

· 讲 座 ·

老年外科急腹症诊治

顾倬云

(解放军总医院普外科, 北京 100853)

【摘要】老年外科急腹症是一组严重疾病, 往往需要进行外科急症手术或在病程中接受外科手术处理。若得不到及时有效的治疗, 患者相当危险, 且有可能威胁生命。本文对老年外科急腹症的临床特点、诊断、处理原则、手术、微创治疗进行系统阐述。

【关键词】急腹症; 外科手术; 老年人

【中图分类号】 R656.1; R592

【文献标识码】 A

【DOI】 10.3724/SP.J.1264.2013.00138

Acute abdomen diseases in elderly patients

GU Zhuo-Yun

(Department of General Surgery, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China)

【Abstract】 Acute abdomen diseases in elderly is a series of severe diseases which demand urgent management, no matter emergent surgery, or needing for operation during the course of disease. Otherwise, it would be very dangerous, even be life-threatening. This paper aimed to summarize the clinical features, diagnosis, management principles, and operation as well as mini-invasive treatment for acute abdomen diseases in elderly.

【Key words】 abdomen, acute; surgical procedures, operative; aged

Corresponding author: GU Zhuo-Yun, E-mail: zhaojianhua301@yahoo.cn

急腹症是以急性腹痛为主要表现的急性病症。外科、内科、妇产科、神经科疾病均有可能引起急性腹痛。外科急腹症是指腹腔内脏器疾病引起急性腹痛, 常常需行外科急症处理, 或随病情的发展有可能需要外科处理, 特别是危重患者, 紧急手术是挽救患者生命的关键环节。外科急腹症区别于内科急腹症的要点是腹痛剧烈, 变化迅速, 短时间内病情加重, 甚至出现休克症状。面对外科急腹症, 关键在于正确的判断和果断的决策, 然而腹腔内脏器在其发生、神经支配、功能调节等方面均存在密切的相互关系, 因此, 在疾病临床表现方面有共同之处, 造成鉴别诊断方面的困难。老年人的外科急腹症, 系指 > 60 岁患者的外科急腹症。老年人由于对疼痛反应迟钝, 症状不典型或就诊较晚, 因此得不到早期诊断者相当常见, 加之由于多种老年病的存在模糊了急腹症症状, 增加了诊断和治疗的难度, 老年外科急腹症的并发症发生率和死亡率均较年轻人高^[1]。尽管如此, 重要的仍然是第一手的临床体征检查、正确适时地进行腹腔穿刺和实验室

检查, 结合影像结果做出正确判断的可能性大大增加。有些高龄患者, 病情复杂, 又诉述不清, 更需要严密观察, 收集第一手资料, 做出正确分析、判断, 及时制定治疗方针。

1 临床特点

1.1 机体反应力下降

老年人随着年龄增长各器官功能逐渐衰退, 在罹患急腹症时症状及体征常与疾病的严重程度不符。由于机体反应能力低下, 老年人急腹症往往是症状体征轻, 而实际病理改变重。由于基础体温偏低, 有时即使是严重的腹腔感染, 体温也可能在正常范围内, 脉搏增快不明显。老年人痛阈增高, 对疼痛的反应性差, 加之腹壁脂肪增厚, 腹肌萎缩, 当发生腹膜炎时, 腹肌紧张不明显, 腹膜刺激征也不典型。白细胞计数不增多, 但常有核左移现象。

1.2 组织的退行性变

随年龄的增加老年人腹腔脏器功能退化, 胃

肠黏膜趋于萎缩, 淋巴组织减少, 发生血管的退行性变。由于老年人对疾病的抵抗力下降和局部的血循环障碍, 急腹症时很容易发生坏疽与穿孔。如急性坏疽性胆囊炎、坏疽性阑尾炎和绞窄性肠梗阻等在老年人群中的发病率都较高, 手术后发生肠系膜血栓及下肢血栓性静脉炎等并发症的概率也高于青壮年。

