

· 临床研究 ·

单纯耳痛为主要表现的原发性舌咽神经痛

韩月臣, 王海波, 樊兆民, 徐磊, 李建峰, 王明明

(山东大学附属省立医院耳鼻咽喉头颈外科, 山东 济南 250021)

摘要: 目的 探讨以单纯耳痛为主要表现的原发性舌咽神经痛的临床特点、诊断和鉴别诊断。方法 报道临床诊治的2例以单纯耳痛为主要表现的舌咽神经痛病例, 评估该疾病的临床发病率, 并分析其临床特点及诊断、鉴别诊断要点。结果 2例以单纯耳深部痛为表现的原发性舌咽神经痛病例均为老年男性, 占舌咽神经痛患者的3.64% (2/55)。咽部黏膜麻醉试验不能缓解疼痛, 鼓室内注射1%丁卡因溶液, 疼痛可控制。口服卡马西平有效。结论 以单纯耳痛为表现的原发性舌咽神经痛临床比较少见, 鼓室内注射1%丁卡因溶液可缓解疼痛, 口服卡马西平有效即可确诊。

关键词: 舌咽神经痛; 耳痛; 诊断; 治疗

中图分类号: R745.1*3

文献标识码: A

文章编号: 1007-1520(2008)05-0344-03

Primary glossopharyngeal neuralgia with earache as the unique clinical manifestation

HAN Yue - chen , WANG Hai - bo , FAN Zhao - min , et al .

(Department of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery , Provincial Hospital Affiliated to Shandong University , Jinan 250021 , China)

Abstract: **Objective** To study the clinical characteristics , diagnosis , and differential diagnosis of primary glossopharyngeal neuralgia with earache as the unique clinical manifestation . **Methods** Two cases of primary glossopharyngeal neuralgia with earache as the unique clinical manifestation were reported . The incidence , clinical characteristics , diagnosis , and differential diagnosis of this disease were analyzed . **Results** The two patients were both old men . The incidence of glossopharyngeal neuralgia of this kind was 3.64% (2/55) . The tetracaine test was negative , but the pain could be relieved by intratympanic injection of 1% tetracaine solution or oral administration of carbamazepine . **Conclusion** Primary glossopharyngeal neuralgia with earache as a unique clinical manifestation is rare in clinic . If the pain could be relieved by intratympanic injection of 1% tetracaine solution or oral administration of carbamazepine , the diagnosis can be established .

Key words: Glossopharyngeal neuralgia ; Earache ; Diagnosis ; Treatment

舌咽神经痛临床并不常见,其发病率约为三叉神经痛的1%。以单纯耳部疼痛为主要表现的舌咽神经痛病例更为少见,我们诊治2例,并总结其诊断要点,报道如下。

1 临床资料

我科1994~2001年完成乙状窦后入路舌咽神经切断手术26例^[1];2002~2006年共收住院舌咽神经痛患者30例(1例为前期手术复发病例),22例接受乙状窦后入路舌咽神经切断手术。患者主要表现为咽部、舌根部及下颌角处疼痛,8例伴耳部放

作者简介:韩月臣,男,主治医师,博士。
通讯作者:王海波,Email:whbotologic797@163.com.

射痛,仅其中2例单纯表现为耳深部剧痛,无咽部疼痛,1%丁卡因喷咽部黏膜局麻不能缓解疼痛。

2 典型病例

病例1,男,66岁。右侧耳深部疼痛10余天入院。发作无明显诱因,剧痛,不伴唾液增加,无面部疼痛,持续约半小时后缓解。近来,发作频繁,多由进食诱发,每日发作3~4次,持续约半小时左右,不能进食。无耳鸣、听力下降,无耳流脓,无咽部疼痛。既往有“胃溃疡”病史10年。体检:一般情况可,痛苦面容。甲状腺增大,右侧可触及不规则结节,约3 cm×4 cm大小,无痛,随吞咽活动。心肺未见异常。专科检查及脑神经检查未见明显异常。当地医院茎突CT平扫显示双侧茎突长2.5 cm,颈部CT扫描强化提示结节性甲状腺肿。颅脑MRI示多发性腔隙性脑梗塞。疼痛发作剧烈时不可忍受,予以1%丁卡因溶液喷涂咽部,疼痛无改善。根据病史及疼痛发作特点,考虑为舌咽神经痛可能性大。于疼痛发作时行鼓膜穿刺,鼓室内注入1%丁卡因溶液0.5 ml,注射后5 min,疼痛明显缓解。予以口服卡马西平0.2 g,每日3次,疼痛完全控制,鉴于患者病史较短,药物治疗有效,未行手术治疗。

