

· 共识与指南 ·

中国药物性肝损伤诊治指南(2023 年版)^{*#&}

中国医药生物技术协会药物性肝损伤防治技术专业委员会
中华医学会肝病学分会药物性肝病学组

摘要 药物性肝损伤(DILI)是重要的药物不良反应,严重者可导致急性肝衰竭甚至死亡。目前,DILI 的诊断仍是排除性的策略,因此,详细的病史采集、全面仔细地排除肝损伤的其他潜在病因,是建立正确诊断的关键。本指南根据最新研究进展提供的循证医学证据制定,旨在为临床医师在实践中如何及时识别疑似 DILI 患者,规范诊断和管理提供专业的指导。根据我国的实际情况,指南也专门重点阐述了慢性肝病基础上的 DILI、药物导致的肝炎病毒再激活、DILI 的常见病因(草药和膳食补充剂、抗结核药物、抗肿瘤药物),以及临床试验中 DILI 的信号和评估等内容。

关键词 药物性肝损伤; 指南; 诊断; 治疗; 管理

Chinese Guideline for Diagnosis and Management of Drug-induced Liver Injury (2023 Version) *Technology Committee on DILI Prevention and Management, Chinese Medical Biotechnology Association; Study Group of Drug-Induced Liver Disease, Chinese Medical Association for the Study of Liver Diseases*

Correspondence to: MAO Yimin, Renji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University; Shanghai Institute of Digestive Disease, Shanghai Research Center of Fatty Liver Disease, Shanghai (200001); Email: maoyim11968@163.com, maoyim68@qq.com

Abstract Drug-induced liver injury (DILI) is an important adverse drug reaction that can lead to acute liver failure or even death in severe cases. Currently, the diagnosis of DILI still follows the strategy of exclusion. Therefore, a detailed history taking and a thorough and careful exclusion of other potential causes of liver injury is the key to correct diagnosis. This guideline was developed based on evidence-based medicine provided by the latest research advances and aims to provide professional guidance to clinicians on how to identify suspected DILI timely and standardize the diagnosis and management in clinical practice. Based on the clinical settings in China, the guideline also specifically focused on DILI in chronic liver diseases, drug-induced viral hepatitis reactivation, common causing agents of DILI (herbal and dietary supplements, anti-tuberculosis drugs, antineoplastic drugs), and signal and assessment of DILI in clinical trials.

Key words Drug-Induced Liver Injury; Guidelines; Diagnosis; Therapy; Management

前言与背景

药物性肝损伤(drug-induced liver injury, DILI)是指由化学药品、生物制品、中成药等按处方药或非处方药管理的药品,以及中药材、天然药物、保健品、膳食补充剂等产品,或其代谢产物乃至其辅料、

污染物、杂质等所导致的肝损伤。复杂的药物种类,不同的处方和用药习惯,对人群异质性、损伤机制、风险因素、临床表型等认识的局限性,以及缺乏特异性诊断生物标志物和有效干预措施的现状,使 DILI 的及时识别、建立诊断、预后预测、临床管理和风险防控面临巨大的挑战。

自 2015 年版“药物性肝损伤诊治指南”发布以来,DILI 领域的研究取得了较大进展,提出了一些新观点和新证据。此外,草药和膳食补充剂(HDS)导致的肝损伤在西方国家的快速增长,使其成为全球关注的问题。而且,随着新药研发的进展,特别是近年肿瘤领域靶向药物和免疫检查点抑制剂(ICIs)的成功上市,DILI 领域面临新的挑战,尤其是免疫介导的 ICIs 相关肝损伤。在此背景下,过去的

*本文首次发表于《中华肝脏病杂志》,2023, 31 (4): 355-384. DOI: 10.3760/cma.j.cn501113-20230419-00176, 经中华医学会和《中华肝脏病杂志》编辑部授权转载

#基金项目:国家重点研发计划(2022YFC3502101); 国家科技重大专项(2017ZX09304016); 国家自然科学基金(81970513, 82270619)

&本文通信作者:茅益民,上海交通大学医学院附属仁济医院 上海市消化疾病研究所 上海市脂肪性肝病诊治研究中心(200001), Email: maoyim11968@163.com, maoyim68@qq.com

3年中,欧洲国家、美国、亚太肝病学会、国际医学科学组织理事会(CIOMS)等国际组织纷纷发布或更新DILI诊疗指南。

为此,我们组织专家根据最新研究进展提供的循证医学证据对2015年版“指南”进行更新,旨在为临床医师提供DILI识别、诊断和临床管理的专业指导。本指南同样适用于制药企业和药品监管部门从事新药研发、药品评价、药物警戒等专业的从业人员。本指南无法涵盖或解决临床实践中DILI诊疗的所有问题,也非强制性标准。因此,临床医师在实践中,应充分了解相关研究证据,做出合理诊疗决策。本指南将根据研究进展适时更新。

本指南的制定遵循国内外权威学术组织制定指南的基本流程和程序,所有执笔专家均签署利益冲突声明。指南采用英国牛津大学循证医学中心证据分级和推荐标准(2011年版)进行证据评估(表1、表2),所有证据采集、评估均由独立的第三方兰州大学健康数据科学研究院完成。

表1 英国牛津大学循证医学中心证据分级(2011年版)

证据级别	描述
1	基于RCT的系统评价、全或无研究、效应量大的观察性研究
2	单个RCT、效应量大的观察性研究
3	非随机对照的队列研究、随访研究
4	病例系列、病例对照研究、回顾性对照研究
5	机制研究

注:分级可根据证据质量、不精确性、间接性(所引用研究的PICO与指南推荐意见所涉及的PICO不匹配)、效应量小而降级,也可根据效应量大进行升级;RCT为随机对照试验;PICO为对象、干预、对照、预后

表2 英国牛津大学循证医学中心推荐标准(2011年版)

推荐级别	描述
A	证据级别为1的一致研究
B	证据级别为2、3的一致研究;证据级别为1的间接研究
C	证据级别为4的一致研究;证据级别为2、3的间接研究
D	证据级别为4的研究或任何级别的不一致或不确定的研究

注:推荐强度以2011年版牛津分级为原则,但在部分推荐强度的形成过程中考虑了临床实践的具体情况并参考欧美药物性肝损伤诊疗指南得出最终分级

DILI概述

一、流行病学

普通人群中的发生率:DILI在普通人群中的真实发生率常难以确认。由于研究方法、研究人群、

诊断标准、处方习惯等不同,目前报道的各国基于普通人群的流行病学数据差异较大,真实发生率可能更高^[1]。法国和冰岛基于人群的前瞻性研究结果显示,普通人群中DILI的年发生率分别为13.9/10万和19.1/10万^[2-3],而美国、西班牙和瑞典的年发生率均低于4.0/10万^[4-6]。在亚洲,韩国普通人群中的DILI年发生率约为12/10万^[7]。我国估算的DILI年发生率至少为23.80/10万,高于其他国家,且呈逐年上升趋势^[1]。

住院患者中的发生率:住院患者中的DILI发生率约为1%~6%,显著高于普通人群^[1]。此外,DILI是不明原因肝损伤的重要病因。因黄疸就诊的患者中,DILI约占2%~10%^[8];因急性肝损伤住院的患者中,急性DILI约占20%^[9]。值得关注的是,DILI正成为全球急性肝衰竭(ALF)的主要病因,其占比正在逐渐增加^[1]。在美国,约50%的ALF由对乙酰氨基酚(APAP)以及其他药物导致^[10]。

二、引起DILI的药物

据报道可导致肝损伤的药物至少有1 000种,LiverTox(www.livertox.org)和HepaTox(www.hepatox.org)网站有详细信息^[11-12]。由于原发疾病的流行病学状况、处方和用药习惯、人群异质性等不同,各国或各地区导致肝损伤的药物存在差异。在欧美国家,非甾体抗炎药(NSAIDs)、抗感染药物(如阿莫西林克拉维酸钾等)、HDS等是最常见的致DILI原因^[13]。在亚洲,传统中药(TCM)、抗结核药物、抗感染药物等是DILI最主要的病因^[14]。我国引起肝损伤的最常见药物包括TCM/HDS、抗结核药物、抗肿瘤药物、免疫调节剂等。

三、DILI分型

基于发病机制的DILI分型:根据发病机制,DILI分为固有型、特异质型和间接型^[15]。三者的临床特点、典型药物等见表3。尽管多数药物导致的肝损伤以某一特定机制为主,但某些药物可能会以不同的机制造成肝损伤。

基于肝损伤生化异常模式的临床分型和R值:R值计算通常是基于首次可获得的异常肝脏生化检查结果,可大致反映肝损伤时的生化异常模式。根据R值,急性DILI可分为^[16]:①肝细胞损伤型: $R \geq 5$;②胆汁淤积型: $R \leq 2$;③混合型: $2 < R < 5$ 。发病起始时的R值可随着肝损伤的演变而发生变化,病程中动态监测R值,有助于更全面地了解 and 判断肝损伤的演变过程。

表 3 固有型、特异质型和间接型 DILI 的临床特点、典型药物等

指标	固有型	特异质型	间接型
损伤机制	药物或代谢产物对肝脏的固有毒性	代谢或免疫特异质	药物通过改变患者原来的肝脏疾病或免疫状态而间接导致的肝损伤
剂量相关性	与剂量呈正相关	通常无关,但可能需达到一定的剂量阈值	不清楚
潜伏期	通常很快(数日)	不等(数日至数年)	延迟(数月)
临床表型	肝细胞损伤型、胆汁淤积型、混合型、特殊表型	肝细胞损伤型、胆汁淤积型、混合型、特殊表型	肝细胞损伤型、胆汁淤积型、混合型、特殊表型
常见典型表型列举	急性肝炎	急性肝炎、混合型或胆汁淤积型肝炎	急性肝炎、肝炎病毒再激活、DI-AIH、ICIs 相关肝损伤、脂肪肝
常见药物	对乙酰氨基酚、胺碘酮、他汀类药物、烟酸、阿司匹林、可卡因、环孢素、甲氨蝶呤、肿瘤化疗药物、抗逆转录病毒药物、丙戊酸、消胆胺、肝素等	阿莫西林克拉维酸钾、头孢菌素类、异烟肼、呋喃妥因、米诺环素、氟喹诺酮类、大环内酯类、酮康唑、来氟米特、非诺贝特、胺碘酮、他汀类药物、赖诺普利、苯妥英等	抗肿瘤药、糖皮质激素、单克隆抗体(抗肿瘤坏死因子、抗 CD20 单抗)、抗 CD20 单抗、蛋白激酶抑制剂

注:DI-AIH 为药物诱导的自身免疫性肝炎;ICIs 为免疫检查点抑制剂;DILI 为药物性肝损伤

推荐意见 1:以疑似 DILI 事件的首次异常肝脏生化检查结果计算 R 值, R 值=[丙氨酸转氨酶(ALT)实测值/ALT 正常值上限(ULN)]/[碱性磷酸酶(ALP)实测值/ALP ULN]。ALT 缺失时,可以天冬氨酸转氨酶(AST)替代进行计算。(2,C)

四、临床表型

DILI 的临床表型复杂,几乎涵盖已知的所有急性、亚急性、慢性肝损伤类型。轻者仅表现为轻、中度肝酶升高,重者可进展为急性或亚急性肝衰竭(ALF/SALF)。肝细胞损伤型约占 42%~59%,用药后出现 ALT 或 AST 显著升高,类似“急性肝炎”发作,是 DILI 最常见的临床表型;以 ALP 和(或) γ -谷氨酰转移酶(GGT)升高为主要表现的胆汁淤积型也是较常见的临床表型,约占 20%~32%;7%~13% 的急性 DILI 患者可转化为慢性,临床上呈现慢性 DILI 的表现^[2-3,5,13,17]。此外,某些药物可导致一些特殊的临床表型^[18-19]。

五、风险因素

已知的 DILI 风险因素可归纳为药物相关和宿主相关两大类。尚无充分证据表明,目前文献报道的药物和宿主相关风险因素可增加全因 DILI 易感性。然而,对某些特定药物而言,一些风险因素可能会增加 DILI 易感性^[1]。

(一)药物相关风险因素

具有潜在肝毒性风险的药物特性:①剂量和亲脂性:对固有型 DILI 而言,肝损伤的发生风险与剂量呈正相关。特异质型 DILI(IDILI)传统上被认为与剂量无关。然而,一些研究结果提示,IDILI 的发生可能需达到一定的剂量阈值^[20-21]。高亲脂性药物可能会增加 IDILI 的发生风险^[22]。高亲脂性(油水分

配系数>3)和(或)高日剂量(>100 mg)的药物,即“两因素法则”(RO2),可能与 IDILI 风险增加有关^[23]。②活性代谢产物(RM):体内 RM 形成在 IDILI 发生中可能发挥重要作用。将 RM 纳入 RO2 的新评分模型,可更准确地预测 IDILI 风险和严重程度^[23]。③药物影响胆汁酸盐输出泵(BSEP)和线粒体功能:同时影响三磷酸腺苷(ATP)依赖性 BSEP 和线粒体功能的药物诱发 DILI 的风险更高^[24],如环孢素 A、波生坦、曲格列酮、伊马替尼的肝毒性均与其 BSEP 抑制功能相关^[25-26]。

药物相互作用(DDI):一些药物在联合使用时可增加肝毒性。联合用药时的 DDI 可通过诱导、抑制或底物竞争调节 RM 产生,特别是通过细胞色素 P450 酶系统(CYP)对某些药物的反应,从而影响个体发生 IDILI 的风险^[27]。联合使用 CYP450 酶诱导剂卡马西平或苯妥英钠时,可增加丙戊酸的肝毒性风险。同样,利福平作为一种强效 CYP450 酶诱导剂,与异烟肼联合使用时可增加抗结核治疗(ATT)时的肝毒性风险。

