

妊娠合并急性胰腺炎诊治分析

徐 珍, 陈文芬, 杨 艳, 彭端龙, 温济英*

广东省妇幼保健院, 广东 广州

收稿日期: 2021年10月22日; 录用日期: 2021年11月18日; 发布日期: 2021年11月25日

摘 要

目的: 探讨妊娠合并急性胰腺炎的临床特点和诊治方法。方法: 回顾分析2018年3月~2021年6月广东省妇幼保健院收治的4例妊娠合并急性胰腺炎患者的临床资料。结果: 1例血淀粉酶偏高; 2例尿淀粉酶偏高, 腹部B超结果提示仅1例符合胰腺炎声像; 2例行腹部MRI均提示胰腺炎。患者均先予以保守治疗, 2例经保守治疗后好转出院, 2例转外院继续治疗。结论: 妊娠合并急性胰腺炎多发生在孕晚期。该病的临床表现多伴有下腹痛, 伴或不伴有恶心、呕吐等, 需早诊断、早治疗, 提高对该病的认识和警惕性, 避免发生不良结局。

关键词

妊娠合并急性胰腺炎, 临床诊治

Analysis of Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis in Pregnancy

Zhen Xu, Wenfen Chen, Yan Yang, Duanlong Peng, Jiying Wen*

Guangdong Women and Children Hospital, Guangzhou Guangdong

Received: Oct. 22nd, 2021; accepted: Nov. 18th, 2021; published: Nov. 25th, 2021

Abstract

Objective: To explore the clinical features, diagnosis and treatment of acute pancreatitis in pregnancy. **Methods:** A retrospective analysis of the clinical data of 4 pregnant women with acute pancreatitis admitted to the Guangdong Women and Children Hospital from March 2018 to June 2021. **Results:** The blood amylase of 1 case was high; the urine amylase of 2 cases was high, the results of abdominal B-ultrasound showed that only 1 case was consistent with the ultrasonography of pan-

*通讯作者。

creatitis; abdominal MRI of 2 cases showed pancreatitis. The patients were treated conservatively first, 2 cases were improved and discharged after conservative treatment, and 2 cases were transferred to another hospital to continue treatment. Conclusion: Acute pancreatitis in pregnancy mostly occurs in the third trimester. The clinical manifestations of the disease are mostly accompanied by lower abdominal pain with or without nausea and vomit, and early diagnosis and treatment are needed to increase awareness and vigilance of the disease to avoid adverse outcomes.

Keywords

Acute Pancreatitis in Pregnancy, Clinical Diagnosis and Treatment

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是胰酶对胰腺组织自身消化导致的化学性炎症,常表现为急性上腹痛伴有血、尿淀粉酶升高。妊娠合并急性胰腺炎(acute pancreatitis in pregnancy, APIP)是妊娠期间常见的急腹症之一,发生率为 1/1000~1/10000,近年来有上升趋势[1]。由于孕期生理性改变,该病多发生在孕晚期,具有起病急、发病率低、变化快、病死率高等特点,该病加大了母婴围生期病死率,APIP 孕妇的病死率为 30%~50% [2],胎儿病死率为 10%~20%,死亡原因多为早产或胎儿宫内死亡[3],严重危及母婴健康。本文收集了 2018 年 3 月~2021 年 6 月我院收治的 4 例妊娠合并急性胰腺炎患者的病例资料进行回顾性分析,总结其临床诊治特点,以提高对该病的认识和警惕性,从而减少漏诊、误诊,以期早诊断、早治疗,避免母胎出现不良结局。

2. 资料与方法

病例资料如下:

病例 1: 患者 33 岁,因“停经 31 + 1 周,腹痛 3 天”入院。孕期检查合并妊娠期糖尿病,既往孕 2 产 1,否认既往胆囊炎病史,入院查血、尿淀粉酶正常范围,血白细胞: $16.5 \times 10^9/L$,胆汁酸 23.9 $\mu\text{mol/L}$,血甘油三酯: 12.56 mmol/L ,血总胆固醇, 23.05 mmol/L ,腹部 B 超检查未见明显异常,腹部 MRI 提示符合胰腺炎,胆囊稍大。予患者转内科禁食禁水,抑酸,护胃,抑制胰液分泌、抗感染治疗、肠外营养、胰岛素控制血糖,安胎、母胎监护等保守治疗 11 天好转出院。

病例 2: 患者 36 岁,因“停经 32 周,腰痛及下腹痛 2 天,加重 1 天”入院。孕期检查无特殊,既往孕 5 产 1,否认既往胆囊炎病史,入院查血淀粉酶正常范围,尿淀粉酶: 1698 U/L ,血白细胞: $14.28 \times 10^9/L$,血甘油三酯: 48.6 mmol/L ,血总胆固醇 35.82 L ,腹部 B 超检查未见明显异常,予禁食禁水,抑酸,护胃等治疗,患者要求转外院继续治疗。

