

IAP/APA 急性胰腺炎处理的循证指南

据 Pancreatology 2013 年报道

题: IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis

作者: IAP / APA 急性胰腺炎指南工作组

Pancreatology 13 (2013) e1–e15



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Pancreatology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pan



Original article

IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis



Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines^{a,b,*}

^a International Association of Pancreatology, UNSW Clinical School Locked Bag 7103, Liverpool, BC NSW 1871, Australia

^b American Pancreatic Association, PO Box 14906, Minneapolis, MN 55414, USA

摘要:

背景: 2002 年国际胰腺病协会 (IAP) 处理指南发布至今出现了许多实质性的改进。因此 IAP 和美国胰腺病学会 (APA) 合作通过询证方式共同对这些指南进行了修订。

方法: 12 个多学科回顾分析组通过系统性回顾文献对 38 个预先选定的临床问题进行了建议。各建议采用“the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)”分级。在 2012 年 IAP/APA 共同会议上, 各小组提交了建议。全体成员通过投票对每一个建议进行了相关评论和全面协商。

结果: 38 个建议覆盖了急性胰腺炎临床相关的 12 个主题: A) 急性胰腺炎的诊断和病因; B) 严重度的预测; C) 影像学检查; D) 液体疗法; E) 重症监护措施; F) 预防感染并发症; G) 营养支持; H) 胆道处理; I) 坏死性胰腺炎 (NP) 干预的适应症; J) NP 干预的时机; K) NP 干预的策略; L) 胆囊切除术的时机。38 项建议中, 21 项被 GRADE 分级系统评为强推荐, 34 项全体投票结果显示达成高度一致。

总结: 2012 年 IAP/APA 指南根据近期可获得的证据提供了关于急性胰腺炎内外科治疗关键方面的建议。这些建议应当被作为当前治疗的参考标准以及将来急性胰腺炎临床研究的指南。

指南摘要

A. 急性胰腺炎 (AP) 的诊断和病因

1. AP 的诊断要满足以下 3 项标准中的 2 项: 临床症状 (上腹部疼痛), 实验室指标 (淀粉酶或脂肪酶 >3 倍正常值上限) 和 (或) 影像学表现 (CT、MRI、超声)。
2. 入院时通过详尽的个人史 (AP 既往史, 胆囊结石史, 饮酒史, 服药史, 高脂血症史, 外伤史, 近期有创操作如 ERCP 等) 和胰腺疾病家族史、体格检查、血清学检查 (如转氨酶, 血钙, 甘油三酯) 及影像学检查 (右季肋区 B 超检查) 确定 AP 的病因。
3. 常规胆道病因检查阴性而考虑特发性 AP 的患者, 首选内镜超声检查 (EUS) 检查以明确隐匿性微小结石、肿瘤或慢性胰腺炎。如果 EUS 检查结果阴性, 则进一步行 ERCP 检查以发现罕见的形态学异常, 并行腹部 CT 检查。如果病因仍不明确, 在特发性胰腺炎恢复时, 考虑遗传咨询。

B. 严重度的预测

4. 入院时以全身炎症反应综合征 (SIRS) 作为预测 SAP 的指标; 入院 48 小时以持续性 SIRS

为指标。

5. 住院期间，建议从3个方面预测AP结局：患者危险因素（如年龄、基础疾病、BMI），临床危险分级（如持续性SIRS）以及对初始治疗反应的监控（如持续性SIRS、血尿素氮BUN、肌酐Cr）

C. 影像学检查

6. 初次行CT检查评估AP的适应证如下：1）诊断不明确；2）临床预测SAP后确定严重程度；3）保守治疗无效或临床病情恶化。首次CT检查最佳时间为发病后72-96h。
7. 临床症状无改善、恶化、或者考虑有创性操作，是AP患者进行后续CT或MR检查的适应证。
8. 建议多层螺旋CT检查方案为薄层并且切片厚度（ $\leq 5\text{mm}$ ），100-150ml的非离子型对比剂静脉注射的速度为3ml/s，延迟胰腺相和（或）门静脉相扫描（即注射造影剂后50-70s）。后续检查仅行门静脉相（单相）检查即可。建议MR检查方案为静脉注射对比剂前后采用执行轴FS-T2和FS-T1扫描。

D. 初始液体治疗

9. AP初始液体复苏时建议应用乳酸林格氏液。
10. a) 液体复苏达标前，采用目标导向的静脉输液速度最开始为5-10ml/kg/h。
b) 以下1项或多项作为评估液体复苏达标首选方法：1）无创性临床指标：心率 <120 次/min,平均动脉压65-85mmHg（8.7-11.3kPa），尿量 >0.5 -1ml/kg/h；2）有创性临床指标：每搏输出量的变化，胸腔内血容量测定；3）生化指标红细胞压积值35-44%。

