

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201701017

· 临床报道 ·

茎突综合征 37 例临床误诊分析

何庆维, 蓝建平, 赵海亮, 邱书奇

(深圳市耳鼻咽喉研究所 深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院, 广东 深圳 518172)

摘要: **目的** 探讨茎突综合征误诊误治相关因素及其临床疗效。**方法** 回顾性分析 37 例茎突综合征的临床资料, 其中包括疾病的误诊原因、诊断方法、治疗手段及治疗效果。37 例患者均在气管插管全麻下手术治疗, 其中 28 例采用经口内径路茎突部分截断术, 另 9 例经颈外耳垂后径路茎突部分截断术。**结果** 所有患者随访 6 个月至 2 年, 痊愈 32 例, 有效 3 例, 无效 2 例。**结论** 茎突综合征的临床症状及表现具有多样性和多变性, 且此疾病与毗邻器官发病特点有相似性, 容易导致误诊误治。所以充分了解和掌握茎突综合征的临床特点、必要的检查、诊断以及手术方式的选择对治疗此病非常重要。

关键词: 茎突综合征; 误诊; 影响因素; 外科手术

中图分类号: R766.5

文献标识码: A

[中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017, 23(1): 75-77]

Analysis on misdiagnosis of styloid process syndrome in 37 cases

HE Qing-wei, LAN Jian-ping, ZHAO Hai-liang, QIU Shu-qi

(Ear Nose and Throat Hospital of Longgang District Shenzhen City, Shenzhen Institute of Otolaryngology, Shenzhen 518172, China)

Abstract: **Objective** To explore the related factors causing misdiagnosis of styloid process syndrome and to study the clinical efficacy of this syndrome. **Methods** Clinical data including causes of misdiagnosis, diagnostic method, treatment and therapeutic effect of 37 patients suffering from styloid process syndrome were analyzed retrospectively. All patients received partial resection of styloid process under general anesthesia. Of all the 37 cases, the resection was performed via oropharyngeal approach in 28 and external cervical approach in 9. **Results** All the patients had been followed up for 6 months to 2 years postoperatively. As for the therapeutic effect, 32 cases were cured, 3 cases were effective and 2 were ineffective. **Conclusions** Due to the diversity and variability of clinical manifestations, in addition to their similarities to those of adjacent organs, styloid process syndrome is likely to be misdiagnosed. Full understand of the clinical features of styloid process syndrome, relevant or necessary inspections, proper choice of surgical procedure are very important for the diagnosis and treatment of this disease.

Key words: Styloid process syndrome; Misdiagnosis; Influencing factor; Operation, surgical

[Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2017, 23(1): 75-77]

茎突综合征是由于茎突过长或伸向部位及形态改变导致邻近部位的血管、神经及肌肉受压和刺激而出现一系列综合体征或临床表现。此病首次报道于 1937 年, 又称 Eagle 综合征。其常见的临床表现有咽喉部疼痛、咽异物感, 严重者可放射到耳根部, 吞咽时会加重; 部分患者可出现颈部胀痛、耳痛、头痛及唾液增多等症状, 有文献报道由于茎突综合征导致顽固性咳嗽。故此病往往易造成临床上的误诊

误治。我院自 2004 年 1 月~2014 年 1 月共收治茎突综合征患者 37 例, 现分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组茎突综合征患者 37 例, 其中男 20 例, 女 17 例; 年龄 25~68 岁, 平均年龄 46.5 岁; 病程 2~18 年。其中表现为咽异感症 17 例; 咽干咽痛 8 例; 颈颌部胀痛 6 例; 耳闷塞、耳痛不适 3 例; 耳鸣、偏头痛 2 例; 顽固性咳嗽 1 例。患者在外院诊断为咽喉

作者简介: 何庆维, 男, 主治医师。

通信作者: 何庆维, Email: goodlucklan@126.com

炎、中耳炎、颈部神经痛或颈椎病等治疗史,且疗效欠佳。37例中双侧3例;单侧34例,其中左侧15例,右侧19例。所有患者均在门诊行颈部和咽部触诊,触诊扁桃体窝时可触及质硬物并同时伴有咽部不适或反射性咳嗽,对高度怀疑有茎突过长或茎突角度偏移者,常规行茎突螺旋CT扫描+三维重建技术检查(我院MSCT设备为荷兰飞利浦公司生产的16层螺旋CT),结果37例中茎突长度大于3.0 cm者21例,大于4.0 cm者9例,大于5.0 cm者4例,大于6.0 cm者2例,大于8.0 cm(双侧)者1例。

