

胸外科疑难病例 诊疗分析精粹 (第2版)

王 俊 主编



北京大学医学出版社

胸外科疑难病例 诊疗分析精粹

(第2版)

王 俊 主编

北京大学医学出版社

XIONGWAIKE YINAN BINGLI ZHENLIAO FENXI JINGCUI

图书在版编目 (CIP) 数据

胸外科疑难病例诊疗分析精粹 / 王俊主编. —2版.
—北京: 北京大学医学出版社, 2016. 6
ISBN 978-7-5659-1158-3

I. ①胸… II. ①王… III. ①胸腔外科学—疑难病—
诊疗 IV. ①R655

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第159163号

胸外科疑难病例诊疗分析精粹 (第2版)

主 编: 王 俊

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路38号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京强华印刷厂

经 销: 新华书店

责任编辑: 陈 然 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 889 mm × 1194 mm 1/16 印张: 23 字数: 696 千字

版 次: 2016年6月第2版 2016年6月第1次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-1158-3

定 价: 188.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由

北京大学医学科学出版基金

资助出版

胸外科疑难病例诊疗分析精粹 (第2版)

编委会

主 编 王 俊

副主编 赵 辉 隋锡朝

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

卜 梁	陈克终	陈应泰	崔 健
黄宇清	姜冠潮	金璐明	李 晓
李 运	李凤卫	李剑锋	刘 军
刘彦国	闵先军	彭 洁	隋锡朝
王 俊	杨 帆	杨 锋	杨德松
杨影顺	赵 辉	周足力	

主编简介



王俊 北京大学人民医院胸外科教授、主任医师、博士生导师

1989年毕业于北京医科大学研究生院。1995年获得国际抗癌联盟(UICC) ICRETT奖学金,前往美国华盛顿大学和芝加哥大学学习和交流。1997年获世界胸心外科界最高奖——美国胸外科学会(AATS) Graham Fellow奖学金(全世界每年1人得奖),在美国接受严格的临床和科研训练,先后在哈佛大学(MGH)、Mayo Clinic等著名医学中心从事临床和科研工作。2000年受聘为北京大学教授。2001年获北京大学博士研究生导师资格。2001年成为中华全国青年联合会第

9届全国委员。

王俊教授现任北京大学人民医院胸外科暨胸部微创中心主任。兼任世界华人胸腔外科学会(ICSTS)会长,国际食管疾病学会(ISDE)亚洲主席,国际抗癌联盟(UICC)会员,中华医学会胸心血管科学会胸腔镜外科学组组长,中国抗癌协会肺癌专业委员会常委,中华医学会胸心血管外科学分会常委,中国临床肿瘤学会执行委员等。担任国际肺癌研究协会(IASLC)英文杂志 *Lung Cancer* 编委,《中华胸心血管外科杂志》副总编辑,《中国胸心血管外科临床杂志》副总编辑,《中华医学杂志》《中华外科杂志》《中国肿瘤临床杂志》《中国肺癌杂志》《中国微创外科》《医学与哲学》等15种权威学术期刊编委,《医学参考报-胸心血管外科频道》主编。共发表学术论文180余篇,主编《现代胸腔镜外科学》《胸腔镜和纵隔镜手术图谱》《胸部疾病的胸腔镜全真手术》《纵隔镜手术学》《实用胸外科学》等7部学术专著。

王俊教授及其课题组于1992年在我国创立了电视胸腔镜和胸部微创外科。25年来,他成功地完成了中国胸腔镜外科绝大多数手术的首例,至今在手术难度、手术种类和手术数量上居于国内领先和国际先进水平。先后举办了15期全国电视胸腔镜外科手术学习班和10届全国电视胸腔镜外科学术研讨会,培养了全国80%以上的胸腔镜外科医师。1987年建立了中国术前定量预测肺切除术后肺功能的核素检查方法,显著提高了胸外科手术安全性评估的水平,大大缩短了我国在该领域与发达国家的差距。1997年在国际上首先证明DLCO较MVO₂能更准确预测术后肺部并发症;DLCO与术后并发症和死亡率有关,而与长期生存率无关。这些新观点在国际权威杂志发表后,已被近年出版的美国胸外科教科书和专著所引用。1996年1月,他成功地完成了我国首例肺气肿肺减容手术,开创

