

难,应早做气管切开术,及时缓解患者的上气道阻塞症状,必要时呼吸机辅助通气。

### 参考文献

[1] ESTRERA A S, LANDY M J, GRISHAM J M, et al. Descending necrotizing mediastinitis[J]. Surg Gynecol Obstet, 1983, 157: 545-552.  
[2] 黄选兆, 汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 375-376.  
[3] 王斌全. 耳鼻咽喉-头颈应用解剖[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 101-103.  
[4] 杜晓燕, 陈威华, 陈建福. 颈性下行性纵隔脓肿 15 例分析[M]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2000, 35(2): 141-

143.  
[5] WHEATLEY M J, STIRLING M C, KIRSH M M, et al. Descending necrotizing mediastinitis; transcervical drainage is not enough[J]. Ann Thorac Surg, 1990, 49: 780-784.  
[6] 黄孝迈, 秦文翰, 孙玉鹏. 现代胸外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1997: 605-605.  
[7] HIRAI S, HAMANAKA Y, MITSUI N, et al. Surgical treatment of virulent descending necrotizing mediastinitis[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2004, 10: 34-38.

(收稿日期: 2013-08-28)

## 新生儿鼻咽部错构瘤脱落至食管上段 1 例

臧艳姿<sup>1</sup> 马崧<sup>1</sup> 刘军<sup>1</sup> 郭芳芳<sup>2</sup>

[关键词] 鼻咽肿瘤; 新生儿; 错构瘤; 食管  
doi: 10.13201/j.issn.1001-1781.2014.12.026  
[中图分类号] R739.63 [文献标志码] D

### A case report of neonatal nasopharyngeal hamartoma shed into the upper esophagus

**Summary** Here is a case report of a new neoplasm found in the mouth of neonate born for 4 hours. Neck CT suggested that the neoplasm came from the esophageal. During the operation the root of neoplasm was found in the nasopharynx and postoperative pathological diagnosis was nasopharyngeal hamartoma.

**Key words** nasopharyngeal neoplasms; neonatal; hamartoma; esophagus

患儿,男,以“发现口腔内新生物 4 h”为主诉就诊。该患儿为 38 周足月剖宫产,羊水、胎盘、脐带正常,于当地医院出生后清理口腔时发现一新生物,因未及时牵引出,新生物脱落向下,具体部位不详,患儿呼吸音粗,无明显呼吸困难、憋气症状,无喉喘鸣。查体:体温 36.4℃,脉搏 128 次/min,呼吸 26 次/min,体重 3 000 g,前囟平坦,无口唇发绀,无鼻翼扇动,三凹征阴性。颈软无抵抗,胸廓对称,双肺听诊呼吸音粗,未闻及干湿啰音,无痰鸣音;心音有力,律齐整,未闻及杂音。腹软,肝脾肋下未触及。四肢肌张力可,无水肿,原始反射引出不完全。专科查体:咽部黏膜光滑,口咽腔未见明显新生物。喉内情况患儿不配合无法窥视。及时完善颈部 CT 示:食管管腔上段内可见肿块影,其内可见低密度影,CT 值约 -65 HU,局部可见点状

高密度影(图 1)。初步诊断为食管源性肿物。入院 5 h 后患儿自行将新生物吐出至口腔外(图 2),可见较长根蒂相连,立即将新生物用丝线牵引,以防脱落,蒂源位于软腭舌根处,似与软腭相连。完善相关术前检查,无手术禁忌证,于全身麻醉直达喉镜下行咽部肿物切除术。直达喉镜引导下,暴露咽腔,见肿物有一根蒂相连于软腭鼻咽面,蒂与肿物连接处局部变细,组织伸缩性较大。细查无其他蒂源及卫星状瘤体,用电刀将新生物沿根蒂完整切除,创面电凝烧灼。术中无明显出血。肿物呈椭圆细长型,大小约为 3.6 cm×1.7 cm,有长约 2 cm 根蒂部相连。剖开肿物后见组织疏松,略有出血,局部有软骨成分(图 3)。术后病理为鳞状上皮增生,其内可见脂肪、纤维、血管组织,灶性可见软骨组织,符合错构瘤(图 4)。随访 1 年未见复发及恶变。

**讨论** 错构瘤系胚胎发育过程中,多方面的组织分化或者组织发育不成熟而形成,因不宜直接列

<sup>1</sup>河南省人民医院耳鼻咽喉科(郑州,450003)  
<sup>2</sup>河南省人民医院病理科  
通信作者:臧艳姿, E-mail: zangyanzi2580@163.com

