

· 指南与规范 ·

DOI: 10.12449/JCH250910

《2025年国际妇产科联盟指南：肝病与妊娠》摘译

周冠伦¹, 高诗婧², 金倩如², 韩国荣¹

1 南京中医药大学附属南京医院(南京市第二医院)妇产科, 南京 210003

2 南京中医药大学研究生院, 南京 210023

通信作者: 韩国荣, njyy033@njucm.edu.cn (ORCID: 0000-0002-1397-8185)

摘要: 罹患慢性肝病后妊娠的女性数量不断攀升, 而妊娠特发性肝病影响着约3%的孕产妇, 这两类疾病均可导致严重的母胎并发症甚至死亡。来自各大洲具有丰富妊娠期肝病管理经验的专家团队参与了本指南的制定工作。本版指南系统涵盖了最常见的妊娠特发性肝病及妊娠合并急慢性肝病, 汇总了基于循证医学证据的临床指南及管理建议, 旨在提高对该类人群的临床管理水平。

关键词: 肝疾病; 妊娠; 诊疗准则

基金项目: 北京陈菊梅公益基金会(JM2024070004)

An excerpt of the Federation International of Gynecology and Obstetrics guideline on liver disease and pregnancy (2025)

ZHOU Guanlun¹, GAO Shijing², JIN Qianru², HAN Guorong¹

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Nanjing Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine & Nanjing Second Hospital, Nanjing 210003, China; 2. Graduate School of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China

Corresponding author: HAN Guorong, njyy033@njucm.edu.cn (ORCID: 0000-0002-1397-8185)

Abstract: The number of women entering pregnancy with chronic liver disease is rising, and gestational liver disorders affect 3% of the pregnant population. Both can be associated with significant maternal and fetal morbidity and mortality. An international panel of experts with extensive experience in managing liver disease during pregnancy from various continents contributed to the formulation of these guidelines. This edition of the International Federation of Gynecology and Obstetrics guidelines on liver disease and pregnancy systematically addresses the most common diseases of gestational liver disorders and pregnancy comorbid with acute and chronic liver diseases and summarizes evidence-based clinical guidance and management recommendations, in order to enhance the clinical management of this patient population.

Key words: Liver Diseases; Pregnancy; Practice Guideline

Research funding: Chen Jumei Foundation (JM2024070004)

1 妊娠期肝损伤的评估方法

2025年4月发布的《国际妇产科联盟(FIGO)指南:肝病与妊娠》^[1]将妊娠期肝脏疾病分为两大类:妊娠特发性肝病和妊娠合并急慢性肝病。妊娠特发性肝病累及3%的孕妇,最常见的有以下几种:子痫前期及HELLP综合征、妊娠期肝内胆汁淤积症(intrahepatic cholestasis of

pregnancy, ICP)及妊娠期急性脂肪肝(acute fatty liver of pregnancy, AFLP)。育龄女性中患有肝脏疾病的比例正在上升,此类疾病包括:病毒性肝炎、肝硬化与门静脉高压、代谢功能障碍相关脂肪性肝病(metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD)、自身免疫性肝炎、肝移植术后、胆汁淤积性肝病、药物性肝损伤、酒精性肝病、血管性肝病、肝肿瘤等。孕前咨询,疾病稳定期的

管理,以及包括药物治疗在内的孕期及产后规范化治疗是优化母婴结局的关键要素。在对新发肝脏疾病或肝脏疾病病情进展的妊娠期女性进行临床评估时,需综合考量以下关键因素:(1)妊娠期正常生理及激素改变可引发的相关症状及体征(附录A);(2)妊娠期实验室检查的正常值范围调整及常用检查的安全性评估(附录B)。

孕妇不愿进行适当的检查和筛查及对用药的担忧,是公认的导致诊断和治疗延迟的危险因素。大多数诊断性检查可在妊娠期安全进行(附录B),除少数药物外,多数治疗肝病的药物均可使用。此外,包括产科医生、肝科医生、麻醉医生、儿科医生以及ICU医生在内的多学科团队协作可使妊娠期肝病获益。

