

老年人常见外科问题

华东医院 刘绍魁 等 编译

上海科学技术文献出版社

老年人常见外科问题

华东医院 刘绍魁等编译

上海科学技术文献出版社

老年人常见外科问题
华东医院 刘绍魁等编译

上海科学技术文献出版社出版
(上海市武康路2号)

总发行所上海发行所发行
上海市印刷十二厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 5.5 字数 130,000

1983年12月第1版 1983年12月第1次印刷

印数: 1—13,500

书号: 14192·24 定价: 0.58 元

《科技新书目》60 268

引 言

我国自解放以来,随着社会生产力的发展和人民生活水平的提高,医疗卫生条件逐步改善,人民的平均寿命显著延长。加上计划生育的推行,老年人在人口总数中所占的比例日渐增大。我国的外科医师普遍地感到前来外科求诊和急诊入院作手术治疗的老年病人越来越多。同时,由于外科和麻醉技术的发展和提高,输血、补液等的合理化以及其他有关新知识和新技术的应用,使许多过去不能手术治疗的老年病人,现在都能安全地施行外科治疗。因此,每一个外科医师,无论是普通外科、胸外科、脑外科、骨科或泌尿外科的医师,都常会遇到老年病人,需要做一部分老年外科的工作,而且这一部分的实际数量,将会越来越大。

目前并不存在老年外科的专业。然而老年人的外科疾病,在临床表现、解决方法及其后果等方面,确实具有一些不同于年轻病人的特点。这就迫使人们对它进行专门的研究。尤其是老年病人日渐增多的时期,更具有特殊的意义。为了更好地处理老年人常见的外科问题,在延长寿命的同时改善其晚年的生活状况,不仅外科医师老年病学医师和内科医师,就是一般医师也有必要注意和了解老年外科的有关问题,例如在什么情况下应当在什么时机采取何种外科治疗,以及可能得到什么后果等。

埃克斯特(Exeter)是英国老年人比例较高的一个地区。1974年,英国皇家外科学会在该地区会议上举行了“老年外科”专题论文报告会。这次会议激励该地区医院的有关医师们对老

年外科进行深入的研究。1979年,他们总结了自己的经验,并结合有关文献,由 K. D. J. 冯威尔(K. D. J. Vowel)主编,写了《老年人外科问题》(Surgical Problems in the Aged)一书。老年病学权威弗格森·安德森(Ferguson Anderson)特为此书写了序言,给予很高的评价,他指出此书“涉及广泛而重要的领域”,并且“极为实用”。对于处理老年人的常见外科问题,有较大的参考价值。书中提出许多重要问题,并以自身的经验作出解答。叙述过程中举出临床实例便于引起兴趣和帮助记忆。书中提出的下列观点,对老年外科很有指导意义:(1)老年病人更为关注的是手术后能否更好地从事工作或独立地自理生活,而不单纯是多活几年。(2)鉴于急诊手术的死亡率大大高于择期性手术,宜适时而果断地进行择期性手术,以避免到不得已而行紧急手术时,冒更大的风险。(3)精确的病情估计,充分的术前准备,小心的谨慎的麻醉处理和术后管理,可使老年人耐受几乎所有各种大小手术,并得以良好地康复。(4)在某些方面,老年外科与小儿外科可作对照比较,如水电解质代谢平衡的重要性等。尽管如此,由于国情不同,此书供我国老年外科工作者参考,仍嫌有不足之处。因此,我们以此书为主要蓝本,并结合我们自己的经验和观点,介绍一些国内的有关资料和近年文献中的有关进展,编译成书,定名为《老年人常见外科问题》,以期抛砖引玉,促进我国老年外科的发展和提高。

陈雄斌 1983年1月

目 录

第一章	老年人的手术·····	1
第二章	术前估计和术前准备·····	13
第三章	老年病人的麻醉·····	23
第四章	食管问题·····	50
第五章	胃十二指肠问题·····	58
第六章	胆道与胰腺问题·····	73
第七章	疝、小肠和阑尾问题·····	89
第八章	结、直肠问题·····	102
第九章	泌尿系统问题·····	120
第十章	老年人的髋关节问题·····	132
第十一章	老年人的血管问题·····	144
第十二章	老年人的手术后问题·····	160

