·指南与规范·

DOI：10.12449/JCH250712

《2025年英国胃肠病学会指南：自身免疫性肝炎的诊断和管理》摘译

刘雁声，尚玉龙，韩　英

空军军医大学第一附属医院消化内科，西安 710032

通信作者：韩英，hanying@fmmu.edu.cn（ORCID：0000-0003-3046-9507）

摘要：近期，英国胃肠病学会发布了自身免疫性肝炎（AIH）管理指南。该指南通过回顾和总结当前临床证据，为AIH及重叠综合征患者的诊断和管理提供指导。该指南主要关注成人AIH，同时也适用于青少年及较大年龄段的儿童患者群体。本文主要对指南中的推荐意见进行摘译。

关键词：肝炎，自身免疫性；诊断；治疗学

基金项目：国家自然科学基金（82270551）；陕西省重点研发计划（2023-ZDLSF-33）；陕西省科技创新团队（2024RS-CXTD-79）

An excerpt of British Society of Gastroenterology guidelines for diagnosis and management of autoimmune hepatitis (2025)

LIU Yansheng, SHANG Yulong, HAN Ying

Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Air Force Medical University, Xi'an 710032, China

Corresponding author: HAN Ying, hanying@fmmu.edu.cn (ORCID: 0000-0003-3046-9507)

Abstract: Recently, British Society of Gastroenterology has published the guidelines on the management of autoimmune hepatitis (AIH). The guidelines provide guidance for the diagnosis and management of patients with AIH and overlap syndrome by reviewing and summarizing existing clinical evidence. The guidelines mainly focus on AIH in adults, but it is also applicable to adolescents and older children. This article presents an excerpt of the recommendations from the guidelines.

Key words: Hepatitis, Autoimmune; Diagnosis; Therapeutics

Research funding: National Natural Science Foundation of China (82270551); Key R & D Program of Shaanxi Province (2023-ZDLSF-33); Science and Technology Innovation Team of Shaanxi Province (2024RS-CXTD-79)

自身免疫性肝炎（autoimmune hepatitis，AIH）是一种由自身免疫介导的慢性炎症性肝病。若未能及时接受治疗，患者将可能发展为肝硬化、肝衰竭，甚至死亡。尽管自英国胃肠病学会发布首版AIH诊疗指南以来，新开展的随机对照临床试验数量有限，一线治疗方案也未出现实质性调整，但大量观察性研究、系统评价成果以及专家共识声明所积累的证据，已经加深了医学界对AIH的多维认知。此次更新的指南不仅纳入了新型冠状病毒感染（COVID-19）、肾上腺功能不全等新兴临床议题，还总结了一线治疗方案的最新系统综述[1]。同时，指南提出了AIH诊断与管理的标准化建议，这些标准有望成为衡量临床护理质量的关键指标。值得注意的是，此前已有针对儿童AIH的专项指南，本次更新版本虽然主要聚焦于成人AIH，但其内容同样适用于青少年及较大年龄段的儿童患者群体。指南中证据等级和推荐强度采用GRADE系统评价方法（表1）。在此，将该指南中的推荐意见摘译如下。

1　临床表现与疾病严重程度评估

推荐意见1：若急性重症AIH患者出现肝性脑病，应诊断为AIH相关急性肝衰竭，需要考虑紧急肝移植。（B，1）

推荐意见2：慢加急性肝衰竭应与失代偿期肝硬化进行鉴别，因为前者应该尽快考虑肝移植。（C，1）

表1 推荐意见的证据等级和推荐强度等级(GRADE)

Table 1 Evidence level and strength of recommendation grading system (GRADE)

级别	说明	标记
证据等级		
高质量	进一步研究不太可能改变评估结果的可信度	A
中等质量	进一步研究可能改变评估结果的可信度	B
低质量	进一步研究很有可能影响该评估结果,且该评估结果很可能改变	C
极低质量	对结果的任何评估都存在不确定性	D
推荐等级		
强推荐	充分考虑到证据等级、共识意见以及较高的患者获益/风险比	1
弱推荐	证据等级较低、意见存在不确定性以及较低的患者获益/风险比	2

2 诊断

推荐意见3:拟诊AIH患者应全面接受非侵入性筛查,包括:(a)肝脏影像学检查以排除胆道梗阻;(b)所有患者均应接受HBV、HCV及HIV检测,急性发病或伴有黄疸的患者还应进行HAV、HEV、巨细胞病毒和EB病毒的检测。(C,1)

