

晓欣肝

慢乙肝综合医疗保障产品

1 份专属保障

乙肝患者专属医疗保障

2 重特别关爱

急性或亚急性重症肝炎、肝癌 10~20 万保障额度
六种常见高发重疾(产品条款所列)2 万保障额度

3 级规范化管理

特定治疗药物配送
定期检查随访费用报销
全程健康管理服务包

7 项健康管理服务包

线上:



智能化电子档案



药品配送



私人医生咨询



用药提醒

线下:



随访提醒



在线教育



专家门诊预约

咨询热线: 400-1023-716

复星联合健康保险 汇人健康 携手打造

普及肝病知识

指导肝病康复

肝博士

2018年 第3期(双月刊) 总第82期

封面报道

好学笃行，无问西中

——记上海中医药大学附属曙光医院刘成海教授

零售价10元

ISSN 1673-0550



《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



让自己健康

文 · 袁平戈

2018年新年之际，我国8位院士联合倡议：2018年，你最大的责任就是让自己健康！

中国科学院院士曾益新：最好的医生是自己。

在科学技术越来越发达的今天，只要我们每个人能做到平时积极预防，有病坦然面对、正确治疗，就可以做到健康、快乐、长寿。

（1）首先就要对吸烟、酗酒、暴饮暴食、长期熬夜、不重视锻炼等不健康生活方式大声说“不”；

（2）其次，生病了，不要讳疾忌医，也不要病急乱投医，应该以坦然的心态和医生沟通，配合医生积极治疗；

（3）再次，要掌握一些基本的防病治病科普常识，请务必记住：“最好的医生是自己，最好的处方是知识。”

中国工程院副院长、中国工程院院士樊代明：别和自己过不去。

人的24小时都是变化的，中午生命力最强。晚上生命力最差，所以该睡觉的时候一定要睡觉。与人相处不猜忌、不设防也是健康生活的一部分，毕竟我们每天最主要的是和人打交道，只有相处和谐自己才能快乐。寿命长短60%取决于自己。

中国工程院院士、中国医学科学院肿瘤医院肿瘤内科主任医师孙燕：不要人为地给自己“诱发”肿瘤。

身体就像一部精良的汽车，每个脏器 24 小时都在辛苦工作，当然需要保养和检修。

不少肿瘤，可以说是被自己不良的生活习惯“诱发”出来的。比如：过多食用高脂饮食、不吃蔬菜、吸烟、性生活混乱、长期不良情绪等等。

中国科学院院士、中华医学会心血管病学分会主任委员葛均波：肉多了、动少了，病就来了。

中国工程院院士、北京协和医院骨科教授邱贵兴：腿痛再补钙，晚了。

最好的办法是“防患于未然”。年轻时努力提高身体的骨峰值、保持正常的骨钙量和骨密度，就能缓解骨质过早流失。这需要不断的运动刺激。缺乏运动会使骨丢失加快，容易出现骨质疏松。

中国工程院院士，中国中医科学院首席研究员李连达：粗茶淡饭最养生。

对健康的身体来说，滋补品反而会带来额外的负担，日常的饮食对身体就是最好的补品。

中国工程院院士钟南山：每年一次的体检很必要。

很多病刚开始是无症状的，如很多慢性阻塞性肺病，刚开始都不知道，到发作时已经晚了。肾、肺、心脏损耗30%~50% 以上才表现出症状，到那时再看病已经晚了，过了最佳治疗期，所以为了能健康长寿点，体检很有必要。



刊名题字 全国政协副主席刘晓峰
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
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@hrjkg.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 2018年6月5日
定价 10元

目录

CONTENTS

2018年第3期

1 卷首语 01

01 让自己健康 袁平戈

2 封面报道 04-07

04 好学笃行，无问西中 东来
——记上海中医药大学附属曙光医院刘成海教授

3 专家访谈 08-29

08 窦晓光：慢乙肝患者核苷类药物的选择 陈词
11 陆伦根：慢性乙型肝炎患者的抗病毒治疗 陈词
13 江家骥：乙型肝炎相关性肝癌的二级预防 陈词
15 牛俊奇：慢性乙型肝炎、丙型肝炎的筛查 陈词
17 刘凯军：非酒精性脂肪肝的治疗 陈词
19 江建宁：慢乙肝患者抗病毒治疗用/停药问题 陈词
22 丁向春：乙型肝炎核苷类经治患者的抗病毒治疗 陈词
24 邢卉春：肝病患者的规范化检查 陈词
27 杨永峰：不明原因肝损伤的诊断 陈词

4 本期视点 30-32

30 如何有效预防手术治疗中HBV再激活 李玉芳 马英

5 健康大讲堂 33-34

33 呵护大脑，留存记忆(下) 李小凤

6 肝病论坛 35-42

35 丙型肝炎为何变成了“纸老虎”? 吴韶飞
37 循环肿瘤细胞检测技术在肝癌诊断和预后判断的应用 贺凡
38 肝硬化失代偿患者应警惕突发性脑出血 顾生旺 吴刚 汪春晖

40 肝脏好不好 扫扫可知道 陈高峰

——肝脏硬度和脂肪定量的无创检测方法

42 肥胖患者如何预防胆石症? 郑瑞丹 卢仲福

7 中医中药 43-45

43 从马兜铃酸致肝癌的推测，看中药的毒副作用 黄芙蓉 田承满 童光东

8 肝病与营养 46

46 地中海饮食，改善脂肪肝的很好选择 谭友文

9 肝病护理 47

47 家庭中如何护理肝硬化患者 郑月

10 门诊药房 48-49

48 漫谈某些疾病的择时服药 程书权

11 寻医问病 50-51

50 贵州省人民医院感染科简介

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@hrjkg.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：1610748092@qq.com
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

好学笃行，无问西中

——记上海中医药大学附属曙光医院刘成海教授

本刊记者：东来

人物档案



刘成海：主任医师，博士生导师，上海中医药大学讲席教授、肝病研究所所长，上海中医药大学附属曙光医院首席研究员、肝硬化科主任，上海市中医临床重点实验室主任。获得国务院政府特殊津贴专家、全国卫生系统先进工作者、上海领军人才等荣誉称号。兼任国务院学位委员会中西医结合学科评议组成员、中国中西医结合学会消化疾病专业委员会副主任委员、上海中西医结合学会器官纤维化分会主任委员、上海市医学会肝病专科分会副主任委员等。兼任《中国中西医结合消化杂志》、《中国中西医结合杂志》（英文版）、《临床肝胆疾病杂志》等杂志副主编与编委。

从事中西医结合肝脏的医疗与科研30余年，迄今承担国家重大科技专项3项、国家自然科学基金重点与面上基金6项等主要课题12余项，获国家、上海市、全国性学会等科技进步奖共16余项。近年发表论文200余篇，SCI收录40余篇，获得发明专利5项，成果转让3项。培养博士后5位，毕业博士研究生21位、硕士研究生33位。



发扬经验，古为今用

刘成海医生自小耳濡目染民间诊所的中药针灸，而后经过科班训练和跟师学习，对博大精深的祖国医学逐步登堂入室，形成系统而深刻的认识。“人之所病，病疾多；而医之所病，病道少。”如何应用先贤前辈流传下来的宝贵经验解决当今实际的医疗难题，缓解患者疾苦，并继承创新，促进学科发展，是刘成海一直不懈努力、探究实践的工作。

肝硬化腹水不同原因慢性肝病进入到肝硬化后期最常见的并发症，严重影响患者生活质量与生命健康，属于中医“鼓胀”范畴，历来被列为“风、癆、鼓、膈”四大难症之一。对于高度腹胀的顽固性腹水，患者进食汤药困难，利之无效，攻伐放水易致变证丛生。

中医对此病证除了内服药物尚有独特的敷脐外治法，通过系统复习文献，刘成海发现早在春秋战国时代就有肚脐填药治疗腹水的记载，到了明代李时珍《本草纲目》中更是详细描述选用药物贴脐方法等的腹水外治法，这些方法一直沿用到近现代。在这些经验的基础上，刘成海按照中医虚实辩证理论，设计了虚胀方与实胀方2个处方，简单将药物粉碎，香油调和，辅以新鲜葱白，贴敷于患者脐部，取得促进腹胀缓解、腹水消退的良好效果。



随后，进一步分析所观察的120例患者资料，发现“实证”患者居多，即便是虚证患者，也是“至虚有盛候”——兼有实证表现，而且实证组疗效明显。另外，发现这种药粉外用虽然方法简单，但易引起患者皮肤瘙痒或破溃，应用不便。因此，刘成海聚焦于实胀方，联合中药制剂专家，优化配方、提取部位成分、改进工艺，并经动物实验反复药效验证，制成消胀贴膏巴布剂，便于患者使用。

由于该贴剂对于肝硬化腹水的辅助治疗简便价廉，很快受到药企关注进行专利转与新药研发，并被遴选为特色技术，经护理部配合推广应用于国内多家单位。而且根据患者用后排气明显这一特点，开展基于胃肠动力调节及其透皮效应成分的作用机理研究，诠释了“气行则水行”的科学内涵。在此基础上，组织科室优化建立中西医结合治疗顽固性腹水的诊疗方案，促进了肝硬化后期患者的腹水消退与延缓其再次发生；组织撰写了行业中西医结合肝硬化腹水共识指南，促进了该疾病的中医学术研究发展。

在抗肝纤维化的团队研究中，他不仅积极学习继承前人经验，通过文献挖掘与动物实验药效比较，发现有效的经典或民间中药方剂，用诸临床以延缓疾病发展；还积极组织参与团队的进一步药效指导下成分分析，将有效成分组分重新组合，以期发现源自传统中药复方、但质量与疗效优于原方的新一代复方制剂，目前已经发现几个初步有效的中药成分复方。



学习先进，洋为中用

刘成海坚守中医，但并不是画地为牢、拘于中医。他博士毕业后获得国家留学基金资助，赴美国耶鲁大学医学院进行博士后深造，学习肝病的现代医学理论与技术。在日后的临床工作中，他基于实际需求，认真学习肝脏临床病理，组织开展胃镜等技术，对疑难肝病进行微观望诊，以肝组织病理为主，结合其他临床资料，明确疾病诊断，精确施治；也将肝脏病理用于自身免疫性肝病等激素停药判断。刘成海在科室内组织开展每1-2周1次的肝病临床病例讨论，也积极参加上海市西医同道与国外同行的临床病理讨论活动。通过胃镜干预，结合中医药防治肝硬化门脉高压上消化道出血，并积极利用肝病所的先进实验条件，开展分子生物学、免疫学等的基础与临床研究，极大拓展了中医肝病临床诊疗手段。

理念上，他充分吸取现代化科技进展，发扬中医、西医各自所长，优势互补、提高疗效。对于乙肝肝硬化、肝纤维化，他采用ETV等抗病毒联合扶正化瘀胶囊/片剂等抗纤维化，在明确疾病的前提下，通过大样本临床观察，治疗前后肝组织活检，证实了这种中西药联用方案的优越性。在明确疾病的前提下，按照患者的体质、临床表现（包括舌、脉象等），进行



参加扶正化瘀片抗肝纤维化美国III期临床试验方案咨询会议（与III期试验负责人美国贝勒医学院John Veiling教授）

病下分证，而后进行病证结合治疗。

这种分病既包括西医的疾病概念，也涵盖中医的疾病概念。若当前对西医疾病病因已有特异性治疗方法，则病因治疗后，再加上中药分证治疗。例如对于乙肝、丙肝肝硬化，均是在一直或清除乙肝、丙肝的同时，再分证中药调理。而对于缺乏西医病因的疾病，如非酒精性脂肪肝则是以中医疾病病机——脾虚血瘀为基础，再细分证型——湿热内蕴、气阴两虚、阴虚火旺，进行病证结合治疗。

他不仅积极学习引进国外理论技术，也努力参与把中医药这一民族特色送出去。作为中方负责人，开展中药复方——扶正化瘀片治疗

慢性丙肝肝纤维化的II期临床试验。在近7年的时间内，他组织翻译整理扶正化瘀片的国内临床前及临床资料，协调在美开展多中心临床观察，数据收集、样本检测等工作。该工作为我国肝病中药首次在FDA开展临床注册研究，不仅促进了中医药的国际化，让“洋人用上中药”更进一步；而且也学习掌握了国际先进临床研究方法，促进中医药防治肝病的现代化研究。

目前他正积极参与扶正化瘀片抗丙肝肝纤维化的美国III期临床试验相关工作，针对直接抗病毒药物（DAA）等清除HCV后仍存在明显或高度肝纤维化的患者，采用中药序贯疗法，以促进肝纤维化的逆转。



医药结合，毒避效用

肝脏是药物代谢的主要器官，容易受到药物的损害而发生药物性肝病。中药作为药物之一，在防治疾病的过程中，同样也可发生肝损害。但是对于中药肝毒性（损害），目前研究不多，分歧也很大。

中药是中医的主要治疗手段，中医中药难以分开；而药效毒性亦常需辨证对待，刘成海认为宜“避减其毒防肝损，善用其效治肝病”。刘成海不仅围绕肝脏疾病研究中医中药有效治疗方案、中药活性成分及作用机制，也根据临床实际，积极关注中药对肝脏的有害性，探讨中药肝损害的特征特点及其防治措施。他组织团队医生与研究生回顾药肝相关文献，并在自己科室与兄弟医院开展流行病学调查及前瞻性队列观察治疗。针对特殊个案，收集药物标本及患者肝组织及血清生物样本，进行仔细深入的诊断与鉴别。不仅积累了丰富的文献资料与临床病例，也解决了一些疑难肝病患者的疾苦。

例如1位老年女性患者，反复肝功能异常，影像学诊断早期肝硬化，病毒学等常见病因均排除，经询问病史，方知患者肝功能异常多发生于冬季，由于慢性咳嗽常用“腊梅花”泡服，查IgG轻度升高，ANA(+)，可疑自身免疫性肝病。接诊后进一步肝活检病理发现



邀请国内外专家开展科室临床病理讨论（纽约大学医学院Neil Theise教授、上海仁济医院马雄教授、儿科医院王建设教授、公卫中心傅青春教授等）

G3S4，炎症明显，但无浆细胞浸润及淋巴细胞穿入肝细胞等AIH肝组织病理表现，考虑为中药引起的自身免疫特征的药物性肝炎，用强的松治疗4周，肝功能正常后停药。联合中药辨证施治与优思弗治疗，嘱患者不再服用“腊梅花”，目前随访3年肝功能一直正常，肝脏硬度值也明显下降。

另1例中年男性患者，因银屑病服用多种中药，首诊时已是明显肝硬化、脾功能亢进，一直怀疑是中药引起的DILI，但停用可疑药物与保肝治疗后效果不佳。肝活检发现患者G2-3S3-4，肝组织HBsAg免疫组化为阳性。追溯患者既往病史资料，患者血清HBsAg水平仅在检测上限，HBV DNA阴性（<10 IU/ml），考虑诊断乙肝肝硬化，用恩替卡韦抗病

毒，扶正化瘀胶囊抗肝纤维化，根据机体症状表现并结合银屑病特点，以中药益气活血、清热祛湿解毒，治疗3个月后患者不仅肝功能明显好转，白蛋白由27g/L上升到42g/L，球蛋白从46 g/L下降到33 g/L，肝硬度明显改善，银屑病也明显好转，皮肤红疹皮损消失，亦无需再用外用药物。随访3年，银屑病未复发，肝功能指标正常，这也纠正了对中药肝损害的误判。

刘成海及其同道对中草药肝损害的关注与研究，对中药的安全用药及药肝的诊治发挥了积极作用。2015年代表中国专家在美国国立卫生研究院的“草药与膳食补充剂肝损害”专题会议上大会发言，也参与我国CFDA及中华中医药学会关于中药肝损害临床诊断及诊疗指南等的制定，并开展多次科普活动。



窦晓光： 慢乙肝患者核苷类药物的选择

本刊记者：陈词

人物档案



窦晓光：中国医科大学附属盛京医院感染科主任，教授、主任医师、博士研究生导师。感染性疾病国家临床重点专科建设项目负责人，辽宁省传染病重点学科主任，辽宁省肝病研究与诊治中心主任，辽宁省传染病医学中心主任，辽宁省重大传染病（肝病）转化医学中心主任，辽宁省感染性疾病临床医学中心主任，辽宁省病毒性肝炎重点实验室主任，辽宁省感染性疾病专业质控中心主任。

