

文章编号:1005-6947(2005)05-0394-02

· 临床报道 ·

妊娠合并胰腺炎 7 例报告

黄维江, 胡汉华

(湖北省孝感市中心医院 普通外科, 湖北 孝感 432100)

摘要: 回顾性分析 7 例妊娠合并急性胰腺炎 (AP) 的临床资料。经 B 超、血淀粉酶、血脂检查各 6 例, 其中 3 例合并胆道结石, 6 例有高脂血症, 4 例血淀粉酶增高。及时诊断 6 例, 延误诊断 1 例。非手术治疗 5 例并继续妊娠, 母婴均存活。手术治疗 2 例, 同时终止妊娠, 2 例患者及 1 例胎儿存活, 1 例胎儿死亡。提示胆道结石和高脂血症是妊娠合并 AP 的重要诱因。酶学及影像学检查是重要的诊断方法。治疗应遵循“个体化”原则。

关键词: 妊娠并发症; 胰腺炎; 急性病

中图分类号: R576; R714.25

文献标识码: B

妊娠合并急性胰腺炎 (AP) 的患病率低。但当其一旦发生, 对孕妇及胎儿危害性极大, 是妊娠合并外科急腹症中最主要的死因^[1]。我院 1993 年 6 月~2003 年 6 月共收治 7 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组年龄 24~31 岁。中期妊娠 2 例, 晚期妊娠 5 例。起病诱因: 胆石症 3 例, 高脂饮食 2 例, 不明原因 2 例。临床表现: 腹痛 7 例, 恶心、呕吐 5 例, 发热 3 例。体征: 满腹压痛 7 例, 反跳痛、肌紧张 2 例, 肠鸣音减弱 3 例, 肠鸣音消失 2 例。休克 1 例。血淀粉酶检查 6 例, 增高 4 例 (380~2300 U/L); 血脂检查 6 例均升高 (总胆固醇 5.10~7.10 mmol/L, 甘油三脂 1.60~2.50 mmol/L)。胰腺 B 超检查 6 例: 胰腺肿大, 回声不均 5 例次, 胰周、腹腔积液 2 例次, 胆囊肿 3 例次。胰腺 CT 检查 2 例, 均表现为胰腺肿胀, 质地不均, 其中 1 例胰周腹膜后积液。诊断符合中华医学会 1996 年制定的重症急性胰腺炎 (SAP) 诊疗标准^[2] 3 例。其中误诊 1 例。

1.2 治疗

非手术治疗 5 例。方法: 禁食、胃肠减压; 应用胰酶抑制剂 (生长抑素); 静脉补充水、电解质; 营养支持及使用抗生素等。手术治疗 2 例, 均因胎儿宫内窘迫于发病后 2~3 d 行剖腹产加胰腺被膜切开减压及胰周结肠旁沟引流术。

2 结果

非手术治愈的 5 例继续妊娠至足月, 正常分娩, 胎儿全部存活。手术治疗的 2 例, 母亲均痊愈, 1 胎儿 (Apgar 评分 8 分) 于剖腹产后 48 h 死亡, 另 1 胎儿 (Apgar 评分 9 分) 存活。

3 讨论

妊娠合并 AP 主要与下列因素有关: (1) 胆石症。妊娠期胆道系统受增大子宫的机械性压迫, 胆胰管阻力增加, 胆汁分泌不畅; 胆管受血清高孕酮影响张力降低, 胆囊排空迟缓, 胆汁淤积, 促使结石形成, 诱发 AP 的发生。本组 3 例伴有胆囊肿大。(2) 妊娠期高脂血症。孕妇常吃高脂高蛋白饮食, 易刺激胰腺过度分泌, 且妊娠期受雌孕激素、绒毛膜促性腺激素等的影响, 使胆固醇, 甘油三脂明显升高。而高脂血症能引起胰腺微循环障碍, 使胰腺缺血坏死。本组 6 例有不同程度的血脂升高。(3) 妊娠期血清甲状旁腺激素水平增高, 引起高钙血症, 刺激胰酶分泌, 使胰管结石形成的几率增加。(4) 其他因素如临产前的异常紧张、增大的子宫压迫胰腺、宫缩影响胰腺血运等^[3]。

妊娠合并 AP 临床表现无特异性。根据病史和临床典型表现诊断不难, 但易与其他急腹症、临床宫缩、胎盘早剥等混淆。早期确诊的关键是能否认识合并 AP 的可能。本组 1 例孕 38 周的孕妇腹痛被误诊为临产宫缩, 行剖腹产, 术中发现腹腔充满脓性液, 经手术探查胰腺才得以确诊。妊娠期间如血清淀粉酶超过 500 U/L, 要高度怀疑 AP。但要注意有些重症胰腺炎淀粉酶并不升高, 故不能因此而排除 AP。本组有 2 例血尿淀粉酶均不升高。B 超能显示胰腺大小、胰周积液、胆道结石等征象, 对胎儿影响小, 可作为首选的影像学检查。CT 能直观地反映胰腺肿胀程度, 胰周,

