

## 妊娠期急性胰腺炎 19 例诊治分析

王 军

[摘要]目的:探讨妊娠期急性胰腺炎的病因及临床诊治经验。方法:19 例妊娠期急性胰腺炎患者,均采取禁食、胃肠减压、体液复苏、抗感染及静脉营养支持等保守治疗。结果:19 例均治愈,无并发症发生。孕妇无流产及死亡。终止妊娠 4 例,入院时胎儿宫内死亡 2 例,引产 1 例,剖宫产取出 1 例;2 例分别孕 38 周、39 周因胎儿宫内窘迫及时剖宫产娩出存活。结论:妊娠中晚期高血脂血症和胆道疾病是妊娠期急性胰腺炎的常见诱因,及时终止妊娠有利于提高疗效。

[关键词] 胰腺炎;妊娠;诊断;治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 576

[文献标识码] A

## Diagnosis and treatment of acute pancreatitis in pregnancy: a report of 19 cases

WANG Jun

(Department of General Surgery, Fuyang People's Hospital, Fuyang Anhui 236004, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the causes and management of pregnancy-associated pancreatitis (PAP). **Methods:** The clinical data of 19 cases of PAP from 2001 to 2009 were analyzed retrospectively. All the cases received conservative therapy. **Results:** All the 19 cases were cured. No complication, abortion or death occurred. Pregnancy was terminated in 4 patients, for the fetus in 2 cases died in the womb at admission, 1 case was performed induced labor and 1 case cesarean section. One case with 38 pregnancy weeks and 1 case with 39 weeks were performed cesarean section when the fetus presented urgent condition in the uterus. **Conclusions:** Hyperlipidemia and diseases of biliary tract are the frequent causes of pregnancy-associated pancreatitis in the second and third trimester. Terminating pregnancy in proper time may help to improve the efficacy and prognosis.

[Key words] pancreatitis; pregnancy; diagnosis; treatment

妊娠期急性胰腺炎虽然发病率低,但起病急,病情进展较快,临床表现不典型而易误诊,孕妇和围生儿病死率高<sup>[1]</sup>。2001~2009年,我院收治 19 例妊娠期急性胰腺炎,现对其临床资料进行回顾性分析,旨在探讨其病因及临床诊治经验。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组年龄 19~38 岁;孕 18~39 周,其中孕 18~26 周 5 例,孕 30~39 周 14 例;初产妇 13 例,经产妇 6 例。轻型胰腺炎 16 例,重症胰腺炎 3 例。19 例均有腹痛,伴腰背痛 7 例;伴有恶心、呕吐 12 例,其中 5 例呕吐剧烈而频繁;严重腹胀者 2 例;3 例体温升高。体格检查均有上腹部压痛,3 例上腹部有腹膜刺激征。合并高血脂血症 6 例,胆囊结石 3 例,胆总管扩张 1 例;高脂饮食 5 例。

1.2 辅助检查 19 例尿淀粉酶 1 240~3 521 U/L, 12 例血清淀粉酶 512~1 383 U/L, 6 例血清甘油三酯(2.58~9.34 mmol/L)升高, 2 例血清胆红素

(25.1~33.4 mmol/L)升高, 4 例肝酶升高, 2 例血肌酐(189~225 μmol/L)升高, 3 例血糖升高(8.2~11.6 mmol/L)。14 例血白细胞(11~19)×10<sup>9</sup>/L, 分类中性粒细胞 0.78~0.93。超声提示:12 例胰腺弥漫肿大;3 例胰腺内交叉存在低回声与粗大强回声,并伴胰周多处积液;3 例胆囊结石, 1 例胆总管扩张;2 例入院时即行超声检查发现无胎心及胎动,胎儿已宫内死亡。3 例重症胰腺炎患者慢性健康评分标准(APACHE II)评分均>8 分,有 1 个以上的器官功能不全,胰周多处积液;诊断符合 2007 年中华医学会外科学会胰腺外科学组制定的重症急性胰腺炎临床诊断及分级标准<sup>[2]</sup>。

