

· 短篇论著 ·

恶性梗阻性黄疸的围手术期治疗

王强 游海波 张涛 余和斌

【摘要】 目的 探讨恶性梗阻性黄疸围手术期的处理对手术疗效的作用。**方法** 回顾性分析重庆市长寿区人民医院 2000 年 1 月至 2008 年 1 月收治的 47 例恶性梗阻性黄疸患者的临床资料,患者术前均未行减黄治疗,在围手术期采取纠正水、电解质紊乱,改善肝功能和营养不良等措施,进行肠道准备;患者一般情况改善后再行手术治疗。**结果** 47 例患者经手术治疗后,黄疸消退、临床治愈 31 例;黄疸减轻、临床好转 13 例;黄疸无减轻、临床无好转 3 例。术后因肝性脑病死亡 1 例、MODS 死亡 1 例、肿瘤晚期衰竭死亡 1 例。**结论** 对恶性梗阻性黄疸患者加强围手术期处理,选择适当的手术方式,可有效提高治疗效果。

【关键词】 黄疸,阻塞性; 围手术期; 治疗

恶性肿瘤引起的梗阻性黄疸(简称为恶性梗阻性黄疸)易对机体多个脏器、系统造成损害,大部分患者需要手术治疗,病死率较高。合理的围手术期处理是减少并发症和降低病死率的重要措施。本研究回顾性分析我科 2000 年 1 月至 2008 年 1 月收治的 47 例恶性梗阻性黄疸患者的临床资料,探讨围手术期处理对预后的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组恶性梗阻性黄疸患者 47 例,男 29 例,女 18 例;年龄 48~83 岁,中位年龄 59.5 岁。原发疾病:胰头癌 25 例,原发性肝癌(癌栓阻塞胆管)2 例,胆囊癌 2 例,胆管下段恶性肿瘤 13 例,肝门部胆管癌 5 例。术前合并高血压、冠心病 24 例,糖尿病 13 例,肾功能不全 4 例,慢性支气管炎或不伴肺气肿 10 例,陈旧性脑梗死 1 例,贫血 17 例,低蛋白血症 20 例,肝硬化 9 例。

1.2 治疗

1.2.1 围手术期治疗:对合并糖尿病的患者,采用胰岛素治疗,使空腹血糖控制在 10 mmol/L 以下。维持水、电解质平衡,按公式计算所得补液量的基础上增加 500~1000 ml,使尿量 >2500 ml/d,保护肾功能。术前 7~10 d 给予肠内和肠外营养支持,纠正贫血和低蛋白血症($Hb > 90$ g/L, $Alb > 30$ g/L)。补充维生素(尤其是维生素 K),给予制酸剂。术前 3 d 进半流质饮食,同时应用肠道抗生素(庆大霉素 + 甲硝唑),术前 2 d 改流质饮食,手术前 1 d 口服乳果糖清洁肠道。

1.2.2 手术方式:胰十二指肠切除 + 淋巴结清扫术 11 例,肝门部胆管癌切除术 1 例,肝门部胆管癌切除 + 肝叶切除术 1 例,胆囊切除 + 淋巴结清扫术 1 例,胆管切开取栓 + T 管引流术 1 例,胆管切开取栓 + 肝癌切除术 1 例,单纯肝胆管空肠 Roux-en-Y 吻合 11 例,空肠 Roux-en-Y 吻合 + 胃肠吻合术 5 例,PTCD 2 例,胆囊空肠袢式吻合术 10 例,单纯剖腹探查术 3 例。本组中有 15 例患者附加空肠造瘘。

