

# 妊娠中晚期伴急性胰腺炎治疗23例

徐进, 卜献民, 戴显伟

## ■背景资料

在临床工作中, 妊娠中晚期由于饮食和胆道疾病的因素可能导致急性胰腺炎的发生. 对于此方面的治疗, 一直没有深入的探讨和明确的理论指导, 常常由于治疗经验的欠缺导致母婴死亡.

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 辽宁省沈阳市 110004

作者贡献分布: 文章撰写和分析主要由徐进来完成. 卜献民和戴显伟贡献相同.

通讯作者: 徐进, 110004, 辽宁省沈阳市和平区三好街36号, 中国医科大学盛京医院肝胆胰肿瘤移植科. xujinwang@163.com  
电话: 024-83955400

收稿日期: 2007-10-18 修回日期: 2008-01-16

## Clinical characteristics of acute pancreatitis in middle and late pregnancy stage and its treatment: an analysis of 23 cases

Jin Xu, Xian-Min Bu, Xian-Wei Dai

Jin Xu, Xian-Min Bu, Xian-Wei Dai, Department of Hepaticobiliary and Pancreatic Tumor Transplantation, Shengjing Hospital, China Medical University, Shenyang 110004, Liaoning Province, China

Correspondence to: Jin Xu, Department of Hepaticobiliary and Pancreatic Tumor Transplantation, Shengjing Hospital, China Medical University, 36 Sanhao Road, Heping District, Shenyang 110004, Liaoning Province, China. xujinwang@163.com

Received: 2007-10-18 Revised: 2008-01-16

## Abstract

**AIM:** To discuss the clinical characteristics of acute pancreatitis in middle and late pregnancy stage and its treatment.

**METHODS:** Twenty-three patients with acute pancreatitis in middle and late pregnancy stage were conservatively treated with drugs under close observation. Operation was performed for those with their conditions worsened to eliminate the necrotic tissues and terminate their pregnancy.

**RESULTS:** Two mothers with their fetus died, 21 mothers were discharged from the hospital after their entire recovery and 13 fetuses were successfully saved.

**CONCLUSION:** Women in the middle and late pregnancy stage, especially those with a history of gallbladder and biliary tract diseases are easy to suffer from pancreatitis. Changes in endocrine

during this stage can also lead to the development of acute pancreatitis.

**Key Words:** Pregnancy; Pancreatitis; Surgery

Xu J, Bu XM, Dai XW. Clinical characteristics of acute pancreatitis in middle and late pregnancy stage and its treatment: an analysis of 23 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008; 16(5): 548-550

## 摘要

**目的:** 探讨妊娠中晚期伴发急性胰腺炎的临床特点和治疗经验.

**方法:** 23例妊娠中晚期伴发急性胰腺炎的患者均经药物保守治疗, 密切观察, 并部分病情变化转为手术治疗. 手术以清除坏死组织和终止妊娠为主.

**结果:** 2例母婴死亡, 21例母亲痊愈出院, 保胎成功13例.

**结论:** 妊娠中晚期的患者容易发生急性胰腺炎, 特别是既往胆囊或胆道疾病病史的患者, 同时妊娠中晚期内分泌变化也容易导致胰腺炎的发生.

**关键词:** 妊娠; 胰腺炎; 手术

徐进, 卜献民, 戴显伟. 妊娠中晚期伴急性胰腺炎治疗23例. *世界华人消化杂志* 2008; 16(5): 548-550

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/548.asp>

## 0 引言

重症急性胰腺炎(acute severe pancreatitis, ASP)是普通外科急症中最严重的一种疾病. 其发病急, 发展迅速, 并发症多, 死亡率高, 一直是普通外科处理最困难的疾病之一. 妊娠并发急性胰腺炎并不常见, 国外报道妊娠人群的发病率为1/1000-1/5000<sup>[1,14]</sup>, 但有逐年增加的趋势. 妊娠合并急性胰腺炎具有发病急, 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%. 现在就我院2000-01/2005-12救治的23例病例总结经验如下.

## ■同行评议者

蓝宇, 教授, 北京积水潭医院消化内科

## 1 材料和方法

1.1 材料 2000-01/2005-12我院救治患者23例, 年龄22-34(平均27.3)岁. 初产妇16例, 经产妇7例. 其中中期妊娠14例, 晚期妊娠9例, 平均妊娠6.3 mo. 孕前有慢性胆囊炎1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 方法

1.2.1 诊断标准及分型: 根据临床表现, 生化检查, B超或手术探查明确诊断. 临床症状和体征有以下2-3项者即可考虑本病: (1)中上腹持续性疼痛, 频繁恶心呕吐, (2)血尿淀粉酶升高 $>128$ 或 $256$  U/L, 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. 根据AP临床诊断及分级标准, 重症17例, 轻度6例.