1.3 患有多种老年性疾病

由于老年人组织器官的退化, 多伴有多种老年性疾病, 如心血管疾病、肺部疾病、肾脏疾病以及代谢性疾病等。在这些疾病的基础上发生腹腔感染性疾病时, 就使病情更加复杂化。由于消化及排泄能力的减弱, 对药物的耐受性减低, 药物不良反应也较为常见。

1.4 多器官功能障碍

老年人患急腹症时病情进展快、病势危重, 尤其是在已患有多种慢性疾病的情况下, 感染如未能得到有效控制, 就很容易发生组织器官的损害。因此, 老年急腹症患者多器官功能障碍综合征的发生率较高, 由脓毒血症诱发的多器官功能障碍综合征在老年病人中占80%~85%。

2 临床表现

2.1 腹痛的发作方式

腹痛发作的缓急常能反映出腹痛的性质及其严重程度。急性腹痛可表现为突发的腹部剧烈疼痛, 或在1~2h迅速进展的腹痛, 也可表现为经数小时或更长时间而逐渐加重的腹痛^[2]。

2.2 腹痛的性质

根据临床表现特征, 腹痛的性质大致可以为持续性疼痛、阵发性疼痛、持续性疼痛阵发性加剧^[2]。持续性腹痛是腹腔内脏器炎症性病变常见的表现形式, 由于炎症能引起腹腔组织充血, 使神经末梢对疼痛的敏感性增强, 所以炎性腹痛表现为持续性腹痛, 阵发性腹痛多见于空腔脏器梗阻或痉挛。

2.3 腹痛的部位

腹痛的定位对于临床诊断和鉴别诊断有着重要的参考价值, 包括发病时最先疼痛的部位、腹痛的转移、扩散及牵涉痛的部位。如消化性溃疡穿孔时, 腹痛一般先发生于上腹部, 由于外溢的刺激性消化液沿着右结肠旁沟流至右下腹部, 因此腹痛可扩展至右下腹部。急性阑尾炎时, 病变早期炎症尚未扩散至阑尾浆膜层, 消化道平滑肌由于炎症刺激产生

的内脏性疼痛定位于脐周, 当炎症累及阑尾全层, 炎性渗出物波及阑尾周围的壁层腹膜, 则表现出向右下腹的转移性痛。某些疾病可向身体的其他部位放射, 如输尿管结石可以放射至会阴和大腿内侧, 急性胆囊炎疼痛可以放射至肩背部。腹部压痛最明显的部位一般与患病器官所处解剖位置一致, 即使病情进展, 疼痛范围扩大, 往往仍以疾病定位处最为明显。

2.4 腹痛的伴随症状

腹痛的伴随症状包括: (1) 恶心、呕吐; (2) 停止排气、排便; (3) 发热: 先出现腹痛, 过一段时间后再出现发热, 大多为外科急腹症。相反, 先发热后腹痛, 多见于内科疾病。

3 诊断

急腹症是以急性腹痛为主要症状的外科病症, 急腹症的特点是起病急、进展快、变化多、涉及多个学科。由于老年人的生理机能状态的特点, 使老年急腹症具有其特殊性。老年人由于先前已存在多种慢性疾病、对疼痛敏感性降低、腹膜反应较青壮年迟钝, 因此急腹症容易被误诊、漏诊, 也增加了鉴别诊断的难度, 急腹症的处理更为复杂。因此, 对老年急腹症患者, 必须进行详细的病史询问、仔细的体检与必要的特殊检查。

3.1 病史

详细询问既往史、个人及家族史, 既往有无类似病史和手术史, 其发病情况包括发作诱因、发作次数及治疗情况等均应详细收集。询问的关键是腹痛的特点和与之相关的病史, 在询问过程中要注意区分腹痛的性质, 是阵发性疼痛还是持续性疼痛抑或是持续性腹痛阵发性加剧, 是骤然发生的剧烈腹痛还是腹痛逐渐加重。老年患者还应详细了解服用药物的历史, 如抗凝血药物、皮质类固醇等。长期服用皮质类固醇还易使急性腹膜炎的体征被掩盖。老年女性患者应注意妇科病症。

