

主 编：范建高

A large red ribbon graphic is positioned on the left side of the cover, tied in a bow at the top and extending downwards.

肥胖 高脂血症 脂肪肝

自我管理

家庭用药·
慢性病自我
管理丛书

上海文化出版社

家庭用药·慢性病自我管理丛书

肥胖 高脂血症 脂肪肝

自我管理

主 编：范建高 副主编：侍 茹

上海文化出版社

图书在版编目(CIP)数据

肥胖 高脂血症 脂肪肝自我管理/范建高主编. - 上海:

上海文化出版社, 2008

(家庭用药·慢性病自我管理丛书)

ISBN 978 - 7 - 80740 - 228 - 2

I. 肥… II. 范… III. ①肥胖病 - 防治 - 问答②高脂
病 - 防治 - 问答③脂肪肝 - 防治 - 问答 IV. R589.2 - 44
R589.2 - 44 R575.5 - 44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 162880 号

出 版 人 陈鸣华

策 划 黄慧飞

统 筹 黄慧鸣

责任编辑 李 昂

封面设计 王 翔

书 名 肥胖 高脂血症 脂肪肝自我管理

出版发行 上海文化出版社

地 址 上海市绍兴路 74 号

电子信箱 cslcm@public1.sta.net.cn

网 址 www.sicm.com

邮政编码 200020

印 刷 上海交大印务有限公司

开 本 890 × 1240 1/32

印 张 4

字 数 75,000

版 次 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 次印刷

印 数 1—10,000 册

国际书号 ISBN 978 - 7 - 80740 - 228 - 2/R·89

定 价 12.80 元

告读者 本书如有质量问题请联系印刷厂质量科

T: 021 - 54742994

家庭用药·慢性病自我管理丛书编委会

主 任：丁 健

副主任：苏定冯 肖 宏 黄慧飞 侍 茹

总策划：黄慧飞

编 委：杨庆铭 刘建平 朱培庭 邹大进

范建高 张家庆 徐济民 李广智

邵传玺 李 含 李学敏 林祎雯

陈 洁 魏 芳

致 谢 专 家

(按姓氏笔画排序)

王宇明	王灵台	厉有名	田丽艳
包玉倩	曲 伸	刘 芳	李 青
李 鸣	邹大进	张 锋	陈成伟
范维琥	罗邦尧	贾伟平	徐正婕
黄仲义	曾民德	蔡晓波	

序

“健康是福”，这句话已成为近年来最流行的话语之一。这说明，健康已成为社会公众越来越关注的热点和焦点。

有了健康，才有事业，才有未来，才有幸福；失去健康，就失去一切。那么，健康应以何为本？健康不应以治病为本，因为治病花钱受罪，事倍功半，是下策。健康应以养生预防为本，省钱省力，事半功倍，乃是上策。

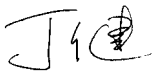
有研究报道，组成健康的四大元素中父母遗传占15%，社会与自然环境占17%，医疗条件占8%，而生活方式占到60%。世界卫生组织的研究报告也指出：人体1/3的疾病通过预防保健可以避免；1/3的疾病通过早期发现可以得到有效控制；还有1/3的疾病通过信息的有效沟通能够提高治疗效果。这些都有力地证明了健康教育的重要性。

健康教育，不仅是将防治常见病、多发病的科学知识传授给广大民众，也要使不同的群体逐步了解和掌握如何养成健康的生活方式，怎样减少和纠正不良的生活习惯，提高健康意识和自我保健能力，从而达到保障身体健康和提高生活质量的目的。健康生活不仅可以节约卫生资源，更重要的是提高了全民健康水平，减少发病率，延长健康寿命，是“自己少受罪，儿女少受累，节省医药费，造福全社会”的美事好事。

《家庭用药》杂志自创刊以来，秉承“依靠专家，面向百姓，打造一流原创科普”的办刊宗旨，不断努力，使得刊物逐步受到读者和市场的青睐。“家庭用药·慢性病自我管理丛书”将创刊近七年来的精粹文章分类集结出版，由知名专家担纲主编、审稿，文章有较高的权威性和实用性，可以让读者“一看就懂，一懂就用，一用就灵”，旨在为个人健康、家庭健康、社会健康作出实实在在的贡献。

