

普及肝病知识

指导肝病康复

# 肝博士

2015年 第5期 (双月刊) 总第66期

网上咨询肝病靠谱吗?

病来如山倒, 病去如抽丝  
——谈肝硬化的诊治

美国医生说乙肝

可养肝护肝的药食两用植物

封面报道

## 山高谁为峰

——记首都医科大学北京地坛医院成军教授

零售价10元

ISSN 1673-0550



9 771673 055154

《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



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

# 再接再厉，为肝病科普 做出更大贡献

文 · 贾继东



贾继东：首都医科大学附属北京友谊医院肝病中心主任，主任医师、教授、博士生导师。长期从事肝病临床与科研工作，对慢性病毒性、自身免疫性、胆汁淤积性及遗传代谢性肝病有较多的临床经验。现任国际肝病学会（IASL）主席、中国肝炎防治基金会副理事长等职务，曾任亚太肝病学会（APSAL）主席、中华医学会肝病学会主任委员等职务。并先后担任《中华肝脏病杂志》《临床肝胆病杂志》《肝脏》、*Liver International*、*Hepatology International*、*Journal of Gastroenterology and Hepatology*等国内外杂志副主编或共同主编。

肝脏是人体内最大的实质性器官，其功能多样且任务繁重，容易受到外界及人体自身不良因素的伤害而发生各种疾病。肝脏也是沉默的器官，通常只有损害到相当严重的程度时才会出现相应的临床表现，因此不容易及时得到正确诊断。为满足公众和社会对肝脏健康和疾病科普知识不断增长的需求，《肝博士》创刊以来坚持科普期刊应有的专业精神和社会责任，向公众传播了大量有关肝脏健康和疾病的核心知识和最新信息，值得充分肯定。希望《肝博士》再接再厉，继续为广大读者提供及时、准确、全面的肝脏健康和疾病知识。

**一、是继续强调预防为主。**大力宣传和倡导健康的生活方式就是对肝脏最好的保护。例如，不吸烟、少喝酒，健康饮食、适当运动、控制体重，不随意用药、更不滥用药，注意个人卫生，及时接种各型肝炎疫苗（甲型、乙型和戊型）。同时应强调，要避免盲目相信和过分依赖广告夸大宣传的所谓营养品、保健品和灵丹妙药，也不要被各种打着高科技名号的噱头所迷惑。

**二、是既要重视病毒性肝炎等发展中国家的常见病、多发病，也要重视过去主要见于发达国家的自身免疫、胆汁淤积及遗传代谢性肝脏疾病。**前者诊断相对容易，故应强调长期、规范、系统治疗和随访；后者发病率低、临床表现复杂，诊断较为困难，应强调及时识别、早期诊断，并给予特效治疗方法，以避免进展到终末期肝病而失去治疗机会。

**三、是既要宣传现代医学的威力也要告知公众现代医学的局限性。**现代医学可以预防、诊断和治疗很多疾病，但对很多疾病仍然无能为力。要提倡，对于可以治疗的疾病要坚定信心，进行积极、规范、系统的治疗；而对于目前科技水平无法治愈的终末期肝病、恶性肿瘤等，通过医患双方的坦诚沟通，提倡采取理性、务实的态度，避免无谓的过度治疗所带来的资源浪费和不必要的痛苦。提倡敬畏生命、珍惜健康、科学应对疾病和坦然面对死亡的现代理念，为构建互信、互敬的和谐医患关系做出贡献。



# C 目录 CONTENTS

2015年第5期

## 1 寄语《肝博士》 01

01 再接再厉，为肝病科普做出更大贡献 贾继东

## 2 封面报道 04-08

04 山高谁为峰 东来  
——记首都医科大学北京地坛医院成军教授

## 3 专家访谈 09-17

09 王炳元：健康饮酒，预防酒精肝 黄墨  
16 程明亮：肝纤维化是可以逆转的 黄墨

## 4 本期视点 18-21

18 网上咨询肝病，靠谱吗？ 缪晓辉

## 5 专家意见 22-27

22 慢性乙型肝炎患者健康全程管理专家意见（三） 肝博士杂志社

## 6 肝病论坛 28-43

28 我国由乙型肝炎病毒感染“高流行区”降低到“中流行区” 袁平戈  
30 浅谈他汀类药物造成肝功能损害的防治 郑瑞丹 杨宝燕  
32 半杯啤酒险丧命：浅谈双硫仑样反应 吕伟  
34 病来如山倒，病去如抽丝 孙凤霞  
——谈肝硬化的诊治

主管 重庆市卫生和计划生育委员会

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

名誉总编辑 张定凤 庄辉

总编辑 任红

副总编辑 段钟平 缪晓辉

(按姓氏拼音为序) 王宇明 袁平戈

编辑部主任 张大志

编辑部副主任 黄晨(常务)

营运总监 吴心芬

美术编辑 伍积霖

营运 重庆市汇人健康管理有限责任公司

邮编 400010

地址 重庆市渝中区临江路74号

电话 (023) 63727251

传真 (023) 63701383

电子信箱 ganboshi2010@163.com

编辑专线 (023) 63727251

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 2015年10月5日

定价 10元

- 35 服用抗乙型肝炎病毒药物，牢记“三个点” 王振坤  
39 肠道菌群与肝脏疾病 王风范 鲁晓岚

## 7 医患之间 44-47

- 44 美国医生说乙肝 蔡皓东  
46 共同期待新生命的降临 汤雄

## 8 生活保健 48-51

- 48 可养肝护肝的药食两用植物 苏国权

## 9 病友故事 52-55

- 52 乙肝并不可怕，可怕的是盲目和无知 陈怡  
——记我的乙肝治疗经历

## 10 寻医问病 56-62

- 56 四川省医学科学院 / 四川省人民医院感染科简介  
58 铁与肝脏疾病有什么关系（一） 江远  
60 答读者问 蔡大川

## 11 信息 63-64

- 63 全国肝病科普咨询专家信息

### 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》为精装大16开本、64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) 编辑部购买：汇款地址：重庆市渝中区临江路74号肝博士杂志社，邮编：400010。

**咨询电话：**023-89316366；**Email：**ganboshi2010@163.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”并点击右上角的“添加”按钮。
- 2、在“添加朋友”页面，输入“肝博士”，并点击“放大镜”按钮，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。
2. 本刊稿件从发表之日起，其专有出版权（杂志原本、选编本文版权）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：重庆市渝中区临江路74号，邮编：400010

# 山高谁为峰

——记首都医科大学北京地坛医院成军教授

本刊记者：东来

## 人物档案



成军：1986年毕业于第一军医大学军医系，获医学学士学位；1989年毕业于军医进修学院，获传染病学硕士学位；1994年毕业于北京医科大学，获传染病学博士学位；1994-1997年在美国得克萨斯大学健康科学中心临床免疫与传染病科完成博士后研究。

现任北京地坛医院副院长，首都医科大学传染病研究所所长、主任医师、博导、教授。曾入选北京市十百千人才工程“十”层次，同年获得全国模范军转干部（全国劳模）荣誉。北京市卫生系统传染病学领军人才，享受国务院政府特殊津贴。

兼任国际感染病学会（ISID）执行委员会委员、北京亚太肝病诊疗技术联盟（APALD）理事长、国家卫生计生委疾病预防控制专家咨询委员会委员、中华医学会热带病与寄生虫病学分会主任委员、中华医学会感染病学分会副主任委员，中国医师协会感染病医师分会副会长。《中华实验和临床感染病杂志（电子版）》《中国肝脏病杂志（电子版）》、*Infection International* 总编辑，《中华传染病杂志》、*International Journal Infectious Diseases*、*Hepatology International* 编委。

目前从事传染病，特别是病毒性肝炎的临床医疗工作和基础研究工作，学术研究方向是肝炎病毒与肝细胞相互作用的分子生物学机制，已出版专著 15 部，发表论文及综述 800 余篇。曾经荣获北京市科技成果二等奖、军队医疗成果三等奖，取得国家专利 3 项。

从以上字数不多、篇幅不长的“人物档案”中，你不会看到，在漫长的30几年里，成军如何从一个农家娃成长为晓喻传染病学界的大咖；你不会看到，在阖家团圆

的节假日，他在医院病房、在寂静的实验室中默默的奉献与付出；你不会看到，在同学、同伴玩闹、打牌的时候，他却在一字一字地写下实验记录，记下行医心得，翻看着

世界医学最前沿的文献。如果有人问他，在以上这么多头衔中，你最看中哪个？他会平静而坚定地告诉你：“我既是一名医生，也是学者和老师。”



## 我要做到医者父母心



“都说医生是天使，那么传染病医生是天使中的天使。能用我们的双手，直接服务于那些处于社会最底层、最无助、最贫穷、最需要帮助的传染病患者，是我们一生最大的幸福！”这是成军在基层培训医生时经常说的话。病人有选择的权利，他是我的病人，我就要对他负责，这是对他的尊重，也是对他家人的尊重。抱着这样的理念，在医患关系紧张的今天，成军和许多病人成了好朋友。有病人病愈出

院，发自内心地感谢他时，他都会由衷地说：“不是我的医术多么高明，重要的是您毫无保留的信任我，我们才战胜了共同的敌人——病魔”。

既然是朋友，就会常常做朋友之间才会有的举动。有一天，成军的一位病患朋友给他打电话说：

“成医生，过会儿我老婆会跟您打电话，麻烦您跟她说一下‘我的病不能生气’。”哈！难道肝病是气出来的？好吧，为了病人的身体健

康，成医生权且利用自己的身份做一次和事佬吧。原来病患夫妻俩在家经常拌嘴。病人不想吵嘴，就想了一个办法，告诉他老婆说：“成医生说了，我的病不能生气，你不要和我吵了。”果然，不一会儿病人的老婆打来电话，成军按“要求”作了回答……两个月后，病人专门打来电话表示感谢，说他家现在和睦了不少。医者父母心，说起来只有区区五个字，真正践行起来，却是看似平凡的点点滴滴，但成军做到了。

患者的肯定是对医生最大的褒奖。最让他感到高兴的，还是为普通患者解除病痛。在一家医院信息的网站上，记者看到一名乙肝患者的留言：“我是一名外地患者，因为患有乙肝，工作生活都受到歧视，对自己的病也没有信心。但成院长的医术让我看到了希望。有一次，成院长握住我的手，安慰我，让我觉得好温暖。”这样的留言还有很多，成军深知，对待传染病

患者，最重要的就是给他们多些关怀、少些歧视。

每周二、四上午是成军教授的门诊时间，“每周只有两次太少了，并且经常被各种会议活动冲掉”，为了让更多人了解肝病知识，他积极参与科普教育，通过电视、报纸、网络普及医学知识。2010年底，成军参与制订的2010版《慢性乙型肝炎防治指南》隆重推出。成军说：“全球有乙肝病毒感染者3.5亿人，其中9000多万以上在中国。我梦想找到治疗肝病更有效的先进技术和科学方法，为肝炎病人造福。”集体永远大于个人，没有集体，再优秀的个人也将苍白无力，不成大事。因此，工作中成军始终坚持把集体利益摆在第一位，其次才是家庭和个人。



在2008年北京备战奥运会的关键时期，作为奥运期间涉奥人员传染病定点医疗单位的地坛医院，正值医院整体搬迁的重要关头。当时，北京及其周边地区的手足口病呈上升趋势，媒体的报道使疫情受到了多方关注，一旦处理不好，就会影响百年奥运梦想的实现，甚至影响国家的整体形象。成军顶着巨

大的压力，在院领导的支持下，承担着医院的大量医疗管理工作。那段日子，他吃住都在医院，一边指挥医疗救治，一边指挥医院搬迁。4个月过去了，成军整整瘦了15斤，但换来的却是医院圆满完成2200余例门诊患者、706例住院患者的救治工作，医院也平稳、安全、有序地完成了搬迁。



### 我想把我知道的告诉大家

“生命科学的魅力在于把你的设想通过无数次的实验证实了，你知道并发现了所有人都不知道的生命秘密。”在说到科学研究时，成军两眼放光地说。这时，你会觉得他的研究是有意义的，对你我都是有价值的。

2011年3月22日，百家传染病医院指南巡讲暨中国传染病医院协作网在京启动。自此，每个周六、周日，成军成了真正的空中飞人。

每年50场，这是成军给自己定下的目标。他带领他的团队，以循证医学为指导，每年对全国的1万~1.5万名基层医院的传染科、感染科和消化科医师进行肝病、感染性疾病规范化治疗指导，并通过中国传染病医院协作网长期为临床医师、患者提供具体指导和帮助。“医生这个职业，注定要活到老学到老。”在自己不断充实、自我提升的过程中，成军还想到那些边远地区最基

层的医生，他们最需要最新的转化成果，在最好的专家面对面指导下，为广大基层患者服务。成军带领他的巡讲团队，足迹遍布全国各地。不要以为他去了什么“高大上”的城市，他们经常是下了飞机再经过几个小时汽车的颠簸，才到达目的地。“当你看到那么多基层医务工作者舟车劳顿，不辞辛苦，来听我们的讲座，我们有什么理由抱怨，有什么理由不精心准备。当

你看到学员们课堂上渴求知识的眼神，就觉得一切都值了。”成军教授这样告诉记者。巡讲团所到之处都受到当地基层医生的热烈欢迎。对基层医生行医过程中积累的问题进行答疑解惑，成为激励成军继续行进的动力。他说：“我要把我知道的都告诉大家，只有提高全体传染病医疗队伍的能力，才能推动全民身体素质、健康水平的提升！”



## 我想做到著作等身

2010年，成军参加了第一届北京“十百千人才工程”评选，经过硬打硬的比拼，他在北京市众多行业，专家学者人才辈出的大背景下，成为北京市传染病学科唯一的领军人才。谈及他在科研上成功的秘诀，成军概括为“大胆设想，小心求证。”

如果说要给智商打分的话，成军很谦虚地只给自己打了60分。“我是一个不会使巧劲的人。”与此同时，成军认为自己是一个极有条理、计划性很强的人。“大至一个课题的某个工作阶段，小至一周的工作安排，我都会用计划来量化

我的每一个工作步骤，力争在最有效的时间内，完成每一件事。如偶遇突发事件，那就在工作日记上画个叉，一有空闲，马上补上。”

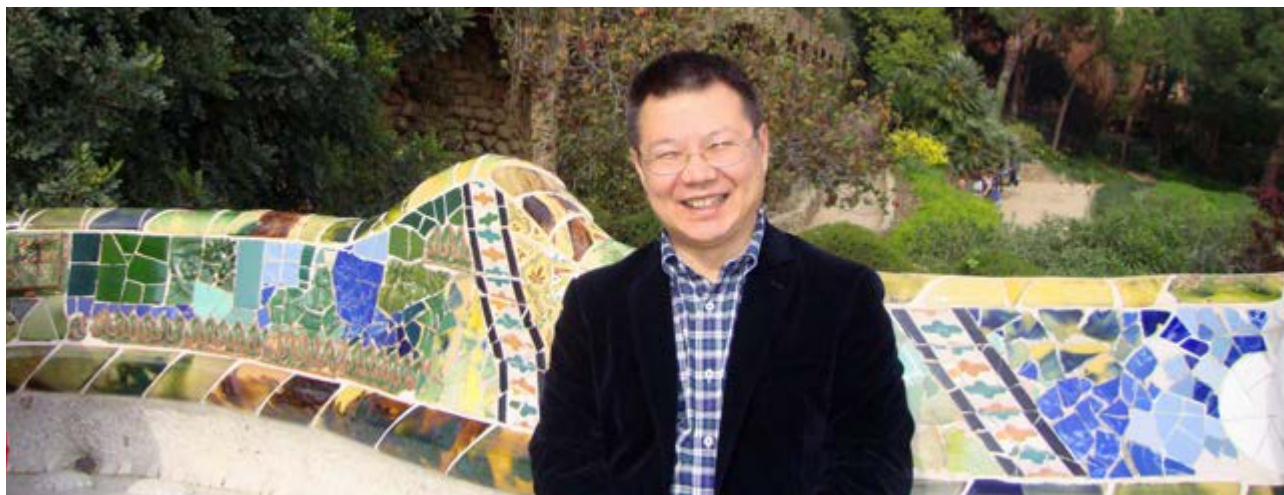
到目前为止，成军发表论文800多篇，专著15部。那些发表在国内外著名期刊上的学术论文，是他夜以继日在实验室一遍遍不断实验的数据结晶；那一本本专著，是他结合自己临床经验，带领专家团队集思广益的结果。有人看他工作那么繁忙，奇怪他哪里有那么多的时间，写出那么多的论文和专著。殊不知他在出差等飞机的时候，都会挤出时间，修改稿件，编写文

稿。成军说，构思好的文章都是一遍遍在心里打腹稿，只要是落在纸上从来都是一次成稿，没有涂涂改改，因为在心里已经涂改了“N多次”。

翻开成军的工作簿，从1998年至今，共带了近两百名博士和硕士研究生。他喜欢学生管他叫“成老师”。作为一个理想主义者，成军希望把自己对科学的理解和亲近传达给年轻人。谈到一个优秀学生的科学素质，成军认为，最重要的是具备敏锐的洞察力和富有创见的前瞻意识，面对外界的诱惑，要坚定自己的研究方向。作为老师，他有







博大的胸怀，有虚心傲骨的品格。他坦言：“我最不怕学生比我强，我盼着他们能超过我。‘科学学（科学的科学）’是阳春白雪的事业，我只是传授先进知识和思想的引路人，而不能充当一个独裁者。我希望我的学生能够从自己最感兴趣的研究项目入手，在宽松的氛围中，充分发挥自己的潜能，进而实现自己的价值。”

成军不仅自己潜心科学研究，而且还倾力打造一支高水准的科研团队。他始终认为：中国的传染病医学要发展，靠的不是某一个人，或者某一项成果，而是一支不断壮大的高水平科研队伍。为此，他尽心尽力带好研究生，天南地北，他带出了一个团队。每年的教师节，几百封问候老师、向成老师汇报成绩的邮件、微博、微信会出现在他屏幕上，这时他会非常欣慰、非常开心地说：“看！我的学生！”

2014年，在成军主导下，北京亚太肝病技术诊疗联盟

（APALD）应运而生，这是一个集产学研为一体的综合性社会团体。到目前为止，北京亚太肝病技术诊疗联盟已经组织了50多场会议。2015年9月，亚太肝病技术诊疗联盟的国际会议在青岛召开，国内外知名专家学者与会，充分交流肝病学最新进展。

“我要做到医者父母心，我想把我知道的告诉大家，我想做到著作等身！”路就在脚下，成军的目标永远在前方。

一路走来，成军的学术论文、综述、专著、成果、主编的3种期刊是他奋进路上大大小小的路标；患

者、同行、学生是他前行路上加油鼓劲的同行者；而亚太肝病技术诊疗联盟，及其所召开的国际会议则是他前行路上必不可少的加油站和补给站。

在攀登的路上，汗水、泪水、痛苦、收获一路相伴，山外有山，目标永远在前方，都说山高人为峰，成军就想做那登上山峰的人，一个追逐着目标，不达目的不罢休的攀登者，他永不停歇，在一步一个脚印，脚踏实地奋勇攀登着。

“都说山高人为峰，我希望山高我为峰。”在采访的最后，成军这样告诉记者。



# 王炳元：健康饮酒 预防酒精肝

本刊记者：黄墨

## 人物档案



王炳元，中国医科大学附属第一医院教授、主任医师，博士生导师，国内知名的脂肪肝和酒精性肝病专家。兼任中国医师协会脂肪肝专家委员会副主任委员，中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组副组长，中华医学会消化分会老年协作组副组长、肝胆协作组委员，辽宁省消化学会分会副主任委员，辽宁省中西医结合肝病学会副主任委员。获辽宁省科学技术进步二等奖1项、三等奖2项；沈阳市科学技术进步一等奖1项。在国内外发表论文120余篇（其中SCI 3篇）；主编或参编了《脂肪性肝病》《脂肪肝与酒精肝防治》《消化医生门诊手册》《乡村医生诊疗手册》等专著。擅长胃肠疾病和肝胆胰疾病的临床诊断和治疗，老年疾病的综合评估和诊疗，老年消化器官衰老的预防和治疗。



**记者：**王教授，您好。感谢您接受《肝博士》杂志专访，就可能造成酒精肝的相关原因，给大家做一个答疑。首先请您介绍一下，酒精肝在我们国家的发病情况。

**王炳元：**我国是一个地域广阔的多民族国家，尚缺乏酒精性肝病的全国性大规模流行病学调查资料，但各地一些流行病学调查为全国酒精性肝病状况提供了一些参考。20世纪80年代初到90年代初，北方的嗜酒人群在一般人群中的比例从0.21%升至14.30%，增长了近70倍。21世纪初，南方及中西部省份流行病学调查结果显示，中国饮酒人群扩大至30.9%~43.4%；人群酒精性肝病患病率为4.3%~6.5%。酒精性肝病占同期肝病的比例在不断上升，从1991年的4.2%增至1996年的21.3%，酒精性肝硬化占肝硬化发

