

肝硬化病因及临床特点分析178例

孟晓丹, 向国卿, 贺小虎, 王炳元

■背景资料

乙型肝炎疫苗的普遍接种,使HBV感染率下降,但肝硬化的发生率仍然有上升趋势,寻找其病因谱改变的原因,是预防和治疗肝硬化的关键。

孟晓丹, 向国卿, 贺小虎, 王炳元, 中国医科大学附属第一医院消化内科 辽宁省沈阳市 110001

孟晓丹, 中国医科大学硕士研究生, 研究方向为脂肪肝的基础与临床。

作者贡献分布: 此研究资料由孟晓丹, 向国卿及贺小虎收集; 本论文写作由孟晓丹与王炳元完成。

通讯作者: 王炳元, 110001, 辽宁省沈阳市和平区南京北街155号, 中国医科大学附属第一医院消化内科。

wangby@medmail.com.cn

电话: 024-83282776 传真: 024-83282200

收稿日期: 2007-12-31 修回日期: 2008-04-09

Etiology and clinical character of liver cirrhosis: an analysis of 178 cases

Xiao-Dan Meng, Guo-Qing Xiang, Xiao-Hu He, Bing-Yuan Wang

Xiao-Dan Meng, Guo-Qing Xiang, Xiao-Hu He, Bing-Yuan Wang, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, Liaoning Province, China

Correspondence to: Bing-Yuan Wang, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of China Medical University, Nanjing North Street, Heping District, Shenyang 110001, Liaoning Province, China. wangby@medmail.com.cn

Received: 2007-12-31 Revised: 2008-04-09

Abstract

AIM: To investigate the etiology and clinical characteristics of liver cirrhosis in the Northeast of China.

METHODS: We retrospectively analyzed the clinical data and laboratory test results of 178 patients with liver cirrhosis admitted to our hospital from January to October 2007.

RESULTS: Of the 178 patients, 31 cases (34.3%) had simple hepatitis B virus infection; 11 cases (6.2%) had simple hepatitis C virus infection; 3 (1.7%) cases had overlapping infection of hepatitis B and C virus; 39 cases (21.9%) had simple alcoholic cirrhosis; 27 (15.2%) cases had co-injury caused by alcohol and hepatitis virus; the rest included 8 (4.5%) cases with primary biliary cirrhosis and 29 (16.3%) cases with cryptogenic cirrhosis. In addition to spider telangiectasia ($\chi^2 = 4.503, P = 0.034$), other signs and symptoms had

no significant differences between viral infection patients and heavy drinker. Upper gastrointestinal bleeding (42.0%), primary hepatic carcinoma (28.7%), secondary infection (16.1%) and hepatic encephalopathy were main complications in liver cirrhosis.

CONCLUSION: Hepatitis B virus infection is still the main cause of liver cirrhosis in the Northeast of China. Portal hypertension often happens in simple viral infection, and liver function injury usually happens in simple alcoholism. Hepatocellular carcinoma occurs more frequently in the cases with overlapping infection of hepatitis virus and concurrent of alcohol-drinking and hepatitis viral infection.

Key Words: Liver cirrhosis; Etiology; Viral hepatitis

Meng XD, Xiang GQ, He XH, Wang BY. Etiology and clinical Character of liver cirrhosis: an analysis of 178 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008; 16(17): 1880-1884

摘要

目的: 探讨东北地区肝硬化患者病因及临床特点。

方法: 选择我院2007-01/2007-10住院确诊的肝硬化患者178例, 回顾性分析患者的临床资料和实验室检查结果。

结果: 178例患者中单纯乙型肝炎病毒感染61例(34.3%), 单纯丙型肝炎病毒感染11例(6.2%), 乙型与丙型肝炎病毒重叠感染3例(1.7%), 单纯饮酒所致肝硬化39例(21.9%), 酒精合并肝炎病毒共同损伤所致肝硬化27例(15.2%), 其他为原发性胆汁性肝硬化8例(4.5%), 不明原因肝硬化29例(16.3%)。肝炎病毒感染和酒精中毒所致肝硬化相比, 除蜘蛛痣($\chi^2 = 4.503, P = 0.034$)外, 其他症状和体征的发生率无显著性差异。肝硬化并发症为上消化道出血(42.0%)、原发性肝癌(28.7%)、继发感染(16.1%)和肝性脑病(11.2%)。

