

• 专家共识 •

急性胰腺炎中西医结合诊疗临床路径

张圆¹ 王昊² 尹海燕³ 金胜威⁴ 方邦江⁵ 李桂伟⁶ 张西京⁷ 高红梅⁸ 王东浩⁹
王常松¹⁰ 谢克亮¹¹ 江来¹² 曲彦¹³ 张召才¹⁴ 阚建英¹⁵ 于代华¹⁶ 刘君玲¹⁷
李军¹⁸ 安伟伟¹⁹ 陈勇¹ 余剑波¹

¹天津医科大学附属南开医院麻醉科与重症医学科,天津 300100;²山东大学齐鲁医院重症医学科,山东济南 250012;³暨南大学附属第一医院危急重症医学部,广东广州 510632;⁴温州医科大学第二附属医院麻醉与围术期医学科,浙江温州 325035;⁵上海中医药大学附属龙华医院急诊医学科,上海 201203;⁶天津中医药大学第一附属医院,天津 300193;⁷空军军医大学西京医院重症医学科,陕西西安 710005;⁸天津市第一中心医院重症医学科,天津 300190;⁹天津医科大学肿瘤医院,天津 300060;¹⁰哈尔滨医科大学附属肿瘤医院重症医学科,黑龙江哈尔滨 150081;¹¹天津医科大学总医院重症医学科,天津 300052;¹²上海交通大学医学院附属新华医院麻醉与重症医学科,上海 200092;¹³青岛市市立医院重症医学科,山东青岛 266000;¹⁴浙江大学医学院附属第二医院重症医学科,浙江杭州 310009;¹⁵天津市中医药研究院附属医院重症医学科,天津 300120;¹⁶西北大学附属医院·西安市第三医院重症医学科,陕西西安 710018;¹⁷天津市第四中心医院重症医学科,天津 300140;¹⁸天津医科大学朱宪彝纪念医院重症医学科,天津 300134;¹⁹天津中医药大学第二附属医院重症医学科,天津 300250

通信作者:余剑波, Email: 30717008@nankai.edu.cn

【摘要】 急性胰腺炎(AP)作为临床常见的急腹症,其诊疗中中西医结合模式展现出显著优势。为系统化、规范化 AP 的中西医结合临床实践,提升诊疗效率与质量,特制定《急性胰腺炎中西医结合诊疗临床路径》,该路径围绕 AP 这一消化系统常见急危重症,阐述 AP 的病理核心为胰酶异常活化引发的胰腺损伤及局部炎症,具有起病急、病因多、表现复杂等特点,重症可危及生命。当前常规治疗涵盖多种方式,中医药在改善相关症状方面有独特优势,中西医结合模式日益普及。为促进诊疗规范化与同质化,本路径制定了适用对象(中医诊断为腹痛病、西医为 AP)、纳入标准、诊断依据涉及中医和西医标准,还包括疾病分期、分级和证候诊断。治疗方案采用中西医结合,西医有基础支持治疗、感染控制、营养支持、并发症处理等;中医有辨证论治(分急性期和恢复期不同证候用药)及针刺、灌肠等特色疗法。同时,路径还包含预防、调摄与随访、疗效评价标准、住院及出院、入院检查项目、出院标准和变异及退出路径的原因等内容,旨在为相关临床工作提供结构化参考框架。

【关键词】 急性胰腺炎; 中西医结合; 临床路径; 诊疗规范

基金项目:国家中西医协同“旗舰”科室(重症医学)建设项目(2024-07-11);国家中医优势重点专科(重症医学)建设项目(2024-05-10);天津市自然科学基金重点项目(25JCLZJC00300);天津市中医药重点领域科研项目(2023009);天津市医学重点学科建设资助项目(TJYXZDXK-3-013B)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.03.001

Clinical pathway for integrated traditional Chinese and Western medicine in the diagnosis and treatment of acute pancreatitis

Zhang Yuan¹, Wang Hao², Yin Haiyan³, Jin Shengwei⁴, Fang Bangjiang⁵, Li Guiwei⁶, Zhang Xijing⁷, Gao Hongmei⁸, Wang Donghao⁹, Wang Changsong¹⁰, Xie Keliang¹¹, Jiang Lai¹², Qu Yan¹³, Zhang Zhaocai¹⁴, Kan Jianying¹⁵, Yu Daihua¹⁶, Liu Junling¹⁷, Li Jun¹⁸, An Weiwei¹⁹, Chen Yong¹, Yu Jianbo¹

