

文章编号: 1005-6947(2013)08-1065-04

· 临床研究 ·

晚期妊娠合并重症急性胰腺炎的治疗: 附 26 例报告

高海斌, 詹勇强, 倪勇, 韩庆, 陈斌, 王成友

(深圳大学第一附属医院 肝胆外科, 广东 深圳 518035)

摘要

目的: 探讨晚期妊娠合并重症急性胰腺炎(SAP)的治疗方法。

方法: 回顾性分析 2002 年 1 月—2011 年 12 月收治的 26 例晚期妊娠合并 SAP 患者的临床资料。患者平均年龄 26 (20~40) 岁, 平均妊娠周数为 33 (29~39) 周。对胎肺成熟的足月胎儿及时终止妊娠, 未足月者先予以保守治疗, 胰腺炎好转者待产至足月, 治疗无效者及时终止妊娠并行胰周引流。

结果: 4 例足月并胎肺成熟和 1 例死胎患者入院当日行剖宫产术, 胰腺炎 1~5 d 后均缓解。21 例未足月妊娠患者中, 18 例 (85.7%) 保守治疗 3~22 d 后胰腺炎好转, 待产至足月; 3 例 (14.3%) 保守无效, 1 例孕妇死亡于暴发性胰腺炎, 2 例于孕期 32 周和 35 周终止妊娠, 3 例胎儿均死亡。

结论: 对于晚期妊娠合并 SAP 的治疗, 多数保守治疗是有效的。在积极保守治疗的同时, 应严密监测孕妇和胎儿的情况, 一旦胎儿脏器功能尤其是胎肺成熟, 或保守治疗无效时, 应及时终止妊娠。

关键词

胰腺炎, 急性坏死性; 妊娠末期; 妊娠并发症

中图分类号: R657.5 文献标志码: A



DOI:10.7659/j.issn.1005-6947.2013.08.023
<http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3606.shtml>

Treatment of severe acute pancreatitis in late pregnancy: a report of 26 cases

GAO Haibin, ZHAN Yongqiang, NI Yong, HAN Qing, CHEN Bin, WANG Chengyou

(Department of Hepatopancreatobiliary Surgery, the first Affiliated Hospital, Shenzhen University, Shenzhen, Guangdong 518035, China)

Corresponding author: CHEN Bin, Email: cbxg@163.com

ABSTRACT

Objective: To investigate the management of severe acute pancreatitis (SAP) occurring in late pregnancy.

Methods: The clinical data of 26 patients with SAP in late pregnancy treated during January 2001 to December 2011 were analyzed retrospectively. The average age of the patents was 26 (20-40) years, with average pregnancy period of 33 (29-39) weeks. Termination of pregnancy was performed by emergent cesarean section in patients carrying a full-term fetus with lung maturity. Those with preterm gestation initially underwent conservative treatments, and then were allowed to try to have a full-term delivery if SAP remitted, otherwise, they were subjected to a cesarean section combined with peripancreatic drainage.

收稿日期: 2013-06-11; 修订日期: 2013-08-04。

作者简介: 高海斌, 深圳大学第一附属医院副主任医师, 主要从事肝胆胰外科临床方面的研究。

通信作者: 陈斌, Email: cbxg@163.com

Results: Four patients of full-term pregnancy and one patient carrying a dead fetus underwent cesarean section immediately after admission, and then SAP in these cases remitted 1-5 d later. Of the 21 preterm pregnant patients, SAP remitted in 18 cases (85.7%) after 3-22 d of conservative treatment and their pregnancies were allowed to continue to go to full term, but conservative treatment failed in 3 cases (14.3%), of whom one case died of fulminant acute pancreatitis and 2 cases underwent pregnancy termination at 33 and 35 weeks of gestation respectively, and all the 3 fetuses died.

Conclusion: Conservative treatment is effective in most women complicated with SAP during late pregnancy. Meanwhile, the conditions in both mother and fetus should be monitored closely, and once fetal visceral organs especially lung maturity has been achieved, or conservative treatments has failed, pregnancy termination should be performed.