了我国的肺气肿外科新领域。在卫生部科研基金的资助下，研制出有自主知识产权的国产牛心包垫片并规模应用于临床，为肺减容手术在我国的普及和发展提供了可能。此外，他还成功地主办了4届全国肺气肿肺减容手术学习班，主编了国内首部肺气肿外科专著《肺气肿外科诊治》。1999年和2002年先后将在国外刚开展的电视纵隔镜和电视硬气管镜技术引进我国，并成功地应用于临床，为诊断不明的纵隔占位和肺癌患者提供了一种安全、微创的诊断和分期手段，为大气道疑难疾病的治疗提供了又一更为完全有效的方法。2006年率先在国内开展全胸腔镜下肺叶切除治疗早期肺癌，翻开了我国肺癌微创治疗崭新的一页。2009年率先在国内开展荧光支气管镜及支气管内超声引导针吸活检技术（EBUS-TBNA），显著提高了早期肺癌诊断以及肺癌分期的安全性和准确性。

王俊教授先后承担国家（自然科学基金）、卫生部、北京市科学技术委员会及北京大学等多项研究课题，从事肺癌和食管癌等领域的基础研究以及新手术方法、技术和器械的临床应用研究，并取得了多项成果。

第2版前言

相信大家都有体会，在临床工作中，真正困扰我们的往往不是常见、典型的病例，而是那些少见的或不典型的病例。对这些病例的正确诊治与否，能很好地体现一个医师医疗水准的高低。因此，加强对少见、疑难病的认识，是胸外科专科医师提高业务水平的必要途径。

目前国内外胸外科专著多侧重于常见病、多发病的介绍，对一些少见、疑难病介绍较少，结合实际病例的著作更是少之又少。本书以我们在临床工作中遇到的少见、疑难病例为素材，通过简要的文字叙述诊疗过程；辅以大量的图片介绍疾病的影像学特点、术中所见、病理表现等；以点评的方式总结出此病例诊疗过程中的经验与教训，包括术前误诊或诊断不清的原因、病例的特点、诊疗中的不足和成功之处等，最后以综述简要介绍此病的发病与诊治概况等。

本书第1版得到“华夏英才基金”资助，于2010年由北京大学医学出版社出版，出版以来受到广大医务工作者的欢迎和好评。这点使我们备受鼓舞。第2版中所有病例均为全新的，并补充增加了近年在胸外科领域中的新技术、新方法和新观点等，使全书内容更加丰富。

本书的特点是：①以少见病、疑难病为介绍对象。本书所介绍的病例一类是少见病，它有一定特点，只是因少见而不被人们认识，只要了解这些特点，实际工作中考虑到这个疾病，诊断起来不是很困难。另一类为疑难病，它的特点不明显，临床及影像学特征不典型，故术前诊断困难，往往只有一些线索，本文的介绍可以使读者增加经验、开阔思路。②突出实用性。以真实病例为素材，偏重于实践，重点讲述在临床实际工作中遇到的问题。③图文并茂。书中配有大量的图片，把疾病术前影像学所见、术中所见、术后病理表现进行图片对比介绍，形象生动。本书的读者对象主要是有一定胸外科专业知识的专科医师。

在本书编写过程中，各位编者均付出了艰辛的劳作。然而，由于我们水平有限，加之时间仓促，错漏之处在所难免，敬请读者批评指正。

王 俊

2016年1月

第 1 版前言

胸部解剖结构的重要性和复杂性使一些胸外科疾病的诊断和处理相对比较困难,常成为临床工作中的疑点和难点。近年来,随着外科技术的发展及相关学科的进步,尤其是以胸腔镜为代表的胸部微创手术的应用和普及,胸外科正掀起一场全面的手术技术革命,各种新理论、新技术、新方法层出不穷。这些均为疑难病例的诊断和治疗提供了更为有效和安全的技术保障。

