

儿童颈静脉扩张症临床诊治分析

孙昌志, 罗仁忠, 李 琰, 温瑞金, 刘文龙

(广州市妇女儿童医疗中心 耳鼻咽喉科, 广东 广州 510623)

摘要: **目的** 探讨儿童颈静脉扩张症的临床诊断及治疗方法。**方法** 对2005年8月~2013年6月诊治的颈静脉扩张症伴有声嘶的患儿27例进行声嘶治疗,通过主观评分(声嘶VAS评分和颈部隆起程度VAS)及彩色多普勒超声(患儿大声喊叫与平静时颈静脉扩张程度比值,R1/R2)对比治疗前后颈静脉扩张程度的改善情况,并进行统计学分析。**结果** 治疗前声嘶评分(6.37 ± 1.21)分,而治疗后(1.78 ± 1.28)分。治疗前颈部隆起程度评分(7.20 ± 1.03)分,而治疗后为(2.43 ± 1.71)分。治疗前R1/R2为 2.54 ± 0.40 ,而治疗后为 1.59 ± 0.19 。治疗前后各项指标之间的差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 治疗声嘶可以有效治疗儿童颈静脉扩张症,临床上对于儿童颈静脉扩张症的治疗应避免过早手术干预或消极保守观察。

关键词: 颈静脉扩张症; 声嘶; 儿童; 超声
中图分类号: R654.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-1520(2015)03-0231-03

Diagnosis and treatment of jugular vein phlebectasia in paediatric patients

SUN Chang-zhi, LUO Ren-zhong, LI Yan, WEN Rui-jin, LIU Wen-long

(Department of Otolaryngology, Guangzhou Women and Children Medical Center, Guangzhou 510623, China)

Abstract: **Objective** To investigate the diagnosis and treatment of paediatric jugular vein phlebectasia. **Methods** 27 cases of paediatric jugular vein phlebectasia (JVP) accompanied with hoarseness were diagnosed and treated in our department. Subjective assessment (hoarseness VAS and neck mass VAS) and Doppler ultrasonography (jugular vein diameter during Valsalva manoeuvre vs jugular vein diameter at rest, R1/R2) were used for evaluating the improvement of JVP after treatment of hoarseness. **Results** Before and after treatment, hoarseness VAS scores were 6.37 ± 1.21 and 1.78 ± 1.28 , neck mass VAS scores were 7.20 ± 1.03 and 2.43 ± 1.71 , and R1/R2 were 2.54 ± 0.40 and 1.59 ± 0.19 . After treatment, all the parameters were improved significantly ($P < 0.05$). **Conclusion** Treatment of hoarseness can relief JVP in children, which is superior to surgical intervention or simple conservative observation.

Key words: Jugular vein phlebectasia; Hoarseness; Children; Ultrasonography

儿童颈静脉扩张症自1928年Harris^[1]首次报道以后,临床上不断有文献报道。由于该病发病机制尚不明确,导致在治疗上不同学者之间存在很多争议。为进一步探讨本病临床诊治特点,现将诊治的27例颈静脉扩张症患者总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2005年8月~2013年6月共诊治颈静脉扩张

症患儿27例,其中男23例,女4例;年龄2岁11个月~10岁3个月,平均年龄5岁2个月。右侧颈静脉扩张22例,左侧颈静脉扩张2例,双侧颈静脉扩张3例。病史为14d至2年4个月。临床表现为大声讲话、屏气或哭闹时一侧或双侧颈部隆起肿块,安静时变小或消失。颈部无疼痛不适,无明显吞咽障碍。触诊肿块质地柔软,无压痛。家长多为无意中 发现。其中16例自首次发现后有肿块增大趋势。所有患儿都有反复声嘶,其中声带小结26例,左侧声带囊肿1例,病史为2个月至5年。

1.2 诊断方法

结合典型临床表现,所有患者皆经彩色多普勒超声明确诊断为颈静脉扩张症。超声检查明确肿块

作者简介:孙昌志,男,硕士,副主任医师。
通信作者:罗仁忠,Email:luorenzhong@21.cn

的性质及扩张得程度,并分别记录患儿做 Valsalva 动作或大声喊叫时颈静脉横断面最大内径(R1),以及患儿安静时颈静脉横断面最大内径(R2)。所有病例通过电子喉镜诊断声带病变,其中 1 例声带囊肿经术后病理进一步证实。

1.3 治疗方法

通过对声嘶的治疗,观察颈静脉扩张症改善的情况。26 例儿童声带小结均保守治疗,包括注意声带休息,适当控制发声、给予发声训练、中医中药治疗等。1 例声带囊肿患儿经手术治疗。

