

· 临床研究 ·

291 例老年胆道梗阻患者的围术期处理

刘孟刚, 刘宏鸣, 袁 涛, 谢 斌, 顾红光, 陈 平[△]

(第三军医大学大坪医院肝胆外科, 重庆 400042)

摘要:目的 总结胆道梗阻患者围术期处理的经验。方法 回顾性分析 2001~2009 年该院收治的 291 例 65 岁以上胆道梗阻患者的临床资料。结果 治愈率为 98.3%, 并发症发生率为 21.6%, 病死率为 1.7%。结论 通过加强围术期处理, 高龄胆道梗阻患者行手术治疗同样可获得良好的治疗效果。

关键词:胆道梗阻; 老年; 围术期

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2010.21.038

中图分类号: R657.43; R619

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2010)21-2940-02

Treatment of perioperative period in 291 elderly patients with obstruction of biliary tract

LIU Meng-gang, LIU Hong-ming, YUAN Tao, et al.

(Department of Hepatobiliary Surgery, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: **Objective** To sum up the experiences in treatment of perioperative period in elderly patients with obstruction of biliary tract. **Methods** The clinical data of 291 elderly patients with obstruction of biliary tract between 2001 and 2009 were analyzed retrospectively. **Results** The total recovery rate was 98.3%, the early total complication rate was 21.6% and the fatality rate was 1.7%. **Conclusion** Operation is effective therapeutic method to elderly patients with obstruction of biliary tract by strengthening the treatment of perioperative period.

Key words: obstruction of biliary tract; elderly patients; perioperative period

胆道梗阻是胆道外科常见的疾病, 而治疗胆道梗阻仍以手术为主。但近年来, 发生胆道梗阻的老年患者越来越多, 而老年患者行手术治疗的风险明显高于年轻患者。加强老年患者的围术期处理对提高治愈率, 降低死亡率尤为重要。本院于 2001 年 1 月至 2009 年 1 月共收治不同类型的老年(年龄大于 65 岁)胆道梗阻患者 291 例, 现就其围术期的处理经验报道如下。

1 临床资料

1.1 患者年龄分布情况 291 例患者中, 男 135 例, 女 156 例, 患者年龄在 65~91 岁, 平均 72.2 岁, 其中 65~70 岁患者 115 例, 71~80 岁患者 142 例, 81~91 岁患者 34 例。

1.2 胆道梗阻原因及手术情况 梗阻原因为(1)良性病变 195 例: 胆囊结石合并胆总管结石 81 例, 单纯胆总管结石 99 例, 胆道蛔虫 2 例, 肝总管结石 10 例, 胆管损伤 2 例, 胆管囊肿 1 例; (2)恶性病变 96 例: 胆管癌 27 例, 胰头癌 45 例, 壶腹周围癌 18 例, 胃癌侵及胆管 1 例, 肝癌侵及胆管 3 例, 胆囊癌 2 例。手术方式 75 例行胆囊切除、胆总管切开取石术, 5 例行胆囊切除、胆总管空肠吻合术, 2 例行胆囊切除、胆总管十二指肠吻合术, 12 例行胆囊空肠吻合术, 93 例行胆总管切开取石术, 34 例行胆总管空肠吻合术, 5 例行胆总管十二指肠吻合术, 13 例行胆管癌切除、胆肠吻合术, 49 例行胰十二指肠切除术, 3 例行胆管外引流术。

1.3 术前合并症情况 大部分患者均有不同程度的基础疾病, 部分患者合并 2 种以上基础疾病。其中合并心血管疾病(包括高血压、心律失常、传导阻滞、心肌缺血)151 例, 呼吸系统疾病(哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、肺部感染)27 例, 糖尿病 29 例。另有 3 名老年男性患者患有严重的前列腺增生。

1.4 术前准备情况 术前均对患者各主要脏器进行功能评估, 判断其对手术耐受情况, 视情况做好相应的术前准备。其

中有 8 例患者因心脏心律失常及传导阻滞而先安置临时起搏器后再手术。患有肺部感染者术前均抗感染治疗控制肺部感染。4 例患者因胆道梗阻严重致肝功能较差、营养不良而先行经皮肝内胆管引流(PTCD)减黄并营养支持治疗, 待肝功能及营养状况改善后再手术。糖尿病患者术前均监测血糖, 将空腹血糖控制在 8 mmol/L 以内, 严重糖尿病患者术前安置胰岛素泵控制血糖。严重前列腺增生患者因导尿困难而先行膀胱造瘘术再行胆道手术。

