

· 指南与规范 ·

DOI: 10.12449/JCH240608

## 重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南

中华中医药学会《重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南》起草组

通信作者: 崔云峰, [nkyycyf@163.com](mailto:nkyycyf@163.com) (ORCID: 0000-0001-6415-0321); 王西墨, [wangximnkyy@126.com](mailto:wangximnkyy@126.com) (ORCID: 0000-0002-9224-2853); 尚东, [shangdong@dmu.edu.cn](mailto:shangdong@dmu.edu.cn) (ORCID: 0000-0001-5003-5998)

**摘要:** 重症急性胰腺炎起病急、进展快, 临床病理变化复杂, 病死率高达20%~30%。长期的临床实践与基础研究发现, 单纯依赖西医治疗重症急性胰腺炎并不尽如人意, 中西医结合治疗能够展现出更为确切的疗效, 具有显著的优势。本指南以循证医学证据为基础, 结合国内外指南及临床实践, 广泛征求专家建议与意见, 最终凝练了28个临床问题。具体阐释了重症急性胰腺炎的病因病机与诊断标准, 以及中西医结合分型、病程分期、治疗与治疗的关键点, 以期对重症急性胰腺炎的中西医结合诊断标准和治疗原则进行规范。该指南经中华中医药学会发布, 标准编号: T/CACM 1518—2023。

**关键词:** 重症急性胰腺炎; 中西医结合; 诊疗准则

**基金项目:** 天津市中医药重点领域科技项目(2022005); 天津市自然科学基金重点项目(21JCZDJC00550); 天津市卫生健康委员会中医中西医结合课题重点项目(2021006); 天津市131创新型人才团队项目(201938)

### Guidelines for integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of severe acute pancreatitis

*Drafting Group of Guidelines for Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Severe Acute Pancreatitis, Chinese Association of Traditional Chinese Medicine*

*Corresponding authors: CUI Yunfeng, [nkyycyf@163.com](mailto:nkyycyf@163.com) (ORCID: 0000-0001-6415-0321); WANG Ximo, [wangximnkyy@126.com](mailto:wangximnkyy@126.com) (ORCID: 0000-0002-9224-2853); SHANG Dong, [shangdong@dmu.edu.cn](mailto:shangdong@dmu.edu.cn) (ORCID: 0000-0001-5003-5998)*

**Abstract:** Severe acute pancreatitis (SAP) is characterized by rapid onset and progression, complex clinicopathological changes, and a mortality rate of as high as 20%—30%. Long-term clinical practice and basic research have shown that relying solely on Western medicine for the treatment of SAP may not achieve satisfactory outcomes, and integrated traditional Chinese and Western medicine therapy has a marked clinical effect and significant advantages. Based on evidence-based medicine and with reference to related guidelines and clinical practice in China and globally, these guidelines summarize 28 clinical questions after widely soliciting opinions and suggestions from experts. This document specifically elaborates on the etiology, pathogenesis, and diagnostic criteria of SAP, as well as the key points of integrated traditional Chinese and Western medicine typing, disease staging, treatment methods, and therapies, so as to standardize the integrated traditional Chinese and Western medicine diagnostic criteria and treatment principles of SAP.

**Key words:** Severe Acute Pancreatitis; Integrated Traditional Chinese Medicine & Western Medicine; Practice Guideline

**Research funding:** Tianjin Science and Technology Project in Key Areas of Traditional Chinese Medicine (2022005); Tianjin Natural Science Foundation Key Project (21JCZDJC00550); Tianjin Municipal Health Commission Key Project of Combined Traditional Chinese and Western Medicine Subjects (2021006); Tianjin 131 Innovative Talent Team Project (201938)

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是一种全球范围内最常见的消化系统疾病,其发病率呈逐年增长的趋势,已经在消化系统疾病中占据着越来越重要的角色,是危及健康的一个重大难题。重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)约占AP病例的1/5,发病迅速、病情进展快,且临床病理变化错综复杂。疾病早期即出现全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)及多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS),死亡率高达20%~30%。

自从1963年马赛大会提出了世界上最早的胰腺炎分类标准后,有关AP的诊断和治疗准则已经被多次报道。但是,由于其病因及病变过程复杂,不同地区对该病的诊断标准存在差异,这导致了治疗方案的不一致性。多年来的临床实践与基础研究表明,单纯依靠西医治疗效果欠佳,多年来的临床实践与基础研究表明,中西医结合疗法更能显示其良好的疗效。在祖国医学领域,AP归属于“腹痛”“胃心痛”“脾心痛”等范畴,早在《内经》中已有关于此病的记载。吴咸中院士团队从上世纪90年代起对SAP发病机制进行了系统性研究,将SAP的发病过程分为早期(结胸里实期、急性反应期)、后期(热毒炽盛、全身感染期)、康复期(正虚期、残余感染期)。针对各个时期的病情特点,在治疗过程中可给予通里攻下、活血化瘀、清热解毒、补气养血、健脾和胃等治疗方法<sup>[1-2]</sup>。近年来本指南起草组团队建立了SAP中西医结合快速康复治疗体系和SAP程序化模块化微创化个体化外科治疗体系,年救治SAP患者400余例,年完成SAP微创化手术约500台,积累了丰富的临床经验,取得了突破性成果,有效降低治疗过程中器官衰竭、出血、肠痿的再发率,使SAP的病死率大大降低,体现出中西医结合治疗SAP的优势<sup>[3-4]</sup>。

中国中西医结合医学会普通外科专业委员会发布的《重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南(2014年,天津)》在天津市南开医院牵头下完成,对于中西医结合治疗SAP具有重要意义<sup>[5]</sup>。在过去的8年中,SAP的诊断与治疗方法出现很大的改变。随着近年来对SAP诊治研究的逐步深化,修订新的中西医结合诊疗指南显得十分重要。新指南拟在循证医学的基础上,采用文献检索、系统回顾等方法,并借鉴国内外指南内容,参考各地区中西医结合治疗SAP经验,广泛征询专家意见和观点,以规范SAP的诊断标准和治疗原则。该指南通过GRADE体系评价临床证据质量(高、中、低),并以“强”“中”“弱”为推荐等级表达专家对推荐意见的认可程度。

## 1 术语和定义

SAP是指由于各种原因引起的胰酶异常激活,使其对胰腺及周围器官产生消化作用并启动相应反应。其主要特征是胰腺和全身炎症反应,合并短暂或持续性器官功能障碍的急腹症。

AP的分类于2012年亚特兰大会议进行了修订,按照严重程度将其分为轻症急性胰腺炎(mild acute pancreatitis, MAP)、中度重症急性胰腺炎(moderately severe acute pancreatitis, MSAP)和SAP,MAP和SAP可以根据入院后有无器官功能衰竭区分,而MSAP和SAP可根据脏器衰竭是否能在48小时内恢复进行区分<sup>[6]</sup>。

以修订的亚特兰大标准为分类原则,在本指南中“重症急性胰腺炎”的定义包括MSAP和SAP。

## 2 SAP临床诊断

2.1 SAP的中医病因、病机 根据SAP的临床症状与病位,可归属于祖国传统医学中的“腹痛”“胃心痛”“脾心痛”等范畴。

SAP的病因多种多样,包括胆石、肥胖、暴饮暴食、虫积、创伤、情志失调、体质虚弱以及外感六淫等。病位在脾、胃,涉及肝、胆、肠、心、肺、肾、脑。病性以里、实、热证为主。基本病机为腑气不通,各种致病因素导致气机不畅,脾胃升降失常,运化失调,痰湿内生,郁而化热,湿热互结,日久不去,则化生瘀血、浊毒,共同蕴结中焦,从而导致“腑气不通,不通则痛”。

本病初期多因食积气滞或肝胃郁热引起,肝气郁结,日久化热,邪热犯胃,熏蒸湿土,病程迁延则见脾胃湿热,日久演变为瘀血、浊毒等邪内阻互结。瘀毒与热邪交织,或热伤血络,迫血妄行,或火热熏灼,上迫于肺,或久病入络,热陷心包,心神被扰,使病情趋于复杂。因此,本病的病机演变多为湿、热、瘀、毒蕴结中焦,使脾胃升降传导功能失司,肝胆疏泄失常,脏腑气机阻滞,病机转变的关键环节为瘀毒内蕴<sup>[7-8]</sup>。

