

· 指南与规范 ·

DOI: 10.12449/JCH250606

《2025年欧洲肝病学会临床实践指南:经颈静脉肝内门体分流术》 摘译

李婉慈, 沈建, 朱晓黎

苏州大学附属第一医院介入科, 江苏 苏州 215031

通信作者: 朱晓黎, zhuxiaoli90@163.com (ORCID: 0000-0003-0998-0124)

摘要: 经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)是目前治疗门静脉高压并发症的有效方法。近年来,TIPS在技术方法、预后模型和适应证扩展等领域取得了快速进展。欧洲肝病学会近期发布了针对TIPS的临床实践指南,该指南全面涵盖了TIPS在肝硬化患者中的各个应用层面。本文对指南中的重要推荐意见进行摘译。

关键词: 门体分流术, 经颈静脉肝内; 高血压, 门静脉; 诊疗准则

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(82472083); 江苏省自然科学基金面上项目(SBK2023022210); 苏州大学临床创新交叉转化项目(ML12203323)

An excerpt of EASL clinical practice guidelines on TIPS (2025 edition)

*LI Wanci, SHEN Jian, ZHU Xiaoli**Department of Interventional Radiology, The First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou, Jiangsu 215031, China**Corresponding author: ZHU Xiaoli, zhuxiaoli90@163.com (ORCID: 0000-0003-0998-0124)*

Abstract: Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) is currently an effective procedure for the complications of portal hypertension. In recent years, rapid progress has been made in the field of TIPS in terms of technical approaches, prognostic models, and an expanding range of indications. The EASL recently issued the clinical practice guidelines on TIPS to comprehensively address all aspects of TIPS in patients with liver cirrhosis. This article makes an excerpt of the key recommendations in the guidelines.

Key words: Portasystemic Shunt, Transjugular Intrahepatic; Hypertension, Portal; Practice Guideline

Research funding: National Natural Science Foundation of China General Program (82472083); Jiangsu Provincial Natural Science Foundation General Project (SBK2023022210); Soochow University Clinical Innovation Cross-Translational Project (ML12203323)

经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)是20世纪80年代发展起来的一种用于治疗肝硬化门静脉高压并发症的微创手术方法。目前,TIPS已成为治疗静脉曲张出血和顽固性腹水的标准方法。随着全球TIPS手术量的持续增加,多方面凸显了更新标准化指南的必要性,包括TIPS适应证的拓展、多学科团队的参与、患者选择的重要性 and 术前评估、手术技术以及术后随访的变化。为此,欧洲肝病学会(EASL)特别召集了国际专家小组更

新了这一指南^[1]。指南中证据级别和建议根据牛津循证医学中心标准进行分级(表1和表2)。本文对指南中的重要推荐意见摘译如下。

1 TIPS术前患者评估与选择

1.1 对于拟接受择期TIPS的肝硬化患者,为改善患者预后,哪些专科医生应参与术前评估?

推荐意见 1: 同时具备肝脏病学和胃肠病学专业知识的

表1 基于牛津循证医学中心的证据等级标准

Table 1 Level of evidence based on the Oxford Centre for Evidence-based Medicine

等级	标准	高、中、低证据质量
1	随机对照试验的系统评价(具有同质性)	进一步研究不太可能改变对获益和风险评估的信心
2	随机对照试验或具有显著效果的观察性研究;低质量研究(如非随机、回顾性研究)的系统评价	
3	非随机对照队列/随访研究/随机试验的对照组(系统评价通常优于单项研究)	进一步研究(如果进行)可能会影响对获益和风险评估的信心,并可能改变评估结果
4	病例系列、病例对照或历史对照研究(系统评价通常优于单项研究)	
5	专家意见(基于机制推理)	任何效果评估均存在不确定性

表2 推荐等级

Table 2 Grades of recommendation

等级	描述	标准
强推荐	应,应当,推荐;不应,不推荐	证据充分、研究一致性、风险-获益比、患者偏好、伦理义务、可行性
弱推荐或开放式推荐	可,可能,建议;不可,不建议	

