DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.05.034

3 病例介绍(见附表)

附表 病例介绍

序号	性别	年龄	类型	手术时间	结果
1	男	36岁	近中高位阻生	88年 6月	术牙正位成活
2	女	31岁	垂直阻生龈、瓣切失败	88年10月	术牙正位成活
3	男	32岁	近中位中度阻生	88年12月	术牙正位死髓变色
4	男	28岁	近中高位阻生	89年 2月	术牙正位死髓变色
5	男	27岁	近中高位阻生	90年 4月	术牙正位成活
6	女	25岁	近中中度阻生	90年 5月	术牙正位成活
7	男	36岁	垂直中位阻生龈瓣切除失败	90年10月	术牙正位死髓变色

4 体会

4.1 矫正术与拔牙术之比较

本矫正术针对阻生牙的成因,去除阻生力,矫正萌出方向,让其正向生长,变害为利。这是对"阻生牙必须拔除"的观点的挑战与进步。由于阻生牙种类繁多特点各异,不能以一种方法统而治之,因此矫正术有可能成为拔牙术的一种并列方法。当然,目前拔牙术仍有较多的适应征。

4.2 矫正术比瓣切除术适应征更广,效果更确定,是后者失败后的最佳选择。

4.3 阻生牙矫正术后若出现根尖炎可作口内科治疗,失败者因松动而拔牙,则拔牙难度与损伤程度均较小。

参考文献

1. 上海第二医科大学主编。口腔颌面外科学。北京:人民卫生出版社,1980:158
2. 龙文喜。下颌阻生智齿保留意义及方法。口腔医学,1985;5(3):4
3. 杜 仁 王永黉 杜 荔,等。下颌智齿形态学的观察。口腔医学,1986;6(3):149
4. 《口腔医学》编辑部(综述)。牙外科正畸术。口腔医学,1987;7(1):17

(收稿:1992-12-20;1993-06-12)

恶性肉芽肿8例误诊分析

朱 瑾 周建明 范文汉 (第三军医大学西南医院耳鼻喉科) 630038

恶性肉芽肿(Malignant Granuloma)是一种进行性肉芽增殖性溃疡性病变。其命名较混乱,我国和英、法国等曾习惯谓恶性肉芽肿;而美国常用致死性中线肉芽肿(Lethal Midline Granuloma LMG);德国文献中则习惯谓坏疽性肉芽肿(Granuloma Gangraenescens);还有其他命名,如恶性网织细胞增生症、面特发性肉芽肿、Stewart综合征等。由于本病较少见,临床症状不典型,在命名、病变性质和诊断等问题上相当混乱[1]。因此,诊断常较困难,易导致误诊。我科从1976年以来共收治了8例恶性肉芽肿患者,均有不同程度误诊。本文就这8例误诊病例报道如下。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1 临床资料分析(见附表)

附表 8例患者临床资料

例号	住院号	性别	年龄	症状	鼻咽部检查	首次入诊诊断	病理诊断	最后诊断
1	119181	女	31	左鼻塞、流粘液性涕半年 发热(38℃～39℃)3月余	左鼻腔内新生物	慢性鼻炎 (按鼻炎治疗)	恶性肉芽肿	左鼻腔恶性肉芽肿
2	105306	女	29	左鼻塞,脓涕1年,同侧鼻旁肿痛1月余,时有发热,并感全身乏力,食欲不振	左鼻腔内多量坏死痂皮 左下鼻甲前端缺损	发热待查、 贫血原因待查 (收入内科治疗)	恶性肉芽肿	左鼻腔恶性肉芽肿
3	089243	男	42	高热(39℃～40℃)3月余 咽痛10余天,鼻衄9 d	右软腭3cm×1.5cm 溃疡 溃疡右侧一增生组织	鼻衄、 恶性肉芽肿?	1.*炎性坏死组织 2.恶性肉芽肿	软腭部恶性肉芽肿
4	102253	女	22	左鼻塞5年多,加重伴体发热(39℃～40℃)3月	左鼻腔新生物, 表面附痂皮	慢性肥厚型鼻炎 (行双下鼻甲切除术)	恶性肉芽肿	左鼻腔恶性肉芽肿
5	090494	男	51	鼻塞流涕5月多,左面部肿胀麻木1月,时有发热(38℃～39℃)	左鼻腔充满坏死 肉芽状物	左泪囊炎(切开引流,抗感染)	1.坏死组织,慢性炎 2.癌疑,炎性坏死 3.恶性肉芽肿	左鼻腔恶性肉芽肿
6	177436	女	50	双鼻塞流涕伴前额胀痛1月余,咽痛半月	软腭中线位2cm×3cm 大溃疡 右鼻腔底部新生物	右鼻息肉 双慢性上颌窦炎 (手术治疗)	1.炎性坏死组织 2.炎性肉芽伴感染 3.恶性肉芽肿	鼻咽部恶性肉芽肿
7	193510	男	29	左鼻翼肿痛1月, 左面部红肿半月, 高热(39℃～40℃)10 d	左鼻前庭内肿物	左鼻前庭疖肿 面部蜂窝织炎 (抗感染治疗)	1.炎性坏死组织 2.恶性肉芽肿	左鼻腔恶性肉芽肿
8	194389	男	22	反复右鼻出血(约1000ml)4 d,高热(40℃～42℃)2 d	右鼻腔底部淡红色 新生物	鼻衄(右) 右鼻息肉? (对症处理)	1.炎性坏死组织 2.恶性肉芽肿	右鼻腔恶性肉芽肿

