

DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF COMMON INFECTIOUS DISEASES

常见传染病诊疗

主 编 牟壮博



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

常见传染病诊疗

主 编 牟壮博

副主编 苑广盈 侯庆源 汪明明 王昌源

李 强 苏 良 张 纵

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见传染病诊疗/牟壮博主编. —北京:人民卫生出版社,2017
ISBN 978-7-117-24353-7

I. ①常… II. ①牟… III. ①传染病-常见病-诊疗
IV. ①R51

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 068932 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

常见传染病诊疗

主 编:牟壮博

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E-mail: pmph @ pmph.com

购书热线:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:北京铭成印刷有限公司

经 销:新华书店

开 本:787 × 1092 1/16 印张:32

字 数:719 千字

版 次:2017 年 5 月第 1 版 2017 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-24353-7/R · 24354

定 价:76.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ @ pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编委

(按姓氏笔画排序)

丁艾昆 (济南市传染病医院)

马书敏 (济南市传染病医院)

王 灿 (济南市传染病医院)

王 彬 (济南市传染病医院)

王昌源 (济南市传染病医院)

王春梅 (济南市传染病医院)

王晓花 (济南市传染病医院)

王晓燕 (济南市传染病医院)

王晶波 (济南市传染病医院)

史兆章 (济南市传染病医院)

边鹏飞 (济南市传染病医院)

吕 卉 (济南市传染病医院)

刘 莉 (济南市传染病医院)

刘 倩 (济南市传染病医院)

刘金霞 (济南市传染病医院)

刘晨帆 (济南市传染病医院)

刘彩峰 (济南市传染病医院)

许世峰 (山东省立医院)

牟壮博 (济南市传染病医院)

苏 良 (济南市传染病医院)

杜 磊 (济南市传染病医院)

李 玲 (济南市传染病医院)

李 强 (济南市传染病医院)

李亚萍 (济南市传染病医院)

李丽丽 (济南市传染病医院)

李晓迎 (济南市传染病医院)

李新立 (济南市传染病医院)

杨 铂 (济南市传染病医院)

肖 迪 (济南市传染病医院)

吴克芹 (济南市传染病医院)

吴谕诏 (济南市传染病医院)

邱 玲 (济南市传染病医院)

汪明明 (济南市传染病医院)

宋修光 (济南市传染病医院)

张 纵 (济南市传染病医院)

张 蒙 (济南市传染病医院)

张 颖 (山东省千佛山医院)

张孝国 (济南市传染病医院)

张景遥 (济南市传染病医院)

张照华 (济南市传染病医院)

陆宪中 (济南市传染病医院)

邵 飞 (济南市传染病医院)

苑广盈 (济南市传染病医院)

赵 伟 (山东省肿瘤医院)

赵秀华（济南市传染病医院）

赵秀红（济南市传染病医院）

侯庆源（济南市传染病医院）

袁双虎（山东省肿瘤医院）

高淑春（济南市传染病医院）

郭文静（济南市传染病医院）

常树珍（济南市传染病医院）

董格峰（济南市传染病医院）

蒋雪梅（济南市传染病医院）

韩文静（济南市传染病医院）

熊旭东（上海中医药大学附属曙光医院）

秘 书 苏 良 韩文静 郭文静

前言

传染病严重危害人民身体健康,为帮助临床医生快速准确诊断、治疗常见传染病,编写此书。

本书分肝脏病篇和传染病篇,共8章,外加附录。正文收录58种常见传染病,8种密切相关的肝胆疾病以及医院感染和血液净化技术等内容。附录中收录急性呼吸窘迫综合征、感染性疾病抗菌药物临床应用基本原则和传染病实验室检查参考值及临床意义等内容。

