

文章编号:1005-6947(2008)10-1048-03

· 临床报道 ·

尘肺患者合并急腹症的处理:附46例报告

马小平

(甘肃省白银市靖远煤业集团有限责任公司总医院 普通外科, 甘肃 白银 730913)

摘要:目的 探讨尘肺患者合并急腹症的处理方法和效果。方法 回顾性分析手术治疗尘肺患者合并急腹症46例的临床资料。结果 46例中Ⅱ期尘肺30例,Ⅲ期尘肺16例。肺功能轻度损伤Ⅰ级15例,中度Ⅱ级22例,重度Ⅲ级9例。合并急性胆囊炎、胆囊结石嵌顿25例,重症胆管炎3例,急性胃十二指肠球部溃疡穿孔6例,结、直肠癌急性梗阻2例,急性化脓穿孔性阑尾炎9例,肠扭转肠坏死1例。46例均行手术治疗,包括胆囊切除10例,胆囊切开取石胆囊造瘘15例,胆囊切除、胆总管探查T管引流3例,胃十二指肠球部溃疡穿孔修补6例,结、直肠癌切除、结肠造瘘2例,阑尾切除、置管引流9例,肠切除肠造瘘1例。除1例死亡外,其余均治愈。结论 尘肺患者合并急腹症需手术治疗时,不要轻易放弃,只要作好充分的围手术期处理,根据肺功能损伤程度,因人而异,选择简单有效的手术方式,能明显提高治愈率,降低病死率。 [中国普通外科杂志,2008,17(10):1048-1050]

关键词: 急腹症/外科学; 尘肺; 围手术期

中图分类号: R 656.1

文献标识码: B

尘肺是矿山常见和多发的职业病,当合并急腹症需手术治疗时,常因术后较高的并发症和病死率而放弃治疗,使一些本可以治愈的疾病失去机会。2000年1月—2006年12月,笔者通过积极围手术期处理,对46例尘肺患者合并急腹症患者施行了急诊手术,疗效满意,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者肺部情况均由靖远煤业集团有限责任公司尘肺诊断组诊断,甘肃省职业病诊断组复核,诊断标准按GB 5906-1997和GB 5906-2000进行。本组均为男性,年龄48~72(平均56)岁。平均接尘工龄19年。Ⅱ期尘肺30例,Ⅲ期尘肺16例。肺功能轻度损伤Ⅰ级15例,中度Ⅱ级22例,重度Ⅲ级9例。46例中合并急性胆囊炎、胆囊结石嵌顿25例,急性重症胆管炎3例,急性胃十二指肠球部溃疡穿孔6例,结、直肠癌急性梗阻2例,急性化脓穿孔性阑尾炎9例,

肠扭转肠坏死1例(表1)。临床特点:(1)入院时,体温均 $\geq 38^{\circ}\text{C}$; (2)白细胞计数均 $\geq 1.0 \times 10^9/\text{L}$; (3)中性粒细胞均 ≥ 0.8 ; (4)病程1~48h。46例患者均因存在腹膜炎、休克并加重,或经积极非手术治疗24~48h,病情加重或不能缓解而采用急诊手术治疗。

1.2 治疗方法

1.2.1 围手术期处理 尘肺患者因肺功能损伤合并有呼吸功能不全,术前准备的目的是改善肺的通气功能,使尘肺患者合并急腹症能耐受手术及降低肺部并发症的发生率。因此必须对尘肺患者的有关情况进行评价,了解井下工作年限和煤粉尘接触情况,以及尘肺分级、肺功能损伤程度。注意心肺X线所见和血气分析结果,控制肺部感染,纠正低氧血症^[1]。术中管理极为重要,从麻醉前用药就要认真考虑,引起支气管收缩的药物,如吗啡不宜使用,阿托品用量不宜过大,以免引起脉搏增快和气道分泌物黏稠。不论何种麻醉,术前都要充分供氧,维持动脉血氧分压(PaO_2)和二氧化碳分压(PaCO_2)在正常范围。术中应维持大潮气量通气(10~15 mL/kg)。全麻时吸入麻醉剂对呼吸道、肺的刺激可引起分泌物增多,肺活性物质减少,脊髓麻醉与硬膜外麻醉平面较高时,患者的肋间神经、膈神经受到不同程度的麻痹,会减少潮气量和增加死腔量。因此术中应有经验的麻醉师进行管理,应用监护设备进行血氧饱和度、血

