

第三章 咽部疾病

第一节 咽部异物、灼伤及咽部狭窄和闭锁

一、咽部异物

咽部异物多发生在口咽及咽喉部,鼻咽部异物则较少见。口咽及咽喉异物的常见原因有:

1. 饮食不慎,将鱼刺、肉骨、果核等咽下。
2. 儿童嬉戏,将小玩具、硬币等放入口内咽下。
3. 睡眠、昏迷或酒醉时发生误咽(如义齿脱落)。
4. 企图自杀,有意吞入异物。
5. 老年人咽部感觉较差,牙齿脱落,咀嚼不充分,易发生此病。
6. 头颈部外伤时,弹片等异物存留于咽腔。
7. 手术中止血纱条、棉球、缝针等误留于鼻咽部、扁桃体中。

(一)临床表现

口咽及咽喉部异物常有咽喉部的异物感、吞咽困难和部位较固定的刺痛,做吞咽动作或推动喉部时症状加重。尖锐异物可致痰中带血。鼻咽部异物可引起鼻塞,存留时间过久可致腥臭味。口咽及咽喉异物存留过久可致局部感染,形成咽后脓肿、咽旁脓肿及后纵隔炎等。

(二)诊断

根据有吞咽异物或外伤、呕吐的病史,结合上述症状,并行仔细的口咽、咽喉及鼻咽镜检,不难做出诊断。部分患者若有异物史,疼痛症状明显而常规检查未发现异物时,应行表面麻醉后仔细检查。异物刺激喉黏膜,可有发痒、咳嗽,甚至引起喉黏膜水肿、血肿等,如异物过大阻塞喉入口,可引发窒息。

(三)治疗

口咽部异物,如扁桃体鱼刺,可用镊子夹出。位于舌根、会厌谷、梨状窝等处的异物,必须进行黏膜表面麻醉,在间接喉镜下用喉钳试取,亦可经纤维喉镜取出。必要时小儿患者在全身麻醉下经直接喉镜取出。穿入咽壁而并发咽后或咽旁脓肿者,经口或颈侧切开排脓,取出异物。

二、咽部灼伤

咽部灼伤可分热灼伤和化学灼伤两类。多因误饮沸水或误服强酸、强碱、来苏、石炭酸等化学腐蚀剂所致。4岁以下小儿较常见,由于儿童保护性反射不健全,误饮开水或药液后不会吐出,同时哭闹又将热水或药液吸入喉内或吞下,引起口腔、咽喉以至食管灼伤。亦常见于自杀或精神失常者。火灾、工矿事故、瓦斯爆炸等可发生群集性受伤。

(一)临床表现

1. 主要症状为疼痛、吞咽痛、咽下困难、流口水等,若伴发喉水肿,则出现呼吸困难。重度

灼伤常有发热、脱水、休克等全身中毒症状。

2. 检查唇、口腔、咽部、会厌等处可见充血、肿胀或溃烂,次日则出现白膜。重度灼伤者在2~3周后则形成瘢痕粘连,发生咽喉狭窄,甚至闭锁。

(二)诊断

根据患者有明确的误饮史等、上述临床症状及体检所见不难诊断。

(三)治疗

1. 对吸入性灼伤者应密切观察呼吸情况,对伴喉水肿及呼吸困难明显者,应立即行气管切开术,以保持呼吸道通畅。

2. 中和疗法 强碱灼伤可用食醋、橘子水、柠檬水,酸性灼伤可用镁乳、氢氧化铝凝胶中和。

3. 选用有效的抗生素控制感染。

4. 糖皮质激素可以预防水肿和抑制结缔组织增生,特别对同时伴有食管灼伤的病例,对预防日后形成咽喉及食管狭窄具有重要意义。

5. 轻度灼伤可对症治疗,用1%双氧水、多贝液漱口,创面可涂甲紫或喷布次碳酸铋粉末,保护创面。

6. 为了预防日后形成咽部狭窄,必要时应早期插鼻饲管。

7. 咽部灼伤后遗严重咽喉狭窄或闭锁者须施行整复手术。

三、咽部狭窄和闭锁

(一)病因

1. 外伤

(1)咽部受腐蚀剂灼伤后,黏膜广泛坏死和溃疡形成,当咽壁创面相接触时,即成瘢痕性狭窄,甚至闭锁。

(2)喉外伤时喉体内移与咽后壁粘连形成喉咽狭窄。

(3)医源性手术并发症:施行腺样体切除术损伤黏膜过多,导致瘢痕性狭窄。

2. 特殊性感染 常由梅毒、麻风、硬结等病引起。

3. 先天性鼻咽闭锁 常和后鼻孔闭锁同时存在。

(二)临床表现

1. 鼻咽狭窄或闭锁者经鼻呼吸不畅,说话时有闭塞性鼻音,嗅觉失灵,睡时打鼾,不能擤涕。若病变累及咽鼓管咽口,则听力下降、耳鸣或并发中耳炎。

2. 喉咽狭窄者会厌与咽后壁粘连,阻碍吞咽,进食呛咳,呼吸不畅。

3. 检查可见口咽腔、鼻咽腔或喉咽腔变得狭小及粘连,重者仅剩小的缝隙甚至几乎完全闭锁。

(三)诊断

通过上述症状和检查可确立诊断。X线摄片、CT或碘油造影可进一步明确闭锁部位的范围和厚度。

(四)治疗

1. 对特殊感染引起者应先针对病因行对症治疗,待病情稳定后再行整复术。

2. 对外伤引起者应行手术治疗。对轻度狭窄者可行分离、扩张术;对重度狭窄、闭锁者应

在切除狭窄后通过转移皮瓣或黏膜瓣行整复重建术。

3. 等离子消融对鼻咽癌放疗继发后鼻孔及鼻咽闭锁可获满意疗效。

(王玉玲)

第二节 咽部炎症性疾病

一、急性咽炎

急性咽炎(acute pharyngitis)是咽黏膜、黏膜下组织和淋巴组织的急性炎症。通常由病毒和细菌所致,病毒以柯萨奇病毒、腺病毒、副流感病毒多见,细菌则以链球菌、葡萄球菌和肺炎双球菌常见。在幼儿,急性单纯性咽炎常为急性传染病的前驱症状或伴发症状,如麻疹、猩红热、流感、风疹等。在成人和较大儿童则常继发于急性鼻炎、急性扁桃体炎之后。受凉、疲劳、烟酒过度及全身抵抗力下降均为本病的诱因。

(一)临床表现

起病较急,初起时咽部干燥、灼热。继有咽痛,空咽时咽痛往往比进食时更加明显,疼痛可放射到耳部。检查见口咽及鼻咽黏膜呈急性弥漫性充血,腭弓、悬雍垂水肿,咽后壁淋巴滤泡和咽侧索红肿。细菌感染者,咽后壁淋巴滤泡中央可出现黄白色点状渗出物。全身情况一般较轻,但因年龄、免疫力以及病毒、细菌毒力之不同而程度不一,严重者表现为发热、头痛、食欲不振和四肢酸痛等,可并发中耳炎、鼻窦炎、喉炎、气管支气管炎及肺炎。若致病菌及其毒素侵入血液循环,则可引起急性肾炎、风湿热、败血症等全身并发症。