1.3 治疗 妊娠期急性胰腺炎的治疗原则与非妊娠期基本相同,主要为保守治疗,在保守治疗效果不佳时,则要考虑手术治疗。本组 19 例均采取保守治疗,包括禁食、胃肠减压、体液复苏、广谱抗生素应用、静脉营养支持等。3 例重症胰腺炎加用常规量生长抑素,未见不良反应。患者均请产科会诊,对胎儿进行评估,并指导保胎治疗。3 例有早产征象者给予硫酸镁及硫酸舒喘灵抑制子宫收缩。2 例入院时胎儿已宫内死亡者,其中 1 例孕 20 周进行引产, 1 例孕 38 周施行剖宫产。2 例分别孕 38 周、39 周,

[收稿日期] 2011-02-15

[作者单位] 安徽省阜阳市人民医院 普外科 236004

[作者简介] 王 军(1963-),男,副主任医师。

因出现胎儿宫内窘迫及时进行剖宫产终止妊娠。

## 2 结果

19例胰腺炎均保守治疗治愈,无并发症发生。孕妇无流产及死亡。终止妊娠4例,入院时胎儿宫内死亡2例,引产1例,剖宫产取出1例;2例分别孕38周、39周因胎儿宫内窘迫及时剖宫产娩出存活,1 min Apgar 评分为8分、9分。

## 3 讨论

3.1 病因 妊娠期急性胰腺炎的病因目前尚不清楚。有研究<sup>[3]</sup>报道一组16例妊娠合并胰腺炎的患者中6例血脂增高,5例有油腻饮食史,而仅1例合并胆道疾病者。也有学者<sup>[4]</sup>认为,妊娠期急性胰腺炎是以胆源性胰腺炎最为常见。还有学者<sup>[5]</sup>研究发现,在其高危因素中,高脂血症占58.82%,胆道疾病因素占44.12%。本组19例患者中,有高脂血症者5例,胆道疾病者4例,亦支持高脂血症和胆道疾病为妊娠期急性胰腺炎发病的高危因素。

高脂饮食使血中甘油三酯升高;妊娠时红细胞聚集性增强,变形能力降低,从而使血浆黏滞性增加,容易引起胰腺微循环障碍<sup>[6]</sup>;妊娠期间血孕激素水平的大量增加,导致胆道平滑肌松弛和胆囊排空减缓,胆汁淤积;妊娠后期,增大的子宫压迫胆管和胰管,引起胆汁和胰液排泄不畅,易于形成胆石,诱发胰腺炎。妊娠期急性胰腺炎易引发血容量下降,使胎盘的血流量迅速降低,加之急性胰腺炎时炎症对子宫的刺激,子宫异常收缩,从而使得胎儿宫内缺血缺氧,易造成死胎。

3.2 诊断 当临床表现有持续上腹部疼痛(尤其伴有腰背部放射痛),伴有恶心、呕吐,血、尿淀粉酶升高;超声显示胰腺体积增大,周围有渗出征象时,容易诊断胰腺炎。但是,很多情况下临床表现常不典型,使早期诊断困难,易出现误诊。因此,临床上对出现腹痛的妊娠患者,除要考虑常见的急性胃肠炎、阑尾炎、肠梗阻、胆囊炎、胎盘早剥等疾病以外,还要考虑到胰腺炎的可能。尤其在妊娠中后期,腹痛部位不固定,出现不明原因的剧烈而频繁呕吐、严重腹胀时,更要警惕急性胰腺炎的可能。要及时行超声、CT、磁共振等检查,对诊断均有一定帮助,而超声检查除可以很好地显示胰腺的情况外,还具有对胎儿影响小,可同时了解胎儿状况的优点,应为首选。

胰腺炎除明确诊断外,还要判别其严重程度。

一般轻型水肿性急性胰腺炎临床症状、体征轻,超声仅见胰腺体积增大,经及时正确的治疗短期内可好转。重症胰腺炎表现为症状重,腹膜刺激征和腹胀体征重,腹腔积液呈血性或脓性,可伴休克、器官功能障碍和严重的代谢障碍。超声可见胰腺密度不均,出现粗大的强回声或脓肿声像。目前,国内外针对重症胰腺炎有许多评定标准,临床应用较多的是APACHE II。当APACHE II评分 $\geq 8$ 分为重症胰腺炎,评分值越大表示病情越重。本组有3例评分 $> 8$ 分。

