

示,腺瘤性息肉比例最高,且管状腺瘤最为常见,与于晓娜等^[9]研究结果一致。比较不同病理类型息肉上皮内瘤变的检出率发现,非腺瘤性息肉(炎性、增生性息肉)明显低于腺瘤性息肉,且绒毛状腺瘤上皮内瘤变所占比例最高,其次是管状绒毛状腺瘤和管状腺瘤。由此推断,腺瘤性息肉中绒毛含量越多,其发生癌变的风险越高。目前关于锯齿状腺瘤的癌变程度存在较大争议,有研究认为锯齿状腺瘤性息肉属于增生性息肉的范畴,癌变率较低^[17];但 Bettington 等^[18]研究证实锯齿状腺瘤对机体有一定的侵袭性,同样是 CRC 癌前病变的隐患。本研究结果显示,锯齿状腺瘤占 3.0%,且 56.3% 发生低级别上皮内瘤变。由此可见,锯齿状腺瘤同样具有癌变的可能,对机体有一定的侵袭性。

综上所述,结直肠息肉的检出率随着年龄的增长而升高,且性别分布具有差异性。息肉直径大小和绒毛含量与癌变风险具有正相关性,建议患者应尽早行结肠镜下行息肉摘除,避免癌变的发生^[19]。但本研究为单中心研究,且对患者生活习惯及家族史等方面的分析有所欠缺,亦是我们今后研究方向。

参 考 文 献

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6):394-424.
- [2] Lin JS, Piper MA, Perdue LA, et al. Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force[J]. JAMA, 2016, 315(23):2576-2594.
- [3] Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement[J]. JAMA, 2016, 315(23):2564-2575.
- [4] Doubeni CA, Corley DA, Quinn VP, et al. Effectiveness of screening

- colonoscopy in reducing the risk of death from right and left colon cancer: a large community-based study[J]. Gut, 2018, 67(2):291-298.
- [5] Dickinson BT, Kisiel J, Ahlquist DA, et al. Molecular markers for colorectal cancer screening[J]. Gut, 2015, 64(9):1485-1494.
- [6] Peng J, Xie Z, Cheng L, et al. Paired design study by real-time PCR: miR-378* and miR-145 are potent early diagnostic biomarkers of human colorectal cancer[J]. BMC Cancer, 2015, 15:158-164.
- [7] Lee JK, Jensen CD, Levin TR, et al. Long-term Risk of Colorectal Cancer and Related Deaths After a Colonoscopy With Normal Findings[J]. JAMA Intern Med, 2019, 179(2):153-160.
- [8] 王春赛尔, 李景南. 结直肠息肉发病危险因素的研究进展[J]. 临床内科杂志, 2016, 33(11):788-790.
- [9] 于晓娜, 邵顺子, 沈才飞, 等. 大肠息肉癌变相关危险因素分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(29):3866-3869.
- [10] Soderlund S, Granath F, Brostrom O, et al. Inflammatory bowel disease confers a lower risk of colorectal cancer to females than to males[J]. Gastroenterology, 2010, 138(5):1697-1703.
- [11] 于春月. 大肠息肉患者中医体质类型分布规律研究[D]. 北京中医药大学, 2016.
- [12] Long MD, Martin C, Sandler RS, et al. Reduced polyp detection as endoscopy shift progresses: experience with screening colonoscopy at a tertiary-care hospital[J]. J Clin Gastroenterol, 2011, 45(3):253-258.
- [13] East JE, Ignjatovic A, Suzuki N, et al. A randomized, controlled trial of narrow-band imaging vs high-definition white light for adenoma detection in patients at high risk of adenomas[J]. Colorectal Dis, 2012, 14(11):e771-e778.
- [14] Xue H, Lin B, Ni P, et al. Interleukin-1B and interleukin-1 RN polymorphisms and gastric carcinoma risk: a meta-analysis[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2010, 25(10):1604-1617.
- [15] 章艳斐, 楼善贤, 翟晓利. 结肠息肉的病理特点与年龄、性别关系研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(12):961-963.
- [16] 付明生, 蔡勋全, 冯洁, 等. 粪便隐血试验联合结肠镜序贯筛查社区结直肠癌的流行病学分析[J]. 胃肠病学, 2016, 21(9):542-544.
- [17] Okamoto K, Kitamura S, Kimura T, et al. Clinicopathological characteristics of serrated polyps as precursors to colorectal cancer: Current status and management[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2017, 32(2):358-367.
- [18] Bettington M, Walker N, Clouston A, et al. The serrated pathway to colorectal carcinoma: current concepts and challenges[J]. Histopathology, 2013, 62(3):367-386.
- [19] 李盈, 陈志涛, 黄元, 等. 尼龙绳套扎术联合金属夹在乙状结肠巨大带蒂息肉电切中的应用[J]. 临床内科杂志, 2020, 37(10):739-740.