1.5 术中处理 所有患者均行气管内插管全身麻醉。手术尽量由手术操作熟练的医生完成, 手术过程中与麻醉医生密切沟通, 尽量缩短麻醉和手术时间。术中仔细操作, 尽量减少失血。麻醉医生严密监测患者各项生命体征的指标, 随时处理出现的问题。

1.6 术后处理 术后常规给予抗感染、抑酸、补液、对症、支持治疗的基础上, 老年患者胆道术后还要重点注意以下几点: (1) 抗生素的使用要考虑到防治肺部感染, 使用时间不宜过长; (2) 常规给予雾化吸入并协助患者咳嗽、排痰; (3) 补液量不宜过大, 适当减少输液量, 且速度要均匀; (4) 加大电解质检查的频率, 根据结果精确调整电解质输入量; (5) 尽量减少或避免使用止血药物; (6) 对于术后较长时间内不能恢复饮食的患者, 其营养支持的力度一定要大。

2 结 果

本组病例中有 286 例痊愈出院, 治愈率为 98.3%。共发生各类并发症 63 例, 总并发症发生率为 21.6%, 有 5 例恶性肿瘤患者死于术后并发症, 总病死率为 1.7%。良性病变患者术后并发症 29 例(14.9%), 其中切口感染、切口裂开共 5 例, 胆漏 2 例, 不同程度电解质紊乱 18 例, 肺部感染 2 例, 右心衰 1 例, 下肢深静脉血栓 1 例。恶性病患者术后并发症 34 例(35.1%), 死亡 5 例(5.2%), 其中切口感染、切口裂开共 7 例,

[△] 通讯作者, E-mail: chenping@263.com。

胆漏 2 例,胰漏 3 例,术后出血 3 例(其中 2 例为胰瘘合并出血导致死亡),电解质紊乱 14 例(其中 1 例死于严重电解质紊乱),肺部感染 4 例(其中 1 例死亡),下肢深静脉血栓 1 例(并发肺栓塞死亡)。

3 讨论

随着人类寿命的逐渐延长,患外科疾病的老年患者逐渐增多。为了追求更高的生活质量,越来越多的老年患者愿意接受手术治疗其外科疾病。然而由于老年患者自身的生理特点,手术创伤后康复的能力明显下降。而胆道梗阻这一胆道外科常见情况在多数情况下又必须采用手术治疗,这对外科医生提出了更高的要求。

文献报道良性胆道梗阻患者术后并发症的发生率在 10%左右^[1],恶性肿瘤引起的胆道梗阻的术后并发症发生率在 30%左右^[2]。通过本组临床资料分析,老年胆道梗阻患者行手术治疗后并发症的发生率要高于上述数字。而本组病例中虽然并发症发生率较高,但病死率较低,低于文献报道的 4%~43%^[3],这可能和本组病例以良性病变为主和加强了围术期处理有关。最新的研究显示,70 岁以上老年患者在接受胰十二指肠切除这一复杂手术后,其并发症发生率略高于 70 岁以下患者,然而术后死亡率却无差异^[4]。结合本组病例资料,作者认为高龄不应成为手术的禁忌,外科手术对老年胆道梗阻患者是安全的。

充分的术前准备工作可以帮助老年患者安全度过围术期。在诊断方面,尽量选用无创、痛苦小的检查,如超声、CT、磁共振胰胆管造影(MRCP)等检查,必要时才选用经十二指肠镜逆行胰胆管造影(ERCP)、经皮经胆管造影(PTC)等有创检查,以减轻术前检查对机体的打击。术前对老年患者的心肺等重要脏器功能要常规进行全面评估,同时积极治疗术前合并的内科疾病。胆道梗阻患者均会有不同程度的肝功能和电解质异常,术前要尽量予以纠正,否则术后很容易出现不可控制的电解质紊乱。对于梗阻严重、营养较差的患者可先行 PTC 或经十二指肠镜安置胆道支架减轻黄疸,并同时营养支持,待一般状况好转后再手术治疗。

老年胆道梗阻的麻醉,最好选用全身麻醉,因为这样利于术中呼吸、循环等重要生理功能的监测和控制。硬膜外麻醉虽然不会对肺部产生不良影响,但其对血压的控制能力欠佳,所以不作首选。手术方式的选择要因人而异,尽量做到简单有效,不宜盲目扩大手术方式。本组病例的经验与汪涛和郑明友^[5]报道的内容是一致的:如果胆道梗阻合并急性胆管炎则以胆道引流为主,但必须解除引流口以上的胆管梗阻或狭窄。如果是恶性肿瘤引起的胆道梗阻,在行根治性切除前要充分考虑

