维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 1

扁桃体周围脓肿186例的治疗和临床观察

陈 立* 马双玲* 韩振奎* 刘月娥* 雷昌合*

【摘 要】 目的 通过分析186例扁桃体周围脓肿的临床治疗过程，探讨其病因和诊断及综合治疗方案。方法 应用广谱抗菌素、反复针穿刺排脓及扁桃体摘除术。结果 184例痊愈，2例并发颈部坏死性筋膜炎死亡。结论 采用综合治疗扁周脓肿是防止脓肿复发和提高手术疗效的关键。

【关键词】 扁桃体 扁桃体周围脓肿 扁桃体切除术

Treatment and clinical investigation of peritonsillar abscess: 186 cases report *Chen Li, Ma Shuangling, Han Zhenkui, et al. Department of Trauma, The First Affilated Hospital, Yanan Univerisity, Yanan 716000*

【**Abstract**】 **Objective** To analysis one hundred eighty six patients with peritonsillar abscess treated and to study factor, diagnoses and comprehensive therapy of peritonsillar abscess. **Methods** The treatment methods included antibiotic drugs, repeated needle aspiration versus incision and drainage and tonsillectomy. **Results** 184 cases were cured, 2 patients with necrotizing fascitis were died. **Conclusion** Successful comprehensive therapy for peritonsillar abscess was the control abscess recurrence of the abscess and to improve curative effect of surgery.

【**Key words**】 Tonsil Tonsillar abscess Tonsillectomy

扁桃体周围脓肿(Peritonsillar abscess, PTA)是严重的咽深部感染性疾病，重者可致死。国外报道每年大约有0.03‰人发病[1]。Passy报道与Weber's腺的感染有关[2]。为了提高扁周脓肿的诊断水平，本文对186例PTA病人的治疗经过进行观察，现总结报告如下。

资料与方法

一、临床资料：1986年～2000年11月共治疗186例扁桃体周围脓肿患者，男129例，女57例，发病年龄9～79岁，其中15～42岁者占73%。平均病程(5.08～7 d)。主要症状为咽痛，张口困难，发热，咽部有异物感。97例有急性扁桃体炎发作史。药物治疗分别选用青霉素、红霉素、氨苄青霉素。青霉素和氨苄过敏者采用大环内脂类药物如环丙沙星和氧氟沙星。个别病例采用本院饮剂Ⅰ号、Ⅱ号。本组186例PTA患者行穿刺抽脓，脓液量1～16ml，其中23例行穿刺排脓，10例三次穿刺排脓。2例行四次针吸排脓。PTA发作摘除扁桃排脓者9例。其余106例先行针吸排脓，待病情缓减后行扁桃体摘除术。

结 果

107例PTA穿刺液脓培养结果53例阳性：溶血性链球菌32例，金黄色葡萄球菌8例，假单胞菌，肺炎双球菌和表皮葡萄球菌等其它菌13例。另71例中经针吸三次排脓者后经切开排脓自愈3例；65例经针吸排脓缓解，而近期复发者12例，再次针吸排脓，6例缓解，后期有3例摘除扁桃体。经针吸排脓近期治愈者在3年内随访71例，有18例PTA复发。全组59例做扁桃体摘除术，术后1例PTA又复发。2例PTA诱发颈部坏死性筋膜炎死亡。

讨 论

根据Passy[2]和孟敏华[3]等对扁桃体周围间隙的Weber's腺的叙述，他们在研究一组正常腭扁桃体与一组PTA病人腭扁桃体的组织切片时，发现PTA的发病与Weber's腺的感染有密切相关。扁桃体被膜上后间隙的Weber's腺由Weber EH于1927年首次描述，后Porlcinson RH(1951年)在"Tonsils and Ablied Problems"一书中，将位于腭扁桃体上间隙的唾液腺称为Weber's腺。该腺体约由20～25个腺管构成，由总管穿入扁桃体被囊，将腺液分泌到扁桃体陷窝的表面，参与口腔唾液腺的消化功能。据此认为PTA的发病与Weber's腺被病菌感染密切关系。本组病例绝大多数曾有急性扁桃体炎反复发作史。故急慢性扁桃体炎和扁桃体周围炎的炎症波及到隐窝内的Weber's腺管内，因引流不畅，进而延及扁桃体周围筋膜，导致PTA。Osterlun (1987)曾发现化脓性链球菌在人的上呼吸道上皮细胞内存活达7天以上，易导致扁桃体反复发炎。因此，这种潜伏扁桃体隐窝上皮内的病菌一旦引发感染，就直