(二)诊断

根据病史、症状及局部检查所见,诊断不难。为明确致病因素,可进行咽部细菌培养。应注意是否为急性传染病(如麻疹、猩红热、流感和百日咳等)的前驱症状或伴发症状,在儿童期尤为重要。此外,如在口腔、咽部、扁桃体出现假膜坏死,应行血液检查,以排除血液病。

(三)治疗

1. 休息,多饮水,通便。
2. 对症治疗。
3. 以复方硼砂溶液漱口,口含片含服。
4. 选用抗病毒药和抗生素或选用有抗病毒和抗菌作用的中药制剂。

二、慢性咽炎

慢性咽炎(chronic pharyngitis)是咽部黏膜、黏膜下组织的弥漫性慢性感染。通常因急性咽炎反复发作、上呼吸道的慢性炎症刺激、烟酒过度、吸入粉尘气体、齿龈感染、过度清嗓或滥用嗓音所致。此外,多种全身慢性疾病(如贫血、消化不良、胃食管反流、慢性下呼吸道炎症、肝肾疾病)与此病相关。

(一)临床分型

1. 单纯型 见咽黏膜层慢性充血,黏膜下结缔组织及淋巴组织增生,黏液腺肥大,分泌亢进。
2. 肥厚型 咽喉壁淋巴组织增生,呈颗粒状隆起,咽侧索亦增生肥厚。

3. 萎缩型 通常与萎缩性鼻炎并存,咽黏膜干燥、发亮,表面覆有黏液。

(二)症状

1. 咽部不适感,如异物感、灼热感、干燥感、痒感、刺激感和轻微的疼痛等。

2. 晨起频繁刺激性干咳。

3. 全身症状不明显。

(三)治疗

1. 消除病因。

2. 给予复方硼砂溶液含漱,应用各种口含片。

3. 对于干燥性咽炎患者可咽部涂药,如碘甘油。

4. 冷冻、激光或 10% 硝酸银液等仅适用于处理过度增生的淋巴组织。但不宜处理过深,以防形成萎缩或瘢痕。

三、樊尚咽峡炎

樊尚咽峡炎(Vincenl angina)又称溃疡膜性咽炎,为一种急性溃疡性损害,通常累及一侧或双侧扁桃体,并向咽门、软腭和牙龈扩展。致病菌为革兰阴性杆菌,常继发齿垢螺旋体感染。龋齿和溢脓、饮食不良、代谢紊乱、维生素缺乏等是突出的致病因素。

(一)检查与诊断

1. 起病突然。

2. 咽痛显著。

3. 口臭。

4. 畏寒、发热(高热)。

5. 颈淋巴结炎。

6. 咽部灰白色膜,清除后,深部溃疡基底易出血。

7. 发病 1 周左右急性症状消退,但咽部溃疡可持续几周,并有明显口臭。

(二)鉴别诊断

樊尚咽峡炎应与白喉、急性链球菌化脓性咽炎、传染性单核细胞增多症、三期梅毒、恶性肿瘤、粒细胞缺乏性咽炎和急性淋巴细胞白血病鉴别。

(三)治疗

1. 全身应用抗生素,如青霉素以及甲硝唑静脉滴注。

2. 抗菌含漱合剂。

3. 牙龈、咽门涂布甲紫。

四、咽角化症

咽角化症(keralosis pharyngea)系咽部淋巴组织上皮过度角化所致。多见于年龄在 15~40 岁的女性,一般认为是一种纤毛菌感染,但尚无定论。口腔不卫生、鼻窦及咽淋巴组织慢性炎症刺激可能与此有关。

(一)检查与诊断

此病易被误诊为隐窝性扁桃体炎。多无明显症状,可有咽干、痒及异物感,角化广泛者多有咳嗽、口臭。扁桃体、咽后壁、侧索等处有白色或黄斑点角化物。角化物与组织附着牢固,

用力拔除后留下出血面。

(二)治疗

1. 无症状者可不处理。
2. 口服多种维生素。
3. 保持口腔及咽部卫生,给予复方硼砂溶液含漱。
4. 局限于扁桃体的角化物可行扁桃体切除术。

五、咽囊炎

咽囊乃胚胎脊索退缩时咽上皮内陷而成,可深达枕骨骨膜。囊管向咽黏膜扩展,位于增殖体或其残余下缘。若囊管阻塞,则形成囊肿[感染后形成的脓肿称咽囊炎(pharyngeal bur-sitis),又称托伦瓦尔特(Thomwaldt)病]、鼻咽囊肿、鼻咽脓肿及鼻咽中部痿管。

(一)检查与诊断

1. 后鼻孔可见分泌物、结痂,易感冒,有喷嚏、声嘶、口臭、清嗓、咳嗽等症状。
2. 头痛或头颈多部位疼痛,尤其是枕部。
3. 鼻塞、咽痛、鼻音重、颈淋巴结肿大。
4. 可有眩晕、耳鸣、耳痛、听力下降。
5. 鼻咽顶囊管开口肿胀、隆起或积脓。

(二)治疗

彻底切除或破坏咽囊内壁黏膜,以防复发。手术刮除囊肿,微波治疗也可取得满意疗效。腺样体残留者一并切除腺样体。

六、急性扁桃体炎

急性扁桃体炎(acute tonsillitis)为腭扁桃体的急性非特异性炎症。此病为常见病,占耳鼻喉科门诊病例的35%~65%,多发生在10~30岁,婴儿及50岁以上老人较少见。一般以冬春两季发病较多,常由于劳累、受凉、烟酒过度、潮湿、营养不良而发病,在有全身性慢性疾病,身体抵抗力低下时易患。主要致病菌为乙型溶血性链球菌,葡萄球菌、肺炎链球菌和腺病毒也可引起本病。细菌和病毒混合感染不少见。本病有传染性,潜伏期为2~4天,多通过飞沫、食物或直接接触传染。

(一)临床表现

依病理变化可分为两种类型,其临床表现有所不同。

1. 急性卡他性扁桃体炎 病变较轻,炎症仅限于表面黏膜、隐窝内,而扁桃体实质无明显的炎症改变。局部常有咽痛不适,可伴有低热、全身酸痛、食欲不振、乏力等轻度全身症状。检查时可见扁桃体及舌腭弓表面黏膜充血肿胀,扁桃体实质无显著肿大,表面亦无渗出物。

