

急性胰腺炎分级与诊疗新解

严重度新分级,重症早期仍坚持多学科联合治疗

▲ 本报记者 王雅萍

目前,我国急性胰腺炎(AP)的总病死率已达5%~10%,且大多病程呈自限性,20%~30%的患者临床经过凶险。胆源性AP仍是我国AP的主要病因。2014年,中华医学会消化病学分会发布《2013中国急性胰腺炎诊治指南》,这是分会于2003年制订了《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》的10年后,再次修订的新指南,以进一步规范AP的分级、诊断和治疗(图1、2、3)。

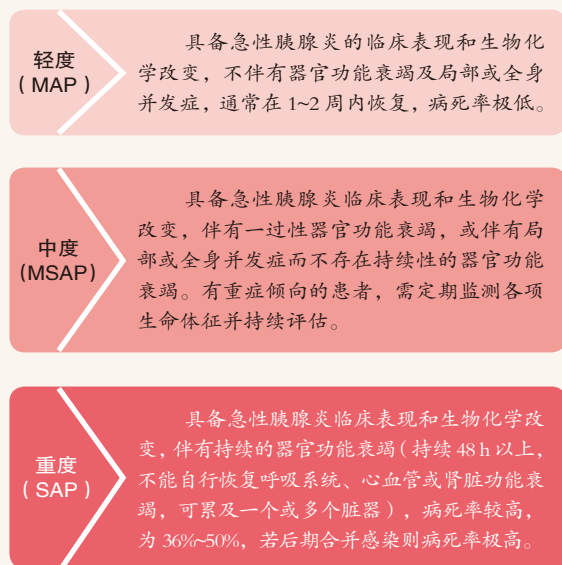


图1 急性胰腺炎严重度分级

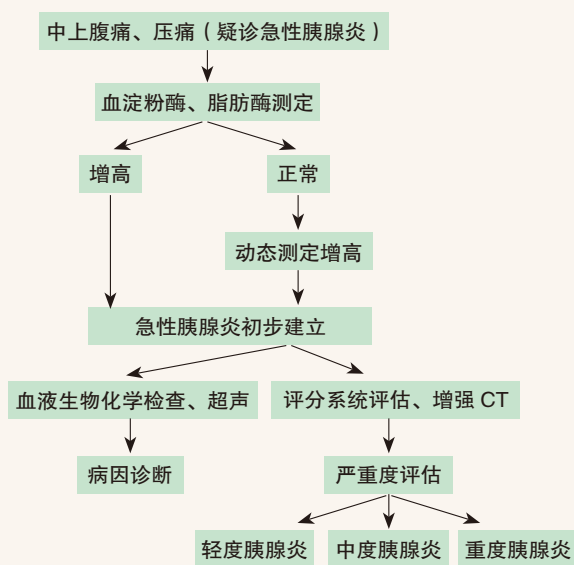


图2 急性胰腺炎诊断流程

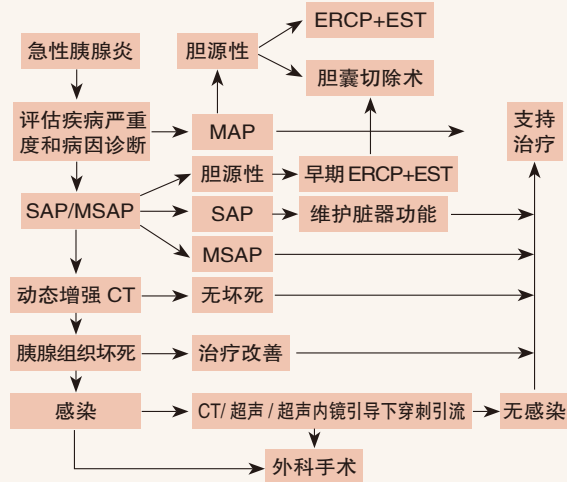


图3 急性胰腺炎临床处理流程

注: MAP为轻度急性胰腺炎; MSAP为中度急性胰腺炎; SAP为重度急性胰腺炎; CT为计算机断层扫描; ERCP为内镜逆行胰胆管造影; EST为内镜下十二指肠乳头括约肌切开术

新分级引入“中度胰腺炎”概念

中国医学科学院北京协和医学院杜斌教授评价,我国最新指南采用了轻、中、重的分级体系,引入“中度胰腺炎”这一概念。与最新亚特兰大新分类不同的是,在分级标准中,新指南采用了Ranson评分、

