

老年糖尿病患者并发急性阑尾炎的临床资料分析

陈 晖

贵州医科大学第二附属医院普外科 贵州凯里 556000

【摘要】目的 探讨老年糖尿病并发急性阑尾炎患者的临床特点、治疗措施和治疗效果。**方法** 随机选取该院 2013 年以来收治的 50 例老年糖尿病并发急性阑尾炎患者为研究对象, 加强围术期血糖管理, 采用单纯行阑尾炎切除术、阑尾周围脓肿切开引流术和阑尾切除联合腹腔引流术进行手术治疗。**结果** 所有患者经过上述方案治疗后, 血糖值均控制在理想范围内。有 8 例患者出现不同部位的感染, 经过积极对症治疗均痊愈出院。其中, 42 例患者按期痊愈; 有 4 例患者出现肺部感染, 经过积极的抗感染和解痉祛痰等对症治疗措施后, 症状好转痊愈; 有 3 例患者切口部位皮肤出现发红等轻度感染现象, 经过换药、抗感染治疗后好转痊愈; 有 1 例患者出现泌尿系统感染, 加用喹诺酮类抗菌药物治疗后痊愈。有 1 例高龄患者因全麻术后出现呼吸窘迫综合征, 上呼吸机后并发肺部感染, 因心肺衰竭死亡。**结论** 老年糖尿病合并阑尾炎患者具有独特的临床特点, 阑尾炎穿孔和坏疽率较高, 应该早诊断、早治疗, 尽可能降低并发症的发生率。

【关键词】 老年; 糖尿病; 急性阑尾炎

【中图分类号】 R587.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 01-022-02

糖尿病和急性阑尾炎均是临床实践中的常见病和多发病。对于老年糖尿病患者来说, 由于机体免疫能力和抵抗力相对较低^[1], 具有相对较高的并发急性阑尾炎的几率, 因老年阑尾炎症状不典型, 发病后到发现确诊症状已较重, 常出现化脓、穿孔致腹膜炎、或者脓肿形成。两病合并患者如果没有得到及时诊断和治疗, 病情可能进一步恶化, 不利于术后恢复, 严重者可能引发死亡^[2]。为此, 随机选取我院 2013 年以来收治的 50 例老年糖尿病并发急性阑尾炎患者为研究对象, 通过回顾分析其临床资料, 探讨此类患者的临床特点、治疗措施和治疗效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取该院 2010 年以来收治的 50 例老年糖尿病并发急性阑尾炎患者为研究对象, 患者均符合有关糖尿病^[2]和急性阑尾炎^[3]的诊断标准。

研究对象中, 男患 31 例, 女患 19 例; 年龄范围在 60 ~ 82 岁之间, 平均年龄为 (65.8 ± 6.4) 岁; 糖尿病病程范围在 1 ~ 24 年之间, 平均病程为 (12.5 ± 8.6) 年; 从阑尾炎类型看, 单纯性阑尾炎最多为 40 例, 化脓性阑尾炎 5 例, 阑尾周围脓肿 4 例, 坏疽性阑尾炎 1 例。

1.2 治疗方法

围术期血糖控制措施: ①术前血糖控制。指导患者及其家属严格给予糖尿病标准饮食治疗。较轻病情者, 可根据实际情况先给予降糖药口服, 如果效果不佳、血糖处于不稳定变化中, 改用胰岛素皮下注射的方法控制血糖。应用胰岛素时, 要根据血糖检测结果及时调整用量, 控制血糖在 6.1 ~ 9.0 mmol/L 之间; 查尿常规了解尿酮情况, 避免酮症发生最好请内分泌科医师会诊协助控制血糖。②术中血糖控制。根据患者的实际情况, 如手术时间较长, 按照医嘱监测患者术中血糖水平, 根据检测结果决定是否采用胰岛素及其用量, 控制血糖在理想范围内; ③术后血糖控制。术后应用极化液和生理盐水 2 ~ 3d, 糖与胰岛素按常规比例配置进行静脉滴注, 患者要及早进食, 胰岛素逐步停用, 之后改为口服降糖药。

手术治疗方法: 40 例患者选择腹腔镜下行单纯行阑尾炎切除术, 4 例患者开腹行阑尾周围脓肿切开引流术, 6 例患者

行腹腔镜下阑尾切除 + 腹腔引流术。

2 结果

2.1 血糖控制情况

按照上述方案进行治疗, 围术期所有患者血糖值经过检测均控制在理想范围内。

2.2 手术时机情况

42 例患者入院 12h 内接受急诊手术治疗, 其余患者诊断延误, 入院 48h 后行手术治疗。

2.3 治疗效果分析

所有患者经过上述方案治疗后, 有 8 例患者出现不同部位的感染, 经过积极对症治疗均痊愈出院。其中, 42 例患者按期痊愈; 4 例患者出现肺部感染, 经过积极的抗感染和解痉祛痰等对症治疗措施后, 症状好转痊愈; 3 例患者切口部位皮肤出现轻度感染, 经过常规换药、抗感染治疗后好转痊愈; 1 例患者出现泌尿系统感染, 加用喹诺酮类抗菌药物治疗后痊愈。1 例患者因出现严重并发症经抢救无效死亡。

