

- Harcourt Asia; Churchill Livingstone 1999, 539~540.
- [2] 刘俊杰, 赵俊. 现代麻醉学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1999, 649~650.
- [3] 李忠田, 邢学宁, 涂继善, 等. 硬脊膜穿破后继续行硬膜外阻滞80例[J]. 中华麻醉学杂志, 1997, 17(12): 755.

- [4] 于寿勋. 术毕向硬膜外腔注入生理盐水防止硬脊膜穿破后的头痛[J]. 临床麻醉学杂志, 1999, 15(2): 119.
- [5] Gupta S, Meena R, Agarwal A. Post dural puncture headache a review article[J]. Middle East J Anesthesiol, 1998, 14(4): 267.

(编辑 张敏瑞)

恶性血液病中合并急腹症手术治疗的探讨

翁清江, 许先吟, 张舜玲, 陈超, 黄学军

(惠州市中心医院外科, 广东 惠州 516001)

摘要:【目的】探索血液病中并发急腹症时手术治疗的问题。【方法】对14例恶性血液病中并发急腹症的患者手术与非手术治疗进行临床研究, 检测10例手术治疗者术前、术中及术后24h血液成分血红蛋白、白细胞、血小板等, 探索其耐受手术治疗的最低值。【结果】围手术期血红蛋白 ≤ 80 g/L, 血小板 $\leq 50 \times 10^9$ /L 补充红细胞和血小板, 使血红蛋白 ≥ 80 g/L, 血小板 $\geq 50 \times 10^9$ /L; 白细胞数 $\geq 2.0 \times 10^9$ /L 术前无输注白细胞, 但给予强有力的抗生素预防感染, 以及对机体的支持措施。9例安全度过围手术期, 1例60岁患者因消化道穿孔第3天多器官功能衰竭死亡。【结论】恶性血液病中并发急腹症时, 围手术期必须保持患者血红蛋白 ≥ 80 g/L, 血小板 $\geq 50 \times 10^9$ /L 才能保证手术治疗的安全性。

关键词: 血液肿瘤; 急腹症/治疗; 消化系统外科手术

中图分类号: R656.1, R733.1

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0146-02

恶性血液病如急性白血病、恶性淋巴瘤、多发性骨髓瘤等, 急腹症者虽不多见, 但一旦发生, 由于原发病的特殊性及外周血细胞的极度低下, 此期间若行手术治疗则危险性极大, 其诊治为临床上的一个难题。我们对1998年以来本院收治的此类患者14例进行了临床研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

14例均为本院住院患者, 其中男5例, 女9例, 年龄14~60岁, 平均44岁。原发病为急性淋巴性白血病6例, 急性粒细胞性白血病3例, 非霍奇金淋巴瘤4例, 多发性骨髓瘤1例。所有病例均在化疗中, 其中初治8例, 复治6例。所用化疗药物包括环磷酰胺、长春新碱、阿糖胞苷、泼尼松等。发生的急腹症病种为急性阑尾炎6例, 消化道穿孔3例, 肠梗阻2例, 急性胆囊炎2例, 急性胰腺炎1例。

1.2 治疗方法

14例中行急诊手术10例, 非手术治疗4例。手术治疗为阑尾切除4例, 胃肠穿孔修补2例, 小肠部分切除2例, 胆囊切除2例。手术组病人术前检测血液成分并给予成分输血使血红蛋白升到80 g/L, 血小板 50×10^9 /L, 术后应用强有力抗生素预防感染, 适当延长拆线时间, 使患者安全度过围手术期。非手术治疗4例包括急性阑尾炎2例, 消化道穿孔1例, 急性胰腺炎1例。非手术组病人经血液科及外科联合诊治, 给予成分输血, 使用包括头孢三代高效抗生素和对症支持疗法。

2 结果

14例患者并发急腹症时术前检测血红蛋白(50~85) g/L, 白细胞 $(1.5 \sim 2.1) \times 10^9$ /L, 血小板 $(29 \sim 41) \times 10^9$ /L,