到患者的耐受能力。手术操作要轻柔、仔细,尽量缩短手术和麻醉时间,各种引流管一定要安放到位。为防止术后切口裂开,对于营养情况欠佳或年龄较大的患者要常规行减张缝合。

术后治疗同样是老年胆道梗阻患者围术期处理的重要内容。在本组病例中电解质紊乱的发生率较高,这可能和两方面的原因有关:(1)术前胆道梗阻对体内内环境及电解质代谢造成了一定的影响;(2)胆道术后胆汁的外引流,电解质丢失较多;(3)老年患者自身调节能力较差。因此术后一定要加强电解质的监测,根据检查结果及时调整电解质的输入量。老年患者的辅助呼吸肌萎缩,肺泡和支气管都有不同程度的退行性改变^[6],而且胆道术后多需胆汁引流,这就使得患者住院时间相对延长,出现院内感染的概率相应增加。要通过加强呼吸道的管理和预防性选用有效的抗生素来防治术后肺部感染。在液体输注方面,要考虑到老年患者循环调节能力差和电解质补充两方面的因素,其速度要均匀,这样可减少心衰的发生。老年患者由于卧床时间相对较长,深静脉血栓的形成的概率增加,要尽量防治,采用物理疗法促进四肢血液循环。营养支持对患者术后恢复有很大的帮助,在禁食期间一定要注意静脉营养物质的补充,对于复杂胆道手术患者可使用 3 L 袋治疗。肠道功能恢复后,鼓励患者进食,条件允许的情况下可请营养师配置个性化的营养液,这可明显促进患者整体康复。

老年患者行胆道手术后各种并发症发生率较年轻患者有一定的增加,但是通过加强对围术期工作的重视程度,手术治疗对老年胆道梗阻患者仍是安全有效的。

参考文献:

- [1] 宋光,刘连新,杨幼林. 内镜与手术治疗胆总管结石的疗效比较[J]. 世界华人消化杂志,2008,16(26):3009.
- [2] 刘学勇,张红欣,程敏,等. 梗阻性黄疸手术危险因素分析[J]. 中国厂矿医学,2008,21(2):160.
- [3] 秦成坤,徐健,靖昌庆. 梗阻性黄疸术后常见并发症的防治[J]. 山东医药,2002,42(16):60.
- [4] Stroescu C, Ivanov B, Dragnea A, et al. Pancreaticoduodenectomy in elderly patients-a safe operation[J]. Chirurgia, 2009, 103(3):275.
- [5] 罗勇. 老年急性梗阻性化脓性胆管炎 78 例[J]. 重庆医学,2006,35(19):1819.
- [6] 汪涛,郑明友. 超高龄患者胆道疾病的围手术期治疗[J]. 重庆医学,2004,33(2):240.

(收稿日期:2009-12-03 修回日期:2010-06-07)

(上接第 2939 页)

- [2] 孙燕,石远凯. 临床肿瘤内科手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:259.
- [3] 赵新汉,周小娟,李毅,等. 帕米膦酸二钠治疗恶性肿瘤骨转移引起疼痛的临床研究[J]. 中国肿瘤临床,2000,27(10):763.
- [4] Lipton A. Management of bone metastases in breast cancer[J]. Curr Treat Options Oncol,2005,6(2):61.
- [5] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:785.
- [6] 李晓莉,贾素文,张杰,等. 博宁合并化疗治疗骨继发恶性肿瘤 98 例[J]. 中国肿瘤临床,2001,28(3):228.

- [7] 陈梓宏,余忠华. 帕米膦酸二钠联合放疗与单纯放疗治疗骨转移瘤疼痛的比较研究[J]. 四川肿瘤防治,2002,15(4):200.
- [8] 潘秋,谢斌,肖虹,等. 帕米膦酸二钠和帕米膦酸二钠联合化疗治疗恶性肿瘤骨转移的疗效观察[J]. 重庆医学,2008,37(2):152.
- [9] 张辉,陈正堂,张青. 结合外照射、帕米膦酸二钠和放射性核素钐-153 治疗骨转移瘤[J]. 重庆医学,2005,34(8):1142.

(收稿日期:2009-12-19 修回日期:2010-03-01)