

## • 经验与教训 •

# 茎突截短术治疗茎突综合征的临床分析

## Clinical analysis of styloid process shortened surgical in the treatment of styloid process syndrome

徐丽娜<sup>1</sup> 张庆翔<sup>1</sup> 于振坤<sup>1</sup> 何双八<sup>1</sup>

[关键词] 茎突综合征;经口径路茎突截短术;颈外径路茎突截短术

Key words styloid process syndrome; styloid process shortened surgical via intra-oral; styloid process shortened surgical via external cervical

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.07.023

[中图分类号] R762 [文献标志码] B

茎突综合征是因为茎突的长度过长、茎突方位或形态异常或舌骨韧带骨化等因素,致使茎突与其邻近的肌肉、血管、神经、黏膜相抵触,当转动头颈或做吞咽、发声动作时刺激邻近血管神经而引起的咽部异物感、咽痛、反射性耳部胀痛、头颈部痛、剧烈咳嗽、耳鸣、头晕、咽部刺痒和涎液增多等症状的总称<sup>[1-2]</sup>。约3/4为单侧发病,1/4为双侧发病,常见于成年人<sup>[3]</sup>。因为茎突解剖位置深在,周围有重要神经和血管毗邻及一些骨性结构遮挡,茎突截短术的手术入路选择依然是重要的临床课题。本文总结14例(19侧)茎突综合征患者的资料,分析对比手术前后的随访资料,探讨术后疗效。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

本研究回顾性分析2011-10-2018-05期间我科收治的14例茎突综合征患者的临床资料,均根据临床症状及茎突CT三维重建来确诊。其中男6例,女8例;年龄33~70岁,平均51岁;双侧5例,单侧9例。2例经颈外径路行茎突截短者,11例经口切除扁桃体后茎突截短者,1例一侧经口切除扁桃体后截短茎突,一侧因经口无法切除选择颈外径路手术截短茎突。行单侧截短术者9例,双侧截短术者5例。

14例患者中至少具有咽痛或咽部异物感症状之一,伴或不伴有咽部刺痒、咳嗽、颈痛、头痛、头晕、耳鸣、耳部胀痛等症状。14例中咽部触诊可触及棒状骨性隆起者12例,一侧可触及、另一侧不能触及1例,不能明确触及棒状骨性隆起1例,同时触诊时均能诱发或加重症状。14例患者均行茎突CT三维重建检查,茎突长度为2.76~6.60 cm,平均4.05 cm。

#### 1.2 诊断依据

凡是年龄>20岁,同时具备以下情况<sup>[1]</sup>:①具

有咽痛、咽部异物感、颈部下颌角部位疼痛、咳嗽、头痛、耳部胀痛、耳鸣、咽部刺痒、头晕等临床症状之一;②CT扫描三维重建测量显示茎突长度 $\geq 2.5$  cm;③扁桃体区能摸到棒状茎突尖,或触诊能诱发典型的主诉症状。

#### 1.3 手术方法

根据咽部触诊情况结合CT检查结果选择手术入路,对于扁桃体部位向后上方触诊,能触及明显的棒状茎突,无张口受限者选择经口路径;不能触及明显茎突,CT结果亦显示过长的茎突向后、向外延伸者选择颈部颌下腺下入路。

**1.3.1 经口切除扁桃体后茎突截短术 方法:**①常规剥离患侧扁桃体后,于扁桃体窝外侧,后上方以食指或中指触诊并定位茎突尖部;②以血管钳钝性分离咽上缩肌,暴露骨性茎突尖,以环形长柄刮匙套入茎突尖向上推动,以分离附着于其上的肌肉及韧带,直角止血钳于近根部折断茎突,断端修整平滑,彻底止血,待检查无活动出血后,以4-0可吸收缝线分层缝合肌层及腭舌弓、腭咽弓,消灭死腔。术后给予3~5 d抗生素预防感染。

**1.3.2 颈外径路茎突截短术 方法:**①以患侧下颌骨下缘下约2横指,胸锁乳突肌前方,相当于舌骨水平作水平切口,切开皮肤、皮下组织及颈阔肌,于颈阔肌深面向上分离至下颌骨下缘,注意保护面神经下颌缘支。向上提起患侧颌下腺,沿着颌下腺包膜分离显露二腹肌后腹,于颌下腺深面二腹肌后腹前方继续向后上分离暴露茎突舌肌及茎突舌骨肌,于其近颅底附着处可探及茎突,分离附着于茎突上的韧带及肌肉,于根部折断切除。②严密止血后放置引流条,逐层缝合。术后给予3~5 d抗生素预防感染。

### 2 结果

14例患者术中截短茎突长度为2~4 cm,术后均无出血、咽旁间隙感染、面神经麻痹等并发症发生,术后电话随访3个月以上,见表1。1例术后症

<sup>1</sup>东南大学医学院附属南京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科(南京,211102)

