率为87.5%。直肠指检有可疑时，应引起高度重视，及时行PSA、B超检查及前列腺穿刺活检，有时需要行多次穿刺活检。

PSA是目前前列腺癌诊断中最重要的标记物，由于PSA对前列腺组织有特异性，而对前列腺癌并无特异性，且受到年龄和前列腺体积的影响，因此PSA高不一定是前列腺癌，而PSA低亦不能排除前列腺癌。Denis报道1组前列腺癌PSA正常者占25%，本组有11例病人的PSA小于4 ng/ml，占11.6%。

3.2 前列腺癌的治疗

抗雄激素治疗(内分泌治疗)一直是晚期前列腺癌的主要疗法。目前对晚期前列腺癌公认的标准内分泌治疗方案为药物或手术去势+抗雄激素药物(氟他胺、比卡鲁胺等)，即复合雄激素阻断治疗[3]。

前列腺癌根治术适用于A、B期病人，但由于多数病人初诊即为晚期(本组病例占72.2%)，失去了根治的时机，因此行前列腺癌根治术的病人数相对偏低。本组资料中行前列腺癌根治术患者23人，占15.9%。随着早期诊断技术和水平的提高，相信未来前列腺癌根治术的比例会有所提高。

关键词：前列腺癌；诊断；治疗
中图法分类号：R737.25 文献标识码：B

参考文献：

[1] Landis S, Murray T, Bolden S, *et al*. Cancer statistics 1999[J]. CA Cancer J Clin, 1999, 49(1): 8-31.
[2] 刘耀庭，李秀霞，程 伟. 泌尿外科肿瘤发病情况的变化[J]. 临床泌尿外科杂志，1997，12(1)：47-48.
[3] Balk S P. Androgen receptor as a target in androgen-independent prostate cancer[J]. Urology, 2002, 60(3 Suppl 1): 132-138.

(编辑 王 红)

文章编号：1000-5404(2004)11-1027-02

经验交流

茎突综合征的诊断和治疗

Diagnosis and treatment of styloid process syndrome

镡旭民，杨 桦，邓安春 (第三军医大学新桥医院耳鼻咽喉科，重庆 400037)

茎突综合征又称Eagle综合征，Eichen综合征和茎突过长症，发病率约为1.6%[1]。其临床症状复杂，表现多样。本研究对我院近10年来收治的86例患者进行了回顾性分析，报告如下。

1 临床资料

1.1 病人

自1993年1月至2002年10月，86例接受手术治疗的茎突综合征患者，男40例，女46例，年龄35~61岁，平均38.7岁。临床症状主要表现为咽异物感、咽痛、颈痛、耳痛、头痛、肩痛、胸痛、上肢痛、咳嗽等。其中接受双侧手术者55例，单侧手术31例。

1.2 诊断标准

根据我们的经验，确定下列诊断标准。①具有前述临床之一。②X线正位照片，茎突长度≥3.0 cm。③扁桃体区触痛，或能摸到茎突尖。④扁桃体窝周围用1%利多卡因封闭，能暂时消除或减轻症状。符合其中3条，则诊断为茎突综合征。

1.3 手术方法

根据情况采用局麻或全麻，经口或颈外手术径路截断茎突。

1.4 统计学处理

采用χ^2检验和t检验。

作者简介：镡旭民(1946-)，男，黑龙江省哈尔滨市人，硕士，主任医师，教授，主要从事耳聋治疗、毛细胞再生方面的研究，发表论文39篇。电话：(023)65223249

收稿日期：2003-05-28；修回日期：2004-01-05

2 结果

茎突正位X线检查，平均长度右侧为(3.96±0.67) cm，左侧为(3.98±0.71) cm。左右长度差别经统计学处理，无显著性意义。茎突轴线与颅底平面垂线夹角，16例>40°，7例<20°。截取的茎突平均长度为(1.92±0.78) cm。无感染及其它合并症出现。86例患者术后均得以随访12个月以上，总症状消除率为95.3%。其中经口经扁桃体途径手术50例，症状消除率94.0%。经颈外颌下径路36例，症状消除率97.2%。经统计学处理，两组差别无显著性意义。

3 讨论

茎突由胚胎第二腮弓的后部上下两骨化中心发育而来。二者接合有可能发生茎突过长、形态异常和偏斜。另外受附着肌腱、韧带牵拉亦可造成异常的方位变化[2]。茎突舌骨韧带骨化也能带来茎突过长的情况。附于茎突的肌肉韧带腱鞘炎、退行性变，风湿性茎突炎，甚至更年期均可产生相关症状[1]。总之该病的病因尚不完全清楚。

国人茎突平均长2.52 cm，X线照片平均长度为2.95~2.99 cm，通常将2.5~3.0 cm作为X线照片的正常长度范围。有人提出，颌骨正位全景断层照片(orthopantomography)中，若茎突小于下颌骨升支的1/3，则认为是正常长度[1]。在颅骨正位X线照片上，以茎突长向为轴，与颅底平面垂直成一夹角，正常为30°左右，>40°或<20°认为是茎突方向异常[3]。然而，茎突长度和角度差异均不能作为茎突综合征的唯一诊断标准。临床上

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

应结合以下四方面综合判定。①临床症状；③X 线照片显示的茎突长度和角度；③用手指触诊扁桃体窝，是否引起痛疼；④1%利多卡因封闭扁桃体后部，是否使症状暂时消失。根据我们的经验，确立诊断应当至少符合其中的 3 项。

