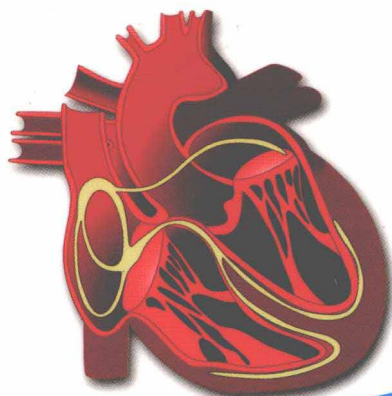


XIAOER BIAN TAOTIYAN
YU XINZANG BING

主编◎郭玉德 邹宇 王智楠

小儿扁桃体炎 与心脏病

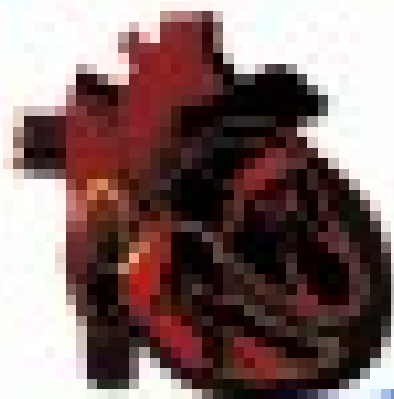
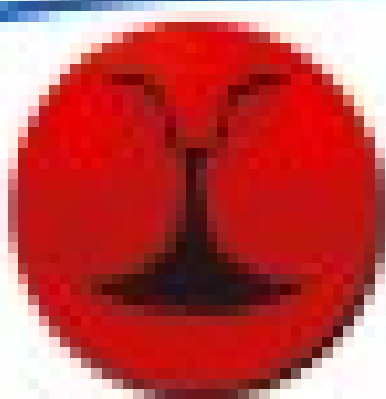


 军事医学科学出版社

ALLAH UNIVERSITY
AL-AMMAN
JORDAN

主编：王学军 副主编：王学军

小儿扁桃体炎 与心脏病



王学军主编

小儿扁扁桃体炎与心脏病

主 编 郭玉德 邹 宇 王智楠

副主编 徐忠强 兰丽琼 赵映珍
钟 良 陈 觅 崔 龙

编 者 谭 毅 黄凌寒 肖伯奎
段传新

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

小儿扁桃体炎与心脏病/郭玉德,邹宇,王智楠主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2011.5

ISBN 978-7-80245-738-6

I. ①小… II. ①郭… ②邹… ③王… III. ①小儿疾病:扁桃
体炎-诊疗 ②小儿疾病:心脏病-诊疗 IV. ①R766.18 ②R725.4

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第072720号

策划编辑:盛立 责任编辑:蔡美娇 责任印制:丁爱军

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

86702759,86703183

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:北京宏伟双华印刷有限公司

发行:新华书店

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:6

字数:141千字

版次:2011年8月第1版

印次:2011年8月第1次

定价:15.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书共分十二章,涵盖了扁桃体的解剖、生理和病理,急性和慢性扁桃体炎在引起风湿病中的作用,扁桃体感染病灶在内脏疾病中的意义,扁桃体源性疾病和慢性扁桃体炎的病因学及发病机制,慢性扁桃体炎及其中毒反应,扁桃体源性中毒的鉴别诊断,慢性扁桃体的病灶感染机制和诊断问题,小儿慢性扁桃体炎的治疗,慢性扁桃体炎伴风湿病的治疗经过,慢性扁桃体炎伴风湿病患儿的各种疗法效果比较,扁桃体炎和风湿病的防治问题等。书后附有近5年来的国际咽科专家研究报道的相关内容、手术并发症及其处理以及典型个案病例等。

