

征求意见汇总处理表

标准名称：重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南

负责起草单位：天津市南开医院

承办人：崔云峰 电话：15022633356

填写日期：2022 年 10 月 11 日

意见汇总及处理情况						
序号	章条编号	单位/名字	内容	意见内容及理由	处理意见	备注
1	8.2.2.2	安徽中医药大学第一附属医/于庆生	B 超改为超声。	B 超已经淘汰。	接受。	
2	1	四川大学华西医院/唐文富	重症急性胰腺炎、中度重症急性胰腺炎名字混用。	重症急性胰腺炎 (MSAP、SAP) 是临床诊断，重症急性胰腺炎 (MSAP、SAP) 的中西医结合治疗，包括了 MSAP；而重症急性胰腺炎 (SAP) 的中西医结合病程分期，又仅仅是 SAP，能否统一。	未采用。MSAP 绝大多数病例没有明确全身感染期存在；同时本指南主要参考了天津市南开医院吴咸中院士的重症急性胰腺炎中西医结合诊疗方案。	
3		四川大学华西医院/唐文富	RAC 分类下的危重型急性胰腺炎 (CAP) 需要修改。	CAP 分型不是 RAC，而是 DBC 分类。	接受。	
4	5.7	四川大学华西医院/唐文富	局部并发症分为无菌性和感染性两种类型，这句话不准确，需要修改。	这个提法欠准确，一般坏死这样分；其他局部并发症不这样分类。	更改为局部坏死。	
5	6.1	四川大学华西医院/唐文富	肝郁气滞型 SAP 很少。	一般轻症胰腺炎这个证型多，重症患者多有明显腹胀腹痛，与此证型不一致。	未采用。肝郁气滞型为 MSAP 的证型，不包括 SAP。	
6	7.1	四川大学华西医院/唐文富	早期（正盛邪实期、结胸里实期、全身急性反应期）证	没有全面反映出早期器官功能损伤的临床特征。	未采用。器官功能损害确有存在阴阳离	

			型不够全面。		决、阳脱阴脱等表现，但究其根源属于邪实。	
7	8.1.1	四川大学华西医院 /唐文富	肝郁气滞与脾胃实热型应治以疏肝理气及通里攻下，可选用清胰汤 I 号为主方，再根据不同症状及脉舌的表现随证加减，这种治疗需要修改。	是否可以按照不同证型进行分别论治。	未采用。不同证型仍存在共性，因此仍选用清胰汤作为主方。	
8	8.1.3	四川大学华西医院 /唐文富	灌肠治疗 2 次/d，频次需要修改	频次可以根据病情调整，我们最多是每天 12 次。	接受。	
9		四川大学华西医院 /唐文富	影像学检查提示胰腺已广泛坏死，胰外侵犯范围不断扩大时，应给予外科干预，这种方式是否正确？	单纯坏死，即使范围大，无压迫症状均不一定手术，或选择最佳时机？治疗是否遵循 STEP-up 原则？	未采用。如果无菌性坏死病灶范围大，存在炎症负荷较大，引起器官持续性损伤，可以外科干预，但仍然遵循 STEP-up 原则。	
10	8.2.3.2	四川大学华西医院 /唐文富	胆源性 MSAP 及 SAP 病人可在发病后 1-3 个月实施胆囊切除术。	还应该结合其局部并发症如包裹性坏死、假性囊肿等的进展情况决定手术时机，而不是单纯以时间决定。	接受。	
11	8.3.1	四川大学华西医院 /唐文富	推荐以 5-10mL/kg/h 的速度进行液体治疗目前并未被证实。	这个快速的液体复苏，有严格的时间限制，且全世界没有一个临床研究证实了快速液体的疗效。	未采用。有相应的论文支持。	
12	8.3.3	四川大学华西医院 /唐文富	腹膜后气泡征被认为是重症急性胰腺炎有感染性坏	腹膜后太宽泛，可能需要明确界定部位。	未采用。腹膜后区域包括胰腺和胰腺外区	

			死的表现，		域。	
13	8.3.6	四川大学华西医院 /唐文富	生长抑素及其类似物(奥曲肽)可以通过直接抑制胰腺外分泌而发挥作用。	目前没有证据支持生长抑素用于急性胰腺炎常规治疗。	未采用。可以推荐在重症急性胰腺炎中使用。	
14	5.3	四川大学华西医院 /夏庆	计算机断层扫描(CT)可为胰腺炎的诊断提供良好依据，发病1周内的CT检查显示不出坏死和缺血区域。	除非确诊需要，早期不推荐进行增强CT。对于诊断不明、临床症状与淀粉酶和(或)脂肪酶水平不符合、48-72h后治疗无好转的患者(如持续疼痛、发热、恶心、不能开始经口喂养)，推荐尽早行增强CT，以明确诊断和局部并发症，对于危重患者，症状出现48-72h后完善腹部增强ct或腹部MRI+MRCP。	未采用。重症急性胰腺炎在一周之内，胰腺和胰周坏死存在变化可能。	
15	5.4	四川大学华西医院 /夏庆	血清甘油三酯水平超过11.3mmol/L提示为胰腺炎病因。	不完整，建议修改：发病48h内患者血清TG水平 $\geq 11.3\text{mmol/L}$ (1000mg/dL)或 $\geq 5.65\text{mmol/L}$ (500mg/dL)伴既往史，或明显乳糜血，排除其他病因。	接受。	
16	5.6	四川大学华西医院 /夏庆	Ranson ≥ 3 、BISAP ≥ 2 、APACHE II ≥ 8 、MCTSI ≥ 3 、CRP $\geq 21\text{mg/dl}$ (发病第1天)，提示病情危重[14]。	应该改为BISAP ≥ 3 。此外，该参考文献预测SAP准确率为0.75，此数据源于MOUNZER R, LANGMEAD C J, WU B U, et al. Comparison of existing clinical scoring systems to predict persistent organ failure in patients with acute pancreatitis[J]. Gastroenterology, 2012, 142(7): 1476-1482.	接受。	
17	7.1	四川大学华西医院 /夏庆	漠漠不欲饮。	默默不欲饮食，口苦咽干，便秘。	接受。	
18	8.2.1.4	四川大学华西医院 /夏庆	合并IAH的重症急性胰腺炎病人，需密切监测腹腔内压力，	持续或反复 $\geq 12\text{ mmHg}$ 时推荐采取保守治疗，当 $> 20\text{ mmHg}$ 且同时存在其他器官功能衰竭时应	接受。	

