

老年胶质瘤的围手术期处理 (附 58 例报告)

王 裕 郭 毅 颜成睿 何华钰 王任直 马文斌

【摘要】目的 探讨老年胶质瘤围手术期的处理方法和注意事项。**方法** 回顾性分析 2010~2015 年手术治疗的 58 例老年胶质瘤的临床资料。**结果** 肿瘤全切除 20 例,部分切除 27 例,活检术 11 例。无手术死亡病例。术后 4 例失语加重,3 例颅内感染,5 例肺部感染,1 例术区出血。**结论** 老年胶质瘤手术方案应本着功能为先的原则,制定个体化方案,完善术前检查和评估,严格控制手术适应证,术后积极预防和处理并发症,提高患者生活质量。

【关键词】 胶质瘤;老年;显微手术;围手术期;处理

【文章编号】 1009-153X(2016)08-0469-02 **【文献标志码】** A **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.1*1

Perioperative management in aged patients with gliomas (report of 58 cases)

WANG Yu, GUO Yi, YAN Cheng-rui, HE Hua-yu, WANG Ren-zhi, MA Wen-bin. Department of Neurosurgery, Pekin Union Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China

【Abstract】 Objective To summarize the experience in perioperative management in elderly patients with glioma. **Methods** The clinical data of 58 elderly patients with gliomas who underwent microsurgery between 2010 and 2015 in Pekin Union Hospital were analyzed retrospectively. **Results** Total and partial resections of tumors were achieved in 20 patients (34.5%) and 27 (46.5%), respectively. The biopsies were performed in 11 patients (19%). The aphasia worsened in 4 patients after operation. Postoperative intracranial infections and pulmonary infections occurred in 3 and 5 patients, respectively. **Conclusion** The resection of gliomas in elderly patients should be based on the principle of functionality first. Developing individualized programs, improving the preoperative examination and assessment, controlling strictly the surgical indications, preventing and managing postoperative actively complications are helpful to improve the quality of life.

【Key words】 Glioma; Older patients; Perioperative period; Managemen; Microsurgery

恶性胶质瘤的发生随着年龄的增长而增加^[1,2]。老年胶质母细胞瘤一般情况差,有多种合并症,对手术、放化疗的耐受性较差,无论医生还是患者在治疗选择上往往会偏于保守,而导致死亡的直接原因可能并非肿瘤进展,而可能是感染或血管相关的合并症^[3-5]。因此,针对老年患者的特点的进行围手术期处理,对于老年胶质瘤获得良好的手术疗效至关重要。本文总结老年胶质瘤的围手术期治疗经验。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010~2015 年收治老年胶质瘤 58 例中,男 30 例,女 28 例;年龄 65~80 岁,平均 70.5 岁;从发病到手术时间为 7 d~2 年,平均约 5 个月。言语不利 17 例,头晕 14 例,头痛 11 例,肢体无力 8 例,智力

障碍 8 例。肿瘤位于颞叶 21 例、额叶 17 例、顶叶 6 例、枕叶 4 例;弥漫性病变 11 例。合并高血压 30 例,糖尿病 10 例,冠心病 7 例,前列腺增生 6 例,青光眼 2 例,慢性肾功能不全 2 例。

1.2 治疗 均在完善术前准备后神经导航下手术切除肿瘤,或行立体定向活检术。

2 结果

肿瘤全切除 20 例,部分切除 27 例,活检术 11 例。术后失语加重 4 例;术后出现颅内感染 3 例和肺部感染 5 例,经过抗感染治疗后感染控制出院;术后肢体无力加重 2 例,康复治疗好转;术后出现术区出血 1 例,行开颅血肿清除术。无手术死亡病例。

3 讨论

尽管有研究表明老年胶质瘤能够耐受手术,并能从手术中获益^[3,6];但老年患者机体及重要脏器功能逐渐衰退,耐受手术和麻醉打击的能力减弱,而且常常合并有各种慢性疾病,术后并发症发生率及病

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.08.008
作者单位:100730 北京,中国医学科学院北京协和医院神经外科(王裕、郭毅、颜成睿、何华钰、王任直、马文斌)
通讯作者:马文斌,E-mail:mawb2001@hotmail.com