第一章 老年人的手术

关于“老年”的概念,随着地理、文化和各人观点的不同而变化。曾有人说“老化在出生时即已开始”。退休的年龄(趋向于下降)似乎很难作为研究的基点。1963年世界卫生组织建议应当把“老年”(60~74岁)和“高年”(75岁以上)区别开来,主要是因为前者在智能、技术和经验方面,对社会仍有贡献。我们选择70岁以上的人作为研究对象,部分原因是强调人在70岁时,平均估计寿命为10年(女性12.8年,男性9.5年)。这对一些需要外科处理的老年疾病,在估计治疗价值时,极为重要。

显然,按照年月次序的排列,而人为地决定一个年龄界线,是不能令人满意的。但是,给“生物年龄”这个概念下个定义,也有困难,而这个概念在对病人进行术前估价时极为重要。此外,对所享受的生活质量,也需要有一个定义。我们的目的是帮助一个从手术恢复过来的病人,尽量应该生活得好些或更好些,而不是更坏些。病人虽然不一定说出“在我这个年纪还值得做手术吗?”,但这个问题严重影响他是否接受手术,反映他对生活的意愿,而且对他能否渡过手术和它的并发症极为重要。实际上,他对能否独立生活比能活多久更为关心。这个问题有时可影响外科医生做手术的决心和改变手术方案,特别是在处理恶性肿瘤病人时影响更大。

坦率地和病人讨论一下除手术以外的其他治疗方法,对帮助病人下决心是否接受外科治疗,极为重要。假如一位头脑清醒的老年人拒绝手术,我们不必去进行说服,我们应当尊重他的

决定,并向他保证会尽一切可能,为他提供各种非手术治疗。这样作也可以帮助外科医生,在对病人的身心和社会背景等方面进行全面估计后,决定如何制订手术方案。图1表示在决定老年人手术时,需要考虑的因素。在决定可能要做的一个手术时,外科医生对自己提出一些问题,常很必要。

(1) 疾病的自然预后和病人的估计寿命,哪一个可能长些?

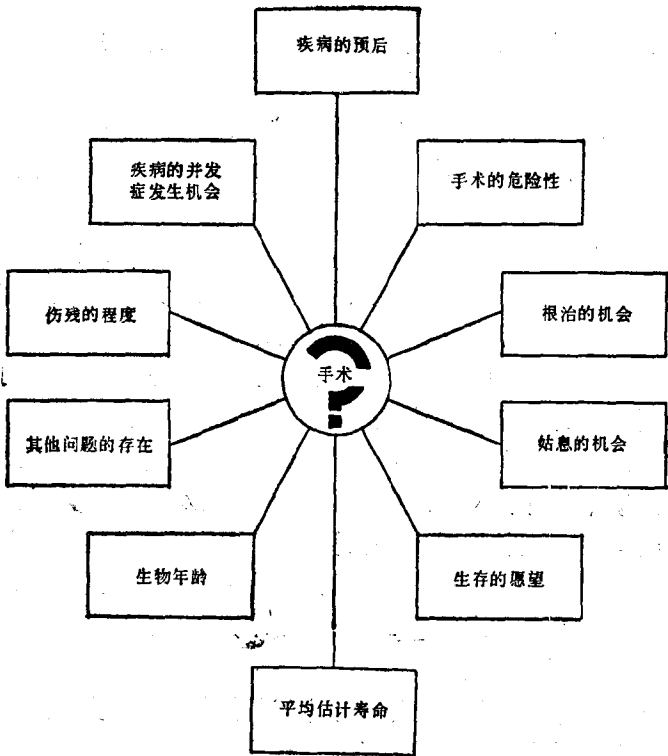


图1 决定老年病人手术时需要考虑的一些问题

- (2) 不做手术对生活的质量有什么影响?
- (3) 病人渡过手术的机会会有多少?
- (4) 手术应当是择期的或早期的, 还是要等到出现急性问题或并发症才进行手术?
- (5) 手术应当是根治性的、改良式的还是分期的?

