

移^[4],淋巴转移者罕见^[5]。对于本病例,术中可见眶底骨壁吸收,肿瘤组织与眶底组织粘连紧密,仔细分离眶底肿瘤组织,眶底筋膜完整,采用中下鼻甲带蒂黏膜瓣及鼻中隔软骨膜瓣、左大腿游离皮瓣进行修复托举眶底,将植片固定于眶底壁后,用碘仿纱条及高分子海绵条填塞顶托眶底,有效解决肿瘤侵犯眶底致眶内容物下陷而引起的系列眼部症状,但亦失去了鼻腔正常的鼻甲结构,患者生活质量有所降低。平滑肌肉瘤一经确诊,须尽快行彻底手术切除。其转移与肿瘤的恶性程度无明确的关联,预后较差,5 年存活率较低。

参考文献:

[1] Farr H W. Soft part sarcomas of the head and neck[J]. Semin On-

col,1981,8(2):185 – 189.
[2] Farhood AI,Haidu SI,Shiu MH,et al. Soft tissue sarcoma of the head and neck in adults[J]. Am J Surg,1990,160(4):365 – 369.
[3] Lippert BM,Godbersen GS,Luttges J,et al. Leiomyosarcoma of the nasal cavity. Case report and literature review[J]. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec,1996,58(2):115 – 120.
[4] Som PM,Brandwein M. Sinonasal cavities:Inflammatory diseases. Tumors,fractures,and post – operative findings// Som PM,Curtin HD. Head and neck imaging[M]. 3ed. St Louis: Mosby,1996: 51 – 276.
[5] Mcleod AJ,Zornoza J,Shirkhoda A. Leiomyosarcoma;Computed tomographic findings[J]. Radiology,1984,152:133.

(修回日期:2014 – 10 – 22)

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201502025

· 病例报道 ·

鼻内镜下鼻腔鼻石取出 1 例

郭 森,闫保星,孟令浩,刘晓燕

(郑州市第二人民医院 耳鼻咽喉科,河南 郑州 450000)

中图分类号:R765.2 文献标识码:D 文章编号:1007 – 1520(2015)02 – 0166 – 02

1 病例报告

患者,男,26 岁。因间断性头痛,持续性左鼻塞伴脓涕 20 年余,血涕 2 月余,于 2014 年 2 月 6 日入院。患者 20 年前无明显诱因出现左侧鼻塞、脓涕,伴间断性头痛,前额部为主,未作特殊治疗,症状持续存在,嗅觉无明显减退,2 个月前开始出现涕中带血,有异味,自行口服抗炎药物(具体不详),症状无改善,详细询问病史,患者否认鼻异物病史。鼻外观无畸形,鼻中隔左侧偏曲明显,左鼻腔黏脓性涕存留,左鼻腔后部见肉芽样肿物生长堵塞后鼻孔,右侧鼻腔未见明显异常。鼻窦 CT 检查示鼻中隔左侧偏曲,左鼻腔中后段有中心低密度影,外周高密度影,类圆形,左侧上颌窦轻微炎症(图 1)。入院初步诊

断:①左鼻腔占位(鼻石症可疑);②鼻中隔偏曲;③慢性鼻 – 鼻窦炎。于 2014 年 2 月 8 日全麻下手术,0°鼻内镜下见鼻中隔左偏明显,左侧鼻腔中后部见肉芽样新生物包裹黑褐色样物(图 2),肉芽样肿物触之易出血,黑褐色物触之质硬,先行鼻中隔偏曲矫正术,改善左侧鼻腔术野后,见左鼻腔后部肉芽样物及黑褐色物完全堵塞后鼻孔,清理肉芽样物并送病理检查,暴露黑褐色物轮廓,因结石体积较大,完整取出困难,直咬切钳将黑褐色物咬碎后分次取出,见中心部分为笔帽状异物,与鼻窦 CT 显影符合(图 3),结石取出后,内镜下见左下鼻甲表面不光滑,肉芽样物增生,切割动力系统去除干净,缝合鼻中隔切口,可溶性止血纱布贴附手术创面,膨胀海绵双侧鼻腔对称填塞压迫止血,术后给予抗炎止血治疗。术后 48 h 后取出双侧鼻腔内膨胀海绵,左侧鼻腔无明显渗血。术后患者自诉左侧鼻腔通气改善,流

