维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2005)01－0130－02

胸腺瘤的诊断与外科治疗

汪 斌，李良彬，吴庆琛，杨双强，傅仲学

(重庆医科大学临床学院胸心外科，重庆 400016)

【摘 要】目的：总结胸腺瘤的诊断与外科治疗的经验。方法：回顾性分析我科 65 例胸腺瘤的临床资料，对手术径路、单纯胸腺瘤切除和扩大胸腺瘤切除术进行研究。结果：胸部 X 线等影像学检查是本病诊断的主要手段，重症肌无力是常见的伴随病变，发生率为 43.1%(28/65)。扩大胸腺瘤切除的治疗效果优于单纯胸腺瘤切除。Ⅱ期以上病变进行放疗或化疗可提高疗效。结论：胸腺瘤不宜行单纯肿瘤切除，无论病理分期如何均应行扩大胸腺瘤切除，有利于降低复发率。

【关键词】胸腺瘤；诊断；外科治疗

【中国图书分类法分类号】R746.3 【文献标识码】A 【收稿日期】2004－06－17

Diagnosis and surgical treatment of thymoma

WANG bin, et al

(*Deparment of Thoracic and Cardiovascular Surgery, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To summarize the experiences of the diagnosis and surgical treament for thymoma. *Methods*: Sixty－five patients with thymoma, surgically treated in our department in the period 1970 to 2000, were retrospectively analysed in respect to the surgical approach, simple thymoma resection and extended thymoma resection. *Results*: Imaging examination, such as chest X－ray, was the main diagnostic method. Myasthemia gravis was common concomitant disease with an incidence of 43.1%(28/65). Extended thymoma resection was superior to simple resection in therapeutic efficacy. Radiotherapy and chemotherapy could raise therapeutic effects in tumors over stage－Ⅱ. *Conclusion*: It is inappropriate to adopt simple thymoma resection. No matter which stage the tumor is, extended resection is the effective method to decrease the recurrent rate.

【Key words】Thymoma; Diagnosis; Surgical treatment

胸腺瘤是常见的前纵隔肿瘤，约占纵隔肿瘤的 19.0%～42%[1]。我科 1970 年～2000 年外科治疗并经病理诊断的胸腺瘤 65 例，占原发性纵隔肿瘤的 21.9%，现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组病例中男性 30 例，女性 35 例；年龄 8～73 岁，中位年龄 43.6 岁。有合并病变的病例，多数有咳嗽、胸痛、乏力或上腔静脉阻塞症状。入院内科治疗时常规进行胸部 X 线检查发现前上纵隔块影，从出现上述症状来判断病程为 6 天～7 年。无合并症的病例多无确切的临床症状，进行胸部 X 线检查时发现纵隔块影。45 例进行 CT 或 MRI 检查，发现上腔静脉受累 3 例，右肺上叶受累 2 例，左肺上叶受累 1 例。术前诊断为胸腺瘤 60 例，畸胎瘤 4 例，其它 1 例。

1.2 手术途径与方法

全部在全麻气管内插管后进行手术。其中经鼻气管内插管 9 例。采用胸骨正中切口 29 例，部分胸骨劈开 16 例，前外侧切口 18 例，颈部切口加部分胸骨劈开 2 例。1989 年前行单纯胸腺瘤切除 25 例，部分胸腺切除 2 例；其余病例均行扩大胸腺瘤切除，上自甲状腺下极、下至膈肌，二侧达肺门膈神经前缘的脂肪组织清除。其中部分心包切除 3 例，肺楔形切除 4 例，上腔静脉部分切除后心包修补和直接修补各 1 例，上腔静脉切除用人造血管置换 1 例，无名静脉切除 1 例。

2 结 果

切除标本最大为 10cm×12cm×12cm。术后病理诊断为上皮型 21 例，淋巴细胞型 34 例，混合型 10 例。18 例浸润型胸腺瘤中 12 例属上皮型或混合型。根据 Masaoka 临床病理分期Ⅰ期 24 例，Ⅱ期 11 例，Ⅲ期 25 期，Ⅳ期 5 例。住院死亡 2 例，余康

作者介绍：汪 斌(1964－)，男，副教授，硕士，主要研究方向：心血管疾病外科治疗。

维普资讯 http://www.cqvip.com

复出院。门诊随访中发现复发病例 4 例,其中全为单纯胸腺瘤切除(25 例)。胸腺全切并清除脂肪组织共 38 例,无 1 例复发。二组比较,复发或转移率有显著性意义($P<0.05$)。

3 讨 论

胸腺瘤的临床症状无特异性。本组 65 例中常规胸部 X 线检查发现纵隔块影并诊断胸腺瘤 60 例,诊断准确率达 92.3%。其中胸部 CT 检查不仅可发现胸部 X 线检查不能发现的较小胸腺瘤,而且还可判断肿瘤对纵隔或胸腔内器官有无浸润,本组术前经 CT 检查发现右肺受侵犯 2 例,左肺受侵犯 1 例。MRI 主要用于判断肿瘤与大血管间的关系。CT 和 MRI 术前诊断胸腺瘤的准确率可达 85%～93.6%[2]。胸腺瘤术前活检不可取[3]。

