



B8

PANCRATITIS
胰腺炎专栏责任编辑：蔡增蕊
美编：蔡云龙
电话：010-58302828-6858
E-mail: ysbcaizengrui@163.com医师报
2021年9月30日

警惕 高脂血症性急性胰腺炎发病率攀升

医师报（融媒体记者 蔡增蕊）流行病学调查显示，高脂血症已超过酒精，成为急性胰腺炎的第二大病因，而高脂血症所致急性胰腺炎与甘油三酯水平显著升高密切相关，因此称其为高甘油三酯血症性急性胰腺炎（HTGAP）。《中国急性胰腺炎诊治指南（2021）》指出，与其他原因引起的急性胰腺炎相比，HTGAP的临床表现更严重。除急性胰腺炎常规治疗外，针对高脂血症性急性胰腺炎的早期治疗应包括禁食水≥24 h后的饮食调节，使用降血脂药物及其他辅助降脂手段控制血脂。

本期专栏特邀南昌大学第一附属医院消化内科主任医师祝荫教授，南京鼓楼医院消化内科主任医师刘明东教授，浙江大学医学院附属邵逸夫医院重症医学科主任医师郭丰教授，分享HTGAP诊疗策略与临床经验。

关联
阅读
全文

祝荫 多学科联合 开创特色全程管理模式



祝荫 教授

“根据我们中心的大数据资料，2005–2013年，HTGAP在急性胰腺炎患者中占比14.3%，高居第二位。2005–2020年，该比例升至24%，其中仅2020年，该占比就攀升至33.1%，可见HTGAP发病率呈增加趋势。”祝荫教授介绍，与欧美以高胆固醇血症为主不同的是，我国高甘油三酯血症患者相对较多。

我国HTGAP患者以中青年男性居多，肥胖、嗜酒、患糖尿病者为高危

人群，临床特征为高脂血症、低钠血症，疾病进展快、易重症化、易复发，患者发病年龄较轻。祝荫教授提示，“部分患者可能血淀粉酶无明显升高，但脂肪酶多数会升高。”

在治疗过程中，HTGAP患者容易发生全身炎症反应综合征和多器官衰竭。祝荫教授介绍，“我们中心的大数据研究发现，相比于其他病因导致的急性胰腺炎，HTGAP患者的胰腺坏死和器官衰竭发生率更高，平均重症监护天数和住院费用也更高，说明HTGAP患者预后更差。”

HTGAP患者临床治疗有两个关键环节：降脂治疗和急性胰腺炎综合治疗。“根据患者情况，入院后可先选择低分子肝素

等药物降脂治疗，若降脂效果不理想，可采用血液滤过等措施，早期快速降脂有助于控制病情。”祝荫教授建议，急性胰腺炎早期综合诊治措施包括病情监测与评估、早期液体复苏、早期肠内营养、器官功能维护等。

如今，多学科联合治疗重症急性胰腺炎的模式已得到国内外一致认可，并取得显著的临床效果。祝荫教授指出，从患者入院诊断到出院后康复及随访，需要消化内科、急诊科、重症医学科、感染科、营养科、影像科、胰腺外科等多学科发挥各自优势，积极协作，密切配合，共同对抗病魔。

据悉，南昌大学第一附属医院建立了胰腺疾病诊疗中心，通过开展以消

化内科为主的多学科诊疗模式，为急性胰腺炎患者提供“以消化科为主导，多学科协作的一体化全程管理”诊治模式。祝荫教授表示，“经过学科的长期积累，在多学科团队成员的紧密合作下，我们中心形成了早期内科综合治疗，后期并发症以内镜微创治疗为主的多学科治疗模式的治疗特色。”

急性胰腺炎领域有太多的未知值得深入探索。祝荫教授强调，譬如急性胰腺炎的重症化机制、HTGAP的发病机制、不同降脂方案对临床预后的影响，以及预防胰腺炎复发等方面，都需要开展进一步的基础及临床多中心研究，用研究证据指导临床实践，提高救治成功率，改善患者的长期预后。

郭丰 聚焦诊治三大难关



郭丰 教授

郭丰教授介绍，我国数家急性胰腺炎诊疗中心已将重症急性胰腺炎死亡率从以往的30%降至约5%，取得一定效果。“在交流中，我们都体会到HTGAP发病率逐年上升，而这类患者往往超重、血脂高、年龄较轻，且合并其他代谢性疾病，导致病情更严重、处理更棘手。”

临床治疗HTGAP患者的第一道难关是明确诊断。郭丰教授提示，HTGAP的病因不一定只是高脂血症，还可能由混合性因素导致，而这类患者的治疗难度更大。

第二道难关是对症治疗。“目前，是否需要降脂干预仍存在争议。”郭丰教授指出，对于重症胰腺炎患者，由于不能进食，治疗期间血脂一般都会降下来。此外，还可以采用液体复苏、血浆置换、药物治疗（低分子肝素、胰岛素）等方式降脂，不同方式在侵入程度、降脂速度和医疗费用等方面存在差异。

