

胸腺切除治疗重症肌无力四例报告

附属第二医院基本外科 章士勤 齐伊耕

附属第二医院神经内科 朱维维 丁德云

重症肌无力是以随意肌易疲劳为特征的一种疾病，最常侵及眼肌及延髓肌，经新斯的明注射后其症状均有一时性地迅速改善。此病于1877年首先由Wilkes所描述，1895年由Jolly正式命名⁽¹⁾。自从1944年Blalock报告切除没有肿瘤的胸腺治疗重症肌无力获得显效后，许多学者相继采用了这种手术疗法。国内张逢春⁽²⁾、王一山⁽³⁾等施行胸腺切除治疗重症肌无力，亦获得满意结果。我院外科于1962年7月至1963年6月，进行胸腺切除手术治疗重症肌无力4例，今报导如下。

例一、女，21岁，发病一月。两眼睑下垂，眼球运动受限制，有复视，口不能张大，讲话带鼻音，四肢肌力略减退，腱反射迟钝。新斯的明试验阳性。经手术切除胸腺后，症状改善。胸腺重31克。

例二、男，35岁，发病二年。两眼睑下垂，眼球运动受限制，咀嚼无力，软腭运动差，讲话带鼻音，有胸闷，呼吸困难。新斯的明试验阳性。手术切除胸腺后症状改善。胸腺重3克。于术前曾行放射治疗30次，剂量2850Ya。

例三、女，27岁，发病二年半。两眼睑下垂，眼球运动稍受限，有复视，闭眼力量差，讲话带鼻音，软腭活动差，腱反射迟钝。新斯的明试验阳性。手术切除胸腺后症状改善。胸腺重20克。

例四、男，39岁，发病一月。两眼睑下垂，眼球运动受限制，软腭运动差，讲话带鼻音，胸锁乳突肌无力。新斯的明试验阳性。手术切除胸腺后无效，病理切片诊断为胸腺瘤。

讨 论

一、诊断：主要根据是此病累及眼肌及延髓肌，产生易疲劳现象，再进行新斯的明诊断试验，如为阳性，则本病诊断即可成立。本文报告4例均有眼肌及延髓肌受累，部分病例尚有四肢肌、面肌或咀嚼肌受累，且4例新斯的明试验均为阳性，故可以确诊。本病早期常易误诊为其他疾病，如癔病、神经衰弱、顱底及脑干病变、多发性神经炎等，如本文例二曾被误诊为视交叉蜘蛛膜炎，例三在早期亦未能确

诊。但如对本病多加注意，遇有可疑患者即进行新斯的明试验，则可早期确诊。

二、重症肌无力与胸腺的关系：1955年Wilson⁽⁴⁾报告，将病人术后胸腺作成浸膏，发现有类箭毒素作用，因此认为胸腺中有产生类似箭毒素的物质，能阻止神经肌肉连接处的传导，使肌肉收缩受到抑制。临床发现重症肌无力病人，常合并有胸腺肿瘤或胸腺增生。文献⁽¹⁾报告56病例有胸腺增大，其中包括正常结构、肿瘤或单纯增生；亦有文献报告⁽⁵⁾本病合并胸腺肿瘤之发生率为15~30%；Burnet⁽⁶⁾提及25%患者合并胸腺肿瘤，70%有增生；国内张逢春报告51例，其中胸腺切除5例，尸检1例，均未发现胸腺肿大；王一山等⁽³⁾报告胸腺切除7例，胸腺最重28克，平均为17.7克；本文4例中，例一及例三有胸腺肥大，各为31克及20克；例四为胸腺肿瘤；例二术前曾施行深度X线照射，手术所见胸腺无肥大，但是否与X线照射有关，难以肯定。因此我们认为本病合并胸腺肿瘤或肥大并非少见。胸腺切除及深度X线照射对本病均有一定疗效。本文4例中3例症状明显改善，1例系胸腺瘤，手术后无效。

三、手术治疗：

1. 手术前准备：首先应注意新斯的明的疗效及用量，其剂量随病情轻重及药物效应而定。我们采用肌肉注射，每日1~2毫克，饭前10~30分钟注射，以助进餐。如用药剂量不足，对某些严重患者可引起所谓肌无力危象，但此种现象必需与新斯的明过量时所发生的去极化阻滞相鉴别。Ossermann建议利用极快胆素激导作用来鉴别，如应用Tensilon 0.2毫升静脉注射后，症状迅速好转，则证实为肌无力危象；如无反应再注射0.5毫升，若出现肌肉颤动，病情恶化，则考虑是胆素激导危象，应立即停用新斯的明或Tensilon，而改用大量阿托品肌肉注射，每小时2毫克，直至阿托品化为止，待症状好转后，如再有肌无力症状，则可给少量新斯的明⁽⁷⁾。