让我们大家一起努力，追求人人快乐健康，共享美好的和谐生活！

中国科学院上海药物研究所所长



2007. 10. 1

目 录

认识篇

- 1 / 什么是肥胖
- 1 / 人的体重与肝功能异常有关吗
- 2 / 什么是血脂
- 3 / 什么是血脂异常
- 3 / 哪些因素会导致血脂异常
- 4 / 何谓冠心病的一级、二级预防
- 4 / 为什么说反式脂肪不利于健康
- 5 / 肝脏有哪些功能
- 6 / 什么是脂肪肝
- 7 / 脂肪肝的早期表现有哪些
- 7 / 脂肪肝危害知多少
- 8 / 为什么会患脂肪肝
- 9 / 哪些人易患脂肪肝
- 10 / 脂肪性肝炎有哪些危害
- 10 / 什么是酒精性肝病
- 11 / 酒精性肝病的预后如何
- 12 / 为什么说“喝酒 + 肥胖”双重损害肝脏
- 12 / 营养不良也会导致脂肪肝吗
- 13 / 肥胖性脂肪肝的特征是什么
- 13 / 脂肪肝伴转氨酶升高会传染吗
- 14 / 代谢紊乱对脂肪肝患者的预后有什么影响吗

诊断篇

- 15 / 肥胖的早期信号有哪些
- 16 / 肥胖的常见原因有哪些
- 18 / 肥胖如何分类
- 18 / 肥胖症的临床表现及并发症有哪些

- 20 / 肥胖可能导致哪些肝脏疾病
- 21 / 腹型肥胖危害知多少
- 22 / “病态肥胖”的信号有哪些
- 23 / 儿童肥胖为何会危害到成年健康
- 24 / 判断肥胖的标尺——腰围
- 25 / 腰臀比升高预示着哪些危害
- 25 / 哪些人应进行血脂检查
- 26 / 血脂水平的标准如何划分
- 26 / 高脂血症如何分类
- 27 / 测血脂前应注意什么
- 28 / 导致动脉粥样硬化的危险因素有哪些
- 29 / 如何诊断脂肪肝
- 29 / B超诊断脂肪肝可靠吗
- 30 / 诊断脂肪肝一定要做CT吗
- 30 / 脂肪肝的病因以及分级、分期标准
- 31 / 诊断酒精性肝病的标准
- 32 / 如何诊断病毒性肝炎合并脂肪肝
- 32 / 酒精性脂肪肝有哪些症状
- 32 / 药物性脂肪肝的临床表现和诊断
- 33 / 脂肪肝距离肝硬化究竟有多远
- 34 / 为何说脂肪肝是代谢综合征的预警信号
- 35 / 肥胖性脂肪肝为何多伴有血脂紊乱
- 36 / 为什么脂肪肝患者多有胰岛素抵抗
- 37 / 脂肪肝是糖尿病的常见并发症吗
- 37 / 脂肪肝为何易并发胆石症
- 38 / 脂肪肝的出现提示“恶性肥胖”

治疗篇

- 40 / 肥胖患者何时需要服用减肥药物
- 40 / 减肥药的应用原则是什么
- 41 / 什么情况下应考虑手术减肥治疗
- 41 / 什么情况下可考虑局部抽脂术
- 42 / 青年女性如何进行减肥治疗
- 42 / 孕妇如何进行减肥治疗
- 43 / 产妇如何进行减肥治疗
- 43 / 更年期妇女如何进行减肥治疗
- 44 / 儿童如何进行减肥治疗
- 44 / 老年如何进行减肥治疗
- 45 / 什么样的人应接受降胆固醇治疗
- 46 / 高脂血症的治疗原则
- 46 / 高脂血症的防治目标水平
- 47 / 高脂血症的非药物治疗
- 47 / 高脂血症的药物治疗
- 48 / 服用他汀类药物降脂需要注意什么
- 49 / 怎样安全应用“他汀”
- 50 / 如何“降脂不伤肝”
- 52 / 是否需要联合用药进行调脂治疗
- 52 / 胆固醇降低后还需要服用他汀吗
- 53 / 他汀类药物不宜与哪些药物合用
- 53 / 高脂血症治疗中如何监测疗效及安全性
- 54 / 降低胆固醇是否会增加脑出血的可能性
- 54 / 中药能降胆固醇吗
- 54 / 脂肪肝要治吗
- 56 / 脂肪肝能治愈吗
- 56 / 怎样治疗脂肪肝
- 57 / 治疗脂肪肝需要注意哪些问题
- 58 / 体重下降可使转氨酶降至正常吗
- 59 / 脂肪肝怎样进行药物治疗
- 60 / 为何说治疗脂肪肝药物仅是辅助