3.3 治疗 本组19例患者入院后均采取正规的保守治疗。包括禁食、胃肠减压、体液复苏、选用对胎儿影响小的抗生素、静脉营养支持及纠正代谢紊乱等。生长抑素对抑制胰腺分泌具有很好的疗效,有研究<sup>[3]</sup>表明,对孕妇给以常规量生长抑素,无不良反应;但其对胎儿的影响尚缺乏大量证据,目前仍需谨慎应用;对轻型的水肿型胰腺炎无需常规应用,但对重症胰腺炎应及时给予。本组3例重症胰腺炎加用常规量生长抑素疗效明显,也未见不良反应。

妊娠期急性胰腺炎的手术一直存在争议,有资料<sup>[7]</sup>表明,即使合并胆系结石在终止妊娠前一般也不主张手术,可通过内镜下鼻胆管引流缓解胆道梗阻。妊娠期急性胰腺炎的手术指征并无特殊性,和一般胰腺炎一致<sup>[8]</sup>,主要根据胰腺炎的发展程度和并发症做出,在下列情况下应及时给予手术治疗<sup>[9]</sup>:不能排除其他急腹症时;经非手术治疗,病情继续恶化者;胰腺和胰周坏死组织继发感染者;爆发性胰腺炎24 h非手术治疗多器官功能障碍仍不能纠正;伴胆总管下端梗阻或胆道感染;合并肠穿孔、大出血或胰腺假性囊肿等并发症时。

因妊娠期急性胰腺炎涉及到孕妇和胎儿两方面,在制定治疗方案时,需统筹安排。在治疗孕妇的同时,不要忽视胎儿的情况,需与产科医生共同管理患者,要及时请产科医生对胎儿进行评估和监护,并指导保胎治疗。妊娠合并急性胰腺炎是否需终止妊娠,一般认为,轻型急性胰腺炎无需终止妊娠,而重型胰腺炎目前尚有争议。有资料<sup>[10]</sup>显示,是否终止妊娠对孕产妇病死率并无差别。也有学者<sup>[11]</sup>认为,终止妊娠可以减少加重胰腺炎的因素和并发症的发生,特别是胰腺炎需手术治疗时,应同时终止妊娠。若因产科原因,如出现明显的流产或早产征象;胎儿宫内窘迫或死亡;已到临产期等,应及时终止妊娠。本组2例重症胰腺炎孕妇因出现胎儿宫内窘迫及时进行剖宫产终止妊娠,母子均平安。(下转第817页)

塞米松的 20 ~ 30 倍,氢化可的松的 600 倍,小剂量即可达到较强的局部抗炎作用。该药水溶性好,雾化吸入后药物沉积于气道黏膜,穿过细胞膜与糖皮质激素受体相结合,可使受体激活,激活后的类固醇受体复合物二聚体进入细胞核内与靶基因糖皮质激素应答因子相结合,进而影响基因转录,抑制前炎症过程及增强内源性抗炎机制<sup>[6]</sup>。沙丁胺醇是一种速效  $\beta_2$  受体激动剂,可通过激活气道靶细胞上的腺苷酸环化酶(cAMP),使细胞内 cAMP 水平显著升高的同时激活蛋白激酶,从而促进肌球蛋白轻链激酶磷酸化,抑制肌纤维蛋白-肌球蛋白偶联,达到松弛气道平滑肌的目的<sup>[7]</sup>。两药合用,沙丁胺醇可加速糖皮质激素受体转移到细胞核,从而增强布地奈德的抗炎作用,另外布地奈德可抑制  $\beta_2$  受体激酶,使  $\beta_2$  受体保持活性,上调细胞表面  $\beta_2$  受体的表达,从而既扩张气道又抗炎,是治疗支气管哮喘的有效方法。