2 结果

47 例患者均未行术前减黄治疗。经手术治疗,黄疸消退、临床治愈 31 例(TBil 由术前平均 186.7 $\mu\text{mol/L}$ 降至正常);黄疸减轻、临床好转 13 例(TBil 由术前平均 284.2 $\mu\text{mol/L}$ 降至术后平均 83.4 $\mu\text{mol/L}$);黄疸无减轻、临床无好转 3 例。术后发生并发症 15 例,其中胆汁漏 3 例,胰液漏 2 例,肺部感染 5 例,切口感染及脂肪液化 5 例,肾功能不全 3 例,急性心肌梗死 1 例,腹腔积液 6 例,应激性溃疡 2 例,水、电解质紊乱 6 例,以低钠、低钾血症及代谢性酸中毒多见。术后因肝性脑病死亡 1 例,MODS 死亡 1 例,肿瘤晚期脏器衰竭死亡 1 例。

3 讨论

3.1 纠正水电解质紊乱

恶性梗阻性黄疸患者因长期液体摄入量不足,加上口渴感受到抑制以及呕吐、腹泻等因素,易致有效血容量不足。当胆道梗阻导致血清中胆红素水平升高,形成以直接胆红素升高为主的黄疸时,肾脏滤胆能降低血清胆红素;维持充足的血容量不仅增强肾脏滤胆,还可防止肾功能障碍。Gallardo^[1]报道经术前补充足够的液体可使肾功能衰竭的发生率降为 3%,肾功能障碍降为 34%,故术前给予充足的补液,是预防术后肾功能衰竭的有效措施。我们对此类患者术前、术后进行了大量补液,使尿量 >2500 ml/d,术后发生肾功能不全仅 3 例。

3.2 改善肝功能和营养不良

对于有重度营养不良的恶性梗阻性黄疸患者术前 1 周纠正贫血和低蛋白血症是必要的。术前营养支持的时间一般认为应在 7~14 d^[2]。本组患者合并低蛋白血症 20 例,术前纠正低蛋白血症者术后仅有 6 例发生腹腔积液,经营养支持,腹腔积液很快得以控制。

3.3 肠道准备

恶性梗阻性黄疸患者大多数需行胆肠吻合术。本组患者术前服用乳果糖,能抑制肠道细菌繁殖,减少内毒素吸收,降低血液中内毒素的浓度,术前一天晚上进行清洁灌肠,这些肠道去污处理能减少内毒素,且对预防肝性脑病、肾功能

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2009.06.027

作者单位: 401220 重庆市长寿区人民医院肝胆外科

通信作者: 游海波, Email: youhaibo0427@sohu.com

衰竭具有潜在的作用^[3]。

3.4 术前是否进行减黄治疗

由于术前置管减黄并发症多,效果不理想,因此恶性梗阻性黄疸患者术前是否需要减黄治疗一直存在争论^[4-6]。我们术前均未行减黄治疗,仍然收到良好的效果,故我们认为:术前减黄治疗并非必须。加强围手术期的处理,可使患者平稳度过围手术期,从而提高治愈率。

参考文献

- [1] Gallardo JM. Evaluation of body fluid compartments and their relationship with water electrolyte change in obstructive jaundice. *Gastroenterol Hepatol*. 1998, 21(1): 1-5.
- [2] Ito A, Naganuma T, Yagi S, et al. Perioperative nutritional man-

agement for patients with obstructive jaundice caused by biliary tract disease. *Nippon Rinsho*, 2001, 59 Suppl 5: 622-625.

- [3] 汤地,吕明德,梁力建,等.阻塞性黄疸病人围手术期肝肾功能保护的临床研究. *中华肝胆外科杂志*, 2002, 8(10): 614-616.
- [4] Tomazic A, Pleskovic A. Surgical outcome after pancreatoduodenectomy: effect of preoperative biliary drainage. *Hepatogastroenterology*, 2006, 53(72): 944-946.
- [5] 石铮,杨明智,欧荣文,等.肝门部胆管癌的防治. *中华消化外科杂志*, 2008, 7(1): 22-24.
- [6] Sheen-Chen SM, Chen HS, Ho HT, et al. Effect of bile acid replacement on endotoxin-induced tumor necrosis factor-alpha production in obstructive jaundice. *World J Surg*, 2002, 26(4): 448-450.