(二)宿主相关风险因素

非遗传因素:①年龄:年龄并非是所有药物引起 DILI 的一般风险因素,但可能与特定药物有关。例如,高龄可增加异烟肼、阿莫西林克拉维酸钾、呋喃妥因等药物引起肝损伤的风险^[28]。②性别:目前尚无充分证据表明女性对所有药物引起 DILI 的易感性更高,但女性对某些特定药物的易感性更高,如米诺环素和呋喃妥因诱导的自身免疫性肝炎(AIH)^[29]。③酒精(乙醇)和妊娠:目前无证据表明长期饮酒是全因 DILI 的风险因素,但大量饮酒可增加特定药物(如 APAP、异烟肼、甲氨蝶呤和氟烷)的

DILI 风险^[30]。由于很少用药,孕妇发生 DILI 整体少见,四环素是目前已知的唯一可增加妊娠期 DILI 风险的药物^[31]。④伴随疾病:伴随疾病增加 DILI 风险的整体证据有限。现有证据并不支持糖尿病和肥胖会增加全因 DILI 的易感性^[5],但可能会增加某些特定药物的 DILI 风险,如他莫昔芬和甲氨蝶呤相关脂肪性肝病^[32-33]。

遗传因素: DILI 的遗传易感性涉及药物代谢酶、药物转运蛋白、人类白细胞抗原系统 (HLA) 等的基因多态性,可能是 DILI 的重要决定因素。CYP450 酶基因多态性可能与某些药物的 DILI 风险增加相关^[34-35]。HLA 基因多态性与一些特定药物的 DILI 风险相关也被报道^[1]。最近的大型全基因组关联研究 (GWAS) 结果显示,蛋白酪氨酸磷酸酶非受体 22 型 (PTPN22) 基因 rs2476601 变异增加了多种药物的 DILI 风险,包括阿莫西林克拉维酸钾、特比萘芬、氟氯西林、氟哌酸等^[36]。需提醒的是,目前报道的与特定药物 DILI 风险增加相关的 HLA 或非 HLA 基因多态性,可能还与某些生理或其他疾病状态相关,在推广到临床应用前尚需进一步验证。

六、DILI 的诊断和鉴别诊断

(一) 临床表现

DILI 的临床表现无特异性,与其他各种急、慢性肝病类似。急性起病的肝细胞损伤型患者,轻者可无任何症状;重者则可出现黄疸,如全身皮肤和 (或) 巩膜黄染、尿色加深等,伴或不伴不同程度的乏力、食欲减退、厌油、肝区胀痛、上腹不适等非特异性消化道症状。胆汁淤积明显者可出现黄疸、大便颜色变浅、瘙痒等表现。进展为 ALF/SALF 者则可出现黄疸、凝血功能障碍、腹水、肝性脑病等相关表现。特殊表型患者,可呈现各自不同的临床表现,如药物超敏反应综合征 (DRESS) 患者可出现发热、皮疹等肝外症状^[37]。

(二) 实验室、影像学和组织学检查

1. 实验室检查: 完整的肝脏生化检查和诊断阈值:完整的肝脏生化检查包括:ALT、AST、ALP、GGT、总胆红素 (TBil)、直接胆红素 (DBil)、白蛋白等。血清 ALT、AST、ALP 是可反映肝损伤的指标,结合反映肝脏功能受损的指标如 TBil、白蛋白、凝血酶原时间或国际标准化比值 (INR),有助于判断肝损伤严重程度。

诊断急性 DILI 时肝脏生化阈值需达到下述标准之一: ① ALT $\geq 5 \times$ ULN; ② ALP $\geq 2 \times$ ULN (尤其是伴

随 GGT 升高且排除骨骼疾病引起的 ALP 升高); ③ ALT $\geq 3 \times$ ULN 同时 TBil $\geq 2 \times$ ULN^[16,19]。未达上述阈值标准而因果关系评估为药物引起者,可界定为药物性肝脏生化异常。需提醒的是,上述肝脏生化阈值标准仅适用于急性 DILI 的诊断,不适用于慢性和特殊表型 DILI 的临床诊断。

排除其他病因的实验室检查:排除其他常见病因的实验室检查见表 4。

表 4 DILI 诊断中排除其他常见病因的实验室和影像学检查

疾病	实验室检查
甲型、乙型、丙型、戊型病毒性肝炎	抗-HAV (IgM); HBsAg, 抗-HBc, HBV DNA; 抗-HCV, HCV RNA; 抗-HEV (IgM 和 IgG), HEV RNA
CMV、HSV、EBV 感染	抗-CMV (IgM 和 IgG); 抗-HSV (IgM 和 IgG); 抗-EBV (IgM 和 IgG)
自身免疫性肝炎	ANA 和 ASMA 滴度, IgG, IgA, IgM
原发性胆汁性胆管炎	AMA (尤其 AMA-M2) 滴度, IgG, IgA, IgM
酒精性肝病	饮酒史、GGT、MCV
非酒精性脂肪性肝病	超声或 MRI
缺氧/缺血性肝病	病史:急性或慢性充血性心衰、低血压、缺氧、肝静脉阻塞;超声或 MRI
胆道疾病	超声或 MRI、ERCP (视情况而定)
Wilson 病	铜蓝蛋白
血色素沉着症	铁蛋白、转铁蛋白饱和度
$\alpha 1$ -抗胰蛋白酶缺乏症	$\alpha 1$ -抗胰蛋白酶

注:HAV 为甲型肝炎病毒;HBsAg 为乙型肝炎表面抗原;抗-HBc 为乙型肝炎核心抗体;HBV 为乙型肝炎病毒;HCV 为丙型肝炎病毒;HEV 为戊型肝炎病毒;CMV 为巨细胞病毒;HSV 为单纯疱疹病毒;EBV 为 EB 病毒;ANA 为抗核抗体;ASMA 为抗平滑肌抗体;AMA 为抗线粒体抗体;GGT 为 γ -谷氨酰转氨酶;MCV 为平均红细胞体积;ERCP 为内镜逆行胰胆管造影术;DILI 为药物性肝损伤

2. 影像学检查: 超声、CT 或 MRI 是包括 DILI 在内各种肝脏疾病诊断或鉴别诊断的常用影像学检查手段。所有疑似 DILI 患者均应常规行腹部超声检查进行初步排查。CT/MRI 或内镜超声等常规影像学检查应视患者的具体情况而定,必要时可考虑进行磁共振胰胆管成像术 (MRCP) 或内镜逆行胰胆管造影术 (ERCP)。

3. 组织学检查: DILI 的组织学表现复杂多样,几乎涵盖了肝脏病理改变的全部范畴。根据受损的靶细胞,如肝细胞、胆管上皮细胞、肝窦和肝内静脉系统的血管内皮细胞,组织学上可呈现炎症坏死、胆汁淤积、肝细胞脂肪变和脂肪性肝炎样改变、血管炎和血管病变、不同程度的肝纤维化乃至肝硬化、肝脏肿瘤等各种急、慢性类型的病变。DILI 发生时受损的靶细胞类别在很大程度上决定了其临床表型为常见的肝细胞损伤型、胆汁淤积型、混合

型,还是以血管损伤等为表现的特殊临床表型。迄今尚无统一的 DILI 组织学评分系统, DILI 的常见组织病理学类型见附表 1^[38-40]。

DILI 缺乏特征性组织学改变,因此,病理学提示的损伤类型和严重程度需紧密结合临床表现、用药史、实验室检查等作出 DILI 的诊断。在 DILI 病程的不同阶段进行肝活检,组织学改变可能不尽相同。此外,对于有基础肝病的患者,组织学改变可与基础肝病重叠,在描述和解读 DILI 组织学表现时应注意区分,以利于更好地做出鉴别诊断。

推荐意见 2:在基线和服药期间的常规监测中,应开展完整的肝脏生化检查,至少包括:ALT、AST、ALP、GGT、TBil、DBil、白蛋白,必要时应加测凝血酶原时间或 INR。(3,B)

推荐意见 3:诊断急性 DILI 时,肝脏生化阈值需达到下列 3 个标准之一:①ALT $\geq 5 \times \text{ULN}$;②ALP $\geq 2 \times \text{ULN}$ (尤其是伴随 GGT 升高且排除骨骼疾病引起的 ALP 升高);③ALT $\geq 3 \times \text{ULN}$ 同时 TBil $\geq 2 \times \text{ULN}$ 。(4,B)

推荐意见 4:疑似 DILI 患者应常规行腹部超声检查进行初步排查。其他影像学手段 CT/MRI、MRCP/ERCP 视患者具体情况而定。(3,B)

(三)诊断和鉴别诊断流程

1. 疑似 DILI 患者的发现:完整肝脏生化指标的定期监测是及时发现疑似 DILI 患者的重要措施,尤其是对于服用已知具有肝毒性药物的患者,或 DILI 高风险人群。出现下述情况,临床上应怀疑 DILI 的可能性:基线肝酶正常的患者,用药后出现 ALT/AST、ALP、TBil 等显著升高,达到诊断急性 DILI 的肝脏生化阈值;有基础肝病基线肝酶异常的患者,用药后出现肝酶较可获得的基线平均水平升高超过 1 倍,或反映肝脏功能受损的指标显著恶化而无法用基础肝病解释;用药后出现明显肝病相关症状;不明原因肝损伤或肝病,尤其是已排除其他常见病因。

2. 病史采集:详细、完整的包括可疑药物应用史在内的病史采集对评估因果关系,最终建立 DILI 诊断至关重要。准确的可疑药物暴露史、DILI 事件的发生和演变以及与药物暴露或停药的时间关系、既往肝损伤或肝病史、用于排除其他肝损伤病因的实验室检查等病程信息至关重要。通常,DILI 事件发生于暴露于某一特定可疑药物的 6 个月内,但也有例外。对所有疑似 DILI 患者,至少需采集的病史

信息见表 5。

推荐意见 5:下述情况应怀疑 DILI 的可能:用药后出现 ALT、AST、ALP、TBil 显著升高;基线肝酶异常者,用药后出现肝酶较可获得的基线平均水平升高超过 1 倍而无法用基础肝病解释;用药后出现明显非特异性肝病相关症状;不明原因肝损伤或肝病,尤其是已排除其他常见病因。对于药物暴露史不明确者应详细追问并明确是否存在可疑药物或化学毒物暴露史。(5,B)

推荐意见 6:疑似 DILI 患者,建立诊断或进行因果关系评估至少需采集的病史信息包括:①可疑药物信息以及开始和停止用药时间;②可疑药物和(或)同类药物的既往暴露史和反应;③其他合并用药信息和反应;④疑似 DILI 事件的起病时间、预后、去激发的反应等;⑤伴随疾病和基础肝病或既往肝损伤史;⑥排除肝损伤其他病因。(4,B)

3. 诊断原则和鉴别诊断

诊断原则:由于缺乏特异性诊断生物标志物,DILI 的诊断目前仍是基于详细病史采集、临床症状和体征、血清生化、影像学、组织学等的排他性策略。根据药品不良反应/事件关联性评价的原则,建立诊断最终很大程度上依赖于:①药物暴露或停药与肝脏生化改变有明确、合理的时间关系;②肝损伤的临床和(或)病理表现(型)与可疑药物已知的肝毒性一致;③停药或减少剂量后肝损伤显著改善或恢复正常;④再次用药后肝损伤再次出现;⑤排除肝损伤的其他病因和基础肝病的活动或复发,且无法用其他合并用药/治疗手段、原发疾病进展来解释。

鉴别诊断:疑似 DILI 患者排除其他病因的鉴别诊断策略,可根据肝损伤的临床类型或表型,优先排查表现为相同肝损伤类型的其他常见肝病,DILI 的诊断和鉴别诊断流程见图 1。必要时,应考虑肝活检以获得有利于鉴别诊断的重要信息。

尽管多数情况下无法仅依靠组织学独立做出 DILI 的诊断,但肝活检可提供肝损伤组织学类型、范围和严重程度的大量信息,在鉴别诊断时具有重要价值。最近研究指出,肝活检可显著影响 Roussel Uclaf 因果关系评估法(RUCAM)量表的评分^[41]。下述情况时建议进行肝活检^[42]:其他竞争性病因无法完全排除,尤其是 AIH 仍无法排除而且考虑采用免疫抑制治疗;停用可疑药物后,肝脏生化指标持续升高或有肝功能恶化的征象;停用可疑药物后,肝

表5 疑似DILI患者建议采集的病史信息

病史	建议采集的病史信息	备注
人口学资料	性别、年龄、种族	尤其是与竞争性病因相关
饮酒史	过去与现在饮酒的变化;每日/每周估计的酒精(乙醇)量;饮酒时限	尤其是与疑似DILI事件发生可能相关的饮酒史;排除酒精性肝病可能
过敏史	是否有过敏史	尤其是药物过敏史
可疑药物	化学名/商品名 开始/停止用药时间 剂量/用药方法 既往暴露史和反应/既往同类药物暴露史和反应	发病前6个月内开始使用的药物、生物制剂或HDS产品/中草药的完整清单 用药疗程/暴露时间 每日剂量/口服、静脉、肌肉注射等 评估可能存在的再激发或特定交叉反应
合并用药	要求同“可疑药物”项	评估或排除合并用药导致DILI的可能性
疑似DILI事件的相关病史	疑似DILI事件开始发生时间 潜伏期 症状/体征 首次异常的肝脏生化检查 去激发/再激发 排除肝损伤其他病因的实验室检查/影像学检查 组织学检查(如有) 临床转归	评估与可疑药物是否存在明确、合理的时效关系 开始/停止用药到首次发病的时间 是否存在肝病相关或肝外症状、体征及其出现时间 检查日期、指标,评估肝损伤分型和特点 停药后肝损伤恢复/演变情况,是否存在再激发,以及再激发的时间、反应 病毒性肝炎标志物、自身免疫性肝炎抗体和IgG水平等,超声±多普勒、CT或MRI±MRCP 与DILI事件相关的活检时间、组织学特征 恢复、好转或达到相应临床结局事件及其时间
伴随疾病	原发疾病 慢性肝病史 其他伴随疾病	明确服用可疑药物指征,评估或排除原发疾病进展造成肝损伤的可能 明确伴随的慢性肝病史、治疗和目前情况,以甄别疑似DILI事件病因,以及评估与特定药物DILI风险增加相关的慢性肝病 尤其是与竞争性病因相关的全身其他疾病,或与特定药物DILI风险增加相关的伴随疾病
既往肝损伤史	既往DILI史及其转归 既往其他肝病/肝损伤史	明确既往DILI事件的可疑药物和转归 明确既往肝病史或肝损伤的可能病因、治疗和转归,评估与疑似DILI事件的相关性

