本版责编：袭佳
美编：张雨萌
电话：010-58302828-6858
E-mail：qiujia530448356@126.com
医师报
2017年1月12日

近年来，随着对重症急性胰腺炎（SAP）发病机制研究的不断深入，微创治疗在SAP综合治疗中所发挥的重要作用已日益受到国内外学者的关注。腹腔镜、内镜等技术的不断进步为SAP微创治疗的发展提供了安全有效的保障。而临床中，根据SAP病因、疾病严重程度以及患者的个体差异亦可选择不同的微创治疗方法来提高疗效，降低患者死亡率、并发症发生率及住院费用，从而改善患者预后。本期重症急性胰腺炎专栏就SAP微创引流的新问题、SAP内镜下胰腺坏死组织清除术、急性胆源性胰腺炎早期经内镜逆行性胰胆管造影术治疗等，介绍SAP微创治疗新进展。

# 重症急性胰腺炎微创引流时代的新问题

▲ 南京总医院普通外科 童智慧

近10余年来，SAP合并胰腺坏死组织感染（IPN）的治疗，已由传统的开腹手术引流时代，进入微创引流时代。引流模式的转变，使IPN患者的并发症发生率及病死率明显下降，但同时也出现了一些新问题，带来了新困惑。

童智慧 副教授

## 经皮置管引流的指征和时机尚存争议

目前IPN的微创引流广泛采取“升阶梯式策略”，即先行经皮置管引流（PCD），有需要则扩张窦道行内镜清创引流，必要时再行开腹手术引流。PCD作为微创引流第一阶段的干预措施，不仅能治愈部分IPN患者，同时也起着开路先锋的作用，其在“升阶梯式策略”中的重要性不言而喻。但目前对于PCD的指征和时机仍存在较多争议。

2013年，美国胃肠病学会（ACG），国际胰腺病协会（IAP）和美国胰腺病协会（APA）各发表指南，均推荐：（1）高度怀疑或已证实为IPN，且临床指征恶化时，才考虑行PCD；（2）病情稳定的IPN患者，应尽量延迟至发病4周后行PCD，使坏死组织液化或形成为包裹性坏死（WON）。然而，不少学者对此提出了不同意见。

**重症急性胰腺专栏编委会**

**主办单位：**
中国研究型医院协会胰腺病专业委员会急性胰腺炎学组

**编委会组成人员**

**名誉主编：**
黎介寿 赵玉沛

**顾问：**
张圣道 李兆申 苗 毅 王春友 管向东 袁耀宗 严律南 张太平

**主编：**
李维勤 李 非 孙 备 吕农华 耿小平 杜奕奇 毛恩强 邹晓平 祝 荫 黄鹤光 郝建宇 郭树彬 周飞虎 蔡守旺 余 枭 胡国勇 黄永辉 金晓东 李 汛 赵 刚 朱建华 隆 云 冯全新 周蒙滔 童智慧 许建明 陈汝福 刘 昌 王雪峰 吕 瑛 夏 庆 张 泓

**执行编委：**
张 匀 郭 丰 车在前 柯 路 何文华 孙 昀 唐文富 王 刚 曾彦博 刘志勇 汤青青 王 铮 吴文广 路国涛

## 是否只有确诊为IPN时才考虑行PCD？

2012年新修订的亚特兰大标准重新分类和命名了AP的局部并发症，包括急性胰周液体积聚（APFC）、急性坏死组织积聚（ANC）等。由于APFC和ANC在无菌条件下都有可能自行吸收、包裹，而过度积极的PCD有带来外源性感染的风险，因此目前指南推荐，不论病灶大小、位置及范围，无症状时均无需外科干预。无菌性ANC只在出现下列情况时才考虑干预治疗：（1）WON占位效应引起进行性胃肠道、胆道梗阻；（2）伴有持续的疼痛、不适感；（3）胰管中断综合征并有持续的疼痛、梗阻。

对于早期并发持续器官功能衰竭（POF）的SAP患者，根据IAP/APA指南推荐，不鼓励尽早、积极行PCD。但从病理生理角度分析，此时ANC虽是无菌性的，但因SIRS及POF之源，发展为IPN只是时间问题。因此有学者认为，对于早期并发POF的SAP患者，应尽早、积极行PCD，不仅对控制、改善SIRS及POF有益，而且能尽早诊断IPN。但目前尚缺乏循证医学证据。

## 病情稳定者是否一定延迟至发病4周后行PCD？

指南推荐，病情稳定的IPN患者，先用抗菌药治疗，尽量延迟至发病4周后行PCD。理由是：（1）单独使用抗菌药治疗，可使少部分IPN患者治愈；（2）使用一段时间抗菌药后，可排除其他来源的感染或SIRS，避免误诊IPN；（3）延迟至发病4周后，坏死组织可液化或形成为WON，最大化发挥PCD的效果；（4）形成为WON，有利于内镜引流。

