

前 言

乙型肝炎是一种严重危害人类健康的传染病，遍布人群各年龄段，涉及医学多学科，发病率很高。据初步估计全国患病人数有 3000 万之多，每年新增肝病人约 200 万，其中乙肝就占 20%。每年因肝炎转为肝硬化和肝癌而死亡的人数约 30 万。

随着科技的不断发展，有关乙肝病临床诊治的新技术、新方法日新月异。河南中医院肝病研究治疗中心、郑州市本草肝病研究所、郑州市管城区卫生防疫站肝炎检测防治中心、莆田市红十字会医院肝炎治疗中心、长春市凯旋康复中心肝炎治疗中心、山东省人民政府医院肝病治疗中心、解放军长沙政治学院医院肝炎治疗中心、桂林市医学会专家门诊部肝病治疗中心，为人类攻克乙肝顽症做出了重大贡献。

编者从事乙肝病工作数十年，曾参加过国际及历届肝病学术会议，并将已知的新知识和新成果安全有效地运用到防治工作中。我们编写《病毒性肝炎防治 150 问》一书，将肝病解剖、生理、病因、病机、临床症状、疹断治疗、预防及家庭等知识介绍给病友，并将目前最新的治疗肝病的信息推荐给患者，希望能对大家有帮助。同时在这里对共同编写《病毒性肝炎防治 150 问》一书的工作者致谢。

由于编写时间较为仓促，编写经验有限，故书中肯定存在不少差错，希望广大读者指正。

目 录

一、肝脏与肝炎

1. 肝脏在人体的什么部位？有些什么解剖学特点？
..... (1)
2. 肝脏在组织学上有什么特点？肝小叶的主要结构
是什么？ (1)
3. 肝细胞内的重要细胞器和细胞核具有什么样的结
构和功能？ (2)
4. 肝炎是怎么回事？ (4)
5. 病毒性肝炎有哪几种？ (4)
6. 病毒性肝炎在临床上有什么类型？ (4)
7. 怎样早期发现肝炎？ (5)
8. 患肝炎时怎么会发生黄疸，尿似浓茶，大便发白？
..... (6)
9. 患黄疸型病毒性肝炎时，应与哪些疾病相鉴别？
..... (7)
10. 无黄疸型肝炎有传染性吗？ (8)
11. 哪些现象常被误诊为肝脏肿大？ (8)
12. 肝炎患者为什么会有肝区疼痛？ (9)
13. 肝区痛就是肝炎吗？ (10)
14. 肝炎患者抽血主要检查什么 (11)
15. 引起血清丙氨酸氨基转移酶升高的原因有哪些？
..... (12)

16. 肝炎时的血清酶学检验中哪些是最常做的？有什么临床意义？……………（13）
17. 肝病患者不做肝穿刺能判别纤维化吗？……………（16）
18. 患肝炎后有的康复，有的成慢性，有的突然死亡，谁主吉凶？……………（16）
19. 什么是肝昏迷？在肝病基础上引起肝昏迷的诱因有哪些？……………（17）
20. 家中有肝炎患者应怎样消毒？……………（19）

二、甲型病毒性肝炎的防治

21. 甲型病毒性肝炎是怎么得的？……………（20）
22. 接触了甲型肝炎患者该怎么办？……………（21）
23. 甲型肝炎好发于什么季节？流行有规律吗？…（22）
24. 甲型肝炎传染性何时最强？传染期多长？……………（22）
25. 甲型肝炎复发的原因是什么？……………（23）
26. 甲型肝炎能发展为慢性肝炎吗？……………（23）
27. 甲型肝炎肝组织病理改变有何特点？与乙型肝炎有何不同？……………（24）
28. 甲型肝炎能发展为重型肝炎吗？……………（25）
29. 什么叫甲肝病毒与乙肝病毒的混合感染、重叠感染及双重感染？其发生率如何？……………（26）
30. 甲型肝炎痊愈后还会得其它类型的肝炎吗？…（26）
31. 如何预防甲型肝炎？……………（27）
32. 手被甲型肝炎患者的排泄物或血液污染后，如何消毒处理？……………（28）
33. 甲型肝炎患者的餐具如何消毒？……………（28）
34. 甲型肝炎患者的衣服和卧具如何消毒？……………（29）