¹Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Nankai Hospital Affiliated to Tianjin Medical University, Tianjin 300100, China; ²Department of Critical Care Medicine, Qilu Hospital of Shandong University, Jinan 250012, Shandong, China; ³Department of Critical Care Medicine, the First Affiliated Hospital of Jinan University, Guangzhou 510632, Guangdong, China; ⁴Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Wenzhou 325035, Zhejiang, China; ⁵Department of Emergency Medicine, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China; ⁶The First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China; ⁷Department of Critical Care Medicine, Xijing Hospital, Air Force Medical University, Xi'an 710005, Shaanxi, China; ⁸Department of Critical Care Medicine, Tianjin First Central Hospital, Tianjin 300190, China; ⁹Department of Critical Care Medicine, Tianjin Medical University Cancer Hospital, Tianjin 300060, China; ¹⁰Department of Critical Care Medicine, Harbin Medical University Cancer Hospital, Harbin 150081, Heilongjiang, China; ¹¹Department of Critical Care Medicine, Tianjin Medical University General Hospital, Tianjin 300052, China; ¹²Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Xin Hua Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200092, China; ¹³Department of Critical Care Medicine, Qingdao Municipal Hospital, Qingdao 266000, Shandong, China; ¹⁴Department of Critical Care Medicine, The Second Affiliated Hospital of Zhejiang University, Hangzhou 310009, Zhejiang, China; ¹⁵Department of Critical Care Medicine, Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital, Tianjin 300120, China; ¹⁶Department of Critical Care Medicine, the Affiliated Hospital of Northwest University·Xi'an NO.3 Hospital, Xi'an 710018, Shaanxi, China; ¹⁷Department of Critical Care Medicine, Tianjin Fourth Central Hospital, Tianjin 300140, China; ¹⁸Department of Critical Care Medicine, Tianjin Medical University Chu Hsien-I Memorial Hospital, Tianjin 300134, China; ¹⁹Department of Critical Care

Medicine, the Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300250, China
Corresponding author: Yu Jianbo, Email: 30717008@nankai.edu.cn

【Abstract】 Acute pancreatitis (AP) is a frequently encountered acute abdominal syndrome in clinical settings, and the integrated model of traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM) has demonstrated notable advantages in the diagnosis and treatment of AP. To systematize and standardize clinical practices related to develop *clinical pathway for integrated TCM-WM diagnosis and treatment of AP*, which enhances the efficiency and quality of patient care. This pathway focuses on AP, a common acute and life-threatening disease within the digestive system, and outlines that the central pathological mechanism involves pancreatic injury and localized inflammation resulting from the abnormal activation of pancreatic enzymes. It has the characteristics of rapid onset, multiple causes, and complex manifestations. Severe cases can be life-threatening. At present, conventional treatments encompass a diverse range of modalities. Moreover, traditional Chinese medicine (TCM) holds distinct advantages in alleviating relevant symptoms, and TCM-WM is gaining increasing prevalence. To enhance the standardization and consistency of diagnostic and therapeutic practices, this clinical pathway clearly delineates the target patient population, which includes individuals diagnosed with abdominal pain disorder according to TCM and with AP in accordance with WM criteria, as well as the corresponding inclusion standards. The diagnostic framework integrates both TCM and WM guidelines, and further incorporates disease staging, severity grading, and syndrome differentiation to support a comprehensive and integrated diagnostic strategy. The treatment integrates approaches from both TCM and WM. Within the WM framework, interventions consist of basic supportive care, infection control, nutritional support, and the management of complications. In the context of TCM, the protocol includes syndrome differentiation and corresponding therapeutic strategies (Distinct syndrome patterns are identified and managed during the acute and convalescent phases), such as acupuncture and retention enema. This clinical pathway addresses multiple key components, including preventive strategies, post-treatment follow-up, criteria for evaluating therapeutic efficacy, admission and discharge, admission examination protocols, discharge criteria, and the rationale for deviations or withdrawal from the pathway. It is designed to provide a systematic and standardized reference framework for relevant clinical practices.

