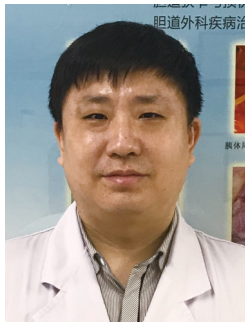


孕期营养过度 小心妊娠期急性胰腺炎

▲哈尔滨医科大学附属第一医院肝胆胰脾外科 王刚



王刚 教授

妊娠期急性胰腺炎（AP）是指特发于妊娠女性的AP，多发生于妊娠晚期，其发病率呈逐年上升趋势。该病多以高脂血症和胆系疾病为主要病因，病情进展迅速、病程复杂、并发症多、临床处理棘手，严重威胁了母婴健康，是妊娠合并的主要外科急腹症之一。以多学科团队（MDT）诊治理念为指导的及时、有效的综合性治疗，能显著改善患者总体预后。

妊娠期急性胰腺炎病因多样化

高脂血症 妊娠期女性普遍存在生理性血脂升高，导致胰腺处于高负荷工作状态。妊娠期女性通常存在营养过剩，过量摄入的脂肪和蛋白质可导致血中甘油三酯水平升高。妊娠晚期雌激素水平可促使低密度脂蛋白、胆固醇含量显著升高，而胎盘生乳素则可加速脂肪分解代谢，产生大量游离脂肪酸，进一步促进血脂水平升高。

持续的高血脂状态可使胰腺实质发生脂肪变性，腹膜后大量脂肪堆积，进

而产生大量脂肪坏死，加大了感染和脓肿形成的可能。此外，高脂血症直接增大血液黏稠度，甘油三酯分解时产生大量游离脂肪酸，最终导致胰腺微血管堵塞，进一步加重了胰腺组织缺血、坏死。

胆道疾病 妊娠期女性体内激素调节发生重要改变，雌激素水平降低、胆固醇含量增高，胆汁构成发生变化。同时，妊娠女性孕激素水平升高，导致胆囊扩张、排空缓慢、胆汁淤积，从而造成结石形成。胆结石可导致胰液引

流不畅、增高胰管内压增高，从而诱发该病。

其他诱因 增大的子宫机械性压迫可致十二指肠液、胆汁返流入胰管，使胰管内压增高、胰酶异常激活，从而形成妊娠期胰腺炎；妊娠期升高的甲状旁腺素可对胰腺产生直接毒性作用，又可引起高脂血症，诱发胰管结石的形成；妊高症时，胰腺血管长期痉挛及肾素——血管紧张素系统大量激活，可加重胰腺微循环障碍和胰腺持续缺血、坏死，从而诱发妊娠期AP。

症状易与妊娠反应混淆 需结合高危因素早期诊断

妊娠期AP典型的临床表现为腹痛、恶心、呕吐，可伴或不伴发热和黄疸。胰腺组织坏死严重时胰液外溢，可产生局限性或弥漫性腹膜炎，进而导致肠麻痹而出现持续性呕吐。

妊娠期AP的临床诊断常缺乏特异性指标，仍需实验室和影像学检查结果的综合分析。血、尿淀粉酶测定是妊娠期AP最可靠的诊断方法，但其测定值与病情严重程度不成正比，

在胰腺广泛、严重坏死时，淀粉酶值可不升高。腹腔穿刺液淀粉酶测定的确诊率虽可达100%，但应慎重使用，以免对胎儿造成不良影响。可靠的影像学资料在有助于确诊本病的同时，亦可有效评估疾病的严重程度。

妊娠期女性子宫增大，且胰腺位置深在，妊娠期AP早期临床表现常不典型，疼痛部位亦可因脏器移位发生改变，从而增加了误

诊、漏诊的可能性，易造成病情延误、母婴死亡率增加的严重后果（图1）。

笔者认为，由于妊娠期腹腔脏器受压及移位，妊娠期胰腺炎常具有临床症状轻、病情重的特点。因此，伴有高脂血症、胆结石症或暴饮暴食后的孕妇出现腹痛伴恶心、呕吐和白细胞增高时，应高度怀疑妊娠期胰腺炎的存在，从而避免延误诊治，造成严重后果。



图1 易与妊娠反应相混淆的妊娠期胰腺炎症状

多学科综合治疗

因妊娠期AP病情较为复杂，仅靠个人或单一科室的“单打独斗”已无法完全胜任。因此，在以外科、消化内科及ICU为主体治疗胰腺炎的同时，还应兼顾产科在指导临床用药及终止妊娠时机选择等方面的重要作用，充分发挥“学科有特色”的优势，取长补短，从而最有效地确保产妇和胎儿的安全。此外，还应给予妊娠期AP患者足够的人文关怀，并与家属进行反复、详实的沟通，以获得其充分信任，从而保证治疗的顺利进行。

