

tional larynx disorders [J]. Otolaryngol Pol, 2003, 57:537-537.
[7] BHUTA T, PATRICK L, JAMES D, et al. Perceptual evaluation of voice quality and its correlation with acoustic measurements [J]. J Voice, 2004, 18: 299 -

299.

[8] 丛林海, 何晓光, 杨一兵. 不同术式喉部分切除术后患者发声功能观察 [J]. 听力学及言语疾病杂志, 2011, 19(2):130-133.

(收稿日期:2013-05-09)

特殊类型舌下腺囊肿诊治分析

Analysis on diagnosis and treatment of special type of sublingual cyst

李戎军¹ 薛明学¹ 孙波¹

[关键词] 特殊类型舌下腺囊肿; 诊断; 治疗

Key words special type of sublingual gland cyst; diagnosis; treatment

[中图分类号] R781.34 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2013)18-1027-02

舌下腺囊肿是一种唾液腺囊肿。多因腺体或导管损伤破裂,黏液潜入组织内形成,无上皮衬里,被结缔组织包裹,形成外渗性囊肿;少数是舌下腺导管远端阻塞,近段分泌液潴留形成,有上皮衬里,形成潴留性囊肿。舌下腺囊肿根据临床表现可分为舌下型(单纯型)、潜突型(颌下型)和哑铃型^[1],单纯型舌下腺囊肿又称蛤蟆肿,表现为口内舌下区隆起,囊性改变,其往往就诊口腔颌面外科。潜突型和哑铃型舌下腺囊肿相对较少,归为特殊类型舌下腺囊肿,表现为舌下或颌下无痛性肿物,往往就诊耳鼻咽喉头颈外科学,其误诊率较高。现将2000-01-2012-01期间我科收治的特殊类型舌下腺囊肿诊治情况总结如下。

1 资料与方法

34例患者中,男24例,女10例;年龄7~42岁,平均26.3岁。哑铃型舌下腺囊肿23例(67.4%),潜突型11例(33.6%)。病史较长,最长2年余,表现为颌下区或颌下区渐进性弥散性肿大,周界不十分清楚,肿物质地柔软,有液体波动感,无明显疼痛及压痛。体位实验(一)。所有患者均行颌下区B超、穿刺检查,颈部CT检查,术后病理确诊。

34例患者中,33例行口内外联合进路,切除囊肿及舌下腺,1例行颌下切口,切除囊肿及与囊肿相连接部分舌下腺,残端缝扎。术后口内伤口严密缝合,口外伤口负压引流48h后拔除负压引流管。

2 结果

所有患者经过6~12个月随访均无复发,1例

行口内切口切除舌下腺时同侧颌下腺导管损伤、断裂,行颌下腺导管后移术,术后1个月复诊致同侧颌下腺导管狭窄。所有患者无感染致口内外相通、舌神经损伤等。

3 讨论

3.1 特殊类型舌下腺囊肿形成的病理机制

舌下腺是以黏液腺为主的混合型腺体,位于舌下区,下颌舌骨肌之上,有8~20条短而细小的导管直接开口于口腔黏膜,有的导管直接与颌下腺导管相连,后端绕下颌舌骨肌后缘与颌下腺毗邻。潜突型和哑铃型舌下腺囊肿发生率低,且差别较大,郭信琼等报告为16.7%,赵怡芳等报告为19.8%,而陈殿廉等报告高达55.0%^[2]。

潜突型舌下腺囊肿较为特殊,其舌下区正常,而颌下区有囊肿突出。其形成机制主要考虑为下颌舌骨肌裂隙及该肌与舌骨舌肌间裂隙致通道形成而使舌下腺囊肿可向颌下区突出。Nathan(1985)报告,42%患者存在舌下腺下颌舌骨肌疝。Engle等(1987)解剖100具尸体,发现45具下颌舌骨肌前2/3部分存在缺陷,表现为肌纤维之间出现狭窄的纺锤状裂隙或较宽的圆孔或卵圆孔,在肌缺陷中通常有部分舌下腺或脂肪组织穿过而形成下颌舌骨肌疝。哑铃型舌下腺囊肿是部分舌下腺组织绕过下颌舌骨肌后缘,外渗入颌下区,在颌下区形成囊性改变。这些情况,笔者均在日常手术中得到证实。

3.2 鉴别诊断与误诊原因分析

特殊类型舌下腺囊肿因其形成机制不同和特殊的临床形式,常导致临床误诊。姚声等^[3]报道30例潜突型舌下腺囊肿26例误诊,误诊率大86.7%。黄志权等^[4]报道误诊率达84%。

¹解放军第323医院耳鼻咽喉-头颈外科(西安,710054)
通信作者:李戎军, E-mail:lishujun19680823@sina.com

目前舌下腺囊肿的常用诊断方法包括穿刺检查、彩色超声检查、囊液淀粉酶检查、囊肿造影以及 CT 检查。

舌下腺以分泌黏液为主,抽出的囊液黏而稠,可以成拉丝状,穿刺检查临床上少数人会出现假阴性结果,可能因为穿刺操作失误。颌下区囊肿位置较深或肿胀范围较为局限所致。需与囊性水瘤、颌下腺囊肿、鳃裂囊肿、甲状舌管囊肿等相鉴别。