三、乙型病毒性肝炎的防治

35. 乙型病毒性肝炎的基本特征是什么? (29)
36. 乙型肝炎病原是一种什么样的病毒? (30)
37. 乙肝病毒的脱氧核糖核酸的基因是怎样组成的? (31)
38. 乙型肝炎表面抗原几种亚型? (31)
39. 了解乙肝表面抗原亚型有什么意义? (32)
40. 乙型肝炎有什么流行特征? (33)
41. 乙肝病毒主要通过哪些途径传播他人? (34)
42. 乙型肝炎的发病率与年龄、性别和职业有关吗?
..... (34)
43. 异性间的性接触能传播乙肝病毒吗? (35)
44. 婴儿感染乙肝病毒与哪些因素有关? (36)
45. 乙型肝炎发病的主要机制如何? (37)
46. 乙肝病毒的血清学标志有哪些? 有什么诊断意义? (38)
47. “二对半”与乙型肝炎临床病型和传染性有什么关系? (40)
48. 检测乙肝表面抗原的常用方法有哪些? (41)
49. 单项乙型肝炎核心抗体阳性有什么意义? (42)
50. 乙肝核心抗体免疫球蛋白 M 阳性说明什么问题? (44)
51. 诊断乙肝病毒宫内感染时的注意事项是什么?
..... (45)
52. 感染乙肝病毒后, 为什么有的病情轻, 有的病情重, 有的转变成慢性? (46)

53. 急性黄疸型乙型肝炎的临床表现如何? (47)
54. 乙型肝炎黄疸越深, 传染性就越强吗? (48)
55. 中医对急性黄疸型乙型肝炎的认识如何? (49)
56. 急性无黄疸型乙型肝炎有什么特点? (49)
57. 乙型肝炎慢性化的因素有哪些? (50)
58. 临床上急性乙型肝炎慢性化的发生率有多少?
 乙肝表面抗原阴转率怎样? (52)
59. 无症状乙肝病毒携带者是怎么形成的? (52)
60. 检查出乙肝表面抗原阳性的人该怎么办? (53)
61. 乙肝病毒慢性携带者的乙肝 e 抗原能自然阴
 转吗? (54)
62. 无症状的乙肝病毒携带者的转归如何? (54)
63. 慢性乙型肝炎有哪些主要特点? (55)
64. 重型乙型肝炎的临床有哪些主要表现? (57)
65. 重型乙型肝炎的早期有哪些征象? (58)
66. 聚合酶链反应技术在乙肝病毒感染中可作哪些
 应用? (58)
67. 乙肝病毒去氧核糖核酸定量检测有何意义?
 (60)
68. 检查乙肝病毒 HBV - DNA 有何临床意义? ... (61)
69. 无症状乙肝病毒携带者为确保体重应如何掌握
 饮食原则? (63)
70. 慢性乙型肝炎选择用药时如何抓主要矛盾?
 (64)
71. 天华乙肝胶囊治疗乙型肝炎疗效如何? (64)
72. 干扰素对慢性乙型肝炎的治疗情况如何? (65)
73. 阿糖腺苷治疗乙型肝炎的效果如何? (67)

74. 阿昔洛韦抗乙肝病毒的疗效如何? (68)
75. 聚肌胞治疗乙型肝炎有效吗? (69)
76. 免疫增强剂对慢性乙型肝炎的疗效如何? (70)
77. 中医中药能调节肝炎患者的免疫功能吗? (72)
78. 联苯双酯对慢性肝炎的疗效如何? (73)
79. 目前对乙肝病毒的消毒可选用什么方法? (74)
80. 乙肝病毒携带者的家庭成员应注意什么? (75)
81. 孕妇把乙肝病毒传染给新生儿, 大多是经产道分娩时发生的, 有证据吗? 可以预防吗? (76)
82. 用乙型肝炎病毒疫苗预防接种的主要对象是哪些人? (77)
83. 什么措施能预防母婴间乙肝病毒的传播? (78)
84. 乙肝疫苗的使用方法和效果如何计算? (79)
85. 哪些人对乙肝疫苗接种的反应差? (80)
86. 新生儿普种乙肝疫苗有何意义? (81)
87. 乙肝病毒携带者有必要注射乙肝疫苗吗? (82)
88. 急性乙肝病毒感染者的家庭接触者都应注射疫苗吗? (83)
89. 哪些因素影响乙肝疫苗接种效果? (83)

