

· 经验交流 ·

老年垂体瘤患者围手术期处理

舒凯 雷霆 厉春玲 薛德麟

垂体腺瘤约占颅内肿瘤的 10%~12%，随着老年人口比例逐渐增大，老年垂体瘤患者也较以前增多。同济医院神经外科从 1997 年至今收治垂体瘤患者 200 余例，其中大于 60 岁的老年患者 15 例，围手术期处理较年轻患者复杂，并有其特殊性，将其经验总结报道如下。

1 临床资料

15 例患者年龄均超过 60 岁，平均年龄 65.7 岁；男 9 例，女 6 例；催乳素 (prolactin, PRL) 腺瘤 3 例，生长激素 (growth hormone, GH) 腺瘤 1 例，无功能腺瘤 11 例；所有患者均行 MRI 检查，15 例患者中大腺瘤 (直径 > 2cm) 14 例。并发高血压 12 例，冠心病 5 例，肺心病 1 例，严重心律失常 2 例，糖尿病 8 例，肺功能异常 4 例，垂体功能低下 5 例。

2 结果

15 例患者手术后均获视力改善出院。随诊 1~3 年，2 例复发，均放弃再次手术，1 例患者并发大脑突面巨大脑膜瘤，半年后再手术切除。

3 讨论

手术前必须与麻醉科及内科医师一起对患者整体情况作出评估，并采取措降低手术的危险性。手术也要尽量减少创伤，垂体腺瘤手术方式可分为经鼻蝶和经颅两种径路，对于老年患者，尽量选择经鼻蝶入路^[1]，因其手术时间短、创伤小及出血少。15 例患者中 10 例经鼻蝶入路，5 例开颅。老年患者肿瘤相对较大，肿瘤质地又相对较韧或硬，故对切除困难的病例术中不一定强求全切，关键解除肿瘤对视神经的压迫，改善视力，提高生活质量。

高血压是危害老年人健康的常见疾病，其患病

率为 40%。GH 腺瘤患者，由于生长激素的分泌，30% 伴有高血压，可在手术前用降压药，但因患者长期高血压，各器官均有一定的代偿，不应强求降至正常，160/100mmHg (1mmHg = 0.1333kPa) 左右即可耐受手术^[2,3]。

如有心功能衰竭说明患者对手术耐受力差，必须经强心、利尿、扩血管等治疗，控制心衰 2~3 周后再手术。

老年糖尿病的患病率明显高于年轻人，加之 GH 腺瘤患者 GH 升高，GH 有升高血糖的效应使糖代谢异常，故老年垂体瘤患者常并发糖尿病。15 例患者中 8 例血糖升高。手术前应控制血糖，可用胰岛素将血糖降到 10mmol/L 左右，不必降至正常。手术前尽量减少禁食时间，避免酮症酸中毒。手术中必须监测血糖，调整胰岛素用量。手术后不能正常进食时可用胰岛素加入 5% 葡萄糖中维持，比例为 1:2~1:4，老年垂体瘤患者常有垂体功能低下，对胰岛素耐受力差，用量不可过大，避免低血糖的发生。老年患者年龄大，加之肿瘤对正常垂体的压迫，常有垂体功能低下的表现，且手术也有损伤正常垂体的可能，术后垂体功能低下远较年轻人常见，要注意补充激素。

吸烟的患者手术前 2 周戒烟，减少支气管分泌物。有慢性肺疾患的患者手术前应行肺功能检查及血气分析，了解肺功能。经鼻蝶手术损伤小，患者可提早下床活动，减少术后肺炎的发生。

预防应激性溃疡，鞍区手术后，加上患者年龄大并长期使用肾上腺皮质激素，手术后胃粘膜糜烂致应激性溃疡较常见。手术后可常规使用 H₂ 受体拮抗剂西咪替丁 (cimetidine) 每天 1.0g，或泵抑制剂奥美拉唑 (omeprazole) 20~40mg, Bid 预防。

尿崩是鞍区肿瘤手术后常见并发症，对老年患者多选用经鼻蝶入路，手术损伤小，手术损伤垂体柄的概率较开颅手术者小，但尿崩仍是常见并发症之一，手术后必须严密监测每小时尿量及 24h 出入水量，同时密切监测水电解质。如果每小时尿量大于 200ml (但须区别用甘露醇后正常的尿量增加)，可

作者单位: 430030 武汉, 华中科技大学同济医学院附属同济医院神经外科

作者简介: 舒凯, 男, 医学硕士, 主治医师

通讯作者: 舒凯, 电话: 027-83663402; 传真: 027-83662594;

