

重症急性胰腺炎多学科诊疗正当时

医师报讯（融媒体记者 宋菁 通讯员 吴刚）近年来，急性胰腺炎在诊治理念、方式、策略等方面取得了长足进步，对提高患者救治水平发挥了重要作用。在我国区域医疗中心正加速推进的大背景下，萍矿总医院党委书记、院长余国宝教授，树兰（杭州）医院副院长李启勇教授，台州市立医院普通外科邢人伟教授接受了《医师报》专访，就重症急性胰腺炎救治经验、诊疗模式进行了分享。

关联
阅读全文关联
阅读全文

余国宝 精准识别 挽救更多重症急性胰腺炎患者生命

MDT 制定最佳救治方案

萍矿总医院每年接诊急性胰腺炎患者约20例。自2005年医院率先在萍乡市建立起重症医学科开始，重症胰腺炎便是ICU的常见病种。“以前重症胰腺炎死亡率非常高，近年来临床上高度重视，全国的重症胰腺炎死亡率都有了明显下降，急性胰腺炎患者总体死亡率约在5%。”余国宝说。

单纯急性胰腺炎具有自限性，采取轻度干预后往往可自愈，无生命危险。但重症急性胰腺炎，特别是伴有多种并发症时，多学科诊疗则是主要决策方式。在余国宝看来，MDT对重症胰腺炎诊疗必不可少，尤其是感染性胰腺坏死的并发症，单一学科无法处理，必须多学科共同参与。

30%的重症胰腺炎患者会出现感染性胰腺坏死，早期采取抗生素治疗，

若能控制住感染则能形成假性囊肿，而后消化科置管引流，若感染加重，药物已无法控制，则需采取内镜下引流，在普外科协助下清创，若还无法解决问题，开腹手术则是最后解决方案。

“这几种方式不是简单的‘车轮战’，而是要各学科从一开始就实时评估患者病情，通力合作，选择最佳方式。在这之中，内镜下清创属微创治疗，是医院当

前治疗感染性胰腺坏死的主流方式。”余国宝介绍。

普及一体化治疗理念

同时，余国宝还积极应用及推广一体化治疗的理念，提升患者的抢救成功率。“这种理念已经广泛被临床医师认可，以一定的早期目标为导向性，如液体复苏时以平均动脉压、中心静脉压、尿量、血氧饱和度、乳酸水平指标为目标，避免了过度治疗导致器官功能障碍。”

“以前我们考虑到镇痛会掩盖真实症状，对诊疗造成干扰，现在在新技术普及下，一般在24h内即可开始镇痛治疗，减轻患者痛苦的同时，大量数据也证明能减少并发症发生，根据指南镇痛治疗的理念已经普及。”不断总结推广临床经验的同时，余国宝深入开展了重症胰腺炎相关的研究，包括重症胰腺炎凝血功能障碍改变、腹腔间隔室综合征的处理措施等，已形成较为完善的救治

方案。

在余国宝的努力下，萍矿总医院ICU在整个江西省地级市医院中实力较强，处于中上水平，并与中南大学湘雅医院紧密合作，开展了多项先进医疗技术。未来，医院将在做好抢救平台的基础上，努力打造神经重症医学特色，以其为导向培养人才，配置医疗资源，和多家医院对接及合作，计划用3年时间把神经重症监测、昏迷复苏等全面发展起来。

李启勇
用专业团队服务重症胰腺炎患者

大部分急性胰腺炎患者都是在急诊科首诊，急诊科医师对病情初步判断，并根据严重程度将患者转诊至普通病房或ICU。“现在提起胰腺炎，大家都觉得是消化内科的一种疾病，但有很长一段时间，特别是对于重症胰腺炎，普外科是治疗的主力军。”李启勇说。

重症胰腺炎不宜过早开腹手术

轻症和重症的急性胰腺炎预后完全不同。轻症患者通过禁食、保守治疗等很快能好转，基本在10d左右即可出院。然而，重症胰腺炎患者常高热、休克、伴有多个器官功能衰竭，病死率高，在20世纪20年代达50%，60年代降至26%左右，21世纪初降至15%左右。

“在20世纪末，外科通行作法是在重症胰腺炎发作早期采取开腹手术治疗，那时开刀治疗效果差，因为患者在急性期病情不稳定，坏死感染未局限，加之手术打击，恢复难度极大，死亡率很高。”李启勇说。

