

· 指南与规范 ·

DOI: 10.12449/JCH240706

《2024年美国胃肠病学会临床指南:酒精相关性肝病》摘译

孙福荣,王炳元

中国医科大学附属第一医院老年消化科,沈阳 110001

通信作者:王炳元, wangby0908@163.com (ORCID: 0000-0002-4233-6093)

摘要: 美国胃肠病学会于2024年1月在 *American Journal of Gastroenterology* 发表了酒精相关性肝病(ALD)的临床指南。该指南对ALD和酒精使用障碍的流行病学及疾病负担、ALD危险因素、酒精使用障碍的诊断与治疗、ALD疾病谱、ALD处理及公共政策与预防等方面进行了详细地阐述。本文对其推荐意见和关键概念/陈述进行摘译。

关键词: 肝疾病,酒精性;酒精相关性障碍;美国;诊疗准则

An excerpt of the American College of Gastroenterology clinical guideline on alcohol-associated liver disease in 2024

SUN Furong, WANG Bingyuan. (Department of Geriatric Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China)

Corresponding author: WANG Bingyuan, wangby0908@163.com (ORCID: 0000-0002-4233-6093)

Abstract: The American College of Gastroenterology published the clinical guideline on alcohol-associated liver disease (ALD) in January 2024 in *American Journal of Gastroenterology*. This guideline elaborates on the epidemiology and disease burden of ALD and alcohol use disorder, the risk factors for ALD, the diagnosis and treatment of alcohol use disorder, the disease spectrum of ALD, the management of ALD, and public policy and prevention. This article gives an excerpt of the recommendations and key points/statements in this guideline.

Key words: Liver Diseases, Alcoholic; Alcohol-Related Disorders; United States; Practice Guideline

美国胃肠病学会实践标准委员会基于多个检索平台有关酒精相关性肝病(alcohol-associated liver disease, ALD)研究的重要进展,制定了ALD临床指南^[1],并于2024年1月正式发表。根据证据来源是否满足“患者-干预-比较-结果”(patient-intervention-comparison-outcome, PICO)格式及“建议、评估、制定和评价分级”(grading of recommendations, assessment, development, and evaluations, GRADE)系统,该临床指南提出21条推荐意见(符合PICO格式和GRADE系统)和34条关键概念/陈述(结合专家意见及相关文献,但不完全符合PICO格式和GRADE系统),现将相关内容摘译如下。

1 流行病学与疾病负担

关键概念/陈述:

- (1)ALD是全球肝病和肝脏相关死亡的主要原因。
- (2)ALD患病率自2014年以来有所上升,而在新型冠

状病毒感染(COVID-19)流行期间急剧上升,产生潜在的医疗保健和经济负担。

(3)年轻人、妇女和少数族裔的酒精使用障碍(alcohol use disorder, AUD)和ALD患病率增幅最大,是需要有针对性预防和治疗的重点人群。

2 ALD的危险因素

推荐意见:

- (1)建议大量饮酒者戒除任何形式的烟草,因为会增加肝硬化的风险(强烈推荐,证据质量极低)。
- (2)建议肥胖者避免饮酒(强烈推荐,证据质量中等)。
- (3)为帮助肥胖或2型糖尿病患者优化体质量和控制血糖,建议其戒酒(有条件推荐,证据质量极低)。
- (4)建议准备或已经接受胃旁路手术的患者避免大量饮酒(强烈推荐,证据质量极低)。

(5)建议慢性HCV感染者避免饮酒(强烈推荐,证据质量高)。

(6)建议慢性HBV感染者避免饮酒(强烈推荐,证据质量低)。

关键概念/陈述:

(4)饮酒量和饮酒时间是ALD发生的主要危险因素,饮酒的潜在危害应成为肝脏健康教育的重要组成部分。

(5)每天大量饮酒和狂饮会增加其他肝病(如代谢异常相关性脂肪性肝病、病毒性肝炎)患者罹患晚期肝病的风险。因此,应告知这些肝病患者饮酒的潜在危害。

(6)没有足够的证据表明无日常酗酒基础的狂饮是否容易进展至晚期ALD。

(7)各类酒精都会增加肝病的风险;然而,有限的证据表明烈性酒比啤酒或葡萄酒可能具有更高的风险。

(8) α -1抗胰蛋白酶、PNPLA3、TM6SF2和MBOAT7的遗传变异与ALD风险相关,但没有足够的证据支持将其纳入临床管理策略中。

(9)肥胖或2型糖尿病患者应戒酒,以帮助优化体质量和控制血糖。

3 AUD的诊断与处理

推荐意见:

(7)建议使用简易的筛查工具筛查成年人的酒精使用情况,例如“酒精使用障碍识别测试-饮酒量(AUDIT-C)”工具(强烈推荐,证据质量高)。

(8)建议将简短动机干预纳入ALD和AUD患者的临床护理中(强烈推荐,证据质量低)。

(9)建议将巴氯芬用于代偿性ALD患者的AUD治疗(强烈推荐,证据质量中等)。

(10)建议将阿坎酸或纳曲酮用于代偿性ALD患者的AUD治疗(有条件推荐,证据质量极低)。

(11)建议将加巴喷丁或托吡酯用于代偿性ALD患者的AUD治疗(有条件推荐,证据质量极低)。

(12)不建议双硫仑用于治疗任何ALD谱系的AUD(有条件推荐,证据质量极低)。

(13)苯二氮草类药物可能诱发或加剧肝性脑病,建议谨慎用于ALD和重症酒精戒断综合征患者,并密切监测(强烈推荐,证据质量中等)。

关键概念/陈述:

(10)患者每次在临床机构(包括初级保健机构)就诊时都应该进行AUD标准化筛查,并注意以无偏见的方式进行。

(11)酒精生物标志物可能有助于临床询问和酒精

使用情况调查。可以根据可疑的饮酒时间窗选择不同的检测。

(12)AUD和ALD患者的酒精戒断综合征应根据“临床机构戒断评估-酒精-修订方案(CIWA-Ar)”进行评估和管理。临床医生应注意与肝性脑病区分并知晓这两种情况是可以共存的。

4 ALD疾病谱

关键概念/陈述:

(13)使用无创血液和/或放射学检测(noninvasive blood and/or radiological test, NIT)来评估无症状ALD患者的肝纤维化严重程度。Fibrosis-4评分和肝瞬时弹性成像是ALD患者检测纤维化的最佳NIT。

(14)通过NIT检测出ALD证据的大量饮酒者应进行进展性肝病的风险评估,并将其转诊给肝病医生进一步管理。

(15)肝活检对纤维化分期不是必需的,但如果基于无创评估存在诊断不确定性时可能需要肝活检。

(16)利用NIT筛查大量饮酒者以检测早期ALD具有成本效益。

5 ALD的管理

推荐意见:

(14)建议为ALD患者提供包括行为和/或药物治疗在内的综合性多学科护理模式来治疗AUD(强烈推荐,证据质量低)。

关键概念/陈述:

(17)ALD引起的肝硬化与其他原因引起的肝硬化处理类似。

(18)出现并发症的ALD肝硬化应考虑肝移植。

6 酒精性肝炎(alcohol-associated hepatitis, AH)

推荐意见:

(15)对于住院治疗的重症AH患者,不建议常规预防性使用抗生素(强烈推荐,证据质量中等)。

(16)对于营养不良或经口营养无法满足热量需求的AH患者,建议添加口服营养补充剂(oral nutritional supplement, ONS)。对于ONS仍无法满足热量需求的患者,建议肠内营养支持(强烈推荐,证据质量中等)。