注:HDS为草药和膳食补充剂;MRCP为磁共振胰胆管成像术;DILI为药物性肝损伤

细胞损伤型患者的ALT峰值在30~60 d未下降>50%,或胆汁淤积型患者的ALP峰值在180 d内未下降>50%;肝脏生化指标异常持续超过180 d,临床怀疑存在慢性肝病和慢性DILI;疑似慢性肝病基础上的DILI,病因无法甄别;肝移植、骨髓移植等器官移植后出现的肝损伤。

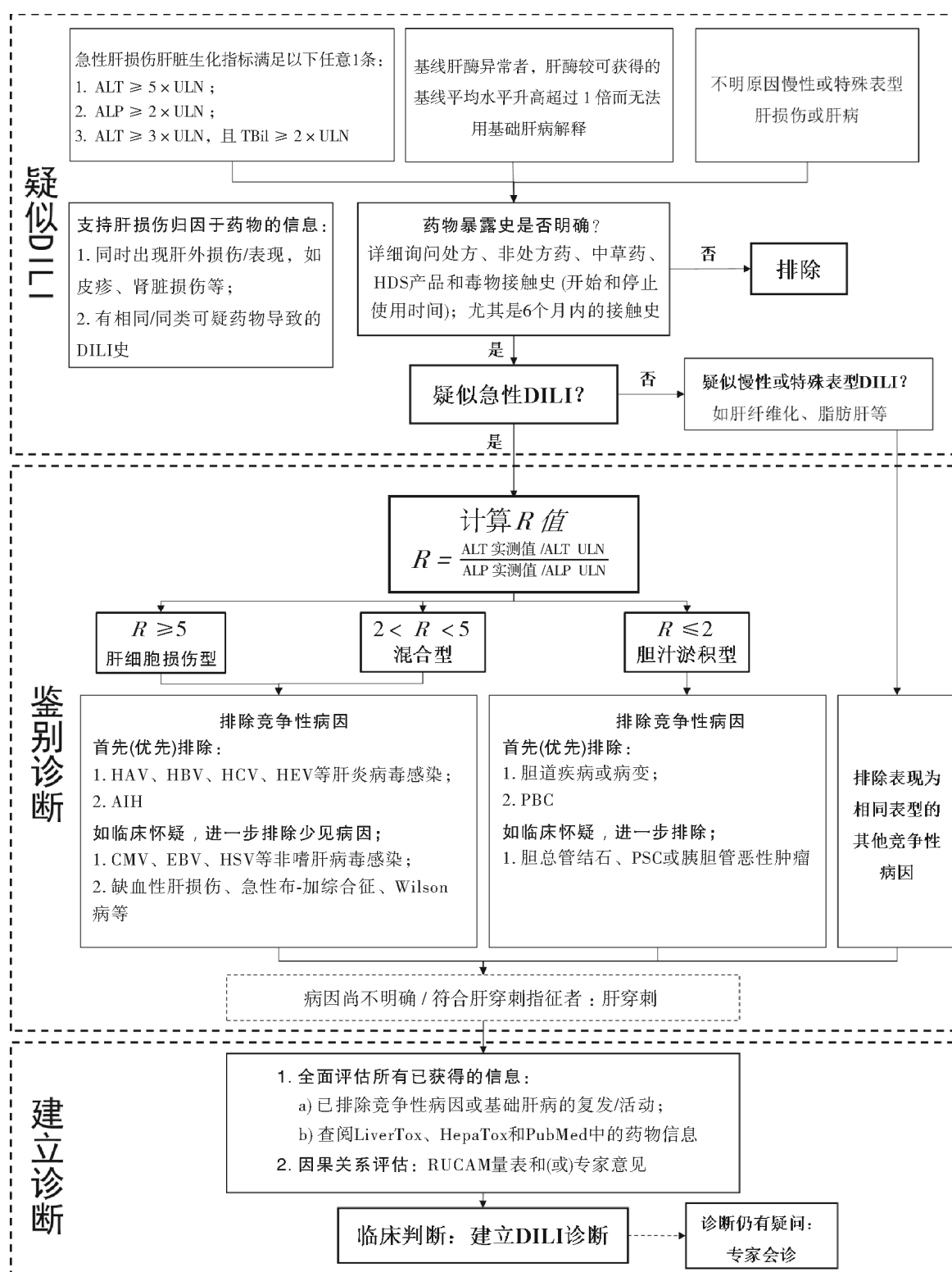
推荐意见7:疑似肝细胞损伤型或混合型者,可首先排查ALT显著升高的常见病因:①急性甲型、乙型、丙型、戊型等各种病毒性肝炎需常规排除;②AIH需常规排除;③非嗜肝病毒感染[巨细胞病毒(CMV)、EB病毒(EBV)等]、缺血性肝损伤、急性布-加综合征、Wilson病等少见病因,视患者具体情况选择排查。(4,B)

推荐意见8:疑似胆汁淤积型者,可首先排查ALP/GGT显著升高的常见病因:①排除胆道疾病或病变,可选择常规影像学检查;②排除原发性胆

汁性胆管炎(PBC);③排除胆总管结石、原发性硬化性胆管炎(PSC)或胰胆管恶性肿瘤等,可行ERCP或MRCP,视患者具体情况选择。(4,B)

推荐意见9:下述情况建议肝活检:①其他竞争性病因无法排除,尤其是AIH仍无法排除。②停用可疑药物后,肝酶仍持续升高;或肝细胞损伤型患者的ALT峰值在发病后30~60 d,胆汁淤积型患者的ALP峰值在180 d内,未下降>50%。③持续肝酶升高超过180 d,怀疑存在慢性肝病和慢性DILI。④疑似慢性肝病基础上的DILI,病因无法甄别。⑤肝移植、骨髓移植等器官移植后出现的肝损伤。(4,B)

4. 因果关系评估:因果关系评估是界定肝损伤是否由药物引起,建立DILI诊断的关键。尽管已报道有多种方法可用于包括DILI在内的药物不良反应因果关系的评估,但非肝脏特异性评估方法的诊



注：ALT为丙氨酸转氨酶；ALP为碱性磷酸酶；TBil为总胆红素；ULN为正常值上限；HDS为草药和膳食补充剂；HAV为甲型肝炎病毒；HBV为乙型肝炎病毒；HCV为丙型肝炎病毒；HEV为戊型肝炎病毒；AIH为自身免疫性肝炎；CMV为巨细胞病毒；EBV为EB病毒；HSV为单纯疱疹病毒；PBC为原发性胆汁性胆管炎；PSC为原发性硬化性胆管炎；DILI为药物性肝损伤

图1 DILI的诊断和鉴别诊断流程

断价值有限^[43-44]。

RUCAM: RUCAM因果关系评估量表包括7个

部分(附表2)^[45]。2015年,该量表进行了更新^[46],但更新后的量表尚未经广泛验证。尽管存在某些评

分标准界定模糊、可靠性较低等缺陷,但RUCAM可对疑似患者提供系统性、框架性评估指导意见,是目前所有DILI因果关系评估工具中应用最广泛者^[16,19,42,47]。需注意的是,RUCAM不应成为诊断DILI的唯一依据,在一些临床场景中,其可靠性可能会降低,机械应用可能会造成误诊或漏诊,如TCM/HDS-DILI、多种可疑药物导致的DILI、伴随基础肝病的DILI、新药临床试验中肝毒性的评价等,此时应结合其他工具如专家意见进行综合评估。

改良电子化因果关系评估法(RECAM):最近报道的基于证据更新的RECAM量表,其诊断效能与RUCAM量表类似,但与专家意见的总体一致性更好,检测极端诊断类别(极可能/高度可能;不可能/排除)DILI患者的敏感性更高^[48]。尽管如此,该方法尚需外部验证。

专家意见:专家意见是重要的DILI因果关系评估方法之一。对疑似DILI的个体患者,专家意见是在综合考虑所有目前已知的相关信息后做出的专业判断,其优势是可进行更细致深入的鉴别诊断,有助于考虑到不同的或少见的DILI特殊表型。DILI网络(DILIN)开展的前瞻性研究采用结构性专家观点程序(SEOP)进行因果关系评估^[49]。尽管SEOP可克服RUCAM量表的一些缺陷,但该方法尚未经外部验证,且流程复杂,不适合在临床实践中常规应用。在开展DILI相关研究、RUCAM量表不适用或可靠性显著降低、新药临床试验等场景中可考虑应用。因果关系评估标准可参照下述标准:明确,可能性>95%;极可能,可能性75%~95%;很可能,可能性50%~74%;可能,可能性25%~49%;不太可能,可能性<25%^[49]。

5. 再激发:再激发性定义为暴露后再次引起肝损伤,且 $ALT>3\times ULN$ ^[19]。实践中,多数再激发事件是无意的或认为药物对原发疾病的治疗至关重要。再激发性是疑似DILI事件中因果关系最有力的证据,有助于明确诊断。但是,再激发具有潜在的严重后果,可能会导致快速、更严重的再次肝损伤甚至ALF,尤其是首次药物暴露已导致严重肝损伤,如符合海氏法则(Hy's law),或由免疫反应或免疫介导为基础的肝损伤患者。因此,除非药物对挽救患者生命可能有益且无其他替代治疗方案,不建议对DILI患者进行再激发,应避免患者再次暴露于相同的可疑药物,尤其是非必需的药物。

6. 标准诊断格式:完整的DILI诊断应包括诊断

名称、临床类型、病程、RUCAM评分结果或专家意见评估结果、严重程度分级。诊断举例:

药物性肝损伤,肝细胞损伤型,急性,RUCAM 9分(极可能),严重程度3级。

药物性肝损伤,胆汁淤积型,慢性,RUCAM 7分(很可能),严重程度2级。

药物性肝损伤,肝细胞损伤型,急性,RUCAM 4分(可能),专家意见:极可能,严重程度3级。

推荐意见 10:推荐RUCAM量表作为因果关系评估的主要方法。在疑似2种或多种可疑药物导致的肝损伤、疑似TCM/HDS-DILI、疑似慢性肝病基础上的DILI、新药临床试验中的肝毒性评价等场景中,建议结合专家意见进行因果关系评估。(3,B)

推荐意见 11:强烈建议临床医师提醒患者避免再次暴露于相同可疑药物,尤其是初次暴露导致了较为严重的肝损伤者。(4,A)

七、DILI的严重程度评估和预后

(一)严重程度评估

急性DILI诊断建立后,需对其严重程度进行评估,可按以下国际DILI专家工作组标准:

1级(轻度): $ALT\geq 5\times ULN$ 或 $ALP\geq 2\times ULN$ 且 $TBil<2\times ULN$;

2级(中度): $ALT\geq 5\times ULN$ 或 $ALP\geq 2\times ULN$ 且 $TBil\geq 2\times ULN$,或有症状性肝炎;

3级(重度): $ALT\geq 5\times ULN$ 或 $ALP\geq 2\times ULN$ 且 $TBil\geq 2\times ULN$,或有症状性肝炎并达到下述任何1项:

- $INR\geq 1.5$,

-腹水和(或)肝性脑病,病程<26周,且无肝硬化,

-DILI导致的其他器官功能衰竭;

4级(致命):因DILI死亡,或需接受肝移植才能生存。

(二)预后、自然史和随访

多数急性DILI患者在停用可疑药物后的6个月内肝损伤可恢复正常,预后良好。然而,少数患者可出现病情重症化或恶化,进展为ALF/SALF,需接受肝移植治疗,甚至导致死亡等致死性不良临床结局。约10%符合海氏法则的案例可进展为ALF,已得到至少2项大型队列研究的验证^[5,50]。基于病因和昏迷严重程度的美国急性肝衰竭研究组(ALFSG)模型被报道可预测ALF的自发生存率^[51]。由于研究设计、研究方法、研究人群等的不同,各国报道的致死性不良临床结局的患者比例各异。

最近开发并经验证的参数包括终末期肝病模型(MELD)评分、血清白蛋白和 Charlson 合并症指数(Charlson comorbidity index)模型,可能有助于预测 DILI 患者的 6 个月死亡风险^[52]。此外,部分患者在急性 DILI 事件后可呈现慢性化表现,最终转化为慢性肝损伤,成为其临床结局。

因此,对所有急性 DILI 患者,应坚持随访至肝损伤恢复或达到相应的临床结局事件(如转化为慢性肝损伤、ALF、接受肝移植、死亡等)。

推荐意见 12:海氏法则可用于临床试验中评估新药潜在的严重肝毒性,有助于临床医师及早识别具有急性肝衰竭发生风险的 DILI 患者。(3,B)

