

# 内镜引导下截断茎突 1 例<sup>\*</sup>

李 涛 白铭宇 于小宁<sup>①</sup> 谢华顺 宋 昱 刘仲奇<sup>\*\*</sup>

(北京大学第三医院耳鼻喉科, 北京 100191)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2018)06-0565-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2018.06.024

茎突综合征(styloid process syndrome)是因为茎突过长、方位或形态异常等因素,致使与其临近的肌肉、血管、神经及黏膜等结构相抵触,产生咽部异物感、咽部疼痛感、反射性耳痛、舌咽神经痛、头颈部疼痛和涎腺分泌增多等症状<sup>[1]</sup>。由于临床表现差异较大,缺乏典型症状,故常误诊误治<sup>[2]</sup>。本例反复于外院就诊 7 年均未确诊,2017 年 10 月就诊我院后予以相应的诊断和治疗,于内镜引导下截断茎突,报道如下。

## 1 临床资料

患者男,53 岁,以“持续左侧咽痛、异物感 7 年”为主诉于 2017 年 10 月 26 日入院。否认咽部异物史。7 年来多次外院就诊,均诊为“慢性咽喉炎,慢性扁桃体炎”,给予药物治疗,症状无明显改善。体格检查:双侧扁桃体 I 度,慢性充血,隐窝内可见少量栓塞物,左侧扁桃体中部触诊压痛明显。茎突 CT 示:右侧茎突长约 75.9 mm,与矢状面夹角约 25.8°;左侧茎突长约 72.3 mm,与矢状面夹角约 26.6°(图

1,图 2)。术前诊断:茎突综合征;慢性扁桃体炎。10 月 30 日在全麻下行双侧扁桃体切除及内镜辅助左侧茎突截断术。低温等离子刀(G33E51,北京杰西慧中科技有限公司)切除双侧扁桃体后,于左侧扁桃体窝内可触及左侧过长的茎突中部,无法触及尖端,用低温等离子刀于左侧扁桃体窝中下部沿茎突中部投影处做一直径约 2 cm 切口,进入咽旁间隙,在 0°内窥镜(IMAGE 1 HD, Karl Storz,德国)下暴露左侧茎突中部(图 3),低温等离子刀将茎突截断约 1.5 cm,用可吸收缝线缝合 3 针关闭切口。术后静脉点滴头孢米诺 1 g 每日 2 次,口服双氯芬酸钠缓释片 75 mg 每晚 1 次,3 天。术后第 1 天诉双侧伤口处疼痛、吞咽痛明显,术前左侧咽部钝痛消失,无异物感。术后第 3 天咽痛、吞咽痛减轻,术前不适症状消失,专科体格检查见术区伤口无感染,出院。继续口服头孢克洛 0.25 g 每日 3 次 4 天,双氯芬酸钠缓释片 75 mg 必要时。术后 2 周复查,诉术前左侧咽痛、异物感等症状消失。术后随访 3 个月,症状无复发。

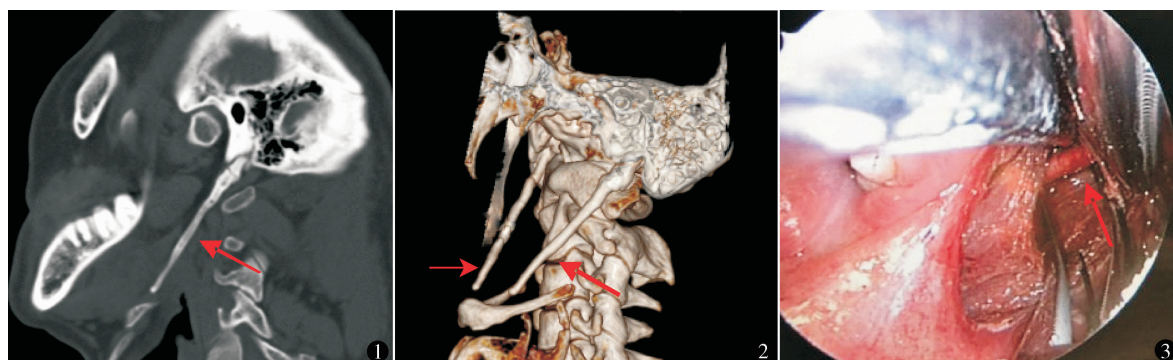


图 1 茎突冠状位 CT,箭头所指为过长的左侧茎突 图 2 茎突 CT 三维重建,箭头指双侧茎突过长,接近舌骨水平 图 3 内窥镜下暴露左侧茎突中段(箭头)

\* 基金项目:国家自然科学基金(21402004)

\*\* 通讯作者, E-mail: zhongqiliu@126.com

① (中国人民大学信息资源管理学院, 北京 100872)