病例 3: 患者 32 岁,因“停经 27 + 3 周,腹痛伴恶心 6 天,见红 1 小时”入院,孕期检查合并妊娠期糖尿病,既往孕 2 产 1,否认既往胆囊炎病史,入院查血、尿淀粉酶正常范围,血白细胞: 13.84/L,血甘油三酯: 3.33/L,血总胆固醇正常范围,腹部 B 超检查提示胆囊息肉,余未见明显异常,腹部 MRI 提示胰腺炎改变。予患者转内科禁食禁水,抑酸,护胃,抑制胰液分泌、抗感染治疗、肠外营养、胰岛

素控制血糖，安胎、母胎监护等保守治疗 8 天好转出院。

病例 4：患者 29 岁，主诉“产后 1 天左上腹痛，伴恶心、呕吐”。孕期检查无特殊，既往孕 1 产 0，否认既往胆囊炎病史，入院查血淀粉酶：217 U/L，尿淀粉酶：1450 U/L，血白细胞： $11.5 \times 10^9/L$ ，血脂脂肪酶：736 U/L，腹部 B 超检查急性胰腺炎合并胰尾周围局限性积液声像，予禁食禁水，抑酸，护胃等治疗，患者要求转外院继续治疗。

方法：纳入标准：采用《急性胰腺炎诊治指南(2014 年)》，临床上符合以下 3 项中的 2 项即可诊断：(1) 与急性胰腺炎相符的腹痛(急性、突发、持续、剧烈的上腹部疼痛，常向背部放射)；(2) 血清淀粉酶和/或脂肪酶活性 > 3 倍正常上限值；(3) 腹部影像学检查符合急性胰腺炎的影像学改变[4]。

3. 结果

4 例 APIP 患者，年龄 29~36 岁，孕周 27~32 周，产褥期 1 例，其中初产妇 1 例，经产妇 3 例，均为单胎妊娠，主诉均有腹痛，1 例伴有腰痛，1 例伴有恶心。初诊入院时均无发热，4 例既往史均无特殊病史。4 例患者血常规白细胞波动于 $11.5 \sim 16.5 \times 10^9/L$ ，腹部 B 超 1 例提示胆囊息肉，1 例提示急性胰腺炎合并胰尾周围局限性积液声像，余 2 例未见异常。2 例行腹部 MRI 均提示胰腺炎，其中 1 例提示胆囊稍大，另 1 例提示肝 S6 段小囊肿；胆囊息肉；腹腔少量积液。3 例血淀粉酶正常范围，1 例偏高；2 例尿淀粉酶正常，2 例偏高。1 例未查血脂，3 例血甘油三酯偏高($3.33 \sim 48.6 \text{ mmol/L}$)，1 例总胆固醇正常，2 例偏高($23.05 \sim 35.82 \text{ mmol/L}$)，2 例经保守治疗后好转出院，2 例转外院继续治疗。

4. 讨论

4.1. 诊断

妊娠合并急性胰腺炎发病率低，病死率高，严重危害母婴健康。据研究报道，孕早期的发病率为 19%，孕中期为 26%，孕晚期为 53% [5]。秦敏等通过上海市 10 年间妊娠合并外科急腹症 11 例孕产妇死亡资料分析，显示妊娠合并急性胰腺炎是妊娠合并外科急腹症孕产妇死亡的第一位原因，占 54.6%，其中主要原因为误诊延误了抢救机会，其中有 8 例误诊，误诊率高达 72.7% [6]。由此可见，早诊断、早治疗可明显改善母胎预后。我们认为在临床工作中，为减少漏诊、误诊，应注意：(1) 详细询问病史，对于孕产妇合并腹痛者，除详细询问腹痛情况，还需询问饮食情况，是否进食油腻食物、暴饮暴食、体重增加过快等情况。既往是否有胆道系统疾病、胆结石、胆囊息肉、血脂异常等疾病；(2) 注意鉴别诊断，腹痛除了考虑产科情况，如先兆早产、临产、胎盘早剥等，还需考虑是否合并内外科疾病，如急性胰腺炎、泌尿系结石、急性阑尾炎、肠梗阻等疾病；(3) 妊娠合并急性胰腺炎病情复诊、变化快、合并症多，必要时可请内科、外科、ICU 等多科室会诊协助诊治，综合评估病情，早期诊断并早期合理治疗，改善患者预后，减少母胎不良结局的发生。

4.2. 辅助检查

(1) 本文患者腹部 B 超结果提示 1 例胆囊息肉，1 例急性胰腺炎合并胰尾周围局限性积液声像，余 2 例未见异常。考虑到孕期 B 超的安全性及可获得性，根据病情需要及时行腹部 B 超检查，可及时发现胆结石、胆囊息肉、胰腺炎等疾病，但对于胆总管结石或泥沙样结石及胰腺形态改变敏感性不高。本文 4 例患者，仅 1 例腹部 B 超检查提示胰腺炎。对于 B 超检查不能发现异常者，可通过 MRI 检查进一步明确诊断，由于 MRI 的成像特点，推荐用于孕期，但是否适用于孕早期，目前尚有争议。由于 CT 检查的特殊性，不推荐用于妊娠期间，对于产褥期考虑合并急性胰腺炎者，可首选腹部 CT 检查。(2) 实验室检查，本文 4 例患者，1 例血淀粉酶升高，2 例尿淀粉酶升高。对于孕产妇合并腹痛，考虑合并内外科疾病