收稿日期: 2004-09-22; 修订日期: 2005-04-15。

作者简介: 黄维江 (1970-), 男, 湖北广水人, 湖北省孝感市中心医院主治医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者: 黄维江 电话: 0712-2702259 (O), 0712-2823258-2459 (H)。

文章编号:1005-6947(2005)05-0395-02

· 临床报道 ·

疝环充填式无张力疝修补术与传统腹股沟疝修补术疗效比较

刘文

(湖南省耒阳县中医院 普通外科, 湖南 耒阳 421800)

摘要:为比较疝环充填式无张力疝修补术与传统疝修补术的临床疗效,笔者将79例腹股沟斜疝或直疝患者随机分成2组,I组采用无张力疝修补术,II组行传统疝修补术。结果显示I组患者在手术时间、术后疼痛、并发症发生率等均优于II组患者。提示无张力疝修补术较传统疝修补术效果优越,是治疗腹股沟疝的好方法。值得临床推广应用。

关键词:疝,腹股沟/外科学;疝修补术

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

无张力疝修补术是近年来开展的新技术,目前已逐渐成为腹股沟疝修补术的首选方法^[1]。为了比较疝环充填式无张力疝修补术与传统疝修补术的疗效,笔者从2000年8月始随机选择了79例患者分别施行此两种方法,并观察其疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收稿日期:2005-02-04; 修订日期:2005-03-19。

作者简介:刘文(1969-),男,湖南耒阳人,湖南省耒阳县中医院主治医师,主要从事腹外疝、肝胆肠疾病方面的研究。

通讯作者:刘文 电话:0734-4328190(O), 0734-4338697(H), 13107343896(手机); E-mail:LW4338697@hotmail.com。

腹膜后积液等,具有较大的诊断价值。

是否终止妊娠是妊娠合并AP处理的焦点。一般认为妊娠合并轻症胰腺炎,无需终止妊娠,而对于重症者目前仍有争议。蔡文伟等^[4]认为AP作为一种全身性疾病,产生的细胞因子和炎症介质必然通过胎盘影响胎儿的生长发育,当胎儿宫内死亡后又可影响孕妇的预后。因此对于妊娠晚期的SAP患者,如预计胎儿出生后存活的可能性大,则应作好立即终止妊娠的准备。本组2例手术患者及行剖腹产加胰腺被膜切开减压及胰周结肠旁沟引流术后,母亲痊愈,胎儿存活1例。AP在非手术治疗中,必须充分考虑胎儿生长对营养的需求,早期应给予静脉营养支持。对有高脂血症的患者要特殊的代谢支持治疗,如限制热量摄入,减少脂肪乳剂的使用等。非手术治疗过程中,如病情变化,有手术治疗指征时应及时手术治疗,并同时终止

本组79例腹股沟疝患者随机分为疝环充填式无张力疝修补术(I组)和传统疝修补术(II组)。I组39例,其中腹股沟斜疝35例,直疝4例。男37例,女2例;平均年龄65岁,其中合并高血压病5例,慢支并肺气肿3例,糖尿病3例,前列腺增生6例。II组40例,其中腹股沟斜疝37例,直疝3例。男39例,女1例;平均年龄64岁,合并高血压病4例,慢性并肺气肿4例,糖尿病3例,前列腺增生4例。两组临床资料具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 修补材料

无张力疝修补术均采用美国巴德公司生产的Mesh-Plug定型产品,包括一个网状伞形疝环填充物(网塞)和一张网状平片补片,材料由聚丙烯单丝编织而成,不可吸收,具有良好抗感染和组织相容性,能迅速与组织粘合固定。

妊娠。对有以下情况者,亦须采用最快、对母体影响最小的方式终止妊娠,以保证母亲的安全:(1)明显的流产或早产征象;(2)胎儿宫内窘迫;(3)已到临产期。

参考文献:

- [1] 秦敏,朱丽萍,周水华,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] 中华医学会外科学分会胰腺组.急性胰腺炎的诊断及分级标准[J].中华外科杂志,1997,35(12):773-775.
- [3] Block P, Kelly TR. Management of all store pancreatitis during pregnancy and the postpartum period[J]. Surg Gynecol obstet, 1989,168(5):426-428.
- [4] 蔡文伟,花天放,许伟江.妊娠合并急性胰腺炎5例报告[J].中国普通外科杂志,2000,9(3):284-286.