

· 临床经验 ·

老年人大肠穿孔与坏死 29 例临床分析

卢小可 李鸢 陈龙宇 葛华 唐岱

老年人大肠穿孔与坏死是腹部外科较为常见的急腹症,多数患者病情危重。引起本病的原因多,术前误诊率高,病情发展迅速,发病急、并发腹膜炎,并发症发生率、死亡率高。本文就2006年1月至2011年12月我院60岁以上大肠穿孔与坏死29例患者临床资料进行回顾性分析,对临床特点、围手术期处理进行总结,为提高此类患者的诊治水平提供帮助。

一、资料与方法

1. 一般资料:本组男12例,女17例。年龄60~86岁,平均年龄70.5岁。入院前均有不同程度的腹痛、腹胀等症状。其中有慢性腹痛病史15例,突发腹痛17例。既往有便秘病史11例,高血压病史12例,糖尿病病史8例,冠心病和传导异常16例,心肌梗死病史3例,帕金森病2例。长期卧床2例。既往一次手术史6例,二次手术史2例。术前体温升高13例,白细胞升高18例。术前休克血压4例,血压升高15例。心率90~120次/min 13例,>120次/min 6例。指脉氧90%~95% 7例,<90% 1例。不同程度脱水、酸中毒17例,低蛋白血症16例,贫血9例。术前腹部CT检查29例:见游离气体13例,提示腹膜炎20例,肠梗阻征象23例,提示大肠癌8例,乙状结肠扭转4例。腹部超声27例:提示肠壁水肿、肠腔积气积液25例,腹腔积液16例。

2. 诊断与治疗:入院均诊断为腹膜炎。但术前病因学诊断困难,仅诊断结肠癌并穿孔8例,乙状结肠扭转肠坏死4例,医源性穿孔1例,确诊率44.8%(13/29),误诊率55.2%(16/29)。术后诊断大肠穿孔21例,包括合并部分坏死16例。其中升结肠憩室穿孔2例,特发性左半结肠穿孔3例,医源性穿孔1例,升结肠癌并穿孔4例,横结肠癌并穿孔2例,降结肠乙状结肠癌并穿孔6例,直肠上段癌并穿孔3例。大肠坏死8例,其中粪性肠坏死2例,乙状结肠扭转肠坏死5例,肠黏连压迫回盲部坏死1例。术前经积极补液、抗炎等治疗,全部患者皆行手术治疗。一期切除吻合15例,Hartmann手术12例,1例结肠肝曲肿瘤局部浸润行盲肠造瘘术,1例横结肠癌浸润胰腺体尾部行近端横结肠造瘘术。术后25例进入ICU监护治疗。

二、结果

并发症发生情况:(1)手术相关并发症:切口感染12例,脂肪液化3例,切口裂开2例,吻合口瘘1例;(2)全身性并发症:肺炎、肺不张12例,肾功能不全3例,肝功能损害2例,中毒性心肌炎1例,中毒性休克7例,炎症反应综合征21例。本组并发症发生率89.7%(26/29)。死亡率31.0%(9/29)。死亡原因:多器官功能衰竭4例,呼吸功能衰竭2例,心功能衰竭1例,肾功能衰竭1例,自动出院院外死亡1例。

三、讨论

老年化的特点是机体组织和脏器功能不断发生退行性变,

储备能力和代偿功能减退。本组均老年患者,平均年龄70.5岁,我们总结有以下特点:(1)全身情况差,抗病能力和抗手术打击能力弱,多数患者伴有慢性疾病史。(2)伴发疾病多医疗风险高,多数患者需要多学科联合治疗。(3)病情危重,全部患者皆有腹膜炎表现,老年患者对腹腔炎症刺激反应性降低,腹部体征早期表现不典型,患者对自身症状的描述不清楚,给临床医师准确判断病情带来了困难。(4)病情发展迅速。结肠内含有大量细菌,肠穿孔与坏死后导致腹腔污染,引起腹腔的弥漫性炎症,细菌大量繁殖和毒素吸收,同时肠功能紊乱,肠屏障功能损害,腹腔内大量渗出造成水、电解质平衡紊乱,导致休克和炎症反应综合征等,危及患者的生命。(5)术前病因准确诊断困难,误诊率高。由于本病缺乏特异性的临床表现,加之好发者多为老年患者,感觉迟钝不能准确描述病史,临床表现不典型,发病早期多未能及时就诊^[1]。另一方面大肠穿孔与坏死患者病情急、重,不允许临床医师做更多的详细的辅助检查。因此误诊率较高。(6)术后并发症发生率、死亡率高。由于病情的严重性,结肠肠壁血运差,肠腔内细菌含量多,一旦穿孔难以自然愈合,会导致弥漫性腹膜炎、感染性休克、多器官功能衰竭等,死亡率高^[2];有报告手术死亡率10%~56%。本组并发症发生率89.7%,死亡率31.0%。

