

· 病案报道 ·

## 耳鼻咽喉部错构瘤 7 例临床分析

万俐佳,毛承刚,姜义道,王 钦

(荆州市中心医院 耳鼻咽喉科,湖北 荆州 434020)

中图分类号:R739.6

文献标识码:D

文章编号:1007-1520(2010)01-0068-02

错构瘤是一种含有正常成熟的组织,且其比例与排列都明显异常的瘤样病变,多发生于皮肤、肺、消化道,发生于耳鼻咽喉部较少见,临床易误诊。我科于1998年6月~2005年6月共收治耳鼻咽喉部错构瘤7例,现进行回顾性分析,报道如下。

### 1 临床资料

7例患者中,男5例,女2例;年龄2个月至3岁,平均年龄2岁。发生于鼻部4例,耳部1例,咽部2例。所有病例肿块表面光滑,无痛,质地多较软,随年龄增长而逐渐增多。其中3例婴儿患者出生不久家长即发现肿块,分别位于左鼻孔、咽后壁、悬雍垂,生长迅速。7例中有3例术前细胞学检查分别提示为纤维瘤、囊肿性病变、慢性炎性组织。全部病例肿块均行手术完整切除。7例患者术后I期愈合出院,分别随访3~9年,均无复发,术后病理切片诊断为纤维性错构瘤3例,软骨样错构瘤1例,呼吸腺样错构瘤1例,脂肪样错构瘤2例。

### 2 讨论

错构瘤是一种发育异常现象,不属于真性肿瘤。是由一种或多种分化成熟、结构紊乱的组织构成,具有自限性而无恶性变倾向、呈局限性生长的瘤样增生<sup>[1]</sup>。其主要成

份为间叶组织,通常以占优势的组织成份来命名。临床主要特点为轮廓清楚、质柔软、无疼痛、无症状,生长缓慢等,与一般良性肿瘤无明显区别,穿刺涂片细胞学检查准确率不高。多发生于肺及消化道内脏器官,发生于耳鼻咽喉部者极少见,因此临床诊断较为困难。Boleas等<sup>[2]</sup>报道1例12岁男性中耳唾液腺迷芽瘤患者,表现为单耳传导性听力下降,鼓膜内陷,CT提示中耳占位性病变,砧骨消失,镫骨部分侵蚀。作者考虑为第2鳃弓的异常发育所致。另有报道发生在小脑脑桥角或内听道的错构瘤。

徐仲明等<sup>[3]</sup>报道,术前常规CT检查非常必要,CT显示为良性病变且提示我们诊断上要考虑错构瘤。王炳良等<sup>[4]</sup>报道B超声像图分三类。第一类以脂肪肌肉为主,声像图中有中至高或中低回声区,包块呈不规则椭圆形,内有多个片状光团相互融合,偶有声影。第二类以淋巴管囊形变为主,声像图见回声区有较强的分布不均匀的光点,伴多个圆形无回声区。第三类以各种血管成份为主,声像图可见较强分布不均匀光点及少许无回声区及点状无回声区。对于年幼怀疑为错构瘤的患儿,可结合细胞学穿刺和B超检查以提高诊断的准确率。

本组病例中有3例婴儿患者肿块生长迅速,术后病理切片检查为纤维性错构瘤与文献报道的婴儿纤维性错构瘤从出生到5岁均呈快速性生长,然后生长缓慢,但并不停止或自行消退<sup>[5]</sup>相符。

错构瘤是良性肿瘤,手术切除是本病唯一的治疗方法。发现肿块应尽早手术,以免增加手术难度,应彻底切除,以减少复发的

作者简介:万俐佳,女,主任医师。  
通讯作者:毛承刚,Email:mcg126@126.com.

可能性。错构瘤一般预后良好,很少复发,文献中无恶变报道。本组病例经3年以上随访,无1例复发。

#### 参考文献:

- [1] Endo R, Matsuda H, Takahashi M, et al. Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma in the nasal cavity[J]. Acta Otolaryngol, 2002, 122(4): 398-400.
- [2] Boleas-Aquirre MS, Ernst S, Cervera-Paz FJ, et al. Salivary gland choristoma (hamartoma) of the middle ear:

a case report [J]. Rev Larygol Otol Rhinol, 2006, 127(4): 247-249.

- [3] 徐仲明,陈德珍,李德炳,等.头颈部错构瘤5例诊治经验[J].实用医院临床杂志,2004,1(2):60-62.
- [4] 王炳良,黄观有,许海鹏,等.头颈部错构瘤的病理临床分析——附30例报告[J].耳鼻咽喉-头颈外科杂志,2002,9(5):281-283.
- [5] Efem SE, Ekpo MD. Clinicopathological features of untreated fibrous hamartoma of infancy[J]. J Chin Pathol, 1993, 46(6): 522-524.