结论: 东北地区的肝硬化病因仍然以乙型肝炎

■同行评议者

谢晓华, 副教授, 广州中医药大学第一附属医院三外科

炎病毒感染为主. 单纯病毒感染所致肝硬化的临床表现以门脉压力增高为主, 酒精中毒则以肝功能损伤为主, 肝炎病毒重叠感染及嗜酒与病毒感染并存容易导致肝癌的发生.

关键词: 肝硬化; 病因; 病毒性肝炎

孟晓丹, 向国卿, 贺小虎, 王炳元. 肝硬化病因及临床特点分析178例. 世界华人消化杂志 2008; 16(17): 1880-1884
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/1880.asp>

0 引言

慢性肝病发展的终末期大部分都要经过肝硬化阶段, 病因的不同, 肝硬化出现的时间、临床特征、治疗效果和预后等均有一定的差异. 有研究证实, 两种病因先后或同时作用于肝脏, 更易导致肝硬化的发生^[1]. HBV感染患者大约10年后进展为肝硬化, 这个时间比HCV感染患者要早^[2]. 而且, 加强对肝硬化患者的随访, 早期发现其严重并发症如肝细胞癌, 并采取措施积极干预可以提高患者生存率^[3]. 随着社会的发展, 肝硬化的病因也在发生变化, 及时把握和干预这种变化, 对预防肝硬化的发生及进展至关重要.

1 材料和方法

1.1 材料 收集我院2007-01/2007-10住院确诊的178例肝硬化患者的临床资料, 其中男126例, 女52例, 男女比例2.42:1, 年龄为19-83(平均55.93±12.80)岁.

1.2 方法 全部入选病例经过病史采集、临床表现、血生化检查、腹部彩色多普勒超声, 腹部增强CT及胃镜检查综合分析, 参考2000年《病毒性肝炎防治方案》^[4], 2005年《慢性乙型肝炎防治指南》^[5], 2004年《丙型肝炎防治指南》^[6], 2006年《酒精性肝病诊疗指南》^[7], 肝肾综合征诊断标准^[8], 以及原发性胆汁性肝硬化指导建议^[9]得出诊断. 就病因及临床特点进行初步探讨.

统计学处理 应用SPSS11.5统计软件进行 χ^2 检验及Fisher确切概率法检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义.

2 结果

2.1 病因分类 肝炎病毒感染者共75例(42.1%), 其中乙型肝炎病毒(HBV)感染61例(34.3%); 丙型肝炎病毒(HCV)感染11例(6.2%); 乙型和丙型肝炎病毒重叠感染(B+C)3例(1.7%); 单纯酒精相关肝硬化(AL)共39例(21.9%); 酒精与肝炎病毒共同损伤者27例(15.2%), 其中酒精与乙型肝炎

病毒感染(AL+B)有23例(12.9%), 酒精与丙型肝炎病毒感染(AL+C)有4例(2.3%); 其他为原发性胆汁性肝硬化(PBC)8例(4.5%); 不明原因肝硬化(unknown)29例(16.3%).

2.2 临床表现 肝硬化的临床表现有重叠, 但按其发生率的高低排在前十位的症状与体征依次为脾大、腹水、腹胀、乏力、食道静脉曲张、黄疸、下肢浮肿、肝掌、蜘蛛痣和肝区疼痛. 除了常见的脾大、腹胀、腹水之外, 酒精相关的肝硬化患者中乏力、黄疸和蜘蛛痣均有较高的倾向; 另外, 酒精相关的肝硬化患者中食道静脉曲张的发生率较高, 尤其合并肝炎病毒感染时更高(表1). 单纯肝炎病毒感染(包括HBV、HCV及B+C)和单纯酒精相关肝硬化相比, 除蜘蛛痣($\chi^2 = 4.503$, $P = 0.034$)外, 其他症状和体征的发生率无显著性差异(表2).