2.2 SAP的诊断 SAP是一种急性炎症性疾病,随着病情进展,对周围组织及其他器官的影响也各不相同。SAP患者主要临床症状为上腹部疼痛,并伴随不同严重程度的腹膜炎。常见的表现有:发热、呕吐、腹胀、心率加快、白细胞计数增高、血/尿淀粉酶增高等。病理学特征包括:从显微镜下观察到的间质水肿和坏死,到肉眼可见的胰腺实质或周围脂肪组织的坏死和出血<sup>[9]</sup>。

AP的诊断标准需满足以下3项中的2项:(1)典型腹痛的出现;(2)血清淀粉酶或脂肪酶的含量超过正常

值上限的3倍;(3)腹部影像学检查显示出特征性改变。对于未明确诊断或者在入院后48~72 h内临床症状未见明显改善的患者,可以考虑进行胰腺增强CT或MRI扫描以进一步确诊<sup>[7]</sup>。

**MSAP诊断标准:**出现局部并发症或不伴一过性器官功能衰竭(48 h内缓解)的AP。主要特征是不伴随持续性器官功能衰竭,器官功能衰竭的诊断依据改良Marshall评分系统,该评分系统就心、呼吸、肾功能进行评估,任何器官评分 $\geq 2$ 分可定义为出现器官功能衰竭。

**SAP诊断标准:**出现持续器官功能衰竭(48 h内无法缓解)的AP。

**推荐意见1:**临床上符合典型症状、实验室检查和影像学检查3项标准中的2项可诊断为AP。完整的SAP诊断应包括SAP的诊断、分类诊断、病因诊断和并发症诊断。(证据等级:高;推荐强度:强)

**2.3 AP的严重程度分类** 目前最新的AP严重程度分类系统主要有修订的亚特兰大分类标准(revised atlanta classification, RAC)和基于决定因素的AP严重程度分类(determinant-based classification, DBC)<sup>[6,10]</sup>,见表1。

RAC对于AP的定义更为明确和宽泛,根据器官衰竭的持续时间,以及有无局部或全身并发症,将AP分为轻、中、重度3个级别。具体分级如下:(1)MAP,无器官功能衰竭,无局部或全身并发症,一般在1~2周内痊愈,病死率低;(2)MSAP,存在短暂(48 h内)的器官功能衰竭和/或局部并发症,早期病死率较低,但伴有坏死组织感染时,病死率较高;(3)SAP,伴有持续性(>48 h)器官功能衰竭,病死率高。根据改良Marshall评分对器官功能衰竭进行诊断,其中任一脏器得分 $\geq 2$ 分,即为存在器官功能衰竭。

DBC是根据胰腺(胰周)坏死和器官功能衰竭2个重要的死亡风险因素进行分级。具体分级如下:(1)轻型:无胰腺(胰周)坏死及器官功能障碍;(2)中型:无菌性的胰腺(胰周)坏死和/或一过性( $\leq 48$  h)的器官功能障碍;(3)重型:感染性的胰腺(胰周)坏死或持续性(>48 h)的器官功能障碍;(4)危重型:感染性的胰腺(胰周)坏死伴

有持续性(>48 h)器官功能障碍。在DBC分级中,根据序贯器官衰竭评分系统对器官功能障碍进行诊断。

**推荐意见2:**DBC分级的危重型AP患者伴有持续的器官功能障碍和胰腺(胰周)感染坏死,病死率高,应予以高度重视。(证据等级:中;推荐强度:中)

**2.4 SAP的影像学评估** 入院时需要行超声检查以确定SAP的病因(胆源性),推荐在入院48 h内对SAP患者进行超声检查<sup>[11-12]</sup>。在诊断不明的情况下,计算机断层扫描(computed tomography, CT)可以作为一种很好的诊断依据,但在疾病发生后1周内,CT检查往往无法显示出坏死及缺血区。所有SAP患者均需行强化CT(contrast-enhanced CT, CECT)或核磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)检查,症状出现的72~96 h内建议进行首次CECT检查(表2)。对CT增强剂(碘剂)过敏、肾功能不全、需减少辐射的年轻病患及孕妇等人群,平扫MRI检查可以鉴别非液化成分,但MRI对气体和液体的探测能力较差。此外,对于无法确定原因的患者,还可以采用磁共振胆胰管成像或超声内镜检查术进行筛查。

**推荐意见3:**在AP患者入院时或发病初期,应例行超声检查,以确认胆道系统有无结石。(证据等级:中;推荐强度:强)

**2.5 SAP的实验室检查评估** 血淀粉酶、脂肪酶高于正常值上限3倍以上具有诊断意义。如果不存在过量饮酒

表2 改良CT严重指数评分<sup>1)</sup>标准

特征	评分(分)
胰腺炎性反应	
正常胰腺	0
胰腺和/或胰周炎性改变	2
单发或多个积液区或胰周脂肪坏死	4
胰腺坏死	
无胰腺坏死	0
坏死范围 $\leq 30\%$	2
坏死范围 $> 30\%$	4
胰外并发症 <sup>2)</sup>	2

注:1)改良CT严重指数评分为炎性反应、坏死与胰外并发症评分之和;2)胰外并发症包括胸腔积液、腹腔积液、血管或胃肠道受累等。

表1 AP分类诊断系统

Table 1 Diagnostic system for classification of acute pancreatitis

分级系统	轻症	中度重症	重症	危重症
RAC分级 <sup>1)</sup>	无器官功能障碍和局部并发症	出现一过性( $\leq 48$ h)器官功能障碍和/或局部并发症	出现持续性(>48 h)器官功能障碍	无
DBC分级 <sup>2)</sup>	无器官功能障碍和胰腺(胰周)坏死	出现一过性( $\leq 48$ h)器官功能障碍和/或无菌性坏死	出现持续性(>48 h)器官功能障碍或感染性坏死	出现持续性(>48 h)器官功能障碍和感染性坏死

注:1)RAC分级,即修订版Atlanta分级,依据改良Marshall评分进行器官功能障碍诊断;2)DBC分级,即决定因素的分级,依据序贯器官衰竭评分系统进行器官功能障碍诊断。

或者胆结石,应检测血液中甘油三酯和钙离子浓度,患者发病48 h之内,血液中的甘油三酯含量 $>11.3$  mmol/L (1 000 mg/dL)或 $\geq 5.65$  mmol/L (500 mg/dL)伴既往史,或出现明显乳糜血,并排除其他病因,则提示其为高甘油三酯血症性胰腺炎。发病后3 d内C反应蛋白 $\geq 150$  mg/L为SAP的预测因子,红细胞比容 $>44\%$ 是发生胰腺坏死的独立危险因素,尿素氮 $>20$  mg/dL是SAP死亡的独立危险因素。胰腺炎症最敏感的实验室检测指标为降钙素原,其在正常范围值以内则提示无感染性坏死<sup>[13]</sup>。

**推荐意见4:**对合并有相关危险因素的AP患者,应在入院时行血脂检查,以明确有无高甘油三酯血症。(证据等级:中;推荐强度:强)

**2.6 SAP的病因学分析** SAP的原因很多,各种原因所致的SAP患者年龄、性别分布和疾病严重程度各不相同。目前,SAP的病因仍然以胆石病为主,其次是高甘油三酯血症与过量饮酒。高甘油三酯血症和酒精性AP好发于男性,而胆源性胰腺炎好发于老年人。其他较为少见的原因还有胰腺肿瘤、药物、内镜下逆行性胆胰管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)、高钙血症、感染、遗传、自身免疫性疾病、外伤等<sup>[6]</sup>。明确致病原因可有效地缓解病情、改善预后及预防复发。

**2.7 SAP的严重程度评分系统** 目前,关于SAP预后没有标准的评分系统。和APACHE II一样,AP床边严重程度指数(bedside index for severity in acute pancreatitis, BISAP)(表3)也具有预测疾病严重程度、器官衰竭和死亡的功能,是最适用于临床实践的评分系统之一。现如今,在SAP的评分系统中,Ranson $\geq 3$ 分、BISAP $\geq 3$ 分、APACHE II $\geq 8$ 分、MCTSI $\geq 3$ 分、CRP $\geq 21$  mg/dL(发病第1天),则提示病情危重<sup>[14]</sup>。

