

## 美新版急性胰腺炎的初期管理指南解读

推荐 24 h 内可耐受的情况下早期进食,而非禁食

▲南京总医院 叶博 李维勤



李维勤 教授

近日, Gastroenterology 杂志发表了美国急性胰腺炎初期管理的指南,该指南主要讨论急性胰腺炎(入院 48~72 h 内)的初期管理。(Gastroenterol.2018;154:1096)

关注急性胰腺炎初期,主要是因为这一阶段的临床决策会影响疾病的进程和住院时间。近百年来,急性胰腺炎

的管理进展缓慢。然而,新出现的证据又对急性胰腺炎长期以来使用的管理方法提出了质疑,包括抗菌药的益处、营养支持的时机和方式、内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)和胆囊切除术的时机和应用。因此,该指南尝试去评估这些证据以及其他一些胰腺炎管理存在的疑问。

亮点一：急性胰腺炎患者可耐受下  
推荐早期进食

该指南引起关注最大的应该是急性胰腺炎患者可以耐受的情况下推荐早期经口饮食,这与传统理论差别甚大。急性胰腺炎管理传统认为应该“肠道休息”,以避免进一步刺

激受损的胰腺。然而,近期有证据显示了早期喂养的益处。

早期营养被认为可以保护肠道—黏膜屏障,减少细菌易位,因此可以降低胰腺感染、胰周坏死以及其他急性胰腺炎并发症的风险。结合 11 项 RCT 研究显示,早期营养和延迟营养对于改善病死率方面并没有差异。然而,延迟营养和早期营养组相比,胰腺坏死需要干预的风险增加了 2.5 倍(OR=2.47),同时发现感染性胰周坏死(OR=2.9),多器官功能衰竭(OR=2.00),总体坏死性胰腺炎(OR=1.84)的发生率增加。

基于以上研究,美国胃肠病协会(AGA)推荐早期(24 h 内)经口进食而不是让患者禁食。技术评论中没有明确饮食类型,早期使用各种类型的饮食喂养都有成功案例,如低脂、正常脂含量、软食或固体食物等,因此并不要求早期一定要流质饮食。同时,专家组也发现,由于疼痛、呕吐、肠梗阻等

原因,早期喂养并不适合全部急性胰腺炎患者,有些人可能需要延迟到 24 h 以后。另外,有些不能耐受经口喂养的患者,需要进行肠道置管进行营养支持。对于急性胰腺炎患者,应该避免常规或经验性禁食,而去尝试经口进食。

既往美国胃肠病学院(ACG)、欧洲临床营养和代谢学会(ESPEN)的指南推荐,对于轻型急性胰腺炎患者腹痛症状好转时经口进食。其实这次指南推荐经口饮食是针对可以耐受的患者,总体来说能够耐受经口饮食的患者绝大部分都是轻型急性胰腺炎腹痛症状好转的患者,实际上应该是同一类型的患者。

同时对于预测为重症急性胰腺炎以及坏死性胰腺炎患者,需要肠内置管营养支持的患者,建议经鼻胃管或鼻肠管皆可,这与既往指南也是一致的。总的来说,营养时机宜早不宜迟,可以经口饮食的经口饮食,不能经口的肠内营养,经鼻胃管和鼻肠管二者皆可。

## 结语

我们在急性胰腺炎的初期管理方面仍有很多未知,该指南对于急性胰腺炎初始管理的大部分的问题给予了比较明确的推荐,但很多未知的问题需要进一步大规模的 RCT 研究确定。

例如,我们需要更多的证据去确定急性胰腺炎液体治疗的最佳方法,从而更好地量化目标导向治疗和其他方法的优缺点。现有证据并没能确定乳酸林格氏液和生理盐水哪一个更能改善临床预后,比如器官衰竭、胰腺坏死、死亡率等,未来将会有更多的 RCT 研究在这方面给出指导意见。另外,我们需要更多高质量多中心的 RCT 研究来确定预防性使用抗菌药是否会对预测有重症或坏死性胰腺炎的患者有效。对于预测可能有重症胆源性胰腺炎伴有持续性胆道梗阻的患者,ERCP 的最佳时机也需要在进一步的研究中探讨。此外,未来也需要有更多的研究去关注戒烟、戒酒对于一些临床终点的影响,如急性胰腺炎反复发作、AP 转化为慢性胰腺炎或胰腺癌、生活质量、医疗资源利用、死亡率等。

## AGA SECTION

American Gastroenterological Association Institute Guideline  
on Initial Management of Acute PancreatitisSeth D. Crockett,<sup>1</sup> Sachin Wani,<sup>2</sup> Timothy B. Gardner,<sup>3</sup> Yngve Falck-Ytter,<sup>4,5</sup> and Alan N. Barkun<sup>6</sup>; on behalf of American Gastroenterological Association Institute Clinical Guidelines Committee