(修回日期:2009-12-02)

## • 病案报道 •

# 环状软骨切开术抢救窒息患者2例报告

侯艳鹏

(解放军第463医院耳鼻咽喉科,辽宁沈阳 110042)

中图分类号:R767.91

文献标识码:D

文章编号:1007-1520(2010)01-0069-02

环状软骨是喉部唯一完整的环形软骨,通常认为对于支撑呼吸道保持其通畅特别重要。通常认为损伤后,常并发喉狭窄<sup>[1]</sup>。抢救喉阻塞病气管切开术是解决呼吸困难、开放气道的常规方法。该手术往往是在紧急情况实施,受抢救现场条件,患者体位,体形的影响,成功施行该手术在某些情况很困难。气管前壁切开涉及甲状腺峡部、颈前静脉弓,甲状腺奇静脉,甲状腺最下动脉(发生率10.3%~13.8%)<sup>[2]</sup>,无名动脉等以及位于颈部两侧颈总动脉和颈内静脉<sup>[3]</sup>。在紧急情况下上述血管及结构极易引起出血,导致切开失败。本文作者回顾了2例紧急情况下切开环状软骨的病例资料。

## 1 临床资料

病例1:患者,男,56岁,因发现下咽癌

半年,行根治性放疗1个疗程,以吐血伴呼吸困难2h于2007年6月急诊就诊。患者极度烦躁不安,口中时有鲜血吐出,三凹征明显,可闻及喉喘鸣。在与患者家属交代病情中,患者突然窒息,呼吸停止,血氧急速下降,最低至20%,遂紧急以持针器夹持刀片做颈前正中垂直切口,受患者体位及光线影响,以左手食指触及环状软骨,以剪刀正中剪开,插入气管套管,行胸外按压,吸引气道内血液,患者恢复自主呼吸,血氧上升至95%,固定气管套管,创口内油纱条填塞止血。患者意识逐渐恢复,生命体征平稳。考虑患者咯血原因为瘤体破裂出血,患者家属不同意行进一步手术探查,而转入肿瘤科治疗,1个月后因再次出血死亡。

病例2:患者,男,45岁,因急性会厌炎,喉阻塞于2009年5月急诊入院。患者烦躁不安,面色苍白,喉喘鸣音遍及整个病区,端坐位,急诊入手术室行气管切开准备。在准备过程中,患者突然窒息,血氧急速下降至50%,紧急行环甲膜切开,做横切

作者简介:侯艳鹏,男,主治医师。

通讯作者:侯艳鹏,Email:IIYP190@126.com.

口,切开皮肤及环甲膜,即有动脉波动性出血,环甲间隙无法插入气管套管,且出血剧烈,在吸引血液的情况下,刀刃转向下方,正中切开环状软骨,插入气管套管,机械呼吸,血氧升至95%以上。止血,向下延长切口,切开3、4气管环,插入气管套管。环状软骨膜用可吸收缝线缝合,患者清醒,更换气管套管。术后抗炎治疗,炎症控制后,堵管3 d患者呼吸平稳,拔出气管套管。术后随访半年,无呼吸困难发生。

## 2 讨论

颈段气管位于颈部正中,前面有皮肤、筋膜、胸骨舌骨肌、甲状腺等组织覆盖,气管前壁切开涉及甲状腺峡部、颈前静脉弓,甲状腺奇静脉,甲状腺最下动脉(发生率10.3%~13.8%)<sup>[2]</sup>,无名动脉等以及位于颈部两侧颈总动脉和颈内静脉。环甲膜位于环状软骨与甲状软骨前面正中,两侧有环甲动脉。环状软骨位于颈部气道最突出的位置,相对颈段气管,更容易定位。环状软骨前壁正中仅覆盖皮肤、皮下组织,无重

要结构及血管。在紧急情况下患者呼吸暂停,意识丧失,行紧急气管切开,可能损伤颈部血管,造成大出血,导致气管切开失败、窒息等。而环状软骨切开能避免损伤颈部血管,更容易在紧急情况下定位,在呼吸困难缓解后,再行常规气管切开。环状软骨切开术应该能成为抢救极重度喉阻塞,挽救患者生命的有效手段。

(编者按:紧急气管切开、环甲膜切开是抢救重症喉梗阻的急诊手术,一般很少切开环状软骨,因有可能损伤软骨后导致术后喉狭窄,作者2例患者虽抢救成功,但一般应尽量减少用此术式)。

## 参考文献:

- [1] 孔维佳,周梁,徐庚,等.耳鼻咽喉头颈外科[M].北京:人民卫生出版社,2005,149-157.
- [2] 陈国锐,王深明.甲状腺外科[M].北京:人民卫生出版社,2005,20-22.
- [3] [美]詹姆斯.L.希亚特,莱斯利.P.加特纳.高秀来译.2004头颈解剖学[M].沈阳:辽宁教育出版社,2004,110-113.

(修回日期:2009-12-11)

## · 消息 ·

### 《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》稿件远程处理系统开通

为了更快捷、高效地处理作者稿件,加快审稿流程,中国耳鼻咽喉颅底外科杂志经过充分准备并不断完善,决定开设稿件远程处理系统,并将在2010年1月起正式投入使用。该时各位编委、作者、读者可以访问本期刊网页 <http://www.xyosbs.com>,并实现在线投稿、查稿和修改,编委远程审稿,将大大缩短审稿时间和稿件的刊发周期。