

文章编号:1005-6947(2004)03-0238-02

· 临床报道 ·

择期腹部手术术后脑血管意外5例报告

钱铮, 闻兆章

(第二军医大学长海医院 普外一科, 上海 200433)

摘要: 本文回顾性分析5例择期腹部手术术后脑血管意外的临床资料, 探讨其病因及诊治方法。5例患者于术后4h至2d发生脑血管意外, 均经CT证实。患者接受保守治疗2~127d。最终3例死亡, 2例病情稳定后出院。

关键词: 脑血管意外/继发性; 手术后并发症

中图分类号: R322.8 **文献标识码:** B

脑血管意外即脑卒中在我国年发病率约1%~2%, 患病率为5%。但在择期腹部手术的患者中该病发生属罕见, 现将1997~2002年发生的5例病例报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组5例全部为接受择期腹部手术患者, 均为男性, 年龄50~72岁。5例患者术前一般资料见表1。

1.2 术中、术后情况

5例患者术中血压均有不同程度的波动, 其中1例术中有明显低灌注, 持续70min, 术后发生脑栓塞; 2例脑出血患

者术中高血压持续60~120min; 另2例脑栓塞患者术中出现房颤并持续至术后。5例患者术后均并发高血糖、肺部感染。

1.3 诊断及治疗

5例患者中1例以失语为首发症状, 1例以意识障碍为首发症状, 3例以偏瘫为首发症状, 分别在术后4h至2d出现。所有病例均通过CT证实诊断。对脑栓塞患者予以控制脑水肿、改善脑缺氧、调整脑代谢等治疗。对脑出血患者在控制高血压的同时予以止血、降颅压、减轻脑水肿、营养脑细胞等处理。5例患者术后均出现严重肺部感染, 在加强抗感染同时均进行了气管切开, 呼吸机辅助或控制呼吸处理, 并对1例患者实施肺泡灌洗。针对术后出现的高血糖使用微泵静脉滴注胰岛素严密控制。

收稿日期: 2003-06-03; **修订日期:** 2003-12-15。

作者简介: 钱铮(1975-), 男, 上海人, 第二军医大学长海医院住院医师, 主要从事创伤外科方面的研究。

多发病的表现, 不易引起重视, 加上本病发病率低, 故术前常被误诊。本组仅1例经肝穿刺确诊, 余6例均误诊。根据以上几点仍不能确诊应作肝脏穿刺检查可作定性诊断。肖文斌等^[6]提出IPL的诊断要点主要包括: (1) 多为肝右叶单发肿块, 短期内肿块可缩小; (2) 中老年男性多见; (3) 常有发热、肝区痛和消瘦乏力等表现; (4) 外周白血细胞可升高, 血沉和C反应蛋白可增加; (5) 既往无肝病史, 无肝硬化的表现; (6) 肿瘤指标AFP和CEA正常; (7) 肿块B型超声为低回声, CT平扫为低密度, 多无增强, 延迟期呈现周边增强; (8) 血管造影为少血管影。本组资料与之相符。

目前绝大多数IPL术前很难与肝脏恶性肿瘤相鉴别, 因此笔者认为本病应手术治疗, 以防延误诊断, 除非术前获得定性诊断而可行非手术治疗^[7]。手术的目的是切除病灶, 明确诊断。手术方式应根据病变范围而定, 大多行局部及

肝叶或段切除。除非在半肝内有多发病变, 否则不宜行半肝切除。本组手术治疗6例, 包括1例肝叶切除和4例肿块局部切除, 效果良好。

参考文献:

- [1] Pack GT, Banker HW. Total right hepatic lobectomy. Report of a case [J]. Ann Surg, 1953, 138(3):253-258.
- [2] Chen KT. Inflammatory pseudotumor of the liver [J]. Hum Pathol, 1984, 15(7):694-696.
- [3] 尤俊, 林小军, 张亚奇, 等. 肝脏炎性假瘤的诊断和治疗 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2002, 8(3):162-165.
- [4] 单云峰, 周伟平, 傅思源, 等. 50例肝脏炎性假瘤的临床分析 [J]. 肝胆外科杂志, 2002, 10(5):342-344.
- [5] 吴孟超, 仲剑平. 外科学新理论与新技术 [M]. 上海: 上海科学教育出版社, 1996. 340-344.
- [6] 肖文斌, 刘玉兰. 肝脏炎性假瘤 [J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(11):703-704.
- [7] 杨甲梅, 徐峰. 肝脏外科良性占位性病变治疗的变革 [J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(3):161-162.

