



临床肝胆病杂志
Journal of Clinical Hepatology
ISSN 1001-5256, CN 22-1108/R

《临床肝胆病杂志》网络首发论文

题目：《2024 年美国胃肠病学院指南：肝局灶性病变》摘译
作者：刘洋，赵腾，傅晓辉
网络首发日期：2024-09-23
引用格式：刘洋，赵腾，傅晓辉.《2024 年美国胃肠病学院指南：肝局灶性病变》摘译 [J/OL]. 临床肝胆病杂志. <https://link.cnki.net/urlid/22.1108.R.20240920.1701.002>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

指南与规范

《2024 年美国胃肠病学院指南：肝局灶性病变》摘译

刘洋, 赵腾, 傅晓辉

海军军医大学第三附属医院（东方肝胆外科医院）胆道二科，上海 200438

通信作者：傅晓辉，danlitfu@163.com

摘要：2024 年美国胃肠病学会基于现有的最佳循证医学证据对常见的肝局灶性病变的诊断和管理提出建议，包括肝脏实性病变及肝脏囊性病变等，较全面地更新了该协会 2014 版的肝局灶性病变临床指南。指南分类陈述了 51 条关键概念并进行了 18 项详细建议，对我国的肝脏良性病变诊疗也有一定借鉴意义。然而，鉴于肝局灶性病变起病隐匿，病情复杂、诊断难度大、高级别循证医学证据不足，故指南所提建议应作为一般指导原则而非机械照搬的准则，并结合我国国情应用。该指南为制订高质量肝胆外科循证指南提供了范例，指南列出的低-中等级循证医学证据及争议问题也为肝局灶性病变相关研究指明了未来重点突破的方向。

关键词：肝疾病；美国；诊疗准则

An Excerpt of ' 2024 American College of Gastroenterology Guidelines : Focal Liver Lesions

Liu Yang, Zhao Teng, Fu Xiaohui

Second Department of Biliary Tract, Third Affiliated Hospital of Naval Military Medical University (Eastern Hepatobiliary Surgery Hospital), Shanghai 200438

Abstract: In 2024, the American College of Gastroenterology released the updated clinical guidelines for the diagnosis and management of focal liver lesions, incorporating the latest evidence-based medicine. This revision expands on the 2014 guidelines and covers both solid and cystic liver lesions. The guidelines introduce 51 key concepts and 18 detailed recommendations, offering valuable insights into the diagnosis and treatment of benign liver lesions, including their potential applicability in China. However, given the complexity and often asymptomatic nature of focal liver lesions, coupled with diagnostic challenges and a lack of high-level evidence, these guidelines should serve as flexible recommendations rather than rigid protocols, tailored to the local healthcare contexts. Notably, the guidelines set a benchmark for high-quality, evidence-based hepatobiliary surgery guidelines, while the listing of moderate- to low-quality evidence highlights key areas for future research in focal liver diseases.

Key words: Liver Diseases; United States; Practice Guideline

肝局灶性病变（Focal Liver Lesions, FLL）是一种肝脏异常的囊性或实性病变，此次更新用“病变”来替代“肿块”，这符合最新的肝脏影像学报告和数据系统词典。美国胃肠病学会（the American College of Gastroenterology, ACG）长期关注肝局灶性病变的诊治，早在 2014 年编写了第 1 版临床指南。鉴于近年来有关肝局灶性病变研究证据涌现，ACG 组织写作小组检索截至 2022 年 9 月之前相关文献，全面回顾后重点关注高质量证据的研究，于 2024 年 4 月更新并发布了肝局灶性病变临床诊疗指南^[1]。

更新的指南共引用了 318 篇参考文献，内容由旧版的 16 页扩充为 30 页，显现了本次指南更新的力度。指南严格遵循 GRADE（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）证据分级系统，对研究证据质量和推荐强度分别作了详细说

明，其中推荐意见等级分强烈推荐、条件性推荐，证据质量等级分高、中等、低、极低级别证据等级。指南涵盖了肝细胞腺瘤、肝局灶性结节增生、肝血管瘤、单纯性肝囊肿、多囊性肝病等广泛内容，共提出了 18 条推荐意见。另外，指南还对 GRADE 评估中未包括的 51 条关键概念进行了陈述。

