

## 80岁以上高龄肺癌患者的外科治疗方法探讨

胡艳正, 王伟, 尚立群, 李学昌, 宋伟安, 李军, 文峰, 刘军强

(解放军海军总医院 胸外科, 北京, 100048)

**摘要:**目的 总结80岁以上超高龄肺癌患者的外科治疗方法和经验。方法 回顾性分析2005年1月—2011年12月本院收治的23例80岁以上超高龄肺癌患者的临床资料,分析术前准备、手术方法及围术期处理方法。结果 全组肺叶切除9例,局部切除14例,术后发生并发症4例,术后1年生存率为78.3%,3年为50.6%,5年为18.4%。结论 对80岁以上超高龄肺癌患者的外科治疗应抱积极态度。综合判断生理年龄,正确判断手术适应证,选择分期较早的患者,尽量使用微创方法,缩短手术时间以及加强围术期处理确实能使此类患者获得较佳的外科治疗效果。

**关键词:** 超高龄; 肺癌; 手术; 生存率

**中图分类号:** R 734.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2013)07-061-03 **DOI:** 10.7619/jcmp.201307019

## Surgical treatment of super-aged patients over 80 years old with lung cancer

HU Yanzheng, WANG Wei, SHANG Liqun, LI Xuechang, SONG Weian,

LI Jun, WEN Feng, LIU Junqiang

(Naval General Hospital of People's Liberation Army, Beijing, 100048)

**ABSTRACT: Objective** To summarize the methods and the experience of surgical treatment for the super-aged patients over 80 years old with lung cancer. **Methods** The clinical data of 23 super-aged patients over 80 with lung cancer received from January, 2005 to December, 2011 were retrospectively analyzed, and the pre-operation preparation, operation methods and perioperation management were analyzed. **Results** All patients received lung operation in which 9 cases received lobectomy and 14 cases received wedge resection. Postoperative complications occurred in 4 patients. One, three and five-year postoperative survival rates were 78.3%, 50.6% and 18.4%, respectively. **Conclusion** Surgical treatment of lung cancer for super-aged patients over 80 with lung cancer should be done positively. Comprehensive judgment on physiological ages, corrective evaluation of surgical indications, and selection of early-stage patients, application of minimally invasive methods, shortening of operation time and enhancement of perioperation management can all make the patients achieve better therapeutic effects of surgical treatment.

**KEY WORDS:** super-aged; lung cancer; surgery; survival rate

随着中国人口老龄化趋势日益严峻,80岁以上肺癌患者的发病人数日益增多。目前,手术治疗仍是公认的最有效的治疗方法。临床上80岁以上需要手术的肺癌患者越来越多,而高龄肺癌患者往往存在各种脏器功能不同程度的减退,手术风险巨大<sup>[1]</sup>。如何降低手术风险、减少术后并发症、提高手术疗效及长期生存率,是胸外科医生所面临的重要课题。本研究回顾性分析23例手

术后经病理证实的80岁以上肺癌患者的临床资料,现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择2005年1月—2011年12月本院收治的80岁以上高龄肺部肿物初治患者37例,其中手术后经病理证实为肺癌者23例,其中男19例,

收稿日期: 2012-11-16

基金项目: 中国高校医学期刊临床专项资金(11320042)

通信作者: 王伟, E-mail: wangyr02@hotmail.com

女4例;年龄80~84岁,平均(82.7±8.1)岁;病程4d~3个月,平均(1.2±0.6)个月;有症状者8例,其中刺激性咳嗽3例,痰中带血2例,胸痛及胸闷2例,低热1例,其余15例为体检发现;病变位于右上叶6例,右中叶2例,右下叶4例,左上叶5例,左下叶6例;病变直径1cm以下2例,2~3cm6例,3~5cm9例,5cm以上6例;周围型肺癌17例,中心型肺癌6例,包括2例阻塞性肺炎、肺实变患者;19例伴有一种及以上的慢性基础疾病,其中高血压6例,冠心病5例,陈旧性心肌梗死1例,Ⅱ型糖尿病3例,慢性支气管炎伴肺气肿4例。

## 1.2 方法

1.2.1 术前准备:术前常规行血生化、肿瘤标记物、纤支镜、肺功能、心电图或24h动态心电图、超声心动图等检查除外手术禁忌;并行胸部计算机断层扫描(CT)、头颅增强核磁共振成像(MRI)、骨扫描、腹部超声检查排除远处转移。所有患者术前均练习咳嗽排痰;吸烟患者术前戒烟1周以上;慢性支气管炎伴肺气肿患者加用支气管解痉药和祛痰药;高血压患者将血压控制在正常水平或偏高(140~160/90~95 mmHg),术前5d停用阿司匹林。糖尿病患者术前用口服降糖药物或注射胰岛素将空腹血糖控制在7~10 mmol/L。

