

2010年内科辅导：肺转移瘤应该如何治疗临床执业医师考试  
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/648/2021\\_2022\\_2010\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_86\\_85\\_c22\\_648111.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/648/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c22_648111.htm)

一、手术适应证 多发性肺转移瘤切除术目前已成为标准的治疗手段。理论上，如果没有其他部位的转移，肺转移瘤切除术可以达到根治的效果。许多肿瘤对于化学治疗（化疗）和放射治疗（放疗）均不敏感，如软组织肉瘤肺转移，手术是最重要的治疗手段。从经济学的角度，手术的成本、效果比值也更高。在满足手术条件的患者中，预计超过三分之一的患者能获得长期生存（ $>5$ 年）。孤立性肺转移结节并不一定是全身性或不可治愈的原发性恶性肿瘤的临终阶段。肺转移瘤切除术患者需要满足的手术条件包括控制原发肿瘤、能完整切除所有转移、没有胸外转移以及心肺功能足以耐受手术。对于肺转移瘤患者，控制原发癌，排除胸外转移，完全切除所有可触及的转移瘤意味着延长生存期。肺转移瘤切除术也可用于再分期，提示预后，指导进一步治疗。也有化疗后再行肺转移瘤切除术。来源：考试大 两侧肺出现广泛转移的病例没有外科治疗的适应证。对少数病例肺部仅有单个转移结节，或虽有几个转移灶但均局限于一个肺叶或一侧肺内，如原发肿瘤经治疗后已得到控制，无局部复发，身体其它部位经各种检查又未发现另有转移病灶，全身情况可以承受肺切除术者，应考虑手术治疗。但肺切除术的范围应尽量保守，一般仅作楔形或肺段、肺叶切除术。术后按肿瘤的病理诊断适当给予抗肿瘤药物治疗。有的病例转移病变切除后，经过数月或数年肺部又出现新的孤立性转移病灶，只要其它器官组织仍无转移则尚可再次作

肺切除术。来源：[www.examda.com](http://www.examda.com) 二、手术方法 肺转移瘤切除的手术以剔除术为主，病灶切除时使肺膨胀，尽可能保留肺组织，保证足够的边缘。应避免肺叶或全肺切除术。

1、胸骨正中切开术：胸骨正中切口常被用于肺转移瘤切除术。优点是通过对一个切口行双侧胸腔探查，疼痛轻；缺点：靠近肺门后中份病灶，左肺下叶暴露差。胸骨正中切口可以一期完成双侧胸腔的探查和切除术。胸骨放疗后伤口愈合差，是胸骨正中切开术的绝对禁忌证。相对禁忌证包括过度肥胖和胸壁受侵。应使用气管内双腔插管，分别让肺萎陷，用手触摸发现并切除转移瘤。楔形切除转移瘤时，可以使肺复张，以最大限度地保留功能肺组织。可以实施左肺下叶切除术，但心脏的遮挡增加了操作难度。通过悬吊心包，旋转手术床，改进左肺下叶的暴露。也可以在萎陷肺下填棉垫，抬高左肺下叶，或使用乳内动脉撑开器。常见并发症包括呼吸功能不全、纤维支气管镜吸痰、再次手术、出血、脓胸、伤口感染、膈神经麻痹、喉返神经麻痹。

2、胸廓切开术：优点：入路熟悉，暴露好；缺点：只能暴露一侧胸腔，常需要切断肌肉，疼痛明显。很少同期实施双侧开胸术；相反，双侧胸腔探查多须分期手术。另外，近年来横断胸骨双侧胸廓切开术，单侧胸廓切开术伴部分或完全胸骨正中切开用于肺转移瘤切除。在此切口下可以行双侧胸腔探查，改进下叶暴露，便于探查纵隔病变及胸腔的情况。该切口牺牲了乳内动脉，可能增加痛苦。常见并发症包括出血、纤维支气管镜吸痰、再次手术、支气管胸膜漏、膈神经麻痹、伤口感染。

百考试题 - 全国最大教育类网站([www.Examda.com](http://www.Examda.com))

3、胸腔镜手术(VATS)：目前VATS仍然是诊断、分期和治疗孤立性肺

结节，包括肺转移瘤的常用术式。由于肺转移瘤位于外周或胸膜下，适用于VATS.VATS的优点是胸膜表面显示清楚、疼痛轻、不适感少，住院时间短和恢复快。并发症很少，包括肺不张、肺炎、肺漏气持续1周以上和未能完全切除病灶，如切缘有癌或转移瘤取出时的胸膜种植。不足之处：不能看见肺实质内的转移瘤，不能双手触摸肺，无法发现从肺表面不能看见的或CT未能查出的病变，增加操作距离，可能增加住院费用。VATS作为诊断或（和）治疗手段已用来辅助胸骨正中切开术。由于能改进心脏后左肺下叶的暴露，因此VATS最适用于诊断转移瘤，改进胸骨正中切开术的暴露，或明确转移范围。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](http://www.100test.com)