

胰腺炎诊疗 兜住“底线” 提高“上线”

医师报讯（融媒体记者 宋箐 裘佳 通讯员 吴刚）过去十年，我国急性胰腺炎诊疗事业快速发展，从单一治疗方式转变成了多学科诊治模式。当前，胰腺炎领域专家学者把更多目光投放在了最新研究进展、规范化诊治、重症急性胰腺炎并发症、提高救治水平和质量等方面。围绕这些热点话题，《医师报》在“第十届重症急性胰腺炎专题研讨会暨 2023 年江苏省医师协会胰腺病专委会年会”期间，特别专访了中国人民解放军东部战区总医院重症医学科主任、重症胰腺炎中心主任李维勤教授和南昌大学第一附属医院胰腺疾病诊治中心主任、消化科副主任祝荫教授。

李维勤 急性胰腺炎诊疗理念革新



急性胰腺炎是常见的需住院治疗的消化系统急症，其发病率存在一定地区差异，为（4.9~73.4）/10 万。近年来，急性胰腺炎在我国发病率呈上升趋势，临床需高度重视。最近，急性胰腺炎领域有哪些值得关注的研究进展？

祝荫 棘手的感染性胰腺坏死

尽管重症监护、器官支持等手段日趋完善，但感染性胰腺坏死（IPN）仍是重症胰腺炎患者死亡的主要原因之一，病死率高达 30%。IPN 的治疗手段有哪些？临床该如何应对？



研究进展

急性胰腺炎机制研究更加深入

急性胰腺炎机制的研究是近一两年来胰腺炎研究领域的一大亮点。

“过去认为急性胰腺炎是胰酶激活导致的，因此一切能够抑制胰酶的手段，都是治疗好方法。”李维勤教授指出，而现在临床诊疗遵循循证导向，疗法的效果要由循证医学证据和临床研究来证明。近两年的基础研究揭示了急性胰腺炎发病机制的深刻变化，胰酶的重要性

远不如前，早已不是发病的核心环节，而钙离子内流等新机制的阐明，也让诊疗发生了重大变革。

早期器官功能支持及炎症控制是另一大亮点。在没有较好的特异性治疗措施的情形下，以抗炎、镇痛、镇静、补液等措施控制早期炎症反应、支持重要器官功能尤为重要。ICU 相关技术的进步，如液体复苏、循环呼吸功能支持、胃肠道支持等技术进步，予以了医师们最好的治疗“武器”。

重症急性胰腺炎治疗方

式的变迁同样是一大亮点。从开放手术到微创，急性重症胰腺炎坏死感染后的手术治疗愈发贴合患者“心意”、效率更高。关注门静脉高压、糖尿病等远期并发症，特别留意高脂血症患者罹患胰腺炎的可能，以及不同遗传背景的患者罹患率，则帮助医患实现了疾病的全方位长期管理，防患于未然，治疗于未来。“我国高脂血症胰腺炎患者比例较国外要高，这可能是遗传背景所导致，需要我们针对性采取治疗措施，并开展相关的研究。”

行业发展

“孤独的事业”需要凝聚更多从业者

“重症急性胰腺炎是一份‘孤独的事业’，在外科、消化科、重症医学中都算小众，既往对其关注度不够，其诊疗力量也很薄弱，但重症急性胰腺炎近年来愈发常见，以循证导向的治疗方法应广泛应用，而这又需要更多临床研究的支撑，需要更多医师参与其中。”李维勤教授解释道，孤独的事业需要将从业者更好地凝聚起来，在第十届重症急性胰腺炎专题研讨会上成立东总重症急性胰腺炎诊治联盟和江苏省胰腺炎专病质量控制中心急性胰腺炎工作组，便是出于这样的考量。一个人或许能走得快，但只有一群人才能走得远，平台凝聚人心，交换意见，互相提出建议，用团结一致的力量促进诊疗水平同质化大幅度提高。

