

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201506021

· 病案报道 ·

颞骨巨大胆脂瘤 1 例

于爱民,王艳,曹清,关兵

(扬州大学临床医学院附属医院耳鼻咽喉科,江苏扬州 225001)

中图分类号:R764.1 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2015)06-0509-02

1 病例报告

患者,男,21岁。因反复右耳流水3年、右侧面瘫6个月入院,患者自述3年前右耳流水,但量不多,次数少,右耳听力呈逐渐下降,无头痛和眩晕。6个月前出现右侧面瘫,头颅MRI及CT检查发现:右侧颞骨乳突、中耳、岩部巨大占位,伴骨质破坏严重,同侧颈内动脉膝部受累,增强影像学检查占位无增强(图1)。于2015年1月15日入住我科。专科检查:右侧鼓膜充血膨隆,紧张部后下方小穿孔,无明显分泌物,乳突区无压痛,右侧周围性面瘫,House-Brackmann面神经功能分级为V级,纯音听力检测:右耳全聋,右侧舌前2/3味觉减退。其余颅神经检查未见异常。

入院初步诊断:右侧颞骨巨大胆脂瘤。术前常规生化检查未见异常,并请神经外科会诊,协同手术。手术在全身麻醉下进行,按照开颅手术常规,支架固定头颅、消毒铺巾,采用经迷路入路,右耳颞部“n”型切口,将颞肌及其筋膜切开并向颞弓根翻起,气动电钻磨削颞线并开放乳突气房,见乳突内充填胆脂瘤。清除大部分胆脂瘤后,显微镜下继续清除病灶,见乳突、中耳、迷路、岩骨被胆脂瘤破坏,面神经水平段及迷路段、部分内听道段被胆脂瘤包绕,呈暗红色,肿胀明显,面神经垂直段尚有骨管,术中面神经垂直段减压,保持面神经结构的延续。继续扩大手术范围,上界为侧颅底硬脑膜外,后界暴露乙状窦、岩上窦,下界暴露颈静脉球和乳突尖,前界暴露岩浅大神经、岩尖和颈内动脉膝部,深部切除残留骨迷路,到达内听道。将胆脂瘤上皮从硬脑膜和乙状窦、颈内动脉周围小心剔除刮净,有少量脑脊液从内

听道及岩尖部破裂硬脑膜渗出。用左大腿内侧皮下脂肪组织填塞硬脑膜破裂处,并充填术腔。最后回复颞肌,缝合皮瓣,结束手术。

术中取乳突腔分泌物细菌培养,未培养出致病菌,术后使用万古霉素治疗4d,预防感染,甲强龙及甘露醇脱水治疗10d。保持头高位30°绝对卧床、软食、通便10d。术后1d即复查头颅CT,见右颞骨大部分切除,无胆脂瘤残留,无继发颅内血肿形成(图2)。术后右耳道流出淡血性液体,3d后渐止,未出现眩晕、头痛、高热、脑脊液耳漏等并发症,患者面瘫未出现加重。

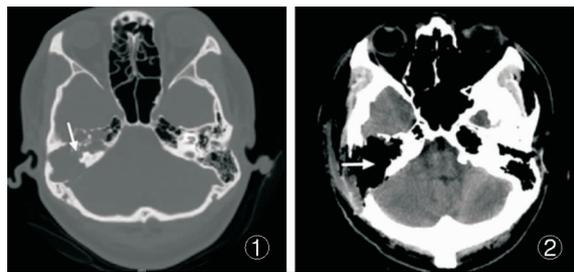


图1 术前颞骨CT水平轴位平扫图,箭头所示右侧颞骨大部分破坏,包括乳突、迷路和岩骨 图2 术后颞骨CT水平轴位平扫图,箭头所示为右颞骨大部分切除,形成巨大空洞,由脂肪组织充填,无胆脂瘤残留

2 讨论

原发性胆脂瘤一般起源于胚胎期外胚层组织移行或残留于颞骨鼓乳区、岩部甚至颅内桥小脑区、鞍旁等区域形成的瘤样良性组织,又称表皮样瘤或珍珠瘤等。虽然中耳胆脂瘤临床较为常见,但是胆脂瘤不仅破坏乳突、中耳及内耳迷路结构,并且向颞骨岩部及颈内动脉膝部侵犯者,则较为少见。根据病变与迷路的关系,可将颞骨岩部胆脂瘤分为5种类