纵观目前国内外已出版的胸外科专著,多是从不同角度讲述胸外科的基本知识、基本理论和相关技术,而具体针对临床实际工作中一些复杂、疑难和罕见病例的诊疗进行详细分析的专著尚不多见。北京大学人民医院胸外科暨胸部微创中心是国内开展各种胸外科新技术种类最全、技术最先进、经验最丰富的医疗中心之一,承担着来自北京乃至全国各地的疑难病患的诊治任务,积累了大量罕见病例和疑难病例。本书的编撰以此为基础和切入点,通过真实而系统地再现这些疑难病例的诊疗过程,总结分析每一病例的特点和经验教训,与同道们分享我们的得失体会,同时以点评的形式阐述国际上对相关疾病和技术的最新认识和观点,以期共同提高临床诊治水平。对于本专业的广大临床医生,尤其是年轻医生,该书将是一本启迪临床思维、开拓诊疗视野、更新学科知识的难得教材。

本书共分为肺部良性疾病、肺部恶性疾病、食管疾病、自主神经及胸膜胸壁疾病、纵隔及膈肌疾病、气管支气管疾病 6 个章节,以我科临床病例资料库为基础,精选出一批具有代表性的疑难病例,力求覆盖本学科大部分病种。针对每一病案的特殊性,有重点地再现其诊断和治疗的全过程。每个案例均包括病史简介、诊疗经过、病例特点分析以及经验总结和专家点评,力求达到分析解决临床疑难问题、总结经验教训的编写宗旨。文中配以大量影像学、手术、标本或病理图片,内容新颖、文字精练、图文并茂。本书的问世,将为胸外科、呼吸科、肿瘤科以及相关学科的同道们提供接触和认识大量罕见和疑难胸外科病例的机会,同时也为医学教育提供丰富的临床案例。

在本书编写过程中,北京大学人民医院病理科沈丹华教授和放射科杜湘柯教授及其同人给予了无私的帮助,各位编者都付出了艰辛的劳动。另外,本书的出版得到了华夏英才基金的资助,在此一并感谢。

由于我们水平有限,加之时间仓促,错漏之处在所难免,敬请读者批评指正。

王 俊

2009 年 10 月于北京

目 录

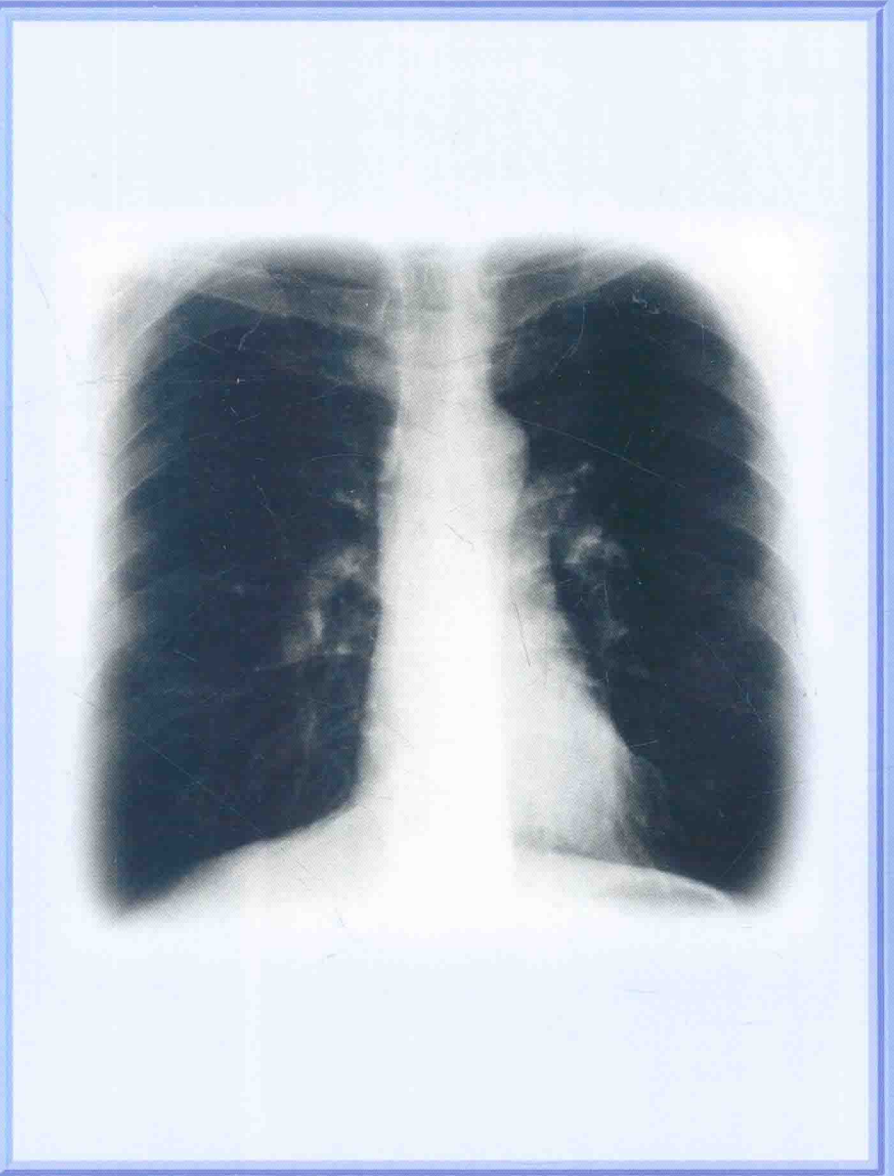
第一章 肺部良性疾病	1
病案 1 VATS 肺叶切除治疗肺隔离症	2
病案 2 肺外型隔离症	5
病案 3 左肺下叶发育不良合并左肺舌段支气管扩张	9
病案 4 肺先天性囊性腺瘤样畸形	13
病案 5 肺血管畸形	16
病案 6 节段性肺气肿	19
病案 7 先天性支气管闭锁继发感染	22
病案 8 叶内型肺大疱	25
病案 9 肺动静脉瘘	29
病案 10 肺囊肿	32
病案 11 支气管黏液栓	35
病例 12 肺放线菌病	38
病案 13 肺真菌病伴咯血	41
病案 14 肺结核误诊肺癌晚期	43
病案 15 左肺上叶结核瘤	48
病案 16 肺泡蛋白沉积症	52
病案 17 叶间淋巴结	55
病案 18 肺内巨大硬化性血管瘤	59
病案 19 支气管颗粒细胞瘤	61
病案 20 肺癌术后炎性结节	64
病案 21 异物肉芽肿性炎	68
第二章 肺部恶性疾病	71
病案 1 小细胞肺癌误诊为良性结节	72
病案 2 左肺下叶大疱型肺癌	76
病案 3 肺淋巴瘤	79