病例2,男,54岁。右耳深部剧痛半年,加重1周。疼痛突然发作,突然中止,持续约10 min左右,伴唾液增加,心慌,可自行缓解,无耳鸣、听力下降及其他不适,发作间歇时间不定,无明显扳机点。诊断不明确,止痛药物可部分缓解疼痛。既往体健。体检:一般情况好,心肺未见明显异常。脑神经检查未见明显异常。颅脑MRI排除占位性病变。疼痛发作时,咽部喷1%丁卡因溶液,疼痛不能缓解,根据其临床特点,考虑为舌咽神经痛。鼓室内注射1%丁卡因溶液0.5 ml,5 min内疼痛缓解。口服卡马西平0.2 g,每日3次,疼痛部分改善。经乙状窦后入路行舌咽神经切断术,术后疼痛消失,随访半年无复发。

以单纯耳深部疼痛为主要表现的舌咽神

经痛临床少见,本组病例中约占3.64%(2/55)。本组2例疼痛发作持续时间较一般舌咽神经痛发作时间长,影像学检查排除颅内占位性病变。咽部黏膜丁卡因试验不能缓解疼痛症状,鼓室内注射1%丁卡因溶液可控制疼痛,口服卡马西平试验治疗有效。

3 讨论

舌咽神经为混合神经,包含感觉、运动和副交感神经纤维,以感觉神经纤维为主。舌咽神经于颈静脉孔区形成两个神经节,从其中的岩神经节发出Jacobson神经,分布到鼓岬,参与鼓室神经丛的形成。感觉神经纤维主要分布于咽壁、软腭、腭垂、舌后部及扁桃体周围区域,其余部分通过Jacobson神经传导鼓室、鼓膜内侧、咽鼓管黏膜的感觉。因此,大多数的典型舌咽神经痛患者表现为上述区域的发作性疼痛。由于副交感纤维主要支配同侧腮腺分泌,疼痛时可伴有唾液分泌增加等副交感兴奋表现。舌咽神经纤维通过Jacobson神经参与鼓室神经丛,为舌咽神经痛患者耳深部疼痛的解剖学基础。

舌咽神经痛发病率较低,根据国外文献报道,多发生于男性,但性别差异未达到统计学显著性意义^[2]。回顾1997~2007年国内文献,共报道舌咽神经痛病例197例,男115例,女82例,年龄23~81岁,中位年龄55岁,男性多于女性。其中仅见2例单纯以耳深部疼痛为主,且均为老年男性患者,分别为69岁^[3]和60岁^[4]。国外文献也少见相关报道。Cook等^[5]报道1例双侧舌咽神经痛引发的单纯耳痛患者,分期接受双侧鼓室神经丛切断术,术后疼痛消失。我们诊治的55例舌咽神经痛患者中,单纯表现为耳部疼痛者约占3.64%(2/55),由于对该疾病的认识尚不足,故常漏诊。因此,实际发病率应略高于此。国内文献报道的2例单纯表现为耳痛的舌咽神经痛患者均为老年男性患者,这种特殊的舌咽神经痛发病是否存在性别差异,有待于进一步临床病例观察。

