

· 指南解读 ·

DOI: 10.12449/JCH260310

《肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2025版)》解读

范钟辰, 张凯旋, 张 阳, 曹学峰, 张兴元

滨州医学院附属医院肝胆外科, 山东 滨州 256603

通信作者: 张兴元, byfyzxy@163.com (ORCID: 0000-0002-7405-3805)

摘要: 肝硬化门静脉高压症是因肝硬化造成门静脉系统压力持续性增高而引发的一组临床综合征,并可引起一系列并发症。其中,食管、胃底静脉曲张破裂出血因发生紧急、病死率高,已成为门静脉高压症最严重的并发症之一。自《肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2019版)》发布以来,国内外在该领域的研究已取得显著进展。为制定符合我国国情的专家共识,中华医学会外科学分会相关专家组织并编撰《肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2025版)》。本文将解读新版共识的更新要点,探讨新、旧版共识的主要差异,旨在强化临床医生对新版共识的理解,为临床医生在相关工作中提供借鉴和参考。

关键词: 肝硬化; 高血压, 门静脉; 食管和胃静脉曲张; 诊断; 治疗学; 共识

基金项目: 山东省级临床重点专科建设项目(SLCZDZK-0701)

Interpretation of expert consensus on diagnosis and treatment of esophagogastric variceal bleeding in cirrhotic portal hypertension (2025 edition)

FAN Zhongchen, ZHANG Kaixuan, ZHANG Yang, CAO Xuefeng, ZHANG Xingyuan

Department of Hepatobiliary Surgery, Binzhou Medical University Hospital, Binzhou, Shandong 256603, China

Corresponding author: ZHANG Xingyuan, byfyzxy@163.com (ORCID: 0000-0002-7405-3805)

Abstract: Cirrhotic portal hypertension is a clinical syndrome caused by persistently elevated portal venous pressure due to liver cirrhosis and can lead to a series of complications, among which esophagogastric variceal bleeding has become one of the most severe complications due to sudden onset and a high mortality rate. Since the release of Expert consensus on diagnosis and treatment of esophagogastric variceal bleeding in cirrhotic portal hypertension (2019 edition), significant advances have been achieved in this field in China and globally. In order to formulate an expert consensus aligned with the situation of China, Chinese Society of Surgery, Chinese Medical Association organized and compiled Expert Consensus on diagnosis and treatment of esophagogastric variceal bleeding in cirrhotic portal hypertension (2025 edition). This article elaborates on the key updates in the new edition and explores the major differences between the old and new editions, in order to enhance the understanding of the new edition among clinicians and provide a reference for clinicians in clinical work.

Key words: Liver Cirrhosis; Hypertension, Portal; Esophageal and Gastric Varices; Diagnosis; Therapeutics; Consensus

Research funding: Shandong Provincial Clinical Key Specialty Construction Project (SLCZDZK-0701)

肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血是门静脉高压症最凶险的并发症之一,以突发性、高致死率为特征,严重威胁患者的生存和预后^[1]。为规范肝硬化门静脉高

压症食管、胃底静脉曲张破裂出血的诊疗行为,中华医学会外科学分会于2015年首次制定了《肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识》^[2],并

于2019年完成首次修订(以下简称“旧版共识”)^[3],为我国临床医师提供了科学实用的指导原则。随着国内外新理论和新技术的发展与成熟,相关专家团队汇集多学科专业特点和技术优势制定了《肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2025版)》(以下简称“新版共识”)^[4]。本文通过解读新版共识的更新要点,探讨新旧版共识的主要差异,旨在强化临床医生对新版共识的理解,为临床实践提供参考。

