妊娠期急性胰腺炎与普通人群急性胰腺炎诊治分析

张志梅,赵晓晏,任 玮,郭 红,王 雷 (第三军医大学新桥医院消化内科,重庆 400037)

[摘 要] **目的** 探讨妊娠期急性胰腺炎与正常人群急性胰腺炎的发病机制、对母婴的影响、诊治特点及治疗效果。**方法** 回顾性分析我院近 2 年来收治的 20 例妊娠期合并急性胰腺炎患者的临床资料,根据病因不同分为胆石症组(A 组)与高脂血症组(B 组),分析比较 A 组与 B 组急性胰腺炎的治疗特点及治疗效果,并从我院近 2 年来收治的普通人群组(C 组)急性胰腺炎病例中随机选取 20 例,与妊娠组(D 组)急性胰腺炎做对照,观察其治疗特点及疗效。**结果** 妊娠期急性胰腺炎患者 A 组与 B 组各临床观察指标比较有显著差异性($P<0.05$),普通人群组与妊娠组急性胰腺炎治愈率无明显差异,各个临床观察指标无明显差异性($P>0.05$)。**结论** 早期及时诊断妊娠合并急性胰腺炎并适时终止妊娠,可降低母婴死亡率;内镜下鼻胆管置入术可显著缩短治疗时间,需合理选择药物,加贝酯与生长抑素对胎儿有不良影响应慎用。

[关键词] 妊娠并发症;急性胰腺炎;治疗

[中图分类号] R714.25; R576 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)01-0062-03

Clinical analysis between gestational acute pancreatitis and common acute pancreatitis

ZHANG Zhi-mei, ZHAO Xiao-yan, REN Wei, GUO Hong, WANG Lei (Department of Gastroenterology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037, China)

Abstract: Objective To analysis the nosogenesis, effects to mother and infant, features and therapeutic efficacy of gestational acute pancreatitis and common acute pancreatitis. **Methods** The clinical data of twenty patients of gestational acute pancreatitis of our hospital in recent two years were retrospectively analyzed. They were divided into cholelithiasis group (group A) and hyperlipoidemia group (group B) according to their etiopathogenisis, and a comparision of the diagnostic characteristics and therapeutic efficacy were conducted. Another comparsion about the diagnostic characteristics and therapeutic efficacy were performed between the twenty gestational acute pancreatitis patients and twenty patients of common acute pancreatitis selected from our hospital. **Results** The clinical indexes of the cholelithiasis group and hyperlipoidemia group have a significant difference ($P<0.05$), but the cure rate and indexs of the gestational acute pancreatitis patients and the patients of common acute pancreatitis has no obvious diferent ($P>0.05$). **Conclusion** Early diagnose and therapy and timely termination of pregnancy could do good to both of the maternal and infants, and the mortality rate could be cut down; endoscopic naso biliary drainage can obviously decurtate the time of therapy; gabexate and somatostatin must be cautiously use since they would cause harmful effects to fetus.

Keywords: pregnancy complication; acute pancreatitis; treatment

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是由各种原因导致的胰腺组织被胰腺所分泌的消化酶自身消化所引起的一种化学性急腹症[1]。妊娠期合并急性胰腺炎发生率在 3/10 000 左右[2-3]。合并急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)临床较少见。该病以妊娠晚期最为多见,发病急,病情进展快,并发症多,临床表现不典型,极易误诊,如治疗不当,对孕妇和胎儿的威胁极大,据文献报道孕妇死亡率 37%[4]。现将我院 2009 年 4 月至 2011 年 3 月收治的 20 例妊娠期急性胰腺炎以及同期 20 例普通人群急性胰腺炎病例进行分析,探讨妊娠期急性胰腺炎与正常人群中急性胰腺炎的发病机制及诊疗特点。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 20 例妊娠期急性胰腺炎病例,年龄 26~42 岁;晚期妊娠 9 例,中期妊娠 11 例;初产妇 16 例,经产妇 4 例;合并胆石症 12 例,慢性胆囊炎 8 例,有高脂饮食史 8 例。20 例妊娠期合并急性胰腺炎患者均有持续性腹痛症状,多位于左上腹或中上腹部,同时伴有恶心、呕吐,进食后加剧,有 14 例疼痛向腰背部放射,17 例体温在 37.5 ℃以上;查体:4 例左上腹部有明显压痛,2 例有明显反跳痛,4 例体征不典型。严重程度评估:16 例 Ranson 评分在 3 分以下,4 例 Ranson 评分为 4 分。随机选取的 20 例普通人群组急性胰腺炎患者中女 8 例,男 12 例,年龄 24~58 岁;合并高脂血症 7 例,高脂血症并脂肪肝患者 2 例,合并胆石症 6 例;也均有持续性腹痛症状,多位于上腹部或中上腹部,同时伴有恶心、呕吐,有 9 例伴有腰背部放射痛,13 例有发热,体温在 37.5 ℃以上,检查 20 例上腹部均有明显压痛,8 例有明显