2 妊娠特发性肝病

2.1 ICP

2.1.1 诊断 ICP的诊断需满足以下条件:(1)妊娠期瘙痒(手掌和足底为典型);(2)血清胆汁酸升高,常合并肝酶升高;(3)排除其他导致肝功能异常或瘙痒的原因。产后3个月内肝功能和瘙痒症状恢复正常,可回顾性确诊ICP。导致ICP的危险因素有高BMI、种族、ICP家族史和个人史、既往肝胆疾病、多胎妊娠、妊娠期糖尿病、辅助生殖技术等。孕期生殖激素浓度升高可能会暴露遗传易感个体的ICP症状和生化特征,也可能引发既往无症状的潜在肝病患者的妊娠期胆汁淤积表现,包括但不限于原发性胆汁性胆管炎、原发性硬化性胆管炎及慢性丙型肝炎。

大多数ICP患者在孕晚期出现瘙痒症状,瘙痒好发于手掌和足底,可泛发至全身。ICP患者除了血清胆汁酸水平升高(非空腹状态 ≥ 19 mmol/L)外,还可见不同程度的血清转氨酶升高,偶尔也会出现轻度高胆红素血症。

ICP可引发不良妊娠结局,包括死胎、早产、羊水粪染和新生儿ICU住院时间延长。一项荟萃分析表明,非空腹血清胆汁酸浓度是预测ICP相关死胎和早产风险的最有价值的血清学标志物。妊娠期间血清胆汁酸浓度超过100 mmol/L时,死胎风险显著升高,且该风险在妊娠35~36周急剧增加。因此,在此阶段考虑终止妊娠是合理的干预措施。血清胆汁酸 ≥ 40 mmol/L的妇女发生自发性早产和羊水粪染的风险增加,而血清转氨酶或胆红素升高与这些不良妊娠结局之间的关联尚未被证实。附录C列出了ICP分度及母胎并发症的治疗与分娩时机。

2.1.2 管理 熊去氧胆酸(ursodeoxycholic acid, UDCA)是治疗ICP最常用的药物。利福平是强效止痒药,该药可改善ICP患者的瘙痒症状及血清胆汁酸水平。其他用于治疗ICP的药物包括S-腺苷蛋氨酸、考来烯胺、瓜尔胶和地塞米松,根据现有数据,这些药物均不推荐作为ICP的常规治疗方案。

2.1.3 临床指南

(1)疑似ICP的妇女应检测血清胆汁酸浓度,以明确具有ICP相关不良妊娠结局的风险。

(2)对于确诊ICP的孕妇,自妊娠32周起应至少每周检测1次非空腹血清胆汁酸水平,以识别胆汁酸浓度 ≥ 40 mmol/L的高危人群。

(3)建议选择UDCA治疗ICP患者瘙痒症状。对于血清胆汁酸浓度 ≥ 40 mmol/L的孕妇,推荐使用UDCA以降低自发性早产和死胎风险。

(4)餐后血清胆汁酸浓度 ≥ 100 mmol/L的妇女,妊娠35周后死胎风险增加,应考虑在妊娠35~36周择期终止妊娠。

(5)另一种可能改善母体瘙痒症状或生化异常的药物是利福平。目前支持使用考来烯胺、瓜尔胶和活性炭的证据有限。

2.1.4 实用建议

(1)若无法检测血清胆汁酸浓度,其他血清学指标(包括肝转氨酶和胆红素)的升高可提示疾病严重程度,但这些指标对死胎或早产风险的预测价值有限。若肝功能检查显示明显异常,需确保凝血功能正常,并考虑在妊娠37周前终止妊娠。

(2)若无法检测血清胆汁酸浓度,可考虑采用UDCA治疗,该方案可能降低自发性早产风险和瘙痒的严重程度。

2.2 AFLP

AFLP是一种罕见的、妊娠期特发的可导致急性肝衰竭的疾病,其发生率约为1/10 000,该病通常发生在孕晚期,需要及时识别和处理。

AFLP是由小脂肪滴(亦称微泡性脂肪)对肝细胞的毒性浸润所致。平均发病孕周为35~36周,临床表现多为非特异性症状,包括恶心、呕吐、食欲减退、乏力、腹痛及腹胀。体征主要与肝功能衰竭相关,包括肝转氨酶升高、高胆红素血症、低血糖、凝血功能障碍、黄疸、肝性脑病、多尿、多饮、酸中毒,部分病例可伴肾功能障碍及胰腺炎。该病亦可发生于产后早期。