1 更新门静脉高压症的诊断标准

新版共识从病史、临床症状、体征、肝功能状况和辅助检查等方面对门静脉高压症的诊断作出论述,突出了诊断的综合性。新版共识强调,将基于瞬时弹性成像或磁共振弹性成像的肝脏硬度测量(liver stiffness measurement, LSM)联合血小板计数作为门静脉高压症的主要识别依据。其中,LSM>25 kPa,或LSM在20~25 kPa且血小板计数 $<150 \times 10^9/L$,或LSM在15~20 kPa且血小板计数 $<110 \times 10^9/L$ 可以作为诊断门静脉高压症的充分条件。LSM联合血小板计数作为非侵入性检查,在诊断门静脉高压症和评估预后方面与肝静脉压力梯度测定具有相似的效能^[5-6]。虽然国际上部分指南或共识将肝静脉压力梯度测定作为门静脉高压症诊断和定量评估的“金标准”,但因其作为有创性检查,且存在操作技术复杂、设备依赖性强、花费高等局限性,新版共识已将其弱化。

2 更新食管、胃底静脉曲张破裂出血的预测方法

除了强化Child-Pugh分级、内镜下曲张静脉的范围和程度以及“红色征”的范围作为预测食管、胃底静脉曲张破裂出血的指标外,新版共识着重于使用LSM和血小板计数进行监测和识别。新版共识推荐,LSM<20 kPa且血小板计数 $>150 \times 10^9/L$ 的患者可豁免常规内镜筛查食管胃底静脉曲张,但每年复查LSM和血小板计数是必要的。若LSM ≥ 20 kPa或血小板计数 $\leq 150 \times 10^9/L$,需要及时行胃十二指肠镜以识别和评估临床显著性门静脉高压(clinically significant portal hypertension, CSPH)。随着肝硬化门静脉高压症诊断技术的进步,LSM联合血小板计数已成为食管、胃底静脉曲张破裂出血风险分层和管理的重要工具^[7]。

新的研究表明,Baveno VI标准联合脾脏硬度测量的Baveno VII模型,即LSM<20 kPa、血小板计数 $\geq 150 \times 10^9/L$ 且脾脏硬度值 ≤ 40 kPa,在诊断代偿期晚期慢性肝病门

静脉高压症中显示出更优越的性能,可使更多患者安全地豁免内镜检查,并减少漏诊率^[8-9]。此外,一项关于磁引导胶囊内镜的前瞻性多中心临床研究揭示,相比于传统的胃十二指肠镜检查,磁引导胶囊内镜在检测食管胃底静脉曲张高危患者中显示出较高的诊断准确性,优于小肠、食管胶囊内镜和Baveno VII标准。以传统胃十二指肠镜检查为参考标准,磁引导胶囊内镜检测食管、胃底静脉曲张的灵敏度为97.5%,特异度为97.8%,中高危患者中灵敏度和特异度分别为95.8%和96.9%,有望作为胃十二指肠镜这一侵入性检查的有效替代^[10]。

终末期肝病模型(model for end-stage liver disease, MELD)通过使用三项客观指标(血清总胆红素、血清肌酐、凝血酶原时间国际标准化比值)和一项主观指标(病因),不仅可以评估急性食管、胃底静脉曲张破裂出血患者6周内病死率,还能提示预后^[11]。基于传统MELD评分体系,通过多维度参数整合和优化,已衍生出多种改良模型,如MELD-Na、iMELD和MELD 3.0等。其中,MELD 3.0在传统MELD评分的基础上纳入了性别、血清钠、血清白蛋白等指标并调整了肌酐值的上限。相比于传统MELD和MELD-Na,MELD 3.0能更准确地预测终末期肝病患者6周内的病死率^[12]。

3 更新食管、胃底静脉曲张破裂出血的预防和治疗

新版共识在延续旧版共识六级分层管理体系的基础上,优化治疗决策,提倡个体化和多学科联合诊疗,统筹考量基层医院的资源配置,提供更普适性、标准化和同质化的治疗指导办法。本文将从预防和治疗两个方面对新版共识更新部分进行解读。