(收稿日期:2020-11-27)

(本文编辑:张一冰)



[DOI]10.3969/j.issn.1001-9057.2022.02.007

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2022.02.007

· 病例报告 ·

气管内神经鞘瘤误诊为重症哮喘三例

黄晖蓉 万毅新 王虹

[关键词] 气管; 神经鞘瘤; 哮喘; 误诊

[中图分类号] R734.1

[文献标识码] B

病例1,男,51岁,回族。因“反复喘息7个月,加重3天”于2018年5月15日入院。患者7个月前无明显诱因出现喘息、胸闷,无发热、胸痛、咯血等,在外院行胸部X线检查未见异

常,诊断为“支气管哮喘”,治疗后可缓解(具体治疗过程不详),但上述症状反复,活动后明显,未规律治疗。3天前受凉后喘息加重,就诊于当地医院,给予抗炎、解痉、平喘等治疗,效果不佳,以“重症哮喘”急诊转入我科。既往身体健康,否认吸烟史。体格检查:呼吸30次/分,一般情况良好,意识清楚,端坐呼吸,唇甲轻度发绀,未触及浅表淋巴结,有明显“三凹征”。听诊喉部可闻及喘鸣音,双肺可闻及吸气相哮鸣音。心率115次/分,

基金项目:甘肃省科技计划项目(20JR5RA335)

作者单位:730030 兰州,兰州大学第二医院呼吸内科

通讯作者:万毅新, E-mail:wanyx@lzu.edu.cn

心音低钝, 心律齐, 其余未见明显异常。入院后心电图、血常规及凝血功能检查结果均正常, 动脉血气分析结果: pH 7.34, PaO₂ 68 mmHg (吸氧 6 L/min 时), PaCO₂ 50 mmHg。急诊行颈部、胸部 CT 平扫检查结果提示声门下气管左后壁可见大小约 0.5 cm × 0.7 cm × 1.0 cm 的肿物突入腔内, 管腔阻塞约 75% (图 1A)。给予心电监护, 表面麻醉联合静脉麻醉在喉罩辅助通气下行气管镜检查, 镜下见声门下约 0.5 cm 处一类圆形肿物几乎完全阻塞管腔, 肿物包膜完整, 基底位于气管膜部, 镜身不能通过 (图 2B)。活检钳探查该肿物质韧, 触之不易出血, 活检数块组织送检。因肿物紧邻声门, 其远端情况及瘤体的整体情况不明, 为避免损伤声门及引起窒息, 采用高频电凝在新生物表面作点状电凝治疗 (功率 35 ~ 40 W), 出血较少, 烧灼治疗后管腔明显通畅 (图 1C)。病理检查结果显示瘤细胞长梭形, 分布疏密不均, 部分区域呈栅栏状排列; 免疫组织化学染色检查结果: s-100 (++)、Desmin (-)、CD117 (-)、Ki-67 约 5%, 病理诊断为神经鞘瘤。