医生应参与初始决策,评估是否适合行择期TIPS,具备TIPS操作资质的介入医师需进一步会诊以评估技术可行性。若所在中心缺乏经验,建议转诊至权威医疗中心。(证据等级5,强推荐,强共识)

推荐意见2:根据患者个体情况,可请移植外科、心内科、麻醉科、血液科、神经内科、肾内科等科室进行会诊。(证据等级5,弱推荐,强共识)

1.2 对于拟接受择期TIPS的肝硬化患者,为达到预期的良好预后,术前应完善哪些医学评估?哪些患者接受TIPS治疗可能导致不可接受的并发症或者死亡?

推荐意见3:择期TIPS术前评估应包括详细的病史和体格检查,重点关注显性肝性脑病(HE)和心肺功能障碍。实验室检查至少包括国际标准化比值(INR)、血小板计数、血红蛋白和全面的代谢相关检查,以评估出血风险、肝功能异常程度、肾功能以及计算MELD和/或Child-Pugh评分,也可以考虑其他预后评分,如TIPS术后生存指数评分(FIPS)、改良TIPS评分(MOTS)。(证据等级5,强推荐,一般共识)

推荐意见4:肝硬化患者合并如下情况不建议接受择期TIPS:严重的右心或左心功能不全、中重度肺动脉高压(基于侵入性检查)、未治疗的严重瓣膜性心脏病、未控制的全身感染、难治性HE(不合并可干预的自发性分流)、未解除的胆道梗阻以及肝内病变妨碍TIPS支架释放。(证据等级2,强推荐,强共识)

1.3 对于拟接受择期TIPS的肝硬化患者,术前应该如何评估肝功能以预测预后?

推荐意见5:MELD评分仍然是最准确的预测模型,应作为评估肝功能和TIPS术后生存的主要工具。建议采用多学科方法而非单一MELD截断值来评估TIPS适宜人群。(证据等级2,强推荐,强共识)

1.4 对于拟接受择期TIPS的肝硬化患者,术前应进行哪些具体检查以评估TIPS术后HE的风险?

推荐意见6:针对隐匿性或轻度HE的检测可考虑用来预测风险,并和患者进行讨论。(证据等级3,弱推荐,共识)

推荐意见7:HE风险评估应包括既往HE病史以及显性HE的治疗反应、肝功能不全严重程度、低钠血症、高龄、肌少症、肾功能衰竭和大型自发性门体分流。(证据等级2,强推荐,强共识)

1.5 对于拟接受择期TIPS的肝硬化患者,应使用哪种影像学方法评估治疗可行性及并发症风险?

推荐意见8:应采取横断面多期增强CT或MRI扫描,重点关注门静脉期成像,有助于制定TIPS术前规划。(证据等级5,强推荐,一般共识)

1.6 对于拟接受择期TIPS的肝硬化患者,应进行哪些特殊的心、肺、肾检查,以评估TIPS术后心、肺或肾功能障碍的风险?

推荐意见9:应进行全面的超声心动图检查,以评估收缩功能、舒张功能、瓣膜结构和功能、右心房压和右心室收缩压。(证据等级2,强推荐,强共识)

推荐意见10:脑钠肽(BNP)或氨基末端脑钠肽前体(NT-proBNP)可考虑用于心脏风险分层。(证据等级3,弱推荐,一般共识)

推荐意见11:TIPS术前应进行心电图检查,以确定是否有潜在的缺血和/或心律失常。(证据等级5,强推荐,强共识)

推荐意见12:应在手术前通过测量血肌酐(sCr)或肾小球滤过率(GFR)(估计或测量)评估肾功能。(证据等级3,强推荐,强共识)

推荐意见13:虽然肾功能不全与TIPS患者预后相关,但

sCr、慢性肾病分期或是否存在肾脏替代治疗不能做为绝对禁忌证。(证据等级5,弱推荐,一般共识)

1.7 对于拟接受择期TIPS的肝硬化患者,基础肝病的治疗是否能改善TIPS术后患者预后?如果肝硬化的病因是可治疗的,TIPS手术是否应该延期?