3.1 优化首次出血的预防策略(一级患者、二级患者、三级患者) 对于无CSPH的代偿期肝硬化患者(一级患者),新版共识推荐在使用他汀类药物抗纤维化治疗的基础上,进行生活干预,强调饮食、运动和行为治疗在预防及延缓肝硬化中的作用,不推荐使用非选择性 β 受体阻滞剂(nonselective beta-blockers, NSBB)。虽然既往他汀类药物因其潜在的肝毒性被视为慢性进展性肝病的禁忌,但近年来的研究表明,他汀类药物的使用与代偿期肝硬化患者发生肝功能失代偿之间存在显著的保护性关联(相对危险度=0.54,95%置信区间:0.44~0.66),可常规剂量安全使用^[13]。但对于失代偿期患者,40 mg/d的辛伐他汀可显著增加肌肉毒性,20 mg/d的辛伐他汀和40 mg/d的普伐他汀对于Child-Pugh B级患者短期应用是安全的,但Child-Pugh C级患者短期使用病死率较

高^[14]。同时,新版共识遵循以病因学为导向的全程管理策略,建议对乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒感染的患者积极行抗病毒治疗。

针对有CSPH但无食管、胃底静脉曲张的代偿期肝硬化患者(二级患者),新版共识更新了既往观点,指出在持续病因治疗的基础上,可考虑使用NSBB,但应注意NSBB的禁忌证。新的研究表明,NSBB可显著降低存在CSPH但无食管胃底静脉曲张或少量食管胃底静脉曲张的肝硬化患者进展为严重食管胃底静脉曲张的发生率(比值比=0.51,95%置信区间:0.29~0.89, $P=0.02$)和病死率(比值比=0.64,95%置信区间:0.44~0.92, $P=0.02$)^[15]。相比于普萘洛尔,卡维地洛因其降低门静脉压力和减轻腹水的作用、高安全性及易操作性,在新版共识中被列为首选。在一项大规模、多中心的回顾性研究中发现,卡维地洛降低CSPH的幅度与普萘洛尔相当,但可显著降低首次失代偿的风险(亚分布风险比=0.61,95%置信区间:0.41~0.92, $P=0.019$)和失代偿期肝硬化患者进一步失代偿或死亡的风险(亚分布风险比=0.57,95%置信区间:0.42~0.77, $P<0.0001$),疗效优于普萘洛尔^[16]。

新版共识更加注重非侵入性治疗手段在代偿期肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张患者(三级患者)治疗中的应用,推荐针对病因行NSBB治疗,当患者存在使用NSBB禁忌时,则采用内镜下食管曲张静脉套扎术(endoscopic variseal ligation, EVL)。新版共识中的治疗目标也从单纯的预防首次出血,发展为分阶段、多维度的个体化管理体系,充分体现了对肝硬化门静脉高压症的系统化认知加深和以患者为中心的全程管理理念。

3.2 规范急性期出血的治疗策略(四级患者) 目前,急性期出血的治疗主要包括液体复苏与药物治疗、三腔二囊管压迫止血、内镜治疗、介入治疗和手术治疗。在液体复苏与药物治疗方面,经快速补充血容量,患者全身情况明显改善后,新增方案中建议输注浓缩红细胞,使患者的血红蛋白维持在70 g/L左右。相比于自由输血(血红蛋白<90 g/L时输血),限制性输血策略(血红蛋白<70 g/L时输血)在急性期出血患者中具有更优异的表现,可改善6周生存率,降低再出血风险,减少输血相关并发症^[17]。过度输血可导致门静脉压力升高,增加曲张静脉再出血的风险。此外,生长抑素及其类似物(如奥曲肽)在减轻门静脉压力、降低侧支循环血流量控制出血中的地位仍不可撼动。一旦出血得到控制,排除活动性感染后,建议停止抗生素的使用。内镜治疗作为肝硬化食

