

## • 临床研究 •

## 小儿舌系带过短手术的理想时期(附 517 例分析)

黄春雷<sup>1</sup>, 吴惠群<sup>2</sup>, 高帆<sup>2</sup>

[摘要] 目的 探讨舌系带过短小儿手术治疗的理想时期。方法 回顾性分析局麻下进行单纯剪开术或水平—垂直成形术治疗的 517 例舌系带过短小儿的手术效果及 1 年后的发音改善程度。结果 各年龄组总计男女比例约 10:4, 术后出血 2 例; <1 岁的患儿复查时合作较好, >1 岁的患儿合作较差; 术后 1 年随访, <1 岁的患儿未出现舌原发性发音障碍, >1 岁的患儿发音障碍改善分别为较好、中等及不明显。结论 小儿舌系带过短手术治疗的理想时期为出生后 6~12 个月。

[关键词] 舌系带过短; 小儿; 手术; 心理学; 母乳喂养

**Ideal Surgical Period of Children with Tongue-tie: Analysis of 517 Cases** HUANG Chun-lei, WU Hui-qun, GAO Fan. The Department of Otolaryngology, Affiliated Children's Hospital, Capital Institute of Pediatrics, Beijing 100020, China

[Abstract] **Objective** To investigate the ideal surgical period of children with tongue-tie. **Methods** The data of 517 children with tongue-tie treated by simply clipped surgery or horizontal-to-vertical plasty were analyzed retrospectively to evaluate the effect of operation and the level of phonologic prognosis. **Results** The sex ratio was approximately 10:4 (male:female) in all groups. Two cases occurred postoperative hemorrhage. The follow-up compliance was better in children <1 year old, but higher levels of noncompliance occurred in children >1 years old. One year after surgical treatment, there were no phonologic disorders caused by tongue motion in children <1 year old, but the levels of phonologic prognosis in children >1 years old were better, moderate, and insignificant respectively. **Conclusion** The ideal surgical period of children with tongue-tie is age of 6~12 months.

[Key words] tongue-tie; childhood; surgery; psychology; breastfeeding

中图分类号: R726.1, R762 文献标识码: A 文章编号: 1006-9771(2006)02-0160-02

[本文著录格式] 黄春雷, 吴惠群, 高帆. 小儿舌系带过短手术的理想时期(附 517 例分析)[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(2): 160-161.

舌系带过短多由舌系带发育不良引起, 是导致小儿发音障碍的器质性原因之一, 为儿科常见病。舌系带过短的发病率不详, 依据我科门诊资料统计, 约占门诊量的 1/300, 但由于小儿耳鼻咽喉科患儿复诊间隔短, 复诊次数多, 实际所占比例应远高于此。舌系带过短的婴幼儿哺乳和喂养困难, 年长儿不能正确发出舌腭音及卷舌音, 需要及时进行评估, 并在言语发育早期进行矫治<sup>[1]</sup>。目前, 对舌系带过短何时进行手术治疗没有明确规定。笔者对我科 2000 年 1 月~2003 年 12 月期间手术的 517 例舌系带过短患儿的资料进行回顾性分析, 探讨手术治疗的理想时期。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患儿中, 男性 398 例、女性 119 例, 男女比例=10:4; 年龄 0 个月~6 岁, 其中 0~6 个月 57 例、7~12 个月 83 例、>1~2 岁 128 例、>2~4 岁 147 例、>4~6 岁 102 例; 所有患儿均有伸舌时舌尖有“v”形切迹, 舌尖不能和上列牙弓相接触, 舌体向两侧运动受限, 舌尖不能伸出红唇外等体征<sup>[2]</sup>; 婴幼儿有不同程度的哺乳和喂养困难, 年长儿不能正确发出舌

