

80 岁以上老年大肠癌 50 例围手术期治疗体会

Perioperative management of patients with colorectal carcinoma aged over 80 years an experience with 50 cases

张兆明, 孟荣贵, 王 颢*, 廖秀军

(第二军医大学长海医院普通外科, 上海 200433)

[摘要] 目的:探讨降低 80 岁以上老年大肠癌围手术期并发症及死亡率的治疗经验。方法:收集分析长海医院 1997 年 4 月至 2003 年 11 月 50 例 80 岁以上老年大肠癌围手术期资料,包括病史、肿瘤分期、手术方式、并发症及死亡率等。结果:50 例中发生并发症共 16 例(32%),其中切口感染 7 例(14%),肺部感染 5 例(10%),吻合口瘘 1 例(2%),切口疝 1 例(2%),尿路感染 1 例(2%),尿潴留 1 例(2%),围手术期无死亡病例。1 年和 3 年生存率分别为 84.4%和 55.0%。结论:80 岁以上老年大肠癌的择期手术预后尚佳,但术后并发症的发生率较高。围手术期积极防治心肺及切口并发症,选择适宜手术方式及麻醉方法,合理应用抗生素,加强营养支持,可显著降低手术并发症及死亡率。

[关键词] 结直肠肿瘤;老年人;围手术期治疗

[中图分类号] R 735.34 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2006)11-1270-02

随着我国逐渐进入老年社会,老年大肠癌所占的比重逐渐增加,老年大肠癌逐渐成为一个严重的社会问题。但由于老年人器官功能多有不同程度衰退,多合并有心肺疾病等,常影响手术后恢复,术后并发症发生率和死亡率明显升高^[1-3]。但是多项研究表明经过手术治愈的老年大肠癌患者的相对生存期与相对年轻患者相似^[4,5]。其原因可能是老年患者大肠肿瘤生长较慢、肿瘤恶性程度较低、右侧肠癌所占比例较高所致。因此,当前研究的关键在于加强对老年大肠癌患者的围手术期管理,以求减少并发症和死亡率。第二军医大学长海医院普通外科 1997 年 4 月至 2003 年 11 月期间收治大肠癌共 2 556 例,其中 80 岁以上老年大肠癌共计 96 例,占同期大肠癌 3.8%(96/2 556),其中行手术治疗且资料完整者共计 50 例。围手术期无死亡病例。本研究总结围手术期处理经验,以求提高诊治水平。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 50 例,男 30 例,女 20 例。男:女为 1.5:1。年龄 80~89 岁,中位年龄 82.5 岁。病程 3 d 至 2 年,平均 4.7 个月。住院天数 9~104 d,平均 25.3 d,术后住院天数 6~70 d,平均 18.0 d。本组主要症状:便血 31 例,腹部不适 18 例,腹泻 17 例,黏液便 7 例,排便困难 4 例。主要阳性体征:肛门指检触及肿块 22 例,腹部触及肿块 10 例,腹部压痛 6 例,贫血明显 5 例。术前均常规行结肠镜活检并行病理确诊。

1.2 肿瘤部位及病理类型 肿瘤部位分布如下:盲肠 3 例,升结肠 7 例,肝曲 3 例,横结肠 2 例,降结肠 4 例,乙状结肠 5 例,直肠 28 例,肛管 1 例。其中大肠同时多原发癌 3 例,为升结肠癌伴直肠癌,升结肠癌伴乙状结肠癌,横结肠癌伴直肠癌各 1 例。病理类型:高分化腺癌 3 例,中分化腺癌 45 例,黏液腺癌 6 例(其中 5 例主要为腺癌,部分为黏液腺癌)。肿瘤浸润深度:黏膜下层 3 例,肌层 10 例,浆膜层 36 例。系膜淋巴结转移 27 例(其中肠壁浸润深度仅肌层 6 例)。肝转移 5 例,肺转移 1 例,腹腔转移 6 例。病理分期:A 期 4 例,

B1 期 3 例, B2 期 14 例, C 期 21 例, D 期 8 例。

1.3 合并症 以心血管疾病及肺部疾病为主,心电图异常,心功能不全 34 例,其中高血压病 8 例,冠心病 2 例,肺心病 1 例;肺功能下降 28 例,慢性支气管炎 4 例,陈旧性肺结核、胸膜肥厚 7 例,肺纤维化 1 例;胆石症 12 例;前列腺增生症 6 例;脑梗死后遗症 5 例;糖尿病 2 例;其他有尿石症、肝硬化、肝血吸虫、成人巨结肠、回肠憩室、左下肢静脉曲张、左肾癌、左斜疝、脊柱后突畸形各 1 例。