病总数的百分比从1999年的10.8%上升到2003年的24.0%。

2007年7-11月我们采用分层随机抽样法对辽宁省沈阳市、鞍山市和抚顺市年龄7~94岁的常住居民进行了调查，调查城市至少包括2个社区，农村包括2个行政村，至少50户居民。实际调查18 020人，男性10 572人，女性7448人，平均年龄(40.52±19.67)岁。酒精性肝病的患病率为6.8%（标化后为6.1%），其中轻微肝损伤、酒精性肝炎及酒精性肝硬化的患病率分别为4.29%、2.18%及0.35%。2009年正常体检人群中酒精性脂肪肝的患病率为9.7%。可见，北方的长期饮酒者及酒精性肝病的患病率明显高于南方，而且酒精性肝硬化占肝硬化发病总数近1/3。

**记者：**是什么原因造成了酒精肝的发生，或者说哪些原因可能让一个人患上酒精肝呢？

**王炳元：**原因是多方面的，具体来说，包括以下几个方面。

### （1）酒的种类和酒精的量

不同的酒饮料含有酒精的浓度是不同的（啤酒3.5°~4.5°，红酒15°~20°，黄酒10°~30°，清酒15°左右，白酒18°~70°），所以每次或每天喝的酒要换算成纯酒精的量（喝酒的量×酒精的度数÷100×0.8），才知道饮酒的人是否会出现酒精相关的疾病。某些学会（协会）或专家认为每天饮酒20克以下一般不会发生肝损伤，超过40克者酒精性肝

病的风险明显增加，短期内（3天以上）连续大量（每天200克以上）酗酒可引起急性酒精性肝炎，出现谵妄、出血、腹水等，甚至急性酒精中毒导致死亡。

但是饮酒量的确定是非常困难的。主观上患者不愿准确地告诉医生每天的饮酒频率和饮酒量。要准确地了解患者的饮酒量和时间，必须要关心和帮助患者，取得患者的信任。其次要通过患者的亲人、朋友，甚至社区医生进行核实。

### （2）酒的来源

首先要明确一个概念，即酒和酒精不能等同。酒精性肝病的发生肯定与酒饮料中的酒精有关，即使所谓的无醇啤酒也是个概念，因为它仍然含有0.5%~1.0%的酒精，实际上它仍然是含有酒精的饮料。同样浓度的酒精含量对身体的损伤也是不同的，还有学者研究认为某些酒对身体有益，或具有防治肝病的作用，甚至有学者认为某种酒有降低肝癌发生的作用（文献来源于2015全球酒业发展报告）。对此并不要诧异，应该比较科学地认识这一问题，不同的酒之所以有差异，并不决定于酒饮料中所含的酒精，而更重要的是除酒精之外酒饮料中所含的其他成分。

比如，法国的红葡萄酒中含有9.5%~15.0%的酒精，它是由葡萄中的糖份自然发酵后所得，与其他酒饮料中的酒精一样，既可愉悦心情，也可伤害身体。法国的红葡萄酒中含有最多的（80%）是葡萄

果汁，果汁中的水不是酿造过程中添加的，而是葡萄树直接从土壤中汲取的，溶于葡萄内且具有生物学意义上的纯水；水的质量决定于葡萄生长过程中各种环境因素，如大气中的物理成分和纯度，地表的温度和湿度，土壤中的微生物群，紫外线的强弱（我们经常看到很多葡萄架上被覆有不同颜色的网）等。

### （3）制造酒的工艺

红酒不仅是水和酒精的溶液，它有丰富的内涵，目前已知的物质超过1000种，比较重要的有300多种。红酒其他重要的成分如酒酸、果性、矿物质和单宁酸等，虽然这些物质所占的比例不高，却是酒质优劣的决定性因素。质优味美的红酒，是因为它们能呈现一种组织结构的平衡，使人在味觉上有无穷享受。所以，适量饮用红酒对人体健康是有益的，可以保护血管，防止动脉硬化，降低胆固醇等。

是否能够对健康有益决定于制造酒的工艺。酒的整个制造过程大致分7步：①发芽，约需1~2周时间，但需要严格的温度和湿度，苏格兰的威士忌使用泥煤将发芽的谷类熏干；②磨碎，将存放1个月的发芽的谷类在特制的槽内磨碎8~12小时，温度和时间都会影响到麦芽汁的品质；③发酵，将冷却后的麦芽汁加入酵母菌进行发酵72小时左右，使所有的糖分转变为酒精，释放出热量和二氧化碳，此时酒精的品质决定于酵母的种类和数量；④蒸馏，蒸馏具有浓缩和纯化作用，



使刚发酵出来的低度酒逐渐转变为高度酒，纯化“酒心”（掐头去尾留取60%~70%），这也是不同酒类品质的核心，特别是去除了对人体有害的杂醇（如甲醇）；⑤熟化，蒸馏过后的新酒必须经过陈年的过程，使其经由橡木桶吸收各类植物的天然香气，并产生出明显的琥珀色，同时也可逐渐降低其酒精浓度，呈现层次丰富、余味悠长的熟酒；⑥混配，新酒和熟酒的不同比例混配，衍生出不同的口感和品质；⑦装瓶，将混配后的酒过滤后去掉杂质装瓶，然后出售。

上述7个步骤的任何一步都很关键，1000多种伴随物质的产生和多少均决定于每一步的工艺，也就决定了不同酒厂生产的酒类不同。因此不能单纯以喝多少酒来判断是否造成肝脏损伤。特别是市面上部分酒类根本就没有1~5步，直接混配和分装，使伴随物质极少极少，不可能对身体具有保护作用。

### （4）饮酒的持续时间

酒精人均消费量与肝硬化发病率有明显的相关性，乙醇摄入量 >

30克/天者发展为肝硬化或其他代偿期肝病的风险分别是不饮酒者的13.7和23.6倍。英国界定的乙醇量为男性 > 210克/周、女性 > 140克/周，日本为男性 > 50克/天、女性 > 30克/天，我国分别为 > 40克/天和 > 20克/天，时间均界定为5年以上。而美国没有饮酒量和年限的规定，通过DSM-IV-TR酒精使用障碍量表（AUDIT）评估来判定是否有酒精性肝病。

### （5）遗传

饮酒能力与遗传背景关系密





切，并非所有饮酒者都会发生酒精性肝病。美籍非洲和美籍西班牙男性比高加索人酒精性肝硬化的发生率高，新疆的维族比汉族人有更高的酒精性肝病发生率，这些差别与酒精消耗量无关，说明单独用环境因素不能解释为什么人类个体对酒精的敏感度不同，说明种族、遗传以及个体差异是酒精性肝病的重要危险因素，而遗传因素则提供了对

酒精中毒和酒精性肝病的易患体质的解释。

人们对确定相关遗传因素的兴趣日渐增长，这些因素包括对酒精性肝病病理生理过程有促进作用的基因多态性，包括乙醇脱氢酶（ADH）、乙醛脱氢酶（ALDH）和细胞色素P-450系统（CYP2E1）的基因，以及由其调节的内毒素介导的细胞因子的释放都与酒精性肝病的发生有关。其中ADH321（编码 $\gamma$ -1ADH同工酶的基因，此酶可加快酒精向乙醛的转化）频率增加，它与异常的酒精性肝病H2-2等位基因（减缓乙醛的代谢）合并存在将造成乙醛浓度的升高。这种异常可介导一些酒精的肝毒性，还可介导亚洲人的酒精敏感性脸红（潮红反应）和酒精毒性的敏感性增加。最近的研究扩展到内毒素介导的细胞因子释放的不同种类的候选基因，肿瘤坏死因子（与酒精性肝炎有关）、I型胶原

（与肝硬化有关）和锰超氧化歧化酶基因多态性。另外，同卵双胎饮酒的可能几乎是异卵双胎的两倍，在饮酒者中，同卵双胞胎有相似的饮酒频率和饮酒量，有明显更高的肝硬化发病率。

汉族人群的酒精性肝病易感基因ADH2、ADH3和ALDH2等的等位基因频率以及基因型分布不同于西方国家，而CYP2E1 C2多态性只在中国某些民族（朝鲜族）中得到部分证实。这可能是中国嗜酒人群酒精性肝病的发病率低于西方国家的原因之一。

#### （6）性别

女性对酒精肝毒性的敏感性是男性的2倍，与男性相比，更小剂量和更短的饮酒期限就可能出现更重的酒精性肝病。女性酒精摄入量超过20克/天且持续10年以上，5%~41%的患者即可增加肝硬化发生的风险，比男性饮酒量少且饮酒年限短的女性却有可能出现比男性更严重的酒精性肝病。众多的调查数据都支持较低的酒精剂量阈值与女性对酒精性肝病敏感性之间存在相关关系。女性易感性的增加提示酒精体内代谢的差异，特别是枯否细胞产生的细胞因子及胃的酒精代谢存在性别差异。

#### （7）营养不良与肥胖

酒精性肝病病死率的上升与营养不良的程度相关。维生素A的缺少或者维生素E水平的下降，也可能潜在加重肝脏疾病。富含多不饱和脂肪酸的饮食可促使酒精性肝病



的进展，而饱和脂肪酸对酒精性肝病起到保护作用。

酒精本身直接引起肝毒性而不需要有营养不良作为前提。尽管酒精对能量和蛋白代谢产生不良影响，但蛋白和能量不足的发生率及严重程度在酒精和非酒精性肝硬化是相似的。除蛋白-能量代谢异常外，肥胖和饮食习惯可能也是重要的危险因素。在饱和脂肪摄入较高的国家，肝硬化的发生率似乎较预期的低，这一流行病学发现独立于其他危险因素之外，并得到动物实验研究支持。

高脂饮食是发生酒精性肝病不可或缺的因素，在人类肥胖者中狂饮也是酒精性肝病进展的重要因素，肥胖或体重超重可增加酒精性肝病进展的风险，肥胖者中酒精性肝病的发病率较高。虽然肥胖只是一种能量稳态失调的疾病，而很多证据表明肥胖可能会协同加强酒精对肝脏的毒害作用，增加了酒精性肝病各阶段发病的危险性。在超重20%的人群中，酒精性肝病和肝纤维化的发生危险度比正常体重者高2倍。

### （8）其他因素

慢性病毒性肝炎和酒精有明显的协同作用，比单独作用更容易引起严重肝病，输血后丙型肝炎患者大量酗酒发生肝硬化的风险提高30倍。药物或毒物本身可造成肝损伤和降低身体抵抗力，国人用酒泡制药物的习惯可能增加肝毒性。

**记者：**刚才您说到饮酒量和饮

酒年限，是否可以这样说，饮酒的总量是造成酒精肝的直接原因？是否有一个相对安全的饮酒范围呢？

**王炳元：**饮酒的总量肯定是造成酒精肝的重要原因，更重要的是饮酒方式，即间断的狂饮比规律饮酒危害更大，尽管规律饮酒的总量更高。因为肝脏24小时处理酒精的能力是180克，平均每小时处理酒精7.5克（相当于50°白酒18.75毫升以下，不到半两，相当于600毫升啤酒），超过这个量就可造成肝脏损伤。因为酒精代谢需要氧气，过多的酒精不仅直接破坏肝细胞，还可造成肝脏严重缺氧，影响整个肝脏的代谢功能、合成功能和解毒功能。耗氧和缺氧造成的脂质过氧化可持续、甚至瀑布样造成肝损伤，所以嗜酒者即使戒酒仍可表现



为肝脏功能进行性衰竭，甚至出现肝坏死，或者短期内发生肝癌。

酒精代谢的能力与遗传有关，中国人一半以上都存在降解酒精酶的缺陷，所以人群中没有一个统一的相对安全的饮酒范围。但是可以





从两个方面来判断：一是自己的感觉，喝一定量酒后脸红，或恶心呕吐，或心跳加快，或脚底发麻等，均说明酒精已经足量，再增加一定量会出现不同程度的酒精中毒；二是平素能喝酒的人，啤酒一瓶，或白酒一两，或红酒一杯，任其一是一

个比较安全的量。

**记者：**一说到喝酒伤身，大家往往下意识的就想到白酒，而对红酒等却更多去看重它们的其他功效，这种看法是否正确或者说过于片面？

**王炳元：**上面我已经对红酒发表了很多意见，再次想告诫以红酒健身为借口喝酒的人群，适量饮酒的确有益健康，但不能将红酒当啤酒喝，要少饮慢酌，让红酒充分氧化，细细品味，方才能起到健身的作用。

**记者：**我们同时也看到，周围很多常年喝酒的人，他们并没有患上酒精肝，这是否就是刚才提到的种族、遗传以及个体差异呢？喝酒脸红脸白是否也与此有关？

**王炳元：**肝脏对酒精的代谢能力70%决定于种族、遗传和风俗习惯（特别是宗教信仰），所以个体差异较大，还有30%左右决定于喝酒时的身体状态和精神状态，酒逢知己千杯少就是说的后一种情况。

有的人喝酒会脸红，主要是酒精的代谢产物——乙醛引起的。乙醛可以使脸部毛细血管扩张，喝酒后迅速脸红的人意味着能迅速将酒精转化成乙醛，说明他们有丰富、高效的乙醇脱氢酶。乙醛的分解需要乙醛脱氢酶继续代谢，由于这个酶先天缺乏或不足，使体内迅速累积的乙醛迟迟不能代谢，结果造成毛细血管扩张，而面部更显而易见，所以大家描述为脸红。

如果喝酒越喝脸越白，说明



他体内的乙醇脱氢酶和乙醛脱氢酶均缺乏或不足，酒精依赖细胞色素P450来氧化为乙醛，P450氧化速度比较慢，产生乙醛的速度也比较慢，还往往被体液稀释，所以看不出脸红。随着饮酒量的增加，体内会动员更多的体液（实际上就是血液）来稀释体内的乙醇和乙醛，首当其冲是转移皮肤的血液，所以出现皮肤发白。不管什么人，如果他是脸越喝越白的，最好要注意控制饮酒量，不然有急性酒精中毒的可能性。

特别提醒大家，喝酒脸红的人其实不容易伤肝脏，而脸白的人则相反。红脸的人酒后发困，睡上几十分钟就又精神抖擞了；而白脸的则往往很危险，在高度兴奋中饮酒过量，直到烂醉，甚至可能猝死。

**记者：**因为我们现在很多人确实无法做到完全不饮酒，除一些患者需要严格戒酒外，对于一般人，怎么样既能“小饮酌情”，又不至于伤肝伤身，您有什么建议？

**王炳元：**养成健康的饮酒习惯，温馨提示以下6点。

### （1）禁忌空腹饮酒

与进餐时饮酒相比，空腹饮酒大大增加身体的损伤，最好餐后饮酒，饮酒同时适当进食脂肪减缓酒精的吸收速度，增加瘦肉能促进酒精代谢。经常过量饮酒和狂饮能增加酒精性肝病发生的风险。

### （2）禁忌不同类型的酒混合饮用

饮酒种类（如葡萄酒、啤酒



或烈性酒）对肝脏的影响还存在争论，但烈性酒对身体的损伤大家认识比较一致，各种酒混合饮用能够迅速出现醉酒，并且对身体的损伤更大。适量的葡萄酒可能对心血管系统有保护作用，但“适量”很难确定。不同酒类添加剂（辅料）在内的混杂因素也可能共同（或分别）损伤肝脏。

### （3）禁忌狂饮

酒精性肝病的发生与每次的饮酒量有关。每天喝50°白酒超过3两的人5年左右有60%发生脂肪肝，超过6两就有发生肝硬化的风险。值得注意的是，部分人由于分解酒精的酶缺陷，即使小剂量饮酒也会导致明显的肝损伤。

### （4）女性要谨慎

在日常饮酒量相同的情况下，女性对酒精的肝脏毒性作用更敏感，血液中酒精水平也比男性高，比男性更早出现肝病。主要是因为

女性胃内有较高的酒精脱氢酶，使得酒精的首过代谢比男性快，血中酒精的代谢产物乙醛（比酒精毒性更强的物质）含量高；女性的酒精分布容积比男性低，以及雌激素能加速肝脏氧化应激和炎症等。

### （5）胖人要谨慎

75%肥胖的人存在脂肪肝。脂肪变的肝细胞不仅无正常的代谢功能，还可产生大量的有害因子破坏残存的正常肝细胞。酒精同样可使肝细胞发生脂肪变，又可造成急性肝损伤。两者叠加不仅使脂肪肝加重，又可加速炎症、肝纤维化的发生，加速肝硬化和肝癌的发生。

### （6）肝炎患者要谨慎

大量研究表明，慢性丙型肝炎感染患者酗酒会加速肝脏损伤，肝纤维化的风险增加30倍。慢性乙型肝炎患者酗酒比不酗酒者的寿命缩短5~10年，发生肝癌的风险增加5倍以上。



# 程明亮：肝纤维化是可以逆转的

本刊记者：黄墨



## 人物档案



程明亮：贵州医科大学教授，博士生导师，贵州医科大学附属医院副院长。世界中医药联合会肝病专业委员会副会长、中医药防治传染病国家重点研究室主任、中国医师协会感染病分会常委、贵州省科学技术协会常委、贵州省感染病与肝病学会主任委员。

先后主持和参与国家和省部级重大科研项目20余项，其中有科技部重点项目，传染病防治国家科技重大专项课题及国家“973”基础研究计划重点课题；先后在国内外学术刊物上发表学术论文200余篇，其中在国外发表被SCI收录论文52篇，单篇论文影响因子15.8；获省（部）级科技进步奖12项，其中二等奖以上8项；研制创新药物2个，获发明专利1项。

著有中英文专著12部，其中*The Basic Study and Clinical Research on Hepatic Fibrosis* 2002年在美国出版；主编全国高等医学院校规划教材2部（传染病学英文版及案例版教材，分别由人民卫生出版社和科学出版社出版）。

首批全国优秀科技工作者，新世纪首批国家百千万人才，国家杰出专业技术人才，卫生部有突出贡献中青年专家，中共中央联系专家，国务院特殊津贴专家、贵州省省管专家、核心专家，贵州省十大优秀科技人才，国家自然科学基金、国际合作重大项目、中华医学科技奖评委，并担任多家国内外重要学术期刊编委。

**记者：**程院长，您好。感谢您接受《肝博士》杂志的专访。我们今天主要想请您谈谈患者比较关心的几个有关肝纤维化的问题。很多肝炎患者，特别是乙肝患者，都对发生肝纤维化非常担心，特别是“乙肝三部曲”，让很多患者都背上了沉重的病情发展包袱。作为患者，应该怎么去看待从肝炎到肝硬化这一问题？

**程明亮：**很多肝炎患者，特别是乙肝患者对肝纤维化发生的担心，是可以理解的。因为慢性乙肝的感染比较隐匿，一部分患者没有明显的临床症状，也没有定期的到医院进行诊治或随访，有的甚至出现了肝硬化失代偿才到医院就诊。这部分病人就失去了最佳的治疗时机。这种情况使许多患者背上了沉重的包袱。作为患者应该怎样去看待从肝炎、肝纤维化到肝硬化这个问题呢？一般感染慢性乙肝后，发生肝纤维化、肝硬化的自然过程也要数十年的时间（重型肝炎除外）。我想，如家庭成员中有慢性乙肝患者，就应该及时到医院进行检查。因为乙肝的传播主要是血液及母婴垂直传播，并且乙肝还有家庭聚集现象。

**记者：**我们都在说，早发现、早诊断、早治疗，那么是否有一些症状提示患者，肝脏可能已经现出纤维化了呢？

**程明亮：**肝纤维化缺乏特异的、较为明显的临床症状，也没有更多典型的体征，因此患有慢性肝

炎者就应该定期到医院找肝病专科医师随访。在随访中可以监测肝功能，上腹部B超看肝内光点、门静脉直径及脾脏大小是否已经有改变，也可以进行肝脏弹性值（FibroScan）的测定。一般这样就可以初步了解肝纤维化的情况。对于肝功能正常的乙肝、丙肝患者，为了评估是否出现肝纤维化，也可以进行肝活检。

**记者：**在我们做检查的时候，经常有患者一看到B超提示肝实质回声增粗，就觉得自己是不是已经出现肝纤维化了，这种担忧有没有道理？

**程明亮：**这种担忧是有一定道理的，慢性肝炎患者如果B超提示肝实质回声增粗，就意味着有早期的肝脏炎症反应及纤维化的初步形成，需引起高度重视。为了明确是否存在肝纤维化，就应该做进一步的检查。

**记者：**还有一个患者朋友非常关心的问题，就是肝纤维化甚至肝硬化有没有可能得到逆转，逆转的机会有多大？

**程明亮：**肝纤维化甚至肝硬化是可以逆转的，逆转的机会也是很大的。首先应该针对病因进行治疗，若是乙肝或丙肝病毒感染首先要抗病毒治疗，若是非酒精性脂肪性肝病就需要注意适量运动和饮食结构的调整。大量饮酒引起的酒精性肝纤维化就需要严格控制在健康饮酒的标准内。药物引起的肝纤维化应该及时停药，自身免疫性肝病

所致的肝纤维化应该积极采取有效的治疗。临床上还发现一些中药复方制剂对肝纤维化和早期肝硬化也有较好的逆转作用。总之，肝纤维化或早期肝硬化只要得到及时诊治，绝大多数是可以发生逆转的。

**记者：**如果真的出现了肝纤维化，那在日常饮食中应该注意些什么呢？有没有一些具有抗纤维化的食物推荐给大家？

**程明亮：**根据目前国内外的研究报道，肝纤维化的发生发展与人体的氧化应激直接有关，有几种具有较强的抗氧化作用的食物如蓝莓、苹果、咖啡、绿茶、茅台酒（健康饮酒的标准内）等对肝纤维化有较好的辅助食疗作用，肝纤维化患者可以根据实际情况食用。当然还要经常补充一些优质的动植物蛋白质如鱼类、鸡蛋、瘦肉、香菇等，可以为肝细胞的修复和再生提供较好的物质基础，这样肝纤维化就可以得到更好的逆转。