推荐意见 13:对所有急性 DILI 患者,应坚持随访至肝损伤恢复正常或达到相应的临床结局事件,如转化为慢性肝损伤、急性肝衰竭、接受肝移植、死亡等。(4,C)

八、慢性和特殊表型 DILI

(一)急性 DILI 后的慢性化和延迟恢复

7%~13% 的 DILI 患者在急性 DILI 事件后的 6 个月或 1 年,肝脏生化指标仍未恢复至正常或基线水平,提示急性肝损伤可能转化为慢性或肝损伤延迟恢复。高龄、血脂异常和急性发作时的严重程度,可能是肝损伤慢性化或延迟恢复的风险因素,急性 DILI 发生后第 2 个月较高的 TBil 和 ALP 水平以及生化未缓解-6 模型(BNR-6),可能有助于预测肝损伤的慢性化或延迟恢复风险^[19,53-54]。此外,现有证据提示,胆汁淤积型 DILI 患者肝损伤慢性化或延迟恢复的风险更高,可能需要更长的时间恢复^[13,55]。而且,长期胆汁淤积、小叶间胆管进行性减少可导致预后较差的胆管消失综合征^[56]。

(二)慢性 DILI

药物导致的存在慢性肝脏炎症、肝纤维化、肝硬化或门静脉高压等的实验室、影像学和组织学证据的慢性肝损伤,是慢性 DILI 的临床诊断依据。临床上的慢性 DILI,有的是由急性 DILI 后的慢性化演变而来,有的则是药物导致的一些特殊临床表型,如药物相关脂肪性肝病(DAFLD)、药物导致的肝纤维化/肝硬化、结节性再生性增生、药物诱导的自身免疫样肝炎(DI-ALH)、肝紫癜病等。部分慢性 DILI 患者,即使已停用可疑药物,仍可能进展为不同程度的肝纤维化甚至肝硬化,成为隐源性肝硬化的重要病因。临床上部分病例可能以不明原因慢性肝损伤/慢性肝炎甚至肝硬化首诊。对于慢性 DILI 患

者的管理,应与其他慢性肝病一样进行长期随访并定期评估其进展风险。瞬时弹性成像技术如 Fibro-scan、Fibro-touch 等无创诊断技术是否适用于慢性 DILI 的管理尚需研究,但实践中可考虑作为一种辅助手段用于定期评估患者的肝纤维化进展。

推荐意见 14:急性 DILI 后的 6 个月肝损伤仍未恢复,提示损伤延迟恢复或慢性化风险增加。慢性化应被视为急性 DILI 的临床结局之一。胆汁淤积型患者的慢性化或延迟恢复风险更高。(3,B)

推荐意见 15:慢性 DILI 以药物导致的,存在慢性肝脏炎症、肝纤维化、肝硬化或门静脉高压等的实验室、影像学和组织学证据作为临床诊断依据,包括急性 DILI 后的慢性化和某些特殊表型。(4,B)

推荐意见 16:肝脏瞬时弹性成像等无创诊断技术可作为辅助手段定期评估慢性 DILI 患者的肝纤维化进展。(4,C)

(三)特殊表型 DILI

尽管药物导致的特殊临床表型少见,但临床医师在排除肝损伤特殊表型的常见其他病因后,应考虑药物因素的可能性。DILI 常见的特殊表型见表 6。

文献中描述伴随自身免疫特征 DILI 的相关术语不尽相同,如 DILI 伴随自身免疫特征(drug-induced liver injury with autoimmune features)、DI-ALH 等,最常用的是药物诱导的自身免疫性肝炎(DI-AIH)。不同术语是否代表不同亚型和不同预后,目前尚不清楚。根据最新国际会议共识,倾向于使用 DI-ALH。由于具有类似的临床特征和实验室检查表现,DI-ALH 与 AIH 的鉴别诊断是实践中的难点,多数情况下即使通过肝穿刺可能也无法直接区分。不同于 AIH,多数 DI-ALH 患者在停用糖皮质激素或免疫抑制治疗后的长期随访中很少或几乎不会复发^[57-58],此病程特点是增加 DI-ALH 诊断权重关键信息,尤其是对于有经典药物暴露史的患者。在伴随自身免疫特征 DILI 的少数患者中,药物可能是启动自身免疫性损伤的触发因素,即起“扳机效应”,患者即使停用可疑药物,后续自然病程仍与 AIH 一致。因此,对伴随自身免疫特征的 DILI 患者需长期随访,且应采用标准化的自身抗体检测方法进行检测,如间接免疫荧光法,以避免假阳性和假阴性结果对疾病诊断和管理的影响。需注意的是,AIH 基础上的 DILI,临床上也表现为肝损伤伴随自身免疫特征,但其属于慢性肝病基础上的 DILI 范畴,损伤机制多数情况下不同于间接型 DI-ALH,应

表6 常见的DILI特殊表型和相关药物

特殊表型	临床特点	典型药物列举
免疫介导的肝损伤		
DRESS综合征	药物超敏反应所致,肝损伤常在用药后较短时间甚至1~2 d内发生;常累及全身多个器官,可出现发热、皮疹、嗜酸性粒细胞增多、嗜酸、阿巴卡韦、奈韦拉平其他脏器损伤等肝外表现;病死率可高达10%,再激发风险极大	卡马西平、苯妥英和苯巴比妥、米诺环素、别生;
药物诱导的自身免疫样肝炎(DI-ALH)	女性多见,可致急性、亚急性和慢性肝损伤,少数可进展为ALF;伴有实验室和(或)组织学自身免疫特征证据;糖皮质激素有效且停药后常无复发	甲基多巴、米诺环素、吡喃妥因、他汀类药物、双氯芬酸、氟烷、吡喹酮、英夫利西单抗、二甲胺四环素、干扰素
ICIs相关肝损伤	常发生于开始治疗的4~12周后;多数以ICIs肝炎为主,部分患者可表现为ICIs胆管炎,少数患者可表现为特殊临床表型,如结节性再生性增生	各类ICIs
肝细胞脂肪变		
急性脂肪肝	广泛小泡性脂肪变,引起肝脏和其他脏器衰竭的临床综合征;主要见于水杨酸制剂导致Reye综合征的儿童;出现急性肝酶升高和黄疸前可先有快速进展的器官衰竭	胺碘酮、二苯胺、司他夫定、丙戊酸、扎西他滨
药物相关脂肪性肝病(DAFLD)	药物所致的小泡或大泡性脂肪变,伴或不伴炎症和纤维化;常通过影像学或组织学检查被发现	胺碘酮、甲氨蝶呤、他莫昔芬、5-氟尿嘧啶、伊立替康、皮质激素、氟哌啶醇、洛美他胺、米泊松
胆管损伤		
继发性硬化性胆管炎	临床、生化、影像学 and (或)组织学酷似PSC;ERCP是常用诊断方法;无特异性治疗方法,内镜治疗可改善部分患者的症状;晚期患者需肝移植	胺碘酮、阿托伐他汀、阿莫西林克拉维酸钾、加巴喷丁、英夫利西单抗、6-巯基嘌呤、七氟醚、文拉法辛
胆管减少或消失综合征	药物或长期胆汁淤积导致的肝内小胆管持续进行性破坏所致;以胆管减少和胆汁淤积为特征,临床表现为中至重度急性胆汁淤积型或混合型肝损伤;组织学早期可表现为急性胆管炎、胆汁淤积,门管区胆管减少或消失(胆管减少>50%);慢性期可见不同程度的肝纤维化;预后不佳,常需要肝移植	硫唑嘌呤、雄激素、阿莫西林克拉维酸钾、卡马西平、氯丙嗪、红霉素、雌二醇、氟氯西林、苯妥英、特比萘芬、复方新诺明
肝脏血管损伤		
HSOS/HVOD	药物引起肝血窦、肝小静脉和小叶间静脉的血管内皮细胞损伤,进而形成微血栓堵塞血窦,引起肝内淤血、肝功能受损和门静脉高压	奥沙利铂、白消安、环磷酰胺、含吡咯里西啶类生物碱的草药、吉妥珠单抗
结节性再生性增生(NHR)	非肝硬化门静脉高压的原因之一,血管内皮细胞和血管损伤是其形成的驱动因素;多在长期(>6个月)或反复多次(>6个疗程)用药后发生;MRI诊断的敏感性和特异性可达75%~80%,组织学特征是广泛血管病变导致肝实质内弥漫性结节形成	硫唑嘌呤、白消安、博来霉素、环磷酰胺、苯丁酸氮芥、阿糖胞苷、卡莫司汀、阿霉素、6-巯鸟嘌呤、奥沙利铂
其他		
肉芽肿性肝炎	可由感染、炎症、免疫因素、药物等多种因素引起,组织学是确诊的主要依据	别嘌醇、苯妥英、奎尼丁、甲基多巴、磺胺类药物、卡介苗、阿莫西林克拉维酸钾、美沙拉秦、依那西普、罗格列酮、甲苯咪唑、维罗非尼、诺氟沙星、吡嗪酰胺、ICIs
肝纤维化/肝硬化	组织学/影像学检查明确诊断	甲氨蝶呤、异烟肼、甲基多巴、罂粟碱
肝脏肿瘤	可表现为肝细胞腺瘤、HCC、胆管癌、血管肉瘤等;口服避孕药的剂量和服药时间与腺瘤发生风险有关,停药后腺瘤可能消退,但随着暴露时间的延长,腺瘤消退的可能性降低	合成代谢雄性激素、口服避孕药

注:DRESS为药物超敏反应综合征;ALF为急性肝衰竭;ICIs为免疫检查点抑制剂;PSC为原发性硬化性胆管炎;ERCP为内镜逆行胰胆管造影术;HSOS/HVOD为肝窦阻塞综合征/肝小静脉闭塞病;HCC为肝细胞癌;DILI为药物性肝损伤

注意鉴别。

在国内,服用含吡咯里西啶类生物碱(PA)的植物,如土三七,所致的血管性肝脏疾病肝窦阻塞综合征(HSOS)或肝小静脉闭塞病(HVOD)不少见^[59]。PA-HSOS目前诊断多采用“南京标准”^[60],即:有明确服用含PA植物史且排除其他已知病因,通过病理确诊或符合以下3项:①腹胀和(或)肝区疼痛、肝

大和腹水;②血清TBil升高或其他肝脏生化异常;③典型的增强CT或MRI表现,如肝肿大、肝脏“地图状”、“花斑样”强化等。如在患者血液中检测到PA代谢产物吡咯蛋白加合物,具有溯源性诊断意义。抗凝[低分子肝素和(或)华法林]-经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)阶梯治疗是目前推荐的标准治疗策略^[60],得到多项回顾性研究证实,基于2周抗凝

治疗应答的“鼓楼严重度评分系统”可能有助于个体化治疗^[61],但仍需高质量前瞻性研究证实。骨髓造血干细胞移植(HSCT)后大剂量化疗药物预处理、实体瘤化疗、器官移植术后应用免疫抑制剂等,也是造成 HSOS(HSCT-HSOS)的重要原因,其诊断可参照 Baltimore 或改良 Seattle 标准,去纤肽是目前推荐的治疗方法^[62-64]。

推荐意见 17:伴随自身免疫特征的 DILI 患者,建议肝活检并需长期随访。(2,B)撤用糖皮质激素后应密切监测,如无复发,可增加 DI-ALH 诊断权重。(3,B)

推荐意见 18:吡咯里西啶类生物碱诱导的肝窦阻塞综合征(PA-HSOS)的诊断可采用“南京标准”,抗凝-TIPS 阶梯治疗是目前推荐的有效治疗策略。(2,B)

推荐意见 19:骨髓造血干细胞移植后大剂量化疗药物预处理、实体瘤化疗、器官移植术后应用免疫抑制剂等导致的 HSOS,可参照 Baltimore 或改良 Seattle 标准诊断,有条件时,可选择去纤肽治疗。(4,C)

慢性肝病基础上的 DILI

由于非酒精性脂肪性肝病(NAFLD)的全球高发病率以及我国庞大的乙型肝炎病毒(HBV)感染和 NAFLD 基础人群,慢性肝病基础上的急性 DILI 事件并不少见。美国约 10% 的 DILI 患者伴随基础肝病,而我国则高达 23%^[13]。尽管有研究提示,合并的慢性乙型和(或)丙型肝炎可能增加获得性免疫缺陷综合征患者接受高效抗逆转录病毒治疗(HAART)或结核病患者接受 ATT 的 DILI 风险,但研究中存在诸多混杂因素,无法区分肝损伤的真正病因^[65-67]。同样,一些研究者认为,NAFLD 可能会增加全因 DILI 风险^[68-71],但在包括 NAFLD 的慢性肝病人群中,他汀类药物的 DILI 风险并未增加^[72-74]。因此,目前尚无充分证据表明,伴随的基础肝病可增加全因 DILI 风险。一些药物在这一群体中的肝毒性风险增加,可能与特定药物或基础肝病导致的肝脏功能受损有关,尤其是后者。例如,在 Child-Pugh B 级和 C 级肝硬化失代偿期患者中,用于治疗丙型肝炎的蛋白酶抑制剂和用于治疗 PBC 的奥贝胆酸的肝毒性显著增加^[75-76]。失代偿期肝硬化可能会影响药物的肝脏代谢以及发生急性肝损伤后的肝细

胞再生,在此基础上发生急性 DILI 事件后重症化或需更长时间恢复的风险增大,现有的一些证据支持此观点^[66,77-79]。因此,对于已有证据表明伴随的基础肝病很可能会增加 DILI 风险的药物,尤其是肝硬化失代偿期患者,在处方相关药物时应极其谨慎,充分评估可能的获益与风险后做出决策。