迄今，仍缺乏大型多中心研究证明哪种降脂方案最适宜。郭丰教授介绍，“我们中心近年来的研究发现，血脂越高的急性胰腺炎患者，重症化风险越大；采用血浆置换等方式降脂，虽然降脂速度很快，但并没有降低住院时间或死亡率，反而增加了医疗费用。单中心回顾性研究受患者数量限制，

患者分层不足，仍需开展进一步研究，探索不同类型的患者最适合的降脂治疗策略。”

第三道难关是HTGAP患者康复后易复发，且疾病复发往往一次比一次重，治疗难度越来越大。郭丰教授指出，“康复患者需要注意控制血糖和改善生活习惯，因此对患者进行长期管理十分重要。”

由于重症急性胰腺炎进展很快，病情变化难以预判，且需要根据患者情况进行个体化治疗，因此需要开展多学科协作诊疗模式。郭丰教授指出，“患者病情复杂多变，而临床医生在治疗中不能出错，否则就会前功尽弃，因此既要有紧密团结的多学科团队，也要具有一定的病例积累，循序渐进地建立重症急性胰腺炎多学科诊疗模式。”

对于近年来发布的HTGAP、重症急性胰腺炎诊治指南或专家共识，郭丰教授提示，“指南或共识虽然提供了答案，但如果临床医生没有处理过类似情况，仍然难以及时做出判断。”因此，需要通过实践锻炼一支经验丰富的团队，同时也要通过与其他中心交流学习不断提高。

据悉，浙江大学医学院附属邵逸夫医院已牵头成立了“腹腔感染和重症急性胰腺炎诊治联盟”，联合全国核心急性胰腺炎救治中心，通过开展规范化临床、科研培训，帮助基层医疗单位等联盟成员推进学科亚专业建设，提高规范化诊疗水平，组织多中心研究，以深入探索重症急性胰腺炎的发病机制与救治策略。

刘明东 早筛与随访双管齐下 多学科协作贯穿始终



刘明东 教授

治疗。刘明东教授强调，由于高脂血症容易导致脏器功能损伤和感染，因此在治疗中应关注患者的液体情况，并将营养治疗贯穿始终。“在营养治疗中，建议选择低脂营养餐，并监测血糖水平，最好控制在6.1~8.3 mmol/L。”

目前，我国尚未发布HTGAP诊治指南，临床实践往往参照其他指南中HTGAP相关章节。这导致我国不同地区、医院，甚至不同科室在诊疗时标准不统一，而这也是HTGAP诊疗的难点之一。

急性胰腺炎强调进行多学科诊疗。急诊科接诊后进行早期诊断，重症医学科开展液体复苏与脏器功能维护等抢救措施，消化内科开展介入治疗，营养科对患者进行营养管理等，多学科协作贯穿急性胰腺炎诊疗始终。刘明东

在HTGAP发病机制方面，目前主要有游离脂肪酸学说、胰腺微循环障碍学说、蛋白激酶C活化学说、炎症因子学说等，临床广泛接受游离脂肪酸学说。

刘明东教授介绍，HTGAP患者临床特征主要包括甘油三酯水平显著升高（一般超过11.3 mmol/L）；血淀粉酶升高可能未达到正常上限3倍以上；常见伴发糖尿病、肥胖；有重症化趋势；复发率较高；患者发病年龄偏小；病程具有隐匿性等。

由于HTGAP患者常伴发糖尿病、肥胖，而高血糖状态是胰腺感染的风险因素，因此在轻症早期易引发炎症风暴，进而导致多器官功能损害，加重病情进展，在后期更易引发感染，导致胰腺局部并发症，需要微创甚至开腹

胰腺炎专栏编委会

名誉主编：李兆申

主 编：张太平 吕农华

轮值主编（按拼音排序）：

杜奕奇 李维勤 毛恩强

孙 备 张筱凤 祝 荫

编 委（按拼音排序）：

冯全新 傅水桥 何天霖

何文华 黄永辉 黄中伟

金晓东 李宏宇 李兆滔

刘 杰 刘明东 卢 王

马洪生 仇毓东 曲 波

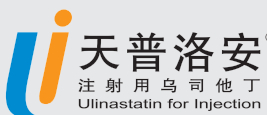
沙卫红 宋正己 孙 昀

童智慧 王 刚 王红飞

吴 东 吴 刚 吴文广

曾彦博 张贤彬 郑忠青

智屹惠 钟 娃

听医生说话 为医生说话
说医生的话 做医生的贴心人

医师自己的报纸！