3.2 体征

由于老年患者往往对病史叙述不清, 临床症状不典型, 故而查体所提供的体征对诊断有着特殊的重要意义, 应引起高度重视。

3.2.1 全身情况与体位 观察患者的一般情况, 包括神志、病容、表情、呼吸和皮肤颜色等。

3.2.2 腹部体征 腹部体征的诊断包括视诊、触诊、叩诊、听诊。(1) 视诊: 首先观察腹部外形, 有无

不对称或局限性隆起,是否呈舟状或蛙状腹,有无手术瘢痕或腹壁缺损。注意有无腹胀、胃肠型、胃肠蠕动波以及腹式呼吸幅度等。出现肠型、胃型与蠕动波是肠道机械性梗阻和胃幽门梗阻的典型体征,但肠型及蠕动波有时亦可出现在消瘦的老年人。腹股沟及股三角区出现痛性肿块是嵌顿性腹外疝的诊断依据。(2)触诊:检查时患者一般取仰卧屈膝体位,使腹壁处于放松状态。检查时先从距疼痛部位较远的部位开始,最后检查病变部位,手法应轻柔、缓慢地进行腹部触诊,并左右、上下对比检查压痛、腹肌紧张及反跳痛的部位、范围与程度。压痛最明显的部位多为病变所在部位。(3)叩诊:轻叩腹部,辨别鼓音、实音、浊音的分布部位,有无叩击痛及叩痛最重部位;判定移动性浊音有无。(4)听诊:有机械性肠梗阻时,可听到高亢肠鸣或气过水声。弥漫性腹膜炎时,肠鸣音减弱或完全消失。听诊时还应注意有无血管杂音,以免漏诊肠系膜血管病变及腹主动脉瘤。(5)直肠指诊:急性腹痛患者,特别是下腹痛诊断不明确或低位肠梗阻时,应常规进行直肠指诊,直肠指诊对于腹膜后位阑尾、肠套叠、盆腔脓肿、妇科炎症的诊断很有帮助。

3.3 腹腔穿刺

在各种急腹症合并腹内渗出时,腹腔穿刺是简便、易行、诊断价值很高的检查手段。穿刺抽出物的性状、镜检结果、细菌培养结果和病理学检查能够提供直接的诊断依据。

3.4 辅助检查

3.4.1 实验室检查 实验室检查包括血液检查和尿、粪常规检查。(1)血液检查:急腹症患者就诊时必须检测的项目为血红细胞、血红蛋白、血细胞比容、白细胞总数和分类。血清生化学检查应根据疾病和病情选择,血清生化检验项目如淀粉酶测定、脂肪酶测定,肝功能(转氨酶、清蛋白、球蛋白、胆红素、碱性磷酸酶),凝血功能(血小板、凝血酶原及部分凝血活酶时间)检测,应视病情需要选择测定。对中老年患者,血糖检查应列为常规。重危患者应测定血电解质,进行血气分析。(2)尿、粪常规检查:对于尿路感染或尿路结石患者的诊断,具有参考价值,粪便检查则能为肠道炎、出血性疾病及肿瘤的诊断提供线索。

3.4.2 影像学检查 影像学检查包括X线平片、消化道造影、血管造影、超声波检查、CT扫描、内镜检查。(1)X线平片:胸部X线检查心脏、纵隔、肺和胸膜腔有无异常阴影,有助于排除上述器官的病

