

不足之处有:①适应证范围仅限于小儿颈段食管异物,中下段的食管异物只能采用其他手术方法,如硬性食管镜下异物取出术或Foley管取异物法等。但小儿的食管异物大部分为颈段食管异物;②可能损伤牙齿、嘴唇,引起环状关节脱位等,这与硬性食管镜大致相同,术中操作者若注意保护,动作轻柔,大部分可以避免。我科所行的43例食管异物术均获得成功,未出现上述并发症。麻醉直接喉镜下取小儿颈段食管异物不失为一种简便易行的手术方法,可作为小儿颈段食管异物取出术的首选方法。

#### 参考文献:

[1] Nandi P, Ong GB. Foreign body in the esophagus; review of 2394 cases[J]. *British Journal of Surgery*, 1978, 65(1): 5-9.  
[2] Wai Pak M, Chung Lee W, Fung HK, et al. A prospective study of foreign-body ingestion in 311 children[J]. *International Journal*

of Pediatric Otorhinolaryngology, 2001, 58(1): 37-45.  
[3] Cerri RW, Liacouras CA. Evaluation and management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract[J]. *Pediatric Case Reviews*, 2003, 3(3): 150-156.  
[4] Macpherson RI, Hill JG, Othersen HB, et al. Esophageal foreign bodies in children: diagnosis, treatment, and complications[J]. *American Journal of Roentgenology*, 1996, 166(4): 919-924.  
[5] 刘斌,江育玲,彭建辉,等. 颈侧切开术在颈段食管异物取出中的应用[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2011, 17(4): 268-271.  
[6] 姚昆,胡伟,孙敬武. 食管镜下棉片填充扩张法取义齿异物附4例报告[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2010, 16(3): 226-227.  
[7] 施芳. Foley管法食管硬币取出28例临床分析[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2012, 19(1): 69.  
[8] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 第7版,北京:人民卫生出版社,2012:227.

(修回日期:2014-07-11)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201503027

### · 病案报道 ·

## 翼腭窝神经纤维瘤误诊为鼻窦囊肿 1 例

李建华

(玉溪市人民医院耳鼻咽喉科,云南 玉溪 653100)

中图分类号:R739.8 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2015)03-0257-02

### 1 病例报告

患者,女,37岁。因头痛半年余以右侧上颌窦筛窦囊肿可疑而入院。患者入院前半年无明显诱因出现头痛,间断性发作,为额颞部闷痛不适,向右侧顶枕部放射,无发热、头昏、面部疼痛、张口困难、鼻出血、鼻塞、恶心等症状,行磁共振检查提示右侧蝶筛隐窝区新生物(大小约为3.2 cm × 2.4 cm,图1),鼻窦CT扫描提示右侧上颌窦后上方病灶(大小约2.7 cm × 2.2 cm),考虑囊肿可能性大(图2)。入院查体:神清,颜面无肿胀,眼球无外突,视力正常,鼻

外形正常,双侧鼻腔通气通畅,鼻中隔无偏曲,双侧下鼻甲无肿大,鼻道内未见脓性分泌物,双侧上颌窦区、筛窦区无压痛,嗅觉正常,鼻内镜下检查下鼻道、中鼻道未见明显肿物生长。完善相关术前检查,无手术禁忌证,在局麻下行手术治疗,于上颌窦开口后下方探查见肿物,肿物质地偏硬,术中排除囊肿,剥离肿物时出现直径约1 mm的喷射性出血,考虑出血较多、肿物较大,且位于翼腭窝内,暂停手术。术后行鼻窦磁共振扫描仍提示右侧蝶筛隐窝区异常信号,考虑囊肿。术后第9天,征得患者及家属同意后再次在局麻下经鼻内镜手术,术中探查包块,位于上颌窦后下方,咬除上颌窦口后半部分和上颌窦后壁,暴露肿物,肿物质地偏硬,灰白色,边界清楚,大小约3 cm × 3 cm × 3 cm,与周围组织有粘连,仔细剥离肿物后分次咬切取尽,术后止血海绵填塞术腔,手术顺

作者简介:李建华,女,住院医师。  
通信作者:李建华,Email:261032003@qq.com

利,术中出血约80 ml。术后未出现并发症,术后病检

提示翼腭窝神经纤维瘤。术后随访病情恢复良好。

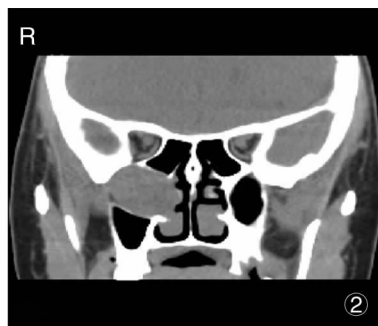


图1 鼻窦 MRI 冠状位示右侧蝶筛隐窝区异常信号,边界清楚,轮廓规整,相邻骨质受压变薄

图2 鼻窦 CT 冠状位示病灶密度均匀,边界清楚

## 2 讨论

分析总结该病例误诊误治的原因有以下几点体会:①该病例因过度依赖辅助检查而导致了误诊、误治。磁共振因其具有良好的软组织分辨力,能清楚地分辨肌肉、肌腱、筋膜、脂肪等软组织结构被广泛应用于临床辅助诊断。该患者入院时磁共振及 CT 扫描均提示病变为囊肿,第1次术后复查磁共振仍提示囊肿,故导致术前诊断错误;②结合病史,患者无鼻塞、面部麻木、张口受限、流涕等症状;鼻内镜检查,蝶筛隐窝处未见明显肿物生长,中鼻甲、中鼻道及钩突区发育良好,故考虑为鼻窦腔内囊肿,导致病变位置误诊;③术中探查肿物为实性变,位于翼腭窝内,且呈喷射性出血,因翼腭窝原发性肿瘤较少见,术前准备不充分,未继续手术,导致再次手术。

为避免此类病例的误诊误治,首先不能盲目依从辅助检查,对于术前影像学检查与症状、体征不符的应做好术前讨论及充分的术前准备;其次熟悉掌

握局部解剖。翼腭窝为一不规则的倒锥形间隙,位于面颈部深区并与周围组织有广泛的联系,手术完全暴露较为困难,且有复杂的动脉分支和薄弱的静脉丛,这些脉管系统直径一般都在 2 mm 左右,一般采用双极电凝止血,术前应依据病变范围、性质选择手术路径,做好止血准备;另外,术前准确了解病变性质及与周围组织的关系,采用螺旋 CT 进行容积采集,结合三维正交多层面重建技术,直观、立体地显示翼腭窝及相关联结构,为临床诊疗提供准确、清晰的影像学资料;此外应评估翼腭窝区手术风险,主要为损伤内侧的颈内动脉及误入颅底引起脑神经系统并发症,特别是视神经损伤<sup>[1]</sup>,术中应注意规避。

### 参考文献:

- [1] 李鹏,汤炜,陈尧. 翼腭窝的解剖学特点及其相关技术进展[J]. 国际口腔医学杂志,2012,39(4):526-529.

(修回日期:2014-08-03)