

《2026年美国胃肠病学院临床指南：肝性脑病》摘译

卞佳乐, 韩 涛

南开大学第一附属医院/天津市人民医院消化(肝病)科, 天津 300121

通信作者: 韩涛, hantaomd@126.com (ORCID: 0000-0003-4216-6968)

摘要: 肝性脑病是肝硬化的重要并发症, 预后差, 给患者、家庭及医疗系统带来沉重负担。近年来, 有关肝性脑病的诊断和管理策略已取得重要进展, 但仍存在不少问题尚待解决。2026年, 美国胃肠病学院发布了肝性脑病临床指南, 内容涵盖肝性脑病诊断、管理和预防策略的建议, 为肝性脑病诊疗提供指导。本文对该指南中的推荐意见、核心观点等内容进行摘译。

关键词: 肝性脑病; 肝硬化; 诊疗准则; 美国

An excerpt of ACG clinical guideline: Hepatic encephalopathy (2026)

BIAN Jiale, HAN Tao

Department of Gastroenterology and Hepatology, The First Affiliated Hospital of Nankai University/Tianjin People's Hospital, Tianjin 300121, China

Corresponding author: HAN Tao, hantaomd@126.com (ORCID: 0000-0003-4216-6968)

Abstract: Hepatic encephalopathy (HE) is a major complication of liver cirrhosis associated with a poor prognosis, imposing a heavy burden on patients, families, and the healthcare system. In recent years, although significant advances have been made in the diagnosis and management strategies for HE, many issues remain to be resolved. In 2026, the American College of Gastroenterology released a clinical guideline on HE, covering recommendations on the diagnosis, management, and prevention of HE, which provides guidance for clinical practice. This article gives an excerpt of the recommendations and key views from this guideline.

Key words: Hepatic Encephalopathy; Liver Cirrhosis; Practice Guideline; United States

肝性脑病(hepatic encephalopathy, HE)是肝硬化的重要并发症, 给患者、家庭及医疗系统带来沉重负担。现行肝移植列入标准未能充分体现HE从隐匿性向显性发展的过程, 导致许多患者即使生活质量已受到严重影响, 仍难以获得优先移植资格。2026年3月, 美国胃肠病学院(American College of Gastroenterology, ACG)发布HE临床指南^[1], 涵盖HE的诊断、管理和预防策略。该指南基于GRADE证据质量与推荐强度分级系统, 提出24条推荐意见, 并对未纳入GRADE分级系统评价的29条核心观点进行了陈述。本文对该指南中的推荐意见、核心观点等内容进行摘译, 以期临床实践提供参考。

1 HE的定义、管理与预防策略

HE是肝功能受损或门体分流导致的脑功能障碍, 表现为一系列神经、精神异常。本指南重点关注肝硬化患者HE的临床问题, 并提供确保实现最佳管理、改善患者临床和心理社会结局的框架。

HE的发病机制涉及多器官受累和不同的诱因, HE的发生对患者、家庭和医疗系统具有多方面的负面影响。鉴于HE的复杂性, 亟需采用个体化、多学科协作的综合管理模式。HE的综合管理涉及以下三个层面: (1)患者发生HE的多种致病因素; (2)HE对患者、家庭及医疗系统造成的负面影响; (3)充分管理HE所需的多专科协作与实践。

HE的管理需要详细记录的内容不仅包括本次发作的具体情况,还应包括既往发作史。既往指南主要关注4个方面:HE类型、分级或严重程度、病程、有无诱因。鉴于健康的社会决定因素对HE具有重要影响,本指南增加了第5个方面——社会支持体系(包括家庭与社会、经济条件、机构等因素)。强大的社会支持体系对于预防患者再入院或复发至关重要。上述5个方面可作为核查清单,有助于识别并有望解决与HE复发相关的临床、社会心理因素以及健康的社会决定因素。

2 推荐意见

2.1 隐匿性HE(covert hepatic encephalopathy, CHE)/轻微HE(minimal hepatic encephalopathy, MHE)

