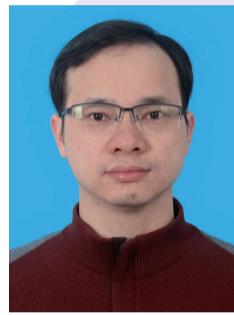


新分类标准下还需早期预测 急性胰腺炎严重程度和预后吗?

▲南昌大学第一附属医院 何文华



何文华 副教授

急性胰腺炎(AP)是一个世界范围内高发病率和死亡率的常见疾病,在西方国家每年发病率为40/10万,总体病死率达5%~10%。随着生活水平的提高,我国的SAP发病率也逐年升高。虽然临幊上大多数患者为轻症急性胰腺炎(MAP),病程呈自限性。但有20%~30%患者发展为胰腺坏死和器官衰竭为特征的重症急性胰腺炎(SAP),病死率达36%~50%。SAP的治疗非常棘手,病情常迁延不愈,医疗费用高昂,早期评估患者的病情并识别SAP,以进行积极地早期治疗是改善患者预后、降低病死率的关键。

新分类标准未推荐评分系统用于 MSAP或SAP的早期预测

2012年新亚特兰大标准将AP的严重程度分为三级:MAP,中度重症AP(MSAP)和SAP,其主要以持续性器

官衰竭来诊断SAP。另外,基于决定因素为基础的分类标准又将AP分为MAP、MSAP、SAP和危重AP(CAP)四类。但这些新分类标准均未推荐APACHE II和Ranson评分用于MSAP或SAP的早期预测。

在临幊上许多患者入院时表现MAP,但随后数天可能进展为SAP。早期判定病情的严重度及预后有助于指导临床治疗,如SAP的积极早期内科治

疗,及时转入ICU等。因此,有学者认为,AP患者入院前3d仍需将APACHE II、Ranson等评分系统及一些生物学指标(如CRP、HCT)等作为评估病情严重程度的手段。但在上述新的严重程度分类标准下,这些多因素评分系统和生物学指标是否适合病情严重程度和死亡风险的早期预测?它们预测MSAP、SAP、CAP准确性又如何?

评分系统早期预测SAP效优而对MSAP准确率低

最近,南昌大学第一附属医院的胰腺团队基于大样本AP数据库,研究了在新亚特兰大标准和基于决定因素的四分类下,各种多因素评分系统,包括APACHE II评分、Ranson评分、BISAP评分、CTSI评分和单一血清标志物,包括红细胞压积(HCT)、C反应蛋白(CRP)、血尿素氮(BUN)、肌酐(Cr)和降钙素原(PCT),早期预测病情严重程度和死亡风险中的作用,以找出最适合新分类标准的早期病情评估和预测的方法。

通过ROC曲线研究表明:多因素评分系统和单一血清标志物对MSAP的预测准确性很低。在患者入院24h和48h,APACHE II评分是预测SAP的准确性最高的方法,AUC分别为0.75和0.77;其次是BISAP评分,它的预测准确性低于APACHE II评分。研究证实,SIRS评分≥2分且持续48h以上是预测SAP、CAP和IPN的可靠指标,

代谢相关指标 早期预测急性胰腺炎

▲皖南医学院第一附属医院普外科 金岩

急性胰腺炎按照新标准分为MAP、MSAP和SAP三类。MAP症状轻、预后好,大多患者能自愈,而MSAP及SAP早期症状均较重,且治疗及预后存在较大差别,然而早期很难鉴别。

代谢综合征定义

代谢综合征曾经被称为与心血管疾病,血糖调节异常相关综合征,上世纪末代谢综合征这一概念逐步得到认可,EGIR、NCEP、ATP3、WHO等组织相继公布各自的诊断标准。2005年,国际糖尿病联合会(IDF)完善了代谢综合征的诊断标准,并主要包括血糖调节失常,高血压,低HDL-C及高甘油三脂水平(TG)等公认的因素,此外还根据种族和地域的区别,调整了腰围指数(WC)的界定。2009年由各大重要健康相关单位组织协调了现有的诊断标准,并一致认为肥胖相关指标WC和体质指数(BMI)是代谢综合征重要的评判标准。

代谢综合征的相关指标

根据IDF的诊断标准,心源性肥胖相关的腰围(按照亚洲人标准)外加一下任何两条:(1)血脂甘油三脂水平≥1.7 mmol/L(150 mg/dl)或已处于油脂异常的特异治疗阶段;(2)下降的血高密度脂蛋白(HDL)-C水平在男性中<1.03 mmol/L(40 mg/dl)或者在女性中<1.29 mmol/L(50 mg/dl)或者已处于油脂异常的特异治疗阶段;(3)升高的血压水平,收缩压≥130 mmHg或舒张压≥85 mmHg或者处于先前明确的高血压诊断的治疗阶段;(4)空腹血糖(FBG)≥5.6 mmol/L(100 mg/dl)或者先前已明确诊断的2型糖尿病。

目前较明确的AP病因中,高脂血症既是诱发因素,也决定AP的严重程度及预后,脂肪分布相关参数WC,内脏脂肪组织(VAT)等可

能与假性囊肿(PPS)及全身炎症反应综合征(SIRS)的发生有密切的关系。另外,在胆原性胰腺炎病人中血糖的水平与胰腺炎预后密切相关。Bexelius, T.S等人的研究中发现,缺血性心脏病及高血压能够增加AP的发生。

代谢综合征与SAP队列研究

为了探索出代谢综合征及相关指标是否有益于早期预测急性胰腺炎的程度,指导临床治疗,笔者医院团队分析近5年48 h内入院的急性胰腺炎患者。根据亚特兰大2012新标准,筛选并收集MSAP和SAP患者共411例,分析MS及相关指标对MSAP及SAP的预测价值。

将MSAP组与SAP组各项指标进行统计学检验,SAP的最终确诊与HR,BUN,CR,Wc,BMI,HDL,TG有显著性差异($P<0.01$),MSAP和SAP中MS患者分别为45例(14.7%)和35例(33.7%),提示差异显著($P=0.019$)。进一步将MSAP[具有显著性差异的MSAP相关指标BMI、WC、TG、HDL]进行分组,以全身



金岩 副教授

并发症,局部并发症,死亡发生率,MCTS1,APACHE-2,APACHE0,BISAP为协变量,回归分析进一步分析代谢综合征的具体指标,发现TG、BMI、WC、HDL-C、FBG对预测SAP的发生均有独立价值(表1),当总分≥7分为高风险重症胰腺炎,48 h内可能出现难以逆转的器官衰竭及并发症。

代谢综合征辅助SAP诊断

AP是一类复杂的,涉及多系统多器官的临床综合征,MAP和非MAP的患者临床差异明显,但是早期MSAP和SAP的诊断困难,代谢综合征是一类广泛而且诊断较为容易的综合征。根据代谢综合征的诊断标准,我们认为代谢综合征的诊断可以协助早期判断重症胰腺炎的类型,指导早期治疗,提高治愈率。

代谢综合征相关指标预测SAP

危险因素	分类	评分
血甘油三酯	-1.7	0
	1.8-2.3	0
	2.4-5.6	1
	5.7-11.2	2
	11.3-Max	4
高密度脂蛋白	59-Max	-2
	41-58	0
	<40	2
腰围	-80	-1
	81-84	0
	85-89	1
	90-Max	2
BMI指数	-18.4	-2
	18.5-24.9	0
	25-29.9	2
	30-34.9	3
	35-Max	5
空腹血糖	-5.5	0
	5.6-6.0	0
	6.1-7.0	1
	7.1-Max	2