胸腺瘤多为局部浸润或胸内转移,而经血管、淋巴管转移的机会甚少,外科治疗应积极进行。但需要遵循以下的原则:(1)应当放弃颈部切口进路和前外侧开胸入路,也不推荐胸腔镜手术,推荐胸骨正中切口或部分胸骨劈开入路。过去只单纯切除胸腺瘤的手术方法是不科学的,因为胸腺具有多中心性特点。Jaretzki[4]发现胸腺的两叶分别有两种组织细胞完全不同的两种胸腺瘤。因此无论胸腺瘤大或小及是否合并重症肌无力(MG)都要求完全切除胸腺及周围的脂肪组织,包括上自甲状腺下极,下至膈肌、二侧达肺门膈神经前缘的脂肪组织。本组 65 例中在 1989 年前单纯胸腺瘤切除 25 例中有 4 例分别于术后 2～9 年间发现有肿瘤复发,复发率为 16%(4/25)。而行扩大胸腺瘤切除 38 例没有 1 例复发,二组比较,复发转移率有显著性差异($P<0.05$)。(2)对Ⅱ期或复发性胸腺瘤需要打开双侧纵隔胸膜进行检查,并作病理检查,不宜勉强将肿瘤与胸膜分离,否则将一些显微侵袭的病变放弃。(3)术前已证实浸润到纵隔器官的Ⅲ期或Ⅳ期胸腺瘤进行适量的放射治疗可提高手术切除率。本组有 2 例因肿瘤侵及上腔静脉出现上腔静脉阻塞综合征,术前接受 40Gy 放射治疗后症状减轻,肿瘤缩小,术中完整切除肿瘤。(4)胸腺瘤最常侵袭上腔静脉及属支,在切除时要特别小心。我院曾有因上腔静脉受侵袭而误伤的教训。术中应根据上腔静脉受累的程度和范围确定手术方案,侵犯上腔静脉小于 1/3 周径时可行部分切除与修补,大于 1/3 时应进行上腔静脉切除人造血管置换。本组进行上腔静脉切除人造血管置换上腔静脉 1 例,上腔静脉部分切除心包补片修补 1 例,上腔静脉部分切除缝合修补 1 例,左无名静脉连同肿瘤一并切除 1 例,手术均获成功。

合并症是影响胸腺瘤围术期安全的重要因素,其中合并 MG 最为常见。本组病例中伴有 MG 为 43.1%(28/65)。有学者认为伴有Ⅰ型或Ⅱa 型 MG 的胸腺瘤患者术前只需给予吡啶斯的明维持治疗 1 个月,伴有Ⅱb 型～Ⅳ型的 MG 患者术前应给予强的松和吡啶斯的明联合治疗 2 个月,可明显缩短术后呼吸机依赖时间,还可降低围术期肌无力危象的发生率[5,6]。本组胸腺瘤合并 MG 的患者用吡啶斯的明或激素治疗达稳定后 1～2 周后进行手术,围术期发生肌无力危象 11 例,其中死亡 1 例。林金廷[7]认为 MG 病人用沙丁胺醇治疗,疗效可进一步提高。本组还有合并甲状腺功能充进 2 例,单纯红细胞再生障碍性贫血 2 例,系统性红斑狼疮 1 例,经内外科联合治疗,术后恢复良好。

胸腺瘤非浸润性或无合并症的患者术后很少有并发症,短期内即可康复。若有合并症或浸润性胸腺瘤时风险增大,应注意:(1)胸腺瘤合并 MG,术后病情不平稳,危象发生率较未合并胸腺瘤的 MG 为高,且术后难以鉴别是肌无力危象或是胆碱能危象。只要出现呼吸肌麻痹或缺氧应尽早进行气管内插管或气管切开并机械通气是救治危象的关键,在呼吸维持的情况下再进行药物调整。本组过去曾有 2 例胸腺瘤伴 MG 的患者因术后危象死亡,原因是当时没有呼吸机。出现呼吸机后大大降低了胸腺瘤合并 MG 的死亡率,目前对病重患者手术时常规经鼻气管内插管,直到术后药物调节到最佳状态时,才拆除气管内插管,这样避免了反复经口气管内插管或在紧急情况下行气管切开。(2)胸腺瘤即是Ⅰ期术后仍需要长期随访或终生随访。Ⅱ期、Ⅲ期胸腺瘤应加放疗,Ⅳ期除了术后放疗外,还应结合化疗,可降低复发的危险性和提高生存率。复发胸腺瘤仍有手术指征,切除复发肿瘤比未切除者预后好。(3)上腔静脉重建术后处理:不伴上腔静脉阻塞综合征而行部分切除并用自体组织修补者勿需特殊处理。伴有上腔静脉阻塞综合征的患者术后早期适当利尿,速尿 10～20mg 每日 2 次,用药 3 日,有利于消除脑水肿。人工血管进行腔静脉置换,术中应用肝素液浸泡管道,术后用低分子右旋糖酐,丹参静滴即可,或者适量用阿斯匹林或潘生丁治疗 3 个月。(下转第 153 页)

维普资讯 http://www.cqvip.co

疗效差异很大;化疗无效[4]。改善预后的关键是早期发现。

参 考 文 献

[1] Torenbeek R, De - Blomjous CM, Bruin PC, et al. Sarcomatoid carcinoma of the urinary bladder [J]. Amer. J Surg Pathol, 1994; 18: 241 - 245.