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.2013010027

[收稿日期] 2012-07-31 [修回日期] 2012-09-23

反跳痛。严重程度评估:12 例 Ranson 评分在 3 分以下,3 例 Ranson 评分为 3 分,3 例 Ranson 评分为 4 分,2 例 Ranson 评分为 5 分。

1.2 辅助检查

20 例妊娠期合并 AP 患者血、尿淀粉酶均明显升高,高脂血症 8 例,血糖升高 16 例;B 超检查 14 例有胰腺弥漫性肿大,4 例有胰腺肿大伴胰周、腹腔积液,8 例提示胆囊结石并胆囊炎,4 例提示胆总管结石。20 例普通人群组急性胰腺炎患者血、尿淀粉酶均明显升高,高脂血症 7 例,血糖升高 13 例;B 超检查 8 例有胰腺弥漫性肿大,3 例有胰腺肿大伴胰周、腹腔积液,9 例胰腺无异常改变,5 例提示胆囊结石并胆囊炎,1 例提示胆总管结石;行腹部 CT 检查,根据急性胰腺炎 CT 分级,A 级 2 例,B 级 7 例,C 级 6 例,D 级 5 例。

1.3 治疗方法

妊娠期 AP 患者入院后给予禁食、持续胃肠减压、严密监测血压、脉搏、体温、呼吸、血常规、血尿淀粉酶等,补充血容量,纠正水电解质紊乱,抑制胃酸分泌、解痉镇痛、三代头孢类抗感染及营养支持治疗,同时严密监测胎儿宫内情况,如出现宫缩予硫酸镁抑制宫缩;如需终止妊娠,在上述治疗基础上给予地塞米松 6 mg,肌注,每日 2 次,连用 2 d 促肺成熟。其中 12 例胆石症患者内镜下鼻胆管置入术、持续鼻胆管引流;4 例患者在内镜下行十二指肠乳头括约肌切开加胆管支架置入术;2 例重症患者保守治疗后病情加重,及时行剖宫产手术;另 2 例重症患者经保守治疗后自然分娩。普通人群组 AP 患者入院后给予禁食、持续胃肠减压、监测血常规、血尿淀粉酶变化、抑酸、纠正水电解质紊乱、抗感染、应用加贝酯或生长抑素抑制胰腺分泌及营养支持治疗,其中 6 例胆石症患者均予以内镜下鼻胆管置入术、持续鼻胆管引流;1 例胆总管结石患者经保守治疗病情好转后行 ERCP 加内镜下十二指肠乳头括约肌切开加胆总管取石术;Ranson 评分在 3 分以上者均转入重症监护室,严密监测血压、脉搏、体温、呼吸、血沉、C 反应蛋白等变化。将 20 例妊娠期 AP 患者根据病因不同分为胆石症组(A 组)与高脂血症组(B 组),分析比较 A 组与 B 组急性胰腺炎的治疗特点及治疗效果;将 20 例普通人群组(C 组)急性胰腺炎患者与妊娠组(D 组)急性胰腺炎做对照,观察其治疗特点及疗效。

1.4 观察指标与统计学处理

观察患者经保守治疗或内镜介入治疗后自觉腹痛缓解天数、血淀粉酶恢复正常时间、恢复进食时间、平均住院天数等各项指标的变化。采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

20 例妊娠期 AP 患者中有 16 例为轻症,经保守治疗后症状缓解或好转出院,妊娠继续;1 例孕 32 周和 1 例孕 34 周患者经保守治疗后病情加重,及时行剖宫产,新生儿 1 例 Apgar 评分 9 分,另 1 例评分 10 分,术后继续予以抑酸、抗感染、生长抑素抑制胰腺分泌、改善微循环、血液透析及血液双膜滤过、营养支持治疗等,分别治疗 16、18 d 后好转出院;另有 2 例分别孕 34 周、35 周,经保守治疗后自然分娩,新生儿 Apgar 评分分别为 8 分、9 分,分别住院 12 d、13 d 后出院。20 例普通人群组 AP 患者中有 12 例为轻症,经保守治疗后症状缓解或好转出院,8 例为重症胰腺炎,其中 5 例经保守治疗后好转出院,3 例出院时有胰腺假性囊肿形成。腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间、恢复进食时间、平均住院天数在妊娠期胆石症组(A 组)与高脂血症组(B 组)之间比较差异有显著性($P<0.05$)。腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间、恢复进食时间、平均住院天数在 C 组与 D 组之间比较无明显差异($P>0.05$)。