推荐意见14:如果可行,建议治疗基础肝病,以改善TIPS预后。目前没有证据支持在基础肝病可治疗的情况下,延迟TIPS手术。(证据等级5,强推荐,一般共识)

1.8 对于拟接受择期TIPS的肝硬化患者,在术前评估时是否应常规讨论肝移植?

推荐意见15:肝移植应该被考虑,但是由于证据不足,不建议TIPS术前常规评估。基于个体化预估肝移植的潜在需求,TIPS中心与肝移植中心之间的交流探讨至关重要。(证据等级5,强推荐,一般共识)

2 出血

2.1 对于肝硬化合并门静脉高压相关急性静脉曲张出血未能控制的患者,相较于其他治疗,TIPS是否可以改善患者预后?

推荐意见16:尽管接受了标准治疗,但对于肝硬化合并门静脉高压相关急性静脉曲张出血治疗失败或早期再出血(<5天)患者,应考虑挽救性TIPS。(证据等级3,强推荐,强共识)

2.2 对于肝硬化合并门静脉高压相关急性静脉曲张出血未能控制的患者,其他治疗方法无法改善患者预后时,什么情况下不推荐使用挽救性TIPS?

推荐意见17:如果MELD评分 ≥ 30 或乳酸 ≥ 12 mmol/L或慢加急性肝衰竭(ACLF)3b级,则不建议肝硬化合并门静脉高压相关急性静脉曲张出血治疗失败的患者进行挽救性TIPS,此类患者预后较差。对于不适合肝移植的患者尤其如此。(证据等级3,弱推荐,强共识)

2.3 在肝硬化合并门静脉高压相关急性静脉曲张出血患者中,哪些标准可用于选择优先TIPS而非其他替代治疗?

推荐意见18:高风险患者[食管静脉曲张或1型胃食管静脉曲张(GOV1),Child-Pugh B >7 伴内镜下活动性出血(尽管使用了血管活性药物)或Child-Pugh C <14 ,或肝静脉压力梯度(HVPG) ≥ 20 mmHg]应接受优先TIPS治疗。(证据等级1,强推荐,强共识)

2.4 针对肝硬化合并门静脉高压相关出血且适合优先TIPS患者,哪些术前检查及评估流程可改善患者预后?

推荐意见19:对于适合优先TIPS的患者,必要的初步评估包括肝功能相关指标,横断位多期增强CT或者多普勒超声检查。(证据等级5,弱推荐,强共识)

2.5 对于符合高风险标准的肝硬化合并门静脉高压相关出血患者,在超过72h窗口期后行优先TIPS是否比替代治疗更能改善预后?

推荐意见20:应在最初72h内行优先TIPS,以改善满足高风险标准的肝硬化合并门静脉高压相关出血患者的生存。(证据等级1,强推荐,强共识)

推荐意见21:在72h窗口期后,部分精选的患者仍可从优先TIPS中获益,并可考虑转诊至权威医疗中心救治。(证据等级4,弱推荐,强共识)

2.6 肝硬化患者首次发生门静脉高压相关静脉曲张出血后,与标准二级预防[非选择性 β 受体阻滞剂(NSBB)+内镜下套扎治疗(EBL)]相比,TIPS是否可以改善患者结局?

推荐意见22:标准二级预防(NSBB+EBL)仍应作为一线治疗。在二级预防失败的情况下,对于部分精选的患者可考虑TIPS治疗。(证据等级5,强推荐,强共识)

推荐意见23:对于首次发生门静脉高压相关静脉曲张出血但不符合高危标准且伴有2级腹水或门静脉血栓的患者,TIPS可能是更合适的治疗方法。(证据等级2,弱推荐,强共识)

2.7 对于胃静脉曲张、异位静脉曲张相关出血或门静脉高压性胃病患者,与标准治疗相比,TIPS是否应作为一线治疗以改善患者结局?

