

《2025年亚太肝病学会指南：急性静脉曲张出血的管理》摘译

冯丽娟, 王 民, 张冠华, 索宇鸿, 邓 优, 何福亮, 王 宇, 贾继东

首都医科大学附属北京友谊医院肝病中心, 北京 100050

通信作者: 贾继东, jia_jd@ccmu.edu.cn (ORCID: 0000-0002-4673-8890)

摘要: 2025年8月31日, 亚太肝病学会更新发布了急性静脉曲张出血管理指南, 系统阐述了急性静脉曲张出血的定义、诊断、评估和治疗。本文对该指南的推荐意见进行了摘译。

关键词: 静脉曲张; 诊断; 治疗学; 诊疗准则

An excerpt of management of acute variceal bleeding: updated APASL guidelines (2025 edition)

FENG Lijuan, WANG Min, ZHANG Guanhua, SUO Yuhong, DENG You, HE Fuliang, WANG Yu, JIA Jidong

Liver Research Center, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China

Corresponding author: JIA Jidong, jia_jd@ccmu.edu.cn (ORCID: 0000-0002-4673-8890)

Abstract: On August 31, 2025, the Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) updated and released management of acute variceal bleeding: updated APASL guidelines (2025 edition), which systematically elaborates on the definition, diagnosis, assessment, and treatment of acute variceal bleeding. This article gives an excerpt of the recommendations in this guideline.

Key words: Varicose Veins; Diagnosis; Therapeutics; Practice Guideline

1 急性静脉曲张出血 (acute variceal bleeding, AVB) 的定义^[1]

1.1 AVB的定义: 已知或疑似门静脉高压患者就诊前24 h内出现呕血和/或持续性黑便(最后1次黑便发生在24 h内)。(证据等级: 高, 推荐强度: 高)

1.2 一次AVB发作被认为是从首次出血(T_0)起持续48 h。首次出血48 h内的任何再次出血均属于同一次AVB发作。(证据等级: 中, 推荐强度: 高)

1.3 AVB活动性出血的定义: (1) 内镜检查时可见曲张静脉喷血或渗血; (2) 鼻胃管内有新鲜血液; (3) 呕吐鲜血。(证据等级: 中, 推荐强度: 高)

1.4 AVB得到控制的定义: (1) 治疗后24 h内出血停止且血流动力学稳定; (2) 对于内镜发现活动性出血的患者, 控制AVB意味着在操作结束时出血已停止。(证据等级: 中, 推荐强度: 高)

1.5 AVB治疗失败的定义为48 h内出现以下任一事件: (1) 尽管给予充分的联合治疗(血管活性药物和内镜治疗), 仍呕吐鲜血; (2) 如果不输注血液制品, 其血红蛋白

下降 ≥ 2 g/dL或血细胞比容下降 $\geq 6\%$; (3) 死亡。(证据等级: 中, 推荐强度: 高)

1.6 再出血分为3类: (1) 极早期再出血: 在 T_0 后48~120 h内; (2) 早期再出血: 从 T_0 后6~42天; (3) 晚期再出血: 42天后。(证据等级: 中, 推荐强度: 高)

1.7 临床显著性再出血定义: 如果不输注血液制品, 血红蛋白下降 ≥ 2 g/dL, 任何时间点的调整后血液需求指数(adjusted blood requirement index, ABRI) ≥ 0.5 。(证据等级: 中, 推荐强度: 高)

1.8 首次出血是指第一次上消化道出血事件。(证据等级: 中, 推荐强度: 高)

1.9 AVB的结局应包括: (1) AVB得到控制; (2) AVB治疗失败; (3) 再出血事件(分为极早期、早期和晚期); (4) 与AVB相关的死亡(42天内); (5) 住ICU时间; (6) 住院时间; (7) 生活质量下降; (8) 新发失代偿事件, 如腹水、新发黄疸、急性肾损伤、肝性脑病、脓毒症、慢加急性肝衰竭(acute-on-chronic liver failure, ACLF)等; (9) ACLF进展; (10) 进一步失代偿; (11) 发生缺血性肝炎; (12) 42天Delta-MELD评分: AVB 42天后与AVB前MELD评分的变化; (13) 二线/挽救

