个案与短篇 文章编号：0253-3626(2009)01-0126-01

颈深部神经鞘膜瘤 1 例报道

向银洲，魏莲枝，余 林
（重庆医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科，重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R737.11 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-10-24

神经鞘膜瘤（Neurilemmoma）是起源于神经鞘膜施万细胞的良性肿瘤[1]，可单发或多发于身体任何部位，发生于颈部者，其诊断与治疗易与颈部转移性肿瘤混淆，误诊率较高，临床上有研究意义，我科收治的 1 例颈深部神经鞘膜瘤报告如下。

1 临床资料

患者，女，42 岁，汉族，已婚。因“发现右侧颈部包块 4 月”于 2007 年 8 月入院。患者自诉入院前 4 月发现右侧颈部无痛性包块，初约蚕豆大小，无红、肿、疼痛，无涕中带血，无声嘶、咳嗽及呼吸困难，无咽痛及吞咽不适，曾口服消炎药治疗，症状无改善，包块逐渐增大。否认结核病史。检查见：右侧颈深上部触及一包块，大小约 3 cm × 3 cm，按压无疼痛，表面光滑，质硬，活动度差。纤维鼻咽镜检查示：鼻咽粘膜光滑对称，慢性充血，未见确切新生物。试行右鼻咽活检病理示：鼻咽粘膜慢性炎症。EBV-VCA-IgA(-)，EBV-EA-IgA(-)。纤维喉镜示：右声带局部增厚，运动闭合尚可。抗 -HIV(-)。胸片示：双下肺纹理增多。超声检查示：甲状腺形态、血流未见异常；右侧颈部探及数枚异常低回声区，最大约 32 mm × 27 mm，边界清楚，形态规则，内回声欠均质，加彩后其内部和周边未探及血流信号，左颈侧未见异常回声。头颈部 CT 示：右颈深部胸锁乳突肌下方见一软组织肿块影，大小约 3 cm × 3.5 cm，密度不均，增强扫描有不均匀中度强化；肿块与邻近结构部分分界欠清，邻近血管推挤受压变扁，右颈静脉受侵犯；口咽右侧壁轻度受压，鼻咽未见占位性病变；翼内外肌显示清晰，咽旁间隙未见明显异常，喉、双侧甲状腺、颌下腺及腮腺未见明显异常；颌下、双侧颈部大血管旁见多个小淋巴结影；所见上颌窦、筛、蝶窦均未见明显异常。CT 意见：右侧颈深部肿块伴右侧颈静脉受侵犯，考虑肿瘤性病变，以淋巴结转移可能性大，颌下、双颈部大血管旁小淋巴结影。其余各项实验室检查均无异常。入院诊断：右颈深上包块待查。

入院后经体检各项辅助检查无手术禁忌症，于入院第 7 d 在全麻下行右颈侧切开包块探查 + 活检术，术中经右胸锁乳突肌前缘切开皮肤、皮下及颈阔肌，将胸锁乳突肌向后分开，暴露包块，见包块与周围血管组织粘连，不易分离，取包块活组织送冰冻病检，见包块质碎，灰白色。术中冰冻病检示：纤维结缔组织中见少数散在不典型细胞。取病理标本送常规病检后缝合伤口，回病房抗感染治疗。术后第 2 d，患者出现声嘶、呛咳，检查见无面部潮红及眼瞳孔缩小，伸舌向右侧偏斜，软腭运动无障碍，咽反射存在，右侧声带麻痹，活动度差。病理诊断为：（右侧颈部）符合神经鞘膜瘤，淋巴结反应性增生，免疫组化 s-100(++)，actin(-)。术后第 5 d 天再次在全麻下行右颈侧径路包块切除术，术中仍经胸锁乳突肌前缘切开皮肤、皮下及颈阔肌，牵开胸锁乳突肌，显露包块，见包块与周围血管组织粘连，沿其周围分离，解剖出颈内动静脉、副神经、舌下神经等，见喉返神经穿过包块中，向上追踪并保护血管和神经，沿神经分离，将包块解剖出来，大小约 3.5 cm × 3.5 cm，完整切除包块，术腔置负压引流管，依次缝合颈阔肌、皮下组织、皮肤，关闭伤口，术后抗感染治疗，声嘶、呛咳、伸舌歪斜渐好转。术后治疗 12 d，治愈出院。

颈部神经鞘膜瘤多起于感觉神经和混合神经的感觉部分，属良性肿瘤，包膜完整，手术治疗是治疗本病的唯一方法，手术有颈外侧径路及口内径路。对于肿瘤较小，明显突出咽腔者，可选择经咽进路，其缺点是手术操作术野小，操作困难，剥离盲目性大，不易保留肿瘤的完整性且易损伤血管，加之创口与口腔相通，易发生感染，并发症较多。采用颈侧切开路径，其优点为术野大，可充分暴露肿瘤；无菌条件好，术后放置负压引流管，伤口愈合好；在直视下分离，可保护颈部大血管和神经，减少出血、神经损伤及其他并发症的发生[2]。术后并发症有暂时性或永久性，前者主要是手术刺激所致，常能很快自行恢复，后者主要是损伤肿瘤起源的神经干引起相应的症状，术后多不能恢复。神经鞘膜瘤预后良好，肿瘤未摘除干净可引起复发，多次手术后复发可发生恶变，恶变率为 5.0%，术后应加强门诊随访。

作者介绍：向银洲（1971- ），男，硕士，主治医师，研究方向：头颈肿瘤基础与临床。

参 考 文 献

[1] 李玉林.病理学[M]. 第 6 版.北京：人民卫生出版社，2005.361.
[2] 崔 颖，谷京城.咽旁隙肿瘤的诊断与治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科，2006，5(13)：286.

（责任编辑：冉明会）