目前担任中华医学会肝脏病学会副主任委员，中华医学会肝脏病学会病毒性肝炎学组组长，辽宁省肝病学会主任委员，辽宁省感染病与寄生虫学会副主任委员，首届“辽宁名医”，辽宁省医学会第六届理事会理事，辽宁省医师协会第二届常务理事，辽宁省中西医结合肝病学会副主任委员，辽宁省性病艾滋病协会副会长，辽宁省食品健康委员会副主任委员。兼任《中国实用内科杂志》副主编，《中华肝脏病杂志》副总编辑。主持及参加国家级和省市级科研课题10余项，获得省级科技进步二等奖3项，三等奖4项，发表学术论文180余篇。

记者：窦教授，您好！目前，慢乙肝抗病毒治疗主要方式是干扰素和核苷类药物，干扰素有长效干扰素和普通干扰素，而核苷类药物国内已经上市的已有5种之多，那么，医生要怎么为患者制定合理的治疗方案？

窦晓光：现在谈到慢乙肝的治疗，抗病毒治疗是关键这个理念已经深入人心了，包括我们医生和患者，都认为病因治疗很重要的。但是仍旧还有一些患者在考虑是否要治疗？是否要抗病毒？以及药物疗效的问题？

虽然现在慢乙肝还不能够彻底根治，但是治疗与不治疗在临床上是完全不一样的，所以抗病毒治疗至关重要。现在抗病毒治疗主要有两大类药物，一类是干扰素，一类是口服核苷（酸）类似物，在临床上用的最多的也是口服核苷（酸）类似物。口服药物从最早的拉米夫定到现在我们国家一共有五种，拉米夫定、阿德福韦酯、替比夫定、恩替卡韦、替诺福韦，当然国外还有替诺福韦艾拉酚胺（TAF）。

记者：那在选择核苷类药物的时候优选哪种？

窦晓光：按照目前的情况，如果是一个慢乙肝初治患者，从病毒学、组织学、血清学决定他适合抗病毒治疗而且适合口服的抗病毒治疗药物，首选的抗病毒药物肯定是恩替卡韦或替诺福韦，我们国家最新的相关指南是2015年出版的，当时推荐了所有口服药物。但是在



2016/2017年恩替卡韦尤其是我们国家恩替卡韦大幅度降价，国产的替诺福韦上市以后，无论是在大医院还是在小医院，无论是基层的还是大城市的，我们在给患者治疗均应该首选恩替卡韦或替诺福韦。

记者：对于既往使用其他核苷类药物治疗的患者要怎么处理？

窦晓光：的确，现在临床治疗中还存在拉米夫定或阿德福韦酯治疗的患者，这些患者都是既往治疗，或者经过联合治疗。对于医生

来说都希望患者用一种药物，不希望用两片药物。例如现在使用恩替卡韦和阿德福韦酯联合治疗的患者，我们就推荐换用替诺福韦；如果目前正在使用拉米夫定治疗，即使没有发生耐药，也建议换成替诺福韦或恩替卡韦治疗。为什么我们以前会推荐拉米夫定以及阿德福韦酯治疗，因为这两个药是国产化最快，最主要的就是价格问题，是患者能够接受的价格，现在无论是恩替卡韦还是替诺福韦，药物的价格

即使没有医疗保险的患者也可以负担得起。所以基于上边这些原因我在任何场合，包括给基层医生培训，或者和患者交谈的时候，适合核苷类治疗的首选一定是恩替卡韦或者替诺福韦。至于到底是选择恩替卡韦还是替诺福韦可能我们要考虑更多的因素，有的患者年纪比较大，有高血压或者肾病，这样我们就要首选恩替卡韦，如果他没有这些顾虑，他还准备生育那我们优选的就是替诺福韦。

记者：这样的话是不是说明另外几种药物完全没什么应用价值了呢？

窦晓光：也没有，只是更适合于少数特殊患者使用。比如孕妇的母婴阻断，因为中国的病例很多，尽管欧洲指南只是推荐的替诺福韦，但我们国家还是在用替比夫定。我们国家病例比较多，过去我们不能用是担心它耐药，现在即使替比夫定耐药了，换用替诺福韦依然是可行的，所以这个药物在短期

内还是可以应用的。如果现在在临床上还首选拉米夫定以及阿德福韦酯就是不正确的。对于使用时间还比较短的，我们一般也是推荐换用恩替卡韦或者替诺福韦，如果接受了一个长期的，拉米夫定、阿德福韦酯治疗10年了，病毒仍然检测不到，那可以继续使用，也没有问题。要注意一点的就是阿德福韦酯降低病毒量还是不够彻底的，临床研究的时候发现它需要30mg才能将病毒量降到我们现在的标准，但剂量增加却出现了一些不良反应，所以只能用到10mg。有时候我们用普通的检测方法检测不到病毒，但是如果使用精准检测还是能够检测到病毒的，所以有的患者吃了8年的药物，他的e抗原还是不能够完全消失，血清学没有转换，或者表面抗原没有下降，事实上是病毒并没有真正的检测不到，所以即使这样如果你还在使用拉米夫定或者阿德福韦酯我们依然推荐你换用恩

替卡韦或者替诺福韦，如果你选用了精准的检测发现病毒量的确小于20IU/ml，那么继续使用这两个药物也是可以的。如果你是一个初治的患者，选择适合的核苷类药物一定是恩替卡韦或者替诺福韦，价格不算贵而且药物的有效率还高，还不用担心耐药，对于患者来说，他们的检测相对也会延长，这样对个人负担以及国家负担也会相应的减少。

记者：使用阿德福韦酯以及替比夫定主要的副作用是什么？

窦晓光：核苷类药物本身的不良反应是比较少的，即使有一些或多或少的不良反应都可以不用担心，最早的拉米夫定以及阿德福韦酯，首先是考虑其疗效，因为比较容易耐药，所以疗效就会显得比较低。不过即使我们用了恩替卡韦、替诺福韦也不是所有的患者都有效的，特别是我们国家现在上市了很多不同厂家生产的恩替卡韦和替诺福韦，通过与原研的相比，对于e抗原阳性的慢乙肝患者来说，第一年第二年如果用的是精准的小于20IU/ml的这个比例，阳性的慢乙肝也可能只在60%-70%，也没有理想中那么高，所以我们在临床上仍然有部分患者，还需要恩替卡韦联合替诺福韦这样的治疗才行。至于不良反应不用担心，主要是一些特殊人群，比如你用药时间长，患者年龄也比较大，或者合并了糖尿病、高血压，这些才是我们担心的。



陆伦根： 慢性乙型肝炎患者的抗病毒治疗

本刊记者：陈词

人物档案



陆伦根：主任医师、教授、博士生导师，上海交通大学附属第一人民医院消化科主任。中华医学会肝病学会常委及副秘书长、中国医学装备协会消化病学分会常委、中国医促会消化分会常委、上海市肝病学会副主委和中国肝炎防治基金会理事等职。获国务院政府特殊津贴、“国之名医-优秀风范”、上海市优秀学科带头人和上海市领军人才。获得发明专利2项。以主要完成人获国家科技进步成果奖二等奖1项，上海市科技进步一等奖1项、三等奖3项，上海医学科技奖二等奖1项，中华医学科技奖三等奖2项，教育部二等奖2项。

J Clin Translation Hepatol、《中华肝脏病杂志》、《肝脏》和《实用肝脏病杂志》副主编，*J Dig Dis*、《中华消化杂志》、*Gastroenterology* (中文版) 和《胃肠病学》等20余份杂志编委。主编7部专著，参编30多部专著。发表论文300多篇，其中SCI收录论文80多篇。主持科技部“863”、“973”和“十二五”重大专项子课题6项，国家自然科学基金5项及上海市科委课题6项。

记者：陆教授，您好！提到慢性乙型肝炎，大家最先想到的就是抗病毒治疗，那这个抗病毒治疗有什么讲究吗？

陆伦根：慢性乙型肝炎为什么要抗病毒？首先是因为乙型肝炎病毒是造成慢性乙型肝炎的主要原因，控制乙肝病毒的复制，可减轻肝组织的损伤。其次是为了防止病情进一步进展。那慢性乙型肝炎如果继续进展到中后期的主要表现就是肝硬化和肝癌，而我们抗病毒治疗的目的也是为了减少肝硬化和肝癌的发生。肝病患者一旦发展至肝硬化，很多会伴随一些并发症，比如食管胃底静脉曲张破裂出血、腹水、肝性脑病、肝肾综合征、感染性腹膜炎等等。其实抗病毒治疗也是一个发展的过程，从早先的干扰素开始，到后面的拉米夫定、阿德福韦酯、替比夫定、恩替卡韦（ETV）和替诺福韦(TDF)及新近问世的替诺福韦艾拉酚胺[TAF]。在整个进程中，随着药物的应用和认识水平的提高，抗病毒药物越来越好，效果越来越强，耐药性和副作用也越来越少，所以现在抗病毒治疗是公认的治疗慢性乙型肝炎最主要的方法，它能够减少肝炎进展到肝硬化和发生肝癌的风险。

记者：目前阶段抗病毒治疗优选的是哪几种药物？

陆伦根：选择抗病毒药物最主要的原则是高效、低耐药。我国2015年版《慢性乙型肝炎防治指南》中提出，无论是HBeAg阳性



还是阴性患者，抗病毒治疗均优先选用ETV或TDF。2018年美国肝病研究学会（AASLD）最新版慢性乙型肝炎指南推荐抗HBV治疗应优选耐药屏障高的药物（ETV、TDF或TAF）。

记者：怎么看待核苷类抗病毒药物的副作用？

陆伦根：这是患者很顾虑的一个问题，其实每一种药物除了治疗效果外都或多或少有一定的不良反应，只是我们要对患者权衡利弊或者风险评估后，再去选择合适的药物。另外，在应用过程中要定期随访和观察，则完全可以避免这些药物的不良反应。

记者：说到这个，其实患者关注的另一个很重要的问题就是何时才能停药。这也是目前争论比较多

的问题，您是怎么看待的呢？

陆伦根：治愈对于患者来说是最希望的，没有哪一个人想长期用药，同时这也是我们肝病医生追求的一个目标，希望用了药之后能将乙肝彻底治愈。事实是，目前还不能达到这个目的，那么我们只能在尽可能的情况下，评估一部分患者，如果控制的好能够使其达到临床治愈进而停药。但是每个患者的情况不相同，有些患者可能e抗原转阴了停药后复发，也有的患者虽然e抗原检测不到但是表面抗原持续低阳性，停药后也没有出现复发。所以，我们应该针对不同的患者给出不同的停药点，最重要的是停药后进行密切随访，才可保证第一时间预判患者的复发情况进而进行及时的补救抗病毒治疗。



江家骥： 乙型肝炎相关性肝癌的二级预防

本刊记者：陈词

人物档案



江家骥：教授，主任医师，博士生导师。1978年2月至1982年8月，就读于福建医科大学医疗专业，获医学学士学位。1991年9月至1995年3月，留学法国巴黎第五大学Cochin医学院，取得博士学位。2000年10月至2001年5月，应邀在法国巴黎南大学Paul Brousse医院肝胆中心工作，指导研究生研究乙丙型肝炎病毒与肝癌的发生。2004年8月起至今工作于福建医科大学附属第一医院肝病中心。长期致力于病毒性肝炎及其相关疾病的临床与基础研究，曾在Lancet、Journal of Virology、Journal of Hepatology、Journal of Viral Hepatitis等SCI收录的杂志以及《中华医学杂志》系列发表多篇论文。1994年获欧洲肝病学会奖，1995年获法国肝病学会奖，1998年及2001年获福建省科技进步奖，2017年获福建省医学科技二等奖。

记者：江教授，您好！虽说现在已经很多乙肝患者接受了抗病毒治疗这一共识，但是在治疗过程中却有很多未能规范化实施，进而发生肝硬化、肝癌，所以今天想请江教授给我们讲一下关于肝癌预防的一些问题。

江家骥：很高兴能够在这里给大家分享一些肝癌、肝硬化相关的预防知识。说到肝癌的预防，最重要是一级预防，就是不感染乙肝、丙肝病毒，不得慢性肝炎，我们国家目前在乙肝预防方面已经取得了很好的成就，就是疫苗接种。今天我们谈的重点则是二级预防，即很多慢性乙型肝炎病毒感染者，如何预防、减少进展为肝硬化甚至肝癌。

我国的肝癌病因主要是乙肝相关性肝癌。现在，乙肝抗病毒的规范化治疗已经越来越受到重视，但中国乙型肝炎相关性肝癌仍然呈现出高发生率。根据中国癌症数据统计，尽管肝癌发病率在肿瘤发生率中的排位下降到第四位、死亡率排在第三，但是报告的肝癌发生率却较前增加。所以，肝癌的防治工作是非常严峻的，也给我们提出了挑战，是不是现在的规范化抗病毒治疗就能一劳永逸，肝癌不会发生了呢？事实并非如此。

在抗病毒治疗时代之前，肝癌风险因素主要与乙肝病毒标志物相关，如表面抗原阳性、e抗原阳性、DNA高载量等等，随着规范化抗病毒治疗的普及，原先预测乙

型肝炎相关肝癌的风险模型发生了改变。当然，无论什么病因的肝病，一旦到了肝硬化阶段，都是肝癌的危险人群。除了肝硬化患者，其他的怎么办呢？虽说规范化抗病毒治疗能够有限地减少肝癌的发生率，但是仍然有相当部分病人在接受长期的抗病毒后发生了肝癌。

记者：这是不是意味着肝癌的发生还受到很多其他因素的影响？

江家骥：是的。首先，对于慢性乙型肝炎患者而言，即便还没有发展到肝硬化，但若有肝癌家族史，那么你也属于肝癌高危人群。

其次，2017年美国肝病年会上，由斯坦福大学牵头的全球多中心研究发现，除了肝硬化之外，还有一类人群也属于肝癌高风险人群，即糖尿病、糖代谢异常患者也是乙型肝炎病毒相关肝癌的危险因素。在中国，糖尿病或糖代谢异常的发病率已经超过了乙型肝炎的发病率，相当部分的乙型肝炎患者都合并有糖尿病或糖代谢异常，因此，防治乙肝相关肝癌的任务更加艰巨。

另外，最近还提出一个新的结论，那就是抽烟对肝癌的影响。以前并没有明确的临床研究数据证明抽烟会提升肝癌的发生率，但是有些研究已经证实长期（超过10年以上）有吸烟习惯并且已经是乙型肝炎的患者，肝癌的发病率比不抽烟人群要高。

记者：发现这些问题要采取什

么应对措施？

江家骥：通过这些信息，我们应该在乙肝患者中进行广泛宣传教育，预防、减少如糖代谢异常、抽烟等这些可控因素，对肝癌的高风险人群进行有效监控，定期检查，至少6个月一次检查。在监测中有一项甲胎蛋白的数据很重要，虽然美国肝病指南和欧洲肝病指南已经不再强调甲胎蛋白在肝癌筛查中的重要性，但在中国，有数据证实甲胎蛋白偏高（在正常值范围内、偏正常上限）的患者，最终发生肝癌的机会较大；同样，在意大利多中心研究的数据中也显示出相似的结果。定期监测，加强随访，做到早期发现肝癌，可达到更好的治疗效果。

除了监控之外，我们还应该对有肝癌高风险的乙肝患者，如果没有干扰素治疗的禁忌症，给予Peg干扰素或Peg干扰素联合核苷（酸）类似物治疗，因为有许多证据显示长效干扰素治疗比核苷类药物能更进一步减少肝癌的发生。当然还有许多工作需要继续研究，如从预防、减少乙肝相关的肝癌的发生这一目标出发，干扰素的疗程多长适合？如果需要较长的疗程，剂量多大更适合？

因此，在后抗病毒时代也就是广泛使用核苷类药物进行规范化抗病毒治疗的年代，我们应该如何做好乙型肝炎相关肝癌的预防，仍然是巨大的挑战！



牛俊奇： 慢性乙型肝炎、丙型肝炎的筛查

本刊记者：陈词

人物档案

牛俊奇：教授，一级主任医师，博士生导师，吉林大学第一医院转化医学研究院副院长，吉林省肝病研究所所长，吉林大学第一医院肝胆胰内科主任、临床药理机构主任、感染性疾病诊治中心主任。《临床肝胆病杂志》主编，中国科学院上海巴斯德研究所和北华大学特聘教授，国务院特殊津贴获得者。在中华医学会等多个国家医学组织任委员，吉林省医学会传染病学会、肝脏病学会主任委员。同时在国内多个期刊担任编委。

记者：牛教授，您好！大家都知道目前丙型肝炎已经有了能治愈的药物，而乙肝虽然不能彻底消除病毒，但是也能有效控制乙肝病毒的复制，治疗效果也比较好，这些都大大减少了相关肝癌、肝硬化的发病率，降低了患者的死亡率。但是，中国是个人口大国，很多隐藏的肝病患者还没有被发现，他们可能没有症状，也不会主动去医院检查，对于这部分人群要怎么进行筛查呢？

