

《2015 年日本肝胆胰外科学会指南： 急性胰腺炎的管理》推荐意见

沈艺南, 王舟舂, 杨 田, 卢军华

(第二军医大学附属东方肝胆外科医院 肝外五科, 上海 200438)

关键词: 胰腺炎; 管理; 日本; 指南

中图分类号: R735.7

文献标志码: B

文章编号: 1001-5256(2015)08-1208-03

Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese guidelines 2015

SHEN Yinan, WANG Zhouchong, YANG Tian, et al. (The 5th Department of Hepatic Surgery, Eastern Hepatobiliary Surgery Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200438, China)

Key words: pancreatitis; management; Japan; guidelines

日本急性胰腺炎的管理指南(下称日本指南)最初发布于 2006 年。随后,日本健康、劳动和福利省(the health, labor and welfare ministry, MHLW)在 2008 年修订了急性胰腺炎严重程度评估系统,并于 2 年后在其官方出版物上更新了日本指南(2010 版)。2012 年,随着急性胰腺炎亚特兰大分级标准的修订,胰腺炎局部并发症的分类被重新评定。同时,内镜介入治疗以及放射介入治疗等微创手术也在近年来得到了进一步发展和推广。日本指南随之进行了进一步的修正并发布最新版本(2015 版)。最新版日本指南采用 GRADE 系统对急性胰腺炎的管理范围和目的进行了清晰的阐释。而胰腺炎强化治疗指南(2015 版)的制订更是强化了医护人员提高胰腺炎治疗质量的意识。此外,2015 版日本指南的灵活应用性使其在临床中更为简单易行(图 1)。

日本指南(2015 版)就 17 个相关领域制订了 43 条建议,现将其简要总结如下。

1 诊断

(1) 推荐检测血清脂肪酶作为诊断急性胰腺炎的主要标准。若血清脂肪酶检测困难,则选择血清淀粉酶(胰淀粉酶)作为主要检测指标(表 1)。

(2) 尿胰蛋白酶原 2 试纸可能适用于微创治疗方式以及急性胰腺炎的快速诊断。但是这类试纸尚未在日本上市,因此目前不推荐。

doi:10.3969/j.issn.1001-5256.2015.08.006

收稿日期:2015-06-12;修回日期:2015-07-20。

作者简介:沈艺南(1987-),男,主要从事肝胆疾病的外科治疗及基础研究。

通信作者:卢军华,电子邮箱:lujh0810@163.com。

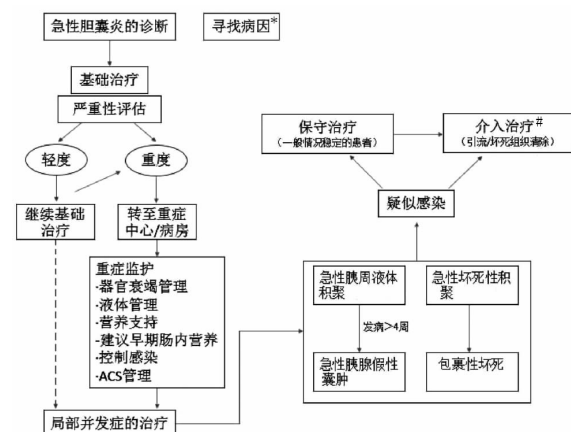


图 1 急性胰腺炎的管理流程 *胆源性胰腺炎参考图 2
#不建议早期进行介入(最好发病时间 > 4 周)

表 1 日本急性胰腺炎诊断标准

1. 急性腹部疼痛伴上腹部压痛。
2. 血清或尿中胰酶水平升高。
3. 超声、CT 或者磁共振成像(MRI)等影像学表现支持急性胰腺炎。当患者符合以上临床表现至少 2 条并排除其他胰腺及腹部疾病时可诊断为急性胰腺炎,而慢性胰腺炎急性发作也将纳入急性胰腺炎的范畴。

注:该诊断标准是由日本 MHLW 于 2008 年制订

2 影像学诊断

- (1) 当怀疑急性胰腺炎发作时,建议采用超声检查。
- (2) CT 适用于急性胰腺炎的诊断。
- (3) MRI 在诊断胆源性胰腺炎以及出血坏死性胰腺炎方面优于 CT。
- (4) 增强 CT 有助于诊断急性胰腺炎伴活动性出血及血栓形成。

3 病因诊断

在诊断病因的过程中,胆源性胰腺炎的诊断和排除是最首要的,因为这将治疗产生极大影响,比如是否及时采用内镜

下十二指肠乳头括约肌切开术进行治疗。

4 严重程度评估

(1)原则上,建议在确诊当时及之后一段时间内(尤其在确诊48 h内)反复进行严重程度评估。

(2)推荐采用严重程度评分系统进行评估(表2)。

表2 日本急性胰腺炎严重程度评估(JSS)

预后因素(每项1分)