推荐意见24:在胃静脉曲张或异位静脉曲张相关出血的患者中,特别是出血来自2型胃食管静脉曲张(GOV2)或1型孤立性胃静脉曲张(IGV1),TIPS可以作为NSBB+内镜治疗或球囊导管逆行静脉栓塞术(balloon occluded retrograde transvenous obliteration, BRTO)预防再出血的一线替代治疗方案。(证据等级3,弱推荐,一般共识)

推荐意见25:对于NSBB联合内镜标准治疗困难的门静脉高压性胃病,可考虑行TIPS治疗。(证据等级4,弱推荐,强共识)

3 腹水与肾脏

3.1 在肝硬化合并腹水患者中,与替代治疗相比,哪些患者可考虑行TIPS治疗改善患者结局(减少远期失代偿、肝移植、死亡)?

推荐意见26:对于尽管接受最佳药物治疗仍需反复穿刺引流大量腹水的患者,应早期行TIPS以改善患者结局。(证据等级1,强推荐,强共识)

3.2 在肝硬化合并肝性胸腔积液患者中,与替代治疗相比,哪些患者可考虑行TIPS治疗改善患者结局(减少失代偿、ACLF、肝移植、死亡)?

推荐意见27:肝硬化合并难治性肝性胸腔积液的患者可

考虑行TIPS治疗,以改善患者结局。(证据等级4,弱推荐,强共识)

3.3 在肝硬化合并肝肾综合征-急性肾损伤(HRS-AKI)患者中,与替代治疗相比,TIPS可否降低此类患者的发病率和死亡率?

推荐意见 28:由于证据不足,不推荐TIPS用于降低HRS-AKI患者的发病率或死亡率。(证据等级4,弱推荐,强共识)

3.4 在肝硬化合并肝肾综合征-非急性肾损伤(HRS-NAKI)患者中,与替代治疗相比,TIPS可否降低此类患者的发病率和死亡率?

推荐意见 29:肝硬化患者合并腹水及HRS-NAKI患者可以考虑行TIPS治疗,以降低此类患者的发病率或死亡率。(证据等级4,弱推荐,强共识)

4 分流手术:技术环节

4.1 对于需要行TIPS的肝硬化患者,在TIPS手术时哪些技术环节可以改善患者结局?

推荐意见 30:建议使用实时超声引导(经腹或血管内)进行门静脉标记和穿刺,以降低穿刺相关并发症的风险,并减少患者和医务人员的辐射暴露。(证据等级4,弱推荐,强共识)

推荐意见 31:应在门静脉穿刺置管成功后和手术结束时分别进行门静脉压力梯度(PCPG)测量,以评价TIPS术后的即时血流动力学变化。(证据等级3,强推荐,强共识)

4.2 肝硬化患者进行TIPS手术时,何种支架类型、扩张程度以及PCPG测值既能控制门静脉高压,又可以减少HE及其他分流相关并发症的风险?

推荐意见 32:TIPS手术时建议使用ePTFE覆膜支架,并将覆膜支架延伸至肝静脉/下腔静脉交界处,因为覆膜支架的通畅性和临床预后显著优于金属裸支架。此外,支

架应达到充分血流动力学反应(PCPG<12 mmHg)所需的最小直径。(证据等级2,强推荐,强共识)

4.3 对于需要行TIPS的肝硬化患者,术中是否应该考虑栓塞侧支以改善患者预后?

推荐意见 33:对于TIPS术后静脉曲张持续显影的患者可考虑栓塞侧支。(证据等级3,弱推荐,一般共识)

4.4 在行择期TIPS的肝硬化患者中,是否应该纠正凝血功能异常以减少手术相关并发症?