病案 4	肺内小结节	82
病案 5	右肺上叶癌破裂继发血气胸	87
病案 6	肺癌合并结核	91
病案 7	双侧原发性肺癌同期手术	96
病案 8	肺内多发 GGO	102
病案 9	肺小结节继发胸水	105
病案 10	肺原发单向型滑膜肉瘤	108
病案 11	自发性气胸合并中央型肺癌	111
病案 12	副肿瘤综合征	115
病案 13	肺癌肉瘤伴肿瘤性发热	119
病案 14	卵巢癌肺转移	124
病案 15	局部晚期肺癌诱导放化疗后手术治疗	126
病案 16	胸腔镜全肺切除术	130
病案 17	胸腔镜袖状肺叶切除术	135
病案 18	合并高热、贫血的原发性肺血管球瘤	139
病案 19	前列腺癌肺转移	145
第三章	食管疾病	149
病案 1	食管结核	150
病案 2	食管巨大炎性肌纤维母细胞瘤	153
病案 3	隐匿性食管癌	159
病案 4	Barrett 食管	163
病案 5	食管小细胞癌新辅助同步放化疗后手术切除	167
病案 6	食管恶性黑色素瘤	172
病案 7	食管外压性狭窄	176
病案 8	巨大食管	179
病案 9	食管间质瘤	185
第四章	自主神经及胸膜胸壁疾病	189
病案 1	手汗症手术中遇“封闭胸”	190
病案 2	交感神经手术治疗先天性长 QT 综合征的一种特殊亚型：Jervell Lange Nielsen 综合征	192
病案 3	胸骨柄转移癌	196
病案 4	胸外伤术后胸壁窦道	200

