



汇人为肝健康



>> 订阅《肝博士》杂志



>> 关注“肝博士”微信号



>> 注册“肝友汇”会员



>> 登录“肝友汇”Web

<http://www.hrjkg.com>

普及肝病知识

指导肝病康复

肝博士

2019年 第2期(双月刊) 总第87期

封面报道

人民军医在抗击传染病与保肝路上 与你同行

——记陆军军医大学第一附属医院感染病科毛青教授

零售价10元

ISSN 1673-0550



9 771673 055192

《中文科技期刊数据库》(维普网)全文收录
中国唯一大众肝病科普教育杂志
中国期刊全文数据库全文收录期刊
中国学术期刊综合评价数据库来源期刊



国际刊号: ISSN 1673-0550 国内统一刊号: CN 50-1171/R 邮发代号: 78-155

重庆市汇人健康管理有限责任公司 地址: 重庆市渝北区龙山街道新南路439号中国华融现代广场3幢15层007号
电话: 023-89316366

我们是一家专注于肝脏健康管理的互联网高新企业。致力于提供科学的肝脏健康知识、快速的医患交流平台、便捷的随访管理服务、客观的肝病诊疗信息，为我国数以亿计的肝病相关人群提供全方位的综合健康管理服务。

公司运营项目包括以《肝博士》杂志为基础的肝病科普、患者教育平台和以“肝友汇”为基础的肝病咨询、随访服务平台、会议直播、丙肝海外医疗、企业整合营销、患教服务、乙肝-线上商城、脂小5健康管理方案。是肝脏健康管理的领先企业。

【肝友汇医生端】

仅限医生注册使用

• 医学视频

• 患者管理

• 医学文献



扫描下载肝友汇医生端APP



8000名肝病领域
医生专家的掌上助手

【肝友汇用户端】



扫描下载肝友汇用户端APP

肝友贴心健康管家

家庭医生
电话医生
病例日志

免费咨询
肝友圈
找医生

金币商城
线下活动
脂肪肝管理

脂小5 | 代谢调理专家
ZHIXIAOWU

营养膳食 智能管理平台 贴心服务团队



脂肪肝及 体重健康管理方案

【 营养干预 慢病调理 代谢改善 】

专业

全国数十家三甲医院
专家指导

安全

饮食调理+营养补充
不含任何药物成分

科学

根据机体代谢周期
分阶段减脂，精确
分解内脏脂肪

高效

一周期（6周），腰
围、体脂率、血脂、
血糖等指标明显改善

智能

APP平台管理，一
次服务，终身受益。

易执行

餐次灵活、食谱备选
食材多样、不增加运
动量



全国服务热线:400-102-3716

重庆市汇人健康管理有限责任公司
重庆市渝北区新南路439号华融现代广场3幢



重视非酒精性脂肪性肝病患者 的体重管理

文 · 范建高

非酒精性脂肪性肝病至今尚乏有效治疗肥胖和脂肪性肝炎的特效药物，致力于健康膳食和坚持锻炼的生活方式干预仍是治疗脂肪肝的重要措施。当前只有通过改变不良膳食和生活方式来有效管理患者体重，才能有效防治脂肪肝及其并发症和合并症。

对于体质量超标的超重和肥胖、腰围增粗的腹型肥胖，以及近期体重增加过快（瘦人）和体脂含量增加（隐性肥胖）的非酒精性脂肪性肝病患者，建议通过健康饮食和加强锻炼的生活方式宣教纠正不良行为。适当控制膳食热量摄入，建议每日减少2092~4184KJ（500~1000千卡）热量，吃七、八份饱；调整膳食结构，建议适量脂肪和碳水化合物的平衡膳食，限制富含单糖、双糖、饱和脂肪、反式脂肪、胆固醇的摄入，增加水分、全谷类食物、omega-3脂肪酸以及膳食纤维的摄入；一日三餐定时适量，严格控制晚餐的热量和晚餐后进食行为。不吃零食，不喝饮料，多在家吃饭，少应酬，少吃深加工精致食品。避免久坐少动，建议根据患者兴趣并以能够坚持为原则选择体育锻炼方式，以增加骨骼肌质量和防治肌少症。例如：每天坚持中等量有氧运动30分钟（大步快走3公里），每周5次；或者每天高强度有氧运动20分钟，每周3次，同时做8~10组阻抗训练，每周2次。

1年内减重3%~5%可以逆转单纯性脂肪肝，体重下降7~10%能显著降低血清氨基酸转移酶水平并改善脂肪性肝炎，体重下降10%以上可使增高的转氨酶完全恢复正常并逆转肝纤维化，体重下降15%以上甚至还能逆转并存的高血压病和2型糖尿病。瘦人或非肥胖脂肪肝患者减肥的效果比肥胖患者更好且更持久。然而，成功减肥并维持体重不反弹很难，通常需要临床营养师、运动康复师、健康管理师配合内分泌科和消化科医生共同管理患者的体重，并发挥内分泌科医生在肥胖症的鉴别诊断和代谢紊乱处理中的重要作用。

对于改变生活方式3至6个月，血压、血糖、血脂、转氨酶等指标仍未恢复正常的脂肪肝患者，需及时使用相关药物进行干预。从糖尿病、心脑血管疾病和肝硬化兼顾防治的角度，不少患者可能需要在改变生活方式有效管理体重的基础上，长期联合应用二甲双胍、他汀和保肝药物。此外，良好的生活方式还是减肥手术和肝脏移植手术后患者长期获益的重要保证。

总之，一胖生百病，肥胖是肝功能异常、慢性肝炎、肝硬化、肝癌的重要原因，而减肥则可有效防治脂肪肝及相关疾病。保护肝脏，从关注体重和腰围做起。



C 目录 CONTENTS

2019年第2期

1 卷首语 01

01 重视非酒精性脂肪性肝病患者的体重管理 范建高

2 封面报道 04-07

04 人民军医在抗击传染病与保肝路上与你同行 东来
——记陆军军医大学第一附属医院感染科毛青教授

3 专家访谈 08-25

08 孟庆华：如何预防肝癌 陈词
10 王炳元：脂肪肝的预防和治疗 陈词
12 韩涛：乙肝抗病毒治疗需要了解的四个关键 陈词
14 卢实春：肝衰竭的肝移植治疗 陈词
16 李玉芳：乙肝抗病毒治疗的管理 陈词
18 鲁晓岚：酒精的危害 陈词
20 徐可树：正确认识、对待非酒精性脂肪肝 陈词
22 曾义岚：乙肝抗病毒治疗 陈词
24 李海：非酒精性脂肪肝和代谢综合征 陈词

4 健康大讲堂 26-28

26 营养——结构合理是关键 袁平戈

5 肝病论坛 29-49

29 慢乙肝为什么要抗病毒治疗？ 赵志敏
31 抗HBV药物治疗的五大适应症 王振坤
33 恩替卡韦、替诺福韦，选哪一个？ 于德敏 张欣欣
35 患有乙型肝炎病毒感染，您知道吗？ 甘玉萍 李方学
36 乙肝患者常见的几个认识误区 王建华
37 关于肝炎，您知道多少？ 曹长安
39 肝癌病因的流行病学浅谈 王俊青
41 慢性乙型肝炎与原发性肝癌 任家俊
42 影像学技术——早期肝癌的“侦察兵” 阙丹
44 甲胎蛋白升高可怕吗？ 余祖江
46 什么因素可以导致脂肪肝？ 蒋卫民
47 小心，喝酒太多身上会长“蜘蛛”哦 宋仕玲
49 脂肪肝患者的健康宣教 刘英

6 肝病与营养 50

50 肝硬化患者饮食咸不得 张跃新 韩丹

7 寻医问药 51-52

51 答读者问 蔡大川

欢迎订阅《肝博士》

《肝博士》是面向普通读者和基层医生的肝脏类教育杂志，是全国公开发行的唯一专业肝病科普杂志，创刊以来一直受到读者的广泛好评，期发行量近5万册，在普及肝病知识，指导肝病康复方面发挥了巨大作用。

《肝博士》为大16开本、52页、全彩印刷、双月刊。单册定价10元，全年定价60元。

订阅方式：1) 邮局订阅：邮发代号：78-155。

2) 微信公众号订阅：微信公众号搜索“肝博士”，或直接扫描封面二维码，关注后选择购买杂志即可。

咨询电话：023-89316366；Email: ganboshi@hrjkgs.com

普及肝病知识 指导肝病康复



肝博士官方微信平台
扫一扫更健康

方法 / 步骤:

- 1、打开微信，点击“通讯录”再选择公众号，点击右上角的“添加”按钮。
- 2、在搜索页面，输入“肝博士”，进行搜索。
- 3、在搜索结果里选择戴博士帽的“肝博士”可以查看详情资料，点击关注“按钮”即可。
- 4、下次如何打开你关注的公众号呢？进入“通讯录”页面后，点击“订阅号”。

敬告本刊作者、读者

1. 所有来稿应文责自负，对于侵犯他人版权及其他权利的文字、图片稿件，本刊不承担连带责任。从稿件投寄本刊之日起，6个月内不见采用通知书，请与本刊联系。投稿邮箱：ganboshi@hrjkgs.com
2. 本刊稿件从发表之日起，其享有出版权(杂志原本、选编本版权)即归《肝博士》所有，不得侵犯。凡转载、转摘本刊作品须征得本刊同意。本刊采用稿件后所付稿费，已包括但不限于该文在今后收录在本刊合订本及本刊网站的稿费。
3. 本刊内文所配部分插图，纯属美化版面，与文章内容无直接关联。本刊选用或转载的文章、图片，将按规定向作者支付稿酬，未收到稿费的作者，请与本刊联系或直接与重庆市版权局联系。
4. 本刊如有印刷、装订问题，请寄回《肝博士》杂志编辑部调换，地址：重庆市渝北区龙山街道新南路439号中国华融现代广场3幢15层007号，邮编：401120

刊名题字 全国政协副主席刘晓峰
主管 重庆市卫生健康委员会
主办 重庆医科大学附属第二医院
编辑 《肝博士》杂志编辑委员会
支持单位 中国肝炎防治基金会
名誉总编辑 张定凤 庄辉 杨希忠
总编辑 任红
副总编辑 段钟平 李增德 缪晓辉
(按姓氏拼音为序) 王宇明 袁平戈
编辑部主任 张大志
营运总监 吴心芬
营运 重庆市汇人健康管理有限责任公司
邮编 401120
地址 重庆市渝北区龙山街道新南路439号
中国华融现代广场3幢15层007号
电话 (023) 89316366 400-102-3716
电子信箱 ganboshi@hrjkgs.com
编辑专线 (023) 89316366
广告专线 (023) 89316366
发行专线 (023) 89316366
发行范围 公开发行
国际标准连续出版物号 ISSN 1673-0550
国内统一连续出版物号 CN 50-1171/R
广告经营许可证 渝工商广字 0010503 号
国内发行 重庆市报刊发行局
邮发代号 78-155
订阅零售 全国各地邮局(所)
印刷 重庆康豪彩印有限公司
出版日期 2019年4月5日
定价 10元



人民军医在抗击传染病与保肝路上与你同行

——记陆军军医大学第一附属医院感染病科毛青教授

本刊记者：东来

人物档案



毛青：教授、主任医师，博士生导师。现任陆军军医大学西南医院全军感染病研究所所长、感染病专科医院院长。兼任教育部高等学校临床医学类专业教学指导委员会临床实践教学指导分委员会委员、中国研究型医院学会感染病学分会副主任委员、中华医学会感染病学分会常务委员、中华医学会医学病毒学分会常务委员、中国人民解放军医学科学技术委员会传染病专委会副主任委员、中华预防医学会微生态学分会感染微生态专业学组委员、重庆市学术技术带头人。Gastroenterology和Clinical Gastroenterology and Hepatology审稿人，多家杂志编委。

全军优秀博士学位论文获得者，从事教学工作32年，曾获中国人民解放军院校育才奖银奖。先后主持了国家科技重大专项课题（2项，1项为子课题）、国家科技支撑计划（1项）、国家自然科学基金（7项）、863分题（1项）及多项军队和重庆市重点项目等科研课题。有关研究成果参与获国家科技进步二等奖1项，军队科技进步二等奖2项，重庆市科技进步二等奖1项。在国内期刊上发表论文100余篇，在国外SCI收录期刊发表论文30篇，主编专著5部。

正能量的“孩子王”，长大成为全面发展的热血军医

1964年，毛青出生在贵州一个军人家庭。由于父母工作忙碌，他2岁就被送进机关保育院开始“过集体生活”，只有周末才被接回家。在保育院的童年时光中，活泼好动的毛青成长为一个不折不扣的“孩子王”。从小学到中学，爱“管事儿”又好动的他，一直是班长。可他的一次“自以为是”，竟差点误了大事。1981年高考，数学考试比语文考试时间少半个小时，于是毛青就理所当然地认为数学考试应该推后半小时。等他哼着

小曲儿慢悠悠去到考场时，发现学校里出奇寂静，正纳闷着，校长黑着脸窜到他跟前，双手一叉腰：“你这小子，迟到了马上就要进不了考场了，还不给我快点！”淘气小子以火箭般的速度射进考场。就是这般，数学成绩依然考得优异，“孩子王”上了理想中的第三军医大学。

为了成为一名优秀的军医，毛青在大学中更加努力，成绩优异。但即便如此，从小就是孩子王的他，在其他方面亦是齐头并进。校

园舞会，大大方方地给缺舞伴的男同学当“女角”；运动场上，屡获各项冠军；大二，给校长写了21页的“建言信”，全部用毛笔竖着写。这厢，经历过“文革”风暴的母亲对着他劈头盖脸一顿痛骂，那厢，名曰《三医大如何改革》的“建言信”已经被校长下令登在了校报显眼位置上。毕业后，毛青分配到第三军医大学第一附属医院感染科，正式成为一名军医。

医教研工作同步发展，与新发传染病死磕到底

作为国内著名的感染病专家，毛青临床理论功底深厚，经验丰富，是患者眼中仁心仁术的名医。在门诊，他亲切耐心地对待每一位患者，认真检查、详细解说、敬业施诊，给予准确的诊断和治疗的同时仍不忘记对患者进行心理疏导，对疑难病症诊断治疗独具慧眼，他诊室的墙面上挂满了患者的感谢词；在病房，他用精湛的医术救治了无数名危重患者，除了每周两日的门诊外他仍坚持三线医生每日查房，节假日从不休息。无数饱受病魔折磨的生命，在他的指间重获生

的希望。

在感染病这个特殊的专业，尤其近年来新发感染病不断出现的形势下，每到高危感染病的流行季，他都会在全院、全市医疗卫生机构或新闻媒体上进行系统、全面的专题讲座，使公众了解传染病流行的形势、规律、防治措施等，科学认知传染病，消除恐慌情绪。2003年SARS流行时，他不畏艰难危险工作防治第一线，和西南地区同事一起筑起坚固的防线，突出的表现获得了军队个人三等功奖励。近年流行的“禽流感”、“猪流

感”等甲型流感疫情发生后，他用扎实的业务功底和丰富的治疗管理经验带领团队抵御一波又一波的传染病侵袭。正因为他医术精湛，视患者如亲人，被中国共产党中央委员会宣传部评为“全国岗位学雷锋标兵”，在医院首届医师节表彰大会上被评为“十大名医”。

毛青教授作为重庆市医院规范化培训基地内科教研室主任，他一直本着“传道、授业、解惑”的信念教书育人。从军校学生入学第一课教育，到带领学生床旁查房，收集病例资料，分析诊断疾病和书写



记录，再到查体和各项专科操作技术，他无一不认真仔细地对待，手把手地教，以身做则地去做，直到学生读懂、学会、掌握并能灵活运用。因此，2018年他被中华人民共和国教育部聘任为“高等学校临床医学类专业教学指导委员会临床实践教学指导分委员会委员”。

毛青教授先后主持承担的研究课题有973课题1项、国家“十二五”“重大新药创制”科技重大专项1项、国家“十二五”“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”科技重大专项子课题1项、国家科技支撑计划课题1项、国家自然科学基金7项及多项军队和重庆市重

点项目，培养硕士研究生13名，博士研究生5名，有关研究成果参与获国家科技进步二等奖1项，军队科技进步二等奖2项，重庆市科技进步二等奖1项，在国内期刊上发表论文百余篇，在国外SCI收录期刊发表论文30余篇，主编专著5部。

在没有硝烟的战场上，和死神殊死搏斗

人民军医的称号，赋予了毛青强大的使命感。遇到任何重大传染病疫情，他总是冲在最前线。2013年SARS肆虐，他多次申请

前往“小汤山”未果，感染科临时病区接收了5名“非典”患者，毛青就在五楼住了整整两个月没有回家，而家就在2里外的院家属区。

他说：“一个军医，如果终其一生不能亲自上战场，那他会非常遗憾。”