管、胃底静脉曲张破裂出血的一线治疗方法,主要包括EVL、注射食管曲张静脉硬化剂(endoscopic injection sclerotherapy, EIS)和使用组织黏合剂等。这些方法不仅操作简单易行,而且止血效果确切。新版共识依然将EVL联合生长抑素类药物作为急性出血的首选。但基于安全性和疗效优化考虑,新版共识将EVL治疗时间间隔从10~14 d延长至2~4周。原因是适当延长EVL的时间间隔允许食管黏膜充分愈合,可降低术后溃疡、再次出血等并发症的发生率,增强曲张静脉的闭塞效果^[18]。一项随机对照研究显示,内镜喷洒Hemospray止血粉在急性静脉曲张出血患者中展现出优异的效果,未来需更多研究进行验证^[19]。新版共识还新增了EIS和使用组织黏合剂的弊端,即可能增加后续行贲门周围血管离断术(断流术)和肝移植的手术难度,反映了安全优先和多学科整合的发展模式。

对于药物和内镜治疗失败或存在门静脉血栓无法行经颈静脉肝内门体分流术(transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS)的患者,外科手术是治疗急性食管、胃底静脉曲张破裂出血的优先选择。与旧版共识相比,新版共识明确将贲门周围血管离断术作为外科手术治疗的首选。考虑到不同分层医疗机构的资源配置差异,新版共识对手术指征作出规范化管理,拓宽了急症手术的适应证。在不具备内镜治疗和介入治疗的基层医疗单位,患者经严格的内科保守治疗无效且存在手术指征时,建议行急症手术治疗以挽救患者生命。当患者食管、胃底静脉曲张破裂出血得到控制且血流动力学稳定后,为明确是否存在门静脉血栓或瘤栓,应行增强计算机体层成像或磁共振成像检查。同时,新版共识指出应及早予以患者必要的口服营养补充剂。有研究表明,接近38%的肝硬化食管、胃底静脉曲张破裂出血患者存在高营养风险,且高营养风险与肝脏储备功能差、重症监护病房住院时间延长和高病死率密切相关^[20]。当患者对口服营养补充剂耐受情况良好时,应给予NSBB降低门静脉压力,并可停用血管活性药物。为清除肠道内积血,降低血氨浓度,减少肝性脑病的发生率,推荐予以口服乳果糖制剂或灌肠治疗。肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血的临床管理应以多学科协作为重要支点,构建综合化的治疗方案,整合肝胆外科、消化内科、影像介入科、肿瘤科和临床营养科等多科室优势资源,全面践行以患者为中心的综合治疗理念。

4 更新再出血的预防策略(五、六级患者)

食管胃底静脉曲张首次破裂出血后42 d是再出血的高发期,在首次出血得到控制且血流动力学稳定后应尽早启动二级预防的干预措施^[21]。主要的治疗措施包括药物和内镜治疗、介入治疗和手术治疗。药物和内镜治疗方面,NSBB单药治疗、EVL、EIS以及药物与内镜的联合应用均能有效降低再出血的风险。新版共识明确EVL联合NSBB是预防再出血的核心治疗策略。与EVL联合NSBB治疗相比,TIPS虽可显著降低再出血风险,但不能提高患者的总生存期,且术后肝性脑病的发生率较高^[22-23]。由于TIPS在降低再出血方面的突出作用,对于Child-Pugh分级为B、C级的高危再出血患者,TIPS仍是二级预防的有效治疗手段。

