

口咽部颈内动脉异位误诊为咽侧壁肿物 临床诊疗分析

尹 娇, 彭梅君*, 俞德顺, 张海玲, 李孟阳

大理大学第一附属医院耳鼻咽喉科, 云南 大理

收稿日期: 2025年1月8日; 录用日期: 2025年2月1日; 发布日期: 2025年2月11日

摘 要

正常的颈内动脉由颈总动脉发出后, 在咽的外侧垂直上行至颅底, 再经颈动脉管入颅。颈内动脉位于颈动脉三角内平甲状软骨上缘, 起自颈总动脉, 与颈外动脉伴行, 开始在颈外动脉的后外侧上行, 继而转向其后内侧, 沿咽侧壁和椎前筋膜前侧上到颅底, 再经颈动脉管进入颅中窝。颈内动脉走行位置及走行路线偏离正常路径者被视为颈内动脉异位。口咽部颈内动脉异位较少见, 常无明显临床症状, 临床诊断较为困难, 临床上如果误诊为囊肿, 血管瘤等而采取外科手术, 危及患者生命, 所以准确诊断口咽部颈内动脉异位非常重要, 口咽部颈内动脉异位依靠影像学检查确诊。颈段的颈内动脉异位与耳鼻咽喉头颈外科息息相关, 因此, 该科室的临床医生在诊治过程中需要排除颈内动脉异位, 避免造成不可逆转的后果。现回顾性分析误诊为咽侧壁肿物的口咽部颈内动脉异位1例, 使得临床医师对于口咽部颈内动脉血管的变异有更深刻的了解, 避免发生危险的并发症。

关键词

口咽部颈内动脉异位, 咽侧壁肿物, 误诊, 影像学诊断, 预防

Clinical Analysis of the Misdiagnosis of Oropharyngeal Internal Carotid Artery Ectopy as Lateral Pharyngeal Wall Tumor

Jiao Yin, Meijun Peng*, Deshun Yu, Hailing Zhang, Mengyang Li

Department of Otolaryngology, The First Affiliated Hospital of Dali University, Dali Yunnan

Received: Jan. 8th, 2025; accepted: Feb. 1st, 2025; published: Feb. 11th, 2025

*通讯作者。

文章引用: 尹娇, 彭梅君, 俞德顺, 张海玲, 李孟阳. 口咽部颈内动脉异位误诊为咽侧壁肿物临床诊疗分析[J]. 临床医学进展, 2025, 15(2): 115-119. DOI: 10.12677/acm.2025.152323

Abstract

The normal internal carotid artery, after emanating from the common carotid artery, travels vertically up the lateral part of the pharynx to the skull base, and then enters the skull through the carotid canal. The internal carotid artery is located at the upper margin of the plain thyroid cartilage in the carotid triangle, starting from the common carotid artery and accompanying the external carotid artery, ascending posterolateral to the external carotid artery, then turning posterolateral to the skull base along the parietal pharynx and anterior to the prevertebral fascia, and then entering the middle cranial fossa through the carotid canal. The position and route of the internal carotid artery deviated from the normal path was considered as ectopic internal carotid artery. Oropharyngeal internal carotid artery ectopia often has no obvious clinical symptoms, clinical diagnosis is difficult, clinical misdiagnosis is often based on imaging diagnosis. Ectopia of internal carotid artery in the neck is closely related to otorhinolaryngology and head and neck surgery. Therefore, clinicians in this department need to exclude ectopia of internal carotid artery during diagnosis and treatment to avoid irreversible consequences. We retrospectively analyzed 1 case of oropharyngeal internal carotid artery ectopic misdiagnosed as lateral pharyngeal wall mass, which enabled clinicians to have a deeper understanding of the variation of oropharyngeal internal carotid artery vessels and avoid dangerous complications.

