



首都医科大学宣武医院  
XuanWu Hospital Capital Medical University

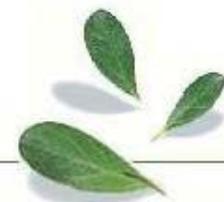
# 1例急性胰腺炎的药学思考

## ——谁动了他的胰腺

首都医科大学宣武医院

褚燕琦

2014. 4. 10

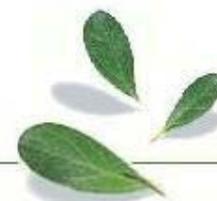




# 分享内容

➤ 病例概述

➤ 病例分析





# 患者一般情况

患者 中年男性

身高: 176cm 体重: 72kg BMI: 23.24

住院时间: 2008.1.7

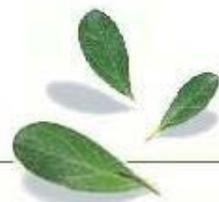




# 主诉及现病史

- ※ 主诉：突发左上腹痛2小时
- ※ 现病史：患者于2小时前无明显诱因出现持续左中腹部钝痛，按压、热敷无缓解。约半小时后疼痛转至左上腹，并有腰部放射痛，均为钝痛。未排便、排气。CT可见胰腺周围渗出液，为进一步治疗收入ICU治疗。

自发病以来，神淡、精神弱，小便正常，体重无明显减轻。



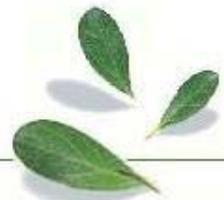


# 既往史

※ 高血压病史10年，服降压0号 2片 qd，血压控制在140/90mmHg左右。

※ 否认冠心病、糖尿病病史。结核病史20年，已治愈。

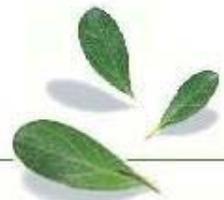
※ 5年前及9个月前发作胰腺炎2次，保守治疗好转。





# 过敏史及生活史

- ※ 否认食物过敏史，青霉素过敏（+）
- ※ 吸烟史30余年，1包/日，无嗜酒史，否认毒物、射线接触史
- ※ 否认家族遗传病



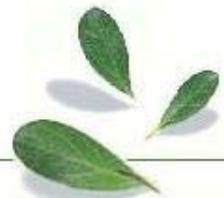


# 入院查体

※T 36.8℃， P 92次/分， R 24次/分， BP 160/88mmHg

神清，精神可，腹稍膨隆，未见胃肠型及蠕动波。

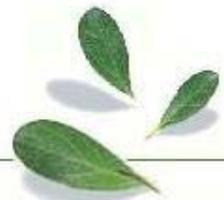
腹软，左中上腹压痛，无反跳痛、肌紧张，肠鸣音低，2次/分。





# 实验室检查

- ※ **WBC**  $12.9 \times 10^9/L$ , **N%** 59%, **HGB** 142g/L, **PLT**  $224 \times 10^9/L$ ; **AMY** 2279IU/L, **尿淀粉酶** 571 IU/L, **胰蛋白酶原 (+)**; **ALT** 16IU/L, **TBIL** 9.3umol/L, **TP** 70.28g/L, **TG** 2.45umol/L; **血糖** 7.2mmol/l
- ※ **腹部CT**: 胰头胰体部可见中等量渗出。





# 诊断及治疗原则

## ※ 诊断

急性胰腺炎

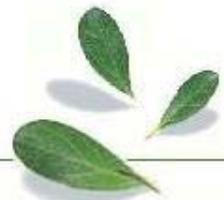
高血压病

## ※ 治疗原则

胃肠减压

抑酶抑酸

降压对症治疗



# 住院期间用药情况

药物	用法用量	给药频次	给药途径	溶媒	滴速	给药时间
生长抑	6mg	ONCE	微量泵	NS 48ml	2ml/h	1.7
乌司他丁	10万U	q8h	静脉滴注	100mlNS		1.7-1.14
奥美拉唑	40mg	q12h	静脉滴注	100mlNS		1.7-1.14
乳果糖	30ml	bid	胃管	---	---	1.7-1.14
50%硫酸镁溶液	30ml	bid	胃管	---	---	1.8-1.14
羟乙基淀粉	500ml	ONCE	静脉滴注	---		1.7
0.9%NS	500ml	ONCE	胃管	---		1.7
奥硝唑	0.5g	q12h	静脉滴注	---		1.7-1.14
头孢米诺	2g	q12h	静脉滴注	100mlNS		1.7-1.14
盐酸氨溴索	30mg	q12h	静脉滴注	100mlNS		1.8-1.14
降压0号	1片	qd	胃管	---	---	1.8
氨氯地平	5mg	qd	胃管	---	---	1.9-1.14



