



近年来，坊间流行着这么一句略带自讽的话——“每逢佳节胖三斤”。尤其是刚刚过去的春节，亲朋好友聚餐多多，面对美味佳肴，很多人不加节制。其实，暴饮暴食和过度饮酒这种“节日综合征”早已不是胖三斤这么简单了，它们对消化系统带来了沉重负担，甚至有致命风险。这决不是危言耸听……

暴饮暴食离致命胰腺炎多远？

▲ 浙江大学医学院附属邵逸夫医院重症急性胰腺炎诊治中心 郭丰

惊心动魄的抢救

张先生年仅35岁，却已反复发作过3次急性胰腺炎（AP）。这次暴饮暴食和大量饮酒后，出现肚子痛、恶心伴呕吐，又来到邵逸夫医院急诊室，抽出的血液竟呈“牛奶”状（图1a）。医生当即确诊为重症急性胰腺炎（SAP），收进重症急性胰腺炎诊治中心。

这次，张先生可没有前几次那么幸运了。由于全身严重的炎症反应，已影响到了他的呼吸和血液循环，张先生觉得透不过气，快要窒息了。黄海英医生为其进行了紧急气管

插管，呼吸机支持呼吸。由于血里的甘油三酯异常高，黄医生马上联系了肾内科医生会诊，准备为其做血脂分离术。不到1个小时，已可以看到张先生血管里黄色的油脂被一点、点分离出来（图1b）。

按照以前的就医经验，张先生的爱人认为只要几日不吃，用点药就会慢慢好起来。可是这次气管插管好几天，都不见张先生有好转的迹象。

张先生胰腺的炎症越来越严重，腹腔里的积液越来越多。外科会诊后，建议尽量避免手术，可将

胰腺周围的积液穿刺引流出来。可盲穿很难穿到位，反而会损伤周围重要的脏器，必须在超声引导下进行穿刺。

虽然已是下班时间，大家仍围在张先生床边，耐心细致地将引流管置入

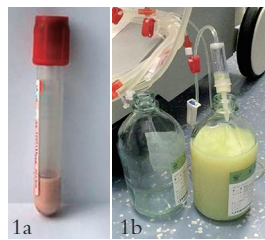


图1 抽出的血液标本（1a）及分离出的油脂（1b）

胰腺积液周围。看见咖啡色坏死组织液被引流出来的那一刹那，医生们感觉之前的辛苦都是值得的。

此后，张先生腹腔里的炎症逐渐被控制住，人也慢慢好转。考虑其病程比较长，长时间的住院可能导致肌肉废用而发生萎缩，黄医生又及时为其安排了康复功能锻炼。经过20多天的治疗，张先生的病情慢慢好转。此次来自普外科、肾内科、超声科、介入科、康复科等许多科室的紧密合作与无缝对接，在最关键时刻阻止了疾病的恶化。

胰腺炎偏爱中年男性

SAP是由胆源性和非胆源性等病因引起胰腺内的胰酶被激活，导致胰腺组织自身消化、水肿、出血和坏死的炎症反应。是一种病情险恶、并发症多、病死率较高的急腹症之一，约占AP的15%~20%。即使在标准规范治疗下，死亡率仍居高不下，许多医术高明的医生都对其望而却步，束手无策。

大多数中年男性由于工作忙、压力大、应酬多，多不注意饮食，且有饮酒的习惯。而70%~80%的SAP由于胆道疾病（如胆囊炎、胆道结石、蛔虫、炎症、水肿、疤痕）、酗酒和暴饮暴食引起。上腹部损害



郭丰 副教授

或手术等（如内镜下逆行胰管造影）也可引起SAP。

暴饮暴食，尤其是进食高蛋白食物，会引起AP。AP可复发，一般诱因为饮酒、高脂肪饮食和胆道结石。因此，AP治好后应注意以清淡饮食为主，戒酒。

重症急性胰腺炎 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 余泉
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

