

提高老年恶性肿瘤患者生存质量具有重要意义。

老年恶性肿瘤的特点是多为中晚期,由于目前中晚期癌症患者治疗效果尚不理想,只有少数患者可以治愈,因此应把重点放在提高老年恶性肿瘤患者的生存质量上。随着社会的进步和发展,人口老龄化是世界人口发展的必然趋势。1990 年全世界 65 岁以上的老年人占总人口的 6.5%,约 3.3 亿人,本世纪末 65 岁以上的老年人已逾 4 亿,60 岁以上的老年人达 5.9 亿,世界人口老龄化速度明显加快。1990 年我国第四次全国人口普查时,60 岁及以上的老年人口平均已占 8.59%,并以年均 3.37% 的速度增长,2000 年已达 1.3 亿,占总人口的 10%,进入老龄化社会。因此研究老年恶性肿瘤流行病学,探讨其病因及危险因素,并制定相应的防治措施具有重要意义。

参考文献

1 Poldenak AP. Projected numbers of cancers diagnosed in the US

elderly population, 1990 through 2030. Am J Public Health, 1994, 84:1313-1316.

2 麦圭,林俊. 老年恶性肿瘤住院患者 267 例分析. 中国临床保健杂志, 2004, 7:209.

3 霍俊爱,李其云,尹慧颖. 老年恶性肿瘤 4403 例病理统计分析及其 20 年间变化趋势. 中国老年学杂志, 1998, 18: 110-111.

4 张薇,项永兵,刘振伟,等. 上海市区老年人泌尿系统常见恶性肿瘤发病趋势. 癌症, 2004, 23:555-558.

5 刘达伟,唐晓君,许红. 重庆市 1991-1998 年老年人癌谱分析. 中华老年医学杂志, 2001, 20:294-296.

6 Masetti R, Terribile D, Antinori A, et al. Breast cancer in older women. Breast J, 1998, 4:55-61.

7 Cheon J, Kim CS, Lee ES, et al. Survey of incidence of urological cancer in South Korea: a 15-year summary. Int J Urol, 2002, 9: 445-454.

8 田军,李长岭. 膀胱癌临床诊断和治疗的新进展. 中国肿瘤临床年鉴, 2004, 12:280-287.

·专题笔谈·

老年性食管癌的诊治现状

张力建

食管癌是我国常见的恶性肿瘤之一,占男女性恶性肿瘤发病率的前 4 位,男女之比为 3:1。食管癌严重危害着我国人民身体健康,它也是老年人群中的常见的恶性肿瘤之一。食管癌的发病有随年龄升高而逐渐增加的趋势,其年龄组构成分布偏向高龄组。60~64 岁所占百分比最大,为 17.95%,其次 65~69 岁所占百分比为 17.34%,以后逐渐降低。40 岁以下的年轻患者少见,50~74 岁之间的患者占全部食管癌患者的 74.99%,是名副其实的高龄肿瘤^[1]。随着社会的老年化,高龄食管癌患者在人群中的比率,以及要求治疗的比例正逐年增加。故而重视高龄性食管癌患者的诊断和治疗,是当前公共

卫生事业中的重要组成部分。食管癌的发病与生活环境及饮食有着明显的关系,并有显著的地区差别。美国食管癌的发病率为 5/10 万,黑人 18/10 万;在部分非洲、中美洲食管癌的发病率只有 1.5/10 万或更少^[2]。我国比美国发病率高 20~30 倍,食管癌的分带由我国东北延伸至中东,河南林县及伊朗是最著名的高发区。了解食管癌的成因是防治的重要环节。

长期饮酒及吸烟是公认的两大食管癌发病的诱因,在西方国家,90% 的患者有饮酒史。我国北方习惯于喝热汤及热粥,也是已知造成食管癌的主要原因。酒精度数提高容易引起食管黏膜的凝固性坏死,食物温度越高也同样造成食管黏膜的灼伤、脱落,均为造成食管黏膜发生癌变的原因。此外,高脂肪、低蛋白、低热卡,肥胖也是食管癌的高危因素。保持健康的体魄、科学的生活习惯是预防食管癌的重要手段。

收稿日期:2005-08-10

作者单位:100036,北京市,北京大学临床肿瘤学院,北京肿瘤医院胸外科

作者简介:张力建,男,1953 年 3 月生,山东省禹城市人,教授,主任医师。Tel:010-88121122-2209, E-mail:lijzhang@yeah.net

