

美国胃肠病学会急性胰腺炎临床处理指南

据 Gastroenterol advance online publication 报道

题: American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis

作者: Scott Tenner 等

nature publishing group

PRACTICE GUIDELINES 1

American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis

Scott Tenner, MD, MPH, FACP¹, John Baillie, MB, ChB, FRCP, FACP², John DeWitt, MD, FACP³ and Santhi Swaroop Vege, MD, FACP⁴

摘要:

指南介绍了关于急性胰腺炎 (AP) 病人的处理建议。在过去的十年间,关于该病的诊断、病因学、早期及晚期处理有了很多新的认识和发展。虽然 AP 的诊断是由临床症状和实验检查确立的,但对于诊断不明确和临床症状没有改善的病人仍然需要进行胰腺的增强 CT 和/或 MRI。一旦进行复苏措施,就要根据需要立即进行血流动力学状态评估。有器官功能衰竭和/或全身炎症反应综合征的患者应尽可能送入重症监护病房或进行中介监护。除了有心血管和/或肾脏合并症的病人外,所有病人都应积极补液。在开始 12-24 小时内的积极静脉补液是最有效的,之后就效果不明显。急性胰腺炎合并急性胆道炎的患者应在入院 24 小时内进行内镜下逆行胆道造影 (ERCP)。对于高危病人,可以使用胰管支架和/或术后直肠内非甾体类抗炎药栓剂来降低 ERCP 术后发生严重胰腺炎的风险。对重症急性胰腺炎和/或无菌性坏死的病人,不推荐常规预防性应用抗生素。对于细菌性坏死的病人,抗生素能渗入胰腺坏死区,在延迟干预中起作用,降低发病率和病死率。对于轻症急性胰腺炎,如果没有恶心呕吐症状应尽早经口进食。而对于重症急性胰腺炎,建议进行肠内营养来预防感染性并发症,并避免肠外营养。无症状胰腺炎、胰外坏死和假性囊肿无论大小、位置、范围,都不需要进行干预。对于有感染性坏死的稳定患者,最好推迟外科治疗、放疗和内镜下引流 4 周,以便坏死周围形成囊壁。

诊断

1. 急性胰腺炎的诊断通常需符合以下 3 个标准中的 2 个:(1)与此疾病相一致的腹痛症状;(2)血清淀粉酶和/或脂肪酶超出正常上限 3 倍以上;(3)腹部影像学检查有典型改变。(强烈推荐,中等质量证据)
2. 当诊断不明确,入院治疗 48-72 小时临床表现未缓解,推荐进行 CECT 和/或 MRI 检查。(强烈推荐,低质量证据)

病因学

3. 所有急性胰腺炎患者应进行经腹超声检查。(强烈推荐,低质量证据)
4. 对于无胆石症、无明确饮酒史的患者,需检验血清甘油三酯水平,当结果>1000mg/dl 时需考虑病因为高脂血症。(有条件推荐,低质量证据)
5. 当患者年龄大于 40 岁,病因需考虑胰腺肿瘤可能。(有条件推荐,低质量证据)
6. 原因不明的急性胰腺炎患者需要限制内镜检查,因为相应的风险和益处还不明确。(有条件推荐,低质量证据)

7. 特发性急性胰腺炎需就诊于专业的医疗中心。（有条件推荐，低质量证据）
8. 如无明确的病因且有胰腺疾病家族史的年轻患者（小于 30 岁），可考虑基因检测。（有条件推荐，低质量证据）

初始评估及危险分层

9. 患者就诊后立即评估血流动力学状态，并根据需要开始复苏措施。（强烈推荐，中等质量证据）
10. 要进行危险分层，把患者分为高危和低危组，有助于选择合适的诊疗，包括收住重症监护病房。（有条件推荐，中等质量证据）
11. 伴有器官功能衰竭的患者应尽可能收住重症监护病房或中级监护病房。（强烈推荐，低质量证据）