3 讨论

由于年龄原因, 老年糖尿病患者腹部肌肉萎缩, 皮下脂肪较多, 尤其妇女分娩多次后腹壁柔软松弛, 肌紧张不明显, 肌肉防御能力较弱, 腹痛典型症状缺乏, 个别患者仅有恶心、呕吐、腹胀、上腹隐痛等消化不良之症状。因此, 早期诊断往往难以明确。

老年糖尿病并发急性阑尾炎患者具有较低的免疫力和抵抗力, 机体抗感染能力相应下降, 加之淋巴管和血管出现不同程度的退行性改变, 可伴有包括阑尾动脉在内的动脉出现硬化性改变。老年患者阑尾粘膜出现纤维化改变, 可迅速出现炎症病变, 阑尾易出现穿孔、坏疽和缺血等异常改变。因此, 应早期诊断和早期治疗老年糖尿病合并急性阑尾炎患者。

该组 8 例患者未出现典型临床表现, 延误诊断, 入院 48h 后方行择机手术。B 超检查不仅能提供可靠的诊断依据, 还能与回盲部肿瘤、右侧输尿管结石、卵巢肿瘤等其它疾病进行鉴别诊断, 所以 B 超检查是老年阑尾炎的常用诊断手段, B 超检出老年阑尾炎特别适用具有不典型临床症状者的比例高达 86.4%。为了进一步明确诊断, 也可进行 CT 腹部扫描, 与 B 超检查相佐证。此外, 老年糖尿病患者并发急性阑尾炎后具

有较高的穿孔机会,且一旦穿孔可危及患者生命安全,此时必须及早行阑尾切除术,不能无原则地扩大手术指征或随意延长手术时机。

临床实践中,要与外科类急腹症进行鉴别诊断:①溃疡急性穿孔。溃疡穿孔后,沿右结肠旁沟部分胃内容物可流入右髂窝,造成右下腹急性炎症的发生,可误诊为急性阑尾炎。溃疡急性穿孔多有慢性溃疡病史,穿孔前有暴饮暴食诱因,患者突然出现剧烈腹痛,查体见板状腹,剑突下腹膜刺激征较为明显,腹腔穿刺可见上消化道液体,透视腹部可见游离气体于膈下。②急性胆囊炎和胆石症。急性胆囊炎需与高位阑尾炎进行鉴别诊断。急性胆囊炎和胆石症有胆绞痛发作史,疼痛可放散至右肩部和背部,查体见阳性莫菲氏征,可触及胆囊肿大,腹部B超检查可见胆囊肿大和结石声影;高位阑尾炎仅见转移性腹痛,依据以上特征一般可予鉴别。③急性美克尔憩室炎。该病为先天性畸形改变,以回肠末端最为多见,与阑尾的位置很近。当憩室出现急性炎症性改变时,极似急性阑尾炎之临床表现,术前很难与急性阑尾炎相鉴别。因此,当为畸形阑尾炎患者手术时,如果见到外观基本正常阑尾时,应对末端回肠至1m进行仔细检查,以免憩室炎之遗漏现象的发生。④右侧输尿管结石。向下移动的输尿管结石可造成右下腹疼痛的发生,应与急性阑尾炎进行鉴别诊断。输尿管结石所致疼痛较为剧烈,疼痛沿输尿管的方向放散至外阴部和大腿内侧,患者往往难以忍受。腹部检查出现不甚明显的右下腹压痛和肌紧张,尿常规检查出现大量红细胞,腹部平片可见泌尿系结石阳性。

手术是治疗急性阑尾炎合并糖尿病的主要方法。由于患者合并有糖尿病,如果围术期不能很好地控制患者的血糖水平或变化幅度较大,会降低手术成功率,增加术后并发症的发生机会。但是,手术治疗老年糖尿病合并阑尾炎的风险性往往比较高。由于腹腔镜技术的普及及成熟,腹腔镜下阑尾切除术比传统开腹手术的风险及术后并发症要少得多,腹腔镜下进行急性阑尾炎手术最大的有益处是在术野的优秀表明能力上,让小切口显示出大视野的优点。因此对于急性阑尾炎老年患者来说,由于近期肠粘连带还没有形成,在腹腔镜下进行手术即使在全腹腔探查和治疗方面同样可以表现的游刃有余,所以在腹腔镜下实施针对性的探查与治疗可以预防常规开腹探查与治疗出现的盲目性问题,从而有效的降低手术对于腹腔内器官的影响,在根源上降低手术后出现近期肠粘连的机率。另外,由于腹腔镜下进行手术阑尾炎患者的下床活动时间得到提前,对于较快的吸收术野渗出物有很大的帮助,从而降低近期肠粘连出现的机率。对于糖尿病老