变。腹部X线检查可观察横膈位置、活动度,膈下有无游离气体;肠襻有无扩张、积气、液平、腹腔内有无异常阴影等。(2)消化道造影:急腹症中不作为常规检查。(3)血管造影:急诊行血管造影不但能发现出血的部位,还可进行出血点的栓塞治疗。全身情况不稳、合并休克及脓毒血症的患者,应视为本检查的禁忌证。(4)超声波检查:简便、无创,能快速观察腹部包括肝、肾、胰、脾及盆腔内卵巢、子宫、附件等器官的形态异常及病变情况。(5)CT扫描:CT与超声联合检查是急腹症中应用最多的检查。通过CT检查观察腹内或盆腔内脏器病变时,不受消化道内积气和脂肪组织的干扰。(6)内镜检查:包括胃镜、十二指肠镜、结肠镜等。胃镜可用于上消化道出血。结肠镜可帮助观察结肠缺血性病变。腹腔镜可用于腹内病变的诊断和治疗^[3]。

4 鉴别诊断

4.1 确定是否为外科急腹症

在接诊一个急性腹痛患者时,首先要判断是外科急腹症还是内科急腹症,是否需要接受手术治疗。如果把一个外科患者推给内科治疗,势必延误病情。反之,把内科患者交给外科,其结果也难以预知。

有时腹腔外疾病引起的腹痛需要排除,如胸膜炎、大叶肺炎、心脏疾病(如心绞痛和心肌梗死等)、急性胃肠炎、肠系膜淋巴结炎、原发性腹膜炎、胸腹壁带状疱疹等疾病,可以引起左、右上腹部及腹正中中部疼痛,甚至全腹的疼痛。其他系统疾病引起的痉挛性腹痛,如重金属中毒、糖尿病酮症酸中毒及腹型紫癜等,这类疾病有其特殊病史,腹痛部位不固定,也无腹膜刺激体征^[4]。

4.2 外科急性腹痛病因与类型的鉴别

老年外科急性腹痛病种繁多,其临床特点与病理变化有密切关系,其中最常见的为急性阑尾炎、急性肠梗阻、急性胆囊炎或胆管炎、溃疡病急性穿孔、急性胰腺炎等。病变不同,临床表现也不一样,从病因方面考虑,急性腹痛一般包括炎症、梗阻、穿孔、血供障碍和出血。一种疾病的发生,会有不同的临床表现,但是需要注意的是,一种疾病常常是由多种致病因素相互作用而形成的,而老年人的急性腹痛病情更为复杂。只要掌握了外科急腹症的基本类型及临床特点,如病因一时不能明确,而基本病变类型已确定,治疗方案就能初步确立,这对诊治老年外科急腹症是很重要的。

4.2.1 感染与炎症 感染与炎症是临床最常见的急性腹痛病因,疼痛多为持续性腹痛,由轻到重逐步

加剧,当炎症累及壁层腹膜时,出现明显的腹膜刺激征,疼痛开始局限于病变部位,随着炎症的扩散,疼痛范围扩展并逐渐加剧,常常伴随发热、白细胞计数增高及急性炎症所致的其他全身反应。

4.2.2 梗阻 起病急骤,临床上表现为阵发性腹部绞痛,常伴有恶心和呕吐。肠梗阻时伴有腹胀、呕吐及肛门停止排气排便。体检可见肠型、蠕动波、肠鸣音亢进、气过水声、高调金属音等,绞窄型肠梗阻则可出现腹膜刺激征。胆道结石性梗阻时可出现黄疸和胆绞痛,伴有不同程度的胆道感染。输尿管结石时可出现肾绞痛和血尿等症状。

4.2.3 穿孔 穿孔是因外伤、炎症、肿瘤侵蚀导致空腔脏器破裂所致。病变部位先出现局限性腹膜炎体征,迅速扩展引起弥漫性腹膜炎,但仍以原发病变区的体征最为显著。可伴有腹胀、肠鸣音减弱或消失、体温及白细胞计数升高,腹部X线平片可见膈下游离气体,腹腔穿刺液分析可以协助判断穿孔性质。严重者可出现中毒性休克。