2.3 并发症 肝硬化最常见的并发症为上消化道出血(UGH)占42.0%, 尤以肝炎病毒感染相关肝硬化为主, 合并饮酒者发病率更高; 其次为原发性肝癌(HCC)占28.7%; 继发感染(Infection)占16.1%和肝性脑病(HE)占11.2%, 其在饮酒者中有更多的倾向; 而肝肾综合征(HRS)及肝肺综合征(HPS)相对少见(表3). 在慢性肝炎病毒感染和单纯酒精相关肝硬化中, 原发性肝癌的发生率存在显著性差异($\chi^2 = 5.662$, $P = 0.017$, 表3); 单纯酒精中毒与酒精合并肝炎病毒感染所致肝硬化患者中, 后者更易发生原发性肝癌($\chi^2 = 6.214$, $P = 0.013$, 表4).

3 讨论

引起肝硬化的病因比较复杂, 了解我国肝硬化患者的病因特点, 对掌握发病机制、延缓病情进展及改善预后都具有重要的临床意义.

1992年, 一个小样本统计资料表明, 作为东北地区肝硬化的病因, 单纯肝炎病毒感染仅占30%, 饮酒与肝炎病毒共同损伤占40%, 而单纯酒精中毒所致肝硬化为0^[10]. 而本研究显示15年后前者比例上升至42.1%, 后者降为15.2%; 单纯酒精中毒作为单独致病因素所致肝硬化上升为21.9%, 这种变化趋势与全国酒精性肝病协作组^[11]及日本2006年的一项研究结果相一致^[12]. 这表明在我国东北地区肝炎病毒感染, 尤其是HBV感染仍然是导致肝硬化的首要病因, 但是嗜酒作为单独的病因明显上升, 成为不容忽视的问题, 特别是其与肝炎病毒共同损伤在导致肝硬化的病因中亦占有相当比例, 后者已成为东北

■相关报道

作者相隔15年的2次研究, 嗜酒作为单独病因导致肝硬化由0%上升至21.9%, 全国酒精性肝病调查协作组的近期总结也给予明显的佐证, 提示应该重视“酒文化”对健康的影响.

■创新盘点

北方地区目前肝硬化危险因素的改变主要与嗜酒有关,后者不仅易造成肝细胞损伤,与肝炎病毒并存更容易导致原发性肝癌、继发感染和肝性脑病的发生。

表 1 不同病因的肝硬化患者临床表现特点 $n(\%)$

	HBV	HCV	B+C	AL	AL+B	AL+C	PBC	Unknown	Total
脾大	39(63.9)	9(81.8)	2(66.7)	27(69.2)	16(66.7)	3(100)	7(87.5)	20(69.0)	123(69.1)
腹水	33(54.1)	8(72.7)	2(66.7)	27(69.2)	14(58.3)	2(66.7)	1(12.5)	24(82.8)	111(62.4)
腹胀	36(59.0)	7(63.6)	3(100)	20(51.3)	13(54.2)	1(33.3)	1(12.5)	17(58.6)	98(55.1)
乏力	24(39.4)	2(18.2)	2(66.7)	14(35.9)	7(29.2)	1(33.3)	3(37.5)	10(34.5)	63(35.4)
食道静脉曲张	16(26.2)	5(45.5)	1(33.3)	16(41.0)	9(37.5)	2(66.7)	3(37.5)	7(24.1)	59(33.1)
黄疸	22(36.1)	1(9.1)	1(33.3)	14(35.9)	4(16.7)	1(33.3)	6(75.0)	8(27.6)	57(32.0)
下肢浮肿	16(26.2)	2(18.2)	1(33.3)	15(38.5)	4(16.7)	1(33.3)	4(50.0)	9(31.0)	52(29.2)
肝掌	16(26.2)	1(9.1)	1(33.3)	10(25.6)	9(37.5)	1(33.3)	3(37.5)	4(13.8)	45(25.3)
蜘蛛痣	10(16.4)	0(0)	2(66.7)	13(33.3)	4(16.7)	1(33.3)	2(25.0)	5(17.2)	37(20.8)
肝区疼痛	2(3.3)	1(9.1)	1(33.3)	1(2.6)	2(8.3)	0(0)	0(0)	4(13.8)	11(6.2)
总例数	61(100)	11(100)	3(100)	39(100)	24(100)	3(100)	8(100)	29(100)	178(100)

