

## 21 例原发性咽旁间隙肿物的临床分析 Clinical analysis of 21 cases of primary tumors in the parapharyngeal space

纪旭<sup>1</sup> 王斐<sup>1</sup> 关超<sup>1</sup> 姜学钧<sup>1</sup>

[关键词] 咽旁间隙肿物;混合瘤;神经鞘膜瘤

**Key words** tumours in the parapharyngeal space;mixed tumor;nerve sheath membrane tumor

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.03.018

[中图分类号] R739.63 [文献标志码] B

咽旁间隙肿物临床上较为少见,仅占头颈部肿瘤的 0.5%<sup>[1]</sup>;原发性肿物则更少见,因其位置隐蔽,解剖毗邻复杂,临床表现及病理类型多样,患者就诊时往往病程较长,因此给临床诊疗造成较大困难。熟悉掌握原发性咽旁间隙肿物的特点及规律,可以减少误诊、漏诊率,并有助于选择合适的治疗方案。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

2010-03-2012-10 我科收治的 21 例原发性咽旁间隙肿物患者中,男 8 例,女 13 例,年龄 21~64 岁,平均 42.9 岁;病程 7 d~25 年,中位病程 2 个月。病史中明确发现咽部或颈部包块者 8 例,咽痛症状 8 例,咽部不适(包括咽部异物感)7 例,吞咽困难 5 例,打鼾 5 例,耳部不适(耳痛、耳鸣、耳聋)3 例,头痛者 2 例,发声不清者 2 例,味觉减退 2 例,伸舌偏斜 1 例,鼻塞 1 例,有部分患者症状重叠。

表 1 21 例咽旁间隙肿瘤的临床表现

临床表现	例数/%
发现咽部或颈部包块	8(38.1)
咽痛	8(38.1)
咽异物感	7(33.3)
吞咽困难	5(23.8)
打鼾	5(23.8)
耳痛、耳鸣、耳聋	3(14.3)
头痛	2(9.5)
发声不清	2(9.5)
味觉减退	2(9.5)
伸舌偏斜	1(4.8)
鼻塞	1(4.8)

15 例有咽侧壁隆起,扁桃体或软腭、悬雍垂移位;7 例下颌角周围、耳周饱满或有包块;5 例颈部

及咽部可同时触及包块,包块 1.5 cm×1.4 cm~9.0 cm×7.0 cm。所有患者均行相关影像学检查,包括颈部彩超、CT(包括增强 CT、3DCT、CTA 等)、MRI 检查,其中有 4 例患者影像学检查结果与其最终的病理诊断结果完全相符,分别诊断为囊肿、脂肪瘤、颈动脉体瘤和神经鞘膜瘤。3 例恶性肿瘤的 CT 和 MRI 检查中均显示边界不清晰或对周围骨质的正常形态有不同程度影响。1 例交界性肿瘤孤立性纤维性肿瘤患者,术前行喉 3D CT 检查示右咽旁间隙一不规则等密度影,动脉期不均匀强化,周围见许多迂回血管影,右颈内静脉受压,向后移位,颈内动脉变细,血管瘤可能性大。

#### 1.2 治疗方法

除 1 例颈动脉体瘤患者最终放弃介入手术外,其余患者均经不同方式的手术治疗。3 例恶性肿瘤患者均将在术后进行放疗。1 例孤立性纤维性肿瘤患者术前经 3D CT 检查怀疑为血管瘤,经介入科先行颈外动脉栓塞术,减少肿瘤供血后,再于我科行肿瘤切除术。本研究经口咽入路 9 例;经颈侧(包括颈颌下)入路 8 例;颈咽联合入路 3 例,其中 1 例纤维组织细胞瘤(潜在恶性)术中见癌肿向鼻咽黏膜下浸润生长,未能切净;1 例混合瘤局部恶变侵及颈椎,右椎间肿物无法切除;1 例多次复发的神经鞘膜瘤,肿物一部分经右侧椎孔进入椎管内无法切除,其余手术均完整切除肿物。本组中有 3 例同时行气管切开术。