作者简介:于爱民,男,在读博士,副主任医师。
通信作者:王艳,Email:yzyan1972@126.com

型,即迷路上型、迷路下型、全迷路型、迷路下岩尖型、岩尖型^[1],本例已非局限于某一类型的病变范围。手术前进行影像学检查十分必要,本例CT平扫显示大部分乳突、听小骨、骨迷路、岩骨破坏吸收;MRI检查显示乙状窦、颈静脉球受压,颈内动脉膝部受累。大部分胆脂瘤的MRI检查特征是T1WI相为低密度信号,T2WI相为高密度信号,增强检查显示不增强^[2],因此可以帮助评估病变范围以及性质^[3]。行螺旋CT扫描三维重建成像,还可以提供三维角度观察病变与重要结构的空间关系。

目前胆脂瘤治疗的理想目标是手术彻底切除胆脂瘤、规避或减少并发症^[4],但是也需要避免刻意追求全切,牵拉或刮伤重要血管和脑神经^[5]。因为本病例术前听力和面神经已经受损,所以术者采用了经迷路入路切除病灶,此径路既可以充分暴露乳鼓区,在磨除残余骨迷路和耳蜗结构之后,又可暴露岩尖区和颈内动脉^[6]。术中用显微剪小心剔除附着在乙状窦、颈内静脉球、颅底硬脑膜表面胆脂瘤上皮,而不粗暴使用刮勺,在清除包绕颈内动脉膝部的胆脂瘤时,尤须谨慎。并且始终保持在硬脑膜外进行操作,

避免挤压脑组织;保持面神经结构的完整性,避免术后后面瘫加重。在处理内听道和岩尖区胆脂瘤时,易出现硬脑膜的破损、脑脊液溢出,术中应及时修补。因此本病例在围手术期及术后随访3个月内,没有出现面瘫加重、颅内感染和脑脊液耳漏等严重并发症。

参考文献:

- [1] Omran A, De Denato G, Piccirillo E, et al. Petrous bone cholesteatoma: management and outcomes [J]. *Laryngoscope*, 2006, 116(4):619-626.
- [2] 江波,孟俊非,陈应明. 颅底胆脂瘤的MRI特征[J]. *中华放射学杂志*, 2004, 38(12):1294-1297.
- [3] 杨军,吴皓,黄琦,等. 累及颞骨岩部胆脂瘤的临床分析[J]. *上海交通大学学报*, 2007, 27(1):39-42.
- [4] 林枫,王跃建,虞幼军,等. 巨大岩尖胆脂瘤诊治初探[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2009, 23(16):734-735.
- [5] 倪红斌,金伟,戴宇翔. 颅底胆脂瘤的诊断和治疗策略[J]. *临床神经外科杂志*, 2011, 8(5):228-230.
- [6] 叶放蕾,高佩,陈蓓. 9例先天性岩尖部胆脂瘤临床分析[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2013, 48(4):332-335.

(修回日期:2015-04-19)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201506022

· 病案报道 ·

小下颌气管异物取出术1例

朱诗利,王江平,杜真

(湖南省儿童医院麻醉手术科,湖南长沙410007)

中图分类号:R768.4 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2015)06-0510-02

1 病例报告

患儿,男,2岁4个月。因误咽葵花子后反复咳嗽2d入院。入院前2d吃葵花子时,突然出现剧烈呛咳,后出现咳嗽、平静时气促伴喉鸣,当地医院考虑支气管异物,转我院。体查:呼吸35次/min,体重12kg,小下颌,“鸟”型脸(图1),口唇红润。双肺呼吸音粗,右侧呼吸音降低,可闻及干湿啰音。当地医

院胸片示:右侧支气管异物可能。入院诊断:①气管内异物;②支气管肺炎。

麻醉经过:给予心电监护,氯胺酮20mg、丙泊酚20mg,患儿入睡,面罩辅助通气无困难,顺苯磺酸阿曲库铵0.6mg静推,并面罩吸入七氟烷。麻醉诱导完善,患儿自主呼吸消失后术者置入喉镜,但患者张口受限(图2),以10mm×100mm侧开式直达喉镜及英国Timesco喉镜(1#镜片)均难以置入口腔,1.5#及1#喉罩均无法置入。持续面罩辅助通气,停用七氟烷及丙泊酚,患儿麻醉减浅,自主呼吸逐渐恢复。急请呼吸内科会诊,行柔性纤维支气管镜检查,见声门下气管隆突上一完整葵花子(图3),确认

作者简介:朱诗利,女,硕士,主治医师。
通信作者:朱诗利,Email:zhushili1108@126.com