推荐意见 1:对患者进行CHE或MHE评估时,建议采用单项测试,而非两项测试的联合策略(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 2:对患者进行MHE或CHE评估时,建议不要仅依靠血氨水平作出诊断(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 3:对于MHE或CHE患者,建议给予乳果糖治疗,而非不治疗(条件性推荐,证据质量低)。

推荐意见 4:现有证据尚不足以支持或反对通过常规治疗MHE/CHE以预防显性HE(overt hepatic encephalopathy, OHE)(证据不足,无推荐)。

2.2 HE住院患者管理

推荐意见 5:对于HE患者,不建议常规检测血氨水平来指导HE治疗决策(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 6:对于伴有意识障碍但无新发局灶性神经功能缺损的肝硬化患者,不建议常规行脑部影像学检查(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 7:对于OHE患者,推荐给予乳果糖治疗,以改善患者预后并预防OHE复发(强烈推荐,证据质量中等)。

推荐意见 8:对于OHE患者,建议采用大容量(如4 L)聚乙二醇制剂作为乳果糖治疗的替代方案(条件性推荐,证据质量低)。

推荐意见 9:对急性OHE患者,建议在乳果糖治疗基础上加用利福昔明,而非单独使用乳果糖(条件性推荐,证据质量低)。

2.3 预防HE复发

推荐意见 10:首次OHE发作后,推荐乳果糖作为门诊预防HE复发的一线治疗,根据患者耐受性调整剂量,以每

日2~3次软便为宜(强烈推荐,证据质量高)。

推荐意见 11:对接受乳果糖治疗的HE患者,建议在门诊使用布里斯托大便分类法和排便频率来调整乳果糖的剂量,以减少再入院(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 12:对肝硬化合并OHE患者,建议在门诊应用利福昔明以预防HE复发(条件性推荐,证据质量低)。

推荐意见 13:对于接受乳果糖维持治疗仍出现HE反复发生的OHE患者,推荐加用利福昔明(强烈推荐,证据质量高)。

推荐意见 14:对于乳果糖和利福昔明治疗后仍持续有症状的OHE患者,如血锌水平低,建议补充锌剂(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 15:如条件允许,建议实施健康信息技术干预措施(如Patient Buddy App或电子临床提醒),以优化HE管理(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 16:对于经优化药物治疗后仍存在难治性HE、肝功能良好且无禁忌证的患者,建议进行分流道栓塞治疗(条件性推荐,证据质量极低)。

2.4 肌肉减少症与营养

推荐意见 17:推荐门诊HE患者的蛋白质摄入目标为 $1.2 \sim 1.5 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ (强烈推荐,证据质量中等)。

推荐意见 18:若仅通过饮食无法满足蛋白质需求的HE患者,推荐补充支链氨基酸(强烈推荐,证据质量中等)。

推荐意见 19:建议肝硬化患者夜间加餐,以减少衰弱和HE发生风险(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 20:不建议限制HE患者的蛋白质摄入,因其会增加肌肉分解,且不能缩短HE病程(条件性推荐,证据质量极低)。

推荐意见 21:建议对HE患者实施运动干预,以降低跌倒风险和门静脉压力,并提高骨骼肌的氮代谢能力(条件性推荐,证据质量低)。

2.5 经颈静脉肝内门体分流术(transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS)相关HE

推荐意见 22:对肝硬化失代偿期患者,无论既往是否发生过OHE,推荐在择期TIPS前14天启动利福昔明治疗,并至少持续6个月,以降低复发或新发OHE的风险(强烈推荐,证据质量中等)。

推荐意见 23:建议在行TIPS时栓塞肝外侧支循环,以减少TIPS术后HE发生(条件性推荐,证据质量低)。

2.6 肝移植与HE

推荐意见 24:对于多次发生HE且终末期肝病模型(model for end-stage liver disease, MELD)评分 <15 分的患

者,建议评估其是否适合活体肝移植(条件性推荐,证据质量低)。

3 核心观点

3.1 CHE/MHE

核心观点1:鉴于CHE(轻微或1级HE)的临床诊断可重复性差,CHE应在适当临床情景下,通过排除OHE(2级及以上HE)来定义。

核心观点2:仅存在扑翼样震颤,而无行为或警觉性改变,不足以诊断OHE。

核心观点3:具有以下1项或多项特征的肝硬化患者,可优先进行MHE检测:(1)低白蛋白血症;(2)肝硬化失代偿期(如存在腹水、静脉曲张出血或黄疸);(3)临床显著门静脉高压,或存在门体分流;(4)肝硬化伴非特异性认知障碍、注意力难以集中、生活质量下降、出行问题/交通违规及跌倒;(5)操作重型机械困难;(6)职业驾驶员/飞行员。

