

文章编号:1005-6947(2008)09-0941-02

· 临床报道 ·

妊娠合并重症急性胰腺炎 8 例诊治分析

纪涛, 汤志刚, 邱陆军, 黄强, 虞德才

(安徽医科大学附属医院 普通外科, 安徽 合肥 230001)

摘要:目的 探讨妊娠合并重症急性胰腺炎的诊断及治疗。方法 回顾性分析 3 年收治的 8 例妊娠合并重症急性胰腺炎患者的临床资料。结果 8 例患者均诊断为妊娠合并重症急性胰腺炎。非手术治疗 6 例, 其中 4 例行内镜下鼻胆管引流(ENBD), 治愈后胎儿足月顺产; 1 例孕 31 周在 24h 内因多器官功能衰竭母婴死亡; 1 例孕 29 周治疗恢复后, 因胎膜早破孕 33 周时行引产术, 术后胎儿正常。手术治疗 2 例, 1 例孕 38 周行剖宫产和坏死组织清除, 术后 48h 因多器官功能衰竭死亡, 胎儿正常; 1 例孕 32 行胰周引流, 术后对症处理及促胎肺发育, 足月后剖宫产一健康婴儿。结论 妊娠合并重症急性胰腺炎不是终止妊娠的指征, 以保守治疗为主, 必要时及时考虑手术治疗, 对于急性胆源性胰腺炎行 ENBD 术能有效的改善患者的愈后。 [中国普通外科杂志, 2008, 17(9): 941-942]

关键词: 胰腺炎, 急性坏死性/继发性; 妊娠

中图分类号: R 675.5 **文献标识码:** B

妊娠合并重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis in pregnancy)的发病率虽低, 且多见于中晚期妊娠, 但该病具有发病急、并发症多、病死率高等特点, 严重威胁孕妇及胎儿的生命, 因此探讨其诊断及治疗具有重要临床意义。我院 2004 年 4 月—2007 年 4 月收治妊娠合并重症急性胰腺炎 8 例, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 8 例患者, 年龄 21~36(平均 27.3)岁, 均为发病 12 h 内入院, 孕周 28~38(平均 28.9)周, 均符合重症急性胰腺炎诊断标准^[1]。临床上均有中上腹或左上腹持续性疼痛, 并伴腹胀、恶心、呕吐; 2 例体温、脉搏升高。8 例白细胞总数为 $(10.8 \sim 18.7) \times 10^9$, 中性粒细胞比例 $(0.6 \sim 0.87)$, 血淀粉酶 $(2\ 210 \sim 8\ 700) U/L$, 尿淀粉酶 $(1\ 150 \sim 1\ 600) U/L$ 。B 超检查均发现胰腺弥漫肿大, 轮廓呈弧形膨出, 胰腺内低回声和粗大的强

回声交叉存在, 可及胎心及胎动。胰腺双期增强 CT 扫描, 见胰腺肿大, 边缘模糊, 部分区域出现皂泡状的密度减低区, 胰周间隙积液。合并胆系结石者 4 例, 合并高脂血症者 2 例, 同时合并胆系结石及高脂血症者 2 例。

1.2 诊断及治疗

8 例均在入院后 24 h 内得到确诊。非手术治疗 6 例, 包括禁食、胃肠减压、补充液体容量、纠正水电解质紊乱、抑酶、营养支持、三代头孢菌素抗感染等处理, 内镜下鼻胆管引流术(4 例), 同时严密检测胎儿宫内情况, 对有早产征象者给予硫酸镁及硫酸舒喘灵抑制宫缩。孕周小于 35 周患者, 在上述治疗基础上给予地塞米松 6mg 每天 1 次, 共 3 天以促进胎儿肺发育。手术治疗 2 例, CT 提示胰腺坏死面积较大且腹腔穿刺液提示感染, 入院 24h 后予以手术清除胰腺坏死组织、胰周引流, 其中 1 例同时行剖宫产。

2 结果

非手术治疗 6 例中, 其中 1 例孕 31 周, 病情进展迅速, 在 24h 内即因多器官功能衰竭母婴死亡; 1 例孕 29 周, 治疗恢复后, 因胎膜早破孕 33 周行引产术, 术后胎儿正常; 4 例行内镜下鼻胆管引流(ENBD), 胎儿足月顺产。手术治疗 2 例, 1 例孕 38 周行剖宫产和坏死组织清除, 术后 48h 合并