表3 BISAP评分  
Table 3 BISAP scores

符合以下每项标准评1分	评分(分)
血尿素氮 $>8.9$ mmol/L	1
精神异常	1
存在SIRS	1
年龄 $>60$ 岁	1
影像检查提示胸腔积液	1

**2.8 SAP的并发症** SAP可导致各种全身或局部并发症,SIRS、MODS、脓毒症、腹腔高压及腹腔间隔室综合征(abdominal compartment syndrome, ACS)是常见的全身并发症。局部并发症可分为无菌型和感染性型,主要为早期(发病时间 $\leq 4$ 周)的急性胰腺周积液、急性坏死物积聚,以及后期(发病时间 $>4$ 周)的胰腺假性囊肿(pancreatic

pseudocysts, PP)、包裹性坏死、感染性胰腺坏死<sup>[15]</sup>。其他并发症还包括腹腔出血、消化道出血、胰痿、胃肠道痿、胆道梗阻、肠梗阻、胰源性门静脉高压等。

### 3 修订亚特兰大标准MSAP中西医结合分型

MSAP的起病多为食积、气滞、正盛邪进,表现为肝郁气滞,然后病变累及肝和脾,并在此基础上发展为实热、湿热等不同证型,根据中医辨证可以将MSAP分为以下3型<sup>[16]</sup>。

**3.1 肝郁气滞型** 主要表现为上腹或左上腹痛,无明显腹胀,舌质淡红,苔薄白或黄白,脉弦细或紧。病机为AP正盛邪进阶段。

**3.2 脾胃实热型** 主要表现为腹满痛,拒按,有痞满燥实之征象,口干渴,尿短赤,舌质红,苔黄厚腻或燥,脉洪数或弦数。病机为AP正盛邪实、气滞化热、阳明腑实阶段。

**3.3 脾胃湿热型** 主要表现为上腹胀痛,拒按尿短赤,多有黄疸,舌质红,苔黄腻,脉弦滑或数。病机为AP正盛邪实、湿热互结阶段。

### 4 SAP的中西医结合病程分期

SAP病程大体可以分为早期、后期和恢复期3期,3个阶段相互重叠,但不是所有患者都具有完整的3期病程,AP病程中的2个死亡高峰为早期和后期。SAP早期和后期可表现为湿、热、瘀、毒交织兼夹,正盛邪实,或痰热,或瘀热,或热毒之邪内陷、上迫于肺、热伤血络,成气血逆乱之危症;恢复期主要表现为正虚邪恋,虚实夹杂<sup>[16]</sup>。

**4.1 第一期(正盛邪实期、全身急性反应期)** 发病开始至2周左右。临床中常常出现休克、急性呼吸窘迫综合征、急性肾功能衰竭、急性胃肠功能衰竭、胰性脑病等并发症。中医见证具有少阳阳明合病的临床特征,如往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、咽干口苦、便秘、心烦喜呕等。

**4.2 第二期(热毒炽盛期、全身感染期)** 发病后2周左右开始,可以持续2个月左右。以胰腺、胰周或相关部位感染所引起的全身性细菌感染、深部真菌感染或二重感染为其主要临床特点。中医见证为热腐成脓、毒热炽盛,临床中可以出现热深厥深、热入心包,甚至亡阴亡阳。

**4.3 第三期(虚实夹杂期、残余感染期)** 发病2个月以后,主要临床表现为全身营养不良,存在腹腔内或后腹

膜残腔,通常引流不畅,窦道经久难愈,有时合并有消化道瘘。中医多见证气阴两伤或脾虚湿困或脾胃不和或余邪未尽、湿热留恋或热血互结而遗留癥瘕积聚等。

## 5 SAP的中西医结合治疗

### 5.1 修订亚特兰大标准MSAP的中西医结合分型治疗

5.1.1 中医治疗 根据中医辨证可将MSAP分为肝郁气滞、脾胃实热、脾胃湿热3型。

肝郁气滞与脾胃实热型最为常见,应治以疏肝理气及通里攻下,可选用清胰汤为主方,再根据不同症状及舌脉表现随证加减<sup>[16]</sup>。

清胰汤:柴胡15g,黄芩10g,胡连10g,白芍15g,木香10g,元胡10g,大黄15g(后下),芒硝10g(冲服)。水煎服,日1剂,分2次服用。重症患者每日2剂,分4次服用。

脾胃湿热型多见于胆源性胰腺炎,多有黄疸,舌质红,苔黄腻,脉弦滑或数,应治以疏肝理气、清热利湿。可在清胰汤的基础上,加用龙胆草、茵陈及金钱草等清热利湿药物。

**推荐意见5:**MSAP的中西医结合分型治疗,有助于MSAP的个体化治疗,防止MSAP的重症化发展。(证据等级:中;推荐强度:强)

5.1.2 针刺治疗 针刺作为辅助治疗方法之一,可以解痉镇痛、降逆止呕、减轻腹胀及促进炎症吸收等。常用的穴位有足三里、下巨虚、内关、阳陵泉及地机等。一般采用强刺激手法,亦可采用电刺激法。

### 5.1.3 中医外治疗法

5.1.3.1 灌肠治疗 可用大承气汤冷却至38℃~40℃后灌肠,一般插管深度为22~25cm,灌肠次数1次/h~1次/2h,根据患者个体情况调整频率。

5.1.3.2 腹部外敷 可以选择芒硝500~1000g,将其研磨成粉末状,然后放入专用的外敷袋中。将外敷袋平

铺在患者的腹部或腰肋部,尤其是那些出现红肿热痛的部位,当外敷袋内的芒硝开始结晶或变硬时进行更换,更换频率1~2次/d。

5.2 SAP以中西医结合病程分期为基础的中西医结合外科治疗 SAP其病位主要位于脾、胃、肝、胆、肠,牵涉心、肺、肾、脑;病性以里、实、热证为主;基本病机为肝失疏泄、胃失和降,气郁、湿热、食滞、瘀血于中焦蕴结而导致脾胃升降失司。治疗中需要重视器官功能状态和局部并发症,强调早期通泄、活血化瘀贯穿始终、时时顾护阴液(表4)。

### 5.2.1 第一期(正盛邪实期、全身急性反应期)

主要治疗原则为加强监护治疗,纠正血液动力学异常,防治休克、急性呼吸窘迫综合征、急性肾功能损伤及脑病等严重并发症,全身炎症反应严重并伴有肾功能损伤者,可采用血液净化治疗。本期适合SAP支持治疗原则。

5.2.1.1 中医治疗 本期中医见证主要体现为少阳阳明合病或阳明腑实证,病情严重者可能表现为结胸里实证。针对这一期病理特点,主要采取通里攻下、理气开郁、活血化瘀、益气救阴的治疗策略。推荐的方剂为大承气汤、清胰陷胸汤加减<sup>[16]</sup>。首煎200mL通过胃管或空肠营养管进行灌注,二煎400mL则用于灌肠,每日频率控制在2~4次。根据患者的具体病情,需要适时调整药量和给药次数。同时,还可以通过静脉输液给予活血化瘀和益气救阴的药物。芒硝全腹外敷也是一种重要的辅助治疗手段,每日外敷1~2次。

大承气汤(伤寒论):大黄12g(后下)、芒硝9g(冲服)、枳实15g、厚朴15g。水煎服,每日2剂,分4次服用。

清胰陷胸汤(中西医结合急腹症方药诠释方):柴胡15g、黄芩15g、胡连15g、木香10g、元胡10g、大黄30g(后下)、芒硝15g(冲服)、甘遂末1g(冲服)。水煎服,每日2剂,分4次服用。

表4 SAP中医辨证分期的论治

Table 4 Treatment of severe acute pancreatitis with Chinese medicine identification and staging

病程分期	病理改变	临床表现	中医辨证	治则	代表方剂
第一期	无菌性胰腺腺周坏死、无菌性炎症阶段	急性坏死物积聚、ACS、SIRS、MODS、急性胃肠功能损伤	正盛邪实、少阳阳明合证、阳明腑实证、结胸里实证	通里攻下、活血化瘀	大承气汤、清胰陷胸汤
第二期	感染性胰腺腺周坏死、感染性炎症阶段	脓毒症、代偿性抗炎反应综合征、重症监护后综合征、MODS、包裹性坏死、感染性胰腺坏死	热结腑实、毒热炽盛	清热解毒、活血化瘀、通里攻下	清胰汤、清胰承气汤
第三期	残余感染性胰腺腺周坏死、局部并发症、内分泌功能损伤、外分泌功能损伤	营养不良、局部并发症	正虚邪去、正虚邪恋、正虚邪陷	补气养血、健脾和胃	辨证方剂