表 2 单纯肝炎病毒感染相关肝硬化与单纯酒精相关肝硬化的临床表现比较 $n(\%)$

	肝炎病毒感染相关肝硬化		单纯酒精相关肝硬化		χ^2	P
	有	无	有	无		
脾大	50(66.7)	25(33.3)	27(69.2)	12(30.8)	0.077	0.781
腹水	43(57.3)	32(42.7)	27(69.2)	12(30.8)	1.532	0.216
腹胀	46(61.3)	29(38.7)	20(51.3)	19(48.7)	1.063	0.302
乏力	28(37.3)	47(62.7)	14(35.9)	25(64.1)	0.023	0.880
食道静脉曲张	22(29.3)	53(70.7)	16(41.0)	23(59.0)	1.578	0.209
黄疸	24(32.0)	51(68.0)	14(35.9)	25(64.1)	0.175	0.675
下肢浮肿	19(25.3)	56(74.7)	15(38.5)	24(61.5)	2.113	0.146
肝掌	18(24.0)	57(76.0)	10(25.6)	29(74.4)	0.037	0.847
蜘蛛痣	12(16.0)	63(84.0)	13(33.3)	26(66.7)	4.503	0.034 ^a
肝区疼痛	4(5.3)	71(94.7)	1(2.5)	38(97.4)	—	0.659

^a $P<0.05$ 为差异有显著性, —表示用Fisher确切概率法检验。

表 3 不同病因肝硬化患者并发症的发生情况 $n(\%)$

	HBV	HCV	B+C	AL	AL+B	AL+C	PBC	Unknown	Total
UGH	24(42.1)	5(50.0)	0(0)	9(37.5)	11(44.0)	3(75.0)	0(0)	8(40.0)	60(42.0)
HCC	17(29.8)	4(40.0)	2(100)	2(8.3)	11(44.0)	0(0)	0(0)	5(25.0)	41(28.7)
Infection	6(10.5)	0(0)	0(0)	8(33.3)	3(12.0)	1(25.0)	1(100)	4(20.0)	23(16.1)
HE	7(12.3)	1(10.0)	0(0)	5(20.8)	0(0)	0(0)	0(0)	3(15.0)	16(11.2)
HRS	2(3.5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(1.4)
HPS	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.7)
Total	57(100)	10(100)	2(100)	24(100)	25(100)	4(100)	1(100)	20(100)	143(100)

地区肝硬化的第二和第三大病因。我国是HBV感染的高流行区,根据2002年全国HBV感染者血清流行病学调查,三岁以上人群HBsAg的阳性率为9.09%^[13]。慢性HBV感染者中,肝硬化失代偿的年发生率约3%,5年累计发生率约16%^[14],其中6%-15%可发展为肝细胞癌^[15],长期持续的高病毒负荷增加了肝硬化肝癌患者死亡的危险

性^[16]。如何切断庞大的HBV感染源对减少肝硬化及其并发症的发生有重大意义。此外,随着饮食习惯的改变和社会交往的增多,饮酒者不仅数量增多,而且趋向于年轻化和女性化^[17],饮酒对预防心脑血管疾病贡献的夸大等,都将增加酒精性肝病的发生。有研究表明,各个国家或地区酒精消耗量与肝硬化的发病率之间呈明显线性相