基金项目: 安徽省卫生厅临床重点学科基金资助项目(2005A004)。

收稿日期: 2008-01-30; **修订日期:** 2008-07-25。

作者简介: 纪涛, 男, 安徽医科大学附属医院硕士研究生, 主要从事胆胰疾病的基础和临床方面的研究。

通讯作者: 汤志刚 E-mail: tgz7031@163.com

电解质紊乱,多器官功能衰竭死亡,胎儿正常存活;1例孕32周行胰周引流,术后对症、保胎及促胎肺发育治疗,足月后剖宫产分娩1健康婴儿。本组8例妊娠和并重症急性胰腺炎患者中产妇病死率为25.0%(2/8),胎儿病死率为12.5%(1/8)。

3 讨论

妊娠合并重症急性胰腺炎对孕妇及胎儿的威胁很大,秦敏等^[2]报道妊娠合并外科急腹症孕产妇死亡第1位原因为妊娠合并重症急性胰腺炎,占54.6%。本组孕产妇病死率为25.0%(2/8),均为合并有多器官功能衰竭者,提示重症急性胰腺炎进展至多器官功能衰竭的凶险性。

胆系结石是妊娠期胰腺炎最常见的原因。本组6例合并胆系结石,妊娠期胰腺炎好发于妊娠的中晚期,其原因主要是胆道系统生理变化,各种激素使物质代谢发生异常,导致胰腺微循环障碍,同时具有毒性作用的游离脂肪酸,损害胰腺微血管和腺泡细胞,引起胰酶释放和胰腺组织自身消化^[3],加上子宫增大特别是后期压迫十二指肠及胆道系统,使孕妇成为胆源性急性胰腺炎的高发人群。本组中胆源性胰腺炎为总数的50.0%(4/8),高脂血症比例为25.0%(2/8),与国内相关报道接近^[4]。

妊娠期由于生理和解剖学位置改变,急性胰腺炎的早期症状易被掩盖和误诊,极易发展为重症急性胰腺炎。妊娠合并重症急性胰腺炎早期诊断较困难,容易与妊娠合并胆囊炎、胆囊结石混淆,孕足月者易和临产相混淆。早期诊断是降低其病死率的关键,结合相关文献及我科的诊治经验,以下几点有助于其早期诊断:(1)对于不明原因的恶心、呕吐并伴有腹痛的患者,应把胰腺炎作为常规鉴别的疾病之一,常规急诊查血尿淀粉酶和血清脂肪酶。(2)根据临床表现,结合B超诊断,行CT进行确诊。考虑到妊娠期行CT检查可能因射线对胎儿造成一定影响,笔者建议早期妊

娠应主要使用B超和MRI检查。本组8例均为晚期妊娠,故入院24h内均行肝胆胰CT检查,得到确诊。

妊娠期与非妊娠期重症急性胰腺炎治疗原则基本相同,但要兼顾药物和手术对胎儿的影响,必须经常监测胎儿情况。治疗上以保守治疗为主^[5],即使合并有胆系结石在终止妊娠前一般也不主张手术。本组4例合并胆系结石患者行ENBD术,同时放置肠内营养管,术后48h患者腹部体征改善明显。由于射线可能导致胎儿畸形,尤其在妊娠早期,何时行或能否行ENBD术,目前没有一个明确的标准。Robers等^[6]认为,妊娠期患者行内镜逆行性胰胆管造影(ERCP)是安全的。笔者认为,妊娠晚期合并胆系结石患者,有胆红素升高、肝脏功能损害者可以使用,但应尽可能减少操作时间。肠内营养不增加胰液分泌,可提供母体和胎儿所需营养,改善围产儿的生存状况,促进疾病的康复。本组4例患者在腹痛、腹胀好转后,通过肠内营养管给予营养支持,获得良好效果,恢复后体重无明显下降。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎治疗草案[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(9): 513-514.
- [2] 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.
- [3] Nagini, Henrich H, Wunsch PH, *et al.* Role of pancreatic enzymes and their substrates in autodigestion of the pancreas in vivo studies with isolated rat pancreatic acini[J]. *Gastroenterology*, 1989, 96(3): 838-847.
- [4] 林庚金, 徐之荣. 急性胰腺炎[A]. 见: 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第11版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 1823-1832.
- [5] 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.
- [6] Robers IM. Hyperlipidemic gestational pancreatitis[J]. *Gastroenterology*, 1993, 104(5): 1560-1562.