

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.01.055

抢救胰性脑病为首发症状的急性危重胰腺炎合并妊娠 1 例

代高举,谭克文

(重庆市垫江县人民医院消化内科 400060)

中图分类号:R657.5+1

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)01-0144-01

妊娠合并急性胰腺炎的发生率为 1/1 000~1/10 000,以妊娠晚期为常见,又以重症居多。妊娠期急性胰腺炎具有发病急,并发症多、病死率高等特点,因发生于女性特殊生理时期,其诊断及治疗难度加大,易造成误诊、漏诊,延误治疗,威胁母婴健康。现就本科成功救治 1 例以胰性脑病为首发的急性危重胰腺炎合并妊娠的病例进行分析及总结,报道如下。

1 临床资料

患者,女,29 岁,孕 6 个月,因神志恍惚、烦躁、谵妄半天入院。查体:体温 37.7℃,脉搏 140 次/分钟,呼吸 30 次/分钟,血压 120/80 mm Hg,烦躁、谵妄、幼觉,急性病容,呼吸稍促,皮肤巩膜无黄染,双肺呼吸音增粗,右下肺闻及湿啰音,心率 140 次/分钟,律齐,腹膨隆,中上腹轻微压痛,无反跳痛和肌紧张,肝脾未扪及,移动性浊音阴性,肠鸣音存在,宫高 21 cm,腹围 92 cm,胎心 152 次/分钟。辅助检查中,血常规:白细胞 14.7×10^9 个/L,中性粒细胞 78%,淋巴细胞 22%;脂血(+++),血淀粉酶 159 U/L,脂肪酶 701 U/L,尿淀粉酶 3 530 U/L,电解质 K^+ 5.5 mmol/L, Na^+ 132 mmol/L, Cl^- 110.8 mmol/L, Ca^{2+} 2.33 mmol/L,血糖 18.93 mmol/L;血气分析:血透前 pH 7.22,二氧化碳分压(PCO_2) 2.41 kPa,氧分压(PO_2) 14.27 kPa, HCO_3^- 7.5 mmol/L,二氧化碳总量(TCO_2) 8.0 mmol/L, BE^- 17.3 mmol/L;血透后 pH 7.39, PCO_2 3.30 kPa, PO_2 10.44 kPa, HCO_3^- 15.3 mmol/L, TCO_2 16 mmol/L, BE^- 7.5 mmol/L。上腹部 CT 提示:胰腺肿大,内有大量坏死,胰周渗出明显,双侧胸腔积液,双肺膨胀不全,少量腹水。急性生理与慢性健康评分(APACHE-II 评分) 9 分,CT 分级为 E 级。

患者入院诊断妊娠合并急性胰腺炎[非胆源性,重型,胰性脑病,急性呼吸窘迫综合征(ARDS)]^[1]。入院后予以禁食及胃肠减压,生长抑素(施他宁)抑酶、PPI 抑酸、抗感染、纠酸、补液维持水电解质平衡等治疗。并急诊做血液滤过,连续滤过 17 h 后,呼吸明显改善。1 d 后再进行血液滤过 30 h,病情逐渐趋向好转。入院后 3 d 顺利娩出一死男婴。入院后 8 d 患者病情明显好转,复查电解质、血气、血糖均正常,拔取尿管后鼓励进流质饮食。

2 讨论

2.1 胰性脑病出现时间常为急性胰腺炎起病后 3~15 d,然而以胰性脑病表现为首发的胰腺炎较少见。近年研究认为,胰性脑病主要与炎症细胞因子引起的脑灰、白质脱髓鞘作用及脑血管通透性增加,血管内渗透压降低导致的弥散性脑水肿有关^[2]。常见症状为反应迟钝、定向力障碍,严重者出现谵妄、烦躁不安,甚至昏迷。脑电图显示无特异性异常波形,脑脊液及脑 CT 检查均阴性。该病例合并妊娠,患者以神经精神症状为主症(烦躁、谵妄)入院,入院查血淀粉酶不高,易考虑为产前子

痫或其他中枢神经系统疾病而得不到正确及时的治疗。但仔细追问病史,患者起病前曾进食高脂高蛋白饮食,血标本提示重度脂血,尿淀粉酶增高明显,急诊行上腹部 CT 明确了胰腺病变(E 级),同时显示双肺病变支持 ARDS,急诊行血气分析及电解质检查,完成了胰腺炎的 APACHE-II 评分(APACHE-II 评分为 9 分)。

2.2 妊娠合并重症胰腺炎的治疗目前尚无统一的方案,临床争议较大^[3]。有文献报道采用外科治疗可同时清除胰腺坏死组织,又可剖宫取出胎儿。但外科手术治疗往往不能终止胰腺炎的病理进程,反面加重了全身循环、代谢紊乱,且增加了术后胰腺感染、腹腔内出血、ARDS 等并发症的发生率及病死率。而非手术治疗多采用综合治疗,设法使胰腺“休息”,阻止胰腺炎病情的进一步发展。该病例采用内科保守治疗取得了很好的疗效且并发症少。内科保守治疗有如此的优势的原因有:(1)除了禁食、胃肠减压、抗感染、补液等基础治疗之外,生长抑素在此病例中的应用起了至关重要的作用,它的代表药物是施他林^[4],它能较强地抑制胰液分泌,降低 Oddi 括约肌痉挛,减轻腹痛和局部并发症。(2)该患者入院时即表现为胰性脑病,且伴 ARDS,血气分析提示重度代谢性酸中毒。作者尽早地采取了血液透析,以清除血液中被释放出来的大量有毒性作用的酶、肽类及炎症介质^[5]。减轻脑水肿、肺水肿和肺出血,从而使意识障碍迅速恢复,呼吸困难得以缓解。(3)胎儿往往易在母亲患重症胰腺炎时死亡,而死胎及一些药物(如施他林)能诱发宫缩,形成自然流产,本病例治疗做到了勤观察、勤监测,与妇产科紧密配合,最终将胎儿顺利引产并保证了母亲的安全。从这个病例可以看出,在妊娠合并重症胰腺炎治疗上,非手术治疗应是首选,它相比于外科手术治疗有其独特的优势。

参考文献:

- [1] 张圣道,雷若庆.重症急性胰腺炎诊治指南[J].中国消化内镜,2007,11(10):34-36.
- [2] 施心岗,张文俊.急性胰腺炎临床表现[J].现代胰腺病学,2007,64(5):601-603.
- [3] 任洪波,李延青.妊娠期急性胰腺炎[J].现代胰腺病学,2009,69(7):745-747.
- [4] 郭建,孙育海,顾勤,等.施他宁治疗 CT 分级 D-E 级重症急性胰腺炎疗效观察[J].中国热带医学,2012,7(6):750-751,755.
- [5] 金约朋,张启瑜.血液滤过治疗重症急性胰腺炎的研究进展[J].肝胆胰外科杂志,2007,19(6):410-412.

(收稿日期:2014-08-02 修回日期:2014-10-16)