

双侧声带真菌感染一例并文献回顾

何益明

广东省恩平市人民医院 广东 恩平 529400

【摘要】目的：探讨声带真菌感染的临床表现、致病诱因、诊断及治疗方法，以提高临床医生对该病的认识，减少误诊和漏诊。方法：回顾性分析 1 例以声音嘶哑为主要表现，病理确诊为声带真菌感染患者的临床资料，并结合相关文献进行回顾性分析。结果：患者，男，老年人，因反复声嘶 1 周就诊，电子喉镜下双侧声带黏膜轻度充血肿胀，前中 1/3 交界处及游离缘可见不规则白色苔状及斑块样附着物，表面粗糙，不易剥离，声带闭合欠佳，外展可。入院后完善相关检查，排除禁忌，经支撑喉镜及内镜辅助下声带病损切除活检术，术后病理提示：鳞状上皮局灶增生，上皮内及坏死物中可见大量真菌菌丝及孢子结构。明确诊断后给予伊曲康唑口服抗真菌治疗 4 周，复查声嘶症状消失，电子喉镜示声带形态及黏膜恢复正常，停药 8 周后随访未见复发。结论：声带真菌感染临床较少见，电子喉镜下表现缺乏特异性，病理检查及真菌学检查有助于明确诊断。对于反复声嘶且存在诱发因素者，应尽早行喉镜检查并必要时取活检，以减少误诊误治。去除诱因并规范抗真菌治疗后，预后较好。

【关键词】声带；真菌感染；电子喉镜；病理

1 前言

声带真菌感染 (Fungal Infection of Vocal Cords)，又称真菌性喉炎 (Fungal Laryngitis)，在耳鼻喉科临床实践中相对少见，极易与声带白斑、慢性喉炎、喉结核，甚至早期喉鳞状细胞癌相混淆^[1-2]。若认识不足，往往导致误诊、误治或过度进行手术创伤。本文将恩平市人民医院耳鼻喉科收住的 1 例声带真菌感染病例作报告如下，并结合相关文献进行回顾性分析，探讨声带真菌感染的临床表现、致病诱因、诊断及治疗方法，以期提高临床识别能力。

2 临床资料

2.1 对象

患者，男，70 岁，因“反复声嘶 1 周”于 2025 年 12 月 13 日入院。患者于 1 周前无明显诱因出现声音嘶哑，晨起时较重，无咽痛，无呼吸困难、吞咽困难，无咯血及发热、盗汗，无咳嗽咳痰。曾在附近诊所按“咽喉炎”给予抗生素及中成药治疗，效果不佳。遂来我院就诊。既往体健，吸烟 30 余年，每天约 5 支，无酗酒史，否认胃食管反流史，否认糖尿病、肺结核、高血压及传染病史。入院后行胸片、心电图、肝肾功能、血糖水平未见明显异常，传染病检测如 HIV、梅毒、乙肝、丙肝均为阴性。专科检查：电子喉镜检查：双侧声带黏膜轻充血肿胀，双侧声带前中 1/3 交界处及游离缘可见不规则的白色苔状及斑块样附着物，表面粗糙，不易剥离；室带略充血；双侧声带运动闭合欠佳，外展良好，梨状窝未见异常分泌物潴留，见图 1。初步拟诊：声带白斑？喉结核？

2.2 治疗方法及结果

为明确病变性质，完善相关检查，排除禁忌，患者在气管插管全麻下行支撑喉镜及内镜辅助下声带肿物微瓣切除活检术。术中利用显微器械将双侧声带表面的白色斑块样病变连同受累的部分上皮层予以剥离切除，标本送常规病理。病理检查结果：(双侧声带肿物)镜检为披覆鳞状上皮组织，局灶鳞状上皮增生，上皮细胞未见异型，上皮内见大量中性粒细胞浸润，上皮间质水肿，小血管增生及扩张，另见大量炎性坏死物、真菌菌丝及孢子结构见图 2 及图 3。最终诊断：声带真菌感染。