病案 5	右肺中下叶切除术后支气管胸膜瘘	204
病案 6	孤立性纤维瘤	207
病案 7	弥漫性淋巴管瘤病	211
第五章	纵隔及膈肌疾病	217
病案 1	异位甲状旁腺瘤	218
病案 2	胸腺瘤继发单纯红细胞再生障碍性贫血	223
病案 3	胸腺癌肉瘤	227
病案 4	胸腺类癌	230
病案 5	纵隔巨大畸胎瘤	233
病案 6	纵隔混合性生殖细胞肿瘤	237
病案 7	纵隔小细胞癌合并 Lambert-Eaton 综合征	241
病案 8	EUBS-TBNA 诊断结节病	244
病案 9	纵隔巨大脂肪瘤	248
病案 10	Castleman 病伴副瘤性天疱疮	251
病案 11	巨大纵隔囊肿合并脊柱侧弯	256
病案 12	创伤性膈疝	262
病案 13	胸腺肿瘤伴异位 ACTH 综合征	266
病案 14	心包恶性间皮瘤合并心包积液	270
病案 15	胸腺瘤合并乳腺癌肺转移	274
病案 16	纵隔淋巴结结核	278
病案 17	心包上隐窝	282
病案 18	巨大胸腺囊肿	286
病案 19	纵隔淋巴瘤	290
病案 20	颈部胸腺囊肿	295
病案 21	后纵隔神经源性肿瘤	298
病案 22	恶性副神经节瘤	302
病案 23	胸腺癌伴杵状指	306
病案 24	纵隔支气管囊肿伴急性气道梗阻	311
病案 25	纵隔异位嗜铬细胞瘤	314
病案 26	前纵隔非典型类癌	317
病案 27	纵隔恶性畸胎瘤合并性早熟	321
病案 28	上腔静脉阻塞综合征 (SVCOS)	324

第六章 气管支气管疾病	327
病案 1 支气管结石	328
病案 2 支气管异物	332
病案 3 支气管异物继发支气管扩张	335
病案 4 支气管痰栓	339
病案 5 气管瘢痕狭窄	343
病案 6 气管错构瘤	346
病案 7 支气管黏液表皮样癌	350

第一章



肺部良性疾病

病案 1 VATS 肺叶切除治疗肺隔离症

【本案精要】

因咳嗽、咯血发现左肺下叶叶内型肺隔离症，胸部 CT 三维重建可见粗大异常动脉，行 VATS 肺叶切除术，手术效果满意。

【临床资料】

1. 病史：患者女性，54 岁，因“咳嗽 3 年，间断咯血 10 个月”于门诊以“左肺下叶占位”收住我科。患者 3 年前无明显诱因出现咳嗽症状，不伴发热、咳痰、胸闷、憋气等症状，未诊治。10 个月前无明显诱因，出现咯血症状，为鲜血，量约 30ml，自行好转，未诊治。1 月前再次出现咯血，为鲜血，

量约 40ml，未诊治，次日清晨再次出现咯血，为鲜血，量约 10ml，于当地医院就诊，行 X 线胸片未见明显异常，进一步行胸部 CT 提示左肺下叶占位（图 1-1-1），诊断为“炎症”，予消炎、止血等治疗。但每日仍有间断咯血，为鲜血，量约 10ml/d。外院复查胸部增强 CT 提示肺隔离症可能。10 天前咯血已停止，现为进一步治疗就诊于我院。既往史：无特殊。

2. 体格检查：胸廓无畸形，胸壁静脉无曲张，胸骨无压痛。肺部呼吸运动度对称，肋间隙正常，语颤对称，无胸膜摩擦感，无皮下捻发感，叩诊清音，呼吸规整，双肺呼吸音清，未闻及啰音。

