

胸腺瘤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E8_83_B8_E8_85_BA_E7_98_A4_c22_305335.htm 名称胸腺瘤所属科室心胸外科病理病理学上胸腺瘤以占80%以上细胞成分为名称。分为上皮细胞型和上皮细胞淋巴细胞混合型。单纯从病理形态学上很难区分良性或恶性胸腺瘤，根据临床表现，手术时肉眼观察所见和病理形态特点，以侵袭性和非侵袭性胸腺瘤分类更为恰当。但习惯上常称为良性和恶性胸腺瘤。胸腺良恶性鉴别需要依据临床表现和外科手术时的发现。外科手术时应当注重 肿瘤是否有完整的包膜； 肿瘤是否呈侵袭性生长； 有无远处转移和胸腔内种植； 显微镜下细胞形态的异形，综合分析才能得出正确的结论。手术时肿瘤有完整的纤维包膜，肿瘤在包膜内生长，与四周脏器无粘连浸润，手术轻易摘除的，为良性或非侵袭性胸腺瘤。当肿瘤侵出包膜，侵犯四周脏器或组织（心包、胸膜、肺和血管等），外科手术不能切除或不能完全切除的，或术时发现已有胸内种植或胸膜转移，则为恶性或侵袭性胸腺瘤。临床表现像任何纵隔肿瘤一样，胸腺瘤的临床症状产生于对四周器官的压迫和肿瘤本身特有的症状mdash.合并综合征。小的胸腺瘤多无临床主诉，也不易被发现。肿瘤生长到一定体积时，常有的症状是胸痛、胸闷、咳嗽及前胸部不适。胸痛的性质无特征性，程度不等，部位也不具体，一般讲比较轻，常予对症处理，未做进一步检查。症状迁延时久，部分病人行X线检查，或某些病人在体查胸透或摄胸片时发现纵隔肿物阴影。被忽略诊断的胸腺瘤此时常生长到相当大体积，压迫无各静脉或上腔静脉梗阻综合征的表现。剧烈胸痛，短期内症状迅速加

重，严重刺激性咳嗽，胸腔积液所致呼吸困难，心包积液引起心慌气短，周身关切骨骼疼痛，均提示恶性胸腺瘤或胸腺癌的可能。胸腺瘤特有的表现是合并某些综合征，如重症肌无力（MG）、单纯红细胞再生障碍性贫血（PRCA）、低球蛋白血症、肾炎肾病综合征、类风湿性关节炎、皮炎、红斑狼疮、巨食管症等。诊断X线检查是发现及诊断纵隔肿瘤的重要方法。胸部平片正位相，胸腺瘤常表现为一侧隔增宽或突向一侧胸腔的圆形或椭圆形致密影，突向右侧多于左侧，也可见突向双侧胸腔。突向左侧常被主动脉球掩盖，突向右侧可与上腔静脉重叠。肿物影边缘清楚锐利，有的呈分叶状。侧位像可见位于胸骨后心脏大血管前密度均匀形态上呈实质性肿块影（图1、2）。少数胸腺瘤可见条状，点状，块状和不成形的钙化，其钙化程度较畸胎瘤为低。有的胸腺瘤呈扁片状伏于心脏大血管之上，此种类型在X线检查中最难诊断。侧位病灶断层是确定胸腺瘤简单易行且经济的检查方法，它能显示肿瘤的存在，大小，密度，在无条件的复杂的检查时，侧位病灶体层尤为实用。胸部CT是先进而敏感检查纵隔肿瘤的方法，它能准确地显示肿瘤的部位，大小，突向一侧还是双侧，肿瘤的边缘，有无四周浸润以及外科可切除性的判定，对于临床和普通的X线检查未能诊断的病例，胸部CT有其非凡的价值（图3~6）。图1胸腺瘤胸部平片；正位像显示左心缘旁团块影 图2 胸腺瘤胸部平片：侧位像显示肿瘤位于上纵隔胸骨后 图3 胸腺癌CT显示椎体侵蚀而破坏 图4 胸腺癌胸部CT示右侧肋骨受侵且骨质破坏 图5 胸腺癌胸部CT：显示左前上纵隔团块影 图6 胸腺瘤合并单纯红细胞再生障碍CT：清楚地显示肿瘤位置与四周脏器的关系鉴别诊断虽然