高甘油三酯血症性急性胰腺炎降酯 明确病因方能有的放矢

▲ 解放军南京总医院重症胰腺炎治疗中心 路国涛

随着老龄化及肥胖人群的增多，AP在全球范围内发病率逐渐上涨。在我国，高甘油三酯血症性急性胰腺炎（HTG-AP）发病率显著增加的情况更为突出。如何防治HTG-AP，已成为我国AP临床诊疗工作的重点之一。目前国内外将血甘油三酯 ≥ 1000 mg/dl或血甘油三酯500~1000 mg/dl但血浆呈乳状，除外胆源性及酒精源性AP，定义为HTG-AP。

血管内甘油三酯经脂蛋白酯酶（LPL）作用后

可脂解为游离脂肪酸。而游离脂肪酸可诱导腺泡细胞损伤，这也是高甘油三酯（HTG）作为AP的病因或（和）加重AP疾病严重程度的主要原因。

目前，HTG-AP的病因可分为原发性及继发性。原发性是指患者存在LPL、GPIIIBP1、LMF1、Apoc2、Apoc5等基因缺陷或突变导致HTG，而继发性则是指其他疾病（糖尿病、慢性肾脏病、甲减等）或药物等原因造成的HTG。



路国涛 副教授

不同病因的HTG对治疗的反应不同，因此在诊断HTG-AP患者的同时，必须明确HTG的病因，才能在HTG-AP患者的管理中做到个体化。

急性期：尽早禁食、使用胰岛素和降脂药物

针对HTG-AP患者，管理甘油三酯应从急性期入院诊疗和恢复期出院随访两个时间段探讨。在HTG-AP急性期，目前降低甘油三酯的方法主要有禁食、胰岛素联合低分子肝素、降脂药物、血浆置换（图2）。

这些治疗方法中，仍有一些理论及临床问题亟待进一步探讨：（1）相较于单纯禁食，胰岛素和（或）低分子肝素能否更迅速降低甘油三酯？（2）甘油三酯脂解为游离脂肪酸产生脂毒性，若使用胰岛素和（或）肝素活化

LPL，使甘油三酯快速、充分脂解为游离脂肪酸，是否起到相反的临床效果？（3）若第二点的理论成立，血浆置换能否作为HTG-AP急性期降脂的一线方案，早期置换出甘油三酯从而减少其脂解为游离脂肪酸？

禁食

禁食后患者甘油三酯可在24~48 h内迅速下降，3~5 d内恢复正常。

胰岛素联合低分子肝素

胰岛素和肝素均可活化LPL，从而加速甘油三酯的水解。鉴于肝素可能增加血甘油三酯水平，HTG-AP患者是否使用仍有争议，但均支持胰岛素的使用，密切监测血糖。

图2 降低甘油三酯的方法

降脂药物

主要使用非诺贝特，应尽早并维持应用，即使入院3~5 d患者甘油三酯已显著下降时，仍建议使用。

血浆置换

这是目前最受关注也是最具争议的一种治疗方案。血浆置换降低甘油三酯的效果最直接、显著。近来研究虽逐渐显出血浆置换对HTG-AP的治疗效果，但其对AP病情的转归尚无定论。

长期管理：分清原发和继发

针对HTG-AP患者出院后甘油三酯的长期管理，建议首先明确HTG的病因。台湾一项研究显示，13%的HTG-AP患者存在LPL基因突变。单纯生活干预、药物等均无法控制原发病HTG，从而导致HTG-AP的反复发作。有研究表明，奥利司他联合低脂饮食或洛美他派可有效减少LPL基因缺陷HTG-AP患者反复发作，但副作用较大；定期血浆置换和基因治疗或是有效的治疗方案，但

价格昂贵且医疗资源相对紧缺。

对于继发性的HTG诱发HTG-AP患者，首先应控制原发疾病，同时使用非诺贝特作为一线用药，联合运动、低碳水化合物低脂饮食等，显著降低甘油三酯水平并有效减少HTG-AP的复发。针对HTG-AP的特殊患病人群（孕妇等），推荐使用 ω 脂肪酸（最低1 g/d，3~4 g/d最佳）。

（下转第17版）