

急性胰腺炎（AP）是临床常见急症，发病率逐年增高，尤其重症（AP）起病凶险、病死率高。AP 的救治是一个需多学科参与的综合治疗过程，但目前还存
 在救治理念不统一、相关学科介入时机不明确、并发症处理不完善的问题。2015 年，中国医师协会胰腺病学专业委员会制订国内首个 AP 多学科诊治（MDT）共
 识意见（草案），旨在对 AP 的救治开展多学科指导，充分体现 AP 救治的多学科协作理念，最终提高 AP 的救治成功率。（中华胰腺病杂志 .2015,15:217）

国内首个急性胰腺炎多学科诊治共识发布

统一分类标准,据不同急性胰腺炎分类,针对性开展多学科协作

▲ 本报记者 裘佳

共识要点

建议一 首诊医师对于病情严重程度的判断，尤其是重症 AP（SAP）的早期识别非常重要，建议尽快完成各项实验室检查和胰腺 CT 平扫，建立多学科协调、会诊和转科机制（图 1）。对于 SAP 患者，不具备重症监护病房（ICU）条件的单位，建议尽快完成转院治疗。

建议二 轻症 AP（MAP）的急性期治疗应采取药物治疗为主的基础治疗，可由首诊医师完成，基本不需要多学科干预。

建议三 胆源性胰腺炎需要胆道引流时，部分患者可行经皮经肝胆囊引流、内镜下逆行胰胆管造术（ERCP）或外科手术，胆囊切除术的实施需建立通畅的外科会诊制度，避免患者在恢复期等待胆囊手术期间 AP 复发。

建议四 中度重症 AP（MSAP）急性期治疗是以对抗炎症反应为主的基础治疗，需适时采取多学科干预措施，如补液管理可能需要 ICU 医师的指导，中医药的使用可有效缓解胰腺炎症，营养支持可在营养专科医师的指导下完成。

建议五 MSAP 恢复期治疗是以非手术治疗为主的综合治疗。出现感染时需与胰腺外科医师密切配合，严密观察病情变化，及时采取有效干预以防错过最佳手术时机。

建议六 SAP 的救治过程尤其能体现多学科协作的作用。建议成立 MDT 救治小组。通过定期组织内科、外科和 ICU 等学科的会讨论，力争提高救治成功率。早期目标引导的液体复苏是治疗的关键措施之一，出现腹腔间隔室综合征（ACS）时需要积极干预，必要时外科手术。

建议七 AP 后期并发症的治疗以非手术治疗为主。可采取内镜介入、放射介入、肠内营养等多种手段治疗，但效果欠佳时需要考虑手术治疗。

专家解读

为进一步加强临床医生对该共识的理解和推广，第二军医大学长海医院消化内科李兆申教授、杜奕奇教授等就统一 AP 分类标准、设置 MDT 建议、区分不同类型 AP 的治疗重点、处理后期并发症等方面，对该共识进行了解读。（中华胰腺病杂志 .2015,15:289）



李兆申教授

统一分类标准利于临床诊治和学术交流

目前三分类标准是主流的分类方法，将 AP 分为 MAP、MSAP 和 SAP 三大类。但对于具体分类的中文命名尚存在一定差异。新共识建议 MSAP 命名采用“中度重症急性胰腺炎”，可反映出这类 AP 是由传统的 SAP 分化而来，更便于理解。从近期国内的文献检索情况来看，这一称谓也较“中度急性胰腺炎”

使用频率更高。因此，新共识将 AP 分类标准进行了统一，分为轻症、中度重症和重症急性胰腺炎三大类，利于开展 AP 的临床诊治和学术交流。

对于如何区分三大类 AP，共识建议以是否有局部或全身并发症、是否伴有器官功能衰竭为区分要点，其中前者是 MAP 和 MSAP 的鉴别要点，后者

是 MSAP 和 SAP 的鉴别要点。此外，共识还提出以症状和体征、实验室检查、影像学检查和 AP 严重程度评分来区分不同类型的 AP，临床实用性更强。在实验室检查中强调肝肾功

能、血钙以及血清降钙素原（PCT）的作用。在影像学检查中强调胰腺 CT 扫描是诊断并判断 AP 严重程度的首选方法，首次明确了 CT 检查的时机应在急诊患者就诊后 12 h 内完成平扫检查，但发病 72 h 后完成增强 CT 检查，可有效区分胰周液体

