

## 3例咽喉部肿物治疗体会

彭梅君\*, 尹 娇, 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7月22日; 录用日期: 2025年8月16日; 发布日期: 2025年8月26日

### 摘 要

目的: 探讨咽喉部肿物的诊治要点。方法: 收集咽喉部肿物3例, 均伴有咽部异物感, 于全麻方式下经咽侧壁下咽肿物切除术1例, 全麻方式下右侧声带病损切除术1例, 保守治疗1例。结果: 2例患者手术均成功, 术后无并发症, 术后恢复良好, 咽部异物感缓解。1例保守治疗患者定期复查, 未见进一步加重。结论: 预防性气管切开、择期全麻方式下手术切除肿物, 或保守治疗, 对于咽喉部肿物的疗效确切, 并发症少, 风险小, 损伤小。

### 关键词

咽喉肿物, 呼吸困难, 治疗

## Treatment Experience of 3 Cases of Throat Mass

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

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

Received: Jul. 22<sup>nd</sup>, 2025; accepted: Aug. 16<sup>th</sup>, 2025; published: Aug. 26<sup>th</sup>, 2025

### Abstract

**Objective:** To explore the diagnosis and treatment of throat mass. **Methods:** Three cases of throat mass were collected, all accompanied by foreign body sensation in the throat. One case underwent pharyngeal mass resection through the lateral wall of the pharynx under general anesthesia, one case underwent right vocal cord lesion resection under general anesthesia, and one case was treated conservatively. **Results:** The operations of both patients were successful, without postoperative complications, with good postoperative recovery and relief of foreign body sensation in the throat. One patient who received conservative treatment was reviewed regularly and no further aggravation was

\*通讯作者。

observed. Conclusion: Preventive tracheotomy, surgical resection of the mass under elective general anesthesia, or conservative treatment are effective for throat mass, with fewer complications, less risk, and less damage.

## Keywords

Throat Mass, Dyspnea, Treatment

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. 临床资料

病例 1, 患者, 男, 51 岁, 因“咽部异物感伴吞咽不畅 2 月余”于 2024 年 12 月 17 日入院。患者 2 个多月前无明显诱因出现咽部异物感, 伴吞咽不畅, 伴反酸、嗝气, 无咽痛、咽干、咽痒, 无呼吸困难、吞咽困难、饮水呛咳等。未予重视。2024 年 12 月 9 日至当地中医医院行胃镜检查发现“咽部肿物”, 为进一步诊治至当地人民医院行喉镜检查提示: 1) 咽部肿物; 2) 会厌肿物。查体: 咽腔粘膜未见充血, 咽腔未见明显狭窄, 双侧扁桃体未见明显肿大, 颈部未触及肿大淋巴结。辅助检查: 喉镜(见图 1): 咽后壁肿物: 囊肿? 喉部 CT 平扫 + 增强(见图 2): 会厌水平后方咽喉左后壁占位, 多考虑血管瘤, 建议完善 MRI 平扫 + 增强扫描助诊。咽喉部 MRI 平扫 + 增强(见图 3~5): 会厌水平咽喉左后壁混杂信号肿块, 考虑血管瘤可能性大, 请结合临床, 随诊复查。心电图: 平均心电轴右偏。术前九项、凝血功能、血细胞分析、肝肾功能、血糖、血脂、电解质等未见异常。诊断: 咽部肿物(咽下部囊肿? 血管瘤?)。结合患者影像学资料, 考虑血管瘤, 请放射科医师会诊后示: 血管瘤可能性大, 可行介入造影, 进一步明确肿瘤供血动脉, 同时行供血动脉栓塞。于局麻方式下左侧颈外动脉造影 + 左侧咽部肿瘤动脉栓塞术, 因肿物滋养血管过细, 栓塞导管无法通过, 无法进行栓塞, 导致栓塞未成功。择期于全麻方式下行气管切开术 + 经咽侧壁下咽肿物切除术 + 下咽重建术(见图 6)。病理结果: 送检组织见胶原化、血块、钙化, 局灶见胆固醇结晶。考虑炎性肿物包裹形成。术后复查喉镜术区恢复好, 气管试堵管 48 小时未出现呼吸困难等症状, 拔除气管套管, 随后出院。



