

文章编号:1005-6947(2008)03-0207-03

· 胰腺炎专题研究 ·

# 妊娠中晚期伴发急性胰腺炎的临床特点及治疗经验

徐进, 卜献民, 戴显伟

(中国医科大学盛京医院 肝胆胰肿瘤移植科, 辽宁 沈阳 110004)

**摘要:**目的 探讨妊娠中晚期伴发急性胰腺炎(AP)的临床特点 and 治疗方法。方法 回顾性分析26例妊娠中晚期伴发AP的临床资料。18例非手术治疗治愈;8例手术治疗。手术以清除坏死组织和终止妊娠为主。结果 2例母婴死亡;24例母亲痊愈出院。保胎成功15例,流产或死胎9例。结论 妊娠中晚期内分泌变化容易导致胰腺炎的发生。特别是既往有胆囊或胆道疾患病史者。治疗方法主要是积极的非手术治疗,必要时采取手术治疗,以减少母婴共亡惨剧的发生。

[中国普通外科杂志,2008,17(3):207-209]

**关键词:** 胰腺炎/治疗;妊娠并发症;妊娠中期;妊娠末期

中图分类号:R 675.51

文献标识码:A

## The management of the acute pancreatitis during middle or late stage of pregnancy

XU Jin, BU Xianmin, DAI Xianwei

(Department of Hepaticobiliopancreatic Tumor and Transplantation Surgery, Sheng Jing Hospital, China Medical University, Shenyang 110004, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the therapeutic modalities and clinical characters of acute pancreatitis (AP) in the middle or late stage of pregnancy. **Methods** There were 26 cases of AP in the middle or late stage of pregnancy, among which 18 cases (69.2%) received conservative therapy, and 8 cases (30.8%) underwent operation for removal of necrotic tissue and termination of pregnancy. **Results** Two cases of both fetus and mother death occurred, whereas 24 mothers were cured. 15 (57.7%) fetuses were healthy but 11 (42.3%) died. **Conclusions** The women in middle and late stage of pregnancy are inclined to pancreatitis because of hormonal changes, especially in those with history of cholecystitis and cholelithiasis. The main method of management is active non-operative therapy and surgical intervention when necessary, so as to decrease the tragedy of both maternal and fetal death.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(3): 207-209]

**Key words:** Pancreatitis /ther; Pregnancy Complications; Pregnancy Trimester, Third; Pregnancy Trimester, Second

CLC number: R 675.51

Document code: A

妊娠期伴发急性胰腺炎(AP)并不常见,国外报道妊娠人群中中的患病率为1/1 000 ~ 1/5 000<sup>[1-2]</sup>,但有逐年增加的趋势。妊娠合并的AP发病急,进

展快,临床过程凶险,对母婴危害大,孕产妇及围生儿病死率高达20% ~ 50%。2000年1月—2006年10月期间我院收治妊娠合并AP的26例,治疗效果尚满意,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组中年龄22~35(平均29.3)岁。初产妇

收稿日期:2007-08-27; 修订日期:2008-02-22。

**作者简介:**徐进,男,中国医科大学盛京医院讲师,主要从事肝胆胰良恶性疾病的诊断和治疗方面的研究。

**通讯作者:**徐进 E-mail: xujinwang@163.com

19例,经产妇7例。中期妊娠15例,晚期妊娠11例,妊娠期平均6.3个月(4~8.5)。孕前有慢性胆囊炎3例,孕期发现胆囊结石4例。发病前摄油腻食物过多11例。

### 1.2 临床表现

临床首发症状均为急性腹痛,伴伴恶心呕吐16例(61.5%),呼吸困难2例(7.7%),肾衰竭1例(3.8%),发热4例(15.4%)。入院后体查,体温平均39.1℃,血压90~180/60~105 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),呼吸20~34次/min,脉搏90~140次/min。上腹部压痛18例(69.2%),有局限性腹膜刺激征13例(50.0%)。入院后出现先兆早产3例(11.5%),胎心过速11例(42.3%)。

### 1.3 实验室及B超检查

血白细胞及中性粒细胞升高8例(30.8%),白细胞最高达 $22 \times 10^9/L$ ,中性0.93。血淀粉酶升高26例(100.0%),为984~4643 U/L(正常值70~170 U/L)。血脂肪酶升高5例(19.2%),高脂血症21例(80.8%),血甘油三酯(正常值 $< 2.3 \text{ mmol/L}$ )升高明显,高于10 mmol/L达5例;肝酶升高15例(57.7%),其中谷丙转氨酶升高明显,最高达600 U/L。电解质紊乱7例(26.9%),其中低血钾3例,低钙血症1例。血糖升高3例(11.5%),最高12.1 mmol/L。B超提示胰腺边缘模糊不清,有腹腔渗出18例(69.2%);胰腺肿大6例(23.1%),发现胆囊结石4例(15.4%)。