在慢性肝病基础上诊断 DILI 具有很大的挑战性,其难度在于如何鉴别肝损伤的真正病因。在该人群中建立 DILI 的诊断应谨慎,尽管实践中可能存在包括 DILI 在内的 2 种或多种病因,但疑似 DILI 患者至少需排除其他更常见的病因、基础肝病的活动或复发等因素。RUCAM 量表在该人群中的可靠性可能降低,结合专家意见有助于在获得关于可疑药物、肝损伤和基础肝病的详细信息后做出综合判断。

伴随基础肝病的 DILI 患者 6 个月内的死亡风险增加^[52],谨慎处方潜在肝毒性药物、密切监测、早期识别是控制其风险的主要措施。确需使用潜在肝毒性药物者,应在治疗前进行完整的肝脏生化检查,治疗期间的监测频率可根据风险大小制定并调整。基线肝酶异常的患者,作为 DILI 的潜在信号,监测中如发现用药后肝酶较可获得平均基线水平升高 1 倍,或达到诊断急性 DILI 的肝脏生化阈值时,应怀疑 DILI 的可能性,此时,建议排查其他肝损伤病因并评估是否存在基础肝病的活动或复发,以便及早识别和发现 DILI。

推荐意见 20:伴随基础慢性肝病,尤其是肝功能严重受损的患者,在处方潜在肝毒性药物前,应进行获益与风险评估,治疗中应根据风险大小制定并调整监测策略。(5,C)建立诊断时应排除其他病因和基础肝病的复发或活动。(4,B)

药物导致的肝炎病毒再激活

在我国,由于存在大量感染或携带 HBV 的基础人群,药物导致的肝炎病毒再激活多见于乙型肝炎病毒再激活(HBV_r)。其发生是因为一些风险药物如免疫抑制剂、高剂量糖皮质激素、细胞毒性化疗药物、抗 CD20 单克隆抗体、抗肿瘤坏死因子(TNF)药物等改变了 HBV 感染或携带者原来的肝脏免疫状态,导致病毒复制增加,发生免疫介导的肝损伤。临床上可出现伴或不伴黄疸的 ALT 水平显著升高,HBV DNA 转阳或载量较暴露于风险药物前明显增

高,严重者可导致 ALF 甚至死亡。

导致 HBV_r 的常见药物包括抗代谢药物、免疫调节剂、糖皮质激素、小分子抑制剂、生物抗体、化疗药物等。根据导致 HBV_r 的风险不同,将药物分为高、中、低和不确定风险四个不同等级(表 7)^[80]。

由于可能导致严重的临床结局,而且一旦出现 HBV_r,通常会中断免疫抑制治疗(如化疗),从而延误原发疾病的治疗。因此,所有使用免疫抑制剂或其他相关风险药物的患者治疗前均应常规筛查乙型肝炎表面抗原(HBsAg)和乙型肝炎核心抗体(抗-HBc),如为阳性,则进一步检测 HBV DNA^[81]。具有 HBV 感染或携带血清学证据(HBsAg 阳性或抗-HBc 阳性)的患者,如:①因多种血液系统肿瘤和实体肿瘤接受化疗;②因各种自身免疫性疾病接受免疫抑制剂治疗;③接受实体器官移植或 HSCT,均应被视为 HBV_r 风险人群进行管理。

对不同风险的药物和患者进行分层管理可有效降低 HBV_r 发生率。HBV_r 高、中风险患者,建议在接受相关风险药物治疗前给予预防性抗病毒治

疗,首选强效高耐药屏障的核苷(酸)类似物(NAs)恩替卡韦(ETV)、替诺福韦酯(TDF)、丙酚替诺福韦(TAF)或艾米替诺福韦(TMf)^[82-83]。不建议首选拉米夫定,以免增加耐药风险。对既往接受过拉米夫定治疗的患者,优选 TDF、TAF 或 TMf,不建议使用 ETV。HBV_r 低风险患者,不建议常规预防性抗病毒治疗,但应在治疗期间每 1~3 个月监测 1 次 ALT、HBV 感染血清学标志物(HBsAg、抗-HBc)和 HBV DNA,对监测中出现 HBV_r 征象者,应及时给予抗病毒治疗。如无法进行密切监测,即使再激活风险较低,也应预防性抗病毒治疗。当 HBV_r 风险不确定时,是否采取预防性抗病毒治疗需要临床医师综合判断^[84]。

通常,在化疗和免疫抑制剂治疗结束后,应继续抗病毒治疗 6~12 个月。对应用 B 细胞单克隆抗体或进行 HSCT 治疗的患者,在免疫抑制治疗结束后应继续使用 NAs 至少 18 个月方可考虑停药。NAs 停用可能会出现 HBV 复发,因此,停药应在肝病专业医师指导下进行,停止抗病毒治疗后应继续

表 7 导致 HBV 再激活的药物风险分类

风险等级	HBV 血清学标志物	
	HBsAg(+)/抗-HBc(+)	HBsAg(-)/抗-HBc(+)
高风险(>10%)	抗 CD20 单克隆抗体:利妥昔单抗、奥法木单抗、奥比妥珠单抗 造血干细胞移植(同种异体和自体) 高剂量糖皮质激素治疗:≥20 mg/d,持续≥4 周 高效力抗 TNF 药物:阿达木单抗、英夫利西单抗、戈利木单抗、赛妥珠单抗 蕁环类:阿霉素、表阿霉素、柔红霉素等 HBV/HCV 合并感染的 DAA 治疗(HBsAg<10 IU/mL 的非肝硬化患者除外) 免疫检查点抑制剂:抗 PD-1:纳武单抗、派姆单抗;抗 PD-L1:阿替利珠单抗;抗 CTLA-4:伊匹木单抗 酪氨酸激酶抑制剂:伊马替尼、尼罗替尼、达沙替尼、厄洛替尼、吉非替尼、奥希替尼、阿法替尼等	抗 CD20 单克隆抗体:利妥昔单抗、奥法木单抗、奥比妥珠单抗 异基因造血干细胞移植
中风险(1%~10%)	细胞毒性化疗药物(蕁环类药物除外) 较低效力抗 TNF 药物:依那西普 中等剂量糖皮质激素治疗:10~20 mg/d,持续≥4 周 蛋白酶抑制剂	蕁环类:阿霉素、表阿霉素、柔红霉素等 自体造血干细胞移植 高效力抗 TNF 药物:阿达木单抗、英夫利西单抗、戈利木单抗、赛妥珠单抗
低风险(<1%)	甲氨蝶呤、硫唑嘌呤 低剂量糖皮质激素治疗:<10 mg/d HBsAg<10 IU/mL 的非肝硬化患者接受 HBV/HCV 合并感染的 DAA 治疗	蛋白酶抑制剂 细胞毒性化疗药物(蕁环类药物除外) 高剂量糖皮质激素治疗:≥20 mg/d 较低效力的抗 TNF 药物 酪氨酸激酶抑制剂 HCV 感染的 DAA 治疗
不确定风险 (尚无相关临床研究)	阿巴西普、托珠单抗、依鲁替尼、阿仑单抗、那他珠单抗、奥瑞珠单抗、伊布单抗等新型生物制剂	免疫检查点抑制剂:抗 PD-1:纳武单抗、派姆单抗;抗 PD-L1:阿替利珠单抗;抗 CTLA-4:伊匹木单抗

注:HBV 为乙型肝炎病毒;HBsAg 为乙型肝炎表面抗原;抗-HBc 为乙型肝炎核心抗体;TNF 为肿瘤坏死因子;HCV 为丙型肝炎病毒;DAA 为直接抗病毒药物;PD-1 为程序性死亡受体-1;PD-L1 为程序性死亡受体配体-1;CTLA-4 为细胞毒性 T 淋巴细胞相关抗原 4

随访 12 个月,其间每 1~3 个月监测 1 次 HBV DNA 和肝脏生化指标^[84]。

推荐意见 21:开始免疫抑制治疗前或接受有导致 HBVr 风险的药物前,应常规筛查 HBsAg 和抗-HBc,如为阳性,进一步检测 HBV DNA。(1,A)

推荐意见 22:HBVr 中-高风险者应予预防性抗病毒治疗。低风险者无需常规预防性抗病毒治疗,但治疗期间应严密监测。如无法密切监测,应预防性抗病毒治疗。(2,A)

推荐意见 23:乙型肝炎抗病毒治疗首选强效高耐药屏障的 NAs:ETV、TDF、TAF 和 TMF。(1,A)

推荐意见 24:在化疗和免疫抑制剂治疗结束后,应继续抗病毒治疗 6~12 个月。应用 B 细胞单克隆抗体或造血干细胞移植患者,在免疫抑制治疗结束后应继续抗病毒治疗至少 18 个月。停用抗病毒药应在肝病专科医师指导下进行,停药后应随访 12 个月,其间每 1~3 个月监测 1 次 HBV DNA 和肝脏生化指标。(4,C)

DILI 的常见病因

HDS

流行病学:由于缺乏高质量流行病学数据,HDS 导致肝损伤(HDS-DILI)的确切发生率目前尚不清楚。然而,HDS-DILI 正在全球范围内快速增加,已成为学术界、监管部门重点关注的问题。美国 HDS-DILI 占比已快速上升至约 20%,排名第二^[85]。在欧洲和拉丁美洲,其占比为 8%~16%^[3,86-87]。东亚与欧美国家的 HDS-DILI 病因存在显著差异,欧美国家大多与膳食补充剂相关,尤其是用于健美塑身的膳食补充剂,东亚国家包括我国则主要与草药(HMs)有关,即中草药相关肝损伤(HILI)^[47]。

在亚洲,传统治疗药物具有悠久的历史并广泛用于各类疾病的预防和治疗。由于很多患者存在 HMs“天然无毒”的错误认识,对其肝损伤风险常缺乏警惕,由此导致的肝损伤也构成了亚洲国家 DILI 的主要病因之一。韩国 27.5% 的 DILI 患者由 HMs 引起^[7],日本约 9% 和 6% 的 DILI 患者分别由膳食补充剂和 HMs 导致^[88],新加坡的报道中其占比甚至高达 71%^[89],而我国多数研究报道的占比约为 20%~30%^[90-91]。在我国,据报道可能引起肝损伤的 HMs 有何首乌、雷公藤、黄药子、补骨脂、千里光、淫羊藿、菊三七等及其汤剂或成药(附表 3)。

监管措施:多数国家对 HDS 产品的监管相对宽松,未将其纳入严格的药品注册监管体系,如欧美国家多将 HDS 产品作为膳食补充剂管理。我国的 HMs 包括中药材、中药饮片、中药提取物、中药配方颗粒、中成药,也包括民间习用药材和含有中药组分的保健食品、食品等,对其监管要求也不尽相同,既有按药品审批管理的中成药等产品,按保健食品审批管理的含有中药组分的产品,也包括按农产品管理的中药材、地区性民间习用药材等产品,以及民间自采自用的草药等。不同管理类别的 HMs 产品的质量控制和安全性评价要求存在明显差别,这些现状给 HILI 的防范、临床评价和管理带来很大困难和挑战,也是目前全球范围内包括 HILI 在内的 HDS-DILI 快速增加的主要原因之一。

风险因素:整体上,HILI 的风险因素与化学药、生物制品等其他药物导致的 DILI 风险因素类似,包括药物相关和宿主相关风险因素两类。然而,一些 HILI 特有的相关风险因素可能是造成肝损伤的原因^[92-99]。①产品质量:如同一 HMs 来自不同产地导致成分差异、炮制处理过程不当等,可增加肝毒性风险(如何首乌);②同名异物、药品伪品误用、混用或掺假;③环境污染:如药材种植过程中的农药残留、土壤和水源的重金属、化肥等的污染;④组方配伍不合理或存在配伍禁忌;⑤不合理用药:方不对证、超适应证、超剂量、重复用药、超疗程等,尤其是中成药与中草药饮片、中成药与中成药间重复用药可导致单味药剂量增加,从而增加 HILI 风险。多数中成药和汤剂为复方,成分不一,因此,其成分极为复杂且不同成分间的 DDI 等多不明确,这也是造成包括 HILI 风险在内的中草药不良反应的重要原因之一。此外,在我国,中药常与化学药、生物制剂联合使用,或与含有中药组分的保健食品、食品等同时使用。这些中药-化学药之间、中药-保健食品之间的相互作用非常复杂,可能通过改变药用成分的吸收、分布、代谢和排泄引起全身药代动力学变化,导致肝肾毒性等不良反应^[96]。

临床表型和临床诊断:多数 HDS-DILI 或 HILI 的临床表型呈现出以 ALT 显著升高为主要表现的肝细胞损伤型,但有些 HDS 产品或 HMs 也可导致胆汁淤积型或混合型肝损伤,甚至一些特殊临床表型,如 PA-HSOS。最近报道提示,HDS-DILI 的肝损伤更严重,具有更高的死亡/肝移植风险^[86]。此研究结果与美国报道的近 20 年来药物引起的 ALF 成人

患者的可疑药物、临床特征和临床结局的长期趋势相一致。在美国,药物诱导的急性肝衰竭(DI-ALF)的病因正在发生显著变化,HDS导致的ALF显著增加且预后更差,而抗菌药物和其他病因导致的ALF则显著减少^[100]。这些信息都提示了HDS-DILI可导致严重的临床结局,已成为一个全球性的问题。