治疗措施:经颈静脉肝内门体分流术(transjugular intrahepatic portosystem stent-shunt,TIPS)、血管塞辅助逆行静脉栓塞术(plug-assisted retrograde transvenous obliteration,PARTO)等。(证据等级:中;推荐强度:高)

1.10 T₀定义为首次出血发生的时间。(证据等级:中;推荐强度:低)

1.11 从家至门急诊时间的定义:从出血首发症状至抵达医院的时间。大多数情况下建议理想时间为2 h,病情较轻者可放宽至4 h。(证据等级:低;推荐强度:低)

2 AVB的诊断、评估与严重程度分级

2.1 在上消化道出血患者中,若出现以下情况,应考虑静脉曲张出血的可能。

2.1.1 既往有乙型肝炎或丙型肝炎、酗酒、代谢相关脂肪性肝病,或有肝毒性物质接触史,或长期使用肝毒性药物。(证据等级:中;推荐强度:强)

2.1.2 体格检查:黄疸、腹水、肝性脑病表现、脾大、肝大质硬、腹壁侧支循环形成或有肝衰竭征象。(证据等级:中;推荐强度:强)

2.1.3 影像学检查:自发性门-体分流、胃左及胃短静脉扩张、脐静脉开放、脾大、肝表面结节样改变、肝段比例异常、肝脏肿大或萎缩,以及肝裂增宽。(证据等级:中;推荐强度:强)

2.1.4 实验室检查:血小板减少、国际标准化比值升高、肝脏合成功能障碍、白蛋白与胆红素异常。(证据等级:中等;推荐强度:强)

2.1.5 内镜检查:静脉曲张出血征象。(证据等级:高;推荐强度:强)

2.2 胃镜检查是诊断AVB的金标准。(证据等级:中等;推荐强度:强)

2.3 AVB的内镜诊断

2.3.1 急性食管静脉曲张出血:(1)直接观察到食管静脉曲张出血,可表现为喷血或渗血;(2)食管曲张静脉表面可见近期出血的征象,白色血栓头或覆盖血凝块;(3)食管曲张静脉红色征阳性,胃内可见积血,且未发现其他出血来源;(4)食管曲张静脉红色征阳性,伴有上消化道出血临床表现,胃内无积血。(证据等级:高;推荐强度:强)

2.3.2 急性胃静脉曲张出血:(1)直接观察到胃静脉曲张出血,可表现为喷血或渗血;(2)曲张胃静脉表面可见近期出血征象,覆盖血凝块或白色血栓头;(3)胃曲张静脉红色征阳性(出血危险因素),胃内可见积血,且未发现其他出血来源/或食管曲张静脉无近期出血的征象。(证据等级:高;推荐强度:强)

2.4 急性胃静脉曲张出血的部位描述应采用Sarin分类。(证据等级:高;推荐强度:强)

2.5 AVB的严重程度可通过以下指标进行评估:(1)生命体征变化(心率、血压);(2)血细胞比容或血红蛋白水平;(3)输血需求量;(4)ABRI。

2.6 入院时应仔细评估严重AVB及再出血的预测因素。(证据等级:高;推荐强度:强)

2.7 APASL出血严重程度评分是一种简便、可靠的AVB严重程度评估工具,推荐用于AVB的严重程度分级。(证据等级:中等;推荐强度:强)

3 AVB患者的复苏、早期处理与监测

3.1 早期复苏措施包括保护气道、呼吸和循环支持(ABC)。(证据等级:高;推荐强度:强)