治疗：确诊后，嘱严格声休，戒烟，避免辛辣刺激饮食。停用此前不必要的抗生素及相关诱因药物。给予口服伊曲康唑胶囊 (150mg/次，每天 1 次)，连用 4 周。随访：治疗 1 周后复诊，患者声嘶症状缓解，复查电子喉镜示：双声带轻充血，边缘光滑，闭合外展良好，见图 4；治疗 4 周后复查电子喉镜，双侧声带表面光滑，白色斑块完全消失，声带黏膜颜色恢复正常，声带闭合、外展良好图 5。停药 8 周后复查未见明显复发，发音良好，电子喉镜表现双声带表面光滑，未见明显肿物，声带闭合、外展良好，见图 6。



图 1 内镜示双侧声带前中 1/3 交界处白色斑块样附着物

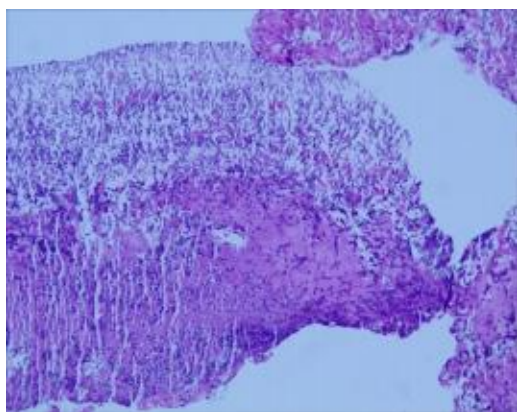


图 2 声带病灶病理图 (HE×100)

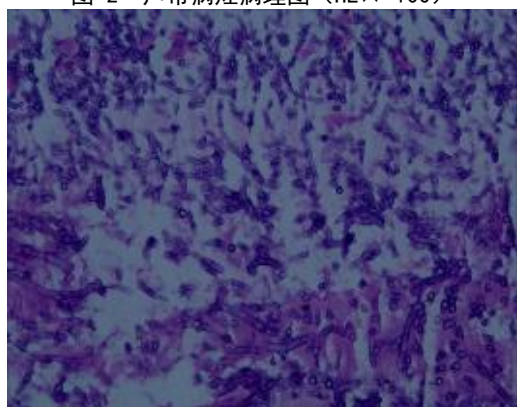


图 3 声带病灶病理图 (HE×400)