2. 急性化脓性扁桃体炎 炎症起始于隐窝,继而进入扁桃体实质,使扁桃体明显肿胀,重者可出现多发性小脓肿。隐窝口多有渗出物排出。本型起病较急,局部和全身症状都较重。咽痛剧烈,吞咽时疼痛常放射至耳部。下颌角淋巴结肿大,有时伴转头不便。全身常有恶寒、高热,幼儿可因高热而抽搐、呕吐或昏睡。检查时可见扁桃体肿大,周围充血,隐窝口有黄白色脓点,易于拭去,不留出血创面。如扁桃体实质内有化脓病变,可在表面看到黄白色突起。

急性扁桃体炎常由于病变向邻近组织发展而导致扁桃体周围脓肿、咽后脓肿、咽旁脓肿、

急性淋巴结炎、急性鼻炎、鼻窦炎、急性喉炎、急性中耳炎等局部并发症。全身并发症包括急性风湿热、风湿性关节炎、急性心肌炎、急性肾小球肾炎、败血症、急性骨髓炎等。

(二)诊断及鉴别诊断

急性扁桃体炎一般都具有上述典型的临床表现,故不难诊断。外周血白细胞明显升高。鉴别诊断见表 2-3-1。

表 2-3-1 急性扁桃体炎的鉴别诊断

	咽痛	咽部所见	淋巴结	全身情况	化验室检查
急性扁桃 体炎	咽痛剧烈, 吞咽困难	两侧扁桃体表面覆盖白色 或黄色点状渗出物。有时 连成膜状,易擦去	下颌角淋巴 结肿大,压痛	急性病容、高 热、寒战	涂片:多为链球菌、葡萄球 菌、肺炎球菌 血液:白细胞明显增多
咽白喉	咽痛轻	灰白色假膜常超出扁桃体 范围,可累及腭弓、软腭、咽 后壁等。假膜坚韧,不易擦 去,强剥易出血	颈部淋巴结 有时肿大,呈 “牛颈”状	精神萎靡,低 热,面色苍白, 脉搏微弱,呈现 中毒症状	涂片:内喉杆菌 血液:白细胞一般无变化
猩红热	咽痛程度 不一	咽部充血,灰黄色假膜,易 擦去	颌下淋巴结 肿大	急性病容,高 热,典型皮疹, 可有杨梅舌	涂片:溶血性链球菌 血液:白细胞增多,中性及 嗜酸粒细胞增高
樊尚咽 峡炎	单侧咽痛	一侧扁桃体覆有灰色或黄 色假膜,擦去后可见下面有 溃疡。牙龈常见类似病变	患侧颈部淋 巴结有时 肿大	全身症状较轻	涂片:梭形杆菌及樊尚螺 旋体 血液:白细胞稍有增多
单核细胞 增多症性 咽峡炎	咽痛轻	扁桃体红肿,有时覆有白色 假膜,易擦去	全身淋巴结 多发性肿大, 有“腺性热” 之称	高热、头痛,急 性病容。有时 出现皮疹、肝脾 肿大等	涂片:阴性或查到呼吸道 常见细菌 血液:异常淋巴细胞、单核 细胞增多可占 50%以上。 血清嗜异性凝集试验(+)
粒细胞缺 乏症性咽 峡炎	咽痛程度 不一	坏死性溃疡,被覆深褐色假 膜,周围组织苍白、缺血。 软腭、牙龈有同样病变	无肿大	脓毒性弛张热, 全身情况迅速 衰竭	涂片:阴性或查到一般 细菌 血液:白细胞显著减少,分 类则粒性白细胞锐减或 消失
白血病性 咽峡炎	一般无 咽痛	早期为一侧扁桃体浸润肿 大,继而表面坏死,覆有灰 白色假膜,常伴有口腔黏膜 肿胀、溃疡或坏死、牙龈肿 胀、苍白	全身淋巴结 肿大	急性期体温升 高,早期出现全 身性出血,以致 衰竭	涂片:阴性或查到一般 细菌 血液:白细胞增多,分类以 原始白细胞和幼稚白细胞 为主

(三)治疗

本病具有传染性,故患者应适当隔离。

1. 一般疗法 注意休息,多饮水,进流质饮食,补充营养,通大便。

2. 因本病多为链球菌感染,因而抗菌消炎仍为主要治疗原则,青霉素应属首选。解热止痛是重要的对症治疗措施。

3. 局部应勤用硼砂溶液漱口,每 2~3 小时一次。给予度米芬喉片或地喹氯铵片含化,亦有清洁口腔、消炎止痛之功效。

4. 如多次反复发生急性扁桃体炎,特别是已有并发症者,应待急性炎症消退后施行扁桃体切除术。

七、慢性扁桃体炎

慢性扁桃体炎(chronic tonsillitis)多由急性扁桃体炎反复发作或因隐窝引流不畅所致,也可因窝内细菌、病毒感染而演变为慢性炎症。患急性传染病(如猩红热、麻疹、流感、白喉等)后亦可引起本病。鼻腔、鼻窦感染亦能引发本病。发病年龄以7~14岁者最多,青年人次之,老年人(50岁以上)很少见。主要致病菌为乙型溶血性链球菌,金黄色葡萄球菌、绿色链球菌、肺炎链球菌及流感嗜血杆菌和腺病毒亦可诱发本病。本病的病理改变主要在隐窝,依其程度及病期的不同,临床分为增生型(肥大型)、纤维型(萎缩型)和隐窝型三型。

(一)临床表现

本病的特点是常有急性发作病史,而平时多无明显自觉症状。患者常感咽内发干、发痒、异物感,有刺激性咳嗽、口臭等轻微不适。当扁桃体过度肥大时,可出现呼吸、吞咽或语言共鸣障碍。炎性分泌物不断咽下,刺激胃肠,或隐窝内细菌、毒素等被吸收引起全身反应,导致消化不良、头痛、乏力、低热等。检查可见扁桃体、前后柱及咽后壁充血,扁桃体隐窝口可见黄、白色干酪样点状物,用压舌板挤压舌腭弓时能由窝内排出。扁桃体大小不定。儿童、青年多属增生型,扁桃体肥大;成人扁桃体多已萎缩变小,但表面可见瘢痕,凹凸不平,与周围组织常有粘连。下颈角淋巴结常肿大。

人体受扁桃体隐窝内细菌和毒素的影响,出现变态反应,可产生风湿性关节炎、风湿热、心脏病、肾炎、长期低热等并发症。

(二)诊断及鉴别诊断

根据反复急性发作的病史及以上局部检查所见,不难做出诊断。值得强调的是,扁桃体的大小可有生理性、遗传性及炎性改变,故不能单以扁桃体的大小作为判断炎症程度的标准及诊断依据。

本病应与以下疾病相鉴别:

1. 扁桃体角化症 角化症为扁桃体隐窝口上皮过度角化所致,可出现白色尖形砂粒样角化物,触之坚硬,不能擦去,一般无特别不适。

2. 扁桃体肿瘤 一侧扁桃体迅速增大或扁桃体肿大而有溃疡均应考虑肿瘤的可能,必要时可行活检确诊。

(三)治疗

1. 保守疗法 对不能施行手术者,可试用下列疗法。

(1)冲洗或吸引扁桃体隐窝,清除隐窝内积存物,以减少细菌繁殖的机会。

(2)用5%乙醇普鲁卡因溶液或10%~30%硫代硫酸钠液2ml注入扁桃体的不同部位行灌洗治疗。

(3)基于慢性扁桃体炎是感染—变应性状态的观点,治疗不应仅限于抗菌药物,而应将免疫疗法或抗变应性措施考虑在内,并应用各种增强免疫力的药物,如注射人胎盘丙种球蛋白、转移因子等。

2. 手术疗法 扁桃体摘除术是现代治疗慢性扁桃体炎较为彻底的方法。

八、病灶性扁桃体炎

病灶性扁桃体炎是扁桃体的慢性炎性疾病。作为一种病灶,在每次炎症发作时,均会引起其他脏器的病理性改变。发病年龄以 20~60 岁较为多见。常见致病菌及病理改变同“慢性扁桃体炎”。

(一)临床表现

1. 咽部的症状基本与“慢性扁桃体炎”相似。

2. 作为病灶可能诱发的症状

(1)心血管系统:患者感觉心悸不适。心电图检查可见心律失常,如房性期前收缩,有时可出现二联律或三联律。伴发心肌炎时,心肌酶谱异常,X 线片显示心脏扩大,病程长者可导致心功能不全。

(2)泌尿系统:患者感觉腰部胀痛不适。尿常规提示有尿蛋白、管型及红细胞。

(3)运动系统:表现为四肢大关节疼痛、酸软乏力。实验室检查可出现抗链球菌溶血素 O (ASO)、红细胞沉降率(ESR)升高。

3. 局部检查 病灶型扁桃体炎常见有舌腭弓充血、粘连或瘢痕形成,表面凹凸不平,小窝浅小,挤压有脓栓或脓液溢出。扁桃体一般较小而深藏,颌下淋巴结肿大压痛,小窝的细菌培养以溶血性链球菌占多数,占 10%~70%,其他致病菌仅占小部分。

(二)诊断

根据详细的病史询问、上述临床表现、辅助检查结果(血象、ESR、心电图、尿常规等)并排除各脏器本身器质性病变后综合分析而考虑本病。可通过激发试验辅助诊断,即用局部机械的、物理的(包括超短波、超声波、低频、X 线等)和酶类等直接或间接刺激炎性扁桃体,然后观察所引起的一系列反应。其中以血液中的细胞计数和 ESR 的变化最重要,体温变化次之。其他则按不同的继发病变特点进行重点检查,如风湿病的疼痛反应、肾炎的尿蛋白和红细胞管型等改变以及心血管系统的心电图变化等。

(三)治疗

一经确诊,应在控制扁桃体炎症及相应脏器病理症状的基础上行手术摘除。值得强调的是,某些症状及检查结果(如期前收缩、ASO 及 ESR 升高、蛋白管型及血尿等)术前可能不会完全消失或恢复正常,只要较发作时有所控制即应适时进行手术。对诱发心血管疾病者,术中应密切监护,最好有心内科医师参加手术,以便必要时能及时用药救治。

九、舌扁桃体肥大

舌扁桃体肥大是咽部淋巴组织舌扁桃体及腭扁桃体反复感染的结果,或腭扁桃体摘除后舌扁桃体代偿性肥大,又称慢性舌扁桃体炎。多发生在 40 岁以上,儿童少见,与喜食刺激性食物及烟酒过度有关。病理表现为舌扁桃体淋巴滤泡增生,淋巴细胞、浆细胞增多。

(一)临床表现

患者常觉咽部有异物感、堵塞感、刺痒感,常做吞咽动作,希望能解除以上感觉。常有刺激性干咳。讲话稍多以上症状明显。用压舌板重压一侧舌根或行间接喉镜检查,可见舌根部扁桃体肥大,表面呈颗粒状或分叶状分部于舌根两侧,显著者可扩大至会厌谷。

(二) 诊断及鉴别诊断

根据患者的主诉及局部检查所见不难做出诊断,但应与以下疾病相鉴别:

1. 舌甲状腺肿块位于舌盲孔与会厌之间的舌根中线上,呈半圆形隆起,表面为正常黏膜覆盖,质实而有弹性,用同位素¹³¹I扫描可确定是否为甲状腺组织。

2. 舌根囊肿位于舌盲孔处,为甲状舌管上端发育异常所致,可见舌根正中线上有一半圆形隆起,呈半透明状,质软有波动,穿刺可抽出液体。

(三) 治疗

对于引起症状较重者可使用等离子或用CO₂激光灼烧肥大的舌扁桃体组织。

十、急性腺样体炎

腺样体自幼年起逐渐增大,但到10岁以后开始萎缩,故急性腺样体炎(acute adenoiditis)为儿童期疾病。本病常和咽炎、扁桃体炎、上呼吸道感染同时发生。由于腺样体位置较隐蔽,易被忽视。病因与急性扁桃体炎同,可能因细菌或病毒感染而起。

(一) 临床表现

患儿常突起发热,体温高达40℃,鼻塞严重,用口呼吸,哺乳困难,可有咽痛。炎症若向两侧咽鼓管咽口蔓延,可有耳内闷胀、耳痛、听力减退等症状,重者可导致化脓性中耳炎。用小儿鼻咽镜检查见腺样体充血肿大,表面覆有渗出物,咽后壁有下流的分泌物黏附。

(二) 治疗

患儿应卧床休息,多饮水。高热患者可用退热药。重症患者可选用抗菌药物治疗,以控制感染和预防并发症,鼻部局部可用0.5%~1%麻黄碱生理盐水滴鼻。

十一、腺样体肥大

腺样体肥大(adenoid hypertroph)为腺样体因炎症的反复刺激而发生的病理性增生。本病常与慢性扁桃体炎合并存在,最多见于儿童。本病有遗传因素,与鼻咽部反复炎症有关,慢性鼻咽炎、鼻炎或慢性鼻窦炎患者易发此病,患有急性传染病、变态反应疾病的儿童也多有腺样体肥大。

(一) 临床表现

1. 局部症状 儿童鼻咽部狭小,如腺样体肥大,堵塞后鼻孔及咽鼓管咽口,可引起耳、鼻、咽、喉的相应症状。

(1) 耳部症状:咽鼓管咽口受阻,并发非化脓性中耳炎,可致听力减退和(或)耳鸣。

(2) 鼻部症状:常并发鼻炎、鼻窦炎,有鼻塞及流鼻涕等症状。说话时常有闭塞性鼻音,睡眠时打鼾。

(3) 咽喉与下呼吸道症状:因分泌物下流,刺激呼吸道黏膜,常引起咳嗽,易并发支气管炎。

(4) 由于患者长期张口呼吸,致使面部骨骼发育障碍,上颌骨变长,腭骨高拱,牙列不齐,上切牙突出,唇厚,缺乏表情,即所谓的“腺样体面容”。

2. 全身症状 全身发育及营养状况差,常有夜惊、磨牙、遗尿、反应迟钝、注意力不集中等反射性神经症状。

(二) 诊断

主要根据患儿家属主诉、临床表现以及以下检查所见做出诊断:

1. 患儿张口呼吸,大多数呈上述“腺样体面容”。
2. 口咽检查硬腭高而窄,齿列不整,常伴腭扁桃体肿大。
3. 鼻部检查 鼻孔小,鼻唇沟平,充分收缩鼻腔黏膜后可在鼻咽部见到红色块状隆起。
4. 纤维鼻咽镜检查 在鼻咽顶部和后壁可见表面有纵行裂隙的分叶状淋巴组织,像半个剥了皮的橘子。
5. 触诊 用手指做鼻咽触诊,在鼻咽顶及后壁可扪及柔软块状物。
6. 摄 X 线鼻咽侧位片有助于诊断。

(三)治疗

对具有上述症状的腺样体肥大儿童应行手术切除。手术常与扁桃体切除术一并施行。若扁桃体无明确手术指征,亦可单纯切除腺样体。手术一般采用全身麻醉,将腺样体刮匙沿后壁放入鼻咽顶后部,将腺样体切除,也可在 45° 内镜辅助下采用动力系统进行切割或用等离子进行消融。

十二、扁桃体周脓肿

扁桃体周脓肿(peritonsillar abscess)为扁桃体周围间隙内的化脓性炎症。扁桃体被膜与咽缩肌之间的结缔组织疏松,急性扁桃体炎时,由于扁桃体隐窝(尤其是上隐窝)被堵塞而引流不畅,感染扩散到深层穿透扁桃体包膜,进入扁桃体周围间隙引起扁桃体周围疏松结缔组织的感染,初期称扁桃体周围炎,脓肿形成后称扁桃体周脓肿,一般发生于一侧,多发生于青壮年,秋冬季易患。常见致病菌有金黄色葡萄球菌、乙型溶血性链球菌、甲型草绿色链球菌等。可引起咽旁脓肿、喉水肿和败血症等并发症。白齿或智齿周围炎症亦可并发此症。

(一)临床表现

1. 扁桃体急性感染 3~4 日后,咽痛转向一侧伴有畏寒、高热、咽痛剧烈,可致吞咽及张口困难、流涎、说话含糊不清。
2. 急性重病面容表情痛苦,颈部假性僵直,头倾向患侧,患侧颈淋巴结可肿大并有压痛。
3. 根据脓肿的部位可分为两型。
 - (1)前上型:脓肿位于一侧软腭前上部,咽部黏膜红肿,扁桃体充血,向内下推移,覆有渗出物,悬雍垂水肿。
 - (2)后上型:脓肿位于一侧扁桃体和咽腭弓之间,扁桃体向前下推移,咽腭弓红肿,软腭及悬雍垂并无肿胀。
4. 外周血白细胞计数明显升高并有核左移。
5. 扁桃体周围穿刺可抽出脓液。

(二)诊断及鉴别诊断

1. 依症状及体征。
2. 急性扁桃体炎经一般药物治疗无明显缓解即有扁桃体周脓肿的可能。发病逾 4~5 日,局部隆起明显,咽痛剧烈,穿刺抽脓可确定诊断。
3. 鉴别咽后壁脓肿与咽侧壁脓肿 咽侧壁脓肿虽有咽部炎症及牙关紧闭,但患侧咽壁及扁桃体各向内移,颈部有肿胀。冠周炎常因阻生牙而起病,多发生于下牙槽的内侧,牙冠上覆盖肿胀组织,红肿可延展到舌腭弓,但扁桃体及悬雍垂一般不受波及。咽后壁脓肿以两岁以下患儿较多,成人患者常为颈椎结核或异物所引起,X 线摄片可资鉴别。

(三)治疗

1. 卧床休息,多饮水,进易消化食物。给予镇静止痛退热药。
2. 给予大剂量抗菌药物静脉滴注。青霉素为首选药,重症患者可选用头孢菌素类,连续用5~10日。
3. 给予含漱药,如复方硼砂溶液,保持咽部清洁。
4. 穿刺抽脓 以明确脓肿是否形成及脓肿的部位。穿刺部位用2%普鲁卡因液浸润黏膜麻醉。穿刺时应注意方位,进针不可太深,以免伤及咽旁隙内血管。粗针进入脓腔即有脓液抽出。
5. 切开排脓 在局部麻醉下切一弧形黏膜切口,用长弯血管钳插入切口,沿扁桃体被膜外方进入脓腔充分排脓。术后第2日复查伤口,必要时可再次撑开切口排脓。
6. 多次脓肿发作的患者应在炎症消退两周后行扁桃体切除术。

十三、咽后脓肿

咽后脓肿(retropharyngeal abscess)为咽后隙的化脓性炎症。根据发病机制的不同,可分急性型和慢性型两类。急性型多因口、咽、鼻腔鼻窦的感染,或因咽后壁损伤(如异物刺伤及其他外伤)引起咽后淋巴结化脓,脓液蓄积于口咽后方咽后隙一侧。此型多见于3岁以下幼儿。慢性型者多由颈椎结核引起。

(一)临床表现

1. 急性型者起病急骤,症状为发热、烦躁、咽痛、拒食。说话及哭声含糊不清(如口内含物),睡时打鼾,呼吸不畅,头常偏向一侧。脓肿较大或炎症侵入喉部可致呼吸困难。
2. 慢性型多为结核性冷脓肿,病程长,全身有结核病症状,咽部症状不明显,常在3周后才有咽喉部梗阻感和吞咽不畅感。
3. 局部检查可见咽后壁一侧隆起、充血,脓肿较大时可将患侧咽腭弓及软腭向前推移。因异物或外伤引起的脓肿多发生于喉咽,大多需行间接喉镜检查才能发现,有时尚能查见异物。一侧或双侧颈淋巴结肿大。在慢性型,脓肿常位于咽后壁中央。
4. 咽后脓肿常因脓肿自行破溃,脓液涌入下呼吸道引起窒息可致死亡;或脓肿向下蔓延,可引起喉炎、喉水肿、纵隔炎等;若脓肿向外扩展,可引起咽旁脓肿;如脓肿侵蚀大动脉,可导致致命性的大出血。

(二)诊断及鉴别诊断

根据上述病史和局部检查所见易于诊断。但应注意与扁桃体周脓肿和咽旁脓肿鉴别。前者多见于成人,张口困难,脓肿多位于扁桃体前上方,扁桃体红肿,被推向内下方,悬雍垂红肿被推向健侧。后者多见于较大儿童或成人,患侧颈部肿胀,压痛明显,扁桃体及咽侧壁被推向咽腔。