1.2.2 治疗方法: 23例均先经禁食, 胃肠减压, 抑酶及广谱广菌素治疗. 24 h之内转为手术5例. 24 h后手术3例. 2例术中终止妊娠后行胰腺包膜切开引流及部分病灶切除. 转入ICU 2例. 肾脏透析1例.

## 2 结果

临床首发症状均为腹痛, 伴腹膜炎13例, 呼吸困难2例, 肾功能衰竭1例. 16例伴恶心呕吐, 发热4例, 体温平均 $39.1^{\circ}\text{C}$ , 入院后检查, 上腹部压痛18例, 腹膜刺激征13例, 入院后出现先兆早产3例, 胎心快11例. 血白细胞及中性粒细胞升高8例, 最高白细胞 $20 \times 10^9/\text{L}$ , 中性89%. 血淀粉酶升高23例, 为 $984-4532$  U/L(正常值 $70-170$  U/L). 高脂血症21例, 总胆固醇升高明显, 肝酶升高15例, 其中谷丙转氨酶最高达 $600$  U/L, 电解质异常7例, 其中低血钾1例, 血糖升高3例, 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, 胰腺肿大6例, 探及胆囊结石4例. 2例母婴死亡, 21例母亲痊愈出院. 保胎成功13例.

## 3 讨论

急性胰腺炎的病因很多, 现在研究认为主要与胆道疾病及饮食因素有关. Gürsoy *et al*<sup>[7]</sup>报道认为肥胖, 妊娠期营养增加特别是高脂饮食是妊娠合并急性胰腺炎的重要诱因.

本组患者情况, 23例中4例合并胆结石, 1例合并慢性胆囊炎, 4例合并胆囊结石, 11例有暴饮暴食病史, 胆道疾病<sup>[15]</sup>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己疾病的特殊性: 妊娠期本身导致的不利因素, (1)血液流变学发生改变. 孕妇高蛋白、脂肪的摄入增加及体内孕、雌激素含量的显著变化引起

妊娠晚期血清总胆固醇含量明显升高. Athyros *et al*<sup>[3]</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可能在妊娠晚期产生不良后果, 胰腺血管被凝集的血清脂质颗粒栓塞, 容易诱发急性胰腺炎<sup>[12,15]</sup>. 甘油三酯的升高也使血浆黏滞性增加, 血液流动的阻力增大<sup>[4-5]</sup>. (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, 和血液高黏滞综合征其耐受能力下降. Hernandez *et al*<sup>[2]</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, 可致胰腺微循环出血及血栓形成, 可致胰腺微循环障碍. (3)妊娠导致的并发症, Badja *et al*<sup>[6]</sup>报道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急性胰腺炎. 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. (4)甘油三酯一般可升高30%左右, 并在孕后期达到高峰, 严重者血浆呈乳糜状. 事实证明妊娠高脂血症也是诱发胰腺炎的原因之一<sup>[8]</sup>. (5)妊娠时由于盆腔脏器充血及激素的影响, 毛细血管壁通透性增加, 促使炎症发展, 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. 其他不利因素: (1)妊娠期间对抗生素治疗有明显的限制. 一般主要应用青霉素类或头孢类药物. 大多数医生参照药物说明都对抗生素应用持谨慎态度. 如果青霉素类阳性, 选择药物将更加十分困难. 加重了治疗上的困难. (2)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保守治疗中非常重要的环节. 但是由于对胎儿可能有潜在的影响, 所以到现在为止国际上也没有对生长抑素类药物在孕妇中是否应用作出明确规定. (3)CT是诊断胰腺炎的国际上的金标准<sup>[9-11]</sup>, 但是由于胎儿的存在, 使一些特异性检查应用起来非常困难. 只能以无创性的B超作为必要检查手段, 但是对于腹腔深部的器官来说, 在炎症状态下, 前方的肠管常常高度积气, 影响检查效果, 可能妨碍诊断效果. 由于上述不利因素, 所以对于妊娠期胰腺炎治疗变的非常困难, 而且如果保守治疗效果不好, 常可以使可能导致母婴双亡的悲惨局面.

通过上述病例我们总结治疗妊娠期胰腺炎的常用方法: (1)补液, 纠正水电紊乱, 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

### ■创新盘点

本文主要提出作者的观点, 根据病情变化认为积极采取外科治疗对母婴的安全性可以提高. 治疗这方面疾病不能瞻前顾后, 要当机立断, 争取治疗时间.

### ■应用要点

本文通过介绍妊娠伴发急性胰腺炎的治疗经验, 为此疾病的深入研究提供借鉴和参考依据.