病例 2, 女, 46 岁, 汉族。因“间断咳嗽伴气短、喘息半年, 加重 1 周”以“哮喘急性发作”于 2019 年 6 月 18 日由外院转入我科。患者入院半年前无明显诱因出现刺激性干咳, 伴活动后气短、喘息, 休息后可缓解, 因其母亲患有哮喘, 故患者未就诊自行在家中服用药物治疗。入院前 1 周患者受凉后咳嗽、喘息症状加重, 静息时亦感憋喘, 无咯血、发热、消瘦等, 吸入万托林、口服泼尼松 30 mg/d 治疗 1 周, 效果不佳, 遂就诊于当地医院行床旁胸部 X 线检查示双肺纹理增粗紊乱, 诊断为“哮喘急性发作”, 治疗 1 天后症状无缓解转入我科。体格检查: 呼吸 28 次/分, 意识清楚, 高枕卧位, 未触及浅表淋巴结, 吸气相延长, 三凹征阳性, 双肺呼吸音粗, 可闻及双向哮鸣音。心率 96 次/分, 律齐, 心脏各瓣膜听诊区闻及杂音。腹部体格检查未见异常, 双下肢无水肿。辅助检查: 血常规: WBC 计数 $12.0 \times 10^9/L$ ($4.0 \sim 10.0 \times 10^9/L$, 括号内为正常参考值范围, 以下相同), Hb 122 g/L ($110 \sim 160$ g/L), 中性粒细胞百分比 (NE) 85% ($50\% \sim 70\%$)。动脉血气分析: pH 7.45, PaO₂ 60 mmHg, PaCO₂ 33 mmHg。胸部 CT 检查结果结果: 平胸 2、3 椎体平面气管内见结节状组织密度影, 大小约 0.8 cm × 1.1 cm × 0.9 cm (图 2A)。气管镜检查结果: 声门下约 4 cm 气管中段可见带蒂哑铃形肿物阻塞管腔 5/6, 肿物表面光滑, 基底位于气管 3 点钟方向 (图 2B)。圈套器分次套扎切除肿物, 基底部长约 2 cm, 以高频电凝治疗 (图 2C)。气管肿物病理检查结果示神经鞘瘤, 免疫组化染色 s-100 (++)、CD117 (-)、Ki-67 < 1%。

病例 3, 女, 23 岁, 汉族。因“活动后气促 1 年, 加重 2 周”以“重症哮喘”于 2013 年 7 月 25 日收住我科。患者 1 年前无明显诱因出现活动后气促, 于爬山及上楼梯时明显, 休息后可缓解, 无咳嗽、咯血、夜间阵发性呼吸困难, 未重视。后气短症状加重, 就诊于当地乡卫生院考虑“支气管哮喘”, 未规范治疗。2 周前患者受凉后气短加重, 咳大量黄脓痰, 伴发热、喘息, 至当地医院就诊行胸部 X 线片示肺部感染 (具体不详), 给予抗生素、支气管扩张剂、糖皮质激素治疗, 症状未见好转, 以“重症哮喘、肺炎”转诊我科。体格检查: 呼吸 30 次/分, 意识清楚, 浅表淋巴结未触及, 三凹征阳性, 双肺可闻及吸气相哮鸣音, 右下肺

可闻及湿啰音。心率 102 次/分, 律齐, 心脏各瓣膜听诊区闻及杂音。实验室检查: 血常规: WBC 计数 $16.0 \times 10^9/L$, Hb 116 g/L, NE 87%。动脉血气分析结果: pH 7.51, PaO₂ 53 mmHg, PaCO₂ 32 mmHg。急诊胸部 CT 检查结果: 气管上段可见结节状组织密度影, 大小约 1.0 cm × 1.9 cm × 1.5 cm (图 3A)。气管镜检查检查: 声门下约 1 cm 气管内可见一球状肿物几乎阻塞管腔, 肿物表面光滑, 基底位于气管 5 点钟方向 (图 3B)。圈套器分次套扎切除肿物, 管腔通畅 (图 3C)。气管切除肿物病理检查结果提示神经鞘瘤, 免疫组织化学结果 s-100 (++)。

讨论

神经鞘瘤起源于胚胎期神经嵴来源的神经膜细胞, 发病率低, 发生于气道者较为罕见^[1]。1951 年 Straus 等^[2]首次报道气管内神经鞘瘤, 其为良性肿瘤, 常位于气管下 1/3 段隆突附近, 其次是上 1/3 段和中 1/3 段^[3-5]。本组资料中两例患者瘤体位于声门下气管上段, 1 例发生于气管中段, 病变部位少见、位置隐匿易漏诊。气管内神经鞘瘤好发于青壮年, 临床表现无特异性。早期因瘤组织较小, 生长缓慢, 常表现为刺激性干咳, 症状迁延数月甚至数年。随着瘤体长大患者才逐渐出现喘息气促、呼吸困难等症状, 此时 30% ~ 75% 的患者胸部 X 线片尤其胸部正位 X 线片因纵隔内软组织掩盖肿瘤可无明显异常表现^[6], 并且早期给予糖皮质激素及支气管扩张剂治疗可一过性缓解症状, 故极易误诊为哮喘, 从而延误诊治。本组 3 例患者在当地医院均被误诊为“哮喘”, 最终以“重症哮喘”转入我院。