### 2 结果

除 1 例患者经颈部血管 CTA 证实为颈动脉体瘤外,其余 20 例患者均通过术后病理确诊。良性肿瘤 16 例,其中混合瘤 7 例,神经鞘膜瘤 4 例;另 5 例病理类型较为分散,其中囊肿 2 例,脂肪瘤 1 例,血管内皮瘤 1 例,基底细胞腺瘤 1 例。恶性肿瘤 3 例,其中混合瘤恶变 1 例,纤维组织细胞瘤 1 例,肌纤维母细胞瘤 1 例。交界性肿瘤 1 例,为孤立性纤维性肿瘤。

20 例手术患者中有 3 例出现术后并发症,其

<sup>1</sup>中国医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科(沈阳,110001)  
通信作者:姜学钧,E-mail:djiangxj@163.com

中 2 例神经鞘膜瘤患者均为迷走神经来源,贯穿神经干,为彻底切除肿物,将迷走神经切断;患者术后出现声嘶,进流食易呛咳,行电子喉镜检查显示患侧声带旁正中位固定;另 1 例为混合瘤患者,术后切口开裂,并见肉芽及坏死组织填塞于腔内,经拆线、清除坏死组织后愈合。

### 3 讨论

咽旁间隙位置深在、隐蔽,解剖毗邻复杂,一旦有肿物生长,从诊断到治疗都较为棘手。早期该病患者多无明显症状,故早期诊断较为困难,容易造成漏诊<sup>[2]</sup>,当肿瘤大于 3 cm 以上时,可以发生颈侧区及口咽侧壁隆起<sup>[3]</sup>。笔者收集的病例中,临床表现最为突出的就是发现咽部或颈部包块,肿块发生的部位与肿瘤原发部位及生长方向有关;另一个较为突出的表现为咽痛,这与既往文献所报道的咽旁间隙肿瘤主要表现为无痛性缓慢增长的肿物<sup>[4]</sup>的观点有所不同,但值得关注的是,本组 9 例有咽痛史的患者肿物直径都超过 3 cm,可能与肿物较大所引起咽旁间隙感觉神经的膨胀性压迫有关。随着包块的增大,出现各个毗邻部位受侵的表现,如咽部不适、咽部异物感,打鼾,甚至耳鸣、耳聋、耳痛、鼻塞、吞咽困难和发声不清,最终可出现脑神经受累如头痛、伸舌偏斜、味觉减退等相关表现。

临床医师对于咽旁间隙肿物的诊断除了根据患者提供的病史和对患者的专科检查之外,更重要的是要依靠影像学检查,包括颈部彩超、CT (3DCT、增强 CT 或 CTA)、MRI 检查等。颈部彩超具有经济、无创、可重复性等特点,可常规用于咽旁间隙肿瘤的检查,能初步判断肿瘤的囊实性、包膜、与周围组织的关系等。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。MRI 检查对软组织分辨率较高,具有多平面成像和对血管结构的准确定位等特点。因此,CT 及 MRI 检查是鉴别咽旁间隙肿瘤最可靠的影像学检查,可为手术入路提供重要的参考意见<sup>[5]</sup>。此外,颈部 CTA 具有可明确鉴别颈动脉体瘤与其他咽旁间隙肿瘤的特异优点,本研究中的颈动脉体瘤患者就是因怀疑有咽旁间隙肿瘤才行 CTA 检查确诊的,从而避免了误诊、误治。

本组有 4 例患者经过术前检查已经确诊,这对于术前正确制定手术治疗方案有着重大意义。3 例恶性肿瘤均显示与良性肿瘤不同的符合恶性肿瘤的影像学征象,这对于判断手术预后,及在术前与患者充分告知手术风险及疗效评估方面有着不可替代的意义。1 例孤立性纤维性肿瘤患者因术前 3D 增强 CT 显示“动脉期不均匀强化,周围见许

多迂回血管影”而怀疑血管瘤,术前经介入科行同侧颈外动脉栓塞,减少血供后,再行肿瘤切除手术,虽然术后病理证实为孤立性纤维性肿瘤,但因术前准备充分,避免了术中、术后大出血等并发症的发生。