编写中力求做到临床实用、详略得当,反映当今医学成果。

济南市传染病医院自编“临床诊疗规范”,指导本院医生行医,经过不断添减,渐可用。又请外院名医赐文,初成形。经集体讨论,专家通稿,工作人员校排,终成本书。

行医中,如遇一时遗忘,需随手翻查,此书可略帮一二。

想把实用、正确、先进知识与技能奉献同道。但是,法无常应,策无万全。有聊胜于无吧!万望包容、指正。

牟壮博

2017年3月

目 录

■ 肝 脏 病 篇 ■

第一章 病毒性肝炎	2
第一节 急性病毒性肝炎	2
第二节 慢性乙型病毒性肝炎	5
第三节 儿童慢性乙型肝炎病毒感染	17
第四节 慢性丙型病毒性肝炎	23
第五节 肝衰竭	33
第二章 肝硬化	42
第一节 肝硬化	42
第二节 肝硬化腹水	50
第三节 食管胃底静脉曲张破裂出血	54
第四节 肝肾综合征	62
第五节 失代偿肝硬化干细胞治疗	66
第三章 原发性肝癌	72
第一节 原发性肝癌	72
第二节 原发性肝癌介入治疗	87
第三节 肝癌局部消融治疗	94
第四节 原发性肝癌的手术治疗	101
第五节 原发性肝癌诊疗放射治疗	106
第四章 其他肝脏疾病	112
第一节 酒精性肝病	112
第二节 非酒精性脂肪性肝病	123
第三节 药物性肝损伤	130
第四节 自身免疫性肝炎	140
第五节 原发性胆汁性肝硬化	148
第六节 原发性硬化性胆管炎	152

第五章 血液净化技术	157
第一节 血浆置换	157
第二节 分子吸附再循环系统	161
第三节 双重血浆分子吸附系统	165
第四节 血液透析	167
第五节 持续性肾脏替代治疗	180

■ 传染病篇 ■

第一章 病毒性传染病	188
第一节 病毒感染性腹泻	188
第二节 脊髓灰质炎	191
第三节 麻疹	196
第四节 水痘	200
第五节 流行性腮腺炎	203
第六节 肾综合征出血热	208
第七节 流行性乙型脑炎	214
第八节 流行性感胃	219
第九节 传染性单核细胞增多症	225
第十节 巨细胞病毒感染	229
第十一节 狂犬病	234
第十二节 艾滋病	247
第十三节 手足口病	263
第十四节 发热伴血小板减少综合征	270
第二章 立克次体病	275
第一节 流行性与地方性斑疹伤寒	275
第二节 恙虫病	283
第三节 人无形体病	287
第三章 细菌性传染病	292
第一节 伤寒、副伤寒	292
第二节 细菌感染性腹泻	302
第三节 霍乱	306
第四节 细菌性痢疾	317
第五节 布鲁氏菌病	321
第六节 鼠疫	325
第七节 炭疽	329

第八节	白喉	332
第九节	百日咳	335
第十节	猩红热	340
第十一节	流行性脑脊髓膜炎	344
第十二节	肺结核	351
第十三节	人感染猪链球菌病	355
第十四节	淋病	360
第十五节	社区获得性肺炎	363
第四章	深部真菌病	368
第一节	新型隐球菌病	368
第二节	念珠菌病	374
第三节	曲霉病	379
第四节	肺孢子菌病	381
第五章	螺旋体病	385
第一节	钩端螺旋体病	385
第二节	梅毒	389
第六章	原虫病	396
第一节	阿米巴病	396
第二节	疟疾	404
第三节	黑热病	408
第四节	弓形虫病	411
第七章	蠕虫病	414
第一节	日本血吸虫病	414
第二节	并殖吸虫病	420
第三节	华支睾吸虫病	423
第四节	姜片虫病	427
第五节	丝虫病	429
第六节	钩虫病	431
第七节	蛔虫病	435
第八节	蛲虫病	437
第九节	旋毛虫病	439
第十节	肠绦虫病	441
第十一节	囊尾蚴病	443
第十二节	棘球蚴病	446
第十三节	蠕虫蚴移行症	450

第八章 医院感染	455
第一节 医院感染概述	455
第二节 常见医院感染	459
第三节 抗菌药物作用与耐药机制	470
附 录	478
附录 1 感染性疾病的抗菌药物临床应用基本原则	478
附录 2 传染科实验室参考值及意义	489
附录 3 急性呼吸窘迫综合征	493

肝 脏 病 篇

第一章

病毒性肝炎



第一节 急性病毒性肝炎

急性病毒性肝炎（acute viral hepatitis, AVH）是指由嗜肝病毒引起的以急性肝脏损害为主的一种感染性疾病，包括甲、乙、丙、丁、戊型肝炎。甲型肝炎和戊型肝炎是自限性疾病，但丙型肝炎及乙型肝炎则可转为慢性感染。其他病毒感染偶然情况下可累及肝脏如巨细胞病毒、疱疹病毒、柯萨奇病毒、腺病毒等，分别称之为巨细胞病毒性肝炎、疱疹病毒性肝炎、柯萨奇病毒性肝炎、腺病毒性肝炎等。