药物、内镜和介入治疗在门静脉高压症再出血的防治中虽已取得显著进展,但外科手术在预防再出血中依然是不可替代的治疗选择。新版共识系统性确定了外科手术的适应证,将适用人群定义为以下四类,即EVL和TIPS均无法处理的门静脉高压合并巨脾或脾功能亢进的患者、急症内镜治疗或长期反复行内镜治疗失败后曲张静脉再次破裂出血的患者、行EVL和TIPS治疗后效果不佳或无效的患者以及同时存在胃底静脉曲张或门静脉高压性胃病的患者。外科治疗已成为药物、内镜和介入治疗的重要补充,以确保患者的临床获益最大化。外科手术方式主要包括贲门周围血管离断术、分流术和肝移植。部分欧美国家制定的临床指南或共识对外科手术持消极态度,弱化甚至否定外科手术的作用。但基于我国现阶段的国情,门静脉高压症的外科治疗一直发挥着重要的作用,逐渐形成了以断流术为核心、分流术为补充、肝移植为终极手段的阶梯化治疗策略^[24]。新版共识为统筹外科手术和内镜治疗的优势,一方面推荐手术断流后序贯EVL降低术后再出血的发生率;另一方面,即使在首次行EVL有效控制出血的情况下,贲门周围血管离断术仍可作为一项可选的补充性治疗措施。此外,新版共识继续强调肝移植是目前终末期肝硬化门静脉高压症的唯一根治性手段。对肝功能严重失代偿的肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血患者,可考虑行肝移植。

5 小结

新版共识整合近几年的研究进展,从肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血的诊断、出血风险

的预测、预防和治疗等方面进行了更加综合且细致的更新与补充,提出了诸多创新性的理论模型和治疗策略,构建了非侵入性诊断为核心、分层干预为导向和多学科协作为保障的综合化诊疗体系。其更新内容不仅体现了循证医学的严谨性,也兼顾了基层医疗单位的实践需求。然而,目前在食管、胃底静脉曲张破裂出血相关诊疗操作并发病的管理策略上,尚未形成标准化框架。此外,对不同处理方案治疗失败的评估仍缺少大规模、多中心的临床研究。许多新技术已逐渐运用到临床实践中,未来需要更多的临床研究来确定新型诊断和治疗方案在肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张患者中的疗效。笔者认为,当前亟需广泛开展肝硬化门静脉高压症相关的临床与基础研究。有必要整合多学科力量,共同推进更多高质量、多中心的临床研究,从而为该疾病的综合管理体系提供坚实的循证医学证据。

利益冲突声明: 本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明: 张兴元、曹学峰负责提供写作思路并修改论文;范钟辰负责查阅文献,撰写文章;张凯旋、张阳负责编辑文章;张兴元负责最终定稿。

参考文献:

- [1] JIA LY, NIE YQ, XIE B, et al. Safe platelet threshold in patients undergoing endoscopic variceal ligation and cyanoacrylate injection due to esophagogastric variceal bleeding: Consensus and challenges[J]. J Clin Hepatol, 2025, 41(9): 1908-1912. DOI: 10.12449/JCH250929.
贾璐瑶, 聂玉强, 谢飏, 等. 食管胃静脉曲张破裂出血行内镜下曲张静脉套扎术和内镜下组织胶注射术的血小板安全阈值: 共识与挑战[J]. 临床肝胆病杂志, 2025, 41(9): 1908-1912. DOI: 10.12449/JCH250929.
- [2] Chinese Society of Portal Hypertension, Chinese Society of Surgery, Chinese Medical Association. Expert consensus on diagnosis and treatment of esophagogastric variceal bleeding in cirrhotic portal hypertension (2015) [J]. Chin J Pract Surg, 2015, 35(10): 1086-1090. DOI:10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2015.10.16.
中华医学会外科学分会门静脉高压症学组. 肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2015)[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(10): 1086-1090. DOI:10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2015.10.16.
- [3] Chinese Society of Spleen and Portal Hypertension Surgery, Chinese Society of Surgery, Chinese Medical Association. Expert consensus on diagnosis and treatment of esophagogastric variceal bleeding in cirrhotic portal hypertension (2019 edition) [J]. Chin J Surg, 2019, 57(12): 885-892. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2019.12.002.
中华医学会外科学分会脾及门静脉高压外科学组. 肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2019版)[J]. 中华外科杂志, 2019, 57(12): 885-892. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2019.12.002.
- [4] Chinese Society of Spleen and Portal Hypertension Surgery, Chinese Society of Surgery, Chinese Medical Association. Expert consensus on the diagnosis and treatment of esophageal and gastric variceal rupture bleeding in cirrhotic portal hypertension (2025 edi-

