

## · 研究报告 ·

## 非鳞状细胞来源声门下区肿物的诊断与治疗

闫燕<sup>1</sup> 王丽<sup>1</sup> 柯嘉<sup>1</sup> 孙世龙<sup>1</sup> 马芙蓉<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的:探讨非鳞状细胞来源声门下区肿物的临床特征、诊断、病理类型和治疗方法,提高对这一罕见疾病的认识。方法:分析3例非鳞状细胞来源声门下区肿物患者的临床资料,结合相关文献,总结非鳞状细胞来源的声门下区肿物的临床表现、诊断和治疗经验。结果:3例患者中,1例以声嘶为主要症状,2例以吸气性呼吸困难为主要症状;3例在明确诊断及解除喉梗阻后均行声门下区肿物切除手术,其中2例经口行支撑喉镜下手术切除,1例经颈部入路切开环甲膜后行肿物切除手术,均完整切除肿物。1例上皮-肌上皮癌患者采取术后放疗,疗效满意。3例随访至今,无复发。结论:声门下型非鳞状细胞来源肿物较为罕见,早期容易漏诊,临床上应对声门下区仔细检查。治疗该类疾病以手术切除为主,可根据肿物大小、范围选择适宜的手术方式。

**[关键词]** 非鳞状上皮;声门下区肿物;症状,治疗

**doi:**10.13201/j.issn.1001-1781.2014.03.011

**[中图分类号]** R767.44 **[文献标志码]** A

## Diagnosis and treatment of nonsquamous cell neoplasms located in subglottis

YAN Yan WANG Li KE Jia SUN Shilong MA Furong

(Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Peking University Third Hospital, Beijing, 100191, China)

Corresponding author: WANG Li, E-mail: dr-aiyou@sohu.com

**Abstract Objective:** To study clinical characteristics, diagnosis, pathological types and therapy methods of nonsquamous cell neoplasm in subglottis, in order to improve comprehension of this rare disease. **Method:** To analyze 3 patients' clinical data with nonsquamous cell neoplasm in subglottis by reviewing related literature, and to generalize the symptoms, differentiation and treatment experience of nonsquamous cell neoplasm in subglottis. **Result:** Among the 3 patients, one's main complain was hoarseness and the other two's main symptom was inspiratory dyspnea. As diagnosis was definite and acute obstruction of airway was relieved, the neoplasms were removed totally. Two patients were undergone operation through oral cavity by using suspended laryngoscope, and one patient was done surgery by neck approach. Paraffin wax result showed that one patient suffered epithelial-myoepithelial carcinoma, who received radiotherapy after surgery. There is no recurrence in all patients by following up more than 1 year. **Conclusion:** The occurrence of nonsquamous cell neoplasm in subglottis is relatively low, and the subglottis should be inspected carefully to avoid missed diagnosis. Operation is the preferred method to treat this kind of disease. To choose a suitable operational manner according to size, location of the neoplasm is crucial.

**Key words** nonsquamous cell; neoplasm in subglottis; symptom, therapy

声门下区指声带下缘以下至环状软骨下缘以上的喉腔。喉部肿瘤中,无论是鳞状上皮来源还是非鳞状上皮来源,声门下区的肿物均比较罕见。声门下区肿物患者的症状和体征在早期比较隐匿<sup>[1]</sup>,至晚期发病时又比较急迫,易延误治疗及危及患者生命,所以不断总结诊断和治疗该病的经验对提高其认识具有重要意义。我科2008-11-2012-01共收治3例非鳞状上皮来源的声门下区肿物患者,通过对其症状、体征和诊断、病理类型及手术方式进行总结,现报告如下。

## 1 病例报告

例1,女,59岁,主因“声嘶1年”以声门下肿物收入院。患者2年前因肺癌于外院行右肺上叶切除术,术后病理为右肺中分化腺癌, T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> I B期。术后定期复查,未见肿瘤复发。近1年来,患者渐感多讲话后声音易疲劳、嘶哑,不伴喉痛、咳血、憋气及呼吸困难。入院前2周在我院行纤维喉镜检查,见左侧声门下一直径约1.5 cm肿物,淡红色,表面光滑,不随呼吸上下活动(图1a);双侧声带运动好,能闭合。入院后完善各种术前检查,行局部麻醉下气管切开术,之后改全身麻醉下置入支撑喉镜,术中见肿物有一宽蒂,来源于近左侧声带突下表面的声门下区黏膜,沿肿物基底部分次完整切除肿物,质地较韧,不易出血。术后石蜡切片病

