

编者按：5月15-17日，北京医师协会感染医师分会携手中国医师协会和北京大学第一医院在京举办了“第八届北京感染和肝病论坛”。近600位来自全国的感染、肝病、消化、急诊、呼吸、检验及护理等相关专业医生共聚北京，交流学术进展。论坛除继承既往学科前沿进展介绍，同时强调了多学科互动交流，添加了酒精性肝病神经精神损伤等专题报告。

今年恰逢北京大学第一医院建院100周年，论坛同期举办了北京大学第一医院感染科建科60周年暨斯崇文教授、傅希贤教授从医从教60周年庆典。庆典回顾北京大学第一医院感染科建科历史和整个感染病学的发展历程，向老一辈感染病学专家致以崇高的敬意。中青年感染病学专家也纷纷表示将接过历史的接力棒，在感染病学领域继续厚重前行。



北京大学第一医院院长刘玉村（右一）、感染科主任王贵强教授（左一），与斯崇文教授（右二）、傅希贤教授（左二）共同切下北京大学第一医院感染科建科60周年纪念蛋糕



中国肝炎防治基金会副理事长兼秘书长杨希忠教授（左）为斯崇文教授（右）颁发终身贡献奖



北京医学会副会长兼秘书长田宝朋（左）为傅希贤教授（右）颁发荣誉证书

第八届北京感染和肝病论坛召开 薪火相传 厚重前行

▲ 本报记者 董杰 袁佳 本报实习记者 李欣瑶

乙肝

庄辉 政府主导、各方协作 增加抗病毒治疗可及性

中国工程院庄辉院士介绍了中国乙肝防治成就和挑战。我国乙肝防治预防方面的几项大事件包括：（1）80年代开始，在县级医院进行表面抗原筛查，通过表面抗原筛查使输血后乙肝感染率明显下降；（2）乙型肝炎疫苗的接种；（3）2005年起，所有免疫接种都使用一次性注射器；（4）健康教育，提高医务人员和公众对乙肝的认知程度；（5）三个部委联合制定反对歧视乙肝患者的文件。

庄院士介绍，我国慢

性乙型肝炎（CHB）的治疗策略，已由既往的保肝抗炎、抗病毒治疗是关键、耐药管理，发展为现在的长期治疗。已有大量研究表明，核苷（酸）类药物（NUC）长期规范治疗CHB可使肝纤维化和肝硬化逆转。C-TEAM研究显示，恩替卡韦（ETV）单药治疗2.7年降低肝硬化患者肝细胞肝癌风险59%。

然而据我国CDC数据，需要抗病毒治疗的乙肝患者就诊率低，CHB患者就诊率仅5%（141万

人/2840万人），代偿期肝硬化患者就诊率为50%（23万人/45万人）；而失代偿期肝硬化（45万人/45万人）、肝细胞肝癌（33万人/33万人）患者就诊率为100%。

除了就诊率低，据CR-HepB2014年随访数据显示，我国乙肝患者中，接受治疗率仅12.7%。分析未接受抗病毒治疗的原因，价格为主要制约因素（76.8%），其他包括不良反应（15.2%）、未推荐（4.8%）、其他药物（3.2%）。

庄院士表示，推进我国乙肝治疗可及性需政府主导，包括：（1）新药审批、定价、准入、慢病申报、国家基本药物目录更新等分散在不同部门，需政府统一协调；（2）通过政府采购和谈判机制，借鉴发展中国家使用强制许可，如驳回某些专利注册、指定国内厂家生产，大幅降低抗病毒药物价格；（3）借鉴艾滋病和结核病防治由政府主导的经验。另外，还需国际组织、药企、学术团体、民间团体、媒体协同发力。