时,及时行血、尿淀粉酶、脂肪酶、血脂检查等,可进一步协助诊断。血淀粉酶在孕期发生生理性的升高,但不高于正常值2~3倍,在发病数小时内升高,24小时达高峰,48小时开始下降,4~5日降至正常,超过正常5倍(正常值40~180 U, Somogyi法)时可确诊为胰腺炎[7]。尿淀粉酶在发病后24小时升高,48小时达高峰,1~2周恢复正常,血、尿淀粉酶异常升高,则预示着APIP可能性大,但无正相关性,血、尿淀粉酶正常时不能排除APIP。本文中3例血甘油三酯偏高,2例总胆固醇偏高。由于孕期内分泌变化,血甘油三酯在孕期发生生理性升高,孕晚期达高峰。高水平的血甘油三酯分解产物对胰腺本身有毒性作用,当血甘油三酯水平 ≥ 11.3 mmol/L时还可引起胰腺微循环障碍,并导致高脂血症胰腺炎,当血甘油三酯低于5.65 mmol/L,可阻止病情的进行性加重[8]。此外,血糖升高、低钙血症、感染也是影响预后的因素[9][10],可以通过实验室检查动态监测相关指标,综合判断病情及预后。

4.3. 治疗

对于妊娠合并急性胰腺炎的处理原则与非孕期处理原则大体相同。APIP 75%发生在孕晚期,且早产发生率高达60% [11]。因此,在治疗APIP的同时,密切母胎监护,注意观察胎动、胎心监护、宫缩、产科B超等情况,必要时促胎肺成熟、安胎治疗,适时终止妊娠。有研究报道 ≥ 32 周积极终止妊娠,有益于改善患者预后[12],尤其是合并重症胰腺炎患者。有以下情况需考虑终止妊娠[13]: (1) 胎儿基本成熟; (2) 胎儿宫内窘迫; (3) 短期治疗病情恶化,严重感染或MODS; (4) 明显的流产或早产征象。终止妊娠应以剖宫产为宜,可尽量减少对母儿的影响,首要目标为保全孕妇生命。

因此,孕期规律产检、合理的体重管理、营养指导对预防APIP至关重要,对于孕期血糖、血压、血脂异常者,予饮食指导并控制血脂。对于孕产妇合并腹痛者,除了考虑产科情况,应警惕合并内外科疾病,及时多学科会诊,综合评估病情,同时与患者及其家属及时多次反复沟通,使得患者及其家属对病情、风险有清晰的认识、足够的重视,积极配合治疗,临床上早诊断、早治疗,减少漏诊、误诊,以期改善母儿预后,避免不良结局的发生。

参考文献

- [1] 谢幸,孔北华,段涛,等. 妇产科学[M]. 第9版. 北京:人民卫生出版社,2019:131-132.
- [2] Oria, A., Ocampo, C., Zandalazini, H, et al. (2000) Internal Drainage of Giant Acute Pseudocysts: The Role of Video-Assisted Pancreatic Necrosectomy. *Archives of Surgery*, **135**, 136-140. <https://doi.org/10.1001/archsurg.135.2.136>
- [3] Chen, C.P, Wang, K.G., Su, T.H., et al. (1995) Acute Pancreatitis in Pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **74**, 607-610. <https://doi.org/10.3109/00016349509013471>
- [4] 王春友,李非,赵玉沛,等. 急性胰腺炎诊治指南[J]. 临床外科杂志,2012,32(7):593-595.
- [5] 柯丽娜. 妊娠合并急性胰腺炎的研究新进展[J]. 医学综述,2014,20(15):2763-2766.
- [6] 秦敏,朱丽萍,周冰华,等. 上海市1989年至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.
- [7] 胡鹏,邓文宏,余佳,等. 妊娠合并急性胰腺炎的临床诊治进展[J]. 海南医学,2016,27(18):3013-3016.
- [8] 许咏梅,陈大立,梁宝权. 妊娠合并急性胰腺炎14例临床分析[J]. 山东医药,2014,54(3):44-46.
- [9] 李天,陈素华,蔡浩东,等. 妊娠合并急性胰腺炎23例诊治分析[J]. 中华产科急救电子杂志,2013,2(2):132-135.
- [10] 邵利红,丁小云. 妊娠合并急性胰腺炎31例临床分析[J]. 现代实用医学,2014,26(11):1421-1422.
- [11] 陈竹钦,郭建新. 妊娠合并急性胰腺炎的诊断与处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志,1999,15(8):458-459.
- [12] 代鸣,邹志梅,周艳芬. 妊娠合并急性胰腺炎9例临床诊治分析[J]. 实用妇产科杂志,2012,28(11):969-971.
- [13] Jain, P. (2010) Acute Pancreatitis in Pregnancy: An Unresolved Issue. *World Journal of Gastroenterology*, **16**, 2065-2066. <https://doi.org/10.3748/wjg.v16.i16.2065>