四、丙型病毒性肝炎的防治

90. 丙型肝炎病原具有哪些特征? (84)
91. 丙型肝炎的传播方式有哪些? (85)
92. 丙肝病毒能通过性接触传播吗? (86)
93. 丙型肝炎的高危人群是哪些人? (87)
94. 丙型肝炎与乙型肝炎有何相似处? (88)

95. 丙型肝炎与原发性肝癌有关系吗? (88)
96. 如何预防丙型肝炎? (89)

五、丁型病毒性肝炎的防治

97. 丁肝病毒有什么特征? (91)
98. 乙肝病毒标志检测阴性时, 是否可以完全排除
丁肝病毒感染的可能? 为什么? (92)
99. 丁肝病毒是通过什么方式传播的? (92)
100. 丁型肝炎的临床表现是什么? (93)
101. 丁肝病毒与乙肝病毒联合感染的特点是什么?
..... (94)
102. 丁型肝炎与各型病毒性肝炎如何诊断及鉴别
诊断? (95)
103. 怎样预防丁肝病毒感染? (97)

六、戊型病毒性肝炎的防治

104. 戊型病毒性肝炎的流行病学特点是什么? ... (97)
105. 戊型肝炎的传播方式有哪些? (99)
106. 戊型肝炎的传染性何时最强? (99)
107. 戊肝病毒在人体内的生活情况如何? (100)
108. 戊型肝炎有哪些临床特点? (100)
109. 戊型肝炎和甲型肝炎患者在临床表现上是否
有区别? (101)
110. 如何预防戊型肝炎? (102)

七、己型、庚型病毒性肝炎的防治

111. 庚肝病毒的传播方式如何? (102)

112. 庚型肝炎有什么临床特点？其转归如何？ … (102)
113. 庚型肝炎与肝癌有关吗？ …………… (103)
114. 庚型肝炎应如何防治？ …………… (104)

八、重型肝炎的防治

115. 重型肝炎发病机制如何？ …………… (105)
116. 重型肝炎患者预防肝昏迷的原则是什么？ … (106)
117. 重型肝炎时如何预防继发感染？ …………… (107)
118. 重型肝炎并发肝肾综合症有何特点？ …………… (108)
119. 如何做好重型肝炎患者及其家属的心理护理？
…………… (109)
120. 护理重型肝炎患者时主要观察哪些生命体征？
…………… (110)
121. 重型肝炎的不同阶段，饮食应如何调配？ … (111)

九、肝病患者的自我疗养

122. 为什么要强调肝病的自我疗养？ …………… (112)
123. 在家休养的肝炎患者应注意什么？ …………… (113)
124. 食疗在肝病自我疗养中起什么作用？ …………… (114)
125. 对肝病饮食疗法的现代观念是什么？ …………… (115)
126. 肝炎患者应怎样补充蛋白质食品？ …………… (115)
127. 肝炎及其康复期患者主要选用哪些食物以补充
糖、脂肪和蛋白质？ …………… (116)
128. 肝炎患者应常吃哪些食物来补充维生素？ … (117)
129. 肝病患者如何用茶？ …………… (117)
130. 肝病患者如何合理食醋？ …………… (118)
131. 肝炎患者为什么不宜大量吃糖？ …………… (118)

132. 肝炎患者及其恢复期患者为什么都应忌酒?
..... (119)
133. 肝病患者如何选用营养滋补食品? (120)
134. 很容易发脾气的人, 经常吃点保肝健脑食品有
好处吗? (120)
135. 肝炎后肝硬变的患者在饮食上应注意些什么?
..... (121)
136. 慢性肝病又有胃肠炎的患者在饮食上应如何
调理? (122)
137. 肝炎患者应经常吃点水果, 但为什么不能吃得
太多? (122)
138. 肝病患者饮食中如何注意防癌? (123)
139. 肝病患者每日的膳食怎样调理? (124)
140. 乙肝表面抗原携带者生活中如何劳逸结合和
积极休息? (126)
141. “勿过劳, 防感染, 勤复查”的含意是什么? ... (127)
142. 肝癌发病与肝炎、肝硬变有多大关系? 自我疗
养中如何注意预防? (128)
143. 如何估计自己的肝病是否发生了恶化? (129)
144. 肝炎患者应该怎样休息? (130)
145. 肝炎患者应该如何注意自己的起居、睡眠和情
绪? (131)
146. 音乐治疗可以试用于肝炎患者吗? (132)
147. 肝病康复有秘诀吗? (132)
148. 经常便秘对肝炎患者有害吗? (133)
149. 肝炎患者应如何掌握性生活? (134)
150. 乙肝转阴利克胶囊对病毒性肝炎效果怎样? (134)