措施

- 61 / 酒精性肝病如何治疗
- 62 / 药物性脂肪肝如何治疗
- 63 / 病毒性肝炎合并脂肪肝如何治疗
- 63 / 脂肪肝伴代谢综合征如何治疗
- 64 / 脂肪肝需要服用调脂药物吗
- 65 / 哪些脂肪肝患者需要服用降脂药物
- 66 / 如何合理选择调脂药
- 68 / 脂肪肝需要用保肝药吗
- 68 / 如何治疗糖尿病性脂肪肝
- 69 / 脂肪肝合并胆石症的治疗
- 70 / 中医药如何治疗脂肪肝

调养篇

- 71 / 哪些水果和蔬菜具有减肥效果
- 71 / 肥胖者如何控制自己的摄食行为
- 73 / 防肥应如何烹调制作食物
- 74 / 肥胖性脂肪肝吃水果宜适量
- 74 / 选择减肥保健品应慎重
- 75 / 高脂血症的膳食治疗
- 76 / 可防止脂肪肝的食物有哪些
- 77 / 脂肪肝患者的饮食调养
- 78 / 脂肪肝营养调治6要诀
- 79 / 怎样控制总热量及各营养成分
- 82 / 何为脂肪肝的微生态调养
- 83 / 脂肪肝伴轻度转氨酶升高需要“静养”吗
- 84 / 脂肪肝患者怎样进行运动治疗
- 84 / 脂肪肝患者宜选择何种运动项目好
- 85 / 健康生活方式“八项注意”
- 85 / 何为“平衡膳食金字塔”
- 86 / 如何预防减肥后体重反弹
- 87 / 如何防止女性肥胖

88 / 如何防止男性肥胖
89 / 如何防止老年性肥胖
89 / 春季如何减肥
90 / 夏季如何减肥
90 / 秋季如何减肥
91 / 冬季如何减肥
92 / 如何克服减肥中的停滞期
92 / 何为轻松减肥 6 窍门
93 / 何为美体饮食 6 守则
94 / 何为水法瘦身法
95 / 控制饮食和运动能降胆固醇吗
95 / 怎样爱护肝脏
96 / 预防脂肪肝有哪些原则
96 / 脂肪肝需要定期检查吗
97 / 晚餐过饱易患脂肪肝
98 / 长期酗酒危害知多少
99 / 怎样预防外科手术后患脂肪肝
100 / 如何预防病毒性肝炎所引起的脂
 肪肝
100 / 如何预防妊娠期间患脂肪肝

101 / 怎样避免“全胃肠外营养者”得脂
 肪肝

101 / 怎样预防药物性脂肪肝

102 / 怎样预防中毒性脂肪肝

附 录

104 / 附 1 肥胖相关疾病或症状的相对
 危险度

104 / 附 2 成人每日热能供给量

105 / 附 3 各种运动和体力活动 30 分
 钟的能量消耗

106 / 附 4 常见食物的胆固醇含量

106 / 附 5 几种食用油脂脂肪酸组成(%)

107 / 附 6 常见食物的脂肪含量

108 / 附 7 肥胖者茶疗方 11 款

111 / 附 8 自测题: 你是易胖难瘦的
 人吗

112 / 附 9 中英文缩略语

112 / 附 10 中华脂肪肝网简介

认识篇

→ 什么是肥胖

肥胖是指体内脂肪积聚过多,衡量肥胖及肥胖程度的指标包括标准体重[身高(厘米)-105]、体重指数(BMI)、腰围/臀围和腰围,其中体重指数是最常用的指标。体重指数=体重(千克)/身高(米)²(即 kg/m²)。