1.4 疗效评价

采用主观评分法评价声嘶的程度和颈部隆起的程度,声嘶评分 0~10 分;无声嘶:0 分;失声 10 分。在大声喊叫时,颈部隆起程度 0~10 分,无明显隆起肿块:0 分;颈部严重隆起肿块且近期有增大趋势:10 分。同时应用彩色多普勒超声评价颈静脉扩张的程度,并以 R1/R2 比值表示。记录治疗前及治疗后 6 个月各指标。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 13.0 进行统计学分析。各指标采用 $\bar{x} \pm s$ 记录,治疗前后各指标的比较采用配对 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

27 例患儿经过对声嘶治疗后,声嘶明显改善。颈静脉扩张症有明显控制,无 1 例有进一步增大趋势,无并发症发生。临床数据及统计学分析见下表 1、2。

表 1 彩色多普勒超声颈静脉横断面最大内径(mm, $\bar{x} \pm s$)			
项目	例数	R1	R2
治疗前	27	17.81 $\pm$ 3.25	7.01 $\pm$ 1.63
治疗后	27	11.33 $\pm$ 2.43	7.12 $\pm$ 1.59

注:R₁ 为大声喊叫时颈静脉横断面最大内径;R₂ 为安静时颈静脉横断面最大内径,下表同

表 2 声嘶及颈静脉扩张程度治疗前后比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
项目	例数	声嘶评分	颈部肿块评分	R1/R2
治疗前	27	6.37 $\pm$ 1.21	7.20 $\pm$ 1.03	2.54 $\pm$ 0.40
治疗后	27	1.78 $\pm$ 1.28	2.43 $\pm$ 1.71	1.59 $\pm$ 0.19
t		19.606	15.984	16.261
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

儿童颈静脉扩张症最初由 Harris^[1] 于 1928 年

报道。临床表现为一侧或双侧颈部圆形或梭形肿块,在大声连续讲话、咳嗽、喊叫、哭闹或用力屏气时明显隆起,安静时则消失。触诊柔软,囊性感。患儿多无自觉症状,常为家长无意中发现。儿童和成人均可发病,以儿童多见。单侧多于双侧,男性多于女性。以往认为本病罕见,文献报道较少。Paleri 等^[2] 统计至 2000 年文献报道总共才 100 余例。Sander 等^[3] 认为本病并不少见,他在调查中发现 96% 的儿科医生,37% 的耳鼻咽喉科医生及 40% 的外科医生不认识此病。因此,他认为儿童颈静脉扩张症在很大程度上是被临床医生忽视或误诊。

彩色多普勒超声对本病诊断有重要价值。结合临床表现,利用彩色多普勒超声测量患儿在用力喊叫或做 Valsalva 动作时,颈静脉内径扩张的情况,并与患儿安静时颈静脉内径进行比较,即可明确诊断。本组 27 例患者均经彩色多普勒超声确诊。由于本病发病率低,对于颈静脉扩张程度的诊断标准,目前国外尚无相关文献报道,国内数据也无统一标准。同时,儿童颈静脉横断面最大内径绝对值受患儿年龄、性别、生长发育等因素影响较大^[4-5],无法确立有效的正常值范围。因此,目前本病的诊断主要依靠典型临床症状即用力喊叫时颈部出现明显肿块,平静时消失,结合彩色多普勒超声检查明确病变性质来确诊本病^[6]。文献中也有应用 MR 进行临床诊断的报道^[7],但容易受患儿当时是否处于安静状态的影响,目前临床应用较少。

本组采用了主观评分法评价患儿声嘶改善的情况及颈部隆起肿块改善的情况。统计学分析显示,经过对患儿声嘶的有效治疗,随访 6 个月以上,所有患儿在声嘶改善的同时,颈部肿块在大声喊叫时均有明显的缩小,无一例有持续增大趋势,其中随访时间较长的 11 例患儿颈部已无明显肿块隆起。而在声嘶治疗前,曾有 7 例患儿家长诉,颈部肿块有增大趋势。

关于颈静脉扩张症的治疗,不同文献报道持有不同的意见^[8]。由于未经治疗的部分颈静脉扩张症患儿,有肿块进行性增大的趋势,进而有引发静脉血栓或血管破裂之虞;同时颈部肿块可能引起患儿同龄人的奚落,给患儿造成心理压力。部分学者主张手术结扎或切除扩张的静脉,或者利用血管外筋膜或人工材料包裹加压扩张的静脉。如 Sander 等^[3] 对 8 例颈静脉扩张症的儿童进行了手术治疗,经过 6 个月至 6 年的随访,他认为疗效满意,患儿和家属能够较好的接受手术,但是,对于疗效的评价,目前尚无建立统一的标准。也有学者对手术持有反

对意见,认为颈静脉扩张症属于一良性病变,除非有颈静脉炎、血栓形成、血管破裂或影响美观等症状出现,否则应保守观察^[8-9],但由于病例报道较少,目前尚缺乏有关疾病的自然进程、应当观察的期限等的文献可供参考。

