

本文引用格式:秦茂林,刘朝军,王节.咽后隙巨大脂肪瘤伴术中哮喘发作1例[J].安徽医学,2024,45(5):666-

667.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2024.05.028

咽后隙巨大脂肪瘤伴术中哮喘发作1例

秦茂林 刘朝军 王 节

[关键词]咽后隙;脂肪瘤;支气管哮喘

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2024.05.028

1 病例资料

患者,男性,58岁,因“发现颈部包块3月”入院。患者诉3月前发现颈部包块,右侧明显,约鹌鹑蛋大小、柔软,未予以重视,近20天感吞咽不适、呼吸不畅,夜间打鼾明显,近2天症状加重,入院前1天于县医院行CT示颈部脂肪瘤可能。病程中,患者生命体征平稳,二便无改变,近期体质量无明显下降。患者有支气管哮喘病史10余年,使用吸入沙美特罗替卡松气雾剂,近2月内发作1次。否认药物过敏史、烟酒史。专科查体:咽后壁偏右侧隆起,触之软,咽腔狭窄。颈部偏右侧可触及包块,质地软;辅助检查:①颈部平扫+增强CT,见图1:咽后间隙不规则脂性密度肿块,较大截面 $6.8\text{ cm}\times 8.4\text{ cm}$,内见线样分隔,增强后未见明显强化,边界清楚,右侧延伸至皮下,后方深至椎前,整体环绕喉腔,上至第一颈椎水平(软腭平面),下至第一胸椎水平(锁骨上方);②颈部彩超:颈总动脉内侧、胸锁乳突肌内后方见一不均质回声包块,无法探及全貌,形态尚规则,边界尚清;③胸部CT:两肺慢性炎症;④肺功能:第1秒用力呼气量(forced expiratory volume in 1 second, FEV1)和用力肺活量(forced vital capacity, FVC)示,FEV1/FVC=87.72%,FEV1=2.93 L;⑤电子喉镜:咽后壁偏右侧明显有隆起,咽腔狭窄,声带运动正常,声门通畅;⑥呼吸睡眠监测:重度阻塞性睡眠呼吸暂停伴重度低氧血症,呼吸暂停低通气指数(apnea hypopnea index, AHI)=35次/时,最低动脉血氧饱和度(arterial oxygen saturation, SaO_2)=78%。

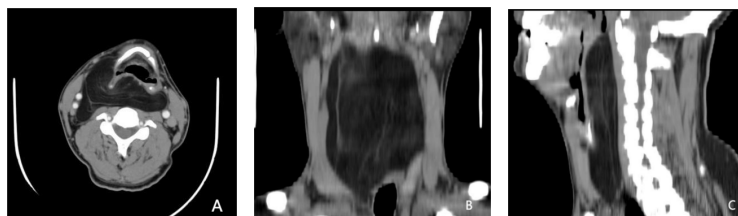
初步诊断:①咽后隙脂肪瘤可疑;②支气管哮喘;③阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征。

术前低流量吸氧 2 L/min ,地塞米松 10 mg 静滴稳定哮喘,麻醉前吸入沙美特罗替卡松气雾剂 $50\text{ }\mu\text{g}$,于2022年1月20日

在全身麻醉下行颈侧入路右颈部肿物切除术,手术操作过程中麻醉医师发现气道峰压骤升至 $41\text{ cmH}_2\text{O}$,呼出潮气量 120 mL 左右,检查气管导管等管道无堵塞,听诊两肺广泛哮鸣音,考虑支气管哮喘发作,立即静脉快速滴注氨茶碱 0.25 g ,氢化可的松 100 mg ,2 min后哮鸣音不能缓解,肾上腺素 $0.05\text{ }\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 泵注,手控呼吸气道峰压达 $41\text{ cmH}_2\text{O}$,潮气量 350 mL ,继续手术,血氧饱和度100%,查血气分析二氧化碳分压偏高 60 mmHg ($1\text{ mmHg}\approx 0.133\text{ kPa}$)左右,待手术将瘤体剥除止血结束后,气道峰压降至 $21\text{ cmH}_2\text{O}$,肾上腺素逐渐停止泵注。术中解剖出颈鞘并保护,从右侧胸锁乳突肌前缘内侧探及肿物,牵拉脂肪瘤并逐步分离,结扎供养血管,完整切除肿物,创面彻底止血,术腔放置负压引流管一根。术后,患者两肺仍有少量哮鸣音,带气管插管送入重症医学科,2 h后,肺部哮鸣音和湿啰音消失,气道压力 $<2.0\text{ kPa}$,血氧饱和度 $>96\%$,呼吸动作平稳,心率、血压正常,小气道痉挛完全缓解,拔管,术后第1天转回普通病房。术中咽部黏膜保留完好,未见明显穿孔,术后第2天经口正常进食,术后第4天拔除颈部引流管。术后病理学诊断:非典型脂肪瘤性肿瘤,瘤体大小 $9\text{ cm}\times 8.8\text{ cm}\times 4.5\text{ cm}$ 。