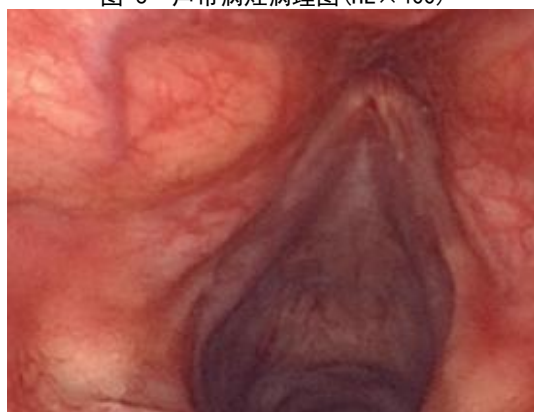


图 4 治疗 1 周后电子喉镜复查

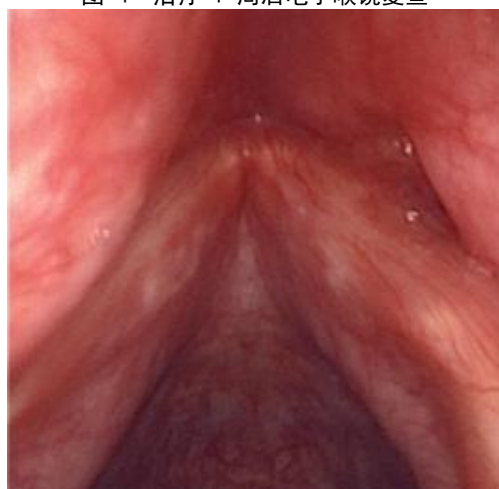


图 5 治疗 4 周后电子喉镜复查



图 6 停药 8 周后电子喉镜复查

3 讨论

声带真菌感染是一种相对少见但临床表现多样、易与其他喉部疾病混淆的疾病，其诊断与治疗需结合患者的免疫状态、危险因素及喉镜所见进行综合判断。其临床表现以声音嘶哑最为常见，可伴咽痛、咽部异物感或咳嗽，喉镜下可见白色伪膜、斑块样附着物、肉芽样或息肉样改变，但缺乏特异性，故常误诊为声带白斑、慢性喉炎、喉结核甚至早期喉癌^[1-6]。本例病灶位于声带前中 1/3 交界处，与既往研究中声带前 1/3 与后 2/3 交界区为常见受累部位的结论一致，提示该区域白色病灶应警惕真菌感染可能^[7]。声带真菌感染可继发于肺部或口咽部感染，也可发生于免疫功能正常者，电子喉镜检查的一些表现可误诊为反流性喉炎、接触性肉芽肿等疾病，增加了诊断难度^[8]。

正常情况下，口腔及咽喉部存在少量的真菌（常为共生状态），由于存在黏膜机械屏障、唾液冲洗作用及正常的菌群微生态平衡，一般不会致病。当这种平衡被打破时，真菌便大量繁殖并侵入黏膜上皮致病。而破坏此屏障多见上呼吸道感染后不规范使用抗生素和糖皮质激素^[1,2,4,5,6,9]；另外全身免疫功能低下如艾滋病（HIV）、未控制的糖尿病、长期口服全身性免疫抑制剂或接受器官移植的患者；局部理化刺激：如长期大量吸烟、胃食管反流导致胃酸破坏声带黏膜屏障、头颈部放疗后局部黏膜干燥缺血等也是潜在诱因^[10-11]。本例患者无明确免疫缺陷背景，入院常规检查未见明显异常，提示即使在免疫功能基本正常的人群中，声带真菌感染亦可发生^[3]。患者既往曾于门诊接受经验性抗生素治疗，可能导致局部菌群失衡，为真菌定植与繁殖提供了条件。

喉真菌感染的临床表现与病灶形态具有显著的动态性和多样性，因此利用电子喉镜作为首诊显得异常重要。于刚等^[12]对于喉镜下呈现的白色伪膜、白斑、息肉或溃疡等非特异性病变，

临床医生应高度警惕真菌感染的可能。声带真菌感染的病原学可以念珠菌、属隐球菌、曲霉菌、组织胞浆菌等其他真菌。不同病原体所致的喉部感染在临床表现上存在一定重叠,但也有各自的特点。例如,喉念珠菌病多累及声门区,喉镜下常见白色斑块或假膜样渗出物^[2];喉隐球菌病则常表现为声带息肉样或肿瘤样肿物,易被误认为恶性肿瘤^[3, 13];喉曲霉菌病和喉组织胞浆菌病则较为罕见,声带黏膜可出现浅表或深大溃疡,表面覆盖灰黄色坏死物,可表现为声嘶、吞咽困难或呼吸困难,且常误诊为喉部恶性肿瘤或其他慢性炎症性疾病^[14-15]。

诊断方面,本病例通过支撑喉镜下行病理摘除并经病理检查确诊,再次确立了组织病理学作为诊断“金标准”的地位。单纯依靠症状和喉镜形态极易漏诊或误诊。多位学者均强调,当喉镜检查发现声带表面附着白色或灰黄色膜状物、增生或溃疡时,应及时取活检进行病理检查,或行分泌物涂片真菌镜检及培养以明确诊断^[7]。

在治疗与预后方面,去除病因是防止复发的关键,目前报道声带真菌感染总体预后良好,及时、规范的抗真菌治疗是核心因素。常见抗真菌药物有伊曲康唑,氟康唑,二性霉素B等。

本病例经抗真菌治疗后痊愈,随访无复发,与文献报道的良好预后一致。综合文献,声带真菌感染的治疗原则包括:①停用广谱抗生素及糖皮质激素^[1,7];②全身应用抗真菌药物,如伊曲康唑、氟康唑等,疗程通常为4周左右^[14];③部分患者可联合局部雾化治疗或手术切除病灶^[14-15]。对于伴有明显声带新生物或呼吸困患者,手术切除病变组织可缩短疗程、提高疗效,同时获取病理标本明确诊断^[15-16]。