咽旁间隙内含有颅内外交通的重要血管、神经以及肌肉、腮腺等各种组织结构,解剖结构复杂,其中咽旁间隙内各种组织均可能发生肿瘤。因此,有学者统计其病理类型多达 30 多种<sup>[6-7]</sup>。从诊断方面来看,本组咽旁间隙的肿物中良性明显多于恶性,其中涎腺来源的混合瘤所占比例最大,其次为神经源性肿瘤,其余性质的肿瘤临床少见。原发的恶性肿瘤非常少见,应在术前予以充分的检查和分析,力争彻底切除肿瘤,最大程度地降低手术风险。

咽旁间隙肿物的治疗方法,当前国际上仍以手术为主。咽旁间隙肿物由于部位深在,暴露困难,又有重要的神经血管,有时难以对肿瘤作广泛切除,术后易复发,其复发率 27%~38%<sup>[8]</sup>。恶性肿瘤复发率更高,许多学者主张进行手术加放疗的联合治疗方式,虽然局部控制良好,但总体疗效仍不能令人满意<sup>[9]</sup>。咽旁间隙肿物的手术入路有多种,包括口咽入路、颈侧入路、颈颌联合入路、颈咽联合入路、颈腮腺联合入路和颞下凹入路等,根据肿物的大小、部位、性质可灵活选择或组合<sup>[5]</sup>。

我科经过多年的探索,并根据我科病种的特点,最常选择颈侧(包括颈颌入路)、咽侧及颈咽联合入路,目的是以最小的损伤争取最彻底的切除肿瘤,术后根据肿物性质、部位、切除程度辅助放疗或者化疗。本研究中除 2 例恶性肿瘤、1 例多次复发的神经鞘膜瘤患者无法彻底切除肿瘤外,其他患者均完整切除肿瘤。

咽旁间隙肿瘤手术常见的并发症有呼吸困难、神经损伤、严重出血、骨坏死、伤口积液、感染、咽瘘等。来源于交感神经者,无论术中是否保留神经的完整性,均可能因手术创伤或刺激而引发 Horner 综合征<sup>[10]</sup>。从本组患者的术后并发症的发生情况来看,神经源性的肿瘤患者术后并发症概率较高;另 1 例混合瘤出现切口开裂,腔内充满肉芽及坏死组织,考虑为术后“死腔”残留引起感染。

对于咽旁间隙肿瘤患者采取如下措施可预防并发症的发生:①熟悉掌握咽旁间隙的复杂解剖结构;②若肿瘤体积大、手术范围广,为防止术后组织水肿、神经损伤等引起的呼吸困难,通常应以气管切开术为前置手术;③术中首先解剖出颈内静脉、动脉及迷走神经是防止并发症的关键,预置止血带,以便术中随时阻断意外发生的血流;④神经损伤以Ⅶ、Ⅸ~Ⅺ脑神经及交感神经损伤多见,术中应小心分离,轻柔操作;⑤咽旁间隙肿瘤切除后,会遗留较大“死腔”,彻底止血后,可用明胶海绵填

塞术腔,再放置负压引流,使术腔组织紧密相贴,有利于伤口愈合。

综上所述,咽旁间隙肿物最常为涎腺来源及神经源性,良性肿瘤占大多数,原发的恶性肿瘤较少,CT 和 MRI 检查是鉴别咽旁间隙肿物的最可靠的影像学检查,治疗上主要采取以手术为主的综合治疗。掌握咽旁间隙肿瘤的发病特点,全面细致的术前检查以及合理的手术进路的选择是诊断治疗的关键因素。

#### 参考文献

[1] JAMAL M N. Schwannoma of the larynx: case report, and review of the literature[J]. J Laryngol Otol, 1994, 108: 788-790.  
[2] KERRY D, OLSEN K D. Tumors and surgdry of the parapharyngeal spare[J]. Laryngoscope, 1994, 104: 1-1.  
[3] KAKANI R S, BAHADUR S, KUMAR S, et al. Parapharyngeal lipoma[J]. J Laryngol Otol, 1992, 106: 279-281.