**推荐意见 6:** 中医药疗法采用辨证论治的方法, 已经被临床实践证明能够有效治疗 SAP。在疾病早期, 通过采用通里攻下法, 可以保护和恢复肠道功能, 降低肠源性细菌易位的风险, 从而成为 SAP 的有效治疗方法之一。(证据等级: 中; 推荐强度: 强)

5.2.1.2 外科干预的指征和原则 在 SAP 发病初期, 由于多种理化及感染因素的共同影响, 患者可能会出现严重的 SIRS 和循环不稳定性。在这一时期实施手术治疗, 或许会进一步加重患者的身体负担, 从而加重患者全身炎症反应, 增加病死率。然而值得注意的是, 有些危重病例在早期便可能出现难以逆转的多器官功能障碍, 尤其是暴发性 AP 患者。尽管已经采取了积极的内科治疗手段, 但病情仍然持续恶化, 腹内压不断升高甚至出现 ACS, 影像学检查显示胰腺广泛坏死, 且胰腺外侵范围持续扩大。在这种情况下, 需要采取外科干预措施。外科治疗的方法包括穿刺置管引流、腹腔灌洗, 以及通过腹腔镜或小切口技术进行腹腔灌洗引流<sup>[3-4, 17]</sup>。

**推荐意见 7:** SAP 早期局部并发症可考虑行升级式的微创引流/清除术。(证据质量: 中; 推荐等级: 强)

5.2.1.3 胆源性 SAP 的外科处理原则 合并胆道梗阻和急性胆管炎的 AP 患者, 应在入院 24 h 内进行 ERCP、经内镜鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)、经内镜乳头括约肌切开术(endoscopic-sphincterotomy, EST)或其他有效的胆道引流减压方法。对于合并胆道梗阻但无急性胆管炎的 AP 患者, 应在入院 72 h 内进行 ERCP、EST、ENBD 或其他有效的胆道引流减压方法。对于无胆道梗阻和急性胆管炎的 AP 患者, 不建议紧急进行 ERCP。对于高度怀疑存在胆总管结石但无胆管炎或黄疸症状的患者, 应优先考虑进行磁共振胆胰管成像和超声内镜镜检查术检查, 而非立即进行诊断性 ERCP 以进行筛查。对于高危患者, 为预防 ERCP 术后并发 SAP, 应考虑使用胰管支架, 并在术后直肠给予非甾体抗炎药栓剂。对于胆源性 SAP 患者, 应推迟胆囊切除手术, 待活动性炎症缓解、液体积聚消退或稳定后再进行手术<sup>[18]</sup>。

**推荐意见 8:** 合并有胆道梗阻和急性胆管炎的 AP 患者应在入院 24 h 内行 ERCP、EST、ENBD 或其他有效的胆道引流减压方法。胆源性 SAP 患者, 应推迟胆囊切除手术, 直到活动性炎症缓解、液体积聚消退或稳定后再实施。(证据等级: 高; 推荐强度: 强)

5.2.1.4 腹腔高压(intra-abdominal hypertension, IAH)/ACS 的处理原则 常规的处理措施旨在降低腹内压(intra-abdominal pressure, IAP), 包括腹内减压(引流腹

腔积液)、胃肠减压、改善腹壁顺应性、适量补液、控制循环容量以及改善肠道功能。这些措施的共同目标是将腹内压维持在<15 mmHg 的水平。在需要液体复苏的疾病早期阶段, 应注重管理, 避免过度补液, 并积极进行器官支持治疗。同时, 早期采取通里攻下法进行治疗也被证实是有效的。对于严重的全身炎症反应, 可以考虑进行血液净化, 以清除炎症介质, 进而消除腹腔水肿。对于那些腹内压持续超过 20 mmHg, 并且在接受 24~48 h 治疗效果不佳的患者, 应尽早采取有效的手术减压措施, 包括穿刺置管引流、微创手术以及开腹手术。对于无法按常规方法关闭腹腔的腹内高压患者, 可以采用临时关腹技术进行处理<sup>[17]</sup>。

SAP 应尽量避免腹腔开放。如果早期由于 ACS 进行开放腹腔, 最好不要同时进行坏死组织清除。后期除非合并严重的 IAH/ACS, 否则在 SAP 坏死组织清除术后不要开放腹腔。推荐使用负压吸引装置临时性关腹。腹腔开放后需要计划性进行再次开腹探查。当患者病情未见好转且血流动力学表现不稳定时, 应缩短腹腔开放后再次探查的间隔时间。在此过程中, 应尽量避免对胰腺过早和不必要的干扰<sup>[19]</sup>。一旦腹腔内的病灶得到控制, 胃肠功能有所改善, 且腹腔间隔室综合征得到缓解或消失, 对于腹腔开放的患者, 应尽早关闭腹腔筋膜, 甚至进行彻底的关腹操作。

**推荐意见 9:** 对于合并 IAH 的 SAP 患者, 必须密切监测腹腔内压力, 并采取积极的非手术治疗手段进行干预。在早期, 应严格掌握腹腔开放手术指征, 但对极危重或并发 ACS 的病例早期进行外科干预可以降低病死率。(证据质量: 高; 推荐等级: 强)

## 5.2.2 第二期(热毒炽盛期、全身感染期)

在这个阶段, 患者不仅面临严重的腹腔内感染问题, 还会出现典型的免疫失衡状况, 这种免疫失衡可能诱发代偿性抗炎反应综合征以及 MODS。主要治疗原则包括抗感染治疗、全身支持治疗以及中药应用。当患者出现明显的感染迹象时, 还应考虑采取外科手术干预。

5.2.2.1 中医治疗 本期中医见证为毒热炽盛, 气营同病, 气血同病以及热结腑实, 主要的治疗原则为清热解毒、活血化瘀、通里攻下。推荐使用的方剂是清胰汤或清胰承气汤加减<sup>[16]</sup>。水煎 200 mL 胃管或空肠管灌注, 2~4 次/d。根据患者的具体病情, 可以灵活调整给药次数, 以达到最佳治疗效果。

清胰承气汤: 柴胡 15 g、黄芩 15 g、胡连 15 g、木香 10 g、川楝 10 g、元胡 10 g、枳实 15 g、厚朴 15 g、大黄 15 g(后

下)。水煎服,每日1剂,分2次服用。重症患者每日2剂,分4次服用。

**5.2.2.2 外科干预的指征和原则** 根据临床表现和定期CT监测结果,以下情况都是手术干预的指征:存在感染证据、出现严重消化道瘘或介入治疗无效导致大出血等。通过CT检查到胰腺或胰周气泡征,以及通过细针穿刺活检(fine needle aspiration, FNA)抽吸物涂片发现细菌,均可确诊为感染。治疗方法主要包括清除坏死组织和腹腔灌洗引流。为确保手术效果,彻底清除坏死组织是必要的,但应避免过度清除以防止大出血。清除坏死组织后,可选择小网膜腔灌洗引流。若存在腹膜后侵犯,则需进行相应的腹膜后坏死组织清除引流。近年来,微创技术如B超/CT引导下的穿刺置管引流或腹腔镜下小切口技术进行胰腺坏死组织清除和灌洗引流术逐渐普及,其效果优于传统开放手术。研究表明,发病4周后推迟手术干预有助于降低病死率。此外,通过胃内镜下的坏死组织清除或采用视频辅助腹膜后清创术等微创技术,能有效减少术后新出现的器官衰竭情况,尽管这些技术的使用可能需增加干预次数。在特定情况下,如包裹性坏死和胰腺导管断裂,内镜下经胃胰腺坏死组织清除术成为了一种可行的治疗方法<sup>[17]</sup>。

**推荐意见 10:**外科干预延迟到发病的4周以后进行可以减少病死率。对于有症状的感染性坏死患者,微创坏死组织清除术优于开放清除术。(证据质量:中;推荐等级:中)

### 5.2.3 第三期(虚实夹杂期、残余感染期)

治疗的首要任务是加强全身支持疗法,通过肠内营养支持来改善患者的营养状况。同时,必须密切监测是否存在胰瘘、胆道梗阻或消化道瘘等并发症,并及时进行相应处理。在此阶段,中医诊断主要见证是邪去正虚或余邪未尽,热去湿留,表现为气血两虚、气滞血瘀、湿邪困脾、脾胃虚弱等证。因此,治疗应以健脾和胃、补气养血或养阴和胃为原则。可选用香砂六君子汤、平胃散或参苓白术散等<sup>[16]</sup>。