收稿日期:2007-09-14; 修订日期:2008-08-20。

作者简介:马小平,男,甘肃省白银市靖远煤业集团有限责任公司总医院副主任医师,主要从事普通外科及肝胆外科临床方面的研究。

通讯作者:马小平 E-mail:mxp-4545@163.com

气、心电等监测。术后尘肺患者可以进入ICU室,持续给氧,以通气面罩给氧效果好,备有呼吸机,气管插管和气管切开器械,保持足够的肺膨胀,肺泡通气和呼吸道的清理,同时进行动脉血气、心电、氧饱和度及呼吸功能等各项监测。应适当少量多次给予镇痛剂,既能避免产生药物性抑制作用,又可借镇痛剂改善呼吸。加强护理,鼓励和帮助患者咳嗽,间歇做深呼吸运动、翻身、拍背、膨肺,以保证肺扩张与呼吸道通畅,必要时给予雾化吸入以稀释痰液及负压吸痰。尘肺患者术后易并发肺炎和肺不张,早期适量应用广谱有效的抗生素,体质虚弱者予以输血或血制品,严格记录出入量,注意心肺功能,防止液体量过多或不足。任何疾病的治疗都是因人而异的,尘肺患者因肺部弥漫性纤维化,肺功能受损,术中必须正确掌握液体输入量,不宜过快,以免引起术后肺水肿,加速呼吸功能衰竭,导致死亡。本组死亡1例,为Ⅲ期尘肺,由于患者胆总管结石合并重症胆管炎,肺功能重度损伤,术中输液过快,入量较多,术后肺水肿、肺部感染导致呼吸功能衰竭死亡。手术方式的选择要简单有效,手术医生应注意血液色泽,膈

肌活动情况,及时提醒麻醉医师引起注意。尽可能缩短手术时间,以减少术后肺部并发症的发生。以解决问题为主,不宜随意扩大手术范围,时间愈短愈好,切口以横切为佳,可用减张缝合,以防切口哆开。本组有2例患者未行减张缝合,术后4d因咳嗽伤口裂开行二次缝合。对某些危重患者可采用局麻下手术,在局麻下行胆囊切开放管造瘘,术后恢复尚可,3周后拔除造瘘管。目前全麻患者可以不用传统的插管方法,改为喉罩代替插管,减少对肺部的刺激感染,尤其对尘肺患者非常适宜。本组全麻10例,效果良好。

1.2.2 手术方式 急性胆囊炎、胆囊结石嵌顿25例,行胆囊切除术10例,胆囊切开放管造瘘15例。重症胆管炎3例均行胆囊切除、胆总管探查T管引流术。急性胃十二指肠球部溃疡穿孔修补术6例。结、直肠癌急性梗阻2例。行结、直肠癌切除术,结肠造瘘术。急性化脓穿孔性阑尾炎9例,行阑尾切除、置管引流术。肠扭转肠坏死,肠切除、肠造瘘术1例。胆囊切开放管造瘘15例未行二期手术。结、直肠造瘘,肠造瘘术后3月均行二期手术。

表1 尘肺患者合并急腹症的临床资料

合并病	n	急诊手术	手术方式	麻醉方式
急性胆囊炎、胆囊结石嵌顿	25	25	胆囊切除10例 胆囊切开放管造瘘15例	硬膜外麻15例 局麻6例全麻4例
重症胆管炎	3	3	胆囊切除、胆总管探查T管引流	全麻3例
急性胃十二指肠球部溃疡穿孔	6	6	胃十二指肠溃疡穿孔修补	硬麻6例
结、直肠癌梗阻	2	2	结直肠癌切除、结直肠造瘘	全麻2例
急性化脓穿孔性阑尾炎	9	9	阑尾切除、置管引流	硬膜外麻9例
肠扭转肠坏死	1	1	肠切除肠造瘘	全麻1例

2 结果

46例尘肺合并急腹症者行急诊手术后除1例死亡外,其余均治愈。死亡者为Ⅲ期尘肺肺功能重度损伤合并胆总管结石重症胆管炎,术中输液过快,入量较多,输液量约5000mL左右,术后并发肺水肿、肺部感染1周,导致呼吸功能衰竭死亡。2例伤口裂开二次缝合乙级愈合。2例术后痰多呼吸不畅,肺部感染行气管切开,1例半个月后拔管,伤口愈合;另1例气管切开,由于肺部感染带管3个月后拔管,伤口愈合。3例肠造瘘术后3个月后均行二期手术痊愈。15例胆囊造瘘术后,恢复尚可,3周后拔除造瘘管,因临床症

状得到了改善,患者拒绝二期手术。

3 讨论

急腹症的处理基本上以抢救生命为第一原则,因而正确把握手术指征、时机及选择恰当的手术方式非常重要^[2]。对尘肺患者合并急腹症处理,笔者认为应遵循以下原则:一般认为,急性胆囊炎、胆囊结石嵌顿超过72h,宜行非手术治疗,待炎症消退6~12周以后再手术。但尘肺患者合并急腹症时不一定把病程放在首位,应根据患者肺功能损害程度,炎性感染程度等进行选择。笔者认为在下列6项标准同时具备≥4项时应积极手术:(1)入院时,体温均≥38℃;(2)白细