[4] 王春雷,张明生,赵志军,等. 咽旁间隙肿瘤 60 例临床分析[J]. 包头医学院学报, 2008, 24(1): 55-56.  
[5] 吴文源,洪育明,梁振源. 咽旁间隙肿瘤的诊断及手术径路的选择[J]. 现代诊断与治疗, 2008, 19(4): 222-224.  
[6] 王天铎,蔡晓岚,李梅,等. 咽旁间隙肿瘤及手术入路[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 1998, 12(8): 339-342.  
[7] 聂旭光,宋代辉,彭化海,等. 咽旁间隙肿瘤[J]. 口腔颌面外科杂志, 1998, 8(3): 170-172.  
[8] RAVEH E, SEGAL K, CHAIMOFF M, et al. Surgical approaches to the parapharyngeal space[J]. Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg, 1996, 7: 327-332.  
[9] 黄健男,陈穗保,郭奕娴,等. 咽旁间隙肿瘤的外科治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 1998, 4(4): 236-239.  
[10] 古庆家,秦学玲,梁传余. 咽旁间隙肿瘤 54 例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2002, 8(4): 256-256.

(收稿日期:2013-01-28)

## 先天性双侧第二鳃裂瘻管误诊 1 例

### Misdiagnosed bilateral congenital second branchial fistula: one case report

黄子斌<sup>1</sup> 张志茂<sup>1</sup> 裴智<sup>1</sup> 程波<sup>1</sup> 魏金凤<sup>1</sup>

[关键词] 先天性;第二鳃裂瘻;误诊

Key words intrinsic; the second branchial fistula; misdiagnose

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.03.019

[中图分类号] R653 [文献标志码] B

鳃裂畸形属于先天性疾病,它是由胚胎发育过程中鳃沟与咽囊发生异常穿破或未完全闭合而形成的,可表现为颈侧部的囊肿、瘻管或窦道,临床上以第二鳃裂发育异常最为多见,由于其发病率低,极易导致误诊。王绍忠等<sup>[1]</sup>报道误诊率接近 20%。2012 年 8 月笔者收治 1 例双侧第二鳃裂瘻管患者,现报告如下。

#### 1 病例报告

患者,女,27 岁,因发现右颈侧肿块 1 个月余就诊入我院。患者自幼发现左侧颈部瘻管,挤压时偶有少许黏稠液体自瘻口流出,局部皮肤无红肿。1 个月前发现右颈侧肿块,无红肿疼痛。曾就诊于外院,甲状腺彩超结果考虑“右侧甲状腺囊肿,皮下瘢痕?”。我科专科检查:左侧胸锁乳突肌下 1/3 前缘

可见一瘻口,无分泌物溢出,未触及明显索条状物,右侧甲状腺上极区可触及包块,皮下可触及索条状物,未见明显瘻口,电子喉镜检查未发现内瘻口,初步诊断为右侧甲状腺囊肿并感染,左侧鳃裂瘻管。完善术前常规检查并行颈部 CT 及 MR 检查,考虑为右侧甲状腺囊肿,双侧鳃裂瘻管(图 1、2)。患者在全身麻醉下行双侧鳃裂瘻管切除术+右甲状腺囊肿切除术,沿双侧瘻管处行横行切口,至双侧胸锁乳突肌外缘,切开皮肤及颈阔肌,分别向上、下分离皮瓣,牵拉右侧瘢痕处皮肤组织可触及索条状物,沿索条样组织行向上分离,瘻管沿胸锁乳突肌前缘颈鞘浅面向上继续走行,直至二腹肌深面;同样方法处理左侧鳃裂瘻管,分离至二腹肌缘。管腔内分别注入亚甲蓝(图 3),发现右侧完全性瘻管,左侧不完全瘻管。完整切除左侧瘻管,右侧于根部钳夹瘻管,剪断根部、结扎、荷包缝合,最后切除右侧甲状腺囊肿,双侧胸锁乳突肌前缘放置引流管,负

<sup>1</sup>三峡大学第一临床医学院 湖北省宜昌市中心人民医院耳鼻咽喉科(湖北宜昌, 443003)  
通信作者:黄子斌, E-mail: huangzibinyc@aliyun.com