(收稿日期: 2009-03-02)

(本文编辑: 张玉琳)

电视纵隔镜下食管癌切除术

汪潜云 王中林 张蕾 张晓庸

【摘要】 目的 探讨电视纵隔镜在食管癌切除术中的应用价值。**方法** 回顾性分析 2005 年 10 月至 2008 年 2 月江苏省常州市第一人民医院收治的 112 例食管鳞癌患者的临床资料。其中行电视纵隔镜下食管癌切除术 72 例(电视纵隔镜组),行开胸食管癌切除术 40 例(对照组)。两组计数资料比较采用 t 检验,率的比较采用 χ^2 检验。**结果** 两组患者均无围手术期死亡。电视纵隔镜组在手术时间、术中出血量、术后 48 h 引流量、术后卧床时间、术后吗啡使用量方面与对照组比较差异有统计学意义($t = -3.716, -3.004, -15.768, -3.349, -2.799, P < 0.05$)。淋巴结清扫数目、生存时间、术后并发症发生率及病死率两组比较差异无统计学意义($t = -1.369, -0.412; \chi^2 = 0.027, 0.088, P > 0.05$)。**结论** 电视纵隔镜下食管癌切除术安全、有效,尤其适用于心肺功能较差的早期食管癌患者。

【关键词】 食管肿瘤; 纵隔镜检查; 外科手术; 微创性

随着微创外科的发展,腹腔镜技术已越来越多地应用于食管癌手术,减少了食管癌围手术期的并发症及病死率^[1]。本研究回顾性分析 2005 年 10 月至 2008 年 2 月我科采用电视纵隔镜技术施行 72 例食管癌切除术的临床治疗情况,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

112 例经胃镜、病理检查证实为食管鳞癌的患者按手术方式分为两组:电视纵隔镜下食管癌切除术 72 例(电视纵

镜组),男 50 例,女 22 例;年龄 50~77 岁,平均年龄(54.7 ± 0.7)岁。开胸食管癌切除术 40 例(对照组),男 29 例,女 11 例;年龄 53~76 岁,平均年龄(57.2 ± 1.2)岁。所有患者术前 TNM 分期为 $T_{1-2}N_0M_0$,无手术禁忌证。两组患者年龄、性别、TNM 分期及肿瘤部位差异均无统计学意义。

1.2 手术方法

电视纵隔镜组患者取平卧位,头颈后仰,全麻下行螺旋气管插管。采用左颈胸锁乳突肌前缘切口(下至胸骨上凹,上至胸锁乳突肌中点,长约 6 cm)及上腹正中切口,使用电视纵隔镜经颈部切口和膈肌食管裂孔分别游离食管上下端。为避免喉返神经受损,先经食管左后方向下游离,再游离上颈段食管,经腹腔切口游离食管下段。采用钛夹夹闭并剪断主动脉发出的食管营养支,直至下肺静脉水平,同时清扫食管旁纵隔淋巴结。食管完全游离后,切断关闭贲门部,将食管从颈部切口拉出。扩大食管裂孔,将电视纵隔镜经膈肌食管裂孔游离食管下段。食管完全游离后,游离胃体,将胃体沿食管床送至颈部,行食管胃底吻合,颈部切口放置皮片引流。患者术后予以抗炎、止血、化痰、营养支持治疗,并持续泵入吗啡止痛。对照组中经右胸径路+腹部正中切口 28 例,左胸径路 12 例。术后处理同电视纵隔镜组。

1.3 统计学分析

应用 SAS 9.1.3 统计软件进行分析,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示。两组计数资料比较采用 t 检验,率的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

电视纵隔镜组术中出血 1 例,中转开胸止血后继续完成手术。全组无围手术期死亡。电视纵隔镜组手术时间、术中出血量、术后 48 h 引流量、术后卧床时间、术后吗啡使用量

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2009.06.028

基金项目:常州市卫生局指导项目(WZ200618)

作者单位:213003 江苏省常州市第一人民医院心胸外科