

标准与解读

DOI:10.19538/j.nk2024090102

2024年美国胃肠病学会《急性胰腺炎管理指南》解读

李乐妍,祝 荫

摘要:2024年美国胃肠病学会在2013年版本的基础上更新了《急性胰腺炎管理指南》,提出急性胰腺炎(AP)的诊断方式、病情评估及治疗方案,明确了对患者应用常规计算机断层扫描、腹部超声、磁共振成像和内镜超声检查的合适时机,提出轻症急性胰腺炎患者最初即口服低脂固体饮食而不是从液体逐步过渡到固体的阶梯进食法。本文对2024年指南的主要建议及关键概念进行解读,以期临床管理AP提供理论参考。

关键词:急性胰腺炎;管理;美国胃肠病学会;指南

中图分类号: R576 **文献标识码:** A

Interpretation of 2024 American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis LI Le-yan, ZHU Yin. Department of Gastroenterology, Jiangxi Provincial Key Laboratory of Digestive Diseases, Jiangxi Clinical Research Center for Gastroenterology, Digestive Disease Hospital, The First Affiliated Hospital, Jiangxi Medical College, Nanchang University, Nanchang 330006, China

Corresponding author: ZHU Yin, E-mail: ndyfy01977@ncu.edu.cn

Abstract: In 2024, American College of Gastroenterology updated the 2013 Guidelines for the Management of Acute Pancreatitis and put forward the diagnosis methods, severity evaluation, and treatment plan of acute pancreatitis. The guideline clarified the appropriate timing for patients to undergo routine computed tomography, abdominal ultrasound, magnetic resonance imaging, and endoscopic ultrasound examinations. It also suggested that mild acute pancreatitis patients initially take a low-fat solid diet instead of a step-by-step feeding of gradual transitions from liquid to solid. This article interprets the main recommendations and key concepts of the 2024 guidelines in order to provide theoretical reference for the clinical management of AP.

Keywords: acute pancreatitis; management; American College of Gastroenterology; guideline

2024年4月,美国胃肠病学会(American College of Gastroenterology, ACG)在《美国胃肠病学杂志》上发表了针对急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)的管理指南^[1],即2024年ACG《急性胰腺炎管理指南》(以下简称“2024年指南”)。2024年指南基于最新的研究成果,在2013年ACG《急性胰腺炎管理指南》(以下简称“2013年指南”)的基础上进行了更新^[2]。此次更新包括11条推荐意见和23条关键概

念,讨论了AP的诊断方式、病情评估及治疗方案,重点对临床医生为不同病情阶段患者进行个性化治疗提供建议。本文将对2024年指南的主要内容进行解读,以期临床诊疗AP提供参考。

1 主要检查

AP是最常见的胃肠道疾病之一,据估计全球AP死亡率为每年1.6例/10万^[3]。AP患者的准确诊断对后期治疗方案的选择至关重要。在AP患者早期或入院时,不应出于确定严重程度的目的而进行常规计算机断层扫描(computed tomography, CT)检查,而应在临床诊断不明确或在入院首个48~72 h静脉补液后临床症状无改善时将CT检查作为AP的诊断方式(关键概念1)。对AP患者常规使用腹部CT是非必要的,因为大多数患者的诊断都很明确,

基金项目:国家自然科学基金(82370661);江西省营养与健康
管理医学研究院培育项目(2022-PYXM-01);南昌大学第一附属
医院科技创新团队培育项目(YFYKCTDPY202202)

作者单位:南昌大学第一附属医院消化内科,消化疾病江西省
重点实验室,江西省消化系统疾病临床研究中心,消化病医院,江西
南昌 330006

通信作者:祝荫,电子信箱:ndyfy01977@ncu.edu.cn

且病程轻微、无并发症。然而,对于48~72 h后症状仍未改善(如持续疼痛、发热、恶心、无法开始经口进食)的患者,建议使用CT或磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)来评估胰腺坏死等局部并发症^[4]。一项临床研究结果显示,出院时胰腺坏死体积与坏死性AP患者出院后干预密切相关^[5]。

大多数AP患者的病因很容易确定,最常见的原因因为胆结石(40%~70%)和酒精(25%~35%)^[6]。AP患者应进行经腹超声检查以评估胆源性胰腺炎,如果初次检查结果不确定,则再次进行超声检查(推荐意见1,有条件推荐,证据质量极低)。在没有胆结石和(或)显著饮酒史的情况下,应该检测血清甘油三酯水平并在高于1000 mg/dL时考虑将其作为病因(关键概念2)。堵塞主胰管或胆管良性或恶性肿块可导致AP。对于年龄超过40岁且病因尚未确定的患者,胰腺肿瘤可能是AP的病因,尤其是对于病程延长或复发的患者(关键概念3)。需要对这些患者进行薄层增强CT扫描或MRI或磁共振胰胆管成像(magnetic retrograde cholangiopancreatography, MRCP)以确定病因。

