

老年患者腹腔镜胆囊切除术 412 例

武金虎 贾元利 苗山 侯利华 郑皓 (武警总医院腹腔镜科,北京 100039)

【摘要】 目的 探讨老年患者腹腔镜胆囊切除术(lapamscopic cholecystectang LC)的特点。方法 回顾性分析 1998 年 1 月~2008 年 1 月我院收治的 412 例老年患者的临床资料。结果 402 例顺利实施 LC,中转开腹手术 10 例,其中 7 例胆囊三角粘连严重,2 例术中出血量较大且难以控制,另 1 例为胆总管损伤。3 例术后出现胆漏,2 例经保守治疗,1 例经腹腔镜再次探查术后均治愈。LC 时间 30~122 min(平均 50 min),所有患者术后均痊愈出院。术后随访 6~12 个月(平均 9 月),无腹痛、发热、黄疸等并发症。结论 在必要的围手术期处理、严谨的手术操作的前提下,老年患者行 LC 是安全、可行的。

【关键词】 腹腔镜胆囊切除术 老年患者 **【中国图书分类号】** R657.4

Laparoscopic cholecystectomy in elderly patients: A report of 412 cases

WU Jinhu, JIA Yuanli, MIAO Shan, HOU Lihua, and ZHENG Hao. General Hospital of Chinese People's Armed Police forces. Beijing 100039, China

【Abstract】 Objective To investigate the characteristics of laparoscopic cholecystectomy(LC) in the elderly patients. **Methods** A retrospective analysis was made on clinic data of 412 elderly patients treated by LC in this hospital between January 1998 and January 2008. **Results** The LC was successfully performed in 402 patients, the other 10 patients were converted to open surgery because of massive adhesion at the Calot's triangle(7 cases), uncontrollable wound hemorrhage(2 cases) and common bile duct injury (1 patients). Bile leakage occurred in 3 cases, 2 cases underwent conservative treatment, 1 case received exploratory laparoscopy. The operation time lasted 30 - 122 min(mean, 50min). The postoperative recovery was uneventful in all the patients. No postoperative abdominal pain or fever occurred in the recent following up. **Conclusions** Laparoscopic cholecystectomy is acceptable and safe for the elderly patients. Proper preoperative management and careful surgical performance are essential to the success of surgery.

【Key words】 Laparoscopic cholecystectomy Elderly patients

随着医疗状况的逐步改善,我国已步入老龄化社会,随之而来老年患者手术所占的比例也逐年增加。胆囊良性疾病是老年患者的常见病、多发病之一。有报道表明,80 岁以上老年患者胆结石患病率可高达 38%~53%^[1,2]。有症状胆囊结石患者也会随着增加^[3,4]。与青、中年患者相比,老年患者体弱、多病,心、肺等重要脏器储备功能较差,术前往往合并有心、脑、肺血管病及糖尿病等。因此,对于老年患者腹腔镜胆囊切除术顾虑较大。本研究总结分析了 1998 年 1 月~2008 年 1 月我院 412 例老年患者行 LC 术的临床资料,旨在探讨老年患者 LC 的安全性及可行性。

1 对象和方法

1.1 对象 412 例中,男 172 例,女 240 例;年龄 60~84 岁,平均 66.7 岁;病史 2~21 年。所有病例均经二级以上医院 B 超诊断,部分病例联合 CT 或

MRCP 诊断。其中胆囊结石伴急性胆囊炎 49 例,颈部结石嵌顿伴急性胆囊炎 13 例(急性症状缓解后 2~3 周),胆囊结石伴胆源性胰腺炎 11 例,胆囊结石伴慢性胆囊炎 315 例,胆囊隆起样病变 24 例。合并高血压病 119 例,冠心病 21 例,糖尿病 46 例,慢性支气管炎、支气管哮喘、阻塞性肺气肿 39 例,肝硬化 21 例,脑梗死后后遗症(偏瘫)2 例;有 2 种或 2 种以上合并症 31 例。有胃大部切除手术史 17 例,下腹部手术史 32 例。