**5.2.3.1 病因管理** 病因管理是预防AP复发的重要措施。胆囊切除术能够预防胆源性胰腺炎的反复发作。对于高甘油三酯血症性胰腺炎,可以通过低脂饮食和减重控制血脂,如果患者血脂仍控制不佳,还需要口服降脂药物进行治疗<sup>[20]</sup>。戒酒是预防酒精性AP复发的主要手段,在入院后短暂戒酒也对预防酒精性AP的反复发作具有积极意义。

**推荐意见 11:**AP首次发作的患者中大约20%会发展为

复发性AP,因此对病因进行有效的管控对于预防AP的复发至关重要。(证据等级:中;推荐强度:强)

**5.2.3.2 胆源性SAP胆囊切除术的管理** 胆囊切除术是预防胆源性胰腺炎复发的主要手段,原则上这一手术应尽早进行。对于MSAP和SAP患者,通常在胰腺康复后进行手术,发病后的1~3个月内是进行胆囊切除术的最佳时机<sup>[21]</sup>。

**推荐意见 12:**对于胆源性MSAP和SAP患者,可在发病后的1~3个月内进行胆囊切除术。(证据等级:中;推荐强度:强)

**5.2.3.3 疾病康复治疗 and 随访管理** 在AP患者发病后的1年内,胰腺外分泌功能不全的发生率为61%~85%。值得注意的是,部分患者的这种外分泌功能不全状况可能会持续6~18个月之久<sup>[22]</sup>。另外,大约有1/3的患者会出现胰腺内分泌功能不全的情况,在AP发作后约有40%的患者会出现糖尿病或其前驱症状<sup>[23-24]</sup>;部分患者需要胰酶替代治疗和血糖管理,胰酶替代治疗以超微粒胰酶肠溶胶囊首选。因此,所有AP患者康复后均需进行定期随访。特别是SAP患者,出院后的随访尤为重要,且应至少持续18个月。在这期间每6个月需要评估一次胰腺功能,并密切关注是否出现远期并发症。此外,还需确认潜在的病因(如胆结石或高甘油三酯血症)是否已得到妥善处理。

**推荐意见 13:**相比于单纯的西医治疗,将营养支持和中药的辨证施治相结合在SAP恢复期更有利于患者的康复。(证据等级:中;推荐强度:中)

### 5.3 SAP的支持治疗

**5.3.1 液体复苏治疗** SAP早期有毛细血管渗漏综合征,易引起休克、肾功能衰竭。液体复苏在诊断AP后即刻进行,输液种类包括新鲜血浆、人血白蛋白、生理盐水和乳酸林格氏液<sup>[25]</sup>。建议在进行静脉输液治疗时,以每小时5~10 mL/kg体质量的速度进行,同时应密切监测,以防止因液体负荷过大而引发的组织水肿和器官功能障碍。入院后的24~48 h,应每隔4~6 h评估液体需求。可运用目标导向的治疗模式,通过持续评估患者的血流动力学状态来指导液体的输注过程。评估指标包括尿量 $>0.5 \text{ mL} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 、平均动脉压 $>65 \text{ mmHg}$ 、心率 $<120 \text{ 次/min}$ 、中心静脉血氧饱和度 $\geq 70\%$ <sup>[26]</sup>。血清红细胞比容、尿素氮、肌酐和乳酸可用于监测血容量及组织灌注情况<sup>[27]</sup>。当复苏指标满足要求后,必须严格把控液体的输注量和输注速度,为了防止组织水肿的发生可以适时小剂量使用利尿剂。对于持续出现低血压的AP

患者,可以在液体复苏的过程中或完成后给予去甲肾上腺素以升高血压。

**推荐意见 14:**对于SAP确诊的患者,必须立即启动液体复苏治疗,并在早期液体复苏过程中设定明确的复苏终点。为确保治疗的安全性和有效性,应每隔4~6 h对患者的情况进行评估,以防止补液过量。(证据等级:中;推荐强度:强)

**推荐意见 15:**在早期的液体复苏阶段,建议使用目标导向的治疗策略。在实施时,应特别关注晶体和胶体在输注液体时的比例,并严格控制输液速度,确保以5~10 mL·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup>的速度迅速进行液体治疗。(证据等级:中;推荐等级:中)

**5.3.2 器官功能支持** 在高流量吸氧或持续正压通气无法有效缓解呼吸困难的情况时,应当考虑采用机械通气作为治疗手段。机械通气可以通过有创和无创两种技术来实现。然而,在患者出现无法有效清除的支气管分泌物或不耐受无创通气的情况下,应优先考虑采用有创机械通气。在进行有创通气时,必须采取肺保护性通气策略。

急性肾功能损伤的主要治疗方式为支持性治疗,包括稳定血流动力学参数,以及在必要时进行血液净化治疗。连续肾脏替代治疗(continuous renal replacement therapy, CRRT)的适应证为:(1)急性肾功能衰竭或尿量≤0.5 mL·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup>;(2)早期伴随2个或2个以上器官功能障碍;(3)SIRS伴随心动过速、呼吸急促,且经一般处理效果不佳;(4)严重的水电解质紊乱;(5)胰性脑病等。在治疗方法上,可以选择连续性静脉-静脉血液滤过和持续性血浆滤过吸附2种模式。尽管目前尚未有充足的临床证据来证实CRRT对SIRS的控制效果,但在实际应用时仍需审慎考虑,并科学合理地控制CRRT的治疗次数和持续时间。此外,由于CRRT需要留置大静脉置管,这可能会增加血源性感染的风险,在使用CRRT时,应充分考虑其潜在风险并采取必要的预防措施来降低感染风险。

**推荐意见 16:**患者入院后,首先应对其血流动力学状况进行迅速评估,并根据具体需求启动相应的复苏措施。应优先安排出现器官功能衰竭的患者入住重症监护病房。(证据质量:高;推荐等级:高)

**推荐意见 17:**当使用有创通气时,应使用肺保护性通气策略。(证据质量:中;推荐等级:中)

**推荐意见 18:**当SAP患者伴随肾功能衰竭时,可考虑采用CRRT作为治疗手段。但在此过程中,必须严格把握

SIRS的适应证,并高度警惕血源性感染可能带来的潜在风险。(证据质量:弱;推荐等级:弱)

**5.3.3 抗生素的使用** 胰腺感染坏死的发生时间具有一定的不确定性,通常在胰腺炎发病后的第2~4周内达到高峰。临床影像学无法准确区分感染性坏死与非感染性坏死,因此无法准确评估是否存在感染性坏死。腹膜后气泡征被视为SAP合并感染性坏死的一种表现,但并非在所有患者中都会出现。另外,血清降钙素原在预测感染性胰腺坏死方面具有一定的参考价值。

在发生胰腺外感染时,如胆管炎、肺炎、尿路感染或导管相关性血流感染,需根据血培养或其他病原学证据选择适当抗生素。近年研究表明,预防性抗生素并未降低胰腺感染性坏死风险,反而可能增加多重耐药菌和真菌感染风险。故对SAP患者不推荐常规预防性抗生素使用,但对广泛胰腺坏死(坏死面积超过30%)、持续器官功能衰竭患者,可考虑预防性抗生素使用。

针对胰腺坏死并发感染的患者,建议首先采取经验性抗生素治疗。在获取FNA穿刺结果后,尽管其阳性率不高,但仍需根据结果调整抗生素选择。同时,引流液或血液培养结果也是不可忽视的参考依据。胰腺感染常见致病菌为革兰阴性菌和厌氧菌等肠道菌。在抗生素选择上,应遵循“降阶梯”策略,确保药物能有效覆盖这些菌群,并具备良好的脂溶性,以穿透血胰屏障。可选用碳青霉烯类、第三代头孢菌素、喹诺酮类和甲硝唑等药物。一般治疗疗程为7~14 d,但特殊情况下可能需延长。另外,不建议在预防性或治疗性抗生素使用的同时常规使用抗真菌药物。

**推荐意见 19:**对于胰腺外感染,推荐及时采用抗菌药物进行治疗。然而,对于SAP患者,并不主张常规预防性使用抗菌药物。对于SAP患者,建议基于胰腺坏死范围的评估,来决定是否有必要使用抗菌药物。(证据质量:高;推荐等级:强)

**推荐意见 20:**针对胰腺坏死感染,可以首先凭借经验使用抗生素,随后根据FNA穿刺物、引流液或血液的细菌培养结果,有针对性地选择合适的抗生素。(证据质量:弱;推荐等级:强)

**5.3.4 营养支持** SAP患者由于耗氧量增加、合成代谢衰减,蛋白质分解增多,可出现负氮平衡。长期禁食可能会导致肠黏膜的功能和结构遭受损害。因此对于SAP患者,尽早恢复肠内营养至关重要。一般而言,当患者的胃肠道功能有所恢复,并且血流动力学和心肺功能稳定,即可开始考虑实施肠内营养。在这种情况下,

