维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

老年胆道梗阻手术治疗 90 例报告

首都医科大学附属北京红十字朝阳医院普外科 李晓春 梁津平 杨 翔 石民生

(北京,邮政编码 100020)

随着我国人口结构逐步趋向老龄化,老年人胆道梗阻的治疗,在外科领域里越来越受到重视,我院普外科自 1984 年 1 月至 1996 年 10 月对 90 例 65 岁以上的胆道梗阻病人进行了手术治疗,现就其临床特征和治疗体会报告如下。

临床资料

一般资料:90 例病人中男性 41 例,女性 49 例,男女之比为 1∶1.19。病人分为 2 组,一组为良性梗阻,病因为胆石症(58 例),其中年龄最高者为 89 岁,平均年龄 70.5 岁,急诊手术 20 例,择期手术 38 例。另一组为恶性梗阻,病因为胰头癌和壶腹癌或胆管癌(32 例),其中年龄最高者为 82 岁,平均年龄为 68.2 岁,均为择期手术。

临床表现及实验室检查:90 例病人入院时均有明显的巩膜和皮肤黄染,伴有右上腹不适,胀痛或绞痛,发热、恶心、呕吐等主要临床表现。血清总胆红素均大于 2mg/dl,最高达 25mg/dl。

并存病:90 例病人中均合并有不同程度的其它并存病,如高血压、慢性支气管炎、肺气肿、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常、肝硬化、糖尿病等。

手术方式

良性梗阻中行胆囊切除、胆总管切开取石,T 管引流 39 例,胆总管十二指肠吻合术 15 例。空肠一胆总管 Roux—Y 吻合术 4 例。恶性梗阻中行胰十二指肠切除 7 例。胆总管十二指肠吻合术 12 例,空肠一胆总管 Roux—Y 吻合术 4 例,空肠一胆囊 Roux—Y 吻合术 6 例,单纯探查取活检 3 例。

术后主要并发症:90 例病人中术后主要出现的并发症为肺部感染 39 例(43%),伤口裂开 11 例(12%),残余结石 7 例(7%),消化道出血 3 例(4%)吻合口瘘 2 例(2%)。

结 果

90 例手术病人中近期死亡 9 例(10%),其中恶性胆道梗阻死亡 6 例,良性死亡 3 例,均死于术后并发症及多器官功能衰竭。

讨 论

一、老年胆道梗阻的临床特点:①病情进展快,休克发生率高,胆道梗阻后易并发急性重症胆管炎(ACST),是老年胆道梗阻重要的临床特点之一。由于老年患者常伴有重要器官的退变,免疫功能低下,抵抗力差和心血管代偿功能低,因而感染不易控制,易并发感染休克。这一点在良性组中表现尤为明显,其中有 12 例出现不同程度的休克而紧急手术,另外由于老年人肝脏的枯否细胞功能呈降低状态,胆血屏障更易受到破坏,这也是休克发生的原因之一[1]。②并存症多,手术耐受性差。老年人由于各器官功能衰减,常伴有心、肝、肺、肾等脏器疾患,在感染、休克基础上易诱发重要脏器功能不全。因而对于手术的耐受力差,术中及术后并发症多且严重,给治疗造成困难。③由于机体的低抗力较差,反应能力迟钝,起初临床症状及体征常不典型,缺乏明显的胆绞痛症状,体温也常不升高,另外老人腹肌软弱,很少有典型的腹膜炎体征,因而给诊断及处理都带来了一定困难。

二、治疗体会:①积极术前准备,抓住手术时机。老年胆道梗阻尤其是并发 ACST 的病人,其病情危重程度取决于梗阻持续时间,梗阻持续时间越长,因低血容量、酸中毒、感染中毒等因素引起的心、肝、肾等器官的损害就越严重。因此我们认为对此类病人应采取积极主动手术为上策,不能把年老和某些并存病作为手术禁忌而坐失良机。本组病人中有 16 例被诊断为 ACST 的病人,自入院后到手术的间隔时间平均为 6 小时,在解除了胆道梗阻,高压脓性胆汁得以引流的同时,血压迅速表现为回升趋势。另外,为增加手术的安全性,术前迅速、积极的准备是十分重要的,包括全身的详细检查,心电图、B 超及必要的化验检查,快速输液扩容,使用广谱抗菌素,纠正酸中毒,抗休克,适当处理并发症等。在输液扩容时,加入胶体成分,以 400～600ml 血浆为宜,可明显改善全身状况,提高手术安全性并有利于术后病人的恢复。并存糖尿病的病人,术前应根据血糖小于 8.8mmol/L,尿糖(+)以下及无酮症的情况下择期手术较为安全[2]。②及时有效的胆道减压、引流是良性胆道梗阻治疗的关键。对结石引起的良性胆道梗阻,其手术的目的是清除结石,保证胆道的引流通畅。本组有 39 例行胆总管切开取石和 T 管引流术即解除了梗阻。另外对于胆总管远端存在有狭窄或合并有肝内外多发结石者,在尽量清除结石的基础上采取了胆肠吻合术,其中多数为胆总管十二指肠吻合术。这样,不但解除了胆道梗阻,而且为防范结石的残留或复发创造