【诊断】

（一）急性无黄疸型肝炎

应根据流行病学史、临床症状、体征、实验室检查及病原学检测结果综合判断，并排除其他疾病。

1. 流行病学史 如密切接触史和注射史等。密切接触史是指与确诊病毒性肝炎患者（特别是急性期）同吃、同住、同生活或经常接触肝炎病毒污染物（如血液、粪便）或有性接触而未采取防护措施者。注射史是指在半年内曾接受输血、血液制品及未经严格消毒的器具注射药物、免疫接种和针刺治疗等。

2. 症状 指近期内出现的、持续几天以上无其他原因可解释的症状，如乏力、食欲减退、恶心、腹胀等。

3. 体征 指肝大并有压痛、肝区叩击痛，部分患者可有轻度脾大。

4. 实验室检查 主要指血清 ALT、AST 升高。

5. 病原学检测阳性。

凡实验室检查阳性，且流行病学史、症状和体征三项中有两项阳性或实验室检查及体征（或实验室检查及症状）均明显阳性，并排除其他疾病者可诊断为急性无黄疸型肝炎。凡单项血清 ALT 升高，或仅有症状、体征，或有流行病学史及 2~4 项中有任一项阳性者，均为疑似病例。对疑似病例应进行动态观察或结合其他检查（包括肝组织病理学检查）做出诊断。疑似病例如病原学诊断阳性，且除外其他疾病者可确诊。

（二）急性黄疸型肝炎

凡符合急性肝炎诊断条件，血清胆红素超过正常值上限，或尿胆红素阳性，并排除其他原因引起的黄疸，可诊断为急性黄疸型肝炎。

【鉴别诊断】

（一）其他病毒所致的肝炎

如巨细胞病毒、EB 病毒感染等，应根据原发病的临床特点和病原学、血清学检查结果进行鉴别。

传染性单核细胞增多症是由人疱疹Ⅳ型病毒（EBV）引起的全身性单核吞噬细胞反应。多见于青少年。发热、咽峡炎、皮疹、全身性淋巴结肿大、脾大。约半数患者有轻微黄疸。外周血白细胞数正常或增高，异型淋巴细胞占 10% ~ 50%。血清 ALT 多明显增高，但不及病毒性肝炎。抗 EBV-IgM 是特异性的血清标志物，可结合 EBV-DNA 检测，明确诊断。

巨细胞病毒（CMV）在新生儿期常为隐性感染，婴儿期可引起致死性肺炎。成人感染可有非常不同的临床表现：类似传染性单核细胞增多症，但常无咽峡炎和颈后淋巴结肿大。发热是较显著的症状，可持续至黄疸后不退。黄疸继续 2 ~ 3 周，甚至长达 3 个月。ALT 和 ALP 增高，消化道症状和血清转氨酶增高都不及病毒性肝炎明显。外周血有不典型淋巴细胞。偶尔发生致死性的大块肝细胞坏死；有时引起肉芽肿性肝炎。可伴长期不明热，偶有胆汁淤滞。可自尿或唾液分离病毒，或 PCR 检测病毒核酸。血清抗 CMV-IgM 阳性。肝组织见腺泡内淋巴细胞和多形核细胞灶性聚集，肝细胞核内有 CMV 包涵体。

（二）感染中毒性肝炎

如肾综合征出血热、恙虫病、伤寒、钩端螺旋体病、阿米巴肝病、急性血吸虫病等，主要依据原发病的临床特点和实验室检查加以鉴别。

（三）药物性肝损害

有使用肝毒性药物的病史，停药后肝功能可逐渐恢复，肝炎病毒标志物阴性。

（四）溶血性黄疸

常有药物或感染等诱因，表现为贫血、腰痛、发热、血红蛋白尿、网织红细胞升高，黄疸大多较轻，主要为间接胆红素升高，尿胆红素不升高，而尿胆原明显升高。

（五）肝外梗阻性黄疸

常见病因有胆石症、胰头癌、壶腹周围癌、肝癌、胆管癌等。有原发病症状，体征，肝功能损害较轻，以直接胆红素增高为主，多伴有血清转氨酶和碱性磷酸酶升高。粪便呈浅灰色或白陶土色，尿胆红素升高，尿胆原减少或缺如。影像学检查可见肝内外胆管扩张。