本书内容系统而全面,文字通俗易懂,图文并茂,相信在防治小儿扁桃体源性疾病中能对读者有所裨益。

前 言

计划生育已入国策,儿童保健工作已步入新阶段,负有新使命。小儿时期易患上呼吸道感染,特别是易患扁桃体炎,“三炎一聋”是耳鼻咽喉科常见疾病,其中扁桃体炎所占比例较大。扁桃体常成为感染病灶,由于隐性病灶感染作用常导致小儿并发心脏、肾脏和关节等严重损害。始自幼年,废在青少年,如能及时查知并进行有力而合理的治疗,则可防止许多严重后果的衍生。本书是参考日本医学博士细谷太雄等所著之《扁桃腺病学》、《The tonsils & adenoids (the otolaryngologic clinics of North America, May, 1987)》、《хронический тонзиллит и болезнь сердца у детей》编译的,内容全面,重点突出,相信通过文献复习并借鉴专家们的宝贵经验介绍,将会对从事医疗工作的同道们能有所获益。

郭玉德
1993 年 10 月

序

“三炎一聋”是耳鼻咽喉头颈外科常见病,关系到我国亿万人民的健康,在群防群治中占有极其重要的地位。作为头部感染病灶之一的慢性扁桃体炎,关于它的病因、发病机制、临床和分类等问题,学者们一直在进行着广泛而深入的研究和探讨,存在许多争论。特别在当今世界,科技进步和人民物质文化生活不断提高,保护儿童的健康已显得越来越突出,小儿耳鼻咽喉科专业医疗队伍在不断地发展和壮大,在忙碌的日常门诊诊断和治疗工作中,大部分医师是凭借临床经验来决定综合药物或手术疗法,前者属于保守疗法范畴,后者主张采取一刀了之。保守疗法种类繁多,时间长,影响患者的学习和工作,疗效难定;而手术疗法看似简单,但由于适应证掌握不当,也会带来一些不良后果。早在 20 世纪 60 年代,本人在北京解放军 301 医院姜泗长副院长耳鼻咽喉科实验室进修学习过程中,曾立题研讨并寻找关于慢性扁桃体炎客观诊断的方法,结合病理形态、细胞学(巴氏多染法、荧光染色)及实验室诊断等所得结果,建议将慢性扁桃体炎分为“单纯型”和“病灶型”两种,前者以局灶病症为主要表现,而后者在局灶病变的同时伴有全身虚弱、劳动力减低、容易疲劳、影响学习、全身不适、低热、肌肉酸痛、关节痛、白细胞增多、红细胞沉降率加快、异球蛋白血症和脂质代谢障碍,并可累及心血管系统、肾脏、支气管和肺等全身中毒反应。

近代俄国作者(Gadzhimirzaev GA)通过同位素自动扫描和电子显微镜扫描检测法,发现正常和炎症扁桃体组织中均有“活的”细菌在细胞内寄生,认为细菌的代谢产物、毒素和脓等是对机体产

生不良影响并引起上述中毒症状的原因所在。从这点来看,与分类“病灶型”慢性扁桃体炎是吻合的,在本人进行细胞诊断涂片中通过 3000 倍(Zeiss)高倍镜检也有发现,限于当时和后来的条件,请教了包括中国医学科学院在内的很多专家均未得明确答疑。应看到该项研究结果对整个从事临床工作的医务人员在掌握病灶型扁桃体炎的治疗方法选择中具有的实际参考意义。