KEY WORDS Pancreatitis, Acute Necrotizing; Pregnancy Trimester, Third; Pregnancy Complications

CLC number: R657.5 **Document code:** A

DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.08.023

妊娠合并重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP), 是一种严重的妊娠期危急重症, 具有起病急、临床表现不典型及母婴病死率高等特点。国内外报道^[1]妊娠合并急性胰腺炎的发病率约为 1/12 000~1/1 000, 而合并 SAP 的更少。由于妊娠牵涉到母婴健康和安全的特殊情况, 所以该病的临床治疗有一定的特殊性。本文就我院 2002 年 1 月—2011 年 12 月共 10 年间收治并行手术治疗的 26 例妊娠期合并 SAP 患者的临床资料进行回顾性分析, 旨在提高该病的治疗效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

2002 年 1 月—2011 年 12 月我院收治妊娠期合并 SAP 的病例 26 例, 重症急性胰腺炎的诊断依据中华医学会 2000 年制定的标准^[2]。患者平均年龄 26 (20~40) 岁, 平均妊娠周数为 33 (29~39) 周; 胎产次 0~3 次, 25 例为初次妊娠。合并高脂血症 6 例, 胆囊结石 10 例 (合并肝内胆管结石 2 例, 胆总管结石 3 例)。

1.2 临床表现

26 例患者均有明显的腹痛症状, 就诊时平均腹痛持续时间 12 (3~48) h, 部位以中上腹为主, 呈持续性。19 例伴有向腰背部放射痛。所有患者均伴有不同程度的腹胀和肛门停止排气排便。体检发现患者腹部表现与其妊娠月份基本一致, 腹

肌紧张, 上腹部压痛, 肠鸣音减弱或消失。11 例有上腹部反跳痛。

1.3 诊断

本组所有患者均有胰腺炎临床表现, 血淀粉酶升高 (630~3 230 U/L, 正常值 0~150 U/L), 尿淀粉酶升高 (2 240~>5 000 U/L, 正常值 0~800 U/L), 26 例 B 超检查 22 例报告有胰腺炎改变, 3 例 CT 及 16 例 MRI 检查均发现胰腺炎影像学改变。

入院时 APACHE II 评分 >8 分者 2 例, 入院后 72 h 内 APACHE II 评分 >8 分 11 例。体温超过 38.5℃ 的患者伴血 WBC >1.6 × 10⁹ 有 5 例, 急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 12 例, 多器官功能障碍综合征 (MODS) 2 例。

1.4 治疗方案

1.4.1 保守治疗 26 例于入院 72 h 内明确诊断为妊娠合并 SAP, 均先采用保守治疗, 方案为禁食、胃肠减压、吸氧、质子泵抑制剂制酸及广谱抗生素应用等, 并选择性应用生长抑素类似物。在妇产科指导下进行保胎, 采用硫酸镁解痉和哌替啶镇痛治疗, 同时每小时监测胎心, 并给予促进胎肺成熟的药物。

1.4.2 终止妊娠的选择 对足月 (≥ 36 周) 且胎肺已经发育成熟者, 在予以保守治疗的同时积极做好术前准备, 急诊手术终止妊娠。对于足月且胎肺未成熟者, 经积极保守治疗, 在保守治疗过程中严密观察孕妇病情变化和胎儿情况, 一旦出现以下情况之一者, 则立即手术^[3]: 出现高热;

腹部症状及体征加重;腹膜炎超过2/4个腹腔象限;出现呼吸困难并血氧饱和度进行性下降;补液纠正休克后仍有肾功能不全表现;胎儿已宫内死亡;胎心持续 <120 次/min或 >160 次/min;先兆流产。

1.4.3 手术方式的选择 对仅终止妊娠者,采用硬膜外麻醉,取耻骨上横形切口行腹膜外剖宫产术。需剖腹探查者,采用静吸复合全麻,先取下腹正中切口行经腹剖宫产术,再探查腹腔,必要时绕脐向上延伸切口。根据胰腺及胰周情况行坏死组织清除及胰周引流术。

