

# 降低重症急性胰腺炎死亡率 一站式多学科诊疗大显身手

医师报讯（融媒体记者 宋菁）“重症急性胰腺炎（SAP）患者一旦出现死亡，给其主治医生带来的打击还是很大的！为什么这么说？因为不少患者都还很年轻，患的也不是像恶性肿瘤一样的绝症。如果SAP患者能够得到早诊早治，那么他们或许能避开这样的结局。”

本期专栏特邀南京医科大学第一附属医院胰腺中心李强教授、皖南医学院弋矶山医院消化内科何池义教授，分享SAP诊治以及多学科诊疗经验。



## 李强 MDT 大幅降低诊疗犯错概率



李强 教授

SAP是急性胰腺炎（AP）的一种类型，其死亡率高达36%~50%。“一些患者入院时常有腹痛腹胀，合并恶心呕吐，临床医生也因此会将这些患者列为‘重症嫌疑人’。”李强教授指出，严重时患者还会出现低血压、呼吸窘迫、急性肾衰等症状。要在短时间内根据简单的实验室检查和影像学依据与其他可能疾病做出鉴别，如糖尿病酮症酸中毒、消化道穿孔、肠系膜上动脉栓塞等，可以说SAP的诊断并非易事。

### “盖在沙滩上的大楼”

能否准确鉴别也决定了患者的诊疗流程，如判定为SAP，应在监护病房中进行器官支持，根据器官受损情况做出对症处理，综合决定下一步治疗方案。所以说明明确诊断至关重要，临床路径及指南规范了其后续治疗方案，可以帮助医师少走弯路。

“预防和治理SAP长期

以来都是医学难题。”李强教授表示，AP发病的病理生理机制至今尚未明确，有多个相关学说，这就导致AP治疗争论点颇多。“就像是大楼盖在沙滩上，地基并不牢固，因此相关的治疗手段也容易引起争议。”

在李教授看来，发病24h内积极液体复苏对提升SAP患

者预后至关重要。此外，密切观察患者生命体征的变化也需贯穿治疗全程，尤其是前2周“火山爆发期”，死亡率较高；4周左右时又是一个关键节点，感染、出血等情况的出现使其成为另一个死亡高峰。在积极进行器官支持的同时，各种干预的手段都应根据SAP的各个节点予以合理应用。

### “未来是多学科通力合作的时代”

多学科诊治（MDT）正逐渐应用于SAP诊治。李教授说，“按传统就医模式，SAP往往以腹痛就诊，普外科、消化内科、急诊科等多个科室都可能收治，

在科室间辗转往往容易耽误病情。这种‘随机’模式并不合理，MDT则可以大幅降低犯错概率。”

AP治疗是漫长的系统性工程，而当今医学高度专科化则对其带来了较大不便。鉴于此，江苏省人民医院胰腺中心由胰腺外科牵头，吸纳重症医学科、消化内科、影像科、药剂科、康复科等多个科室医师，组建了强大的实时一体化的MDT团队。

“以往的MDT实质多为会诊，其他科室一个接一个提出方案，而现在AP患者都由胰腺中心集中收治，MDT全天无休，

在这里医师们集思广益，公正客观地去讨论方案，能让患者获益更多。”

对于AP诊疗，传统专科治疗优势和弊端都很明显。AP患者若在专科接受治疗，其专科治疗往往会做到极致，但有时仍无法彻底解决问题，等到“弹尽粮绝”，其他科室“兄弟部队”前来支援时，病情或许已经延误。而MDT则可以把握合适节点，避免干预过度或治疗不足，从而给患者选择恰当的治疗手段。“归根结底就是要个体化治疗，在合适时间点以合适方式予以治疗。”

### “转诊要做好无缝衔接”

临床中，由基层医院转诊至大型胰腺中心的SAP患者，常因转运时间过长等原因耽误了治疗。对此，李教授指出，基层医院医生应及时更新理念，在当地医院做好早期液体复苏等工作，与上级医院及时取得联系，指导治疗，上级医院也应提前准备病床、就诊手续等，做好无缝衔接。

