

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.23.056

腮腺内面神经鞘瘤病例报道 1 例

林华维,刘 强

(四川省自贡市第四人民医院口腔科 643000)

[中图分类号] R782.05 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)23-3312-01

面神经鞘瘤起源于面神经感觉纤维的雪旺细胞,来源于神经鞘膜发生于腮腺内的面神经鞘瘤,临床可表现为腮腺肿块,且无明显周围性面瘫症状,易被误诊为腮腺多形性腺瘤或腮腺腺淋巴瘤(warthin 瘤)。头颈部神经鞘瘤多发生于颅神经,面神经上的神经鞘瘤临床较少见,发生于腮腺区的面神经鞘瘤更加少见。本文对本院近期遇到的 1 例腮腺内面神经鞘瘤进行报道。

1 临床资料

患者,男,56 岁,因“右侧耳前区包块渐长大 2⁺ 年”入院,入院询问病史时患者自述有右侧口角区麻木症状,其余无特殊不适。查体见包块位于右侧耳前区,大小约 3 cm×2 cm,无压痛,活动,与周围组织无明显粘连,右侧下眼睑肌肉偶有不自主颤动,无明显面瘫症状。彩超结果显示:右侧腮腺区实性占位。入院诊断为右侧腮腺区多形性腺瘤。

此病例行腮腺浅叶及肿瘤切除,采用耳前切口及从外周到面神经总干径路的手术方式。术中见肿块位于腮腺浅深叶之间,呈实性,橙黄色,包膜完整,梭形,分叶成两段,与面神经各分支紧密粘连,向后追寻,见肿块来源于茎乳孔面神经主干。切开包膜,沿肿块包膜逆行解剖分离面神经各分支,但肿瘤无法与面神经主干完全分离,为了完整切除肿瘤,将肿瘤侧面神经主干部分切除。肿块剖面呈均质实性,质硬。患者术后病检结果显示:神经鞘瘤。术后患者出现严重面瘫症状,面神经功能Ⅳ级(House-Brackmann 分级法^[1])。

2 讨 论

腮腺区面神经鞘瘤由于术前不易明确诊断,故易造成术前评估不充分,手术方式不得当,术中可能损伤面神经而给患者留下严重后遗症。分析此次误诊原因主要为:(1)对于患者诉有患侧口角区皮肤麻木症状这一病史资料未予以重视;(2)查体时见患者患侧眼睑偶有肌肉震颤,却未与面神经肿瘤可能有

关联系起来;(3)术前检查不完善,本例未行增强 CT、磁共振成像等检查。林群久等^[2]通过对 19 例腮腺区面神经鞘瘤进行回顾性研究得出结论,腮腺内面神经鞘瘤的术前确诊率较低,有赖于术前(或术后)病理检查,无论何种治疗方式,对面神经都存在不同程度的功能损害。

高频彩超对诊断腮腺区面神经鞘瘤的意义^[3]:面神经鞘瘤声像图表现可分为均匀低回声型、不均质高回声型和混合型,其中以均匀低回声多见,但无论是哪一种分型均可在肿瘤长轴的一端或者两端找到与之相连的神经干细尾状低回声,称“鼠尾征”。“鼠尾征”的存在在周围神经鞘瘤的诊断中有较高的敏感性和特异性,有助于提高神经鞘瘤的诊断准确性,因此对可疑神经鞘瘤的患者进行超声检查时,应注意变换探头方向或放大图像、调节聚焦、提高增益,仔细辨认“鼠尾征”的有无。

面神经鞘瘤仍主要以手术切除为主要治疗方法,术中见肿瘤与面神经无法完全分离时应切开包膜,尽量沿包膜分离肿瘤,保留面神经,切忌轻易损伤神经,造成术后面瘫症状明显,严重影响患者面部功能及生命质量。若神经离断,有条件时应行神经吻合术。

参考文献

[1] 李予鲁,高志强,倪道风. 面神经功能分级现状[J]. 国外医学:耳鼻咽喉科学分册,2004,28(3):174-178.
[2] 林群久,史俊. 腮腺内面神经鞘瘤 19 例临床分析[J]. 上海口腔医学,2013,22(1):99-103.
[3] 高艳灵. 高频超声在外周神经鞘瘤诊断中的应用价值[J]. 中国实用医药,2009,4(5):40-41.

(收稿日期:2015-02-08 修回日期:2015-07-16)

作者简介:林华维(1987—),住院医师,本科,主要从事口腔颌面外科研究。

总体与样本

根据研究目的确定的同质研究对象的全体(集合)称为总体,包括有限总体和无限总体。从总体中随机抽取的部分观察单位称为样本,样本包含的观察单位数量称为样本含量或样本大小。如为了解某地区 10~15 岁儿童血钙水平,随机选取该地区 3 000 名 10~15 岁儿童并进行血钙检测,则总体为该地区所有 10~15 岁儿童的血钙检测值,样本为所选取 3 000 名儿童的血钙检测值,样本含量为 3 000 例。类似的研究需满足随机抽样原则,即需要采用随机的抽样方法,保证总体中每个个体被选取的机会相同。