

- the risk of reoperation for structural degeneration of bio prosthesis. *J Heart Valve Dis*, 1999, 8: 376 - 383.
- 2 Husebye DG, Pluth JR, Fiehler JM, et al. Reoperation on prosthetic heart valve: an analysis of the factors in 552 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1983, 86: 543 - 552.
- 3 Akins GW, Buckley MJ, Daggett WM, et al. Risk of reoperative valve replacement for failed mitral and aortic bioprostheses. *Ann Thorac Surg*. 1998, 65: 1545 - 1551. discussion 1551 - 1552.
- 4 Vogt PR, Brunner-LaRocca H, Sidler P, et al. Reoperative surgery for degenerated aortic bioprostheses: predictors for emergency surgery and reoperative mortality. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2000, 17: 134 - 139.
- 5 Gill IS, Masters RC, Pipe AL, et al. Determinants of hospital survival following reoperative single valve replacement. *Can J Cardiol*, 1999, 15: 1207 - 1210.
- 6 Alaka K, Okada M, Yamshita C, et al. Valvular heart disease. A comparative study of results after primary operation, reoperation and multiple reoperation. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*, 1999, 47: 377 - 382.
- 7 兰锡纯, 主编. 心血管外科学. 上册. 北京: 人民卫生出版社, 1985. 838 - 843.

(收稿日期: 2000-12-29)

单侧同肺叶内转移非小细胞肺癌的手术疗效及分期意义探讨

高文 陈昶 丁嘉安 张敏 张容轩

根据 1997 年新版非小细胞肺癌(NSCLC)分期标准, 结合上海市肺科医院外科收治的伴单侧同肺叶内转移的原发性肺癌病例作疗效分析, 以期辅助临床外科决策。

资料与方法 1991 年 1 月至 2001 年 1 月我们共收治肺癌病人 3 330 例。经复习所有病理结果, 确定其中 94 例为原发性肺癌伴同侧肺叶内转移结节, 删除未分化小细胞肺癌 2 例和术后 1 个月内脑、肝转移者 2 例(早年未将脑、腹 CT 作为术前常规项目)及病理资料不全者 1 例, 余 89 例纳入本研究。本组 89 例中男 59 例, 女 30 例; 年龄 38 ~ 77 岁, 平均 (56.71 ± 10.03) 岁。左侧肺癌 43 例, 右侧 46 例。鳞癌 27 例, 腺癌 51 例, 鳞腺混合癌 11 例。行左上叶肺切除术 9 例, 左下叶肺切除 10 例, 左全肺切除 24 例, 右上叶肺切除 9 例, 右上中叶肺切除 1 例, 右下叶肺切除 8 例, 右中下叶肺切除 5 例, 右全肺切除 23 例。根据是否有不同肺叶内转移, 确定 M_0 或 M_1 ; 淋巴结分组根据 1997 年新标准进行。所有病例均随访

至 2001 年 3 月, 尚生存 42 例, 生存时间为 2 ~ 117 个月。针对 T、N、M 的分组划定, 利用 SPSS 8.0 中生命表法分别计算 1、2、5 年生存率。

结果 本组 89 例原分期情况与新分期资料见表 1。

表 1 89 例原 TNM 分期与新分期资料比较(例)

| 分期 | 原分期(M_0) | | | | 重新核定分期(T_4) | |
|-------|--------------|-------|-------|-------|-----------------|-------|
| | T_1 | T_2 | T_3 | T_4 | M_0 | M_1 |
| N_0 | 0 | 8 | 3 | 3 | 13 | 1 |
| N_1 | 0 | 4 | 6 | 3 | 10 | 3 |
| N_2 | 1 | 18 | 19 | 24 | 56 | 6 |

经生命表法分析, 本组 89 例 1、2、5 年生存率分别为 59.45%、40.52%、38.54%。具体各 TNM 分组的生存率分析结果见表 2。

表 2 89 例新分期后 1、2、5 年生存率分析

| 分期 | 生存率分析 | | | | | | | | |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1 年 | | | 2 年 | | | 5 年 | | |
| | N_0 | N_1 | N_2 | N_0 | N_1 | N_2 | N_0 | N_1 | N_2 |
| $T_4 M_0$ | 0.6720 | 0.4270 | 0.6418 | 0.5040 | 0 | 0.4589 | 0.5040 | 0 | 0.4261 |
| $T_4 M_1$ | — | 0.3333 | 0.5000 | — | 0.3333 | 0.2500 | — | 0.3333 | 0 |

讨论 TNM 分期是癌症诊疗中反映预后的重要标准。1997 年, 美国癌症联合会(AJCC)和国际抗癌联盟(UICC)更新了原肺癌 TNM 分期方法, 并重新定义了原发性肺癌伴肺内转移的分类^[1], 即: 与原发灶共一肺叶内的转移计为 T_4 , 与病

灶直接侵及邻近脏器如心包内血管、大血管、纵隔神经等有相似预后意义; 伴不同肺叶内的转移归入 M_1 , 与远隔脏器如骨、肾上腺等转移有相同含义。

由于 T_4 属 IIIb 以上期别, 预后差, 5 年生存率低于 13%, 在外科临床实践中颇有异议。1997 年分期方法中, T_4 肺癌的预后数据均是针对临床分期(cTNM)而言, 而非病理分期(pTNM); 从外科经验而言, 无论是局部累及还是肺内小结节转移, 只要有手术根治的机会, 疗效均较保守治疗为优^[1-4]。