# 网上咨询肝病，靠谱吗？

文 · 缪晓辉（第二军医大学长征医院教授）



如今互联网的发达程度和使用价值远远超过人们的想象和期待，但是，通过互联网看病包括问诊肝病，究竟是否值得期待或靠不靠谱呢？读到这里，如果方便的话，请你打开这个网站：[www.miaoxh.com](http://www.miaoxh.com)，然后再点击“疾病咨询”，你立即可以读到大量肝病患者与一

位感染肝病医生——缪晓辉的文字对话。

这是一个典型的以医学咨询为主的互联网信息交换平台，是我（缪晓辉）的个人网站，这个网站是否靠谱？咨询信息是否靠谱？那当然取决于我这个人是否靠谱。就此解释四点：第一，我是第二军医

大学长征医院的主任医师、教授、博士生导师，具有合法的医师资格证书；第二，这个网站仅提供肝病和感染病咨询，不是传统意义上的看病；第三，咨询过程完全免费；第四，网站有合法备案。

然而，2014年8月，《国家卫生计生委关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》，就远程医疗的服务内容、管理规范和执行机构的基本条件都做出了明确的规定，其中涉及远程医疗服务项目的文字表述如下：“远程病例诊断，远程医学影像（含影像、超声、核医学、心电图、肌电图、脑电图等）诊断，远程监护，远程会诊，远程门诊，远程病例讨论及省级以上卫生行政部门规定的其他项目”。还特别强调：“非医疗机构不得开展远程医疗服务”。随后，国家卫计委新闻



发言人又发布信息：互联网上涉及医学诊断治疗的行为是不允许发生的，只能做健康方面的咨询。这在业界引发了激烈的争论，支持或反对之声均有。国家卫计委发布这样的信息的目的性非常明确，即任何医疗行为都必须确保医疗安全，同时也暗示：在互联网上不见面地作健康咨询可以，作疾病咨询则不行。

再仔细研究国家卫生行政管理部门的相关政策法规后不难发现：在网络上，无论是通过网站还是手机App，医生个人接受病人的疾病咨询都是不合规的，即使是已经实施多年的“远程会诊”，也必须经过医疗机构同意和配套相应的硬件和软件系统，而且要与接受方（邀请方）签署协议，也包括取得患者的知情同意。

尽管如此，众多网上咨询或手机App问病，迄今尚未被禁止。最为大家熟知的某健康网站，自2006年成立至今，已经为无数病患提供疾病咨询。该网站在其主页的显著位置标明“医生使用这个平台为患



者提供基于病情的建议，而非诊疗”，同时还在“咨询专家栏”滚动式地告诉大家“有7万名正规医院大夫给你网络就医指导”。实际上，这个网站不仅以“个人网站”的形式给病人提供网络咨询，还有付费的电话咨询。这个存在了近10年的网站及其就诊行为是否合法，没有人给出过答案，公认的事实是：它还在运行。大家造访一次就会注意到：其注册医生的身份都是真实和明确的，而且任何注册医生都提供过相应的单位证明和资格证书。这就从一定程度上“保证”了诊治建议的可溯源性，也就是说能找到回复医生的来路。

再说我的网站。它始建于2005年上半年，后因改版，使得目前显

示的第一个回复病例发生在2006年1月30日。创办网站的直接原因是因为繁重的医院管理工作使得我无暇查房、无法看门诊，于是在一夜之间就想到建一个个人网站，以此作为平台，利用“碎片”时间，提供肝病咨询、讲故事、发表学术心得和医学科普。不到一年，通过口口相传，再加上百度的强大搜索功能，我的网站很快传遍全球，再后来就不得不限制“疾病咨询”栏的问病人数，每天只回复10例。在网站向我提问的肝病或感染病人，可以在提问的次日得到回复。凡是既往治疗欠规范的病人都在我的指导下得到方案的调整，走向了康复之路；大多数病人在我的耐心、多次劝慰和引导下走出了疾病折磨后的心理阴霾；很多育龄女性（也包括男性）因得到我的指导而喜获宝宝；也有不少因为受到乙肝歧视而濒临解体的家庭在我的正确宣教下获得挽救。近10年里，送给我诸如“指路明灯”、“救命恩人”、“大师”、“在世李时珍”等等赞美之词者不计其数。

在回复病人中我掌握了以下几个重要的原则：第一，大多数情况





下给出的指导意见都带有“建议”二字；第二，能够肯定的就肯定，不能肯定的则表明一个或多种倾向性的意见或观点；第三，对于复杂、疑难和危重病例一定要求患者到当地医院就诊或到我的线下门诊面诊；第四，绝不违背国内外指南或专家共识的诊治肝病原则，绝不故意引导患者使用不被指南推荐的某种、某类药物或某种诊断方式；第五，对不接受诊治建议“一意孤行”而又要反复问诊者，在旗帜鲜明地表达自己观念的同时，说清楚责任自负；第六，充分保护病人的隐私，我的回复是在后台进行的，只有我能阅读到病人的涉及隐私的个人注册资料；第七，提交回复的文字后即不做修改，即使有误，也是在再次回复时加以说明和纠正，并致歉意。

迄今，向我问病的患者，来自全国的各个地区，可谓全覆盖，也有来自美国、加拿大、澳大利亚和西班牙等国的中国患者。截至本文

形成之日，已经有6636人在我的网站成功问病。我每天花费一个半小时，总回复次数接近10万，键入字数超过千万，相当于十本巨著！近十年里，如果按照正常工作时间计算，我用去累计600个工作日（相当于两年工作时间）为病人义务咨询。回复病人的地点不仅在家里和办公室，更有机场候机室、飞机（离线）、列车、小汽车上、会场等。

说到疾病咨询安全，迄今仅发生过一次“医患纠纷”：一位来自美国的年轻中国女性肝病患者，她在向我报告乙肝病史的同时，还告知她“抽烟、喝酒、熬夜”等，因此我在回复的时候就“教训”了她几句，于是她“暴跳如雷”（也许这位中国老外认为抽烟、喝酒是她的私事），愤怒地声称我没有资格教训她，并表示不再咨询我。可见，我开办了9年半的网站咨询室，其“纠纷”发生率不足万分之二，要比面诊纠纷率低很多！举这个例

子的目的是想告诉大家一个事实：把握好网络咨询的定位和基本原则，医疗风险是可以规避的。

我认为，当前的互联网医疗咨询存在良莠不齐、鱼龙混杂的状况，不可对其笃信无疑，但也有很多网站和医患互动平台值得信赖。那么老百姓如何利用互联网这个便捷的平台，足不出户就能得到正确的疾病诊治指导而不至被耽误呢？教给大家三个“学会”：

（1）学会识别“钓鱼”或虚假网站。请大家掌握两点：第一，当你输入一个正规医院院名的时候，出现了一个和该医院很相似的院名，同时又标以“分院”、“合作”等字样，对这个网站你一定得留神；第二，提问不到两句话，就很快提醒你看某某专家，对这样的网站你一定要提防。一般来说，除极少数外，公立三甲教学医院的官方网站提供免费咨询者不多，原因很简单，这些大型医院的专家们没有足够的时间来维护免费疾病咨询





疗效的文字，一定要引起警觉。比如“根治乙型肝炎”、“转阴药物”、“权威机构认证”的疗法等，纯属胡言。须知，迄今为止乙肝是不能根治的，全球感染或肝病学界或学者，从来不会使用“转阴药物”、“大三阳转小三阳”之类的字眼，即使表述某种药物的效果，也是介绍权威指南给出的某个百分率；对一些时髦的所谓现代治疗方法，也要慎重对待；如果有提供咨询者要求你通过某种途径购买某种药物或治疗设备，那基本上是诱饵或骗局，正规医院的正规医生，绝对不会在网上明目张胆地推销药物。

的业务。至于那些已经拥有很高知名度的专业医学网站则另当别论。

年肝病医生活跃在一些网络咨询平台上，他们都是靠谱的。

(2) 学会识别提供咨询者的身份。对那些在自我介绍中多次出现“某某会员”者，要留个心眼。绝大多数“会员”并不是学术职务，尽管成为会员也设置了一定门槛。中华医学会等民间学术组织的“委员”或“常委”才是真料。在我国的肝病界，中华医学会感染病学分会和中华医学会肝病学分会，以及各个省市自治区相应的分会，才是由专家组成权威的学术机构，在这些机构任职的专家一定是“靠谱”的。不过非常遗憾，除极少数外，这些学会的资深专家，要么太忙，根本无暇定期在网上提供肝病咨询；要么年事已高，不太熟悉网络咨询的操作方法而不会出现在咨询网站。然而，也的确有很多中青

(3) 学会从提供咨询者使用的词句识别真伪。对那些动辄使用极端的语言，夸大或承诺某种药物

**最后特别提醒：**凡是要求你打开钱包购买治疗肝病药物的咨询答复，基本不靠谱。还要送你一句话：互联网医疗有风险，网络咨询需谨慎。

**“肝友汇”手机应用程序是专业的肝病医生及患者线上互动交流平台，具有肝病在线咨询、患者随访管理、线上肝病科普、患者在线交流等功能。目前已有2000名全国二甲以上医院的感染、肝病、消化等科室医生入驻，为数万肝病患者提供电话咨询、图文咨询、在线随访、门诊预约等服务。**



# 慢性乙型肝炎患者健康全程管理 专家意见（三）

肝博士杂志社



## 22、慢性乙肝治疗的目标是什么？

乙肝防治的目标：通过疫苗预防接种，阻断传播途径，积极有效抗病毒治疗，最终控制并消除HBV感染。

慢性乙型肝炎治疗的目标是最大限度地长期抑制病毒复制，改善和恢复肝功能，减轻肝细胞炎症坏死和肝纤维化，延缓和减少终末期肝病如失代偿性肝硬化、肝细胞癌及其他并发症的发生，从而改善生活质量和延长生存时间。

所以，目前来讲，抗病毒治疗是临床治疗慢性乙肝的关键，只要有适应证，就应当进行规范的抗病毒治疗。



## 23、为什么说抗病毒治疗是慢乙肝治疗的关键？

乙型肝炎病毒感染人体后疾病的进展，主要由人体的免疫功能状态和病毒本身的生物特性决定，其他因素

如劳累、饮酒和药物等会加重病情，使病情复杂化。病毒在体内持续复制，激发机体对病毒的免疫反应，导致肝脏受损。如果免疫反应强而有效，有利于病毒清除；如果免疫反应较弱，不能清除病毒，引起炎症反应，则会导致肝组织反复损伤，纤维组织增生，最终导致肝脏的形态发生改变，形成肝硬化，少许患者甚至发展成肝癌。

因此，病毒持续复制是慢性乙肝疾病进展的根本原因。如果在恰当时机进行抗病毒治疗，通过长期抑制病毒复制，可以减少免疫反应对肝脏的损伤，阻止或延缓疾病的进展。

既往研究证据已表明，通过抗病毒治疗，可以延缓甚至逆转肝硬化，减少肝癌，但还不能完全阻止肝癌的发生。

## 24、什么情况下需要抗病毒治疗？

理论上讲，感染HBV后，如果能够检测到病毒都是乙肝病毒感染者，都应该抗病毒治疗。但是，由于现有抗病毒治疗药物作用局限性的，只能抑制病毒且靶点单一，还达不到彻底清除HBV的效果。在临床实际工作中也发现，ALT持续正常的患者，抗病毒效果差，且容易出现耐药。因此，存在持续或反复ALT升高，同时HBV DNA阳性的患者，应该积极抗病毒治疗。

抗病毒治疗的一般适应症包括：（1）HBV

DNA  $\geq 10^4$  拷贝/ml; (2) 肝生化指标异常, ALT大于2倍正常值上限; 如用干扰素治疗, ALT应小于10倍正常值上限, 血清总胆红素应小于2倍正常值上限; 如果ALT小于2倍正常值上限, 但肝组织学显示炎症坏死或纤维化分级在2级以上。

对持续 HBV DNA阳性、达不到上述治疗标准、但有以下情形之一者, 亦应考虑给予抗病毒治疗。

(1) ALT持续正常但年龄较大者 (>40岁), 应密切随访, 最好进行肝活检或FibroScan等无创性肝纤维化检查; 如果肝组织学显示炎症坏死或纤维化程度较重, 应积极给予抗病毒治疗。如果患者有肝硬化、肝细胞癌等终末期肝病家族史, 则更应积极抗病毒治疗。(2) 对ALT大于正常值上限且年龄 >40岁者, 应及时进行抗病毒治疗。

但是在开始治疗前应排除由药物、酒精或其他因素所致的ALT升高, 也应排除应用降酶药物后ALT暂时性正常。由于慢性乙型肝炎抗病毒治疗情况复杂, 专科特性强, 建议乙肝患者到正规医院的专科进行检测和治疗。



### 25、几种抗病毒治疗药物都有什么特点?

目前的抗病毒治疗药物可分为两大类, 即干扰素和核苷(酸)类药物。

干扰素有直接抗病毒和免疫调节双重作用, 远期疗效较好, 疗程相对固定, 但其副作用较突出, 需要注射给药, 肝功能失代偿和肝衰竭患者禁用。

核苷(酸)类药物的优点是服用方便, 抑制乙肝病毒作用快, 不良反应较少, 肝功能失代偿患者也可以使用; 缺点是服用时间长, 长期服用可致病毒耐药变异, 盲目停药使病情加重, 停药复发率高。



拉米夫定抗病毒作用较强, 安全性良好, 可用于2岁以上儿童, 但耐药率高; 阿德福韦酯耐药率相对不高, 但抗病毒作用较弱, 对高病毒载量者效果差, 长期应用时需注意其潜在的肾毒性风险, 要随访肾功能指标, 对肾功能衰竭或存在潜在肾功能损害的患者尤其要加强监测; 替比夫定安全性良好, 抗病毒作用较强, 但耐药率偏高, 临床应用中曾有个别病例可能发生横纹肌溶解、周围神经炎, 应密切监测; 恩替卡韦抗病毒作用强, 耐药率低, 长期应用安全性好; 替诺福韦酯的抗病毒作用强, 耐药率极低, 但有骨软化症、潜在肾毒性等不良反应。所以, 强效低耐药的恩替卡韦和替诺福韦酯已成为重要的首选口服抗病毒药物。

拉米夫定、替比夫定、替诺福韦酯在与患者及家属充分沟通情况下可用于孕期治疗。

### 26、如何根据病情和药物特点选择适合的药物?

患者具有抗病毒治疗适应证时, 应根据病情、药物的安全性、有效性、耐药性的风险、患者的偏好、治疗药物的可及性等进行综合分析, 选择合适的治疗方案。

(1) 有干扰素抗病毒治疗指征, 患者愿意使用干扰素, 而条件允许的情况下, 尽可能考虑聚乙二醇干扰素抗病毒治疗。



(2) 若患者不愿使用干扰素，则可考虑选用核苷(酸)类药物抗病毒治疗。

(3) 患者处于肝功能失代偿状态，如失代偿性肝硬化、肝衰竭，选择核苷(酸)类药物抗病毒治疗。

(4) 核苷(酸)类药物需要长期治疗，恩替卡韦、替诺福韦酯的抗病毒活性最高，耐药性发生率很低，可作为初始治疗患者的一线治疗药物，特别是病毒载量高的患者，更应首选。在实际临床过程中，如果选择了替比夫定、拉米夫定等容易耐药的药物，则应注意随访监测，使用优化治疗方案，提高疗效，降低耐药。



### 27、哪些初治患者适宜选用干扰素抗病毒治疗？

干扰素同时具有抗病毒和免疫调节的作用，可以提高乙肝病毒e抗原和表面抗原转阴率，停药后复发率低。对于初治患者，以下几种情况适宜选用干扰素抗病毒治疗：

(1) 相对年轻的患者，计划在2~3年内有生育要求的患者，希望在较短时间内完成治疗的患者。

(2) 初次接受抗病毒治疗的患者，若ALT水平 $\geq 2$ 倍正常值上限，但 $\leq 10$ 倍正常值上限（注意排除由药

物，酒精和其他因素所致的ALT升高）；总胆红素水平 $\leq 2$ 倍正常值上限，适宜干扰素治疗。

(3) 病程短，非母婴传播者更适合干扰素治疗。

(4) 没有精神分裂症、甲状腺病、心脏病、癫痫、自身免疫病、严重神经衰弱、抑郁症等基础疾病。

### 28、干扰素的疗效和安全性如何？

现有的干扰素分为普通及Peg（即长效）两种，Peg干扰素疗效优于普通干扰素，应该尽量选择。干扰素治疗方案必须强调个体化，结合患者的年龄、性别、肝脏炎症程度、乙肝病毒基因型和病毒水平，治疗过程中的病毒下降程度等确定剂量和疗程。治疗前HBV DNA水平、HBsAg水平及治疗过程中（12周、24周）的降低幅度对疗效有较好的预测作用，总体治疗有效率为30%左右。干扰素治疗虽然有较多的副作用，但总体来说还是比较安全的，通过按期随访可以发现少数严重的不良反应，及时调整干扰素的剂量、加用一些针对性措施，可以有效避免危及生命的情况发生，保证按计划完成治疗，从而达到预期效果。

因此，在治疗前医生和患者应充分沟通，讨论目前的疾病状态、进行治疗的必要性、可以选择的治疗方案、干扰素治疗的疗效、治疗过程中可能出现的问题及解决办法、定期随访的重要性等，达成一致意见后再开始治疗，提高患者的依从性，尽量保证按预定方案进行治疗、随访，提高疗效。



## 29、如何对待干扰素的不良反应？



(1) 治疗初期，最常见的是流感样证候群如发热、寒战、头痛、肌肉酸痛和乏力等，服用解热镇痛药，即可减轻症状。

(2) 外周血中性粒细胞和血小板减少主要发生在开始治疗1~3个月以后，前者可用粒细胞集落刺激因子，后者可用巨噬细胞集落刺激因子。中性粒细胞绝对计数 $\leq 0.75 \times 10^9/L$ ，血小板 $< 30 \times 10^9/L$ 时，则应停药。

(3) 精神异常主要为抑郁、妄想症、重度焦虑等。用药前应评估患者的精神状况，治疗过程中应密切观察。抗抑郁药可缓解此类不良反应，但对症状严重者，应及时停用。

(4) 诱发自身免疫性疾病如皮疹、甲状腺疾病、糖尿病、关节炎和红斑狼疮样综合征等，严重者应停药。有精神分裂症病史或有血缘关系的家族成员中有精神分裂症患者的，禁用干扰素。

(5) 其他少见的不良反应包括肾脏损害、心血管并发症、视网膜病变、听力下降和间质性肺炎等，必要时停药。

## 30、通过哪些指标可以预测干扰素的疗效？

我们主要通过HBV DNA定量水平的变化和HBeAg、尤其是HBsAg的定量水平变化预测干扰素的

疗效，治疗中的检测时间点可分别为干扰素治疗后的第4、12、24、36、48周。

(1) 治疗前因素：HBeAg阳性慢性乙肝，抗-HBe血清学转换的预测因素为病毒载量低（HBV DNA $< 2 \times 10^8$  IU/ml），血清ALT水平高（ $> 2 \sim 5$ 倍正常值上限），HBV基因型和肝活检显示活动性评分高。HBeAg阴性慢性乙肝，还没有强有力的治疗前病毒学应答的预测因素。

(2) 治疗期间：HBeAg阳性慢性乙肝，在12周时HBV DNA下降至 $< 20\,000$  IU/ml，有50%的机会出现抗-HBe血清学转换。12周时HBsAg水平下降低于1500 IU/ml是出现抗-HBe血清学转换强有力的预测因素，而在12周时HBsAg水平 $> 20\,000$  IU/ml或没有下降，则随后出现抗-HBe血清学转换的机率非常低。在24周时HBeAg水平也可预测抗-HBe血清学转换。

HBeAg阴性慢性乙肝，在12周时HBV DNA下降至 $< 20\,000$  IU/ml，据报道有50%的机会出现持续的治疗后应答。在欧洲D基因型的HBeAg阴性患者，HBsAg无下降同时HBV DNA下降幅度 $< 2$  lg IU/ml是无应答的预测因素。



## 31、干扰素治疗效果不好怎么办？

为了使患者在干扰素治疗过程中取得最大获益，选择优势患者十分重要。其中包括年龄、性别、病程、感染途径、ALT水平、HBV DNA和HBsAg水平等因

素。治疗过程中应进行包括不良反应和疗效指标的监测，治疗初期以监测不良反应为主，治疗1个月以后应结合疗效指标进行监测。

疗效监测指标应包括ALT、HBV DNA、HBeAg或HBsAg定量或半定量检测，应关注这些指标的动态变化。不同患者发生病毒学应答的模式不同，早期应答可出现在治疗后3个月之内、延迟应答可出现在治疗后6个月，甚至6个月以上。对于未出现早期病毒学应答的患者，应在继续治疗过程中更加严密观察，关注HBV DNA的动态变化，关注是否可能发生延迟应答。对于治疗过程中HBV DNA下降，继续治疗时又再次上升1个lg以上，应及时复查，排除检测误差者可能提示治疗失败，再考虑是否改变治疗方案。