# 治疗过程

**2008-1-9 (D3)**

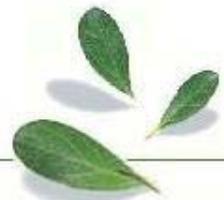
**S:** 自诉腹痛症状缓解。无恶心、呕吐，无腹胀。  
排便1次，约50ml。

**O:** 查体：T36.4℃，P70次/分，R18次/分，  
BP112/72mmHg，精神好，腹平软，上腹中到轻  
压痛，无反跳痛、肌紧张。肠鸣音3-5次/分。

检验：**脂肪酶 > 2000**

Sg(R-I 1:8): 6am 7.5 1:30pm 7.0 5pm 9.6 7:30pm 8.3

**A/P:** 继续抗炎、抑酸、抑酶及TPN支持治疗。





# 治疗过程

**2008-1-10 (D4)**

**S:** 患者感腹痛症状较昨日减轻。无恶心、呕吐。  
攻下治疗后有3次排便。

**O:** 查体: T36.6℃, P76次/分, R16次/分,  
BP110/63mmHg, 双肺呼吸音清, 未闻及啰音。  
精神好, 腹平软, 上腹中到轻压痛, 无反跳痛、  
肌紧张。

**Sg(R-I 1:8):** 1am 6.9 5am 6.7 12pm 6.4 4pm 7.7  
9pm 6.6



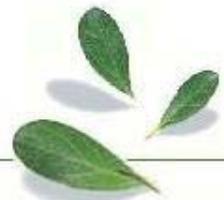