本人深信,通过这本普及与提高认识相结合的专著,能给读者带来一些裨益,在防治小儿扁桃体炎,特别是病灶型扁桃体炎的过程中能起到“抛砖引玉”的作用。

武汉大学人民医院耳鼻咽喉头颈外科

教 授 郭玉德
主任医师

2011 年 3 月

主编简介

郭玉德,1931年3月生,辽宁沈阳人。1948年12月入学,1954年毕业于大连医学院医疗系耳鼻咽喉科专业。1953~1954年在沈阳中国医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科张立、金济霖教授处学习;1963~1965年在北京解放军总医院耳鼻喉科姜泗长教授处学习。历任湖北医学院附属第一医院(现武汉大学人民医院)耳鼻咽喉科教研室主任、主任医师、教授,兼中华医学会湖北暨武汉耳鼻咽喉科分会副主任委员、常委等。中国制冷学会六专业委员会湖北暨武汉分会主任委员、常务理事;中华免疫学会湖北省变态反应学会副主任委员、常委;中华老年医学会湖北分会、湖北省声学学会会员;美国冷冻医学学会会员;《国外医学文摘——耳鼻咽喉科分册》校译员;《临床耳鼻咽喉科杂志》编委、常委;湖北医科大学校刊编委;武汉工业大学教授等。参加工作半个多世纪以来,一直从事医院医疗、教学和临床科研工作。20世纪50~60年代着手耳鼻咽喉科感染病灶的专题研究;20世纪70~80年代进行小儿听力问题的研究并研制出“喉超声、鼻超声药导治疗仪”;20世纪80~90年代研制出“新生儿测听器”、“HA陶瓷听骨链”,论文“生物陶瓷HA听骨链研究及其应用”被美国只读光盘(CD-ROOM)数据库 Biological Abstract(1993)摘录收藏。20世纪末研制出适用于小儿渗出性中耳炎治疗的“游戏自家吹鸣器”。科研成果“HMC84数字显示液氮冷疗装置”获“87—湖北省科技进步二等奖”、“HA陶瓷听骨链”获部级一等奖和中华人民共和国国家科委三等奖、“新生儿测听器”及“双曝法武汉地区气传真菌分布调研”获省科委科技进步奖。两次参加中国援阿尔及利亚医

疗队(1979~1981年及1984~1986年),在阿首先开展听力重建手术、冷冻外科以及无麻坐位扁桃体或腺样体快速切除术,被受援国人民誉为“郭教授是赛义达人民的光荣”。获湖北省95科技精英称号和95中华医学会“桃李满天下荣誉奖章”一枚。自1954年以来共发表了专业论文100余篇,优秀论文获奖数十次。翻译俄、英、日、德、法等医学文摘280多篇,均刊载在各专业期刊上。编著参考书:《小儿中耳炎》、《实用冷冻疗法》、《现代小儿耳鼻咽喉科学》(人民卫生出版社);《耳鼻咽喉科急诊》、《现代耳鼻咽喉科变态反应与免疫》、《耳鼻咽喉科漏、误诊》、《新编小儿耳鼻咽喉科学》、《小儿慢性扁桃体炎与心脏病》、《耳鼻咽喉科简明手术图解》(湖北科学技术出版社);《临床听力学纲要》(武汉大学出版社);《日本耳鼻咽喉科医师国家资格考试答疑》(香港金陵出版社);《小儿耳鼻咽喉科疾病临床拾遗》(黑龙江科学技术出版社);《现代耳鼻咽喉科护理学》(北京台海出版社);《现代医院英语会话》以及《耳鼻咽喉科、头、颈疾病诊断彩色图谱》、《现代小儿耳鼻咽喉、头颈外科简明手术图解》、《耳鼻咽喉、头颈外科急诊》、《嗓音保健及现代喉内外科疗法》及《现代耳鼻咽喉实用手术图解》、《耳解剖学手册》(湖北科学技术出版社)。再版《实用冷冻疗法》、《现代医院英语会话》、《耳鸣》、《慢性化脓性中耳炎》等20部。参编巨著《中国医学百科全书耳鼻咽喉科分册》、《耳鼻咽喉科全书》(上海科学技术出版社);《实用耳鼻咽喉科学》(山东科学技术出版社);《性传播疾病》(辽宁科学技术出版社)部分章节,尚有拟出版的《医用德语自学入门》。如今虽步入古稀,年过八旬,身为首批共和国培育出来的人民耳鼻咽喉科医生,立志当年,学犹未尽,鞠躬奉献,携手共勉。

目 录

第一章	扁桃体的解剖和生理简述	(1)
第二章	扁桃体炎的病理特点	(28)
第三章	急、慢性扁桃体炎与风湿病的关系	(40)
第四章	扁桃体感染病灶与内脏疾病的关系	(50)
第五章	扁桃体源性疾病和慢性扁桃体炎的病因学及发病机制	(55)
第六章	慢性扁桃体炎及其中毒反应	(60)
第七章	扁桃体源性中毒的鉴别诊断	(71)
第八章	慢性扁桃体炎的病灶感染机制和诊断	(78)
第九章	小儿慢性扁桃体炎的治疗	(103)
第十章	慢性扁桃体炎伴风湿病的治疗	(111)
第十一章	慢性扁桃体炎伴风湿病患儿常见疗法	(122)
第十二章	扁桃体炎和风湿病的防治	(130)
第十三章	个案集锦	(134)
结束语		(155)
附录 1	最近 5 年国际课题研究报道综合资料(2005 ~ 2010 年)	(157)
附录 2	关于腺样刮除术的并发症和术后近远期出血	(171)
附录 3	坐位“三无”扁桃体挤切手术	(177)

