

感染性胰腺坏死的干预方式专题研讨会线上召开 内镜和外科微创清创各具优势

医师报讯（融媒体记者 宋箫）著名胰腺外科医生 Bradley 曾说，重症急性胰腺炎（SAP）的处理是外科的奥德赛之旅。SAP 是一种极为严重的疾病，其最严重的并发症是胰腺感染性坏死。而感染性胰腺坏死（IPN）诊疗目前仍然是临床难题之一，病死率高达 20%~30%。当前 IPN 微创治疗的主流处理方式有两种：消化内科医生多采用消化内镜，外科医生则多采用腹腔镜或者肾镜。这两种方式孰优孰劣？

为进一步探索更为适合中国 IPN 患者的诊疗方案，5 月 26 日，由《医师报》胰腺炎专栏主办，南昌大学第一附属医院承办，上药天普支持的“胰”起向未来——感染性胰腺坏死的干预方式专题研讨会在线上召开，引起了广泛关注。

大会共同主席、南昌大学第一附属医院消化内科吕农华

教授致辞指出，《医师报》胰腺炎专栏自建立以来，开展了多场学术活动，得到了广大一线医务工作者的好评。本次会议围绕感染性胰腺坏死的干预方式及软式内镜下清创术与外科微创清创术的碰撞展开，是内外科的一次云端切磋交流。通过这样的学术活动，找到更有利于 SAP 患者的处理方式，造福患者，也是胰腺炎专栏以及我们每个临床医生的初衷。

大会共同主席、首都医科大学宣武医院普外科李非教授表示，在李兆申院士、吕农华教授等专家的号召和参与下，《医师报》胰腺炎专栏形成了以胰腺炎为基础纽带，链接急诊科、消化内科、胰腺外科、重症医学科等多学科的交流平台，对推动胰腺炎诊疗水平提升起着重要作用。

开幕式由南昌大学第一附属医院消化内科祝荫教授主持。

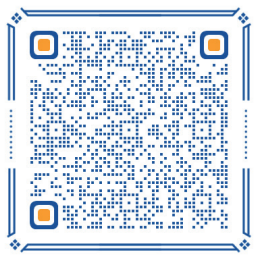


与会专家合影

参会嘉宾：

耿小平教授 安徽医科大学第一附属医院
 黄鹤光教授 福建医科大学附属协和医院
 杜奕奇教授 海军军医大学第一附属医院
 张筱凤教授 杭州市第一医院消化病医院
 陶京教授 武汉大学人民医院

陈幼祥教授 南昌大学第一附属医院
 杨建锋教授 杭州市第一人民医院
 朱克祥教授 兰州大学第一医院
 梅俏教授 安徽医科大学第一附属医院
 李百强教授 东部战区总医院
 梁敏怡女士 上药集团天普药业市场部副总监



扫一扫
 关联阅读全文

胰腺炎专栏编委会

名誉主编：

李兆申 王捷 张太平
 吕农华 耿小平

共同主编（按拼音排序）：

杜奕奇 李维勤 毛恩强
 孙备 王仲 张筱凤

轮值主编：祝荫

编委（按拼音排序）：

冯全新 曹锋 何清
 何天霖 何文华 黄永辉
 黄中伟 金晓东 李宏宇
 李文滨 李百强 林瑾
 刘杰 刘明东 卢王
 梅俏 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



软式内镜下清创术 VS 外科微创清创术

内镜下微创 已成为 IPN 标准治疗方式

IPN 应在何时干预较为合适？根据 2020 年美国胃肠病学院临床实践指南更新内容，对于发生感染的胰腺坏死须及时引流或清创，而对于未发生感染，但出现营养实施失败，胃肠道、胆道梗阻，复发性胰腺炎等情况，也应行以上治疗。值得一提的是，荷兰 POINTER 研究显示，立即置管引流较延迟置管引流无优势。

结合临床实践，南昌大学第一附属医院消化内科朱勇教授提出了 IPN 引流的最佳时机选择方法。具体包括：在病程 1~2 周内行抗生素、肠内营养、器官支持等内科综合治疗；抗生素使用 1 周左右仍有脓毒症或器官功能恶化，则立即置管引流；若抗生素治疗有效，引流可延迟到 2 周后；内镜清创一般在 4 周后进行，此时坏死组织包裹较为完整。