分别给予成分输血提高血红蛋白、血小板值。术中检测血红蛋白(84~98) g/L, 白细胞 $(1.7 \sim 2.6) \times 10^9$ /L, 血小板 $(50 \sim 64) \times 10^9$ /L; 术后24h检测血红蛋白(84~95) g/L, 白细胞 $(1.7 \sim 2.8) \times 10^9$ /L, 血小板 $(50 \sim 64) \times 10^9$ /L。结果10例急诊手术治疗患者术中及术后创口无明显渗血, 切口愈合8~12 d, 平均10 d。其中1例60岁高龄患者因消化道穿孔术后第3天多器官功能衰竭死亡, 其余9例安全度过围手术期。非手术治疗4例给予成分输血提高血红蛋白、白细胞、血小板值, 加强抗感染及支持疗法, 结果1例急性阑尾炎患者于发病第3天并发穿孔弥漫性腹膜炎中毒性休克死亡, 余3例并发病获治愈出院。

3 讨论

3.1 恶性血液病中并发急腹症与化疗关系

恶性血液病中免疫功能低下, 外周血三系细胞减少, 使感染发生率增高, 在化疗期间更为明显。化疗中免疫抑制剂的应用导致了患者免疫功能进一步下降, 特别是化疗时免疫活性细胞及特异性抗体合成遭到破坏, 单核巨噬细胞作用受到抑制而毛细血管通透性则有所增加, 这是恶性血液病在化疗中并发急腹症的重要因素^[1]。本组6例急性阑尾炎4例有慢性史, 2例胆囊炎中1例有慢性史, 在化疗中诱发急性发作, 这与化疗期间患者免疫状态差, 易诱发急性感染不无关系。本组14例合并急腹症中有9例发生于白血病, 其比率之高亦值得重视。这可能是急性白血病的全身浸润较弥漫, 其化疗方案对患者机体的冲击较大而较易诱发脏器炎症。化疗方案中常用肾上腺皮质激素, 导致免疫功能进一步下降也是并发急腹症的一个因素, 本组14例均用肾上腺皮质激素2周至3个月不等, 也提示了这一关系。

收稿日期: 2002-07-01

基金项目: 广东惠州市科委基金资助项目(惠市科字1998-07)

作者简介: 翁清江(1949-), 男, 广东潮阳人, 主任医师, 中山医科大学兼职临床教授。

3.2 并发急腹症时手术时机的选择

恶性血液病并发急腹症, 治疗上相当困难, 手术死亡率极高, 文献报告为 25%~58%^[2]。化疗后血小板减少, 术中易发生创口大量渗血, 术野渗血增加了手术难度和术后感染可能性, 易发生败血症, 这常使临床医师在手术治疗问题上犹豫不决。以往普遍认为, 手术治疗须使血红蛋白 ≥ 100 g/L、血小板 $\geq 70 \times 10^9$ /L 才能保证手术的安全, 对粒细胞的输注问题则持否定态度。本组手术治疗 10 例, 经成分输血使血红蛋白 ≥ 80 g/L、血小板 $\geq 50 \times 10^9$ /L, 结果术中及术后无明显渗血, 除 1 例死于感染性休克外 9 例均安全度过围手术期。我们认为在围手术期, 只要血红蛋白 ≥ 80 g/L、血小板 $\geq 50 \times 10^9$ /L, 选择手术治疗还是安全的^[3]。必须明确急腹症的原因系脏器炎症抑或肿瘤浸润, 如系炎症所致应创造条件争取手术治疗。若不能明确某个脏器的炎症或是否穿孔时, 应考虑以内科治疗为主的综合措施。特别是高龄者, 更应避免急诊手术治疗。

3.3 术后对患者凝血功能进行动态评估

恶性血液病中并发急腹症时, 由于化疗所致外周血三系细胞明显减少, 检测三系细胞仅是一种凝血功能的过筛试验, 这种试验仍不能全面评价患者的凝血功能。近年来对凝血机理的认识已从瀑布学说发展为网络学说。凝血功能障碍严重影响疾病的预后, 尤其对恶性血液病中并发急腹症时其对手术治疗的影响, 临床医师应对其引起足够的重视。多数学者认为血细胞计数, 活化部分凝血活酶时间、凝血酶原时间三项检查快速实用, 能覆盖大部分出血原因, 建议作为外科手术前凝血功能的评估指标^[4]。我们认为在临床诊疗