年患者选择腹腔镜下阑尾切除术好处显而易见。

要重视阑尾切除术后常见并发症及其预防和处理,保证治疗效果。①出血。结扎阑尾系膜的线出现松脱,可引起系膜血管出血的发生。其预防措施包括:确切结扎阑尾系膜,分束结扎系膜膜厚者,结扎线距切断系膜缘的距离要适当,不要再次牵拉剪除的系膜结扎线以免松脱。出血发生后,可即时为患者输血补液,再次紧急手术进行止血常规处理。②切口感染。多见于化脓或穿孔性急性阑尾炎患者,为最常见术后并发症。预防措施:术中注意保护并冲洗切口,止血要彻底,不得出现死腔。发生切口感染后,可先行试穿将脓液抽出,或于波动处将缝线拆除,将脓液排出,放置引流管并定期常规换药,一般短期即可痊愈。③粘连性肠梗阻。与局部炎症重、手术损伤、切口异物、术后卧床等因素有关,是较常见并发症。急性阑尾炎一旦明确诊断,应早期手术,术后及早进行康复活动,可预防粘连性肠梗阻的发生。粘连性肠梗阻发生后,应手术治疗病情较重者。

以上分析表明,在围术期应控制老年糖尿病合并急性阑尾炎患者血糖在正常范围;同时,术前经验性给予抗菌药物进行抗炎治疗,避免或降低术中感染的发生机会;术后5d根据实验室检查结果或经验性持续应用抗菌药物,尽量降低术后感染的发生几率。围术期要严密监测各脏器功能是否出现异常改变,并及时处理异常改变。手术操作要力争做到快、轻、稳、准,保证不遗漏病灶,尽量避免过多清理腹腔,避免不必要的腹腔探查。但是,要适当清洗腹腔污染、腹膜炎较重者的腹腔,腹腔引流必须充分。老年患者在术后创伤和心理应激作用下易造成心律失常,所以术后应对患者的心率、血压、心电图等项目进行密切监测,密切注意是否发生各种心律失常改变之现象,发现异常立即报告医生进行对症处理;为有效预防并发症的发生,要遵医嘱监测患者的脉搏和血氧饱和度,指导临床合理用氧,对病情变化做到及早发现。为保证治疗效果,降低并发症的发生,术后应经验性或根据病原学检测结果应用抗菌药物,并应用胰岛素控制血糖在理想范围。

综上所述,老年糖尿病合并阑尾炎的临床特征不同于一般患者,具有较高的阑尾炎穿孔和坏疽发生率,应该做到早发现早诊断和早治疗。一旦患者得到确诊,应根据患者身体和疾病的具体情况,确定合理的手术方案,通过积极主动的围术期血糖管理控制血糖在理想范围,将并发症发生率降低到最低程度,不断提高治疗效果。

参考文献:

[1] 钱呈兴,汪琳琳.B型超声在老年急性阑尾炎诊断中的作用[J].临床误诊误治,2009,22(8):38-40.

(上接第21页)

更多放在心脏结构及大血管急性,忽略可能发生的冠脉畸形。或者可能由于患者病情复杂、引流较远,常规经胸超声心动图检查受限。

综上所述,经胸超声心动图诊断先天性冠状动脉瘘的儿童患者准确性较好,其正确诊断对患儿后期治疗方案的选择上具有重要指导意义,虽然冠状动脉造影仍是诊断该病的金标准,但经胸超声心动图凭借其无创、经济、灵活的特点成为先天性冠状动脉瘘的首选检查方法。

参考文献:

[1] 张怀军,高尚志.先天性冠状动脉瘘现代外科治疗[J].国外医学外科学,1989,1:32-34.
[2] 刘建平,汪钢,王伟宪,etal.儿童先天性冠状动脉心脏瘘的诊断及外科治疗[J].中国当代儿科杂志,2002,4(6):482-484.
[3] 刘薇,党群.右冠状动脉瘘似急性心肌梗死发作一例[J].实用心脑血管病杂志,2011,19(10):1725.
[4] 屈朝阳,阮琴韵,陈济添.先天性冠状动脉瘘超声诊断9例[J].福建医药杂志,2012,17(2):261-263.