

· 论 著 ·

# 高龄食管癌两种手术方式的临床分析

周宜勇, 张绍明, 段德溥, 才志刚, 唐明明

**【摘要】 目的** 探讨两种手术方式治疗高龄食管癌患者的疗效及预后。**方法** 将 114 例  $\geq 75$  岁食管癌手术治疗者随机分为两组, A 组 32 例选择直接食管癌根治、食管胃吻合术, 其中颈胸腹三切口手术 16 例, 右胸上腹两切口手术 11 例, 左胸单切口 5 例; B 组 82 例分两期手术(一期行食管癌切除、食管左颈部外置、胃造瘘术; 择期行二期手术即胸骨后胃代食管、食管胃左颈吻合术)。比较两组疗效及并发症发生率。**结果** A 组手术时间  $(2.9 \pm 0.7)$  h, 出血量  $(305 \pm 65)$  ml, 术后共发生各类并发症 25 例, 死亡 3 例; B 组一期手术平均手术时间  $(2.1 \pm 0.4)$  h, 平均出血量  $(220 \pm 60)$  ml, 术后共发生各类并发症 22 例, 死亡 2 例。两组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 对  $\geq 75$  岁特别是心肺功能欠佳、食管病灶广泛或位于中上段的食管癌患者采用分期手术, 术后风险相对较小, 恢复较快, 有利于术后辅助治疗。

**【关键词】** 食管癌; 高龄; 分期手术; 并发症

**【中图分类号】** R735.1 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-271X(2011)05-0425-03

## Elderly esophageal cancer clinical analysis of two surgical methods

ZHOU Yi-yong, ZHANG Shao-ming, DUAN De-pu, CAI Zhi-gang, TANG Ming-ming. Center of Chest Cancer, 455 Hospital of PLA, Shanghai 200052, China

**【Abstract】 Objective** To investigate the therapeutic and prognostic effect of two kinds of surgical treatment on elderly patients with esophageal cancer. **Methods** One hundred and fourteen cases of esophageal cancer patients who  $\geq 75$  years were randomly divided into two groups: A group includes 32 patients opt for direct esophageal cancer, esophageal anastomosis, in which the neck chest and abdomen three incision in 16 cases, right chest, upper abdomen two incision in 11 cases, single left chest incision five cases; B group includes 82 cases of surgery in two phases (a line of resection of esophageal cancer, esophageal left neck external, gastrostomy; elective surgery that is, two chest stomach esophagus, left cervical esophagogastric anastomosis). The efficacy and complication rates were compared between two groups. **Results** In group A, mean operative time was  $(2.9 \pm 0.7)$  h, mean blood loss was  $(305 \pm 65)$  ml, postoperative complications occurred in various types of 25 cases, 3 patients were died; while in B group, an average operative time of surgery was  $(2.1 \pm 0.4)$  h, mean blood loss was  $(220 \pm 60)$  ml, postoperative complications occurred in various types of 22 cases, 2 patients were died. There was a significant difference between two groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** For patients  $\geq 75$  years in particular, poor cardiopulmonary function, esophageal lesions in a wide range or upper esophageal cancer, the risk of stage surgery is relatively small. The patients can fast recovery and are beneficial adjuvant therapy.

**【Key words】** esophageal cancer; elderly; surgical staging; complications

我科 1998 年 1 月至 2010 年 10 月手术治疗  $\geq 75$  岁食管癌 114 例, 其中直接手术组 (A 组) 32 例, 分两期手术组 (B 组) 82 例, 现报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** A 组 32 例中, 男 27 例, 女 5 例, 年龄 75 ~ 81 岁, 平均 77.5 岁。B 组 82 例中, 男 71 例, 女

11 例, 年龄 75 ~ 83 岁, 平均 78.1 岁。两组患者均有不同程度的合并症, 以呼吸系统疾病及心血管疾病为主。其中轻中度肺功能不全者 85 例, 高血压病 62 例, 心电图异常 92 例, 糖尿病 16 例。

**1.2 术前准备** 两组患者术前均行消化道钡透造影及胃镜检查明确病理、肿瘤位置及长度, 术前胸部 CT、腹部 B 超了解肿瘤浸润深度及转移情况, 予心电图、肺功能评价心肺功能耐受手术情况。术前戒烟, 积极锻炼提高心肺功能储备, 处理伴发病, 控制血糖、血压、哮喘及肺炎等。

**1.3 手术方式** A 组采用直接食管癌根治、食管

**作者简介:** 周宜勇 (1977-), 男, 江苏泰兴人, 本科, 主治医师, 从事胸心外科临床工作

**作者单位:** 200052 上海, 解放军 455 医院胸部肿瘤中心

胃吻合术(颈胸腹三切口手术 16 例,右胸上腹两切口手术 11 例,左胸单切口 5 例)。B 组均采用分两期手术(一期行食管癌切除、食管左颈部外置、胃造瘘术;择期行二期手术即胸骨后胃代食管、食管胃左颈吻合术)。