牛俊奇：确实，我们知道目前抗乙型肝炎和抗丙型肝炎病毒治疗都已经取得了可喜的疗效，病毒性乙型和丙型肝炎的病死率显著下降，也使得因病毒性乙型和丙型肝炎所致的肝癌、肝硬化发病率显著下降。但是，我们国家还有大部分的乙肝和丙肝病人没有被发现和诊断，因为肝炎早期临床症状不明显，很难被发现，这部分病人也没有及时到医院进行就诊，如何发现这些人，进行早期干预，避免发生发展至肝硬化、肝癌，是现阶段很重要的一个事情。其实，现在很多医院对住院患者进行乙肝和丙肝的筛查，能够发现很多潜在的病人。但是这些筛查结果只是被用于院内感染控制，没有给予患者后续的教育，而使病人失去了最佳的诊断治疗时间。所以我们希望社会、医学管理部门，医护人员，特别是非感染科、肝病科的医护人员，应该引起广泛的重视。对于发现的乙肝或丙肝阳性的患者，应该给予患者健



康教育，或者让他们到相关的科室就诊。

记者：现在，企业、学校、公司大部分都已经取消了入职、入学体检中的乙肝检查，从某个方面来说相当于变相减少了乙型肝炎的筛查，医生是怎么看待这个问题的？

牛俊奇：在入学、入职体检中取消病毒性相关肝炎检查我认为是相当必要的，因为乙肝和丙肝都是经过特殊的渠道进行传播，比如经过输血或者经过血液污染医疗器械传播。病人与健康人在日常的工作学习和生活中的接触这些是不传播的。但是由于公众对于这一方面了解的并不多，所以认为这种直接接触可能得要得乙肝或者丙肝。这样使发现的乙肝或者丙肝病人遭到社会的歧视，甚至就业、婚姻上的歧视。所以我认为取消升学，就业体

检中乙型和丙型肝炎的筛查是有必要的。但在保护好隐私的情况下的健康体检中，进行乙肝和丙型肝炎的筛查是有必要的。

记者：哪些人群是乙型肝炎或者丙型肝炎的高危人群呢？

牛俊奇：中国的乙型肝炎患者人群主要是经母婴传播，经常出现乙肝病人家族聚集。所以肝炎病人的近亲人群要进行筛查；另外，20世纪90年代之前，曾经接受过输血或血液制品的人，因为那时的检测试剂不够灵敏，加上丙型肝炎发现的晚，所以这类型也是高危人群，需要进行筛查；还有，早前曾做过手术、治牙、美容等人群，由于当时医疗卫生条件的限制，有可能在医疗过程中被感染，最好也进行检查；最后，静脉吸毒的人也是重点筛查对象。



本刊记者：陈词

人物档案



刘凯军：博士，陆军军医大学大坪医院消化内科讲师，主治医师。荷兰阿姆斯特丹大学医学学术中心联合培养博士。重庆市消化内镜学会青年委员会副主任委员，重庆市消化内镜学会内镜治疗学组委员，重庆市消化疾病专委会小肠疾病诊疗学组委员。主持国家自然科学基金1项，重庆市自然科学基金1项。以第一作者或共同第一作者发表SCI论文6篇。

记者：目前，我们国家病毒性肝炎的发病率正在逐步的下降，随之而来的是非酒精性肝病的发病率越来越高，那现阶段具体是怎样一个情况呢？

刘凯军：没错，生活条件越来越好，人们吃的也越来越丰盛，肥胖的人群慢慢变多，非酒精性脂肪性肝病的发病率越来越高。据统计，我们国家的发病率在10%—30%之间。大部分人都是在体检的时候被查出有脂肪肝，很多人也并没有重视，等到有明显症状的时候基本已经发展到了非酒精性脂肪性肝炎。高血脂、高血糖、高尿酸血症等三高人群变多，非酒精性脂肪性肝病合并代谢综合征里边，随着胰岛素抵抗发生血糖、血脂升高，出现糖尿病，一经B超或CT检查发现是脂肪肝。

在大部分人群里面，这些症状都是很轻微的，但是也有一部分是症状比较明显的。我曾经收治过一个大学生患者，体重也不重，就是经常熬夜吃一些垃圾食品，时间长了脂代谢发生紊乱，进而形成脂肪肝，出现肝区疼痛、乏力等症状。然而，这都是比较小众几率的，大部分患者都属于无症状状态，不能引起他们的关注，实际上检测肝功能会发现转氨酶出现不同程度的升高。所以，我们不能忽视非酒精性脂肪肝的问题。一旦发现肝脏有问题了，就应该积极进行早期治疗。

记者：那对于非酒精性脂肪性肝病的患者来说，是不是只需要减

肥就可以了？

刘凯军：当然，非酒精性脂肪肝最基本的治疗方式就是减重，具体要怎么实现这一目标，首先就是生活方式的干预，进行饮食控制和适当的运动，体重下来之后能够对胰岛素抵抗起到很好的控制作用，胰岛素抵抗下来之后能够改善整体的代谢综合征，降低血脂，这对非酒精性脂肪性肝病的治疗是非常重要的。对于部分人群来说，通过单纯的饮食和体重管理可能效果并没有那么好，这时我们就可以用一些口服的药物，比如水飞蓟宾，或者双环醇、维生素E等，但是在选择药物的时候不宜过多，一般选择一到两种，而服药周期像水飞蓟宾这类要达到半年以上，才会有显著的效果。另外，要清淡饮食，坚持运动。要有一个合理的自我健康管理方式，定期体检，发现问题之后要定期复查，形成一个有效的预防和治疗。

记者：是不是只有肥胖的人才

会得非酒精性脂肪性肝病？
刘凯军：首先要看我们怎么去定义肥胖，比如有的人属于全身性肥胖，很容易患脂肪肝；还有的属于腹部肥胖，这类型人群虽然整体看上去不胖，但是内脏脂肪含量高，也容易犯脂肪肝；还有一种是体重指数正常，但肌肉成分低，脂肪含量高，这也属于高发人群；另外，也有人外部脂肪不多，而内脏脂肪高，也会患脂肪肝。所以说，非酒精性脂肪肝大部分是发生在胖

子身上，也会发生在瘦子身上。因此常规的B超筛查，以及现在常见的fibroscan /fibtouch 肝硬度检查或者肝纤维化检查，如果发现有纤维化的趋势，就应该引起重视，这部分人群发生肝癌的几率要比正常人高的多。

记者：那么对于那些肥胖患者，是不是他们只需要减脂减重就可以了呢？

刘凯军：减脂减重是最基本的，另外有些人合并了胰岛素抵抗可以使用一些胰岛素增敏剂，比如吡格列酮二甲双胍等药物，来降低胰岛素抵抗。大部分非酒精性脂肪肝患者都合并了代谢综合征，高血糖、高血脂、高血压，还有第四高-高尿酸血症。所以在治疗的时候要考虑整个代谢综合征的表现。

记者：目前市场上有很多减肥药，从医生角度您是怎么看的？

刘凯军：减肥药并不提倡，市面上销售的很多减肥药的成分并不明确，有的是通过导泄排便的方式，这样他的胃口也下降了，对整个人身体也是一个打击。我们提倡的是合理饮食，改善饮食和运动，运动既要做到有氧运动，也要做到增肌运动，提高人的基础代谢率。两者结合来提高人的基础代谢率，减肥效果才会更好。减肥重在持之以恒。我们用一定的时间去进行体育锻炼，饮食方面要减少脂肪和糖类的摄入量，提高蛋白质的摄入量。

江建宁： 慢乙肝患者抗病毒治疗用/停药问题

本刊记者：陈词



人物档案



江建宁：广西医科大学第一附属医院感染科教授、博士生导师。从事感染病、肝病临床工作三十多年。现为中华医学会肝脏病学分会、中华医学会感染病分会、中国医师协会感染科医师分会全国委员、广西医学会感染病学分会主任委员。兼任《中华肝脏病杂志》《中华传染病杂志》、《临床肝胆病杂志》、《实用肝脏病杂志》编委。已发表论文80余篇，参编专著10部。以第一负责人获广西省科技进步二等奖、三等奖各1项、卫生厅适宜技术推广奖一等奖、二等奖各1项。

记者：江教授，您好！慢乙肝相关抗病毒治疗已成共识，大家都知道抗病毒治疗可以延缓疾病进展，减少肝癌、肝硬化的发生率，而肝癌患者检测到病毒也应该进行抗病毒治疗。很多临床肝病医生就会问是不是所有的慢乙肝患者都要扩大抗病毒治疗？

江建宁：之所以有这些问题是因为指南还有部分未解决的空白，检测到病毒是指南抗病毒指征的基本条件，而实际情况是部分患者检测不到病毒仅仅是表面抗原阳性，比如肝硬化患者，包括一些失代偿期的患者，如果检测不到病毒该不该抗病毒治疗呢？而这些人抗病毒治疗是不是有足够的临床证据能够表明可以延缓疾病的进展以及减少肝癌、肝硬化的发生率？针对这些尚没有循证医学证据的人群，该不该扩大抗病毒治疗，其实是很难界定的。另外，停药也是热点问题，按照指南要求表面抗原全部转阴才能停药，比如2015年的指南中对于e抗原阴性的患者，要求表面抗原全部清除转阴了才能停药，可是有部分患者虽然病毒检测不到多年，但表面抗原一直不转阴，病人会问我们，我能停药吗？是否需要终身服药？既然HBV DNA检测不到了，我为什么还要吃药？其实在临床实践中，有极少数病人持续HBV DNA阴转4-5年了即使表面抗原没有完全转阴，停药后也没有复发，按照指南这些患者还不能停药，那么这些又怎么解释呢？可见

乙肝抗病毒治疗虽然已经是共识了，但在个体化的治疗方面，仍然有很多问题需要大量的临床实践进一步探讨和验证。

记者：抗病毒治疗指南和临床实际还是有一些差别的，指南强调DNA也要转阴、表面抗原也必须转阴才能停药，而在临床诊治患者的过程中，可能如您刚刚说的有些患者病毒检测不到多年，但是表面抗原始终是低阳性，无法彻底转

阴，这种个体化差异的患者目前遇到的不少，患者有没有提出什么要求之类的？

江建宁：我们团队目前一直在做这方面的研究，为什么会对这个问题这么关注呢？因为2010年版的指南是没有要求表面抗原完全阴性的时候才能停药，而是HBV DNA阴转、e抗原血清学转换两年后就可以停药，当时我们按照这个指南停了一百多人，但是停药后有



一半患者复发。后来的指南把停药时间延后，甚至要求表面抗原转阴；另一方面，我们也看到了一个现象，大概有15%-20%的患者在按照2010年的指南虽然表面抗原没有完全转阴甚至处于一个比较高的水平，但HBV DNA阴转、已经发生e抗原血清学转换两年后停药，停药随访5年病毒也没有反弹。我们进一步研究发现，如果患者存在HBV S基因整合到宿主细胞，这时候即便cccDNA慢慢的耗竭或者已经停止转录，整合的S基因仍有可能表达表面抗原，而这个表面抗原不是由于cccDNA活跃表达的，与S基因整合有关，那么这时候核苷类药物是否还要继续使用呢？核苷类药物对整合到人体的病毒基因是否有作用？还有少部分患者，达标停药的时候表面抗原水平很高，但是停药以后表面抗原自己慢慢下降，提示此时患者体内的cccDNA可能已经不转录了，表面抗原逐渐衰减甚至消失，当然这些例子都是极少数的。因此，今后我



们还要继续研究筛选出比表面抗原更可靠的反映cccDNA活性的指标。比如鲁凤民教授团队提出的pgRNA或者C抗原等一些新的指标，来指导临床的安全停药。

记者：要怎么来区别这类个体化差异患者的处理呢？

江建宁：目前很难甄别患者的cccDNA是否停止转录，但是如果碰到DNA阴转检测不到的话，尽可能用最敏感的试剂来做，比如最早的国产试剂检测下限是1000拷贝，之下就视为阴性，但用高灵敏

度试剂（检测下限为100拷贝）仍然可以测到病毒，是“假阴性”，影响疗效的判断。无论用哪种试剂，只要能够检测得到HBV DNA，患者是不能够停药的。总之，是否可以停药首先应该根据高敏感试剂检测不到HBV DNA后，再来评估应答的持续时间；另一方面就是延长治疗时间，减少病毒复发。但是如果患者用高灵敏度试剂已经检测不到病毒、e抗原发生血清转换维持了几年，在患者知情同意下可以考虑试停药，当然必须在医生的指导下进行定期随访复查。停药的前半年是复发的高危时期，60%-70%的患者出现HBV DNA反弹都是在停药半年内，所以停药的头半年应该每1-2个月复检一次，一旦发现HBV DNA反弹就重新用药，半年后每三个月复查一下，逐渐慢慢延长至半年一次，但是仍然需要终身监测，这就避免了患者因为病毒反弹出现肝功能恶化，进而发生肝衰竭等结局。



丁向春：乙型肝炎核苷类经治患者的抗病毒治疗

本刊记者：陈词

人物档案

丁向春：宁夏医科大学总医院感染疾病科主任，主任医师，副教授，硕士研究生导师。中国医师协会感染科医师分会常委、中国医师协会整合医学分会整合感染病防控与管理专业委员会委员、中华医学会感染病学分会青年委员、中华医学会肝病学会分会肝炎学组委员、中华医学会肝病学会分会自身免疫性肝病协作组委员、宁夏中西医结合学会消化系统疾病专业委员会副主任委员、宁夏医学会肝病学会分会委员、国家重大专项评审专家。《中华肝脏病杂志》、《世界华人消化杂志》、《肝博士》和《宁夏医科大学学报》编委和审稿人。主持国家自然科学基金2项、宁夏自然科学基金重点项目和宁夏自然科学基金各1项，参与国家自然科学基金和宁夏自然科学基金等项目多项，主攻乙肝病毒感染相关疾病基础与临床研究，在乙型肝炎相关疾病的发病机制、有效抗病毒药物、病毒耐药机制、肝纤维化发生、肝炎肝硬化合并原发性肝癌、肝硬化门脉高压症等慢性肝病的新诊断及救治技术等的研究方面取得显著成果，自参加工作以来已公开发表学术论文六十余篇，其中SCI收录十余篇。



记者：丁教授，您好！虽说随着人们生活水平、医疗技术水平的提高，乙型肝炎在我们国家的感染率也在逐渐下降，但是已有的乙肝患者仍然很多，甚至包括一些未发现的乙型肝炎携带者，而且因为十几年前的医疗条件有限，治疗方式和可选择的药物也没有现在多样化。对于这些经治患者，要怎么继续帮助他们进行更好的治疗？

丁向春：没错，中国到现在也是一个乙肝大国，慢性HBV的感染依然很高，大约有9300万人，其中慢性活动性肝炎有2000多万人，这个群体就需要有长期的抗病毒治疗。我们国家经历了一个长期的抗病毒治疗发展历程。尤其是20世纪90年代，第一个核苷（酸）类药物拉米夫定上市后，我们国家就开启了长期的核苷（酸）类药物抗病毒治疗；后来阿德福韦上市，由于当时国家仿制药疗效问题，出现了很多乙肝经治患者，尤

其是拉米夫定、阿德福韦经治患者，长期进行抗病毒治疗耐药程度比较高，拉米夫定5年治疗的耐药率达到70%，阿德福韦5年的耐药率也在40%-50%以上，所以说问题非常严峻。

正因为我们国家经历了这两个阶段，累积下来的问题就是大量经治患者的耐药问题。拉米夫定、阿德福韦先后的序贯治疗导致的多样耐药。各大指南对着经治应答不佳耐药问题患者也是一个巨大挑战，这个挑战随着医药的发展，替诺福韦的上市，或者几年之后我们国家会上市的TAF（替诺福韦艾拉酚胺富马酸）都可能会开创一个新的疗法。这些疗法对经治患者的疗效如何，在我们国家依然需要一个长期的观察。

但是就目前来说，阿德福韦与拉米夫定经治患者导致的耐药问题，现在主要采取的措施是阿德福韦耐药之后就选用恩替卡韦治疗，恩替卡韦虽然和阿德福韦没有交叉耐药的位点，但是阿德福韦的耐药可能会影响恩替卡韦后期的应答，所以目前我国国家临床上就出现了很多恩替卡韦耐药的问题，不单单是拉米夫定，拉米夫定是由于两者有耐药交叉位点，这个就为我们替诺福韦以及TAF治疗提供了一些空间。

