责任编辑：宋箐
美编：蔡云龙
电话：010-58302828-6858
E-mail：ysbsongqing@163.com
医师报
2022年7月7日

重症急性胰腺炎合并胰瘘：内镜治疗 VS 外科治疗

胰瘘多学科诊疗模式：碰撞中达成共识

医师报讯（融媒体记者 **宋箐**）重症急性胰腺炎（SAP）病情危重，病程中后期常并发胰瘘、胃瘘、十二指肠瘘、结肠瘘等。发生胰瘘的原因主要包括急性坏死性胰腺炎（ANP）、胰腺外科手术及胰腺外伤等，临床可分为胰内瘘和胰外瘘。胰瘘有较多表现形式，包括假性囊肿、包裹性坏死、胰腺胸膜瘘、胰源性腹水、胰腺空肠瘘、外伤致胰瘘等。胰瘘轻者可完全无症状，但约40%的胰瘘可进展为难治性胰瘘，并发腹腔脓肿、脓毒血症等，严重者可危及生命。

SAP合并胰瘘中，胰外瘘发生率为20%~44%，其形成关键因素在于胰腺实质坏死累及小胰管甚至大胰管，影响胰管系统上皮连续性。胰外瘘通常与各种方式的经皮坏死组织清除术相关。腹腔感染及脓毒血症是其主要并发症。

6月30日，由《医师报》胰腺炎专栏主办的“‘胰’带一路，‘胰’起向未来”学术研讨会在线上召开。**浙江大学医学院附属杭州市第一人民医院杨建锋教授**主持会议并表示，此次专题会议由专栏共同主编张筱凤院长发起，聚焦SAP合并胰瘘的内外科治疗之争，邀请消化内镜专家与胰腺外科专家一起，亮剑观点，临床献言，专家指导，探讨更适合患者的治疗方式，这一直也是以张筱凤院长为领导的杭州市消化病医院的初衷和奋斗目标！

名誉主席致辞

以临床需求为导向 实现患者利益最大化

自2020年初新冠疫情暴发以来，胰腺炎发病率仍居高不下，且胰腺炎患者受制于疫情，就医遇到了不少困难。“在此背景下，如何让患者获益最大化是临床一线专家们需要思考和应对的问题。”**“‘胰’带一路”总发起人、海军军医大学第一附属医院李兆申院士**说：“在这几年疫情常态化防控的日子里，《医师报》胰腺炎专栏提供了一个很好的平台，让全国胰腺炎诊疗同道能够齐聚一堂，共同交流经验，分享观点，彼此受益，相信这次会议也能让大家收获满满。”

南昌大学第一附属医院吕农华教授表示，胰腺炎治疗是临床一大难题，而其所致胰瘘的治疗更是难上加难。伴随内镜的发展，消化内科在处理胰瘘的方法上有了长足进步。在不同医院，胰腺炎治疗往往由不同科室承担，南昌大学第一附属医院是由消化科指导治疗，外科团队则永远是坚强后盾，毫无保留地支持着消化科。希望内科及外科都能在胰瘘治疗中发挥各自的特长，为患者谋求更多福利！

“提到SAP合并胰瘘，不少临床医生都感到头疼，其难处理，周期长，手段不多，效果有限，因而举办这样的专题会议意义重大。”**海军军医大学第一附属医院金震东教授**指出，胰腺疾病都离不开超声内镜。没有超声内镜，胰腺肿瘤穿刺等操作均无法进行。胰瘘的治疗大致可分为外科手术和内镜下引流。对于无法行经内镜逆行性胰胆管造影术（ERCP）的部分患者，超声内镜引导下支架治疗具有广阔应用前景。

会议主席致辞

在内外科碰撞中不断融合

兰州大学第一医院李汛教授指出，胰腺病学专委会在李兆申院士的带领下，长期专注于胰腺疾病的治疗，目前已成为最有影响力的专业委员会之一。专委会联合《医师报》、天普药业等开设了胰腺炎专栏，多次举办学术活动，其专家访谈和科普教育也得到了社会各界的广泛认可。