1.2.2 手术方法:手术均在全麻经胸小切口或胸腔镜下完成,其中开胸手术(切口长8~10 cm)10例,电视辅助胸腔镜手术(VATS)13例;行肺叶切除9例,局部切除14例。切除部位:右上肺叶切除2例,右上肺叶楔型切除3例,右上肺叶肺段切除1例,右中肺叶切除2例,右下肺叶切除2例,右下肺叶楔型切除2例,左上叶切除1例,左上肺叶局部切除2例,左上肺叶舌段切除2例,左下肺叶切除3例,左下肺叶局部切除3例。手术均行区域淋巴结清扫或采样。

## 2 结果

本组无围术期死亡。术后发生并发症4例(17.4%),其中心律失常1例,胸腔积液2例,肺部感染1例,均对症处理后治愈。术后病理检查:鳞状细胞癌7例,腺癌13例,大细胞肺癌1例,腺鳞癌1例,支气管类癌1例。区域淋巴结转移6例,支气管残端或肺切缘均无癌细胞浸润。按国际抗癌联盟(UICC)2009年肺癌最新分期标准:Ⅰa期3例,Ⅰb期11例,Ⅱa期4例,Ⅱb期5例。术后3例低分化腺癌及1例大细胞癌患者进

行了单药吉西他滨化疗,另4例腺癌患者口服易瑞沙或特罗凯行辅助治疗。

全组23例全部完成随访,随访至2011年9月,7例死亡。死亡原因:1例脑梗死,2例心衰,2例呼吸衰竭,2例肿瘤多发转移、全身衰竭。采用Kaplan-Meier统计生存率,术后1年生存率为78.3%,3年为50.6%,5年为18.4%。

## 3 讨论

过去,绝大多数超高龄肺癌患者和家属会拒绝手术,医生也会劝导其放弃手术。由于医学的不断发展,手术、麻醉水平和监护水平的提高,患者体质的增强,以及患者和家属对延长生命的要求,以往对超高龄患者不宜实施的胸部手术,现今也已开展。

高龄肺癌患者由于内脏器官存在不同程度的衰老和功能减退,术前常伴有一个或多个脏器的疾病,增加了手术危险性,因而此类患者手术适应证应慎重选择。高龄肺癌患者多有高血压、冠心病、慢性阻塞性肺疾病等基础疾病,但由于肺癌属于高度恶性肿瘤,只要术前心肺功能检查表明患者能耐受全身麻醉的副作用、重要脏器无严重功能减退、判断切除病肺后能维持较为满意的生活质量,均应采取积极的治疗措施<sup>[2]</sup>。本组7例死亡,5例死于老年基础疾病,仅2例与肺癌相关,表明超高龄肺癌患者通过手术治疗能取得满意疗效。

本研究显示,高龄肺癌应注意如下几点:①综合判断生理年龄,正确判断手术适应证:单纯年龄不是手术禁忌,文献报道<sup>[3]</sup>肺叶切除的最高年龄为91岁,因此,应从患者的身高体质量、精神状态、体力特征、室内外活动能力、思维逻辑、反应敏捷程度等综合评定患者的实际年龄与生理年龄的差距,并做出手术适应证的判断,而不是单纯靠各项检查结果来决定患者手术与否<sup>[4-5]</sup>;②选择分期较早的患者,最大限度保留正常肺组织:通过影像学、支气管镜、全身检查等综合分析,判断患者属肺癌Ⅰ期和Ⅱ期,能够耐受肺叶切除,或病变靠周边能够行楔型切除或肺段切除者;要避免全肺切除,避免切缘阳性。Sagawa等<sup>[6]</sup>认为,楔形切除术切除了原发灶,而且最大限度地保留了肺功能,有益于延长生存期。本组行局部切除14例,占60.9%,表明局部切除能使老年患者生活质量提高,生存期长;③尽量使用微创方法,缩短手术时间:使用小切口或胸腔镜进行手术,尽量缩短手术时间,尽量减少麻醉时间和刺激,如3例

患者术前决定行经胸小切口局部楔型切除,则麻醉采用单腔插管,这样就减轻了麻醉刺激和负担。2例患者行 VATS 手术肺叶切除时,发现粘连较多、肺裂发育不全、预计手术时间较长,则当机立断改为小切口手术。对淋巴结清扫主要采取选择性的个体化淋巴结清扫<sup>[7]</sup>,不建议行长时间、彻底的清扫,以减少术后渗出、缩短麻醉及手术时间。术中要尽量避免或减少对心脏的刺激,这对术后心肺并发症的预防起着重要作用<sup>[8]</sup>;④加强围术期处理<sup>[9-10]</sup>:高龄肺癌患者在围术期处理的过程中,关键在于对心肺储备功能的判断与准备。术前一般采用间断氧气吸入、戒烟、呼吸功能锻炼、使用支气管扩张剂、服用祛痰药物、肺部理疗,以及术前使用适量抗生素等预防措施;针对心血管系统,需控制血糖、尿糖、血压在正常范围内;术后应重视预防呼吸系统及循环系统并发症。如应用超声雾化吸入,协助并鼓励患者咳嗽,必要时可经鼻导管吸痰,减少镇静、止痛药物的用量,选择有效抗生素防治肺部感染,并行痰培养及药物敏感试验;对高血压患者术后第1天微量泵入扩血管药物,持续吸氧。本组患者均顺利平稳地度过了围术期。

