

仅表现为疲劳或便秘。如果短期内血清钙急剧上升可引起多脏器多系统症状,如意识不清、麻木、嗜睡、精神改变等神经精神症状;恶心、呕吐等胃肠道症状;肌肉无力、心律失常等肌肉骨骼症状及心血管症状;还可导致多尿、烦渴;严重的高钙血症可引起意识不清、昏迷等^[10]。该患儿有乏力、四肢无力、烦渴等高钙血症的表现,与文献报道相符。

2.4 误诊原因分析 一方面因为高钙血症临床表现不典型,不易引起临床重视;另一方面该患儿血常规未见明显异常,无典型骨痛及肝脾、淋巴结肿大等白血病相关的临床表现,容易误诊及漏诊。

2.5 避免误诊措施 临床上遇到高钙血症的患儿,即使病初无血常规异常及骨痛等临床表现,也应想到恶性疾病如白血病、淋巴瘤的可能,及时完善相关影像学、骨髓细胞学等检查是非常有必要的。

儿童高钙血症临床上发病率较低,且高钙血症的临床表现无特异性,易误诊及漏诊。临床上发现高钙血症,除考虑内分泌性疾病等良性疾病外,还需警惕恶性肿瘤的可能,争取做到早诊断、早治疗。

参考文献

- [1] 张跃平. 高钙血症的病因,诊断及治疗[J]. 现代医学与健康研究, 2018, 2(14): 194-195.
- [2] MINISOLA S, PEPE J, PIEMONTE S, et al. The diagnosis and management of hypercalcaemia[J]. BMJ, 2015, 350: h2723.
- [3] BALASUBRAMANIAN P, MAJUMDAR S K. Albumin-corrected calcium and the prevalence and categories of hypercalcemia in hospitalized patients with 1-year follow-up of undiagnosed

- cases[J]. Endocr Pract, 2021, 27(4): 279-285.
- [4] WALKER M D, SHANE E. Hypercalcemia: A review[J]. JAMA, 2022, 328(16): 1624-1636.
- [5] THILLAINADESAN S, TWIGG S M, PERERA N. Prevalence, causes and associated mortality of hypercalcaemia in modern hospital care[J]. Intern Med J, 2022, 52(9): 1596-1601.
- [6] PAMART D, OTEKPO M, ASFAR M, et al. Hypercalcemia as a biomarker of poor prognosis in frail elderly patients with COVID-19[J]. J Nutr Health Aging, 2021, 25(10): 1140-1144.
- [7] EL MASRI D, JAMIL Y, EID FARES J. Sodium-Glucose Co-Transporter protein 2 inhibitors induced hypercalcemia: A case series and literature review [J]. AACE Clin Case Rep, 2022, 8(1): 30-33.
- [8] SMITH J D, WILSON S, SCHNEIDER H G. Misclassification of calcium status based on albumin-adjusted calcium: Studies in a tertiary hospital setting[J]. Clin Chem, 2018, 64(12): 1713-1722.
- [9] 刘铮, 李燕, 刘凤奎. 全身酸痛伴血钙增高[J]. 中国医刊, 2016, 51(1): 14-16.
- [10] LIAN I A, ÅSBERG A. Should total Calcium be adjusted for albumin? A retrospective observational study of laboratory data from central Norway [J]. BMJ Open, 2018, 8(4): e017703.

(收稿日期: 2023-11-04 修回日期: 2024-03-28)

• 案例分析 •

咽旁间隙恶性肿瘤并颈淋巴结转移 1 例

高前进, 焦坤鹏, 赵平小, 周立辉[△]

(中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院耳鼻咽喉科, 河南 洛阳 471031)

[摘要] 由于颈部复杂的解剖和重要的血管神经结构, 咽旁间隙肿瘤(PPST)的切除及手术方式的选择对耳鼻咽喉科医生仍是一个很大的挑战。该院收治 1 例发生于中年男性咽旁间隙恶性肿瘤并发淋巴结转移患者, 因颈部淋巴结巨大, 穿刺活检简单、风险小, 且患者家属对术前明确肿瘤性质要求强烈, 故术前给予 B 超引导下颈部淋巴结细针穿刺细胞学检查, 该检查对 PPST 的诊断有很大帮助, 但应注意细胞学和病理学的差异。磁共振检查有助于缩小鉴别诊断范围, 区分良性和恶性病变。