由于目前替诺福韦、恩替卡韦还是存在一些问题，现在考虑的是究竟选用单药好呢？还是联合用药更好？在这些指南当中，有些专家

的共识，对于拉米夫定以及替比夫定耐药的患者，主要还是推荐替诺福韦单药；对于多样耐药的问题也有一些相关的文献，以替诺福韦为基础联合其他的核苷（酸）类药物甚至是干扰素类药物。另外，替诺福韦在我们国内也仅仅是用了几年，仍然需要大量的临床数据以及长期的试验数据来证明替诺福韦在我们国内的一个疗效问题，需要临床医生在治疗过程中加强观察，观察这个药物在今后慢乙肝治疗过程的耐药问题以及疗效问题，以及以后我们要解决的一些关键问题。

记者：有些患者在服药过程中可能身体不适，部分会猜想是不是药物引起的，可能会去询问医生要不要换药，对此您怎么看？

丁向春：对于既往拉米夫定或者阿德福韦感觉到身体的不适可能需要从以下原因去考虑。社会的效应，因为有了新的药物，再加上媒体的宣传，可能让患者有些误区，这导致了一个心理问题，感觉到身体不适就想换药。从指南推荐来看，拉米夫定毕竟有一定的耐药性，但也有报道超过五年以上不耐药的，这样的患者继续服用拉米夫定、阿德福韦再出现耐药的概率就很小了。但是基于这些心理因素，以及各大指南都推荐使用一线药物进行抗病毒治疗，所以无论从用药安全性还是患者心理来考虑，对于这类患者还是可以换药的，对他今后的治疗可能有更大的好处。

邢卉春： 肝病患者的规范化检查

本刊记者：陈词

人物档案



邢卉春：医学博士、主任医师、北京大学教授。北京大学医学部传染病学系委员，首都医科大学附属北京地坛医院肝病三科主任、博士研究生导师、首都医科大学传染病学系委员；中华医学会肝病学分会委员、肝纤维化学组委员、终末期肝病学组委员；中国中西医结合学会肝病专业委员会委员；北京医学会肝病学分会常务委员；中国医师协会北京感染病专业医师分会常务理事；中国医疗保健国际交流促进会肝胆疾病分会常务委员；亚太医学生物免疫学会肝病学分会副主任委员；亚太肝病诊疗技术联盟北京联盟副理事长。《中华肝脏病杂志》特约编委；《临床肝胆病杂志》编委；《中华实验与临床感染病杂志》编委；《中国医学前沿杂志》编委；《世界华人消化杂志》编委；《武警医学》、《中国医学科学院学报》审稿专家。

主要研究方向：病毒性肝炎及相关肝病、肝纤维化临床诊治、酒精性肝病、肝病肠道微生态等。擅长病毒性肝炎及相关肝病、药物性肝损伤、酒精性肝病、自身免疫性肝病、肝硬化等疾病的诊治。负责完成中国博士后基金、浙江省博士后择优资助及首都医学科学发展基金等多项目的研究、“十一五”、“十二五”重点专项的多个课题研究，并承担国家自然科学基金、首都医学发展基金、中医药科技基金等项目研究。

近年来在 *Journal of Gastroenterology and Hepatology*、*The Japanese Journal of Infectious Diseases*、*PLOS ONE*、*Int J Clin Exp Med*、《中华医学杂志》等国际国内著名杂志、会议上发表文章数60余篇（10篇在SCI收录期刊，20余篇在全国或国际学术会议上进行交流），并参加了《实用临床胃肠病学》等30余部医学专著的编写工作。

记者：相信很多乙肝患者都一样，自我感觉身体健康没必要去医院进行检查，或者只检查一个肝功能显示正常就认为万事大吉了。实际上，肝病需要全面评估，通过彩超看肝脏形态，比如一名早期肝癌患者，也有可能肝功能正常，身体无明显症状，忽略了检查，等到感觉疼痛就为时已晚了。那么，对于乙肝患者而言，需要做哪些临床检测呢？我们请邢卉春教授做解答。



邢卉春：作为专科医生很多东西在我们看来理所当然，而事实上临床很多患者都是不知道肝病方面知识的。有的只到医院简单做个谷丙转氨酶（ALT）或谷草转氨酶（AST）的检查，检查之后发现这两个都正常就觉得没问题了。实际上这是很片面的，评价肝脏的状态首先要有生化学的检查，这是反应肝功能的状态，比如肝细胞有没有损伤，肝脏的蛋白合成、解毒等功

能是否能完成。但是如果肝脏长了一个肿瘤，比如早期肝癌，在没有影响到肝功能的时候，化验检查可能是完全正常的，因此，如果这时只是单纯的做个生化检查，很可能了解不到可能已经有肿瘤的问题，这时必须再做一个影像学检查（如彩超或CT或核磁共振等）来评价。当然影像学检查有时候发现有肝结节，那这个结节一定就是肝癌

吗？显然也还得做些其他检查来证实，比如针对肝癌检测的指标——甲胎蛋白，以及其他一些新指标如异常凝血酶原（PIVKA-II）来帮助分析。如果发现甲胎蛋白很高，同时肝脏又新长出一个结节，我们评价肝癌的可能性就会更大一些。那么问题又来了，既然这个甲胎蛋白和肝癌的发生有这么紧密的关系，很多患者一看到甲胎蛋白高就特别紧张，是不是已经患上肝癌了？其实甲胎蛋白高只是一个提示，并不是百分百确认就是肝癌，有的患者已经是肝癌了但甲胎蛋白依然不高，所以我们在做影像学检查的同时再做一个甲胎蛋白的检查是互相来印证的。几个指标印证在一块儿了，判定的可能性就会更大，如果指标不能互相印证，我们就需要更多的资料进行判定，因此做一个全面的检查是很有必要的。

对于病毒性肝炎患者来说，除了检查肝功能，还需要影像学查看



肝脏的形态，有没有长东西，脾脏有没有增大，这是判定肝脏病变程度的一个重要指标。现在还有一些新的检测方法，比如肝脏弹性测定，能够反映肝脏的硬度，如果肝脏已经肝硬化了，肝弹性值就会高，弹性值越高，肝脏硬度越严重。

记者：要多久到医院进行一次检查，不同阶段的患者是否有不同要求？

邢卉春：其实建议所有人一年参加一次体检，不要认为没病就不去。肝病有很多种，有病毒性肝炎、酒精性脂肪肝、非酒精性脂肪肝，根据患者所处的状态不同采取的频率也是不一样的。比如乙型肝炎，如果你是乙型肝炎病毒携带者，属于病情稳定的状态，如果年龄很轻，那么半年或者一年查一次就够了，但是如果你是肝炎活动或者肝脏炎症比较重，刚刚出院，那就需要半个月检查一次。那么究竟

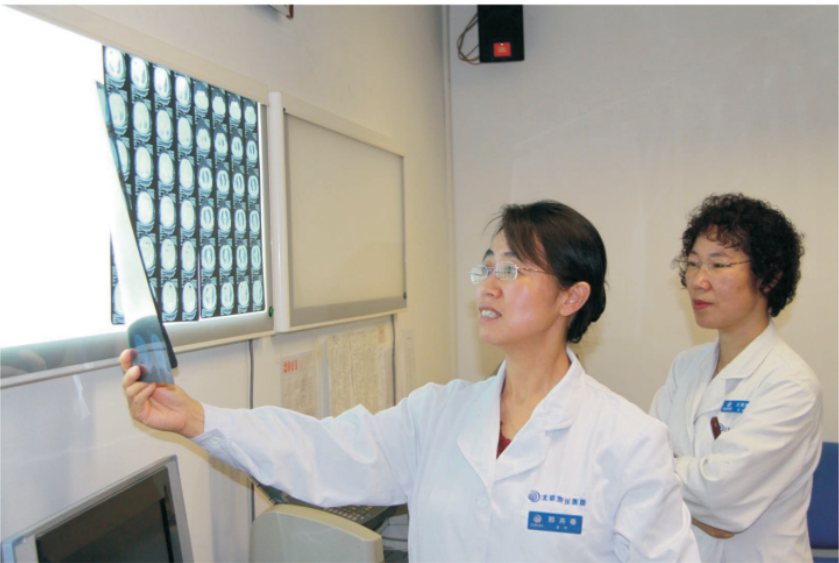


多长时间进行一次检查，去专科医院的时候，一般医生都会按照具体情况来进行安排的，所以要听取医生的意见。一般来说，我们对于病情稳定的患者推荐3-6个月左右检查一次。

记者：慢乙肝的进展时间比较漫长，治疗和随访都需要长期坚持，如果是非酒精性脂肪肝患者应该怎样去做随访和监测呢？

邢卉春：我觉得需要根据病情的具体情况去考虑，如果是单纯的非酒精性脂肪肝，那么就需要从饮

食的调整、运动量去考虑，在饮食结构调整当中还要考虑到饭量的问题，也就是进食的热量以及食物的种类。我们这里所说的单纯脂肪肝只是在彩超检查上发现有脂肪肝，但是肝功能一切都正常，这种患者我觉得半年到一年检查一次就可以了，但是生活上一定要控制，如果不控制可能半年查一次就从轻度变成重度了，或者从中度到重度了，就可能会发生脂肪性肝炎，到了脂肪性肝炎就是说肝功能已经不正常了，提示肝脏除脂肪沉积外，还有炎症、肝细胞破坏，严重的进一步可能会发展为肝硬化或出现肝癌。因此在有脂肪性肝炎的时候，检查频率就要高一些。已经发展为肝硬化或肝癌时检测可能需要更密切。因此究竟多长时间来医院检测一次，一定是根据肝病的状态、肝脏损伤的程度及治疗方案来定的。另外，还需提醒，正规医院、规律检查是非常重要的。总之，肝病患者要根据自己的具体情况和医生的意见，进行合理、规范的监测和随访。



杨永峰： 不明原因肝损伤的诊断

本刊记者：陈词

人物档案

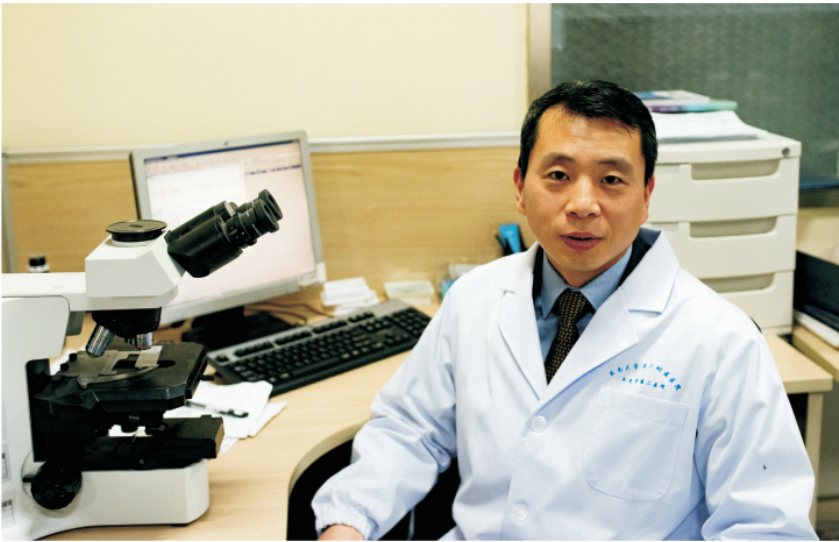


杨永峰：医学博士，主任医师，硕士生导师，南京市第二医院肝病科学科带头人，精通肝脏病的临床、影像及病理诊断，擅长各种疑难及重症肝病的诊治。兼任中华医学会肝病学会青年副主任委员、江苏省医学会感染病学分会副主任委员、南京医学会感染病学分会主任委员、江苏省中西医结合学会肝病学会副主任委员，是江苏省卫生拔尖人才、江苏省医学重点人才、江苏省中青年科技带头人、南京市中青年拔尖人才。

门诊时间：每周一下午（“不明原因”肝病）；每周四上午（专家会诊中心）。

记者：临床上会碰到这样一类患者，他们肝功能长期不正常，或者就是B超、CT检测异常，甚至有的已经检测出是肝硬化，但是常规诊疗手段却查不到具体病因，因此无法给予病因治疗，这类型患者目前现状如何？

杨永峰：这种类型的患者我们在临床上称之为不明原因的肝损伤，医学上没有明确定义到底发现肝病后多长时间检测不到病因才算。不过，通常来讲很多急性肝损伤的原因半年之内就可自我恢复；如果肝脏反复出现异常，或者超过半年还不能恢复，就要引起我们的重视了。不明原因肝病从病因来讲以非感染因素为主，感染性原因如乙肝、丙肝这些病毒性肝炎诊断都是比较容易的；当然也有一些感染性原因，比如巨细胞病毒、肝脏结核或者肝脏寄生虫，诊断起来比较困难。总的来说，不明原因肝损伤大部分都是非感染性原因，像脂肪



肝、药物性肝损伤、自身免疫性肝病、遗传代谢性肝病、影响肝脏血管的肝病、胆汁淤积性肝病，以及全身其他系统疾病也会影响到肝脏，例如心衰的时候可能会引起肝脏淤血，长时间淤血还可能导致肝硬化。所以引起不明原因肝病的因素有很多，大部分通过进一步临床检查以及辅助检查还是能够查明原因的。前段时间，我总结了该院最近一年来300多例不明原因肝损

伤，发现最后做了肝穿刺、病理检查等检查之后，92%的患者都是能够找到病因的。这组病例的最终诊断结果显示，不明原因肝损伤中约三分之二都是自身免疫性肝病、脂肪肝以及药物性肝损伤等较为常见的肝病，剩下的三分之一是遗传代谢性疾病、肝脏血管性疾病、其他系统疾病累及肝脏等少见病因。

记者：有哪些是常见病因，但是又不易诊断呢？

杨永峰：这些疾病里面脂肪肝是比较常见的，根据流行病学调查，脂肪肝的患病率在15%-30%之间。脂肪肝的组织病理学定义是超过5%的肝脏细胞脂肪变性，但常规检测脂肪肝的手段，如B超、CT等，基本上都需要肝脏细胞脂肪变性程度达到20%-30%才会有相应的表现，所以很多轻度甚至中度的脂肪肝可能常规手段检测不到，但是患者会表现长期的转氨酶、转肽酶高，还可能会进展。

还有一类型临床上比较难诊断



的是药物性肝损伤。很多患有慢性疾病的患者，服用的药物品种较多，像高血压、糖尿病、心脏病患者都会长期用药。有很多肝毒性比较大的药物，比如抗结核药、精神类药物、真菌方面用药，很容易出现药物肝损伤，所以医生和患者也比较容易联想到；但是有一些很常用的药物，例如阿莫西林/克拉维酸钾会引起肝内的胆管缺失综合征，这是一个很严重的肝损伤症状，因为发生概率不高，医生在询问过程中也不会特别注意，患者更不可能主动会想到这种家庭常备药物会出现问题，也给诊断带来了困难。此外，引起药物性肝损伤的还有中草药、补品、保健品等含有一些化学成分的都可能引起药物性肝损伤，而这些东西种类繁多，诊断更是须得详细询问。

第三种常见比较难诊断的是自身免疫性肝病，主要分三种：原发性胆汁性胆管炎、原发性硬化性胆管炎、自身免疫性肝炎，原发性胆汁性胆管炎（PBC）我们以前叫做原发性胆汁性肝硬化，这个病典型的病例通过抽血、线粒体抗体阳性加上淤胆的表现就可以诊断；原发性硬化性胆管炎（PSC）典型病例影像学检测会有胆管的串珠样扩张，诊断起来也不是太困难；最难诊断的就是自身免疫性肝炎（AIH），它的诊断需要综合一系列临床指标来评分，包括肝功能、自身抗体、免疫球蛋白、肝组织病理学等，看患者情况是不是达到了



诊断的分值。国外指南强调每一个自身免疫性肝炎诊断都需要做肝穿刺病理，也就是说病理检查是诊断自身免疫性肝炎的先决和必要条件。目前在基层医疗单位自身免疫性肝炎的诊断同时存在两种情况，一是过度诊断，二是漏诊。前者是看到病人自身抗体阳性就诊断自身免疫性肝炎，多数情况下会造成误诊；后者则是病人本身其实是自身免疫性肝炎，但是没有做肝穿和病理检测，长期不能明确病因，长期漏诊，得不到病因治疗而向肝硬化方向进展。所以这一块还是要引起病人引起医生的注意。