【治疗原则】

（一）一般处理

1. 休息 急性肝炎的早期，应住院或就地隔离并卧床休息；恢复期逐渐增加活动，

但要避免过劳，以利康复。

2. 饮食 早期宜进食清淡易消化食物，补充足够热量和维生素；恢复期要避免过食，碳水化合物摄取要适量，以避免发生脂肪肝。绝对禁酒，不饮含有酒精的饮料、营养品及药物。

（二）药物治疗

急性病毒性肝炎治疗的最重要的一条原则就是大多数病例应当给予支持疗法。患者有明显食欲不振、频繁呕吐并有黄疸时，除休息及营养外，可静脉补液及应用保肝、抗炎、退黄等药物。根据不同病情，可采用相应的中医中药治疗。

1. 急性甲型肝炎 不存在慢性感染，预后良好，发展至重型肝炎者较少。主要采取支持与对症治疗。密切观察老年、妊娠、手术后或免疫功能低下患者的病情，若出现病情转重，应及时按重型肝炎处理。年龄大于40岁的患者和有慢性肝病基础的患者是发生暴发性肝衰竭的高危人群。口服避孕药和激素替代治疗者，应当停用，以防止发生淤胆性肝炎；一般多不主张应用肾上腺皮质激素。

2. 急性乙型肝炎 应区别是急性乙型肝炎或是慢性乙型肝炎急性发作，前者处理同甲型肝炎，后者按慢性乙型肝炎治疗。既往健康的成人在发生乙肝病毒（HBV）急性感染后95%~99%可以自发恢复，一般不需要抗病毒治疗。对于出现凝血功能障碍，重度黄疸，或肝性脑病的患者应住院治疗。对老年，合并其他疾病或不能耐受口服药物治疗者，也要考虑住院。对疑诊的急性乙型肝炎病例，其HBsAg在急性发病的3~6个月内清除。目前如果不经随访，不可能将急性乙肝同慢性乙肝的急性发作区别开来，因此随访对所有的病例都是必需的。是否应该应用非核苷反转录酶抑制剂（NNRTI）抗病毒治疗尚无共识，大多数患者并没有用药的指征，但是在某些特定的患者是有指征的。

（1）HBV感染所致暴发型肝炎。

（2）重度急性乙肝：满足下列任意两个标准：①肝性脑病；②血清胆红素 $>10.0\text{ULN}$ ；③国际标准化比值（INR） >1.6 ，特别是逐渐上升者。

（3）病程延长者（如症状持续或症状出现后胆红素升高 $>10\text{ULN}$ 超过4周）。

（4）免疫功能不全者，伴有丙型肝炎病毒（HCV）或丁型肝炎病毒（HDV）感染，或有基础肝脏疾病。

这些NNRTI用药指征概述了急性乙型肝炎和慢性乙型肝炎再激活的鉴别。干扰素因为有增加肝脏炎症坏死的风险，尽量避免应用。可以给予替诺福韦，替比夫定和恩替卡韦单药治疗。当患者病情好转，HBsAg清除后可以终止治疗。

3. 急性丙型肝炎 因急性丙型肝炎容易转为慢性，确诊为急性丙型肝炎者应争取早期抗病毒治疗。方案与慢性丙型肝炎的初次治疗相同（见慢性丙型肝炎的初次治疗）。其他方案：PEG-IFN联合或不联合RBV，快速病毒学应答的基因2/3型患者疗程16周，基因1型患者疗程24周。急性期无应答的丙型肝炎患者要根据病情给予重复抗病毒治疗。

4. 丁型肝炎 同乙型肝炎治疗。

5. 急性戊型肝炎 同甲型肝炎。对于妊娠特别是晚期妊娠合并戊型肝炎、老年戊型

肝炎、慢性肝病合并戊型肝炎、乙型肝炎或丙型肝炎重叠感染戊型肝炎病毒（HEV）者，有较高的肝衰竭发生率和病死率，在临床治疗中应对这类患者高度重视，监测、护理和治疗措施应强于普通戊型肝炎患者。若病情出现恶化，应及时按肝衰竭处理。妊娠特别是晚期妊娠合并戊型肝炎患者消化道症状重，产后大出血多见，必要时终止妊娠。国外已有器官移植患者感染 HEV 后出现慢性化的个别报道，对这类患者是否需要抗病毒治疗和抗病毒治疗能否改善患者预后目前尚缺乏循证医学依据。