# 治疗过程

**2008-1-10 (D4)**

**A:** 患者病情好转

**P:** 继续补液、抗炎治疗，观察病情变化。





# 病情转归

**2008-1-15 (D9)**

**S:**患者下地活动自如，未诉腹胀、腹泻，无恶心、呕吐，发热。

**O:**查体：腹软，无压痛，无反跳痛、肌紧张，肠鸣音亢进，4-5次/分。

**A:**患者现病情较平稳，腹部体征基本消失。

**P:**可半流食。今日由ICU转入普通病房。2天后出院。

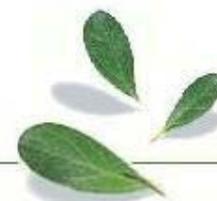




# 分享内容

➤ 病例概述

➤ 病例分析





2008.1.8 D2

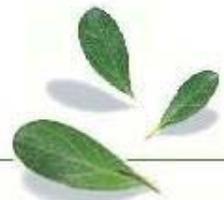
# 查房焦点

**Q:** 患者急性胰腺的原因是什么?

※ 诊断

急性胰腺炎

高血压病



# 急性胰腺炎的病因

胆源性



高脂血症性



酒精性



其他





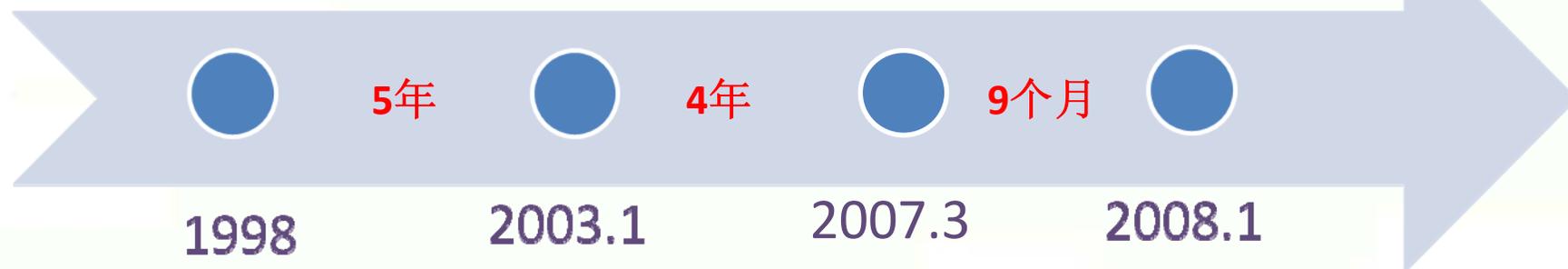
# 疾病及用药史

高血压  
降压0号 2片 qd

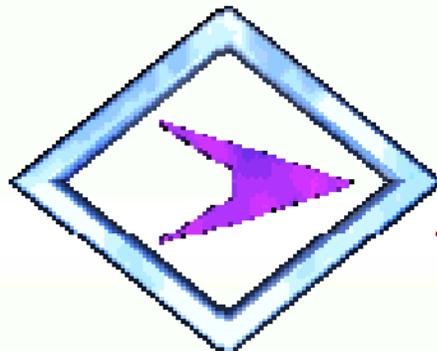
急性胰腺炎  
普通病房

急性胰腺炎  
普通病房

急性胰腺炎  
ICU病房



降压0号

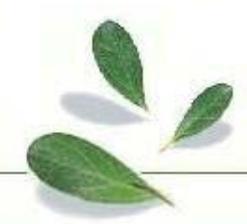
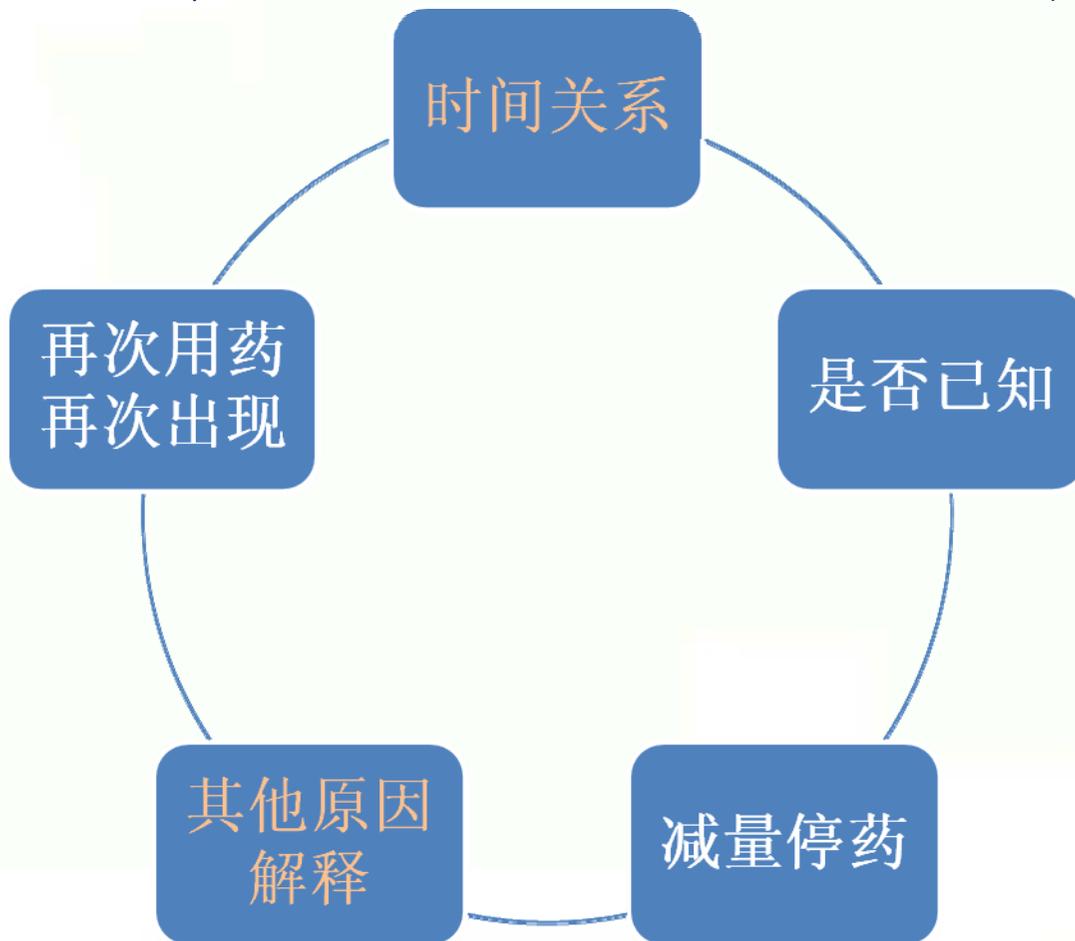