【Key words】 Acute pancreatitis; Integrated traditional Chinese and Western medicine; Clinical pathway; Standard for diagnosis and treatment

Fund program: National Flagship Construction Project for Integrated Traditional Chinese and Western Medicine (Intensive Care Medicine) (2024-07-11); National Key Specialized Project of Traditional Chinese Medicine (Intensive Care Medicine) (2024-05-10); Key Project of Tianjin Natural Science Foundation (25JCLZJC00300); Tianjin Science and Technology Program Key Projects of Traditional Chinese Medicine (2023009); Tianjin Key Medical Discipline Construction Project (TJYXZDXK-3-013B);

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.03.001

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是消化系统常见的急危重症,其病理核心在于胰酶异常活化引发胰腺自身及邻近组织的消化性损伤,导致的局部炎症反应。AP 起病急骤、病因多样、临床表现复杂多变,重症患者可迅速发展为胰腺坏死、多器官功能障碍综合征 (multiple organ dysfunction syndrome, MODS)、出现感染,从而危及生命^[1]。目前 AP 的常规治疗策略包括禁食水、液体复苏、抗炎、抑酸、抑制胰酶分泌及必要的外科干预等。中医药在改善 AP 相关“腑气不通”等核心症状方面有独特优势,中西医结合诊疗模式在 AP 救治中日益普及^[2]。为促进 AP 中西医结合诊疗的规范化与同质化,天津医科大学附属南开医院等 19 家单位相关专家综合国内外研究进展和临床实践经验特制定 AP 中西医结合诊疗流程及路径,旨在为临床提供可操作的参考方案。

1 AP 中西医结合诊疗流程(图 1)及路径(图 2~3)

1.1 适用对象: ① 中医诊断:第一诊断为腹痛; ② 西医诊断:第一诊断为 AP。

1.2 进入路径标准: ① 患者第一诊断明确符合腹痛; ② 若患者合并其他疾病,但住院期间无需特殊干预或该并存疾病不影响本路径核心流程的执行;

③ 经评估排除其他类型急腹症; ④ 患者适合并自愿接受中西医结合治疗方案。

1.3 诊断依据

1.3.1 疾病诊断

1.3.1.1 中医诊断标准: 本路径主要参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识(2017)》^[3]和《重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南》^[4]。① 核心表现:突发上腹部疼痛; ② 伴随症状:腹胀、恶心呕吐、发热、黄疸、皮下瘀斑、大便不通等; ③ 常见诱因:胆石症、高脂饮食、暴饮暴食、情志失调等; ④ 确诊要点:结合典型症状、病史、实验室检查(如血淀粉酶/脂肪酶显著升高)及影像学特征[如腹部 CT/磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)显示胰腺炎性改变]综合判定。

1.3.1.2 西医诊断标准: 本路径采用《中国急性胰腺炎诊治指南(2019 年,沈阳)》^[5]和《中国急性胰腺炎诊治指南(2021)》^[1]的核心标准,需满足以下 3 项中的至少 2 项:① 典型腹痛:突发的、持续性、剧烈的上腹部疼痛,常向背部放射; ② 胰酶异常:血清淀粉酶和(或)脂肪酶活性超过正常参考值上限的 3 倍; ③ 影像学支持:腹部影像学(首选增强 CT 或 MRI)呈现符合 AP 的特征性改变。

1.3.2 疾病分期:① 早期(发病至 2 周内):以全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)及器官功能损伤为主要矛盾,此阶段虽可出现局部并发症(如积液),但非决定病情严重程度的主要原因;② 后期(发病 2 周后):特征为可能持续的 SIRS、器官功能障碍及局部并发症(如感染性坏死、假性囊肿)。此时,持续的 SIRS、器官功能不全及感染性局部并发症共同主导病情转归。

1.3.3 疾病分级:采用修订版亚特兰大分型(revised Atlanta classification, RAC)标准^[6]:① 轻症 AP(mild AP, MAP)约占 80%~85%,无器官功能衰竭及局部/全身并发症,通常 1~2 周内恢复,病死率极低;② 中重症 AP(moderately severe AP, MSAP):存在一过性(≤ 48 h)的器官功能衰竭和(或)局部并发症,早期病死率不高,若合并感染则死亡风险显著增加;③ 重症 AP(severe AP, SAP)约占 5%~10%,特征为持续性(>48 h)器官功能衰竭,器官衰竭依据改良 Marshall 评分系统判定(任一器官评分 ≥ 2 分),病死率高。