胸部 CT、三维重建检查对发现气管肿瘤、评估肿块部位、大小、气道阻塞程度及是否累及纵隔等具有重要价值^[7]。行胸部 CT 检查时应扩大检查范围至颈根部甚至加做颈部 CT 避免遗漏气管上段病变。神经鞘瘤 CT 检查结果表现复杂多样, 发生于气管的神经鞘瘤易被误诊为气管内其他良性肿瘤^[8]。肺功能检查对气管内神经鞘瘤的病变部位诊断有一定提示作用, 流速-容量曲线出现特征性变化, 尤其是 50% 肺活量位时呼气流量与吸气流量之比 ($FEF_{50\%}/FIF_{50\%}$) 是判断不同部位和类型上气道阻塞的方法^[9]。本组 3 例患者在外院均诊断为哮喘, 但未行肺功能检查, 转入我科后因病情危重无法耐受肺功能检查。

气管镜是诊断气管内神经鞘瘤最有效的方法^[10]。确诊神经鞘瘤最终需行组织病理学检查。通常由于瘤体质地较韧, 如活检较浅, 显微镜下可能仅表现为黏膜的慢性炎症, 因此活检时要有足够深度, 必要时配合高频电切除部分组织送检病理。良性神经鞘瘤病理检查结果常表现为有完整包膜, 内部结构排列有序、细胞丰富的束状区和疏松粘液样的网状区, 瘤细胞在免疫表型和超微结构上具有雪旺细胞的形态特征。免疫组织化学染色结果显示 s-100 (++) 有确诊价值^[11]。

气管内神经鞘瘤目前的治疗方法包括外科手术切除联合气道重建及气管镜介入切除两种^[12]。外科手术风险高、术后气道重建部位可能形成瘢痕狭窄。近几年来随着呼吸介入治疗技术的快速发展, 气管镜下腔内良性肿瘤摘除术已基本取代传统外科手术, 气管镜下圈套器切割配合冷冻、高频电凝消融或激光操作简便、起效快、费用低、术后并发症少^[3,13]。高频电是一种安全的气道腔内治疗方法。本组 3 例患者均选择气管镜介入治疗, 病例 1 因瘤体位置高紧邻声门, 为避免损伤声门或切

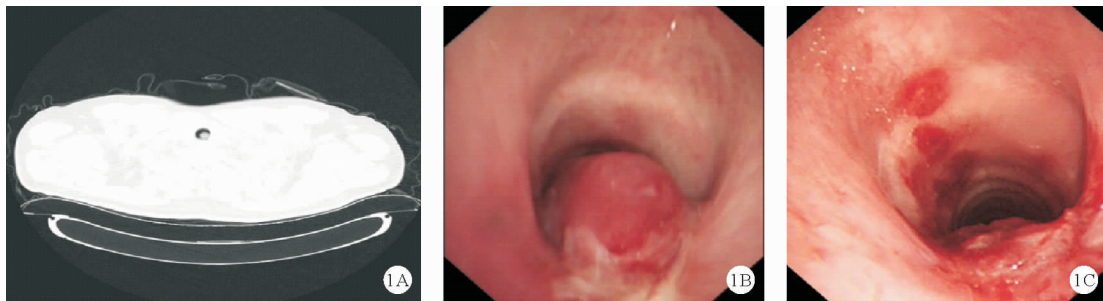


图 1 病例 1 检查结果(A:胸部 CT 检查结果;B:气管镜检查结果;C:经高频电凝治疗后气管腔明显通畅)

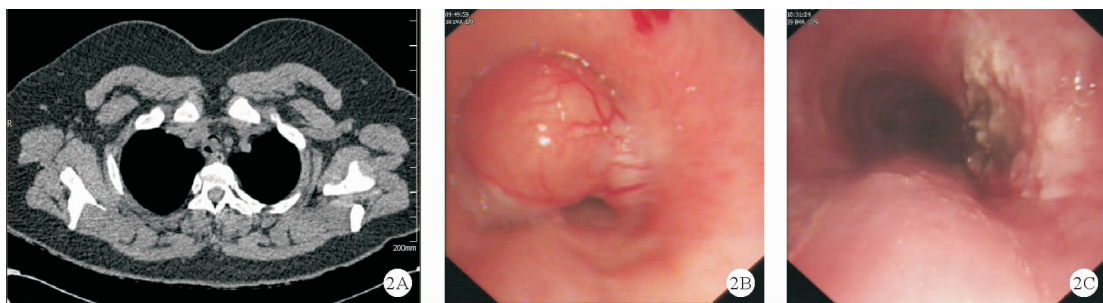


图 2 病例 2 检查结果(A:胸部 CT 检查结果;B:气管镜检查结果;C:经圈套器分次切除气管肿物后气管腔通畅)

