

咽后壁寒性脓肿 3 例并文献复习 3 case of pharyngeal cold abscess and literature review

黄颖铭¹ 万保罗¹ 臧艳姿¹ 李靖¹

[关键词] 结核;寒性脓肿

Key words tuberculosis; cold abscess

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2017.20.015

[中图分类号] R766.5 [文献标志码] B

随着卫生、生活条件的提高,结核发病率逐年减少,由结核引发的寒性脓肿极为少见,但在医疗条件稍差的偏僻地区仍时有发生。现将我院收治的 3 例咽后壁寒性脓肿患者的资料报告如下,以增强对该病临床特征及治疗的认识。

1 病例报告

例 1 男,20 岁,因颈部、胸部疼痛 3 个月,于 2015 年 5 月 15 日收入郑州市胸科医院。入院前 3 个月出现盗汗、低热、乏力,同时伴有咽部不适伴吞咽梗塞感等症状,在当地医院初步诊断为颈椎、胸椎多发性结核,随即转入胸科医院确诊后继续治疗,并给予全身性系统抗结核治疗,口服乙胺丁醇片 0.5 g、异烟肼片 0.3 g、利福平胶囊 0.45 g,每日 1 次。治疗期间盗汗、乏力等症状有所改善,咽部不适伴吞咽困难持续存在,遂至我科门诊就诊。间接喉镜检查:咽后壁中线处明显隆起,黏膜较苍白,会厌及双侧声带正常。颈部 CT 可见咽后壁软组织增宽(图 1),颈椎未见明显骨质破坏,初步诊断为咽后壁寒性脓肿。2015 年 5 月 20 日咽部 1%丁卡因表面麻醉后用压舌板暴露咽后壁,在最隆起处行咽后脓肿穿刺抽脓术,抽出全部黄色稀脓约 10 ml,患者咽部不适感明显减轻,同时术腔注入链霉素 0.2 g、异烟肼 0.1 g 行局部抗结核治疗,术后脓液抗

酸染色阳性(图 2),证实原有诊断。此后建议患者每周复查 1 次反复行咽后脓肿穿刺抽脓术及局部抗结核治疗,先后反复穿刺注药 8 次,每次抽出 2~8 ml 脓液(图 3),咽后壁脓肿完全消失,随访至今未扩散或复发。

例 2 女,25 岁,咽部不适、吞咽困难 2 个月,于当地医院多次就诊均诊断为慢性咽炎,口服药物治疗后症状无缓解,于 2015 年 9 月 12 日至我科门诊就诊。查体见患者消瘦,咽后壁偏右可见一肿物,表面充血水肿,触之有波动感,追问病史,患者有肺结核病史,自称 1 年来病灶稳定。给予穿刺治疗抽出黄色稀脓 8 ml,脓液细菌培养无菌生长,抗酸染色阳性。骨科会诊后行颈椎 CT,未发现椎体结核破坏。请感染科会诊后按系统抗结核治疗,并行咽后脓肿隔周抽脓 1 次,每次抽出 3~6 ml 脓液,抽出脓液后脓腔内注入链霉素 0.2 g、异烟肼 0.1 g,先后抽脓注药 6 次,脓液消失,脓腔闭合。随访至今未复发。

例 3 男,18 岁,因高热咳嗽、吞咽困难半个月于 2016 年 3 月 3 日至我科就诊。追问病史,既往有“肺结核”密切接触史。体检:体温 38.3℃,脉搏 115 次/min,呼吸 22 次/min,血压 125/95 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。咽后正中黏膜轻度膨隆,

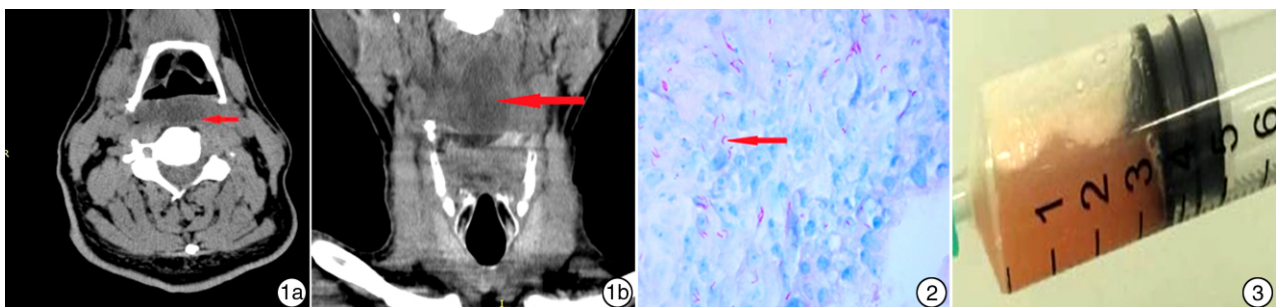


图 1 颈部 CT 示咽后壁软组织增宽 1a:轴位;1b:冠状位; 图 2 穿刺液病理检查 箭头示抗酸杆菌阳性 苏木精-伊红染色×1000; 图 3 寒性脓肿穿刺液

¹ 郑州大学人民医院(河南省人民医院)耳鼻咽喉科(郑州,450003)
通信作者:万保罗, E-mail: wanbaolu2013@126.com

触之有波动感。颈软,气管左移,前颈部可触及黄豆大小淋巴结数个。痰涂片抗酸杆菌(一)。胸部 CT 显示:右上中肺可见斑片状阴影,右中肺可见 1.5 cm×2.0 cm 空洞,右肋膈角变钝。PPD 试验+(72 h)。行咽后壁脓肿穿刺术,抽出脓血样液体约 6 ml,细菌培养阳性,涂片找到抗酸杆菌。诊断:咽后壁结核性脓肿合并感染;右侧浸润型肺结核。请骨科会诊后行颈椎 CT 未发现椎体破坏,感染科会诊后按系统抗结核抗感染治疗,同时在我科隔 3 天抽脓 1 次,反复 5 次,脓腔内注入链霉素 0.2 g、异烟肼 0.1 g 后脓腔消失,复查胸部 CT 结核病灶明显吸收,空洞闭合。随访至今未复发。