表 4 不同病因肝硬化并发症发生的差异 $n(\%)$

	肝炎病毒感染相关肝硬化		单纯酒精相关肝硬化		酒精与肝炎病毒共同损伤		χ^2	P
	有	无	有	无	有	无		
UGH	29(42.0)	40(58.0)	9(37.5)	15(62.5)			0.151	0.697
UGH					14(48.3)	15(51.7)	0.621	0.431
HCC	23(33.3)	46(66.7)	2(8.3)	22(91.7)			5.662	0.017 ^a
HCC					11(37.9)	18(62.1)	6.214	0.013 ^c
Infection	6(8.7)	63(91.3)	8(33.3)	16(66.7)			—	0.007
Infection					4(13.8)	25(86.2)	2.863	0.091

^a $P < 0.05$, ^c $P < 0.05$ 为差异有显著性, —表示用Fisher确切概率法检验; 上一行表示单纯肝炎病毒感染相关肝硬化与单纯酒精相关肝硬化的比较, 下一行表示单纯酒精相关肝硬化与酒精合并病毒感染的比较。

关关系^[18-19]。嗜酒是肝炎病毒的易感因素, 而酒精性肝硬化合并肝炎感染的几率更高, 二者对肝细胞的损伤可能存在协同作用^[20]。研究表明, 酒精合并HCV感染的肝硬化患者与单纯酒精性肝硬化患者相比住院时间延长且死亡率增加^[21]。因此, HBV及HCV感染者应远离酒精, 以减少酒精和肝炎病毒感染相关肝病的发生。

肝硬化的临床表现仍然以肝功能减退和门静脉高压症两大类为主, 除了常见的脾大、腹胀、腹水等临床表现之外, 与肝炎病毒感染相关的患者中门静脉高压症比较明显, 长期嗜酒者中则表现为明显的肝功能减退症状。嗜酒者尤以乏力、黄疸(肝内淤胆)和蜘蛛痣为多见, 特别是前臂远端的蜘蛛痣对酒精性肝硬化的诊断更具特异性。而当酒精合并肝炎病毒感染时不仅肝功能损伤重, 其食管胃底静脉曲张的发生率也很高。研究表明, 腹水是肝硬化患者其他并发症发生的高危因素, 重视治疗腹水可以有效的防止食管胃静脉曲张所致的消化道出血、自发性腹膜炎、肝肾综合征, 从而提高生存率^[22-23]。

本研究提示肝硬化患者的各种并发症中上消化道出血(42.0%)仍居首位, 尤以肝炎病毒感染所致的肝硬化为主, 在肝炎病毒感染合并饮酒者发病率更高; 其次为原发性肝癌(28.7%)、继发感染(16.1%)和肝性脑病(11.2%); 而肝肾综合征及肝肺综合征相对少见。酒精性肝损伤与病毒性肝损伤相比很少导致肝细胞癌^[24]。本研究得到了基本一致的结果, 单纯肝炎病毒感染、单纯饮酒以及肝炎病毒感染与饮酒共同损伤中, 发生原发性肝癌所占比例分别是33.3%、8.3%和37.9%。提示我们在同样存在嗜酒因素的情况下, 是否合并肝炎病毒感染与原发性肝癌的发生具有很大的相关性, 即嗜酒合并肝炎病毒感

染者更易合并原发性肝癌($P = 0.013$)。近年国内外均已证实饮酒对乙型、丙型肝炎后肝硬化乃至肝癌发生均起促进作用^[25-26]。乙醇可致肝纤维化, 加剧肝炎后肝硬化的病理, 并反式激活HBV的X基因编码产物(X蛋白), 促进乙型肝炎及丙型肝炎的恶性变^[27]。因此嗜酒不仅是肝炎病毒的易感因素, 两者同时存在显著加重疾病的进展。

我国是HBV感染大国, 随着医学知识普及和乙肝疫苗的广泛接种, 越来越多的人重视了对乙肝的防范, 但是也不能忽略其他类型病毒性肝炎的传播和扩散。本研究中就包含了11例单纯丙肝病毒感染和3例乙肝与丙肝病毒重叠感染, 尤其后者值得我们重视。一项前瞻性研究表明, 乙肝病毒与丙肝病毒重叠感染是肝癌发生的最高危险因素^[28-29], 本研究3例病毒重叠感染所致的肝硬化患者中有2例发生了原发性肝癌, 亦得到一致的结果, 提示病毒的重叠感染可使肝脏疾病迅速进展。