<sup>1</sup>北京大学第三医院耳鼻咽喉头颈外科(北京,100191)  
通信作者:王丽, E-mail: dr-aiyou@sohu.com

理回报为中分化腺癌。结合既往肺癌手术史,推测为肺癌喉部种植转移。此次术后2年随访,无复发(图1b)。

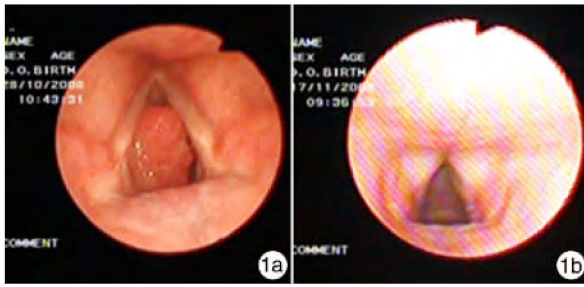


图1 例1患者术前(1a)及术后2年(1b)纤维喉镜检查

例2,女,57岁,主因“进行性呼吸困难4个月,加重2d”于我院就诊。患者4个月前在行走之后出现呼吸困难并伴咳嗽,当地医院诊断为慢性支气管炎、支气管哮喘,给予抗炎、平喘治疗后症状得到缓解,后呼吸困难逐渐加重,2d前开始不能平卧、端坐呼吸,食欲不佳,当地医院又诊断为哮喘发作,经抗炎、解痉、平喘治疗后症状无减轻,遂来本院就诊。体检见患者急性病容,端坐体位,大汗,脉搏102次/min,呼吸35次/min,可见明显三凹征,并可闻吸气期喉鸣,急诊行颈部CT检查示声门下占位,肿物占据气道,周边缝隙约1mm(图2)。因考虑患者喉梗阻已达Ⅲ度,且为声门下占位所致,遂行紧急气管切开术。术后收入院治疗。入院后再行颈部增强CT示:声门下肿物,部分层面占据整个喉腔,增强扫描显示均匀强化,颈部未见肿大淋巴结。术前准备完善后行全身麻醉支撑喉镜下活检术,顺利放入支撑喉镜,暴露声门满意后见肿物来源于声门下区前壁及侧壁,基底较宽,占据管腔周径 $>1/2$ ,表面光滑,堵塞气管,仅后壁留有少许空隙,肿物质地较脆,钳取部分肿物送冷冻病理,病理回报为涎腺型肿瘤、混合瘤的可能,不能除外腺样囊性癌。遂改为颈外径路以完全切除肿物,手术紧贴甲状软骨下缘切开环甲膜进入喉腔,自上而下清晰观察肿物,沿肿物基底部完整切除肿物,再次送冷冻病理,提示为涎腺混合瘤。经鼻行电子喉镜检查双侧声带完好,未见肿物残留,遂缝合环甲膜,逐层关闭切口结束手术。术后石蜡切片病理回报为涎腺来源上皮-肌上皮癌。患者回当地医院进行放疗,放疗完成后顺利拔除气管套管,术后随访2年,肿瘤无复发。

例3,男,52岁,主因“咽痛4d,吸气性呼吸困难3d,加重伴咳痰带血8h”经急诊入院。患者4d前受凉后出现咽痛,3d前活动后出现呼吸困难,休息后缓解,8h前剧烈咳嗽后出现痰中带血,呼吸困难加重。入院时查体:患者急性病容,自主体位,

