

# 178 例高龄患者腹腔镜胆囊切除术临床分析

汪 辉(四川省绵阳市第三人民医院普外科 621000)

**【摘要】** 目的 探讨 80 岁以上患者腹腔镜胆囊切除术(LC)的可行性。方法 回顾分析 178 例 80 岁以上患者行腹腔镜胆囊切除术的临床资料。结果 178 例患者均成功行腹腔镜胆囊切除术,均治愈出院,平均住院天数 9.8 d。结论 术前积极处理并发症,尽量缩短手术时间,LC 对高龄患者仍是安全可靠的。

**【关键词】** 高龄患者; 腹腔镜; 胆囊切除术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.024 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)24-2992-02

**Clinical analysis of 178 cases of laparoscopic cholecystectomy of elderly patients** WANG Hui (Department of General Surgery, Third People's Hospital of Mianyang City, Sichuan 621000, China)

**【Abstract】 Objective** To study the feasibility of laparoscopic cholecystectomy (LC) in patients over the age of 80. **Methods** 178 patients over 80 years old who underwent LC in our hospital were analyzed retrospectively. **Results** All patients who accepted LC successfully were healed. Average hospitalization time was 9.8 days. **Conclusion** LC could be safe for patients over 80 years old, and complications are controlled effectively and the operation time is made as short as possible.

**【Key words】** elderly patient; laparoscopic; cholecystectomy

随着社会老龄化趋势的发展,80 岁以上高龄患者胆囊结石发病率越来越高。为了提高生活质量,更多的高龄患者选择了腹腔镜胆囊切除术对胆囊结石进行彻底的治疗。本院自 2002 年 1 月至 2010 年 12 月共对 178 例 80 岁以上高龄患者施行了腹腔镜胆囊切除术,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2002 年 1 月至 2010 年 12 月本院胆囊结石住院患者 178 例,男 81 例,女 97 例,年龄 80~95 岁,平均 84.3 岁,均有一次或多次右上腹疼痛病史,并经腹部 B 超检查确诊。131 例合并各种并发症,以冠心病、高血压、慢性阻塞性肺病、糖尿病等多见。

**1.2 术前准备** 术前均常规行肝功能、肾功能、胸片、心电图、超声心动图、心功能及肺功能等检查。积极治疗并发症,必要时请内科及麻醉科医生会诊,确保可耐受麻醉及腹腔镜手术。值得注意的是,高血压患者手术当日早晨应继续服用降压药物,避免进入手术室时因停药引起血压急骤升高。

**1.3 手术方法** 麻醉选择全麻气管插管,头高左侧卧位,术中气腹压控制在 10~12 mm Hg,常规采用三孔法切除胆囊,三孔法切除困难则采用四孔法,手术时间为 20~84 min。术中密切监测患者血压、心率、血氧饱和度等,同时根据术中具体情况决定是否放置引流管。

**1.4 术后治疗** 术后常规使用抗生素预防感染,不常规使用止血药(除非炎症严重导致手术创面渗血较多,单次使用),严格控制液体输入量,不超过 2 000 mL 为宜,同时控制输液速度。术后鼓励患者咳嗽,协助排痰,常规给予雾化吸入治疗。嘱患者术后早期进食及下床活动。

## 2 结果

本组患者均成功行腹腔镜胆囊切除术,手术时间 20~84 min,术中出血量 5~150 mL,平均 25.6 mL,26 例放置腹腔引流管,连续 24 h 无引流液即拔管,均在术后 1~3 d 拔除。术后无胆漏、出血、腹腔感染及肺部感染等并发症出现,均治愈出院,平均住院 9.8 d。

## 3 讨论

胆囊结石的患病率随年龄的增长而增高<sup>[1]</sup>,外科胆囊切除

术仍然是其首选治疗方式。但老年患者常合并冠心病、高血压、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病等老年人相关疾病,且器官储备功能下降,传统的开腹手术创伤大、出血多、恢复慢,且术后上腹部切口疼痛及长期卧床,影响呼吸及循环功能,导致肺部感染、双下肢深静脉血栓形成等并发症的发病率和病死率增高。因此,传统开腹手术对高龄患者而言耐受差、风险大,但随着腹腔镜手术的开展,年龄已不再是手术禁忌证。只要高龄患者主要器官功能正常或接近正常,同样能耐受手术。腹腔镜胆囊切除术因其创伤小,手术时间相对短,对胃肠道影响小,术后恢复快,明显优于传统开腹手术<sup>[2-3]</sup>。腹腔镜胆囊切除术目前已成为治疗胆囊结石的金标准<sup>[4]</sup>,如何加强围术期安全管理、提高高龄患者行腹腔镜胆囊切除术的手术技巧,这是腹腔镜手术在高龄患者中应用所关心的问题。腹腔镜手术的开展充分体现了其在老年医学领域的优势,亦是目前关注的热点之一。