胞计数均 $\geq 1.0 \times 10^9/L$; (3) 中性粒细胞均 ≥ 0.8 ; (4) 病程 1 ~ 48h; (5) 腹膜炎、休克并加重; (6) 或经积极非手术治疗 24 ~ 48h 病情加重或不能缓解。同时,要根据患者的全身和局部情况进行综合评判,决定手术时机^[3],再依据肺功能受损程度实施不同的手术方式。无论手术与否,患者入院时需持续吸纯氧,纠正低氧血症和高碳酸血症,同时减轻患者呼吸做功和氧耗,改善尘肺患者氧供需失衡状况。入院后完成血细菌培养与药敏试验,根据药敏试验选用广谱有效的抗生素,使用最敏感性抗生素,这对控制感染尤为重要^[4]。尘肺是以肺部弥漫性纤维化改变为特征的全身性疾病,由于呼吸道防御功能受到破坏,全身免疫功能降低,易并发呼吸道感染,并迁延不愈,特别是 II 和 III 期尘肺患者,受其感染后治疗更为困难。尘肺患者死亡原因主要是由于尘肺病恶化死亡和尘肺病合并症如肺结核、肺心病所致,然而与尘肺病无关的其他死因如肿瘤、腹膜炎、重症胆管炎、上消化道出血、肠梗阻以及外伤骨折等占了 33.1%^[5]。造成尘肺患者合并急腹症患者死亡的主要原因是未进行手术治疗或手术过迟。如本组 46 例患者中 45 例得到治愈,充分说明了只要作好充分的围手术期准备,即使肺功能不良,肺功能不佳也常可化险为

夷,不一定发生严重肺部感染。加之目前呼吸道管理水平和麻醉技术有了长足发展,故决不可轻易把尘肺患者合并急腹症患者拒之门外^[6],使其失去手术治愈机会。另外,近年来腹腔镜技术的成熟,应用于外科急腹症的处理越来越多,而且效果良好^[7]。但由于尘肺患者肺功能受损,病情特殊,未能开展此项技术。有待以后笔者积累经验再行讨论。

参考文献:

- [1] Vale. PL, 夏继国. 关于长期氧疗的建议[J]. 国外医学呼吸系统分册, 1990, 10(1): 27.
- [2] 高德明, 吴金生. 现代急腹症学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002. 42 - 46.
- [3] 胡虞乾. 肝硬化门静脉高压症患者合并急腹症的处理[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(6): 471 - 472.
- [4] 高明伟. 尘肺大容量全肺灌洗术后并发症的临床处理[J]. 中国职业医学, 1999, 26(5): 35 - 36.
- [5] 丘创逸, 张东辉, 谢万力. 广东省老年尘肺患者死亡情况调查分析[J]. 中国职业医学, 1999, 26(5): 9 - 11.
- [6] 马小平, 莫吉宾. 煤工尘肺病人围手术期处理的探讨[J]. 中国职业医学, 2004, 31(1): 35 - 38.
- [7] 许建平, 范德标, 徐伟, 等. 腹腔镜技术在外科急腹症诊治中的应用: 附 219 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(6): 602 - 604.

欢迎订阅 2009 年《中南大学学报(医学版)》

《中南大学学报(医学版)》原名《湖南医科大学学报》,创刊于 1958 年,为教育部主管、中南大学主办的医药卫生类综合性学术期刊。是中国科技论文统计源期刊、中国生物医学核心期刊及中国期刊方阵的“双效”期刊;多次被国家和省部级新闻和出版部门评为优秀科技期刊,2008 年又被评为“第 2 届中国高校精品科技期刊”;并被美国医学文献分析和联机检索系统(MEDLINE)及其《医学索引》(IM),荷兰《医学文摘》(EM),美国《化学文摘》(CA),俄罗斯《文摘杂志》(AJ, VINITI),中国科学引文数据库(核心库)(CSCD)等国内外多家重要数据库和权威文摘期刊收录。

2008 年本刊为月刊,国际标准开本(A4 幅面),每期 96 页,每月月末出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷,图片彩色印刷,封面美观大方。定价 10.0 元/册,全年 120 元。国内外公开发售。国内统一刊号:CN43-1427/R, 国际标准刊号:ISSN 1672-7347; 国内邮发代号:42-10, 国外邮发代号:BM422; 欢迎新老用户向当地邮局(所)订阅,漏订或需增订者也可直接与本编辑部联系订阅。 欢迎投稿 欢迎订阅 地址:湖南省长沙市湘雅路 110 号湘雅医学院 75 号信箱 邮编:410078 电话:0731-4805495;0731-4805496 传真:0731-4804351 E-mail: xyxb2005@vip.163.com; xyxb2005@126.com Http://xyxb.xybm.net