对手术的估计

当我们试图回答上面的第一个问题时, 马上就需要对病人有一个全面的估计。外科医生们仍常试图用一个诊断来解释所有的症状和体征; 但对老年病人, 这样作会将人引入歧途。在一个收治老年病人的单位中, 一个病人入院时可以有多达 9 个互不相关的诊断。在外科疾病发生之前, 可能已有某些问题发生。这些问题可能需要改变原订手术方案, 影响麻醉方法的选择, 需要时间为住院病人进行术前准备, 影响恢复的速度和程度, 对这些问题, 都不可忽略。此外, 据以作出主要外科诊断的症状、体征、实验室检查参数, 也可能和我们预期的不同。例如, 老年人对痛的感觉常较迟钝, 不能确切地描述痛的特征和部位, 因此, 发生消化性溃疡穿孔时, 可能完全没有腹痛。老年人对感染的反应也不典型, 发热和白血球升高常不明显, 而往往代之以神智昏乱和虚弱等, 缺少能反映那个系统有问题的症状。人们已经知道, 老年病人发生血栓和栓塞形成时, 可以完全没有症状, 既无胸痛, 亦无咯血; 呕吐常被回涌代替, 可因丧失了保护性咽反射而导致被吸入呼吸道。对于老年人病情严重性的认识, 需要我们有一个第六感官, 然后需要经验去寻找原因。

显然, 对病人作出全面估计, 要依靠集体的努力。为了能对病人进行更全面的估计, 往往从老年病医生或社会工作者对病人进行家访时, 就应开始; 有时则从收入老年病房时开始。外科

医生应和老年病医生一起来讨论治疗计划，向病人和家属（如有的话）提出建议，并请麻醉科医生参加讨论。即使是否手术和制订手术方案最后是由外科医生决定，但也要虚心听取别人的意见和建议。

对病人进行全面估计（包括社会 and 身体方面）的结果，可使外科医生对可能发生的各种问题，心中有数。这样，对预后和生活质量的影响问题，即使不能完全回答，也可有言以答。

手术后的生活

第二个问题是关于疾病和手术对生活质量的影响，这对老年病人十分重要。当他面临年龄增长时，他需要知道是否能保持自己生活的独立性，能否继续享受生活乐趣，能否对他周围的人的生活作出他想作的贡献。“我会好吗？”这句话的意思，通常不是指能否生存，而是说“我会不会残废”。健康比长寿更为重要。有人曾指出“对老年病人，手术的目的不一定和对年轻病人一样”。外科医生们关心的是五年生存率，而对生存者的生活质量很少注意。因此，“姑息性手术”往往被认为不如“根治性手术”。对老年病人来说，姑息性大手术是很有价值的。英国老年病学会的座右铭是“把生活赋予年龄”。

为了解病人期望些什么、会发生什么问题、症状会有那些缓解、身体功能会有什么限制，我们需要仔细地研究自己的手术结果（包括成功和失败的手术）。我们一定不能认为他们都和年轻人一样。只有在研究我们自己和别人的结果后，才能回答第三个问题——关于生存的机会。

随手术是择期进行还是在发生急性问题或并发症后紧急进行，对病人术后存活和生活质量结果如何需要仔细加以比较。粗略估计，在多数情况下，老年人紧急手术的死亡率大约是择期性

手术的两倍,有时还要多些。此外,还需了解在任何特定年龄发生急性问题的机会如何。只有这样,我们才能在一旦发生问题时,恰当地建议病人应当如何作,不管病人是否愿意接受。

老年人的大手术

最后一个,是关于建议手术大小的问题,一般常不易回答,因为牵涉到病人和外科医生的个人取决。因为关于病人体质的估计、同时存在的其他非外科疾病、接受手术的动机、和术后发生并发症的危险性等统计研究得出的结果,不一定适合于某一具体病人。对可能发生的死亡率(表1)和并发症只有做手术的人心中有数。根据经验提出来的见解,分歧很大。常有人说:“手术愈小愈好,只要能解决病人问题就行”。遗憾的是假如做得小,常有可能复发或发生另外问题。我们的体会是老年病人很象新生儿,假如术前能严格地进行估计、作好准备、小心施行麻醉、术后很好地护理,老年人几乎能胜任任何大小手术。这些因素中的每一个都关系到术后的恢复,其中最重要的是避免并发症。手术后,年老和年轻病人的恢复主要不同之处是前者不能很好地克服一系列的并发症,而每一个并发症都能引起挫折。老年病人有一定的“顺应性丧失”,部分在体力方面,可能主要是由于负氮平衡,因无症状而未能查觉的感染和发生新的其它问题而未被注意,“顺应性丧失”也反映在精神方面,病人常有消极思想,对恢复健康的尝试感到厌烦,宁愿默默地死去。这种精神状态能使我们所做的一切努力付诸东流。对于这个问题,我们在术前就应有所认识,因为一旦出现,可能就不会逆转。应避免发生这种精神状态,如不幸发生,要及时觉察,给予体贴关心的护理和必要的强制,是提高老年外科病人护理质量的重要环节。