一、 肝脏与肝炎

1. 肝脏在人体的什么部位？有些什么解剖学特点？

人的肝脏大部分位于腹腔右上部，小部分在左上部，是人体最大的重要实质性脏器，一般重约 1200 克~1600 克。成年人肝脏的重量约为体重的 $1/40 \sim 1/50$ ；小儿肝脏的重量约占体重的 $1/20$ 。正常肝脏外观呈红褐色，质软而脆。肝上界与膈穹的位置一致，约在右侧第五肋间(相当于叩诊的相对浊音界)，肝脏有一定的活动度，可随体位的改变和呼吸而上下移动。肝下界一般不超出肋弓。正常情况下在肋缘下摸不到肝脏，而小儿多可在肋缘下触及。

肝脏被镰状韧带分为左、右两叶。右叶大而厚，左叶小而薄。按新的分叶方法将肝脏分为：左内叶，左外叶，右前叶，右后叶及尾状叶。肝脏下面有连成 H 形的两条纵行沟和一条横行沟。横行沟为肝门，是门静脉、肝动脉和肝管以及神经、淋巴管的出入处；右纵行沟前方为胆囊，后方为下腔静脉；左纵行沟前方为圆韧带，后方为静脉韧带及静脉导管的遗迹。

2. 肝脏在组织学上有什么特点？肝小叶的主要结构是什么？

肝脏表面有一薄层致密的结缔组织构成的被膜。被膜深入肝内形成网状支架，将肝实质分隔为许多具有相似形态和相同功能的基本单位，称为肝小叶。人类肝脏约有 50 万个肝小叶。肝小叶呈多角棱柱体，约 1 毫米×2 毫米大小，小叶的中轴贯穿一条静脉，为中央静脉。肝细胞以中央静脉为中

心呈放射状排列，形成肝细胞索。肝细胞索相互吻合成网，网眼间有窦状隙和血窦。肝细胞间的管状间隙形成毛细胆管。因此可以说：肝小叶是由肝细胞、毛细胆管、血窦和相当于毛细淋巴管的窦周隙（狄氏间隙）所组成。

肝细胞为多角形，直径约为 20 微米 ~ 30 微米。肝细胞核呈圆形，位于细胞的中央，其内有 1 个或多个核仁。电子显微镜下细胞浆内可显示各种细胞器和包含物，如线粒体、高尔基体、溶酶体、内质网、糖原、脂滴和色素等。细胞核内有染色质，由螺旋结构的脱氧核糖核酸(DNA)和蛋白质组成。

3. 肝细胞内的重要细胞器和细胞核具有什么样的结构和功能？

应用电子显微镜观察，肝细胞由胞膜、胞质(含基质和许多细胞器)和胞核组成。细胞器由线粒体、内质网(粗面、光面)、溶酶体、高尔基体、微粒体、包涵体及饮液泡等组成。

(1)线粒体：形状为圆、椭圆和杵棒状的双膜结构，长度为 1.0 微米 ~ 5.0 微米，厚度为 0.25 微米 ~ 0.7 微米。每个肝细胞可有 1000 ~ 2000 个线粒体，其中储有 70 种以上的酶和辅酶，如丙氨酸氨基转移酶(ALT、曾用谷丙转氨酶即 GPT，简称转氨酶)、细胞呼吸酶及三磷酸腺苷等。人体摄入的糖、脂肪、蛋白质三大营养素的代谢都在线粒体内进行，并可产生人体所需的大量能量，所以被称为供能“发电站”。当肝炎或全身缺氧时，线粒体是最早、最敏感的受害者，其结果引起转氨酶升高等生化功能紊乱。

