

· 经验交流 ·

老年糖尿病患者的外科手术问题

蒲永东 何建苗 曹志宇

在老年外科手术患者中约 5%~10% 患糖尿病。我院自 1996~2001 年共收治 76 例老年糖尿病患者进行外科手术,现报道笔者的经验和体会。

1 临床资料

本组男 49 例,女 27 例、男女之比 1.8:1,年龄 60~79 岁,平均 66.2 岁。76 例均为 2 型糖尿病患者。术前空腹血糖 $>16\text{mmol/L}$, 尿糖(++)以上者 21 例;并存高血压、冠心病、脑血管意外后遗症等共 26 例,占 34.2%。行阑尾炎手术 13 例,胃结肠癌手术 26 例,胃十二指肠溃疡穿孔修补 4 例,单纯胃大部切除 2 例,腹股沟疝手术 6 例,乳癌手术 6 例,甲状腺手术 5 例,大隐静脉手术 8 例,疝和脓肿切开引流 4 例。急诊手术 25 例,择期手术 51 例。

2 结果

术后发生各类并发症 20 例次,其中切口感染 4 例,切口延期愈合 6 例,肺部感染 4 例,心律失常 2 例,术后高渗性昏迷 1 例,脑血栓形成和下肢深静脉血栓形成各 1 例,术后死于心肌梗死 1 例,死者术前合并有冠心病。

3 讨论

3.1 老年糖尿病对外科手术的影响 糖尿病是常见的老年代谢紊乱性疾病。据统计,糖尿病患者施行手术的病死率要比一般人高 1 倍,同时术后并发症明显增加。因为糖尿病时常伴有心血管、肾脏及神经等重要组织器官功能下降,细胞及体液免疫功能减退,易于导致外科患者麻醉时耐受性差,机体修复能力下降,创面愈合不良、感染甚至危及生命。因此,对于患有糖尿病的老年外科患者进行合理的围手术期处理,做好充分的术前准备十分重要。

3.2 围手术期处理

3.2.1 术前准备 ① 控制血糖:糖尿病患者手术后危险性较大,当血糖高于 13.3mmol/L 时,术后并发

症和死亡率明显增高。因此,控制血糖极为重要^[1]。至于围手术期血糖控制在什么水平,文献报道尚不一致^[2]。笔者认为空腹血糖 $6.8\sim 8.8\text{mmol/L}$, 尿糖在(±)~(+), 尿酮体(-)即可手术。对于急诊手术,血糖在 $(11.1\pm 2.8)\text{mmol/L}$ 可不处理,若血糖在 13.9mmol/L 以上,予 5% 葡萄糖 500ml 加普通胰岛素 20U,以 $2\sim 4\text{U/h}$ 的速度静滴,待血糖低于 11.1mmol/L 即可手术。② 并存病控制:糖尿病患者常伴有心、脑、血管、肾及神经病变。本组合并心、脑、血管等疾病 26 例,占 34.2%。高血压患者血压要控制在正常范围内,以防高血压引起的脑血管意外和急性心功能衰竭。冠心病患者可给予扩张冠状动脉药物和钙离子拮抗剂,以改善心肌供血。

3.2.2 术中处理 为了避免麻醉下低血糖和过度高血糖,术中避免使用葡萄糖,并应密切监测血糖及尿糖,以维持血糖在 $6.8\sim 13.9\text{mmol/L}$, 尿糖在(+)~(++)之间。术中静滴胰岛素控制血糖同时补钾,即使用 G-RI-K⁺ 溶液,一般将血糖控制在 $7.8\sim 10.8\text{mmol/L}$ 为好^[3]。在不影响手术疗效的前提下,手术力求轻、柔、快、简。

3.2.3 术后处理 糖尿病患者术后仍应控制血糖,并补充足够的热量和营养,特别是需禁食的患者。糖尿病患者术后每日需补糖 150~200g,并补充足够的维生素和钾,争取早进食,进食后可以皮下注射胰岛素控制血糖,也可以饮食配以口服降糖药控制血糖,并检测空腹血糖、尿糖进行调整。抗生素的使用以广谱抗生素联合替硝唑(tinidazole)使用为佳。

参考文献

- 1 岳桂英,余云.糖尿病病人围手术期的处理.中国实用外科杂志,1999,19:133-134.
- 2 Babineau TJ, Bothe AJ. General surgery considerations in the diabetic patient. Infect Dis North Am, 1995, 9: 183-186.
- 3 何建胜,严福来.外科病人并存糖尿病的围手术期处理.临床外科杂志,2001,9:104-105.

(收稿日期:2002-03-27)

(本文编辑 周国泰)

作者单位:100091 北京,中国人民解放军第 309 医院普外科

作者简介:蒲永东,男,医学本科,主任医师,教授,科主任