

第九届全国重症急性胰腺炎专题研讨会在南京召开 强化胰腺炎临床科研 提升救治水平

本报讯（融媒体记者 袁佳）重症急性胰腺炎（SAP）是临床上最凶险的疾病之一。近年来，虽然 SAP 的诊疗理念和临床实践发生了深刻的变化，但在许多细节问题上还需要进一步优化和深化。

12月5日，第九届全国重症急性胰腺炎专题研讨会在南京召开。黎介寿院士、赵玉沛院士、李兆申院士在线上为大会做了开幕致辞。国内胰腺炎相关领域专家齐聚一堂就胰腺炎诊疗进展和热点话题的精彩讲座。

胰腺炎相关临床研究以及医学临床研究是大会的热点之一。王辰院士莅临大会现场，就中国医生的临床研究之路做了指导性的发言。大会主席李维勤教授就胰腺炎相关基础和临床研究的最新进展进行了介绍。开幕式同时启动南京大学临床研究基金，并表彰了2020年中国急性胰腺炎临床研究小组（CAPCTG）临床研究杰出单位。



▲临床研究杰出单位颁奖



大会现场

临床研究是医生的天职天命



王辰 院士

医生要不要做研究似乎一直是个有争议的话题。中国医学科学院北京协和医学院院校长王辰院士指出，在做研究的事情上，不同单位有不同的要求。对协和医学院来说，因为培养的是领军人才，而领军人才必然要有知识创造能力，创造知识的过程就需要研究，所以一定要有做研究基本的素养和能力。

那么基层医生和乡村医生要不要做研究？王辰院士认为是要的。研究并不一定就是发在SCI上规范的论文，每位患者都是一个新病例，每个病例的特点

都不一样，寻找规律，写成简单的体会记在本子上或记在心里，这便是粗浅的、质朴的研究。所谓对规律的探究就是研究的过程。“因此，村医也要做研究，哪怕是质朴的研究。没有医生说我只是照本宣科的一位工匠，即便工匠实际上也是要琢磨的，而医学绝不仅仅是工匠，医学必须基于现代自然科学的知识和技能、社会科学的知识和人文的素养的基础之上才能成为医学。”

如果想更高层次，把规律揭示得更深刻，就要讲究一些方法，努力把这质朴的研究变成讲究方法学的研究。“我认为，临床研究是医生的天职天命。因为最主要的医学规律是在临床总结基础上的，医生如果不琢磨医学规律，整个医学界就无以进展。这就是为什么要做研究，特别是临床研究，医生可以不做实验室的研究，但临床研究是一定要做的。”

胰腺炎诊疗期待大样本多中心临床研究



李维勤 教授

东部战区总医院重症医学科李维勤教授介绍了SAP最新研究进展并分享自己对相应研究的思考。近年来研究热点主要集中于细胞内反应和细胞外炎症通路激活。细胞内反应体现在内质网应激，其中Ca²⁺信号的激活调节，蛋白质合成、折叠、分泌，及自噬相关蛋白对胰腺炎发生发展起重要作用。此外，跨膜水通道和囊性纤维化跨膜调节器通道相关障碍导致导管内分泌停滞，使导管内酶原过早激活，腺泡细胞损伤与死亡。

上述假说都被学者认为是急性胰腺炎（AP）发生的早期

事件，细胞外炎症通路激活则被认为是AP进展的中晚期事件。而高迁移率蛋白B1、干扰素基因刺激蛋白（STING）及不饱和脂肪酸等介质在胰腺局部释放并引起全身性损伤是近年来SAP炎症反应—脏器损伤机理研究的重点。

李教授表示，虽然近年来机制上有很多进展，但发病机制并没有完全阐明，没有找到针对性的药物，很多在动物研究发现有效的治疗在临床上都没有得到验证，因此研究胰腺炎的动物模型需要改进，结合临床样本、临床数据和病例的研究，可能更好地阐明机制。

目前临床上有急性胰腺炎的处理流程，但缺乏明确的证据。主要原因是整体病例太少，目前急性胰腺炎治疗的标志性RCT研究样本量都不足300例。亟需建立多学科、多中心RCT研究平台。