3.1.1 建议对以下患者进行择期气管插管保护气道:(1)大量呕血;(2)意识状态改变;(3)已知存在胃静脉曲张;(4)脉氧饱和度难以维持在90%以上;(5)大量腹水。(证据等级:中;推荐强度:强)

3.1.2 最好使用心电监护监测血流动力学状况。

3.1.3 容量复苏

(1)应保守且谨慎地补充血容量。(证据等级:中;推荐强度:弱)

(2)快速补液优选晶体液,特别是生理盐水,避免使用胶体液;维持补液应选择复方电解质溶液/葡萄糖输注。(证据等级:中;推荐强度:弱)

(3)液体复苏的目标:①收缩压90~100 mmHg;②心率低于100次/min;③中心静脉压1~5 mmHg;④尿量40 mL/h。(证据等级:中;推荐强度:强)

3.1.4 输血

3.1.4.1 通过估算失血量来确定输血需求。(证据等级:低;推荐强度:弱)

3.1.4.2 应谨慎保守地输血

(1)维持血红蛋白约7~8 g/dL,主要取决于患者合并症、年龄、血流动力学状态以及是否存在活动性出血等因素。

(2)优选血液成分是浓缩红细胞。(证据等级:低;推荐强度:弱)

(3)应谨慎输注新鲜冰冻血浆和血小板,因其可能导致再出血风险增加。(证据等级:中;推荐强度:弱)

(4)对凝血功能障碍或血小板减少症的特殊管理措施对AVB治疗是否有益,尚需要进一步研究。(证据等级:低;推荐强度:弱)

3.2 药物治疗

3.2.1 尽早开始血管活性药物治疗,最好在首次出血后30 min内开始用药。(证据等级:高;推荐强度:强)

3.2.2 可根据药物可获得性和患者合并症,使用规定处方剂量的特利加压素、生长抑素或奥曲肽。(证据等级:高;推荐强度:强)

3.2.3 使用特利加压素需进行基线心电图检查。(证据等级:低;推荐强度:弱)

3.2.4 优先选择特利加压素持续静脉输注(4~6 mg/24 h)而非静脉推注(2 mg/4 h)。(证据等级:高;推荐强度:强)

3.2.5 对经内镜治疗已成功控制AVB的患者,若无禁忌证,可在24~48 h后停用血管活性药物,并开始使用非选择性 β 受体阻滞剂(non-selective beta-blockers, NSBB)。(证据等级:中;推荐强度:强)

3.2.6 氩甲环酸可降低内镜下静脉曲张套扎术(endoscopic variceal ligation, EVL)后再出血的风险。(证据等级:高;推荐强度:强)

3.2.7 对于伴有AVB的肝硬化患者,推荐在内镜治疗前使用广谱抗生素(如头孢曲松,每日1~2 g)5天。对于内镜治疗成功的患者,使用时间可缩短至2天。(证据等级:高;推荐强度:强)

3.2.8 对于Child-Pugh A级肝硬化患者,使用抗生素的获益不明显。(证据等级:高;推荐强度:弱)

3.2.9 质子泵抑制剂对非静脉曲张引起的急性上消化道出血治疗有益。(证据等级:高;推荐强度:强)

3.2.10 不常规推荐使用VII因子。(证据等级:高;推荐强度:弱)

3.3 活动性静脉曲张出血患者应在ICU接受治疗。(证据等级:低;推荐强度:弱)

3.4 监测

3.4.1 如存在明确适应证,如肝性脑病,使用鼻胃管可能有所帮助。(证据等级:低;推荐强度:弱)

3.4.2 进行心脏和下腔静脉监测有助于优化容量复苏方案,特别是在以下情况时:(1)老年患者;(2)伴有心血管合并症的患者;(3)内镜检查时有活动性出血;(4)严重出血患者;(5)休克;(6)肾衰竭(即将出现或已存在)。(证据等级:中;推荐强度:强)