表1 5例患者一般资料

病例	年龄(岁)	原发诊断	心血管疾病史	其他合并症	术前血压(mmHg)	心电图	肺功能	肾功能电解质	血脂	血糖
1	50	胃癌	无	无	135~140/75~80	正常	正常	正常	高	正常
2	63	胆囊炎	无	无	137~150/75~80	正常	正常	正常	高	正常
3	65	胆囊炎	无	无	140~145/80~85	ST-T压低	正常	正常	正常	正常
4	69	乙状结肠癌	高血压病25年	无	145~165/85~90	II III avF 改变	正常	正常	高	正常
5	72	门脉高压症	无	糖尿病史10年	145~155/85~90	窦速	正常	正常	高	控制良好

2 预后及随访

3例病情进展致死亡,死亡时间2~127d,死因为多器官功能衰竭。另2例病情好转后出院,分别随访1个月和5年,经针灸等康复治疗肌力恢复至2级和3级。

3 讨论

脑血管意外分为出血性和缺血性两大类。该病的特点为死亡率高、病情复杂多变、处理棘手。在择期腹部手术患者中脑血管意外发病率低于自然人群,目前尚未见大样本病例报道,笔者就本文5例病例进行了分析。

(1)病因 本组患者均为中老年人,脑血管自动调节功能差,加上动脉粥样硬化显著、动脉内壁粗糙,血栓形成的可能性大,相应增加了脑血栓发生率。合并高血压时平均动脉压如突然升高超过平均的40%,脑血管的自动调节功能将进一步受到损害,最终引起脑出血。故良好的术中、术后血压控制对于预防脑血管意外的发生意义重大。再者术中及术后静卧影响静脉回流,致深静脉血栓发生的几率增加,脑血栓发生几率相应增加。此外接受择期腹部手术患者基础疾病及其对患者的影响各不相同。本组2例慢性胆囊炎及1例乙状结肠癌患者均存在高脂血症,其引起血黏度的增加利于脑血栓的发展。此外肿瘤患者血液高凝状态也是发生栓子的重要因素。本组术前均无房颤,但2例发生脑血栓的患者术中出现房颤并持续到术后。可以认为房颤也是一重要的致病因素。其发生机制尚不清楚^[1]。

(2)诊断及鉴别诊断 目前主要依靠CT或MRI明确诊断,B超虽易于在床边进行,但其在该脑血管意外诊断中的价值还有待验证^[2],CT及MRI检查仍是金标准。因麻醉苏醒及镇痛的影响,腹部择期手术术后出现的头痛、意识障碍等早期表现往往被忽视,此时应和低血糖,低钠血症、低氧血症等相鉴别。不要在病情进展至较为严重的偏瘫或昏迷后才引起重视。此时患者已错过某些治疗的最佳时机。

(3)治疗 缺血性脑血管意外的治疗包括控制脑水肿、

改善脑缺氧、调整脑代谢。发病早期可以使用溶栓疗法。Ringleb^[3]对3h内及3~6h内的溶栓治疗比较后认为,3h内溶栓效果更为确切。但本组脑血管意外明确诊断时均超过3h,错过了最佳溶栓时机。出血性脑血管意外的治疗首要的是控制血压,其他包括降颅压、减轻脑水肿、营养脑细胞等处理。脑血管意外后易合并肺部感染,原因一方面为腹部手术对腹式呼吸的影响,另一方面为脑血管意外后运动神经的损害影响呼吸肌。在处理上应果断行气管切开术,气管切开后呼吸道管理变得简单得多,同时可以控制或辅助呼吸及肺泡灌洗。除此之外应加强抗细菌及霉菌感染。但目前脑血管意外合并肺部感染治疗效果不佳,有报道^[4]脑血管意外合并肺部感染时死亡率可达到72.7%。术后脑梗并高血糖患者预后明显较无高血糖患者差^[5],高血糖可能为手术及脑梗双重应激所致,治疗上应使用胰岛素精确调控血糖。急性期手术可以作为脑出血的可选治疗手段,治疗应根据患者的意识、瞳孔、出血量、全身情况综合考虑。但本组患者出现脑出血后并发症多、全身情况差而未手术。2例度过急性期的患者接受了针灸治疗并取得了一定的效果,但其确切的疗效尚待进一步验证。

参考文献:

- [1] Amar D. Postoperative atrial fibrillation [J]. Heart Dis, 2002, 4(2):117-123.
- [2] Gahn G, von Kummer R. Ultrasound in acute stroke: a review [J]. Neuroradiology, 2001, 43(9):702-711.
- [3] Ringleb PA, Schellinger PD, Schranz C, et al. Thrombolytic therapy within 3 to 6 hours after onset of ischemic stroke: useful or harmful? [J]. Stroke, 2002, 33(5):1437-1441.
- [4] 韩静. 高血压脑出血内外科治疗的死因对照分析[J]. 中国危重病急救医学, 1994, 6(4):217-218.
- [5] Kagansky N, Levy S, Knobler H. The role of hyperglycemia in acute stroke [J]. Arch Neurol, 2001, 58(8):1209-1212.