2022年来，胰腺炎专栏围绕重症胰腺炎诊疗热点举行了多次专题会议，创新性地采取轮值主编制度发起讨论，让一线青年学者亮剑观点，经验丰富的知名专家分享经验，德高望重的著名学者规范指导，使重症胰腺炎领域诸多有争议的问题和特别难处理的问题都有了深层分析。期待多学科碰撞能够出现精彩结果，指导治疗，造福患者。

本次会议发起人、浙江大学医学院附属杭州市第一人民医院张筱凤教授在消化系疾病诊疗方面有着丰富的经验。在她的带领与指导下，杭州市第一人民医院消化内科团队在业内声名远扬，累计ERCP手术量稳居全国前三甲。她在致辞和总结中指出：“继上期聚焦感染性胰腺坏死内外科治疗后，本期专题会议把重点放在了胰瘘上。每一次内外科碰撞，都是一次融合和相互学习，从而能够更好地为患者服务，这一点非常关键。内科和外科的碰撞交流后，专家们达成共识：通过多学科协作对SAP合并胰瘘患者进行个体化治疗，可使其获益更多。”

扫一扫
关联阅读全文

学术争锋

内镜治疗：诊疗需求日益上升

张筱凤教授团队、浙江大学医学院附属杭州市第一人民医院金杭斌副教授介绍，胰瘘的诊断应从非侵入性检查入手，电子计算机断层扫描（CT）和磁共振胰胆管造影（MRCP）可作为高度怀疑胰瘘的首选检查，ERCP和窦道造影是诊断金标准，但其诊断灵敏度受近端狭窄或结石影响。对于外伤所致胰瘘，应结合腹腔穿刺液淀粉酶检测、腹腔灌洗液淀粉酶检测、影像学检查及ERCP等综合判定。

胰瘘治疗的目标是尽早实现胰瘘封闭，减少感染的风险，缩短住院时间，降低死亡率，减少住院费用。其治疗可分为保守治疗、外科手术及内镜治疗三大方面。保守治疗主要涵盖禁食、肠内营养、生长抑素、抗感染等措施，约80%的外瘘和40%~60%的内瘘经保守治疗后，瘘口可自行闭合。外科手术适用于引流不通畅、严重腹腔感染及并发出血者，手术难度大，风险高。

金杭斌副教授指出，内镜治疗用于有明显症状且保守治疗无效的胰瘘患者，以尽早实现胰瘘封闭，减少外科手术对生活质量的影响，其主要方法包括鼻胰管置入、胰管支架置入和超声内镜（EUS）引导下引流。根据《中国胰瘘消化内镜诊疗专家共识（2020，北京）》，不同的胰瘘类型，内镜治疗方式有所区别。

鼻胰管引流可降低胰管压力，将胰液引流至体外，促进瘘管愈合，其避免乳头切开而保留了Oddi括约肌功能。腹部瘘管引流液迅速减少或消失、鼻胰引流管液体逐渐增多等均为引流有效指标。胰管支架置入适合主胰管（MPD）损伤及狭窄患者，但对于MPD完全断裂及消化道改道者不适用。EUS引导下治疗，是发生重症胰腺炎、胰腺假性囊肿、包裹性坏死等情况时的较好微创手段。

根据《中国胰瘘消化内镜诊疗专家共识（2020，北京）》，保守治疗2~4周仍未愈合的胰瘘，建议内镜治疗。金杭斌副教授在总结中表示，胰瘘多继发于坏死性胰腺炎、外伤或胰腺术后，表现形式多样。CT、MRCP及ERCP是胰瘘诊断的主要手段。内镜下治疗包括：ERCP下鼻胰管或胰管支架置入、EUS引导下引流等，但胰瘘治疗并非单一学科可以解决，必要时需联合介入科及外科等进行多学科诊疗。

外科治疗：仍是确定性治疗方式

苗毅教授团队、南京医科大学第一附属医院陆子鹏副教授指出，SAP合并胰瘘的自然病程中，文献报道瘘管自然闭合率为28%~73%。胰管解剖形态可分为三型，即正常胰管、胰管狭窄、胰管中断，其形态评估显著影响临床结局。

