

表 3 | 关于 NAFLD 公共卫生议程的共识声明

编号	声明	等级
1. 人力和经济负担		
1.1	根据当前估计，全球 20-25% 的成人个体受非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 影响，预计 20% 的 NAFLD 患者会发展为非酒精性脂肪性肝炎 (NASH)。然而，按纤维化分期、年龄、性别、风险状况和地理区域分列的可靠流行病学数据有限。数据不完整阻碍了国家和全球层面的协调行动。	A
1.2	某些国家可获得中央登记处、电子医疗记录或官方统计数据，这些数据可能是有用的信息来源。然而，报告方面的差异，包括使用不同的行政代码 [例如，国际疾病分类代码 (ICD)]，限制了可比性。	A
1.3	关于儿童 NAFLD 的数据很少。对患病率的估计差异很大，而关于 NAFLD 患儿的长期健康结果的信息有限。然而，现有数据表明，NAFLD 在儿科人群中是一个日益严重的问题，在肥胖儿童中尤其普遍。	U
1.4	在制定 NAFLD 的预防和治疗方法时，需要考虑广泛的因素。这些因素从包括胰岛素耐受性在内的代谢风险，延伸至可能在疾病发展和进程中发挥作用的遗传、社会和环境因素。	U
1.5	NAFLD 与其他代谢疾病具有双向关系。解决 NAFLD 可能会降低这些疾病的患病率和严重性。	A
1.6	对 NAFLD 采取措施既有经济方面的理由，也有社会方面的理由。有证据表明，NAFLD 进展与大量医疗费用、社会经济损失和生活质量降低相关，尤其是在晚期纤维化和肝硬化患者中。早期干预有助于降低疾病负担、相关医疗费用和经济损失。	U
2. 意识和教育		
2.1	已证明对 NAFLD 及其后果的沟通是肝脏健康社区的一个主要挑战。	A
2.2	提高 NAFLD 作为公共卫生问题的关注度，需要明确的信息来说明这种疾病、其后果和需要采取哪些措施。这些信息应针对特定受众量身定制，包括肝脏和胃肠病学界、初级医疗机构、其他相关学科的专家以及风险人群、媒体和决策者等利益相关者。	A
2.3	初级医疗机构和糖尿病专家可以在识别晚期纤维化患者并将其转诊给肝病专家方面发挥关键作用。提高这些医疗提供者的意识将提高他们发挥这一作用的能力。	A
3a. 定义和实施护理模式：一般注意事项		
3.1	考虑到 NAFLD 的广泛病谱和该病谱患者所需的不同护理水平，有明确定义和特定背景的护理模式对于解决疾病负担非常重要。	A
3.2	大多数 NAFLD 患者可以在初级医疗中得到管理；只有晚期疾病患者才需要转诊到肝病专家。NAFLD 治疗途径可以指导医疗决策，包括何时将患者转诊到专科治疗。	A
3.3	NAFLD 患者，特别是晚期纤维化患者，通常需要治疗多种共病，包括糖尿病、肥胖症和心血管疾病。	A
3.4	关于不同 NAFLD 护理模式对患者预后和成本-效益的影响的证据有限。缺乏证据和对实施研究的投资，持续阻碍着在不同的医疗环境和背景下良好护理的设计和提供。	A
3.5	纤维化分期是 NAFLD 患者长期肝脏相关预后和总死亡率的重要预测指标。患有晚期肝纤维化的患者需要转诊到肝专科治疗。	A
3.6	非侵入性检查 (NIT) 可以有效排除晚期纤维化和进一步评估或转诊到肝病专科护理的需要，特别是在依次使用 NIT 联合检查时。	A
3.7	不同 NIT 的可用性和使用情况因医疗环境而异。如果非商业性血液评分更容易获取和更为人知，它们可以在大多数初级和二级医疗机构实施，例如糖尿病诊所。	A
3.8	2 型糖尿病 (T2DM) 和/或肥胖症患者是 NAFLD 相关并发症的高危人群。为了最有效地照顾这些患者，需要医疗系统各部分之间的协作和协调。	A
3b. 定义护理模式：儿童 (18 岁以下) 的注意事项		
3.9	由于缺乏前瞻性研究和疾病的复杂性质 (包括 NAFLD 患儿特有的病理)，对儿科 NAFLD 的自然史了解甚少。有关自然史、病理生理学和疾病进展风险因素的更好数据将改善这一人群的护理。	U
3.10	儿童护理模式应满足所有护理需要，包括提供心理支持，并应旨在促进将护理从儿科服务顺利转移到成人服务。	A