* 作者单位：716000 陕西省延安大学医学院附属医院创伤中心

维普资讯 http://www.cqvip.com

接侵犯 Weber's 腺体，致 PTA。但不排除扁桃体上隐窝的感染突破扁桃体包膜形成窦道，造成 PTA。

PTA 的治疗原则：PTA 普通脓液培养常常呈阴性，可能与存在厌氧菌感染有关。另外与人为技术，培养液的质量和有无及时送检等有关。Wolf[4] 在 160 例 PTA 脓培养中见化脓性链球菌占 70%，厌氧菌占 5%。PTA 多为廉性厌氧的溶血性链球菌致病，故应首选青霉素类药物疗效较好。但过敏者应选用奎诺酮类以及经细菌培养更敏感的抗菌素，应在穿刺排脓的基础上加用足量抗菌素。本文观察发现，应用头孢类或克林霉素疗程如短于 10d，则在 2～3 月后将有 59.2% PTA 复发的可能，故疗程不应少于 2～3 周，必要时加用 3～7d 激素，以减轻 PTA 导致的发热及关节疼痛症状。Tanz(1985 年)曾报道用青霉素加利福平抑制化脓性链球菌取得较好效果。再加用甲硝唑抑制厌氧菌则效果更好。现在提倡在 B 超或 CT[5] 引导下明确，脓肿大小和范围，选择 Chieri 或 Thompson 点穿刺，排脓，在脓肿最膨隆处或扁桃体上极与咽弓平行悬雍垂根部与第三磨牙交界处、穿刺脓肿则效果更佳，避免损伤颈外动脉。Herzon(1995)报道 4 万例 PTA 的治疗观察中发现大多数可以通过针吸排脓治愈。我科采用来长荣[6] 报道的方法。先切除脓肿侧扁桃体，待患者康复后成人再切除健侧扁桃体。在脓肿期摘除扁桃体，脓腔暴露充分，引流通畅。

PTA 合并坏死性筋膜炎国内外报道死亡率较高。Rouse 报道为 73%，Meller 报道为 26.7%，Casall 和时德[7] 等报道为 33.3%。所以我们的体会是本病伴发坏死性筋膜炎关键是要早期诊断，并及时予以有效地全身和局部治疗，特别是局部的清创和换药尤为重要，同时要密切注意预防和处理 PTA 其它并发症，以防漏诊和误诊，延误病情抢救。

参 考 文 献

1. Herzon FS. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices and aproposal for treatment guidelines. Laryngoscope, 1995 (Suppl 74): 1－17.
2. Passy V. Pathogenesis of peritonsillar abscess. Loryngoscope, 1994, 104: 185－200.
3. 孟敏华、王 卫. 扁桃体周围脓肿的治疗和病理观察. 耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2000, 7(5): 273－275.
4. Wolf M, Chenl E, Kronenberg J, et al. Repeated needle aspiration versus incision and urainage. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1994, 103: 554－557.
5. 陈 洪. 超声对诊断扁桃体周围脓肿的价值. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2000, 10(10): 469.
6. 来长荣. 脓肿扁桃体切除术 55 例分析. 陕西医学杂志, 1985, 14(6): 61.
7. 时 德. 坏死性筋膜炎. 中华外科杂志, 1987, 25(1): 38.

(收稿：2000-12-04)

·个 案·

左肾平滑肌瘤误诊为肾癌一例报告

李学应*

一、临床资料：患者男性，32 岁，于 3 天前无明显诱因出现左腰部钝痛伴肉眼全程血尿而就诊。问诊：既往出现二次肉眼血尿，经服药症状消失。查体：腹平软，左中腹可扪及一 15cm×10cm 质硬无移性包块。B 超检查：左肾窝内见一 22cm×19cm×18cm 巨大实质性包块，包块边不规则，上缘及左侧缘呈分叶状，内部回声强弱不均，以低回声为主，中央无回声区。包块后方回声无明显衰减，其下缘可见小部分正常肾组织，肾上缘呈弧形受压。脾脏受推上移。胰腺尾部显示不清。腹膜后淋巴结无肿大。B 超诊断：左肾癌。CT 检查：左肾呈球形改变，外形尚规则，内密度不均，增强扫描不均一强化，其范围约 19cm×18cm。CT 诊断：左肾肿瘤，考虑肾细胞瘤。

手术所见：剪开腹膜后，见左肾窝一巨大肿物，约 20cm×19cm×16cm，沿左肾肿瘤表面钝性分离，结扎左肾动静脉及左输尿管上段，完整取出左肾肿瘤，称重约 2.5kg。切开肿瘤，肿瘤呈肉瘤样变。手术诊断：左肾平滑肌肉瘤。病理诊断：镜下所见瘤细胞呈梭形，核呈长杆状，纵横交错排列，异形性不明显。病理诊断：左肾平滑肌瘤，未见恶变征象。

二、讨论：平滑肌瘤发生于子宫，发生于肾脏者罕见。临床及影像学诊断为肾癌原因：①影像学均表现为恶性肿瘤图象；②临床症状支持恶性肿瘤诊断。此肿瘤具有恶生肿瘤特征，分析原因：肿物生长迅速，加上肾周筋膜及周围脏器的限制，其向四周生长不均衡，致肿物边界不规则；临床血尿可能为肿瘤内部出血及肿瘤压迫肾盂所致。

(收稿：2000-08-25)

* 作者单位：529600 广东省阳春市人民医院影像科