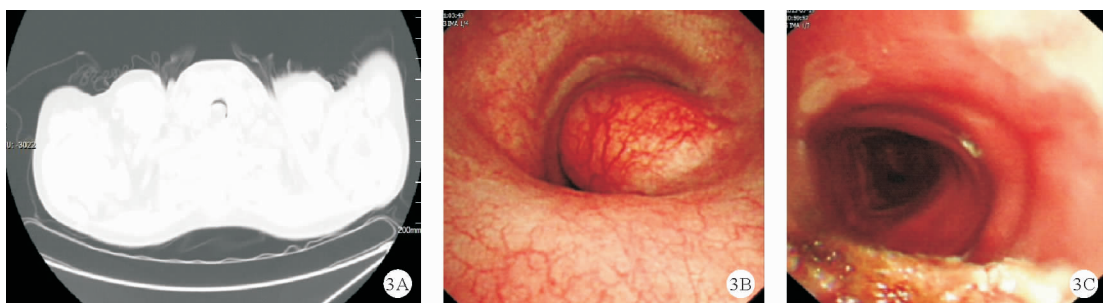


图 3 病例 3 检查结果(A:胸部 CT 检查结果;B:气管镜检查结果;C:经圈套器套扎及高频电凝反复治疗后气管腔通畅)

除瘤体过大引起窒息可能,故采用高频电凝治疗。另两例患者瘤体位置距离声门较远,均采用高频电圈套器切除肿瘤,术中操作顺利,术后患者症状完全缓解,恢复迅速,无明显并发症。

气管内神经鞘瘤是一种较为罕见的原发性良性气管肿瘤,由于临床表现缺乏特异性,胸部 X 线检查难以早期发现,易误诊。对于反复“哮喘样”发作的患者,如果规范治疗无效,应尽早行胸部 CT 和气管镜检查以明确诊断。

参 考 文 献

- [1] Kang HJ, Shin SJ, Kang ES. Schwannomas of the upper extremity[J]. J Hand Surg Br, 2000, 25(6): 604-607.
- [2] Straus GD, Guckien JL. Schwannomas of the tracheobronchial tree: a case report[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1951, 60(1): 242-246.
- [3] Sharma PV, Jobanputra YB, Perdomo Miquel T, et al. Primary intratracheal schwannoma resected during bronchoscopy using argon plasma coagulation [J]. BMJ Case Rep, 2018, 2018: bcr2018225140.
- [4] Ge X, Han F, Guan W, et al. Optimal treatment for primary benign intratracheal schwannoma: A case report and review of the literature [J]. Oncology Lett, 2015, 10(4): 2273-2276.
- [5] 妥亚军, 赵华, 高红岭, 等. 经气管镜高频电凝圈套治疗气管中段神经鞘瘤 1 例[J]. 中国内镜杂志, 2016, 22(8): 108-110.
- [6] Meyers BF, Mathisen DJ. Management of tracheal neoplasms [J]. Oncologist, 1997, 2(4): 245-253.
- [7] 顾梁瑞, 徐霖, 陈文. 气管内原发性神经鞘瘤 CT 表现一例[J]. 影响诊断与介入放射学, 2019, 28(4): 293-294.
- [8] 陈敏, 宋凌颢, 蒋涛, 等. 气管支气管原发良性肿瘤的临床及 CT 影像分析[J]. 中国医学科学院学报, 2019, 41(2): 143-148.
- [9] 陆慰萱. 呼吸系疾病诊断与诊断评析[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004. 96-97.
- [10] Han DP, Xiang J, Ye ZQ, et al. Primary tracheal schwannoma treated by surgical resection: a case report[J]. J Thorac Dis, 2017, 9(3): E249-E252.
- [11] 曲丽梅, 马小波, 腾永亮. 气管内神经鞘瘤 1 例[J]. 临床与实验病理学杂志, 2013, 29(2): 228-229.
- [12] Hamouri S. Primary tracheal schwannoma a review of a rare entity: current understanding of management and followup[J]. J Cardiothorac Surg, 2017, 12(1): 105-109.
- [13] 谷彬, 王东海. CO₂ 激光治疗声门下神经鞘瘤 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 30(6): 502-503.

(收稿日期: 2020-11-10)

(本文编辑: 周三凤)