*示活检次数

1.1 临床表现

1.1.1 鼻咽部症状:8例患者均先后出现鼻塞、脓涕、鼻衄等鼻、咽部症状,但早期症状轻微,常常因某一突出的鼻、咽部症状就诊。如附表中例3、例8均因反复大量鼻出血就诊而误诊为单纯鼻衄,例4鼻部症状达5年之久,被误诊为慢性肥厚性鼻炎。

1.1.2 全身症状:8例中,7例出现发热,体温波动于38℃～42℃,其中例3、例4高热3月余,这常常掩盖了鼻、咽部症状,误诊为"感染性发热"。8例患者均有不同程度的贫血、衰弱无力、食欲不振等症状。例2误诊为"发热待查"、"贫血原因待查"收入内科治疗。

1.2 实验室检查

8例患者红细胞、血红蛋白均低于正常,白细胞计数除例4增高(17.0×10^9/L)外,均正常,其中3例患者副鼻窦片示:慢性上颌窦炎。

1.3 专科检查

8例患者,在病程发展末期,均发现鼻咽部新生物或溃疡。

1.4 病理改变

8例中,3例经1次活检即确诊,其余5例均多次活检方确诊。其病理改变为:(1)组织坏死;(2)坏死组织深层炎性细胞浸润;(3)大量异型网织细胞增生,核分裂较多。

2 讨论

恶性肉芽肿乃一少见的进行性坏死性溃疡。其病理检查常显示为非特异性肉芽肿性

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

病变。其局部破坏甚于恶性肿瘤，且病因不明，故临床上称之为恶性肉芽肿。此病始发于面部中线器官，尤以鼻部多发，从而损毁面容，向下累及咽喉。其预后恶劣，数月至数年内，患者多死于大出血、恶病质等全身性衰竭[2]。但随着放射治疗的发展和糖皮质激素类药物的应用，早期治疗可迅速控制症状，延缓病程的发展[3]。由于本病在前趋期和活动期，主要以鼻部、咽部局部症状为主，全身症状不明显，故掩盖了病变的危重性，在发病初期不能引起高度重视，从而导致误诊。

恶性肉芽肿在临床上主要依靠“排除法”，结合临床表现和病理改变确诊。本病组织学上主要以明显坏死和大量异型网织细胞增生为突出特征，也常见明显淋巴细胞浸润和较多浆细胞出现[4]。本病从镜象上易被误诊为炎症、硬结病、血管瘤或淋巴上皮癌。

通过本文8例病例分析，我们认为误诊原因可归纳为：

2.1 对本病认识不足

对鼻塞、鼻衄、脓涕等症状常常忽略，当检查发现上颌窦炎、鼻炎等病变时，易习惯性认为鼻咽部症状由上述疾病引起而误诊。部分患者以全身症状如发热、贫血为突出表现就诊时，非专科医师常忽略局部症状而致误诊。本文8例中，7例误诊为鼻衄、鼻炎等，1例误诊为“发热待查”而收入内科。

2.2 局部病变区活检部位不准确

由于鼻部、咽部解剖特点，取材不易，常常组织太小，病变不全仅包括表面坏死组织，因此对可疑病例，应多次多部位地、较深地取材送检，并尽可能注意活检部位的准确性。

2.3 对病理报告为“慢性炎和炎性坏死”的病例，缺乏足够警惕性

由于本病初期以多种反应性炎症病变为主，并常继发感染，肿瘤性病变与炎症性病变混杂，病理学上易误诊为炎症[4]。故需结合临床，必要时再送检。本文附表中例6，行鼻息肉摘除术和上颌窦根治术后，病理报告示：慢性炎和炎性坏死，但由于未引起重视，未再送检，以致延误诊治。

恶性肉芽肿由于上述原因易被误诊。但若临床医生对鼻咽部症状久治不愈并伴发热、全身衰竭的患者密切观察，对可疑者反复活检，依据“排除法”，结合临床检查和病理改变，将会使恶性肉芽肿的误诊率降低，从而有助于疾病的治疗和预后的判断。

关键词 Hodgkin 病；误诊

参考文献

1. 楼红基。中线恶网增生症。武汉医学杂志，1985；9(3)：211
2. 陶泽璋。中线恶性组织细胞增生症。临床耳鼻喉科杂志，1987；1(4)：219
3. 高会真 李继孝 居同姝。鼻恶性肉芽肿的治疗探讨。上海医学，1985；8(6)：340
4. 刘卫平 李甘地 徐世霖，等。中线恶性网织细胞增多症的病理形态与免疫组织化学研究。中华病理学杂志，1991；20(2)：103

(收稿：1993-03-16；修回：1993-07-20)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net