一般而言，学术组织更关注于学术交流，而联盟则会更多精力放在远程会诊、双向转诊、疑难病例讨论、业务培训等更实在、更“接地气”的事务上，并依托联盟开展更多临床科研，纳入更多患者，使研究内容丰富可信，集众人之力完成常规学会无法完成的任务。

“江苏省省级质控中心已专门成立了急性胰腺炎单病种质控工作组，这也是要进一步推进地区临床实践的决心表现。”相较于联盟提高“上线”，成立质控小组则是为了兜住“底线”，鞭策基层提升诊疗水平，不断提高“底线”，进而推动整体水平上升，将诊疗的“波谷”逐渐消除，只留波峰，实现胰腺炎高水平同质化诊疗。

疾病诊疗

IPN 的主流治疗方式：内镜引流

祝荫教授指出，目前对 IPN 的治疗手段主要包括微创治疗、外科开放手术、内镜引流等，微创诊疗因创伤小、疗效佳的优势而被患者广泛接受。随着消化内镜技术的发展，超声内镜技术也愈发成熟，其在胃、十二指肠以及 IPN 领域的应用也更加广泛，展示出独特优势。“超声内镜的使用可帮助了解胰周血管的结构以及坏死组织的范围，从而提高内镜下手术的安全性和有效性。”祝荫教授介绍，在内镜下引流清创以治疗 IPN，也是当前的一种主流治疗方

式，其中支架选择、内镜下清创时机、穿刺引流方式、并发症处理等是医师们关注的重点问题。

国际指南指出，经皮和经胃引流都是 IPN 有效的微创处理方式，但相对而言，后者更能减少胰外瘘的发生，具有一些优势。引流支架包括塑料支架如常见的双猪尾支架、金属支架如双蘑菇头支架。相比之下，双蘑菇头金属支架直径更大，通道更宽，引流效果较好于双猪尾支架，但亦有部分 RCT 研究表明两者的远期效果并无显著差异。从胃小网膜囊延

伸至结肠旁沟的广泛包裹性坏死，需要经胃引流联合经皮引流。

“对于 IPN 患者，首先进行超声内镜引导下的胰腺穿刺和支架置入，为患者的胰腺包裹性坏死病变打通与正常胃肠道的引流通路，同时为择期的内镜下清创手术建立稳固、通畅的进出腔道。一般首选金属支架进行穿刺引流，后期可以借助金属支架的内通道，以软镜进行内镜下胰腺坏死组织的清除。”祝荫教授谈到了其所在医院的治疗经验。

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）：

毛恩强 杜奕奇 孙备
王仲 张筱凤 祝荫

轮值主编：李维勤

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 梅俏 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

天普洛安®
注射用乌司他丁
Ulinastatin for Injection

医院特色

南昌一附院 以消化内科为主导 外科团队为坚实后盾

南昌大学第一附属医院消化内科在吕农华教授的带领下，很早便成立了重症胰腺炎的院内 MDT 团队，团队以消化科医生为主体，涵盖外科、急诊科、影像科、药学部、营养科等多个相关科室。在急性胰腺炎患者愈发增多的形势下，又及时成立了消化胰腺 ICU，从而实现了重症患者的一体化治疗。对于早期重症、器官衰竭需维持功能的患者，可在消化胰腺 ICU 进行治疗以度

过急性期，病情稳定后再转入普通病区行进一步治疗。

“医院每年接诊约 1300 例急性胰腺炎患者，中重度和重症急性患者占比约 60%，很多危重患者都是从邻近省份和地级市转诊而来。”祝荫教授介绍，多年来医院积累了大量急性胰腺炎诊治经验，形成了以消化内科为主导，以外科团队为坚实后盾的全程化的管理模式，患者可以得到不同科室的不同处理，但避免了在

科室间转诊，极为便利。以妊娠胰腺炎患者为例，其在妇产科终止妊娠后，仍可在消化科进行治疗。

此外，医院还高度重视出院后的长期随访，通过网络平台进行健康指导，实现预防为先，减少复发。



扫一扫
关联阅读全文