2014年8月，毛青教授作为国

家援利抗埃医疗队最先到利比里亚“踩点”的人，亲身感受到“埃博拉”这种致命病毒在这次爆发中的强大威力，亲眼目睹大批同行在与病毒的搏斗中，被击中、打倒。“战场的确险象环生，但如果一味恐惧，很可能几发流弹就射中瑟瑟发抖的身体；如果保持冷静理智，反倒能灵活地躲开一颗颗子弹。”回来后，他带领专家组马不停蹄地做诊疗方案，制定诊疗规划，实施专业培训，为“打胜仗、零感染”抢得先机。

2014年10月，毛青教授被委任为中国人民解放军援助利比里亚抗击埃博拉病毒医疗队首席专家。在164人组成的首批援利医疗队里，所有医疗行为都需要这位首席专家“最后拍板”。面对种种艰难，他提出了八个字“坚定、严谨、团结、务实”——坚定，我们身后有祖国的支持，我们是军人，要坚定“敢打必胜”的信心，面对挑战敢于“亮剑”；严谨，我们一定要做到每个细节、每个步骤都按规定程序办；团结，在任何时候都注重发挥集体的力量；务实，实事求是地做事。这八个字，后来被贴在了利比里亚SKD体育场的墙上，这是提醒，也是激励。

在抗埃工作中，他把自身安危完全置之度外。救治患者全力以赴，对待战友和同事关怀备至，细致入微。利方人员为他树大拇指，抗埃战友和同事说，他让人可以生命相托。他对医护人员的安危和健



康，也是如此的关心、爱护和心疼。对医护人员每次进入病房，都进行严密监护，不允许哪怕有丝毫的操作失误和疏忽。从进入病房查看患者的内容、动作和时间，到穿脱防护服的程序、操作规范、消毒等，他都通过视频监控系统进行耐心指导和监督。当有的队员因感冒发烧、劳累病到时，他又细心的为他们进行诊断、治疗，有时直至深夜。有一次，由于病区使用的高浓度含氯消毒液致使大部分医护人员过敏，出现氯中毒，对呼吸道产生刺激，引发哮喘、咳嗽、呕吐等症状，队员工作一天，就要痛苦的咳嗽一天，甚至咳血，再逐渐缓解，周而复始，却也没什么好的解决办

法，在讨论会上，他为队员们流下了心疼的眼泪。60多天，在首席专家的带领下，首批援利医疗队让世界见证了中国速度、中国标准、中国精神。

2016年1月11日晚，2015年度感动重庆十大人物颁奖典礼在重庆电视台演播大厅隆重举行，毛青教授因援利抗埃中的感人事迹和突出贡献获得该奖。评委会给予毛青教授的颁奖词是：那一刻，西非在颤抖；那一刻，壮士正出征。大国责任，军人担当，你和战友义无反顾，飞跃重洋。这是没有硝烟的战场，每一天都在与死神较量。你和战友们用钢的意志、铁的臂膀，仁心仁术，获得世界景仰！



孟庆华：如何预防肝癌

本刊记者：陈词

人物档案



孟庆华：教授、主任医师，博士生导师，首都医科大学附属北京佑安医院肝病重症医学科学术带头人。中央保健局和北京市保健局会诊专家；卫生部疾病预防控制专家委员会传染病防治分会委员；中华医学会感染性疾病学会常委兼秘书长、北京分会主任委员；中国医师协会感染病医师分会常委、北京医师协会副会长；中华医学会肠外内营养专业委员会委员、北京分会常委；北京医师协会肠外内营养专业委员会副主委等。承担国家自然科学基金、北京市自然科学基金、北京市科委、十一五、首发基金、市卫生局等多项课题，已获北京市科技进步一等奖等七项科技成果。荣获“首都健康卫士”、市“三八红旗手”、“巾帼建功”标兵、市“先进工作者”等称号，享受国务院政府特殊津贴。近5年发表文章50余篇，其中，国家自然课题1项，国家重大课题专项1项，首发专项委员会课题1项，北京市科委重大项目1项等。



记者：孟教授，您好！肝癌是我国常见的高危恶性肿瘤，引发肝癌的主要因素是乙型肝炎病毒感染，请问在平时的治疗及日常生活中应该如何预防疾病进一步发展？

孟庆华：今年全国爱肝日的主题就是“维护肝脏，促进健康”，这实际上告诉我们肝病的预防及治疗是一个长期的过程，我个人认为有以下几个方面：首先，肝炎必须预防在先，我国在92年实行乙肝疫苗接种后，新生儿的乙肝感染率大幅度降低。第二，目前，由我国专家牵头的母婴阻断研究显示，相关的母婴阻断方法使新生儿感染乙肝病毒的发生率几乎可以降到0。以上两点是很好的预防肝炎、肝癌的措施。第三点，已经有乙肝病毒感染的人群，必须要加强自身的健康体检。随着年龄的增长，建议该人群每年可进行1~2次的健康体检。第四点，如果是活动性的乙型肝炎，一定要进行积极的治疗，治疗的时机要前移到未发生肝硬化，治疗很大的益处就是防癌。在适宜的时机和医生的指导下，积极的抗病毒治疗，可以把乙肝病毒的复制降到最低，保护肝脏功能。第

五，肝硬化、肝癌患者也需要抗病毒治疗。我国肝硬化和肝癌患者人群中很大一部分有乙型肝炎病毒感染的背景，所以，这部分人群只要能够检测到乙肝表面抗原，即使检测不到HBV DNA复制，在药物可及和费用可以接受的情况下，要坚持抗病毒治疗，降低疾病的进展，获得良好的肝脏保护，这是非常重要的。

最后，患者日常生活应该注意什么呢？特殊患者，如失代偿期、肝硬化食道静脉曲张破裂出血或者严重的静脉曲张患者，在饮食上需要注意忌粗糙坚硬及辛辣的食物。其他患者可正常餐饮，但要注意膳食的合理搭配，同时要控制体重，如果过胖，脂肪在肝细胞中堆积过多，肝脏的血液循环就不会很好，可能会影响药效，发生癌变的几率也会增高。除控制体重外，还需要适当的运动，保持良好的心态。如此疾病就不会轻易的复发或发生严重的进展。以上一定要在专科医生的指导下进行。

记者：早期肝癌一般选择手术就能达到根治的目的，但是这类患者往往会非常担心复发的问

题，早期肝癌术后的患者，肝癌早期治疗后如何有良好的生活质量和生存时间呢？

孟庆华：肝癌早发现后，通过手术或介入治疗等一般能达到很好的效果，肿瘤的复发有一定的条件，比如肿瘤是否有微血管侵犯、肿瘤周围是否有卫星灶等，也与个体基因的易感性相关，需要进行科学的定期监测，患者不必要过度担心。

肝癌早期治疗后如何有良好的生活质量和生存时间呢？第一点，定期体检。要根据个人的特点进行甲胎蛋白及影像学检查，比如有的患者甲胎蛋白是正常的，那对于肿瘤的检测就要靠CT和核磁共振，对于CT和核磁，建议做增强，分辨率和早期诊断才准确。第二点，对原发性疾病进行治疗。有乙肝的患者，要进行抗病毒治疗；有饮酒史的患者必须要戒酒。第三，要有良好的心态，良好的心态可以提高机体的免疫状态，让所有的机体的体细胞能够快乐的工作。如何拥有良好的心态呢？一是要对自身的疾病有良好的认识，二是有个很好的家庭氛围，三是有很好的生活模式。

王炳元：脂肪肝的预防和治疗

本刊记者：陈词

人物档案



王炳元：主任医师、教授，博士生导师。中国医科大学附属第一医院老年消化科主任，中国医师协会脂肪肝专家委员会副主任委员，中国老年医学学会消化分会常委，中国医药生物技术协会慢病管理分会常委，中华消化学会老年协作组组长，中华消化学会肝胆协作组委员，中华肝病学会遗传代谢性肝病协作组委员，辽宁省免疫学会老年免疫分会主任委员。

有研究结果显示，在肝脏疾病中，我国非酒精性脂肪肝的比例达到49.3%，酒精性肝病比例为14.8%，以上两种肝病占比近2/3，对社会、家庭和个人健康都造成了负担。非酒精性脂肪肝与酒精性脂肪肝都与生活习惯息息相关，所以纠正生活习惯是预防脂肪肝的关键。

非酒精性脂肪肝的预防及治疗

肥胖、饮酒、糖尿病是引起脂肪肝的三大危险因素，遗传因素、生活压力、生活习惯等也可引起脂肪肝。预防和治疗脂肪肝首先是提倡“三驾马车并行”：

1.纠正饮食习惯。通常饮食过多会造成肥胖，引起四高（高血脂、高血压、高尿酸血症、糖尿病）或代谢综合征，甚至发生糖尿病。因此要养成健康的饮食习惯，可以简单概括为“粗细搭配，不甜不咸，少吃多餐，总量控制，种类增加”。要注意以下几点：节食并不是一个好的减肥方法，过程不易坚持，结果容易反弹；有些水果含糖量较高，不宜用水果代替主食、蔬菜及肉类；碳水化合物较高的食

物需要减少。最近有一个说法叫做“每天要吃三个鸡蛋”，即每天保证吃一个鸡蛋，吃一个鸡蛋大小的肉，吃一个鸡蛋大小的鱼肉；如果不能达到吃鸡蛋大小的肉和鱼，可以增加一个鸡蛋，满足身体对蛋白质的需求。所以不要谈到肥胖、超重或者糖尿病，就想到要节食，要学会营养减肥。

2.随时随地运动。不仅强调跑步等有氧运动，无氧运动对健身也是十分有益。随时随地、任何形式的运动对身体都是有益的。

3.保持好心情。现在的年轻人因为工作、家庭、生活等各方面原因造成的压力较大，他们通过吃东西、睡觉、喝酒等方式来减压，但这些都造成脂肪肝的发生。要学会如何舒缓自己的心情，这是非常重要的。

在不能很好的调节饮食或改变生活习惯、造成肝脏损伤的情况下，可能需要用药物治疗。药物治疗有两个方面，一是针对代谢综合征的治疗，即除了肥胖之外有高血脂、高血脂、高血压、高尿酸血症、心血管疾病等。二是针对肝损伤的治疗，现在的药物大部分是以抗炎、抗纤维化为主。

酒精性脂肪肝的预防及治疗

有研究指出，肥胖和饮酒会对肝脏造成“1+1>2”的效果，比单独饮酒造成的损伤更大。经常会听到这样的说法：少量饮酒可以改善肝脏的代谢，少量饮酒可以改善缺血性心脑血管疾病。实际上这是

一种误解，或者说不准确的说法。肝脏内有一种酶可以解酒，这种酶叫乙醇脱氢酶，乙醇脱氢酶在每个人身上是不同的，所以每个人喝酒的能力也不一样。所以，按照同一个标准“每天可以喝一杯红酒或一两白酒或一瓶啤酒”的说法是不可取的，有人可能喝一点就醉了，有人可能喝一斤酒也不会醉，这取决于他对酒精的耐受程度。假如不喝酒的人为了某种原因喝酒，这是一种损伤，而不是保护；会喝酒的人少量的喝酒，可能对身体有一定保护作用。

酒精对肝脏损伤与饮酒量、饮酒时间以及是否空腹饮酒有关，如果说一次性大量喝酒，哪怕一个星期喝一次，对肝脏也是有损伤的。此外，饮酒后会出现低血糖，所以相关指南强调，长期持续大量饮酒的人，晚上睡前一定要吃东西，防止低血糖持续时间过长造成心脏和脑部损伤。

要学会健康饮酒。第一，不能空腹饮酒；第二，不能酗酒；第三，一定要喝好酒，不能喝一些勾

兑酒或者假酒，易造成中毒；第四，不要喝混合酒；最后，不要喝情绪酒，不要在悲伤的时候喝酒，这对身体的伤害非常大。发生酒精性肝损伤时，必须要戒酒。出现酒精性脂肪肝时要给予保护，一是保护肠道，不要空腹喝酒；二是保护肝脏，肝脏一旦出现脂肪肝或炎症的改变，除戒酒之外还需要注意药物治疗，药物治疗一般是修复肝细胞，现在国内的保肝药物、抗炎保肝药物或抗纤维化药物都能对肝脏起到保护作用。

此外，需要注意的一点是，大家都觉得酒精性脂肪肝的人又胖又能喝，营养不缺乏，实际上是错误的。营养不良的标准不光是营养缺乏，还包括营养过剩、营养不均衡，喝酒的人出现营养过剩或营养不均衡的情况更多。他们缺乏的不是碳水化合物，是蛋白质，所以一定要增加蛋白质的饮食。

总的来说，非酒精性脂肪肝和酒精性脂肪肝都是生活习惯病，只要保证生活习惯有规律，改正不良生活方式，脂肪肝是可以预防的！

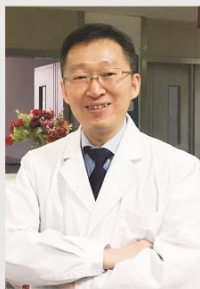




韩涛：乙肝抗病毒治疗需要了解四个关键

本刊记者：陈词

人物档案



韩涛：主任医师、教授，博士生导师，天津市第三中心医院副院长。长期从事肝病等内科疾病的临床与研究工作，在肝衰竭、肝硬化及其并发症的防治、肝癌的非手术综合治疗、自身免疫性肝病、病毒性肝炎、药物性肝病、脂肪肝等方面积累了丰富的临床经验。目前兼任中华医学会肝病学会常委及重型肝病与人工肝学组组长、全国疑难与重症肝病协作组副组长、天津市肝病学会主任委员等。为国内外十余种专业期刊编委，参与国内肝病领域多个指南和专家共识的制定，曾获首批天津市突出贡献专家称号。先后承担10余项国家及省部级课题，作为单位负责人先后承担10余项国内、国际多中心临床研究，发表论文100余篇，参编教材及专著10余部，曾获天津市科技进步奖6项。

目前乙肝抗病毒治疗为大家所接受，一线治疗药物恩替卡韦和替诺福韦现在价格也可及。但在抗病毒治疗中需要清楚以下几个方面的问题。

乙肝抗病毒治疗坚持是关键

乙肝抗病毒治疗是一个长期的过程，很多乙肝患者由于长期服药产生心理压力和经济压力，不能坚持规范治疗。因此，需要经常对患者进行乙肝方面的健康教育。从专业角度来说，共价闭环环状DNA(即cccDNA)作为乙肝病毒复制的“模板”，是乙型肝炎病毒复制中重要的中间产物，一旦它在肝细胞核内形成，就具有了高度的稳定性，可长期存在于肝细胞内，病毒按此“模板”源源不断地复制出许多新的病毒。所以，需要一个长期的过程来抑制病毒复制。另外，在治疗的过程要定期监测疗效、副作用、肝功能、疾病进展情况等。

停药时机的选择

在临床上，经常有患者过早停药导致更严重的问题出现，如一般的慢性肝炎可出现病毒反弹，肝功能恶化甚至导致肝衰竭，肝硬化患者盲目停药发生肝衰竭的可能性更大。所以，抗病毒治疗停药不能盲目，要咨询医生，对治疗效果进行全面评估后决定停药时间。

鉴于目前治疗药物的局限性等原因，即使达到目前指南或专家共识提出的所谓停药标准，虽然有部分患者可以考虑停药，但并不是所有患者一定都能停药，一定要在医生指导下选择是否停药并进行密切随访监测。如肝硬化患者即使达到停药标准也不能随意自行停药，在临床上也常出现肝硬化患者抗病毒治疗8年多，乙肝表面抗原消失了，但一停药很快就复发了。

现在并没有特别肯定的抗病毒治疗停药指标，达到了停药标准并不等于停药后绝对不复发，停药后也存在复发风险，只是有些患者维持疗效的时间可能相对长些。所以，即使患者达到停药标准停药，也要进行长期的随访，监测是否病情复发，是否出现肝硬化、肝癌及其并发症等。有些乙型肝炎达到临床治愈的标准，但不注意定期复查，甚至还酗酒，也会发生肝硬化、肝癌。因此，一旦感染过乙肝，则需要长期乃至终身监测。

乙肝可母婴阻断

乙肝母婴阻断也是大家非常关注的问题。目前，我国随着乙肝疫苗的普遍接种，儿童感染率明显下降。

慢性乙肝或者肝硬化的患者，一般需要长期抗病毒治疗，此类适

龄的女性患者在肝脏功能等全面评估比较安全的情况下，是可以考虑怀孕的，抗乙肝炎病毒药物可选择替诺福韦等妊娠安全性较好的药物。单纯的乙肝病毒携带者有妊娠需求时，需要进行乙肝母婴阻断，对于高病毒载量的患者可能不需要长期用药，可在妊娠的后期启动替诺福韦等妊娠安全性较好的口服抗病毒药物治疗，减少病毒载量，并结合新生儿疫苗接种等措施，从而降低母婴传播。另外，乙肝妈妈可以根据自身情况，听取医生建议后，选择母乳喂养或其它方式喂养。当然，医患之间良好的沟通、相互信任是非常重要的。

