

· 指南与规范 ·

DOI: 10.12449/JCH241008

《2024年美国胃肠病学院指南:急性胰腺炎的管理》摘译

宋英晓,朱惠云,杜奕奇

海军军医大学第一附属医院消化内科,上海 200433

通信作者:杜奕奇, duyiqi@hotmail.com (ORCID: 0000-0002-4261-6888)

摘要: 美国胃肠病学院(ACG)近期发布了2024版急性胰腺炎管理指南。该指南首先讨论了急性胰腺炎的诊断、病因、严重程度以及早期管理,同时也涉及并发症尤其是胰腺坏死的处理;其次提出了抗生素、营养、内镜、放射学和外科手术等临床决策。本文对该指南中的重要观念及推荐意见进行摘译。

关键词: 胰腺炎; 诊断; 疾病管理; 美国; 诊疗准则

An excerpt of American College of Gastroenterology guidelines: Management of acute pancreatitis (2024)

SONG Yingxiao, ZHU Huiyun, DU Yiqi. (Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Navy Medical University, Shanghai 200433, China)

Corresponding author: DU Yiqi, duyiqi@hotmail.com (ORCID: 0000-0002-4261-6888)

Abstract: The American College Gastroenterology (ACG) recently released the 2024 edition of Guidelines for the management of acute pancreatitis. The guidelines first discuss the diagnosis, etiology, severity, and early management of acute pancreatitis, as well as the management of complications, especially pancreatic necrosis, and then the guidelines propose the clinical decisions such as antibiotics, nutrition, endoscopy, radiology, and surgical intervention. This article makes an excerpt of the key concepts and recommendations in the guidelines.

Key words: Pancreatitis; Diagnosis; Disease Management; United States; Practice Guideline

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是胃肠道最常见的疾病之一,给患者带来巨大的身心及经济负担。AP的发病率以每年2%~5%的速度增长,尽管AP病死率随着时间的推移而下降,但其总体病死率保持不变,在过去的十年间AP管理的进步被认为与其病死率的下降有关。在此背景下,美国胃肠病学院(ACG)专家完成有关AP的临床试验及综述分析,发布了2024版急性胰腺炎管理最新指南^[1]。该指南首先讨论了AP的诊断、病因和严重程度,然后重点讨论了AP的早期管理,以及AP并发症尤其是胰腺坏死的管理,其次提出了抗生素、营养、内镜、放射学和外科干预的临床决策。

2024版指南与既往版本指南类似,每部分都有基于PICO问题的建议或重要观念以及证据摘要,PICO问题主要包括P(patient):人群/问题,I(intervention):干预,

C(comparison):比较,O(outcome):结果。PICO问题的建议主要用于AP的管理(表1),而对于AP的诊断、病因和严重程度并未采用PICO格式,而是采用GRADE分级系统评估证据质量并提出意见。其中,推荐意见等级分为强烈推荐、条件性推荐,证据质量等级分为高、中等、低、极低级别证据。重要观念是不适合GRADE过程的陈述或者文献中现有证据存在局限性,但可能对临床医生救治AP患者有益。本文对指南中的重要观念及推荐意见进行摘译,以供读者参考。

1 AP的诊断

重要观念1: 不建议常规使用CT评估急性胰腺炎患者入院时的疾病严重程度,而应将CT用于诊断不明确或住院后48~72 h内经静脉补液后临床症状仍未见改善的患者。

表1 作为建议和重要观念的PICO问题

Table 1 The PICO problem as a suggestion and an important concept

入院时

1. 在AP并发全身炎症反应综合征(SIRS)和/或器官功能障碍的患者中,入住监护病房/ICU是否会降低病死率,重症化率,和/或缩短住院时间?
2. 在AP患者中,与根据耐受情况进食和饮水相比,非经口饮食(经营养管营养)是否能降低并发症发生率,预防复发或缩短住院时间?
3. 轻症AP患者开放经口饮食后,与常规饮食相比,流质饮食能否减少并发症、防止复发或缩短住院时间?
4. 在AP患者中,与标准补液相比,早期积极静脉补液能否降低重症化的发生率、胰腺坏死和病死率?
5. 在AP患者中,早期频繁检测尿素氮和/或红细胞压积能否降低重症发生率、胰腺坏死、缩短住院时间和/或病死率?
6. 在AP患者中,与特定病例的必要影像学检查相比,早期常规影像学检查(超声和/或CT)是否有益处?