目前的临床研究结果表明，干扰素治疗6个月时，患者的HBV DNA无下降，同时HBsAg、HBeAg也无下降者，继续单用干扰素治疗的疗效很差，可以加用阿德福韦酯或替诺福韦酯联合治疗，或停用干扰素，改用核苷（酸）类药物治疗。

### 32、哪些初治患者适宜选用核苷（酸）类药物抗病毒治疗？



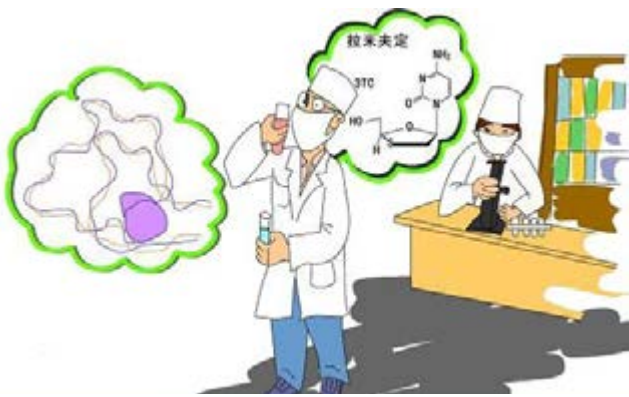
核苷酸类药的优点是应用方便，每天只需服一片药；安全性好，很少不良反应，抑制病毒复制的作用很强，能较快改善病情。对于任何有抗病毒适应证的初治患者，原则上均可选择核苷（酸）类口服药物，以下几

种情况适宜首先选用核苷（酸）类抗病毒治疗：

（1）不适宜使用干扰素治疗的患者：①患者存在严重的其他疾病；②肝功能失代偿、肝衰竭和失代偿性肝硬化患者；③肝功能失代偿发生的风险较高，总胆红素升高大于30  $\mu\text{mol/L}$ ，或ALT、AST大于正常值上限的10倍；④患者不愿接受干扰素治疗。

（2）早期肝硬化：这类患者既可用干扰素，亦可用核苷（酸）类抗病毒药。但由于部分患者对干扰素的耐受性较差，甚至有发生肝功能失代偿（诱发肝衰竭）的可能，干扰素治疗存在风险，故除非全面评估，慎重权衡利弊，确定哪些早期肝硬化患者比较适合干扰素治疗外，其余患者还是使用核苷（酸）类药物抗病毒治疗更加安全。当然，肝功能失代偿期抗病毒治疗只能选择核苷（酸）类药物。

（3）乙肝患者妊娠期出现肝炎发作，ALT明显升高，且病毒载量高，必须抗病毒治疗，可选核苷（酸）类药物中的替比夫定或替诺福韦酯，这样既能控制母亲的肝脏炎症，同时又可通过降低或清除病毒而阻断母婴传播。



### 33、核苷（酸）类药物的疗效和安全性如何？

核苷（酸）类药物的疗效明确，可以有效抑制HBV复制，长期治疗有效的患者，肝脏的炎症、纤维化程度逐渐减轻，可有效阻止或延缓疾病的进展。临床研究已观察到部分早期肝硬化患者中，治疗3~5年后，肝硬化逆转为肝纤维化的现象。而且可应用于治疗肝衰竭、失代偿性肝硬化患者，长期应用后，患者肝功能可由失代偿改善为代偿期，可以减少患者肝功能失代偿的发生

率，稳定病情，大幅度提高患者的生存质量。

核苷（酸）类药物耐受性良好，可以长期服用，但长期服用要注意几个问题：肾功能损害、骨密度下降及范可尼综合征、肌病而引起的肌酸激酶升高、严重肝病患者使用发生的乳酸酸中毒、肝脂肪变性等，因此，治疗前应评估患者是否存在潜在的风险因素。治疗期间须密切监测，每3个月随访评估疗效及不良反应。



### 34、核苷（酸）类药物都有哪些不良反应？

核苷（酸）类药物的不良反应较少，最常见的不良反应有乏力、晕眩、呼吸道感染样症候群、头痛、腹部不适、腹痛、恶心、呕吐、腹泻、皮疹、脱发、骨质疏松等；较严重的不良反应有乳酸性中毒、肾功能损害、严重的肌酸激酶（CK）升高、急性胰腺炎、周围神经炎等。应当在专科医生处定期随访，监测严重不良反应的发生，及时进行相应的治疗方案调整和处理。核苷（酸）类似物治疗效果不好的患者要分三种不同的情况来区别处理。

### 35、核苷（酸）类似物治疗效果不好怎么办？

（1）有的患者治疗初始时，仅仅只有HBV DNA定量高，而ALT正常且无早期肝硬化表现，治疗后HBV DNA无明显下降。对于这类患者一般暂时不需要药物治疗，可以停药观察，定期监测病毒定量和ALT。停药前最好能行肝穿刺肝组织活检检查，或行FibroScan等无创肝纤维化检测，了解肝脏的炎症及纤

维化程度，准确判断是否需要继续抗病毒治疗。

（2）确实具有抗病毒治疗指征而治疗效果不好的患者，首先需要寻找原因，排除依从性不好、误买假药等情况。若无上述原因，就需要进一步行耐药基因检测明确是否出现耐药。

（3）对于已发生核苷（酸）类药物耐药的患者，治疗方案的调整思路包括：①单用某种核苷（酸）类似物耐药的患者，可与无交叉耐药位点的另一种核苷（酸）类似物联合，如既往使用的是拉米夫定、替比夫定或恩替卡韦，也可换用替诺福韦酯；②在没有干扰素使用禁忌证的情况下，也可采用与干扰素联合、序贯或者换用的方案进行下一步的抗病毒治疗。

（4）优化治疗策略可提高核苷（酸）类药物治疗效果：①拉米夫定、替比夫定单药治疗6个月时，患者HBV DNA仍为阳性，可加用阿德福韦酯，提高HBV DNA转阴率，减少耐药发生率；②阿德福韦酯单药治疗12个月以上，HBV DNA仍为阳性，可加用拉米夫定、替比夫定，或换用恩替卡韦，可提高HBV DNA转阴率，减少耐药发生率。



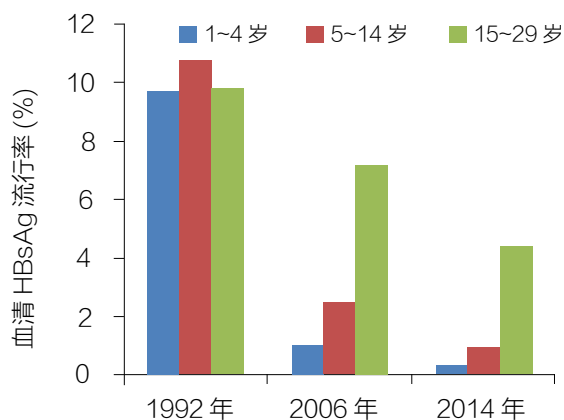
# 我国由乙型肝炎病毒感染 “高流行区”降低到“中流行区”

文·袁平戈（主任医师）

2015年7月28日是第五个“世界肝炎日”，今年我国的宣传主题是“预防肝炎，立刻行动”。在此之前的7月24日，中国病毒性肝炎防控研讨会在北京召开。会议上，中国疾病预防控制中心冯子健副主任介绍了2014年最新的全国1~29岁人群乙型肝炎血清流行病学调查结果。这是我国开展的第3次全国乙型肝炎血清流行病学调查，与前两次（1992年和2006年）调查结果相比较，我国1~29岁人群乙型肝炎病毒感染率持续、显著降低。这次调查方法与2006年采用的抽样、实验室检测方法等均相同，在全国31个省、自治区、直辖市的160个疾病监测点进行抽样，抽取村庄、城市社区324个，3.1万余人，调查结果如下。

## 一、乙型肝炎表面抗原（HBsAg）流行率

HBsAg是乙型肝炎病毒（HBV）的血清标志物，检测人体血清HBsAg能反映人是否感染了HBV。2014年调查结果显示：血清HBsAg流行率，1~4岁人群为0.32%、5~14岁为0.94%、15~29岁为4.38%。而这3个年龄段的血清HBsAg流行率，



1992、2006、2014年1~29岁不同年龄段人群血清HBsAg流行率比较

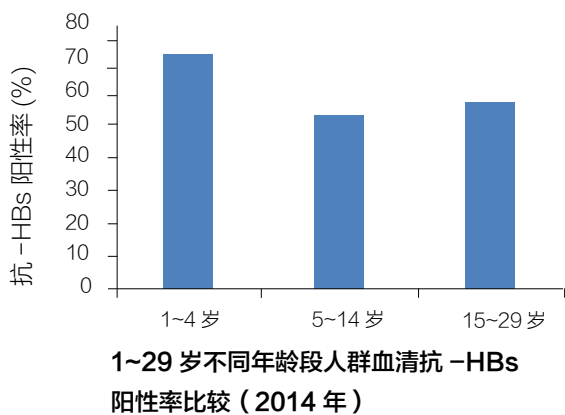
1992年分别为9.67%、10.74%和9.76，2006年分别为0.96%、2.42%和7.1%。通过这些数据可以看出，2014年与1992年、2006年相比，1~29岁人群HBV

感染率显著降低。调查结果还显示，14岁以下儿童HBV感染率已降低到1%以下，说明我国乙型肝炎计划免疫工作取得了显著成果。

## 二、乙型肝炎表面抗体（抗-HBs）阳性率

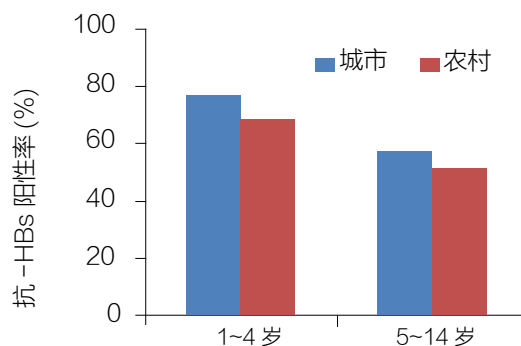
抗-HBs是一种保护性抗体，人体感染HBV后，免疫系统发挥作用与HBV作斗争，机体产生抗-HBs说明病情恢复；注射乙型肝炎疫苗后产生抗-HBs，说明免疫成功；注射高价乙型肝炎免疫球蛋白后，可检测到抗-HBs，3个月后抗体水平慢慢降低。

2014年调查结果显示，血清抗-HBs阳性率，1~4岁为71.63%、5~14岁为52.88%、15~29岁为56.94%，说明我国1~29岁人群对HBV有抵抗力的人增加了。1~4岁有超过71%的儿童对HBV有抵抗力，不会感染HBV，这是注射乙型肝炎疫苗的功劳。



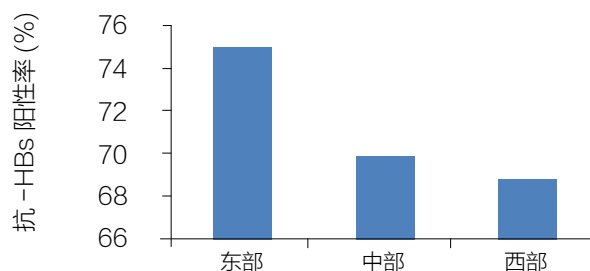
我国乙型肝炎疫苗已于1985年开始陆续批准生产和使用，从1992年1月1日起对全国新生儿和学龄前儿童推行乙型肝炎疫苗接种工作，1997年起又将乙型肝炎疫苗接种纳入计划免疫，为我国乙型肝炎病毒感染率大幅度降低起到关键作用。

2014年的调查结果显示：血清抗-HBs阳性率，城市和农村1~4岁人群分别为76.8%和68.36%，5~14岁人群分别为57.74%和52.00%，说明农村乙型肝炎疫苗接种率低于城市。



城市和农村1~14岁人群抗-HBs阳性率比较（2014年）

从地区分布看：东部、中部、西部地区1~4岁人群抗-HBs阳性率分别为75%、70%、69%，说明东部地区乙型肝炎疫苗接种率高于中、西部地区。



东部、中部、西部地区1~4岁人群抗-HBs阳性率比较（2014年）

另外，献血员筛查、血制品的监控、医源性感染的控制、母婴传播的阻断、对慢性乙型肝炎的抗病毒治疗等均对乙型肝炎感染率大幅度降低起到重要作用。

相信，再通过30年的努力，把我国乙型肝炎病毒感染率降低到1%以下的低流行区标准，是完全有希望达到的。

# 浅谈他汀类药物造成肝功能损害的防治

文·郑瑞丹 杨宝燕（福建省漳州市正兴医院肝病内科）

我国已逐渐步入老年化社会，心脑血管疾病的发病率呈不断上升的趋势。血脂异常对心脑血管疾病的发生、发展与预后均起着重要作用。他汀类药物（包括辛伐他汀、普伐他汀、洛伐他汀、阿托伐他汀等）临床上常被用于治疗高胆固醇血症，从而达到抗动脉粥样硬化和预防心脑血管疾病的目的。然而，随着他汀类药物的普遍应用及剂量的加大，临床上与他汀类药物相关的肝损害屡见报道。那么，影响他汀类药物造成肝损害的因素有哪些，又如何防治呢？

## 一、他汀类药物造成肝损害的影响因素

1、服用剂量：他汀类药物所致肝损害的发生与服用剂量有一定的关系，每天服用20毫克的剂量，一般不引起转氨酶升高，但如剂量增加至40毫克或大剂量80毫克时，

就会出现以转氨酶升高为特征的肝损害。因此，他汀类药物每天服用的剂量如大于40毫克，则需注意加强对肝功能的监测。

2、服用疗程：为预防心脑血管疾病的发生，往往需长期服用他汀类药物。现有临床证据表明，每天小于20毫克的剂量，长期服用他汀类药物是安全的。尽管临床上肝损害与疗程的关系不大，但对于长

期服用他汀类药物治疗的患者，尤其是服用超过半年的患者而言，每3个月监测肝功能是必要的。

3、联合用药：联合用药是他汀类药物所致肝损害的重要危险因素。临床一些药物如氯吡格雷、阿奇霉素、胺碘酮、罗红霉素、非诺贝特、氟他胺、曲格列酮等与他汀类药物联合应用，可促进他汀类药物所致肝损害。因此，临床如需联



合上述药物，则应加强对肝功能的监测。

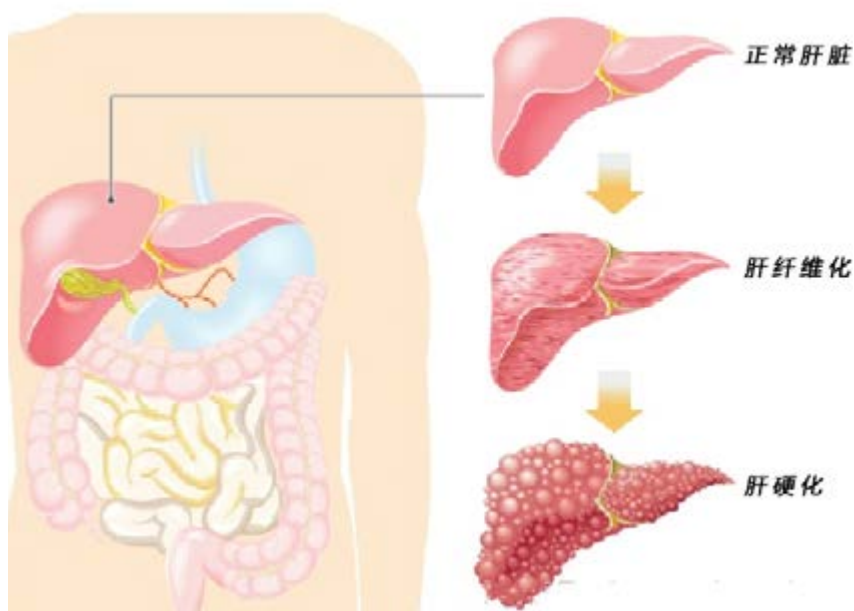
4、性别与年龄：他汀类药物所致肝损害，在男性和老年患者中发生率较高，主要是由于男性和老年患者心血管病发生率高，使用他汀类药物几率更高。临床上如转氨酶升高的同时伴有胆红素升高，或者转氨酶高于10倍正常值上限，则认为出现了他汀类药物的肝毒性，需停药并加强保肝药物的治疗。一般来说，停药后2~3个月内，转氨酶可恢复正常。

5、乙肝病毒感染：乙肝病毒感染者在病情恢复（转氨酶、胆红素降至正常）以前不宜服用他汀类药物。已有证据表明，乙肝病毒感染者，特别是慢性乙型肝炎患者服用他汀类药物可明显增加肝损害的发生率，因此提示这类人群应用他汀类药物应慎重，对服用者应加强肝功能监测，且服用也应该以小剂量为主。

## 二、他汀类药物诱导的肝酶异常的预防

高剂量、联合用药、有肝病史是他汀类药物诱导的肝酶异常的危险因素，预防他汀类药物诱导的肝损害主要有以下几点。

1、严格掌握用药指征：非酒精性脂肪肝患者可应用他汀类药物，慢性乙型肝炎或代偿性肝硬化患者应慎用，失代偿性肝硬化者则禁用。慢性乙型、丙型病毒性肝炎、酒精性与非酒精性脂肪肝和代偿性肝硬化等慢性肝病患者应用他



汀类药物后若出现谷丙转氨酶或谷草转氨酶大于3倍正常值上限，应立即停药并采取保肝治疗。

2、严格掌握用药剂量：治疗应从一般剂量开始，在无效或效果不佳且无肝损害的情况下谨慎增加剂量。

3、尽量避免联合用药，尤其要避免与对乙酰氨基酚、四环素类、氯吡格雷、噻氯吡啶、胺碘酮、非诺贝特、曲格列酮、唑类抗真菌药、大环内酯类抗生素等联合使用。用药期间禁酒。

4、服用期间加强肝功能的监测：服用他汀类药物治疗前，应先查肝功能：如果谷丙转氨酶或谷草转氨酶在1~2倍正常值上限之间，可继续每天服用10~20毫克的剂量而不必停用；如果谷丙转氨酶或谷草转氨酶超过3倍正常上限，应随访并重复肝功能检查，如黄疸进行性加深，转氨酶持续升高，有他汀类药物引起肝脏损伤的客观证据，则

需停用他汀类药物，并加强对肝功能的监测。乙肝病毒感染者开始治疗后，每2周监测转氨酶1次，转氨酶大于3倍正常值上限应停药；转氨酶正常或仅轻度升高可继续用药，但应每月监测转氨酶1次，连续3个月，然后每3个月监测1次。

## 三、他汀类药物所致肝损害的治疗

一旦发生他汀类药物所致肝损害，要根据其严重程度采取不同的处理措施：可选用还原型谷胱甘肽、门冬氨酸钾镁、复方维生素B、甘草酸苷、熊去氧胆酸、茵栀黄等保肝治疗；严重他汀类药物所致肝损害患者应立即停药，同时采用上述保肝降酶、利胆降黄等综合治疗措施。

发生他汀类药物所致肝损害的患者通过减量或停药及保肝降酶、利胆退黄等综合治疗，肝功能一般可在2~4周后恢复正常，导致严重后果者极为罕见。



# 半杯啤酒险丧命： 浅谈双硫仑样反应

文 · 吕伟（吉林省肝胆病医院）



老李有长期大量饮酒的习惯，平时半斤八两白酒都没问题，这几天因“中耳炎”输了3天“头孢”，感觉病情渐好。虽然医生告诫应用头孢期间不能饮酒，但中午吃饭时老李想，一点啤酒应该没问题吧。结果只喝了半杯，老李便突然意识丧失、晕倒在地。家人急忙将他送到医院，经医护人员积极抢救，老李苏醒了过来，醒来的老李还是纳闷：怎么这么点儿啤酒就差点儿丧命？这就涉及到了双硫仑样反应。

## 一、双硫仑和双硫仑样反应

双硫仑（Disulfiram）也称双硫醒、戒酒硫，是一种戒酒药物，本身对机体不产生作用，但服用该药后，即便是饮用少量的酒或服用含酒精饮料，身体也会产生严重不适，进而达到戒酒的目的。不过，由于双硫仑从体内排出的速度缓慢，所以在服药期间，甚至停药后

的1~2周内饮用含有酒精的饮料也可出现双硫仑样反应。基于此，双硫仑只适用于有强烈戒酒愿望的自觉戒酒者。双硫仑使乙醇（酒精）在体内氧化为乙醛后，不能再继续分解氧化。这时，血液中乙醛水平可上升至正常值的10倍左右，进而发生一系列不适反应，如心慌、面色潮红，甚至意识丧失、休克等，称为双硫仑反应。

双硫仑样反应具体过程：乙醇进入体内后，先在肝脏内经乙醇脱氢酶作用转化为乙醛，乙醛再经乙醛脱氢酶作用转化为乙酸，最后转

变为水和二氧化碳排出。双硫仑可抑制乙醛脱氢酶，使乙醛不能氧化为乙酸，致使乙醛在体内蓄积。使用头孢后饮酒可能产生的双硫仑样反应跟它的原理类似，都是导致体内乙醛蓄积中毒，从而产生了一系列反应。

## 二、双硫仑样反应的临床表现

双硫仑样反应的临床表现包括：面部潮红、眼结膜充血、视觉模糊、头晕、恶心、呕吐、胸痛、心肌梗塞、急性心衰、呼吸困难、急性肝损伤、惊厥及死亡等，查体时可有血压下降、心率增快、心电



