

# 加拿大临床实践指南（2016）：急性胰腺炎的处理

据 *Can J Surg* 2016 年报道

题：Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis

作者：Joshua A. Greenberg, Jonathan Hsu, Mohammad Bawazeer, John Marshall, Jan O. Friedrich, Avery Nathens, Natalie Coburn, Gary R. May, Emily Pearsall, Robin S. McLeod

REVIEW • REVUE

## Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis

**摘要：**据报道，世界各地急性胰腺炎的发病率越来越高。尽管医护质量、影像学检查和治疗技术在不断改进，但急性胰腺炎的死亡率仍然居高不下。虽然治疗急性胰腺炎的临床实践具有实用性，但近来研究表明胰腺炎的临床处理与循证推荐在许多重要地方不一致。这强调对急性胰腺炎诊治指南创造性理解和灵活性应用的重要性。本指南的目的是对轻度和重度急性胰腺炎的治疗以及急性胰腺炎和胆源性胰腺炎并发症的治疗提供循证推荐。

### 指南推荐和分级汇总

#### 1. 急性胰腺炎的诊断

- 1.1 脂肪酶检查：所有疑似急性胰腺炎的病人应该做血脂肪酶检查，如果血脂肪酶是正常值上限的 3 倍，则应做出急性胰腺炎的诊断。
- 1.2 超声检查：所有的病人应该做 B 超检查以评估胆道的基本情况，特别是判断患者是否有胆囊结石和（或）胆总管结石（CBD）。
- 1.3 磁共振胰胆管造影（MRCP）：只有当病人转氨酶增高，而超声检查胆总管结石显示不清或超声检查正常时才推荐磁共振胰胆管造影检查。
- 1.4 出现下列情况时，选择做计算机断层扫描（CT）检查：
  - 1) 患者出现持续性腹痛，鉴别诊断需排除急性胰腺炎时；
  - 2) 病人出现疑似急性胰腺炎的局部并发症（例如腹膜炎、休克体征和有提示性的超声结论）。CT 检查对于判断局部并发症大多于症状发作后的 48-72 小时有用，而不是入院时检查。如果没有禁忌症（如肾功能不全），一旦病人液体复苏后或血容量恢复后，就应该做增强 CT 扫描，用来判断是否有胰腺坏死。

#### 2. 严重性评估

- 2.1 C-反应蛋白水平（CRP）：CRP 基线水平或在第一个 72 小时内  $\geq 14286 \text{ nmol/l}$  ( $150 \text{ mg/dl}$ )，就提示重度急性胰腺炎，并且提示临床预后差。因此，患者入院时和入院后前 72 小时内应每天检测 CRP。
- 2.2 急性生理和慢性健康评分 II（APACHEII）：APACHEII 应在患者入院时和入院后 72 小时内每天检测一次。如果 APACHEII 评分  $\geq 8$  分，则提示重度急性胰腺炎，并且提示临床预后差。
- 2.3 如果患者经过充分的液体复苏后，器官功能衰竭持续超过 48 小时，则应诊断重度急性胰腺炎。

#### 3. 支持治疗

- 3.1 支持治疗包括静脉输注等张液复苏（例如乳酸林格溶液），控制和减轻疼痛。支持治疗是轻度急性胰腺炎的主要治疗措施。
- 3.2 出现下列情况之一时，患者应该转移到监护单元：
  - 1) 重度急性胰腺炎：APACHEII 评分  $\geq 8$  分，CRP 高于  $14286 \text{ nmol/l}$  ( $150 \text{ mg/dl}$ )，充分

液体复苏后器官功能障碍大于 48 小时。

2) 出现如下器官功能障碍的依据:

- 呼吸: 氧合指数 ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ )  $\leq 300$ , 或呼吸频率大于 20 次/分;
- 心血管: 低血压(尽管液体复苏后, 仍然收缩压低于 90mmHg, 或收缩压下降 40mmHg), 需要应用血管活性药物, 或  $\text{pH} < 7.3$ ;
- 肾功能: 血肌酐超过 7 天升高 1.5 倍, 或血肌酐超过 48h 升高  $\geq 26.5\mu\text{mol}$ , 尿量  $< 0.5\text{mL/kg/h} \geq 6\text{h}$ 。

3) 需要积极、持续的液体复苏。液体复苏的依据: 红细胞浓缩 ( $\text{HB} > 160\text{g/l}$ ), 红细胞压积 ( $\text{Hct}$ )  $> 0.500$ 。

