

2016 ACG 临床指南：肝脏疾病和妊娠

推荐意见

来源：医脉通

编译：指南君

2016/2/16

2016 年 2 月，美国胃肠病学学院（ACG）发布了妊娠期女性罹患肝脏疾病的诊断、治疗、管理的临床实践指南，旨在帮助临床医生应对常见的妊娠女性肝脏疾病的诊断与治疗挑战。

孕妇肝脏疾病会诊是胃肠病医生经常遇到又颇感棘手的问题。其挑战在于，制定临床治疗决策时需要同时考虑准妈妈和胎儿的安全。本实践指南阐述了妊娠期肝病患者常见诊断和治疗问题的循证方法。

该项指南采用 GRADE 系统证据质量分级，为各项推荐意见提供高质量的证据支持。专家所选数据均源自基于 GRADE 系统高质量证据的研究。最终，指南制订出妊娠女性肝脏疾病管理的多个推荐意见。有关指南的推荐要点，医脉通整理如下：

推荐声明表
妊娠患者的初步评估
肝功能异常的妊娠女性应接受与非妊娠患者相同的标准检查（强烈推荐，非常低的证据水平）。
妊娠期影像学检查
对于肝功能检查异常提示有胆道疾病的患者，超声是安全的首选影像学检查方法（强烈推荐，证据水平低）。
妊娠中期和晚期，可以接受不使用钆造影剂的磁共振成像检查（有条件的推荐，证据水平低）。
CT 扫描有致畸和导致儿童血液肿瘤疾病的风险，但也可以审慎地使用最小辐射方案（2-5 rads；有条件的推荐，证据水平非常低）。

妊娠期内镜检查
妊娠期进行内镜检查是安全的，但如果可能的话应推迟到妊娠中期（强烈推荐，证据水平低）。
哌替啶和丙泊酚可以用于内镜检查镇静（强烈推荐，证据水平中等）。
妊娠期胆道疾病的管理
必须接受干预治疗的胆道疾病孕妇例如胆源性胰腺炎、有症状的胆总管结石和/或胆管炎患者，可进行 ERCP。尽量减少胎儿 X 线透视检查的暴露（强烈推荐，证据水平低）。
有症状的胆囊炎患者应及早手术治疗，行腹腔镜下胆囊切除术（强烈推荐，证据水平低）。
妊娠期肝脏肿块
妊娠期无症状的血管瘤和局灶性结节性增生不需要常规接受影像学检查或监测（强烈推荐，证据水平非常低）。
肝腺瘤患者在妊娠期应接受超声检查监测腺瘤生长情况。大腺瘤（> 5cm）患者应在怀孕前转诊接受切除手术（强烈推荐，证据水平低）。
妊娠期乙肝
HBV 感染母亲分娩的婴儿均应接受乙肝免疫球蛋白和乙肝疫苗进行主动-被动免疫预防，以防止母婴传播（强烈推荐，证据水平低）。
慢性 HBV 感染和病毒载量高（ $> 10^6 \log/\text{ml}$ （200,000 IU/ml）和更高）的女性，妊娠晚期应给予替诺福韦或替比夫定抗病毒治疗，以减少 HBV 母婴传播（强烈推荐，证据水平低）。
不应在 HBV 阳性母亲中实施择期剖宫产以防止胎儿感染（强烈推荐，证据水平非常低）。
为了婴儿健康，应允许 HBV 慢性感染女性进行母乳喂养（强烈推荐，证据水平非常低）。
妊娠期丙肝
所有具有 HCV 危险因素妊娠女性应接受抗 HCV 抗体筛查。无 HCV 感染危险因素的女性不应进行筛查（强烈推荐，证据水平低）。
尽可能减少对 HCV 母亲及其胎儿进行侵入性操作（例如，羊膜穿刺术，侵入性胎儿监护），以防止丙型肝炎的垂直传播（强烈推荐，证据水平非常低）。
不应在 HCV 阳性母亲中实施择期剖宫产以防止胎儿感染（强烈推荐，证据水平非常低）。
为了婴儿健康，应允许 HCV 慢性感染女性进行母乳喂养（强烈推荐，证据水平非常低）。
不对孕妇进行治疗 HCV 或降低垂直传播风险的丙肝治疗（强烈推荐，证据水平非常低）。
妊娠期特有肝病

妊娠剧吐采用支持疗法，可能需要住院治疗（强烈推荐，证据水平非常低）。
妊娠期肝内胆汁淤积
由于增加胎儿 IHCP 并发症的风险，推荐 37 周时早期分娩（强烈推荐，证据水平非常低）。
为改善症状，可给予 IHCP 女性熊去氧胆酸 10-15mg/kg（强烈推荐，证据水平中等）。
先兆子痫和子痫
累及肝脏的先兆子痫提示重度先兆子痫。36 周后，严重先兆子痫女性应及时分娩以减少母亲和胎儿的并发症（强烈推荐，证据水平非常低）。
HELLP 综合征
HELLP 综合征应及时分娩，尤其是在妊娠 34 周后（强烈推荐，证据水平非常低）。
应考虑分娩前输注血小板至 40,000-50,000 / μ L，尤其是可能实施剖宫产者（有条件的推荐，证据水平非常低）。
妊娠急性脂肪肝疾病
AFLP 女性应及时分娩；期待疗法是不恰当的（强烈推荐，证据水平非常低）。
所有 AFLP 女性及其孩子都应进行长链 3-羟酰辅酶 A 脱氢酶的分子检测（有条件的推荐，证据水平中等）。
对 AFLP 母亲的后代应仔细监测长链 3-羟酰辅酶 A 脱氢酶缺乏的临床表现包括低酮酸性低血糖和脂肪肝（有条件的推荐，证据水平非常低）。
甲型肝炎，戊型肝炎病毒，单纯疱疹病毒
急性肝炎孕妇应当检测急性肝损伤的常见病因包括病毒性肝炎 HAV、HBV、HEV 和 HSV（强烈推荐，证据水平非常低）。
怀疑 HSV 急性肝炎的孕妇应该启动阿昔洛韦治疗（强烈推荐，证据水平非常低）。
其它慢性肝病
AIH 孕妇应继续皮质类固醇激素和/或 AZA 治疗（强烈推荐，证据水平非常低）。
PBC 孕妇应继续 UDCA 治疗（强烈推荐，证据水平非常低）。
WD 孕妇应当继续青霉胺、曲恩汀或锌治疗；如果可能的话，可减少剂量（强烈推荐，证据水平非常低）。
怀疑有门静脉高压症的孕妇应该在妊娠中期进行上消化道筛查排除食管静脉曲张（强烈推荐，证据水平低）。

有大的食管静脉曲张的孕妇应使用 β 受体阻滞剂和/或套扎（有条件的推荐，证据水平非常低）。

肝移植史孕妇应继续除霉酚酸以外的免疫抑制剂治疗（强烈推荐，证据水平中等）。

AFLP，妊娠急性脂肪肝疾病；AIH，自身免疫性肝炎；AZA，硫唑嘌呤；ERCP，经内镜逆行性胰胆管造影术；HAV，甲型肝炎病毒；HBV，乙型肝炎病毒；HCV，丙型肝炎病毒；HELLP，溶血、肝酶升高、血小板减少；HEV，戊型肝炎病毒；HSV，单纯疱疹病毒；IHCP，妊娠肝内胆汁淤积症；PBC，原发性胆汁性肝硬化；WD，威尔森氏症