1.3.4 中医证候诊断:急性期为肝郁气滞证、肝胆湿热证、热实结胸证、腑实热结证、瘀毒化热证、内闭外脱证;恢复期为肝郁脾虚证、气阴两虚证。

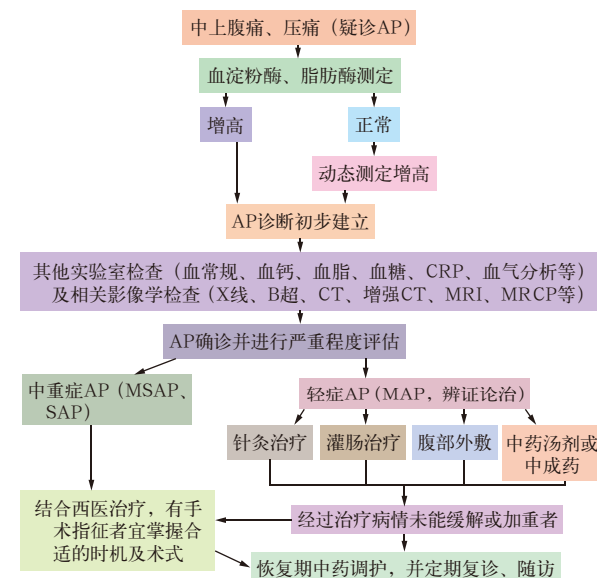


图 1 AP 中西医结合诊疗流程

急性胰腺炎中西医结合临床诊疗路径(中重症、重症)

适用对象:第一诊断为腹痛(急性胰腺炎)

患者姓名:_____ 性别:_____ 年龄:_____ 住院号:_____

住院日期: 年 月 日 出院日期: 年 月 日

时间	年月日 (第1天)	年月日 (第2~7天)	年月日 (第8~14天)	年月日 (第15~21天)	年月日 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史与体格检查 ☐ 采集中医四诊信息 ☐ 进行中医证候判断 ☐ 完成病历书写和病程记录 ☐ 初步拟定治疗方案 ☐ 完善辅助检查 ☐ 防治并发症 ☐ 与家属沟通,交代病情及注意事项	☐ 上级医师查房:评估治疗效果,调整或补充治疗方案 ☐ 观察腹部症状和体征 ☐ 采集中医四诊信息 ☐ 进行中医证候判断 ☐ 防治并发症 ☐ 完善入院检查 ☐ 完成病历记录	☐ 上级医师查房:评估治疗效果,调整或补充治疗方案 ☐ 观察腹部症状和体征 ☐ 采集中医四诊信息 ☐ 进行中医证候判断 ☐ 防治并发症 ☐ 完善入院检查 ☐ 完成病历记录	☐ 上级医师查房:评估治疗效果,调整或补充治疗方案 ☐ 观察腹部症状和体征 ☐ 采集中医四诊信息 ☐ 进行中医证候判断 ☐ 防治并发症 ☐ 完善入院检查 ☐ 完成病历记录	☐ 完成出院记录 ☐ 交代出院后注意事项,门诊随访 ☐ 通知出院
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 内科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 禁食不禁药、记出入量、多参数监护 ☐ 中医辨证 ☐ 口服中药汤剂、中成药 ☐ 其他中医特色疗法 ☐ 西药治疗 临时医嘱 ☐ 血常规、尿常规、便常规+隐血 ☐ 肝功能、肾功能、电解质、钙磷、血脂、血糖、血淀粉酶、血脂肪酶、尿淀粉酶、凝血功能、CRP、PCT、血气分析、血培养、肿瘤标志物检查、IgG4、免疫球蛋白+补体 ☐ 心电图 ☐ 腹部CT	长期医嘱 ☐ 内科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 禁食水或流质饮食、记出入量、多参数监护 ☐ 中医辨证 ☐ 口服中药汤剂、中成药 ☐ 其他中医特色疗法 ☐ 西药治疗 临时医嘱 ☐ 根据病情复查血常规、CRP、PCT、电解质、肾功能、血淀粉酶、血脂肪酶、尿淀粉酶、凝血功能、CRP、PCT、血气分析、血培养、肿瘤标志物、腹部超声或腹部CT ☐ 对症处理	长期医嘱 ☐ 内科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 禁食水或流质饮食、记出入量、多参数监护 ☐ 中医辨证 ☐ 口服中药汤剂、中成药 ☐ 其他中医特色疗法 ☐ 西药治疗 临时医嘱 ☐ 根据病情复查血常规、CRP、PCT、电解质、肾功能、血淀粉酶、血脂肪酶、尿淀粉酶、凝血功能、CRP、PCT、血气分析、血培养、肿瘤标志物、腹部超声或腹部CT ☐ 对症处理	长期医嘱 ☐ 内科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 流质饮食、记出入量、多参数监护 ☐ 中医辨证 ☐ 口服中药汤剂、中成药 ☐ 其他中医特色疗法 ☐ 西药治疗 临时医嘱 ☐ 根据病情复查血常规、CRP、PCT、电解质、肾功能、血淀粉酶、血脂肪酶、尿淀粉酶、凝血功能、CRP、PCT、血气分析、血培养、肿瘤标志物、腹部超声或腹部CT ☐ 对症处理	长期医嘱 ☐ 内科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 流质饮食、记出入量、多参数监护 ☐ 中医辨证 ☐ 口服中药汤剂、中成药 ☐ 其他中医特色疗法 ☐ 西药治疗 临时医嘱 ☐ 根据病情复查血常规、CRP、PCT、电解质、肾功能、血淀粉酶、血脂肪酶、尿淀粉酶、凝血功能、CRP、PCT、血气分析、血培养、肿瘤标志物、腹部超声或腹部CT ☐ 对症处理
主要 护理 工作	☐ 护理常规 ☐ 完成护理记录 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施	☐ 护理常规 ☐ 完成护理记录 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施 ☐ 饮食指导 ☐ 安抚疏导、健康教育	☐ 护理常规 ☐ 完成护理记录 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施 ☐ 饮食指导 ☐ 安抚疏导、健康教育	☐ 护理常规 ☐ 完成护理记录 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施 ☐ 饮食指导 ☐ 安抚疏导、健康教育	☐ 协助患者办理出院手续 ☐ 出院指导
病情变 异记录	☐ 无 ☐ 有,原因:	☐ 无 ☐ 有,原因:	☐ 无 ☐ 有,原因:	☐ 无 ☐ 有,原因:	☐ 无 ☐ 有,原因:
护士 签名					
医师 签名					

