# 70 岁以上患者颈段及胸上段食管癌的外科治疗

贾维坤,马顺然,杜丹妮 (川北医学院附属医院胸心外科,四川 南充 637000)

[摘 要] **目的** 探讨 70 岁以上患者颈段及胸上段食管癌的外科治疗。**方法** 回顾性分析 68 例 70 岁以上颈段及胸上段食管癌患者的临床资料,全组患者均经左胸左颈二切口食管癌切除局部淋巴结清扫,食管-胃颈部吻合术。**结果** 68 例患者均顺利完成手术切除食管肿瘤,死亡 3 例,其余病例恢复良好出院,术后主要并发症为心、肺并发症及吻合口瘘。**结论** 高龄高位食管癌手术难度大、术后并发症多,经左胸左颈二切口颈部吻合手术方式能缩短手术时间,减少术后并发症,提高手术疗效。

[关键词] 高位食管癌;高龄患者;左颈左胸二切口;外科治疗
[中图分类号] R655.4 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)01-0049-02

## Surgical treatment for cervical and upper thoracic esophageal carcinoma in patients aged over 70

JIA Wei-kun, MA Shun-ran, DU Dan-ni (Cardiothoracic Surgery, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, NanChong Sichuan 637000, China)

**Abstract: Objective** To explore the surgical treatment of cervical and upper thoracic esophageal carcinoma in patients aged 70 or older. **Methods** A retrospective analysis were made among 68 patients who were over 70 years old, and all the patients have undergone stomach esophagus cervical anastomosis through esophageal carcinoma excision and regional lymph node cleaning. **Results** All the 68 patients have completed the surgery successfully, and they have recoveried well except 3 cases of death. And the main postoperative complication was cardiopulmonary complication and anastomotic fistula. **Conclusion** Operative treatment of ercervical and upper thoracic esophageal carcinoma for elderly patients is characterized with highly difficulty and more complications. Stomach esophagus cervical anastomosis through 2-incision with left chest and left neck could simplify the operative procedure, decrease the postoperative complication and improve the curative effect.

**Keywords**: upper esophagus carcinoma; aged patients; left cervical and left chenst 2-incision; surgical treatment

近年来,高龄食管癌患者的就诊率增加,随着手术技术的改进,对高龄高位食管癌的手术治疗亦取得良好疗效。2007 年 9 月至 2012 年 8 月我院对 68 例 70 岁以上颈段及胸上段食管癌患者采取了经左胸、左颈二切口食管癌切除局部淋巴结清扫,食管-胃颈部吻合的外科手术方式,取得了良好疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组患者 68 例,男 43 例,女 25 例,年龄 71 ~ 84 岁。术前经病理诊断均为鳞癌,上消化道钡餐显示病变长度在 3 ~ 5 cm,颈胸部 CT 增强扫描未发现明显淋巴结转移且提示能手术切除病变。胸上段食管癌 57 例、颈段食管癌 11 例。本组 68 例患者术前有 3 例合并糖尿病,5 例高血压,2 例心脏疾病,9 例慢支炎肺气肿。

### 1.2 手术方法

全麻,右侧卧位,颈部垫高且倾斜,颈、胸部皮肤消毒,经左胸第五肋间隙后外侧切口进胸游离食管并清扫淋巴结,常规切开膈肌游离胃并清扫腹部引流区淋巴结,左颈部胸锁乳突肌前切口切断食管并清扫食管颈部引流淋巴结,常规双重结扎胸导管,经主动脉弓后食管床于颈部以一次性机械吻合器(WGWB-20 号强生吻合器 SDH 21 号)行食管胃端侧吻合,根据术中情况适当行吻合口周围加固包埋。术毕常规经鼻安置十二指肠营养管。

## 2 结果

手术切除率为 100%,根治性切除 98.5%(67/68),姑息性切除 1.5%(1/68),术后病理切片检查结果与术前一致。手术时间(3.50 ± 0.25)h,术中出血量(180 ± 75)mL,术后呼吸机使用时间为(4.86 ± 1.27)h,术后住院时间(13.5 ± 2.7)d。痊愈出院 65 例,治愈率为 95.6%(65/68),术后早期死亡 3 例,病死率为 4.4%(3/68),术后第 1、2、3 年生存率分别为 93.9%、81.5%、66.2%。

术后并发症情况:肺部感染 4 例,其中 2 例因严重感染无法脱离呼吸机发生呼吸衰竭而死亡;心血管系统并发症 3 例,主要为心律失常;吻合口漏 2 例,其中 1 例合并糖尿病,术后因多器官系统功能衰竭而死亡,另 1 例经治疗痊愈出院;喉返神经损伤 2 例;乳糜胸 2 例,其中 1 例经右胸再次结扎胸导管而治愈;切口感染 1 例,为合并糖尿病患者。有 1 例患者术后左侧躯体无汗。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401018
[收稿日期] 2013-06-10 [修回日期] 2013-06-25

## 3 讨论

高位食管癌发生率占食管癌的 3.5% ~15.3%，该段食管有重要结构毗邻，局部解剖结构复杂，传统的高位食管癌外科手术选择右胸、颈部、上腹正中联合切口，但此术式难度大、术后并发症多[1-2]。高龄食管癌患者基础代谢率低，蛋白质合成减少，白细胞介素-6、肿瘤坏死因子等炎症因子增加[3]，同时高龄患者常伴有其他系统或器官的病变或功能障碍，尤其是心肺储备功能下降，对手术耐受能力明显降低，术后更易发生致命并发症。有学者认为高龄食管癌患者因术后并发症增加应尽量避免行三切口手术[4]，我们对本组 70 岁以上患者采取了经左胸、左颈二切口颈部吻合的改良手术方式，取得了良好效果。有报道提示高龄食管癌患者手术后肺部并发症发生率为 15.9%~44.0%[5]，本组术后肺部并发症发生率仅为 5.9%。罗宙红等[6]总结术后心律失常发生与术前心肺部合并症、手术方式等因素相关，国外文献报道[7]食管癌围手术期心律失常发生率为 20%~40%，而国内文献报道略低于这个水平。本组 1 例为合并糖尿病，术后血糖控制不满意导致多器官功能衰竭死亡。本组资料显示术中淋巴结清扫均较彻底，且术后病检未发现肿瘤残留，但此术式操作技术要求高，对于部分淋巴结清扫相对较困难。