Keywords

Oropharyngeal Internal Carotid Artery Ectopia, Lateral Pharyngeal Wall Mass, Misdiagnosis, Imaging Diagnosis, Prevention

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 病历资料

患者,男,69岁,因“反复咽干、咽痛、咽部异物感4月”于2023年9月12日入院。患者自诉4个月前无明显诱因出现咽干、咽痛、咽痒、咽部异物感,伴咳嗽、咳痰,咳白色稀薄痰,无吞咽、呼吸困难,无饮水呛咳,无反酸、呃逆、胸骨后烧灼感,无胸闷、胸痛、心悸等不适症状,当地医院就诊予口服药物及输液对症治疗(具体用药不详)后上述症状有所缓解,但症状仍反复发作,为进一步诊治于我科门诊就诊,行电子喉镜检查示:右侧咽侧壁肿物待诊,门诊医生以“右侧咽侧壁肿物性质待诊”收住入院。既往史:2型糖尿病病史10年,规律口服阿卡波糖片、格列齐特片治疗,血糖控制可,否认高血压、冠心病病史。有手术史,2022年10月曾行左侧肾结石手术(具体术式不详)。否认伤寒、结核、肝炎等传染病史,无疫区疫水接触史。个人史、家族史无特殊。查体:T 36.6℃,P 83次/分,R 20次/分,BP 132/86 mmHg。心肺腹无明显异常。颈部皮肤无充血,皮温正常,颈部未触及包块及淋巴结肿大,甲状腺未触及肿大及压痛。颈软无抵抗,活动自如。咽部粘膜慢性充血,声带闭合欠佳,右侧声带前中1/3处见米粒大小息肉样组织,右侧咽侧壁粘膜膨隆,表面光滑,遮挡部分会厌及右侧梨状窝。喉镜下可见节律性搏动。辅助检查:1)电子喉镜:右侧咽侧壁见粘膜膨隆,表面光滑,遮挡部分会厌及右侧梨状窝,有节律性的搏动(见图1)。2)颈部CT平扫+增强检查示:右侧颈内动脉迂曲,于C2-C3水平向右侧咽后壁突出,邻近咽后壁菲薄(见图2、图3)。3)心电图:窦性心律,P-R间期延长。4)胸片:双肺未见明显活动性病灶,主动脉迂曲。5)检验:血、尿、便常规,凝血四项,术前九项未见明显异常。血生化:尿酸 464 μmol/L,

钾 3.43 mmol/L, 葡萄糖 6.45 mmol/L, 甘油三酯 2.41 mmol/L。诊断: 右侧颈内动脉迂曲。随访: 嘱患者勿进食过硬、粗糙、坚硬、尖锐食物, 刷牙等动作勿靠近右侧咽后壁。做胃镜检查、取咽部异物时; 或行舌根部乳头状瘤时; 或口咽部及鼻咽部肿瘤行病理检查进一步明确诊断时应提前告诉医生。随访半年患者咽后壁隆起及搏动无增大及变强[1]。

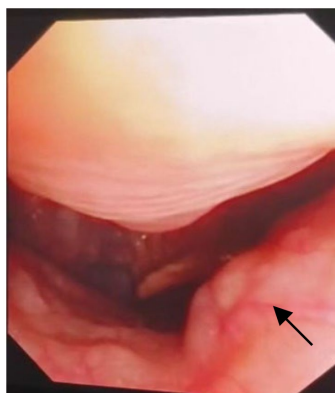


Figure 1. Right pharyngeal wall swelling (arrow), rhythmic pulsation, occluding part of epiglottis and right pyriform fossa. Laryngoscope showed swelling of the right lateral pharyngeal wall

图 1. 电子喉镜(Electronic laryngoscope): 右侧咽侧壁膨隆(箭头), 节律性搏动, 遮挡部分会厌及右侧梨状窝。喉镜下可见右侧咽侧壁膨隆处

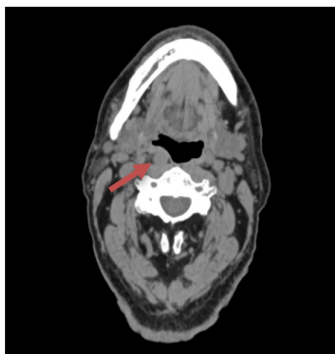


Figure 2. Tortuous right internal carotid artery (arrow)

图 2. 颈部 CT 平扫(Neck CT plain scan): 右侧颈内动脉迂曲(箭头)