推荐意见 34:在需要TIPS治疗的患者中,由于缺乏支持性证据,不建议常规纠正凝血功能异常以改善结局。(证据等级4,强推荐,强共识)

4.5 肝硬化患者需要行择期TIPS时,围手术期是否应使用广谱抗生素预防以改善预后?

推荐意见 35:针对非出血性适应证接受择期TIPS治疗的肝硬化患者,目前不推荐常规系统性应用抗生素预防以改善预后。鉴于菌血症和持续发热的严重性,未来需通过临床研究明确哪些高危人群可能从抗生素预防中获益。(证据等级4级,弱推荐,一般共识)

5 TIPS术后随访(表3)

5.1 在接受TIPS治疗的肝硬化患者中,应如何提高TIPS监测的有效性[间隔时间(定期vs有临床症状时)、检查、实验室检测]以改善患者结局(如减少远期失代偿、肝移植、死亡)?

推荐意见 36:出院前应排除早期并发症,包括出血和/或缺血导致的肝功能衰竭(实验室检查,必要时进行超声检查)。(证据等级4,强推荐,强共识)

推荐意见 37:TIPS术后4~6周需要密切监测,包括并发症和器官功能检查,此后在第1年内至少每3个月监测1次。(证据等级4,强推荐,强共识)

推荐意见 38:在出现门静脉高压并发症复发、再出血、新发腹水或腹水4~8周末消退的情况下,则应怀疑TIPS

表3 TIPS术后推荐随访

Table 3 Recommended follow-up after TIPS creation

项目	出院前	4~6周	3个月	6个月	9个月	12个月
一般检查,包括心脏和肝脏失代偿征象	√	√	√	√	√	√
HE的临床表现和分级	√	√	√	√	√	√
Hb、PLT、INR、血清胆红素、Alb、转氨酶、GGT、ALP、sCr、血清钠	√	√	√	√	√	√
Child-Pugh和MELD评分	√	√	√	√	√	√
血清甲胎蛋白				√		√
多普勒超声		√		√		√
血管造影和门体压力梯度测量	可选	临床或多普勒超声怀疑分流道功能障碍时				
经胸超声心动图		怀疑心功能衰竭时				

分流道失功。(证据等级4,强推荐,一般共识)

5.2 在接受TIPS治疗的肝硬化和门静脉高压患者中,随访期间应使用哪种影像学检查(超声 vs CT/MRI)来识别分流道功能障碍?

推荐意见 39: TIPS分流道失功的诊断应按照多普勒超声、血管造影和PCPG测量的顺序进行。(证据等级4,强推荐,强共识)

推荐意见 40: 常规多普勒超声检查应在TIPS术后4~6周进行,之后每6个月定期复查,并与肝细胞癌(HCC)筛查同步实施;若怀疑TIPS分流道失功,需立即安排超声评估。(证据等级4,强推荐,强共识)

5.3 对于接受TIPS治疗的肝硬化患者,随访中是否推荐系统性的血流动力学监测(而非按需选择)以预防分流道功能障碍?

推荐意见 41: 血管造影检查(包括PCPG测量)仅推荐存在临床和/或超声怀疑TIPS功能障碍时进行,而不作为常规随访手段。(证据等级4,强推荐,强共识)

5.4 对于接受TIPS治疗的肝硬化患者,如何监测并预防HE和心功能失代偿?

推荐意见 42: TIPS术后患者应在常规随访中,基于West Haven标准对显性HE进行临床分级。(证据等级4,强推荐,强共识)

推荐意见 43: 患者TIPS术后,若临床怀疑心功能失代偿,推荐采用经胸超声心动图进行心脏结构与功能评估。若患者出现严重的心功能障碍、疑似肺动脉高压或患者对初始治疗无反应,需行右心导管检查联合压力测量,以精准评估血流动力学状态。(证据等级4,强推荐,一般共识)

5.5 对于接受TIPS治疗的肝硬化患者,何时需要修正分流道以改善患者预后?