在临床症状方面，本组病例依次表现为咽异物感、咽痛、颈痛、耳痛、头痛、肩背胸痛、上肢痛及咳嗽。还有文献报道可引起吞咽痛、梗阻感、舌根痛、牙龈痛、软腭痛、舌麻木、眶周痛、耳鸣、气促、转颈痛等[1,2]。甚至扭曲颈部可引起暂时性失明和失语[4]。由于茎突尖端大部位于扁桃体的中、下部。故触诊时应重点注意扁桃体窝的中、下处。若引起疼痛或相关症状加重，在局部注射 1%利多卡因 2 ml 后，症状暂时消失，则是诊断茎突综合征的有力证据。

手术截断茎突是目前惟一的治疗方法。经口经扁桃体径路和颈外颌下径路。各有优缺点。经口经扁桃体径路需先摘除扁桃体，有时出血较多。分离暴露茎突常有一定的难度，不易接近茎突根部，残留茎突过多。另外引起术后咽疼及吞咽困难。优点是外观不遗留瘢痕。经颈外颌下径路的主要缺点是术后颈部外观遗有瘢痕，及术中易误伤面神经下颌缘分支，术后产生下唇部肌肉瘫痪。由于面神经下颌缘支在下颌骨缘 0.5～1.2 cm 的颈阔肌下走行，故皮肤切口应距下颌缘 2 cm（至少一横指），能有效地防止误伤该神经。手术应以颌下腺为标志，从其后上进入，在下颌骨内侧钝性分离，容易准确地寻见茎突并避免副损伤。选择哪种手术径路，因根据病人的具体情况酌定。对治愈率无显著影响。

关键词：茎突综合征；Eagle 综合征；茎突过长
中图法分类号：R782.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] Prasad K C, Kamath M P, Reddy K J M, *et al*. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): A clinical study[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2002, 60(2): 171－175.
[2] 曹洪源，丁寿玲. 100 例茎突过长综合征分析[J]. 山东医大基础医学院学报，2001，15(4)：222－223.
[3] 卢文乾，李 平. 茎突综合征(附 37 例报告)[J]. 实用放射医学杂志，1997，13(7)：415－416.
[4] Zuber M, Meder J F, Mas J L. Carotid artery dissection due to elongated styloid process[J]. Neurology, 1999, 53(8): 1886－1887.

（编辑 张 宁）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2004)11-1028-01

头皮毛母质瘤 1 例

A case report of pilomatrixomas

刘明双[1]，石 彦[1]，曾冬竹[1]，宋 爽[2]（第三军医大学西南医院：[1] 普通外科，[2] 乳腺中心，重庆 400038）

患者，女，41 岁，因“发现头顶偏右侧无痛性包块 5 年”于 2002 年 12 月 19 日入院。自诉曾在当地医院穿刺抽出淡黄色液体，穿刺后包块萎陷，后再次逐渐增大。入院查体：头顶偏右侧触及约 2.0 cm× 2.0 cm× 1.5 cm 大小包块，质韧偏硬，边界清楚，不活动，表面较光滑，无压痛。经积极术前准备后于局麻下手术切除。术中见包块位于帽状腱膜于头皮之间，周围有结缔组织包裹，呈分叶状结构。完整切除包块后切开见其内有一囊腔，囊内有灰黄色黄豆大小结节。术后患者恢复好，痊愈出院。病理检查见：送检组织内磷状上皮呈乳头状增生，部分区域可见少量影细胞和钙盐沉积。

讨论

毛母质瘤又名钙化上皮瘤，一般认为该肿瘤是源于真皮或皮下毛球的原始上皮胚芽细胞，并向毛母质细胞分化、异常增值聚集机所形成的一种良性上皮瘤[1]。

此瘤可发于任何年龄，但以青少年多见。常为单发，好发于头颈部及四肢皮下。肿瘤的质地与病程有关，病程越长，质地越硬；肿瘤的大小可能与其嗜碱性细胞增殖能力有关，增殖能力低，分化程度高，则肿块较小；反之，则肿块较大。由于该肿瘤表面皮肤一般正常，临床上肉眼观察极难确诊，须术后病理检查确诊。临床上发现位于上述部位无痛性包块，被覆正常皮肤且质地较硬时，应考虑到有本病可能，但须与浸润性毛母质瘤（增生性表皮样囊肿）相鉴别。后者一般病程长，肿块体积往往较大，微隆起，质地较软，界限不清。

本病治疗主要以手术为主，国内外文献报道此肿瘤恶变极为罕见，迄今不愈百例[2]。因此较理想手术方式为切开并刮除瘤体，尽量避免不必要的扩大切除，预后良好。

关键词：毛母质瘤；诊断
中图法分类号：R739.5 文献标识码：B

参考文献：

[1] 何 弘，高天文，李 青，等. 146 例毛母质瘤临床回顾[J]. 临床皮肤科杂志，2002，31(2)：79－80.
[2] Bremnes R M, Kvamme J M, Stalsberg H, *et al*. Pilomatrix carcinoma with multiple metastases: report of a case and review of the literature[J]. Eur J Cancer, 1999, 35(3): 433－437.

作者简介：刘明双（1968－），男，四川省阆中市人，主治医师，主要从事胃肠外科方面的研究，发表论文 5 篇，现在四川省阆中市卫生学校附属医院外科。电话：(0817) 6227686

收稿日期：2003-07-11；修回日期：2003-10-01

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net