作者简介:郭 森,男,硕士,住院医师。
通信作者:闫保星,Email:ybx101@163.com

涕及头痛症状消失。术后病理检查示鼻腔慢性炎症 伴炎性息肉形成。

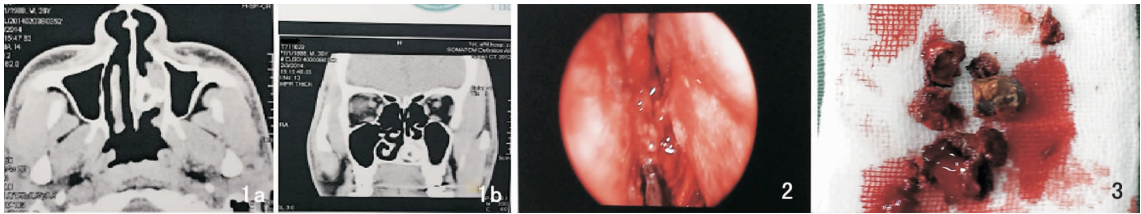


图 1 左鼻腔中后段有中心低密度影,外周高密度影,类圆形,左侧上颌窦轻微炎症 a:水平位;b:冠状位 图 2 术中见左侧鼻腔肿物取出后周围肉芽样组织增生 图 3 术中取出的黑褐色鼻石及鼻石核心

2 讨论

鼻石症又称为鼻结石,临床极为罕见^[1]。自 1654 年 Bartholi 对首例鼻石症病理进行描述至 2006 年,世界报道约 600 余例^[2]。鼻石以细小异物为核心,鼻腔分泌物、泪液或炎性渗出物中经浓缩分解出的多种无机盐类(如碳酸钙、磷酸钙及镁盐等)逐渐沉积于小异物表面,日久形成鼻石^[3]。根据核心的不同,鼻石又分为真性和假性鼻石,以假性居多。以内源性物质为核心的鼻石称真性鼻石,包括碎骨片、血凝块、牙齿、干痂等;假性鼻石的核心多为外源性异物,如纸屑、花生米、橡皮、笔帽等,这些异物存留鼻腔之后未取出,随着长时间无机盐类包绕,形成鼻石,成为假性鼻石^[4]。鼻石多发生于下鼻道,亦有报道发生于上颌窦及中鼻道^[3]。此患者鼻石位于左侧鼻腔下鼻道后部,因其体积较大,且有典型鼻石核心,所以非常少见。典型鼻石诊断主要靠鼻镜检查,但结石往往被肉芽组织覆盖,难以作出正确诊断,极易误诊为肿瘤,此时鼻窦 CT 检查尤为重要,可清楚显示鼻石的位置、大小、形状、数目、侵犯的部位和范围,大的鼻石可压迫邻近骨质,但一般无骨质侵蚀破坏,CT 表现分两种类型:有核的鼻石核心为低密度影,周围环绕高密度无机盐影,CT 值大于 1 000 Hu,形态不一,边缘毛糙;有时鼻石核心因时间长久而发生变质,不能发现核心,称无核鼻石,CT 表现为均匀高密度影^[5]。此病例为中心低密度影,外周高密度影,考虑与异物为空心物有关。此患者否认鼻腔异物病史,但从术中所见,此患者为假性鼻石,考虑可能为患者童年时期造成异物进入鼻腔后,因中隔左偏致该处狭窄,异物嵌留此处,因症状

轻微被忽视,未能及时处理,长期存留鼻腔致鼻石形成,伴鼻石周围炎性肉芽组织形成。此病发病缓慢,以异物为基础,危害较大,本患者长期鼻塞伴间断头痛,流脓涕,近期开始出现脓血涕,严重影响患者的生活质量,造成较大的心理负担。

对于鼻石病的诊治,有以下几点体会:①对于长期鼻塞、头痛、鼻腔异味、脓涕或血涕患者,除常规前鼻镜或鼻内镜检查之外,给予鼻窦 CT 检查,明确诊断,排除肿瘤等疾病;②对于位置较深的鼻石,鼻内镜下手术取出,鼻内镜通过照明、放大图像使得手术视野清晰,解剖结构辨别清楚,病变去除彻底,手术效果好;③对于合并鼻窦炎、鼻中隔偏曲的患者,同时行鼻窦开放及鼻中隔偏曲矫正术,避免增加患者心理及经济负担。

参考文献:

- [1] 陈国谋,钟海林,林平丹,等. 鼻石 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(1):83-84.
- [2] Orhan K, Kocyigit D, Kisnisci R, et al. Rhinolithiasis: An uncommon entity of the nasal cavity[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2006, 101(1):28-32.
- [3] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2008:155.
- [4] Hadi U, Ghossaini S, Zavtoun G. Rhinolithiasis: a forgotten entity [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 126(1):48-51.
- [5] 杨本涛,刘延军,汪卫中,等. 鼻石的 CT 诊断[J]. 中华放射学杂志,2003,37(4):341-343.

(修回日期:2014-06-18)