

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202005022

· 临床报道 ·

# 经颈外内镜辅助下茎突截短术 48 例的临床分析

郑鹏凌, 耿少筠, 卢俊, 龚晓华, 彭俊, 廖玲凤, 汪奕

(永州市中心医院耳鼻咽喉科, 湖南永州 425000)

**摘要:** **目的** 探寻一种经颈外下颌下缘内镜辅助下茎突截短术,降低手术难度及减少并发症,便于临床推广应用。**方法** 收集经颈外下颌下缘内镜辅助下行茎突截短术患者 48 例,经颈外下颌角下方切口,切开颈阔肌及下颌骨下方筋膜,直接进入咽旁间隙,手指探查寻找过长的茎突及尖端,钝性分离茎突,内镜辅助下截短茎突。观察手术切口大小、术野显露程度、术中寻找茎突及分离情况、出血情况、手术时间、术后并发症发生情况。**结果** 48 例患者手术中均可很好地暴露茎突,容易分离,所有手术出血 < 10 ml,手术时间 ≤ 20 min,切口均 I 期愈合,术后切口隐蔽,无出血、感染等并发症。1 例术后出现下唇轻度外翻,考虑面神经下颌缘支受损,加用地塞米松治疗,1 周后面神经功能恢复。术后 1 个月复查,所有患者对面部瘢痕及治疗效果满意。**结论** 经颈外内镜辅助下行茎突截短术手术时间短、出血少、并发症少,有良好的临床应用价值,值得临床推广。

**关键词:** 茎突过长;颈外径路;内镜

中图分类号:R766.9

## Treatment of styloid process truncation assisted by endoscope through the marginal mandibular branches in 48 patients

ZHENG Pengling, GENG Shaojun, LU Jun, GONG Xiaohua, PENG Jun, LIAO Lingfeng, WANG Yi  
(Department of Otolaryngology, Yongzhou Central Hospital, Yongzhou 425000, China)

**Abstract:** **Objective** To explore a new method of microendoscopic resection of styloid process, it can reduce the operation difficulty and complication, which is convenient for clinical application. **Methods** 48 patients underwent endoscopic styloid process truncation through the lateral mandibular branch, which was incised the platysma muscle and the submandibular fascia directly into the parapharyngeal space, blunt dissection of styloid process and endoscope-assisted truncation of styloid process were performed to observe the size of incision, exposure of surgical field, searching styloid process during operation, separation, bleeding, operation time and postoperative complications. **Results** The styloid process was easily separated and exposed in all 48 patients. The bleeding was less than 10 ml. The incision was treated in 20 minutes. All the incisions were healed in stage I. The incision was hidden, which was no bleeding, infection or other postoperative complications. One case presented mild lower lip eversion after surgery, which might be the damaged facial nerve in the marginal mandibular branch. After dexamethasone was added for treatment, and the nerve function was recovered after 1 week. One month post-the operation, all the patients were satisfied with the facial scar and treatment effect. **Conclusion** The resection of styloid process assisted by external cervical endoscope has short operation time, less bleeding and less complications, and has good clinical application value, which is worth popularizing.

**Keywords:** Styloid process; External cervical approach; Endoscope

茎突过长是导致茎突综合征的主要因素,茎突综合征最常见的症状有异物感、咽痛、吞咽疼痛、上颈部疼痛、头痛以及耳痛等<sup>[1]</sup>。可以进行药物保守治疗及手术治疗,而手术径路包括口内径路及颈部

径路,由于两种径路在手术视野、手术风险及术后并发症等方面都存在着局限性<sup>[2]</sup>。我科对传统的颈外径路切口及手术方法进行改良,并将该方法运用于 48 例患者,取得满意效果,现报道如下。