鉴于该指南代表了近年来肝局灶性病变领域的最新进展及诊疗理念，笔者拟结合临床关注的焦点问题，着眼于重点更新的高质量循证医学证据，对指南中的重点图表，概念和建议进行摘译。

1.肝局灶性病变的诊断

关键概念：

(1) 对于既往没有肝脏疾病的无症状患者，偶然发现肝脏病变，需检查包括详细的病史(癌症既往史)、体征(体重减轻、食欲不振和发烧)、用药史(口服避孕药和类固醇)、慢性肝病的危险因素(病毒性肝炎、输血史、纹身、静脉注射毒品和过量饮酒)、代谢综合征的特征(肥胖、血脂异常、胰岛素抵抗、高血压以及心血管疾病)、血液检查(肝酶、肿瘤标志物和病毒性肝炎)和对比增强成像(超声造影、MRI 和 CT)。

(2) 特征不充分和/或不典型的 FLL 应在多学科肝肿瘤委员会进行审查。

(3) 尽管 MRI 具有许多优势，但多相 MRI 和 CT 在 FLL 的诊断准确性方面统计学上没有显著差异。

(4) 在没有相关危险因素的患者中，大多数实性 FLL 是良性的，包括血管瘤、腺瘤或 FNH。

推荐意见：

(1) 对于病因不明的 FLL 患者，我们建议进行多期对比增强成像，最好是用 MRI 和 CT 检查动脉后期、门静脉期和延迟期（强烈推荐，低证据水平）。

2.肝实性病变

2.1 肝细胞腺瘤

关键概念：

(5) 男性使用合成代谢类固醇、女性和跨性别人群使用外源性激素、以及肥胖、多囊卵巢综合征、糖原蓄积病均是发生肝细胞腺瘤 (hepatocellular adenoma, HCA) 的危险因素。

(6) 肝细胞腺瘤通常是良性的，但可能会有出血和/或恶变的风险。

(7) 没有已知危险因素的患者中偶然发现实性肝肿块时，先进行多期造影增强成像(CT 或 MRI)，用来对肝细胞腺瘤进行诊断和分型。

(8) 对影像学上为非特征性表现或恶变表现的肝腺瘤进行活检。

(9) MRI 检查特性有利于炎性腺瘤 (Inflammatory-type adenomas, I-HCAs) 和肝细胞核因子-1a (Hepatocyte nuclear factor-1a, HNF-1a) 突变腺瘤的亚型分型，但对 b-连环蛋白突变、刺猬索尼克蛋白 (Sonic Hedgehog Protein) 和未分类腺瘤的亚型的分型不具有特异性。

(10) 发生 I-HCAs 的危险因素包括肥胖和/或代谢综合征的危险因素、酗酒和/或糖原储存病。

(11) 与其他临床亚型相比，b-连环蛋白突变的 HCA 有更高的恶变风险，无论大小如何都应切除。

(12) 男性患者肝细胞腺瘤的进展通常是 b-连环蛋白突变，并与恶变的高风险相关。

(13) 5 厘米以上的肝细胞腺瘤的女性患者应去除危险因素后接受 6-12 个月的随访，如果病变没有到 5 厘米内，则进行切除。

(14) 无论病变大小，男性肝细胞腺瘤应考虑手术切除，因为恶变的风险高。

(15) 妊娠期间应定期监测肝细胞腺瘤，如瘤长至 6.5 cm 以上或有出血性破裂的高危风险，应予以治疗。

(16)任何大小的肝腺瘤,如有影像学表现为恶变,应当做肝细胞癌(hepatocellular carcinoma, HCC)治疗,考虑手术切除、局部治疗和/或肝移植。

(17)肝细胞腺瘤病是 HCA 的一种变体,特征是 10 个或更多的肝细胞腺瘤,多有脂肪变性或糖原储存病相关背景。

(18)符合美国器官获取和移植网络(OPTN)移植政策的患者应考虑肝移植,特别是糖原蓄积病、不可切除的 b-连环蛋白突变腺瘤、因并发症不可切除出血或恶变的肝细胞腺瘤患者。