APACHE II、AP严重程度床边评分、修正CT严重指数等评分系统,且在MSAP分级中,还具体区分了急性期生理指标和恢复期局部并发症,较亚特兰大新分级更为具体。但是,他指出,新指南的临床指导意义还有待进一步

研究。(中华急诊医学杂志.2014;23:1073) 湖南省人民医院祝益民教授也表示:“相对而言,APACHE II评分复杂,可操作性差,不适于SAP早期评估,尤其是在发病48h内。”(中华急诊医学杂志.2014;23:1076)



杜斌 教授

持续肾脏替代治疗:特殊情况特殊治疗

新指南推荐,SAP早期可利用CRRT清除炎症介质(主要通过对流和/或吸附)。然而,杜斌却介绍:“目前,相关临床试验样本量小,研究质量较差,且极少以病死率为研究终点。更为重要的是,多项大样本随机对照试验证实,对

于急性肾功能衰竭或感染性休克患者,提高CRRT的对流清除率并不能降低病死率。”但是,他也肯定,对于液体负荷过多者,尤其对于合并急性肾损伤的患者,早期应用CRRT,可通过更好的液体管理,改善生理指标和器官功能。

多学科参与 治疗方法出新证据

杜斌介绍,约15%的AP患者最终可进展为SAP。SAP起病急,器官受累严重,病死率可达13%,早期支持治疗对患者的临床预后影响甚大。近年来,有关液体复苏治疗、抗生素治疗及持续肾脏替代治疗(CRRT)的新证据不断出现,这或对SAP的临床治疗具有一定提示意义。

体液复苏治疗:避免体液负荷过多

充分的液体复苏治疗可改善胰腺微循环,减少胰腺组织坏死,是SAP早期治疗的关键。但是,“近期前瞻队列研究及前瞻随机对照研究均显示,过量的液体复苏治疗可增加感

染风险,导致持续性器官功能衰竭和局部并发症,甚至增加住院病死率。”因此,如何权衡液体复苏治疗的利弊,仍是SAP治疗的难题。杜斌指出,在SAP

救治过程中,一旦患者组织灌注得以改善,即应考虑适当减少液体输入量,并继续监测组织灌注指标,这或是避免液体负荷过多的可行措施之一。此外,关于复苏液体

种类的选择也一直存在争议。既往观点认为,晶体液是SAP复苏首选。但近年研究发现,SAP早期联合人工胶体,可减少复苏液体用量,更早实现容量负平衡,改善器官功能。

微创介入治疗:早期缓解胆胰管高压

很多学者已认识到尽早解除胆道梗阻在胆源性AP中的重要性,祝益民指出,“某肝胆医院近年来通过大量临床实践证实,采用腹腔镜联合十二指肠镜手术患者的病死率、平均住院天数和再手术率,均较开腹治疗手术患者低,并发症的发生率也低于开腹治疗患者。”

需要强调的是,十二指肠镜介入治疗时,对胆囊和胆总管多发结石及十二指肠乳头可切开长度较短的病例,不宜在操作中反复碎石和网篮取石,否则易造成乳头水肿,加重AP的病情。盲目扩大乳头切开,则会增加肠穿孔等严重并发症发生的可能,宜放置鼻胆管引流,不勉强取石。

手术干预:“三个尽量”

SAP以非手术治疗为主,大多患者经内科保守治疗后病情缓解,外科治疗主要是针对胆源性AP的病因治疗及SAP并发症的处理。祝益民介绍,近年,SAP的手术范围已从广泛性胰腺切除转向区域性坏死组织清创;治疗手段从

传统的开腹手术转向腹腔镜手术和分期微创手术。“应尽量采取简单的手术方式,尽量缩短手术时间,尽量减少手术创伤对患者的影响,能达到通畅引流的效果即可,能选择超声穿刺引流或腹腔镜手术者尽量避开开腹手术。”

抗生素治疗:准确鉴别腹腔念珠菌感染

杜斌介绍,与传统观点不同,2000年以后的大样本随机对照研究并不支持SAP患者预防性应用抗生素。在我国新

指南中,对于非胆源性AP也不推荐预防性使用抗生素。SAP患者的继发感染,尤其是腹腔感染,往往发

生于病程后期(3~4周)。“有研究提示,SAP患者可能是腹腔念珠菌感染的高危人群;但是,更多研究认为,腹腔引流液分离

到念珠菌,并不一定提示存在感染,可能仅为念珠菌定植,因此并不支持预防性或经验性应用抗真菌药物。”杜斌强调。