综上所述,对80岁以上超高龄肺癌患者的外科治疗应抱积极态度,单纯年龄因素不是手术绝对禁忌证,应全面评估患者的综合情况,包括肺癌分期、手术创伤、实际年龄与生理年龄差距、心肺功能、伴随基础疾病程度、术后并发症出现几率及

术后生存时间等。本组资料表明,综合判断生理年龄,正确判断手术适应证,选择分期较早患者,尽量使用微创方法,缩短手术时间以及加强围术期处理确实能使此类患者获得较佳的外科治疗效果。

#### 参考文献

- [1] Dienemann H, Hoffmann H, Herth F. Thoracic surgery in the elderly[J]. *Chirurgy*, 2005, 76(2): 126.
- [2] Pagin S, Feberico J A, Ponn R B. Pulmonary resection for lung cancer in octogenarian[J]. *Ann Thorac Surg*, 1997, 63(3): 785.
- [3] Srisomboon C, Koizumi K, Haraguchi S, et al. Thoracoscopic surgery for non-small-cell lung cancer: elderly vs. octogenarians[J]. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 2013, 21(1): 56.
- [4] 顾月清, 黄偶麟, 廖美琳. 高龄老人肺癌切肺手术治疗的探讨[J]. *老年医学与保健*, 2000, 6(1): 24.
- [5] Subotic D, Mandaric D, Radosavljevic G, et al. Lung function changes and complications after lobectomy for lung cancer in septuagenarians[J]. *Ann Thorac Med*, 2009, 4(2): 54.
- [6] Sagawa M, Koike T, Sato M, et al. Segmentectomy for roentgenographically occult bronchogenic squamous cell carcinoma[J]. *Ann Thorac Surg*, 2001, 71(4): 1100.
- [7] Watanabe S, Asamura H, Suzuki K, et al. The new strategy of selective nodal dissection for lung cancer based on segment-specific patterns of nodal spread[J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2005, 4(2): 106.
- [8] 付景伟, 张秋生. 高龄肺癌患者术中和术后严重并发症分析[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2012, 19(4): 289.
- [9] 伍达枢, 黄秀贤. 48例高龄肺癌患者的围术期处理及外科治疗体会[J]. *中国实用医药*, 2012, 7(29): 72.
- [10] 何金, 玲高艳. 舒适护理对改善高龄肺癌患者化疗期间生活质量的效果观察[J]. *中国老年保健医学*, 2009, 7(3): 85.

## ● 问 答

**问: 抗菌药物引起的药源性肾损害的病理类型及其相关药物有哪些?**

**答:**药源性肾损害是由药物、化学物质或生物毒素引起的肾结构、功能的病变。各种药物(尤其是抗菌药物)所致肾损害的毒理作用不同,病变部位不同,因此,肾组织的病理改变也不同。肾小管及肾间质受累最为常见,肾小球和肾血管损伤相对较少。

(1)急性肾小管坏死:由氨基糖苷类抗生素引起者最多,其次为头孢菌素类抗生素、两性霉素B和大剂量青霉素等。这些药物对近端肾小管上皮细胞具有直接毒性。主要病理变化为近端肾小管上皮细胞变性、坏死、基底膜断裂及肾间质水肿。

(2)急性间质性肾炎:常由于青霉素类[甲氧西林(新青霉素1)、青霉素、氨苄西林、苯唑西林(新青霉素II)]和头孢菌素类抗生素(头孢噻吩、头孢氨苄、头孢唑林、头孢拉定)的过敏反应所致。其他抗感染药(如磺胺类、利福平、乙胺丁醇、万古霉素、卡那霉素、庆大霉素)及非甾体抗炎药(NSAIDs)等也可引起急性间质性肾炎。药物过敏性急性间质性肾炎的基本病理改变包括炎症细胞浸润、间质水肿和不同程度的肾小管上皮细胞损伤。

(3)肾小球病变:NSAIDs、利福平、青霉胺和生物制品(如马血清及疫苗)等导致的肾损害以肾小球病变为主。不同的药物引起的病理类型不同。利福平可引起肾小球囊壁上皮细胞增生,形成新月体结构(新月体性肾炎);吡喹酮、青霉胺和金制剂引起肾小球系膜组织局灶节段增生(系膜增殖性肾炎)、肾小球基底膜增厚钉突形成(膜性肾病)或新月体性肾炎。

(4)慢性间质性肾炎:慢性间质性肾炎多见于长期服用NSAIDs的病例。肾组织病变主要为间质灶状纤维化和淋巴细胞、单核细胞浸润,肾小管灶状萎缩。

——摘自:王虹,王彤. 临床抗菌药物合理使用提要. 江苏科技出版社, 2009.