推荐意见:

(2)我们建议肝细胞腺瘤患者停用含激素的口服避孕药或宫内节育器(强烈推荐,证据质量低)。

(3)我们建议鼓励超重或肥胖肝细胞腺瘤患者减肥(条件性推荐,证据质量极低)。

(4)我们建议使用多相肝脏成像(最好是 MRI)而不是普通的横断面成像方式来准确区分肝细胞腺瘤和其他良性或恶性肝脏病变(条件性推荐,证据质量很低)。

(5)对于小于 5 厘米肝细胞腺瘤的女性,我们建议停用外源性激素,并建议超重或肥胖患者减肥(条件性推荐,证据水平极低)。

(6)对于小于 5 厘米肝细胞腺瘤的女性,我们建议每 6 个月进行一次对比增强成像监测,持续两年,两年后每年一次。(条件性推荐,证据水平低)。

(7)对于需要治疗但无法手术切除的肝细胞腺瘤患者,我们建议栓塞或消融作为替代治疗方法(条件性推荐,低证据水平)。

(8)对于肝细胞腺瘤破裂的患者,我们建议在稳定血流动力学后进行栓塞和/或手术切除(条件性推荐,证据水平极低)。

2.2 局灶性结节增生

关键概念:

(19)在大多数情况下,先进的成像技术,例如对比度增强多相 MRI(肝胆特异性对比)可以准确诊断局灶性结节增生(focal nodular hyperplasia, FNH),而不需要常规活检。

(20)影像学证实为 FNH 的患者,无需进一步随访。

(21)如果确诊为 FNH,那么即使在生长,也不需要切除。如果因为症状而考虑切除,那么必须告知患者手术后他们的症状可能不会改善,因为 FNH 很少引起症状。

(22)如果 FNH 病变有症状,并且由于合并症或解剖学上的考虑而不能选择手术,则可以考虑进行经导管动脉栓塞术(Transcatheter Arterial Embolization, TAE)以减小尺寸,并考虑是否使用博来霉素。

(23)与女性相比,患有 FNH 的男性不需要进行任何的评估、监测或治疗。

推荐意见:

(9)我们建议对疑似 FNH 的 FLL 患者进行多期 MRI 结合肝胆特异性对比评估,以区分 FNH 和 HCA(条件性推荐,证据质量低)。

(10)我们不建议诊断为 FNH 的患者常规停用口服避孕药(条件性推荐,证据质量极低)。

2.3 血管瘤

关键概念:

(24a)在肝脏正常且无潜在病史或肝脏疾病或恶性肿瘤危险因素的患者中,超声检查发现小于 2 厘米、边界清晰的无血管高回声病变可诊断为血管瘤。

(24b)对于病变不符合上述标准的患者,应进行多期对比增强成像以确认诊断。

(25)如果横断面成像中无法确诊疑似的血管瘤,那么下一步就是进行监测,并在多学科肿瘤委员会上对该病例进行复查。

(26)由于有出血的危险,应尽可能避免对疑似血管瘤进行活检。

(27a) 一旦确诊为血管瘤, 则无需进一步随访, 除非患者有肝硬化或其他恶性肿瘤风险, 如乙型肝炎。

(27b) 孕妇不需要对血管瘤进行监测, 即使在出现大的海绵状血管瘤的情况下。

(28) 即使是无症状的大海绵状血管瘤(一般大于 10 cm), 也不建议手术切除。也无需进一步随访。

(29) 切除血管瘤的指征是与病变相关的并发症, 如破裂、病灶内出血、消耗性凝血功能障碍或器官或血管受压。这些并发症很罕见。切除可通过开放或腹腔镜方法进行。

(30) 如果患者有与病变相关的并发症, 不能选择手术, 可以考虑其他治疗, 如消融术(微波或射频)、放射治疗、TAE, 或在极少数情况下肝移植。在这些情况下的治疗方案应在多学科肿瘤委员会讨论。