经过多种检查，有时临床上仍会碰到诊断困难的病例，曾有人建议施行上腔静脉或无名静脉造影、纵隔充气造影，但因操作复杂近来已很少使用。常见的需要与胸腺瘤鉴别的病变包括畸胎瘤和升主动脉瘤。畸胎瘤常发生在中青年，可无症状，或有反复发作的肺部感染，有时有咳出毛发或油脂样物的病史，X线检查肿块内可有牙齿或骨骼钙化影，囊性畸胎瘤经^{***}检查予以确定。文献报道纵隔肿瘤误认为升主动脉瘤，或将升主动脉瘤误诊断为胸腺瘤均有发生。在胸部侧位相升主动脉瘤呈梭形成圆形阴影，沿自左心室，胸透可见肿块呈膨胀性搏动，听诊可闻及杂音，二维超声检查可发现升主动脉扩张，彩色多普勒检查可见湍流频谱，胸部CT像可显示升主动脉局限性瘤样扩张，诊断有困难时可行升主动脉造影。近年来磁共振检查（MRI）在临床上应用逐渐增多，对于心脏大血管畸形³及血管瘤的诊断有非凡的价值，是区分纵隔肿瘤与升（降）主动脉瘤敏感而有效的检查方法。并发症1.重症肌无力（MG）长期以来人们即发现重症肌无力与胸腺（或胸腺瘤）有关。重症肌无力临床上可分为3型，如眼睑下垂、视物长久感疲惫、复视，为眼肌型；上肢伸举不能持久、步行稍远需坐下休息，为躯干型；咀嚼吞咽费力，甚至呼吸肌麻痹，为延髓型。临床上最危险的是肌无力危象，病人呼吸肌麻痹必须人工辅助呼吸。目前认为重症肌无力是一自家免疫性疾病，主要因胸腺受某种刺激发生突变，不能控制某些禁忌细胞株而任其分化增殖，对自身成分（横纹肌）发生免疫反应，出现肌无力。治疗重症肌无力多年来一直采用抗乙酰胆碱酯酶药物，如吡啶斯的明，近年来又加用免疫抑制剂，如激素、环磷酰胺等。外科治疗重症肌无力的适应

证为伴有或不伴有胸腺瘤的重症肌无力患者，服抗乙酰胆碱酯酶药物，剂量不断增加而症状不减轻，或出现肌无力危象以及反复呼吸道感染。

2.单纯红细胞再生障碍性贫血（PRCA）与胸腺瘤并存疾病之一是纯红细胞再障。纯红再障可为原发的，原因不清。也可继发于药物、感染和肿瘤。实验研究表明PRCA是一自家免疫性疾病，未知原因导致红细胞抗原的自身免疫反应，这些抗原可存在于人体胸腺内。胸腺瘤本身对红细胞生长并无直接作用，可能的情况是胸腺瘤可增强免疫系统的敏感性，或者胸腺瘤由高度敏感的增生系统所诱发。

3.肾病综合征肾炎 肾病综合征肾炎与胸腺瘤的关系尚不明了，肾病综合征可以是某些肿瘤，如霍奇金病，全身表现的一部分。可能的解释为胸腺瘤与肾小球肾炎的抗原抗体复合物形成交叉反应缘故。