推荐意见4:除非肝穿刺活检的风险明显大于获益,否则应在开始免疫抑制治疗之前,常规对患者进行肝组织学检查。(C,1)

3 鉴别诊断和诊断评分标准

推荐意见5:当排除病毒性肝炎和胆道梗阻后,拟诊AIH需鉴别诊断的疾病包括:

(a)对于急性发病患者:药物性肝损伤、肝豆状核变性、肝脏淤血、缺血性肝损伤和胆管结石(伴或不伴急性胆管炎)。

(b)对于无症状患者:代谢相关脂肪性肝病、原发性胆汁性胆管炎(primary biliary cholangitis,PBC)、原发性硬化性胆管炎(primary sclerosing cholangitis,PSC)和肝脏淤血。上述疾病也可能与AIH共存。(C,1)

推荐意见6:应使用国际自身免疫性肝炎小组制定的诊断评分标准明确患者诊断。与1999年诊断评分标准相比,2008年的简化评分标准具有较高的特异性,但其敏感性较低。因此若患者不符合简化评分标准,可使用1999年诊断评分标准。(C,2)

推荐意见7:应综合患者的临床表现、生化检查、免疫学检查、病毒血清学检查和影像学检查等信息进行组织病理学评估。(C,1)

4 初始治疗

推荐意见8:无论是否有症状,大多数AIH患者应接受免疫抑制治疗。(A,1)

推荐意见9:对于仅有轻微炎症活动的AIH患者(血清ALT<50 U/L,Ishak坏死性炎症评分<6分,纤维化分期<2期),应在充分考虑治疗获益及风险的前提下,决定是否启动免疫抑制治疗。(C,1)

推荐意见10:AIH患者开始接受免疫抑制治疗前应:

(a)如果年龄<25岁,或年龄<45岁且为同性恋、双性恋或男男同性恋(GBMSM),应确保及时接种以下疫苗:COVID-19、肺炎球菌、流行性感冒、带状疱疹、甲型肝炎、乙型肝炎(如果抗-HBs阴性)以及人乳头瘤病毒疫苗。

(b)若HBsAg阳性或抗-HBc阳性,且正在使用利妥昔单抗,则应接受预防性核苷酸治疗。

(c)若抗-HBc阳性且正在接受其他治疗,需监测HBV再激活情况。(C,1)

推荐意见11:建议将皮质类固醇药物联合硫唑嘌呤作为AIH患者的一线初始治疗方案。(A,1)

推荐意见12:通常情况下,不推荐跳过泼尼松龙而首先使用布地奈德,但对于对类固醇不良反应极为担忧的非肝硬化成人患者,可考虑使用布地奈德(初始剂量为9 mg/d)。不建议将布地奈德作为儿童患者的一线治疗用药。(A,1)

推荐意见13:泼尼松龙的初始剂量约为0.5 $mg\cdot kg^{-1}\cdot d^{-1}$,通常不超过40 mg/d(早晨顿服);对于儿童,剂量可用到2 $mg\cdot kg^{-1}\cdot d^{-1}$,但最大剂量不超过40 mg/d。(B,2)

推荐意见14:在有条件的情况下,开始使用硫唑嘌呤之前,应先测定硫代嘌呤甲基转移酶(thiopurine methyltransferase,TPMT)的酶活性,以排除TPMT缺乏症纯合子。(B,1)

推荐意见15:硫唑嘌呤的标准起始剂量为1 $mg\cdot kg^{-1}\cdot d^{-1}$(儿童为2.0~2.5 mg/kg)。对于TPMT活性轻度降低(杂合子)的患者,尚无足够证据支持应常规降低硫唑嘌呤的起始剂量。(B,2)

推荐意见16:对于TPMT缺乏纯合子的患者,可用吗替麦考酚酯(mycophenolate mofetil,MMF)替代硫唑嘌呤(同时建议患者严格避孕)。但是能否将MMF作为一线药

物尚待进一步评估。(B,1)

推荐意见17：对于失代偿期肝硬化、当前或近期患有恶性肿瘤、AIH诊断不确定的患者，如预期治疗时间较短，可考虑采用类固醇单一疗法(在患者耐受条件下，泼尼松龙0.5 mg/d或最大40 mg/d)。(C,2)

推荐意见18：接受类固醇和/或硫唑嘌呤治疗的患者应定期复查。若出现显著骨髓抑制，应立即对硫唑嘌呤减量或停用；若出现其他严重不良事件(如胰腺炎)，则应停用硫唑嘌呤。(B,1)

