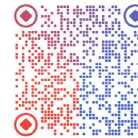


重症急性胰腺炎：治疗策略优化迭代
诊疗模式

医师报讯（融媒体记者 宋菁 通讯员 吴刚）急性胰腺炎是常见的消化系统急症之一，常常由局部发展累及全身器官及系统而成为重症急性胰腺炎。作为良性疾病中最凶险的疾病之一，重症急性胰腺炎的救治强调时机和策略，强调 MDT 模式的建立，强调区域胰腺中心的建设与管理，不同胰腺炎患者的诊治途径要“因人而异”。在此背景下，围绕区域胰腺中心建设和急性胰腺炎血管并发症的诊治，《医师报》特别专访了遵义医科大学附属医院副院长、重症医学科主任傅小云教授和南京医科大学第一附属医院（江苏省人民医院）胰腺中心李强教授。



关联阅读全文

傅小云
『两步走』策略诊治重症急性胰腺炎

过去 5 年，重症急性胰腺炎的研究及临床进展主要集中在感染性胰腺坏死处理策略上，外科干预手段逐渐微创化，消化内镜治疗逐渐走向前台，微创引流的应用也愈发广泛，各项干预治疗手段都得到了长足发展。

傅小云教授介绍，对重症急性胰腺炎的早期处理，以镇痛理念的转变尤为重要，遵义医科大学附属医院在全国范围内较早开展胸段硬膜外阻滞镇痛，其能改善腹腔脏器灌注，相比阿片类药物有明显优势。而在病因纠正上，对于胆源性胰腺炎、高脂血症性胰腺炎等，尽早血脂分离、行血浆净化等，可改善患者预后，相关多中心研究也正在开展中。

“总体来说，重症急性胰腺炎诊疗从早期发现到集束化、综合性治疗改变预后，其治疗策略在近年来已得到极大优化，大部分分治疗中心的重症胰腺炎病死率已经下降到 5% 以下。”

发挥区域性医疗中心“领头羊”作用

在我国区域医疗中心正加速推进的大背景下，仅靠单一学科、单一医院主导的诊疗模式已经不能满足当前急性胰腺炎诊疗的需求。2017 年，在贵州省原卫计委的支持和上海交通大学医学院附属瑞金医院的帮助下，遵义医科大学附属医院成立了贵州省重症胰腺炎诊疗中心，并逐步开展学术活动，向全省范围内的医院推广和普及重症急性胰腺炎诊疗相关最新进展，如胸段硬膜外阻滞镇痛，已在各市、州普及，惠及广大患者。同时中心也建立起数据库，收集了超过 2 万例患者的数据，进行了数据挖掘，相关回顾性和前瞻性探究已有数篇文章发表，成果显著。

“区域性医疗中心应用自己长期积累的经验和先进技术让患者得到更好治疗，弥补资源有限地区处理疑难重症的劣势，这是区域性诊疗中心的意义所在。”傅小云教授介绍，重症急性胰腺炎患者治疗费用极其高昂，过往许多患者因病致贫、因病返贫，如今在基层到区域中心就诊链网络建设下，绿色就诊通道大大降低了患者治疗费用。

形成从临床到基础再到临床的闭环

“贵州省如今已形成了全省

范围内重症急性胰腺炎规范、高效的诊疗模式。”

傅小云教授表示，在临床治疗上，重症急性胰腺炎一经发现，需立即施行一整套集束化、去重症化策略，在规范化诊疗过程中，7~10 d 就可完全实现去重症化，待患者病情平稳后转至普通病房进行相应处理，形成了“两步走”治疗方案。在基层服务上，定期学术培训、查房指导、手把手教学、分享治疗理念等，为地、州和县级医院提供技术支持和辅导，加强首诊科室的处理，延缓重症急性胰腺炎患者病情进展，降低演化速度，为后续治疗争取更多时间，提升同质化医疗水平。在科研领域，中心参与制订中国重症胰腺炎镇痛专家共识，开展胰腺炎基础研究。