本病例为个案报道,存在一定局限性,无法全面反映声带真菌感染的多样性与复杂性。此外,未行真菌菌种鉴定,不同菌种(如曲霉菌、念珠菌等)的临床特点及药物敏感性差异尚需进一步研究。综上所述,声带真菌感染临床表现不典型,易误诊漏诊。临床医师应提高对本病的认识,对于有抗生素、激素使用史且声音嘶哑迁延不愈者,应尽早行喉镜检查并适时取活检明确诊断。确诊后,停用诱因药物并予规范抗真菌治疗,预后良好。加强合理用药管理、保持良好的口腔及咽喉卫生、对持续性声音嘶哑患者进行早期检查,对于降低声带真菌感染的发生率及复发率具有重要意义。未来可通过多中心、前瞻性研究,进一步明确不同菌种的临床特征及优化治疗方案。

参考文献:

- [1]文森林,葛士波,周永青,等. 11例声带真菌感染误诊临床分析[J]. 临床误诊误治, 2024, 37(20):18-21.
- [2]申园园,王刘中,曹华. 25例原发性声带真菌感染的诊治分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2022, 29(08):521-524.
- [3]刘丹,万浪,费文彬,等. 原发性声带真菌感染一例报告并文献复习[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2021, 29(01):88-89.
- [4]肖其珍,周荣勇,伍保均,等. 原发性声带真菌感染5例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2019, 26(04):215-217.
- [5]尹黎波,任晓勇,刘海琴,等. 真菌性咽喉炎38例误诊分析及诊治策略[J]. 临床误诊误治, 2018, 31(07):42-45.
- [6]徐静,宋琦. 声带真菌感染误诊为急性细菌性喉炎临床分析[J]. 临床误诊误治, 2015, 28(11):43-44.
- [7]孙艺,雷蕾,钱应雪,邹剑. 喉真菌感染29例临床特征及诊疗分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2025, 32(12):788-791.
- [8]沙欣,陈兴,王婷,等. 肺炎支原体感染致声带伪膜形成1例[J]. 临床肺科杂志, 2025, 30(07):1124-1126.
- [9]任佳,郑义涛,彭皎皎,等. 声带真菌病12例临床分析[J]. 四川医学, 2015, 36(12):1619-1621.
- [10]KS Rajmohan, Inam Danish Khan, Umesh Kapoor, et al. primary laryngeal aspergillosis in an immunocompetent patient[J]. International Journal of Medicine and Medical Research, 2020, 5(2):15-19.
- [11]Nirmal Kanti Sarkar, Bijoy Pada Gope. Pulmonary tuberculosis in an immunocompetent patient with primary laryngeal aspergillosis[J]. Respiriology Case Reports, 2020, 8(5):e00586.
- [12]于刚,许珊,杨宁,等. 喉真菌疾病在电子喉镜下的观察[J]. 中国医科大学学报, 2013, 42(07):644-647.
- [13]马翔宇. 小儿喉部弥漫型真菌感染1例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2021, 28(10):659-660.
- [14]丁文娟,王肃旸,李勇,等. 甲状腺术后单侧声带麻痹合并双侧声带真菌感染一例[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2021, 36(05):156-159+10.
- [15]徐定远,王琳,朱优立,等. 声带真菌感染7例临床分析[J]. 中华实用诊断治疗杂志, 2019, 33(10):977-978.
- [16]张小莉,徐新运,谭长强,等. 声带良性增生性病伴真菌感染36例的临床分析[J]. 现代医学, 2014, 42(09):1054-1057.

作者简介:何益明(1986—),男,汉族,籍贯:广东省恩平市,学历:硕士研究生,单位:恩平市人民医院,职称:副主任医师,研究方向:耳鼻咽喉科。