HDS-DILI或HILI的诊断原则同其他药物导致的DILI,也为排他性诊断策略。询问到可疑HMs或HDS产品应用史是建立诊断的基础^[85],然而,多数患者因认为该类产品“天然无毒”,通常并不会主动告知医师这些产品的应用史。因此,科学的宣教,医师的主动询问可鼓励患者提供相应产品的应用史,这对正确建立HDS-DILI或HILI诊断极为关键^[42]。RUCAM量表虽被推荐用于DILI的因果关系评估,但其并非专门针对HDS-DILI或HILI而开发。由于HDS或HMs成分多较复杂、可能含有说明书中未标识的成分,部分HDS或HMs产品的说明书缺乏关于包括肝毒性在内的不良反应警示,常与其他药物联合应用等现状,临床实践中通常很难界定到底哪些HDS或HMs成分与肝损伤有关,哪些中草药配伍后毒性增强。因此,对于疑似HDS-DILI或HILI患者的因果关系评估,RUCAM量表的可靠性可能会降低^[42]。证据整合链方法^[101]强调了排除肝损伤时的化学药联合应用、可疑中草药的溯源,理论上有助于HDS-DILI或HILI的界定。但临床实践场景中广泛的中药-化学药、中药-保健食品等联合应用的现状,多数中草药成分复杂难以溯源,基源鉴定、排除伪品、明确并检测相关特征代谢物或特异性生物标志物等对多数中草药而言仍是当前无法解决的难题。因此,该方法在临床实践中的诊断效能和可操作性尚需进一步评估、验证^[47]。RUCAM量表结合专家意见可能是当前建立HDS-DILI或HILI诊断具有可操作性的因果关系评估方法^[42,47],专家意见可根据所有已获得的信息进行综合判断,再激发阳性、出现特定HMs已知的肝损伤典型特征或表型、去激发后肝损伤显著改善,可增加诊断的权重。

风险管理: HDS-DILI或HILI风险管理的整体策略和措施同DILI。HILI特有的风险管理措施包括:①明确中药材、中药饮片和辅料的成分,明确其物质基础,规范其来源和质量控制标准,对相关风险物质进行含量限定是风险防范的首要措施;②确定组方配伍合理性,避免配伍禁忌或不合理配伍;

③避免方不对证、超适应证、超剂量、超疗程等不合理使用;④避免不必要的联合用药,尤其是避免不同HMs联合、重复使用而导致具有潜在肝毒性的单味药剂量增加;⑤需使用含已知具有肝毒性成分HMs制剂的患者,单独或联合使用其他HMs、HDS产品、化学药前,应评估整体获益与风险;⑥加强科学宣教和用药指导,避免民众自行采集、服用中草药。

推荐意见 25: 应避免药不对证(症)、超常规剂量或疗程、药物配伍不当、不必要的联合/重复使用而导致具有潜在肝毒性的单味药剂量增加等可能增加HILI风险的不合理用药。加强科学宣教,避免民众自行采集、购买、服用中草药,尤其是非食药同源的中草药。(4,C)

推荐意见 26: 疑似HILI或HDS-DILI患者,应加强中草药应用史的详细调查,医师应主动询问或鼓励患者告知相关中草药或HDS产品的暴露史。(4,B)

推荐意见 27: 确需使用含已知肝毒性成分中草药制剂的患者,或既往有HILI史的患者,应在治疗前评估获益与风险,并在治疗中严密监测。(5,C)

推荐意见 28: 疑似HILI或HDS-DILI患者,建议采用RUCAM量表结合专家意见进行因果关系评估。(4,B)

推荐意见 29: 联合使用其他中草药、HDS产品和化学药的疑似HILI或HDS-DILI患者,在甄别病因时,如再激发阳性、出现特定中草药已知的肝损伤典型特征或表型、去激发后肝损伤显著改善等,可增加特定中草药肝损伤诊断的权重。(5,B)

抗结核药物

流行病学: 与西方国家相比,亚洲国家结核病发病率更高,因此,抗结核药物性肝损伤(AT-DILI)的高发生率构成了亚洲国家DILI的另一特点,中国的AT-DILI发生率为9.5%~10.6%,印度为3.8%~10.0%^[102]。在中国,AT-DILI占被调查DILI人群的比例高达22.0%~31.3%^[91]。因此,AT-DILI是亚洲国家DILI最常见的原因,也是导致ALF和慢加急性肝衰竭(ACLF)的常见原因^[14,103]。常用的一线抗结核药物中,异烟肼、利福平和吡嗪酰胺都具有较强的肝毒性,乙胺丁醇也有明显肝毒性的病例报道,部分二线药物如乙硫异烟胺、丙硫异烟胺、对氨基水杨酸等也都有较强的肝毒性。

风险因素: 目前报道的 AT-DILI 风险因素包括高龄、女性、亚洲人群、合并 HBV 或丙型肝炎病毒 (HCV) 或人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染、联合使用多种具有肝毒性药物的 ATT 等^[16,47]。遗传易感性可能与 AT-DILI 风险相关, 携带 HLA-B*52:01 等位基因的人群、N-乙酰转移酶 (NAT) 2*6 和 NAT2*7 变异的超慢代谢人群的 AT-DILI 风险增加^[104]。

临床特点和临床诊断: 通常, AT-DILI 主要发生在接受 ATT 的前 2 个月, 但在整个治疗过程中, 肝损伤风险始终存在^[105-106]。有研究结果提示, 相较于其他药物导致的 DILI, AT-DILI 患者反映肝脏功能受损的指标如血清胆红素、INR、白蛋白等异常更为严重^[14], 但这仍需更多研究证实。多数患者预后良好, 但仍有少数患者进展为 ALF 或 ACLF。

AT-DILI 临床诊断的整体原则、鉴别诊断和因果关系评估方法同其他药物导致的 DILI。其诊断需排除结核病患者同时合并的由其他潜在肝毒性药物导致 DILI 的可能, 如消炎镇痛药、抗菌药物、HDS 或 HMs 产品等。伴随基础肝病的结核病患者, 诊断需鉴别或除外基础肝病的影响。肝结核患者, 由于疾病本身引起的肝损伤常继发于肝实质浸润或淋巴结肿大造成的胆道梗阻, 表现为胆汁淤积, 这与 AT-DILI 的通常表现不同, 因此, 建立 AT-DILI 诊断时应注意鉴别或排除。

监测和管理: 完整的肝脏生化检查和非特异性症状的定期有效监测有助于早期发现 AT-DILI, 是风险管理的重要措施, 应贯穿于 ATT 全程。所有接受 ATT 的患者, 应在治疗前进行完整的肝脏生化检查, 并常规筛查慢性乙型、丙型病毒性肝炎标志物, 以获得基线数据并评估是否合并存在慢性病毒性肝炎。有风险因素者, 如长期饮酒、合并 HBV/HCV/HIV 感染、同时使用其他肝毒性药物、基线肝酶异常的结核病患者, 在开始 ATT 后的前 2 个月内, 每 2 周监测 1 次, 其后每 4 周监测 1 次, 是可接受的频率。无风险因素者, 监测频率可降低, 如新出现非特异性症状, 应增加监测频率^[47,107]。肝损伤恢复后重启 ATT 时, 治疗方案应慎重评估。如接受 ATT 后出现伴有黄疸的严重肝损伤或 ALF, 应严格避免再次尝试使用相同 ATT 方案。对于接受 ATT 后出现轻度肝酶异常的患者, 尽管多数患者能适应并耐受重新引入的一线药物, 但在做出使用相同 ATT 方案的决策前, 应全面评估再暴露可能的获益与风险, 并在治疗中增加监测频率。

推荐意见 30: 所有患者在开始抗结核治疗前都应进行基线 HBsAg (如 HBsAg 阳性, 进一步检查 HBV DNA)、抗-HCV 和完整的肝脏生化检查, 以及腹部超声检查。(1, A)

推荐意见 31: 应常规监测非特异性肝病相关症状, 以早期发现或识别潜在的 DILI 患者。(3, B)

推荐意见 32: 无风险因素者, 建议每月监测 1 次肝脏生化指标, 出现症状或发生肝损伤后应增加监测频率。(4, C) 有风险因素者, 在抗结核治疗的前 2 个月, 每 2 周监测 1 次肝脏生化指标; 之后, 每月监测 1 次, 直至治疗结束。(2, B)

推荐意见 33: 如抗结核治疗后发生伴有黄疸的严重肝损伤或急性肝衰竭, 应避免再次使用疑似可疑药物。(4, B) 如暴露后仅出现无症状的轻度肝酶异常, 再次用药前, 应评估再暴露可能的获益与风险, 并在治疗中增加监测频率。(2, B)

抗肿瘤药物

流行病学: 抗肿瘤药物是 DILI 的重要病因。在西方国家, 抗肿瘤药物导致肝损伤的占比介于 5%~8%^[1]。在亚洲地区, 日本和我国数据显示, 10% 和 8.34% 的 DILI 患者系由抗肿瘤药物导致^[1]。无论是传统的化疗药物, 大分子或小分子靶向药物, 还是新近上市的 ICI, 都可导致肝损伤。在临床试验中, 不同小分子靶向药物如酪氨酸激酶抑制剂 (TKI) 导致所有级别肝损伤的发生率文献报道不一, 介于 5%~55% 之间^[108-113]。舒尼替尼、拉帕替尼、帕唑帕尼、瑞戈非尼、普纳替尼、培西达替尼、艾德拉尼等靶向药物因具有肝毒性, 被美国食品药品监督管理局 (FDA) 加黑框警告^[114-115]。ICIs 肝炎的发生率取决于所用 ICI 的类别、剂量以及是否单药或联合治疗^[116-117]。单独使用时, 任何级别 ICI 肝炎的发生率通常低于 10%, 细胞毒性 T 淋巴细胞相关抗原 4 (CTLA-4) 抑制剂发生率高于程序性死亡受体 1 (PD-1) 抑制剂, 尤其是高剂量 CTLA-4 抑制剂。联合使用时, 无论是 CTLA-4/PD-1 抑制剂的双免联合治疗, 还是 ICI 与靶向药物的靶免联合治疗, 任何级别 ICI 肝炎的发生率均较 ICI 单独使用显著升高^[116]。

ICIs 相关肝毒性: ICI 相关肝毒性通常发生在 ICI 开始治疗的 4~12 周或 1~3 个周期后^[118]。多数患者以 ICI 肝炎为主, 达到峰值时通常呈现以 ALT/

AST显著升高为主要表现的肝细胞损伤型^[119],也有表现为胆汁淤积型和混合型者。除ICIs肝炎,部分患者可呈现以胆汁淤积为主要表现的ICIs胆管炎,ALP/GGT显著升高^[120]。少数患者的肝毒性可表现为特殊临床表型,如结节性再生性增生^[121]。

近半数ICIs肝毒性患者可伴有肝外器官的免疫相关不良事件(irAEs)^[122],少数患者可检测到低滴度(1:80)的抗核抗体(ANA)^[119]。尽管少见,但也有0.1%~0.2%的患者可发生ALF^[123-126]。ICIs肝炎的组织学特征可能对其诊断和管理有重要价值,有助于了解肿瘤的肝脏转移情况和肝损伤的组织病理学表型,并且可提供区分AIH与DILI的组织学信息^[119,127]。建议对疑似或ICIs相关肝毒性尚无法完全排除的患者,尤其是糖皮质激素治疗应答不佳的患者进行肝穿刺。

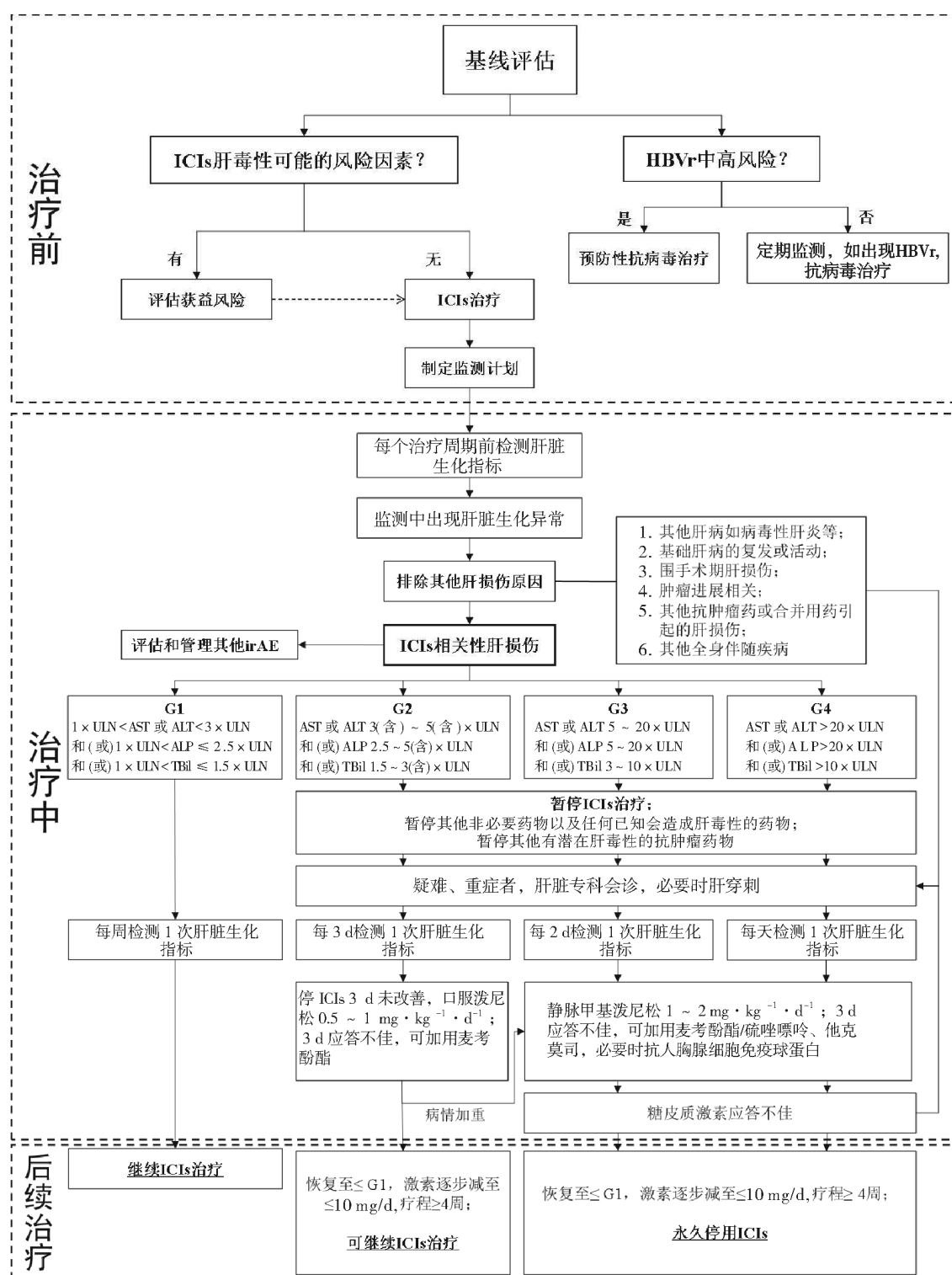
传统化疗药物和靶向药物导致的肝损伤多为固有型或特异质型,而ICIs肝毒性为免疫介导的肝损伤,属于间接型DILI范畴^[15,116]。其确切机制尚不清楚,过度免疫激活造成类似自身免疫性炎症反应^[119,128],是目前推测的可能机制,遗传易感性可能在其中起重要作用。ICIs肝毒性可能的风险因素包括:接受器官移植、伴随自身免疫性疾病、既往使用其他类别的ICIs出现irAEs、接受高剂量ICIs尤其是高剂量CTLA-4抑制剂治疗、接受不同ICIs或ICIs与靶向药物联合治疗^[129-131]。

