

原发性纵隔肿瘤87例外科治疗

黄直凡 戎铁华 李锦清 张亚奇

(附属肿瘤医院胸科)

我院自1967年至1982年12月共收治原发性纵隔肿瘤87例,均行剖胸探查,并有组织学诊断,现分析如下:

临床资料分析

年龄、性别 本组病例中男55例,女32例,表1

年龄13至62岁,其中30至49岁组51例。

肿瘤分类 良性肿瘤72例(82.8%),恶性肿瘤15例(17.2%)(表1)。

症状、体征 本组病例中无症状、体征29例(33.3%);有症状、体征68例(66.7%)。症状以胸痛、胸闷、心悸、气促、咳嗽,咳血为

87例纵隔肿瘤类型、性质和部位

类 别	例数	%	性质		例 别			纵 隔 部 位				
			良	恶	左	右	双侧	上前	上后	下前	下中	下后
畸胎类肿瘤	23	26.4	20	3	8	12	3	18	-	3	2	-
神经源性肿瘤	21	24.1	21	-	12	9	-	-	17	-	-	4
胸腺肿瘤	21	24.1	13	8	7	11	3	15	-	5	1	-
胸内甲状腺肿瘤	8	9.2	6	2	4	2	2	6	2	-	-	-
良性囊肿	7	8.1	7	-	7	-	-	1	-	2	4	-
其 它*	7	8.1	5	2	3	3	1	3	3	-	1	-
合 计	87	100	72	15	41	37	9	33	22	10	8	4

* 包括恶性纤维组织细胞瘤、血管纤维瘤、海绵状血管瘤、平滑肌血管瘤、血管平滑肌肉瘤、间叶瘤和黄色纤维瘤各1例。

常见,个别有 Horner 氏征,上腔静脉压迫征,声嘶吞嚥困难,发热和胸前隆起等。多数症状轻微,且在同一病者中可出现两种以上。

X 线征

1.部位:肿瘤部位分布(见表1)。胸内甲状腺肿瘤均位于上纵隔最上方,多在气管前方,亦可在气管后方。胸腺肿瘤和畸胎类肿瘤多位于上纵隔,部分在下前或下中纵膈。神经性肿瘤全部在后纵膈,以上后纵膈为多。良性囊肿多在下中纵膈。

2.肿瘤形态、大小、边缘和密度:本组纵膈肿瘤大多呈圆形或卵圆形,直径小于5cm19例,5~10cm38例,小于10cm30例,最大为18×14×14cm。肿瘤边缘多光滑,呈分叶状有

20例,其中良性占15例,恶性占5例。囊性肿瘤影象密度较低,实体性肿瘤影象密度致密。23例畸胎类肿瘤中出现骨骼、钙化或齐齿影象有9例。21例神经原性肿瘤中显示局部肋间加宽,肋骨变形或压迹 X线征有6例。

治疗情况 全组病例均行手术治疗(表2)

术后放射治疗3例,术前放射治疗1例(此例为畸胎瘤误诊为纵膈淋巴瘤11年,曾二次全量放射治疗)。术前化疗2例(为后纵膈神经纤维瘤和中纵膈间叶瘤,分别误诊为肺癌和纵膈恶性肿瘤)。

手术并发症及治疗结果 术后合并肺炎2例,单纯性脓胸1例,均治愈。1例双侧畸胎

表 2

87 例纵隔肿瘤手术治疗情况

	肿瘤切除 *	肿瘤+肺叶 (或部分肺) 切除	肿瘤部分 +肺切除	单纯剖胸检 查和/或 活 检	合计
良性肿瘤	61	5	4	2	72
恶性肿瘤	6	1	—	8	15
合 计	67(77%)	6(6.9%)	4(4.6%)	10(11.5%)	87

* 包括囊内切除 4 例和部分心包切除 7 例。

瘤，左侧肿瘤加左上肺叶切除 1 年半后，右侧残留肿瘤增大再行右侧剖胸探查，术后合并支气管胸膜瘘。1 例囊肿淋巴瘤部份切除，术后合并淋巴管瘘致乳糜胸，反复胸穿抽液不愈。