1.2 术前处理 合并高血压病患者入院后定时监测血压,嘱其继续规律口服降压药,血压过高者(>180/110 mmHg),请心内科会诊,调整术前血压稳定在 150/100 mmHg 左右。术前给予心理辅导并可加用药物保证睡眠;合并冠心病者术前 2~3d 停用抗凝药物,有心电图 ST-T 段改变或心肌梗死病史的患者术前常规行超声心动图检查以了解心脏的功能情况;合并呼吸系统疾病者术前嘱患者戒烟,教授其肺功能锻炼方法,对轻、中度阻塞性肺功能障碍者术前可给予对症处理,保持呼吸道通畅;合并糖尿病者术前可暂停用口服药,均常规改用普通胰岛素皮下

作者简介:武金虎,男,1962 年出生。本科学历,副主任医师。主要从事普通外科、微创胆道外科工作。

注射,使空腹血糖控制在 8 mmol/L 以下,合并尿糖阳性者须使尿糖转阴;低蛋白血症及贫血患者,术前应尽量予以纠正。

1.3 方法 所有患者均在气管插管全麻下行 LC 术。针对老年患者的特点,在手术当中,我们注意:(1)采用标准四孔法行腹腔镜胆囊切除术,即脐部选取 A 孔,剑突下选取 B 孔,右侧肋缘下选取 C 孔及 D 孔,这有利于更清晰的暴露术野,缩短手术时间;(2)为减少 CO₂ 气腹对心肺功能的影响,常规把腹压控制在 10 mmHg 左右,头高脚低 10°~15°,左侧倾斜 10°;(3)常规解剖胆囊三角,谨慎处理胆囊管及血管,绝大部分顺行切除,必要时顺逆结合切除胆囊;(4)若术中有胆汁污染或考虑术后可能存在安全隐患时放置腹腔引流管。

1.4 术后处理 术后患者清醒后拔除气管插管,对合并心肺功能障碍的患者,检测各项指标稳定后离开手术室,返回病房后继续进行心电监护,监测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度等。合并高血压患者可给予静滴硝酸甘油或硝普钠控制血压,冠心病患者术后连续静滴硝酸甘油以预防心绞痛、心肌梗死及严重心律失常的发生,待患者排气进食后再逐步过渡到口服药物治疗,需严格控制液入量,尽量减轻循环负荷。对呼吸系统疾病合症者术后常规行雾化吸入,鼓励拍背促咳,以预防肺部感染的发生。术后根据情况 1~3 d 拔除腹腔引流管。

2 结果

10 例中转为开腹手术(2.4%), LC 手术成功率 97.6% (402/412)。手术时间 30~122 min,平均 50 min,7 例因 Calot 三角粘连严重、胆囊三角呈冰冻样改变、解剖关系不清而中转为开腹手术,2 例因分离胆囊床时出血较多(约 400 ml)中转开腹。1 例颈部结石嵌顿,胆总管与胆囊颈部粘连紧密,电钩分离粘连时灼伤胆总管,中转开腹行胆总管探查、T 管引流术;3 例术后胆汁漏,2 例量少,低于 100 ml/d,给予抗感染,加强营养支持后分别于术后第 3~5 天停止胆漏,1 例再次行腹腔镜探查,术中发现胆囊管钛夹脱落,给予重新放置腹腔引流管。术后患者均痊愈出院。其中 308 例术后随访半年,无腹痛、发热、黄疸等并发症。

3 讨论

本组老年患者由于机体主要脏器功能呈生理性衰退,且多伴有高血压病、冠心病、呼吸系统疾病、

糖尿病等慢性合并症,体质虚弱,对手术耐受能力较差,且胆囊疾患的发作同时加重了呼吸、循环、内分泌系统等合并症的症状。LC 因其创伤小、术后恢复快等优点为老年患者胆囊良性病变的手术治疗提供了新的途径。我们认为,很多老年患者因胆囊疾患病灶的切除,其一般状况也很快得到改善。本研究表明:在进行充分的术前准备,有效地控制并存疾病,加强围手术期的处理,每一患者充分贯彻个体化治疗原则的前提下,老年患者行 LC 具有明显优势,是值得提倡的。