图改变等表现，其严重程度与用药剂量和饮酒量呈正比，老年人、儿童、心脑血管疾病患者及对乙醇敏感者更为严重，这种反应一般在饮酒15~30分钟后发生。

动物实验中，是否发生血中乙醛浓度升高或乙醛脱氢酶活性下降，完全取决于用药时间和用药期间的肝功能状况，如果用药量大，用药时间长，则双硫仑样反应时间长；出现心前区疼痛伴心电图ST-T改变，是由于导致双硫仑样反应的这类头孢类抗生素含有甲硫四氮唑取代基，其能引起交感神经兴奋性增高，造成心率加快、心肌耗氧量增加，使心肌舒张期缩短，冠状动脉灌注压降低，导致灌流量减少。

### 三、哪些药物可导致双硫仑样反应

(1) 头孢菌素类药物：头孢哌酮、头孢哌酮舒巴坦、头孢曲松、头孢唑林（先锋V号）、头孢拉定（先锋VI号）、头孢美唑、头孢米诺、拉氧头孢、头孢甲肟、头孢孟多、头孢氨苄（先锋IV号）、头孢克洛等。其中，头孢哌酮舒巴坦最为敏感，导致双硫仑样反应的报告也最多，如果有患者在使用此药物后吃酒心巧克力、服用藿香正气水，甚至仅用酒精处理受伤皮肤也会发生双硫仑样反应。另外，还有头孢他啶引起双硫仑样反应的相关报道。

(2) 硝咪唑类药物：甲硝唑（灭滴灵）、替硝唑、奥硝唑、塞

克硝唑。

(3) 其他抗菌药：呋喃唑酮（痢特灵）、氯霉素、酮康唑、灰黄霉素等。

### 四、饮酒多久后可以用头孢类抗菌素

据相关文献报道，头孢类抗菌素致双硫仑样反应与饮酒具有高度相关性，但存在个体差异，主要是因为酒精及药物代谢速度不同，但饮酒时间与用药时间的间隔越长，双硫仑样反应的发生率就越低。

综合分析显示，在用药前5天，用药期间及用药后7天内饮酒者均有发生双硫仑样反应的可能，用药期间饮酒者发生比例最高。值得注意的是，也有在停药1周后饮酒仍有此反应发生的个例报道。为防止双硫仑样反应，对所有应用头孢类抗菌素的患者应常规询问是否有药物过敏史、酒精过敏史和近期饮酒史，如患者在用药前7天有饮酒史，应禁用该类药；对应用头孢类抗菌素的患者，应当嘱其在停药后禁酒时间不能少于7天，也有人提议为安全起见，以14天为宜。一旦发生双硫仑样反应，应立即停药并积极采取相应的治疗措施。

### 五、出现双硫仑样反应的应对措施

双硫仑样反应一旦发生，应采取以下措施：

(1) 及时停药和停用含乙醇制品，轻者可自行缓解，较重者应立即送入最近的医疗机构并迅速建立静脉通路（很重要）。

(2) 保持呼吸道通畅，给予4~6升/分钟的氧气吸入，以改善组织缺氧。

(3) 将5~10毫克地塞米松加入葡萄糖液中静脉滴注或静脉推注，补液及利尿，并根据病情给予血管活性药物治疗。

(4) 可洗胃排除胃内乙醇，减少乙醇吸收。

(5) 心绞痛患者需改善冠脉循环，对休克的患者快速补充晶体液，必要时给予多巴胺等升压药，积极治疗以缩短低血压期。

(6) 对症处理：如恶心、呕吐者可给予胃复安10毫克肌肉注射；嗜睡、意识不清可以给予纳洛酮对抗治疗。

(7) 对确诊为双硫仑样反应的患者也应作心电图、血常规、电解质检查，以排除多种疾病共存而延误治疗。对原有心脑血管疾病患者同时给予心电监护，严密观察心率、心律的变化。



# 病来如山倒，病去如抽丝 ——谈肝硬化的诊治

文·孙凤霞（北京中医医院肝病科）

俗话说“病来如山倒，病去如抽丝”，这句话用在肝硬化患者身上再贴切不过了。

肝脏是一个敏感的器官，很容易受到各种因素的损伤，如病毒、药物、酒精、免疫因素等均可致肝损伤，但是肝脏的损伤并不容易产生症状，尤其是慢性的肝损伤。因此，肝脏也是一个沉默的器官。

慢性肝炎在早期阶段多数无明显自觉症状，有相当数量的患者到门诊看病时已经是肝硬化失代偿期，也就是说有了腹水、消化道出血、肝性脑病等各种并发症才发现自己有肝病。

而一旦有了这些并发症，患者的病情会迅速发展，生活质量急转直下。文献报道显示，失代偿期肝硬化患者的5年生存率大约14%。因此，对于一个突然诊断肝硬化的患者真的有“如山倒”的感觉，有些患者甚至因为不能接受这个事实而导致精神崩溃。

当患者一旦发现了自己有了肝硬化，就迫切希望医生能够给出一副“灵丹妙药”，尽快治愈而且永

不复发。殊不知“病去如抽丝”。肝硬化是在各种慢性肝病的基础上逐渐形成的一种肝脏病理改变，一般来说肝硬化的发生至少需要5~10年的时间。

这个过程，是由于各种病因如病毒、酒精等导致肝细胞炎症坏死，刺激肝脏纤维组织增生，越来越多的肝纤维组织沉积在肝脏内，超过了肝脏的代谢能力，从而引起肝脏小叶结构的紊乱，假小叶形成，即进入到肝硬化阶段。

肝纤维化和肝硬化并没有一个截然分开的界限，这是一个连续的过程。也就是说肝硬化的形成经历了漫长的过程。那么，肝硬化能否逆转呢？

近年来越来越多的证据证实，在长期控制病因的情况下，结合中药抗纤维化治疗，肝硬化可以获得一定程度的逆转。尤其是在乙肝肝硬化的治疗方面，已经有部分患者取得了满意疗效。在肝硬化的治疗中，病因治疗是根本。以“乙肝肝硬化”为例，乙肝病毒的长期存在即活跃复制是病因，因此抗病毒治

疗是根本，是前提。

然而病因的控制并不等于肝硬化的直接改善。几十年累积的肝纤维组织逐渐代谢、肝组织逐渐的修复需要一个漫长的过程，这就是为什么说肝硬化的治疗“病去如抽丝”了。

那么在病因控制的基础上，肝硬化是如何逆转的呢，一方面肝脏自身具有强大的自我修复能力，另一方面中药的抗纤维化作用已得到证实。同时，中药的全身调理能够协助改善肝硬化相关的各种不适症状，如乏力、倦怠、腹胀、纳差等。因此，肝硬化的治疗中，中药担当了重要角色。

但是这不等于中药能够“药到病除”，希望患者不要误解。因为在门诊经常遇到千里迢迢来求医的患者，满怀希望讨得一个神方，希望回去照这个方子一吃下去，肝硬化就能根治。这是巨大的误区！中药在肝硬化的治疗中具有重要的地位，但是需要长期坚持，另外，汤剂的使用需要根据病情变化做阶段性调整，不是一劳永逸。

# 服用抗乙肝病毒药物 牢记“三个点”

文·王振坤（辽宁锦州市传染病医院主任医师）

很多慢性乙肝患者都在服用核苷（酸）类抗病毒药物进行治疗，而这类药物必需长期服用。但是，随着服药时间的增加，很可能会诱导乙肝病毒（HBV）发生耐药变异，导致治疗失败。近年来，肝病专家们提出了一系列优化治疗和个体化治疗方案。本来这些都是专科医生应掌握的知识，但因为它的重要性，患者也应当有所了解。具体而言，患者必须要做到牢记三个“点”，并与专科医生定期沟通，确保治疗顺利，将抗病毒策略进行到底。

## 第一个“点”：抗病毒治疗的起点

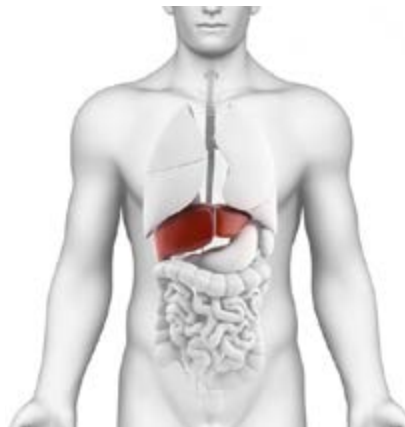
HBV感染者何时开始抗病毒治疗？其实这纯粹是专科医生的工作，但由于我国的HBV感染者数量多，情况复杂，医疗环境和条件也不相同，再加上求治心切，有一些非专科医生便会“好心”指点，或者HBV携带者擅自做主，轻率开始抗病毒治疗。此外，还有的慢性乙肝临床症状不明显，患者不加重

视，但体内的HBV却照旧活动，病情会悄然进展。如此，治疗起点就出了问题，可能过早亦或过晚。慢性乙肝治疗犹如赛跑，起跑点出问题，之后的赛程就不会顺利，结果不理想不说，还可能很糟糕，所以把握好治疗起点非常重要。

关于抗病毒治疗的起点，世界上各国制定的“乙肝治疗指南”基本相同。

1、HBeAg阳性慢性乙肝：转

氨酶（ALT）>2倍正常值上限，



即 $ALT > 2 \times ULN$ ，我国 $ALT$ 正常值上限为40单位，也就是说患者的 $ALT > 80$ 单位，同时， $HBV$



$DNA \geq 10^5$ 拷贝/毫升。

2、 $HBeAg$ 阴性慢性乙肝： $ALT > 2 \times ULN$ ， $HBV DNA \geq 10^4$ 拷贝/毫升。如果没有达到上述起点标准，自己又强烈要求治疗，应当先进行肝脏组织学检查（肝穿刺），证明肝脏有明显的炎症或纤维化，才可进行治疗。

3、慢性 $HBV$ 携带者：40岁以下的慢性 $HBV$ 携带者偶尔 $ALT$ 轻度升高，但 $HBV DNA$ 水平未能达到治疗起点，都不要轻易开始抗病毒治疗。40岁以上的慢性 $HBV$ 携带者，特别是男性或有肝癌家族史者，即使 $ALT$ 正常或轻度升高，也强烈建议做肝组织学检查，确定其是否需行抗病毒治疗，因为这些人 $HBV DNA$ 水平升高可明显增加肝癌的发病率。

4、非活动性 $HBsAg$ 携带者：一般不需要抗病毒治疗，但监测绝不可少。

**第二个“点”：拐点，也叫转折点**

抗病毒治疗开始后， $HBV$

$DNA$ 水平能不能下降？何时下降？下降多少？这些都可以预测服用这种药物的远期疗效，以及 $HBV$ 是否发生了耐药变异。这里要记住：服用某种抗病毒药物后， $HBV DNA$ 水平下降越快、幅度越大，其远期疗效越好，发生病毒变异的可能性越小。

何时预测？专家们认为，服用拉米夫定到16周、替比夫定到24周、阿德福韦酯到48周时，是合理的疗效预测点。如果在这个时间点监测到的 $HBV DNA$ 水平达到阴性或检测不到，则可预测服用该药两年或更远期的疗效良好。在此期间若病毒变异率很低，则不需要改变原有治疗方案，患者可持续服用原有药物。恩替卡韦和替诺福韦酯因为抗病毒能力强大，病毒变异率低（基因耐药屏障高，恩替卡韦服用5年病毒变异率仅为1.2%，替诺福韦酯服用8年至今未观察到病毒变异），只需按一般监测规律进行即可，无须列出合理的疗效预测点。



为什么要把拉米夫定的“合理疗效预测点”定为服用16周、替比夫定24周、阿德福韦酯48周呢？这是从大量临床研究中获得的：拉米夫定所致的病毒变异率较高，它的抗病毒活性又较强，但是如果早期取得了良好效果，病毒变异率并不高，因此其“合理的疗效预测点”定为16周，它也是可以接受的初治药物；阿德福韦酯抗病毒活性发挥较慢，但是它导致的病毒变异率却





较低，所以服用48周是恰当的；同样的道理，替比夫定所致病毒变异率低于拉米夫定而又高于阿德福韦酯，故服用24周时为“合理的疗效预测点”。

我国大多数慢性乙肝患者在初治时选用价格较低的拉米夫定、阿德福韦酯和替比夫定，但它们有



的所引起的病毒变异率较高（如拉米夫定和替比夫定），有的抗病毒效果出现较晚，甚至发生原发性无应答（如阿德福韦酯）。而大多数慢性乙肝患者是在医院外服用药物，觉得方便安全，认为只要坚持服用下去就不会出现问题。其实，核苷（酸）类药物的抗病毒活性不同，起效时间也不同，服用后病毒变异率更不同，不定期监测HBV DNA，就不知道HBV在体内是否“老实”或“服输”了，也不知道它们是否已经“改变策略”（基因变异）。因此，患者除了要进行常规的监测外（一般每1~3个月监测1次），还必需记住“合理的疗效预测点”，到时候一定要去医院检测HBV DNA，并请医生帮助分析。

如果在“合理的疗效预测点”监测到的HBV DNA水平下降得不

理想，甚至没有下降，则可以预测该药的远期疗效欠佳，或者可能要发生病毒变异。这时，医生就要提前改变原有治疗方案，更换或加上另一种抗病毒药治疗，实现优化用药，以期达到理想疗效并预防病毒变异，这就是患者治疗的转折点，或称“拐点”。患者的“拐点”是从“合理的疗效预测点”获得的，在“合理的疗效预测点”检测HBV



DNA非常重要。

专科医生都希望患者没有这个“拐点”，不用换药或不用加药，只需用上一种药就一用到底，直到“治愈”。笔者曾遇到过一位服用了8年拉米夫定的慢性乙肝患者，她奇迹般没有变异，最后乙肝表面抗原（HBsAg）也转阴了。但是大多数患者的治疗是不顺利的，往往需要改变治疗策略。乙肝治疗是一项艰难的长期工程，没有患者的默契配合，只有医生使劲，是很难完成的。



### 第三个“点”：治疗终点

所谓治疗终点其实就是停药时间。通过监测HBV DNA水平，优化用药，减少或避免病毒变异，HBV DNA被充分抑制，患者就能获得最大程度的康复。那么，何时可以停药？这就出现了“治疗终点”问题。

1、理想的治疗终点：通过抗病毒药物的应用，患者的HBsAg转阴或检测不到，最好发生抗-HBs转阳（这叫做HBsAg/抗-HBs血清学转换）。但这个“理想的治疗终点”比较难达到，应用聚乙二醇干扰素治疗48周，HBsAg的转阴率只有10%左右；长期服用核苷（酸）类抗病毒药物（5年左右），HBsAg的转阴率约1%~3%。这个终点尽管难于达到，但不要放弃，一旦实现，就基本治愈乙肝了。有人将“理想的治疗终点”称为“金牌”，乙肝用药如赛跑，如您跑得优秀，就会将金牌收入囊中。达到这个终点后，也需巩固治疗6个月以上。目前一些医院开展了定量检测

HBsAg项目，如发现HBsAg次递下降，是很有希望的，一定要坚持治疗下去，以获得这枚“金牌”。

2、满意的治疗终点：HBeAg阳性乙肝通过抗病毒药物的应用，患者的HBeAg转阴，而后抗-HBe转阳（这叫做HBeAg/抗-HBe血清学转换），HBV DNA已转阴或检测不到。尽管HBsAg没有转阴，但这也是“满意的治疗终点”，因达到这个终点后，患者体内的HBV水平明显下降，病情大多稳定，复发率也降低了，再巩固治疗6~12个月或更长时间，就可考虑停药了。有人形象地将达到“满意的治疗终点”称为得到了“银牌”，其质量当然没有“金牌”高。在临床上还可见到这种让人着急的情况：HBeAg虽然转阴了，但始终不发生血清学转换（抗-HBe不转阳），这就不能叫“满意的治疗终点”，还需继续用药，力争抗-HBe转阳，拿到整块“银牌”。

3、有益的治疗终点：有人称

为“基本的治疗终点”。HBeAg阴性或阳性乙肝，通过抗病毒治疗，只是HBV DNA转阴或者检测不到，虽然HBsAg和HBeAg不消失，但肝脏功能（ALT）正常，患者也没有症状了，这就是“基本的治疗终点”，有人将其称为“铜牌”。应当指出，这时是不能随意停药的，所以说“基本的治疗终点”不能算真正的终点，但毕竟是有益的（HBV被抑制），还要继续用药，但有时用了4~5年，仍然是这样的结果怎么办？由于HBV被抑制，患者的病情已较稳定，或因其他原因，患者要求停药，这时可慎重停药。停药后还要密切观察和监测（达到任何治疗终点停药后都需要密切监测），因为只是达到了“有益的治疗终点”，停药后复发的可能性很大。一旦复发，也不可灰心丧气，再请医生用抗病毒药物治疗即可。面对慢性乙肝就是要打持久战，所有的慢性乙肝患者都应有这种心理准备。



# 肠道菌群与肝脏疾病

文 · 王风范 鲁晓岚 (西安交通大学第二附属医院消化科)

## 认识肠道菌群

如果说我们的身体和一群细菌生活在一起，你是否会觉得不可思议？但事实的确如此。人体的口腔、消化道、皮肤等组织和器官中，栖息着大量的微生物，其中以肠道微生物最为重要，它们数量庞大，大约有 $10^{14}$ 个，是人体细胞总和的10倍。那么，这么多的细菌到底是从哪儿来的呢？

新生的婴儿因出生前所在子宫为无菌环境，所以肠道也无菌。不过，出生后细菌便从口腔和肛门迅速侵入，之后随着饮食、环境等因素影响，更多不同的细菌进驻体内，这便组成了我们所说的肠道菌群。

也许你会问，和这么多细菌在一起，人要怎么生存？如果你认为细菌都是对人体有害的，那这可就“冤枉”了很多细菌。其实，在这

些细菌中，只有部分对人体有害，甚至会导致疾病，大部分细菌不仅无害，还对我们有很大用处呢！

人体的消化、吸收主要在肠道进行，但不能独立消化、吸收所有的膳食成分，如纤维素、果糖等。这时，肠道菌群的重任就来了，它们可为人体提供许多自身不具备的酶类，并参与到代谢过程中，从而帮助我们将难以消化的物质分解为可吸收的成分，且代谢过程中产生的一些产物还能为我们提供营养和能量。

不仅如此，肠道菌群中的一些菌种可以合成多种维生素、蛋白质等物质，例如大肠杆菌能合成人体必需的维生素K。肠道菌群还参与胆汁酸和脂肪的代谢，在炎症活动、肿瘤抑制等方面发挥作用。另外，肠道菌群中的双歧杆菌和乳酸杆菌可保持肠黏膜结构完整性，阻

止致病菌及毒素等物质通过，保证肠壁屏障作用不受损害。

总之，肠道菌群中存在多种多样的有益菌，他们各自扮演着不可替代的角色，在人体的营养、代谢、免疫等方面贡献力量。







### 肠道菌群与相关肝病

科学家对肠道菌群的研究始于大肠杆菌、双歧杆菌等肠道菌群的发现及初步的功能探索。近些年来，现代生物学技术迅猛发展，这些微生物群落的结构和功能及它们与人的关系得到了更深入的揭示。健康成年人的肠道菌群一般呈现相对稳定的状态，一旦这种稳态被某些因素破坏，就会引起肠道菌群的紊乱，而肠道菌群紊乱与肥胖、糖尿病、脂肪肝、肝硬化等众多疾病有着千丝万缕的联系。

#### 一、非酒精性脂肪肝的又一罪魁祸首

随着现代生活方式的变化，人们饮食中高脂、高糖成分增多，非酒精性脂肪肝已成为新一代的“富贵病”。它的发病与肥胖、胰岛素抵抗等密切相关，而肠道菌群的改变也参与到肥胖、胰岛素抵抗的形成中。因此，肠道菌群也许是肥胖、胰岛素抵抗、非酒精性脂肪肝之间的重要纽带。

(1) 肠道菌群与肥胖：肥胖

问题在西方国家尤为突出，而随着生活水平的提高，我国也出现了越来越多身宽体胖、大腹便便的肥胖者。肥胖受遗传、生活方式、不合理饮食等多种因素的影响，但归根到底是由于能量摄入与能量消耗不平衡所致。

在一项十分有趣的实验中，研究者提取了4对人类双胞胎（一胖一瘦）的肠道菌群样品，分别移植到无菌小鼠的肠道中，发现移植了肥胖个体肠道细菌的无菌小鼠体重增加更多，并且会积累更多的脂肪。这说明肥胖可随着肠道菌群的不同

在个体间转移。

研究发现，肠道菌群在能量平衡中起到关键的作用，它们能从饮食中不被消化的部分提取10%左右的能量，这些能量经过较长时间的累积，可对体重增加以及脂肪储存产生明显作用。

在脂代谢方面，肠道细菌及其代谢产物短链脂肪酸可通过调控膳食脂肪的乳化和吸收效率来影响脂肪的氧化、合成、转运、储存等过程。肥胖患者体内可能存在一群与异常脂代谢密切相关的肠道菌群，这些菌群与肥胖的发生和发展密切



相关。

(2) 肠道菌群与胰岛素抵抗：饮食对肠道菌群的影响十分重要，长期高脂、高糖等饮食可使肠道菌群多样性明显下降，有益菌减少，有害菌增多，出现肠道菌群紊乱。一方面，高脂、高糖的膳食成分使肠道内产生抗炎和改善胰岛素抵抗物质的细菌减少；另一方面，一些肠道菌群的细胞壁成分和代谢产物能导致胰岛素功能受阻、敏感性降低，或者通过不断累积的慢性炎症引起胰岛 $\beta$ 细胞凋亡、胰岛素抵抗。