E. 重症监护措施

11. 入院时具有1个或多个危重症急救医学会指南所定义的指标并确诊的AP患者和修订后亚特兰大分类定义的SAP患者需要转入ICU。
12. 需放射学介入、内镜或外科干预的SAP患者必须转诊至专科中心。
13. AP处理的专科中心的定义是高容量中心，有最新的可提供器官替代治疗的重症监护设施，日常可用的放射学、EUS和ERCP内镜介入协助以及处理坏死性胰腺炎的外科经验。患者应尽可能的被纳入临床试验和为质量控制问题的前瞻性统计。
14. AP患者入院第1个24h内，早期液体复苏与降低持续SIRS和器官衰竭率有关。
15. 腹腔间室综合征（ACS）的定义是持续性腹内压 $>20\text{mmHg}$ ，并与出现的器官衰竭相关。
16. ACS的治疗应针对以下几个方面：1）空腔脏器体积；2）血管内外的液体；3）腹壁膨胀。持续腹内压 $>25\text{mmHg}$ ，伴内科及胃肠减压难治性的新发器官衰竭的患者，仅在多学科讨论后方可行有创治疗，方法包括经皮穿刺引流腹腔积液，中线或双侧肋缘下腹腔镜造口术或皮下白线筋膜切开术。手术减压时应保持腹膜后腔和网膜囊的完整性，以减少胰周及胰腺坏死的感染风险。

F. 预防感染并发症

17. 不推荐预防性应用抗生素预防AP的感染性并发症。
18. 选择性肠道去污在预防AP的感染性并发症中有益，但仍需进一步研究验证。
19. 不推荐使用益生菌预防AP的感染性并发症。

G. 营养支持

20. 轻度急性胰腺炎（MAP）患者一旦腹痛减轻且炎症标志物改善即可再次经口进食。
21. SAP患者需要营养支持的首选肠内营养。
22. 要素或复合的肠内营养制剂均可用于AP患者。
23. 经鼻空肠或鼻胃管途径均可实施AP患者的肠内营养。
24. 需营养支持且无法耐受鼻空肠营养管者，肠外营养可作为二线疗法。

H. 胆道处理

25. 轻度胆源性胰腺炎(MBP)不伴胆管炎者为 ERCP 的绝对禁忌症。重度胆源性胰腺炎(SBP)不伴胆管炎者为 ERCP 的相对禁忌症。胆源性胰腺炎(BP)伴胆总管梗阻为 ERCP 的相对适应证。BP 伴胆管炎为 ERCP 的绝对适应证。
26. 伴急性胆管炎者需急诊行 ERCP (<24h)，目前尚无证据表明不伴胆管炎的 BP 患者行的 ERCP 最佳时机。
27. MRCP 和 EUS 检查不影响患者临床病程，降低了怀疑胆总管结石而无胆管炎的 BP 患者行 ERCP 的比例。排除小结石(直径<5mm)存在时，EUS 检查优于 MRCP 检查，但 MRCP 检查相对创伤小，操作性依赖少，可用性广。因此，两者临床应用中无明确优劣性。

I. 坏死性胰腺炎(NP)干预的适应证

28. NP 放射学介入、内镜或外科干预的常见适应证为：1) NP 临床怀疑或证实已感染伴随病情恶化者，坏死已形成包裹。2) AP 发病后数周，感染 NP 未证实而进行性器官衰竭者，坏死已经形成包裹。
29. 不建议常规行胰周积液的经皮穿刺检查细菌，因临床症状(持续发热，感染标志物增加)和影像学表现(胰周气泡)是多数患者感染性坏死的准确预测指标。穿刺检查可明确感染的诊断，但存在假阴性结果的风险。
30. 无菌性 NP 患者行放射学介入、内镜或外科干预的适应证为：1) 包裹性坏死(AP 发生后 4-8 周)，占位效应导致的进行性胃肠及胆道梗阻；2) 无感染征象的包裹性坏死(AP 发病 8 周后)，患者有持续性疼痛不适症状。；3) 坏死性积液无感染征象(AP 发病 8 周后)且伴有持续性症状(疼痛、梗阻)的胰管离断综合征(即胰腺坏死时胰管完全横断)。

J. NP 干预的时机

31. 可疑或已证实的感染 NP 患者，行有创干预(如经皮穿刺引流、内镜腔内引流、微创或开腹行坏死组织清除术)应尽量延迟至发病后 4 周进行，以利于积液形成包裹。
32. 所有伴坏死并发症的患者，最好延迟行坏死组织清除术至积液形成包裹，通常在 AP 发病 4 周后进行，已证实无亚组可从早或延迟的干预中获益。

K. NP 干预的策略

33. 可疑或证实感染 NP 患者行干预的最佳策略为：先影像引导下经皮或后腹膜穿刺置管引流或内镜下腔内引流，随后有必要时采取内镜或手术清除坏死组织。
34. 治疗可疑或证实感染 NP 患者，首选经经皮穿刺引流或内镜下透壁引流。
35. 可疑或证实感染 NP 患者的亚组可否从不同的治疗策略中获益，目前的研究数据仍不足以证实。

L. 胆囊切除术的时机

36. MBP 行胆囊切除术是安全且被推荐的，复发胆道事件尤其复发 BP 所致再入院的巨大风险与 MBP 后行胆囊切除术的间隔时间相关。
37. 胰周积液患者行安全的胆囊切除术应延迟至积液分解或积液存在超过 6 周时进行。
38. ERCP 和括约肌切开术可防止 BP 的复发，而对于如胆绞痛胆管炎等结石相关的胆囊疾病无效，因此已行括约肌切开术且适合手术的 BP 患者，仍建议行胆囊切除术。

(翻译：董小武 高堃)