（三）其他治疗

急性病毒性肝炎总体预后良好，但一些特殊情况如妊娠、老年、存在基础疾病或肝炎病毒重叠/共同感染时，发生急性肝衰竭机会增多。原位肝移植对急性肝衰竭是最好的选择，但多种原因使得临床应用受限。包括血浆置换、分子循环再吸附等在内的人工肝支持治疗，可以迅速清除患者体内代谢毒素和致病因子，改善机体内环境，有利于损伤肝细胞的修复。详见人工肝治疗部分。

近年来干细胞移植治疗急性肝衰竭受到广泛重视。已有较多基础及临床研究证实，干细胞除了可少量分化为相应组织细胞（如肝细胞）外，尚可合成多种生长因子、细胞因子，对肝脏内局部微环境产生营养性旁分泌作用：包括抗炎、刺激内源性细胞增殖和血管增生等。干细胞可以采用自体骨髓/外周血或脐血/脐带间充质干细胞。不同来源的干细胞作用相似，但急性肝衰竭患者病情重，通常有出血倾向或其他并发症，自体干细胞采集受限，脐血/脐带间充质干细胞可能更适合，由于急性肝衰竭时，肝脏的结构基本完整，一般通过静脉移植就可达到治疗目的。需要指出的是，目前干细胞治疗的病例数量仍较少并且多缺乏对照，缺乏远期疗效和安全性分析，应权衡利弊，慎重选择。

（王晶波）

参考文献

1. 中华医学会传染病与寄生虫学分会，肝病学会. 病毒性肝炎防治方案. 中华内科杂志，2001，40（1）：62-68.
2. 王豪. 急性病毒性肝炎的诊疗. 胃肠病学和肝病学杂志，2004，13（2）：116-126.
3. 中国医师协会感染科医师分会. 戊型病毒性肝炎诊疗规范. 中华临床感染病杂志，2009，2（5）：260-263.
4. 中华预防医学会医院感染控制分会. 中国丙型病毒性肝炎医院感染防控指南. 中国肝脏病杂志（电子版），2012，4（3）：28-33.
5. 李兰娟，任红. 传染病学. 第8版. 北京：人民卫生出版社，2013.
6. Jindal A, Kumar M, Sarin SK. Management of acute hepatitis B and reactivation of hepatitis B. Liver International, 2013, 33（1）：164-175.
7. AASLD/IDSA HCV Guidance Panel. Hepatitis C Guidance: AASLD-IDSA Recommendations for Testing, Managing, and Treating Adults Infected With Hepatitis C Virus. Hepatology, 2015, 62（3）.

第二节 慢性乙型病毒性肝炎

慢性乙型病毒性肝炎（chronic hepatitis B, CHB）简称慢性乙型肝炎，是由乙型肝炎

病毒（HBV）感染引起的以肝损害为主的传染病，主要经血液（如输血、不安全注射等）、母婴及性接触传播。临床表现多样，可无明显症状，亦可有乏力、食欲下降、腹胀、尿色加深等症状。影响 HBV 感染慢性化的最主要因素是感染时的年龄。HBV 感染的自然史人为地划分为 4 期：免疫耐受期、免疫清除期、低（非）复制期及再活动期。

世界卫生组织报道，全球约 20 亿人曾感染 HBV，2.4 亿人为 HBV 感染者。2006 年我国乙型肝炎血清流行病学调查结果显示，我国 1 ~ 59 岁人群乙型肝炎表面抗原（HBsAg）携带率是 7.18%，5 岁以下儿童是 0.96%。由于人口基数大，HBV 感染是严重危害人民健康的重要公共卫生问题。近年伴随着抗 HBV 药物的研发与上市，CHB 患者抗病毒治疗有了较多选择，但方案选择不当或耐药处理不当会严重影响疗效。

【诊断】

既往有乙型肝炎史或发现 HBsAg 阳性 > 6 个月，现 HBsAg 和（或）HBV DNA 阳性，可诊断为慢性感染。根据感染者的临床表现、血清学、病毒学、生物化学、影像学等辅助检查，将慢性感染分为 6 种情况。

（一）慢性 HBV 携带者

免疫耐受期的 HBsAg、HBeAg 和 HBV DNA 阳性者，1 年内连续随访 3 次，每次至少间隔 3 个月，均显示血清 ALT 和 AST 在正常范围，HBV DNA 常处于高水平，肝组织学检查无病变或轻微。

