

• 经验与教训 •

急性腺样体炎 65 例临床诊疗分析

Clinical diagnosis and treatment of 65 cases of acute adenoiditis

戴桂林¹ 李楚凌¹ 许德瑜¹ 罗香林¹

[关键词] 腺样体炎,急性;诊治

Key words adenoiditis,acute;diagnosis and treatment

[中图分类号] R764.2 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2012)06-0280-02

腺样体又称咽扁桃体、增殖体,位于鼻咽顶壁和后壁交界处,两侧咽隐窝之间,鼻咽部与鼻腔、口咽毗邻,呼吸和吞咽时细菌极易在此停留,加上鼻腔分泌物的后流,以及全身和邻近器官的影响,急性腺样体炎极易发生,以2~12岁为多见,无性别差异。由于腺样体所处位置深在,临床症状不明显及检查有一定难度,故本病的漏诊及误诊率较高。本文对已确诊的65例急性腺样体炎患者进行了临床诊疗分析及总结,目的在于探讨其临床特征及治疗原则,减少漏诊及误诊率。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008-08—2010-08期间我科共收治确诊为急性腺样体炎的患者65例。其中首诊于我科7例,以发热首诊于儿科,后转诊于我科58例;男29例,女36例;年龄6个月~12岁,平均8岁。

临床症状:多数患儿受凉后突然高热,体温高达39℃~40℃(持续3~5d不退)。多有鼻塞、鼻咽部隐痛、睡眠打鼾、张口呼吸、憋气、头痛、哺乳困难、全身不适等,如并发咽峡炎者则有吞咽痛或不愿进食,若炎症波及咽鼓管者可有耳痛、耳内闷胀、听力减退等症状感染严重者可致非化脓性中耳炎等。

临床体征:急性病容,神清,精神差,咽峡充血,扁桃体呈Ⅰ~Ⅲ度不同程度的肿大,咽后壁黏稠分泌物附着,所有患儿均行鼻内镜检查(对年龄<2岁的患儿使用进口的Wolf直径为1.9mm的耳内镜检查鼻腔及鼻咽部,年龄>2周岁用儿童鼻内镜检查),见鼻咽部黏膜弥漫性充血、水肿。腺样体肿大,堵塞后鼻孔1/2~5/6不等,表面覆有黄白色点状分泌物或者假膜样分泌物(图1);伴急性非化脓性中耳炎者可见鼓膜充血膨隆、标志不清等。

实验室检查:外周血白细胞总数(4.0~10.0)×10⁹/L或以上;中性粒细胞分类:5岁以下<60%,5岁以上>70%。咽拭子细菌培养阳

性,为厌氧菌和需氧菌的混合感染,多为A族乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、流感嗜血杆菌、肺炎克雷伯杆菌等。鼻咽部组织病理检查示:增生的淋巴组织、急性炎症改变。但不可轻易作病理取材。

1.2 方法

一般治疗:卧床休息,宜流质饮食及多饮水,加强营养及疏通大便,高热时给予解热剂对症处理。

全身治疗:抗感染治疗为主,并常规联合抗病毒治疗。原则上应做病原学检查和药物敏感试验,在结果未明确前首选青霉素、甲硝唑及抗病毒针剂静滴3~7d,对青霉素过敏者改用红霉素;一般用药3d后,若症状未缓解,将青霉素改为对细菌敏感的头孢类等药物。

局部治疗:所有患儿均在行鼻内镜检查时用双氧水加生理盐水冲洗吸引鼻咽部(图2)。0.0125%~0.0250%羟甲唑啉喷鼻(根据患儿年龄大小使用3~5d)和生理性海水行鼻腔冲洗,尽量保持鼻腔及鼻咽部清洁及通畅。

伴急性咽峡炎者,给予漱口水漱口,庆大霉素加地塞米松超声雾化吸入。伴急性非化脓性中耳炎者初期加用氯雷他定、沐舒坦口服液等保守治疗,如患儿耳痛剧烈、高热不退、鼓膜高度膨隆,可在耳内镜下行鼓膜切开术。

2 结果

65例患者治疗3~5d后体温均降至正常,鼻咽疼痛均消失;52例鼻塞、睡眠时张口呼吸、打鼾与憋气者症状消失,检查示鼻咽部黏膜充血消退,腺样体肿胀明显减轻,后鼻孔通畅,局部无明显异常分泌物(图3)。对13例年龄>2.5岁腺样体仍堵塞后鼻孔约2/3~5/6、扁桃体Ⅲ度肿大的患儿,经PSG监测,诊断为“儿童睡眠呼吸暂停低通气综合征(中重度)、夜间睡眠低血氧症(中重度)”,给予手术治疗,术后患儿睡眠时打鼾、张口呼吸、憋气完全消失(图4、5)。