图 3 MSAP、SAP 中西医结合临床路径住院表单

急性胰腺炎中西医结合临床诊疗路径(轻症)

适用对象:第一诊断为腹痛(急性胰腺炎)

患者姓名:_____ 性别:_____ 年龄:_____ 住院号:_____

住院日期: 年 月 日 出院日期: 年 月 日

标准住院日: ≤ 14 d 实际住院日:___d

时间	年月日 (第1天)	年月日 (第2~7天)	年月日 (第8~14天)	年月日 (出院日)
主要 诊疗 工作	☐ 询问病史与体格检查 ☐ 采集中医四诊信息 ☐ 进行中医证候判断 ☐ 完成病历书写和病程记录 ☐ 初步拟定治疗方案 ☐ 完善辅助检查 ☐ 防治并发症 ☐ 与家属沟通,交代病情及注意事项	☐ 上级医师查房:评估治疗效果,调整或补充治疗方案 ☐ 观察腹部症状和体征 ☐ 采集中医四诊信息 ☐ 进行中医证候判断 ☐ 防治并发症 ☐ 完善入院检查 ☐ 完成病历记录	☐ 上级医师查房与诊疗评估 ☐ 完成上级医师查房记录 ☐ 采集中医四诊信息 ☐ 进行中医证候判断 ☐ 防治并发症 ☐ 完善入院检查 ☐ 完成病历记录	☐ 完成出院记录 ☐ 交代出院后注意事项,门诊随访 ☐ 通知出院
重点 医嘱	长期医嘱 ☐ 内科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 禁食不禁药、记出入量、多参数监护 ☐ 中医辨证 ☐ 口服中药汤剂、中成药 ☐ 其他中医特色疗法 ☐ 西药治疗 临时医嘱 ☐ 血常规、尿常规、便常规+隐血 ☐ 肝功能、肾功能、电解质、钙磷、血脂、血糖、血淀粉酶、血脂肪酶、尿淀粉酶、凝血功能、CRP、PCT、血气分析、血培养、肿瘤标志物检查、IgG4、免疫球蛋白+补体 ☐ 心电图 ☐ 腹部CT	长期医嘱 ☐ 内科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 禁食水或流质饮食、记出入量、多参数监护 ☐ 中医辨证 ☐ 口服中药汤剂、中成药 ☐ 其他中医特色疗法 ☐ 西药治疗 临时医嘱 ☐ 根据病情复查血常规、CRP、PCT、电解质、肾功能、血淀粉酶、血脂肪酶、尿淀粉酶、凝血功能、CRP、PCT、血气分析、血培养、肿瘤标志物、腹部超声或腹部CT ☐ 对症处理	长期医嘱 ☐ 内科护理常规 ☐ 分级护理 ☐ 流质饮食 ☐ 中医辨证 ☐ 口服中药汤剂、中成药 ☐ 其他中医特色疗法 ☐ 西药治疗 临时医嘱 ☐ 根据病情复查血常规、CRP、电解质、肾功能、血淀粉酶、血脂肪酶、尿淀粉酶、凝血功能、CRP、PCT、血气分析、血培养、肿瘤标志物、腹部超声或腹部CT ☐ 对症处理	出院医嘱 ☐ 停长期医嘱 ☐ 出院带药
主要 护理 工作	☐ 护理常规 ☐ 完成护理记录 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施	☐ 护理常规 ☐ 完成护理记录 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施 ☐ 饮食指导 ☐ 安抚疏导、健康教育	☐ 护理常规 ☐ 完成护理记录 ☐ 按照医嘱执行诊疗护理措施 ☐ 饮食指导 ☐ 安抚疏导、健康教育	☐ 协助患者办理出院手续 ☐ 出院指导
病情变 异记录	☐ 无 ☐ 有,原因:	☐ 无 ☐ 有,原因:	☐ 无 ☐ 有,原因:	☐ 无 ☐ 有,原因:
护士 签名				
医师 签名				

