维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2001)01-0089-03

原发性纵隔肿瘤及囊肿的诊断和外科治疗（附272例报告）

吴庆琛，李良彬，温剑虎

（重庆医科大学临床学院胸心外科 重庆 400016）

【摘 要】目的：探讨原发性纵隔肿瘤及囊肿的诊断和外科治疗，特别是术中防治意外损伤及保证手术安全的技术问题。方法：对我院手术治疗的原发性纵隔肿瘤及囊肿272例患者的临床资料进行分析。结果：272例中神经源性肿瘤占28.3%，其次为胸腺肿瘤或囊肿（27.6%）和畸胎样瘤（20.2%）；X线检查与术后病理诊断的基本符合率为73.9%（201例）；均在全麻下施行手术，其中开胸手术266例，经颈部手术4例，颈胸分别切口同期手术2例；手术方式包括肿瘤或囊肿完全切除、大部切除和开胸探查等。术中上腔静脉损伤4例，其中1例经右心耳上腔静脉插管后修补，二期（术后2周）拔除上腔静脉插管治愈。手术死亡6例，手术死亡率为2.2%。结论：在原发性纵隔肿瘤及囊肿中，神经源性肿瘤的发病率居首位，其次为胸腺瘤和畸胎样瘤；胸部X线检查是诊断本病的主要手段；充分的围手术期处理，认真选择切口，在手术操作中防治重要组织器官损伤是保证手术安全的关键。

【关键词】纵隔；肿瘤；囊肿；诊断；外科治疗

【中国图书分类法分类号】R734.5 【文献标识码】A 【收稿日期】2000-04-18

Diagnosis and surgical treatment of primary mediastinal tumors and cysts: A report of 272 cases

WU Qing-chen, et al

(Department of Thoracic Surgery, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University, 400016)

【Abstract】 *Objective*: To explore the diagnosis and surgical treatment of primary mediastinal tumors and cysts (MTC) and the operative technique in preventing and dealing with the unexpected trauma during the operation. *Methods*: Two hundred and seventy-two operative patients with primary MTC were studied and analyzed. *Results*: Of the 272 patients, there were 77(28.3%) neurogenic tumors, 75(27.6%) thymomas and 55(20.2%) teratodermoids respectively .The corresponding rate between preoperative X-ray examination and postoperative pathological examination was 73.9%.All the patients were operated through thoracotomy(266 cases), cervical incision(4 cases), cervical and sternotomy(2 cases) under general anaesthesia .The operative models included total resection,subtotal resection and exploration, etc. Four unexpected traumas to the superior vena cava happened, and 1 of them was repaired via an interal shunt inserted into the superior vena cava through the right atrial appendage of the heart,and cured by taking out the shunt after 2 weeks.There were 6 operative death cases (2.2%). *Conclusion*: Neurogenic tumor heads the list of the study, thymoma is the second and teratodermoid is the third.Chest X-ray examination is the common access to diagnose primary MTC. It is crucial for surgeons to ensure the security of the operation through satisfactory peroperative treatments, choosing correct incisions , preventing and curing trauma to the vital organs during operation.