脉搏95次/min,呼吸22次/min,可见吸气期三凹征并在平静呼吸时闻及吸气性喉鸣。间接喉镜检查显示声门下区暗红色肿物,表面有凝血块,且随呼吸上下浮动。紧急给予抗生素、激素及止血治疗后,患者呼吸困难症状明显缓解,三凹征及吸气性喉鸣音消失。次日行纤维喉镜检查示:声门下区肿物来源于气道后壁,为分叶状外生性肿物,直径约2.5cm,有蒂,肿物主体可随呼吸上下浮动,肿物光滑,表面可见少量坏死组织和凝血块。患者入院后完善术前各项检查,于支撑喉镜下行肿物切除术,先于局部麻醉下行气管切开术,成功后全身麻醉下放入支撑喉镜,术中所见与纤维喉镜及CT检查结果一致(图3),见肿物来源于喉声门下区后壁,范围较局限,先取活检,冷冻病理回报为涎腺型肿瘤,较符合多形性腺瘤病理特征。遂用低温等离子刀沿肿物边缘逐步切除肿物,至肿物彻底切除并无活动性出血,结束手术。术后石蜡切片病理回报仍为多形性腺瘤。

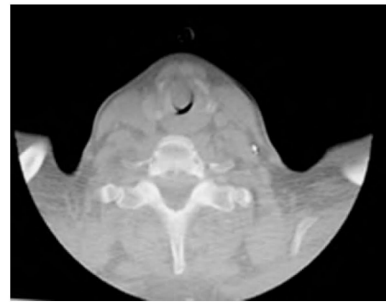


图2 例2患者急诊颈部CT显示声门下区占位

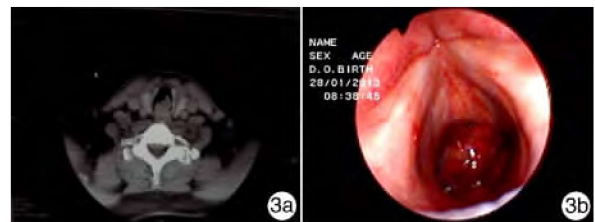


图3 例3患者术前颈部CT(3a)示声门下区占位及术前纤维喉镜(3b)示声门下区肿物

## 2 讨论

### 2.1 声门下区肿物的诊断

声门下区肿物在临床上很少见,鲜有多个病例的总结,多为个案报道。通常认为声门下肿物的症状及体征随肿物所处声门下的不同区域及肿物性质不同会有差异。本研究中的3例患者,2例首发症状为喉梗阻,1例为声嘶。例1患者因肿物靠近声带下缘导致声门闭合不良从而出现声嘶,引起患者重视,及时行纤维喉镜检查继而发现声门下区占位,避免肿物增大后造成的气道阻塞;例2患者在

出现喉梗阻前有活动后憋气、咳嗽,但未引起重视;例 3 患者发病前没有明显咽喉部不适。例 2 和例 3 患者在入院前均未进行咽喉部的详细检查,直至发生气道阻塞,因声门下区域较为宽阔,早期占位无明显咽喉部症状,发现时肿物均已较大。

## 2.2 病理类型

临床上遇到声门下区肿物的患者时,我们最常考虑到的诊断是声门下型喉鳞状细胞癌。原发于声门下区的鳞状细胞癌在整个喉癌中的发生率最低,仅占全部喉癌的 1%~2%,而声门下其他组织类型的肿物发病率则更低<sup>[2]</sup>。但考虑到声门下区黏膜除了被覆鳞状上皮以外,其下还存有大量的小涎腺,虽然小涎腺存在于整个呼吸-消化道的黏膜下层,但喉部的这些黏膜下腺体绝大多数存在于声门上及声门下区,声门区则缺乏。虽然喉部各亚区涎腺肿瘤的发生率不高<sup>[3]</sup>,但 Granly 等<sup>[4]</sup>报道的 33 例喉部涎腺肿瘤中,18 例来源于声门上区,10 例来源于声门下区,仅有 5 例来源于声门区。可见声门下区肿物的鉴别诊断,除了声门下型喉鳞状细胞癌外还要考虑到小涎腺来源的肿瘤<sup>[4]</sup>。本组 3 例患者中有 2 例为小涎腺来源,其中 1 例为混合瘤,另 1 例术中冷冻病理为混合瘤,术后更正为上皮-肌上皮癌。虽有学者报道腺样囊性癌是声门下区非鳞状上皮癌中最常见的恶性肿瘤,但毕竟声门下区肿物罕见<sup>[5]</sup>,发生率低,多为散发病例报道,鲜有大宗病例报道。例 1 患者病理较为特殊,是中分化腺癌,因其 2 年前有右肺中分化腺癌手术史,故我们考虑声门下病灶与肺癌是同源的,肺与声门下缺乏解剖上联系,淋巴转移难以成立,因而只能向血行转移或种植转移方向思考,血行转移为多发转移,与本例不符,种植转移尚有可能,并且推测咳嗽可能为肿瘤种植的一个因素。因为咳嗽可以对声门下区黏膜造成机械损伤,也容易引起肿瘤细胞在声门下区停留,因而为种植转移创造条件。本案例属临床上罕见,本研究以期今后肺癌与声门下区关系的研究提供线索。