E-mail: shukaigey@163.net

考虑首剂使用垂体后叶素 5U 皮下注射,控制不理想时,可增加剂量。每天的出入水量及电解质必须保持平衡,这对老年人来说更有其特殊的意义。老年患者心脏功能减退,每日的输液必须缓慢,防止大进大出,最好能口服。

据同济医院神经外科 15 例老年垂体瘤患者的手术治疗经验,对老年患者进行手术时,术前精心准备,手术和麻醉尽量平稳,术后积极预防、治疗内科并发症,这样年龄将不是手术的禁忌,绝大部分患者

预后良好。

参考文献

- 1 雷霆,胡文安,朱炎昌,等.经蝶入路显微切除大和巨大型垂体腺瘤.中国临床神经外科杂志,2000,5(4):202.
- 2 黄志强,主编.现代基础外科学.北京:人民军医出版社,1992.333-352.
- 3 王士雯.老年医学.中华医学杂志,1998,78:899.

(收稿日期:2002-04-28)

(本文编辑 李楠生)

·论著摘要·

老年糖尿病患者心自主神经和末梢神经病变 及与其他慢性并发症的关系

冯波 倪亚芳 李栩 李惠芝

目的 探讨老年糖尿病患者糖尿病性神经病变状况及其影响因素,对临床治疗和保护患者健康有指导作用。

方法 糖尿病患者 308 例,男 162 例,女 146 例,平均年龄 49 岁,平均病程 14 年,平均 HbA_{1c} 9.8%。根据年龄分为老年组 44 例(平均年龄 68.3 岁,平均病程 15.1 年,平均 HbA_{1c} 10.5%)和中年组 264 例(平均年龄 45.9 岁,平均病程 14.0 年,平均 HbA_{1c} 9.7%),两组间 HbA_{1c} 和年龄差异有显著性。所有患者无明显的心绞痛及心肌梗死、心律失常,未使用明显影响心率、神经传导的药物。所有患者同时进行心自主神经功能和外周肢体的神经功能检查,以确定心自主性神经病变和末梢神经病变。24h 尿白蛋白排泄率大于 20μg/min,则判定为糖尿病性肾病。根据眼底照相判断有无糖尿病视网膜病变。利用 SPSS 软件包进行显著性检验和 Logistic 回归分析。

结果 老年组心自主神经病变患病率(29/44 例,65.9%)和末梢神经病变患病率(31/44 例,70.5%)明显高于中年组(分别 116/264 例,43.9%, $\chi^2 = 7.306, P < 0.01$; 136/264 例,51.5%, $\chi^2 = 5.45, P < 0.05$)。除体位性收缩压变化值外,两组间心自主神经功能和末梢神经功能各指标均有显著

差异。Logistic 回归分析显示,中年组心自主神经病变与末梢神经病变呈显著相关($P < 0.01$),且两者均与 HbA_{1c}、病程、糖尿病性视网膜病变和糖尿病性肾病显著相关($P < 0.05, P < 0.01$)。老年组心自主神经病变与末梢神经病变显著相关($P < 0.05$),与病程、HbA_{1c}、糖尿病性视网膜病变和糖尿病性肾病无显著相关。

讨论 本资料显示,老年糖尿病患者心自主神经病变和末梢神经病变患病率显著高于中年患者,且心自主神经功能和末梢神经功能各指标明显异常,表明老年糖尿病患者神经病变患病率较高,且病情程度较严重。病程和糖尿病控制状况是影响糖尿病性神经病变发生、发展的重要因素。本组观察到中年糖尿病患者神经病变与病程、HbA_{1c} 显著相关,同时与糖尿病性肾病和糖尿病性视网膜病变密切相关,说明中年糖尿病患者长期血糖控制不佳,使全身各脏器功能受累。然而老年糖尿病患者仅观察到糖尿病性心自主神经病变和末梢神经病变之间密切相关,未发现两者与病程、HbA_{1c}、糖尿病性微血管病变相关,提示老年糖尿病患者其神经病变与中年患者不同,有其独特的临床特点。动物实验观察到,增龄出现神经纤维萎缩、脱髓鞘等改变,同样在老年人群中可出现各种神经检查结果异常,表明老年糖尿病患者神经功能异常既是糖尿病的结果,又可能是增龄的表现。

作者单位:200120 上海,同济大学附属东方医院内分泌科

作者简介:冯波,医学博士,主任医师,硕士生导师

(收稿日期:2002-02-28)

(本文编辑 李楠生)