死亡率高于正常成人^[3,7]。因此,围手术期的处理对老年胶质瘤的预后具有重要影响。我们经验如下:①全面的术前评估,了解患者病史及基础疾病。本组病例合并高血压或冠心病高达60%以上,而肺部感染为术后常见并发症,因此老年患者术前应常规完善心肺功能检查,并请相关科室会诊,评估手术耐受性和安全性,并指导患者术前戒烟、呼吸功能锻炼等。②细致的术前准备。老年患者常常合并多种疾病,入院前服用多种药物,而老年人肝肾功能减退,多种药物合用不仅会增加肝肾负担,更可能产生相互作用甚至对麻醉带来风险,因此,术前根据相关科室意见保留必要的药物。对有慢性支气管炎、长期吸烟、慢性咳嗽患者,术前雾化吸入,鼓励排痰。③手术方案的选择。患者体力状态评分是患者预后的重要因素^[8],也是选择手术治疗的重要参考。我们采用简易评估法评估患者体能状态,以判断是否能耐受开颅手术:能上三层楼或不间断行走500 m,我们认为能耐受开颅手术;如果不能,我们选择导航下活检术或局麻下立体定向活检术。④手术策略为“一个目标,两个关键点”,以保留神经功能和改善生活质量为目的,这是评估手术指征和选择手术方案的关键。功能区肿瘤,我们选择神经导航下活检术或部分切除+去骨瓣减压术,最大限度地保留神经功能,降低颅内压,为后续治疗赢得时间和空间。两个关键点为:尽量减少出血量和缩短手术时间。老年患者对缺血缺氧的耐受性低,因此,尽可能减少出血量有利于患者尽快恢复;尽可能采用自体血回输,以减少失血量。缩短手术时间,减少脑组织暴露时间以及麻醉药品的用量,也对患者神经功能恢复有重要作用。⑤精细的术后处理。术后维持好出入量平衡,控制好血压和补液速度,以免造成心衰和肺水肿,保持血糖稳定,监护肝肾功能变化,维持电解质稳定。考虑到老年患者常常合并脑萎缩,代偿空间增加,颅内压增高症状相对减少,加上肾功能代偿能力差,术后使用对肾功能影响较小的甘油果糖进行脱水治疗。因为老年患者的脑血管顺应性差以及对缺氧耐受能力较差,术后适当升高血压,以维持正常的脑血流供应,减少脑缺血的发生。⑥积极的术后并发症处理和预防。本组病例最常见的术后并发症是感染,术后颅内感染和肺部感染的发生率为13.8%。我们处理的原则是将感染控制在萌芽状态。我们对术后可能的感染保持高度警惕,针对患者术后发热超过38℃,常规进行血常规、肺部听诊、床旁胸部X线检查以及痰涂片培养检查,鼓励患者半坐位,加强拍背咳嗽和

呼吸道雾化处理,选用针对肺部院内感染常见菌的抗生素进行治疗,结合患者体温和血常规变化以及培养结果进行调整。如果患者颈项强直,则积极进行腰椎穿刺术,颅内压增高,脑脊液白细胞增高或糖降低的患者积极采用透过血脑屏障好的抗生素进行治疗,必要时进行腰蛛网膜下腔持续引流。同时,为了减少患者肺部感染以及下肢深静脉血栓形成等并发症,我们鼓励患者在术后48 h内早起下地活动。

因此针对老年胶质瘤患者的围手术期处理需本着功能为先的原则,完善术前检查和评估,严格控制手术适应证,术后积极预防和处理并发症,制定个体化的治疗策略,提高手术的安全性,改善老年胶质瘤患者的生存质量。

【参考文献】

- [1] Greig NH, Ries LG, Yancik R, *et al.* Increasing annual incidence of primary malignant brain tumors in the elderly [J]. *J Natl Cancer Inst*, 1990, 82(20): 1621-1624.
- [2] Chakrabarti I, Cockburn M, Cozen W, *et al.* A population-based description of glioblastoma multiforme in Los Angeles County, 1974-1999 [J]. *Cancer*, 2005, 104(12): 2798-2806.
- [3] Laigle-Donadey F, Delattre JY. Glioma in the elderly [J]. *Curr Opin Oncol*, 2006, 18(6): 644-647.
- [4] Marijnjen CA, van den Berg SM, van Duinen SG, *et al.* Radiotherapy is effective in patients with glioblastoma multiforme with a limited prognosis and in patients above 70 years of age: a retrospective single institution analysis [J]. *Radiother Oncol*, 2005, 75(2): 210-216.
- [5] Floyd SR, Kasper EM, Uhlmann EJ, *et al.* Hypofractionated radiotherapy and stereotactic boost with concurrent and adjuvant temozolamide for glioblastoma in good performance status elderly patients—early results of a phase II trial [J]. *Front Oncol*, 2012, 2: 122.
- [6] Mangiola A, Maira G, De Bonis P, *et al.* Glioblastoma multiforme in the elderly: a therapeutic challenge [J]. *J Neurooncol*, 2006, 76(2): 159-163.
- [7] 于书卿,赵继宗.老年颅内肿瘤术后死亡原因分析[J].首都医科大学学报,2000,21:353-355.
- [8] Alvarez de Eulate-Beramendi S, Alvarez-Vega MA, Balbin M, *et al.* Prognostic factors and survival study in high-grade glioma in the elderly [J]. *Br J Neurosurg*, 2016, 30(3): 330-336.

(2016-07-12收稿)