胰岛素抵抗可干预脂质代谢，促进脂肪形成，被认为是非酒精性脂肪肝发病的中心环节。肠道菌群改变可促进肥胖的发生，而肥胖也是导致胰岛素抵抗的重要因素。肥胖人群，尤其是中心性肥胖者，常伴发非酒精性脂肪肝。

还有其他一些肠道细菌也参与非酒精性脂肪肝的形成。例如，



长期高脂饮食可使革兰阴性菌增多，其细胞壁成分脂多糖水平也升高，引起肠源性内毒素血症，激活慢性低度炎症，介导肝脏炎症和纤维化。并且，一些细菌在发酵过程中会产生乙醇，其代谢产物乙醛会直接损伤肠道黏膜、增加肠道通透性。还有一部分细菌代谢会消耗胆碱，抑制脂肪排出、促进肝脏脂肪堆积，这些都加剧了非酒精性脂肪肝的进展。

肠道菌群与非酒精性脂肪肝之间的关系复杂多样，包括影响脂肪的合成和蓄积、促进肥胖和胰岛素抵抗的发生、参与机体炎症反应和物质代谢等，多重作用共同促进了非酒精性脂肪肝的发展。

这些发现使我们从肠道菌群的角度对非酒精性脂肪肝有了新的认识，能够更好地对症下药，让脂肪肝患者得到更有效的治疗。

## 二、酒精性肝病，肠道菌群也作怪

人们常说的酒精肝，指的是

酒精导致的肝脏损害，病变初期常表现为脂肪肝，逐渐进展为酒精性肝炎、肝硬化，甚至肝衰竭。酒精性肝病在西方国家较为多见，在我国，酒精产生的肝脏损害也日益增多。酒精性肝病的发展不仅包括乙醇及其代谢产物的直接作用，肠道菌群紊乱也参与其中。

长期摄入大量的酒精，乙醇及其代谢产物乙醛等可使肠道微生物种类和比例改变，引起肠道菌群紊乱，其中变形菌和革兰阴性菌增多，双歧杆菌和乳酸杆菌减少。变形菌被认为是与先天性免疫系统的激活有关的重要菌群，其一旦增多，免疫系统被激活，将促进肝脏慢性炎症的发生。革兰阴性菌增多，其细胞壁成分脂多糖增加，脂多糖作为内毒素透过损伤的肠屏障，可引起内毒素血症。

肠道屏障作用不全有多种原因，肠道内的双歧杆菌和乳酸杆菌能保持肠黏膜结构完整，发挥肠道免疫屏障的作用，从而阻止致病菌

及毒素等大分子物质通过。双歧杆菌和乳酸杆菌减少，这一道免疫屏障就遭到破坏。并且，乙醇能使两种与肠黏膜通透性有关的蛋白发生构象改变，从而增加肠黏膜通透性。人体胃肠道的血流都要经过门静脉系统流经肝脏，肠道通透性增加、屏障作用减弱，大量的内毒素和多种微生物一起从肠道移位，使内毒素水平升高。内毒素不仅对肝细胞有直接的损伤，还通过激活炎症反应等多种途径加重肝脏损伤，甚至导致肝衰竭。

另外，有实验发现鼠李糖乳杆菌可减轻酒精所致的肠道渗漏，改善酒精性肝炎小鼠的肝损伤。未来，如果能明确这类对防治酒精肝有利的细菌，那我们对付该类疾病就会多一种有效的办法。

### 三、肝硬化进展的“帮凶”

肝炎、脂肪肝等慢性肝病不断进展会出现肝硬化，进而导致消化道出血、腹膜炎、肝性脑病等严重并发症。这一系列病程的发生和发展，肠道菌群紊乱都难辞其咎。

对肝硬化患者和正常人的肠道细菌组成进行对比，结果发现肝硬化患者双歧杆菌等有益菌数量降低，而肠杆菌、肠球菌等有害病菌数量增多，并且病变越严重、肝功能越差，这种菌群的失调越明显。还有研究发现，肠道链球菌比例与肝功能分级呈正相关，毛螺菌科细菌比例与之呈负相关。由此，我们推测某些菌种对机体可能具有保护功能。



肠道细菌移位是肝硬化及其并发症发生和发展的重要因素。所谓肠道细菌移位，指肠道细菌及其代谢产物从肠道转移至血液或其他组织器官。肝硬化患者发生肠道细菌移位的原因包括以下几点：

(1) 门静脉压力增高，胃肠道淤血水肿，一方面使得肠道蠕动减慢，肠道细菌过度生长，另一方面又会造成黏膜通透性增加，加速细菌移位。

(2) 患者全身和局部的免疫功能存在异常，对外来致病菌的清除能力减弱，发生细菌感染的机会大大增加，引起肠源性的感染、肝细胞受损和肝纤维化进展，

而肝脏损伤又会进一步加重肠道菌群紊乱，形成恶性循环。

(3) 肝脏分泌的胆汁酸对肠道黏膜有营养作用，并能抑制厌氧菌的过度生长，而肝硬化患者胆汁酸分泌减少，加剧了肠道屏障功能受损，促使细菌的生长和移位。

肝硬化晚期出现的许多并发症明显地增加了肝硬化患者的病死率，自发性细菌感染和肝性脑病是肝硬化的常见并发症。自发性细菌感染包括自发性细菌性腹膜炎、尿路感染、肺炎等，致病菌主要为肠源性大肠埃希菌。肝性脑病表现为意识障碍、行为失常和昏迷。氨中毒假说是目前公认的致病假说之



一，研究发现氨、内毒素等有害物质由肠道菌群产生。肝性脑病患者大肠杆菌等革兰阴性菌增多，双歧杆菌等厌氧菌减少。增多的革兰阴性菌分泌大量的尿素酶，分解肠道中的尿素，使产氨增加；双歧杆菌等减少，乳酸产量减少导致肠腔pH值升高，使氨排出减少，从而诱发或加重肝性脑病。

肠道菌群与肝硬化的进展及其并发症的形成都有密切的关系，只

有充分认识这些关系，才能更深刻地了解肝硬化的发病机制，采取有效的治疗方案，为肝硬化患者带来新的希望。

#### 肝病的菌群疗法

我们不但要认识和了解肠道菌群，越来越多与肠道菌群有关的治疗也正在被研究和运用。

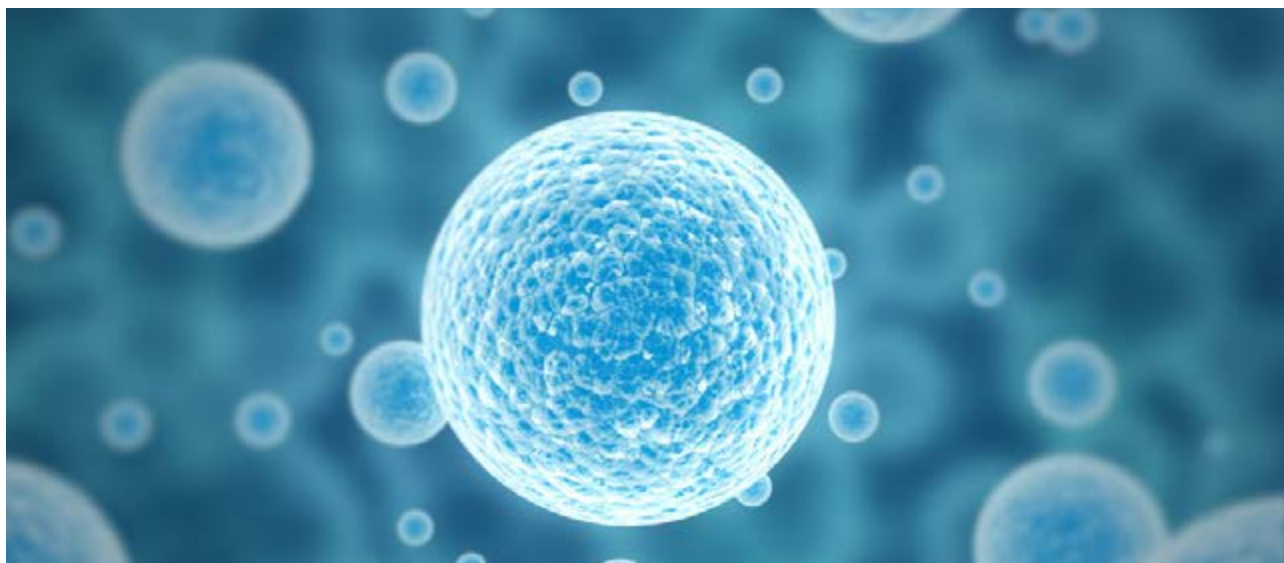
目前，对于肝病的治疗，除了病因治疗、保肝降酶治疗、改善肝脏供血等，微生态制剂已被广泛应用。微生态制剂包括益生菌、益生元和合生元3类。益生菌是由生理性活菌和（或）死菌组成的制剂，临床上品种较多，常用的有双歧杆菌活菌胶囊、枯草杆菌二联活菌颗粒、乳酸菌素片等；益生元是指人体不能利用，可选择性刺激一种或多种生理性细菌生长的物质，如乳果糖；合生元是益生菌和益生元的混合物，起到补充有益菌和选择性刺激有益菌生长的双重作用。

每一种微生态制剂都有它的适应症，在医生的指导下合理使用，

可以起到调节肠道菌群，促进有益菌生长，缓解腹胀、腹泻、腹部不适等症状，并起到改善肝功能、免疫力等作用。乳果糖可减少产氨、促进排氨，是肝性脑病治疗的常用方法。微生态制剂可对多种肝病的治疗发挥重要作用，且尚未发现对人体存在明显的副作用，具有广阔的发展前景。

近年来，“粪菌移植”得到了高度关注和快速发展，它是指将健康人粪便中的功能菌群移植到患者肠道内，通过建立新的肠道菌群，实现肠道及肠外疾病治疗的一种新方法。也许在不远的将来，粪便的变废为宝能帮助患者重建健康的肠道菌群结构，为肝脏疾病治疗开辟一片新天地。

总之，肠道菌群与人体健康和疾病发生存在许多隐秘而密切的联系，解开这些秘密，可避免肠道微生物的有害作用而发挥其有利作用，让肠道菌群成为防治疾病、促进健康的好帮手。



# 美国医生说乙肝

文·蔡皓东（北京地坛医院肝病中心）



在我国，感染了乙肝病毒，无论其是否真的发病，都被看作一件大事。

社会歧视你：乙肝传染，你最好远离我们！

医生吓唬你：肝脏都有纤维化了，再不治疗就肝硬化了！

广告忽悠你：祖传秘方，基因治疗，包你转阴！

家庭轻视你：乙肝会遗传，生了孩子也有乙肝怎么办？

……

许多乙肝病毒感染者都有沉重的思想压力。不敢告诉别人自己感染了乙肝病毒，不敢结婚，不敢生育，不敢到医院看病，看了病也不敢回单位报销药费。有些乙肝病毒感染者甚至因此患上抑郁症，走上绝路。

我的邻居也有两位乙肝病毒感染者（仅我知道的），都是青年男性。其中一位是乙肝病毒携带者，肝功能正常。20多年前，这位乙肝病毒携带者大学毕业后因为乙肝找不到工作，就呆在家里。父母整日为这个乙肝儿子发愁。不仅为他的

工作发愁，还担心他的婚姻大事。他感觉自己对不起父母，再活下去会给父母带来更大的痛苦，于是他推开窗子，从高高的五楼跳了下去。

另一位乙肝病毒感染者年龄较小，刚刚上中学，但他的乙肝发



病，出现了临床症状和肝功能异常，在我们医院治疗后逐渐恢复，转为乙肝“小三阳”携带者（当时还没有那么多乙肝抗病毒药，保肝

探望母亲，处理父亲的后事。可能是因为劳累，或者因为情绪波动，他的乙肝复发了，肝功能再次出现异常。他很紧张，打电话问我怎么办？我告诉他现在全球的乙肝治疗都一样，已经有了许多抗病毒药，建议他抗病毒治疗。他仍然很担心，压力山大，害怕长期吃药，害怕将来肝硬化，害怕……

假期过后他回到美国，到美国一家医院看医生。美国医生很轻松地对他说：“没有关系，每天服一次药就会好的！”医生建议他用恩替卡韦治疗，但这位青年仍然很紧张。

医生拍拍他的肩膀对他说：“乙肝不算病，就比别人多吃1片药！”

“不算病？”  
 “当然！”  
 “不会肝硬化？”  
 “当然！只要你治疗！”  
 “可以结婚？”  
 “当然！”

“可以生育？吃着药也可以吗？”

“当然！”

这位乙肝青年顿时释然。看完医生后他立即打电话给我：“美国医生说，‘乙肝不算病，就比别人多吃1片药！’可以结婚，可以生育，可以正常工作，我感觉好多了！”

去年，他再次回国探望母亲。他精神状态很好，已经结婚，并有了孩子；经过治疗，肝功能一直保持正常，病毒DNA检测不到。他高兴地告诉我：“美国医生说我的治疗效果很好，表面抗原已经降得很低，有彻底转阴和停药的希望。”

从此以后，我经常用美国医生这句话告诉到门诊来看病的乙肝病人：“乙肝不算病，就比别人多吃1片药！”我的许多病人也在我的鼓励下安心治疗，正常对待生活和工作，不仅取得了很好的疗效，而且还都生活幸福，工作顺利。今天，我把这个故事告诉大家，希望所有乙肝患者都能放下包袱，安心治疗，正常生活和工作。



治疗，自然转为“小三阳”）。乙肝邻居自杀的事情深深地刺激了他和他的母亲，他选择了出国。在美国，他很顺利地完成了学业，找到了工作，只是尚未结婚。无论他是上学还是求职，没有人要求他去体检，也没有人管他有没有乙肝，过得很轻松，他几乎忘记自己有乙肝。几年前，他父亲去世，他回国



# 共同期待新生命的降临

文·汤雄（江西省九江市第三人民医院肝科主任医师）



“41岁”、“怀孕7个月”、“肝功能衰竭”，同时出现在一个人身上，可能吗？可能！

2012年10月的一天，准备下班的我正在洗手。伴随着同事的“主任，赶快”，我第一次见到她，陈大姐——一个外表柔弱却内心坚强的女人。躺在抢救室的她说了第一句话：“医生，一定要救救我的孩子，只要孩子健康、顺利出生，我就是立刻死去，我也没有什么怨言！”那是我第一次听到她的声音，那是一声虚弱的祈求和呼唤，却又饱含着一个女性的坚定，是一个母亲对即将出世孩子沉甸甸的爱。

紧急抢救、对症治疗，这对一个工作近30年的医生来说，并不是难事。经过医院肝科和妇产科的共同努力，高龄怀孕且身患慢性重症肝炎的陈大姐产下了一名健康男婴，她的病情得到了有效控制，宝宝也没有感染病毒。

“我不知道自己肝脏有问题”，陈大姐说。肝脏出现问题，到了一定时候都会在精神、身体等方面有所改变，严重时便会发出明显“信号”。如陈大姐这样，出现“怀孕7个月”的同时伴有“肝功能衰竭”、“肝硬化腹水”的情况我还是第一次遇到。然而，我并不太相信她所说的不知道自己肝脏有问

题，即便不知道是肝脏的问题，但早已拉响的身体“警报”也应该让她重视，特别还是在怀孕期间，断



不应该在这时才发现如此严重的肝病啊!

在陈大姐住院期间，我也断断续续听说了一些她的故事，在叹息她坎坷命运的同时，对她不知道自己肝脏有问题的说法，也觉得似乎是有可能的了——打工的压力和辛劳、身体的病痛自己先扛一扛的态度……最终导致了本文开头出现的那一幕。

陈大姐今年41岁，来自修水县农村，自幼家境贫寒。18年前，还应该被称作小陈的她，青春靓丽、情窦初开，第一次遇到外表俊朗、能说会道的他，便一见钟情，很快坠入爱河。婚姻如期而至，爱情的甜蜜，新婚的快乐，加上帅气的丈夫，给了小陈无限的希望和憧憬，虽然生活依旧艰辛，但心底却是满满的幸福。然而好景不长，刚结婚不久，嗜赌如命的丈夫很快原形毕露，每日沉迷于赌博，没多久便将一个本就不宽裕的家败得一贫如洗。小陈用尽了所有方法，但这些都无法让丈夫放弃赌博，这个风雨飘摇中的家庭终于在一次激烈的争吵后支离破碎。

离婚后，带着对婚姻、爱情的失望，迫于生活的压力，小陈选择



了去沿海打工。一晃便是多年，小陈也成了别人口中的陈大姐。38岁那年，陈大姐遇到了第二个他，一个其貌不扬、少言寡语的男人。但正是这个普通的男人，却重新唤起了陈大姐沉寂多年的情感，给了她真挚的爱情，让她获得了可靠的婚姻。婚后的生活简单、甜蜜，繁重的工作在他们看来，都是在给未来的幸福日子做着积累——是的，高龄的陈大姐准备要一个孩子了，这是一件多么值得高兴的事啊!

然而，命运却让她躺在了抢救室里。这所谓的命运，更确切些说，是经济的拮据，是知识的匮乏，是无法接受到的健康的服务! 陈大姐确实可能不知道自己患有乙肝，年复一年的辛劳和未得到有效治疗让肝脏在沉默中承受着损伤，怀孕更是让本就有损害的肝脏不堪重负，而肝脏所发出的“警报”又被陈大姐忽视，希望能自己“扛一扛”就把它给“扛”过去了，最终

导致了肝衰竭的发生。陈大姐又是幸运的，最大的幸运便是经过抢救和治疗，母子平安，肝功能好转。

孕前检查的重要性，特别是乙肝患者孕前的检查、评估和治疗我们已经说过很多。作为一名肝科医生，我觉得还有一项知识宣传非常重要而紧迫，那就是关于乙肝病毒携带与生育的关系。一些慢性乙肝病毒携带者，因为害怕把病毒传染给孩子，就放弃生育，甚至有些青年拒绝谈对象、结婚。还有一些丈夫，因为父母抱孙心切，而妻子是慢性乙肝病毒携带者，不敢怀孕便要求离婚。目前，孕妇乙肝患者的健康和母婴传播阻断已经有了很好的保障，只要在正规的医疗单位恰当处理，安全地生个健康宝宝基本不是问题。携带乙肝病毒的育龄妇女，经过孕前的专科评估、有效治疗，通过孕期动态监测、及时治理，完全可以怀孕并且最大可能保证宝宝的健康。



# 可养肝护肝的 药食两用植物

文·苏国权（石家庄市第五医院主任医师）

“民以食为天”，吃是人之第一需要，吃什么、怎么吃很有学问，特别是具有一些特性、适合特定人群的药食两用植物就更有讲究了。下面，咱们讨论具有养肝护肝作用、又适宜药食两用的植物。咱可以大概分为两类：清利类，具有清热利湿、清热解毒、清热泻火作用的植物；补益类，具有健脾益气、滋阴养血、补肝益肾作用的植物食品。

## 一、清利类

### 1、茵陈

苦、辛，微寒；归脾、胃、肝、胆经。具清湿热、退黄疸之功。春季采摘，以质嫩和香气浓郁者为佳，是中医治疗湿热黄疸的主要药物。素有“三月茵陈，四月蒿”之说，茵陈做菜，要采嫩苗。现代医学研究发现，茵陈不仅具有极高的药用价值，还富含维生素C和维生素B，并含有人体所需的多种微量元素和20余种氨基酸，具有很好的益身保健功能。

#### 食用方法：

（1）茵陈嫩茎叶250克，白糖、麻油各适量。将茵陈去杂洗净，沸水焯透，捞出挤水，切碎放盘中，加入精盐、味精、白糖、麻油，拌匀即成。此菜碧绿

清香、甘甜爽口，具有利湿退黄、祛风明目的功效。适用于湿热黄疸、小便不利等病症。

（2）茵陈50克，新鲜荷叶1张，粳米100克，白糖适量。先将茵陈、荷叶洗净煎汤，去渣，加入洗净的粳米同煮，待粥将熟时，放入白糖稍煮即成。粥色淡





绿，清香甘甜，具有健补脾胃、利胆退黄的功效。适用于慢性肝炎湿热脾虚并存之症。

茵陈基本没有什么副作用，但服用要对症。不对症，特别是用量过大可能会引起头晕、恶心、上腹饱胀、灼热、腹泻等现象。选用茵陈，最好在医生指导下进行。

说起茵陈还有“华佗三试青蒿草”的有趣传说。华佗给一黄痨病人治病，苦无良药，无法治愈。过了一段时间，华佗突然发现病人好了，急忙问他吃了什么药。他说吃了一种绿茵茵的野草。华佗一看是青蒿，便到地里采集了一些，给其他黄痨病人试服，但试了几次，均无效果。华佗又去问已痊愈的病人吃的是几月的蒿子，他说三月里的。华佗醒悟到，春三月阳气上升，百草发芽，也许三月蒿子有药力。第二年春天，华佗又采集了许多三月间的青蒿，给黄痨病人服用，吃一个好一个，但过了三月青蒿却又没有功效了。为摸清青蒿的药性，第三年，华佗又把根、茎、叶进行分类试验。临床实践证明，只有幼嫩的茎叶可以入药治病，并取名“茵陈”。还编歌供后人借鉴：“三月茵陈四月蒿，传于后人切记牢。三月茵陈治黄痨，四月青蒿当柴烧。”