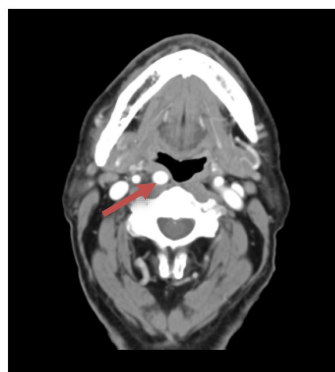


Figure 3. The right internal carotid artery protrudes from the right posterior pharyngeal wall (arrow) and is thin adjacent to the posterior pharyngeal wall

图 3. 颈部 CT 增强(Neck enhanced CT): 右侧颈内动脉向右侧咽后壁突出(箭头), 邻近咽后壁菲薄

2. 讨论

颈内动脉位于颈动脉三角内平甲状软骨上缘,起自颈总动脉,与颈外动脉伴行,开始在颈外动脉的后外侧上行,继而转向其后内侧,沿咽侧壁和椎前筋膜前侧上到颅底,再经颈动脉管进入颅中窝[2]。Bouthillier等[3]顺血流方向将颈内动脉分为7段:颈段、岩段、破裂孔段、海绵窦段、床突段、眼段和交通段。颈段是颈内动脉各段中最长的一段,其位置深且难以触诊,该段没有分支[2]。颈内动脉偏离其原有的走行位置及路线视为颈内动脉异位[1]。颈内动脉异位包括扭曲、卷曲及缠绕3种类型[2]。目前认为,颈内动脉异位与多种因素相关,颈内动脉发源于第三主动脉弓和背主动脉,胎儿发育时期,于二者相连处形成明显弯曲,背主动脉根部下降至胸腔,在颈部呈直线行走,背主动脉弓生长较大时导致动脉无法展开或异位,引起先天性颈内动脉异位,后天性疾患如动脉粥样硬化、高血压导致动脉壁的弹性下降,弯曲加重明显[4]。同时动脉粥样硬化、衰老及高血压被认为是引起颈内动脉畸形的主要因素[5]。

颈内动脉异位大多数无明显临床症状,当异位的颈内动脉严重压迫咽部时可出现咽部异物感、吞咽不畅、声音嘶哑、咽部异常搏动感等症状[6]。颈内动脉异位的诊断主要依靠CT血管造影(CTA)、数字减影血管造影(DSA)、磁共振血管造影(MRA)等[2]。口咽部颈内动脉异位可经常规专科体格检查发现异常肿物,再经纤维喉镜下检查可发现咽侧壁有节律的、搏动性的肿物[6]。

2016年贾云生等研究报道颈内动脉异位的发生率为0.938%,临床上虽不多见,但一旦发生风险将是百分百危及生命。颈内动脉表面有咽部肌肉保护,当发生变异时,颈内动脉与咽壁的距离缩短,直接位于咽部粘膜下,极易损伤。正常的颈内动脉在颅外段无分支,颈内动脉在咽部的走行与咽上缩肌相隔,其内侧为咽壁,距离约10~15 mm [7]。少数患者可发现颈内动脉走行于口咽黏膜下。

颈内动脉异位者无明显临床症状时,一般无需特殊治疗,定期随访复查,以保守治疗为主。出现严重临床症状如:吞咽困难,明显咽喉异物感,严重影响患者生活质量或合并其他疾病需要治疗时,可联合血管外科或其他科室,排除其他因素,行手术治疗[8]。

