

· 临床研究 ·

## 老年性食管癌手术治疗 316 例临床分析

袁 宁, 张 劲, 施子夏

(重庆市第三人民医院胸外科 400014)

**摘要:**目的 探讨老年性食管癌手术治疗的近期效果。方法 回顾分析本科收治的 316 例 60 岁以上老年性食管癌患者手术治疗的临床资料。结果 316 例中, 术后发生并发症 53 例, 死亡 5 例。70 岁以上高龄患者手术并发症率及死亡率明显增高。结论 严格掌握围手术期的治疗是提高手术治疗率, 减少术后并发症及死亡率的关键。

关键词: 老年; 食管癌; 手术治疗

中图分类号: R735.1; R730.56

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2010)13-1711-02

## Surgical treatment of esophageal cancer for the old

YUAN Ning, ZHANG Jing, SHI Zi-xia

(Department of Thoracic Surgery, Chongqing Third People's Hospital, Chongqing 400014, China)

**Abstract: Objective** To discuss the short-term effects of the surgical treatment of esophageal cancer in elderly. **Methods** To review and analyze the clinical data of 316 cases with esophageal cancer for over 60 years old. **Results** In 316 cases, the postoperative complications occurred in 53 cases, death in 5 cases. Significant higher rate of postoperative complications and mortality occurred in patients over the age of 70s. **Conclusion** Strict perioperative treatment is the key method of reduction of postoperative complications and mortality.

Key words: old people; esophageal cancer; operative treatment

食管癌患者以老年人居多。由于老年人常合并心肺疾病或营养不良等, 因此, 部分患者常因不能耐受手术打击而放弃手术治疗。为提高老年患者的手术治疗效果, 减少术后并发症率及死亡率, 现将本院 1984 年 1 月至 2009 年 12 月收治的 316 例 60 岁以上老年性食管癌患者手术治疗的结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 316 例患者中, 年龄 60~80 岁, 平均 68.4 岁, 60~69 岁 240 例, 70~80 岁 76 例。其中男 271 例, 女 45 例, 男: 女比为 6: 1。病程 1~6 个月 254 例, 6 个月以上 62 例。食管上段癌 4 例, 中段癌 177 例, 下段癌 135 例。病变长度 3 cm 以下 119 例, 3~5 cm 143 例, 5 cm 以上 54 例。其中, 合并肺部疾病或肺功能减退者(以胸片或肺功能测定为标准) 152 例, 合并心血管病变者(以心电图、心脏彩超为标准) 113 例, 合并心血管及肺部双重病变者 97 例, 严重营养不良者 23 例, 糖尿病 54 例, 贫血 39 例。

**1.2 手术方法** 本组 316 例手术均在气管插管全身麻醉下施行。其中因肿瘤严重累及邻近器官不能切除, 仅行剖胸探查术者 17 例, 占 5.4%; 手术切除 299 例, 切除率为 94.6%。经左胸后外侧切口径路 312 例, 左颈、左胸部二切口 4 例。在手术切除的 299 例中, 主动脉弓上或胸顶吻合 237 例, 弓下吻合 58 例, 颈部吻合 4 例, 均采用胃代食管。

## 2 结果

**2.1 并发症及死亡率** 本组 316 例中, 术后发生并发症 53 例, 占 16.8%。呼吸系统并发症 34 例, 占本组并发症的 64.2%, 其中肺部感染 27 例, 肺不张 4 例, 呼吸衰竭 3 例。心血管系统并发症 11 例(20.8%), 其中心律失常 8 例, 心衰 2 例, 心搏骤停 1 例。吻合口瘘 3 例(5.7%), 乳糜胸 4 例(7.5%), 胃排空障碍 1 例(1.9%)。本组术后死亡 5 例, 死亡率 1.6%。死亡原因: 呼吸衰竭 2 例, 心搏骤停 1 例(术后 9 d 猝死), 吻合口瘘导致消化道大出血及全身器官功能衰竭各 1

例。

**2.2 60~69 岁组、70~80 岁组术后并发症及死亡率比较** 见表 1。

表 1 不同年龄患者术后并发症及死亡率比较

年龄(岁)	手术治疗 (n)	术后并发症 (n)	术后死亡 (n)	并发症率 (%)	死亡率 (%)
60~69	240	21	2	8.8	0.8
70~80	76	32	3	42.1	4.0