非手术治疗中值得关注的四个问题

（1）早期应用全肠外营养以满足母体及胎儿对营养的需要，但应密切监测患者血糖和血脂水平，以免形成高血糖和脂肪沉积而影响胎儿，必要时可适量应用胰岛素。

（2）对胆源性妊娠期AP及重症妊娠期胰腺炎应预防性应用抗菌药，但需选择兼顾对胰腺感染常见致病菌敏感与对胎儿无影响的药物。

（3）高脂血症性妊娠期AP患者在减少脂肪乳剂使用的同时，可适当应用他汀类降脂药物，快速有效降低血脂水平及血液黏稠度。

（4）积极应用解痉镇痛药物（如杜冷丁）来减轻患者的痛苦，但吗啡易诱发Oddi括约肌痉挛、加重胆汁淤积，故临床需谨慎。

值得一提的是，对于重症妊娠期胰腺炎和高脂血症性妊娠期胰腺炎均建

议采取积极的CRRT，在有效控制炎症反应的同时，还可快速降低患者血脂水平。

手术指征的把握与选择

妊娠期AP早期，手术治疗除增加术后并发症发生率及死亡率外，对病情进展并无明确的治疗效果，因此不是本病的首选治疗方法。

手术具有严格的指征：（1）胆源性胰腺炎合并胆道感染，伴或不伴休克；（2）术前不能排除其他原因所致的急腹症患者；（3）全面的非手术治疗后，病情仍继续恶化，影像学检查示胰周浸润范围较前扩大；（4）早期出现ACS；（5）合并其他需手术处理的严重急腹症，如胃肠道穿孔等；（6）SAP合并胰周脓肿或感染。值得一提的是，坏死胰腺组织清除后行腹腔引流时，引流管应远离子宫以免因异常刺激导致早产、流产。

对于胆源性妊娠期AP，可于产前行腹腔镜胆囊切除术以获得相对安全的预后。内镜治疗是胆源性妊娠期AP治疗的突破，可通过切开Oddi括约肌、放置鼻胆管引流来清除胆管结石，减少胆汁返流，疗效显著优于传统方法，大大降低死亡率。但应把握好实施时机，因为一旦出现胰腺坏死，病变将不可逆。

近年来，以创伤递升式分阶段治疗理念为指导的微创化外科干预模式已在AP的治疗中取

得了良好的临床效果。其早期采取的PCD不仅有效降低了腹内压和腹腔感染的发生率，缓解病情，还可避免早期手术带来的“二次打击”及相关不良后果，从而提高了患者对后续治疗的耐受性。

终止妊娠的时机与指征

妊娠期AP终止妊娠的时机应遵循个体化原则。病情严重程度、妊娠时间及胎儿情况是需考虑的三个主要因素。

笔者认为，妊娠期AP终止妊娠的指征是：胎儿畸形或足月、宫内窘迫、宫内死亡；出现明显的难免流产、早产征象；非手术治疗24~48h后病情恶化，麻痹性肠梗阻未改善；严重感染合并多器官功能衰竭。

重症急性胰腺炎 专栏编委会

主办单位：

中国研究型医院协会胰腺病专业委员会急性胰腺炎学组

编委会组成人员

名誉主编：

黎介寿 赵玉沛

顾问：

张圣道 李兆申 苗毅
王春友 管向东 袁耀宗
严律南 张太平

主编：

李维勤 李非 孙备
吕农华 耿小平 杜奕奇
毛恩强 邹晓平 祝荫
黄鹤光 郝建宇 郭树彬
周飞虎 蔡守旺 余泉
胡国勇 黄永辉 金晓东
李汛 赵刚 朱建华
隆云 冯全新 周蒙滔
童智慧 许建明 陈汝福
刘昌 王雪峰 吕瑛
夏庆 张泓

执行编委：

张匀 郭丰 车在前
柯路 何文华 孙昀
唐文富 王刚 曾彦博
刘志勇 汤青青 王铮
吴文广 路国涛

Fresubin[™]
diabetes 瑞代[®]
缓释淀粉配方

预防为主 控制高危因素

妊娠女性在合理摄取营养物质的同时应避免高脂饮食和暴饮暴食，有血脂代谢异常基础疾病的女性可预防性应用降脂类药物。有胆结石及胆囊炎的患者在备孕前建议切除病灶，而妊娠期发现合并胆囊炎者应密切观察，反复

发作胆绞痛时可择期行腹腔镜胆囊切除术。

此外，控制妊娠次数也可有效避免的发病。轻症妊娠期胰腺炎预后好，重症妊娠期胰腺炎患者预后较差。患者出院后，应密切随访，加强监护，防止胰腺炎复发。