

新生儿先天性舌根囊肿的诊治

Diagnosis and therapy of congenital cyst of tongue in neonatus and cystic excision

杨柳¹ 段传新¹ 黄凌寒¹ 廖大红¹ 刘志奇¹ 孙文锴¹

[关键词] 舌根囊肿;新生儿;诊断;治疗

Key words congenital cyst of tongue;neonatus;diagnosis;therapy

[中图分类号] R762 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2012)09-0430-01

新生儿先天性舌根囊肿为甲状舌管发育异常(囊肿样变)所致,可导致会厌向声门区推压,产生极为严重的呼吸及进食困难,需尽快手术切除囊肿。我科 2009—2011 年直达喉镜下使用动力刨削系统切除新生儿先天性舌根囊肿 12 例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

12 例患儿中,男 10 例,女 2 例;年龄 1~49 d,平均 23.5 d。3 例误诊为喉喘鸣分别于出生后 49、36 及 31 d 就诊于我科门诊行鼻咽纤维喉镜检查发现;1 例以败血症于 PICU 住院会诊时诊断;1 例出生后窒息紧急穿刺抢救时诊断,1 周后复发收入院手术;其余 7 例由新生儿科转诊或于新生儿科会诊时发现。主要症状:吸气性呼吸困难、吸气性喉鸣为主要首发症状伴吃奶困难。分别依据症状、直接喉镜、鼻咽纤维喉镜、B 超或颈部 CT 检查诊断。B 超检查一般显示颈前舌根处液性暗区、边界清楚、囊内为低回声;颈部 CT 检查一般显示舌根处类圆形低密度灶,与周围组织分界清楚,囊内密度均匀一致。术中穿刺抽出奶白色或淡黄色液体可确诊。

1.2 治疗方法

全身麻醉后直达喉镜暴露囊肿,助手手持鼻内镜,借助成像系统直视下清晰探明囊肿范围,使用美敦力动力系统(XPS3000)切除囊壁盖膜,开放基底部。术中可以钳取部分囊壁做病理检查。术后给予抗生素预防感染,3 d 左右可以出院。

2 结果

12 例患儿均一次成功切除囊肿,术中出血 2~4 ml,术后局部水肿轻微,都可顺利拔管,无需带管 ICU 观察。术后患儿呼吸、进食困难立即缓解,无一例感染,无出血等并发症发生。随访之今未发现复发者。

3 讨论

新生儿先天性舌根囊肿与成人因炎症或机械刺激使黏液腺管阻塞导致黏液储留而形成的舌根囊肿不一样,其临床表现为:①以吸气性呼吸困难、喉鸣为主要首发症状,伴喂养困难,囊肿较大者出生后立即出现窒息而被发现;②大多数患儿体重不增,人工喂养者每次进食奶量明显较正常同龄婴儿少,部分每次 20~30 ml;③易被误诊为重症肺炎、先天性喉软化、败血症等;有多例患儿被误诊为新生儿先天性喉软化;④部分新生儿伴肺炎,因为吃奶时易发生呛奶而出现吸入性肺炎。新生儿舌根囊肿易被误诊及漏诊,因此对于喉喘鸣、呼吸困难的新生儿,必须提高警惕,进行相应的检查,分别可以依赖鼻咽纤维喉镜、颈部 B 超或 CT 检查而确诊。

新生儿舌根囊肿诊断明确之后应尽早解决梗阻及手术切除囊肿,囊肿如只进行穿刺不易抽除干净,且极易复发。笔者应用动力刨削系统切除囊肿的大部分囊壁,开放暴露囊肿基底,手术操作方便、直观,术后反应轻、出血少,无需 ICU 观察,且术后无复发,达到一次治愈的目的。另外,新生儿喉腔小,黏膜易水肿,全身麻醉风险大,笔者的经验是:①尽量在全身麻醉手术前进行囊肿穿刺,抽出部分囊液,以便麻醉插管的安全、顺利;②新生儿口咽、喉腔小,囊肿不易暴露,有时不会有合适的新生儿支撑喉镜,这时建议采用麻醉咽喉镜,视野较直片的直达喉镜要好,利于动力系统切割刀头及内镜的置入;③可使用鼻用切割刀头,但转速设为喉部手术模式下转速(一般为 1 200 r/min)即可;④尽量减少喉部黏膜的吸引,特别是对会厌舌面黏膜的刺激,以避免术后因喉部水肿而导致的拔管困难;⑤囊肿囊壁必须鉴别清楚,特别是前壁,做到尽量切除绝大部分囊壁,以避免术后复发。采用动力系统较单纯使用黏膜钳切除更为方便、快捷,切除彻底,复发少,值得使用。

(收稿日期:2011-08-11)

¹湖北省妇幼保健院耳鼻咽喉科(武汉,430070)

通信作者:杨柳,E-mail:yangliu0908@yahoo.com.cn