### 1.4 诊断标准及分型

根据美国亚特兰大标准<sup>[3]</sup>,临床表现,生化检查,临床症状和体征有以下3项或2项者即可考虑本病:(1)特征性腹痛;(2)血清中淀粉酶或脂肪酶升高3倍以上,或突然下降到正常但病情恶化;(3)B超或CT显示胰腺肿胀,质地不均或胰外有浸润。本组均符合上述诊断标准。根据AP临床诊断及分级标准,重症17例(65.4%),轻型9例(34.6%)。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

26例均先经禁食、胃肠减压、抑酶、解痉及广谱抗生素治疗。保胎在妇产科指导下进行。首先对有先兆流产者采用硫酸镁和杜冷丁解痉和镇痛治疗。同时每4 h听胎心1次。对于晚孕期的患者给予抗生素的同时给予地塞米松,促进胎儿肺部成熟。8例(30.8%)经保守治疗无效,病情加重终止妊娠(其中2例为早产)及转手术治疗,

24 h之内转为手术治疗5例,24 h之后转手术3例。终止妊娠指征:(1)高热伴腹部体征加重,腹膜炎波及全腹;(2)出现呼吸困难,血氧下降等呼吸衰竭症状和/尿量进行性减少;(3)胎心小于120次/min或大于160次/min;(4)先兆流产。8例均行终止妊娠后行胰腺包膜切开引流及部分病灶切除。转入重症监护病房2例;肾透析1例。

### 2.2 结果

2例母婴死亡。24例孕(产)妇痊愈出院,治愈率为92.3%。保胎成功15例,保胎率57.7%。11例胎儿死亡,胎儿的病死率42.3%。

## 3 讨论

AP的病因很多,目前研究认为主要与胆道疾病及饮食因素有关。据报道肥胖,妊娠期营养增加特别是高脂饮食是妊娠合并AP的重要诱因<sup>[4]</sup>。本组26例中7例(26.9%)有胆系疾病,其中4例合并胆结石,3例合并慢性胆囊炎,11例(42.3%)有暴饮暴食史,可见胆道疾病和饮食因素仍然是妊娠期胰腺炎的主要病因。另外妊娠期常伴有自身的特殊性。妊娠期导致易于发生AP的不利因素有:

(1)血液流变学的改变 孕妇的高蛋白、脂肪摄入增加及体内孕、雌激素含量的显著变化等可引起妊娠晚期血清总胆固醇明显升高。Athysos等<sup>[5]</sup>报道妊娠期甘油三酯较非孕时升高2~3倍,而脂蛋白酶活性降低。严重的甘油三酯升高在妊娠晚期可能产生,胰腺血管被凝集的血清脂质颗粒栓塞,容易诱发AP。

(2)微循环抗紊乱能力减弱 但当孕周达终末期时,因腹腔压力增加胆胰管内阻力增加,以及产生血液高黏滞综合征而孕妇的耐受能力下降。Hernandez等<sup>[6]</sup>指出,胰管高压可致导管-腺泡屏障破裂,使胆汁分布于胰间质血管周围,致使胰腺微循环出血及血栓形成,胰腺微循环障碍。张肇达、严律南等<sup>[7]</sup>也通过动物实验证明,这些因素在急性水肿型胰腺炎转化为急性出血性坏死型胰腺炎的过程中起重要作用。

(3)妊娠并发症 Badja等<sup>[8]</sup>试验表明妊高征可引起微血管内凝血和血管炎,诱发胰腺坏死而导致AP。因此临床上认为妊娠性胰腺炎病理分型以坏死型为主而水肿型较少。本组26例中SAP占65.4%。

(4)甘油三酯升高 妊娠一般可升高30%左右,并在孕后期达到高峰,严重者血浆呈乳糜状。妊娠高脂血症也是诱发胰腺炎的原因之一。本组有21例总胆固醇升高也符合这一观点。

(5) 妊娠时盆腔脏器充血及激素的影响 妊娠时毛细血管壁通透性增加,易使炎症发展;同时膨大的子宫机械性压迫也不利于炎症的消退;炎症的扩散又可刺激子宫收缩,易引起流产,早产等。本组中早产2例,早产率达7.7%。

(6) 妊娠期间对抗生素治疗有明显限制 一般主要应用青霉素类或头孢类药物。大多数医生对抗生素的应用多持谨慎态度。如果青霉素类皮试阳性,应用抗生素变得非常困难。

(7) 生长抑素类药物的限制应用 应用生长抑素类药物是胰腺炎非手术治疗中非常重要的环节,但由于对胎儿可能有潜在的影响,迄今在国际上对生长抑素类药物在孕妇中是否应用仍未作出明确规定。

(8) 辅助检查 CT是诊断胰腺炎国际上的金标准,但由于胎儿的存在,使一些特异性检查非常困难。只能首先以无创性的B超作为必要检查手段。对腹腔深部的器官而言,在炎症状态下,因前方肠管常高度积气,影响检查效果。客观上可能妨碍及时诊断。