通过鼻空肠置管被认为是实现肠内营养的最有效方法。有Meta分析结果显示,鼻胃管有较好的安全性和可行性。如果患者不存在胃排空延迟或幽门梗阻,而且能够耐受的情况下,鼻胃管的放置和使用更便捷。高脂血症患者在急性期应减少脂肪类物质的摄入。在调整肠内营养剂型时,可以首先采用短肽型肠内营养制剂,然后逐渐过渡到整蛋白肠内营养制剂。应当优先考虑使用肠内营养来预防肠道功能损伤和感染并发症,应尽量避免使用全肠外营养。然而,如果出现肠内营养无法满足患者的热量和蛋白质需求的情况,那么可以考虑增加部分肠外营养以作为补充<sup>[28]</sup>。

**推荐意见 21:**对于SAP患者,建议尽早开始肠内营养,可有效预防感染性并发症的发生,并尽量避免使用肠外营养。肠内营养的主要途径是鼻空肠管,如果患者的胃排空道没有阻塞且耐受度良好,也可以考虑使用鼻胃管进行营养。(证据质量:中;推荐等级:强)

**5.3.5 镇痛治疗** 镇痛治疗是SAP患者治疗过程中的一项关键辅助措施,药物的选择应基于患者的具体病情进行谨慎考量。在严密的监测下,可考虑使用盐酸哌替啶、盐酸布桂嗪等止痛药物。然而,并不推荐使用吗啡类药物或胆碱能受体拮抗剂如阿托品、山莨菪碱等,因为吗啡类药物有可能导致奥狄氏括约肌收缩,而胆碱能受体拮抗剂可能会诱发或加重肠麻痹的情况<sup>[29]</sup>。若常规止痛药物效果不佳时,也可考虑使用芬太尼、右旋美托咪啶、咪达唑仑等药物作为替代治疗选择。

**推荐意见 22:**镇痛治疗是SAP患者的重要辅助治疗手段,需根据患者的具体病情,谨慎选择药物。(证据质量:高;推荐等级:强)

**5.3.6 抑制胰腺外分泌和酶抑制剂应用** 胰酶的异常激活是引发胰腺炎的关键机制。生长抑素及其类似物,如奥曲肽,可直接抑制胰腺的外分泌功能从而发挥作用,还可对抗SIRS,并能够在预防ERCP术后胰腺炎方面发挥积极作用。胰蛋白酶、糜蛋白酶、弹性蛋白酶、磷脂酶A等与AP进展相关,上述酶的活性与释放能够被蛋白酶抑制剂(如乌司他丁、加贝酯等)抑制。此外,蛋白酶抑制剂还可稳定溶酶体膜,改善胰腺微循环,从而减少AP并发症。建议早期足量应用,临床效果与剂量具有相关性。质子泵抑制剂能够通过抑制胃酸的分泌,间接地调控胰腺的分泌功能,并且能够有效预防应激性溃疡的发生。

**推荐意见 23:**生长抑素和其类似物(如奥曲肽)、蛋白酶抑制剂(如乌司他丁)能够减少AP并发症,蛋白酶抑制剂建议早期足量应用,临床效果与剂量具有相关性。质

子泵抑制剂建议在预防应激性溃疡发生时进行短期应用。(证据质量:弱;推荐等级:弱)

**5.3.7 改善微循环药物的应用** 微循环障碍是SAP重要的发病机制之一,为了改善胰腺和其他器官的微循环,可应用多种药物,如前列腺素E1制剂、血小板活化因子拮抗剂和丹参制剂等。这些药物对SAP的治疗具有一定的疗效。

**推荐意见 24:**改善微循环药物对治疗SAP具有一定治疗效果。(证据质量:弱;推荐等级:弱)

**5.3.8 免疫调整治疗** 在SAP的发生发展过程中,机体常常会经历免疫过激和免疫抑制两种病理生理变化。免疫过激与MODS的发生密切相关,而免疫抑制则可能成为胰腺感染的潜在风险因素。针对SAP引发的免疫异常,采用免疫调节治疗成为一项至关重要的治疗策略。在疾病初期,适时应用免疫抑制剂,能够有效降低MODS的发生率,从而进一步降低SAP的病死率。当机体免疫功能低下时,合理地使用免疫增强剂,例如参麦注射液、黄芪注射液等,不仅可以增强免疫功能,还能改善免疫状态,进而降低感染的发生率。这样的治疗策略旨在平衡机体的免疫反应,促进疾病的康复。

**推荐意见 25:**针对机体的免疫状态,选用适当的免疫调节剂是治疗SAP的关键举措。(证据质量:弱;推荐等级:弱)

**5.4 高脂血症性重症AP的处理原则** 高脂血症性AP的早期治疗与其他原因引起的AP有所不同,其临床表现通常更为严重。若患者在发病48 h内血清TG水平达到或>11.3 mmol/L (1 000 mg/dL),或TG水平在>5.65 mmol/L (500 mg/dL)并伴有既往史,或存在明显的乳糜血,且已排除其他病因,则可诊断为高脂血症性胰腺炎。需要注意的是,TG的正常参考值范围是0.5~1.7 mmol/L。普遍认为,当TG<5.65 mmol/L时,发生AP的风险较低,而TG>11.3 mmol/L时,发生AP的风险则较高。针对高甘油三酯血症性SAP的治疗,主要目标是在短时间内将TG水平降至<5.65 mmol/L。除了AP的常规治疗手段,高甘油三酯血症性胰腺炎的早期治疗还包括:患者在禁食水至少24 h后开始饮食调整,采用降血脂药物及其他辅助降脂方法,如小剂量低分子肝素、胰岛素、血脂吸附和/或血浆置换等,以确保有效调控TG水平<sup>[30]</sup>。当前,推荐的主要治疗策略是尽快使TG<5.65 mmol/L<sup>[31]</sup>。

**推荐意见 26:**高脂血症性AP的诊断标准是AP合并出现静脉乳糜血或血清TG>11.3 mmol/L,一旦确诊应采取综合治疗措施迅速降低TG水平。(证据等级:中;推荐强度:强)

## 5.5 SAP局部并发症的治疗原则

**5.5.1 胰瘘的处理原则** 由于炎症或创伤的影响,主胰管或其分支可能会发生破裂。这种情况下,胰液会外溢或溢出体外,或被引入空腔脏器,这些因素共同作用最终可能导致胰瘘的形成。治疗主要依赖于通畅引流和抑制胰腺分泌的非手术方法,大约80%的患者在经过3~6个月的引流后可自行愈合。当胰瘘长期无法愈合或伴随并发症时,外科治疗变得必要。对于胰管破裂的患者,经内镜胰管置入支撑管具有治疗效果;而对于胰管完全断裂的患者,则需要采取胰腺部分切除和胰空肠吻合术的治疗措施。

**5.5.2 胰腺假性囊肿的处理原则** 在SAP的后期阶段,胰源性积液常常会出现于腹膜内或腹膜后的胰周潜在间隙内,当积液逐渐被纤维组织所包裹,进而会形成假性囊肿。80%直径<6 cm的囊肿通常会自行消退,如果没有症状可以暂时观察,定期随访。当患者出现症状,或囊肿体积迅速增大并存在破裂风险时,应考虑实施经皮穿刺引流术。对于早期形成的假性囊肿并发感染的情况,最佳的处理策略是进行单纯的外引流术。如果囊肿形成超过6周,直径>6 cm,并且伴有症状且呈进行性增大,或存在破裂的危险,则应进行手术处理。如果囊肿3个月仍未被吸收,可以考虑采取内引流术进行治疗。内引流术的具体方式包括囊肿胃吻合术、囊肿十二指肠吻合术以及囊肿空肠吻合术。

