

- [14] Yagi K, Furuhashi M, Aoki H, *et al.* C-myc is a downstream target of the Smad pathway [J]. *J Bio Chem*, 2002, 277(1):854-861.
- [15] Karayiannakis AJ, Bolanaki H, Syrigos K, *et al.* Serum vascular endothelial growth factor levels in pancreatic cancer patients correlate with advanced and metastatic disease and poor prognosis [J]. *Cancer Letters*, 2003, 194(1):119-124.
- [16] Niedergethmann M, Hildenbrand R, Wostbrock B, *et al.*

High expression of vascular endothelial growth factor predicts early recurrence and poor prognosis after curative resection for ductal adenocarcinoma of the pancreas [J]. *Pancreas*, 2002, 25(2):122-129.

- [17] Sunamura M, Yatsuoka T, Motoi F, *et al.* Gene therapy for pancreatic cancer based on genetic characterization of the disease [J]. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2002, 9(1):32-38.

文章编号:1005-6947(2007)10-0967-01

· 病案报告 ·

妊娠合并急性出血坏死性胰腺炎误诊1例

张春秋, 刘宏, 刘巍立, 王国华

(大庆油田总医院 普外一科, 黑龙江 163001)

关键词: 胰腺炎, 急性坏死性; 妊娠; 病例报告

中图分类号: R 657.51

文献标识码: D

患者 女, 34岁。怀孕32周。因转移性右下腹痛伴发热、呕吐24h, 自感胎动消失5h收入我院妇产科。自诉妊娠经过顺利。体查: 体温38.5℃, 脉搏120次/min, 呼吸27次/min, 血压115/85.5 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)。神清, 痛苦貌, 不能平卧, 唇无紫绀, 心肺无异常。腹部膨隆, 全腹压痛, 右下腹明显, 反跳痛(+), 腹肌紧张(+), 移动性浊音(+)。产科检查: 宫底高度耻骨上30cm。腹围98cm。无宫缩, 无胎心, 无阴道流血。血常规: 白细胞 $18.95 \times 10^9/L$, 中性0.92, 血红蛋白130 g/L, 血小板 $389 \times 10^9/L$; 血、尿淀粉酶正常; 血钙1.8 mmol/L, 血糖38 mmol/L, 尿糖(+++), 酮体(+++)。B超检查提示: (1)死胎; (2)胎盘早剥; (3)胆囊结石; (4)腹腔积液。入院后经普外科会诊, 诊断为急性阑尾炎伴腹膜炎、糖尿病酮症, 转入普外科行阑尾切除术。术后诊断: 急性化脓性阑尾炎。术后患者持续高热, 体温高达41℃, 迅速出现ARDS, 行气管切开、呼吸机支持治疗, 于术后2d产科引产因出现大出血, 行双侧子宫动脉栓塞。术后并出现糖尿病酮症

酸中毒、MODF, 经多科协作积极治疗。3d后患者脱离呼吸机, 但仍然高热, 全腹疼痛, 全腹压痛(+), 反跳痛(+), 腹肌紧张(+), 床旁B超检查提示: 腹腔大量积液。全身麻醉下行剖腹探查术。术中见腹腔内1000 mL暗褐色液体, 沿双侧结肠旁沟后腹膜水肿, 可见大量暗褐色渗出液和皂化斑, 大网膜、胃结肠韧带可见大量皂化组织, 胰腺被膜肿胀, 胰腺组织皂化坏死明显, 肾周脂肪囊皂化改变, 胆囊肿胀, 行胰腺及腹腔坏死组织清除+腹腔冲洗引流+胆囊切除+空肠造口术。术后诊断: 急性出血坏死性胰腺炎。给予抗炎、抑胰酶、抑酸、营养支持等治疗后, 引流量渐少, 持续引流30d痊愈。

讨论 妊娠合并胰腺炎罕见, 据报道发生率为1/1000~1/10000^[1]。可发生于妊娠任何时期, 但以妊娠晚期多见。妊娠急性胰腺炎产妇病死率达5%~37%, 围产儿病死率达32%^[2]。妊娠期胆道系统可发生一系列生理改变, 如胆汁酸池增加, 胆固醇分泌增多, 肝肠循环减少, 血中雌激素增加, 导致胆管松弛和胆囊排空能力减弱, 加之妊娠后期增大的子宫压迫胆道系统使胆汁排泄不畅, 有利于胆石形成, 诱发胆源性胰腺炎。妊娠期急性胰腺炎约有35%~90%合并有胆道结石^[3]。妊娠期间血脂升高和高脂饮食, 是急性胰腺炎的另一个

重要诱发原因。其他原因如: 多胎、妊娠次数多、肥胖、糖尿病等。急性胰腺炎主要是对子宫的刺激, 可使胎儿宫内缺氧, 可诱发早产, 甚至死胎^[4]。本例误诊原因主要有: (1)首诊于妇产科, 而接诊医生缺乏认识, 误诊为其他妇产科疾病而收入妇产科。(2)患者开始有上腹部疼痛病史, 坏死性胰腺炎胰酶的渗出液沿结肠旁沟流到回盲部, 形成类似急性阑尾炎的转移性右下腹痛、麦氏点压痛, 结合血象白细胞升高、淀粉酶正常, 排除胰腺炎, 而误诊为“急性阑尾炎”。(3)行阑尾切除术中未就腹腔渗出结合病情进一步检查胰腺是本次误诊的最重要原因, 延误了患者的诊断治疗, 虽经积极抢救患者获得痊愈, 但增加了患者的痛苦和经济负担, 教训深刻。

参考文献

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 540.
- [2] 孙希志, 栾美英, 于乃贻. 妊娠与内科系统疾病[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2002. 154-157.
- [3] 蒋立辉, 张爱, 李和江. 妊娠合并急性胰腺炎[J]. 中国医师进修杂志, 2003, 26(1):36-37.
- [4] 翁侨, 陈汉平. 妊娠合并急性胰腺炎13例分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2006, 14(4):86-87.

收稿日期: 2007-09-01。

作者简介: 张春秋, 男, 黑龙江大庆人, 黑龙江省大庆油田总医院主治医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者: 张春秋 E-mail: zhang-chunqiu70@sina.com