本组病例住院死亡 4 例，死亡率为 4.6%，其中 2 例于平卧位插管麻醉后转侧位即窒息，心跳骤停，抢救无效死亡；1 例胸腺瘤在麻醉插管时，呼吸心跳骤停，即改用细号插管通过肿瘤压迫气管狭窄部位，经抢救复苏，悉拔管后再发生窒息而被迫手术。因肿瘤与周围粘连紧密，解剖不清，强行将肿瘤及右上肺叶切除。术后出现上腔静脉压迫征，呼吸困难，抢救 5 天无效死亡；另 1 例支气管肺囊肿术后第 3 天死于输血反应。

本组病例全部获得随访。良性肿瘤除 1 例麻醉意外死亡，肿瘤完全切除的共 66 例，仅 2 例因其它原因分别死于术后 2 年半和 3 年半。余 64 例均健在；部份切除的 4 例中，仅 1 例健在，余 3 例分别死于术后并发症（其中合并乳糜胸和支气管胸膜瘘 2 例分别术后出院 3 和 6 个月死亡），单纯探查的 1 例海绵状血管瘤于术后 1 年半死亡。恶性肿瘤中除 1 例麻醉意外死亡外，肿瘤切除的有 14 例，仅 1 例术后 4 年半死于复发，余 5 例仍健在，生存时间已达 2 年半至 12 年半，3 例已超过 5 年；单纯剖胸探查的病例全部已故，其中有 7 例带瘤生存了 4 年和 5 年，其余均在 2 年内死亡。

讨 论

一、诊断问题：纵隔肿瘤约半数病人无症状¹。本组无症状占 33.3% (29/87)。大多

数是胸部 X 线检查时发现。根据肿瘤的部位、形态、密度和边缘特征，而作出诊断。本组术前诊断的符合率为 90.8% (78/87)。除部份畸胎类肿瘤 (39.1%) 有钙化，骨骼或牙齿的 X 线征和部份神经源性肿瘤 (28.6%) 有肋间加宽，肋骨变形或压迫的 X 线征较易作出分类诊断外，一般定性诊断较为困难。影象呈分叶状改变是肺癌和纵隔恶性淋巴瘤较为特征性的 X 线征之一。而原发性纵隔肿瘤则不然，本组纵隔肿瘤呈分叶状 X 线征的 20 例中，良性占 15 例，恶性仅占 5 例。本组有 2 例纵隔神经纤维瘤和 2 例心包囊肿呈分叶状而诊为肺癌。其中 1 例神经纤维瘤误诊为肺癌化疗 1 年多后才手术切除。另 1 例左上纵隔囊性畸胎瘤，误诊为纵隔恶性淋巴瘤并作两次全量放疗，因肿瘤有明显缩小而延误 11 年多后才手术切除。因此，纵隔肿瘤 X 线呈分叶状表现不是鉴别良、恶性的主要标志。对呈分叶状的纵隔肿瘤必须与肺癌和纵隔恶性淋巴瘤鉴别。有些病例可作短期动态追踪观察，个别亦可作试验性化疗或放射治疗。但正确的分类和定性诊断仍有赖于手术后病理诊断。

二、外科治疗与教训：纵隔肿瘤除恶性淋巴瘤外，绝大部分对化疗和放射治疗不敏感，当肿瘤增大后将压迫胸腔或纵隔重要器官，或可合并感染和自发性破裂。同时要鉴别肿瘤的良好恶性较困难，且有相当部份纵隔肿瘤（如畸胎瘤和胸腺瘤）有潜在恶性倾向。从本组材料中可见：胸腺肿瘤、畸胎瘤的恶性率分别为 38.1% (8/21) 和 13% (3/23)，国内材料分别为 30% 和 10%^[3]。本组胸内甲状腺肿瘤恶性率

