

2015 日本急性胰腺炎处理指南

据 Hepatobiliary Pancreat Sci 2015 年报道

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

作者: Masamichi Yokoe 等

J Hepatobiliary Pancreat Sci (2015) **:*~**
DOI: 10.1002/jhbp.259

ORIGINAL ARTICLE

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

Masamichi Yokoe · Tadahiro Takada · Toshihiko Mayumi · Masahiro Yoshida · Shuji Isaji · Keita Wada · Takao Itoi · Naohiro Sata · Toshifumi Gabata · Hisato Igarashi · Keisho Kataoka · Masahiko Hirota · Masumi Kadoya · Nobuya Kitamura · Yasutoshi Kimura · Seiki Kiriyama · Kunihiko Shirai · Takayuki Hattori · Kazunori Takeda · Yoshifumi Takeyama · Morihisa Hirota · Miho Sekimoto · Satoru Shikata · Shinju Arata · Koichi Hirata

© 2015 Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery

摘要

背景: 日本急性胰腺炎的处理指南(以下简称日本指南)最初发布于 2006 年。2008 年,日本健康、劳动和福利省(the health, labor and welfare ministry, MHLW)修订了急性胰腺炎严重程度评估系统,并作为 2010 年版指南出版。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修订,胰腺炎局部并发症的微创治疗也得到发展和传播,日本指南也收集了新的证据并进行了修订。

方法: 利用 GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) 系统,对流行病学、诊断、严重度、治疗、EPCP 术后胰腺炎和临床指标方面的证据进行了综合评估。对已经分级建议中证据不明确的部分,日本指南的 Meta 分析团队进行了额外的 Meta 分析,并将结果包含进了指南。

结果: 对 17 个相关领域 39 个问题提供了 43 条建议。这 17 个领域分别是:诊断、影像学诊断、病因学、严重程度评估、转移指标,液体治疗,鼻胃管,疼痛控制,预防性抗生素,蛋白酶抑制剂,营养支持,强化护理,胆道胰腺炎处理,腹腔间隔室综合征的处理,局部并发症的介入治疗,ERCP 术后胰腺炎和临床指标(胰腺炎强化治疗指南 2015)。在以下 4 个相关领域进行了基于随机对照试验的 Meta 分析:(1)预防性抗生素的使用;(2)预防性胰腺支架植入术防止 ERCP 术后胰腺炎;(3)预防性使用非甾体类抗炎药防止 ERCP 术后胰腺炎;(4)腹腔灌洗。利用 Meta 分析的结果对建议进行了分级来提炼有用的信息。另外,开发了一个集成诊断、评估严重程度、查看 2015 胰腺炎强化治疗指南的移动软件。

总结: 日本指南 2015 版是使用最新方法准备的,并包括了最新建议的治疗方法。我们相信指南对很多临床工作者是易于使用的,并能作为决定患者治疗方案时的有用工具和最佳医疗支持。免费的 2015 版日本指南移动软件和计算器能在

<http://www.jshbps.jp/en/guideline/jpn-guideline2015.html> 获得。

A. 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。
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。

B. 影像学诊断

3. 当怀疑急性胰腺炎发作时，建议采用超声检查。
4. CT 适用于急性胰腺炎的诊断。
5. 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。
6. 增强 CT 有助于诊断急性胰腺炎伴活动性出血及血栓形成。

C. 病因学

7. 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。

D. 严重程度评估

8. 原则上，建议在确诊当时及之后一段时间内（尤其在确诊 48h 内）反复进行严重程度评估。
9. 推荐采用严重程度评分系统进行评估。
10. 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。但是，与增强有关的恶化胰腺炎和肾功能，以及过敏反应的可能性必须考虑。

E. 转移治疗

11. 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[诊移](#)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[诊移](#)。

F. 液体疗法

12. 急性胰腺炎患者首次补液推荐使用乳酸林格氏液。
13. 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）。对于伴有心衰竭、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。
14. 当患者的平均动脉压 $\geq 65\text{mmHg}$ 或者每小时尿量 $\geq 0.5\text{ml/kg}$ 时，建议减慢补液速度或者终止快速补液。

G. 鼻胃管

15. 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。

H. 疼痛处理

16. 若胰腺炎相关疼痛程度较重且持续，则需对疼痛进行有效必要常规使用鼻胃管。

I. 抗生素的预防性使用

17. 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。

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

18. 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。

J. 蛋白酶抑制剂

19. 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。

K. 营养支持

20. 对于轻度胰腺炎患者，不建议静脉营养支持。（1B）如有可能，尽可能避免全肠外营养。
21. 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。

22. 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。
23. 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。
24. 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。

L. 重症监护

25. 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。
26. 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。（2C）

27. 有报道称，持续区域动脉灌注疗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。

M. 胆源性胰腺炎的处理

28. 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。
29. 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。
30. 一旦胆源性胰腺炎得到控制，建议立即行胆囊切除术。

N. 腹腔间隔室综合征的处理

31. 对于过度输液、合并肾肺严重并发症以及 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）。
32. 当 IAP 持续或反复 $\geq 12\text{mmHg}$ 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 15mmHg 以下。对于 IAP $> 20\text{mmHg}$ 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。

O. 局部并发症的介入治疗

33. 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。（1C）
34. 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。（1C）
35. 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）。（2C）
36. 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。（2B）

P. ERCP 术后胰腺炎

37. 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。
38. 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）。

Q. 临床指标（胰腺炎强化治疗指南 2015）

39. 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。

（翻译：董小武 高堃）