支气管哮喘发作时存在着可逆性的气流受限和气道高反应性,在诊治过程中均将肺功能作为疾病诊断和严重程度分级的重要指标。当哮喘急性发作期气道阻力显著增高,各肺容积位最大呼气流量降低,表现为 FEV<sub>1</sub>、FVC 显著下降,同时反映气道通畅性的 PEF 显著下降,经治疗后上述各指标可明显改善。本研究显示,与治疗前比较 2 组患者治疗前后 FEV<sub>1</sub>、FVC、PEF 均显著改善 ( $P < 0.05$ ); 与对照组比较,治疗组治疗后肺功能改善明显 ( $P < 0.05$ )。说明布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入可显著改善支气管哮喘的肺功能,疗效优于单纯应用沙丁胺醇雾

化吸入。

布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入治疗支气管哮喘急性发作期疗效确定,两者合用通过改善胸闷、气短、咳嗽等临床症状及哮鸣音等,改善肺功能,起到治疗支气管哮喘的作用,与全球哮喘防治创议方案在非急性发作期指南建议使用沙美特罗/氟替卡松相一致,值得临床推广应用。

#### [参 考 文 献]

- [1] 陈倩霞. 硫酸沙丁胺醇雾化吸入治疗支气管哮喘的效果观察及护理[J]. 广东医学院学报, 2010, 28(2): 230-232.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(3): 177-185.
- [3] 施小敏, 唐俊, 袁莲. 中药哮喘膏外敷穴位治疗支气管哮喘急性发作 158 例疗效观察[J]. 临床合理用药, 2009, 2(17): 61-62.
- [4] 张淑梅, 付宏娟, 石春伟. 可必特雾化吸入治疗支气管哮喘急性发作期的疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(7): 1539-1540.
- [5] 郑明星. 布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入对急性哮喘发作患者诱导痰液炎性细胞和细胞因子的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2008, 7(5): 43-45.
- [6] 陈杰, 张江义, 詹翠红. 布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入对支气管哮喘急性发作的疗效观察[J]. 临床肺科杂志, 2007, 12(10): 1077-1078.
- [7] 刘润萍, 龙运玲, 吴雄业. 布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入治疗支气管哮喘急性发作的疗效观察[J]. 广西医学, 2008, 30(8): 1252-1253.

( 本文编辑 章新生)

(上接第 814 页) 在决策终止妊娠时应以保全孕妇的生命为首要目标,不应为顾及胎儿而过分延误,也不能因为治疗胰腺炎的需要而盲目伤害胎儿。

#### [参 考 文 献]

- [1] 秦敏, 朱丽萍, 周冰华, 等. 上海市 1989 至 1998 年妊娠合并外科急腹症死亡病例分析[J]. 中华妇产科杂志, 2000, 35(12): 712-714.
- [2] 中华医学会外科学会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治指南[J]. 中华外科杂志, 2007, 45(11): 727-729.
- [3] 常实, 曾庆军, 李劲东, 等. 妊娠合并胰腺炎的临床诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19(7): 805-808.
- [4] Abdul Jabbar AS, Al Shanafey SN, Vaslef SN. Gallstone pancreatitis in pregnancy[J]. Saudi J Gastroenterol, 1999, 5(1): 32-35.
- [5] 史金凤. 妊娠期急性胰腺炎病因及诊治探讨[J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(8): 1038-1039.

- [6] Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, et al. Pancreatitis in pregnancy: a 10 year retrospective of 15 Midwest hospitals[J]. Obstet Gynecol, 2008, 112(5): 1075-1081.
- [7] 纪涛, 汤志刚, 邱陆军, 等. 妊娠合并重症急性胰腺炎 8 例诊治分析[J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(9): 941-942.
- [8] Amano H, Takada T, Isaji S, et al. Therapeutic intervention and surgery of acute pancreatitis[J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2010, 17(1): 53-59.
- [9] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 581.
- [10] 黎建军, 吴国俊, 孔凡虎. 妊娠合并急性胰腺炎的诊断与治疗[J]. 腹部外科, 2003, 16(4): 218-219.
- [11] 徐进, 卜献民, 戴显伟. 妊娠中晚期伴发急性胰腺炎的临床特点及治疗经验[J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(3): 207-209.

( 本文编辑 章新生)