1.2 治疗方法

37例患者均于气管插管全麻下手术治疗。手术方式分两种,其中28例采用经口内径路茎突部分截断术,其中单侧8例,双侧20例,方法是切除相应侧扁桃体后钝性分离出咽缩肌,暴露茎突尖后分离出过长或偏移茎突并将其截断,茎突断端修整平滑,伤口止血,术毕。另9例经颈外耳垂后径路茎突部分截断术,单侧3例,双侧6例,方法是沿胸锁乳突肌前缘,在乳突尖至舌骨水平作斜行切口,钝性分离二腹肌,于咽旁间隙处分离暴露茎突尖后继续分离过长或偏移的茎突并将其咬断取出,修整茎突断端。伤口止血缝合,术毕。截断或咬除的茎突长度必须结合CT扫描结果。术后所有患者常规抗生素治疗3~5 d,预防伤口感染。

1.3 疗效评定^[1]

治愈:咽部不适等临床症状完全缓解,术后随访5个月所有症状未复发;有效:咽部不适等临床症状明显缓解,随访5个月,所有症状较手术前有明显改善;无效:咽部不适等临床症状无缓解,随访5个月,所有症状较术前无明显改善。

2 结果

37例患者均成功截断过长或偏位的茎突,其中截断最长4.6 cm,最短0.7 cm,所有患者术后均随访半年以上,临床症状完全缓解32例,治愈率为86.5%;临床症状明显缓解3例,有效率为8.1%;临床症状无缓解2例,占5.4%,总有效率94.6%。有1例颈外径路手术患者出现短暂性轻度面神经麻痹,经对症治疗后症状消失。

3 讨论

茎突综合症的发病机制及原因目前尚不完全明

确,多数学者认为茎突在发育过程中异常骨化或茎突舌骨韧带部分骨化均可导致茎突过长和茎突方位异常,刺激周围神经、血管或其他组织,引起咽部、颈部、耳部及头部的疼痛或不适等症状,即茎突综合征^[2]。有文献报道,茎突综合征作为一类以咽异物感为主的咽部综合征,在人群中的发病率为1.4%~30%^[3],多发生于中年以上的患者,90%的患者为40~59岁^[4]。

茎突综合征的主要临床表现有咽部异物感、咽干、咽痛、梗阻感及牵扯感等,尤以吞咽时病情为重,更有甚者在说话、头转动时症状明显。反复发作的一侧或双侧颈部刺痛及胀痛不适。耳部及头部不适也常常显现,如耳鸣、听力下降、耳痛、耳内闷塞感以及头痛、头晕、面部麻胀不适;若过长的茎突刺激到迷走神经可引发反复阵发性的激烈咳嗽^[5]或咽喉部麻木感。患者可多种症状或表现同时存在。临床中较易引起误诊的疾病有慢性咽炎、咽异感症、干燥性咽炎、慢性扁桃体炎、颈椎病、舌咽神经痛、神经性耳鸣及突发性耳聋等。

因此病的临床症状及表现多样化或多变性,故临床工作中极容易被误诊误治。误诊的原因主要有:①临床医师对本病认识不足,缺乏临床经验;②临床医师在诊疗过程中缺乏责任心,过于草率下结论;③临床医师缺乏耐心进行检查及完善必要的相关辅助检查;④其他非专业学科的临床医师对本病的了解和掌握的知识甚少,不能作出正确的诊断和治疗。

Eagle报道正常茎突的长度为2.5 cm,随着解剖学和影像学研究发现,茎突的平均长度比Eagle报道的要稍长。现在通常将2.5~3.0 cm作为X线的正常长度范围,大于此范围者,认为是茎突过长。在颅骨正位片上,以茎突长向为轴,与颅底平面成一夹角,正常为30°左右,大于40°或小于20°可认为是茎突方向异常^[6]。

茎突综合征的诊断方面,刘解华等^[7]研究认为要从以下几个方面入手:①临床症状;②手指触诊扁桃体窝,是否引起疼痛或是否触及顶指的质硬条索状物;③X线显示的茎突长度;④1%利多卡因封闭扁桃体后部,是否使症状暂时消失。其中以触诊结合X线表现最为重要,部分患者可加做CT扫描检查进行确诊。茎突综合征的诊断除了认真详细询问病史和咽、颈、耳、头等局部指法检查外,影像学的检查也显得非常重要。X线拍片能显示茎突的长度和方位,但由于茎突所在的位置,其周围组织复杂,神

经血管肌肉组织丰富,其结果显示不理想^[8]。而石祖仑等^[9]研究认为,患者以咽异物感、咽痛或头颈痛为主诉,根据茎突片长度 ≥ 2.5 cm 为过长的影像学诊断标准可考虑收住院。随着影像技术的不断发展,螺旋 CT 三维重建技术在临床应用,不但能够清晰显示茎突的具体长度和方位,而且还能准确测量茎突的具体角度以及显示和周围组织结构的关系^[10]。