肝硬化是我国常见疾病和主要死亡病因之一, 目前无特效治疗方法, 最大限度的长期持续抑制或清除HBV, 可以减轻肝细胞的炎症坏死及其所致的肝纤维化^[30]; 此外还应该重视嗜酒作为单独或协同因素对肝脏造成的损伤, 从而减少肝硬化及其并发症的发生。

4 参考文献

- 1 于皆平, 沈志祥, 罗和生. 实用消化病学. 第2版. 北京: 科学出版社, 2007: 743
- 2 Fattovich G, Pantalena M, Zagni I, Realdi G, Schalm SW, Christensen E. Effect of hepatitis B and C virus infections on the natural history of compensated cirrhosis: a cohort study of 297 patients. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2886-2895
- 3 Sangiovanni A, Del Ninno E, Fasani P, De Fazio C, Ronchi G, Romeo R, Morabito A, De Franchis R, Colombo M. Increased survival of cirrhotic patients with a hepatocellular carcinoma detected during

■应用要点

肝硬化危险因素的改变可能与人们的社会交往理念、生活习惯有关, 改善人群的健康行为、生活方式是肝硬化一级预防的重要措。

■同行评价

本文目的从流行病学角度去分析揭示肝硬化发病因素或危险因素,为预防肝硬化,提高一级预防意识,加强健康促进,改善人群的健康行为、生活方式提供依据。不足之处是回顾性病例分析例数偏少,数据来源面窄,欠说服力。