第一作者简介:郑鹏凌,男,硕士,主任医师。  
通信作者:耿少筠, Email:530349109@qq.com

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究对象为2015年2月—2019年2月在我院住院的48例茎突过长综合征患者,其中男20例,女28例;年龄41~58岁,平均年龄48.1岁。所有患者行茎突CT扫描、三维重建并确诊,其中单侧茎突过长者30例,双侧过长者18例,茎突长度为3.0~4.3 cm,平均3.6 cm。主要症状包括:异物感、咽痛、吞咽痛、颈部疼痛、耳痛等。均排除其他导致类似症状的疾病。

### 1.2 手术方法

所有患者均选择患侧或者症状较重侧经颈外下颌下缘内镜辅助下行茎突截短术。患者仰卧位,垫肩,头偏向健侧,于下颌角下方处作皮下浸润麻醉及咽旁间隙麻醉。在下颌下缘约1.5 cm处沿皮纹作一与下颌下缘平行切口,长度以能够顺利通过术者左手食指为标准,一般<3 cm自下颌角后1.0 cm,向前延伸约2.0 cm。依次切开颈阔肌及下颌骨下方筋膜,左手食指直接进入咽旁间隙,探查找到茎突尖端及过长的茎突,左手食指于茎突尖端向上方钝性分离茎突及茎突附丽诸肌,达到欲切除范围即可。经原通道置入0°鼻内镜,观察显露分离的茎突(图1),止血钳或者鼻科筛窦钳钳夹折断茎突,保留茎突长度在2.5 cm以内,将其下部断端取出,取出长度1~2 cm。检查手术腔,生理盐水冲洗,无需放置引流条,4~0缝线分层缝合颈阔肌及皮肤,外置创可贴覆盖,6 d后拆除缝线(图2)。

### 1.3 疗效评价

记录切口长度、手术时间、出血量、麻醉效果及术后72 h观察伤口出血与肿胀情况,记录术前茎突过长综合征相关症状术后的改善与控制情况;术后1个月复查,并对面部瘢痕及治疗效果作出评价。

## 2 结果

所有患者切口均<3.0 cm,手术时间约10~20 min,平均15.2 min,出血量<10 ml,麻醉效果好;46例患者在手术后72 h内异物感、咽痛、吞咽痛、颈部疼痛、耳痛等症状消失,1例减轻;所有患者术后伤口均无感染、无出血及肿胀;1例出现术后下唇轻度外翻,考虑面神经下颌缘支受损,加用地塞米松治疗,1周后面神经功能恢复。术后1个月复查,所有患者对面部瘢痕及治疗效果满意(图3)。

## 3 讨论

茎突综合征部分可以保守治疗,大多数需要手术切除部分过长的茎突,手术径路有口内及颈外两种。口内径路优点是无瘢痕遗留,缺点是:位置深、暴露差甚至有部分找不到茎突;Ⅱ类切口感染几率明显增大;多数需要切除扁桃体,可能的术区出血甚至形成血肿压迫呼吸;特别是手术后由于局部瘢痕增生,部分出现咽干及新的咽部异物感,导致治疗效果受影响<sup>[24]</sup>。另一种为颈外径路,从胸锁乳突肌的前缘做切口,分离周围组织,将腮腺及颈部神经大血管向后牵开,找出茎突舌骨肌后将过长茎突切断并取出断端。相对而言这种术式感染与出血较少,由于茎突同深部大血管和神经有着重要的毗邻关系,同时周边有下颌骨、腮腺、颌下腺,完全显露比较困难或者损伤严重,有损伤重要血管、神经及术后颈部形成较大瘢痕等风险<sup>[5-7]</sup>。

有没有一种切口小而隐蔽,同时又可安全避开腮腺、颈部大血管及神经的方法?基于这个思路,本研究对手术径路及手术方法进行了改良,在下颌下缘约1.5 cm处沿皮纹作一与下颌下缘平行长约3.0 cm的切口,自下颌角后1.0 cm,向前延伸约2.0 cm。