4.2.4 脏器血供障碍 此类病变老年患者多见,常见疾病有绞窄性肠梗阻、急性肠系膜动脉栓塞、肠系膜静脉血栓形成等,小肠绞窄最多见。肠缺血性疾病发病急骤,剧烈腹部绞痛伴阵发性加剧,难以忍受,一般止痛方法难以缓解,腹腔穿刺可抽出血性液体,发病早期症状与体征不符是本病的特点。绞窄性肠梗阻、肠扭转时,腹腔可扪及明显压痛的绞窄肠襻,呕吐物及肛门排泄物呈褐色血性液,体温和白细胞计数升高,血压下降,出现休克。

4.2.5 腹腔内出血 多由于腹内实质性脏器或大血管因外伤破裂出血,如肝、脾破裂;也可因病理性破裂出血,如脾动脉瘤、腹主动脉瘤破裂等。患者有外伤史或动脉硬化病史,腹痛不如穿孔和炎症引起的腹痛剧烈,呈持续性,腹膜刺激征较轻,而腹胀较明显,面色苍白、神志淡漠、脉速、血压下降,以进行性贫血和出血性休克为突出表现。腹部检查发现移动性浊音阳性,腹穿可抽出不凝固血液,红细胞计数、血红蛋白含量、血细胞比容可进行性下降,白细胞计数可轻度升高。

4.3 外科急腹症综合分析和判断

通过病史采集、体格检查、实验室检查、影像学检查、腹腔镜诊断,一般外科急腹症多能很快获得确诊,但对症状不典型、十分危重的老年患者,仍然有延误诊断的病例发生,未能及时治疗最后由全身炎症反应综合征、脓毒症进展到多器官障碍综合征。综合分析要点如下。

4.3.1 首先要判断是否是外科急腹症 外科急腹症,病变主要在腹部,腹痛是最早的症状,通常是痛的位置固定,压痛最重的部位是病变所在部位,炎症侵及壁层腹膜则有腹膜炎体征:病变处拒按,有肌抵抗、腹肌紧张,有反跳痛和叩击痛,局部或可扪及炎性肿块或肠襻,若腹部致病原因不解决,则腹痛加重,由全身炎症反应综合征、脓毒症病情继续发展到多器官障碍综合征,此时即使病灶得到处理,也未必能终止多器官障碍综合征的进程,关键在于时机的掌握。内科疾病引起的腹痛,一般位置不固定,喜按,原发病变部位有阳性体征,如肠炎、尿毒症、糖尿病酸中毒等,正确治疗原发病则腹痛可以缓解。应该注意内科疾病病程中亦可继发外科急腹症,如溃疡病并发穿孔,痢疾并发急性阑尾炎,肝硬化并发急性胆囊炎等。老年人特别是高龄患者,全身病情复杂,本人诉述不清,就诊较晚,收集资料应力争详实,分析要去粗取精,去伪存真,要谨慎、周密,方能做出正确的判断。

4.3.2 是否需要紧急手术处理 外科急腹症需紧急手术的情况:如肝、脾破裂大出血,十二指肠溃疡大出血;绞窄性肠梗阻;肠穿孔;急性坏疽性胆囊炎;急性梗阻性化脓性胆管炎;腹主动脉破裂大出血。肠系膜血管栓塞或血栓形成,若就诊及时,可行血管造影、溶栓治疗,若溶栓时机已过,有肠坏死症状、体征则应紧急手术。

5 治疗原则

5.1 手术治疗原则

5.1.1 需紧急手术的急腹症 这类疾病包括了腹腔内空腔脏器破裂与穿孔、腹腔内脏器大出血和腹腔内脏器急性血供障碍,诊断一旦明确,宜尽早手术。如胃、十二指肠溃疡穿孔可行穿孔修补或胃大部切除术;腹腔内有活动性出血也是手术的指征,如肝破裂可行缝合止血、填塞、肝动脉结扎或部分肝切除,脾破裂可选择单纯的脾切除或部分脾切除术;腹腔内脏器的急性血供障碍,不论何种原因引起均应进行手术治疗^[5]。

