

2021 版急性胆道系统感染诊疗指南发布 规范急性胆道系统感染诊疗

医师报讯(融媒体记者 蔡增蕊)急性胆道系统感染主要包括急性胆囊炎和急性胆管炎。流行病学调查结果显示,10%~15%的人群患有胆道结石,其中1%~3%每年发生急性胆囊炎或急性胆管炎。如未及时治疗易导致感染加重,甚至发展为脓毒血症、感染性休克或多器官功能衰竭,并危及生命。

近年来,随着抗菌药物的广泛使用,细菌耐药性逐渐增加,多重耐药菌的检出率不断升高,急性胆道感染的诊治日趋复杂。为进一步规范急性胆道系统感染的诊疗,在北京协和医院赵玉沛院士、上海交通大学医学院附属新华医院全志伟教授的牵头下,中华医学会外科学分会胆道外科学组更新并发布《急性胆道系统感染的诊断和治疗指南(2021版)》。(中华外科杂志.2021;6:422)

急性胆囊炎

建议 1 肌酐 $>176.8 \mu\text{mol/L}$ 、凝血酶原时间-国际标准化比值 >1.5 及血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 时,需结合患者病史,排除肾功能不全、肝硬化、凝血功能障碍等疾病后,方能正确分级。当急性胆囊炎患者合并肾功能不全、肝硬化和凝血障碍时,建议多学科协作治疗。

建议 2 评估胆囊炎严重程度的同时亦需评估患者的全身状况和合并症,可以采用美国麻醉师协会的患者体质分级标准联合年龄校正 Charlson 合并症指数共同评估。

建议 3 抗菌药物和全身支持治疗无效时,需及时行胆囊引流同时行胆汁培养。1~3 个月后再次评估患者全身状况和胆囊炎症情况,符合手术条件者适时进行胆囊切除术。

建议 4 在手术时间长、患者全身情况不稳定、术中解剖困难或胆管损伤风险较高的情况下,需果断中转开腹。

建议 5 对于胆囊萎缩、胆囊壁不规则增厚、胆囊黏膜有可疑占位性病变的患者,术中应送快速冰冻病理学检查,以免漏诊胆囊癌。

急性胆管炎

建议 6 腹部 CT 检查能诊断胆管阳性结石,灵敏度较高,可以清楚地显示胆管扩张,且有助于判断胆管狭窄的原因,推荐作为急性胆管炎的首选影像学检查。

建议 7 磁共振胰胆管成像可以清晰显示胆管扩张,对恶性肿瘤或胆管结石引起的胆道梗阻成像清晰,可以作为腹部超声或 CT 检查诊断困难时的替代选择。

建议 8 急性胆管炎患

者应首先评估严重程度。胆道引流时机取决于病情严重程度,判断是否需要胆道引流,同时行积极的抗菌药物治疗及全身支持治疗。

建议 9 内镜下胆道引流包括内镜下胆道支架内引流术和内镜下鼻胆管引流术,可以作为多数急性胆管炎胆道引流的首选方式。内镜下胆道引流可以选择留置鼻胆管或支架置入,应该谨慎选择行内镜十二指肠乳头括约肌切开术。

建议 10 经皮肝穿胆道引流术(PTCD)可以作为急性胆管炎无法行内镜下胆道引流时的替代方案,建议作为肝门部以上胆道梗阻进行胆道引流的首选方式。

建议 11 外科手术胆道引流可以作为无条件行内镜下胆道引流术及 PTCD 时的选择,强调缩短手术时间、尽早解除

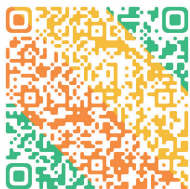
梗阻的重要性。

急性胆道感染抗菌治疗

建议 12 血培养或胆汁培养应尽量在抗菌药物应用前完成,否则可能导致培养结果假阴性。

建议 13 选择用于治疗急性胆道感染的抗菌药物时,应结合患者的实际情况,尽可能将影响药效的因素考虑周全。

该指南指出,急性胆道系统感染的治疗应综合外科干预、抗菌药物治疗和全身管理,在专科医师主导下,采取合理诊疗措施,准确把握手术方式和时机,规范使用抗菌药物,使患者获得最佳治疗效果。



扫一扫
 关联阅读全文

2021 版原发性胆汁性胆管炎诊疗规范发布 三大要点 彰显规范与时俱进

近日,中华医学会风湿病学分会主任委员、北京协和医院赵岩教授牵头,撰写并发布了《原发性胆汁性胆管炎诊疗规范(2021)》。(中华内科杂志.2021;8:709)