ICIs相关肝毒性的管理应包括治疗前评估、治疗中监测、及时识别疑似患者、诊断/鉴别诊断、治疗和随访等多方面(图2)。根据肝毒性严重程度,做出继续、暂停或永久停止ICIs治疗的决策,以及是否启动糖皮质激素和(或)免疫抑制治疗。多数3级以上肝损伤患者,根据目前指南推荐的每日高剂量糖皮质激素(1~2 mg/kg 甲基强的松龙或相当剂量激素)应答良好,停用激素后无反弹。但近期研究提示,每日低剂量激素(<1.5 mg/kg 甲基强的松龙或相当剂量激素)的效果与每日高剂量相当,而安全性风险却明显降低^[132]。少数患者尤其是胆汁淤积型或ICIs胆管炎患者则可能对激素应答不佳,此时可加用麦考酚酯、他克莫司或硫唑嘌呤等免疫抑制剂,不推荐英夫利西单抗作为激素治疗失败后的挽救治疗。对ICIs肝毒性的诊断/鉴别诊断、激素治疗剂量/疗程、肝损伤恢复后重启ICIs治疗等临床疑难问题,建议由包括肝病专业医师的多学科团队共同讨论后做出决策。

临床诊断的特殊考量:包括ICIs在内的所有抗肿瘤药物导致肝损伤的临床诊断整体原则、鉴别诊断和因果关系评估方法同其他药物导致的DILI。在疑似抗肿瘤药物导致肝损伤患者的诊断和鉴别诊断流程中,应特别注意排除下列因素的影响:①肿瘤肝脏或胆道转移、浸润;②肝细胞癌(HCC)、胆道或壶腹部肿瘤疾病进展;③近期接受手术或局部介入治疗的围手术期肝损伤的影响;④全身其他疾病状态的影响;⑤包括抗感染、中草药、营养支持、姑息辅助治疗等其他合并药物导致DILI的潜在可能。由于可呈现类似的临床表现和肝脏生化异常特点,在靶向联合免疫治疗的患者中,应仔细甄别肝损伤真正的可疑药物是靶向药物还是ICIs,抑或两者皆有可能,尽管具有很大的挑战性,但在临床实践中很重要,因为这影响到患者是否需要接受免疫抑制治疗,以及后续的抗肿瘤治疗策略。肝脏组织学可提供鉴别诊断的重要信息。此外,通常情况下,前一治疗方案中未出现肝损伤的患者,在引入后一方案后出现肝损伤,那么,后引入的方案导致DILI的可能性增大;同时出现其他脏器的irAEs,可能会增加ICIs相关肝毒性的诊断权重;停用联合治疗的某一个方案(去激发)后,肝损伤显著改善并恢复,有助于明确该治疗方案导致肝损伤的诊断。

需指出的是,在抗肿瘤药物导致肝损伤的严重程度分级标准中,通常是按照抗肿瘤药临床试验中的常见不良事件术语评定标准(CTCAE)^[133]对单个肝脏生化指标进行分级评估,此分级不同于DILIN或国际通用的DILI严重程度分级标准,可能无法真正反映肝脏不良事件的临床严重程度^[116]。

风险管理:肿瘤患者DILI风险控制建议包括:①所有患者在接受化疗、靶向或免疫等抗肿瘤药物治疗前、治疗期间和治疗后应接受完整的血清肝脏生化检查,评估基线情况并进行定期监测。②监测频率可根据药物肝毒性风险高低、患者是否存在已知风险因素、肝损伤的严重程度和演变等进行调整。③抗肿瘤治疗策略(单药或联合)、具体药物的选择,以及是否推迟或停止治疗等,应根据基线或监测中的肝脏生化检查结果仔细评估潜在获益与风险后,做出临床决策。④重新启动抗肿瘤治疗应慎重。如暴露后曾发生3级以上肝损伤或伴有黄疸的严重肝损伤或ALF,应严格避免再次尝试使用相同方案。如抗肿瘤药物治疗后仅出现无症状的轻



注: ICI 为免疫检查点抑制剂; HBVr 为乙型肝炎病毒再激活; irAEs 为免疫相关不良事件; AST 为天冬氨酸转氨酶; ALT 为丙氨酸转氨酶; ALP 为碱性磷酸酶; TBil 为总胆红素; ULN 为正常值上限

图 2 ICI 相关肝毒性的管理

度肝脏生化检查异常, 尽管多数患者可耐受再次治疗, 但在做出使用相同抗肿瘤药物方案决策前, 应在肝病专业医师指导下, 全面评估再次治疗可能的获益与风险, 并在治疗中增加监测频率。⑤在接受导

致病毒性肝炎再激活中、高风险抗肿瘤药物前, 所有患者应常规筛查 HBV 和 HCV 标志物, 并根据不同风险给予预防性或治疗性抗病毒药物。⑥对于有肿瘤肝脏转移风险的患者, 建议在抗肿瘤药物治疗前, 进

行增强MRI或CT检查以完成治疗前评估。

推荐意见34:抗肿瘤药物治疗前至少应完成的评估包括:①完整的肝脏生化检查;②有肿瘤肝脏转移风险或肝脏/胆管肿瘤的患者,应行腹部增强MRI或CT检查;③是否伴随基础肝病[特别是HBsAg、乙型肝炎表面抗体(抗-HBs)、抗-HBc和抗-HCV检测]和其他全身性疾病;④既往抗肿瘤药物治疗方案和肝毒性情况。(4,B)

推荐意见35:抗肿瘤药物治疗中和治疗后的监测可根据药物肝毒性风险高低、患者是否存在已知风险因素、肝损伤的严重程度和演变等进行调整。(3,B)

推荐意见36:疑似抗肿瘤药DILI的诊断,应注意排除HBV再激活、围手术期肝损伤、肿瘤肝脏/胆管转移、浸润,以及合并应用的抗感染药物、中草药、营养支持、姑息辅助治疗等导致的肝损伤。(4,C)

推荐意见37:存在ICIs肝毒性可能的风险因素者,如器官移植术后、伴随自身免疫性疾病、曾发生irAE等,在制定含ICIs抗肿瘤药物方案时应谨慎选择,并在治疗中严密监测。(4,B)

推荐意见38:根据ICIs肝毒性严重程度,做出继续、暂停或永久停止ICIs的决策,以及是否启动糖皮质激素治疗。不推荐英夫利西单抗作为激素治疗失败后的挽救治疗。疑难、重症患者的诊断和管理,建议由包括肝病专业医师的多学科团队讨论决策。(2,C)

推荐意见39:靶向联合免疫治疗中,ICIs肝毒性尚无法确诊或排除,或存在包括DILI在内的其他肝损伤病因,鉴别诊断困难者,建议肝穿刺。(4,B)出现其他脏器的irAE,可能会增加ICIs肝毒性的诊断权重。(4,C)

推荐意见40:如抗肿瘤药物治疗后发生3级以上或伴有黄疸的严重肝损伤或急性肝衰竭,应避免再次使用疑似的可疑药物。(4,B)如暴露后仅出现无症状的轻度肝酶异常,再次用药前,应评估再次暴露可能的获益与风险,并在治疗中增加监测频率。(2,B)

DILI的新型生物标志物

根据不同的临床适用目的,生物标志物可分为不同类别,如预测风险因素、诊断、预测预后等。发

展DILI的新型生物标志物有助于:①在新药研发的非临床研究中早期识别DILI,在临床试验中监测DILI的发生;②明确DILI的共性和特定药物个性的潜在肝毒性机制;③在临床实践中早期识别、诊断DILI;④预测风险和预后,达到精准用药和分层管理的风险控制目标;⑤DILI治疗药物的研发。理想的生物标志物应考虑其敏感性、特异性、阳性预测值、阴性预测值等以保证总体准确性。

已报道多个DILI的潜在生物标志物。微小RNA-122(miR-122)是肝细胞特异性的miRNA,在APAP过量患者的血浆中,其明显升高可早于ALT升高出现,因此被认为是具有早期预测肝损伤发生作用的生物标志物^[134]。谷氨酸脱氢酶(GLDH)是反映线粒体损伤机制的生物标志物,目前正在评估其在疑似肝外来源(如肌肉)ALT升高时确认或排除肝细胞损伤的潜在价值^[19,135]。高迁移率族蛋白B1(HMGB1)被报道与DILI的发生机制相关,充当损伤相关分子模式(DAMP)的分子作用^[136]。细胞角蛋白18(CK-18)、巨噬细胞集落刺激因子受体1(MCSFR1)和骨桥蛋白(OPN)被鉴定为DILI的生物标志物,可预测预后不良^[137]。此外,一些与特定药物或特定中草药肝损伤风险相关的潜在生物标志物也被报道,如可能与何首乌肝损伤风险相关的HLA-B*35:01等位基因、细胞因子、代谢标志物等^[138-140]。尽管已取得了一定进展,而且组学技术的成熟也为DILI生物标志物的研究提供了新思路和新方法^[141],然而,由于生物标志物的分析方法及其临床验证是监管机构对生物标志物进行鉴定的必要步骤,因此,目前报道的生物标志物尚需经过严格的临床验证才能推广使用,而大型DILI队列是生物标志物验证的首要方法,这突出说明了合作建立DILI注册研究的重要性^[141-142]。

临床试验中DILI的信号和评估

在随机对照临床试验中,试验组和安慰剂组(或阳性对照组)之间肝酶升高不平衡,或试验组中出现伴有明显的肝病相关症状,以胆红素升高、黄疸和(或)凝血功能障碍为特征的严重DILI案例,是试验药物具有潜在肝毒性的两个主要信号^[16]。及早识别、评估新药的潜在肝毒性信号,不仅有利于个体受试者的新药肝脏安全性风险控制,改善预后,而且对新药研发的后续策略制定有重要的影响。

信号的检测:①海氏法则:在临床试验中发现符合海氏法则的案例对新药相关肝毒性风险既有预测价值,也有预后价值。重要的是,如在临床试验中出现 1~2 例此类案例,意味着在同等条件下上市后扩大人群使用相同药物,发生 ALF 的风险增加。目前,FDA 使用海氏法则来严格评估潜在的严重肝毒性药物^[143]。②非海氏法则信号:为了在新药研发中尽早发现 DILI 风险,不仅要确保正确识别出符合海氏法则的案例,还要在整个临床研发过程中密切关注其他潜在信号。临床试验中,如受试者既往无肝病史,基线时肝脏生化指标正常,用药后 ALT 和(或)AST 超过 $3\times\text{ULN}$ (肝细胞损伤型)或 ALP $>1.5\times\text{ULN}$,应怀疑 DILI 的可能。如受试者既往有肝病史,基线时肝脏生化指标已出现 $\geq 2\times\text{ULN}$ 的异常,用药后超过可获得的基线平均水平 1 倍可视为需要密切观察的阈值。由于在慢性肝病基础上发生的 DILI 损伤通常更严重,因此,在这类人群中应使用更保守的阈值,尤其是对于在非临床和前期临床研究中已发现具有潜在 DILI 风险的新药。暴露于特定新药的人群中,肝酶升高的频率是严重 DILI 可能性的一个必要但并非十分确切的信号。用药后转氨酶明显升高的幅度可能是预测严重 DILI 的一个更好的信号,更高的峰值($10\sim 15\times\text{ULN}$)是一个特异性更强的信号。严重肝毒性较为明确的信号是用药后出现肝酶升高伴 TBil 升高。

信号的评估:在临床试验数据库中,试验组中出现符合海氏法则的案例,或试验组相较于对照组(或安慰剂组)ALT 或 AST 超过 3 倍或更高倍数 ULN 的发生率更高,通常提示试验药物可能具有潜在肝毒性。试验组中出现 1 例或多例 ALF、死亡或需接受肝移植治疗的致死性严重肝损伤案例,是严重肝毒性的信号。下列标准可能有助于评估试验药物是否可能会造成潜在的严重 DILI 风险^[16,143]:①与对照组相比,试验组 ALT 升高至 $\geq 3\times\text{ULN}$ 的患者比例更高;②与对照组相比,试验组中部分受试者的 ALT 显著升高至 $5\times$ 、 $10\times$ 或 $20\times\text{ULN}$;③在排除其他肝损伤原因后,试验组出现 1 例或多例血清 TBil 升高超过 $2\times\text{ULN}$ 的肝细胞损伤型患者。对于疑似造成胆汁淤积型肝损伤的新药,应比较各组别 ALP $>1.5\times\text{ULN}$ 、 $>2\times\text{ULN}$ 和 $>3\times\text{ULN}$ 的发生率,以判断试验药物是否具有肝毒性。

