

# 提高重症急性胰腺炎救治成功率 降低发生率

医师报讯（融媒体记者 宋菁 通讯员 吴刚）“急性胰腺炎如果处理不好，就如老虎没有关进笼子里。”虽然不同严重程度急性胰腺炎的病死率有明显差异，但若诊治不及时不到位，重症急性胰腺炎患者将经历两次“死亡高峰”。临床该如何提高重症急性胰腺炎救治率和降低发生率？对此，《医师报》特别专访了上海交通大学医学院附属瑞金医院急诊科主任毛恩强教授和南京中医药大学附属中西医结合医院（江苏省中西医结合医院）重症医学科主任、急诊科主任倪海滨教授。

## 毛恩强 重症急性胰腺炎救治成功率达96.7%



扫一扫 关联阅读全文

毛恩强 教授

急性胰腺炎是临床十分常见的急症。统计显示，在急性胰腺炎患者中，重症比例高达18.8%，合并了多脏器衰竭的重症急性胰腺炎患者，病死率可高达20%~30%。在如此高的病死率面前我们能做什么？国内有哪些好的诊疗经验能借鉴？

### 医院特色

#### 瑞金医院“一站式”综合诊治重症急性胰腺炎

长期实践之下，瑞金医院形成了重症急性胰腺炎“一站式”无缝隙救治的特色。“截至目前，瑞金医院每年接诊的急性胰腺炎患者约1300例，其中重症胰腺炎约350例。”毛恩强教

授介绍，患者送至急诊科后，无论是内科或是外科接诊，都有急诊科统一管理。医师及时会诊，决定患者去向内科病房、外科病房或是ICU。鉴于重症急性胰腺炎的危急程度，患者

一旦抵院，将第一时间启动液体复苏等诊疗处理。当ICU无床位时转移医疗设备至抢救室，前移治疗关口，施行血脂分离等技术手段，在胰腺外科等主体治疗科室的支持下，施行多学科联合诊治。

重症急性胰腺炎的“瑞金方案”始于1973年。在傅培彬教授、张圣道教授两位前辈的带领下，基于多年的基础研究和临床实践，2014年瑞金医院急诊科在国内外率先提出了重症急性胰腺炎的“强化治疗方案”。

张圣道教授在20世纪90年代瞄准了重症胰腺炎治疗新方法，将重症监护技

术引入到重症急性胰腺炎的全程治疗中，且在国际上首次提出早期应用肠内营养（经空肠造瘘管）可以显著改善预后，这一观点后来被国际上广泛采纳。

“强化治疗方案涉及的科室包括外科、急诊科、重症医学科、消化科等。其核心就是在重症急性胰腺炎救治的黄金时期中施以强化治疗，从而最大程

度降低后期感染率和外科手术干预率，这是瑞金医院半个世纪诊疗经验的精华总结。”毛恩强教授说。

**“瑞金方案”落地多省份**

2014—2018年，瑞金医院严格执行强化治疗方案，以严格的《亚特兰大分类标准（修订版）》（2012版）来衡量救治水平，急性胰腺炎的总体救治成功

率达到96.7%，不仅缩短了患者住院时长，还大幅降低了治疗费用。

既往“瑞金方案”相应的多项研究已以论文等形式发表，并印发使用手册供同道参考，且在全国范围内建立了多个诊疗中心，包括遵义医科大学、喀什第二人民医院等，将先进的诊疗经验广为传播，让“瑞金声音”遍布祖国大地，而各地的实

践又进一步丰富了方案内容，使其更加完善、科学，更具实践性。其中，在瑞金医院指导下建立起的遵义医科大学“贵州省重症胰腺炎诊疗中心”将地区的救治存活率从67%提高到97%，这是“强化治疗方案”的成功实践，造福一方百姓。

“我们希望通过强化治疗方案降低重症率，让更多轻症患者免于发展到

重症，更盼望重症胰腺炎患者在后期能免遭感染，缩短住院时间，用更少的费用完成医疗过程。”毛恩强教授说，“为了在国内能同质化地应用强化治疗方案，我们也在努力构建起统一的、科学的、完善的重症胰腺炎急诊救治体系，并在后期向全国推广，以期进一步推动我国重症胰腺炎诊疗。”