(2)内质网：是细胞浆(质)中呈扁平囊状或泡管状的结构，分粗面和光面两种内质网。粗面内质网是蛋白质合成的场所，光面内质网是肝糖原的合成和分解、药物代谢、解毒、激素与脂类运输的场所。患肝炎时由于内质网受损，出现白蛋白

生成减少,蛋白质代谢异常,致使患者的血清白蛋白与球蛋白比值(A/G)倒置,絮状试验及浊度试验异常;由于纤维蛋白原及凝血酶原减少,导致出血倾向;由于糖原减少,导致低血糖;由于解毒功能减弱,导致药物不良反应增强。另外在胆红素代谢中,间接胆红素变成直接胆红素的过程也是在内质网中进行的,因此它的受损与皮肤、巩膜黄染直接相关。

(3)溶酶体:主要分布于近毛细胆管的肝细胞浆内,为单膜包绕的致密小体,直径 0.4 微米,内含多种具有消化功能的水解酶,能分解蛋白质、糖、脂肪、核酸及磷酸等;还能消化已退变衰老的内质网、线粒体等细胞器,从而保持细胞内容的自我更新,被喻为细胞内的“消化系统”和“清洁工”。由于它可将内质网形成的直接胆红素运输到毛细胆管并排放到胆汁中,又被称为“搬运工”。肝炎病毒可直接损坏溶酶体而导致正常和邻近肝细胞的溶解坏死。

(4)高尔基体:与胆汁分泌有关,并参与合成胞浆膜的糖蛋白和形成初级溶酶体。

(5)微粒体:可防止过氧化氢在细胞内蓄积,能将还原型辅酶 I 氧化,与胆固醇代谢有关。

(6)饮液泡:具有吸收和输送胞内物质的功能。

细胞核主要由脱氧核糖核酸(DNA)和组蛋白等组成。脱氧核糖核酸是遗传的物质基础,它有复制遗传信息的功能。患肝炎时,肝炎病毒侵入细胞核内,病毒基因可以与肝细胞核中脱氧核糖核酸相结合(整合)。一旦整合,病毒即难以清除,致使慢性乙型肝炎长期不能彻底治愈。此外脱氧核糖核酸还可能以自己为模板合成信使核糖核酸(mRNA),从而控制细胞浆中各种相应蛋白质的合成。细胞核如明显受损,就意味着整个肝细胞崩解毁灭。

4. 肝炎是怎么回事？

肝炎就是指肝脏发炎。许多病原微生物如病毒、细菌、真菌、立克次体、螺旋体及某些原虫和寄生虫的感染都可能引起肝脏发炎；各种毒物(如砒霜)、毒素(细菌的内、外毒素)和某些药物(如雷米封、消炎痛、氯丙嗪、氟烷等)的中毒都可引起中毒性肝炎。由药物中毒引起的有时也可称为药物性肝炎；由细菌引起的肝炎可称为细菌性肝炎；由病毒引起的肝炎，就称为病毒性肝炎。

但是通常人们所说的“肝炎”，指的是由甲型、乙型、丙型、丁型、戊型及庚型肝炎病毒所引起的病毒性肝炎。上述各型病毒的主要病变都在肝脏，都具有相类似的临床表现，也都具有传染性强、病程较长及危害性大的共性。可是在病原学、血清学、临床经过及预后、肝外损害等方面都有明显不同。从现在起我们就用甲型肝炎、乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎、戊型肝炎及庚型肝炎等习惯叫法，来进行以后的问答。

5. 病毒性肝炎有哪几种？

病毒性肝炎至少有 7 种。除 1990 年前已被世界公认的 5 种(甲型、乙型、丙型、丁型及戊型)肝炎外，近年又发现了己型和庚型肝炎。它们分别由甲型肝炎病毒(HAV)、乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)、丁型肝炎病毒(HDV)、戊型肝炎病毒(HEV)、己型肝炎病毒(HFV)及庚型肝炎病毒(HGV)引起。甲型、乙型、丙型、丁型、戊型、庚型肝炎病毒均已有的方法检测；己型肝炎病毒尚不能检测，临床上靠排除甲型至庚型肝炎后才可作诊断。