推荐意见:

(11) 对于疑似血管瘤的肝硬化或慢性乙型肝炎并符合 HCC 监测标准患者, 我们建议每 3 - 6 个月持续监测至少 1 年(强烈推荐, 证据质量低)。

2.4 有恶变可能的实性肝脏病变

关键概念:

(31) 患有肝细胞癌、胆管癌、神经内分泌肿瘤和结肠癌肝转移且符合肝移植指征的患者, 应在病程早期转诊到有经验的肝移植中心。

(32) 对于怀疑转移到肝脏的病变, 建议采用肝胆对比增强和扩散加权成像的 MRI 作为检查方式。

(33) 如果由于影像学高度怀疑肝上皮样血管内皮瘤 (hepatic epithelioid hemangioendothelioma, HEHE) 并计划切除, 则术前不一定需要进行穿刺针活检。

(34) 诊断为 HEHE 的患者应接受全身 CT 增强或全身 MRI 增强成像以确定疾病分期。可以考虑 PET-CT 或 PET-MRI, 但 HEHE 在 PET 上通常只是轻度或中度摄取。

(35) HEHE 应尽可能切除。不可切除的情况下, 除外肝外疾病的情况下可考虑肝移植。

(36) 在不可切除和不可移植的 HEHE 情况下, 鉴于指导治疗选择的证据很少, 患者应尽可能转诊到专科中心。在小型研究中, 消融治疗和立体定向放射治疗显示出一定的疗效。鉴于患者数量少, 从已发表的证据来看, 没有系统性治疗可以推荐。

(37) 对于纤维层状肝细胞癌 (fibrolamellar hepatocellular carcinoma, FLHCC) 患者, 手术切除是首选的治疗方法。对因肝脏局限性病变但无法切除的患者, 可根据具体情况考虑肝移植。

(38) 除临床试验外, 不建议对 FLHCC 进行新辅助或辅助全身治疗。

(39) 对于 FLHCC 患者, 应进行活检以明确诊断, 但活检行分子分析对指导全身治疗是无益的。

(40) 对于原发性肝血管肉瘤患者, 只要可行, 就应进行手术切除。

3.肝囊性病变

3.1 单纯性肝囊肿

关键概念:

(41) 对于无症状的复杂肝囊肿患者, 无论大小, 我们建议在多学科肿瘤委员会进行讨论, 并在 6-12 个月内进行影像学监测。

推荐意见:

(12) 对于无症状单纯性肝囊肿的患者, 无论大小, 我们都推荐不需要常规监测或干预的保守治疗(强烈推荐, 证据质量低)。

(13) 对于超声检查发现具有有特定的高危特征(如分隔、开窗、钙化、壁增厚或结节、异质性和存在子囊肿)的单纯性肝囊肿患者, 我们建议进一步行 CT 或 MRI 检查(强烈建议, 证据

质量低)。

我们建议对有症状的单纯性肝囊肿患者行囊肿开窗手术或抽吸联合硬化治疗(条件性推荐,证据质量低)。

3.2 多囊性肝病

关键概念:

(42) 多囊性肝病 (polycystic liver disease, PCLD) 的治疗目标应该是缓解症状和维持生活质量。

(43) PCLD 的治疗方案包括囊肿抽吸联合硬化疗法、手术囊肿开窗或主要囊肿切除术,应基于囊肿特征、潜在的肝脏储备功能以及医疗中心专业水平来确定。

(44) 对于因严重囊肿负荷而有难治性症状的多囊性肝病者,应考虑将肝移植(同时进行或不同时进行肾移植)作为一种根治性选择。

推荐意见:

(15) 我们建议患有 PCLD 的女性患者停止使用外源性雌激素。(条件性推荐,证据水平极低)。

(16) 对于 PCLD 患者肝脏中有许多小到中等大小的囊肿,不适合手术切除、囊肿开窗或抽吸硬化治疗,或者对于伴有症状性常染色体显性多囊肾病 (autosomal dominant polycystic kidney disease, ADPKD) 合并 PCLD 的患者,我们建议使用生长抑素类似药物进行医疗管理。(强烈推荐,证据水平中等)。