AFLP的危险因素包括低BMI、多胎妊娠、低龄和高龄产妇、子痫前期、胎儿生长受限以及男胎。AFLP的病因可能是多因素的,其发病机制被认为与脂肪酸氧化障碍有关,导致母体肝细胞中微泡性脂肪沉积,进而导致肝功能障碍。

2.2.1 诊断 AFLP的诊断需要结合临床特征、实验室检测和影像学结果。评估指标包括胆红素、尿酸、肝转氨酶、血糖、血红蛋白、白细胞、血小板、血氨、肌酐、凝血酶原时间(PT)和部分凝血活酶时间(PTT)的检测。

附录D列举了与AFLP相关的母胎、新生儿不良结局。

Swansea标准是诊断AFLP的有效工具,对AFLP具有较高的阳性预测价值,几乎不需要肝活检来辅助诊断(附录E)。鉴别诊断包括HELLP综合征、血栓性血小板减少性紫癜和溶血性尿毒症综合征(附录F)。

2.2.2 管理 及时诊断,密切监测孕妇和胎儿情况,提供支持治疗,以及必要时尽快终止妊娠至关重要。

目前尚未明确最佳分娩方式,具体需根据临床情况及预期的分娩时间而定。为确保围产期安全,必须与肝病专家、产科麻醉医师、内科医师、新生儿科医师及护理团队密切协作。围产期出血及凝血功能障碍的管理可参照FIGO发布的产后出血处理建议。肝功能衰竭需采取支持性治疗,部分病例可能需要使用N-乙酰半胱氨酸、血浆置换和/或肝移植。鉴于多数AFLP孕妇需转入ICU,建议尽早联系重症医学团队会诊,且多数情况下需转诊至三级医疗中心。

现有研究提示,AFLP可能与胎儿短链、中链或长链脂肪酸氧化障碍相关,但其临床意义尚待明确。因此,AFLP患者所分娩的新生儿需在婴幼儿期接受相关代谢评估。虽然AFLP复发率相对较低(<10%),但再次妊娠时仍应视为AFLP及子痫前期的高危妊娠进行管理。

2.2.3 临床指南

(1)需转入ICU的生化/临床预测指标包括血清乳酸水平升高(>2.8 mg/dL)、MELD评分 \geq 30分,或符合7项以上Swansea标准。

(2)AFLP患者应由多学科团队管理,并在终止妊娠前纠正凝血功能障碍和代谢紊乱。

(3)对于伴有严重肝损伤的AFLP患者,应尽早转诊至移植中心。

2.2.4 实用建议

(1)Swansea标准有助于避免为确诊而进行过多的有创检查。

(2)确诊后应尽力纠正凝血功能障碍和代谢紊乱,并在病情稳定情况下终止妊娠。

3 妊娠合并肝脏疾病

3.1 病毒性肝炎

妊娠期病毒性肝炎的管理涵盖急性/慢性感染及既往感染的潜在再激活风险,需在妊娠期间谨慎评估。附录G汇总了妊娠期病毒性肝炎患者的分娩决策、母乳喂养和其他临床管理要点。

3.1.1 甲型肝炎病毒(HAV) HAV是一种经粪-口途径传播的RNA嗜肝病毒,临床表现从无症状感染到肝衰竭不等。通过血清学检测进行诊断(HAV IgG/IgM)。ALT、AST和胆红素水平升高较为常见,这些指标通常在临床症状出现前开始上升,并在2~3个月内恢复正常。孕产妇

以支持治疗为主。虽然母婴传播(mother-to-child transmission, MTCT)较为罕见,但HAV感染(尤其是在妊娠中晚期)可能增加妊娠并发症及早产风险。

建议对存在高感染风险的孕妇接种甲肝疫苗(包括前往流行地区的孕妇、无家可归女性、HIV感染者或慢性肝病患者)。无论是疫苗还是暴露后预防用的免疫球蛋白,妊娠期间均可安全使用。