2 讨论

咽后间隙的慢性炎性病变称咽后寒性脓肿,其进展慢、病程长,多位于咽后正中,位置隐蔽,没有红肿热痛等急性炎症性表现,仅仅具有波动感及与皮温相同的肿胀,又称结核性冷脓肿^[1]。寒性脓肿多发生在成人及少年,约 10% 的寒性脓肿的原发病灶与肺结核有关^[2],其余原发病灶多是颈椎结核或结核性颈淋巴结炎。结核性淋巴结炎患者感染可沿颌下淋巴结或颈上深淋巴结扩散到咽后淋巴结从而引发咽后脓肿。70%~80% 的脊柱结核并发有寒性脓肿,颈 4 以上的颈结核脓肿多位于咽后壁,颈椎结核者的脓液突破椎前筋膜积存在咽后间隙形成咽后脓肿^[3]。而咽喉部原发性结核罕见^[4]。有盗汗、午后低热等典型结核中毒症状的同时渐感吞咽困难或喉部梗阻感。本组例 1 很好地证明了这一特点。咽后壁寒性脓肿早期咽部症状多不典型,且咽腔位置隐蔽,临床罕见,常误诊或漏诊^[5-6];晚期巨大的咽后壁脓肿前方与舌根靠拢,使呼吸道狭窄,从而引起打鼾甚至呼吸困难等症状^[7],容易误诊为气道阻塞等类型疾病。因此诊断方面需与 OSAHS 相鉴别,尤其是肥胖患者。另外当患者结核处于静止期或当脓肿部位发生混合性感染时,结核的典型中毒体征可被掩盖^[8],加之红、肿、热、痛急性炎症表现的干扰,结核菌素试验特异性较低,而胸片也无异常,从而更增加了诊断的难度。本组 3 例患者就诊及时,处理得当,从而恢复良好。这与我院对结核的临床表现认识充分、对肺外结核的警惕性较高、穿刺液及时送检有很大的关系。因此如疑为咽后壁寒性脓肿,应在重视病史及体检的基础上及早与患者沟通行穿刺活检送病理检查,从而提高早诊率。

咽后寒性脓肿一旦确诊,若处理不当,会造成严重后果。一般禁忌行咽后壁切开,以免造成切口持久不愈,形成难以治愈的咽后瘘管,日后还可能

发生咽后及纵隔混合性感染^[9]。有报道较大的寒性脓肿在清除病灶的同时可行闭式负压引流,有一定的效果^[10]。但对于位置较特殊的咽腔,可行性小,若咽后壁脓肿较大,可缩短穿刺抽脓间隔时间,增加次数。有文献报道部分咽后壁脓肿可自行破溃经口吐出或被咽下从而症状缓解^[11],但大多数自行破溃的脓肿可因破溃伤口较大及持续有脓液流出而形成瘘道,发生混合性感染,加重症状,给患者造成更大的痛苦。因此反复穿刺抽脓及注入链霉素和异烟肼的方法结合全身抗结核治疗值得推广,本文 3 例患者治疗效果明显,与患者就诊及时、病情较轻也有一定的关系。另外有文献报道 50% 的骨结核脊椎受到破坏^[2],因此在治疗过程中,即使患者没有出现椎体症状,仍建议患者行颈椎影像学检查,骨科专科会诊,以免忽略颈椎早期的病变,耽误治疗,发生严重后果。

参考文献

- [1] 吴学愚. 咽科学[M]. 上海:上海科技出版社,1929:214-219.
- [2] GARG R K, SOMVANSHI D S. Spinal tuberculosis; a review[J]. J Spinal Cord Med, 2011, 34: 440-454.
- [3] 张郭熔. 现代结核病学[M]. 北京:人民军医出版社, 2000:367-367.
- [4] 白玉萍,刘红刚. 喉结核的研究现状[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 30(5): 309-312.
- [5] 陈立,马双玲,韩振奎. 咽后壁脓肿 56 例临床分析[J]. 中国局解手术学杂志, 2001, 10(2): 139-139.
- [6] BENNETT J, DOLIN R, MANDELL B M, et al. Principles and practice of infectious diseases[M]. 8th ed. London UK: Elsevier Health Sciences Publishers, 2014: 2790-2795.
- [7] PATEL A B, HINNI M L. Tuberculous retropharyngeal abscess presenting with symptoms of obstructive sleep apnea [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2013, 270: 371-374.
- [8] SUTBEYAZ Y, UCUNCU H, MURAT KARASEN R, et al. The association of secondary tonsillar and laryngeal tuberculosis; a case report and literature review[J]. Auris Nasus Larynx, 2000, 27: 371-374.
- [9] 张西峰. 用微创的视角解读脊柱结核的手术策略[J]. 中华骨科杂志, 2011, 31(4): 391-393.
- [10] 俞朝栋,周多隆,徐学春,等. 中西医结合治疗脊椎结核的体会——附 131 例临床分析[J]. 中西医结合杂志, 1984, 4(1): 39-42.
- [11] 李恩贤,李攀,吴长沙,等. 脊柱结核合并寒性脓肿形成[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(8): 451-453.

(收稿日期:2017-03-25)