IPN 内镜干预方式较为繁多。微创清创引流的入路则包括经皮穿刺、经皮窦道、经胃十二指肠等。如今，升阶梯式微创引流清创成为首选方式。

“研究发现，开展经胃金属支架内镜下坏死清创时，内镜更容易进入坏死腔，从而提高内镜清创效率。”朱勇教授说，不同干预方式适应证不同。其

中，经皮穿刺引流是常用方法。根据当前的最新进展，在 IPN 患者中，内镜升阶梯疗法在降低主要并发症或病死率方面并不优于外科升阶梯疗法，但其胰-皮瘘发生率和再干预需要率更低。南昌大学第一附属医院通过对内镜下经胃和经皮清创术的比较，发现前者更能缩短住院时间，降低患者费用。

内镜清创也有其局限和不足。软式内镜清创目前缺乏有效器械，效率慢，次数多，发生并发症的概率也高。经过长期实践，医院形成了完善的 IPN 微创干预流程，提出了以消化科为主导，多学科协作，一体化、全程管理的诊治模式。

朱勇教授总结指出，IPN 是重症胰腺炎最常见也是最棘手的并发症。它需要多学科密切合作共同攻克，引流清创是其治疗关键措施。总而言之，升阶梯式内镜下微创已成为 IPN 标准治疗方式，临床应注意术前充分准备与评估，尽量避免并发症发生。

专家点评：

近年来，IPN 清创选择外科手段还是内镜治疗在业内引起热议。对于 IPN 究竟该采取何种技术，应是“不管黑猫白猫，能抓到老鼠就是好猫”。从现有的各项研究来看，外科干预和内镜治疗并没有太大差距，把握治疗时机则至关重要。因此，我们的落脚点应放在救治成功率、病死率等方面。临床上可采取综合治疗，以减少并发症的发生，使患者获益。

外科与内镜微创融合 或将带来更大获益

在传统开腹手术时代，患者结局总是不尽如人意。进入二十一世纪，微创技术治疗逐渐兴起并成为主流。

首都医科大学宣武医院普外科曹锋教授指出，IPN 患者个体差异较大，坏死组织分布也各不相同，因而对不同患者，不可能采取同一种治疗模式，这就使得 IPN 治疗拥有较多选择。通过回顾分析逾 200 例病例，相关研究发现，胰周及左侧腹膜后间隙最容易出现感染区域，以分区来决定微创手术入路至关重要。

在多年实践中，首都医科大学宣武医院发现，许多患者无需严格按照“升阶梯（Step-up）”策略治疗，其原因在于，ICU 技术发展使得患者可耐受直接手术，且部分患者缺乏安全路径。于是，“One-step”手术在国内首次被提出。

目前，国际上对 IPN 清创选择外科手段还是内镜治疗，说法不一。荷兰胰腺炎

团队研究表明，内镜手术后，血清 IL-6 下降更加充分，但术后患者可能会接受更多引流或清创操作等干预，而外科手术后最大问题则是胰瘘发生率相对较高。对比内镜与外科“Step-up”策略的三项大型 RCT 研究，可以发现，两种方式都能较好控制感染，患者术后死亡率及严重并发症发生率无明显差距，内镜手术需要更多干预次数，外科手术则较易发生胰瘘。

如若能将外科及内镜清创融合，发挥两者优势，必将是患者福音。腹腔镜经胃胰腺坏死组织清除术（LTGN）便是重要尝试，打开胃前壁清创，清除坏死组织并植入到消化道内，通过消化道顺利排出体外。相关临床实验表明，LTGN 患者病死率、严重并发症发生率、胰瘘发生率均较低。外科经胃清除比内科经胃更具优势。

曹锋教授总结说，外科或内镜微创清创均是控制 IPN 感染的有效手段，两者在清创效率、并发症发生等方面各具优势。外科经胃手术或可综合内镜与外科清创优点，不过这有待进一步研究证实。