提高认识，早筛查

目前乙肝防治还存在一些误区，有些人谈肝色变，认为一般生活接触甚至空气可以传染，存在乙肝歧视现象；而还有些人对乙肝的防治意识不强。因此，需要提高公众对乙肝的科学认识，了解哪些是高危因素，如何进行乙肝筛查、如何进行科学防治，更要认识到乙肝是可防可控的，从而克服恐惧心理。目前我国乙肝防治工作已经取得很大成绩，未来还将有更大进展，对此应充满信心。乐观向上的心态、健康的生活方式及科学防治是十分重要的。

卢实春：肝衰竭的肝移植治疗

本刊记者：陈词

人物档案



卢实春：主任医师、教授，博士及博士后导师。现任中国人民解放军总医院肝胆外科主任，中华预防医学会肝胆胰疾病防控专业委员会主任委员，中华医学会器官移植分会肝移植学组、外科学分会肝移植学组委员，北京医学会器官移植分会第七届副主任委员，全军器官移植专业委员会常务委员，中国医师协会器官移植医师专业委员会常务委员。《中华肝胆外科》杂志副总编，《中华外科》、《中华器官移植》、《中华肝脏病》、《中华消化外科》等杂志编委。

目前我国肝衰竭的病因70%-80%是病毒感染，尤其以乙肝病毒感染引起的相关性肝病的肝衰竭为主，丙肝占有很少的比例。肝衰竭大部分应该立刻治疗，包括抗病毒治疗、保肝治疗、降酶治疗，以及发生严重并发症时候的重症监护治疗。一部分肝衰竭病例到了病情晚期，在内科保守治疗无效的时候，应该进行肝移植治疗。

一、肝衰竭肝移植手术时机

肝移植治疗的手术时机非常难

确定，到目前为止，没有一个固定的肝衰竭肝移植的手术时机标准。我们在过去长期的临床实践中总结出肝衰竭肝移植的手术时机选择要注意以下几个问题。

1. 肝衰竭的定义

(1) 总胆红素超过10mg或总胆红素每天增加>1mg；(2) PTA小于40%；(3) 有严重的消化道症状和全身表现。出现以上情况者可以考虑肝移植。

2. MELD评分

MELD评分虽然最初用于终末期肝病严重程度的评分，但是它对于肝移植临床实践来讲也是一个可以大体区分肝移植紧急程度的指标。我们将肝衰竭患者肝移植的紧急程度按患者的MELD评分分为五个层次：

患者情况尚有改善可能——MELD评分<12分；
可进入等待名单——MELD评分12-15分；
择期进行肝移植——MELD评

分15-25分；

急诊进行肝移植——MELD评分25-40分；

超急诊进行肝移植——MELD评分>40分。

3. 肝移植禁忌征

(1) 严重的不可逆的脑功能损伤；(2) 双肺实变；(3) 全身不可控性的严重感染。

二、急性肝衰竭肝移植成功的关键

急性肝衰竭肝移植是一个急诊情况，它有四个关键点：(1) 手术时机把握的准确性；(2) 器官的可用性；(3) 器官的及时性；(4) 围手术期重症监护室治疗的有效性。掌握好以上关键点，肝移植的成功率才会有保障。

三、急性肝衰竭治疗策略

1. 多学科配合，建立绿色通道

由于急性肝衰竭伴有重要器官功能损害涉及多个学科，需要有机体的组织形式和结构，进行多学科配合治疗，建立绿色通道。例如内科觉得患者有潜在的肝移植可能性或必要时，及时通知肝外科，肝外科早准备以解决好供体问题，如此，治疗过程便顺畅。且一旦接诊急性肝衰竭患者，应立即进入肝病重症监护室进行MDT救治，即SICU策略，保障治疗有效性。

2. 围手术期的重要器官功能的支持

急性肝衰竭患者常伴随重要器官损伤和衰竭、凝血功能紊乱、继发严重感染等，所以以肝脏为中心

的支持特别重要，需充分发挥支持手段进行重要器官维护。例如移植前期的呼吸支持、血浆置换、人工肝支持设备的使用、抗感染的准备工作、脑功能的维护、肾功能的保护，术后要维持新肝的功能，保持其它重要器官如肺、肾、脑功能的顺利恢复，重点“把水管住”，把肺撑好，把肾保护好。

3. 抗病毒治疗，保证长期生存

无论是乙肝或丙肝引起的肝衰竭，在围手术期都要做积极的预防。到目前为止，乙肝的预防依然是“两联治疗”的金标准方案，即乙肝高价免疫球蛋白+抗病毒药物，事实证明是非常有效的，远期乙肝的复发率已经控制在5%以下。也有移植术后单用抗病毒药预防复发的建议。无论何种方案，也可能发生抗病毒药物治疗下的耐药与免疫压力下变异复发，现在都可以用换药的方式来抑制病毒复制。

乙肝病毒引起的相关性肝衰竭患者，在肝移植后用标准方案进行预防，半年时血清基本检测不到乙肝抗原，实现了乙肝病毒的临床清除。

此时还存在微量病毒，但只要保持抗病毒的压力，就不会复发。因此，进行肝移植的患者，借助手术方式再配合药物治疗，基本都能实现表面抗原消失，e抗原血清转换，达到乙肝病毒的临床治愈。

四、急性肝衰竭抢救的未来发展

1. 为解决器官及时性和有用性，外科医生主要做了四方面的创新工作，即活体肝移植、双供肝移植、辅助肝移植、自体肝移植。

2. 整个社会为解决肝移植供体问题也一直在努力，供体由司法途径变成全民捐献，每年捐肝达5-6千例，给急性肝衰竭抢救创造了一个有利的条件。

3. 在科研方面，未来解决供体短缺的方向一是通过器官再造、干细胞治疗、组织工程治疗、3D打印组织或器官、基因改造器官5个途径，达到给患者按需要进行器官定制；二是以狒狒、猪等动物作为供体进行异种肝供体来源治疗。这些都是解决肝衰竭肝移植器官的未来发展方向。





李玉芳：乙肝抗病毒治疗的管理

本刊记者：陈词

人物档案



李玉芳：主任医师、教授，硕士研究生导师。宁夏医科大学临床医学院传染病学系主任，中华医学会肝病学会委员，中国中西医结合学会危急重症学会委员，中华医学会感染病学分会肝衰竭学组委员，亚太肝病诊疗技术联盟（APALD）宁夏联盟理事长，全国疑难及重症肝病攻关协作组委员，宁夏肝病学会主任委员，宁夏感染病学分会副主任委员，宁夏中西医结合学会理事。

《GUT中文版肝病专刊》、《中华肝病杂志》、《临床肝胆病杂志》、《宁夏医科大学学报》等杂志编委，发表专业论文三十余篇，组织、参与全国多中心研究五项，主持、参与自治区级和校级课题多项。参与编写教材三部、专著三部。

在乙肝抗病毒治疗中，临床经常发生一些现象和问题。

（1）患者只服药不检查，认为只要服药就行了，认为检查是不必要的，既然需要长期治疗，那就不间断的服药就行了；（2）患者服用抗病毒药物后没有效果，因为他已经产生耐药，HBV DNA一直阳性，却仍在服用；（3）随意自行停药；（4）妊娠方面前来咨询的患者及家属比较多；（5）有些患者不知道乙肝可以治疗。

因此，对于乙肝抗病毒治疗的管理，我们还有很多工作需要进一步开展。

诊疗管理

乙肝病毒携带者近9千万，诊断率不到20%，治疗率也只有11%。诊断率及治疗率非常低，有很多患者有待于我们去发现。首先，我们应该多对基层医生进行教育，让基层医生能够发现这些患者。其次，加大媒体的宣传力度，让基层的、偏远地区的人能够知道乙肝是可以治疗的。

耐药管理

对于已经服药的患者，应该告知他们耐药的发生是需要重视的，不能只服药不检查。现在有些患者仍然在服用阿德福韦酯、替比夫定，有些患者会告诉我：当初医生说需要吃3-5年，患者就长期吃此药，耐药以后也没换，因为他对耐药的概念不了解。所以，我们应该加强患者的教育，让患者牢记不能随意停药，同时告知患者服药只是

治疗的一部分，定期检查，及时发现耐药，及时调整治疗才是真正能达到治疗效果的一个关键所在。

妊娠管理

在妊娠方面，现在仍然有一些有生育需求的乙肝患者不知道在妊娠后期通过服药可以阻断母亲与婴儿的传播，甚至还认为在妊娠后三个月打三针乙肝免疫球蛋白就可以预防了。目前二胎政策放开，对于育龄期妇女，有生育要求的患者，应该让她们了解到母婴阻断是有一定方法的，对患者和孩子的健康没有影响。

药物管理

我们做了患者服用核苷（酸）

类似物抗病毒药物依从性的调查分析，发现医保政策对患者依从性的影响因素占第一位。这方面的政策因减少患者的经济负担，患者服药的依从性明显提高。但对医生来说医疗指标相对会受影响。距医院路途遥远的患者因为不能及时取药，其依从性也会受到影响。因此建议把抗病毒一类的药物不纳入药占比。增加基层医院强效低耐药抗乙肝病毒药物的投入。

我想，随着4+7带量采购的政策落实和推进，会使更多的乙肝患者受益，但耐药情况仍不容忽视。



鲁晓岚：酒精的危害

本刊记者：陈词



人物档案



鲁晓岚：博士，教授、主任医师，博士生导师。西安交通大学第二附属医院消化内科副主任。中华医学会肝病学分会脂肪肝酒精肝病学组委员，中国保健品协会FSMP脂类代谢异常学组委员；陕西省肝病学会副主任委员，陕西省肝病分会脂肪肝学组组长，陕西省内镜学会常委，陕西省内镜分会静脉曲张协作组副组长，陕西省医学会老年医学分会消化学组副组长，陕西省抗癌协会肿瘤内镜专委会常委；全国疑难和重症肝病公关协作组全国委员；首批全国肝病科普咨询专家；国家自然科学基金一审评审专家，中国专业学位教学案例中心案例入库评审专家。中华肝脏病杂志特约编委，胃肠病学和肝病杂志、实用肝病杂志、肝博士等杂志编委。

记者：鲁教授，您好！酒精性脂肪肝已是危害人民健康的一大疾病，那酒精是怎么对肝脏造成损伤的？

鲁晓岚：酒精对肝脏的损害可以分为急性和慢性。大量饮酒导致的急性肝损伤，一般是急性饮酒超过半斤白酒，持续两周左右，这时候的肝损伤造成的转氨酶可能达到1000以上，检测到的转氨酶含量越高，说明肝细胞坏死的程度也就越高；慢性饮酒导致的肝损伤是每

天饮酒超过2两50度的白酒，并持续5年以上，如果换算成红酒类可能就是一斤左右，对于女性，饮酒量要减半，因为女性乙醇代谢酶活性比较差。当然，也可以是在慢性损伤基础上急性加重。酒精的个体差异特别大，有遗传因素、环境因素等，每个人的乙醇代谢酶活性是不一样的，所以不能看到别人饮酒没问题就认为自己饮酒也没有问题。

记者：除了肝脏，酒精还对哪些器官有直接影响？

鲁晓岚：首先，酒精直接喝下去对胃肠道肯定有影响，胃粘膜会发生损伤，胃粘膜损伤后造成胃粘膜的糜烂，甚至是出血、溃疡，一般发生在饮酒后不久，多属于急性损伤。

第二，酒精还会对胰腺造成损伤，酒精对胰腺的损伤也分为急性和慢性损伤。急性损伤也不一定都

是发生在第一次饮酒的人身上，大多是发生在经常饮酒的人群当中。具体原因是长期饮酒对胰腺造成慢性的损伤，在某一次急性大量饮酒之后，再加上同时进食高脂食物，造成胰腺腺泡的压力增大，使得胰腺的分泌排泄功能受到影响，导致急性胰腺炎的发作。急性胰腺炎的严重程度差异是很大的，可以和胃炎一样两三天就缓过来，也可以严重到在24-48小时最多72小时内威胁到患者生命。

近几年，尤其是最近3-5年临床上见得最多的特别是反复发作的胰腺炎，是由非酒精性脂肪肝相关的高血脂症所引发的胰腺炎，因为血脂一直降不下来，而胰腺本身有较多脂肪浸润，胰腺的功能不能够很好的表现出来，胰腺的腺泡也可能堆积脂肪，胰腺当中的消化酶等物质无法排到胆管中，就出现了胰腺炎反复发作。

第三，酒精对神经系统也会造成损伤。因为酒精代谢引起一些营养物质的缺乏，比如B族维生素的缺乏，引起一些脑病的表现；另外，长期饮酒的患者还会出现一些幻听、幻视等精神症状。因此，长期饮酒发展到肝病阶段，或者说发生胰腺炎之后一定要戒酒，戒酒后的24-48小时或者两周之类，患者很可能会出现一个戒断症状，这种现象也是酒精依赖性精神症状，需要引起重视。

最后，酒精会加重一些疾病的发生。比如对有乙肝感染的患者来

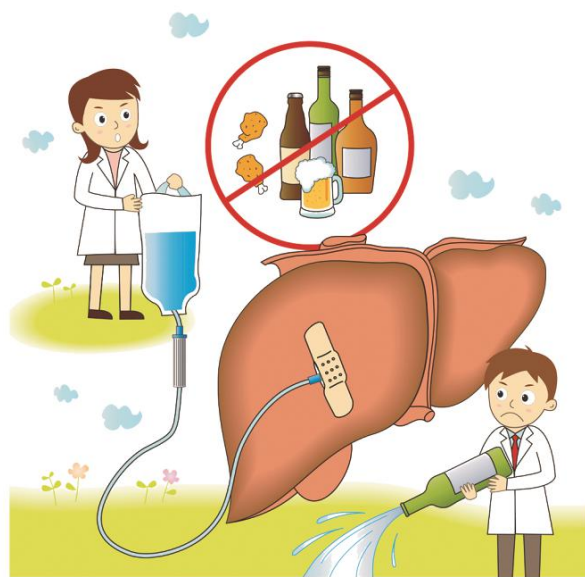
说，喝酒以后会加重肝脏的损害。还有对一些药物的影响，比较熟悉的就是对头孢类药物的影响，饮酒会对患者造成一些心慌、气短、心律失常的症状，严重的会威胁到生命，这些就是酒精对药物的影响。

综上，酒精对机体的影响是多方面的，并不是只针对肝脏一个脏器。少量饮酒会对心脏有活血的作用，大量饮酒会对心脏造成兴奋等不良作用，血压的突然增高，心率的紊乱，心率的加快等等。

记者：酒精性脂肪性肝炎患者，是不是戒酒就可实现肝炎逆转？

鲁晓岚：对于大部分酒精性脂肪性肝炎来说，戒酒之后，肝病会

停止进展，部分肝炎甚至会发生逆转。但是如果已经发展到肝硬化，特别是失代偿期的时候，大部分患者只能说相对停止或者相对逆转。比如有肝腹水的患者，因为蛋白质合成功能的恢复，所以腹水发生的频率会下降；有肝性脑病的患者，戒酒之后可能脑病的发生次数会减少。但并不是说到了肝硬化失代偿期的患者，戒酒之后病情就一定能够好转，只能说比你继续饮酒会有所好转。因为酒精对肝细胞有直接性肝损伤，另外酒精进入肝脏之后激活了机体的免疫反应和炎症应激反应，所以这个时候即便戒酒，肝脏炎症和免疫的后续反应可能会一直持续，疾病还有可能会进展。





徐可树： 正确认识、对待非酒精性脂肪肝

本刊记者：陈词

人物档案



徐可树：二级教授、主任医师，博士生导师。担任中华医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组委员、中国医药生物技术协会慢病管理分会委员、湖北省消化内科医疗质量控制中心副主任委员、湖北省医学会肝脏病学分会常委、湖北省医学会肝脏病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组组长，《临床消化病杂志》社主任等。共获得并主持五项国家自然科学基金面上项目。发表学术论文100余篇。科研成果《中西医结合肝纤维化的基础与临床研究》获2010年湖北省科技进步二等奖、武汉市科技进步三等奖。

徐可树：非酒精性脂肪肝目前在我们国家的患病率高达30%，但是受到的重视程度却不够。不论是医生还是患者，都认为这只是一个常见的多发病，并没有太大危害，殊不知任由非酒精性脂肪肝发展，到后面可能会成为肝炎、肝纤维化、肝硬化甚至是肝癌，所以对于非酒精性脂肪肝我们也需要早期发现、早期治疗。

以前，我们的医学模式是经验医学，就是医生凭经验看病；后来改为循证医学，即根据大数据来看病；现在，我们叫精准医学，也就是个体化治疗，这个概念是美国学者在2011年提出来的。2015年，美国前总统奥巴马在国情咨文中也提出“精准医疗计划”，认为精准医疗将引领一个时代。预测、预防、个体化，就是精准医学的未来，面对非酒精性脂肪肝，我们就不能等到它发展到肝硬化肝癌，那就太迟了，早期治疗十分重要。