表 1 腹部手术的死亡率*

腹 部 手 术	不同年龄组死亡率(%)			
	60岁以下	60~69	70~79	80岁以上
切口疝修补术	0.5	1.1	1.9	0.0
脐疝修补术	2.8	7.3	0.0	3.3
伤口裂开缝合术	17.7	15.7	36.3	66.6
股疝修补术	1.3	0.0	2.7	6.6
腹股沟疝修补术	0.1	0.2	1.6	3.3
剖腹探查术, 病变不能切除	6.9	9.0	16.6	31.6
主动脉移植	7.5	9.2	16.4	22.2
脾切除术	6.2	17.3	9.0	—
裂孔疝修补术	10.0	0.0	0.0	0.0
胆囊造瘘术	6.6	16.6	13.1	17.2
胆囊切除术	0.8	2.8	5.5	5.4
胆总管切开术	0.0	2.2	13.2	5.5
十二指肠溃疡穿孔修补术	16.1	22.2	23.0	40.0
胃大部切除术	3.9	5.0	11.2	19.8
幽门成形或胃空肠吻合术及迷走神经切断术	5.6	7.4	10.8	15.3
肠梗阻粘连分解术	6.7	10.0	17.6	14.2
小肠梗阻肠切除及吻合术	14.2	13.9	24.3	35.7
结肠部分切除术	6.4	6.8	5.4	9.0
经腹会阴直肠切除术	0.7	4.3	7.6	11.5
结肠造瘘术	5.6	8.1	8.3	14.2
结肠造瘘关闭术	0.0	0.0	0.0	0.0
阑尾切除术	0.1	3.3	2.7	16.6

* 引自美国老年病学会杂志 20 卷 485 页, 1972 年。——作者注

老年病人的病理

在考虑一个患有特定疾病的老年病人的预后时, 需要了解是否有特殊的“老年病理”变化。人们对老化的过程和老化对疾病的影响不太了解, 需要研究。老化的速度不仅每个人不同, 而且, 同一个人的器官和组织老化速度也不同(见图 2)。遗传参与决定寿命的长短和一些疾病的范型, 如糖尿病。环境因素影