3.1 术前评估 因老年患者具有其特殊的病理生理特点,故认真评估其手术危险因素,加强围手术期处理是提高老年患者 LC 成功率的重要保证。

3.2 围手术期处理

3.2.1 高血压及心血管疾病 本组中高血压病患者,给予对症处理后,使术前血压稳定在 150/100 mmHg 左右,冠心病和心电图有 ST 段、T 波改变的患者术前给予扩张冠状动脉药和营养心肌药,对于半年内无心绞痛发作,心功能 II 级以内,无频发室早、房早的患者安全的实施了 LC。

3.2.2 呼吸系统疾病 本组对于有慢阻肺和支气管哮喘的患者术前进行了血气分析和(或)肺功能评比,并给予吸氧、抗感染、锻炼呼吸功能和戒烟等。

3.2.3 糖尿病 在围术期,我们改用普通胰岛素控制血糖,将术前血糖降到 8 mmol/L 以下,尿糖(+)以下。

3.2.4 肝硬化 本组病例中对于合并肝硬化的患者,术前常规保肝治疗,肝功能达到 Child A 或 B 级后行 LC。

对老年患者急性结石性胆囊炎,发病时间 > 72 h,炎症明显的患者不主张行急诊 LC。因为老年患者并存疾病多,术前如果对机体各系统情况不了解,机体内环境紊乱未纠正,仓促手术可能导致严重后果。本组 49 例急性胆囊炎患者入院后给予抗感染,纠正水电解质平衡等治疗,待一般状况好转后再行 LC,手术效果良好。对于胆源性胰腺炎,待病情控制,全身情况稳定并排除了其他胆道系统病变后,我们尽早对其实施了 LC,防止胰腺炎复发,本组 11 例术后恢复良好。对老年慢性冠心病、高血压、慢阻肺、糖尿病及心电图异常等并存内科疾病,我们有针对性采取个体化治疗,待患者情况允许能承受手术术后行 LC。本组患者术后恢复良好,没有出现严重并发症。

3.3 手术操作 老年患者 LC,麻醉宜选用气管插

管全麻,且由于老年患者心肺功能欠佳,在不影响操作的前提下,尽量降低腹压。本组病例中,我们将术中气腹压力控制在 10 mmHg 左右,建立气腹时速度相对缓慢,未出现明显影响呼吸之情况。

本组资料和其他报道^[5-7]均已证明,95% 以上的老年胆囊切除手术可以用腹腔镜手术完成。但手术操作引起的并发症仍应引起高度重视,如胆管损伤^[8,9]、术中和术后出血^[10]、胆漏等。所以,腹腔镜外科医生更要注意防止和减少并发症的发生。我们认为:(1)老年患者手术中遇到因结石嵌顿胆囊管引起胆囊壁明显充血、水肿、胆囊积脓、胆囊张力高,钳夹胆管困难时,可先经胆囊底穿刺针刺减压,然后再用抓钳提起胆囊底部,或提起胆囊颈部向外下牵引显露 Calot 三角的 T 形结构,清晰辨认胆囊管-胆总管关系后再夹闭胆囊管,若使用可吸收夹,则夹闭更加牢靠。(2)必须熟悉胆管解剖及具备解剖变异的分辨能力。部分老年患者胆囊炎病程长,炎症反复发作,局部纤维样粘连,Calot 三角解剖结构不清,无明确解剖分离间隙,可先分离胆囊周围粘连,显露胆囊前壁和 Calot 三角,采取顺逆结合切除胆囊。分离胆囊管应寻找胆囊壶腹由粗变细衍变为胆囊管处,定位此处为手术分离起始点。先游离壶腹后间隙,提起哈氏袋,分离胆囊壶腹与胆囊管衍变点处浆膜,向右侧打开哈氏袋下方浆膜层、后三角浆膜,贴胆囊壶腹钝性分离后三角,再分离胆囊前三角,游离胆囊壶腹,以分离钳能经前三角轻松通过壶腹后间隙到达后三角为标准。再钩起胆囊管看清其后方和上方无带状组织相连,再予以钳夹、切断,这样既可预防右肝管、肝总管的损伤,又可预防胆囊管汇入右肝管或副肝管汇入胆囊管这两种解剖变异的副损伤。(3)在分离过程中切记不要随意切断管道,少数胆囊三角解剖不够肯定,则胆囊管可“夹而不断”,先逆行切除胆囊,最后再处理胆囊管及其血管。(4)胆囊三角区域尽可能用钝性冷分离为主,电凝热分离为辅,本组 1 例胆管损伤即是由于电钩分离胆囊管所致。这些措施可有效地降低医源性胆管损伤的发生率,减少术后并发症的发生,降低 LC 的中转开腹手术率。