图 2 MAP 中西医结合临床路径住院表单

2 治疗方案

2.1 西医治疗方案^[1,7-8]: AP 并发症多样,全身性如 SIRS、脓毒症、MODS、急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)、腹腔高压/腹腔间隔室综合征(intra-abdominal hypertension/abdominal compartment syndrome, IAH/ACS);局部并发症则与胰腺/胰周液体积聚、坏死相关,包括急性胰周液体积聚、急性坏死物积聚、胰腺假性囊肿、包裹性坏死等;其他还有消化道出血、胆道梗阻、肠梗阻、肠痿等。SAP 常需多学科协作诊疗(multi-disciplinary treatment, MDT),涉及重症医学、外科、消化、感染、介入、营养、康复等专业。

2.1.1 基础支持治疗

2.1.1.1 抑制胰液分泌和改善微循环:生长抑素及其类似物(如奥曲肽)可直接抑制胰液分泌并拮抗 SIRS;蛋白酶抑制剂(如乌司他丁、加贝酯)可抑制胰酶活性、稳定溶酶体膜,建议早期足量应用;质子泵抑制剂可间接减少胰液分泌并预防应激性溃疡;前列腺素 E1 制剂、丹参制剂等可改善微循环。

2.1.1.2 免疫调理:早期可酌情使用免疫抑制剂控制过激免疫反应,降低 MODS 发生率;免疫功能低下时,应用参麦、黄芪注射液等免疫增强剂,减少感染风险。

2.1.1.3 氧疗与呼吸支持:对疑似 ARDS 患者,若无禁忌证,优先采用无创正压通气或经鼻高流量氧疗;ARDS 患者需采用保护性通气策略(潮气量 4~8 mL/kg,高呼气末正压),中重症患者可早期短期(≤ 48 h)使用神经肌肉阻滞剂。

2.1.1.4 液体复苏:早期(12~24 h 内)积极静脉补液,首选等渗晶体液(如乳酸林格液),初始速率 5~10 mL $\cdot$ kg⁻¹ $\cdot$ h⁻¹,根据血细胞比容、血尿素氮、血乳酸等指标动态调整,避免液体超载。SAP 患者采用目标导向治疗,维持中心静脉压 8~12 mmHg (1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa)、平均动脉压 $\geq$ 65 mmHg 等复苏目标;低血压者可联合使用去甲肾上腺素升压。

2.1.1.5 镇痛管理:入院 24 h 内对疼痛明显者进行镇痛,避免使用吗啡(收缩奥狄括约肌)及胆碱能受体拮抗剂(加重肠麻痹),推荐多模式镇痛(如全身与局部给药联合、患者自控镇痛)。

2.1.2 感染控制与抗菌药物使用:不推荐预防性使用抗菌药物,仅在明确有感染性并发症时应用。对感染性胰腺坏死,临床症状不稳定者需立即手术;稳定者先给予 4 周抗菌药物治疗(优先选择穿透坏