3.1.2 乙型肝炎病毒(HBV) 全球约有9700万人感染HBV,非洲和西太平洋地区流行率最高。HBV是一种DNA病毒,可通过血液、性接触或垂直途径传播。建议对所有孕妇进行HBV血清学筛查。对于HBsAg阴性但存在HBV感染高风险的孕妇,建议接种乙型肝炎疫苗。孕期新确诊的乙型肝炎病例应按成人新发感染进行管理。孕妇罕有出现肝功能异常的严重肝炎,但若患者自幼感染HBV则可能发生。如果配偶乙型肝炎表面抗体阴性,应对其进行疫苗接种。当孕妇HBV DNA $<2\times 10^5$ IU/mL,且新生儿在出生时及时接种了乙型肝炎免疫球蛋白(hepatitis B immunoglobulin, HBIG)并完成了乙型肝炎疫苗的全程接种,则MTCT风险极低。HBeAg可作为替代标志物,以识别HBV DNA超过此阈值的孕妇。对HBV DNA $>2\times 10^5$ IU/mL或HBeAg阳性孕妇,建议从妊娠24~28周至产后12周使用富马酸替诺福韦二吡呋酯(TDF)以降低MTCT风险。其他适应证包括:慢性HBV感染伴肝纤维化/肝硬化患者,以及已接受抗病毒治疗者。婴儿在完成全程免疫接种前均对HBV易感,慢性乙型肝炎妇女阴道分娩或母乳喂养禁忌,TDF治疗期间可以母乳喂养。

3.1.3 丙型肝炎病毒(HCV) HCV是一种通过血液、性接触和垂直途径传播的RNA病毒。妊娠期HCV感染率为0.24%~7%。建议将HCV抗体作为产前检查的常规项目。鉴于约20%的成年人可以自然清除HCV,应通过聚合酶链式反应检测HCV RNA以确定是否存在活动性感染。对于孕前检测出HCV感染的女性应接受抗病毒治疗以清除病毒,从而消除MTCT风险。妊娠前完成抗病毒药物治疗是比较理想的情况,在HCV RNA阳性孕妇中,MTCT风险为5%~6%,若同时合并HIV感染,则风险会进一步增加。对于单纯HCV感染的孕妇,不推荐常规剖宫产。但若合并HIV感染或存在高HCV RNA载量者,应个体化评估分娩方式。此外,HCV感染者可以进行母乳喂养。

3.1.4 丁型肝炎病毒(HDV) HDV是一种病毒共感染,发生在大约5%的慢性HBV感染者中。孕妇可进行血清丁型肝炎抗原检测,并通过检测HDV DNA进行确诊。对于HDV感染者,应实施与HBV相同的围产期感染防控措施。

3.1.5 戊型肝炎病毒(HEV) HEV是一种经粪口途径传播的RNA病毒,常见传播媒介为污染的水源或生食。

妊娠期感染可导致急性肝炎、肝衰竭、孕产妇或胎儿死亡。可通过检测HEV IgM抗体进行诊断。妊娠晚期感染HEV或HEV基因1型者更易在急性感染后继发急性肝衰竭。治疗上以支持疗法为主。对于急性HEV感染伴1~3级肝性脑病的重症病例,应考虑个体化终止妊娠方案,以降低孕产妇病死率。

3.2 肝硬化和门静脉高压(包括常见病因如MASLD/自身免疫性肝炎)

患有肝硬化(伴或不伴有门静脉高压)的孕妇数量正在上升,自然受孕的比例也在增加。荟萃分析显示,患有肝硬化的女性妊娠期间发生早产、剖宫产、子痫前期、小于胎龄儿、肝功能失代偿(包括腹水、静脉曲张出血和肝性脑病)、胆汁淤积症以及转入ICU的风险均增加。静脉曲张出血是导致孕产妇死亡的主要原因,有静脉曲张风险者须在妊娠期间接受严密监测及规范化管理。此外,预后评分系统有助于风险预测,具体如下:(1)孕前终末期肝病模型(MELD)评分 <6 分预测结局良好,MELD评分 >10 分预示妊娠期肝功能失代偿;(2)孕前白蛋白-胆红素(ALBI)评分 ≤ 2.7 分预示活产可能性增加,ALBI评分升高与孕周缩短及早产相关;(3)孕前AST与血小板比值指数 <0.84 预示妊娠可维持至足月。