第一章 扁桃体的解剖和生理简述

一、扁桃体的解剖

为了对扁桃体炎危害机体的过程有比较全面的认识,在涉及临床之前,先对扁桃体的解剖和生理做简短的温习是必要的。

扁桃体是一种腺样组织,广泛分布在内脏各器官的黏膜下,有的呈分散形式,有的呈集中形式,这种组织在咽部显得特别大。其中有些在肉眼检查时外观颇似“扁桃”,因此才取名为“扁桃体”,拉丁语的 *Tonsilla*,希腊语的 *Amygdale*,也都是含有扁桃之义。临床上所用的 *Tonsillitis* 或 *Amygdalitis* 就是由前两个词演变来的,属异名同义语。咽部共有 3 个主要的扁桃体,即:

腭扁桃体(*tonsilla palatinae*),又称 I、II 扁桃体,位于口咽部的三角窝内,后者由软腭的前弓和后弓以及下面的舌根部所组成(图 1-1)。

咽扁桃体(*tonsilla pharyngea*),更确切地称它为鼻咽扁桃体,也即 III 扁桃体,位于鼻咽后上壁或后壁。

舌扁桃体(*tonsilla lingualis*),又称 IV 扁桃体,位于舌根部,局部解剖隶属于咽喉部。镜检时容易查觉。

除了上面 3 个扁桃体外,在咽部的其他部位也常见一些散在的腺样组织,咽鼓管之咽口周围是最常见的,倘若这里的淋巴组织块很明显,则可称之为管扁桃体(*tonsilla tubalis*)。还有一些小块状淋巴组织,有的沿两侧咽后柱呈索串状分布,称它为侧索淋巴带,有些则单独地分散在咽后壁黏膜上,称之为滤泡或颗粒(图 1-2),梨状窝、喉内、Morgani 窦都可见有较大的淋巴组织块,此部位

的淋巴组织统称为喉扁桃体(tonsilla laryngea)。

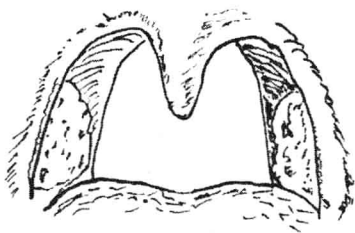


图 1-1 口咽部

左腭扁桃体与咽后弓平齐,右侧稍小些

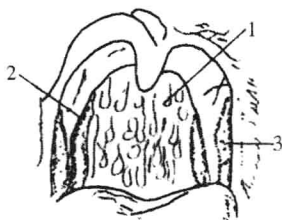


图 1-2 侧索淋巴带及颗粒增生

1. 咽后壁颗粒;2. 侧索肥厚;3. 腭扁桃体

由腭、舌、鼻咽、咽鼓管咽口周围、咽后壁、侧索和喉咽部淋巴组织块组成咽淋巴环,而由颌下、颌下等之淋巴组织块组成淋巴环,前者在内部,又称内淋巴环,后者居外部,又称外淋巴环,两环交通密切,故又称韦氏环(Waldeyer ring),也可称为咽淋巴环。

由于腭扁桃体所处的局部解剖地位与其他扁桃体有别,所以它的生理、病理过程也一向为大家所重视。咀嚼的食团通过咽峡的作用被送入食管。因此,在吞咽活动时咽峡壁才有压迫感觉,腭扁桃

