外基质,最终导致HS的发生。

参考文献:

[1] 孙本善,李玉霞.瘢痕组织中肥大细胞变化的观察[J].实用美容整形外科杂志,1991,2(1,2):35—37.
[2] 龚志锦,詹熔洲 著.病理组织制片和染色技术[M].上海:上海科学技术出版社,1994.66—67.
[3] Schmid P, Itin P, Cherry G, *et al*. Enhanced expression of transforming growth factor-beta type I and type II receptors in wound granulation tissue and hypertrophic scar[J]. Am J Pathol, 1998,152(2):485—493.
[4] 赵烨德,牛星焘,肖军军.巨噬细胞、T淋巴细胞在增生性瘢痕组织中的分布研究[J].中华整形烧伤外科杂志,1997,13(6):446—448.
[5] 杨东运,李世荣,李荟元。增生性瘢痕组织中神经生长因子的免疫组化检测[J].第三军医大学学报,2000,16(7):687—691.
[6] Pesci A, Bertorelli G, Gabrielli G, *et al*. Mast cells in fibrotic lung disorders[J]. Chest, 1993, 103(4):989—996.
[7] Matsuda H, Koyama H, Sato H, *et al*. Role of nerve growth factor in cutaneous wound healing: Acceleration effects in normal and healing—impaired diabetic mice[J]. J Exp Med, 1998, 187(2):297—306.

(编辑 潘式文)

文章编号:1000-5404(2000)11-1093-01

经验与短篇

原发性纵隔肿瘤84例的外科治疗

Surgical treatment of 84 cases of primary mediastinal tumor

向明章,钟伯龙,程 波,张国强,姚 珂,刘欲团 (第三军医大学附属新桥医院胸心外科,重庆 400037)

自1978年11月至1999年6月我院共收治纵隔肿瘤84例,均经手术及病理证实。现报告如下。

1 临床资料

本组男46例,女38例,男女之比为1.21∶1。年龄8~66岁,平均34.2岁。肿瘤的部位和病理类型,见表1。

表1 84例纵隔肿瘤的部位和病理类型

病理类型	部位				%
	前上	前下	中	后	
胸腺瘤及囊肿	15	6	—	—	25.2
畸胎瘤	7	10	—	0	20.2
神经原性肿瘤	—	—	—	16	19.0
间叶肿瘤	3	4	—	—	8.3
支气管囊肿	—	—	6	—	7.1
原发癌	2	2	—	1	6.0
淋巴瘤	2	—	2	—	4.8
胸内甲状腺瘤	3	—	—	—	3.6
心包囊肿	—	3	—	—	3.6
巨大淋巴结增生	2	—	—	—	2.4
合计	34	25	8	17	

有21例(25.0%)无自觉症状,于体检时偶然发现。其余63例病人均有不同程度的胸痛、胸闷、咳嗽、咳痰、气短 等,其中20例胸腺瘤中合并重症肌无力(Myasthenia gravis, MG)者6例(30.0%),神经原性肿瘤发生下肢瘫痪者1例(6.3%),2例畸胎瘤与相邻肺组织和支气管粘连或相通后发生肺部感染,咳嗽、咳脓痰。

2 结果

本组肿瘤全切除者76例,部分切除者5例,开胸探查3例。有2例畸胎类肿瘤侵犯肺、支气管而附加肺叶和肺段切除术,1例类癌侵犯心包、包绕上腔静脉,经上腔静脉插管后切除肿瘤。术后1例死于呼吸衰竭,病死率为1.2%。

3 讨论

发病情况:Strollo等[1]报告外科治疗的原发性纵隔肿瘤发病率依次为神经原性肿瘤、胸腺瘤、良性囊肿、淋巴瘤、畸胎瘤、肉芽肿病。本组以胸腺瘤为最多,其次为畸胎瘤和神经原性肿瘤,再次为囊肿。肿瘤部位与肿瘤类型、性质有密切关系。本组前纵隔以胸腺瘤最为多见,其次是畸胎类肿瘤,中纵隔以囊肿多见,而后纵隔绝大多数为神经原性肿瘤,与文献[1]基本一致。本组恶性肿瘤占21.4%,以浸润型胸腺瘤居多。