3.4 术后处理 密切观察 P、R、BP、SpO₂ 的变化,麻醉尚未完全清醒者应随时唤醒,防止通气不足及舌后坠的发生。本组患者有内科合并症者术后继

续给予规律内科治疗,控制血压、血糖,维持呼吸、循环稳定。与此同时,需掌握补液速度及补液量,做到“量出为入”,尽量减轻心脏负荷;观察腹部症状及体征,放置引流管者应观察引流量及性状,以防腹腔内出血和胆汁漏。鼓励患者早期下床或在卧床期间帮助患者行肢体伸屈活动,预防深静脉血栓发生。我们的经验是:随着胆囊病灶的去除,老年患者全身疾患也很快得到全面改善。

综上所述,随着外科医生操作技术的日趋娴熟,老年患者 LC 适应证也逐渐放宽,只要经过行之有效的围术期处理,耐心细致的手术操作,老年患者行 LC 是安全可靠的,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] Kahng KU, Roslyn JJ. Surgical issues for the elderly patient with hepatobiliary disease - se [J]. Surg Clin North Am, 1994, 74: 345
- [2] Evers BM, Townsend CM, Thompson JC. Organ physiology of aging [J]. Surg Clin North Am, 1994, 74: 23
- [3] Morrow DJ, Thompson J, Wilson SE. Acute cholecystitis in the elderly: a surgical emergency [J]. Arch Surg, 1978, 113: 1 149
- [4] Pessaux P, Tuech JJ, Derouet N *et al.* Laparoscopic cholecystectomy in the elderly: a Prospective study [J]. Surg Endosc, 2000, 14: 291
- [5] 赵国强, 赵玉亭, 胡建设等. 老年急性胆囊炎腹腔镜手术风险和体会 [J]. 中国微创外科杂志, 2002, 2(1): 51
- [6] 程守服, 刘树清. 腹腔镜在老年患者胆囊疾病手术中的应用及主要合并症的处理 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2006, 11(5): 433
- [7] 涂胡勇, 姜川, 朱景德等. 老年急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除 [J]. 中国微创外科杂志, 2006, 6(3): 204
- [8] 刘玉德, 牛鸿九, 姜书明等. 腹腔镜胆囊切除术中预防肝外胆管损伤的体会 [J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(6): 534
- [9] 孙勇, 陈昌生, 陈峰等. 腹腔镜胆囊切除术并发肝外胆管损伤的诊治体会 [J]. 中国微创外科杂志, 2007, 7(2): 109
- [10] 宗明, 汤朝晖. 腹腔镜胆囊切除术血管损伤的原因探讨(附 33548 例报道) [J]. 中国微创外科杂志, 2002, 2(1): 44

(2008-08-30 收稿, 责任编辑 梁秋野)