术前的积极准备是围术期提高手术安全性的首要条件。术前应详细询问病史,尤其是既往史(有无高血压、糖尿病、冠心病等),仔细全面查体并结合辅助检查结果,正确评估各器官功能以及对全麻、手术和气腹压的耐受性,准确评估患者手术危险因素<sup>[5]</sup>。为降低手术危险因素对高龄患者行腹腔镜胆囊切除术的手术风险,积极治疗患者的并发症,如高血压、糖尿病、冠心病、慢性阻塞性肺病等,将合并有这些慢性疾病的高龄患者各重要器官功能调整至接近正常,或使病情处于相对稳定状态。

术中理想的麻醉、良好的监护及熟练的手术操作是高龄患者腹腔镜胆囊切除术成功的保障。理想的麻醉能使患者腹部肌肉充分松弛,保证有良好的术野及手术操作空间。建立气腹时应缓慢进气,速度低于 6 L/min 为宜。在保持良好的手术操作空间前提下,尽量保持较低的气腹压,气腹压控制在 10~12 mm Hg,能避免因气腹压力过高引起的膈肌上抬,腔静脉受压对呼吸、循环功能的影响。术中常规对患者进行心电监护和呼吸循环功能的监测,如有心率降低、氧饱和度下降等异常情况,应及时正确处理,尽量少用或不用可能会对合并疾病产生不良影响的药物。高龄患者胆囊疾病一般病程较长,且多反复发作,胆囊三角区粘连严重,胆囊结石较大、数量较多,胆囊易萎

缩及胆肠内瘘的发病率也较高,增加了手术难度<sup>[6]</sup>。所以,高龄患者的腹腔镜胆囊切除术应由手术经验丰富、技术熟练的医生操作,尽量缩短手术及麻醉时间,这样才能提高高龄患者的手术成功率。与此同时,术中尽量显露出良好术野,正确辨认“三管-壶腹”的关系,对于胆囊三角严重粘连者,谨慎分离时不能过分追求解剖关系,强调裸露胆囊三角及解剖关系,势必增加损伤肝外胆管的风险。因此,只要能分辨出壶腹部与胆管交接处,即可钳夹、离断该处胆囊管,警惕损伤肝外胆管<sup>[7]</sup>。对胆囊体积肿大明显、张力极高、手术操作困难的患者,可经胆囊底减压,胆囊体积缩小,张力降低后再游离;对胆囊壁及周围层次不清或萎缩性胆囊炎患者,可采用胆囊大部分切除术,不强求完整的胆囊切除<sup>[8]</sup>。采用胆囊大部分切除术,首先取尽胆囊结石,切除大部分胆囊壁,残余胆囊黏膜可电凝烧灼处理。

术后严格控制液体输入量及速度,患者各器官代偿功能因年龄增大而减退,如输入量过多、速度过快等可能导致心脏负荷过大而发生心力衰竭、肺水肿等并发症<sup>[9]</sup>。术后第 1 天输入液体总量控制在 2 000 mL 以内,且应匀速、缓慢输入。同时术后常规使用抗生素预防感染,可减少肺部并发症的发生,同时积极给予雾化吸入,鼓励患者咳嗽,协助排痰。术后患者应早期进食、活动,以促进早日康复。

只要全面检查和积极术前准备,控制好并发症,操作技术熟练,腹腔镜胆囊切除术对高龄患者是安全、可靠的。

参考文献

[1] Uecker J, Adams M, Skipper K, et al. Cholecystitis in the

octogenarian; is laparoscopic cholecystectomy the best approach? [J]. Am Surg, 2001, 67(7): 637-640.

[2] 杨鑫,王旭东,仪孝信,等. 高龄结石性急性化脓性胆囊炎 56 例[J]. 现代外科杂志, 1999, 5(2): 26-28.

[3] 王雨,戴睿武,阎勇,等. 老年急性胆囊炎开腹胆囊切除与腹腔镜胆囊切除术的选择策略(附 149 例报道) [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2009, 16(7): 563-565.

[4] Osborne DA, Alexander G, Boe B, et al. Laparoscopic cholecystectomy: past, present, and future[J]. Surg Technol Int, 2006, 15(1): 81-85.

[5] 张会健,陶凯雄. 老年人腹腔镜胆囊切除的临床评价与风险防范[J]. 腹腔镜外科杂志, 2004, 9(1): 27-29.