- tion) [J]. Chin J Dig Surg, 2025, 24(3): 271-280. DOI: 10.3760/cma.j.cn115610-20241228-00590.
- 中华医学会外科学分会脾及门静脉高压外科学组. 肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2025版)[J]. 中华消化外科杂志, 2025, 24(3): 271-280. DOI: 10.3760/cma.j.cn115610-20241228-00590.
- [5] SEMMLER G, LENS S, MEYER EL, et al. Non-invasive tests for clinically significant portal hypertension after HCV cure[J]. J Hepatol, 2022, 77(6): 1573-1585. DOI: 10.1016/j.jhep.2022.08.025.
- [6] JACHS M, HARTL L, SIMBRUNNER B, et al. Prognostic performance of non-invasive tests for portal hypertension is comparable to that of hepatic venous pressure gradient[J]. J Hepatol, 2024, 80(5): 744-752. DOI: 10.1016/j.jhep.2023.12.028.
- [7] de FRANCHIS R, BOSCH J, GARCIA-TSAO G, et al. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension[J]. J Hepatol, 2022, 76(4): 959-974. DOI: 10.1016/j.jhep.2021.12.022.
- [8] DAJTI E, RAVAIOLI F, ZYKUS R, et al. Accuracy of spleen stiffness measurement for the diagnosis of clinically significant portal hypertension in patients with compensated advanced chronic liver disease: A systematic review and individual patient data meta-analysis [J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2023, 8(9): 816-828. DOI: 10.1016/S2468-1253(23)00150-4.
- [9] WANG HY, LIANG WH, ZHOU L, et al. Baveno VI-SSM stratifies the risk of portal hypertension-related events in patients with HBV-related cirrhosis[J]. Clin Mol Hepatol, 2025, 31(3): 866-880. DOI: 10.3350/cmh.2024.0609.
- [10] JIANG X, PAN J, XU Q, et al. Diagnostic accuracy of magnetically guided capsule endoscopy with a detachable string for detecting oesophagogastric varices in adults with cirrhosis: Prospective multicentre study[J]. BMJ, 2024, 384: e078581. DOI: 10.1136/bmj-2023-078581.
- [11] FERRARESE A, BUCCI M, ZANETTO A, et al. Prognostic models in end stage liver disease[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2023, 67: 101866. DOI: 10.1016/j.bpg.2023.101866.
- [12] KIM WR, MANNALITHARA A, HEIMBACH JK, et al. MELD 3.0: The model for end-stage liver disease updated for the modern era[J]. Gastroenterology, 2021, 161(6): 1887-1895. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.08.050.
- [13] KIM RG, LOOMBA R, PROKOP LJ, et al. Statin use and risk of cirrhosis and related complications in patients with chronic liver diseases: A systematic review and meta-analysis[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2017, 15(10): 1521-1530. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.04.039.
- [14] BOSCH J, GRACIA-SANCHO J, ABRALDES JG. Cirrhosis as new indication for statins[J]. Gut, 2020, 69(5): 953-962. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-318237.
- [15] SU X, LI WJ, CHEN Z, et al. Meta-analysis of β -blockers for the primary prevention of liver cirrhosis with clinically significant portal hypertension with no or small esophageal varices[J]. Chin J Hepatol, 2022, 30(11): 1237-1245. DOI: 10.3760/cma.j.cn501113-20210330-00150.
- 苏鑫, 李文洁, 陈哲, 等. β 受体阻滞剂对肝硬化伴临床显著性门静脉高压无或小食管静脉曲张一级预防的Meta分析[J]. 中华肝脏病杂志, 2022, 30(11): 1237-1245. DOI: 10.3760/cma.j.cn501113-20210330-00150.