**5.5.3 胃肠瘘的处理原则** 胃肠瘘是导致SAP预后不良的主要因素之一,可能引发严重的腹腔感染、水电解质紊乱以及营养问题。其中,结肠瘘是较为常见的一种胃肠瘘,对于这种情况,可以根据患者的具体情况实施肠道近端造瘘术,以减轻胰腺周围病灶的感染。在病情稳定后,再进行造瘘还纳手术。对于十二指肠瘘或空肠瘘,治疗策略是在瘘口附近放置引流管并进行持续吸引,以减轻腹腔内的压力并防止感染扩散。为了保证患者的营养摄入,可以采用肠外营养支持,或者通过空肠造瘘管进行肠内营养支持,这样有助于提高患者的自愈能力。胃瘘虽然较为少见,出现后可采用经空肠肠内营养的方式为患者提供充足的营养,改善患者的营养状态,有助于瘘口的自行闭合。

**推荐意见 27:**在SAP的后期可能会出现多种局部并发症,包括胰瘘和胰腺假性囊肿等,这些并发症通常需要采用手术、内镜或影像学介入等治疗方法进行干预。应针对每位患者的具体情况制订个体化的治疗方案,以确保最佳的治疗效果。(证据等级:中;推荐强度:强)

**5.5.4 出血的处理原则** SAP患者在整个治疗过程中,可以出现腹腔和消化道出血,严重威胁患者安全。建议先通过血管造影检查确定出血部位,一旦发现存在动脉性出血,应立即采用血管栓塞术进行治疗;消化道出血可采用内镜进行出血诊断和治疗;根据情况可采用局部填塞止血,局部给予止血、缩血管药物;如进行出血的程序化治疗后,出血持续,可行手术治疗。

**推荐意见 28:**SAP患者在治疗过程中出现的腹腔和消化道出血,建议首选血管造影检查治疗,并且需要根据每位患者的具体情况,制订个体化的治疗方案。(证据等级:中;推荐强度:强)

## 6 SAP中西医结合治疗的关键点

(1)在SAP中西医结合诊疗方案中,体现了西医诊断基础上的中医辨证分期分型,这是SAP中西医结合诊断上病证结合的特点。

辨病论治和辨证论治是中医理论体系的两个方面,分期与分型是对辨病论治和辨证论治方法的补充和发展,使之更加客观化、规范化,使选择治疗方案和立法选方有共同遵循的标准<sup>[32]</sup>。

此诊疗方案,对MSAP引入中西医结合分型,有助于此类SAP的个体化中西医结合治疗;在恢复期中,加入病因的管控、疾病的康复和随访,有利于防止疾病复发,充分体现中医治未病的理念。

(2)在SAP中西医结合诊疗方案中,充分体现了SAP中西医结合外科治疗中“中医药疗法”“微创手术技术”和“手术疗法”的合理结合,充分体现了现代外科微创控制理念和微创外科理念。

手术治疗是SAP后期治疗中祛邪的重要手段,手术治疗应严格控制适应证,凡正盛邪轻、病损较轻者基本采用非手术疗法;凡正盛邪实、病损较重或病情变化较快者,可在做好手术准备的前提下采用非手术疗法;而病变严重、病情复杂,或呈进行性加重,局部病变已成影响全身的关键因素等情况者,宜采用手术疗法,即使采用手术疗法,以中药为主的非手术疗法仍可在围手术期发挥重要的辅助作用,提高救治成功率<sup>[32]</sup>。

(3)以“六腑以通为用”学说为指导,应用吴咸中院士急腹症中医治疗“八法”,形成SAP以中药为主的中医非手术疗法的应用新模式,特别在SAP的早期和中期治疗中具有重要价值。

SAP其病性以里、实、热证为主,病位在脾、胃、肝、胆、肠,涉及心、肺、肾、脑;病机演变以气郁、湿热、瘀血、

食滞蕴结中焦而脾胃升降失司,基本病机为肝失疏泄、胃失和降。

古代医家根据六腑气机运行的特点“泻而不藏、实而不满、动而不静、善行不守、降而不升”,总结出“六腑以通为用”的学说。凡气滞、血瘀、寒凝、热结、湿阻、食积、虫聚等,如影响其通降下行,均可发为急腹症,表现为郁、结、瘀、厥(炎症性急腹症)或郁、热、瘀、厥(感染性急腹症)的病理过程,这与现代医学总结出的功能障碍、梗阻、血运障碍和中毒性休克的主要病理过程极为相似。郁者气机郁滞,结者实邪结聚,热者实热或湿热内盛,瘀者血行瘀滞,厥者气血逆乱,甚至亡阴亡阳。

在SAP中西医结合分期分型治疗中,合理应用吴咸中院士创立的“通里攻下法、活血化瘀法、清热解毒法、理气开郁法、清热利湿法、温中散寒法、健脾和胃法、补气养血法”八法和相应的代表方剂,可以明显降低SAP的病死率,改善预后<sup>[21]</sup>。

(4)通里攻下法深入研究揭示阳明腑实证与肠源性内毒素血症的本质联系,可以有效防治SAP早期和后期急性胃肠道损伤(acute gastrointestinal injury, AGI)和ACS的发生<sup>[32]</sup>。

SAP会引发AGI,其表现包括胃肠黏膜受损、胃肠功能障碍、麻痹性肠梗阻和肠道出血等。AGI不仅是SAP导致心、肺、脑等胰外器官损伤的起点,也是触发因素。近年来的研究发现,SAP患者的胃肠道损伤在其病理生理过程中扮演着至关重要的角色,可能导致IAH和ACS,引起肠道细菌移位和肠源性内毒素血症,从而发展为SIRS/MODS。因此,有效预防和治疗AGI是改善SAP预后的关键之一。在治疗上,可以在制酸止血、促进胃肠动力、减轻胰周炎症反应等基础治疗之上,采用通里攻下法和活血化瘀法等方法,以阻断AGI作为危急重症MODS的触发机制,帮助患者尽早恢复脾胃功能。

**指南负责人:**崔云峰、王西墨、尚东

**指南执笔人:**崔云峰、哈良、陈震、张坤

**指南主审人:**吴咸中、崔乃强、齐清会、崔云峰、王西墨、尚东、夏庆、唐文富、陈海龙

**指南讨论专家(按姓氏笔画排序):**繆辉来、童智慧、崔云峰、崔乃强、曹立瀛、黄海、唐文富、郭丰、高红梅、夏庆、侯文彬、赵义军、郑文科、尚东、邵志江、陈海龙、陈志国、张雅敏、张重阳、吴雄志、吴咸中、杨春勇、李炜亮、李月廷、孙元水、齐清会、付涛、王铮、王跃飞、王西墨、于庆生

**利益冲突声明:**本指南由中华中医药学会立项,参与项

目制定的所有成员均签署了“利益冲突声明书”,本诊疗指南制定过程中无利益冲突,为此不会成为本诊疗指南制定的偏倚来源,无需进一步处理,已在正式工作开始前公开了利益声明和评价结果,即所有参与本诊疗指南制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