“对于基层医生而言，定期举办线下和线上的培训至关重要，这也是现阶段基层医院提高诊疗水平，实现SAP同质

化治疗的必由之路。”

李教授还指出，实践要与理论并重。从事AP救治的医师，都要加强学习，掌握最新进展，尊重但不迷信指南，具体情况具体分析。“纸上得来终觉浅，绝知此事要躬行，希望大家都能积极实践。”



扫一扫  
关联阅读全文

## 何池义 要知道做医生的最高境界



何池义 教授

“患者30岁左右，平素嗜酒，前几次发生AP，都因为救治比较及时获救，但第六次时，他发生了SAP，病情危重，并发多器官功能衰竭，我救治了两个多月，最终还是没救过来。”每当想起这类患者，何池义教授都感到可惜和无奈。

多年过去了，如今SAP的发病率还是居高不下。据何池义教授介绍，SAP起病较急，病情凶险危重，愈后也较差，死亡率高，严重威胁患者的生命健康，是最值得我们关注的急危重症。

### “不仅要吃得健康，还要动起来”

值得关注的是，近年来AP的病因有所变化。广东专家所做的相关调查显示，胆道疾病仍为AP主要病因，而高脂血症则超过饮酒升为第二位原因。

“这和我们的饮食习惯密切相关。虽然现在大家生活条件好了，但可能吃得不够健康。另外也缺乏运动。”何教授在临床上也观察到了SAP年轻化的趋势，尤其是最近几年，许多患者的年龄都在30~40岁。

### “做好监测是预防多器官功能衰竭的关键”

谈及SAP诊治，何教授指出，关键在于处理好“两个拦路虎”。一是难以控制的全身炎症反应。为什么难以控制？何教授认为，这可能与SAP某些尚未阐明的发病机制相关，进而导致治疗效果不佳。二是并发症的问题。SAP患者易发生局部甚至全身并发症。一旦患者涉及多器官功能衰竭，每增加一个系统的衰竭，患者的死亡率将成倍地增加。

“多器官功能衰竭重在预防。”何教授强调，我们要做好监测，以便密切地观察患者的病情变化。像SAP这样的疾病，患者的病情每时每刻都可能发生变化。医护人员要做的就是动态评估，及时调整应对方案。

### “开辟绿色通道势在必行”

近年来，MDT的出现改变

了SAP的救治方式。何教授介绍，在皖南医学院弋矶山医院，SAP患者将优先放到重症医学科救治，相关学科，如消化内科、胃肠外科、肝胆外科、影像科、药学部、介入科等则作为MDT成员参与到患者的救治中来。

“如果SAP患者能够得到一站式服务和救护，其愈后明显优于单学科治疗。”何教授说，但MDT的组建对医院各学科发展提出了较高的要求，以安徽的一些基层医院为例，他们就难以成立自己的MDT团队。

在此背景下，在基层医院首诊的SAP患者为了得到更好的救治效果往往会向上转诊。

“SAP患者在与时间赛跑。”何教授表示，相比疑难杂症患者，SAP患者心肺功能或者生命体征往往不太平稳，转诊过程中面临着巨大挑战。其中最大的挑战便是路途遥远时，患者往往要经过3~6h路程才能到达上级医院。“不少患者在路上就发生了意外。”

要应对以上挑战，不仅要配备专业的转诊人员及相关的设备，还要简化流程并执行好。何教授说：“虽然讲起来很简单，但在实际操作过程中还是面临着不少困难。例如，患者转诊到上级医院后，能不能在短时间内就得到有效的救治。”

何教授也希望能得到院领导的支持，进一步简化流程，“现在不少基层医院和我们反映转诊患者的流程还是比较繁琐。对于一些特殊的疾病，我们还是要开辟绿色通道。”

“医生一定要知道自己会看什么病，也要知道自己不会看什么病，最重要的一点是，还要知道哪些地方能看好类似SAP这样的疾病。”这是何教授心中作为医生的最高境界。

#### 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 祝萌

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