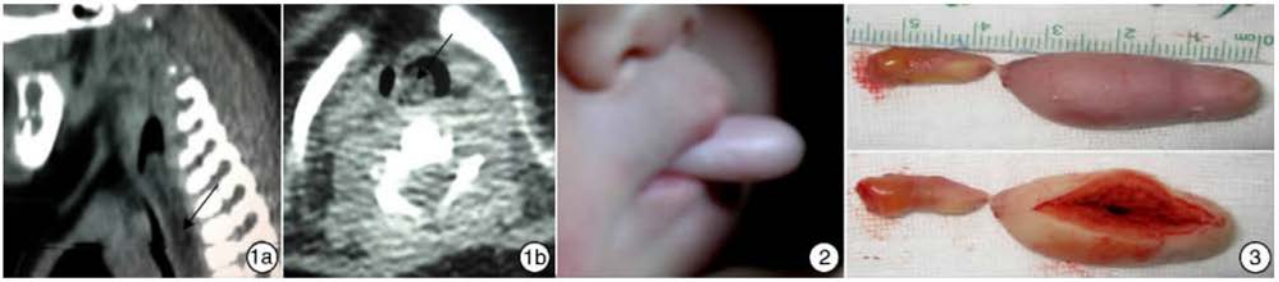
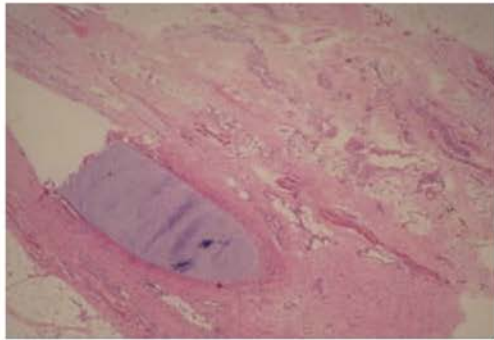


图 1 CT 所示 食管管腔上段内可见肿块影(箭头所示),其内可见低密度影,CT 值约-65 HU,局部可见点状高密度影 1a;矢状位;1b;水平位; 图 2 肿物自行突至口腔外; 图 3 肿物切除后大体及剖开图



鳞状上皮增生,其内可见脂肪、纤维、血管组织,灶性可见软骨组织。

图 4 术后病理学检查所示(苏木精-伊红染色×40)

入某一组织源性肿瘤,故命名为错构瘤<sup>[1]</sup>。错构瘤并非真性肿瘤,属于畸形范畴,多为先天性,具有自限性而无恶性变倾向<sup>[2]</sup>。

Hulsmann 等<sup>[3]</sup>认为 MRI 对于错构瘤的诊断是最适当的,但仍无法判断瘤体的组织来源。CT 也是诊断错构瘤的主要方法之一,对错构瘤有较高的定位及定性诊断率<sup>[4]</sup>。本例患儿因经济原因未能行 MRI 检查,通过 CT 检查可清晰地显示食管上段混合密度影,部分为脂肪样低密度影,局部为软骨样高密度影。但 CT 对于蒂源显示不清,故最初误诊为食管源性肿物,从而更体现出 MRI 的优越性。肿物突至口腔外可见瘤体被膜淡粉色,质地同皮肤,触之松软,这与新生儿常见的舌根囊肿、甲状舌管囊肿均不相同。另外错构瘤需要与血管瘤、脂肪瘤、淋巴瘤,尤其是新生儿畸胎瘤相鉴别,最后确

诊主要依靠术后病理。错构瘤病理学主要成分为间叶组织,包括软骨、纤维组织、脂肪组织、神经及脉管等,通常以占优势的组织成分来命名,分为软骨样错构瘤、软骨间叶样错构瘤、血管样错构瘤、脂肪样错构瘤和上皮样错构瘤。本例属脂肪样错构瘤。

错构瘤不具备生理功能,一般不会影响人体功能。其生长缓慢,常在挤压重要器官或阻塞气道出现症状后发现。本例患儿出生时即发现瘤体突至口腔外,且有较长根蒂相连,应及时用丝线将瘤体牵引,以防脱落喉腔引起呼吸困难甚至窒息等严重并发症。该患儿瘤体呈细长圆柱形,向下脱落至食管上段,因压迫气管仅出现呼吸音粗症状,并未引起严重并发症。治疗方面主要是手术完整切除,不需补充放疗或化疗,预后较好。

参考文献

[1] 俞孝庭. 肿瘤病理学基础[M]. 上海:上海科技出版社,1986:13-20.  
 [2] KM D W, LOW J, BILMAN G, et al. Chondroid hamartoma presenting as a neonatal hamartoma in the nasal cavity [J]. Acta Otolaryngol, 2002, 122: 398-400.  
 [3] HULSMANN A R, DE BONT N, DEN HOLLANDER J C, et al. Hamartomas of the oro-and nasopharyngeal cavity in infancy: two cases and a short review [J]. Eur J Pediatr, 2009, 168: 999-1001.  
 [4] 崔潇, 王丽萍, 杨静. 新生儿软腭双蒂错构瘤一例 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(8): 695-696.

(收稿日期:2013-10-31)