(三)治疗

1. 急性咽后脓肿 诊断一经明确,即应马上切开排脓。取仰卧头低位,在直接喉镜下看清脓肿位置后先抽脓,尽量抽完后在脓肿最低位做一垂直切口。术后应用抗生素控制感染。3日后复查切口,如有积脓,应再用血管钳撑开切口排脓。
2. 若为结核性脓肿,应慎重抽脓,注入抗结核药。积极治疗肺、颈椎结核,增强机体抵抗力。

十四、咽旁脓肿

咽旁脓肿(parapharyngeal abscess)为咽旁间隙的化脓性炎症,早期为蜂窝织炎,进而发展成为脓肿。多见于成年人。本病多继发于扁桃体周脓肿、咽后脓肿、腮腺脓肿、颌下间隙脓肿或耳源性颈深部感染扩展至咽旁间隙而成。致病菌多为溶血性链球菌。咽侧壁外伤或咽部手术时,行局部麻醉时针头将细菌带入咽间隙也可诱发本病。

(一)临床表现

本病多有发热、寒战、出汗、头痛及纳差等全身症状。局部则感咽痛、耳痛、吞咽困难。若感染侵及翼内肌则可致牙关紧闭。局部检查可见患侧咽侧壁隆起、充血,扁桃体及咽腭弓被推向中线,但扁桃体本身未见病变。患侧颌下区及下颌角后方肿胀,触之坚硬且有压痛。有脓肿形成时皮肤发红,晚期可出现波动感。

咽旁脓肿向周围扩展可引发喉炎、纵隔炎;沿颈动脉鞘可进入颅内,引发脑膜炎、脑脓肿、海绵窦血栓等;若侵蚀颈内动脉,可发生致死性大出血;颈内静脉受到侵犯时则出现败血症和脓毒血症等。

(二)诊断及鉴别诊断

根据前述临床表现及检查所见不难诊断。鉴别诊断方面应注意与扁桃体周脓肿及咽后脓肿相鉴别。

(三)治疗

若脓肿尚未完全形成,应积极行抗感染治疗。一旦脓肿形成,须经颈外径路切开排脓。手术多在局部麻醉下进行,以下颌角为 midpoint,在胸锁乳突肌前缘做一纵行切口,用血管钳钝性分离软组织进入脓腔。排脓后可行过氧化氢液冲洗,置入引流条,部分缝合切口。术后应大量使用抗生素进行抗感染治疗。

(李谊)

第三节 咽的神经和精神性疾病

一、运动性障碍

(一)咽麻痹

较为常见的为软腭麻痹,发生原因可能为中枢性或周围性。前者见于各种原因引起的延髓病变,如肿瘤、出血或血栓形成、多发性硬化、延髓性麻痹、脑炎等。引起软腭麻痹的周围性病变常为多发性神经炎,多伴有感觉性障碍。颈静脉孔附近的占位性病变如原发性肿瘤、血肿、转移性淋巴结等所引起的软腭麻痹,常合并出现第Ⅸ、Ⅹ和Ⅺ等脑神经麻痹(颈静脉孔综合征)。

1. 临床表现 单侧麻痹常无症状,双侧麻痹症状明显。

(1)鼻咽不能闭合,患者说话出现开放性鼻音。

(2)进流质食物时食物逆流入鼻腔。

(3)不能完成吹哨或鼓气动作。

(4)咽肌麻痹时,吞咽功能障碍。病变之初进流质有困难,而进固体食物无阻挡;逐渐发

展,食物停滞在咽喉部,有误入呼吸道的危险。

(5)检查可见软腭缺乏张力,发“啊—啊”音时,软腭向健侧移动,患侧不能上抬。若两侧麻痹,软腭松弛下垂,完全不能上抬。如同时有咽肌麻痹,则梨状隐窝中可见唾液或食物潴留。

2. 诊断 根据上述临床症状及检查不难诊断。致病原因往往需内科和神经科协同才能弄清。

3. 治疗 主要是针对病因治疗。

(1)对周围性麻痹患者,可用抗胆碱酯酶类药物(如加兰他敏)或神经兴奋药(如土的宁)以及维生素 B₁ 治疗。

(2)咽肌麻痹进食困难者宜插鼻饲管,以维持营养和防止吸入性肺炎的发生。

(3)针刺疗法常用穴位有风池、大椎、少商、廉泉、天枢、曲池等。

(二)咽痉挛

1. 临床表现 咽痉挛常可见两种表现:强直性和阵挛性咽痉挛。前者常见于狂犬病、破伤风、癫痫、脑膜炎和癔病等。轻者有吞咽障碍、咽内不适、干呕等,重者伴有牙关紧闭、张口困难等症状。阵挛性咽痉挛为软腭或咽缩肌的不随意而有节律的收缩运动,每分钟可达 60~100 次或以上,患者本人和他人可听到咯咯声响。多为中枢脑干病变所致。

2. 诊断及鉴别诊断 诊断应特别注意,因咽痉挛往往是一些严重疾病的表现,故应请神经科医生会诊,以共同确定诊断,而不能简单地诊断为癔症。

3. 治疗 须耐心向患者讲明病情,以解除患者的思想顾虑,减轻患者的精神负担。缓慢进食无刺激性的食物。对强直性咽痉挛,可用镇静、解痉药物,如氯丙嗪、苯巴比妥钠、地西洋等;病情较重者,可用肌肉松弛剂,如司可林等。癔症患者可采用暗示或精神疗法。若为器质性病变导致的咽肌痉挛,则应针对病因来治疗。节律性咽痉挛,可试用针刺疗法,可选用廉泉、人迎、天突、太冲、合谷等穴。此外,可试用镇静剂或暗示治疗。

二、咽感觉性障碍

(一)咽感觉减退或缺乏

诱发本病的原因常为癔病或中枢神经、周围神经病变。中枢性疾病包括脑肿瘤、多发性硬化、脊髓空洞症和脑膜炎等。周围神经病变有流感、白喉性神经炎、颅底外伤和肿瘤、舌咽神经病变等。

1. 临床表现

(1)咽感觉完全丧失时,咬破舌头或颊黏膜而不觉疼痛,口腔黏膜常有糜烂。

(2)如同时有喉感觉丧失,食物常被咽入气管,引起吸入性支气管炎和肺炎。

(3)用压舌板触试腭弓或咽后壁,反射功能明显减退或消失。

2. 诊断 诊断要点为反射功能明显减退或消失。诊断不困难,查找病因有时须与神经科医师协同检查。

3. 治疗 病因治疗为主。对症治疗同咽麻痹。

(二)咽感觉异常

咽感觉异常是临床上经常遇到的症状,可能为一些器质性病变所引起,但多数为非器质性疾病所致,以 30~40 岁女性多见。

1. 临床表现

(1)患者常能指明部位在口咽和胸骨上窝之间,以喉咽部较多。

(2)咽唾沫时有堵塞感,而进食并无阻挡,饭后症状又出现。

(3)有时感到咽部有贴叶感、虫爬感、瘙痒感、痰黏着感,或有小球在咽部上下活动感。

(4)多无疼痛,或仅有轻度咽痛。

(5)检查咽部多无明显异常,但应仔细检查鼻咽、口咽及喉咽,了解有无黏膜充血、肿胀、淋巴组织增生、干燥、萎缩、瘢痕或肿瘤等,同时了解颈部有无畸形、瘢痕、肿块、淋巴结肿大等。必要时需行 X 线片检查茎突或颈椎,以及行食管钡剂 X 线片检查。