既往SAP合并胰瘘需外科干预时，往往采取大型手术，但胰十二指肠甚至全胰切除手术风险高、效果差。目前行外科干预时，需根据瘘管位置、胰管解剖形态改变、窦道情况而定。手术方式包括瘘管空肠吻合术、胰体尾切除、中断胰腺切除、胰管－空肠侧侧吻合等，其中瘘管空肠吻合术最为常用。相关文献显示，外科手术治疗并发症出现少、死亡率低、平均住院时间短。

SAP合并胰管中断综合征（DPDS）往往意味着患者需要手术治疗，其可分为三种类型。ANP合并同时性DPDS患者可行坏死组织清除＋坏死胰体尾移除手术，其手术难度大，因而术中输血、术中出血、术后胰瘘发生率最高。ANP合并延迟性DPDS可行胰体尾切除，慢性胰腺炎相关DPDS可行胰管空肠侧侧吻合术，它们的安全性指标更好。

在DPDS-胰管吻合术中，找寻瘘管是最大难点，可选择在术前5~6 h行超声内镜，在超声内镜下注入美兰，定位胰管，从而可术中行确定性胰管－空肠吻合术。

SAP合并胰瘘内镜治疗相对有一些不足：存在一定比例的技术失败率，特别是对于合并DPDS者；长时间范围内治疗失败率高于手术；ERCP可能会人为引起感染；ERCP治疗后导管阻塞及慢性疼痛等。

陆子鹏副教授指出，SAP/ANP患者出院后的长期并发症较多，临床医生需予以重视。SAP合并胰瘘/假性囊肿是常见问题，其发生及转归与DPDS是否存在密切相关，需重视胰管解剖形态的评估。SAP合并胰瘘/假性囊肿部分可自行缓解。当前，内镜治疗地位持续上升，但外科干预仍然是确定性治疗方式。在陆子鹏副教授看来，依据患者个体特点和疾病特性，以求改善患者长期临床结局，进行精准治疗，是未来的发展之路。

专家点评

胰瘘处理：先内镜治疗 后外科治疗

南昌大学第一附属医院祝萌教授认为，SAP合并胰瘘临床并不少见，其内科治疗与外科治疗各有优势。在能达到预期疗效的情况下，内镜治疗显然要优先于外科手术，其可以避免对患者带来较大的损伤，避免出现胰腺内外分泌功能障碍。

通过ERCP处理局部并发症时，可采用金属支架或双猪尾塑料支架，若应用后者，可以放置较长时间，临床观察到其局部并发症再发生率明显降低。相关指南也指出，应尽可能选择经胃超声内镜下引流，可避免胰外瘘。

“随着内镜技术的巨大进步，外科干预SAP合并胰瘘的机会越来越少，很多假性囊肿等通过EUS经胃穿刺便可达到很好的引流效果。”**浙江大学医学院附属第二医院董鑫教授**说，一线医师应注意外科干预的指征，即内镜治疗下无效，或出现了严重并发症，如坏死感染无法控制等情况。

外科俨然已是内科治疗的“后勤保障”，其干预时机应尽量延迟。部分患者胰瘘在充分引流后，会自身愈合，无需再干预。胰瘘处理尚无确切的标准治疗方法，需要个体化治疗。

上海交通大学医学院附属瑞金医院王建承教授表示，临床中需要通过手术治疗的胰腺炎越来越少，其并发症也在逐渐减少。在手术支架治疗室，DPDS较为常见。需要强调的是，导丝难以通过时，务必尽量进入残腔和脓腔，以达到更好治疗效果。此外，支架的拔除时间也需注意。

先内镜治疗，效果不好再行外科治疗，这是当前处理胰瘘的主要策略。真实世界中，应考虑不同治疗方式对胰腺内外分泌功能的影响。总体而言，确诊胰腺炎后以内科保守治疗为主，如若行手术清创，清创后胰瘘等并发症若行内镜治疗无效，才考虑外科治疗。

上海交通大学医学院附属第九人民医院李幼生教授指出，在讨论胰瘘治疗方式时，应首先分清楚胰瘘类型，以及是否合并感染等，这决定着处理方法。如单纯胰外瘘无感染时，极少选择外科治疗；若合并感染，内镜治疗为首选，其治疗重点是控制感染，并充分引流，减少胰酶对脏器和血管的损伤，这比处理胰瘘本身更加重要。