### ■同行评价

本文总结妊娠中晚期急性胰腺炎的临床特点及治疗经验,对临床有一定的指导意义,但缺乏统计学处理。

3000-4000 mL, 其中1/3-1/4为胶体溶液, 提高胶体渗透压, 维持血容量, 纠正水电解质紊乱。按医嘱给予抑肽酶及广谱抗菌素治疗。(2)必要的产科护理: 据报导孕妇并发急性胰腺炎约75%发生在晚期妊娠, 早产发生率高达60%。本组发生在晚孕期占80%, 早产发生率占10%, 可见保守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, B超, NST检查, 加强胎儿监护, 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 wk, 在应用抗生素的情况下, 应给予地塞米松以促进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。对于中晚期妊娠应常规每4 h听胎心1次, 必要时还应缩短时间。(4)行B超和血酶学的跟踪检测, 每4 h检测一次血淀粉酶和脂肪酶。B超每12 h复查1次。必要时仍然要行CT检查。(5)细心观察体征。如腹膜炎出现, 血象超过 $20 \times 10^9/L$ , 紧急手术治疗。(6)观察呼吸和尿量的变化, 可以行血气检查和留置导尿, 急检肾功能。如果有器官功能不全的病妇, 应急诊手术治疗。(7)如果保守24 h治疗效果不好, 应紧急手术治疗。必要时能果断终止妊娠挽救患妇生命。

无论何种类型的胰腺炎, 对孕妇和胎儿的危害都很大<sup>[13]</sup>。重症胰腺炎起病凶险, 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, 使胎儿缺氧而死亡。毒素也可直接通过胎盘引起死胎。而且不利因素较非妊娠胰腺炎更多, 所以治疗起来更加困难。

治疗原则是首先以保证病妇的生命为主, 其次兼顾胎儿。保守治疗时间不易过长。严密观察病妇各项指标变化, 当机立断, 不能延误治疗时机。手术以清除胰腺坏死组织充分引流, 同时终止妊娠状态, 减少胰腺炎加重的因素。

### 4 参考文献

1 Coleman MT, Trianfo VA, Rund DA. Nonobstetric

- emergencies in pregnancy: trauma and surgical conditions. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 497-502
- 2 Hernandez CA, Lerch MM. Sphincter stenosis and gallstone migration through the biliary tract. *Lancet* 1993; 341: 1371-1373
- 3 Athyros VG, Giouleme OI, Nikolaidis NL, Vasiliadis TV, Bouloukos VI, Kontopoulos AG, Eugenidis NP. Long-term follow-up of patients with acute hypertriglyceridemia-induced pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34: 472-475
- 4 Belo L, Caslake M, Santos-Silva A, Castro EM, Pereira-Leite L, Quintanilha A, Rebelo I. LDL size, total antioxidant status and oxidised LDL in normal human pregnancy: a longitudinal study. *Atherosclerosis* 2004; 177: 391-399
- 5 Okazaki M, Usui S, Tokunaga K, Nakajima Y, Takeichi S, Nakano T, Nakajima K. Hypertriglyceridemia in pregnancy does not contribute to the enhanced formation of remnant lipoprotein particles. *Clin Chim Acta* 2004; 339: 169-181
- 6 Badja N, Troche G, Zazzo JF, Benhamou D. Acute pancreatitis and preeclampsia-eclampsia: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 707-709
- 7 Gürsoy A, Kulaksizoglu M, Sahin M, Ertugrul DT, Ozer F, Tutuncu NB, Demirag NG. Severe hypertriglyceridemia-induced pancreatitis during pregnancy. *J Natl Med Assoc* 2006; 98: 655-657
- 8 Chuang SC, Lee KT, Wang SN, Kuo KK, Chen JS. Hypertriglyceridemia-associated acute pancreatitis with chylous ascites in pregnancy. *J Formos Med Assoc* 2006; 105: 583-587
- 9 Kim DH, Pickhardt PJ. Radiologic assessment of acute and chronic pancreatitis. *Surg Clin North Am* 2007; 87: 1341-1358, viii
- 10 Tsuji Y, Yamamoto H, Yazumi S, Watanabe Y, Matsueda K, Yamamoto H, Chiba T. Perfusion computerized tomography can predict pancreatic necrosis in early stages of severe acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 1484-1492
- 11 Casas JD, Diaz R, Valderas G, Mariscal A, Cuadras P. Prognostic value of CT in the early assessment of patients with acute pancreatitis. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 182: 569-574
- 12 Perrone G, Critelli C. Severe hypertriglyceridemia in pregnancy. A clinical case report. *Minerva Ginecol* 1996; 48: 573-576
- 13 Chen CP, Wang KG, Su TH, Yang YC. Acute pancreatitis in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 607-610
- 14 Hsia SH, Connelly PW, Hegele RA. Successful outcome in severe pregnancy-associated hyperlipemia: a case report and literature review. *Am J Med Sci* 1995; 309: 213-218
- 15 Robertson KW, Stewart IS, Imrie CW. Severe acute pancreatitis and pregnancy. *Pancreatol* 2006; 6: 309-315

编辑 李军亮 电编 何基才