3.2.1 诊断 多数肝硬化女性在妊娠前已确诊。明确肝硬化的病因至关重要,以便全面评估潜在的相关并发症。

3.2.2 管理 确诊肝硬化或已知门静脉高压的女性最好在受孕前1年内接受筛查性内窥镜检查,评估是否存在显著的静脉曲张,便于及时启动一级预防措施。 β 受体阻滞剂如卡维地洛或普萘洛尔,可在妊娠期安全使用。若孕前1年内未行内镜检查,可在妊娠期(最好是孕中期)以左侧卧位实施此项操作。苯二氮草类药物可用于镇静,但需谨慎使用。若医疗条件有限无法开展内镜检查,则超声肝硬化值 <20 kPa联合血小板计数 $>150 \times 10^9/L$ 可提示静脉曲张发生率低,并有助于决定 β -受体阻滞剂的治疗。妊娠期急性静脉曲张出血的处理原则为复苏及稳定生命体征,待病情稳定后立即行内镜套扎术。奥曲肽、广谱抗生素、氨基丙酸酯及经颈静脉肝内门体分流术可在妊娠期使用,其中奥曲肽为一线治疗药物。特利加压素可能诱发子宫收缩、流产或胎盘早剥,应尽量避免使用。注射硬化剂治疗在少量妊娠病例中已成功应用。

需要考虑的一个重要风险是自发性脾动脉瘤(splenic artery aneurysm, SAA)破裂。虽然SAA临床少见,但妊娠晚期较多见,据报道母胎死亡率高达50%。SAA可出现“双重破裂”现象,即首次出血后形成包裹性血肿,因此若出现新发腹痛须立即就医。治疗破裂的主要方法是经导管栓塞术。对于孕前已确诊的直径 ≥ 2 cm的SAA建议实施预防性介入治疗。欧洲和美国指南建议无论大小都应进行

治疗。在孕期发现SAA时,应组织多学科团队协作讨论,其破裂风险高于非孕患者。

肝硬化和门静脉高压的女性首选阴道分娩,对有静脉曲张的女性应尽可能缩短第二产程以避免过度使用Valsalva动作。剖宫产术应严格遵循产科指征,术前需纠正凝血功能障碍及血小板减少。尽量通过磁共振或超声检查明确是否存在腹内或盆腔静脉曲张。肝硬化女性产后出血风险增加,如发生出血,应按标准化流程进行紧急处理。

3.2.3 MASLD MASLD已成为全球妊娠及非妊娠人群肝硬化的首要病因。对于计划妊娠的MASLD女性,应在多学科团队协作下对肥胖、糖尿病及高血压等代谢性疾病进行孕前管理,评估妊娠风险。应明确告知此类患者其发生妊娠期糖尿病(风险增加3倍)、妊娠期高血压疾病(风险增加2倍)、小于胎龄儿、早产及剖宫产的风险显著升高,建议进行相关筛查。建议从孕早期至孕34周使用低剂量阿司匹林(≤ 150 mg/d)预防子痫前期。应鼓励母乳喂养,因其与母婴长期代谢综合征发生率降低相关。

3.2.4 自身免疫性肝炎 妊娠女性在孕前可能已有自身免疫性肝炎病史,或在妊娠期新发。妊娠期的诊断标准与非孕人群相同,必要时可行肝活检。妊娠期应继续或开始使用泼尼松龙、布地奈德和硫嘌呤类药物治疗,以便改善母婴预后。值得注意的是,在少数孕妇中,硫嘌呤治疗可能与血清胆汁酸显著升高及相关的早产和死胎风险有关,此外,妊娠期糖尿病、胆汁淤积症、妊娠期高血压疾病、早产和胎儿生长受限的发病率亦增加,妊娠期间需进行筛查和严密监测,而这些风险可通过口服低剂量阿司匹林来降低。产后复发风险高,可考虑预防性增加免疫抑制剂的剂量。