信号的随访:在临床试验的安全性监测中,一旦发现 ALT、AST 和(或)ALP 升高,应在 48~72 h 内

重复检查确认。如果确认肝损伤存在,需对受试者进行密切观察和随访,并甄别肝损伤的病因。随访频率应根据新药肝毒性风险、肝损伤严重程度制定。无论肝损伤的病因最终是否被界定为与新药相关,对受试者出现的肝脏不良事件的随访应坚持到肝损伤恢复或达到相应的临床结局事件(如慢性化、ALF、接受肝移植、死亡等)。

个体受试者 DILI 的诊断和管理:临床试验中个体受试者 DILI 的发现、识别、诊断和鉴别诊断,可参照本指南在临床实践中的建议原则。需指出的是,在多数情况下,新药在临床研发阶段中的 DILI 风险和相关风险因素未知,缺乏药物既往肝损伤信息和文献报道,而且,临床试验中受试者一旦出现肝损伤,通常不会再激发,因此,RUCAM 量表在新药临床试验场景中进行因果关系评估的可靠性可能会降低,结合专家意见可能是更好的选择^[16,143]。此外,在临床试验的场景中,包括 DILI 在内的肝脏相关不良事件的严重程度评估,通常采用 CTCAE 分级,该分级可能无法真正反映 DILI 的临床严重程度^[16]。个体受试者发生 DILI 后的停药标准可参照 FDA 指导原则^[143]。

DILI 的治疗

DILI 的治疗目标应包括:①促进肝损伤尽早恢复;②防止肝损伤的重症化或慢性化,避免 ALF 或慢性 DILI 甚至肝硬化等终点事件发生,最终降低由此导致的全因或肝脏相关死亡风险;③减少 DILI 事件对原发疾病治疗的影响。下述基本治疗原则有助于临床医师采取合理的治疗和管理措施^[144]。

及时停用可疑药物:及时停用可疑肝损伤药物,尽量避免再次使用可疑或同类药物,是针对肝损伤病因的最主要措施,也是 DILI 最基本的治疗原则。绝大多数急性 DILI 患者在及时停药后肝损伤可自行改善甚至痊愈,少数患者可能出现重症化或慢性化进展,需结合其他治疗方案。FDA 制定了药物临床试验中的停药原则^[143],出现下列情况之一应考虑停用可疑药物:①血清 ALT 或 AST $>8\times\text{ULN}$;② ALT 或 AST $>5\times\text{ULN}$,持续 2 周;③ ALT 或 AST $>3\times\text{ULN}$,且 TBil $>2\times\text{ULN}$ 或 INR >1.5 ;④ ALT 或 AST $>3\times\text{ULN}$,伴逐渐加重的疲劳、恶心、呕吐、右上腹疼痛或压痛、发热、皮疹和(或)嗜酸性粒细胞增多($>5\%$)。上述停药阈值的适用对象为临床试验受试者,在临

床实践中仅供参考。需注意的是,即使停用了可疑药物,部分患者的肝损伤也可能并不会马上恢复,临床医师应继续密切随访并收集相关信息,做出是否采取其他治疗措施的决策。一旦停药,患者原则上不应再次暴露于该药物。

合理的药物治疗选择:除给予必要的对症支持治疗外,应结合目前的循证医学证据,合理选择治疗药物。DILI治疗中涉及的常用药物包括:

N-乙酰半胱氨酸(NAC):NAC是被FDA批准用于治疗APAP引起的固有型DILI的唯一解毒药物。在一项非APAP所致成人ALF(包括DILI作为病因)的随机安慰剂对照临床试验中,静脉注射NAC可显著提高I~II级早期昏迷患者的无移植生存率^[145]。然而,在儿童非APAP所致ALF人群中,并未观察到NAC有显著获益^[146]。目前,NAC静脉注射被普遍接受用于药物导致的成人ALF患者的治疗,且应尽早使用,用法为 $50\sim 150\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 。

糖皮质激素:糖皮质激素在DILI治疗中的常规应用,尚缺乏高级别循证医学证据支持。同样,也无明确证据表明其可提高DI-ALF的生存率、改善胆汁淤积型DILI尤其是胆管减少/消失综合征的预后。一些研究结果提示其可改善肝损伤^[147-150],但另一些研究却指出,糖皮质激素不仅无显著获益,反而可增加不良事件的发生^[151-152]。因此,糖皮质激素不应成为DILI的常规治疗方案,确需应用时应严格掌握适应证,充分权衡可能的获益与风险。伴随过敏或自身免疫征象的免疫介导DILI是其应用指征,如DRESS综合征、DI-ALH、ICIs肝毒性。

肝损伤治疗药物:不同于国外,国内临床实践中广泛应用的治疗各种病因造成的肝酶升高的药物种类繁多。无论作用机制如何,整体上可归为两大类,一类以降低ALT和(或)AST为主,另一类以降低ALP和(或)GGT为主。

异甘草酸镁是目前唯一具有急性DILI适应证的药物。双环醇是首个开展治疗急性DILI适应证注册研究的口服药物。在随机对照试验(RCT)研究中,异甘草酸镁和双环醇被证明可有效降低急性DILI患者的ALT和AST水平,促进ALT、AST复常和肝损伤恢复^[153-154]。因此,对于ALT显著升高的急性肝细胞损伤型或混合型DILI患者,推荐异甘草酸镁或双环醇治疗。

其他肝损伤治疗药物对DILI的有效性证据,多来自于小样本RCT或基于真实世界的回顾性研

究^[155-159],其确切疗效有待高级别循证医学证据证实^[160]。鉴于这些药物多具有良好的安全性,对于不伴黄疸的轻-中度肝细胞损伤型和混合型DILI患者,可合理使用甘草酸二铵、复方甘草酸苷等其他甘草酸类、水飞蓟素类、谷胱甘肽、多烯磷脂酰胆碱等口服或静脉注射药物,以及国内广泛应用的中成药,如护肝片、五灵胶囊(丸)等,以降低ALT水平。胆汁淤积型DILI患者,尤其是严重或恢复缓慢的胆汁淤积型或混合型DILI患者可使用熊去氧胆酸或S-腺苷蛋氨酸,以降低ALP水平。

目前无证据显示2种或以上上述药物的联合应用有更好的疗效,因此,不推荐2种或以上以降低ALT为主的肝损伤治疗药物联合应用。尽管缺乏证据,但对于混合型DILI,选择一种以降低ALT为主,同时选择另一种改善胆汁淤积表现的药物,是可接受的。

在抗肿瘤药、抗结核药等高风险药物治疗中,预防性应用肝损伤治疗药物减少DILI发生的证据尚不充分,因此,不建议常规对每个患者预防性用药。但对于有药物、宿主等高风险因素的人群,如首次暴露后曾导致肝损伤、伴有基础肝病或使用有明确证据会导致DILI的药物等,应在综合评估DILI发生风险的基础上,有选择地考虑预防性用药。应尽可能选择曾开展过较大样本量预防性研究和具有较好药物经济学证据的药物^[161-169]。

DI-ALF/ACLF的肝移植治疗

DI-ALF/ACLF的整体预后较差,无移植生存率仅为27.1%,而移植可显著提高生存率(66.2%)^[170-171]。因此,肝移植是DI-ALF/ACLF目前最有效的治疗手段。L-鸟氨酸-L-天冬氨酸可能有助于重症或肝衰竭患者的高血氨治疗^[172-176]。有研究提示,人工肝(血浆置换、双重血浆分子吸附系统等)可提高无移植生存率^[177],可作为一种选择。

推荐意见 41:一旦发生DILI,应及时停用可疑药物。FDA药物临床试验中的停药标准在实践中可供参考。(4,A)

推荐意见 42:对药物导致的急性和亚急性肝衰竭成人患者,建议尽早给予静脉注射NAC治疗。儿童患者暂不推荐。(2,B)

推荐意见 43:无高质量证据推荐或反对糖皮质激素用于DILI的常规治疗。(4,C)其在DILI领域中

的应用应谨慎,可用于由免疫介导的伴有超敏和自身免疫特征的 DILI,以及 ICIs 肝毒性的治疗。(3,B)

推荐意见 44: 异甘草酸镁和双环醇可用于治疗 ALT 明显升高的急性肝细胞损伤型或混合型 DILI。(1,A)

推荐意见 45: ALT/AST 升高的轻、中症肝细胞损伤型 DILI,应合理选择甘草酸二铵、复方甘草酸苷等其他甘草酸类、水飞蓟素类、多烯磷脂酰胆碱、谷胱甘肽、护肝片等药物。(4,C) ALP 升高的胆汁淤积型 DILI,可选择熊去氧胆酸或 S-腺苷蛋氨酸。(4,C) 不推荐 2 种或以上均以降低 ALT 为主的药物联合应用。(4,B)

推荐意见 46: 在抗肿瘤药、抗结核药等高风险药物治疗中,不建议常规对每个患者预防性使用肝损伤治疗药物。(2,B)但对于有药物、宿主等高风险因素的人群,如首次暴露后曾导致肝损伤、伴有基础肝病或存在其他高风险因素等,可考虑预防性用药。(4,C)

推荐意见 47: 对药物性急性/亚急性、慢加急性肝衰竭等重症患者,应考虑肝移植治疗。(2,B)人工肝(高容量血浆置换、双重血浆分子吸附系统等)可作为一种选择。(4,C) L-鸟氨酸-L-天冬氨酸可能有助于降低重症或肝衰竭患者的血氨水平。(4,C)

DILI 的预防、管理和展望

DILI 防治的挑战: 我国 DILI 防治形势较为严峻,原因主要是:①我国正步入老龄化社会,合并多种慢病、服用多种慢病治疗药物的人群巨大;②不规范用药、不合理用药较为普遍;③非肝病专业医务人员对 DILI 的诊断和管理尚不熟悉;④制药企业对药物上市后安全性的风险管理措施尚不完善;⑤公众普遍缺乏对药物安全性尤其是 DILI 的认知。因此,DILI 的有效防治是一项系统工程,需要药品监管机构对监测到的潜在肝毒性药物的科学合理处置(如暂停生产销售或直接撤市、修订药品说明书、限制使用等)、制药企业建立完善的风险管理措施(如建立药物安全性警戒部门、制定适宜的监测和风险管理策略、主动开展研究、说明书修订、风险信息沟通等)、医务人员在临床实践中的 DILI 风险管理措施(如治疗中定期监测,及时识别疑似 DILI,明确诊断,做出停药、减少剂量等治疗决策),以及开展针对公众提高药物安全性风险意识和合

理用药的科学宣教。

合理用药: 医务人员在处方药物时应评估或识别 DILI 的潜在风险因素或 DILI 高风险患者,充分权衡获益与风险,尽可能避免处方肝毒性药物,LiverTox 和 HepaTox 网络平台包含了大量肝毒性药物信息,可供医务人员处方或公众服药时了解相关信息。临床药师应加入治疗决策团队,以确保符合药物配伍原则并避免配伍禁忌,避免 DDI 导致 DILI 风险增加,如口服靶向药物与 CYP3A4 抑制剂(红霉素、伊曲康唑等)联合用药时可能导致靶向药物血药浓度增加而增加 DILI 风险。药物相互作用数据库(DDInter)涵盖约 24 万个经临床药师审阅和校正的 DDI 药物,提供作用机制、严重程度、潜在风险、药物替换方案等实用信息^[178]。对于安全窗口较窄或特定的高风险药物,必要时可开展血药浓度监测,如在万古霉素抗感染^[179]、拉莫三嗪抗癫痫^[180]治疗中,规范化的血药浓度监测可减少不合理用药造成的毒性。此外,错误的服药习惯可能会增加 DILI 风险,如茶类、咖啡饮料中含有的儿茶酚、咖啡因等可导致阿昔洛韦、喹诺酮类抗菌药物等经 CYP2E1 代谢的药物浓度升高;西柚汁可导致免疫抑制剂、他汀类药物等经 CYP3A4 代谢的药物浓度升高。因此,临床医师和药师应加强针对公众的健康和合理用药教育,指导患者按药品说明书合理用药。

展望: DILI 领域的研究尽管取得了一定的进展,但仍有大量未被满足的临床需求。今后的研究应重点关注:肝损伤发病机制的共性问题 and 特定药物导致肝损伤的个性问题及其背后的关联;不同特定药物导致肝损伤的流行病学、自然史、临床特点和风险因素;用于诊断、预测预后的生物标志物的转化研究;新型因果关系评估方法的建立和转化;药物治疗的新药开发等。开展药物流行病学研究、前瞻性大型登记和队列研究,建立大型 DILI 资源库是相关成果转化的基础。

推荐意见 48: 临床医师在处方时应评估或识别 DILI 的潜在风险因素或 DILI 高风险患者,权衡获益与风险,尽可能避免处方肝毒性药物,治疗中应定期监测,及时识别疑似 DILI。(4,B)

推荐意见 49: 临床药师应加入治疗决策团队,通过审核药物配伍、提醒潜在的药物相互作用,以及必要的血药浓度监测等,降低 DILI 风险。加强针对公众的健康和合理用药教育,指导患者按药品说明书用药,纠正错误的服药习惯。(4,B)