当进食热量多于人体消耗量而以脂肪形式储存于体内,使体重超过标准 20% 者称肥胖症,超过 10% 者称超重。肥胖按体重超过标准的百分比又可分为轻、中、重 3 种程度,分别是:轻度肥胖为 20%~30%,中度肥胖为 30%~50%,重度肥胖为 >50%。体重指数正常范围为 18.5~22.9;小于 18.5 为体重过低;23~24.9 为轻度肥胖;25~29.9 为中度肥胖;大于或等于 30 为重度肥胖。

肥胖常诱发高血压、高脂血症、脂肪肝、胆石症、糖尿病、糖耐量异常,以及冠心病和肺功能不全,并会削弱机体抵抗力,引起免疫功能下降及血液流变学异常,促发脑梗死、脑出血、心肌梗死、呼吸道疾病、变形性关节炎、下肢静脉曲张、妇女闭经、不孕等,还会增加直肠癌、结肠癌、前列腺癌、膀胱癌、乳腺癌、宫颈癌的发病率和病死率,从而成为全球普遍关注的公共健康问题。

→ 人的体重与肝功能异常有关吗

人的体重与肝功能异常确实有着密切的关系,这也许对很多人来说是难以想象的。

年龄大一些的人可能都记得我国三年自然灾害时,有很多人罹患肝病,那时主要是营养不良、体重不足导致的肝脏肿大、肝功能损

害转氨酶异常。随着我国人民群众温饱问题的解决,生活水平的不断提高,人们体重恢复到正常,体重与肝病的关系变得不是很重要了。但近二十多年来,在我国,无论是成人还是儿童,体重超重、肥胖的比例越来越高,这时候肥胖与肝病又有了密切的关系,很多人肝功能转氨酶的异常、肝脏的病变都跟体重超标、肥胖有关。

绝大部分成人健康查体(即体检)时见血清丙氨酸氨基转移酶(ALT 即 GPT,也称谷丙转氨酶)增高,特别是转氨酶轻度增高(即小 PT)者,与肥胖和饮酒有关。有科学家按体重指数(BMI)将 1 028 名健康成人分为 4 组,即 $BMI < 20$, < 25 , < 30 , > 30 , 结果测得各组 ALT 平均值分别为 19、28、41、54,即越是肥胖的人 ALT 水平越高。国外有相关报道,无论是儿童还是青少年,转氨酶增高首要的原因是体重超标和肥胖,其次才是病毒性肝炎。日本也有相关的报道,他们发现转氨酶增高的人群中有 1/3 的人与肥胖有关。

→ 什么是血脂

血脂是血浆中的中性脂肪(甘油三酯和胆固醇)和类脂(磷脂、糖脂、固醇、类固醇)的总称。循环血液中的脂类必须与特殊的蛋白质即载脂蛋白结合形成脂蛋白,才能被运输至组织进行代谢。与临床密切相关的血脂主要是甘油三酯和胆固醇,其他还有磷脂和游离脂肪酸等。血浆脂蛋白分为:乳糜微粒(CM)、极低密度脂蛋白(VLDL)、中间密度脂蛋白(IDL)、低密度脂蛋白(LDL)和高密度脂蛋白(HDL)。此外,还有一种脂蛋白是后来发现的,称作脂蛋白(a)[Lp(a)]。