3.2.5 临床指南

(1)孕前咨询应侧重与肝硬化和基础疾病相关的问题。

(2)对于临床上有明显静脉曲张或出血风险的女性,应在孕前或妊娠期间进行筛查性内窥镜检查,以确定是否需要干预。若受孕前1年内已行内镜检查且结果无异常孕则无需检查。

(3)若无禁忌证,建议对门静脉高压孕妇使用 β -受体阻滞剂以预防静脉曲张破裂出血。

3.2.6 实用建议

(1)评分系统能够对孕产妇并发症和不良妊娠结局进行风险分层。

4 肝移植后妊娠

建议至少在肝移植1年后妊娠,可改善母婴结局,包

括降低免疫抑制负担和感染风险,以及降低早产率和低出生体重率。

妊娠期适用药物包括硫唑嘌呤、环孢素、他克莫司和泼尼松龙。吗替麦考酚酯具有致畸性,至少应在受孕前12周停用。高达1/4的肝移植孕妇出现新发肾功能损害,需进行密切监测以利于孕期的疾病管理及终止妊娠时机的选择。孕期发生妊娠期高血压、子痫前期、胆汁淤积、妊娠期糖尿病和急性肾损伤的风险增加,临床中应筛查此类疾病,并在孕早期开始使用低剂量阿司匹林以预防子痫前期。目前,肝移植女性的活产率高达84%,但早产和胎儿生长受限发生率较高。分娩方式应根据产科指征决定,不推荐常规剖宫产。

4.1 临床指南

(1)建议至少在肝移植1年后妊娠。

(2)孕前咨询应涵盖:药物安全性评估、排斥反应血液标志物监测的必要性,以及对妊娠期并发症发生率升高的讨论。

(3)若无禁忌证,应使用低剂量阿司匹林预防子痫前期。

5 分娩注意事项

妊娠合并肝病且病情稳定的孕妇通常可足月分娩。妊娠特发性肝病(如ICP、AFLP或HELLP综合征)可导致医源性早产,应评估疾病状态及医疗资源的可及性(如重症监护、介入放射科、内镜、移植团队、血小板及血液制品等),必要时转诊至三级医院(附录H)。

多数肝病可导致出血风险升高,建议做好麻醉介入的准备,并备好血液制品、开放静脉通路。此外,应注意肝脏代谢异常对围产期药物使用剂量的潜在影响。

世界卫生组织及FIGO推荐产后1h内进行母乳喂养。患有MASLD的孕妇及其子代可从母乳喂养中获益(降低母亲代谢综合征及子代MASLD发生率)。病毒性肝炎并非母乳喂养禁忌证。

对有创面不易愈合风险的女性应注意产后伤口护理。进行静脉血栓栓塞风险评估,并适时启动血栓预防措施。

5.1 临床指南

(1)妊娠期肝病女性的分娩计划需多学科团队共同参与制订。

(2)肝病女性出血风险增加,围产期应做好备血。

(3)鼓励母乳喂养,尤其是MASLD患者。

6 孕前咨询

有慢性肝病或肝移植史的女性妊娠后,其基础病

情恶化、早产、低出生体重儿、胎儿生长受限及新生儿呼吸窘迫综合征的风险较高。因此,有慢性肝病病史、肝移植史以及妊娠特发性肝病史的女性均应接受具有妊娠期肝病管理经验的多学科团队提供的孕前咨询。

6.1 临床指南

(1)患有慢性肝病的女性应进行孕前咨询,以便在孕前进行病情评估及管理,并根据药物使用的安全性调整治疗方案。

(2)有妊娠特发性肝病史的女性可能受益于孕前咨询。

6.2 实用建议

(1)在未常规开展孕前咨询的医疗机构中,医护人员应在育龄期女性就诊时主动提供相关指导。

7 总结

患有肝病的妊娠女性数量不断上升,且越来越多的女性具有发生妊娠特发性肝病的高危因素。无论是妊娠合并肝脏疾病,还是妊娠特发性肝病,均可导致不良妊娠结局。本指南旨在为多学科团队管理此类患者提供最佳临床实用指导。

利益冲突声明: 本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明: 周冠伦、高诗婧、金倩如负责翻译;韩国荣负责审核。



附录A~H见二维码

参考文献:

- [1] NANA M, MEDINA V, MAXWELL C, et al. FIGO guideline on liver disease and pregnancy[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2025. DOI: 10.1002/ijgo.70161. [Epub ahead of print]

收稿日期: 2025-06-19; 录用日期: 2025-06-29

本文编辑: 王莹

引证本文: ZHOU GL, GAO SJ, JIN QR, et al. An excerpt of the Federation International of Gynecology and Obstetrics guideline on liver disease and pregnancy (2025) [J]. J Clin Hepatol, 2025, 41(9): 1766-1770.

周冠伦, 高诗婧, 金倩如, 等. 《2025年国际妇产科联盟指南: 肝病与妊娠》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2025, 41(9): 1766-1770.