推荐意见 44: 若患者临床上出现门静脉高压相关症状治疗无效或再发,或超声提示TIPS分流道功能障碍,需要行TIPS血管造影并测量PCPG。(证据等级4,强推荐,强共识)

推荐意见 45: 在实施TIPS分流道修正前,必须排除下列禁忌证:未控制的感染、肝功能衰竭、心功能衰竭、重度或难治性HE。(证据等级4,强推荐,强共识)

推荐意见 46: TIPS分流道修正应尽快实施(特别是合并出血的患者),包括球囊扩张、支架重置和/或侧支血管栓塞。(证据等级4,强推荐,强共识)

5.6 对于接受TIPS治疗的肝硬化患者,何时应进行分流道缩窄或闭塞,以减少过度分流相关的并发症发生?

推荐意见 47: 对于存在过度分流导致的急性临床症状(如肝衰竭、心衰)且无竞争性侧支循环的患者,应缩小或闭塞TIPS分流道。(证据等级3,强推荐,强共识)

推荐意见 48: 对于存在过度分流导致的慢性临床症状(如经药物治疗仍出现超过3次严重HE发作或慢性HE)且无竞争性侧支循环的患者,应缩小或闭塞TIPS分流道。(证据等级3,强推荐,强共识)

推荐意见 49: 对于存在明显竞争性侧支循环(如TIPS功能正常但仍存在离肝血流侧支循环)的患者,应在TIPS缩窄或闭塞前进行侧支栓塞。(证据等级4,强推荐,强共识)

5.7 对于接受TIPS治疗的肝硬化患者,哪些术后治疗(如内镜筛查、NSBB、利尿剂、抗血小板和抗凝药物)能有效控制门静脉高压相关并发症?

推荐意见 50: 当最终PCPG低于12 mmHg时,应停用NSBB(除非存在其他临床适应证需继续使用)。(证据等级4,强推荐,强共识)

推荐意见 51: 对于所有TIPS治疗的患者,若怀疑TIPS功能障碍且无法修正分流道时,应进行内镜筛查,以评估门静脉高压相关并发症风险。(证据等级4,强推荐,共识)

推荐意见 52: 对于存在腹水的肝硬化患者,或存在心脏失代偿高风险/已发生失代偿的患者,若肾功能允许,应启动或继续利尿剂治疗。(证据等级4,强推荐,强共识)

推荐意见 53: 不推荐常规使用抗凝或抗血小板药物以改善TIPS分流道通畅性。(证据等级4,弱推荐,一般共识)

5.8 肝硬化患者接受TIPS治疗后如何监测和管理局灶性肝脏病变以提高HCC早诊率?

推荐意见 54: 对于接受TIPS治疗的患者,局灶性肝脏病变的监测与管理,应遵循与非TIPS患者相同的现行临床实践指南。(证据等级3,强推荐,强共识)

6 肝性脑病-营养-肌少症

6.1 对于接受TIPS治疗的肝硬化患者,是否应该在TIPS术前进行HE的预防,以减少术后HE的发生?

推荐意见 55: 对于无HE病史的肝硬化患者,在行非急诊TIPS术前可以考虑使用利福昔明预防HE发生。(证据等级3,弱推荐,一般共识)

推荐意见 56: 对于有HE病史的肝硬化患者,在行非急诊TIPS术前必须考虑使用利福昔明预防HE发生。(证据等级2,强推荐,强共识)

6.2 对于TIPS术后出现HE的患者,应该使用什么方法来治疗HE并避免复发?

推荐意见 57: 尽管缺乏相应的研究,对于无TIPS手术史的HE患者,推荐使用乳果糖治疗HE并预防其复发。(证据等级5,强推荐,强共识)

推荐意见 58: 对于乳果糖治疗HE疗效不佳或患者不耐

受的情况,可联合或替换使用利福昔明。(证据等级4,弱推荐,强共识)

6.3 在计划择期行TIPS的患者中,术前是否应常规评估肌肉减少症及营养状态?