重症胰腺炎急性期是否行ERCP应仔细斟酌，即便胰管完全断裂者，也存在仅引流后可自愈的情况。手术处理胰瘘时，应尽量减小对胰腺的损伤。

海军军医大学第一附属医院杜奕奇教授表示，胰瘘是假性囊肿引流中的正常病程经过，并不是经皮引流引起的并发症，因此，不能因为怕引起胰瘘而拒绝经皮引流。况且目前有很好的内科治疗手段，包括ERCP放置胰管支架等，效果都很不错。所以说，内科医生救治急性胰腺炎不用再担心胰瘘的发生。

大咖指导

胰瘘诊疗：要从单学科治疗转向多学科诊治

“临床医生须重视重症急性胰腺炎，其中约20%的患者需干预。无论是内镜还是外科治疗，真正要关注的是感染及危重患者，要通过干预快速控制脓毒血症，挽救生命。胰瘘是一个远期并发症，避免胰瘘并非主要干预目标。”**南京医科大学第一附属医院苗毅教授**指出。

若液化坏死较为完全，内镜优势更大。胰管中断综合征、假性囊肿、放置引流管后长期不愈等情况，需要及时主动干预。胰外瘘长期不愈者亦可干预。内镜置胰管支架患者，需观察远期是否有胰管狭窄。如果说内镜治疗是黏膜外科，那么外科干预则是浆膜外科，路径不同，但基本功能一致，两者联合将为患者提供更合理有效的治疗。

东部战区总医院李维勤教授表示，SAP合并胰瘘通常采用的保守治疗并不是消极措施，如已确认主胰管无碍，可不必过多干预，很多患者会自愈。胰瘘内镜治疗大有可为，很多医师做了重要贡献，大大提升了治疗水平。

如若放置支架，远端放置是最理想情况，其治愈率也最高，其次可考虑放置在积液区。支架放置时间是争议性话题，放置时间过短，组织尚未完全修复，时间过长则可能导致堵塞。此外，超声内镜下引流应放置单根还是多根引流管，也值得再进行讨论。

南京大学医学院附属鼓楼医院邹晓平教授说：“对于SAP合并胰瘘患者，若无感染，通过保护治疗，部分患者可以自愈，不必一开始就积极干预。临床要根据患者病史、病因、影像学等判断胰瘘与胰管的相通性，从而决定是采取ERCP、胃壁或是肠壁引流。”

有大量坏死组织需要清理时，有时需依靠直接内镜清创才能充分引流。通过胃壁放置的金属支架依靠囊肿与胃腔压力差引流，压力差降低后容易引起细菌反流，继发感染。处理胰瘘需谨记，欲速则不达，冒进不可取。

“不同医院，或是内科，或是外科主导胰瘘治疗。”**哈尔滨医科大学第一附属医院孙备教授**介绍，长期随访发现，80%的长期胰外瘘患者，清创带管出院后都能顺利拔管，step-up的原则需要坚持。处理假性囊肿，支架、穿刺引流等效果都较佳。

目前胰瘘的外科处理，在可行情况下一般应尽量保留脏器功能，做囊肿或瘘管与空肠的吻合。胰瘘不同于胆瘘，对人体内环境影响不大，不必急于手术处理，可阶梯式选择治疗方案。

海军军医大学第一附属医院金钢教授表示，从治疗模式而言，多学科综合诊疗SAP合并胰瘘至关重要。胰瘘病因病情复杂，必须内科、外科、影像科、介入科等科室联合起来，从单独学科承担治疗转向综合诊治，才可能有长足进步。从技术角度来看，内外科同台值得肯定，这也是综合诊疗的体现。内镜、微创等都展示出较好效果。

金钢教授强调了损害控制的理念，重症急性胰腺炎和胰瘘都是良性疾病，较大比例患者会自愈，慎用外科手段，尤其是切除性手术，尽量不损害胰腺功能。

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　祝　萌
轮值主编：张筱凤
编　　委（按拼音排序）：
冯全新　曹　锋　关　键
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　倪海滨　梅　俏
仇毓东　曲　波　宋正己
孙　昀　童智慧　王　刚
王红飞　吴　东　吴文广
余　涛　曾彦博　张贤彬
秘书长：吴　刚

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