

• 病例报告 •

新生儿巨大鳃源性囊肿并感染 1 例

刘永东 胡 强

患儿,女,10 d,因发现左侧颈部肿物 3 d 入院。体查见患儿左侧颈部隆起,位于胸锁乳突肌前缘,约 4.5 cm × 4.0 cm × 3 cm 大小,质韧,囊性感,张力较高,边界较清,触之无哭闹,表面皮肤无凹陷溢液,无红肿破溃,体温正常;气管受压向右侧推移,患儿哭闹时嘴唇发绀,可逐渐恢复。血常规提示白细胞 $31.81 \times 10^9/L$,中性粒细胞 64%。予美洛西林抗感染治疗。血培养提示为溶血李生球菌。颈部 CT 检查提示:左颈部胸锁乳突肌颈动脉鞘内缘可见一约 4.0 cm × 4.1 cm × 3.9 cm 大小,以囊性成分为主的肿块,边界清晰,前缘有分隔,增强后壁环形强化,临近血管,气管受压推移,肿块上至下颌骨上缘水平,下至锁骨水平;左侧甲状腺受压明显,未见明显异常,考虑为鳃裂囊肿并感染。

患儿入院后第 2 天在非气管插管全身麻醉下行脓肿切开引流术,术中见脓肿位于颈部深层肌肉内,将左颈血管鞘推向后外侧,与颈血管鞘关系紧密,与周围组织边界不清,未见瘘管及肿大淋巴结,打开脓肿壁后有约 50 mL 黄绿色脓液溢出,脓腔斜向内后,可触及气管环。脓液培养提示流感嗜血杆菌(70%)、草绿色链球菌(30%),予头孢曲松抗感染治疗。术后换药未见溢奶,未再出现嘴唇发绀。患儿于入院后 26 d 引流口愈合出院,当日 B 超于左颈部皮下探及约 1.8 cm × 1.5 cm 低回声,白细胞计数 $12.26 \times 10^9/L$,继续口服抗生素治疗。

该患儿于出院后 15 d 因左颈部脓肿复发入院,白细胞 $15.04 \times 10^9/L$,B 超检查于左颈部皮下探及约 3.3 cm × 2.3 cm 低回声。考虑炎症消退不明显,家长要求再次行脓肿切开引流术,于术后 18 d 引流口愈合后出院。于出院后 33 d 因左颈部肿物在外院全麻下行左颈部囊肿切除术,术中喉镜未见梨状隐窝瘘管,囊壁病理检查提示为鳃源性囊肿,痊愈出院。出院后 1 个月、4 个月、7 个月复查 B 超,均无阳性体征发现。

讨论 据国外文献报道,儿童颈部肿块中约 55% 为先天性颈部肿块,其中 32% 为鳃裂畸形,30% 为甲状舌骨管囊肿,18% 为皮样囊肿^[1]。鳃裂畸形中,约 90% 以上来源于第二鳃裂结构,约 8% 为第一鳃裂畸形,第三、第四鳃裂畸形较少见^[2];其中囊肿占 74%,25% 为瘘管,1% 为皮赘及软骨^[3]。

颈部囊肿需注意与以下疾病相鉴别:①甲状舌骨管囊肿:多位于舌骨与甲状腺之间,颈部正中,呈球形,直径约 1 ~ 2 cm,质稍硬,活动度差,与皮肤无粘连,可随吞咽运动略上下移动。②皮样囊肿:位置表浅,与皮肤粘连,质软。③鳃源性囊肿或瘘管:多位于颈前三角、胸锁乳突肌上中 1/3 交界

处,颈内、外动脉之间,呈圆形,直径约 3 ~ 4 cm,质软,囊性感,界限清楚,与皮肤无粘连;有瘘管者,可向外开口于皮肤,向内开口于梨状窝,常引起颈部反复化脓性感染。④囊性淋巴管瘤:为质软、壁薄、多囊性肿物,约 75% 好发于一侧颈部。可逐渐增大,约 1/3 因感染或内出血导致肿物迅速增大,皮肤表面红肿或呈淡蓝色,多有压痛。本例囊肿位于颈动脉鞘内缘,上至喉部,下至胸廓入口处,呈直径 4 cm 的球形,质软,与皮肤无粘连,不随吞咽运动而活动,皮肤表面未见凹陷及瘘管,提示可能为来源于第三、四鳃裂的鳃源性囊肿,术中梨状隐窝未见瘘管,考虑反复炎症已粘连或消退。

有资料显示,小儿颈深部脓肿中,金黄色葡萄球菌、A 组链球菌是感染的主要致病菌^[4]。本例血液培养出溶血李生球菌,脓汁培养出流感嗜血杆菌、草绿色链球菌,均为机会性感染细菌。该例早期感染可能为分娩过程及产后获得,血培养中的溶血李生球菌可能来源于脓肿,而新生儿溶血李生球菌血液感染国内外报道尚少见。

本例肿块较大,上至下颌骨上缘水平,下至锁骨水平,发病早期局部无红肿热痛,体温正常,由于家长疏忽,延误了疾病的最佳诊疗时间,WBC $31.81 \times 10^9/L$ 提示已感染,首选脓肿切开引流术,待炎症消退后再进一步检查及治疗;因脓腔较大,较深,且有分隔,局部引流不畅,以致脓肿复发。鳃源性囊肿发病后应及时诊治,在其感染化脓前完整切除,可减小损伤,防止术后复发。鳃源性囊肿在儿童期通常是良性的,在成人期存在恶变可能^[5]。因此小儿发病应彻底切除。

参 考 文 献

- 1 Torsiglieri AJ Jr, Tom LW, Ross AJ, Ross AJ 3rd, et al. Pediatric neck masses: Guidelines for evaluation[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 1988, 16: 199.
- 2 Chandler JR, Mitchell B. Branchial cleft cysts, sinuses, and fistulas[J]. Otolaryngol Clin North Am 1981; 8: 1179.
- 3 Telander RL, Deane SA. thyroglossal and branchial cleft cysts and sinuses[J]. Surg Clin North Am, 1977; 57: 779.
- 4 Oana Falup-Pecurariu, Eugene Leibovitz, Carmen Pascu, et al. International Journal of Pediatric otorhinolaryngology, Bacteremic methicillin-resistant Staphylococcus aureus deep neck abscess in a newborn—Case report and review of literature [J]. Chandler JR, Mitchell B: Branchial cleft cysts, 2009, 73 (12): 1824-1827.
- 5 Androulakis M, Johnson JT, Wagner RL. Thyroglossal duct and second branchial cleft anomalies in adults[J]. Ear Nose Throat, 1990, 69: 318.