

· 经验与教训 ·

声门下神经鞘瘤误诊为支气管哮喘一例

邓世明 刘铁陵 刘军 何顺芬 唐洪

患者男 35 岁,反复气喘 8 个月,复发 3 d,加重 1 d 收入呼吸内科,8 个月前受凉后反复出现气喘、呼吸困难、胸闷,无胸痛、咯血。在外院诊为支气管哮喘,治疗后缓解,未巩固治疗,剧烈活动或受凉后发作,3 d 前受凉后上述症状加重,声音嘶哑,1 d 前气喘加重、喉中可闻喘鸣,端坐呼吸,夜间不能平卧,于 2009 年 9 月收入呼吸科,入院后胸部 X 线片示中下肺纹理增多、增粗。血常规检查:白细胞 $8.92 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.738,红细胞计数 $4.84 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 137 g/L,血小板计数 $221 \times 10^9/L$;肝、肾功能及电解质未见异常。诊断:支气管哮喘伴感染,经抗感染、止咳、化痰、平喘治疗后,气喘好转,仍呼吸困难,声嘶,耳鼻咽喉科会诊示会厌抬举差,因频繁气喘声门无法窥及,嘱待哮喘好转后再行纤维喉镜检查。纤维喉镜示声门下新生物,堵塞大部分声门(图 1)。CT 检查示声门下区结节,占据气道大部,直径约 1.6 cm,局部气道明显狭窄,以声门下新生物,喉梗阻呼吸困难 II 度,支气管哮喘伴感染转入耳鼻咽喉科,在局麻气管切开气管插管静脉复合麻醉下喉裂开声门下新生物切除术,术中见声门下见表面光滑,有包膜,质硬的新生物,切除肿瘤后彻底止血,放置喉模,缝合黏膜,关闭术腔,术后抗感染,对症治疗。取出气管导管及喉模后患者呼吸平稳,说话略沙哑。

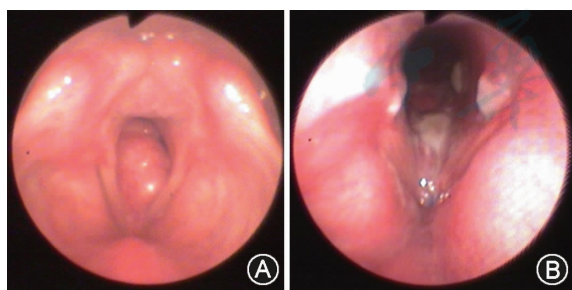


图 1 患者手术前后喉镜检查结果 A:手术前;B:手术后

4 d 后复查纤维喉镜声带稍充血,声门下黏膜光滑,有假膜形成,术后情况良好。随访 5 年无复发。

讨论 神经鞘瘤为神经鞘膜异常增生而成,多属于良性肿瘤^[1]。可发生于全身任何部位,好发于头颈及四肢屈侧面^[2],喉部神经鞘瘤少见,神经鞘瘤呈圆形、椭圆形或梭形,多单独发生,常有包膜,表面光滑,质韧,几乎均位于声门上区,多发生于杓会厌皱襞的后方,可累及室带、杓状软骨、声带突或突入梨状窝,位于声门下者少见。该肿瘤生长缓慢,早期临床症状不明显,随着肿瘤增大可逐渐引起声嘶、吞咽困难、呼吸困难和喉喘鸣^[3]。手术为唯一的治疗方式。本例患者病史较长,主要症状为受凉后气喘、呼吸困难、胸闷,给予抗感染、平喘治疗好转,反复发作并出现声音嘶哑,虽经抗感染、平喘治疗,但效果不佳,仍有呼吸困难。后经纤维鼻咽喉镜及 CT 检查才明确声门下新生物,全麻喉裂开下行声门下新生物切除术后痊愈。由于该病较少见,病变位于声门下,部位较隐蔽,不易发现,最初临床症状可能并不明显,随着肿瘤的生长,气道逐渐变小,当肿瘤压迫声带时可出现声嘶,气道明显阻塞时可出现呼吸困难及喉喘鸣。我们认为对于以咳嗽、憋气为首发症状,就诊于内科的气管或声门下肿瘤患者易误诊为支气管哮喘,在积极内科治疗后效果不佳时应尽早做 CT 或气管镜检查以明确。本例声门下占位合并支气管哮喘更易误诊,在出现严重呼吸困难时才考虑我科会诊,经纤维喉镜、CT 检查才明确为声门下新生物所致,手术后痊愈。

参 考 文 献

- [1] 李添应. 耳鼻咽喉肿瘤[M]. 广州:广东科技出版社,2000:282-283.
- [2] 卜国铨. 鼻科学[M]. 2 版. 上海:上海科学技术出版社,2000:549-551.
- [3] 周长波,徐强. 声门下神经鞘瘤 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(1):71-72.

DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2015.06.016

作者单位:621000 四川省绵阳市中医院耳鼻咽喉科

通信作者:邓世明,Email:277786761@qq.com

(收稿日期:2014-12-15)

(本文编辑:李静)