[2] 聂 明,季天佑,何顺祥,等.膀胱肉瘤样癌 1 例[J].临床泌尿外科杂志,2002;17(2):65.

[3] 隋战胜,孙喜国.膀胱肉瘤样癌 1 例[J].临床泌尿外科杂志,2002;17(9):476.

[4] Lopez - Beltran A, Pacelli A, Rothenberg HJ, et al. Carcinosarcoma and sarcomatoid carcinoma of the bladder: clinicopathological study of 41 cases. J Urol, 1998; 159: 1497 - 1503.

[5] Sekido Y, Satoh F, Usui Y. Sarcomatoid Carcinoma of the renal pevis: a case report[J]. Pathol Int, 2000; 50: 562 - 567.

[6] Rosia J 著,回允中译.阿克曼外科病理学(Ackerman's Surgical Pathology)[M].第 8 版,沈阳:辽宁教育出版社,1999;1208.

[7] Kawano R, Takeshima Y, Inai K. Alteration of p53 gene of lung carcinomas with sarcomatous transformation (spindle cell carcinoma) analysis of four cases[J]. Pathol Int, 1996; 46: 38 - 45.

[8] Peer L, Chaubert P, Hessler D, et al. Primary heterologous carcinosarcoma (metaplastic carcinoma) of the urinary bladder [J]. Cancer, 1998; 82: 1535 - 1549.

(上接第 119 页)较重,从伦理道德上对病人仅仅使用安慰剂是十分不妥的,因此,制定了一综合基础支持治疗,用于所有入组病例,在此基础上试验组加用 NAC,对照组加用安慰剂。试验结果显示:NAC 能明显改善病人的凝血酶原活动度,也能降低血清胆红素水平。虽然在治疗过程中病情可能有波动,但随着用药时间的逐渐延长,其肝功能得到明显改善。试验过程中病人耐受性好,没有严重的不良反应,主要不良反应为皮疹、恶心、呕吐等症状,但减缓输液速度,坚持用药 2~3 天恶心、呕吐会消失;1 例出现皮肤过敏反应,停药后皮疹逐渐消退。对心、血液、肝、肾功能均无影响。

参 考 文 献

[1] Issels RD, Nagele A, Eckert KG, et al. Promotion of cystine uptake andits utilization for glutathione biosynthesis induced by cysteamine acid[J]. Biocham pharmacol, 1998; (3): 7881 - 7888.

[2] Phllip Harrison, Julia Wendon, Rogor Williams. Evidence of increased guanylate cyclase activation by acetylcysteine in fulminant hepatic failure[J]. Hepatology, 1996; 5: 1067 - 1072.

[3] Holt S, Goodier D, Marley R, et al. Imrovement in renal function in hepatorenal syndrome with N - acetylcysteine[J]. Lancet, 1999; 353: 294 - 295.

[4] Jones AL, Jarvie DR, Simpson D, et al. Pharmacokinetices of N - acetylcysteine are altered in patients with chronic liver disease[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1997; 11: 787 - 790.

[5] 潘红英,娄国强,童永喜,等.N - 乙酰半胱氨酸对重型肝炎患者白细胞介素的影响[J].中华肝脏病杂志,2003;11(11):656 - 657.

(上接第 131 页)

参 考 文 献

[1] Gripp S, Hilhger K, Wurm R, et al. Thymoma: prognostic factor and Treatment outcome[J]. Cancer, 1998; 83(8): 1495 - 1503.

[2] Tomiyama N, Mader N, Ellis S, et al. Invasive and noninvasive thymoma: distinctive CT features[J]. J Comput Assist Tomogr, 2001; 25: 388 - 393.

[3] Graeber GM. Tamim W. Current statue of the diagnosis and treatment of thymoma[J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 2000; 12: 268 - 277.

[4] Jaretzki A, Penn AS, Younger S, et al. Maximal thymectomy for myasthenia gravis patient: factor influencing outcome. Ann Thorac Surg, 1994; 57: 334 - 336.

[5] Whooleg B, Vrschel J, Antkow N, et al. A 25 - year Thymoma treatment reviw[J]. J Exp Clin Cancer Res, 2000; 19: 3 - 5.

[6] Max A, Schultz A, Williseh A, et al. Autoimmunity in thymic epithelial tumors [J]. Dev Immunol, 1998, 6: 126 - 140.

[7] 林金廷,黄瑞建.重症肌无力外科治疗围术期的处理经验[J].中华胸心血管外科杂志,2002,18(13):183.