

· 病案报道 ·

梨状窝息肉潜行生长侵入食管1例

唐 乔¹, 魏运军², 张学渊², 蔡鑫章²

(1. 中国人民解放军第181医院耳鼻咽喉头颈外科, 广西 桂林 541002; 2. 第三军医大学附属西南医院耳鼻咽喉头颈外科, 四川 重庆 400038)

中图分类号: R767.1

文献标识码: D

文章编号: 1007-1520(2011)05-0393-02

患者,男,27岁,因反复嗝气、咽部异物感1个月入消化科。胃镜检查见贲门息肉,慢性胃炎。病理活检:(贲门)鳞状上皮显著增生。胃镜下行贲门息肉电凝切除术。术后行电子喉镜检查咽喉部未见肿物,胸部CT示左心房水平以上食管壁增厚,腔内内容物增多,遂转入耳鼻咽喉科。全麻下经支撑喉镜探查,见食管上段左后壁广基膨隆,表面光滑,色略白,下段因暴露不佳而未能窥见。次日下午,患者突然呕出新生物,突出并悬

于口外(图1),专科查体未能探及蒂部,生命体征无异常。在全麻下行左颈侧切开食管肿物切除术。切开食管后将肿物自切口处牵出,见肿物呈头大蒂细的圆柱状,长约27cm,最粗部直径4cm,表面光滑,远端部分缺血坏死(图2)。蒂部在穿入食管处可见环形切迹,向外上终止于左侧甲状软骨板内侧、梨状窝处。完整切除肿块,基底部结扎并行荷包包埋,间断缝合黏膜及食管壁。术后病检示:良性纤维血管性息肉。



图1 肿物脱出并悬于口外



图2 经手术摘出的肿物标本

讨论:纤维血管性息肉属间叶性息肉,是食管和咽喉部罕见的良性肿瘤,在食道多发生于上段环咽肌水平黏膜下层,好发于成年男性,患者可长期无任何症状,因随食道蠕动挤压而导致巨大圆柱状息肉形成^[1],国内外仅有散在病例报道。本例息肉巨大,蒂长,外生于梨状窝并潜行生长突入食管腔,极为罕见。

患者在消化内镜及支撑喉镜下均诊断为咽食管交界处肿块,但手术探查表明其蒂部由外向内穿透食管壁而非起源于食管,病理组织学诊断证实为纤维血管性息肉。考虑息肉最初发生于左侧梨状窝内侧壁黏膜下层,向咽喉腔外生长,潜行于组织间,在接近食管处因食管蠕动摩擦及局部压迫炎症反应致食管壁破损,息肉通过食管瘘口突入食管腔内继续生长。术中所见环形切迹即为遗留的食管瘘口瘢痕,息肉与食管之间

作者简介:唐 乔,男,主治医师。
通讯作者:唐 乔,Email:t. joe@sohu.com.

组织界限分明。

本病虽为良性病变,但若息肉突至口腔不能还纳或被吸入气道有造成窒息的危险^[2],故以及时手术切除为宜^[3]。病变较小者可在电子内镜或食管镜下切除,支撑喉镜下激光切除较前两者具有视野宽、出血少的优势,适合于蒂部较高位者,但均需注意保护食管黏膜,避免术后食管瘘发生。对于息肉巨大,未能全窥者,宜行颈侧切开,便于探清来源,完整切除,减少术后复发机率。

参考文献:

[1] Levine MS, Buck JL, Pantongrag-Brown L, et al. Fibrovascular polyps of the esophagus: clinical, radiographic, and pathologic findings in 16 patients [J]. AJR Am J Roentgenol, 1996, 166(4): 781-787.

[2] Sargent RL, Hood IC. Asphyxiation caused by giant fibrovascular polyp of the esophagus [J]. Arch Pathol Lab Med, 2006, 130(5): 725-727.

[3] 柴江忠译. 食管和下咽部纤维血管性息肉[J]. 国外医学耳鼻咽喉科分册, 1995, 19(5): 292.

(修回日期: 2011-07-01)

· 病案报道 ·

真菌性上颌窦炎误诊为
三叉神经痛 1 例

张俊伟, 张延平

(中国人民解放军第 309 医院 耳鼻咽喉科, 北京 100091)

中图分类号: R765.4; R745.1⁺1 文献标识码: D 文章编号: 1007-1520(2011)03-0394-02

1 病例资料

患者, 男, 46 岁, 糖尿病病史 3 年, 无明显诱因出现左侧上组牙痛及麻木感, 于 2010 年 9 月 3 日就诊, 考虑“牙髓炎”, 给予抗感染及止痛治疗后略好转。2010 年 9 月 25 日无明显诱因再次出现左侧上组牙痛, 并波及左侧面颊部, 疼痛加重, 夜间明显, 难以忍受, 无法入睡, 就诊于某口腔医院, 考虑“牙髓炎、三叉神经痛”, 给予口服卡马西平治疗, 患者每日需同时口服去痛片、卡马西平片、酚卡氯平片止痛药物方可入睡, 再次就诊于该医院, 口腔 X 片提示左侧上颌窦炎, 建议专科就诊, 遂于 2010 年 9 月 27 日就诊于中国人民解放军第 309 医

