

胰腺疾病：百年探索 诊治进入新时代

医师报讯（融媒体记者 宋箐 通讯员 吴刚）胰腺在很长一段时间内就像谜一样深藏于腹膜之后，直至近百年随着相关科技发展才逐渐被人们发掘其功能，认识其相关疾病。至21世纪，人们对胰腺疾病的认识进入了一个新的时代，然而胰腺疾病尤其是重症急性胰腺炎、胰腺癌、胰腺神经内分泌肿瘤等仍然是困扰人类的顽疾。近期，围绕重症急性胰腺炎并发出血、胰腺神经内分泌肿瘤等相关热点话题，《医师报》专访了哈尔滨医科大学附属第一医院胰胆外科王刚教授和南京医科大学第一附属医院（江苏省人民医院）胰腺中心吴峻立教授。

王刚 重症急性胰腺炎并发出血
倡导及时精准的MDT诊治

重症急性胰腺炎后期可出现多种并发症，如感染性胰腺坏死、胰瘘、消化道瘘、消化道梗阻和出血等，其中出血包括消化道出血和腹腔出血两大类，是临床少见但严重的致死性并发症。临床医师该如何对重症急性胰腺炎并发出血进行有效的预防？患者一旦并发出血，又该如何进行及时、精准的临床诊治？有何经验可借鉴？



王刚教授

关联阅读全文

充分了解出血原因是第一要务

王刚教授指出，重症急性胰腺炎一旦并发出血，患者病死率可高达50%~60%。如何有效预防出血的发生，以及出血后如何进行早期、有效的诊治，是摆在临床医师面前的棘手难题。

充分了解出血原因是重中之重。重症急性胰腺炎并发出血可分为消化道出血和腹腔出血两大类。消化道出血可能缘于全身炎症反应、机体处于过度应激状态，导致胃肠道粘膜在刺激下发生应激性溃疡，引起出血。发生重症急性胰腺炎时，腹腔内会存在包裹性坏死、脓肿、假性囊肿及大量积液，压迫到脾脏血管，可形成胰源性门静脉高压症，进而容易导致上消化道出血的发生。腹腔出血则常是由于胰腺假性囊肿自发破裂，或对患者进行反复、多次、过度的清创手术并留置腹腔引流管后。此外，腹腔假性动脉瘤在受刺激状态下破裂风险增大，这也容易导致重症急性胰腺炎并发腹腔出血。

内镜和介入是诊疗出血的利器

如何对重症急性胰腺炎并发出血的患者作出及时而准确的诊断呢？王刚教授指出，发现出血的方法有很多种。从重症急性胰腺炎患者胃管或（和）腹腔引流管中观察到明显血性液体时，就应注意是否已并发出血的可能。要诊断重症急性胰腺炎合并消化道出血，内镜是临床医师的重要武器。通过内镜，不仅可以观察到明确的出血部位

及出血严重程度，还可直接在内镜指引下止血操作，从而避免失血性休克的发生。若高度怀疑患者合并腹腔出血，可借助血管造影以明确出血位置并进行及时的介入治疗；若腹腔出血量大、患者血流动力学不稳定或介入治疗失败时，应立即采取外科开放手术予以止血。

对于如何有效预防重症急性胰腺炎并发出血，王刚教授从内、外科两个角度提出了自己的看法。从内科角度来讲，要合理应用抑酸药、生长抑素、消化酶抑制剂如乌司他丁等药物，动态监测患者内环境和生命体征的变化；合理把握外科干预的时机和方式，清创要适度，做到“见好就收”，切忌“一气呵成”，否则会使腹腔血管过分暴露，出血风险更大。综合内科、外科、影像科、重症医学科及其他科室，形成多学科协作（MDT）诊治体系。“重症急性胰腺炎患者归属于哪个科室并不重要，重要的是能够早期在MDT引导下，为患者制定系统、精准、有效的综合治疗方案，从而充分预防出血的发生。”

吴峻立 大道至简
胰腺神经内分泌肿瘤的外科治疗选择

神经内分泌肿瘤是一类相对少见的肿瘤，胰腺是其常见的发病部位。近年来，随着影像学检查技术及诊断水平的提高，胰腺神经内分泌肿瘤的检出率不断提高，也受到了更多关注。当前胰腺神经内分泌肿瘤外科治疗领域有哪些值得关注的进展？



吴峻立教授

关联阅读全文

不能与胰腺癌混为一谈

“相比于胰腺癌，两者有很大区别，是两种不同类型的肿瘤，不能混为一谈。”吴峻立教授介绍，胰腺神经内分泌肿瘤生物学行为相对温和，在临床症状、影像学表现及诊疗手段上有其自身的特殊性。

胰腺神经内分泌肿瘤的主要治疗方法包括手术、药物治疗，以及介入、核素治疗等局部特殊治疗，形成了综合性治疗体系。在临床遇到体积较小且无功能的胰腺神经内分泌肿瘤，应该怎么办？吴峻立教授指出，目前指南建议对于直径<2cm的肿瘤可以选择性地观察，重点关注其生物学行为，根据肿瘤的分级（主要依据ki-67指数），同时结合肿瘤部位，手术风险以及病人意愿等因素综合决策，对于具有危险因素的小的肿瘤依然建议手术治疗。需要注意的是，再小的胰腺神经内分泌肿瘤都是恶性肿瘤，存在转移的可能，影响预后，原则上是需要干预的。

在手术方式上，指南推荐直径2cm以上的胰腺神经内分泌肿瘤，应遵循恶性肿瘤的手术原则行根治切除联合区域淋巴结清扫。胰腺神经内分泌肿瘤多为膨胀性生长，致密浸

润侵犯较少，而且G1和G2级病变比例高，即使对于局部进展，侵犯血管和邻近脏器的病变，也有更多机会行扩大根治性手术，联合血管和脏器切除，依然可以获得良好的预后。

把握外科手术治疗指征

胰腺癌发生远处转移时，原则上不选择外科手术治疗，但胰腺神经内分泌肿瘤不同，即便发生远处转移，并不意味着失去了手术机会，要对肿瘤综合评估，对于条件适宜的患者，仍能通过切除原发病灶和转移病灶达到较好的治疗效果，让患者获益。

分化好的胰腺神经内分泌肿瘤分为G1、G2和G3三个等级，级别越高，生物学行为越差，预后也相对更差。分化差的胰腺神经内分泌肿瘤称为胰腺神经内分泌癌。

当我们遇到生物学行为不好的G3级胰腺神经内分泌肿瘤时，应该积极手术治疗吗？吴峻立教授指出，最新的指南把G3级胰腺神经内分泌肿瘤分为两类，其中ki-67指数在20%~55%，生长缓慢，生长抑素受体显像为阳性时，被认为是生物学行为较好的一类，预后相对较好，有条件应积极手术治疗；ki-67指数>55%，生长较快，生长抑素受体显像为阴性时，生物学行为较差，特别当肿瘤局部进展或有转移时，手术治疗的指征应严格把握。对于分化差的神经内分泌癌，外科治疗原则与胰腺癌类似，对于可切除病例仍建议积极手术治疗，对于局部进展、转移及不可切除的病例，应选择药物及其他治疗手段。

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
王仲 张筱凤 祝萌

轮值主编：孙备

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
林瑾 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

