

第七届全国重症急性胰腺炎专题研讨会在南京召开

共享 创新

全球首个重症胰腺炎共享数据平台启动

▲《医师报》融媒体记者 袁佳



“11月24日，由中国人民解放军东部战区总医院、南京大学医学院、中国研究型医院学会、中国医师协会胰腺病分会等主办的第七届全国重症急性胰腺炎专题研讨会在南京开幕。会议以“多学科、协作、创新”为主题，应对重症胰腺炎多模式转化，多学科治疗的方向。

会议播放了“70周年风雨医学路”的视频，向中国人民解放军东部战区总医院黎介寿院士从医70载致敬，两位小天使为黎介寿院士献花，全场人员自发起立鼓掌祝福。

开幕式上黎介寿院士，东部战区总医院苏皖院长，中国研究型医院学会副会长及秘书长刘希华，大会执行主席、东部战区总医院李维勤教授等共同启动了全球首个重症胰腺炎共享数据平台——www.ap-database.com。

李维勤教授表示，本平台将首批发布2000例急性胰腺炎患者的诊疗资料，包括病理报告表、检验资料、影像图片等多元异构数据，期待它成为一个公共的、多中心的、跨国际的急性胰腺炎数据共享平台。

主题报告

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

黎介寿 控制感染是治疗 SAP 重中之重

中国人民解放军东部战区总医院黎介寿院士梳理了从1978年至今的重症急性胰腺炎(SAP)治疗进展，并以东部战区总医院(原南京军区总医院)1997年重症急性胰腺炎治疗中心成立至今收治的4600余例胰腺炎患者的大量临床数据为依据，分析了重症胰腺炎的就诊率、住院天数、平均住院费用、病死率等方面的变化。

他表示，治疗SAP的关键核心是早期预防感染，后期有效控制感染。治疗原则是控制损伤原则，即在治疗过程中注意维护患者的器官功能，尽量减少对患者生理的扰乱，有限采取新技术、非手术治疗和微创治疗，当非手术治疗不足以维持生命体征和器官功能稳定时，继用手术治疗。

黎院士介绍了目前SAP的治疗仍存在的一些难点问题：

SAP病理生理改变了
解不确切 早期的急性胰

腺炎可以是一种自限性疾病，也可以发展为脓毒症、多器官功能衰竭(MODS)，甚至死亡，其疾病进程、病理生理变化仍不明确。

如何预防感染 对于早期预防感染，感染来源胰腺坏死、外源性、肠源性等，何时预防、如何预防，尚不明确。黎院士分析了35例SAP患者结肠黏膜病变与血培养、胰周感染的相关性研究，初步证实结肠黏膜病变与血培养、胰周感染有关。

MODS治疗 人工器官支持为主，包括ECMO、CRRT、黄疸吸附治疗、PN+EN。

脓肿坏死组织清除 20世纪90年代后，我国开始应用SAP坏死感染微创引流技术。目前建立的微创引流技术路径包括：穿刺引流→经皮置管负压冲洗引流→内镜下坏死组织清除术→剖腹手术引流。

门脉系统炎症与栓塞 随着对SAP研究的深入，除了肠瘘，有了更多并发

症的研究。据2012-2015年黎院士中心收治的979例SAP患者显示，门脉系统炎症与栓塞占16.2%，存在门脉系统炎症与栓塞的患者中，84.9%的患者存在胰腺实质坏死。静脉栓塞可导致腹水、出血、肝功损害等并发症，抗凝治疗后即可获得较好的再通率。

SAP并发腹腔出血 SAP炎症、损伤门脉高压、假性动脉瘤可导致并发腹腔出血，发生率为22.5%，出血患者死亡率34%。治疗方法包括DSA、剖腹止血、填塞(三明治填塞法)。

SAP并发胃肠道瘘 处理方法包括：负压引流、内镜下钳夹、硅胶片内堵、近端造口旷置瘘、确定性手术。

营养支持 由于SAP患者病程长、高消耗、大量蛋白质丢失，需进行营养支持。

黎院士表示，SAP的治疗，难点虽多，但只要同道共同努力，加强多学科合作，解决大有希望！

海外视角

Santhi Vege
急性胰腺炎治疗药物研究较匮乏

国际胰腺病学学会前任主席、美国消化病协会胰腺病分会主席 Santhi Vege 教授指出，急性胰腺炎(AP)药物RCT研究进展缓慢，在美国几十年来仅2个完成的AP药物RCT研究，具有阳性结果的研究更是少之又少。

Vege教授表示，造成这一现象的原因包括：动物模型可能不能反映人体的环境；治疗时机窗窄，为诊断后的最初几小时；需多种药物作用于多个机制；难以早期确定患者；具有容量和专业知识

的中心数量有限；费力，从动物模型筛选到可应用不足1%的比例，再到可上市又仅10%~15%；经费投入不足。

Vege教授表示，实施好药物临床研究，可在筛选药物时选择简单、便宜、安全、方便给与的药物；因为没有好的标志物，可入组所有AP患者；选用多种药物；早期治疗；结局判断除临床结局，加入患者报告、生命周期、生活质量等。迫切需要发展专业知识，实施好的临床试验。

John Windsor
液体复苏不仅仅是容量和速度

新西兰奥克兰大学外科学 John Windsor 教授介绍，“液体治疗”可预防低血容量和器官低灌注，是AP早期治疗的重要措施之一。液体复苏目标在于如何更好地评估液体反应性。研究发现，早期液体复苏，患者严重程度可能变轻也有可能加重，激进性补液会导致大量患者不必要的死亡，需要更高级别的证据支持。

Windsor教授介绍了液体复苏未来的方向。包括决定个体患者是否需要额外液体复苏的“器官

特异性标志物”；早期复苏完成后，后期的复苏策略；明确和改善线粒体功能问题所致“细胞病理学缺氧”等。

Windsor教授表示，除容量外，应关注更广泛的治疗策略。每搏输出量变异性指导精准早期液体替代治疗。早期选择性血管收缩药物的使用可避免过度液体输注。抗坏血酸与连接蛋白阻断可减少毛细血管渗漏、组织水肿与功能障碍。减少水肿与靶向处理心脏抑制因素可减轻心功能不全。

Vikesh Singh
阶梯式治疗急性坏死性胰腺炎

约翰·霍普金斯大学附院胰腺炎科主任 Vikesh Singh 教授介绍，急性坏死性胰腺炎经过4周的坏死积聚就会演变成包裹性坏死。与开腹坏死组织清除术相比，阶梯式治疗坏死性胰腺炎在短期和长期结果均更优。64%感染性坏死胰腺炎患者可进行保守治疗，抗菌药和(或)经皮穿刺引流。

对于坏死组织清除，内镜和外科手术的临床表现相似，但内镜组的并发症发生率、花费、较低，

生活质量更高。当大范围的积液蔓延到结肠旁沟需要双模引流。

急性坏死性胰腺炎的并发症，包括胰管泄漏或胰管断裂、离断综合征、胰瘘等。Singh教授表示，单独胰腺括约肌切开术不能治疗胰瘘，经十二指肠乳头桥接胰管支架是治疗胰瘘/断裂做有效的方法。50%坏死性胰腺炎患者由于中央腺体坏死发生导管离断综合征，考虑将塑料双猪尾巴支架无限期留在原位，防止复发。

(下转第17版)