

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202625237

· 病案报道 ·

经口内镜下腭小神经切断术治疗腭神经痛 1 例

郑鹏凌,廖玲凤,陈永剑,卢俊,帅晋婧,耿少筠,谭丽琴

(永州市中心医院耳鼻咽喉头颈外科,湖南 永州 425000)

中图分类号:R766.5

腭神经痛是一种极其罕见的神经病理性疼痛疾病,其发病机制可能与神经受压、炎症、神经损伤等因素有关,主要临床表现为腭部突发的、剧烈的疼痛,疼痛性质多样,如电击样、针刺样、刀割样等,严重影响患者的日常生活^[1]。腭神经痛的治疗主要包括药物治疗、物理治疗和手术治疗。药物治疗如抗癫痫药物、非甾体抗炎药等,物理治疗如针灸、理疗等,效果往往不稳定^[1]。本文详细介绍 1 例采用经口内镜下微创腭小神经切断术治疗腭部神经痛的病例,并进行文献复习,旨在为临床治疗提供参考。

1 临床资料

患者,男,38 岁,因反复左侧软腭部及扁桃体上方疼痛 4 年入院。患者于 4 年前无明显诱因出现左侧软腭部及扁桃体上方疼痛,疼痛呈发作性,每次发作持续数秒至数分钟不等,疼痛剧烈,难以忍受。疼痛多在进食、说话、刷牙等刺激时诱发,发作频率及时间逐渐增加,从最初的每周发作 1~2 次,持续数秒,发展至每天发作几十次,甚至间歇期不明显。患者曾在多家医院就诊,首先诊断为咽炎、扁桃体炎,给予药物治疗效果不佳。3 年前 CT 发现左侧茎突过长,经口行左侧扁桃体切除及左侧茎突截短手术,手术后疼痛没有明显缓解。2 年前再次诊断为舌咽神经痛,行舌咽神经微血管减压及舌咽神经部分切断术,手术后疼痛仍无明显缓解。患者在就诊期间长期服用普瑞巴林,且偶需进行康复理疗,严重影响工作及生活。2024 年 11 月患者到我院就诊,检查发现咽部慢性充血,左侧扁桃体手术后改变,左侧腭部黏膜色泽正常,无红肿、溃疡等病变,多次刺激左侧扁桃体窝上方及软腭可以激发疼痛,视觉模拟评分法得 8 分,左侧耳后发际线可见长约 5.0 cm 的长

条形瘢痕。行电子喉镜检查,诊断为慢性咽喉炎,茎突三维 CT 示口咽部无明显异常,左侧茎突 24 mm,左侧后颅窝圆形缺口,考虑颅底手术所致(图 1)。予 2%利多卡因 1.0 mL 及 0.1%肾上腺素 0.1 mL 混匀,在左侧腭小孔区域进行封闭治疗,疼痛消失,3 d 后再发疼痛再次封闭缓解,2 d 后再发。为寻求彻底治疗,患者强烈要求行左侧腭小神经切断手术。

完善各项术前检查,评估患者身体状况及心理状态,向患者及家属详细介绍手术目的、方法、风险及术后注意事项,取得患者及家属的知情同意,于 2024 年 11 月 23 日经口内镜下行腭小神经切断术。患者取仰卧位,头后仰,经口气管插管麻醉,开口器撑开,充分暴露左侧腭部。在内镜辅助下,于左侧腭小孔附近做一长约 2.0 cm 的弧形切口,依次切开黏膜、黏膜下层,并钝性分离组织,小心显露腭小神经并切断(图 2),为确保切断彻底,电凝腭小孔及附近。检查无出血后,用可吸收缝线间断缝合切口,手术过程顺利,历时约 60 min,术中出血约 10 mL。术后抗感染治疗 3 d,1 周后拆线。分别于手术后 2 周、1 个月、3 个月、6 个月电话视频随访。术后 2 周切口基本愈合(图 3),患者无腭部疼痛复发,多次视觉模拟评分法得 1 分,生活质量明显改善,精神状态良好。

2 讨论

腭小神经是三叉神经上颌支腭神经的分支,主要分布于软腭部及扁桃体窝上方,腭小神经痛是三叉神经痛的具体表现,是一种临床非常罕见的神经病理性疼痛^[2]。在本病例中,患者疼痛范围固定且局限于左侧软腭部及扁桃体窝上方,范围与腭小神经分布范围一致^[1],发病特点是疼痛呈发作性,每