3 讨论

妊娠合并急性胰腺炎并非罕见,在妊娠期及产后均可发生,尤以妊娠中晚期或产后最常见[3-4]。临床上以水肿型多见,少数为出血坏死型,病因以胆石症和高脂血症为主。本研究资料显示妊娠期急性胰腺炎多发生于中晚期妊娠。胆石症妊娠期 AP 患者早期给予内镜下鼻胆管置入术可显著缩短患者腹痛缓解时间及恢复进食时间,并显著缩短住院日,因此,妊娠期急性胰腺炎合并胆石症患者主张早期给予内镜下干预治疗。普通人群急性胰腺炎的病因与妊娠期 AP 基本相同,主要以胆石症和高脂血症为主,另外还与大量饮酒、暴饮暴食、内分泌与代谢障碍、药物等多种因素有关。

妊娠合并急性胰腺炎临床表现为恶心、呕吐以及上腹部疼痛,多为突发性上腹部持续性疼痛,阵发性加剧,多向左腰背部放射,查体左上腹或中上腹压痛明显,但无明显肌紧张及反跳痛,实验室化验可发现白细胞、血尿淀粉酶增高,高脂血症、低钙等,B 超检查可发现肿大的胰腺或胰腺周围渗出明显,并可发现胆结石等一些急性胰腺炎的诱因。本组 20 例孕妇及 20 例普通人群病例发病时均有明显持续性腹痛症状,且以左上腹或中上腹明显,均伴有恶心、呕吐,部分病例有腰背部放射痛,查体均有上腹部明显压痛,实验室化验白细胞、血尿淀粉酶均明显增高,B 超和 CT 检查均有胰腺炎证据。但妊娠期 AP 患者极易误诊,因妊娠中晚期增大的子宫使大网膜不能对炎症形成包裹局限,使炎性渗出物流至下腹部引起疼痛或腹泻,可被误诊为阑尾炎或急性胃肠炎[5]。妊娠晚期子宫增大、胰腺位置较深,体征不典型,腹痛轻时易与宫缩混淆,误认为临产,而腹痛较重时又易与胎盘早剥相混淆。加之产科医师缺乏对本病的认识,对患者表现的恶心、呕吐、腹痛当一般胃病处理。故临床上对妊娠中晚期不明原因的恶心呕吐,伴有中上腹疼痛、体温升高者,应注意把胰腺炎作为鉴别诊断的疾病之一[6]。磁共振、胰胆管造影、胆管内窥镜超声逆行胰胆管造影、CT 等对诊断妊娠合并急性胰腺炎有一定帮助,但 CT 检查因对胎儿有影响,应避免在产前进行[7]。

妊娠期与非妊娠期急性胰腺炎的治疗原则基本一致,目前多主张保守治疗,包括禁食、胃肠减压、纠正水电解质紊乱、止痛解痉、抗感染、抑制胰腺分泌、及早应用肠外营养,满足母体和胎儿的营养需要[8]。在治疗过程中应尽量避免使用对胎儿有影响的药物。本组20例孕妇采用三代头孢类抗感染,均未使用加贝酯、生长抑素等抑制胰腺分泌药物,普通人群组20例患者中均使用加贝酯或生长抑素药物抑制胰腺分泌,但本组显示2组在腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、恢复进食时间及住院时间等指标无明显差异。因此,妊娠期急性胰腺炎加贝酯、生长抑素的使用应权衡利弊。此外妊娠期AP高脂血症患者应限制脂肪乳的应用,可适当加用保胎药物。对保守治疗有效者,孕妇及胎儿各项监护指标显示正常,可等待足月自然分娩;如孕妇或胎儿监护指标显示异常,胎儿尚未成熟,但有希望存活者,可以加用促使肺成熟的药物(地塞米松),待胎儿肺成熟后可选择终止妊娠,除产程快、短时间内分娩者外,均可选择剖宫产术。重症患者治疗原则是首先以保证患者的生命为主,同时兼顾胎儿[9]。除一般保守治疗,对胆结石引起者应尽早行十二指肠镜下Oddi括约肌鼻胆管引流。保守治疗无效应及时手术清除坏死物质、引流,若出现严重胎儿宫内窘迫,应同时行剖宫产术,早产儿转儿科重症监护室;估计胎儿不能存活或已胎死宫内,病情允许可予引产[10]。

[参考文献]

[1] 高淑红,史 鹏. 29例妊娠合并急性胰腺炎临床资料分析[J]. 医学创新研究,2008,18(5):99-100.