## 2、车前草（子）

味甘，性寒；归肝、肾、肺、小肠经。体滑降利，有利水通淋、清热解毒、清肝明目、凉血、祛痰、止泻的功效。主治热结膀胱、小便不利、淋浊带下、水肿黄疸、泻痢、肺热咳嗽、肝热目赤、咽痛乳蛾、衄血、尿血、痈肿疮毒。现代科学分析发现，车前草嫩叶含水分、碳水化合物、蛋白质、脂肪、钙、磷、铁、胡萝卜

素、维生素C，还含有胆碱、钾盐、柠檬酸、草酸等。车前草有一定利尿、镇咳、平喘、祛痰、抗菌作用，能增加尿量，增加尿素、尿酸及氯化钠的排出，减轻水肿，并抑制多种病原微生物。车前草不仅可药用，还可食用，深受人们喜爱。车前草富含胶质，食入后吸水膨胀，可促进肠道蠕动，治疗便秘，吃了会有饱足感，是减肥、治疗脂肪肝的美味食品。

### 食用方法：

（1）采嫩叶洗净，焯透，捞出洗净，挤干水，凉拌；也可与其他材料炒食。

（2）种子即车前子，可用30克左右纱布包好，置入暖瓶中浸泡代茶饮，利尿作用良好，也可与米、红小豆一起煮粥食用。

（3）车前清热利湿汤：鲜车前草100克，竹叶10克、生甘草3克，白糖适量，煎汤代茶，每日1剂。有抗菌、抗病毒作用，对泌尿系感染、病毒性肝炎等均有较好效果。

（4）车前草苦累或菜团子：嫩叶洗净，与其他材料混合蒸制成苦累或菜团子，即可尝鲜又有利于去脂减肥。

需要注意的是，凡内伤劳倦、阳气下陷、肾虚精滑及内无湿热者禁用。

## 3、鲜麦芽

中药用的是干燥后的麦芽，有炒麦芽和生麦芽之分，最大的区别在于生麦芽催乳，炒麦芽回乳。麦芽具有行气消食，健脾开胃之功。多用于肝郁气滞、胸



肋胀闷、食积不消、脘腹胀痛、脾虚食少等症。盐山名医张锡纯著《医学衷中参西录》，有“麦苗善治黄疸”论述，认为麦苗入脾胃，虽为脾胃之药，而实善舒肝气。能舒肝，善助肝木疏泄，微兼破血之性，治疗黄疸有良效。我在临床实践中应用，并亲自尝试麦苗水。麦苗随易得但口感实在不好，后采用其麦芽煮水代茶饮的方法，有效、方便、口感佳，利胆、退黄、降胆红素确有疗效，甚至有些顽固性黄疸病人应用收到奇效。

发麦芽时可取新麦子50~100克淘洗干净，置于合适容器中被覆湿布，温度合适的话大概10天左右，麦芽长至5厘米左右就可以使用了。将麦芽放入锅中加水1000毫升左右煮沸15至20分钟，将水滤出，再加水煮二次，两次麦芽水合并、暖瓶保温当茶饮，另加调味品也可。上述方法每天一次，除了有点麻烦，没有多大花费，经济实用，但顽固性黄疸须服月余以上才能见效，不可心急。



## 二、补益类

### 1、薏米

又名薏苡仁、苡米、苡米仁等。味甘、淡，性微寒，入脾、肺、肾经。有健脾利湿、清热排脓功能，为常用的利水渗湿药，用于脾虚泄泻、水肿、关节疼痛等症，亦用于胃癌、子宫颈癌、绒毛膜上皮癌等癌症以及

多发性疣。薏米含有多种维生素和矿物质，有促进新陈代谢和减少胃肠负担的作用，可作为病中或病后体弱患者的补益食品，可做成粥、饭、各种面食供人们食用，尤其对老弱病者更为适宜。

薏米，中药称“薏苡仁”，《神农本草经》将其列为上品，可治湿痹、利肠胃、消水肿、健脾益胃，久服轻身益气。薏米的营养价值很高，含糖类、脂肪油、氨基酸（亮氨酸、赖氨酸、精氨酸、酪氨酸等）。此外，它还含有薏苡素及维生素B1等，因此被誉为“世界禾本科植物之王”和“生命健康之禾”。薏米具有容易消化吸收的特点，无论是用于滋补还是用于医疗，作用都很缓和。薏米食品对慢性肠炎、消化不良有效；能增强肾功能，有清热利尿作用，对水肿病人有效；健康人常吃薏米，能使身体轻捷，减少肿瘤发病率；含有一定的维生素E，是一种美容食品，常食可以保持人体皮肤光泽细腻，消除粉刺、色斑，改善肤色，对于由病毒感染引起的赘疣等有一定的治疗作用。含有丰富的维生素B，对防治脚气病有益。

### 食用方法：

薏米红豆粥去湿邪，红豆，中药称“赤小豆”，有明显的利水，消肿，健脾胃之功效，两者合用熬粥，意在使其有效成分充分为人体吸收，同时也不给脾胃造成负担。薏米磨粉面食，为价值很高的保健食品。

本品力缓，宜多服久服。用于健脾益胃、治脾虚泄泻须炒熟食用。中医认为其质滑利，有诱发流产的可能。脾虚无湿、大便燥者及孕妇慎服。

### 2、桑椹（桑葚）

味甘、酸，性微寒，入心、肝、肾经。有滋阴、补血、生津、润肠之功。主治久病体虚、肝肾阴亏、血虚精亏的头晕目眩、腰酸耳鸣，津亏血少、须发早白、失眠多梦、津伤口渴、肠燥便秘等症，为滋补强壮、养心益智佳果。早在两千多年前，桑椹已是中国皇帝御用补品，也被称为“民间圣果”。现代研究显示，桑椹含有丰富的活性蛋白、维生素、氨基酸、胡萝卜素、矿物质、白藜芦醇、花青素等成份。有改善皮肤（包括头皮）血液供应、营养肌肤，使皮肤白嫩及乌发等作用，



是中老年人健体美颜、抗衰老的佳果与良药。常吃桑椹可以明目，缓解眼睛疲劳干涩；具有免疫促进作用；促进新陈代谢，促进红细胞生长，防止白细胞减少；有生津止渴、促进消化、帮助排便等作用。一般人群皆适合食用，女性、中老年人及过度用眼者更宜食用。每日20~30颗（30~50克）为宜。

桑椹可洗净鲜用，亦可晒干或略蒸后晒干用。还可以制作桑葚汁和桑葚膏。

#### 食用方法：

（1）桑椹汁：新鲜桑椹200克，洗净，捣烂如泥，用纱布绞汁，与温开水适量饮用；

（2）桑椹膏：新鲜桑椹1000克，蜂蜜300克，桑椹搅汁，煎熬成稀膏，加蜂蜜一同熬至稠厚，待冷服用。

### 3、枸杞

明李时珍《本草纲目》记载：“春采枸杞叶，名天精草；夏采花，名长生草；秋采子，名枸杞子；冬采根，名地骨皮”。枸杞子味甘性平，有补肾、滋阴、养肝、明目、益气等功效，适用于肾亏遗精、腰膝酸软、头晕目眩、两眼昏花等症。现代科学研究发现，枸杞子营养丰富，含蛋白质、碳水化合物、脂肪等，有18种氨基酸，其中8种氨基酸是人体必需氨基酸；矿物质有钙、磷、铁、有机锗；维生素也较全面和丰富，包括维生素B1、维生素B2、维生素C、尼古酸和胡萝卜素等。故认为枸杞子可以降低胆固醇、兴奋大脑神经、增加白细胞活性、增强免疫功能、促进肝细胞新生、防治

癌症，抗衰老和美容，对人体健康极其有益。

#### 食用方法：

（1）直接嚼服：枸杞子洗净蒸数分钟，滋阴、生津、止渴效果好；或微波炉烘烤数秒；也可5~10克早晚嚼服。

（2）煮粥或蒸米饭：枸杞子洗净蒸煮，熟后即可食用，色、香、味俱佳。

（3）泡水：洗净的枸杞子放杯中，沸水浸泡2~5分钟后即可喝水吃果。

（4）枸杞菊花茶：枸杞子、白菊花同时放入有盖杯中，沸水冲泡，加盖焖15分钟后开始饮用，可降压降脂、清肝泻火、养阴明目。

（5）煲汤、炖肉：煲汤、炖肉时加适量枸杞，既增加了色、香、味，又起到食补的作用。

体质虚弱、抵抗力差的人，可以每天吃一点，长期食用才能见效。正在感冒发烧、身体有炎症、腹泻的人不能吃。有高血压、性情急躁或大量吃肉而导致面泛红光的人最好不要食用。

有保肝护肝作用又宜于食用的植物种类很多，限于篇幅不能一一列举，可以根据自己的爱好、材料来源难易、自己的情况，因时因地制宜选择。有三点需要注意，一是不熟悉的植物不乱吃，以免中毒；二是药食两用植物一般性质温和、治疗作用或弱或慢，不能够替代药物治疗；三是要对症，最好在医生指导下进行，正确选择种类，适量不过量。



# 乙肝并不可怕，可怕的是盲目和无知

## ——记我的乙肝治疗经历

文·陈怡

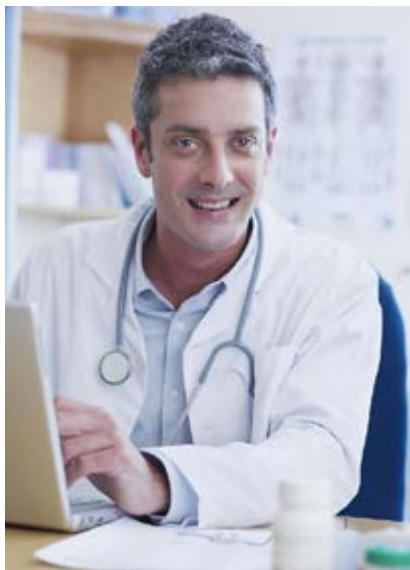


我是一名家族聚集性乙肝患者，曾经，我的外婆、二姨、表哥都是因为这个病永远离开了我们，甚至到后来我的外公也没能逃过乙肝的魔掌。亲朋好友因为这个原因，都不愿意接触我们。

也许有人会说，现阶段乙肝并不是什么大问题，我们周围有大把的乙肝病毒携带者。但现实社会有时候往往不是我们想象中那么简单。因为乙肝歧视，有多少十年寒窗苦读的学子被挡在了他（她）魂牵梦绕的象牙塔外，即使幸运的得以继续深造，大学毕业，研究生毕业了，找工作的状况又怎样？

即便是在社会发展如此迅速的今天，大多数人和企业对乙肝患者都持着歧视的态度，何况当年。那时的我，对乙肝真的完全是无知的，总以为外婆他们只是运气不好摊上了这个病，而且一旦感染上乙肝，只能顺其自然。直到自己走过了10多年的乙肝就医道路，才知道了乙肝是怎么回事，也明白了乙肝并非不治之症，关键要早预测、早检查、早治疗，方能控制其发展。

### 初现乙肝，有病乱投医



2002年，我在常规体检的时候检查出乙肝“大三阳”，这简直犹如晴天霹雳，没想到最后连我也没能逃过这一噩梦。从那之后，我始终有一种心理阴影，我不想像外婆和二姨他们一样，我还年轻，还有很多美好的生活在等着我，带着这种不甘和一些期望，我踏上了乙肝求医的道路。

一方面，我心里惧怕着乙肝想要早点治疗；另一方面，我又不愿意直接去医院。再加上对乙肝治

疗的认识不当，还以为只要吃了药兴许就能好转。一旦确定了自己患有乙肝，我对这两个字眼也关注起来。在这之前，平时附近药店开展的活动我从来不会在意，但那次乙肝治疗药的宣传，我立马注意到了。是一种叫速立特的乙肝治疗药，当即毫不犹豫的买了一堆回家。可是吃了半年，感觉却没有太大的变化。

其实，当时在吃了药而没有效果之后，我也想过要去医院检查治



疗。但平时工作繁忙，再加上不知道去什么医院合适，也就嘴上说说并未实际行动。说来也巧，无意间在电视里面看到一家医院的广告，记下地址，抱着忐忑的心情去了这家医院，跟医生说了曾经检查患有乙肝“大三阳”的情况。医生没有再让我做检查，只是开了相关的治疗乙肝药物。因为是医生开的药，我也吃得比较放心，更是吃了两年之久。

本来以为这么长时间的药物治疗，乙肝病情就算不好也会有很大的改善。可现实却是残酷的，为了确认这两年的治疗情况，我又到市中医院去做了一次检查，仍旧是乙肝“大三阳”。如此几经周折，病情却毫无进展，当时心里别提有多难过。医生开导我，乙肝并不可怕，是有希望治疗的，又开了一些药让我吃。

谁知道，这一回才刚吃了两次，就感到头晕、恶心，整个人很不舒服。面对这种状况，我立马打

电话给了市中医院的医生，说了我当时的症状。对方在听了我的阐述之后，让我将药给拿回去看看。此时，我才想到了可能是这些药有问题。于是我自己仔细地检查了药品的包装，发现虽然还在使用日期之内，但是外表却有很多裂痕。抱着怀疑和担心的心情，我拨通了114的电话，得到的答案却是胆战心惊，原来这种药已于两年前停止生

产，但是我到现在还在吃，这说明了什么，我简直无法想象。

为了坐实怀疑，也为了给自己讨回公道。第二天，我老公就带着这些药和之前那家广告医院吃剩下的药，去了市药监局做检测，结果证实这些全部都是假药。一瞬间，从头凉到脚，此时的我已经完全不知道如何是好，简直无法形容那种既愤怒又绝望的心情。

还好老公比较冷静，直接回到市中医院退回了全部的医药费，但是那家广告医院的医生和负责人却拒绝退钱，只是说以后可以继续为我做免费治疗。我心想，连开的药都是假药，谁还敢继续在这里治疗，并没有答应他们的条件。谁知道，对方见我们不同意，竟然叫来了辖区派出所，还说是我们在这里滋生闹事。最终在派出所的调解之下，我们只得退而求其次，拿回了部分的药费。



治疗道路，半途而废



事情告一段落，我却再也不敢轻易去任何医院做检查或者治疗。老公觉得这样下去也不是办法，于是过了一段时间他又让我去市中心医院看看，说不定能有用。这是我为治疗乙肝接触的第三家医院，到了医院门口之后，看到这里的宣传栏上有很多专家坐诊的信息，前来看病的人也不少，这也让我顿时安心了不少。

乙肝检查的地方还需要排队，轮到我的时候，医生先是看了我以前在市中医医院的检查报告，才给我做了相关检查。随后，他问到我家的收入情况，我说我跟我老公都是外地来打工的，每个月都是3000多的工资。后来他给我开了一个星期的药，我才知道为什么要问我们的收入情况，因为单这一个星期的药

费就得1700多，想来也是根据病人的经济状况来决定服用哪种药的。

即便如此，我还是觉得这个药太贵了，以我们的平均收入是没有那个能力可以长期服用的，更何况还要养家。所以我只吃了这一个礼拜，就没有再去买药。其实，我当初也有自己的想法，一是这么贵的药吃了之后到底有没有效果也是个未知数，二是自己的身体也没有再感觉到任何不舒服或不适应的症状，再加上经济条件有限，实在不是我们这样的家庭所能负担的。

就这样又过了半年，我也并未有感受到身体有什么问题，便不想再去纠结治疗的事情了。但是我老公却一直担心我的情况，他再次劝我去广州第八人民医院做检查。这次我的态度比较强硬，不想再做无

用功，甚至觉得再怎么检查，自己的身体也就那样了，没办法医好，或者说我根本不愿意再去面对我患有乙肝这个事实。可是老公跟我解释，这家医院是一所以传染病防治及肝病综合治疗为特色的集医疗、教学、科研、预防保健于一体的市级医院，在肝病治疗方面很有经验，去了有益无害。

拗不过老公的坚持，我还是去了广州第八人民医院。在那里，医生给我做了更全面的检查，包括以前从未有过的HBV DNA检测，结果乙肝病毒量比较高。其他的检查结果和以前都大致相同。当我以为医生又会给我开一大堆药时，医生却告诉我，只要我体内的转氨酶（ALT、AST）不再继续升高，是不需要做抗病毒治疗的。这次的求医之旅，以医生给我开了一堆中药结束，我一度以为这会是我最后一次到医院做肝病检查。



## 坚持治疗，方得安心

我跟我老公都是从乡下县城到市里面工作的，孩子一直是外婆在照顾。到了上小学的年龄，为了能给孩子一个更好的学习环境和教学条件，也为了能让孩子呆在我们身边，我们将他接到了打工的地方。每天按时上下班，接送孩子上下学，日子过的还算充实。我甚至已经忘记了自己曾经是一个乙肝“大三阳”患者，就这样直到2012年孩子小学毕业，因为外来人口孩子不好升学的问题，我们全家一起回到县城，找了新的工作，开始新的生活。虽不富裕，却也知足。

然而生活总是让人不如意。2013年，我在上班途中突然感到头晕得特别厉害，请假回家休息了半天。这时，我又想起了自己以前的乙肝病情，于是第二天一早就去了医院做检查。我承认，当时我特别悲观，但这是很多乙肝患者无限循环的心理环节的一部分：从满怀信心到倍受打击，进而到悲观失望，再到自我调整，接而重获信心，如此等等，又进入下一个循环。

化验结果出来之后，医生拿着化验单告诉我需要住院再做一些其他检查，这次是肝脏B超检查。B超检查时医生告诉我有可能已经变成肝硬化，咋一听这个我就害怕了，在我的日常认知里面，肝硬化是无法治疗的，只能顺其自然。经过医生的详细解说和对比了同病房的病

友之后，才知道自己是幸运的，我的病情还没有到无药可医的地步，虽然肝硬化无法根治，但是我现在还处于早期发现阶段，能阻止病程进展。在听取医生的建议，经过一个多月的治疗后，我的肝功能慢慢恢复，乙肝病毒量也降了下来。与此同时，我也在求医这条路上看到了希望之光。这里，我要提醒一下大家，很多患有肝癌的患者，都是肝硬化引起的，平时一定要多注意自己的身体，没有健康的体魄，有再多的金钱和地位也无福消受，届时悔之晚矣。

如今，我的病情已经基本稳定，在此要感谢我的主治医生和护士，感谢在知道了我患有乙肝之后不离不弃一直陪伴我的老公，感谢肝病部落、《肝博士》、肝友汇的医生，是他们让我看到了希望，认识到乙肝并没有想象中那么可怕。同时，我也希望更多的乙肝患者能



跟我一样，了解并认清自己的病情，不要盲目吃药，害的是自己的身体，伤的是家人的心。最后，期望更多的人可以放下歧视，接纳乙肝病毒携带患者，让他们过上正常人的生活，打开自己的心扉，不再因为自己是一名乙肝患者而自卑和悲观，不得不对周围朋友隐瞒自己的病情。





# 四川省医学科学院 / 四川省人民医院 感染科简介

四川省医学科学院/四川省人民医院感染科为四川省甲级医学重点学科，除日常感染性疾病和肝病的临床医疗、教学和科研工作外，还承担着全省艾滋病、病毒性肝炎等传染病的防治、科研、宣教和指导工作，四川省抗菌药物合理使用指导；尤其在突发公共卫生应急事件，如细菌性食物中毒、细菌性痢疾、霍乱、SARS、人感染猪链球菌病、人感染高致病性禽流感、甲型H1N1流感、寄生虫感染等传染病流行期间，为四川省医疗卫生事业做出了应有的贡献。

科室常规开展人工肝治疗各种肝衰竭、肝活检诊断各种疑难肝病、瞬时弹性肝扫描（Fibroscan）无创肝纤维化检测等。长期从事肝病和抗感染药物II期和III期多中心临床研究。承担国家级、省部级、厅级基金资助科研课题16项。在*J Hepatol*、*World*

*J Gastroenterol*、《中华肝脏病杂志》《中华消化杂志》《中华传染病杂志》等国内外核心医学杂志发表论文100余篇，撰写医学专著2本，参编医学专著2本。2006年被评为四川省巾帼文明岗，2015年被评为全国妇联授予“巾帼文明岗”。

科室现有医护人员30人，拥有省学术技术带头人、四川省卫计委学术和技术带头人、中国医师奖获得者、享受国务院政府津贴1人，

全国三八红旗手1人；硕士生导师2人，主任医师3人，副主任医师2人，主治医师5人，主管护师4人；医学博士4人，医学硕士7人。科室成员多人分别担任中华医学会、中国医师协会感染病学分会青年委员，四川省医学会感染病学分会、肝病学会、内科学分会副主任委员、委员及青年委员等，四川省医师协会感染科医师分会会长、秘书长、委员和秘书等学术职务。



## 四川省人民医院感染科专家介绍



### 江南

主任医师、国家二级教授、博士、硕士生导师。四川省医学科学院 / 四川省人民医院首席专家，四川大学兼职教授。四川省学术和技术带头人、四川省卫计委和中医药管理局首席专家，享受国务院政府津贴。四川省医师协会会长，四川省感染病寄生虫病专业副主任委员，四川省抗菌药物管理委员会抗菌素组组长，省新药评审专家。《肝脏病学(中文版)》《中国实用内科杂志》等杂志常务编委、编委。全国三八红旗手。荣获第六届中国医师奖、四川省有突出贡献的优秀专家。以第一主研获四川省科技进步二等奖和三等奖各 1 项；获省及卫生厅课题 6 项；王宝恩肝纤维化基金课题 3 项。撰写专著 2 部，参编《实用感染病学》第三版。以第一作者发表论文近 60 篇。