1.4 术后处理 两组手术患者术后均进入 ICU,鼓励咳嗽排痰及雾化吸入等呼吸道处理,鼓励床上活动及双下肢按摩,术后 3 d 开始肠内营养,控制血压、血糖等,改善心肌供血。

1.5 统计学处理 应用 SPSS 17.0 统计软件包,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效 114 例均顺利完成手术,但 A 组手术时间、出血量和术后死亡发生率明显高于 B 组( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组疗效比较				
组别	<i>n</i>	手术时间 ( $\bar{x} \pm s$ , h)	出血量 ( $\bar{x} \pm s$ , ml)	术后死亡 [例(%)]
A 组	32	2.9 ± 0.7	305 ± 65	3(9.38)
B 组	82	2.1 ± 0.4*	220 ± 60*	2(2.44)*

注:与 A 组比较,\* $P < 0.05$

2.2 并发症 两组术后共发生各类并发症 47 例:A 组 25 例,其中 11 例呼吸衰竭(采取 BiPAP 辅助通气 4 例,气管插管 7 例,气管切开 4 例),7 例心脑血管意外,2 例肝肾功能衰竭,5 例吻合口瘘;B 组 22 例,其中 9 例呼吸衰竭(采取 BiPAP 辅助通气 3 例,气管插管 6 例,气管切开 3 例),9 例心脑血管意外,3 例肝肾功能衰竭,1 例吻合口瘘。见表 2。

3 讨论

随着人民生活水平的提高及医疗条件的改善,高龄患者接受手术的人数也随之增多。但在临床实践中发现,高龄食管癌患者术后并发症发生与术前危险因素的存在及手术方式的选择有密切关系<sup>[1]</sup>。

高龄食管癌患者病史相对较长,感觉迟钝,加之肿瘤进展相对缓慢,早期常无或症状较轻,故就诊时

肿瘤范围广,常属中晚期,手术造成很大难度<sup>[2]</sup>。而且高龄患者各脏器生理功能及抵抗力下降,营养状况差,术前伴发病多,手术耐受力相对减弱,术后极易出现呼吸道及心血管并发症,这也是高龄患者围手术期死亡的主要原因<sup>[3]</sup>,因此除了系统的术前检查准备、严格的手术适应证的选择及术后完善的治疗,合理的手术方式的选择尤为重要,能有效减少术后各类并发症发生。

A、B 两组手术方式特点分析:①术前肺功能的异常及肺部疾病的存在会增加术后肺部并发症的发生,并可能因缺氧导致心律失常。A 组手术及麻醉时间长,术中对肺的挤压致呼吸道分泌物容易残留不易排出,术中对肺的挤压时间长也易造成肺挫伤,导致肺间质水肿,且此种手术方式导致胸腔胃占据胸腔容积多,术后早期由于胸腔胃突然占据了肺心的部分原始空间,给心肺功能势必造成影响<sup>[4]</sup>,特别是术后胃管引流不畅胃潴留时,对肺功能影响更大。手术创伤大,术后伤口疼痛致咳嗽无力较易出现肺部并发症;②A 组手术时间长,手术创伤大,出血量多,对循环系统影响大,较易出现低血压、低氧、心律失常等,手术操作要迅速、精致、轻柔,避免损伤重要脏器,减少对心肺功能的干扰并尽量缩短手术时间,有文献报道<sup>[5]</sup>手术时间 > 4 h 的术后心脏并发症为 ≤ 4 h 手术的 1.77 倍;③A 组手术围手术期一旦出现吻合口瘘,特别是胸腔内吻合口漏,急诊手术风险极大,若不及时胸腔引流,病死率较高,而 B 组手术则避免了此类并发症的发生;④B 组患者手术创伤小,并发症相对少,能早期足量肠内营养,术后恢复快,若病理报告提示食管病灶有外浸或淋巴结转移,可根据患者状况适当行补充放疗或化疗,择期行二期胸骨后胃代食管、食管胃左颈吻合术,从而控制肿瘤进展,延长术后生存期<sup>[6]</sup>。

B 组需先后行两次手术,第一次手术后不能经口进食,需造瘘管内饲入营养液,生活质量偏差,对于部分患者可能不能接受<sup>[7]</sup>,这也是此类手术在众多医院不能推广的主要原因。

高龄食管癌患者围手术期病死率相对较高,术前病理生理的改变及手术创伤大是死亡的重要原因<sup>[8]</sup>。手术方式应该个体化,根据患者情况尽量选择

表 2 两组术后并发症比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	呼吸衰竭	心脑血管意外	肝肾功能衰竭	吻合口瘘	合计
A 组	32	11(34.38)	7(21.88)	2(6.25)	5(15.63)	25(78.13)
B 组	82	9(10.98)	9(10.98)	3(3.66)	1(1.22)	22(26.83)*