所以，首先要做的就是对非酒精性脂肪肝提高认识，它是一个进展比较缓慢的疾病，终末期会转移到心血管、脑神经科或者肿瘤科，即心脑血管疾病以及肿瘤是它最后的归宿。现在，很多脂肪肝患者还没有发展到一定阶段，都不去重视它，这是错

误的。不论是医生还是患者，都要高度关注，不要认为吃多了没毛病，脂肪肝不是不报只是时候未到。

当医生提出需要治疗的时候，患者就得配合进行治疗。对于非酒精性脂肪肝患者而言，最主要的因素是肥胖，所以基础治疗就是加强运动锻炼和饮食干预。运动方式如快走、疾走、游泳等燃烧体内脂肪；饮食治疗最为关键是减少量的摄入，减少碳水化合物和脂质的吸收，即便是食用橄榄油也不能多食。对于血脂血糖比较高的患者，建议加用抗炎保肝类药物。当然，最重要的是持之以恒，直到养成良好的生活饮食习惯。

记者：现阶段到医院进行就诊的非酒精性脂肪肝患者，大多是发展到什么阶段？

徐可树：目前来说，就诊最多的主要还是脂肪性肝炎的患者，绝大部分都是肥胖导致，也有少部分表面不胖但体内脂肪分配不均衡出现内脏脂肪沉积过多的瘦型患者。

记者：针对不同阶段的非酒精性脂肪肝患者如何个体化治疗？

徐可树：如果患者处于轻度脂肪肝或者说肝功能轻微异常，我们一般采取门诊治疗；如果患者脂肪肝比较重，或者肝功能异常比较严重，我们一般采用住院治疗，进行系统的指导，要进行用药以及饮食控制；如果合并有其他疾病，就需要做筛查、评估以及生活指导，这时候除了消化科，还需要结合内分泌科、心血管科、膳食科以及康复科来进行治疗。





曾义岚：乙肝抗病毒治疗

本刊记者：陈词

人物档案



曾义岚：主任医师，成都市公共卫生临床医疗中心副院长，四川省学术及技术带头人，成都市卫生系统第一批学术和技术带头人，中国肝病诊疗示范基地建设项目管理委员会委员，全国肝衰竭与人工肝专家委员会委员，全国肝胆病咨询专家，四川省医学会感染病学专委会副主任委员，四川省医师协会第三届感染科医师专委会会长，四川省病历质量控制中心专家组常务委员，成都市感染性疾病诊疗质量控制中心执行主任。

参与多项国家十二五科技重大专项，主持多项省部级科研课题，主研课题“中医药、中西医结合防治甲型H1N1流感的临床方案制定及疗效评价研究”、“人工肝治疗重型肝炎的临床研究”、“HIV/AIDS合并慢性肝炎声像图特征与CD4T细胞相关性研究”、“中西医结合治疗手足口病的研究”、“结核分枝杆菌MIRU基因分型技术运用于结核病分子流行病学研究”、“慢性乙型肝炎患者胰岛素抵抗与肝脏炎症和纤维化的相关性研究”、“中西医结合治疗肝衰竭的临床研究”等多次获得省部级科技进步奖，已有20余篇论文在国内核心期刊上发表。



记者：曾教授，您好！乙肝患者抗病毒治疗已经成为一种共识，那在治疗过程中的用药情况是怎样的？

曾义岚：慢性乙肝患者使用核苷（酸）类似物抗病毒治疗已经20年了，有很多患者接受了核苷（酸）类似物的抗病毒治疗，在这个过程中很多患者得到了很好的收益。比如在临床上，很多患者在抗病毒之前，每年因肝硬化出血、腹水等住院多次，但是抗病毒治疗后，这种情况得到很大的改善。很多肝硬化患者口服核苷（酸）类似物抗病毒，同时联合一些抗纤维化的药物，经肝穿发现，部分失代偿期肝硬化转变为代偿期肝硬化了，甚至实现了肝硬化的逆转。但在这个过程中还存在很多问题，例如一些非肝病专业的医生对抗病毒治疗不是很了解，对于需要长时间持续治疗还有不同的看法；部分患者觉得HBV DNA转阴就不用服药了，私自把药停了；有患者认为当初医生说的吃5年以上，现在已经超过5年了，就自己把药停了；还有部分患者因为价格原因自己换药，这些情况都可能造成耐药发生或者已经稳定的病情出现复发加重。

记者：对于初治患者，应该怎样进行抗病毒治疗方案的选择？

曾义岚：对于初治患者，在正规医院都是用一线药物，即恩替卡韦和替诺福韦。根据患者情况选择药物：如果是60岁以上的，选恩替卡韦比较多；年轻人选替诺福韦比较多；病毒载量很高的，选替诺福韦比较多；有生育需求的，选替诺福韦。

记者：对于有生育需求的患者，怎么抗病毒治疗才能更好地实现母婴阻断？

曾义岚：按照我国慢乙肝诊疗指南，对于乙肝病毒载量 $> 2 \times 10^5$ IU/ml 的女性慢性乙肝患者应考虑抗病毒治疗，需要在怀孕24-28周时检查HBV DNA水平，必要时还检测乙肝病毒基因型，然后进行抗病毒治疗。但是在这方面还有缺失，我在门诊发现有好几个1岁多的小孩患有乙肝，这是因为他们的母亲不知道乙肝可以采取母婴阻断，没有及时进行阻断从而造成了孩子感染乙肝。

记者：对于有生育需求的患者，怎么抗病毒治疗才能更好地实现母婴阻断？

曾义岚：按照我国慢乙肝诊疗指南，对于乙肝病毒载量 $> 2 \times 10^5$ IU/ml 的女性慢性乙肝患者应考虑抗病毒治疗，需要在怀孕24-28周时检查HBV DNA水平，必要时还检测乙肝病毒基因型，然后进行抗病毒治疗。但是在这方面还有缺失，我在门诊发现有好几个1岁多的小孩患有乙肝，这是因为他们的母亲不知道乙肝可以采取母婴阻断，没有及时进行阻断从而造成了孩子感染乙肝。

记者：儿童应该如何进行抗病毒治疗？

曾义岚：有适应症的儿童应进行抗病毒治疗，2岁以上的适用恩替卡韦，2岁以下的如果出现肝功能异常，则采取保肝治疗，到了2岁，马上选择恩替卡韦抗病毒治疗。以前有推荐使用干扰素，但是由于儿童的乙肝病毒载量往往很高，使用干扰素效果可能会不明显。

记者：对于合并有其它问题的需手术的乙肝患者，抗病毒治疗需要注意哪些问题？

曾义岚：抗病毒药物肯定要坚持服用，但有一个盲点，比如有些患者因为骨折需做手术，他自己觉得抗病毒药物不能吃，就自行停药了。所以，我们要在对患者进行依从性教育时反复强调，今后不管发生什么情况都不应该随意停药。核苷（酸）类似物跟其他药物的相互作用很少，相对来说是很安全的。患者需要做手术时，则要告诉患者，需要先做肝功能分级评估、肝脏储备功能检测等。如果肝功能分级为C级，对于不是急诊的手术，需要到肝病科治疗一段时间，把肝功能改善以后再做手术则更为安全。

记者：在乙肝治疗方面，患者的依从性高吗？

曾义岚：不是很高。因为人们的一些消费观念问题，对长期服药有所顾虑，虽然医保能报销部分，但是服药时间太长，很多患者不能接受，自己就想停药。很大一部分患者迫切的想停药，所以我觉得可以优选部分患者，通过干扰素来抗病毒治疗，让这部分患者实现停药。如果实现乙肝表面抗原阴转了，停药后还是很安全的。



李海： 非酒精性脂肪肝和代谢综合征

本刊记者：陈词

人物档案



李海：医学博士，主任医师、教授，硕士生导师。天津市西青医院消化内科主任兼感染科主任。现兼任中华医学会肝病学会青年委员、脂肪肝及酒精肝学组委员，天津市医学会肝病学会副主任委员，天津市医学会液体治疗学分会常委，亚太肝病联盟天津市联盟理事长，中国医师协会天士力脂肪肝学院秘书长等学术职务。中国肝病杂志副主编，中华肝脏病杂志、中国病毒学杂志、临床肝胆病杂志等期刊编委或审稿专家，主编和副主编（译）8本专业书籍，参编多本书籍，发表论文50余篇，主持各种级别科研课题多项。

脂肪肝是各种原因引起的肝细胞内脂肪堆积过多的病变，和肝脏脂肪代谢直接相关。我们一般认为脂肪肝是代谢综合征的一种表现，有的人表现为血脂比较高，有的表现出血糖比较高，还有的则是血压高，其中50%-60%都有高脂血症，是相关性最高的，但是必须要符合几个标准才能够诊断代谢综合征。

就目前临床研究来看，脂肪肝的表现是出现在代谢综合征表现之前，很多时候都是患者出现糖尿病、高血压之前先有脂肪肝，所以脂肪肝的血脂异常应该是处在整个代谢综合征比较前面的。

首先，血脂高比较容易出现脂肪肝；另外，肝脏是脂肪代谢的一个脏器，肝脏不好血脂也就会不好，两者是一个互为因果的关系。所以，我们可以反过来看那些非酒精性脂肪肝的肝脏堆积脂肪到底是从哪里来的，通过标记、追踪等方法来查找脂肪来源。

一、肝脏的脂肪来源

肝脏的脂肪来源主要有三个：第一，来源于食物，食物通过肠道吸收后直接进入肝脏，在肝脏储存下来，构成脂肪肝的一部分，大概占比15%。所以脂肪肝患者不能够吃太油腻的东西，减少脂肪的摄入，就能减少这15%的数据；第二，还有约25%的脂肪来源于肝脏的合成，将糖转变为脂肪，在肝脏细胞中沉积下来，形成脂肪的堆

积。也就是说我们不能吃高糖的食物，因为高糖量食物对肝脏脂肪堆积的影响比直接吃高脂肪的食物所形成的脂肪还多一倍；第三，剩余的60%左右脂肪来源于人体代谢的问题，来源于肝脏对于血液中游离脂肪酸的摄取，这些游离脂肪酸主要来源于脂肪细胞的分解，这也是为什么胖的人容易得脂肪肝。此外，血液中的游离脂肪酸也包括一部分（5%左右）食物之中的游离脂肪酸。为了达到脂肪组织和肝脏组织的平衡，释放的脂肪酸越多，肝脏摄入的就会越多，最终在肝脏沉积下来，形成脂肪肝。

那么，游离脂肪酸的增多和哪些因素有关？胰岛素抵抗。在胰岛素抵抗的初期，会促进分解脂肪酶的活性增加，功能出现紊乱，加快分解脂肪细胞内脂肪。可见，整个脂肪代谢，无论是脂肪的分解，还是脂肪酸的转运、摄取、合成，在脂肪肝的发病里面，每一个步骤都起到很重要的作用，当然最主要的还是游离脂肪酸的增多。

另外，肝脏脂肪还和其他因素有关，比如载脂蛋白、脂肪合成关键酶。这也是为什么有的患者看上去不胖，但却有明显的脂肪肝。

二、肝脏和脂肪细胞的平衡

脂肪细胞和肝脏可以看作一架天平，左边是脂肪细胞，用于存储脂肪；另一边是肝脏，处理脂肪的合成，将糖转变为脂肪，在肝脏细胞中沉积下来，形成脂肪的堆

积。也就是说我们不能吃高糖的食物，因为高糖量食物对肝脏脂肪堆积的影响比直接吃高脂肪的食物所形成的脂肪还多一倍；第三，剩余的60%左右脂肪来源于人体代谢的问题，来源于肝脏对于血液中游离脂肪酸的摄取，这些游离脂肪酸主要来源于脂肪细胞的分解，这也是为什么胖的人容易得脂肪肝。此外，血液中的游离脂肪酸也包括一部分（5%左右）食物之中的游离脂肪酸。为了达到脂肪组织和肝脏组织的平衡，释放的脂肪酸越多，肝脏摄入的就会越多，最终在肝脏沉积下来，形成脂肪肝。

能量的堆积是一个日积月累的过程，中国有句古话“一口吃不成胖子”，但是如果你每天多吃一口，那么就可能变成胖子。如果今天你多吃一口，明天你就得少吃一口，或者明天多运动一下，保持身体的平衡。人体的大多数疾病都是失去平衡，肝脏要和脂肪组织形成平衡，最重要的是人体要做到能量的平衡，也就是消耗多少能量补充多少能量。如果突然的生活习惯改变，就得注意肠道菌群的变化，肠道菌群是和脂肪肝密切相关的，会影响整个身体代谢。因此，饮食需要丰富，这样才能够保证肠道菌群的均衡性，从而避免因为饮食因素过多影响脂肪代谢。总之，脂肪肝与能量摄入、代谢水平以及遗传基因均有关系，具体情况还要请教专科医生进行诊治。



营养——结构合理是关键

文 · 袁平戈

营养是人体维持生存和生长等生命活动所需的养料的统称。生命的维持，必须要营养，生命不息，营养不止。我们每天吃的食物很大程度上决定了我们每个人的营养状况。

目前脂肪和糖类大多严重超标。随着营养过多而来的肥胖，则是三高（高血压、高血糖、高血脂）和很多慢性病的罪魁祸首。另一方面，人体比较欠缺的往往是维生素、矿物质、纤维素（益生元）和植物营养素。现在老百姓营养存在的主要问题是结构不合理，是某些营养素过多和营养不良并存。

影响人健康状况的因素，15%~20%来自于基因，80%左右是自己可以掌控的，这就是我们的营养和生活方式。

据美国调查，不健康的生活方式和行为因素已占全部死亡原因的48.9%。我国19个城市、乡村死因调查结果显示，生活方式和行为因素，在心脏病中占47.6%、在脑血管病中占43.2%、在恶性肿瘤中占45.2%。2018年公布的中国健康大数据，2017年我国肥胖人群有3.25亿，血脂异常者1.6亿、高血压患者2.7亿、糖尿病患者9240万。我国成人脂肪肝患病率大于25%，其中10%~30%为非酒精性脂肪性肝炎。我国慢性病死亡数已占总死亡人数的86%。过去10年，平均每年新增加的慢性病例接近2倍，心血管疾病、恶性肿瘤增加了近1倍。上述慢性疾病都与营养和生活方式密切相关。世界权威医学杂志“柳叶刀”报道，

全球早逝人群有47%源于饮食失衡。均衡饮食，人均寿命在现在的基础上可平均增加9岁。

作者曾分析重庆“都市热报”刊出的43位美女的体重指数（BMI）。按照亚洲成人体重标准，BMI的正常标准是18.5~23kg/m²。BMI低于18.5kg/m²是营养不良。43位美女中有34人低于18.5kg/m²，营养不良者占79.1%，最低一位BMI仅14.69kg/m²。天津市调查大二、大三女学生BMI低于18.5 kg/m²者分别为8.91%和9.87%。2016年全球营养报告指出：全球有三分之一的人口面临一切形式的营养不良。我国第四次营养调查资料显示，城市居民畜肉类及油脂消费过多，谷类食物消费偏低，

钙、铁、维生素A等营养素摄入不足，肥胖问题尤为突出，同时营养性疾病的发病率很高。2013年天津市对16所大学的大二、大三学生调查结果显示：学生营养不良率大二为10.25%、大三为13.55%，重度营养不良分别为8.9%和9.94%。采用脂质测量仪器对大二、大三学生体内脂肪含量进行测量，有很多女生未达到标准要求。大二、大三学生贫血病率分别为23.25%和26.48%。北京市调查学生营养不良患病率连续几年都在20%左右，女生营养不良率明显高于男生。日本国民健康和营养调查结果显示，20至29岁年龄段以BMI指数低于18.5为标准的消瘦型女性比例自1995年起一直维持在20%以上，2010年达到峰值29%。其后出现下降，2014年达17.4%。

营养是人体健康的物质基础，是保证人体正常生长发育的重要因素。不合理的营养影响生长发育、工作、学习、劳动效率、记忆力、耐力、思维能力；免疫能力下降，容易产生各种感染，易有炎症，内分泌紊乱。均衡的营养供应，至关重要。WHO总干事陈冯富珍2011年在国际会议上说：现在健康第一措施在餐桌。要想健康长寿，就须直面新的健康难题！

中国人大多依旧留存着对食物“体面”的向往——在许多地方的传统习俗中，请客吃饭的规则之一便是点比正常食量更多的菜，以至

于在饭局结束时，桌上还有足量的食物剩下，从而体现自己的好客之道。《2017中国外卖发展研究报告》指出：有1.3亿单身人群曾在美团叫过外卖；393万人年度订单数量高于100次，平均每周叫两次外卖的，30岁以下用户占比达67%。晚7点后叫外卖到公司的加班族有2322万人；晚9点后的有1433万人。而这些宅快乐食品，又以含糖量高、油炸、速食产品为主。食品工业的巨大浪潮中，“便捷”帮我们节省了时间、精力、甚至金钱，而无法取代的，却是最重要的一环——健康。