患者术前常规测定肺通气功能，要求 FEV1% > 50%、$PaO_2$ > 80 mmHg，运动后血气分析无 $CO_2$ 储留方可开胸手术[8-9]。术中尽量将胃缩成管状，在纵隔食管床内固定，减小了胃扩张对心肺所产生的影响[10]。合并高血压、心脏疾病的患者术前应适当降压并改善心脏功能，术中尽量避免因操作等刺激所致反射性心律失常及低血压，避免对患者重要器官造成损伤；对合并糖尿病的患者，术前应将患者的空腹血糖水平控制在 10.0 mmol/L 以下，术后监测血糖，必要时可置胰岛素泵进行监测；肠内营养可显著改善术后营养问题，于术毕安放十二指肠营养管，术后早期即可行肠内营养，可减少吻合口瘘的发生。

与传统三切口术式相比，经左胸左颈二切口食管癌切除局部淋巴结清扫，食管-胃颈部吻合术不需变换体位，手术时间短，创伤小，出血少，术后并发症发生率低，颈部吻合操作表浅，管状胃经主动脉弓后食管床更符合生理及减少对心肺的刺激等。因此，对于颈段及胸上段高龄食管癌患者选择经左颈、胸二切口颈部吻合是最佳的手术方式。

## [参考文献]


[1] 蒋耀光，范士志，陈建明，等. 非开胸食管内翻拔脱术治疗颈段及上胸段食管癌(附 45 例报告)[J]. 中国肿瘤临床，2003，23(2)：189 - 193.

[2] 陈玉泉，杨捷生，陈景起，等. 高龄食管癌、贲门癌的手术治疗 — 附 172 例报告[J]. 癌症，2010，29(15)：685 - 691.

[3] Balducci L, Extermann M. A practical approach to the older patient with cancer[J]. Curr Probl Cancer, 2001, 25(1): 6 - 76.

[4] 吴 彬，徐志飞，赵学维，等. 70 岁以上食管癌患者的手术治疗[J]. 第二军医大学学报，2003，24(10)：1154 - 1156.

[5] Law S, Wong KH, Kwok KF, et al. Predictive factors for postoperative pulmonary complications and mortality after esophagectomy forcancer [J]. Ann Surg, 2004, 240(5): 791 - 800.

[6] 罗宙红，王 蕊. 高龄食管癌术后心律失常的相关因素及预防[J]. 同济大学学报(医学版)，2011，32(4)：66 - 69.

[7] Ahn HJ, Sim WS, Shim YM, et al. Thoracic epidural anesthesia does not improve the incidence of arrhythmias after transthoracic esophagectomy[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2005, 28(1): 19 - 21.

[8] 张 骏，吴佩卿，张 俭，等. 老年食管癌术后呼吸衰竭的防治体会[J]. 中国肿瘤临床与康复，2008，19( 16) : 111 - 112.

[9] Win T, Jackson A, Sharplse L, et al. Relationship between pulmonary function and lung cancer surgical outcome [J]. Eur Respir J, 2005, 25 (4): 594 - 599.

[10] 王 允，赵雍凡，李建军，等. 食管癌术后呼吸衰竭的高危因素分析[J]. 中国胸心血管外科临床杂志，2007，17( 12) : 393 - 394.


(编辑：左艳芳)

(上接第 48 页)


[8] 王永宏，董小雄，张志权，等. 半髋及全髋在高龄股骨颈骨折置换中的应用对比[J]. 局解手术学杂志，2012，21(5)：515 - 517.

[9] Wang G, Gu GS, Li D, et al. Comparative study of anterolateral approach versus posterior approach for total hip replacement in the treatment of femoral neck fractures in elderly patients[J]. Chin J Traumatol, 2010, 13(4): 234 - 239.

[10] Sköldenberg O, Ekman A, Salemyr M, et al. Reduced dislocation rate after hip arthroplasty for femoral neck fractures when changing from posterolateral to anterolateral approach [J]. Acta Orthop, 2010, 81 (5): 583 - 587.

[11] Conroy JL, Whitehouse SL, Graves SE, et al. Risk factors for revision for early dislocation in total hip arthroplasty[J]. J Arthroplasty, 2008, 23(6): 867 - 872.

[12] 南 玲，廖淑梅. 全髋关节置换术后脱位的原因分析及护理对策[J]. 局解手术学杂志，2010，19(5)：437.

[13] Hailer NP, Weiss RJ, Stark A, et al. The risk of revision due to dislocation after total hip arthroplasty depends on surgical approach, femoral head size, sex, and primary diagnosis. An analysis of 78 098 operations in the Swedish Hip Arthroplasty Register[J]. Acta Orthop, 2012, 83 (5): 442 - 448.

[14] Konan S, Rhee SJ, Haddad FS. Total hip arthroplasty for displaced fracture of the femoral neck using size 32 mm femoral head and soft tissue repair after a posterior approach[J]. Hip Int, 2009, 19(1): 30 - 35.


(编辑：余汇洋)