- [16] FORTEA JI, ALVARADO-TAPIAS E, SIMBRUNNER B, et al. Carvedilol vs. propranolol for the prevention of decompensation and mortality in patients with compensated and decompensated cirrhosis[J]. J Hepatol, 2025, 83(1): 70-80. DOI: 10.1016/j.jhep.2024.12.017.
- [17] VILLANUEVA C, COLOMO A, BOSCH A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding[J]. N Engl J Med, 2013, 368(1): 11-21. DOI: 10.1056/NEJMoa1211801.
- [18] XU L, JI F, XU QW, et al. Risk factors for predicting early variceal rebleeding after endoscopic variceal ligation[J]. World J Gastroenterol, 2011, 17(28): 3347-3352. DOI: 10.3748/wjg.v17.i28.3347.
- [19] IBRAHIM M, EL-MIKKAWY A, ABDEL HAMID M, et al. Early application of haemostatic powder added to standard management for oesophagogastric variceal bleeding: A randomised trial[J]. Gut, 2019, 68(5): 844-853. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314653.
- [20] TSAI MH, HUANG HC, PENG YS, et al. Nutrition risk assessment using the modified NUTRIC score in cirrhotic patients with acute gastroesophageal variceal bleeding: Prevalence of high nutrition risk and its independent prognostic value[J]. Nutrients, 2019, 11(9): 2152. DOI: 10.3390/nu11092152.
- [21] RENGASAMY S, ALI SM, SISTLA SC, et al. Comparison of 2 days versus 5 days of octreotide infusion along with endoscopic therapy in preventing early rebleed from esophageal varices: A randomized clinical study[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2015, 27(4): 386-392. DOI: 10.1097/MEG.0000000000000300.
- [22] WANG XZ, LIU GF, WU JC, et al. Small-diameter transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus endoscopic variceal ligation plus propranolol for variceal rebleeding in advanced cirrhosis[J]. Radiology, 2023, 308(2): e223201. DOI: 10.1148/radiol.223201.
- [23] SHI Y, GUO H, LI J. TIPS standard procedures and management of surgery-related complications for portal hypertension[J/OL]. Chin J Hepat Surg (Elec Ed), 2025, 14(3): 372-378. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-3232.2025.03.007.
- 石洋, 郭辉, 李坚. 门静脉高压症TIPS操作规范及其手术相关并发症处理[J/OL]. 中华肝脏外科手术学电子杂志, 2025, 14(3): 372-378. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-3232.2025.03.007.
- [24] Chinese Society of Spleen and Portal Hypertension Surgery, Chinese Society of Surgery, Chinese Medical Association. Chinese expert consensus on laparoscopic pericardial devascularization (2022 edition) [J]. Chin J Dig Surg, 2022, 21(6): 701-707. DOI: 10.3760/cma.j.cn115610-20220513-00272.
- 中华医学会外科学分会脾及门静脉高压外科学组. 腹腔镜贲门周围血管离断术中国专家共识(2022版)[J]. 中华消化外科杂志, 2022, 21(6): 701-707. DOI: 10.3760/cma.j.cn115610-20220513-00272.

收稿日期: 2025-12-12; 录用日期: 2026-01-19

本文编辑: 葛俊

引证本文: FAN ZC, ZHANG KX, ZHANG Y, et al. Interpretation of expert consensus on diagnosis and treatment of esophagogastric variceal bleeding in cirrhotic portal hypertension (2025 edition) [J]. J Clin Hepatol, 2026, 42(3): 568-572.

范钟辰, 张凯旋, 张阳, 等.《肝硬化门静脉高压症食管、胃底静脉曲张破裂出血诊治专家共识(2025版)》解读[J]. 临床肝胆病杂志, 2026, 42(3): 568-572.