			同时采取积极的非手术干预措施，在早期要严格掌握腹腔开放手术指征，但对极危重病例或并发ACS的患者早期采取外科干预能降低病死率。（证据质量：高，推荐等级：强）	积极采取侵入性干预措施；证据质量：低，推荐等级：强。		
19	8.1.3	四川大学华西医院/夏庆	灌肠治疗。	一般插管深度为 22-25cm，灌肠次数 qd-q2h 不等，根据患者情况调整频率。中药外敷，也可以敷于腰肋部，明显红肿热痛部位。芒硝更换为 1-2 次/天。	接受。	
20	8.3.4	四川大学华西医院/夏庆	对于重症急性胰腺炎患者，推荐尽早实施肠内营养。肠内营养可以预防感染并发症，应避免肠外营养，肠内营养的途径以鼻空肠管为主，在可以耐受、无胃流出道梗阻的情况下采用鼻胃管营养。	入院后 24-48h 内早期肠内营养是安全的，肠内营养的途径以经鼻胃管和鼻空肠管为主，二者在 SAP 复发，疼痛加剧和病死率方面均无差异。	接受。	
21	8.2.1.1	四川大学华西医院/夏庆	推荐意见 6：采用辨证施治的中医药治疗是被实践证实了的治疗重症急性胰腺炎的有效手段。早期采用通里攻下法治疗，恢复和保护肠道功能，减少肠源性细菌易位，是治疗重症急性胰腺炎的有效方法。（证据等级：高；推荐强度：强）	证据等级：低；推荐强度：中等	接受。	

22	8.2.1.2	四川大学华西医院/夏庆	SAP 早期局部并发症可考虑行升级式的微创引流/清除术。	应尽量避免在前 12-14 天进行干预，一旦明确坏死，最佳清创引流时间从第四周开始，手术干预时机推迟至发病四周后，证据质量：强，推荐等级：强。	未采用。目前手术时机尚存在争议。	
23	8.2.3.1	四川大学华西医院/夏庆	约 20%的急性胰腺炎病人进展为 RAP.	改为“20%的首发急性胰腺炎”。	接受。	
24	6.1	大连医科大学/陈海龙	关于中医分型。	分为肝郁气滞型、脾胃湿热型及脾胃实热型三型是可以的，但根据临床表现和有关资料我个人认为：实热型症状体征要比湿热型重，所以建议：把湿热型放在前面叙述，即：6.2 湿热型；6.3 实热型。	接受。	
25	6.2	大连医科大学/陈海龙	脾胃湿热证表现需要修改。	脾胃实热型：主要表现为腹满痛，拒按，有痞满燥实证象，口干渴，尿短赤，舌质红，苔黄厚腻或燥，脉洪数或弦数。病机为急性胰腺炎正盛邪实、气滞化热、阳明腑实阶段。	接受。	
26	8.2	大连医科大学/陈海龙	关于重症急性胰腺炎(SAP)的中西医结合病程分期问题。	病程分期这里非常重要，一定要体现出中医的特点。一是，首先按照先后顺序，按早、中、后期分，或者采用 2014 天津指南分为第一期、第二期、第三期；二是要体现中医分期，把中医分期分为 3 个：结胸里实期、热毒炽盛期、邪去正虚期；三是按急性反应期、全身感染期、恢复期。早、中、晚期，这是时间顺序，恢复期是疾病状态，如果分成早期、中期、恢复期就显得不伦不类。	接受。	
27	8.1.2	大连医科大学/陈海龙	关于针刺镇痛。	针刺可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。	接受。	

28	8.2.3	大连医科大学/陈海龙	恢复期的中西医治疗。	建议单独列出来（8.2.3.1 中医治疗），并增加相应的治则和中药方剂，否则前后内容不统一，不完整。“治以健脾和胃，补气养血或养阴和胃。可选用香砂六君子汤、平胃散或参苓白术散等。”	接受。	
29	8.3.4	大连医科大学/陈海龙	营养支持。	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，鼻胃管的放置和实用更便捷。	接受。	
30	8.5.1	大连医科大学/陈海龙	胰瘘的处理。	以通畅引流和抑制胰腺分泌的非手术治疗。	接受。	
说明：1. 发送“征求意见稿”的专家 <u>21</u> 名； 2. 收到“征求意见稿”后，回函的专家 <u>18</u> 名； 3. 收到“征求意见稿”后，回函并有建议或意见的专家 <u>4</u> 名； 4. 没收回函的专家 <u>0</u> 名。（注：上述说明附在本表的最后一页下面） 5. 如果需要汇总的意见较多，可以从第 2 页起以“意见汇总及处理情况”下一行作为表头继续填写。						