中应坚持动态监测凝血功能, 以便更及时调整治疗方案保证患者安全度过围手术期。

3.4 合并急腹症时在诊疗中应注意的问题

恶性血液病中合并急腹症虽然少见, 但一旦发生危险极大。在临床诊疗中应注意: ①对无明显感染灶而发热患者, 当出现腹部不适及疼痛时, 不能轻易认为是由化疗药物引起的胃肠道反应, 要考虑有合并急腹症的可能。②手术前必须常规检查血象, 结合患者凝血功能及心肺功能, 判断患者能否耐受手术治疗, 并确定输注血液种类及剂量。③手术时成分血的补充治疗, 应保证血细胞成分能基本达到耐受手术治疗的最低水平, 使患者能安全度过围手术期直至切口愈合。④术中应密切观察生命体征变化, 注意控制补液速度, 谨防心衰发生。⑤术后加强护理, 增加换药次数, 适当延长拆线时间。⑥围手术期要选择使用强力高效抗生素防止发生败血症。

参考文献:

- [1] 许先吟, 胡俊, 罗耀光, 等. 恶性血液病中外科手术的可行性探讨[J]. 第三军医大学学报, 2000, 22(S): 12.
- [2] Vaughn E A, Key C R, Streling W A. Intraabdominal operations in patients with leukemia[J]. Am J Surg, 1988, 156(1): 51.
- [3] 许先吟, 翁清江, 张舜玲, 等. 恶性血液病中合并外科急症的诊治探讨[J]. 临床血液学杂志, 2001, 14(S): 32.
- [4] Levint M. Treatment of thrombotic disorders in cancer patients[J]. Haemostasis, 1997, 27(S): 38.

(编辑 黄小廷)

老年急性胰腺炎误诊 18 例分析

余枫, 王缙玲

(广东省人民医院老年医学研究所内科, 广东 广州 510080)

摘要:【目的】分析老年急性胰腺炎的误诊原因, 提高临床诊疗水平。【方法】回顾总结近 5 年收治的 60 岁以上老年急性胰腺炎的临床资料共 62 例, 分析误诊原因。【结果】62 例老年急性胰腺炎中临床误诊 18 例, 误诊病种包括: 急性胃炎等消化道疾病; 心绞痛等心脑血管疾病及呼吸道感染等 8 种常见病。【结论】老年急性胰腺炎表现常不典型, 老年患者并存疾病较多, 对老年急症病人应仔细检查以减少误诊。

关键词: 胰腺炎/诊断; 误诊

中图分类号: R657 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0147-02

随着近年来老年胆道疾病的增多, 老年急性胰腺炎发病率亦随之上升, 但因老年患者的多病性及症状的不典型性, 急性胰腺炎临床上易被误诊。本院 1996~2001 年收治 60 岁以上急性胰腺炎 62 例, 其中 18 例误诊, 现将误诊病例报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 18 例中男性 13 例, 女性 5 例, 年龄 60~69 岁 2

例, 70~79 岁 7 例, 80 岁以上 9 例。其中水肿型 15 例, 重症型 3 例(死亡 1 例)。有暴饮暴食诱因 1 例, 有胆道疾病史 17 例次, 慢性胃炎病史 7 例次, 消化道溃疡病史 3 例次, 冠心病史 13 例次, 高血压病史 14 例次, 慢性阻塞性肺病史 10 例次。

1.2 临床表现

初诊主诉: 上腹痛 8 例, 反复恶心、呕吐 4 例, 发热、气促 3 例, 乏力、纳差 1 例, 意识不清 2 例。体征: 上腹压痛 8 例次, 腹肌紧张 2 例次, 莫非征阳性 2 例次, 肠鸣音减弱 7 例

收稿日期: 2002-07-02

作者简介: 余枫(1972-), 男, 广东平远人, 医师。