

## 乌司他丁用于临床常见急危重症的专家共识发布

从人尿中提取的抗炎物质有了用药规范

## 共识出炉解临床困境

裴红红介绍，乌司他丁是一种尿胰蛋白酶抑制剂，具有抑制蛋白酶、调控炎症反应、减少细胞凋亡、保护血管内皮、改善微循环、调节免疫功能等多种作用。由于其应用范围日益广泛，“超推荐剂量”和“超适应证”使用乌司他丁的现象在临床非常普遍。

这也为临床用药带来了挑战。如在急诊科，乌司他丁的常见超适应证包括脓毒症、脓毒症休克、多种急性中毒、重症中暑等，每个医生或各家医院在使用剂量的标准上也极不统一。裴红红认为，这一方面会带来不规范用药的情况，为患者的安危带来隐患。另一方面，不少基层医生在患者需要“超说明书用药”时，也不敢自作主张。

为了改善临床的用药困境，《乌司他丁用于临床常见急危重症的专家共识》应运而生。作为共识的执笔人，潘龙飞表示，该共识具有权威、严谨、可靠

医师报讯（融媒体记者 管颜青）

人体的尿液里隐藏着一种可以治疗炎症的药物。1909年，德国研究者首次在人尿中发现乌司他丁，开启了将该成分用于炎症治疗的研究。1985年，乌司他丁在日本获得上市批准，从此作为急性胰腺炎的治疗药物在全球广泛使用。

在我国，乌司他丁的临床应用已有20余年，临床医生对它的应用也早已不再局限于药物说明书中的“用于急性胰腺炎、慢性复发性胰腺炎、急性循环衰竭的抢救辅助用药”，其应用范围逐渐扩展至休克、脓毒症、重症肺炎、急性呼吸窘迫综合征等临床常见急危重症并取得良好效果，亦有将其用于心搏骤停者。

为规范乌司他丁的临床合理用药，《乌司他丁用于临床常见急危重症的专家共识》于近日发布。该共识为临床合理应用乌司他丁治疗常见急危重症提供参考，在其适应证选择、规范应用、用法用量等方面形成了整体推荐意见。《医师报》记者特邀共识专家组成员、西安交通大学第二附属医院急诊科裴红红主任及潘龙飞副教授解读这项共识，同时也为急诊科医生关注的高甘油三酯血症性急性胰腺炎（HTG-AP）诊治划重点。



裴红红 主任



潘龙飞 副教授

的特点，由国内急诊医学、重症医学、临床药学等多个领域的专家组成共识专家组，从临床常见急危重症中确定病种，围绕乌司他丁在该病中的临床应用这一关键问题，结合国内外相关研究进展、指南、专家共识等，

通过3次线上讨论会及多轮函审等方式反复讨论、修改，最终定稿。共识发布将对乌司他丁在临床常见急危重症中的合理应用具有一定指导意义。

## 共识严谨 推荐意见客观

值得注意的是，本次共识进行了推荐程度评分，由专家组成员采用李克特量表法对所有推荐意见的推荐强度进行投票。1分为强烈不推荐，2分为不推荐，3分为考虑推荐，4分为推荐，5分为强烈推荐，以投票专家评分的平均值作为最终评分。

“用投票结果说话较为公正客观。”潘龙飞表示，推荐强度评分越高的疾病，专家组成员的认可程度也越高，患者的获益可能也越大。

在共识中，12个推荐意见的推荐强度评分依次为急性胰腺炎（4.5分）、休克（4.1分），脓毒症（4.3分）、重症肺炎（3.8分）、急性呼吸窘迫综合征（3.8分）、急性百草枯中毒（3.6

分）、重度急性有机磷中毒（3.6分）、重度急性一氧化碳中毒（3.4分）、重症中暑（3.8分）、重度烧伤（3.8分）、严重创伤（3.6分）、心搏骤停（3.5分）。同时，每项推荐意见明确了推荐剂量、使用方法和注意事项。

“任何一个共识都需要临床实践反复验证，也需要依托临床研究不断探索从而不断‘升级’。”潘龙飞强调，乌司他丁在上述病症中的具体作用是基于其单药作用还是与其他治疗协同所致尚不明确，仍有待进一步深入研究。同时，也有必要开展更多的多中心、前瞻性随机对照试验等高质量研究，以明确其在不同病症、病症不同阶段的合理用药方案及其有效性和安全性。