由表 1 可见, 70 岁以上高龄患者术后并发症及死亡率较 70 岁以下组明显增高。

**2.3 术后病理检查** 在手术切除的 299 例中, 病理检查结果鳞癌 293 例, 腺癌 6 例。其中低分化癌 56 例, 中等分化癌 97 例, 高分化癌 146 例。食管旁淋巴结转移 172 例, 食管近切端有癌细胞浸润 3 例。

## 3 讨论

**3.1 高龄食管癌病例的手术选择** 高龄食管癌患者由于内脏器官存在不同程度的衰老和功能减退, 术前常伴有 1 个或多个脏器的疾病, 增加了手术的危险性<sup>[1]</sup>。年龄越大, 因心、肺功能及营养不良等原因而不能耐受手术治疗的患者就越多, 术后并发症的发生率及死亡率也越高<sup>[2]</sup>。但患者的实际年龄常与生理状态并不完全一致, 应根据其全身情况、各重要器官的功能、病变的严重程度及手术的难易等进行综合评定。对伴发疾病者如经过积极的治疗, 能达到开胸手术的要求, 仍可进行手术治疗<sup>[3]</sup>。

**3.2 围手术期的处理** 为提高老年食管癌患者的手术治疗率, 降低术中及术后的风险, 可采取了以下措施: (1) 充分做好术前准备。①有肺部疾病或肺功能低下者, 找出病因, 对因治疗, 给予抗炎、祛痰、吸氧等, 同时加强呼吸功能锻炼, 训练正确

的呼吸方法,并严格戒烟 2 周以上<sup>[4]</sup>,直至肺功能有所改善。

②有心血管疾病或心功能低下者,在心内科医师协助下,使其心功能稳定或改善。并可使用极化液,加强心肌营养,提高心脏储备功能。

③纠正水、电解质失衡及负氮平衡,积极给予支持治疗,纠正营养不良。

④术前做好食管准备。食管狭窄段以上有食管明显扩张者,术前 3 d 置胃管行食管冲洗。无明显扩张者服用抗生素漱口液。

⑤有糖尿病患者,应尽量控制空腹血糖在 12 mmol/L 以下,最好是 8 mmol/L 左右。

(2)保持术中患者生命体征的平稳及正确的操作。高龄食管癌患者机体耐受性较差,术中应保持麻醉平稳,尽量采用双腔管气管插管。手术操作要精确、轻柔,尽量缩短手术时间,避免损伤重要脏器,减少对心、肺功能的干扰。作者认为,食管下段近贲门处癌肿,只要切除肿瘤的范围足够大,在行胃食管吻合时,不必在主动脉弓上吻合,在弓下吻合即可,缩短了手术时间。由于老年人机体修复能力较差,为了避免吻合口瘘的发生,术中分离食管及胃时,应充分保证吻合口两端胃、食管的血供。在吻合时,应充分游离胃,保证吻合口无张力。近 10 年来,本院采用吻合器进行食管胃吻合,明显缩短了手术时间,且吻合也较确实可靠,不失为一种好方法。有文献报道,在食管胃吻合口附近游离纵隔胸膜或人工材料垫片覆盖于吻合口表面,对吻合口起一定保护作用,可减少吻合口瘘的发生<sup>[5]</sup>。

(3)术后恢复治疗。肺部并发症是术后最常见的并发症,本组 316 例手术患者术后发生肺部并发症 34 例,占并发症的 64.2%。死亡 5 例中有 2 例为呼吸衰竭。减少肺部并发症发生的方法。

①术后充分止痛。由于胸壁损伤疼痛刺激及肺机械损伤,肺功能下降 30%<sup>[6]</sup>。术后采用镇痛泵止痛以减少疼痛反应,有利于患者自主咳嗽排痰,改善呼吸功能,且减少了镇痛、镇静药物用量。

