

# 1 例支气管神经纤维瘤临床病理分析并文献复习

肖海<sup>1</sup>, 王蓉<sup>2</sup>, 温庭宇<sup>3</sup>

(1. 赣南医学院第一附属医院病理科/病理学教研室, 江西赣南 341000; 2. 赣南医学院信息工程学院, 江西赣南 341000; 3. 赣南医学院基础医学院, 江西赣州 341000)

[中图分类号] R734.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)14-2012-02

原发于支气管的神经纤维瘤罕见,为提高对支气管神经纤维瘤的认识,本文报道 1 例支气管神经纤维瘤,结合相关文献对其临床病理学特征、免疫表型特点、鉴别诊断及治疗与预后进行分析。

## 1 临床资料

患者,男,67 岁,因反复咳嗽、咳痰 1 年,加重 1 d 于 2015 年 12 月 1 日入院。患者曾多次在当地医院治疗,诊断为“肺部感染”,予以抗感染治疗后症状缓解,但易反复。1 d 前出现咳嗽、咳痰症状加重,稍感胸闷。实验室检查未见异常。肺功能检查示:轻度肺通气功能障碍,支气管舒张试验(-),残气量正常,弥散功能正常。CT 扫描提示:两肺上叶、左肺下叶条索状、稍高密度影,双肺各叶、段支气管通畅。纵隔未见明显肿大淋巴结。左右胸腔未见积液。电子支气管镜检查示:左侧上、下叶支气管分叉处见一息肉样肿物,表面黏膜充血,无糜烂,其余支气管管腔通畅,黏膜光滑(图 1A)。在电子支气管镜下行

肿物切除术。术后病理检查:肉眼观,灰白色肿物 1 个,大小 1.0 cm × 0.8 cm × 0.8 cm,切面灰白,质韧。苏木精-伊红(HE)染色镜下观察,肿瘤境界尚清楚,无明显包膜,部分区域呈浸润性生长,瘤细胞纤细、长梭形,呈波浪状排列,细胞核两端尖(图 1B、C),间质疏松,伴黏液变性,周围见有少量淋巴细胞浸润。免疫组织化学采用 Envision 法,结果:肿瘤细胞 S100 蛋白(S-100)(+)(图 1D)、波形蛋白(Vim)(+)、肌动蛋白(Actin)(-)、平滑肌肌动蛋白(SMA)(-)、肌特异性肌动蛋白(MSA)(-)、B 细胞淋巴瘤/白血病基因 2(Bcl-2)(-)、结蛋白(Desmin)(-)、神经特异性烯醇化酶(NSE)(-)、细胞角蛋白(CK)(-)、白细胞分化抗原 34(CD34)(-)、CD117 蛋白(CD117)(-)、DOG-1(-),Ki-67 抗原阳性指数约 1%。病理诊断:左肺上下叶支气管分叉处神经纤维瘤。患者术后恢复良好,随访至今未见复发。

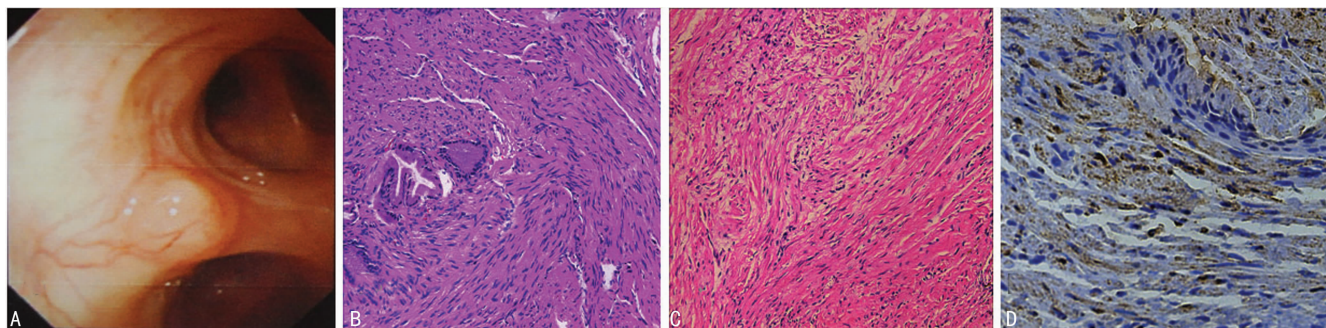


图 1 电子支气管镜图(A)和组织病理图(B、C、D)