[关键词] 咽旁间隙; 恶性肿瘤; 淋巴转移; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.13.040

文章编号: 1009-5519(2024)13-2338-03

中图法分类号: R762

文献标识码: B

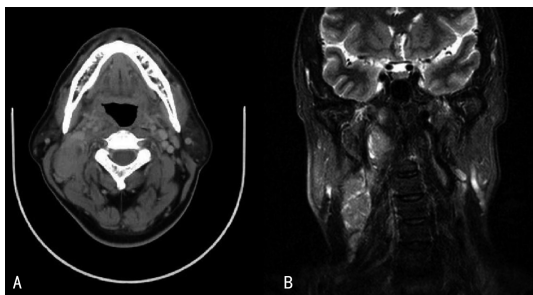
咽旁间隙肿瘤(PPST)较为少见, 占头颈部肿瘤的 0.5%~1.0%^[1-2], 且 PPST 大多为良性肿瘤, 恶性

肿瘤较为罕见。本文报道 1 例发生于中年男性咽旁间隙恶性肿瘤并发淋巴结转移, 以期 PPST 的鉴别

诊断及治疗提供实践经验。

1 临床资料

患者,男,48岁,因“发现右耳后下肿物2个月余,加重20d”入院。于入院2个月前无明显诱因发现右耳后下肿物,约蚕豆大小,无发热、触痛,无咳嗽、咳痰,无呼吸、吞咽困难等不适。20d前饮酒后发现肿物明显增大,伴局部疼痛及右侧咽痛,于当地医院行CT检查示右侧咽旁占位;颈部超声检查示右侧下颌部低回声团(考虑淋巴结可能性大)。给予抗感染治疗1周后右侧颈部及咽部疼痛改善,为求进一步诊治来本院,门诊行喉镜检查示右侧口咽及下咽侧壁隆起,会厌舌面、喉面未见肿物生长。遂以“咽旁肿物待查(右)”收入院。入院查体:右耳后下方局部隆起,皮肤发红,可触及一约6.0cm×4.0cm大小的肿物,活动度差,触痛明显。右侧口咽及下咽侧壁隆起明显,局部充血,悬雍垂稍左偏,软腭左右对称活动好,咽后壁淋巴滤泡增生,咽反射存在。给予CT增强扫描提示:右侧咽旁间隙可见一软组织团块影,大小约4.0cm×3.0cm,边缘清楚,增强扫描可见强化,咽腔狭窄。双侧颈部可见多个肿大淋巴结影,大者位于右侧颈部,大小约6.0cm×4.2cm,增强扫描不均匀强化(图1A)。磁共振成像检查提示:右侧咽旁间隙可见肿块,形态尚规则,大小为3.97cm×3.01cm,T1WI为低信号,T2WI为稍高信号,周围组织受压,气管受压,向左侧移位,双侧胸锁乳突肌对称,信号、形态正常,未见明确受压改变,双侧颈部大血管走行正常,其内信号未见特殊。双侧颈部可见多发肿大淋巴结,大者位于右侧颈部,大小为6.25cm×4.30cm,呈长T1WI稍长T2WI信号(图1B)。

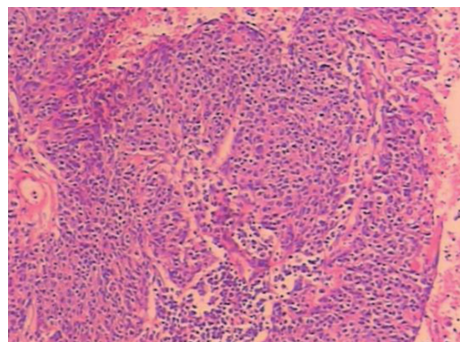


注:A.增强CT示右侧咽旁间隙软组织团块影,局部可见强化,右侧颈部淋巴结转移,颈部大血管包夹在咽旁间隙肿物和颈淋巴结之间;B.磁共振成像示右侧咽旁间隙和颈部肿块,T2WI为稍高信号,信号欠均匀,边界欠清,周围组织受压。