<sup>1</sup>Division of Gastroenterology and Hepatology, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina; <sup>2</sup>Division of Gastroenterology and Hepatology, University of Colorado, Anschutz Medical Campus, Aurora, Colorado; <sup>3</sup>Section of Gastroenterology and Hepatology, Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Lebanon, New Hampshire; <sup>4</sup>Division of Gastroenterology, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio; <sup>5</sup>Louis Stokes VA Medical Center, Cleveland, Ohio; and <sup>6</sup>Division of Gastroenterology, McGill University, Montréal, Québec, Canada

This document presents the official recommendations of the American Gastroenterological Association (AGA) on the initial management of acute pancreatitis (AP). The guideline was developed by the AGA's Clinical Practice Guideline Committee and approved by the AGA Governing Board. It is accompanied by a technical review that is a compilation of the clinical evidence from which these recommendations were formulated.<sup>1</sup>

AP is an inflammatory condition of the pancreas that can cause local injury, systemic inflammatory response syndrome, and organ failure. Worldwide, AP is a common gastrointestinal condition that is associated with substantial suffering, morbidity, and cost to the health care system. In the United States, AP is a leading cause of inpatient care

recommendations in this guideline. There are 2 overlapping phases of AP, early and late. The early phase of AP takes place in the first 2 weeks after disease onset, and the late phase can last weeks to months thereafter.<sup>2</sup>

In this guideline, we address the initial management of AP within the first 48–72 hours of admission. We focus on the initial management of AP, as this is the period when management decisions can alter the course of disease and duration of hospitalization. The management of AP has evolved slowly during the preceding 100 years. However, emerging evidence challenges many of the long-held management paradigms in AP regarding the benefit of antibiotics, the timing and mode of nutritional support, and the utility and timing of endoscopic retrograde cholangiopancreatography

亮点二：轻型胆源性胰腺炎  
可早期行胆囊切除

另一个关注度较大的是胆源性胰腺炎患者胆囊切除时机问题。胆囊切除术可有效防止胆源性胰腺炎的复发。然而,胆囊切除术时机仍存在很大争议。建议早期干预的主要原因是未做胆囊切除术的胆源性胰腺炎患者离院后胆管炎复发风险明显增高;而建议推迟胆囊切除术的人认为过了急性胰腺炎急性炎症期再行手术更安全,手术预后更好。

一项证据质量为中等的 RCT 研究发现,对于疑有胆源性胰腺炎的患者,初次入院就行胆囊切除术可明显降低患者的病死率和胆石症相关并发症(OR=0.24)、胰腺炎复发再入院率(OR=0.25),及胰腺胆管相关并发症(OR=0.24)。入院即胆囊切除与延迟胆囊切除相比,腹腔镜转开腹率或手术难度并无差异。基于证据质量及早期手术

可能存在的优势,AGA 强烈推荐该建议。

这与既往的指南还是有区别的。ACG、英国胃肠病学会(BSG)推荐,对于轻型急性胰腺炎患者出院前行腹腔镜下胆囊切除术,认为可以预防 AP 复发。而日本的指南推荐胆囊结石的患者,如果 ERCP 胆总管引流成功,可延期行胆囊切除术,因为在 SAP 患者中,早期手术与延期手术比,并发症发生率更高(30.1%与 5.1%),死亡率更高(15.1%与 2.4%)。

笔者通过查阅引用文章发现,AGA 指南引用的 RCT 研究纳入的患者是轻型胆源性胰腺炎患者,入选患者 CRP <100 mg/L,无需使用镇痛药物,可正常经口饮食。因此,需要明确这项推荐是针对轻型胆源性胰腺炎患者,对于重症胆源性胰腺炎患者,还需进一步高质量的研究。

笔者也将此指南与既往 AGA、ACG、IPA、BSG 和 JPN 关于 AP 的指南进行比较与分析。强烈推荐是指绝大多数患者应该接受指南的推荐方案,不太可能需要正式的辅助决策来帮助患者做出符合他们价值观和偏好的决策。有条件推荐是指不同的患者适合不同的选择,辅助决策可能有助于帮助患者做出符合他们价值观和偏好的决策,临床医生应该花更多的时间与患者沟通以便做出更好的决策。本文将就该指南专家推荐程度的不同分为两大类,强烈推荐和有条件推荐两类。

强烈推荐的有以下四点:

- 1、对于急性胰腺炎患者,推荐可以耐受的情况下进行早期(24 h 内)经口进食而不是让患者禁食。
- 2、对于无法经口进食的急性胰腺炎患者,推荐使用肠内营养而不是肠外营养。
- 3、对于急性胆源性胰腺炎患者,推荐在患者初次入院后就进行胆囊切除术而不是出院后。
- 4、对于急性酒精性胰腺炎,AGA 推荐在入院期间进行简要的饮食干预。

有条件的推荐有以下四点:

- 1、对于急性胰腺炎患者,建议使用目标导向治疗来进行液体管理,液体复苏时不要使用羟乙基淀粉(HES)。
- 2、对于预测为重症急性胰腺炎或坏死性胰腺炎的患者,建议不预防性使用抗菌药。
- 3、对于没有胆管炎表现的急性胆源性胰腺炎,建议不用常规使用急诊 ERCP。
- 4、对于预测可能为重症或坏死性胰腺炎,需要肠内置管营养支持的患者,建议经鼻胃管或鼻肠管皆可。