死组织的药物,如碳青霉烯类、喹诺酮类),无效时再行清创术。血清降钙素原(procalcitonin, PCT)可辅助预测感染性坏死^[8]。

2.1.3 营养支持:肠内营养优于肠外营养,可降低感染及病死率。轻中症患者若存在肠鸣音、无明显呕吐或肠梗阻,早期即可口服进食;血流动力学稳定后 24~48 h 内启动肠内营养,首选短肽型制剂,逐步过渡至整蛋白型,高脂血症者需限制脂肪摄入。鼻胃管与鼻空肠管均可使用,后者适用于胃排空延迟患者,推荐持续输注方式。

2.1.4 并发症处理:①胆源性胰腺炎:合并胆道梗阻伴胆管炎者,24 h 内行内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)+引流,无胆管炎者 72 h 内行 ERCP;无梗阻及胆管炎者不常规行 ERCP;②高脂血症性胰腺炎:需将血清三酰甘油控制到 <5.65 mmol/L,措施包括补液、降脂(如低分子肝素)、血脂吸附或血浆置换;③IAH/ACS:采用胃肠减压、灌肠、镇静镇痛等措施,维持目标腹腔内压 <15 mmHg;持续 IAH(>20 mmHg)且治疗无效者,需穿刺引流或手术减压;④肾脏支持:急性肾损伤以支持治疗为主,必要时行连续性肾脏替代治疗(continuous renal replacement therapy, CRRT),其指征包括肾功能衰竭、多器官功能障碍等^[1]。

2.2 中医辨证论治:基于《急性胰腺炎中医诊疗专家共识(2017)》^[3]和《重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南》^[4],结合证候特点实施个体化治疗。

2.2.1 急性期:①肝郁气滞证:治以疏肝解郁、理气通腑,方用柴胡疏肝散加减(陈皮 9~12 g、柴胡 9~15 g 等),痛甚者加青皮、延胡索;②肝胆湿热证:治以清热化湿、利胆通腑,方用茵陈蒿汤合龙胆泻肝汤加减(茵陈蒿 15~18 g、大黄 3~6 g 等),黄疸重者加蒲公英、败酱草;③腑实热结证:治以清热通腑,方用大柴胡汤合大承气汤加减(柴胡 12~15 g、生大黄 9~12 g 等),呕吐甚者加紫苏梗、竹茹;④内闭外脱证:治以通腑逐瘀、回阳救逆,方用小承气汤合四逆汤加减(生大黄 9~12 g、生附子 9~12 g 等),汗多者加煅龙骨、煅牡蛎。

2.2.2 恢复期:①肝郁脾虚证:治以疏肝健脾,方用柴芍六君子汤加减(人参 9~12 g、炒白术 12~15 g 等),食积者加焦山楂、鸡内金;②气阴两虚证:治以益气生津,方用生脉散合益胃汤加减(人参 9~12 g、麦冬 12~15 g 等),口渴甚者加玄参、天花粉。

2.3 其他中医特色疗法:① 针刺:基础穴位选择中脘、内关、足三里等,辨证加减:如肝郁气滞证加期门、太冲穴;湿热证加阳陵泉、支沟穴等,操作:毫针针刺,实证用泻法,虚证用补法,或用多功能艾灸仪。② 灌肠:将生大黄 30 g 水煎至 200 mL, 38~40℃ 保留灌肠(深度 30~35 cm),每日 2 次;或选用大承气汤等水煎灌肠。③ 外敷:芒硝粉 500~1 000 g 装袋敷于中上腹,结晶后更换;或用金黄散调糊敷于左上腹,每日 1 次。④ 穴位注射:常规消毒后于足三里穴注射维生素 B6 注射液每次 0.5 mL。

3 预防、调摄与随访^[1,9]

3.1 三级预防:① 一级预防:针对普通人群,通过健康教育减少烟酒摄入,控制体质量、血脂、血糖,及时处理胆道疾病;② 二级预防:早期诊断并干预,阻止病情进展;③ 三级预防:定期监测胰腺功能,管理糖尿病、外分泌功能不全等后遗症。

3.2 康复调摄:① 饮食:给予低脂饮食,避免灌入乙醇或服用诱发胰腺炎的药物(如双氢克尿噻),若出现腹痛、腹泻,需减少脂肪及蛋白质摄入;② 心理干预:通过科普宣教、心理疏导缓解焦虑、抑郁等情绪。