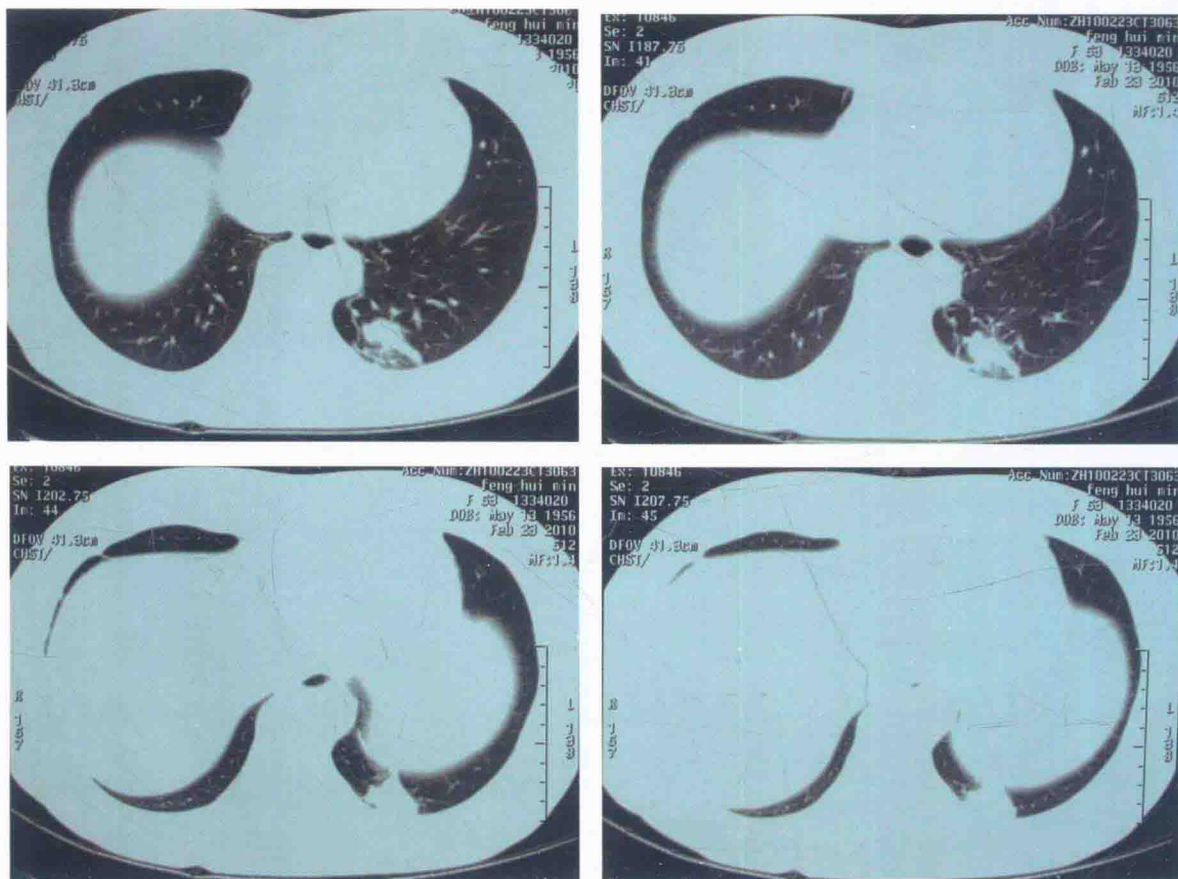


图 1-1-1 胸部 CT

左下叶可见一团片状影

3. 辅助检查：胸部 CT：双肺纹理清晰，左下叶可见一团片状影，大小约 $2.9\text{cm} \times 1.6\text{cm}$ ，相应肺纹理明显粗大，增强扫描可见一支粗大的供血动脉发自降主动脉，一支粗大的引流静脉回流至左下肺静脉（图 1-1-2，图 1-1-3）。其余肺野未见明显实变浸润影，气管及各叶段支气管开口通畅，纵隔未见明显淋巴结肿大，肺动脉主干直径约 2.1cm ，心脏各房室形态大小未见明显异常，双侧胸膜未见明显增厚。

4. 初步诊断：左肺下叶占位。肺隔离症？支气管扩张症？肺癌？

【术前讨论】

患者中年女性，慢性病程，以反复咳嗽起病，近 10 个月间断出现咯血，对症抗炎、止血治疗无效。胸部 CT+ 增强+血管重建提示可见左肺下叶占位性病变，有明显血供，血供来自降主动脉，考虑肺隔离症诊断可能性大。患者有手术适应证，无明显手术禁忌证，拟于全身麻醉（全麻）下行 VATS