3.4 手术入路的选择

舌下腺囊肿的治疗难点主要在于:①部分患者术前诊断不确定;②手术入路选择不当,造成术后复发。往往手术入路的正确选择是手术治疗成功的关键。目前多数学者主张经口入路完整摘除舌下腺,颌下区囊肿仅行穿刺抽吸囊液后加压包扎。成功率较高,但仍有复发的报道。贾玉林等^[5]报道经口内入路手术治疗 70 例,1 例复发。姚声等^[3]报道 75 例潜突型舌下腺囊肿经口内入路型舌下腺摘除术,2 例复发。复发的原因为原舌下腺延长部残余腺泡,故手术完全摘除舌下腺是治疗特殊类型舌下腺囊肿的关键。由于特殊类型舌下腺的发生与腺体的延长部有关,故妥善处理舌下腺的后端及疝入颌下区的延长部很重要,但该部分位置较深,视野窄,采用口内切口的病例中,舌下腺组织均有不同程度的残留。

本组 34 例患者中 33 例采用口内外联合入路,1 例行颌下切口,切除囊肿及与囊肿相连接部分舌下腺,残端缝扎。无复发。采用口内外联合入路原

因:①术前囊肿穿刺检查少数人会出现假阴性结果。造成诊断不明确;②目前 B 超、CT 等检查方法不能分辨出囊肿是哑铃型的还是潜突型的,甚至无法准确的判断与颌下腺的关系,往往造成术前诊断失误;③尽管口内入路创伤小,治愈率高,但仍有复发。口内外联合入路,手术野清晰,可以完整摘除舌下腺及囊肿,尤其是与囊肿相连的舌下腺,复发几率很小;④口外放置负压引流,引流充分,较少感染的机会。但口内外联合入路创伤大,手术相对复杂,对手术医生要求较高,本研究中有 1 例,术中损伤颌下腺导管,术后 1 个月致导管口狭窄。其次,颌下区留有疤痕。

综上所述,手术入路的选择是成功治疗特殊类型舌下腺囊肿的关键。具体的方法要结合患者术前检查诊断的结果、患者的要求及医生的实际情况,采取个性化的治疗方案,避免复发。

参考文献

- [1] 邱蔚六. 口腔颌面外科学第 5 版[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:25-26.
- [2] 张伟杰,张志勇,哈淇,等. 舌下腺囊肿口外型临床治疗[J]. 上海口腔医学,1996,5(4):235-235.
- [3] 姚声,周杰,陈仙芝,等. 75 例潜突型舌下腺囊肿临床分析[J]. 口腔医学研究,2009,25(2):204-205.
- [4] 黄志权,梁军,范松,等. 潜突型舌下腺囊肿的诊断与治疗探讨[J]. 广州牙病防治,2010,18(9):486-488.
- [5] 贾玉林,张文峰,陈新初,等. 舌下腺囊肿 456 例临床分析[J]. 口腔医学研究,2004,20(2):198-200.

(收稿日期:2012-12-06)

读者·作者·编者

数字的用法(一)

1 阿拉伯数字的用法

凡可以使用阿拉伯数字且很得体的地方,均应使用阿拉伯数字。公历世纪、年、月、日和时刻必须使用阿拉伯数字。如 20 世纪 90 年代不能写成二十世纪九十年代。日期可采用全数字式写法,如 2011-07-21,年月日之间使用半字线“-”,起止日期用一字线“—”表示,例:2010-07-21—2011-07-21、2011-07-21—08-31、2011-07-21—31,分别表示 2010 年 7 月 21 日至 2011 年 7 月 21 日、2011 年 7 月 21 日至 8 月 31 日、2011 年 7 月 21 日至 31 日。当月、日是个位数时,在十位上加“0”。年份用 4 位数表示,如 2003 年不能简写为 03 年。日的时间表示,按 GB/T7408-94 规定的写法,该格式采用每日 24 小时计时制,时、分、秒的分隔符为冒号“:”如下午 3 时 9 分 38.5 秒应写作 15:09:38.5 或 150938.5;上午 4 时应写作 04:00:00。

计量和计数单位前的数字一律使用阿拉伯数字,如 15 kg,13 只等。

多位数的阿拉伯数字不能拆开转行。

小数点前或后超过 4 位数(含 4 位),应从小数点起向左或向右每 3 位空半个阿拉伯数字(1/4 汉字)的空隙,不用千分撇“,”分节法。如:48 363,1 285.41,9.806 6 等。年份、部队代号、仪器型号等非计量数字不分节。

参考文献中的版次、卷号、期号、页码均应使用阿拉伯数字,如 2 版,36(11):68-70。