维普资讯 http://www.cqvip.com

了条件。虽然胆总管十二指肠吻合术可能会出现"逆行性"胆管炎和盲袋综合征等并发症，但我们认为只要保持适当的吻合口直径(一般大于 2cm)，胆管炎是可以减少和避免的。此术式也简单易行，手术并发症和死亡率低，对老年病人尤为适用。我们体会在老年结石性胆道梗阻的治疗中有一定的使用价值。近年来，为减少术后残余结石的发生率，我们不仅在术中常规进行胆道造影，而且还选择性地使用术中纤维胆道镜检和取石，这样可以明显地减少了残余结石的发生率。③恶性胆道梗阻的处理。胰腺癌及壶腹癌的发病率日益增高，约 80%的病人为 60～80 岁的老年人[3]。老年胰腺癌患者中又以中晚期病人居多。手术切除率较低。本组 32 例恶性梗阻病人中 7 例行胰十二指肠切除术，其中，存活时间最长者已达 3 年之久。因此我们认为，高龄不能作为是限制胰十二指肠切除术的一个因素，在适当选择病人和充分术前准备的前提下，65 岁以上的老年人做胰十二指肠切除术也可以得到比较满意的效果。对那些无条件进行切除手术的病人，应尽量争取行姑息性转流手术，以减轻肝脏的淤胆状况，改善肝功和全身情况。本组中行姑息性转流手术 22 例，除 3 例术后 1～2 周死于并发症外(肺部感染 2 例，消化道出血 1 例)，其他 19 例均存活超过 6 个月，而其中有 1 例已存活 2 年余。④加强术后管理，防治并发症是降低死亡率的重要措施，老年病人术后并发症多，从本组情况看最常见的并发症是肺部感染。其原因为：老年人肺部代偿能力差，有的症人术前就并存慢性气管炎、肺气肿等；麻醉对呼吸系统的影响，尤其全麻对呼吸的抑制，误吸和分泌物的阻塞影响病人的呼吸功能；与心血管系统并发症相比较，重视不够。因此对呼吸系统并发症应高度重视。具体措施包括：根据呼吸监测，床边胸片和血气分析来判定病人的呼吸状态；术后加强呼吸道护理，雾化吸入、拍背协助排痰；鼓励病人早下地活动；预防性使用抗菌素。

另外，对术前并存糖尿病的病人，术后应继续监测血糖和尿糖，并根据检验值使用胰岛素治疗。尤其要警惕隐性糖尿病患者，注意防治非酮症高渗性昏迷。

参 考 文 献

1. 向东. 胆血屏障及其在胆源性败血症发生中的意义. 临床肝胆病杂志 1988;4(4):20.
2. 盛全根. 老年胆道疾病的手术适应证和手术时机问题，实用外科杂志 1992;12(6):284.
3. Kairalnoma M I. Pancreatic resection for carcinoma of the pancreas and the periampullary region in patients over 70 years of age. B r J Surg. 1987;142:116.

(收稿日期:1997－03－20)

异位阑尾切除术后残株囊肿 1 例

河北省石家庄拖拉机厂职工医院外科 魏 华

(河北石家庄，邮政编码 050031)

患者女，26 岁，右下腹包块一年，迅速增大伴隐痛 1 月。门诊 B 超检查发现：子宫右侧有一 6.2cm×5.3cm 无回声区，壁光滑，内有一条束状光带，提示囊性占位性病变。于 1995 年 1 月 3 日入院。既往有慢性阑尾炎史。曾于 1993 年 2 月行阑尾切除术。体检：右下腹麦氏切口处稍隆起，可扪及一乒乓球大小的囊性包块，较固定，表面光滑，压痛(±)。移动性浊音(－)。肠鸣音正常存在，不亢进。妇科检查无异常。血尿便常规检查正常。

手术所见：1995 年 1 月 6 日行剖腹探查，见右下腹盲肠下方有一约 7.2×6.4cm 大小椭圆形囊肿，与回盲部、回肠及后外侧腹膜粘连固定。分离囊肿时见有一约长 2.5cm、直径为 0.4cm 的阑尾残株与之相连。自阑尾基底部切断残株，完整切除囊肿。病理检查回报为阑尾残株粘液性囊肿并肠系膜炎性包裹。术后 12 天痊愈出院。

讨论：查阅原始病历，病人为慢性阑尾炎 2 年，急性发作 2 日入院。于 1993 年 2 月 15 日行阑尾切除术。术中见阑尾异位，埋藏于盲肠壁内，盲肠壁轻度水肿。切开浆膜后见阑尾向外后方移行，轻度充血水肿，逐行常规阑尾切除术，残端荷包缝合包埋于盲肠内。

分析造成上述病例的可能原因：①本例为盲肠壁内阑尾，因阑尾异位，手术暴露阑尾不充分，致使未到阑尾基底部就行切断，阑尾残端保留过长。②阑尾残端包埋失败。因包埋残端的荷包缝合线结不牢致松解，或因周围组织水肿很脆，荷包缝合线撕脱所致。

阑尾切除术后残株囊肿诊断比较困难，临床上缺乏典型临床症状，常常导致误诊，应结合病史及钡灌肠造影、B 超、CT 等特殊检查来协助诊断。治疗上应将阑尾残株及囊肿一并切除，术中应操作仔细，尽量避免囊肿破裂。万一破裂，应彻底清除手术野，避免并发症发生。

(收稿日期:1997－04－28)