3.11	儿童缺乏有效的 NIT 是及时诊断和与护理衔接的障碍。	A
3.12	现有资料显示，儿科 NAFLD 与肝脏和非肝脏的发病率和死亡率有关。NAFLD 患儿可能受益于针对其独特医疗护理需求的多学科管理方法。	A
3c. 定义护理模式：资源匮乏环境下的注意事项		
3.13	在资源匮乏环境中，包括 NIT 在内的诊断工具的使用可能有限，特别是更昂贵的基于成像的检查。在这些环境下进行诊断通常需要从从业者做出务实的选择，并追求低成本的解决方案。	A
3.14	世界卫生组织 (WHO) 关于在资源匮乏环境下的初级医疗中检测、诊断和治疗重大非传染性疾病 (NCD) 的现行指南中未提及 NAFLD。将 NAFLD 添加到此类指南，有助于改善这些环境中受影响人群的护理。	A
4. 治疗和护理		
4.1	旨在改变生活方式风险因素的干预是 NAFLD 治疗的基石。有证据表明，这些干预措施可以预防疾病进展，在某些情况下还可以逆转纤维化，但更多数据将有助于确定最有效的方法，以及如何在临床实践中实施它们。	A
4.2	随着 NAFLD 有效药物治疗次数的增加，旨在改善生活方式风险因素的方案将持续成为 NAFLD 疾病管理的核心要素。	A
4.3	NAFLD 治疗方案的获取需要将其纳入相关的国家医疗政策和指南，并提供足够的资金。私人 and 公共支付者和/或资助者在确保这些服务的财政支持（例如，报销）方面发挥着关键作用。	A
4.4	肝活检的侵入性、组织学发现的内在可变性以及缺乏长期临床获益的其它有效替代品，使 NAFLD 有效治疗的发展变得复杂。	A
5. 患者和社区视角		
5.1	NAFLD 患者可以为干预措施的设计和和实施提供有价值的见解，以保障和改善他们的健康。患者和患者组织应积极参与制定应对 NAFLD 的政策和战略；然而，目前很少有这样的团体解决 NAFLD 问题。	A
5.2	鉴于 NAFLD 在很大程度上是一个无形的公共卫生问题，知名度高的患者在提高人们的认识和倡导采取更大的预防和治疗措施方面尤其有效。	A
5.3	应对 NCD（包括 2 型糖尿病、肥胖症、心脏病和癌症）的专业组织和患者组织可以通过向高危人群提供信息等方式，在提高 NAFLD 的知名度方面发挥重要作用。	U
5.4	在寻求解决健康问题，污名化可能是一个主要障碍。肝病通常与不健康饮酒有关，而 NAFLD 则与肥胖症有关。这两种关联都与高度污名化的疾病有关，在制定 NAFLD 的预防和治疗方法时，需要认识和解决这种污名化的影响。	A
6. 政策策略和社会方法		
6.1	世界上几乎每个国家都缺乏关于 NAFLD 的国家策略，而关于肥胖症或糖尿病等相关疾病的国家策略或临床指南中明确提到 NAFLD 的很少。这一事实突出表明，这种疾病在国家卫生议程中的优先地位极低，因此需要齐心协力，才能制定和提供强有力的公共卫生应对措施。	U
6.2	一些高度流行的 NCD 与 NAFLD 的风险因素相同，例如不健康饮食、缺乏体育活动和健康饮酒。政策、财政措施和立法可以齐心协力地同时解决其中许多疾病。	A
6.3	解决 NAFLD 需要不同学科和部门的集体行动。联合国可持续发展目标 (SDG) 等现有框架可以有效地为多部门工作的进展提供信息和指导，以找到 NAFLD 的直接、根本和交叉原因。	A
7. 领导 NAFLD 公共卫生议程		
7.1	国家和地区肝脏协会与各国政府和其他利益相关者合作，在应对 NAFLD 方面发挥主导作用，包括制定公共卫生策略和指南，以及与其他疾病协会和组织合作。	A
7.2	WHO 等多边组织在塑造和领导对 NAFLD 的应对方面也发挥着关键作用，首先是认识到该疾病是重大健康问题，其次是支持国家领导的公共卫生应对工作。	A
7.3	全球在扩大全民健康保险和确保卫生系统以人为本的努力为全面应对 NCD（包括 NAFLD、糖尿病和肥胖症等相关疾病）提供了有效的机制。	U

分级系统：U，表示一致 (100%) 同意；A，90–99% 同意；B，78–89% 同意；和 C，67–77% 同意。NAFLD，非酒精性脂肪性肝病；NASH，非酒精性脂肪性肝炎；WHO，世界卫生组织。