注:与 A 组比较,\* $P < 0.01$

微创手术或单切口手术。若患者术前心肺合并症多、病灶范围广、浸润程度深、位置偏高、且胸腔有粘连,则不适合微创手术或单切口手术<sup>[9]</sup>,而且选择一期胃代食管手术风险大,术后并发症多<sup>[10]</sup>。我们认为,在患者理解的基础上尽量选择分两期手术,术前控制好伴发病,提高手术技巧,加强围手术期管理,可有效减少术后并发症,尽快配合术后放化疗等综合治疗,减少术后复发及转移的机会,从而延长生存期。

## 【参考文献】

- [1] 闫效坤,沈振亚. 高龄患者食管癌 43 例手术治疗的临床研究[J]. 世界肿瘤杂志,2008,7(1):40-41.
- [2] 李士亭,陈胜,方友平,等. 70 岁以上高龄食管癌患者的外科治疗体会[J]. 中国老年保健医学,2008,6(5):44-45.
- [3] 白忠义. 食管癌患者术前肺功能评估[J]. 当代医学,2009,15(18):98.

- [4] 李向阳,赵一奇,黄海进,等. 胸胃减容在食管癌手术中的应用研究[J]. 东南国防医药,2006,8(4):251-252.
- [5] 雷海,丁伟峰,李铁川,等. 高龄食管下段癌患者两种不同手术路径治疗的临床效果观察[J]. 现代生物医学进展,2011,10(9):2488-2489.
- [6] 王志刚,魏金龙,石伟成,等. 70 岁以上高龄食管癌的外科手术治疗预后分析[J]. 广东医学,2008,5(27):567.
- [7] 姚运红. 食管癌根治术后早期内心体验的质性研究[J]. 东南国防医药,2009,11(2):165-166.
- [8] 崔继承,谢军,张传学,等. 外科手术治疗高龄食管癌 50 例分析[J]. 淮海医药,2007,25(6):528-529.
- [9] 王大力,严绍平,赫捷. 老年食管癌患者术后肺部感染的分析及预防[J]. 中国肿瘤临床与康复,2006,13(3):267-269.
- [10] 孙超,石维平,束余生,等. 70 岁以上食管癌患者术式选择及并发症的原因分析[J]. 实用老年医学,2006,20(4):260-261.

(收稿日期:2011-06-07;修回日期:2011-07-18)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)

## · 个 案 ·

# 低压舱检查致高空减压病 1 例

殷东辰,郑晓惠,刘晓鹏

【关键词】 低压舱;检查;减压病

【中图分类号】 R845.21 【文献标志码】 B 【文章编号】 1672-271X(2011)05-0427-02

## 1 病例报告

某部歼击机飞行员,33 岁,行低压舱高空耐力检查。上午 8:30 地面吸氧排氮 60 min(舱外约 30 min,舱内无上升高度时约 30 min),9:30 进入低压舱,戴供氧面罩,吸常压纯氧,按常规检查程序上升舱内气压(相当于飞行高度),按检查程序在 10 000 m 高度应停留 30 min。停留 15 min 后,该飞行员主诉心情烦躁,无力,肩部、肘部关节感觉发涩,生理监测指标显示心率 95 次/min,心电图无异常。主试者立即以最大安全速度下降,舱内高度降到 3000 m 时主诉症状有所缓解,下降到地面高度后仍主诉头晕、乏力,肩部、肘部关节有异常感觉,颈部胸部四肢皮肤有异常感觉。由于在低压舱检查及训练过程中极少发生高空减压病,初步诊断为高空缺氧耐力不良导致组织缺氧症状,安静休息后症状未缓解并

有加重趋势,遂怀疑发生高空减压病(DCS)。治疗经过及随访:疑为高空减压病后立即为该飞行员呼吸纯氧,并全程吸氧送某医院进行高压氧治疗,以 0.28 MPa(2.8ATA)压力治疗 10 min 后症状消失,继续以 0.28 MPa 压力治疗 25 min 后呼吸常压空气 5 min 为 1 个周期,2 个治疗周期后将压力在 30 min 内降低至 0.19 MPa(1.9ATA),呼吸空气 5 min 后继续以 0.19 MPa(1.9ATA)压力高压氧治疗 30 min,结束高压氧治疗;转空勤病房后进行改善循环、活血化瘀等对症支持治疗,10 d 后再行低压舱高空耐力检查合格后通过体检。出院后 1 个月进行电话随访,无任何不良反应,已正式放飞。

## 2 讨论

根据高空暴露史(低压舱上升)、高空停留时间以及主诉表现,并主要依据高压氧加压治疗后症状消失,本例可以确诊为低压舱检查导致高空减压病<sup>[1]</sup>。高空减压病与潜水病发病机理相当,主要发生在从事高空飞行作业和潜水作业

(下转第 432 页)

作者单位:100142 北京,空军航空医学研究所

通讯作者:郑晓惠,E-mail:yinde@sohu.com