2 讨论

脂肪瘤是生长缓慢的良性肿瘤,约占所有软组织肿瘤的50%。最常发生在皮下脂肪中,也有在深部间隙中生长^[1]。Bas-maci等^[2]发现,13%的脂肪瘤来源于头颈部,位于颈深部的脂肪瘤发病更少见。颈深部较重要的间隙有咽后隙和咽旁隙,内由疏松的结缔组织充填,解剖关系复杂,易发生各种良恶性肿瘤。颈深部脂肪瘤较小时,临床上常无明显症状,不易被发现;当肿瘤较大时,因其在深部生长,外观亦不易察觉,常被忽视^[3-4]。巨



注:A为CT水平位表现,B为CT冠状位表现,C为肿物在CT矢状位表现。

图1 颈部增强CT

大的颈深部间隙脂肪瘤可能会压迫神经根或椎动脉,引起疼痛、头晕等症状^[1];压迫交感神经,引起 Horner 综合征;向前挤压颊咽筋膜,致咽腔狭窄,引起吞咽不适、声音嘶哑、呼吸困难等症状^[5]。本例患者就诊时夜间睡眠时已时有憋醒,术前电子喉镜见咽后壁偏右侧明显有隆起,咽腔狭窄。

支气管哮喘是常见的过敏性疾病,通过减轻气道炎症和解痉气管周围平滑肌治疗^[6]。支气管哮喘和阻塞性睡眠呼吸暂停 (obstructive sleep apnea, OSA) 互为影响因素^[7],该患者术中哮喘发作可能与哮喘急性期、术中麻醉深度、OSA 和术中操作动作过大等均有关联。①该患者近 2 月来仍有哮喘急性发作,气道本身处于高敏状态,手术需足够麻醉深度。②该患者咽后隙脂肪瘤向前挤压颊咽筋膜致上气道塌陷,引起 OSA,会加重支气管哮喘的进展。③术中手术操作动作过大,牵拉包绕气管周围的肿瘤组织,致气管插管和气管壁之间产生摩擦,发生支气管痉挛。

脂肪瘤主要通过手术切除,也可应用抽脂技术、臭氧和去氧胆酸局部注射治疗^[8]。咽间隙解剖结构复杂,充分暴露后手术切除病变相对更加安全可靠。本病例中,因肿瘤范围大,术中涉及重要解剖部位如颈内动、静脉及第 IX~XII 脑神经,肿瘤包绕喉体,手术难度较大。术中从右侧胸锁乳突肌前缘寻找突破口,游离后充分暴露肿瘤,沿被膜妥善分离。因脂肪瘤质地的独特及颊咽筋膜的柔韧性,上下牵拉脂肪瘤的被膜即可完整切除肿瘤。术中手法需轻柔,防止牵拉造成肿瘤包膜破坏,造成局部残留。患者术后复查睡眠监测提示 AHI 降至 5.6 次/时,手术效果显著。综上,发生于咽后隙的脂肪瘤相对少见,掌握合适的手术方式安全有效,在行头颈部全身麻醉手术时,如合并支气管哮喘,围手术期需充分评估,多学科联合诊治。

参考文献

- [1] KOGURE K, YAMAZAKI M, TAMAKI T, et al. Neck and occipital pain caused by deep cervical intramuscular lipoma: a surgical case [J]. *Nippon Med Sch*, 2017, 84(2):96-99.
- [2] BASMACI M, HASTURK A E. Giant occipitocervical lipomas: evaluation with two cases [J]. *Cutan Aesthet Surg*, 2012, 5(3):207-209.
- [3] 王守一, 张东升. 颈深部脂肪瘤 1 例 [J]. *华西口腔医学杂志*, 2010, 28(5):570-572.
- [4] WOO S J, HONG K Y, CHANG H. Giant ventral lipoma of the neck [J]. *Craniofac Surg*, 2020, 31(5):e501-e503.
- [5] SOHN W I, KIM J H, JUNG S N, et al. Intramuscular lipoma of the sternocleidomastoid muscle [J]. *Craniofac Surg*, 2010, 21(6):1976-1978.
- [6] SOCKRIDER M, FUSSNER L. What is asthma? [J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2020, 202(9):P25-P26.
- [7] TRZEPIZUR W, MANSOUR Y, GAGNADOUX F. Association entre l'asthme et le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil : quelles conséquences en pratique clinique ? [Obstructive sleep apnea and asthma: clinical implications] [J]. *Rev Mal Respir*, 2021, 38(5):506-513.
- [8] DUBIN D P, FARBERG A S, LIN M J, et al. Intralesional deoxycholic acid as neoadjuvant treatment of a large lipoma [J]. *Dermatol Surg*, 2020, 46(5):715-717.

(2023-06-12 收稿)

(本文编校:崔月婷, 闵敏)