表 4 | 关于 NAFLD 公共卫生议程的共识建议

编号	建议	等级
1. 人力和经济负担		
1	需要投资研究，以提高对 NAFLD 流行病学的了解，特别是在未被研究的人群，例如儿童和没有明显代谢风险因素的人群。	A
2	在缺乏基于人群和前瞻性纵向研究的情况下，应考虑替代研究方法，例如使用电子健康记录的方法。	A
3	应在全球、地区和本地各级为 NAFLD 制定投资案例。为支持这些案例，应准备工具包，为获取必要的经济数据提供指导，并将调查结果通报给政策制定者、医疗供资者和/或支付者和其他有关利益相关者。	A
2. 意识和教育		
4	专业协会和其他有关利益相关者，例如患者组织，应就透明的过程进行合作，认真重新考虑脂肪肝疾病的命名，并特别注意变更“非酒精性脂肪肝”名称的益处和障碍。	A
5	肝脏健康社区应聘请健康交流专家共同制定有效策略和实用工具，以提高包括媒体和决策者在内的主要受众的认识。	A
6	应采用“代偿性晚期慢性肝病”的术语和概念，因为它比目前使用的 3 期和 4 期纤维化更能反映晚期疾病的连续性和失代偿风险的增加。	B
7	专业机构应针对肝脏和胃肠病学界、初级医疗机构和其他学科的专家以及风险人群、媒体和决策者开发简单的知识产品和教育课程。课程应包括医学院和持续医学教育活动。	A
3. 定义和实施护理模型		
8	医疗规划者和提供者应设计和实施当地可行的 NAFLD 治疗途径，利用可用的检测有效确定患者的治疗需求，并将其与适当的服务联系起来。	U
9	医疗服务提供者 — 特别是初级医疗机构、糖尿病专家和肥胖症患者的照护者 — 应该具备必要的工具和知识，以保障 NAFLD 患者的护理。提供者应该至少能够确定哪些患者需要转诊到肝脏专家。	A
10	多学科护理模式应成为管理 NAFLD 患者，特别是晚期纤维化患者的基础。	U
11	研究应侧重于开发更有效、更准确的非侵入性检测 (NIT)，用于初级医疗中的风险分层患者（包括儿童），以及二级医疗中的纤维化分期和 NASH 诊断。	U
12	应实施研究，以便更好地了解使用目前可用的 NIT 时遇到的障碍。	A
13	在晚期纤维化风险较高的高危人群中，应考虑主动发现病例。具体目标人群应在当地确定，但应包括 2 型糖尿病和中心型肥胖患者。	A
14	需要实施研究，以确定不同医疗环境（包括资源匮乏环境）中有效 NAFLD 护理模式的核心要素，并提供可归纳的发现，为不同环境中护理模式的开发提供信息。	A
15	应将预防和治疗儿童期 NAFLD 设为优先事项，这既是一种改善儿童健康的手段，也是一种减少晚年疾病负担的方式。	A
4. 治疗和护理		
16	研究应侧重于确定干预措施，包括生活方式治疗（例如饮食和体育活动方案）和药物治疗，以帮助 NAFLD 和肥胖患者实现并维持至少 10% 的体重减轻。	A
17	应向 NAFLD 患者提供有效的系统化生活方式治疗方案，特别是晚期纤维化和/或纤维化快速进展风险高的患者。	A
18	应该将目前接受的有条件 NASH 药物批准的替代组织学终点标准化，目标是最终通过非侵入性诊断和替代终点生物标志物取代它们。	A
5. 患者和社区视角		
19	医学协会和其他利益相关者应在满足 NAFLD 患者需求方面为患者团体提供支持。在可能情况下，应成立特定的 NAFLD 小组。应向关注相关疾病（包括糖尿病和肥胖症）的患者团体提供 NAFLD 的相关信息，以便与其成员分享。	A
20	肝病和相关非传染性疾病 (NCD) 患者团体应参与 NAFLD 临床实践指南的制定。医学协会还应支持这些患者团体为其成员编制有关 NAFLD 的材料。	A

6. 政策策略和社会方法		
21	应将检测、预防和治疗 NAFLD 的工作纳入更广泛的一揽子具有成本效益的干预措施，全面解决 NCD 风险因素，特别关注不健康饮食、缺乏身体活动和不健康饮酒。	A
22	全球卫生组织（包括 WHO）和国家机构应将 NAFLD 纳入其 NCD 技术材料中，并将 NAFLD 纳入其首选 NCD 中。	A
23	WHO 应在世界卫生日（4 月 7 日）宣传肝脏健康，以强调 NAFLD 的全球患病率及其对公共卫生的重要性。	A
24	NAFLD 预防议程应将建立更健康、更公平和可持续发展的社会作为其核心目标之一。实现这一点的方法之一应该是强调可持续发展目标中与预防和治疗 NAFLD 相关的具体目标。	A
7. 领导力		
25	一个由组织和个人组成的全球联盟应牵头制定 NAFLD 公共卫生路线图，并保障全球健康社区遵循该路线图。	A
26	为代谢综合征的任何方面提供护理的医学协会应正式合作解决 NAFLD 问题，包括共同制定指南、政策简报和行动计划。	A

分级系统：U，表示一致 (100%) 同意；A，90–99% 同意；B，78–89% 同意；和 C，67–77% 同意。NAFLD，非酒精性脂肪性肝病；NASH，非酒精性脂肪性肝炎；WHO，世界卫生组织。