左肺下叶切除术，据术前影像学表现，病灶位于肺内，且似有胸主动脉分支血供，叶内型肺隔离症可能性大。术中须先行游离并处理异常血管。

【手术及术后恢复情况】

入院后 4 天行手术治疗——VATS 左肺下叶切除术。双腔插管全麻成功后，取右侧卧位，常规消毒铺单，分别取左侧第 8 肋间腋中线，第 8 肋间肩胛下角线、第 5 肋间腋前线分别做小切口，置入胸腔镜及操作器械，探查胸腔内可见少量条索状粘连，未见明显胸腔积液，顺序探查左肺各叶，病变位于左肺下叶后基底段，部分肺组织不张，呈炎性实变，质韧（图 1-1-4）。于左下肺静脉下方约 1cm 处，可见直径约 0.8cm 异常动脉自降主动脉发出进入病变，余肺未见明显异常，叶间裂分化尚可。首先切断下肺韧带，并打开异常动脉周围纵隔胸膜，充分游离异常动脉并以内镜直线切割缝合器离断之，血管残端闭合满意，打开叶间裂，游离左肺下叶各动脉分支，分别以内镜直线切割缝合器离断。游离并显露

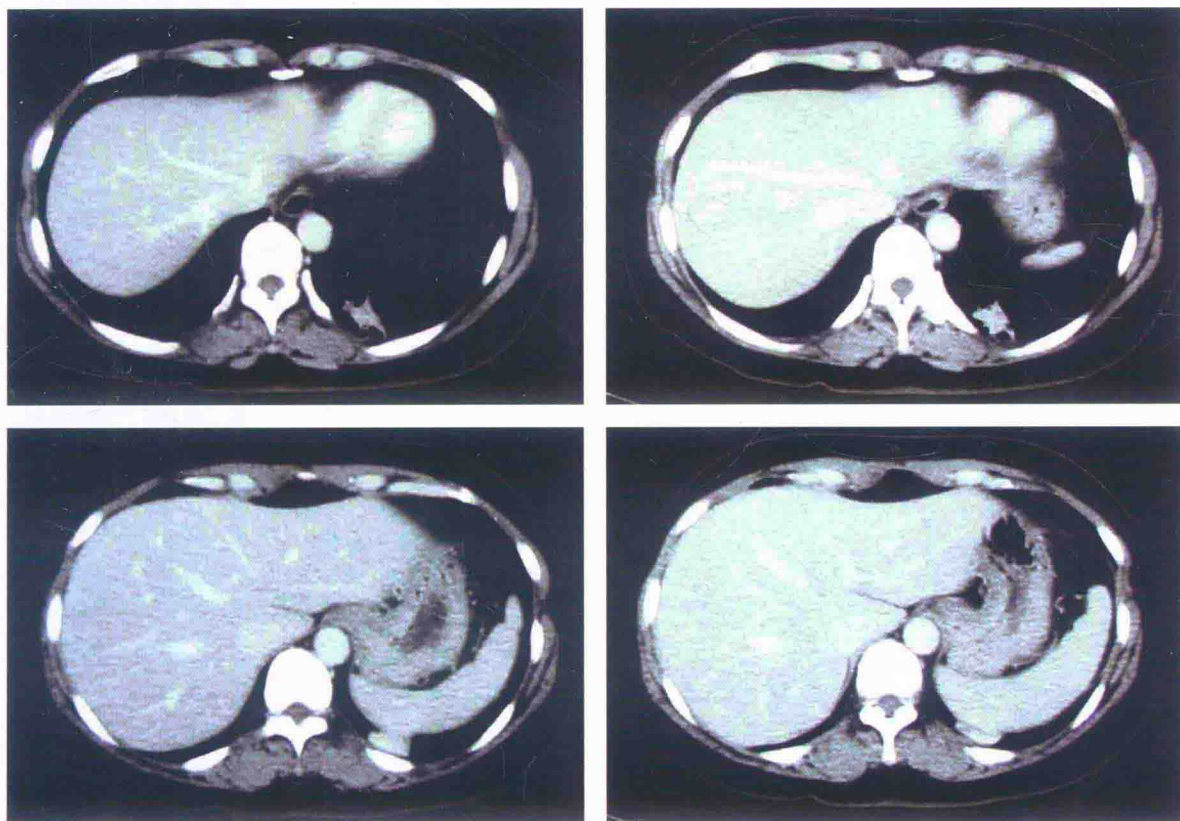


图 1-1-2 胸部 CT 纵隔窗

增强扫描可见一支粗大的供血动脉发自降主动脉

图 1-1-3 胸部 CT

增强扫描可见一支粗大的供血动脉发自降主动脉，一支粗大的引流静脉回流至左下肺静脉

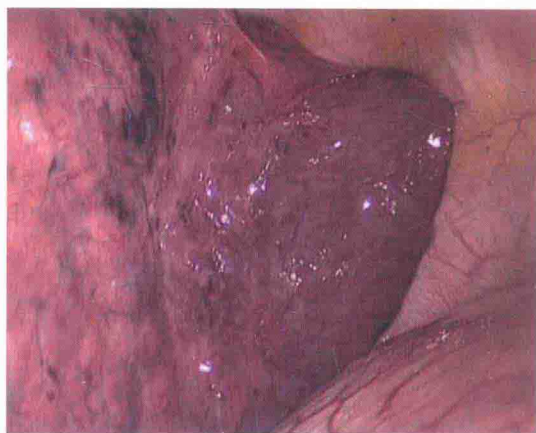
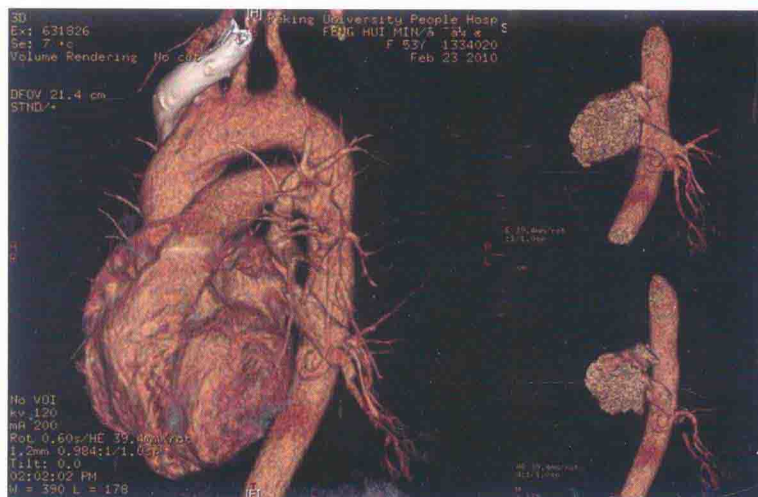


图 1-1-4 术中探查

可见左肺下叶后基底段病变