诊断:我们认为,本病除临床表现外:①胸部X线摄片是基本和首要诊断手段;②胸部CT检查既能了解肿瘤大小、边界、密度,又能分辨肿瘤与心脏、大血管等周围脏器的关系,尤其是增强扫描,还对血管瘤具有鉴别意义;③B超检查能清晰地分辨

(下转1096页)

作者简介:向明章(1962—),男,湖北省仙桃市人,硕士,副主任医师,副教授,主要从事肺缺血再灌注损伤方面的研究,发表论文18篇。电话:(023)68755724

收稿日期:1999-11-19;修回日期:2000-09-25

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

低强度 He-Ne 激光对胶原合成的生物刺激效应已有大量报道,临床上广泛使用低强度激光的这种特性来促进创伤愈合、治疗顽固性溃疡等[8],但低强度激光对细胞胶原合成的抑制效应则存在明显争议[9],本文以不同功率密度 He-Ne 激光重复照射培养瘢痕成纤维细胞,结果发现 10、50 mW/cm^2 重复照射后,细胞胶原合成无明显改变,100、150 mW/cm^2 照射后显著降低,提示 He-Ne 激光对培养瘢痕成纤维细胞胶原合成的抑制作用可发生在 100 mW/cm^2 或 150 mW/cm^2 功率密度水平。

增生性瘢痕组织中Ⅰ型前胶原基因表达增强,约为正常皮肤的 3~4 倍[10]。本实验发现Ⅰ型前胶原基因表达水平在 10、50 mW/cm^2 重复照射后无变化,而 100、150 mW/cm^2 照射后显著降低。Ⅰ型前胶原基因表达变化与细胞胶原合成改变相一致,提示 He-Ne 激光对培养增生性瘢痕成纤维细胞胶原合成的抑制效应可能与Ⅰ型前胶原基因表达下调相关。

He-Ne 激光的功率密度不同,对细胞胶原合成的影响不同。100 或 150 mW/cm^2 He-Ne 激光重复照射能抑制培养瘢痕成纤维细胞胶原合成,提示临床上也许可采用大功率密度 He-Ne 激光来治疗增生性瘢痕。

参考文献:

[1] 杨松林,何清濂. 胶原代谢的控制与病理性瘢痕的防治[J]. 中华整形烧伤外科杂志, 1997, 13(1): 66—68.

[2] 司徒镇强, 吴军正, 主编. 细胞培养[M]. 天津: 世界图书出版公司, 1996. 45—55.

[3] 金冬雁, 黎孟枫, 译. 分子克隆实验指南[M]. 北京: 科学出版社, 1995. 250—285.

[4] Ghahary A, Shen Y J, Scott P G, *et al*. Enhanced expression of mRNA for transforming growth factor-α, type Ⅰ and type Ⅲ procollagen in human post-burn hypertrophic scar tissues[J]. J Lab Clin Med, 1993, 122(4): 465—473.

[5] Sherman R, Rosenfeld H. Experience with the Nd: YAG laser in the treatment of keloid scars[J]. Ann Plast Surg, 1988, 21(3): 231—235.

[6] Alster T S. Laser treatment of hypertrophic scars, keloids and striae[J]. Dermatol Clin, 1997, 15(3): 419—429.

[7] van Breugel H H, Bar P R. Power density and exposure time of He-Ne laser irradiation are more important than total energy dose in photo-biomodulation of human fibroblasts *in vitro*[J]. Lasers Surg Med, 1992, 12(5): 528—537.

[8] 黄卓正, 李峻亨, 主编. 现代激光医学[M]. 南宁: 广西科学技术出版社, 1996. 76—78.

[9] Basford F R. Low-energy laser therapy: Controversies and new research findings[J]. Lasers Surg Med, 1989, 9: 1—5.