其他一些不明原因肝损伤的疾病比较少见，比如遗传代谢性的疾病、肝血管性疾病等，通过临床资料、影像学检查、组织病理学检查、基因检测等手段的联合应用，

这些疾病也可以正确诊断和及时治疗。所以这些不明原因肝损伤的诊断对于患者来说，就是要意识到这个疾病的危害，长期的肝损伤会逐渐进展为肝硬化，找到病因才能针对性治疗，才能控制其发展，很多肝脏疾病的病因治疗效果都是比较好的。从医生角度则是要重视这部分患者，在诊断的时候要详细询问病史和体格检查，从常见病到少见病逐渐缩小范围确诊。



如何有效预防 手术治疗中HBV再激活

文 · 李玉芳 马英（宁夏医科大学总医院感染疾病科）



据世界卫生组织报道，全球约20亿人曾感染乙型肝炎病毒（HBV），2.4亿人为慢性HBV感染者，其中不乏合并其他疾病者。这些合并疾病本身及其相关治疗（如肿瘤、风湿免疫病等）均会导致机体免疫功能受损，任何损害免疫应答的因素均可能改变HBV感染的状态，引发HBV再激活。有文献表明，在不同危险因素下，HBV再激活率为24%~88%，病死率高于10%。一旦发生HBV再激活，不仅会造成肝脏损伤，而且必须中断基础疾病的治疗，即有可能加重原有疾病或延长疗程。

HBV再激活的定义和表现

2013年美国肝病研究学会会议讨论了HBV再激活的相关议题，将HBV再激活定义为：

1.慢性乙型肝炎的加重：HBV DNA在基线基础上升高 $>2\log_{10}$ 水平；基线未检测到HBV DNA的情况下出现HBV DNA $>100\text{ IU/ml}$ ；无基线数据情况下检测到HBV DNA $>10^5\text{ IU/ml}$ 。

2.既往已治愈的慢性乙型肝炎患者在接受免疫抑制治疗后出现血清学转换即乙型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）（-）转变为HBsAg（+）；在HBsAg（-）且

HBV DNA低于检测下限的患者中再次检测到HBV DNA。且需要排除巨细胞病毒、EB病毒或合并其他肝炎病毒如甲型肝炎病毒以及丙型肝炎病毒等二重感染。

HBV再激活表现多样，大部分病例无症状，可自行恢复。而严重者可表现为爆发性肝炎、黄疸、肝功能衰竭并导致死亡。其发生发展分为三个阶段：第一阶段，HBsAg患者HBV DNA复制增加或隐匿性HBV感染患者出现血清学转换，这个时期通常不伴随症状的发生；第二阶段，由于免疫状态的改变，再激活患者HBV DNA持

续增加，转氨酶水平升高。这个阶段通常伴随症状发生，可出现急性肝衰竭或者死亡；第三阶段，恢复期，肝脏损伤得到修复，这与免疫系统重建(自发地或免疫抑制治疗的中止)或者抗病毒药物的应用有关。大部分HBV再激活患者肝炎症状在此阶段完全消退，但少部分HBsAg阳性患者可能会持续存在中高水平的病毒载量。

HBV再激活的因素

HBV共价闭合环状DNA（cccDNA）存在于肝细胞核内，难以清除。导致HBV再激活与患者、病毒以及治疗有关，而更多则是由于应用了化疗药物、免疫抑制剂及生物制剂等，抑制了相关免疫反应，导致淋巴细胞凋亡，继而引发病毒爆发性复制。

目前有关手术与HBV激活的研究大多为HBV相关的肝细胞癌切除术、介入治疗以及肝移植术，广义手术应及对HBV感染免疫的影响研究报道不多，手术创伤是否会引起HBV激活还没引起人们的足够重视。基于免疫功能机制的研究认为，外科手术对免疫功能影响错综复杂，手术创伤、麻醉应激、输血、疼痛反应、围手术感染和营养及患者心理都影响机体免疫功能状态。已有多篇文献分别对腹腔镜手术、普通科手术及肿瘤切除术引起应激反应展开研究，认为手术应激反应主要抑制机体的细胞免疫，而体液免疫影响不大，其抑制作用时间和强度取决于手术创伤大小。

手术中输血也可以引起机体免疫抑制，虽然机制还不完全清楚，大多数人认为是多种机制共同作用的结果，包括输血介导的非特异性免疫抑制、血浆抑制因子、封闭性抗体等有关。由于手术创伤和输血引起的机体免疫抑制，特别是细胞免疫功能活性降低，机体免疫应答对肝内HBV清除作用减弱，导致细胞内HBV的大量复制，慢性HBV感染从感染静息状态而激活。

如何预防手术中的HBV再激活

多项报道已表明，有HBV再激活风险的患者进行预防性抗病毒治疗能够获益。多个cohort研究表明早期抗病毒治疗可降低HBV DNA载量，抑制HBV的再激活，有效提高患者的远期生存。多项研究证实HBV DNA低载量乙肝相关性肝细胞癌患者有围手术期HBV再激活风险。围手术期联合核苷类药物抗HBV治疗安全性好，能有效防止HBV再激活，促进术后肝功能的恢复，减少术后并发症的发生和缩短平均住院日，可使患者获益。

如何预防手术治疗中HBV再激活，从而减少相应的肝损伤？

首先应在手术之前应对风险进行评估。可依据美国胃肠病学会关于免疫抑制治疗所致HBV激活的预防和治疗指南（下文简称AGA指南）中HBV再激活危险度分层评估。目前我国术前HBV血清学标志物检查已经普及，但

HBV DNA检查却未引起外科医生的重视。对于HBV血清学标志物中HBsAg、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc（+）的患者均应于术前筛查HBV DNA。

第二、针对HBV相关的肝细胞癌需要行手术切除或局部消融治疗的患者，可依据2014年《HBV/HCV相关性肝细胞癌抗病毒治疗专家共识》（下文简称《共识》）：

（1）对于HBV相关性HCC患者，如果HBV DNA阳性，在HCC综合治疗方案基础上，均应给予抗病毒治疗；

（2）HBV相关性HCC确诊后，即便是HBV DNA阴性，在接受TACE、放射治疗或全身化疗前，均应加用抗病毒治疗。治疗期间和治疗后需密切监测HBV DNA，如治疗期间和治疗后2次HBV DNA检查（相隔1个月）均为阴性者，可以根据病情停止抗病毒治疗或继续抗病毒治疗6个月；如监测过程中HBV DNA出现阳转，则需要长期抗病毒治疗；

（3）对于HBV相关性HCC患者，如果HBV DNA阴性，接受手术切除或局部消融治疗时，应高度重视乙型肝炎病毒再激活，并密切监测HBV DNA，如出现HBV DNA阳性且间隔2周复查仍为阳性，则应长期抗病毒治疗。

第三、对于其它肿瘤患者，如乳腺癌等手术，由于手术创面大，手术时间长，术后可能进行放、化

疗，属于AGA指南HBV再激活危险度分层评估高、中风险患者，也应进行预防性抗病毒治疗。

第四、器官移植者HBV再激活主要发生在受体为HBsAg(+)，和(或)HBcAb(+)中。HBV相关肝移植患者，我国最新的慢性乙型肝炎指南指出，需要终身应用抗病毒药物来预防HBV复发。在HBsAg(+)接受肾移植的患者中，HBV再激活率高达50%-90%。在造血干细胞移植中，HBV再激活及血清学转换相当常见。因此，也需要终身抗HBV治疗。

第五、其他手术，如果手术创面小、手术时间短，不接受免疫抑制治疗的患者，不符合抗HBV治疗指征，可密切随访，及时发现病情变化给予相应治疗。

HBV再激活的治疗

HBV再激活的预防及治疗用药主要包括两类：核苷(酸)类似物及干扰素。《共识》建议优先选择强效、高耐药屏障药物，如恩替



卡韦或替诺福韦酯。恩替卡韦和替诺福韦酯均起效快，恩替卡韦肾毒性小，替诺福韦酯耐药率低，均有较好的预防效果和安全性。而干扰素因其骨髓抑制作用，不推荐使用。核苷(酸)类似物治疗相关不良反应及其处理原则应参照《慢性乙型肝炎防治指南(2015版)》。对于肝移植患者使用恩替卡韦或替诺福韦联合低剂量乙型肝炎免疫球蛋白(HBIG)，可以获得较好的防治效果。多项临床随机对照研究证实，HBV相关性HCC患

者根治术后应用干扰素可降低肿瘤的复发，有助于提高患者的生存率。

HBV再激活的预防性治疗持续时间：核苷(酸)类似物维持治疗的最佳时间尚无肯定结论。可根据手术及后续治疗情况决定。一般应至少在所有治疗结束后6个月。

总结

外科手术HBV再激活的预防与管理需要感染科医生与外科医生的跨学科合作，强调规范化处理此类临床问题，手术前HBV血清标志的检查十分必要，之后有针对性地检查、监测HBV DNA，根据《共识》或参照AGA指南评估HBV再激活风险，筛选出需要预防性抗HBV治疗的患者，手术前早期应用恩替卡韦或替诺福韦治疗，可有效预防手术治疗中HBV再激活和其相关肝炎、肝衰竭甚至死亡的发生。目前，关于广义手术HBV再激活的相关研究罕见，还需要更多的研究工作来进一步揭示以指导临床工作。



呵护大脑，留存记忆（下）

文 · 李小凤（重庆医科大学附属第二医院神经内科）

如何维护大脑的健康

大脑作为中枢神经系统的一部分，自发育成熟后，大部分组织就不会再生，不像周围神经系统及其它系统器官，自身修复的能力强，我们的血液系统更新的时间快，骨骼系统也可以痊愈。所以，维护大脑的健康，要从小做起，保护大脑免于受到各种伤害，这是需要长期坚持且持续的一个过程。西医强调疾病的概念，从先天性疾病、遗传性疾病，到外伤、感染、自身免疫异常、中毒、代谢紊乱、退行性病变，均需要全方位防范。中医强调整体的观念，人体处于自身内在的平衡以及人体与外界环境之间的协调状态就是健康，一旦平衡打破，发生紊乱不能及时恢复，就发生疾病。疾病的发生和发展是正邪相争的结果，“正”是指人体阴阳气

血、脏腑组织的功能活动，具有适应自然环境变化的调节功能和对致病因素的防御能力，“邪”泛指一切致病因素，如作为外因的六淫邪气（风寒暑湿燥火）、作为内因的七情（喜怒忧思悲恐惊）和作为其它原因的饮食、劳倦、虫兽、金刃等。维护大脑的健康，就是要扶正祛邪。增强营养、积极锻炼、充足的睡眠、坚持学习、冥想、情志平衡等都有助于增强大脑的抗病能力。

1、控制危险因素

容易导致痴呆的因素称为痴呆的危险因素，比较明确的是：高龄、种族，青少年时期教育程度太低、中年时期听力受损、抽烟、失眠、患有抑郁症、缺乏体力活动、缺少社交活动、心脑血管病危险因素（高血压、肥胖和晚年2型糖尿

病）、外伤等。虽然年龄和种族是不可控制的危险因素，但是其它危险因素是可以预防 and 控制的。在生活中，我们经常可以发现失去老伴的老人（丧偶是最大的生活应激事件），情绪低落，郁郁寡欢，家人很快就会发现老人记忆力减退、反应迟钝，出现痴呆的表现。平素不爱体育锻炼的人，除了容易发胖，体态臃肿，反应也容易显得木讷。糖尿病、脑梗塞或冠心病患者出现痴呆的机会增多。有读者可能会产生疑问，生活中似乎高级知识分子甚至名人发生痴呆的机会还多些，例如美国的里根总统、诺贝尔奖得主高锟和英国首相撒切尔夫人。其实，流行病学调查发现文化程度低的人发生痴呆的机会较文化程度高的人明显增加。农村有许多低文化的老人发生痴呆了，家人根本没有

送患者去就诊的意识，所以低文化人群不是痴呆发生的少，而是被发现的少。而脑力劳动者、高级知识分子，进行创造性的工作需要强劲的脑力，所以当大脑生病时是很容易感知到大脑状态的变化而去就诊，从而得以早诊断。文化程度高的人即使发生痴呆也会有更多办法去弥补某些认知功能的损害，而让生活工作照常进行。提高义务教育的要求，让全民素质提高，也是减少社会痴呆患者总人数的有效措施。

2、提倡健康的生活方式

人生路漫漫，如何长期维护大脑的健康？世界卫生组织（WHO）倡导的五大健康基石有益于大脑的健康：均衡的营养；适当的运动；充足的睡眠；乐观的心态；摒弃不良习惯。健康生活习惯的养成不光需要个人意志去坚持，还需要社会的支持，如食品卫生安全影响着大众营养的摄入，大气污染影响了大众的运动活动，过快的节奏压缩了锻炼的时间，过高的压力偷走了人们的睡眠，超负荷的工作令人压抑等等。

大脑失能如何积极应对

1、大脑的健康体检

人吃五谷杂粮，人有七情六欲，外界有风寒暑湿燥火，还有外伤、感染、过劳等，人体难免要生病，大脑也不例外。我们需要体检去发现机体的异常，但是我们的健康体检，往往是测测血压，听诊肺部，触诊肝胆胰脾肾，做胸片、心

电图、腹部彩超、抽血查血常规、肝肾功能血脂等，很少有体检是针对大脑的，极少数条件好的单位提供脑核磁的检查。人们对生活质量要求越来越高，渴望高质量的晚年生活，这种不对大脑进行健康体检的现状急需改变。大脑承担着记忆、计算、定向、计算、执行、语言、空间构型等功能，大脑的体检就是检测这些功能是否完好。简易智能测定量表（MMSE）是一个问卷调查，涵盖了大脑认知的几个领域，非常容易操作，只需要5-10分钟。除此之外，MOCA量表、画钟测验、AD8等都是很方便使用的体检大脑的工具。主动对大脑进行健康体检，早期发现异常，寻找致病因素，从而保护大脑。在诊疗过程中，我们经常遇到家人带患者来看病，说“就是记忆有些差”，一做量表，结果已经是中重度痴呆了。别说普通的民众，曾经有知名综合医院的神经内科的教授，直到诊断疾病明显出现失误，才被同事意识到发生痴呆了。

2、寻求专业的帮助

痴呆的诊治在中国也是最近十余年才被重视，所以不只是普通民众，就是有些医务工作者也存在相关知识的缺乏。目前随着医疗的进步，老年性痴呆的早诊断、早治疗、早获益，已经达成共识，胆碱酯酶抑制剂能减轻症状，延缓疾病进入中重度阶段，延长患者的独立生活时间，有充分的询证医学证据；中重度的老年性痴呆患者服用

美金刚可以减轻精神行为异常，减少照料者的负担，已经写入了国内外的痴呆诊治指南，然而，在临床实践中，还是有医生对前来就诊的老年性痴呆患者或寻求帮助的家属断言“此病无药可治”，实在是违背医者的天职，令人感到痛心。有的疾病虽然目前没有找到根治的方法，但是有延缓症状加重的方法。还有的记忆力减退并非是老年性痴呆，而是其它的需要针对性特别处理的疾病，误诊了很多年，也非常令人惋惜。有些疾病如果找到病因，比较好控制，如营养不良性、甲状腺功能减退等；在临床工作中，我曾多次遇到将血管性痴呆、额颞叶痴呆、路易体氏痴呆、特发性正常压力脑积水、代谢性脑病等误诊为阿尔茨海默病（老年性痴呆），所以当发生记忆不好、认知减退或痴呆等情况时，务必寻求专业的帮助，而不是简单向医生询问治疗痴呆的药物。为了充分了解患者的认知损害的症状范围和程度以及病情演变的特点，记忆门诊或痴呆门诊的医生会详细询问病史（由于痴呆患者记忆力减退，所以知情者陪同看病非常重要），然后会进行认知量表的测定去定量评估认知功能的改变，还会做一系列的检查去探寻可能的病因及了解大脑损害的部位和程度。除了开出针对性的治疗药物，医生还会梳理患者生活中对大脑健康不利的因素，做些建议，对照料者与痴呆患者的交流提供一些指导。



丙型肝炎为何变成了“纸老虎”？

文 · 吴韶飞（山东省千佛山医院肝病科）

曾几何时，丙肝也是人们心中名副其实的“大老虎”，短短几年过去了，丙肝为何变得越来越弱势，如今更是成了“纸老虎”？今天我们来谈谈丙肝的治疗进展。

1.丙肝和乙肝这个兄弟疾病相比，可怕在哪？

乙肝和丙肝，是我国最主要的两种病毒性肝病。众所周知，这两种疾病对健康造成严重的危害，如不及时治疗，容易按照三部曲——“肝炎→肝硬化→肝癌”的进程发

展。在我国，丙肝相对乙肝少见，但其实患者不在少数。WHO 2017年报告指出，全球HCV RNA阳性率为1%，估计约有7100万HCV感染者，其中近1/7在中国，总数约1000万。据最新统计，中国是全球和亚太地区丙肝患者最多的国家。但由于绝大部分人群对丙肝认识不足，我国丙肝的诊断率和治疗率还比较低。2017年，我国的HCV感染者治疗例数仅有1.3%，受不规范治疗影响，