以往诊断茎突综合征通常采用茎突 X 片,目前螺旋 CT 的检查手段对茎突综合征的诊断具有非常重要的意义。我们术前常规行茎突三维 CT 重建以了解茎突的长度、角度及形态作为诊断依据,用于指导手术^[11]。

茎突综合征的治疗目前以手术治疗为主,截断过长或角度异常的茎突,手术方式有口内径路和颈外径路两种。两种手术方式各有其优势和不足。口内径路创伤小,术后不留瘢痕,容易被患者接受,但手术过程中首先要摘除相应侧扁桃体后分离出茎突而将其截断;手术视野较小,操作起来有一定的局限性,出血相对较多。颈外径路手术视野较大,操作方便,容易分离和暴露茎突,但术中极易损伤茎突周围血管、神经及腮腺等组织,且术后会遗留不同程度的瘢痕,此种手术方式患者相对不易接受。所以在选择手术方式的问题上,研究报道各有不同。张庆泉等^[12]认为口内径路手术方式可以减少手术并发症,提倡口内径路。黄晓明等^[13]报道:在开展内镜技术经耳后切口行腮腺手术的基础上行茎突截断术具可行性和有效性,且具有直接、显露满意、创伤小、技术实用等优点。而倪伟等^[14]研究报道:颈外径路通过借助鼻内镜的良好照明和配套的手术器械,可以使截断茎突手术变得更加精准。张爱萍等^[15]报道茎突综合征伴晕厥 2 例患者经手术治疗后症状消失,疗效明显。手术指征不明显患者可保守治疗,局部或全身应用药物治疗,如新癬片、颈复康等,局部使用扶他林药膏或局部理疗等皆可。如果确定手术治疗,则应根据患者的具体情况,选择口内或颈外径路,具体是否需要保留扁桃体,应根据咽部的实际情况决定^[16]。

本研究表明,茎突综合征是由多种因素导致的较复杂的一种临床综合征,且在临床中极易被误诊及漏诊。所以详细询问病史和仔细进行查体,并进一步完善相应的影像学检查,明确诊断是治疗茎突综合征的关键。临床中鉴别诊断也显得非常重要。

茎突综合征一经明确,大部分需要采取手术治疗。本文作者认为,无论采取何种手术方式必须遵循一个原则:根据病情,结合患者情况详细分析、制定治疗方案,治疗的同时首先要考虑疗效并最大限度减少创伤和并发症的发生。

参考文献:

- [1] 汪焱开. 茎突综合征诊疗分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2013, 20(5):250.
- [2] 赵伟, 张志强, 顾朝辉, 等. 茎突舌骨韧带骨化致茎突综合征治愈分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2013, 20(8):439-440.
- [3] Piagkou M, Anagnostopoulos S, Kouladours K, et al. Eagles syndrome a review of the Literature[J]. Clin Anat, 2009, 22(5): 545-558.
- [4] Rizzatti-Barbosa CM, Ribeiro MC, Silva-Concilio LR. et al. Ls an elongated process prevalent in the elderly, A radiographic study in a Brazilian population[J]. Gerodontology, 2005, 22(2):112-115.
- [5] 谭旭民, 杨桦. 茎突综合征诱发的慢性咳嗽 25 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(6):448-449.
- [6] 谭旭民, 杨华, 邓安春. 茎突综合征的临床分析[J]. 中国医师杂志, 2004, 6(7): 953-954.
- [7] 刘解华, 陈朝阳. 茎突综合征 25 例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006, 12(1): 49-51.
- [8] 董淑霞, 卫元峡, 金海江, 等. 茎突综合征临床误诊分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2013, 20(12):632-634.
- [9] 石祖仑, 将柏桥. 茎突综合征 150 例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006, 12(2): 145-146.
- [10] 邢巍巍, 王雪峰, 谷京城. 螺旋 CT 三维重建对茎突过长症的诊断价值[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 20(12): 563-563.
- [11] Basekim CC, Mutlu H, Gungor A, et al. Evaluation of styloid process by three-dimensional computed tomography[J]. Eur Radiol, 2005, 15(1):134-139.
- [12] 张庆泉, 宋西成, 王强, 等. 外科治疗茎突异常的疗效分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 41(10):759-762.
- [13] 黄晓明, 蔡谦, 江晓昱, 等. 经耳后切口内镜辅助下茎突截断术[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(11):939-941.
- [14] 倪伟, 鲁海涛, 万俐佳. 鼻内镜在茎突过长手术中应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(11):805-807.
- [15] 张爱萍, 张丽. 茎突综合征伴晕厥 2 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 7(2): 67-68.
- [16] 张庆泉, 姜绍红, 陈秀梅, 等. 扁桃体前外侧进路茎突切除术[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 49(5): 412-413.

(收稿日期:2016-05-04)