6. 病毒性肝炎在临床上有什么类型？

7 种病毒性肝炎在病原学、血清学以及临床经过、肝外

器官损害等多方面均有所不同，但甲型、乙型、丙型、丁型、戊型、己型、庚型肝炎的临床表现却颇相类似。因此，从临床症状和体征上对每一病例很难区别是哪种肝炎。

根据 7 种病毒性肝炎在临床表现上的共性，常用于诊断的临床类型有：

(1)急性黄疸型肝炎(少数可发展成为慢性重型肝炎)。

(2)急性无黄疸型肝炎(部分患者迁延不愈或反复发作，可发展为慢性，以乙型、丙型、丁型、庚型肝炎多见)。

(3)慢性肝炎(轻型、中型、重型)。包含 1995 年前主要从病理角度区分的慢性迁延性肝炎(CPH)和慢性活动性肝炎(CAH)。甲型、戊型肝炎一般不转为慢性。

(4)淤胆型肝炎。

(5)重型肝炎(急性、亚急性、慢性重型)。

7. 怎样早期发现肝炎？

只要有肝病的一般知识，对肝炎有所警惕，充分注意以下几个方面，早期发现肝炎是完全可以做到的。

(1)近半个月 ~ 6 个月内曾与肝炎患者密切接触，吃过半生不熟的海产贝类食物，或输过血、注射过血浆、白蛋白、人血或胎盘球蛋白等；或有过不洁性接触；用过消毒不严格的注射器，接受过针灸、纹身、拔牙和手术等，即有被传染上肝炎的途径。

(2)近日来全身疲乏无力、不想吃东西、恶心、呕吐、灰油腻、腹胀、肝区痛、大便不调、尿黄似浓茶等；经休息后上述症状仍持续不好转，而又找不到其它原因时，就应考虑到患肝炎的可能性。如能及时去医院检查，发现肝肿大，尤其是黄疸，就应当高度怀疑有患肝炎的可能。

(3)有第(1)项接触史和第(2)项自觉症状体征者应迅速做

必要的实验室检查。如已有巩膜、皮肤或粘膜黄染，马上可作尿三胆检查。如发现尿中胆红素阳性(正常人尿中胆红素阴性)，同时查出血清丙氨酸氨基转移酶升高时，患肝炎的可能性更大。对起病缓慢，症状轻微，可疑为无黄疸型肝炎，隐性感染或亚临床肝炎者，应定期进行实验室检查。

(4)进一步作肝炎病毒方面的抗原及抗体检查，以明确属于哪一种肝炎。当甲肝病毒抗体免疫球蛋白 M(抗-HAVIgM)阳性时即可考虑为甲型肝炎；高滴度的抗乙肝核心抗体免疫球蛋白 M(抗-HBcIgM)阳性伴有乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阳性时，可考虑为乙型肝炎。同样采用丙型、丁型、戊型、庚型肝炎特异性的诊断试剂盒进行检测，均可分别协助确定肝炎的病原。

8. 患肝炎时怎么会发生黄疸，尿似浓茶，大便发白？

在人体胆红素(胆汁成分)的代谢过程中，肝细胞承担着重要任务。首先是衰老红细胞形成的间接胆红素随血循环运到肝细胞表面时，肝细胞膜微绒毛将其摄取，进入肝细胞浆内，与 Y、Z 蛋白固定结合后送至光面内质网中，靠其中葡萄糖醛酸基移换酶的催化作用，使间接胆红素与葡萄糖醛酸结合成直接胆红素(色素 I、II 混合物)；在内质网、高尔基体、溶酶体等参与下直接胆红素排泌到毛细胆管中去。可见肝细胞具有摄取、结合、排泄胆红素的功能。

当肝脏发炎时，肝细胞成为各种病毒侵袭的靶子和复制繁殖的基地，在机体免疫的参与下肝细胞功能减退，受损凋亡或坏死。处理胆红素的基地遭到破坏，加上整个肝组织炎性细胞浸润、充血、渗出、水肿，与肿胀变性、坏死的肝细胞混杂一起，破坏了原有的肝小叶结构，新生的肝细胞排列不整齐，阻塞通道，使胆红素不能通过正常渠道运行，而大

量返流入血。血液中增高的胆红素(>34.2 微摩尔/升, 即 2 毫克%)把眼巩膜和全身皮肤染成黄色。反流的血清胆红素大部分是直接胆红素, 它可以溶于水, 通过肾脏从尿中排出。尿液被胆红素染成深黄色, 甚至似浓茶色。有部分患者胆道被炎症和坏死组织暂时阻塞, 胆汁不能通畅地进入肠道, 可在一个短时期内出现大便颜色变浅甚至变成陶土样和灰白色。

9. 患黄疸型病毒性肝炎时, 应与哪些疾病相鉴别?