3.3 肝脏黏液性囊性肿瘤

关键概念:

(45) 由于敏感性低,不推荐肝脏黏液性囊性肿瘤 (mucinous cystic neoplasms of the liver, MCN-L) 行抽吸囊液或活检来区分良性和恶性。

(46a) 具有厚分隔、窗孔、结节、钙化或混合实性和囊性成分等影像学特征的低度恶性可能的 MCN - L 需要及时评估以进行完整手术切除。

(46b) 对于不适合手术的患者,应影像学监测随访,但不推荐特定的间隔时间。如有变化提示恶性变性,应在多学科肿瘤委员会讨论,以考虑治疗选择。

3.4 胆道错构瘤和胆管周围囊肿

关键概念:

(47) 胆管错构瘤和胆管周围囊肿是良性畸形,不需要影像学监测。

(48) 胆管导管内乳头状瘤是胆管癌前病变,具有恶变的高风险,因此,即使在手术切除后,仍建议继续进行影像学监测。

3.5 胆总管囊肿

关键概念:

(49a) 胆总管囊肿的管理和治疗是基于囊肿的类型和恶变的风险。

(49b) I 型或 IV 型胆总管囊肿最常与恶性肿瘤相关,尽管不推荐具体的间隔时间,但应接受影像学检查随访。

(50) IV 型和 V 型胆总管囊肿,当不可切除时,应考虑肝移植。

3.6 棘球蚴/棘球蚴囊肿

关键概念:

(51a) 对于有症状或活动性包虫病的患者,应在术前或穿刺包虫病前用抗虫药物治疗,以防止复发、二次播散,以及为无法手术的患者降低囊肿压力。

(51b) 除非经皮穿刺抽吸或有手术禁忌,否则不建议单独药物治疗,因为治疗无效。

推荐意见:

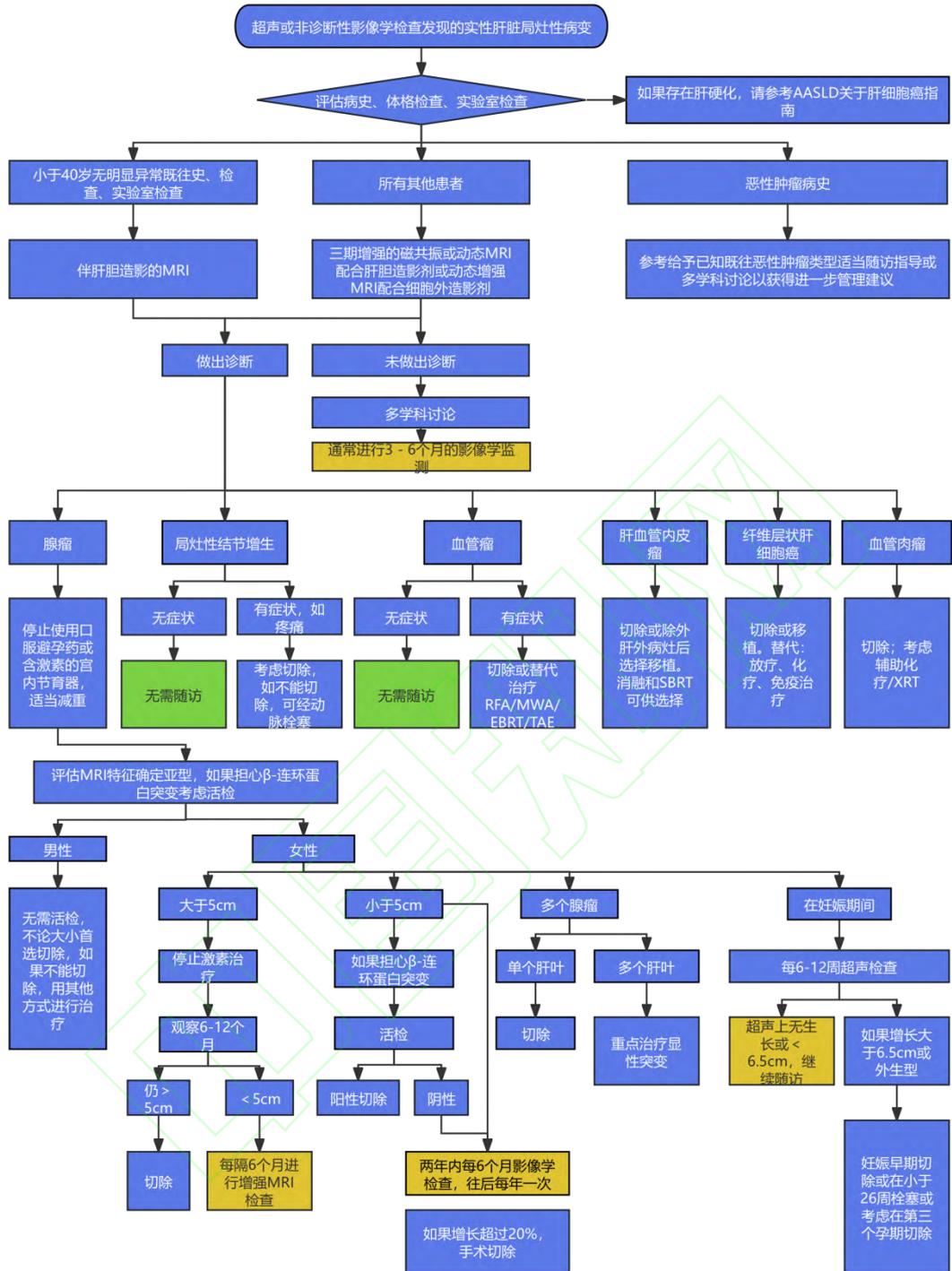
(17) 我们建议在排除手术禁忌症的情况下,对复杂包虫病患者(即伴有胆道瘘或与胆道相