真正治愈的只有73.8%，即仅有约9万人获得治愈，与1000万的总感染人数相差甚远。其实，在不接受治疗的情况下，丙肝的危害比乙肝还大，表现在以下几个方面：

（1）成人感染丙肝病毒，绝大部分人不会完全清除丙肝病毒，而是会转成慢性化，也就是慢性丙肝；而成人感染乙肝，绝大部分会把病毒清除掉，只有不到10%的人演变成慢性乙肝。

（2）慢性丙肝的进程快，如

不接受治疗，比慢性乙肝患者更容易进展为肝硬化、肝癌。

(3) 丙肝没有疫苗可预防，而乙肝疫苗早已经进入国家免疫接种计划，我们每个人都接种过乙肝疫苗，所以现在乙肝的年轻患者越来越少。

(4) 丙肝症状轻，疾病更隐匿，不像乙肝患者常有肝功能异常、乏力、食欲不振等表现，这也可能是丙肝患者就诊人数少的原因。



2.为何丙肝不再可怕？

鉴于以上几点，丙肝在很多方面曾经也是比乙肝更胜一筹的“健康杀手”。五年以前，我们还只能用干扰素+利巴韦林这一手段对付它，这个手段的种种缺陷众所周知：需要打针，治疗不便；副作用大，很多人不能坚持治疗；疗程长，至少半年；费用不低；治愈率也不高。不过短短四五年的时间，风

云突变，丙肝渐渐的从人人谈之色变的“大老虎”变成了“纸老虎”，其克星就是直接抗病毒药物。2013年12月，“丙肝克星”索非布韦上市，打开了丙肝治疗的新篇章。此后，“丙肝克星”不断进化，新的药物如雨后春笋争相出现，可谓是将丙肝打的一点脾气也没有。直接抗病毒药物的优点非常

明显：疗程短，多数情况下只需12周；口服用药，较为方便；治愈率高，可达90%以上。表内为几种常用方案对丙肝的治疗效果。

直接抗病毒药物在我国可谓是姗姗来迟，但不来则已，一来惊人。2017年，奥比帕利、达塞布韦钠、盐酸达拉他韦、阿舒瑞韦、索磷布韦和西美瑞韦相继在我国获批上市。今年，包括“吉三代”在内的多种药物也预计在我国批准上市。其中，我国自主研发的药物丹诺瑞韦已经进入审批进程，其二代、三代产品也已经开展或即将开始临床试验，届时，丙肝患者的选择会更多，更广泛的人群也将获益。我们相信，在不久的将来，消灭丙肝的愿望将会成真，我们也都盼着这一天的到来。丙肝——这一曾经对人类健康造成严重危害的“大老虎”也会慢慢淡出历史舞台，以“纸老虎”的形象留在人们的记忆中。

基因分型	治疗方案	治疗时间	治愈率
基因一型	吉三代(Mylan)(索非布韦+维帕他韦)	12周	98% (1a型)
			99% (1b型)
	吉二代(Mylan)(索非布韦+雷迪帕韦)		98%(无治疗史)
			94%(有治疗史)
基因二型	索非布韦(Mylan)+达卡他韦(Mylan)	12周	98% (1a型)
			99% (1b型)
	吉三代(Mylan)(索非布韦+维帕他韦)		100%
	索非布韦(Mylan)+达卡他韦(Mylan)		98%
基因三型	吉三代(Mylan)(索非布韦+维帕他韦)	12周	98%(无治疗史)
			94%(有治疗史)
	索非布韦(Mylan)+达卡他韦(Mylan)	24周	94%
	吉三代(Mylan)(索非布韦+维帕他韦)	12周	100%
基因四型	吉二代(Mylan)(索非布韦+雷迪帕韦)		93%
	索非布韦(Mylan)+达卡他韦(Mylan)		
	索非布韦(Mylan)+达卡他韦(Mylan)		
基因五型	吉三代(Mylan)(索非布韦+维帕他韦)	12周	97%
基因六型	吉三代(Mylan)(索非布韦+维帕他韦)	12周	100%
	吉二代(Mylan)(索非布韦+雷迪帕韦)		96%



循环肿瘤细胞检测技术在肝癌诊断和预后判断的应用

文 · 贺凡（重庆医科大学附属第二医院感染科）

中国是肝病高发区，肝癌的发病率很高。早期发现肝癌至关重要。随着液体活检技术的日臻成熟，尤其是循环肿瘤细胞检测在肿瘤诊断、预后及疗效评估领域的突飞猛进。

1.何谓循环肿瘤细胞

循环肿瘤细胞(CTC)检测是指从肿瘤原发灶或者转移性病灶脱落进入外周血液里肿瘤细胞的一种液体活检技术，国际上Cell Search系统利用上皮细胞黏附分子的免疫磁性富集技术成熟，已经实现CTC半自动化检测，具有较高的可重复性和准确性。国内由中山医院樊嘉院士、周俭教授团队自主研发了多种CTC分选检测技术，同时也取得了CTC“全自动循环肿瘤细胞分选检测系”相关专利，有

望在未来为广大患者带来便利。

2.CTC检测在肝癌中的应用

肝癌起病隐匿，很多肝癌患者发现已是晚期，失去了外科手术切除肿瘤灶的机会，而只能采取治疗、局部栓塞等其它治疗方法，导致整体预后差。临床工作中为了早发现、早诊断、早治疗，以便为患者提供最优的个体化方案需要定期复查，尤其是那些已经发展成为肝硬化或有肝癌家族史的高危患者。目前应用最为广泛的肝癌筛查有甲胎蛋白(AFP)和腹部B超，但是临床工作中，上述肝癌筛查目前仍存在缺陷，腹部B超针对极早期的肝脏占位难以明确诊断，AFP阴性的肝癌也屡见不鲜，从而为肝癌早期诊断带来了障碍。其次对于难以确诊的肝脏占位性病变，现在进一步

明确的方法有肝脏动脉造影或肝脏穿刺活检。这些有创检查不利于接受治疗后的预后评估和监测，而CTC检测实时、高效、可重复性高。所以对于肝癌诊断和预后评估监测CTC不失为一种很有前景的检测形式。

3.存在的问题

CTC未来普及可能性很大，但也存在一些问题。其一，目前国内CTC检测现成仪器尚未批量生产和推广，对于真实世界该技术检测效率有待进一步验证。其二，CTC检测对于靶向治疗作用位点及耐药监测作用可能不足，需待进一步优化。其三，囿于肝癌分子生物学水平机制未能完全明确，故是否存在比CTC更优的液体活检有待进一步挖掘。



肝硬化失代偿患者 应警惕突发性脑出血

文 · 顾生旺 吴刚 汪春晖

案例

朱女士，47岁，HBsAg阳性20多年，腹胀尿少伴肝区不适7个月。2016年12月12日诊断肝硬化腹水住院，当时血红蛋白94 g/L，白细胞 $2.52 \times 10^9/L$ ，血小板 $35 \times 10^9/L$ ；肝功能：总胆红素 $43.8 \mu\text{mol/L}$ ，白蛋白24.4 g/L，谷丙转氨酶53.5 U/L，谷草转氨酶58 U/L；乙肝二对半“小三阳”，HBV DNA 9.91×10^5 IU/ml；彩超：肝硬化，反应性胆囊炎，门静脉18 mm，腹水62mm，脾大，脾静脉21 mm；治疗17日腹水消失。

2017年8月8日，DSA引导下部分脾动脉栓塞术治疗脾功能亢进，术后于8月16日复查血白细胞 $30.13 \times 10^9/L$ ，血小板 $174 \times 10^9/L$ 。

8月21日起尿黄腹胀加重，B超：右下腹水64 mm，8月24日床边腹水浓缩回输，滤出腹水2000 ml，多巴胺40 mg、呋塞米160 mg等腹腔注射，腹水李凡他试验阴性，WBC $20 \times 10^6/L$ ，RBC $20 \times 10^6/L$ ，多次输血浆、人血白蛋白支持治疗。

8月29日彩超：1.肝硬化腹水；2.胆囊炎；3.门静脉栓塞（门静脉内径17 mm，内充满絮状低回声）；4.脾脏栓塞术后、脾大、脾静脉栓塞；5.左下腹液性暗区76 mm，右季肋区局限性积液77 mm。

根据专家建议，8月31日起口服华法林钠2.5 mg/日、低分子量肝素钠5000 IU/日，皮下注射，抗凝治疗。

9月1日-5日三次腹穿抽出血性腹水5 ml，均给予呋塞米300 mg、重酒石酸去甲肾上腺素8 mg，腹腔注射；腹水细菌培养未

见细菌生长。

9月2日凝血酶原时间21.6秒，INR1.865，血钾2.65 mmol/L。

9月5日凝血酶原时间30秒，暂停华法林。

9月7日凌晨突然昏迷，血压130/90 mmHg，心率130次/分，血氨 $111.5 \mu\text{mol/L}$ ，血糖9.41 mmol/L，血钾血钠正常。

神经内科专家会诊，诊断：

1、脑干出血可能大；2、肝硬化肝性脑病；3、脾栓后脾静脉、门静脉血栓。因病情危重，家属拒绝头颅CT检查，经吸氧、心电监护，止血，降颅压，抗肝昏迷与输血浆等抢救无效，患者当晚21点自动出院后去世。

总结

（1）脾动脉部分栓塞术治疗脾功能亢进效果良好且安全性高，但其作为一种微创治疗，仍有一定的并发症。文献报告脾栓后1个月腹腔内出血1.6%、门静脉血栓形成3.3%、左膈下感染2%、左胸腔



积液2%、肺部感染2.6%、肺不张7例2.3%、多器官功能不全0.3%，2例死亡。术前调整肝功能和积极有效的围手术期处理、合理选择手术时机、熟练的手术操作，是降低术后并发症和病死率的关键。

（2）本患者发生脾静脉与门静脉血栓形成，很大程度上与患者术后长期卧床、活动过少有关。表现为顽固性腹胀、纳差且黄疸进行性上升，虽经大量人血白蛋白与血浆输注，半月内4次腹腔注射呋塞米与多巴胺等药

物，1次腹水浓缩回输，腹水都难以控制且转为血性腹水。

（3）医生一定要强调脾栓或脾切除后早期活动。脾切除后预防性应用低分子肝素，术后早期抗凝是安全的；肝硬化本身合并自发性脑出血高达15%以上，且死亡率较高。医患双方对此，都应有清醒的认识，防止对突发事件没有思想准备，产生医疗纠纷。本例患者脾栓治疗很成功，血小板最高增加到 $318 \times 10^9/L$ ，合并脾-门静脉血栓且抗凝治疗后迅速降低到 $66 \times 10^9/L$ ，突然发生脑出血，不到24小时就去世。

（4）提醒临床专家与患者及家属对脾-门静脉血栓等类似情况抗凝治疗，一定要谨慎小心。因为从慢性肝炎到肝硬化失代偿期甚至肝癌三部曲，即使不做脾动脉部分栓塞，也可能发生食道胃底静脉曲张破裂大出血或突发性脑出血，肝性脑病，感染，肝肾综合征等严重并发症甚至死亡。对此类特发急重症的抢救手段是有限的，成功率是不高的。





肝脏好不好 扫扫可知道

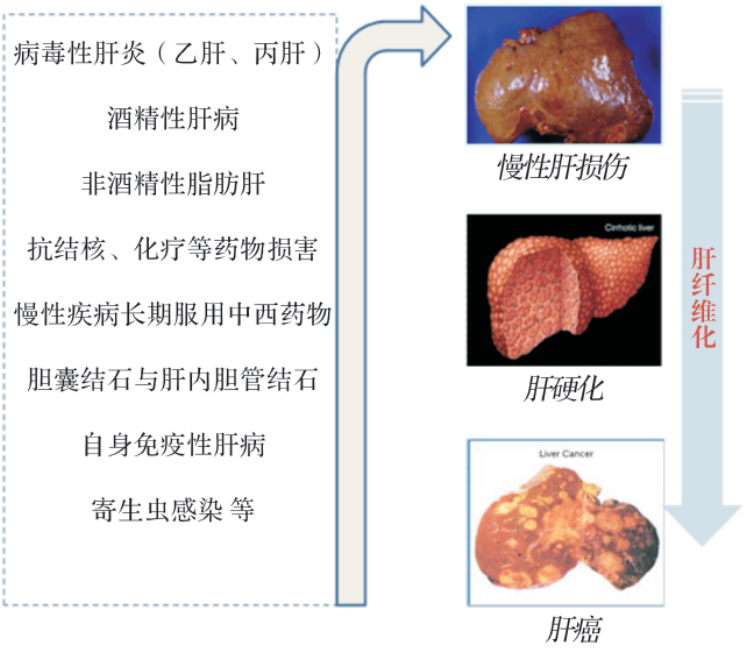
——肝脏硬度和脂肪定量的无创检测方法

文 · 陈高峰（上海中医药大学附属曙光医院肝病研究所）

肝胆易伤，沉默之脏
病毒感染、脂肪肝、自身免疫、肝胆结石、药物毒物多种原因均可损伤肝脏，导致肝脏的炎症与纤维化，柔软的肝脏逐渐变硬，最终导致肝硬化或肝癌。但是，肝脏是个“沉默”的器官，虽然有明显的病变，患者却往往没有明显感觉，等到出现黄疸、腹水、呕血等症状，往往病情已重。正因为大部分的肝病是没有症状的，这也就是医生称肝病为“最大的隐形杀手”

的原因，所以不可不慎。因此，及时检查、早期发现肝脏病变对于有效防治慢性肝病有重要意义。
病变有痕，检查无创
慢性肝脏病变有明显的炎症和疤痕形成，检查有抽血化验、肝穿活检、B超、CT等多种方法。FibroScan或者FibroTouch弹性超声扫描是超声基础上的瞬时弹性成像，评价肝脏硬度、脂肪程度等具有以下优点：
1.无创无痛：无需采血、肝

穿，利用探头经皮肤表面毫无痛苦地便能检测出肝脏纤维化程度。
2.可靠可信：作为目前国际先进的无创肝纤维化诊断仪器，一次测量的肝脏体积是肝穿检测肝组织的200倍，而且可以多次多点检查，提高可靠度。
3.简便安全：全过程只需要3分钟，检查结果立即显示，简单方便。
1.抽血化验、肝穿活检等方法临床工作中我们经常把血清学



指标作为临床常用检测肝病的指标，能有效反映肝脏炎症、肝纤维化以及肝脂肪的形成，用于肝病患者的诊断和治疗。但该指标没有特异性，不能准确反映肝组织病变的程度。超声诊断作为影像学的测定方法，可有效发现晚期肝硬化的进展情况，但对早期肝硬化不能及时发现，一定程度上限制和阻碍肝硬化诊断的正确性和有效性。肝穿刺活检对肝脏检查来说是金指标，准确率在80%以上，但肝活检存在一定创伤，可发生潜在的并发症，费用比较昂贵，很多患者不易接受，在临床也不把肝活检作为常规检查。
2.瞬时弹性检测（TE）技术
肝脏瞬时弹性检测（TE）技术是一项非常重要的无创诊断技术，它不仅准确检测肝脏是否

有纤维化，同时可以测量肝脏脂肪含量。该仪器能在二维超声直视下避开囊肿、结节、大血管等组织影响，提高检测准确性。该仪器使用动态宽频多适用探头，可满足各种人群的临床需求，尤其是儿童和肥胖人群；而且比肝活检测量的组织范围大100倍，减少了取样误差，可重复性好，简单、方便、快速而且经济可靠并可智能区分皮下脂肪和肝脏组织，直接定位肝脏组织，提高计算效率和精准性。检测全过程只需要约两分钟。
3.具体应用
肝脏瞬时弹性检测过程简单、无创、快速、重复性高、花费低，是一种理想的慢性肝病无创诊断技术。患者只需仰卧位，平躺于检测床，右臂自然上抬，放于头部上方，身体略向左侧弯，形成平躺的

