

腹腔镜应用于老年人胆囊切除术 155 例体会

刘四新

(江西省樟树市中医院 樟树 331200)

关键词:胆囊切除术;老年人;腹腔镜

中-图分类号:R 657.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0076-02

随着我国逐渐步入老龄化社会,近年来,胆道外科高龄病人逐渐增多,由于腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)的微创效果,使许多原来放弃手术治疗的老年人选择了 LC 手术方式。胆囊炎、胆囊结石是老年人的常见病、多发病,老年患者术前往往合并其他系统的疾病,如慢性阻塞性肺部疾病、高血压、心脏病、糖尿病等,手术有相当的危险,老年患者手术的死亡率显著高于非老年组,并存在较多的并发症。自 2002 年 2 月~2008 年 12 月我院成功实行 LC 手术 640 例,其中 60 岁以上老年人 155 例取得满意的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 155 例,其中男性 62 例,女性 93 例;年龄 60~83 岁,平均年龄 65 岁;慢性结石性胆囊炎 110 例,胆囊息肉 23 例,急性胆囊炎 22 例。术后病理诊断为胆囊癌 2 例,术前并有其他慢性疾病 120 例,包括糖尿病 11 例,高血压 50 例,老年性慢性支气管炎 20 例,冠心病 26 例,脑梗死 10 例,肝硬化 3 例,有腹部手术史 20 例。

颌,使气道开放,必要时应气管插管。可使用开口器协助病人张口,清理口腔内呕吐物及其他异物。

3.3 控制脑水肿,降低颅内压 185 例中有 2 例死于脑疝,而造成脑疝的主要原因是脑水肿、颅内高压,其次是脑干受压移位、继发出血、静脉回流受阻及动脉供血不足,因此有效控制颅内压增高是提高急性脑血管病患者抢救成功率的重要环节。首选 20%甘露醇 125~250mL 快速静滴,甘露醇脱水作用快,而且较持久,为目前首选的高渗性脱水剂,可同时给予速尿 20~40mg 或地塞米松 10~20mg 静推,速尿除有利尿作用外,尚可使脑脊液的生成率下降 40%~70%,尤适用于颅内高压伴有肾功能不全的患者。

3.4 控制血压 当血压过高时,可加重或诱发脑内出血或加重脑缺血、水肿,故对血压过高者要酌情处理。而发病时对颅内压升高,机体通过自身反射和升高血压来保证有效的脑灌注,因此降低颅内压是关键,颅内压下降了血压自然会下降^[2]。血压宜控制在 150~180mmHg/90~100 mmHg,降压不可过速

1.2 手术方法 所有病人术前均行 B 超检查。全身麻醉后,采用德国狼牌腹腔镜,分别在脐下(或脐上)、剑突下、右锁骨中线肋缘下 2cm 及右腋前线肋缘下 4cm 戳孔,置入腹腔镜操作器械,术中 CO₂ 气腹压力维持在 13~15mmHg。

1.3 结果 本组无死亡病例,术中因胆囊三角粘连严重、解剖不清中转开腹 2 例,术中胆囊损伤 2 例,经引流后治愈,术后经病理证实胆囊癌 2 例。手术时间 30~150min,平均 50min。本组病例术后 24h 恢复肠蠕动,术后第 1 天能进流质,可下床活动,术后住院时间 3~5d。

2 讨论

2.1 老年人胆囊疾病的特点 (1)生理机能下降,抵抗力差,对炎症反应迟钝,就诊时间较晚。(2)多伴有动脉硬化,易发生胆囊动脉痉挛、栓塞而致胆囊坏疽或穿孔。(3)多有长期胆囊炎反复发作病史,粘连重,胆囊三角解剖不清,甚至发生胆囊与胃、十二指肠、横结肠内漏。(4)存在心脑血管、呼吸系统及肝肾疾病和糖尿病,对手术和麻醉的耐受力较低,以防止引起脑供血不足,加重脑损害。若血压>200/110mmHg 或有高血压脑病可选用硝普钠 25mg 加入 500mL 液体中缓慢静滴,一般 1~2mg/(kg·min)用起,根据血压调整滴速。

3.5 病人转运 对病人转运关键是要把握好转运的时机区别对待:(1)病情较轻生命体征平稳者,接诊后给予一般用药或不用药立即转运;(2)病情较重者,给予控制或预防脑水肿后迅速转运;(3)病情严重出现颅内高压或脑疝症状者,给予有效降颅压使病情有所缓解(如瞳孔由散大不对称转为缩小或等大,抽搐停止,昏迷变浅等)后及时转院;(4)转运要取得患者家属的理解配合^[3]。转运途中要密切观察患者意识、瞳孔、生命征、有无抽搐,给予相应处理,防止窒息,保持车速平稳,避免颠簸。

参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2005. 2 664-2 665
[2]杨义,任祖渊.高血压性脑出血的治疗进展[J].国外医学·脑血管分册,1995,3 (1): 251
[3]阮海林,吴华容,卢丹,等.1001 例急性脑卒中患者院前急救与转运[J].广西医学,2007,29 (2): 197-198

(收稿日期: 2009-04-24)

克氏针合钢丝治疗锁骨骨折 32 例体会

刘小胜 孙昌荣 刘小明 陈朝晖

(江西省万安县中医院 万安 343800)