连的包虫病、多分隔的包虫病、破裂或出血、继发感染或经皮无法触及的包虫病)进行手术治疗。(条件性推荐，证据水平极低)

(18) 对于不能选择手术治疗的无并发症包虫囊肿患者，我们建议经皮穿刺、抽吸、注射杀菌剂、呼吸道辅助抗虫治疗(条件性推荐，证据水平低)。

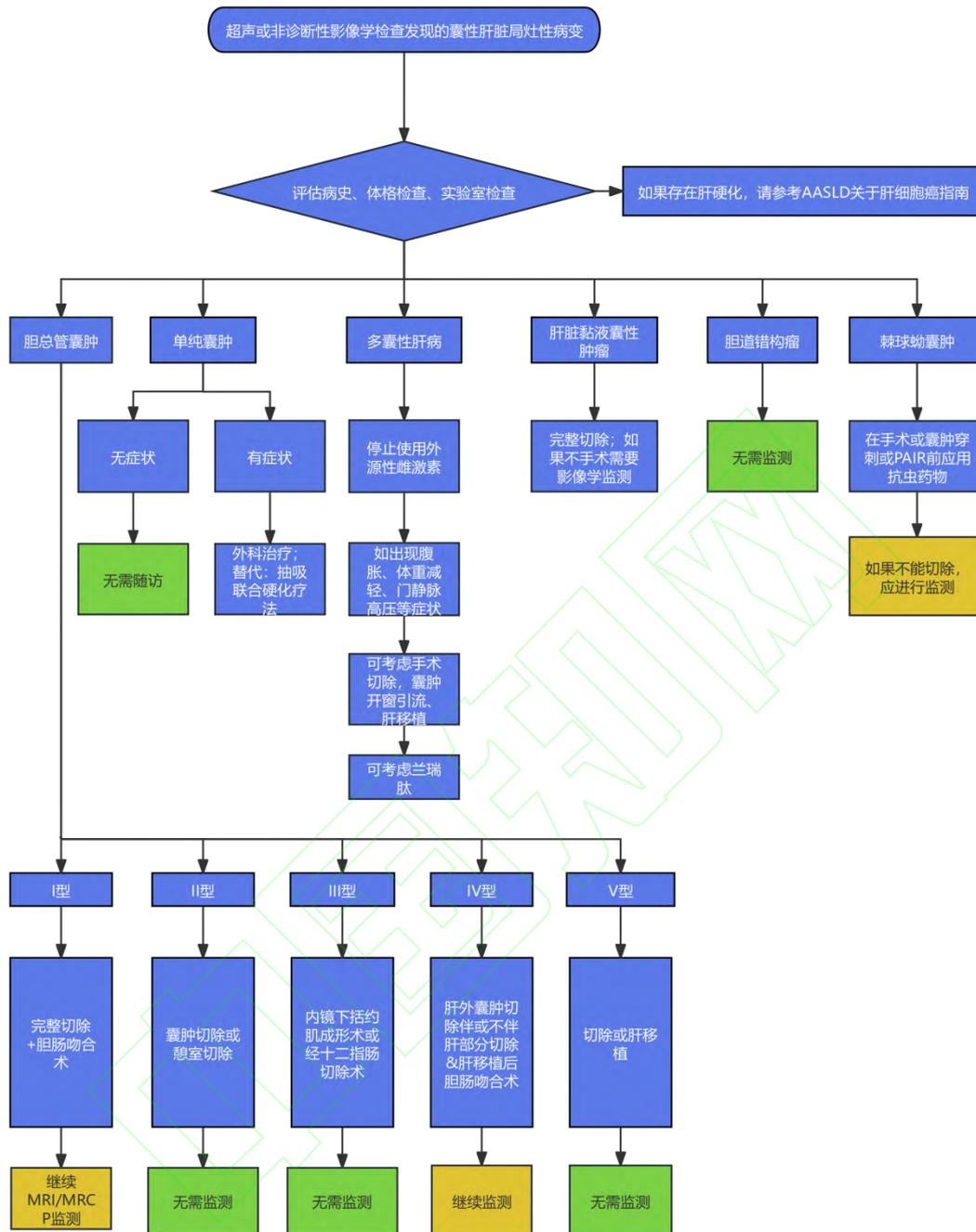
4.总结与展望

随着技术的不断发展，FLL 检出率仍持续上升，FLL 的诊治仍是较为关注的问题。ACG 肝局灶性病变指南采用 GRADE 分级系统，凝练了 51 条关键概念，提出 18 条推荐意见，是一部与时俱进的高水平循证医学指南。指南所列高级别证据对于 FLL 的诊治有重要价值，中等强度以下证据则是未来研究的重点方向。包括放射诊断在内的许多医学领域因为人工智能以及深度学习系统和神经网络的应用，使得 FLL 的检测和分类的研究工作有望被人工智能取代，然而，人工智能依旧不能取代专业医疗人员，他们可以将影像学特征和患者病史结合起来进行诊断，即便有影像学诊断，患者仍将继续依赖他们的医生为正在进行的治疗提供最佳建议。对实性肝局灶性病变的建议见图 1，对囊性肝局灶性病变的建议见图 2。



流程图 1 对实性肝局灶性病变的建议

RFA:射频消融（Radiofrequency Ablation）； MWA:微波消融（Microwave Ablation）； EBRT:外照射放疗（External Beam Radiation Therapy）； TAE:经导管动脉栓塞术（Transcatheter Arterial Embolization）； SBRT:立体定向体部放射治疗（Stereotactic Body Radiation Therapy）； XRT:放射治疗（Radiation Therapy）



流程图 2 对囊性肝局灶性病变的建议

PAIR：一种治疗包虫病（棘球蚴病）的方法，全称是“Puncture, Aspiration, Injection, Reaspiration”，即穿刺、抽吸、注射、再抽吸。

参考文献

[1] Frenette, C., Mendiratta-Lala, M., Salgia, R., Wong, R. J., Sauer, B. G., & Pillai, A. (2024). ACG Clinical Guideline: Focal Liver Lesions. *The American journal of gastroenterology*, 119(7), 1235–1271. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002857>