4 AVB的内镜诊治

4.1 所有急性上消化道出血患者均应行内镜检查,以期进行内镜治疗。(证据等级:低;推荐强度:弱)

4.2 血管活性药物联合内镜治疗是AVB的一线治疗方案。(证据等级:高;推荐强度:强)

4.3 内镜检查时机

4.3.1 对于AVB患者,应在复苏后尽早行内镜治疗,宜在入院6 h内完成。(证据等级:低;推荐强度:弱)

4.3.2 一旦病情稳定即可行内镜检查,建议在12 h内完成,最晚不超过24 h。(证据等级:中;推荐强度:弱)

4.4 内镜检查场所宜选在内镜室进行;对于血流动力学不稳定和/或需要气道保护的患者,应在ICU床旁实施。(证据等级:中;推荐强度:弱)

4.5 操作者资质

在上级医师监督下,专科住院医师可实施EVL。(证据等级:低;推荐强度:弱)

4.5.1 内镜医师需要具备相应技术水平。

4.5.2 胃静脉曲张组织胶注射术宜由消化专科主治医师,或在上级医师指导下由培训良好的消化专科培训医师实施。(证据等级:低;推荐强度:弱)

4.5.3 对于休克、已行气管插管或需在ICU床旁行内镜检查的患者,应由高年资消化专科医师完成。(证据等级:低;推荐强度:弱)

4.6 内镜前准备

4.6.1 维持收缩压 >70 mmHg。(证据等级:中;推荐强度:强)

4.6.2 意识障碍患者在内镜检查前应行气管插管。(证据等级:低;推荐强度:弱)

4.6.3 气管插管和拔管:(1)不宜常规行气管插管或鼻胃管置入;(2)气管插管仅限于有活动性出血、伴有肝性脑病或很可能在无镇静状态下难以耐受检查的患者;(3)出血控制后应尽早拔除气管插管。(证据等级:中;推荐强度:弱)

4.6.4 药物准备:(1)内镜检查前应使用血管活性药物;(2)内镜检查前使用促动力药可改善黏膜可视性,减少二次内镜检查需求;(3)推荐于内镜检查前30~120 min静脉输注红霉素250 mg或甲氧氯普胺10 mg;(4)目前尚缺乏内镜检查前应用西甲硅油的数据。(证据等级:高;推荐强度:强)

4.6.5 镇静:(1)为提高患者舒适度和改善观察视野,建议行镇静;(2)丙泊酚和咪达唑仑均可安全使用,宜优先选用丙泊酚;(3)内镜中心应常备抢救措施清单,并配置所需要的设备及配件。(证据等级:低;推荐强度:弱)

4.6.6 内镜治疗:使用多环套扎器进行套扎是治疗食管静脉曲张出血首选方法。(证据等级:高;推荐强度:强)

4.6.7 重复内镜检查适用于以下情况:(1)内镜医师不确定止血是否完全;(2)出现临床再出血征象,包括新发呕血、新发或持续的血红蛋白下降、新发血流动力学不稳定。(证据等级:低;推荐强度:弱)