酒精与肝病

杨可冰 酒精肝治疗戒酒是首要 需患者和家属共同配合

北京回龙观医院酒依赖病房杨可冰教授介绍了酒依赖及酒相关肝损害的治疗。《柳叶刀》杂志公布的2010年全球疾病总负担排行中，1990-2010年，所有疾病风险因素中，饮酒已由第六位快速升至第三位，仅次于高血压和吸烟。1993年，我国7个地区流行病学调查发现，酒精使用障碍率为0.068%。酒依赖表现为精神、躯体依赖，饮酒量逐渐增加，多次戒断，多次复发。酒依赖的治疗需要患者和家属的积极配合。

由于酒精的半衰期较短，急性戒断症状约发生在断酒或酒减量后6-12h，戒断高峰在48-72h，通常持续4-5d。戒断综合征的表现包括植物神经功能亢进（震颤、出汗、心动过速、恶心、呕吐、激越和焦虑）、意识障碍、精神病症状和癫痫发作。戒断的严重程度与代谢紊乱、饮酒量和躯体状况有关。苯二氮卓类药物为酒

依赖戒断综合征的常用替代药物，应用时遵循尽早、足量、短期的原则。具体方法为500ml 50%-60%（V/V）白酒=地西洋40-60mg/d，或奥沙西洋90-135mg/d，分3-4次使用。

震颤谵妄又称酒性谵妄或戒酒性谵妄，为一种急性脑综合征，一般情况下在断酒或减量后24-72h时发生，少数患者发生在大量饮酒后。治疗上，用大量苯二氮卓类药物控制患者兴奋和可能发生的癫痫，用抗精神病药如氟哌啶醇控制兴奋，但抗精神病药可降低惊厥阈，另需注意保持电解质平衡。

乙醇及其衍生物乙醛导致肝细胞脂肪变性、坏死和再生，长期过量饮酒可导致酒精性肝病。肝硬化患者中，至少40%有明确酗酒史。杨可冰教授介绍，酒精性肝病治疗包括减轻酒精性肝病严重程度、阻止或逆转肝纤维化、改善已存在的继发性营养不良等，但戒酒是首要的。

王贵强 “三点一线” 实现慢性乙肝患者长期治疗管理

北京大学第一医院感染疾病科王贵强教授将成功实现慢乙肝长期治疗的必经之路归纳为“三点一线”，即为治疗“起点、拐点、终点”的选择及注意事项。

起点的关键是选择正确的起始治疗时机，识别最佳治疗人群 免疫清除期表现为血清HBV DNA > 2000 U/ml，伴有ALT持续或间歇性升高，肝组织

学中度或严重炎症坏死、肝纤维化可快速进展，部分患者可发展为肝硬化和肝衰竭。免疫清除期是最理想起始治疗时机，其中，基线HBV DNA < 9 log10 拷贝/ml且ALT ≥ 2ULN的HBsAg（+）患者，抗病毒治疗可大大提高其在远期获得HBsAg血清学转换的可能。

拐点时的处理要点

是坚持治疗、及时干预 EFFORT研究显示，24周应答良好患者104周HBsAg血清学转换率可达41.3%。对于替比夫定治疗24周应答不佳患者，加用阿德福韦，104周病毒学应答率可达71.1%，耐药率仅0.5%。EXCEL研究显示，早期应答不佳患者及时干预，可提高治疗临床效果。将24周作为CHB临床治

疗拐点并非挽救治疗，而是帮助临床提前识别易获得HBsAg血清学转换及易发生耐药的人群。坚持治疗和及时干预有助于这两类患者尽早获得基本和满意治疗终点。但有调研显示，仅10%医生会根据24周应答情况选择干预。

CHB治疗终极目标为降低肝癌、肝硬化发生率 研究显示，理想终点（HBsAg清除）更接近临床治愈。而既往研究显示，HBsAg血清学转换标志着机体免疫应答重建开始，可降低肝硬化发生风险，且HBsAg转阴可预测HBsAg快速下降。中国、亚洲、欧洲肝病指南均将HBsAg血清学转换作为停药前提。因此，HBsAg血清学转换可作为CHB治疗临床替代终点之一。



“很多话想对你说”，参加庆典的老专家再聚、畅谈