入院后

7. 在急性胆源性胰腺炎患者中,早期内镜逆行胰胆管造影(ERCP)(24和72 h内)是否能降低并发症发生率和病死率?
8. 在发病72 h后治疗仍无改善的AP患者,与保守方案相比早期横断面成像识别坏死或其他并发症是否能降低发病率或病死率?

AP并发胰腺坏死

9. 在AP并发胰腺坏死的患者中,肠内(鼻胃管或鼻空肠)喂养与早期经口喂养相比在感染并发症、住院时长和病死率方面是否存在差异?
10. 在AP并发胰腺坏死的患者中,与按需抗生素治疗相比,预防性抗生素治疗能否降低感染性并发症发生率、感染性胰腺坏死、缩短住院时长和降低病死率?
11. 对于可疑感染性胰腺坏死的患者,CT引导下细针穿刺与即刻抗生素治疗相比能否改善预后,减少感染并发症、脓毒症、住院时间和降低病死率?

AP的预防和复发

12. 在特发性胰腺炎患者中,与传统方法相比,额外的影像学检查[例如超声内镜(EUS)、磁共振胰胆管成像(MRCP)和ERCP]能否减少AP反复发作?
13. 在接受ERCP的患者中,吡啶美辛栓剂纳肛能否降低AP和重症AP的发生率?
14. 在接受ERCP的患者中,术前补液能否降低AP和重症AP的发生率?
15. 在接受复杂ERCP的患者中,与仅接受吡啶美辛栓剂纳肛相比,联合放置胰管支架能否预防AP?
16. 在特发性AP患者中,与保守治疗相比,针对胆道疾病治疗、括约肌切开术、胆囊切除术或口服熊去氧胆酸治疗能否减少AP复发?

2 AP的病因

重要观念2:在没有胆结石和/或明显饮酒史的情况下,应检查血清甘油三酯的水平并考虑其为AP的病因,尤其是当血清甘油三酯水平高于1 000 mg/dL时。

重要观念3:对于40岁以上病因尚未明确的患者,胰腺肿瘤应考虑为AP的可能病因。

重要观念4:对于无明确病因的二次发作的AP患者,如果适合手术治疗,建议行胆囊切除术,以降低急性胰腺炎复发的风险。

推荐意见1:对急性胰腺炎患者行腹部超声检查以评估胆源性胰腺炎,若初步检查没有定论,则建议行重复的腹部超声检查。(有条件推荐,极低级别证据)

推荐意见2:对于特发性急性胰腺炎患者,建议予进一步检查行额外的诊断评估,包括多次的腹部超声、MRI和/或EUS。(有条件推荐,极低级别证据)

3 AP的初步评估和风险分层

重要观念5:应对患者行血流动力学状态和风险评估,将

其分为高危组和低危组,以协助考虑是否需要入住监护病房或ICU。

重要观念6:有器官功能衰竭和/或SIRS的患者应优先入住监护病房。

重要观念7:单纯依靠评分系统和影像学检查无法准确预测中度重症或重症急性胰腺炎的发生。

重要观念8:对于轻症急性胰腺炎患者,临床医生应警惕患者在入院后48 h内是否会发展为重症急性胰腺炎或发生器官衰竭。

重要观念9:进展为重症急性胰腺炎的危险因素包括尿素氮、红细胞压积的升高,存在肥胖、合并症以及并发SIRS等。

4 AP的初期管理

重要观念10:建议所有AP患者接受中等强度的等渗晶体液静脉治疗,但如果患者存在心血管和/或肾脏并发症,需监测患者是否出现容量负荷过重的情况。

重要观念11:AP患者的液体复苏在疾病早期(前24 h内)可能更为重要。

重要观念 12:需在 AP 患者就诊后 6 h 内以及之后的 24~48 h 内多次评估并调整补液量,目标是降低尿素氮水平。

推荐意见 3:建议对急性胰腺炎患者行适度积极的液体复苏。如果有低血容量的证据,则需要加大液体输注量。(有条件推荐,低级别证据)