大肠穿孔与坏死患者一经确诊应积极抗休克,抗感染,纠正水电解质紊乱,迅速改善全身情况,行急诊手术是目前最有效的治疗措施^[3]。手术以治疗原发疾病以及有效延长患者生命为目的。所以加强围手术期处理对提高生存率尤显重要:(1)积极术前准备,缩短术前准备时间。由于老年人对炎症刺激反应性降低,对于肠坏死早期、穿孔小、肠内容物溢出少的患者,患者腹膜炎体征往往表现不明显。当出现弥漫性腹膜炎时,病情发展迅速,病情危重,严重影响了患者的预后。所以,出现腹膜炎体征时,应积极诊断性腹腔穿刺^[4],病情允许积极做CT、超声检查,若穿刺涂片有脓细胞,或CT、超声提示有游离气体、积液等,综合分析判断。积极术前准备,补液纠正水、电解质平衡紊乱,应用广谱抗生素等,在病情允许的情况下尽早手术。Guyton等报道粪性腹膜炎在接受初步支持治疗后立即手术,围手术期死亡率23%^[5]。(2)个体化的手术方式和损伤控制性手术原则。老年人全身机能储备降低而且往往伴随着多系统的慢性疾患,手术耐受力较低,故文献中年龄被确定为术后会出现较高并发症发生率和死亡率的独立指标^[6]。根据术中探查情况以及患者全身情况综合评估,选择手术方式力求简单有效,尽量缩短手术时间,符合疾病治疗原则。要求达到的不是“手术成功”,而是“治疗成功”^[7]。对局部肿瘤如有切除可能者,应尽量一期切除,这类患者进行二期切除手术的可能性极小^[8,9]。(3)加强围手术期处理和营养支持治疗。鉴于本组患者的特点,围手术期处理贯穿患者治疗的全过程。围手术期处理应注意:合理应用抗生素,全身情况稳定后给予TPN营养支持,积极治疗并存疾病,防止肺部感染等术后并发症,这些是保证患者顺利康复的关键^[10]。对伴有糖尿病的患者,多数学者认为糖尿病患者围手术

期血糖应稳定于轻度高水平状态(6.7~10.0 mmol/L),过于严格地控制血糖会增加低血糖的风险,低血糖易引发心血管事件,尤其对老年糖尿病患者危险性更大^[11]。对进入ICU治疗的患者,手术医师要参与治疗,以防只注意器官支持,而未注意切口、引流管、造瘘口等外科情况的处理而发生并发症。

综上所述,大肠穿孔与坏死患者是腹部外科的急诊与重症,病情复杂,手术风险高。有腹膜炎就有手术指针,不应追求术前准确的病因学诊断,做过多的术前检查,缩短术前准备时间,根据病情选择个体化的手术方案,以抢救生命为最终目的,加强围手术期处理是这类患者抢救治疗得以康复的关键。

参 考 文 献

- [1] 李爱国,陈浩,何俊,等. 特发性大肠破裂6例分析. 中国误诊学杂志,2006,6:970-971.
- [2] 杨永平,刘铜军,谭毓铨,等. 自发性大肠破裂2例. 中国实用外科杂志,2008,28:1003-1004.
- [3] Bielecki K, Kamiński P, Klukowski M. Large bowel perforation: morbidity and mortality. Tech Coloproctol,2002,6:177-182.
- [4] 严秋亮,朱锦辉. 特发性乙状结肠破裂误诊分析. 浙江临床医学,

2006,8:1313.

- [5] 黄国华,江国英. 老年人弥漫性腹膜炎治疗53例分析. 中国误诊学杂志,2006,6:558-559.
- [6] 毛志海,陆爱国,冯波,等. 老年人结肠肿瘤的微创手术治疗. 中国实用外科杂志,2005,25:556-558.
- [7] 黎介寿. 腹部损伤控制性手术. 中国实用外科杂志,2006,26:651-662.
- [8] 袁琮,李俊生,嵇振岭. 结肠癌直肠癌致肠梗阻的外科治疗进展. 实用临床医药杂志,2009(6):14-16.
- [9] 于金海,所剑,王权,等. 老年胃十二指肠溃疡穿孔患者行腹腔镜与开腹修补术近期疗效分析[J/CD]. 中华损伤与修复杂志:电子版,2009,2:36-38.
- [10] 吕永锋,冯光华,叶永茂,等. 自发性乙状结肠破裂的临床诊治. 浙江医学,2007,29:741-742.
- [11] 韩萍. 合并糖尿病老年患者围手术期处理. 中国实用外科杂志,2009,29:115-117.

(收稿日期:2013-04-25)

(本文编辑:马超)

卢小可,李莺,陈龙宇,等. 老年人大肠穿孔与坏死29例临床分析[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2013,7(12):5660-5661.

中华医学会
CHINESE MEDICAL ASSOCIATION
1915