图1 影像图

入院后查血常规提示白细胞 $14.63 \times 10^9 L^{-1}$,中性粒细胞 $7.80 \times 10^9 L^{-1}$,提示感染存在。给予抗感染治疗1周,患者局部疼痛减轻,复查血常规正常。给予彩色多普勒超声引导下右侧颈部穿刺活检术,术后病理:(右侧颈部)恶性肿瘤,待免疫组织化学进一步组织学分类。完善术前各项准备。给予全身麻醉下右侧颈侧切开行淋巴结清扫及右侧咽旁间隙肿物切除术。术中见右侧胸锁乳突肌上段深面有一约6.5cm×4.5cm×2.5cm大小的肿物,质中,其下方见多

个大小不一的淋巴结,予以清理;右侧咽旁间隙有一约4.5cm×3.0cm×2.0cm大小肿物,包膜完整,质中等,实性,与颈内动脉及颈外动脉相邻。术后患者恢复好,病理结果提示右侧颈部淋巴结7枚,其中3枚见低分化鳞状细胞癌组织浸润。右侧咽旁间隙见低分化鳞状细胞癌浸润(图2)。术后4周给予放疗。目前随访5年,患者一般情况好,未见复发。



注:切除肿物病理示低分化鳞癌(HE,10×10)。

图2 病理图

2 讨论

咽旁间隙是外侧颈部的一个深而复杂的区域,其位于咽侧,呈倒三角状向上至颅底向下至舌骨水平。筋膜从茎突向后延伸至腭阔张肌,将前肌室和后肌室分开。茎突前间隙包含脂肪和唾液组织,位于翼状肌后方。茎突后间隙包含颈动脉和颈内静脉、颅神经IX、X和XII及淋巴结。PPST较为少见,占头颈部肿瘤的0.5%~1.0%^[1-2]。PPST以良性为主,恶性肿瘤所占比例低^[3]。而咽旁间隙恶性肿瘤大多为转移而来,如鼻咽癌、扁桃体癌等。原发性PPST较为罕见^[4]。本例患者起初考虑为转移而来,但经全身检查并未发现原发灶,故认为是原发咽旁间隙恶性肿瘤伴颈淋巴结转移。

PPST的诊断可结合年龄、触诊及影像学诊断^[5]。超声引导下颈外路径切割PPST组织穿刺活检术对咽旁间隙肿物的术前定性诊断有一定临床应用价值^[6]。该患者住院后,针对肿瘤进行了增强CT和磁共振成像检查,增强CT检查能较好地观察肿瘤的大小、位置、范围、边界及与周围组织结构的关系,从病变的密度、增强效应、边界是否清晰、邻近是否有骨质破坏及有无颈淋巴结肿大、与血管关系等影像学特点来了解肿瘤的性质及侵犯范围。磁共振成像检查对软组织分辨率较高,能多平面成像,对血管结构的定位准确。本例患者因颈部淋巴结巨大,穿刺活检简单、风险小,且患者家属对术前明确肿瘤性质要求强烈,故术前给予B超引导下颈部淋巴结细针穿刺细胞学检查,结果提示恶性肿瘤,这对于制定下一步手术方案至关重要。

手术切除是治疗PPST的“基石”,但选择最合适的方法是一个挑战,因为需要平衡完全切除与并发症风险。近些年来已有多种手术入路被详细报道:经颈、经腮腺或不伴下颌切开术、经乳突、经颞下窝、

经下颌和经口腔^[6]。但选择最合适的手术入路仍然相当困难,通常根据具体情况而定。对于位置更靠后和外侧的咽旁间隙,可采用经乳突或颞下入路到达咽旁间隙上部的肿瘤,包括颞下窝、颅底、颈静脉孔和(或)向颅内延伸^[7-8]。经腮腺入路可以很好地显示面神经及其分支,茎突前室和茎突后室的中上外侧部分,因此适用于切除源自腮腺深叶、小唾液腺和咽旁间隙上 1/3 的肿瘤^[9]。本例患者为恶性肿瘤,且肿瘤较大,恶性程度高,进展快,伴颈淋巴结转移,所以肿瘤的彻底切除对患者预后至关重要。本例患者采用颈侧切开,术中先行患侧颈淋巴结清扫术,然后再行咽旁肿瘤切除术,术中难点在于保护颈部大血管和神经,本例手术,肿瘤与血管、神经粘连并不严重,只要熟悉周围解剖,完整分离并不困难。手术结束后术腔较大,予以放置负压引流,以防局部渗出及出血压迫气道引起呼吸困难,未做气管切开,患者术区一期愈合。术后常规病理进一步证实为低分化鳞癌。术后 4 周给予放疗,目前随访 9 年,未见复发。

