



医师报
2021年11月25日

责任编辑：贾薇薇
美编：蔡云龙
电话：010-58302828-6857
E-mail: ysjiaaweiwei@163.com

PANCRATITIS 胰腺炎专栏

B3

遏住重症急性胰腺炎两个“死亡高峰”

医师报讯（融媒体记者 蔡增蕊）急性胰腺炎是消化系统最常见的重症疾病。近年来，急性胰腺炎的发病率和病死率居高不下。在急性胰腺炎治疗中，早期的规范化诊治对改善患者预后至关重要，多学科诊疗模式亦发挥着愈加重要的作用。

研究显示，急性胰腺炎患者中约 15% 会进展为重症急性胰腺炎（SAP）。这种临床上常见的急腹症，不仅起病急、进展快、临床病理变化复杂，而且在早期即可发生全身炎症反应综合征、多器官功能障碍综合征等，病死率高达 20%~30%。

为提高 SAP 规范化诊治水平，本报记者专访哈尔滨医科大学附属第一医院胰胆外科王刚教授、安徽医科大学第二附属医院重症医学科孙昀教授，分享临床诊疗经验与学科建设思考。

孙昀 多学科协作提高诊疗水平



饮食习惯和生活方式等的变化不仅导致了疾病流行病学特点的改变，还是导致急性胰腺炎患者病情反复发作的主要诱因之一，而当疾病进展至重症急性胰腺炎时，治疗上又面临重重挑战。

王刚 从基层抓起 提高重症急性胰腺炎诊疗水平



重症急性胰腺炎的病因构成根据地域、种族和人们生活习惯的不同有所差异，其中胆道疾病、过量饮酒和高脂血症是现阶段我国重症急性胰腺炎的三大主要致病因素。

我国重症急性胰腺炎诊疗同质化水平较低

患者在急性胰腺炎发作后，首诊单位往往是基层医疗机构。然而，目前我国急性胰腺炎诊疗同质化水平较低，部分基层医院诊疗能力尚且不足，导致患者没有及时接受规范化治疗，预后较差。孙昀教授提示，特别

是急性胰腺炎患者多数年纪较轻，发病十分突然，病情变化快，许多基层医院在这方面的诊疗经验也十分有限，“不敢收治这类患者”。

SAP 的救治要争分夺秒，如果错过了早期阶段，往往会造成后期不可弥补

的损失。孙昀教授表示，“哪怕患者在当地医院只住了 1 天就转诊到上级医院，而这耽误的 1 天可能恰恰就是最关键的救治时机”。这在一定程度上也导致了全国急性胰腺炎救治成功率不甚理想。

临床诊疗面临诸多难点

SAP 的治疗应针对其复杂的临床特点，根据其不同的病因和病期，进行全面、系统、针对性强的“个体化综合治疗。”王刚教授指出，SAP 病程中存在全身炎症反应期和感染期两个“死亡高峰”，其中包含许多救治难点，

譬如更好地强化 SAP 早期救治中 ICU 的主导地位，在 SAP 早期实施正确、有效的液体复苏，及时进行病因针对性治疗，局部并发症的处理和外科干预时机、方式的选择等。SAP 临床转归复杂多

样，胰外重要器官的功能障碍和功能衰竭是 SAP 患者死亡的主要原因。王刚教授提示，应在 SAP 治疗早期进行规范、正确的液体复苏，最大程度地控制机体炎症过反应状态，实时、动态监测和准确评估胰外多器官功能。

重症急性胰腺炎诊疗面临两个“死亡高峰”

SAP 按病理生理机制分为炎症反应期和感染期。在炎症反应期，液体复苏不充分、多器官功能衰竭会导致患者的病情加重或死亡。“在

20 多年前，炎症反应期和感染期是 SAP 救治中的两个死亡高峰期。随着对其发生机制和生理机制的认识愈加清晰，如今炎症反应期的死亡高峰已明显下降。”孙昀教授指出，炎症反应期早期需进行充分的液体复苏，想方设法降低患者腹腔压力，同时配合早期肠内营养等治疗，以改善全身重要脏器的功能。

