维普资讯 http://www.cqvip.com

分的引流乃是预防和减少术后并发症的重要措施之一。本组除术中死亡2例外，余24例均行引流术，其中2例术后分别出现肝脓肿和膈下感染，均与引流不畅有关，后在B超引导下，穿刺置管引流而获愈。

参 考 文 献

1. Feliciano DV, Pachter HL. Hepatic trauma revisied. Curr Probl Surg, 1998, 7: 459.
2. 吴孟超，主编. 腹部外科学. 第1版. 上海：上海科学技术文献出版社，1997. 347.
3. Pachter HL, spencer FC. The management of complex hepatic trauma. Phil dephia; Saunder, 1983. 241－249.

（收稿：2000-04-01）

胸腺瘤手术治疗体会（附23例分析）

黄继红*

胸腺瘤在纵隔肿瘤中最为常见，均起源于胸腺上皮细胞，在各种治疗方案中，以手术治疗为首选。自1992年5月至1998年12月，我们共收治胸腺瘤病人23例，其中手术治疗21例，另2例自动离院。合并重症肌无力5例，占21.7%与文献报告10～30%[1]相符。现结合文献学习将手术治疗体会报告如下。

一、临床资料

本组23例中，男11例，女12例，年龄19～64岁。其中合并重症肌无力者：男2例，女3例。手术前病程3个月至4年。所有病人均经胸部拍片或CT检查发现前上纵隔内肿瘤影，2例示肿瘤较大并侵犯邻近脏器而放弃手术。病人术前按Masaoka分期标准，符合Ⅰ型17例，Ⅱ型4例。5例重症肌无力病人均有口服溴吡斯的明，剂量60毫克～240毫克/日不等。

本组手术病人均采用全麻下部分胸骨劈开方法。取胸骨正中切上起胸骨切迹，下止第3肋骨，正中劈开胸骨，第3肋骨处横断胸骨。胸腺瘤均完整切出。其中16例同时行前纵隔内脂肪组织清扫。术后病理诊断：淋巴细胞型12例，上皮细胞型7例，混合型2例。

二、结果

术后全组病人恢复顺利，病情无反复。重症肌无力病人无肌无力危象发生，临床症状均有不同程度缓解，其中2例术后药物治疗用量减至术前用量一半，并逐渐停药。因目前对胸腺瘤切除病人是否放、化疗，意见尚不一致[2]，所有病人均未经放、化疗。随诊期限6个月至3年，无切口感染、胸骨裂开及并发重症肌无力，无死亡病例。

三、讨论

1. 临床表现：单纯胸腺瘤病人可无任何临床症状，有时可出现胸部钝痛，胸闷，发热，体重下降，但均无显著特异性。本组中有自觉症状病人8例，占34.8%。重症肌无力病人表现出以神经肌肉传导障碍引起的骨骼肌无力，分眼肌型，吞咽肌型和呼吸肌型。

2. 诊断：胸部拍片及CT常规应用对胸腺瘤的诊断，尤其是较小胸腺瘤的检出具有明确意义。本组23例病人均经胸部拍片或CT检查发现前上纵隔内肿物影。

3. 治疗：在所有胸腺瘤中良性胸腺瘤比例大约是40～70%[3]，其生长速度有时很缓慢，但具有潜在的恶性特征。因此对确诊为有腺瘤的病人，除非临床上证实肿瘤无法切除或肿瘤有胸外转移，均应行肿瘤完整切除，尤其是Ⅰ、Ⅱ期的胸腺瘤应视为手术绝对适应症。而于胸腺瘤合并重症肌无力迄今普遍认为手术治疗是较为有效的方法。手术以部分劈开胸骨，腺瘤完整摘除为首选。

Masaoka等指出胸腺包膜外、前纵隔内的脂肪中，72%的病人镜下发现有胸腺组织。因此术中要求无论肿瘤多小都要完全切除胸腺及其周围脂肪组。本组行纵隔内脂肪清扫病人占76.2%。

虽然手术本身可能会导致术后肌无力危象，但只要术前准备充分、得当，会使病人安全渡过围手术期而不加重重症肌无力，不出现肌无力危象。本组5例重症肌无力病人中，术前应用溴吡斯的明使病人肌力不低于Ⅳ级、并给安定5～10毫克、阿托品0.3～0.5毫克肌肉注射。术后按术前药量并参照肌力情况，酌情口服溴吡斯的明。在药物治疗前题下、加强呼吸道管理及预防肺部感染亦很关键，尤以术后48～72小时为重要。

鉴于对胸腺瘤手术适应症的掌握及本组重症肌无力病人有限，对此病的很多方面如：术后肌无力危象或胆碱能危象的鉴别、治疗，尚缺乏经验。有待进一步实验、总结。

参 考 文 献

1. 郭兰敏，苏应衡，主编. 实用胸部外科手术学. 山东科学技术出版社，1996. 564.
2. 陈文庆. 胸腺瘤外科治疗近况. 中华胸心血管外科杂志，1994，10(1)：83.
3. 黄孝迈等，主编. 现代胸外科学. 人民军医出版社，1996. 598.

（收稿：1999-12-13）

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍山钢铁集团公司立山医院外科