## 急性胰腺炎要查血清甘油三酯

除了乌司他丁的规范使用外，HTG-AP的诊治也是急诊科近年来高度关注的问题。

西安交通大学第二附属医院急诊科在裴红红的带领下，多年来一直致力于急性胰腺炎的临床救治与研究工作。

裴红红介绍，急性胰腺炎（AP）是临床常见消化系统急症，可累及全身器官、系统并进展为病情凶险、病死率高的重症急性胰腺炎（SAP）。随着人们生活水平的日益改善，高甘油三酯血症（HTG，血液中甘油三酯浓度超标）已超过酒精成为引发急性胰腺炎的第二大病因（第一大病因为胆源性疾病）。然而，由于HTG-AP具有“诱因隐匿、淀粉酶水平升高不明显”等特点，早期极易被误诊。与此同时，临床对其的诊疗缺乏统一标准等，给救治工作带来一定困难。

在这种情况下，裴红红和潘龙飞作为通信作者于2021年领衔发布了《高甘油三酯血症性急性胰腺炎诊治急诊专家共识》，这也是国内首

部HTG-AP领域的共识性文献，系统阐述了HTG-AP的病因、发病机制、临床特征、严重程度分级及诊疗策略。

“对于急诊科医生来说，无论面对哪种疾病，我们都是在优先保证生命体征平稳的同时进行疾病的诊治——也就是俗称的‘先开枪后瞄准’。但是如果把病因漏了，会严重影响患者的病情进展。”潘龙飞表示，“在患者疑似AP时，不要漏查血清脂肪酶；在患者诊断AP后，医生还要注重检查血清甘油三酯（TG）。”该共识明确提出“血清TG水平 $\geq 11.3$  mmol/L或TG水平介于5.65~11.3 mmol/L且伴乳糜血是HTG-AP最重要的诊断标准”，并明确“将血清TG水平快速降至5.65 mmol/L以下是治疗HTG-AP的关键。”

“中度重症型、重症型的HTG-AP伴有器官功能衰竭或局部或全身并发症，治疗过程较为复杂。”裴红红教授强调，患者救治过程中常需实施液体管理、镇痛镇静管理、营养支持、脏器功能支持、心理干预、康复治疗等综合干预措施。因此，HTG-AP患者的诊疗应建立在多学科诊疗理念基础之上，需要急诊科、ICU、麻醉科、消化科、普外科等多个科室的协同合作，降低重症HTG-AP患者的死亡率。

## 拯救胰腺也要“保心”

“希望医生在救治AP时注重心脏保护。”

潘龙飞指出，AP患者常存在一定程度的心脏损伤。如许多SAP患者入院时，心肌酶、肌钙蛋白已出现升高现象。

有数据显示，所有的AP均可并发心脏损伤，轻症AP所并发的的心脏损伤程度较轻、可自行恢复，但约50%患者出现心电图异常，肌酸激酶同工酶增高2倍以上者占27.7%；对于SAP，约68%的患者可出现

QTc延长，并发严重心脏损伤的发生率高达60.5%，其中严重者可出现心脏功能障碍；SAP猝死患者尸体解剖发现心脏受损比例高达73.6%，SAP心脏损伤约占SAP死因的10%~30%。

潘龙飞表示，关于SAP带来的心脏损伤研究较少，也易在临床中忽略心脏损伤的“存在”，尚未引起足够重视。他期待国内学者能发起更多相关研究，或能够共同开展相关临床研究，为SAP的救治保驾护航。



关联阅读全文

## 胰腺炎专栏编委会

## 名誉主编：

李兆申 王捷 张太平  
吕农华 耿小平

## 共同主编（按姓氏拼音排序）：

杜奕奇 李维勤 毛恩强  
孙备 张筱凤 祝荫

## 轮值主编：王仲

## 编委（按姓氏拼音排序）：

曹锋 冯全新 关键  
何清 何天霖 何文华  
黄永辉 黄中伟 金晓东  
李百强 李宏宇 李文滨  
林璿 刘杰 刘明东  
卢王梅 肖倪海滨  
仇毓东 曲波 宋正己  
孙昀 童智慧 王刚  
王红飞 吴东 吴文广  
余涛 曾彦博 张贤彬

## 秘书长：吴刚

