意大利重症急性胰腺炎共识指南

据 Digestive and Liver Disease 2015 年报道
题：Consensus guidelines on severe acute pancreatitis
作者：意大利胰腺研究协会

G Model
YDLD-2860; No. of Pages 12
ARTICLE IN PRESS
Digestive and Liver Disease xxx (2015) xxx–xxx
Contents lists available at ScienceDirect
Digestive and Liver Disease
journal homepage: www.elsevier.com/locate/dld
ELSEVIER

Position Paper

Consensus guidelines on severe acute pancreatitis

The Italian Association for the Study of the Pancreas (AISP)

摘要：这份由意大利胰腺研究协会发布的意见书包含了对重症急性胰腺炎诊断和治疗的临床指导方针。三个专家工作组检索并分析了最近的文献，并使用改良 Delphi 程序进行了统一，最终发布了这篇报道。报道在重症急性胰腺炎并发症的定义，诊断方法以及保守治疗、介入内镜下治疗、放疗、外科治疗的时间这三个方面给出了建议。

1. 重症急性胰腺的定义和诊断

1.1. 医院收住重症急性胰腺炎病人需要满足的最低要求
有重症监护病房，放射介入科和内镜介入科。

1.2. “腹部液体潴留”的定义
腹部液体潴留是指液体均匀聚集在正常解剖腔隙内，而没有被包裹。

1.3. 诊断腹部液体潴留的存在和范围的最佳影像学手段是什么？
增强 CT 扫描和增强 MRI。

1.4. 假性囊肿的定义
胰腺假性囊肿是一种囊壁完整、内容物不含固体成分的液体潴留，通常在胰腺炎开始 4 周后发生。

1.5. 诊断急性胰腺炎后假性囊肿的最佳影像学手段是什么？
增强 CT 和增强 MRI。

1.6. 胰腺坏死的定义
胰腺坏死是指仅在胰腺、胰腺和胰周或仅在胰周（最少见）出现的无活性组织，并且没有囊壁。

1.7. 诊断胰腺坏死的存在和范围的最佳影像学手段是什么？
增强 CT 扫描和增强 MRI 在诊断中作用相同。为提高灵敏度，必须在胰腺炎发生 72 小时后进行检查。

1.8. 包裹性坏死（WON）的定义
包裹性坏死是指胰腺或胰周坏死形成了一个完整的炎症性囊壁，通常在坏死性胰腺炎发生 4 周后出现。

1.9. 诊断包裹性坏死的存在和范围的最佳影像学手段是什么？

增强 CT 扫描和增强 MRI。

1.10. 如何诊断液体潴留、胰腺坏死和包裹性坏死的感染？什么时候要进行相关检查？

CT 扫描存在气泡或细针穿刺检查阳性可以确诊。临床症状恶化时进行相关检查。

1.11. 急性胰腺炎情况下胰瘘的定义

胰瘘是指因胰管破坏导致胰液渗漏，进而导致胰管系统和周围腔隙、器官不正常交通。

1.12. 诊断急性胰腺炎并发胰瘘的最佳影像学手段是什么？

胰胆管核磁共振成像（MRCP）。

1.13. 重症急性胰腺炎病程中会发生什么血管并发症？

脾静脉血栓形成（可能伴有左侧门静脉高压）、

1.14. 诊断血管并发症的最佳影像学手段是什么？

增强 CT。

1.15. 与重症急性胰腺炎有关的腹腔间室综合征的定义

腹腔间室综合征指与新发的器官功能衰竭有关的持续性腹内压>20mmHg（>27cmH_2O）。

1.16. 如何诊断与急性胰腺炎有关的腹腔间室综合征？

使用膀胱导管测量腹内压来诊断腹腔间室综合征

1.17. 重症急性胰腺炎病程中的胆道炎的定义

急性胆道炎指胆道急性炎症伴有细菌或非细菌性感染的病理状态，通常发生在胆道阻塞情况下。

1.18. 如何诊断重症急性胰腺炎病程中的胆道炎？

确诊必须具备与全身炎症相关的胆汁淤积的临床和实验室指标，以及胆道阻塞的影像学表现。

2. 保守治疗

2.1. 液体复苏对重症急性胰腺炎患者的作用

早期液体复苏具有关键作用，能改善组织氧合和微循环，进而维持胰腺、肾脏以及心脏灌注。

2.2. 液体复苏的量和种类

入院后第一个 24 小时内补液量为 2ml/kg/h，开始 30-45 分钟内补液量为 20ml/kg。补液所选试剂为乳酸钠林格与生理盐水 3:1 配比的晶体液和胶体液。