正常人的供能比大概是脂肪不超过30%，蛋白质10~15%，碳水化合物55~60%。在物质丰富的今天，吃饱早就不再是问题，现在我们进食的重点要放在质和合理上。

现在通常把人体所需的营养成分为三大类：宏量营养素、微量营养素和植物营养素。

宏量营养素：包括碳水化合物（主要来自主食，如面粉和米）、脂肪和蛋白，是人类每天食物的主要成分和身体能量的来源。脂肪必须借助碳水化合物才能彻底氧化。在体内，碳水化合物和脂肪可以互相转化，互相替代。当脂肪和碳水化合物供给不足时，体内的蛋白就被消耗来提供能量。而当能量摄入过多时，不论来自食物中的脂肪、蛋白或碳水化合物，都会转化成脂肪积存在体内造成肥胖。

微量营养素：包括各种维生素和矿物质。维生素是人体所需一系列有机化合物的统称。维生素一般无法由人体自己生产，需要通过饮食等手段获得。维生素缺乏时会使



人体物质代谢发生故障，甚至造成“维生素缺乏症”。矿物质是构成人体组织的重要原料，如钙、磷、镁是骨骼、牙齿的主要成分。矿物质也是维持体内酸碱平衡和正常渗透压的必要条件。人体内有某些特殊的生理物质如血液中的血红蛋白、甲状腺素等需要铁、碘的参与才能合成。

植物营养素：人体吸收的植物营养素主要来自蔬菜和水果。目前被证实对人体有益的植物营养素已超过200种，例如：番茄红素、叶黄素、低聚果糖、花青素、β-胡萝卜素等。这些植物营养素在保持心脏健康、抗氧化、维护肠胃健康、抵抗基因物质突变方面，起着重要的作用。植物营养素含量越高对人体越有益。

健康饮食的原则其实很简单，正常的一日三餐应该有蔬菜水果、蛋白、脂肪和主食。我们可以用一个很简单的方法来衡量每餐食物的

合理比例。一个餐盘，盘子里应该有大约1/4蛋白，1/4全谷物，1/4蔬菜，1/4水果，另加少量乳制品。至于饭盘的大小，则可因人而异。

新西兰奥塔哥大学的专家团队指出，只要多吃一样东西不仅能减肥还能活得更久！这个神奇的东西就是：膳食纤维。增加膳食纤维的摄入，与冠心病、糖尿病、肠癌等多种疾病的风险下降有关！膳食纤维降低了这些疾病的发病和死亡风险，使人群的全因死亡风险下降了15%！膳食纤维已被营养学界补充认定为第七类营养素，和传统的六类营养素——蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素、矿物质与水并列。膳食纤维分为两种，可溶性膳食纤维和不可溶性膳食纤维。可溶性膳食纤维能量很低，吸水性强。可溶性膳食纤维主要有果胶、树胶、枣胶、豆胶、琼脂、部分低聚糖及少数半纤维素等，水果、海藻

类及魔芋等是它的最佳来源。不可溶性膳食纤维最佳来源是全谷类粮食，包括麦麸、麦片、全麦粉及糙米、燕麦全谷类食物、豆类、蔬菜和水果等。膳食纤维的作用：1.增加饱腹感，有效减肥；2.可预防癌症；3.延缓血糖上升；4.降低血清胆固醇，预防心脏病；5.改善便秘。中国营养学会建议，每人每天应摄入25-30克的膳食纤维。

如果把健康比作一条河，那么，得了疾病就是这条河流的水被污染了。治疗医学的办法是在下游打捞垃圾，营养保健的作用是在上游控制污染源。治病是“亡羊补牢”，通过营养来养生保健是“未雨绸缪”。2015年卫生部部长陈竺说：营养治疗将是解决慢性病的

关键！未来医生必须会开两张处方：一张是针对病情开具的药方；另一张是膳食营养处方。



慢乙肝为什么要抗病毒治疗？

文·赵志敏（上海中医药大学附属曙光医院肝硬化科）

慢性乙型肝炎（慢乙肝）患者如何进行有效、规范的治疗仍然是需要关注的重要问题。

1.去除病因，抗病毒是关键

慢乙肝患者每年约有2%-10%可发展为肝硬化，少数患者可转变为HCC。病毒因素（HBV DNA > 2000IU/ml）是慢性乙肝进展为肝硬化的主要危险因素之一，肝细胞癌的年发生率也从非肝硬化的0.5%-1.0%升高到肝硬化的3%-6%。代偿期肝硬化患者一旦出现肝功能失代偿，其5年生存率仅为14%-35%。抗病毒治疗可有效抑制病毒复制，延缓疾病进展，减轻肝脏炎症及肝纤维化，预防和阻止肝硬化、肝癌发生，从而延长生存时间，提高患者生活质量。因此，只要符合适应症，条件允许，就应及时进行规范的抗病毒

治疗。

2.把握时机，及时治疗

那么慢乙肝患者何时启动抗病毒治疗？这主要根据患者HBV DNA水平、血清ALT和肝脏疾病严重程度来决定。根据2015版《慢性乙型肝炎防治指南》，对于乙肝标志物中HBeAg阳性的患者，HBV DNA ≥ 20000IU/mL（相当于10⁵copies/mL）；HBeAg阴性患者，HBV DNA ≥ 2000IU/mL（相当于10⁴copies/mL）；ALT持续升高达到正常2倍以上，排除其他原因如药物、酒精等引起的转氨酶升高情况，应该抗病毒治疗。如果HBV DNA阳性，但达不到上述标准，或者ALT一直处于1-2倍正常上限之间或正常的患者，如发现明显的肝脏炎症或纤维化（2级以上）建

议抗病毒治疗。对于肝硬化患者，无论ALT和HBeAg何种情况，均需积极考虑抗病毒治疗。必要时可肝组织活检，以明确病情，决定是否抗病毒治疗。

3.药物选择、使用、监测需规范

抗病毒、低耐药是药物治疗的两个原则。目前我国常用的抗病毒药主要是干扰素和核苷类似物两大类。干扰素主要有普通IFN-α和PegIFN-α，核苷类似物国内上市的有恩替卡韦(ETV)、替诺福韦酯(TDF)、替比夫定(LdT)、阿德福韦酯(ADV)、拉米夫定(LAM)等。开始治疗时宜选用抗病毒作用强和耐药发生率低的药物，但每种药物都有各自的特点，不同患者应根据自身情况谨慎选择。比如，具备抗病毒指征，年轻、希望近年内

生育、期望短期完成治疗、初次接受抗病毒治疗的患者，可考虑干扰素治疗；如干扰素治疗应答不佳或不良反应难以耐受，应换用核苷类似物。初治患者选择核苷类似物治疗，考虑抗病毒作用强及耐药率低等因素，可选用ETV、TDF。对已开始服用LAM、LdT或ADV治疗的患者，如应答不佳，可改用TDF或加用ADV治疗。抗病毒治疗可有效缓解病情，有文献报道，对于HBeAg阳性患者，ETV治疗一年，HBeAg血清学转化率达21%，60%的患者HBV DNA转阴，77%患者ALT复常，2%患者HBsAg转阴。延长治疗至2~5年，HBV DNA和HBsAg转阴率分别上升至94%和5%。服药期间应注意药物剂量、使用方法，如肾功能不全患者需调整剂量，恩替卡韦需空腹服药等，不要漏服或随意停药。

需要注意的是，无论干扰素或

口服核苷类似物治疗均应定期复诊，并复查相关指标以评估治疗效果和监测不良反应情况，如果发生耐药需及时调整治疗方案。随着治疗后指标的好转，不但有助于医生判断治疗应答情况，更有助于患者增强战胜疾病的信心。治疗过程中也会出现不舒服症状，如干扰素治疗会出现发热、头痛、外周血细胞减少或精神抑郁等情况；长期使用核苷类似物的患者应注意肾功能不全和低磷性骨病等的发生，如病情一直稳定，突然出现转氨酶升高、病毒反弹，还应警惕是否发生耐药。因此定期监测非常重要，建议患者每6个月复查一次血常规、乙肝两对半、甲胎蛋白、肝脏超声、肝脏硬度检测（如FibroScan）等；肝功能、HBV DNA每3~6个月复查1次。服用替比夫定者，应每3~6个月复查肌酸激酶。服用替诺福韦酯或阿德福韦酯者，每3~6个月复查血肌酐和血磷。干扰

素治疗的患者，血常规、肝功能等监测间隔周期相应缩短。

此外，抗病毒治疗不能盲目停药，病情控制后，需经过医生综合评估才能考虑停药，盲目停药可能会导致病情反复和加重。

4. “抗病毒+”的选择

抗病毒治疗可有效缓解患者肝损伤、改善肝功能，并在一定程度上逆转肝组织病理改变。但针对每位患者的具体情况，选择“抗病毒+”的联合治疗方案，会帮助患者减轻症状，有利疾病恢复。比如，对于肝损伤严重患者，可适当选用保肝药物；出现肝纤维化，可在抗病毒治疗的同时进行抗纤维化治疗，中成药可选用扶正化瘀胶囊/片、复方鳖甲软肝片等。中医药在我国慢性肝病诊治中发挥着十分重要的作用，在抗炎、抗肝纤维化及免疫调控等方面具有一定优势，患者可以选择在专业中医师指导下进行治疗。



抗HBV药物治疗的五大适应症

文 · 王振坤

抗HBV药物不就是治疗慢性乙肝吗，怎么还有五大适应症呢？

第一个适应症——慢性乙肝。

被诊断为慢性乙肝后，同时满足以下二个条件，就可以应用抗病毒药物：1、HBeAg阳性乙肝，HBV DNA大于或等于20000IU/mL（相当于 10^5 拷贝/mL）；HBeAg阴性乙肝，HBV DNA大于或等于2000IU/mL（相当于 10^4 拷贝/mL）。2、ALT水平一般要求持续升高大于或等于二倍正常值上限（80单位以上）。

第二个适应症——HBV相关

的肝硬化。被医生诊断为乙肝后，如有肝硬化的客观依据，无论ALT和HBeAg的情况如何，都需要接受抗HBV药物治疗。这类肝硬化患者接受抗病毒治疗，可以阻止病情进展，阻碍从代偿期向失代偿期过渡，还有预防或推迟肝癌发生之作用。

第三个适应症——乙肝相关性肝癌。早期应用抗病毒药物，可延长患者生命、提高患者总体生存期的作用。乙肝相关性肝癌在外科手术切除、肝动脉化学治疗栓塞、放射治疗、消融治疗等等，可能导

致HBV复制活跃，建议抗病毒治疗，优先选用恩替卡韦或替诺福韦。

第四个适应症——某些乙肝带毒者。在无症HBV携带者中，约有10%甚至更多的人之肝脏具有不同程度的炎症或肝纤维化，极个别的还可见肝硬化。怎样找到“携带者”中需要给予抗病毒治疗的人呢？我国慢性乙肝防治指南提出：年龄超过35岁、有肝癌家族史的高HBV载量的带毒者需要考虑抗病毒治疗。

另外，所有乙肝带毒者都应定





期接受医学监测，如发现肝脏有明显炎症或纤维化，也应当进行抗病毒治疗。虽然肝穿刺活检因是创伤性检查，但无创性检测如瞬时弹性成像，再结合其他肝纤维化标志物检查，也可发现肝脏的病变，并在有经验的专科医生指导下应用抗病毒药物，还是可行的。要强调指出，无创检查并不能完全取代肝穿刺病理检查，必要时也要接受肝活检。

第五个适应症——抗病毒药物的预防性应用。1、预防HBV的母婴传播。当母体病毒载量较高时，则应给予母亲抗病毒药物预防性治疗，专家推荐替诺福韦、替比夫

定、拉米夫定。在知情同意的情况下按 要求服用，阻断率可达到95%~100%。2、预防肝移植后乙肝再复发。在肝移植前要给予抗病毒作用强、耐药发生率低的抗病毒药，如替诺福韦和恩替卡韦，把患者体内的病毒载量降到最低限度，防止肝移植后再感染；对于肝移植后再感染风险低者，术前直接给予替诺福韦或恩替卡韦，术后无需使用乙肝免疫球蛋白，对于肝移植后再感染风险高者，也可给予替诺福韦或恩替卡韦服用，并需联合乙肝免疫球蛋白。肝移植后，要求终身服用抗病毒药物，以防止乙肝复发。3、预防应用化学药物和免

疫抑制剂后乙肝的复发。HBV感染者往往因为伴发肿瘤（癌症）或其他疾病，需要化疗或免疫抑制药物，由于免疫功能受到损害，使本来潜伏状态或免疫抑制状态的病毒得到“解放”和激活，约有20%—50%出现不同程度的HBV再活动，重者甚至发生急性肝衰竭和死亡。因此，对有HBV感染背景的患者，应用化疗或免疫抑制剂时，必须给予抗HBV药物。4、预防隐匿性HBV感染者病情加重——有的患者曾检查过乙肝二对半全都是阴性，在因某些疾病住院时需要应用化疗或免疫抑制剂治疗，在治疗中，却发现肝脏损伤严重，检查HBV DNA竟然阳性，病毒载量也高，这就是隐匿性乙肝在作祟。有的隐匿性乙肝，虽然HBsAg为阴性，HBV DNA阳性，但血清抗-HBs、抗-HBe、抗-HBc也是阳性，没有任何症状，给人以“乙肝恢复期”、“带毒者”的印象，用免疫抑制药后却会导致乙肝病情加重。所以对需要化疗或免疫抑制药物的患者，尽管一般的HBV标志物阴性，都要再查一查HBV DNA，如阳性，则要给予抗病毒药物预防性治疗。对隐匿性乙肝的认识正在深入，故专列一小节讨论，应加以重视。

凡是需要长期服用抗病毒药物的患者，都推荐抗病毒效力强、不容易发生病毒变异的恩替卡韦和替诺福韦，一般不推荐替比夫定和拉米夫定，更不推荐干扰素类药物。



恩替卡韦、替诺福韦，选哪一个？

文 · 于德敏 张欣欣（上海交通大学医学院附属瑞金医院）

当前国内外各种慢乙肝防治指南均将恩替卡韦（ETV）和替诺福韦（TDF）列为了慢乙肝初治患者的一线核苷（酸）类似物抗病毒治疗药物，两种一线药物到底在疗效、副作用和患者选择方面有哪些相同和不同之处呢？

初治患者的选择

从抗病毒疗效方面，两种药物都可以达到长期有效抑制病毒的效果。根据目前临床试验的结果显示，对于HBeAg-阳性慢性乙肝患者，ETV治疗5年后的累积病毒学应答率为99%，HBeAg阴转率

为53%；TDF治疗5年的结果则为病毒学应答为97%，HBeAg阴转率为49%，血清学转换率为40%，HBsAg阴转率为10%，血清学转换率为8%，未发现耐药。在HBeAg-阴性慢性乙肝患者中，ETV的5年累积病毒学应答率为98%，耐药率<1%，TDF治疗8年后，99%患者出现病毒学应答，未发现TDF耐药。而两种药物治疗1年内，HBeAg-阴性慢性乙肝患者均未出现HBsAg消失。两种一线药物的抗病毒效力没有明显的差别。

临床慢乙肝患者抗病毒治疗的药物选择，除抗病毒疗效外，也要综合考虑患者的年龄、性别、生育状况、疾病发展阶段，有无肾脏病变风险（包括失代偿期肝硬化、控制不佳的高血压病、糖尿病、合并肾小球肾炎等基础肾病、使用肾毒性药物、固体器官移植等），有无合并骨病以及经济情况等因素。ETV和TDF均从肾脏代谢，而TDF的肾脏毒性更为明显，表现为患者出现低磷血症、尿蛋白增加、估算肾小球滤过率（eGFR）下降、骨痛和骨质疏松等。因此各大

指南均指出所有核苷（酸）类似物的治疗均存在肾脏损伤的风险，而所有接受TDF治疗的患者，无论是否有肾脏病变风险，均应定期监测肾功能变化，如检查血磷血钙水平，在治疗过程中出现肾脏功能的异常，则要转换为ETV治疗。在初治患者选择方面，年龄超过60岁、eGFR<60ml/min、有蛋白尿、低磷血症、透析、骨质疏松、长期服用类固醇激素、有脆性骨折史的患者均不建议采用TDF治疗，在我国ETV是此类患者的最佳选择（之前使用过拉米夫定的除外），并且也要定期监测肾功能变化。ETV的副作用有乳酸酸中毒，但发生率并不高，建议患者定期检查乳酸。

经治患者的选择

对于那些长期应用其他抗病毒药物治疗后病毒没有很好控制的患者，要及时考虑换药。如有些患者首次治疗就服用了阿德福韦酯，这种药物抗病毒效果较弱，如果病毒没有得到有效控制，就要根据有没有耐药突变的存在尽快转换成TDF或ETV治疗。同样，服用低耐药屏障的拉米夫定或替比夫定的患者，如果长期以来（1年以上）病毒控制不佳，就要尽快考虑换用TDF，因为拉米夫定和替比夫定与恩替卡韦存在交叉耐药。