腭音及卷舌音。经详细的全面体格检查, 除外以下疾病: ①器质性: 即听力障碍、颅面部发育异常; ②言语感知性: 即智力损伤、注意力或记忆力缺陷、语言障碍、学习能力缺陷; ③精神卫生性: 即自闭症、多动症及家庭原因所致者<sup>[3,4]</sup>。术前常规检查血、尿、便常规及心电图, 详细评估患儿发音障碍情况, 并由专人记录门诊档案。

1.2 手术方法 手术方式依据畸形程度制定, 薄膜型舌系带进行单纯剪开, 增厚型舌系带行舌系带成形术, 即水平剪开、纵向缝合。手术均在门诊局麻下进行。

1.3 术后随访 术后 1 周内如有发热和/或出血, 随时就诊, 并由专人记录门诊档案。舌系带成形术患儿 1 周后拆线, 并记录由几人参加操作。分别在术后 1、3、6 个月及 1 年评估发音改善情况, 并进行发音指导。对照初诊发音障碍情况, 计算术后 1 年的发音纠正百分率, 分成 4 个等级: ①<50%; ②≈50%; ③75%; ④100%或≈100%。再计算出各等级在各年龄组的百分率, 并按 ③+④百分率之和将发音改善分为明显(80%<③+④≤100%)、较好(70%<③+④≤80%)、中等(50%<③+④≤70%)和不明显(≤50%) 4 个等级。

## 2 结果

术后出血 2 例, 发生在 0~6 个月组, 均被收住院止血, 并最终予输血治疗。0~6 个月和 7~12 个月组复查时合作较好, >1~2 岁、>2~4 岁和 >4~6 岁组

作者单位: 1. 首都儿科研究所附属儿童医院耳鼻喉科, 北京市 100020; 2. 北京博爱医院, 北京市 100068。作者简介: 黄春雷(1971-), 男, 安徽砀山县人, 主治医师, 主要研究方向: 儿童鼾症、听力学及语言障碍。

合作较差,尤其在拆线过程中,通常需要 3 人以上才能完成。0~6 个月和 7~12 个月组未出现舌原性发音障碍;>1~2 岁、>2~4 岁和>4~6 岁组的发音障碍改善情况分别为较好、中等及不明显。

### 3 讨论

言语交流是个人才智、学习能力、人际关系的基石。患有发音障碍的小儿与同龄人相比发辅音和/或元音的技能有明显缺陷,与陌生人交流常有不同程度的障碍。小儿的情感如自豪感、荣誉感随年龄增加而加深。发音障碍的年长儿由于惧怕别人耻笑自己奇怪的发音,不愿与人主动交流,缩小了交际范围,影响小儿心理健康发育和将来的学习、社会交往,甚至社会地位。

小儿的语言技能在学龄前增长很快。婴儿在发音方面个体差异很大,至 2~3 岁时差异缩小。24 个月的正常发育小儿可正确发出大约 10 个辅音<sup>[5]</sup>,可轻易发出词的第 1 个音节,如 bo,不易发出词的后音节,如 boat。36 个月时,小儿能正确发出几乎所有的元音。48 个月时,小儿语言发声范围扩展到大部分辅音。在学龄前期,小儿的语言技能发展迅速,故语言障碍的治疗应尽可能提前进行。本组资料显示,舌系带过短患儿年龄越大疗效越不明显(与年龄呈负相关),而 1 岁前进行手术的小儿,随访未发现 1 例舌原性发音障碍。

母乳喂养是婴儿喂养的最主要方式,母乳的数量和质量直接影响婴儿的生长发育。催乳素是维持乳汁分泌的重要激素之一,排乳时任何因素引起的情绪紧张、焦虑、忧郁等,皆可通过神经反射抑制催乳素的分泌,使乳量减少。作为珍视、疼爱孩子的父母而言,更会因手术产生这些负性情绪。婴儿一般从 4 个月开始添加辅食,至 6 个月时母乳所占比例明显下降<sup>[6]</sup>。另一方面,新生儿期血小板的形态和大小与成人不同,常见较多体积比较大的血小板,可能代表比较幼稚的血小板。婴儿生后 6 个月血小板计数即与成人相同,约为  $150 \sim 350 \times 10^9 / L$ <sup>[6]</sup>。本组的 2 例出血病例均发生在 0~6 个月组,均为严重出血,而术前未发现任何异常,可能与血小板功能不成熟有关。目前,人们对医疗安全性越来越重视,为防止不必要的纠纷,我们认为,<6 个月的小儿不宜手术治疗舌系带过短。