## 2 讨论

**2.1 临床特征** 神经纤维瘤是一种由神经鞘细胞和纤维母细胞为主要成分的良性肿瘤,由 Verocay 于 1908 年首先报道,该病任何年龄均可发病,无明显的性别差异,可发生于神经末梢或沿神经干走行的部位<sup>[1]</sup>。神经纤维瘤好发于皮肤及皮下组织,四肢躯干多见,其次为头颈部,发生于内脏器官的神经纤维瘤较少见,原发于肺、支气管的神经纤维瘤较罕见。神经纤维瘤可单发,也可以作为 I 型神经纤维瘤病(neurofibromatosis type 1, NF1)的一部分。神经纤维瘤在临床上多生长缓慢,表现为局限性结节状生长,甚至呈侵袭性生长。肺和支气管的神经纤维瘤病因不明,一般认为是支气管的植物神经纤维发生,但常不能找到其发源的神经。气管、支气管神经纤维瘤早期临

床症状缺乏特异性,常易误诊为哮喘、慢性支气管炎、肺炎等。当肿瘤体积大阻塞管腔,或发生于直径较小的支气管时才会出现呼吸困难、咳嗽、咳痰及反复肺部感染等症状<sup>[2]</sup>。X 射线检查一般不容易发现。CT 检查敏感性较高,但肿块太小时仍有部分病例会被漏诊。支气管镜检查可清楚地观察到肿瘤的部位、大小、形态和肿瘤表面情况等,可以取活检以明确肿瘤的性质,部分体积较小的肿瘤可行内镜下摘除<sup>[3]</sup>。本例患者肿瘤位于支气管,肿瘤体积较小,CT 检查未见明显异常,电子支气管镜检查表现为息肉状肿物,患者气道堵塞症状不明显,表现为反复咳嗽、咳痰等肺部感染的症状。

**2.2 病理学特征** 发生于支气管的神经纤维瘤与发生于其他部位的神经纤维瘤形态学上一致。大体上,神经纤维瘤多呈结

节状或息肉状,境界清楚,无包膜,部分肿瘤境界不清楚,呈浸润性生长,瘤体表面、切面灰白色,质实、质韧或较硬,可见漩涡状纤维,也可呈胶冻状,肿瘤大者易发生出血、囊性变。镜下观,肿瘤组织主要由施万细胞和纤维母细胞组成,肿瘤细胞排列呈束状或波浪状,间质常见黏液变性。肿瘤细胞呈梭形,纤细,细胞核两端尖,有时肿瘤细胞间可见多少不等的胶原纤维。免疫表型:肿瘤细胞表达 Vim、S-100、NSE 等标记物,SMA、MSA、Desmin、Bcl-2、CD34 等阴性。

**2.3 鉴别诊断** 支气管神经纤维瘤少见,在临床和病理学上主要应与以下肿瘤相鉴别:(1)神经鞘瘤:神经鞘瘤和神经纤维瘤均起源于神经鞘细胞,两者细胞构成和组织学形态不同,前者以施万细胞为主,后者以施万细胞和神经母细胞为主要成分<sup>[4]</sup>。神经鞘瘤包膜完整,镜下由细胞丰富的 Antoni A 区和细胞排列稀疏的 Antoni B 区构成,密集区肿瘤细胞排列呈栅栏状、漩涡状或编织状,细胞核呈梭形、卵圆形。稀疏区肿瘤细胞呈星状或梭形,疏松排列,间质水肿或黏液变性。肿瘤组织内常见厚壁血管和淋巴细胞浸润<sup>[5]</sup>。(2)错构瘤:错构瘤并非真性肿瘤,早期生长缓慢,患者症状不明显,随着病变体积增大,患者可出现咳嗽、咯血、呼吸困难等症状。CT 上大部分呈结节状软组织密度影,部分病灶内可见钙化或脂肪成分,具有诊断意义<sup>[6]</sup>。组织学上表现为由分化成熟的软骨、脂肪、平滑肌、纤毛上皮、腺体、纤维结缔组织等成分构成的瘤样增生。(3)平滑肌瘤:支气管平滑肌瘤来源于支气管软骨环之间的平滑肌细胞。临床表现主要为咳嗽、咳痰、喘息等症状。支气管平滑肌瘤大体上常表现为息肉状肿物,境界清楚,表面光滑,生长缓慢,质硬,切面呈灰白或灰红色<sup>[7]</sup>。平滑肌瘤肿瘤细胞呈束状、漩涡状排列,细胞核椭圆形,两端圆钝,无核分裂象。肿瘤细胞表达 SMA、Desmin 等肌源性标记,不表达 S-100、NSE 等标记物可与之鉴别。