1 临床特征

与青年食管癌患者相似,老年食管癌的主要病理类型为鳞癌(占 98%),其次为腺癌,肉瘤、小细胞癌和淋巴瘤等较为少见。食管癌较多见的转移部位依次为区域淋巴结、肺、肝、骨、肾上腺及膈肌,腺癌也有转移到脑的。起病与进展缓慢是老年与青年食管癌患者临床特征的主要区别。老年人感觉迟钝,自我感觉症状出现较晚,就诊较迟,故在诊断时肿瘤多数较大。老年患者食管癌的生长速度较中青年患者慢,肿瘤倍增时间相对较长,恶性程度相对较低,对周围组织的浸润性较中青年患者低,故而手术切除率较高。此外,老年患者常合并有其它基础性疾病,例如心脏病、高血压、糖尿病等,术后并发症多,所以围手术期的处理对于降低手术并发症和手术死亡率极为重要。其中吸烟是食管癌发病中最为重要的因素。

2 诊断

客观诊断目前主要依靠内窥镜组织活检,病理学诊断在食管癌的诊断中如同其它恶性肿瘤一样,是非常重要的。发达国家目前广泛采用超声内镜来收集标本。据统计超声内镜在诊断肿瘤侵犯深度上的准确性在 90% 以上(T stage)。在探知淋巴结的转移情况的准确性在 70% ~ 80% (N stage),也有临床采用超声内镜引导对食管周围淋巴结针吸组织活检的方法辅助诊断。

内窥镜与上消化道钡餐造影仍然是目前广泛采用的常规诊断方法。内窥镜可以在直视下组织活检,上消化道造影可以明确肿瘤侵犯食管的深度。在怀疑病变侵犯气管时,可以用支气管镜进行探查。CT 扫描也是一种非常有用的检查方法。它可以分层了解肿瘤与周围脏器的关系,为手术提供依据。正电子发射断层照相术(positron-emission tomography, PET)对食管癌的诊断也有重要的意义,尤其是诊断是否有转移灶时意义重大。

3 临床治疗进展

3.1 手术治疗 文献报道高龄(60 岁以上)患者食管癌术后 5 年生存率为 30% 左右^[3]。因此,手术仍是高龄食管癌患者首选的治疗方法,不可单纯因高龄而轻易放弃手术;但同时应注意老年患者体质差、心肺功能相应减退、并发症多、手术风险大,应严格掌握适应证及正确处理围手术期并发症,才能使患

者安全渡过围手术期,获得最大的治疗效果,提高生活质量,改善预后。临床医生应科学评估老年患者,将生理年龄与实际年龄综合考虑,因人制宜制定出个体化的治疗方案。

手术治疗方案应根据患者的具体情况而定,我们提倡根据每个老年患者的身体的具体情况,联合多学科集体会诊,认真讨论病人的每个患病细节,制定出周密的治疗方案,保证手术过程的安全和切除的彻底性。术中应注意操作细致轻柔、准确快捷,尽量减少组织损伤,膈肌切口不宜过长,避免损伤膈肌的呼吸泵功能。麻醉过程宜平稳,低位食管癌尽量使用单腔管插管,术中定时膨肺吸痰,保证充分换气;双腔叉管双肺分隔要完全拔管前要吸静痰液,术后可以留置 8 号气管插管,带呼吸机入 ICU,使患者顺利通过手术高危期,并可以气管插管行气管镜吸痰,保证肺复张。熟练的手术操作,丰富的临床经验是老年食管癌手术成功的关键。

微创外科中胸腔镜和腹腔镜技术已经在食管癌中开展,但由于技术原因,目前国内只有少数医院开展。我们的体会是游离食管过程中如果出现困难,常常需要中转开胸,病人的选择至关重要。微创外科在老年食管癌治疗中的应用前景广阔。

3.2 围手术期处理 由于老年人机体各项功能均有所减退,免疫功能降低,机体代谢和适应机制的改变,术后各种合并症和手术风险均较高。围手术期应当进行严密的监测,及时发现器官功能的异常,并作出相应的处理,防止出现严重的并发症。随着麻醉和外科技术的进展,高龄已不是开胸手术的绝对禁忌证。当老年患者的生理年龄与实际年龄不符时,应该正确评估患者年龄和器官功能状态,认真做好围手术处理,避免随意放弃手术治疗。对老年食管癌的手术治疗应取积极态度,严格选择患者,只要进行规范的围手术期处理,老年患者完全可以耐受食管癌根治切除术,获得肯定的治疗效果。ICU 是老年患者手术后平稳过渡至安全期的重要治疗环节。

老年患者免疫功能下降,手术前后要给予有效抗生素。临床工作中常规于术前给予广谱抗生素,尤其对于合并有慢性呼吸道疾病患者,给予雾化吸入、戒烟,祛痰,止咳等改善肺功能的措施。手术过程中避免长时间挤压肺脏,减轻肺组织的渗出;术后加强监护和呼吸道管理,必要时以纤维支气管镜吸痰;及时行胸片检查,以便及时发现病变;鼓励患者早期下床活动,以利恢复。对于长期进食状况较差,

营养不佳的患者,可给予肠外营养,改善营养状况,提高手术耐受性。高血压、心律失常会降低心脏的代偿功能,使其恢复时间延长。对高血压患者,给予降压药物治疗,使患者舒张压尽可能降至 90mmHg 以下。心脏彩色 B 超检查对于病人心功能具有重要的参考价值。术中、术后加强心电监护,纠正心律失常也是重要的治疗环节。