治疗语言障碍的目的是帮助小儿学会正确发音。但对于年长儿,矫治舌系带只是治疗的开始,语言训练更为重要,应重点改善语言的领悟力。这需要大量的后续工作,父母、托幼机构工作人员、有专业技能的医护人员应形成有机整体,协同工作,才能达到理想效果。但目前我国专业从事语言训练的人员很少,且多从事严重语言障碍患儿(如聋哑儿)的语言康复工作。因此,语言训练的任务主要由父母承担,但小儿父母各

方面的素质,如领悟力、知识水平、耐心等参差不齐,势必不同程度地影响语言训练效果。有些父母自己都没有掌握词语的正确发音,不能领悟正确发音时舌唇齿的位置,更不可能纠正孩子的发音。此外,母亲的教育水平对小儿的语言训练有明显的影 响。由于纠正错误的发音方法需要相对较长的时期,会遇到各种困难,诸多因素都有可能对母亲育儿的动力和能力产生消极影响。特别是父母对手术过高的期望值未达到后,易产生怀疑、不满、愤怒等情绪,甚至发生医疗纠纷。

治疗小儿疾病应考虑患儿及家长的心理,获得其信任,建立患儿-父母-医生共同体,相互配合以期达到最佳效果。手术作为有创操作,必然会使小儿产生恐惧、紧张、不安全感等负性情绪,而 1 岁后认知能力的提高使小儿的情绪反应更有情景针对性<sup>[7]</sup>。婴儿消除负性情绪所需的时间短,而年长儿则明显延长,有时会伴随一生。另外,婴儿多采用单纯剪开术,而年长儿多采用成型术,需要缝合数针,故拆线时由于手术产生的不良记忆仍然存在,患儿多极力反抗,必须多人固定才能使操作顺利完成(通常情况下拆线比手术难度大很多),必然对患儿造成二次心理创伤,增加小儿的不信任感和随后的语言训练的难度。

另一方面,婴儿期小儿多在家中喂养,对父母工作影响不大,而幼儿期小儿多在幼儿园,手术势必影响小儿入托,改由父母在家看护,相应减少了家庭收入。

综上所述,6 个月前的小儿手术可能会有严重的术后出血和影响母乳分泌,1 岁后手术需要大量的语言训练,可造成小儿心理创伤及家庭收入减少。因此,我们认为,出生后 6~12 个月为理想的舌系带过短手术治疗时期。

### [参考文献]

- [1] Catlin FI, Dehann V. Tongue-tie[J]. Arch Otolaryngol, 1971, 94:548.
- [2] Fletcher SG, Daly DA. Sublingual dimensions in infants and young children[J]. Arch Otolaryngol, 1974, 99:292.
- [3] Shriberg LD. Four new speech and prosody-voice measures for genetics research and other studies in developmental phonological disorders[J]. J Speech Hear Res, 1993, 36: 105.
- [4] Shriberg LD, Kwiatkowski J. Phonological disorders I: a diagnostic classification system[J]. J Speech Hear Disord, 1982, 44:226.
- [5] Stoel-Gammon C. Normal and disordered phonology in two-year-olds[J]. Topic Lang Disord, 1991, 11:1-12.
- [6] 胡亚美,江载芳. 实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:86-92, 1706-1709.
- [7] 朱智贤. 儿童心理学[M]. 北京:人民教育出版社, 1987.

(收稿日期:2005-05-17)