

当肿瘤君遭遇“小黄人”

▲ 上海市静安区市北医院肿瘤科 姜吴声 贾一平

刘先生3年前不幸罹患了胰腺恶性肿瘤，就诊后发现已无法手术，3年来他坚持抗肿瘤治疗，病情总体还算平稳。近期他突然发现自己皮肤开始发黄，眼睛也有点变黄，小便颜色逐渐变深，像酱油似的，偶尔还有发冷发抖，自测体温39℃，皮肤也有些发痒。疑惑中的他来到医院就诊，医生根据他的情况为他开了检查单。很快，结果就出来了：肝功能指标提示胆红素指标明显升高；腹部CT提示肝内胆管扩张，考虑胆道梗阻。原来刘先生遭遇了恶性肿瘤患者常见的并发症之一——梗阻性黄疸，变成了名副其实的“小黄人”。那么恶性肿瘤患者为什么会出现黄疸呢？

让我们先认识一下人体的胆道系统，胆道系统主要包括肝内胆管、肝总管、胆囊和胆总管。肝左右叶的肝内胆管汇集成为肝左、右肝管，它们出肝门后汇合成肝总管，肝总管与胆囊管(连接胆囊)汇合成胆总管。胆总管长约4~8cm，直径仅约0.6~0.8cm，末端与胰管汇合形成十二指肠主乳头，开口于十二指肠降部。胆道系统的主要作用是收集肝细胞分泌的胆汁，在不进食时，将它们暂时储存于胆囊内，当进食时，将它们释放入十二指肠，使之与食物混合，帮助消化。由此我们可以看出，胆道系统的主要作用在于胆汁的引流和暂时储存。

另外，各种发生于肝/胆总管附近的原发性/转移性恶性肿瘤（常见的有胆管癌、胰头癌、十二指肠乳头癌等），由于肿瘤组织在生长过程中对于胆道系统的浸润、压迫，导致胆道阻塞，这使

得胆汁无法正常排出，胆道内压力增大，引起阻塞部位以上的胆道明显扩张和胆汁逆流入血，导致胆道感染、全身皮肤及眼睛巩膜黄染、小便颜色变黄变深、皮肤瘙痒等症状。感染严重时还会出现发冷发抖、体温升高。此时若抽血化验肝功能则可以发现血清总胆红素浓度超过34.2μmol/L，临床上称为显性黄疸，从病人外观上看，也就是我们前边提到的“小黄人”了。

那面对“小黄人”，我们该怎么办呢？临床实践证明，一旦出现了梗阻性黄疸是需要尽快处理的，否则随着梗阻时间的延长，会出现梗阻性化脓性胆管炎、脓毒血症、败血症、肝功能衰竭等严重并发症，甚至危及生命。然而，恶性肿瘤患者并发黄疸时多数已处于疾病中晚期，根治性的外科手术大多已无可能。如何才能解决黄疸问题？有没有创伤小、痛苦少的方法呢？答案是肯定的，让我们继续看刘先生的故事。

刘先生被安排住进了医院，根据他的检查结果，医生建议行PTCD（经皮肝穿胆道引流术），刘先生面露难色，医生很快明白了他的意思，并向他详细介绍起来：这是一种在X线引导下的介入微创技术，可分为外引流及内外引流两种。外引流是经皮经肝穿刺胆管，在导丝的引导下，将有多个侧孔的引流管置入扩张的胆管内，引流管头端放在胆道梗阻段的上方，即可将胆汁引流至体外，来降低胆道系统内压力，达到治疗黄疸的目的。内引流则是在经皮经肝穿刺胆管后在导丝的引导下，引流导管头端通

过胆道梗阻段，置于梗阻段的远端胆管内或十二指肠内，胆汁既可以经引流导管尾端引流出体外，也可以经引流管头端流入梗阻下段胆管或十二指肠内，从而进入体内。如果关闭留于体外的引流管尾端即可使胆汁全部通过引流管头端进入体内，这样可避免外引流引起的胆汁流失的弊端。当然也可以内、外引流同时进行，以便尽快排胆降黄。一般，经PTCD引流1~2周后，黄疸导致的症状与体征可基本消退，肝功能指标也可基本恢复正常。听完医生的介绍，刘先生紧锁的眉头慢慢舒展开，正所谓久病成良医，3年的抗癌路，让他学习了不少的医学知识，加上医生的细心讲解，一下就全明白了。

在医生的安排下，刘先生顺利完成了微创手术。1周过去了，跟医生术前讲的一样，刘先生的黄疸基本消退，血胆红素指标、体温也都基本恢复到正常。虽然如此，刘先生还是有一点心事，黄疸是缓解了，但引流管挂在身上，总是不美观，同时由于之前放射治疗的经历，引流管放置时有疼痛不适，他很希望有办法能拿掉引流管，一样能维持胆汁正常引流。当他把想法告诉医生，医生肯定地告诉他：没问题！因为刘先生胆管梗阻段位于胆总管下段，这正是胆道支架植入的指征，这样引流管就可以撤除了。手术方法跟之前差不多，同样在X线引导下完成，先用导丝把引流管换出，再通过导丝将支架放置到狭窄处释放，堵塞的胆管便打通了，过程快速、简洁。