[10] Zhang L Q, Laato M, Muona P, *et al*. Normal and hypertrophic scars: Quantification and localization of messenger RNAs for type Ⅰ, Ⅲ and Ⅳ collagens[J]. Br J Dermatol, 1994, 130(3): 453—463.

(编辑 薛国文)

(上接 1093 页)

实质性和囊性肿瘤及其内部结构与周围大血管的关系;④磁共振成象(MRI)可清楚地显示纵隔的囊性和实性肿瘤,提供冠状面图像,其特有的"流空效应"尚可明显地区分血管病变;⑤经皮穿刺活检,因纵隔肿瘤的多样性和复杂的组织来源,有时难以病理确诊,且尚有发生和加重瘤内出血和/或误穿胸内大血管瘤而造成致命性意外的危险,故应慎重;⑥选择性地进行纤维支气管镜及食管镜检查,可了解肿瘤的外侵和压迫情况,有助于精心设计手术方案,做好术前准备[2]。

切口选择:应以尽量靠近瘤体、暴露充分为切口选择原则。对病变位于前纵隔且偏于一侧者,可采用单侧前肋间切口,如发现肿瘤延伸至对侧时可横断胸骨,扩大切口。对凸向双侧的前纵隔肿瘤,可采用胸骨正中劈开切口。对中、后纵隔肿瘤或位于一侧胸腔的巨大纵隔肿瘤,应选用后外侧切口。若瘤体较大从颈部降入前、中纵隔或偏于一侧者,宜采用颈、胸分别或联合切口。我们曾采用半蛤壳状切口[3]向颈部略作延伸,对 1 例蒂部位于颈部的后纵隔巨大神经鞘瘤完整切除,取得良好效果。

巨大纵隔肿瘤的治疗:本组 15 例长径达 10 cm 以上的巨大纵隔肿瘤中有 6 例均占据相当于一侧胸腔的 1/2 以上,其中 4 例致全肺受压萎陷。巨大纵隔肿瘤不仅因其临床表现复杂,如合并胸腔积液、肺部感染等致使诊断困难,还因其占据大部或全部胸腔并与周围粘连严重,甚至侵犯或包绕重要血管使其手术切除十分困难。因此,术前应了解瘤体与心脏、大血管等重要器官的关系,做好充分准备。术中宜仔细探明与邻近器官的关系后方可摘除。本组 1 例类癌侵及心包、包绕上腔静脉者,术中采用上腔静脉插管至右房,于肿瘤上、下缘阻断血管后,细心分离,完整切除肿瘤。2 例巨大畸胎瘤侵犯肺、支气管者附加肺叶和肺段切除。1 例截瘫病人为巨大神经鞘瘤,呈哑铃状经椎间孔侵入椎管内,完整切除肿瘤后,痊愈出院。对于囊性病变采用先行穿刺或切开囊腔尽可能吸出内容物后再分离切除囊壁。对包膜完整、表面血供不丰富的实质性肿瘤采取分块部分切除。对与大血管粘连不能分离时,宁可残留部分肿瘤组织,采用碘酒或石炭酸烧灼,此法既安全,又不影响疗效。本组 3 例探查手术,均为侵犯头臂血管和肺门,无法分离。

关键词:纵隔肿瘤;外科

中图法分类号:R734.5 文献标识码:B

参考文献:

[1] Strollo D C, Rosado de Christenson M L, Jett J R. Primary mediastinal tumors. Part 1: Tumors of the anterior mediastinum[J]. Chest, 1997, 112(2): 511—522.

[2] 陈龙奇, 平育敏, 张合林, 等. 巨大纵隔肿瘤的临床特点及外科治疗[J]. 中华肿瘤杂志, 1996, 18(6): 448—450.

[3] Bains M S, Ginsberg R J, Jons W G, *et al*. The clamshell incision: An improved approach to bilateral pulmonary and mediastinal tumor[J]. Ann Thorac Surg, 1994, 58(1): 30—33.

(编辑 冯崇英)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net