## 2.3 手术切除的方式选择

声门下区肿物由于体积较大,且位于麻醉插管的必经通道上,因而常规气管插管有致肿物脱落的潜在可能,一旦肿物脱落,会引起气道内大出血以及下一级气道完全梗阻,甚至危及生命。即使插管未造成肿物脱落,常规插管也会对此类手术造成影响,因为通气管位于手术区内,遮挡视野,妨碍肿物暴露。因此,气管切开应为此类疾病治疗上的首选。当患者表现为Ⅲ度以上喉梗阻时,应先紧急行气管切开,开放气道,尽快完善术前准备,以期短时间内对肿物进行切除,如例 2 患者所采取的治疗方式。当患者喉梗阻Ⅲ度以下,气道开放和肿物切除可同期完成,如例 1 和例 3 患者所采取的治疗方

式。

对于声门下型喉癌,既往多行全喉切除术,近来随着支撑喉镜下手术器械(如激光、等离子刀及微型切吸钻等)及暴露技术(显微镜、硬性内镜引导)的改进,对于早期病变也会尝试经口的局部切除方式。而对于非鳞状上皮来源声门下区病变,由于病例数较少,其手术方法更不成熟。但遵循的基本原则应该是根据肿物的大小、基底部的范围、良恶性来选择手术方式,尽量做到完整切除、兼顾微创<sup>[6]</sup>。我们在术前通过支撑喉镜对例 1 和例 3 患者的肿物范围及基底情况均有较为全面的了解,认为术中无需颈外侧切口而通过支撑喉镜经口完整切除的可能性较大,所以选择了经口术式。声门下区的暴露和切除器械精准有效是该术式成功与否的重要环节,故不可轻视。我们的体会是在声门下区暴露方面,硬性内镜引导下的支撑喉镜优于显微镜辅助的支撑喉镜,后者是直线视野,观察声带以下的外侧壁有限,需要在手术过程中不断调整喉镜的方向才能全面显露;前者因内镜本身的宽视野特质,对声门下各壁都能很好地显露,术者是在监视器下手术,操作也更加简便自如。切除器械方面,对于例 1 患者使用的是电刀治疗,例 3 使用的是等离子刀治疗,我们体会在切除精准性、止血有效性方面两者作用相当。例 2 患者因肿物较大,术前又已经行气管切开,肿物的全貌在术前经电子喉镜无法视清,经口手术完整切除没有把握,故选择了颈部切开术式。手术经环甲膜上方进入声门下腔,术中发现这一入路对声门下腔暴露极为满意,对声门下区各个方向都能清晰显露。术后患者进行放疗,结束后顺利拔管,随访 2 年,肿物无复发也未出现喉狭窄。由此可见我们所选择的 2 种不同的手术方式对声门下肿物的切除都是合理的,疗效较好。虽然例 2 患者术中冷冻病理为良性,但最终石蜡病理为恶性,但由于采用的是开放术式,经环甲膜进入声门下区,可直视下操作,肿物虽然范围较大,但基底比较表浅,因此切除也比较彻底。

声门下区肿物中尤其是非鳞状上皮来源的肿物由于比较罕见,诊断和治疗方面均缺乏大样本研究,所以还需要不断探索和积累经验。对于有咽喉部症状的患者要尽早进行详细的咽喉部检查,以免漏诊较为隐匿的声门下区病变。手术切除是治疗的主要方法,术式选择要根据肿物的大小、基底宽窄等条件来进行。对于体积较小、基底局限或在全身麻醉支撑喉镜下暴露良好的肿瘤,经口手术则是最佳的方法,因其微创又避免了颈部开放伤口,并且目前有很多新型的手术器械在临床上广泛应用,如低温等离子刀、微型切吸钻、CO<sub>2</sub> 激光等均有可能在声门下区暴露满意的情况下辅助进行肿物的完整切除。但对于体积比较大、基底比较宽、支撑