1.4 手术方式 右半结肠切除术 13 例,横结肠切除术 2 例,左半结肠切除术 4 例,乙状结肠切除术 2 例, Dixon 术 17 例, Miles 术 4 例, Hartmann 术 5 例,姑息切除术 1 例,经肛局部切除术 3 例,单纯肠造口术 2 例。其中 3 例大肠同时多原发癌分别行右半结肠切除加 Hartmann 术,右半结肠切除加乙状结肠切除术,横结肠切除加经肛局部切除术。另外尚有 1 例同时行 Dixon 加左肾癌切除术。

1.5 术前及术后治疗 术前肠道准备 1~4 d,平均 2.5 d;麻醉诱导期由麻醉师予静滴头孢类抗菌药;术后抗菌治疗 3~13 d,平均 5.8 d;术后禁食 1~10 d,平均 4.5 d;术后第 1 天血红蛋白下降最多 20 g/L,平均下降 4.5 g/L;输入血红蛋白 10~250 g,平均 70 g;输血(浆)最多 3 200 ml,平均 868 ml;静脉营养最长 18 d,平均 3.2 d。

2 结果

2.1 围手术期并发症 发生并发症共 16 例(32%),主要为切口感染,其次肺部感染,切口感染 7 例(14%),肺部感染 5 例(10%),吻合口瘘 1 例(2%),切口疝 1 例(2%),尿路感染 1 例(2%),尿潴留 1 例(2%)。

2.2 随访结果 50 例中 45 例进行了随访,失访 5 例,随访率为 90%,1 年和 3 年生存率分别为 84.4%和 55.0%。

[作者简介] 张兆明,主治医师。现在广西贵港市人民医院普通外科,贵港 537100。

*Corresponding author. E-mail:wanghaohh@sohu.com

3 讨 论

对于高龄大肠癌患者进行手术治疗的危险性 & 优势仍存在争论。但多数学者认为尽管高龄患者的手术风险增加, 但年龄并非手术治疗的禁忌证, 手术可改善患者生存质量, 部分患者可能长期生存。近来有学者^[3]总结 309 所医院的结直肠癌患者共 19 080 例, 其中 80 岁以上患者共 2 932 例 (15.4%)。该组患者的术后并发症为 43.5%, 以肺部及心血管系统并发症为主。而该组患者死亡率为 8.0%。国内甚至有学者报道 80 岁以上患者发生并发症者高达 74% ~ 100%^[6]。本组并发症发生率为 32%, 无围手术期死亡病例。而积极进行围手术期处理, 是降低围手术期并发症和死亡率的关键。

3.1 防治心血管并发症 老年患者大多伴有不同程度心血管损害, 大肠肿瘤手术创伤较大, 围术期常易引发心血管并发症。据国外文献报道, 高龄患者大肠癌手术死亡病例中 70% 死于心血管疾病, 国内曾报道手术死亡病例中 57% 死于心血管疾病^[7]。但本组没有出现心血管系统方面严重并发症, 本组术后即常规从手术室转送 ICU 监护室, 常规予心电监护, 监测血压、中心静脉压, 严格控制输液速度及每日入量, 应用多通道输液泵控制输液及给药, 调节血压及心率平稳。

3.2 防治肺部感染 在文献报道中术后并发肺部感染多见, 国内曾报道术后死于肺部感染 4.5%^[7]。有肺部合并症的患者, 术前即可应用沐舒坦片剂。对于那些有肺部基础病变的患者, 连续硬膜外镇痛更为适宜。手术较多选择气管插管麻醉, 拔气管导管前充分吸痰, 给予超声雾化吸入及静脉应用沐舒坦, 协助改换体位及翻身叩背, 指导有效的排痰方法, 同时予吸氧。尽可能缩短胃管留置时间, 减少因胃管长期留置引发肺部感染的可能。

3.3 防治吻合口瘘 该并发症后果往往较严重, 重在预防, 术前充分肠道准备。手术操作轻柔, 保证吻合口血液循环良好, 无出血, 无张力, 无扭转, 无夹杂脂肪组织, 吻合口均匀致密。术后保持引流通畅。一旦发生吻合口瘘, 如术后 3 d 内出现, 及时肠造口。本组 1 例低位直肠癌术后 1 周出现吻合口瘘, 炎症局限, 经保持引流管通畅, 禁食, 持续胃肠减压, 抗感染, 静脉高营养支持, 2 周后渐自愈。