左肺下叶静脉，以内镜血管缝合切开器切断；最后游离左肺下叶支气管，距离左肺上叶支气管开口约 0.5cm 处以内镜直线切割缝合器离断。支气管残端闭合满意，完整切除左肺下叶置入标本袋内取出。加水充气确认支气管残端及肺组织无出血及漏气。以生物蛋白胶封闭支气管及血管残端。充分止血，清洗胸腔，充气确认无出血及漏气后，放置胸腔引流管 1 根，逐层关胸。术毕。术中出血 150ml，术后待病人清醒后拔除气管插管，安返病房。

术后常规给予补液、抗炎（抗感染）等治疗，

术后第 7 天拔除胸腔引流管，第 8 天出院，门诊拆线，伤口 II / 甲愈合。术后定期复查并随访，术前症状无复发。

【最后诊断】

（左肺下叶）切除标本病理诊断：部分肺组织肺泡壁增厚，间质纤维化，部分肺泡腔充血，其内可见多量吞噬含铁血黄素的组织细胞，伴灶状淋巴细胞浸润，部分区域可见迂曲厚壁的血管，结合临床，不排除肺隔离症。

最后诊断：肺隔离症。

【病案特点分析】

肺隔离症是一种少见的肺先天性疾患，叶内型较叶外型常见，好发于左侧，尤其是左肺下叶，后基底段均占 60%。本例患者有间断咳嗽、咯血病史，胸部 CT 示左肺下叶占位，可见降主动脉一异常动脉与病变相连。考虑肺隔离症诊断基本明确。患者病变较为局限，否认反复感染史，胸部 CT 未见明确胸膜粘连征象，拟行胸腔镜肺叶切除术。该病的难度在于异常供血动脉的寻找和处理，该例患者术前 CT 重建明确可见下肺静脉下方降主动脉来源粗大异常供血动脉，术中先行游离并以直线型切割缝合器切断异常动脉，再行左肺下叶切除术。手术过程顺利。

【专家点评】

参见《胸外科疑难病例诊疗分析精粹》第 36 页。