发性肝功能衰竭阶段，更少见于原发性肝癌、妊娠期急性脂肪肝及严重胆道感染。3.诱因上消化道出血，大量排钾利尿，放腹水，高蛋白饮食，用催眠镇静药、麻醉药，便秘，尿毒症，外科手术，感染等。4.发病机制氨中毒学说， $\gamma$ -氨基丁酸/苯二氮复合体学说，胺、硫醇和短链脂肪酸的协同毒性作用，假性神经递质学说，氨基酸代谢不平衡学说。5.临床表现分为前驱期、昏迷前期、昏睡期和昏迷期。6.诊断基础疾病，诱因，意识障碍、行为失常和昏迷，明显的肝功能损害或血氨升高。扑翼样震颤和典型的脑电图改变有重要的参考价值。更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏相关推荐：09年临床执业医师辅导：常见症状与体征淋巴结肿大 09年临床执业医师辅导：常见症状与体征意识障碍 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)