1.5 胰腺炎好转的评判标准

患者腹痛腹胀症状缓解,肠鸣音恢复,肛门已排气,血淀粉酶或脂肪酶降至正常值上限2倍以下或血WBC $<1.0 \times 10^9$ 。

2 结果

2.1 终止妊娠的转归

4例患者孕期为36~39周,胎肺已成熟。入院后积极准备手术,2~12h后行剖宫产术,胎儿出生后术后Apgar评分9~10分,体质量平均3.62(3.25~3.90)kg。1例患者加行剖腹探查,见胆囊结石,胰周中大量包裹积液,胰腺无明显坏死,行胆囊切除+胰周引流术,术后继续保守治疗方案,胰腺炎在术后5d后好转。其他3例患者胰腺炎在剖宫产术后1~3d好转。

1例孕期29周的患者入院时胎儿已经在子宫内死亡,合并胆囊结石并胆总管结石,入院后行剖宫取胎+胆囊切除+胆总管切开取石+T管引流术+胰周引流术,术后第3天胰腺炎好转。

2.2 保守治疗的转归

保守治疗21例,其中18例(85.7%)患者平3~22d后症状缓解,胰腺炎好转。11例合并ARDS者曾转入重症监护室(ICU)行呼吸支持治疗2~22d。治疗期间复查腹腔B超未发现胰腺坏死影像,5例仅有胰体尾肿大影像,9例伴胰周少量或中量积液,6例行B超引导下上腹(胰周)穿刺引流术。6例在胰腺炎好转后转入产科待产至37~39周,均行剖宫产术,新生儿出生时Apgar评分8~10分,平均质量3.05(2.75~3.60)kg。12例患者出院后密切随访,

1~11周后于产科待产,经阴道产3例,剖宫产9例,新生儿出生时Apgar评分平均8~10分,平均质量2.91(2.52~3.80)kg。5例合并胆囊结石,建议术后择期行胆囊切除术。

保守治疗中3例(14.3%)无效。其中1例为暴发性胰腺炎,孕期第29周,合并ARDS和胆囊结石,虽然经ICU监护治疗,仍于入院后第2天死亡,死因为多器官系统功能衰竭。另2例分别于保守治疗第5天和第9天出现高热,体温达 39.0 ℃和 39.2 ℃,胎心不稳定,胎动减少,于孕期第32周和35周终止妊娠。经腹剖宫产+腹腔探查,术中见2例患者均有胰体尾广泛坏死,胆囊结石。行胆囊切除+胆总管切开取石+T管引流+胰腺坏死组织清除+胰周引流术。胎儿出生时Apgar评分3分和6分,体质量2.35kg和2.45kg,于出生后1h和36h后死亡。2例产妇于术后第12天胰腺炎好转,但均有胰腺假性囊肿形成。住院天数33d和56d。

2.3 随访情况

除死亡病例外,25例患者均获随访,随访期限6个月至9年。胆囊结石未处理的5例患者于术后3~6个月内行胆囊切除术。7例患者胰腺假性囊肿形成,其中5例于出院后3~22个月行囊肿空肠内引流术,2例随访3年和9年囊肿均无明显改变。

3 讨论

妊娠合并重症急性胰腺炎是棘手的产科和外科的共同难题,在临床上并非罕见。该病可发生在妊娠各期及产褥期,但以妊娠晚期最为多见,病情往往较非孕期为重,进展也快,病死率较高^[1,3-4]。其病因很多,主要和胆道疾病、高血脂、腹腔内高压等因素有关^[1,4-5]。妊娠合并重症急性胰腺炎的处理原则基本上与非妊娠期急性胰腺炎相同,但因为合并产科问题,在治疗方法上也有不同于非妊娠期的特点。经适当的外科与产科处理,妊娠期急性胰腺炎的围产结局良好,近来的研究认为其母亲病死率仅3.4%,胎儿抢救成功率达89%^[3,6]。本组患者中,1例患者(3.8%,1/26)死亡,胎儿抢救成功率为84.6%(23/26),与文献报道相近。

