

## 溃疡性结肠炎合并妊娠的MDT管理实践1例报告

时冬冬<sup>1</sup> 刘畅<sup>1</sup> 程琰<sup>1</sup> 刘懿<sup>2</sup> 张庆英<sup>1Δ</sup>

(<sup>1</sup>复旦大学附属妇产科医院产科 上海 200090; <sup>2</sup>复旦大学附属华山医院消化科 上海 200040)

**【摘要】** 本文报告1例溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)合并妊娠患者的多学科诊疗(multidisciplinary team, MDT)管理实践。患者孕前确诊全结肠型UC,经英夫利西单抗诱导缓解后通过辅助生殖受孕。孕期由产科牵头,联合营养科、消化内科、新生儿科组建MDT模式实施管理:营养科制定并执行低脂低纤维饮食与肠内营养方案;消化内科动态监测钙卫蛋白、C反应蛋白等指标并据此调整英夫利西单抗(infliximab, IFX)剂量;产科管理母体体重,定期监测胎儿生长发育,决定分娩时机及方式;新生儿科建立了新生儿预警,制定出生后护理及个体化的免疫接种策略。通过上述管理实践,患者孕期病情平稳,于孕38<sup>+4</sup>周分娩一健康女婴,母婴结局良好。本案例体现了MDT模式在UC合并妊娠管理中的实践流程,表明基于明确分工的动态管理与个体化干预对于保障母婴安全至关重要。

**【关键词】** 溃疡性结肠炎(UC); 妊娠; 多学科诊疗(MDT)

**【中图分类号】** R714 **【文献标志码】** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-8467.2026.01.017

## MDT management of a pregnant patient with ulcerative colitis: a case report

SHI Dong-dong<sup>1</sup>, LIU Chang<sup>1</sup>, CHENG Yan<sup>1</sup>, LIU Yi<sup>2</sup>, ZHANG Qing-ying<sup>1Δ</sup>

(<sup>1</sup>Department of Obstetrics, Obstetrics and Gynecology Hospital, Fudan University, Shanghai 200090, China;

<sup>2</sup>Department of Gastroenterology, Huashan Hospital, Fudan University, Shanghai 200040, China)

**【Abstract】** This article reports the multidisciplinary team (MDT) management of a pregnant patient with ulcerative colitis (UC). The patient was diagnosed with total colonic UC before pregnancy, achieved remission through infliximab (IFX) induction therapy, and subsequently conceived through assisted reproductive technology. During pregnancy, an MDT was established, led by the Department of Obstetrics and including the Department of Nutrition, Gastroenterology, and Neonatology, to implement comprehensive management. The team's practice involved: the Department of Nutrition formulating and implementing a low-fat, low-fiber diet with enteral nutritional support; the Department of Gastroenterology dynamically monitoring calprotectin and C-reactive protein levels to guide IFX dosage adjustments; the Department of Obstetrics managing maternal weight, regularly monitoring fetal growth, and determining the timing and mode of delivery; and the Department of Neonatology providing vigilant monitoring, which detailed postnatal care and a personalized immunization strategy. Through this structured MDT approach, the patient maintained sustained disease remission throughout pregnancy and delivered a healthy infant girl at 38<sup>+4</sup> weeks of gestation, with favorable maternal and neonatal outcomes. This case exemplifies the practical workflow of the MDT model in managing UC during pregnancy, demonstrating that dynamic management and individualized interventions based on clear role allocation are essential for ensuring the safety of both the mother and the infant.

**【Key words】** ulcerative colitis (UC); pregnancy; multidisciplinary team (MDT)

<sup>Δ</sup>Corresponding author E-mail: zhangqben@163.com

网络首发时间:2026-01-02 08:21:20 网络首发地址:https://link.cnki.net/urlid/31.1885.R.20251230.1802.004

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是肠道慢性或缓解/复发性炎症性疾病的总称,通常指溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)和克罗恩病(Crohn's disease, CD)。IBD目前影响着全世界约0.3%的人口,超过1 000万人<sup>[1]</sup>。我国近20年来患病人数呈快速上升趋势,大多于中青年发病,会面临妊娠及生育问题,有效的疾病管理可减少疾病活动,并改善妊娠结局。目前,针对IBD的临床管理多侧重于产科医师主导的孕期监护或消化内科的药物干预,而关于系统性、多学科诊疗(multidisciplinary team, MDT)模式在妊娠合并IBD患者中的应用,国内外文献报道尚不多见。本文报告1例UC合并妊娠患者的多学科临床管理的成功案例,旨在提升产科医师对该疾病的系统化管理意识与实践水平。