通信作者:张庆翔,E-mail:zhangqx@njtrh.org

表1 14例患者术后疗效评估

例序	性别	侧别	手术方式	咽部异物感	咽痛	咽部刺痒	咳嗽	颈痛	头痛	头晕	耳鸣	耳部胀痛	茎突长度/cm
1	女	左	经口	消失	消失	—	—	—	—	—	—	消失	3.7
2	女	左	经口	缓解	缓解	缓解	消失	—	—	—	—	—	3.0
3	女	左	经口	改善	无改善	—	—	—	无改善	—	—	缓解	3.1
4	男	左	经口	缓解	缓解	缓解	—	—	—	消失	—	—	5.2
5	女	右	经口	失访	—	—	—	—	—	—	—	—	2.8
6	男	左	经口	消失	消失	消失	消失	—	—	—	—	—	4.3
7	男	右	经口	消失	消失	消失	消失	—	—	—	—	—	3.6
8	女	左	经口	缓解	—	—	—	—	—	—	—	—	3.8
9	女	右	经口	缓解	—	—	—	—	—	—	—	—	4.5
10	女	右	经口	无改善	—	—	—	—	—	—	—	无改善	3.3
11	女	右	经口	—	缓解	—	—	—	—	—	—	—	3.6
12	男	左	经口	缓解	缓解	—	—	—	—	—	—	—	3.6
13	男	右	经口	缓解	缓解	—	—	—	—	—	—	—	4.3
14	男	左	经口	消失	消失	消失	消失	消失	—	—	—	消失	5.2
15	女	右	经口	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3.6
16	男	右	颈外	消失	消失	消失	消失	消失	—	—	—	消失	4.6
17	男	左	颈外	缓解	缓解	—	—	—	—	—	—	缓解	4.3
18	男	右	颈外	缓解	缓解	—	—	—	—	—	—	缓解	4.1
19	男	右	颈外	—	缓解	—	—	—	—	—	—	缓解	6.6

状无缓解,综合分析该患者病史及喉镜检查,可能是由于同时伴有咽喉反流,予以奥美拉唑口服治疗8周后症状缓解。

1例左侧茎突综合征患者的影像资料见图1、2。

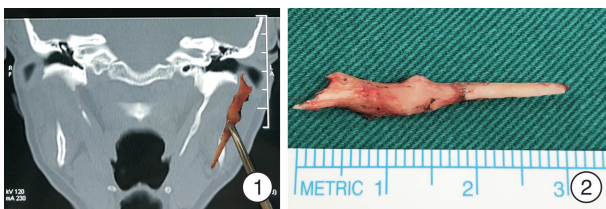


图1 左侧茎突长度为3.7 cm及截断后茎突;

图2 截断的茎突

### 3 讨论

茎突作为颞骨的一部分,解剖上位于颞骨岩部底面与乳突部连接处,起于茎乳孔前内方,呈细长圆柱状,同时被茎突咽肌、茎突舌肌、茎突舌骨肌等肌群和韧带附着,其远端伸向内、前、下方,位于颈内、外动脉之间。茎突周围有舌咽神经、副神经、迷走神经、交感神经和舌下神经等<sup>[2]</sup>。通常茎突的长度为1.52~5.00 cm,一般认为其长度 $\geq 2.5$  cm即为茎突过长<sup>[4-5]</sup>。过长的茎突会通过刺激周围神经如舌咽、迷走、副神经等血管或其他邻近组织而引起咽痛和(或)咽部异物感。

茎突综合征的确切发病率目前尚未明确,但成

人茎突过长的发生率为4%,而引发茎突综合征症状者只占此部分人群的4%<sup>[3]</sup>。因目前茎突综合征引起的咽痛及咽喉部异常感觉与任何可致颈部或颜面部疼痛及异常感觉的疾病鉴别困难。茎突CT扫描三维重建可以为我们提供许多重要信息,包括茎突的长度、方向和邻近组织的解剖关系,作为测量茎突和茎突舌骨韧带长度的重要检查为茎突综合征的诊断提供了重要依据。

茎突综合征的治疗包括非手术治疗和手术治疗。非手术治疗包括:非甾体类抗炎药、糖皮质激素或局部注射麻醉剂等,但疗效都是短暂的。持久的症状缓解仍需要通过手术切除过长的茎突。但目前尚无最佳手术方式,大体分为经口径路和颈外径路2种,此2种方式各有优缺点。颈外径路的主要优势在于解剖结构完全暴露于手术视野内,更易避免神经血管的损伤,从而减少了手术部位感染的风险。其主要缺点是术后遗留瘢痕,影响美观,同时广泛的面部解剖和较长的手术时间容易引起表皮神经的损伤,如耳大神经感觉异常<sup>[6]</sup>。而经口径路的优势在于手术易操作,不会留下外部瘢痕,恢复时间短。但经口操作,术野暴露有限,给手术造成困难,增加了茎突周围重要神经和血管损伤的风险;口咽部Ⅱ类切口可能引起咽旁间隙感染,甚至脓肿形成。我们结合咽部触诊和CT检查结果,术前进行手术入路设计,有效避免了术中临时改手术入路的问题。观察发现,对于术前咽部触诊能够触