保守治疗对妊娠合并重症急性胰腺炎往往是有效的,其中针对腹腔内高压及呼吸困难的治疗尤为重要。在妊娠晚期,腹腔内压力升高是胰腺炎发病过程中一个重要的环节。因腹腔内压力增加,胆胰管内阻力增加,可致导管-腺泡屏障破裂,诱发或加重胰腺炎^[7]。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^[6]。腹腔压力的升高,膈肌上抬,加之腹肌紧张,导致孕妇呼吸困难,发生低氧血症甚至 ARDS 也较多见。本组中 18 例(85.7%, 18/21)经保守治疗后胰腺炎好转,尤其是合并 ARDS 的 12 例患者,并在出现 ARDS 后进入 ICU 行呼吸支持治疗,11 例胰腺炎好转。表明保守治疗对大多数晚期妊娠合并 SAP 者有效,尤其是吸氧及呼吸支持,可有效地预防和治疗 ARDS,缓解腹内高压引起的呼吸困难,促进 SAP 的好转。对胰周或腹腔积液较多的患者,可考虑在 B 超引导下腹穿刺引流,在一定程度上可缓解患者的腹内高压和炎症反应。

终止妊娠的与否取决于保守治疗是否有效及胎儿脏器功能是否成熟。对积极保守治疗无效且胎肺未成熟的孕妇,多表明胰腺本身病变严重,应尽早行剖宫产及胰周引流术,并去除病因。本组 3 例保守治疗无效者,1 例于 2 d 内死亡(暴发性胰腺炎),另 2 例均为坏死性胰腺炎,及时手术干预后,病情得到有效控制,但新生儿均死亡,且产妇住院时间明显延长。另一方面,在观察胰腺炎治疗情况的同时,应严密进行胎儿情况的监测,一旦发现胎肺已成熟者或胎儿已死亡而胰腺炎未得到有效控制者,应及早终止妊娠,能有效降低病死率及治愈胰腺炎^[4,8]。本组病例中,对胎肺成熟的 4 例或胎儿已死亡的 1 例孕妇及时进行剖宫产术,未加行胰周引流,术后胰腺炎迅速缓解。对保守治疗后胰腺炎好转的 18 例孕妇,在胎肺成熟后及时进行剖宫产术,降低腹腔内压

力和减少孕妇的生理负荷,患者胰腺炎得到明显好转。

总之,对于晚期妊娠合并 SAP 的治疗,应遵循胰腺炎个体化和综合治疗的原则,同时要兼顾孕妇和胎儿的情况。在积极保守治疗的同时,严密监测胎儿情况,一旦胎儿脏器功能尤其是胎肺成熟,应及时行剖宫产术,尽量减少其病死率,以提高孕妇及胎儿的存活率。

参考文献

- [1] Robertson KW, Stewart IS, Imrie CW. Severe acute pancreatitis and pregnancy[J]. *Pancreatology*, 2006, 6(4):309-315.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. *中华消化杂志*, 2004, 24(3):190-192.
- [3] 常实,曾庆军,李劲东,等. 妊娠合并胰腺炎的临床诊断与治疗[J]. *中国普通外科杂志*, 2010, 19(7): 805-808.
- [4] Date RS, Kaushal M, Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy[J]. *Am J Surg*, 2008, 196(4):599-608.
- [5] Athyros VG, Giouleme OI, Nikolaidis NL, et al. Long-term follow-up of patients with acute hypertriglyceridemia-induced pancreatitis[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2002, 34(3): 472-475.
- [6] 徐进,卜献民,戴显伟. 妊娠中晚期伴急性胰腺炎治疗 23 例[J]. *世界华人消化杂志*, 2008, 16(5):548-550.
- [7] 张刚,杨杰,李延,等. 妊娠合并急性胰腺炎的临床特点与诊治策略[J]. *中国临床医学*, 2007, 14(5):652-655.
- [8] 纪涛,汤志刚,邱陆军,等. 妊娠合并重症急性胰腺炎 8 例诊治分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2008, 17(9): 941-942.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式:高海斌,詹勇强,倪勇,等. 晚期妊娠合并重症急性胰腺炎的治疗:附 26 例报告[J]. *中国普通外科杂志*, 2013, 22(8):1065-1068. DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.08.023
Cite this article as: GAO HB, ZHAN YQ, NI Y, et al. Treatment of severe acute pancreatitis in late pregnancy: a report of 26 cases[J]. *Chin J Gen Surg*, 2013,22(8):1065-1068. DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.08.023