院耳鼻咽喉科。专科检查示鼻中隔右偏, 左侧中鼻道及总鼻道、嗅裂可见少许黄白色脓性分泌物及暗红色半透明新生物, 质软, 不易出血, 左侧上颌窦区压痛。鼻窦 CT 检查示左侧上颌窦可见高密度影, 弥漫性钙化斑; 左侧鼻腔可见高密度影, 鼻中隔略右偏, 未见骨质吸收。诊断考虑真菌性上颌窦炎, 遂收住院。2010 年 9 月 29 日在全麻鼻内镜下行左侧上颌窦鼻内开窗加窦内病变清除术, 术中可见左侧中鼻道淡红色新生物, 钩突骨质已破坏吸收, 上颌窦自然开口扩大, 上颌窦内充满泥沙样灰褐色黏稠物。进一步扩大上颌窦开口, 彻底清除病变后见窦腔黏膜光滑, 轻度水肿, 生理盐水反复冲洗窦腔, 手术结束。术后 48 h 拔除鼻腔填塞物后左侧面颊部疼痛症状明显缓解, 病情稳定后出院。术后病理回报: 鼻黏膜慢性炎症, 分泌物可见大量真菌菌丝及孢子(曲霉菌)。随访 3 个月症状无复发。

作者简介: 张俊伟, 男, 住院医师。
通讯作者: 张延平, Email: yzhan28@163.com.

2 讨论

真菌性鼻窦炎可分为侵袭性和非侵袭性,治疗原则是彻底清除窦内病变,保持鼻腔鼻窦充分引流和通气。真菌性鼻窦炎主要症状^[1]有涕中带血、鼻塞、异味涕、头痛、记忆力下降和嗅觉减退等。头痛常表现为头部沉重压迫感、或钝痛、闷胀。上颌窦炎症由于开口位置的原因,疼痛时间具有一定规律性,多以午后、夜间睡前明显。表现为剧烈牙痛和面颊部疼痛。突眼、眼眶痛、头痛、癫痫多由于病变侵袭周围结构时出现,真菌性鼻窦炎的发病率及误诊率较高^[2]。三叉神经痛多见于老年患者,是一种常见且顽固的神经痛,其症状特点主要是三叉神经某分支区域内出现阵发性剧烈疼痛,有“扳机点”存在,发作时间无明显规律性,卡马西平止痛效果较好。本例患者先出现牙痛,病情发展后再出现牙及面颊部疼痛,而且头

痛剧烈,有时间规律性,卡马西平止痛效果不佳,同时患糖尿病多年,应该考虑其他疾病可能。在临床工作中,对于牙痛、面部疼痛不适患者,应详细询问病史、不适症状,以及不适症状的特点及发作规律,进行详细查体。在考虑牙髓炎、三叉神经痛等常见疾病的同时,应同时结合患者的其他合并疾病病史,考虑鼻窦疾患的可能性,尤其是在进行相关治疗措施后症状无明显缓解时,更应多学科协作,完善鼻内镜、鼻腔鼻窦影像学等检查,尽力避免误诊、误治,以期做到早期诊断,早期治疗。

参考文献:

- [1] 李永奇. 真菌性鼻窦炎诊疗进展[J]. 国外医学耳鼻咽喉科学分册, 2003, 27(3): 162-166.
- [2] 赵长青. 真菌性鼻-鼻窦炎[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(3): 236-240.

(修回日期:2011-07-01)

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》2012 年征订启事

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是中华人民共和国教育部主管,中南大学主办,中南大学湘雅医院承办,国内外公开发行的医学学术性期刊,已被列入中国科技论文统计源期刊。本刊以耳鼻咽喉颅底外科工作者为主要读者对象,重点报道耳鼻咽喉颅底外科领域内领先的科研成果、基础理论研究及先进的临床诊疗经验。本刊设有基础研究、临床研究、综述、经验交流、技术与方法、病例报道等栏目。本刊为双月刊,定价12.00元,全年72.00元,全国各地邮局均可订阅,邮发代号:42-171。本刊编辑部可免费为读者代办邮购。

通讯地址:湖南省长沙市湘雅路87号中南大学湘雅医院《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》编辑部,邮编:410008

电话(传真):(0731)84327469

Email:xyent@126.com

网址:www.xyosbs.com

欢迎踊跃投稿、积极订阅。