甘油三酯(TG) 具有:① 供能和储能;② 作为结构脂质的基本构件;③ 参与机体物质和能量代谢等生理功能。

胆固醇(TC) 胆固醇在人体内主要以游离胆固醇及胆固醇酯形式存在。具有:① 细胞膜结构成分;② 合成类固醇化合物;③ 合成胆汁酸等生理功能。

乳糜微粒(CM) 在小肠合成,主要功能是将食物中的甘油三

酯和胆固醇从小肠转运至其他组织。

极低密度脂蛋白(VLDL) 在肝脏合成,主要功能是转运甘油三酯至外周组织,经脂酶水解后释放游离脂肪酸。

中间密度脂蛋白(IDL) 属于低密度脂蛋白的前体,部分经肝脏摄取。

低密度脂蛋白(LDL) 胆固醇的主要载体,经低密度脂蛋白受体介导摄取而被外周组织利用。与冠心病直接相关。

高密度脂蛋白(HDL) 在肝脏和小肠合成,主要功能是促进胆固醇从外周组织移去,转运胆固醇至肝脏或其他组织再分布。与冠心病呈负相关。

脂蛋白(a)[Lp(a)] 在肝脏合成后,与低密度脂蛋白形成复合物。与冠心病直接相关。

→ 什么是血脂异常

血脂异常一般是指血清中的总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)及甘油三酯(TG)水平高于正常范围,以及(或)高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平低下。医学研究均已证实,血脂异常与动脉粥样硬化性疾病关系密切。

通过测定血脂可以判定血脂异常的类型。通过危险因素分析,全面评估心血管疾病的危险性,确定心血管疾病的高危患者,然后按照血脂异常治疗指南确定相应的治疗目标,并采取有效的治疗措施,使血脂水平达标。

→ 哪些因素会导致血脂异常

我国居民膳食结构自20世纪60年代以来,发生了很大的变化,动物食品及油脂类食品所占比例越来越大,谷类、豆类食物摄入呈下降趋势,动物食品的摄入明显上升。

血胆固醇(TC)主要来源于自身合成和膳食。影响血胆固醇的因素有遗传、性别、年龄、饮食、体重和体力活动。女性绝经期后、超

重者会导致胆固醇升高。膳食中影响血胆固醇的因素主要是饱和脂肪酸和胆固醇。膳食中的总热量和胆固醇也会影响血清胆固醇的浓度。

血清甘油三酯(TG)又称中性脂肪。TG水平与种族、年龄、性别以及生活习惯(如饮食、运动等)有关。中国人的TG水平显著低于欧美白人。应注意TG水平的个体内与个体间变异都比TC大。TG升高[$>1\,000\text{ mg/dl}$ (11.3 mmol/L)] [即 $>1\,000\text{ 毫克/分升}$ (11.3 毫摩尔/升)]可见于家族性高TG血症、家族性混合性高脂血症、冠心病、动脉粥样硬化、糖尿病、肾病综合征、甲状腺功能减退、胆道梗阻、糖原累积症、妊娠、口服避孕药、酗酒、急性胰腺炎。

→ 何谓冠心病的一级、二级预防

一级预防：适用于不能进行饮食及非调脂药治疗，或调脂药物治疗后疗效不满意的对象，以血胆固醇(TC)与低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平为判断基础。

无冠心病危险因子者：

TC $>6.24\text{ mmol/L}$ (240 mg/dl)

LDL-C $>4.16\text{ mmol/L}$ (160 mg/dl)

有冠心病危险因子者：

TC $>5.72\text{ mmol/L}$ (220 mg/dl)

LDL-C $>3.64\text{ mmol/L}$ (140 mg/dl)

二级预防：

TC $>5.20\text{ mmol/L}$ (200 mg/dl)

LDL-C $>3.12\text{ mmol/L}$ (120 mg/dl)

→ 为什么说反式脂肪不利于健康

反式脂肪是另一种能升高低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、降低高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)的不饱和脂肪酸，其作用介于饱和脂肪酸与不饱和脂肪酸之间。这种脂肪酸见于含有氢化植物油的食

品,如酥饼、油炸快餐食品和一些人造黄油。植物油在高温下烹烧或常温中储存质量不稳定,故制作商在提炼过程中会以加氢的方式使其油品稳定以延长食品的销售期。人造黄油含有氢化的植物油,含氢化植物油的成分越高,人造黄油越硬。因此,选择人造黄油时,应选择软一些的。

→ 肝脏有哪些功能

成人肝脏一般重 1 250 克左右,它是人体的一个重要器官,人不能离开肝脏而存活。有人称肝脏为人体的“加工厂”,这种评价不仅不过分,而且还只表达了肝脏的一部分功能而已。肝脏的功能包括:

代谢功能 包括合成代谢、分解代谢和能量代谢。我们每天摄入的食物中含有蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素和矿物质等各种营养物质,这些物质在胃肠道内初步消化吸收后被送到肝脏进行代谢。经过这个过程之后,摄入的营养物质就变成了人体的一部分。可想而知,如果肝脏“罢工”,人体的营养来源就会中断,生命也就危险了。

解毒功能 有毒物质(包括药物)绝大部分在肝脏里被处理后变得无毒或低毒。人患严重肝病时,如晚期肝硬化、重症肝炎,肝脏解毒功能减退,体内有毒物质就会蓄积,这不仅对其他器官有损害,还会进一步加重肝脏病变。对于这类患者,医生在用药时应特别小心,即使使用保肝的药物也要慎重选择。

分泌胆汁 肝细胞生成胆汁,由肝内和肝外胆管排泌并储存在胆囊,进食时胆囊会自动收缩,通过胆囊管和胆总管把胆汁排泄到小肠,以帮助食物消化吸收。如果肝内或肝外胆管发生堵塞,胆汁自然不能外排,并蓄积在血液里,于是出现黄疸。黄疸既可以是肝脏本身的病变,也可以是肝外病变,还可能由溶血导致,但只要出现黄疸,就要认真对待,查明原因,积极治疗。

造血、储血和调节循环血量的功能 新生儿的肝脏有造血功能,

长大后肝脏不再造血,但由于血液通过两根血管(门静脉和肝动脉)流入肝脏,同时经过另一根血管(肝静脉)流出肝脏,因此肝脏的血流量很大,肝脏的血容量相应地也很大。肝脏就像一个仓库,在需要时可以提供一部分血液来,为其他器官所用,比如一个人发生了消化道大出血,血液容量急剧下降,心、脑、肾经受不住缺血,肝脏就可以帮一些忙了。

免疫防御功能 肝脏里有一种数量不小的细胞,叫做库普弗细胞。它既是肝脏的卫士,也是全身的保护神,因为入血的外来分子,尤其是颗粒性的抗原物质,如有机会经过肝脏,那么就会被这种细胞吞噬、消化,或者经过初步处理后交给其他免疫细胞进一步清除。另外,肝脏里还有很高含量的淋巴细胞,尤其是在有炎症反应时,血液或其他淋巴组织里的淋巴细胞会很快“赶到”肝脏,解决炎症的问题。

→ 什么是脂肪肝

正常人的肝内总脂量,约占肝重的5%,内含磷脂、三酰甘油(亦称甘油三酯, TG)、脂酸、胆固醇及胆固醇酯。而患脂肪肝者,总脂量可达40%~50%,主要是三酰甘油及脂酸,而磷脂、胆固醇及胆固醇酯只少量增加。

食物脂肪经水解酶消化后,其乳糜微粒(主要成分是三酰甘油)被小肠上皮吸收入血。入血的乳糜微粒有三条去路:一是分解后成为肌肉活动的能源,二是贮存在脂肪组织作为潜在能源,三是转运至肝脏进行代谢。转运至肝脏的三酰甘油与载脂蛋白结合成极低密度脂蛋白(VLDL)颗粒进入血液。如果三酰甘油产生量多,或极低密度脂蛋白量少,造成三酰甘油在肝内堆积,便形成脂肪肝。

脂肪性肝病,简称脂肪肝,是一种多病因(遗传-环境-代谢应激)所致的病变主体在肝小叶、以肝细胞脂肪变性为主的临床病理综合征。临床上有酒精性脂肪肝和非酒精性脂肪肝之分,病理上主要包括单纯性脂肪肝、脂肪性肝炎和脂肪性肝硬化等三种类型。

临床上,根据起病缓急可将脂肪肝分为急性和慢性两大类。急

性脂肪肝罕见,多见于晚期妊娠、四环素或丙戊酸钠中毒、脑病脂肪肝综合征等,起病急骤,常伴有明显的肝肾功能障碍,严重者死亡率高达60%以上。慢性脂肪肝较为常见,酗酒、肥胖和糖尿病是其主要病因,起病隐匿,临床表现和肝功能损害多不明显。