1. 碱过剩 ≤ -3 mEq/L 或休克(收缩压 <80 mm Hg)
2. 动脉血氧分压 ≤ 60 mm Hg 或呼吸衰竭
3. 尿素氮 ≥ 40 mg/dl (或肌酐 ≥ 2.0 mg/dl) 或少尿(尿量 <400 ml/d)
4. 乳酸脱氢酶 >2 倍正常值上限
5. 血小板计数 $\leq 10^5/\text{mm}^3$
6. 血清Ca浓度 ≤ 7.5 mg/dl
7. C反应蛋白 ≥ 15 mg/dl
8. 符合3条以上全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)标准
9. 年龄 ≥ 70 岁

CT表现评级

1. 胰外炎症进展

肾旁前间隙	0分
结肠系膜根部	1分
肾下级下方	2分
2. 胰腺的低增强病变

胰腺分为3段(头、体、尾)	
局限于某一段或仅胰腺周围	0分
涉及2段	1分
完全覆盖2段或2段以上	2分

1+2=总分

- | | |
|---------|----|
| 总分=0或1 | 1级 |
| 总分=2 | 2级 |
| 总分=3或以上 | 3级 |

严重程度评估

(1)若预后因素评分为3分或者以上,或(2)若CT评级为2级或以上,可评定为“严重”

注:该评估系统由日本MHLW于2008年制订。SIRS诊断标准:(1)体温 >38 ℃或 <36 ℃;(2)心率 >90 次/min;(3)呼吸 >20 次/min或动脉血二氧化碳分压 <32 mm Hg;(4)血白细胞计数 $>12 \times 10^9/\text{L}$ 或 $<4 \times 10^9/\text{L}$

(3)增强CT适用于鉴别急性胰腺炎对比度较差的部位并有助于诊断并发症。

5 转移治疗

重症患者应及时接受相应治疗。若治疗条件有限,强烈建议考虑转移治疗。即使病情尚处于早期阶段,也应对病情严重程度进行反复评估,一旦符合标准,考虑及时转移。

6 液体治疗方案

(1)急性胰腺炎患者首次补液推荐使用乳酸林格氏液。

(2)对于急性胰腺炎早期休克或不伴脱水患者,推荐进行短期快速液体复苏(根据休克与否以及脱水的程度,补充液体量

为150~600 ml/h)。快速液体复苏需谨慎进行,以避免过度输液。对于未脱水的患者,应予以严密监控并适当补充液体(130~150 ml/h)。对于伴有衰竭、肾衰竭等并发症的患者,应仔细评估循环容量后再决定补液速度。

(3)当患者的平均动脉压 ≥ 65 mm Hg或者每小时尿量 ≥ 0.5 ml/kg时,建议减慢补液速度或者终止快速补液。

7 鼻胃管

尚无证据表明鼻胃管对治疗轻度胰腺炎有效,因此,没有必要常规使用鼻胃管。

8 疼痛管理

若胰腺炎相关疼痛程度较重且持续,则需对疼痛进行有效控制。

9 抗生素的使用

(1)对于轻度急性胰腺炎患者,其感染发生率及病死率均较低,因此没有必要预防性使用抗生素。

(2)对重症急性胰腺炎以及坏死性胰腺炎患者,在早期(发病72 h之内)预防性使用抗生素可能有助于提高患者预后。

(3)尚无证据表明预防性使用抗真菌剂对治疗急性胰腺炎有效,因此不推荐常规使用。

10 蛋白酶抑制剂

静脉给予蛋白酶抑制剂(甲磺酸加贝酯)以提高患者生存预后并降低急性胰腺炎并发症的发生率的效果尚不明确。对于重症患者,可考虑持续高剂量静脉给药,但效果尚需进一步明确。

11 营养支持

(1)对于轻度胰腺炎患者,不建议静脉营养支持。如有可能,尽可能避免全肠外营养。

(2)在重症胰腺炎患者中使用肠内营养,其预防感染的意义要大于营养支持本身。因此,该措施可应用于未伴发肠道并发症的重症胰腺炎患者。

(3)在发病早期使用肠内营养可有效降低并发症的发生率并提高患者的生存率。

(4)原则上,要求留置鼻饲管至空肠并穿过Treitz韧带。但是,一旦鼻饲管未插入至空肠,营养液反而会流至十二指肠或胃中。

(5)需根据腹部疼痛程度以及血清胰酶(尤其是血清脂肪酶)的水平来决定是否采取肠内营养。

12 重症监护

(1)尚无明确证据表明腹腔灌洗对治疗急性胰腺炎有效,故不推荐使用。

(2)对于初期已给予足够液体但循环仍不稳定并伴有无尿或者并发腹腔间隔室综合征的重症患者,可采取持续血液滤过/血液透析滤过(continuous hemofiltration and continuous hemodiafiltration, CHF/CHDF)。

但CHF/CHDF在其他重症胰腺炎患者中的效果尚不明确,因此不推荐常规使用。

(3)有报道称,持续区域动脉灌注法有助于降低重症急性胰

腺炎以及坏死性胰腺炎患者胰腺感染率和病死率,但是其效果尚待证实。

13 胆源性胰腺炎的管理(图 2)

(1)对于胆源性急性胰腺炎患者,若怀疑存在胆管炎或者持续胆管梗阻,可早期采取内镜下逆行胰胆管造影和 Oddi 括约肌切开术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy, ERCP/ES)治疗。