(17)对于重症AH(MELD评分>20分)患者,如果没有禁忌证,建议采用皮质类固醇治疗(强烈推荐,证据质量中等)。

(18)不建议己酮可可碱用于重症AH(强烈推荐,证据质量中等)。

(19)没有足够的数据来确定粒细胞集落刺激因子

和基于微生物组的治疗方法在重症AH中的作用(有条件推荐,证据质量中等)。

(20)建议重症AH患者静脉使用N-乙酰半胱氨酸作为皮质类固醇的辅助治疗(强烈推荐,证据质量中等)。

(21)建议对药物治疗无效且死亡风险较高的重症AH患者进行仔细甄选,根据当地和机构的政策对合适的人选考虑早期肝移植(有条件推荐,证据质量低)。

关键概念/陈述:

(19)国家酒精中毒和酒精滥用研究所(National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse, NIAAA)诊断标准适用于AH诊断,符合标准的合适患者可以接受皮质类固醇治疗或招募到临床试验中。在没有混杂因素的情况下,不需要行肝活检来诊断AH。

(20)重症AH(MELD评分>20分)的短期死亡率较高,最好住院治疗。

(21)中度AH(MELD评分≤20分)表现出显著升高的发病率和死亡率,需要进一步研究这一现象以及针对中度AH的新的有效药物。

(22)持续戒酒与中/重度AH后的长期生存相关。

(23)MELD评分>20分可用于AH严重程度的分层,预测短期死亡风险,并指导皮质类固醇的使用。

(24)AH患者的热量摄入目标为 $35 \text{ kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,蛋白质摄入目标为 $1.2 \sim 1.5 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 。能量摄入< $21 \text{ kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 的患者应优选口服或肠内途径的营养支持治疗。

(25)硫胺素、维生素B₁₂和锌缺乏在AH患者中较常见,应予以补充。

(26)重症AH且MELD评分25~39分的患者在皮质类固醇治疗中获益最大;对MELD评分>50分的患者,需要仔细评估使用皮质类固醇的风险和获益情况。

(27)皮质类固醇的治疗反应可根据第7天或第4天的Lille评分进行评估。无应答者(Lille评分>0.45分)应停用皮质类固醇。

7 肝移植

关键概念/陈述:

(28)对皮质类固醇无反应的重症AH伴4个及以上器官衰竭,且不适合早期肝移植的患者,适宜姑息治疗。

(29)筛选ALD进行肝移植的适应证不应仅基于标准的戒酒时间。应该由社会工作者和成瘾专业的精神心理医生进行全面的心理评估来为移植团队提供决策信息。

(30)在评估肝移植候选资格时,还可以使用“斯坦福综合心理社会评估(SIPAT)”“饮酒复发高风险评分(HRAR)”“密歇根酒精中毒预后评分(MAPS)”“霍普金斯心理社会评分(HPSS)”和“移植后持续饮酒评分(SALT)”等工具。

(31)推荐肝移植者使用多学科综合护理模式,以减少复饮并改善长期预后。

(32)应使用自我报告工具或酒精生物标志物监测肝移植者的饮酒情况,目的是及早发现复饮并提供干预措施以帮助其恢复戒酒。

(33)早期和/或大量饮酒是移植失败及长期死亡的危险因素,需要积极干预以实现戒酒。

8 政策与预防

关键概念/陈述:

(34)公共政策干预措施可以减轻AUD和ALD并发症的负担,应广泛应用以降低饮酒相关的发病率和死亡率。

利益冲突声明:本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明:孙福荣负责翻译;王炳元负责审校。

参考文献:

- [1] JOPHLIN LL, SINGAL AK, BATALLER R, et al. ACG clinical guideline: Alcohol-associated liver disease[J]. Am J Gastroenterol, 2024, 119(1): 30-54. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002572.

收稿日期: 2024-05-04; 录用日期: 2024-05-30

本文编辑: 葛俊

引证本文: SUN FR, WANG BY. An excerpt of the American College of Gastroenterology clinical guideline on alcohol-associated liver disease in 2024[J]. J Clin Hepatol, 2024, 40(7): 1321-1323.

孙福荣, 王炳元. 《2024年美国胃肠病学会临床指南: 酒精相关性肝病》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(7): 1321-1323.