体也同时有压迫感觉。但是,舌和鼻咽扁桃体却缺乏这种感觉过程,它们受刺激的机会远远不及腭扁桃体,其发病的机会也少得多。

腭扁桃体的大小并不一致,有些小到检诊时难以看见,而有些大得相当厉害,且无任何症状出现。关于扁桃体大小的问题,临床看法很不一致,有的说是由于腺体本身变异而增大的,有的说是由于腺实质退化、破坏和萎缩而代之以纤维化变小的。有些临床专家认为,凡是超过咽后弓的就算做肥大。但是,大家都知道,不仅扁桃体大小和形状有很大变异,就是口咽部本身的许多成分,如咽后壁、咽前弓、咽后弓、整个软腭以及扁桃体窝等各部分均可有很大变异(图 1-1),而且检查时所见之大小并不能完全反映它的真正大小。有时大部分的扁桃体藏于深处,往往只有在手术摘除后才能证实其真正的大小。术前肉眼查诊扁桃体外观很小,而术后摘下的扁桃体却相当大。

临床经验一再证明,扁桃体的大小在其发病的过程中并无多大意义,通常所提到的“肥大”和“慢性肥大性扁桃体炎”等概念,并不十分确切。

扁桃体的形态多变不定,以至于临床上很难把常见的各型扁桃体统一归类。常见的是隐藏型或包埋型、悬垂型或钟摆型、突出型或球型等。其中包埋型和突出型在扁桃体病理变化过程中的意义较大。

扁桃体突(recessus palatinus tonsillae palatinae),或称扁桃体腭突,是自扁桃体上极伸入到软腭中的一块突起,在扁桃体炎发病机制中有重要意义。它好像扁桃体上极延伸的团块组织。有时一块扁桃分叶伸入到软腭里属于发育异常的一种表现,在临床上同样有着重要意义;相反,有时这个小分叶在扁桃体发育形成之前已先长入该处,其与扁桃体主体各自单独分开,互相没有关系。有的书中将此小叶的主要管道叫做托氏窦道(Sinus Tourtual);苏联学者 Б. С. Преобрансенский 建议称此小叶为腭内副扁桃体(tonsilla

intrapalatina accessoria), 见图 1-3。

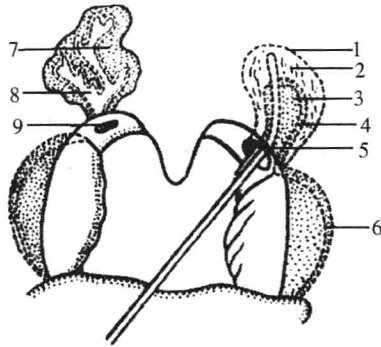


图 1-3 变异的扁桃体上隐窝、扁桃体小叶

- 1、2. 腭扁桃体肌壁;3. 腭突;4、6. 包膜和突起;5. 突起颈;
7. 扁桃体小叶之腺样组织;8. 小叶分支管;9. 分支管排出口

一侧扁桃体发育成两个大叶,即所谓的分叶扁桃体,也是属于常见的发育异常扁桃体。有学者曾报道过手术摘除的两侧腭扁桃体各为两个叶。另有报道摘除的扁桃体一侧为有蒂悬垂状的。总之,这种多变型扁桃体都是有炎症过程的。

通常由于扁桃体内的小叶分布不均,扁桃体的外观也显得凹凸不平。扁桃体上部,或称扁桃体头部,常由横沟(sulcus transversus)所分开。有时候该横沟好像把扁桃体分隔成两个不均等的部分,即上半部和下半部,看上去颇似两个扁桃体。

扁桃体由一些特别发达的咽黏膜皱襞分隔成许多个小叶。因此,扁桃体位于黏膜里,即咽黏膜结缔组织内。有时称扁桃体为黏膜所盖,是不够确切的概念,实际上扁桃体是位于黏膜层中。

扁桃体所在的窝,叫做扁桃体窝(sinus tonsillaris)。扁桃体的外面朝向咽侧壁,此部被一层密集的连接组织,即通常所说的扁桃体包膜。但有些学者不认为扁桃体有真正的包膜。这在手术方面

有其重大意义。扁桃体包膜直接与咽上缩肌(*constrictor pharyngis superior*)筋膜相连。大家一致认为在扁桃体的上极外侧有一层特别疏松的包膜。扁桃体周围脓肿或蜂窝织炎就是发生在这里。咽旁间隙位于咽的稍外侧,其在急性扁桃体炎并发症或慢性扁桃体炎急性发作中有很重大意义,且在扁桃体摘除时也非常重视该处,因为有时术中的感染可沿此进入纵隔障。