2. 麻醉: 重症肌无力患者施行胸腺切除术的麻醉选择至今意见不一。主要应以不影响神经肌肉连接处的传导, 避免对呼吸抑制为原则。乙醚麻醉有类箭毒素的作用⁽⁸⁾, 但本组病例均应用乙醚麻醉亦未见不良后果。不过从重症肌无力的病理特点及胸部手术不宜应用乙醚麻醉来看, 似仍应避免选用乙醚麻醉。

3. 手术步骤: 本文2例采用自胸骨切迹上2厘米开始, 弧形切口至剑突形成皮瓣状, 避免皮肤切口正对胸骨, 这样可减少因皮肤切口感染导致深部感染的机会, 继而从剑突沿中綫劈开胸骨; 另2例采用横置U形切口, 在第二肋間横断胸骨, 并自胸骨切迹沿中綫纵行劈开胸骨柄。撑开创口, 将肺及胸膜推向两侧, 即可见到胸腺位于无名静脉及升主动脉之前, 呈“H”形, 先游离其侧面及两下极, 继将腺体向上翻起, 结扎并切断从无名静脉、甲状腺动脉和乳腺内动脉分出供给腺体的静脉和动脉支, 最后游离腺体的两个上极。腺体切除后, 应严密止血, 于剑突下或胸骨切迹上缘放置负压引流管, 然后缝合胸骨及创口。

手术时主要关键是使手术野暴露清晰, 仔细止血, 避免损坏胸膜、乳腺内动脉及其他纵隔内组织。如胸膜破裂, 裂孔已不能缝合或结扎, 可在该侧放置胸腔肋間閉式引流; 如乳腺内动脉有裂口时, 最好切断贯穿结扎。

4. 术后处理: 手术后应继续新斯的明治疗, 剂量与术前相同, 用药2~3天后, 按病情逐渐减少剂量, 术后应避免应用奎宁药物, 因此药能使重症肌无力症状恶化。

总 結

一、本文报告我院外科, 自1962年7月至1963年6月, 行胸腺切除治疗重症肌无力4例, 其中除1例胸腺瘤术后无效外, 其余3例症状均有明显改善。

二、本病在诊断上, 主要根据眼肌及延髓肌的易疲劳现象, 以及新斯的明试验阳性。

三、结合文献讨论了胸腺与本病的关系, 手术前准备, 麻醉, 手术步骤以及术后处理等问题。

参考文献

- (1) Keschner and stranss: Myasthenia gravis, Arch. Neurol. and Psychiat. 17: 337, 1926.
- (2) 張逢春: 重症肌无力(51例报告), 中华神经精神科杂志4: 317, 1958.
- (3) 王一山等: 胸腺切除治疗重症肌无力, 中华外科杂志9: 823, 1961.
- (4) Wilson, A. and Wilson, H.: The thymus and myasthenia gravis, Am. J. Med. 19: 697, 1955.
- (5) Lewis P. Rowland: Myasthenia gravis after removed of thymoma, Neurology 7: 584, 1957.
- (6) Burnet: Role of the thymus and related organs in immunity, Brit. Med. J. 29: 807, 1962.
- (7) 上一医神病学
病理解剖 教研組: 重症肌无力, 中华神经精神科杂志4: 245, 1958.
- (8) 孙大金等: 重症肌无力施行胸腺切除术的麻醉, 中华外科杂志11: 789, 1963.

告 讀 者

浙医学报自1963年8月复刊以来, 深蒙讀者爱护。目前因内部发行已不能满足广大讀者的需要, 經上級批准, 自1965年起由全国邮电局公开发行。欢迎讀者踊跃向当地邮电局办理訂閱1965年本刊的手續。

鉴于不少讀者来函要求补购复刊以来各期本刊, 现将本室所备各期少量存刊供应讀者, 請汇款逕向本室函购。

复刊以来共計出版了1963年第1、2期, 1964年第1~3期, 1964年第4期即将出版。

浙医学报編輯室

1964年9月