随着饮食习惯和生活方式的改变以及影像学检测的普遍应用,统计发现脂肪肝的患病率在世界范围内有增高趋势,在发达国家和地区已成为第一大慢性肝病,且其起病渐趋低龄化。据报道,日本成人的非酒精性脂肪性肝病患病率为21.8%,欧美国家非酒精性脂肪性肝病患病率为20%。我国北京、上海、广州等经济发达地区成人脂肪肝患病率约占平均人口的17%左右。

肥胖、酒精中毒和糖尿病是脂肪肝的常见病因。

→ 脂肪肝的早期表现有哪些

慢性脂肪肝早期可以没有任何症状,只有通过B型超声或CT检查等才被发现。

急性脂肪肝大部分表现食欲不振、恶心、呕吐、体重下降、乏力、腹胀、肝区不适或隐痛,丙氨酸氨基转移酶(ALT)升高,少数患者可出现轻度黄疸。体格检查可触及肿大的肝脏(一般在右肋下2~3厘米以内),表面光滑,边缘圆钝,质地软或中等硬度,可有轻度压痛,部分患者有叩击痛。慢性脂肪肝在其疾病终末期可出现肝硬化表现。

从单纯性脂肪肝至肝硬化的转化过程中,脂肪性肝炎是一个重要的中间阶段,后者现已成为健康者血清转氨酶升高的重要原因。脂肪肝的分期与分型之间并无必然联系,重度非酒精性脂肪肝未必合并肝硬化,而酒精性脂肪肝有时即使程度较轻也可合并肝硬化。

→ 脂肪肝危害知多少

酒精性和非酒精性脂肪肝可以与病毒性肝炎合并存在。更为严峻的是,非酒精性脂肪肝除了与酒精性肝病一样可导致肝病残疾和死亡外,还与Ⅱ型糖尿病和动脉硬化性心脑血管病变密切相关。

无论是肥胖、Ⅱ型糖尿病还是酒精中毒所致肝病,均包括三个逐渐发展的病理阶段:单纯性脂肪肝、脂肪性肝炎、肝硬化。没有脂肪性肝炎就没有肝硬化,进而也就不会发生肝病残疾和死亡。

尽管10年内至少有15%~25%的非酒精性脂肪性肝炎患者并发肝硬化,其中30%~40%最终死于肝病,然而单纯性脂肪肝发生脂肪性肝炎的概率可能仅有10%~20%。

酒精性脂肪肝发生酒精性肝炎以及肝硬化的进程和概率均显著重于非酒精性脂肪肝。

→ 为什么会患脂肪肝

能引起脂肪肝的原因很多,近年来,虽然由药物和工业毒物及营养不良等所致脂肪肝有减少趋势,但嗜酒、肥胖和糖尿病相关性脂肪肝却显著增加。

酒精一直是欧美国家脂肪肝最常见的病因,嗜酒者在一般人群中占11.5%,其中57.7%可并发脂肪肝。研究认为,脂肪肝的高发除与肥胖症、糖尿病、高脂血症、高血压病等“富裕型”疾病及其家族史密切相关外,还与以下因素有关:

不合理的膳食结构 喜食高脂肪和动物性食物是脂肪肝的危险因素,而主食碳水化合物的量(饭量)与脂肪肝的发生并无明确关系。

不良的饮食习惯 有研究表明,过量摄食、吃零食、吃夜宵以及经常不吃早饭等不规律的饮食方式可扰乱代谢动态,为肥胖和脂肪肝的发病提供条件。

多坐少动的生活方式 人体对于多余热量的利用,除了转化为脂肪储存外,主要通过体力活动消耗掉,在肥胖症的形成原因中,活动过少比摄食过多更重要。调查表明,绝大多数脂肪肝患者习惯于久坐或不善于活动,有些患者从不参加体育锻炼。

精神萎靡,生活散漫 有研究表明,白天精神萎靡、睡眠过多以及工作过于轻松和散漫是脂肪肝的危险因素,而有一定的生活节奏和工作压力者不易发生脂肪肝。