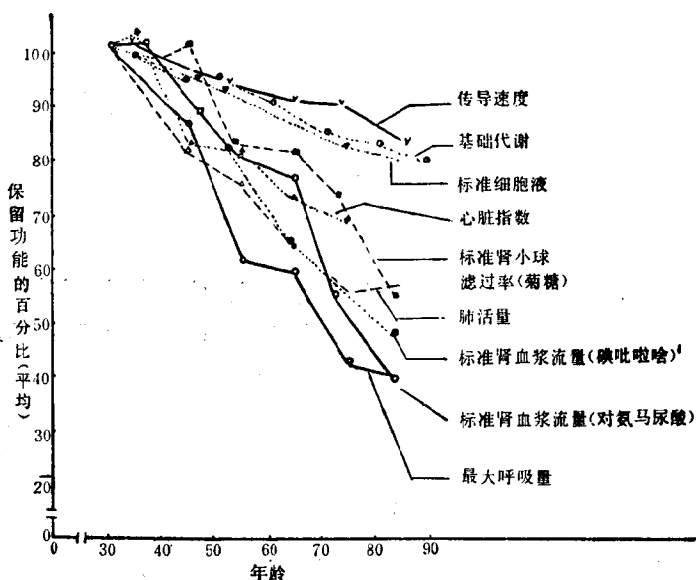


图2 人体各种功能随年龄而下降的情况

响可能不大,但营养和饮食的作用可能影响老年的退化过程。在实验动物中,限制热量摄入和抑制生长速度可增加平均生命期。随年龄而变化的基本生理功能之一是在受到外界应激,产生不正常状态时,老年人恢复速度明显不如年轻人。譬如,血糖被人为地升高后,若要恢复到正常,一个86岁的人所需时间要比一个26岁的人长得多。其原因,部分是由于胰腺反应能力减退,因而胰岛素分泌减少。许多其他生理过程也同样受到影响。所有生理系统的储备能力都减退,例如:神经传导速度、运动时氧摄入量、静止状态时心搏出量、肾血流量和肌力等都减少。总的能量产生逐渐下降,这可能与甲状腺功能状态有关。55岁以后,身高和体重都降低。

癌症在老年人死亡原因中仅次于心血管疾病，在65岁的人群中，每14个人中有一个在5年内发生癌症，每10年的发病率在稳步上升，但90岁以后反有下降。老年人的免疫监督机制功能减退，不能清除“变化了的”细胞。可能，细胞变化经过长时期的连续积累，最后导致癌的发生，例如，肺癌的发病率和吸烟的年数有关。大肠癌在老年人中一般分化较好，侵袭性较小一些。这种现象也常见于乳癌。

伤口愈合是所有外科治疗的首要问题。总的来说，年轻人的伤口愈合较快，并发症较少；老年人发生伤口崩裂者较多，对炎性刺激的反应减少。细胞老化引起的核酸及其酶的功能减退，使细胞不能更换参予代谢的核糖核酸有缺陷的分子，从而影响蛋白质的合成。营养可影响伤口的愈合，蛋白质缺少使伤口抗张强度形成减慢和减弱，影响网状内皮系统，使病人容易发生感染。不稳定的糖尿病能阻止胰岛素对氨基酸和生糖作用的正当控制。尿毒症可引起细胞抑制。负氮平衡对老年病人渡过手术和并发症的能力有不利影响。

血栓栓塞症是年龄较老的人一种常见病。肥胖、不活动、脱水、有感染和恶性肿瘤的病人特别容易发生。预防很重要，可用机械性方法（如在术前、术后挤压腓肠肌，在术后用弹性绷带包扎下肢），抗凝疗法（如小剂量肝素）或早期活动等加以预防。前两种方法对那些卧床不动、血液凝固机制已发生变化的、已经病了一段时间的病人，常已为时过晚。肝素已被证明稍有增加出血的危险性，包括伤口血肿的形成，而这个并发症正是老年外科手术病人特别需要避免者。早期活动对一个两腿无力、不能很好地维持平衡、没有活动打算、宁愿停留在最危险的地方——床上的病人来说，不易做到。

老年人的深静脉栓塞形成和肺栓塞，不易诊断，因为可以没

有腓肠肌压痛或水肿，胸痛或咯血，而只有心动过速，“昏厥”和呼吸困难。对此，必须保持高度警惕、及时用胸部X线和肺同位素扫描等非侵袭性方法，进行诊断。治疗要对病人进行完全肝素化，要选用不需要使病人不活动的方法，接着用小心控制的口服抗凝药物治疗，同时避免其他药物，如口服广谱抗菌素，因为它们能改变对前者的吸收和控制。

预防性抗菌素的使用在外科中仍有争论，总的来说，除在开放性胃肠道手术中的伤口局部使用抗菌素外，其作用都未被证实。然而，如果已经知道一个老年病人有发生肺或尿路感染的可能性，则应使用抗菌素来预防，或至少在出现感染的极微小的征兆时，应立即使用。一般在使用抗菌素时，几乎总要等细菌对抗菌素的敏感试验结果出来后再开始；但对老年病人，特别是糖尿病患者，等待24~48小时后，可能对病情已有延误。遇到这种情况，可先推测可能的致病菌，选用适当的抗菌素，然后根据药敏试验结果，加以调整改变。