患黄疸型病毒性肝炎时, 应与下列各病鉴别:

(1)传染性单核细胞增多症: 这些患者有发热、咽峡炎、浅表淋巴结肿大、周围血白细胞增高并有异形淋巴细胞(>10%)。血清嗜异凝集试验阳性及 EB 病毒抗体免疫球蛋白 M 阳性等即可确诊。

(2)钩端螺旋体病: 在流行区首先要除外此病。有疫水接触史, 高热伴腓肠肌明显疼痛、表浅淋巴结肿大、皮肤及粘膜出血倾向, 肾脏损害, 白细胞增加, 尿中红细胞、蛋白及管型阳性。如在血和尿中找到病原体, 血清钩端螺旋体凝集溶解试验阳性等, 即可与肝炎鉴别。

(3)药物性肝炎: 有服药史, 服用氯丙嗪、消炎痛、苯巴比妥类、磺胺类、对氨基水杨酸、卡巴肿等, 可致中毒性肝炎。此时胃肠道症状不明显, 黄疸出现之前无发热, 血清丙氨酸氨基转移酶升高很明显, 但絮浊反应正常等可资鉴别。

(4)胆管结石: 较多见于中年妇女, 常有反复发作急性腹绞痛史, 并放散至肩背部, 黄疸与腹痛发作有关, 呈间歇性。碱性磷酸酶、胆固醇、 γ -谷氨酰转肽酶等增高, 胆道造影可有结石显影。

(5)胰、胆肿瘤: 老年人多见。胰头癌起病缓慢, 总胆管癌隐匿发病, 患者消瘦明显, 上、中腹区痛持续加重, 黄疸

呈进行性加深。碱性磷酸酶、胆固醇及 γ -谷氨酰转肽酶增高。B 超、CT 及磁共振检查可探及肿物、胆囊肿大或胆管扩大等可明确诊断。

(6)其它：与肝脓疡、回归热、败血症等均应注意鉴别。

10. 无黄疸型肝炎有传染性吗？

有人认为肝炎出现黄疸才有传染性，而无黄疸型肝炎似乎没有传染性，不必隔离。这是错误的。因为从肝炎的病原学、流行病学、病理学和临床表现多方面观察，只是有无黄疸的区别，肝炎的本质并无不同。

从临床表现看，无黄疸型与黄疸型急性肝炎基本相似。只是无黄疸型肝炎发病隐袭，症状轻微，经过缓渐，可能与患者免疫应答相对轻，所致肝细胞损伤的程度及广度比黄疸型较轻微。

肝炎有无传染性并非由黄疸的有无和轻重来决定，而是与有无病毒血症的存在和病原是否正在复制，血和肝脏内复制指标是否明显有关。以乙肝病毒为例，只要乙肝病毒的复制指标〔乙肝 e 抗原(HBeAg)、脱氧核糖核酸聚合酶(DNAP)及乙肝病毒脱氧核糖核酸(HBV DNA)等〕阳性或持续存在，不管临床上是黄疸型，还是无黄疸型，它们对易感者的传染性是完全一样的。实验感染证明，乙肝表面抗原及乙肝 e 抗原双阳性的血清稀释到千万分之一时仍有传染性。这说明只要乙肝 e 抗原阳性，不论有黄无黄，都有传染性。

11. 哪些现象常被误诊为肝脏肿大？

在实践中医生经常由于临床经验不足，而将患者腹壁组织或肝脏邻近组织误认为肿大的肝脏。以下情况应特别注意。

(1)腹部肌肉发达者的腹直肌腱及肥胖者的皮下脂肪结节，都可能被误认为是肝下缘。其实肌紧张所触及的肌腱和