（二）HBeAg 阳性慢性乙型肝炎

血清 HBsAg、HBeAg、HBV DNA 阳性，ALT 持续或反复异常，或肝组织学检查示肝炎病变。

（三）HBeAg 阴性慢性乙型肝炎

血清 HBsAg、HBV DNA 阳性，持续 HBeAg 阴性，ALT 持续或反复异常，或肝组织学示肝炎病变。

（四）非活动性 HBsAg 携带者

血清 HBsAg 阳性、HBeAg 阴性、抗-HBe 阳性或阴性，HBV DNA 定量低于检测下限，1 年内连续随访 3 次以上，每次至少隔 3 个月，ALT 和 AST 均在正常范围。肝组织学检查示：组织学活动指数（HAI）评分 < 4 或根据其他的半定量计分系统判定病变轻微。

（五）隐匿性慢性乙型肝炎

血清 HBsAg 阴性，血清和（或）肝组织中 HBV DNA 阳性，并有慢性乙型肝炎的临床表现。除 HBV DNA 阳性外，患者可有血清抗-HBs、抗-HBe 和（或）抗-HBc 阳性，有约 20% 隐匿性 CHB 患者的血清学标志物均阴性。诊断主要通过血清 HBV DNA 检测，尤其对抗-HBc 持续阳性者更是这样。

（六）乙型肝炎肝硬化

HBV 相关肝硬化临床诊断的必备条件：

1. 组织学或临床显示存在肝硬化的证据。

2. 有病因学明确的 HBV 感染证据。通过病史或相应的检查已明确或排除其他常见原因,如酒精、其他嗜肝病毒感染等。

临床将肝硬化(liver cirrhosis, LC)分为代偿期和失代偿期。代偿期影像学、生物化学或血液学检查示肝细胞合成功能障碍,或有门静脉高压症存在的证据,或组织学符合 LC 诊断,无食管胃底静脉曲张破裂出血、腹水或肝性脑病等症状或严重并发症;失代偿期者可出现肝性脑病、食管胃底静脉曲张破裂出血、腹水等并发症。

为准确预测患者疾病进展、判断死亡风险,可按五期分类法评估并发症:

- 1 期:无静脉曲张、腹水。
- 2 期:有静脉曲张,无出血、腹水。
- 3 期:有腹水,无出血,伴或不伴静脉曲张。
- 4 期:有出血,伴或不伴腹水。
- 5 期:脓毒血症。

1、2 期为代偿期,3 期到 5 期为失代偿期。各期肝硬化 1 年病死率分别 <1%、3% ~ 4%、20%、50% 和 >60%,肝硬化患者预后和死亡风险与并发症的出现密切相关。

【鉴别诊断】

1. 其他病毒导致的肝炎 如甲型、丙型、戊型肝炎、传染性单核细胞增多症等,可根据原发病的临床特点、病原学及血清学检查鉴别。

2. 感染中毒性肝炎 如麻疹、伤寒等,主要据原发病的临床特点及实验室结果鉴别。

3. 肝豆状核变性(Wilson 病) 血清铜、铜蓝蛋白降低,角膜出现 KF 环有鉴别意义。

4. 自身免疫性肝病 主要有原发性胆汁性肝硬化(PBC)、自身免疫性肝炎(AIH)。PBC 主要影响肝内胆管;AIH 主要破坏肝细胞。检查主要据自身抗体和肝组织学诊断。

5. 药物性肝炎 有损肝药物史,停药后肝炎可逐渐恢复。

6. 酒精性肝病 患者有长期大量饮酒史。

7. 脂肪性肝病 多为肥胖者。血清甘油三酯常升高,B 超检查有助于诊断,FIBROSCAN 可评价肝脏脂肪化程度。

8. 原发性肝癌 主要依据影像学、肝脏肿瘤标志物等检查鉴别。

【实验室检查】

(一) 生化学检查

1. 血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST) 最常用,其水平可反映肝细胞损伤程度。

2. 血清胆红素 其水平与胆汁代谢、排泄程度相关,升高主要因为肝细胞损害、肝内外胆管阻塞和溶血。肝衰竭者血清胆红素可进行性升高,每天上升 ≥ 1 倍正常值上限(ULN),且可出现胆红素升高与 ALT 和 AST 下降的“胆酶分离”现象。