

• 经验交流 •

## 老年人食管癌手术治疗的体会

向明 刘辉 刘俊均 冯亮 岳峰涛

食管癌在我国是常见病,食管癌死亡占全国恶性肿瘤死亡率的21.8%,80%发病在50岁以后。由于老年人年高体弱,常合并有慢性全身性疾病,手术危险性大,而食管癌容易发生进食梗阻加速病情恶化。因此,食管癌是一种严重危害老年人健康的疾病。本文就上海市第五人民医院1996年10月至2004年10月行外科手术治疗的109例的高龄食管癌患者临床资料进行分析,并就高龄食管癌患者的特点及围手术期治疗进行讨论。

### 1 资料与方法

本组患者男性88例,女性21例;年龄65~84岁,平均72.5岁;发病至就诊时间6~14个月,平均6.9个月。术前合并各种疾病者97例,占89%。其中2种以上并存病者48例。其中高血压52例,冠心病27例,心律失常29例,脑血管意外8例,慢支肺气肿24例,糖尿病36例,其他22例。肿瘤部位:胸中上段75例,下段34例。病理类型:鳞癌79例,腺癌5例,鳞腺癌25例(表1)。

根治性手术79例(72.4%),其中颈、胸、腹三切口食管癌切除术8例,胸、腹两切口食管癌切除术11例,左后外侧切口食管癌切除术49例,胸腹联合切口食管癌切除术11例,姑息性手术16例(14.7%),探查术14例,36例手术前后给予放疗和(或)化疗。

### 2 结果

术后获得随访91例(83.5%),失访按死亡统计。随访时间13个月至5年,术后生存时间≥1年者76例,生存率69.7%,术后生存时间≥2年者65例,生存率59.6%,术后生存时间≥5年者26例,生存率24%。术中及术后12例

(11%)出现不同程度并发症共43次(依次为肺部感染、心力衰竭、吻合口瘘,残胃痿,尿潴留和尿路感染)。术后并发症死亡6例(5.5%),无手术死亡。术后病死率8.3%。肿瘤部位与生存期比较差异无显著意义( $P>0.05$ )。

### 3 讨论

3.1 老年人食管癌存在以下特点 (1)老年人生理机能减退,机体反应迟钝,就诊时间较晚,临床中以中晚期病例多见,本组Ⅱb~Ⅲ期占75%;(2)伴随疾病多,尤其以心脑血管疾病、肺病及糖尿病多见,往往是增加手术危险性的主要因素;(3)误诊率高,食管癌病人起病隐匿,症状不典型,易误诊为咽喉炎、反流性食管炎等。故对高龄病人出现吞咽不适、烧心、泛酸及反流胸痛综合征者应高度重视,及时行上消化道钡餐、纤维胃镜等有关检查,达到早期诊断、早期治疗的目的。

3.2 围手术期监护及伴发病的处理 (1)术前全面体检,尤其是心、肺功能的检查,详细了解病情及各脏器功能状态,减少术中及术后并发症的发生。心血管疾病是最常见的并存病,高血压病人术前应正规内科治疗使血压下降至159.77/89.26~169.52/99.76mmHg直至术晨,以免停药后反跳,激发脑血管意外<sup>[1]</sup>。术后可用硝普钠维持血压,同时应积极防治心衰和心律失常。有文献报道,食管癌切除术后房颤发生率可达到20%~25%<sup>[2]</sup>。食管切除术后房颤是进一步发生其他并发症(如肺部感染、吻合口瘘、外科感染等)和增加手术死亡率的一个重要危险因素。年龄>70岁的病人手术后房颤的发生率要显著高于<70岁的病人<sup>[3]</sup>。慢支病人术后易致肺部感染,故术前应促进排痰,改善通气,选择有效抗生素及辅助药物治疗和预防。术后肺部并发症可分为原发性和

表1 病理类型、肿瘤部位及侵犯深度(例)

病理类型	例数	肿瘤部位		浸润深度			
		中上段	下段	黏膜	黏膜下层	肌层	外层
鳞癌	79	62	17	3	18	49	9
腺癌	5	0	5	0	3	2	0
鳞腺癌	25	13	12	0	2	19	4

(下转第288页)

收稿日期:2006-04-03

作者单位:200240 上海市,复旦大学附属上海市第五人民医院胸外科

作者简介:向明,男,1961年10月生,医学学士,副教授,主任医师,科主任。Tel:021-64308151-2553, E-mail:xiangming@5thhospital.com

- coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction (STEMMI Trial). *Int J Cardiol*, 2006, 111: 174-177.
- [17] Hagege AA, Marolleau JP, Vilquin JT, et al. Skeletal myoblast transplantation in ischemic heart failure; long-term follow-up of the first phase I cohort of patients. *Circulation*, 2006, 114(1 Suppl): I108-I113.
- [18] Menasce P. Myoblast Autologous Grafting in Ischemic Cardiomyopathy (MAGIC) trial. *Clin Cardiol*, 2007, 30: 98.
- [19] Stamm C, Westphal B, Hans-Dieter K, et al. Autologous bone-marrow stem-cell transplantation for myocardial regeneration. *Lancet* 2003, 361: 45-46.
- [20] Perin EC, Dohmann H, Borjevic R, et al. Transendocardial, autologous bone marrow cell transplantation for severe, chronic ischemic heart failure. *Circulation* 2003, 107: 2294-2302.
- [21] Tse HF, Kwong YL, Chan J, et al. Angiogenesis in ischaemic myocardium by intramyocardial autologous bone marrow mononuclear cell implantation. *Lancet*, 2003, 361: 47-49.
- [22] Fuchs S, Satler LF, Kornowski R, et al. Catheter-based autologous bone marrow myocardial injection in no-option patients with advanced coronary artery disease: a feasibility study. *J Am Coll Cardiol*, 2003, 41: 1721 - 1724.
- [23] Nyolczas N, Gyongyosi M, Beran G, et al. Design and rationale for the Myocardial Stem Cell Administration After Acute Myocardial Infarction (MYSTAR) Study: a multicenter, prospective, randomized, single-blind trial comparing early and late intracoronary or combined (percutaneous intramyocardial and intracoronary) administration of nonselected autologous bone marrow cells to patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J*, 2007, 153: 212. e1-e7.
- [24] Hirsch A, Nijveldt R, Van der Vleuten PA, et al. Intracoronary infusion of autologous mononuclear bone marrow cells or peripheral mononuclear blood cells after primary percutaneous coronary intervention; rationale and design of the HEBE trial—a prospective, multicenter, randomized trial. *Am Heart J*, 2006, 152: 434-441.
- [25] Fazel S, Tang GH, Angoulvant D, et al. Current status of cellular therapy for ischemic heart disease. *Ann Thorac Surg* 2005, 79: S2238-S2247.

(上接第 275 页)

继发性两类,原发性肺部并发症都发生在手术后 1 周内,继发性肺部并发症可以出现在手术后的任何时间<sup>[4]</sup>。继发性肺部并发症的危害要远大于原发性肺部并发症,而肺部并发症被认为是食管切除术后死亡的主要原因<sup>[5]</sup>。糖尿病患者术前使用或改用正规胰岛素治疗,控制血糖接近正常水平。(2)加强术中管理:麻醉选用气管内双腔导管插管较为安全。但术中不能为方便操作而过多依赖单肺通气,以避免老年人因耐受性差缺氧而导致心律失常。本组 2 例曾在术中单肺通气时出现严重心律失常,最后采用药物加胸内心脏按摩及体外除颤才得以挽救生命,教训深刻。患者术后麻醉完全清醒后方能拔管,拔管前彻底清除气道分泌物,拔管后继续给氧。(3)提高外科手术技术,缩短手术时间。以往对食管切除后并发症防治的注意力大多集中在手术前病例的选择和手术后减少内科并发症,而手术本身造成的并发症注意的较少。目前,传统的食管胃手工吻合技术已经逐渐被食管胃肠吻合器吻合所取代,本组患者中机械吻合 64 例,平均出血量 300ml,平均手术时间 2.5h,术后并发肺部感染 2 例,残胃瘘 2 例;手工吻合 31 例,平均出血量 500ml,平均手术时间 4.5h,术后并发吻合口瘘 4 例,肺部感染 9 例,房颤 16 例。但机械吻合的费用问题目前仍是制约临床广泛开展机械吻合的关键所在。另外,在根治的前提下,尽量避免不必要的扩大手术,减少创伤。近年来老年医学研究进展迅速,现代化的临床监护仪也不断更新、完善及普及,手术技巧逐步提高,食管癌切除术后并发症和手术死

亡率与 30 年前相比有了明显下降<sup>[6]</sup>。因此,老年食管癌手术同中、青年食管癌一样应受到重视,高龄因素不再成为手术的禁忌证。早期诊断、早期治疗是提高老年食管癌疗效的重要前提。

#### 参考文献

- [1] 徐泽. 重视老年人腹部外科手术期的监护及处理. *腹部外科杂志*, 1997, 10: 1-2
- [2] Murthy SC, Law S, Whooley BP, et al. Atrial fibrillation after esophagectomy is a marker for postoperative morbidity. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2003, 126: 1162-1167.
- [3] Sabel MS, Smith JL, Nava HR, et al. Esophageal resection for carcinoma in patients older than 70 years. *Ann Surg Oncol*, 2002, 9: 210-214.
- [4] Fang W, Kato H, Tachimori Y, et al. Analysis of pulmonary complications after three-field lymph node dissection for esophageal cancer. *Ann Thorac Surg*, 2003, 76: 903-908.
- [5] Urvic M, Petrosic N, Depolo A, et al. Transhiatal esophagectomy for carcinoma of the esophagus—our ten years experience. *Zentralbl Chir*, 2002, 127: 956-959.
- [6] Hofstetter W, Swisher SG, Correa AM, et al. Treatment outcomes of resected esophageal Cancer. *Ann Surg*, 2002, 236: 376-384.