3.4 防治切口液化、感染和裂开 该并发症在大肠癌手术中为最常见并发症, 原因主要为术中皮下脂肪层被电刀过度烧灼及此类手术野易被细菌污染切口。开腹切口尽量取经腹直肌或旁正中切口, 术中皮下脂肪层不用电刀切开, 皮下脂肪层较厚者行胶片或胶管引流, 术中尽可能避免手及器械接触腹腔及其内容物。必要时行切口减张缝合, 常规应用腹带, 术后加强呼吸系统护理及治疗。

3.5 防治尿潴留 直肠肿瘤手术易损伤盆神经丛, 术中膀胱挤压, 膀胱后移位, 男性前列腺肥大, 排尿姿势改变等, 术后易出现尿潴留。本组 1 例男性患者术后出现尿潴留, 经延

长留置导尿管时间, 期间夹闭导尿管, 定期开放, 锻炼膀胱收缩力, 3 周后排尿功能逐渐恢复。

3.6 合理应用抗生素 大肠内容物中含有大量细菌, 以厌氧菌为主, 术前口服抗菌药, 麻醉诱导期由麻醉师予静滴头孢类抗菌药。术后联合使用抗生素, 头孢类抗菌药加灭滴灵, 待体温及血常规正常, 术后 3 ~ 5 d 停用, 以免导致正常菌群失调, 引起不良后果。

3.7 围手术期营养支持 本组术前术后抽血查肝功能, 术后第 1 天血白蛋白下降最多 20 g/L, 平均下降 4.5 g/L。老年患者围手术期营养支持是治疗不可缺少的重要部分, 患者肠道准备过程中体液及消化液的丢失, 不能正常进食, 同时手术创伤、应激反应、感染, 患者对热量及蛋白质的需要量明显增加, 易致营养不良、低蛋白血症、贫血, 而这又会导致老年患者对手术创伤的耐受性比成年人明显降低, 故应给予必要的静脉营养支持, 同时静滴人血白蛋白、血浆等血液制品。

总之, 高龄患者伴发疾病多, 手术耐受性差, 手术风险明显增加。但是若顺利度过围手术期, 高龄患者常可获得理想的治疗效果。而积极预防心肺及切口并发症, 选择适宜手术方式的麻醉方法, 合理应用抗生素, 加强营养支持, 可显著降低围手术期并发症及死亡率。近来有学者^[8]报道采用腹腔镜手术治疗高龄大肠癌患者, 由于手术创伤小, 术后并发症及死亡率明显下降, 可能是未来发展趋势之一。

[参 考 文 献]

- [1] 张广平, 冯笑山. 老年大肠癌患者的围手术期处理[J]. 中国老年学杂志, 2004, 24: 360.
- [2] 吴善水, 吴荣兴, 王文武. 高龄大肠癌外科治疗与围手术期处理分析[J]. 浙江实用医学, 2004, 9: 15-19.
- [3] Marusch F, Koch A, Schmidt U, et al. The impact of the risk factor "age" on the early postoperative results of surgery for colorectal carcinoma and its significance for perioperative management[J]. World J Surg, 2005, 29: 1013-1021.
- [4] Basdanis G, Papadopoulos VN, Michalopoulos A, et al. Colorectal cancer in patients over 70 years of age: determinants of outcome[J]. Tech Coloproctol, 2004, 8: s112-s115.
- [5] Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, et al. Should patients over 85 years old be operated on for colorectal cancer[J]? J Clin Gastroenterol, 2004, 38: 408-413.
- [6] 燕 锦, 刘宝善, 左 明, 等. 80 岁以上老年大肠癌诊治特点[J]. 四川医学, 2004, 25: 29-30.
- [7] 易小全, 陈光明. 67 例老年大肠癌围手术期治疗的临床分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13: 203-204.
- [8] Feng B, Zheng MH, Mao ZH, et al. Clinical advantages of laparoscopic colorectal cancer surgery in the elderly[J]. Aging Clin Exp Res, 2006, 18: 191-195.

[收稿日期] 2006-03-20

[修回日期] 2006-09-14

[本文编辑] 曹 静