目前，我国 SAP 的死亡率约为 20%，感染期发生的多器官功能衰竭是治疗中的难点。感染期发生的感染主要为胰腺及其周

围的腹腔感染，以及由于患者免疫力低下导致的胰腺外的感染，如肺部感染，血流感染等。

孙昀教授介绍，在这一阶段，患者的生理机能遭受打击，免疫功能和代谢水平都会下降，因此在控制感染时应注意恢复器官功能和代谢水平，提高机体免疫力。“首先要尽量减少感染。如果不可避免地发生了感染，应做到早发现早干预，并且综合运用内科和外科等手段进行个体化治疗，积极处理感染期的各种并发症。”

多学科协作加强患者全程管理

“为什么复发患者那么多，就是因为痊愈出院后，没有进行长期管理。”孙昀教授提示，需要在患者出院后持续监督、长期随访，帮助患者养成健康的生活习惯，把疾病复发的诱因根除。

为提高 SAP 的救治成功率和患者管理水平，多学

科诊疗模式成为临床首选。“消化内科、普外科、重症医学科等都是多学科诊疗团队成员，可以通过多学科协作，提高 SAP 的诊治效果，加强患者全程管理。”孙昀教授表示，希望有更多志同道合的医生加入 SAP 多学科诊疗队伍，共同致力于提高我国 SAP 诊疗水平。

专科治疗与多学科协作治疗相辅相成

目前，疾病的专科治疗已经得到患者及医务人员的广泛认可。专科医生具备丰富的处理相关疾病的经验，能够充分利用医疗资源和各种技术为患者制定出最佳的治疗方案。由于 SAP 的治疗在不同阶段涉及不同学科，因此传统的以某单一器官为中心的医疗模式已不适用于当代 SAP 的诊疗，而应在专

科治疗的基础上，采用多学科协作的诊疗模式，建立包含胰腺外科、消化内科、急诊科、重症医学科、医学影像科、放射介入科、中西医结合科以及临床营养科等多学科的协作团队，共同制定“以患者和疾病为中心”的最佳处理措施。

“专科治疗与多学科协作治疗相辅相成，二者缺一不可，这样才能跳出

以本专业诊疗手段为先导的片面思维，发挥多学科协作、一体化、全程管理的优势。”王刚教授指出，多学科协作诊疗模式不仅节省了医疗资源，还促进了多学科之间的交流和沟通，实现了诊疗过程中的“无缝衔接”，使治疗流程更加紧密，治疗方案更加科学合理，从而显著提高整体治疗效果。

助力提高基层医院规范化诊疗水平

作为区域性胰腺炎诊疗中心的专家，王刚教授经常会接收基层医院转诊来的 SAP 患者，也会与基层医院的医师沟通、交流。他介绍，受限于临床理念落后、医疗资源相对匮乏等因素，基层医院在转诊 SAP 患者中往往会面临许多困难，譬如难以与上级医院及时沟通并组织专家会诊，转诊制度不够完善，特殊时期无法正常转诊等。

对此，王刚教授指出，

需建立各级医联体和胰腺炎多学科协作诊疗平台，必要时进行实时网络会诊，保障基层医院 SAP 患者得到及时救治。同时，需要相关部门完善转诊制度，最大限度整合各地医疗资源，配备专业的转诊人员及设备，简化转诊流程，开设绿色通道，从而提高整体治疗效率。

在提高基层医院 SAP 诊疗能力方面，应加大对基层医院的医疗资源投入，保障药品供应，加强

专科化建设，强化基层医师的培训，使基层医师能在尽量降低治疗费用的基础上及时救治 SAP 患者。

王刚教授强调，需要建立点对点的帮扶机制，定期组织基层医师到区域级或国家级胰腺炎诊疗中心学习进修，定期组织 SAP 诊疗专家深入基层进行宣讲或义诊等。“只有有效提高基层医院 SAP 规范化诊疗能力，才能最终提高我国 SAP 的整体诊疗水平。”

胰腺炎专栏编委会

名誉主编：李兆申 王捷
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 王仲 祝荫
编委（按拼音排序）：
冯全新 傅水桥 何清
何天霖 何文华 黄永辉
黄中伟 金晓东 李宏宇
李文滨 李兆滔 林璿
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
余涛 曾彦博 张贤彬
郑忠青 智屹惠 钟娃

天普洛安®
注射用乌司他丁
Ulinastatin for Injection

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！