特发性AP患者被定义为在经过初始实验室检查(包括血脂和钙水平)和影像学检查(对适当患者进行经腹超声和MRCP)后病因仍未确定的患者^[7]。为确定病因,建议通过重复腹部超声、MRI和(或)超声内镜(endoscopic ultrasound, EUS)进一步诊断评估(推荐意见2,有条件推荐,证据质量极低)。无明显病因的患者作为门诊患者转诊时应进行重复的超声检查和血清甘油三酯水平检查,因为初诊医院评估通常无法识别胆结石和(或)血清甘油三酯水平的升高。对于能耐受手术且病因不明的AP复发患者,建议进行胆囊切除术以降低AP复发的风险(关键概念4)。

2 风险评估

大多数AP发作均为轻度且具有自限性,只需短暂住院治疗。然而,35%的患者会发展为中度重症或重症,需要较长时间住院治疗^[8]。大部分病情复杂的患者最初到急诊科就诊时似乎为轻症,没有器官衰竭或坏死,仅凭评分系统和影像学无法准确确定哪些AP患者会发展为中度重症或重症AP(关键概念7)。在疾病的早期阶段(第一周内),器官功能障碍的发展、持续和进展可能导致患者死亡。因此,对于轻症患者,临床医生应在患者入院首个48 h

内警惕其发展为重症和器官衰竭(关键概念8),危险因素包括血尿素氮和血细胞比容的升高、肥胖、合并症和全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)的存在(关键概念9)。并且,应对AP患者进行血流动力学状态和风险评估,将其分为高风险和低风险,以帮助考虑入住非监护病床或包括重症监护室在内的监护病床(关键概念5),有器官衰竭和(或)SIRS的患者最好应入住监护病床(关键概念6)。

3 治疗

3.1 液体复苏 AP患者有明显的系统性血管内皮损伤和血管通透性增加,导致液体转移到间质和腹膜,从而导致血管内容量减少。除此以外,AP患者还因呕吐、经口摄入减少、经呼吸道蒸发增加和出汗等而出现低血容量。因此,应对AP患者进行积极适度的液体复苏。如果有血容量不足的证据,则需要额外补液(推荐意见3,有条件推荐,证据质量低)。静脉补液可以促进血液流动,防止胰腺细胞死亡、坏死以及胰酶的持续释放。对AP患者进行液体复苏时,使用乳酸林格液较生理盐水效果更优(推荐意见4,有条件推荐,证据质量低)。与生理盐水相比,乳酸林格液能够提供与非酯化脂肪酸结合的钙从而减轻全身炎症反应,并且pH值与血浆相近,能够避免大量给药时可能发生的高氯性(非阴离子间隙)代谢性酸中毒和肾损伤^[9]。

所有AP患者应接受适度的等渗晶体静脉补液,但如果存在心血管和(或)肾脏合并症,则需要谨慎安排补液方案,监测患者的容量超负荷情况(关键概念10)。与常规监测中心静脉压相比,胸腔内血容量指数可以更准确地评估ICU管理患者的血容量状态,因为其与心脏指数的相关性更好。

AP患者的液体复苏在病程早期(最初24 h内)可能更重要(关键概念11),并且应在患者就诊后6 h内以及接下来的24~48 h内,需要以降低血尿素氮为目标,反复再评估液体量(关键概念12)。临床医生通常难以认识到早期补液对治疗AP的重要性,因为大多数AP患者入院早期通常具有正常的红细胞比容和血尿素氮。然而,患者如果没有在早期进行适度的液体复苏,随着疾病进展,血尿素氮和红细胞比容升高,胰腺坏死和器官衰竭的风险会增加^[10]。