治疗（1）治疗原则：胸腺瘤一经诊断即应外科手术切除。理由是肿瘤继续生长增大，压迫邻近组织器官产生明显临床症状；单纯从临床和X线表现难以判定肿瘤的良恶性；而且良性肿瘤也可恶性变。因此无论良性或恶性胸腺瘤都应尽早切除。有能切除的恶性胸腺瘤可取病理活检指导术后治疗，部分切除者术后放射治疗可缓解症状延长病人存活。（2）切口选择：突向一侧较小的胸腺瘤多采用前外肋间部胸切口，突向双侧瘤体较大者，可采用前胸正中切口。近年来前胸正中切口应用增多，除摘除胸腺瘤外同时摘除对侧胸腺，以防日后出现重症肌无力的可能。亦有春采用横断胸骨双侧胸部横切口切除肿瘤。前胸正中切口不进入胸腔，减少了术后对病人呼吸功能的干扰，避免术后呼吸系统合并症。有人经颈部切口摘除胸腺瘤，其指征为年老患者，有开胸禁忌，肿瘤体积小且靠近颈部。（3）手术时应注

重的问题：孤立无粘连的良性胸腺瘤，完整摘除无困难，手术可顺利完成，但某些复杂病例手术时要充分估计困难。恶性胸腺瘤须先探查，弄清肿瘤与四周邻近器官的关系再行解剖。胸腺瘤位于腔上纵隔心底部，心脏与大血管交界处；恶性胸腺瘤可向四周粘连浸润；肿瘤增长时邻近组织器官被推移，正常解剖关系改变；纤维结缔组织粘连增厚，使之与血管不易辨别。这些均可造成术中误伤血管而引起大出血。术者对于这引起应有警惕性。肿瘤可切除性的判定是手术时必须要考虑的问题。当肿瘤已经侵犯无名静脉或上腔静脉，或血管被包绕在在肿瘤之中，或肿瘤与四周组织呈冻结状态，此时应采取谨慎态度，中止手术，仅采取病理活检，术后予放射治疗。若肿瘤虽与大血管有粘连浸润，但尚可分离，可逐步解剖，由浅入深，由易到难，先使其松动，再游离瘤体，最后在其蒂部钳夹后摘除。对于解剖过程中每纤维组织或索带均应钳夹后切断，避免损伤血管增加手术困难。若意外地损伤血管，切忌惊慌失措盲目钳夹止血。可先用纱布垫压迫出敌国破口，备好吸引器，同时加快输血，吸净术野积血后，辨清损伤的部位和范围，再决定是直接缝合还是修补。肿瘤从一侧胸腔突向对侧，或瘤体向颈部突出延伸，应在直视下解剖分离，有时一些血管穿越其间，或有血管供给瘤体，盲目钝性分离可造成出血，肿瘤侵犯心包时，可在正常部分剪开心包，伸入手指于心包腔内帮助剔除肿瘤或将心包与肿瘤一并切除。

6.手术治疗结果

无论良性或恶性胸腺瘤的治疗，主要是手术切除，只有当切除不彻底或未能切除的胸腺瘤才考虑放射治疗，化疗对胸腺瘤基微。手术切除率与肿瘤大小的关系。一般讲，肿瘤愈大切除率愈低，这与肿瘤外科

一般结论一致，但是肿瘤大小不是手术可切除的惟一指标。有时大的能切除，而较小的肿瘤不能切除。因之除肿瘤大小以外，肿瘤是否外侵，非凡是侵犯四周血管，如上腔静脉、无名静脉、主动脉的严重程度极大地影响手术切除率。当肿瘤包绕血管生长，呈冻结状态，既使中等大小的肿瘤，有时亦不能完整切除。

7.胸腺瘤的放射治疗

恶性胸腺瘤既使肉眼所见已经切除干净者，其瘤床仍需要完成，手术时已清楚有残余瘤组织未切净或未能切除者，需增大剂量，一般为60Gy（6000rad）。有人提出良性胸腺瘤也有少数复发，故建议对良性胸腺瘤也应予以防性照射30~40Gy（3000~4000rad）。胸腺瘤放疗结果，一般均不甚满足，因各地报告结果相关较远，难以评述。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com