**2.4 治疗与预后** 内镜下摘除和手术切除是神经纤维瘤的主要治疗方法。彻底切除肿瘤是获得局部治愈的关键。由于神经纤维瘤多沿神经干生长,手术后相应神经功能会受到不同程

度的影响,手术应尽量减小对神经功能的影响。体积较小的神经纤维瘤可随访观察。当肿瘤发生在特殊部位压迫周围组织或影响器官功能时,应积极采取手术治疗。放、化疗对神经纤维瘤疗效不明显,且可增加神经纤维瘤恶变的概率。神经纤维瘤虽为良性肿瘤,多数生长缓慢,预后良好,但部分肿瘤呈浸润性生长,手术无法彻底切除,容易复发<sup>[8]</sup>。因此,术后密切随访也是必要的。

#### 参考文献

- [1] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2000:575.
- [2] Guler AK, Gunaldi O, Alis H, et al. Cervical segment nervus vagus neurofibroma with associated neurofibromatosis type 1: a case report[J]. Minim Invasive Neurosurg, 2009, 52(5/6):245-249.
- [3] 杨雪梅,陈伶俐,李凤朝.原发性气管主支气管肿瘤及瘤样病变 31 例分析[J].南通大学学报(医学版),2012,32(4):266-269.
- [4] 张宇虹,褚海波,王敏,等.孤立性颈迷走神经纤维瘤一例[J/CD].中华临床医师杂志(电子版),2012,6(7):1968-1969.
- [5] 肖海,王蓉.食管及支气管旁多发性神经纤维瘤 1 例[J].广东医学,2013,34(15):2436.
- [6] 杨立云,刘文建.支气管内型肺错构瘤 1 例并文献复习[J].临床肺科杂志,2013,18(12):2323-2324.
- [7] 刘庚华,肖海.支气管原发性平滑肌瘤 1 例临床观察[J].赣南医学院学报,2012,32(6):916-918.
- [8] 刁向宇,刘文胜,张彬,等.46 例头颈部神经纤维瘤的临床分析[J].中华肿瘤杂志,2015,37(7):526-529.

(收稿日期:2017-01-11 修回日期:2017-02-12)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.14.051

## 2 例自制药酒中毒患者救治经验总结\*

陈加飞<sup>1</sup>,杨华芳<sup>1△</sup>,熊拥军<sup>1</sup>,廖祖松<sup>1</sup>,谢 炜<sup>2</sup>

(1.重庆市巴南区人民医院药剂科 401320;2.重庆市人民医院中山院区普外科 400013)

[中图分类号] R96

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)14-2013-03

中药药酒在我国已传承数千年,《素问》记载:“上古圣人作汤液醪醴”。“醪醴”是甘浊的酒,亦泛指酒类,古人用以防病治病。中药药酒的临床应用一直是中医药研究的热点,在防治疾病、强身健体、延年益寿等方面发挥着独特的作用<sup>[1]</sup>。然而,由于普通民众缺乏相关的中医药知识,经常滥用一些“秘方”自制药酒,临床药酒中毒病例屡屡发生。因药酒成分多变复杂,临

床表现多样,常常容易误诊。中药师对中药性状及疗效作用等方面有比较清晰明确的认识,可运用中药相关知识鉴别出药酒的主要成分,会同临床医生制订精准的给药治疗方案,对患者进行细致的用药教育等。因此,中药师在促进此类患者病情的转归过程中具有不可替代的作用<sup>[2]</sup>。现将本院两例中药师介入治疗的病例总结如下。

\* 基金项目:重庆市医学科研计划项目(2013-2-116)。 作者简介:陈加飞(1982-),主管药师,硕士,主要从事药理学方面研究。

△ 通信作者,E-mail:349794643@qq.com。