(2)为防止胆源性胰腺炎复发,符合手术条件的患者建议行胆囊切除术。

(3)一旦胆源性胰腺炎得到控制,建议立即行胆囊切除术。

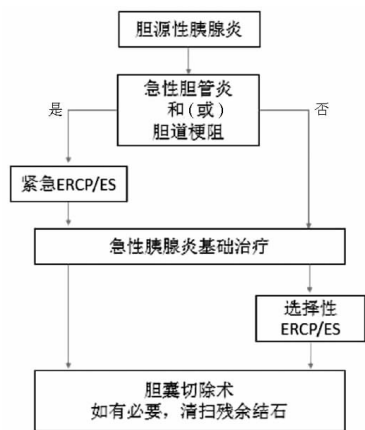


图 2 胆源性胰腺炎管理流程

14 腹腔间隔室综合征的管理

(1)对于过度输液、合并肾脏严重并发症以及 CT 可见腹部多处积液的急性胰腺炎患者,建议持续监测其腹腔压力(intra-abdominal pressure, IAP)。

(2)当 IAP 持续或反复 ≥ 12 mm Hg 时,建议开始采取保守治疗(胃肠减压、腹内减压、改善腹壁的顺应性、适量的补液以及控制循环容量),目标是将 IAP 控制在 15 mm Hg 以下。对于 IAP > 20 mm Hg 且保守治疗无效的患者,如同时存在器官功能障碍和衰竭风险,建议采用手术减压。

15 局部并发症的介入治疗

(1)原则上,坏死性胰腺炎应首先采取保守治疗。介入治疗的最佳指征是怀疑或确诊感染性胰腺坏死的患者出现感染伴一般情况加重。

(2)当临床症状及血检结果恶化时应考虑感染性胰腺坏死的可能。不推荐细针穿刺作为常规诊断方式,而 CT 结合临床表现将有助于全面地评估和诊断。当发现感染伴一般情况加重时,建议采取经皮穿刺引流或者内镜下引流作为相应诊疗手段。

(3)如有可能,在感染性胰腺坏死发生 4 周后(坏死组织被充分包裹)应开始介入治疗。

(4)对感染性胰腺坏死进行介入治疗首先考虑经皮穿刺引流(腹膜后)或内镜下引流。若症状无明显改善,则进行坏死组

织清除术。推荐镜下或者腹膜后途径坏死组织清除术。

16 ERCP 术后胰腺炎

(1)预防性临时胰管支架置入是一种有效预防 ERCP 术后胰腺炎的内镜手术。但是考虑其风险和成本,建议仅用于易并发 ERCP 术后胰腺炎的高危患者。导丝超选技术有很大可能降低 ERCP 术后胰腺炎的发生率。

(2)为有效预防 ERCP 术后胰腺炎,推荐在无明显禁忌证的情况下于直肠内常规应用非甾体类抗炎药(由于效果尚未明确,其他药物不建议常规应用)。

17 胰腺炎强化治疗指南 2015

遵循该指南进行治疗可能有助于提高重症急性胰腺炎患者的预后(表 3)。

表 3 胰腺炎强化治疗指南(2015)

原则上,除在特殊情况下,建议严格遵循以下所有项目对急性胰腺炎进行规范治疗。这些治疗是否遵循实施均应详细记录。

- 一旦确诊急性胰腺炎,在确诊当时、24 h 内以及确诊后 24 ~ 48 h 均应遵循 JSS 标准反复进行严重程度评估。
- 对于重症急性胰腺炎患者,在确诊后 3 h 内必须决定是否转送至具有相应医疗条件的医疗场所进行治疗。
- 对于急性胰腺炎患者,应在确诊后 3 h 内明确其病因。
- 对于胆源性胰腺炎伴胆管炎和(或)胆道梗阻引起黄疸时,建议早期采用 ERCP + ES 治疗。
- 对于重症胰腺炎患者,在初次治疗 3 h 后建议行腹部增强 CT 检查,明确其未增强区域以及病变范围,以便评估其严重程度。
- 对于急性胰腺炎患者,应予以补足液体量并在发病 48 h 内进行严密监测。平均动脉压应维持在 65 mm Hg 以上,每小时尿量应维持在 0.5 ml/kg 以上。
- 应对急性胰腺炎患者进行有效地疼痛控制。
- 在重症急性胰腺炎发病 72 h 内,应预防性应用广谱抗生素。
- 即使肠蠕动未恢复,建议在确诊 48 h 内开始应用少量的肠内营养。
- 胆源性胰腺炎伴胆囊结石的患者,建议在胰腺炎控制后行胆囊切除术。

[本文首次发表于:J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2015, 22 (6): 405 - 432]

引证本文:SHEN YN, WANG ZC, YANG T, et al. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015 [J]. J Clin Hepatol, 2015, 31 (8): 1208 - 1210. (in Chinese)

沈艺南, 王舟翀, 杨田, 等. 《2015 年日本肝胆胰外科学会指南:急性胰腺炎的管理》推荐意见[J]. 临床肝胆病杂志, 2015, 31 (8): 1208 - 1210.

(本文编辑:王莹)