急性胰腺炎

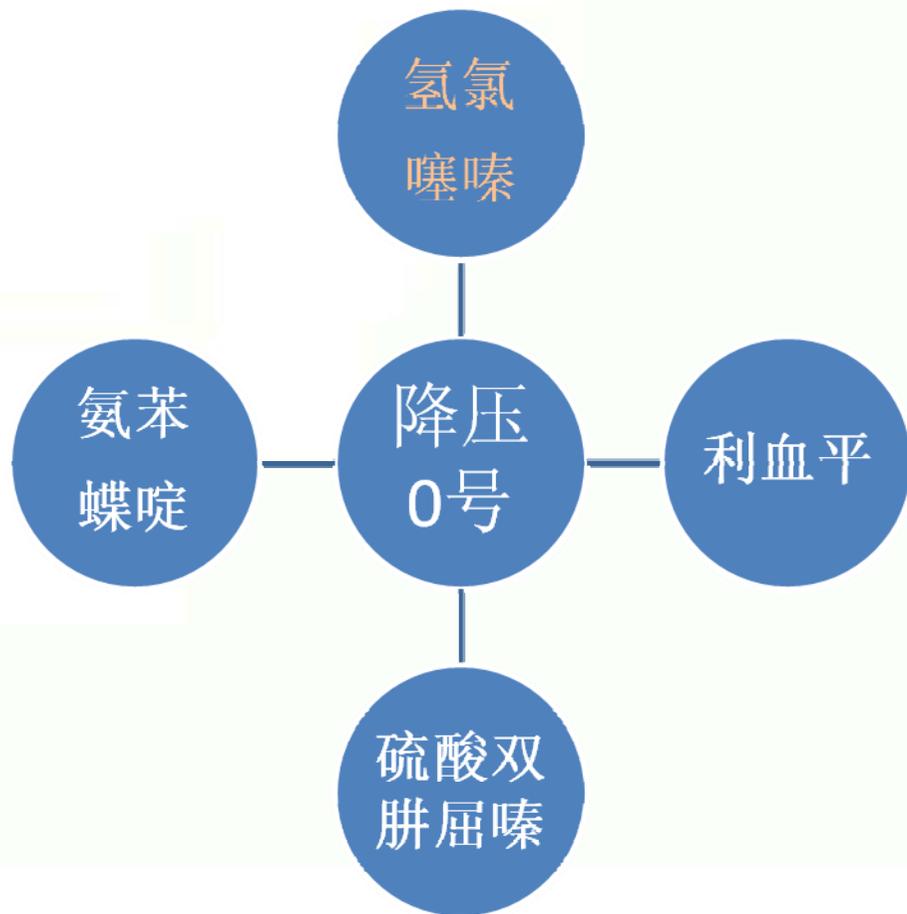




# 判断不良反应的标准



# 降压0号的组成



首都医科大学宣武医院  
XuanWu Hospital Capital Medical University

## 氢氯噻嗪说明书

### 不良反应

水电解质紊乱

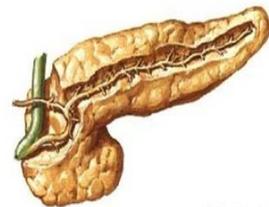
高血糖症

高尿酸血症

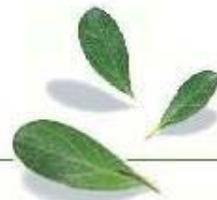
过敏反应

白细胞减少

其他：急性胰腺炎、胆囊炎、色觉障碍等



DXY.COM



Brief report

## Enalapril/hydrochlorothiazide-induced angioneurotic edema and acute necrotizing pancreatitis

Isabelle Colle<sup>a</sup>, Patrick Peeters<sup>b,\*</sup>, Hendrik Reynaert<sup>a</sup>, Daniel Urbain<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Department of Hepato-Gastroenterology, University Hospital, Free University of Brussels (AZ-VUB), Laarbeeklaan 101, B-1090 Brussels, Belgium*