【Key words】 Mediastinum; Tumor; Cyst; Diagnosis; Surgical treatment

1960年5月至1999年12月期间，我院手术治疗原发性纵隔肿瘤及囊肿272例。将临床资料进行分析，并就本病的诊断和手术问题加以讨论。

1 临床资料

1.1 性别年龄

272例中，男性148例，女性124例。发病年龄5～73岁，其中143例（50.7%）为20～40岁的青壮年。

1.2 肿瘤及囊肿的病理类型

本组272例均经手术和病理检查确诊，肿瘤或囊肿类别及其百分比见表1。全组良性240例（88.2%），恶性32例（11.8%）。

1.3 临床表现

作者介绍：吴庆琛（1963- ），男，副主任医师，硕士

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1　272例原发性纵隔肿瘤及囊肿的病理类型及百分比

病理类型	例数	%
神经源性肿瘤	77	28.3
神经鞘膜瘤	63	
神经纤维瘤	7	
神经节细胞瘤	6	
嗜铬细胞瘤	1	
胸腺肿瘤及囊肿	75	27.6
胸腺瘤	41	
恶性胸腺瘤	22	
胸腺囊肿	12	
畸胎样瘤	55	20.2
皮样囊肿	40	
畸胎瘤	13	
畸胎瘤恶变	2	
间叶组织瘤	17	
脂肪瘤	7	
纤维瘤	3	
血管瘤	2	
淋巴管瘤	2	
平滑肌瘤	1	
软骨瘤	1	
恶性间皮瘤	2	
胸内甲状腺	4	1.5
其它各类肿瘤及囊肿	44	16.2
气管、支气管囊肿	17	
支气管食管囊肿	2	
心包囊肿	11	
原发癌	6	
单纯囊肿	3	
卵黄囊瘤	1	
精原细胞瘤	1	
胸内脊膜膨出	1	
化学感受器瘤	1	

96例（35.3%）无症状，均系胸透偶然发现，其余176例主要临床表现是：胸痛、咳嗽、胸闷、咯血、心累气促、重症肌无力、纯红细胞再生障碍性贫血、高血压和血管或神经压迫综合征如臂丛受压、Horner征或上腔静脉综合征等。

1.4　辅助检查

本组采用X线胸透及胸部正侧位片作为术前诊断的主要常规手段，其与术后病理诊断的基本符合率为73.9%（201例）。少数病例分别辅以纵隔充气造影、主动脉或腔静脉造影、体层摄片、诊断性人工气胸或胸膜腔碘水造影、CT、MRI检查等。

1.5　手术方式

272例均在全麻下施行手术，其中开胸手术266例，经颈部手术4例，颈胸分别切口同期手术2例。手术方式包括：肿瘤或囊肿完全切除241例，大部切除13例，开胸探查18例。施行肿瘤囊肿大部切除者中，7例为皮样囊肿，4例为胸腺囊肿，2例为恶性胸腺瘤。开胸探查包括原发癌5例、恶性胸腺瘤7例、皮样囊肿2例以及畸胎瘤恶变、巨大血管瘤、恶性间皮瘤和化学感受器瘤各1例。1例前上纵隔卵黄囊瘤累及右肺上叶者施行肿瘤切除加右上肺叶部分切除；1例恶性胸腺瘤累及左肺上叶者施行肿瘤切除加左上肺叶部分切除；1例后纵隔海绵状血管瘤累及左下肺叶者加左下肺叶切除。本组术中上腔静脉损伤4例，其中1例经右心耳上腔静脉插管（腔房管）后修补[1]，二期（术后2周）拔除上腔静脉插管治愈。

2　结　果

全组手术死亡6例，手术死亡率为2.2%。其中皮样囊肿1例，胸腺囊肿2例，均因术中误伤上腔静脉致大出血而死亡。2例恶性胸腺瘤伴重症肌无力患者，术后因呼吸、心搏骤停死亡。1例巨大皮样囊肿并发难治性快速型室上性心动过速及呼吸功能不全患者，术中因出血较多致休克，术后循环衰竭死亡。

3　讨　论

3.1　诊断与鉴别诊断

本病的诊断除特殊的临床表现外，主要依靠胸部X线检查，其中正侧位X线胸片和/或CT是肿瘤或囊肿定位诊断的基本方法[2,3]。本组35.3%的病例无临床症状，均为体检时发现，因此定期胸透普查，对早期发现和诊断本病有重要意义。

由于常见的原发性纵隔肿瘤及囊肿多有好发的部位和X线征象，因此根据胸部X线特点，结合一些特殊的临床表现，本病多可在术前确诊。本组术前X线诊断与术后病理诊断符合率可达73.9%。但有部分病例术前定性诊断仍有困难，据此酌情选用一些特殊检查有助于诊断和鉴别诊断。例如，本组3例块影紧贴升主动脉，在胸透下可见块影搏动，经升主动脉造影排除了主动脉瘤；4例胸内甲状腺经[3]I扫描得到确诊；11例块影邻近肺尖部，其中7例经诊断性人工气胸，4例经胸膜腔碘水造影排除了肺