5% (2/8)。有报告神经源性肿瘤恶性率为10.3%^[4]。因此,诊断为原发性纵隔肿瘤时应及早手术切除。

1. 体位和切口选择:笔者体会,上纵隔肿瘤多采用平卧位或斜位经第3或4肋间进胸;上纵隔肿瘤横跨两侧胸腔,可采取横断胸骨经双侧前胸入胸;下纵隔的肿瘤一般应采取侧卧位后外侧第5或6肋间(或肋床)进胸;胸腔入口处肿瘤可采取上段胸骨“⊥”型切开或颈部横弧形切口加上前胸正中联合切口;如胸内甲状腺肿瘤在胸内部份不多则单纯采取胸骨上窝弧形切口一般可顺利完成手术。当囊性肿瘤或肿瘤出血坏死液化并累及支气管时,采用侧位情况下,肿瘤内容物可倾流至对侧支气管而造成意外,因此应采用前胸切口为宜。有时肿瘤太大,因麻醉后肌肉松弛,侧位时又因肿瘤重力关系而加重了对心脏、大血管、支气管和对侧肺的压迫造成呼吸循环障碍,或者麻醉插管的斜面受压而致窒息。本组有2例因此死于麻醉意外。本组另有1例纵隔畸胎瘤15×13cm,麻醉后从平卧位转至侧卧位后心率由原来正常增快至146次/分,并出现上腔静脉压迫征,立即转回平卧位,上述症状即逐渐好转,暂停手术。2周后改平卧位前胸切口能顺利切除肿瘤。因此,在纵隔肿瘤手术时,应根据肿瘤部位大小及与周围关系,以暴露好,创伤小,切除易,安全的原则选择体位和切口。

2. 手术方式或方法:纵隔肿瘤和其它部位

肿瘤一样必须力争完整切除。若肿瘤与肺、心包粘连紧密,可连同肺或部份心包切除。如囊性畸胎瘤或囊肿与重度器官粘连,可行囊内切除,残留部分囊内壁可将其刮除或用3%碘酊烧灼。本组肿瘤切除伴肺叶或部分肺切除共10例,伴部分心包切除7例,囊内切除4例,绝大多数手术效果良好。当肿瘤与头臂大血管粘连紧密时,在解剖关系较清楚又能直视下进行操作情况下,必要时可结扎切除一侧无名静脉,争取肿瘤完整切除;若解剖关系不清楚的情况下,务必慎重行事,否则会招致不可收拾的后果。本组术后并发上腔静脉压迫综合征、呼吸困难于术后第5天死亡。原因可能是术中误伤上腔静脉。这是值得吸取的教训。

(本文蒙李国材教授指导特致感谢。)

参 考 文 献

- [1] Luosto R, et al. Mediastinal tumor: A follow up study of 208 patients, Scand J Thorac Card: Ovas Surg. 1978, 12: 253.
- [2] Ovrum E, et al. Mediastinal tumor and cysts a review of 101 cases SGO 1980; 150 (6): 944.
- [3] 实用肿瘤学, 第二册, 第1版, 第262页, 人民卫生出版社 1979; 10.
- [4] Carey LS, et al. Neurogenic tumor of the mediastinum: A clinicopathologic study Am J Roentgenol 1960; 84: 189.

Surgical Treatment of Primary Mediastinal Tumor (An Analysis of 87 Cases)

Huang Zhifan Rong Tiehua Li Jingqing Zhang Yaqi

(Affiliated Tumor Hospital of Sun Yat-sen University of Medical Sciences)

Abstract

87 cases of primary mediastinal tumor were treated in Tumor Hospital of Zhongshan Medical College from Jan. 1976 to Dec. 1982, All with surgical management and studied with pathology. Of the 87 cases, 72 are benign tumors and 15 malignancies. Teratoma is 26.4% (23/87) and neuro-genic tumour is 24.1% (21/87) in this series. According to the data of this series, the authors discuss the subjects about diagnosis, anesthesia and the operative details.