Figure 1. Posterior pharyngeal wall mass

图 1. 咽后壁肿物



**Figure 2.** Horizontal position plain CT scan of the neck  
**图 2.** 颈部 CT 平扫水平位



**Figure 3.** MRI coronal view  
**图 3.** MRI 冠状位



**Figure 4.** MRI sagittal view  
**图 4.** MRI 矢状位



**Figure 5.** MRI horizontal position  
**图 5.** MRI 水平位



**Figure 6.** Completely resected tumor  
**图 6.** 完整切除肿物

病例 2, 患者, 女, 68 岁, 因“咽部异物感伴呼吸不畅 3 月余”于 2024 年 12 月 11 日入院。3 月余前无明显诱因出现咽部异物感, 伴呼吸不畅、声音嘶哑, 伴咽干、咽痒, 偶有轻微呼吸困难, 伴咳嗽、咳痰, 伴心慌、胸闷、胸痛等不适, 无吞咽困难, 多次当地医院就诊, 考虑慢支炎, 未行特殊检查, 给予抗炎对症治疗(具体不详), 症状无明显缓解, 呼吸困难加重伴声嘶不适, 无痰中带血症状, 来我院就诊。查体: 右侧声带见一巨大肿物, 遮盖部分声门区。辅助检查: 喉镜检查提示(见图 7、图 8): 右侧声带肿物。诊断: 右声带肿物(息肉可能)。急症入院后与患者及家属沟通病情, 于局麻方式下紧急颈段气管切开术, 确保患者通气。择期于全麻支撑喉镜下行右侧声带病损切除术 + 右侧声带部分切除术。术中冰冻切片报告: 良性肿物, 未见癌细胞, 术后复查喉镜检查提示(见图 9、图 10): 右侧声带肿物切除干净, 无组织残留。病理结果: 符合声带息肉。



**Figure 7.** Vocal cords during preoperative phonation  
**图 7.** 术前发声时声带



**Figure 8.** The glottis when the vocal cord tumor falls into the glottis during inspiration before surgery  
**图 8.** 术前吸气时声带肿物掉入声门



**Figure 9.** The tumor was completely removed after surgery  
**图 9.** 术后见肿物切除干净



**Figure 10.** Postoperative vocal cord performance  
**图 10.** 术后发声时声带表现

病例 3, 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 日以: 咽部肿物性质待诊入院。患者 4 个月前无明显诱因出现咽干、咽痛、咽痒, 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。查体: 咽部粘膜慢性充血, 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: 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 11)。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 12、图 13)。最后诊断: 右侧颈内动脉迂曲。建议患者观察, 定期复诊, 必要时手术治疗。



