

依格氏症候群 (Eagle syndrome)

病例報告

一名年約 65 歲女性，近三個月出現左側咽喉慢性疼痛、異物感，無其他上呼吸道症狀，因而至本院喉科門診就診。診察發現雙側扁桃腺無明顯腫大 (bilateral grade II tonsils)，亦無化膿；然觸診時，發現左側扁桃腺深部有一硬結 (nodule)，且有壓痛 (tenderness)。安排顏面電腦斷層，發現左側莖狀突 (styloid process) 顯著較長，長度達約 4 公分，右側亦達約 3 公分，且左側莖狀突舌骨韌帶 (stylohyoid ligament) 遠端亦有局部骨化 (圖 1)，故診斷為依格氏症候群 (Eagle syndrome)。

因藥物效果不佳，經充分討論後，病人希望進行手術治療。術中於全身麻醉下，經口摘除左側扁桃腺，仔細分離扁桃腺窩 (tonsillar fossa) 頭側之軟組織與肌肉層，露出莖狀突之骨質結構後 (圖 2)，予以部分切除，並縫合左側扁桃腺窩。左側扁桃腺之病理報告顯示為慢性發炎。手術二天後，順利出院。

圖 1：顏面電腦斷層冠狀斷面，可見雙側莖狀突過長，左側尤其明顯，且遠端之韌帶亦有骨化



圖 2：術中摘除左側扁桃腺後，分離軟組織，露出過長之左側莖狀突

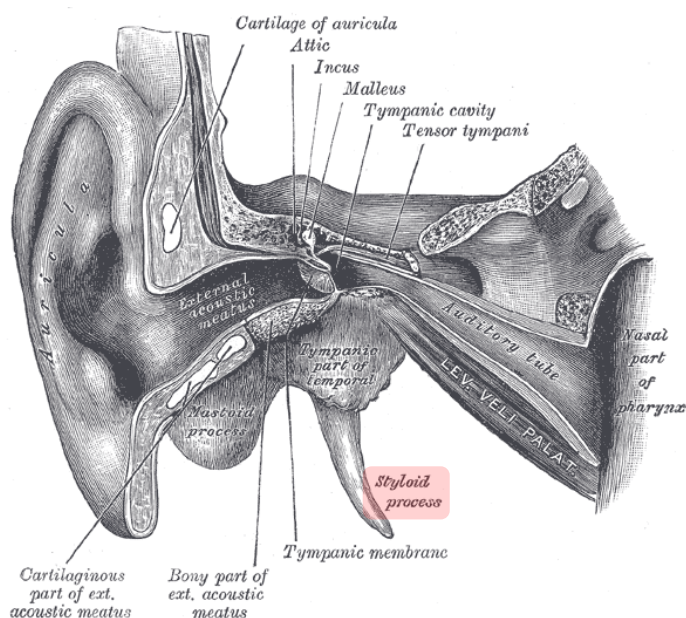


案例討論

依格氏症候群 (Eagle syndrome)，又譯為老鷹症候群、莖狀突過長症候群，起因於異常延長之莖狀突，最初在 1937 年由美國耳鼻喉科醫師依格 (Watt Weems Eagle) 描述為莖狀突疼痛症 (stylalgia)。其常見症狀為咽喉疼痛、舌痛、吞嚥困難、異物感等，亦可能在打哈欠、轉頭時誘發，或因轉移痛而產生耳痛、顳顎關節痛。目前發現，其亦可能壓迫顏面神經、舌神經、鼓索神經、舌咽神經、舌下神經等；或壓迫頸動脈，導致眩暈、昏厥，甚至頸動脈剝離、腦缺血等症狀。

莖狀突是位於顱底兩側之骨質結構 (圖 3)，其尖端有莖狀突舌骨韌帶，與舌骨聯繫。研究發現，多數成人之莖狀突長度約落在 2.5 公分；若長度大於 3 至 4 公分，即應考慮莖狀突過長，約 4 至 7.3% 的人有此情形。莖狀突延長之成因目前仍不明，但可能包含先天發育、創傷、扁桃腺發炎等。不過，多數莖狀突較長的人並無症狀，僅 4 至 10% 有相關症狀而需要治療。莖狀突過長可能為雙側，惟症狀經常為單側出現。

圖 3：莖狀突與鄰近解剖構造



依格氏症候群之診斷，經常仰賴臨床醫師之敏銳度。相關檢查包含觸診，並可嘗試於扁桃腺窩注射局部麻醉劑，若疼痛減輕可支持診斷。影像學檢查如頭骨 X 光片、全口掃描 X 光亦有幫助；而電腦斷層掃描得以完整評估莖狀突長度，為診斷之黃金標準。如有必要，亦可安排血管攝影，評估頸動脈之壓迫程度。

保守治療可嘗試止痛藥，並可適度搭配 gabapentin、pregabalin、carbamazepine 等藥物，以加強鎮痛效果。若口服藥物效果不佳，可以考慮每週局部注射類固醇與局部麻醉劑，或進行星狀神經節阻斷術 (stellate ganglion block)，透過暫時阻斷頸部之交感神經叢，可能得以緩解疼痛。

然而，進一步之治療仍需手術移除過長之莖狀突。若採經口入路 (transoral approach)，在摘除扁桃腺後，分離莖狀突周圍之軟組織，並盡可能移除莖狀突。若採經頸入路 (transcervical approach)，則在劃開頸部皮膚後，分離胸鎖乳突肌、腮腺、二腹肌後，得以更完整地露出莖狀突；但是此種手術方式，有遺留外觀傷痕、可能損傷顏面神經之風險。

本例為左側莖狀突過長，進而引發慢性咽喉疼痛、異物感，故接受手術治療；於門診追蹤，傷口恢復良好，且症狀顯著改善。

文 獻

1. Badhey A, Jategaonkar A, Anglin Kovacs AJ, et al. Eagle syndrome: A comprehensive review. *Clin Neurol Neurosurg.* 2017;159:34-38.
doi:10.1016/j.clineuro.2017.04.021
2. Henry Gray. *Anatomy of the Human Body.* 1918.

病歷編碼：BDIHJDBH

整理：王允翬醫師

指導：許彥彬醫師