3 讨论

急性腺样体炎是儿童期常见病、多发病,以2~

¹东莞市妇幼保健院耳鼻咽喉头颈外科(广东东莞,523000)
通信作者:戴桂林,E-mail:guilinent@yahoo.com.cn

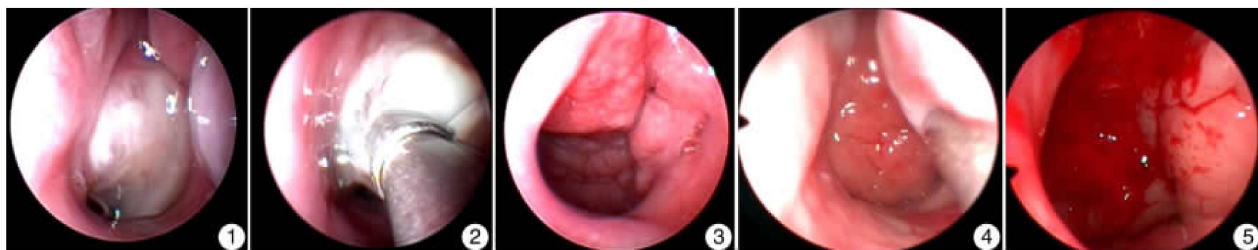


图1 治疗前鼻内镜检查; 图2 鼻内镜下冲洗吸引鼻咽部; 图3 治疗后鼻内镜检查; 图4 治疗前鼻内镜检查; 图5 手术治疗后鼻内镜检查

12岁多见。因成人的腺样体多已退化,故较少发病。当儿童机体抵抗力降低,如受凉、感冒、婴幼儿GERD时,细菌、病毒容易在鼻咽部腺样体处繁殖,引发急性腺样体炎。其临床表现为突然高热,鼻塞,入睡后张口呼吸、打鼾、夜间憋气等。急性腺样体炎患者的临床表现易与其他上呼吸道感染性疾病相混淆,来本科就诊患儿大部分首诊于儿科,治疗无效后转我科治疗,因此应引起临床重视。迄今为止,临床上对于急慢性鼻咽炎报道^[1-5]较多,而急性腺样体炎国内仅见杨丽辉等^[6]报道。因腺样体位置隐蔽,常规检查无法查及,造成了大量的漏诊、误诊。

鼻咽部X线侧位片或CT扫描只能对腺样体的大小做出初步的判断,间接鼻咽镜检查目前在临床上仍为鼻咽部检查中常用而有效的方法,此法需患儿配合,但由于该病患者都是儿童,无法进行有效的合作,本资料中确诊的65例急性腺样体炎都是在鼻内镜检查下进行诊断的,鼻内镜检查具有光线好、视野清晰,能够准确地进行诊断和治疗(鼻内镜下鼻咽部冲洗、吸引),优于间接鼻咽镜、纤维鼻咽镜、鼻咽部X线侧位片及CT扫描。本组确诊的65例急性腺样体炎患儿,在局部治疗中除常规的患儿自行使用血管减充血剂(羟甲唑啉)加鼻腔冲洗外(生理性海水);还在鼻内镜下用双氧水加生理盐水冲吸鼻咽部,腺样体表面的黄白色点状或假膜状分泌物能被彻底清除,有利于腺样体的引流,临床观察表明能减轻腺样体的充血和肿胀,缓解鼻塞、睡眠时张口呼吸、打鼾等症状、缩短病程。儿童鼻内镜检查在急性腺样体炎的诊断和治疗中值得大

力推广和普及。

本文收集了我科近2年收治的65例急性腺样体炎患儿的临床资料,对其临床特点、疾病的发生发展过程和转归、诊断治疗原则等进行了归纳总结,为进一步加深对本病的认识和提高临床诊疗效果提供参考。对于以急性上呼吸道感染就诊的患儿,当其高热与临床体征不符,主诉鼻塞、睡眠时张口呼吸、打鼾、严重伴憋气而常规查鼻腔通气极差,但鼻甲未见明显肿胀堵塞鼻腔,口咽部未见腭扁桃体明显肥大堵塞咽腔时,一定要注意进行相关检查,尤其是利用儿童鼻内镜检查,给予正确诊断和及时治疗,特别应和儿科一般的急性上呼吸道感染相鉴别,以防误诊、漏诊。

参考文献

- [1] 周小军,孙一帆,郭亿莲,等.鼻咽炎初步临床分析[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2003,11(6):270-271.
- [2] SALMAN S D. Acute nasopharyngitis in adults: an independent clinical-entity? [J]. Am J Otolaryngol, 2000,21:409-411.
- [3] 顾兴智,唐亮,崔娇.儿童急性鼻咽炎的疗效观察[J].新疆医学,2007,37(3):151-153.
- [4] 李蕾,王冬梅,柴艳,等.青少年鼻咽炎33例鼻咽镜诊断分析[J].中国实用医药,2009,4(22):107-108.
- [5] 官树雄,陈镜堆,陈鹏生.置换疗法加中西药联合治疗慢性鼻咽炎的疗效分析[J].青海医药杂志,2006,36(1):10-12.
- [6] 杨丽辉,郑明秀,崔华.急性腺样体炎46例临床诊治的探讨[J].昆明医学院学报,2010,4(1):77-79.

(收稿日期:2010-11-23)