作者单位: 200433 上海市肺科医院胸外科(高文 陈昶 丁嘉安), 病理科(张敏 张容轩)

从循证医学的角度而言,我们对这一特定范畴内 89 例进行统计分析,样本量较大,可作为今后治疗方法选择的参考依据之一。

本组 1、2、5 年生存率分析表明,同肺叶内转移的肺癌病例的外科治疗介入有积极意义。事实上手术是否能根治,取决于原发灶的切除率,而非转移结节;多数转移小结节或肺内播散病灶都是在术后常规病理检查中被证实。因此,对这一类病例应争取手术根治,而不应根据分期判断预后差即放弃手术。

由于本组中已去除了远隔脏器转移的病例,因此, M_1 为 T_4 且伴有同侧不同肺叶内转移灶;从重新核定的 TNM 分期可以看出, M_1 数量亦随 N 的发展而增多,提示淋巴结转移与肺内转移有一定相关性,即肺内转移可能与淋巴道转移途径有关。生存率的统计表明, N_1 、 N_2 病例的长期生存率均低于 N_0 病人,与 TNM 分期含义一致。但本组中 N_2 病例数明显多于 N_0 ,说明此类病例确属中晚期,手术必须彻底清扫纵隔各组淋巴结,以确保满意疗效。

总之,本组 89 例分析结果表明,这一类别的 T_4 与其它肺

瘤累及邻近脏器等的情况有所区别,手术后 5 年生存率可达到或高于 IIIa 期水平,故而应持积极手术的态度。

但单就本组研究,尚难以评价此类病例的预后与病理分期的精确关系。有待于更大宗或多中心的研究结果更为准确的判定分期。

参考文献

- 1 Mountain CF. Revisions in the international system for staging lung cancer. Chest, 1997, 111: 1710-1717.
- 2 Shimokawa S, Watanabe S, Sakasegawa K. Combined resection of T_4 lung cancer with invasion of the descending thoracic aorta. Ann Thorac Surg, 2000, 69: 971-972.
- 3 Hsu CP, Hsu NY, Chen CY. Surgical experience in treating T_4 lung cancer: its respectability, morbidity, mortality and prognosis. Eur J Surg Oncol, 1996, 22: 171-176.
- 4 Hosokawa Y, Matsuge S, Takahashi KS, et al. Results of surgical treatment of T_4 lung cancer. Kyobu Geka, 1997, 50: 123-127

(收稿日期:2001-08-06)

· 病例报告 ·

双侧肺部炎性假瘤同期治愈 2 例

王志刚 李杰 张万青 苏廷宝

例 1 男, 21 岁。因“上呼吸道感染”X 线胸透检查, 发现左肺直径约 3.0 cm 肿块。胸部 CT 检查示右肺上叶尖段直径约 2.0 cm、左肺下叶背段直径约 3.5 cm 肿块, 均无钙化、无分叶、密度不均匀、边缘欠光滑。在 X 线引导下左侧经皮肺穿刺活检示慢性炎症改变、未见肿瘤细胞。1999 年在全麻气管插管下, 经胸骨正中切口行双侧肺炎性假瘤楔形切除术。术后病理报告为双肺炎性假瘤。病人恢复好, 治愈出院。

例 2 男, 43 岁。因胸部不适 1 周, 行胸部正、侧位 X 线片检查发现, 双侧肺部肿块。胸部 CT 检查示右肺上叶前段直径约 2.0 cm、左肺上叶尖段直径约 3.0 cm 肿块, 肿块表面欠光滑、无明显分叶, 右侧肿块与胸壁有粘连。在放疗定位仪引导下右侧经皮肺穿刺活检, 未发现肿瘤细胞。2000 年在全麻气管插管下, 先取左后外侧小切口行左侧肿块楔形切除, 快速冰冻病理确诊炎性肿块后, 将病人置平仰位, 取右前外侧小切口楔形切除肿块, 快速冰冻病理报告示同左侧。术后病理报告双肺炎性假瘤。病人恢复好, 痊愈出院。

讨论 肺炎性假瘤是由多种细胞、新生的毛细血管和纤维结缔组织构成的炎性肉芽肿, 双侧肺炎性假瘤罕见。术前

确诊较困难, 除常规 X 线胸片及 CT 等检查外, 经上肺穿刺活检及细胞学检查对明确诊断有重要价值^[1]。

术前应尽可能明确诊断, 手术应一次两侧分别局部切除或楔形切除, 肺叶及全肺切除应慎重。我们认为, 对术前明确诊断者, 应采用正中切口, 同期切除两侧炎性假瘤。对临床表现和 X 线特征不典型、穿刺活检未能完全除外恶性肿瘤者, 可先取小切口楔形切除一侧较大肿块行快速冰冻切片检查以决定手术方式, 最好两侧均行冰冻切片检查, 以防另一侧为恶性肿瘤或炎性假瘤恶变的可能。我们不主张炎性假瘤行肺段切除及分次手术^[2]。随着电视胸腔镜的普及开展, 双侧肺炎性假瘤病人可得到更简洁、美观、微创的手术切除治疗。

参考文献

- 1 Tuncozgun B, Ustunsoy H, Bakir K, et al. Inflammatory pseudotumor of the lung. Thorac Cardiovasc Surg, 2000, 48: 112-113.
- 2 廖振涛, 曹显坡, 斯钦图, 等. 双侧肺炎性假瘤 1 例. 中华胸心血管外科杂志, 2001, 17: 167.

(收稿日期:2001-09-27)

作者单位:524001 湛江, 广东医学院附属医院胸心外科