

龄、慢性基础疾病、长期吸烟等综合因素所致。辅助检查方面, 3 例患者血浆 D-二聚体均增高, 病例 2、3 出现 I 型呼吸衰竭并低碳酸血症, 病例 2 年轻患者仅合并低碳酸血症, 考虑与其基础肺功能有关。病例 1、3 患者心脏 B 超均有右心室增大、肺动脉高压、三尖瓣反流等表现, 符合大面积栓塞后发生急性右心衰竭表现。

总结 3 例患者临床误诊原因主要为: (1) 肺栓塞临床症状、体征无特异性, 以晕厥为首发症状较少见, 易误诊为心脏病或神经系统疾病; (2) 临床医师忽视患者胸闷、气促症状, 或考虑患者胸闷、气促症状为原有疾病所致; (3) 3 例肺栓塞患者无长期卧床、骨折、手术、双下肢静脉血栓等常见危险因素, 患者的危险因素较隐匿, 易将肺栓塞排除^[7]。肺栓塞所致晕厥多合并呼吸困难、胸痛、咯血、下肢静脉血栓等表现; 神经系统所致晕厥多与体位变化有关, 可合并恶心、呕吐; 心源性晕厥多合并心律失常、心功能不全等表现, 故有文献考虑由此可与神经系统和心源性系统所致晕厥相鉴别^[8]。结合本文考虑晕厥患者合并以下几点需警惕肺栓塞的存在: (1) 合并呼吸困难, 且不能用左心功能不全解释; (2) 合并低氧血症和(或)低碳酸血症; (3) 血浆 D-二聚体增高, 或动态监测持续增高, 部分患者肌钙蛋白增高^[9]; (4) 心脏 B 超提示右心室增大或肺动脉高压等改变; 影像学表现右心室增大, 右下肺动脉增宽, 用原发病无法解释; (5) 使用改善心肌供血、脑供血药物后仍反复出现晕厥; (6) 原有心脏或肺部疾患症状加重, 但无相应体征支持, 需警惕肺栓塞的可能性。

既往研究显示, 不能被早期诊断的肺栓塞或发生较大面积的肺栓塞对患者都可能是致命性的^[10-11]。肺栓塞合并晕厥往往提示预后不良, 有晕厥症状的肺栓塞病死率高达 40%, 其中部分患者可猝死。但需要指出经过治疗的肺栓塞患者病死率仅 2%~8%^[12-13], 且对临床疑诊患者及早使用抗凝剂, 可降低患者病死率, 而不经治疗的肺栓塞患者病死率高达 25%~30%。本文 3 例患者经规范抗凝治疗后, 症状均好转出院, 且定期随诊病情平稳。在临床工作中应加强对肺栓塞合并晕厥患者的鉴别, 以减少误诊率, 病死率。

参考文献

[1] Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Preven-

tion, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer[J]. Eur Heart J, 2009, 30(19): 2631-2671.

- [2] 狄群, 郭妍, 老年晕厥[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 7(2): 494-497.
- [3] 刘又宁. 实用临床呼吸病学[M]. 上海: 科学技术文献出版社, 2007: 431.
- [4] 萧柏嵩. 呼吸内科学-高级医师案头丛书[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000: 5
- [5] Garcia-Cixera R. 晕厥临床案例解析[M]. 王吉云, 马志敏译. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 310.
- [6] 张伟萍. 以晕厥为首发症状的肺栓塞 19 例临床分析[J]. 浙江实用医学 2013, 5(18): 331-332.
- [7] 林东恒, 黄建龙, 张志扬, 等. 以晕厥为首发症状的老年人肺栓塞漏诊分析[J]. 中国临床新医学 2014, 7(3): 246-247.
- [8] 邝红萍, 勒建军, 周安燕, 等. 以晕厥为首发表现得肺血栓栓塞症 16 例临床分析[J]. 郑州大学学报(医学版), 2014, 49(5): 757-758.
- [9] 陶英, 张京梅, 李志忠, 等. 血浆肌钙蛋白 I 对急性肺栓塞预后的评估[J]. 北京医学, 2006, 28(6): 343-346.
- [10] Gladish GW, Choe DH, Marom EM, et al. Incidental pulmonary emboli in oncology patients: prevalence, CT evaluation, and natural history[J]. Radiology, 2006, 240(1): 246-255.
- [11] O'Connell C, Razavi P, Ghalichi M, et al. Unsuspected pulmonary emboli adversely impact survival in patients with cancer undergoing routine staging MDCT scanning [J]. J Thromb Haemost, 2011, 9(2): 305-311.
- [12] 高静珍, 何静春. 急性肺栓塞的临床特点与早期诊断[J]. 中国综合临床, 2009, 25(9): 959-960.
- [13] 狄鸿胜, 刘淑芹. 急性肺栓塞的临床特点与早期预防性诊断[J]. 吉林医学, 2011, 33(14): 2999-3000.