- 4 surveillance. *Gastroenterology* 2004; 126: 1005-1014
- 5 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案. 中华肝脏病杂志 2000; 8: 324-329
- 6 中华医学会肝病学分会、中华医学会感染病学分会. 慢性乙型肝炎防治指南. 中华传染病杂志 2005; 23: 421-430
- 7 中华医学会肝病学分会, 中华医学会传染病与寄生虫病学分会. 丙型肝炎防治指南. 中华肝脏病杂志 2004; 12: 194-198
- 8 中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组. 酒精性肝病诊疗指南. 中华肝脏病杂志 2006; 14: 164-166
- 9 Arroyo V, Gines P, Gerbes AL, Dudley FJ, Gentilini P, Laffi G, Reynolds TB, Ring-Larsen H, Scholmerich J. Definition and diagnostic criteria of refractory ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *International Ascites Club. Hepatology* 1996; 23: 164-176
- 10 Heathcote EJ. Management of primary biliary cirrhosis. The American Association for the Study of Liver Diseases practice guidelines. *Hepatology* 2000; 31: 1005-1013
- 11 Wang BY, Liu DP, Cai ZD, Takeda Shujiro, Takeda Nobuo, Wang JS, Takada Akira. Prevalence of hepatitis C virus infection in the Shenyang district of China. *J Kanazawa Med Univ* 1992; 17: 317-323
- 12 全国酒精性肝病调查协作组. 全国酒精性肝病的多中心调查分析. 中华消化杂志 2007; 27: 231-234
- 13 Horie Y, Yamagishi Y, Kato S, Kikuchi M, Ishii H, Hibi T. Alcoholic liver diseases and hepatitis virus C in Japan. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 2006; 41: 424-430
- 14 梁晓峰, 陈园生, 王晓军, 贺雄, 陈丽娟, 王骏, 林长缨, 白呼群, 严俊, 崔钢, 于竞进. 中国3岁以上人群乙型肝炎血清流行病学研究. 中华流行病学杂志 2005; 26: 655-658
- 15 de Franchis R, Hadengue A, Lau G, Lavanchy D, Lok A, McIntyre N, Mele A, Paumgartner G, Pietrangelo A, Rodes J, Rosenberg W, Valla D. EASL International Consensus Conference on Hepatitis B. 13-14 September, 2002 Geneva, Switzerland. Consensus statement (long version). *J Hepatol* 2003; 39 Suppl 1: S3-S25
- 16 Yang HI, Lu SN, Liaw YF, You SL, Sun CA, Wang LY, Hsiao CK, Chen PJ, Chen DS, Chen CJ. Hepatitis B e antigen and the risk of hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med* 2002; 347: 168-174
- 17 Chen CJ, Yang HI, Su J, Jen CL, You SL, Lu SN, Huang GT, Iloeje UH. Risk of hepatocellular carcinoma across a biological gradient of serum hepatitis B virus DNA level. *JAMA* 2006; 295: 65-73
- 18 Simons-Morton B. Prospective association of peer influence, school engagement, drinking expectancies, and parent expectations with drinking initiation among sixth graders. *Addict Behav* 2004; 29: 299-309
- 19 梁扩寰, 李绍白, 王天才, 林菊生, 刘梅. 肝脏病学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 823
- 20 Ramstedt M. Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without mention of alcohol--the case of Canada. *Addiction* 2003; 98: 1267-1276
- 21 刘阳, 刘德东, 迟宝荣. 酒精性肝硬化合并肝炎病毒感染的临床特点. 吉林医学 2005; 26: 158-159
- 22 Tsui JI, Pletcher MJ, Vittinghoff E, Seal K, Gonzales R. Hepatitis C and hospital outcomes in patients admitted with alcohol-related problems. *J Hepatol* 2006; 44: 262-266
- 23 Bosch J, Abraldes JG, Groszmann R. Current management of portal hypertension. *J Hepatol* 2003; 38 Suppl 1: S54-S68
- 24 Gines P, Cardenas A, Arroyo V, Rodes J. Management of cirrhosis and ascites. *N Engl J Med* 2004; 350: 1646-1654
- 25 Pan R, Shao X. Clinical characteristics of alcoholic liver disease. *World J Gastroenterol* 1998; 4(Suppl 2): tk95b-tk996
- 26 Benvegnu L, Fattovich G, Noventa F, Tremolada F, Chemello L, Cecchetto A, Alberti A. Concurrent hepatitis B and C virus infection and risk of hepatocellular carcinoma in cirrhosis. A prospective study. *Cancer* 1994; 74: 2442-2448
- 27 李庚元, 刘福臣, 彭国琴, 严家春. 饮酒对病毒性肝炎病程及转归影响的临床调查. 胃肠病学和肝病学杂志 2002; 11: 66-67
- 28 姚桢, 姚宗歌, 姚月歌, 王朝栋, 刘茂才. 饮酒对乙型肝炎病程影响的临床流行病学研究. 中华消化杂志 1997; 17: 7-9
- 29 白宪光, 张丽环, 何文革, 连建奇. 546例肝炎后肝硬化患者的流行病学和临床特点. 第四军医大学学报 2000; 21: 820-823
- 30 Kew MC. Interaction between hepatitis B and C viruses in hepatocellular carcinogenesis. *J Viral Hepat* 2006; 13: 145-149
- 31 Liaw YF, Leung N, Guan R, Lau GK, Merican I, McCaughan G, Kane E, Kao JH, Omata M. Asian-Pacific consensus statement on the management of chronic hepatitis B: a 2005 update. *Liver Int* 2005; 25: 472-489

编辑 程剑侠 电编 郭海丽

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2008年版权归世界华人消化杂志

● 消息 ●

世界华人消化杂志投稿方式

本刊讯 本刊只接受在线投稿, 不接受其他方式的投稿, 如E-mail, 印刷版. 在线投稿网址: <http://wcjd.wjgnet.com/submission@wjgnet.com>, 电话: 010-8538 1892, 传真: 010-8538-1893寻求帮助. 投稿须知下载网址<<http://www.wjgnet.com/1009-3079/tgxz.pdf>>审稿过程平均时间需要14 d. 来稿均经2-3位同行专家严格评审, 2位或以上通过为录用, 否则将退稿或修改后再审. 接受后的稿件作者需缴纳稿件处理费及发表费, 文章发表后可获得2本样刊及20套单行本(稿酬). (常务副总编辑: 张海宁 2008-06-18)