随着医学技术发展和医疗观念的进步，20世纪末21世纪初，全世界胰腺病医师逐渐达成共识，对胰腺炎进行科学分类与分期，并制定行之有效的治疗方法。重症急性胰腺炎不宜过早开腹手术，可在ICU先行积极保守治疗。若后期出现并发症，如胰腺组织坏死、脓肿时，则应及时行外科治疗，优先考虑通过微创治疗包括经皮穿刺置管引流、经皮肾镜、超声内镜和腹腔镜及经侧腹小切口坏死组织清除术等微创方式，减少对患者的手术打击，显著降低病死率。

李启勇提到，从基层转诊至树兰（杭州）医院的患者，一般都已经过一段时期的治疗，病情没有好转，基本上是重症胰腺炎后期并发症，病情偏重，但经过医院的综合诊治，大部分患者都

能恢复。在树兰（杭州）医院，外科医师掌握腹腔镜、内镜及开腹手术，所有重症胰腺炎相关并发症的治疗都由外科团队实施，治疗时机把握精准，过程连贯，能缩短治疗时间，改善预后。

把控好各个治疗关口的时机

“一个医生不可能24h，365d都在医院，应该有专业的团队来服务于患者，团队中的每个人都应该对胰腺炎的处理有充分认识，我们也正在大力推广和培训，加强区域内的宣传，各级医院之间增加交流，不断提高下级医院的意识和诊疗水平。”李启勇表示，重症胰腺炎的治疗经历了从原先以早期即外科开腹手术治疗为主转变为以保守治疗结合外科介入微创等多学科综合治疗模式，强调适时的手术介入时机，从以往的“大量液体治疗”转为以“控制性液体复苏”治疗，从以往长时间禁食改为提倡早期肠内营养支持治疗等变化。这些理念对改善重症胰腺炎的预后至关重要。

邢人伟
你方“医”罢我方上场的诊疗模式已过时

台州市立医院每年接收的重症胰腺炎患者多数在内科就诊，需要外科干预的约在20例，极重患者占到10例左右。外科处理时，患者往往局部感染已较严重，难以控制，手术干预时机也很难准确选择，这就构成了外科医师面临的主要难题。

早期要防患于未然

“时常有重症胰腺炎年轻患者，早期病情凶险、进展极快，进ICU时就几乎已经没有挽救机会了，全身炎症反应严重，出现微循环障碍、心肺功能严重受损，腹腔中满是渗出，即便是立即行引流也没有明显积液被引出。重症胰腺炎早期进展极快，对身体消耗极大，很多老年人很难挺过来，因而对其必须足够重视，防患于未然。”邢人伟说。

早期暴发性全身炎症反应时，会导致患者全身各处器官迅速水肿，即发生炎症风暴。邢人伟回忆，在1例开放性手术中，患者病情极重，唯有尽快开腹才能挽救生命，偌大的“鲨鱼嘴”切口打开后，整个胰腺体尾部和周围组织全部坏死烂掉，完全失去正常外形，呈灰色浆糊样，甚至可以拉成一条条丝状，病情令人揪心。邢人伟考虑再三后，为其切除了整个胰腺体尾部，行大部清创，保留了胰腺头部以保留功能，尽管远期可能会削弱胰腺内分泌功能，但生死关头由不得多想，保命要紧！

清创后对患者置入了多根周边引流管以及胃造瘘管、空

肠营养管，减少进食对脆弱的胰腺刺激，使仅存的部分胰腺充分休息。

“然而，胰腺坏死后必然会继发很多并发症，那位患者在恢复中出现了胰瘘并遭遇了严重的切口感染，‘鲨鱼嘴’切口犹如战壕一般，每天都要往里面冲洗很多消毒水，同时等待腹腔里炎症组织吸收，患者足足坚持了3个月的拉锯战，克服了很多困难，才逐步康复。”

面对胰腺组织严重坏死的患者，如果行全切，胰腺的内外分泌功能将全部丧失。大部切除后，残留的部分胰腺组织有时能够维持患者基本生活，但部分患者会出现血糖难以控制、胰液分泌不足等情形，此时则需要补充外源性胰岛素和促进消化的药物来控制血糖水平，改善消化功能。

MDT 讨论让诊疗更加标准化

既往你方“医”罢我方上场的诊疗模式惯性和全面性不足。随着多学科诊疗模式的推广，不同学科的医师聚在一起讨论病情，共同制订诊疗方案，面对面的沟通和协调相较于一纸会诊意见更具说服力和执行力，对于矛盾和问题的解决也会更为高效。对于重症胰腺炎患者，若从早期炎症反应至恢复阶段，每一个病程阶段都展开MDT讨论，将使诊疗变得更加标准化、规范化。

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 祝荫

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