(收稿日期: 2015-09-04 修回日期: 2015-09-31)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.01.052

鼻腔原发性软骨肉瘤 1 例

杨玲, 赵云飞, 刘智, 梁海桥

(遂宁市中心医院病理科, 四川遂宁 629000)

[中图分类号] R739.62

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)01-0143-02

软骨肉瘤是起源于软骨细胞或间叶组织的一种少见软组织恶性肿瘤, 生长缓慢, 多发生于长骨、骨盆及肋骨, 原发于鼻腔、鼻窦的软骨肉瘤极少见, 约占全身软骨肉瘤的 1%^[1], 现报道 1 例鼻腔原发性软骨肉瘤如下。

1 临床资料

患者, 女, 72 岁, 因鼻塞伴头昏 5 个月于 2013 年 12 月 24

日入院。入院前 5 个月, 无明显诱因出现鼻塞, 间隙性, 伴有头昏, 无头痛, 嗅觉明显减退, 偶有流脓涕, 鼻涕中带血, 无发热, 自行院外药物治疗, 效果欠佳, 鼻塞症状逐渐加重。查体: 外鼻无畸形, 鼻腔黏膜充血水肿, 鼻中隔无向右侧偏曲, 双侧鼻腔见少量脓性分泌物, 双侧下鼻甲不大, 黏膜表面光滑, 左侧鼻腔见新生物, 来源不清, 表面光滑, 按压弹性尚可, 无疼痛, 无出血,

鼻咽部窥视不清。副鼻窦 CT 示(图 1): 双侧筛窦后组及鼻腔后份混杂密度影, 大小 $5.6 \text{ cm} \times 4.7 \text{ cm} \times 4.6 \text{ cm}$, 呈膨胀性生长, 部分骨质吸收, 病变边缘部分骨有溶骨性破坏, 可见肿瘤骨形成, 病变内可见斑片状及点状钙化, 邻近鼻腔受压, 双侧上颌窦黏膜增厚, 鼻中隔增厚, 骨质反应性增生。鼻咽部 CT 平扫未见明显异常。临床诊断: 慢性鼻-鼻窦炎, 左侧鼻腔新生物: 囊肿? 出血坏死性息肉? 全身麻醉下经鼻内镜联合柯-陆氏径路行左侧上颌窦开放病变清除+鼻腔肿物切除+双侧筛窦、蝶窦开放病变清除术。术中见双侧鼻腔内肿物生长, 侵及鼻中隔中、后方黏膜及骨质, 左侧上颌窦、双侧筛窦、蝶窦内见脓性分泌物, 未见确切肿物侵及, 鼻咽部未见新生物。予以彻底清除鼻腔肿物及中、后份鼻中隔肿物。术后送病理检查。

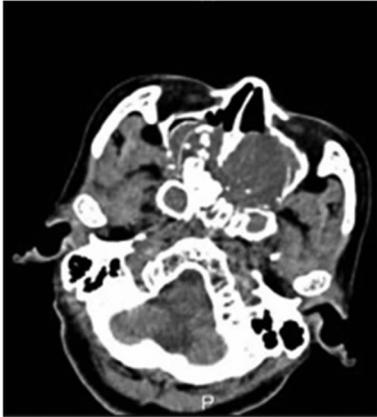


图 1 CT 图像

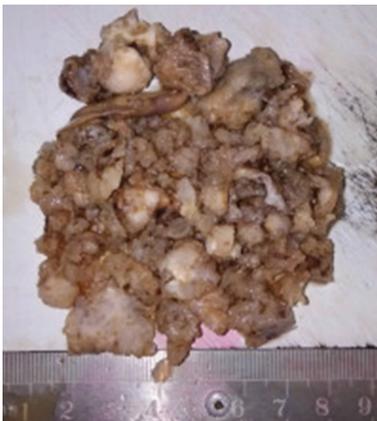


图 2 肿瘤肉眼观呈黏液样及胶冻状

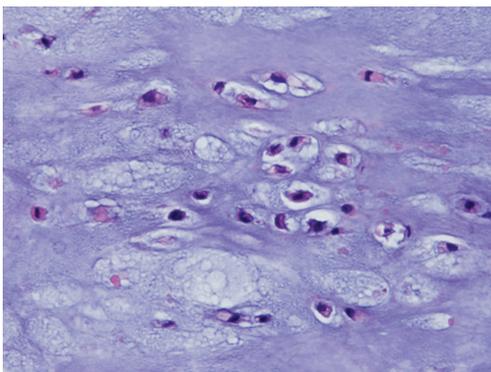


图 3 病理组织学(HE×200)