**Figure 11.** Right pharyngeal wall swelling  
**图 11.** 右侧咽侧壁膨隆

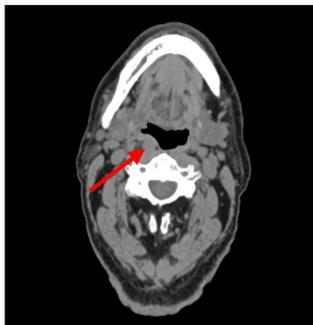


Figure 12. Neck CT plain scan  
图 12. 颈部 CT 平扫

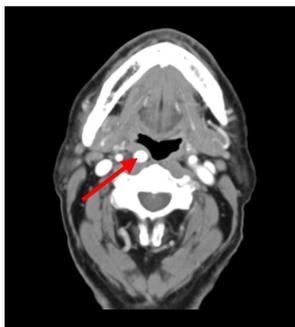


Figure 13. Neck enhanced CT  
图 13. 颈部 CT 增强

## 2. 讨论

血管瘤是临床上较为常见的一种先天性的血管畸形，发生于咽喉部的血管瘤少见[1]。咽喉血管瘤常发生于咽后壁、侧壁，典型的血管瘤外观表现为紫红色不规则肿块，易出血。也有报道，血管瘤与周围咽部粘膜色泽无明显变化，无局部搏动[2]。临床表现有咽部异物感、吞咽不畅，偶有咳血，严重者出现呼吸困难。考虑血管瘤时一般不贸然进行活检，先完善 CT 平扫 + 增强排外血管瘤再考虑穿刺活检，以免发生致命性大出血[3]。CT 平扫 + 增强、MRI 平扫 + 增强可以明确肿物的位置、累及范围及供血血管来源。肿物较小时，定期复查或选择激光、电凝、冷冻、局部应用硬化剂等治疗；肿物较大引起如呼吸困难等症状时，可手术治疗，由于咽腔小，术中止血困难，一般先介入造影，明确供血动脉，再行栓塞，减少术中出血，再经咽侧壁入路，切除肿物。病例 1 患者结合影像学检查，考虑血管瘤可能性大，由于肿物靠近咽部下端，位置较深，穿刺活检困难，而且穿刺活检后可能出现大出血，止血困难，甚至引起呼吸困难，因而未进行术前活检明确是否有鲜红色血液来辅助诊断。选择择期经咽侧壁入路，手术视野广，能充分暴露肿物，可操作性强，对于术中出血可以及时进行止血，通过烧灼、缝合止血等，都能较好控制出血。为减少术中出血，术前行 DSA (数字剪影血管造影)，初步明确肿物性质，虽然术前因血管较细未成功栓塞，也很好提示肿物供应血管情况，为术中控制出血起很好提示作用。患者完善喉镜发现咽喉部肿物，性质不明确，首先完善 CT 平扫 + 增强或 MRI 平扫 + 增强，若考虑为血管瘤，可先行穿刺回抽，观察是否有鲜红色血液。慎重取材活检，避免导致难以控制的出血。最后明确肿物性质最重要仍是活检。

声带息肉是指发生于一侧或双侧声带游离缘前中 1/3 处，为半透明白色或粉红色表面光滑的肿物，常常因为声嘶来就诊，声带息肉巨大者有蒂或基底广，可随呼吸上下移动，声嘶症状不明显，因肿物引

起声门堵塞导致吸气性喉喘鸣和呼吸困难[3]。声带息肉一般依据临床表现及喉镜进行诊断。本例结合患者症状、体征及检查,考虑巨大声带息肉,已遮盖声门区,完全阻塞气管,导致四度呼吸困难。入院后紧急行气管切开术,开放气道,保证患者通气,为后期手术创造了条件。术前紧急气管切开,一方面,可以避免声带息肉堵塞声门,导致缺氧,引起窒息问题;另一方面,可以防止气管插管时导致巨大声带息肉脱落进入气道形成气道异物,出现呼吸困难[4]。气管切开后按常规声带息肉切除手术进行处理,减少患者因息肉堵塞气道发生窒息的概率。

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[5]。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[6]。颈内动脉异位因素主要有以下:一是先天因素,颈内动脉起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,二是后天性疾病如动脉粥样硬化、高血压导致动脉壁的弹性下降,弯曲加重明显[7]。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[8]。多数因咽部症状来就诊患者,首先完善喉镜检查,最后诊断主要依靠CT血管造影(CTA)、数字减影血管造影(DSA)、磁共振血管造影(MRA)等[9]。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,排除手术禁忌症,行手术治疗[10]。患者误诊为右侧咽侧壁肿物,完善颈部增强CT提示颈内动脉异位。最后患者先以保守治疗为主,定期复诊,必要时手术治疗。嘱患者避免进食坚硬、粗糙、尖锐食物,定期随访复查。