扁桃体的下外部有时覆盖有三角皱襞(图 1-4)。1885 年著者 His 就提出有时可见一些皱襞,之后 A. С. Фурштейн 等进一步研究认为,几乎每个扁桃体都有此结构。通过组织切片证实 100% 都有,而在临床上却只占 91.75%,至于其形状、大小及其与周围组织的关系更是变化无常。有时过长的三角皱襞盖住扁桃体,以至于在咽部检诊时难以查见扁桃体。缺乏临床经验的医师常常把这种过长的三角皱襞遮住了整个扁桃体的口腔面误认为是扁桃体的光滑表面充血表现等。如果借扁桃体前弓撑开器拉开前弓向外侧后,便可查清局部详细情况。

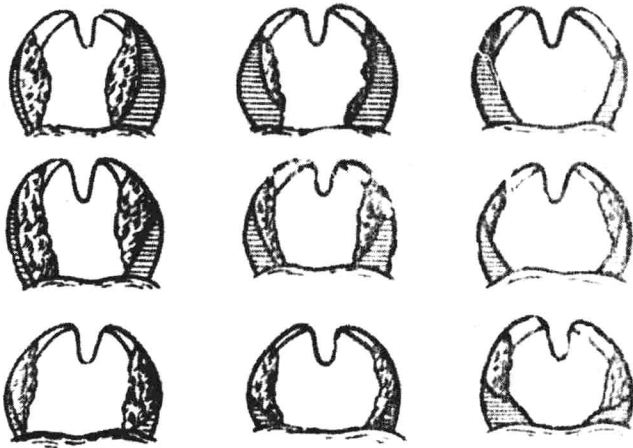


图 1-4 扁桃体及三角皱襞多形态

扁桃体是由许多小叶构成的,而后者又是由结缔组织束组成的,这种组织束从扁桃体包膜各个不同部位分别行向扁桃体的咽侧形成腺组织的支架(stroma),即基质。然后这些结缔组织束或系带分成许多微细的纤维束,贯穿着整个腺体。扁桃体实质是由许多位于纤细的结缔组织网眼中的滤泡构成的。在这些圆形滤泡中枢区域常有一个带或中心,显微镜下看上去有些发亮,是细胞着色不深的表现,这即所谓的生发中心或反应中心(germinalcenter),在这里不断地产生着淋巴细胞,逐渐成熟后被排挤到滤泡的周围。

腭扁桃体有许多陷窝或隐窝(图1-5)的管道,它们在扁桃体的生理和病理中起着重大作用,这也是不同于其他扁桃体重要特性标志之一。这些隐窝始于扁桃体的咽面并伸入到腺体的深部,隐窝外形大多数表现为直而浅,只有一少部分呈现曲而深,甚至盘曲整个腺体。隐窝形状也经常多变,外观不整且有分支,从而形成多级小隐窝。隐窝的数量也不一致,个体差异很大,一般正常人为18~20个。隐窝的被盖上皮也和扁桃体咽面的相同,为复层鳞状上皮。此等部位的被盖上皮有时出现中断现象。中断处的上皮常由柱状上皮所代替。淋巴细胞始自扁桃体实质伸出到隐窝表面的管腔内,继续由此排出扁桃体咽面。进行显微镜检查时,有时可在隐窝管腔内见有各种异物存留,其可为肉屑、牙刷毛、口腔寄生菌及其他微生物。

在吞咽过程中,特别在吞咽硬性食物时,通过这种机械作用方式不断地把隐窝内容物挤出管腔,挤出物则与吞入的食团相混,一大部分被吞掉,而具有对扁桃体的许多不利因素,如炎症破坏隐窝管道,粘连、瘢痕、肥大等各种异常改变则有碍其自我清洁作用。

咽旁间隙,其与咽内侧壁相隔,后界颈椎前筋膜,其外侧恰与腮腺包膜的深层部分相依,间隙的前面与下颌骨升支的内侧