儿童尚在发育期,且儿童声带小结具有自限性,本组病例除1例声带囊肿患儿手术治疗外,其余26例声带小结均通过注意声带休息,适当控制发声、给予发声训练、中医中药治疗等保守治疗手段进行处理。本组27例患儿在声嘶症状改善后,颈静脉扩张症的主观评分有明显改善,彩色多普勒超声检查显示颈静脉扩张的程度,在声嘶治疗前后有明显改善,差异具且有统计学意义($P < 0.05$)。通过对声嘶的治疗可以有效治疗儿童颈静脉扩张症。

参考文献:

[1] Harris RI. Congenital venous syst of mediastinum[J]. Ann Surg, 1928,88(5):953-956.
[2] Paleri V, Gopalakrishnan S. Jugular phlebectasia; theory of pathogenesis and review of literature[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol,

2001,57(2):155-159.
[3] Sander S, Elicevik M, Vnal M, et al. Jugular phlebectasia in children: is rare or ignored[J]. J Pediatr Surg, 1999,34(12):1829-1832.
[4] Karazincir S, Akoglu E, Balci A, et al. Dimensions of internal jugular veins in Turkish children aged between 0 and 6 years in resting state and during Valsalva maneuver[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2007,71(8):1247-1250.
[5] Yildirim I, Yüksel M, Okur N, et al. The sizes of internal jugular veins in Turkish children aged between 7 and 12 years [J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2004,68(8)1059-1062.
[6] El Fakiri M M, Hassani R, Aderdour L, et al. Congenital internal jugular phlebectasia [J]. Eur Amm Otorhinolaryngol Head Neck Dis, 2011,128(6):324-326.
[7] Fitoz S, Atasoy C, Yagmurlu A, et al. Gadolinium-enhanced three-dimensional MR angiography in jugular phlebectasia and aneurysm [J]. J Clinic Imag, 2001,25(5):323-326.
[8] Mickilson SA, Spickler E, Robert K. Management of internal jugular vein phlebectasia[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1995,112(3):473-475.
[9] 陈湘晖,赖金平,曹兆振,等.纤维喉镜下 Nd:YAG 激光治疗 760 例声带息肉和小结的疗效分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2002,8(1):24-25.

(修回日期:2014-12-01)

(上接第230页)

食管缺损,颈段气管环是不能无限制切取的,它首先要保留足够的气管长度用于颈部气管造瘘。黄建民等^[6]认为下咽环周缺损并颈段食管缺损超过2 cm时应考虑使用其他上皮组织瓣。但我们认为,该范围有些保守,在未预先行气管切开的情况下,只要保证近端气管残段能满足极低位颈部气管造瘘,远端气管就是我们可以切取的最大范围。本组病例其中1例患者最大切取8个气管环用于修复咽食管缺损,这必然造成极低位气管造瘘,但极低位的气管造瘘较普通的气管造瘘护理困难,当术后出现咽瘘时很容易致纵膈感染。

④应掌握本修复方法的适用范围,喉气管瓣修复咽食管缺损是以牺牲残喉为前提的,其中的部分残喉是可以用来重建喉功能的,同时,它的修复范围也是很有限的。因此,我们不提倡把它作为咽食管缺损的一线修复方法,必须谨慎选择适应证,严格界定其适用范围,防止滥用和误用。我们认为,对于年纪相对较轻、体质较好、咽食管缺损范围不是特别大,术后能逐步恢复有效防误吸机制的患者,可以采用其它保留喉功能的修复方法。对于不能承受更大

手术创伤、年老体弱、心肺功能差、咽食管缺损范围不大的患者,术后喉防误吸功能不能有效恢复,可以采用本方法修复咽食管缺损。通过该方法的应用,可以使这部分不能采用其他修复方法的特殊晚期下咽及颈段食管癌患者得到规范的根治性手术治疗。

参考文献:

[1] 王天铎. 一期喉咽及颈部食管切除自体喉气管移植整复术一例报告[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1964, 10(2):130-131.
[2] Som ML. Laryngotracheal autograft for postcricoid carcinoma[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1974, 83(4):481-486.
[3] 戴长稳,凌红阳,姚齐. 喉气管瓣在晚期下咽癌喉癌手术中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 1996, 2(2):114-115.
[4] 李志华,吴展元,陶泽璋. 气管瓣修复下咽颈段食管癌术后缺损[J]. 中国肿瘤临床,1997,24(5):355-357.
[5] 董卫东,张卫华,于永强等. 喉气管瓣重建食管下咽术治疗梨状窝环后癌[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2002,16(9):497-498.
[6] 黄建民,栾信庸,林国经等. 喉气管瓣法重建下咽颈段食管治疗梨状窝环后癌 13 例[J]. 福建医药杂志,2004,26(6):6-8.

(修回日期:2015-05-04)