低耐药屏障的药物容易引起病毒的耐药突变，如拉米夫定和替比夫定耐药后均可换用TDF，当然也要参考患者的肾功能情况。而服用



ETV的患者如果出现了耐药突变，可换用TDF；阿德福韦酯耐药后要参考之前与其它药物的联合用药情况，换用或加用ETV，或者换用TDF，具体方案的选择可以咨询专业医生。对于TDF的耐药目前临床上尚未发现，理论上TDF耐药后可以换成ETV或加用ETV。

妊娠患者及儿童的选择

育龄期和妊娠的女性慢乙肝患者，TDF是首选，可以有效减少病毒血症，提高出生时母婴阻断的成功率。而ETV目前还没有足够的证据推荐使用。

对于儿童的核苷（酸）类似物抗病毒治疗，这两个药物在国内被批准的适应症各有不同，ETV被批准用于2岁以上慢乙肝儿童的抗病毒治疗，而TDF则适用于12岁以上儿童，但具体的应用方案患者还要听从相关专业医生的意见。

合并HCV或HIV感染的患者

HCV/HBV合并感染的患者，在接受DAAs治疗时应同时接受有效的核苷类似物治疗。但是DAAs与其它药物之间可以发生相互作用，从而导致副作用的发生或降低抗病毒治疗应答率，现在已发现TDF与某些DAAs药物之间即存在这种现象，因此HCV/HBV合并感染的患者应首选ETV治疗。

由于ETV对HIV的抑制作用较弱，目前医学界均推荐对HIV/HBV合并感染的患者采用含TDF或者TAF的ART方案，并避免停用TDF或TAF，同时密切监测药物毒性反应。

ETV和TDF的患者适用人群还是有所不同，主要是由于两者的肾毒性副作用、耐药发生情况等不同，因此在考虑药物选择时要在专业医生的指导下，根据患者的自身病情特点综合考虑，以达到最有效的抗病毒治疗效果。

患有乙型肝炎病毒感染，您知道吗？

文·甘玉萍 李方学（贵州省黔东南州人民医院感染疾病科）

“你感染了乙型肝炎病毒（HBV），您知道吗？”这句话，是作为临床医生在诊治乙肝患者时首先问到的，而患者的回答往往是“不知道”或者是“医生，什么是乙肝？”。

HBV是引起乙型肝炎（简称乙肝）的病原体，急性、慢性乙肝患者和乙型肝炎病毒携带者是主要传染源，HBV感染者无论在潜伏期、急性期或慢性期，其血液都具有传染性。HBsAg阳性持续6个月以上，没有肝炎症状和体征，肝功能等各项检查都显示正常，血清ALT和AST均在正常范围，肝组织检查显示没有明显的异常症状称为HBV携带者。慢性患者和HBV携带者作为传染源的意义最大，其传染性随病毒复制或体液中HBV含量呈正比。HBV传播途径是血液传播。由于输血和血制品经过严格的筛查，现在通过输血和血制品传

播HBV已大幅度减少，目前主要是母婴传播，即分娩前后及过程中由带乙型肝炎病毒的母亲感染新生儿。医源性传播，如消毒不彻底、不安全注射等在基层医疗机构可能发生。

急性乙型肝炎临床上非常少见，大量的乙型肝炎病毒携带者，中国约有9000万乙型肝炎病毒携带者，其中约2000万需要治疗。肝脏是个“沉默”的器官，感染了HBV基本上没有症状，临床表现并不经常与病变的严重程度一致。许多慢性乙肝患者，甚至肝硬化患者都自己没有任何感觉，往往在体检或其他疾病就诊时发现。

慢性乙肝患者最常见的症状是疲乏，与劳累程度不一致，或休息后也不恢复。但各人对疲乏的敏感性不同，关注程度也不同。疲乏是最不特异的症状，可出现在各种生理和病理情况中，难以就此作出判

断是否有肝炎。

食欲减退是教科书中描写最多的肝病典型症状，其实在轻、中度慢性乙型肝炎患者中不普遍，程度也多轻微。许多患者甚至还能耐受宴会应酬，但已不如病前贪吃。

肝区疼痛却很常见，尤其在顾虑较多的患者。疼痛与肝脏炎症活动并不一致。

有较多患者自诉尿黄。尿黄可有不同情况：有些并非疾病，只是饮水不足，或患者过度关注；亚临床黄疸，虽无巩膜黄染，血清胆红素可有轻度增高；无黄疸的较重慢性肝炎或已有肝硬化的患者可能出现尿黄；较重的慢性肝炎出现黄疸。也有患者就诊时有明显的肝病症状和体征，常已是重度的慢性乙型肝炎。

定期体检进行乙型肝炎相关检查是发现HBV感染的主要方法。



乙肝患者常见的几个认识误区

文 · 王建华（永济肝胆胃病医院）

在临床的诊疗中，乙肝患者多种多样，每个人对乙肝的认识也不完全相同，常见有以下几个认知误区。

1.大三阳重，小三阳轻。这是许多乙肝患者的认识，以为大三阳病情就重，小三阳病情就轻。其实大三阳、小三阳并不是判断乙肝轻重的标志，所谓大小三阳只是肝病不同阶段的表达形式，比如乙肝携带者多是乙肝大三阳，反而肝硬化的患者小三阳占的比例不小。所以乙肝的患者一定要综合检查，请专业的肝病医生评估病情，规范的治疗。

疗。

2.病毒高就病情重。许多乙肝大三阳，肝功能正常的患者，检查病毒定量明显增高，就会很着急，有病乱求医，在网上乱查信息，甚至相信偏方，乱用药，结果反而加重了病情。乙肝病毒定量只是表示体内乙肝病毒的复制情况，与病情轻重并不是完全平行的。需要综合分析。

3.肝功能正常就没事。许多患者因为经济原因，只检查转氨酶，以为只要转氨酶正常，就没事。这是很大的误区，转氨酶高低与疾病

的轻重并不平行，许多肝硬化甚至肝癌的患者转氨酶反而是正常的。是由于ALT、AST主要存在于肝细胞中，当其肝细胞有炎症水肿时，转氨酶逸出，就会升高。当肝硬化、肝癌时，有效肝细胞减少，转氨酶反而不高。

所以，有肝病一定要规范的检查，结合肝功能、乙肝病毒定量、肝脏影像学检查等，进行综合分析。这样才可以综合评估病情，进行规范的治疗。



关于肝炎，您知道多少？

文 · 曹长安（永煤总医院消化内科主任）

一、肝炎有哪些原因？

肝炎是各种致病因子致肝脏受到损害，表现为肝功能异常的肝脏炎症性疾病的统称。引起肝脏炎症的因素很多，有以下几类：

1.感染性

（1）病毒性感染：常见有肝炎病毒（甲、乙、丙、丁、戊等）、巨细胞病毒、EB病毒、黄热病毒、风疹病毒、肠道病毒、单纯疱疹病毒等。病毒性肝炎我国以乙型肝炎为主，由于疫苗的接种，目前我国乙型肝炎病毒感染者已由10%下降至6%左右；

（2）全身性感染性病：艾滋病、严重急性呼吸综合征、钩端螺旋体病、伤寒和沙门氏菌感染、

布氏杆菌病、肝结核、回归热、梅毒、疟疾、黑热病、肺炎双球菌感染、链球菌感染、放线菌病、黄曲霉素菌病等；

（3）寄生虫感染：日本血吸虫病、肝吸虫病（华枝睾吸虫病、肝片吸虫病等）、肝包虫病、肝蛔虫病等，目前已少见；

（4）细菌性和阿米巴性，目前已少见。

2.营养、遗传、代谢性肝病

脂肪性肝病、营养不良性肝病、Reyc氏综合征、肝豆状核变性、肝糖原累积病、半乳糖血症、血色病、肝淀粉样变性、类脂质沉积病、肝性血卟啉病等。脂肪性肝病：分为非酒精性脂肪性肝病和

酒精性肝病，这两种肝病疾病谱中有非酒精性脂肪性肝病和酒精性肝病。我国非酒精性脂肪性肝病患病率处于中上水平（大于25%），约2亿多人，其中10%~30%患者为非酒精性脂肪性肝病。本世纪初，我国部分省流行病学调查资料显示，酒精性肝病患病率为0.5%~8.55%，其中40~49岁人群的酒精性肝病患病率最高，达到10%以上。酒精性肝病占同期肝病住院患者的比例不断上升，从2000年的2.4%上升至2004年的4.3%；酒精性肝硬化占肝硬化的病因构成比从1999年的10.8%上升到2003年的24.0%。脂肪性肝病已成为我国第一大肝病。

3.中毒性

(1) 金属类：磷、砷及化合物、铅、汞、铋、金、铬等；

(2) 氯化碳化合物：四氯化碳、四氯二烷、氯苯二烷、氯苯等；

(3) 芳香族碳化合物：三硝基甲苯、二甲甲苯、萘等；

(4) 药物性肝损伤；(5) 食物性毒素：蕈毒、蚕豆病等；(6) 物理性因素：高温、放射线等。

药物性肝损伤：是指由各类处方或非处方的化学药物、生物制剂、传统中药、天然药、保健品、膳食补充剂及其代谢产物乃至辅料等所诱发的肝损伤。已知全球有1100多种上市药物具有潜在肝毒性，常见的包括非甾体类抗炎药、抗感染药物（含抗结核药物）、抗肿瘤药物、中枢神经系统用药、心血管系统用药、代谢性疾病用药、

激素类药物、某些生物制剂和中药、保健品和膳食补充剂等。不同药物可导致相同类型肝损伤，同一种药物也可导致不同类型的肝损伤。我国人口基数庞大，临床药物种类繁多，人群不规范用药较为普遍，应用中药、保健品和膳食补充剂等较为随意，医务人员和公众对药物安全性和DILI的认知尚不够，因此DILI发病率有逐年升高趋势。

4.自身免疫性肝病

是一组由于自身免疫异常导致的肝脏疾病，突出特点是血清中存在自身抗体，包括自身免疫性肝炎、原发性硬化性胆管炎和原发性胆汁性肝硬化。近年来患病率有增加趋势。

二、一般肝炎都有哪些临床表现？

由于肝脏损害的程度和原因不同，临床表现差异很大，可以无症状或有轻微症状。消化道症状最为常见，患者常常表现为没有食欲、厌油腻食物、恶心、呕吐、周身无力、腹胀、腹泻及尿黄等，有时可伴有皮肤、巩膜发黄，肝功能异常。

三、肝炎怎么治疗？

去除病因是第一位的。有临床表现和肝功能异常者，首先是要明确病因，如慢性乙型肝炎患者，符合条件者应该进行抗病毒治疗，药物性肝损伤应该停止用药，酒精性肝炎要戒酒等。原因不明或病因无法去除者，只能对症处理，如用一些抗炎保肝药物。治疗一定要在医生的指导下进行，千万不要轻信广告。



肝癌病因的流行病学浅谈

文 · 王俊青（上海交通大学医学院附属瑞金医院，副主任医师）

原发性肝癌还包括胆管细胞癌，亦有混合性肿瘤的情况，但是临床上主要以肝细胞肝癌最为常见。此外，由身体其他部位发生的恶性肿瘤在肝脏中形成转移灶的情况，也属于肝脏恶性肿瘤范畴，属于肝继发性恶性肿瘤。因肝癌发病死亡的人数仍高居中等及发达国家肿瘤性死亡人数的前列。

病毒性肝炎、肝硬化、黄曲霉素等化学制剂、与地理相关的水土因素，都是引发肝癌的重要原因。

从世界范围看，亚洲太平洋地区人口密度高，罹患慢性肝炎（乙、丙型肝炎）患者数量较大，在慢性肝炎长期破坏肝实质和肝细胞病理性再生相交替的过程中，肝脏纤维化和硬化的病理状态逐步形成。同时，与经济文化发展相平行的生活习惯的演变，导致过量饮酒和继发于肥胖的代谢性综合征的比例大幅上升，也是造成肝脏损害和肝硬化的主要原因。在上述病理改变的基础上，肝细胞炎症-肿瘤转

化，构成了亚洲，特别是我国肝癌发生的重要病理学基础。

乙型病毒性肝炎是导致慢性肝炎后肝硬化进而发展形成肝癌的主要病因，这一观念已逐步在人群中得到普及。近30年来，亚太地区人群血清乙型肝炎病毒检出率逐步降低，提示了乙肝病毒预防性接种的普及已卓有成效。然而，就我国而言，人群中乙肝病毒的感染和携带仍然处于较高水平，其中沿海地区是我国慢性乙肝患者及病毒携带



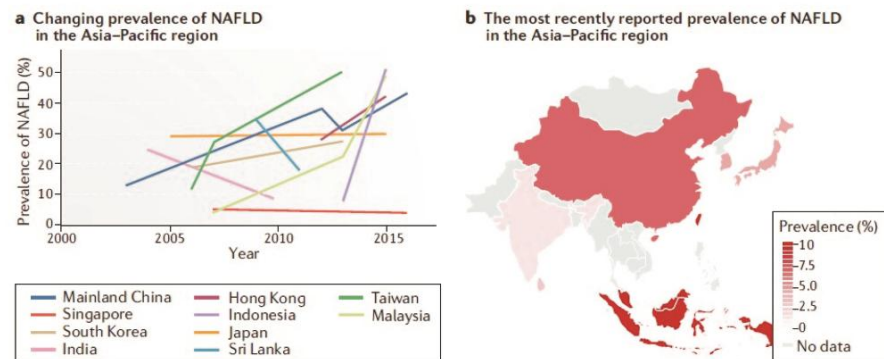


图1: NAFLD的分布特点

者主要分布的区域。我国约接近九成的原发性肝癌是在乙型肝炎病毒感染的基础上形成的, 其中在东南沿海的发病率显著高于内陆。诊断慢性乙型病毒性肝炎后的抗病毒治疗和控制, 是有效阻击乙肝发展、控制肝硬化、预防肝癌的重要举措。

丙型病毒性肝炎的发生较乙型肝炎少见, 其发病率较低, 主要集中在蒙古等内陆地区。然而慢性丙型肝炎也极易引起肝功能损害和肝硬化, 在此基础上发生肝癌的情况屡见不鲜, 不容忽视。从感染途径看, 丙肝和乙肝一样, 通过血液传播, 目前针对丙肝的抗病毒治疗方案并未像治疗乙肝那样多样和完善, 因此罹患丙肝的患者尤其要重视定期随访和复查, 积极保护肝功能, 警惕肿瘤的发生。

随着经济文化发展, 餐饮业的兴起和其他一些生活习惯的演变等, 脂肪肝在我国人群中的发生率逐年升高。区别于欧美地区以酒精

性肝硬化为主的肝脏疾病特点, 我国非酒精性脂肪肝及其相关的肝硬化现象已成为流行病学调查中不容忽视的环节。从图1可以发现, 我国非酒精性脂肪肝 (NAFLD) 已远远高于周边国家。

可以想象, 在慢性肝炎抗病毒治疗逐步取得成效的同时,

NAFLD又可能崛起成为导致我国民众肝功能损害、肝硬化的重要病因, 由此是否将促进肝癌的发生, 是值得深刻探讨的问题。因此, 目前不少医学研究机构已将NAFLD作为预防和控制肝癌发生、发展的重要研究课题。



慢性乙型肝炎与原发性肝癌

文 · 任家俊 (上海瑞金医院肝胆外科)



2018年9月28日凌晨, 著名摇滚歌手臧天朔因肝癌告别人世, 享年54岁, 十几个小时后相声界著名表演艺术家师胜杰逝世, 年仅66岁, 其死因仍是肝癌。根据2017年中国肝移植注册网 (CTLR) 最新数据显示我国肝癌的发病率为20-40人/10万人, 病例数占全球总数一半, 每年约30万患者死于肝癌。60岁以下男性中, 肝癌发病率和死亡率占所有恶性肿瘤的首位。

慢性肝炎患者的肝脏经过长时间的病毒炎症过程容易产生肝硬化, 而肝硬化的患者得肝癌的几率又比一般人高出许多, 因此慢性肝炎、肝硬化和肝癌可以说是肝病的三部曲。而病毒性肝炎也是原发性肝癌致病因素中最重要的因素。我国的病毒性肝炎中约3/4患者为慢性乙型病毒性肝炎, 所以慢性乙型肝炎已经成为我国严重的公共卫生问题和肝癌高危因素。

乙型肝炎病毒 (HBV) 在电子显微镜下可呈三种形态的颗粒结构: 直径约42nm的大球形颗粒、直径约22nm的小球形颗粒以及管型颗粒。大球形颗粒 (Dane颗粒) 为完整的病毒颗粒, 由包膜和核衣壳