# 颈部 CT、超声与 MRI 对颈深部脓肿诊断价值的对比研究

## Deep neck space infections diagnosis: a comparison between neck CT, ultrasound and MRI

许雯<sup>1</sup> 汤玮<sup>1</sup> 余少卿<sup>1</sup> 李少辉<sup>1</sup> 葛荣明<sup>1</sup>

[关键词] 脓肿;颈深部;体层摄影术,X线计算机;超声;核磁共振成像

Key words abscess;deep neck space;tomography,X-ray computed;ultrasound;magnetic resonance imaging

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.07.024

[中图分类号] R762 [文献标志码] B

颈深部脓肿是颈部炎性疾病,虽有抗生素的应用,其发病率降低,但在临床上仍有发生。颈深部脓肿发展迅速,病情危重,严重者可出现呼吸困难、纵隔炎、纵隔脓肿、心包周围炎等严重并发症而导致死亡。颈深部多位于深筋膜间隙内,筋膜间隙内充填着疏松结缔组织和脂肪,解剖结构复杂,位置隐蔽,早期难以诊断,临床上要明确诊断,脓肿定位非常重要。最常采用的辅助检查手段是影像学检查(超声、CT 和 MRI)<sup>[1]</sup>。本文比较颈部 CT、超声与 MRI 检测在颈深部脓肿诊断中的效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

回顾分析 2009-02—2015-01 期间我科收治的 22 例颈深部脓肿患者,其中男 16 例,女 6 例;年龄 18~71 岁,平均 38.3 岁;病程 5~15 d,平均 10 d。

#### 1.2 原发病灶

上呼吸道感染 2 例,急性扁桃体炎 5 例,急性

咽喉炎 3 例,牙源性感染 3 例,急性颈淋巴结炎 2 例,不明原因 7 例。伴有糖尿病 9 例,高血压 3 例。

#### 1.3 临床表现

22 例患者均有不同程度的咽痛,发热 17 例,颈部胀痛 13 例,张口受限 3 例,吞咽困难 14 例,呼吸困难 2 例,声嘶 6 例,伴有颈部淋巴结肿大 6 例。

#### 1.4 实验室检查

22 例患者血常规检查白细胞计数均升高。20 例脓肿穿刺或切开后的脓液细菌培养结果示:溶血性链球菌 9 例,金黄色葡萄球菌 6 例,大肠杆菌 1 例,铜绿假单胞菌 2 例,无菌生长 2 例。

#### 1.5 影像学检查

CT 采用东芝佳能 Aquilion One320 型,扫描条件为 120 kV,250 mA,矩阵 512,层厚 5 mm,均作增强前后扫描。MRI 采用西门子 MR Verio 机型,3.0T 磁共振成像仪,矩阵 256×256,层厚 5 mm,数据采用自旋回波序列,作冠状面和横断面成像。T1WI: COR: TR: 350 ms; TE: 9.5 ms; T1WI: TSE-TRA: TR: 550 ms; TE: 8.5 ms; T2WI: TIRCOR: TR: 3 000 ms; TE: 54 ms;

<sup>1</sup>上海同济大学附属同济医院耳鼻咽喉头颈外科(上海,200065)

通信作者:许雯,E-mail:caoyjxw@126.com

及茎突者,只要无明显的张口受限,一般均可顺利完成经口入路手术;而对于在口咽部不能够触及茎突,经 CT 证实茎突延伸的角度向外侧、向后者,不建议尝试经口入路,而直接选择颈部入路手术。

本文 14 例患者中,除 1 例失访外,均未出现感染、出血、脓肿及神经麻痹等并发症。并且从随访结果来看,2 种手术方式对茎突综合征的症状均有缓解和改善,仅有 1 例患者症状无改善,经抑制咽喉反流治疗后缓解,因此我们在诊断过程中也要排除其他疾病存在的可能,减少误诊、误治。

### 参考文献

[1] 金德斌,杨长东,白文忠,等.保留扁桃体的茎突截短术[J].华西医学,2013,28(2):256-258.  
[2] 赵哲弘,谢枫,王琼女.以耳部症状为主要表现的茎突综合征 23 例分析[J].现代实用医学,2012,24(9):

1014-1015.  
[3] 张立红,金德斌,李智,等.茎突截断术治疗茎突综合征[J].河北医药,2015,10(37):3156-3158.  
[4] HAN M K, KIM D W, YANG J Y. Non surgical treatment of Eagle's syndrome: a case report[J]. Korean J Pain, 2013, 26: 169-172.  
[5] MENDELSON A H, BERKE G S, CHHETRI D K. Heterogeneity in the clinical presentation of Eagle's syndrome[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 134: 389-393.  
[6] CHRCANOVIC B R, CUSTODIO A L, DE OLIVEIRA D R. An intraoral surgical approach to the styloid process in Eagle's syndrome [J]. Oral Maxillofac Surg, 2009, 13: 145-151.

(收稿日期:2018-09-14)