核心观点4:由于大部分存在认知障碍主诉的肝硬化患者可能患有MHE之外的其他疾病,因此,应针对睡眠呼吸暂停、酒精相关疾病、轻度认知功能障碍等其他疾病进行专门评估,理想情况下应在专科门诊或通过转诊进行,尤其是对于仅表现为延迟记忆或睡眠问题的患者。

核心观点5:对CHE/MHE进行认知功能测试,随后给予乳果糖或利福昔明治疗,可改善健康相关生活质量。

核心观点6:对肝硬化患者进行MHE或CHE评估时,可根据当地专业资源及规范情况,选择检测方法,包括:HE心理测量评分、Stroop Encephal App、QuickStroop、动物命名测试、抑制控制测试、连续反应时间及临界闪烁频率。

核心观点7:对于某些肝硬化合并MHE/CHE的患者,可考虑二线治疗药物(如存在肌肉减少症或衰弱,可给予支链氨基酸或门冬氨酸鸟氨酸;血清锌水平低,可补充锌剂;合并骨骼肌痉挛,可给予左旋肉碱)。

核心观点8:若尝试采用乳果糖进行诊断性治疗,应在开具处方4~8周后对用药依从性和潜在症状改善情况进行评估,以决定是否继续治疗。

3.2 OHE住院管理

核心观点9:对肝硬化伴意识障碍的患者,采用临床评分工具(West-Haven分级标准、格拉斯哥昏迷量表评分)识别出高等级HE患者,及时分诊或转入专科监护病房或内科重症监护病房,以预防吸入性肺炎等并发症。

核心观点10:应全面评估出血、感染、镇静药物使用以及毒性和代谢异常,以识别并治疗导致肝硬化患者精神状

态改变的可能诱发或加重因素。

核心观点11:若精神状态改变的患者血氨水平正常,应积极考虑除OHE之外的其他可能诊断。

核心观点12:若患者经过充分的HE治疗和诱因纠正48~72 h后,精神状态仍未恢复,则应考虑评估导致精神状态改变的其他原因、未充分处理或未识别的诱发因素或存在分流。

3.3 预防HE复发

核心观点13:出院时有必要进行多学科用药重整审核,确保患者获得针对HE复发的适宜预防性治疗,并将潜在有害药物减量或停用。

核心观点14:在门诊,不应依据血氨水平来指导HE治疗的启动、剂量调整或HE复发评估。

核心观点15:应对HE患者的用药清单进行全面审查,以识别并尽量减少可能影响精神状态评估或脑病风险的药物[如阿片类、苯二氮草类、抗癫痫镇痛药物(加巴喷丁和普瑞巴林)、催眠药物(唑吡坦、扎来普隆和艾司佐匹克隆)以及质子泵抑制剂]。

核心观点16:对临床肝功能再代偿的患者,可逐步降阶梯直至考虑停止HE治疗。

核心观点17:根据专家共识,对近期(3个月内)发生OHE的患者及照护者,应提供避免驾驶交通工具的口头和书面建议。

核心观点18:所有HE患者及照护者均应获取HE相关教育材料(如www.cirrhoriscare.ca)。

核心观点19:应筛查照护者是否存在照护倦怠,并酌情提供必要支持。

3.4 肌肉减少症与营养

核心观点20:所有HE患者(包括MHE/CHE)应采用现有工具评估肌肉健康或体能受损情况(如肌肉减少症/肌肉脂肪浸润、骨骼肌肌力、躯体功能、衰弱或心肺功能),因为这些均是HE治疗的重要靶点。