组成, 包膜含HBsAg、糖蛋白和细胞脂肪, 核心颗粒内含核心蛋白 (HBcAg)、环状双股HBV-DNA和HBV-DNA多聚酶, 是病毒的完整形态, 有感染性。HBV基因组为双链状DNA, 进入靶细胞后可修补成共价闭环环状DNA (cccDNA), cccDNA是HBV复制的原始模板, 具有高度的稳定性, 在细胞核内可以维持数月甚至数年, 与HBV感染肝细胞共存, cccDNA这是抗病毒治疗结束后病毒反弹的根本原因。HBV感染本身无直接细胞毒性作用, 但体内持续复制的病毒经过单核巨噬细胞系统吞噬加工, 递呈激活免疫应答反应, 诱发肝脏的免疫病理损伤, 导致肝纤维化进程甚至肝硬化。同时HBV与生长调控基因相互作用促进肝细胞异常增殖, 抑制肝细胞正常凋亡, 最终使得肝癌得以发生和发展。约50%-75%的感染者有活跃的病毒复制和肝脏慢性炎症改变。

乙肝五项检测并不能作为判断病毒是否复制的指标, 而DNA检测通过扩增病毒核酸, 对体内低水平的HBV病毒敏感, 是判断病毒复制的常用手段。DNA是乙型肝炎病毒感染最直接、特异性强和灵敏性高

的指标, HBV-DNA阳性, 提示HBV复制和有传染性, HBV-DNA越高表示病毒复制越多, 传染性越强。乙型肝炎的持续复制是乙型肝炎的根本原因, HBV的治疗主要是进行抗病毒治疗, 根本目的是抑制病毒复制, 促使乙型肝炎病毒DNA的转阴。DNA检测精确了解机体内病毒的数量、复制水平、传染性、药物治疗效果, 对确诊和评估HBV治疗效果具有十分重要的作用, 也是唯一能帮助确诊隐匿性HBV感染和隐匿性慢性HBV的实验室检测指标。

目前针对慢性乙型病毒性肝炎最常见的抗病毒治疗分为干扰素类药物和核苷 (酸) 类药物。后者较前者具有更强的抑制病毒复制能力和安全性从而被广泛使用。国内一线核苷 (酸) 类药物为恩替卡韦和替诺福韦。需要注意的是核苷 (酸) 类药物本身仅能抑制乙肝病毒DNA聚合酶的活性, 不能彻底清除体内的cccDNA, 因此盲目停药易发生病毒反弹, 导致肝炎发生甚至进展为重症肝炎危及生命。故乙肝患者治疗进程中需密切随访, 在相关肝病医师指导下用药、换药或停药。

影像学技术——早期肝癌的“侦察兵”

文 · 阙丹（重庆医科大学附属第三医院肿瘤科）

随着医学影像学技术的不断发展,肝癌尤其是早期肝癌的检出率和诊断准确率显著提高。目前,临床上开展的肝癌影像学检查方法包括超声、CT、磁共振及放射性核素显像等。

一、超声检查

超声检查是临床上最常用的肝癌筛查方法之一,具有无创、无放射性损害、检查敏感度高、可重复动态检测等优点。超声对中、晚期肝癌诊断的准确率达80%左右,但在早期肝癌诊断方面,尤其是小于1cm的小肝癌,超声检查的漏诊率较高。

彩超即彩色多普勒超声,具有二维灰阶超声的优点,又同时提供

脏器的血流动力学信息,主要用于病变良恶性的鉴别诊断。由于肿瘤组织血供丰富,彩超上肝脏的恶性肿瘤内部或边缘常可见到丰富的血流信号。

超声造影技术是近年来新兴的一门影像技术,随着造影剂的不断发展,特别是靶向超声微泡造影剂的出现,使得超声在肝癌的早期诊断和以微泡造影剂为载体介导的靶向治疗方面取得飞速发展。

二、CT

CT是作为早期肝癌检查的重要影像学技术,CT可清楚显示肝癌病变的位置、形态、病变范围及血流动力学变化,在肝癌治疗方案制定及预后随访中均具有重要的价

值。在早期肝癌的诊断方面,CT诊断的准确率高达87%左右,准确率和敏感度明显优于超声检查,但对于密度与正常肝组织接近的小肝癌,CT检查仍存在假阳性或假阴性。

CT血管造影原理类似于超声造影,但使用的造影剂完全不同于超声造影。由于肝癌组织主要由肝动脉供血,血供丰富,而肝实质则主要由门静脉系统供血,这使造影剂不同时相在肝肿瘤与肝实质之间的分布存在明显差异,通过CT扫描可以将正常肝组织或肝脏良性占位与恶性肿瘤区分开来。CT血管造影对肝癌诊断的敏感度达97%左右,对直径≤1cm的微小肝癌诊断

的敏感度也达到80%~90%左右。肝癌典型的CT增强扫描呈现“快进快出”表现,即动脉期肿瘤组织与正常肝组织对比呈高密度,门脉期等密度或低密度,而延迟期则为低密度。CT血管造影在早期肝癌的诊断尤其是鉴别诊断中具有重要意义,同时对肝癌患者的预后评估和随访也具有重要价值。

三、MRI

MRI不同于CT成像,MRI成像不依赖于电离射线,对人体无辐射危害,且对软组织具有较高的分辨率,可以多序列、多参数成像,对小肝癌的检出率甚至高于多层螺旋CT。常规MRI平扫对小肝癌的检出率约为80%左右,可以检出直径1.0cm的小肝癌。

特异性MRI对比剂成为近年来研究的热点,并逐步应用于临床诊断,以进一步提高MRI影像的对比度。MRI增强扫描可使MRI对早期肝癌的检出率达90%以上。MRI增强扫描利用造影剂来改变局部组织的磁场环境从而达到间接增

强病灶的目的。MRI造影剂主要由肝细胞摄取,再通过胆汁逐渐排泄,故又称为肝胆性MRI对比剂。目前临床上主要有两类肝脏病变检查的造影剂,一类主要是被肝细胞特异性摄取的对比利,能反映肝细胞的功能状态,有利于肝脏病变的检出及定性,代表性的有钆-多贝酸二葡甲胺(Gd-BOPTA)、锰福地吡三钠(Mn-DPDP)等。另一类主要被网状内皮细胞特异性摄取,代表性的为超顺磁性氧化铁增强成像(SPIO)。MRI数字减影技术可以利用计算机后处理软件,将动态增强扫描的原始数据分别与MRI平扫数据进行减影,从而达到消除平扫时的正常组织的信号,以突显病变部位,能更好的鉴别病变部位的性质。

随着MRI技术的发展,磁共振加权成像(PWI)、磁共振扩散加权成像(DWI)、磁共振波谱成像(MRS)及各类图像后处理技术广泛应用于临床,显著提高了MRI的成像质量和微小病变的检出率,在

早期肝癌的诊断中具有重要价值。

四、放射性核素显像

PET/CT即正电子发射断层显像/X线计算机断层成像仪,是一种将核素代谢显像和CT解剖结构显像两种影像技术相结合的新型影像学检查技术。PET/CT将正电子核素示踪剂注入体内,而后运用体外探测仪PET对体内各部位放射性正电子核素的分布情况进行探测并通过计算机显示不同部位的代谢状态。同时CT为这些核素分布情况进行精确定位,从而精确反应不同组织部位的代谢和结构状况。PET/CT同时具有PET和CT的优点,能在肝细胞形态结构未出现明显异常前检测出肝细胞功能上的改变,在早期肝癌的检出和良恶性占位的鉴别具有较高的临床价值。此外,PET/CT在原发灶不明确的转移性肝癌原发灶诊断中也具有独特的临床优势,但PET/CT检查费用较高,其在早期微小病变诊断中的价值仍较有限,因此不推荐作为早期肝癌的首选检查。





甲胎蛋白升高可怕吗？

文 · 余祖江（郑州大学第一附属医院感染科主任）

甲胎蛋白(AFP)是一种糖蛋白，正常情况下体内含量较少，不同检测厂家，参考值差异较大。这种蛋白主要来自正在发育肝细胞或肿瘤原始细胞。也可见于孕妇，胎儿出生约两周后AFP从血液中消失。AFP主要在胎儿肝中合成，在胎儿13周后逐渐升高，也是孕妇胎儿肝脏发育重要标记。在妊娠30周以后维持高峰，出生时血浆中浓度为高峰期的1%左右，在周岁时接近成人水平（低于30 μg/L）。

AFP在产妇产羊水或母体血浆中可用于胎儿产前监测。如在神经管缺损、脊柱裂、无脑儿等时，AFP可由开放的神经管进入羊水而导致其在羊水中含量显著升高；另

外，胎儿在宫腔内死亡、畸胎瘤等先天缺陷亦可有羊水中AFP增高。但这些情况相对少见。尤其中国乙肝孕妇尽量避免羊水穿刺，以减少宫内感染的几率，大多数都可以通过彩超发现。因此必须与临床经验结合，以免出现假阳性。

在成人，AFP在大约80%的原发性肝癌（HCC）患者血清中升高，在生殖细胞肿瘤出现AFP阳性率为50%。在其它肠胃管肿瘤如胰腺癌或肺癌及肝硬化等患者亦可出现不同程度的升高。但当肝细胞发生癌变时，也就是说肝细胞重新在一定条件去极化，向原始化细胞转化过程（也就是说癌变过程）却又恢复了产生这种蛋白质的功能，而且随着细胞越原始化，它的水平

就越高，因此在晚期肝癌中它在血清中的含量会急剧增加，AFP就成了诊断HCC的一个特异性临床指标。只要细胞具有原始化，再生化都有产生AFP的可能。因此AFP是细胞原始再生化的一种标记，而HCC只不过是细胞原始化一种特殊情况。出现细胞原始化再生化在人体中现象很多，包括肝硬化后肝细胞再生、细胞损伤后细胞再生、胎儿的肝脏发育等等，都是肝细胞从原始化逐渐发育为成熟肝细胞的过程，都会伴随不同程度AFP升高。其分子机制在前者是基因诱导的有序驱动基因有序表达，而后者（HCC）是基因的无序或者停滞表达。因此过去一直认为是诊断HCC的特异性肿瘤标志物，

具有确立诊断、早期诊断、鉴别诊断的作用。后来大量临床发现，部分肝硬化患者会长期出现AFP达到上千，但多年都没有肝癌的迹象；同时发现约20%的晚期肝癌患者（AFP的无序表达，阴性）直至病故前，AFP仍不超过10 μmol。

AFP由新生的幼稚肝细胞分泌，胎儿的肝细胞没有发育（分化）完全，分泌的AFP量很大，所以孕妇的AFP会阳性。孕妇在分娩1年后体内的AFP就会恢复正常。双胎孕期AFP值比单胎高一些，所测350ng/ml在正常范围，高于正常值三倍以上才有临床意义。单胎妊娠有参考值：孕21周均值82.3，双胎应大于493以上才有意义。

临床检测意义：

1、AFP大于500微克/升、且持续4周者，或AFP在200~500微克/升、持续8周者，在排除其它引起AFP增高的因素如急、慢性肝炎、肝炎后肝硬化、胚胎瘤、消化道癌症后，结合CT、磁共振（MRI）和肝血管造影发现明确占位者，可以明确诊断。当然AFP阴性，如果影像学检测有明确占位，需要结合其他检测，如PIVKA-II等。

2、正常怀孕的妇女、少数肝炎和肝硬化、生殖腺恶性肿瘤等情况下AFP也会升高，但升高的幅度不如肝癌那样高；同时PIVKA-II检测一般都为阴性，有利于鉴别诊断；或者结合AFP异质体也可以

鉴别诊断。

3、肝硬化患者血清AFP浓度多在25~200微克/升之间，一般在2个月内随病情的好转而下降，多数不会超过2个月；同时伴有转氨酶升高，当转氨酶下降后AFP也随之下降，血清AFP浓度常与转氨酶呈平行关系。如果AFP浓度在500微克/升以上，虽有转氨酶升高，但肝癌的可能性大，转氨酶下降或稳定，而AFP上升，也应高度怀疑肝癌。

4、AFP在肝癌出现症状之前的8个月就已经升高，此时大多数肝癌患者仍无明显症状，肿瘤也较小，这部分患者经过手术治疗后，预后可得到明显改善；如果治疗后出现AFP下降，也是良好预后的一个标记。

建议：

1、如果有肝炎病史或者HCC家族史，建议定期复查AFP，一年3-4次。

2、如果有肝硬化伴肝功能（ALT，AST）正常，发现AFP升高，更应该密切随访，同时联合肝脏影像学检测；如果肝脏影像学无提示，及时复查生殖系影像学检测。

3、如果ALT较高伴随AFP升高，大多是肝细胞良好再生标记或者是预后较好的一种标记，只需要定期观察即可。

4、怀孕的病友，如果出现AFP升高，注意定期做好围保工作，及时与妇产科沟通即可。



什么因素可以导致脂肪肝？

文 · 蒋卫民（复旦大学附属华山医院感染科）

脂肪肝有急性脂肪肝和慢性脂肪肝之分。急性脂肪肝在临床上非常少见。起病急、病情重，大量肝细胞在短时间内发生小泡性脂肪病变，以黄疸、凝血功能障碍和肝功能急剧恶化为主要临床特征，同时伴有脑、肾、胰腺等多脏器功能不全。非常严重。肝功能损害非常明显，严重病例可于起病后数小时内死亡。急性脂肪肝以妊娠急性脂肪肝最为多见。

临床上常见的是慢性脂肪肝。

慢性脂肪肝起病比较隐匿，临床症状轻微并且没有特异性，肝功能指标大多数正常或者轻度异常，常常在健康体检或者因胆石症、病毒性肝炎等其他疾病进行B超检查时被发现。慢性脂肪肝病程较长，大多数患者呈现良性经过，但是部分患者可以发展成为脂肪性肝炎、肝硬化和肝细胞癌。形成慢性脂肪肝的病因主要有以下几个方面：

一、原发性脂肪肝

1. 胰岛素抵抗：胰岛素抵抗是

指各种原因使胰岛素促进葡萄糖摄取和利用的效率下降，机体代偿性的分泌过多胰岛素产生高胰岛素血症，以维持血糖的稳定。肥胖，特别是内脏型肥胖是导致胰岛素抵抗最主要的原因。

2. 遗传易感性：家族中有肥胖症、糖尿病、高脂血症、高血压、冠心病、脑卒中以及脂肪肝家族史者，更容易发生脂肪肝。

二、继发性脂肪肝

1. 药物性肝损害：博来霉素、四环素等抗生素，天冬酰胺、氮胞苷、氮尿苷、甲氨蝶呤等细胞毒性药物，以及苯丙酮香豆素钠、二氯乙烷、乙硫氨酸、溴乙烷、雌激素、糖皮质激素、酰肼、降糖氨酸、雄激素、黄樟醚等药物。

2. 内分泌紊乱：肥胖症、2型糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、短期内体重增长过快、多囊卵巢综合征、皮质醇增多症、甲状腺功能减退症等。

3. 营养不良：恶性营养不良、

全胃肠外营养、重度贫血、低氧血症、短期饥饿和体重急剧下降等。

4. 中毒性肝损害：锑、钡盐、硼酸盐、二硫化碳、铬酸盐、低原子量的稀土、钨化物、钼化物、有机溶剂、毒蘑菇、酒精（乙醇）及其代谢产物乙醛等。

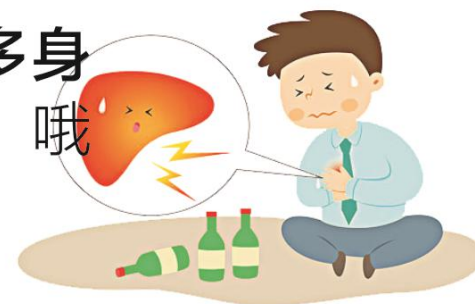
5. 遗传性疾病：家族性肝脂肪变、半乳糖血症、糖原贮积症、遗传性果糖不耐受症、高胱氨酸尿症、高胱氨酸血症、肝豆状核变性等。

6. 其他疾病：丙型肝炎、自身免疫性肝炎、系统性红斑狼疮、炎症性肠病、慢性胰腺炎、获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）、结核病、以及空-回肠旁路手术、广泛小肠切除术、胆胰转流手术等外科手术以后。

总之，慢性脂肪肝的病因很多。肥胖、糖尿病、酒精滥用是最常见的三大病因。

小心，喝酒太多身上会长“蜘蛛”哦

文 · 宋仕玲（深圳市人民医院感染内科）



酒杯里的故事

实景1：一对略显木讷的中年夫妻来就诊，伉俪二人均诊断为酒精性肝炎，原来夫妻二人天天在家举杯对酌。

实景2：一位中年男士笑嘻嘻地进来就诊，未发一言，已经看出他有酒精性肝硬化。只见他：面部毛细血管扩张明显，面色晦暗，颈部躯干双上肢到处都是蜘蛛痣，双手微颤不已。

实景3：我好不容易找到一辆共享单车，赶快把手里横七竖八的蔬菜水果袋子塞进车筐里。突然听到有人提醒：先看看车是不是能打开哦？抬头发现路边大榕树下石凳上端坐一位六旬男士。他说：我天天在这里喝酒，今天好几个人都没有打开这台车呢。这才发现他脚旁端端正正地摆放了好几个空酒瓶，因为膝关节炎，他天天喝酒“镇痛”。