4.7 血管活性药物的应用

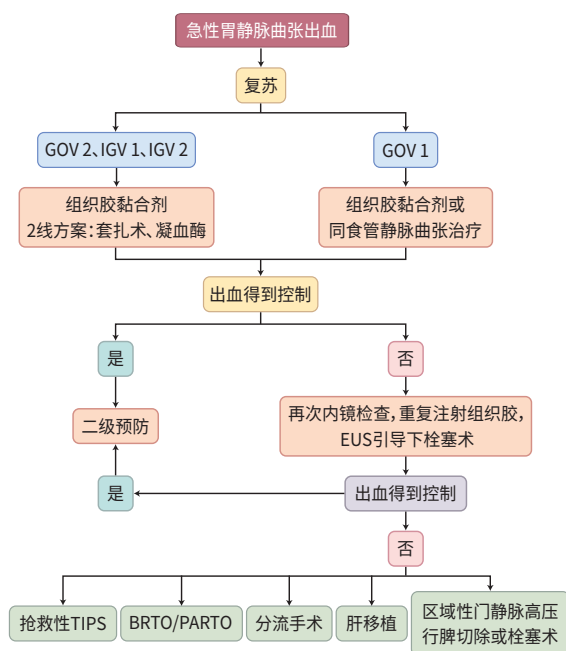
4.7.1 内镜下止血成功后,血管活性药物可继续维持使用48 h。

4.7.2 可在停用血管活性药物后或出血5天后开始使用NSBB,如卡维地洛。

4.8 急性胃静脉曲张出血的治疗(图1)

4.8.1 虽然缺乏特异性的证据,但可借鉴食管静脉曲张出血治疗的成功经验,推荐血管活性药物联合内镜治疗。(证据等级:低;推荐强度:强)

4.8.2 内镜下氰基丙烯酸酯注射术是首选治疗方法。



注:GOV,食管胃静脉曲张;IGV,孤立性胃静脉曲张;BRTO,球囊阻塞逆行静脉闭塞术。

图1 急性胃静脉曲张处理流程

Figure 1 Algorithm of management in patient with acute gastric variceal bleeding

(证据等级:中,推荐强度:强)

4.8.3 GOV1型胃静脉曲张出血患者可参照食管静脉曲张出血,或行组织胶注射。(证据等级:中,推荐强度:强)

4.8.4 可选择超声内镜引导下组织胶注射,联合或不联合弹簧圈栓塞术。

4.9 门静脉高压性胃病相关出血的处理

4.9.1 血管活性药物是治疗门静脉高压性胃病出血的一线药物。(证据等级:中,推荐强度:强)

4.9.2 TIPS可作为难治性出血的挽救性治疗措施。(证据等级:中,推荐强度:强)

4.9.3 内镜治疗如氩离子凝固术、射频消融术或EVL,可用于门静脉高压性胃病和胃窦血管扩张症相关出血的治疗。(证据等级:低,推荐强度:强)

5 AVB的挽救性治疗

5.1 三腔两囊管

5.1.1 三腔两囊管在AVB时有抢救治疗的作用。

5.1.2 三腔两囊管即时和暂时控制AVB有效,但球囊移除后再出血率较高。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.1.3 三腔两囊管球囊填塞的持续时间应严格限制在24h以内,以防止食管穿孔等严重并发症的发生。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.1.4 导丝辅助球囊填塞可能提高首次置管成功率、有

助于位置正确,并降低并发症的发生率。(证据等级:中;推荐强度:弱)

5.2 自膨式金属支架(self-expandable metal stents, SEMS)

5.2.1 对于难治性AVB,SEMS比三腔两囊管更加有效和安全。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.2.2 SEMS可以作为控制难治性AVB至实施TIPS等更确切治疗措施之间的有效过渡手段。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.2.3 SEMS对AVB患者的即刻止血率可高达90%,但偶有发生支架移位、食管溃疡及支架移除后再出血等并发症。(证据等级:中;推荐强度:强)

5.2.4 SEMS建议留置时间为5~7天,相较于三腔两囊管,SEMS能够为过渡到确切治疗措施提供更长的窗口期。(证据等级:中;推荐强度:强)

5.3 TIPS(证据等级:中;推荐强度:强)

5.3.1 优先TIPS可以作为高风险肝硬化患者AVB的一线治疗方案,因其可显著改善患者的生存结局。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.3.2 对于药物与内镜联合治疗未能控制的AVB,最好采用挽救性TIPS以降低再出血风险,宜优先选择8mm支架而非10mm支架。(证据等级:中;推荐强度:强)

5.3.3 ACLF合并AVB且无禁忌证者,应考虑行挽救性TIPS。(证据等级:中;推荐强度:强)

5.3.4 对于难治性AVB的肝硬化患者,8h内实施极早期TIPS(急诊TIPS)较8h后实施具有更好的生存获益。(证据等级:中;推荐强度:强)

