DOI:10.16016/j.1000-5404.1985.01.007

原发性纵膈肿瘤44例临床分析

龙子善

（第一附属医院　胸外科）

本文报告我科1975.11—1984.1经手术或病理证实的原发性纵膈肿瘤44例，着重讨论诊治中的经验体会。

临床资料

男25例，女19例，21--50岁占25例，胸腺瘤最多（16例），次为神经原性肿瘤（9例）及畸胎类瘤（8例）。恶性7例（胸腺瘤4例，畸胎瘤2例，神经纤维瘤1例）。胸腺瘤合并重症肌无力4例，无症状经胸透查体发现者16例，余为一般压迫性症状体征。剖胸手术42例，全切除37例，部分切除1例，探查4例。手术组痊愈33例，好转4例，无变化3例，术后11—76天死亡2例，1例为恶性神经原肿瘤，未能切除，死于压迫窒息，1例胸腺瘤，重症肌无力，死于呼吸道绿脓杆菌及霉菌感染。未手术2例均为恶性胸腺瘤，1例行锁骨上淋巴结切除活检，放疗后肿瘤消失。1例压迫窒息，经尸解证实。

讨　论

一、诊断：典型的纵膈肿瘤，根据正侧位胸片，诊断并不困难，必要时作分层摄片，吞钡检查及同位素等检查。经皮胸腔穿刺活检虽可获病理诊断，但有损伤出血，破裂感染及增长迅速等可能。本组1例畸胎瘤在穿刺后破溃，炎症扩散，延长了住院时间及增加经济负担。另1例恶性神经纤维瘤，穿刺后极度增长，未能切除，术后11天死于压迫窒息，我们认为对肯定纵膈有病灶存在者即可手术探查[1]，术后行病理检查，术前不强求病理诊断。在鉴别诊断方面，对合并胸水者须与恶性肿瘤、结核性胸膜炎鉴别；长期发热、咳痰咯血须与肺化脓症、肺结核鉴别；上腔静脉受压及面颈部肿胀者须与恶性肿瘤鉴别。分析本组恶性7例，有以下特点：（1）年龄较轻（9—38）岁；（2）胸腺癌多见（4例）；（3）除2例外，均有腔静脉或食道气管受压；（4）生长迅速，直径10cm以上；（5）分叶状明显（4例）；（6）侵犯心包，表现心包炎症状[2] 1例，该例早期误诊为结核性心包积液，原因为对压迫症状及侧位胸片等未能全面分析所致。

二、治疗：1.巨大纵膈肿瘤可因压迫引起术中血压下降[3]。术中行囊肿穿刺减压，或由助手托起或牵引肿瘤可减轻压迫。本组1例经上述处理后血压及心率立即恢复正常。2.胸腺合并重症肌无力者应重视术前准备及手术时机，强调暴露良好，彻底切除肿瘤及胸腺组织，防治危象。对通气功能差或排痰困难者应及早气管切开[4-5]，防治呼吸道感染。本组4例合并重症肌无力，2例并发术后肺部感染及肌无力危象，其中1例在呼吸衰竭情况下紧急气管切开及正压呼吸抢救成功，另1例及早气管切开渡过了术后难关，但术后76天死于肺部绿脓杆菌及霉菌感染。出院的3例中有2例术后1—2年内死于肺部感染及肌无力危象，说明防治肺部感染很重要。3.本组1例喉返神经损伤，1例胸顶神经纤维瘤，术前有右尺神经刺激症状，术后右尺神经及正中神经麻痹，均一年以上未恢复。在防止意外损伤方面，我们认为应强调暴露良好，操作细致及包膜下切除，对位于重要部位的良性囊壁，不强求完整切除，残留处经刮匙搔刮后可用石碳酸烧灼[6]。（本文承黎　鳌教授审阅指导，特此致谢）。

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