[2] Robertson KW, Stewart IS, Imrie CW, et, al. Severe acute pancreatitis and pregnancy [J]. Pancreatology, 2006, 6(4): 309-315.

[3] 曾 晖,黄越前,纪华英,等. 生长抑素在妊娠合并急性胰腺炎急诊救治中的应用及其对新生儿的影响[J]. 新医学,2008,38(8):545-556.

[4] 毕旭东. 减少误诊、重视妊娠期急性胰腺炎的诊断和治疗[J]. 中国现代医学杂志,2012,22(14):65-68.

[5] 涂永久. 妊娠合并急性胰腺炎的诊断与治疗[J]. 局解手术学杂志,2008,17(5):300-301.

[6] 杨泉林,孟朋民,郑丽君. 妊娠合并急性胰腺炎诊治分析[J]. 河北北方学院学报,2008,25(4):46-47.

[7] 司 毅,刘英莲. 妊娠期急性胰腺炎12例临床分析[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(27):4268-4269.

[8] 黄 勤,林敏华,丁锦秀,等. 妊娠合并急性胰腺炎24例诊治分析[J]. 浙江实用医学,2010,15(5):383-384.

[9] 谢茂云,黄 耀,陈 衡,等. 妊娠合并重症急性胰腺炎的诊治分析[J]. 中国现代医学,2011,21(29):3705-3707.

[10] 彭 敏,徐道妙,艾宇航,等. 妊娠合并急性胰腺炎30例诊治分析[J]. 现代妇产科进展,2012,21(5):413-416.

(编辑:左艳芳)

(上接第61页)

12~17倍,镇痛作用比芬太尼强5~10倍,有起效迅速、持续作用时间长、毒性低、应激性小、血流动力学稳定等强效拟阿片类镇痛药物的特性[5]。丙泊酚是一种新型的烷基酚类快速短效静脉麻醉药物,具有药物分布容积小、麻醉诱导起效快、镇静作用好、镇痛作用强、消除快、苏醒可预知等优点,临床上普遍应用于ICU危重病人镇静、麻醉诱导和维持[6]。七氟醚(sevoflurane)是一种新型的氟化吸入麻醉药,既适用于术前麻醉诱导,又适用于术中全身麻醉维持[7]。七氟醚的血气分配系数仅为0.63,脑血分配系数为1.7,因此麻醉诱导迅速,麻醉深度易调控,苏醒时间短。同时,七氟醚具有麻醉维持平稳、无明显毒副作用、术后恢复快等优点。因此,七氟醚目前已在临床上广泛使用。

本文的研究结果证实,全胃切除术运用七氟醚吸入麻醉,在插管时、切皮时、腹腔内操作时、缝皮时、停药时这5个时相点,患者的收缩压、舒张压、平均动脉压与采用靶控输注丙泊酚复合舒芬太尼麻醉相比无明显差异,但心率指标的平稳性明显优于对照组。采用七氟醚吸入麻醉,患者术后苏醒迅速,定力恢复时间和随意运动恢复时间较短,疼痛轻微,恶心呕吐、躁动、呛咳、寒战等不良反应发生率低。由此可见,与靶控输注丙泊酚复合舒芬太尼麻醉相比,七氟醚吸入麻醉在全胃切除术中的麻醉效果更为显著,其临床应用前景良好,值得推广。

[参考文献]

[1] 郑细妹,周昶碧,陈凯声,等. 全胃切除术病人不同麻醉方法绩效的比较[J]. 数理医药学杂志,2010,23(4):423-424.

[2] 张群华,杨仲利,李逸鸿,等. 小剂量芬太尼联合丙泊酚静脉麻醉用于无痛胃镜检查280例[J]. 临床军医杂志,2010,38(3):371.

[3] 丁爱平,金理照. 瑞芬太尼复合丙泊酚靶控输注全静脉麻醉与七氟醚吸入麻醉的比较[J]. 中国基层医药,2010,17(13):1812-1813.

[4] 宋永生,张 野,胡宪文,等. 舒芬太尼复合七氟醚或丙泊酚在全麻诱导中的应用[J]. 临床麻醉学杂志,2011,27(6):552-554.

[5] 王振宁,王 晨. 进展期胃癌经腹行根治性全胃切除术的临床疗效[J]. 安徽医学,2011,32(6):789-790.

[6] 游宏声. 瑞芬太尼复合丙泊酚静脉麻醉在无痛胃镜检查中的应用[J]. 局解手术学杂志,2008,17(2):82-83.

[7] 魏之先,郝 洁. 七氟醚吸入麻醉在小儿短小手术的应用[J]. 局解手术学杂志,2009,18(1):31.

(编辑:雷 艳)