3.3 随访:所有患者需规律随访, SAP 患者至少随访 18 个月,每 6 个月评估 1 次胰腺功能,监测病因(如胆结石、高脂血症)是否去除。

4 疗效评价标准

参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识(2017)》^[3]和《中药新药临床研究疗效评价方法》,从症状、证候、生活质量及精神心理等维度评估。

4.1 疾病疗效:① 痊愈:轻症 5 d 内、重症 10 d 内症状和体征消失,实验室指标达到正常参考值水平,证候积分降低 $\geq 95\%$;② 显效:轻症 5 d 内、重症 10 d 内症状和体征明显改善,实验室指标显著好转,证候积分降低 70%~94%;③ 有效:症状和体征及指标较入院时改善,证候积分降低 30%~69%;④ 无效:症状无改善或加重,证候积分降低 $< 30\%$ 。

4.2 证候疗效:参照尼莫地平法计算积分降低率,标准同疾病疗效。

5 住院及出院

5.1 住院时间:轻症 AP 的标准住院时间 ≤ 14 d, 中重症 AP 的标准住院时间 ≤ 21 d。

5.2 入院检查项目

5.2.1 必需检查项目:① 血/尿/便常规+潜血;② 血/尿淀粉酶、血脂脂肪酶、肝功能、肾功能、电解质(含钙磷)、血脂、血糖、凝血功能、C-反应蛋白

(C-reactive protein, CRP)、降钙素原(procalcitonin, PCT)、血气分析、血培养;③ 心电图、腹部增强 CT 和(或)超声。

5.2.2 可选项目(根据情况确定):① 自身免疫标志物[抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)、可提取性核抗原(extractable nuclear antigen, ENA)等]、免疫球蛋白 G4(immunoglobulin G4, IgG4)、Ig+ 补体、肿瘤标志物[糖类抗原 19-9(carbohydrate antigen 19-9, CA19-9)];② 腹部 MRI、磁共振胰胆管成像(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)、ERCP、超声内镜(endoscopic ultrasound, EUS)检查。

5.3 出院标准:病情稳定,腹痛消失,腹胀、胃脘嘈杂、胸胁苦满、大便黏滞、干结不通或便溏、少气懒言等主要症状好转;开始进食;无腹痛等症状,血淀粉酶正常或基本正常;无其他并发症;复查超声或 CT 未见明显异常。

6 变异及退出路径原因

① 病情恶化,出现严重心、肺、肾等器官功能损害等并发症;② 血淀粉酶持续异常增高(尤其进食后)或 CRP 居高不下,导致住院时间显著延长;③ 患者或家属意愿拒绝接受路径要求的诊疗措施;④ 其他不可预见因素影响路径执行。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2021) [J]. 中华外科杂志, 2021, 59 (7): 578-587. DOI: 10.3760/cma.j.cn112139-20210416-00172.
- [2] Li J, Zhang S, Zhou R, et al. Perspectives of traditional Chinese medicine in pancreas protection for acute pancreatitis [J]. World J Gastroenterol, 2017, 23 (20): 3615-3623. DOI: 10.3748/wjg.v23.i20.3615.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33 (11): 2052-2057. DOI: 10.3969/j.issn.1001-5256.2017.11.002.
- [4] 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. DOI: 10.12449/JCH240608.
- [5] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组, 中华胰腺病杂志编辑委员会, 中华消化杂志编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2019 年, 沈阳) [J]. 中华消化杂志, 2019, 19 (11): 721-730. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2019.11.001.
- [6] 廖茜, 何文华, 李佳蓉, 等. CT 严重指数和改良 CT 严重指数对急性胰腺炎严重程度和预后的评估 [J]. 中华医学杂志, 2022, 102 (26): 2011-2017. DOI: 10.3760/cma.j.cn112137-20220424-00914.
- [7] Machicado JD, Papachristou GI. Pharmacologic management and prevention of acute pancreatitis [J]. Curr Opin Gastroenterol, 2019, 35 (5): 460-467. DOI: 10.1097/MOG.0000000000000563.
- [8] 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.0000000000002645.
- [9] Sissingh NJ, Nagelhout A, Besselink MG, et al. Structured alcohol cessation support program versus current practice in acute alcoholic pancreatitis (PANDA): study protocol for a multicentre cluster randomised controlled trial [J]. Pancreatology, 2023, 23 (8): 942-948. DOI: 10.1016/j.pan.2023.10.015.

(收稿日期: 2025-03-10)
(责任编辑: 邸美仙)