水电解质平衡问题

在老年人中水电解质平衡问题中的某些方面需要注意。随着年龄的增长，体内细胞群减少，并伴有随之而发生的钾池减少，同时细胞外液容量和细胞外钠离子增加，表现为血球压积减少。任何慢性心、肝、肾功能不全（这种情况常存在于术前许多老年病人中），都伴有继发性高醛固酮血症，从而加重了细胞外液容量的扩大。已经证明，老年人内分泌和代谢对手术应激反应和年轻人一样。这种情况和抗利尿激素、醛固酮及糖皮质激素的分泌增加将进一步加重术前水和盐潴留及钾丢失状况。

一些有慢性消化道疾病的老年人，进食往往不好，而且常不平衡。随着维生素丙和蛋白质的耗尽，及体重的减轻，他们可能

已处于半饥饿状态。对有厌食、吞咽困难、呕吐或腹痛者，需了解其饮食情况，注意其体重变化，测定其血红蛋白、血球压积、血浆蛋白和血清电解质。对这些病人可能只需要供应美味可口的食物，并加以监督，但有时需要补充混合食物、要素饮食、鼻饲饮食，偶然甚至要给予术前胃肠道外营养。缺铁性贫血可能要用输血来纠正，对同时伴有低蛋白血症者可用全血。血清蛋白不低者可用红血球混悬液。输血时注意避免循环负荷过重，这意味着可能要同时给予利尿剂。除非病人正在出血，一般术前24~48小时内不应输血，以免病人在麻醉和手术时处于高容状态。

有急腹症的老年病人常有低血钠状态，表现为眼球萎陷，舌唇干燥，皮肤弹性丧失，脉细而小，动脉血压低（特别是在直立位），四肢青冷。病人常有神智混乱，不能提供病史。这些都是细胞外液缺少的影响。常见原因为呕吐、小肠膨胀以及潴留在腔内的积液、消化道瘘（包括用“T”管的胆汁引流）、腹泻、过度导泻和利尿。纯粹缺钠不多见，缺钠常伴有钾丢失和酸中毒。小心输入生理盐水可使情况有很大改善，补给量可按处于这种状态的病人的其缺水量为体重的5~10%和血清钠浓度来计算。

当细胞外液缺少时，钾（是主要的细胞内阳离子）由细胞外液进入细胞内。这种情况可发生于代谢性或呼吸性碱中毒、长期使用利尿剂而未同时补钾、肠液丢失的病人中。缺钾在术前必须纠正，因可增加心脏应激性，容易发生心脏停搏、肌肉无力和神智混乱。心电图检查对诊断缺钾很有帮助，显示ST压低、QT间隔延长、T波倒置。术后缺钾可引起胃肠道无张力。静脉输液补钾时，最安全的速度为每小时不超过12毫当量。

医院中的老年病人

对一个老年病人，哪里是经受外科治疗最好的地方是一个

问题。各种检查应尽可能不要住院后再进行。这样，在病人入院时就可以拿出一个明确的治疗方案，告诉病人和其家属，并且不失时机地付诸实行。应当让病人知道大概要在医院待多久。从一个医院转到另一个医院，从一个病房转到另一个病房或康复病房，会使病人晕头转向，因此，我们的“循序渐进护理病人”的概念对老年人完全不适用。有时安排一个老年病人住单人病房是明智的，特别是对吵闹、神志混乱或濒死的病人，但也有时病人喜欢住一间有4~6个床的病房，和年轻一些的人在一起，感受他们的生气和欢乐(虽然老年病人自己不会经常有这种心情)。

外 科 技 术

对老年手术，没有特殊的外科技术。对全身情况的仔细估计，术前很好进行准备，熟练的麻醉，对组织的轻巧操作和“第一次就做好”的必要措施(以避免并发症和再次手术)是最可能取得成功的手段。

手 术 后 问 题

最后，我们的老年病人在渡过手术后，离开了医院。但这仅仅完成了第一步工作，还有更多的事情要作。病人可能没有家，或有一个家但不合适，可能是孤寡一人，或虽有老伴但老弱无能，也可能是楼梯太高或厕所不在室内。如事前做好社会调查，就不难发现这些问题，并为他们安排好家庭医生，建立和亲戚朋友(假如有的话)之间的联系，需要时提供已动员组织起来的各种社会服务。有些病人出院后，由于不再感受到住院时受到的热情关怀和生活规律，即使为他们提供了一切可能的支持和帮助，仍然会莫名其妙地产生一种无依无靠的感觉。康复之