笔者从该例患者中得出以下临床诊疗心得:1) 患者入院完善喉镜,颈部CT检查后发现颈内动脉异位,右侧颈内动脉迂曲,于C2-C3水平向右侧咽后壁突出,邻近咽后壁菲薄,若需行胃镜、支气管镜检查,气管插管及行支撑喉镜手术等操作时应尽量在对侧及咽后壁进行操作,以防损伤异位颈内动脉造成大出血。同时应嘱咐患者日常生活中避免食用粗糙、坚硬、尖锐、滚烫食物,口腔刷牙、洁牙等动作勿靠近右侧咽后壁,以免发生意外;2) 在行扁桃体手术、腭咽成形术及会厌囊肿、舌根部乳头状瘤等手术时,考虑颈内动脉有异位到扁桃体窝[9]、咽后壁[10]等处的可能,故术前除常规行电子喉镜检查下咽部外,还应重视口咽部的检查。若发现咽后壁、咽侧壁、扁桃体有搏动,或腭咽弓、舌腭弓膨隆,应及时行咽喉部增强CT检查,防止术中造成颈内动脉破裂引起灾难性大出血;3) 本例患者伴有咽部异物感,查阅文献,颈内动脉异位可产生咽部异物感[7],故对于有咽部异物感患者,除考虑咽喉部病变以外,还应考虑到解剖血管变异的可能性,除了行电子喉镜检查,发现膨隆可考虑行增强CT检查,减少漏诊及误诊;4) 当口咽及鼻咽部肿物需要行病理检查以进一步明确诊断时,如果观察到咽后壁局限性隆起并且可见搏动感时,此时应考虑到颈内动脉异位的可能,立刻停止病理检查的操作,行颈部增强CT,明确颈内动脉走行无血管畸变再进一步决定治疗方案[8],以免引起大出血;5) 对于口咽部及鼻咽部表面光滑而性质难以预判肿物,而影像学血供丰富者,如需取材活检,有必要将肿物用注射器穿刺回抽作为术中诊疗常规,若回抽血液较多,则不排除血管瘤或血管畸变可能,立即停止活检;6) 对于无特殊临床表现的颈内动脉异位患者,可不予特殊处理,但患者出现明显临床症状,可考虑联系血管外科行相应治疗。

本例患者口咽部颈内动脉异位误诊为右侧咽侧壁肿物,增强CT提示颈内动脉异位,在临床中罕见,此次误诊教训深刻,医疗者能够及时诊断及鉴别出此类患者,对于患者今后的咽部检查、活检、胃镜检

查、手术及外伤处理具有重要的指导意义。颈段的颈内动脉异位与耳鼻咽喉头颈外科息息相关，尤其是与腭扁桃体、腺样体以及咽部肿物密切相关，一旦没有注意到异位的颈内动脉，气管插管或术中损伤到颈内动脉，则可出现致命性大出血危及生命。因此，耳鼻咽喉头颈外科的临床医生在诊治过程中或术前均需仔细检查，认真进行术前讨论及术前风险评估，发现异常，立即完善喉镜及增强 CT 检查，排除颈内动脉异位，避免造成不可逆转的后果，以保证临床诊疗安全进行。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] 范红利, 杨引通. 颈内动脉喉段异位 1 例[J]. 延安大学学报(医学科学版), 2019, 17(1): 78, 80.
- [2] 谢三林, 陈十燕, 陈贤明. 颈内动脉咽部异位 2 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 30(4): 328-329.
- [3] Bouthillier, A., van Loveren, H.R. and Keller, J.T. (1996) Segments of the Internal Carotid Artery: A New Classification. *Neurosurgery*, **38**, 425-433. <https://doi.org/10.1227/00006123-199603000-00001>
- [4] 罗志宏. 异位颈动脉[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 1992(1): 63.
- [5] Virvilis, D., Koullias, G. and Labropoulos, N. (2013) Bilateral Retroesophageal Course of the Carotid Arteries. *Journal of Vascular Surgery*, **57**, 1395-1397. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2012.09.076>
- [6] 黄石, 龚俊荣, 侯楠, 等. 颈段颈内动脉畸形的临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2021, 35(9): 818-820, 824.
- [7] 贾云生, 高明洋, 王焕君. 颈段颈内动脉走行变异的 CT 表现及临床意义[J]. 医学影像学杂志, 2016, 26(4): 592-595.
- [8] 鞠欣, 金永德, 金军. 颈段颈内动脉异位伴喉癌 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2019, 25(1): 94-96.
- [9] 杜国政, 何继武, 姚平. 右侧扁桃体窝颈内动脉畸形 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2002, 8(3): 190.
- [10] 杨春平, 朱新华, 李俐华, 等. 颈内动脉在口咽部异位一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 50(9): 778-779.