3.2 ERCP 对于不伴有胆管炎的胆源性AP患者,

早期(入院 72 h 内)药物治疗效果优于内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)(推荐意见 5,有条件推荐,证据质量低)。对于 AP 并发胆管炎的患者,在最初 24 h 内进行早期 ERCP 可以降低发病率和死亡率(关键概念 13)。在没有胆管炎和(或)黄疸的情况下,如果怀疑有胆总管结石,应在 ERCP 之前使用 MRCP 或 EUS 确定是否有胆总管结石,避免诊断性 ERCP(关键概念 14)。胆总管结石的持续存在可导致长期胰管或胆管阻塞,进而引发胰腺坏死或胆管炎。虽然直觉上通过去除 AP 患者胆道中阻塞的胆结石能够减少并发症,然而事实却是大部分胆结石会进入十二指肠并在粪便中排出,因此大多数胆石性胰腺炎患者不会从 ERCP 中受益,包括早期 ERCP^[11]。建议用直肠吡啶美辛预防高风险个体 ERCP 术后胰腺炎(post-ERCP pancreatitis, PEP)(推荐意见 6,强烈推荐,证据质量中等),并且建议对接受吡啶美辛直肠给药治疗的 PEP 高风险患者放置胰管支架(推荐意见 7,有条件推荐,证据质量低)。

3.3 抗生素 不建议对重症 AP 患者预防性使用抗生素(推荐意见 8,有条件推荐,证据质量极低)。当怀疑感染时,应在确定感染源的同时给予抗生素治疗。然而,一旦发现血液和其他培养结果呈阴性,且未确定感染源,则应停止使用抗生素。虽然无菌性坏死患者不应使用抗生素,但抗生素与清创或坏死切除术都是治疗感染性坏死的重要组成部分(关键概念 15)。对于有感染性坏死的 AP 患者,应大量使用能穿透胰腺组织的抗生素,以达到将手术、内镜和穿刺置管引流延迟 4 周以上的目的。部分患者可能无需引流,因为抗生素可能会完全控制感染(关键概念 16)。无需常规使用抗真菌药物以及预防性或治疗性抗生素(关键概念 17)。如果短时间内抗感染治疗无效或临床情况恶化,则应进行坏死切除或清创术。不建议对疑似感染性胰腺坏死的患者进行细针穿刺(fine-needle aspiration, FNA)(推荐意见 9,有条件推荐,证据质量极低)。虽然 FNA 能够安全、有效和准确地区分感染性坏死和无菌性坏死,但是检查结果并不会影响患者抗生素的使用情况,如果临床症状与感染性坏死相符,微生物培养报告呈阴性的患者仍需要使用抗生素。此外,许多无菌或感染性坏死的患者或迅速好转,或变得不稳定,手术干预的决定也不会受到穿刺结果的影响。

3.4 营养支持 AP 患者的营养支持应遵循以下几项原则:对于轻症 AP 患者,与传统的禁食方法相比,更建议在患者耐受的情况下尽早经口进食(24~48 h 内)(推荐意见 10,有条件推荐,证据质量低),并且建议最初经口给予低脂固体饮食,而不是逐步从液体转变为固体(推荐意见 11,有条件推荐,证据质量低)。经口营养治疗可以维持肠道黏膜的完整性,防止细菌从肠道易位到胰腺组织中导致感染性胰腺坏死。并且,低脂固体饮食比液体更安全,可提供更多热量,缩短住院时间^[12]。对于中度重症或重症 AP 患者,肠内营养似乎可以预防感染性并发症(关键概念 18),应避免肠外营养,除非肠内途径不可能、不耐受或不能满足热量需求(关键概念 19),并且应优先使用鼻胃途径而非鼻空肠途径进行肠内营养,因为其安全性和有效性相当(关键概念 20)。由于鼻空肠管的放置需要借助介入放射学或内镜检查,相比之下,鼻胃管放置难度更低,价格更便宜。然而,经鼻胃途径进行肠内营养的患者误吸风险升高,因此应使患者保持直立姿势并采取抽吸预防措施。

3.5 手术 轻度急性胆源性 AP 患者应尽早接受胆囊切除术,最好在出院前进行(关键概念 21)。由胆结石引起的轻度 AP 患者入院时进行胆囊切除术可以减少复发性胆石相关并发症,且胆囊切除术相关并发症的风险非常低^[13]。对于有症状但病情稳定的胰腺坏死患者,利用微创方法行清创和坏死组织切除的效果优于外科手术(关键概念 22),并且建议对病情稳定的患者延迟任何干预措施[手术、穿刺置管引流和(或)内镜干预]至病程 4 周后,以便包裹性坏死的形成(关键概念 23)。67%的患者坏死组织能够保持无菌状态,无需侵入性干预。然而,33%的患者会出现感染性坏死^[14]。在病程早期(前 7~10 d 内),坏死组织尚未完全形成包裹,此时进行干预会增加邻近中空器官出血和穿孔的风险,但 4 周后,坏死周围会形成纤维壁,这使得通过传统开腹手术、腹腔镜手术、介入置管引流或内镜清除坏死组织更可控。将微创手术与内镜引流相结合的多模式联合治疗似乎更有效、更安全,并且可以缩短住院时间。

