

文章编号:1005-6947(2007)02-0190-02

· 临床报道 ·

80岁以上超高龄化脓性胆管炎手术治疗13例分析

凌宝存, 王乃金, 张伟, 应浩杰, 史进

(解放军第一四八中心医院 外一科, 山东 淄博 255300)

摘要: 总结80岁以上超高龄化脓性胆管炎的发病情况, 临床特点、治疗方法的选择、并发症的预防等。笔者回顾性分析近2年来所诊治的13例80岁以上超高龄急性化脓性胆管炎患者, 年龄81~92岁, 有1种并存病以上为100%, 此类病人临床特点是症状体征较轻, 容易进入早期状态。根据该组病人治疗经验, 笔者体会: 应积极进行手术治疗、在可能的条件下术前充分准备, 纠正内环境紊乱、治疗并存病, 力争作择期手术显得更为安全。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(2):190-191]

关键词: 胆管炎/外科学; 老年人, 80以上; 急性病

中图分类号: R657.4 **文献标识码:** B

急性化脓性胆管炎是80岁以上超高龄组发病率较高的胆道疾病, 病情较危重, 进展快、病死率较高。随着社会的进步, 人口老年化已是不争的事实, 故临床应重视80岁

以上超高龄患者不同疾病的特点。有鉴于此, 故将我院近2年来手术治疗的13例80岁以上超高龄急性化脓性胆管炎患者报告如下。

收稿日期: 2006-05-31; **修订日期:** 2006-10-20。

作者简介: 凌宝存, 男, 江苏东台人, 解放军148中心医院外科主任医师, 主要从事临床老年外科疾病的诊治方面的研究。

通讯作者: 凌宝存 E-mail: sj504504@163.com

1 临床资料

1.1 一般资料

男9例, 女4例; 年龄81~92岁。首次发病者2例, ERCP术后并发化脓性胆管炎2例; 以往有胆道手术史3例、

应采用周密、仔细的联合检查方法, 正确全面了解胆石部位、范围、大小、数量以及胆道有无狭窄、畸形, 以便作出正确合理的术式选择。近年来, 由于影像诊断技术的发展, 包括B超(胆道超声), PTC(经皮肝胆管造影), ERCP(内镜逆行胰胆管造影), 螺旋CT胆道成像和MRI(磁共振成像)胆道成像的联合应用, 术前诊断率明显提高。我科2年来采用多项联合检查胆道术后综合征, 有6例确诊胆管结石再手术治愈。(3)不断提高术者的经验和围手术期管理水平, 保证胆道术后各引流管通畅有效, 合理应用抗生素, 及时纠正水、电解质酸碱失衡, 营养支持, 防止胆道损伤、胆瘘、腹腔感染等胆道早期并发症发生。(4)胆道再手术前, 必须注意改善患者的全身状况, 充分了解肝脏功能, 估计手术预后, 纠正贫血及低蛋白血症, 纠正凝血异常。尤其注意对患者其他系统并存病的治疗和控制, 提高对麻醉和手术的耐受性, 尽量采取择期手术减少急诊手术的局限性。(5)术中行纤维胆道镜和胆道造影检查, 术中B超检查等, 有利于发现残石可减少术后减少残石发生。术后常规T管造影及经窦道纤维胆道镜检查, 尽可能取净残石, 减少剖腹手术率。(6)多次胆道手术虽按手术原则治疗, 但仍有胆石形成。因此应考虑有胆石形成基本因素而进行定期复查, 及时明确诊断并择期手术。对于当时病情不允许行内引流而确定胆道存在狭窄, 或多次急诊手术,

或肝内胆管结石未取净者, T管引流不能盲目拔除, 带T管3~6个月后择期行根治性手术。(7)术中充分估计胆道病变情况, 正确合理选择术式, 包括手术切口的选择、粘连的分离、术野的暴露、胆道的探查, 力争取净结石, 建立理想的通畅的胆汁引流和残石排出通道, 以减少或避免结石复发。根据胆道扩张情况, 是否存在肝内病变, 是否存在胆管狭窄及其发生部位和范围等选择行胆道引流术、胆总管空肠吻合术、胆总管十二指肠吻合术、Oddi括约肌成形术、肝内胆管切开取石或肝叶切除术等。笔者体会充分显露术野, 清晰解剖胆道及邻近器官是手术成功的基础和关键。

参考文献:

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 662.
- [2] 刘永锋. 加强对腹部外科再次手术的认识[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 194.
- [3] 杨友友, 毛学方, 李伟冠. 胆道再次手术92例分析[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(2): 147-148.
- [4] 施维锦. 胆道外科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1993. 305-307.