耳部疼痛原因复杂,包括炎症、外伤及良恶性肿瘤等耳部疾病,也可能由下颌关

节、腮腺等周围器官疾病及三叉神经痛、舌咽神经痛、耳颞神经痛、耳大神经痛、中间神经痛、膝状神经节痛等神经性疾病向耳部放射引起,有时很难鉴别。不同类型的神经痛疾病发作区域和范围与受累神经的分布区域相同。耳大神经痛、中间神经痛、膝状神经节痛等临床较少见。耳颞神经痛典型症状为一侧颞部发作性疼痛,多呈灼痛,主要位于一侧外耳道前壁及其深部、耳前、下颌关节区以及颞部,严重时向该侧的下颌乃至颈部放射,并伴有皮肤潮红、多汗,且发作常与进食有关^[6]。三叉神经痛多为单侧第二、三支受累,多位于下颌神经分布的下颌、口齿、下唇、舌等部位,部分可同时向耳深部放射^[7]。舌咽神经痛的发病年龄和性质与三叉神经痛相似,但较少见,疼痛部位多位于一侧的咽部、扁桃体及舌根,而后向上放射至耳深处,同样亦有长短不等的间歇期和扳机点。Rupa等^[8]报道18例原发性耳痛,根据临床特点分析,认为可能由一个或多个神经因素引起,其中由舌咽神经痛引起者为14例,此外邓安春等^[9]报道26例舌咽神经痛病例中,伴有耳深部及耳屏疼痛者6例。因此,舌咽神经痛为原发性耳痛的主要病因之一。但仅有单纯的耳深处痛,而缺乏咽侧和舌根疼痛的舌咽神经痛病例却十分少见^[7]。有学者称之为舌咽神经痛耳型,或称之为鼓室神经丛痛。我们认为舌咽神经痛耳型更为合理,因为鼓室神经丛的构成包括来源于迷走神经、交感神经、三叉神经、面神经的神经纤维及来源于舌咽神经的Jacobson神经的纤维成分。所以诱发鼓室神经丛痛的原因可能是其中一种或多种神经病变共同作用的结果,而并非可能由单纯舌咽神经病变引起。对于大多数神经痛,口服卡马西平可以缓解疼痛,这也是和其他疾病引起的耳痛鉴别的试验性治疗方法。

对于大多数舌咽神经痛患者,咽部黏膜、舌根部等喷涂1%丁卡因溶液,疼痛常可缓解或消失。也可进行局部封闭,以1%利多卡因1~2 ml行患侧扁桃体上极后1 cm处浸润注射,如疼痛立即减轻或消失,

即可确诊为舌咽神经痛。对于单纯耳痛的舌咽神经痛患者,咽部黏膜麻醉可能并不能缓解疼痛。徐志勇等^[3]报道的1例患者,单纯咽部黏膜麻醉无效,局部封闭有效;而余鹏举等^[4]报道的1例患者咽部黏膜麻醉能有效缓解疼痛。此2例患者,咽部黏膜麻醉均不能缓解耳痛,通过鼓膜穿刺鼓室内注射1%丁卡因溶液0.5 ml,5 min内获得疼痛缓解。因此,当咽部黏膜麻醉无效时,可考虑选择鼓室内注射1%丁卡因溶液进行鉴别。鉴于丁卡因有明显毒副作用,应用前需要进行过敏观察,并严格控制剂量。此外还需要进行颞骨CT及小脑脑桥角MRI等影像学检查,以排除占位性病变。

综上所述,以单纯耳痛为主要表现的舌咽神经痛病例临床并不常见,其疼痛性质类似于典型的神经痛表现,咽部黏膜麻醉可能不能有效控制疼痛发作,如经鼓膜穿刺鼓室内注射1%丁卡因溶液可以缓解疼痛,且口服卡马西平治疗有效,即可确诊。

参考文献:

- [1] 樊兆民,贺舒曼,樊忠. 26例舌咽神经根切断术的临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(3): 185-186.
- [2] Konstantin V. Slavin Glossopharyngeal Neuralgia [J]. SEMINARS IN NEUROSURGERY, 2004, 15(1): 71-79.
- [3] 徐志勇,桂迅海,尚其元. 鼓室神经痛一例报告[J]. 中国煤炭医学杂志,2001,4(2): 94.
- [4] 余鹏举,李伟,郑丁水,等. 以耳痛为症状的舌咽神经痛一例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2006,13(10): 720.
- [5] Cook JA, Irving RM. Role of tympanic neurectomy in otalgia [J]. J Laryngol Otol, 1990, 104(2): 114-117.
- [6] 李学佩. 耳痛的原因分析与鉴别[J]. 继续医学教育,2006,20(20): 27-32.
- [7] 樊忠. 耳深部疼痛的诊断[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2004,18(10): 577-578.
- [8] Rupa V, Saunders RL, Weider DJ. Geniculate neuralgia: the surgical management of primary otalgia [J]. J Neurosurg, 1991, 75(4): 505-511.
- [9] 邓安春,黄德亮,杨仕明,等. 乙状窦后径路舌咽神经切断术治疗舌咽神经痛[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(1): 28-31.

(修回日期:2008-06-02)