第一(通信)作者简介:郑鹏凌,男,硕士,主任医师。

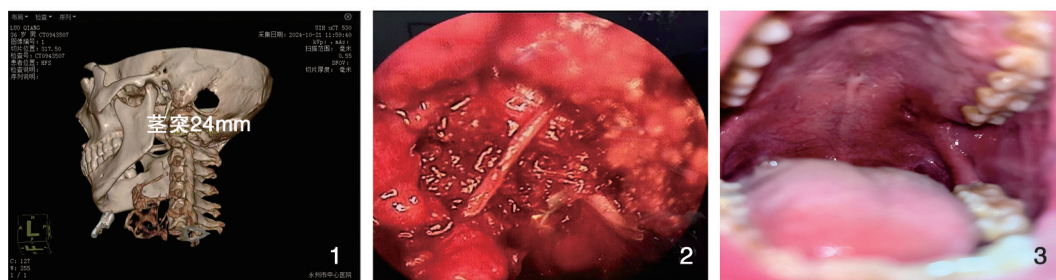


图 1 茎突三维 CT 示耳后颅骨圆形缺损

图 2 内镜下直视腭小神经

图 3 术后 2 周复查切口基本愈合

次发作持续数秒至数分钟不等,疼痛剧烈,难以忍受,多在进食、说话、刷牙等刺激时诱发,与三叉神经痛特点吻合^[2]。由于临床医师对腭神经痛认识不足,易与咽炎、扁桃体炎、舌咽神经痛、茎突过长等疾病相混淆,导致误诊和漏诊^[1]。本例患者在既往就诊时分别被诊断为咽炎、扁桃体炎、茎突过长、舌咽神经痛,也分别予以药物治疗、康复理疗、扁桃体切除、茎突截短、舌咽神经微血管减压及部分切断术,均没有取得理想效果。舌咽神经痛常见的症状是突发、尖锐、针扎或烧灼样疼痛,与三叉神经痛类似,但是其分布范围有差异,舌咽神经痛分布在舌后部、扁桃体窝、咽喉部、下颌部或者耳内,相关部位疼痛可以通过神经阻滞减轻^[3]。我们结合患者疼痛范围、全面的口腔和神经系统检查以及既往病史,最终明确诊断。

三叉神经痛可以采用卡马西平、普瑞巴林等药物治疗,长期服用效果减弱,对于保守治疗无效的患者,手术治疗是一种有效的治疗选择^[4-5]。经口内镜下微创腭小神经切断术具有明显的优势。该手术精准定位在腭小神经,可以最大限度地保留其他神经功能;在口腔内进行,体表无瘢痕,符合患者对美观的要求;内镜的放大和照明作用使手术视野更加清晰,能够精准定位病变神经,减少对周围正常组织的损伤,降低手术风险;电凝腭小孔及后方区域可以处理腭小神经多分支或者变异,确保切断彻底。手术创伤小,术后恢复快,患者痛苦小,能够早期恢复正常生活,即使效果不明显也不会造成额外的重大损伤^[6]。在本病例

中,患者术后疼痛即刻缓解,随访期间无复发,充分证明了该手术方法的有效性和安全性。

由于腭神经痛的发病机制尚未完全明确,术后患者有可能出现疼痛复发,需要加强随访。本案例旨在提高临床医师对该病的认识,尽量避免误诊和漏诊,优化手术操作技术,加强术后随访,以确保治疗效果和患者安全。

参考文献:

- [1] 杨凯. 口腔颌面外科疾病临床诊断要点与规范治疗原则[M]. 北京:人民卫生出版社,2023:194-199.
- [2] 邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2004:397-399.
- [3] 董静宇,王闻渤,王迎斌. 舌咽神经阻滞在扁桃体切除术后镇痛中的临床应用研究[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2022,28(2):125-128.
- [4] 赖光辉,张达谦,倪家骧. 影像引导下蝶腭神经节联合选择性颈神经阻滞治疗蝶腭神经痛的回顾性分析[J]. 首都医科大学学报,2020,41(2):272-276.
- [5] 王琦,倪家骧,杨立强. CT引导下蝶腭神经节低温等离子消融术治疗蝶腭神经痛[J]. 中国介入影像与治疗学,2019,16(7):391-394.
- [6] 胡黎萍,胡勤刚,卢明星. 腭小神经对软腭功能影响的临床研究[J]. 临床口腔医学杂志,2011,27(11):683-685.

(收稿日期:2025-05-16)

本文引用格式:郑鹏凌,廖玲凤,陈永剑,等. 经口内镜下腭小神经切断术治疗腭神经痛 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2026,32(3):105-106. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202625237