核心观点21:存在任何临床表现(如肌肉减少症,躯体衰弱和体能失健)的肌肉健康或体能受损、肌脂肪变性(肌肉脂肪浸润)的患者,发生HE的风险均增加。

核心观点22:病情危重的HE患者,蛋白质摄入量应提高至 $2\text{ g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 。

核心观点23:肌肉减少症本身不是TIPS的适应证或禁忌证,但其可能与TIPS术后HE及病死率增加相关。

核心观点24:无氧运动后血氨水平升高与HE风险增加无关,不应限制临床医生为肝硬化患者开具运动处方。

核心观点25:任何类型HE患者发生运动损伤的风险均

可能增加。由运动专业人员、照护者或其他代理人进行监督,是预防运动相关不良事件的关键。

3.5 肝移植和 HE

核心观点 26:无论使用何种迭代的 MELD 评分,额外增加 4~5 分可更准确地反映住院 OHE 和门诊 CHE 患者的 90 天病死率。

核心观点 27:多次 HE 发作可导致持续性认知功能损害,且肝移植后可能无法恢复,因此早期实施肝移植可能对改善脑功能有额外获益。

核心观点 28:对 MELD 3.0 评分高、重度 HE(3~4 级)或频繁发作的患者,应考虑尽早进行肝移植评估,以改善长期预后。

核心观点 29:住院期间持续意识障碍是肝移植的相对禁忌证。

4 总结

肝硬化相关 HE 涉及多器官受累,对患者、照护者、医疗系统和社会均带来重大负面影响。本指南重点阐

述了 HE 发病机制、临床表现、对临床和心理社会的影响以及多学科综合管理模式。尽管目前 HE 的诊断与管理已取得重要进展,但仍有不少问题尚待解决。

利益冲突声明:本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明:卞佳乐、韩涛负责文章翻译;韩涛负责文章审校。

参考文献:

- [1] BAJAJ JS, JAKAB SS, JESUDIAN AB, et al. ACG clinical guideline: Hepatic encephalopathy[J]. Am J Gastroenterol, 2026, 121(3): 588-618. DOI: 10.14309/ajg.0000000000003899.

收稿日期: 2026-04-05; 录用日期: 2026-04-30

本文编辑: 王莹

引证本文: BIAN JL, HAN T. An excerpt of ACG clinical guideline: Hepatic encephalopathy (2026) [J]. J Clin Hepatol, 2026, 42(6): 1266-1269.

卞佳乐, 韩涛.《2026年美国胃肠病学院临床指南:肝性脑病》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2026, 42(6): 1266-1269.

· 消息 ·

《临床肝胆病杂志》2026 年 1~12 期重点号选题及各期执行主编

为使作者了解本刊的编辑出版计划,及时惠赐稿件,《临床肝胆病杂志》编委会确定了 2026 年 1~12 期“重点号”选题及各期执行主编:

- | | | |
|------|----------------------------------|---------|
| 1 期 | 消除乙型肝炎危害:基础研究领域的挑战与突破..... | 李文辉 |
| 2 期 | 消除丁型肝炎的进展与挑战..... | 贾继东,牛俊奇 |
| 3 期 | 肝豆状核变性诊治进展..... | 郑素军 |
| 4 期 | 血管性肝病研究进展与挑战..... | 唐承薇 |
| 5 期 | 中医药治疗慢性肝病临床疗效评价体系新探索..... | 李秀惠 |
| 6 期 | 肝硬化临床管理新进展:从再代偿到多系统干预..... | 徐小元 |
| 7 期 | 肝细胞癌超声诊疗:现状、挑战与未来..... | 黄品同 |
| 8 期 | 慢加急性肝衰竭:新进展与新认识..... | 陈煜 |
| 9 期 | 肝病与血液病..... | 王昭 |
| 10 期 | 药物性肝损伤的临床挑战与研究进展..... | 陈军 |
| 11 期 | 经颈静脉肝内门体分流术全过程质量控制..... | 刘福全 |
| 12 期 | 门静脉-肝窦血管性疾病:临床诊疗新进展与多学科管理策略..... | 张继明 |

《临床肝胆病杂志》编辑部

2026 年 6 月 25 日