### 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 孙备  
 王仲 张筱凤 祝荫

#### 轮值主编：毛恩强

#### 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



## 倪海滨 快速逆转急性胰腺炎患者器官功能



倪海滨 教授

急性胰腺炎急性期治疗分期按器官功能逆转恢复的时间窗可分为：器官功能急性快速逆转期、亚急性逆转期、慢性逆转期。在急性快速逆转期，急诊或重症医学科医生该如何把握治疗节奏，尽可能避免患者演变为重症患者？

### 把握器官功能快速恢复“黄金时间窗”

倪海滨教授指出，急性胰腺炎诊治的质量控制分为数个阶段，其中第一阶段即急性期阶段，需要通过相应救治尽快恢复器官功能损伤，稳定病情，而这一步常在急诊科完成。若患者因救治不及时、血管粥样硬化、慢性肾脏疾病、心血管病等出现器官功能障碍，无法在发病24~96h内通过治疗快速恢复器官功能，则将进入疾病的亚急性、慢性恢复期，这时就需要更多复杂技术介入，且救治过程较为漫长，患者花费较大，治疗效果相比于急性期得到充分治疗者欠佳。因此，24~96h的治疗时间窗极为重要。

“发生急性胰腺炎时，

炎症反应会导致患者血管通透性改变，在胰腺周围、腹腔中出现液体渗漏积聚，导致胰腺呈缺血状态，胃肠、肾脏等器官出现低灌注。此时，快速补液是恢复胰腺灌注、促进器官功能恢复的重要治疗手段。”倪海滨教授指出，液体复苏时主张使用乳酸钠林格、碳酸氢钠林格液等平衡盐溶液。当然，也可以使用胶体溶液，但要避免使用葡萄糖、果糖等液体来扩容。

按照质量控制方案，补液应分两个阶段，第一阶段为给予负荷量，不是“温水煮青蛙”式缓慢输注，而是快速补充，尽快恢复循环容量，一般约1000ml/h，具体

补液量可按10~20ml/kg体重计算得出。

在补液过程中，要动态观察患者红细胞压积等指标，力求通过平衡盐溶液使其在3h内回落到45%以下。尿量也是衡量补液效果的重要指标，理想状况下应使无肾功能异常的患者在液体复苏3h后尿量至少达到0.5~1ml·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup>，即60ml/h以上，最低应不低于30ml/h。胰腺炎患者常伴有交感神经兴奋，故心率并不能反映实际情况，心率只能作为辅助参考指标。乳酸水平亦可以作为辅助参考指标。

“如果复苏3h后红细胞压积仍>45%，则需继续复苏。”倪海滨教授强调。

### “三步走”降低重症急性胰腺炎发生率

当红细胞压积<45%；尿量≥0.5~1ml·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup>，停止快速补液，进入液体补充的第二阶段，即维持阶段。

值得一提的是：当胸部X线片提示存在肺部B线，有肺水肿可能；当下腔静脉直径增粗，心超提示右心增大、左右心比例失调时，必须停止补液。倪海滨教授表示，在无法进行超声的情况下，亦可根据眼睑及肢体显性水肿情况决定是否暂停补液。

由于快速补液后，晶体液进行血管内外交换，尚存在炎症反应和液体渗漏，因而如果仅依存有限的快速补充，数小时后会再度出现灌注缺乏，进而加速炎症因子释放，器官功能会进一步损伤，故必须不断维持液体总量。维持阶段至少要持续10~12h以上，按照

1.5~2ml·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup>给予液体，并在每3~4h评估患者显性或隐性水肿情况。

“从治疗节奏角度看：液体复苏是急性期器官功能快速逆转的第一步——按体重给予负荷量和维持量，在液体复苏中进行过程管理；第二步是病因的控制，比如对胆源性或高脂性的病因进行去除或控制；第三步：早期肠内营养，包括经胃或经空肠营养，并监测管理腹内压，结合中医药进行胃肠功能维护。”倪海滨教授总结说，“经过以上多步骤、多节奏的诊治，使患者器官功能进入逐步恢复阶段，这样就形成了以液体复苏为起始的整体框架。”



扫一扫 关联阅读全文