病理肉眼观(图 2): 灰白色碎块状组织, $8.0 \text{ cm} \times 6.0 \text{ cm} \times 2.0 \text{ cm}$, 切面砂砾感、胶冻状, 灰白、灰黄, 质细、脆, 部分区域呈黏液样, 可见少量骨。镜检(图 3): 肿瘤呈分叶状生长,

由透明软骨细胞样细胞组成, 肿瘤细胞成簇状稀疏分布, 呈圆形、星形、多边形。部分肿瘤细胞核大、深染、异型性明显, 核浆比增大, 核呈短杆状、肾形、多形性, 居陷窝中, 可见少量双核及三核细胞, 未见核分裂象, 可见嗜酸性核仁, 肿瘤细胞间有大量软骨样基质, 部分区域可见分化较成熟的软骨组织, 部分区域可见少量血管。免疫组化检测: 肿瘤细胞 S-100(+++), 见图 4、Vimentin(灶+)、P16(灶+), CD99、CD34、CD68、P-CK、LCA、HMB45、Desmin 均(-)。病理诊断为(鼻腔)高分化软骨肉瘤(I 级)。

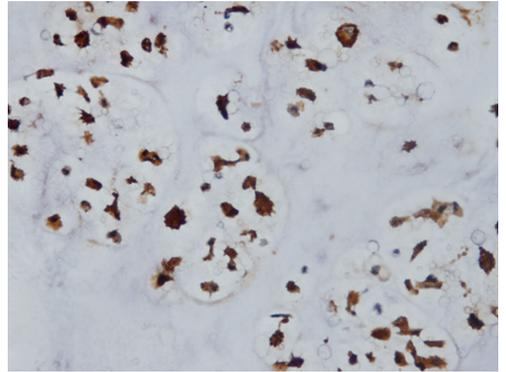


图 4 肿瘤细胞 S-100 强阳性(Envision 法×200)

2 讨 论

软骨肉瘤多发生于 20~60 岁, 刘华蔚^[2]等报道的一组 16 例头颈部软骨肉瘤发生者最大年龄为 68 岁, 鼻腔软骨肉瘤发生于 70 岁以上者尚未见报道, 通常男多于女。该病病因不明, 较多学者认为可能来源于异位的软骨胚芽或软骨性头颅原基的残余, 亦可能与创伤、发育缺陷、慢性炎症、佝偻病等有关^[3]。早期症状多不明显, 可有鼻塞、头痛、流涕、鼻变形及无明显诱因反复鼻出血等, 生长方式多为直接蔓延, 转移较晚出现, 多转移至肺, 但其致死性多为颅内侵犯而非转移^[4]。CT、MRI 的运用对鼻腔鼻窦软骨肉瘤的诊断及判断病变范围有很大的帮助。本病主要需与混合瘤、成软骨型骨肉瘤、间叶性软骨肉瘤、癌、嗅神经母细胞瘤、鼻腔原发性淋巴瘤、胚胎型横纹肌肉瘤及恶性黑色素瘤等鉴别。由于鼻腔鼻窦病变部位深在, 周围解剖结构复杂, 早期难以发现, 手术又不易彻底切除, 导致头颈部软骨肉瘤局部复发率高达 85%^[4]。故早期诊断并尽早行根治性手术是提高鼻腔鼻窦软骨肉瘤疗效的重要方法。本病对放、化疗均不敏感, 但可作为手术的辅助治疗。有学者认为, 软骨肉瘤 I、II、III 级的 5 年存活率分别为 90%、81%、43%^[1]。患者的预后主要取决于肿瘤部位与范围、手术切除范围、肿瘤组织学分级^[4]及是否复发。本例术后随访 15 个月, 尚未见复发, 仍在随访中。

参考文献

- [1] 杨洁清, 周秀荣. 鼻窦原发性软骨肉瘤 1 例[J]. 临床耳鼻喉喉杂志, 2006, 20(13): 610.
- [2] 刘华蔚, 温伟生, 杨舸, 等. 头颈部软骨肉瘤 16 例临床分析[J]. 北京口腔医学, 2010, 18(6): 335-337.
- [3] 丁俊杰, 冯云海. 蝶窦软骨肉瘤 1 例[J]. 头颈部罕见疾病, 2006, 13(6): 40.
- [4] 王轶, 师秀珍, 曹克利, 等. 鼻腔鼻窦软骨肉瘤[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 1998, 3(5): 187-188, 179.