5.3.5 平均动脉压、内镜下活动性出血以及急性肾损伤是TIPS术后6周和1年时死亡的独立预测因素。(证据等级:中;推荐强度:强)

5.3.6 对于Child-Pugh评分 ≥ 14 分、MELD评分 > 30 分和血清乳酸 > 12 mmol/L的患者,除非预计短期内接受肝移植,TIPS可能无益。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.4 外科手术

5.4.1 手术指征:经药物、内镜及放射介入治疗后仍有持续性静脉曲张出血者。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.4.2 手术禁忌证

(1)严重肝衰竭、难以纠正的凝血功能障碍或肝性脑病。(证据等级:高;推荐强度:强)

(2)Child-Pugh C级包括的患者病情严重程度范围较广,本身不是急诊手术的绝对禁忌证。(证据等级:低;推荐强度:弱)

5.4.3 急诊术式包括4类:非选择性门体分流术、选择性门体分流术、断流术以及肝移植术。具体术式选择取决于医务人员的专业特长、出血严重程度、肝功能储备、内脏静脉通畅情况及移植候选资格等因素。(证据等级:低;推荐强度:弱)

5.4.4 目前尚缺乏不同术式之间或手术与非手术治疗的对照研究数据。(证据等级:低;推荐强度:弱)

5.4.5 患者预后主要取决于手术时肝病的严重程度,而非所选择的手术方式。(证据等级:中;推荐强度:强)

5.5 胃静脉曲张出血的挽救治疗

5.5.1 TIPS是有效控制胃静脉曲张或异位静脉曲张再出血的挽救性疗法。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.5.2 如解剖条件适宜,经静脉栓塞术(如BRTO/PARTO)是控制复发性或难治性胃静脉曲张出血的有效疗法。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.5.3 BRTO/PARTO与TIPS疗效相当,但前者再出血率和肝性脑病风险更低。(证据等级:高;推荐强度:强)

5.5.4 TIPS联合侧支循环栓塞可降低胃静脉曲张再出血的风险,是一种优选方案。(证据等级:中;推荐强度:强)

6 AVB的特殊专题

6.1 AVB时的感染及抗生素的应用(证据质量:高;推荐强度:强)

6.1.1 AVB期间发生感染的概率高。

6.1.2 革兰阴性菌是常见的病原体,如大肠杆菌。

6.1.3 胃和皮肤上存在定植菌,所以置入各种导管(如鼻胃管、中心静脉导管、气管插管)容易引起感染。因此,需定期更换导管。(证据质量:中等,推荐强度:强)

6.1.4 感染的常规检查包括全血细胞计数、胸部X线检查、尿培养、血液培养及血清降钙素原测定。(证据质量:高;推荐强度:强)

6.1.5 AVB时预防感染的首选药物是第三代头孢菌素,应静脉给药5天。

6.2 肝缺血的预防、评估和管理(证据质量:高;推荐强度:强)

6.2.1 高达10%的肝硬化AVB患者发生缺血性肝损伤。

6.2.2 对于AVB高危患者,应预判并预防缺血性肝损伤。(证据质量:低;推荐强度:弱)

6.2.3 以下患者发生缺血性肝损伤的风险较高:(1)严重呕血和黑便的患者;(2)出血导致严重低血压和/或休克;(3)在家中、转运过程中、急诊科、病房以及紧急内镜检查之前或期间反复出血;(4)既往有静脉曲张出血病史的患者再次出血;(5)血红蛋白和红细胞比容显著下降;(6)肝血流受阻的患者(门静脉血栓形成、布加综合征);(7)肝硬化失代偿期患者;(8)老年患者;(9)糖尿病或慢性肾脏病患者;(10)肝硬化合并肝细胞癌的患者。