具有上述条件一个或一个以上者, 合并体重指数 ( $\text{BMI}$ )  $> 30$  (亚裔人  $> 25$ ), 就应该转入到监护单元治疗。肥胖的危重病人转入监护单元的门槛还要低。

#### 4. 营养

4.1 轻度急性胰腺炎患者入院时给予普食, 如果由于腹痛、恶心、呕吐或肠梗阻不能经口进食, 则必须根据个体差异自行调整为从限制饮食、流质到普食的饮食流程。

4.2 重度急性胰腺炎患者一旦有可能应该在入院后的 48 小时内给予肠内营养。鼻肠管并不优于鼻胃管, 不能因为留置鼻肠管而延迟进食。对肠内营养的推荐优于肠外营养。

#### 5. 预防性抗生素

5.1 轻度或重度急性胰腺炎患者均不推荐预防性使用抗生素。

#### 6. 急性胰腺炎局部并发症的诊断和处理

6.1 出现下列情况应, 当考虑复查 CT: 出现新的(或未解决的)原因不明的感染情况(例如白细胞增多、发热); 新出现不能耐受经口进食或肠内营养; 血液动力学发生变化; 或有出血征象。

6.2 广泛坏死性急性胰腺炎病人, 经过恰当的初始治疗后, 在临床上仍然没有改善的征象, 或者又出现了其他的并发症, 那么应该咨询内镜、介入放射、外科和重度医学对处理重度急性胰腺炎有经验的专家。

6.3 对于急性胰周积液患者, 如果没有放射方面的依据, 也没有临床疑似脓毒症的征象, 暂且临床观察, 不必进行影像引导下的穿刺引流(FNA), 以免导致无菌性积液出现感染的风险。

6.4 对于急性胰腺坏死积聚和包裹性胰腺坏死的患者, 如果有放射方面的依据, 或有临床疑似感染坏死的征象, 那么就应进行影像引导下的 FNA, 抽取积液做培养, 以区分是感染坏死还是无菌积液。

6.5 FNA 培养阴性, 并且临床上影像检查无变化的无菌积液, 采用非手术治疗, 并无需应用抗生素。除非患者病情不稳定, 伴有无资料鉴定的疑似脓毒症, 那就经验性应用广谱抗生素, 同时进行恰当的检查(如细菌培养、真菌培养和 CT 检查)。

6.6 只有患者通过引流液明确为感染坏死, 或在 CT 扫描发现胰腺积聚物中见到气体, 才应用抗生素。抗菌治疗应根据引流液的培养和药敏试验而制定, 以最后的培养结果为准。然而, 抗生素的经验性治疗是针对胰腺坏死组织中最常见的病原体感染(例如大肠埃希杆菌、拟杆菌、肠杆菌、克雷伯杆菌和粪球菌以及其它革兰氏阳性菌, 如表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌)。

6.7 急性胰腺炎坏死物积聚或包裹性胰腺坏死的患者, 引流物证实有感染, 应采用阶梯式治疗方案, 先用抗生素和影像引导下引流治疗, 然后, 必要时外科手术治疗。外科会诊应尽早, 但外科手术应尽可能推迟到病程的后期。一线方法首选微创影像引导下引流或内窥镜引流, 必要时进行多级引流, 如果无创方法失败, 则考虑外科手术, 但外科手术应延迟到能够明确判断出现了胰腺坏死组织才进行。

6.8 无症状的胰腺假性囊肿采用非手术治疗。外科手术的指征是出现了如下症状: 感染、通过连续影像发现囊肿体积增大。手术应该在有条件的医学中心实施。

#### 7. 急性胆源性胰腺炎的治疗

7.1 对于胆源性急性胰腺炎合并胆管阻塞或胆囊炎的患者, 内镜逆胰胆管造影检查

(ERCP) 应尽早做 (24-48 小时内)。对于重度胰腺炎合并胆管阻塞或胆囊炎的患者，且病情不稳定，如果 ERCP 不是安全、易行的话，则经皮肝胆囊留置引流管引流。

7.2 轻度急性胰腺炎患者应在住院期间按照程序行胆囊切除术，而重度急性胰腺炎患者则应该待临床问题缓解后再延迟行胆囊切除术。

7.3 如果急性胆源性胰腺炎患者出现了胆囊切除术禁忌症，那么 ERCP 和奥迪氏括约肌切开术就应在出院前实施。

(翻译: 董小武 高堃)