#### 参考文献:

- [1] CUI NQ, QI QH, KONG D, et al. Treatment of severe acute pancreatitis with integrated traditional Chinese and western medicine: A report of 145 cases[J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 1999, 5(3): 129-132.  
崔乃强, 齐清会, 孔禄, 等. 重型急性胰腺炎的中西医结合治疗——附145例报告[J]. 中国中西医结合外科杂志, 1999, 5(3): 129-132.
- [2] XIA Q, HUANG ZW, JIANG JM, et al. “Yi-Huo-Qing-Xia” method as the main therapy in integrated traditional Chinese and western medicine on severe acute pancreatitis: A report of 1 161 cases[J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2006, 13(3): 131-134. DOI: 10.3321/j.issn: 1008-9691.2006.03.001.  
夏庆, 黄宗文, 蒋俊明, 等. 以“益活清下”为主的中西医结合综合疗法治疗重症急性胰腺炎1 161例疗效报告[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(3): 131-134. DOI: 10.3321/j.issn: 1008-9691.2006.03.001.
- [3] HU Y, JIANG X, LI CY, et al. Outcomes from different minimally invasive approaches for infected necrotizing pancreatitis[J]. Medicine, 2019, 98(24): e16111. DOI: 10.1097/MD.000000000016111.
- [4] LIU XY, CUI YF. Individualized surgical intervention in severe acute pancreatitis[J]. J Hepatobiliary Surg, 2019, 27(6): 474-478. DOI: 10.3969/j.issn.1006-4761.2019.06.022.  
刘翔宇, 崔云峰. 重症急性胰腺炎的个体化外科干预[J]. 肝胆外科杂志, 2019, 27(6): 474-478. DOI: 10.3969/j.issn.1006-4761.2019.06.022.
- [5] CUI YF, QU ZL, QI QH, et al. Guidelines for diagnosis and treatment of severe acute pancreatitis with integrated traditional Chinese and western medicine (Tianjin, 2014) [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2014, 20(4): 460-464. DOI: 10.3969/j.issn.1007-6948.2014.04.049.  
崔云峰, 屈振亮, 齐清会, 等. 重症急性胰腺炎中西医结合诊治指南(2014年, 天津) [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 20(4): 460-464. DOI: 10.3969/j.issn.1007-6948.2014.04.049.
- [6] BANKS PA, BOLLEN TL, DERVENIS C, et al. Classification of acute pancreatitis: 2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus[J]. Gut, 2013, 62(1): 102-111. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-302779.
- [7] ZHANG SS, LI HZ. Consensus opinion of TCM diagnosis and treatment experts on acute pancreatitis (2017) [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2017, 32(9): 4085-4088.  
张声生, 李慧臻. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(9): 4085-4088.
- [8] Digestive System Disease Committee of Chinese Association of Integrative Medicine. Consensus on diagnosis and treatment of acute pancreatitis with integrated traditional Chinese and western medicine (2017) [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2017, 25(12): 901-909. DOI: 10.3969/j.issn.1671-038X.2017.12.03.  
中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见(2017年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(12): 901-909. DOI: 10.3969/j.issn.1671-038X.2017.12.03.
- [9] BOXHOORN L, VOERMANS RP, BOUWENSE SA, et al. Acute pancreatitis[J]. Lancet, 2020, 396(10252): 726-734. DOI: 10.1016/s0140-6736(20)31310-6.
- [10] DELLINGER EP, FORSMARK CE, LAYER P, et al. Determinant-based classification of acute pancreatitis severity: An international multidisciplinary consultation[J]. Ann Surg, 2012, 256(6): 875-880. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318256f778.
- [11] van DIJK SM, HALLENSLEBEN NDL, van SANTVOORT HC, et al.

- Acute pancreatitis: Recent advances through randomised trials[J]. *Gut*, 2017, 66(11): 2024-2032. DOI: [10.1136/gutjnl-2016-313595](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-313595).
- [12] YOKOE M, TAKADA T, MAYUMI T, et al. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015 [J]. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2015, 22(6): 405-432. DOI: [10.1002/jhbp.259](https://doi.org/10.1002/jhbp.259).
- [13] STAUBLI SM, OERTLI D, NEBIKER CA. Laboratory markers predicting severity of acute pancreatitis[J]. *Crit Rev Clin Lab Sci*, 2015, 52(6): 273-283. DOI: [10.3109/10408363.2015.1051659](https://doi.org/10.3109/10408363.2015.1051659).
- [14] CHO JH, KIM TN, CHUNG HH, et al. Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis[J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(8): 2387-2394. DOI: [10.3748/wjg.v21.i8.2387](https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i8.2387).
- [15] HINES OJ, PANDOL SJ. Management of severe acute pancreatitis [J]. *BMJ*, 2019, 367: l6227. DOI: [10.1136/bmj.l6227](https://doi.org/10.1136/bmj.l6227).
- [16] WU XZ, WANG PZ. Practice of abdominal surgery[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2017.  
吴咸中, 王鹏志. 腹部外科实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [17] LEPPÄNIEMI A, TOLONEN M, TARASCONI A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis[J]. *World J Emerg Surg*, 2019, 14: 27. DOI: [10.1186/s13017-019-0247-0](https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0).
- [18] 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, 1416. DOI: [10.1038/ajg.2013.218](https://doi.org/10.1038/ajg.2013.218).
- [19] HOWARD TJ, PATEL JB, ZYROMSKI N, et al. Declining morbidity and mortality rates in the surgical management of pancreatic necrosis [J]. *J Gastrointest Surg*, 2007, 11(1): 43-49. DOI: [10.1007/s11605-007-0112-4](https://doi.org/10.1007/s11605-007-0112-4).
- [20] YANG AL, MCNABB-BALTAR J. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis[J]. *Pancreatol*, 2020, 20(5): 795-800. DOI: [10.1016/j.pan.2020.06.005](https://doi.org/10.1016/j.pan.2020.06.005).
- [21] DUBINA ED, DE VIRGILIO C, SIMMS ER, et al. Association of early vs delayed cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis with perioperative outcomes[J]. *JAMA Surg*, 2018, 153(11): 1057-1059. DOI: [10.1001/jamasurg.2018.2614](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.2614).
- [22] Working Party of the Australasian Pancreatic Club, Smith RC, Smith SF, et al. Summary and recommendations from the Australasian guidelines for the management of pancreatic exocrine insufficiency [J]. *Pancreatol*, 2016, 16(2): 164-180. DOI: [10.1016/j.pan.2015.12.006](https://doi.org/10.1016/j.pan.2015.12.006).
- [23] HOLLEMANS RA, HALLENSLEBEN NDL, MAGER DJ, et al. Pancreatic exocrine insufficiency following acute pancreatitis: Systematic review and study level meta-analysis[J]. *Pancreatol*, 2018, 18(3): 253-262. DOI: [10.1016/j.pan.2018.02.009](https://doi.org/10.1016/j.pan.2018.02.009).
- [24] DAS SLM, SINGH PP, PHILLIPS ARJ, et al. Newly diagnosed diabetes mellitus after acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis[J]. *Gut*, 2014, 63(5): 818-831. DOI: [10.1136/gutjnl-2013-305062](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2013-305062).
- [25] IQBAL U, ANWAR H, SCRIBANI M. Ringer's lactate versus normal saline in acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis [J]. *J Dig Dis*, 2018, 19(6): 335-341. DOI: [10.1111/1751-2980.12606](https://doi.org/10.1111/1751-2980.12606).
- [26] CROCKETT SD, WANI S, GARDNER TB, et al. American gastroenterological association institute guideline on initial management of acute pancreatitis[J]. *Gastroenterology*, 2018, 154(4): 1096-1101. DOI: [10.1053/j.gastro.2018.01.032](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.01.032).
- [27] LIPINSKI M, RYDZEWSKA-ROSOLOWSKA A, RYDZEWSKI A, et al. Fluid resuscitation in acute pancreatitis: Normal saline or lactated Ringer's solution?[J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(31): 9367-9372. DOI: [10.3748/wjg.v21.i31.9367](https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9367).
- [28] YI FM, GE LQ, ZHAO J, et al. Meta-analysis: Total parenteral nutrition versus total enteral nutrition in predicted severe acute pancreatitis[J]. *Intern Med*, 2012, 51(6): 523-530. DOI: [10.2169/internal-medicine.51.6685](https://doi.org/10.2169/internal-medicine.51.6685).
- [29] STIGLIANO S, STERNBY H, DE MADARIA E, et al. Early management of acute pancreatitis: A review of the best evidence[J]. *Dig Liver Dis*, 2017, 49(6): 585-594. DOI: [10.1016/j.dld.2017.01.168](https://doi.org/10.1016/j.dld.2017.01.168).
- [30] ADIAMAH A, PSALTIS E, CROOK M, et al. A systematic review of the epidemiology, pathophysiology and current management of hyperlipidaemic pancreatitis[J]. *Clin Nutr*, 2018, 37(6 Pt A): 1810-1822. DOI: [10.1016/j.clnu.2017.09.028](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.028).
- [31] CHRISTIAN JB, ARONDEKAR B, BUYSMAN EK, et al. Clinical and economic benefits observed when follow-up triglyceride levels are less than 500 mg/dL in patients with severe hypertriglyceridemia[J]. *J Clin Lipidol*, 2012, 6(5): 450-461. DOI: [10.1016/j.jacl.2012.08.007](https://doi.org/10.1016/j.jacl.2012.08.007).
- [32] WU XZ. Academician wu Xianzhong's collection[M]. Beijing: People's Military Medical Press, 2014.  
吴咸中. 吴咸中院士集[M]. 北京: 人民军医出版社, 2014.

收稿日期: 2024-04-08; 录用日期: 2024-04-23

本文编辑: 林蛟

引证本文: Drafting Group of Guidelines for Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Severe Acute Pancreatitis, Chinese Association of Traditional Chinese Medicine. Guidelines for integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of severe acute pancreatitis[J]. *J Clin Hepatol*, 2024, 40(6): 1114-1125.  
中华中医药学会《重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南》起草组. 重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南[J]. *临床肝胆病杂志*, 2024, 40(6): 1114-1125.