6.2.4 推荐以下方式预防缺血性肝损伤:(1)复苏并充分纠正低血容量、低血压和休克;(2)通过输注浓缩红细胞纠正失血;(3)通过内镜治疗快速控制活动性出血;

(4)预防性使用抗生素以防止脓毒症发生。(证据质量:低;推荐强度:弱)

6.2.5 缺血性肝损伤可能导致在24 h内血清总胆红素和/或转氨酶、乳酸脱氢酶(lactate dehydrogenase, LDH)升高,可能会对患者预后产生不利影响。(证据质量:低;推荐强度:弱)

6.2.6 即使AVB得到控制,也应密切关注患者生命体征。(证据质量:低;推荐强度:弱)

6.2.7 当怀疑发生缺血性肝损伤时,应每日监测ALT、血清胆红素、肌酐、LDH和ALT/LDH比值。(证据质量:低;推荐强度:弱)

6.2.8 目前尚没有缺血性肝损伤的有效治疗方法,乙酰半胱氨酸可能有效。(证据质量:低;推荐强度:弱)

6.2.9 有必要进行前瞻性研究,进一步研究肝硬化静脉曲张出血患者发生缺血性肝损伤的患病率、严重程度及治疗方法。

6.3 肝衰竭患者AVB

6.3.1 肝硬化和肝衰竭患者易发生AVB。(证据质量:低;推荐强度:弱)

6.3.2 无论是否进行气管插管,内镜治疗静脉曲张出血时都应格外小心。(证据质量:低;推荐强度:强)

6.3.3 应使用新鲜冰冻血浆和血小板纠正凝血功能障碍。(证据质量:低;推荐强度:弱)

6.3.4 rVIIa因子对此类患者的疗效尚需评估。(证据质量:低;推荐强度:弱)

7 急性异位静脉曲张出血的诊断与治疗

7.1 异位静脉曲张出血是静脉曲张出血的少见原因,在非肝硬化门静脉高压患者中更为常见。(证据等级:中,推荐强度:弱)

7.2 异位静脉曲张发生部位(证据等级:中,推荐强度:弱)

7.2.1 异位静脉曲张可发生在肛门直肠、胃窦(IGV2)、十二指肠、小肠、结肠及造口周围。

7.2.2 异位静脉曲张出血的部位可来自十二指肠、胆总管、网膜、造口及直肠。

7.2.3 造口周围的曲张静脉更容易发生出血。

7.3 大多数病例可通过内镜检查明确诊断,对于内镜难以到达的部位,可行RBC核素扫描以确定出血部位,并通过CT血管造影确认。(证据等级:中,推荐强度:弱)

7.4 符合下列任一内镜检查结果即可诊断为急性异位静脉曲张出血:(1)直视下见曲张静脉有喷血或渗血;(2)近期出血征象:白色血栓头或表面覆有血凝块。(证据等级:中,推荐强度:弱)

7.5 如果异位静脉曲张出血部位可通过内镜处理,首选

药物联合内镜治疗。若内镜难以到达且门静脉通畅,可行TIPS或经皮经肝胃冠状静脉栓塞术。(证据等级:低,推荐强度:弱)

7.6 对于内镜难以到达的十二指肠静脉曲张出血,如果血管解剖条件允许,可选择BRTO,也可考虑行超声内镜引导下栓塞术。(证据等级:低,推荐强度:弱)

8 非肝硬化性门静脉高压(NCPH)患者AVB

8.1 巨脾不伴有腹水、黄疸和肝性脑病,是鉴别NCPH与肝硬化性门静脉高压的临床线索。(证据质量:中;推荐强度:强)

8.2 对于NCPH患者AVB的自然史研究显示其病死率较低。(证据质量:中;推荐强度:强)