4 总结与展望

与 2013 年指南相比,2024 年指南推荐意见的证

据质量均较低,且推荐强度不高。此外,还增加了“关键概念”,被定义为部分通过结合文献推断和专家意见得出的对AP患者管理有利,但与GRADE流程不符或缺乏文献支持的陈述。这表明在AP患者诊治方面仍存在进一步探讨的空间。首先,对于AP重症化的风险评估工具仍需完善,进而对患者做出准确的临床决策,提高治疗质量。其次,由于与欧美国家的饮食习惯存在差异,我国相关共识^[15]通常建议AP患者的营养支持由流质逐步转为固体食品,而不是直接给予固体饮食,营养支持过程中省略流质饮食阶段对患者是否有益仍需临床研究验证。最后,AP病情复杂,患者的治疗策略非常个性化,需要同时考虑患者的临床表现和医疗机构的专业性,遵循指南意见并结合实际经验进行管理。

参考文献

- [1] Tenner S, Vege SS, Sheth SG, et al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 2024, 119(3):419-437.
- [2] Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(9):1400-1415.
- [3] Xiao AY, Tan MLY, Wu LM, et al. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of population-based cohort studies [J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2016, 1(1):45-55.
- [4] Bollen TL, Singh VK, Maurer R, et al. Comparative Evaluation of the Modified CT Severity Index and CT Severity Index in Assessing Severity of Acute Pancreatitis [J]. AJR Am J Roentgenol, 2011, 197(2):386-392.
- [5] 廖茜,丁玲,徐欣,等.胰腺坏死体积预测坏死性胰腺炎患者出院后干预的临床研究[J].中国实用内科杂志,2022,42(10):855-859.
- [6] Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis[J]. Lancet, 2015, 386(9988):85-96.
- [7] Hallensleben ND, Umans DS, Bouwense SA, et al. The diagnostic work-up and outcomes of “presumed” idiopathic acute pancreatitis: A post-hoc analysis of a multicentre observational cohort [J]. United European Gastroenterol J, 2020, 8(3):340-350.
- [8] Sternby H, Bolado F, Canaval-Zuleta HJ, et al. Determinants of Severity in Acute Pancreatitis: A Nation-wide Multicenter Prospective Cohort Study [J]. Ann Surg, 2019, 270(2):348-355.
- [9] Khatua B, Yaron JR, El-Kurdi B, et al. Ringer’s lactate prevents early organ failure by providing extracellular calcium [J]. JCM, 2020, 9(1):263.
- [10] de-Madaria E, Buxbaum JL, Maisonneuve P, et al. Aggressive or moderate fluid resuscitation in acute pancreatitis [J]. N Engl J Med, 2022, 387(11):989-1000.
- [11] Williams E, Beckingham I, El Sayed G, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS) [J]. Gut, 2017, 66(5):765-782.
- [12] Moraes JMM, Felga GEG, Chebli LA, et al. A full solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis is safe and result in a shorter length of hospitalization: results from a prospective, randomized, controlled, double-blind clinical trial [J]. J Clin Gastroenterol, 2010, 44(7):517-522.
- [13] Al Taweel B, Tzedakis S, Panaro F. Early cholecystectomy cannot be regarded as a mortality risk factor in moderate and severe acute biliary pancreatitis [J]. Hepatobiliary SurgNutr, 2024, 13(1):109-111.
- [14] Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis [J]. Pancreatology, 2013 Jul-Aug, 13(4 suppl 2):e1-15.
- [15] 王国兴,肖红丽,任恩峰.急性胰腺炎急诊诊断及治疗专家共识[J].临床肝胆病杂志,2021,37(5):1034-1041.

2024-05-03收稿 2024-06-01修回

《中国实用内科杂志》2024年第10期重点内容预告

专题笔谈·睡眠障碍

- 失眠的认知行为疗法联合药物治疗失眠的研究进展 蔡李佳,张亚男,张筱彤,等
脑胶质类淋巴系统功能异常与慢性睡眠障碍相关研究进展 黄肖珊,张红梅,鲍磊,等
不宁腿综合征的遗传进展 蔚晓霞,马建芳
I型发作性睡病免疫治疗进展 张慧敏,詹淑琴
中枢性过度睡眠诊治进展 周雨嫣,俞佳钦,翟梓洋,等
重视发作性睡病的共病问题 赵显超,宿长军

指南与共识

- 成人原发免疫性血小板减少症患者血液管理专家共识(2024版) 李云龙,张磊,张曦,等
考格列汀临床应用专家指导意见 《考格列汀临床应用专家指导意见》专家组