**病例资料** 患者,女性,34岁,2017年5月因不良饮食诱发腹痛便血,肠镜检查提示全结肠型UC,后确诊为UC,予美沙拉嗪诱导缓解治疗后继续予1g、3次/天口服维持治疗。2022年12月因UC活动期及有备孕需求就诊本市某三甲医院,予改用英夫利西单抗(infliximab, IFX)治疗,在第0、2、6周静脉注射诱导缓解,随后每隔8周给予相同剂量IFX维持治疗。在疾病缓解期,肠镜提示黏膜愈合状态后予辅助生殖受孕。孕期于我院建卡,因“UC(缓解期, E2, mayo 0分)合并妊娠”妊娠早期由高危产科牵头,联合消化内科、营养科、新生儿科等多学科专家共同讨论病情并告知患者以下建议。营养科:低脂低纤维饮食,碳水化合物以精细面类为主,避免全麦粗纤维制品(如燕麦、荞麦类);适度肠内营养(安素口服);补充维生素B12、叶酸、钙剂及铁剂;可适量无糖酸奶或鸡胸肉口服,避免其他肉类;避免蛋黄;摄入来源于鱼类的不饱和脂肪酸。消化内科:定期随访治疗UC,每3个月复查血常规、白蛋白、红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、钙卫蛋白等(表1)。高危产科:孕期监测胎儿生长发育、随访超声、血常规、CRP等指标;适时终止妊娠,围手术期低脂低渣半流质饮食;产后抗凝治疗。新生儿科:出生后加强监测,半年以内避免接种活疫苗,接种前咨询疫苗接种评估门诊。患者按照上述MDT意见,孕期定期产检及规律用药,孕15周因出现便血就诊消化科,考虑疾病活动予加用美沙拉嗪

1g、4次/天,口服3天后停药,并继续予IFX单抗300mg治疗,间隔8周,最后一次用药为孕28<sup>+</sup>周,因与前次间隔时间较短故减少剂量为200mg(表1)。后定期监测病情持续缓解,胎儿生长趋势在正常范围内,孕期体重增加11.5kg。孕38<sup>+</sup>周患者出现规则宫缩,阴道检查示:宫口未开,颈管展平,质软,先露头, S-3,胎膜未破。患者此次妊娠为珍贵儿且无阴道试产意愿,基于UC病史,适当放宽剖宫产指征,于当日分娩一活女婴,体重3 300g, Apgar评分为9'-9'。手术顺利,术后予患者低脂低渣半流质饮食,静脉血栓(venous thromboembolism, VTE)评分5分,予那曲肝素钙4 100 IU皮下注射预防血栓形成。产后患者母乳喂养,新生儿暂停接种活疫苗。患者术后恢复好,术后第3天按期出院。出院后继续低脂低纤维饮食,那曲肝素钙4 100 IU每天皮下注射至产后6周,产后42天康复门诊检查恢复良好。消化科定期随访,继续每8周IFX 300mg治疗,偶有黏液便。随访新生儿生长发育均正常,已接种乙肝疫苗3剂,无不良反应。

**讨论** UC是肠道菌群、免疫因素、环境因素以及遗传易感性等多种因素间复杂作用的结果<sup>[2]</sup>。妊娠期疾病活动与自然流产、胎膜早破和产后出血等妊娠并发症及早产、低出生体重等不良母婴结局有关<sup>[3-4]</sup>,例如活动期UC妊娠患者较临床缓解期患者流产的风险增加4倍,复发的患者较临床缓解期患者妊娠不良预后的风险增加<sup>[5]</sup>。在IBD妊娠期管理现状和需求分析的研究中发现:孕妇对开展个体化咨询与指导、生活方式和孕期状况评估的需求率较高,但利用率和满意率均较低<sup>[6]</sup>。IBD作为一种复杂疾病,其临床管理对专科知识要求较高,而现阶段产科医师普遍缺乏系统的IBD理论培训及实践经验。

**孕前评估与联合决策** 在本案例中,患者在计划妊娠前接受了消化内科与产科的共同评估。消化内科复查肠镜提示全结肠及直肠黏膜未见明显器质性病变,确认疾病处于缓解期,具备妊娠条件;产科医师考虑患者年龄及输卵管阻塞原因,建议行辅助生殖技术尽快受孕。两科经充分讨论后,决定继续使用IFX维持疾病缓解,为后续辅助生殖及妊娠期管理奠定基础。