[6] 徐应臣,巫骏川,江燕红,高龄患者腹腔镜胆囊切除术 91 例临床分析[J]. 现代医药卫生, 2008, 24(10): 1454-1455.

[7] 李金明,张陵武,温济民. 高龄、高危、高难度腹腔镜胆囊切除术及主要合并症的处理[J]. 中国内镜杂志, 2005, 11(7): 762-764.

[8] 阮成荣,周华,刘厚宝,等. 老年人腹腔镜胆囊切除术的围术期处理(附 176 例报告) [J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(7): 26-27.

[9] 高伟,梁晶,曾衍晴,等. 老年患者经腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术的治疗体会及比较[J]. 国际医药卫生导报, 2006, 12(9): 14-17.

(收稿日期:2011-09-15)

(上接第 2991 页)

2.54)mmol/L, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 说明血糖增高与预后有关, 而且血糖越高、持续时间越长, 预后越差。

3 讨论

重度颅脑损伤病死率、致残率高, 残废程度严重, 为提高其抢救成功率, 需要对其伤情程度及其变化给出快捷、准确的判断, 以期及时制订出正确的救治方案。为此, 探索一种简便、快速的伤情与预后判断方法极为重要, 尤其在 CT 等高昂设备的乡镇医院更为迫切。

急性颅脑损伤时, 机体处于应激状态, 交感-肾上腺髓质系统过度兴奋, 儿茶酚胺浓度升高, 促使胰高血糖素分泌增加, 后者可促进分解代谢、糖原分解和糖异生作用增强, 从而使血糖升高<sup>[2]</sup>。本组资料发现, 重度颅脑损伤患者伤后 24 h 血糖值均有不同程度升高, 且与 GCS 评分(损伤程度评分)呈显著负相关 ( $P < 0.01$ )。受伤 12 h 内血糖值越高, 伤情越重, 与国内外相关实验及临床研究结论一致<sup>[3-4]</sup>; 而且 24 h 内血糖持续升高, 提示伤情继续加重。这可能系重度颅脑损伤影响下丘脑、垂体前叶功能与靶腺轴结构, 加之随后出现的肺部感染等并发症刺激交感神经和丘脑、脑垂体, 使胰高血糖素和胰岛素比值增加, 造成糖原异常消耗, 葡萄糖利用障碍, 胰岛素抵抗, 内源性生糖大大增加, 致血糖控制困难<sup>[1]</sup>。本研究证明, 伤后 24 h 内测定血糖值有助于判断颅脑损伤的严重程度, 给临床诊断与治疗提供重要参考依据。

本研究还发现, 急性颅脑损伤患者高血糖程度与其预后关系密切, 即伤后 24 h 血糖值越高, 其预后越差, 如血糖难以控制而持续增高, 预示患者预后更差 ( $P < 0.01$ )。这可能与高血糖能加重脑组织的损伤、脑水肿、肺部感染等并发症有关<sup>[5-6]</sup>。

本研究同时还发现, 血糖控制在 13 mmol/L 以下的颅脑损伤患者, 预后较好。

综上所述, 对急性颅脑损伤患者进行血糖监测, 既可以反映损伤程度, 又可提示其转归。同时, 血糖监测方法简便、快捷, 运行成本低廉, 不仅易于普及推广, 而且还能给临床调整治疗方案提供快速的实验室依据。

参考文献

[1] Rosner MJ, Newsome HH, Becker DP. Mechanical brain injury; the sympathoadrenal response [J]. J Neurosurg, 1984, 61(1): 76-86.

[2] Clifton GL, Robertson CS, Kyper K, et al. Cardiovascular response to severe head injury [J]. J Neurosurg, 1983, 59(3): 447-454.

[3] Rovlias A, Kotsou S. The influence of hyperglycemia on neurological outcome in patients with severe head injury [J]. Neurosurgery, 2000, 46(6): 335-343.

[4] 张赛, 杨树源, 王明璐. 急性脑损伤后儿茶酚胺与血糖深度变化及其意义 [J]. 中国危重病急救医学, 1996, 8(2): 7.

[5] Rovlias A, Kotsou S. The influence of hyperglycemia on neurological outcome in patients with severe head injury [J]. Neurosurgery, 2000, 46(2): 335.

[6] 蔡朝民, 曹建华, 陈群蓉, 等. 颅脑损伤患者血清 C-反应蛋白和血糖水平的动态变化及其意义 [J]. 检验医学与临床, 2009, 6(9): 650-651.

(收稿日期:2011-10-09)