病例1患者结合其症状、体征及检查结果,术前考虑血管瘤可能性大,肿物位置位于下咽部,手术视野小,操作空间狭窄,为减少患者手术出血风险,术前提前备血,且选择择期全麻方式下经咽侧壁下咽肿物切除术,实现肿物完全切除,术中、术后无并发症,术后1月、3月随访,未发现复发,症状较术前明显好转。病例2患者就诊时出现呼吸困难等症状,入院时紧急行气管切开术,根据完善的相关检查采用全麻支撑喉镜下行右侧声带病损切除术,具有精准、微创的优势,功能恢复快,术后患者声音嘶哑、呼吸困难症状恢复好,无并发症,术后1月、3月随访复查,未发现复发。病例3患者检查发现颈内动脉迂曲,患者症状较轻且年龄较大,与患者及家属沟通后选择风险更低的保守治疗方案,经出院后定期复查,肿物稳定,无明显增大,症状未进一步加重,避免手术风险,但需要长期随访监测。本研究通过描述三种不同治疗方案在特定病例中的应用过程,为临床提供一定的参考价值和进一步的研究思考,鉴于样本量小,未来需要更大样本量、更长随访时间的前瞻性研究来更可靠地比较不同治疗方案的优缺点、长期疗效、有效率和并发症发生率等。

### 3. 总结

耳鼻咽喉头颈外科是研究耳、鼻、咽、喉、气管、食管和头颈部(除外眼、口腔和颅内结构)的解剖、生理和疾病现象的一门学科,因其涉及器官多,疾病种类多样。临床上的咽喉部肿物,常常引起患者咽部异物感、吞咽不同程度受限,严重时阻塞气道危及生命。从上述3例患者的治疗过程中可得知,为了减少误诊率、提高诊治效率,根据患者的症状、体征及相关化验检查,制定有效且疗效佳的个性化治疗方案,为患者减轻心理、生理上的损伤,治疗过程中,需做到:①术前准备充分,对于罕见的咽喉部肿物,仔细查阅资料,完善影像学检查如CT平扫+增强、MRI等,与常见肿物鉴别诊断。②充分评估术中出血情况,考虑为血管瘤的鼻腔或咽部肿物,联系放射科行血管栓塞,提前备血[11]。③必要时术前完善组织活检,对于性质不明确的咽喉部肿物,完善影像学检查暂不能与其他常见疾病鉴别时,必要

时完善组织活检,尤其是最重要的术前明确肿物性质检查和术后的诊断金标准。若考虑是咽喉血管瘤,尽量避免术前取材活检。④ 术前开放气道,咽喉部肿物巨大,引起患者呼吸困难时,可在术前行气管切开术,开放气道,保证患者呼吸情况。⑤ 术前充分评估手术风险,对于有临床症状患者,麻醉插管及手术风险大时,如颈内动脉异位,可考虑保守治疗,定期随诊复查。若出现明显临床表现,严重影响患者日常生活,导致生活质量下降时,再进一步行手术或其他治疗。⑥ 合并其他疾病,手术风险大时,先处理合并疾病,再进一步治疗本科疾病。

## 声 明

本文病例报道已获得患者的知情同意。

## 参考文献

- [1] 孙常领,杜晓东,屈宏扬,等. 内镜辅助下聚桂醇注射治疗咽喉部血管瘤[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2018, 25(7): 393-396.
- [2] 俞德顺,刘卓慧,龙瑞清,等. 下咽血管瘤误诊活检术中大出血一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2018, 53(10): 785-786.
- [3] 任彩云,何妍妍,刘环秋,等. 巨大声带息肉 1 例临床分析[J]. 中国实验诊断学, 2018, 22(7): 1286-1287.
- [4] 陈祥文. 巨大声带息肉 1 例[J]. 大家健康(学术版), 2013, 7(17): 171.
- [5] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 594.
- [6] 李丽娟,王丽,宋昱. 颈段颈内动脉走行变异的 CT 表现及临床意义[J]. 中国微创外科杂志, 2011, 11(11): 1005-1007.
- [7] 罗志宏. 头颈外科[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 1998(1): 1-3.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 彭雪梅,曹玲,杨丹,等. 1 例鼻咽血管纤维瘤诊治分析[J]. 医学信息, 2018, 31(10): 188-189.