我国饮酒人群和酒精性肝病患

病率不断上升。南方及中西部省份流行病学调查结果显示，饮酒人群身体众多器官组织，最容易受伤的器官非肝脏莫属，酒精性肝病已经成为我国最主要的慢性肝病之一。

一样喝酒，结局不一样

不同的人喝同样的酒结局也不同，因为导致酒精性肝病的影响因素众多：饮酒量、饮酒年限、酒精饮料品种、饮酒方式、性别、种族、是否肥胖、有肝炎基础病、营养状况、遗传因素等。

✗ 有人说喝酒女子比男子强。其实女性对酒精性肝损伤易感性比男性高2~4倍，所以国内酒精性肝病诊断标准规定诊断女性乙醇摄入量（20g/日）仅为男性（40g/日）一半。

✗ 有人说喝酒分种类。其实撇开名字看本质，不同类型的酒都含有乙醇，乙醇对肝脏均有损伤。

✗ 有人说喝酒分品牌。比如饮

酒多年的老周盛赞茅台酒：相比别的酒，茅台喝了头不痛人舒服。其实不含乙醇的茅台酒都是假酒。

✓ 喝酒越多越危险。酒精造成的肝损伤具有阈值效应，达到一定饮酒量或饮酒年限，就会大大增加肝损伤风险。

当然酒精造成肝损伤量效关系又存在个体差异。有人常喝依然健康长寿，有人又不幸倒在酒杯里。



✓ 空腹饮酒危害大。喝酒前吃点食物比空腹饮酒伤害减小，高蛋白食物更佳。偶尔饮酒和酗酒相比天天喝酒，后者更容易导致肝损伤。

✓肥胖或慢性肝炎人士又喝酒，肝病发生发展更为凶猛。据统计，丙型肝炎+饮酒者，肝硬化发生几率高出非丙肝人群约30倍。肥胖又饮酒者肝病发生危险性增加2.5~3倍。

✓长期喝酒的人常伴有营养不良。饮酒者机体对胆碱、B族维生素、叶酸及维生素A需求量增加，因乙醇可少量供热（1g乙醇产生7kcal热量，1g蛋白质和碳水化合物产生4kcal热量），长期饮酒者不思饮食。因此常有蛋白质、维生素及其他多种营养物质缺乏。

小心，长期喝酒身上会长“蜘蛛”哦！

慢性肝病患者胸前、面部、双上肢等部位会出现一些貌似蜘蛛的蜘蛛痣。

蜘蛛痣是一种特殊的毛细血管扩张症，表现为中心部直径2mm以下的圆形小血管瘤，向四周伸出许多有分支的毛细血管，好似一个红色的蜘蛛。

蜘蛛痣是怎样形成的呢？大多数学者认为与雌激素代谢有关。肝硬化、肝癌及慢性肝炎伴有肝功能衰竭的患者，由于肝脏灭活雌激素



的能力减弱，雌激素含量相应增加，亦会出现蜘蛛痣。

从喝酒到酒精性肝硬化距离并不遥远

肝病发展一般分为轻症酒精性肝病、酒精性脂肪肝、酒精性肝炎、酒精性肝纤维化、酒精性肝硬化五个阶段。



轻症酒精性肝病：可无症状。肝功能、B超/CT/MRI影像学或病理学检查几乎无异常表现。

酒精性脂肪肝：可无症状。影像学检查符合脂肪肝，肝功能可轻微异常。

酒精性肝炎：可食欲不振、乏力、发热、消瘦、黄疸、出血等。肝功能异常。重症酒精性肝炎可能伴有肝衰竭表现。

酒精性肝纤维化：肝组织活检可确诊，瞬时弹性成像、MRI、血清纤维化标志物、肝功能与血常规等可综合诊断。

酒精性肝硬化：可出现食欲不振、消瘦、黄疸、神经精神异常，肝掌和蜘蛛痣明显。甚至腹部可摸到肝脏坚硬如石头。肝功能异常，瞬时弹性成像、影像学发现明显肝硬化表现。

戒酒是酒精性肝病治疗最好的“秘方”

戒酒是酒精性肝病最重要和最基本的治疗措施。较轻酒精性肝病患者戒酒数周至数月后病情显著改善甚至完全康复，较重的酒精性肝硬化患者完全戒酒也可减轻病情，延年益寿。若主动戒酒比较困难者应寻求精神心理医生帮助，也可服用药物巴氯芬。

大量饮酒者避免骤然停酒，避免出现酒精戒断综合征。应循序渐进逐步减少酒量达到戒酒目标，如出现酒精戒断综合征者可使用安定类镇静治疗。

治疗酒精性肝病要讲“套路”

戒酒是治疗酒精性肝病首要措施，还需一套综合措施才能“搞定”酒精性肝病。

营养支持。非常重要！应提供高蛋白（鱼虾鸡鸭猪肉等）、低脂肪、丰富维生素饮食。

药物治疗：选用一种或多种药物治疗进行个体化治疗。美他多辛加速乙醇分解代谢；甘草酸二胺等甘草酸类抗氧化护肝；S-腺苷蛋氨酸改善临床症状和生化指标；多烯磷脂酰胆碱改善组织学。

肝硬化并发症：如消化道大出血、自发性细菌性腹膜炎、肝性脑病、肝肾综合征等需要住院治疗。

肝移植：严重肝硬化、肝细胞癌患者符合条件可行肝移植。肝移植要求患者无其他脏器的严重酒精性损害，且肝移植前戒酒3~6个月。

脂肪肝患者的健康宣教

文·刘英（福建医科大学附属第一医院肝内一区，副主任护师）

一、脂肪肝的常见诱因

不良生活方式“催生”脂肪肝

①不合理的膳食结构：高脂肪、高热量的食物消耗过多。

②不良的饮食习惯：过量进食、吃零食、甜食和荤食、常吃宵夜、不吃早餐等不良饮食习惯。

③多坐少动的生活方式：人体主要是通过体力活动消耗多余热量，没有被消耗的热量会转化为脂肪储存。

④酒精滥用：尽管少量饮酒并不增加脂肪肝的发病率，但过量饮酒肯定会导致肝损害。

⑤遗传：有肥胖症、糖尿病、高脂血症、高血压、冠心病、脑卒中，以及脂肪肝家族史者，容易发生脂肪肝。

二、脂肪肝的营养处方

饮食治疗是大多数慢性脂肪肝患者最基本的治疗方法，也是预防和控制肝病进展及肝外并发症的重要措施。

1、饮食治疗的目标

尽可能使体重、腰围、血脂、血糖、尿酸等指标维持在正常范围；减轻或逆转肝脏脂肪沉积，尽可能使血清转氨酶和谷氨酰转肽酶

水平降至正常水平；防止低血糖、糖尿病酮症酸中毒、肝性脑病等急性并发症；防止或改善肝脏、心血管等器官的慢性并发症。

2、饮食治疗的基本原则

①限制每日总能量的摄入，每餐只吃七八成饱。

②保证优质蛋白质的摄入，如牛奶（低脂）、瘦肉、鱼、鸡蛋等。

③在控制总热量的前提下，适当摄入糖类（碳水化合物）。

④主食“粗细搭配”，多吃粗粮，如红薯、玉米、荞麦、燕麦、红豆、绿豆等。

⑤多吃蔬菜，适量吃水果，减少高脂肪、高胆固醇食物的摄入。

⑥避免过量饮酒和不良饮食习惯，如不吃早餐，常喝含糖饮料，贪食甜点、油炸食品等高热量食物，以及经常外出就餐等。

3、脂肪肝患者需要平衡膳食

脂肪肝患者的主食为富含多糖的食物，如米饭、面条、馒头、土豆等。这类食物中的淀粉不会使血糖急剧升高，且体积大、饱腹感强，应该作为身体的主要热量来源。同时，脂肪肝患者还应增加膳食纤维的摄入，每日宜摄入

25~30克。膳食纤维也是多糖的一种，在胃肠道内不被消化吸收，不产生热量，有助于降血糖、降血脂、保持大便通畅，并减少饥饿感，此外，脂肪肝患者还应增加维生素和矿物质的摄入量。富含B族维生素的食物有粗粮、干豆、蛋类和绿叶蔬菜。富含维生素C的食物有新鲜蔬菜和水果。富含钙质的食物有牛奶、豆制品和海产品。

4、合理安排一日三餐

不管是健康人群，还是肥胖、高脂血症、糖尿病、脂肪肝患者，一日三餐热量的分配非常重要。在每日热量明确的情况下，早餐、午餐、晚餐可按30%、40%、30%的比例分配。总的原则是，早餐应保证热量摄入和食物品种的丰富，并适当添加蔬菜水果；严格控制晚餐的热量摄入，特别应少吃高热量的食物，且晚餐后不再吃水果和牛奶。因为晚上入睡后，迷走神经功能亢进，胰岛素、胰高血糖素等合成激素分泌增加，容易将过剩的热量转化成脂肪，增加体重，导致肥胖相关疾病高发。

肝硬化患者饮食咸不得

文 · 张跃新 韩丹（新疆医科大学附属第一医院感染科）

我们的工作中经常遇到各类疾病的患者询问我们饮食的注意事项，在肝硬化患者的饮食指导中，我们时常注重的是食用易消化的食物，避免食用坚硬粗糙的食物，保证足够的热量，全面而丰富的维生素，适量的蛋白及矿物质摄入，适量的脂肪摄入，糖分的供应充足，杜绝一切含有酒精的饮料及刺激性食物，往往忽视了在饮食结构中钠盐摄入对于病情的影响。

我的门诊患者中一位中年女性，该患者既往明确诊断丙肝肝硬化失代偿期；腹腔积液。经我科评估病情，并积极给予利尿治疗后患者腹水很快完全消退，因进一步完善相关检查明确丙肝病毒复制，故给予DAA抗丙肝病毒药物治疗6月，并辅以抗纤维化等对症支持治疗。患者用药后于我科门诊定期复诊，病毒转阴，腹水消退理想，肝脏纤维化指标持续好转。3月后患者自觉腹胀再次就诊于我院，完善相关检查提示白蛋白指标正常，肝功能正常，丙肝病毒未复制，但出现腹腔积液，详细询问患者，近期无

腹泻、腹痛、发热等不适，腹部超声未见脾脏较前增大，门静脉未见较前增宽，也未见门静脉血栓形成。患者疑惑的问我：为什么我的肝病指标都很稳定，却再次出现腹水，是我的病情进展了么？我反复思索患者此次腹水复发的原因。后追问患者近期饮食情况，患者自诉为北方人，在日常饮食中喜食咸味较重的食物，此次病情好转后就按照个人喜好进食。考虑患者此次复发腹水与盐的摄入相关，于是反复向患者交代：肝病患者的饮食，切记咸不得呀！治疗上给予小剂量螺内酯进行利尿治疗，1月后患者再次入院复查，腹水完全消退。

由此案例，引起了我们对于肝硬化患者饮食结构中盐分摄入的重视。盐分摄入过多，我们体内的“电解质过滤器”——肾脏就开始闹脾气了。当肝硬化患者生成大量腹水，停留于腹腔的腹水便带走了全身流动的有效循环血量，降低了动脉血压，作为我们体内过滤器

的肾脏，便会对通过它的血液减少滤过，从而保证全身有效的循环血量，便会导致钠离子排出受到截留，排出减少，导致水份聚集。此外，肝硬化患者的肝功能较正常人是减退的，会导致一种可以抵抗利尿作用的激素生成减少，从而，肾脏得到的信号就是无需像以往那样滤过血液排出尿液。以上原因，导致患者在摄入过多的钠盐后会导致血钠基础增高，加重钠水潴留，也就是说，钠盐排出受阻，此时，便会引起腹水的产生。

那么，肝硬化患者每日对钠盐的摄入应该保持在多少呢？根据2012年AASLD肝硬化腹水治疗指南指出，所有成年肝硬化腹水患者因给予限盐饮食，不超过2g/d。过多的摄入钠盐，会加重钠水潴留，这些多余的水分会通过血液循环和淋巴循环停留于腹腔，形成腹水，且长期腹水可产生腹膜炎改变，甚至诱发肝性脑病及肝肾综合征等不良后果。此外，大量的钠水潴留可影响血压，并加重心脏负担。因此，肝硬化腹水的患者应限制钠盐的摄入，从而降低出现腹水的风险。

答读者问



蔡大川：医学博士，重庆医科大学病毒性肝炎研究所、重庆市肝病治疗研究中心副主任，现任重庆医科大学附属第二医院感染病科副主任、传染病学教研室副主任，药物临床试验机构肝病专业组组长，第二临床学院专业外语教研室主任、重庆市医学会肝病分会委员兼秘书，《中华肝病杂志》通讯编委，MEDICINE、《临床肝胆病杂志》、《检验医学与临床》审稿专家。

2004年获重庆医科大学医学博士学位。2004年7月于香港大学巴斯德研究所学习；2012年9~12月于德国因戈尔施塔特医院进修；2014年12月~2015年12月美国哈佛大学医学院附属麻省总医院博士后。

肝博士，你好！

我2003年检查出乙肝小三阳，最近去医院检查，肝功能正常，病毒含量1.76乘以10的二次方，但是有肝纤维化，肝硬度值8.7，医生建议吃抗病毒的药，但是我打算要孩子，像我这种情况可以现在不吃药要孩子吗？等孩子出生后再抗病毒行吗？不抗病毒的话孩子被感染的几率大吗？

答：你没有说明你的性别和年龄，对于慢性乙病毒感染来说，这是二个非常重要的因素。如果你是男性，那么完全不用担心，因为你的体内的病毒量只有10的2次方，这是一个很低的水平，虽然不能保证百分百安全，但完全不用担心传染给小孩。如果你是女性，同样因为这个病毒量很低了，不用担心传染给小孩的问题。但是对于你自身的抗病毒问题，是需要考虑的，不过，你提供的信息过少，无法给你一个清晰的建议，只能建议你根据性别、年龄、发现乙病毒感染的时间长短以及最重要的信息：你的肝脏的炎症及纤维化水平，综合考虑是否抗病毒治疗。需要提醒你的是，抗乙肝病治疗是一个长期的过程，而怀孕只需要10个月。

肝博士，你好！

我是慢乙肝患者，检查单上写“初步判断为肝硬化”，但医生只开了恩替卡韦抗病毒，没有开针对肝硬化的药，这种情况对吗？我需要吃什么药抗肝硬化呢？

答：严格来说，“肝硬化”是一个病理学诊断，是需要进行肝穿刺组织学活检来确诊的。如果没有肝组织学检查结果，只能通过综合生化检查、影像学检查、肝纤维谱和肝硬度扫描等各方面资料来判断。我不知道你所谓的“初步判断为肝硬化”从何而来，所以也不能评价是否需要进行治疗。建议你到正规医院进行上述检查，然后由医生来判断。

肝博士，你好！

抗病毒药物一定要空腹吃吗？晚饭后吃可以吗？

答：目前的抗乙肝病毒的口服药物中，只有恩替卡韦需要空腹服用。所谓“空腹”，是指餐前一个小时，餐后二个小时。一天当中，只要符合前述要求，早、中、晚均可，但建议每天相对固定在一个时间段，这样有利于保持一个相对稳定的血液当中的药物浓度。

肝博士，你好！

我乙肝六项只有第五项阳性，其它都是阴性，而且我乙肝病毒定量低于检测下限。请问我这种情况还能打疫苗吗？打疫苗有效果吗？还有意义吗？

答：我国各地的“乙肝二对半”排列的方式不一样，我不确定你所谓的“第五项阳性”具体是指哪一项。但是多数情况下，这个应该是“乙肝核心抗体，HBcAb”。HBcAb的阳性说明你以往至少是感染过乙肝病毒，有可能是乙肝表面抗原（HBsAg）也可能是乙肝表面抗体（HBsAb）太低导致它们检测不到，而只有HBcAb的阳性。这种情况下，打疫苗基本上是没有效果的，但你可以试一下，毕竟也没有什么坏处。

肝博士，你好！

怀孕六个月发现乙肝大三阳，但是肝功能正常，需要治疗吗？

答：这种情况是否抗乙肝病毒治疗，主要看二方面的问题，一是你的病毒量有多高，如果在10的6次方以上，为减少传染给小孩的概率，建议可以在怀孕24周后开始抗乙肝病毒治疗。二是看是否存在乙肝肝硬化，如果有，无论病毒量多高，也建议抗乙肝病毒治疗。

肝博士，你好！

我从小检查患大三阳，肝功能正常，平时无异样，这种情况要吃药治疗吗？

答：目前对于慢性乙肝的抗病毒治疗，是以持续抑制病毒复制，控制炎症，保证生活质量，减少肝硬化、肝癌等出现的可能性为目的。除了所谓“大三阳”、肝功能指标之外，还需要检查病毒DNA定量、腹部B超、肝纤维谱、肝硬度检测、血常规等。然后再结合患者的年龄、性别、家庭病史，才能对病情严重程度、是否需要治疗作出判断。