推荐意见19：对于大多数患者，应根据血清转氨酶下降情况，在1～3个月内逐渐将泼尼松龙剂量减少至5～10 mg/d(布地奈德剂量减少至6 mg/d)。(C,1)

推荐意见20：类固醇药物减量的同时，可将硫唑嘌呤的剂量从1 $mg\cdot kg^{-1}\cdot d^{-1}$逐渐增加至2 $mg\cdot kg^{-1}\cdot d^{-1}$，同时注意监测血常规。(C,2)

推荐意见21：硫唑嘌呤代谢产物无需常规检测，但患者若出现白细胞计数下降或疑似依从性不佳的情况，可考虑进行检测。对于血清ALT水平下降不佳的患者，此检测也有助于判断是否应当增加剂量。(C,2)

推荐意见22：对于接受双膦酸盐治疗的患者以及钙摄入量不足和/或有维生素D缺乏风险因素的患者，应常规补充维生素D并优化膳食钙摄入量。(C,2)

推荐意见23：成年患者开始使用类固醇药物时，建议计算骨折风险评分。对于骨折高风险的老年患者，应完善双能X线骨密度检测并尽快使用双膦酸盐治疗。(B,2)

推荐意见24：对于急性重症AIH[国际标准化比值(INR)>1.5且无肝性脑病]患者，如果其INR<2.5且已排除败血症，应启动泼尼松龙治疗，剂量为40 mg/d。在接受必要治疗的情况下，这些患者仍有约35%的患者需要早期肝移植，因此应与移植中心密切联系并综合管理。(B,1)

推荐意见25：出现急性肝衰竭的AIH患者，需转诊至移植中心。(C,1)

推荐意见26：对于失代偿期肝硬化的AIH患者，以及出现黄疸但终末期肝病模型(MELD)评分<27分的患者，在排除脓毒症后可先使用泼尼松龙进行治疗，若MELD评分没有持续下降，则应与移植中心讨论并评估肝移植治疗。(C,1)

5 应答及应答不佳处理

推荐意见27：AIH的治疗目标是使血清ALT/AST和血清免疫球蛋白G(IgG)水平恢复正常。(B,1)

推荐意见28：治疗应答不佳定义为：(a)1个月后ALT/AST水平下降<50%；(b)6个月后ALT/AST和IgG水平未能恢复正常。(B,1)

推荐意见29：对应答不佳的患者，建议重新评估AIH的诊断是否准确，同时评估患者药物依从性，必要时应考虑调整类固醇和硫唑嘌呤的用药方案，以使硫鸟嘌呤核苷酸水平达到治疗要求。(C,1)

推荐意见30：对于已实现完全生化缓解的患者，通常无需再次活检以确认是否达到组织学缓解。(C,2)

6 二线和三线治疗

推荐意见31：对于非肝硬化成人患者，若出现严重的泼尼松龙相关不良事件，可改用布地奈德。(B,2)

推荐意见32：对硫唑嘌呤不耐受且严格避孕的患者，可改用MMF。(B,2)

推荐意见33：对硫唑嘌呤应答不佳的患者，他克莫司可作为其补救治疗措施，但鉴于MMF的副作用更小，也可考虑使用。(C,2)

推荐意见34：除MMF和他克莫司外，其他二线或三线治疗在使用前应寻求专家意见。(C,1)

7 长期管理

推荐意见35：因为AIH通常情况下是一种终身性疾病，因此需对患者进行长期随访。(C,1)

推荐意见36：每隔2～3年需对患者进行1次非侵入性影像学检查以评估肝纤维化情况。(C,2)

推荐意见37：治疗6个月后达到完全生化缓解并在2～4周后复查依旧维持缓解的成人患者，可考虑缓慢停用类固醇类药物(时间>3个月)。对于儿童患者，应继续使用低剂量类固醇药物维持治疗，仅在与相关专科中心讨论后才能考虑停用。(C,1)

推荐意见38：可以考虑通过晨间血清皮质醇检查来评估肾上腺功能。若皮质醇值偏低，则需进行促肾上腺皮质激素释放试验，并咨询内分泌科医生。(C,2)

推荐意见39：对于持续达到完全生化缓解超过3～4年的患者，可考虑停用硫唑嘌呤，同时持续监测疾病复发和纤维化进展情况。(C,2)

推荐意见40：不建议在停药前常规对成人患者行肝穿刺活检，但部分患者可能需要进行。(C,2)