有胆石症病史6例。13例均有1种以上并存病(100%),其中有2种并存病的为76.9%(10/13),有 ≥ 3 种以上并存病的为61.5%(8/13)。并存病包括高血压病10例(76.9%),冠心病11例(84.6%),房颤6例(46.2%),陈旧性心梗3例(23.1%),糖尿病7例(53.8%),脑血管病5例(38.5%),慢支肺气肿4例(30.8%),前列腺肥大尿潴留4例(30.8%)。

1.2 临床特点

体温 38°C 以上者10例,明显腹痛者9例,黄疸者11例,伴有休克征象(收缩压 $< 90\text{mmHg}$)6例,有精神症状者7例。11例右上腹部有轻重不一的腹膜刺激征。全部病人进行了CT,B-US检查,有4例进行了MRI及MRI水成像检查,提示胆石症11例,胆道肿瘤2例。实验室检查:TBIL $> 150\mu\text{mol/L}$ 10例,TBIL $< 150\mu\text{mol/L}$ 或正常者3例;WBC $> 15.00 \times 10^9/\text{L}$ 10例,WBC $< 10.00 \times 10^9/\text{L}$ 或正常者3例。

2 治疗

全组均在本次发病后4h~6d内接受手术治疗,6例入院后4h内因症状体征重、伴有休克表现而行急诊手术治疗,7例经充分准备后实施择期手术治疗。术中探查见:局部炎性渗出较多,肝外胆道充血水肿明显,胆管内大量积脓。行胆囊切除、胆总管十二指肠吻合7例,胆囊切除、肝管空肠吻合4例,胆总管T管引流2例。腹部切口均采用笔者所创用的枕垫式全层水平褥式外翻缝合法^[1]。术后病理证实胆囊癌1例,胆总管癌2例。术后切口均一期愈合;1例术后死于心源性猝死,其余12例均治愈出院。

3 讨论

80岁以上超高龄有其自身的病理生理学特点^[2]。从就诊的人文环境看,因年高体弱病人自身对手术惧怕,医生对超高龄手术心存犹豫,亲属也往往对手术信心不足而选择保守治疗。当然,超高龄病人的生理功能衰退,免疫功能下降,应激能力弱。故在临床上常见到即便腹腔感染十分严重,但由于病人腹肌退化、敏感性差,往往腹部体征较轻,白细胞和体温升高都不十分明显,与实际感染严重程度不成正比,也是造成是否决策采取手术治疗的两难之境,但根据我们的经验,这类病人虽然临床反应轻但很容易进入休克状态,所以我们主张积极的手术治疗。

医生在确立诊断判定病情轻重时,要依照超高龄病人的特点综合分析判定,不过多的追问Charcot三联征或Reynolds五联征,我们体会只要病人的血压比平时正常状

态下降、心率 $100/\text{min}$ 以上,白细胞和体温升高,病人精神状态由烦躁转为安静,表情淡漠有时有冷汗,应示为早期休克表现,尽早手术治疗。

超高龄病人另一特点是并存病多,本组病人为100%,多数病人有3种以上的并存病存在。此外各器官功能退化、储备机能下降、应激代偿能力不足等,这些因素都给手术和术后恢复带来了不利因素。我们的体会是只要病人的病情允许尽可能术前进行充分的准备,加强对并存病的病情控制和治理,提高病人耐受手术刺激的应激能力,减少术后并发症的发生。原则是:力争尽可能行择期手术,减少急诊手术。当然也不可一味追求择期手术而怠误最佳手术时机^[3]。

手术选择全身麻醉下进行,手术力求简便、彻底、祛除病灶、通畅引流。据我们临床观察超高龄病人组织十分脆弱,手术中注意轻柔操作也十分重要,本组病人对腹壁切口的缝合均采用枕垫式全层水平褥式外翻缝合,切口均获一期愈合。

术后处理也十分重要,保证呼吸道通畅加强供氧,对呼吸功能不全的病人提倡术后早期应用呼吸机辅助呼吸。营养支持亦是必需的,可根据情况应用肠内肠外营养。超高龄病人手术后被动或主动活动对预防术后肺部感染、下肢深静脉血栓形成等并发症也非常有利。另外,重视对病人内环境的调整、对合并糖尿病的患者术后应用胰岛素微量泵途径给药,对控制血糖安全、平稳。循环不稳定者也提倡用微量泵给予血管活性药物^[4]。适度的抗生素应用也是不可忽略的。

综上所述,80岁以上超高龄外科病人逐渐增多,需引起临床外科的重视。超高龄化脓性胆管炎较常见,选择准确及时的治疗方案可获得好的治疗效果,如果把握不住超高龄外科病人的特点,错过最佳手术时机只能得到相反的效果。

参考文献:

- [1] 凌宝存,胡波.枕垫式全层外翻缝合在腹部切口裂开的应用[J].临床外科杂志,2002,10(3):186-187.
- [2] 凌宝存,徐其佐,胡波.超高龄病人腹部外科手术的围术期处理[J].中国普通外科杂志,2000,9(6):544-545.
- [3] 宁希贺.高龄胆道急症外科治疗83例分析[J].中国普通外科杂志,2006,15(5):398-399.
- [4] 徐振国.高龄坏疽性胆囊炎56例临床分析[J].中国普通外科杂志,2003,12(8):794-796.