<sup>b</sup>*Department of Nephrology, University Hospital, Free University of Brussels (AZ-VUB), Laarbeeklaan 101, B-1090 Brussels, Belgium*

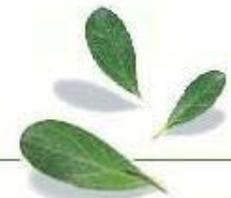
Received 5 July 1999; accepted 12 October 1999

---

### Abstract

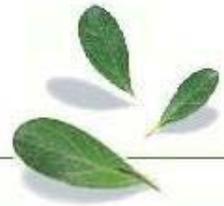
Enalapril, an angiotensin-converting enzyme inhibitor, and hydrochlorothiazide can cause multiple side effects, but angioneurotic edema and pancreatitis are uncommon. We describe a patient who developed a facial angioneurotic edema and a lethal necrotizing pancreatitis after ingestion of enalapril/hydrochlorothiazide as treatment for arterial hypertension. © 2000 Elsevier Science B.V. All rights reserved.

*Keywords:* Enalapril/hydrochlorothiazide; Angioneurotic edema; Pancreatitis



# 噻嗪导致胰腺炎的机制

- ※ 使胰管阻塞或胰液排泄障碍一些药物可使引起胰腺外分泌亢进、胰腺内压增高、腺泡破裂、胰酶进入间质后被激活，引发DIP。
- ※ 噻嗪类利尿剂有降压效果，低血压可引起胰腺缺血，进而引起胰腺腺泡坏死。
- ※ 可升高血钙水平，高血钙达一定浓度时可导致胰腺导管的渗透性增加及促使胰腺分泌旺盛； $\text{Ca}^{2+}$ 促进胰酶原活化并抑制胰酶降解，甚至堵塞胰管。





# 药源性胰腺炎的诊断

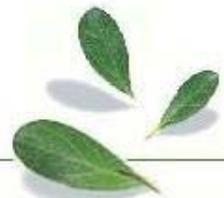
- 很难确定

与其他胰腺炎的临床表现无差别，因果关系也难以确定。

- Mallory将可能导致急性胰腺炎的药物分为三类：

肯定、可能、怀疑

氢氯噻嗪属于**肯定**





# 患者教育及随访

因为您既往已发作过2次急性胰腺炎，此次为第三次发作，均无明显诱因，所以我们作为临床药师从药物方面入手分析您的病因。

我们经查阅相关文献和资料总结出能引起胰腺炎的药物主要有以下几种：

**(1) 降压药：**

血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）类例如依那普利、卡托普利、贝那普利、赖诺普利等，另外还有甲基多巴、含利尿剂的降压药等。