5.1.2 需急症手术的急腹症 主要是针对急性炎症性疾病,如急性胆囊炎、急性胰腺炎及肠梗阻等,应密切观察,若经过一段时间的治疗病情不见好转,如炎症不能控制、肠梗阻有发展为肠绞窄的趋势,应及时转为手术治疗^[6]。

5.1.3 可以非手术治疗的疾病 患者全身情况良好,病情轻,经非手术治疗可以治愈,则可采用非手术治疗。如初次发作的急性单纯性阑尾炎,病史

较短的消化道空腹穿孔,胆道蛔虫病,急性单纯性胰腺炎和不完全性单纯性机械性肠梗阻等,在进行对症治疗的同时密切观察腹部体征。对于一些极度衰竭根本无法耐受麻醉及手术治疗的老年患者,亦应归于非手术治疗。

5.2 微创治疗外科急腹症的进展

5.2.1 鼻胆管引流 通过内镜下逆行胰胆管检查、鼻胆管引流,在高龄危重患者罹患化脓性梗阻性胆管炎时及时置管引流、减压,可以大大降低化脓性梗阻性胆管炎的病死率,避免紧急手术的风险^[7]。

5.2.2 腹腔脓肿、膈下脓肿在B超或CT引导下穿刺置管引流,对脓肿的诊断、治疗技术是很大的进展。

5.2.3 腹腔镜的普及(20世纪80年代中期开展,20世纪90年代以后在临床普及)在急性胆囊炎的治疗有很大进展,使胆囊切除术的切口变成几个小孔,术中显示器的放大可以清楚地辨认胆囊三角结构,可以顺利切除胆囊。有的单位腹腔镜诊断和手术治疗急性阑尾炎已成为常规。

5.2.4 血管造影和及时溶栓治疗门静脉及肠系膜血管病,改变了血管阻塞病的预后,在有条件的医院已经开展。

5.2.5 重症胰腺炎 腹腔渗液、腹膜后间隙渗液B超、CT引导下穿刺引流,使大量含有炎性介质和细胞因子的渗液引流以减轻重症胰腺炎的中毒症状,缓解病情。急性胆源性胰腺炎合并急性胆管炎时应早期行内镜下取石、减压、引流^[8-10]。

【参考文献】

- [1] 顾倬云. 老年外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 330-332.
- [2] Tamayo-Sarver JH, Dawson NV, Cydulka RK, *et al.* Variability in emergency physician making about prescribing opioid analgesics[J]. *Ann Emerg Med*, 2004, 43(4): 483-493.
- [3] 姜波健, 俞继卫. 急腹症中腹腔镜诊治的现状和进展[J]. *国际外科学杂志*, 2008, 35(6): 367-369.
- [4] 顾倬云. 老年人急腹症的诊断误区[J]. *腹部外科*, 1999, 12(4): 147-148.
- [5] Lewiss RE, Egan DJ, Shreves A. Vascular abdominal emergencies[J]. *Emerg Med Clin North Am*, 2011, 29(2): 253-272.
- [6] Lam CM, Yuen AW, Chik B, *et al.* Laparoscopic surgery for common surgical emergencies: a population-based study[J]. *Surg Endosc*, 2005, 19(6): 774-779.
- [7] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1818-1820.
- [8] Lund H, Tonnesen H, Tonnesen MH, *et al.* Long-term recurrence and death rates after acute pancreatitis[J]. *Scand J Gastroenterol*, 2006, 41(2): 234-238.
- [9] Fisher JM, Gardner TB. The "golden hours" of management in acute pancreatitis[J]. *Am J Gastroenterol*, 2012, 107(8): 1146-1150.
- [10] Kapetanios DJ. ERCP in acute biliary pancreatitis[J]. *World J Gastrointest Endosc*, 2010, 2(1): 25-28.

(编辑: 周宇红)