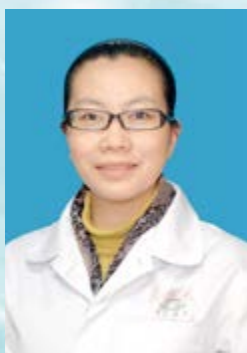
擅长各种感染性疾病与肝病治疗，特别对慢性乙型病毒性肝炎，慢性病毒性丙型肝炎治疗有独到见解。



### 杨兴祥

主任医师、硕士研究生导师，四川省人民医院感染科主任。四川省卫计委学术和技术带头人。四川省肝病学会副主任委员，全国疑难及重症肝病攻关协作组委员，四川省感染病学会委员，四川省医师协会感染病分会委员，四川省医学会内科学会委员，成都市感染病学会委员，成都市防痨协会理事。作为项目负责人承担科研课题 5 项。发表医学论文 30 余篇。获四川省科技进步三等奖 1 项，中华预防医学会科技进步三等奖 1 项。《实用医院临床杂志》编委。2005 年被评为四川省卫生应急工作先进工作者。

擅长各种感染性疾病、病毒性肝炎的诊治，对抗菌药物的合理使用、重症肝炎、黄疸待诊和未明原因发热的诊治有丰富的临床经验。



林健梅：主任医师



黄仁刚：副主任医师



耿晓霞：副主任医师

# 铁与肝脏疾病 有什么关系(一)

文·江远(广州医科大学附属深圳沙井医院)

## 人物档案



江远, 广州医科大学附属深圳沙井医院中医科主任, 医学博士, 副主任医师。广东省中西医结合治未病专业委员会委员、深圳市中西医结合肝病专业委员会委员、深圳市中西医结合学会理事、宝安区中医药专业委员会副主任委员。主持2012年广东省中医药管理局立项项目1项(项目编号:20122017)——复方肝毒清影响肝纤维化大鼠铁代谢通路的关键调控机制;主持宝安区科技局项目立项4项。发表SCI论文1篇,统计源(核心)期刊论文10余篇。

### 一、体内铁是如何存在的?

铁是众多生物体不可缺少的微量元素之一。铁可在不同的条件下沉积于肝脏,其中以含铁血黄素为主要形式。铁在体内保持着动态平衡,多种因素可打破这种平衡,导致铁缺乏或铁超载。铁超载常见于遗传性血色病(HH)、输血、溶血、血红蛋白合成障碍、慢性贫血、高铁饮食等。由于肝脏是铁储存的主要部位,铁超载与肝脏疾病

关系尤其密切。有效地控制肝铁过载,对肝病的预防和治疗有着重要的临床意义。

人体内的含铁化合物可分为两类:一类即所谓必需铁化合物,主要由亚铁血红蛋白组成,所含铁占铁总量的70%,主要存在于红细胞中,亚铁血红蛋白的功能与氧化能量代谢有关;另一类为铁储存化合物,主要有铁蛋白和含铁血黄素,所含铁占铁总量的25%,主要存在

于肝脏、网织内皮细胞和骨髓中。机体每天从含10~20毫克铁的饮食中只吸收铁1~2毫克,以维持体内铁的需求平衡,与每天通过体液分





泌、皮肤脱屑以及消化道上皮损耗的铁总量相当。

人体大部分的铁用于血红蛋白的合成，由于红细胞的平均寿命约为120天，因此循环血中每天大约有0.8%的红细胞被破坏并有相当量的重新生成。在1型（和3型）遗传性血色病中，含铁血黄素沉积在肝细胞和胆管上皮细胞而不是网状内皮细胞，铁染色呈颗粒状。铁还可以可溶性铁蛋白的形式沉积在肝细胞和巨噬细胞质中，铁染色不呈颗粒状。输血引起的含铁血黄素通常沉积在枯否细胞，溶血引起的含铁血黄素沉积在肝细胞和枯否细胞。而对于慢性贫血，铁只是轻度沉积于枯否细胞。

十二指肠是铁吸收的主要部位，整个机体铁稳态的焦点即在十二指肠对铁吸收率的控制。一般来说，人体铁的吸收率维持在较低水平（1~2毫克/天），但在机体储铁下降、红细胞生成活性增加、贫血或者低氧血症时，铁摄入会显著

提高，而机体存在炎症导致炎症性贫血或者机体储铁增加时又将下调铁的摄入。铁的吸收增加导致体内铁过度蓄积是遗传性血色病的典型特点。

## 二、铁与病毒性肝炎有什么关系？

慢性病毒性肝炎也会伴随有肝内含铁血黄素沉积，其程度比遗传性血色病明显要低。含铁血黄素可以沉积在枯否细胞、肝细胞和（或）肝脏汇管区。国外有人研究慢性乙型肝炎和丙型肝炎患者的肝脏铁含量，结果显示多数患者合并轻到中度肝铁过剩。

铁超载与病毒性肝炎的关系可能有以下几点：

（1）铁负载可能促进宿主细胞病毒核酸的产生。有研究认为体内铁蛋白水平升高时乙肝病毒更易于感染并在肝细胞中复制，同时铁的含量对乙肝病毒长期携带状态也起着十分关键的作用。

（2）过量的铁通过抑制巨噬细胞、淋巴细胞的活性降低宿主的防御功能。

（3）线粒体还原酶在DNA复制和细胞代谢过程中起关键作用，而其活性的维持需要铁。

慢性丙肝患者肝铁负载通常随着肝纤维化的进展有轻、中度增加，因此铁沉积可能促进肝纤维化的发展。研究发现，用去铁敏使慢性丙肝患者血清铁降至250纳克/毫升以下，可增强干扰素 $\alpha$ 的抗病毒效果。另外，肝铁沉积与机体对干扰素 $\alpha$ 治疗反应降低有关，因此铁沉积可能促进慢性丙肝的疾病进程。有研究对18例对干扰素 $\alpha$ 治疗无反应的慢性丙肝患者放血前后指标进行观察，发现放血后ALT、转铁蛋白饱和度、血清铁等指标明显下降，4/18例（22%）患者在放血后ALT恢复正常，通过放血增加铁的损耗能降低血清转氨酶、减轻炎症，并延缓慢性丙肝的进程。



# 答读者问



**蔡大川：**医学博士，毕业于重庆医科大学，2004年获博士学位，攻读学位期间曾参与国家自然科学基金课题研究工作，毕业后在重庆医科大学附属第二医院感染科从事传染病的临床和基础研究工作。擅长病毒性肝炎、肝硬化、肝癌的诊断和治疗。

## 肝博士，你好！

本人男，64岁，2011年上半年，因胃病到县城医院检查发现是早期肝硬化，病毒DNA为10的7次方拷贝，ALT 256 U/L，AST 363 U/L，大三阳。B超显示肝纤维化，脾轻度肿大。住院1个多月，有好转，医生说要抗病毒治疗。刚开始吃的是拉米夫定，用药6个多月DNA降到检测值以下。后来有中医说可以直接吃中药，不需要抗病毒药，结果停药2个多月病毒又上升到10的6次方拷贝，ALT 170 U/L，AST 205 U/L。我又去专科医院住院，接着继续吃拉米夫定，半年后耐药，加吃阿德福韦酯片，一直到现在将近3年，我总觉得以后还会耐药。在吃抗病毒药期间，我的转氨酶、总胆红素有时也有升高，CT、B超检查结果比原来较差，有结节1 cm，脾肿大，血小板从原来的 $80 \times 10^9/L$ 降到现在的 $14 \times 10^9/L$ ，胃镜检查无胃底静脉曲张。请问：（1）耐药后还有什么好药可以接着吃？（2）我的肝硬化是不是还在继续发展？（3）血小板下降到现在后会有什么后果（吃了1年利可君片）？（4）脾可以切除吗，要不要切掉脾脏？（5）是否需再去大医院做检查，或者再做一些其他项目的检查？

慢性乙肝、肝硬化和肝癌是乙肝病毒慢性感染后常见的三部曲。目前对于慢性乙肝的

治疗，在有适应证的情况下，抗病毒治疗是最重要和最基本的治疗措施，而乙肝病毒发现才50余年，自然不可能有“祖传秘方”，而中医药对病毒本身没有足够的研究来证明其机理，所以凡是说中医药就足以抗病毒治疗的纯属“忽悠”。干扰素和以拉米夫定为代表的核苷（酸）类似物是慢性乙肝抗病毒治疗的仅有的两个选择。对于核苷（酸）类似物抗病毒治疗，其具有方便口服、副作用少等优点，但也有疗程长等缺点，尤其是其长期用药后的耐药性，目前还没有很好的办法，只有治疗前优选，并采用高效低耐药药物，治疗中密切监测，耐药后及时加药等办法可以处理。所以你不要指望有什么“好药”来接着吃，一句话，不耐药最好；一旦耐药，则疗效下降，费用、副作用都可能增加。而不论任何治疗方案须由正规医院乙肝专科医生来决定！你没有提供具体的B超或CT检查结果，也没有办法看到脾脏的具体大小，所以不好确认你的情况是否在恶化，但血小板持续下降也可能说明你的肝硬化在恶化。不过，血小板下降并不只是由肝硬化引起，你应该进行骨穿检查以排除血液系统问题。血小板下降是肝硬化-脾大-脾功能亢进的表现之一，过低的小血小板水平，如你现在的水平，可能引起难以处理的出血而危及生命。处理脾功能亢进的最有效办法就是脾切除，但这个首先要对全身情况进行评估，适合手术才

行。慢性乙肝及肝硬化是专科性很强的疾病，你当然需要到有经验、有足够条件的医院找专科医生就诊。例如，你肝脏上的结节就必须到大医院明确是否为肝癌占位。

### 肝博士，你好！

我是来自贵州的一名乙肝患者，已经70多岁，患病10年之久，为乙肝小三阳，病毒DNA含量为 $6.14 \times 10^5$ 拷贝/ml，ALT 61.3 U/L，AST 52.2 U/L，肝纤维化4项指标中，血清IV型胶原蛋白（IV C）113.47 ng/ml，血清透明质酸（HA）213.22  $\mu$ g/L。B超查肝内无回声区（38 mm × 34 mm），光点增粗，多发性肝囊肿。请问：（1）以上检查指标是否可以使用抗病毒治疗？（2）检查肝内炎症，用瞬时弹性成像能不能代替肝穿？（3）使用中药抗病毒，土茯苓和蚤休按3:1打成粉末，每次服3~5 g，每天2次。需要服多久，有无副作用？（4）怎样用蟾蜍的皮肉外用、内服治肝癌？

答：对于老年患者而言，慢性乙肝并不是一个严重问题。你目前需要做的，就是明确是否有其他原因，如饮酒、服药（包括所谓保健品）等，导致转氨酶升高。对于老年患者，抗乙肝病毒治疗一定要慎重！检查肝内炎症，不能用瞬时弹性成像代替肝穿，顺便说一句，这个“瞬时弹性成像”并不是用来检查炎症的。对于中医药抗乙肝病毒治疗，你需要明白如下事实：乙肝病毒被科学家发现才50余年，自然不可能有“祖传秘方”；而中医药对病毒本身没有足够的研究来证明其机理，所以凡是说中医药就足以抗病毒治疗的纯属“忽悠”。

### 肝博士，你好！

我的乙肝检查转氨酶为正常值的3倍，病毒量为10的7次方拷贝。2个月后开始服药，拉米夫定+阿德福韦酯1年，降到10的3次方拷贝，但转氨酶又反弹到4倍（一直下降缓慢，胆红素一直略高），改用恩替卡韦+阿德福韦酯，1个月转阴，现在已经6个月，病毒含量还是10的3次方拷贝。换了医生后，建议我改替比夫定+阿德福韦酯。请问：（1）我这种情况是否耐药状态，现在能不能做耐药检查？（2）多位医生建议我继续恩替卡韦+阿德，但有专家说，这样副作用大，长期治疗打算，应该换替比夫定+阿德，后续空间大。如果换替比夫定+阿德，有没有风险？能不能控制住病情？替比夫定+阿德耐药以后，恩替卡韦还能不能发挥现在的作用？

答：首先，你需要确认你的转氨酶升高到4倍时，有无其他因素，如饮酒、劳累、服用中药、保健品等。在你改用恩替卡韦+阿德福韦酯后6个月，病毒仍然为10的3次方，说明耐药的可能性极小。乙肝病毒DNA的检测本身就是一个相对的结果，所谓“阴性结果”并不能保证血液及肝脏或肝外组织中绝对没有乙肝病毒，10的3次方是大多数现有技术检测的下限，它和阴性之间并无太大的差别，就好象我们规定60分及格，你能说60分的就一定比59分的水平好吗？目前全世界范围内上市的抗乙肝病毒的核苷（酸）类似物就只有5种，它们各有各的特点，但最忌讳的就是挨着一个一个的试，因为实践已经证明这样只能增加多重耐药的可能，在抗乙肝病毒治疗手段本身就很有限的情况下让医生无药可选。在经济条件允许，无禁忌的情况下，应该首选高效、低耐药的治疗药物和

方案，而不是抱着“耐药了再说”的想法。任何治疗手段都有可能产生副作用，都有风险。至于某一个治疗方案是否一定能起效或控制病情，要考虑多种因素，如患者是否按医嘱来服药等，此外，也有先天耐药的情况存在。

### 肝博士，你好！

我今年30岁，女性。高考体检时发现HBsAg阳性，肝功能正常，病毒不可测，后来又做过两次检查，结果都差不多。中间有10来年一直没做检查，也没有觉得有任何不舒服的地方，所以也就没有在意。因为准备要小孩，想到自己曾经的乙肝携带，所以去医院检查了一下肝功和病毒等。结果乙肝五项还是1、4、5阳性，但是病毒为 $9.8 \times 10^3$ 的3次方拷贝，过了两个月换家医院检查，变成了 $6.3 \times 10^3$ 的3次方拷贝，前几天的检查结果是 $1.6 \times 10^4$ 的4次方拷贝。几次检查的肝功能、B超和甲胎蛋白都正常。请问：（1）我的病毒量似乎有上升的趋势，会不会继续上升呢？（2）能推测我是成年还是幼儿时期感染的吗，因为据说干扰素治疗的效果会不一样？（3）如果我准备要小孩，现在这种情况好像可以不用治疗，是吗？但是万一在怀孕过程中发病怎么办啊？

答：病毒也是一种生物体，在人体内繁殖，也跟自然界的其他生物一样有兴衰成败，所以我们不能指望病毒量在每次检查时都是同一个数字。一般来说，我们所关注的是病毒量的大小范围，分为低、中、高水平， $10^4$ 的4次方及以下为低水平， $10^5$ 的5次方到 $10^7$ 的7次方为中度水平，而 $10^8$ 的8次方及以上为高水平。所以你不必纠结于 $10^3$ 的次方的前面的数字，只要其

次方还在低水平范围内，没有其它问题，则继续观察即可。正如月有阴晴圆缺，病毒量也是有可能上升的，但你作为携带者，除了定期检查，禁酒、勿乱用药物等，也没有什么可以做的。对你来讲，是幼儿期感染的可能性极大，因为成年期感染绝大多数（95%）都不会发展为慢性。你的病毒量不高，发生宫内感染的概率自然也不高，权衡利弊自然不考虑在妊娠过程中抗病毒治疗，你需要进行密切监测，万一发病则按正常病人处理就行。

### 肝博士，你好！

我父亲60岁，发病近半个月，开始浑身无力，食欲不佳，消瘦10斤左右。起先以为是辛苦了，一周前做了检查，血糖也不高，但是转氨酶（ALT）1400 U/L，有黄疸。现在的症状是乏力、身上瘙痒、肝区按压有疼痛感。当时医生怀疑病毒性肝炎，但住院做了肝胆脾肾核磁共振检查，都没有问题，医生也排除了甲乙丙丁戊肝。挂了4天的盐水，但是症状一直都没有缓解。请问：（1）在排除了甲乙丙丁戊肝之后，还有可能是病毒性肝炎吗？（2）如果不是病毒性肝炎，那会是什么情况引起的呢？需要做什么检查？

答：除了病毒性肝炎，导致肝功能生化学异常的原因还有其他嗜肝或非嗜肝病毒感染、自身免疫性肝炎、药物性肝炎（尤其是中药，如何首乌）、化学品（尤其是成分不明的保健品）、酒精性肝损害等，想要查明导致肝损害的原因，不仅需要收集相关家族史、既往史、用药史，更要有详细的查体和辅助检查，故而需要在大型三甲专科医院进行检查治疗。需要说明的是，即使经过前述措施，仍有一小部分患者不能查明导致肝损害的原因。

# 全国肝病科普咨询专家信息



## 甘建和

主任医师，教授，现任苏州大学附属第一医院感染科主任。

**专业专长：**肝病抗病毒及免疫调控

**门诊时间：**周三上午

**人物简介：**兼任中华医学会肝病学会分会委员；全国疑难及重症肝病攻关协作组全国委员；中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组副组长；江苏省医学会感染病学分会副主任委员；江苏省中西医结合分会副主任委员。在重肝、慢性病毒性肝炎，各种肝病、肝硬化诊治方面有丰富的经验，在省内率先开展了各型人工肝技术结合综合基础疗法治疗重肝的临床研究并获得两项国家实用型专利，参加国家“十一五”、“十二五”重大专项研究并负责两项子课题研究，获多项省市科技进步奖。发表论文 50 余篇，现为苏州大学博士生导师。



## 林大力

主任医师，现任哈尔滨市传染病医院人工肝室科主任。

**专业专长：**1. 感染病；2. 人工肝

**咨询电话：**0451-55602359/13674632789

**人物简介：**兼任中华医学会感染病分会肝衰竭与人工肝专家委员会委员；全国疑难及重症肝病攻关协作组全国委员；黑龙江省医院协会血液净化管理专业委员会常务委员；黑龙江省医学会肝病分会委员；哈尔滨市血液净化医疗质量控制委员会副主任委员；齐齐哈尔市科技局科技成果鉴定专家。发表有价值学术论文 9 篇，参与编写 4 部学术论著，先后获得黑龙江省新技术应用奖 5 项，哈尔滨市新技术应用奖 13 项。多项治疗措施的临床应用，改变了传统肝病治疗的单一性，从临床治疗学的多方面解决了许多基础与临床难点问题，取得了非常显著的社会效益和

可观的经济效益。承担黑龙江省卫生厅课题 2 项，2011 年被选为哈尔滨市市级领军人才梯队后备带头人，并顺利通过了市科技局的考核验收。





**潘业**

副主任医师，现就职于厦门大学附属第一医院感染科。

**专业专长：**1. 传染病、人工肝；2. 病毒性肝炎、艾滋病

**咨询电话：**13906033026

**咨询邮箱：**comceal@126.com

**人物简介：**兼任第二、三届全国疑难及重症肝病攻关协作组全国委员；福建省医学会肝病学会第四届委员会重型肝病与人工肝学组委员，福建省中西医结合学会肝病学会第四届委员会委员；厦门市医学会传染病专业分会第二届委员会委员；厦门市中西医结合学会肝病学会第一届委员会委员。对肝脏穿刺活检术、血浆置换等技术能够熟练掌握、指导和应用，10年内共完成1000多例的肝脏穿

刺活检术和100多例次的重症肝炎、肝衰竭患者人工肝血浆置换术操作。工作以来先后在国内外杂志发表了与肝脏疾病、艾滋病相关的论文10多篇。



**张文华**

主任医师，现任武威肝病研究所所长、武威肿瘤医院副院长。

**专业专长：**1. 肝病内科；2. 传染病

**咨询电话：**18993531188

**咨询邮箱：**18993531188@189.cn

**人物简介：**兼任全国疑难及重症肝病攻关协作组全国委员；中国生物技术协会临床应用专业委员会全国委员；甘肃省医学会肝病专业委员会委员；武威市医学会肝病专业委员会主任委员；中华医学会感染病分会会员。近年来主持完成的科研项目“无肝素人工肝血浆置换治疗重型肝炎临床应用研究”、“博尔泰力与维拉克联合应用对慢性乙型肝炎抗病毒治疗的临床研究”获武威市科技进步一等奖，主持完成的科研项目“人工肝联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎疗效及预后分析”获武威市科技进步二等奖，发表论文20余篇，为国家“十二五”

重大科技专项——武威乙肝防治示范区建设及流行病学调查研究项目治疗专家组负责人之一。



**郭雅玲**

主任医师，现任西安市第八医院副院长。

**专业专长：**病毒性肝炎、肝硬化的诊治

**咨询电话：**15102915638

**人物简介：**兼任西安医学会感染病分会主任委员；西安市医疗事故鉴定专家库成员；陕西省医学会传染病与寄生虫病专业委员会常委；陕西省肝病康复学会委员。参加工作以来一直从事临床一线工作，能独立处理常见传染病及疑难危重症患者，尤其对重型肝炎的诊断、处理有独到的见解。参与、设计多项国家级、省级、市级科研课题，自己主持完成两项市级科研课题和省级科研课题一项。

# 汇人为肝健康



» 订阅《肝博士》杂志



» 关注“肝博士”微信号



» 下载“肝友汇”APP



» 登录“肝友汇”Web

<http://www.hrjkg.com>