喉镜暴露困难的患者,选择经颈部手术则更为安全可靠。

### 参考文献

- [1] 张立强,栾信庸,潘新良,等.声门下喉癌的手术治疗[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2001,(36)6:451-453.
- [2] 温树信,唐平章,徐震纲,等.声门下型喉癌的外科治疗[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(6):419-422.
- [3] BAK-PEDERSEN K, NIELSEN K O. Subepithelial mucous glands in the adult human larynx. Studies on number, distribution and density[J]. Acta Otolaryngol,1986,102:341-352.
- [4] GANLY I, PATEL S G, COLEMAN M, et al. Malignant minor salivary gland tumors of the larynx[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg,2006,132:767-770.
- [5] LIN H W, BHATTACHARYYA N. Staging and survival analysis for nonsquamous cell carcinomas of the larynx[J]. Laryngoscope,2008,118:1003-1013.
- [6] 郑舟军,周水洪,徐盈盈,等.咽、喉及颈段气管原发性小涎腺肿瘤临床病理分析[J].杭州师范学院学报(医学版),2006,26(4):263-265.

(收稿日期:2013-04-02)

## 低温等离子治疗舌扁桃体肥大所致的咽异感症

张庆丰<sup>1</sup> 余翠平<sup>1</sup> 王慧<sup>1</sup> 张悦<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的:探讨鼻内镜辅助下等离子射频消融术治疗舌扁桃体肥大所致的咽异感症的临床疗效。方法:应用30°鼻内镜下低温等离子射频消融术治疗307例舌扁桃体肥大患者,观察术区创面生长情况、术后疼痛、术中术后出血情况及术后疗效。结果:咽部异物感主观症状VAS评分从术前的(9.3±0.6)分降至术后的(3.7±2.4)分,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。本组患者治愈率为84.4%,显效率为6.8%,有效率为4.6%,总有效率为95.8%。术后30~45d白膜脱落,无明显疼痛。术中平均出血量为(5.2±2.4)ml;术后11例(3.6%)患者继发出血;随访6~36个月无复发。结论:鼻内镜辅助下等离子射频消融术治疗舌扁桃体肥大所致的咽异感症是一种安全、有效的治疗方法,值得临床上推广。

**[关键词]** 等离子射频;舌扁桃体;咽异感症

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.03.012

**[中图分类号]** R322.32 **[文献标志码]** A

### Radiofrequency coblation for treatment of abnormal sensation of throat induced by the hypertrophy of lingual tonsil

ZHANG Qingfeng SHE Cui ping WANG Hui ZHANG Yue

(Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Dalian Municipal Central Hospital, Dalian, 116033, China)

Corresponding author: ZHANG Yue, E-mail: zhangmoon33@163.com

**Abstract Objective:** The aim of the present study was to evaluate the effects of radiofrequency coblation surgery for treatment of abnormal sensation of throat induced by the hypertrophy of lingual tonsil. **Method:** Three hundred and seven patients affected by abnormal sensation of throat induced by the hypertrophy of lingual tonsil were enrolled. Radiofrequency coblation was performed on all patients under nasal endoscopy. A comprehensive statistics were obtained from all the participants regarding the recovery of wound surface, postoperative pain, intra and postoperative bleeding and the effects of the procedure. **Result:** The VAS score of abnormal sensation of throat was reduced from (9.3±0.6) to (3.7±2.4) ( $P<0.05$ ) after the operation. 84.4% of the abnormal sensation disappeared, no recurrence within six month; 6.8% of the abnormal sensation largely reduced within six month; 4.6% of the abnormal sensation reduced within six month. There was no significant postoperative pain. 3.6% (11/307) of patients experienced postoperative hemorrhage. The follow-up period ranged from 6 to 36 months.

<sup>1</sup>大连市中心医院耳鼻咽喉头颈外科(辽宁大连,116033)  
通信作者:张悦, E-mail: zhangmoon33@163.com