图1 内镜下分离显露的茎突



图2 手术后准备拆线



图3 手术后3个月复查,瘢痕不明显

切口部位位于下颌骨后下方,比较小而隐蔽,手术后瘢痕不明显。依据解剖结构,依次切开颈阔肌及下颌骨下方连接的颈筋膜浅层,可以直接进入咽旁间隙<sup>[8]</sup>,避免了对腮腺、颌下腺及颈深部血管、神经的牵拉干扰。沿切口左手食指进入咽旁间隙,非常容易找到茎突尖端及过长的茎突。手指紧贴茎突于茎突尖端处向上方钝性分离茎突及茎突附着的肌肉,不会损伤茎突后上方的血管、神经。由于以茎突尖端作为支点,从下向上“去鱼鳞样”逆行分离可以非常容易将茎突附着的各肌肉及其骨膜同茎突分开。由于没有肌肉离断,分离过程基本没有出血,向上达到欲切除范围即可。经食指探查形成的通道置入 0°鼻内镜,观察显露分离的茎突,确认茎突骨质同附丽诸肌分离完整、止血钳或者鼻科筛窦钳夹稍左右旋转折断茎突,保留茎突长度在 2.5 cm 以内,不需要将茎突切除至根部,将其下部断端取出,生理盐水冲洗手术腔后分层对位缝合即可。

本研究经颈外下颌下缘内镜辅助下茎突截短术所有患者均快速安全完成,手术时间 $\leq 20$  min,只有 1 例出现暂时性面神经下颌缘支受损,而且 1 周之内就已经恢复,考虑切口牵拉所致;所有手术出血量基本来源于皮肤切口所致,可以忽略不计;由于手术前诊断比较明确,手术能够微创快速完成,切除下来的茎突骨质患者亲自查看,治疗效果满意。其中 1 例患者是手术后 1 个月左右经过多次解释甚至复查 CT 显示茎突明显缩短才认为满意,我们认为该患者不排除心理因素。提示我们对患者一定要进行术前心理因素评估,也正是由于这个原因,选取的患者茎突均超过 3.0 cm,对于双侧茎突过长患者我们不同时双侧手术,一侧手术后让患者自己感受对照,效果好再建议行对侧手术,可以减少手术的盲目性及提高患者对治疗效果的认可度。

在实施手术时,选择安全、合理的手术径路至关

重要。经颈外下颌下缘内镜辅助下行茎突截短术操作简单快捷,切口小且隐蔽,不牵涉腮腺、颌下腺、面神经及颈部其他大血管、神经,无出血、感染等并发症,非常安全,手术后效果良好,值得临床推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998:417-420.
- [2] 张庆泉,迟作强.茎突综合征的诊断与治疗[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(3):262-264.
- [3] 朱宇宏,赵利敏.茎突截短术的并发症[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2006,20(2):165-166,172.
- [4] 宋志强,邵博,吕耀光,等.改良舌腭弓 L 形切口治疗茎突过长综合征临床体会[J].口腔医学,2020,40(2):131-134.
- [5] 徐丽娜,张庆翔,于振坤,等.茎突截短术治疗茎突综合征的临床分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,33(7):670-672.
- [6] 李成,黄晓莲,湛健,等.内镜下耳后下径路茎突截短术的临床应用研究[J].临床医学工程,2019,26(12):1613-1614.
- [7] 黄晓明,蔡谦,江晓昱,等.经耳后切口内镜辅助下茎突截短术[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(11):939-941.
- [8] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:117-123.

(收稿日期:2019-10-08)

**本文引用格式:**郑鹏凌,耿少筠,卢俊,等.经颈外内镜辅助下茎突截短术 48 例的临床分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2020,26(5):581-583. DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.202005022

**Cite this article as:**ZHENG Pengling, GENG Shaojun, LU Jun, et al. Treatment of styloid process truncation assisted by endoscope through the marginal mandibular branches in 48 patients[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2020,26(5):581-583. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202005022