2. 诊断及鉴别诊断 根据病史、症状以及对检查的全部资料加以分析,在排除咽部、颈部、上呼吸道、上消化道等部位的器质性病变后,才可诊断为官能性感觉异常。应注意与茎突或舌骨大角过长综合征相鉴别,后者通过 X 线片检查可辅助诊断。

3. 治疗

(1)病因治疗对明确病因者最为重要。

(2)对症治疗

1)清淡饮食,必要时用镇静药。

2)颈上神经节封闭疗法。

3)中医、中药及针刺疗法。

(三)舌咽神经痛

舌咽神经痛(glossopharyngeal neuralgia)为发作性一侧咽部及扁桃体区的疼痛。本病与三叉神经痛相似,病因尚不清楚。近来不少报道认为,舌咽神经在颅内受邻近血管袢的压迫可激发本病。

1. 临床表现

(1)突然出现疼痛,可放射到同侧舌和耳深部。痛起突然,为针刺样剧痛,可放射到同侧舌和耳深部,持续数秒至数十秒,伴有唾液分泌增加。

(2)吞咽、说话或舌运动时均可激发疼痛。

(3)以丁卡因麻醉咽部可制止发作。

根据上述临床表现,并排除鼻咽、喉咽部的恶性肿瘤,咽部其他炎症及茎突过长即可做出诊断。

2. 治疗

(1)应用镇痛药、解痉药均可减轻疼痛。

(2)局部封闭或于扁桃体下极注射 5% 酚甘油也有止痛效果。

(3)对频发或症状剧烈者,可行颅内段或高位颈侧进路舌咽神经切断术。

(李 谊)

第四节 咽肿瘤

一、鼻咽肿瘤

(一)鼻咽血管纤维瘤

鼻咽血管纤维瘤(angiofibroma of nasopharynx)常发生于 10~25 岁男性青年,瘤体中含

有丰富的血管,容易出血,故又名“男性青春期出血性鼻咽血管纤维瘤”。男女性别之比为(14~20):1,发病原因不明。本瘤多起源于鼻咽顶部枕骨结节及蝶骨翼突内板的骨膜部。除纤维组织外,瘤中血管丰富。这种血管管壁薄,缺乏弹性,损伤后不易收缩,常引起大出血。瘤体增大时可压迫邻近骨壁,侵入鼻窦、眼眶、翼腭窝、颞下窝甚至破坏颅底进入颅腔等。故此瘤在病理上虽属良性,但在临床上可能引起严重后果。

1. 临床表现

(1)出血:出血为一重要症状,常反复出血,多为鼻出血或由口中吐血。时间过久可致贫血。

(3)堵塞及压迫症状:肿瘤长大后堵塞后鼻孔引起鼻塞,开始为一侧性,逐渐发展为两侧。若压迫咽鼓管咽口,可出现耳鸣及听力减退。若侵入眼眶、翼腭窝或颞下窝,则可致眼球突出、颊部或颞颥部突起。向后上破坏颅底及压迫脑神经,则有头痛及脑神经麻痹。向下发展可致软腭膨隆,部分患者在口咽部可见肿瘤。

(3)检查:前鼻镜检查(部分患者需在收缩下鼻甲后)有时在鼻腔后部可见到红色肿物;间接鼻咽镜检查更为清楚,可见表面光滑、圆形或呈结节状的肿瘤,表面富含血管纹。手指触诊时感肿物坚韧而易出血。

2. 诊断及鉴别诊断 根据症状及检查结果,结合患者的年龄及性别特征多能做出诊断。由于本瘤极易出血,故一般不做活检。必要时可从侵入鼻腔部分取材活检,以便填塞止血。行X线摄片可了解肿瘤的范围,施行颈动脉造影术可观察肿瘤供血来源及向颅内扩展情况,以供手术时参考。

虽然本病具有特征性临床表现,但应注意与鼻咽部的其他疾病相鉴别。

(1)后鼻孔息肉有蒂,灰白色半透明,质软,可随呼吸活动,不易出血。

(2)腺样体肥大在咽顶后壁正中,有纵沟,质软,不易出血,多发生在幼儿。

(3)鼻咽部畸胎瘤多发生在婴幼儿,为灰白色肿物,光滑,有蒂,活动度大,表面可被覆皮肤样上皮,触之软,不出血。

(4)鼻咽癌有少量吸涕带血,可出现头痛、耳聋、颈淋巴结肿大、脑神经症状。鼻咽顶咽隐窝内有增生肿物,不规则,质脆。细胞学及病理检查可资鉴别。

(5)颅咽管瘤来源于颅咽管残留的复层扁平上皮,发生在蝶鞍部,形成实质性肿瘤,亦可部分液化为多房囊肿,向上发展可进入颅内,向下发展可达鼻咽顶后壁隆起,亦可沿鼻中隔达鼻腔,X线片可诊断。

3. 治疗 治疗主要为手术切除,根据肿瘤的范围及部位,通常采用经鼻、经腭或两者结合的进路。手术中出血多,术前必须做好大量输血的准备。手术前可先行颈外动脉栓塞或结扎术,或术时采用控制性低血压麻醉,术中加加压冷冻术等可减少出血。

近年来,华中科技大学同济医学院附属同济医院耳鼻咽喉科采用鼻内镜下微波治疗鼻咽血管纤维瘤30余例,术中视野清晰,摘除肿瘤彻底,术中出血少,均在100~300ml,不需输血。患者痛苦小,无需输血,复发少,深受患者欢迎。

(二)鼻咽癌

鼻咽癌(carcinoma of nasopharynx)为我国最常见的癌瘤之一,尤以南方发病率最高,占头颈部肿瘤发病率首位。男性多于女性,男女之比为(2~3):1。好发年龄以40~50岁年龄组为最多,发病年龄在20岁以后随年龄增长而上升,50岁以后则下降。

1. 病因 尚未明确,但与下列因素有关:

(1)遗传因素:本病具有一定的种族易感性和家族聚集性,并与免疫遗传标记有关。

(2)病毒因素:主要为 EB 病毒,20 世纪 70 年代以来发现 EB 病毒与鼻咽癌有密切关系。

(3)环境因素:鼻咽癌发病率高可能与自幼儿时开始习惯吃有亚硝胺化合物类的食物有关。

2. 临床表现 常见症状有:

(1)出血:早期即有易出血倾向,最常见者为吸鼻后痰中带血,或擤出带血鼻涕。

(2)鼻部症状:肿瘤阻塞后鼻孔出现鼻塞,多为单侧性,瘤体增大时可能双侧受阻。

(3)耳部症状:肿瘤堵塞或压迫咽鼓管咽口,可致该侧耳鸣、耳闷塞感及听力下降,或出现鼓室积液。

(4)颈淋巴结肿大:早期可出现颈淋巴结转移,首先常发生在颈深部淋巴结上群,开始为一侧,继而发展为双侧。肿块无痛,质较硬,活动差,迅速增大且固定,并成为患者就诊的首要症状。其后,颈侧中、下群淋巴结相继受累,并相互融合成巨大肿块。

(5)头痛:肿瘤破坏颅底,并在颅内蔓延累及三叉神经所致。部位偏于患侧的颞、顶、枕部,早期为间歇性,部位不固定,晚期为持续性剧痛,部位固定。

(6)脑神经症状:肿瘤经破裂孔进入颅内,常先侵犯第 V 及第 VI、IV、III 及 II 脑神经,除头痛外,还可出现面部麻木、复视、视物模糊、睑下垂、眼外肌麻痹,甚至眼球固定或失明。颈部包块可压迫穿出颅底的第 IX、X、XI 及 XII 对脑神经,出现软腭麻痹、吞咽困难、声嘶、伸舌偏斜等。

(7)远处转移:晚期肿瘤可转移至身体其他部位(如肺、肝、骨骼等处)而致相应症状。

(8)检查:鼻咽癌好发于咽隐窝及鼻咽顶后壁,间接鼻咽镜或纤维鼻咽镜检可见局部黏膜粗糙不平,有结节状及菜花状肿物,可呈结节型、溃疡型或黏膜下型等不同临床类型。X 线颅底摄片有助于了解骨质有无破坏。CT 扫描可显示鼻咽黏膜变化,对早期鼻咽癌的诊断颇有帮助。

3. 诊断及鉴别诊断 遇到上述症状者,首先应在思想上重视,仔细检查鼻咽部。对可疑病例需及时施行活检,必要时可重复进行。对多次活检阴性、临床上又高度怀疑者,应行内镜检查,仔细检查可疑部位,对可疑部位在鼻内镜下行活检,以提高活检的阳性率。

鉴别诊断方面参见“鼻咽血管纤维瘤”部分。

4. 治疗 以放射治疗为主,应用或电子加速器放射。颈部转移淋巴结宜用深部 X 线照射。

放疗前后可辅以中医辨证治疗、化疗、免疫过继治疗等,以提高疗效,改善全身情况和减轻放射反应。

下述几种情况的鼻咽癌可行手术切除:①放疗后局部复发或尚有残存的病灶。②对放疗不敏感的肿瘤,如腺癌。③放疗无效的颈部局限性肿块。

二、口咽肿瘤

(一)良性肿瘤

口咽良性肿瘤不多见。比较容易见到的有:①纤维瘤:常发生于软腭、悬雍垂、腭弓游离缘或扁桃体上,呈圆形突起,表面光滑,质地较硬。②乳头状瘤:多由于病毒感染所致,好发部

位与纤维瘤相似,呈灰白色或淡红色乳头状。③潴留囊肿:黏液腺的潴留囊肿可发生于咽后壁、咽侧壁、会厌谷或会厌游离缘及舌面。④神经鞘瘤:源于颈深部的神经鞘膜,可在咽侧壁黏膜下出现椭圆形隆起。

1. 临床表现 视肿瘤的大小、部位而定。小者多无任何自觉症状。如肿瘤长大,除有异物感外,还可因压迫、阻塞而致吞咽、呼吸或发音等功能障碍。

2. 治疗 小的肿瘤可手术切除。乳头状瘤可用激光疗法。为预防复发,术后宜用 50% AgNO_3 液烧灼其创面。神经鞘瘤若较大或在颈部也能触及,选择颈部切口较为安全。

(二)扁桃体恶性肿瘤

扁桃体的恶性肿瘤常见的有鳞状细胞癌、淋巴肉瘤、网织细胞肉瘤及血管内皮瘤等,以鳞状细胞癌较多见,好发于 40 岁以上的患者;肉瘤常发生于青年人,儿童也可见到。

1. 临床表现

(1)鳞状细胞癌常原发于扁桃体上极,早期咽部不适,有异物感。

(2)随着肿瘤的增大,溃破后可向腭弓和软腭浸润扩展,出现咽痛,可放射至同侧耳及面部。

(3)肿瘤向深层浸润,可累及咽弓、软腭、舌根、咽鼓管,出现发音障碍、吞咽困难、呼吸不畅、耳痛、耳鸣和耳聋,并可致伸舌及张口困难。

(4)淋巴肉瘤发生于扁桃体黏膜下,可出现一侧扁桃体明显肿大,发展迅速可引起吞咽和呼吸困难。

(5)检查单侧扁桃体肿大,早期患处的白色突起变硬,继而增大,形成中心溃疡,边缘呈肉芽状或菜花状,浸润周围有充血区。肿瘤组织脆嫩,触之硬,易出血。无论是癌或淋巴肉瘤,早期都有淋巴结转移,常位于下颌角下方。

2. 诊断及鉴别诊断 根据上述症状和检查所见,排除炎性病变后应考虑是否为扁桃体恶性肿瘤,必要时予以活检确诊。

应注意与以下疾病鉴别:

(1)良性扁桃体肥大无疼痛和淋巴结转移。

(2)各类急性扁桃体炎有疼痛、发热,经抗感染治疗短期消退。

(3)扁桃体结核或梅毒等特异性炎症细菌检查、血清等检查、病理检查可以鉴别。

3. 治疗 主要治疗方法为放疗,化疗可作为辅助治疗。

对疑为扁桃体恶性肿瘤而多次活检未能证实者,可将扁桃体切除后送病检。确诊后必要时可加以放疗。

三、喉咽肿瘤

除会厌舌面和会厌谷常见潴留囊肿外,喉咽良性肿瘤很少发生,而恶性肿瘤却非常罕见,一般女性多于男性,好发于老年人。根据发生部位可分为:①咽后壁癌,常发生在颈椎水平的下咽部。②环状软骨后癌,常因部位较隐蔽,早期不易被发现。③梨状隐窝癌,可发生在梨状隐窝的内壁和外壁或交界处。由于下咽癌的解剖部位较隐蔽,早期不易发现,患者常待疾病已达到一定程度才来就医,此时肿瘤常已侵及喉及食管,造成呼吸、吞咽和发音困难。再者,由于该区域血运和淋巴管比较丰富,扩散及转移亦较早,尤其是当肿瘤侵及食管入口时,可给手术根治带来极大困难。其病理大多属鳞状细胞癌、腺癌、平滑肌肉瘤;神经纤维瘤恶性变等