2.3. 推荐 SAP 患者使用鼻胃管吸出吗？

不推荐常规应用。

2.4. 推荐 SAP 患者使用质子泵抑制剂吗？

不推荐常规应用。

2.5. 蛋白酶抑制剂能减少 SAP 患者并发症或降低死亡率吗？

不能。

2.6. 生长素抑制剂或其类似物能减少 SAP 患者并发症或降低死亡率吗？

不能。

2.7. 推荐 SAP 患者常规预防性应用抗生素吗？

不推荐

2.8. 推荐 SAP 患者常规预防性应用抗真菌药吗？

不推荐。

2.9. 推荐 SAP 患者使用益生菌来预防感染性坏死吗？

不推荐。

2.10. SAP 患者推荐使用哪种营养支持方式？

肠内营养。

2.11. SAP 患者什么时候开始肠内营养？

患者入院 24-48 小时内，血流动力学状态得到控制后就应该开始肠内营养。

2.12. SAP 患者进行肠内营养的最佳途径是什么？

鼻胃管和鼻空肠管进行肠内营养效果和安全性相近。

2.13. 最佳的肠内营养配方是什么？

要素制剂和聚合物制剂都可以。

2.14. SAP 患者肠外营养的指征是什么？

肠内营养失败或没有达到要求的营养目标时应考虑肠外营养。

2.15. 如果进行肠外营养，推荐什么配方？

氮的摄入量为每天 0.2-0.24g/kg（即氨基酸每天 1.2-1.5g/kg）；碳水化合物作为能量来源首选葡萄糖，每天 5-6g/kg；脂肪乳剂推荐每天 0.8-1.5g/kg；还有每日所需的多种维生素和微量元素。另外建议补充大于 0.3g/kg 的丙氨酸-谷氨酰胺二肽。抗氧化剂的补充不能改善预后。

2.16. SAP 患者恢复经口进食的最佳时机是什么？

通常不推荐早期经口进食。何时恢复取决于临床症状的改善情况。

2.17. SAP 恢复后是否推荐对胰腺外分泌功能进行评估？

推荐 SAP 恢复后每 6 个月检查一次，持续至少 18 个月。

2.18. SAP 恢复后是否推荐对胰腺内分泌功能进行评估？

推荐 SAP 恢复后每 6 个月检查一次，持续至少 18 个月。

3. 介入治疗

3.1. 液体潴留进行介入治疗的指征是什么？

存在梗阻症状或感染。

3.2. 如果液体潴留需要治疗，最佳时机和介入方式是什么？

最佳时机是并发症开始和持续阶段。最佳方式是经皮穿刺引流。

3.3. 胰腺坏死的介入治疗指征是什么？

药物治疗失败，为防止持续器官功能衰竭或出现新的器官功能衰竭需进行介入治疗。

3.4. 如果胰腺坏死需要治疗，最佳时机和介入方式是什么？

胰腺坏死介入治疗的策略是尽可能推迟，最好在疾病开始 4 周后。介入方式首选经皮穿刺引流；如果不能，可以选择内镜下引流；必要时再选择内镜辅助下腹膜后清扫。

3.5. 包裹性坏死进行介入治疗的指征是什么？

保守治疗失败后出现感染或临床症状恶化；持续性胃肠道或胆道阻塞症状；由包裹性坏死压迫导致的疼痛。

3.6. 如果包裹性坏死需要治疗，最佳介入策略是什么？

首选内镜下透壁引流或经皮穿刺引流。微创方式失败后选用外科治疗。

3.7. 急性胰腺炎后假性囊肿进行介入治疗的指征是什么？

持续性疼痛和并发症，包括感染，胃肠道、血管、胆道受压梗阻以及假性囊肿破裂。

3.8. 如果急性胰腺炎后假性囊肿需要治疗，最佳介入策略是什么？

内镜下或经皮穿刺透壁引流。微创方式失败后选用外科治疗。

3.9. 如果有内镜下经腔引流的指征，应该选择哪种技术？

首选内镜超声引导下的内镜经胃或十二指肠引流，并用支架定位。

3.10. 如果有影像学引导下经皮穿刺引流的指征，应该选择哪种技术？

选择何种技术由潴留液体的位置和大小决定。通常选择最直接的路径，最好是腹膜

后通路。倾向于使用 CT 引导来避开重要结构。通常采用 Seldinger 法或套管法，使用大尺寸单个或多个的导管。

3.11. 如果有外科治疗的指征，应该选择哪种技术？

预先经皮穿刺引流引导进行内镜辅助下腹膜后清创术。

3.12. 急性胰腺炎后胰瘘进行介入治疗的指征是什么？

药物治疗后瘘管仍然存在；胰源性腹水；胰胸膜瘘；高排量的外漏。

3.13. 如果急性胰腺炎后胰瘘需要治疗，最佳介入方式是什么？

建议内镜治疗，内镜治疗失败或患者不能进行内镜治疗的采用外科治疗。

3.14. 血管并发症的介入治疗指征是什么？

假动脉瘤；由胰腺炎症导致血管破裂进而造成的活动性出血。

3.15. 如果由血管并发症导致的活动性出血需要治疗，最佳介入方式是什么？

血管造影并行动脉导管介入栓塞术。

3.16. 与急性胰腺炎有关的腹腔间室综合征进行介入治疗的指征是什么？

持续性腹内压>20mmHg，伴有新发器官功能衰竭，药物治疗和鼻胃管或直肠降压无效。

3.17. 如果急性胰腺炎有关的腹腔间室综合征需要治疗，最佳介入方式是什么？

首选经皮穿刺引流，无效则采用外科治疗，包括腹中线造瘘，腹直肌外侧缘造瘘，皮下白线筋膜切开术。

3.18. SAP 患者进行 ERCP 的指征和最佳时机是什么？

急性胆道炎患者应在 24 小时内进行紧急 ERCP 检查。

证实有嵌顿胆道结石的患者应在入院 72 小时内进行 ERCP 检查。

（翻译：董小武 高堃）