然而刘先生对操作过程中可能会出现疼痛充满忌惮，有些犹豫。他又向医生提出了更高的要求：有没有一种麻醉后做的手术，让我睡一觉就能解决问题的。医生说：有办法，用ERCP！它是内镜设备及技术发展的产物，又称内镜逆行胰胆管造影。ERCP通过十二指肠主乳头逆行插管来进行造影和操作，可用于胆道结石、胆道肿瘤、胆道梗阻的诊断和治疗。对于您来说，麻醉后内镜插到十二指肠，导丝通过十二指肠主乳头进入胆道，顺导丝置入胆道支架，将梗阻段撑开，胆道引流恢复正常，PTCD引流管就可以拔掉了。手术过程中您处于麻醉状态，ERCP与PTCD一样也属于微创手术，您基本不会有任何痛苦。听完医生的介绍，刘先生欣然应允。说干就干，经过全身麻醉后刘先生安静地躺在手术床上，内镜医生娴熟地将内镜送到胆总管出口处，也就是十二指肠主乳头，随着导丝的顺利进入胆管，造影确定狭窄段位置和长度，胆道支架随导丝置入指定位置，并顺利释放，同时，胆汁从支架内流出，胆道又恢复通畅了！当然胆道疏通后，原来穿刺引流的管子也一并拔除了。几天后，复查肝功能指标提示胆红素已恢复正常，复查CT提示支架在位、扩张良好。治疗有效，刘先生非常开心，这样又可以继续接受抗肿瘤治疗了，他对未来充满了希望。

21世纪的医学是微创医学的时代，微创介入技术的不断进步惠及着广大肿瘤患者，肿瘤君遭遇“小黄人”将不再尴尬，迎黄而上，排胆祛黄！

术后认知功能障碍怎样防治？全都总结在这里啦

▲ 福州大学附属省立医院 陈晓辉

术后患者的个性、社交、认知及技能等方面的改变被称为术后认知功能障碍，这是老年患者术后比较常见的并发症情况。谵妄是以注意力、意识和认知等方面出现障碍为特征的急性发作，病程短，易波动，一般是患者术后1周内会出现谵妄症状，往往发生于术后24小时到72小时内。

术后认知功能障碍的表现形式

以精神方面的症状为主，多在患者术后4天内出现，通常在夜间首次发作，表现为患者的方向感障碍、焦虑不安，很多患者都有类似的前驱症状，如：异常兴奋、孤独、迷茫、逃避、愤怒、注意力下降等。

临床症状主要分为三类：焦虑型、安静型，以及混合型。焦虑型：患者主要症状表现为警觉性增加，活动增多，兴奋过度；安静型：患者的表情淡漠、动作迟缓；

混合型：主要以患者的情绪不稳定为主，并兼有上述两种情况的表现。

术后认知功能障碍的发生因素

手术后精神障碍往往是由多因素综合作用导致的。易发因素主要为：岁数大，心身方面存在一定疾病情况，长时间服用药物，喝酒，感官存在缺陷，身体长期营养不良，心理因素等；促发因素主要为：应激反应大，手术受到创伤，术中存在出血及输血情况，脑血流量减少，血压较低，术后剧烈疼痛等。

术后认知功能障碍的防治措施

常规性预防 预防和治疗手段都有限制性，主要以预防为主。在患者手术前进行评估术后认知功能障碍的危险因子，并进行神经认知方面的功能训练，使患者达到最佳状态。增强医务人员的护理意识，强化人文关怀，加强对高危人群的围手术

期护理。

尽量减少患者的手术过程中的创伤，手术时间尽量缩短。优化麻醉，控制对患者的麻醉深度，减少术中压力。对术后早期的患者进行有效的镇痛治疗和早期活动。

药物防治 抗菌药物：四环素类抗生素米诺环素药物具有较强的脂溶性，能够通过血脑屏障，在中枢神经系统发挥高效抗菌作用。美洛昔康等药物当中的环氧化酶-2（COX-2）抑制剂通过抑制环氧化酶-2（COX-2）的活性，减少患者机体前列腺素的合成。尼卡地平类药物是对患者的神经元有保护作用的钙通道阻滞剂。美金刚等兴奋性氨基酸拮抗剂，可以调节谷氨酸水平，改善患者的认知功能。

治疗方法 主要病因的早期诊断与治疗。加强患者营养、水和电解质的平衡，加强对患者的心理支持。只有一小部分病人需要药物来减轻疼痛和预防自我伤害。

细致的治疗可以使患者保持方向感。外力对患者活动的限制会加剧焦虑情绪，增加死亡率。患有焦虑和幻觉的患者可以选择使用氟哌利多醇或者是与弱安定药联合使用。异丙酚可以用来短期静脉给药来治疗严重的焦虑症。

结语

总之，随着人口老龄化，对于术后认知功能障碍的有效防控，能提高患者的康复效果、康复质量，使其能够合理配置医疗资源，提升患者的生存质量与长期健康。

明确患者术后认知障碍发生的原因、危险因素及防治策略，提高我们自身的认知水平，对提升患者术后生活质量，促进围手术期健康发展具有重要意义。未来，随着科学研究的不断深入，将为术后认知功能障碍的预防和治疗提供更有效的手段，从而提高围手术期医学的整体水平。