由于上述不利因素,使妊娠期胰腺炎的诊断及治疗变得非常困难;而且如果非手术治疗效果不佳,可能出现母婴双亡的悲剧。

笔者总结妊娠期胰腺炎的治疗经验如下:

(1) 补液、纠正水电解质紊乱,抑酶及抗生素治疗。禁食、频繁呕吐可致水电解质异常,为满足胎儿生长营养需要及让胃肠和胰腺充分休息,应及早给予胃肠外营养,每日补液3 000~4 000 mL,其中1/3~1/4为胶体溶液,以提高胶体渗透压,维持血容量,纠正水电解质紊乱。同时应给予抑肽酶及广谱抗生素治疗。(2) 良好的产科护理。孕妇并发AP约75%发生在晚期妊娠,早产发生率高达60%。而早期妊娠伴发胰腺炎结果可能较好<sup>[9]</sup>。本组发生在晚孕期占42.3%,早产发生率占7.7%。在非手术治疗胰腺炎的同时应进行保胎治疗,密切观察胎心率,腹痛及腹部体征,宫缩等变化,并进行胎动计数,行B超,胎心监护(NST)检查,加强胎儿监护,对于中晚期妊娠应常规每4h听胎心1次,必要时还应缩短时间。及时了解胎儿宫内情况,尽量延长胎龄。(3) 适时终止妊娠。如果胎儿超过32周,在应用抗生素的情况下,应给予地塞米松以促胎肺成熟,不论是自然分娩或手术分娩,均需做好新生儿抢救的准备。(4) 行B超和血酶学的跟踪检测,每4h检测1次血淀粉酶和脂肪酶。每12h复查B超1次。必要时仍然要考虑行CT检查。(5) 细心观察体征。如高热伴泛发性腹膜炎出现,白细胞超过

$20 \times 10^9/L$ 以上者,须紧急手术治疗。(6) 观察呼吸和尿量的变化,留置导尿行血气检查和,肾功能检查。如有器官功能不全的病妇,应急诊手术治疗。(7) 如果非手术治疗24h效果不佳,应急转手术治疗。必要时能果断终止妊娠挽救患妇生命。(8) 如果出现胎儿胎心的变化或已经出现流产症状,先行妇科手术后再进行上腹部手术治疗。有报道<sup>[7]</sup>指出胎儿死亡后可以加重胰腺炎并发症的发生。

总之,AP对孕妇和胎儿的危害都很大。特别是SAP起病凶险,胰腺发生出血坏死,腹腔有大量血性渗出,急性渗出物和毒素可刺激子宫,引起持续性宫缩,最终导致子宫胎盘血循环障碍,缺氧致胎死腹中;毒素也可直接通过胎盘引起胎儿死亡。治疗原则是首先以保证患者的生命为主,同时兼顾胎儿。非手术治疗时间不宜过长。严密观察病妇各项指标的变化,当机立断,不能延误治疗时机。早期手术可能对母婴更加安全<sup>[10]</sup>。手术旨在清除胰腺坏死组织充分引流,同时终止妊娠状态,减少加重胰腺炎的因素和并发症的发生。

#### 参考文献:

- [1] Coleman MT, Triano VA, Rund DA. Nonobstetric emergencies in pregnancy trauma and surgical conditions [J]. *Am ObstetGynecol*, 1997, 177(3): 497-502.
- [2] Terzhumanov R, Uchikov A, Uchikova E, et al. Acute pancreatitis and pregnancy - analysis of a 10 year period of time [J]. *Akush Ginekol (Sofia)*, 2004, 43(7): 9-12.
- [3] Bollen TL, van Santvoort HC, Besselink MG, et al. Dutch Acute Pancreatitis Study Group. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited [J]. *Br J Surg*, 2008, 95(1): 6-21.
- [4] Hofbauer B, Friess H, Baczako K, et al. Hyperlipaemia intensifies the course of acute oedematous and acute necrotising pancreatitis in the rat [J]. *Gut*, 1996, 38(5): 753-758.
- [5] Athyros VG, Giouleme OI, Nikolaidis NL. Long-term follow-up of patients with acute hypertriglyceridemia-induced pancreatitis [J]. *Clin Gastroenterol*, 2002, 34(4): 472.
- [6] Hernandez CA, Lerch MM. Sphincter stenosis and gallstone migration through the biliary track [J]. *Lancet*, 1993, 341(8857): 1371-1373.
- [7] 张肇达, 严律南, 刘续宝, 等. 急性胰腺炎[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 32.
- [8] Badja N, Troché G, Zazzo JF, et al. Acute pancreatitis and preeclampsia - eclampsia: a case report [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1997, 176(3): 707-709.
- [9] Legro RS, Laifer SA. First trimester pancreatitis: maternal and neonatal outcome [J]. *J Repro Med*, 1995, 40(10): 689-695.
- [10] Ramin KD, Ramis SM, Richey SD, et al. Acute pancreatitis in pregnancy [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1995, 173(1): 187-191.