**孕期动态监测与多学科联动** UC患者妊娠期容易发生体重增加不良,从而导致胎儿宫内生长受

表1 使用英夫利西单抗期间的实验室指标

Tab 1 Laboratory parameters during infliximab treatment

IFX treatment	Dosage (mg)	HB (g/L)	WBC ( $\times 10^9$ )	PLT ( $\times 10^9$ )	CRP (mg/L)	ESR (mm/h)	FC ( $\mu\text{g/g}$ )	Albumin (g/L)
10 wk before IVF-ET	200	138	8.37	313	16.69	31	790.3	42
8 wk before IVF-ET	200	126	5.41	278	<0.50	23	230.7	43
2 wk before IVF-ET	300	114	4.70	262	<0.50	6	N/A	36
Pregnancy 7 <sup>+6</sup> wk	300	144	8.02	244	<0.50	20	N/A	44
Pregnancy 15 <sup>+6</sup> wk	300	125	7.25	176	0.9	17	40.0	37
Pregnancy 24 <sup>+5</sup> wk	300	130	6.73	163	1.98	16	40.3	37
Pregnancy 28 <sup>+6</sup> wk	200	131	7.06	136	1.31	23	60.4	35
1 month postpartum	300	150	6.29	200	1.28	26	862.0	42

Infliximab therapy effectively controlled inflammation, reducing CRP and fecal calprotectin which remained low during pregnancy, amid physiological fluctuations in WBC, RBC, PLT, ESR, and albumin. A postpartum disease fluctuation was marked by a recurrent rise in fecal calprotectin. IFX: Infliximab; HB: Hemoglobin; WBC: White blood cells; PLT: Platelets; CRP: C-reactive protein; ESR: Erythrocyte sedimentation rate; FC: Fecal calprotectin; IVF-ET: *In vitro* fertilization-embryo transfer.

限及早产等不良结局发生<sup>[7]</sup>,孕妇宜优先考虑以改良的方法口服肠内营养制剂进行肠内营养治疗<sup>[8]</sup>。营养科予管理日常饮食,口服安素适度肠内营养;常规补充维生素B12、叶酸、钙剂及铁剂等。美国胃肠病学协会在妊娠期IBD患者临床管理中提出:每3个月复查血常规、白蛋白、ESR、CRP、钙卫蛋白等实验室检查。对于采用抗TNF- $\alpha$ 单克隆抗体维持缓解的患者,妊娠期可继续维持该药治疗<sup>[9]</sup>。对于复发风险较低的妊娠女性,建议妊娠22~24周应用最后一次抗TNF- $\alpha$ 单克隆抗体治疗;对于停药后不能维持缓解的妊娠患者,必要时考虑在30~32周末次使用,并于产后重新开始使用<sup>[10]</sup>。本例患者妊娠期消化内科继续予每8周IFX维持治疗,并定期随访上述指标。孕15周出现便血症状,MDT团队迅速启动跨科响应机制:消化内科考虑为疾病活动,在IFX维持治疗基础上,短期加用美沙拉嗪并适时调整IFX剂量,最后一次使用IFX时间为孕28<sup>+6</sup>周;营养科根据病情变化优化饮食方案,强化肠内营养支持;产科则加强胎儿生长发育监测与母体体征评估。整个过程体现了孕期动态监测及异常时多学科联动,有效控制了病情进展,未对妊娠结局造成不良影响。

**围分娩期多学科协作** 围分娩期MDT是保障UC合并妊娠母婴安全的关键。针对药物治疗稳定的UC孕妇,孕39周后可根据宫颈评分情况决定分娩时机。分娩方式推荐基于产科考量,并由产科、消化内科及胃肠外科等组成的MDT团队讨论共同决定<sup>[9]</sup>。患者在孕38<sup>+4</sup>周自然临产,无阴道试产意

愿,考虑其辅助生殖受孕,为珍贵儿,结合其UC病史,MDT团队讨论后决定适当放宽剖宫产指征,予剖宫产终止妊娠。术后管理同样体现多学科协作:IBD的妇女在妊娠期间发生VTE的RR为1.67(95%CI: 1.15~2.41),产后VTE的RR为2.1(95%CI: 1.33~3.30)<sup>[11-12]</sup>,建议剖腹产患者术后使用抗凝药物预防血栓形成<sup>[13]</sup>。该患者术后VTE评分为5分,高危产科予那曲肝素4100 IU皮下注射抗凝至产后6周,有效预防了血栓发生;营养科指导术后予低脂低渣半流质饮食,支持肠道恢复;消化内科指导患者继续每8周IFX 300 mg维持治疗,定期监测炎症指标,确保疾病持续缓解。新生儿科考虑IFX为抗TNF- $\alpha$ 药物,可能影响疫苗接种应答,将减毒活疫苗(如卡介苗)推迟至出生后至少6个月接种,并建立儿科预警与随访机制。婴儿至今已满8月龄,按期完成乙肝疫苗基础免疫3剂,未报告疫苗接种相关不良事件。