关键词:克氏针;钢丝;锁骨骨折

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0077-02

笔者采用克氏针钢丝治疗锁骨骨折 32 例,取得满意疗效。现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 锁骨骨折 32 例,男 20 例,女 12 例;年龄 20~55 岁,平均 36.5 岁;新鲜骨折 30 例,受伤到就诊时间最短 20min,最长 5d,平均 1.8d,陈旧性骨折 2 例,分别为 13d、11d;左侧 19 例,右侧 13 例。

1.2 手术方法及术后处理 采取颈丛神经阻滞麻醉或臂丛神经麻醉,患肩垫枕,常规消毒术区,以骨折端为中心,沿锁骨长轴切口,长 3~5cm,逐层切开,显露锁骨骨折端,清除骨折端瘀血块后,冲洗切口,试行骨折复位后放开,用科克钳将骨折近折段提起,首先用 1 枚直径 1.5mm 的克氏针自内侧骨折

端用电钻钻入,从锁骨内侧前面骨皮质出针,并将其拔出,用同样的克氏针 1 枚自远侧骨折端穿入,从锁骨外侧骨皮质出针,也将其拔出。然后,用 1 枚直径 2.0mm 或 2.5mm 克氏针两端剪成尖状,沿细克氏针通道从近端逆行穿出,针尾与近折端刚好平齐,复位骨折,碎片用钢丝捆扎,维持骨折复位稳定的情况下,用电钻将克氏针从近端顺行钻入骨折远段,使克氏针刚好穿出远折段骨皮质,克氏针固定紧,不容易松动,针尾打弯,头磨成钝圆状,埋于锁骨内侧皮下,活动肩关节,见锁骨固定稳定后,切口以 0.5%甲硝唑冲洗,置橡皮引流片,缝合切口并包扎,合并症做相应处理^[1]。常规抗感染治疗,术后三角巾悬吊患肢,2d 后拔除引流片,10d 拆除缝线,3~4 周开始小范围肩关节功能锻炼,并逐渐加大活

差。女性病人较男性病人存在以下不同:(1)部分老年病人肥胖明显,尤其存在腹部脂肪堆积,加之女性腹部肌肉薄弱,腹部因妊娠等原因使腹壁松弛,腹壁各层呈分离状态,因而不利于气腹建立。(2)老年女性病人反复发作妇科炎症,导致下腹粘连的发生率较高。鉴于老年女性存在以上特点,行 LC 术前应充分评估,采取针对性措施,才能有效地避免中转开腹或并发症的发生。

2.2 围手术期处理 重视围手术期处理和术后监护对提高 LC 手术的成功率及降低并发症的发生率尤为重要。术前应充分评估,多科协作,尽快有效处理,使病人身体处于最佳状态,能很好地耐受麻醉和手术。高血压病人应将血压控制在 140~90mmHg/100~60mmHg;对慢性支气管炎病人术前改善呼吸功能,控制感染,解除支气管痉挛;糖尿病病人血糖应控制在 5.6~11.2mmol/L 以下;心脏病病人心功能评定在二级以内,无严重心率失常。行腹腔镜手术时气腹高碳酸血症对病人心肺功能、肾脏血流动力学、颅内压及免疫系统均有一定的影响,因此术后应加强对心、肺、脑、肾等器官功能的监测,必要时转入 ICU 监护治疗,以防范心源性猝死、呼吸衰竭、脑血管急症、代谢紊乱及糖尿病酮症酸中毒的发生,确保病人的安全^[1]。

2.3 术中处理 手术操作应轻柔,牵拉胆囊的力度

适中,以免撕破胆囊、胆管。对粘连的处理,我们的体会是:紧贴胆囊体钝性剥离,边吸边剥,“宁伤胆囊,不伤胆管”^[2]。水肿明显时,可用吸引棒钝性剥离,可以从胆囊三角前、后路钝性剥离,边吸边剥,待胆囊管、胆囊动脉解剖清楚后方使用钛夹,尽量避免使用电钩和 5mm 分离钳剥离。胆囊床的处理也十分重要,因为急性炎症期水肿明显且反复发作,纤维化较明显,胆囊床若处理不当,易发生出血,易导致中转开腹。若胆囊床分离难度很大,可行胆囊大部分切除术,再用电凝电灼剩余胆囊黏膜,这样比较安全,可减少中转开腹。因急性胆囊炎炎症重,部分病人存在化脓、坏疽改变及胆囊中胆汁外漏等因素,因此腹腔引流为一种有效的补救措施,可以避免膈下脓肿发生,也有利于术后观察。LC 术中如发生粘连严重、解剖不清、出血较多时,或术中怀疑为胆囊癌者,应中转开腹。总之,对老年人行 LC 术时风险大、难度高、技术要求严格,但只要掌握好适应证,术者有丰富的 LC 经验,术式仍是安全可行的。

参考文献

[1] 黎介寿. 腹腔镜手术对生理功能的影响 [J]. 中国微创外科杂志, 2002,2(1): 1-3
[2] 沈万川,张丽霞,陈哲,等. 腹腔镜胆囊切除术在老年人急性胆囊炎中的应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2006,11(6): 529-531

(收稿日期: 2009-05-12)