**(2) 调血脂药：吉非贝齐**

**(3) 抗菌药物：**

四环素、磺胺类（如磺胺甲基异恶唑、柳氮磺吡啶）、氨基西林、红霉素、克拉霉素、甲硝唑、利福平、异烟肼、替卡西林、呋喃妥因等。

**(4) 利尿药：**

利尿药引起急性胰腺炎的发生率为7%-14%。噻嗪类最为常见，速尿、氯噻酮、依他尼酸等也可引起。

**(5) 抗肿瘤药：L-门冬酰胺酶、硫唑嘌呤等**

**(6) 非甾体抗炎药：**

阿司匹林、舒林酸、吲哚美辛、对乙酰氨基酚、吡罗昔康、布洛芬、甲氯芬那酸等。

**(7) 维生素D及钙制剂**

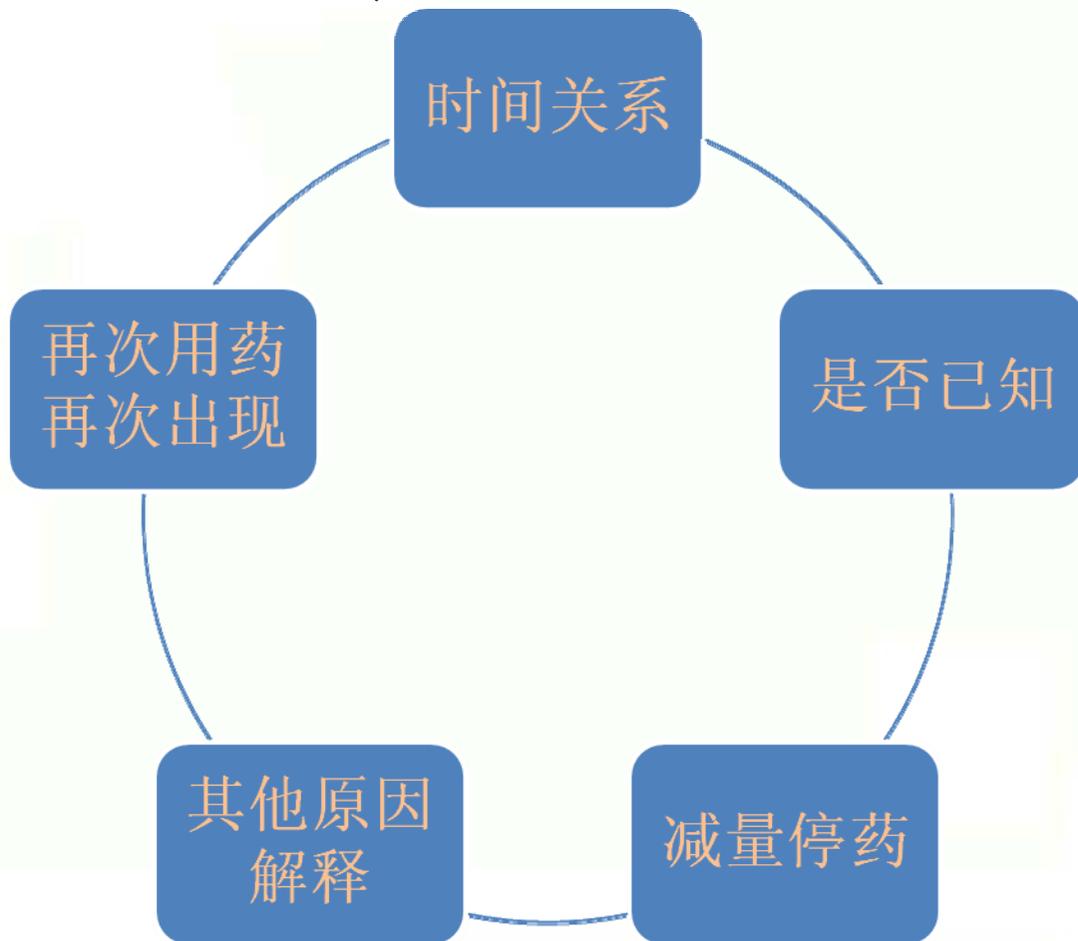
**(8) 糖皮质激素类：雌激素**

每年一次电话随访，  
6年没有因急性胰腺炎入院。

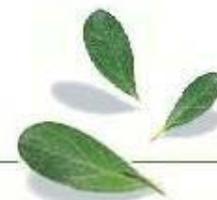




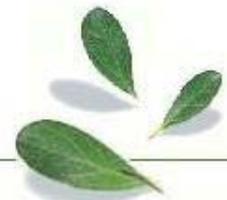
# 判断不良反应的标准



病理确定



- 在线发表荷兰学者一项多中心观察性研究显示，在急性胰腺炎入院患者中，有相当高比例（41.6%，70/168例）的患者服用了与胰腺炎相关的药物。
- 研究者认为，对于那些病因不明的急性胰腺炎患者，应该更多想到DIP的可能性，并采取适当措施，停止使用相关药物。

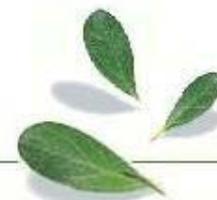




# 分享小结

➤ 病例概述

➤ 病例分析





首都医科大学宣武医院  
XuanWu Hospital Capital Medical University

# 谢 谢