由消化科、产科及营养科等MDT团队共同参与IBD患者的妊娠期管理,有助于更稳定地维持实验室指标在正常范围,提高疾病控制满意度,并提升母乳喂养率<sup>[14]</sup>。有研究强调对于罹患这类慢性疾病的患者,应组建MDT团队并根据最新循证证据提供支持:给予当前诊疗建议,帮助消除认知误区,并帮助其在妊娠期及哺乳期做出知情选择<sup>[15]</sup>。故在本例患者的临床管理中,产科医师需联合消化内科、营养科及新生儿科专家组建MDT团队,通过动态监测临床表现与实验室指标进行系统化病情评估,实施基于循证医学的个体化用药方案,在维

持临床缓解的同时,最大程度规避母婴不良结局。

**作者贡献声明** 时冬冬 资料收集,论文撰写和修订。刘畅 数据收集,病史资料收集。程琰,刘懿 论文指导和修订。张庆英 论文选题、指导和修订。

**利益冲突声明** 所有作者均声明不存在利益冲突。

### 参 考 文 献

- [ 1 ] NG SC, SHI HY, HAMIDI N, *et al.* Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies [J]. *Lancet*, 2017, 390(10114): 2769-2778.
- [ 2 ] SANCHEZ-MUNOZ F, DOMINGUEZ-LOPEZ A, YAMAMOTO-FURUSHO JK. Role of cytokines in inflammatory bowel disease [J]. *World J Gastroenterol*, 2008, 14(27): 4280-4288.
- [ 3 ] CABALLERO-MATEOS AM, QUESADA-CABALLERO M, CAÑADAS-DE LFG, *et al.* IBD and motherhood: a journey through conception, pregnancy and beyond [J]. *J Clin Med*, 2023, 12(19): 6192.
- [ 4 ] BRONDFIELD MN, MAHADEVAN U. Inflammatory bowel disease in pregnancy and breastfeeding [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2023, 20(8): 504-523.
- [ 5 ] UJIHARA M, ANDO T, ISHIGURO K, *et al.* Importance of appropriate pharmaceutical management in pregnant women with ulcerative colitis [J]. *BMC Res Notes*, 2013, 6: 210.
- [ 6 ] 沈琳, 钱丹芬. 炎症性肠病妊娠期管理现状和需求分析 [J]. *中国妇幼保健*, 2021, 36(17): 4030-4032.
- [ 7 ] GOLDSTEIN RF, ABELL SK, RANASINHA S, *et al.* Association of gestational weight gain with maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis [J]. *JAMA*, 2017, 317(21): 2207-2225.
- [ 8 ] BISCHOFF SC, BAGER P, ESCHER J, *et al.* ESPEN guideline on clinical nutrition in inflammatory bowel disease [J]. *Clin Nutr*, 2023, 42(3): 352-379.
- [ 9 ] 何瑶, 李玥, 谭蓓, 等. 炎症性肠病妊娠期管理的专家共识意见 [J]. *协和医学杂志*, 2019, 10(5): 465-475.
- [ 10 ] LAMB CA, KENNEDY NA, RAINE T, *et al.* British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults [J]. *Gut*, 2019, 68(Suppl 3): s1-s106.
- [ 11 ] ROTTENSTREICH A, DIMINSKY M, GRANOVSKY SG, *et al.* Assessment of the procoagulant potential and associated risk factors in pregnant patients with inflammatory bowel diseases [J]. *Eur J Intern Med*, 2019, 65: 63-68.
- [ 12 ] HANSEN AT, ERICHSEN R, HORVÁTH-PUHÓ E, *et al.* Inflammatory bowel disease and venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period [J]. *J Thromb Haemost*, 2017, 15(4): 702-708.
- [ 13 ] LAUBE R, SELINGER CP, SEOW CH, *et al.* Australian inflammatory bowel disease consensus statements for preconception, pregnancy and breast feeding [J]. *Gut*, 2023, 72(6): 1040-1053.
- [ 14 ] 谭蓓, 徐雅兰, 李骥, 等. 炎症性肠病患者妊娠期管理: 一项小规模病例对照研究 [J]. *胃肠病学和肝病学杂志*, 2020, 29(2): 172-177.
- [ 15 ] NIELSEN OH, GUBATAN JM, KOLHO K, *et al.* Updates on the management of inflammatory bowel disease from periconception to pregnancy and lactation [J]. *Lancet*, 2024, 403(10433): 1291-1303.

(收稿日期: 2025-02-27; 编辑: 王蔚)