②选用有效抗生素控制或预防肺部感染。

③应用超声雾化吸入治疗,鼓励并协助患者主动咳嗽。患者咳嗽困难、咳嗽无力时,应及时吸痰。

④呼吸道分泌物多,有呼吸困难、血氧饱和度降低者,应及时行气管切开。必要时用呼吸机辅助呼吸。另外,严格控制输液量及输液速度,保证术后心功能正常;加强支持治疗,促使手术伤口及吻合口早日修复;严格掌握术后患者恢复进食的时间

和饮食量的增加,对防止心血管系统并发症及其他并发症的发生也非常重要。

文献报道,大于 60 岁食管癌患者手术切除率为 91.2%,明显高于 40 岁以下者的 80.3%<sup>[7]</sup>。本组手术切除率为 94.6%。且老年食管癌患者术后 5 年生存率为 33.3%~44.4%,也高于中青年患者的 29.9%<sup>[8]</sup>。因此,高龄食管癌患者应积极手术,但应认真做好围手术期的处理以及术后护理,仔细地观察患者的病情变化和正确治疗是提高手术成功率,减少术后并发症及死亡率的关键。

#### 参考文献:

- [1] 尚长海. 高龄贲门癌患者的外科治疗[J]. 中国老年学杂志, 2005, 11(1): 115.
- [2] 邵令方, 高宗人, 王功铨. 食管癌和贲门癌的外科治疗[J]. 中华外科杂志, 2001, 139(1): 2206.
- [3] 向杰. 70 岁以上高龄食管癌外科治疗[J]. 中华心胸外科杂志, 1999, 6(2): 124.
- [4] 吕必宏, 何建明, 王启斌. 70 岁以上高龄低肺功能食管癌患者 51 例手术治疗体会[J]. 实用临床医学杂志, 2009, 13(11): 91.
- [5] 林朗, 吴端青. 关于老年性食管癌手术治疗的讨论[J]. 重庆医学, 1996, 25(1): 138.
- [6] 毛友生. 食管癌患者术前肺功能与全麻开胸状态下气道阻力相关研究[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1999, 15(4): 222.
- [7] 邵令方, 张毓德. 食管外科学[M]. 石家庄: 河北科技出版社, 1987: 398.
- [8] 卢涛杰, 陈玉原, 杨捷生, 等. 高龄食管癌贲门癌手术治疗评价(附 35 例报告)[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1991, 7(4): 170.

(收稿日期: 2010-04-27 修回日期: 2010-05-28)

(上接第 1710 页)

#### 参考文献:

- [1] [美]Karl A, Zucke R. 腹腔镜外科学[M]. 2 版. 胡三元 主译. 济南: 山东科学技术出版社, 2006: 657.
- [2] 顾爱东, 郭克逊, 周斌. 腹腔镜与开腹手术治疗粘连性肠梗阻的对比研究[J]. 腹腔镜外科杂志, 2008, 13(1): 35.
- [3] 余俊英, 黄顺荣, 冯泽荣, 等. 腹腔镜在慢性不全性肠梗阻病因诊断和治疗中的应用[J]. 微创医学, 2009, 4(4): 347.
- [4] 陈心锐, 李光. 腹腔镜与开腹治疗术后粘连性肠梗阻疗效对比观察[J]. 检验医学与临床, 2007, 4(9): 832.
- [5] 瞿荣锋, 孙念绪. 腹腔镜手术治疗 15 例粘连性肠梗阻[J]. 重庆医学, 2009, 38(8): 963.
- [6] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 1074.

- [7] Menzies D, Elish. Intestinal obstruction from adhesions: How big is the problem[J]. Ann R Coll Surg Engl, 1990, 72: 60.
- [8] Easter DW, Cuschieri A, Nathanson LK, et al. The utility of diagnostic laparoscopy for abdominal disorders[J]. Arch Surg, 1992, 127: 379.
- [9] Miller K, Mayer E, Moritz E. The role of laparoscopy in chronic and recurrent abdominal pain[J]. Am J Surg, 1996, 172: 353.
- [10] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 229.
- [11] Strickland P, Lourie DJ, Suddleson EA, et al. Is laparoscopy safe and effective for treatment of acute small bowel obstruction[J]. Surg Endosc, 1999, 13: 695.

(收稿日期: 2009-11-10 修回日期: 2009-12-10)