推荐意见 4:建议在急性胰腺炎的静脉复苏中使用乳酸林格氏液而非生理盐水。(有条件推荐,低级别证据)

5 ERCP

重要观念 13:对于合并胆管炎的急性胰腺炎患者,在 24 h 内行 ERCP 被证实可降低患者的发病率和病死率。

重要观念 14:在没有胆管炎和/或黄疸但怀疑存在胆总管结石的情况下,应先行 MRCP 或 EUS 检查,避免行诊断性 ERCP。

推荐意见 5:对于不伴胆管炎的急性胆源性胰腺炎患者,药物治疗优于早期的 ERCP(72 h 内)治疗。(有条件推荐,低级别证据)

6 ERCP 术后胰腺炎的预防

推荐意见 6:建议对具有高风险的 ERCP 术后胰腺炎患者使用直肠吡啶美辛预防术后胰腺炎。(强烈推荐,中等级别证据)

推荐意见 7:建议在接受直肠吡啶美辛治疗的 ERCP 术后胰腺炎高危患者中放置胰管支架。(有条件推荐,低级别证据)

7 AP 中抗生素的使用

重要观念 15:无菌性的胰腺坏死不应使用抗生素,但抗生素是治疗感染性胰腺坏死以及清创/坏死切除术的重要组成部分。

重要观念 16:对于感染性胰腺坏死患者应使用能够渗透到胰腺坏死的抗生素,主要目的是延迟手术、内镜或放射学引流延迟至 4 周以后,有些患者可仅靠抗生素彻底清除感染从而避免引流。

重要观念 17:无需常规使用抗真菌药物,无论是预防性还是治疗性用药。

推荐意见 8:不建议对重症急性胰腺炎患者预防性使用抗生素。(条件性推荐,极低级别证据)

推荐意见 9:对怀疑感染性胰腺坏死的患者,不建议行细针穿刺。(条件性推荐,极低级别证据)

8 AP 中的营养管理

重要观念 18:在中度重症或重症急性胰腺炎患者中,肠内营养可能预防感染性并发症。

重要观念 19:除非肠内营养不可行、不能耐受或不能满足热量需求,否则应避免使用肠外营养。

重要观念 20:由于鼻胃管和鼻空肠管具有相似的安全性和有效性,肠内营养方式更倾向于选用鼻胃管。

推荐意见 10:对于轻症急性胰腺炎患者,建议在患者可以耐受的情况下,早期经口饮食(24~48 h 内)。(有条件推荐,低级别证据)

推荐意见 11:对于轻症急性胰腺炎患者,建议直接口服低脂固体饮食,而非逐步从液体过渡到固体。(有条件推荐,低级别证据)

9 AP 中的手术治疗

重要观念 21:轻度急性胆源性胰腺炎患者应尽早行胆囊切除术,最好在出院前。

重要观念 22:对于病情稳定的有症状的胰腺坏死患者,应优先选择微创方法而非开放手术行清创和坏死组织切除。

重要观念 23:建议对病情稳定的胰腺坏死患者推迟任何干预措施(包括手术、放射学和/或内镜治疗),最好延迟至 4 周,以促使其囊壁成熟。

利益冲突声明:本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明:宋英晓、朱惠云负责翻译;杜奕奇负责审核。

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. DOI: 10.14309/ajg.000000000002645.

收稿日期: 2024-08-30; 录用日期: 2024-09-02

本文编辑: 王莹

引证本文: SONG YX, ZHU HY, DU YQ. An excerpt of American College of Gastroenterology guidelines: Management of acute pancreatitis (2024) [J]. J Clin Hepatol, 2024, 40(10): 1973-1975.

宋英晓,朱惠云,杜奕奇.《2024年美国胃肠病学院指南:急性胰腺炎的管理》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(10): 1973-1975.