推荐意见 59:鉴于并不充分的证据,不推荐通过断层成像检查常规评估肌肉减少症以降低择期TIPS术后HE风险。然而,营养状态是肝硬化患者预后的重要影响因素,肌少症的诊断可促使采取针对性干预措施以改善患者临床结局。(证据等级4,弱推荐,强共识)

6.4 对于需行择期TIPS术的肌少症患者,术前及术后是否应实施规范化营养干预以改善营养状态并降低HE风险?

推荐意见 60:所有肝硬化患者均应考虑接受营养咨询、摄入能量与蛋白质以及体育锻炼,但目前尚无明确证据表明上述干预措施可降低TIPS术后HE发生率。(证据等级5,强推荐,强共识)

7 HCC和肝移植背景下的TIPS

7.1 对于需要行TIPS的肝硬化合并HCC患者,TIPS的绝对禁忌证有哪些?

推荐意见 61:符合肝移植标准的肝硬化合并HCC患者,其TIPS的绝对禁忌证应与无HCC的肝硬化患者一致。(证据等级3,强推荐,强共识)

推荐意见 62:进展期HCC为TIPS的相对禁忌证,需根据HCC的预后及治疗选择进行个体化评估。TIPS分流道需经过肿瘤或合并门静脉癌栓时不推荐行TIPS治疗。(证据等级3,强推荐,强共识)

7.2 在已经接受TIPS治疗的HCC患者中,局部治疗和系统治疗的可行性和安全性如何?这些治疗是否能改善患者预后?

推荐意见 63:对于肝功能Child-Pugh A/B级、体能状态良好且肿瘤负荷较小的接受TIPS治疗的肝硬化合并HCC患者,消融与系统治疗是安全可行的,可用于改善患者预后。(证据等级4,弱推荐,强共识)

推荐意见 64:TIPS术后患者因门静脉灌注减少,应谨慎

考虑行经动脉化疗栓塞术(TACE)。(证据等级5,强推荐,共识)

推荐意见 65:若选择动脉内治疗(如TACE),应尽可能采用超选择性插管技术以减少缺血性肝损伤。相较于TACE,经动脉放射性栓塞(TARE)可能是更优选择,肝缺血风险更小。(证据等级4,弱推荐,强共识)

7.3 对于合并门静脉血栓或门静脉海绵样变且等待肝移植的肝硬化患者,与替代治疗相比,TIPS是否可改善患者预后?

推荐意见 66:对于肝硬化合并完全性门静脉血栓或门静脉海绵样变且抗凝治疗后仍进展的患者,推荐行TIPS联合门静脉再通术,以提高肝移植的可行性并使生理性门静脉吻合得以实现。(证据等级4,强推荐,强共识)

7.4 对于肝移植后出现门静脉高压相关并发症的患者,与替代治疗相比,TIPS是否可改善患者预后?

推荐意见 67:TIPS具有可行性,可在标准治疗失败后和/或作为再次肝移植的桥接治疗时予以考虑。(证据等级3,弱推荐,强共识)

利益冲突声明:本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明:李婉慈负责翻译;沈健、朱晓黎负责审校。

参考文献:

- [1] European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on TIPS[J]. J Hepatol, 2025. DOI: 10.1016/j.jhep.2025.01.029. [Online ahead of print].

收稿日期: 2025-05-14; 录用日期: 2025-05-26

本文编辑: 刘晓红

引证本文: LI WC, SHEN J, ZHU XL. An excerpt of EASL clinical practice guidelines on TIPS (2025 edition)[J]. J Clin Hepatol, 2025, 41(6): 1037-1042.

李婉慈, 沈建, 朱晓黎. 《2025年欧洲肝病学会临床实践指南:经颈静脉肝内门体分流术》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2025, 41(6): 1037-1042.