维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 2

·经验交流·

咽后壁脓肿56例临床分析

陈 立* 韩振奎** 马双玲*

咽后壁脓肿为咽后间隙的化脓性炎症，近年来少见，且咽腔解剖部位隐蔽，若不及时果断的处理，易延误病情和漏诊。我院1986年9月～1999年收治咽后壁脓肿56例，现将有关治疗体会报告如下。

一、资料和方法

56例中，男31例，女17例，年龄（$1\frac{8}{12}$～8岁）。平均年龄3.2岁，平均病程13.4 d。伴畏寒发热者48例，恶心、呕吐45例，烦燥不安33例，咽痛拒食56例，吸奶、吐奶或奶汁反流17例。呛咳38例，说话及哭声含糊不清34例，睡时打鼾39例，呼吸困难46例。全部病例均在当地接受过抗生素和按感冒治疗及对症处理。病程为1～10 d。查体：咽后壁一侧隆起，充血56例。患侧腭咽弓及软腭向前推移52例。其中脓肿溢脓2例。伴营养不良50例、贫血11例、佝偻病20例等。发育迟缓6例。

二、结果

本组病例全部行咽后壁穿刺抽脓和引流术。术中根据炎症侵及或可能扩散的途径，清除病变组织，充分暴露相应咽腔，以便作咽后壁穿刺抽脓及冲洗，一般经反复间歇抽脓冲洗3次左右后无脓液。床头备吸引器，吸氧吸痰器，气管切开包，喉镜及插管等器械，全部病例获得治愈。但1例并发颈内动脉出血，行颈内动脉结扎后，伴发Horner's综合症。

三、讨论

咽后脓肿发生于咽后隙，咽后隙在椎前筋膜与颊咽筋膜之间，上起颅底，下达1、2胸椎平面，小儿位置略高，两侧以薄层筋膜与咽旁隙相隔，中间有咽缝将其分为左右两部分，富含有丰富疏松的结缔组织和淋巴组织。一般新生儿有8～10个淋巴结，3～8岁逐渐萎缩消失，鼻咽、口咽、口腔、扁桃体、鼻腔后部，咽鼓管及鼓室等处的淋巴结均引流于此。这些部位的炎症可引起咽后淋巴结感染化脓，咽后隙与咽旁隙炎症可相互感染。

患儿咽后壁脓肿主要发生于欠发达的农村，因为抗生素广泛的运用城市已极为少见。基层医务人员多缺乏专科知识，对其临床了解甚少。在诊断不明确的情况下运用感冒药和退热药。致使咽后壁脓肿典型的症状、体征与以往相似。但发现了一些新的变化。本组病例在入院前均接受基层医院对症治疗。虽然初期咽后壁脓肿得到控制，症状缓解或消退，如发热减轻，吃奶好转，呼吸吞咽困难缓解，但进入静止期又停止治疗。致咽后间隙炎症逐渐发展，形成脓肿。发现吞咽、呼吸困难症状加重，此时又误认为旧病复发再予对症治疗。因此造成显著期体征不典型，难以诊断。这正是本组患儿入院时危重患儿多的原因。如伴脓毒败血症11例，纵膈炎1例，吸入性肺炎4例，咽旁脓肿2例，血栓性静脉炎2例。入院时均行X拍片及少数行CT证实其脓肿已形成。对疑有外伤或结核病者，通过X线和CT检查了解有无异物或颈椎骨质破坏。结核患者常伴有肺部结核病变。

咽后壁脓肿多为金黄色葡萄球菌，流感杆菌，病毒和结核杆菌的混合感染。临床常规分为急性和慢性。慢性多由颈椎结核引起，常见于3岁以下患儿、农村多见。致病菌与扁桃体周围脓肿相似。在治疗中，应急速将患儿平卧头部后伸，以防脓液流入气管，发生窒息。结核性咽后脓肿，除抗痨外，还要穿刺排脓，注入抗痨药，并发颈椎结核，可配合骨科医师取颈外侧切口，在清除结核病灶的同时排脓。

本组47例均行X拍片确诊，咽后壁穿刺容量为3～6 ml，穿刺后患儿呼吸困难立即缓解。其中9例穿刺在3次以上。2例每日穿刺早晚各1次。只要患儿有呼吸困难、喉阻塞症状，立即检查，防止喉头水肿。其中1例并发颈内动脉大出血，立即行气管插管，气管切开，吸氧、吸痰，咽腔用碘仿纱条填塞压迫止血，同时结扎颈内动脉，并用大剂量有效抗生素等紧急处置，病情稳定，患儿住院18 d后拔除气管套管，伤口痊愈，术后患儿并发Horner's综合症。患儿脓肿小，脓量少已成为咽后脓肿的另一特点。咽腔的位置隐蔽深在，故易造成误诊与漏诊，其次，与早期应用抗生素、激素等有关，导致症状、体征如患儿呼吸困难、发热等不典型，易延误病情和漏诊。所以，对入院后尤其危重患儿，及时详细了解发病情况及入院前治疗经过，特别是用药情况，追问有关耳鼻咽喉部及相关器官疾病，细致，轻柔检查，结合X摄影，CT检查。全面综合分析，作出准确诊断，及时手术治疗，解除患儿病痛。

参 考 文 献

1. Som PM, Biller HF, Lawson W. Parapharyngeal space masses: An updated protocol based upon 104 cases. Radiology, 1984, 153: 149.

（收稿：2000-12-15）

* 作者单位：716000 陕西省延安大学医学院附属医院
** 延安大学医学院局解手术学教研室