2 讨论

茎突综合征也称 Eagle 综合征,患病率 1.4% ~ 30.0%<sup>[3]</sup>,多发生于中年及中年以后的女性,90% 的患者发病年龄为 40 ~ 59 岁<sup>[4]</sup>。国人茎突平均长度为 2.5 cm,茎突过长者占 4%,而有症状者只占茎突过长人群中的 4%,目前国内多以茎突长度  $\geq 2.5$  cm 作为诊断茎突综合征的标准之一<sup>[1]</sup>。同时,还须结合患者的临床表现,尤其是扁桃体部位的压痛,才能做出茎突综合征的诊断<sup>[5]</sup>。本例病程长达 7 年,多次被误诊为“慢性咽喉炎、慢性扁桃体炎”,药物治疗效果欠佳,究其原因耳鼻喉科大夫对茎突综合征未引起足够重视,对于咽部不适明显、药物治疗欠佳时,扁桃体触诊及影像学检查很有意义。本例 CT 示左侧茎突长约 7.2 cm,接近舌骨水平,远远超过诊断标准,较为罕见,为该病例的特殊之处。

茎突综合征的治疗包括保守治疗及手术治疗。保守治疗包括口服非甾体类抗炎药、抗惊厥、抗抑郁等药物或局部注射类固醇激素等<sup>[6]</sup>。手术治疗包括经口途径切断茎突和经颈部途径切断茎突<sup>[1]</sup>。经口途径切断茎突适合在咽部摸到硬性隆起者<sup>[7]</sup>。经颈部途径切断茎突适合于在咽部不能摸到硬性隆起,或者虽然能够摸到,但是由于位置较高经口手术困难者,或茎突体积小、易摆动的骨不连的茎突等<sup>[8]</sup>。患者的主观不适是诊断茎突综合征的重要依据,虽然双侧茎突过长常见,但患者常表现为单侧症状<sup>[9]</sup>。本例虽然双侧茎突均过长,但右侧茎突未引起患者不适,未予处理。本例采取内镜下经口等离子刀扁桃体切除后截短左侧茎突的手术方式。经口途径较经颈外途径有创伤小、恢复快等优点<sup>[10]</sup>。内镜辅助可以尽可能小切口、微创地暴露茎突,同时由于内镜具有照明充足及局部放大的作用,也可很好地辨识茎突周围解剖结构,配合等离子刀的使用,可以加快手术进程,减少局部创伤及出血,尽可能避免损伤颈部大的血管<sup>[11]</sup>。经口入路往往不能将过长的茎突完全暴露,但只要切除一部分茎突,患者的症状即可完全或部分消失<sup>[12]</sup>。本例术中截断左侧

茎突中部约 1.5 cm,相比于术前 7.2 cm 的总长度,虽然截断部分并不长,但术后症状完全缓解。

茎突综合征临床表现多样,较易误诊,应仔细询问病史,结合详细的查体及辅助影像学检查予以诊断。具有经口入路适应证者在内镜辅助下行等离子刀茎突截断切除术可以微创、有效地治疗茎突综合征。

参考文献

- 1 张庆泉,迟作强. 茎突综合征的诊断和治疗. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(3):262-264.
- 2 何庆维,蓝建平,赵海亮,等. 茎突综合征 37 例临床误诊分析. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2017,23(1):75-77.
- 3 Piagkou M, Anagnostopoulou S, Kouladouros K, et al. Eagle's syndrome: a review of the literature. Clin Anat, 2009, 22(5):545-558.
- 4 Rizzatti-Barbosa CM, Ribeiro MC, Silva-Concilio LR, et al. Is an elongated stylohyoid process prevalent in the elderly? A radiographic study in a Brazilian population. Gerodontology, 2005, 22(2):112-115.
- 5 Badhey A, Jategaonkar A, Anglin Kovacs AJ, et al. Eagle syndrome: a comprehensive review. Clin Neurol Neurosurg, 2017, 159:34-38.
- 6 Arbildo HI, Gamarra LG, Rojas SV, et al. Eagle syndrome: a narrative review. J Oral Res, 2016, 5(6):248-254.
- 7 张庆泉,宋西成,王强,等. 外科治疗茎突异常的疗效分析. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(10):759-762.
- 8 范崇盛. 经颈外入路茎突截短术治疗茎突综合征临床应用. 中华解剖与临床杂志,2009,14(4):278-279.
- 9 Abdul Baseer M, Alenazy M. Eagle's syndrome: a rare case of young female. Dent Res J, 2013, 10(4):568-570.
- 10 Mderris T, Bercin S, Sevil E, et al. Surgical management of elongated styloid process: intraoral or transcervical? Eur Arch Otorhinolaryngol, 2014, 271(6):1709-1713.
- 11 Matsumoto F, Kase K, Kasai M, et al. Endoscopy-assisted transoral resection of the styloid process in Eagle's syndrome. Case report. Head Face Med, 2012, 8(1):21.
- 12 Al Weteid AS, Miloro M. Transoral endoscopic-assisted styloidectomy: how should Eagle syndrome be managed surgically? Int J Oral Maxillofac Surg, 2015, 44(9):1181-1187.

(收稿日期:2018-01-31)

(修回日期:2018-03-08)

(责任编辑:王惠群)