“从基础到临床，再从临床到基础，我们正在进行双向的深入研究，从而不断对重症急性胰腺炎有新思考、新发现。”傅小云教授说。

此外，傅小云教授同样强调了 MDT 在重症急性胰腺炎诊疗中的重要性。在贵州省重症急性胰腺炎诊疗中心成立伊始，中心就将肝胆外科、介入科、消化科等多个科室的力量吸纳其中。傅小云教授强调，重症急性胰腺炎多学科团队应当以专科中心为主导，以保证治疗的规范和专业，在器官功能支持、液体复苏、抗生素应用等方面具备丰富经验，从而让重症患者迅速转危为安。而后期序贯的治疗，应当综合各个学科的优势，在外科开放治疗、微创治疗、内镜等各方式中选择最适合患者的方案。



傅小云 教授



李强 教授

急性胰腺炎，尤其是重症急性胰腺炎，血管并发症相对常见且较为凶险。急性胰腺炎一旦合并出血后患者死亡率极高，相关数据显示可达 36%，极为凶险，临床医师应当给予高度关注和有效防治。

“防治的关键之一便是 MDT 治疗模式的建立，以完成仅靠单一科室无法有效完成的任务，进而达到良好的诊治效果。”李强教授指出，发生腹腔出血时，若介入止血效果有限，则需外科医生登场，手术及时有效止血；发生消化道出血时，消化内镜医生则作用巨大，内镜不仅可快速明确出血部位，也能在较好的视野下直接止血；同时发生腹腔出血和消化道出血时，则涉及更多科室医生参与其中，病情危急时，重症医学科医师必须陪伴在患者左右，保驾护航。

“多学科合作诊疗不是每个科室有人参与就行，流于形式的

MDT 已然无法满足患者的需求。

患者一旦出现问题，必须争分夺秒，和死神赛跑，每个人都要做好随时上场的准备。‘车轮战式’的治疗非但不能高效解决问题，还会浪费时间，在与死神赛跑的争夺中无法处于领先地位。”

并发出血的治疗中，各个亚专业的医师要对自己领域处理出血的方式方法极为熟悉，以求在最短的时间内实现高效止血，用最合适的方式方法完成既定目标。

相较于及时处理出血，临床医师更要根据经验及高危因素对患者进行分层筛选，将其实时分类为低危、中危、高危状态等，从而有针对性地进行实时监测，干预方式也能更加有效。

经验分享

全新实时一体化多学科诊疗模式为患者提供一站式服务

李强教授介绍，早在 1986 年，南京医科大学第一附属医院普外科就成立了胰腺专业组，是全国最早成立的胰腺专业组之一。在马允平教授、杜竞辉教授、刘训良教授、苗毅教授等几代人的努力下，胰腺专业学科建设取得了丰硕成果。2014 年，苗毅教授开拓创新，在原有胰腺外科基础上创立了南京医科大学第一附属医院胰腺中心和南京医科大学胰腺研究所，整合了胰腺外科、重症监护、消化内镜、肿瘤学、影像学、病理学等专业领域的优秀人才，为胰腺疾病患者提供包括手术、内镜、介入、药物及重症监护在内的多种诊疗手段一站式服务。

胰腺诊疗中心现有

两个院区，200 张常规床位、20 张 ICU 床位、6 张高度依赖性病房（HDU）床位，是国内最大的胰腺疾病中心，收治患者基本均为胰腺炎或胰腺肿瘤病人，专科化极强。

在胰腺炎诊疗上，患者到急诊中心后，胰腺中心会派专科医生进行相关会诊，根据病情进行初步分类，较重者优先安排进入 ICU 诊治，相对较轻者则尽量安排入住普通病房。中心以胰腺外科医师为主导，在大量外科医师之外，吸纳了多名内镜医生、重症医生、肿瘤科医生和样本数据库人员，实施以疾病为中心的实时一体化 MDT（Real-time MDT）诊疗模式。中心床位不固定，由住院总医师统一安排，所有患者诊疗计划都要在例行早交班时一起讨论，例如讨论决定需要内镜干预的患者，一般当天或第二天即施行，效率极高。实时一体化多学科诊疗模式克服了传统上不同科室间会诊受时间限制、信息不对称等困难，可让患者随时随地享受高效的 MDT 服务。

李强
流于形式的 MDT 已然无法满足患者需求

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 毛恩强 孙备
王仲 张筱凤 祝萌

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