内脏功能状况是决定是否手术的重要因素。不少患者年龄虽高,但心肺等重要器官功能良好。病人的生理年龄比实际年龄更重要,年龄因素不属于手术禁忌证。只要准备充分,80 高龄的患者也是可以耐受手术治疗的。笔者即有过高龄病例的治疗经验。术前可以常规应用保肝药物,改善患者肝功能;应用保护心肌药物,改善心肌功能对于提高患者手术耐受性具有重要的作用。此外,改善患者营养状况对于提高患者手术耐受性尤为重要:严重梗阻的患者可以考虑静脉营养,以及定期少量多次输注新鲜冰冻血浆;也可以经鼻空肠营养,输注肠内营养液,应逐渐加量,以适应机体的能量需要。目前临床上有多重不同的肠道内营养素,应根据病人不同状况合理选择和配置。

3.3 放射治疗 对于无法手术的老年患者,放射治疗是一种重要的局部治疗手段。与非老年患者相比,老年人对放射治疗耐受性差,因此目前临床上对老年食管癌多行姑息性照射技术,剂量也偏低。上消化道鳞癌一般在常规分割放射治疗的第 4 周左右开始加速再增殖。后期加速超分割放射治疗,可以克服肿瘤细胞加速再增殖以及阻止肿瘤细胞亚致死性损伤修复,较常规分割放射治疗可以提高肿瘤局部控制率。此外,术后放疗可以有效地消灭未能根治切除的残留癌灶,延长患者生存时间。国内学者的研究表明:淋巴结转移大于 3 个的患者,术后辅助放疗的 5 年生存率为 19.3%,而单一手术组的患者无 5 年生存率^[4]。因此,淋巴结转移是术后辅助放疗的应用指征。

3.4 化疗 化疗是预防和治疗术后全身转移的重要方法。随着化疗药物的进展,许多单药已经显示出明显的疗效。其中紫杉醇单药有效率可达 32% 左右,顺铂的有效率接近 30%,氟尿嘧啶有效率为 38% 左右。这些药物的联合用药具有协同和毒性较低的优点。Ando 等^[5]的多中心随机试验结果显示,术后顺铂与氟尿嘧啶联合用药的患者 5 年无瘤生存率为 55%,单纯手术组患者为 45% (P 值有统计学

意义)。由于老年患者肝肾功能较年轻人差,化疗药在血中代谢较慢,血中浓度相对升高,毒性相对增大,故药物剂量可以适当减少,一般可以采用常规剂量的 80% 或 70% 为宜。

3.5 内镜治疗 对于早期食管癌可以行内镜下黏膜切除术、激光、冷冻治疗以及光动力治疗。激光和冷冻疗法可以在局部使肿瘤病灶变性坏死,以达肿瘤脱落,疏通管腔,缓解症状和治疗肿瘤的目的。光动力治疗是以光敏剂在恶性肿瘤组织集中的特点为基础的一种细胞损伤疗法。其主要优点在于对正常组织的影响小,具有肿瘤特异性。这些微创治疗不仅具有创伤和痛苦小,而且疗效确切,避免了开胸手术,尤其适宜老年患者。对于晚期食管癌患者,内镜下支架置入术使不宜手术的老年患者免除了胃造瘘的手术创伤,是一种非常有效的缓解梗阻症状,改善患者生活质量的姑息疗法。

4 总结

对于老年食管癌患者,要多关心鼓励,促使他们对治疗有信心,不放弃。实践证明,乐观向上,心情开朗是老年食管癌治愈的主要因素,调整心理,加强与患者的沟通,是每个医务工作者医疗工作的组成部分。只要我们充分关心老年患者并与其共同建立战胜病症的信心,一定使老年食管癌治疗的疗效得到提高。

参考文献

- 1 Guvindan R, Arquette MA. The Washington Manual of Oncology. Missouri: Department of Medicine, Division of Oncology, Washington University School of Medicine, 2002.172-178.
- 2 Pazdur R, Coia LR, Hosking WJ, Wagman LD. Cancer management: a multidisciplinary approach. 6th ed. NY: PRR Inc, 2002.219-233.
- 3 Hagen JA, DeMeester SR, Peters JH, et al. Curative resection for esophageal adenocarcinoma: analysis of 100 en bloc esophagectomies. Ann Surg, 2001,234:520-530.
- 4 肖泽芳,杨宗贻,王绿化,等.食管癌术后淋巴结转移对生存率的影响和放射治疗的意义.中华肿瘤杂志,2004,26:112-115.
- 5 Ando N, Liznka T, Ide H, et al. Surgery plus chemotherapy compared with surgery alone for localized squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus: a Japan clinical oncology group study-JCOG9204. J Clin Oncol, 2003,21:4592-4596.