按胰腺炎分类设置多学科协作模式

作为 MDT 共识，必须体现多学科间紧密协作的特点，同时体现围绕 AP 患者开展诊治流程。如共识建议指出“首诊医师对于病情严重程度的判断，尤其是 SAP 的早期识别非常重要，建议尽快完成各项实验室检查和胰腺 CT 平扫，建立多学科协调、会诊和转科机制”。首诊医师在各家医院可能来源于不同科室，因此对于病情的判断尤其重要，如果不能早期识别 SAP，将极大程度地影响患者预后。对于已判断为 SAP 的

患者，国际上建议立即转入 ICU 治疗，对于不具备 ICU 条件的单位，建议尽快完成转院治疗。

MSAP 是多学科干预治疗的重点，其急性期以对抗炎症反应为主，需适时采取多学科干预措施。如补液管理可能需要 ICU 医师的指导，中医药的使用可有效缓解胰腺炎症，营养支持可在营养专科医师的指导下完成。MSAP 恢复期治疗是以非手术治疗为主的综合治疗，出现感染时需与胰腺外科医师密切配合，严密观察病情

变化，及时采取有效干预以防错过最佳手术时机。

SAP 的救治过程尤其能体现 MDT 的作用，建议成立 MDT 救治小组，通过定期组织内科、外科和 ICU 等学科的会讨论，力争提高救治成功率。早期目标引导的液体复苏是治疗的关键措施之一。液体复苏是 SAP 初期救治的关键环节，补液不及时则会导致循环衰竭时间过长，加重脏器损伤，而补液过量或晶体、胶体比例不合适则容易导致急性肺水肿和腹腔高压，造成

新发脏器功能衰竭。在对腹腔高压的处理上，共识尤其强调非手术处理的措施，包括限制液体输入、及早应用升压药物、监测机械通气压力参数的变化、降低空腔脏器容量、扩张腹壁、经皮腹腔穿刺置管引流腹腔积液等方法。只有在非手术减压措施无效的情况下，经过多学科讨论后可谨慎行剖腹减压手术，这与以前一旦诊断腹腔间隔室综合征即行外科手术的做法截然不同，充分体现非手术治疗优势。

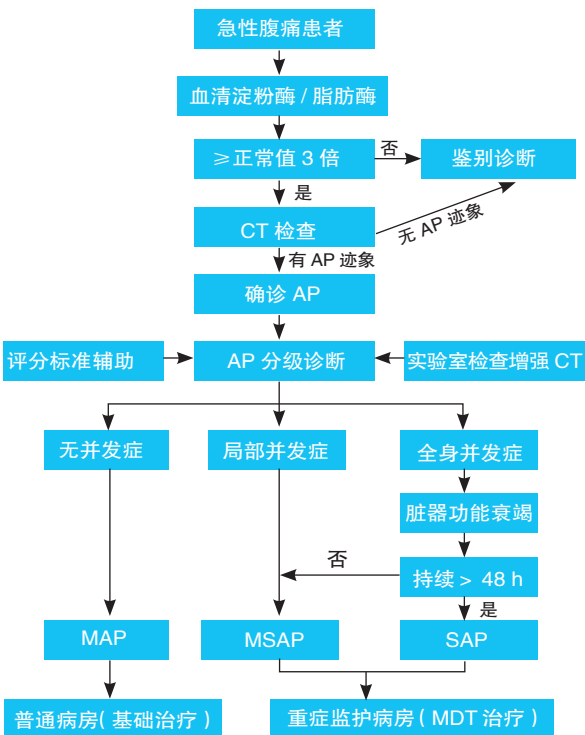


图 1 急性胰腺炎诊断和分类管理流程

重视感染等并发症处理

随着 MSAP 和 SAP 在急性期救治成功率的提高，有更多患者进入了恢复期。但恢复期并不意味着病情平稳。事实上，由于感染造成的“二次打击”是 AP 患者死亡的另一重要原因。其他还有因长期卧床、凝血机制障碍造成

的血栓形成、假性囊肿增大、胰瘘的发生等处理均非常棘手。

该共识在充分听取外科、内镜医师建议的基础上，对于 AP 后期并发症的处理给出了详细的建议。如对于胰腺脓肿可采用“经皮穿刺—经胃

穿刺—经皮硬镜—外科手术”的“升阶梯”治疗模式。如对于胰瘘的治疗主要以非手术治疗为主，包括禁食、空肠营养、生长抑素应用等，大多数患者经 3~6 个月的引流可自愈。

经 ERCP 置入胰管

支架有一定治疗作用，但长期不闭合或有并发症的胰瘘则应外科手术。胰管完全断裂者可行胰腺部分切除和瘘管空肠吻合术。上述描述充分体现了 MDT 的原则，对于相关并发症的治疗有明确的指导作用。