8.3 对肝硬化患者AVB的定义及时间框架同样适用于NCPH患者。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.4 NCPH患者急性出血的一线治疗方案与肝硬化患者基本相同。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.5 胃静脉曲张在NCPH患者中更为常见,但可能对组织黏合剂的治疗效果不佳。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.6 NCPH患者通常不存在凝血功能障碍,因此无需纠正凝血功能。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.7 NCPH患者急性出血不推荐使用抗生素,除非中性粒细胞绝对计数 $<1\ 000/\text{mm}^3$ 。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.8 NCPH患者急性出血挽救性治疗措施与肝硬化患者相同。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.9 放射介入挽救性治疗NCPH尚无随机对照试验评估其疗效,但病例报告和病例分析研究显示该技术对控制静脉曲张出血有效。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.10 影响放射介入治疗方式选择的因素包括病因、解剖因素、临床状况、医生专业特长和患者费用承受能力。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.11 尽管数据有限,但由于NCPH患者肝储备功能相对较好,故TIPS术后并发症可能并不常见。(证据质量:低;推荐强度:弱)

8.12 对于静脉曲张出血的一线治疗和放射介入治疗失败的患者,应考虑外科手术治疗。(证据质量:中;推荐强度:弱)

8.13 分流手术比非分流手术效果更好。对于没有合适静脉通路无法行分流手术的患者,可选择非分流手术。(证据质量:低;推荐强度:弱)

9 儿童静脉曲张出血

9.1 儿童组患者的年龄限定为18岁以下。(证据等级:

低,推荐强度:弱)

9.2 大多数儿童上消化道出血由静脉曲张引起。(证据等级:中,推荐强度:强)

9.3 不同地域儿童AVB病因不同,西方国家以肝硬化为常见病因,东方国家则以肝外门静脉阻塞为主要原因。(证据等级:低,推荐强度:强)

9.4 儿童静脉曲张出血的诊断和治疗与成人基本相似,但以下情况例外。

9.4.1 只要血流动力学稳定,儿童静脉曲张出血的输血阈值限制血红蛋白在 $7\sim 8\text{ g/dL}$,对于特殊病例,如紫绀型心脏病或显著缺氧,可考虑轻度上调阈值。(证据等级:低,推荐强度:弱)

9.4.2 与出血后12 h内完成内镜检查相比,12~24 h内完成亦可获得相似结果。(证据等级:中,推荐强度:强)

9.5 奥曲肽在儿童中的剂量和安全性已经确定,而特利加压素或生长抑素在儿童中的剂量和安全性尚待明确。(证据等级:低,推荐强度:弱)

9.6 内镜治疗方式的选择:(1)对于AVB,套扎优于内镜下硬化治疗;(2)在幼童和静脉曲张较轻的患儿中,内镜下硬化治疗在技术上中更可行。(证据等级:低,推荐强度:弱)

9.7 挽救性治疗

9.7.1 放射介入 虽然没有在静脉曲张出血患儿中开展随机对照试验,但病例报告和病例分析研究显示该技术在控制静脉曲张出血方面有效。(证据等级:低,推荐强度:弱)

利益冲突声明: 本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明: 冯丽娟、王民、张冠华、索宇鸿、邓优、何福亮负责摘译;王宇、贾继东负责审核。

参考文献:

- [1] LESMANA CRA, SHUKLA A, KUMAR A, et al. Management of acute variceal bleeding: updated APASL guidelines[J]. Hepatol Int, 2025. DOI: 10.1007/s12072-025-10894-4. [Epub ahead of print]

收稿日期: 2025-09-28; 录用日期: 2025-10-10

本文编辑: 刘晓红

引证本文: FENG LJ, WANG M, ZHANG GH, et al. An excerpt of management of acute variceal bleeding: updated APASL guidelines (2025 edition) [J]. J Clin Hepatol, 2025, 41(11): 2252-2257.

冯丽娟, 王民, 张冠华, 等.《2025年亚太肝病学会指南:急性静脉曲张出血的管理》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2025, 41(11): 2252-2257.