原发性胆汁性胆管炎(PBC)是一种全球性疾病,女性患病数约为男性10倍。PBC在我国并非罕见,2010年我国PBC流行病学研究报道,其患病率为49.2/10万,其中40岁以上女性的患病率为155.8/10万。随着对PBC的认识及临床诊断水平的提高,我国PBC患病率呈上升趋势。目前,PBC的临床药物治疗仍以熊去氧胆酸(UDCA)为主,对UDCA治疗反应欠佳者,

二线治疗可选择的有效药物较少,预后较差。

PBC曾被称为原发性胆汁性肝硬化,是一种以肝脏为主要靶器官的慢性进展性自身免疫性胆汁淤积性疾病,主要病理改变为肝内小胆管非化脓性炎症,最终导致肝纤维化及肝硬化。PBC主要发病人群为中老年女性,主要由遗传、环境等因素所致,发病机制不明,临床表现隐匿,部分患者发现时已出现肝硬化。近年来,随着对疾病认识的提高,越来越多的早期患者被诊断,这些患者的肝脏病理尚处于小胆管炎症状态,治疗反应相对较好,故将原名中的“肝硬化”更改为“胆管炎”。

原发性胆汁性胆管炎诊疗三大要点

第一,作为一种主要破坏小胆管上皮细胞的慢性自身免疫性肝病,PBC多发于中年女性,起病隐匿,主要表现为乏力、瘙痒和血碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转肽酶等生化指标升高,有抗线粒体抗体(AMA)/AMA-M2、抗sp100抗体、抗gp210抗体等自身抗体阳性;抗体阴性者需肝穿刺活组织病理检查协助诊断。

第二,UDCA $13\sim15 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 是治疗PBC的一线选择,如患者对UDCA治疗反应欠佳,推荐奥贝胆酸或苯扎贝特,但目前上述药物存在国内获得困难等问题,需与患者提前说明,目前暂缺少其他明确有效的二线药物;如患者对UDCA治疗反应良好,则建议维持用药,不建议停药。

第三,对PBC患者应长期随访,进行多方面的评估和管理。未合并门静脉高压的UDCA治疗反应良好者预后较好,UDCA治疗反应不佳或合并其他重要脏器受累的结缔组织病等的患者,预后可能较差。

“热兵器”时代 大数据助推直肠癌腹腔镜微创外科手术发展



姚宏伟教授

医师报讯(融媒体记者 蔡增蕊)1991年,腹腔镜正式进入中国,经过30年创新发展,腹腔镜在我国也进入“而立之年”,现已广泛应用于临床一线。本报记者专访首都医科大学附属北京友谊医院胃肠外科主任姚宏伟教授,分享我国结直肠癌腹腔镜微创外科诊疗的进步与发展。

“如果说传统的刀剪钳镊等手术工具是‘冷兵器’,如今应用的高清腹腔镜、手术能量器械等集成设备则是‘热兵器’。”姚教授指出,高清腹腔镜等医学成像设备的不断更新,显著提高了可视化程度,不仅改善了临床医生的操作体验,还使微创外科手术、精准治疗得以实现。同时,高清腹腔镜等医学成像设备的革新也让外科学术传播与交流更加广泛和便捷。

结直肠癌是中国最常见的恶性肿瘤之一,

直肠癌约占结直肠癌的50%。低位直肠癌患者的保肛手术是结直肠疾病治疗中最复杂的手术之一。近年来,经肛全直肠系膜切除术(taTME)发展成为一种针对低位和超低位直肠癌的保肛新手术。

保肛手术不仅要保留器官形态,还要尽量保全其生理功能,术中数毫米的偏差可能会对患者的生理功能造成天壤之别。对于这种“寸土寸金”的精细手术操作,姚教授指出,“4K高清腹腔镜设备、超声

能量设备和taTME技术已成为临床医生治疗患者的有力武器。”

在taTME技术应用我国的十年来,首都医科大学附属北京友谊医院团队一直致力于建立全国直肠癌taTME手术登记数据库。迄今,全国40多家研究中心已收集了近1800例患者数据。姚教授介绍,“研究数据验证了taTME手术的安全性,目前正在观察其对改善患者长期获益的有效性。”

随着越来越多的医生开始关注并应用

taTME技术,姚教授强调对这种“热情”要加以引导。为此,姚教授团队创建了“结构化培训体系”:用标准化流程演示手术操作步骤;集中讲解容易出现错误的环节;让师生在新鲜冰冻的尸体上做模拟术式的教学;及时分享最新的大数据研究成果……

姚教授介绍,“我们正在与国际研究中心合作开展COLOR III前瞻性研究,希望为taTME技术的广泛应用收集更多的循证医学证据,推动微创外科手术发展。”

消化专栏编委会

栏目总编辑: 张澍田

执行主编:

李兆申 陈旻湖

侯晓华 唐承薇

姒健敏 杨云生

袁耀宗 贾继东

李 鹏

主 编 助 理: 李 鹏

OLYMPUS