推荐意见41：AIH复发通常表现为血清ALT/AST升高，同时伴有血清IgG水平不同程度的升高。首先应排除其他潜在原因(包括病毒感染)，但通常无需通过肝穿刺活检进行确诊。(C,1)

推荐意见42：AIH复发后需重启泼尼松龙治疗。若患者没有肝硬化，也可考虑使用布地奈德。若患者没有正在服用硫唑嘌呤（或其他类固醇替代药物），也应重新开始使用硫唑嘌呤。（B，1）

推荐意见43：AIH复发后经规范治疗再次达到完全生化缓解时，应再次缓慢停用泼尼松龙。然而，应使用类固醇替代药物进行长期维持治疗。（A，1）

推荐意见44：建议接受长期免疫抑制治疗的女性患者定期进行宫颈癌筛查，并接种人乳头瘤病毒疫苗（若患者年龄<25岁，或年龄<45岁且为GBMSM）。此外，建议患者尽量减少日光暴露，并警惕新出现和持续存在的皮肤病变，一旦出现应及时就医。

推荐意见45：对于部分失代偿期肝硬化以及对治疗应答不佳的患者，即使其可能符合肝移植条件，但最终接受肝移植治疗的可能性很小。（C，2）

推荐意见46：需要告知所有患者采取健康的生活方式（营养合理、不吸烟、少饮酒、适度锻炼、保持健康的体质量指数）。（B，1）

推荐意见47：对于确诊为肝硬化的患者，应监测其并发症（包括肝细胞癌和门静脉高压症）情况。（C，1）

推荐意见48：建议为不适合行肝移植手术的晚期肝病患者提供个性化的临终关怀护理。（C，1）

8 长期结局

推荐意见49：所有AIH相关肝硬化患者需每6个月进行1次超声检查以监测肝细胞癌的发生情况，除非存在某些不适宜检查的情况。（C，1）

9 肝移植

推荐意见50：对于肝硬化且肝脏合成功能持续受损的患者，如出现凝血时间延长、血清白蛋白水平低或失代偿症状（腹水、自发性细菌性腹膜炎、静脉曲张出血、肝性脑病、黄疸），应尽早转诊至移植中心。（B，1）

推荐意见51：对于急性重症AIH患者以及AIH相关急性肝衰竭的患者，建议尽早进行肝移植评估。（B，1）

10 患者视角

推荐意见52：需更加关注AIH患者的生活质量，应提高治疗依从性，并对生活质量和药物不良反应进行监测。（B，1）

11 妊娠

推荐意见53：AIH患者妊娠期间，应持续使用皮质类固醇（泼尼松龙/布地奈德）联合或不联合硫唑嘌呤治疗。对于妊娠期新诊断的患者，应按照非妊娠女性的治疗方案进行治疗（但不可使用MMF）。（B，1）

推荐意见54：妊娠通常不会改变患者治疗后生化缓解的状态，但在产后可能会出现治疗不应答的情况。因此，应持续对患者进行免疫抑制治疗，至少应在产后3个月甚至更长的时间内保持密切的随访。（C，1）

推荐意见55：应告知妊娠期AIH患者，她们出现妊娠期糖尿病、妊娠期高血压、早产和胎儿生长受限的风险可能增加，因此需要密切的产前监测，并考虑使用阿司匹林治疗（100 mg/d，从妊娠早期开始服用，以预防子痫前期）。AIH患者母乳喂养无限制。（A，1）

12 重叠综合征

推荐意见56：当非侵入性检查（包括磁共振胰胆管成像）后考虑重叠综合征时，建议对患者行肝穿刺活检（除非有禁忌证）。（B，1）

推荐意见57：经肝组织学检查证实的中-重度界面肝炎是诊断PBC/AIH重叠综合征的先决条件。（C，1）

推荐意见58：对于具有PBC或PSC的临床特征，同时血清转氨酶或IgG显著升高，或合并其他AIH特征的患者，应考虑存在重叠综合征，并在可行的情况下进行肝穿刺活检。（B，1）

推荐意见59：若患者除转氨酶升高外，还伴有胆汁淤积性瘙痒和相关肝功能表现，不管自身抗体是否阳性，均应考虑同时诊断PBC。（B，1）

推荐意见60：对于所有儿童患者，以及那些虽具有典型AIH特征但同时伴有肝穿刺活检证实的胆道异常、胆汁淤积、瘙痒、对免疫抑制治疗应答不佳、炎症性肠病的成人患者，应对其进行磁共振胰胆管成像检查，以考虑诊断PSC/AIH重叠综合征。（C，1）