C字型，选取第7-9肋间隙，超声探头垂直于患者体表，进行影像定位，找到合适位置后对肝脏进行肝硬度和脂肪含量的定量。肝脏瞬时弹性检测技术使用范围广包括慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎、非酒精性脂肪肝、寄生虫感染所导致的肝病、胆道疾病、长期饮酒引发的酒精性肝病、长期药物治疗所造成的肝损伤、长期抽烟引发的原发性胆汁性肝硬化。同时也用于进行普通人群的肝脏情况状况筛查、用于进行慢性肝病患者的肝纤维化程度快速测量、用于对慢性肝病治疗效果的全过程跟踪、用于各类肝硬化并发症的预测、用于评估长期药物治疗所造成的肝损伤、用于评估各类代谢综合征（糖尿病、高血压、高血脂）所引起的肝脏损伤。
结果可靠，易行推广
亚太地区肝病学会（APASL）慢性乙型肝炎诊疗指南2012版已经引入通过非侵入式检测去评估肝纤维化程度的技术，同时被证明对于肝脏纤维化程度的诊断具有很高的准确度。很多研究报告表明，对慢性肝病患者，通过瞬时弹性成像进行肝脏弹性的检测，可以作为肝穿活检的替代方案。
总之，肝脏瞬时弹性检测技术能提高各种慢性肝病患者肝纤维化、脂肪变的中、早期诊断的准确率，使医生和患者能够及早发现肝脏病变，并选择合适的治疗时机和治疗方案。

肥胖患者如何预防胆石症？

文 · 郑瑞丹 卢仲福（福建省漳州正兴医院肝病内科）



近年来，随着我国人民生活水平的不断提高，胆结石的发生率呈逐年递升的趋势，胆石症已成为临床上的常见病、多发病之一，严重影响着国人的生活质量。与正常人群相比，肥胖患者的胆石症发病率更高，肥胖是发生胆石症的危险因子。

为什么肥胖人群有更高的胆石症发生率？

肥胖者之所以易患胆石症，主要有以下原因所致：众所周知，肥胖者往往更喜欢进食高胆固醇食物，腹型肥胖者多，肝脏合成的内源性胆固醇水平也比普通人群高；临床医学已明确胆结石的结构和成分主要是胆固醇结晶，高胆固醇食物摄入必然增加胆石症的发生；胆石症患者中肥胖症和超体重者存在高比例，在一定程度上这与胆石症患者中胆固醇结晶的高比例有关；肥胖者胆汁内的胆汁酸及磷脂往往也出现了变化，磷脂酰胆碱分子的

含量减少，胆盐水平也下降、胆囊运动减少、促进了胆固醇形成结晶而沉积到胆道里，从而形成胆石症。

肥胖患者如何防止胆石症的发生？

首先，应降低体重使体质量指数达标，除多参加体育活动外，坚持运动至关重要，保持体重在正常水平。

其次，科学饮食十分重要，肥胖者必须改善饮食结构，减低食物中脂肪和胆固醇的含量，少食肥肉、动物的内脏和食油多的食物，如煎鸡蛋、油炸饼等，以免胆汁中胆固醇的浓度增高。某些普通食物如生姜、青菜头、菠菜、春笋、洋葱、番茄、四季豆、大青椒、玉米、南瓜、白萝卜、藕等常可抑制胆结石的形成，饮食中适当增加。炒菜可用食物油，如菜油、花生油等，植物油含有较多的不饱和脂肪酸，有降低胆固醇的作用。烹制食

品时，应以炖、烩、蒸、煮为主。要保持一日三餐规律进食，肥胖者如无规律进食，极易使胆囊中充满胆汁，胆囊黏膜吸收水分，使胆汁变浓，黏稠度增加形成胆泥，进而导致胆石症。三餐规律进食，食物进入十二指肠时，反应性的分泌胆囊收缩素增多，可使胆囊收缩，大量黏稠的和含有胆泥的胆汁被排到肠道里，可有效预防胆石的形成。

多饮水，水是人体的重要组成成份，肥胖者可适当多补充水分，以稀释胆汁、刺激胆汁分泌和排泄。

保持良好乐观的心情也至关重要，肥胖者如长期精神紧张、抑郁，除导致失眠外，更可使内脏植物神经紊乱，导致胆汁流通不畅，胆汁淤积，久而久之易形成结石。

总而言之，肥胖者改善饮食结构、低脂、低胆固醇饮食和减轻体重，是减少胆石症发生的一个重要措施。



从马兜铃酸致肝癌的推测，看中药的毒副作用

文 · 黄芙蓉 田承满 童光东（教授）（广东省中医药大学附属深圳中医院）

去年，美国《科学转化医学》杂志刊发了一篇论文，推测马兜铃酸可能会导致肝癌，给中医界与学术界带来极大震动。为此有人过分夸大中药的毒性，甚至否认中药的疗效。正确看待中药的毒副作用，必须了解历代中医是如何通过增效减毒来发挥中药的最大疗效，对全面了解中药的毒与效的关系十分重要。

一、是药三分毒，中药无毒是误区

认为中药无毒无害的观点是极其错误的。中药是祛病武器，不是活命神丹，误用致害，虽甘草、人参亦毒药之类也。《左传》中曾记载：“药弗瞑眩，厥疾弗瘳”。《神农本草经》更是将中药分为上、中、下三品。上品为补益作用的药物，中品为祛邪调理的药物，下品为125种有毒的药物。我们常说是药三分毒，《医学问答》中就记载：“夫药本毒物，故神农辨百

草谓之尝毒，药之治病，无非以毒拔毒，以毒攻毒”。因此，中药的运用须严格掌握适应证、疗程，在中医临床治疗疾病必须遵循“辨证施治”的原则。有是证用是药，根据临床症候个性化用药。衰其大半而止之，当病症大部分改善是应考虑停止用药。此外，中药的用量要严格依照药典剂量处方。

二、中药从生药到汤药过程就是增效减毒

中药从生药到汤药过程就是增效减毒。中药炮制的目的一般有以下几点：①清洁纯净药物；②经过粉碎、切制以后，它的有效成分易于溶出，调剂和炮制以及储藏等；③动物类或其他具有特殊臭味的药物，矫臭、矫味在医疗上也是必要的；④降低或清除毒性，如大戟醋煮、斑蝥米炒，能大大降低毒性；吴茱萸甘草水浸，苍耳子炒黄，可消除毒性；⑤消除副作用，如常山酒炒可消除涌吐作用；首乌煮制可

消除致泻作用；⑥缓和刺激性如炒乳香、炒枳壳可以缓和对胃的刺激作用；⑦改变药物的性能，如地黄生用性寒凉血，制成熟地黄则性温补血；蒲黄生用行血消瘀，炒炭则能止血；⑧增强或发挥药物的效用，如玄胡醋煮可发挥止痛功效，百部蜜炙可增强润肺止咳作用；⑨引药归经，如大黄本为下焦药，酒炒后能在头部产生清降火邪的作用；杜仲原系肾经药，盐水炒后能在肾经更好地发挥药效。

药物是各具性能的，经过炮制，这些性能可以产生不同的变化。炮制对药物性能的影响主要有以下几个方面，①对四气五味的影响，如：生川乌性温有毒，口尝有麻辣味，经过煮制，消除了麻辣味，减低了毒性；②对升降浮沉的影响，升降浮沉是药物作用于机体的趋向。如黄柏原系下焦药，经过甘辛大热具有升提作用的酒炒制，便产生了清降头部虚火的作用；③

对药物归经的影响，归经是药物作用于机体的一定范围。如甘草蜜炙，可以增强补脾作用；补骨脂盐水炒，可以增强补肾作用；莪术醋煮，可以增强入肝经消积的作用；④对药物成分的影响，中药炮制对药物中的生物碱、甙、挥发油、鞣质（单宁）、油脂、有机酸、无机盐、消化酶等成分都有影响，常用的炒、烘、蒸的方法，基本上可达到破坏酶而保存甙的目的。马钱子经沙炒、油煎等方法炮制以后，可使其中所含的番木鳖碱均有不同程度的破坏，这就达到了马钱子去毒的要求。

中药常是复方入药，这便需要遵循一定的中药复方配伍原则。在使用两味以上药物时，必需有所选择，这就提出了药物配伍关系的问题。前人总结的“七情”之中，除单行者外，其余六个方面都是谈配伍关系。相须，即性能功效相类似的药物配合应用，可以增强其原有疗效。如石膏与知母配合。相使，即在性能功效方面有某种共性的药物配合应用，而以一种药物为主，另一种药物为辅，能提高主药物的疗效。如黄芪与茯苓配合时，茯苓能提高黄芪补气利水的治疗效果。相畏、相杀，即一种药物的毒性反应或副作用，能被另一种药物减轻或消除。如生半夏和生南星的毒性能被生姜减轻和消除，所以说生半夏和生南星畏生姜。相恶，即两种药物合用，一种药物与另一药物相互作用而致原有功效降低，甚至丧失

药效。如人参恶莱菔子。相反，即两种药物合用，能产生毒性反应或副作用。如“十八反”、“十九畏”中的若干药物。

中药汤剂往往采用煎煮的给药途径，清代徐灵胎在《医学源流论》中说：“煎药之法，最宜深讲，药之效不效全在乎此。”中药的煎煮，不仅是有效成分的溶出过程，而且是药物中各种生理活性成分进行化学反应，重新整合的过程。从煎煮用具的选择，到浸泡的时长、加水量、煎煮火候、煎煮时间、煎煮次数、煎出量都有讲究。此外，煎煮中还有先煎、后下、包煎、另煎、烊化等特殊的煎煮要求，亦会对临床效果产生影响。如乌头、附子等毒性较强的药物，先煎后煮其毒性会显著降低；而青黛等煎煮后容易悬浮于液面，不易服用，则需要包煎；羚羊角等为了保存其有效成分，防止同煎时被其他中药吸附，宜单独煎妥后将药液与其他煎好的汤药混匀服用。另外，有的中药入汤后容易产生大量沉淀，有的中药粘性很强而极易粘锅焦化等，在煎煮过程中，均应根据特殊要求进行相应处理，才能物尽其用，收到最佳临床效果。

三、产生中药肝损害的主要因素

产生中药毒副作用的因素有很多，主要有以下几种：①中草药因素，如菊三七（又名土三七）、雷公藤等药物对肝脏有损伤作用；②

伪品混用，如以土三七作为三七使用而造成肝损伤；③加工炮制不当，可能增加中草药肝损伤的风险，如生首乌或不规范炮制何首乌的肝损伤发生风险高于规范炮制的何首乌；④中草药在生长、加工、炮制、储藏、运输等环节上受到污染或发生变质，导致中草药农药残留、重金属和微生物毒素等严重超标而引发肝损伤；⑤临床使用不合理，中草药使用应遵循中医理论，根据辨证论治选药组方。用药对证、剂量疗程恰当、配伍得当，毒剧药可以安全治疗疾病。药不对证（症）、超常规剂量或疗程、药物配伍不当等可能增加肝损伤风险；⑥患者机体因素，体质、基础疾病、遗传差异等因素可能增加肝损伤风险；⑦不恰当的中西药联合应用，某些中草药和化学药可能存在相互作用而导致肝损伤风险增加；部分患者虽然服用中药，但同时服用可致肝损伤的化学药，如他汀类降血脂药物；某些中成药实际为中西药复方制剂，并且含有可致肝损伤的化学药，如个别治疗感冒的中西药复方制剂含有可致肝损伤的对乙酰氨基酚。严格意义上说，这部分中西药联合应用导致的肝损伤不属于中草药及其相关制剂导致的肝损伤。

四、马兜铃酸致肝癌就是推测，尚未实证

去年，美国医学杂志刊发了一篇文章，认为马兜铃酸会导致肝癌。文中称，中国台湾地区

78%的肝癌以及内地47%的肝癌，可能与它有关。这篇论文经网络节选转载后，不少自媒体甚至将之解读为“服用中药是中国人易得肝癌”的原因之一。论文没有直接证据证明肝癌的A、T基因突变就是马兜铃酸所致。主要依据是：

（1）患者有无用过马兜铃酸中药史不清楚，没有在患者的肝组织中检测到马兜铃酸致癌成分（马兜铃酸-DNA加成物）。

（2）不能证明基因A:T>T:A突变只有马兜铃酸所致。1994年《癌变》杂志发表论文，作者发现：氯乙烯可引起A:T>T:A突变类型并可引起肝血管瘤，甚至肝癌。这也就是说，这一突变不是马兜铃酸特有的。

（3）多大剂量的马兜铃酸摄入多长时间能够导致这种突变特征不清楚：致癌物只要吃一点就会引起基因突变，就会引起癌症。药物的毒性包括致癌性与剂量和用药时间存在很大的关系。

（4）研究中的样本并非连续性的所有样本，而是根据是否能进行DNA测序而选择样本，这可能会使研究结论产生选择性偏倚。

（5）我国肝癌大约80%以上是病毒性肝炎引起的，剩下多与酒精性与脂肪性肝病有关。台湾98例，只有10例是肝炎阴性。与上述发病率是一致。

针对马兜铃酸肾脏毒性问题，国家药监局从2003年开始，陆续取消了关木通、广防己、青木香的

药材标准，这几种中药材不允许使用和销售了。有人会担心其他几种含马兜铃酸中药还在用，是不是也很危险呀！目前国家对所使用的品种是有严格的含量限定的：细辛含马兜铃酸主要是全草，根茎是不含马兜铃酸，规定了细辛只用根茎，且中药的马兜铃酸含量必须低于十万分之一。药典规定细辛的用量是一天2-3g，所以人服用细辛，一天的马兜铃酸量不会超过30微克，加上煎煮时只有部分会煎出来，可想而知，最后剩在药物里的其实是极其微量的。

五、合理使用中药是防止中药毒副作用的关键

防止中药误用。误用伪假中药往往导致严重中草药毒副作用，患者应当在有资质的临床医生和药房药师的指导下服用中药，正确辨别中药。如防己是常用的利水消肿、祛风止痛药，粉防己(又名汉防己)为防己科植物粉防己的干燥根，而广防己(又名木防己)为马兜铃科植物广防己的干燥根，非专业人士容易混淆。广木通(为马兜铃科缠绕藤本植物木通)容易误用为川木通(毛茛科小木通)。黄药子误作何首乌使用。

中药采收时节须规范。不同的生长发育阶段，植物中的化学积累是不同的，甚至区别很大，如金银花、槐花、辛夷在含苞欲放时采摘花蕾等。

中药炮制须规范。饮片前须经过一定规程的炮制，从而起洁净、

增效、减毒等作用。如麻黄，生用则发汗解表，蜜糖炙用则止咳平喘。又如朱砂，其主要成分为硫化汞，我们在使用前须水飞成红色细粉，若用球磨机研磨则可能有游离汞产生，细粉呈黑色，毒性增强。中药选用须规范。中药是指以中医药理论为指导，中药使用必须辩证施治。如栀子，性苦寒，具有泻火除烦、而对于脾虚便溏的患者则不宜使用。

中药煎煮须规范。中药应按照一定的煎煮火候及时间进行。如解表药及芳香性药物宜武火迅速煮沸再改文火煎煮；有效成分不易煎出的矿物药、贝壳类、甲壳类药及补益药，宜文火久煎；而部分毒性中药则常需久煎。如附子，其含有双酯型生物碱，应煎煮1-2小时，研究发现久煎可使有毒的双酯型生物碱降解成无毒的单酯型生物碱，从而大大降低其毒性。

中药用药品种须规范。中药是药品的一种，具有其既定的剂量和使用疗程。《中国药典》及《临床用药须知》均对中药剂量进行了限制。中医讲究中病即止，例如治疗外感风寒虚症的桂枝汤，《伤寒论》原文就记载“若一服汗出病瘥，停后服，不必尽剂”。国外之所以频频传出中药的安全性事件，原因之一也是由于中药在当地作为膳食补充剂等不顾疗程而长时间使用的后果，如比利时妇女长期非辩证使用含广防己的减肥丸导致肾损害事件。

地中海饮食，改善脂肪肝的很好选择

文 · 谭友文（江苏大学附属镇江三院）



非酒精性脂肪肝常伴肥胖和/或有糖尿病，胰岛素抵抗是关键

- 1、能量限制是关键
- 2、多食用ω-3脂肪酸类补充剂是否有利于非酒精性脂肪肝

ω-3不饱和脂肪酸是从鱼油里提取所得的一些活性物质，ω-3脂肪酸家族成员主要为α-亚麻酸、二十碳五烯酸（EPA）和二十二碳六烯酸（DHA），来自于深海鱼或者坚果类食物。实验研究表明，富含ω-3多不饱和脂肪酸的饮食（PUFA）增加胰岛素敏感性，减少肝内甘油三酯含量和改善脂肪性肝炎。