目前缺乏高质量的研究证实指南推荐的延迟PCD是最佳选择。荷兰AP研究小组建议，若无技术性困难，应尽早行PCD以降低SAP晚期并发症发生率及缩短住院时间。

但一项面向全球87位胰腺病专家的调查问卷结果显示，仅12%的受访者表示会等到WON形成后才行PCD，44%会在WON形成前即行PCD，另外44%只要CT结果显示存在ANC即行PCD。病情稳定的IPN患者延迟行PCD，可能带来不良后果（图1）。

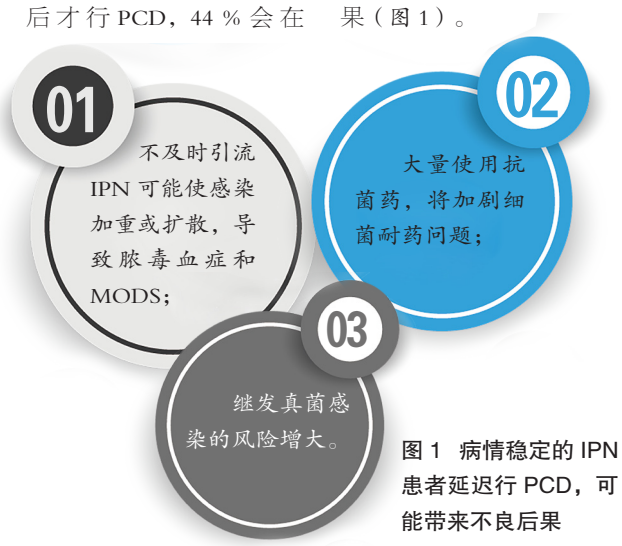


图1 病情稳定的IPN患者延迟行PCD，可能带来不良后果

## 外科与内镜“升阶梯式策略”的比较

根据操作技术的不同，微创引流模式目前分为外科“升阶梯式策略”和内镜“升阶梯式策略”。

近年来，随着超声内镜的普及，新的经自然腔道内镜手术广泛用于IPN的清创引流，并发展为内镜“升阶梯式策略”。步骤为：在超声内镜引导下经胃后壁或十二指肠穿刺开窗，用球囊扩张后，放置2根双猪尾支架和1根鼻－囊肿导管用作术后持续引流；如有需要，进一步扩张通道，内镜可经此通道进入坏死病灶，并在直视下行清创引流术。

两种“升阶梯式策略”各有优缺点。外科“升阶梯式策略”适用于95%的IPN患者，且清除效率高，但可能需要在全麻状态下操作，且会存在长期的胰外瘘。内镜“升阶梯式策略”更能降低全身炎症反应，避免腹部切口及相关并发症，但不适用于远离胃腔或未形成WON的病例，且需复杂的操作步骤和非常熟练的操作技术。

与开腹手术引流比较，两种“升阶梯式策略”均能降低IPN患者的并发症率及病死率。但尚无足够证据表明哪类患者更适合选择哪种治疗策略。全球胰腺病专家的调查显示，不同专业医生往往根据自身的经验和特长选择治疗策略，消化内科医生多选择内镜“升阶梯式策略”，而外科和介入科医生则选择外科“升阶梯式策略”。

## 中转开腹手术引流仍不应被抛弃

虽然IPN微创引流清除的成功率逐年升高，但并不能完全取代开腹手术引流。目前的难题在于：不能准确预估哪类IPN患者可能难以经微创引流治愈；无明确的中转开腹手术引流指征，造成部分IPN患者遭受不必要的开腹手术引流或丧失中转开腹手术引流的最佳时机。

2010年，Van Santvoort HC等提出“升阶梯式策略”治疗IPN时，并未指出中转开腹手术引流的指征。Babu等认为PCD后1周内脓毒症逆转、PCD时APACHE-Ⅱ评分低、发病后1周内出现器官功能衰竭是预测开腹手术必要性的早期独立预后因素。但该研究样本量较小，且预测因素包含PCD后指标，临床指导价值有限。最近，荷兰AP研究小组通过一项析因分析得出：男性、MOF、大面积不均质的胰腺坏死是提示单纯PCD不能完全有效控制病情的独立预测因素。

目前，一般认为中转开腹手术的指征包括：微创引流过程中，脓毒症新发或持续存在；出现不能有效控制的并发症。但每位IPN患者中转开腹手术的指征并非千篇一律，需根据患者的“个体化”情况、经治医生的经验和能力、所在医院的综合实力等，选择恰当的时机和合适的治疗方案。既重视微创化，又不能否定中转开腹手术引流的必要性，避免IPN患者的外科治疗走向另一个极端。

（下转第19版）

天普洛安®
注射用乌司他丁
Ulinastatin for Injection