初始治疗

12. 对于除外合并心、肾或其他禁忌合并症的所有患者，均应进行积极补液治疗，即每小时输注 250-500mL 的等渗晶体液。早期积极补液在最初 12-24 小时内的益处最明显，超过该时限则可能无益。（强烈推荐，中等质量证据）
13. 对于表现为低血压、心动过速的血容量严重不足的患者，需要更快地补液（加压输注）。（有条件推荐，中等质量证据）
14. 乳酸林格氏液为首选的等渗晶体液。（有条件推荐，中等质量证据）
15. 在入院 6h 及之后 24-48h 内应反复评估患者的补液需求。血清尿素氮下降是积极补液治疗的目标。（强烈推荐，中等质量证据）

内镜逆行胰胆管造影（ERCP）

16. 急性胰腺炎合并急性胆管炎的患者需在入院后 24h 内进行 ERCP 检查。（强烈推荐，中等质量证据）
17. 对于胆石症胰腺炎患者，若无进行性胆道梗阻的实验室和临床表现，大多不需接受早期 ERCP 检查。（强烈推荐，低质量证据）
18. 当无胆管炎和/或黄疸表现，但高度怀疑胆总管结石的情况下，应行核磁共振胰胆管造影（MRCP）或超声内镜（EUS）检查，而非诊断性 ERCP 检查。（有条件推荐，低质量证据）
19. 对于高危患者，为降低 ERCP 后重症胰腺炎的风险，应该使用胰管支架置入和/或操作后直肠给予非甾体抗炎药（NSAID）栓剂。（有条件推荐，中等质量证据）

急性胰腺炎的抗生素使用

20. 当伴有胆管炎、导管相关性感染、菌血症、尿路感染、肺炎等胰腺外感染时，应使用抗生素。（强烈推荐，高质量证据）
21. 重症急性胰腺炎患者不推荐常规预防性使用抗生素。（强烈推荐，中等质量证据）
22. 不推荐使用抗生素以预防无菌坏死性胰腺炎向感染性坏死发展。（强烈推荐，中等质量证据）
23. 对于伴有胰腺或胰腺外坏死的患者，若住院 7-10d 后病情加重或不改善，应怀疑发生感染性坏死。这些患者 应进行：（1）行 CT 引导下的细针抽吸（FNA），进行革兰氏染色和细菌培养以指导抗生素的使用。（2）若不行 CT 引导的 FNA，在获取必要的感染物培养后经验性使用抗生素。（强烈推荐，低质量证据）
24. 对于伴有感染坏死的患者，需应用胰腺穿透性好的抗生素如碳青霉烯类、喹诺酮类、甲硝唑等，这样也许能延迟或避免外科介入，从而降低并发症发生率和病死率。（有条件推荐，低质量证据）
25. 不推荐在治疗性或预防性使用抗生素时常规联用抗真菌药物。（有条件推荐，低质量证据）

急性胰腺炎的营养支持

26. 轻症胰腺炎患者如果腹痛缓解且无恶心呕吐，应立即开始经口进食。（有条件推荐，中等质量证据）
27. 轻症胰腺炎患者，早期进食低脂固体饮食与进食清流质一样安全。（有条件推荐，中等质量证据）
28. 对于重症胰腺炎患者，推荐行肠内营养以预防感染性并发症。除非肠内营养通路不能建立、肠内营养不耐受或达不到热卡需求，否则应避免行肠外营养。（强烈推荐，高质量证据）
29. 经鼻胃管和鼻空肠管营养在有效性和安全性上相当。（强烈推荐，中等质量证据）

急性胰腺炎的外科手术治疗

30. 伴有胆囊结石的轻症急性胰腺炎患者，出院之前应受胆囊切除术以预防急性胰腺炎再发。（强烈推荐，中等质量证据）
31. 对于胆源性的急性坏死性胰腺炎患者，应在急性炎症好转、胰周积液吸收或稳定后再行胆囊切除术，以避免感染。（强烈推荐，中等质量证据）
32. 当出现无症状性胰腺假性囊肿、胰腺和/或胰腺外无菌性坏死时，不论病灶大小、位置、范围，不需外科干预。（强烈推荐，中等质量证据）
33. 对于病情稳定的并发感染坏死的患者，手术、放射介入和/或内镜下引流应延迟至病程4周以上，在坏死物液化、周围形成纤维包裹（包裹性坏死）后进行。（强烈推荐，低质量证据）
34. 对于有症状的并发感染坏死的患者，微创的坏死组织清除术优于开放手术。（强烈推荐，低质量证据）

（翻译：董小武 高堃）