推荐意见61：避免使用简化评分标准来诊断重叠综合征。可以考虑使用巴黎标准，但巴黎标准也并不能识别所有重叠综合征的患者。（B，1）

推荐意见62：当重叠综合征的2种疾病同时出现但其中1个占主导地位时，应将其作为首要治疗目标。例如，主要表现为胆汁淤积的患者应接受熊去氧胆酸（ursodeoxycholic acid，UDCA）治疗。（C，1）

推荐意见63：重叠综合征患者需采用UDCA与免疫抑制剂（泼尼松龙和硫唑嘌呤）的联合治疗，以尽可能实现生化应答并减少肝纤维化进展。（C，1）

推荐意见64：对于组织学检查显示有重度界面肝炎和/

或桥接坏死的重叠综合征患者，应在确诊时给予免疫抑制治疗。(B，1)

推荐意见65：如果进行免疫抑制治疗，应：(a)尽早评估临床反应，以避免不必要的长期治疗；(b)定期重新评估，因为疾病表型可能会随时间发生变化。(C，1)

13 药物诱导的AIH

推荐意见66：需常规考虑药物诱导的AIH样肝损伤的可能性，并立即停用任何可疑药物。(C，1)

推荐意见67：如果在停用可疑药物后肝损伤未能迅速缓解，建议进行肝穿刺活检。(C，1)

推荐意见68：对于药物诱导的AIH样肝损伤，如果存在以下任1种情况，应启动泼尼松龙治疗(0.5 mg·kg·$^{-1}$d^{-1}或最高40 mg/d，与标准AIH治疗方案相同)：(a)黄疸；(b)肝穿刺活检提示显著纤维化；(c)在停用可疑药物后1周，血清转氨酶未能显著下降。若患者出现肝衰竭，应立即与移植中心进行讨论。(C，1)

推荐意见69：对药物诱导的AIH样肝损伤，建议：(a)按照标准AIH的治疗方案逐渐减少泼尼松龙的剂量，直至血清转氨酶以及IgG降至正常水平，然后逐渐停用；(b)连续监测患者转氨酶水平，一旦出现复发，则采用标准AIH的治疗方案，即联合使用泼尼松龙和类固醇替代剂。(C，2)

推荐意见70：若患者出现慢性特征(如肝穿刺活检显示重度纤维化)，则提示药物作为唯一病因的可能性较小。可以将此类患者视为患有AIH来进行治疗。务必寻求相关专家的临床意见。(C，2)

14 COVID-19与AIH

推荐意见71：肝硬化或正在接受免疫抑制治疗的患者，若感染COVID-19，应考虑给予适当的抗病毒治疗。(A，1)

推荐意见72：AIH患者在COVID-19感染期间通常应继续使用类固醇治疗。是否停用类固醇替代药物应基于感染严重程度，进行个体化决策。(C，2)

利益冲突声明：本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明：刘雁声、尚玉龙负责文章翻译；韩英负责文章审校。

参考文献：

[1] GLEESON D, BORNAND R, BROWNLEE A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines for diagnosis and management of autoimmune hepatitis[J]. Gut, 2025. DOI: 10.1136/gutjnl-2024-333171. [Epub ahead of print]

收稿日期：2025-05-14；**录用日期：**2025-06-30

本文编辑：王亚南

引证本文：LIU YS, SHANG YL, HAN Y. An excerpt of British Society of Gastroenterology guidelines for diagnosis and management of autoimmune hepatitis (2025)[J]. J Clin Hepatol, 2025, 41(7): 1303-1307.

刘雁声, 尚玉龙, 韩英.《2025年英国胃肠病学会指南: 自身免疫性肝炎的诊断和管理》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2025, 41(7): 1303-1307.

读者·作者·编者

《临床肝胆病杂志》推荐使用的规范医学名词术语

有关名词术语应规范统一，以全国自然科学名词审定委员会公布的各学科名词为准。现将本刊常见规范医学名词整理如下(前者为规范名词)：

概率—几率	综合征—综合症	人畜共患—人蓄共患
黏膜—粘膜	标志物—标记物	侧支循环—侧枝循环
粘连—黏连	适应证—适应症	红细胞比容—红细胞压积
暴发—爆发	禁忌证—禁忌症	革兰阴性菌—革兰氏阴性菌
食管—食道	抗生素—抗菌素	血管升压素—血管加压素