在一项小样本荟萃分析中发现使用不同类型和剂量ω-3补充剂有益于减少肝脏脂肪的累积。另一项含10个随机对照的ω-3补充剂治疗研究中发现，ω-3虽然减轻了肝脏的脂肪，但并没有降低肝脏谷丙等转氨酶。最近的肝脏病理学也显示了这样似乎矛盾的结果，肝脏脂肪变性减轻了，但脂肪性肝炎

和肝纤维化没有改善。这里可以简单理解为，补充ω-3多不饱和脂肪酸不需要刻意补充，适当增加有关食物即可。

3、地中海饮食

是泛指希腊、西班牙、法国和意大利南部等处于地中海沿岸的南欧各国以蔬菜水果、鱼类、五谷杂粮、豆类和橄榄油为主的饮食风格。研究发现地中海饮食可以减少患心脏病的风险，还可以保护大脑免受血管损伤，降低发生中风和记忆力减退的风险。地中海饮食的金字塔饮食结构简单告诉我们，红肉和甜品要少吃，少吃的概念理解为1月1-2次而已，鸡肉、蛋、奶也只是适量吃，鱼类可以经常吃，五谷杂粮是主食，当然要控制量。



家庭中如何护理肝硬化患者

文 · 郑月（延边大学附属医院1期临床研究室护士）

肝硬化是一种慢性进行性肝病，它主要由病毒性肝炎、酒精性肝炎、代谢障碍等基础疾病引发，其中乙型、丙型肝炎是最常见因素，随着病情进展，患者肝脏逐渐出现弥漫性损害，并可引发腹腔积液、门脉高压等严重并发症。肝硬化分为代偿期和失代偿期，代偿期多无明显症状，但可向失代偿期发展，机体会表现出以门静脉高压和肝功能减退为主的症状与体征，病程漫长，并发症较多，病死率也极高，并且给患者身心造成很大痛苦，严重影响其生活质量。因此，加强对肝硬化失代偿期患者的有效护理、增加肝硬化健康知识、提高患者治疗依从性、降低肝硬化并发症的主要危险因素并控制并发症的发生对于提高患者生活质量具有重要意义。

1、心理护理：肝硬化治疗周期长，患者常为中老年人，病情易反复发作，患者存在悲观、焦虑恐

惧、不信任的心理。所以护理工作中要耐心倾听患者的心声，能够换位思考，理解并安慰患者，做好解释工作，帮助其树立战胜疾病的信心。

2、生活指引：家属通过对患者的生活习惯、日常生活中体力耐受水平的了解，观察饮食情况、活动量、自理能力。根据其心理特点，结合不同文化程度、职业特点、年龄、性别、经济状况、社会因素、行为表现、地域风俗等，帮助患者充分了解在代偿期适量活动对健康的意义，减少对卧床的心理依赖，帮助制定活动计划，以增加生活情趣。

3、控制饮食：强调戒烟酒，患者进食以高热量、高蛋白质和维生素丰富而易消化的食物为宜。肝功能显著受损或者有肝性脑病先兆时应限制或者禁食蛋白质，有腹水时饮食应少盐或无盐。为防止消化道出血这一常见的并发症，建议

患者多吃软食，细嚼慢咽，切勿暴饮暴食。

4、用药管理：治疗中使用的口服药物种类多，为避免患者因服药时间长，记不清而重服、多服、误服，家属应经常叮嘱患者药物的作用及注意事项，按时按量、按疗程规范用药，指导患者正确服用护肝和抗肝纤维化等药物，并强调患者遵医嘱服药的重要性，切忌擅自减药或停药，明确可能发生的常见不良反应，并督促患者定期到医院随访。

肝硬化患者的日常护理对于改善其生活质量、心理状态、病情恢复都至关重要，家属应当经常对患者进行健康教育，让患者了解更多的疾病相关知识，学会采用科学的方法减轻病痛折磨，并帮助其排解心理压力，鼓励其多参与社交活动，从而延缓病情、减少并发症，改善心理状态，提高生活质量。



漫谈某些疾病的择时服药

文 · 程书权（桂林市第三人民医院 主任医师）

时辰药理学研究证实，许多药物的作用与人的生物节律有着极其密切的内在联系。同种药物同一剂量在不同的作用时间，可呈现差异很大的治疗效果。因此根据机体对药物的反应节律决定最佳的给药剂量和时间，不仅可以大大提高疗效、节省药物、降低医疗费用，还能将药物因不良反应带来的人体伤害降到最低限度，成为当今医学研究的一大热门课题。

1、人体功能活动的生物节律性

人体的各种生理活动或疾病状态都有其自身的固有节律，如体温高峰多在下午的3-6时，自然的分娩多在清早5-7时，重危患者的死亡时间多在早上的1-6时等等。许多疾病的发作、症状缓解和加重亦有较为明显的节律变化，如胆绞痛、偏头痛在夜晚发作最重，类风湿性关节炎在凌晨疼痛最剧，而骨性膝关节痛的峰值则在下午，心肌梗死好发于清晨且在上午9-11时达最高峰。这些节律的存在决定着不同药物亦有其最佳的应用和

显效时间，当机体对药物治疗的敏感性低时宜适当加大药量（但副作用的发生率也随之增大），反之亦然。

2、一些常用药物的最佳给予时间

（1）抗微生物类药物：如抗乙型肝炎病毒的恩替卡韦最佳服用时间为每日三餐前或餐后的2小时，以免食物中的脂肪延缓药物的吸收而影响血药浓度的稳定性；氨基甙类抗生素如庆大霉素、异帕米星等在下午14时给药泌尿系统中的

血药浓度最高，但肾毒性亦最强。青霉素皮试的敏感性也有一个时间节律：阳性反应率在上午7-11时最低，夜晚23时最高，故夜间皮试宜警惕发生过敏性休克。人们通过对异烟肼、乙胺丁醇等药物的抗结核活性研究显示，早晨1次顿服比分次服用效果更好，利福平类亦在晨间空腹顿服效果最佳。

（2）抗肿瘤药物：人骨髓细胞的DNA合成在8-20时最快，夜间0-4时最少，人的直肠上皮细胞DNA的合成在白天最多，夜间较少。骨髓和消化道是抗肿瘤药物副作用最容易罹发的器官，若能根据这类细胞的周期节律给药，则可大大减少药物的毒、副作用。非何杰金淋巴瘤的DNA合成在睡眠初期最多，与正常骨细胞的日周期恰好相反。对此，有人试用午夜给药的“零点方案”挑选肿瘤细胞敏感性最高的时间实施化疗，用药最经济、效果最好、不良反应最小。甲胺喋呤在清晨6时给药毒性最大，午夜24时给药毒性最小。

（3）解热镇痛药：阿司匹林在早晨给药的生物利用度较晚上给药明显为高，晨6时服1.5g体内消除速度最慢、半衰期长、药效高，而在下午18时或晚22时服用则效果较之明显为差。吲哚美辛在早7时服用可得到一天中最高血药浓度，如在19时服用则较之低40%，同等剂量下晨间服用的副作用较晚间大3-5倍。因此，关节炎患者用药时，不宜将每日总量按

一天3次平均分配，早晨剂量宜小、晚间剂量宜大。氟吡洛芬每天早晚各服一次的疗效与每日服用4次完全一样，但副作用则较后者大为降低，且可节省一半药物。

（4）降压药物：人体的血压在24小时内有两个高峰时段，即上午的9-10时和下午的16-18时，一般降压药物的作用是在服药后0.5小时出现，2-3小时达高峰，因此高血压患者应将服药时间由传统的每日3次改为上午7时和下午14时两次为宜，这样药物的作用高峰时间与血压波动的两个高峰同步，可产生更好的降压效应。

（5）强心甙类药物：心衰患者对洋地黄、地高辛、西地兰等强心甙类药物的敏感性以凌晨4时最高，比其他时间给药的效果强40倍。在暴风雨天和气压低时，人体对本类药物的敏感性显著增强，故在早晨或遇有暴风雨来临时给药宜减少剂量，以免中毒。

（6）抗心绞痛药物：德国和美国新近的研究表明，硝酸盐类药物在午前使用可明显扩张冠状动脉，缓解心绞痛，而在午后使用却无法扩张冠状动脉。因此建议，冠心病患者服用硝酸盐类的恰当时间宜为早晨醒时或起床后。普萘洛尔在午夜2时使用对患者的心搏影响较小，难以抑制导致心脏病的心动过速，而在早晨8时和中午12时给药则可明显减少患者的心跳次数，控制心脏病的发作。

（7）消化疾病用药：胃舒平

等抗酸药物于餐后1-2小时服用利于中和胃酸，但夜间胃酸分泌有一个高峰，如于晚间18-22时睡觉前加服一次则效果更好。西米替丁、雷尼替丁、奥美拉唑等抗溃疡病药物，均以睡前服用疗效最好。

（8）肾上腺糖皮质激素：某些慢性疾病如肾炎、关节炎、皮肤病等需长期应用激素时，宜采用早晨7-8时一次给药或隔日一次的方法，可将药物对机体内分泌系统的反馈抑制降至最小，从而减少由于用药诱发的肾上腺皮质功能减退。如一日4次以相同的间隔给予强的松龙2.5 mg，可使肾上腺皮质激素内源性分泌减少50%，而在清晨一次给予10 mg则几乎无显著影响。

（9）降糖药物：人体血糖在凌晨4时对胰岛素最敏感，低剂量给药即可奏效，胰岛素在上午10时的降血糖作用较下午强。但糖尿病患者致糖尿因子的昼夜节律在晨间也有一个高峰，且其作用强度较胰岛素更大，故此糖尿患者在晨间的胰岛素用量还是需要增加。甲苯磺丁脲的半衰期以早晨8时给药最长，服药半小时后的降血糖幅度明显大于在下午18时给药者。

（10）眼科用药：新近美国学者在应用噻吗洛尔治疗青光眼的研究中发现，下午14时滴药眼睛局部的吸收量最大，疗效最好，进入血液循环的量最小，副作用最轻。在眼压稳定时，应采用每日1次的疗法代替以往多次滴入的传统方法。

贵州省人民医院感染科简介

贵州省人民医院感染科是贵州省感染性疾病科医疗质量控制中心，科室下设两个住院病区及肝病、发热、肠道三个门诊，实际开放床位75张，每年收治来自全省各地的肝病及感染性疾病住院病人2500余人次，年门诊量近5万人次。我科现有医护人员48人，其中主任医师3名、副主任医师5名，博士5名、在读博士2名、硕士6名。近年来承担厅级以上科研课题6项，发表学术论文50余篇，获贵州省科技进步二等奖1项、院级新技术成果奖20余项。2003年感染科支部被中共中央组织部授予“抗击非典先进基层党组织”荣誉称号。

我科在病毒性肝炎、药物性肝损害、遗传和代谢性肝病、肝硬化、原发性肝癌的诊治方面具有丰富的临床经验，并在不明原因肝功能异常和发热待查方面探索出一套较完整的诊断思路。科室积极开展新技术，曾在贵州省率先开展干细胞移植治疗肝硬化、肝功能衰竭，FibroScan无创诊断肝纤维化、超声引导下肝穿刺活检以及动态肝脏储备功能检测，目前还开展HBsAg精准定量检测、HBV-DNA和HCV-RNA高精度检测、丙肝病毒基因分型等技术。近年来，我科在人工肝治疗肝衰竭方面取得较快进展，每年开展血浆置换、胆红素吸附、DPMAS、PE+DPMAS、PERT治疗肝衰竭患者500余人次，同时我科在贵州省率先建立了终末期肝病的MDT团队，提升了我省终末期肝病的救治水平。

我科目前拥有Kuraray KM9000、KPS8900 ce 人工肝支持系统、WLXGX-8888型伟力血液净化-人工肝支持系统、DGG 3300K肝脏储备功能定量分析系统、FibroScan502肝纤维化及脂肪肝诊断仪、WLFHY-500腹水超滤浓缩回输系统、Mindray DC-8彩色B超、血气分析仪等一批先进的肝病诊疗仪器和设备，是目前贵州省内肝病诊疗设备最先进、最齐全的科室。

近年来，我科被中国肝炎基金会、吴阶平基金会授予“爱肝一生健康管理中心”、“慢乙肝肾脏关爱中心”、“乙肝母婴零传播工程项目医院”，科室在注重提高医疗质量的同时，不断改进服务理念。贵州省人民医院感染科全体医护人员本着“患者至上、质量第一”的宗旨，为广大病员提供优质的医疗服务。



罗新华 科主任，博士，主任医师，三级教授，硕士生导师，中华医学会肝病学会分会委员、中国医师协会感染科医师分会委员、贵州省感染性疾病科医疗质量控制中心主任、贵州省感染病与肝病学会副主任委员。主持及参与国家和省部级科研项目8项，发表论文40余篇。擅长不明原因肝功能损害，慢性乙肝、丙肝，肝硬化及肝衰竭的诊治。



邵和军 科副主任，副主任医师，副教授。贵州省中西医结合会肝病专业委员会副主任委员、贵州省医学肝病学会常委。发表论文数篇。长期从事传染病和肝病临床工作。对各种慢性肝病、肝硬化及传染病有丰富的临床经验。



陈南晖 主任医师，教授。贵州省中西医结合会肝病专业委员会常委及省医疗事故鉴定委员会专家。长期从事传染病、肝病临床和教学工作。对慢性肝炎、肝硬化、酒精性肝病及传染病有丰富的临床经验。



罗燕 主任医师，教授。北京亚太肝病诊疗技术联盟贵州省联盟理事，贵州省医疗事故鉴定委员会专家。长期从事传染病和肝病临床工作。对慢性肝炎、肝硬化、酒精性肝病及传染病有丰富的临床经验。



汤正明 副主任医师，副教授。贵州省中西医结合肝病学会常委、感染病学分会委员，贵州省预防医学会理事，省感染性疾病科质控中心成员，省卫计委健康教育专家。长期从事传染病、肝病临床和教学工作。对慢性肝炎、肝硬化、酒精性肝病的诊治有丰富的临床经验。



蔡辛 副主任医师，副教授。贵州省及贵阳市医疗事故鉴定委员会专家。从医三十余年，临床经验丰富，熟练掌握传染病及寄生虫病诊断治疗。

7.28世界肝炎日

爱肝公益 科普助力

征文时间：2018.5.15 ~ 7.22
投票时间：2018.7.23 ~ 7.29

科普征文活动

活动目的

为丰富肝病科普宣传内容，提高公众对于肝病预防的认识，加强肝病患者对于肝病管理、科学治疗的认知，鼓励临床医生参与健康科普活动，《肝博士》杂志社联合中国肝炎防治基金会举办“爱肝公益 科普助力”大型科普征文活动。

活动形式

征文阶段
2018.05.15~07.22

《肝博士》杂志、肝博士、肝友汇
公众号同步发布征文通知

活动线上投稿通道开启

评选阶段
2018.07.23~07.29

在《肝博士》微信公众号、肝友汇医生、肝友汇用户
端、肝友汇公众号进行优秀科普文章线上投票活动

根据总票数评选出
优秀文章

公示阶段
2018.07.30~08.30

优秀作品线上宣传展示、颁发奖金证书

征文要求

- (1) 投稿人需为肝病领域相关科室临床工作者。
- (2) 须确保投稿内容的原创性，严格遵守知识产权法；征文稿件必须为未曾公开研讨或在国内外刊物、医疗媒体发表的稿件。
- (3) 作品应为乙肝、丙肝、脂肪肝、肝硬化、肝癌等肝病预防、治疗、预后等内容；欢迎在内容中添加相关图片、表格等以助理解和说明；稿件要求突出科学性、科普性；内容中不能隐含广告营销及推广等。
- (4) 稿件可通过活动线上投稿通道（见下方“投稿通道”）或以邮件的形式发送到指定邮箱(gbs728@hrjks.com)，并在邮件内附上本人信息（姓名、单位、职称）、有效联系方式及银行账号信息。
- (5) 一经投稿，不予退稿，主办单位有权使用投稿作品在《肝博士》杂志平台发表；未获奖稿件通过杂志社审核录用，将按照1000字/200元标准支付稿费。
- (6) 同一作者不限投稿文章数。

奖项设置

- (1) 一等奖3名：提供价值2000元科普公益基金，获奖证书
- (2) 二等奖5名：提供价值1500元科普公益基金，获奖证书
- (3) 三等奖10名：提供价值1000元科普公益基金，获奖证书
- (4) 优秀奖50名：价值500元科普公益基金，优秀证书



活动详情请扫码



线上投稿通道

注：本次活动最终解释权归《肝博士》杂志社所有



主办单位：
肝博士杂志社



支持单位：
中国肝炎防治基金会



技术支持：
重庆市汇人健康管理有限责任公司