维普资讯 http://www.cqvip.com

癌。此外，椎管造影可确诊胸内脊膜膨出，Regitine试验或测定尿中儿茶酚胺浓度有助于诊断纵隔嗜铬细胞瘤和化学感受器瘤。近二十年来，上述部分检查被CT、MRI检查所代替。

3.2 术前准备和术后处理

充分的术前准备及术后处理，对瘤体或囊肿较大的肿瘤，或类型特殊的肿瘤，如嗜铬细胞瘤、伴重症肌无力的胸腺肿瘤等尤为重要，包括药物准备和术中术后有效的呼吸循环维持及管理等。

本组3例伴重症肌无力的胸腺肿瘤术后发生呼吸心跳骤停，1例经抢救存活，另2例抢救无效死亡。对胸腺瘤合并重症肌无力者术前应充分掌握抗胆碱酯酶药物个体剂量，以利于术后合理使用，避免发生肌无力或胆碱能危象；术后应延长呼吸机辅助呼吸时间，尽可能减少抗胆碱酯酶药物用量，以免呼吸道分泌物过多，引起肺部并发症；同时围术期还可辅以其它治疗，如血浆置换和丙种球蛋白封闭等，以促进重症肌无力症状缓解[4]。对纵隔嗜铬细胞瘤应按肾上腺嗜铬细胞瘤的手术常规处理，术中备好去甲肾上腺素和苄胺唑啉等药物，术后及时补充血容量。

3.3 手术切口选择

认真选择切口，充分暴露手术野是保证手术成功的重要环节之一。手术切口应尽可能靠近瘤体。位于一侧的前纵隔肿瘤或囊肿应采用单侧前胸切口，必要时可横断胸骨，将切口向对侧延伸；瘤体不大，位置偏高的胸内甲状腺可选颈部切口或前胸切口；若瘤体大且从颈部降入纵隔者，宜采用颈部、胸部分别切口同期完成手术；对凸向双侧的前纵隔肿瘤或囊肿以及伴有重症肌无力的胸腺瘤，最好选用胸骨正中切口；中、后纵隔肿瘤或囊肿宜采用后外侧开胸切口。

3.4 手术操作要点

在手术操作中，防治重要组织器官损伤是保证手术安全的关键：(1)仔细探查肿瘤及囊肿与周围组织器官的关系，保证在直视下分离肿瘤或囊肿与周围组织器官的粘连，切忌盲式牵拉分离。对体积大、张力高的囊肿应先穿刺减压，以减轻囊肿对心、肺的压迫，改善术中循环和呼吸，并利于分离囊肿。必要时，也可先经穿刺除外血管瘤后切开囊壁，吸尽囊内液体，认清囊肿内外关系后直视分离。若肿瘤及囊肿与心包或心底粘连较紧，可先切开心包，于心包内外进行探查分离，或将难以分离的部分心包连同瘤体或囊肿一并切除。(2)不强求完整切除是减少损伤的另一要点，肿瘤及囊肿若与大血管尤其是腔静脉粘连紧密时，可将肿瘤及囊肿大部切除，其残余部分经搔刮干净后，再用电灼或淡石炭酸等烧灼处理，此法不仅较为安全，且不影响手术效果。(3)意外损伤上腔静脉出现难以控制的大出血时，作者认为最有效的救治方法是经右心耳上腔静脉插管，将上腔静脉来血引流到右房，并在直视无血状态下修补损伤之血管壁。

参 考 文 献

[1] Werner Glinz. Chest Trauma[M].Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York ,1981:239-240.

[2] Strollo DC,Rosado de Christenson ML,Jett JR.Primary mediastial tumors.Part Ⅰ :tumors anterior mediastinum[J].Chest. 1997;112(2):511-522.

[3] Strollo DC,Rosado de Christenson ML,Jett JR.Primary mediastial tumors.Part Ⅱ :tumors middle and posterior mediastinum[J].Chest,1997;112(5):1344-1357.

[4] Charles R.Thomas,Jr.,Cameron D.Wright,Patrick J.Loehrer, Sr.Thymoma:State of the Art[J]. Journal of Clinical Oncology. 1999;17(7):2280-2289.