综上所述,由于颈部复杂的解剖和重要的血管神经结构,PPST 的切除及手术方式的选择对耳鼻咽喉科医生仍是一个很大的挑战,甲状腺结节细针穿刺细胞学检查对 PPST 的诊断有很大帮助,但应注意细胞学和病理学的差异。磁共振成像检查有助于缩小鉴别诊断范围,区分良性和恶性病变。经颈入路是 PPST 的标准手术方式,对于类似本例患者的咽旁间隙恶性肿瘤,作者认为经颈入路切除结果令人满意。

参考文献

- [1] JIANG C Y, WANG W Q, CHEN S W, et al. Management of parapharyngeal space tumors: Clinical experience with a large sample and review of the literature[J]. *Curr Oncol*, 2023, 30(1):1020-1031.
 - [2] STAMBUK H E, PATEL S G. Imaging of the parapharyngeal space [J]. *Otolaryngol Clin North*
- (上接第 2333 页)
- [11] QIU C T, ZHANG Y T, WANG X Y, et al. Trust-based research: Influencing factors of patients' medical choice behavior in the online medical community[J]. *HEALTHCARE*, 2022, 10(5):938.
 - [12] 张会会, 韩玲, 刘琴, 等. 多学科协作诊疗模式在深化医院学科建设的探讨[J]. *中国医院管理*, 2018, 38(10):29-30.
 - [13] 孙湛, 杨丽, 邵雨婷, 等. 多学科诊疗模式现状分析与思考[J]. *中国卫生质量管理*, 2018, 25(6):37-40.
 - [14] 曹迪, 柳龚堡, 史雨, 等. 儿童专科医院 MDT 模式建设实践探索[J]. *复旦学报(医学版)*, 2020,

Am, 2008, 41(1):77-101.

- [3] 文锋, 沈泓, 高为华, 等. 72 例咽旁间隙肿瘤患者的诊疗分析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2018, 32(17):1343-1347.
- [4] LÓPEZ F, SUÁREZ C, VANDER POORTEN V, et al. Contemporary management of primary parapharyngeal space tumors[J]. *Head Neck*, 2019, 41(2):522-535.
- [5] 李进让, 郭红光, 孙建军. 咽旁间隙肿瘤的诊断和治疗[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2011, 25(15):676-678.
- [6] ORLANDO P, LOCATELLO L G, GALLO O, et al. Endoscopy-assisted transoral approach for parapharyngeal space tumors: Our experience and a systematic review of the literature[J]. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 2023, 9(1):79-90.
- [7] BASARAN B, POLAT B, UNSALER S, et al. Parapharyngeal space tumours: The efficiency of a transcervical approach without mandibulotomy through review of 44 cases[J]. *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 2014, 34(5):310-316.
- [8] VAN HEES T, VAN WEERT S, WITTE B, et al. Tumors of the parapharyngeal space: The VU University Medical Center experience over a 20-year period[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2018, 275(4):967-972.
- [9] PRADHAN P, PREETAM C, PARIDA P K, et al. Surgical management of parapharyngeal space tumours in a single tertiary care center [J]. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2018, 70(4):531-537.

(收稿日期:2023-11-21 修回日期:2024-03-16)

47(4):599-604.

- [15] 沈洪兵. 大数据时代的临床医学研究:机遇和挑战[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2020, 40(3):303-305.
- [16] 郭强, 王丛, 衡反修. 医疗大数据平台建设机遇、挑战及其发展[J]. *医学信息学杂志*, 2021, 42(1):1-8.
- [17] 薛万国, 乔岫, 车贺宾, 等. 临床科研数据库系统的现状与未来[J]. *中国数字医学*, 2021, 16(1):2-6.

(收稿日期:2023-10-16 修回日期:2024-01-29)