三大胰腺疾病的研究热点与难点



李兆申 院士

“胰腺解剖位置隐匿，毗邻结构复杂，兼具内外分泌重要生理功能，胰腺功能复杂，几乎无法替代，胰腺发生疾病时往往涉及多学科，治疗上也存在诸多难点。”上海长海医院消化内科、上海市胰腺疾病研究所李兆申院

士介绍，胰腺癌（PC）、AP、慢性胰腺炎（CP）最为常见、病因相近、相互关联，被称为“三大胰腺疾病”。

AP分为轻症、中度重症和重症。SAP的关键难题是重症机制不明、并发症多、救治难度大、技术少、欠规范。坏死性胰腺炎目前推荐内镜下经自然腔道引流和经皮置管引流。手术适应证包括难治性筋膜室综合征、内脏穿孔、缺血性肠病、升阶梯治疗失败。把握手术时机是临床实践的难点。

CP特征为胰腺组织进行性纤维化，目前尚无控制和逆转纤

维化有效方法。临床治疗主要目标是降低腹痛发作频率和程度，延缓胰腺内外分泌功能减退，提高患者生活质量。

PC发病率逐年增高，早诊率<5%，90%发现时为中晚期，平均生存期4~6个月。早诊早治仍是亟待解决的临床难题。目前诊断新技术有EUS+散射分光镜技术、液体活检、高通量测序。手术治疗仍是治愈PC的唯一方式，微创手术是胰腺癌治疗的新趋势。早期临界可切除胰腺癌建议行新辅助化疗，晚期胰腺癌靶向治疗的临床试验仍未有突破性进展。

“跨阶梯”策略是坏死性胰腺炎个体化治疗模式的进步



苗毅 教授

既往研究显示，对于感染坏死性胰腺炎（INP），与开放手术相比，Step-Up策略可降低主要并发症、切口疝、内外分泌功能不全等的发生率。但Step-Up策略治疗失败时有发生，手

术干预时机是临床实践的难点。南京医科大学第一附属医院胰腺中心、南京医科大学胰腺研究所所长苗毅教授提出“跨阶梯”（Step-Jump）策略是坏死性胰腺炎个体化治疗模式的进步，对部分患者，及时有效的“跨阶梯”外科干预是改善预后的关键。

苗教授表示，根据坏死组织解剖部位与成分将脓肿分类，有助于临床精准治疗。中央型采用经腹清创，侧方型采用经腰部腹膜后小切口清创/MARP，混合型（中央+侧方）采用三切口清创。

根据坏死组织成分，固体/半固体为主的“干性”坏死主要采取小切口/开腹清创；液化性坏死和脓液等“湿性”坏死的主要治疗方式是PCD/MARP/内镜引流。

苗教授团队建立了外科干预临床预测模型，包括固态坏死物体积（≥200 ml/≥400 ml影像学，3/5分）、腹腔出血后的巨大血肿（2分）、INP引起的脓毒症（2分）、虽经ICU治疗病情仍迅速恶化（≥2器官功能衰竭，2分）、其他危险因素（男性，1分），以上≥5分即进行手术干预。

探索高效优质的胰腺炎MDT诊治与全程管理模式



吕农华 教授

南昌大学第一附属医院消化内科吕农华教授表示，SAP治疗理念和模式都发生了改变。2015年，中国医师协会胰腺病学专委会组织相关领域专家制定

了我国首部急性胰腺炎MDT共识，对AP的救治开展多学科指导，提升救治成功率。共识分别从AP轻症、中度重症、重症和后期并发症处理指导MDT分类管理。

吕教授介绍了团队在MDT管理实践的经验体会，提出SAP有两个死亡高峰，早期器官衰竭和后期感染性胰腺坏死致出血、肠瘘等并发症，而良好的MDT管理对患者的救治起到了切实有效的作用。

南昌大学第一附属医院AP的MDT协作模式是以消化科为主导，多学科协作、一体化、全程管理的诊治模式。胰腺中心诊疗特色为重视SAP早期的处理，内镜介入微创治疗，并制定了中心自己的AP诊疗流程和技术规范和随访流程。

吕教授表示，MDT合作模式取决于各家医院的发展和历史。各种治疗措施的选择首先取决于患者的具体病情，再根据MDT的技术特长与优势。